Gesundheit als Thema der Armuts- und Reichtums-berichterstattung der Bundesregierung

Entwicklung und Umsetzung eines Berichtskonzepts

vorgelegt von
Diplomsoziologe
Thomas Lampert
aus Berlin

von der Fakultät VII – Wirtschaft und Management der Technischen Universität Berlin
zur Erlangung des akademischen Grades

Doktor der Gesundheitswissenschaften/ Public Health
-- Dr. PH --

genehmigte Dissertation

Promotionsausschuss:
Vorsitzende: Prof. Dr. Birgit Babitsch
Gutachterin: Prof. Dr. Ulrike Maschewsky-Schneider
Gutachter: Prof. Dr. Ralph Brennecke

Tag der wissenschaftlichen Aussprache: 20. Mai 2009

Berlin 2009

D 83

Danksagung

Die vorliegende Doktorarbeit wurde von mir im Rahmen und Nachgang des unter meiner Leitung am Robert Koch-Institut durchgeführten Projektes „Gesundheit, Armut und Lebenslagen (GESA)“ erstellt. Die Ergebnisse der Arbeit haben breiten Eingang in den zweiten Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung gefunden und außerdem Impulse für die Weiterentwicklung des Berichtswesens gegeben. Mein Dank gilt zunächst dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) als dem Auftraggeber des Projektes und der im Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) angesiedelten Arbeitsgruppe „Armuts- und Reichtumsberichterstattung“ für die gute und offene Zusammenarbeit. Bedanken möchte ich mich außerdem bei Frau Dr. Anke Saß und Herrn Michael Häfelinger, die mich in allen Phasen des Projektes unterstützt haben, sowie bei Frau Dr. Christine Hagen und Herrn Lars Eric Kroll, mit denen ich in den vergangenen Jahren das Thema „Gesundheitliche Ungleichheit“ am Robert Koch-Institut bearbeitet habe. In diesem Zusammenhang war auch wichtig, dass Herr Dr. Thomas Ziese als Leiter des Fachgebiets Gesundheitsberichterstattung und Frau Dr. Bärbel-Maria Kurth als Leiterin der Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung am Robert Koch-Institut unserer Arbeit sehr aufgeschlossen gegenüber standen und die dazu erforderlichen zeitlichen und personellen Ressourcen zur Verfügung stellten. Darüber hinaus gilt mein Dank Herrn Dr. Matthias Richter und Herrn Prof. Klaus Hurrelmann von der Universität Bielefeld und Herrn Prof. Wolfgang Voges, die für das Projekt Sonderauswertungen von nicht öffentlich zugänglichen Daten der Studie „Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)“ bzw. der Gmünder Ersatzkassen durchgeführt haben. Ebenso richtet sich mein Dank an Frau Prof. Ulrike Maschewsky-Schneider und Herrn Prof. Ralf Brennecke für die hilfreichen Anmerkungen bei der Fertigstellung der Doktorarbeit und ihre Bereitschaft, die Begutachtung der Arbeit zu übernehmen. Mein ganz besonderer Dank gilt aber meiner Ehefrau Stefanie und meinen Töchtern Hannah und Julika, die mir in allen Lebenslagen eine große Hilfe und Unterstützung sind und mein Leben in jeder Hinsicht bereichern.

Inhalt

1	**Einleitung**…….....	1
2	**Die Armuts- und Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung**…….	7
2.1	Ausgangslage…….	7
2.2	Grundzüge und Organisationsstruktur……...	10
2.3	Ergebnisse des Berichts „Lebenslagen in Deutschland – Erster Armuts- und Reichtumsbericht“……..	13
2.4	Reaktionen auf den Bericht……	18
2.5	Bemühungen um einer Verstetigung der Berichterstattung……...	20
3	**Konzepte und Messung von Armut und sozialer Ungleichheit**……	26
3.1	Definitionen……	26
3.2	Ressourcenansatz……...	28
3.3	Schichtungssoziologie……	31
3.4	Lebensstandardansatz…….	33
3.5	Lebenslagenansatz……..	34
3.6	Vorschläge zur Umsetzung des Lebenslagenansatzes in der Armuts- und Reichtumsberichterstattung……	38
4	**Theoretischer und empirischer Forschungsstand zum Zusammenhang von Armut, sozialer Ungleichheit und Gesundheit**……..	45
4.1	Thematisierung in Politik und Forschung……..	45
4.2	Empirischer Forschungsstand……	48
4.2.1	Lebenserwartung und Mortalität……	49
4.2.2	Morbidität……..	56
4.3	Erklärungsansätze……..	62
4.4	Integrierende Erklärungsmodelle……...	74
5	**Entwicklung des Berichtskonzepts**……...	79
5.1	Auswahl der Berichtsgegenstände…….	79
5.2	Formulierung der Berichtsstrategien…….	87

6 Datengrundlagen…….. 95
6.1 Bundes-Gesundheitssurvey 1998……... 97
6.2 Telefonischer Gesundheitssurvey 2003……. ..99
6.3 Epidemiologischer Suchtsurvey 2003…… 101
6.4 Health Behaviour in School-aged Children-Studie 2002……... 103
6.5 Daten der Gmünder Ersatzkasse 1990-2004…….. 105
6.6 Sozio-oekonomisches Panel 1998-2003…… 107
6.7 Mikrozensen 1999 und 2003……. 109
6.8 Sonstige representative Bevölkerungsstudien…… 110
6.9 Möglichkeiten und Grenzen des Survey-Zugangs……. 114

7 Gesundheitliche Auswirkungen der Einkommensungleichheit……... 120
7.1 Einkommensunterschiede in der Morbidität…….. 121
7.2 Einkommen als Prädiktor der Mortalität…… 125
7.3 Einkommen und subjektive Gesundheit……. 128
7.4 Einfluss des Einkommens auf das Gesundheitsverhalten…….. 132
7.5 Einkommenseffekte auf die Gesundheitsversorgung……. 134
7.6 Diskussion…….. 137

8 Stellenwert der Bildung für eine gesundheitsförderliche Lebensweise…….. 140
8.1 Einfluss der Bildung auf Morbidität und Mortalität…….. 141
8.2 Bildung und subjektive Gesundheit……... 146
8.3 Bedeutung der Bildung für das Gesundheitsverhalten……... 148
8.4 Bildungsunterschiede in der Inanspruchnahme von Informationsangeboten und präventiven Maßnahmen……...… 155
8.5 Diskussion…….. 159

9 Einfluss der Arbeitswelt auf die Gesundheit……. 161
9.1 Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten……... 162
9.2 Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung…….. 165
9.3 Bedeutung der Arbeit für subjektive Gesundheit und Gesundheitsverhalten…… 170
9.4 Stellung in der Arbeitswelt als Prädiktor der Mortalität……..... 173
9.5 Diskussion…….. 175

10 Arbeitslosigkeit und Gesundheit……. 177
10.1 Krankheiten und Beschwerden bei Arbeitslosen……... 179
10.2 Arbeitslosigkeit und subjektive Gesundheit……... 183
10.3 Gesundheitsverhalten von Arbeitslosen…….……... 185
10.4 Inanspruchnahme des Gesundheitssystems durch Arbeitslose…….. 188
10.5 Mortalität von Arbeitslosen…… 191
10.6 Diskussion…….. 191

11 Gesundheit von allein Erziehenden…… 194
11.1 Krankheiten und Beschwerden bei allein Erziehenden…….. 195
11.2 Subjektive Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität von allein Erziehenden…..…….. 197
11.3 Gesundheits- und Krankheitsverhalten von allein Erziehenden…… 199
11.4 Inanspruchnahme des Gesundheitssystems durch allein Erziehende……. 202
11.5 Bedeutung der Lebensumstände von allein Erziehenden……... 203
11.6 Diskussion…….. 203

12 Sozial ungleiche Gesundheitschancen von Kindern und Jugendlichen…….. 206
12.1 Entwicklungsstörungen und Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen……. 207
12.2 Unfälle und Verletzungen bei Kindern und Jugendlichen……. 211
12.3 Teilnahme an Krankheitsfrüherkennung und Prävention im Kindes- und Jugendalter……. 211
12.4 Mund- und Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen……. 213
12.5 Psychisches Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen…….. 215
12.6 Tabak- und Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen…… 218
12.7 Ernährung und Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen……. 220
12.8 Körperliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen……... 222
12.9 Soziales Kapital als Gesundheitsressource im Kindes- und Jugendalter……... 224
12.10 Diskussion…….. 225

13 Gesundheit im höheren Lebensalter……... 228
13.1 Körperliche und psychische Krankheiten im Alter…… 229
13.2 Hilfebedarfe älterer Menschen und Inanspruchnahme pflegerischer Leistungen.. 234
13.3 Subjektive Gesundheit und Lebensqualität im Alter……. 235
13.4 Lebenslage und Gesundheit im Alter…… 238
13.5 Diskussion……. 241

14 Migration und Gesundheit…….. 243
14.1 Krankheiten und Krankheitsfolgen bei Migranten und Migrantinnen……... 244
14.2 Subjektive Gesundheit von Migranten und Migrantinnen……. 247
14.3 Gesundheitsriskantes Verhalten bei Migranten und Migrantinnen…… 248
14.4 Inanspruchnahme von Präventionsangeboten durch Migranten und Migrantinnen…….. 251
14.5 Medizinische und pflegerische Versorgung von Migranten und Migrantinnen… 252
14.6 Diskussion…….. 253

15 Diskussion …… 255

Zusammenfassung…… 273
Literaturverzeichnis……. 278
Eidesstattliche Erklärung

1 Einleitung

Armut und soziale Ausgrenzung stellen auch für einen Sozialstaat wie die Bundesrepublik Deutschland eine große Herausforderung dar. Die allgemeinen Wohlstandszuwächse und der Ausbau der sozialstaatlichen Sicherungssysteme haben entgegen früheren Erwartungen nicht zu einer Angleichung der Lebensverhältnisse geführt. Vielmehr haben sich gesellschaftliche Problemlagen und Verteilungsungleichheiten verfestigt und zum Teil noch verschärft (Hanesch et al. 1994, 2000). Armut bedroht zunehmend häufiger auch die ehemals gut situierten und gesicherten gesellschaftlichen Mittellagen. Die Erosion des Normalarbeitsverhältnisses, die Zunahme prekärer Arbeitsmarktanbindung und die hohe Arbeitslosigkeit sind Ursachen dafür, dass immer mehr Menschen in die Nähe des Armutsbereichs geraten (Hauser 1995; Zimmermann 2001). Die demographische Alterung und die daraus resultierende Destabilisierung des sozialstaatlichen Fundaments, das in Deutschland durch die in die Erwerbsarbeit einbezogenen Beitragszahler gebildet wird, spitzen die Situation weiter zu. Zusätzliche Belastungen ergaben sich durch die Wiedervereinigung Deutschlands und die damit verbundenen gesellschaftlichen Transformationsprozesse, die aller Voraussicht nach auch noch in den nächsten Jahren den politischen Handlungsspielraum einschränken werden. Da Armut und Arbeitslosigkeit auf alle Lebensbereiche ausstrahlen und die Lebens- und Teilhabechancen nachhaltig vermindern, entsteht ein Handlungsdruck, dem sich keine dem sozialstaatlichen Prinzip verpflichtete Regierung auf Dauer entziehen kann (vgl. Leibfried, Voges 1992; Ludwig-Mayerhofer, Barlösius 2001).

Eine wirksame Bekämpfung der Armut setzt eine kontinuierliche Berichterstattung zu den zentralen Problemfeldern und deren Veränderung im Zeitverlauf voraus. Nur wenn regelmäßig aussagekräftige und verlässliche Daten bereitgestellt und problemorientiert analysiert werden, lassen sich Handlungserfordernisse ableiten und politische Maßnahmen zur Verbesserung der Lebenssituation sozial unterprivilegierter Bevölkerungsgruppen entwickeln. Eine solche Berichterstattung kann sich nicht auf den Nachweis materieller Armut beschränken, sondern sollte die Versorgung und Teilhabe in den zentralen Bereichen des menschlichen Lebens in Augenschein nehmen (Engels, Sellin 1999a; Semrau 2001a). Da Armut im heutigen Deutschland in einer Vielzahl von Problemlagen und Verteilungsungleichheiten zum Ausdruck kommt, müssen auch die politischen Lösungsansätze vielschichtig sein. Armutspolitik ist nicht allein Sozialpolitik, sondern integrativer Bestandteil verschiedener Politikbereiche wie der Wirtschafts-, Arbeitsmarkt-, Finanz-, Bildungs-, Familien-, Umwelt- und – aufgrund

der eindeutigen empirischen Belege für den Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit (Mielck 2000; Richter, Hurrelmann 2006; siehe hierzu auch Kapitel 4) – auch der Gesundheitspolitik. Dementsprechend umfassend wie differenziert hat eine Armutsberichterstattung zu sein, die als Grundlage für die politische Armutsbekämpfung und die Förderung des sozialen Ausgleichs dienen soll (Semrau 2001a; Sell 2002).

Der erste Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung aus dem Jahr 2001 kann als wichtiger Meilenstein auf dem Weg zur Etablierung eines kontinuierlichen Berichtswesens und eines veränderten politischen Umgangs mit dem Thema Armut gesehen werden (BMAS 2001). Vorausgegangen war ein Bundestagsbeschluss, der die Bundesregierung dazu aufforderte, künftig in jeder Legislaturperiode einen Armuts- und Reichtumsbericht vorzulegen (Deutscher Bundestag 2000). Mit den Berichten verbindet sich der Auftrag, die Lebensverhältnisse und die gesellschaftliche Entwicklung in Deutschland umfassend zu beschreiben und verlässliche Orientierungsgrößen für politische Entscheidungsprozesse und die Evaluation eingeleiteter Maßnahmen bereitzustellen. Auf diese Weise soll ein empirisches Gerüst und eine analytische Grundlage für die „Nationalen Aktionspläne zur Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung (NAP'incl)" geschaffen werden, mit denen die Bundesregierung die in Lissabon im Jahr 2000 von den Staats- und Regierungschefs der Europäischen Union aufgestellte Forderung nach einer systematischen Darstellung und Bewertung der in den Mitgliedstaaten verfolgten Strategien und Aktivitäten zur Stärkung der sozialen Integration umsetzt (BMGS 2004a).

Für die Nationalen Aktionspläne sind drei konzeptionelle Ausrichtungen der Armuts- und Reichtumsberichterstattung von besonderer Bedeutung. Erstens wird der Armutsbegriff in Richtung sozialer Ausgrenzung erweitert, um die Mehrdimensionalität und Vielschichtigkeit der Armutsproblematik zu verdeutlichen und an die Entwicklung auf europäischer Ebene anzuknüpfen. Den Ausgangspunkt stellt die Definition des Rates der Europäischen Gemeinschaft aus dem Jahr 1984 dar, die Personen, Familien und Gruppen als arm ausweist, „die über so geringe (materielle, kulturelle und soziale) Mittel verfügen, dass sie von der Lebensweise ausgeschlossen sind, die in dem Mitgliedstaat, in dem sie leben, als Minimum annehmbar ist" (Rat der Europäischen Gemeinschaft 1985: 24). Zweitens wird auch Reichtum zum Gegenstand der Berichterstattung und damit auf das gemeinsame Sozialwort der evangelischen und katholischen Kirche Bezug genommen, in dem die Parallele zwischen steigendem Wohlstand und Vermögenskonzentration einerseits und der zunehmenden Armut und den fehlenden Mitteln der Armutsbekämpfung andererseits angemahnt wird (EKD/DKB 1997).

Der Armuts- und Reichtumsbericht fokussiert aber nicht nur den unteren und oberen Randbereich der Wohlstandsverteilung, sondern thematisiert Verteilungsungleichheiten über das gesamte soziale Spektrum, einschließlich der für die mittleren Schichten der Gesellschaft charakteristischen Spannungen zwischen Aufstiegschancen bzw. -ambitionen und Abstiegsrisiken (Leisering, Leibfried 1999; Müllenmeister-Faust 2002). Drittens orientiert sich der Bericht bei der Beschreibung von Armutslagen und Verteilungsungleichheiten am pluralistischen Lebenslagenansatz, der „alle Umstände der Bedarfsdeckung, in die der Einzelne gestellt ist“ (Weisser 1978: 360) einbezieht und dadurch dem erweiterten Verständnis von Armut und Reichtum weitaus eher gerecht wird als der einseitig auf materielle Aspekte abstellende Ressourcenansatz. Neben der Einkommens- und Vermögenssituation werden in dem Bericht insbesondere die Versorgung und Teilhabe in den Bereichen Bildung, Arbeitsmarkt, Wohnen, Familie und Gesundheit betrachtet (BMAS 2001).

Bei der Umsetzung des konzeptionellen Zugangs im ersten Armuts- und Reichtumsbericht lässt sich jedoch eine erhebliche Ungleichgewichtung der Themenbereiche feststellen. Vor allem die Darstellungen zur Gesundheit als Aspekt der Lebenslage fallen deutlich ab, und zwar sowohl hinsichtlich der Breite als auch der Tiefe der Betrachtung. Zu den im Bericht aufgegriffenen gesundheitsbezogenen Themen zählen die Schichtspezifität der Gesundheit, die gesundheitlichen Folgen von Arbeitslosigkeit, die Lebenslage von chronisch Kranken und Pflegebedürftigen, die gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit Behinderungen sowie die Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Migrantinnen und Migranten. Einkommensunterschiede in der Gesundheit und Lebenserwartung werden hingegen nicht berichtet, obwohl das Einkommen in dem Bericht als dominante Dimension der Lebenslage herausgestellt wird. Auch zu anderen politisch relevanten Themen fehlen Ausführungen, so z.B. zu gesundheitlichen Auswirkungen der Arbeitswelt, der Gesundheit von allein Erziehenden oder der gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen. Darüber hinaus lassen sich die ausbleibende, am gegenwärtigen Erkenntnis- und Forschungsstand orientierte Deutung der empirischen Ergebnisse sowie die unzureichende Nutzung vorhandener Datenquellen kritisieren. Entsprechend gering ist der Nutzen für die Ableitung konkreter Handlungsempfehlungen, was mit ein Grund dafür sein dürfte, dass der im Nachgang des Berichts erstellte Nationale Aktionsplan (NAP’incl 2003-2005) kaum auf Strategien und Maßnahmen zur Verringerung gesundheitlicher Problemlagen und Verteilungsungleichheiten eingeht (BMGS 2004a; siehe hierzu auch Kapitel 15).

Diese offensichtlichen Defizite und Versäumnisse des ersten Armuts- und Reichtumsberichts der Bundesregierung waren der Ausgangspunkt der vorliegenden Arbeit, die im Rahmen und Nachgang des im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) unter meiner Leitung am Robert Koch-Institut durchgeführten Projektes „Gesundheit, Armut und Lebenslagen (GESA)“ entstanden ist. Das Ziel der Arbeit war, ein Berichtskonzept zu entwickeln, das eine angemessene, d.h. den vorgegebenen Zugängen und Perspektiven der Armuts- und Reichtumsberichterstattung gerecht werdende Bearbeitung gesundheitsbezogener Themen gewährleistet, und dieses anhand geeigneter empirischer Daten umzusetzen. Bei der Entwicklung des Berichtskonzeptes wurden seitens der für die Armuts- und Reichtumsberichterstattung zuständigen ministeriellen Arbeitsgruppe konkrete Vorgaben gemacht, die unter anderem den Berichtszeitraum und einige der einzubeziehenden Datengrundlagen betrafen. Außerdem gab es Vorschläge zu den Themenschwerpunkten, so dass die Auswahl der Berichtsgegenstände und die Festlegung der Berichtsstrategien in enger Abstimmung mit der ministerialen Arbeitsgruppe erfolgten (siehe hierzu auch Kapitel 5 und 6).

Für die empirische Umsetzung des Berichtskonzeptes wurden, soweit die erforderlichen Daten zugänglich waren, eigene statistische Analysen durchgeführt. Konnten die Daten aus rechtlichen oder organisatorischen Gründen nicht bereitgestellt werden, wurden Auswertungspläne erarbeitet und die Datenhalter bzw. Institutionen, die über die Nutzungsrechte verfügen, mit Sonderauswertungen beauftragt. Auf diese Weise war es möglich, z.B. Daten der Gmünder Ersatzkasse und der WHO-Studie „Health Behaviour in School-aged Children“, für das Projekt und die vorliegende Arbeit zu nutzen. Der Großteil der in den empirischen Kapiteln dargestellten Ergebnisse wurde somit neu und eigens für das Projekt berechnet. Zu einigen Themen lagen bereits aktuelle Statistiken und Forschungsergebnisse vor, so dass auf eine Neuberechnung verzichtet werde konnte bzw. nur ergänzende Analysen erforderlich waren. So konnte für die Beschreibung des Zusammenhangs zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit sowie der Gesundheit von alleinerziehenden Frauen auf kurz zuvor vom Robert Koch-Institut veröffentlichte Gesundheitsberichte zurückgegriffen werden (Robert Koch-Institut 2003, 2004; siehe hierzu Kapitel 10 und 11).

Die zentralen Aufgabenstellungen der Arbeit lassen sich damit folgendermaßen beschreiben:

1. Festlegung von Berichtsgegenständen, die sich aus Sicht der Armuts- und Reichtumsberichterstattung auf relevante gesundheitsbezogene Problemlagen und Verteilungsungleichheiten beziehen

2. Formulierung von Berichtsstrategien, um eine hinreichend umfassende und differenzierte Betrachtung der Berichtsgegenstände sicher zu stellen
3. Prüfung vorhandener Daten- und Informationsgrundlagen auf ihre Eignung für die Armuts- und Reichtumsberichterstattung und die Zielsetzungen des Projektes
4. Deskription und Analyse der Berichtsgegenstände anhand eigener statistischer Auswertungen und weiterer aussagekräftiger Forschungsergebnisse

Die Arbeit umfasst insgesamt 15 Kapitel. Im Anschluss an die Einleitung werden in Kapitel 2 zunächst der Hintergrund, die Ziele und die Organisationsstruktur der Armuts- und Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung beschrieben. Kapitel 3 stellt verschiedene Konzepte der Messung von Armut und sozialer Ungleichheit vergleichend gegenüber und verdeutlicht dadurch, weshalb sich die Armuts- und Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung am Lebenslagenansatz orientiert. Kapitel 4 befasst sich mit dem bisherigen Forschungs- und Erkenntnisstand zum Zusammenhang von Armut, sozialer Ungleichheit und Gesundheit. Neben empirischen Forschungsergebnissen werden auch Erklärungsansätze für die beobachteten Zusammenhänge erörtert und hinsichtlich ihrer Aussagekraft und Reichweite beurteilt. Mit Bezug auf diese Ausgangslage wird dann in Kapitel 5 das Konzept für die Deskription und Analyse gesundheitlicher Problemlagen und Verteilungsungleichheiten im Kontext der Armuts- und Reichtumsberichterstattung entwickelt. Insbesondere werden die Auswahl der Berichtsgegenstände und die Ableitung der Berichtsstrategien begründet. In Kapitel 6 folgt eine Aufstellung und Bewertung der für die Umsetzung des Berichtskonzeptes herangezogenen Datengrundlagen, was die Ermittlung vorhandener Datendefizite einschließt. Die anschließenden Kapitel widmen sich der Ergebnisdarstellung entlang der ausgewählten Berichtsgegenstände. Ein erster Schwerpunkt liegt auf der Gesundheitsrelevanz des Einkommens (Kapitel 7), der Bildung (Kapitel 8) und der Stellung in der Arbeitswelt (Kapitel 9), wobei sich der Blick auch auf die Verteilung der Krankheitsrisiken und Gesundheitschancen oberhalb einer verminderten Teilhabe bzw. Unterversorgung in diesen Bereichen richtet. Ein zweiter Schwerpunkt der Auswertung betrifft Bevölkerungsgruppen, die sich in spezifischen Lebenslagen befinden, oftmals weil Nachteile in den Bereichen Einkommen, Bildung und Arbeit zusammentreffen. Dazu zählen die Arbeitslosen (Kapitel 10), die allein Erziehenden, bei denen es sich überwiegend um Frauen handelt (Kapitel 11), sowie Migrantinnen und Migranten (Kapitel 14). Darüber hinaus wird auf die gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen (Kapitel 12) sowie älteren Menschen (Kapitel 13) eingegangen und damit die Berichterstattung um lebensphasenspezifische Sichtweisen erweitert. Im abschließenden

Kapitel wird dargestellt, inwieweit die in der vorliegenden Arbeit erarbeiteten Vorschläge im zweiten Armuts- und Reichtumsbericht umgesetzt wurden und welche Impulse sich für die Weiterentwicklung des Berichtswesens ergeben könnten (Kapitel 15).

Aufgrund der Anlehnung an die Armuts- und Reichtumsberichterstattung ergaben sich klare Vorgaben für die in der Arbeit angestellten zeitlichen Bezüge. Die Auswahl der Datengrundlagen und die Analyse der Berichtsgegenstände konzentrierten sich auf den für den zweiten Armuts- und Reichtumsbericht abgesteckten Berichtszeitraum 1998 bis 2003 (Kapitel 6 bis 14). Bei der Darstellung des bisherigen Forschungs- und Erkenntnisstandes wurde der Schwerpunkt folglich auf die Zeit bis zum Jahr 1998 gelegt (Kapitel 4). Mit Blick auf die Diskussion der Ergebnisse der Armuts- und Reichtumsberichterstattung und der Vorschläge zur Weiterentwicklung des Berichtswesens wird der Bezugsrahmen durch die Zeit nach der Veröffentlichung des ersten Berichtes bis hin zum Erscheinen des zweiten Berichtes, also etwa durch den Zeitraum 2001 bis 2005, vorgegeben (Kapitel 2 und 3). Auf die Entwicklungen und Diskussionen im Anschluss an die Veröffentlichung des zweiten Armuts- und Reichtumsberichtes im Mai 2005 und die damit verbundenen Implikationen für den im Juli 2008 erschienen dritten Armuts- und Reichtumsbericht wird am Ende der Arbeit eingegangen (Kapitel 15).

2 Die Armuts- und Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung

Da die vorliegende Arbeit im Zusammenhang mit der Armuts- und Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung steht, werden zunächst die Grundzüge und Organisationsstruktur dieses Berichtswesens, die wichtigsten Ergebnisse und Reaktionen auf den ersten Armuts- und Reichtumsbericht sowie die Bemühungen um eine Verstetigung der Berichterstattung dargestellt. Um die Ausgangslage zu beschreiben, wird außerdem die Entwicklung der Armuts- und Reichtumsberichterstattung in Deutschland seit Mitte der 1970er Jahre nachgezeichnet.

2.1 Ausgangslage

In Deutschland hatte die Armutsberichterstattung einen schweren Start. Als die Kommission der Europäischen Gemeinschaft im Jahr 1975 ein erstes Modellprogramm zur Bekämpfung von Armut („First Programme of Pilot Schemes and Studies to Combat Poverty 1975-1980“) verabschiedete, das unter anderem die Erstellung nationaler Armutsberichte als Voraussetzung für ein europaweites Aktionsprogramm und eine international vergleichende Armutsforschung vorsah, gehörte die Bundesrepublik zu den wenigen Mitgliedstaaten, die das Programm nicht mit trugen. Die damalige sozial-liberale Regierungskoalition war der festen Überzeugung, vorhandenen Armutsphänomenen durch einen weiteren Ausbau der sozialstaatlichen Leistungen entgegenwirken zu können (Engels, Sellin 1999a). Der Auftrag zur Erstellung eines nationalen Armutsberichtes wurde zwar umgesetzt, der von Wissenschaftlern erarbeitete Bericht „Unterversorgung, Niedrigeinkommen und Armut in der Bundesrepublik Deutschland“ (Hauser et al. 1981) durch die Bundesregierung aber nicht als offizieller Armutsbericht bestätigt. Dieser Kurs wurde durch die seit 1982 regierende christlich-liberale Koalition beibehalten, was mit der geringen Unterstützung für die nachfolgenden Armutsprogramme der Europäischen Gemeinschaft („Second Programme of the European Communities to Combat Poverty 1984-1988“ und „Community Programme to Foster Economic and Social Integration of the Least Privileged Groups 1989-1994“) belegt werden kann (Hauser 2002).

Armutsberichterstattung fand in Deutschland zunächst vor allem auf kommunaler und Länderebene statt. Mitte der 1980er Jahre zeichnete sich im Nachkriegsdeutschland erstmals ein längerfristiger Konjunkturrückgang und Anstieg der Arbeitslosigkeit ab. Als Reaktion darauf erstellten einige Städte und Gemeinden erste Armutsberichte, um auf die Verschiebung der Lasten vom Bund auf die Kommunen aufmerksam zu machen und die Sozialversiche-

rungsträger an ihre vorrangigen Sicherungsaufgaben zu erinnern (Hartmann 2002). Beispiele hierfür sind der „Sozialhilfebericht der Stadt Bremen“ (Freie Hansestadt Bremen/Der Senator für Jugend und Soziales 1987) und der Bericht „Neue Armut in München“ (Landeshauptstadt München/Sozialreferat 1987). Infolge der anhaltenden und zum Teil zunehmenden Problemlagen etablierte sich in zahlreichen Städten und Gemeinden eine – wenn auch zumeist unregelmäßige und durch unterschiedliche Schwerpunktsetzung charakterisierte – Armutsberichterstattung.

Auf Ebene der Bundesländer entwickelte sich seit Anfang der 1990er Jahre eine Armutsberichterstattung als Informationsgrundlage für die Politik der Landesregierungen. Eine Vorreiterrolle kann Nordrhein-Westfalen zugeschrieben werden, wo inzwischen mehrere Schwerpunktberichte zu Themen wie „Armut im Alter“, „Wohnungsnot und Obdachlosigkeit“, „Alleinerziehende – Lebenslagen und Lebensformen“, „Soziale Situation kinderreicher Familien“ und „Arbeitslose, Langzeitarbeitslose und ihre Familien“ erstellt wurden. Daneben ist auf die „Berichte zur sozialen Lage in Bayern“ zu verweisen, die seit 1997 im Auftrag der bayerischen Staatsregierung von einem eigens eingerichteten Forschungsverbund erarbeitet werden und sich bislang u.a. mit der Einkommens- und Vermögensverteilung der privaten Haushalte, der Arbeitsmarktsituation und Entwicklung von Arbeitslosigkeit, der Bedeutung von schulischer Bildung und beruflicher Qualifikation, der Gesundheitsversorgung sowie der spezifischen Lebenslage von Familien, Frauen, älteren Menschen, Zuwanderern und Menschen mit Behinderungen befassten. Vielversprechende Ansätze der Armutsberichterstattung auf Länderebene finden sich zudem in Hamburg, Bremen, Berlin, Schleswig-Holstein, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Thüringen und Sachsen Anhalt.

Die zweite Entwicklungslinie der Armutsberichterstattung in Deutschland lässt sich entlang mehrerer nicht-amtlicher Berichte nachzeichnen, die von den Wohlfahrtsverbänden und Gewerkschaften vorgelegt wurden und anders als die kommunalen und Länderberichte eine bundesweite Geltung beanspruchen. Zu nennen sind hier z.B. der Bericht „…wessen wir uns schämen müssen in einem reichen Land…“ der freien Wohlfahrtsverbände (Paritätischer Wohlfahrtsverband 1989), der Bericht „Arme unter uns“ des Deutschen Caritasverbandes (Hauser, Hübinger 1993) und die allerdings auf die neuen Bundesländer begrenzte Studie „Menschen im Schatten“ (Hübinger, Neumann 1997). Die größte öffentliche Ressonanz erzielte der vom Deutschen Gewerkschaftsbund und Paritätischem Wohlfahrtsverband herausgegebene Bericht „Armut in Deutschland“ (Hanesch et al. 1994), der im Jahr 2000 unter Beteiligung der Hans-Böckler-Stiftung durch einen neuerlichen Bericht fortgeschrieben

wurde („Armut und Ungleichheit in Deutschland“, Hanesch et al. 2000). Trotz unterschiedlicher Konzepte und Methoden zeigten die Berichte übereinstimmend, dass die Armut in Deutschland zunimmt und schon lange kein Problem mehr ist, das sich auf marginalisierte Bevölkerungsgruppen beschränkt.

Ab Mitte der 1990er Jahre mehrten sich die parlamentarischen Anfragen und Anträge zum Thema Armut und soziale Ungleichheit. Als Beispiele können die Große Anfrage „Armut in der Bundesrepublik Deutschland“ der SPD-Fraktion vom 30. Mai 1995 (Deutsches Bundestag 1995a), der Antrag „Soziale Grundsicherung gegen Armut und Abhängigkeit, für mehr soziale Gerechtigkeit und ein selbstbestimmtes Leben“ der PDS-Bundestagsgruppe vom 30. Januar 1996 (Deutsches Bundestag 1996a), die Kleine Anfrage „Arbeitslosigkeit und Überschuldung“ der SPD-Fraktion vom 24. April 1996 (Deutsches Bundestag 1996b), die Kleine Anfrage „Wirtschaftliche Situation von Kindern und Familien“ der SPD-Fraktion vom 7. November 1996 (Deutsches Bundestag 1996c) sowie der Antrag „Vorlage eines nationalen Armuts- und Reichtumsberichts“ der SPD-Fraktion vom 4. Juni 1997 (Deutsches Bundestag 1997) angeführt werden. Die Antworten der christlich-liberalen Regierung folgten der Strategie, den Bezug von Sozialhilfe als „bekämpfte Armut“ und damit die eigene Sozialpolitik als wirksames Instrument zur Vermeidung sozialer Problemlagen zu interpretieren (z.B. Antwort auf die Große Anfrage „Armut in der Bundesrepublik Deutschland“ vom 28. November 1995; Deutsches Bundestag 1995b). Die aus den Anfragen und Anträgen abgeleitete Forderung nach einer institutionalisierten Armuts- und Reichtumsberichterstattung wurden dementsprechend von der Bundesregierung als gegenstandslos betrachtet oder mit Hinweis auf die regelmäßig erstellten Sozial-, Familien-, Alten- sowie Kinder- und Jugendberichte abgelehnt. Armut und soziale Ungleichheit wurden nicht als eigenständige Fragestellungen, sondern lediglich als Teilaspekte unterschiedlicher Bereiche der Sozialpolitik gewertet (Engels, Sellin 1999a; Müllenmeister-Faust 2002). Diese Haltung hat die christlich-liberale Bundesregierung bis zuletzt beibehalten. Noch in der Stellungnahme zum Zehnten Kinder- und Jugendbericht wurde der Sozialhilfebezug als Gewähr für die Teilnahme am gesellschaftlichen und kulturellen Leben dargestellt und die von der zuständigen Sachverständigenkommission vorgelegten empirischen Belege für eine deutliche Zunahme der Armutsbetroffenheit in der heranwachsenden Generation aufgrund der angeblich unzureichenden Armutsdefinitionen und Messkonzepte pauschal zurückgewiesen (BMFSFJ 1998; siehe auch Kritik von Krappmann 2001).

2.2 Grundzüge und Organisationsstruktur

Ein veränderter politischer Umgang mit dem Thema Armut setzte erst mit dem Regierungswechsel nach der Bundestagswahl 1998 ein. Die neu gebildete rot-grüne Bundesregierung nahm den im Jahr zuvor abgewiesenen parlamentarischen Antrag auf und hielt bereits in ihrer Koalitionsvereinbarung fest, dass sie künftig in regelmäßigen Abständen einen Armuts- und Reichtumsbericht erstatten wird. Die Grundzüge und Organisationsstruktur des zu etablierenden Berichtswesens wurden anschließend durch einen Bundestagsbeschluss vom 27. Januar 2000 vorgezeichnet (Deutscher Bundestag 2000). Als übergeordnetes Ziel der Armuts- und Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung stellt der Beschluss die Entwicklung grundlegender gesellschaftlicher Perspektiven und politischer Instrumentarien zur Vermeidung und Bekämpfung von Armut und sozialer Abgrenzung heraus, mit der Möglichkeit deren Wirkungsweise und Effizienz zu evaluieren. Der analytische Zugang soll dabei nicht auf Armut beschränkt bleiben, sondern sich auf die gesamte Verteilung des gesellschaftlichen Wohlstandes erstrecken. Armut und Reichtum werden als Ausprägungen des unteren bzw. oberen Bereichs der Wohlstandsverteilung benannt. Für die Definition und Analyse von Armut und Reichtum sollen wissenschaftlich fundierte Konzepte herangezogen und gegebenenfalls entsprechend der Ziele und Aufgaben der Berichterstattung weiterentwickelt und ausgestaltet werden. Bei der Auswahl der Datengrundlagen sind neben dem analytischen Zugang und der Messkonzepte auch die Aktualität und perspektivische Verfügbarkeit der Daten zu beachten. Vorhandene theoretische, methodische und empirische Defizite sind zu ermitteln und soweit wie möglich zu überwinden. Um den vielfältigen gesellschaftlichen Interessen und Sichtweisen Rechnung zu tragen, wird in dem Beschluss ein intensiver Dialog und Beratungsprozess mit Wissenschaftlern, Verbänden, Organisationen, Institutionen sowie den Ländern und Kommunen gefordert.

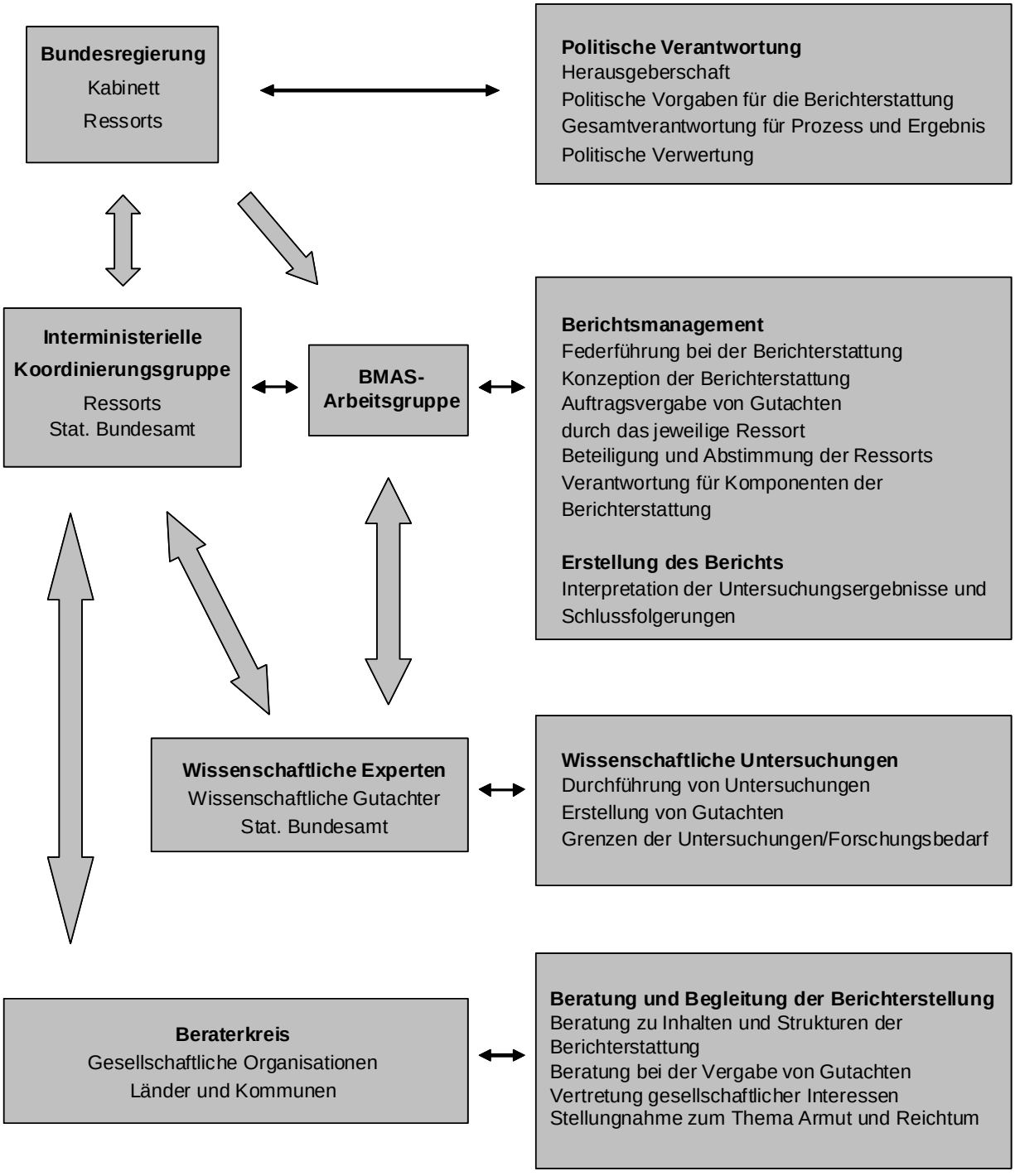
Zur Vorbereitung des ersten Armuts- und Reichtumsberichts beauftragte die Bundesregierung die ISG Sozialforschung und Gesellschaftspolitik mit einer Konzept- und Umsetzungsstudie. Die Studie sondierte das breite Spektrum an Forschungsansätzen und möglichen Berichtsformen und unterbreitete auf dieser Basis Vorschläge zur Berichterstellung, die anlässlich des Symposiums „Armut und Reichtum in Deutschland“ am 7. Oktober 1999 in Berlin vorgestellt und diskutiert wurden (Engels, Sellin 1999a). Neben der Konkretisierung der Aufgaben und Ziele der Armuts- und Reichtumsberichterstattung lassen sich die Entscheidungen für einen theoretischen Rahmen und eine Organisationsstruktur als wichtigste Resultate der Diskussion festhalten. Die Berichterstattung soll sich demnach am Lebenslagenansatz ausrichten, weil

dieser dem mehrdimensionalen Charakter von Armut und Reichtum und damit der Komplexität der Lebenswirklichkeit in Deutschland am besten gerecht wird. Der Lebenslagenansatz geht von der sozialen Ungleichheit des individuellen Handlungsspielraums aus und beschreibt Armut als verminderte Teilhabe und Unterversorgung in den zentralen Bereichen des menschlichen Lebens. Für die Armuts- und Reichtumsberichterstattung wird vorgeschlagen, die Bereiche materielle Lage, Erwerbsarbeit, Bildung, Wohnen, Familie und Gesundheit in den Mittelpunkt der Betrachtung zu stellen (Engels, Sellin 1999a,b; siehe hierzu auch Kapitel 3).

Für die Konzeption der Armuts- und Reichtumsberichterstattung und die Erstellung der Berichte zeichnet eine Arbeitsgruppe verantwortlich, die im Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMAS) angesiedelt wurde.[1] Die Organisationsstruktur sieht darüber hinaus ein wissenschaftliches Gutachtergremium vor, dem neben Armuts- und Reichtumsforscher auch Vertreter des Statistischen Bundesamtes als dem wichtigsten Datenhalter angehören. Den wissenschaftlichen Experten kommt außer der Erstellung von Gutachten die Aufgabe zu, Forschungsprojekte zur Weiterentwicklung der Berichtsgrundlagen durchzuführen und auf Datendefizite hinzuweisen. Verbände, Institutionen und Betroffenenorganisationen sowie Länder und Kommunen sind über einen ständigen Beraterkreis eingebunden, der alle Phasen der Berichtserstellung und die inhaltliche, konzeptionelle und methodische Weiterentwicklung des Berichtswesens begleitet. Mit dieser Organisationsstruktur wird eine breite Beteiligung und Mitsprache des wissenschaftlichen Sachverstandes sowie gesellschaftlicher Interessengruppen bei gleichzeitiger klarer politischer Verantwortung der Bundesregierung angestrebt (BMAS 2001; Müllenmeister-Faust 2002; Abbildung 2.1).

[1] Aufgrund der Umstrukturierung und Umbenennung der Ministerien lag die Verantwortung für die Berichterstattung zwischen den Jahren 2003 bis 2006 beim Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) und wird seit 2006 vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) wahrgenommen.

Abbildung 2.1
Organisationsstruktur der Armuts- und Reichtumsberichterstattung (BMAS 2001: 5)



Erläuterung:
Die dünnen Pfeile verweisen auf die Aufgaben und Zuständigkeiten der Organisationseinheiten. Die dicken Pfeile machen die Kooperation und den Austausch zwischen den Organisationseinheiten kenntlich.

2.3 Ergebnisse des Berichts „Lebenslagen in Deutschland – Erster Armuts- und Reichtumsbericht“

Der erste Armuts- und Reichtumsbericht wurde im Mai 2001 in zwei Bänden vorgelegt. Im ersten Band werden auf breiter Datenbasis die Lebenslagen in Deutschland entlang der als zentral erachteten Dimensionen materielle Lage, Bildung, Erwerbsarbeit, Wohnen und Gesundheit für den Berichtszeitraum bis 1998 beschrieben. Ein besonderes Augenmerk richtet sich auf verstärkt durch Armut bedrohte Bevölkerungsgruppen, insbesondere auf Arbeitslose, Kinder und kinderreiche Familien, Menschen mit Behinderungen sowie Migrantinnen und Migranten. Zudem werden die politischen Konzepte und Maßnahmen der Bundesregierung zur Vermeidung und Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung dargestellt. Der zweite Band ist als Materialsammlung konzipiert und umfasst eine Vielzahl von Tabellen und Beschreibungen, die ergänzende und vertiefende Betrachtungen zu allen Themenbereichen des Berichts erlauben.

Im Zusammenhang mit der materiellen Lage werden zuvorderst die Einkommens- und Vermögensverteilung, der Bezug von Sozialhilfe sowie die Überschuldung thematisiert. Zur Beschreibung von Einkommensarmut und –reichtum werden verschiedene Messkonzepte gleichberechtigt nebeneinander gestellt und damit von einer eindeutigen Abgrenzung abgesehen. Geht man von der 50%-Schwelle des mittleren Netto-Äquivalenzeinkommens (alte OECD-Skala) aus, dann lebten 1998 insgesamt 10,1% der Menschen in Deutschland in Armut. In Westdeutschland hat die Einkommensarmut demnach seit Anfang der 1970er Jahre kontinuierlich zugenommen. Die Hauptleidtragenden dieser Entwicklung waren Kinder und Jugendliche, für die inzwischen höhere Armutsquoten als für Menschen im mittleren und höheren Alter berichtet werden. Gleichzeitig hat der Anteil der Personen bzw. Haushalte im oberen Einkommensbereich, einschließlich der Einkommensmillionäre, zugenommen. Auch in den neuen Bundesländern war seit der Wiedervereinigung eine Zunahme sowohl im Armuts- als auch im Reichtumsbereich und damit eine Ausweitung der Einkommensungleichheit festzustellen.

Die Vermögenskonzentration hat sich dem Bericht zufolge im Zeitverlauf zwar verringert - insbesondere durch die staatliche Förderung von Immobilienbesitz, von der auch einkommensschwächere Haushalte profitiert haben –, die Verteilungsungleichheiten sind aber nach wie vor beträchtlich. Im Jahr 1998 verfügten in Westdeutschland die vermögensstärksten 10% der Haushalte über 42% des gesamten Privatvermögens. Die unteren 50% der Haushalte kamen hingegen zusammen lediglich auf einen Vermögensanteil von 4,5%. In Ostdeutschland

war die Vermögensungleichheit noch stärker ausgeprägt. Während das oberste Zehntel 48% des gesamten Privatvermögens besaß, musste sich die untere Hälfte wie in Westdeutschland mit 4,5% begnügen. In den alten wie in den neuen Bundesländern sind Haushalte älterer Menschen vermögender als Haushalte jüngerer Menschen, was unter anderem auf höhere Einkommen, häufigere Erbschaften sowie auf Wertzuwächse und eine kumulative Vermögensbildung im Lebenslauf zurückzuführen ist.

Sozialhilfe in Form laufender Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU) bezogen Ende 1998 rund 3,5% der Bevölkerung. In den neuen Bundesländern lag die Sozialhilfequote mit 2,7% niedriger als in den alten Ländern mit 3,7%, wofür die kontinuierlicheren Erwerbsbiographien und der sich daraus ableitende Anspruch auf höhere Lohnersatzleistungen im Fall von Arbeitslosigkeit verantwortlich zeichnen. Trotzdem hat sich die Sozialhilfeabhängigkeit in den neuen Bundesländern seit der Wiedervereinigung verdoppelt. Für das alte Bundesgebiet lässt sich seit Anfang der 1970er Jahre eine Vervierfachung der Inanspruchnahme von Sozialhilfe feststellen. Verstärkt betroffen sind wiederum Kinder und Jugendliche, die im Jahr 1998 zu 6,8% Sozialhilfe empfingen. Das mit Abstand höchste Sozialhilferisiko tragen Haushalte allein erziehender Frauen, die zu 28,1% von Sozialhilfe abhängig waren.

Der Anteil überschuldeter Haushalte hat sich laut des Berichtes seit der Wiedervereinigung Deutschlands fast verdoppelt. Mittlerweile können fast 7% der Haushalte dem Schuldendienst nicht mehr ordnungsgemäß nachkommen. Die wachsende Überschuldung ist auf die Entwicklung in den neuen Bundesländern zurückzuführen und hängt eng mit dem Anstieg der Arbeitslosigkeit zusammen. Im früheren Bundesgebiet ist die Überschuldung zwar insgesamt leicht rückläufig, der Anteil der überschuldeten Erwerbstätigenhaushalte stieg jedoch an, was auf Probleme bei der Haushaltsführung sowie dem Konsum- und Kreditverhalten schließen lässt. Die Schuldenlast kumuliert in der Bevölkerung im mittleren Lebensalter, der Weg in die Überschuldung beginnt aber oftmals schon in jungen Jahren.

Mit Blick auf die Bildung wird durch den Bericht ein Trend zu höherwertigen Schul- und Ausbildungsabschlüssen belegt. Gleichzeitig hat der Anteil der Ungelernten an den Arbeitslosen zwischen 1975 und 1997 von 6% auf 24% zugenommen, was den Stellenwert der beruflichen Qualifizierung für die Positionierung auf dem Arbeitsmarkt und die Teilhabe am gesellschaftlichen Wohlstand unterstreicht. Der Zugang zur Bildung ist nach wie vor von der sozialen Herkunft abhängig. Auch wenn der Anteil der Arbeiterkinder beim Erwerb einer

Hochschulzugangsberechtigung in den 1990er Jahren um ca. 50% zugenommen hat, bleibt der Abstand zum Anteil der Kinder von Angestellten, Selbstständigen und Beamten erheblich.

In Bezug auf die Erwerbsarbeit werden in dem Bericht insbesondere die steigende Arbeitslosigkeit und die Zunahme prekärer Arbeitsverhältnisse thematisiert. Die Zahl der Arbeitslosen stieg bis 1998 auf rund 4,3 Millionen an. Zwar ist Arbeitslosigkeit für die meisten Betroffenen nur eine vorübergehende Erfahrung, der Anteil der Langzeitarbeitslosen hat aber infolge des sich in vielen Branchen vollziehenden Strukturwandels, der veränderten Beschäftigungsstruktur und insbesondere der im Ostteil Deutschlands wegbrechenden Wirtschaftsstrukturen zugenommen. Als besonders besorgniserregend wird in diesem Zusammenhang die steigende Jugendarbeitslosigkeit gesehen, da ein verhinderter oder verspäteter Berufseinstieg die Aussichten auf dem Arbeitsmarkt auf lange Sicht verschlechtert. Auch der Anstieg geringfügiger Beschäftigungsverhältnisse und geringfügiger Nebentätigkeit geht mit Unterversorgung und unsicheren Zukunftsaussichten einher, die sich im höheren Alter und im Krankheitsfall noch verschärfen. Darüber hinaus werden geschlechtsspezifische Zugangsbarrieren und Benachteiligungen problematisiert. Die Erwerbsbeteiligung von Frauen nimmt zwar zu, bleibt aber immer noch deutlich hinter der von Männern zurück. Insbesondere Frauen mit Kindern werden unzureichend unterstützt und haben schlechtere Berufs- und Karrierechancen.

Armut und soziale Ungleichheit finden auch in der Versorgung mit Wohnraum einen markanten Ausdruck. Insgesamt hat sich die Wohnraumversorgung in Deutschland verbessert, gemessen z.B. an der durchschnittlichen Größe der Wohnungen, dem Wohnstandard und der Eigentümerquote. Allerdings bestehen noch immer große regionale Unterschiede in der Quantität und Qualität der Wohnungsversorgung zu Ungunsten der neuen Bundesländer. Zudem gingen die Verbesserungen der Wohnsituation mit einem deutlichen Anstieg der Wohnkostenbelastung einher. Da die Mieten schneller stiegen als die Löhne und Gehälter, muss ein zunehmend größerer Anteil des Einkommens für die Wohnungsmiete aufgebracht werden. Besonders betroffen sind einkommensschwache Haushalte, die infolge von Mieterhöhungen oftmals an ihre finanzielle Belastungsgrenze stoßen.

Mit Blick auf die Gesundheit zeigt der erste Armuts- und Reichtumsbericht u.a., dass verhaltensbezogene Gesundheitsrisiken wie Rauchen, Übergewicht und sportliche Inaktivität häufiger in den unteren sozialen Schichten anzutreffen sind, die zudem eine höhere Krankheitslast tragen und ihre eigene Gesundheit und Befindlichkeit schlechter einschätzen. Arbeitslose zeigen ein besonders schlechtes Gesundheitsverhalten und sind einem deutlich

erhöhten Risiko für körperliche wie psychische Erkrankungen ausgesetzt. Der Bericht befasst sich zudem mit den sozialen Folgen einer beeinträchtigten Gesundheit. Hervorgehoben wird z.B., dass chronisch psychisch Kranke, Suchtkranke und von HIV/AIDS betroffene Frauen und Männer stark verminderte gesellschaftliche Teilhabechancen haben und häufig von Sozialhilfe abhängig sind. Einen weiteren Schwerpunkt stellt die Pflegebedürftigkeit dar, die sowohl für die Betroffenen als auch für deren Angehörigen mit weitreichenden Nachteilen und Belastungen einhergeht.

Die soziale und gesundheitliche Situation von Menschen mit Behinderungen sowie von Zuwanderern einschließlich Spätaussiedlern werden im ersten Armuts- und Reichtumsbericht als eigene Schwerpunktthemen behandelt. Der Bericht stellt heraus, dass die Eigenständigkeit und Chancengleichheit von Menschen mit Behinderungen gefördert werden muss. Unter anderem werden der beschränkte Zugang zum Arbeitsmarkt und die daraus resultierende hohe Arbeitslosigkeit und Sozialhilfeabhängigkeit sowie der nicht ausreichend verfügbare behindertengerechte Wohnraum als vordringliche Handlungsprobleme benannt.

Bei Migrantinnen und Migranten werden in dem Bericht eine niedrigere Schulbildung und eine schlechtere berufliche Qualifikation festgestellt. Die daraus resultierenden eingeschränkten Chancen auf dem Arbeitsmarkt spiegeln sich auch in einem niedrigeren Einkommen und einem höheren Arbeitslosigkeits- und Sozialhilferisiko wider. Im Hinblick auf die Wohnsituation lässt sich eine Konzentration auf sozial und infrastrukturell benachteiligte Stadtviertel beobachten. Für Migranntinnen und Migranten ergeben sich zudem sprachliche und kulturelle Barrieren des Zugangs zum Gesundheitssystem, aus denen Versorgungsdefizite resultieren. Besonders schwierig ist die gesundheitliche Versorgung von Personen mit unsicherem Aufenthaltsstatus, da angebotene Leistungen aus Angst vor Abschiebung oftmals nicht in Anspruch genommen werden.

Angesichts der vielfältigen Problemlagen und Verteilungsungleichheiten stellt die Bundesregierung in dem Bericht die Notwendigkeit einer sektorübergreifenden Politik der Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung heraus. Als wichtige Eckpfeiler einer umfassenden Handlungsstrategie werden eine nachhaltige, wachstums- und stabilitätsorientierte Wirtschafts- und Finanzpolitik, eine Verbesserung der Chancengerechtigkeit im Bildungswesen sowie eine gezielte Förderung von Familien genannt. Mit Blick auf die hohe Arbeitslosigkeit und die Bemühungen um einen nachhaltigen Beschäftigungsaufbau wird auf das im Jahr 1999 ins Leben gerufene Bündnis für Arbeit, Ausbildung und Wettbewerbsfähigkeit verwiesen,

insbesondere auf das initiierte Sofortprogramm zum Abbau der Jugendarbeitslosigkeit und das Programm „Frau und Beruf“, das auf eine Verbesserung der Arbeitsmarktlage von Frauen abstellt. Große Bedeutung wird auch der Steuerreform beigemessen, durch die eine steuerliche Entlastung von Arbeitnehmern und Familien sowie eine Entlastung des Faktors Arbeit erreicht und Anreize für die Arbeitsaufnahme im unteren Einkommensbereich geschaffen werden sollte. Die Rücknahme der Kürzungen bei der Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall und die Wiederherstellung des ursprünglichen Kündigungsschutzes werden als Beitrag zur Stabilisierung der sozialen Sicherheit für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer gewertet. Darüber hinaus kündigte die Regierung in dem Bericht einen umfassenden Umbau der sozialen Sicherungssysteme an, von dem sie sich auch einen Rückgang der Sozialhilfeabhängigkeit versprach. Zu den im Bericht angekündigten Maßnahmen zur Verbesserung der Bildungschancen zählten neben der Schaffung von Ausbildungsplätzen und der Erhöhung der Qualität der schulischen Bildung, beruflichen Ausbildung und Hochschulbildung vor allem die Reform des BAFöG und das weitgehende Festhalten am Verzicht auf Studiengebühren. Den dargestellten Problemen bei der Wohnraumversorgung beabsichtigt die Bundesregierung durch eine stärkere Förderung des sozialen Wohnungsbaus und durch das Mietrechtsreformgesetz, das eine Senkung der Kappungsgrenze für Mietsteigerungen von 30% auf 20% vorsieht, zu begegnen. Außerdem trat im Jahr 2001 die Wohngeldreform in Kraft, mit der das Wohngeld an die Entwicklung der Mieten angepasst wurde. Mit dem Ziel einer Verbesserung der Wohnsituation in sozial benachteiligten Stadtquartieren und der Vermeidung von Wohnungsnotfällen und Obdachlosigkeit wurde im Jahr 2001 das Programm „Die soziale Stadt“ eingeleitet. Um den wechselseitigen Zusammenhang von Armut und Gesundheit zu durchbrechen, hält die Bundesregierung ein Bündel von aufeinander abgestimmten Maßnahmen und Programmen für erforderlich. Mit dem 1999 in Kraft getretenen Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der Krankenversicherung und der daran anknüpfenden Gesundheitsreform sollen für Einkommensschwache unzumutbare Belastungen vermieden werden. Außerdem wird in Aussicht gestellt, Prävention und Gesundheitsförderung künftig einen höheren Stellenwert einzuräumen und dabei die spezifischen Bedarfe und Belange von Menschen in benachteiligten Lebenslagen verstärkt zu berücksichtigen. Auch im Hinblick auf die Integration von Menschen mit Behinderungen sowie von Migrantinnen und Migranten sieht die Bundesregierung einen Handlungsbedarf. Bezüglich Menschen mit Behinderungen werden die Verabschiedung des Neunten Buches Sozialhilfegesetz und das darin verbürgte Recht der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen sowie die Umsetzung des Benachteiligungsverbotes nach Artikel 3 Abs. 3 Grundgesetz im Bereich der Sozialpolitik als wichtige

Weichenstellungen erachtet. Als Schwerpunkte der künftigen Ausländer- und Integrationspolitik werden die Förderung der Bildungs- und Ausbildungschancen und die Verbesserung der Aussichten auf dem Arbeitsmarkt angekündigt.

2.4 Reaktionen auf den Bericht

Die Reaktionen auf den ersten Armuts- und Reichtumsbericht fielen unterschiedlich aus. Die meisten Wissenschaftler, die sich in den Tagen nach dem Erscheinen des Berichtes zu Wort meldeten, begrüßten zunächst, dass die rot-grüne Bundesregierung im Gegensatz zu den Vorgängerregierungen einen Bericht zu Armut und Reichtum vorgelegt und damit Armut und soziale Ungleichheit als gesellschaftliche Probleme anerkannt hat (z.B. Hengsbach 2001). Positiv aufgenommen wurde zudem, dass Armut nicht auf materielle Deprivation begrenzt, sondern ausgehend vom Lebenslagenansatz eine mehrdimensionale Betrachtung angestrebt wird. Auch die in diesem Zusammenhang erfolgte Erweiterung des Blickwinkels auf Reichtum als entgegen gesetzten Pol des gesellschaftlichen Verteilungsspektrums wurde ausdrücklich begrüßt (z.B. Leibfried 2001). Die Kritik macht sich unter anderem an der unzureichenden wissenschaftlichen Fundierung des Lebenslagenansatzes und der ausbleibenden Definition des Armuts- und Reichtumsbegriffes fest. Am drastischsten wurde dies von Walter Krämer in einem Interview mit dem Handelsblatt zum Ausdruck gebracht, in dem er die „inhaltsleere Definition von Armut“ für wenig geeignet hält, um Armut zu messen und politische Maßnahmen zur Armutsbekämpfung zu legitimieren (Krämer 2001). Andere Wissenschaftler verteidigten das von der Bundesregierung gewählte Vorgehen, verschiedene Methoden und Konzepte zur Ermittlung von Armut und Reichtum vergleichend gegenüberzustellen, angesichts der fehlenden konsensualen Begriffsbestimmungen als gerechtfertigt (z.B. Schneider 2002). Darüber hinaus wurde an dem Bericht die breite, in ein überaus positives Licht gerückte Darstellung der geplanten Aktivitäten zur Armutsbekämpfung beanstandet, die vereinzelt gar als „Werbeschrift der Bundesregierung“ gelesen wurde (Hengsbach 2001). In diesem Zusammenhang wurde wiederholt problematisiert, dass der Bericht als Regierungsbericht und nicht als unabhängiger Expertenbericht erstellt wurde (siehe hierzu Arndt, Jung 2002). Für die perspektivische Berichterstattung wurde der Regierung dringend zu einer distanzierteren Haltung geraten (Leibfried 2001). Neben der Weiterentwicklung des Lebenslagenansatzes wurde in der Schließung der in vielen Bereichen bestehenden Informationslücken, z.B. durch Öffnung bisher nicht zugänglicher Datenbestände, eine der wichtigsten

Herausforderungen für die künftige Armuts- und Reichtumsberichterstattung gesehen (Wagner 2001).

Auch bei Organisationen und Verbänden wie den Gewerkschaften, Wohlfahrtsverbänden oder Selbsthilfe- und Betroffenengruppen fand der Armuts- und Reichtumsbericht ein geteiltes Echo. Die Argumente entsprachen dabei weitgehend denen aus Wissenschaftskreisen geäußerten. Begrüßt wurde der Einstieg in die Berichterstattung und die umfassende, am Lebenslagenansatz ausgerichtete Darstellung von Armut und Reichtum in Deutschland. Für die Zukunft wurden eine genauere Analyse der Ursachen sozialer Schieflagen und gerechte Konzepte zur Umverteilung des gesellschaftlichen Wohlstandes gefordert (Arndt, Jung 2002). Die im ständigen Beraterkreis vertretenen gesellschaftlichen Gruppen bewerteten den Bericht überwiegend positiv. Im Hinblick auf die perspektivische Berichterstattung wurde die Empfehlung ausgesprochen, die bisherige Organisationsstruktur beizubehalten. Allerdings wurde die Notwendigkeit einer Verbesserung der Datenlage und einer stärkeren Verknüpfung mit dem Nationalen Aktionsplan zur Bekämpfung von Armut betont (Unveröffentlichtes Ergebnisprotokoll zur 6. Sitzung des ständigen Beraterkreises zur Armuts- und Reichtumsberichterstattung am 17. Mai 2001 in Berlin).

Die Medien nahmen das Erscheinen des Berichtes zum Anlass, sich allgemein mit dem Thema Armut zu befassen. Ein besonderes Augemerk richtete sich dabei auf das erhöhte Armutsrisiko von Kindern und kinderreichen Familien. An den wenigen Artikeln und Kommentaren, die sich direkt mit dem Bericht auseinandersetzten, fällt ein eher negativer Tenor auf, der vor allem die fehlenden Definitionen und die lückenhafte Datenlage beklagt und darüber hinaus Kritik an aktuellen politischen Entscheidungen der Bundesregierungen übt (z.B. Thelen 2001; Pichler 2001). Einzelne Meinungsäußerungen hoben aber hervor, dass der Bericht die Möglichkeit für eine sachliche Debatte über Armut und Reichtum bietet (Albrecht 2001). Ein breites Echo fand der Bericht ohnehin nur in den ersten Tagen nach seiner Veröffentlichung. Von einer über die Medien ausgetragenen öffentlichen Debatte, wie z.B. später bei den Vorschlägen der Hartz-Kommission, kann keine Rede sein.

2.5 Bemühungen um eine Verstetigung der Berichterstattung

Bereits im Juni 2001, also unmittelbar nach der Veröffentlichung des ersten Berichts, haben die Bundestagsfraktionen von SPD und Bündnis 90/Die Grünen einen Entschließungsantrag mit konkreten Vorschlägen zur Fortführung der Armuts- und Reichtumsberichterstattung vorgelegt (Deutscher Bundestag 2001a). Mit dessen Verabschiedung durch den Deutschen Bundestag am 19. Oktober 2001 ist die Bundesregierung aufgefordert, künftig zur Mitte jeder Legislaturperiode einen Armuts- und Reichtumsbericht vorzulegen, die wie schon der erste Bericht als Regierungsbericht unter Federführung einer ministerialen Arbeitsgruppe realisiert werden sollen. Der bisherige Begleitprozess durch das wissenschaftliche Gutachtergremium und den ständigen Beraterkreis, der von den Bundestagsabgeordneten des zuständigen Ausschusses sehr positiv bewertet wurde (Deutscher Bundestag 2001b), wird ebenso beibehalten wie die übrigen Säulen der Organisationsstruktur.

Am 13. Dezember 2001 fand in Berlin ein Symposium statt, auf dem die Ausgestaltung der künftigen Berichterstattung und die draus resultierenden Forschungsnotwendigkeiten diskutiert und konkretisiert wurden (Müllenmeister-Faust 2002). Die Armuts- und Reichtumsberichterstattung ist demnach in Richtung auf ein Berichtssystem weiterzuentwickeln, das durch detaillierte Deskription und Analyse die Ableitung konkreter sowohl vorbeugender wie nachhaltiger Konzepte und Strategien zur Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung unterstützt (Semrau 2001a). Das Ziel der Armutsbekämpfung soll im Sinne des „mainstreaming“-Ansatzes in allen wesentlichen Politikfeldern verstetigt werden. Zu gewährleisten ist dies u.a. durch die Einrichtung einer interministeriellen Arbeitsgruppe, die alle politischen Entscheidungen und Konzepte auf deren Beitrag zur Vermeidung von Armut und Sicherstellung des gesellschaftlichen Ausgleichs prüft (Semrau 2001b).

Im Hinblick auf die Etablierung eines auf Dauer gestellten Berichtswesens werden von der für die Armuts- und Reichtumsberichterstattung zuständigen ministerialen Arbeitsgruppe drei vorrangige Aufgaben gesehen, und zwar die inhaltliche und konzeptionelle Ausgestaltung, die Verbesserung der Datenlage sowie die Implementierung einer Wirkungskontrolle als Schnittstelle zwischen Berichterstattung und politischem Handeln (siehe hierzu Semrau 2001a,b). Die inhaltlichen Perspektiven betreffen sowohl eine Erweiterung des Themenspektrums als auch eine Ausdifferenzierung der Gliederung der Berichterstattung. Dabei sind vordringliche Problem- und Handlungsfelder stärker in den Mittelpunkt zu rücken und spezifische Problemlagen, z.B. von Wohnungslosen und chronisch Kranken, unter Berücksichtigung der mannig-

faltigen Ausprägungen und Auswirkungen darzustellen. Gleichzeitig muss die Berichterstattung auf ein wissenschaftstheoretisch solideres Fundament gestellt werden. Dies schließt die Klärung der definitorischen Unschärfen der Begriffe Armut und Reichtum und von diesen abgeleiteter Messkonzepte ein. Die Bundesregierung hat hierzu ein Forschungsprojekt in Auftrag gegeben, das die methodischen Schwierigkeiten der Armuts- und Reichtumsmessung verdeutlichen und einen definitorischen Rahmen für die künftige Berichterstattung erarbeiten sollte. Zu dem Projekt, das unter der Leitung von Prof. Dr. Jürgen Volkert durchgeführt wurde, liegt inzwischen ein Endbericht vor, der in der Schriftenreihe zur Armuts- und Reichtumsberichterstattung veröffentlicht worden ist (Volkert et al. 2003). Darüber hinaus ist nach Ansicht der verantwortlichen Arbeitsgruppe ausgehend vom Lebenslagenansatz ein tragfähiger theoretischer Rahmen für die künftige Berichterstattung zu entwickeln. Zu den größten Herausforderungen zählen dabei die theoretisch begründete Abgrenzung der Lebenslagedimensionen und die Ableitung aussagekräftiger Indikatoren. Außerdem sind Schwellenwerte und Algorithmen für die Ermittlung von Unter- und Überversorgungslagen festzulegen (Semrau 2001a,b). Vorschläge hierzu wurden in einem von der Bundesregierung geförderten Forschungsprojekt erarbeitet, das am Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen unter Leitung von Prof. Dr. Wolfgang Voges realisiert wurde. Auch zu diesem Projekt liegt inzwischen ein Endbericht vor (Voges et al. 2005). In Tabelle 2.1 sind neben diesen weitere Forschungsprojekte zusammengestellt, die zur wissenschaftlichen Fundierung der Armuts- und Reichtumsberichterstattung beitragen sollen. Diese beziehen sich zuvorderst auf Themenbereiche, die bislang nur unzureichend berücksichtigt wurden, z.B. auf Ausprägungsformen extremer Armut, die Fluktuation in und aus der Sozialhilfe, die Dunkelziffer der Nichtinanspruchnahme von Sozialhilfeleistungen oder die Entwicklung des Privat- und Produktivvermögens.

Tabelle 2.1

Forschungsprojekte zur Armuts- und Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung (Stand: Mai 2005; eigene Darstellung)

Titel des Forschungsprojektes	**Autoren**	**Publikation**
Verlaufs- und Ausstiegsanalyse zur Sozialhilfe	Stephan Leibfried, Petra Buhr	abgeschlossen 03/2005
Einkommenssituation von Familien	Hermann Quinke	abgeschlossen 03/2005
Methoden und Grundlagen des Lebenslagenansatzes	Wolfgang Voges, Olaf Jürgens, Andreas Mauer, Eike Meyer	abgeschlossen 03/2005
Armut und Lebensstandard. Zur Entwicklung des notwendigen Lebensstandards der Bevölkerung 1996 bis 2003	Hans-Jürgen Andreß, Anne Krüger, Bronia Katharina Sedlacek	abgeschlossen 03/2005
Auswertung des Niedrigeinkommens-Panels (NIEP) im Hinblick auf eine mehrdimensionale Analyse von Armut	Johannes Schwarze, Tanja Mühling	abgeschlossen 03/2005
Alleinerziehende im Sozialhilfebezug. Risiken und Chancen im Leben zwischen Familie und Erwerbstätigkeit	Notburga Ott, Klaus Peter Strohmeier	abgeschlossen 03/2005
Nicht-Inanspruchnahme zustehender Sozialhilfeleistungen (Dunkelzifferstudie)	Richard Hauser, Irene Becker	abgeschlossen 03/2005
Menschen in extremer Armut	Udo Neumann, Karl Mingot	abgeschlossen 03/2005
Repräsentative Analyse der Lebenslagen einkommens-starker Haushalte - Erbschaft, soziale Herkunft und spezielle Lebenslagenindikatoren	Jürgen Schupp, Gert G. Wagner	abgeschlossen 03/2005
Privilegierte Lebenslagen - Gesellschaftliche Eliten - Gemeinwohlorientiertes Engagement	Eva Schulze, Tomas Steffens, Sibylle Meyer	abgeschlossen 03/2005
Verteilung der Einkommen 1999 - 2003	Richard Hauser, Irene Becker	abgeschlossen 03/2005
Lebensstandarddefizite bei Erwerbstätigenhaushalten	John Haisken-De New	abgeschlossen 03/2005
Struktur und Verteilung hoher Einkommen. Mikroanalysen auf der Basis der Einkommensteuerstatistik	Joachim Merz, Dierk Hirschel, Markus Zwick	abgeschlossen 03/2005
Zusammenhänge und Wechselwirkungen zwischen Erbschaften und Vermögensverteilung (Zwischenbericht)	Martin Kohli, Jürgen Schupp	abgeschlossen 05/2005
Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit	Thomas Lampert, Thomas Ziese	abgeschlossen 03/2005
Armut, soziale Ausgrenzung und Teilhabe an Politik und Gesellschaft	Dietrich Engels	abgeschlossen 03/2005

Titel des Forschungsprojektes	Autoren	Publikation
Die Entwicklung und Verteilung des Vermögens privater Haushalte unter besonderer Berücksichtigung des Produktivvermögens	Peter Westerheide, Andreas Ammermüller, Andrea Weber	abgeschlossen 03/2005
Zusatzleistungen für Sozialhilfeempfänger	Walter Krug, Nicole Ernst	abgeschlossen 03/2005
Bildung und Lebenslagen in Deutschland	Gernot D. Weißhuhn	abgeschlossen 10/2004
Wirkungsorientierte Evaluation im Rahmen der Armuts- und Reichtumsberichterstattung	Wolfgang Beywl, Sandra Speer, Jochen Kehr	abgeschlossen 07/2004
Ziel und Wirkung der in der letzten Legislaturperiode beschlossenen gesetzlichen Änderungen der InsO und ZPO auf überschuldete und von Überschuldung bedrohte Haushalte	Wolfhard Kohte	abgeschlossen 07/2004
Haushaltsaktivitäten und Wohlfahrtserträge in Familienhaushalten mit Niedrigeinkommen	Michael-Burkhard Piorkowsky	abgeschlossen 05/2004
Überschuldungssituation in Deutschland im Jahr 2002	Dieter Korczak	abgeschlossen 05/2004
Lebensgestaltung auf Haushaltsebene. Verknüpfung zwischen Armutsforschung und Zeitbudgetdaten	Irmhild Kettschau, Rainer Hufnagel Erlend Holz	abgeschlossen 03/2004
Operationalisierung der Armuts- und Reichtumsmessung	Jürgen Volkert, Günther Klee, Rolf Kleimann, Ulrich Scheurle, Friedrich Schneider	abgeschlossen 11/2003
Repräsentative Analyse der Lebenslagen einkommensstarker Haushalte	Jürgen Schupp, Gert G. Wagner	abgeschlossen 06/2003
Verteilung des Produktivvermögens auf private Haushalte und Personen	Stefan Bach, Bernd Bartholmai	abgeschlossen 02/2002
Die Verteilung des Humankapitals	Rainer Schüssler	abgeschlossen 02/2002
Vorstudie zur Nichtinanspruchnahme zustehender Sozialhilfeleistungen	Dietrich Engels, Christine Sellin	abgeschlossen 11/2001
Zur materiellen Ausstattung der Haushalte von Niedrigeinkommensbeziehern	Margot Münnich, Monika Illgen	abgeschlossen 11/2001
Umfang, Strukturen und Gründe von Sozialhilfebedürftigkeit	Hermann Seewald	abgeschlossen 11/2001
Armut und Lebensstandard	Hans-Jürgen Andreß, Gero Lipsmeier	abgeschlossen 10/2001
Hohe Einkommen, ihre Struktur und Verteilung	Joachim Merz	abgeschlossen 10/2001

Titel des Forschungsprojektes	Autoren	Publikation
Die Bevölkerung im unteren Einkommensbereich. Demographische Strukturen, Einstiegsgründe und Ausstiegsdynamik	Klaus Kortmann, Peter Sopp	abgeschlossen 10/2001
Reichtumsgrenzen für empirische Analysen der Vermögensverteilung, Instrumente für den staatlichen Umgang mit großen Vermögen, ökonomische, soziologische und ethische Beurteilung großer Vermögen	Ernst-Ulrich Huster, Dieter Eißel	abgeschlossen 08/2001
Einkommenslage bei Erwerbstätigkeit und Arbeitslosigkeit	Walter Hanesch	abgeschlossen 08/2001
Einkommensverteilung und Einkommensmobilität	Gert G. Wagner, Peter Krause	abgeschlossen 08/2001
Einkommensverteilung im Querschnitt und im Zeitverlauf 1973 – 1998	Richard Hauser, Irene Becker	abgeschlossen 07/2001

Eine zweite vorrangige Aufgabe der künftigen Armuts- und Reichtumsberichterstattung stellt die Verbesserung der Datenlage dar. Der erste Bericht verdeutlichte eklatante Datendefizite, die sich in einer verminderten Aussagekraft und Reichweite der Ergebnisse niederschlugen. So fehlen z.B. aussagekräftige Daten zum Reichtum, zur Vermögensbildung und zur Überschuldung. Auch hinsichtlich der Fluktuation in und aus der Sozialhilfe und die soziale und ökonomische Situation allein Erziehender offenbarten sich Datenlücken (Arndt, Jung 2002). Nachfolgend wurde deshalb von der zuständigen Arbeitsgruppe im BMAS geprüft, inwieweit vorhandene Erfassungssysteme der amtlichen Statistik und Erhebungsprogramme bevölkerungsrepräsentativer Studien im Sinne der Armuts- und Reichtumsberichterstattung erweitert werden können. Über Kooperationsverträge soll perspektivisch zudem der Zugang zu Datenquellen erschlossen werden, die bislang nicht oder nicht umfassend für die Berichterstattung genutzt werden konnten (Müllenmeister-Faust 2002). Von Bedeutung könnten hier z.B. die Daten der Renten-, Unfall- und Krankenversicherer oder auch der Bundesanstalt für Arbeit sein. Schließlich ist die Möglichkeit gesonderter Erhebungen in Betracht zu ziehen, die auch im Rahmen laufender Forschungsvorhaben realisiert werden könnten. Ein Beispiel hierfür ist das zwischen 1998 und 2000 durchgeführte Niedrigeinkommens-Panel (NIEP) des BMAS, das bis dahin kaum vorhandene Daten über Haushalte im unteren Einkommensbereich zugänglich machte und damit zur Qualifizierung der Datenlage der Armuts- und Reichtumsberichterstattung beitrug (siehe hierzu Kapitel 6).

Die Bedeutung der Wirkungskontrolle als Eckpfeiler eines verstetigten Berichtswesens wurde bereits in dem Bundestagsbeschluss vom 19. Oktober 2001 herausgestrichen (Deutscher Bundestag 2001c). Eine auf Dauer gestellte Armuts- und Reichtumsberichterstattung soll

demnach auch dazu beitragen, die Effektivität und die Wirkungsweise politischer Maßnahmen zur Armutsbekämpfung und Verminderung sozialer Ungleichheit zu prüfen und weitere Handlungserfordernissen abzuleiten. Dazu sind Kriterien und Indikatoren zu entwickeln, die eine angemessene Analyse des Erfolgs oder Misserfolgs politischer Praxis unterstützen. Im Auftrag der Bundesregierung hat das Institut für Evaluation und wissenschaftliche Weiterbildung e.V. (UNIVATION) eine Perspektivstudie durchgeführt und ein Konzept zur Wirkungskontrolle im Rahmen der Armuts- und Reichtumsberichterstattung erarbeitet. Das Konzept soll auch verdeutlichen, welche Daten erforderlich sind, um die Auswirkungen der politischen Armutsbekämpfung zielgenau zu dokumentieren und einer empirischen Überprüfung zugänglich zu machen (Semrau 2001b). Darüber hinaus gibt die Perspektivstudie einen Überblick über alle bisherigen Evaluationen von Gesetzen, Programmen und Maßnahmen, die sich an die im Mittelpunkt der Armuts- und Reichtumsberichterstattung stehenden Bevölkerungsgruppen richten (Beywl et al. 2004).

3 Konzepte und Messung von Armut und sozialer Ungleichheit

Die Konzeptualisierung und Messung von Armut und sozialer Ungleichheit gehört zu den Grundproblemen der Armutsforschung und Armutsberichterstattung. Durch das zugrunde gelegte theoretische Konzept und die vorgenommene Operationalisierung werden bestimmte gesellschaftliche Problemlagen und Verteilungsungleichheiten in den Vordergrund gerückt, während andere in den Hintergrund treten oder sogar gänzlich unbeachtet bleiben. Gleichzeitig werden die Weichen für den gesellschaftlichen Umgang mit Armut und Ungleichheit sowie für politische Forderungen und Handlungsstrategien gestellt (siehe hierzu z.B. Ludwig-Mayerhofer, Barlösius 2001; Sell 2002). Auch die Ergebnisse der Armuts- und Reichtumsberichterstattung sind unter Berücksichtigung der gewählten konzeptionellen und analytischen Zugänge zu bewerten, zumal durch die regierungsamtliche Erstellung der Berichte ein unmittelbarer Zusammenhang zur politischen Armutsbekämpfung besteht. Nachfolgend werden die wichtigsten Methoden und Verfahren zur Messung von Armut und sozialer Ungleichheit dargestellt und diskutiert. Die kritische Würdigung der verschiedenen Ansätze erstreckt sich dabei nicht auf die gesamte Bandbreite der deskriptiven und analytischen Möglichkeiten, sondern fokussiert auf die Eignung für die Armuts- und Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung, insbesondere in Bezug auf die Darstellung von Zusammenhängen zwischen Armut, sozialer Ungleichheit und Gesundheit.

3.1 Definitionen

Soziale Ungleichheit ist eine zentrale Komponente der Sozialstruktur. Den funktionellen Notwendigkeiten einer Gesellschaft korrespondiert eine Struktur sozialer Positionen, die durch die politischen Rahmenbedingungen stabilisiert und weiter ausdifferenziert wird. Von sozialer Ungleichheit wird gesprochen, wenn diese Struktur auf Dauer angelegt und durch positionsgebundene Vor- und Nachteile charakterisiert ist, die in der Verfügung über knappe und begehrte Güter wie Einkommen, Vermögen, Macht, Sozialprestige, Bildung oder Wissen zum Ausdruck kommen. Mit der Vor- und Nachteilsbedingung verbindet sich die Vorstellung eines vertikalen Gesellschaftsaufbaus im Sinne von „besser- oder schlechter-, höher- oder tiefergestellt“ (Bolte, Hradil 1988; Hradil 2001). Das Interesse der Ungleichheitsforschung richtet sich vor allem auf soziale Vor- und Nachteile, die durch die Stellung in der Arbeitswelt und berufliche Positionen bestimmt sind. Seit etwa 20 Jahren werden auch Unterschiede nach Merkmalen wie Alter, Geschlecht, Herkunft oder ethnischer Zugehörigkeit (wieder) unter

dem Ungleichheitsaspekt diskutiert, zumal diese zur Ausdifferenzierung der berufsbezogenen Ungleichheiten beitragen. Begünstigungen und Benachteiligungen, die sich an diesen Merkmalen festmachen, sind auch unter den Bedingungen der heutigen Sozial- und Wohlfahrtsstaaten wirksam und in allen Bereichen sichtbar (Kreckel 1992).

In diesem Verständnis von sozialer Ungleichheit bezeichnet Armut den unteren, durch extreme Nachteile gekennzeichneten Randbereich der Sozialstruktur. Armut wird dabei zumeist nicht absolut im Sinne einer am Subsistenzminimum orientierten Mangellage, sondern in Relation zum mittleren gesellschaftlichen Lebensstandard bestimmt (Klocke 2000; Sell 2002). Zumindest in den heutigen Sozial- und Wohlfahrtsstaaten ist Armut kaum noch eine Frage des physischen Überlebens, sondern vor allem einer angemessenen Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Relative Armut meint somit das Ausgeschlossensein aus gesellschaftlichen Zusammenhängen, weshalb sich die Begrifflichkeit – vor allem auf EU-Ebene – zunehmend von Armut („poverty“) auf soziale Ausgrenzung („social exclusion“) erweitert (Kronauer 1997; Böhnke 2006).

Die gegenwärtig vorherrschende Armutsdefinition, auf die sich auch die Armuts- und Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung stützt, geht auf einen Beschluss des Ministerrates der Europäischen Gemeinschaft aus dem Jahr 1984 zurück. Demnach gelten diejenigen Personen, Familien und Gruppen als arm, „die über so geringe (materielle, kulturelle und soziale) Mittel verfügen, dass sie von der Lebensweise ausgeschlossen sind, die in dem Mitgliedstaat, in dem sie leben, als Minimum annehmbar ist“ (Rat der Europäischen Gemeinschaften 1985: 24). Für die Bestimmung von Armut sind letztlich Mehrheitsmeinungen, Werturteile und Definitionsprozesse ausschlaggebend, die sowohl auf die Voraussetzungen und Strukturen soziokultureller Teilhabe als auch auf die gesellschaftliche Verteilungsgerechtigkeit zielen (Piauchaud 1992; Andreß 1999). Durch die konkrete Ausgestaltung im Sinne einer Fokussierung und Bewertung sowie der dabei zum Tragen kommenden Definitionsmacht der politischen Entscheidungsträger wird Armut zu einer politisch-normativen Größe.

In der empirischen Forschung und Berichterstattung werden zur Erfassung und Beschreibung von relativer Armut verschiedene Ansätze verfolgt. Ganz allgemein kann zwischen indirekten und direkten Konzepten und von diesen abgeleiteten Indikatoren unterschieden werden. Indirekte Armutskonzepte gehen von den Ressourcen aus, die Individuen oder Haushalten zur Verfügung stehen, um die wichtigsten Bedarfe zu decken und am gesellschaftlichen Leben zu

partizipieren. Von einem dauerhaft eingeschränkten Zugang zu den relevanten Ressourcen wird ein Widerspruch zu der sozialstaatlich verankerten Forderung nach sozialer Gerechtigkeit und damit ein politisches Handlungsproblem abgeleitet. Direkte Armutskonzepte stellen hingegen auf die tatsächliche Versorgungslage und Bedarfsdeckung von Individuen oder Haushalten ab und zielen damit auf eine gerechte Verteilung des aus dem Ressourceneinsatz resultierenden Lebensstandards. Die Armutsdefinition der EU zieht eine Verbindungslinie zwischen den indirekten und direkten Konzepten, indem sie sowohl auf den Zugang zu notwendigen und erwünschten Ressourcen Bezug nimmt als auch auf ein soziokulturelles Existenzminimum, das sich an dem faktischen Lebensstandard bemisst (Andreß 1999; Sell 2002). Auch die Armuts- und Reichtumsberichterstattung strebt, trotz der vorrangigen Ausrichtung am Lebenslagenansatz, eine Verknüpfung beider Zugänge an, was bereits im ersten Bericht deutlich zum Ausdruck kommt. Die nachfolgende Darstellung der Armutskonzepte ist somit nicht als Gegenüberstellung im Sinne eines „Entweder-Oder“ zu verstehen, sondern soll vielmehr die Möglichkeiten der Kombination und gemeinsamen Weiterentwicklung der Ansätze verdeutlichen.

3.2 Ressourcenansatz

Der Ressourcenansatz der Armutsforschung geht von der Ausstattung mit ökonomischen Mitteln als wesentliche Voraussetzung für die Befriedigung von Grundbedürfnissen und der Teilhabe am gesellschaftlichen Wohlstand aus. Im Mittelpunkt steht das Einkommen, das in einer funktionierenden Marktwirtschaft den Zugang zu den meisten Bedarfs- und Gebrauchsgütern eröffnet und darüber hinaus eine wichtige Grundlage für die Vermögensbildung und den Besitzerwerb ist. Für die Bestimmung von Armut sind Einkommen aus Arbeitsleistung, Gewerbebetrieb und Vermögensbesitz ebenso zu berücksichtigen wie Transfereinkommen, z.B. Renten, Pensionen und Arbeitslosengeld. Von Bedeutung ist vor allem das verfügbare Einkommen, weshalb das Nettoeinkommen, also das um Steuern, Sozialabgaben und Unterhaltsverpflichtungen bereinigte Einkommen, als Berechnungsgrundlage dienen sollte. Arm ist gemäß dem Ressourcenansatz, wer aus seinem verfügbaren Einkommen nicht die erforderlichen Mittel zur Erreichung des durchschnittlichen gesellschaftlichen Wohlfahrtsniveaus schöpfen kann (Hauser, Neumann 1992; Hauser 1997).

Einkommensarmut wird stets am Einkommen von Haushalten festgemacht, da diese nicht nur Orte des Zusammenlebens, sondern auch des gemeinsamen Wirtschaftens sind (Hauser 1997;

Hübinger 1996). Der Bezug zum Haushalt liegt schon deshalb nahe, weil viele Menschen kein eigenes Einkommen beziehen. Allerdings ist zu beachten, dass sich das Armutsrisiko innerhalb eines Haushaltes unterschiedlich verteilen kann, „[...] in einem Haushalt, der auf der Grundlage des Haushaltseinkommens – das ja in Wahrheit immer an (gegebenenfalls mehrere) einzelne Personen ausbezahlt wird – nicht als arm gilt, dennoch einzelne Haushaltsmitglieder unterdurchschnittlich am Einkommen partizipieren; umgekehrt müssen in „armen“ Haushalten nicht alle Mitglieder (gleichermaßen) arm sein“ (Ludwig-Mayerhofer, Barlösius 2001: 22). Die ungleiche Verteilung des Einkommens zwischen den Haushaltsmitgliedern wird jedoch weder in amtlichen Statistiken noch in empirischen Untersuchungen hinreichend berücksichtigt.

Die Armutsmessung nach dem Ressourcenansatz geht heute meistens vom Netto-Äquivalenzeinkommen, d.h. dem nach der Größe und Zusammensetzung des Haushaltes bedarfsgewichteten monatlichen Haushaltsnettoeinkommen, aus. Damit werden die Einsparungen durch gemeinsames Wirtschaften in einem Mehr-Personen-Haushalt sowie die unterschiedlichen Einkommensbedarfe von Erwachsenen und Kindern berücksichtigt (Hauser 1995). Für die Ermittlung des Äquivalenzeinkommens wurden in den vergangenen Jahren zahlreiche Äquivalenzskalen entwickelt, die unterschiedliche Bedarfsgewichte zugrunde legen. Die Armuts- und Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung orientiert sich zuvorderst an den Skalen der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD). Gemäß der alten OECD-Skala wird für die erste Person im Haushalt ein Bedarfsgewicht von 1,0 angesetzt. Alle weiteren Haushaltsmitglieder ab 15 Jahre gehen mit einem Gewicht von 0,7 und Kinder und Jugendliche unter 15 Jahren mit einem Gewicht von 0,5 in die Berechnung des Äquivalenzeinkommens ein. Für die neue OECD-Skala wurden die Gewichte für Personen ab 15 Jahre auf 0,5 und für Kinder und Jugendliche bis 15 Jahre auf 0,3 herabgesetzt (Tabelle 3.1). Da dadurch die angenommenen Haushaltsersparnisse durch gemeinsames Wirtschaften höher bewertet werden, verringern sich die Armutsquoten von großen und kinderreichen Haushalten, während die Armutsquoten kleiner Haushalte steigen.

Tabelle 3.1
Bedarfsgewichte nach der alten und neuen Äquivalenzskala der OECD (eigene Darstellung)

	Alte OECD-Skala	**Neue OECD-Skala**
Bezugsperson / Haushaltsvorstand	1	1
Weitere Personen ab 15 Jahren	0,7	0,5
Weitere Personen unter 15 Jahren	0,5	0,3

Zur Abgrenzung von Armut müssen Schwellenwerte festgesetzt werden. Im ersten Armuts- und Reichtumsbericht werden verschiedene Abgrenzungen vorgenommen, um eine differenzierte Betrachtung zu ermöglichen: 40%, 50% und 60% vom gesellschaftlichen Durchschnittseinkommen, das entweder über das arithmetische Mittel oder den Median bestimmt wird. Während sich die Armutsforschung in Deutschland lange Zeit auf das arithmetische Mittel stützte, wird auf europäischer Ebene seit jeher dem Median der Vorzug eingeräumt. Für den zweiten Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung wurde von der Darstellung verschiedener Armutsquoten Abstand genommen und der Schwellenwert zur Abgrenzung eines „Armutsrisikos“ gemäß einer zwischen den EU-Mitgliedstaaten erzielten Vereinbarung aus dem Jahr 2001 auf 60% des Medians des nach der neuen OECD-Skala ermittelten Netto-Äquivalenzeinkommens festgesetzt (BMAS 2001; BMGS 2005).

Der Ressourcenansatz kann unter mehreren Gesichtspunkten kritisiert werden. Unbestritten ist, dass Einkommensarmut die Möglichkeiten zur gesellschaftlichen Teilhabe einschränkt. Offen bleibt aber, inwieweit sich dadurch eine Unterversorgung in anderen Bereichen ergibt. Jedenfalls reicht ein analytischer Zugang, der sich einzig an der Verfügung über materielle Ressourcen orientiert und keine Rückschlüsse auf deren Verwendung zulässt, nicht aus, um die Pluralität und Heterogenität der Lebensverhältnisse in einem Land wie Deutschland zu beschreiben. Im Zusammenhang mit der Festsetzung von Armutsgrenzen im Sinne konkreter Einkommensbeträge muss zudem berücksichtigt werden, dass diese immer das Ergebnis statistischer Operationen sind. Sie lassen sich allenfalls auf Konventionen zurückführen, nicht aber durch empirische Analysen legitimieren. Jede Verschiebung der Armutsgrenze oder Änderung der Berechnungsgrundlage hat Auswirkungen auf das Ausmaß der Armutsbetroffenheit und die Verteilung des Armutsrisikos in der Bevölkerung. Problematisch ist dies insbesondere, wenn die Definitionsmacht bei den politischen Entscheidungsträgern liegt, weil dadurch die Problemwahrnehmung und der politische Handlungsdruck gezielt gesteuert werden können. Überhaupt wird durch den Ressourcenansatz der Fokus der politischen

Armutsbekämpfung auf die Gewährung von sozialstaatlichen Transferzahlungen eingeschränkt, was den oftmals sehr komplexen gesellschaftlichen Problemlagen und Verteilungsungleichheiten nicht gerecht wird.

3.3 Schichtungssoziologie

Schichtmodelle sind bis heute ein zentrales Instrument der Sozialstrukturanalyse und Ungleichheitsforschung in Deutschland. Die gesellschaftlichen Veränderungen nach dem Zweiten Weltkrieg, insbesondere die Zunahme der unselbstständigen Erwerbsarbeit und der Ausdifferenzierung der Berufsstruktur, lenkten die Aufmerksamkeit verstärkt auf die Arbeitswelt als zentralen Entstehungsort sozialer Ungleichheit und auf den Beruf als wichtigste Vermittlungsinstanz sozialer Vor- und Nachteile. Als zentrale Dimensionen der Schichtzugehörigkeit werden neben dem Einkommen die Bildung und die berufliche Stellung bzw. das berufliche Prestige erachtet. Soziale Schichten bezeichnen dann Bevölkerungsgruppen, die sich in diesen berufsnahen Ungleichheitsdimensionen weitgehend entsprechen (Hradil 2001). Indem unterstellt wird, dass diese Entsprechung auch in Einstellungen, Denkweisen, Bewertungen und Verhaltensmustern zum Ausdruck kommt, gehen Schichtmodelle weit über die Implikationen des Ressourcenansatzes hinaus. Mit der begrifflichen Analogie zu geologischen Schichten wird beabsichtigt, die Vorstellung einer vertikalen Anordnung sozialer Gruppierungen und damit einer hierarchisch gegliederten Gesellschaftsstruktur hervorzurufen.

Ob und inwieweit sich Armutsphänomene anhand von Schichtmodellen adäquat erfassen lassen, ist Gegenstand kontroverser Diskussionen. Nicht angemessen erscheint eine einfache Gleichsetzung von Armut und Zugehörigkeit zur untersten Sozialschicht. Wenn überhaupt lässt sich Armut als extremste Ausprägungsform der Unterschichtzugehörigkeit beschreiben. Für Axel Honneth (1993) stellt Armut sogar ein eigenes Segment des vertikalen Gesellschaftsgefüges dar, das erst dort beginnt, wo die Zugehörigkeit zur Unterschicht aufhört. Jedenfalls werden bestimmte Armutsgruppen, wie z.B. Arbeitslose, Nichtsesshafte oder Drogenabhängige, durch den schichtungssoziologischen Zugang und der damit verbundenen Ausrichtung an der Stellung in der Arbeitswelt nicht oder nur unzureichend erfasst. Die Schichtungssoziologie schließt aber nicht nur Teile der Armutspopulation aus der Betrachtung aus, sondern – aufgrund der Konzentration auf die gesellschaftlichen Mittellagen – auch die Reichen und andere Gruppen am oberen Ende der Gesellschaftshierarchie (Hübinger 1996).

Operationalisiert werden Schichtmodelle überwiegend anhand von Indikatoren entlang der Dimensionen Einkommen, Bildung und berufliche Stellung. Neben Einzelindikatoren finden Sozialschichtindizes Anwendung, die sich häufig auf die von Erwin Scheuch (1961) gemachten Vorschläge zur Indexbildung beziehen. Dazu werden Einzelindikatoren auf einer Ordinalskala abgebildet und die zugewiesenen Punktwerte zu einem Punktsummenscore zusammengefasst. Der Punktsummenscore wird als quasi-metrische Variable behandelt und kann somit auch in der Linearitätsannahme folgenden Analysemodellen eingehen. Durch die Kombination der Indikatoren soll deren Erklärungskraft erhöht und der Komplexität der meisten Ungleichheitsphänomene besser entsprochen werden. Bisweilen werden auf der Grundlage der berechneten Indices Kategorien gebildet, um das gesellschaftliche Schichtungsgefüge plastisch darzustellen (z.B. Helmert 1994; Winkler, Stolzenberg 1999). Die so konstruierten Schichten geben die Position im mehrdimensionalen Ungleichheitsraum aber nur ungenau wieder. Die Abgrenzung der Schichten kann immer hinterfragt werden und lässt sich nur selten theoretisch begründen. Anstatt der postulierten erhöhten Erklärungskraft kann deshalb ebenso gut von einer größeren Unschärfe und Ungenauigkeit der Messung ausgegangen werden. Letztlich handelt es sich bei empirisch gestützten Darstellungen des gesellschaftlichen Schichtungsgefüges immer nur um Ordnungsmodelle, die lediglich eine Annäherung an die soziale Wirklichkeit ermöglichen und keine Ableitung von Zielgruppen für politische Maßnahmen erlauben (Hradil 2001).

Aus Sicht der Armuts- und Reichtumsberichterstattung lässt sich die Kritik am schichtungssoziologischen Zugang vor allem an der ungenügenden Sensitivität gegenüber der Komplexität gesellschaftlicher Problemlagen und Verteilungsungleichheiten festmachen. Der Blickwinkel der Schichtungssoziologie ist zu eng, um z.B. die zunehmende Armut von Kindern und Jugendlichen, die oftmals schwierige Lebenssituation alleinerziehender Frauen oder die prekäre Arbeitsmarktanbindung von Personen in ehemals gesicherten gesellschaftlichen Mittellagen, zu erfassen. Außerdem bleiben Statusinkonsistenzen wie andauernde Arbeitslosigkeit trotz hoher beruflicher Qualifikation oder hohe Arbeitsplatzunsicherheit bei gleichzeitig hohem Einkommen, die nachweislich an Bedeutung gewonnen haben (Hradil 2001), unberücksichtigt. Erforderlich erscheint eine Erweiterung der Perspektive unter Berücksichtigung der so genannten „neuen“ sozialen Ungleichheiten, die zum Teil quer zum vertikalen Ungleichheitsgefälle verlaufen und sich an Merkmalen wie Alter, Geschlecht, Familienstand, Wohnregion oder Nationalität festmachen lassen. Angesichts der zunehmenden Pluralisierung und Individualisierung der Lebensformen, Lebensweisen und Lebensläufe erscheint eine

differenzierte Beschreibung der aktuellen Armuts- und Ungleichheitsphänomene unabdingbar.

3.4 Lebensstandardansatz

In der Armutsforschung und Armutsberichterstattung verspricht man sich eine solche Erweiterung des Blickwinkels insbesondere von den wieder entdeckten Lebensstandard- und Lebenslagenkonzepten. Gegenüber den ressourcenorientierten und schichtungssoziologischen Zugängen zeichnen sich diese durch eine umfassendere Konzeptualisierung der Lebensumstände sowie einen Schwerpunkt auf die tatsächliche Versorgungslage und gesellschaftliche Teilhabe aus. Der in Großbritannien entwickelte Lebensstandardansatz setzt dazu an der Versorgung mit allgemein hoch bewerteten Konsumgütern an. Fehlt ein Teil der Konsumgüter, die dem gesellschaftlichen Lebensstandard zugerechnet werden, wird von Deprivation gesprochen. Deprivationserscheinungen müssen allerdings nicht zwangsläufig mit Armut einhergehen, da Individuen über unterschiedliche Fähigkeiten verfügen, vorhandene Ressourcen zu verwenden und in Lebensstandard umzusetzen: „People can experience one or more forms of deprivation without necessarily being in poverty. People with the same resources may display a different relationship to forms of deprivation. And people with fewer resources than others may be much more likely to experience forms of deprivation even when their resources remain considerably above the poverty line“ (Townsend 1987: 130). Außerdem führen Unterschiede in individuellen Präferenzen und Lebensstilen dazu, dass einige Menschen bewusst auf Dinge verzichten, die von der Allgemeinheit für wichtig erachtet werden. Von Armut ist nach dem Lebensstandardansatz auszugehen, wenn ein Mangel an Ressourcen mit einem unfreiwilligen Ausschluss von der gesellschaftlichen Teilhabe zusammentrifft (Townsend 1987; Halleröd 1995).

Richtungsweisend für die Entwicklung des Lebensstandardansatzes war die Studie „Poverty in the United Kingdom“, in der Indikatoren zu den Bereichen Ernährung, Gesundheit, Kleidung, Haushaltsausstattung, Wohnsituation, Wohnumgebung, Ausbildung, Arbeitsplatz, familiäre Aktivitäten, Freizeitverhalten sowie soziale Unterstützung und gesellschaftliche Integration erhoben wurden (Townsend 1979). Kritisiert wurde an dieser Studie, dass die Auswahl der Indikatoren durch die Forscher erfolgte und keiner externen Kontrolle unterlag. In späteren empirischen Untersuchungen ist man deshalb dazu übergegangen, die Befragten selbst entscheiden zu lassen, was zum notwendigen Lebensstandard gehört (Mack, Lansley

1985; Bradshaw 1998). Dieses Vorgehen liegt auch der Studie „Alltag in Deutschland“ zugrunde, mit der der Lebensstandardansatz erstmals in Deutschland empirisch umgesetzt wurde. Die Befragten sollten für eine Liste von Items zum alltäglichen materiellen Bedarf, zur Wohnraumversorgung und Wohnraumqualität, zur Zahlungsfähigkeit, zum Freizeitverhalten, zu Sozialkontakten, zur Ausbildung, zur Gesundheit, zu Arbeitplatzmerkmalen, zur Arbeitsplatzsicherheit sowie zum Bedarf für die eigenen Kinder angeben, ob sie diese für erforderlich halten und inwieweit sie im Haushalt zur Verfügung stehen (Andreß 1999).

Von Deprivationsarmut wird in der Studie gesprochen, wenn 20% der als unbedingt notwendig erachteten Ausstattungsmerkmale fehlen. Alternativ dazu wurde ein Index berechnet, der die vorhandenen bzw. fehlenden Ausstattungsmerkmale zusammenfasst und dabei gemäß ihrer Verbreitung und der Bedeutung für die Befragten gewichtet. Auch in der Studie „Poverty in the United Kingdom“ und anderen empirischen Untersuchungen zum Lebensstandard wurde Armut mit Hilfe eines Deprivationsindex ermittelt (Townsend 1979; Mack, Lansley 1985). Ein Vorteil solcher Indices ist, dass die Ausstattungsmerkmale gemeinsam berücksichtigt werden können. Andererseits sind die Indexwerte und die an diesen festgemachten Armutsgrenzen nur wenig anschaulich und schwer zu interpretieren.

Die Eignung des Lebensstandardansatzes für die Armuts- und Reichtumsberichterstattung wurde im Rahmen eines Forschungsprojektes geprüft (Andreß, Lipsmeier 2001). Im Mittelpunkt standen dabei die Generierung aussagekräftiger Indikatoren sowie die Bestimmung von Deprivation und Armut. Eine Schwierigkeit ergibt sich danach aus den bislang vorhandenen Datendefiziten, die sich nur überwinden lassen, wenn künftig häufiger Instrumente zur Erfassung des Lebensstandards in bevölkerungsbezogene Befragungen eingesetzt werden. Zurückgegriffen werden kann bereits auf den Wohlfahrtssurvey 1998, in dessen Erhebungsprogramm eine umfassende Liste von Lebensstandard-Items aufgenommen wurde. Im Sozio-oekonomischen Panel werden seit kurzem mehrere Ausstattungsmerkmale erfragt, auch mit dem Ziel, den Lebensstandardansatz in der Armuts- und Reichtumsberichterstattung zu verankern.

3.5 Lebenslagenansatz

Mit der Armutsdefinition der Europäischen Union ist der Lebenslagenansatz zunehmend ins Zentrum der Armutsforschung und Armutsberichterstattung gerückt. Das Grundanliegen des Lebenslagenansatzes ist eine differenzierte, auch sozialpolitisch angemessene Betrachtung

von Armut und sozialer Ungleichheit, mit dem Ziel „[...] inferiore Lebenslagen und ihren Abstand zum Wohlstand der übrigen Gesellschaft aufzuzeigen, ihre Entwicklung zu beobachten sowie Öffentlichkeit und Politik darüber aufzuklären“ (Glatzer, Hübinger 1990: 50). Im Mittelpunkt stehen die für die soziokulturelle Teilhabe als zentral angesehenen Lebensbereiche sowie die sich in diesen abzeichnenden spezifischen Kombinationen von sozialen Vor- und Nachteilen. Vor allem die Kumulation sozialer Nachteile in Form von Versorgungsdefiziten und verminderten Teilhabechancen wird als Ausdruck einer Armutslage angesehen (Döring et al. 1990; Hübinger 1996). Anders als beim Lebensstandardansatz geht es dabei nicht allein um die Versorgung mit Konsumgütern, sondern auch um die subjektive Lebensweise, wie sie in individuellen Entscheidungen, Bewertungen und Handlungen zum Ausdruck kommt. Damit wird die Bedeutung von Handlungsspielräumen und deren lebenslagenspezifischen Grenzen hervorgehoben.

Zurück geht der Lebenslagenansatz auf den österreichischen Nationalökonom und Philosophen Otto Neurath, der zu Beginn des 20. Jahrhunderts die einseitige Ausrichtung der Sozialforschung an der Einkommensverteilung, wie sie damals z.B. für die Arbeiten des Vereins für Sozialpolitik charakteristisch war, kritisierte und eine multidimensionale Betrachtung der Lebensbedingungen unter Berücksichtigung nicht-ökonomischer Aspekte forderte. Neben dem Einkommen sind aus seiner Sicht in erster Linie die Versorgung mit Wohnraum, Nahrung, Kleidung und Arbeit zu beachten, die in ihrer Gesamtheit eine soziale Situation konstituieren, die er als „Lebenslage“ bezeichnet (Neurath 1925). Nach dem zweiten Weltkrieg wurde der Lebenslagenansatz von dem Gesellschaftswissenschaftler und Politiker Gerhard Weisser aufgegriffen und unter sozialpolitischer Perspektive weiterentwickelt. Stärker als Neurath konzentriert er sich auf die Vielfalt der individuellen Bedürfnisse, Interessen und Präferenzen. Den Wert einer Lebenslage bemisst er an dem „Spielraum“, den die äußeren Umstände dem Einzelnen zur Bedürfnisbefriedigung und Selbstverwirklichung lassen (Weisser 1956). Neben Neuraths Forderung nach Multidimensionalität lässt sich die von Weiser explizierte Vorstellung eines strukturell geprägten individuellen Handlungsspielraums bis heute als einer der nachhaltigsten konzeptionellen Weiterentwicklungen des Lebenslagensatzes verstehen. Großen Anteil an der Ausgestaltung dieses individualstrukturalistischen Zugangs hatte die Sozialwissenschaftlerin Ingeborg Nahnsen, der es insbesondere um die Ermittlung der strukturellen Bedingungen ging, die den individuellen Handlungsspielraum abstecken und die individuellen Handlungschancen prägen. Um eine empirische Bestimmung dieser Bedingungen zu ermöglichen, geht sie von fünf die Lebensla-

ge konstituierenden „Einzelspielräumen“ aus: Versorgungs- und Einkommensspielraum, Lern- und Erfahrungsspielraum, Kontakt- und Kooperationsspielraum, Muße- und Regenerationsspielraum sowie Dispositions- und Partizipationsspielraum (Nahnsen 1975).

Trotz zunehmender Rezeption in der Armutsforschung und Armutsberichterstattung ist der Lebenslagenansatz in den letzten Jahren nicht systematisch weiterentwickelt worden. An Diskussionsbeiträgen, die sich neben Fragen der Konzeptualisierung und Operationalisierung auch mit dem analytischen Potenzial des Lebenslagenansatzes befassen, mangelt es hingegen nicht. Aus Sicht der Armuts- und Reichtumsberichterstattung erscheint insbesondere die Überlegung interessant, den Lebenslagenansatz als Mehrebenenkonzept zu entwickeln, das einen Zusammenhang zwischen Sozialstruktur und individuellen Handlungen herstellt und auf die Erklärung der Lebenslage individueller Akteure zielt. Anknüpfungspunkte können hier die Mehrebenenmodelle von Hartmut Esser (1993) oder James Coleman (1995) liefern, die zwischen einer makro-, meso- und mikrosoziologischen Ebene der Erklärung soziologischer Tatbestände unterscheiden. Der Lebenslagenansatz kann dabei allerdings nur als Rahmenkonzept dienen, das durch eine allgemeine Handlungstheorie und unter Hinzuziehung weiterer Theorieansätze, z.B. Lebensstil-, Milieu- oder Lebenslaufmodelle, auszugestalten ist (Clemens 1994).

Seit Anfang der 1990er Jahre hat es mehrere Versuche gegeben, den Lebenslagenansatz für die empirische Ermittlung von Armut und sozialer Ungleichheit zu nutzen. Erwähnenswert ist der Bericht „Armut in Deutschland“ aus dem Jahr 1994, der gemeinsam vom Deutschen Gewerkschaftsbund und Paritätischen Wohlfahrtsverband herausgegeben wurde (Hanesch et al. 1994). Aufgrund der gesellschaftlichen Bedeutung der beteiligten Akteursgruppen hat der Bericht und damit auch das zugrunde gelegte Lebenslagenkonzept große Aufmerksamkeit erfahren und die wissenschaftliche wie politische Armutsdebatte nachhaltig geprägt. Der Bericht basiert auf Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) aus den Jahren 1984 bis 1990 und weist auf zunehmende Armutsprobleme und gesellschaftliche Schieflagen hin. Beschrieben werden diese entlang der Dimensionen Einkommen, Erwerbsarbeit, Bildung, Wohnen und Gesundheit. Aus Tabelle 3.2 lässt sich außerdem ersehen, welche Indikatoren und Schwellenwerte zur Erfassung von Armut und sozialer Ungleichheit herangezogen wurden. Armut wird in dem Bericht als Unterversorgung in mindestens zwei Bereichen definiert (Hanesch et al. 1994).

Tabelle 3.2
Dimensionen, Indikatoren und Schwellenwerte für Unterversorgung im Lebenslagenkonzept zum Bericht „Armut in Deutschland“ (Hanesch et al. 1994: 128)

Dimension	**Indikator**	**Unterversorgungsschwelle**
Einkommen	Gewichtetes verfügbares Haushaltseinkommen	50% des durchschnittlichen gewichteten Haushaltseinkommens
Erwerbsarbeit	Art und Umfang der Erwerbstätigkeit	Registrierte Arbeitslosigkeit, geringfügige Beschäftigung
Bildung	Berufliche Ausbildung	Kein oder niedriger Schulabschluss, keinen Beruf erlernt
Wohnen	Wohnungsgröße, -ausstattung und -belegung	Weniger als ein Wohnraum pro Person, kein Bad und/oder WC in der Wohnung
Gesundheit	Erkrankungen und Gesundheitsversorgung	Andauernde Behinderung, psycho-somatische Beschwerden, regelmäßige Einnahme von Medikamenten, regelmäßiger Arztbesuch

Ein ähnlicher Ansatz wird im Datenreport 1999, der vom Statistischen Bundesamt in Kooperation mit dem Wissenschaftzentrum Berlin (WZB) und dem Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen (ZUMA) erarbeitet wurde, verfolgt. Auf Basis von Daten des Wohlfahrtssurveys aus dem Jahr 1998 werden objektive und subjektive Problemlagen ermittelt und insbesondere deren Kumulation als Ausdruck einer benachteiligten Lebenslage gewertet. Objektive Problemlagen werden an Nachteilen in den Bereichen Einkommen, Wohnung, Bildung, Sozialbeziehungen und Gesundheit festgemacht. Außerdem werden Angaben zur Ausstattung mit Konsumgütern herangezogen und damit eine Verbindung zum Lebensstandardansatz hergestellt. Die subjektiven Problemlagen beziehen sich auf Einsamkeit, Niedergeschlagenheit sowie Ängste und Sorgen. Um die Kumulation von objektiven und subjektiven Problemlagen abbilden zu können, wurden Indizes gebildet und differenziert dargestellt. Auf diese Weise konnte gezeigt werden, dass die Problemlagen in einzelnen Bevölkerungsgruppen, z.B. bei den Arbeitslosen, allein Erziehenden und allein stehenden Rentnern, kumulieren (Statistisches Bundesamt 2000a).

Auch dem Sozialbericht 2000 der Arbeiterwohlfahrt (AWO), der unter dem Titel „Gute Kindheit – Schlechte Kindheit“ veröffentlicht wurde, liegt der Lebenslagenansatz zugrunde. Ausgehend von einem kindzentrierten Armutsbegriff werden die Entwicklungsmöglichkeiten

und Teilhabechancen der Heranwachsenden in den Bereichen materielle Situation des Haushaltes, materielle Versorgung des Kindes, Versorgung im kulturellen Bereich, Situation im sozialen Bereich sowie psychische und physische Lage eingeschätzt. Das entscheidende Kriterium, um Armut abzugrenzen, ist ein Haushaltsnettoeinkommen, das weniger als die Hälfte des gesellschaftlichen Durchschnitts beträgt. Unterversorgung in den anderen Bereichen wird als soziale Benachteiligung bzw. Deprivation bezeichnet. Als besonders problematische Gruppe werden Kinder erachtet, die von familiärer Armut betroffen sind und gleichzeitig weitreichende Defizite in den anderen Bereichen aufweisen (Arbeiterwohlfahrt 2000).

Die bisherigen Versuche einer empirischen Umsetzung des Lebenslagenansatzes machen die damit verbundenen Schwierigkeiten überdeutlich. Unklar ist nach wie vor, welche Dimensionen der Lebenslage zu betrachten sind und wie sich Armut und soziale Ungleichheit sinnvoll erfassen lassen. Die für die Berichte herangezogenen Indikatoren sind weder theoretisch noch empirisch abgeleitet, sondern in erster Linie eine Funktion der zur Verfügung stehenden Daten. Weitgehend unbeantwortet bleibt die Frage nach der Interdependenz der einzelnen Dimensionen und der Möglichkeit der Kompensation von Nachteilen in einem Bereich durch Vorteile in anderen Bereichen. Aufgrund dessen lässt sich mit Blick auf die bisherigen Untersuchungen kaum von einer empirischen Einlösung des Lebenslagenansatzes sprechen, sondern allenfalls von einer nichtsdestotrotz sinnvollen und notwendigen Erweiterung der Ressourcenperspektive in Richtung auf einen mehrdimensionalen Zugang zu Armut und sozialer Ungleichheit.

3.6 Vorschläge zur Umsetzung des Lebenslagenansatzes in der Armuts- und Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung

Die mit dem Lebenslagenansatz verbundenen Probleme der Konzeptualisierung und Operationalisierung wurden schon im Vorfeld des ersten Armuts- und Reichtumsberichtes diskutiert (Engels, Sellin 1999a). An die Entscheidung für den Lebenslagenansatz war deshalb die Aufforderung geknüpft, die theoretischen und methodischen Grundlagen dieses Zugangs zu Armut und sozialer Ungleichheit weiterzuentwickeln und ein für die Armuts- und Reichtumsberichterstattung tragfähiges Konzept zu erarbeiten. Die Bundesregierung hat hierzu ein Forschungsprojekt vergeben, das am Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen durchgeführt wurde. Die im Projekt „Methoden und Grundlagen des Lebenslagenansatzes“ erarbeiteten Vorschläge zur Auswahl von Dimensionen, Indikatoren und Schwellenwerten sind dem theoretischen Gehalt des Lebenslagenansatzes verpflichtet, orientieren sich aber

auch an den verfügbaren Datengrundlagen und damit am empirisch Machbaren. Der Endbericht beinhaltet eine Reihe von Vorschlägen und Empfehlungen, die weit über die bisher unternommenen empirischen Umsetzungsversuche hinausgehen (Voges et al. 2005). Unter anderem wird mit Verweis auf die Relationalität des Armutsbegriffs dazu geraten, die Analyse der Lebenslagen in Deutschland nicht auf die von Armut betroffene oder gefährdete Bevölkerung zu begrenzen, sondern vielmehr die Gesamtheit der Lebensbedingungen zu betrachten, weil erst vor dem Hintergrund der gesamtgesellschaftlichen Verhältnisse verständlich wird, wie defizitäre Lebenslagen entstehen und reproduziert werden.

Die Konzeptspezifikation orientiert sich am Vorgehen in der Studie „Armut in Deutschland“ und läuft damit auf die Abgrenzung der Dimensionen Einkommen, Erwerbsarbeit, Bildung, Wohnen und Gesundheit hinaus (vgl. Hanesch et al. 1994). Unter Bezugnahme auf den Datenreport 1999 wird gefordert, auch die subjektive Wahrnehmung und Beurteilung der objektiven Lebensbedingungen zu integrieren. Wohlfahrtsforscher weisen schon seit längerem darauf hin, dass sich objektive und subjektive Lebenslagen nicht zwangsläufig decken. Einige Menschen gelangen trotz einer guten Wohlfahrtsposition zu einer negativen Einschätzung ihre Lebenssituation, während andere auch bei nachteiligen Lebensumständen eine subjektive Zufriedenheit zum Ausdruck bringen (Zapf 1984). Die Dissonanz zwischen objektiver und subjektiver Lebenslage kann sich auf den Einsatz der vorhandenen Ressourcen auswirken, so dass eine eingeschränkte gesellschaftliche Teilhabe bisweilen auch bei Personen im mittleren oder sogar höheren Einkommensbereich auftritt. Für die Armuts- und Reichtumsberichterstattung wird deshalb empfohlen, derartige Zusammenhänge kenntlich zu machen und die Lebenslage als Konstellation objektiver und subjektiver Bedingungen zu beschreiben (Voges et al. 2005).

Zur Ausschöpfung des analytischen Potenzials wird durch das Projekt eine Mehrebenenbetrachtung von Lebenslagen als Ergebnis des Zusammenspiels von sozialstaatlichen und sozioökonomischen Rahmenbedingungen (Makroebene) sowie individuellen Anreizstrukturen zur Nutzung von Ressourcen (Mikroebene) nahe gelegt. Durch eine handlungstheoretische Fundierung des vorgeschlagenen Modells wird der bereits von Weiser vorgebrachten Forderung nach Berücksichtigung der sozialen Strukturierung individueller Handlungsspielräume entsprochen und eine soziologische Erklärung der Konstitution und Reproduktion von Lebenslagen angestrebt. Gleichzeitig werden die Voraussetzungen geschaffen, um den Wandel von Lebenslagen nachzeichnen zu können: „Zunächst konstituieren sozialstaatliche und sozioökonomische Rahmenbedingungen eine Situation t_1. Diese Rahmenbedingungen auf

der Makroebene wirken auf Lebensbedingungen und Lebenschancen sowie die Mentalität individueller Akteure. Die Aussagensysteme und Aktivitäten der staatlichen Agenturen und korporativen Akteure beeinflussen deren Anreizcharakter für individuelles Handeln. Sie können die subjektive Wahrnehmung von Opportunitätsstrukturen verstärken oder abschwächen. Die Abfolge dieser drei Schritte lässt sich wiederholt betrachten und als dynamisches Modell der Wechselwirkungen zwischen strukturellen Bedingungen und individuellem Handeln verstehen“ (Voges 2005: 53). Entscheidend dabei ist, dass die Lebenslage nicht nur als Explanandum, sondern auch als Explanans begründet wird. Einerseits konstituiert sich die Lebenslage als Folge der Versorgungslage und der gesellschaftlichen Teilhabe und ist somit ein zu erklärender soziologischer Tatbestand. Andererseits übt die Lebenslage einen Einfluss auf die Versorgung und Teilhabe aus und lässt sich so gesehen als erklärender Sachverhalt begreifen (vgl. Esser 1993; Colemann 1995).

Operationalisiert wird das vorgeschlagene Konzept über Indikatoren entlang der objektiven und subjektiven Dimensionen der Lebenslage. Zur Erfassung der objektiven Lebensbedingungen und Handlungsspielräume werden Indikatoren wie Schulabschluss, berufliche Qualifikation, äquivalenzbilanziertes Haushaltsnettoeinkommen, Wohnkosten, Erwerbsbeteiligung, Krankheit, Wohnungs- und Haushaltsausstattung herangezogen (Tabelle 3.3). Die Festlegung der Schwellenwerte für Unterversorgung erfolgte mit Bezug auf relevante Zielkonzepte bzw. Referenzgrößen und orientierte sich damit weitgehend an normativen Vorgaben. Während einige Schwellenwerte bereits in der Armutsforschung und Armutsberichterstattung eingeführt sind, wie z.B. kein Schul- bzw. berufsbildender Abschluss, Erwerbslosigkeit oder ein Äquivalenzeinkommen unter 60% des gesellschaftlichen Medians, werden andere aller Voraussicht nach kontroverse Diskussionen auslösen und Gegenstand politischer Aushandlungsprozesse sein, z.B. unfreiwillige Teilzeitarbeit oder krankheitsbedingte Einschränkungen bei der alltäglichen Arbeit.

Tabelle 3.3
Für die Armuts- und Reichtumsberichterstattung vorgeschlagene objektive Dimensionen der Lebenslage (Voges et al. 2005: 9-10)

Dimensionen	**Indikatoren**	**Schwellenwerte**
Bildung	Schulabschluss	Kein Schulabschluss
	Berufsbildender Abschluss	Kein berufsbildender Abschluss
Einkommen	Netto-Äquivalenzeinkommen pro Kopf	60% des Median, alte und neue OECD-Skala
	Mietaufwand bzw. laufende Kosten für Wohneigentum (bei Selbstnutzung)	Mietaufwand > 30% vom Haushaltsnettoeinkommen
	Aufwand für Gesunderhaltung	Aufwand > 5% vom Haushaltsnettoeinkommen
Erwerbstätigkeit	Erwerbsbeteiligung	Erwerbslos, unfreiwillige Teilzeitarbeit, Entmutigte
	Inadäquate Beschäftigung	Anteil an inadäquat Beschäftigten (berufliche Stellung ≠ Ausbildungsniveau)
Gesundheit	Erkrankung	Starke/sehr starke Einschränkung der alltäglichen Arbeit durch Krankheit
Wohnen	Haushaltsausstattung	60% des Medians des modifizierten Halleröd-Index
	Wohnungsausstattung	60% des Medians des modifizierten Halleröd-Index
	Wohndichte	Anzahl Personen/Zimmer > 1
	Wohnfläche	< 50% der mittleren Wohnfläche

Noch schwieriger stellt sich die Abgrenzung von Unterversorgung in den subjektiven Dimensionen der Lebenslage dar, da die eigene Versorgungslage und Teilhabe in Relation zum Lebensstandard der Allgemeinheit oder relevanter Bezugsgruppen beurteilt wird. Außerdem hängt die subjektive Einschätzung von eigenen Ansprüchen, Interessen und Emotionen ab, die sich relativ schnell ändern können. Bei der Festlegung von Schwellenwerten zur Bestimmung subjektiv wahrgenommener Unterversorgungslagen wurden deshalb im Projekt „Methoden und Grundlagen des Lebenslagenansatzes“ zwei Strategien verfolgt (Tabelle 3.4): Einerseits wurde die Zufriedenheit in den Bereichen Bildung, Einkommen, Erwerbstätigkeit, Gesundheit und Wohnen betrachtet, die in zentralen Datenquellen der

Armuts- und Reichtumsberichterstattung wie dem Sozio-oeknomischen Panel oder dem Wohlfahrtssurvey anhand von Ordinalskalen erhoben wird. Um die unterschiedlich stark ausgeprägte Heterogenität kontrollieren zu können, wurde andererseits die Zufriedenheit mit den jeweiligen Dimensionen z-standardisiert, d.h. in eine Verteilung mit dem Mittelwert 0 und der Streuung 1 überführt. Bei einem z-transformierten Zufriedenheitswert mit einer Differenz von 1 bzw. 0,5 Standardabweichung zur Referenzpopulation ist gemäß der Empfehlung der Projektgruppe von einer subjektiven Unterversorgung auszugehen (Voges et al. 2005).

Tabelle 3.4
Für die Armuts- und Reichtumsberichterstattung vorgeschlagene subjektive Dimensionen der Lebenslage (Voges et al. 2005: 11-12)

Dimensionen	**Indikatoren**	**Schwellenwerte**
Bildung	Bewertung der Berufsausbildung	„sehr unzufrieden“ + „eher unzufrieden“
	Bewertung z-standardisiert	Differenz von 1 bzw. 0,5 Standardabweichungen zur Referenzgruppe
Einkommen	Bewertung der finanziellen Situation	„sehr unzufrieden“ + „eher unzufrieden“
	Bewertung z-standardisiert	Differenz von 1 bzw. 0,5 Standardabweichungen zur Referenzgruppe
Erwerbstätigkeit	Bewertung der täglichen Arbeit	„sehr unzufrieden“ + „eher unzufrieden“
	Bewertung z-standardisiert	Differenz von 1 bzw. 0,5 Standardabweichungen zur Referenzgruppe
Gesundheit	Einschätzung des Gesundheitszustandes	„schlecht“ + „sehr schlecht“
	Einschätzung z-standardisiert	Differenz von 1 bzw. 0,5 Standardabweichungen zur Referenzgruppe
Wohnen	Bewertung der Wohnsituation	„sehr unzufrieden“ + „eher unzufrieden“
	Bewertung z-standardisiert	Differenz von 1 bzw. 0,5 Standardabweichungen zur Referenzgruppe

Darüber hinaus werden Anforderungen an eine dynamische Betrachtung von Armut und Ungleichheit formuliert, die auf eine angemessene Erfassung des „dualen Charakters“ der Lebenslage als Explanandum und Explanans zielen. Um den Zeitaspekt berücksichtigen und Aussagen über die Kausalität treffen zu können, ist zwischen dem Eintritt in eine Lebenslage

und deren Aneignung und Auswirkungen zu differenzieren: „Misst man beispielsweise das Bildungsniveau von Personen über 35 Jahre und bestimmt die Korrelation mit der ökonomischen Dimension Einkommen, wird ein gefundener (und wahrscheinlich positiver) Zusammenhang zeitlogisch plausibel. Die Lebenslagendimension Bildung bedingt die Chancen auf Arbeitsmärkten und ist damit erklärend für die Lebenslagendimension Einkommen. Betrachtet man dagegen dieselbe Frage für ein Alter 16, so kehrt sich die Kausalität um. Das Familieneinkommen ist sicherlich auch heute ein wichtiger Faktor für das Erlangen von Bildungsabschlüssen“ (Voges et al. 2005: 68). Derartige Kausalbeziehungen lassen sich einzig auf der Basis von Panel-Daten untersuchen. Besonders aufschlussreich sind individuelle Verlaufsdaten, wenn sich diese im Zusammenhang mit retrospektiv erfassten Informationen zur Vorgeschichte der Studienteilnehmer betrachten lassen. Dass Analysen des mit dem Lebenslagenansatz verbundenen Kausalitätsproblems prinzipiell möglich sind und einen relevanten Beitrag zur Armuts- und Reichtumsberichterstattung leisten könnten, wird auf Basis von Daten des Sozio-oekonomischen Panels, des Niedrigeinkommenspanels und des European Household Panel demonstriert (Voges et al. 2005).

Die im Projekt „Methoden und Grundlagen des Lebenslagenansatzes“ erarbeiteten Vorschläge und Empfehlungen lassen sich als signifikante Weiterentwicklung und Qualifizierung des Lebenslagenansatzes auffassen. Inwieweit diese in die Armuts- und Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung eingehen werden, ist allerdings noch unklar. Jedenfalls unterstreichen die Ergebnisse des Projektes das analytische Potenzial des Lebenlagenansatzes und liefern zahlreiche Hinweise darauf, wie diese auf Basis der in Deutschland vorhandenen Datenquellen genutzt werden könnten. Gleichzeitig werden aber auch die mit dem Lebenslagenansatz verbundenen Schwierigkeiten offenbar, die sich neben konzeptionellen und methodischen Fragen, auch an der Konsensfindung bezüglich der Indikatoren und Schwellenwerte festmachen lassen. So können und müssen die bei der Abgrenzung von Unterversorgungslagen hergestellten normativen Bezüge kritisch hinterfragt werden, wenngleich zu berücksichtigen ist, dass jede konkrete Bestimmung von Armut und Unterversorgung an normative Vorgaben gebunden ist und einem unmittelbaren Wertbezug, z.B. zu Fragen der Verteilungsgerechtigkeit, unterliegt. Kritik kann insbesondere an der Konzeptualisierung und Operationalisierung der Gesundheit geübt werden. Zwar wird die Gesundheit unter Berücksichtigung ihres objektiven wie subjektiven Charakters als eigenständige Dimension der Lebenslage beschrieben, bei der Darstellung von Zusammenhängen und Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Lebenslagendimensionen, der Begründung einer analytischen

Trennung von Explanandum und Explanans sowie der Forderung nach Analysen der dynamischen Aspekte von Lebenslagen spielt die Gesundheit aber so gut wie keine Rolle. Entsprechend unbefriedigend ist die Entscheidung, die Gesundheit einzig über Erkrankungen als objektiven Indikator und über die Zufriedenheit mit der Gesundheit als subjektiven Indikator abzubilden. Die Bedeutung der Gesundheit für die Lebenslage lässt sich auf diese Weise nicht angemessen erfassen, weder unter dem Gesichtspunkt der individuellen Lebensqualität noch mit Blick auf die Beeinflussung von Handlungsspielräumen und Teilhabechancen. Die vorgenommene Operationalisierung offenbart die generell geringe Beachtung gesundheitsbezogener Frage- und Problemstellungen in der Armutsforschung und Armutsberichterstattung sowie die ausbleibende Rezeption der theoretischen Konzepte und empirischen Befunde der Gesundheitswissenschaften. Gleichzeitig unterstreicht sie die Notwendigkeit einer angemessenen Konzeptualisierung und Operationalisierung der Gesundheit als Dimension der Lebenslage, wie sie in der vorliegenden Arbeit angestrebt wird. Welche Erkenntnismöglichkeiten mit einem weiter gefassten analytischen und operationalen Gesundheitsbegriff verbunden sind, wird im folgenden Kapitel anhand des sozialepidemiologischen Forschungsstandes zum Zusammenhang von Armut, sozialer Ungleichheit und Gesundheit verdeutlicht.

4 Theoretischer und empirischer Forschungsstand zum Zusammenhang von Armut, sozialer Ungleichheit und Gesundheit

In dem gemeinsam von Hans-Böckler-Stiftung, Deutschem Gewerkschaftsbund und Paritätischem Wohlfahrtsverband herausgegebenen Bericht „Armut in Deutschland“ sowie dem ersten Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung werden Zusammenhänge zwischen Armut, sozialer Ungleichheit und Gesundheit berichtet, weitgehend ohne dass ein Bezug zum theoretischen und empirischen Forschungsstand in der Sozialepidemiologie hergestellt wird. Dadurch bleiben die in der Berichterstattung aufgezeigten Zusammenhänge bislang eigentümlich atheoretisch und in ihrer Aussagekraft begrenzt. Im Gegensatz dazu schließen die in der vorliegenden Arbeit entwickelten Vorschläge zu relevanten Berichtsgegenständen und Datengrundlagen unmittelbar an den sozialepidemiologischen Erkenntnisstand an. Um den Bezugsrahmen zu verdeutlichen, wird zunächst der Bedeutungswandel des Themas, das in der Sozialepidemiologie zumeist auf den Begriff „gesundheitliche Ungleichheit“ oder neuerdings „gesundheitliche Chancenungleichheit“ gebracht wird (Mielck, Bloomfield 2001), in Politik und Forschung nachgezeichnet. Der Stand der empirischen Forschung wird anhand ausgewählter Befunde zur sozialen Ungleichheit in der Morbidität und Mortalität beschrieben. Berücksichtigt werden nur in Deutschland durchgeführte Studien aus den Jahren 1985 bis 1998. Die Betrachtung beginnt Mitte der 1980er Jahre, weil die gesundheitliche Ungleichheit zuvor kaum Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen gewesen ist. Der Endpunkt wurde so gewählt, dass sich keine Überschneidung mit dem auf die Jahre 1998 bis 2003 festgesetzten Berichtszeitraum für den zweiten Armuts- und Reichtumsbericht ergibt. Die Darstellung möglicher Erklärungsansätze der gesundheitlichen Ungleichheit zieht auch in anderen Ländern gewonnene Erkenntnisse heran. Insbesondere wird auf Arbeiten aus Großbritannien, Skandinavien, aus den Niederlanden und aus den Vereinigten Staaten Bezug genommen, wo die Diskussion über mögliche Ursachen und Entstehungsmechanismen der gesundheitlichen Ungleichheit deutlich weiter vorangeschritten ist als in Deutschland.

4.1 Thematisierung in Politik und Forschung

Die Diskussion des Zusammenhangs zwischen Armut, sozialer Ungleichheit und Gesundheit hat in Deutschland eine lange, wenngleich nicht kontinuierliche Tradition. Schon Mitte des 19. Jahrhunderts haben Rudolf Virchow und Salomon Neumann auf die gesellschaftlichen

Ursachen von Krankheit und vorzeitiger Sterblichkeit hingewiesen und staatliche Maßnahmen zum Schutz der Gesundheit gefordert (Virchow 1849). In den letzten Jahrzehnten des 19. Jahrhunderts rückte die sozialpolitische Perspektive aber zunächst wieder in den Hintergrund, da die Bakteriologie eine hinreichende Erklärung der im Krankheits- und Todesursachenspektrum vorherrschenden Krankheiten versprach. Emil Behring war nicht der einzige, der zu dieser Zeit die Forderung vertrat, das Studium ansteckender Krankheiten ohne Ablenkung durch gesellschaftliche Erwägungen und Gedanken über Sozialpolitik zu verfolgen (Rosen 1975). Bald darauf gewannen soziale Fragen an die Medizin aber wieder an Bedeutung. Entscheidenden Anteil daran hatte ein Buch mit dem Titel „Allgemeine Epidemiologie“ (Gottstein 1897), in dem die Bedeutung sozialer Bedingungen für die Entstehung und den Verlauf ansteckender Erkrankungen betont wird. Dem bakteriologischen Krankheitsverständnis wurde entgegen gehalten, dass Bakterien für viele Infektionskrankheiten eine notwendige, aber selten eine ausreichende Bedingung darstellen und die Ausbreitung von Erkrankungen nur durch Einbeziehung der sozialen Verhältnisse erklärt werden kann. Heute lässt sich rückblickend feststellen, dass die durch Tuberkulose und andere übertragbare Erkrankungen verursachten Todesfälle bereits vor Entdeckung des Penizillins durch die Verbesserung der allgemeinen Lebensbedingungen entscheidend zurückgegangen waren (Fries 1980; Steinkamp 1999).

Als eigenständige Forschungsrichtung innerhalb der Medizin etablierte sich die „Soziale Medizin“ (Gottstein 1907) zwischen 1900 und 1910. In dieser Zeit wurden zahlreiche Untersuchungen durchgeführt, in deren Mittelpunkt vor allem die hohe Säuglings- und Kindersterblichkeit sowie Todesfälle infolge weitverbreiteter Infektionskrankheiten wie Tuberkulose, Typhus, Scharlach oder Diphterie standen. In dem Sammelband „Krankheit und soziale Lage“ (Mosse, Tugendreich 1913) sind die Ergebnisse einiger dieser Studien zusammengefasst. Sie thematisieren u.a. die gesundheitsschädigenden Auswirkungen körperlich schwerer Arbeit sowie einer unzureichenden Wohnraumversorgung, Ernährung, Hygiene und medizinischen Versorgung. Im Mittelpunkt des Forschungsinteresses stand die industrielle Arbeiterschaft, die auch noch zu Beginn des 20. Jahrhunderts unter zum Teil stark gesundheitsgefährdenden Bedingungen lebte. Die Benachteiligung der Arbeiterfamilien war überall offensichtlich, z.B. in den Fabriken, Wohnquartieren und Krankenhäusern. Wenngleich nach heutigen Maßstäben einige methodische Fragen offen bleiben, liefern die amtlichen Statistiken und Untersuchungen aus dieser Zeit ein sehr eindrückliches Bild der Ungleichheit von Krankheit und Tod. In Bezug auf die Interpretation der erzielten Befunde und der abgeleiteten

sozialpolitischen Forderungen haben die damals entstandenen sozialmedizinischen Arbeiten und Berichte noch immer Vorbildcharakter.

Nach dem Zweiten Weltkrieg verlor die Soziale Medizin erneut an Bedeutung, was nicht zuletzt an dem problematischen Verhältnis der Medizin zur Eugenik der Nationalsozialisten lag. Hinzu kam die auch von Politikern und Wissenschaftlern in anderen Ländern geteilte Erwartung, dass die allgemeine Wohlstandsentwicklung und der medizinische Fortschritt die soziale Ungleichheit in der Gesundheit und Lebenserwartung zurückdrängen werden. Die Wiederbelebung des Themas setzte erst mit der Veröffentlichung des Black Reports in Großbritannien im Jahr 1980 ein (Townsend et al. 1990). Dieser Bericht wurde von einer Arbeitsgruppe um Sir Douglas Black, dem Präsidenten des „Royal College of Physicians“, erstellt und zeigte gravierende Morbiditäts- und Mortalitätsunterschiede in der englischen und walisischen Bevölkerung auf. So lag das Sterberisiko vor dem Alter von 65 Jahren bei Männern und Frauen in der niedrigsten von fünf Berufsklassen (ungelernte Arbeiter) um den Faktor 2,5 über dem in der höchsten Berufsklasse (Selbständige, Akademiker). Dieser Befund, der im Widerspruch zum Selbstverständnis eines modernen Wohlfahrtsstaates steht, veranlasste das britische Parlament dazu, die Verbreitung des Berichts soweit wie möglich zu erschweren. Der Black Report und der einige Jahre später unter dem Titel „The Health Divide“ (Townsend et al. 1990) veröffentlichte Nachfolgebericht erzielten dennoch eine große öffentliche Resonanz und lösten zunächst in Großbritannien, dann auch in vielen anderen Ländern eine rege Forschungstätigkeit aus, so dass der Befund einer ungleichen Verteilung des Krankheits- und Sterberisikos inzwischen für die meisten westeuropäischen Länder bestätigt werden konnte.

In Deutschland wurde die Diskussion über gesundheitliche Ungleichheit relativ spät aufgegriffen, obwohl bereits Anfang der 1980er Jahre erste Publikationen erschienen, die deutliche Hinweise auf soziale Ungleichheiten im Krankheits- und Sterbegeschehen lieferten. Erinnert sei beispielsweise an eine Analyse der berufsgruppenspezifischen Sterblichkeit 30- bis 65-jähriger Männer in Stuttgart aus dem Jahre 1981, die sich durch eine separate Betrachtung verschiedener Todesursachen und einen Vergleich mit England und Wales auszeichnete (Neumann, Liedermann 1981). Eine breitere Öffentlichkeit wurde durch das 1986 erschienene Buch „Wenn Du arm bist, musst Du früher sterben“ (Oppolzer 1986a) auf das Thema der gesundheitlichen Ungleichheit aufmerksam. In der Folgezeit wurden mehrere empirische Studien durchgeführt, die in weitgehender Übereinstimmung zeigten, dass die Angehörigen sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen häufiger von schweren Erkrankungen, Unfallver-

letzungen und Behinderungen betroffen sind und früher sterben als die Angehörigen vergleichsweise privilegierter Gruppen (vgl. empirische Übersichten von Kirchgässler 1990; Mielck, Helmert 1994). Im Verlauf der 1990er Jahre hat das Forschungsinteresse an der ungleichen Verteilung des Erkrankungs- und Sterberisikos stark zugenommen. Verschiedene Fachzeitschriften haben Sonderhefte zur gesundheitlichen Ungleichheit herausgegeben, z.B. „Sozial- und Präventivmedizin“ (1993, Jg. 38, Heft 3), „Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften“ (2000, Jg. 6, Heft 3) oder „Public Health Forum“ (2001, Jg. 9, Heft 33). Zudem sind mehrere Sammelbände erschienen, die einen Überblick über den Stand der Theoriebildung und der empirischen Forschung vermitteln: „Sozial-Epidemiologie“ (Mielck, Bloomfield 2001), „Müssen Arme früher sterben?“ (Helmert et al. 2001a), „Gesundheit und soziale Benachteiligung“ (Laaser et al. 2001) und „Gesundheitliche Ungleichheit“ (Richter, Hurrelmann 2006). Eine weitere wichtige deutschsprachige Referenz stellt eine Monographie mit dem Titel „Soziale Ungleichheit und Gesundheit“ dar, die sich wie auch einige der Sammelbände nicht darauf beschränkt, den gegenwärtigen Forschungsstand aufzuarbeiten, sondern außerdem Möglichkeiten und Ansätze zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit diskutiert (Mielck 2000; vgl. Mielck 2005). Das zunehmende Interesse spiegelt sich ebenfalls in einer Reihe von Fachtagungen und Konferenzen zur gesundheitlichen Ungleichheit wider. Zu nennen sind hier unter anderem eine gemeinsame Tagung der Sektionen „Medizinsoziologie“ und „Soziale Ungleichheit und Sozialstrukturanalyse“ innerhalb der Deutschen Gesellschaft für Soziologie zum Thema „Soziale Ungleichheit, Gesundheit und Krankheit“ (Nürnberg, September 1997), ein vom Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen veranstalteter Workshop zum Thema „Soziale Ungleichheit und Gesundheit“ (Bremen, März 1999) sowie die jährlich stattfindenden Kongresse „Armut und Gesundheit“ (Berlin, Dezember 1995-2007) und „Health Inequalities“ (Bielefeld, Juni 2005-2007).

4.2 Empirischer Forschungsstand

Für den Zeitraum 1985 bis 1998 liegen etwa 350 Veröffentlichungen vor, in denen empirische Ergebnisse zur gesundheitlichen Ungleichheit in Deutschland berichtet werden (Mielck 2005). Sie belegen überzeugend, dass das Krankheits- und Sterberisiko mit der Position im gesellschaftlichen Ungleichheitsgefüge variiert und in den sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen am höchsten ist. Um den empirischen Forschungsstand wiederzugeben, werden nachfolgend einige besonders aussagekräftige Forschungsbefunde dargestellt. Ausgewählt wurden ausschließlich Ergebnisse von Untersuchungen, deren Erhebungs- und Auswertungs-

methoden gut dokumentiert sind und deren Design hohen wissenschaftlichen Ansprüchen genügt. Die Datengrundlagen sollten auf Bevölkerungsebene repräsentativ sein und auch für die Armuts- und Reichtumsberichterstattung herangezogen werden können. Von einer strengen Auslegung dieses Kriteriums wurde abgesehen, wenn Untersuchungsergebnisse dazu beitragen, die Bandbreite der empirischen Erforschung gesundheitlicher Ungleichheit zu verdeutlichen. Zunächst wird auf Analysen zur Lebenserwartung und Mortalität eingegangen, anschließend auf Untersuchungen zur Morbidität, d.h. zu Krankheiten, Beschwerden, Unfallverletzungen und Beeinträchtigungen der subjektiven Gesundheit. Studien zu Aspekten des Gesundheitsverhaltens und der Gesundheitsversorgung werden nur am Rande einbezogen, weil diese im Kontext der möglichen Erklärungsansätze ausführlich diskutiert werden.

Die meisten Studien, auf die nachfolgend eingegangen wird, orientieren sich am schichtungssoziologischen Zugang und berichten dementsprechend Unterschiede im Krankheits- und Sterbegeschehen nach Einkommen, Bildung und beruflicher Stellung. Untersuchungen zur Gesundheit von Menschen in spezifischen Lebenslagen, z.B. Arbeitslosen oder allein erziehenden Frauen wurden im Betrachtungszeitraum nur vereinzelt durchgeführt (siehe hierzu Kapitel 10 und 11). Dass der Fokus auf die Bevölkerung im Erwerbsalter gerichtet wird, ist darauf zurückzuführen, dass Kinder und Jugendliche und insbesondere ältere Menschen in sozialepidemiologischen Studien lange Zeit kaum berücksichtigt wurden (siehe hierzu Kapitel 12 und 13). Gleiches gilt für Menschen mit Migrationshintergrund, die deshalb ebenso wie die anderen Gruppen nachfolgend nicht näher betrachtet werden können (siehe hierzu Kapitel 14).

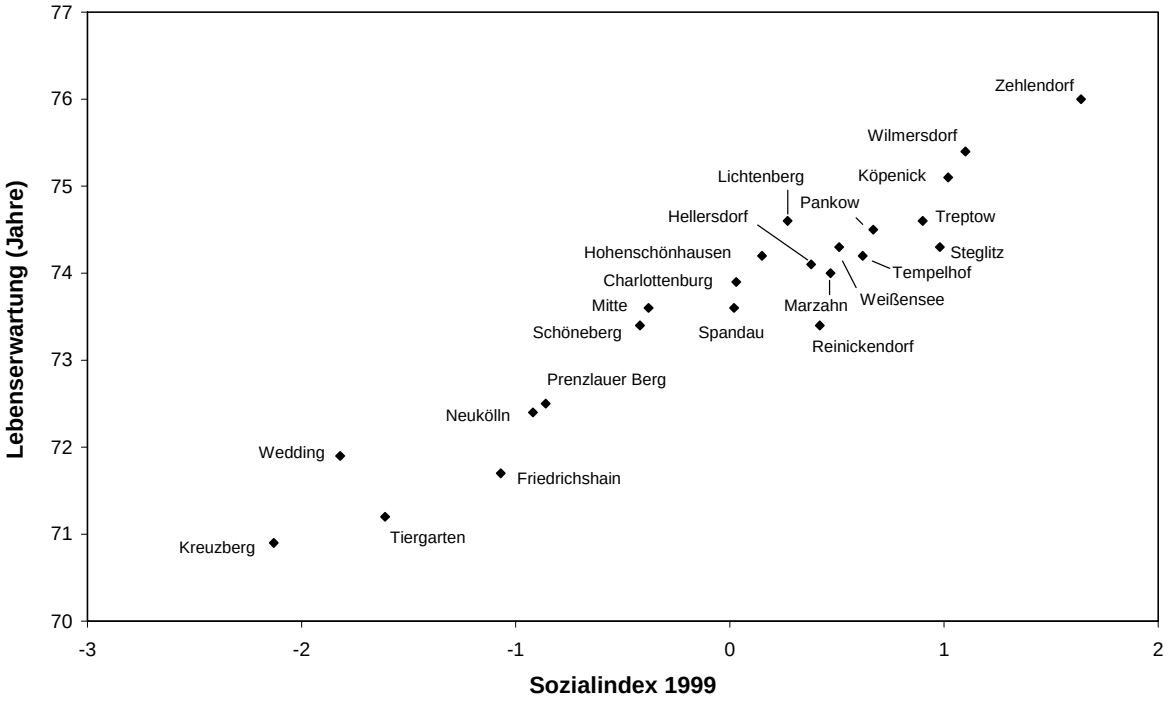
4.2.1 Lebenserwartung und Mortalität

Die Vorraussetzungen für die Analyse von sozialen Unterschieden in der Lebenserwartung und Mortalität sind in Deutschland vergleichsweise schlecht. Auf den amtlichen Todesbescheinigungen bzw. Sterbefall-Zählkarten sind seit 1971 keine Angaben mehr zum Beruf der Verstorbenen enthalten, die in anderen Ländern, z.B. in Schweden, England und Wales, die Grundlage für regelmäßige Auswertungen zum sozial differenziellen Sterbegeschehen bilden. In Bevölkerungsstudien stehen zumeist keine Mortalitätsdaten zur Verfügung oder der Stichprobenumfang ist zu gering, um ein in jungen und mittleren Altersstufen seltenes Ereignis wie den Tod zu untersuchen (Klein 1996). Eine Zusammenführung von Informationen aus verschiedenen Datenquellen, wie dies z.B. in der Schweiz und in Dänemark prakti-

ziert wird, ist in Deutschland aus datenschutzrechtlichen Gründen oftmals nicht möglich. Die meisten in Deutschland durchgeführten Studien basieren deshalb auf einem sozialökologischen Design und analysieren mit Hilfe der amtlichen Statistik das Sterbegeschehen in bestimmten Regionen bzw. im regionalen Vergleich. Aussagekräftiger sind Untersuchungen, die auf der Grundlage von Routinedaten der Rentenversicherungsträger und Krankenkassen oder im Rahmen von Bevölkerungsstudien mit einem Paneldesign durchgeführt werden, wenngleich auch diese methodischen Einschränkungen unterliegen.

Abbildung 4.1

Zusammenhang von Sozialindex und mittlerer Lebenserwartung bei Männern in den Berliner Bezirken 1996-98 (Meinlschmidt, Brenner 1999: 102)



In sozialökologischen Studien werden die Sterblichkeit und die Sozialstruktur einer Region in Bezug gesetzt und die Regionen untereinander verglichen. Der Vergleich kann sich auf Stadtbezirke, Landkreise oder auch Bundesländer beziehen. Die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales in Berlin beispielsweise untersucht regelmäßig soziale Unterschiede in der Lebenserwartung zwischen den Berliner Bezirken. Dabei wird ein Zusammenhang zwischen der mittleren Lebenserwartung in den Bezirken und einem für Berlin entwickelten Sozialindex, einem Maß für die soziale Betroffenheit durch z.B. Arbeitslosigkeit, Sozialhilfebezug oder Niedrigeinkommen, hergestellt. Die Auswertungen für die Jahre 1996 bis 1998 zeigen eindrucksvoll, dass die Bezirke mit der stärksten sozialen Belastung (z.B. Kreuzberg, Wedding, Tiergarten oder Friedrichshain) die geringste mittlere Lebenserwartung aufweisen,

während in Bezirken mit der günstigsten Sozialstruktur (z.B. Zehlendorf, Wilmersdorf oder Köpenick) auch die höchste mittlere Lebenserwartung zu verzeichnen ist (Meinlschmidt, Brenner 1999). Dieses Verteilungsmuster lässt sich für beide Geschlechter feststellen, der in der mittleren Lebenserwartung zum Ausdruck kommende Abstand zwischen den sozial am schlechtesten und den sozial am besten gestellten Bezirken fällt bei Männern (Abbildung 4.1) aber noch deutlicher aus als bei Frauen.

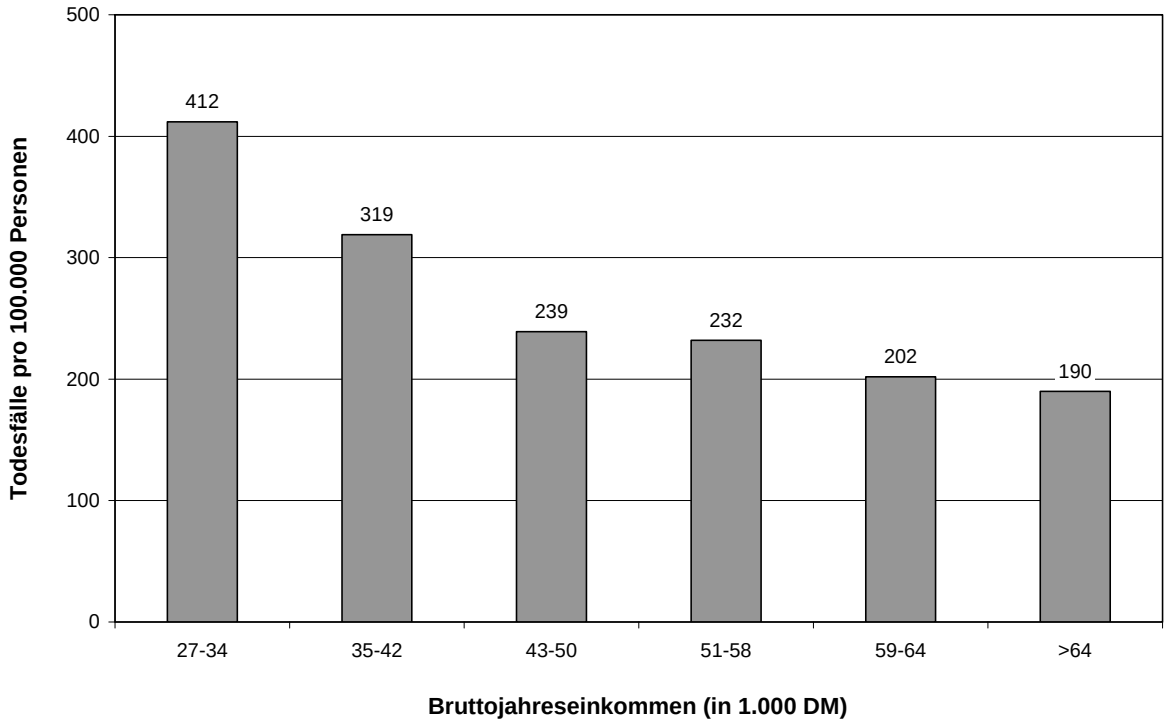
Eine sehr detaillierte ökologische Betrachtung des sozial differenziellen Sterbegeschehens wurde für das Land Hessen vorgelegt. Das Interesse galt dabei der Lebenserwartung bei Geburt, der ferneren Lebenserwartung im Alter von 65 bzw. 75 Jahren sowie den todesursachenspezifischen Sterberaten im Zeitraum von 1987 bis 1993. Verglichen wurden die 26 Stadt- und Landkreise des Bundeslandes, deren Sozialstruktur anhand zahlreicher Indikatoren beschrieben wurde, die sich u.a. auf die Bildung, kulturelle Infrastruktur, wirtschaftliche Prosperität, Erwerbsstruktur, Gesundheitsversorgung und Bevölkerungsbewegung bezogen. Auch für Hessen lässt sich feststellen, dass günstigere sozioökonomische Lebensumstände, die sich vor allem in der Stadt Frankfurt und dem übrigen wirtschaftsstrukturell günstigen Rhein-Main-Gebiet finden, mit einer höheren Lebenserwartung einhergehen. Der Zusammenhang ist dabei in der ferneren Lebenserwartungen der 65- bzw. 75-Jährigen stärker ausgeprägt als in der Lebenserwartung bei Geburt. Bei Männern treten die sozioökonomischen Unterschiede in der Mortalität vor allem bei Todesurachen hervor, die sich mit gesundheitsschädigendem Verhalten in Verbindung bringen lassen, z.B. Herz-Kreislauf-Krankheiten und Atemwegserkrankungen (Wittwer-Backofen 1999).

Ein Nachteil sozialökologischer Studien ist, dass die Befunde nicht unmittelbar von der regionalen auf die Individualebene übertragbar sind. Im Rahmen solcher Studien lassen sich einzig Aussagen über die Auswirkungen regionaler Lebensbedingungen auf die Mortalität treffen. Welche Bedeutung dem sozioökonomischen Status als Individualmerkmal zukommt, kann hingegen nur mit personenbezogenen Daten geklärt werden. Routinedaten der Rentenversicherungsträger und der Krankenversicherungen eröffnen hier interessante Analysemöglichkeiten, die bislang noch zu selten genutzt werden. Eine der wenigen vorliegenden Auswertungen beruht auf einer 20%-Stichprobe der Reha-Verlaufs-Datei der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) und deutet auf prägnante Einkommensdifferenzen in der Sterblichkeit hin. Die Analyse bezieht sich allerdings nur auf männliche Angestellte im Alter zwischen 30 und 59 Jahren, die 1985 einer versicherungspflichtigen Beschäftigung nachgegangen sind. Angestellte der niedrigsten Einkommensstufe (27.000 bis 34.000 DM Brutto-

Jahreseinkommen) unterlagen einem mehr als doppelt so hohem Sterberisiko im Vergleich zu Angestellten der höchsten Einkommensstufe (64.000 DM und darüber). Die Sterblichkeit nahm in allen betrachteten Altersgruppen von der niedrigsten bis zur höchsten Einkommensstufe kontinuierlich ab und auch zwischen den einkommensstärksten Gruppen konnten, wenn auch nur schwach ausgeprägte, Sterbeunterschiede beobachtet werden (Abbildung 4.2; Klosterhuis, Müller-Fahrnow 1994).

Abbildung 4.2

Sterblichkeit versicherungspflichtiger männlicher Angestellter im Alter von 30 bis 59 Jahren nach Einkommen im Jahr 1985 (Klosterhuis, Müller-Fahrnow 1994: 325)



Krankenkassendaten sind zwar eine gute Grundlage für Analysen zur sozial differenziellen Sterblichkeit, werden aber nur vereinzelt für wissenschaftliche Zwecke zur Verfügung gestellt. Anhand von Daten der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) Mettmann für die Jahre 1987 bis 1996 konnte der Einfluss der beruflichen Stellung auf die Mortalität bei 30- bis 70-jährigen Hauptversicherten analysiert werden. Sowohl bei Männern als auch bei Frauen steigt das Mortalitätsrisiko mit abnehmendem Berufsstatus stufenweise an: Un- und angelernte Arbeiter und auch Arbeiter mit einer abgeschlossenen Lehre unterlagen im Vergleich zu leitenden Angestellten einem vier- bis fünfmal höheren Sterberisiko (Geyer, Peter 1999). Die prozessproduzierten Routinedaten der Renten- und Krankenversicherungen haben den Vorteil, sehr zuverlässig zu sein. Außerdem stellen sich Probleme der Repräsentativität, die sich in

Bevölkerungsstudien ergeben, z.B. durch Stichprobenkonstruktion, Teilnahmeverweigerung oder Teilnehmerausfall, in weitaus geringerem Maße. Ein Nachteil dieser Daten ist allerdings, dass ihr Geltungsbereich stark eingeschränkt ist: Die BfA-Daten beziehen sich nur auf Angestellte, in der AOK sind un- und angelernte Arbeiter überrepräsentiert. Durch die geringere soziale Variabilität in dem Untersuchungskollektiv wird das tatsächliche Ausmaß des sozialen Gradienten in der Mortalität wahrscheinlich noch unterschätzt (Helmert et al. 2002; Mielck 2000; vgl. Kapitel 6.3).

Sofern Mortalitätsinformationen zur Verfügung stehen, stellen auch in Bevölkerungsstudien erhobene Daten eine gute Grundlage für Analysen des sozial differenziellen Sterbegeschehens dar. Ein interessanter Zugang eröffnet sich über das in jährlichen Abständen wiederholte Sozio-oekonomische Panel (SOEP), das 1984 mit rund 12.000 Männern und Frauen im Alter von 16 Jahren und älter begonnen wurde. Das SOEP eröffnet zwei empirische Zugänge zur sozialen Ungleichheit im Sterbegeschehen. In der dritten Erhebungswelle im Jahr 1986 wurden einmalig Angaben zu den Eltern der Befragten erhoben. Neben den Geburts- und gegebenenfalls Sterbedaten wurde nach der Schulbildung und beruflichen Qualifikation – im Fall des Vaters auch nach der beruflichen Stellung – gefragt. Auf Grundlage dieser Elterndaten konnte u.a. gezeigt werden, dass eine niedrigere berufliche Stellung bei Männern mit einem höheren Mortalitätsrisiko verbunden ist. In der Lebenserwartung bei Geburt macht der Unterschied zu den höheren Statusgruppen je nach Geburtskohorte zwischen 2,5 und 5 Jahren aus. Bei Frauen, deren sozialer Status über die berufliche Stellung ihrer Ehepartner bestimmt wurde, zeigen sich die gleichen Zusammenhangsmuster, die Differenzen zwischen den Statusgruppen treten aber schwächer zutage (Klein 1993a,b). Andere Auswertungen der Elterndaten belegen einen Bildungseffekt auf die Sterblichkeit: Hochschulabsolventen und Personen mit Berufsabschluss haben ein etwa um 25% herabgesetztes Mortalitätsrisiko gegenüber jenen ohne abgeschlossene Berufsausbildung (Schepers, Wagner 1989; Becker 1998).

Die Analysen der Elternsterblichkeit sind mit dem Problem behaftet, dass sich Selektionseffekte weder kontrollieren noch abschätzen lassen und die retrospektive Erhebung der Angaben zu den Eltern fehleranfällig ist. Vielversprechender sind Auswertungen zum Sterbegeschehen unter den Teilnehmern am SOEP. Bei den jährlichen Erhebungen wird ermittelt, ob ein Teilnehmer in der Zwischenzeit gestorben ist. Da für jeden Teilnehmer umfassende soziodemographische und sozioökonomische Angaben aus den Vorjahren zur Verfügung stehen, lassen sich differenzierte Betrachtungen der Sterblichkeit anstellen. Eine Auswertung

für die Jahre 1984 bis 1993 verdeutlicht einen Bildungsgradienten in der ferneren Lebenserwartung ab 16 Jahre: Männer mit Abitur leben rund drei Jahre länger als Männer ohne Abitur; bei Frauen beträgt die entsprechende Differenz sogar vier Jahre (Klein 1996). Eine zweite Analyse für denselben Zeitraum zeigt Einkommensdifferenzen in der Mortalität auf. Auch bei statistischer Kontrolle der Kohortenzugehörigkeit, des Geschlechts sowie des subjektiven Gesundheitszustandes erwies sich die Einkommenslage als bedeutsame Determinante der Sterblichkeit. Durch die Unterscheidung zwischen zwei Fünf-Jahres-Beobachtungsfenstern (1984-88 und 1989-93) konnten Veränderungen im Zeitverlauf ermittelt werden, die sich im Sinne einer Polarisierung zwischen den einkommensstärkeren und einkommensschwächeren Gruppen interpretieren lassen (Voges, Schmidt 1996). Das SOEP eröffnet somit auch die Möglichkeit, derartige Veränderungen als Ausdruck eines allgemeinen sozialen Wandels zu untersuchen und zu beschreiben.

In einer weiteren Auswertung der Daten des Sozio-oekonomischen Panels aus den Jahren 1984-1993 wurde versucht, die Bedeutung sozialer und biologischer Faktoren für die Lebenserwartung zu ermitteln. Dazu wurden die Sterbedaten der Studienteilnehmer und ihrer Eltern gegenübergestellt, ausgehend von der Annahme, dass sich das biologisch-genetische Potenzial der Lebensspanne im Sterbealter der Eltern widerspiegelt. In dieser Untersuchung wurde eine Korrelation zwischen der eigenen und der Lebensspanne der Eltern beobachtet, die aber nach statistischer Kontrolle des Bildungseinflusses verschwand. Der Autor macht deshalb eher „soziale Vererbung“ als eine gemeinsame Erbausstattung für die ähnlich hohe Lebenserwartung verantwortlich (Klein 1995). Die Möglichkeit einer genetischen Determinierung sozialer Merkmale wird ebenso wenig diskutiert, wie die Einschränkungen der Aussagekraft der Ergebnisse, die aus dem gewählten Auswertungskonzept resultieren.

Vor dem Hintergrund der steigenden Lebenserwartung und der demographischen Alterung nimmt das Interesse an Analysen der „aktiven Lebenserwartung“ zu. Als „aktive Lebenserwartung“ wird zumeist die Lebenszeit bezeichnet, die frei von schwerer chronischer Krankheit oder Behinderung ist. Während Analysen der aktiven Lebenserwartung in den Vereinigten Staaten inzwischen sowohl für Demographen als auch für Gerontologen einen Forschungsschwerpunkt ausmachen, liegt für Deutschland bislang nur eine aussagekräftige Studie vor. Diese basiert erneut auf SOEP-Daten und untersucht die Veränderung des Gesundheitszustandes und den Eintritt des Todes in aufeinanderfolgenden Kalenderjahren über den Zeitraum 1984 bis 1988. Für die statistischen Analyen nach der Methode der Mehrzustands-Sterbetafel wurden vier Zustände unterschieden: Mortalitätsrisiko in der

aktiven Bevölkerung, Mortalitätsrisiko in der inaktiven Bevölkerung, Erkrankungsrisiko und Gesundungschance. Die Ergebnisse weisen die Bildung als Determinante der aktiven Lebenserwartung aus: Vor allem bei Männern, aber auch bei Frauen schlägt sich eine höhere Schulbildung in einem niedrigeren Erkrankungsrisiko und einer höheren Gesundungschance nieder. Auch in Bezug auf das Mortalitätsrisiko deuten die Bildungsunterschiede in die erwartete Richtung, sie sind aber statistisch nicht signifikant (Tabelle 4.1). Im Gegensatz zum Bildungsniveau haben die materiellen Lebensbedingungen bei Männern keinen überragenden Einfluss auf die aktive Lebenserwartung. Bei Frauen existiert hingegen ein nennenswerter Wohlstandseffekt sowohl auf die gesamte Restlebenserwartung als auch auf die aktive Lebenserwartung (Klein, Unger 1999).

Tabelle 4.1

Relative Risiken für soziale Determinanten der aktiven Lebenserwartung 1984-88 (Klein, Unger 1999: 175)

	Mortalitätsrisiko, aktive Bevölkerung	**Mortalitätsrisiko, inaktive Bevölkerung**	**Erkrankungsrisiko**	**Gesundungschance**
Männer				
Alter (minus 16)	1,084**	1,077**	1,048**	0,979**
Bildung[1]	0,780	0,689	0,675**	1,321*
Äquivalenzeinkommen[2]	0,850	1,040^{+}	1,018	0,897^{++}
Familienstand[3]	0,958	0,616*	1,296*	1,127
exp. (Konstante)	4,727**	6,249**	4,727**	0,204
Log-likelihood	-367,195	-280,128	-1490,671	-835,445
Frauen				
Alter (minus 16)	1,100**	1,075**	1,044**	0,982**
Bildung[1]	0,917	0,595^{++}	0,854^{++}	1,188^{++}
Äquivalenzeinkommen[2]	0,66^{++}	1,135	0,897^{+}	1,081
Familienstand[3]	0,463*	0,926	0,912	1,061
exp. (Konstante)	8,539**	6,759**	4,066**	0,405
Log-likelihood	-282,286	-363,761	-1943,447	-1046,243

** p<0,01 * p<0,05 $^{++}$ p<0,10 $^{+}$ p<0,15
[1)] 0 = maximal Hauptschulabschluss; 1 = mindestens Realschulabschluss
[2)] Bedarfsgewichtetes Haushaltsnettoeinkommen (alte OECD-Skala)
[3)] 1 = verheiratet-zusammenlebend; 0 = anderer Familienstand

Neben dem SOEP ermöglicht in Deutschland einzig der Lebenserwartungssurvey systematische Analysen der sozial differenziellen Mortalität auf der Basis von bundesweit repräsentativen Bevölkerungsdaten. Der Lebenserwartungssurvey wurde 1998 als Wiederholungsbefra-

gung bei den Teilnehmern am Nationalen Untersuchungssurvey 1984-86 und am Gesundheitssurvey Ost 1991-92 durchgeführt. Für eine erste Auswertung wurden drei Gruppen u.a. hinsichtlich soziodemographischer und sozioökonomischer Merkmale miteinander verglichen: wiederholt Befragte, zum zweiten Erhebungszeitpunkt Verstorbene sowie aus anderen Gründen Nicht-Teilnehmende. Anhand der Informationen aus den ersten Erhebungen konnte gezeigt werden, dass die zwischenzeitlich Verstorbenen häufiger den sozioökonomisch schlechter gestellten Gruppen angehören. Besonders deutlich wird dies hinsichtlich des höchsten Schulabschlusses, aber auch anhand des Einkommens und der beruflichen Stellung lassen sich signifikante Unterschiede beobachten (Gärtner 2002).

4.2.2 Morbidität

Erste umfassende empirische Analysen der sozialen Ungleichheit im Krankheitsgeschehen wurden in Deutschland im Rahmen des MONICA-Projektes (Monitoring Trends and Determinants in Cardiovascular Disease) und der Deutschen-Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP) durchgeführt. An dem von der Weltgesundheitsorganisation koordinierten internationalen MONICA-Projekt, das die kardiovaskuläre Morbidität und zugrunde liegende Risikokonstellationen in den Mittelpunkt der Betrachtung rückte, waren zu Projektbeginn Anfang der 1980er Jahre drei Studienzentren in den alten Bundesländern und ein Studienzentrum in der damaligen DDR beteiligt. In den alten Bundesländern gingen die stärksten Forschungsaktivitäten von der Augsburger Studienregion aus, wo bis Mitte der 1990er Jahre insgesamt vier Bevölkerungsbefragungen realisiert wurden (1984-85, 1987-88, 1989-90, 1994-95), an denen jeweils um die 5.000 Männer und Frauen im Alter zwischen 25 und 64 bzw. 74 Jahren teilnahmen. Die Befragung in den Jahren 1987-88 wurde als Wiederholungsbefragung zum ersten Survey konzipiert, so dass Längsschnittdaten für einen drei bis vier Jahre umfassenden Zeitraum zur Verfügung stehen. Die Augsburger MONICA-Daten belegen u.a., dass kardiovaskuläre Risikofaktoren wie Rauchen, Hypercholesterolämie, Hypertonie und Übergewicht in der Bevölkerung ungleich verteilt sind und sich letztlich in einem stärkerem Vorkommen von Herz-Kreislauf-Krankheiten in den unteren Bildungs- und Berufsstatusgruppen niederschlagen (Härtel et al. 1993a,b). Diese Befunde konnten auch für die DDR bestätigt werden, wo die erste Bevölkerungsbefragung im Rahmen des MONICA-Projektes zwischen 1983 und 1985 mit etwa 11.000 Personen im Alter von 25 bis 64 Jahren realisiert wurde (Claaßen 1994).

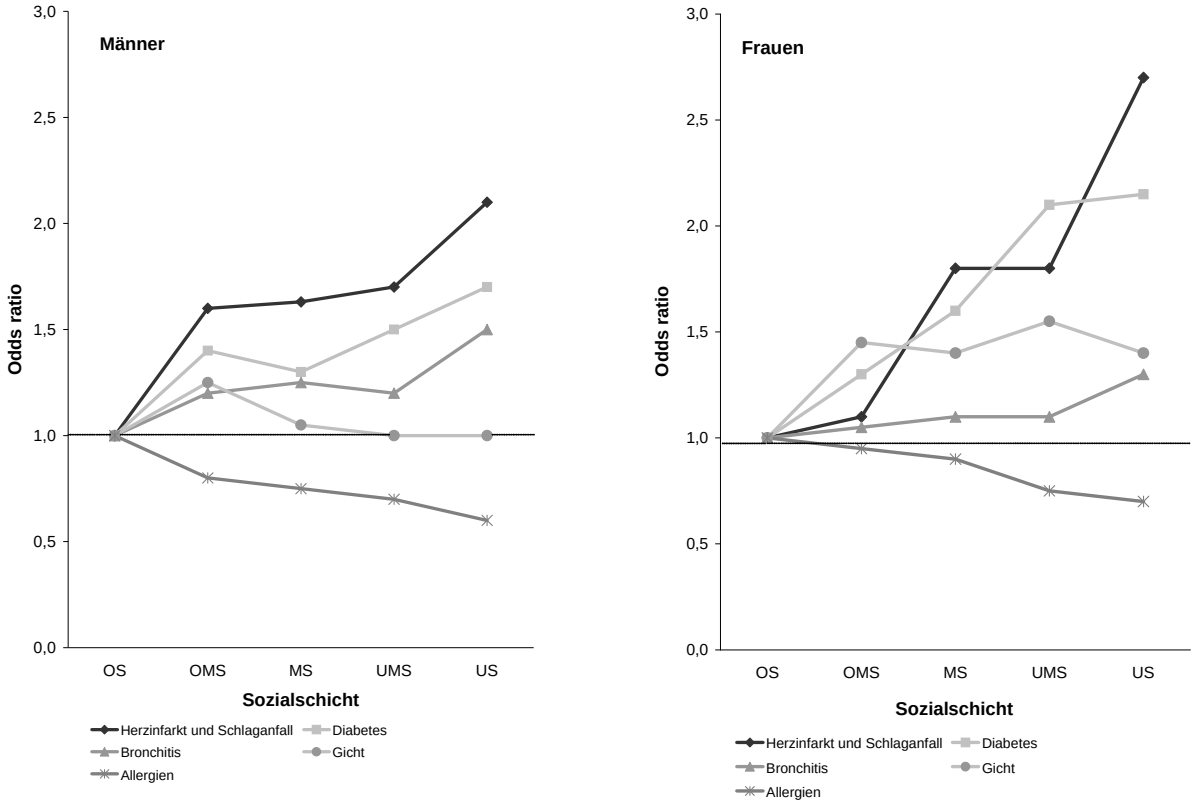
Die DHP-Studie bietet einen noch besseren Zugang zur Analyse der sozial ungleichen Morbidität in Deutschland als das MONICA-Projekt, u.a. weil sie Daten bereitgestellt hat, die für das gesamte Gebiet der alten Bundesländer repräsentativ sind. Sie wurde zwischen 1984 und 1991 in der Absicht durchgeführt, durch gezielte Intervention die Prävalenz und Inzidenz von Herz-Kreislauf-Krankheiten in sechs Regionen (Berlin-Spandau, Bremen, Stuttgart, Landkreis Traunstein, Karlsruhe, Bruchsal und Mosbach) zu verringern. In diesen Regionen wurden in drei Wellen (1984-85, 1987-88 und 1990-91) Befragungs- und Untersuchungsdaten von jeweils 10.000 Männern und Frauen erhoben. Ergänzt wurden diese durch drei gleichzeitig realisierte Nationale Untersuchungssurveys (NUS), an denen jeweils ungefähr 5.000 Personen teilnahmen. Für viele Analysen der sozial differenziellen Morbidität wurden die Daten der Surveys zusammengeführt, um die Aussagekraft der statistischen Modelle zu erhöhen. Auf Basis der regionalen und nationalen Surveys konnte u.a. gezeigt werden, dass im Alter 40 bis 69 Jahre bei Männern der niedrigsten Sozialschicht das Herzinfarktrisiko um den Faktor 2,5 und das Schlaganfallrisiko um den Faktor 2,7 gegenüber Männern der höchsten Sozialschicht erhöht ist. Bei Frauen trat der Schichtgradient im Herzinfarktgeschehen noch deutlicher zutage, im Schlaganfallvorkommen war er bei beiden Geschlechtern ähnlich stark ausgeprägt (Helmert et al. 1993).

Deutliche schichtspezifische Disparitäten zeichnen sich auch in anderen Krankheitsbildern ab. Für Männer wird ein häufigeres Auftreten von Diabetes mellitus, Bronchitis, Magengeschwüren und Bandscheibenvorfällen in den unteren Sozialschichten berichtet; bei Frauen kommen Diabetes und Gicht häufiger vor. Eine Ausnahme von diesem Verteilungsmuster stellen Allergien dar, deren Auftretenswahrscheinlichkeit mit steigender Sozialschicht sukzessive zunimmt (Helmert, Shea 1994; Abbildung 4.3).

Eine weitere Auswertung der DHP-Daten befasste sich mit den Auswirkungen der Einkommensarmut auf verhaltensbezogene Risikofaktoren und chronische Krankheiten. Einkommensarmut geht demnach mit sportlicher Inaktivität, Übergewicht und einem höheren Herzinfarkt- und Schlaganfallrisiko einher. Ein umgekehrtes Verteilungsmuster zeigt sich erneut für Allergien; bei Frauen ist zudem die Hypercholesterolämie in den höheren Einkommensgruppen verbreiteter als in der von Armut betroffenen Bevölkerung (Helmert et al. 1997a). Die Analyse weist allerdings einige methodische Schwächen auf, z.B. die ungenaue Festsetzung der Armutsgrenze, die es bei der Interpretation und Einordnung der Ergebnisse zu beachten gilt.

Abbildung 4.3

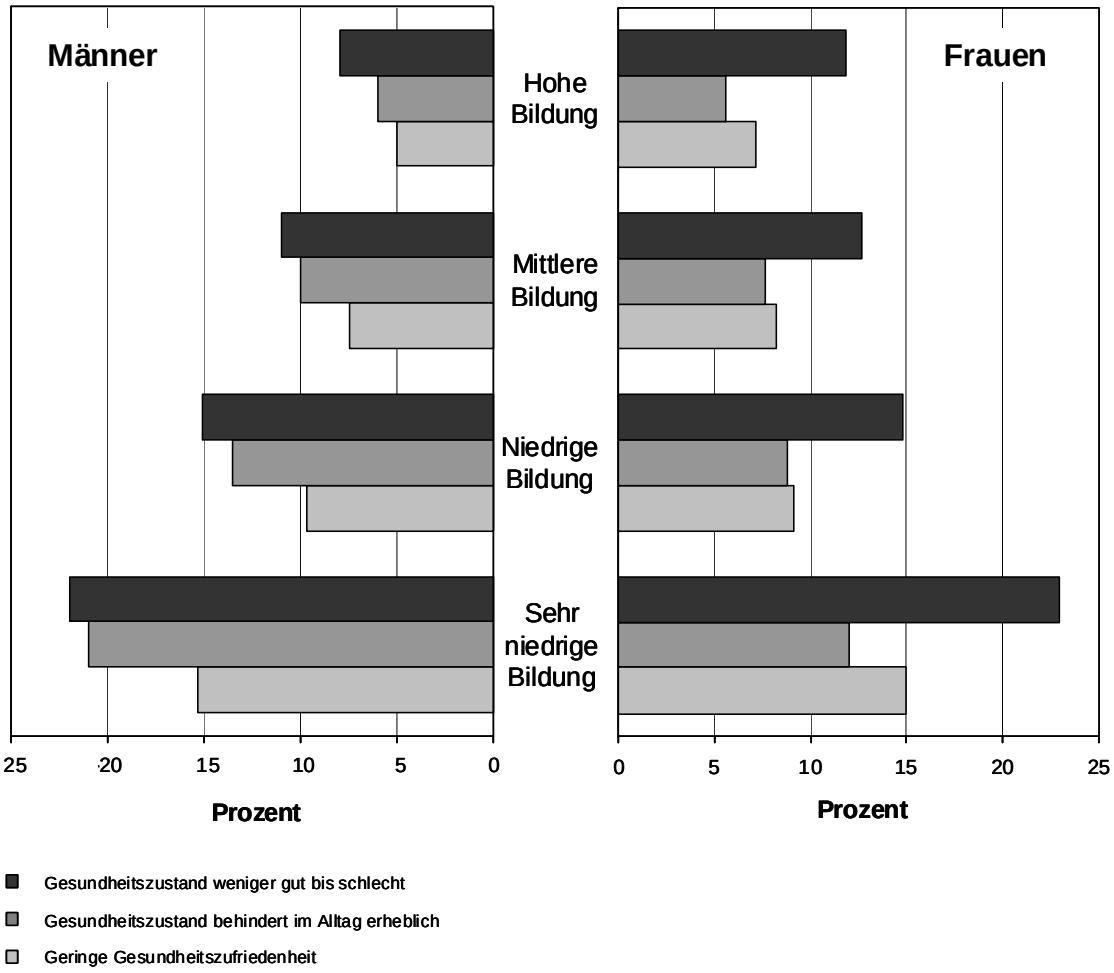
Schichtspezifische Unterschiede in der Lebenszeitprävalenz verschiedener Krankheiten bei 25- bis 69-jährigen Männern und Frauen 1984-91 (Helmert, Shea 1994: 353)



Auch eine der wenigen systematischen Analysen zur ungleichen Verteilung kardiovaskulärer Risikofaktoren nach Berufsgruppen basiert auf Daten der DHP-Studie. Untersucht wurden die Risikofaktoren Zigarettenrauchen, Hypertonie, Hypercholesterolämie, niedriges HDL-Cholesterin, Übergewicht, Diabetes mellitus, Bewegungsarmut und Typ-A-Verhalten. Für die meisten Risikofaktoren konnte eine höhere Prävalenz in schlechter qualifizierten Berufen, insbesondere in manuellen, einfachen Dienstleistungs- und Agrarberufen festgestellt werden. Am deutlichsten tritt die Benachteiligung dieser Gruppen im Bewegungsmangel und im Übergewicht zutage. Eine Ausnahme stellt das Typ-A-Verhalten dar, das bei statushöheren Berufen häufiger anzutreffen ist (Helmert 1996).

Im Mittelpunkt der DHP-Studie stand zwar die kardiovaskuläre Morbidität, die Daten der regionalen und nationalen Surveys lassen aber auch Betrachtungen der subjektiven Gesundheit und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zu. In der bereits angesprochenen Auswertung zur Einkommensarmut werden z.B. Auswirkungen auf den selbsteingeschätzten Gesundheitszustand, die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit und gesundheitsbezogene Einschränkungen in der Alltagsgestaltung analysiert.

Abbildung 4.4
Bildungsunterschiede in der subjektiven Gesundheit im Jahr 1991 (Statistisches Bundesamt 1998: 109)



Die Ergebnisse verdeutlichen, dass der Anteil der von Armut betroffenen Männer, die ihre subjektive Gesundheit schlecht bewerten, je nach Indikator um den Faktor 1,9 bis 2,8 gegenüber Männern mit einem Einkommen über dem Durchschnittswert erhöht ist. Auch bei Frauen zeigt sich der Zusammenhang zwischen Einkommensarmut und subjektiver Gesundheit, er fällt aber mit odds ratios zwischen 1,6 und 1,8 etwas schwächer aus (Helmert et al. 1997a; Helmert 1994). Unter Hinzuziehung von Daten des Gesundheitssurveys Ost, der 1991-92 nach dem Vorbild der Nationalen Untersuchungssurveys durchgeführt wurde (n=2.200, 18 bis 79 Jahre), konnten die Autoren zeigen, dass in den neuen Bundesländern ein ähnlich stark ausgeprägter Zusammenhang zwischen Einkommensarmut und subjektiver Gesundheit besteht (Helmert et al. 1997b). Der Gesundheitsbericht für Deutschland macht darüber hinaus anhand von Daten des Nationalen Untersuchungssurveys 1990-91 (n=5.311, 25 bis 69 Jahre, nur alte Bundesländer) deutlich, dass die subjektive Gesundheit auch mit der Bildung variiert, und zwar zu Ungunsten von Männern und Frauen ohne oder mit niedrigem

schulischem und berufsqualifizierendem Abschluss (Statistisches Bundesamt 1998; Abbildung 4.4).

Tabelle 4.2
Schichtspezifische Prävalenzen von Krankheiten und Risikofaktoren in der 18- bis 79-jährigen Bevölkerung Deutschlands 1998 (in %; Knopf et al. 1999: 172)

	Männer			**Frauen**		
	Unter-schicht	Mittel-schicht	Ober-schicht	Unter-schicht	Mittel-schicht	Ober-schicht
Rauchen	47,4	37,8	29,0	30,1	29,5	25,0
Starkes Übergewicht	22,3	18,9	16,2	31,4	20,3	9,9
Hypercholesterolämie	33,1	30,9	35,7	39,9	33,0	32,5
Sportlich inaktiv	67,9	61,4	51,9	78,5	62,5	51,4
Hypertonie (Messwert)	22,1	24,8	25,6	26,8	20,2	16,8
Zuckerkrankheit ohne Insulinbehandlung	5,6	3,5	2,5	8,5	3,4	1,6
Chronische Bronchitis	9,1	6,5	4,6	7,8	5,9	3,4
Magen- und Zwölffinger-darmgeschwür	11,6	9,9	6,2	8,7	6,2	4,9
Schilddrüsenkrankheit	5,7	6,6	8,2	24,4	26,0	24,2
Heuschnupfen	11,7	13,9	19,5	10,7	18,3	20,3

Die Nationalen Untersuchungssurveys (NUS) und der Gesundheitssurvey Ost wurden 1998 mit dem (gesamtdeutschen) Bundes-Gesundheitssurvey fortgesetzt, für den etwas mehr als 7.124 Männer und Frauen im Alter zwischen 18 und 79 Jahren befragt und medizinisch untersucht wurden. Eine Übersicht der Ergebnisse belegt schichtspezifische Disparitäten in vielen der betrachteten Gesundheitsbereiche (Tabelle 4.2). Beispielsweise sind Risikofaktoren wie Rauchen, starkes Übergewicht, Hypercholesterolämie, sportliche Inaktivität und Hypertonie stärker in der Unter- als in der Mittel- und Oberschicht verbreitet. Von insgesamt 43 erhobenen Erkrankungen weisen die Zuckerkrankheit (ohne Insulinbehandlung), chronische Bronchitis, Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür, Schilddrüsenkrankheit sowie Heuschnupfen die stärkste Schichtspezifik auf, wobei Heuschnupfen die einzige Erkrankung ist, die häufiger in der Oberschicht vorkommt. Schichtspezifische Unterschiede zeigen sich auch im Beschwerdenniveau, das anhand der Beschwerden-Liste von Zerssen (1976) beurteilt wurde, sowie in der subjektiven Gesundheit. Mit einem odds ratio von 2,1 bei Männern und 2,4 bei Frauen liegt die Chance, einen guten Gesundheitszustand anzugeben, in der oberen Schicht mehr als doppelt so hoch wie in der unteren Schicht. Ein interessanter Befund betrifft

Bildungsunterschiede im Arzneimittelgebrauch, der in den vorausgegangenen Surveys nicht systematisch untersucht wurde: Arzneimittel zur Therapie von Krankheiten werden häufiger von Personen mit niedriger Bildung angewendet, was mit der höheren Krankheitslast zu tun haben dürfte; Arzneimittel mit präventivem Charakter oder Arzneimittel, die eine gesundheitsförderliche Wirkung versprechen, werden hingegen häufiger von den Bessergebildeten genutzt (Knopf et al. 1999).

Daneben eröffnet sich auch über das Sozio-oekonomische Panel ein analytischer Zugang zur sozialen Ungleichheit im Morbiditätsgeschehen, wenngleich sich im Erhebungsprogramm des SOEP nur wenige Fragen mit Gesundheitsbezug finden. Anhand von Daten aus dem Jahr 1992 wurde der Zusammenhang zwischen Einkommen, Gesundheit und Inanspruchnahme des Gesundheitswesen in den alten und neuen Bundesländern untersucht (n=6.435 West und n=3.928 Ost, 18-Jährige und Ältere). Der Gesundheitszustand wurde über Angaben zur selbsteingeschätzten Gesundheit und zu gesundheitsbedingten Einschränkungen bei der Alltagsbewältigung, die Inanspruchnahme über die Anzahl der Arztkontakte und die Krankenhaustage erfasst. Das in der Ökonomie entwickelten Verfahren der Konzentrationsmessung wurde herangezogen, um die Umverteilungen durch das Gesundheitssystem zu analysieren. Die Ergebnisse deuten auf eine leichte Konzentration des erhöhten Bedarfs in den unteren Einkommensgruppen hin, dem eine etwas stärker konzentrierte Inanspruchnahme gegenübersteht. Demnach kann von einer geringen Umverteilung zu Gunsten der unteren Einkommensgruppen gesprochen werden (Winkelhake et al. 1997). Ein methodisches Problem ergibt sich aus der unterstellten Kausalbeziehung zwischen Inanspruchnahme und Gesundheitszustand. Der Gesundheitsstatus wird lediglich als Bedarfsindikator behandelt, er könnte aber ebenso gut eine Outcome-Variable darstellen. Lösen lässt sich dieses Problem nur mit einer longitudinalen Betrachtung, die auf der Grundlage der SOEP-Daten durchaus möglich wäre.

Eine vergleichende Analyse der gesundheitlichen Ungleichheit in den alten und neuen Bundesländern war einer der Schwerpunkte des Projekts „Gesundheit und ambulante Versorgung in Deutschland (GAVID)“. Auf der Grundlage von 1992 in einer postalischen Befragung erhobenen repräsentativen Daten (n=1.289 Ost und n=1.265 West, 18-Jährige und Ältere) wurden u.a. der selbsteingeschätzte Gesundheitsstatus, psychologischer Distress, Multimorbidität, kardiovaskuläre und muskuloskeletale Erkrankungen untersucht. In den neuen Bundesländern konnte ein Einfluss der Bildung auf die subjektive Gesundheit und der Arbeitssituation auf die Multimorbidität beobachtet werden. Für die alten Bundesländer werden Berufsstatusunterschiede in der subjektiven Gesundheit, Einkommensdifferenzen im

psychologischen Stressgeschehen, in der allgemeinen Krankheitslast und in der kardiovaskulären Morbidität berichtet. Mit Blick auf die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens zeigten sich weder in den alten noch in den neuen Bundesländern markante soziale Unterschiede. Die Ausnahme war hier, dass die unteren Statusgruppen häufiger Allgemeinärzte und seltener Fachärzte aufsuchen, wobei sich dieser Unterschied in den alten Bundesländern an der Bildung und dem Berufsstatus und in den neuen Bundesländern am Einkommen festmachen lässt. Insgesamt zeichnen sich gesundheitliche Ungleichheiten in den alten Bundesländern etwas deutlicher ab als in den neuen Bundesländern. Wie groß dieser Unterschied ausfällt, lässt sich wie so oft nicht genau bestimmen, weil die ausgewiesenen Regressionskoeffizienten in dieser Hinsicht schwer zu interpretieren sind (Lüschen et al. 1997).

Auch Routinedaten werden bisweilen für die Analyse der sozialen Ungleichheit in der Morbidität herangezogen. Auf Basis der Daten der AOK-Mettmann wurde z.B. die Inzidenz des ersten akuten Myokardinfarktes nach Schul- und Berufsbildung sowie beruflicher Stellung untersucht. In die Analyse gingen Informationen von 132.255 Männern und Frauen ein, die zwischen 1987 und 1996 für mindestens 12 Monate bei der Krankenkasse als Hauptversicherte geführt wurden. Bei Männern lag das Infarktrisiko in der niedrigsten Bildungsgruppe viermal höher als in der höchsten Bildungsgruppe. Un- und angelernte Arbeiter unterlagen einem doppelt so hohen Infarktrisiko wie Angestellte und Führungskräfte. Bei Frauen ging nur von der beruflichen Stellung ein signifikanter Einfluss auf das Infarktrisiko aus, der zudem schwächer ausgeprägt war als bei Männern (Peter, Geyer 1999). Trotz des im Zusammenhang mit den Mortalitätsanalysen bereits angesprochenen Problems der Stichprobenselektion unterstreichen diese Ergebnisse die große Bedeutung des sozialen Status für das Krankheitsgeschehen.

4.3 Erklärungsansätze

Die bisherigen Forschungsbemühungen zielten in erster Linie darauf, das Ausmaß und Erscheinungsbild gesundheitlicher Ungleichheit zu beschreiben. Der wiederholte Nachweis sozialer Disparitäten im Gesundheitszustand und in der Lebenserwartung bestätigt inzwischen aber nur noch einen hinlänglich bekannten und weitgehend akzeptierten Sachverhalt. Aus diesem Grund rückt zusehends die Frage in den Mittelpunkt, wie die beobachtete gesundheitliche Ungleichheit erklärt und wie ihr politisch begegnet werden kann. Damit richtet sich der Blick auf vermittelnde Mechanismen, die für die sozial ungleiche Verteilung des Krankheits-

und Sterbegeschehens verantwortlich sein könnten. In Anknüpfung an die Anfänge der Sozialmedizin wird der Einfluss von Arbeitsbedingungen, Wohnsituation und medizinischer Versorgung diskutiert. Daneben wird dem gesundheitsrelevanten Verhalten, kritischen Lebensereignissen, sozialen Unterstützungspotenzialen und personalen Ressourcen große Bedeutung beigemessen. Wurden die Mechanismen lange Zeit überwiegend separat untersucht, zeichnet sich in den letzten Jahren eine Tendenz zu integrativen Betrachtungen im Rahmen von Mehrebenenmodellen ab, die einen vielversprechenden Ausgangspunkt für die weitere Theoriebildung und empirische Forschung darstellen.

Arbeitsbedingungen

Die Angehörigen der unteren Sozialschichten sind an ihrem Arbeitsplatz stärkeren gesundheitlichen Belastungen und Gefährdungen ausgesetzt. Vor allem die Arbeitssituation von un- und angelernten Arbeitern ist oftmals durch schwere körperliche Arbeit, Schadstoffexposition, Lärmwirkungen, Nacht-, Schicht- oder Akkordarbeit sowie Hitze, Kälte, Nässe oder Zugluft charakterisiert (Oppolzer 1994). Die Auswirkungen auf die Gesundheit variieren je nach Art, Stärke und Dauer der Belastung. Dauerhafte körperliche Über- oder Fehlbeanspruchung kann z.B. Schädigungen des Stütz- und Bewegungsapparates nach sich ziehen und erhöht die Gefahr von Muskel-, Sehnen- und Gelenkverletzungen (Steeger 1989). Nacht- und Schichtarbeit begünstigen Überanstrengungs- und Ermüdungserscheinungen, Schlaf- und Essstörungen, Nervosität und Reizbarkeit und gehen mit einer erhöhten Auftretenswahrscheinlichkeit von Herz-Kreislauf-Krankheiten und Erkrankungen der Verdauungsorgane einher (Oppolzer 1989). Auch für andere arbeitsbezogene Belastungsfaktoren lässt sich ein Zusammenhang zu spezifischen Krankheitsbildern und darüber hinaus zu verminderter Erwerbsfähigkeit und Frühinvalidität herstellen.

Die Angehörigen statusniedriger Berufsgruppen sind aber nicht nur physischen, sondern auch psychosozialen Arbeitsbelastungen, die infolge des Berufsstrukturwandels in den letzten Jahrzehnten an Bedeutung gewonnen haben, verstärkt ausgesetzt. Sofern psychosoziale Belastungen langanhaltende Stressreaktionen erzeugen, können sie zu Herz-Kreislauf-Krankheiten, Erkrankungen der Verdauungsorgane und immunvermittelten Erkrankungen führen. Empirisch untersucht wurde bislang vor allem der Einfluss distressauslösender Arbeitsbelastungen auf das Herzinfarktgeschehen. Ausgehend vom so genannten „Anforderungs-Kontroll-Modell“ („job-strain-model“; Karasek, Theorell 1990) konnte wiederholt

gezeigt werden, dass hohe Arbeitsanforderungen in Kombination mit geringer Kontrolle über Arbeitsinhalte und Arbeitsabläufe die Auftretenswahrscheinlichkeit eines Herzinfarktes erhöhen. Als weitere in der Arbeitswelt zu verortende kardiovaskuläre Risikobedingungen stellten sich fehlende soziale Unterstützung durch Kollegen und Vorgesetzte sowie geringe körperliche Aktivität heraus, die ebenfalls in statusniedrigen Berufsgruppen häufiger beobachtet werden konnten.

Der nach dem Anforderungs-Kontroll-Modell am stärksten rezipierte Erklärungsansatz des Herzinfarktgeschehens ist das „Modell beruflicher Gratifikationskrisen“ („effort-reward-embalance-model“; Siegrist 1995, 1996). Als Gratifikationskrise wird ein Zustand sozio-emotionaler, potenziell distressauslösender Belastung verstanden, der aus dem Missverhältnis zwischen hoher Verausgabung am Arbeitsplatz und vergleichsweise geringer Belohnung resultiert, wobei die Belohnung sich nicht allein auf Lohn- und Gehaltszahlung, sondern auch auf die Bestätigung durch Kollegen und Vorgesetzte, die beruflichen Aufstiegschancen sowie die Sicherung des erreichten Status bezieht. Das Modell wurde mehrfach empirisch geprüft, stets mit dem Ergebnis, dass die Differenz zwischen Verausgabung und Gratifikationsaussichten in den unteren Statusgruppen am größten und folglich mit dem höchsten Herzinfarktrisiko verbunden ist.

Die dargestellten Analysemodelle wurden immer wieder kritisiert. Dem „Anforderungs-Kontroll-Modell“ wurde u.a. vorgehalten, dass es keinerlei Aussagen über die psychischen und organischen Prozesse macht, die letztlich das Krankheitsbild eines Herzinfarktes hervorrufen (Geyer 1997). Das „Modell beruflicher Gratifikationskrisen“ ist gegen diesen Vorwurf gewappnet, weil den physiologischen Stressrekationen bei der Modellentwicklung ein hoher Stellenwert eingeräumt wurde. Eine Einschränkung resultiert aber daraus, dass in die modellprüfenden empirischen Untersuchungen nur Industriearbeiter einbezogen wurden. Nichtsdestotrotz lässt sich anhand beider Modelle sehr gut verdeutlichen, dass die Arbeitswelt auch über körperliche Belastungen, Umgebungseinflüsse und Unfallgefahren hinaus einen wesentlichen Beitrag zur gesundheitlichen Ungleichheit leisten dürfte.

Wohnsituation

Die Schichtspezifität der Wohnbedingungen wird äußerst selten untersucht. Die wenigen empirischen Ergebnisse zeigen, dass die Angehörigen unterer Sozialschichten in kleineren und schlechter ausgestatteten Wohnungen leben. Un- und angelernten Arbeiter steht im

Vergleich zu höheren und mittleren akademischen Berufen häufiger weniger als ein Wohnraum pro Person zur Verfügung, und sie müssen zudem öfter das Fehlen eines Bades, einer Zentralheizung, eines Balkons oder eines Gartens hinnehmen (Noll, Habich 1990). Beengte Wohnverhältnisse beeinträchtigen das subjektive Wohlbefinden und die Lebenszufriedenheit und verringern die Möglichkeit zur Erholung und Regeneration. In den Wohnungen der Angehörigen unterer Sozialschichten finden sich zudem häufiger gravierende Wohnungsmängel, z.B. feuchte Wände, Zugluft, Kälte oder hohe Schadstoffbelastung, die Erkrankungen und Beschwerden hervorrufen oder vorhandene Gesundheitsbeeinträchtigungen verstärken können. Zu den Erkrankungen, die sich unmittelbar mit Wohnungsmängeln in Verbindung bringen lassen, gehören Erkältungskrankheiten, Allergien, Entzündungen, Herz-Kreislauf-Krankheiten und Magen-Darm-Erkrankungen (Fiedler 1996). Für die Gesundheit sind aber nicht nur die Bedingungen innerhalb der Wohnung von Bedeutung, sondern auch die Beschaffenheit des Wohnumfeldes. Sozial benachteiligte Wohngebiete sind durch weniger Grün- und Freiflächen, ein höheres Verkehrsaufkommen und eine schlechtere soziale und kulturelle Infrastruktur charakterisiert. Die Luftverschmutzung ist höher als in sozial besser gestellten Wohngebieten. Arbeiter sind an ihrem Wohnort z.B. vermehrt Staub-, Schwefeloxid- und Fluorionen-Immissionen ausgesetzt als Angestellte oder Selbstständige (Heinrich et al. 1998).

Bei der Einordnung der vorhandenen Forschungsergebnisse ist zu berücksichtigen, dass diese überwiegend sozialökologischen Studien entstammen, die keine direkten Rückschlüsse auf die Ursachen gesundheitlicher Ungleichheit erlauben. Es spricht aber vieles dafür, dass der räumlichen Differenzierung der Bevölkerung in „Wohnquartieren“ eine ungleiche Verteilung von Umgebungsbelastungen korrespondiert, die sich in ungleichen Krankheits- und Sterberaten niederschlägt. Dies wird durch ein Gutachten bestätigt, das 1996 vom Büro für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag in Auftrag gegeben worden ist und unter dem Titel „Soziale Ungleichheit und umweltbedingte Erkrankungen in Deutschland“ publiziert wurde (Mielck, Heinrich 2002). Da die in den Vereinigten Staaten bereits seit längerem geführte Diskussion über „environmental justice“ inzwischen auch in Deutschland aufgegriffen wird (Maschewsky 2001; Bolte, Mielck 2004), scheint die Hoffnung begründet, dass Belastungen innerhalb wie außerhalb der Wohnung künftig häufiger im Blickfeld der sozialepidemiologischen Forschung stehen werden.

Gesundheitsversorgung

Der hohe medizinische Leistungsstandard und vor allem der gesetzlich geregelte Anspruch auf gesundheitliche Versorgung hat einige Forscher dazu veranlasst, das Gesundheitswesen als Entstehungsort gesundheitlicher Ungleichheit weitgehend auszuschließen (Siegrist 1989; Behrens 1997). Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) garantiert allen Versicherten einen gleichen Versorgungsanspruch, der auf einer solidarischen Umverteilung zwischen Besser- und Schlechterverdienenden gründet. Auswertungen von Krankenkassendaten sprechen dafür, dass die finanziellen Verteilungswirkungen der GKV tatsächlich greifen: Bezieher höherer Einkommen zahlen Beiträge, die höher sind als die Kosten der Inanspruchnahme durch diese Personen, während Bezieher niedrigerer Einkommen Kosten verursachen, die über den von ihnen entrichteten Beiträgen liegen (Pfaff et al. 1990; Winkelhake et al. 1997). In den letzten Jahren bröckelt die Solidargemeinschaft aber zusehends. Immer mehr Menschen mit hohen Einkommen versichern sich privat, und auch innerhalb der GKV ist eine Konzentration der Besserverdienenden in bestimmten Kassen zu beobachten. Der Risikostrukturausgleich wird auf Dauer nicht verhindern können, dass zumindest einzelne Versorgungsangebote für die unteren Einkommensgruppen schwerer zugänglich sind, schon weil zunehmend mehr Leistungen aus dem Leistungskatalog der GKV gestrichen werden. Zuzahlungen treffen die Angehörigen der unteren Sozialschichten besonders stark, da sie einen höheren Versorgungsbedarf haben und über geringere finanzielle Mittel verfügen. Am deutlichsten wird dies vielleicht anhand der seit 1998 geltenden Festzuschuß-Regelungen bei Zahnersatzleistungen, weil Zahnersatz teuer und der Eigenanteil relativ hoch ist. Auswirkungen sind zudem auf die Arzneimittelversorgung zu erwarten, da sich die Zuzahlungen bei einem regelmäßigen Medikamentenbedarf stark bemerkbar machen (John et al. 1998). Härtefall-Regelungen sollen zwar gewährleisten, dass aus Zuzahlungen keine Zugangsbarrieren zum System der gesundheitlichen Versorgung resultieren, es darf aber bestritten werden, ob die Berechtigten umfassend über die Befreiungsmöglichkeiten informiert sind und diese in Anspruch nehmen (Mielck 2000).

Welchen Beitrag schichtspezifische Unterschiede in der gesundheitlichen Versorgung zur gesundheitlichen Ungleichheit leisten, wurde in Deutschland bisher kaum untersucht. Es finden sich lediglich einzelne Untersuchungen zur unterschiedlichen Inanspruchnahme bestimmter Angebote und Leistungen des Gesundheitssystems. Demnach suchen die Angehörigen der unteren Sozialschichten häufiger einen Allgemeinarzt auf, konsultieren aber seltener einen Facharzt (Möhlmann, Zollmann 1988; Hoeltz et al. 1990; Mielck 2000). Da das

ärztliche Versorgungssystem auf die Nachfragesituation reagiert, ist die Facharztdichte in sozial benachteiligten Gebieten geringer als in vergleichsweise gut situierten Wohngegenden (Thiele 1986), was entgegen anderslautender Behauptungen als Indiz für eine unterschiedliche Erreichbarkeit von Versorgungsangeboten angesehen werden kann. Andere Untersuchungen sprechen dafür, dass Unterschichtsangehörige oftmals kürzer behandelt werden und ärztliche Ratschläge langsamer antizipieren bzw. weniger erfolgreich umsetzen (Brennecke 1981; Kirschner 1981). Eine nicht zu unterschätzende Rolle spielt dabei wahrscheinlich die Kommunikation zwischen Arzt und Patient. Statushohe Patienten dürften nicht nur eher in der Lage sein, ihr Anliegen zu verbalisieren, sie werden wahrscheinlich auch eher von ihrem Arzt ernst genommen (Mielck 2000). Widersprüchlich sind die Ergebnisse in Bezug auf die Inanspruchnahme von vorbeugenden Maßnahmen. Zwar überwiegt der Eindruck, dass Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen eher die mittleren und höheren Schichten erreichen (Glaser-Möller et al. 1992; Scheffer et al. 2006), und zwar auch wenn die unteren Schichten die eigentliche Zielgruppe darstellen, hinsichtlich der Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen wurden in einigen Untersuchungen aber keine schichtspezifischen Unterschiede gefunden (Mielck, Brenner 1994).

Kritische Lebensereignisse

In der Stressforschung wurde schon früh erkannt, dass bestimmte einschneidende Ereignisse die Entstehung und den Verlauf von Erkrankungen beeinflussen. Von gesundheitsgefährdenden Stressreaktionen ist insbesondere auszugehen, wenn Ereignisse unerwartet eintreten und die individuelle Anpassung an die veränderten Lebensumstände missglückt. Empirisch relativ gut untersucht sind gesundheitliche Beeinträchtigungen nach dem Tod des Ehepartners oder einer anderen nahestehenden Person, nach einer Scheidung oder Trennung sowie nach dem Verlust des Arbeitsplatzes. Daneben werden Ereignisse, die bedeutsame Übergänge oder Wendepunkte im Lebenslauf markieren, z.B. der Auszug aus dem elterlichen Haushalt, die Geburt des ersten Kindes, das Ausscheiden aus der Erwerbsarbeit oder der Übergang in eine Alteneinrichtung, als potenzielle Stressoren thematisiert. Auch das Auftreten einer schweren Erkrankung lässt sich im Sinne der Lebensereignisforschung als kritisches Ereignis auffassen.

Die Gefahr einer gesundheitlichen Schädigung ist in der ersten Zeit nach Eintritt des Ereignisses am größten. Anhaltende Verunsicherung und Desorientierung gehen mit physiologischen Stressreaktionen einher, die zu einer verminderten Immunkompetenz und immuninduzierten

Erkrankungen führen können (Cohen, Williamson 1991; Cohen et al. 1993). Daneben lassen sich Herz-Kreislauf-Krankheiten und Krebserkrankungen (Williams, House 1991) sowie psychische Störungen, allen voran Depressivität und Schizophrenie (Brown, Harris 1978; Thoits 1983), mit kritischen Lebensereignissen in Verbindung bringen. Inwieweit sich die Stressreaktionen gesundheitsschädigend auswirken, hängt auch von der individuellen Wahrnehmung und Bewertung der Ereignisse und den verfügbaren sozialen und personalen Bewältigungsressourcen ab.

Die Schichtspezifität kritischer Lebensereignisse wird selten untersucht, die vorliegenden Arbeiten stimmen aber darin überein, dass zentrale Ereignisse wie Arbeitslosigkeit oder Verwitwung in den Unterschichten häufiger bzw. früher auftreten als in den höheren Schichten (Dohrenwend, Dohrenwend 1974; McLeod, Kessler 1990). Gemäß einer Übersichtsarbeit sind Ereignisse wie Arbeitslosigkeit, Wohnungsverlust, Unfälle und Todesfälle nahestehender Personen schichtspezifisch verteilt (Geyer 1997). Bei statusniedrigen Personen ist zudem mit stärkeren Stressreaktionen zu rechnen, weil sie in geringerem Umfang über Bewältigungs- und Kompensationsmöglichkeiten verfügen.

Während vieles für eine ungleiche Verteilung kritischer Lebensereignisse spricht, lässt sich kaum etwas darüber sagen, ob und gegebenenfalls wie sich diese Ungleichverteilung im Krankheits- und Sterbegeschehen niederschlägt. Mit ein Grund hierfür ist, dass sich infolge methodischer wie inhaltlicher Kritik an der Analyse von Lebensereignissen das Interesse der Stressforschung stärker auf alltägliche Belastungen, insbesondere am Arbeitsplatz, in der Familie und Partnerbeziehung, verlagert hat, so dass nur wenige aktuelle Forschungsergebnisse existieren.

Sozialbeziehungen

Aus Beziehungen zu anderen Menschen können zwar auch Belastungen resultieren, im Zusammenhang mit der Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit richtet sich das Interesse aber in erster Linie auf den inzwischen vielfach bestätigten Forschungsbefund, dass sozial gut eingebundene und unterstützte Personen seltener von somatischen Erkrankungen und psychischen Störungen betroffen sind und im Krankheitsfall eine bessere Genesungs- und Überlebenschance haben (House et al. 1988; Berkman et al. 2000). Die Mechanismen und Prozesse, die dem gesundheitsförderlichen Einfluss sozialer Beziehungen zugrunde liegen, sind jedoch noch weitgehend unbekannt. Von Psychologen wird angemerkt, dass Beziehun-

gen zu anderen Menschen grundlegende Bedürfnisse, z.B. nach sozialem Beisammensein, Kommunikation, Anerkennung und Sicherheit, befriedigen und auf diese Weise einen unmittelbaren Effekt auf das Wohlbefinden und die psychische Gesundheit erzielen (Thoits 1982; Angermeyer, Klusmann 1989). Daneben könnte sich der Einfluss sozialer Unterstützung über die kardiovaskuläre Reaktivität entfalten. Dafür spricht u.a., dass sozial gut eingebundene Personen seltener einen erhöhten Blutdruck aufweisen (Uchino et al. 1995). Aufschlussreich sind zudem Erkenntnisse über immunologische Prozesse. Bereits der rege Kontakt zu nahestehenden Personen scheint die Immunkompetenz zu verbessern und die Auftretenswahrscheinlichkeit immunvermittelter Erkrankungen, z.B. von Infekten, Allergien und Autoimmunerkrankungen, zu verringern (Ader et al. 1991). Wahrscheinlich beeinflussen soziale Beziehungen die Gesundheit auch über das Verhalten. In Sozialbeziehungen werden Werte und Einstellungen vermittelt, die für die Ausbildung und Stabilisierung gesundheitsrelevanter Verhaltensmuster bedeutsam sind. Auch die Motivierung und Sanktionierung durch Bezugspersonen dürfte eine Rolle spielen (House et al. 1988).

Stressforscher gehen davon aus, dass die angesprochenen psychischen, physiologischen und verhaltensbezogenen Prozesse vor allem in belastenden Situationen wirksam werden. Soziale Beziehungen werden aus dieser Sicht als Schutz vor Stress und daraus resultierenden Gesundheitsschäden erachtet (Cohen, Syme 1985; Stansfield, Fuhrer 2002). Die Schutzfunktion kommt unter anderem in einer herabgesetzten Stressexposition zum Ausdruck. Darüber hinaus wirkt sich soziale Unterstützung auf die Stresswahrnehmung und Stressbewertung aus und stellt eine wichtige Ressource des Bewältigungshandelns dar (Coyne, Downey 1991). Eine Studie zum Herzinfarkt als stressauslösendem Ereignis zeigte dazu, dass sozial gut eingebundene und unterstütze Personen die Krankheit und deren Folgen weitaus besser zu bewältigen vermochten als auf sich allein gestellte Personen (Badura et al. 1987).

Ob soziale Beziehungen einen direkten Einfluss auf das Wohlbefinden und die Gesundheit ausüben („main effect“) oder vor allem in belastenden Situationen als Schutzfaktor und Bewältigungsressource Bedeutung erlangen („buffering effect“), ist eine rege diskutierte Frage. Die vorliegenden Forschungsergebnisse vermitteln den Eindruck, dass sich der gesundheitsförderliche Einfluss sozialer Beziehungen auf beiden Wegen entfaltet. Der „main effect“ scheint sich vor allem am Vorhandensein von Sozialbeziehungen, der Größe des sozialen Netzwerkes und der Häufigkeit des Kontakts zu Bezugspersonen festzumachen, während bei Stress offenbar die Qualität der Sozialbeziehungen, allen voran die emotionale und instrumentelle Unterstützung, ausschlaggebend sind.

Die Erforschung der Gesundheitsrelevanz sozialer Beziehungen wird auch durch die anhaltende Diskussion über den Begriff „soziales Kapital“, mit dem die Elemente des sozialen Zusammenlebens beschrieben werden, die gemeinschaftliche Aktivitäten zu gegenseitigem Nutzen fördern, bestärkt (Putnam 1993; Siegrist 2002). Ausgangspunkt der Diskussion war eine vielbeachtete Publikation, in der auf der Grundlage von Aggregatdaten für die US-Bundesstaaten gezeigt wurde, dass bestimmte Indikatoren sozialen Kapitals, nämlich das Ausmaß sozialer Netzwerkbildung, das allgemeine Vertrauensklima sowie die Geltung von Normen und Werten gegenseitiger Hilfe und sozialer Reziprozität innerhalb einer Gemeinde, hoch mit der altersstandardisierten Mortalitätsrate korreliert sind (Kawachi et al. 1997). Eine unmittelbare Ableitung eines gesundheitlichen Nutzens sozialer Beziehungen ist aufgrund des ökologischen Designs zwar nicht möglich, die Ergebnisse dieser und ähnlich angelegter Studien bieten aber zahlreiche Anknüpfungspunkte für weitere Forschungen.

Personale Ressourcen

Die Gesundheitswirksamkeit von personalen Ressourcen wird vor allem in der medizinischen Psychologie diskutiert. Mittlerweile liegen mehrere Konzepte vor, die personale Ressourcen sowohl für die Entstehung von Erkrankungen als auch für deren Verlauf als erklärungskräftig ausweisen. Darunter finden sich mit dem „Konzept des Kohärenzgefühls“ („Sense of Coherence“; Antonovosky 1979, 1987) und dem „Modell der gesundheitlichen Kontrollüberzeugung“ (Rotter 1966; Wallston 1992) zwei Konzepte, von denen ein relevanter Beitrag zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit erwartet werden kann. Als Kohärenzgefühl wird eine Persönlichkeitsdisposition beschrieben, die für den Umgang mit Anforderungen und Belastungen der sozialen Umwelt ausschlaggebend ist. Diese Disposition entscheidet darüber, wie Menschen ihre situativen Bedingungen wahrnehmen, welche Bedeutung sie der gegebenen Situation beimessen und wie sie ihre Kompetenzen und Bewältigungsressourcen einschätzen. Ein gut entwickeltes Kohärenzgefühl spiegelt sich in einem hohen Selbstwertgefühl, einer positiven Bewertung des eigenen Einsatzes sowie einer optimistischen Einschätzung der eigenen Bewältigungsressourcen wider und stellt einen wirksamen Schutz vor Belastungen und gesundheitsschädigenden Stressreaktionen dar (Geyer 1997, 2001).

Ausgangspunkt des Modells gesundheitlicher Kontrollüberzeugungen ist die Frage, ob eine Person die eigene Gesundheit als selbst steuerbar wahrnimmt und beurteilt (internale Kontrollüberzeugung) oder von nicht kontrollierbaren äußeren Umständen und Ereignissen

abhängig macht (externe Kontrollüberzeugung). Grundsätzlich wird angenommen, dass internal kontrollierte Personen sensibler auf Gesundheitsratschläge reagieren, über ein umfangreicheres Wissen zu Gesundheitsfragen verfügen, einer guten Gesundheit einen höheren Stellenwert einräumen und eher bereit sind, in ihre Gesundheit zu investieren. Eine internale Kontrollüberzeugung dürfte die Bewältigung und Kompensation gesundheitlicher Belastungen begünstigen oder bereits ihrem Auftreten vorbeugen.

Um gesundheitliche Ungleichheit über Unterschiede im Kohärenzgefühl oder der gesundheitlichen Kontrollüberzeugung erklären zu können, müsste gezeigt werden, dass diese schichtspezifisch geprägt sind. Im Allgemeinen wird angenommen, dass gesundheitsförderliche Orientierungen spezifisch für die mittleren und höheren Sozialschichten sind. Für die Entwicklung des Kohärenzgefühls könnten eine gute schulische und berufliche Ausbildung und die an eine hohe berufliche Position gekoppelte Entscheidungsfreiheit am Arbeitsplatz wichtige Voraussetzungen darstellen. Der empirische Nachweis der Schichtspezifität steht aber noch aus, da personale Ressourcen in sozialepidemiologischen Arbeiten bisher kaum gewürdigt werden. Lediglich für den Zusammenhang zwischen hohem Bildungsniveau und internaler Kontrollüberzeugung finden sich vereinzelte empirische Hinweise (Janßen 1997).

Gesundheitsverhalten

Sozialepidemiologen erklären die soziale Ungleichheit im Krankheits- und Sterbegeschehen vorzugsweise über schichtspezifisch geprägte Verhaltensmuster. Ein Grund hierfür ist, dass Verhaltensweisen wie Zigarettenrauchen, übermäßiger Alkoholkonsum, Fehlernährung oder Mangel an körperlicher Bewegung, die mit physiologischen Parametern wie Blutdruck, Blutfett, Blutzucker und Körpergewicht zusammenhängen und ein erhebliches Risiko für eine große Bandbreite chronischer Erkrankungen darstellen, relativ gut empirisch untersucht sind. Erkenntnisse liegen insbesondere zum Einfluss auf die kardiovaskuläre Morbidität vor, die in der Deutschen-Herz-Kreislauf-Präventionsstudie wie auch im MONICA-Projekt im Mittelpunkt des Forschungsinteresses stand. Beide Großprojekte haben deutlich gemacht, dass die meisten kardiovaskulären Risikofaktoren in den unteren Sozialschichten verstärkt vorkommen. Am auffälligsten ist dies beim Zigarettenrauchen und beim Bluthochdruck, aber auch beim Übergewicht und Bewegungsmangel zeigt sich ein ausgeprägtes schichtspezifisches Gefälle (Forschungsverbund DHP 1998; Härtel et al. 1993a,b).

Allerdings deutet vieles darauf hin, dass die Erklärungskraft der klassischen Risikofaktoren überschätzt wird. Gemäß der Whitehall-Studie kann in Großbritannien höchstens ein Viertel der berufsklassenspezifischen Unterschiede in der kardiovaskulären Mortalität auf verhaltenskorrelierte Risiken wie Rauchen, Bluthochdruck oder Übergewicht zurückgeführt werden (Marmot et al. 1984). Schon aus diesem Grund sollte sich das Interesse nicht allein auf das Risikoverhalten richten. Wenn auch der empirische Nachweis nicht im gleichen Umfang erfolgt ist, kann an der Schichtspezifität gesundheitsfördernder Verhaltensstrategien kein Zweifel bestehen. Mit Daten der Deutschen-Herz-Kreislauf-Präventionsstudie und des Bundes-Gesundheitssurveys lässt sich beispielsweise belegen, dass sich die Angehörigen der höheren Sozialschichten häufiger sportlich betätigen (Mensink 1997, 2003). Eine andere Auswertung der DHP-Daten unterstützt die Hypothese, dass Maßnahmen zur Förderung einer gesunden Ernährung zuvorderst bei den höheren Einkommens- und Berufsstatusgruppen Gehör finden (Helmert et al. 1997b). Auch in der zwischen 1985 und 1987 durchgeführten Nationalen Verzehrstudie (NVS) und dem 7-Tage-Ernährungsprotokoll der 1984 bis 1985 realisierten ersten MONICA-Studie finden sich Hinweise auf unterschiedliche Ernährungsweisen. Diese sind bis auf die Ebene der Zufuhr von Vitaminen, Nährstoffen, Mineralstoffen und Spurenelementen festzustellen (Kußmaul et al. 1995; Adolf et al. 1995).

Soziologische Lebensstilkonzepte könnten dazu beitragen, relativ stabile Verhaltensstrukturen zu identifizieren, die sich als gesundheitliche Lebensstile interpretieren lassen. Vielversprechend erscheinen vor allem Ansätze, die von einer sozialstrukturellen Verankerung gesundheitlicher Lebensstile ausgehen (Abel 1991; Cockerham 1993). Die geringen Erfolge von verhaltensbezogenen präventiven Maßnahmen machen sehr deutlich, dass gesundheitsriskantes wie gesundheitsförderliches Verhalten nicht allein von individuellen Entscheidungen abhängt, sondern auch durch die sozioökonomischen Lebensbedingungen geprägt wird. Ein wesentlicher Beitrag der Lebensstilforschung zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit lässt sich allerdings nur erwarten, wenn sowohl der konzeptionellen Ausgestaltung als auch der Operationalisierung des Lebensstilbegriffs ein hoher Stellenwert eingeräumt wird. Bislang stehen sich theoretisch ausgearbeitete, jedoch nicht operationalisierbare Zugänge auf der einen Seite und operationalisierte, theoretisch aber kaum fundierte Ansätze auf der anderen Seite gegenüber (vgl. Elkeles, Mielck 1993).

Gesundheitsbezogene soziale Mobilität

Die bisher vorgestellten Erklärungsansätze gehen allesamt davon aus, dass die Position in der Sozialhierarchie einen Einfluss auf die Gesundheit und Lebenserwartung ausübt. Dies entspricht der weitläufigen Vorstellung: Armut und soziale Benachteiligung führen zu Krankheit und frühem Tod (Oppolzer 1986a; Helmert et al. 2001a). Gesundheitliche Ungleichheit könnte aber auch dadurch zustande kommen, dass die soziale Mobilität, also die Wahrscheinlichkeit, in der sozialen Hierarchie auf- bzw. abzusteigen, von der gesundheitlichen Verfassung abhängt. Diese „Selektionshypothese“ wurde schon im Black Report als denkbares Erklärungsmuster genannt und seitdem kontrovers diskutiert. Dass gesunde und leistungsfähige Menschen bessere Ausbildungs-, Berufs- und Einkommenschancen haben, wird gemeinhin nicht bestritten. Die Kontroverse entzündet sich vor allem an der Behauptung, dass Krankheit und Behinderung mit einem folgenschweren sozialen Abstieg einhergehen („Drift-Hypothese“), weil dadurch die sozialstaatlichen Sicherungssysteme in Frage gestellt werden. In Großbritannien durchgeführte Studien zeigen hierzu, dass chronische Erkrankungen bisweilen einen Berufswechsel erforderlich machen oder sogar zum Verlust des Arbeitsplatzes führen können (Blane 1985; Bispinck 1985). Auch Einkommensverluste infolge von länger andauernden Krankheitserfahrungen sind durch empirische Untersuchungen belegt worden. Die meisten britischen Forscher gehen dennoch nicht davon aus, dass krankheitsbedingte soziale Abstiege entscheidend zur Erklärung des sozial ungleichen Krankheits- und Sterbegeschehens beitragen. Begründet wird dies u.a. mit Verweis auf die relativ geringe intragenerationale soziale Mobilität in Großbritannien (Bartley, Plewis 1997).

In Deutschland wird der „Drift-Hypothese“ ebenfalls geringe Erklärungskraft beigemessen, weil hierzulande die auf den Grundsatz der Solidarität gegründete Sozialversicherung im Krankheitsfall ein relativ hohes Maß an sozialer Sicherung und gesundheitlicher Versorgung vorsieht. Empirisch überprüft wurde die Hypothese aber nur zweimal und dies in beiden Fällen nicht vollends überzeugend. Im Rahmen der DHP-Studie wurde untersucht, ob sich das Ausmaß der sozialen Ungleichheit in der kardiovaskulären Morbidität verringert, wenn anstatt eines auf Angaben zu Bildung, Einkommen und beruflicher Stellung basierenden Sozialschichtindex die Schulbildung herangezogen wird. Die Schulbildung kann als stabileres Maß angesehen werden, weil im Erwachsenenalter nur noch in seltenen Fällen zusätzliche Schulabschlüsse erworben werden. Angesichts ähnlich stark ausgeprägter Bildungs- wie Schichtgradienten kommen die Autoren zu der Überzeugung, dass die „Drift-Hypothese“ keinen bedeutsamen Beitrag zur Erklärung der sozialen Ungleichheit bei Herz-Kreislauf-

Krankheiten leistet (Helmert et al. 1993). Aussagekräftiger sind die Ergebnisse der zweiten Untersuchung, der Daten des Sozio-oekonomischen Panels aus den Jahren 1992 und 1994 zugrunde lagen. Untersucht wurde, wie sich Veränderungen im Einkommen und im Gesundheitsstatus zueinander verhalten. Mit den Längsschnittdaten des SOEP lässt sich anders als im Rahmen der DHP zwischen erklärendem und zu erklärendem Sachverhalt unterscheiden und die Kausalrichtung analysieren. Mit Blick auf die „Drift-Hypothese“ ist das zentrale Ergebnis, dass sich eine Verschlechterung des Gesundheitsstatus in Einkommensverlusten niederschlägt, der umgekehrte Einfluss, also die Auswirkung von Einkommenseinbußen auf die Gesundheit, aber deutlich stärker zutage tritt (Thiede, Straub 1997).

4.4 Integrierende Erklärungsmodelle

Gesundheitliche Ungleichheit ist das Resultat eines komplexen Wirkungszusammenhangs, der sich nur über eine integrierende Betrachtung der zugrunde liegenden Mechanismen erschließt. Gesundheitsrelevante Verhaltensmuster obliegen nicht allein der individuellen Entscheidungsfreiheit, sondern werden maßgeblich durch die Lebensbedingungen am Arbeitsplatz, in der Wohnumgebung und in der Familie geprägt. Ebenso wenig lässt sich das Stressgeschehen verstehen, wenn neben der Belastungskonstellation nicht auch die verfügbaren sozialen und personalen Bewältigungsressourcen analysiert werden. Darüber hinaus lassen sich zahlreiche weitere Verbindungen denken, z.B. zwischen sozialer Unterstützung und gesundheitsrelevantem Verhalten oder zwischen Kohärenzgefühl und Inanspruchnahme der medizinischen Versorgung, deren empirischer Nachweis das Zustandekommen gesundheitlicher Ungleichheit erhellen würde.

Die Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit setzt ein Theoriemodell voraus, dass einen Zusammenhang zwischen der Position in der Sozialhierarchie einerseits und der Gesundheit und Lebenserwartung andererseits herstellt, und zwar unter Berücksichtigung der vielfältigen Interdependenzen und Wechselwirkungen zwischen den vermittelnden materiellen, sozialen und verhaltensbezogenen Mechanismen. Von deutschen Sozialepidemiologen wurden bis heute vor allem zwei Beiträge veröffentlicht, die sich für die Theoriebildung als anschlussfähig erweisen könnten. Beiden Beiträgen ist gemeinsam, dass sie eine soziologische Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit anstreben und dazu ein hierarchisches Mehrebenenmodell vorschlagen, in dem die jeweils höhere Ebene die Voraussetzungen auf den nachgeordneten Ebenen vorgibt (Steinkamp 1993, 1999; Elkeles, Mielck 1993, 1997). Als „soziologisch“ sind

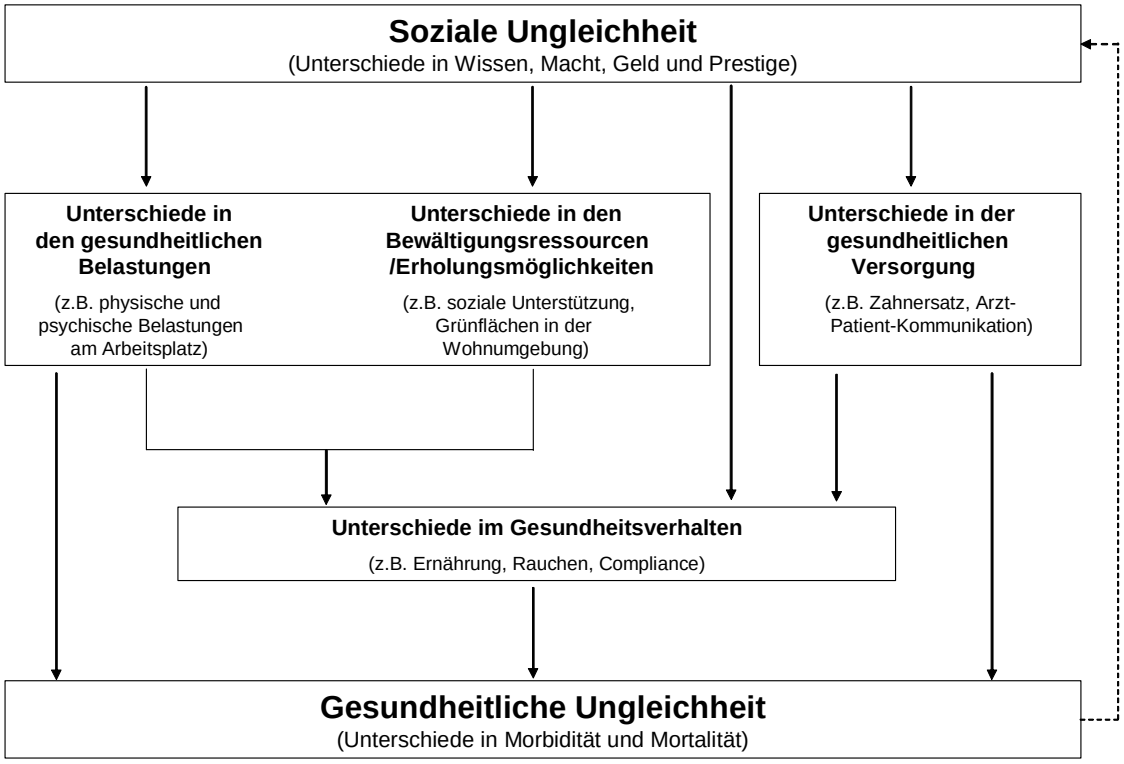
diese Modelle zu bezeichnen, weil sie in ihrer Grundstruktur der Erklärung der verstehenden Soziologie Max Webers folgen und auf der zwischen Gesellschaft und Individuum anzusiedelnden Analyseebene („Mesoebene“) auf strukturell geprägte Lebenskontexte fokussieren.

Der Vorschlag von Günther Steinkamp (1993, 1999) basiert auf einer fundamentalen Kritik des sozialepidemiologischen Zugangs zur gesundheitlichen Ungleichheit, die er u.a. an der ausbleibenden theoriegeleiteten Konzeptualisierung der Beziehung zwischen der Position im Ungleichheitsgefüge und der Gesundheit, der unzureichenden Erfassung ungleicher Lebensbedingungen anhand von Schichtmodellen, der fehlenden Subjektperspektive und der Vernachlässigung der Zeitdimension festmacht. Zur Überwindung dieser Defizite schlägt er ein hierarchisch strukturiertes Mehrebenenmodell vor, in dem die Lage im System der sozialen Ungleichheit (Makroebene) mit der Ebene der Handlungskontexte (Mesoebene) und diese wiederum mit der Ebene des Organismus und der Persönlichkeit (Individualebene) systematisch verknüpft wird. Auf der Makroebene siedelt er die Ungleichheit objektiver Lebensbedingungen an, die den Rahmen für die Realisierung von Lebenszielen bildet. Er fordert dabei von der schichtungssoziologischen Perspektive abzurücken und die makrostrukturellen Rahmenbedingungen als gruppenspezifische Bündelungen typischer Konstellationen ungleicher Lebensbedingungen, also eher orientiert am Lebenslagenansatz, zu konzeptualisieren. Die Mesoebene wird in dem Modell von Steinkamp durch konkrete Lebenskontexte wie Familie, Freundeskreise oder Arbeitsverhältnisse, „[…] in denen das alltägliche Leben von Menschen sich abspielt und über die strukturell vermittelte ungleiche Vorgaben erst ihre Wirkung entfalten“ (Steinkamp 1993: 115), repräsentiert. Die konzeptionelle Ausgestaltung dieser Ebene erfolgt anhand des Belastungs-Ressourcen-Konzepts, wobei kritische Lebensereignisse, dauerhaft belastende Lebensumstände und soziale Ressourcen, allen voran Netzwerkbeziehungen und daraus resultierende Unterstützungsleistungen, gegenüber gestellt werden. Auf der Ebene von Persönlichkeit und Organismus richtet sich der Blick auf die vorhandenen personalen Ressourcen sowie die organischen und psychischen Prozesse, die bei der Konfrontation mit den situativen Bedingungen ausgelöst werden. Der kognitiven Bewertung und Einschätzung von potenziell stressauslösenden Belastungen sowie dem Umgang und der Bewältigung mit Stresserfahrungen wird dabei in enger Anlehnung an kognitiv-transaktionale Stressmodelle (vgl. Lazarus 1981; Lazarus, Folkman 1984) ein hoher Stellenwert eingeräumt. Eine negative Bilanz von Belastungen und sozialen Ressourcen schlägt sich demzufolge in gesundheitlichen Beeinträchtigungen nieder, wenn die personalen Ressourcen nicht ausreichen, um mit den belastenden Ereignissen und Situationen fertig zu werden. Die

zentrale Annahme des Mehrebenenmodells von Steinkamp (1993, 1999) besagt dann, dass die Angehörigen sozial benachteiligter Gruppen einem höheren Erkrankungs- und Sterberisiko unterliegen, weil sie in den zentralen Lebenskontexten stärkeren Belastungen ausgesetzt sind und über geringere soziale und personale Ressourcen verfügen, um diese Belastungen zu bewältigen.

Der von Thomas Elkeles und Andreas Mielck (1993, 1997) unterbreitete Modellvorschlag zielt darauf ab, die in Deutschland diskutierten Erklärungsansätze zusammenzuführen und zu systematisieren (siehe auch Mielck, Helmert 1998; Mielck 2000). Wie im Modell von Steinkamp werden mehrere Analyseebenen unterschieden. Ausgangspunkt ist auf der Makroebene die Struktur ungleicher Verteilung von Wissen, Macht, Geld und Prestige sowie daraus resultierende soziale Vor- und Nachteilsbedingungen. Damit wird unterstellt, dass die schichtbildenden Ungleichheitsdimensionen nach wie vor für die Lebenssituation und die Lebensqualität in modernen Gesellschaften ausschlaggebend sind und den nachhaltigsten Einfluss auf die Gesundheit und Lebensspanne ausüben. Auf der „vermittelnden“ Mesoebene richtet sich der Blick auf gesundheitliche Belastungen und Ressourcen, die in verschiedenen Lebenskontexten relevant sein können. Der Ressourcenbegriff wird dabei nicht nur auf die Stressbewältigung bezogen, sondern in Richtung gesundheitsrelevanter Handlungskompetenzen und Kontrollmöglichkeiten erweitert. Neben der Bilanz aus Belastungen und Ressourcen werden in der gesundheitlichen Versorgung, vor allem im Hinblick auf Unterschiede in der Qualität von Prävention, Kuration und Rehabilitation, sowie im Gesundheits- und Krankheitsverhalten zentrale Vermittlungsinstanzen von gesundheitlichen Wirkungen sozialstruktureller Bedingungen gesehen. Betrachtet wird letztlich das strukturelle Problem gesundheitlicher Ungleichheit, worunter Elkeles und Mielck (1993) als ungerecht empfundene Unterschiede in der Morbidität und Mortalität verstehen. Die Grundannahme des Modells legt nahe, dass die in der Gesellschaft bestehende soziale Ungleichheit im Krankheits- und Sterbegeschehen der Bevölkerung einen Ausdruck findet, weil die Angehörigen der sozial benachteiligten Gruppen schlechter gesundheitlich versorgt werden, stärkeren gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt sind, über geringere Bewältigungsressourcen verfügen und sich in geringerem Maße gesundheitsbewusst verhalten. Dabei wird hervorgehoben, dass Lebensbedingungen einen Teil ihres Einflusses über das Gesundheit- und Krankheitsverhalten entfalten (Abbildung 4.5).

Abbildung 4.5
Modell zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit von Elkeles und Mielck (1997: 140)



Indem die Beziehung zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit über mehrere Ebenen entwickelt wird, unterstützen die Modelle von Steinkamp (1993, 1999) sowie Elkeles und Mielck (1993, 1997) eine theoriegeleitete Betrachtung des Zustandekommens gesundheitlicher Ungleichheit. Gemessen an formalen Anforderungen lassen sie sich als Ordnungsmodelle einstufen, die einen systematischen Überblick über vorhandene Theorieansätze geben und durch deren Zusammenführung eine gute Grundlage für theoretische Weiterentwicklungen bilden. Den Anforderungen an eine theoretische Erklärung, wie sie sich z.B. aus den in der Soziologie vorherrschenden analytisch-nomologischen Erklärungsschemata ableiten lassen (Esser 1993; Colemann 1995), werden sie allerdings nicht gerecht. Dazu müsste unter Hinzuziehung einer Handlungstheorie gezeigt werden, warum sich Menschen unter gegebenen situativen Randbedingungen für eine von mehreren Handlungsalternativen entscheiden. Die Rekurrierung auf den Belastungs-Ressourcen-Ansatz als „Brückenkonzept“ zwischen sozialstrukturellen Bedingungen und individuellem Handeln reicht hier nicht aus. Ein handlungstheoretischer Zugang vermöge mit Sicherheit nicht das gesamte Ausmaß der gesundheitlichen Ungleichheit zu erklären, würde aber die Aussagefähigkeit der Modelle deutlich erhöhen.

Der Erklärungsnotstand der Sozialepidemiologie hängt u.a. damit zusammen, dass theoretische Entwicklungen in der Soziologie und Psychologie gar nicht oder erst mit erheblicher zeitlicher Verzögerung adaptiert werden. Mittlerweile hat sich unter Sozialepidemiologen zumindest die Überzeugung durchgesetzt, dass die erzielten Befunde zur gesundheitlichen Ungleichheit einer eingehenden theoretischen Deutung unterzogen werden müssen. Bisweilen werden auch konkrete Vorschläge zur Überbrückung vorhandener Erklärungslücken unterbreitet. Empfohlen wird vor allem eine differenziertere Erfassung sozialer Ungleichheit unter Berücksichtigung der so genannten „neuen“ Ungleichheitsdeterminanten und -dimensionen sowie eine fundiertere theoretische Begründung der sozialstrukturellen Prägung des gesundheitsrelevanten Verhaltens entlang der Bourdieu‘schen Wirkungsachse „Struktur-Habitus-Praxis“ (Sperrlich, Mielck 2001; Winkler 2001).

5 Entwicklung des Berichtskonzepts

Ausgehend von den Zielen und der konzeptionellen Ausrichtung der Armuts- und Reichtumsberichterstattung sowie des empirischen und theoretischen Forschungsstandes zu Zusammenhängen zwischen Armut, sozialer Ungleichheit und Gesundheit wird im Folgenden ein Berichtskonzept entwickelt, das auf die Deskription und Analyse gesundheitsbezogener Problemlagen und Verteilungsungleichheiten in Deutschland zielt und damit Ansatzpunkte für die politische Armutsbekämpfung, insbesondere für Maßnahmen zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit, aufzeigt. Eckpfeiler des Konzeptes sind erstens, die Auswahl und Begründung der Berichtsgegenstände, durch die eine thematische Schwerpunktsetzung erfolgt, zweitens, die Formulierung von Berichtsstrategien, um eine differenzierte und für politische Entscheidungsprozesse anschlussfähige Berichterstattung sicher zu stellen, sowie drittens, die Darstellung vorhandener Datengrundlagen, einschließlich der Bewertung der mit diesen verbundenen Analysemöglichkeiten. Zunächst wird auf die Berichtsgegenstände und Berichtsstrategien eingegangen, das anschließende Kapitel 6 widmet sich den Datengrundlagen.

5.1 Auswahl der Berichtsgegenstände

Das entscheidende Kriterium für die Auswahl der Berichtsgegenstände war die Möglichkeit, die vielfältigen Zusammenhänge zwischen der Gesundheit und den anderen als zentral erachteten Aspekten der Lebenslage zu verdeutlichen. Der Blick richtet sich zuvorderst auf gesundheitsbezogene Problemlagen und Verteilungsungleichheiten, die sich in den letzten Jahrzehnten verfestigt oder sogar ausgeweitet haben und einen hohen politischen Handlungsdruck erzeugen. Letzteres trifft auf Armuts- und Ungleichheitsphänomene zu, die von der Allgemeinheit als ungerecht empfunden werden und im Widerspruch zum Selbstverständnis eines auf soziale Integration und Ausgleich zielenden Sozial- und Wohlfahrtsstaates stehen. Von den zunächst in Erwägung gezogenen Berichtsgegenständen wurden einige später wieder verworfen, weil diese in anderen Zusammenhängen der Armuts- und Reichtumsberichterstattung bearbeitet werden, so z.B. Einflüsse der Wohnsituation und der Umwelt auf die Gesundheit. Andere konnten nicht bearbeitet werden, weil sich die vorhandenen Datengrundlagen als nicht ausreichend erwiesen. Dies traf unter anderem auf die gesundheitliche Situation von Obdachlosen, Straßenkindern, Drogenabhängigen und Prostituierten zu. Letztlich verblieben acht Berichtsgegenstände, die das thematische Grundgerüst des vorgeschlagenen Konzeptes

zur Deskription und Analyse von Zusammenhängen zwischen Armut, sozialer Ungleichheit und Gesundheit im Kontext der Armuts- und Reichtumsberichterstattung bilden. Diese beziehen sich auf die Gesundheitsrelevanz zentraler Dimensionen der Lebenslage (Einkommen, Bildung, Beruf), tragen darüber hinaus aber auch spezifischen Problemlagen (Arbeitslose, alleine Erziehende, Migranten) und im Lebenslauf variierenden Ausprägungsformen (Kinder und Jugendliche, ältere Menschen) Rechnung.

Gesundheitliche Auswirkungen von Einkommensungleichheit

Die Höhe des Einkommens ist nach dem Lebenslagenansatz eine der zentralen Bestimmungsgrößen des Handlungsspielraumes von Personen und Haushalten. Neben dem Zugang zu notwendigen Bedarfs- und Gebrauchsgütern werden auch die Möglichkeiten der sozialen Integration und soziokulturellen Teilhabe sowie der individuellen Lebensplanung maßgeblich durch die Ausstattung mit finanziellen Mitteln bestimmt (Hanesch et al. 1994; Voges et al. 2005). Einkommensarmut ist eine der häufigsten Ursachen für soziale Ausgrenzung und einen dauerhaft verminderten Lebensstandard. Die Analyse der Einkommensverteilung, insbesondere der Entwicklung im unteren Einkommensbereich, ist deshalb eines der Hauptanliegen der Armuts- und Reichtumsberichterstattung (BMAS 2001). Wenn die Einkommensungleichheit sich in der Gesundheit und Lebenserwartung der Bevölkerung widerspiegelt, dann ergeben sich daraus besondere Anforderungen an eine ausgleichende Sozialpolitik. Von Bedeutung sind in diesem Zusammenhang nicht nur die materiellen Unterschiede, sondern auch Stressbelastungen infolge von finanziellen Notlagen, Ausgrenzungserfahrungen und sozialen Vergleichsprozessen (Wilkinson 2001). Ebenso ist der Einfluss des Einkommens auf das gesundheitsrelevante Verhalten und die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens zu beachten. Die Wirksamkeit von Einkommensverbesserungen durch beschäftigungsfördernde Maßnahmen und die Umverteilung über Transferleistungen, Steuern sowie Sozialversicherungsbeiträge sollte deshalb auch an der Möglichkeit zur Verwirklichung individueller Gesundheitschancen und einer gerechten Verteilung der Ressourcen im Gesundheitswesen festgemacht werden. Eine umfassende Deskription und Analyse gesundheitsbezogener Problemlagen und Verteilungsungleichheiten in Abhängigkeit vom Einkommen könnte dabei wichtige Anhaltspunkte liefern.

Stellenwert der Bildung für eine gesundheitsförderliche Lebensweise

Neben der Einkommensentwicklung ist die Bildungsbeteiligung ein zentrales Themenfeld der Armuts- und Reichtumsberichterstattung. Eine gute Schul- und Berufsausbildung vergrößert den individuellen Handlungsspielraum und erleichtert den Umgang mit den zunehmend komplexeren gesellschaftlichen Anforderungen (Voges et al. 2005). Bildung ist dabei im engen Zusammenhang mit der Persönlichkeitsentwicklung und dem Erlernen sozialer Kompetenzen zu sehen (Autorengruppe Bildungsberichterstattung 2008). In ökonomischer Hinsicht bedeutet der Erwerb von Bildung eine Investition in das eigene Arbeitsvermögen mit Auswirkungen auf die Stellung in der Arbeitswelt und die beruflichen Perspektiven. Über den Arbeitsmarkt und das Beschäftigungssystem eröffnen sich vielfältige Möglichkeiten, um das eigene Humankapital in hoch bewertete Güter wie Einkommen, Status oder Prestige umzusetzen und daraus resultierende Lebenschancen wahrzunehmen (Hradil 2001; Geißler 2006). Eine Unterversorgung mit Bildungsgütern geht oftmals mit prekären Beschäftigungsverhältnissen einher und ist eine zentrale Ursache für Arbeitslosigkeit und Einkommensarmut (BMAS 2001; Baethge et al. 2004). Bezüge zur Gesundheit ergeben sich zum einen durch den Erwerb von Bildung und damit verbundenen Einstellungen, Überzeugungen und Kompetenzen, die sowohl eine gesundheitsförderliche Lebensweise als auch den Umgang mit schwierigen Lebensumständen unterstützen. Zum anderen resultiert aus der engen Kopplung von formalen Bildungsabschlüssen und der Stellung in der Arbeitswelt eine Ungleichverteilung von arbeits- und berufsbezogenen Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken (Statistisches Bundesamt 1998; Stolpe 2001). Im Kontext der Armuts- und Reichtumsberichterstattung sollten sowohl die mit der Bildung verbundenen Gesundheitspotenziale als auch die aus einer Unterversorgung mit Bildung resultierenden Risiken und Gefährdungen für die Gesundheit herausgearbeitet werden. Die Ergebnisse können als Referenz für die Forderung nach einer Erhöhung der Bildungsbeteiligung sowie Anpassung des Bildungs- und Ausbildungssystems an sich verändernde gesellschaftliche Rahmenbedingungen als Grundvoraussetzung für die Stärkung der sozialen Integration und den Abbau sozialer Ungleichheit dienen. Aus Sicht der Gesundheitspolitik ist zu fragen, wie die mit der Bildung verbundenen Gesundheitschancen besser genutzt werden können und welche Zugangswege sich über die Bildungseinrichtungen, angefangen bei Kindertagesstätten und Schulen, ergeben.

Einflüsse der Arbeitswelt und des Berufs auf die Gesundheit

Die Teilnahme am Erwerbsleben stellt für einen Großteil der Bevölkerung die Basis zur Sicherung des Lebensunterhalts dar (Hradil 2001). Der ausgeübte Beruf entscheidet zudem mit darüber, welches Ansehen der Einzelne in der Gesellschaft genießt und inwieweit Fähigkeiten und Begabungen weiterentwickelt werden können (Wegener 1988; Ganzeboom et al. 1992). Jede berufliche Tätigkeit ist mit spezifischen Anforderungen und Rollenerwartungen verbunden, die auch auf andere Lebensbereiche ausstrahlen. So beeinflussen Art, Umfang sowie zeitliche und räumliche Anordnung der Arbeit den Handlungsspielraum z.B. für das Familienleben oder die Freizeitgestaltung (Oppolzer 1994; Hradil 2001). Mit Blick auf die Lebensbedingungen und Teilhabechancen ist also nicht nur nach der Teilnahme oder Nicht-Teilnahme am Erwerbsleben zu fragen, sondern auch nach der Stellung in der Arbeitswelt und den Besonderheiten der ausgeübten Tätigkeit. Entsprechend differenziert sollten die Einflüsse der Arbeitswelt auf die Gesundheit betrachtet werden. Einerseits ist die Erwerbsarbeit als Gesundheitsressource anzusehen, insbesondere wenn sie mit Entwicklungsmöglichkeiten und Gratifikationen verbunden ist, andererseits geht sie mit zahlreichen Belastungen und Gefährdungen für die Gesundheit einher (Siegrist 1996; Peter 2006). Sowohl die Ressourcen als auch die Risiken variieren mit Merkmalen wie Beschäftigungsverhältnis, Arbeitszeitregelungen, Schutzbestimmungen, Branchen- und Berufsgruppenzugehörigkeit. Gesundheitsunterschiede, die sich an diesen oder ähnlichen Merkmalen festmachen lassen, unterstreichen die Notwendigkeit von Maßnahmen zur Sicherung der Beschäftigung und Verbesserung der Arbeitsbedingungen. Das schließt auch Maßnahmen ein, die auf die Vereinbarkeit der Erwerbsarbeit mit Anforderungen in anderen Lebensbereichen, z.B. Kindererziehung oder Pflege von Familienangehörigen, zielen (BMFSFJ 2001). Neben Investitionen in die Bildung lassen sich Strategien zur Integration in die Erwerbsarbeit vielleicht als wichtigste Voraussetzung für den in letzter Zeit zunehmend propagierten Politikansatz „Fördern und Fordern“, der die Verantwortung des Einzelnen betont, gebotene Chancen zur sozialen Teilhabe auch aufzugreifen und Selbstverantwortung zu zeigen, beschreiben (BMGS 2005; Fleckenstein 2008). Eine Berichterstattung, die arbeitswelt- und berufsbezogene Einflüsse auf die Gesundheit verdeutlicht, kann auch zur Entwicklung und Umsetzung von Programmen der betrieblichen Gesundheitsförderung beitragen (BMAS 2007).

Arbeitslosigkeit und Gesundheit

Bereits im ersten Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung wird Arbeitslosigkeit als Hauptursache für Armut und soziale Ausgrenzung benannt (BMAS 2001). Insbesondere andauernde Arbeitslosigkeit hat Auswirkungen auf das gesamte Spektrum der Lebensbedingungen und Teilhabechancen, wobei nicht nur die materiellen Folgen, sondern auch der Verlust latenter Funktionen der Arbeit, z.B. im Hinblick auf das Selbstwertgefühl oder soziale Kontakte, zum Tragen kommen (Elkeles 2001; Kieselbach 2000). Arbeitslosigkeit betrifft heute nicht mehr nur die Geringqualifizierten, sondern im Zuge der anhaltend schwierigen ökonomischen Rahmenbedingungen, die sich auch im lange Zeit wachsenden und mittlerweile für die wirtschaftliche Entwicklung bestimmenden Dienstleistungs- und Wissenssektor bemerkbar machen, zunehmend auch gut ausgebildete Bevölkerungskreise (Blossfeld et al. 2008). Die schlechtesten Chancen auf dem Arbeitsmarkt haben gleichwohl Personen mit niedrigem Bildungs- und Ausbildungsniveau, insbesondere wenn ihre Leistungs- und Erwerbsfähigkeit gemindert ist und ihnen keine Möglichkeiten geboten werden, sich entsprechend der veränderten Anforderungen in der Arbeitswelt weiterzuqualifizieren (BMAS 2001). Zusammenhänge zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit sind dementsprechend einerseits unter dem Gesichtspunkt der Auswirkungen des Verlustes des Arbeitsplatzes und der daraus resultierenden materiellen, sozialen und psychosozialen Belastungen zu bewerten. Andererseits sind die geringeren Beschäftigungs- und Wiederbeschäftigungschancen von Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen zu diskutieren. Hinweise auf Folgen der Arbeitslosigkeit für die Gesundheit sprechen für beschäftigungsfördernde Maßnahmen als zentraler Bestandteil einer auf soziale Integration und Verteilungsgerechtigkeit zielenden Politik (RKI 2003). Gleichzeitig werfen sie Fragen der sozialen Absicherung sowie der medizinischen und psychosozialen Versorgung der Betroffenen und ihrer Angehörigen auf (Hollederer 2002). Die Ausgrenzung von gesundheitlich beeinträchtigten Menschen aus dem Erwerbsleben deutet auf Integrationserfordernisse hin, die je nach Grad der Beeinträchtigung auch in anderen Bereichen, z.B. ehrenamtliche Tätigkeit, liegen können (Kieselbach 2000).

Gesundheit von allein Erziehenden

In den letzten Jahrzehnten hat die Zahl der allein Erziehenden stark zugenommen, was im Zusammenhang mit den steigenden Scheidungsraten, der Zunahme unehelicher Geburten sowie dem Bedeutungsgewinn von Lebenskonzepten, die nicht dem traditionellen Bild der

Kleinfamilie entsprechen, zu sehen ist. Aus Sicht der Armuts- und Reichtumsberichterstattung ist diese Entwicklung relevant, weil viele allein Erziehende sich in einer benachteiligten Lebenslage befinden. Insbesondere allein erziehende Mütter sind finanziell schlechter gestellt und haben aufgrund der oftmals schwierigen Vereinbarkeit von Kindererziehung und Beruf relativ schlechte Chancen auf dem Arbeitsmarkt (BMFSFJ 2001; BMGS 2005). Wenn allein Erziehende erwerbstätig sind oder andere Teilhabechancen wahrnehmen wollen, ergeben sich finanzielle Kosten für die Kinderbetreuung, die das Haushaltsbudget zusätzlich belasten. Die alleinige Sorge für die Kinder erfordert zudem ein großes Organisationstalent und soziale Unterstützungsressourcen, die häufig nicht zur Verfügung stehen, unter anderem aufgrund der Entflechtung von familiären Beziehungen und der notgedrungen geringeren Investitionen in Freund- und Bekanntschaften (Schneider et al. 2001). Ob sich die komplexe und in vielerlei Hinsicht anstrengende Lebenssituation auf die Gesundheit und das Wohlbefinden auswirkt, hängt wahrscheinlich ganz entscheidend von den vorhandenen materiellen, sozialen und personalen Ressourcen und den daraus resultierenden Möglichkeiten zur sozialen Teilhabe ab (Hoffmann, Swart 2002; RKI 2003). Eine am Lebenslagenansatz orientierte Armuts- und Reichtumsberichterstattung sollte – gerade wenn es um mögliche Auswirkungen auf die Gesundheit geht – zumindest eine nach zentralen Merkmalen wie Einkommen, Bildung oder Erwerbsstatus differenzierte Betrachtung ermöglichen. Politische Maßnahmen zur Verbesserung der Lebensbedingungen und Teilhabechancen sollten am Ausgleich der materiellen Nachteile durch staatliche Transferleistungen und Steuerentlastungen ansetzen, aber auch die Wettbewerbsnachteile auf dem Arbeitsmarkt, z.B. durch die Schaffung von adäquaten Angeboten der Kinderbetreuung, kompensieren (BMFSFJ 2001). Bei allein Erziehenden mit niedrigem Einkommen und beruflichen Qualifikationsniveau, die dauerhaft arbeitslos sind oder zusätzliche Problemlagen aufweisen, wie z.B. eine chronische Krankheit oder Suchtverstrickung, können darüber hinaus spezifische Versorgungsangebote und Familienhilfen erforderlich sein.

Sozial ungleiche Gesundheitschancen von Kindern und Jugendlichen

Kinder und Jugendliche stellen in Deutschland mittlerweile die Altersgruppe mit dem höchsten Armutsrisiko dar. Besonders betroffen sind Kinder von allein erziehenden oder arbeitslosen Eltern, aber auch Kinder, die mit mehreren Geschwistern aufwachsen oder einen Migrationshintergrund haben (BMGS 2005). Eine Armutslage in der Kindheit bedeutet einen schlechten Start ins Leben, mit Auswirkungen auf die Teilhabemöglichkeiten und Entwick-

lungschancen der Heranwachsenden. Neben Einschränkungen der Lebensqualität, die sich unmittelbar bemerkbar machen, z.B. im Familienklima, Wohnumfeld oder in der Freizeitgestaltung, sind Folgen für die Persönlichkeitsentwicklung und die Bewältigung altersspezifischer Entwicklungsaufgaben zu beachten (Krappmann 2001; Walper 1999). Ein besonderes Problem ergibt sich aus dem engen Zusammenhang zwischen sozialer Herkunft und Bildungschancen, weil dadurch – aufgrund der großen Bedeutung der schulischen und beruflichen Ausbildung für die Erwerbs- und Einkommenschancen – „intergenerationale Armutszirkel“ entstehen können (Altgeld 2006). Auch mit Blick auf die Gesundheit ist Armut als Entwicklungsrisiko zu sehen, was sich unter anderem an der Ausprägung gesundheitsrelevanter Einstellungen und Verhaltensmuster, dem Vorkommen von Krankheiten und Beschwerden sowie der Inanspruchnahme von Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung, festmachen lässt (Klocke, Lampert 2005; Lampert, Richter 2006). Da die Weichen für ein langes und gesundes Leben schon früh gestellt werden und die Nutzung der Präventionspotenziale im Kindes- und Jugendalter eine wesentliche Voraussetzung für eine nachhaltige Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung ist, sollte die Deskription und Analyse gesundheitsbezogener Problemlagen und Verteilungsungleichheiten in der heranwachsenden Generation ein fester Bestandteil der Armuts- und Reichtumsberichterstattung sein. Bei Kindern und Jugendlichen zeigt sich, vielleicht noch deutlicher als bei anderen Bevölkerungsgruppen, wie notwendig die Verflechtung und spezifische Ausgestaltung von verschiedenen Politikansätzen ist (Pott, Lehmann 2002).

Gesundheit im höheren Lebensalter

Vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung stellt sich zunehmend die Frage, wie älteren Menschen eine gerechte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben gewährleistet werden kann. Nach wie vor sind die Teilhabechancen im höheren Lebensalter eingeschränkt, was sich auch unter dem Gesichtspunkt einer Benachteiligung gegenüber jüngeren Altersgruppen betrachten lässt (Riley, Riley 1994; Mayer et al. 1996). Ältere Menschen sind heute – anders als noch vor 30 Jahren – zwar keinem höheren Armutsrisiko ausgesetzt, in vielen anderen Bereichen sehen sie sich aber in einer Gesellschaft, die sehr stark auf die Erwerbsarbeit zentriert ist und in der ein Großteil der Lebenschancen über die Arbeitswelt verteilt wird, Nachteilen gegenüber. So gibt es in Deutschland nur wenige Bildungsangebote für ältere Menschen und auch die Möglichkeiten der politischen und kulturellen Teilhabe sind relativ gering (Mayer et al. 1996; Voges 1996). Mit Blick auf die Gesundheit im Alter wird insbe-

sondere über die Möglichkeiten und Grenzen einer bedarfsgerechten Versorgung im Krankheits- und Pflegefall diskutiert. Neben der Leistungs- und Finanzierbarkeit der gesellschaftlichen Sicherungssysteme stellen sich eine Reihe weiterer Fragen, die erst in den letzten zwei Jahrzehnten in den Mittelpunkt der Diskussion gerückt sind, z.B. nach der individuellen Lebensqualität, nach möglichen Potenzialen und Gewinnen des Alters sowie nach der Aufrechterhaltung der intergenerationalen Solidarität (Baltes, Baltes 1994; Rowe, Kahn 1998). Aus Sicht der Armuts- und Reichtumsberichterstattung ist darüber hinaus danach zu fragen, wie stark die soziale Ungleichheit bei älteren Menschen ausgeprägt ist und ob sich diese auch im Krankheits- und Sterbegeschehen im höheren Alter ausdrückt. Entsprechend vielfältig sind die Anknüpfungspunkte für politische Interventionen: Sie sollten einerseits auf einen Ausgleich zwischen den Generationen zielen, anderseits die soziale und gesundheitliche Ungleichheit in der Gruppe der Älteren verringern (Mayer, Wagner 1996; Lampert, Maas 2002).

Migration und Gesundheit

Ein besonderes Augenmerk sollte zudem Menschen mit Migrationshintergrund gelten. Sowohl der besondere Rechtsstatus bei Personen mit einer anderen als der deutschen Staatsangehörigkeit als auch kulturelle Unterschiede in der Lebensweise beeinflussen die gesellschaftlichen Teilhabechancen von Migranten und Migrantinnen (Bartelheimer 2004; Razum, Geiger 2003). Bereits im ersten Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung wurde darauf hingewiesen, dass ein Migrationshintergrund mit schlechteren Aussichten auf dem Arbeitsmarkt, geringeren Einkommenschancen und häufigerem Sozialhilfebezug einhergeht (BMAS 2001). Wenn nach Zusammenhängen zwischen Migration und Gesundheit gefragt wird, sollten neben Gesundheitsrisiken, die mit einem niedrigen Sozialstatus verknüpft sind, auch psychosoziale Belastungen, die sich aus der Migrationserfahrung und Schwierigkeiten der sozialen Integration ergeben, berücksichtigt werden (RKI 2008; Schenk et al. 2008). Außerdem sind kulturelle Unterschiede im Gesundheits- und Krankheitsverständnis sowie die Verbreitung von Erkrankungen und Risikofaktoren im jeweiligen Herkunftsland zu beachten (Razum, Geiger 2003; RKI 2008). Erkenntnisse über migrantenspezifische Krankheitsrisiken und Gesundheitschancen könnten dazu beitragen, kulturell und sprachlich bedingte Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem, und zwar sowohl zu Versorgungs- als auch Präventionsangeboten abzubauen. Zum Teil weisen sie auch auf die Notwendigkeit hin, die soziale Lage und soziale Sicherung von Migrantenfamilien zu verbessern.

5.2 Formulierung der Berichtsstrategien

Die Armuts- und Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung kann sich nicht auf den Nachweis gesundheitlicher Ungleichheiten beschränken. Ziel muss vielmehr sein, eine verlässliche Grundlage für die Entwicklung von Maßnahmen zur Verringerung der gesundheitsbezogenen Problemlagen und Verteilungsungleichheiten zu schaffen. Umso wichtiger erscheint es, die Deskription und Analyse der vorgeschlagenen Berichtsgegenstände an theoretisch fundierten Perspektiven auszurichten und damit sowohl eine Verbindung zu möglichen Erklärungsansätzen als auch zu politischen Handlungsoptionen herzustellen. Die Orientierung an Berichtsstrategien soll zudem ermöglichen, Daten- und Erkenntnisdefizite zu ermitteln und Anhaltspunkte für die Weiterentwicklung der konzeptionellen, methodischen und empirischen Grundlagen der Berichterstattung aufzuzeigen. Im Folgenden wird gefordert, von einem weitgefassten Gesundheitsbegriff auszugehen und die gesundheitliche Ungleichheit möglichst differenziert zu beschreiben. Zusammenhänge zwischen Armut, sozialer Ungleichheit und Gesundheit sollten geschlechtersensibel berichtet und nach Möglichkeit aus der Lebenslaufsperspektive gedeutet werden. Darüber hinaus sollten sich die Bemühungen darauf richten, zeitliche Entwicklungen und Trends aufzuzeigen und internationale Vergleichbarkeit herzustellen. Auf der Basis der aktuell vorhandenen Daten lassen sie die formulierten Berichtsstrategien allenfalls teilweise umsetzen. Sie sollten deshalb mehr als Anforderungen an die Armuts- und Reichtumsberichterstattung gesehen werden, die es künftig stärker zu berücksichtigen gilt (siehe hierzu auch Kapitel 15).

Gesundheitsbegriff weit fassen

Das Ausmaß der Auswirkungen von Armut und sozialer Ungleichheit auf die Gesundheit lässt sich nur erschließen, wenn von einem weitgefassten Gesundheitsbegriff ausgegangen wird. Die oft zitierte Definition der Weltgesundheitsorganisation, der zu Folge Gesundheit als Zustand des völligständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur als Abwesenheit von Krankheit und Leiden zu verstehen ist (WHO 1946), kann allenfalls als Ausgangspunkt dienen, da sie einen Idealzustand beschreibt und damit – streng genommen – der im medizinisch-wissenschaftlichem Modell verankerten Dichotomie zwischen Gesundheit und Krankheit verhaftet bleibt. Als anschlussfähiger erweisen sich konzeptionelle Weiterentwicklungen des Gesundheitsbegriffs in der Medizinsoziologie und Gesundheitspsychologie, die von einem Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit ausgehen, mit vielfältigen Zwischenstufen, Übergängen und Verlaufsformen, und die Bedeutung von

individuellen wie gesellschaftlichen Ressourcen hervorheben (Antonovsky 1987, 2003; Kickbusch 2003). Gesundheit ist demnach nicht als Zustand, sondern als Prozess zu begreifen, der sowohl von individuellen Anlagen und Handlungen als auch von gesellschaftlichen Investitionen abhängt. Diese Auffassung spiegelt sich in den aktuellen Konzepten der Gesundheitsförderung wider, die einerseits auf eine Verminderung von Belastungen und Risiken, andererseits auf eine Stärkung der Ressourcen zielen und gleichermaßen die Verantwortung des Einzelnen wie auch der Gesellschaft betonen (Rosenbrock et al. 2004; Altgeld 2006). Für die Armuts- und Reichtumsberichterstattung wie auch die Gesundheitsberichterstattung resultiert daraus die Notwendigkeit, eine entsprechende Konzeptualisierung des Gesundheitsbegriffs vorzunehmen und ein Set an Gesundheitsindikatoren zu definieren, an denen sich die Berichterstattung ausrichtet. Dies kann nicht allein „top-down", d.h. auf Basis theoretischer Überlegungen, erfolgen, da die vorhandenen Datengrundlagen die Möglichkeiten der Indikatorenbildung begrenzen. Für die Armuts- und Reichtumsberichterstattung wurde vorgeschlagen, fünf Dimensionen der Gesundheit zu unterscheiden und über verschiedene Indikatoren abzubilden (siehe hierzu Lampert 2004a): Morbidität (z.B. chronische Krankheiten, psychosomatische Beschwerden und psychische Störungen), Krankheitsfolgen (z.B. Behinderungen, Erwerbsminderung und Hilfs- bzw. Pflegebedürftigkeit), subjektive Gesundheit (z.B. Selbsteinschätzung der Gesundheit, Gesundheitszufriedenheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität), Gesundheitsverhalten (z.B. körperliche Aktivität, Ernährung und Substanzgebrauch), Gesundheitsversorgung (z.B. ärztliche Inanspruchnahme, Arzneimittelgebrauch und Teilnahme an Präventionsangeboten) und Länge des Lebens (z.B. Lebenserwartung, vorzeitige Sterblichkeit und Mortalitätsrisiko).[2] Die Deskription und Analyse der Berichtsgegenstände folgt diesen Gesundheitsdimensionen, soweit dies inhaltlich sinnvoll erschien und sich mit den vorhandenen Daten umsetzen ließ.

Gesundheitliche Ungleichheit differenziert betrachten

Die Deskription und Analyse der gesundheitlichen Ungleichheit im Rahmen der Armuts- und Reichtumsberichterstattung sollte so differenziert erfolgen, dass sich konkrete Handlungserfordernisse aufzeigen und Zielgruppen für Interventionen definieren lassen. Die Auswahl der Berichtsgegenstände und die Entscheidung für einen weit gefassten Gesundheitsbegriff sind

[2] Das vorgeschlagene Indikatorengerüst wurde vom Autor im Auftrag des BMGS für die Armuts- und Reichtumsberichterstattung entwickelt. Es beinhaltet eine theoretisch fundierte Ableitung von für die Berichterstattung relevanten gesundheitsbezogenen Sachverhalten (Indikanda) sowie deren Operationalisierung auf Grundlage zugänglicher Daten (Indikatoren).

vor diesem Hintergrund zu sehen. Bei der Bearbeitung der Berichtsgegenstände sollte sich nicht allein auf die gesundheitliche Situation sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen bezogen werden, vielmehr ist die Verteilung der Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken über die gesamte soziale Stufenleiter zu betrachten. Der bisherige Forschungsstand spricht dafür, dass auch zwischen sozial besser gestellten Gruppen Gesundheitsunterschiede bestehen, so dass von einem sozialen Gradienten der Gesundheitschancen gesprochen werden kann (Marmot 2001; Richter, Hurrelmann 2006). Während das gehäufte Auftreten von Krankheiten und Gesundheitsstörungen in den sozial benachteiligten Gruppen auf Armut und materielle Deprivation zurückzuführen sein könnte, dürften sich die Gesundheitsunterschiede zwischen den besser gestellten Gruppen – zumindest in einem Wohlfahrtsstaat wie Deutschland – eher durch Variationen in der Bildung, des beruflichen Status und Sozialprestiges oder in der Verfügbarkeit über soziale und personale Ressourcen erklären (Sachverständigenrat 2005). Der Forschungsstand weist außerdem darauf hin, dass sich die soziale Ungleichheit bei schwerwiegenden Krankheiten und Gesundheitsrisiken besonders deutlich abzeichnet. Auch für bestimmte Erkrankungen oder Gesundheitsrisiken lässt sich feststellen, dass mit der Höhe des Schweregrads bzw. der Stärke und Dauer der Exposition die sozialen Unterschiede zunehmen. Zu beachten sind ferner Studien, die darauf hinweisen, dass die gleichen Krankheiten und Beschwerden in den sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen häufiger mit Einschränkungen im alltäglichen Leben, z.B. bei der Erwerbsarbeit und bei sozialen Kontakten, einhergehen (zusammenfassend siehe Mielck 2000, 2005). Diese und ähnliche Befunde lassen auch Rückschlüsse auf Unterschiede in Bezug auf den Krankheitsverlauf, das individuelle Bewältigungsverhalten und die medizinische Versorgung zu. Eine differenzierte Beschreibung ist deshalb ein wichtige Voraussetzung, um die beobachte gesundheitliche Ungleichheit erklären zu können und Ansatzpunkte für politische Interventionen zu ihrer Verringerung zu ermitteln.

Lebensverlaufsperspektive berücksichtigen

Die gesundheitliche Ungleichheit erfährt in verschiedenen Lebens- und Altersphasen einen unterschiedlichen Ausdruck (Bartley 2004; Richter, Hurrelmann 2006). Dies hängt sowohl mit altersspezifisch unterschiedlichen Anforderungen und Lebensbedingungen als auch mit der gesundheitlichen Entwicklung im Lebenslauf zusammen. Aus diesem Grund sollte eine altersdifferenzierte Betrachtung gesundheitsbezogener Problemlagen und Verteilungsungleichheiten angestrebt werden. Da die bisherige Forschung sich sehr stark auf das mittlere

Lebensalter konzentriert hat, wurde in der vorliegenden Arbeit die gesundheitliche Ungleichheit in der Kindheit und Jugend sowie im höheren Lebensalter als gesonderte Berichtsgegenstände definiert. Die soziologische Lebensverlaufsforschung legt darüber hinaus nahe, die singuläre Betrachtung der einzelnen Lebensphasen zu überwinden und Gesundheit als Resultat eines lebenslangen Prozesses zu verstehen (Mayer 1995, 1998). Von besonderer Bedeutung sind dabei zwei theoretische Perspektiven, die in der Gesundheitsforschung zunehmend Beachtung finden, und auch für die Analyse gesundheitlicher Ungleichheit von großer Bedeutung sind. Einen Ansatzpunkt stellen die ersten Lebensjahre dar, weil in diesen wichtige Weichenstellungen für die gesundheitliche Entwicklung im späteren Leben erfolgen. Dies schließt bereits die Entwicklung des Fötus im Mutterleib ein, da z.B. organische Schädigungen aufgrund des Rauchens der Mutter häufig irreversibel sind und langfristig das Risiko für Atemwegs- und Herz-Kreislauf-Krankheiten erhöhen. Auch eine mangelhafte Ernährung und hohe Stressexposition der Mutter während der Schwangerschaft haben sich als Risikofaktoren für zahlreiche Krankheiten im mittleren und höheren Lebensalter erwiesen. Ebenso lässt sich für das Säuglings-, Kindes- und Jugendalter feststellen, dass der Organismus sehr vulnerabel ist und nachteilige Lebensumstände nachhaltige Auswirkungen auf die Gesundheitschancen im späteren Leben haben können („Modell kritischer Perioden“; siehe hierzu Kuh et al. 2005; Dragano, Siegrist 2006). Der zweite Ansatzpunkt ergibt sich durch die mit dem Alter zunehmende Dauer der Exposition gegenüber mit den Lebensumständen und dem individuellen Verhalten verbundenen Gesundheitsrisiken. Viele chronische Krankheiten und Gesundheitsstörungen treten zwar erst im fortgeschrittenen Alter auf, sie sind aber zumeist das Resultat einer langfristigen Kumulation von Risiko- und Belastungsfaktoren. Auch in Bezug auf gesundheitsförderliche Lebensbedingungen und Verhaltensweisen lässt sich von einem kumulativen Effekt ausgehen. Entscheidend ist jeweils, dass die Gesundheitschancen in einem bestimmten Alter durch die vorausgegangenen Lebensabschnitte mitbestimmt werden (Graham 2002; Power, Kuh 2006).

Die Lebensverlaufsforschung weist außerdem auf die Notwendigkeit hin, das „Kohortenschicksal“ zu berücksichtigen (Mayer 1995). Dass sich die gesundheitliche Ungleichheit in verschiedenen Lebensphasen unterschiedlich darstellt, muss nicht unbedingt mit altersspezifischen Entwicklungen und Gegebenheiten zusammenhängen. Sie könnten auch darauf zurückzuführen sein, dass sich die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen gewandelt haben. Da es in Deutschland an Längsschnitt- und Kohortenstudien mangelt, lassen sich die Lebensverlaufsperspektiven empirisch nicht oder nur sehr ungenügend umsetzen. Sie sollten aber bei

der Einordnung und Bewertung der Ergebnisse der überwiegend querschnittlichen Befunde einbezogen werden, um falsche Schlussfolgerungen und Prognosen, z.B. in Bezug auf das Ausmaß der gesundheitlichen Ungleichheit in den nachfolgenden Generationen, zu vermeiden.

Geschlechtersensibel berichten

Männer und Frauen unterscheiden sich sowohl in Bezug auf ihre soziale als auch gesundheitlichen Lage. In den letzten Jahrzehnten ist zwar eine Angleichung der Lebensumstände und Lebensführung von Männern und Frauen festzustellen, nach wie vor sind aber die Erfahrungen in fast allen Lebensbereichen geschlechtsspezifisch geprägt (BMFSFJ 2001; BMGS 2005). Zum Teil können diese unter dem Aspekt der sozialen Ungleichheit betrachtet werden, wobei häufig eine soziale Benachteiligung von Frauen zum Ausdruck kommt, so z.B. hinsichtlich der beruflichen Entwicklungs- und Karrierechancen oder der Möglichkeit, Beruf und Familie zu vereinbaren. Auch in Bezug auf die Gesundheit lassen sich zahlreiche geschlechtsspezifische Unterschiede feststellen (Kolip, Hurrelmann 2002; Babitsch 2005). So leben Frauen zwar länger als Männer, insbesondere weil die im Todesursachenspektrum vorherrschenden Krankheiten bei ihnen später auftreten, sie sind aber insgesamt häufiger von Krankheiten und Beschwerden betroffen. Unterschiede zwischen den Geschlechtern zeigen sich auch in gesundheitsbezogenen Einstellungen, Wahrnehmungen, Bewertungen und Verhaltensmustern (Maschewsky-Schneider 1997; BMFSFJ 2001). Vor diesem Hintergrund sollte eine geschlechtersensible Betrachtung eine zentrale Anforderung an die Beschreibung und Analyse der gesundheitlichen Ungleichheit sein. Für die Armuts- und Reichtumsberichterstattung kann dabei an die Entwicklung in der Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsforschung angeknüpft werden, in denen geschlechtervergleichende Betrachtungen, unter Berücksichtigung spezifischer Belange und Bedürfnisse von Frauen und Männern inzwischen fest verankert sind (Maschewsky-Schneider et al. 2001, 2002; Kolip, Hurrelmann 2002). Zu verdanken ist dies insbesondere den Impulsen, die von der Frauengesundheitsforschung ausgegangen sind (Maschewsky-Schneider 1997; BMFSFJ 2001), außerdem dem politischen Ansatz des Gender Mainstreaming, durch den auf europäischer, Bundes- und Länderebene die notwendigen Rahmenbedingungen für eine geschlechtersensible Gesundheitsforschung und Gesundheitsberichterstattung abgesteckt wurden, sowie den erarbeiteten Richtlinien zur Identifizierung und Vermeidung eines „Gender Bias“ in wissenschaftlichen Untersuchungen (Eichler et al. 2000; BZPH 2002).

Für die Deskription und Analyse der gesundheitlichen Ungleichheit im Kontext der Armuts- und Reichtumsberichterstattung bedeutet dies zunächst, dass die Ergebnisse für Männer und Frauen getrennt dargestellt und vor dem Hintergrund der vorhandenen Erkenntnisse über geschlechtsspezifische Unterschiede in der sozialen und gesundheitlichen Lage bewertet werden. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass das Geschlecht eine Determinante sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit sein kann. Nur so lassen sich die geschlechtsspezifischen Unterschiede im Ausmaß und Erscheinungsbild gesundheitsbezogener Problemlagen und Verteilungsungleichheiten richtig einordnen und bei der Planung und Umsetzung politische Interventionen zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit berücksichtigen.

Zeitliche Trends analysieren

Im ersten Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung wird festgestellt, dass das Ausmaß der Armut und der sozialen Ungleichheit in der Bevölkerung in den letzten Jahrzehnten zugenommen hat (BMAS 2001). Ob sich die Auseinanderentwicklung der Lebensverhältnisse in der Gesundheit widerspiegelt, lässt sich bislang nicht mit Sicherheit sagen, weil die in Deutschland verfügbaren Datengrundlagen nur eingeschränkt für entsprechende Zeitreihenanalysen geeignet sind. Das gilt auch für regelmäßig durchgeführte Erhebungen wie das Sozio-oekonomische Panel oder den Mikrozensus, weil die Erhebungsinhalte und Erhebungsinstrumente immer wieder geändert wurden (siehe hierzu Kapitel 6). Erkenntnisse aus anderen Ländern sprechen dafür, dass die gesundheitliche Ungleichheit über die Zeit zugenommen hat. Dies gilt nicht nur für liberale Wohlfahrtsstaaten wie England oder die USA, sondern auch für die skandinavischen Wohlfahrtsstaaten, die über vergleichsweise weit ausgebaute soziale Sicherungssysteme verfügen (Mackenbach 2002, 2006).

Für die Armuts- und Reichtumsberichterstattung ist die Verbesserung der Datengrundlage für Zeitreihenanalysen eine unverzichtbare Voraussetzung (siehe auch Kapitel 12). Nur die Dauerbeobachtung der gesundheitlichen Ungleichheit vor dem Hintergrund des gesellschaftlichen Wandels ermöglicht es, neue oder sich verfestigende Problemlagen und Verteilungsungleichheiten frühzeitig zu erkennen und entsprechende Gegenmaßnahmen einzuleiten. Sie ist außerdem eine notwendige Bedingung, um die Effektivität und den Erfolg der umgesetzten politischen Interventionen beurteilen zu können. Für die vorliegende Arbeit bedeutet dies, dass Zeitvergleiche angestellt werden, sofern dazu auf aussagekräftige Daten zurückgegriffen

werden kann. Wenn dies nicht möglich ist, wird die Berichterstattung an Indikatoren ausgerichtet, die aller Voraussicht nach künftig regelmäßig bereitgestellt werden, um so die Ausgangslage für eine Dauerbeobachtung zu beschreiben.

Internationale Vergleiche anstellen

Soziale Ungleichheiten im Krankheits- und Sterbegeschehen werden inzwischen in fast allen Sozial- und Wohlfahrtsstaaten als gesellschaftliches Problem erkannt und untersucht. Das wachsende Interesse an international vergleichenden Analysen ist vor dem Hintergrund des Zusammenwachsens Europas und der daraus resultierenden Notwendigkeit eines Ausgleichs zwischen den Mitgliedstaaten der Europäischen Union zu sehen (Mackenbach 2006). Die im „Health for All"-Programm des Europäischen Regionalbüros der WHO artikulierte Forderung nach einer Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit bezieht sich deshalb nicht nur auf die Situation innerhalb, sondern auch zwischen den einzelnen Mitgliedstaaten. Um internationale Vergleiche zu unterstützen, hat die EU in den vergangenen Jahren mehrere Projekte durchgeführt. Zu nennen sind z.B. das Projekt „Socio-economic Factors in Health and Health Care", in dem eine umfassende Bestandsaufnahme der empirischen Forschung in der EU vorgenommen wurde (Mielck, Giraldes 1993), das Projekt „Socio-economic Inequalities in Morbidity and Mortality in Europe", das eine vergleichende Analyse des Ausmaß und Erscheinungsbild der gesundheitlichen Ungleichheit in 11 EU-Mitgliedstaaten zum Ziel hatte (Mackenbach et al. 1997; Cavelaars et al. 1998) sowie das Projekt „Closing the gap", das die in den verschiedenen Ländern vorhandenen politischen Strategien und Programme zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit auf den Prüfstand stellte (Judge et al. 2006; Weyers et al. 2007).

Ein zentrales Ergebnis dieser Projekte war, dass internationale Vergleiche mit zahlreichen methodischen Problemen verbunden sind, die bisher nicht zufriedenstellend gelöst wurden. Diese betreffen Unterschiede in den Konzepten und der Operationalisierung sozialer Ungleichheit wie der Gesundheit, aber auch Abweichungen in der Stichprobenkonstruktion, den Teilnahmeraten und im Bevölkerungsbezug der herangezogenen Daten. Umso wichtiger erscheinen die aktuellen Bemühungen um eine Vereinheitlichung der Erhebungsinstrumente und Indikatoren auf EU-Ebene, die die europaweit durchgeführten Sozial- und Gesundheitssurveys unterstützen sollen. Aus Sicht der Armuts- und Reichtumsberichterstattung bedeutet dies zum jetzigen Zeitpunkt vor allem eine Orientierung an den Laeken-Indikatoren, zu denen

unter anderem der Anteil an Personen mit schlechter und sehr schlechter selbst eingeschätzter Gesundheit zählt (Dennis, Guio 2003; BMGS 2005). Für die Erhebung der Gesundheit sind darüber hinaus die im Rahmen des Projektes „European Community Health Indicators (ECHI)“ entwickelten Vorschläge, die im engen Zusammenhang mit der Etablierung einer europäischen Gesundheitsberichterstattung stehen, eine wichtige Referenz (ECHIM 2008).

6 Datengrundlagen

An die Datengrundlagen der Armuts- und Reichtumsberichterstattung sind hohe Anforderungen zu stellen. Sie sollten zu möglichst allen Bereichen der Lebenslage aussagekräftige und bundesweit repräsentative Daten bereitstellen und sowohl Armut und Unterversorgung als auch Verteilungsungleichheiten oberhalb der Armutsgrenze abbilden. Neben der inhaltlichen Relevanz muss die Validität und Reliabilität der eingesetzten Erhebungsinstrumente gewährleistet sein. Vorzugsweise ist auf international bewährte Instrumente zurückzugreifen, um ländervergleichende Beobachtungen und die Etablierung einer Armutsberichterstattung auf europäischer Ebene zu unterstützen. Eine kontinuierliche Berichterstattung setzt zudem voraus, dass die Datengrundlagen regelmäßig und auf lange Sicht zur Verfügung stehen. Konsistente Darstellungen und Trendbeobachtungen sind nur möglich, wenn die Erhebungsprogramme und Erfassungssysteme dabei weitgehend unverändert bleiben.

Im Hinblick auf die Möglichkeiten zur Beschreibung von Zusammenhängen zwischen der Gesundheit und anderen Aspekten der Lebenslage muss die vorhandene Datenlage als unzureichend bewertet werden. Gesundheitsbezogene amtliche Statistiken sind zwar durch regelmäßige Verfügbarkeit und inhaltliche wie methodische Konsistenz gekennzeichnet, das Themenspektrum ist aber oftmals stark begrenzt und zumeist fehlen soziodemographische und sozioökonomische Angaben. Die Schwerbehindertenstatistik, Krankenhausstatistik, Todesursachenstatistik und Statistik der meldepflichtigen Krankheiten sind Beispiele für amtliche Erfassungssysteme, die keine Aussagen über die soziale Ungleichheit im Krankheits- und Sterbegeschehen der Bevölkerung erlauben.[3] Gleiches gilt für die auf Bundes- und Länderebene geführten epidemiologischen Register, z.B. Krebs-, Herzinfarkt- oder AIDS-Fallregister. Registerdaten sind zudem mit weiteren Schwierigkeiten verbunden. Krebsregister beispielsweise gibt es lediglich in einigen Bundesländern und Neuerkrankungen werden je nach Bundesland unterschiedlich erfasst. Auch die Routinedaten der Kranken- und Rentenversicherer, die in erster Linie für Verwaltungszwecke und zur Regelung sozialversicherungsrechtlicher Zahlungsströme erhoben werden, sind nur bedingt für die Armuts- und Reichtumsberichterstattung geeignet. Erhoben werden zumeist nur Informationen, die für die Festsetzung und Zuweisung von Versicherungsleistungen oder für Verwaltungszwecke

[3] Im Fall der Todesursachenstatistik wurden Angaben zum ausgeübten Beruf ursprünglich erfasst, zu Beginn der 1970er Jahre jedoch ersatzlos gestrichen. Bis heute sind alle Versuche, die berufliche Angabe wieder aufzunehmen, gescheitert, obwohl deren Nutzen für Analysen des sozial differenziellen Sterbegeschehens allgemein anerkannt ist.

benötigt werden. Die Angaben beziehen sich auf die Versicherten und damit auf einen selektiven Personenkreis, wobei zusätzlich zu berücksichtigen ist, dass die Mitgliederstruktur der verschiedenen Kranken- und Rentenkassen stark variiert.

Eine tragfähige Datenbasis für die Deskription und Analyse der vorgeschlagenen Berichtsgegenstände wird in Deutschland am ehesten durch repräsentative Bevölkerungsstudien geschaffen. Ein möglicher Zugang eröffnet sich über die Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts, die Informationen zu einem breiten Spektrum gesundheitsbezogener Themen bereitstellen. Für die vorliegende Arbeit wird vor allem auf den Bundes-Gesundheitssurvey 1998 und den telefonischen Gesundheitssurvey 2003 zurückgegriffen. Ergänzende Betrachtungen sind mit aktuellen Daten des Epidemiologischen Suchtsurveys des Instituts für Therapieforschung aus dem Jahr 2003 möglich, allerdings nur für den Gebrauch psychoaktiver Substanzen. Aussagen über die gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen werden anhand von Daten der WHO-Studie „Health Behaviour in School-aged Children“ getroffen, die im Jahr 2002 erhoben und im Rahmen einer Kooperationsvereinbarung von dem deutschen Studienzentrum an der Universität Bielefeld zur Verfügung gestellt wurden. Da die Gesundheitssurveys über einzelne Aspekte der Gesundheit keinen oder nur sehr unzureichend Aufschluss geben, z.B. die Prävalenz von Herz-Kreislauf- oder Krebserkrankungen, werden – trotz der angesprochenen Schwierigkeiten – auch Krankenkassendaten berücksichtigt. Möglich war dies durch eine Kooperation mit dem Zentrum für Sozialpolitik in Bremen, das seit einigen Jahren Daten der Gmünder Ersatzkasse für wissenschaftliche Zwecke zur Verfügung gestellt bekommt. Interessante Perspektiven erschließen sich darüber hinaus über bevölkerungsrepräsentative sozialwissenschaftliche Umfragen, sofern diese auch Fragen zur Gesundheit beinhalten. Zu nennen sind hier in erster Linie das Sozio-oekonomische Panel des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung und der Mikrozensus des Statistischen Bundesamtes. Zwar stellt die Gesundheit in beiden Erhebungen keinen Themenschwerpunkt dar, dafür lassen sich Zusammenhänge zu zahlreichen anderen Aspekten der Lebenslage herstellen, die zudem weitaus differenzierter betrachtet werden können als dies mit Daten der Gesundheitssurveys und Krankenkassen möglich ist. Die Deskription und Analyse der Berichtsgegenstände basiert darüber hinaus auf einer großen Zahl weiterer Datenquellen, Berichte und Forschungsbefunde. Im Folgenden werden aber nur die Datengrundlagen näher beschrieben, die für eigene statistische Auswertungen herangezogen wurden.

6.1 Bundes-Gesundheitssurvey 1998

Der Bundes-Gesundheitssurvey 1998 wurde vom Robert Koch-Institut mit dem Ziel konzipiert, eine breite und verlässliche Datengrundlage für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes zu schaffen. Zugleich sollte durch den Survey ein Referenzdatensatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder sowie eine Basis für epidemiologische Forschungen bereitgestellt werden. Durch den Einsatz international verwendeter und validierter Erhebungsinstrumente werden Vergleiche mit anderen Ländern und die Implementierung einer europaweiten Gesundheitsberichterstattung unterstützt. Die Grundfinanzierung des Surveys lag beim Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Das Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie (BMBF) sowie das Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit (BMU) übernahmen Teilfinanzierungen (Bellach et al. 1998; Bellach 1999).

Die Feldarbeit wurde zwischen Oktober 1997 und März 1999 von der I+G Gesundheitsforschung GmbH durchgeführt und erstreckte sich auf 120 Studienzentren im gesamten Bundesgebiet. Für den Survey wurde eine mehrfach geschichtete zweistufige Zufallsstichprobe gezogen, die zum Zeitpunkt der Stichprobenziehung für die 18- bis 79-jährige Wohnbevölkerung Deutschlands repräsentativ war (Stolzenberg 2002). Frauen und Männer in den neuen Bundesländern waren aufgrund des zugrunde gelegten disproportionalen West/Ost-Stichprobendesigns überrepräsentiert. Ausgehend von der um die qualitätsneutralen Ausfälle bereinigten Brutto-Stichprobe entsprach die Teilnehmerzahl von 7.124 Personen einer Responserate von 62%. Die Repräsentativität der Erhebungen wird durch den Stichprobenausfall nicht entscheidend beeinträchtigt, wie detaillierte Non-Responder-Analysen belegen (Thefeld et al. 1999).

Der Bundes-Gesundheitssurvey 1998 umfasste wie schon die vorgängigen Nationalen Gesundheitssurveys, die in den Jahren 1984-86, 1987-88 und 1990-91 im Rahmen der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie stattfanden, und der Gesundheitssurvey Ost, der sich 1991-92 auf die neuen Bundesländer erstreckte, sowohl einen Befragungs- als auch einen Untersuchungsteil. Die Befragung basierte auf einem Selbstausfüllfragebogen und enthielt u.a. Fragen zu Krankheiten, Beschwerden, gesundheitsbezogener Lebensqualität, Gesundheitsverhalten und Gesundheitsversorgung. Der Untersuchungsteil erstreckte sich auf ein ärztliches Interview zur Krankengeschichte und eine medizinische Untersuchung, die u.a. die Messung von Blutdruck und Pulsfrequenz sowie die Feststellung von Körpergröße und

Körpergewicht beinhaltete. Außerdem wurden Blut- und Urinproben genommen, anhand derer später bis zu 40 Laborwerte, darunter Cholesterin, Gesamteiweiß, Hämoglobin und Eisen, bestimmt werden konnten. Ein wesentlicher Unterschied zu den früheren Gesundheitssurveys besteht in zusätzlichen Erhebungen, die zum Teil von Kooperationspartnern verantwortet wurden. Diese Zusatzmodule basierten auf Substichproben und bezogen sich auf die Ernährung (Ernährungssurvey: n=4.030 Personen, Alter 18-79 Jahre), Folsäureversorgung und Neuralrohrdefekte (Folsäurestudie: n=1.268, Alter 18-40 Jahre), umweltrelevantes Verhalten und Belastungen (Umweltsurvey: n=4.822, Alter 16-69 Jahre), affektive, somatoforme, Angst- und Substanzstörungen (Zusatzsurvey Psychische Störungen: n=4.181, Alter 18-65 Jahre) sowie Arzneimittelgebrauch und Arzneimittelwirkung (Arzneimittelsurvey: n=7.099, Alter 18-79 Jahre). In Bayern und später auch in Nordrhein-Westfalen wurde der Kernsurvey an einer aufgestockten Stichprobe erhoben, um auf Landesebene repräsentative Aussagen treffen zu können (Bellach et al. 1998).

Aufgrund der Breite und Tiefe der Erhebungen eröffnet der Bundes-Gesundheitssurvey 1998 auch für die Armuts- und Reichtumsberichterstattung interessante Auswertungs- und Erkenntnismöglichkeiten. Die ungleiche Verteilung der Gesundheitschancen lässt sich anhand einer Vielzahl unterschiedlicher Gesundheitsaspekte untersuchen. Dank der ärztlichen Untersuchungen und Labordiagnosen schließt dies auch einige Merkmale der Gesundheit ein, die sich nur äußerst selten im Zusammenhang mit Armuts- und Ungleichheitsindikatoren darstellen lassen, z.B. das Vorkommen von Antikörpern gegen Infektionskrankheiten oder die Sensibilisierung gegenüber Allergenen. Da der Bundes-Gesundheitssurvey 1998 auf den Nationalen Gesundheitssurveys aufbaut und viele Merkmale in allen Durchgängen mit denselben Messinstrumenten erhoben wurden, lassen sich Aussagen darüber treffen, wie sich das Ausmaß und Erscheinungsbild gesundheitlicher Ungleichheit über die Zeit entwickelt hat.

Mit den Daten der Gesundheitssurveys lassen sich allerdings nur Veränderungen auf der Makroebene nachzeichnen. Über individuelle Entwicklungen und Verläufe geben replikative Querschnitte keine Auskunft. Für die Armuts- und Reichtumsberichterstattung resultieren weitere Einschränkungen aus der Erhebung der Lebenslage. Zwar werden Angaben zu fast allen relevanten sozialen Merkmalen bereitgestellt, das Einkommen wird jedoch nur kategorial erhoben, so dass bei Einkommensanalysen und der Abgrenzung von Armut Ungenauigkeiten in Kauf genommen werden müssen. Der Erwerbsstatus kann einzig für die befragte Person, nicht jedoch für andere Haushaltsmitglieder ermittelt werden. Der Haushaltskontext

lässt sich damit nicht angemessen berücksichtigen. Der Bundes-Gesundheitssurvey 1998 wie auch die vorgängigen Gesundheitssurveys erlauben zudem keine verlässlichen Aussagen über Migrantinnen und Migranten sowie Menschen im höheren Alter.

6.2 Telefonischer Gesundheitssurvey 2003

Bevölkerungsweite Gesundheitssurveys sind mit einem hohen organisatorischen, zeitlichen und finanziellen Aufwand verbunden, insbesondere wenn sie einen medizinischen Untersuchungsteil einschließen. In Deutschland können sie unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen bestenfalls im Abstand von fünf bis sieben Jahren durchgeführt werden. Telefoninterviews erscheinen als attraktive Alternative, weil sie mit geringeren Kosten einhergehen und die Daten – sofern sie computergestützt erhoben werden – zeitnah zur Verfügung stehen. Am Robert Koch-Institut werden deshalb seit einigen Jahren telefonische Befragungen als Ergänzung zu den bisherigen Gesundheitssurveys durchgeführt, wobei die Finanzierung durch das Bundesministerium für Gesundheit sichergestellt wird (Kurth et al. 2005; Ziese, Neuhauser 2005).

Der erste telefonischer Gesundheitssurvey fand zwischen September 2002 und Mai 2003 statt. An einer repräsentativen Stichprobe wurden 8.318 computer-assistierte Telefoninterviews realisiert, was einer Stichprobenausschöpfung von 59% entsprach. Als Grundgesamtheit diente die 18-jährige und ältere Wohnbevölkerung Deutschlands. Im Zentrum der Befragung standen chronische Krankheiten und Beschwerden, wobei neben dem Vorkommen auch den Risikofaktoren und der Versorgung ein besonderes Interesse galt. Für die Datenerhebung wurde auf Instrumente zurückgegriffen, die sich im Bundes-Gesundheitssurvey 1998 bewährt hatten. Sie wurden den Erfordernissen einer telefonischen Befragung angepasst, so dass die Vergleichbarkeit gewährleistet werden kann. Aufgrund der Schwerpunktsetzung konnten zu einzelnen Krankheiten und Beschwerden, z.B. Diabetes mellitus und Rückenschmerzen, weitaus detailliertere Informationen erhoben werden als dies im thematisch breiter angelegten Bundes-Gesundheitssurvey 1998 möglich gewesen ist. Zu den weiteren Themen des Fragenkatalogs des telefonischen Gesundheitssurveys 2003 zählten Krankheitsfolgen, die subjektive Gesundheit, das Gesundheitsverhalten und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (Kohler, Ziese 2005).

Zwischen September 2003 und Mai 2004 konnte ein zweiter telefonischer Gesundheitssurvey mit gleicher Methodik realisiert werden. Dazu wurde eine neue Stichprobe gezogen, die

ebenfalls bundesweite Repräsentativität beanspruchen kann. Befragt wurden 7.341 Personen ab 18 Jahren zu Themenschwerpunkten wie Migräne, Behinderung, Gesundheitsverhalten und Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens. Für Themenkomplexe, die bereits im ersten Durchgang erhoben wurden, lässt sich damit eine Aufstockung der Fallzahl erreichen, was insbesondere bei Gesundheitsrisiken und Gesundheitsproblemen mit geringer Prävalenz von großem Wert ist. Da die Stichproben unabhängig voneinander sind, lassen sich die Daten beider Untersuchungen aber nicht personenbezogen miteinander verknüpfen. Da die Aufbereitung der Daten noch nicht abgeschlossen war, konnte der telefonische Gesundheitssurvey 2004 für die vorliegende Arbeit nicht herangezogen werden.[4]

Mit den Daten der telefonischen Gesundheitssurveys können Zusammenhänge zwischen der Gesundheit und sozialen Merkmalen wie Einkommen, Bildung, berufliche Stellung, Arbeitslosigkeit und Lebensform betrachtet werden. Eine Einschränkung ergibt sich – wie beim Bundes-Gesundheitssurvey – aus der kategorialen Einkommensmessung und der unzureichenden Erfassung des Haushaltskontextes. Des Weiteren stehen keine Informationen zur beruflichen Tätigkeit und damit verbundenen Belastungen und Beanspruchungen zur Verfügung. Ein Vorteil der telefonischen Gesundheitssurveys ist in der überproportionalen Erfassung älterer Menschen zu sehen, die aufgrund des Fokus auf chronische Krankheiten angestrebt wurde. Obgleich die höchsten Altersstufen nur sehr schwach besetzt sind, ergeben sich hinsichtlich Altersdifferenzierungen weitergehende Auswertungsmöglichkeiten als im Bundes-Gesundheitssurvey 1998. Das ursprüngliche Anliegen, auch Migranten überproportional in die Stichprobe einzubeziehen, scheiterte an einem sehr hohen Stichprobenausfall.

Vor diesem Hintergrund erscheinen die telefonischen Gesundheitssurveys auch unter Berücksichtigung der Aufgaben und Ziele der Armuts- und Reichtumsberichterstattung als sinnvolle Ergänzung zu den nur in größeren zeitlichen Abständen realisierbaren Gesundheitssurveys mit Untersuchungsteil. Voraussetzung ist allerdings eine wohlüberlegte Verzahnung der Erhebungsformen hinsichtlich Themenstellungen, Instrumenten und zeitlicher Abfolge. Insbesondere ist zu prüfen, inwieweit telefonisch, schriftlich und mündlich erhobene Daten vergleichbar sind und sich als Grundlage für die Beschreibung zeitlicher Entwicklungen und Veränderungen zusammenführen lassen.

[4] Gleiches gilt für die telefonischen Gesundheitssurveys 2005 und 2006, die erst nach Abschluss des Projektes, das der vorliegenden Arbeit zugrunde liegt, durchgeführt wurden.

6.3 Epidemiologischer Suchtsurvey 2003

Die Bundesstudie „Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen (Epidemiologischer Suchtsurvey)“ wird im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung bzw. den Vorgängerministerien seit 1980 in unregelmäßigen Abständen von zwei bis fünf Jahren durchgeführt (Kraus, Augustin 2001, 2005). Die inhaltliche Verantwortung liegt beim Institut für Therapieforschung (IFT), die Feldarbeiten wurden zuletzt der Firma Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH (INFAS) übertragen. Indem der Epidemiologische Suchtsurvey aktuelle Daten zu Verbreitung und Folgen des Konsums psychoaktiver Substanzen verfügbar macht, stellt er eine wichtige Planungs- und Entscheidungsgrundlage für die Prävention und Behandlung von Suchterkrankungen dar. Durch die Verknüpfung der Querschnittserhebungen lassen sich Trendbeobachtungen anstellen, wobei allerdings zu beachten ist, dass sich das Erhebungsprogramm seit 1980 stark gewandelt hat und für unterschiedliche Altersspannen realisiert wurde. Die ersten Durchgänge orientierten sich an der Jugendstudie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und waren auf die Entwicklung des Drogenkonsums bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen ausgerichtet. Erst die letzten vier Erhebungen, die in den Jahren 1995, 1997, 2000 und 2003 stattfanden, legten den Schwerpunkt auf den Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen. Befragt wurde dabei jeweils eine Stichprobe von etwa 8.000 Erwachsenen, die für die in Privathaushalten lebende Bevölkerung Deutschlands im Alter zwischen 18 und 59 Jahren repräsentativ war. Die Erhebungen in den Jahren 1995 und 1997 wurden mit einem Selbstausfüllfragebogen in Anwesenheit eines Interviewers durchgeführt, wohingegen in den Jahren 2000 und 2003 wie schon bei den ersten Erhebungen einer postalischen Befragung der Vorrang eingeräumt wurde (Responseraten: 51% bzw. 55%).

Der Fragebogen des Epidemiologischen Suchtsurveys umfasst vier Themenschwerpunkte: illegale Drogen, Alkohol, Medikamente und Tabak. Darüber hinaus enthält er Fragenblöcke zum Freizeitverhalten, zur wirtschaftlichen Lage, zur Spielsucht und zur allgemeinen Gesundheit. Der Gebrauch psychoaktiver Substanzen wird in dem Survey sehr detailliert erhoben. Zum Alkoholkonsum beispielsweise werden für eine Vielzahl alkholhaltiger Getränke die genauen Häufigkeiten und Mengenangaben erfasst. Ebenso wird nach bevorzugten Trinksituationen und Einstellungen zum Alkoholkonsum gefragt. Für die Erhebung im Jahr 2000 wurden zudem die DSM-IV Kriterien für Alkoholabhängigkeit und Alkoholmissbrauch ermittelt. Auf diese Weise können klinische Diagnosen gestellt werden, die zwar nicht die Reliabilität und Validität einer psychiatrischen Befundstellung aufweisen, aber eine

aussagekräftige Einschätzung der Gefährdung erlauben. Auch die Feststellung des Missbrauchs und der Abhängigkeit von Nikotin, Medikamenten und illegalen Drogen basierte auf DSM-IV Kriterien.

Anhand der Daten des Epidemiologischen Suchtsurveys lassen sich somit Aussagen über gesundheitsschädigende Verhaltensmuster treffen, die aufgrund der Frequenz-Mengen- und der Missbrauchsbestimmung weit über die ansonsten im Rahmen von Bevölkerungsstudien gewonnenen Erkenntnisse hinausgehen. Für die Armuts- und Reichtumsberichterstattung sind diese Daten von Bedeutung, weil angenommen werden kann, dass der Missbrauch psychoaktiver Substanzen in sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen kumuliert. Darüber hinaus lassen sich Verbindungen zum Gesundheitsstatus herstellen, da der Fragebogen eine Frage zur selbst eingeschätzten allgemeinen Gesundheit und eine Liste chronischer Krankheiten enthält.

Beim Gebrauch psychoaktiver Substanzen handelt es sich um einen schwierigen Befragungsgegenstand. Der Prüfung der Validität und Reliabilität der erhobenen Angaben kommt deshalb große Bedeutung zu. Im Rahmen des Epidemiologischen Suchtsurveys wurden zwischen 1992 und 1996 mehrere methodische Studien durchgeführt, in denen sich die eingesetzten Erhebungsinstrumente gut bewährten. Dabei wurde auch getestet, inwieweit die postalischen Befragungen durch kostengünstigere computergestützte Telefoninterviews ersetzt oder zumindest ergänzt werden können. Möglich ist dies offenbar bei der Erfassung des Tabakkonsums. Der Alkohol-, Drogen- und Medikamentenkonsum wird auf der Grundlage telefonisch erhobener Daten jedoch deutlich unterschätzt (Kraus et al. 1998).

Auch bei postalischen Befragungen lassen sich fehlende oder inkonsistente Angaben zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen nicht vermeiden. Im Suchtsurvey wird bei fehlenden Angaben davon ausgegangen, dass die Befragten keine Erfahrung mit den entsprechenden Substanzen haben (Kraus, Augustin 2001). Bei älteren Menschen, die keine Angaben zu illegalen Drogen machen, lässt sich dieses Verfahren damit begründen, dass sie diese Fragen als für sie nicht zutreffend erachten. Für jüngere Befragte ist die Ersetzung fehlender Angaben aber höchst fragwürdig, da vermutlich auch Personen mit problematischen Konsummustern häufig die Antwort verweigern, wobei die Gründe von mangelnder Selbsteinsicht bis hin zu datenschutzrechtlichen Bedenken und der Angst vor Sanktionen reichen könnten.

Die Frage der Repräsentativität stellt sich auch auf Ebene der Studienteilnahme. Ein hoher Substanzkonsum und insbesondere eine Suchtverstrickung gehen wahrscheinlich mit einer

geringeren Teilnahmebereitschaft einher. Vor diesem Hintergrund werfen die relativ geringen Responseraten die Frage nach einer systematischen Verzerrung in Richtung einer Unterschätzung des problematischen Substanzgebrauchs auf.

Eine weitere Einschränkung der Auswertungs- und Erkenntnismöglichkeiten resultiert wie bei den Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts aus der unzureichenden Erfassung der Lebenslage. Erhoben werden zwar Angaben zu Einkommen, Bildung, beruflicher Stellung, Erwerbsstatus und Lebensform. Das Einkommen wird aber, insbesondere im höheren Einkommensbereich, nur wenig differenziert erhoben. Zudem fehlen aussagekräftige Informationen zur genauen Haushaltskonstellation.

6.4 Health Behaviour in School-aged Children-Studie 2002

Die Datenlage zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist alles andere als zufriedenstellend, insbesondere wenn der Fokus auf die gesundheitlichen Konsequenzen von Armut und sozialer Ungleichheit gerichtet ist. Aussagen zur gesundheitlichen Chancenungleichheit im Jugendalter sind bislang vor allem anhand von Daten der Studie „Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)“ möglich, die von der Weltgesundheitsorganisation (Regionalbüro Europa) gefördert wird und an der sich zuletzt über 30 Länder beteiligt haben.[5] Die Studie wird seit 1982 im Abstand von etwa vier Jahren durchgeführt und zielt darauf, den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten von Jugendlichen zu untersuchen und einem internationalen Vergleich zugänglich zu machen. Die sozialen und individuellen Determinanten der gesundheitlichen Situation in der Adoleszenz stellen dabei einen besonderen Schwerpunkt dar. Die Ergebnisse der HBSC-Studie sollen zur Erweiterung des Grundlagenwissens über die Entstehungs- und Entwicklungsbedingungen von früh auftretenden Krankheiten, Beschwerden und Gesundheitsrisiken beitragen und zugleich Hinweise auf die Möglichkeiten zur Planung und Umsetzung von präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen liefern (Currie et al. 2000).

Deutschland beteiligt sich seit 1994 an der HBSC-Studie, zunächst allerdings nur vertreten durch das Bundesland Nordrhein-Westfalen. An der Erhebung aus dem Jahr 2002 haben sich außerdem Sachsen, Hessen und Berlin beteiligt. Insgesamt wurden in den beteiligten Bundes-

[5] Durch den Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS) des Robert Koch-Instituts, der in den Jahren 2003 bis 2006 durchgeführt wurde, hat sich die Datenlage zur gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendli-

ländern 23.111 Schüler und Schülerinnen im Alter von 11, 13 und 15 Jahren befragt. Die Ziehung der Stichprobe folgte einem Clusterverfahren, das entweder die Klasse oder in Ausnahmefällen die Schule als primäre Stichprobeneinheit verwendet.[6] Dabei sind alle regulären Schulformen (Hauptschulen, Realschulen, Gymnasien und Gesamtschulen bzw. in einigen Bundesländern die Mittelschulen) jeweils repräsentativ für das betreffende Bundesland vertreten. Für die Auswertungen wurde ein für Deutschland strukturtypischer Datensatz generiert, der Angaben zu insgesamt 5.650 Jugendlichen umfasst (Hurrelmann et al. 2003; Richter, Hurrelmann 2004).[7]

Zentrales Erhebungsinstrument war ein Fragebogen, der sich direkt an die Jugendlichen richtete und im Klassenraum in Gegenwart der Lehrer oder geschulter Interviewer ausgefüllt werden sollte. Die Schüler und Schülerinnen wurden allerdings nur befragt, wenn sie zur Teilnahme bereit waren und eine schriftliche Einverständniserklärung der Eltern vorlag. Die Responserate betrug in den einzelnen Bundesländern zwischen 70% und 80%. Gründe für Non-Response waren neben der Teilnahmeverweigerung die zumeist krankheitsbedingte Abwesenheit der Schüler bzw. Schülerinnen an den Befragungstagen oder die generelle Absage der angefragten Schulen. Das Themenspektrum der Befragung war breit angelegt und beinhaltete unter anderem Fragen zur subjektiven Gesundheit, zu psychosomatischen Beschwerden, Allergien, Unfallrisiken, Gewaltanwendung, Substanzkonsum (insbesondere Tabak, Alkohol und illegale Drogen), Essverhalten und Diäten, Körpergröße und Körpergewicht sowie zu körperlicher Aktivität und Sportausübung. Da außerdem Angaben zur Familiensituation, zur beruflichen Situation der Eltern, zum Kontakt mit Gleichaltrigen, dem Freizeitverhalten und den schulischen Bedingungen erhoben wurden, lässt sich die Gesundheit der Jugendlichen im Zusammenhang mit ihrer Lebenslage betrachten. So gesehen eröffnet die HBSC-Studie der Armuts- und Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung zahlreiche Anknüpfungspunkte. Unbefriedigend bleibt allerdings, dass nur Angaben der Jugendlichen vorliegen und keine Aussagen zur Einkommenssituation des Haushaltes getroffen werden können. Als Ausgleich wird in der HBSC-Studie versucht, den familiären

chen mittlerweile wesentlich verbessert. Für die vorliegende Arbeit konnten die KiGGS-Daten jedoch noch nicht herangezogen werden.

[6] Die deutsche Stichprobe basiert – gemäß den Richtlinien des HBSC-Forschungsverbundes – auf einer Zufallsauswahl von Schulklassen aller Schulen in den vier beteiligten Bundesländern der fünften, siebten und neunten Klassenstufen, so dass die Altersgruppen der 11-, 13- und 15-Jährigen mit einer Abweichung von etwa einem halben Jahr repräsentiert sind.

[7] Zur Erstellung eines gesamtdeutschen Datensatzes wurde aus den 23.111 Jugendlichen eine randomisierte Auswahl stratifiziert für Bundesland, Alter, Geschlecht und Schultyp getroffen, die mit kleinen Einschränkungen als repräsentativ für Jugendliche der entsprechenden Altersgruppen in ganz Deutschland gelten kann.

Wohlstand über Informationen zur Anzahl der Autos in der Familie, Anzahl der Urlaubsreisen in den letzten 12 Monaten, Anzahl der Computer im Haushalt und zur Wohnraumsituation abzubilden (Richter 2005). Auch die Validität der Angaben der Jugendlichen zum Erwerbsstatus und Beruf ihrer Elter kann kritisch hinterfragt werden.

6.5 Daten der Gmünder Ersatzkasse 1990-2004

Die gesetzlichen Krankenkassen halten umfangreiche Datenbestände vor, die aus Sicht der Armuts- und Reichtumsberichterstattung – wie eingangs bereits angesprochen – sowohl Vorzüge als auch Nachteile aufweisen. Da viele Versicherte über lange Zeiträume bei der gleichen Krankenkasse versichert sind, lassen sich longitudinale Betrachtungen anstellen. Krankenkassendaten zeichnen sich zudem durch eine sehr große Datenmenge aus, so dass überaus differenzierte Analysen, auch von seltenen Ereignissen, möglich werden. Ein weiterer Vorteil liegt im Ausschluss zentraler Fehlerquellen, wie z.B. des Non-Response. Das Problem des Non-Reponse ist bei routinemäßig verlaufenden Erhebungen nicht gegeben, weil die Datenerfassung und häufig auch die Datenweitergabe nicht von der ausdrücklichen Einwilligung des Betroffenen abhängt und ohne dessen Mitwirkung erfolgt.

Eine gute Grundlage für epidemiologische Analysen und Berichterstattungen wird durch die Daten der Gmünder Ersatzkasse (GEK) geschaffen, die seit einigen Jahren im Rahmen von Kooperationen für wissenschaftliche Zwecke genutzt werden. Der von der GEK bereitgestellte und vom Zentrum für Sozialpolitik in Bremen gepflegte Datensatz erstreckt sich gegenwärtig über den Zeitraum 1990 bis 2004 und beinhaltet Informationen zu insgesamt 2,8 Millionen Versicherten und mitversicherten Familienangehörigen. Für wissenschaftliche Auswertungen sind in erster Linie Informationen zu vorliegenden Krankheiten und in Anspruch genommenen medizinischen Leistungen, z.B. stationäre Behandlungen, Arzneimittelverordnungen oder Leistungen der Pflegeversicherung, interessant. Darüber hinaus stehen Informationen zu Arbeitsunfähigkeitszeiten und Sterbedaten zur Verfügung. Analysen zur sozialen Ungleichheit im Krankheits- und Sterbegeschehen der Versicherten werden durch personenbezogene Angaben zur beruflichen Tätigkeit, dem Berufsstatus und der Ausbildung unterstützt, die der Krankenkasse vom Arbeitgeber übermittelt werden (Helmert 2003; Voges et al. 2004).

Aufgrund datentechnischer Restriktionen und inhaltlicher Überlegungen wurden für die Auswertungen im Rahmen der vorliegenden Arbeit nur Daten von versicherten Personen berücksichtigt. Für die mitversicherten Mitglieder fehlen häufig die Angaben zum Beruf und

zur Ausbildung, die im Hinblick auf die behandelten Berichtsgegenstände von zentraler Bedeutung sind. Eine weitere Eingrenzung erfolgte hinsichtlich des Alters. Da im jungen Erwachsenenalter nur wenige Krankheiten und Todesfälle zu beobachten sind und die in dem Datensatz enthalten sozioökonomischen Merkmale sich vor allem auf die Erwerbsarbeit beziehen, erstrecken sich die Auswertungen auf die Altersspanne 40 bis 69 Jahre (Voges et al. 2004).

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass Krankenkassendaten nicht für wissenschaftliche, sondern für Verwaltungszwecke bzw. die Festsetzung und Zuweisung von Versicherungsleistungen erhoben werden. Dies wird bereits bei der Auswahl der zu erfassenden Krankheitsdiagnosen deutlich, die zudem einem komplexen Dokumentations- und Kodifizierungsprozess unterliegen, so dass die Validität dieser Angaben kritisch zu prüfen ist (Helmert 2003). Ein weiteres Problem ergibt sich aus der eingeschränkten Repräsentativität. Die GEK war ursprünglich eine Arbeiter-Ersatzkasse, und bis heute handelt es sich bei einem Großteil der Versicherten um männliche Facharbeiter aus der Metallindustrie. Wie ein Abgleich mit BIBB/IAB-Daten aus dem Jahr 1998 und den Mikrozensen der Jahre 1993 und 2000 verdeutlicht, sind insbesondere Agrarberufe, Berufe mit hohem Status sowie qualifizierte und unqualifizierte Angestelltenberufe unterrepräsentiert. Außerdem sind die Versicherten der GEK im Durchschnitt etwas jünger als die Gesamtbevölkerung, was auch Auswirkungen auf die Verteilung nach dem Familienstand hat: Ledige sind in der GEK überrepräsentiert, dafür sind vor allem die Anteile der Verheirateten und Verwitweten geringer (Voges et al. 2004). Anhand der GEK-Daten lässt sich somit lediglich ein Ausschnitt des Ungleichheitsspektrums erfassen, was – entsprechend der Mitgliederstruktur – zur Folge hat, dass die gesundheitliche Ungleichheit wahrscheinlich unterschätzt wird. Für die Armuts- und Reichtumsberichterstattung macht sich außerdem erschwerend bemerkbar, dass aufgrund der personenbezogenen Datenstruktur keine Rückschlüsse auf den Haushaltskontext möglich sind, der jedoch den Ausgangspunkt für die Ermittlung und Beschreibung von Armuts- und Unterversorgungslagen bildet (vgl. Voges 2002).

6.6 Sozio-oekonomisches Panel 1998-2003

Das Sozio-oekonomische Panel (SOEP) ist eine repräsentative Längsschnittbefragung, die seit 1984 in jährlichem Abstand dieselben Personen und Haushalte einbezieht (SOEP Group 2001; Haisken-DeNew, Frick 2003). Das Hauptanliegen des SOEP ist eine zeitnahe Erfassung des politischen und gesellschaftlichen Wandels in Deutschland. Dazu werden neben objektiven Lebensumständen auch subjektive Wahrnehmungen, wie sie in der individuellen Zufriedenheit und Bewertung der Lebenssituation zum Ausdruck kommen, erfragt. Die Verantwortung für die Planung und Durchführung des SOEP liegt beim Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung (DIW). Finanziert wird das Forschungsvorhaben durch Projektmittel der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) und eine Zusatzfinanzierung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF). Mit der Feldarbeit ist die I+G Gesundheitsforschung GmbH beauftragt.

Das SOEP ist als Haushaltsbefragung konzipiert, die sich an alle im Haushalt lebenden Personen ab 16 Jahre richtet. Für die erste Erhebung wurde 1984 eine für Westdeutschland repräsentative Stichprobe befragt, die insgesamt rund 12.000 Personen in 6.000 Haushalten umfasste. Personen mit türkischer, griechischer, jugoslawischer, spanischer oder italienischer Staatsangehörigkeit waren überrepräsentiert, um zumindest für die am stärksten in Deutschland vertretenen Migrantengruppen repräsentative Aussagen treffen zu können. Aufgrund von Verweigerungen der weiteren Teilnahme, Umzügen ins Ausland und Todesfällen kam es über die Jahre unweigerlich zu Stichprobenausfällen (Panelmortalität). Begegnet wird der abnehmenden Teilnehmerzahl durch die Ziehung von Ergänzungsstichproben. Außerdem wurden in der Vergangenheit mehrere Zusatzstichproben gezogen, um aktuellen gesellschaftlichen Ereignissen und Entwicklungen gerecht werden zu können, z.B. der Wiedervereinigung Deutschlands und der zeitweilig verstärkten Zuwanderung aus dem Ausland. Im Jahr 2000 wurde zudem eine umfangreiche Innovationsstichprobe erhoben, die neben der Stabilisierung der Fallzahl auch zur Erprobung neuer Erhebungskonzepte diente. Gegenwärtig umfasst das SOEP fast 25.000 Personen in 13.000 Haushalten.

Die Befragungen im SOEP, die als persönliche Interviews konzipiert sind, basieren auf vier Erhebungsinstrumenten: Mit dem Haushaltsfragebogen werden vom Haushaltsvorstand aktuelle Eckdaten zur Wohnsituation, Einkommen und Haushaltskonstellation erfasst. Der Personenfragebogen wendet sich an alle Haushaltsmitglieder im Alter ab 16 Jahren und bezieht sich auf personenbezogene Angaben zur Lebenssituation. Zu im Haushalt lebenden

Kindern und Jugendlichen werden umfassende Informationen von den Eltern erhoben. Zudem werden von allen Teilnehmern einmalig Angaben zum bisherigen Lebensverlauf, insbesondere zur Erwerbs- und Familienbiographie, erfragt. Fragen zur Gesundheit finden sich vor allem im Personenfragebogen. Die Gesundheit stellt zwar nach wie vor keinen Themenschwerpunkt des SOEP dar, die Zahl der Gesundheitsfragen hat in den letzten Jahren aber sukzessive zugenommen. Von Beginn an im Erhebungsprogramm enthalten waren Fragen zur Zufriedenheit mit der Gesundheit, Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung. Hinzugekommen sind im Laufe der Zeit vor allem Fragen zum Gesundheitsverhalten, zur Pflegebedürftigkeit und weitere Fragen zur Versorgung. Im Jahr 2002 wurden erstmals auch Informationen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität erhoben und dazu mit dem SF-12 (International Health Survey Scoring Set) auf ein international eingesetztes Instrument zurückgegriffen (Grabka 2002).

Obgleich die Gesundheitsdaten des Sozio-oekonomischen Panels nicht die gleiche Breite und Tiefe erreichen wie die der Gesundheitssurveys, stellen sie eine gute Grundlage für Analysen zur gesundheitlichen Ungleichheit dar. Indem sie Einblicke in zeitliche Verläufe und Veränderungen der Gesundheit auf Individualebene gewähren, sind sie mit Erkenntnismöglichkeiten verbunden, die bislang durch keinen anderen Survey in Deutschland eröffnet werden. Beispielsweise lassen sich Bildungs- und Erwerbskarrieren erfassen und in Bezug zu Veränderungen im Gesundheitsstatus setzen. Dadurch wird es möglich, Hypothesen zum Zustandekommen gesundheitlicher Ungleichheit, z.B. zur Kausalität der Beziehung zwischen Armut und Gesundheit oder zum vermittelnden Einfluss des Gesundheitsverhaltens und der medizinischen Versorgung, zu überprüfen. Zu berücksichtigen ist allerdings, dass nicht alle Gesundheitsinformationen von Beginn an erhoben wurden. Die Frage zur selbst eingeschätzten Gesundheit gehört z.B. erst seit 1992 zum Erhebungsprogramm. Außerdem werden einzelne Gesundheitsthemen nur unregelmäßig einbezogen, z.B. der Tabakkonsum und die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Insbesondere zu beachten ist dies, wenn Trendaussagen getroffen werden sollen, da diese in der Regel einen langen Beobachtungszeitraum voraussetzen, während schon wenige Jahre genügen können, um individuelle Verläufe und Entwicklungen, zumindest der Tendenz nach, sichtbar zu machen.

Ein besonderer Vorzug des SOEP ist in der Bereitstellung von Mortalitätsinformationen zu sehen. Im Rahmen der dritten Erhebungswelle im Jahr 1986 wurden alle Studienteilnehmer nach den Geburts- und Sterbedaten ihrer Eltern gefragt. Damals nahmen über 10.000 Perso-

nen am SOEP teil, so dass ungefähr 20.000 Elterndatensätze verfügbar sind. Genutzt wurden diese bislang vor allem um Sterbedifferenzen nach Bildung und beruflicher Stellung zu untersuchen (Klein 1993a,b; Becker 1998). Mittlerweile lässt sich auch die Mortalität der SOEP-Teilnehmer analysieren, was bis vor kurzem aufgrund der geringen Anzahl der Todesfälle nicht möglich war. Dazu wird ausgehend von der Panelmortalität nach dem Zeitpunkt und den Gründen für das Ausscheiden aus dem SOEP gefragt. Durch sorgfältige Nacherfassungen bei Nichterreichbarkeit und Wohnungswechseln können Todesfälle durch den Abgleich von Adressen relativ gut – wenn auch nicht immer zweifelsfrei – ermittelt werden (Haisken-DeNew, Frick 2003). Weitere Vorteile des SOEP sind mit der Ausländer- und Zuwandererstichprobe verbunden. Das SOEP stellt gegenwärtig eine der besten Datengrundlagen bereit, um repräsentative Aussagen zur sozialen und gesundheitlichen Lage von Migranten und Migrantinnen zu treffen.

6.7 Mikrozensen 1999 und 2003

Beim Mikrozensus handelt es sich um eine bundesweite Befragung einer repräsentativen 1%-Bevölkerungsstichprobe, die seit 1957 einmal pro Jahr durchgeführt wird (Emmerling, Riede 1997). Im Jahr 1991 wurde der Mikrozensus auf die neuen Bundesländer und Ost-Berlin ausgeweitet. Die Stichprobe umfasst seitdem Jahr für Jahr ca. 820.000 Personen in über 380.000 Haushalten. Das Grundprogramm des Mikrozensus dient der Erfassung erwerbsstatistischer und soziodemographischer Merkmale und beinhaltet u.a. Fragen zur Größe und Zusammensetzung des Haushaltes, Familienkonstellation, Einkommenssituation, Erwerbstätigkeit, Ausbildung sowie Renten- und Pflegeversicherung. Die Teilnahme am Grundprogramm basiert auf einer gesetzlichen Grundlage und ist für die ausgewählten Personen verpflichtend. Der Stichprobenausfall kann dadurch sehr gering gehalten werden; 1999 lag die Verweigerungsrate bei 2,6%, im Jahr 2003 bei etwa 4% (Statistisches Bundesamt 2001, 2005).

Die Gesundheit ist zwar kein Themenschwerpunkt des Mikrozensus, zu einzelnen Gesundheitsaspekten sind aber Informationen verfügbar, z.B. zu chronischen Krankheiten, Unfallverletzungen, Behinderungen, Grippeschutzimpfung, ärztliche oder Krankenhausbehandlung sowie Tabakkonsum. Die Fragen zur Gesundheit sind Bestandteil einer Zusatzerhebung, die sich an etwa die Hälfte der Befragten richtet (0,45% der Gesamtbevölkerung) und in mehrjährigen Abständen realisiert wird, zuletzt 1999 und 2003. Im Gegensatz zum Grundprogramm

basieren die Zusatzerhebungen des Mikrozensus auf einer freiwilligen Teilnahme, was die Repräsentativität der Daten aber nicht einschränkt. In den letzten Durchgängen haben lediglich 9% bis 13% der Befragten die Antwort auf die Fragen zur Gesundheit verweigert.

Aufgrund der Stichprobengröße und der hohen Repräsentativität der Daten stellt der Mikrozensus eine gute Grundlage für kontinuierliche und konsistente Beobachtungen zur Gesundheit im Rahmen der Armuts- und Reichtumsberichterstattung dar. Im Gegensatz zu den meisten anderen Datenquellen lässt er tief gegliederte Betrachtungen zu, so dass unterschiedliche Ausprägungen gesundheitlicher Ungleichheit nach Merkmalen wie Bildung, Einkommen, Beruf, Arbeitslosigkeit oder Lebensform untersucht werden können. Eine Einschränkung ergibt sich daraus, dass Informationen aus anderen Zusatzbefragungen, die vertiefende Einblicke ermöglichen würden, z.B. zur beruflichen Qualifikation und Erwerbstätigkeit, nicht genutzt werden können, weil sie nicht zeitgleich mit den Fragen zur Gesundheit erhoben werden (vgl. Dulon et al. 2003). Mit Blick auf die Berichtsgegenstände der vorliegenden Arbeit ist ein weiterer Vorteil des Mikrozensus, dass sich auch für Kinder und Jugendliche sowie ältere Menschen verlässliche Aussagen treffen lassen. Außerdem gehört der Mikrozensus neben dem Sozio-oekonomischen Panel zu den wenigen bevölkerungsrepräsentativen Datenquellen, die Informationen zur sozialen und gesundheitlichen Lage von Migranten und Migrantinnen liefern. Im Grundprogramm wird nach der Staatszugehörigkeit gefragt und bei Ausländern bzw. Ausländerinnen zusätzlich nach dem Jahr des Zuzugs nach Deutschland. Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass der Mikrozensus für die erfassten Ausländergruppen repräsentativ ist. Dies gilt allerdings nur für Ausländer und Ausländerinnen, die Deutsch sprechen, da bei der Ausfüllung der Fragebögen nur für wenige Sprachen, z.B. Türkisch und Russisch, auf Übersetzungshilfen zurückgegriffen werden kann.

6.8 Sonstige repräsentative Bevölkerungsstudien

Neben den dargestellten gibt es weitere Bevölkerungsstudien, die den Einschlusskriterien weitgehend entsprechen, aus unterschiedlichen Gründen aber nicht für die Indikatorenbildung herangezogen werden. Dazu zählt die Allgemeine Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften (ALLBUS), mit der regelmäßig aktuelle Daten über Einstellungen, Verhalten und Sozialstruktur der Wohnbevölkerung in Deutschland erhoben werden. Der ALLBUS wird seit 1980 in zweijährigen Abständen im Querschnitt mit jeweils ungefähr 3.000 zufällig ausgewählten Personen ab 18 Jahren realisiert (Koch 2002). Unberücksichtigt bleibt der ALLBUS,

weil er ein ähnliches Themenspektrum wie die vorab dargestellten sozialwissenschaftlichen Umfragen abdeckt, aber auf einer kleineren Stichprobe beruht und anders als z.B. im SOEP oder Mikrozensus nur eine Person im Haushalt befragt wird. Der zusätzliche Nutzen für die Armuts- und Reichtumsberichterstattung ist auch deshalb gering, weil das Erhebungsprogramm nur wenige Fragen mit Gesundheitsbezug beinhaltet. Der häufiger vorgebrachte Vorschlag, der Gesundheit einen höheren Stellenwert im Erhebungsprogramm einzuräumen, wurde bislang stets zurückgewiesen. Begründet wurde dies zumeist damit, dass andere Bevölkerungsstudien gesundheitsrelevante Problemstellungen besser erfassen können (Andreß 2002).

Als Datengrundlage in Betracht gezogen wurde außerdem der Wohlfahrtssurvey des Wissenschaftszentrums Berlin und des Zentrums für Umfragen, Methoden und Analysen in Mannheim, der seit 1978 im Abstand von zwei bis fünf Jahren durchgeführt wird (Habich, Zapf 1991). Mit dem Survey, für den etwa 2.500 bis 3.000 Personen im Alter ab 14 Jahren befragt werden, ist die Zielsetzungen verbunden, die individuelle Wohlfahrt zu beschreiben, wobei diese nicht nur an objektiven Lebensbedingungen der Menschen wie dem Einkommensniveau, den Wohnverhältnissen und den Arbeitsbedingungen festgemacht wird, sondern auch an der subjektiven Lebensqualität, die in individuellen Einschätzungen und Bewertungen zum Ausdruck kommt. Nicht berücksichtigt wurde der Wohlfahrtssurvey, weil nur einzelne Informationen zur Gesundheit zur Verfügung stehen, z.B. Zufriedenheit mit der Gesundheit und Arzneimittelgebrauch, die sich zudem auch mit anderen Datengrundlagen abbilden lassen. Außerdem ist die Zukunft des Wohlfahrtssurveys nicht gesichert, was mit ein Grund dafür sein dürfte, dass die Daten auch für die Bearbeitung anderer Themen der Armuts- und Reichtumsberichterstattung bislang kaum genutzt wurden.

Die seit 1962/63 im Abstand von ungefähr fünf Jahren realisierte Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS) gehört zu den zentralen Datengrundlagen der Armuts- und Reichtumsberichtung. Sie basiert auf einer bundesweiten Befragung von etwa 70.000 Haushalten und erreicht damit einen auch im Vergleich zu anderen Haushaltsbefragungen hohen Zuverlässigkeitsgrad. Für die Beschreibung der Einkommensverteilung und Ermittlung von Einkommensarmut wird die vom Statistischen Bundesamt in Zusammenarbeit mit den Statistischen Landesämtern bereitgestellte Stichprobe auch künftig von großer Bedeutung sein. Zu den anderen Dimensionen der Lebenslage sind jedoch kaum Angaben vorhanden.

Insbesondere fehlt es an Informationen zur Gesundheit, so dass die Einkommens- und Verbrauchsstichprobe für die vorliegende Arbeit vernachlässigt werden kann.

Zwischen September 1998 und November 2001 hat das Bundesministeriums für Arbeit (BMA) ein Niedrigeinkommens-Panel (NIEP) durchgeführt, für das rund 2.000 Haushalte im unteren Einkommensbereich im Abstand von ungefähr sechs Monaten telefonisch befragt wurden. Das Panel erstreckte sich insgesamt auf sechs Erhebungszeitpunkte, so dass Armut im Zeitverlauf analysiert werden kann. Trotz dieser Vorzüge bleibt das NIEP unberücksichtigt, weil die Angaben zur Gesundheit begrenzt sind und aufgrund der Ausrichtung am unteren Einkommensbereich kein Gesamtbild der Verteilungsungleichheiten wiedergegeben wird. Außerdem werden viele Auswertungsmöglichkeiten bereits durch das SOEP abgedeckt, das im Gegensatz zum NIEP fortgeführt wird und schon deshalb für die perspektivische Berichterstattung einen höheren Stellenwert besitzt. Wenn sich der Blick allerdings auf die am stärksten benachteiligten Bevölkerungsgruppen richtet, eröffnet das NIEP interessante Zugänge, zumal das SOEP aufgrund geringer Fallzahlen hier an seine Grenzen stößt.

Das European Community Household Panel (ECHP) macht Quer- und Längsschnittdaten zu allen Lebenslagenbreichen verfügbar und stellt damit eine belastbare Grundlage für eine am Lebenslagenansatz orientierte Armuts- und Reichtumsberichterstattung dar. Durchgeführt wurde das Panel zwischen 1994 und 2001 in 15 Mitgliedstaaten der Europäischen Union. In Deutschland wurden für die ersten drei Wellen des Panels bundesweit rund 4.700 Haushalte befragt. Ab 1997 hat sich Deutschland nicht mehr direkt beteiligt, sondern stattdessen Daten des SOEP eingespeist, so dass zumindest für einzelne Aspekte der Lebenslage auch für die Folgejahre Vergleiche auf europäischer Ebene möglich sind. Ein Nachteil des ECHP ist, dass es aufgrund der geringen Ausschöpfungsquote als nicht sonderlich repräsentativ gilt. So ergab ein Abgleich mit den weitaus zuverlässigeren Daten der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe erhebliche Abweichungen in den Einkommensangaben. Nach dem Ende des Panels im Jahr 2001 entstand eine Lücke in der informationellen Infrastruktur auf europäischer Ebene, die ab dem 2004 durch den Survey of Income and Living Conditions (EU SILC) geschlossen werden soll. Für den Survey ist ein größerer Stichprobenumfang vorgesehen und soll eine bessere Ausschöpfung erreicht werden als dies beim ECHP der Fall war. Sofern diese Zielstellungen erreicht werden, könnte der EU SILC eine gute Datengrundlage für die Armuts- und Reichtumsberichterstattung darstellen, insbesondere wenn Vergleiche auf europäischer Ebene angestrebt werden.

Die Aktionsgrundlagen der Bundeszentrale für gesundheitlichen Aufklärung (BZgA) werden seit 1975 im Abstand von fünf bis sieben Jahren erhoben. Mit den Aktionsgrundlagen steht der BZgA eine verlässliche Planungs- und Handlungsgrundlage zur Verfügung, die insbesondere zur Konzipierung und Umsetzung von Kampagnen zur Prävention und Gesundheitsförderung sowie zur gesundheitlichen Aufklärung genutzt wird. Das Erhebungsprogramm umfasst deshalb vor allem Fragen zum gesundheitsrelevanten Verhalten, gesundheitsbezogenen Informationsmöglichkeiten sowie zur Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Für die vorliegende Arbeit wurden die Aktionsgrundlagen nicht herangezogen, weil die letzte Befragung 1995/96 stattfand und weitere Erhebungen gegenwärtig nicht geplant sind. Außerdem werden die meisten Themen inzwischen durch die Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts abgedeckt, so dass bei etwaiger Realisierung künftiger Erhebungen eine stärkere thematische Fokussierung notwendig erscheint. Wenn die Aktionsgrundlagen von der BZgA weitergeführt werden, könnten sie auch für die Armuts- und Reichtumsberichterstattung interessant sein, weil sie die Darstellung von Zeitreihen erlauben, und zwar auch für Aspekte des Gesundheitsverhaltens und der Vermittlung von Gesundheitswissen, die durch die anderen Surveys nicht hinreichend erfasst werden.

Im Hinblick auf das höhere Lebensalter stellt der Alterssurvey eine vielversprechende Datenbasis dar (Kohli, Kühnemund 2000). Der Survey zielt auf eine umfassende Beobachtung und Analyse des Alternsprozesses, und zwar sowohl auf gesellschaftlicher als auch auf Individualebene. Für die Armuts- und Reichtumsberichterstattung ist der Alterssurvey vor allem durch den expliziten Lebenslagenbezug und die thematisch breit angelegten Erhebungen interessant. Auch zur Gesundheit werden zahlreiche Informationen bereitgestellt, so dass sich Ansatzpunkt für Analysen der Beziehung zwischen Armut und Gesundheit bieten. Bisher haben zwei Erhebungswellen stattgefunden, ausgehend von einer 1996 gezogenen Repräsentativstichprobe der 40-bis 85-jährigen deutschen Bevölkerung (n=4.838). Zum zweiten Erhebungszeitpunkt im Jahr 2002 wurde ein Teil der Teilnehmer am ersten Durchgang erneut befragt, so dass für diese eine längsschnittliche Weiterverfolgung möglich ist. Um gesellschaftliche Entwicklungen unter Berücksichtigung von Kohorten- und Periodeneffekten nachzeichnen zu können, wurde eine neue Repräsentativstichprobe für die 40- bis 85-Jährigen gezogen. Für Frauen und Männer mit Migrationshintergrund wurde eine separate Stichprobe bereitgestellt, wobei allerdings nur deutschsprachige Fragebögen eingesetzt wurden. Beschränkungen ergeben sich aus der relativ geringen Fallzahl und den hohen Stichprobenausfällen bei den 70- bis 85-Jährigen. Für die vorliegende Arbeit wurde der Alterssurvey nicht

herangezogen, weil die im Jahr 2002 erhobenen Daten, mit denen sich die Möglichkeit einer längsschnittlichen Betrachtung verbindet, noch nicht als Public Use-File verfügbar waren. Perspektivisch ergeben sich über den Alterssurvey aber interessante Auswertungsmöglichkeiten, zumal weitere Erhebungen geplant sind.

6.9 Möglichkeiten und Grenzen des Survey-Zugangs

Obwohl repräsentative Bevölkerungsstudien einen vergleichsweise guten Zugang zum Thema Armut und Gesundheit eröffnen, ergeben sich für die Armuts- und Reichtumsberichterstattung eine Reihe von Beschränkungen. Ein grundsätzliches Problem ist, dass die vorhandenen Bevölkerungsstudien nicht für eine am Lebenslagenansatz ausgerichtete Armuts- und Reichtumsberichterstattung konzipiert wurden. Die sozialwissenschaftlichen Umfragen orientieren sich an der Sozialberichterstattung und sollen eine zeitnahe Erfassung des sozialen Wandels gewährleisten. Zu den Bereichen Einkommen, Erwerbsarbeit, Bildung und Wohnen werden zwar umfassende Informationen bereitgestellt, die Erhebungen sind aber keinesfalls erschöpfend. Beispielsweise fehlt es an aussagekräftigen Daten zum Vermögen und zu Belastungen am Arbeitsplatz oder im Wohnumfeld. Zur Gesundheit werden in den sozialwissenschaftlichen Umfragen nur kursorische Angaben erhoben, wobei der Schwerpunkt eher auf der gesundheitlichen Versorgung als auf dem Gesundheitszustand oder dem Gesundheitsverhalten liegt. Die bundesweit durchgeführten Gesundheitssurveys liefern aktuelle Gesundheitsdaten und richten sich dabei in erster Linie an den Aufgaben und Zielen der Gesundheitsberichterstattung aus. Da die Standarddemographie mittlerweile fester Bestandteil der meisten Gesundheitssurveys ist, lassen sich Zusammenhänge zu Merkmalen wie Schulbildung, berufliche Qualifikation, berufliche Stellung und Einkommen herstellen. Über diese Eckdaten hinaus stehen aber kaum Informationen zu den anderen Lebenslagenbereichen zur Verfügung, so dass mehrdimensionale Betrachtungen der Lebenslage sowie am Lebenslagenkonzept ansetzende Analysen zum Zusammenhang von Armut und Gesundheit nur sehr eingeschränkt möglich sind.

Um die Datenlage zu verbessern, müssen die empirischen und theoretischen Grundlagen stärker als bisher aufeinander bezogen werden. Die theoretischen Implikationen des Lebenslagenansatzes sollten die Auswahl der Datengrundlagen steuern und darüber hinaus Anhaltspunkte für die systematische Weiterentwicklung der Erhebungsprogramme und Messkonzepte vorgeben. Die Datengrundlagen ihrerseits sind ausschlaggebend dafür, inwieweit sich

Annahmen zum Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit prüfen lassen und das im Lebenslagenkonzept angelegte Erklärungspotenzial ausgeschöpft werden kann. Die mangelnde Theorezität der Bevölkerungsstudien wie auch der amtlichen Statistiken, Register- und Routinedaten stellt nach wie vor eines der Haupthindernisse der Armuts- und Reichtumsberichterstattung dar. Die sozialwissenschaftlichen Umfragen und Gesundheitssurveys müssen heterogenen Zielsetzungen genügen und können daher kaum die gleichen theoretischen Maßstäbe erfüllen wie thematisch stärker fokussierte Forschungsprojekte. Nichtsdestotrotz sollte versucht werden, die theoretischen Dreh- und Angelpunkte der Erhebungen zu beschreiben und die Bezüge zu den zentralen Perspektiven der Armuts- und Reichtumsberichterstattung aufzuzeigen.

Den theoretischen Implikationen einer lebenslagenorientierten Armuts- und Reichtumsberichterstattung werden insbesondere Panel-Daten als notwendige Vorraussetzung für längsschnittliche Analysen gerecht. Der Lebenslagenansatz weist Gesundheit einerseits als unabhängige Variable aus, da die Handlungs- und Teilhabechancen in den anderen Lebenslagenbereichen von den gesundheitlichen Ressourcen beeinflusst werden. Andererseits ist die Gesundheit das Resultat von Lebensbedingungen und Verhaltensmustern, die durch Einkommen, Bildung, Wohnen und Familie bestimmt sind und kann somit auch als abhängige Variable betrachtet werden. Diese Dualität der Gesundheit im Lebenslagenkonzept macht eine analytische Trennung der Verursachungsmechanismen „Armut macht krank“ und „Krankheit macht arm“ erforderlich, was sich einzig mit längsschnittlich erhobenen Daten bewerkstelligen lässt. Darüber hinaus unterstützen Längsschnittdaten die Analyse von Armuts- und Gesundheitskarrieren. Durch die Verzeitlichung der Perspektive lässt sich die Dauer der Armut bestimmen und zwischen kurzzeitiger und langfristiger Armut differenzieren. Gleichzeitig öffnet sich der Blick auf Neuerkrankungen sowie auf Krankheitsprozesse und Krankheitsfolgen. Indem Längschnittdaten den Prozesscharakter der Lebenslage sichtbar machen und ermöglichen soziale und gesundheitliche Veränderungen in Beziehung zu setzen, ergeben sich Anhaltspunkte für die Erklärung der sozialen Differenzen im Krankheits- und Sterbegeschehen. Beispielsweise lässt sich mit längsschnittlich erhobenen Daten die Annahme prüfen, dass zeitlich begrenzte Armutserfahrungen von den Betroffenen recht gut bewältigt werden, während anhaltende Armut mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen einhergeht.

Für eine am Lebenslagenansatz ausgerichtete Armuts- und Reichtumsberichterstattung am Besten geeignet sind Kohorten- oder Kohortensequenzstudien. Diese unterstützen sowohl

Trendanalysen als auch längsschnittliche Betrachtungen auf Individualebene und berücksichtigen dabei Kohorten- und Periodeneffekte. Die Mehrzahl der in Deutschland durchgeführten Bevölkerungsstudien ist jedoch querschnittlich angelegt. Sie ermöglichen Aussagen darüber, wie stark der Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit zum Zeitpunkt der Erhebung ausgeprägt war. Durch die Verknüpfung von Querschnittserhebungen, die mit gleicher Methodik realisiert wurden, lassen sich Entwicklungstrends auf Bevölkerungsebene nachzeichnen. Querschnittsdaten geben jedoch keinen Aufschluss über individuelle Veränderungen und Verläufe und lassen damit auch die Frage nach Ursache-Wirkungs-Beziehungen unbeantwortet. Sie können allenfalls herangezogen werden, um Hypothesen zum Zustandekommen gesundheitlicher Ungleichheit zu formulieren, nicht aber, um diese empirisch zu überprüfen.

Von den dargestellten sozialwissenschaftlichen Umfragen und Gesundheitssurveys erfüllt streng genommen lediglich das Sozio-oekonomische Panel die Kriterien einer Längsschnittstudie. In den Gesundheitssurveys wird der Zeitaspekt über die retrospektive Erfassung der Krankengeschichte berücksichtigt. Im Vordergrund steht dabei aber vor allem die Frage, ob eine Erkrankungen jemals aufgetreten ist. Die Dauer von Krankheitsepisoden wird ebenso wenig erhoben wie zeitlich vorausgegangene Risikokonstellationen, so dass keine Rückschlüsse auf die Entstehung und den Verlauf der Erkrankungen möglich sind. Die Erhebung der Lebenszeitprävalenz ist zudem mit der Schwierigkeit verbunden, dass zurückliegende Krankheitserfahrungen je nach Sozialstatus unterschiedlich erinnert und bewertet werden, mit der wahrscheinlichen Folge einer Unterschätzung der tatsächlichen gesundheitlichen Ungleichheit. Um den Zeitaspekt stärker berücksichtigen zu können und die Berichterstattung zu Armut und Gesundheit zu verzeitlichen, muss über eine bundesweite Panelstudie nachgedacht werden, die individuelle Verlaufsdaten zur Gesundheit bereitstellt. Eine interessante Perspektive könnte sich über das Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts eröffnen, dass in den nächsten Jahren etabliert werden soll, da dieses neben regelmäßigen Querschnittserhebungen auch Längsschnittkomponenten wie Wiederholungsbefragungen und Kohortenstudien vorsieht (Kurth et al. 2005; siehe hierzu auch Kapitel 15).

Der Survey-Zugang ist darüber hinaus mit methodischen Schwierigkeiten verbunden, die sich aus der Stichprobenkonstruktion und den zum Teil hohen Stichprobenausfällen ergeben. Seit einigen Jahren zeichnet sich ein säkularer Trend ab, demzufolge sich die Teilnahmebereitschaft an Bevölkerungsbefragungen zunehmend vermindert (Koch 1998; Schnell 1998).

Gegenwärtig werden für persönliche und telefonische Befragungen Non-Response-Raten zwischen 20% und 40% berichtet. In postalischen Befragungen liegt der Stichprobenausfall bisweilen sogar bei über 50%. Eine hohe Non-Response-Rate kann die Repräsentativität der erhobenen Daten einschränken, wenn bestimmte Bevölkerungsgruppen überproportional häufig die Teilnahme verweigern. Vieles spricht dafür, dass von Armut betroffene Personen eine geringere Teilnahmebereitschaft zeigen oder – wenn sie teilnehmen – seltener Auskunft über ihre Einkommenssituation erteilen. Neben der gesellschaftlichen Tabuisierung von Armut dürfte dabei auch eine Rolle spielen, dass Frageformulierungen und Interviewsituation bei Personen mit niedrigem Bildungsniveau häufiger bzw. schneller zu einer Überforderung führen und für den Befragungsverlauf unvorteilhafte Erinnerungen, z.B. an Kontakte mit Behörden und Ämtern, hervorrufen. Wohnungslose, in Armutsquartieren lebende Personen, die so genannte „Anstaltsbevölkerung“ und „mobile“ Bevölkerungsgruppen wie Seeleute, Binnenschiffer oder Schausteller werden schon aufgrund des üblicherweise verfolgten Feldzugangs schlechter erreicht, da sie oftmals nicht gemeldet oder an ihrem Wohnsitz anzutreffen sind (Andreß 1999). Andererseits scheinen auch die sozial am besten gestellten Bevölkerungsgruppen durch Surveys untererfasst zu werden, weshalb von Surveys auch als „typischem Mittelschichtsinstrument“ (Sigelmann 1982; Mika 2002) gesprochen wird. Aufgrund verstärkter beruflicher Mobilität sind sozial Bessergestellte schwieriger zu erreichen oder sie machen keine konkreten Angaben zu ihren Einkommens- und Vermögensverhältnissen. Da es sowohl am unteren als auch am oberen Rand der Sozialhierarchie zu häufigeren Interviewausfällen oder zumindest einer höheren Non-Response bei bestimmten Items kommt, muss von Verzerrungen ausgegangen werden, die in der Konsequenz zu einer Unterschätzung der gesundheitlichen Ungleichheit führen.

Auch Migranten, die überproportional von Armut betroffen sind, werden in Surveys untererfasst oder sie werden gar von vornherein ausgeschlossen. Ein relativ guter Zugang eröffnet sich über die Ausländerstichprobe des Sozio-oekonomischen Panels, die zumindest für die größten Migrantengruppen repräsentative Daten bereitstellt. Ebenfalls recht gut erfasst werden Migranten im Mikrozensus, was neben der hohen Teilnehmerzahl vor allem mit der gesetzlichen Auskunftspflicht zusammenhängt. Anders als im SOEP werden im Mikrozensus aber keine gesonderten Anstrengungen unternommen, um sprachliche oder kulturelle Teilnahmebarrieren zu beseitigen. Die Gesundheitssurveys beziehen Migranten in der Regel mit ein, die Fallzahlen sind aber sehr gering und lassen keine repräsentativen Aussagen zu. Bei telefonischen Interviews sind die Möglichkeiten eines migrantenspezifischen Zugangs

von vornherein begrenzt, weil nicht mit Übersetzungshilfen gearbeitet werden kann und für den Einsatz von fremdsprachigen Interviewern zumeist keine Mittel zur Verfügung stehen.

Die Teilnahme an einer Bevölkerungsstudie setzt neben der Erreichbarkeit und Bereitschaft sowie hinreichenden Sprachkenntnissen auch eine entsprechende körperliche und geistige Verfasstheit voraus. Vor allem psychische Erkrankungen und eine daraus resultierende Einschränkung der kommunikativen Fähigkeit erschwert eine Beteiligung. Auch wenn die Kommunikationsfähigkeit gegeben ist, muss bei kranken, behinderten und pflegebedürftigen Menschen geprüft werden, ob die mit der Befragung oder Untersuchung einhergehenden Belastungen zumutbar sind. Oftmals wird hierzu eine Ethikkommission eingesetzt, die Richtlinien und Empfehlungen für den Umgang mit den Studienteilnehmern und die Durchführung der Erhebungen vorgibt. Bei telefonischen Befragungen ist eine Einschätzung der Belastbarkeit während der Erhebung nur schwer, bei postalischen Befragungen gar nicht möglich. Aus dem Ausschluss von Personen mit gesundheitlichen Problemen resultiert wahrscheinlich eine Unterschätzung des Zusammenhangs zwischen Armut und Gesundheit.

Die Güte von Survey-Daten hängt nicht allein von der Response-Rate ab, sondern auch vom Vorgehen bei der Erhebung, Erfassung und Aufbereitung der Daten. Während dieser Prozesse können eine Vielzahl von Fehlern auftreten, die sich letztlich in verzerrten Ergebnissen niederschlagen, z.B. Messfehler durch ungeeignete Erhebungsinstrumente, Interviewerfehler während der Befragung oder Vercodungsfehler bei der Dateneingabe. Die Erhebungsqualität ist durch eine Reihe aufeinander abgestimmter Maßnahmen sicherzustellen. Dazu zählt eine sorgfältige Instrumentenauswahl, eine qualifizierte Mitarbeiter-Schulung, eine standardisierte Vorgehensweise im Feld und die Vorgabe eindeutiger Kodierungsvorschriften (Stolzenberg 2002). Obgleich für die meisten Surveys inzwischen umfassende Kontrollen der Datenqualität vorgesehen sind, bleiben viele Fragen zur Validität und Reliabilität der erhobenen Angaben offen. So werden Instrumente oftmals weitgehend ungeprüft ins Erhebungsprogramm aufgenommen, was besonders problematisch erscheint, wenn sie in Studien eingesetzt werden, für die sie nicht konzipiert wurden. Beispielsweise lassen sich für klinische Studien entwickelte Skalen nicht ohne Weiteres für Bevölkerungsbefragungen heranziehen. Ebenso muss eingehend geprüft werden, inwieweit Instrumente, die sich in einer Face-to-face-Situation gut bewährt haben, auch in postalischen oder telefonischen Befragungen eingesetzt werden können.

Gerade die Möglichkeiten und Grenzen verschiedener Erhebungsformen und die Vergleichbarkeit der erzielten Ergebnisse werden bislang zu selten diskutiert. Persönliche, schriftliche und telefonische Befragungsergebnisse lassen sich nur zueinander in Bezug setzen, wenn die Daten gleichermaßen valide, reliabel und repräsentativ sind. Dass dies häufig nicht der Fall ist, haben die vom IFT durchgeführten Methodenstudien unter anderem für den Alkoholkonsum und den Gebrauch illegaler Drogen gezeigt. Im Bayrischen Gesundheitssurvey konnten allerdings in einer telefonischen Befragung ähnlich repräsentative und gültige Daten zu chronischen Krankheiten, selbsteingeschätzter allgemeiner Gesundheit, Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und Rauchgewohnheiten erhoben werden wie in der schriftlichen Befragung im Rahmen des Bundes-Gesundheitssurveys (Fischer et al. 2001; Meyer et al. 2002). Diese Erkenntnisse unterstreichen den Stellenwert von Methodenstudien, die sich mit den Einsatzmöglichkeiten verschiedener Befragungsformen und der Validität und Reliabilität von Erhebungsinstrumenten als wesentliche Voraussetzung für die Weiterentwicklung des Survey-Zugangs befassen.

7 Gesundheitliche Auswirkungen der Einkommensungleichheit

Die Einkommensentwicklung in Deutschland ist durch einen kontinuierlichen Anstieg des mittleren Einkommens bei gleichzeitiger Ausweitung des Armutsrisikos gekennzeichnet. Im Jahr 2003 lag der Median des nach der neuen OECD-Skala berechneten Netto-Äquivalenzeinkommens bei 1.564 Euro, was einem nominalen Anstieg um etwa 20% in den vorausgegangenen zehn Jahren entsprach. Von einem Armutsrisiko ist gemäß der auf EU-Ebene erzielten Vereinbarung auszugehen, wenn Personen bzw. Haushalte über weniger als 60% des mittleren Netto-Äquivalenzeinkommens verfügen. Während die Armutsrisikoquote im Jahr 1993 noch 11,7% betrug, lag sie im Jahr 2003 bereits bei 13,5%. Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene sind überproportional durch Armut bedroht: Von den bis 15-Jährigen sind 15,0% und in der Gruppe der 16- bis 24-Jährigen sogar 19,1% einem Armutsrisiko ausgesetzt, im Vergleich zu 13,5% der 25- bis 49-Jährigen, 11,5% der 50- bis 64-Jährigen und 11,4% der 65-Jährigen und Älteren. In der Erwachsenenbevölkerung finden sich die höchsten Armutsrisikoquoten bei Arbeitslosen mit 40,9% und allein Erziehenden mit 35,4% (BMGS 2005).

Allerdings lebt nur ein geringer Teil der Bevölkerung dauerhaft in Armut. Im Zeitraum zwischen 1998 und 2003 traf dies auf 7% zu, während ein Drittel der Betroffenen nach einem Jahr die Armutsrisikogruppe wieder verlassen hatte (BMGS 2005). Personen, die langjährig in Armut leben, sind häufig durch ein geringes berufliches Qualifikationsniveau gekennzeichnet. Bei Personen ohne abgeschlossene Berufsausbildung betrug die Armutsrisikoquote im Jahr 2004 24%, bei Personen mit abgeschlossener Berufsausbildung lag sie dagegen bei 11% und bei Personen mit Hochschulabschluss bei nur 8% (Statistisches Bundesamt 2006a). Auch die Armutslücke, gemessen als der prozentuale Einkommensabstand der Menschen mit einem Einkommen unterhalb der Armutsrisikogrenze zur Armutsrisikogrenze, hat in den letzten Jahren weiter zugenommen, und zwar von 20% auf 22% im Zeitraum 1997 bis 2004 (Statistisches Bundesamt 2006b). Dies bedeutet, dass das mittlere Einkommen der Menschen unterhalb der Armutsrisikogrenze im Vergleich zu dem Einkommen, welches die Armutsrisikogrenze bestimmt, weiter abgesunken ist. Das Gesamteinkommen der reichsten 20% betrug in Deutschland im Jahr 2004 4,1-mal soviel wie das Gesamteinkommen der ärmsten 20%. In Bezug auf das Ausmaß der Einkommensungleichheit nimmt Deutschland damit im europäischen Vergleich einen Platz im Mittelfeld ein (Statistisches Bundesamt 2006a).

Im Folgenden werden die Auswirkungen von Einkommensarmut und Einkommensungleichheit auf die Gesundheit betrachtet. Die Analysen basieren größtenteils auf Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP). Im Gegensatz zu den meisten anderen Datengrundlagen ermöglicht das SOEP eine präzise Berechnung des Netto-Äquivalenzeinkommens und der Armutsrisikoquote. Neben der Armutsrisikogruppe (unter 60% des Medians) gilt Personen in Haushalten mit einem Netto-Äquivalenzeinkommen zwischen 60% und 80% des Medians besondere Aufmerksamkeit, da diese bei Arbeitslosigkeit oder Überschuldung schnell in die Nähe des Armutsbereichs geraten („prekäre Wohlstandsgruppe“; vgl. Hübinger 1996). Um Aussagen über den mittleren und höheren Einkommensbereich treffen zu können, werden in Anlehnung an einen Vorschlag von Grabka und Krause (2005) drei weitere Gruppen unterschieden: 80% bis unter 100%, 100% bis unter 150% sowie 150% und mehr des Medianeinkommens. Da das SOEP zu einzelnen Gesundheitsthemen keine Informationen bereitstellt, werden ergänzende Betrachtungen anhand von Daten der Gmünder Ersatzkasse (GEK) und der Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts (RKI) angestellt. Die Ergebnisse auf Basis der SOEP- und RKI-Daten entstammen – sofern dies nicht anders gekennzeichnet wird – eigenen Auswertungen. Die GEK-Daten wurden von Voges et al. (2004) nach einem vom Autor erstellten Auswertungsplan analysiert.

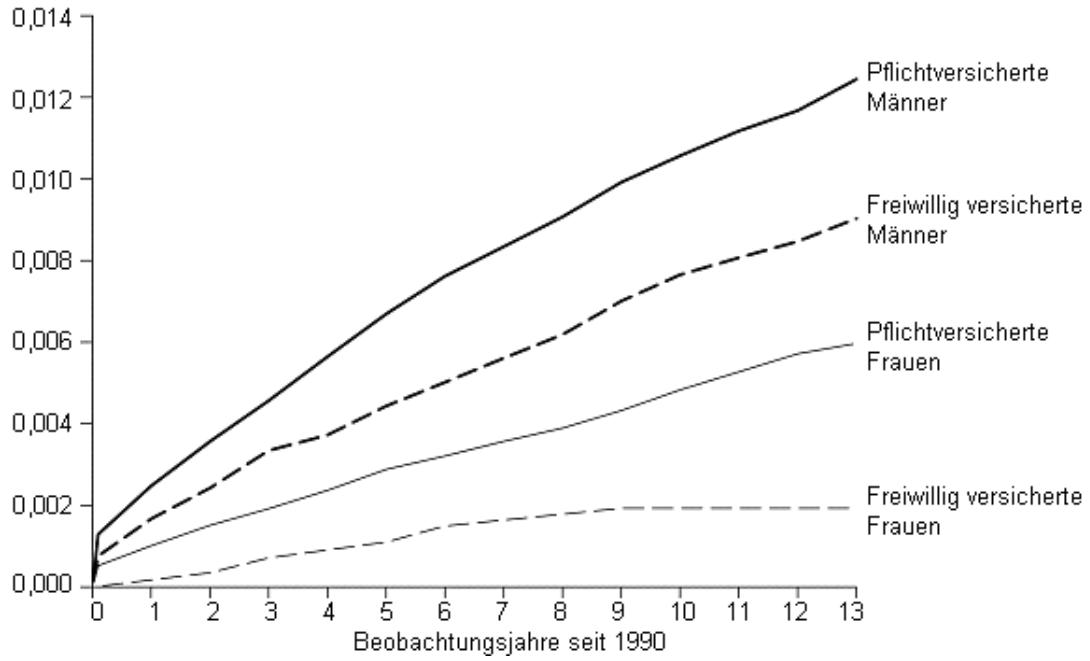
7.1 Einkommensunterschiede in der Morbidität

Die Daten der Gmünder Ersatzkasse ermöglichen z.B. Aussagen zum Vorkommen spezifischer Krankheitsbilder, wie z.B. Herzinfarkt, Lungenkrebs und Leberzirrhose. Informationen zum Einkommen stehen nicht zur Verfügung, zur Annäherung kann aber auf den Versichertenstatus zurückgegriffen werden, da die freiwillig Versicherten in der Mehrzahl ökonomisch deutlich besser gestellt sind als die Pflichtversicherten. Die Analysen zum Zusammenhang zwischen Versichertenstatus und Krankheitsvorkommen beziehen sich auf Versicherte im Alter von 40 bis 69 Jahren (vgl. Voges et al. 2004).

Das Muster und die Stärke des Zusammenhangs sind je nach betrachteter Erkrankung unterschiedlich ausgeprägt und variieren mit dem Alter und Geschlecht. Im Auftreten eines Herzinfarktes – gemessen an der kumulierten Morbiditätsrate im Zeitraum 1990 bis 2003 – zeigen sich in der Altersgruppe der 40- bis 49-Jährigen keine signifikanten Unterschiede zwischen den Pflicht- und freiwillig Versicherten, bei den 50- bis 59-Jährigen zeichnen sie sich nur relativ schwach ab, während sie bei den 60- bis 69-Jährigen einen deutlichen

Niederschlag finden (Abbildung 7.1). Bei Männern dieser Altersgruppe ist die Morbiditätsrate der Pflichtversicherten am Ende des Beobachtungszeitraums etwa um den Faktor 1,3 erhöht, bei den gleichaltrigen Frauen sogar um den Faktor 3.

Abbildung 7.1
Kumulierte Morbiditätsrate für Herzinfarkt bei 60- bis 69-jährigen GEK-Mitgliedern nach Versichertenstatus und Geschlecht
Datenbasis: Gmünder Ersatzkasse 1990-2003 (Voges et al. 2004 nach Auswertungsplan des Autors)



Bei Männern lassen sich zudem Unterschiede im Auftreten von Lungenkrebs beobachten. Die Unterschiede zwischen den Pflicht- und freiwillig Versicherten zeichnen sich bereits in den Altersgruppen der 40- bis 49-Jährigen und 50- bis 59-Jährigen ab, treten aber bei den 60-Jährigen und Älteren am deutlichsten hervor (Abbildung 7.2). Der Hauptgrund für diese Unterschiede dürfte der höhere Tabakkonsum in den ökonomisch benachteiligten Bevölkerungsgruppen sein (Helmert et al. 1990; Helmert 1999), da das Rauchen der entscheidende Risikofaktor für Lungenkrebs ist: Bereits bei Rauchern mit einem Konsum von weniger als 15 Zigaretten am Tag steigt das Lungenkrebsrisiko um etwa das 8-fache an. Bei Rauchern, die mehr als 25 Zigaretten am Tag rauchen, ist das Erkrankungsrisiko noch 3-mal höher (Doll, Petro 1976; Doll et al. 1994).

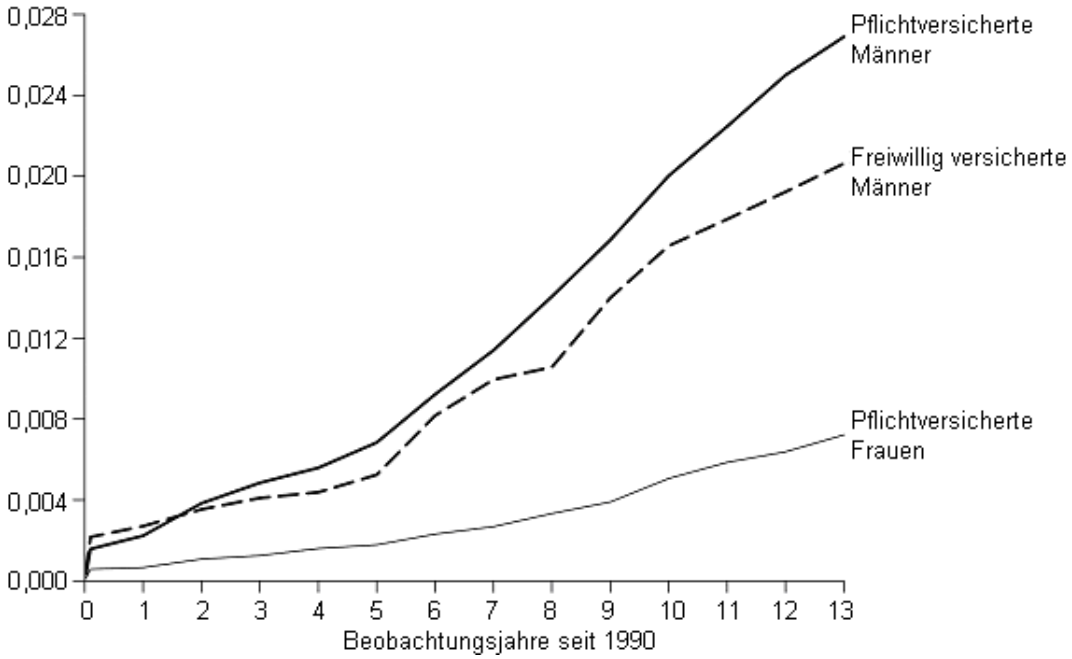
Für Frauen lassen sich im Hinblick auf den Lungenkrebs und andere relativ selten vorkommende Krankheiten anhand der GEK-Daten keine vergleichenden Aussagen treffen, da die Fallzahlen für die freiwillig Versicherten zu gering sind – die GEK hat weitaus mehr männli-

che als weibliche Mitglieder, und der Anteil der freiwillig Versicherten beläuft sich bei Frauen lediglich auf 8,1% (Männer: 27,3%). Insgesamt liegt die Prävalenz des Lungenkrebses bei Frauen deutlich unter der von Männern. In den letzten Jahren hat sich dieser Unterschied aber infolge des zunehmenden Tabakkonsums von Frauen verringert (RKI 2004a).

Abbildung 7.2

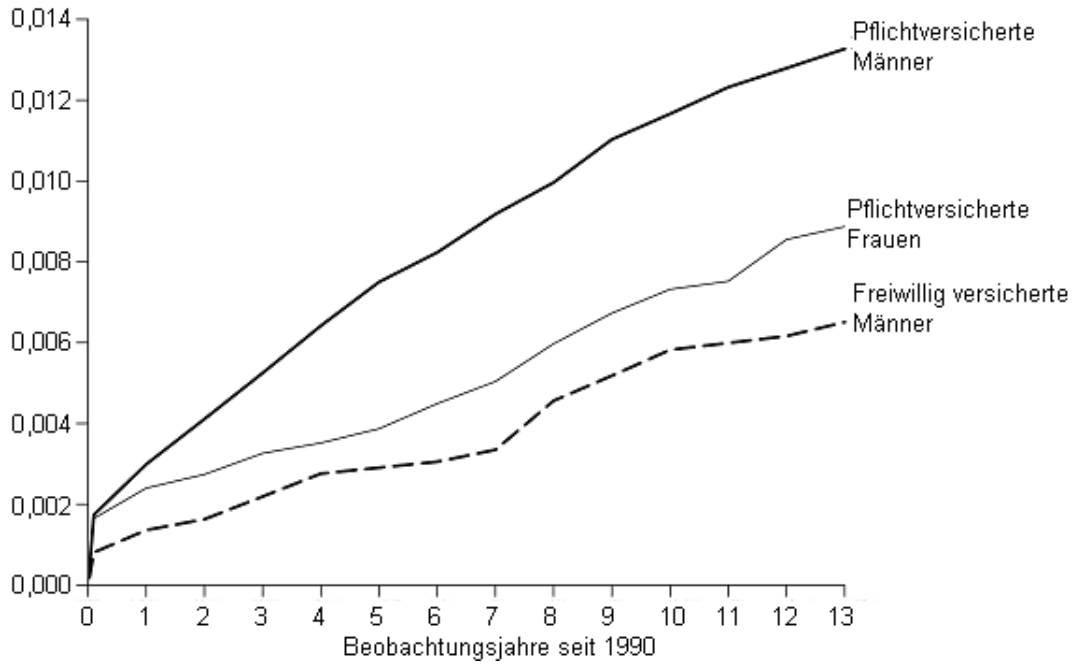
Kumulierte Morbiditätsrate für Lungenkrebs bei 60- bis 69-jährigen GEK-Mitgliedern nach Versichertenstatus und Geschlecht

Datenbasis: Gmünder Ersatzkasse 1990-2003 (Voges et al. 2004 nach Auswertungsplan des Autors)



Eine ähnlich eindeutige Beziehung zu einem einzelnen Risikofaktor lässt sich für die Leberzirrhose herstellen. Schätzungen zufolge ist das Risiko einer Leberzirrhose für Männer bei einem durchschnittlichen Alkoholkonsum von 40-60 g pro Tag etwa 6-mal so hoch wie bei einem Konsum von 20 g pro Tag (Statistisches Bundesamt 1998). Die männlichen Pflichtversicherten bei der GEK sind im Vergleich zu den freiwillig Versicherten etwa doppelt so häufig von einer Leberzirrhose betroffen (Abbildung 7.3). Für freiwillig versicherte Frauen lassen sich wiederum keine Angaben machen. Insgesamt erkranken Frauen weitaus seltener als Männer an einer Leberzirrhose. Insofern ist bemerkenswert, dass pflichtversicherte Frauen eine höhere Morbiditätsrate aufweisen als freiwillig versicherte Männer.

Abbildung 7.3
Kumulierte Morbiditätsrate für Leberzirrhose bei 60- bis 69-jährigen GEK-Mitgliedern nach Versichertenstatus und Geschlecht
Datenbasis: Gmünder Ersatzkasse 1990-2003 (Voges et al. 2004 nach Auswertungsplan des Autors)

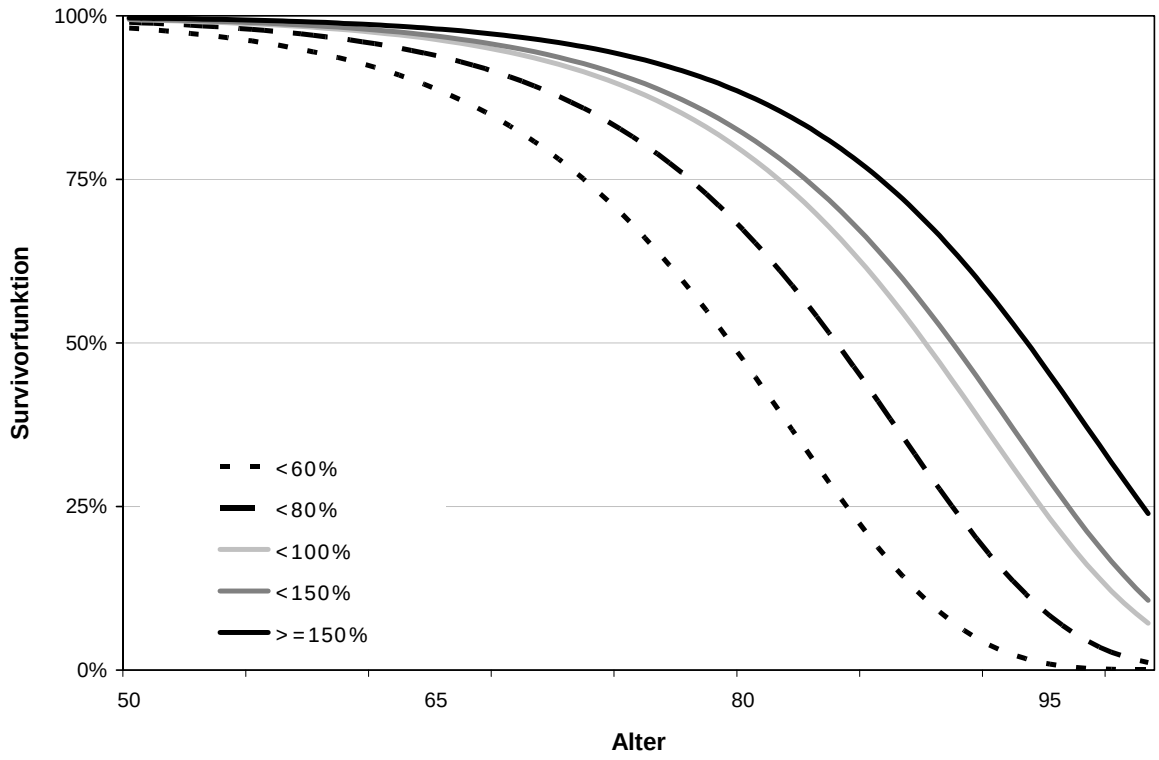


Weiteren Aufschluss über den Zusammenhang zwischen der ökonomischen Situation und der Krankheitshäufigkeit geben die Gesundheitssurveys des RKI. Im telefonischen Gesundheitssurvey 2003 berichteten 41,5% der 30- bis 64-jährigen Männer mit Armutsrisiko von einer länger andauernden bzw. wiederkehrenden Krankheit oder Gesundheitsstörung, im Vergleich zu 34,1% der Gleichaltrigen mit höheren Einkommen. Bei Frauen fällt dieser Unterschied mit 42,8% gegenüber 39,5% geringer aus und ist statistisch nicht signifikant. Vor allem Herzinfarkt, Diabetes mellitus, chronische Bronchitis und Adipositas kamen bei beiden Geschlechtern in der Armutsrisikogruppe vermehrt vor. Mit den Daten des Bundes-Gesundheitssurveys 1998, in dem eine umfassendere Krankheitsliste erhoben wurde, lassen sich außerdem Einkommensunterschiede im Auftreten von Hypertonie, Angina pectoris, Osteoporose sowie entzündlichen Gelenk- oder Wirbelsäulenerkrankungen belegen.

7.2 Einkommen als Prädiktor der Mortalität

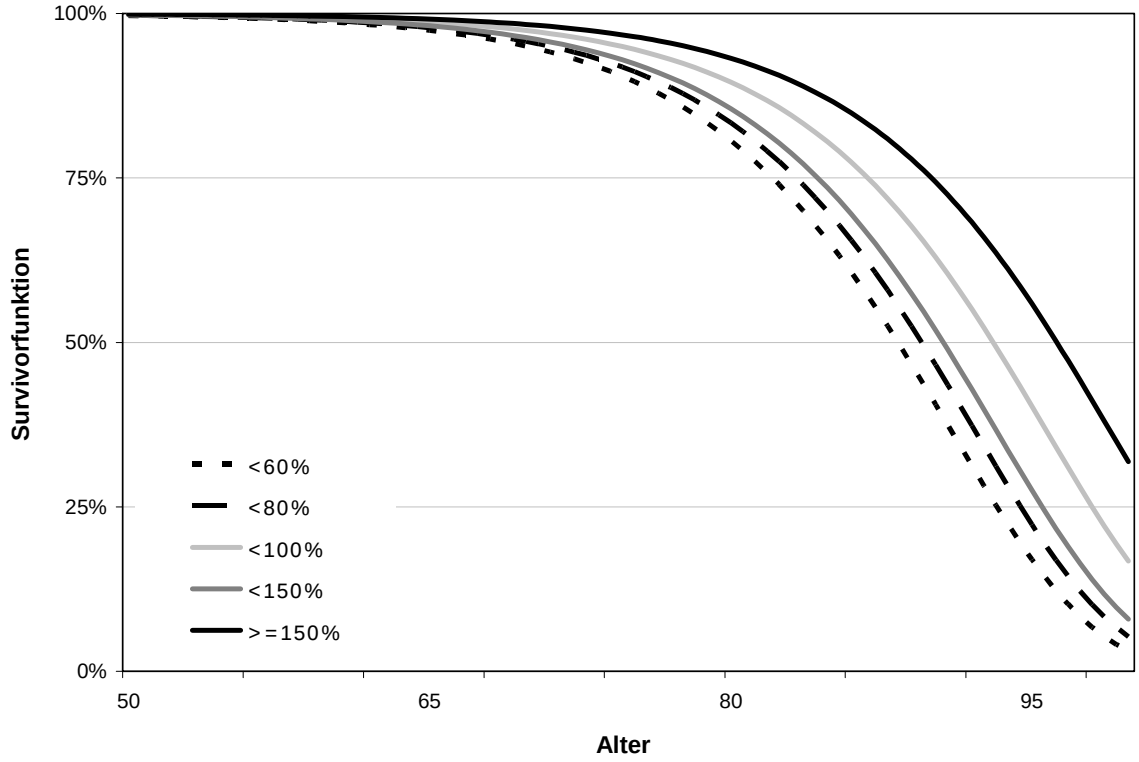
Um den Einfluss des Einkommens auf die Mortalität zu analysieren, können im Sozio-oekonomischen Panel die Angaben von Personen herangezogen werden, die nicht weiter teilnehmen und Auskunft über den Zeitpunkt und die Gründe für das Ausscheiden erteilt haben. Durch sorgfältige Nacherfassungen bei Nichterreichbarkeit können Todesfälle relativ gut ermittelt werden.

Abbildung 7.4
Survivorfunktionen für Männer nach Einkommen
Datenbasis: Sozio-oekonomisches Panel 1998-2003 (eigene Auswertungen)



In Abbildung 7.4 sind Survivorfunktionen für Männer nach der jeweiligen Einkommensposition dargestellt. Ausgangspunkt der Beobachtung und der Einkommensmessung ist das Jahr 1998. Das Überleben wird bis zum Jahr 2003 weiterverfolgt. Am Verlauf der Kurven lässt sich ablesen, dass in der Armutsrisiko- und der prekären Wohlstandsgruppe anteilig weniger Männer bis ins hohe Alter überleben als in den ökonomisch besser gestellten Gruppen, zwischen denen allerdings auch Unterschiede zugunsten der Männer mit höheren Einkommen bestehen.

Abbildung 7.5
Survivorfunktionen für Frauen nach Einkommen
Datenbasis: Sozio-oekonomisches Panel 1998-2003 (eigene Auswertungen)



Bei Frauen sind die Einkommensdisparitäten schwächer ausgeprägt. Außerdem zeigt sich anders als bei Männern kein gleichförmiger Gradient. Dennoch lässt sich feststellen, dass ein niedriges Einkommen mit einer geringeren Überlebenswahrscheinlichkeit einhergeht (Abbildung 7.5). Der Vergleich der Survivorfunktionen für Männer und Frauen zeigt darüber hinaus, dass Frauen in allen Einkommensgruppen länger leben als Männer.

Der Einkommenseffekt auf die Mortalität wurde mittels des ereignisanalytischen Gompertz-Modells, das von einem mit dem Alter zunehmenden Mortalitätsrisiko ausgeht, geschätzt (Cleeves et al. 2002). Die Ergebnisse für den Untersuchungszeitraum 1998 bis 2003 sind in Tabelle 7.1 als hazard ratios (Risikoverhältnisse) – bei statistischer Kontrolle des Alters – ausgewiesen. Ein hazard ratio von 1 besagt, dass sich das Mortalitätsrisiko in der betrachteten Gruppe im Vergleich zur Referenzgruppe (hier Personen mit einem Einkommen über 150% des Medians) nicht unterscheidet. Ein Wert zwischen 0 und 1 spricht für ein proportional geringeres Risiko, während ein Wert größer 1 ein im Vergleich zur Referenzgruppe erhöhtes Mortalitätsrisiko anzeigt.

Tabelle 7.1
Einfluss des Einkommens auf das Mortalitätsrisikos. Ergebnisse ereignisanalytischer Gompertz-Modelle für den Zeitraum 1998-2003: hazard ratios bei statistischer Kontrolle des Alterseffektes. Datenbasis: Sozio-oekonomisches Panel 1998-2003 (eigene Auswertungen)

	Männer	**Frauen**
Einkommensgruppe		
< 60%	5,91*	3.05*
60% - < 80%	3,14*	2.58*
80% - < 100%	1,84*	1.56
100% - < 150%	1,57	2.22*
≥ 150%	Ref.	Ref.
Parameter		
γ	0,12***	0.14***
Diagnostik		
Episoden	68.921	72.415
LL_0	-10.129.759	-10.530.742
LL_1	-9.852.581	-10.433.635

γ =Paramter der Gompertz-Verteilung; ein Wert gleich Null zeigt ein im Altersverlauf konstantes Mortalitätsrisiko an, ein Wert größer Null ein steigendes und ein Wert kleiner Null ein abnehmendes Risiko.
LL_0=Log-Likelihood des Modells ohne Kovariaten
LL_1=Log-Likelihood des Modells mit Kovariaten
Ref.=Referenzgruppe
Signifikanzniveau: *** p < 0,001 ** p < 0,01 * p < 0,05

Für Männer zeigt sich ein markant ausgeprägtes Einkommensgefälle in der Mortalität: Mit geringerem Einkommen nimmt das Mortalitätsrisiko sukzessive zu. Männer aus der Armutsrisikogruppe haben im Vergleich zu Männern der höchsten Einkommensgruppe ein fast 6-mal höheres Mortalitätsrisiko. Die Angehörigen der prekären Wohlstandsgruppe unterliegen einem 3-mal höherem Mortalitätsrisiko. Frauen aus der Armutsrisiko- und prekären Wohlstandsgruppe weisen ein gegenüber der Referenzgruppe 3-fach bzw. 2,6-fach erhöhtes Mortalitätsrisiko auf.

Der Zusammenhang zwischen Einkommen und Mortalitätsrisiko schlägt sich in deutlichen Unterschieden der Lebenserwartung nieder. Geht man von der mittleren Lebenserwartung bei Geburt aus, dann beträgt bei Männern der Abstand zwischen der niedrigsten und höchsten Einkommensgruppe etwa 14 Jahre. Bei Frauen beträgt der Unterschied immerhin noch acht Jahre. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die mittlere Lebenserwartung auf Basis der SOEP-Daten überschätzt wird, da gesundheitlich beeinträchtigte Personen häufiger aus der Studie ausscheiden. Die Studienteilnehmer stellen damit eine auch in Bezug auf ihre weitere

Lebenserwartung positiv selegierte Gruppe dar. Für die Analyse sozialer Unterschiede in der Lebenserwartung spielt dieser Selektionseffekt allerdings eine geringere Rolle, da er sich in allen sozialen Gruppen bemerkbar macht (vgl. Lampert et al. 2007).

7.3 Einkommen und subjektive Gesundheit

Die subjektive Gesundheit wird im SOEP unter anderem über eine Frage zur Selbsteinschätzung des aktuellen Gesundheitszustandes mit fünf Antwortkategorien („sehr gut", „gut", „zufrieden stellend", „weniger gut", „schlecht") erhoben. Legt man die Daten aus dem Jahr 2003 zugrunde, dann beurteilen 47,8% der 18-jährigen und älteren Bevölkerung ihre eigene Gesundheit als sehr gut oder gut, 33,1% als zufrieden stellend und 19,1% als weniger gut oder schlecht. Im Altersgang wird die Gesundheit zunehmend schlechter eingeschätzt: Von den 18- bis 29-Jährigen kommen nur 5,9% zu einer weniger guten oder schlechten Gesundheitsbeurteilung, in der Gruppe der 65-Jährigen und Älteren sind es hingegen 35,1%. Männer beurteilen ihre Gesundheit etwas besser als Frauen, wobei dieser Unterschied im höheren Alter stärker zum Ausdruck kommt als in jungen Jahren.

Tabelle 7.2
Anteil der Männer, die ihre eigene Gesundheit als „weniger gut" oder „schlecht" beurteilen, nach Einkommen und Alter (in %)
Datenbasis: Sozio-oekonomisches Panel 2003 (eigene Auswertungen)

	Männer				
	18-29 Jahre	**30-44 Jahre**	**45-64 Jahre**	**65+ Jahre**	**Gesamt**
Einkommensgruppe					
< 60%	4,2	16,1	35,3	35,5	21,2
60%- < 80%	6,3	20,3	34,5	30,6	24,1
80% - < 100%	5,9	8,6	26,4	35,3	19,7
100% - < 150%	2,4	5,8	20,0	24,0	14,0
≥ 150%	7,5	4,9	10,6	28,1	11,3
Gesamt	4,7	9,2	21,8	29,1	16,7

In Tabelle 7.2 ist der Anteil der Männer in verschiedenen Einkommensgruppen ausgewiesen, die ihre eigene Gesundheit im Jahr 2003 als „weniger gut" oder „schlecht" beurteilt haben. Besonders bei den Befragten im mittleren Lebensalter sind deutliche Einkommensunterschiede festzustellen: Unter den 30- bis 44-jährigen Männern beurteilen 16,1% aus der Armutsrisikogruppe und 20,3% aus der prekären Wohlstandsgruppe ihre Gesundheit als „weniger gut" oder „schlecht" im Vergleich zu 4,9% aus der einkommensstärksten Gruppe. Ab einem Alter

von 65 Jahren ist der Zusammenhang zwischen dem Einkommen und der Gesundheitseinschätzung schwächer ausgeprägt. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass die gesundheitliche Benachteiligung der unteren Einkommensgruppen insbesondere auf ein früheres Auftreten von Krankheiten und Beschwerden zurückzuführen ist.

Tabelle 7.3
Anteil der Frauen, die ihre eigene Gesundheit als „weniger gut" oder „schlecht" beurteilen, nach Einkommen und Alter (in %)
Datenbasis: Sozio-oekonomisches Panel 2003 (eigene Auswertungen)

	Frauen				
	18-29 Jahre	**30-44 Jahre**	**45-64 Jahre**	**65+ Jahre**	**Gesamt**
Einkommensgruppe					
< 60%	13,7	15,0	40,6	41,5	27,2
60%- < 80%	6,2	10,5	28,6	46,2	26,0
80% - < 100%	6,4	10,4	25,0	37,4	21,9
100% - < 150%	3,4	7,6	21,1	35,5	18,2
≥ 150%	7,0	11,6	16,1	39,7	18,4
Gesamt	7,2	10,3	23,7	39,3	21,4

Frauen schätzen ihren eigenen Gesundheitszustand insgesamt etwas häufiger als „weniger gut" oder „schlecht" ein als Männer (21,4% gegenüber 16,7%). Der Einfluss des Einkommens auf die Gesundheit und die diesbezüglich festzustellenden altersgruppenspezifischen Differenzen finden aber einen ganz ähnlichen Ausdruck, auch im Hinblick auf die weitgehende Angleichung bei den 65-Jährigen und Älteren (Tabelle 7.3). Ein geschlechtsspezifischer Unterschied zeigt sich einzig in der jüngsten Altersgruppe: Während 18- bis 29-jährige Frauen mit einem Armutsrisiko häufiger zu einer negativen Gesundheitseinschätzung kommen, trifft dies auf die gleichaltrigen Männer der Armutsrisikogruppe nicht zu.

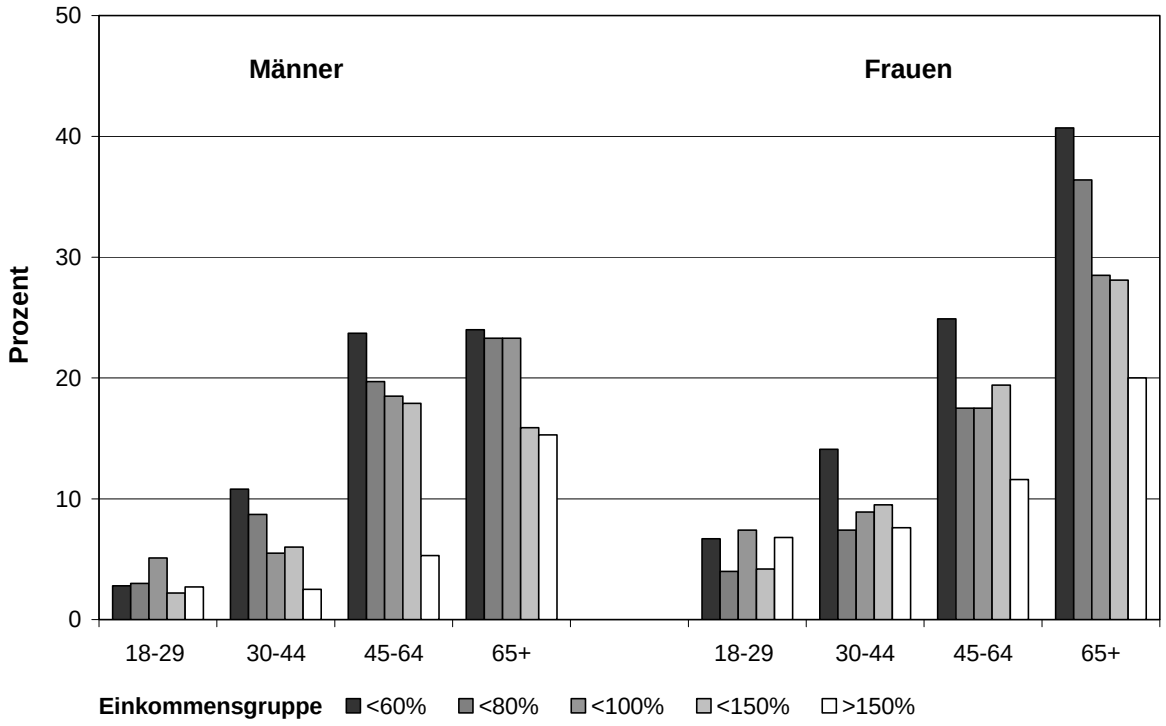
Im Jahr 2003 wurde im SOEP erstmals der SF-12 (Short-Form-Questionnaire) eingesetzt, ein international bewährtes Instrument zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Lundberg, Johannesson 1999). Eines der Items des SF-12 bezieht sich auf das Vorkommen von starken körperlichen Schmerzen in den letzten vier Wochen vor der Befragung (Antwortkategorien: „immer", „oft", „manchmal", „fast nie", „nie"). Gefragt wird nach dem Auftreten von Schmerzen im Allgemeinen, nicht nach spezifischen Schmerzlokalisationen, wie z.B. Kopf-, Rücken-, Bauch- oder Gliederschmerzen. In der 18-jährigen und älteren Bevölkerung liegt die 4-Wochen-Prävalenz von mindestens oft auftretenden Schmerzen demnach bei 12,6%. Frauen sind mit 14,9% häufiger betroffen als Männer mit 10,1%. Bei beiden Geschlechtern nimmt die Schmerzprävalenz mit dem Alter zu: Während in der Gruppe der 18-

bis 29-Jährigen lediglich 2,8% der Männer und 4,7% der Frauen oft oder immer starke körperliche Schmerzen haben, sind es von den 65-Jährigen und Älteren 16,9% der Männer und sogar 28,1% der Frauen. Wie in der Selbsteinschätzung der Gesundheit, so zeichnet sich auch im Schmerzvorkommen ein markanter Einkommensgradient ab, mit der höchsten Schmerzprävalenz in der Armutsrisikogruppe und der niedrigsten in der am besten gestellten Einkommensgruppe. Bei Männern treten diese Unterschiede vor allem im mittleren Lebensalter auf, bei Frauen sind sie auch im höheren Lebensalter stark ausgeprägt (Abbildung 7.6).

Abbildung 7.6

Körperliche Schmerzen in den letzten vier Wochen bei 18-jährigen und älteren Männern und Frauen nach Einkommen

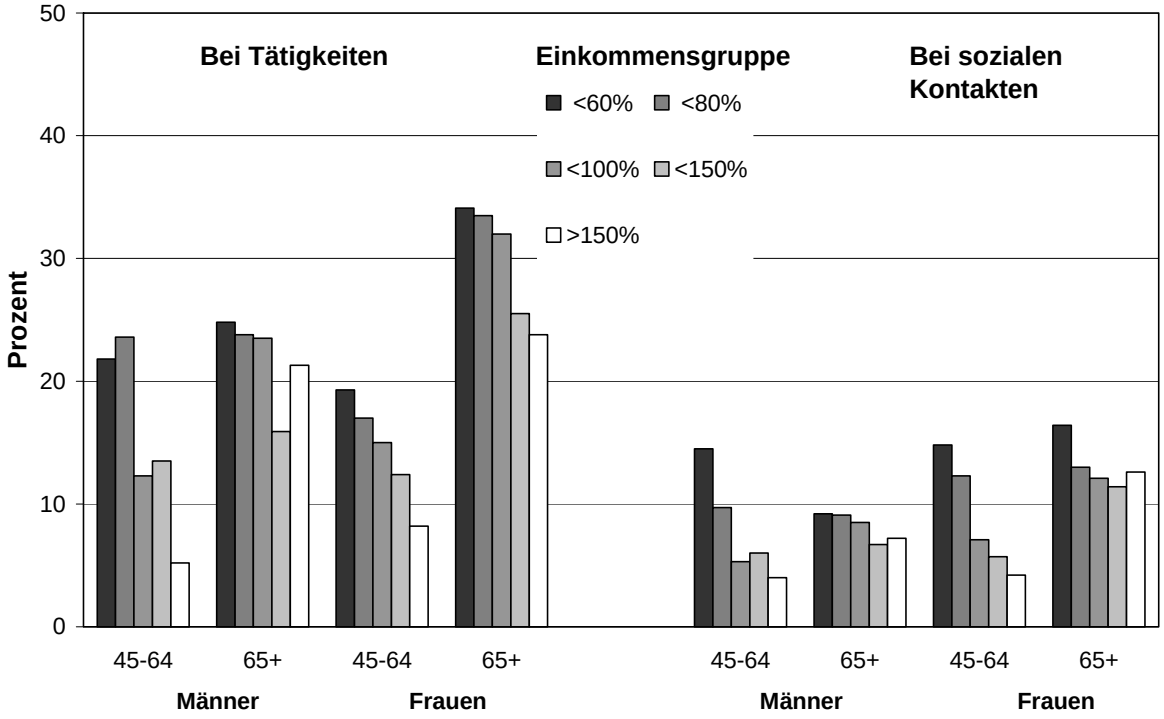
Datenbasis: Sozio-oekonomisches Panel 2003 (eigene Auswertungen)



Darüber hinaus beinhaltet der SF-12 mehrere Fragen zu gesundheitsbedingten Einschränkungen im Alltagsleben, u.a. bei der Arbeit oder alltäglichen Beschäftigungen sowie bei sozialen Kontakten mit Freunden, Bekannten, Verwandten oder anderen Personen (Antwortkategorien: „immer“, „oft“, „manchmal“, „fast nie“ „nie“). Von den jungen Erwachsenen sind nur sehr wenige aufgrund von Gesundheitsproblemen immer oder oft in diesen Bereichen, die für gesellschaftliche Teilhabe und Lebensqualität als zentral erachtet werden können, eingeschränkt. Ab einem Alter von 45 Jahren nehmen die Einschränkungen sukzessive zu, was mit dem vermehrten Auftreten von chronischen Krankheiten und Beschwerden und den zumindest im fortgeschrittenen Alter verringerten Bewältigungs- und Kompensationsmöglichkeiten

zusammenhängen dürfte. In der Gruppe der 65-Jährigen und Älteren berichten 63,1% von gesundheitsbedingten Problemen bei alltäglichen Tätigkeiten und 35,8% von Beeinträchtigungen bei sozialen Kontakten.

Abbildung 7.7
Einschränkungen bei alltäglichen Tätigkeiten und sozialen Kontakten von 45-jährigen und älteren Männern und Frauen nach Einkommen
Datenbasis: Sozio-oekonomisches Panel 2003 (eigene Auswertungen)



Aus Abbildung 7.7 lässt sich ersehen, welche Bedeutung dem Einkommen für gesundheitsbedingte Einschränkungen bei alltäglichen Tätigkeiten und sozialen Kontakten von 45-jährigen und älteren Männern und Frauen zukommt. In beiden Bereichen sind deutliche Einkommensunterschiede zu beobachten, die sich erneut als Gradient beschreiben lassen. In der Gruppe der 45- bis 64-Jährigen zeichnen sich die Unterschiede noch stärker ab als in der Gruppe der 65-Jährigen und Älteren, was im Einklang mit den Ergebnissen zur Selbsteinschätzung der Gesundheit und zum Schmerzvorkommen steht.

Um die Ergebnisse zum Zusammenhang von Einkommen und subjektiver Gesundheit multivariat abzusichern, wurden logistische Regressionen für die Selbsteinschätzung der Gesundheit („weniger gut“ oder „schlecht“), das Vorkommen starker körperlicher Schmerzen („immer“ oder „oft“) sowie Einschränkungen bei alltäglichen Tätigkeiten und sozialen Kontakten („immer“ oder „oft“) durchgeführt. In Tabelle 7.4 sind odds ratios mit den

dazugehörigen Signifikanzniveaus bei statistischer Kontrolle des Alterseffektes dargestellt. An den odds ratios lässt sich ablesen, wie hoch die Chance für das Auftreten der definierten Gesundheitsprobleme in den Einkommensgruppen im Verhältnis zur höchsten Einkommensgruppe, die jeweils die Referenzkategorie vorgibt, ist. Die logistischen Regressionen bestätigen den deskriptiven Befund eines ausgeprägten Einkommensgefälles in der subjektiven Gesundheit: In der Armutsrisikogruppe ist die Chance einer beeinträchtigten subjektiven Gesundheit je nach betrachtetem Bereich 2- bis 4-mal höher als in der Referenzgruppe. Bei Männern ist der Gradient in den meisten Bereichen etwas stärker ausgeprägt als bei Frauen.

Tabelle 7.4
Einfluss der Einkommensposition auf die subjektive Gesundheit. Ergebnisse binär logistischer Regressionen: odds ratios (OR) bei statistischer Kontrolle des Alterseffektes
Datenbasis: Sozio-oekonomisches Panel 2003 (eigene Auswertungen)

	Männer				**Frauen**			
	SEG	**SCHM**	**TGK**	**KON**	**SEG**	**SCHM**	**TGK**	**KON**
Einkommensgruppe								
< 60%	3,9***	3,3***	3,8***	3,5***	2,1***	2,2***	2,0***	3,0***
60%- < 80%	2,2***	2,7***	1,9***	1,8*	1,9***	1,5**	1,6**	1,5*
80% - < 100%	2,0***	2,5***	1,9***	1,4	1,2	1,3*	1,4*	1,4*
100% - < 150%	1,7***	2,1***	1,8***	2,1***	1,3*	1,5**	1,5**	1,5*
≥ 150%	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.

SEG=Selbsteinschätzung der Gesundheit („weniger gut“ oder „schlecht“); SCHM=starke körperliche Schmerzen („immer“ oder „oft“); TGK=Einschränkungen bei alltäglichen Tätigkeiten („immer“ oder „oft“); KON=soziale Kontakte („immer“ oder „oft“); Ref.=Referenzgruppe
Signifikanzniveau: *** p < 0,001 ** p < 0,01 * p < 0,05

7.4 Einfluss des Einkommens auf das Gesundheitsverhalten

Die größeren gesundheitlichen Probleme und die höhere vorzeitige Sterblichkeit in den unteren Einkommensgruppen dürften zum Teil auf ein gesundheitsriskanteres Verhalten zurückzuführen sein. Im SOEP kann in diesem Zusammenhang auf Angaben zum Rauchen und zur sportlichen Aktivität zurückgegriffen werden. Als Raucher werden nachfolgend Personen bezeichnet, die angaben, gegenwärtig Zigaretten, Zigarren oder Pfeifen zu rauchen. Im Jahr 2002 rauchten demnach 36,3% der 18-jährigen und älteren Männer und 25,8% der gleichaltrigen Frauen. Besonders häufig wird im jungen und mittleren Erwachsenenalter geraucht, während ältere Menschen deutlich seltener rauchen, was auch vor dem Hintergrund des vermehrten Auftretens von rauch-attributablen Krankheits- und Todesfällen zu sehen ist. Bei Frauen kommt zudem ein Kohorteneffekt zum Tragen, da in den älteren Geburtskohorten

vergleichsweise wenige Frauen mit dem Rauchen begonnen haben (vgl. Lampert, Burger 2004).

Abbildung 7.8
Anteil der Raucher und Raucherinnen nach Einkommen und Alter
Datenbasis: Sozio-oekonomisches Panel 2002 (eigene Auswertungen)

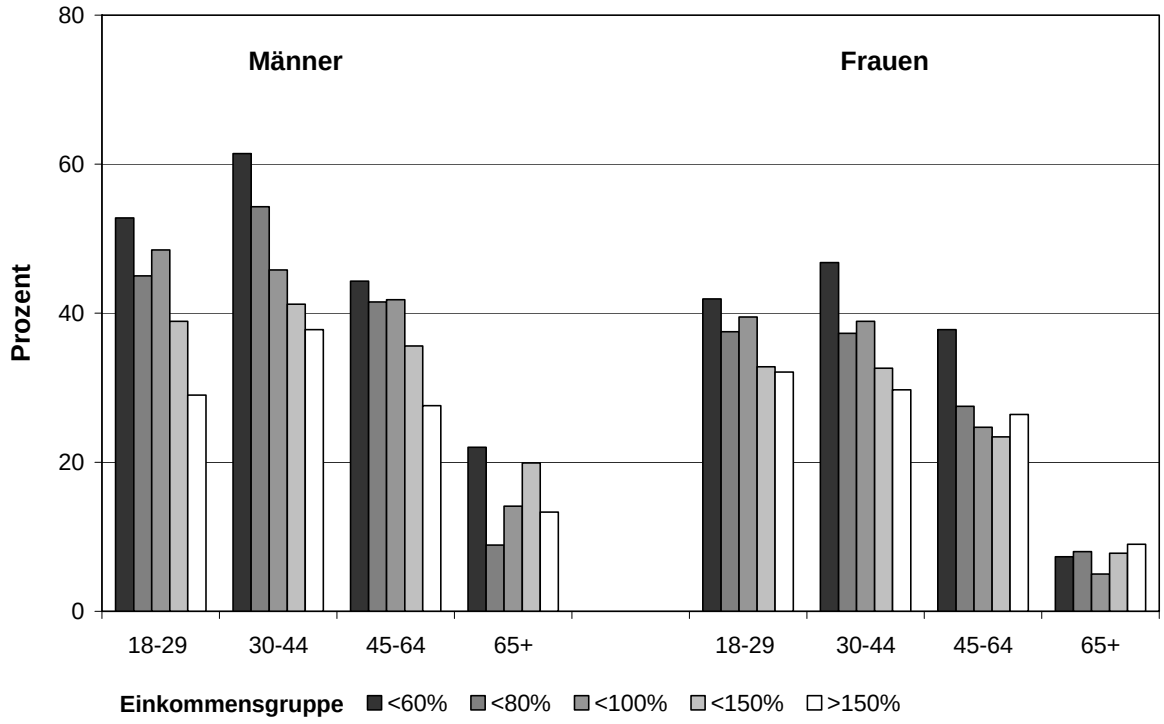
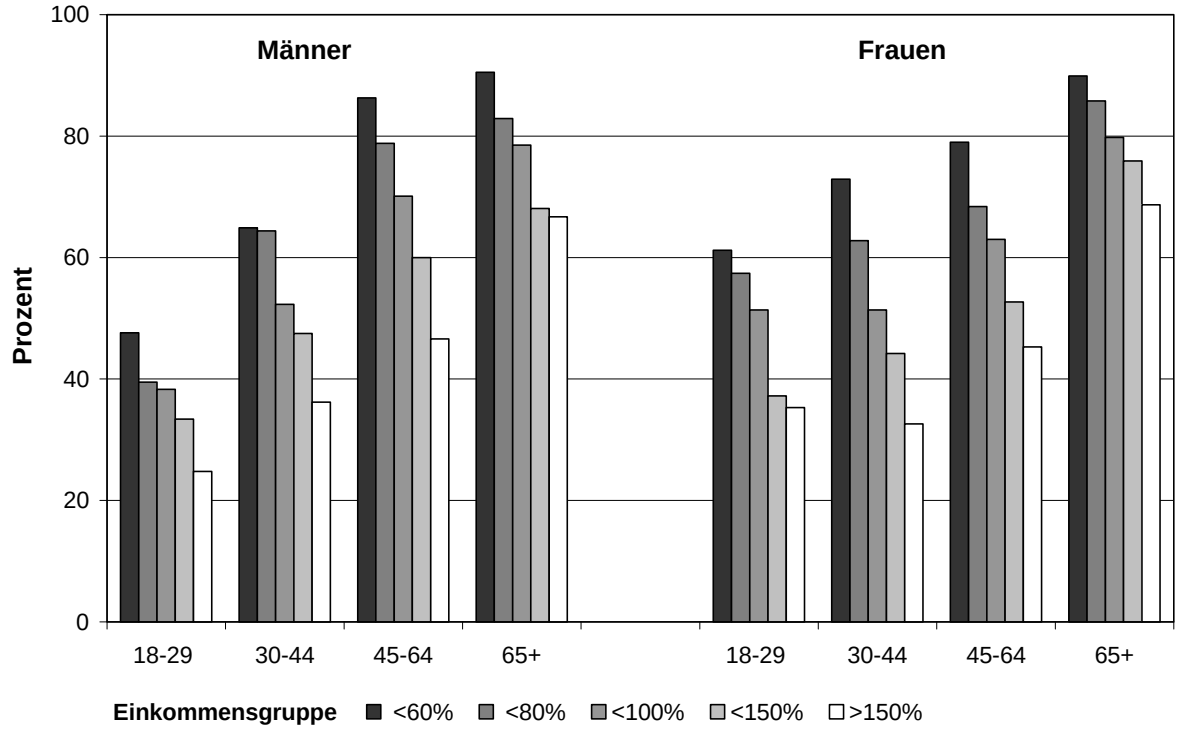


Abbildung 7.8 belegt für das junge und mittlere Lebensalter einen markant ausgeprägten Einkommensgradienten: Je niedriger das Einkommen, desto höher ist der Anteil der Raucher bzw. Raucherinnen. Die höchsten Raucheranteile finden sich bei den 18- bis 29-jährigen und 30- bis 44-jährigen Männern der Armutsrisikogruppe mit 52,8% bzw. 61,4%. Bei Frauen sind die Unterschiede schwächer ausgeprägt. Keine auffälligen Unterschiede bestehen bei den 65-Jährigen und Älteren, was neben den angesprochenen Selektions- und Kohorteneffekten auch damit zusammenhängen dürfte, dass die sozialen Unterschiede im Tabakkonsum bis in die 1970er Jahre nur gering waren und sich erst anschließend zu Ungunsten der unteren Statusgruppen verlagert haben (Lampert, Burger 2005). Mittels logistischer Regressionen lässt sich der Einkommenseffekt auf das Rauchverhalten weiter präzisieren: Bei statistischer Kontrolle des Alters rauchen Männer aus der Armutsrisikogruppe etwa 2,1-mal und Männer aus der prekären Wohlstandsgruppe 1,5-mal häufiger als die Männer mit den höchsten Einkommen. Bei Frauen ist die Rauchprävalenz in den beiden unteren Einkommensgruppen lediglich um den Faktor 1,3 bzw. 1,1 erhöht.

Abbildung 7.9

Anteil der sportlich inaktiven Männer und Frauen nach Einkommen und Alter
Datenbasis: Sozio-oekonomisches Panel 2003 (eigene Auswertungen)



Ein ähnliches Bild zeichnet sich in der Sportbeteiligung ab. Aus Abbildung 7.9 ist zu ersehen, wie hoch der Anteil der Personen in den verschiedenen Einkommensgruppen ist, die in den letzten vier Wochen vor der Befragung überhaupt keinen Sport gemacht haben. Im Altersbereich 18 bis 64 Jahre ist ein deutliches Einkommensgefälle zu beobachten, mit dem höchsten Anteil sportlich Inaktiver in der Armutsrisikogruppe. Bei Männern und Frauen im mittleren Lebensalter ist dieser 1,5- bis 2-mal höher als in der einkommensstärksten Gruppe, was sich auch in der multivariaten Betrachtung zeigt. Im höheren Alter fallen die Unterschiede schwächer aus, sie sind aber im Gegensatz zum Tabakkonsum immer noch zu erkennen. Darüber hinaus lässt sich feststellen, dass in allen Einkommensgruppen die Sportbeteiligung im Altersgang zurückgeht und sich von den 65-Jährigen und Älteren nur noch etwa ein Viertel sportlich betätigt.

7.5 Einkommenseffekte auf die Gesundheitsversorgung

Inwieweit Unterschiede in der Gesundheitsversorgung für das Zustandekommen des Zusammenhangs zwischen Einkommen und Gesundheit verantwortlich sein könnten, wird kontrovers diskutiert. In Deutschland garantiert die gesetzliche Krankenversicherung allen Versi-

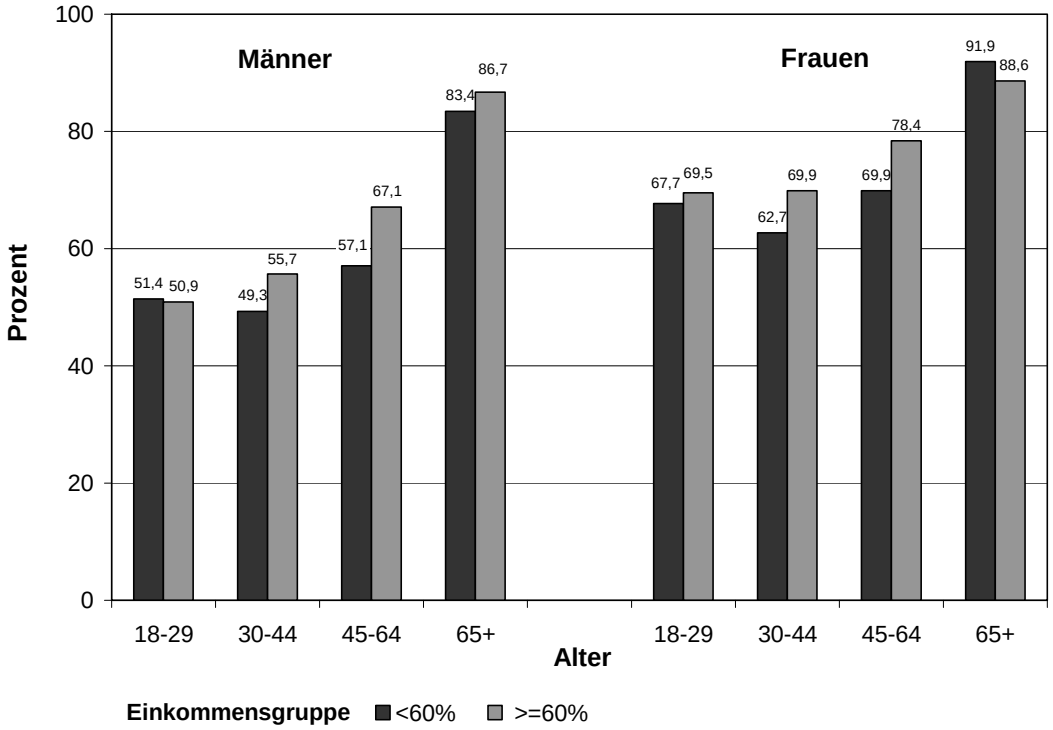
cherten einen weitgehend einkommensunabhängigen Zugang zum System der medizinischen Versorgung. Seit einigen Jahren gewinnen jedoch Zuzahlungen und direkte Käufe von Gesundheitsleistungen zunehmend an Bedeutung. Außerdem resultiert aus gleichen Zugangsmöglichkeiten nicht zwangsläufig eine gleiche Inanspruchnahme der Versorgungsangebote. Schon in den 1990er Jahren wurde darauf verwiesen, dass die einkommensschwachen Gruppen praktische Ärzte und Allgemeinmediziner häufiger, Gebietsärzte hingegen seltener konsultieren als der Bevölkerungsdurchschnitt (Statistisches Bundesamt 1998).

Im SOEP lässt sich die Inanspruchnahme des medizinischen Versorgungssystems über den Kontakt zu einem Arzt in den letzten drei Monaten vor der Befragung abschätzen. Eine Unterscheidung zwischen Hausarzt und Fachärzten ist allerdings nicht möglich. Im Jahr 2003 haben in der 18-jährigen und älteren Bevölkerung 63,8% der Männer und 76,7% der Frauen im Verlauf von drei Monaten einen Arzt aufgesucht. Im Altersgang nimmt der Anteil der Befragten mit Arztkontakt sukzessive zu, bis auf 86,2% bei 65-jährigen und älteren Männern und 89,0% bei gleichaltrigen Frauen.

Abbildung 7.10

Anteil der Männer und Frauen, die in den letzten drei Monaten einen Arzt aufgesucht haben, nach Einkommen und Alter

Datenbasis: Sozio-oekonomisches Panel 2003 (eigene Auswertungen)



Obwohl die einkommensschwächere Bevölkerung verstärkt von Krankheiten und Beschwerden betroffen ist, sucht sie seltener einen Arzt auf: Mit 55,9% gegenüber 66,4% gehen Männer der Armutsrisikogruppe seltener zum Arzt als Männer der ökonomisch besser gestellten Vergleichsgruppe. Bei Frauen betragen die entsprechenden Werte 70,1% und 77,8%, so dass sich vom gleichen Zusammenhangsmuster ausgehen lässt. Abbildung 7.10 berücksichtigt Altersdifferenzen und macht dadurch deutlich, dass einkommensschwache Männer und Frauen vor allem im mittleren Lebensalter seltener ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen.

Ein aussagekräftiges Bild über Einkommensunterschiede in der ärztlichen Versorgung ergibt sich allerdings erst, wenn die unterschiedlichen Versorgungsbedarfe mit berücksichtigt werden. Da das SOEP keine Informationen zum Krankheitsgeschehen bereitstellt, wird eine weniger gute oder schlechte Selbsteinschätzung der Gesundheit als Indikator für einen erhöhten Versorgungsbedarf herangezogen. Insgesamt gaben 90,2% der Männer und 94,1% der Frauen, die ihre eigene Gesundheit als weniger gut oder schlecht bewerten, an, dass sie in den letzten drei Monaten bei einem Arzt waren, im Vergleich zu 74,0% der Männer und 80,8% der Frauen mit zufrieden stellender Gesundheit sowie 50,1% der Männer und 64,7% der Frauen mit guter oder sehr guter Gesundheit. Im jüngeren Lebensalter treten diese Unterschiede noch etwas stärker zu Tage als im höheren Lebensalter.

Tabelle 7.5

Anteil der Männer und Frauen, die ihre Gesundheit als „weniger gut“ oder „schlecht“ beurteilen und in den letzten drei Monaten einen Arzt aufgesucht haben, nach Einkommen und Alter (in %)
Datenbasis: Sozio-oekonomisches Panel 2003 (eigene Auswertungen)

	18-29 Jahre	30-44 Jahre	45-64 Jahre	65+ Jahre	Gesamt
Männer					
< 60%	66,9	90,4	87,8	89,1	78,9
≥ 60%	85,2	81,1	91,3	96,6	91,5
Frauen					
< 60%	84,5	89,0	84,8	99,0	89,3
≥ 60%	89,4	92,2	93,5	95,6	94,3

Geht man von der Gruppe mit weniger guter oder schlechter Gesundheitseinschätzung als der Gruppe mit dem höchsten Versorgungsbedarf aus, dann lässt sich ein Zusammenhang zwischen Einkommen und ärztlicher Inanspruchnahme feststellen. Von den einkommensarmen Männern dieser Gruppe geben 78,9 % an, einen Arzt aufgesucht zu haben, im Vergleich zu rund 91,5% der ökonomisch besser gestellten Männer. Auch bei Frauen ist ein Unterschied

zu beobachten, wenngleich dieser nur gering ist (89,3% gegenüber 94,3%). Anhand Tabelle 7.5 erschließt sich eine altersdifferenzierte Betrachtung: Bei Männern zeigen sich die deutlichsten Unterschiede in der Altersgruppe der 18- bis 29-Jährigen, bei Frauen hingegen zwischen dem 45. und 64. Lebensjahr. Dass der Zusammenhang zwischen Einkommen und ärztlicher Inanspruchnahme bei Frauen schwächer ist als bei Männern, lässt sich in fast allen Altersgruppen beobachten.

Die multivariaten Analysen bestätigen, dass Männer, die ihre eigene Gesundheit weniger gut oder schlecht bewerten, etwa 1,6-mal seltener einen Arzt aufsuchen, wenn sie ein Einkommen unter 60% des gesellschaftlichen Mittelwertes beziehen. Bei Frauen beträgt das Verhältnis zwischen der Armutsrisikogruppe und der übrigen Bevölkerung 1,4:1. Die dargestellten Ergebnisse deuten somit an, dass die einkommensschwachen Bevölkerungsgruppen trotz eines höheren Versorgungsbedarfs seltener ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen.

7.6 Diskussion

Die vorgestellten Untersuchungsergebnisse sprechen dafür, dass zwischen Einkommen und Gesundheit ein Zusammenhang besteht, der als Gradient beschrieben werden kann: Je niedriger das Einkommen, desto schlechter ist die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten und desto höher ist das vorzeitige Sterberisiko. Gesundheitliche Probleme und Verhaltensrisiken kumulieren dementsprechend in der Armutsrisikogruppe. Besonders stark sind diese Unterschiede im mittleren Lebensalter ausgeprägt. Im höheren Lebensalter fällt der Einkommenseffekt deutlich schwächer aus, was vor dem Hintergrund der Zunahme alterskorrelierter Krankheiten und Beschwerden sowie von Änderungen der Lebensbedingungen und der Lebensweise zu sehen ist. Bei Männern und Frauen stellen sich die Stärke und das Muster des Zusammenhangs zwischen Einkommen und Gesundheit ähnlich dar.

Das Einkommen hängt maßgeblich vom Bildungs- und beruflichen Qualifikationsniveau, dem Erwerbsstatus sowie der Stellung in der Berufswelt ab. Die beobachteten Einkommensunterschiede in der Gesundheit dürften deshalb zum Teil auf den Einfluss dieser oder ähnlicher Faktoren zurückgehen. Für den Tabakkonsum konnte beispielsweise gezeigt werden, dass bei multivariater Betrachtung dem Einkommen ein geringerer Stellenwert zukommt als dem Bildungsniveau und dem Berufsstatus (Lampert, Thamm 2004). Um die dargestellten Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen Einkommen und Gesundheit abzusichern, wurden zusätzlich multivariate Analysen durchgeführt. Dabei zeigte sich, dass sich die betrachteten

Zusammenhänge nicht wesentlich verringern, wenn für die Effekte der Bildung und des Berufsstatus kontrolliert wird.

Noch nicht vollständig geklärt ist, wie die Einkommensunterschiede in der Gesundheit und Lebenserwartung erklärt werden können. Die Kumulation von Gesundheitsproblemen und Verhaltensrisiken in der Armutsrisikogruppe spricht für die Bedeutung der materiellen Deprivation. Diese äußert sich zum einen in einer Unterversorgung mit den basalen Dingen des Lebens wie Wohnraum, Kleidung oder Ernährung. Für die Gesundheit und das Wohlbefinden ist zum anderen aber auch der Ausschluss von Konsum- und Erlebnismöglichkeiten, die für die Mehrheit der Bevölkerung selbstverständlich sind und zum gesellschaftlichen Lebensstandard gezählt werden, zu beachten (Hanesch et al. 1994; Böhnke 2006).

Die gesundheitlichen Auswirkungen von Einkommensarmut und materieller Deprivation sollten daneben unter dem Aspekt des Stresserlebens gesehen werden. Die Sicherung des Lebensunterhalts und des vorhandenen Lebensstandards können bei Personen, die über geringe Erwerbs- und Einkommenschancen verfügen, mit erheblichen psychosozialen Belastungen einhergehen (Marmot 2001; Wilkinson 2001). Bei der Befriedigung individueller Bedürfnisse überwiegt oftmals eine kurzfristige Orientierung, aus der eine höhere Bereitschaft zu gesundheitsriskantem Verhalten resultiert, insbesondere wenn dieses wie beim Rauchen oder Alkoholkonsum unmittelbar zur Stressbewältigung beiträgt (Leppin 1994; Siegrist 1995).

Die Gesundheitsunterschiede zwischen den Einkommensgruppen oberhalb der Armutsrisikogrenze könnten ebenfalls mit unterschiedlichen Stressbelastungen zusammenhängen. Angesichts der hohen Arbeitslosigkeit und der prekären Arbeitsmarktanbindung großer Bevölkerungskreise hat die Verunsicherung und Angst vor einem sozialen Abstieg auch in den relativ gut gesicherten Bevölkerungsgruppen zugenommen (Blossfeld et al. 2008). Selbst ein hohes Einkommen schützt nicht immer vor Zukunftssorgen, da mit einem höheren Lebensstandard bisweilen auch die finanziellen Verbindlichkeiten und Risiken, z.B. in Form von Kreditbelastungen, steigen (BMAS 2001).

Neben dem Einfluss der Einkommensposition auf die Gesundheit spielt wahrscheinlich auch die umgekehrte Wirkungsrichtung eine Rolle. Chronisch kranke und behinderte Menschen haben oftmals schlechtere Aussichten auf dem Arbeitsmarkt, unterliegen einem höheren Arbeitslosigkeitsrisiko und erzielen dementsprechend geringere Einkommen (Blane 1985).

Dass eine Verschlechterung der Gesundheit zu Einkommenseinbußen führt, wird durch eine Längsschnittuntersuchung auf Basis von Daten des Sozio-oekonomischen Panels aus den Jahren 1992 und 1994 belegt. Die Untersuchung zeigt aber auch, dass der umgekehrte Einfluss, also die Auswirkung von Einkommenseinbußen auf die Gesundheit, deutlich stärker hervortritt (Thiede, Straub 1997; siehe auch Kap. 4).

8 Stellenwert der Bildung für eine gesundheitsförderliche Lebensweise

In Deutschland hat die Bildungsbeteiligung im Verlauf der letzten 30 Jahre deutlich zugenommen. Noch zu Beginn der 1970er Jahre hatten fast zwei Drittel der Schulabgänger lediglich einen Volks- oder Hauptschulabschluss. Im Jahr 2002 lag dieser Anteil nur noch bei 32,3%, während 41,3% die mittlere Reife und 26,4% die allgemeine Hochschulreife oder die Fachhochschulreife erlangt haben (Statistisches Bundesamt 2004). Im gleichen Zeitraum haben sich die Geschlechtsunterschiede in der Bildungsbeteiligung umgekehrt. In den 1970er Jahren schlossen 13,0% der Männer und 9,0% der Frauen ihre Schullaufbahn mit dem Abitur ab. Inzwischen machen mit 29,0% gegenüber 21,5% mehr Frauen als Männer das Abitur. Außerdem stellen Frauen, anders als noch vor einigen Jahren, heute die Mehrheit der Erstsemester an den Universitäten und holen auch im Hinblick auf die Absolventenzahlen und Promotionen sukzessive auf (Avenarius et al. 2003).

Trotz der Bildungsexpansion besteht noch immer ein enger Zusammenhang zwischen dem erreichten Bildungsabschluss und der sozialen Herkunft. Zwar zeichnet sich in allen Herkunftsgruppen ein Anstieg der Bildungsbeteiligung ab, der Bildungszugewinn fällt aber bei Kindern von Arbeitern geringer aus als etwa bei Kindern von Beamten, Angestellten und Selbstständigen, so dass die Bildungsungleichheit erhalten bleibt und sogar noch zunimmt (Geißler 1996; Büchel et al. 2001). Die PISA-Studie aus dem Jahr 2000 weist auf einen Zusammenhang zwischen der schulischen Leistung, insbesondere der Lesekompetenz, der Kinder und ihrer sozialen Herkunft hin: Die Lesekompetenzunterschiede zwischen Kindern aus Familien des unteren und des oberen Viertels der Sozialstruktur betragen umgerechnet mehr als zwei Schuljahre (Artelt et al. 2001). In der nachfolgenden PISA-Studie aus dem Jahr 2003 bestätigte sich dieses Ergebnis: Zwar hat sich Deutschlands Position im internationalen Vergleich leicht verbessert, diese Verbesserung ist jedoch fast ausschließlich auf Leistungssteigerungen im Gymnasium und in der Realschule und dort eher bei Kindern aus sozial besser gestellten Haushalten zurückzuführen (Prenzel et al. 2004).

Angaben zur Bildung werden in fast allen deutschlandweit durchgeführten sozialwissenschaftlichen Umfragen und Gesundheitssurveys erhoben. Im Vergleich zu Informationen zur Einkommenssituation und beruflichen Stellung sind sie leichter zu erhalten und können zudem als valider angesehen werden (Stolpe 2001). Für Aussagen zum Zusammenhang zwischen Bildung und Gesundheit wird im Folgenden auf Ergebnisse eigener Analysen bzw. in Auftrag gegebener Sonderauswertungen zurückgegriffen, die anhand von Daten des

telefonischen Gesundheitssurveys 2003, des Epidemiologischen Suchtssurveys 2003 und der Gmünder Ersatzkasse 1999-2004 durchgeführt wurden. Operationalisiert wird die Bildung in diesen Erhebungen über den höchsten allgemein bildenden Schulabschluss und den höchsten berufsqualifizierenden Ausbildungsabschluss. Für die Analysen zur Gesundheitsrelevanz der Schulbildung werden drei Gruppen unterschieden: Personen, die höchstens einen Volks- oder Hauptschulabschluss erworben haben („Volks-/Hauptschule"), Personen mit Realschulabschluss oder abgeschlossener Polytechnischer Oberschule („Mittlere Reife") sowie Personen mit allgemeiner Hochschulreife, Fachhochschulreife oder abgeschlossener Erweiterter Oberschule („Abitur"). Im Hinblick auf die Berufsausbildung wird zwischen Personen ohne berufsqualifizierenden Abschluss, mit beruflich-betrieblicher oder beruflich-schulischer Ausbildung sowie akademischer Qualifikation differenziert. Außerdem wird mit der CASMIN-Klassifikation[8] ein auch für internationale Vergleiche geeignetes Instrument herangezogen. Dazu werden ausgehend von Angaben zur schulischen und beruflichen Bildung neun Kategorien gebildet, die sich zu drei Qualifikationsniveaus verdichten lassen: „einfache (primary education)", „mittlere (secondary education)" und „höhere berufsqualifizierende Bildung (tertiary education)".

8.1 Einfluss der Bildung auf Morbidität und Mortalität

Aussagen über Bildungsunterschiede in der Krankheitshäufigkeit sind mit Daten der Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts möglich. Im telefonischen Gesundheitssurvey 2003 sollten die Befragten zunächst angeben, ob sie an einer länger andauernden bzw. wiederkehrenden Krankheit oder Gesundheitsstörung leiden, bevor gezielt nach spezifischen Krankheiten und Beschwerden gefragt wurde, wobei auch deren Versorgung eine Rolle spielte. Insgesamt gaben 34,6% der Männer und 42,4% der Frauen an, mindestens eine Krankheit oder Gesundheitsstörung zu haben. Für Männer wie Frauen ist eine deutliche Zunahme der Krankheitsbetroffenheit im Altersgang zu beobachten mit Prävalenzen von 51,7% bei 70-jährigen und älteren Männern und 58,9% bei den gleichaltrigen Frauen.

Das Auftreten von Gesundheitsbeeinträchtigungen variiert mit dem Bildungsstand: Männer mit Volks- oder Hauptschulbildung sind zu 40,1% betroffen gegenüber 30,6% der Männer mit

[8] Die CASMIN-Klassifikation (Comparative Analysis of Social Mobility in Industrial Nations) wurde ursprünglich von einer europäischen Arbeitsgruppe entwickelt, um internationale Vergleiche im Rahmen der Mobilitäts- und Arbeitsmarktforschung zu unterstützen. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wird eine von Brauns

Abitur. Nach Kontrolle des Alterseffekts entspricht dies einem bei Männern wie Frauen um den Faktor 1,2 erhöhten Risiko, eine länger andauernde bzw. wiederkehrende Krankheit oder Gesundheitsstörung zu haben (Tabelle 8.1).

Tabelle 8.1
Vorkommen einer länger andauernden bzw. wiederkehrenden Krankheit oder Gesundheitsstörung nach Schulbildung
Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003 (eigene Auswertungen)

	Männer			Frauen		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
Volks-/Hauptschule	40,1	1,24	1,05-1,46	50,4	1,20	1,01-1,42
Mittlere Reife	34,3	1,23	1,04-1,46	40,5	1,08	0,92-1,27
Abitur	30,6	Ref.	--	37,0	Ref.	--

%=Häufigkeiten in Prozent; OR=odds ratios nach Adjustierung für Alter; 95%-KI=Konfidenzintervalle zu den odds ratios; Ref.=Referenzkategorie

Von den im telefonischen Gesundheitssurvey 2003 betrachteten spezifischen Krankheits- und Beschwerdebilder treten Herzinfarkt, Angina pectoris, Arthrose, chronischer Rückenschmerz und Schwindel bei Männern der niedrigsten im Vergleich zur höchsten Bildungsgruppe verstärkt auf. Bei Frauen ist darüber hinaus ein Bildungseffekt auf das Vorkommen von Hypertonie, Diabetes mellitus Typ 2 und chronischer Bronchitis zu beobachten (Tabelle 8.2).

Tabelle 8.2
Lebenszeitprävalenzen spezifischer Krankheiten und Beschwerden in der niedrigsten im Vergleich zur höchsten Bildungsgruppe (Volks-/Hauptschule vs. Abitur)
Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003 (eigene Auswertungen)

	Männer		Frauen	
	OR	95%-KI	OR	95%-KI
Herzinfarkt	1,69	1,07-2,67	1,52	0,83-2,78
Schlaganfall	1,67	0,92-3,03	2,68	1,18-6,05
Angina pectoris	1,45	1,04-2,01	2,77	1,72-4,47
Hypertonie	1,14	0,95-1,37	1,32	1,08-1,61
Bösartige Neubildungen	1,32	0,90-1,94	1,21	0,84-1,73
Diabetes mellitus Typ 2	0,71	0,47-1,06	1,84	1,13-3,02
Chronische Bronchitis	1,32	0,97-1,80	1,44	1,08-1,93
Arthrose	1,43	1,25-1,77	1,47	1,18-1,83
Arthritis	1,42	0,93-2,19	0,87	0,61-1,24
Chronischer Rückenschmerz	1,90	1,59-2,28	1,72	1,43-2,07
Schwindel	1,23	1,02-1,49	1,19	1,01-1,42

OR=odds ratios nach Adjustierung für Alter; 95%-KI=Konfidenzintervalle zu den odds ratio

und Steinmann (1999) überarbeitete Version verwendet, die dem Wandel der Bildungssysteme, insbesondere in Deutschland, Frankreich und Großbritannien, Rechnung trägt.

Entgegen früheren Studien sprechen diese Ergebnisse dafür, dass die Auftretenswahrscheinlichkeit chronischer Krankheiten bei Frauen ebenso stark – eventuell sogar stärker – als bei Männern vom Bildungsstand abhängt (vgl. z.B. Helmert et al. 1990, 1993). Zu Diabetes mellitus Typ 2 wurden im telefonischen Gesundheitssurvey 2003 zusätzlich mehrere Fragen gestellt, die sich auf die Therapie und individuelle Bewältigung der Erkrankung beziehen. Unter Berücksichtigung dieser Informationen lässt sich zeigen, dass über 90% der Diabetiker, die um ihre Krankheit wissen, behandelt werden. Diabetiker, die keine Behandlung erfahren, gehören bei Frauen eher der niedrigsten Bildungsgruppe an, während sich bei Männern kein Zusammenhang zum Bildungsstand beobachten lässt. In der Art der Behandlung bestehen kaum Bildungsunterschiede: Mit Insulin wird in allen Bildungsgruppen etwa ein Drittel der Diabetiker und Diabetikerinnen behandelt, etwa die Hälfte nimmt Tabletten ein und die Hälfte der Männer und zwei Drittel der Frauen halten sich an eine Diät oder Ernährungsempfehlungen. Lediglich in der Behandlung durch körperliche Aktivität oder Sportangebote treten Bildungsdifferenzen zutage: Frauen mit Abitur nehmen diese fast doppelt so häufig in Anspruch wie Frauen mit Volks- oder Hauptschulabschluss (38,1% gegenüber 20,6%).

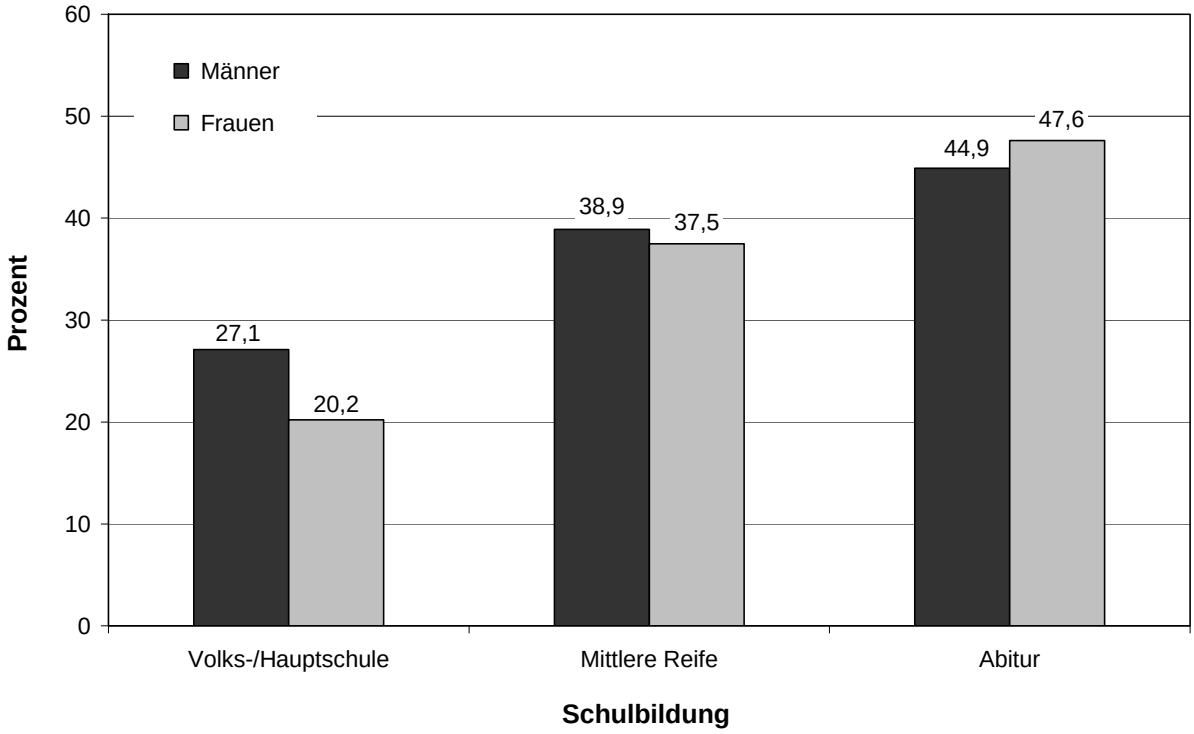
Deutlichere Bildungsunterschiede zeigen sich im Umgang mit der Diabetes-Erkrankung. Auf die Frage, wie gut die Patienten und Patientinnen die erfolgte Behandlung im Alltag umsetzen können, antwortete fast die Hälfte der Männer und Frauen mit Abitur, dass sie dazu sehr gut in der Lage sind, während dies nur von etwa einem Viertel der Männer und Frauen mit Volks- oder Hauptschulbildung angegeben wurde (Abbildung 8.1). Dieser Unterschied bleibt bestehen, wenn die Altersunterschiede zwischen den Gruppen berücksichtigt werden. Keine Bildungsdifferenzen bestehen hingegen hinsichtlich der Blutzuckerselbstkontrolle, dem Wissen um spezielle Schulungen für Diabetiker und der Teilnahme an diesen Angeboten.[9]

[9] Insgesamt gaben 64% der Männer und Frauen an, den Blutzucker zu kontrollieren, über 95% wissen um die Möglichkeit, an Diabetiker-Schulungen teilzunehmen und 52% der Männer sowie 58% der Frauen haben schon einmal von diesem Angebot Gebrauch gemacht.

Abbildung 8.1

Anteil der Männer und Frauen mit Diabetes Typ 2, die angaben, die Behandlung der Krankheit sehr gut im Alltag umsetzen zu können, nach Schulbildung

Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003 (eigene Auswertungen)



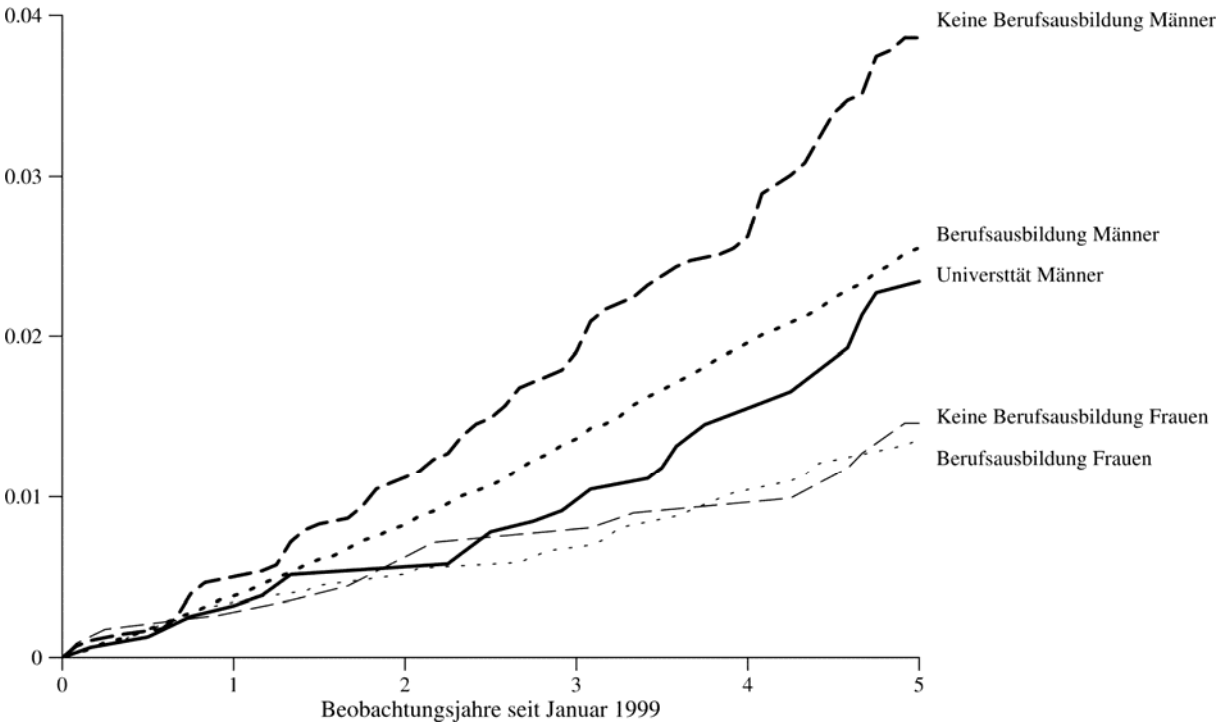
Die Datenlage zu psychischen Krankheiten und Störungen ist in Deutschland nach wie vor sehr unbefriedigend. Auf Bevölkerungsebene repräsentative Daten wurden erstmals durch das an den Bundes-Gesundheitssurvey 1998 angeschlossene Zusatzmodul „Psychische Störungen“ bereitgestellt (Wittchen et al. 1999). Danach sind in der 18- bis 65-jährigen Bevölkerung 11,9% von einer affektiven Störung, z.B. einer majoren Depression oder dysthymen Störung, betroffen (12-Monats-Prävalenz). 14,0% leiden an einer Angststörung (z.B. Panikstörung, Agoraphobie oder soziale Phobie), 11,0% haben eine somatoforme oder Schmerzstörung und bei 4,5% ist eine Substanzstörung (Missbrauch oder Abhängigkeit von Alkohol bzw. illegalen Substanzen) festzustellen (Jacobi et al. 2004). Die Bildungsdifferenzen im Vorkommen von psychischen Störungen sind relativ gering. Noch am ehesten zeigen sich Unterschiede bei affektiven Störungen: Männer mit Volks- oder Hauptschulabschluss sind zu 10,2% betroffen im Vergleich zu 7,4% der Männer mit Abitur; die Vergleichswerte für Frauen betragen 16,8% gegenüber 12,8%. Eine Hochrisikogruppe stellen die Personen mit niedriger Schulbildung dar, die im Anschluss keinen berufsqualifizierenden Abschluss erworben haben. In dieser Gruppe leiden Männer zu 18,0% und Frauen sogar zu 24,8% an einer affektiven Störung. Bei Männern treten auch Angst- und Substanzstörungen vermehrt auf (vgl. Lampert et al. 2005).

Aussagen zum Einfluss der Bildung auf die Mortalität sind anhand von Daten der Gmünder Ersatzkasse (GEK) möglich. In Abbildung 8.2 sind kumulierte Mortalitätsraten für 40- bis 69-jährige GEK-Mitglieder über den Zeitraum 1999 bis 2004 nach beruflicher Ausbildung zu ersehen (vgl. Voges et al. 2004). Männer ohne einen berufsbildenden Abschluss weisen erwartungsgemäß das höchste Mortalitätsrisiko auf. Es ist am Ende des Beobachtungszeitraumes doppelt so hoch wie das der Männer mit einer beruflich-betrieblichen oder beruflich-schulischen Ausbildung. Das niedrigste Mortalitätsrisiko tragen Männer mit einer abgeschlossenen Hochschulausbildung, wobei die Unterschiede zu Männern mit einer im dualen System erworbenen Berufsausbildung nur gering sind.

Abbildung 8.2

Kumulierte Mortalitätsrate für 40- bis 69-jährige Mitglieder der Gmünder Ersatzkasse nach Berufsausbildung

Datenbasis: Gmünder Ersatzkasse 1999-2004 (Auswertungen von Voges et al. 2004 nach Auswertungsplan des Autors)



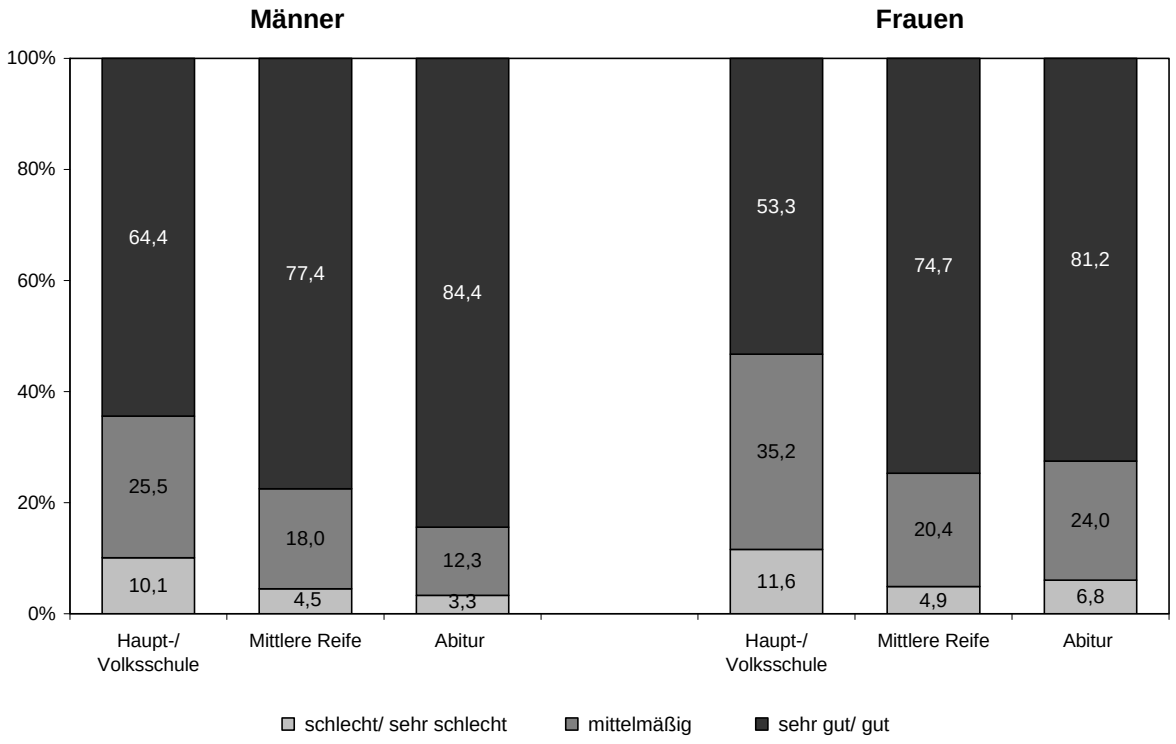
Anders als bei Männern zeigen sich bei Frauen keine bedeutsamen Mortalitätsunterschiede nach dem beruflichen Qualifikationsniveau. Diese Aussage wird zumindest durch den Vergleich von Frauen ohne berufsqualifizierenden Abschluss und Frauen mit beruflich-betrieblicher oder beruflich-schulischer Ausbildung unterstützt. Frauen mit universitärem Abschluss sind in der GEK unterrepräsentiert und konnten aufgrund zu geringer Fallzahlen nicht in die Analyse einbezogen werden. Darüber hinaus fallen die deutlichen geschlechtsspe-

zifischen Mortalitätsunterschiede auf: Frauen ohne Berufsausbildung haben am Ende des Beobachtungszeitraums ein 4-mal geringeres Mortalitätsrisiko als Männer mit gleichem Bildungsniveau. Bei Frauen mit einer Ausbildung im dualen System liegt das Mortalitätsrisiko 2-mal niedriger als in der männlichen Vergleichsgruppe.

8.2 Bildung und subjektive Gesundheit

Da die Selbsteinschätzung der Gesundheit nicht nur von vorhandenen Erkrankungen und Beschwerden abhängt, sondern auch von gesundheitsbezogenen Einstellungen und Wahrnehmungen sowie sozialen Vergleichen, könnten Bildungsunterschiede im besonderen Maße zum Tragen kommen. Im telefonischen Gesundheitssurvey 2003 wurden die Befragten gebeten, ihren allgemeinen Gesundheitszustand auf einer fünfstufigen Skala („sehr gut“, „gut“, „mittelmäßig“, „schlecht“ oder „sehr schlecht“) zu beurteilen. Aus Abbildung 8.3 lässt sich ersehen, dass die Mehrzahl der 18-Jährigen und Älteren ihre eigene Gesundheit als sehr gut oder gut bewertet, sich aber deutliche Bildungsunterschiede zu Gunsten von Männern und Frauen mit höherwertigen Schulabschlüssen beobachten lassen.

Abbildung 8.3
Selbsteinschätzung der allgemeinen Gesundheit nach Schulbildung
Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003 (eigene Auswertungen)

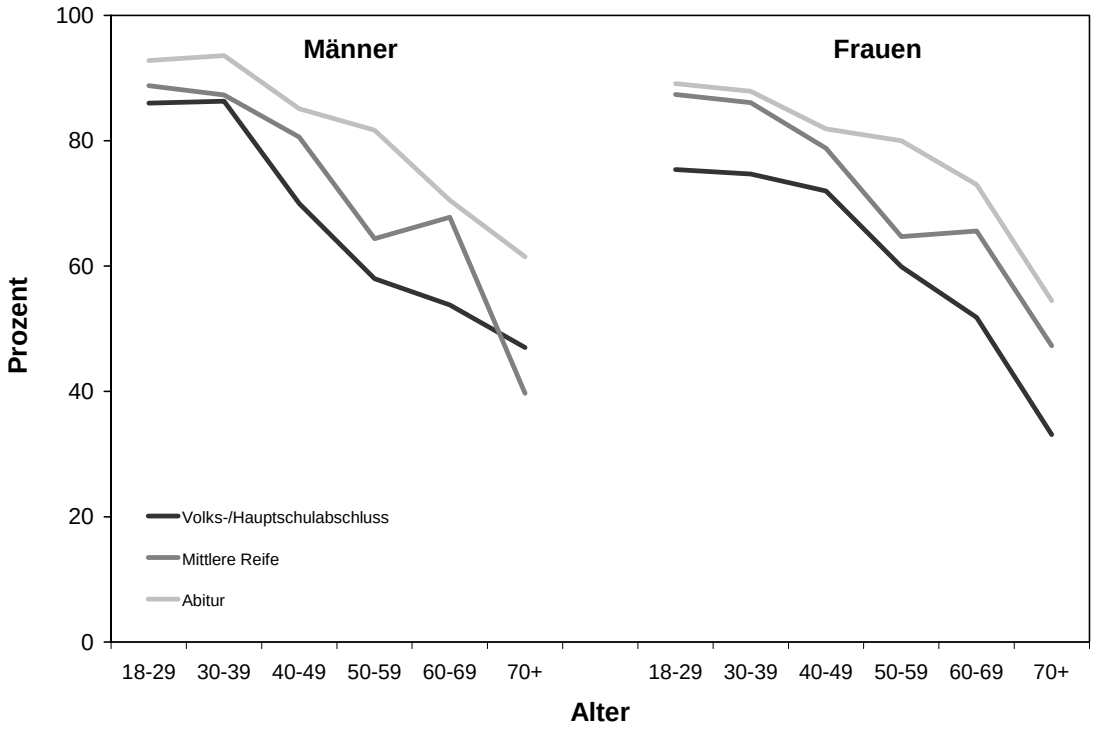


In Abbildung 8.4 ist der Anteil der Männer und Frauen, die ihre eigene Gesundheit als sehr gut oder gut einschätzen, im Altersgang dargestellt. Demnach sind bei Männern die Bildungsunterschiede im mittleren Lebensalter am stärksten ausgeprägt und nehmen im höheren Lebensalter etwas ab, während sich bei Frauen in allen Altersgruppen ein stark ausgeprägter Bildungsgradient zum Nachteil von Frauen mit niedriger Schulbildung abzeichnet. Über alle Altersgruppen hinweg kommen Männer und Frauen mit Abitur mehr als doppelt so häufig zu einer sehr guten oder guten Gesundheitseinschätzung im Vergleich zu denjenigen mit Volks- oder Hauptschulabschluss (OR: 2,30; 95%-KI: 1,90-2,80 bzw. OR: 2,25; 95%-KI: 1,86-2,73).

Abbildung 8.4

Anteil der Männer und Frauen mit sehr guter oder guter Einschätzung der allgemeinen Gesundheit nach Schulbildung

Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003 (eigene Auswertungen)



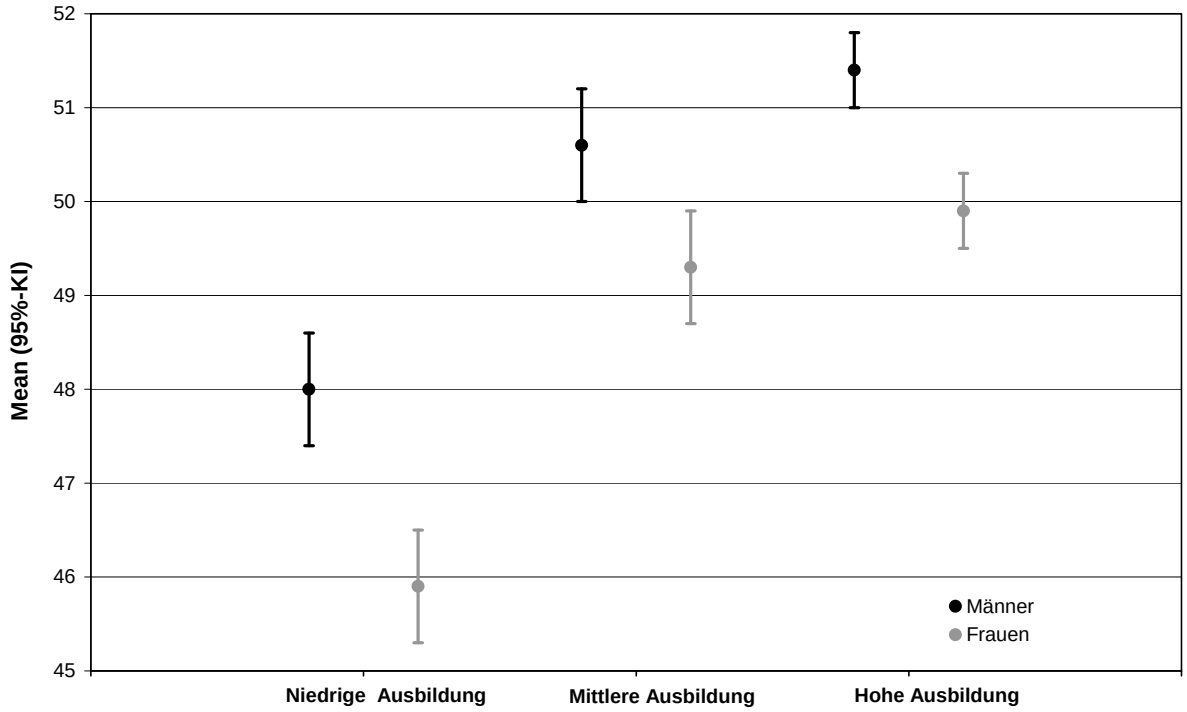
Die gesundheitsbezogene Lebensqualität wurde im telefonischen Gesundheitssurvey 2003 mit dem SF-8 (Short Form-8 Health Survey) erhoben. Das Instrument umfasst acht Items, anhand derer standardisierte Skalen zur körperlichen Funktionsfähigkeit, körperlichen Rollenfunktion, Schmerzen, allgemeinen Gesundheitswahrnehmung, Vitalität, sozialen Funktionsfähigkeit, emotionalen Rollenfunktion und psychischen Wohlbefinden ermittelt werden können. Entlang dieser Einzelskalen können für statistische Analysen zusätzlich zwei Summenscores berechnet werden, wobei der eine eher die physischen Dimensionen (Physical Component

Score) und der andere eher die psychischen Dimensionen (Mental Component Score) abbildet (Ware, Konsinski 2001; Ellert et al. 2005).

Abbildung 8.5

Mittelwerte und 95%-Konfidenzintervalle des Physical Component Scores nach berufsqualifizierender Ausbildung (CASMIN-Klassifikation)

Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003 (eigene Auswertungen)



Wie Abbildung 8.5 verdeutlicht, weisen Männer und Frauen mit einfacher beruflicher Ausbildung eine schlechtere physische Lebensqualität auf als diejenigen mit einer besseren Berufsqualifikation. Dieser Unterschied bleibt erhalten, wenn der Alterseffekt kontrolliert wird. In der multivariaten Betrachtung zeigen sich außerdem signifikante Unterschiede zwischen Männern mit mittlerer und höherer Ausbildung, die sich aus der deskriptiven Darstellung nicht unmittelbar erschließen. Für den psychischen Summenscore lässt sich weder bei Männern noch bei Frauen ein Zusammenhang zur Berufsausbildung herstellen.

8.3 Bedeutung der Bildung für das Gesundheitsverhalten

Sozialepidemiologische Studien belegen einen engen Zusammenhang zwischen der Bildung und dem Gesundheitsverhalten (Mielck 2000; Helmert 2003). Neben gesundheitsbezogenen Einstellungen, Wahrnehmungen und Überzeugungen dürften dabei auch das Gesundheitswissen und die Bereitschaft, in die eigene Gesundheit zu investieren, eine Rolle spielen. Die

Bedeutung der Bildung für das Gesundheitsverhalten wird zunächst im Hinblick auf das Rauchen, die sportliche Aktivität und Übergewicht, als einem auch vom Verhalten abhängigen physiologischen Risikofaktor, betrachtet, bevor im anschließenden Abschnitt auf die Nutzung von Gesundheitsinformationen und die Inanspruchnahme von Präventionsangeboten eingegangen wird.

Aktuelle Daten zum Rauchen werden durch den Epidemiologischen Suchtsurvey 2003 bereitgestellt. Demnach rauchen in Deutschland 36,1% der 18- bis 59-jährigen Männer und 29,9% der gleichaltrigen Frauen. Am stärksten ist das Rauchen bei Männern im jungen Erwachsenenalter verbreitet mit Prävalenzen über 40%. Im Altersgang ist bei Männern wie Frauen ein sukzessiver Rückgang des Rauchens zu beobachten.

Abbildung 8.6

Rauchprävalenzen bei Männern nach der Anzahl der täglich gerauchten Zigaretten, Schulbildung und Alter

Datenbasis: Epidemiologischer Suchtsurvey 2003 (eigene Auswertungen)

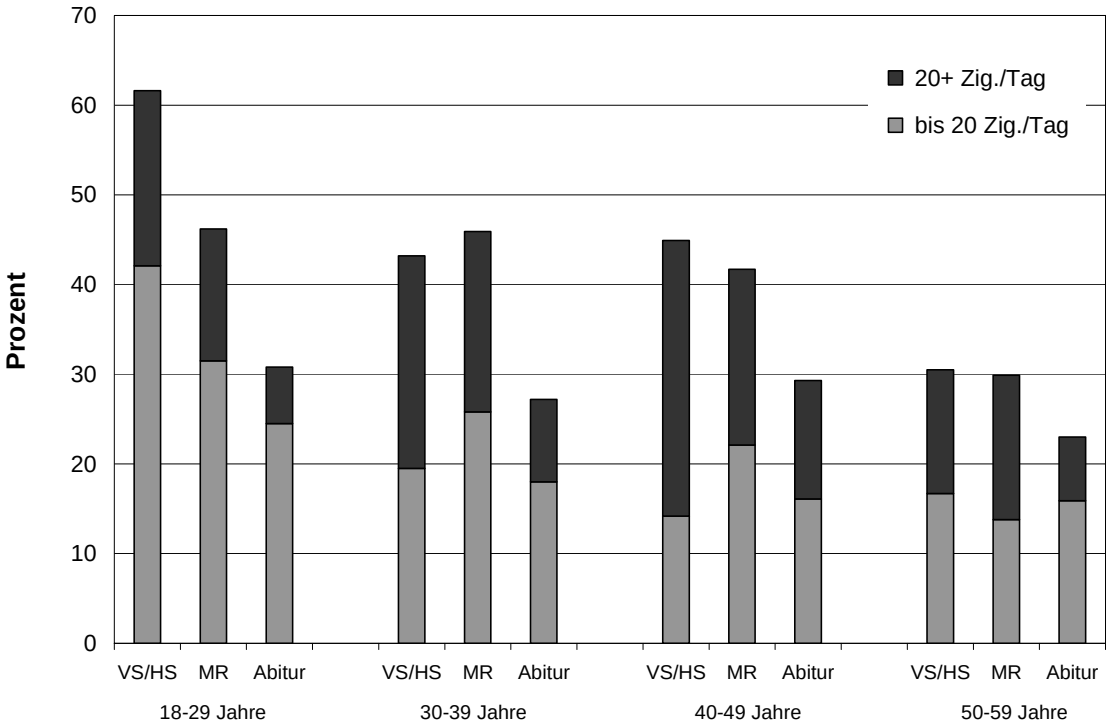
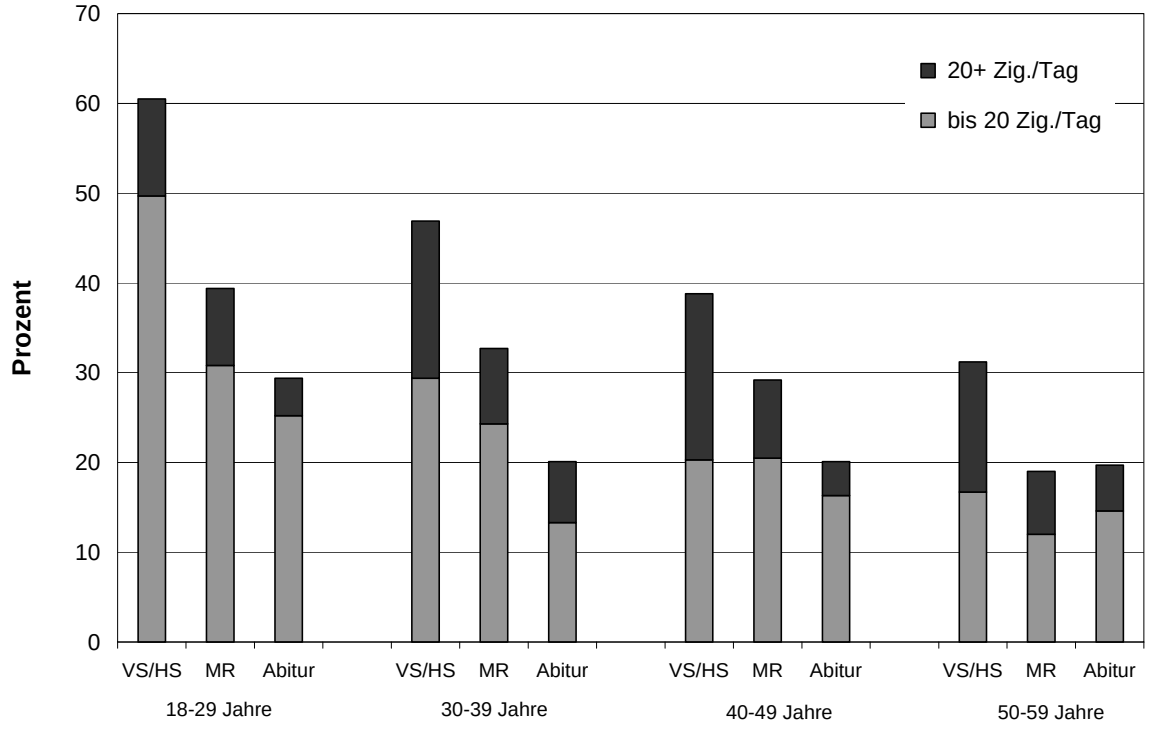


Abbildung 8.6 gibt für Männer die Verbreitung des Rauchens nach Schulbildung und Alter wieder und macht zugleich den Anteil der starken Raucher kenntlich. In allen Altersgruppen zeigt sich ein ähnliches Verteilungsmuster mit höheren Raucheranteilen in der unteren und auch in der mittleren im Vergleich zur höchsten Bildungsgruppe. Männer mit Volks- oder Hauptschulbildung konsumieren zudem überproportional häufig 20 oder mehr Zigaretten am

Tag – dies gilt insbesondere für die Altersspanne 18 bis 49 Jahre. Bei Kontrolle des Alterseinflusses ergibt sich bei Männern mit Volks- oder Hauptschulabschluss und mit mittlerer Reife eine etwa um etwa den Faktor 2 erhöhte Chance zur Gruppe der Raucher zu gehören (OR: 2,06; 95%-KI: 1,74-2,44 bzw. OR: 1,87; 95%-KI: 1,60-2,18).

Abbildung 8.7
Rauchprävalenzen bei Frauen nach Anzahl der täglich gerauchten Zigaretten, Schulbildung und Alter
Datenbasis: Epidemiologischer Suchtsurvey 2003 (eigene Auswertungen)



Bei Frauen findet der Bildungsgradient im Rauchverhalten einen ebenso deutlichen Ausdruck, auch im Hinblick auf den Anteil der starken Raucherinnen. Außerdem zeigen sich bei ihnen anders als bei Männern auch nach dem 50. Lebensjahr noch deutliche Unterschiede zu Ungunsten von Frauen mit Volks- oder Hauptschulabschluss (Abbildung 8.7). Die Chance, zu rauchen, ist bei Frauen der niedrigsten Bildungsgruppe nach Kontrolle des Altereffektes um den Faktor 2,4 (OR: 2,38; 95%-KI: 1,95-2,91) und bei Frauen der mittleren Bildungsgruppe um den Faktor 1,5 (OR: 1,48; 95%-KI: 1,25-1,74) erhöht.

Im Epidemiologischen Suchtsurvey 2003 wurde zudem der Fagerström-Test (FTND) eingesetzt, so dass Aussagen über die Nikotinabhängigkeit möglich sind (Fagerström 1978; Kraus, Augustin 2005). Neben der Anzahl der täglich gerauchten Zigaretten umfasst der FTND eine Reihe weiterer Items, die sich indirekt auf die Vermeidung von Entzugserscheinungen beziehen, z.B. die Zeitspanne bis zur ersten Zigarette am Tag oder die Bereitschaft,

Rauchverbote einzuhalten. Auf der Basis der Testergebnisse lässt sich ein Summenscore berechnen, der zwischen 0 und 10 Punkten betragen kann. Bei einem Score von 4 oder mehr Punkten ist von einer Nikotinabhängigkeit auszugehen (Augustin et al. 2005).

Tabelle 8.3
Anteil der nikotinabhängigen Männer und Frauen an allen Rauchern bzw. Raucherinnen nach Schulbildung und Alter (in %)
Datenbasis: Epidemiologischer Suchtsurvey 2003 (eigene Auswertungen)

	Männer			Frauen		
	Volks-/ Haupt-schule	Mittlere Reife	Abitur	Volks-/ Haupt-schule	Mittlere Reife	Abitur
18-29 Jahre	38,2	37,4	20,7	35,6	26,9	15,9
30-39 Jahre	46,3	33,1	35,1	59,3	32,5	21,6
40-49 Jahre	54,7	34,1	31,9	56,4	25,0	25,4
50-59 Jahre	38,1	47,6	26,8	42,9	24,1	25,0
Gesamt	45,2	36,5	28,9	48,6	27,9	20,3
OR	1,97	1,42	Ref.	3,54	1,50	Ref.
95%-KI	1,47-2,62	1,08-1,87	--	2,45-5,12	1,07-2,10	--

OR=odds ratios nach Adjustierung für Alter; 95%-KI=Konfidenzintervalle zu den odds ratio; Ref.=Referenzgruppe

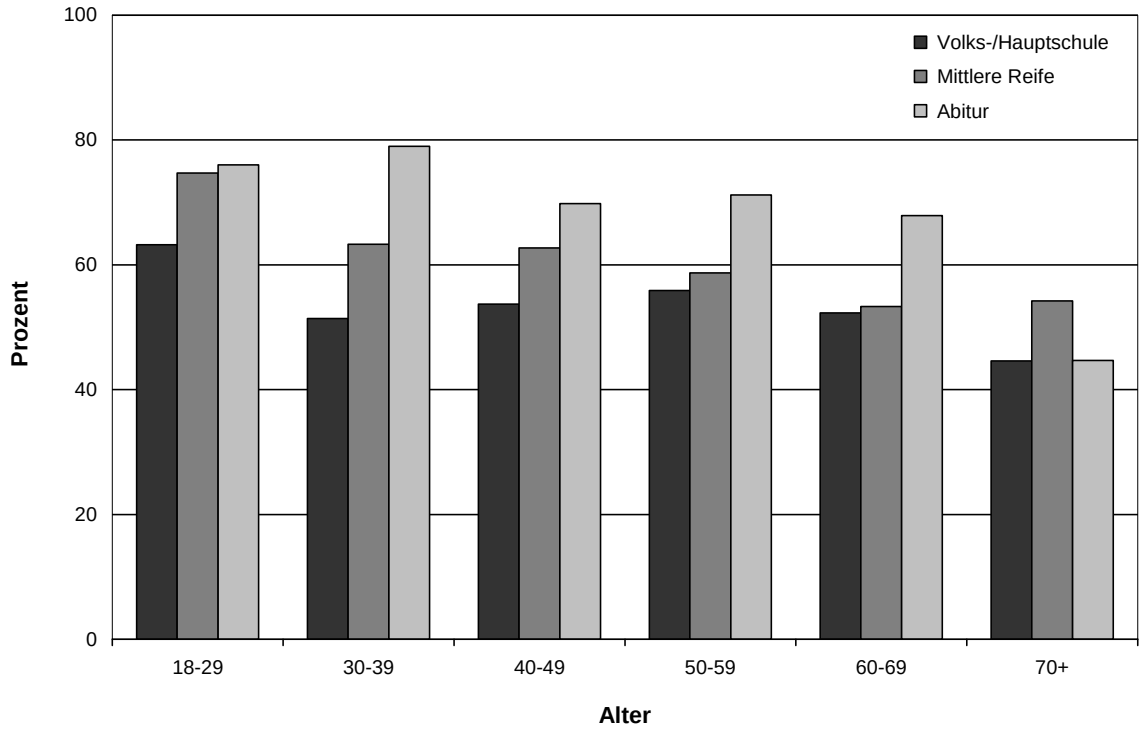
Legt man diesen Cut-Off-Wert zugrunde, dann sind 40,0% der Raucher und 31,9% der Raucherinnen als nikotinabhängig einzustufen, wobei die Nikotinabhängigkeit bis ins mittlere Erwachsenenalter sukzessive zunimmt, was auf Gewöhnungseffekte zurückgeführt werden kann. Dass der Anteil der Nikotinabhängigen im höheren Alter wieder abnimmt, ist im Zusammenhang mit dem höheren Krankheits- und Sterberisiko von starken Rauchern und Raucherinnen zu sehen. Männer und Frauen mit niedrigem Bildungsniveau sind weitaus häufiger nikotinabhängig als diejenigen mit mittlerer oder höherer Bildung, was sich in fast allen Altersgruppen zeigt (Tabelle 8.3).

Neben dem Rauchen stellt die körperliche Aktivität ein wichtiges Handlungsfeld für Prävention und Gesundheitsförderung dar. Durch regelmäßige körperliche Aktivität lässt sich in jedem Alter ein Beitrag zur Krankheitsvermeidung und Aufrechterhaltung der Gesundheit erzielen (Mensink 2003). Dem Sport ist dabei ein hoher Stellenwert beizumessen, weil sich über Freizeit, Vereine, Schulen oder Betriebe zahlreiche Ansatzpunkte für bewegungsfördernde Angebote eröffnen. Im telefonischen Gesundheitssurvey 2003 gaben insgesamt 37,4% der Männer und 38,4% der Frauen an, in den letzten drei Monaten keinen Sport ausgeübt zu haben. 20,9% der Männer und 28,4% der Frauen haben sich bis zu zwei Stunden in der

Woche sportlich betätigt und 41,7% der Männer sowie 33,2% der Frauen waren mehr als zwei Stunden in der Woche aktiv (Lampert et al. 2005a).

Abbildung 8.8

Anteil der sportlich aktiven Männer nach Schulbildung und Alter
Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003 (eigene Auswertungen)

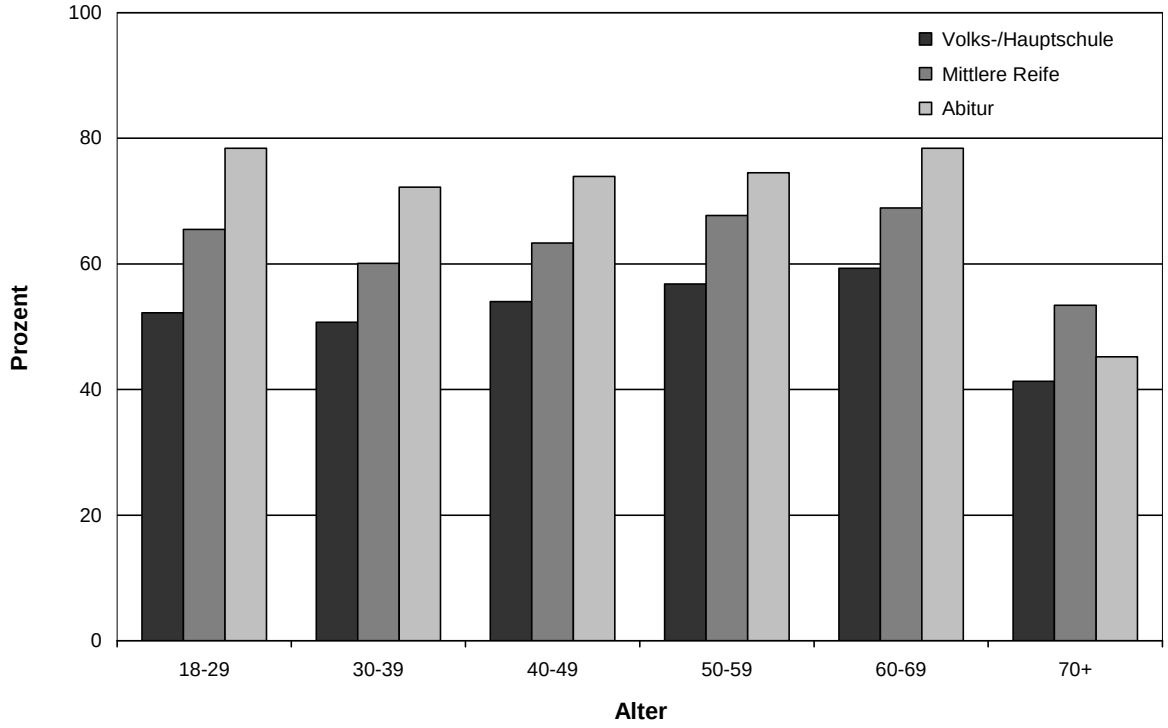


Die Sportbeteiligung variiert mit dem Bildungsniveau: Männer mit Volks- oder Hauptschulabschluss sind zu 52,3% sportlich aktiv im Vergleich zu 61,9% der Männer mit mittlerer Reife und 71,4% der Männer mit Abitur. Bei Frauen betragen die entsprechenden Werte 50,7%, 63,5% und 71,2%. Abbildungen 8.8 und 8.9 verdeutlichen, dass der Bildungsgradient in allen Altersgruppen stark ausgeprägt ist, mit Ausnahme der ältesten Gruppe, in der die Sportbeteiligung bei Frauen und Männern mit mittlerem Bildungsniveau am höchsten ist. Kontrolliert man den Alterseffekt, dann treiben Männer der höchsten Bildungsgruppe 2-mal (OR=2,01; 95%-KI=1,70-2,36) und Männer der mittleren Bildungsgruppe 1,6-mal (OR=1,57; 95%-KI=1,33-1,85) häufiger Sport als diejenigen aus der niedrigsten Bildungsgruppe. Bei Frauen stellen sich die Chancenverhältnisse ganz ähnlich dar (OR: 2,03; 95%-KI=1,71-2,42 bzw. OR: 1,37; 95%-KI=1,16-1,61).

Abbildung 8.9

Anteil der sportlich aktiven Frauen nach Schulbildung und Alter

Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003 (eigene Auswertungen)



In den letzten Jahren wird aus Public Health-Sicht zunehmend auf die starke Verbreitung von Übergewicht und Adipositas hingewiesen. Ein zu hohes Körpergewicht begünstigt die Entwicklung von chronischen, die Lebensqualität mindernden Krankheiten und Gesundheitsstörungen wie Hypertonie, koronare Herzkrankheit, Schlaganfall, Diabetes mellitus, Gallenblasenerkrankungen, Gicht und bei Männern und Frauen unterschiedlich zu lokalisierende bösartige Neubildungen. Außerdem kann ein zu hohes Körpergewicht zu orthopädischen Komplikationen führen und insbesondere im höheren Lebensalter die Gehmobilität und damit eine selbstständige Lebensführung einschränken (RKI 2003b). Im telefonischen Gesundheitssurvey 2003 wurden das Körpergewicht und die Körpergröße erfragt, so dass sich der Body-Mass-Index (BMI) bestimmen lässt. Zur Abgrenzung von Übergewicht und Adipositas wird gemäß der international gebräuchlichen Einteilung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von einem BMI $\geq$ 25 bzw. von einem BMI $\geq$ 30 ausgegangen.

Tabelle 8.4
Prävalenzen von Übergewicht und Adipositas bei Männern nach Schulbildung und Alter (in %)
Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003 (eigene Auswertungen)

Alter	BMI	Schulbildung		
		Volks-/ Haupt-schule	Mittlere Reife	Abitur
18-29 Jahre	25 - < 30	34,7	32,0	25,9
	≥ 30	5,1	4,8	3,2
30-39 Jahre	25 - < 30	50,3	46,8	43,4
	≥ 30	18,3	14,0	10,8
40-49 Jahre	25 - < 30	49,5	52,4	55,8
	≥ 30	29,4	21,5	12,7
50-59 Jahre	25 - < 30	52,0	51,4	56,1
	≥ 30	31,7	25,7	17,3
60-69 Jahre	25 - < 30	60,1	65,7	64,6
	≥ 30	25,8	19,6	17,7
70+ Jahre	25 - < 30	53,1	58,1	66,9
	≥ 30	25,8	24,3	15,3
Gesamt	25 - < 30	51,7	48,8	48,9
	≥ 30	24,3	16,7	11,9

In der 18-jährigen und älteren Bevölkerung Deutschlands sind 49,2% der Männer und 34,4% der Frauen übergewichtig, weitere 17,3% bzw. 19,7% sind adipös. Die höchsten Prävalenzen finden sich im höheren Alter, aber auch im jungen und mittleren Erwachsenenalter stellen sie ein Problem dar (vgl. Mensink et al. 2005). Männer mit Volks- oder Hauptschulabschluss sind zu drei Vierteln von Übergewicht und Adipositas betroffen. Bei Männern mit mittlerer Reife oder Abitur stellt sich die Situation etwas günstiger dar, was sich vor allem an einem geringeren Auftreten von Adipositas festmachen lässt (Tabelle 8.4). Bei Frauen sind die Unterschiede noch stärker ausgeprägt als bei Männern: In jedem Alter ist der Anteil der übergewichtigen und insbesondere der adipösen Frauen in der niedrigsten Bildungsgruppe erhöht. Insgesamt sind von den Frauen mit niedrigem Volks- oder Hauptschulbildung 31,4% adipös im Vergleich zu 17,3% der Frauen mit mittlerer Reife und 10,1% der Frauen mit Abitur (Tabelle 8.5).

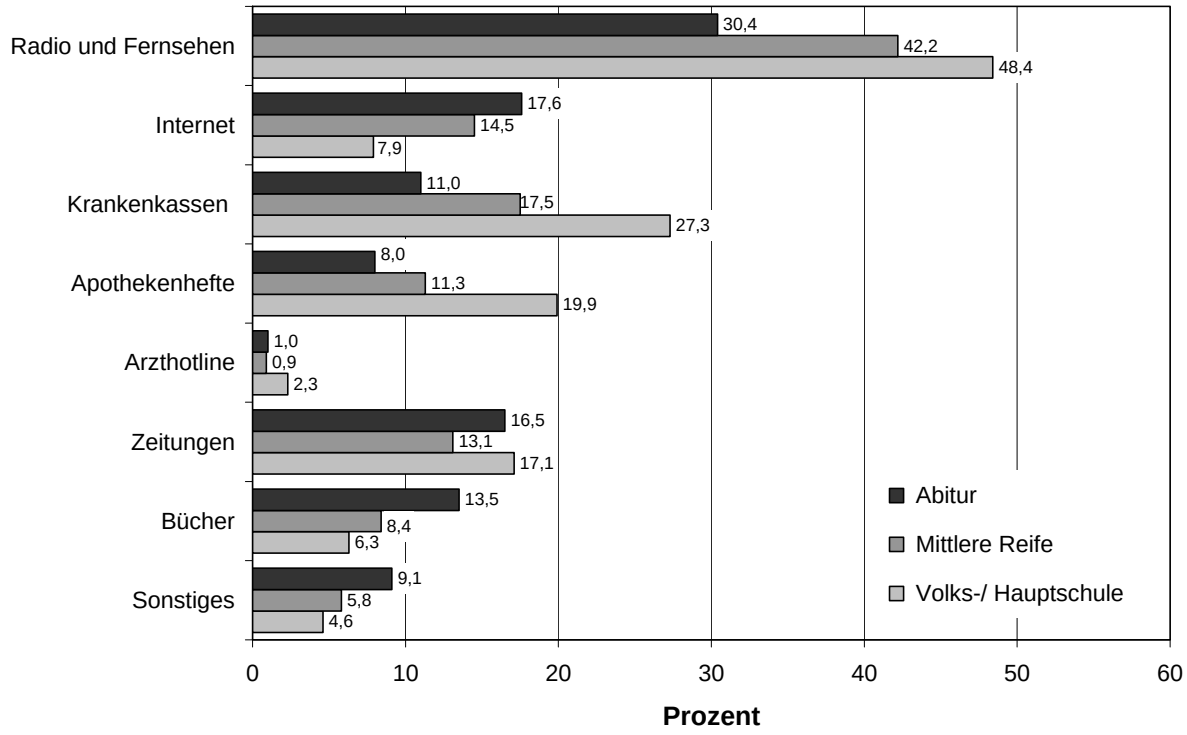
Tabelle 8.5
Prävalenzen von Übergewicht und Adipositas bei Frauen nach Alter und Schulbildung (in %)
Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003 (eigene Auswertungen)

Alter	BMI	Schulbildung		
		Volks-/ Haupt-schule	Mittlere Reife	Abitur
18-29 Jahre	25 - < 30	27,6	19,3	10,9
	≥ 30	7,9	6,0	1,9
30-39 Jahre	25 - < 30	27,7	26,6	24,9
	≥ 30	17,7	13,4	5,5
40-49 Jahre	25 - < 30	35,1	34,7	25,8
	≥ 30	18,7	15,5	11,6
50-59 Jahre	25 - < 30	39,1	44,3	45,3
	≥ 30	34,3	22,4	16,2
60-69 Jahre	25 - < 30	46,5	49,5	37,6
	≥ 30	40,1	25,0	24,7
70+ Jahre	25 - < 30	46,4	39,7	49,6
	≥ 30	36,8	31,1	18,9
Gesamt	25 - < 30	40,9	34,2	28,1
	≥ 30	31,4	17,3	10,1

8.4 Bildungsunterschiede in der Inanspruchnahme von Informationsangeboten und präventiven Maßnahmen

Ein Aspekt des Gesundheitsverhaltens, der auch im Kontext von Bürger- und Patientenorientierung sowie Selbsthilfe eine wichtige Rolle spielt, ist das Interesse an Informationen zu gesundheitsrelevanten Themen. Wie aktuelle Daten des Gesundheitsmonitors der Bertelsmann Stiftung belegen, suchen vier von fünf Erwachsenen aus eigenem Interesse nach Informationen zu Gesundheit und Krankheit. Über 70% begründen ihre Suche mit der Überzeugung, dass jeder Einzelne durch sein Verhalten zur Erhaltung der Gesundheit oder Genesung von einer Krankheit beitragen kann (Bertelsmann Stiftung 2004).

Abbildung 8.10
Nutzung von Gesundheitsinformationsquellen nach Schulbildung (Männer)
Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003 (eigene Auswertungen)

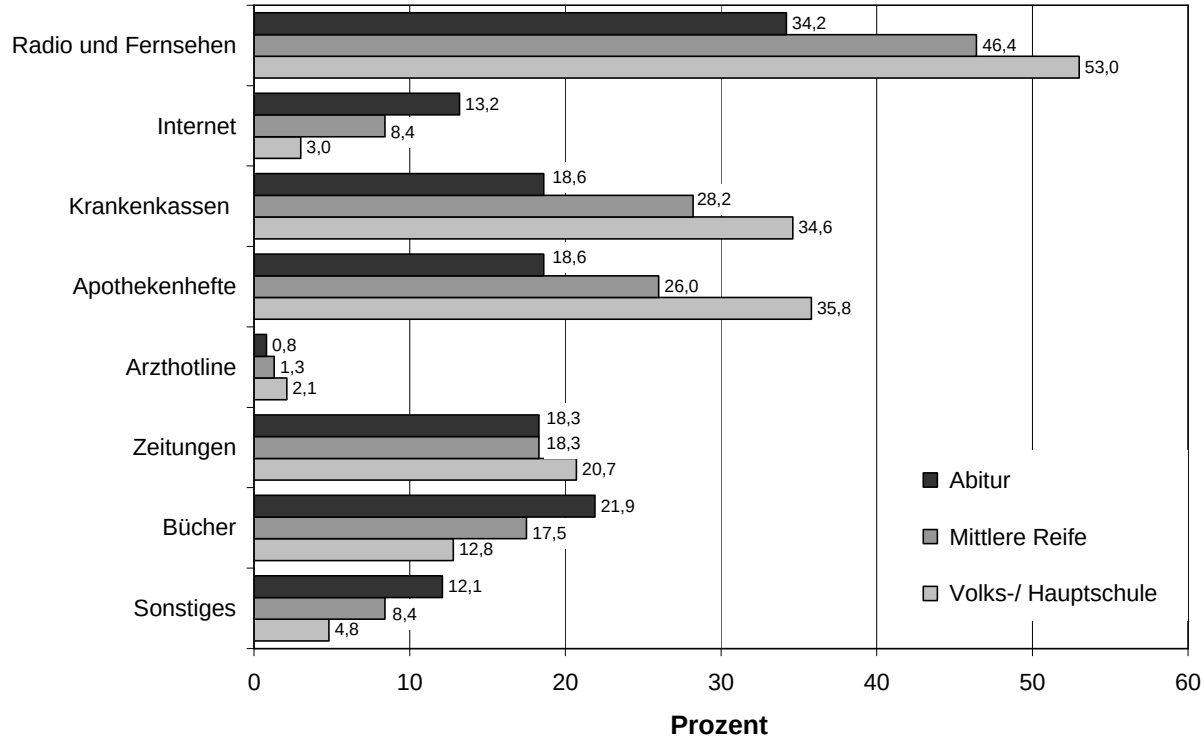


Das Erhebungsprogramm des telefonischen Gesundheitssurveys 2003 enthielt eine Frage zur Nutzung von verschiedenen Informationsquellen, bei der auch interessierte, wie stark diese frequentiert werden. Die große Mehrheit der Bevölkerung bedient sich Medien wie Fernsehen, Rundfunk, Internet, Zeitschriften oder Büchern, um sich über Gesundheitsthemen zu informieren. Lediglich 2% gaben an, überhaupt keine Informationsmöglichkeiten zu nutzen (Horch, Wirz 2005). Abbildungen 8.10 und 8.11 geben die Nutzung der Informationsquellen in Abhängigkeit von der Schulbildung wieder. Die Ergebnisse liefern keine Hinweise darauf, dass die unteren Bildungsgruppen sich seltener informieren, sie bevorzugen aber andere Medien: Männer wie Frauen mit niedrigem Bildungsniveau informieren sich häufiger über Fernsehen oder Rundfunk sowie die von den Krankenkassen bereitgestellten und in Apotheken erhältlichen Hefte und Broschüren. Dies gilt auch für die Arzthotline, die allerdings insgesamt sehr selten genutzt wird. Das Internet und Bücher zu Gesundheitsthemen werden stärker von den höheren Bildungsgruppen nachgefragt.

Abbildung 8.11

Nutzung von Gesundheitsinformationsquellen nach Schulbildung (Frauen)

Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003 (eigene Auswertungen)

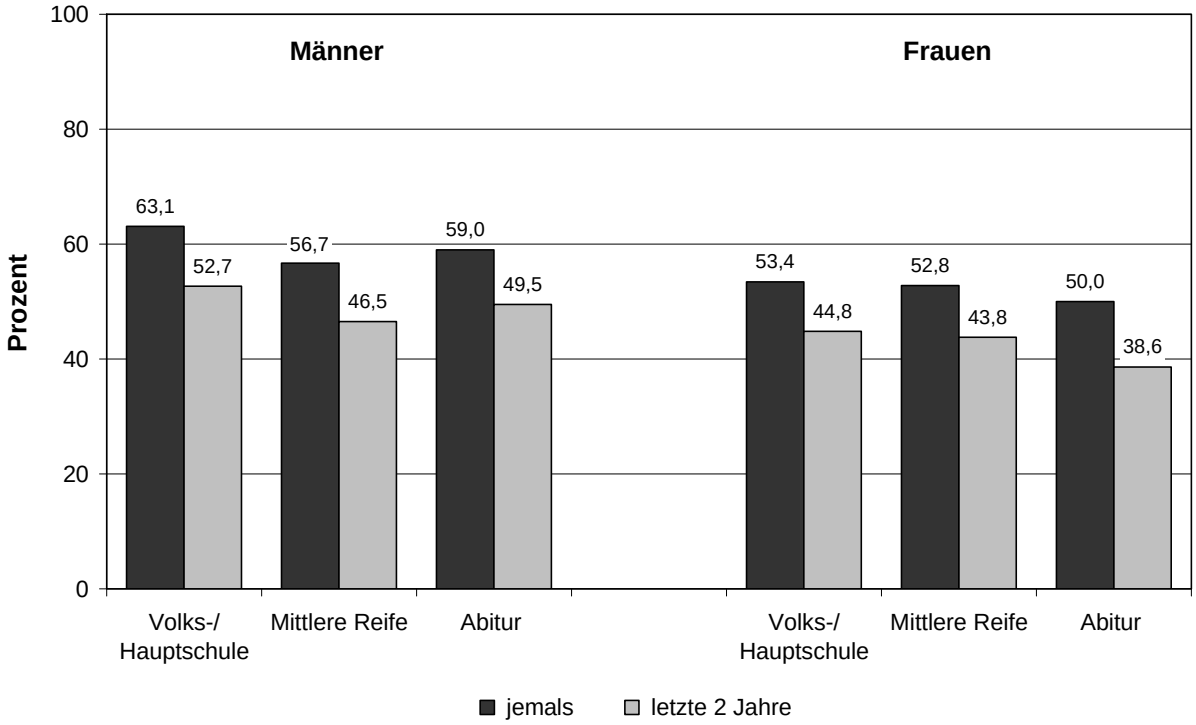


Der Erfolg von Präventionsangeboten hängt entscheidend davon ab, dass diese von der Bevölkerung in Anspruch genommen werden. Bevölkerungsgruppenspezifische Unterschiede in der Inanspruchnahme können wichtige Hinweise zur Optimierung der Gesundheitsvorsorge liefern. Im telefonischen Gesundheitssurvey 2003 wurde u.a. die Beteiligung am Gesundheits-Check-up und an der Krebsfrüherkennung erhoben.

Der Gesundheits-Check-up, der in erster Linie auf die Feststellung von Herz-Kreislauf-Krankheiten, Stoffwechselstörungen und gesundheitsriskanten Verhaltensmustern zielt, gehört ab dem 35. Lebensjahr zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen und kann alle zwei Jahre in Anspruch genommen werden. An einem Gesundheits-Check-up haben nach eigener Angabe schon einmal 59,5% der 35-jährigen und älteren Männer und 52,4% der gleichaltrigen Frauen teilgenommen. Bezogen auf die letzten zwei Jahre belaufen sich die Teilnahmeraten auf 49,4% bei Männern und 42,9% bei Frauen. Die Beteiligung ist entgegen der Erwartung in der niedrigsten Bildungsgruppe etwas höher als in der mittleren und höchsten Bildungsgruppe (Abbildung 8.12).[10]

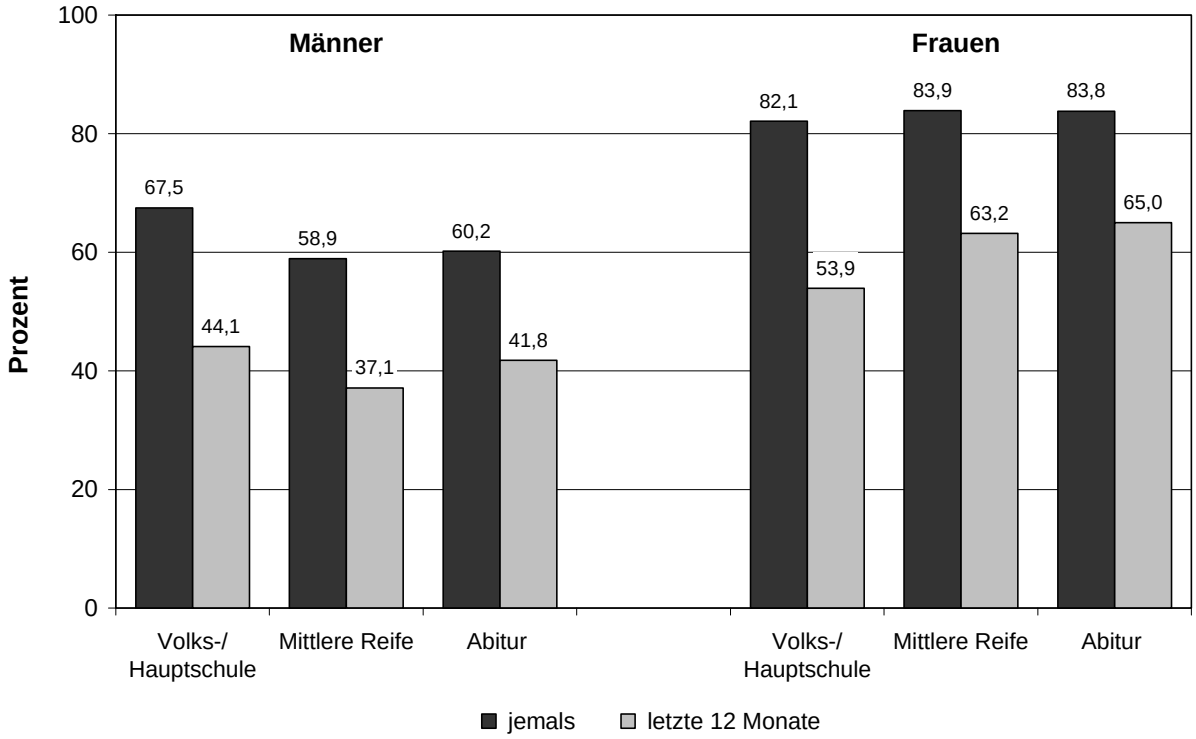
[10] Bei der Interpretation dieses Ergebnisses ist zu berücksichtigen, dass Personen mit niedriger Bildung wahrscheinlich eher als Personen mit höherer Bildung den Begriff Gesundheits-Check-up missverstehen und fälschlicherweise auf eine normale ärztliche Untersuchung beziehen (siehe hierzu Bergmann et al. 2005).

Abbildung 8.12
Teilnahme an Gesundheits-Check-up bei 35-jährigen und älteren Männern und Frauen nach Schulbildung
Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003 (eigene Auswertungen)



An Krebsfrüherkennungsuntersuchungen haben nach eigener Angabe 62,8% der ab 45-jährigen Männer und 83,0% der ab 20-jährigen Frauen jemals teilgenommen. In den zurückliegenden 12 Monaten wurden die alters- und geschlechtsspezifisch variierenden Angebote von 41,4% der Männer und 60,3% der Frauen genutzt. Die Bildungsunterschiede in der Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen sind bei Männern relativ schwach ausgeprägt und deuten wie beim Gesundheits-Check-up darauf hin, dass die Angehörigen der niedrigsten Bildungsgruppe ebenso oder sogar häufiger Vorsorgeangebote nutzen. Bei Frauen zeigt sich dagegen mit Blick auf die letzten 12 Monate eine etwas höhere Inanspruchnahme in den besser gebildeten Gruppen (Abbildung 8.13).

Abbildung 8.13
Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen bei 45-jährigen und älteren Männern bzw. 20-jährigen und älteren Frauen nach Schulbildung
Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003 (eigene Auswertungen)



8.5 Diskussion

Die vorliegenden Ergebnisse sprechen dafür, dass die Bildung einen erheblichen Einfluss auf die Gesundheitschancen ausübt. Im Allgemeinen lässt sich wie beim Einkommen sagen: Je höher das Bildungsniveau, desto besser ist die Gesundheit und umso geringer ist das Erkrankungs- und Sterberisiko. In der subjektiven Bewertung der eigenen Gesundheit spiegelt sich der Bildungsgradient noch stärker wieder als im Krankheits- und Sterbegeschehen, was darauf hindeutet, dass gesundheitliche Beeinträchtigungen nicht nur ungleich verteilt sind, sondern auch unterschiedlich wahrgenommen und bewertet werden. Der Zusammenhang zwischen Bildung und Gesundheit lässt sich in allen Altersgruppen beobachten, im mittleren Lebensalter ist er aber am stärksten ausgeprägt. Dass die Bildungsgradienten im höheren Lebensalter schwächer zum Ausdruck kommen, ist vor dem Hintergrund der Zunahme altersspezifischer oder zumindest alterskorrelierter Gesundheitsstörungen zu sehen (vgl. Kapitel 13). Außerdem ist zu berücksichtigen, dass die heutigen Alten und Hochbetagten nur zu einem sehr geringen Anteil das Abitur erworben haben.

Ein möglicher Erklärungsansatz für den Zusammenhang von Bildung und Gesundheitsstatus erschließt sich über die aufgezeigten Unterschiede im gesundheitsrelevanten Verhalten. Insbesondere im Hinblick auf das Risikoverhalten zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den Bildungsgruppen: Männer und Frauen mit niedrigem Bildungsniveau rauchen häufiger und stärker, treiben weniger Sport und sind zu einem größeren Anteil übergewichtig oder adipös. Überraschend geringe Bildungsunterschiede sind in der Inanspruchnahme von Angeboten der primären und sekundären Prävention zu beobachten. Geht man von der Teilnahme am Gesundheits-Check-up aus, dann ist sogar eine etwas höhere Inanspruchnahme in der unteren Bildungsgruppe festzustellen.

In der Gesamtschau unterstreichen die Ergebnisse die mit der Bildung verbundenen Gesundheitspotenziale. Investitionen in die Bildung könnten dazu beitragen, die Kompetenzen im Umgang mit der eigenen Gesundheit zu erhöhen. Maßnahmen sollten in allen Bereichen des Bildungswesens ansetzen und gesundheitsbezogene Themen stärker als bisher zum Gegenstand der Vermittlung von Bildung und Wissen machen. Ebenso wichtig erscheint eine Verbesserung der Rahmenbedingungen, die z.B. im Elementarbereich durch eine günstigere Betreuungsrelation und Anhebung des Qualifikationsniveaus der Betreuenden in Kindereinrichtungen erzielt werden könnte (Autorengruppe Bildungsberichterstattung 2008).

Bei der Planung und Umsetzung von präventiven und gesundheitsfördernden Interventionen sind die spezifischen Bedürfnisse und Kompetenzen der Bildungsgruppen zu berücksichtigen. Vor allem so lässt sich sicherstellen, dass Prävention und Gesundheitsförderung zu einer Verringerung und nicht zu einer Stabilisierung oder gar Ausweitung der Bildungsunterschiede im Gesundheitszustand beitragen (Bauer 2006).

9 Einfluss der Arbeitswelt auf die Gesundheit

Der deutsche Arbeitmarkt zeichnet sich durch eine hohe Beschäftigungssicherheit für die Erwerbstätigen aus. Dazu tragen insbesondere der gesetzliche Kündigungsschutz, die Sozialauswahl bei Entlassungen, Beschäftigungssicherungsabkommen zwischen Gewerkschaften und Arbeitgebern sowie die Regelungen zur betrieblichen Mitbestimmung der Arbeitnehmer bei (Giesecke, Groß 2005). Im Jahr 2004 waren in Deutschland 38,4 Millionen Menschen erwerbstätig. Die Zahl der Erwerbstätigen hat damit seit 1998 um rund 1,8 Millionen zugenommen. Die Erwerbstätigenquote, definiert als der Anteil der Erwerbstätigen im Alter zwischen 15 und 64 Jahren an der erwerbsfähigen Bevölkerung in diesem Alter, stieg zeitgleich von 63,8% auf 65,4% an (Statistisches Bundesamt 2006a). Zurückzuführen ist dieser Anstieg vor allem auf eine Zunahme der Erwerbstätigkeit von Frauen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass deutlich mehr Frauen als Männer einer Teilzeitbeschäftigung nachgehen. Im Jahr 2003 betrug die Teilzeitbeschäftigtenquote bei Frauen 41,4%, was gegenüber dem Jahr 1991 einen Anstieg um mehr als zehn Prozentpunkte bedeutet. Bei Männern hat die Teilzeitbeschäftigtenquote in diesem Zeitraum von 2,1% auf 6,0% zugenommen (BMGS 2005).

Seit einigen Jahren gibt es vermehrt Anstrengungen, den deutschen Arbeitsmarkt zu flexibilisieren (Zimmermann 2005). Die wichtigsten Ziele der aktuellen Arbeitsmarktpolitik sind die Schaffung neuer Arbeitsplätze, eine Verbesserung der Vermittlungsbemühungen der Bundesagentur für Arbeit und eine Verstärkung der Anreize zur Aufnahme einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung für Erwerbslose. Um diese Ziele zu erreichen, wurden die Möglichkeiten für befristete und geringfügige Beschäftigungsverhältnisse ausgebaut und die Leistungen für Langzeitarbeitslose gekürzt. In Folge der neuen Regelungen erhöhte sich das Risiko eines sozialen Abstiegs im Fall von Arbeitslosigkeit erheblich (Giesecke, Groß 2005). Insbesondere für gering qualifizierte und ältere Arbeitnehmer steigt dadurch der Druck, geringe Löhne und niedrig bewertete Tätigkeiten anzunehmen. Trotzdem ist die Arbeitslosenquote bei den Geringqualifizierten von 15% im Jahr 1991 auf 25% im Jahr 2005 angestiegen (Reinberg, Hummel 2007). Für die Zukunft ist deshalb zu erwarten, dass sich die Einkommensungleichheit zwischen den Erwerbstätigen, aufgrund ihrer unterschiedlichen Beschäftigungschancen, weiter ausweitet.

Im Folgenden werden die Auswirkungen der Arbeitswelt und des ausgeübten Berufs auf die Gesundheit untersucht. Zunächst richtet sich das Interesse auf Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten sowie auf Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung. Aussagen hierzu sind mit den Routinedaten und Statistiken der gesetzlichen Unfallversicherungen, der gesetzlichen Krankenkassen und der Rentenversicherungsträger möglich. Zum Teil kann dabei eine nach Branchen und Berufsgruppen differenzierte Betrachtung angestellt werden. Anschließend wird die Bedeutung des beruflichen Status für die subjektive Gesundheit und das Gesundheitsverhalten analysiert und dazu auf Daten der Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts und des Mikrozensus des Statistischen Bundesamtes zurückgegriffen. Zum Abschluss werden mit Daten der Gmünder Ersatzkasse berufsstatusspezifische Unterschiede in der Mortalität analysiert.

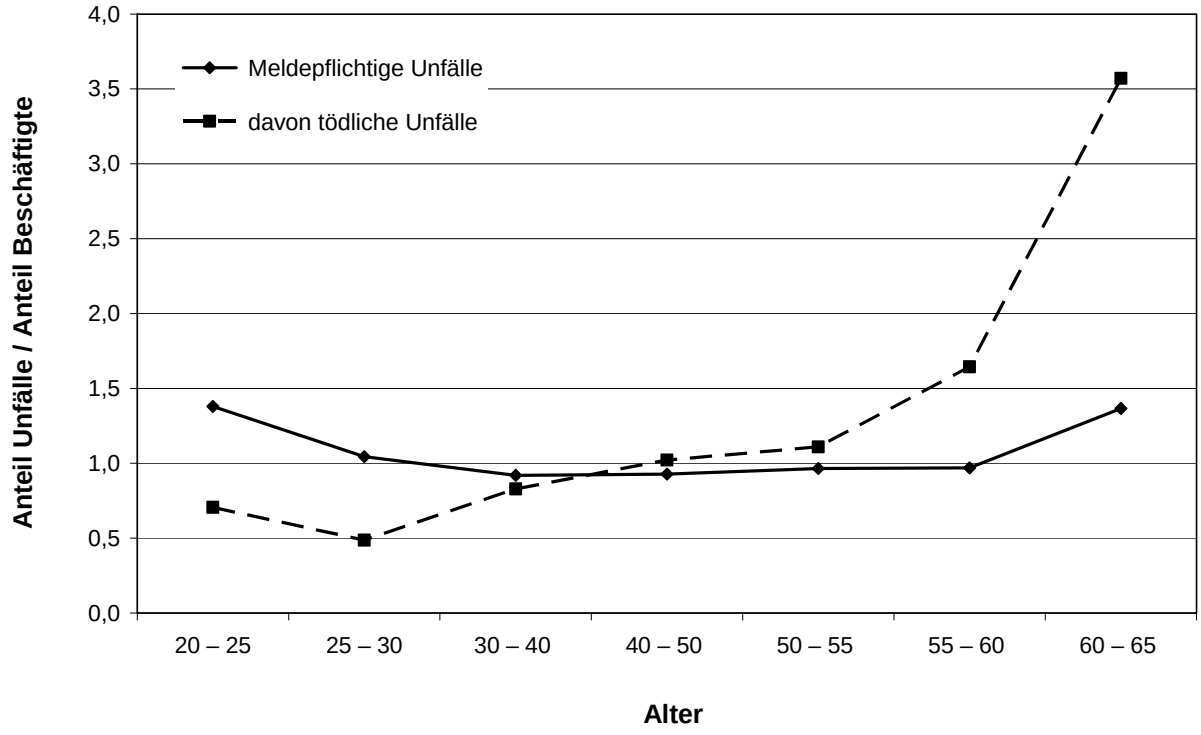
9.1 Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten

Mit den Daten der gesetzlichen Unfallversicherungen lässt sich zeigen, dass die Zahl der gemeldeten Arbeitsunfälle[11] seit mehreren Jahren rückläufig ist (RKI 2007). Im Zeitraum von 1998 bis 2003 verringerte sich die Zahl der Arbeitsunfälle von 1,59 Millionen auf 1,14 Millionen. Die Zahl der Unfälle je 1.000 Vollarbeiter[12] sank in diesem Zeitraum von 42 auf 31. Der Rückgang zeichnet sich auch bei schweren und schwersten Unfällen ab. So verunglückten im Jahr 1998 etwa 35.000 Beschäftigte so schwer, dass der Unfall eine Rente zur Folge hatte; im Jahr 2003 waren es nur noch rund 27.000. Die Zahl der tödlich verlaufenden Arbeitsunfälle sank im gleichen Zeitraum von 1.287 auf 1.029. Dabei sind in Bezug auf die Unfallhäufigkeit große Unterschiede zwischen den Branchen festzustellen: Die höchsten Raten an meldepflichtigen Arbeitsunfällen hatten im Jahr 2003 die Wirtschaftzweige Bau mit 73 und Holz mit 68 Unfällen je 1.000 Vollarbeiter. Die niedrigsten Raten wurden für die Gesundheitsdienste und die Chemie berichtet, mit 12 bzw. 7 Unfällen je 1.000 Vollarbeiter (BMWA 2005). Während sich die Zahl der Arbeitsunfälle im Altersverlauf mit Ausnahme der jüngsten und ältesten Arbeitnehmer als relativ konstant erweist, steigt die Zahl der tödlichen Unfälle mit dem Alter deutlich an (Abbildung 9.1).

[11] Meldepflichtig ist ein Unfall, wenn er mehr als drei Tage Arbeitsunfähigkeit oder den Tod zu Folge hat. Wegeunfälle, d.h. Unfälle auf dem Weg nach oder von dem Ort der versicherten Tätigkeit, sind dabei den Arbeitsunfällen gleichgestellt.

[12] Ein Vollarbeiter entspricht der durchschnittlich von einer vollbeschäftigten Person in der gewerblichen Wirtschaft geleisteten Arbeitsstundenzahl.

Abbildung 9.1
Unfallhäufigkeit in verschiedenen Altersgruppen
Quelle: 10%-Statistik der gemeldeten Unfälle 2002 (BMWA 2004, eigene Darstellung)



Wegeunfälle treten seltener als Arbeitsunfälle auf, besitzen aber aufgrund der oftmals schweren Folgen dennoch einen hohen Stellenwert. Im Jahr 2003 wurden insgesamt 202.745 Wegeunfälle gemeldet und 7.888 Wegeunfallrenten zuerkannt. Auf 100 Wegeunfälle entfielen 3,9 Unfallrenten und damit deutlich mehr als bei den Arbeitsunfällen mit 2,3 Unfallrenten. Auch der Anteil der tödlich verlaufenden Unfälle liegt vergleichsweise hoch: Wegeunfälle machen 15,1% aller mit der Erwerbsarbeit verbundenen Unfälle aus, sie sind aber für 40,3% der unfallbedingten Todesfälle verantwortlich (RKI 2007).

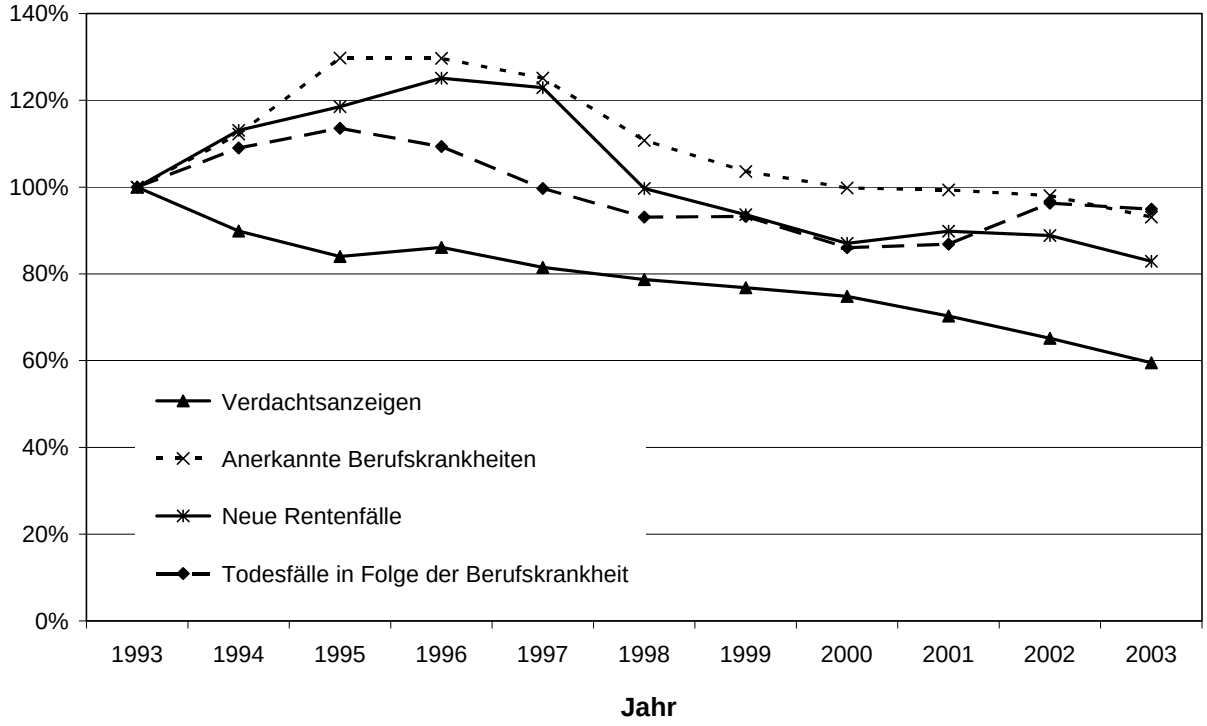
Gegenüber den Unfällen ist die eindeutige Zuordnung von Krankheiten zum ausgeübten Beruf erheblich schwieriger. Als Berufskrankheiten gelten lediglich die Krankheiten, die in der so genannten Berufskrankheitenliste erfasst sind. Jeder Arzt und jede Ärztin ist verpflichtet, einen begründeten Verdacht für eine Berufskrankheit zu melden. Die Anerkennung einer Berufskrankheit berechtigt in der Regel zur Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen; ihre Definition ist folglich vom Versicherungsgedanken geprägt. Die Anerkennung setzt zwei Kausalitätsnachweise voraus: Zwischen der versicherten beruflichen Tätigkeit und deren schädigender Einwirkung sowie zwischen der Einwirkung und der Erkrankung müssen ursächliche Zusammenhänge nachgewiesen werden. Obwohl in den Jahren 1992 bis 2001

acht neue Krankheiten in die Liste der Berufskrankheiten aufgenommen wurden, ist die Zahl der Verdachtsanzeigen kontinuierlich gesunken. Im Jahr 2003 gab es mit 64.856 Anzeigen rund ein Viertel weniger Anzeigen auf Verdacht einer Berufskrankheit bei den Unfallversicherungsträgern als 1998 mit 85.787. Eine Berufskrankheit wurde in 17.425 Fällen anerkannt; in 5.307 Fällen wurde eine Rente zugesprochen. An den Folgen einer Berufskrankheit starben 2003 insgesamt 2.080 Personen. Diese Zahlen sind nach einem Anstieg zu Beginn der 1990er Jahre anschließend ebenfalls gesunken (BMWA 2005; Abbildung 9.2).

Abbildung 9.2

Entwicklung der Verdachtsanzeigen, anerkannten Berufskrankheiten, Rentenfälle und Todesfälle in Folge einer Berufskrankheit in Relation zum Bestand im Jahr 1993

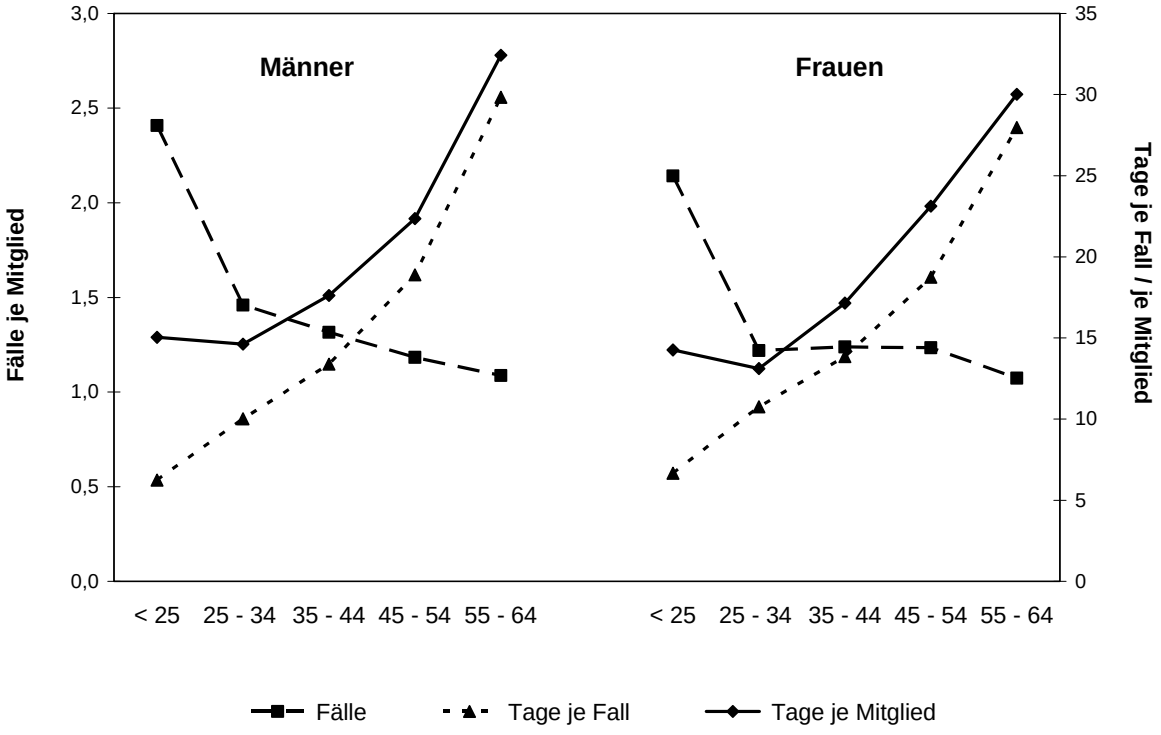
Quelle: Geschäftsergebnisse des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften, des Bundesverbandes der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften und des Bundesverbandes der Unfallkassen (BMWA 2005, eigene Darstellung)



9.2 Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung

Aussagen zur Arbeitsunfähigkeit (AU) sind unter anderem mit Daten der gesetzlichen Krankenkassen möglich. Im Jahr 2003 wurde jeder GKV-Versicherte[13] im Durchschnitt 1,1-mal krank und fiel für 13,7 Tage krankheitsbedingt aus (BMWA 2005). Auf der Basis von Daten der AOK lässt sich zeigen, dass mit zunehmendem Alter die Krankheitsfälle je Mitglied sinken, während die Ausfallzeiten und damit die Dauer der einzelnen Krankheitsfälle zunehmen. Insgesamt resultiert daraus ein deutlicher alterskorrelierter Anstieg der Ausfalltage (Abbildung 9.3).

Abbildung 9.3
AU-Fälle sowie AU-Tage je Fall und Mitglied nach Alter und Geschlecht
Quelle: AOK-Statistik 2001 (Badura et al. 2004, eigene Darstellung)

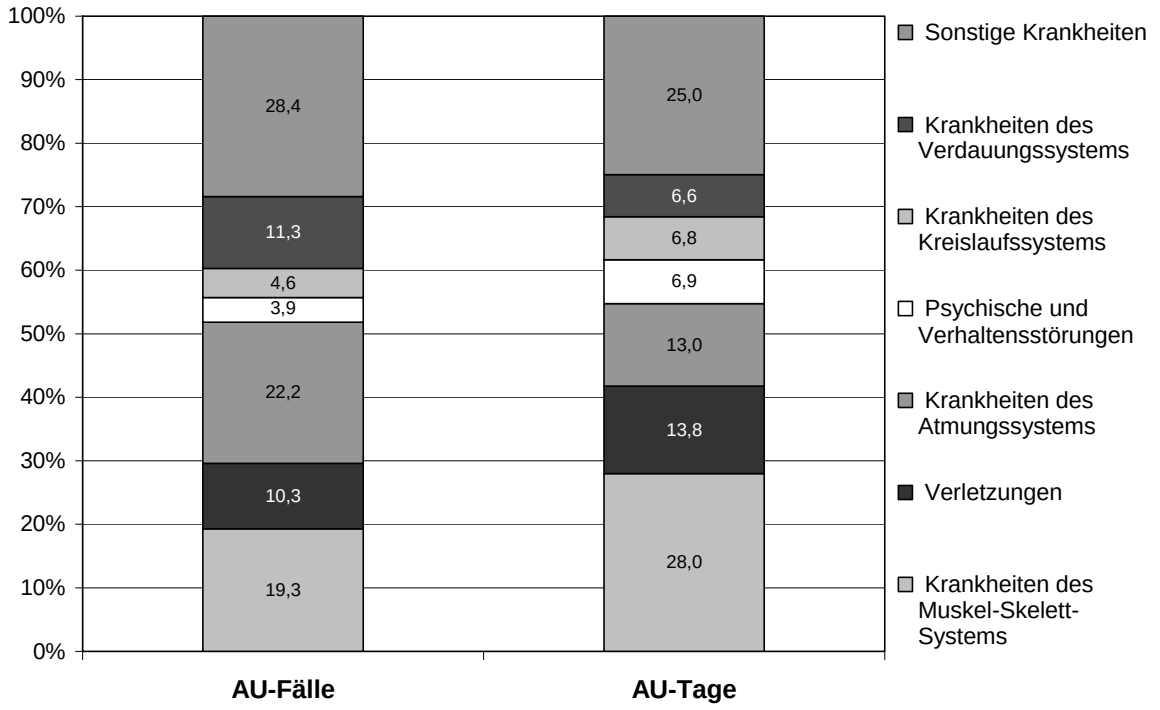


Drei Viertel aller Arbeitsunfähigkeitstage können auf sechs Krankheitsgruppen zurückgeführt werden. Allein die Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems verursachen bei den Versicherten der AOK ein gutes Viertel aller Ausfalltage. In Abbildung 9.4 wird zudem deutlich, dass psychische und Verhaltensstörungen sowie Herz-Kreislauf-Krankheiten vergleichsweise lange Ausfallzeiten nach sich ziehen, während Atemwegserkrankungen und Krankheiten des

[13] Die Daten beziehen sich auf die zusammengefassten Angaben der Bundesverbände der Allgemeinen Ortskrankenkassen, der Betriebskrankenkassen, der Innungskrankenkassen, der Landwirtschaftlichen Krankenkassen, der Angestellten-Krankenkassen und der Arbeiter-Ersatzkassen.

Verdauungssystems zwar häufig sind, aber geringere Ausfallzeiten verursachen (Badura et al. 2004).

Abbildung 9.4
AU-Fälle und AU-Tage nach Krankheitsarten bei den erwerbstätigen Pflichtversicherten der AOK
Quelle: AOK-Statistik 2002 (Badura et al. 2004, eigene Darstellung)



Mit der AOK-Statistik lässt sich außerdem ein Zusammenhang zwischen der beruflichen Stellung und der Arbeitsunfähigkeit belegen. Im Jahr 2002 fehlten pflichtversicherte Arbeiter durchschnittlich 23,0 Tage wegen Krankheit an ihrem Arbeitsplatz, während pflichtversicherte Angestellte nur 13,3 Tage krankgeschrieben waren (Badura et al. 2004). Auch anhand der BKK-Statistik für das Jahr 2003 lässt sich zeigen, dass ein niedriger beruflicher Status mit deutlich höheren Arbeitsunfähigkeitszeiten einhergeht. Zu den Berufsgruppen mit den höchsten Ausfallzeiten gehören Kranführer, Gleisbauer, Straßenreiniger und Abfallbeseitiger (BKK Bundesverband 2005; Tabelle 9.1).

Nicht nur die Häufigkeit, auch die Art der Erkrankung wird durch die ausgeübte Tätigkeit beeinflusst. Die Gegenüberstellung der Angaben zu krankheitsbedingten Ausfällen von AOK-Versicherten aus der Bauwirtschaft und aus dem Banken- und Versicherungsgewerbe zeigt erhebliche Unterschiede im Krankheitsspektrum, die den divergierenden beruflichen Anforderungen und Belastungen entsprechen. Im Baugewerbe spielen Verletzungen eine

erhebliche Rolle, zudem ist die Arbeit offenbar belastend für das Bewegungssystem. Zusammengenommen verursachen Verletzungen und muskulo-skelettale Erkrankungen 54% der AU-Tage im Baugewerbe. Für das Banken- und Versicherungsgewerbe machen diese Diagnosegruppen nur 31% der Krankheitstage aus. Wird zudem der deutlich höhere durchschnittliche Krankenstand auf dem Bau (5,7% gegenüber 3,5% bei den Banken und Versicherungen) berücksichtigt, so verursachen diese Erkrankungen beim Bau die 2,8-fache Zahl an Fehltagen (Badura et al. 2004).

Tabelle 9.1

Berufe mit den meisten bzw. wenigsten AU-Tagen

Quelle: BKK-Statistik 2003 (BKK Bundesverband 2005, eigene Darstellung)

Berufsbezeichnung	KldB*-Schlüssel	Fälle je Mitglied	Tage je Mitglied
Elektroingenieure	602	0,2	1,3
Ingenieure des Maschinen- und Fahrzeugbaus	601	0,2	1,5
Physiker, Physik-Ingenieure, Mathematiker	612	0,2	1,6
Chemiker, Chemieingenieure	611	0,2	2,0
Naturwissenschaftler	883	0,3	2,9
Kranführer	544	1,3	23,9
Maschinen-, Behälterreiniger	937	1,4	24,4
Gleisbauer	463	1,4	26,1
Straßenreiniger, Abfallbeseitiger	935	1,7	26,4
Fahrzeugreiniger, -pfleger	936	1,4	26,7

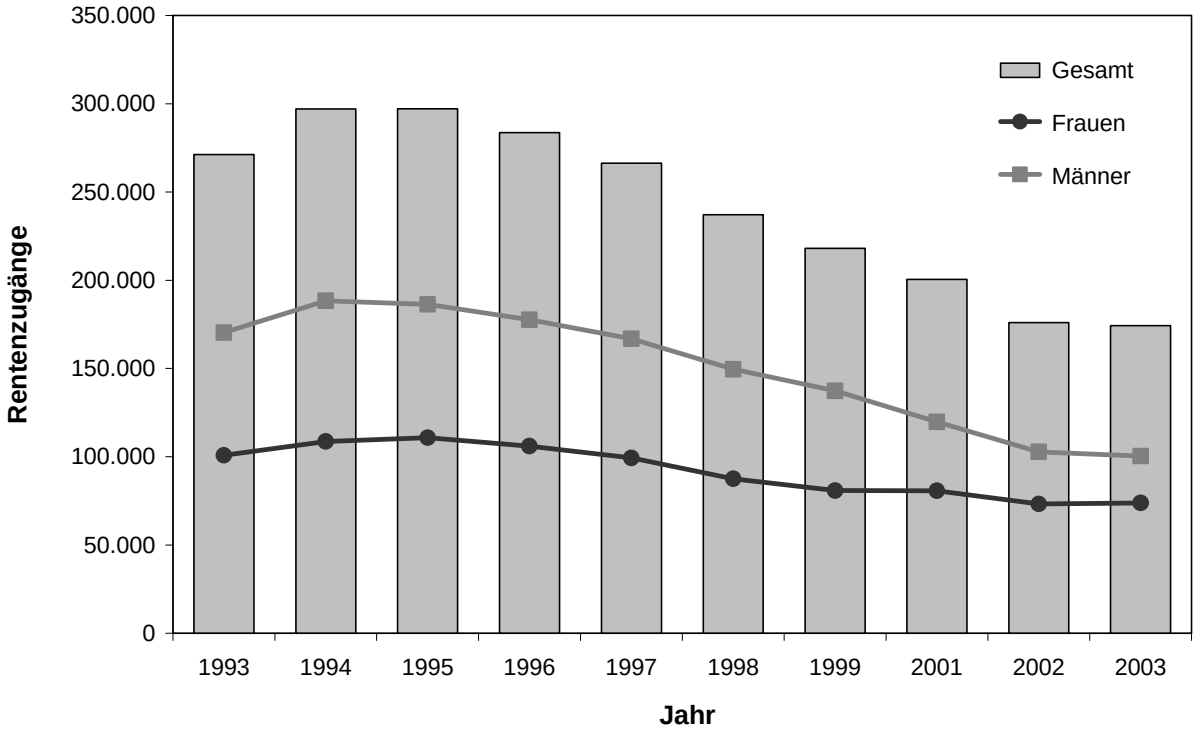
* Klassifizierung der Berufe 1992 (Statistisches Bundesamt 1992)

Ein weiterer wichtiger Indikator zur Abschätzung der gesundheitlichen Auswirkungen der Erwerbsarbeit ist die Frühberentung. Die Frühberentung umfasst Renten wegen Erwerbsminderung der gesetzlichen Rentenversicherung, Verletztenrenten der gesetzlichen Unfallversicherung, Dienstunfähigkeit in der Beamtenversorgung sowie Erwerbsminderung nach dem Bundesversorgungsgesetz. Die verschiedenen Formen des vorgezogenen Altersruhegeldes, z.B. wegen Arbeitslosigkeit, zählen dagegen nicht zur Frühberentung (Statistisches Bundesamt 1998). Die Zugänge zu den Erwerbsminderungsrenten sind seit Anfang der 1990er Jahre kontinuierlich gesunken, von ursprünglich 270.000 auf 174.000 Fälle im Jahr 2003. Dabei zeichnet sich der Rückgang bei Männern stärker ab als bei Frauen (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger 2004; Abbildung 9.5).

Abbildung 9.5

Entwicklung der Zugänge bei den Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit im Zeitraum 1993-2003

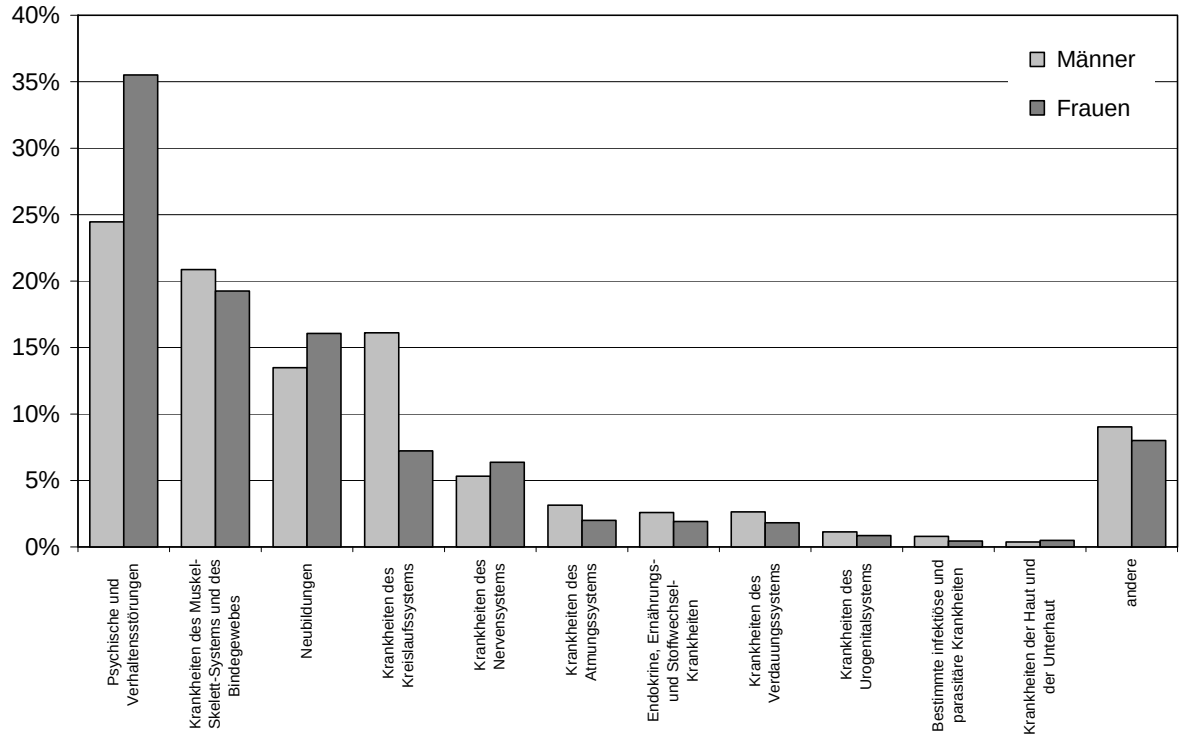
Quelle: VDR-Statistik 2003 (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger 2004, eigene Darstellung)



Den häufigsten Grund für den Erhalt einer Erwerbsminderungsrente stellen mittlerweile psychische und Verhaltensstörungen dar, gefolgt von Krankheiten des Muskel- und Skelett-Systems und des Bindegewebes, bösartigen Neubildungen sowie Herz-Kreislauf-Krankheiten. Eine geschlechtsdifferenzierte Betrachtung zeigt, dass psychische und Verhaltensstörungen bei Frauen eine noch höhere relative Bedeutung haben als bei Männern, während es sich bei Herz-Kreislauf-Krankheiten umgekehrt verhält (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger 2004; Abbildung 9.6).

Abbildung 9.6

Einzelne Krankheitsbilder als Grund für den Erhalt einer Erwerbsminderungsrente nach Geschlecht
Quelle: VDR-Statistik 2003 (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger 2004, eigene Darstellung)



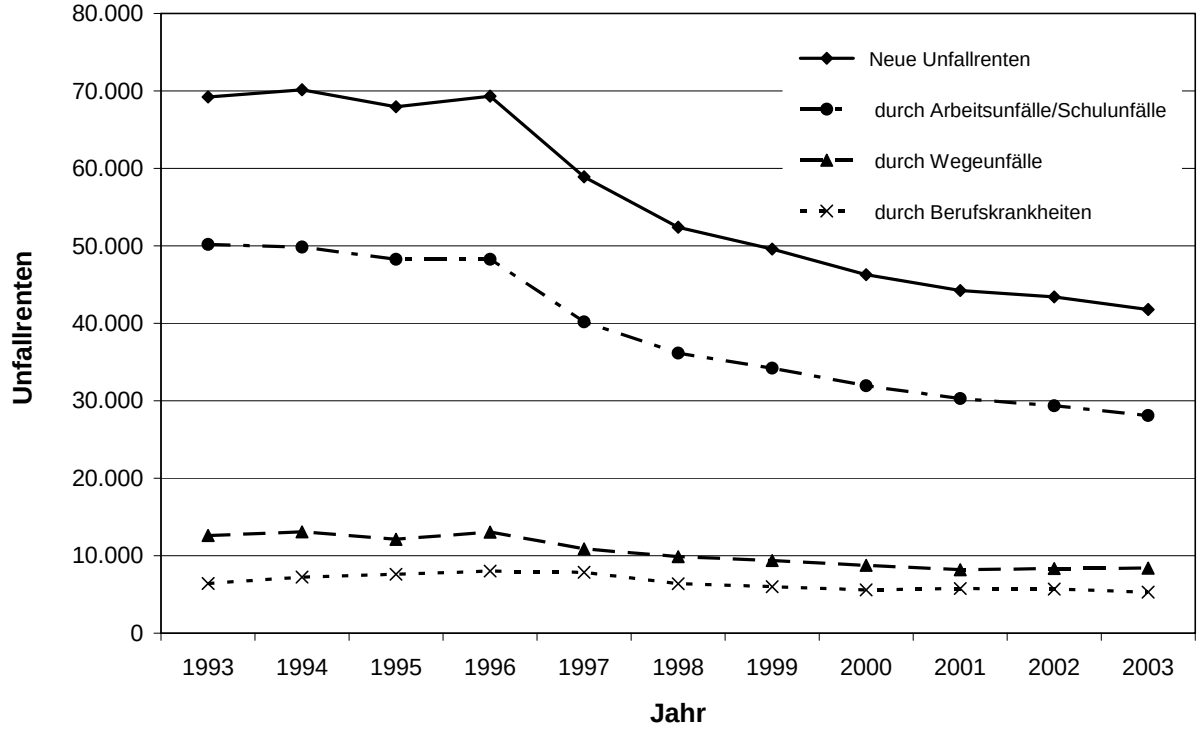
Im Gegensatz zu den Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit muss für Unfallrenten der eindeutige Auslöser einer anerkannten Invalidität im beruflichen Umfeld liegen.[14] Wie Abbildung 9.7 verdeutlicht, sinkt die Zahl der Unfallrenten seit 1993 kontinuierlich – und das trotz steigender Versichertenzahlen. Die Zahl der in einem Jahr neu bewilligten Unfallrenten sank um etwa 20% auf 41.800 (BMGS 2004a). Arbeitsunfälle als Ursache für eine Frühberentung sind in dieser Zeit um 23% zurückgegangen. Auch die Renten, die auf Grund von Wegeunfällen und Berufskrankheiten bewilligt wurden, sind deutlich zurückgegangen, und zwar um 15% bzw. 17% (BMWA 2005).

[14] Die gesetzliche Unfallversicherung (UV) zahlt als Entschädigungsleistung eine Verletztenrente, wenn der Versicherungsfall zu einer Minderung der Erwerbstätigkeit von mindestens 20% geführt hat und der Verletzte länger als 26 Wochen in seiner Erwerbstätigkeit gemindert ist. Dies gilt auch, wenn die Betroffenen das Rentenalter erreichen. Beim Zusammentreffen einer Verletztenrente aus der UV mit einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung (RV), wird die Verletztenrente der UV immer ungekürzt gezahlt. Die Rente aus der RV wird dagegen ganz oder teilweise nicht geleistet, wenn beide Renten zusammen den so genannten Grenzbetrag übersteigen.

Abbildung 9.7

Entwicklung der neu bewilligten Unfallrenten im Zeitraum 1993-2003

Quelle: Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der gesetzlichen Unfallversicherung (BMGS 2004a; BMWA 2005, eigene Darstellung)



9.3 Bedeutung der Arbeit für subjektive Gesundheit und Gesundheitsverhalten

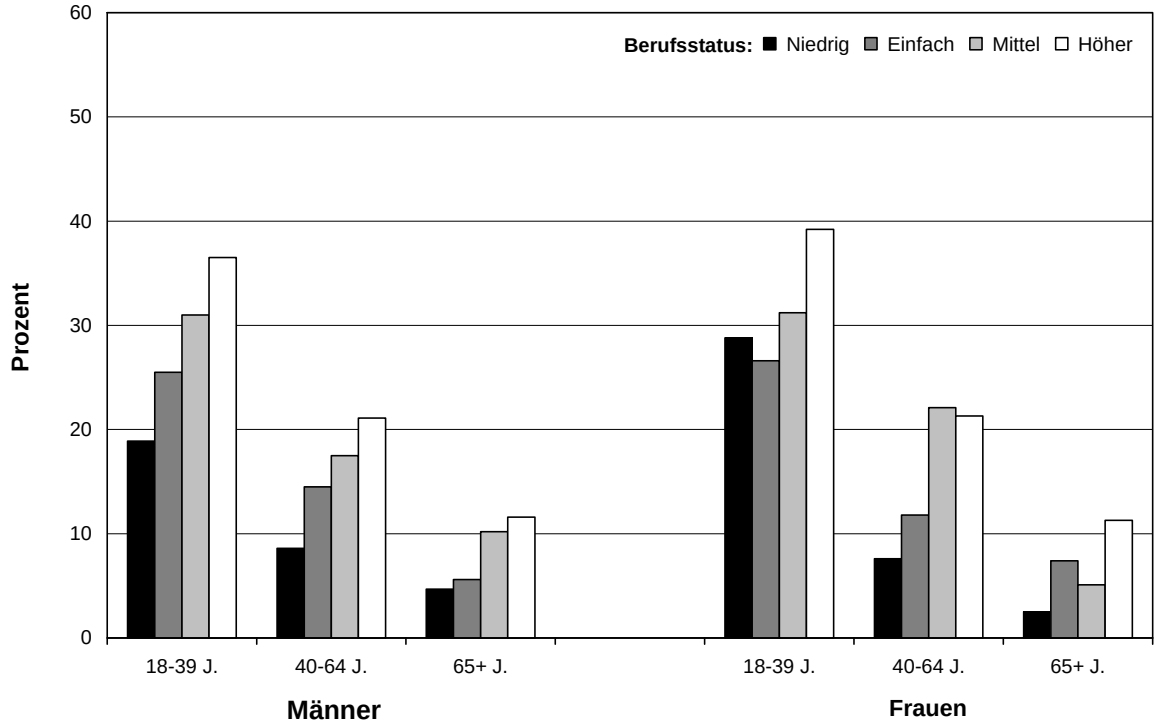
Neben Angaben zu Unfällen, Krankheiten und Krankheitsfolgen ist die subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit von großem Wert, wenn die gesundheitlichen Auswirkungen der Arbeitswelt erfasst werden sollen. Die Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität kann von einer Einschätzung nach „objektiven" Maßstäben deutlich abweichen (Idler, Benjamini 1997). Abbildung 9.8 gibt auf Basis der Daten des telefonischen Gesundheitssurveys 2003 den Anteil der Personen mit einer sehr guten Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes nach dem beruflichen Status wieder. Über alle Altersklassen hinweg zeigt sich, dass Männer wie Frauen mit einem höheren beruflichen Status ihre eigene Gesundheit besser bewerten als diejenigen mit niedrigem beruflichen Status. Bei statistischer Kontrolle des Alterseffektes ist die Chance auf einen sehr guten Gesundheitszustand bei Männern der höheren Berufsstatusgruppen im Vergleich zu Männern der niedrigen Berufsstatusgruppe um den Faktor 2,7 erhöht (OR=2,70; 95%-KI=1,83-3,98). Bei Frauen beträgt das entsprechende Chancenverhältnis 2,6:1

(OR=2,61; 95%-KI=1,79-3,80).[15]

Abbildung 9.8

Anteil der Männer und Frauen mit sehr gutem allgemeinem Gesundheitszustand nach Berufsstatus und Alter

Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003 (eigene Auswertungen)



Berufsstatusspezifische Unterschiede lassen sich auch in Bezug auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität feststellen, die im telefonischen Gesundheitssurvey 2003 anhand des SF-8 erhoben wurde (Ellert et al. 2005). Nach eigenen Auswertungen sind Männer mit niedrigem Berufsstatus deutlich häufiger in den letzten vier Wochen von starken oder sehr starken körperlichen Schmerzen betroffen gewesen als Männer mit hohem Berufsstatus (OR=2,04; 95%-KI=1,28-3,27). Bei Frauen sind diese Unterschiede nur geringfügig schwächer ausge-

[15] Die Erfassung des Berufsstatus erfolgt dabei mittels einer Klassifikation, die ausgehend von Überlegungen zur beruflichen Handlungsautonomie fünf Gruppen unterscheidet: Niedriger Berufsstatus (un- und angelernte Arbeiter), einfacher Berufsstatus (gelernte Arbeiter und Facharbeiter, Angestellte mit einfacher Tätigkeit, Beamte im einfachen Dienst und selbstständige Landwirte), mittlerer Berufsstatus (Vorarbeiter und Kolonnenführer, Angestellte mit qualifizierter Tätigkeit, akademisch freie Berufe und Selbstständige mit höchstens einem Mitarbeiter sowie mithelfende Familienangehörige), gehobener Berufsstatus (Meister und Poliere, Industrie- und Werkmeister, Angestellte mit hoch qualifizierter Tätigkeit, Beamte im gehobenen Dienst, akademische freie Berufe und Selbstständige mit zwei bis neun Mitarbeitern) und hoher Berufsstatus (Angestellte mit umfassenden Führungsaufgaben, Beamte im höheren Dienst und Richter sowie akademisch freie Berufe und Selbstständige mit zehn und mehr Mitarbeitern) (Hoffmeyer-Zlotnik 2003). Für die Analysen wurden die Kategorien gehobener und hoher Berufsstatus zusammengefasst, da letztere bei Frauen, insbesondere in den höheren Altersgruppen, nur schwach besetzt ist. Bei Personen, die aktuell nicht erwerbstätig oder bereits aus dem Berufsleben ausgeschieden sind, wird der Status des zuletzt ausgeübten Berufes betrachtet.

prägt (OR=1,68; 95%-KI=1,16-2,42). Außerdem berichten die Angehörigen der niedrigen Berufsstatusgruppe vermehrt, dass sie durch gesundheitliche Probleme bei der Ausübung normaler körperlicher Tätigkeiten eingeschränkt waren, wobei die Unterschiede bei Männern (OR=2,38; 95%-KI=1,53-3,72) wiederum stärker zutage treten als bei Frauen (OR=1,60; 95%-KI=1,04-2,47). Bei Männern lassen sich darüber hinaus markante berufsstatusspezifische Unterschiede in Bezug auf gesundheitsbedingte Einschränkungen im Beruf bzw. in der Schule oder im Studium feststellen. Einzig für den Zusammenhang zwischen der gesundheitlichen Situation und der Wahrnehmung sozialer Kontakte kommt dem Berufsstatus bei beiden Geschlechtern keine Bedeutung zu.

Der arbeitsweltliche Kontext besitzt außerdem einen hohen Stellenwert für das Gesundheitsverhalten. Besonders deutlich wird dies in Bezug auf den Tabakkonsum. Mit Daten des telefonischen Gesundheitssurveys 2003 lässt sich zeigen, dass Männer mit niedrigem Berufsstatus etwa 1,7-mal häufiger rauchen als Männer mit höherem Berufsstatus (OR=1,72; 95%-KI=1,21-2,43). Dies zeigt sich auch, wenn gleichzeitig der Einfluss der Schulbildung und der Einkommenssituation berücksichtigt wird. Für Frauen hingegen lassen sich keine bedeutsamen Unterschiede nach dem beruflichen Status feststellen (Lampert, Müters 2007).

Tabelle 9.2
Ausgewählte Berufsgruppen[1] mit besonders hohen und niedrigen Raucheranteilen bei Frauen
Datenbasis: Mikrozensus 1999 (eigene Auswertungen)

Berufe mit hohem Raucheranteil		**Berufe mit niedrigem Raucheranteil**	
Hotel- und Gaststättenberufe	49,4	Lehrerinnen	19,9
Warenprüferinnen	44,4	Ärztinnen und Apothekerinnen	20,6
Technische Zeichnerinnen	43,2	Geistes-/ naturwissenschaftliche Berufe	25,6
Köchinnen	42,6	Ingenieurinnen	27,3
Verkaufspersonal	42,6	Berufe in der Textilverarbeitung	27,8
Reinigungs- und Entsorgungsberufe	40,6	Künstlerische und zugeordnete Berufe	28,9
Groß- und Einzelhandelskaufleute	39,7	Publizistische, Übersetzungs-, Bibliotheks- und verwandte Berufe	29,2
Haus- und ernährungswirtschaftliche Berufe	37,7	Landwirtschaftliche Berufe	29,3

[1] Klassifizierung der Berufe 1992 (Statistisches Bundesamt 1992)

Zu einer anderen Einschätzung gelangt man, wenn statt des Berufsstatus die Berufsgruppenzugehörigkeit betrachtet wird (vgl. Lampert 2005a). So zeigen Daten des Mikrozensus aus dem Jahr 1999, dass Ärztinnen und Apothekerinnen, Chemikerinnen und Physikerinnen sowie Lehrerinnen mit Prävalenzen zwischen 20% und 30% eher selten rauchen. Bei Frauen in Hotel- und Gaststättenberufen, Verkäuferinnen, Warenprüferinnen und technischen Zeichnerinnen hingegen ist das Rauchen mit Prävalenzen zwischen 35% und 50% vergleichsweise stark verbreitet (Tabelle 9.2). Bei Männern finden sich die geringsten Raucheranteile mit 20-30% unter Lehrern, Ärzten und Apothekern, Ingenieuren, Physikern und Chemikern sowie Landwirten. Am häufigsten rauchen mit 50-60% Männer in Hotel- und Gaststättenberufen, Montage- und Metallberufen, Bauberufen, Maler- und Lackierberufen sowie Reinigungs- und Entsorgungsberufen (Tabelle 9.3).

Tabelle 9.3
Ausgewählte Berufsgruppen[1] mit besonders hohen und niedrigen Raucheranteilen bei Männern
Quelle: Mikrozensus 1999 (eigene Auswertungen)

Berufe mit hohem Raucheranteil		**Berufe mit niedrigem Raucheranteil**	
Hotel- und Gaststättenberufe	59,4	Lehrer	19,6
Montierer und Metallberufe	57,4	Ärzte und Apotheker	19,7
Köche	54,8	Landwirtschaftliche Berufe	20,5
Tiefbauberufe	54,0	Ingenieure	24,7
Bauhilfsarbeiter	53,0	Chemiker und Physiker	25,5
Hochbauberufe	52,4	Geistes-/ naturwissenschaftliche Berufe	26,4
Maler und Lackierer	52,0	Bank-, Bausparkassen-, Versicherungsfachleute	29,8
Reinigungs- und Entsorgungsberufe	51,1	Techniker	30,0

[1] Klassifizierung der Berufe 1992 (Statistisches Bundesamt 1992)

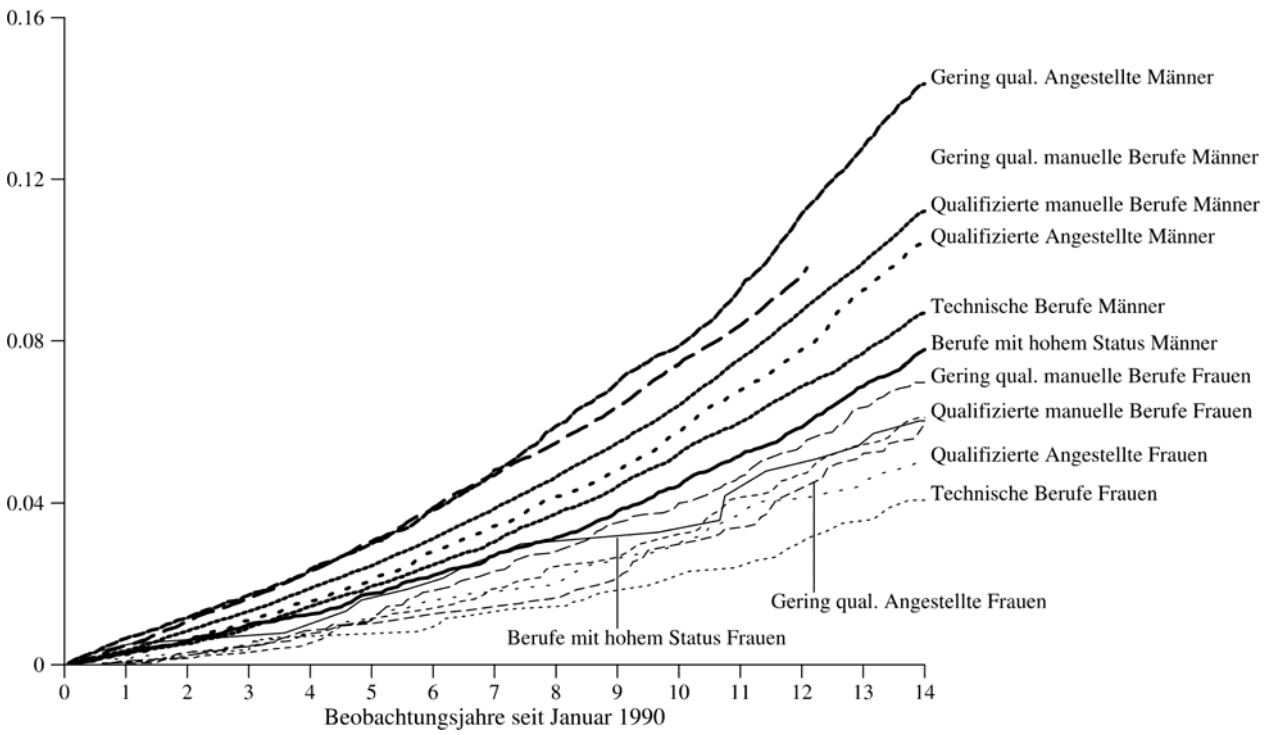
9.4 Stellung in der Arbeitswelt und Mortalität

Der Zusammenhang zwischen beruflichem Status und Mortalität lässt sich mit Daten der Gmünder Ersatzkasse untersuchen (siehe hierzu auch Voges et al. 2004). Die Daten der Jahre 1990 bis 2004 zeigen, dass gering qualifizierte angestellte Männer im Vergleich zu den anderen Berufsstatusgruppen dem höchsten Mortalitätsrisiko unterliegen. Es folgen Männer in gering qualifizierten manuellen Berufen, in qualifizierten manuellen Berufen, in qualifizierten Angestelltenberufen und in technischen Berufen. Die niedrigste kumulierte Sterberate weisen

Männer in Berufen mit hohem Status auf (Abbildung 9.9).

Abbildung 9.9

Kumulierte Mortalitätsrate für GEK-Mitglieder nach Hauptberufsgruppen und Geschlecht
Datenbasis: Gmünder Ersatzkasse 1990-2004 (Auswertungen von Voges et al. 2004 nach Auswertungsplan des Autors)



Im Vergleich zu Männern sind bei Frauen die berufsstatusspezifischen Unterschiede weniger deutlich ausgeprägt. Die höchste Mortalitätsrate ist bei Frauen in gering qualifizierten manuellen Berufen festzustellen. Demgegenüber haben Frauen in technischen Berufen die geringste Sterberate. Frauen in qualifizierten manuellen und Angestelltenberufen sowie in Berufen mit hohem Status unterscheiden sich kaum voneinander und liegen bei einem – auf die Gesamtheit der Frauen bezogen – durchschnittlichen Wert.

Insgesamt verdeutlichen die Auswertungen der GEK-Daten, dass Personen mit niedriger beruflicher Stellung ein höheres Mortalitätsrisiko haben. Bereits eine frühere Analyse der Daten der Gmünder Ersatzkasse ergab eine um etwa das Doppelte erhöhte vorzeitige Sterblichkeit von Angehörigen der niedrigsten im Vergleich zu den Angehörigen der höchsten Berufsstatusgruppe (Helmert 2000).

9.5 Diskussion

Die dargestellten Ergebnisse zeigen, dass die negativen Auswirkungen der Arbeitswelt auf die Gesundheit in den letzten Jahren deutlich abgenommen haben. Festmachen lässt sich dies z.B. am Rückgang von gemeldeten Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten sowie den Neuzugängen zu den Erwerbsminderungsrenten und Unfallrenten. Zugleich werden Unterschiede nach der Branchen- und Berufsgruppenzugehörigkeit deutlich, die darauf hindeuten, dass berufliche Belastungen und Gesundheitsrisiken ungleich verteilt sind und in Berufen mit niedrigem Status kumulieren. Darüber hinaus lassen sich Veränderungen im Panorama der Berufskrankheiten und der Gründe für Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung feststellen, die vor allem durch den relativen Bedeutungsgewinn von psychischen und Verhaltensstörungen gekennzeichnet sind. Auch wenn das nach wie vor häufige Auftreten von z.B. Krankheiten des Muskel- und Skelett-Systems sowie Atemwegserkrankungen auf den hohen Stellenwert von körperlichen Belastungen und Umgebungseinflüssen am Arbeitsplatz hindeutet, so wird doch die wachsende Bedeutung von psychosozialen Belastungen sichtbar. Dabei sind einerseits Belastungsfaktoren zu berücksichtigen, die sich unmittelbar aus den Arbeitsabläufen ergeben, wie z.B. hoher Zeitdruck, geringe Handlungsautonomie oder Konflikte mit Vorgesetzten und Kollegen (Oppolzer 1994; Peter 2006). Andererseits dürfte die Zunahme befristeter und geringfügiger Beschäftigungsverhältnisse, die bei den Betroffenen oftmals Unsicherheiten, Sorgen und Ängste auslösen, dazu beigetragen haben, dass psychosoziale Belastungen eine immer größere Rolle spielen (Siegrist 1996; Blossfeld et al. 2008).

Mit den vorhandenen Statistiken der Sozialversicherungsträger und den Daten der bevölkerungsrepräsentativen Surveys lassen sich die arbeitsbezogenen Belastungen und Risiken nicht hinreichend analysieren. Gleiches gilt für die mit der Arbeit verbundenen Ressourcen und latenten Funktionen, z.B. berufliche Entwicklungsmöglichkeiten oder soziale Anerkennung, sowie die Wechselwirkung zwischen situativen Anforderungen und individuellem Bewältigungsverhalten. Einblicke eröffnen sich über die Arbeits- und Berufsforschung sowie die arbeitspsychologische Forschung, die zur Entwicklung komplexer Erklärungsmodelle krankheitswertiger psychosozialer Belastungen geführt haben, z.B. das Anforderungs-Kontroll-Modell (Karasek, Theorell 1990) oder das Modell der beruflichen Gratifikationskrisen (Siegrist 1996), wenngleich diese bislang den Schwerpunkt auf Herz-Kreislauf-Krankheiten legen und nur in Bezug auf bestimmte Berufsgruppen empirisch überprüft wurden (siehe hierzu auch Kap. 4). Eine weitere Anforderung an die künftige Forschung

ergibt sich dadurch, dass die Gesundheitsrelevanz berufsbezogener psychosozialer Belastung auch von der außerberuflichen Lebenssituation abhängt und deshalb im Zusammenhang mit Ressourcen und Belastungen in anderen Lebensbereichen betrachtet werden sollte (Peter 2006).

Nichtsdestotrotz liefern die vorgestellten Ergebnisse klare Hinweise darauf, dass die Arbeitswelt nach wie vor ein zentraler Entstehungsort der gesundheitlichen Ungleichheit ist. Aufgrund der aktuellen Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt, von denen die verschiedenen Berufs- und Qualifikationsgruppen unterschiedlich betroffen sind (Reinberg, Hummel 2007), dürfte sich die über die Arbeitswelt vermittelte Ungleichheit der Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken eher noch verstärken als abschwächen. Die Arbeitswelt stellt damit einen wichtigen Bereich für Interventionen zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit dar. Neben arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen zur Sicherung von Arbeitsplätzen und den Rückbau befristeter und geringfügiger Beschäftigungsverhältnisse sowie weiteren Anstrengungen zur Verbesserung der Arbeitsschutzbestimmungen ist die betriebliche Gesundheitsförderung ein wichtiges, bislang noch zu wenig genutztes Handlungsfeld (Lenhardt 2003; RKI 2007).

10 Arbeitslosigkeit und Gesundheit

In Deutschland hat die Arbeitslosigkeit in den letzten Jahrzehnten sukzessive zugenommen, mitbestimmt durch die Ölpreisschocks in den Jahren 1973 und 1981, die Anfang der 1990er Jahre einsetzende Rezession und die wirtschaftlichen Probleme im Zuge der Wiedervereinigung. Vor Einführung des SGB II („Hartz IV“) wurde der Höchststand arbeitslos gemeldeter Personen im Februar 2003 mit 4,7 Millionen erreicht. Mit dem SGB II wurden die Arbeitslosenunterstützung und Sozialhilfe zusammengelegt, wodurch die Zahl der Arbeitslosen deutlich anstieg. Von den im Februar 2005 gemeldeten 5,2 Millionen Arbeitslosen waren nach Angaben der Bundesagentur für Arbeit 394.000 auf Veranlassung des Sozialhilfeträgers in die Arbeitslosenstatistik aufgenommen worden (Bundesagentur für Arbeit 2005). Damit belief sich die Arbeitslosenquote auf 12,6%. In den meisten neuen Bundesländern und auch einigen westdeutschen Regionen und Städten lag sie sogar über 20%.[16]

Arbeitslosigkeit ist mit konkret fassbaren materiellen Nachteilen verbunden. Im Jahr 2003 lag die Armutsrisikoquote bei Arbeitslosen mit 40,9% deutlich über dem Vergleichswert für die Gesamtbevölkerung (13,5%). Damit hat das Armutsrisiko von Arbeitslosen seit 1998, also innerhalb von nur fünf Jahren, um 7,8 Prozentpunkte zugenommen, während für Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen nur ein geringer Anstieg und für Rentner und Rentnerinnen sogar ein Rückgang zu beobachten war (BMGS 2005). Ein Teil der Einkommensnachteile dürfte allerdings bereits vor Eintritt der Arbeitslosigkeit bestanden haben. So zeigt eine Untersuchung des Robert Koch-Instituts (RKI), das vormals als ungelernte oder angelernte Arbeiter und Arbeiterinnen tätige Personen unter den aktuell Arbeitslosen mit einem Anteil von 22% gegenüber 7% bei den Erwerbstätigen deutlich überrepräsentiert sind. Außerdem haben die Arbeitslosen häufiger lediglich einen niedrigen Schulabschluss (nur Volksschul- oder Hauptschulabschluss: 38% bei Arbeitslosen und 23% bei Erwerbstätigen) und keinen berufsqualifizierenden Abschluss (14% bei Arbeitslosen und 5% bei Erwerbstätigen) aufzuweisen (Lange, Lampert 2005).

Die Folgen der Arbeitslosigkeit für die Gesundheit werden im Folgenden auf der Basis von Daten des telefonischen Gesundheitssurveys 2003, des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 und der Gmünder Ersatzkasse (GEK) 1995-2000 untersucht. Die Erfassung von Arbeitslosigkeit ist dabei mit der Schwierigkeit verbunden, dass sich die offiziellen, den amtlichen Statistiken

zugrunde liegenden Definitionen nicht unmittelbar umsetzen lassen. Die Bundesagentur für Arbeit registriert als Arbeitslose im Sinne des § 16 SGB III alle Arbeitssuchende bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres, die nicht oder mit weniger als 15 Stunden wöchentlich in einem Beschäftigungsverhältnis stehen, sofort eine Arbeit aufnehmen könnten und sich persönlich arbeitslos gemeldet haben. Nicht als arbeitslos gelten Schüler und Schülerinnen, Studenten und Studentinnen sowie Teilnehmer und Teilnehmerinnen an Maßnahmen der beruflichen Weiterbildung. Das Statistische Bundesamt hingegen spricht in Anlehnung an das international gebräuchliche „Labor-Force"-Konzept nicht von Arbeitslosigkeit, sondern von Erwerbslosigkeit und bezieht diese auf alle über 15-jährige Personen ohne jedes Arbeitsverhältnis, die – unabhängig von der Meldung beim Arbeitsamt – aktiv eine Arbeitsstelle suchen und innerhalb eines Zeitraums von zwei Wochen die Arbeit aufnehmen könnten.

Anhand der Daten des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 und der Routinedaten der Gmünder Ersatzkasse lässt sich feststellen, ob die Befragten beim Arbeitsamt als arbeitslos gemeldet sind. Da außerdem Informationen zur wöchentlichen Arbeitszeit verfügbar sind, lässt sich eine Abgrenzung in Annäherung an die Definition der Bundesagentur für Arbeit vornehmen. Im telefonischen Gesundheitssurvey 2003 wurde hingegen eine Selbsteinschätzung der Befragten erhoben. Als arbeitslos werden alle Befragten erachtet, die – unabhängig von der Meldung beim Arbeitsamt – angaben, arbeitslos zu sein, sofern sie nicht mehr als 15 Stunden in der Woche in einem Beschäftigungsverhältnis standen, bereits pensioniert oder noch in der Ausbildung waren.

Die Auswertungen sind auf die Altersspanne von 20 bis 59 Jahre begrenzt und laufen in den meisten Fällen auf einen Vergleich zwischen drei Gruppen hinaus: Erwerbstätige (mit einer Wochenarbeitszeit von mindestens 15 Stunden), kurzzeitig Arbeitslose (< 1 Jahr) und Langzeitarbeitslose (≥ 1 Jahr). Bei Frauen werden bisweilen auch die Hausfrauen betrachtet, deren Lebenssituation sich sowohl von der erwerbstätiger als auch arbeitsloser Frauen unterscheidet.[17]

[16] In den letzten Jahren waren die Arbeitslosenzahlen wieder rückläufig. Am Ende des Jahres 2007 waren 3,4 Millionen Menschen arbeitslos gemeldet; die Arbeitslosenquote betrug 8,1%.

[17] Auch Hausmänner stellen im Hinblick auf ihre Lebensumstände eine separat zu betrachtende Gruppe dar. Die Fallzahlen in den verfügbaren Datensätzen sind aber zu gering, um verlässliche Aussagen zu treffen.

10.1 Krankheiten und Beschwerden bei Arbeitslosen

Im telefonischen Gesundheitssurvey 2003 wurden die Befragten um Auskunft darüber gebeten, ob sie gegenwärtig von einer länger andauernden bzw. wiederkehrenden Krankheit oder Gesundheitsstörung betroffen sind. Berücksichtigt wurden damit auch Beschwerden und Schmerzen, die unabhängig von einer Diagnose von den Befragten als beeinträchtigend angesehen werden. Bei den 20- bis 59-Jährigen bejahten fast 59,7% der langzeitarbeitslosen Männer diese Frage, während die entsprechenden Anteile bei den kurzzeitig Arbeitslosen 36,1% und bei den Erwerbstätigen 27,7% betragen (Abbildung 10.1). Bei Kontrolle des Alterseffektes haben langzeitarbeitslose im Vergleich zu erwerbstätigen Männern ein fast 3-fach erhöhtes Risiko, mit einer länger andauernden Krankheit oder Gesundheitsstörungen zu tun zu haben (OR=2,96; 95%-KI=1,94-4,54). Bei Frauen zeigt sich, dass die kurzzeitig Arbeitslosen noch etwas häufiger als die Langzeitarbeitslosen und beide Gruppen weitaus häufiger als die Erwerbstätigen und Hausfrauen in ihrer Gesundheit eingeschränkt sind. Unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Alterszusammensetzung der Vergleichsgruppen erweist sich nur der Unterschied zwischen den kurzzeitarbeitslosen und erwerbstätigen Frauen als signifikant (OR=2,05; 95%-KI=1,26-3,33).

Abbildung 10.1

Länger andauernde Krankheit oder Gesundheitsstörung in Abhängigkeit von Arbeitslosigkeitserfahrungen

Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003 (eigene Auswertungen)

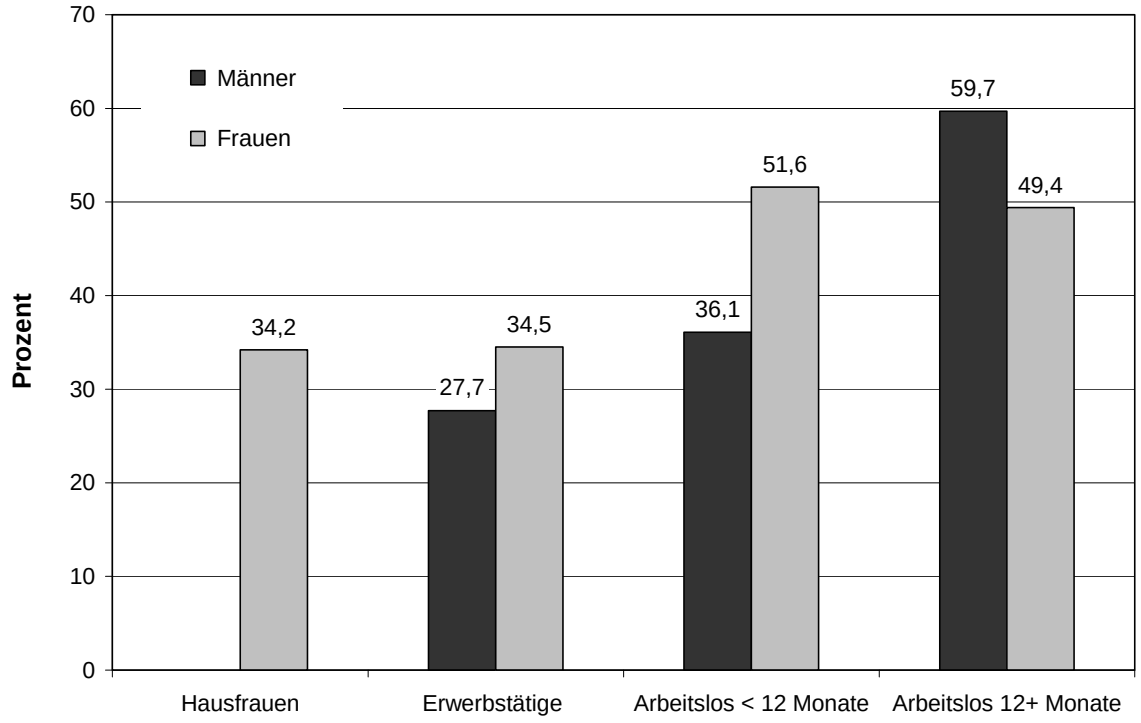


Tabelle 10.1

Verbreitung von chronischen Krankheiten und Beschwerden bei arbeitslosen und erwerbstätigen Männern

Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003 (eigene Auswertungen)

	Erwerbstätige (Ref.)		Arbeitslose (<12 Monate)			Arbeitslose (12+ Monate)		
	%	OR	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
Chronische Bronchitis	5,6	1,00	9,2	1,31	0,58-3,00	17,0	3,41	1,83-6,35
Asthma Bronchiale	4,8	1,00	9,2	1,36	0,57-3,28	9,0	1,98	0,87-4,53
Arthrose	11,3	1,00	16,0	1,54	0,81-2,95	21,3	2,14	1,22-3,76
Chronischer Rückenschmerz	21,0	1,00	28,6	1,52	0,93-2,50	33,7	1,90	1,17-3,07
Schwindel	18,2	1,00	32,7	2,19	1,38-3,48	35,2	2,47	1,52-3,99
Hypertonie	20,3	1,00	25,8	1,51	0,90-2,55	37,5	1,89	1,15-3,10
Depressionen	10,5	1,00	20,0	2,32	1,34-4,00	25,3	3,36	2,00-5,64
Hypercholesterolämie	27,0	1,00	28,9	1,17	0,68-1,99	28,7	1,10	0,66-1,85
Herzrhythmusstörungen	6,7	1,00	9,5	1,88	0,90-3,91	8,0	1,22	0,53-2,85

%=Häufigkeiten in Prozent; OR=odds ratios nach Adjustierung für Alter; 95%-KI=Konfidenzintervalle zu den odds ratios; Ref.=Referenzkategorie

Tabelle 10.2

Verbreitung von chronischen Krankheiten und Beschwerden bei arbeitslosen, erwerbstätigen und Hausfrauen

Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003 (eigene Auswertungen)

	Erwerbstätige (Ref.)		Hausfrauen			Arbeitslose (<12 Monate)			Arbeitslose (12+ Monate)		
	%	OR	%	OR	95 %-KI	%	OR	95 %-KI	%	OR	95 %-KI
Chronische Bronchitis	8,0	1,00	10,5	1,48	1,06-2,07	11,6	1,46	0,65-3,27	12,2	1,66	0,84-3,28
Asthma Bronchiale	5,8	1,00	7,3	1,36	0,91-2,01	13,2	2,35	1,09-5,07	4,9	1,03	0,38-2,77
Arthrose	12,1	1,00	17,9	1,29	0,93-1,78	23,2	2,11	1,04-4,27	23,5	1,46	0,80-2,65
Chronischer Rückenschmerz	26,5	1,00	29,0	1,16	0,93-1,46	44,1	2,27	1,36-3,80	40,2	1,71	1,06-2,74
Schwindel	33,2	1,00	32,3	1,00	0,81-1,25	50,0	2,05	1,24-2,33	42,7	1,46	0,91-2,33
Hypertonie	16,6	1,00	24,6	1,30	0,99-1,70	27,9	1,97	1,07-3,64	34,9	2,16	1,31-3,58
Depressionen	17,8	1,00	20,3	1,01	0,77-1,31	36,8	2,77	1,62-4,72	38,8	2,74	1,69-4,44
Hypercholesterolämie	18,4	1,00	13,0	0,95	0,72-1,26	32,4	2,05	1,13-3,72	32,5	1,68	1,01-2,80
Herzrhythmusstörungen	9,2	1,00	11,2	1,08	0,76-1,55	11,8	1,64	0,77-3,51	19,8	2,14	1,18-3,87

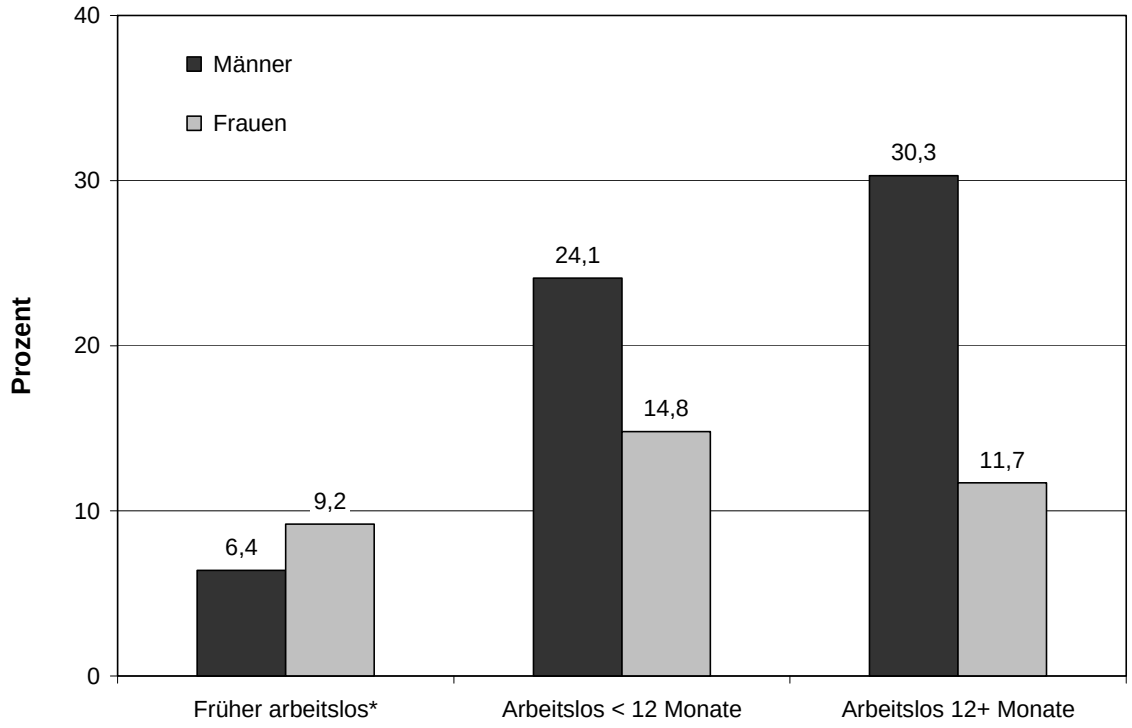
%=Häufigkeiten in Prozent; OR=odds ratios nach Adjustierung für Alter; 95%-KI=Konfidenzintervalle zu den odds ratios; Ref.=Referenzkategorie

Von den im telefonischen Gesundheitssurvey 2003 erfassten spezifischen Krankheiten und Beschwerden, die bereits in der Bevölkerung im Erwerbsalter vermehrt auftreten, kommen Hypertonie, chronische Bronchitis, Arthrose, Rückenschmerzen, Schwindel und Depressionen bei arbeitslosen Männern und Frauen häufiger vor als bei erwerbstätigen, während sich im Hinblick auf Asthma bronchiale und erhöhte Cholesterinwerte keine signifikanten Unterschiede beobachten lassen (Tabellen 10.1 und 10.2).

Im Bundes-Gesundheitssurvey 1998, in dem eine umfassendere Krankheits- und Beschwerdenliste erhoben wurde, zeigten sich bei Männern außerdem Unterschiede im Auftreten von Durchblutungsstörungen des Gehirns mit Lähmungen oder Gefühlsstörungen, Durchblutungsstörungen der Beine, Leberzirrhose, Epilepsie sowie Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen. Von arbeitslosen Frauen werden Durchblutungsstörungen der Beine signifikant häufiger angegeben (RKI 2003a). Mit den Daten des Zusatzmoduls „Psychische Störungen“ lässt sich darüber hinaus ein deutlicher Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und psychischen Störungen belegen. Am stärksten kommt dieser bei affektiven Störungen zum Ausdruck, und zwar sowohl bei majoren Depressionen als auch bei Dysthymien und bipolaren Störungen (Rose 2003; Schneider et al. 2006).

Das verstärkte Auftreten von Krankheiten und Beschwerden lässt sich nicht unmittelbar als Folge der Arbeitslosigkeit interpretieren, da gesundheitliche Beeinträchtigungen die Chancen auf dem Arbeitsmarkt vermindern und das Risiko eines Arbeitsplatzverlustes erhöhen. Dies kann insbesondere auch für psychische Erkrankungen und Störungen unterstellt werden. Um Hinweise auf die Kausalrichtung der Beziehung zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit zu erhalten, wurden Personen, die angaben, arbeitslos zu sein, im telefonischen Gesundheitssurvey 2003 danach gefragt, ob die Arbeitslosigkeit etwas mit einer Erkrankung zu tun hat und ob sich die Gesundheit durch die Arbeitslosigkeit verändert hat. Von den aktuell arbeitslosen Männern gab jeder Vierte und von den langzeitarbeitslosen Männern sogar jeder Dritte an, dass Einschränkungen der Gesundheit mit ein Grund für die Arbeitslosigkeit sind. Frühere Arbeitslosigkeitserfahrungen werden hingegen nur selten mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen in Verbindung gebracht. Frauen geben im Vergleich zu Männern deutlich seltener gesundheitliche Gründe für die Arbeitslosigkeit an (Abbildung 10.2).

Abbildung 10.2
Angabe einer Erkrankung als Grund für die Arbeitslosigkeit in Abhängigkeit von Arbeitslosigkeitserfahrungen
Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003 (eigene Auswertungen)



*Gegenwärtig nicht arbeitslos, aber innerhalb der letzten fünf Jahre mindestens 12 Monate arbeitslos gewesen.

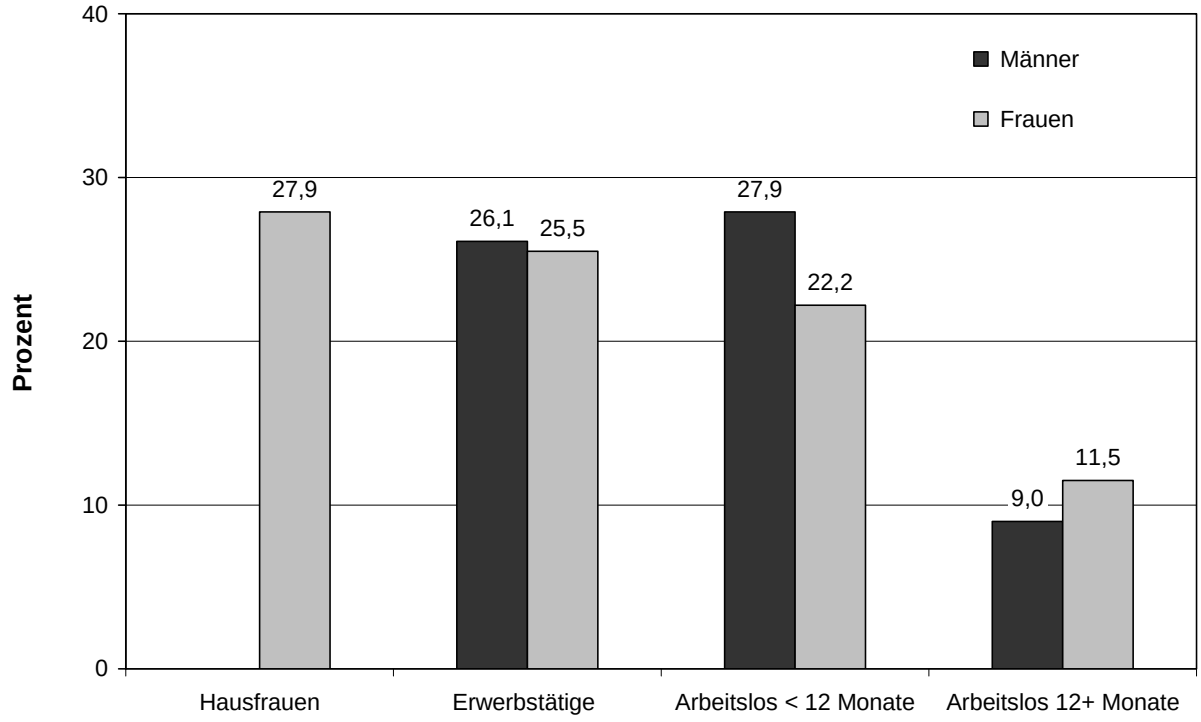
Eine signifikante Verschlechterung der Gesundheit infolge der Arbeitslosigkeit wird vor allem von Männern und Frauen berichtet, die seit mehr als einem Jahr arbeitslos sind. Anders als bei Männern schlägt sich bei Frauen offenbar auch eine kurzzeitige Arbeitslosigkeit in der Gesundheit nieder. Wenngleich diese Ergebnisse keine zufrieden stellende Antwort auf die Frage nach der Kausalität der Einflussbeziehung zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit geben, so verdeutlichen sie doch, dass beide Wirkungsrichtungen beachtet werden sollten, was letztlich aber nur auf der Basis von Längsschnittdaten möglich ist.

10.2 Arbeitslosigkeit und subjektive Gesundheit

Mit den Daten des telefonischen Gesundheitssurveys 2003 lässt sich außerdem belegen, dass Arbeitslose und vor allem Langzeitarbeitslose ihren allgemeinen Gesundheitszustand schlechter einschätzen. Männer, die seit mindestens einem Jahr arbeitslos sind, beschreiben ihre eigene Gesundheit nur zu 9,0% als sehr gut, während mehr als ein Viertel der erwerbstätigen und der kurzzeitig arbeitslosen Männer zu dieser Einschätzung gelangen. Auch langzeit-

arbeitslose Frauen beurteilen ihre Gesundheit weitaus schlechter, wobei dieser Unterschied auch gegenüber Hausfrauen zum Ausdruck kommt (Abbildung 10.3). Kontrolliert man für die unterschiedliche Altersstruktur in den Vergleichsgruppen, dann haben langzeitarbeitslose Männer eine im Verhältnis zu erwerbstätigen Männern um den Faktor 3,8 verringerte Chance auf einen sehr guten Gesundheitszustand (OR=0,27; 95%-KI=0,12-0,59). Bei langzeitarbeitslosen Frauen ist diese Chance um den Faktor 2,1 verringert (OR=0,47; 95 %-KI=0,24-0,92).

Abbildung 10.3
Sehr gute Einschätzung der allgemeinen Gesundheit in Abhängigkeit von Arbeitslosigkeitserfahrungen
Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003 (eigene Auswertungen)



Anhand von Daten des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 lässt sich zudem zeigen, dass bei Männern die Zusammenhänge zwischen Arbeitslosigkeit und allgemeiner Gesundheit mit der Haushaltssituation und zurückliegenden Arbeitslosigkeitserfahrungen differieren: Die gesundheitlichen Auswirkungen der Arbeitslosigkeit kommen bei Hauptverdienern stärker zum Tragen als bei Nebenverdienern, und zwar auch schon bei einer Arbeitslosigkeitsdauer unter einem Jahr. Außerdem weisen aktuell erwerbstätige Männer, die in den letzten fünf Jahren längere Zeit arbeitslos gewesen sind, häufiger gesundheitliche Beeinträchtigungen auf als Männer, die durchgehend einer Erwerbsarbeit nachgingen (RKI 2003a).

Im telefonischen Gesundheitssurvey 2003 gab mehr als die Hälfte der langzeitarbeitslosen Männer an, in den zurückliegenden sechs Monaten durch ihre gesundheitliche Verfassung in

der Alltagsgestaltung beeinträchtigt gewesen zu sein, während dies lediglich von einem Viertel der kurzzeitig arbeitslosen und erwerbstätigen Männer ausgesagt wurde. Bei Frauen unterscheidet sich dieses Zusammenhangsmuster insofern, dass ähnlich wie bei dem Vorkommen einer länger andauernden Krankheit oder Gesundheitsstörung die Kurzzeitarbeitslosen häufiger als die Langzeitarbeitslosen betroffen sind (Tabelle 10.3).

Tabelle 10.3
Gesundheitsbedingte Einschränkung im Alltag in Abhängigkeit von Arbeitslosigkeitserfahrungen
Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003 (eigene Auswertungen)

	Männer			**Frauen**		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
Hausfrauen	--	--	--	33,4	1,41	1,13-1,76
Erwerbstätige	25,5	Ref.	--	26,2	Ref.	--
Arbeitslose (<12 Monate)	24,4	1,03	0,63-1,70	50,0	2,99	1,79-4,99
Arbeitslose (12+ Monate)	52,0	3,04	1,93-4,81	40,5	1,71	1,07-2,73

%=Häufigkeiten in Prozent; OR=odds ratios nach Adjustierung für Alter; 95%-KI=Konfidenzintervalle zu den odds ratios; Ref.=Referenzkategorie

10.3 Gesundheitsverhalten von Arbeitslosen

Im Hinblick auf das Gesundheitsverhalten erlauben die verfügbaren Datengrundlagen u.a. Aussagen über den Tabak- und Alkoholkonsum, die Ernährung und Übergewicht sowie die sportliche Aktivität. Besonders gravierende Unterschiede zwischen Arbeitslosen und Erwerbstätigen treten beim Tabakkonsum zutage. Gemäß dem telefonischen Gesundheitssurvey 2003 rauchen in der Gruppe der 20- bis 59-Jährigen fast zwei Drittel der kurzzeit- und der langzeitarbeitslosen Männer, aber nur knapp über 40% der erwerbstätigen Männer. Noch deutlicher fallen die Differenzen aus, wenn die unterschiedliche Alterszusammensetzung der Gruppen berücksichtigt wird: Männer, die seit mehr als einem Jahr arbeitslos sind, rauchen demnach 2,7-mal und Männer mit einer Arbeitslosigkeitsdauer von bis zu einem Jahr 1,9-mal häufiger im Vergleich zu erwerbstätigen Männern. Auch bei Frauen zeigen sich Unterschiede zwischen Arbeitslosen und Erwerbstätigen, die aber nach Kontrolle des Alterseffekts nicht mehr signifikant sind (Tabelle 10.4).

Tabelle 10.4
Anteil der aktuellen Raucher und Raucherinnen in Abhängigkeit von Arbeitslosigkeitserfahrungen
Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003 (eigene Auswertungen)

	Männer			Frauen		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
Hausfrauen	--	--	--	31,5	0,78	0,62-0,97
Erwerbstätige	42,2	Ref.	--	37,1	Ref.	--
Arbeitslose (<12 Monate)	60,5	1,92	1,22-3,00	48,4	1,58	0,94-2,63
Arbeitslose (≥ 12 Monate)	64,1	2,74	1,70-4,43	44,8	1,57	0,99-2,49

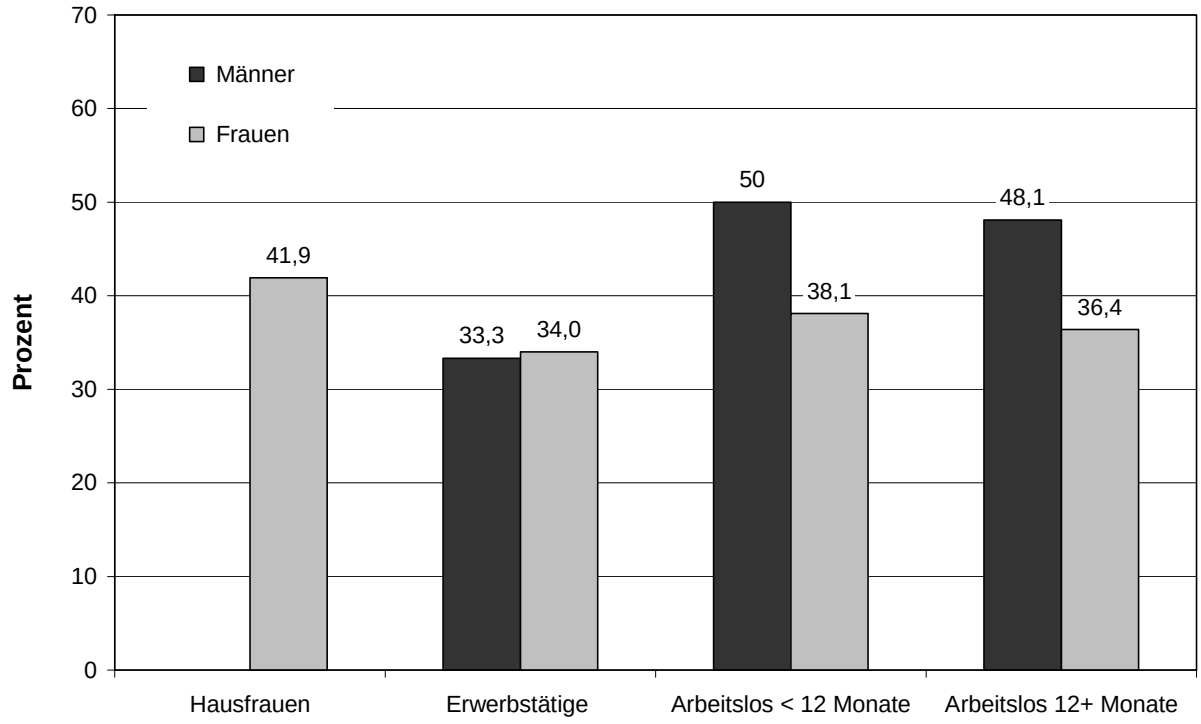
%=Häufigkeiten in Prozent; OR=odds ratios nach Adjustierung für Alter; 95%-KI=Konfidenzintervalle zu den odds ratios; Ref.=Referenzkategorie

Bei den bisherigen Untersuchungen zum Alkoholkonsum konnte meist kein Zusammenhang zur Arbeitslosigkeit festgestellt werden. Weder im Bundes-Gesundheitssurvey 1998 noch im telefonischen Gesundheitssurvey 2003 liegt der Alkoholkonsum der Arbeitslosen über dem der Erwerbstätigen. In einzelnen Studien finden sich aber Hinweise darauf, dass sich vorher vorhandene problematische Konsummuster durch die Arbeitslosigkeit verfestigen und zum Teil noch verstärken (Dauer 1999; Henkel 1992). Auf Basis der GEK-Daten zu den Krankenhausverweildauern der Versicherten für das Jahr 2000 lässt sich zeigen, dass bei arbeitslosen Männern 14,3% aller Krankenhaustage und damit ein deutlich höherer Anteil als bei erwerbstätigen Männern auf psychische und Verhaltensstörungen entfallen (RKI 2003a). Die Relevanz im Zusammenhang mit der Suchtabhängigkeit lässt sich auch dadurch verdeutlichen, dass knapp 40% der 46.500 Erwachsenen, die im Jahr 2000 eine Entwöhnungsbehandlung bei Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten oder anderen Drogen beendet hatten, vor der Antragstellung arbeitslos gemeldet waren (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger 2001; Hollederer 2002).

Auch die bislang zur Ernährung vorliegenden Erkenntnisse lassen nicht unmittelbar darauf schließen, dass sich Arbeitslose weniger gesundheitsbewusst verhalten. Im Bundes-Gesundheitssurvey 1998 zeigten sich zwischen Arbeitslosen und Erwerbstätigen keine nennenswerten Unterschiede im Konsum von Milchprodukten, Fleisch, rohem Gemüse und Obst. Allerdings verzehrten Arbeitslose häufiger kohlenhydratreiche Grundnahrungsmittel wie Kartoffeln, Grau- und Weißbrot sowie Margarine, was als Hinweis auf eine preisgünstigere Ernährung angesehen werden kann. Für unterschiedliche Ernährungsgewohnheiten spricht die stärkere Betroffenheit durch Übergewicht und Adipositas. Gemäß dem telefoni-

schen Gesundheitssurvey 2003 sind von den 20- bis 59-jährigen langzeitarbeitslosen Frauen 33% übergewichtig und 26% adipös im Vergleich zu erwerbstätigen Frauen mit 30% bzw. 13%. Auch bei Männern zeigt sich in Bezug auf Adipositas ein vermehrtes Vorkommen bei den Arbeitslosen (23,7% bei den Langzeitarbeitslosen gegenüber 16,0% bei den Erwerbstätigen). Bei Kontrolle des Alterseinflusses ergibt sich bei langzeitarbeitslosen Männern und Frauen ein um den Faktor 1,9 erhöhtes Risiko für Adipositas im Vergleich zur Gruppe der Erwerbstätigen (OR=1,85; 95%-KI=1,14-3,01 bzw. OR=1,88; 95%-KI=1,13-3,12).

Abbildung 10.4
Sportliche Inaktivität in Abhängigkeit von Arbeitslosigkeitserfahrungen
Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003 (eigene Auswertungen)



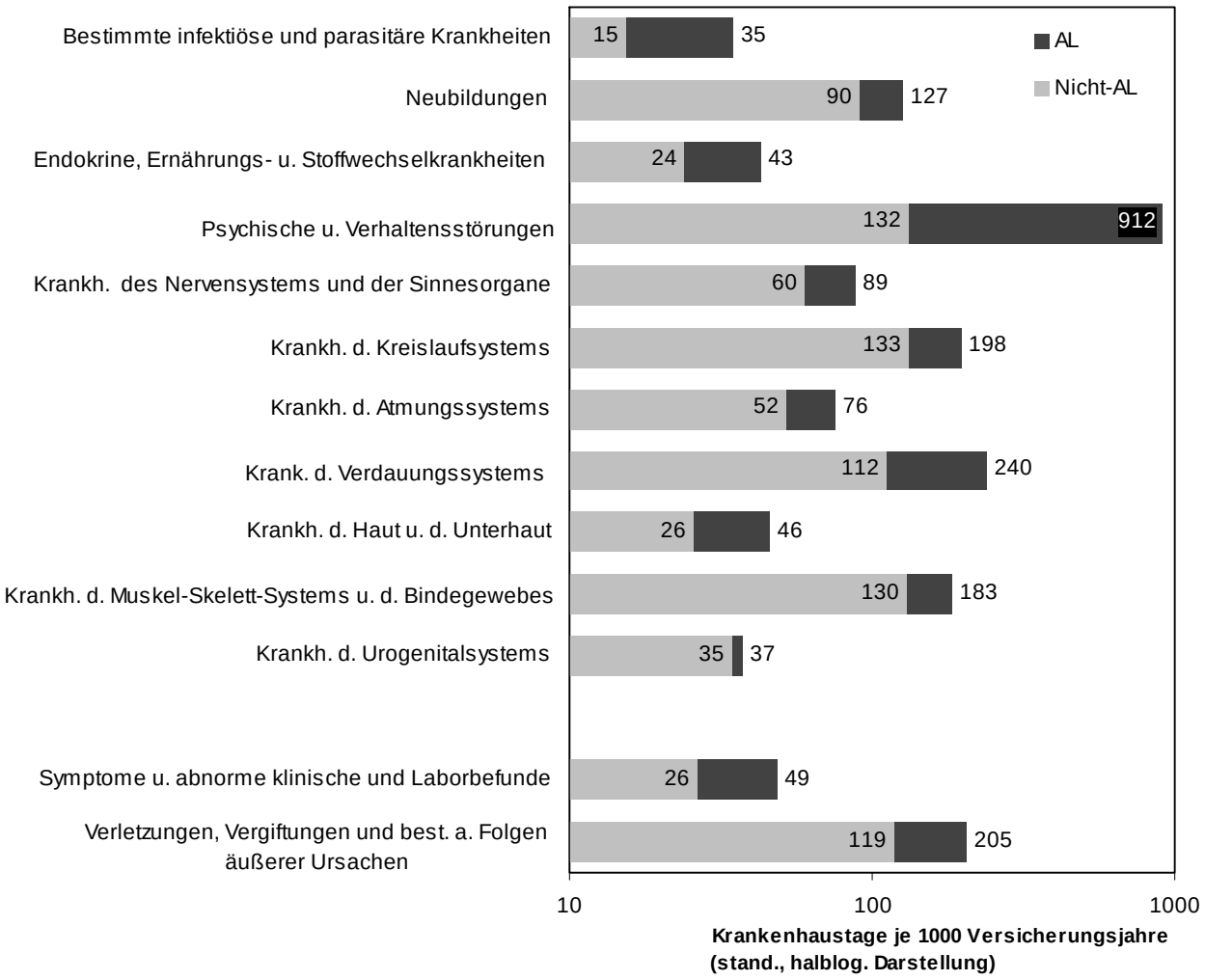
Ebenso deutliche Unterschiede zwischen Arbeitslosen und Erwerbstätigen belegt der telefonische Gesundheitssurvey 2003 hinsichtlich der Sportausübung. Trotz eines vermeintlich höheren Zeitkontingents treiben arbeitslose Männer zur Hälfte überhaupt keinen Sport, bei den erwerbstätigen Männern beläuft sich dieser Anteil lediglich auf ein Drittel. Wenn arbeitslose Männer sportlich aktiv sind, dann üben sie jedoch ebenso intensiv Sport aus wie erwerbstätige Männer – gemessen am wöchentlichen Stundenumfang. Bei Frauen zeigen sich in Bezug auf die sportliche Aktivität keine bedeutsamen Unterschiede zwischen Arbeitslosen und Erwerbstätigen. Am wenigsten aktiv sind die Hausfrauen, der Abstand zu den anderen Gruppen ist aber relativ gering (Abbildung 10.4).

10.4 Inanspruchnahme des Gesundheitssystems durch Arbeitslose

Der höheren gesundheitlichen Belastung von Arbeitslosen korrespondiert eine verstärkte Inanspruchnahme der ambulanten und stationären Versorgung. Der Bundes-Gesundheitssurvey 1998 belegt für arbeitslose Männer im Durchschnitt 9,8 Kontakte zu einem niedergelassenen Arzt gegenüber 7,1 Kontakten bei erwerbstätigen Männern. Frauen nehmen häufiger als Männer einen Arzt in Anspruch, aber auch bei ihnen zeigen sich – wenn auch geringe – Unterschiede zwischen Arbeitslosen und Erwerbstätigen (12,7 gegenüber 11,0 Arztkontakte). Deutlicher kommen die Unterschiede in der Gruppe der Personen zum Ausdruck, die im vorausgegangenen Jahr 12-mal oder häufiger ambulante ärztliche Dienste in Anspruch genommen haben (Männer: 26% bei Arbeitslosen gegenüber 14% bei Erwerbstätigen; Frauen: 37% gegenüber 27%) (RKI 2003a).

Abbildung 10.5

Krankenhaustage bei arbeitslosen und erwerbstätigen Männern nach ICD 10-Diagnosekapiteln
Datenbasis: Gmünder Ersatzkasse 2000 (RKI 2003a: 12)



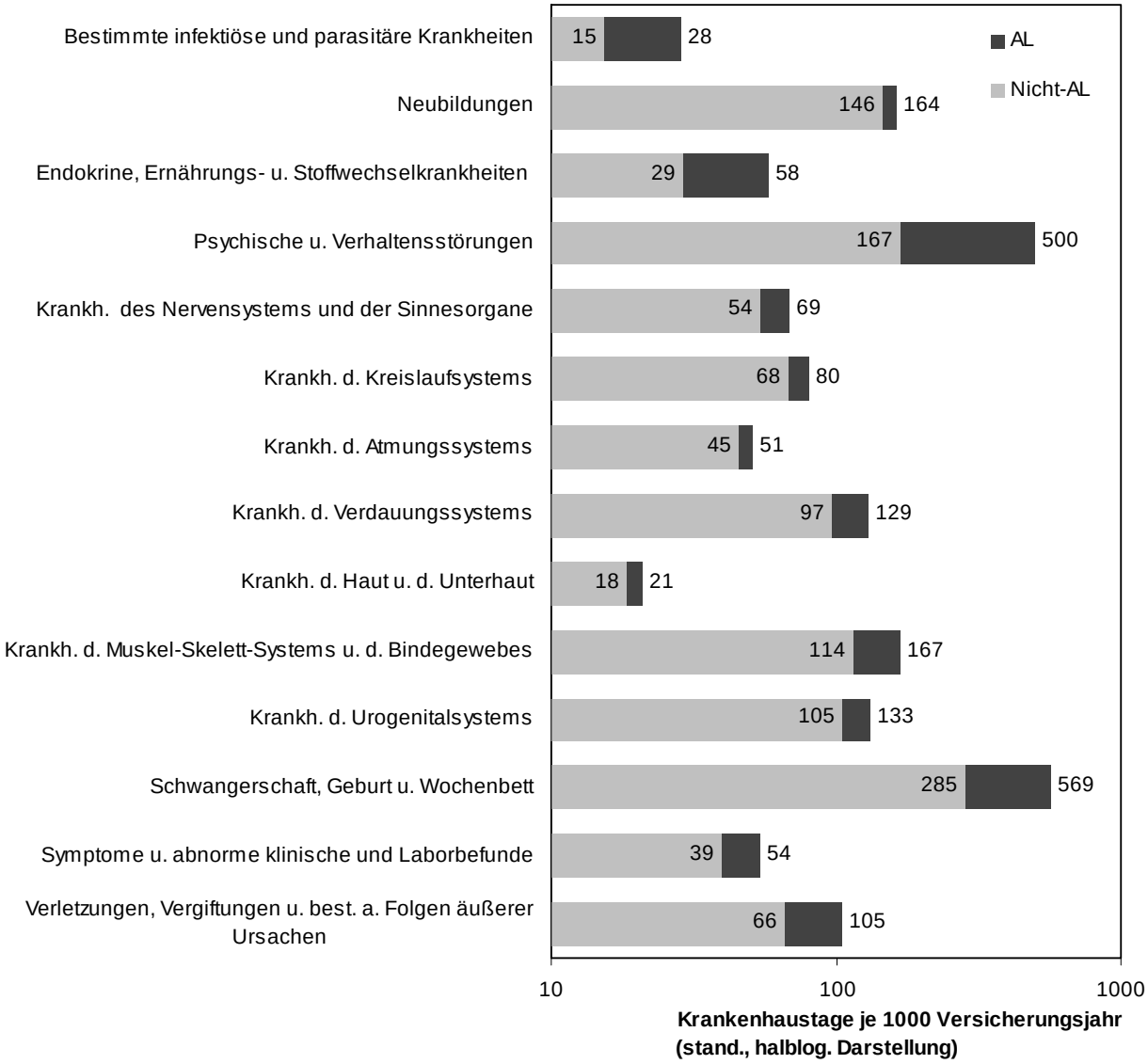
Differenzierte Aussagen über die Inanspruchnahme stationärer Versorgung sind auf der Basis von Krankenkassendaten möglich. So registrierte die Gmünder Ersatzkasse im Jahr 2000 bei Arbeitslosen mehr Krankenhaustage im Vergleich zu Erwerbstätigen (Männer: 2.257 Tage bei Arbeitslosen vs. 963 Tagen bei Erwerbstätigen je 1.000 Versicherungsjahre; Frauen: 2.162 vs. 1.263 Tage je 1.000 Versicherungsjahre) (RKI 2003a).[18] Das entspricht einem Verhältnis von 2,3:1 bei Männern und 1,7:1 bei Frauen. Noch stärker zeichnen sich die Unterschiede ab, wenn die Krankenhausverweildauern auf einzelne Diagnosen oder Diagnosegruppen bezogen werden. Für die meisten in den Abbildungen 10.5 und 10.6 ausgewiesenen Diagnosekapitel der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD 10), auf die insgesamt 99% aller von der GEK registrierten Krankenhaustage entfallen, werden bei Arbeitslosen längere Krankenhausverweildauern berichtet als für Erwerbstätige. Insbesondere gilt dies für psychische und Verhaltensstörungen: Arbeitslose Männer verbringen nahezu 7-mal mehr Tage mit einer entsprechenden Diagnose im Krankenhaus als erwerbstätige Männer; bei Frauen beträgt das Verhältnis 3:1. Deutliche Unterschiede in der Krankenhausverweildauer finden sich zudem bei Infektionserkrankungen, Stoffwechselerkrankungen, Krankheiten der Verdauungsorgane, Verletzungen und Vergiftungen und bei Frauen auch in Bezug auf Komplikationen in der Schwangerschaft, bei der Geburt oder im Wochenbett (RKI 2003a).[19]

Anhand der GEK-Daten lässt sich die Krankenhausverweildauer auch unter Berücksichtigung von Vorerkrankungen analysieren. Demnach unterliegen Versicherte, die im Zeitraum von 1998 bis 2000 mindestens ein Jahr arbeitslos gewesen sind, einem mehr als 3-fach erhöhten Risiko für eine längere Krankenhausbehandlung (insgesamt drei oder mehr Wochen im Beobachtungszeitraum) im Vergleich zu den durchgängig erwerbstätig Versicherten. Werden Einflüsse von Vorerkrankungen in den Jahren 1995 bis 1997 mit berücksichtigt, dann ist das relative Risiko um den Faktor 2,3 erhöht. Dass sich das relative Risiko lediglich partiell reduziert, kann als Hinweis auf einen eigenständigen kausalen Effekt der Arbeitslosigkeit gedeutet werden (RKI 2003).

[18] Da Versicherte innerhalb eines Jahres ihren Versichertenstatus oder die Mitgliedschaft in einer Kasse wechseln können, beziehen sich die Angaben nicht auf Versicherte, sondern auf Versicherungszeiten. Die Angabe einer Inanspruchnahme je 1.000 Versicherungsjahre entspricht der Inanspruchnahme, die bei 1.000 durchgängig versicherten Personen zu erwarten wäre. Dabei wird eine Altersstandardisierung vorgenommen, d.h. eine gleiche Altersstruktur in den Vergleichsgruppen zugrunde gelegt (RKI 2003a).

[19] Bei den längeren Krankenhausverweildauern von Arbeitslosen gegenüber Erwerbstätigen ist zu beachten, dass auch unter den Arbeitslosen nur ein relativ geringer Anteil aus Krankheitsgründen versorgt werden muss. Beispielsweise wurden im Jahr 2002 trotz des deutlich häufigeren relativen Vorkommens weniger als 3% der bei der GEK versicherten arbeitslosen Männer wegen psychischen Störungen behandelt (RKI 2003a).

Abbildung 10.6
Krankenhaustage bei arbeitslosen und erwerbstätigen Frauen nach ICD 10-Diagnosekapiteln
Datenbasis: Gmünder Ersatzkasse 2000 (RKI 2003a: 13)



Darüber hinaus lässt sich mit den GEK-Daten ein deutlich erhöhtes Risiko für Arbeitslosigkeit in Abhängigkeit von Dauer und Art der erfassten Krankschreibungen belegen. So waren Männer mit sechs bis unter 12 Wochen Krankschreibungsdauer innerhalb der Jahre 1995 bis 1997 im Vergleich zu in diesem Zeitraum durchgängig nicht krankgeschriebenen Männern zweimal häufiger in den Folgejahren 1998 bis 2000 ein halbes Jahr oder länger arbeitslos (RKI 2003a).

10.5 Mortalität von Arbeitslosen

Vor dem Hintergrund der Häufung von gesundheitsriskanten Verhaltensmustern und gesundheitlichen Einschränkungen lässt sich eine erhöhte Sterblichkeit bei Arbeitslosigkeit erwarten. Aufschluss hierüber gibt eine Auswertung von GEK-Daten, die sich auf die Sterblichkeit 20-bis 50-jähriger Versicherter im Zeitraum 1998 bis 2000 bezieht. Dabei wurden ausgehend von Angaben zum Erwerbsstatus in den Vorjahren (1995-1997) zwischen vier Gruppen differenziert: Durchgängig erwerbstätig Versicherte, Versicherte mit unter einem Jahr Arbeitslosigkeit, Versicherte mit ein bis unter 2 Jahren Arbeitslosigkeit sowie Versicherte mit zwei und mehr Jahren Arbeitslosigkeit.

Die Ergebnisse sprechen dafür, dass Arbeitslose einem erhöhten Mortalitätsrisiko unterliegen: Während rechnerisch unter 100.000 durchgängig Erwerbstätigen im dreijährigen Beobachtungszeitraum lediglich 277 Personen starben, nahm die Sterblichkeit mit der Dauer der Arbeitslosigkeit bis auf 965 Todesfälle unter den Versicherten, die zwei oder mehr Jahre arbeitslos waren, zu. Werden die unterschiedlichen Alters- und Geschlechtszusammensetzungen der Vergleichsgruppen berücksichtigt, dann errechnet sich für Versicherte mit ein bis unter zwei Jahren Arbeitslosigkeit ein um den Faktor 1,6 und für Versicherte mit zwei oder mehr Jahren Arbeitslosigkeit ein um den Faktor 3,4 erhöhtes Mortalitätsrisiko im Vergleich zu den durchgängig Erwerbstätigen (RKI 2003a).

10.6 Diskussion

Die dargestellten Ergebnisse belegen, dass zwischen Arbeitslosigkeit und eingeschränkter Gesundheit ein Zusammenhang besteht: Arbeitslose sind stärker von Krankheiten und Beschwerden betroffen, schätzen ihre eigene Gesundheit schlechter ein, nehmen häufiger ambulante und Krankenhausleistungen in Anspruch, verhalten sich in vielerlei Hinsicht ungesünder und unterliegen außerdem einem höheren Mortalitätsrisiko. Die Frage nach der Verursachung dieses Zusammenhangs lässt sich zwar nicht abschließend beantworten, viele der Ergebnisse sprechen aber für bedeutsame ursächliche Effekte der Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit. Zu verweisen ist hier unter anderem auf die Ergebnisse des telefonischen Gesundheitssurveys 2003 zur Verschlechterung der Gesundheit infolge von Arbeitslosigkeit sowie auf die Analyse der GEK-Daten zum relativen Risiko für längerfristige Krankenhausaufenthalte bei Berücksichtigung von Vorerkrankungen. Ebenso finden sich Hinweise darauf, dass gesundheitliche Einschränkungen, gemessen z.B. anhand der Dauer und Art der von der

GEK registrierten Krankschreibungen, das Risiko für Arbeitslosigkeit erhöhen. Dass gesundheitlich eingeschränkte und damit weniger wettbewerbsfähige Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen unter den Bedingungen einer freien Marktwirtschaft häufiger entlassen und seltener wieder eingestellt werden, liegt angesichts eines gleichzeitig bestehenden Überangebots von Arbeitskräften nahe und wird auch durch die wenigen bislang durchgeführten Längsschnittanalysen bestätigt (Elkeles 2001; Mueller, Heinzel-Gutenbrunner 2001).

Der Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheitsproblemen lässt sich für Männer wie Frauen beobachten. Im Hinblick auf die Stärke und Muster des Zusammenhangs sind aber geschlechtsspezifische Unterschiede festzustellen. Zumindest in einzelnen Gesundheitsbereichen schlägt sich die Arbeitslosigkeit bei Männern deutlicher nieder als bei Frauen, z.B. bei chronischen Krankheiten und Beschwerden sowie Rauchen und sportlicher Inaktivität. Ein Grund hierfür dürfte sein, dass Männer noch immer eine stärkere Erwerbsorientierung aufweisen und deshalb ein Arbeitsplatzverlust wahrscheinlich häufiger Rollenkonflikte hervorruft. Außerdem resultieren aus der Arbeitslosigkeit für Männer größere finanzielle Einbußen, da sie in Partnerschaften häufiger die Hauptverdiener sind (BMAS 2001; BMGS 2005). Aufgrund der geschlechtsspezifischen Segregation des Arbeitsmarktes und insbesondere der größeren Zahl von Männern in manuellen Berufen mit hoher körperlicher Beanspruchung, könnten Männer häufiger als Frauen bei gesundheitlichen Einschränkungen ihren Arbeitsplatz verlieren. Zu berücksichtigen ist auch, dass ein Teil der Arbeitslosigkeitserfahrungen bei Frauen in zeitlich engem Zusammenhang mit Schwangerschaften und Erziehungszeiten stehen könnten und insofern nicht als Folge von Gesundheitsproblemen zu sehen sind. Gleichzeitig dürfte das Gesundheitsverhalten in diesen Phasen aus Rücksicht auf die Schwangerschaft oder Kinder eher positiv als negativ beeinflusst werden. Im Hinblick auf die Muster des Zusammenhangs zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit fällt auf, dass bei Männern vor allem die Langzeitarbeitslosen in ihrer Gesundheit eingeschränkt sind, während die kurzzeitig arbeitslosen Frauen ebenso häufig oder sogar häufiger gesundheitliche Probleme berichten. Neben der tendenziell schwächer ausgeprägten Erwerbsorientierung von Frauen und der geringeren sozialen Unsicherheit bei Arbeitslosigkeit, sofern der Partner noch ein Einkommen erzielt, dürfte hierfür auch eine Rolle spielen, dass Frauen es wahrscheinlich eher als Männer verstehen, sich auf lange Sicht an die veränderte Situation anzupassen und ihre Aktivitäten auf andere Lebensbereiche zu verlagern (vgl. Lange, Lampert 2005; RKI 2003a).

Zusammenfassend muss die gesundheitliche Situation von arbeitslosen Männern wie Frauen als ein wichtiger politischer Handlungsbereich beschrieben werden. In kaum einem anderen Segment der „Normalbevölkerung“ lässt sich eine vergleichbare Häufung von Gesundheitsrisiken und Gesundheitsproblemen beobachten. Angesichts des dualen Charakters der Arbeitslosigkeit als Ursache und als Folge einer eingeschränkten Gesundheit erscheinen gesundheitsbezogene Interventionen erforderlich, die zum einen darauf zielen, die sozialen und gesundheitlichen Konsequenzen von Arbeitslosigkeit abzusichern und die Gesundheit von Arbeitslosen zu fördern, und zum anderen die Arbeitsmarktchancen von Menschen zu verbessern, die aus gesundheitlichen oder anderen Gründen in Arbeitslosigkeit geraten sind. Voraussetzung hierfür ist eine Arbeitsmarkt-, Beschäftigungs-, Bildungs- und Sozialpolitik, die mit berücksichtigt, dass die Berufsbiographien in Zukunft aller Voraussicht nach weniger stetig als in den zurückliegenden Jahrzehnten verlaufen und immer mehr Menschen – wenn auch nur kurzzeitig – die Erfahrung von Arbeitslosigkeit machen werden.

11 Gesundheit von allein Erziehenden

Mit dem Wandel der Familien- und Lebensformen und der Entkopplung von Eltern- und Partnerschaft hat in den letzten Jahrzehnten die Zahl der allein Erziehenden kontinuierlich zugenommen. Im Jahr 2003 waren 15,8% aller Familien in den alten und 22,3% aller Familien in den neuen Bundesländern Ein-Eltern-Familien. Bezogen auf das gesamte Bundesgebiet entspricht dies einer Zahl von 1,5 Millionen allein erziehenden Müttern und Vätern mit Kindern unter 18 Jahren. In den alten Bundesländern lebte damit jedes achte und in den neuen Bundesländern sogar jedes fünfte Kind bei einem allein erziehenden Elternteil, zumeist bei der Mutter, da es sich bei 84% der allein Erziehenden um Frauen handelt (BMGS 2005). Für die „Normalität“ des allein Erziehens in unserer Gesellschaft spricht auch, dass in den alten Bundesländern ein Fünftel der Frauen mit Kindern mindestens eine Phase der Ein-Elternschaft in ihrem Leben bewältigt hat; in den neuen Bundesländern trifft dies sogar auf 45% der Mütter zu (Krüger, Micus 1999).

Allein Erziehende sehen sich zahlreichen Belastungen und Nachteilen ausgesetzt, die aus der alleinigen Zuständigkeit für die Kindererziehung, die Haushaltsführung und den Lebensunterhalt erwachsen. Besonders schwierig stellt sich die Vereinbarkeit der Erwerbs- und Familienarbeit dar, was auch auf die unzureichenden Betreuungsangebote für Kinder zurückgeführt werden muss. Frauen, die alleine für ihre Kinder sorgen, sind häufig nicht erwerbstätig oder können lediglich einer Teilzeit- bzw. geringfügigen Beschäftigung nachgehen. Nach Daten des Mikrozensus 2003 befinden sich lediglich 46,1% der allein erziehenden Frauen in einer Vollzeitbeschäftigung, während 25,1% arbeitslos gemeldet sind. Entsprechend stark ist die Abhängigkeit von Unterhaltszahlungen und staatlichen Transferleistungen sowie – weil diese die Kosten für die Kindererziehung und den Lebensunterhalt nicht vollends decken – die Armutsbetroffenheit. Im Jahr 2003 waren 35,4% der Haushalte von allein Erziehenden einem Armutsrisiko ausgesetzt; 26,3% waren auf Sozialhilfe angewiesen (BMGS 2005; Statistisches Bundesamt 2003).

Neben ökonomischen Nachteilen ist die Lebenssituation vieler allein Erziehender durch eine hohe psychosoziale Beanspruchung gekennzeichnet. Aus der Vielfalt der Rollen, die allein Erziehende bewältigen müssen, resultiert ein knappes Zeitbudget, das sich besonders bemerkbar macht, wenn zusätzliche Anforderungen entstehen, z.B. eine eigene oder eine Krankheit des Kindes. Solche Situationen verlangen den Betroffenen ein erhebliches Maß an Flexibilität und Organisationstalent ab und können am ehesten bewältigt werden, wenn im sozialen

Umfeld auf Unterstützung zurückgegriffen werden kann. Außer instrumentellen und finanziellen Hilfen spielt dabei auch der emotionale Rückhalt eine Rolle, z.B. das Besprechen von Problemen oder Entscheidungen. Aufgrund der starken Beanspruchung durch Erwerbstätigkeit, Kinderbetreuung und Haushalt bleibt allein Erziehenden aber häufig nur wenig Zeit, um soziale Kontakte zu pflegen, insbesondere wenn diese nicht unmittelbar im Zusammenhang mit der Alltagsbewältigung stehen (RKI 2003b).

Vor diesem Hintergrund kann von Zusammenhängen zwischen der sozialen und der gesundheitlichen Situation von allein Erziehenden ausgegangen werden, wenngleich diese mit Blick auf vorhandene Belastungen und Ressourcen eine sehr heterogene Gruppe darstellen. Die bisherigen Studien sprechen z.B. dafür, dass allein erziehende Frauen ihre eigene Gesundheit schlechter einschätzen, häufiger von Beschwerden und Schmerzen betroffen sind und zu einem gesundheitsriskanteren Verhalten neigen (Hoffmann, Swart 2002; RKI 2003b). Im Folgenden werden diese Erkenntnisse durch aktuelle Auswertungsergebnisse ergänzt, die anhand von Daten des Bundes-Gesundheitssurveys 1998, des telefonischen Gesundheitssurveys 2003 und des Mikrozensus 2003 gewonnen wurden. Als allein erziehend wird dabei angesehen, wer mit mindestens einem minderjährigen Kind und ohne Partner bzw. Partnerin zusammenlebt. Die gesundheitliche Situation von allein Erziehenden wird im Vergleich zu den verheirateten, zusammenlebenden Eltern mit mindestens einem minderjährigen Kind im Haushalt betrachtet. Für die Auswertungen erfolgt eine Begrenzung auf allein erziehende Mütter im Alter von 18 bis 59 Jahren. Allein erziehende Väter werden nicht betrachtet, da sie keine oder weitaus geringere Erwerbs- und Einkommensnachteile hinnehmen müssen (BMAS 2001; BMGS 2005). Außerdem ist die Zahl der allein erziehenden Väter in den meisten Datengrundlagen zu gering, um verlässliche Aussagen treffen zu können.[20]

11.1 Krankheiten und Beschwerden bei allein Erziehenden

Aufgrund des engen Handlungsspielraums bedeuten Krankheiten und Beschwerden gerade für allein Erziehende eine erhebliche Erschwernis der Alltagsbewältigung. Einen allgemeinen Eindruck über die Krankheitsbetroffenheit erschließt sich über die Zusatzbefragung zur Gesundheit des Mikrozensus. Nach eigenen Auswertungen der Mikrozensus-Daten aus dem

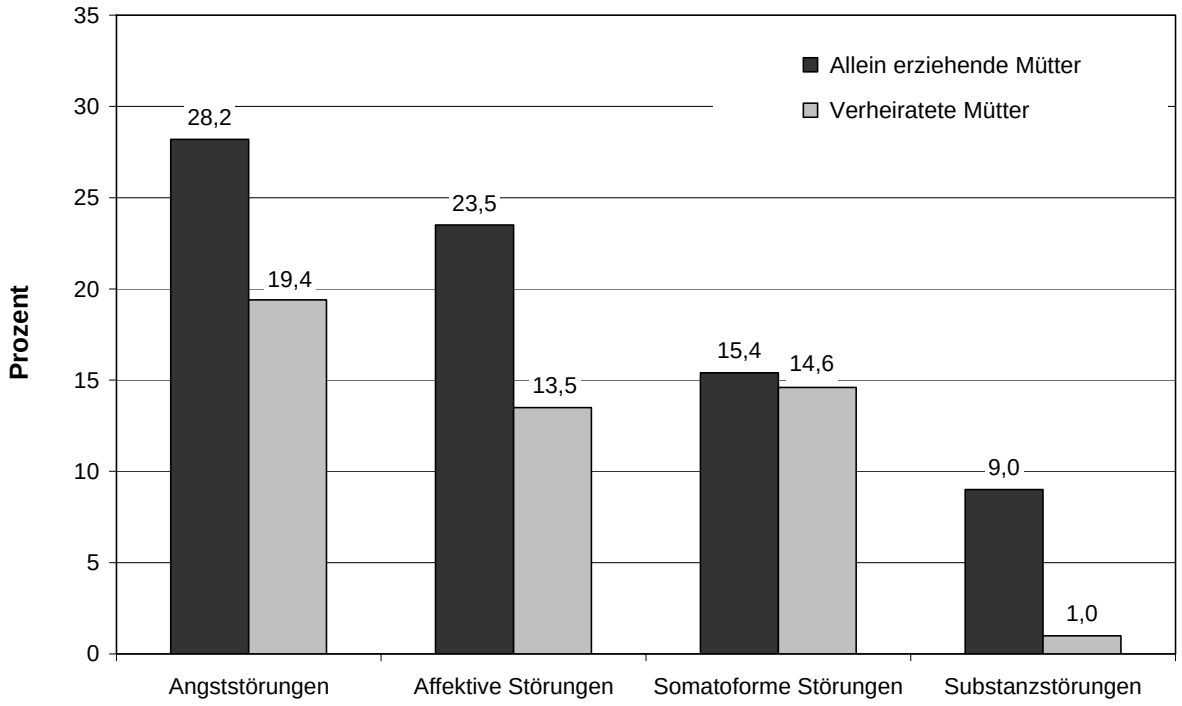
[20] Eine der wenigen vorhandenen empirischen Untersuchungen zeigt, dass allein erziehende Väter zwar mit ihren Lebensumständen unzufriedener sind als Väter, die mir ihrer Partnerin zusammenleben, dies spiegelt sich aber nicht in der gesundheitlichen Situation wider. Einzig der höhere Raucheranteil unter allein erziehenden Väter deutet auf einen signifikanten Unterschied zu den in Familien lebenden Vätern hin (RKI 2003b).

Jahr 2003 waren 11,2% der allein erziehenden und 6,0% der verheirateten Mütter in den vorausgegangenen vier Wochen krank oder unfallverletzt. Hinsichtlich der Dauer der Krankheit bzw. Unfallverletzung sowie der Art der erhaltenen Behandlung zeigten sich hingegen keine wesentlichen Unterschiede. Aussagen über das Auftreten spezifischer Krankheiten und Beschwerden sind mit Daten der Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts möglich. Von den 43 im Bundes-Gesundheitssurvey 1998 erhobenen körperlichen Krankheiten kamen – geht man von der Lebenszeitprävalenz aus – bei allein erziehenden im Vergleich zu verheirateten Müttern nur chronische Bronchitis (9,0% gegenüber 3,9%), Leberentzündung und Hepatitis (10,2% gegenüber 4,1%), Nierenbeckenentzündung (23,6% gegenüber 14,2%) sowie Nierensteine und Nierenkolik (15,7% gegenüber 5,2%) signifikant häufiger vor (RKI 2003b).

Deutlichere Unterschiede treten in der Verbreitung von Schmerzen zutage. In den letzten vier Wochen vor der Befragung war fast die Hälfte der allein erziehenden Frauen von mäßigen bis starken Schmerzen betroffen, während es in der Vergleichsgruppe der verheirateten Frauen etwas mehr als ein Drittel waren. Vor allem Kopf-, Glieder- sowie Schulter- und Nackenschmerzen kommen bei den allein Erziehenden vermehrt vor. Die höhere Schmerzprävalenz spiegelt sich auch in der Verrichtung alltäglicher Aktivitäten wider. Dass sie durch Schmerzen mäßig bis stark in der Alltagsgestaltung beeinträchtigt sind, gaben 29,2% der allein erziehenden und 18,0% der verheirateten Mütter an (Hoffmann, Swart 2002; RKI 2003b).

Um Aussagen über die Verbreitung von psychischen Störungen zu treffen, kann auf Daten einer Zusatzuntersuchung zum Bundes-Gesundheitssurvey 1998 zurückgegriffen werden. In dieser Untersuchung wurden Symptome, Syndrome und Diagnosen ausgewählter psychischer Störungen gemäß der Kriterien des DSM-IV und der ICD-10 erfasst (Wittchen et al. 1999). Geht man von der 12-Monats-Prävalenz aus, dann ist bei 49,6% der allein erziehenden Mütter mindestens eine psychische Störung festzustellen. Im Gegensatz dazu waren Mütter, die mit einem Partner zusammenleben, zu 35,5% betroffen. Signifikante Unterschiede zeigen sich bei Angststörungen (z.B. Agoraphobie, soziale Phobie oder Panikattacke), affektiven Störungen (unipolare Depression, bipolare Störung) und Substanzstörungen (Missbrauch oder Abhängigkeit von Alkohol oder illegalen Drogen). Einzig somatische Störungen (z.B. Somatisierungsstörung, Schmerzstörung oder Hypochondrie) kommen bei allein erziehenden und verheirateten Müttern ähnlich häufig vor (Abbildung 11.1; Helbig et al. 2006).

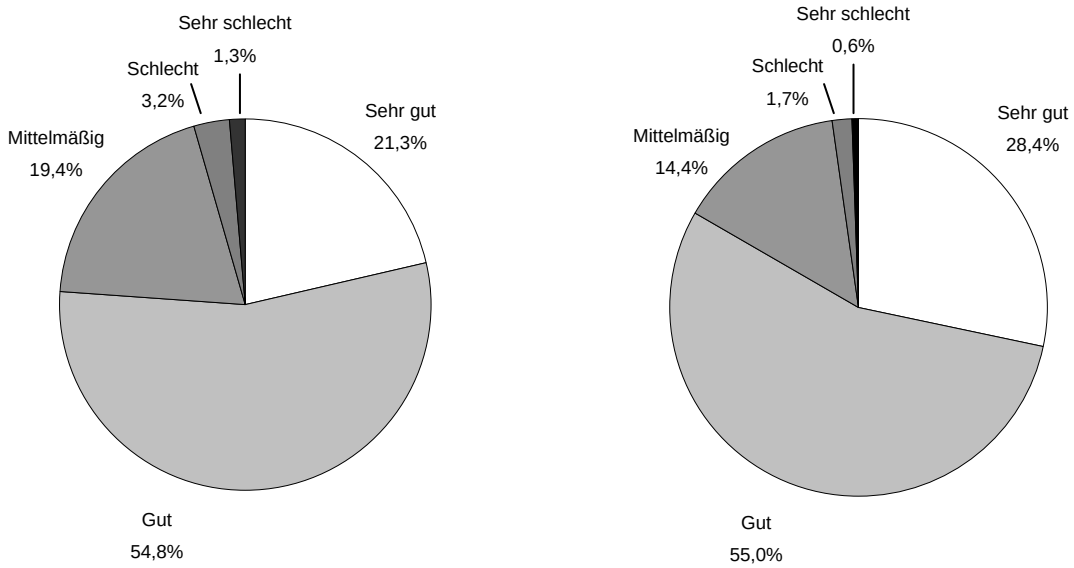
Abbildung 11.1
Psychische Störungen bei allein erziehenden und verheirateten Müttern
Datenbasis: Bundes-Gesundheitssurvey 1998 – Zusatzsurvey „Psychische Störungen“ (eigene Auswertungen; vgl. Helbig et al. 2006)



11.2 Subjektive Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität von allein Erziehenden

Indikatoren der subjektiven Gesundheit eröffnen zusätzliche Perspektiven auf das körperliche wie psychische Befinden, da sie das subjektive Erleben von Krankheit und Gesundheit, individuelle Ansprüche und persönliche Bewertungen berücksichtigen. Anhand von Daten des telefonischen Gesundheitssurveys 2003 lässt sich dazu unter anderem zeigen, dass allein erziehende Mütter ihren allgemeinen Gesundheitszustand etwas schlechter einschätzen als verheiratete Mütter. Von den allein erziehenden Müttern beurteilen 21,3% ihren allgemeinen Gesundheitszustand als sehr gut und weitere 54,8% als gut. Die Vergleichswerte für die verheirateten Mütter betragen 28,4% und 55,0%. Zu einer schlechten oder sehr schlechten Einschätzung der eigenen Gesundheit gelangen 4,5% der allein erziehenden im Vergleich zu 2,3% der verheirateten Mütter (Abbildung 11.2). Bei Berücksichtigung der Altersunterschiede in beiden Gruppen lässt sich die Aussage treffen, dass die Chance auf einen sehr guten selbst eingeschätzten Gesundheitszustand in der Gruppe der allein erziehenden Mütter um etwa den Faktor 1,4 verringert ist (OR=0,70; 95%-KI=0,47-0,98).

Abbildung 11.2
Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes bei allein erziehenden und verheirateten Müttern
Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003 (eigene Auswertungen)



Allein erziehende Mütter **Verheiratete Mütter**

Mit den Daten des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 lässt sich zeigen, dass allein erziehende Mütter häufiger unter Schwächegefühl, Grübelei, innerer Unruhe und Schlaflosigkeit leiden. Außerdem treten deutliche Unterschiede in der emotionalen Grundstimmung zutage: 29,5% der allein erziehenden Mütter waren in den letzten vier Wochen vor der Befragung häufiger sehr nervös im Vergleich zu 17,8% der verheirateten Mütter. Auch Niedergeschlagenheit sowie Entmutigung und Traurigkeit kommen bei allein erziehenden Müttern häufiger vor als bei verheirateten Müttern (12,5% gegenüber 6,3% bzw. 21,6% gegenüber 9,3%). Entsprechend seltener geben sie an, dass sie ruhig und gelassen (50,6% gegenüber 63,8%), voller Energie (42,5% gegenüber 61,8%) oder glücklich (50,5% gegenüber 68,7%) sind (RKI 2003b).

Welche Auswirkungen dies auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität hat, lässt sich mit Daten des telefonischen Gesundheitssurveys 2003 verdeutlichen (Tabelle 11.1). Allein erziehende Mütter berichten häufiger als verheiratete Mütter von Schwierigkeiten bei der Alltagsbewältigung aufgrund von körperlichen Gesundheitsproblemen (körperliche Rollenfunktion), gesundheitsbedingten Problemen bei der Wahrnehmung sozialer Kontakte (soziale Funktionsfähigkeit) sowie Beeinträchtigungen bei der Ausübung beruflicher Tätigkeiten durch persönliche oder seelische Probleme (emotionale Rollenfunktion). Außerdem treten bei

ihnen vermehrt Symptome wie Angst, Niedergeschlagenheit oder Reizbarkeit (psychisches Wohlbefinden) sowie Motivations- und Antriebslosigkeit (Vitalität) auf.[21]

Tabelle 11.1
Einschränkungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei allein erziehenden und verheirateten Müttern[1]
Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003 (eigene Auswertungen)

	Verheiratete Mütter	**Allein erziehende Mütter**		
	%	%	OR	95%-KI
Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	4,1	5,8	1,35	0,64-2,86
Körperliche Funktionsfähigkeit	4,3	7,1	1,61	0,81-3,19
Körperliche Rollenfunktion	4,1	8,4	2,08	1,09-3,98
Schmerzen	8,8	12,3	1,45	0,86-2,44
Vitalität	7,8	18,1	2,64	1,66-4,22
Soziale Funktionsfähigkeit	3,3	9,7	3,06	1,63-5,76
Psychisches Wohlbefinden	8,9	19,9	2,55	1,63-3,99
Emotionale Rollenfunktion	3,8	7,7	2,17	1,12-4,21

[1] Die Ergebnisse beziehen sich auf Einschränkungen in den letzten vier Wochen, die von den Befragten auf fünf- bzw. sechsstufigen Antwortskalen als ziemlich stark oder sehr stark bewertet wurden.

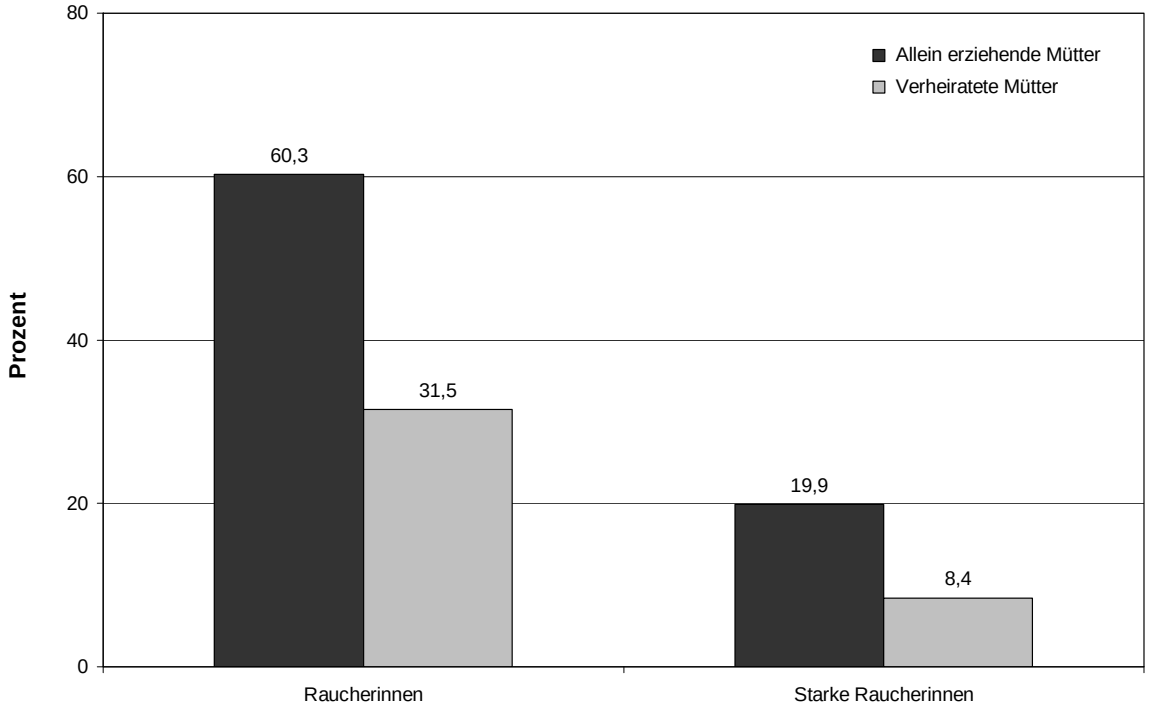
11.3 Gesundheits- und Krankheitsverhalten von allein Erziehenden

Die soziale Benachteiligung und höhere psychosoziale Belastung allein erziehender Frauen kommt nicht nur im Gesundheitsstatus zum Ausdruck, sondern spiegelt sich auch im Gesundheits- und Krankheitsverhalten wider. Nach den Daten des telefonischen Gesundheitssurveys 2003 rauchen 60,5% der allein erziehenden Mütter im Vergleich zu 31,5% der verheirateten Mütter. Etwa jede fünfte Frau, die alleine für ihre Kinder sorgt, raucht mehr als 20 Zigaretten am Tag. Von den Müttern, die in einer Partnerschaft leben, trifft dies hingegen nur auf jede zwölfte Frau zu (Abbildung 11.3). Bei statistischer Kontrolle des Alterseffektes ist das Risiko

[21] Dass sich in Bezug auf die allgemeine Gesundheitswahrnehmung und das Vorkommen von Schmerzen keine Unterschiede zwischen allein erziehenden und verheirateten Müttern feststellen lassen, scheint im Widerspruch zu den weiter oben berichteten Ergebnissen zu stehen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass in Tabelle 11.1 starke bis sehr starke Beeinträchtigungen betrachtet werden und der Fokus des SF-8 den Auswirkungen auf die Alltagsbewältigung und die Lebensqualität gilt.

zu rauchen bei allein erziehenden im Vergleich zu verheirateten Müttern um den Faktor 3,4 (OR=3,39; 95%-KI=2,40-4,81) erhöht. Keine bedeutsamen Unterschiede zeigen sich hinsichtlich der Bereitschaft, mit dem Rauchen aufzuhören. Mit 34,0% gegenüber 30,6% liegt der Anteil der Raucherinnen, die in den vergangenen 12 Monaten versucht haben, sich das Rauchen abzugewöhnen, in der Gruppe der allein erziehenden Mütter sogar geringfügig höher als in der Gruppe der verheirateten Mütter.

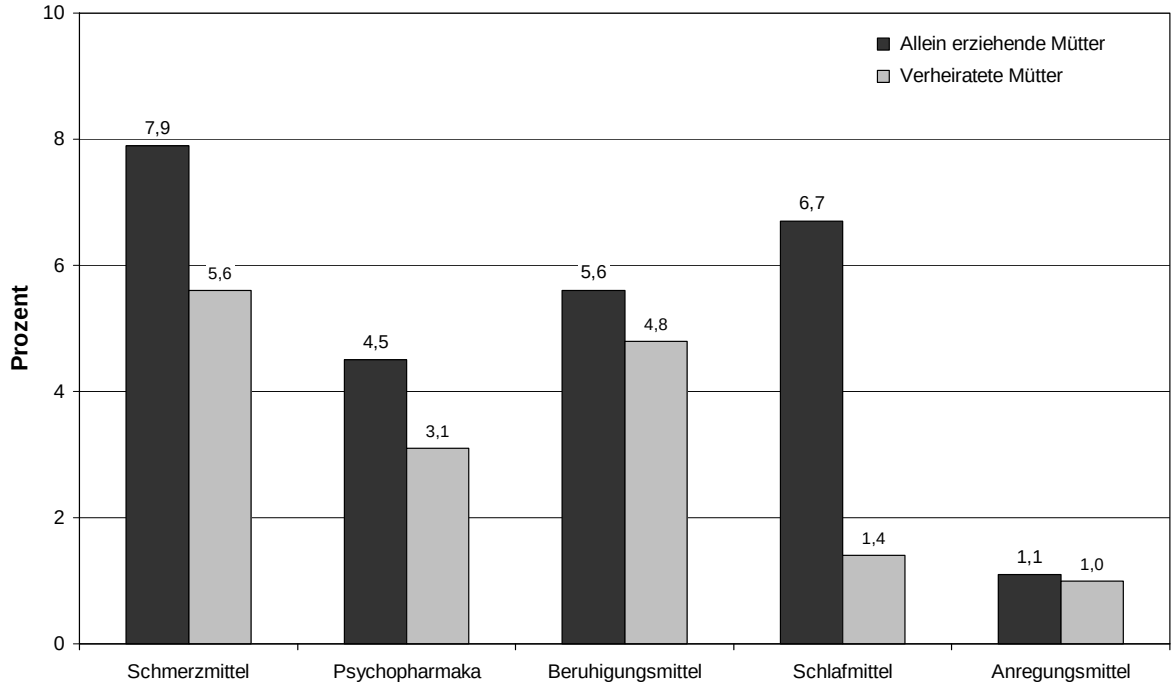
Abbildung 11.3
Rauchverhalten allein erziehender und verheirateter Mütter
Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003 (eigene Auswertungen)



Unterschiede werden auch im Hinblick auf die sportliche Betätigung und die Ernährung deutlich. Anhand der Daten des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 lässt sich zeigen, dass verheiratete Mütter mit 55,1% etwas häufiger Sport treiben als allein erziehende Mütter mit 46,1%. Allerdings geben 30,3% der allein erziehenden Mütter gegenüber 27,2% der Vergleichsgruppe an, dass sie mindestens dreimal pro Woche körperlich oder sportlich so aktiv sind, dass sie dabei „ins Schwitzen oder außer Atem“ geraten (RKI 2003b). Im telefonischen Gesundheitssurvey 2003 ließen sich keine bedeutsamen Unterschiede in der Sportbeteiligung von allein erziehenden und verheirateten Müttern feststellen, so dass davon ausgegangen werden kann, dass sich das Aktivitätsverhalten beider Gruppen nur geringfügig voneinander unterscheidet. Auf ihre Ernährung achten mit 48,1% bedeutend weniger allein erziehende als

verheiratete Mütter mit 70,7%. Auch bei den Essgewohnheiten unterscheiden sich die beiden Gruppen signifikant voneinander, was sich z.B. mit den Aktionsgrundlagen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 1995[22] verdeutlichen lässt: Allein erziehende Mütter essen in größerem Maße unregelmäßig und nicht zu festen Zeiten (39,3% vs. 26,1%) (RKI 2003b).

Abbildung 11.4
Arzneimittelgebrauch allein erziehender und verheirateter Mütter
Datenbasis: Bundes-Gesundheitssurvey 1998 (eigene Auswertungen)



Des Weiteren kann die Einnahme von Arzneimitteln als Aspekt des Gesundheits- bzw. des Krankheitsverhaltens – sofern Erkrankungen und Beschwerden vorliegen – betrachtet werden. Der regelmäßige Medikamentenkonsum ist bei Frauen der betrachteten Altersgruppe insgesamt gesehen gering. Bei einigen Arzneimittelgruppen lassen sich aber signifikante Unterschiede zwischen allein erziehenden und verheirateten Müttern feststellen, und zwar insbesondere bei solchen, die auf die Linderung von psychosomatischen und psychischen Beschwerden zielen. So gaben im Bundes-Gesundheitssurvey 1998 7,9% der allein erziehenden und 5,6% der verheirateten Mütter an, dass sie mindestens einmal in der Woche Schmerzmittel nehmen. Schlafmittel werden von 6,7% der allein erziehenden und 1,4% der

[22] Bei den Aktionsgrundlagen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) handelt es sich um wiederholte Bestandsaufnahmen über Wissen, Einstellungen und Verhaltensweisen der Bevölkerung. Die letzte dieser Erhebungen fand 1995 statt. Die beiden wichtigsten inhaltlichen Aspekte waren „Erwerbstätigkeit und Gesundheit“ sowie „Rauchgewohnheiten, Alkoholkonsum und Medikamentenverbrauch“.

verheirateten Mütter regelmäßig eingenommen. Einzig bei Anregungsmitteln zeigen sich keine Unterschiede zwischen beiden Gruppen (Abbildung 11.4).

11.4 Inanspruchnahme des Gesundheitssystems durch allein Erziehende

Im Krankheitsfall suchen laut eigenen Auswertungen des Mikrozensus 2003 allein erziehende Mütter mit 87,4% etwas häufiger einen Arzt auf als verheiratete Mütter mit 83,6%. Hinsichtlich der Art der Behandlung (ambulant vs. stationär) zeigen sich keine bedeutsamen Unterschiede. Auch im Bundes-Gesundheitssurvey 1998 lassen sich hinsichtlich der Arztinanspruchnahme keine Unterschiede nachweisen: 94,0% der allein erziehenden Mütter und 92,3% der Vergleichsgruppe sind innerhalb des letzten Jahres mindestens einmal zum Arzt gegangen. Bei der Differenzierung nach Fachärzten fällt auf, dass allein Erziehende mit etwa 15,0% im Verlaufe eines Jahres deutlich häufiger einen Psychotherapeuten aufgesucht haben als verheiratete Mütter mit 3,7%. Bei der Inanspruchnahme anderer Fachärzte zeigen sich keine Unterschiede (RKI 2003b).

Mit den Daten des telefonischen Gesundheitssurveys 2003 lässt sich nach eigenen Auswertungen belegen, dass auch in Bezug auf die Teilnahme an Maßnahmen der Krankheitsprävention nur geringe Unterschiede bestehen. So haben 9,6% der allein erziehenden und 8,9% der verheirateten Mütter in den vorausgegangen 12 Monaten eine Grippeschutzimpfung vornehmen lassen. An einem Gesundheits-Check-up haben in den letzten zwei Jahren 35,0% der allein erziehenden und 34,1% der verheirateten Mütter teilgenommen. Eine fast identische Teilnahmerate ist auch für die Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen festzustellen, mit 68,8% gegenüber 69,8% bezogen auf die letzten 12 Monate. Dieser Eindruck erhärtet sich weiter, wenn Ergebnisse des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 zur Teilnahme an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, z.B. Rückenschule, Kurse zu gesunder Ernährung oder zur Raucherentwöhnung, herangezogen werden. Mit jeweils 40,0% wurden diese Angebote von einem gleich hohen Anteil allein erziehender und verheirateter Mütter schon einmal in Anspruch genommen. Allerdings sind allein erziehende Mütter mit 37,1% gegenüber 51,4% zu einem deutlich geringeren Anteil bereit, die Kosten für gesundheitsfördernde Kurse vollständig selbst zu übernehmen (Hoffmann, Swart 2002).

11.5 Bedeutung der Lebensumstände von allein Erziehenden

Da allein erziehende Mütter im Hinblick auf ihre Lebensumstände eine heterogene Gruppe darstellen, sollten die Zusammenhänge zur gesundheitlichen Situation entsprechend differenziert betrachtet werden. Beispielsweise konnte mit Daten des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 gezeigt werden, dass voll erwerbstätige allein erziehende Mütter ihren allgemeinen Gesundheitszustand zu 66,2% als sehr gut oder gut bewerten im Vergleich zu 55,8% der teilzeitbeschäftigten und 44,4% der nicht erwerbstätigen allein erziehenden Mütter. Außerdem zeigt sich, dass allein erziehende Mütter, die mit ihrer Einkommenssituation hoch zufrieden sind, ihre eigene Gesundheit ähnlich positiv bewerten wie die hoch zufriedenen verheirateten Mütter. Der Anteil der finanziell Zufriedenen ist allerdings unter allein erziehenden Müttern deutlich geringer als unter verheirateten Müttern. Darüber hinaus scheinen soziale Netzwerke, die als wichtige Ressource der Alltagsbewältigung angesehen werden können, eine hohe Relevanz für die gesundheitliche Situation zu haben. So schätzen 28,6% der allein erziehenden Mütter, die sich auf mehr als drei Personen verlassen können, ihren allgemeinen Gesundheitszustand als sehr gut ein, wohingegen dieser Anteil bei der Gruppe mit keiner oder bis zu drei unterstützenden Personen lediglich bei 8,5% liegt (RKI 2003b; Hoffmann, Swart 2002).

Bei der Einordnung dieser Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass die Datenbasis für differenzierende Betrachtungen, die gerade aus Sicht der am Lebenslagenkonzept ausgerichteten Armuts- und Reichtumsberichterstattung von großer Bedeutung sind, aufgrund der geringen Fallzahlen nur bedingt tragfähig ist. Aufgrund der großen Stichprobenumfänge sind vertiefende Analysen vor allem mit den Daten des Mikrozensus und des Sozio-oekonomischen Panels möglich, die jedoch relativ wenige Informationen zur Gesundheit bereitstellen. Trotzdem sollten diese perspektivisch stärker als bislang genutzt werden, um die soziale und gesundheitliche Lage von allein erziehenden Frauen und auch Männern zu beschreiben.

11.6 Diskussion

Die empirischen Ergebnisse verdeutlichen, dass allein erziehende Mütter stärkere gesundheitliche Beeinträchtigungen aufweisen als verheiratete Mütter. Insbesondere trifft dies auf psychosomatische Beschwerden und psychische Störungen sowie Einschränkungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zu. Außerdem zeigen allein erziehende Mütter ein gesundheitsriskanteres Verhalten, was sich vor allem am Rauchen festmachen lässt. Eine Ursache hierfür dürfte die höhere psychosoziale Beanspruchung sein, die aus der alleinigen

Sorge für die Kinder und die Notwendigkeit der Vereinbarkeit von Erwerbs- und Familienarbeit erwächst. Die Analysen zeigen aber auch, dass es sich bei allein erziehenden Müttern um eine sozial sehr heterogene Gruppen handelt und die gesundheitlichen Einschränkungen deutlich schwächer ausfallen bzw. ausbleiben, wenn sich die Lebensumstände der Frauen, z.B. im Hinblick auf die Erwerbs- und Einkommenssituation oder die erhaltene soziale Unterstützung, günstig darstellen.

Demnach besteht in Ein-Eltern-Familien ein spezifischer Unterstützungsbedarf, dem die Sozial- und Familienpolitik Rechnung tragen sollte. Ein wichtiger Aspekt dabei sind die finanziellen staatlichen Transferleistungen, wie z.B. die Unterhaltsvorschusszahlungen. Diese Leistung umfasst allerdings nur den Regelbetrag und auch nur maximal sechs Jahre lang, solange das Kind das 12. Lebensjahr nicht vollendet hat. Ältere Kinder haben keinen Anspruch auf Unterhaltsvorschuss. Eine weitere finanzielle Unterstützungsmaßnahme stellt der steuerliche Entlastungsbetrag dar, der dem Umstand Rechnung trägt, dass Ein-Eltern-Familien durch einen haushaltsbedingten Mehraufwand eine höhere finanzielle Belastung als Paare mit Kindern haben. Viele allein Erziehende können zudem den seit Anfang des Jahres 2006 gewährten Kinderzuschlag in Höhe von monatlich bis zu 140 Euro je Kind in Anspruch nehmen. Er wird an erwerbstätige Eltern gezahlt, die mit ihren Einkünften zwar ihren eigenen Unterhalt bestreiten können, aber nicht den ihrer Kinder. Unterstützung bei der Aufnahme einer Erwerbstätigkeit und, damit verbunden, bei der Absicherung der Kinderbetreuung bekommen allein erziehende Eltern, die im Zuge der Zusammenlegung von Arbeitslosen- und Sozialhilfe aus der Sozialhilfe in die neue Leistung Arbeitslosengeld II gewechselt sind.

Neben den finanziellen Transferleistungen sind für allein Erziehende eine Reihe weiterer Unterstützungsangebote öffentlicher und freier Träger von großer Bedeutung. Dazu gehören Angebote zur Freizeitgestaltung für Kinder bzw. für Familien (z.B. Wochenendfreizeiten), Hilfsangebote im psychosozialen Bereich (z.B. Selbsthilfegruppen), Hilfestellung bei der praktischen Alltagsbewältigung (z.B. Kinderbetreuung, sozialpädagogische Familienhilfe), rechtliche Beratung und Informationsveranstaltungen sowie eine Interessenvertretung auf öffentlich-politischer Ebene. Besonders hervorzuheben sind die Angebote der Kinderbetreuung, da sie allein Erziehenden oftmals erst die Möglichkeit eröffnen, einer Erwerbsarbeit nachzugehen und ihren Lebensunterhalt weitgehend unabhängig von staatlichen Transferzahlungen zu bestreiten. Die Angebote, sowohl zur Betreuung von Kindern unter drei Jahren als auch von Kindergartenkindern, sind in Deutschland nach wie vor deutlich schlechter ausge-

baut als in anderen europäischen Ländern. Positive Impulse könnten von den aktuellen Bemühungen um den Ausbau der Kindertagesbetreuung und der Einrichtung von Ganztagsschulen ausgehen, weil sich dadurch der Spielraum erhöht, um die Erwerbs- und Familienarbeit zu vereinbaren.

12 Sozial ungleiche Gesundheitschancen von Kindern und Jugendlichen

Seit Anfang der 1970er Jahre hat der Bevölkerungsanteil der Heranwachsenden infolge eines anhaltenden Anstiegs der Lebenserwartung und Rückgangs der Geburtenhäufigkeit sukzessive abgenommen. Im Jahr 2003 lebten in Deutschland etwa 15 Millionen Kinder und Jugendliche im Alter bis 18 Jahre, was einem Anteil von 18% an der Gesamtbevölkerung entsprach. Bevölkerungsvorausberechnungen des Statistischen Bundesamtes gehen davon aus, dass der Altersstrukturwandel im Jahr 2050 soweit vorangeschritten sein wird, dass auf jedes Kind und jeden Jugendlichen mindestens zwei Menschen kommen, die 60 Jahre oder älter sind (Statistisches Bundesamt 2007).

Kinder und Jugendliche sind zunehmend und stärker als jede andere Altersgruppe durch Armut bedroht. Im Jahr 2003 lag die Armutsrisikoquote in der Gruppe der bis 15-Jährigen bei 15,0%, in der Gruppe der 16- bis 24-Jährigen – unter anderem als Folge der hohen Jugendarbeitslosigkeit – sogar bei 19,1% (BMGS 2005). Da das Armutsrisiko in der Bevölkerung im Erwerbsalter nicht im gleichen Umfang gestiegen ist und bei älteren Menschen lange Zeit sogar eine Abnahme zu beobachten war, wird bisweilen von einer „Infantilisierung der Armut“ in Deutschland gesprochen. Das höchste Armutsrisiko tragen Kinder mit zwei oder mehr Geschwistern, Kinder von allein erziehenden Müttern sowie Kinder mit Migrationshintergrund (BMAS 2001; BMGS 2005).

Die finanziellen Engpässe des Haushalts wirken sich auf die Heranwachsenden in mannigfaltiger Art aus: Sie leben in kleineren und schlechter ausgestatteten Wohnungen, ihr Wohnumfeld bietet weniger Spiel- und Freizeitmöglichkeiten, sie fahren seltener in den Urlaub, erhalten weniger Taschengeld und können sich kostspielige Kleidung, Hobbys und Freizeitaktivitäten oftmals nicht leisten (Krappmann 2001). Angesichts des allgemein hohen Wohlstands nehmen in Armut aufwachsende Kinder und Jugendliche ihre eigene unterprivilegierte Lebenssituation besonders stark wahr, weil sie ihre Ansprüche und Bedürfnisse überwiegend an Standards ausrichten, die von Gleichaltrigen aus einkommensstärkeren Haushalten gesetzt werden. Als besonders schmerzlich empfunden werden die geringeren finanziellen Mittel, wenn sie mit innerfamiliären Konflikten und Ausgrenzungserfahrungen in der Gleichaltrigengruppe, z.B. im Freundeskreis, in der Schule oder in Vereinen, einhergehen (Hurrelmann 2000; Lampert et al. 2002).

Ein Aufwachsen in Armut erschwert es Kindern, ein positives Selbstwertgefühl und soziale Kompetenzen auszubilden. Damit vermindert sich die Fähigkeit, belastende Situationen und Konflikte zu bewältigen oder zu kompensieren und später ein selbstbestimmtes, an selbst gewählten Zielen orientiertes Leben zu führen. Die eigenen Zukunftsaussichten, z.B. in Bezug auf den späteren Beruf, werden pessimistischer eingeschätzt. Eine benachteiligte Lebenslage in der Kindheit bedeutet so gesehen einen schlechten Start ins Leben mit nachhaltigen Auswirkungen auf den weiteren Lebensverlauf. Die Eltern können dem entgegensteuern, wenn es ihnen trotz knapper finanzieller Ressourcen gelingt, ein positives Familienklima herzustellen und den Kindern Entwicklungs- und Erfahrungsanreize zu schaffen. Ebenso können positive Erfahrungen im Kreis von Freunden und Mitschülern dazu beitragen, die Folgen von Armut auf die Gesundheit abzumildern (Klocke, Becker 2002; Klocke, Lampert 2005).

Im Hinblick auf die gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen sind – gerade zu aus Sicht von Prävention und Gesundheitsförderung relevanten Bereichen, wie z.B. chronische Krankheiten, psychische Gesundheit, Ernährung oder Bewegungsverhalten – erhebliche Datendefizite festzustellen (Kurth et al. 2002a; RKI 2004b). Dies gilt insbesondere, wenn die gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen vor dem Hintergrund ihrer sozialen Herkunft sowie ihrer Lebensbedingungen und Teilhabechancen betrachtet werden soll. Aussagen für das Kindesalter lassen sich bislang vor allem mit Daten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, der Landesgesundheitsämter und der Krankenkassen treffen. Für Jugendliche kann zudem auf Ergebnisse der Studie „Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)“ zurückgegriffen werden.[23]

12.1 Entwicklungsstörungen und Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen

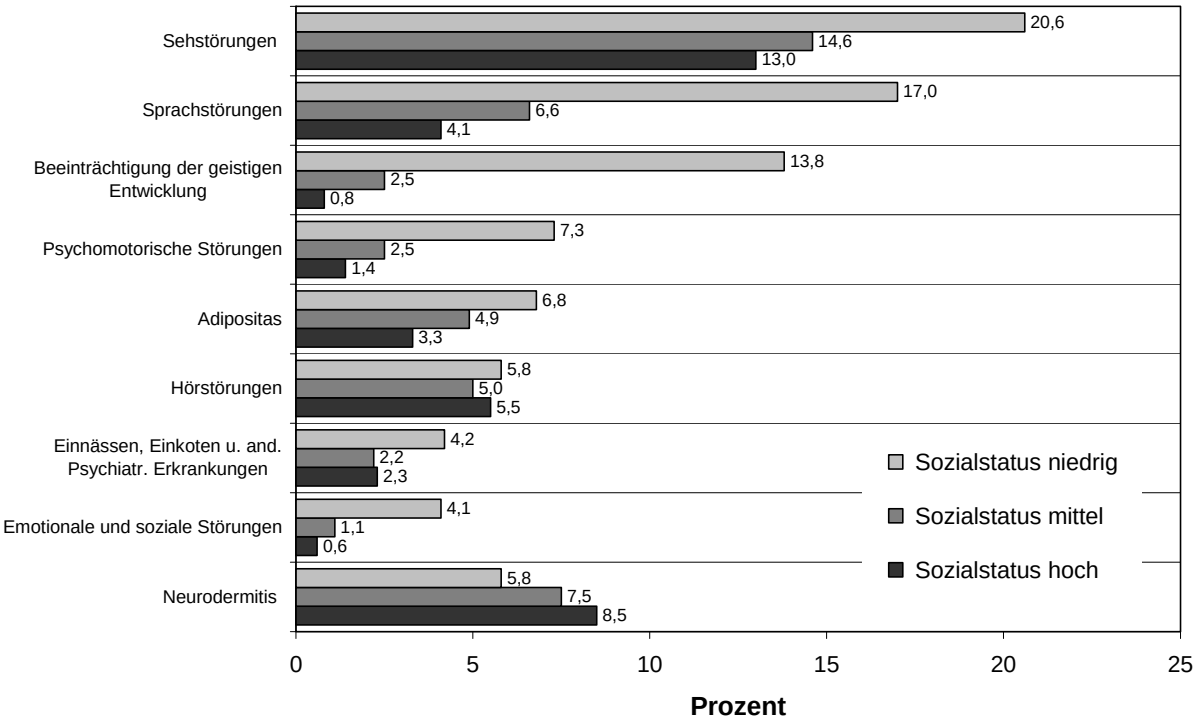
In Deutschland werden Kinder vor ihrer Einschulung in der Regel vom Öffentlichen Gesundheitsdienst medizinisch untersucht, um Entwicklungsverzögerungen und Gesundheitsstörungen zu ermitteln und gegebenenfalls eine Behandlung einzuleiten. In einigen Bundesländern werden dabei Angaben zur Schulbildung und zum Erwerbsstatus der Eltern erhoben, so dass sich der Gesundheitszustand der Einschüler und Einschülerinnen im Zusammenhang mit ihrer sozialen Herkunft betrachten lässt. Wie die Ergebnisse der Brandenburger Einschulungsunter-

[23] Die in diesem Kapitel präsentierten Ergebnisse der HBSC-Studie entstammen einer Sonderauswertung, die an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld im Auftrag des Robert Koch-Institutes durchgeführt wurde (Richter, Hurrelmann 2004).

suchungen aus dem Jahr 2002 belegen, werden Beeinträchtigungen, die mit einem medizinischen Handlungsbedarf verbunden sind, häufiger bei Kindern aus sozial schwächeren Familien festgestellt. Hierzu zählen u.a. Sehstörungen, Sprachauffälligkeiten, psychomotorische Defizite, Adipositas, Beeinträchtigungen der geistigen Entwicklung, psychiatrische Erkrankungen sowie emotionale und soziale Störungen. Eine Ausnahme stellt die Neurodermitis dar, die häufiger bei sozial besser gestellten Kindern auftritt (Böhm et al. 2003; Abbildung 12.1).

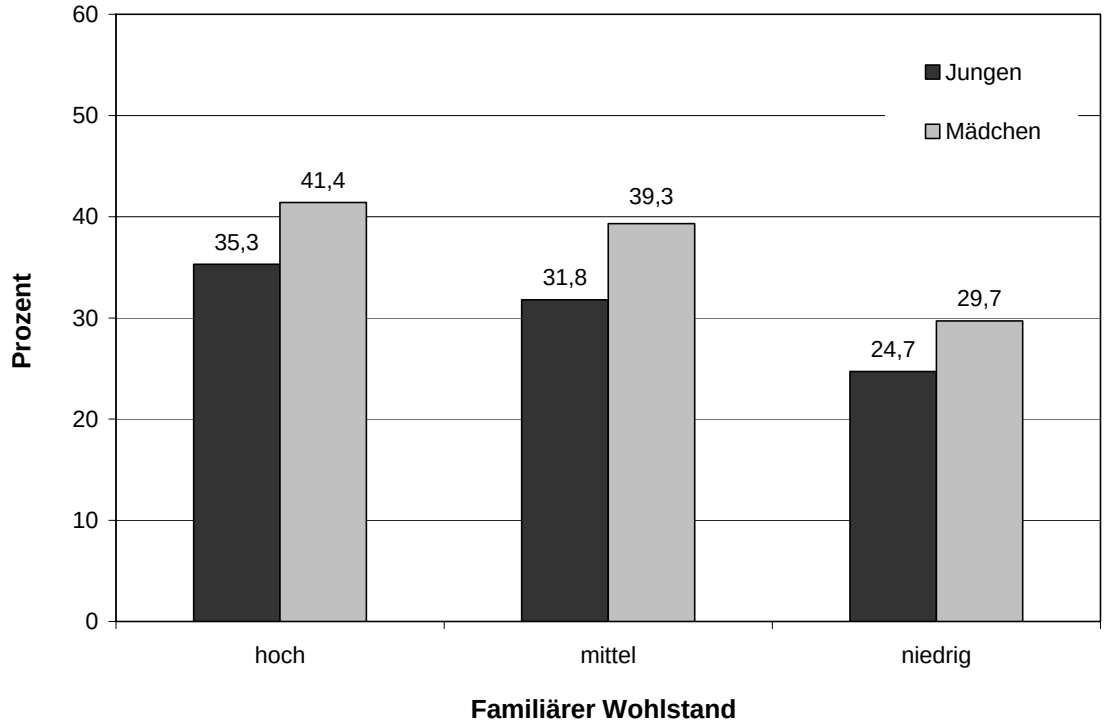
Abbildung 12.1

Medizinisch relevante Befunde bei Einschülern und Einschülerinnen nach Sozialstatus
Quelle: Brandenburger Einschulungsuntersuchungen 2002 (Böhm et al. 2003: 19)



Neben Neurodermitis kommen auch andere atopische Erkrankungen, wie z.B. Heuschnupfen, Pseudokrupp und Asthma, vermehrt in den höheren Statusgruppen vor (Heinrich et al. 1998; Wichmann et al. 1990). Unter Berücksichtigung des Schweregrades muss aber zumindest für Asthma ein differenziertes Bild gezeichnet werden. So konnte im Rahmen der 1989/90 durchgeführten Münchner Asthma- und Allergiestudie, an der 4.500 Kinder im Alter zwischen neun und 11 Jahren teilnahmen, gezeigt werden, dass Kinder von Eltern mit höherer Schulbildung zwar häufiger unter leichten Ausprägungsformen leiden, schweres Asthma mit zehn und mehr Anfällen im Jahr fand sich hingegen eher bei Kindern von Eltern mit niedriger Schulbildung (Mielck et al. 1996).

Abbildung 12.2
Auftreten von Allergien bei 11- bis 15-jährigen Jungen und Mädchen nach familiärem Wohlstand
Datenbasis: HBSC-Studie 2002 (Auswertungen von Richter, Hurrelmann 2004 nach Auswertungsplan des Autors)



Auch im Jugendalter zählen atopische Erkrankungen zu den am stärksten verbreiteten chronischen Gesundheitsproblemen. In der HBSC-Studie gaben 34,5% der 11- bis 15-jährigen Jungen und 40,6% der gleichaltrigen Mädchen an, eine Allergie zu haben. Am häufigsten genannt wurden Hausstauballergie (Jungen: 14,5%; Mädchen: 13,6%), Allergie gegen Tierhaare oder Federn (Jungen: 10,6%; Mädchen: 10,5%) sowie Allergie gegen bestimmte Nahrungsmittel (Jungen: 5,5%; Mädchen: 9,8%). Wie Abbildung 12.2 verdeutlicht, sind Jungen und Mädchen aus sozial besser gestellten Elternhäusern – gemessen über den familiären Wohlstand[24] – häufiger von einer Allergie betroffen als die Gleichaltrigen aus vergleichsweise unterprivilegierten Gruppen. Besonders stark ausgeprägt sind diese Unterschiede im Hinblick auf Heuschnupfen, Neurodermitis und Tierhaarallergie (vgl. Ravens-Sieberer et al. 2003; Richter 2005).

[24] Der familiäre Wohlstand wird in der HBSC-Studie über die „Family Affluence Scale“ ermittelt, die auf Angaben zur Anzahl der Autos in der Familie (0, 1, 2 oder mehr), Anzahl der Urlaubsreisen in den letzten 12 Monaten (0, 1, 2 oder mehr), eigenes Zimmer des Jugendlichen (nein=0, ja=1) sowie der Anzahl der Computer im Haushalt (0, 1, 2 oder mehr) basiert. Aus den Antworten der Jugendlichen wird ein Punktsummenscore errechnet (0 bis 7 Punkte), um anschließend drei Wohlstandsgruppen abzugrenzen: niedriger (0-3 Punkte), mittlerer (4-5 Punkte) und hoher (6-7 Punkte) familiärer Wohlstand (Richter, Hurrelmann 2004; Richter 2005).

Daneben liegen für Deutschland lediglich zwei Studien vor, die sich auf der Basis bevölkerungsrepräsentativer Daten mit der sozial ungleichen Verteilung spezifischer Krankheiten und Beschwerden in der heranwachsenden Generation befassen. Sekundäranalysen von Daten der „Biogramm-Forschung“, die sich auf Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 12 bis 39 Jahre beziehen, weisen Einkommensarmut als Einflussgröße der Krankheitsbelastung aus. Ein Einkommen unter 50% des durchschnittlichen Netto-Äquivalenzeinkommens geht demnach mit einer höheren Auftretenswahrscheinlichkeit von Beeinträchtigungen des Herz-Kreislaufsystems, rheumatischen Erkrankungen, chronischer Bronchitis und Lungenkrankheiten einher. Dies lässt sich allerdings erst im jungen Erwachsenenalter beobachten. In der Gruppe der 12- bis 17-jährigen Jugendlichen konnten keine Unterschiede zwischen der Armuts- und der nicht-armen Vergleichsgruppe festgestellt werden (Elkeles et al. 1998).

In der zweiten Studie, die auf Daten des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 basiert, wurde der Einfluss der Schulbildung auf das Vorkommen chronischer Krankheiten und Beschwerden bei 18- bis 29-Jährigen untersucht. Für die meisten der insgesamt 11 Krankheitsgruppen, die in dieser Altersgruppe mit einer Prävalenz von über 3% vorkamen, zeigten sich nur sehr schwache oder keine Zusammenhänge zum höchsten allgemein bildenden Schulabschluss. Junge Männer mit niedrigem Bildungsniveau waren lediglich von Bluthochdruck häufiger betroffen, wohingegen die Prävalenz von Allergien mit zunehmendem Bildungsgrad anstieg. Bei jungen Frauen kam Migräne häufiger in den unteren Bildungsgruppen vor. Der Anteil von Personen, die unter drei und mehr Krankheiten litten, stieg mit abnehmendem Bildungsstatus bei beiden Geschlechtern leicht an (Helmert et al. 2001b).

Eine weitere Annäherung an die sozial ungleich verteilte Krankheitslast bei Kindern und Jugendlichen ermöglicht eine Auswertung von Daten der AOK-Mettmann aus den Jahren 1987 bis 1995. Untersucht wurde, inwieweit Krankenhauseinweisungen und die zugrunde liegenden Diagnosen bei bis 15-Jährigen mit dem Berufsstatus der Hauptversicherten variieren (Geyer et al. 2002). Für Erkrankungen der oberen Luftwege konnten keine Unterschiede festgestellt werden. Allerdings wurden Kinder aus den unteren Statusgruppen länger im Krankenhaus behandelt, was auf einen höheren Schweregrad der Erkrankung schließen lässt. Für akute Infektionen der Atmungsorgane zeigte sich ein ähnliches Muster, wenn Kinder aus der niedrigsten mit Gleichaltrigen aus der höchsten Statusgruppe verglichen werden. Bezogen auf chronisch obstruktive Lungenkrankheit, Pneumonie und Grippe sowie Neurosen, nicht klassifizierbare depressive Zustandsbilder, spezifische emotionale Störungen

des Kindes- und Jugendalters ließen sich weder in Bezug auf Krankenhauseinweisungen noch Verweildauern im Krankenhaus bedeutsame Unterschiede beobachten.

12.2 Unfälle und Verletzungen bei Kindern und Jugendlichen

Unfälle und daraus resultierende Verletzungen stellen im Kindes- und Jugendalter den häufigsten Einweisungsgrund in ein Krankenhaus und die mit Abstand bedeutendste Todesursache dar. Dass Kinder aus sozial benachteiligten Verhältnissen einem höheren Unfall- und Verletzungsrisiko unterliegen, wird u.a. durch die Einschulungsuntersuchungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes bestätigt: Von den im Jahr 2000 untersuchten Einschülern und Einschülerinnen in Brandenburg hatten insgesamt 15,4% in den ersten Lebensjahren eine Unfallverletzung erlitten. Soziale Unterschiede zeigten sich vor allem bei Verkehrsunfällen und Verbrennungen mit einem etwa doppelt so hohen Vorkommen in den benachteiligten Gruppen (Ellsäßer et al. 2002).

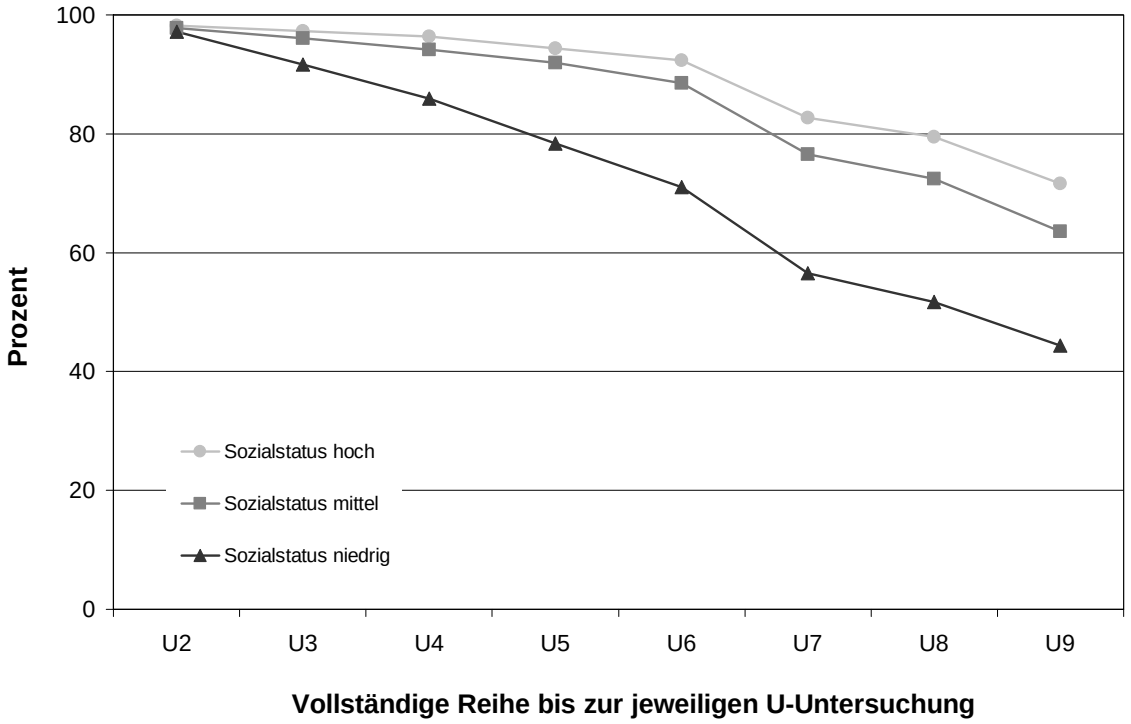
Auskunft über unfallbedingte Krankenhausaufenthalte bei Kindern und Jugendlichen erteilt eine Auswertung von Daten der AOK-Mettmann aus den Jahren 1987 bis 1996. Das höchste Risiko für eine Krankhausbehandlung infolge eines Unfalls zeigte sich bei Kindern von un- und angelernten Arbeitern. Von einem sozialen Gradienten kann jedoch nicht ausgegangen werden, weil zwischen den höheren Berufsstatusgruppen nur sehr geringe Unterschiede bestanden. Das höhere Unfallrisiko der Kinder von un- und angelernten Arbeitern zeigt sich vor allem bei den bis 10-Jährigen. In der Altersgruppe der 11- bis 16-Jährigen fallen die Unterschiede schwächer aus und sind statistisch nicht signifikant. Da nur Unfälle einbezogen wurden, auf die eine Krankenhausversorgung erfolgte und die Angehörigen der höheren Berufsstatusgruppen seltener in der AOK versichert sind, lässt sich bezüglich der erzielten Ergebnisse eher von einer Unter- als Überschätzung der Ungleichverteilung des Unfallrisikos ausgehen (Geyer, Peter 1998).

12.3 Teilnahme an Krankheitsfrüherkennung und Prävention im Kindes- und Jugendalter

Während die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen in erster Linie etwas über die Krankheitsbelastung und den Hilfebedarf aussagt, lässt die Teilnahme an vorbeugenden Maßnahmen, z.B. Krankheitsfrüherkennung oder Schutzimpfungen, Rückschlüsse auf

gesundheitsbezogene Einstellungen und Überzeugungen zu. In Deutschland gibt es seit 1971 ein Krankheitsfrüherkennungsprogramm für Kinder, das zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 26 SGB V) gehört. Das Programm umfasst insgesamt zehn Untersuchungen, von denen neun im Kindesalter (U1-U9) und die zehnte zwischen dem 11. und 15. Lebensjahr (J1) durchgeführt wird. Neben der Feststellung von Entwicklungsstörungen und Krankheiten sind Informationsgespräche, z.B. zur Ernährung, Impfungen und der Vermeidung von Unfallgefahren, ein weiterer Bestandteil der U-Untersuchungen. Die Teilnahme ist hoch und lag im Jahr 2001 bezogen auf die U1 bis U7, die innerhalb der ersten 24 Lebensmonate angesiedelt sind, bundesweit bei über 90%. Bei der U8 (43.-48. Lebensmonat) und der U9 (60.-64. Lebensmonat) fällt sie mit 82,6% bzw. 79,1% deutlich geringer aus (Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung 2002; RKI 2004b). Die J1, die erst seit 1997 zum Leistungskatalog zählt, wird Schätzungen zufolge lediglich von 20-30% der Jugendlichen in Anspruch genommen (Altenhofen 2002).

Abbildung 12.3
Teilnahme an Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen (U-Untersuchungen) nach Sozialstatus
Quelle: Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Frauen 1999 (Delekat, Kis 2001)



Aktuelle Daten zur sozial unterschiedlichen Teilnahme am Krankheitsfrüherkennungsprogramm für Kinder liegen aus den Einschulungsuntersuchungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes vor. So lässt sich anhand von Daten der Berliner Einschüler und Einschülerinnen im Jahr 1999 belegen, dass bereits die ersten Frühererkennungsuntersuchungen von Kindern aus

den unteren Sozialstatusgruppen seltener wahrgenommen werden. Wie Abbildung 12.3 verdeutlicht, nehmen diese Unterschiede – bezogen auf vollständige Untersuchungsreihen bis zum jeweiligen Untersuchungspunkt – im Verlauf der Untersuchungen weiter zu.

Bei der Vermeidung von Krankheiten kommt Schutzimpfungen aufgrund ihrer Effektivität und der günstigen Risiko-Nutzen-Abwägung ein hoher Stellenwert zu. In Deutschland sind die Durchimpfungsraten bei Kindern und Jugendlichen in den letzten Jahren kontinuierlich angestiegen. In den Jahren 2000 bis 2002 waren bundesweit 96% der Einschüler und Einschülerinnen gegen Diphterie, 97% gegen Tetanus, 87% gegen Pertussis, 95% gegen Kinderlähmung, 87% gegen Hib und 67% gegen Hepatitis grundimmunisiert (RKI 2004b). Unbefriedigend ist nach wie vor der Impfschutz gegen Masern, Mumps und Röteln, da viele Kinder nicht die für einen vollständigen Impfschutz erforderliche zweite Impfung erhalten (Meyer et al. 2002). Einer Aufstellung der Durchimpfungsraten bei Brandenburger Einschülern und Einschülerinnen aus dem Jahr 1998 kann entnommen werden, dass sich bei Masern, Mumps und Röteln ebenso wie bei Diphterie und Tetanus keine Unterschiede nach Sozialstatus der Eltern zeigen. Zu beobachten sind Unterschiede bei der Schutzimpfung gegen Kinderlähmung, Keuchhusten und insbesondere Hib, jeweils zu Ungunsten von Kindern mit niedrigem Sozialstatus (MfASGF 2000).

12.4 Mund- und Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen

Die Mund- und Zahngesundheit stellt einen eigenständig zu betrachtenden Aspekt der Gesundheit im Kindes- und Jugendalter dar. Beeinträchtigungen können mit Schmerzen verbunden sein, das Kauvermögen vermindern, Zahn- und Kieferfehlstellungen hervorrufen sowie die Sprechweise beeinflussen. Bundesweit repräsentative Daten liegen einzig aus der Deutschen Mundgesundheitsstudie vor, die im Jahr 1997 zum dritten Mal nach 1989 (nur alte Bundesländer) und 1992 (nur neue Bundesländer) durchgeführt wurde. Die höchste Kariesprävalenz – gemessen über den DMFT-Index[25] – wird für Jugendliche berichtet, deren Eltern einen mittleren Schulabschluss besaßen. Zwölfjährige Jungen und Mädchen, deren Eltern einen Hauptschul- oder keinen Schulabschluss hatten, wiesen einen höheren Kariesbefall auf als Gleichaltrige von Eltern mit Abitur oder Fachhochschulreife (Tabelle 12.1). Dieses

[25] Berichtet werden DMFS- und DMFT-Werte: DMFS = kariös zerstörte Zahnflächen (Decayed), auf Grund von Karies fehlende Zähne (Missing) und gefüllte Zahnflächen (Filled). „S“ (Surfaces) zeigt an, dass der Befund zahnflächenbezogen ermittelt wurde. Aus den erhobenen Daten wird der zahnbezogene DMFT-Index (Teeth) ermittelt (Schiffner, Reich 1999).

Ergebnis bleibt erhalten, wenn statt der Schulbildung der Eltern die berufliche Stellung des Vaters oder der von den Jugendlichen besuchte Schultyp als Indikator für den Sozialstatus herangezogen wird. In Bezug auf die Parodontitisprävalenz konnte in der Deutschen Mundgesundheitsstudie festgestellt werden, dass bei Jugendlichen schwere Formen wie Gingivitis und Parodontalerkrankungen mit einem niedrigen Bildungsstatus der Eltern assoziiert sind (Schiffner, Reich 1999).

Tabelle 12.1
Kariesbefall bei 12-Jährigen nach Schulbildung der Eltern (Angaben in %)
Quelle: Deutsche Mundgesundheitsstudie 1997 (Schiffner, Reich 1999: 209)

	Schulabschluss			**Chi²-Test**
	niedrig	**mittel**	**hoch**	
DMFT = 0	44,7	34,4	50,2	
DMFT 1-2	26,2	30,9	26,3	p<0,001
DMFT >2	29,1	34,7	23,5	

DMFT-Index = Anzahl der kariös zerstörten (Decayed), wegen Kariesbefall entfernten (Missing) oder gefüllten (Filled) Zähne (Teeth).

Der Vergleich mit den vorangegangenen Mundgesundheitsstudien weist auf eine erhebliche Verbesserung der Zahn- und Mundgesundheit bei Jugendlichen hin. Diese Entwicklung lässt sich für alle Statusgruppen feststellen, am deutlichsten profitiert haben aber offenbar die Jugendlichen der niedrigsten Bildungsgruppen. Im Zuge dessen fallen die sozialen Unterschiede schwächer aus als noch 1989, was sich auch daran festmachen lässt, dass inzwischen die Jugendlichen der mittleren und nicht mehr die der niedrigsten Bildungsgruppe die schlechteste Zahngesundheit aufweisen (Schiffner, Reich 1999).

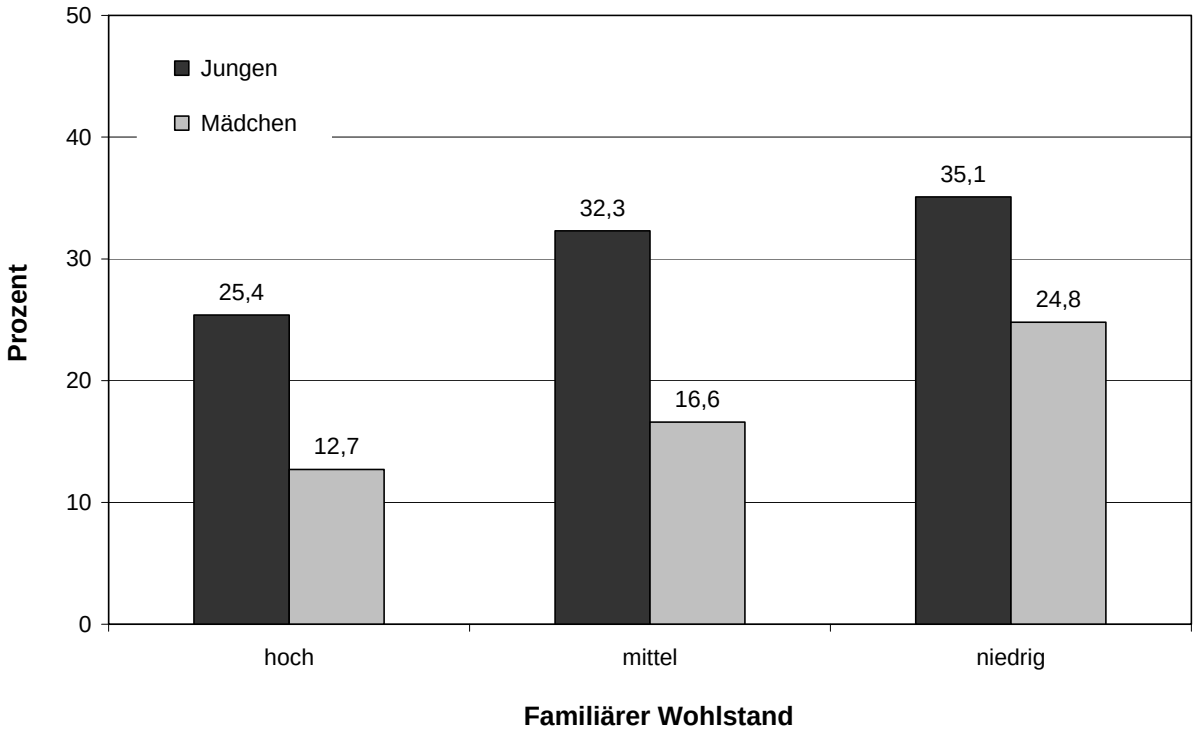
Die Mund- und Zahngesundheit steht im engen Zusammenhang mit der Zahnpflege der Jugendlichen. Die Ergebnisse der HBSC-Studie sprechen dafür, dass sozial benachteiligte Jugendliche häufiger die Zahnpflege vernachlässigen: Mädchen mit niedrigem familiären Wohlstand vernachlässigen im Vergleich zu Mädchen aus der begünstigten Gruppe mehr als doppelt so oft die Zahnpflege (bei statistischer Kontrolle des Alterseffekts). Bei Jungen liegt dieses Verhältnis bei 1,6:1 (Abbildung 12.4). Unterschiede zeigen sich auch im Hinblick auf die von den Jugendlichen besuchte Schulform: Gymnasiasten vernachlässigen im Vergleich

zu Haupt- und Realschülern seltener die Zahnpflege (Jungen: 24,1% gegenüber 32,5%; Mädchen: 12,9% gegenüber 19,2%).[26]

Abbildung 12.4

Unregelmäßiges Zähneputzen (seltener als zweimal am Tag) bei 11- bis 15-jährigen Jungen und Mädchen nach familiärem Wohlstand

Datenbasis: HBSC-Studie 2002 (Auswertungen von Richter, Hurrelmann 2004 nach Auswertungsplan des Autors)



12.5 Psychisches Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen

Gerade weil Kinder und Jugendliche eine weitgehend gesunde Bevölkerungsgruppe darstellen und sich nachteilige Lebensbedingungen oftmals erst im höheren Lebensalter in schwerwiegenden Krankheiten und Behinderungen niederschlagen, ist eine Betrachtung des psychischen Wohlbefindens der Heranwachsenden, das auch Aspekte der subjektiven Gesundheitswahrnehmung und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität beinhaltet, angezeigt. Hierzu kann auf Daten der HBSC-Studie zur Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes, zur mentalen Gesundheit und zu psychosomatischen Beschwerden zurückgegriffen werden.

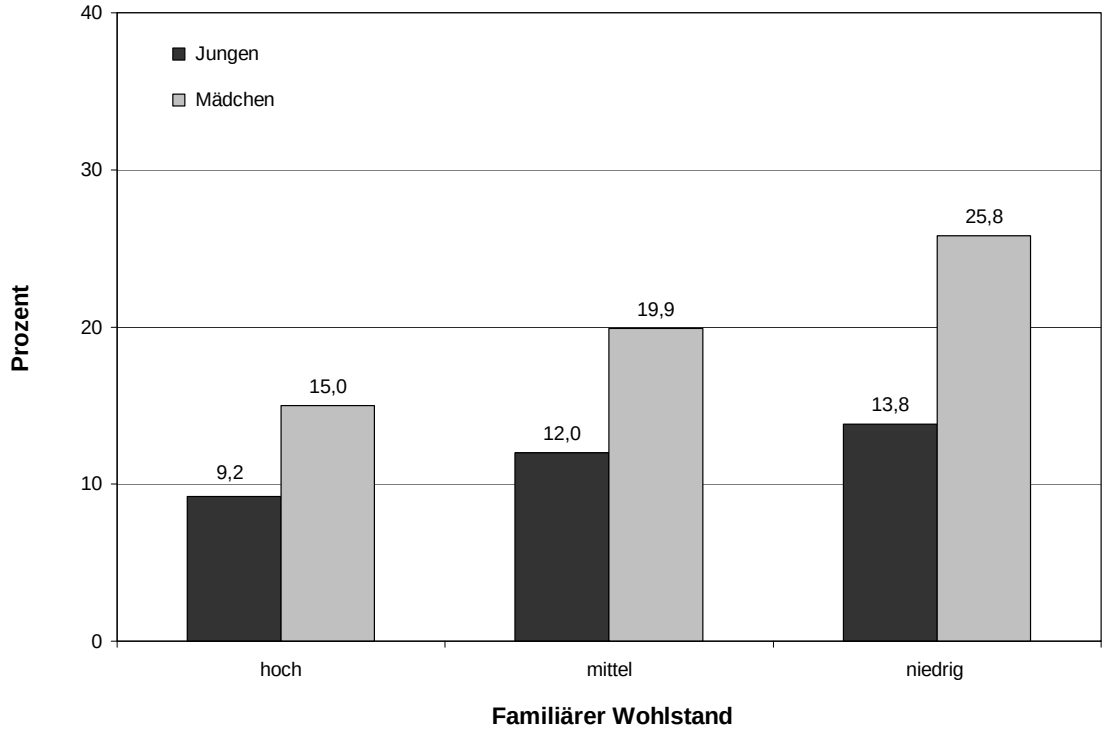
[26] Da die Schulsysteme in den an der HBSC-Studie beteiligten Ländern (Nordrhein-Westfalen, Hessen, Sachsen und Berlin) unterschiedlich strukturiert sind, lassen sich Schulformvergleiche nur eingeschränkt anstellen. Unterschieden wird zwischen Gymnasium und anderen Schulformen, zu denen neben Haupt- und Realschule auch die Berliner Grundschule und die sächsische Mittelschule zählen.

Die große Mehrzahl der 11- bis 15-jährigen Jugendlichen beschreibt den eigenen allgemeinen Gesundheitszustand auf einer vierstufigen Skala als ausgezeichnet oder gut. Lediglich 11,6% der Jungen und 18,0% der Mädchen gaben an, dass ihre Gesundheit weniger gut oder schlecht ist. Die Beurteilung der Gesundheit variiert dabei je nach familiärem Wohlstand: Jungen aus der niedrigsten Wohlstandsgruppe gelangen 1,6-mal häufiger als Jungen aus der höchsten Wohlstandsgruppe zu einer eher schlechten Gesundheitseinschätzung. Bei Mädchen beträgt dieses Verhältnis etwa 2:1 (Abbildung 12.5).

Abbildung 12.5

Selbsteinschätzung der allgemeinen Gesundheit („weniger gut“ oder „schlecht“) bei 11- bis 15-jährigen Jungen und Mädchen nach familiärem Wohlstand

Datenbasis: HBSC-Studie 2002 (Auswertungen von Richter, Hurrelmann 2004 nach Auswertungsplan des Autors)



Ein ähnliches Verteilungsmuster lässt sich in Bezug auf die mentale Gesundheit feststellen, die in der HBSC-Studie mit Hilfe einer zehn Items umfassenden Skala erhoben wurde. Die Items, die sich neben dem mentalen und sozialen Befinden auch auf den Selbstwert der Befragten beziehen, wurden dabei zu einem globalen Messwert zusammengefasst (vgl. Ravens-Sieberer et al. 2003). In Tabelle 12.2 ist der Anteil der Jungen und Mädchen in den verschiedenen Wohlstandsgruppen dargestellt, der dem Viertel mit der schlechtesten mentalen Gesundheit zuzurechnen ist. Demnach sind Mädchen nicht nur weitaus häufiger in ihrer

mentalen Gesundheit beeinträchtigt als Jungen, bei ihnen zeichnen sich auch die Wohlstandsunterschiede deutlicher ab.

Tabelle 12.2
Mentale Gesundheit von 11- bis 15-jährigen Jungen und Mädchen nach familiärem Wohlstand
Datenbasis: HBSC-Studie 2002 (Auswertungen von Richter, Hurrelmann 2004 nach Auswertungsplan des Autors)

	Jungen			Mädchen		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
Familiärer Wohlstand						
hoch (Ref.)	13,5	1,00		25,6	1,00	
mittel	15,4	1,17	0,89-1,54	34,1	1,52	1,22-1,90
niedrig	19,4	1,56	1,08-2,26	38,5	1,83	1,39-2,41

%=Häufigkeiten in Prozent; OR=odds ratios nach Adjustierung für Alter; 95%-KI=Konfidenzintervalle zu den odds ratios; Ref.=Referenzkategorie

Mit dem Begriff psychosomatische Beschwerden werden physische Symptome beschrieben, bei deren Entstehung und Verlauf psychische Faktoren eine wesentliche Rolle spielen. Zur Erfassung derartiger Beschwerden wurde in der HBSC-Studie eine Symptomcheckliste eingesetzt, anhand derer die Jugendlichen angeben sollten, wie häufig bei ihnen in den vergangenen sechs Monaten folgende Symptome aufgetreten sind: Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Rückenschmerzen, allgemeines Unwohlsein, Gereiztheit oder schlechte Laune, Nervosität, Einschlafstörungen sowie Benommenheit oder Schwindel (Ravens-Sieberer et al. 2003).

Tabelle 12.3
Auftreten von psychosomatischen Beschwerden (zwei oder mehr wöchentliche Beschwerden) bei 11- bis 15-jährigen Jungen und Mädchen nach familiärem Wohlstand
Datenbasis: HBSC-Studie 2002 (Auswertungen von Richter, Hurrelmann 2004 nach Auswertungsplan des Autors)

	Jungen			Mädchen		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
Familiärer Wohlstand						
hoch (Ref.)	13,2	1,00		19,6	1,00	
mittel	12,9	0,96	0,72-1,28	24,5	1,33	1,05-1,69
niedrig	19,6	1,58	1,10-2,28	34,4	2,15	1,62-2,85

%=Häufigkeiten in Prozent; OR=odds ratios nach Adjustierung für Alter; 95%-KI=Konfidenzintervalle zu den odds ratios; Ref.=Referenzkategorie

Aus Tabelle 12.3 sind Zusammenhänge zwischen familiärem Wohlstand und dem wöchentlichen Auftreten von zwei oder mehr dieser Beschwerden zu ersehen. Wie bei der Selbsteinschätzung der allgemeinen Gesundheit und der mentalen Gesundheit bestätigt sich, dass Mädchen stärker beeinträchtigt sind als Jungen. Auch in Bezug auf den Einfluss des familiären Wohlstandes zeigt sich ein vergleichbares Zusammenhangsmuster, zu Ungunsten von Jungen und Mädchen aus der untersten Wohlstandsgruppe.

12.6 Tabak- und Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen

Im Kindes- und Jugendalter werden vielfältige Verhaltensweisen erprobt, erlernt, verfestigt oder auch wieder verworfen. Für die meisten Heranwachsenden ist dabei nicht die Gesundheitsrelevanz des Verhaltens ausschlaggebend, sondern die Funktion im Kontext von sozialen Interaktionen und der Bewältigung altersspezifischer Entwicklungsaufgaben. Die überwiegende Zahl der in dieser Zeit erworbenen Verhaltensmuster und Gewohnheiten werden im Erwachsenenalter fortgeführt und damit auf lange Sicht zu bestimmenden Faktoren der Gesundheit und des Wohlbefindens. Während sich in der Kindheit der Einfluss der Eltern stark bemerkbar macht, wobei neben elterlichen Vorschriften auch deren Vorbild von Bedeutung ist, stellt spätestens im Jugendalter die Gleichaltrigengruppe wahrscheinlich eine ebenso wichtige Referenz für die Ausbildung und Stabilisierung gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen dar (Hurrelmann 2000; Pinquart, Silbereisen 2002).

Gemäß der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung sind Jugendliche, die mindestens einmal in der Woche rauchen, als regelmäßige Raucher zu klassifizieren (BZgA 2001). Dies trifft – legt man die HBSC-Studie zugrunde – derzeit auf insgesamt 15,3% der 11- bis 15-jährigen Jungen und 15,7% der gleichaltrigen Mädchen zu. Der familiäre Wohlstand beeinflusst nur bei Mädchen das Rauchverhalten: Mädchen aus der niedrigsten Wohlstandsgruppe rauchen – bei Kontrolle des Alterseffekts – 1,5-mal häufiger als diejenigen aus der ökonomisch am besten gestellten Gruppe. Deutlichere Unterschiede lassen sich an der von den Jugendlichen besuchten Schulform festmachen. Jungen und Mädchen, die auf eine Haupt- oder Realschule gehen, rauchen zu 19,0% bzw. 21,6% mindestens einmal in der Woche, im Vergleich zu 8,1% der Gymnasiasten und 9,9% der Gymnasiastinnen.

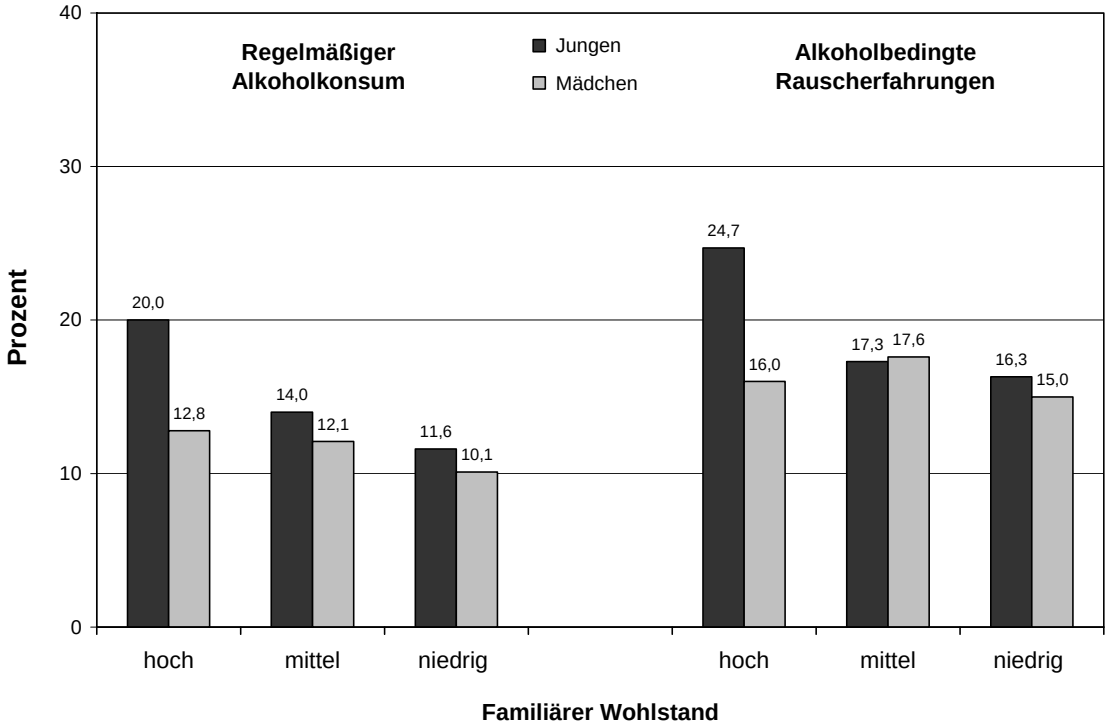
Bezogen auf den Alkoholkonsum wurden die Jugendlichen gefragt, wie häufig sie alkoholhaltige Getränke konsumieren, wobei zwischen Bier, Wein oder Sekt, Schnaps oder Likör sowie Mixgetränken und Cocktails differenziert wurde. Von einem regelmäßigen Konsum wird

analog zum Rauchen gesprochen, wenn die Jugendlichen angaben, mindestens einmal in der Woche Alkohol zu trinken. Außerdem wurde nach alkoholbedingten Rauscherfahrungen gefragt. Von allen Befragten gaben 53,2% der Jungen und 56,9% der Mädchen an, überhaupt keinen Alkohol zu trinken. Als regelmäßige Konsumenten sind 15,9% der Jungen und 10,7% der Mädchen einzustufen. Knapp 30% der Jungen und Mädchen haben schon einmal so viel getrunken, dass sie stark betrunken waren. Zwei oder mehr alkoholbedingte Rauscherfahrungen werden von 18,8% der Jungen und 14,4% der Mädchen angegeben (Richter, Settertobulte 2003).

Abbildung 12.6

Regelmäßiger Alkoholkonsum (mindestens einmal in der Woche) und alkoholbedingte Rauscherfahrungen (zweimal oder häufiger im Leben) bei 11- bis 15-jährigen Jungen und Mädchen nach familiärem Wohlstand

Datenbasis: HBSC-Studie 2002 (Auswertungen von Richter, Hurrelmann 2004 nach Auswertungsplan des Autors)



Jungen aus der höchsten Wohlstandsgruppe konsumieren häufiger regelmäßig Alkohol als diejenigen aus der am schlechtesten gestellten Gruppe (20,0% gegenüber 11,6%) und sie haben häufiger Rauscherfahrungen gemacht (24,7% gegenüber 16,3%). Bei Mädchen lässt sich kein Zusammenhang zwischen dem Alkoholkonsum und dem familiären Wohlstand feststellen (Abbildung 12.6). Im Hinblick auf die Schulbildung zeigt sich dagegen, dass Jungen und Mädchen, die eine Haupt- oder Realschule besuchen, zu einem größeren Anteil

als Gymnasiasten und Gymnasiastinnen schon 2-mal oder öfter stark betrunken waren (vgl. Richter 2005).

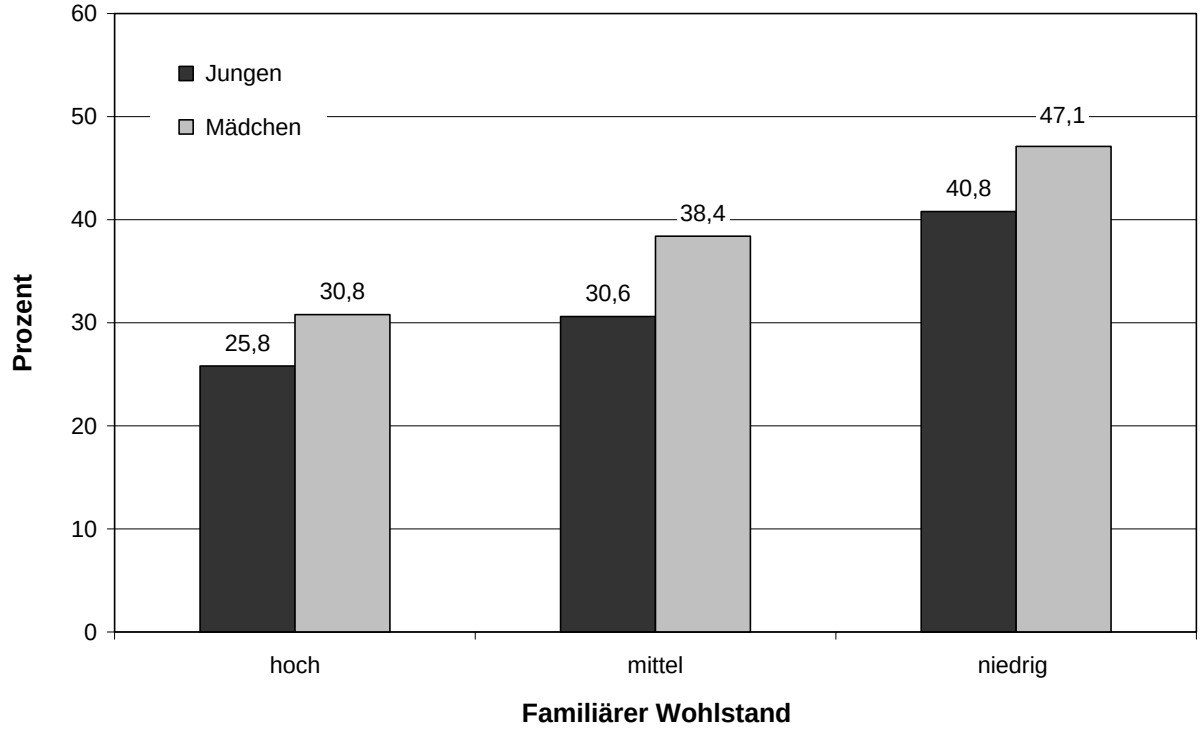
12.7 Ernährung und Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen

Im Zusammenhang mit der Ernährung wurden die Jugendlichen in der HBSC-Studie u.a. um Angaben zur Häufigkeit des Verzehrs von Obst, Gemüse, Süßigkeiten und zuckerhaltiger Limonade (Softdrinks) gebeten. Der tägliche Obst- und Gemüseverzehr ist wichtiger Bestandteil einer gesunden Ernährung, während der tägliche Konsum zuckerhaltiger Lebensmittel und Getränke ernährungsphysiologisch nicht empfehlenswert ist. Etwa ein Drittel der Jungen und Mädchen gab an, täglich Obst zu essen, bei einem Viertel gehört Gemüse zum täglichen Speiseplan. Süßigkeiten und Softdrinks werden ebenfalls von einem Drittel der Jugendlichen täglich konsumiert. Jugendliche aus ökonomisch besser gestellten Familien verzehren mehr Obst und Gemüse und greifen seltener zu Süßigkeiten und Softdrinks. Bei ihnen liegt der Anteil derjenigen mit einer gesunden Ernährung etwa 1,5-mal höher als bei Jungen und Mädchen der niedrigsten Wohlstandsgruppe (vgl. Klocke, Lampert 2005).

Abbildung 12.7

Anteil der 11- bis 15-jährigen Jungen und Mädchen, die an Schultagen ohne Frühstück aus dem Haus gehen, nach familiärem Wohlstand

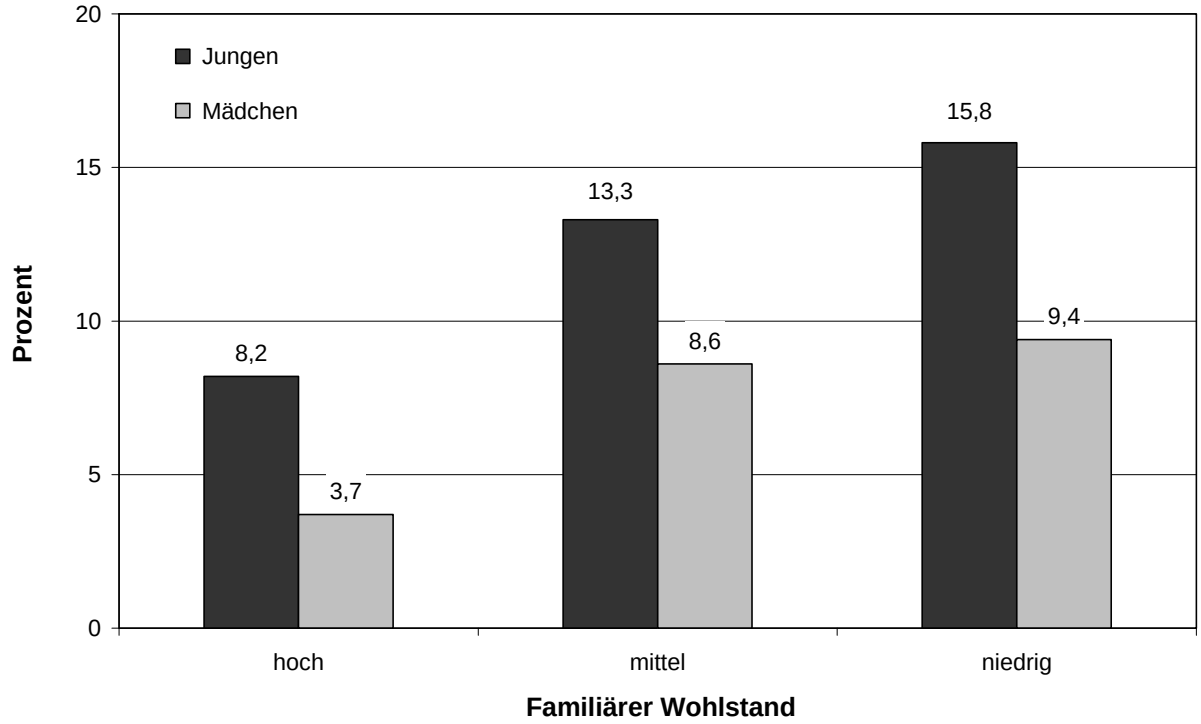
Datenbasis: HBSC-Studie 2002 (Auswertungen von Richter, Hurrelmann 2004 nach Auswertungsplan des Autors)



Für ein gesundes Essverhalten ist auch das Erlernen von Ernährungsroutinen, wie z.B. regelmäßige Mahlzeiten, von Bedeutung. Wie Abbildung 12.7 verdeutlicht, bestehen in dieser Hinsicht große Unterschiede zwischen den Jugendlichen der drei Wohlstandsgruppen: Jungen und Mädchen aus der am schlechtesten gestellten Gruppe gehen im Vergleich zu den Gleichaltrigen aus der am besten positionierten Gruppe an Schultagen fast doppelt so häufig ohne Frühstück aus dem Haus. Auch in der mittleren Wohlstandsgruppe ist dieser Anteil etwas erhöht.

Die Ernährungsweise ist eine zentrale, wenngleich nicht die einzige Bestimmungsgröße für die Gewichtsentwicklung im Jugendalter. Bereits in jungen Jahren geht ein zu hohes Körpergewicht, insbesondere Adipositas, mit orthopädischen, metabolischen und endokrinen Komplikationen einher und wirkt sich darüber hinaus auf das Selbstwertgefühl und die sozialen Kompetenzen der Heranwachsenden aus (RKI 2003c).

Abbildung 12.8
Verbreitung von Übergewicht bei 11- bis 15-jährigen Jungen und Mädchen nach familiärem Wohlstand
Datenbasis: HBSC-Studie 2002 (Auswertungen von Richter, Hurrelmann 2004 nach Auswertungsplan des Autors)



Da in der HBSC-Studie von den Jugendlichen Angaben zu Körpergröße und Körpergewicht erfragt wurden, lässt sich der Body-Mass-Index (BMI) berechnen. Um Übergewicht und Adipositas abzugrenzen wird auf die von der Arbeitsgemeinschaft „Adipositas im Kindes-

und Jugendalter“ empfohlene Klassifikation zurückgegriffen, die sich an geschlechtsspezifischen Altersperzentilen orientiert und damit den wachstumsbedingten Variationen des Größen-Gewichtsverhältnisses Rechnung trägt (Kromeyer-Hauschild et al. 2001). Von den 11- bis 15-Jährigen sind demnach 8,4% der Jungen und 5,0% der Mädchen als übergewichtig zu bezeichnen. Von Adipositas sind 2,4% der Jungen und 1,7% der Mädchen betroffen (vgl. Zubrägel, Settertobulte 2003). In der niedrigsten und mittleren Wohlstandsgruppe ist der Anteil der Übergewichtigen deutlich erhöht, bei Jungen etwa um den Faktor 2,1 bzw. 1,7, bei Mädchen sogar um den Faktor 2,7 bzw. 2,5 (Abbildung 12.8). Auch zwischen Jugendlichen, die ein Gymnasium besuchen und denen, die auf eine Haupt- oder Realschule gehen, zeigen sich diesbezüglich deutliche Unterschiede (Jungen: 7,9% gegenüber 13,3%; Mädchen: 4,1% gegenüber 8,6%).

12.8 Körperliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen

Regelmäßige körperliche Aktivität wirkt nicht nur Übergewicht und daraus resultierenden Folgeerkrankungen entgegen, sondern übt zudem einen positiven Einfluss auf die motorische Entwicklung, das Herz-Kreislauf-System, die Atmung, die psychische Gesundheit und das subjektive Wohlbefinden der Heranwachsenden aus. Kinder und Jugendliche haben einen „natürlichen“ Bewegungsdrang, der auch eine wichtige Voraussetzung für die Ausbildung sozialer und personaler Kompetenzen im Austausch und Miteinander in der Gleichaltrigengruppe ist. Im alltäglichen Leben vieler Kinder und Jugendlichen spielt die körperliche Aktivität jedoch eine zunehmend geringere Rolle. Wie eine Untersuchung des Instituts für Sport und Sportwissenschaft der Universität Karlsruhe zeigt, verbringen Kinder einen immer größeren Anteil ihrer Freizeit zuhause und damit zumeist im Sitzen oder Liegen. Ein Viertel der befragten Grundschüler im Alter von sechs bis zehn Jahren spielte maximal einmal in der Woche im Freien (Bös 2001).

In der HBSC-Studie gaben 11% der Jungen und 15% der Mädchen im Alter von 11 bis 15 Jahren an, dass sie sich an weniger als zwei Tagen in der Woche für insgesamt 60 Minuten sportlich oder anderweitig körperlich betätigen. Tabelle 12.4 kann entnommen werden, dass der familiäre Wohlstand vor allem bei Mädchen einen Einfluss auf das Bewegungsverhalten ausübt: Mädchen aus der niedrigsten Wohlstandsgruppe sind nahezu 3-mal häufiger und Mädchen aus der mittleren Wohlstandsgruppe fast 2-mal häufiger an weniger als zwei Tagen in der Woche aktiv.

Tabelle 12.4
Körperliche Aktivität (weniger als 2 Tage pro Woche für weniger als 60 Minuten aktiv) von 11- bis 15-jährigen Jungen und Mädchen nach familiärem Wohlstand
Datenbasis: HBSC-Studie 2002 (Auswertungen von Richter, Hurrelmann 2004 nach Auswertungsplan des Autors)

	Jungen			Mädchen		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
Familiärer Wohlstand						
hoch (Ref.)	7,7	1,00		9,4	1,00	
mittel	11,8	1,62	1,16-2,26	16,5	1,89	1,39-2,58
niedrig	9,8	1,34	0,82-2,18	23,1	2,87	2,01-4,08

%=Häufigkeiten in Prozent; OR=odds ratios nach Adjustierung für Alter; 95%-KI=Konfidenzintervalle zu den odds ratios; Ref.=Referenzkategorie

Um das Bewegungsverhalten von Kindern und Jugendlichen umfassend beurteilen zu können, sollte der Blick auf andere Freizeitaktivitäten erweitert werden, zumal diese häufig in Konkurrenz zu Sport- oder Bewegungsangeboten stehen. In erster Linie betrifft dies die Nutzung von medialen Angeboten, die in den letzten Jahren erheblich zugenommen hat (Feierabend, Klingler 2002). In der HBSC-Studie gaben die Jugendlichen u.a. an, in einer normalen Woche durchschnittlich 2,3 Stunden am Tag vor dem Fernseher zu verbringen. Am Wochenende steigt der Fernsehkonsum auf durchschnittlich 3,4 Stunden bei Jungen und 3,0 Stunden bei Mädchen. Insgesamt verbringen die 11- bis 15-Jährigen damit im Durchschnitt 17,5 Stunden in der Woche vor dem Fernseher (vgl. Richter, Settertobulte 2003).

Tabelle 12.5
Fernsehkonsum (mehr als 4 Stunden täglich) von 11- bis 15-jährigen Jungen und Mädchen nach familiärem Wohlstand
Datenbasis: HBSC-Studie 2002 (Auswertungen von Richter, Hurrelmann 2004 nach Auswertungsplan des Autors)

	Jungen			Mädchen		
	%	OR	95%-KI	%	OR	95%-KI
Familiärer Wohlstand						
hoch (Ref.)	17,0	1,00		15,2	1,00	
mittel	25,1	1,72	1,34-2,19	18,4	1,27	0,97-1,66
niedrig	31,5	2,42	1,75-3,36	28,7	2,28	1,67-3,11

%=Häufigkeiten in Prozent; OR=odds ratios nach Adjustierung für Alter; 95%-KI=Konfidenzintervalle zu den odds ratios; Ref.=Referenzkategorie

Der Fernsehkonsum variiert dabei erheblich mit dem familiären Wohlstand: Jungen wie Mädchen am unteren Ende des Wohlstandsgefälles sitzen im Vergleich zu den am besten gestellten Gleichaltrigen mehr als doppelt so oft täglich vier und mehr Stunden vor dem Fernseher (Tabelle 12.5).

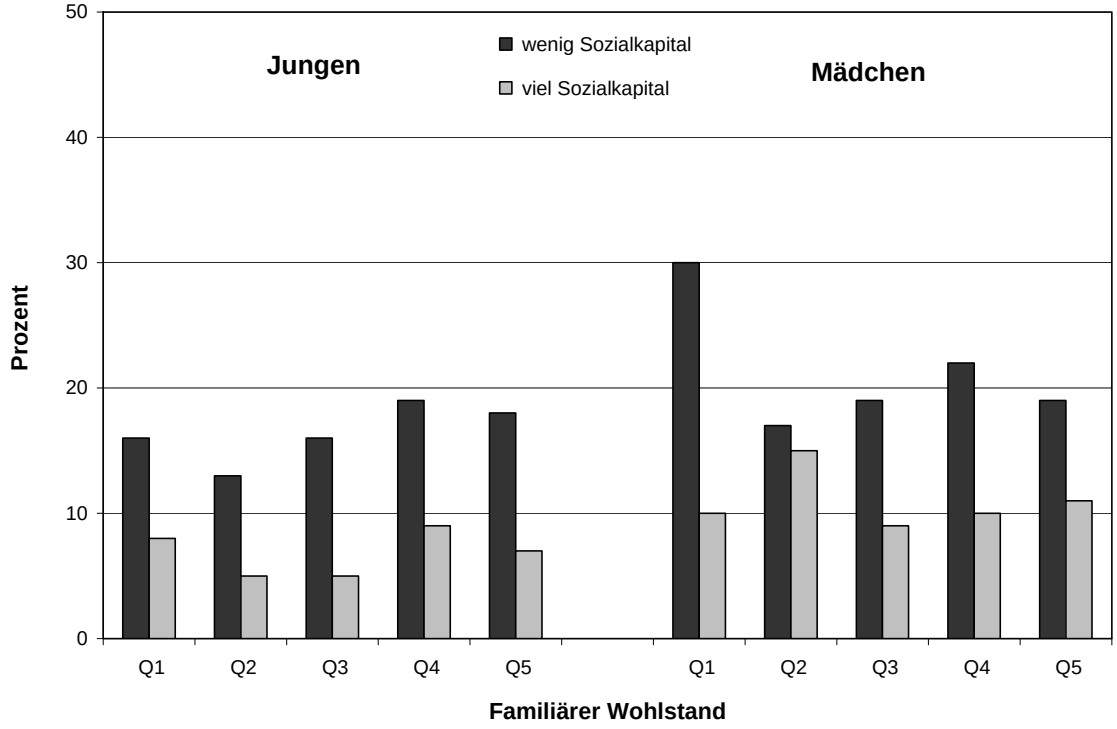
12.9 Soziales Kapital als Gesundheitsressource im Kindes- und Jugendalter

Im Kontext von Prävention und Gesundheitsförderung kommt nicht nur der Vermeidung von Krankheitsrisiken, sondern auch der Stärkung von Gesundheitsressourcen große Bedeutung zu. Mit Blick auf Kinder und Jugendlichen wird dabei unter anderem die Gesundheitswirksamkeit der sozialen Einbindung, Teilhabe und Unterstützung diskutiert – in den letzten Jahren zunehmend unter dem Stichwort „soziales Kapital“ (Klocke, Becker 2003; Klocke 2004).

Abbildung 12.9

Anteil der 11- bis 15-jährigen Jungen und Mädchen mit schlechtem allgemeinen Gesundheitszustand nach familiärem Wohlstand und sozialem Kapital (Angaben in %)

Datenbasis: HBSC-Studie 2002 – Daten für das Bundesland Hessen (Klocke, Lampert 2005: 16)



Q1= niedrigstes Quintil bis Q5=höchstes Quintil der Verteilung des familiären Wohlstands

In der HBSC-Studie werden in diesem Zusammenhang auf Vertrauen und Unterstützung basierende Sozialbeziehungen in der Familie, im Freundeskreis, in der Nachbarschaft und in

Institutionen wie Vereinen, Jugendclubs oder Jugendgruppen analysiert. Um das Gesamtvolumen des sozialen Kapitals zu beschreiben, wird ein aggregierter Index gebildet und zwischen den Jugendlichen mit der niedrigsten und der höchsten Kapitalausstattung unterschieden (Klocke 2004). In Abbildung 12.9 ist erkennbar, welchen Einfluss das soziale Kapital auf den allgemeinen Gesundheitszustand in Abhängigkeit vom familiären Wohlstand hat.[27] In allen Wohlstandsgruppen ist der Anteil der Jugendlichen mit einer eher schlechten Gesundheitseinschätzung bei niedrigem sozialem Kapital deutlich erhöht. Auch in den hohen Wohlstandsgruppen haben die Jugendlichen mit einer geringen Ausstattung an Sozialkapital häufiger einen schlechten allgemeinen Gesundheitszustand. Betrachtet man nur die Jugendlichen mit hohem Sozialkapital, dann zeigen sich in Bezug auf die Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes keine bedeutsamen Unterschiede zwischen den Wohlstandsgruppen. Dies gilt sowohl für Jungen als auch für Mädchen: Zwar verfügen Jungen über eine etwas bessere Ausstattung mit sozialem Kapital und beurteilen ihre gesundheitliche Situation insgesamt gesehen besser als die gleichaltrigen Mädchen, die Gesundheitswirksamkeit des sozialen Kapitals und der protektive Effekt bei vorhandenen ökonomischen Nachteilen stellen sich aber bei beiden Geschlechtern ganz ähnlich dar (Klocke, Lampert 2005).

12.10 Diskussion

Die vorliegenden Forschungsergebnisse sprechen für eine soziale Ungleichverteilung der Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken in der heranwachsenden Generation, die allerdings in verschiedenen Altersgruppen und bei Jungen und Mädchen unterschiedlich stark zum Ausdruck kommt (siehe auch Klocke, Hurrelmann 2001; Hurrelmann et al. 2003; Mielck 2000, 2001b; Jungbauer-Gans, Kriwy 2004). Kinder aus sozial benachteiligten Familien sind deutlich stärker von körperlichen und psychischen Entwicklungsverzögerungen und Gesundheitsstörungen betroffen. Auch kommen bei ihnen Unfallverletzungen und zahnmedizinische Probleme häufiger vor. Eine Ausnahme stellen lediglich allergische und atopische Krankheiten dar, die vermehrt bei sozial besser gestellten Kindern auftreten. Im Jugendalter zeichnet sich die gesundheitliche Chancenungleichheit etwas schwächer ab. Dies lässt sich zumindest für das Vorkommen körperlicher Erkrankungen, bei Jungen auch für die Selbsteinschätzung der Gesundheit und psychosomatische Beschwerden belegen. Ein möglicher Grund hierfür ist,

[27] Im Unterschied zu den bisherigen Analysen werden hier fünf Gruppen des familiären Wohlstands unterschieden. Diese bezeichnen die Quintile der Wohlstandsverteilung. Das unterste Quintil umfasst folglich die 20% der Jugendlichen, die in Familien mit dem geringsten Wohlstand aufwachsen und das höchste Quintil die 20% der Jugendlichen aus der höchsten Wohlstandsgruppe (Klocke 2004; Klocke, Lampert 2005).

dass in dieser Phase viele Entwicklungsaufgaben weitgehend unabhängig von den Eltern gelöst werden müssen und andere Bezugspersonen, wie z.B. Lehrer und Lehrerinnen, Betreuer und Betreuerinnen in Jugendeinrichtungen und vor allem die Gleichaltrigen, an Bedeutung gewinnen. Andererseits werden im Jugendalter gesundheitsrelevante Einstellungen, die bereits im Kindesalter ausgebildet wurden, stabilisiert, ausdifferenziert und in Verhalten umgesetzt. Insofern verwundert es nicht, dass sich bei Jugendlichen die ungleichen Lebensbedingungen und Teilhabechancen zuvorderst im gesundheitsrelevanten Verhalten widerspiegeln. Die Ergebnisse der HBSC-Studie deuten insbesondere auf Unterschiede im Rauchverhalten, der Mundhygiene, dem Bewegungsverhalten und dem Fernsehkonsum sowie zum Teil auch in der Ernährung hin.

Geschlechtsspezifische Unterschiede lassen sich sowohl im Gesundheitszustand als auch im Gesundheitsverhalten der Jugendlichen beobachten. Mädchen schätzen ihre eigene Gesundheit schlechter ein und sind vermehrt von z.B. Kopf-, Bauch- und Rückenschmerzen betroffen. Andererseits verhalten sie sich im Hinblick auf fast alle in der HBSC-Studie untersuchten Verhaltensmuster und Gewohnheiten gesünder. Dementsprechend zeichnet sich das soziale Gefälle bei Jungen vor allem im gesundheitsriskanten Verhalten ab, während bei Mädchen auch das psychische Wohlbefinden mit dem sozialen Status variiert.

In der Gesamtschau belegen die dargestellten Forschungsbefunde, dass bei Kindern ein erheblicher Bedarf an Frühförderung besteht. Viele der bei sozial benachteiligten Einschülern häufiger festgestellten Entwicklungsdefizite, wie z.B. Sprachstörungen, psychomotorische Störungen sowie Beeinträchtigungen der geistigen Entwicklung, können durch eine umfassende und effektive Frühförderung vermieden oder zumindest abgemildert werden. Außerdem verweisen die sozialen Unterschiede in der Teilnahme am Krankheitsfrüherkennungsprogramm für Kinder auf die Notwendigkeit, neue Zugänge zu den sozial unterprivilegierten Bevölkerungsgruppen zu erschließen (Langness 2007). Im Jugendalter eröffnen sich über das Gesundheitsverhalten zahlreiche Anknüpfungspunkte für präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen, die auch für die Strategie „Gesund aufwachsen: Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung“ im Rahmen des Gesundheitszieleprozesses und das „Deutsche Forum für Prävention und Gesundheitsförderung“ von großer Bedeutung sind. Erfolg versprechen Programme für Kinder und Jugendliche vor allem dann, wenn sie auf alters- und geschlechtsspezifische Entwicklungsaufgaben und Gesundheitsgefährdungen abgestimmt sind und berücksichtigt wird, dass die Heranwachsenden über sehr unterschiedliche Voraussetzungen

und Mittel verfügen, ihre Gesundheitspotenziale auszuschöpfen (Hurrelmann 2000; Altgeld 2006). Außerdem sollte Beachtung finden, dass Kinder und Jugendliche ihr Verhalten in erster Line nicht an zumeist erst später eintretenden gesundheitlichen Konsequenzen ausrichten, sondern an der Funktionalität und Wirksamkeit in ihren unmittelbaren Lebenskontexten, insbesondere der Familie, Schule und Gleichaltrigengruppe (Richter 2005).

13 Gesundheit im höheren Lebensalter

In Deutschland leben gegenwärtig etwa 82,5 Millionen Menschen, von denen rund 14,9 Millionen 65 Jahre oder älter sind (Statistisches Bundesamt 2007). Den aktuellen Bevölkerungsvorausberechnungen zufolge wird der Anteil der 65-Jährigen und Älteren von derzeit etwa 18% auf über 30% im Jahr 2050 steigen. Der hauptsächliche Grund hierfür ist der kontinuierliche Anstieg der Lebenserwartung, der sich in allen Altersgruppen beobachten lässt, in den älteren Bevölkerungsgruppen aber überproportional ausfällt. Infolge dessen nimmt auch die Zahl der Hochbetagten zu. Geht man von der gegenwärtigen Bevölkerungsentwicklung aus, dann könnte sich die Zahl der 80-Jährigen und Älteren von heute 3,4 Millionen bis zum Jahr 2050 mehr als verdreifacht haben (BMGS 2005; Statistisches Bundesamt 2005).

Von den 65-Jährigen und Älteren sind etwa 60% Frauen; an den 80-Jährigen und Älteren macht ihr Anteil sogar fast drei Viertel aus. Während der weit überwiegende Teil der älteren Männer verheiratet ist, nimmt der Anteil der verheirateten Frauen mit dem Alter rapide ab, bis auf unter 10% bei den 80-Jährigen und Älteren. Dementsprechend leben 51% der 65-jährigen und älteren Frauen, aber nur 17% der gleichaltrigen Männer in Ein-Personen-Haushalten (bezogen auf alle in Privathaushalten Lebenden). Rund 0,9 Millionen bzw. 6,9% der 65-Jährigen und Älteren wohnen in Einrichtungen für ältere Menschen oder speziellen Altenwohnungen (RKI 2002; Statistisches Bundesamt 2005).

Die materielle Lage der Haushalte älterer Menschen stellt sich im Großen und Ganzen relativ günstig dar. Im Jahr 2002 betrug das Netto-Äquivalenzeinkommen von Zwei-Personen-Haushalten älterer Menschen zwischen 1.663 und 1.784 Euro (je nach genauem Alter). Alleinlebenden standen monatlich zwischen 1.274 und 1.344 Euro zur Verfügung. Die mittleren Einkommen allein lebender älterer Frauen lagen dabei deutlich unter denen in der männlichen Vergleichsgruppe. Ostdeutsche Ältere weisen nur eine Einkommensposition von rund 75% bezogen auf das mittlere Einkommen der Gesamtbevölkerung auf. Sie sind damit deutlich schlechter gestellt als ältere Menschen in Westdeutschland mit knapp 95% (Cirkel et al. 2004).

Das Risiko der Einkommensarmut unter den Älteren ist seit 1998 von 13,3% auf 11,4% zurückgegangen und liegt inzwischen deutlich unter dem in der Gesamtbevölkerung (13,5%). Die Älteren weisen außerdem eine geringere Sozialhilfequote auf (1,3% gegenüber 3,3% im

Jahr 2002). Allerdings spielen hier das Geschlecht und die Haushaltsgröße eine stark differenzierende Rolle: Beispielsweise lag die Armutsrisikoquote allein lebender Frauen im Alter von 75 Jahren oder älter bei 31,4% (BMGS 2005).[28]

Die Beschreibung der gesundheitlichen Situation im höheren Lebensalter ist mit der Schwierigkeit verbunden, dass ältere Menschen in bevölkerungsrepräsentativen Studien häufig nicht berücksichtigt werden oder aber – aufgrund der relativ geringen Besetzung der höheren Altersgruppen – keine vertiefenden Analysen möglich sind. Nachfolgend wird deshalb neben dem Bundes-Gesundheitssurvey 1998, dem telefonischen Gesundheitssurvey 2003 und dem Sozio-oekonomischen Panel 2003 auch auf die Ergebnisse der Berliner Altersstudie und des Alterssurveys Bezug genommen. Die Berliner Altersstudie wurde zwar bereits Anfang der 1990er Jahre durchgeführt und ist nur für Berlin (West) repräsentativ, aufgrund des Fokus auf das sehr hohe Alter (70+ Jahre) sowie des gleichermaßen umfassenden wie in die Tiefe gehenden Erhebungsprotokolls, das auch internistische und psychiatrische Untersuchungen umfasste, stellt sie aber nach wie vor eine sehr gute Referenz für Aussagen zur Gesundheit älterer Menschen dar (Mayer, Baltes 1996). Der besondere Wert des Alterssurveys, der den Schwerpunkt auf den Übergang in den Ruhestand legt, ist in der Möglichkeit einer längsschnittlichen Weiterverfolgung begründet. Für den Zeitraum von 1996 bis 2002 lassen sich Veränderungen im Gesundheitsstatus der Studienteilnehmer und Studienteilnehmerinnen, die am Ende der Beobachtungszeit zwischen 46 und 91 Jahre alt waren, nachzeichnen und im Zusammenhang mit ihrer sozialen und wirtschaftlichen Situation betrachten (Kohli, Kühnemund 2000; Wurm 2003).

13.1 Körperliche und psychische Krankheiten im Alter

Im fortgeschrittenen Lebensalter ist die Vulnerabilität des menschlichen Organismus infolge physiologischer und morphologischer Veränderungen erhöht. Zum Ausdruck kommt dies u.a. in einer verminderten Sehkraft, einem nachlassenden Hörvermögen, einer abnehmenden Lungenfunktion, einem höheren Blutdruck, einer geringeren Knochendichte, einer geringeren Glukosetoleranz, erhöhten Cholesterinwerten und arteriosklerotischen Gefäßveränderungen (Schildberg, Kiffner 1987; Kanowski 1984). Diese physiologischen Veränderungen gehören

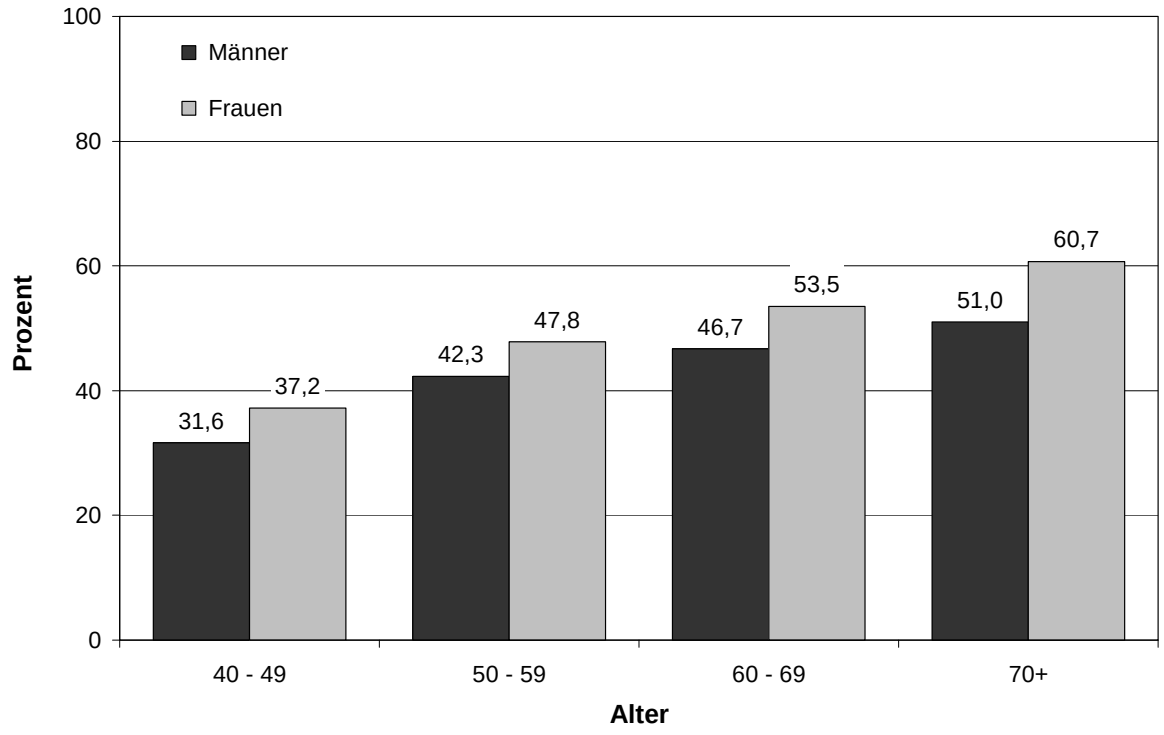
[28] Bei der relativ niedrigen Armutsrisikoquote älterer Menschen dürfte es sich allerdings um eine Momentaufnahme handeln. Aufgrund der wachsenden Zahl von Menschen, die nicht durchgehend Rentenbeiträge gezahlt haben sowie der sinkenden gesetzlichen Rentenniveaus, ist künftig mit einem Anstieg der Altersarmut zu rechnen.

zum Alter, sie können aber interindividuell sehr unterschiedlich ausgeprägt sein, wobei neben der genetischen Disposition auch Aspekte der Lebenssituation und Lebensführung zum Tragen kommen. Infolge der verminderten Leistungs- und Anpassungsfähigkeit von Organen und Organsystemen nimmt die Auftretenswahrscheinlichkeit von Krankheiten, Funktionsstörungen und daraus resultierender Hilfsbedürftigkeit altersabhängig zu (Steinhagen-Thiessen et al. 1994; Steinhagen-Thiessen, Borchelt 1996).

Abbildung 13.1

Vorliegen mindestens einer länger andauernden oder wiederholt auftretenden Krankheit oder Gesundheitsstörung nach Alter und Geschlecht

Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003 (eigene Auswertungen)



Das Krankheitsspektrum im Alter wird heute überwiegend von chronisch-degenerativen, in ihrem Verlauf fortschreitenden und irreversiblen Krankheiten bestimmt. Diese Krankheiten können bereits früher im Leben aufgetreten sein oder sich erst im Alter manifestieren. Viele chronische Krankheiten bringen einen medizinischen Behandlungsbedarf mit sich, der zumeist mit der Krankheitsdauer zunimmt und bis ans Lebensende besteht. Aktuelle Informationen zur Verbreitung von chronischen Krankheiten in der Bevölkerung liefert der telefonische Gesundheitssurvey 2003. Abbildung 13.1 stellt den Anteil der Personen mit mindestens einer länger andauernden oder wiederholt auftretenden Krankheit oder Gesundheitsstörung in verschiedenen Altersgruppen dar und verdeutlicht dadurch die alterskorrelierte Zunahme der

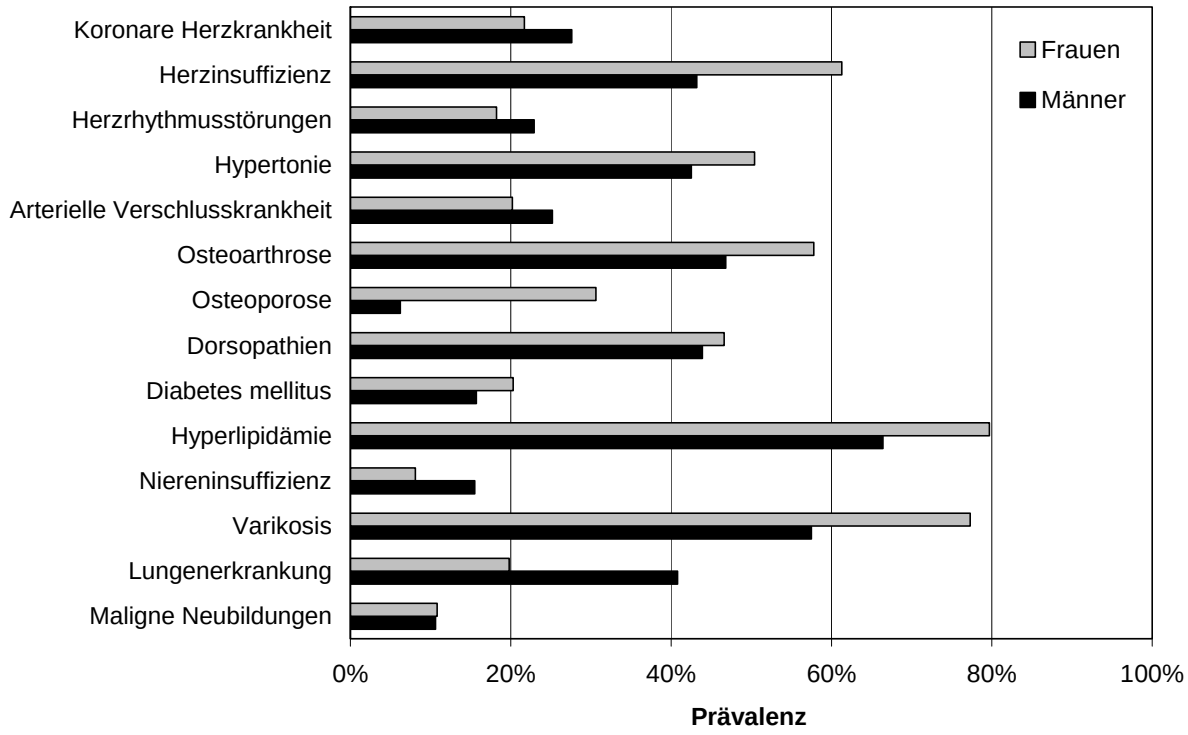
Krankheitshäufigkeit bis auf 51,0% bei 70-jährigen und älteren Männern und 60,7% bei gleichaltrigen Frauen.

Im Bundes-Gesundheitssurvey 1998, der für die 18- bis 79-jährige Bevölkerung in Deutschland repräsentativ ist, wurde nach dem Vorkommen von insgesamt 43 Krankheiten und Gesundheitsstörungen gefragt. In der Gruppe der 60- bis 79-Jährigen waren 86,8% der Männer und 92,1% der Frauen in den letzten 12 Monaten vor der Befragung von mindestens einer der Krankheiten betroffen. Im Durchschnitt gaben Männer diesen Alters 2,6 und Frauen 3,3 Krankheiten an. Gleichzeitig wird aber auch deutlich, dass die Mehrheit der 60- bis 79-Jährigen nicht unter einer schweren, lebensbedrohlichen Krankheit leidet (Wiesner et al. 2003).

Abbildung 13.2

Prävalenz chronischer Krankheiten und Beschwerden bei 70-jährigen und älteren Männern und Frauen

Datenbasis: Berliner Altersstudie 1990-93 (eigene Auswertungen)



Ein genaueres Bild des Krankheitsgeschehens im Alter lässt sich anhand des in der Berliner Altersstudie durchgeführten geriatrischen Assessments wiedergeben (Steinhagen-Thiessen, Borchelt 1996). Demnach sind 96% der 70-jährigen und älteren Menschen von mindestens einer und rund 30% von fünf oder mehr behandlungsbedürftigen internistischen, neurologischen oder orthopädischen Krankheiten betroffen. Zu den häufigsten Krankheiten und

Gesundheitsstörungen zählen Herzinsuffizienz, Hyperlipidämie, Varikosis, Osteoarthrose, Dorsopathien und arterielle Hypertonie. Auch koronare Herzkrankheit, arterielle Verschlusskrankheit, Diabetes mellitus Typ 2, chronisch obstruktive Lungenerkrankung und Osteoporose sind bei 70-Jährigen und Älteren weit verbreitet. Aus Abbildung 13.2 ist zu ersehen, dass viele der Krankheiten und Beschwerden bei älteren Frauen häufiger vorkommen als bei gleichaltrigen Männern.

Tabelle 13.1
Anzahl vollstationärer Krankenhausbehandlungsfälle im Jahr 2002 (pro 100.000 der Bevölkerung) nach Diagnosegruppen, Alter und Geschlecht
Quelle: Krankenhausdiagnosestatistik 2002 (eigene Darstellung)

ICD-10	Diagnose/Behandlungsanlass	Männer		Frauen	
		65-74	75+	65-74	75+
A00-B99	Bestimmte infektiöse u. parasitäre Krankheiten	581	1.090	505	1.049
C00-D48	Neubildungen	8.086	8.615	5.314	4.853
D50-D89	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	263	598	259	636
E00-E90	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	1.090	1.564	1.299	2.151
F00-F99	Psychische und Verhaltensstörungen	789	1.313	895	1.584
G00-G99	Krankheiten des Nervensystems	1.877	2.390	1.181	1.971
H00-H95	Krankheiten des Auges und des Ohres	1.411	2.703	1.641	3.222
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	12.389	17.843	7.557	14.072
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems	2.332	4.907	1.166	2.707
K00-K93	Krankheiten des Verdauungssystems	4.362	6.120	3.270	5.167
L00-L99	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	383	570	328	583
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	2.863	2.627	4.129	3.439
N00-N99	Krankheiten des Urogenitalsystems	321	2.121	2.041	2.104
R00-R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die a.n.k. sind	520	2.219	892	2.008
S00-T98	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	1.195	14.533	2.774	6.770

Weiteren Aufschluss geben Daten zur gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen. Tabelle 13.1 gibt die Anzahl der vollstationären Krankenhausbehandlungsfälle je 100.000 der Bevölkerung nach Krankheitsdiagnoseklassen, Altersgruppen und Geschlecht wieder. Das stationäre Versorgungsgeschehen wird durch Krankheiten des Kreislaufsystems dominiert. Daneben kommt bösartigen Neubildungen, Krankheiten der Verdauungsorgane, muskulo-

skeletalen Krankheiten sowie Verletzungen und Vergiftungen große Bedeutung für vollstationäre Behandlungen zu.

Aussagen über die Verbreitung von Krebserkrankungen im höheren Lebensalter sind auch anhand von Daten der Dachdokumentation Krebs am Robert Koch-Institut möglich. Für das Jahr 2000 lässt sich zeigen, dass von allen Neuerkrankungen an Krebs bei Frauen 36,0% und bei Männern 24,9% auf die 75-Jährigen und Älteren entfallen (Haberland et al. 2001). In dieser Altersgruppe ergibt sich bei Frauen die höchste Inzidenz für Darmkrebs gefolgt von Brustkrebs und Krebserkrankungen des Magens. Für Männer zeigt sich ein abweichendes Bild, da die meisten Krebsneuerkrankungen im Jahr 2000 auf Prostatakrebs entfielen, noch vor Darmkrebs und Lungenkrebs.[29]

Aus psychiatrischer Sicht stehen im Alter zwei Krankheitsgruppen im Vordergrund: Demenzen und Depressionen. Demenzen bezeichnen einen fortschreitenden Verlust an Gedächtnisleistungen und kognitiven Funktionen mit daraus resultierenden Störungen der Affektkontrolle, des Antriebs sowie des Sozialverhaltens. Krankheiten des demenziellen Formenkreises, zu denen z.B. die Alzheimerkrankheit oder die vaskuläre Demenz zählen, sind eine wesentliche Ursache für Hilfebedürftigkeit und die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen. In Deutschland leiden Schätzungen zufolge mehr als 950.000 Menschen an mittelschwer und schwer ausgeprägten Demenzerkrankungen, wobei die Prävalenzen ausgehend von unter 1% bei den 65- bis 69-Jährigen bis auf fast 35% bei den 90-Jährigen und Älteren zunehmen. Vorliegenden Vorausberechnungen zufolge könnte die Zahl der Demenzkranken bis zum Jahr 2040 im Zuge der demographischen Alterung auf 1,8 Millionen ansteigen und damit die gesellschaftlichen Sicherungs- und Versorgungssysteme vor große Herausforderungen stellen (Bickel 1999; vgl. Dinkel 1999).

Im Hinblick auf Depressionen sind insbesondere majore Depressionen und Dysthymien zu beachten. Majore Depressionen zeichnen sich durch eine stark ausgeprägte Symptomatik aus, die wahrscheinlich sowohl durch eine endogene als auch eine erlebnisreaktive Komponente bestimmt ist. Die Symptomatik von Dysthymien ist schwächer ausgeprägt, aber ebenfalls chronifiziert und im Allgemeinen lange anhaltend. Das Risiko einer depressiven Erkrankung

[29] Da gegenwärtig in Deutschland keine vollständige und flächendeckende Krebsregistrierung existiert, beruhen die Daten zur Inzidenz von Krebserkrankungen auf Schätzungen. Die Schätzung der Inzidenzen für Deutschland ist über ein indirektes Verfahren – auf der Basis der Daten eines Referenzregisters – möglich. Die Datenbasis des Referenzregisters entstammt im Wesentlichen dem saarländischen Krebsregister, ergänzt um Daten weiterer Register, die als ausreichend vollzählig erachtet werden (Arbeitsgemeinschaft Bevölkerungsbezogener Krebsregister 2004).

ist vor allem bei Partnerverlust, bei subjektiv erlebter Einsamkeit sowie bei körperlichen Erkrankungen und Behinderungen erhöht. In der Berliner Altersstudie wurde bei 3,5% der 70-jährigen und älteren Männer und 5,9% der gleichaltrigen Frauen eine majore Depression festgestellt. Die Prävalenz von Dysthymien lag für beide Geschlechter bei 2,0%. Daneben sind Störungen mit subdiagnostischer Symptomatik[30] zu beachten, die bei etwa 18% der 70-Jährigen und Älteren gefunden werden (Helmchen et al. 1996; RKI 2002).

13.2 Hilfebedarfe älterer Menschen und Inanspruchnahme pflegerischer Leistungen

Chronische Krankheiten können organische Schädigungen und Funktionseinbußen hervorrufen, z.B. Seh-, Hör- und Sprechstörungen oder Bewegungseinschränkungen, die ihrerseits oftmals in Einschränkungen der Selbstversorgung und Lebensführung zum Ausdruck kommen. Gerade im höheren Alter gehen chronische Krankheiten häufig mit einem dauerhaften und fortschreitenden Hilfe- und Versorgungsbedarf einher. Im Kontext der Sozialpolitik stellt sich die Aufgabe der verbindlichen Feststellung eines Hilfe- und Pflegebedarfs und der dadurch bestimmten Zuweisung von Versicherungsleistungen. Die gesetzliche Grundlage hierfür liefert in Deutschland das Pflegeversicherungsgesetz, demzufolge Personen pflegebedürftig sind, wenn sie „wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen“ (SGB XI, §14). Der Hilfebedarf wird nach Art, Häufigkeit und zeitlichem Pflegeaufwand in drei Pflegestufen unterteilt. Für die Bemessung des Hilfebedarfs werden Verrichtungen des täglichen Lebens aus den Bereichen der Körperpflege, Ernährung und Mobilität sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung herangezogen.[31]

Im Jahr 2002 waren rund 2 Millionen Versicherte der sozialen und privaten Pflegeversicherung als pflegebedürftig anerkannt. Setzt man diese in Relation zur Gesamtbevölkerung, so waren 2,4% der Menschen in Deutschland pflegebedürftig. In der Verteilung der Pflegebedürftigkeit treten ausgeprägte alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede zutage: Bis zum

[30] Mit diesem Begriff wird eine psychopathologische Symptomatik beschrieben, die zwar für die Lebensqualität und Inanspruchnahme medizinischer Leistungen von Bedeutung ist, jedoch die Diagnosekriterien der üblicherweise verwendeten Klassifikationen ICD (Internationale Klassifikation der Krankheiten der WHO) und DSM (Diagnostisch-statistisches Manual der American Psychiatric Association) nur zum Teil erfüllt.

[31] Pflegestufe I („erhebliche Pflegebedürftigkeit“): mindestens einmal täglich Hilfebedarf bei wenigstens zwei Verrichtungen aus dem Bereich der Grundpflege; zeitlicher Pflegeaufwand von mindestens 1,5 Stunden am Tag. Pflegestufe II („Schwerpflegebedürftigkeit“): Hilfebedarf in der Grundpflege, der mindestens dreimal täglich und zu verschiedenen Tageszeiten anfällt; zeitlicher Pflegeaufwand von mindestens drei Stunden am Tag. Pflegestufe III („Schwerstpflegebedürftigkeit“): Hilfebedarf in der Grundpflege, der rund um die Uhr einschließlich der Nacht besteht; zeitlicher Pflegeaufwand von mindestens fünf Stunden am Tag.

Alter von 55 Jahren liegt der Anteil der Pflegebedürftigen bei Frauen wie Männern unter 1% und steigt dann bis zum Alter von 65 Jahren leicht auf 1,4% bei Frauen und 1,7% bei Männern an. Danach nimmt die Prävalenz sprunghaft zu, bis auf 62,7% bei 90-jährigen und älteren Frauen bzw. 37,5% bei gleichaltrigen Männern. Die stärkere Betroffenheit der Frauen zeigt sich etwa ab dem 75. Lebensjahr und weitet sich im Altersgang sukzessive aus. Fasst man die psychiatrischen Krankheitsbilder, die unspezifischen Symptome und die bei den Krankheiten des Nervensystems berücksichtigte Alzheimerkrankheit zusammen, so stellen demenzielle Erkrankungen die häufigste Ursache von Pflegebedürftigkeit dar. In der Altersgruppe der 80-Jährigen und Älteren wird Pflegebedürftigkeit in mehr als 35% der Fälle durch eine demenzielle Erkrankung begründet (RKI 2004c).

Von den anerkannt Pflegebedürftigen werden 1,368 Millionen zu Hause und 635.000 in einem Pflegeheim gepflegt. Die zu Hause gepflegten Personen sind zu 56,0% in die Pflegestufe I eingestuft. Der Anteil der Empfänger der Pflegestufe II liegt in der häuslichen Pflege bei 34,0% und der Anteil der Pflegestufe III bei 10,0%. Pflegebedürftige, die zu Hause gepflegt werden, können zwischen den Leistungen eines ambulanten Pflegedienstes (Sachleistung) und dem Pflegegeld wählen. Möglich ist auch, Sach- und Geldleistung dem gewünschten Pflegearrangement entsprechend zu kombinieren (Kombinationsleistung). Bei den Leistungsempfängern in stationären Pflegeeinrichtungen liegt der Anteil der Pflegestufe I bei 37,7%, während 41,8% auf die Pflegestufe II und 20,4% auf die Pflegestufe III entfallen. Pflegebedürftige mit einer höheren Pflegestufe werden häufiger in einem Pflegeheim gepflegt als solche mit einer niedrigeren Pflegestufe. Versicherte, die in einem Pflegeheim gepflegt werden, haben Anspruch auf vollstationäre Leistungen, die die pflegebedingten Aufwendungen und – im Rahmen einer Übergangsregelung – die Aufwendungen der medizinischen Behandlungspflege und der sozialen Betreuung abdecken. Für die Unterkunft und Verpflegung müssen die Pflegebedürftigen allerdings selbst aufkommen. Insgesamt lässt sich für die letzten Jahre eine leichte Verschiebung in Richtung auf die professionelle und stationäre Pflege feststellen (RKI 2004c).

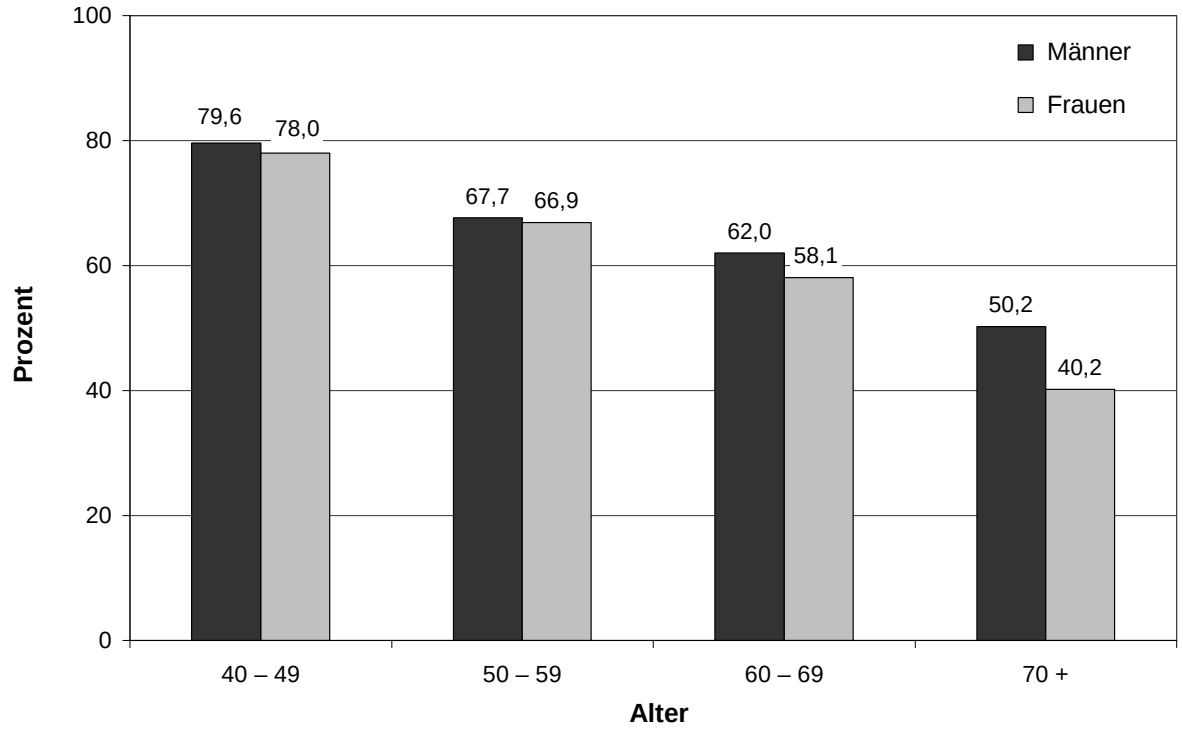
13.3 Subjektive Gesundheit und Lebensqualität im Alter

Die subjektive Gesundheit wird gerade mit Blick auf ältere Menschen als sensitiver Indikator für die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens und die fernere Lebenserwartung angesehen. Im telefonischen Gesundheitssurvey 2003 schätzten mehr als drei Viertel der befragten

Männer und Frauen im Alter von 40 bis 49 Jahren ihren allgemeinen Gesundheitszustand als sehr gut oder gut ein. Mit zunehmenden Alter ist zwar eine schrittweise Verringerung dieses Anteils zu beobachten, aber auch noch in der Gruppe der 70-Jährigen und Älteren gelangen 50,2% der Männer und 40,2% der Frauen zu einer positiven Beurteilung ihrer gesundheitlichen Situation. Angesichts der weiten Verbreitung von Krankheiten und Funktionseinbußen in dieser Altersgruppe wird deutlich, dass der „objektive“ Gesundheitsstatus und das „subjektive“ Gesundheitsurteil erheblich auseinander fallen können (Abbildung 13.3).

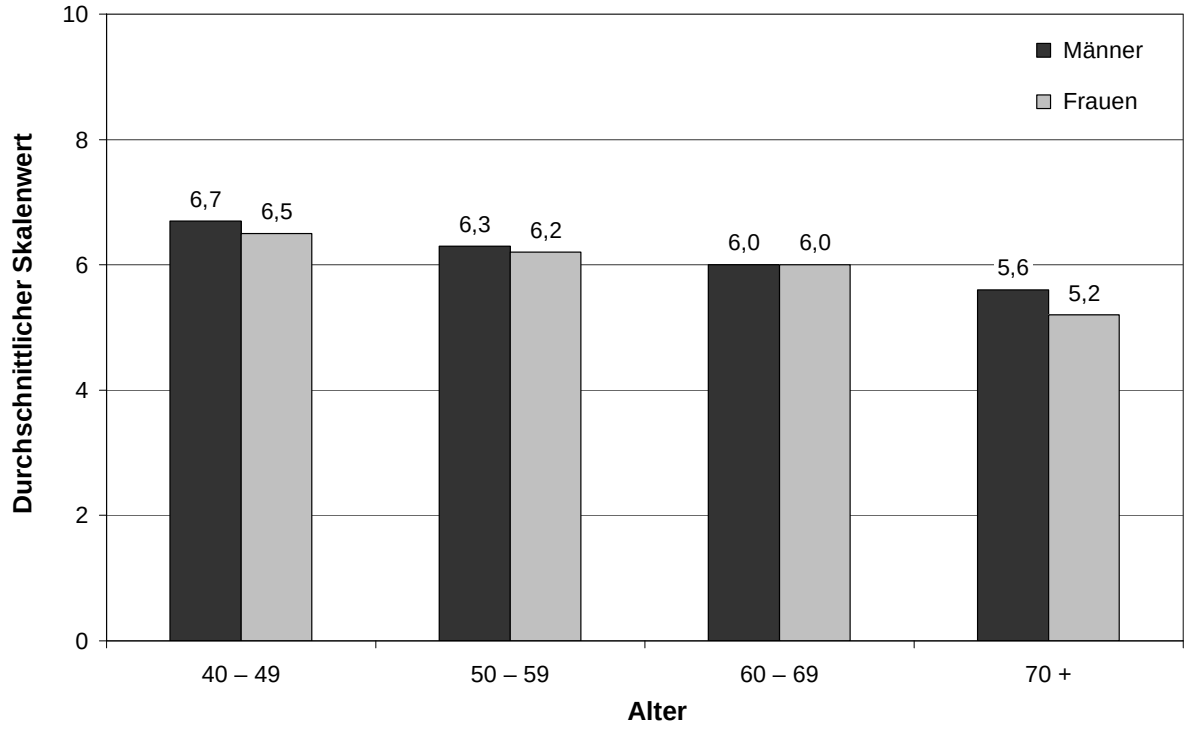
Abbildung 13.3

Anteil der Männer und Frauen mit sehr guter oder guter selbst eingeschätzter Gesundheit nach Alter
Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003 (eigene Auswertungen)



Aktuelle Daten zur Zufriedenheit mit der Gesundheit liefert das Sozio-oekonomische Panel aus dem Jahr 2003. Ausgehend von einer 11-stufigen Skala (0 = sehr unzufrieden bis 10 = sehr zufrieden) ergibt sich die niedrigste Zufriedenheit für die Gruppe der 70-Jährigen und Älteren, wobei Männer etwas höhere Werte erzielen als Frauen (Abbildung 13.4). Wie bei der Selbsteinschätzung der Gesundheit zeigt sich aber, dass die Unterschiede zwischen dem mittleren und höheren Alter geringer sind als angesichts der alterskorrelierten Zunahme von Krankheiten und Gesundheitsstörungen angenommen werden könnte.

Abbildung 13.4
Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit (0 = „sehr unzufrieden“ bis 10 = „sehr zufrieden“) nach Alter und Geschlecht
Datenbasis: Sozio-oekonomisches Panel 2003 (eigene Auswertungen)



Aussagen über Veränderungen der subjektiven Gesundheit im Alternsverlauf lassen sich auf Basis von Daten des Alterssurveys aus den Jahren 1996 und 2002 treffen. Für erste Analysen wurden vom Deutschen Zentrum für Altersfragen drei Altersgruppen gebildet: 46-60, 61-75 und 76-91 Jahre. Für die jüngste und älteste Altersgruppe wird im Beobachtungszeitraum eine bedeutsame Verschlechterung der selbsteingeschätzten Gesundheit sowie eine Zunahme gesundheitsbedingter Einschränkungen in der Alltagsbewältigung berichtet. In der mittleren Altersgruppe treten keine signifikanten Veränderungen der subjektiven Gesundheit zutage. Dafür lässt sich wie in den anderen beiden Altersgruppen ein häufigeres Auftreten einer chronischen Krankheit oder eines Unfalls feststellen. Eine Zunahme von Hilfebedürftigkeit, die anhand von basalen Aktivitäten der Selbstversorgung erhoben wurde, findet sich nur in der ältesten Gruppe (Wurm 2003).

13.4 Lebenslage und Gesundheit im Alter

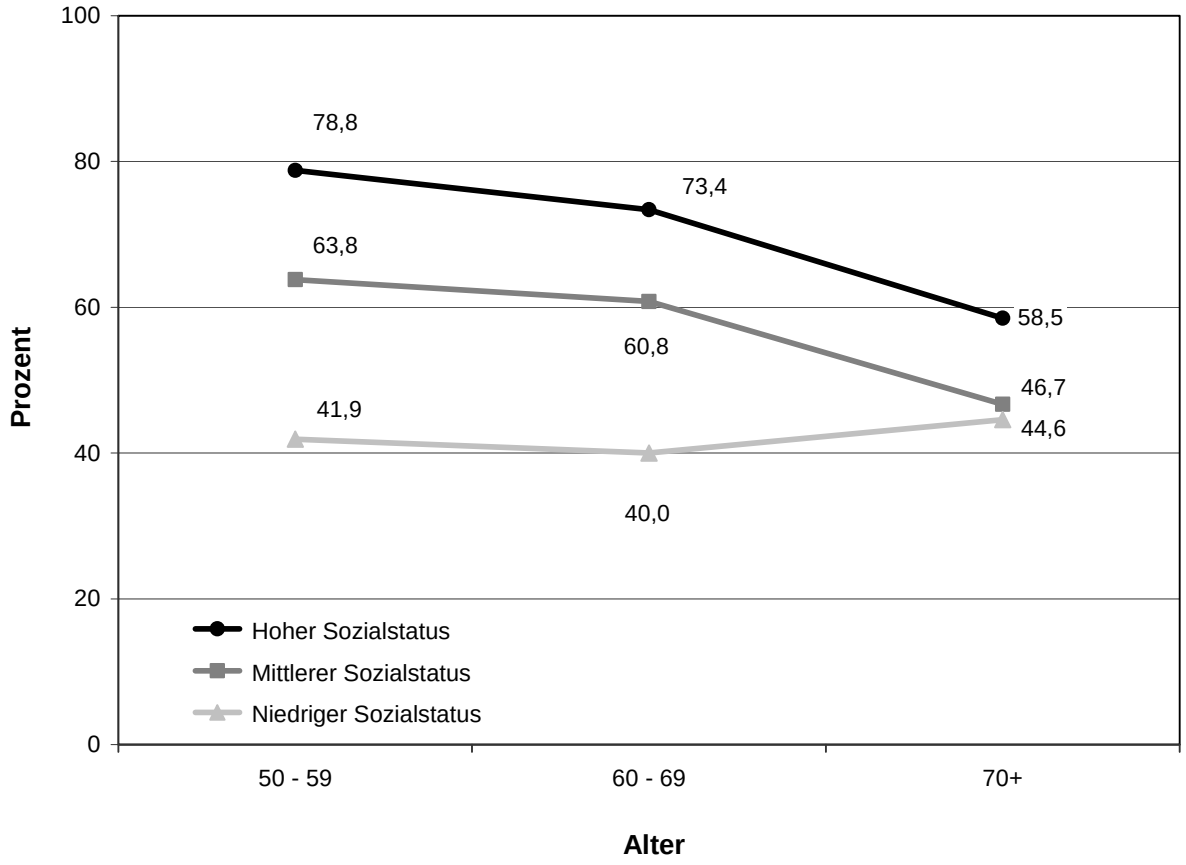
Über den Einfluss der sozialen Lage auf den Alternsverlauf und die gesundheitliche Situation im höheren Lebensalter ist noch relativ wenig bekannt. Die sozialepidemiologische Forschung konzentriert sich nach wie vor insbesondere auf das mittlere Lebensalter, während die Alternsforschung zwar zahlreiche Befunde zur Gesundheit älterer und hochbetagter Menschen liefert, diese aber nur selten im Zusammenhang mit den Lebensbedingungen im Alter und im vorgängigen Lebensverlauf diskutiert. In Deutschland finden sich lediglich zwei Studien, in denen aussagekräftige Ergebnisse zur sozialen Ungleichheit der Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken im höheren Lebensalter berichtet werden. Im Rahmen der Berliner Altersstudie konnte gezeigt werden, dass weder die Bildung noch die frühere berufliche Position einen bedeutsamen Einfluss auf körperliche und funktionelle Aspekte der Gesundheit von 70-jährigen und älteren Menschen ausübt. Bei Männern wie Frauen erweist sich aber ein hohes Bildungsniveau als protektiver Faktor bei der Entwicklung einer Altersdemenz (Lampert 2000; Mayer, Wagner 1996). Ebenso lässt sich ein Zusammenhang zwischen dem sozio-ökonomischen Status, gemessen über Schulbildung, frühere berufliche Position und aktuelle Einkommenslage, und der prospektiv untersuchten Mortalität feststellen, der bei Männern vor allem im Alter 70 bis 85 Jahren und bei Frauen auch noch im höheren Alter beobachtet werden kann (Lampert et al. 2008).

Die zweite Studie zielt auf einen Vergleich zwischen Deutschland und den Vereinigten Staaten und basiert auf Daten von telefonischen Befragungen 60-jähriger und älterer Menschen, die in den Jahren 2000 und 2001 durchgeführt wurden. Für die US-amerikanischen Studienteilnehmer ließen sich keine bedeutsamen Zusammenhänge zwischen der subjektiven Gesundheit, Depressionen bzw. funktionellen Einschränkungen und den betrachteten sozio-ökonomischen Indikatoren Einkommen, Bildungsjahre, Berufsprestige, Hauseigentum und Vermögenswerte herstellen. Bezogen auf Deutschland stellte sich einzig die Einkommenslage als Prädiktor für den Gesundheitszustand älterer Menschen heraus, was sich insbesondere in einem höheren Depressionsrisiko in der niedrigsten Einkommensgruppe abzeichnet (Knesebeck et al. 2003).

Dass sich die soziale Ungleichheit im höheren Lebensalter im geringeren Maße in der Gesundheit niederschlägt, lässt sich auch mit den Daten des telefonischen Gesundheitssurveys 2003 bestätigen. Abbildungen 13.5 und 13.6 kann entnommen werden, wie sich der Einfluss des sozialen Status auf die Selbsteinschätzung der Gesundheit im Altersgang verändert. Der

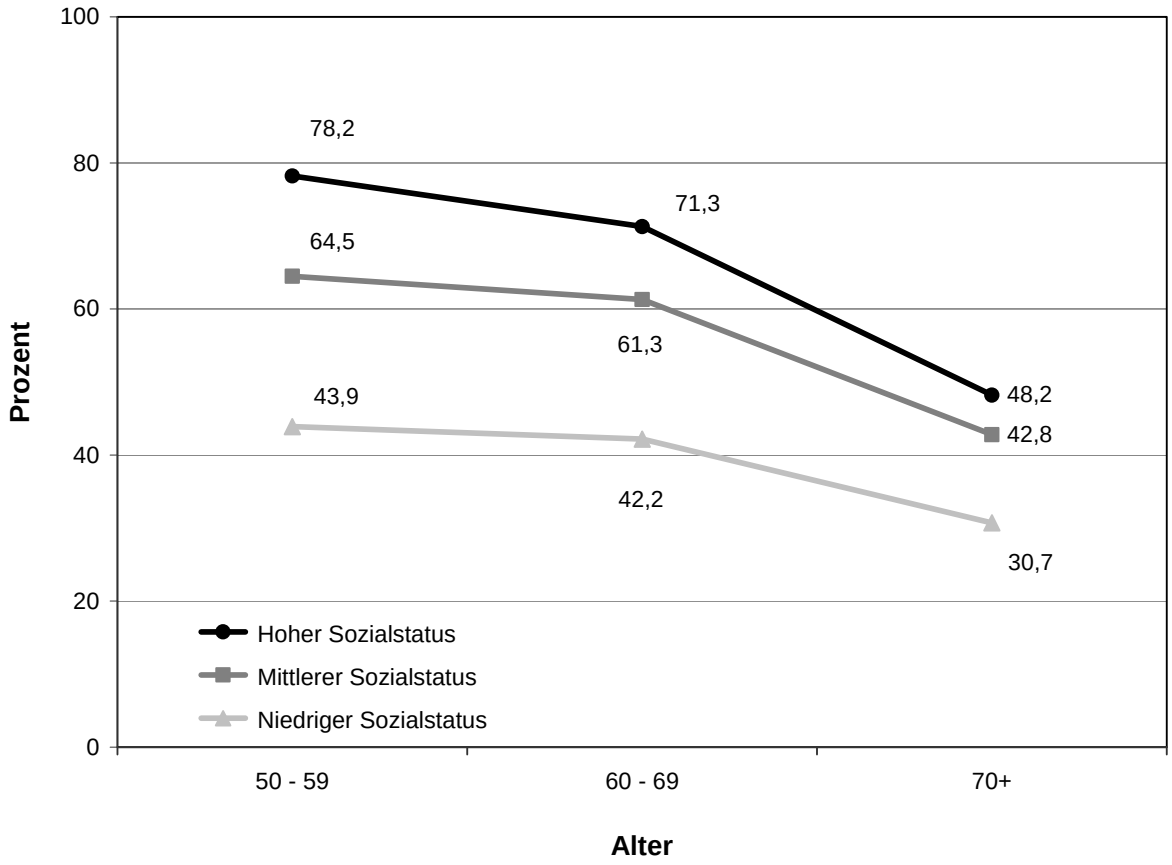
soziale Status wird dabei über einen aggregierten Index erfasst, der auf Angaben zum Bildungsniveau, beruflichen Status und Haushaltsnettoeinkommen basiert und zwischen einer niedrigen, mittleren und hohen Statusgruppe differenziert (Winkler, Stolzenberg 1999; Lampert 2005b).

Abbildung 13.5
Anteil der Männer mit sehr guter oder guter selbst eingeschätzter Gesundheit nach sozialem Status
Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003 (eigene Auswertungen)



Bei 50- bis 59-jährigen Männern lässt sich ein stark ausgeprägtes Statusgefälle beobachten: 78,8% der Männer aus der hohen und 63,8% der Männer aus der mittleren Statusgruppe, aber nur 41,9% der Männer aus der niedrigen Statusgruppe beurteilen ihre eigene Gesundheit als gut oder sehr gut. In der Altersgruppe der 60- bis 69-Jährigen zeichnen sich diese Unterschiede ähnlich stark ab, während bei den 70-jährigen und älteren Männern nur noch geringe statusspezifische Variationen ermittelt werden können. Auch für Frauen lässt sich ein mit dem Alter abnehmender Einfluss des sozialen Status auf die Selbsteinschätzung der Gesundheit feststellen.

Abbildung 13.6
Anteil der Frauen mit sehr guter oder guter selbst eingeschätzter Gesundheit nach sozialem Status
Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003 (eigene Auswertungen)



Ähnliche statusspezifische Zusammenhangsmuster lassen sich im Hinblick auf das Auftreten einer länger andauernden bzw. wiederkehrenden Krankheit oder Gesundheitsstörung sowie gesundheitsbedingter Einschränkungen bei der Alltagsbewältigung beobachten. Sowohl bei Männern als auch bei Frauen zeigen sich in der Gruppe der 50- bis 59-Jährigen markante Statusgradienten, die im weiteren Altersgang sukzessive abnehmen und bei den 70-Jährigen und Älteren nur noch schwach ausgeprägt sind (Tabelle 13.2).

Tabelle 13.2
Verbreitung einer länger andauernden bzw. wiederholt auftretenden Krankheit oder Gesundheitsstörung sowie gesundheitsbedingter Einschränkungen im Alltag nach sozialem Status (Angaben in %)
Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003 (eigene Auswertungen)

	Männer			Frauen		
	50-59	**60-69**	**70+**	**50-59**	**60-69**	**70+**
Krankheit oder Gesundheitsstörung						
Hoher Sozialstatus	37,1	42,0	54,9	42,3	43,5	53,4
Mittlerer Sozialstatus	45,7	49,7	49,5	49,1	53,7	62,4
Niedriger Sozialstatus	46,8	47,7	47,3	58,5	60,2	62,3
Gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag						
Hoher Sozialstatus	28,6	37,7	51,1	32,5	42,1	56,2
Mittlerer Sozialstatus	39,4	41,2	53,6	40,1	42,4	53,4
Niedriger Sozialstatus	53,2	46,7	49,1	46,2	48,8	59,0

13.5 Diskussion

Im höheren Lebensalter treten chronische Krankheiten und Funktionseinbußen vermehrt auf und vermindern die Fähigkeit zu einer selbstständigen Lebensführung. Geht man von den vorliegenden Bevölkerungsprognosen aus, dann wird die Zahl älterer Menschen und deren Anteil an der Gesamtbevölkerung in den nächsten Jahrzehnten weiter ansteigen und die gesellschaftlichen Sicherungs- und Versorgungssysteme vor große Herausforderungen stellen. Krankheit und Hilfsbedürftigkeit im Alter erfordern eine qualitativ hochwertige und dem jeweiligen Bedarf gerecht werdende medizinische und pflegerische Versorgung. Von großer Bedeutung sind dabei eine frühzeitige Erkennung von Krankheitsanzeichen und eine rechtzeitige medizinische Intervention. Im Krankheitsfall können Rehabilitationsmaßnahmen dazu beitragen, Folgeschäden einzudämmen und die Fähigkeit zur Selbstversorgung zu erhalten oder wiederzugewinnen. Das vorrangige Ziel sollte aber sein, durch präventive, möglichst früh ansetzende Maßnahmen der Entstehung von Erkrankungen und Funktionseinbußen vorzubeugen (Steinhagen-Thiessen, Borchelt 1996; RKI 2002).

Die im mittleren Lebensalter stark ausgeprägte soziale Ungleichheit der Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken findet im höheren Lebensalter einen weitaus schwächeren Ausdruck. Diese Aussage lässt sich auch durch in anderen Ländern durchgeführte Untersuchungen bekräftigen. Sowohl für die Vereinigten Staaten wie auch für Großbritannien und Schweden

wird berichtet, dass sich die sozioökonomisch bedingten Disparitäten im Gesundheitsstatus und in der Lebenserwartung spätestens ab dem 60. Lebensjahr verringern. Während in den ersten Jahren nach dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben das Erkrankungs- und Sterberisiko in den unteren Statusgruppen noch signifikant erhöht ist, lassen sich im hohen Alter keine Unterschiede mehr beobachten (Robert, House 1996; Lundberg, Kåreholt 1994; Marmot, Shipley 1996).

Diese Forschungsbefunde bestätigen die Arbeitswelt als wichtigen Entstehungsort sozialer Ungleichheit und deren Auswirkungen auf die Gesundheit. Der Übergang in den Ruhestand bringt nicht nur Veränderungen in Bezug auf arbeits- und berufsbezogene Belastungen und Ressourcen mit sich, gleichzeitig erfolgt eine Anpassung der Lebensführung an die veränderten Lebensumstände. Der gesundheitsrelevante Einfluss der sozialen Lage im höheren Lebensalter ist aber auch vor dem Hintergrund der endogenen Alternsprozesse zu sehen, die weitgehend genetisch determiniert sind (Mayer, Wagner 1996). Schließlich ist zu bedenken, dass alte Menschen und insbesondere die Hochbetagten eine selektive Gruppe relativ gesunder Überlebender darstellen. Insofern könnten die relativ geringen sozial bedingten Gesundheitsunterschiede in der älteren Bevölkerung auch darauf zurückzuführen sein, dass die am stärksten sozial wie gesundheitlich benachteiligten Personen bereits verstorben sind (Lampert, Maas 2002; Lampert et al. 2008).

14 Migration und Gesundheit

In Deutschland lebten im Jahr 2003 rund 7,3 Millionen Menschen mit ausländischer Staatsbürgerschaft. Das entsprach einem Anteil von etwa 9% an der Gesamtbevölkerung (Statistisches Bundesamt 2007). Der Anteil der Migranten und Migrantinnen an der Bevölkerung ist noch deutlich höher, denn dazu gehören auch Aussiedler und Aussiedlerinnen, Asylsuchende sowie Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit, die sich illegal in Deutschland aufhalten.[32] Der Migrationsbegriff der Bundesregierung bezieht alle diese Gruppen ein: „Von Migration spricht man, wenn eine Person ihren Lebensmittelpunkt über eine sozial bedeutsame Entfernung verlegt, von internationaler Migration, wenn dies über Staatsgrenzen hinweg geschieht“ (Beauftragte der Bundesregierung für Migration 2004: 5). Er wird üblicherweise nicht nur für die direkt eingewanderte Generation, sondern ebenfalls für deren Kinder verwendet. Auch für nachfolgende Einwanderergenerationen kann der Migrationshintergrund eine wichtige Bestimmungsgröße der Lebensumstände sein, solange eine besondere soziale Orientierungsleistung zwischen der Herkunftskultur und der Kultur des Aufnahmelandes erbracht werden muss (Schenk 2002; Schenk, Neuhauser 2005).

Die Lebenslage von Migranten und Migrantinnen weist zahlreiche Unterschiede im Vergleich zur Mehrheitsbevölkerung auf, die allerdings aufgrund der Erfassungssysteme der amtlichen Statistik zumeist nur an der Nationalität festgemacht werden können. Die Armutsrisikoquote betrug im Jahr 2003 bei Ausländern und Ausländerinnen 24,0% im Vergleich zu 13,1% bei Personen mit deutscher Staatsbürgerschaft. Die Einkommensnachteile spiegeln sich in einer stärkeren Abhängigkeit von Sozialhilfe wider: Ende des Jahres 2003 bezogen 8,4% der Nicht-Deutschen laufende Hilfe zum Lebensunterhalt (außerhalb von Einrichtungen). In der deutschen Bevölkerung lag die Sozialhilfequote bei 2,9%. Ebenso deutliche Unterschiede zeigen sich in der Bildungsbeteiligung: Während 8,2% der deutschen Schüler und Schülerinnen im Jahr 2002 die Schule ohne einen Hauptschulabschluss verließen, waren es unter den Jugendlichen mit ausländischer Nationalität 19,5%. Im selben Jahr erlangten 25,1% der deutschen, aber nur 9,5% der ausländischen Schulabgänger die allgemeine Hochschulreife. Entsprechend benachteiligt sind Ausländer und Ausländerinnen, wenn es um die Erlangung einer beruflichen Qualifikation und den Zugang zum Arbeitsmarkt geht (BMGS 2005).

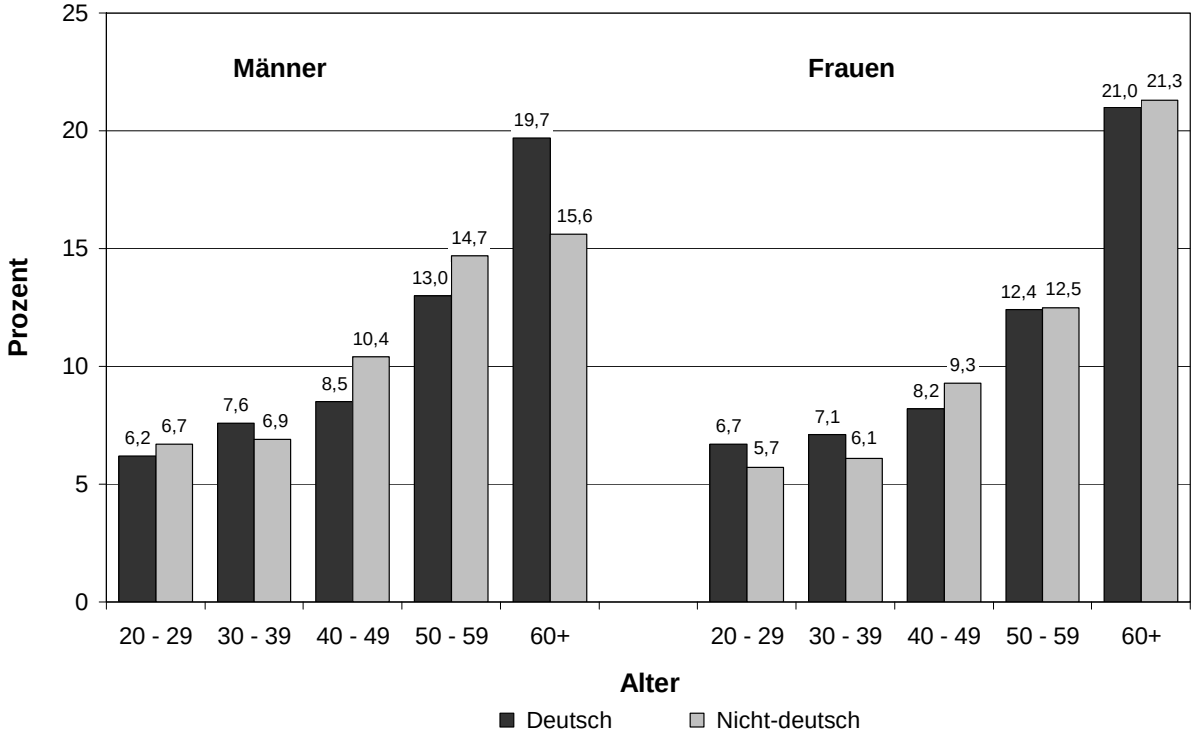
[32] Sobald sie die deutsche Staatsbürgerschaft haben, werden Aussiedler und Aussiedlerinnen – wie auch eingebürgerte Zuwanderer – nicht mehr gesondert in der amtlichen Statistik geführt. Menschen mit illegalem Aufenthaltsstatus werden in offiziellen Bevölkerungs- und Gesundheitsstatistiken nicht erfasst (vgl. Beauftragte der Bundesregierung für Migration 2004; Razum, Geiger 2003).

Zur Beschreibung der gesundheitlichen Situation von Migranten und Migrantinnen kann nur auf eine sehr eingeschränkte Datenlage zurückgegriffen werden. Von den bundesweit durchgeführten Bevölkerungsstudien verfügt das Sozio-oekonomische Panel über die beste Strategie, um Zuwanderer einzubeziehen. Neben migrantenspezifischen Erhebungsinstrumenten und Feldzugängen lässt sich dies auch anhand der Stichprobengenerierung (Überrepräsentation der größten Ausländergruppen, gesonderte Zuwandererstichprobe) belegen. Aussagen über die soziale und gesundheitliche Situation von Ausländern und Ausländerinnen sind außerdem anhand des Mikrozensus sowie der Daten einzelner Krankenkassen und amtlicher Statistiken möglich.

14.1 Krankheiten und Krankheitsfolgen bei Migranten und Migrantinnen

Die alle vier Jahre durchgeführte Mikrozensus-Zusatzerhebung zur Gesundheit enthält eine Frage zum Vorliegen einer Krankheit oder Unfallverletzung, die getrennt nach Nationalität ausgewertet werden kann.

Abbildung 14.1
Anteil der Kranken und Unfallverletzten bei Deutschen und Nicht-Deutschen nach Alter und Geschlecht
Datenbasis: Mikrozensus 1999 (eigene Auswertungen)

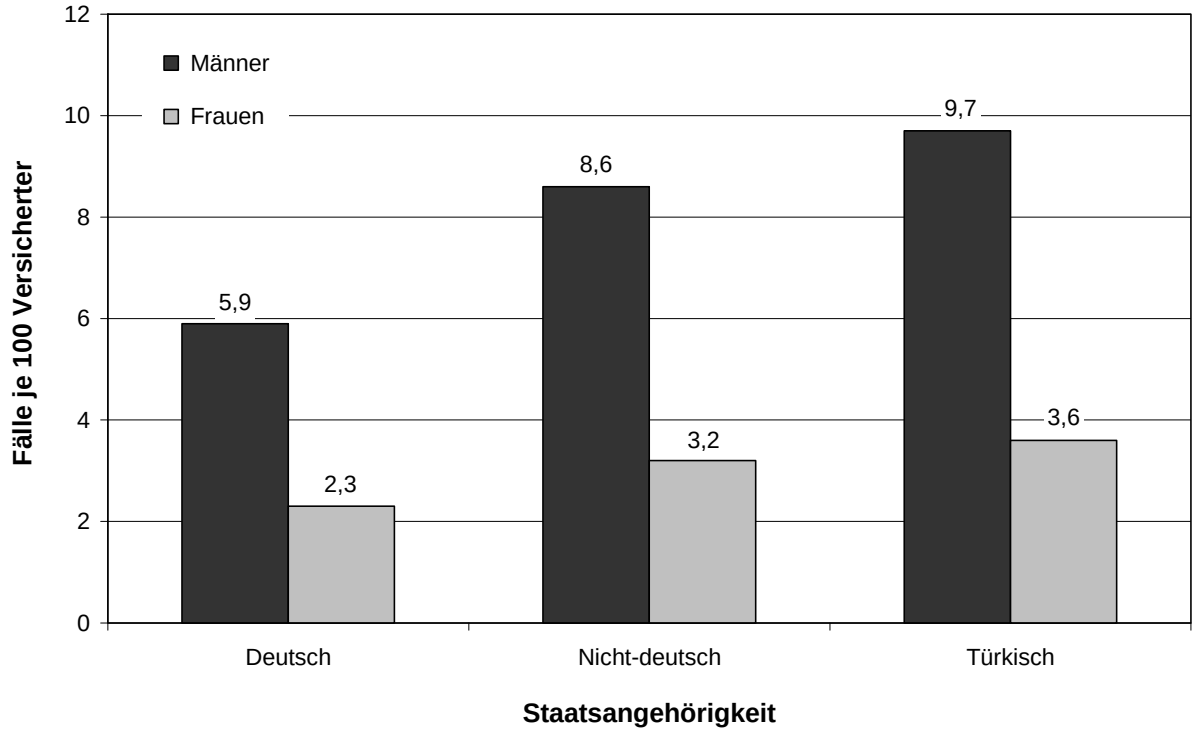


Mit den Daten aus dem Jahr 1999 lassen sich nur geringe Unterschiede zwischen Deutschen und Nicht-Deutschen belegen: In der Gruppe der 20- bis 29-Jährigen waren 6,2% der deutschen und 6,7% der nicht-deutschen Männer zum Erhebungszeitpunkt krank oder unfallverletzt; bei Frauen betragen die entsprechenden Anteile 6,7% und 5,7%. Im Altersgang nehmen Krankheiten und Unfallverletzungen bei ausländischen und deutschen Männern und Frauen zu (Abbildung 14.1). Bei Frauen treten auch im fortgeschrittenen Alter nur schwache Unterschiede zutage, wohingegen deutsche Männer, die älter sind als 60 Jahre, etwas häufiger als gleichaltrige ausländische Männer von einer Krankheit oder Unfallverletzung betroffen sind (19,7% gegenüber 15,6%).

Abbildung 14.2

Arbeitsunfähigkeit durch Arbeitsunfälle im Jahr 1997 bei Versicherten mit deutscher, nicht-deutscher und türkischer Staatsangehörigkeit (AU-Fälle je 100 Versicherter)

Quelle: Arbeitsunfähigkeitsstatistik 1997 (BKK Bundesverband 1997, eigen Darstellung)



Eine Auswertung der BKK-Arbeitsunfähigkeitsdaten für das Jahr 1997 spricht dafür, dass ausländische und insbesondere türkische Versicherte eine höhere Arbeitsunfallrate als deutsche Versicherte haben (Abbildung 14.2). Dies ist vor dem Hintergrund zu sehen, dass ausländische Beschäftigte häufiger in Bereichen tätig sind, in denen Unfallrisiken kumulieren, z.B. Landwirtschaft und Bauhauptgewerbe. Außerdem ist die oftmals schwierige Verständigung eine wesentliche Unfallursache. Damit sind nicht nur geringe Deutschkenntnisse gemeint, die dazu führen können, dass gefährdete Personen warnende Zurufe falsch oder zu

spät verstehen, sondern auch die mangelnde Unterrichtung über Gefahren und über Arbeitsschutzmittel sowie die unzureichende Einweisung in die Arbeitstätigkeit und die Handhabung der Arbeitsgeräte. Bei tödlich verlaufenden Arbeitsunfällen ist aber laut Arbeitsunfähigkeitsstatistik keine überproportionale Beteiligung von ausländischen Beschäftigten festzustellen (BKK Bundesverband 1997).

Im Unterschied zu Arbeitsunfällen sind Berufskrankheiten eine Spätfolge von gesundheitlich belastenden Arbeitsbedingungen. Die langen Latenzzeiten dieser Krankheiten führen dazu, dass sie vor allem bei langjährig Beschäftigten zu beobachten sind. Fehlende Berufsjahre bestimmter Migrantengruppen könnten ein Grund dafür sein, dass ausländische Arbeitnehmer insgesamt von Berufskrankheiten nicht überproportional betroffen sind und seltener an einer Berufskrankheit versterben. Für türkische Versicherte gilt aber, dass das relative Risiko, eine Berufskrankheit zu erleiden, im Vergleich zum Risiko aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten erhöht ist und auch das Risiko, wegen der Berufskrankheit vorzeitig verrentet zu werden, über dem Durchschnitt lieg (RKI 2008).

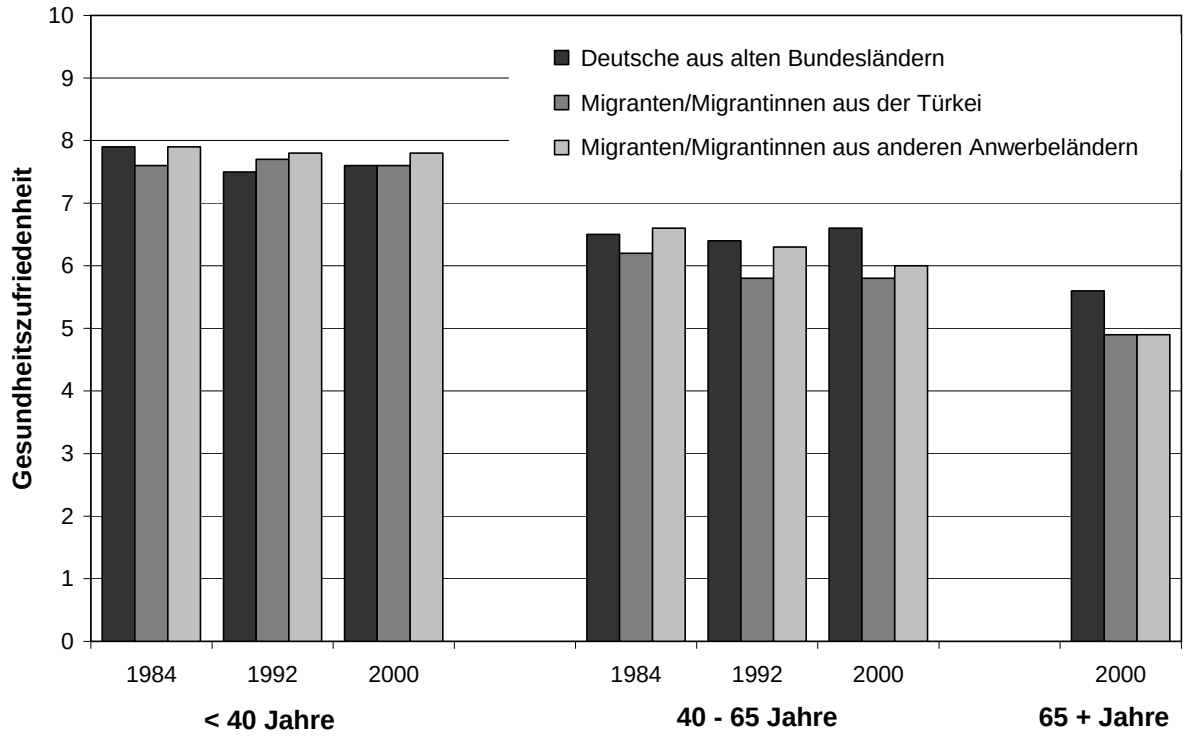
Gemessen an Arbeitsunfähigkeitsfällen sind nicht-deutsche im Vergleich zu deutschen Arbeitnehmern und Arbeitnehmerinnen häufiger und länger krank. Gemäß dem Bundesverband der Betriebskrankenkassen entfielen im Jahr 1997 auf je 100 deutsche Versicherte 118,9 (auf Vollzeitbeschäftigte standardisierte) AU-Fälle mit durchschnittlich 14,2 AU-Tagen je Fall, während für Nicht-Deutsche 157,7 Fälle mit durchschnittlich 16,7 AU-Tagen je Fall verzeichnet wurden (BKK Bundesverband 1997). Hinsichtlich der Verteilung nach Wirtschaftszweigen sind die Unterschiede bei den qualifizierten Dienstleistungen (Banken, Versicherungen, fachliche Dienstleistungen) gering; verarbeitende Branchen liegen im Mittelfeld. Besonders große Unterschiede finden sich in den öffentlichen Verwaltungsbetrieben. Bezogen auf die einzelnen Berufe ist sowohl bei deutschen als auch bei ausländischen Versicherten ein Qualifikationsgefälle sichtbar, in allen Berufen bleibt jedoch ein Abstand zu Ungunsten der nicht-deutschen Versicherten erhalten.

Als spezifisches Gesundheitsproblem von Migranten und Migrantinnen sind Infektionserkrankungen zu sehen, die oftmals bereits im Herkunftsland erworben und dann nach Deutschland importiert werden. Beispiele für nach wie vor oder sogar zunehmend bedeutsame Krankheiten sind Tuberkulose bei Zuwanderern aus osteuropäischen Ländern sowie HIV/AIDS bei Zuwanderern aus afrikanischen Ländern (RKI 2004d).

14.2 Subjektive Gesundheit von Migranten und Migrantinnen

Gesundheitsbezogene Einstellungen, Orientierungen und Bewertungen sind im hohen Maße kulturell geprägt. Deshalb sollte neben Krankheiten und Beschwerden auch die Selbstwahrnehmung der Gesundheit betrachtet werden, um die gesundheitliche Situation von Migranten und Migrantinnen zu beschreiben. Das Sozio-oekonomische Panel lässt unter anderem Aussagen über die Zufriedenheit mit der Gesundheit – gemessen auf einer Skala von 0 („sehr unzufrieden“) bis 10 („sehr zufrieden“) – zu. Abbildung 14.3 stellt Mittelwerte für die Jahre 1984, 1992 und 2000 dar und ermöglicht den Vergleich zwischen Deutschen, Zuwanderern aus der Türkei und Zuwanderern aus anderen Herkunftsländern.

Abbildung 14.3
Zufriedenheit mit der Gesundheit (0 „sehr unzufrieden“ bis 10 „sehr zufrieden“) bei Deutschen und Migranten nach Alter (Mittelwerte)
Datenbasis: Sozio-oekonomisches Panel 1984, 1992, 2000 (eigene Auswertung)



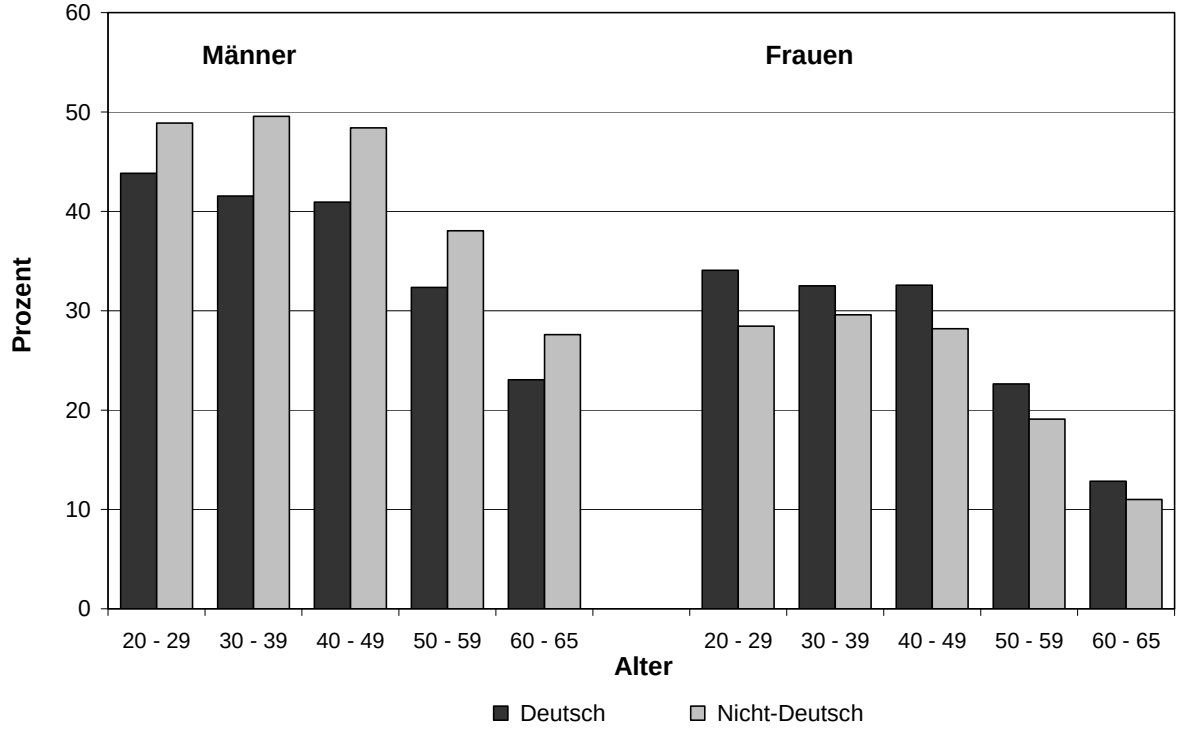
Die Zufriedenheit mit der Gesundheit nimmt in allen Gruppen mit zunehmendem Alter ab. Unterschiede zwischen Deutschen und Migranten treten ab einem Alter von 40 Jahren zutage und sind bei den 65-Jährigen und Älteren noch stärker ausgeprägt als bei den 40- bis 65-Jährigen. Legt man die Daten für das Jahr 2000 zugrunde, dann sind sowohl die Zuwanderer aus der Türkei als auch die Zuwanderer aus anderen Herkunftsländern mit ihrer Gesund-

heit unzufriedener, während sich anhand der Daten für die Jahre 1984 und 1992 lediglich eine stärkere Beeinträchtigung für die türkischen Zuwanderer belegen lässt.

14.3 Gesundheitsriskantes Verhalten bei Migranten und Migrantinnen

Zur Beschreibung des Gesundheitsverhaltens von Zuwanderern kann erneut auf den Mikrozensus zurückgegriffen werden. Mit Daten aus dem Jahr 2003 lassen sich unter anderem deutliche Unterschiede in den Rauchgewohnheiten aufzeigen. In der Gruppe der 20- bis unter 60-Jährigen rauchen 46,8% der nicht-deutschen gegenüber 39,7% der deutschen Männer regelmäßig oder gelegentlich. Bei den Frauen stellt es sich umgekehrt dar: Deutsche Frauen rauchen mit 30,4% etwas häufiger als ausländische Frauen mit 26,9%. Im Altersgang zeigt sich bei ausländischen und deutschen Befragten gleichermaßen eine Abnahme der Zahl der Raucher und Raucherinnen ab dem 50. Lebensjahr (Abbildung 14.4).

Abbildung 14.4
Rauchprävalenzen bei deutschen und ausländischen Männern und Frauen in verschiedenen Altersgruppen
Datenbasis: Mikrozensus 2003 (eigene Auswertungen)



Hinweise auf zeitliche Trends, wenn auch über einen relativ kurzen Zeitraum, liefert der Vergleich mit den Daten des Mikrozensus 1999. Hier zeigen sich allerdings keine wesentlichen Unterschiede. Im Jahr 1999 rauchten laut Mikrozensus 47,9% der nicht-deutschen und

40,4% der deutschen Männer. Bei Frauen gab es auch vor vier Jahren weniger Raucherinnen unter den Ausländerinnen als unter den deutschen Frauen (27,8% gegenüber 30,1%).

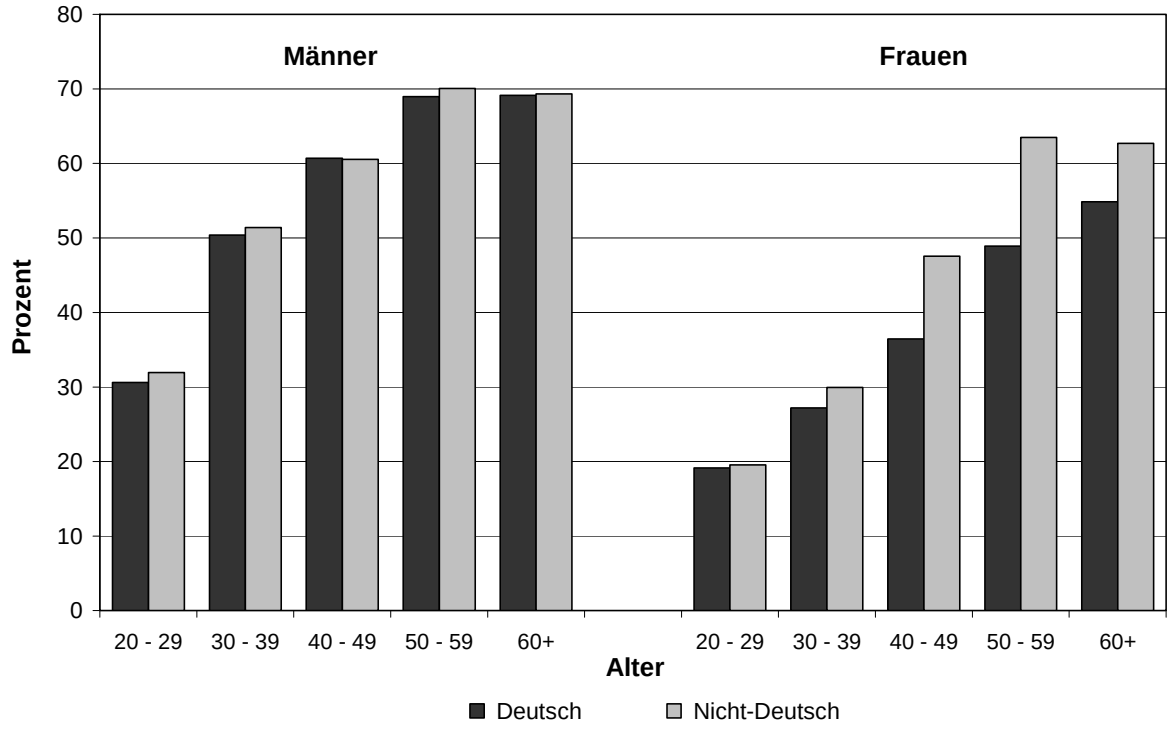
Die unterschiedlichen Rauchprävalenzen bei deutschen und ausländischen Männern sind vermutlich sowohl auf soziale als auch auf kulturelle Unterschiede zurückzuführen. Nicht-Deutsche gehören überproportional häufig den niedrigen Sozialstatusgruppen an. Aus mehreren Untersuchungen ist bekannt, dass Angehörige der sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen häufiger rauchen (Helmert et al. 2001b; Lampert, Thamm 2004). Kulturelle Aspekte könnten einen Einfluss sowohl auf das Rauchverhalten der zugewanderten Männer als auch insbesondere der Frauen haben. Wenn im Herkunftsland das Rauchen bei Männern traditionell weit verbreitet und gesellschaftlich akzeptiert ist, werden zugewanderte Männer dieses Verhalten vermutlich in Deutschland beibehalten. Für Frauen ist das Rauchen hingegen in vielen Herkunftsländern weniger üblich und verbreitet als in Deutschland. Insbesondere für ältere Migrantinnen könnten diese traditionellen Einstellungen einen „Schutzfaktor“ darstellen, der nach der Übersiedlung wirksam bleibt. Zu beachten ist allerdings, dass die Rauchprävalenzen von Migranten aus unterschiedlichen Herkunftsländern z. T. stark differieren (BMGS 2002a,b; Bhopal et al. 1999). Außerdem ist davon auszugehen, dass mit steigender Dauer des Aufenthaltes in Deutschland auch einige Verhaltensweisen neu erworben werden. Dies gilt ebenfalls und wahrscheinlich in besonderem Maße für die nachfolgende Migrantengeneration.

Über den Gebrauch anderer psychoaktiver Substanzen liegen für Migranten und Migrantinnen kaum Erkenntnisse vor. Einen der wenigen Anhaltspunkte liefert eine Studie bei 15- bis 24-jährigen Jugendlichen an Münchner Berufsschulen aus dem Jahr 1998. Unter dem Gesichtspunkt des gesundheitsriskanten Verhaltens wurden außer dem Rauchen auch der Alkoholkonsum und die Erfahrung mit illegalen Drogen erhoben. Von den Berufsschülern und Berufsschülerinnen trinkt die Mehrheit Alkohol; lediglich ein Viertel gab an, nie alkoholische Getränke zu konsumieren. Bei Migranten bzw. Migrantinnen liegt der Anteil der „Abstinenten“ mit 50,1% deutlich höher als bei den deutschen Jugendlichen mit 19,5%. Mit der Dauer des Aufenthalts in Deutschland geht allerdings eine Angleichung der Konsumgewohnheiten einher: Migranten und Migrantinnen, die in Deutschland geboren und aufgewachsen sind, trinken häufiger alkoholische Getränke als selbst zugewanderte Jugendliche. Dass junge Frauen im Vergleich zu jungen Männern weniger Alkohol konsumieren, lässt sich in

allen Untersuchungsgruppen feststellen, kommt bei Migranten und Migrantinnen aber noch deutlicher zum Ausdruck als bei Deutschen (Dill et al. 2002).

Auch der Konsum illegaler Drogen wird in der Münchner Berufsschulstudie von deutschen Jugendlichen häufiger bejaht als von Jugendlichen mit Migrationshintergrund: Etwa 43,2% der deutschen Männer und 37,5% der deutschen Frauen gaben an, Erfahrungen mit illegalen Drogen zu haben. In der Gruppe der Migranten und Migrantinnen traf dies lediglich auf ein Viertel der Männer und knapp ein Fünftel der Frauen zu. Von den Migranten und Migrantinnen, die angaben, regelmäßig illegale Drogen zu konsumieren, ist wiederum der größte Teil in Deutschland geboren und aufgewachsen (Dill et al. 2002).

Abbildung 14.5
Verbreitung von Übergewicht (BMI $\geq$ 25) bei deutschen und ausländischen Männern und Frauen nach Alter
Datenbasis: Mikrozensus 2003 (eigene Auswertungen)



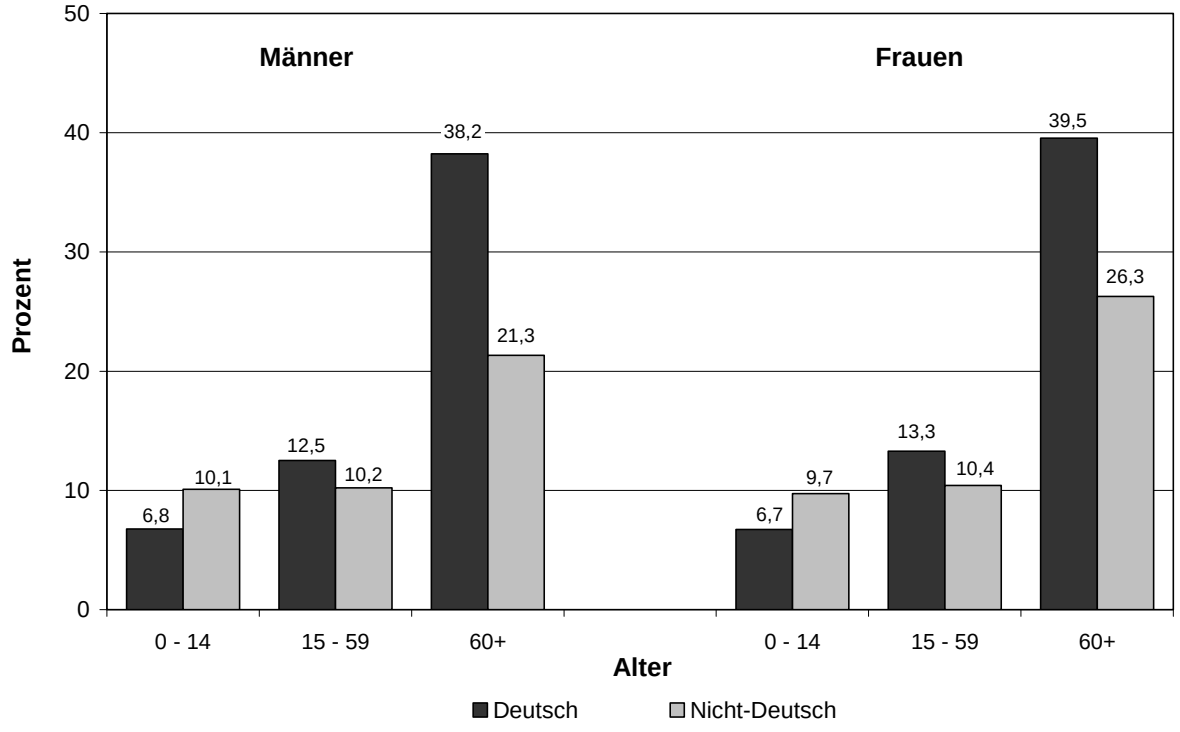
Aufgrund der kulturellen Unterschiede in den Ernährungsgewohnheiten ist von einer unterschiedlichen Betroffenheit von Übergewicht bei Migranten und Deutschen auszugehen. Vermutlich kommen dabei auch Unterschiede im Bewegungsverhalten, der Gewichtskontrolle und dem Körperselbstbild zum Tragen (Bush et al. 2001; Landman, Cruickshank 2001). Ausländische Frauen sind häufiger übergewichtig (BMI $\geq$ 25), wobei die größten Unterschiede im höheren Lebensalter beobachtet werden können: Von den 60-jährigen und älteren

ausländischen Frauen sind 62,7% übergewichtig gegenüber 54,9% der gleichaltrigen deutschen Frauen. Bei Männern zeigen sich in allen Altersgruppen lediglich geringe Variationen (Abbildung 14.5).

14.4 Inanspruchnahme von Präventionsangeboten durch Migranten und Migrantinnen

Der Mikrozensus erteilt darüber hinaus Auskunft über die Teilnahme an der Grippeschutzimpfung als einem wichtigen Indikator für die Inanspruchnahme präventiver Angebote. Die Ständige Impfkommission (STIKO) rät allen über 60-Jährigen im Herbst eines jeden Jahres, also vor Beginn der Grippesaison, sich einer Schutzimpfung zu unterziehen. Im Jahr 2003 kamen dieser Aufforderung deutlich mehr deutsche Männer und Frauen als Ausländer und Ausländerinnen nach. Auch im jungen und mittleren Lebensalter zeigen sich Unterschiede zu Ungunsten von Männern und Frauen mit nicht-deutscher Staatsbürgerschaft, wenngleich diese weitaus schwächer ausgeprägt sind. Bei Kindern stellt sich dieses Verhältnis hingegen umgekehrt dar: 6,7% der deutschen und 9,9% der ausländischen Kinder haben an der Grippeschutzimpfung teilgenommen (Abbildung 14.6).

Abbildung 14.6
Teilnahme an der Grippeschutzimpfung bei deutschen und ausländischen Kindern und Erwachsenen
Datenbasis: Mikrozensus 2003 (eigene Auswertungen)



Eine Studie zur Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen, für die Eltern befragt wurden, die ihre Kinder zu den Schuleingangsuntersuchungen begleitet haben, zeigt bei Männern nur geringe Unterschiede auf, während deutsche Frauen häufiger als nicht-deutsche Frauen insbesondere die Krebsfrüherkennung und die zahnmedizinische Vorsorge in Anspruch nahmen (Zeeb et al. 2004).

Die Schwangerschaftsvorsorge wird von ausländischen Frauen inzwischen häufig wahrgenommen. Dennoch gibt es nach wie vor Lücken in der Versorgung bzw. Begleitung schwangerer Ausländerinnen. Sie nutzen beispielsweise weitaus seltener als deutsche Frauen schwangerschaftsbegleitende Angebote, wie z.B. Geburtsvorbereitungskurse oder Schwangerschaftsgymnastik (BMFSFJ 2000).

14.5 Medizinische und pflegerische Versorgung von Migranten und Migrantinnen

Migranten und Deutsche unterscheiden sich nicht nur in der Inanspruchnahme präventiver Maßnahmen, sondern auch im Hinblick auf die medizinische und pflegerische Versorgung. Da die vorhandenen Routinedaten kaum Rückschlüsse auf die Versorgungssituation von Migranten und Migrantinnen zulassen, wird die Versorgungslage im Folgenden auf der Basis von Ergebnissen einzelner Studien skizziert.

In einer Berliner Studie wurden Daten aus drei Krankenhäusern genutzt, um die Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen und niedergelassener Ärzte durch ausländische und deutsche Patienten zu vergleichen. Dabei stellte sich heraus, dass Zuwanderer die Rettungsstellen überproportional frequentieren. Bezüglich der Inanspruchnahme niedergelassener Ärzte zeigten sich keine Unterschiede zwischen Patienten deutscher und türkischer Herkunft. Bei Zuwanderern aus anderen Herkunftsländern deuten die Studienergebnisse aber auf eine geringere Inanspruchnahme niedergelassener Haus- und Fachärzte hin (Borde et al. 2003).

Auf Grund der demografischen Entwicklung und des Nachzugs von Familienmitgliedern seit Mitte der 1960er Jahre befinden sich immer mehr ältere Migranten und Migrantinnen in Deutschland. Dadurch erhöht sich auch die Zahl der potenziellen Teilnehmer und Teilnehmerinnen an Rehabilitationsmaßnahmen. Die Folgen der langjährigen Ausübung schwerer körperlicher Arbeit, die im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit von vielen Migranten und Migrantinnen geleistet wird, lassen eine höhere Rehabilitationsbedürftigkeit bei ausländischen Mitbürgern erwarten. Nach Aussagen der Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) liegen die

Zahlen der Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen derzeit allerdings noch unter denen der deutschen Versicherten (Beauftragte der Bundesregierung für Migration 2002).

Von Bedeutung ist daneben die Bereitstellung von Angeboten zur ambulanten und stationären Pflege. Der Umfang der sozialen, pflegerischen und beraterischen Angebote für ausländische Senioren und Seniorinnen muss – trotz der verstärkten Aufmerksamkeit, die diesem Bereich in der jüngsten Vergangenheit gewidmet wurde – noch als defizitär bezeichnet werden (Beauftragte der Bundesregierung für Migration 2002). Die Einrichtungen der Altenhilfe sind in erster Linie auf deutsche Senioren und Seniorinnen ausgerichtet und werden den spezifischen, zum Teil kulturell geprägten Belangen von Migranten und Migrantinnen nicht ausreichend gerecht. Zu beachten ist ebenfalls, dass die Pflege, wie auch andere Bereiche der gesundheitlichen Versorgung, in Migrantenfamilien einen hohen Stellenwert als familiäre Funktion genießt. Die Schwelle zur Inanspruchnahme institutioneller Hilfen und professioneller Dienste ist vermutlich auch dadurch erhöht (Sachverständigenkommission 6. Familienbericht 2000).

14.6 Diskussion

Die Lebenslage von Migranten und Migrantinnen ist durch zahlreiche Nachteile gekennzeichnet, was sich z.B. an einem niedrigeren beruflichen Qualifikationsniveau, schlechteren Zugang zum Arbeitsmarkt, geringeren Einkommenschancen sowie einer stärkeren Abhängigkeit von Sozialhilfe festmachen lässt. Diese sozialen Nachteile korrespondieren mit gesundheitlichen Belastungen, so dass nicht verwundert, dass bestimmte Krankheiten und Beschwerden bei Migranten und Migrantinnen vermehrt vorkommen. Ein Beispiel hierfür sind Arbeitsunfälle, da die Arbeitsplätze von Migranten und Migrantinnen in stärkerem Maße durch Unfallgefahren charakterisiert sind. Bei Menschen, die selbst zugewandert sind, kommen soziale und psychosoziale Belastungen, die sich unmittelbar aus der Migrationserfahrung ergeben, hinzu. Gesundheitsunterschiede zwischen Migranten und Deutschen sind aber immer vor dem Hintergrund kultureller Besonderheiten und der sozialen wie gesundheitlichen Lage in dem jeweiligen Herkunftsland zu sehen. Dies wird besonders deutlich, wenn die Zuwanderung aus Ländern mit spezifischen Gesundheitsproblemen, wie z.B. einem hohen Vorkommen von HIV/AIDS in einigen afrikanischen Ländern, erfolgt. Andererseits findet sich in einigen Herkunftsländern eine deutlich niedrigere kardiovaskuläre Morbidität und Mortalität. Aus diesem Grund lässt sich trotz der sozialen Benachteiligung und migrati-

onsspezifischen Belastungen nicht generell von einer schlechteren Gesundheit ausgehen. Wenn Aussagen zur gesundheitlichen Situation von Migranten und Migrantinnen getroffen werden sollen, ist die große Heterogenität dieser Gruppe, z.B. in Bezug auf Nationalität, Sprache, ethnische, religiöse und soziale Zugehörigkeit sowie rechtlichen Status, mit zu berücksichtigen (RKI 2008).

Im Krankheitsfall werden Angebote der kurativen Medizin – mit Ausnahme niedergelassener Haus- und Fachärzte – von Migranten und Migrantinnen ebenso häufig in Anspruch genommen, wie von Männern und Frauen ohne Migrationshintergrund (vgl. BMFSFJ 2000), was allerdings noch nichts über die Bedarfsangemessenheit und Qualität der Versorgung aussagt. Präventive Angebote, z.B. Grippeschutzimpfung, Krebsfrüherkennung oder Zahnarztprophylaxe, erreichen Migranten und Migrantinnen deutlich seltener. Neben kulturellen und sprachlichen Barrieren spielt hierbei auch der rechtliche Status bestimmter Migrantengruppen eine Rolle (Razum, Geiger 2003). Im Sinne einer adäquaten Versorgung von Migranten und Migrantinnen im Rahmen des deutschen Gesundheitssystems spricht dies für die Notwendigkeit einer migrationsspezifischen Ausrichtung und flexiblen Anpassung der vorhandenen medizinischen und therapeutischen Infrastruktur an die Bedürfnisse von Patienten mit Migrationshintergrund (RKI 2008).

Eine wichtige Voraussetzung hierfür ist eine Verbesserung der gegenwärtigen Datenlage. Diese ist auch notwendig, um künftig umfassend und differenziert über die soziale und gesundheitliche Lage von Migranten und Migrantinnen berichten zu können. Möglich wird dies nur, wenn weitreichende Anstrengungen unternommen werden, um Migranten und Migrantinnen stärker als bisher in bevölkerungsrepräsentative Erhebungen einzubeziehen, ihren Status eindeutig zu erfassen, migrantenspezifische Themen mit zu erheben und geeignete, auf die verschiedenen Migrantengruppen abgestellte Instrumente zu entwickeln. Am Robert Koch-Institut werden hierzu derzeit methodische Standards entwickelt, die in den bundesweit durchgeführten Gesundheitssurveys wie auch in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes umgesetzt werden sollen (Schenk, Neuhauser 2005). Darüber hinaus ist aber auch im Hinblick auf andere Datenquellen, wie z.B. amtliche Statistiken oder Routinedaten der Kranken- und Rentenversicherungen, sicherzustellen, dass Migranten und Migrantinnen entsprechend ihres Anteils in der Bevölkerung repräsentiert sind.

15 Diskussion

Die vorliegende Arbeit entstand im Nachgang des vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) finanzierten und unter meiner Leitung am Robert Koch-Institut durchgeführten Projektes „Gesundheit, Armut und Lebenslagen (GESA)“. Ziel des Projektes war die Entwicklung und Umsetzung eines Konzeptes zur Deskription und Analyse gesundheitsbezogener Problemlagen und Verteilungsungleichheiten, das Anknüpfungspunkte für die Armuts- und Reichtumsberichterstattung und die politische Armutsbekämpfung, insbesondere für Interventionen zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit, aufzeigt. Den Ausgangs- und Bezugspunkt stellte dabei der erste Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung dar, der im Mai 2001 veröffentlicht wurde. Die Konzeptentwicklung umfasste erstens die Festlegung von Berichtsgegenständen, die aus Sicht der Armuts- und Reichtumsberichterstattung als berichtsrelevant erachtet werden können, zweitens die Formulierung von Berichtsstrategien, um eine hinreichend differenzierte Berichterstattung sicherzustellen, und drittens die Auswahl von aussagekräftigen und belastbaren Daten- und Informationsgrundlagen. Umgesetzt wurde dieses Konzept mittels eigener statistischer Analysen und unter Einbeziehung vorhandener Berichte, Statistiken und Forschungsergebnisse. Mit dem Projekt verband sich von vornherein nicht der Anspruch, alle inhaltlich und methodisch relevanten Fragen aufzugreifen oder gar zu beantworten. Vielmehr sollte in einem ersten Schritt die Gesundheit als Thema der Armuts- und Reichtumsberichterstattung verankert und die Voraussetzung dafür geschaffen werden, dass gesundheitsbezogene Themen und Fragenstellungen künftig einen festen Platz in dem Berichtswesen einnehmen. Im Folgenden wird erörtert, inwieweit die Ergebnisse und Erkenntnisse des Projektes, die in der vorliegenden Arbeit ausführlich beschrieben wurden, in die Armuts- und Reichtumsberichterstattung eingegangen sind und welche Implikationen sich daraus für die Weiterentwicklung des Berichtswesens ergeben.

Festlegung der Berichtsgegenstände

Die Festlegung der Berichtsgegenstände richtete sich am Lebenslagenansatz als dem zentralen konzeptionellen Zugang der Armuts- und Reichtumsberichterstattung und damit an der Frage aus, wie die Gesundheit als Aspekt der Lebenslage angemessen beschrieben werden kann. Um dieser Anforderung gerecht werden zu können, wurden drei verschiedene Perspektiven eingenommen. Erstens wurden Zusammenhänge zwischen der Gesundheit und anderen

Dimensionen der Lebenslage untersucht. Der Schwerpunkt wurde dabei auf das Einkommen, die Bildung und die Arbeitswelt gelegt, weil diesen Bereichen in der Armuts- und Reichtumsberichterstattung ein zentraler Stellenwert eingeräumt wird. Zweitens wurde die gesundheitliche Situation von Menschen in spezifischen Lebenslagen betrachtet. Mit den Arbeitslosen und allein Erziehenden wurde auf zwei Bevölkerungsgruppen eingegangen, die einem überproportionalen Armutsrisiko unterliegen und auch in anderen Bereichen verminderte Teilhabechancen haben (siehe hierzu Kapitel 2 und 5). Daneben richtete sich der Blick auf Menschen mit Migrationshintergrund, die ebenfalls verstärkt von Armut betroffen sind und deren Lebenslage durch spezifische Anforderungen, z.B. infolge der Migrationserfahrung oder kultureller und sprachlicher Barrieren, gekennzeichnet sein kann (siehe hierzu Kapitel 2 und 5). Drittens galt das Interesse den verschiedenen Lebens- bzw. Altersphasen. Da sich die Armuts- und Reichtumsberichterstattung bislang vorrangig mit der Bevölkerung im Erwerbsalter befasst und sich auch die meisten Ausführungen in der vorliegenden Arbeit auf den mittleren Lebensabschnitt beziehen, wurden Zusammenhänge zwischen der Lebenslage und der gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen und von älteren Menschen als eigenständige Berichtsgegenstände definiert und gesondert untersucht.

Durch die vorgeschlagenen Berichtsgegenstände wurde eine deutliche Erweiterung der bis dahin im Rahmen der Armuts- und Reichtumsberichterstattung behandelten gesundheitsbezogenen Themen und Fragestellungen nahe gelegt. Im ersten Armuts- und Reichtumsbericht finden sich zwar Ausführungen zum Zusammenhang zwischen Bildung und Gesundheit sowie zu den gesundheitlichen Folgen von Arbeitslosigkeit, die Bedeutung der Einkommenssituation und der Arbeitswelt für die Gesundheit werden aber nicht thematisiert. Ebenso wenig werden die gesundheitliche Situation von allein Erziehenden, von Migranten und Migrantinnen sowie von Kindern und Jugendlichen behandelt. Die Gesundheit älterer Menschen wird nur unter dem Aspekt der Pflege betrachtet, so dass die vorliegende Arbeit auch hier eine Erweiterung der Perspektive bedeutet (vgl. BMAS 2001).

Die Vorschläge zu den Berichtsgegenständen wurden mit der für die Armuts- und Reichtumsberichterstattung zuständigen Arbeitsgruppe im BMAS diskutiert (siehe hierzu Kapitel 5). Sie wurden von der Arbeitsgruppe und später auch vom beratenden wissenschaftlichen Gutachterkreis, in dem ich das Robert Koch-Institut vertrete, überaus positiv aufgenommen und haben letztlich dazu geführt, dass das Spektrum der gesundheitsbezogenen Themen für den zweiten Armuts- und Reichtumsbericht erheblich erweitert wurde. Dies spiegelt sich in der

Gliederung des Kapitels VII „Gesundheitliche Situation und Pfegebedürftigkeit“ des Berichts wider, die neben den bereits im ersten Armuts- und Reichtumsbericht behandelten Themen „Bildungsstand und Gesundheit“ und „Gesundheitliche Situation von Arbeitslosen“ auch die Themen „Einkommenslagen und Gesundheit“, „Arbeitswelt und Gesundheit“, „Gesundheit und soziale Lage von Kindern und Jugendlichen“ und „Gesundheit im höheren Lebensalter“ umfasst. Auch der Vorschlag, die gesundheitliche Situation von Menschen mit Migrationshintergrund zu betrachten, wurde aufgegriffen und im Kapitel IX „Soziale und wirtschaftliche Situation von Migrantinnen und Migranten“ umgesetzt. Von den vorgeschlagenen Berichtsgegenständen fand im zweiten Armuts- und Reichtumsbericht einzig die gesundheitliche Situation von allein Erziehenden keine Berücksichtigung (vgl. BMGS 2005). Die Erweiterung des Themenspektrums, die auch im dritten Armuts- und Reichtumsbericht aus dem Jahr 2008 beibehalten wurde (vgl. BMAS 2008), kann als ein Erfolg des GESA-Projektes und der vorliegenden Arbeit angesehen werden.

Für die künftige Armuts- und Reichtumsberichterstattung sollte aus meiner Sicht eine nochmalige Erweiterung des Themenspektrums angestrebt werden. Die Befunde der sozialepidemiologischen Forschung legen z.B. eine Betrachtung der Auswirkungen der Umwelt auf die Gesundheit nahe. Umweltbedingte Belastungen und Risiken sind in der Bevölkerung sozial ungleich verteilt und kumulieren in sozial benachteiligten Wohngebieten (Heinrich et al. 1998; Bolte, Kohlhuber 2006). Die Wohnverhältnisse sind zwar ein Thema der Armuts- und Reichtumsberichte, der Fokus richtet sich dabei aber auf die Wohnraumversorgung und die Wohnbedingungen. Die soziale Ungleichverteilung von Umweltbelastungen und umweltbedingten Erkrankungen wird nur ansatzweise thematisiert. Ein weiteres politisch überaus relevantes Thema stellt die Versorgungsgerechtigkeit, d.h. die Verteilung der Ressourcen im Gesundheitswesen, dar (Janßen et al. 2006). Bislang wurden in der Armuts- und Reichtumsberichterstattung vor allem soziale Unterschiede in der Inanspruchnahme von medizinischen und präventiven Leistungen untersucht. Die Frage der gerechten Verteilung der Ressourcen im Gesundheitswesen ist jedoch gesondert zu behandeln, zumal zunehmend häufiger Unterschiede in der medizinischen Versorgung von gesetzlich und privat Krankenversicherten beanstandet werden (Lauterbach 2007; Gerlinger 2008). Ebenso erscheint eine stärkere Berücksichtigung der Gesundheitswirksamkeit des sozialen Kapitals angezeigt. Mit dem Begriff des sozialen Kapitals wird auf soziale Beziehungen und Netzwerke angesprochen, die nicht nur auf individueller, sondern auch auf gemeinschaftlicher und gesellschaftlicher Ebene für die soziale Integration und die daraus resultierenden Teilhabechancen bedeutsam sind

(Putnam 1993). Die bisherigen empirischen Befunde sprechen dafür, dass das soziale Kapital eine Ressource darstellt, die sich zum einen unmittelbar auf die Gesundheit und das Wohlbefinden auswirken und zum anderen bei der Vermeidung und Bewältigung von gesundheitlichen Belastungen und Risiken eine Rolle spielen kann (Siegrist 2002; Kawachi, Berkman 2003).

Mit den Themen Umweltgerechtigkeit, Versorgungsgerechtigkeit und soziales Kapital ist eine Erweiterung der Perspektive von der Individual- auf die Strukturebene verbunden, die für die Armuts- und Reichtumsberichterstattung anschlussfähig sein könnte. Sozialökologische Studien zeigen, dass nicht nur der individuelle soziale Status, sondern auch die sozialräumliche Struktur für die Gesundheit von Bedeutung ist. Bisher wurde die sozialräumliche Verteilung von Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken in der Armuts- und Reichtumsberichterstattung kaum thematisiert, obwohl aussagekräftige Forschungsergebnisse, und zwar sowohl auf kommunaler und regionaler als auch auf internationaler Ebene, vorliegen (Wilkinson 1996; Mielck 2005).

Des Weiteren ist auf bestimmte Bevölkerungsgruppen zu verweisen, die in der bisherigen Armuts- und Reichtumsberichterstattung nicht oder nur am Rande berücksichtigt wurden, deren Lebenslage aber durch erhebliche Belastungen und Benachteiligungen gekennzeichnet ist. Dazu gehören z.B. Menschen mit psychischen Erkrankungen und Suchtstörungen, die schon deshalb zu beachten sind, weil ihre Zahl zunimmt und bei ihnen ein erheblicher Hilfe- und Versorgungsbedarf besteht. Ein besonderes Augenmerk ist dabei auf Kinder zu richten, die mit psychisch oder suchtkranken Eltern aufwachsen und häufig schon früh im Leben starke Defizite in der sozialen und gesundheitlichen Entwicklung zeigen (Lenz 2008). Ebenfalls sollte die gesundheitliche Situation von Obdachlosen und Straßenkindern stärker in den Mittelpunkt der Betrachtung gestellt werden. Die vorhandene Datenlage schränkt die Möglichkeit der Berichterstattung zu diesen Themen stark ein, was allerdings nicht rechtfertigt, sie unberücksichtigt zu lassen. Stattdessen sollte nach Wegen gesucht werden, die verfügbaren Informationen zu nutzen und die Datenlage zu verbessern.

Formulierung der Berichtsstrategien

Mit der Formulierung der Berichtsstrategien wurde beabsichtigt, eine differenzierte Deskription und Analyse der Berichtsgegenstände zu ermöglichen. Gleichzeitig sollten Daten- und Erkenntnisdefizite identifiziert werden, die mögliche Anknüpfungspunkte für die Weiterent-

wicklung der Armuts- und Reichtumsberichterstattung darstellen. Angesichts der Bearbeitung gesundheitsbezogener Fragestellungen im ersten Armuts- und Reichtumsbericht erschienen mir mit Blick auf die Fortführung der Berichterstattung folgende Berichtsstrategien vordringlich: „Gesundheitsbegriff weit fassen“, „Gesundheitliche Ungleichheit differenziert betrachten“, „Lebenslaufperspektive berücksichtigen“, „Geschlechtersensibel berichten“, „Zeitliche Trends analysieren“ und „Internationale Vergleiche anstellen“ (siehe hierzu Kapitel 5). Einige dieser Strategien konnten in der vorliegenden Arbeit weitgehend umgesetzt werden, was sich auch in der Ergebnisdarstellung im Kapitel VII des zweiten Armuts- und Reichtumsberichts widerspiegelt. So wurde sich darum bemüht, den Gesundheitsbegriff möglichst weit zu fassen und sowohl körperliche und psychische als auch verhaltensbezogene und soziale Aspekte der Gesundheit zu berücksichtigen. Ebenso wurde die Forderung nach einer differenzierten Analyse der gesundheitlichen Ungleichheit umgesetzt, so dass anhand der berichteten empirischen Ergebnisse nicht nur Aussagen zum Ausmaß, sondern auch zu den Strukturen der gesundheitlichen Ungleichheit, d.h. zu spezifischen gesundheitsbezogenen Problemlagen und Verteilungsungleichheiten, möglich sind.

Andere Berichtsstrategien konnten in der vorliegenden Arbeit nicht oder nur teilweise umgesetzt werden, unter anderem weil die Datenlage dies nicht zuließ. Die Berichtsstrategien weisen in diesen Fällen auf Anforderungen an die Weiterentwicklung der Armuts- und Reichtumsberichterstattung, insbesondere in Bezug auf die Verbesserung der Berichtsgrundlagen, hin. Beispielsweise war es nicht möglich, den Perspektiven und Implikationen der Lebenslaufforschung gerecht zu werden. Die aktuelle Lebenslage ist das Resultat vorausgegangener Entwicklungen und Erfahrungen und wird zum Teil auch durch die Zukunftsplanung bestimmt (Mayer 1995, 1998). Dies gilt ebenfalls für die Gesundheit und Zusammenhänge zwischen der sozialen und gesundheitlichen Lage. Viele Krankheiten und Beschwerden, die im mittleren und höheren Lebensalter auftreten, haben eine lange Entstehungsgeschichte, die nicht selten bis in die Kindheit zurückreicht. Gerade die Kumulation von Belastungen und Ressourcen im Lebenslauf entscheidet über die späteren Gesundheitschancen und das Krankheitsrisiko (Kuh et al. 2005). Diese Perspektiven können nur angemessen berücksichtigt werden, wenn die Voraussetzungen für die Durchführung von Längsschnitt- und Kohortenstudien verbessert werden. Festzustellen ist aber auch, dass die mit Querschnittstudien verbundenen Möglichkeiten, z.B. durch Erhebung retrospektiver Daten, noch zu wenig genutzt werden. Ebenso sollte häufiger versucht werden, die vorhandenen empirischen Befunde zur gesundheitlichen Ungleichheit, auch wenn sie nur auf Querschnittsdaten

basieren, mit Bezugnahme auf die theoretischen Perspektiven der Lebenslaufforschung einzuordnen und zu interpretieren.

Auch in Bezug auf die Umsetzung einer geschlechtersensiblen Betrachtung gesundheitsbezogener Problemlagen und Verteilungsungleichheiten gibt es Verbesserungsmöglichkeiten. In der vorliegenden Arbeit wurden die empirischen Ergebnisse – soweit dies auf Basis der vorhandenen Daten möglich war – für Männer und Frauen separat dargestellt und diskutiert. Für den zweiten Armuts- und Reichtumsbericht trifft dies ebenfalls zu, zumindest für die Ergebnisse, die durch das GESA-Projekt bereitgestellt wurden (vgl. BMGS 2005). Im ersten Armuts- und Reichtumsbericht ist dies nicht im gleichen Maße der Fall gewesen (vgl. BMAS 2001), so dass hinsichtlich der Berichtsstrategie „Geschlechtersensibel berichten“ von einem deutlichen Fortschritt gesprochen werden kann. Für die Weiterentwicklung der Berichterstattung ist aber zu fordern, dass die Berichtsgegenstände in Bezug auf ihre Relevanz für beide Geschlechter geprüft und eventuell spezifiziert werden. Außerdem stellt das Geschlecht eine Determinante der sozialen Ungleichheit dar, die sich vermittelt über Lebensbedingungen und Teilhabechancen auf die Gesundheit auswirkt (Hradil 2001; Babitsch 2005). Aufgrund dessen sollte die geschlechtsspezifische Ausformung von Lebenslagen ebenso wie die soziale Ungleichheit zwischen den Geschlechtern künftig eine stärkere Beachtung erfahren.

Erhebliche Defizite lassen sich in Bezug auf die Analyse zeitlicher Entwicklungen und Trends ausmachen. Während sich in anderen Ländern der Wandel der gesundheitlichen Ungleichheit über die Zeit nachvollziehen lässt (Mackenbach 2006), mangelt es in Deutschland an belastbaren Daten. Das Sozio-oekonomische Panel wird zwar bereits seit 1984 durchgeführt, die meisten Informationen zur Gesundheit werden aber erst seit Mitte der 1990er Jahre erhoben. Auch mit den Daten der bundesweiten Gesundheitssurveys sind Trendanalysen im Moment nur bedingt möglich, da diese in unregelmäßigen Abständen stattfanden und sich außerdem die Untersuchungsprogramme, Erhebungsinstrumente und Stichprobendesigns verändert haben. Aus diesem Grund konnten zeitliche Entwicklungen und Trends kein Schwerpunkt des GESA-Projektes und der vorliegenden Arbeit sein. Für die Weiterentwicklung der Armuts- und Reichtumsberichterstattung stellt die Verbesserung der Datenlage für Zeitreihenanalysen eine der wichtigsten Herausforderungen dar. Mit Zeitreihenanalysen wird nicht nur die Grundlage für eine frühzeitige Erkennung neuer bzw. sich verändernder Problemlagen und Verteilungsungleichheiten geschaffen, sie sind auch eine wesentliche Voraussetzung für die Beurteilung des Erfolgs und der Wirksamkeit der umgesetzten Maßnahmen (Beywl 2004).

Große Anforderungen stellen sich zudem in Bezug auf den internationalen Vergleich. Dieser ist nicht nur von Bedeutung, um das Ausmaß und die Strukturen der gesundheitlichen Ungleichheit in Deutschland mit der in anderen Ländern zu vergleichen. Ebenso geht es darum, die in anderen Ländern gemachten Erfahrungen zu nutzen, um Interventionen zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit zu entwickeln, umzusetzen und zu bewerten. Eine Vorbedingung ist allerdings, dass die Berichterstattung an international vergleichbaren Indikatoren und Daten ausgerichtet wird. In Ansätzen erfolgt dies durch Einbeziehung der Laeken-Indikatoren, die für die europäische Sozial- und Armutsberichterstattung eine zentrale Rolle spielen (Dennis, Guio 2003; BMGS 2005; siehe hierzu Kapitel 5). Für viele der darüber hinaus im Rahmen der Armuts- und Reichtumsberichterstattung gemachten Vorschläge zur Operationaliserung von Lebenslagen und Teilhabechancen gilt dies jedoch nicht (vgl. Voges et al. 2005). Mit Blick auf die Gesundheit sollten insbesondere die im Projekt „European Community Health Indicators (ECHI)“ entwickelten Indikatoren, die im Zusammenhang mit der Durchführung europäischer Gesundheitssurveys und der Etablierung einer europäischen Gesundheitsberichterstattung stehen, beachtet werden (ECHIM 2008).

Auswahl der Datengrundlagen

Bislang gibt es in Deutschland keine einzelne Datengrundlage, die eine umfassende Bearbeitung der ausgewählten Berichtsgegenstände erlaubt. Für das GESA-Projekt wurden deshalb große Anstrengungen unternommen, um aussagekräftige Datengrundlagen zu identifizieren und ihre Eignung für die Armuts- und Reichtumsberichterstattung zu prüfen (siehe hierzu Kapitel 6). Für die eigenen statistischen Analysen, deren Ergebnisse in der vorliegenden Arbeit berichtet wurden, konnte vor allem auf die Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts, das Sozio-oekonomische Panel des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung und den Mikrozensus des Statistischen Bundesamtes zurückgegriffen werden. Ergänzende Auswertungen zu Einzelthemen basieren auf Daten des Epidemiologischen Suchtsurveys des Instituts für Therapieforschung und des Zusatzmoduls „Psychische Störungen“ zum Bundes-Gesundheitssurvey 1998, für das das Max Planck Institut für Psychiatrie verantwortlich war. Darüber hinaus werden in der vorliegenden Arbeit Auswertungsergebnisse auf der Basis von Daten der Gmünder Ersatzkasse und der Studie „Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)“ berichtet. Diese Datensätze stehen im Gegensatz zu den zuvor genannten bislang nicht als Public oder Scientific Use Files zur Verfügung. Um sie trotzdem einbeziehen zu

können, wurden die Datenhalter mit Sonderauswertungen beauftragt, die auf der Basis von Kooperationsvereinbarungen nach einem von mir entwickelten Analyseschema durchgeführt wurden. Darüber hinaus wurden bereits vorhandene Berichte, Statistiken und Studienergebnisse zur Beschreibung der Berichtsgegenstände herangezogen, z.B. Berichte der Gesundheitsberichterstattung des Bundes und Statistiken der AOK, BKK oder des Verbands Deutscher Rentenversicherungsträger. Durch dieses Vorgehen ergab sich für die vorliegende Arbeit und auch für den zweiten Armuts- und Reichtumsbericht eine empirische Grundlage, die eine im Vergleich zum ersten Armuts- und Reichtumsbericht deutlich umfassendere und differenzierte Beschreibung und Analyse der Berichtsgegenstände ermöglichte (vgl. BMAS 2001; BMGS 2005).

An die einbezogenen Datengrundlagen wurden hohe Qualitätsanforderungen gestellt (siehe hierzu Kapitel 6). Neben der bundesweiten Repräsentativität sollte die regelmäßige Verfügbarkeit der Daten und die Validität und Reliabilität der eingesetzten Erhebungsinstrumente gewährleistet sein. Außerdem mussten die Stichproben groß genug sein, um differenzierte statistische Analysen zu gestatten. Von diesen Vorgaben wurde nur in Einzelfällen abgewichen. Beispielsweise wurden GKV-Daten herangezogen, obwohl diese aufgrund der selektiven Mitgliederstruktur der Krankenkassen nicht verallgemeinerbar sind. Dafür erlauben sie aufgrund der hohen Fallzahlen vertiefende Analysen z.B. zu Berufskrankheiten, Arbeitsunfällen und Arbeitsunfähigkeitstagen (siehe hierzu Kapitel 6 und 9), was bislang weder mit den in Deutschland durchgeführten Gesundheitssurveys noch mit den sozialwissenschaftlichen Umfragen möglich ist. Auch die HBSC-Daten können keine bundesweite Repräsentativität beanspruchen, da sie nur in einzelnen Bundesländern erhoben werden. Sie wurden dennoch breit in die vorliegende Arbeit einbezogen, weil zum Zeitpunkt der Durchführung des GESA-Projektes der Kinder- und Jugendgesundheitssurvey des Robert Koch-Instituts noch nicht abgeschlossen war und auch ansonsten keine besser geeigneten Daten zur Beschreibung der Gesundheit von Jugendlichen zur Verfügung standen.

Für die künftige Armuts- und Reichtumsberichterstattung sind bei der Bemühung um eine weitere Verbesserung der Datenlage insbesondere zwei aktuelle Entwicklungen zu beachten. Zum einen steht mit der Statistik Leben in Europa (EU-SILC) seit dem Jahr 2005 eine Datengrundlage zur Verfügung, die jährlich in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union sowie in Island und Norwegen mit gleicher Methodik erhoben wird und damit ländervergleichende Analysen zu fast allen relevanten Bereichen der Lebenslage unterstützt (Statistisches

Bundesamt 2006a). Das Erhebungsprogramm beinhaltet allerdings nur vier Fragen zur Gesundheit, darunter eine Frage zu Auswirkungen von Zuzahlungen und Selbstbeteiligungen auf die Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher und zahnärztlicher Leistungen. Die anderen Fragen beziehen sich auf die Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes, funktionelle Einschränkungen im Alltag und das Vorliegen einer chronischen Krankheit. Für den dritten Armuts- und Reichtumsbericht ist EU-SILC bereits als Grundlage zur Berechnung zentraler Kennwerte, wie z.B. der Armutsrisikoquote, herangezogen worden (vgl. BMAS 2008). Vor allem aufgrund der Möglichkeit, internationale Vergleiche anzustellen, sollte geprüfte werden, inwieweit die durch diese Statistik bereitgestellten Informationen zur Gesundheit genutzt werden können, um gesundheitsbezogene Problemlagen und Verteilungsungleichheiten kenntlich zu machen.

Zum anderen wird gegenwärtig am Robert Koch-Institut ein Gesundheitsmonitoring etabliert, das eine Dauerbeobachtung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung in Deutschland ermöglichen soll (Kurth et al. 2005). Dieses Gesundheitsmonitoring umfasst drei Bereiche, die zusammen genommen eine gute Datengrundlage zur Beobachtung von zeitlichen Entwicklungen und Trends sowie zur Analyse der Entwicklungen im Verhältnis zu umgesetzten Interventionen bereitstellen. Dazu zählen jährliche telefonische Befragung der 18-jährigen und älteren Bevölkerung, die im Querschnitt angelegt sind und mit unabhängigen Stichproben von jeweils 21.000 Personen realisiert werden, eine Fortführung des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 als Längsschnittstudie, wobei neben Wiederholungsbefragungen auch neuerliche medizinische Untersuchungen vorgesehen sind, sowie eine Überführung des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys 2003-06 in eine Kohortenstudie, ebenfalls konzipiert als kombinierter Befragungs- und Untersuchungssurvey. Neben der kontinuierlichen Verfügbarkeit von Daten für alle Altersgruppen und der damit verbundenen Möglichkeit von engmaschigen Zeitreihenanalysen sind für die Armuts- und Reichtumsberichterstattung insbesondere die längsschnittlichen Komponenten von Interesse, da sie die Analyse individueller Gesundheitsverläufe unter Berücksichtigung potenzieller Einflussfaktoren ermöglichen. In diesem Zusammenhang ist ein Verdienst des GESA-Projektes und der vorliegenden Arbeit, dass am Robert Koch-Institut dafür Sorge getragen wurde, dass bei der Entwicklung der Erhebungsprogramme die Datenerfordernisse der Armuts- und Reichtumsberichterstattung berücksichtigt werden.

Darüber hinaus sind weitere Verbesserungen der Datenlage anzustreben. Positive Impulse für die perspektivische Armuts- und Reichtumsberichterstattung ergeben sich durch die gezielt vorgenommenen Ergänzungen bzw. Modifizierungen des Erhebungsprogramms des Sozio-oekonomischen Panels, die auch die Fragen zur Gesundheit betreffen. So werden mittlerweile regelmäßig Informationen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität erhoben. Außerdem ist neben dem Tabakkonsum inzwischen auch der Alkoholkonsum ein Bestandteil des Erhebungsprogramms. Interessante Perspektiven könnten sich ferner über den Gesundheitsmonitor der Bertelsmann-Stiftung ergeben, zumal dieser Informationen verfügbar macht, die in den bislang berücksichtigten Erhebungen nicht oder nur unzureichend enthalten sind, z.B. zur ambulanten Versorgung und zur Selbsthilfe im Gesundheitswesen (Böcken, Amhof 2005). In Bezug auf andere Datenquellen der Sozial- und Gesundheitsberichterstattung müssen die Erwartungen geringer ausfallen. So werden auch künftig in vielen gesundheitsbezogenen amtlichen Statistiken, Registern und Sentinels keine Angaben zur sozialen Lage verfügbar sein. In Einzelfällen sollte aber mit Blick auf den erheblichen zusätzlichen Nutzen, nicht nur für die Armuts- und Reichtumsberichterstattung, sondern auch für die Gesundheitsberichterstattung und die epidemiologische Forschung, geprüft werden, ob eine entsprechende Modifizierung nicht doch möglich ist. Dies gilt z.B. für die Todesursachenstatistik, zumal auf den Todesscheinen bis zum Jahr 1971 der ausgeübte oder frühere Beruf erfasst wurde.

Empirische Umsetzung des Berichtskonzeptes

Mit den statistischen Analysen zu den definierten Berichtsgegenständen verband sich der Anspruch, eine umfassende Bestandsaufnahme der gesundheitsbezogenen Problemlagen und Verteilungsungleichheiten in Deutschland für den Zeitraum 1998 bis 2003 vorzunehmen. Das Zeitfenster war dabei durch den Berichtszeitraum für den zweiten Armuts- und Reichtumsbericht vorgegebenen (vgl. BMGS 2005). In Anbetracht des bisherigen Forschungsstandes, der überwiegend durch sozialepidemiologische Studien bestimmt ist, ergeben sich durch die in der vorliegenden Arbeit dargestellten Ergebnisse eine Erweiterung der Perspektiven auf die gesundheitliche Ungleichheit. Dies ist schon deshalb der Fall, weil die sozialepidemiologische Forschung sehr stark dem schichtungssoziologischen Ansatz verhaftet ist und dementsprechend die Verteilung von Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken entlang der berufsnahen Dimensionen Einkommen, Bildung und Berufsstatus betrachtet (siehe hierzu Kapitel 4). Die Analyse der gesundheitlichen Situation von Menschen in spezifischen Lebenslagen, wie z.B. von Arbeitslosen, allein Erziehenden oder Menschen mit Migrationshintergrund, wird nur

vereinzelt, wenn auch zunehmend häufiger verfolgt. In der Gesamtschau verdeutlichen die in der vorliegenden Arbeit dargestellten Ergebnisse einerseits, dass Krankheiten, Beschwerden und Risikofaktoren in den sozial benachteiligten Gruppen kumulieren. Andererseits zeigen sie, dass sich auch oberhalb einer wie auch immer definierten Armutsgrenze der Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten unterscheidet, also oftmals von einem sozialen Gradienten der Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken gesprochen werden kann. Durch die vorgeschlagene Ergänzung der Berichtsgegenstände um Themen wie Umweltgerechtigkeit, Versorgungsgerechtigkeit und soziales Kapital ließe sich dieses Bild weiter vervollständigen.

Für die künftige Armuts- und Reichtumsberichterstattung erscheint eine stärkere Ausschöpfung des mit dem theoretisch-konzeptionellen Zugang über den Lebenslagenansatz verbundenen analytischen Potenzials angezeigt. Dazu müssen Wege gefunden werden, um die Komplexität der Lebensbedingungen und Teilhabechancen in verschiedenen Lebensbereichen abzubilden. Das Ziel sollte letztlich sein, konkrete Lebenslagen zu identifizieren, die mit spezifischen Gesundheitschancen bzw. Krankheitsrisiken einhergehen. Ein möglicher Zugang erschließt sich dabei über die Deskription entlang relevanter Merkmale wie Alter, Geschlecht, Wohnregion, Erwerbsstatus, Bildungsniveau oder Einkommen (Hradil 2001). Häufig werden die Fallzahlen jedoch nicht ausreichen, um spezifische Lebenslagen rein deskriptiv abzugrenzen. Ein alternatives Vorgehen ermöglichen strukturentdeckende Verfahren, wie z.B. die Clusteranalyse, die Personen mit ähnlichen Merkmalskombinationen gruppiert. Anknüpfungspunkte liefern einzelne Studien, in denen versucht wurde, Lebenslagen mehrdimensional zu erfassen und deren Relevanz für die Gesundheit zu beschreiben (Babitsch 2000; Rommel et al. 2008). Allerdings wird kritisch zu prüfen sein, ob die Ergebnisse dieser Analysen, die zumeist sehr komplex und schwer zu kommunizieren sind, tatsächlich für die Armuts- und Reichtumsberichterstattung und für politische Diskussions- und Entscheidungsprozesse anschlussfähig sind. Vielversprechender könnten multivariate Analysen wie Regressions- oder Varianzanalysen sein, die die relative Bedeutung der einzelnen Merkmale der Lebenslage, z.B. Einkommen, Bildung, Berufsstatus, Arbeitslosigkeit und Migrationshintergrund, und der Interaktionen zwischen diesen Merkmalen, für die Gesundheit aufdecken. In der vorliegenden Arbeit wurde von dieser Vorgehensweise abgesehen, weil das Interesse der Arbeitsgruppe im BMAS zunächst der bivariaten Betrachtung der Zusammenhänge zwischen der Gesundheit und anderen Aspekten der Lebenslage galt. Für die künftige Berichterstattung sollte aber der multivariaten Analyse der Einflussfaktoren ein höherer Stellenwert beigemes-

sen werden, da diese wichtige Hinweise auf die Ursachen und Mechanismen der beobachteten gesundheitsbezogenen Problemlagen und Verteilungsungleichheiten und auf konkrete Ansatzpunkte für politische Interventionen liefern kann (Mielck 2000; Lampert, Kroll 2006).

Eine wichtige Voraussetzung ist in diesem Zusammenhang, dass die Auswertungen an theoretisch begründeten Hypothesen ausgerichtet werden. Eine Hypothese, die sich entlang des Lebenslagenansatzes entwickeln lässt, könnte lauten, dass die Kumulation von sozialen Nachteilen in den relevanten Lebensbereichen zu einer verminderten gesellschaftlichen Teilhabe bis hin zu sozialer Ausgrenzung führt und dadurch die Gesundheitschancen verringert werden. Mit den gleichen Bezügen lässt sich die Hypothese begründen, dass die Auswirkungen auf die Gesundheit umso stärker sind, je länger die Verminderung der Teilhabechancen andauert und je aussichtsloser sich die Situation für die Betroffenen darstellt. Eine etwas anders gelagerte Perspektive ergibt sich in Bezug auf das Zusammentreffen von sozialen Vor- und Nachteilen. Zumindest in bestimmten Konstellationen könnten sich nachteilige Folgen für die Gesundheit ergeben, z.B. wenn gute berufliche Qualifikationen nicht in adäquate berufliche Positionen oder Einkommen umgesetzt werden können. Theoretische Zugänge ergeben sich in dieser Hinsicht z.B. über das Konzept der Statusinkonsistenzen (Hradil 2001) oder das Modell der beruflichen Gratifikationskrisen (Siegrist 1996). Ebenso lassen sich Hypothesen zur gesundheitlichen Situation von allein Erziehenden formulieren, z.B. mit Bezug auf Belastungs-Ressourcen-Konzepte. Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass aus der alleinigen Sorge für die Kinder und die häufig schwierige Vereinbarkeit mit dem Beruf zusätzliche Anforderungen resultieren. Mit erheblichen Konsequenzen für die Gesundheit ist aber wahrscheinlich nur dann zu rechnen, wenn die Anforderungen als Belastungen erlebt werden und die sozialen und personalen Ressourcen nicht ausreichen, um diese zu bewältigen (RKI 2003b).

Eine Ausrichtung der Analysen an diesen oder ähnlichen Hypothesen ist auch dann sinnvoll, wenn die vorhandenen Daten eine empirische Überprüfung nicht oder nur teilweise zulassen. Die Hypothesen können dann dazu beitragen, die Ergebnisse zu systematisieren und in einen Diskussionszusammenhang einzubetten sowie Forschungsbedarfe abzuleiten. Der Verzicht auf ein hypothesengeleitetes Vorgehen, der in der Armuts- und Reichtumsberichterstattung wie auch in der Gesundheitsberichterstattung bislang eher die Regel als die Ausnahme ist, führt dazu, dass die erzielten Ergebnisse häufig für sich alleine stehen und nur wenig zum Verständnis der gesundheitlichen Ungleichheit beitragen.

Vernetzung der Berichterstattung

Die empirischen Ergebnisse der Armuts- und Reichtumsberichterstattung sollten mit denen, die zu denselben Themen in anderen Berichtswesen dargestellt werden, übereinstimmen. Andernfalls ergeben sich erhebliche Einschränkungen in Bezug auf die Aussagekraft der Ergebnisse und ihrer Belastbarkeit für politische Diskussions- und Entscheidungsprozesse. Für die Ergebnisse zur gesundheitlichen Ungleichheit stellt insbesondere die Gesundheitsberichterstattung des Bundes eine wichtige Referenz dar. In den letzten Jahren wurden im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes mehrere Berichte zur gesundheitlichen Ungleichheit veröffentlicht, zum Teil mit Bezug auf bestimmte Lebenslagen. Beispiele hierfür sind die Berichte „Gesundheitlichen Situation von allein erziehenden Frauen und Männern“ (RKI 2003b) und „Arbeitslosigkeit und Gesundheit“ (RKI 2003a), die auch für die vorliegende Arbeit herangezogen wurden. Darüber hinaus wird die gesundheitliche Ungleichheit in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes als Querschnittsthema behandelt, das in fast allen Gesundheitsberichten aufgegriffen wird, um die soziale Verteilung von Krankheiten und Risikofaktoren in der Bevölkerung zu beschreiben und auf mögliche Zielgruppen für die Prävention und medizinische Versorgung zu verweisen.

Vor diesem Hintergrund kann als Vorteil angesehen werden, dass das Robert Koch-Institut, das gemeinsam mit dem Statistischen Bundesamt für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes verantwortlich zeichnet, über den wissenschaftlichen Gutachterkreis in die Armuts- und Reichtumsberichterstattung eingebunden ist. Auf diese Weise konnten bei der Festlegung der Berichtsgegenstände, der Formulierung der Berichtsstrategien und der Auswahl der Datengrundlagen die Ziele und Aufgaben beider Berichtswesen berücksichtigt werden. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit, die an die Armuts- und Reichtumsberichterstattung adressiert waren, fanden auch Eingang in die Gesundheitsberichterstattung und wurden damit einem breiten Nutzerkreis verfügbar (Lampert et al. 2005). Ein Nebeneffekt war, dass die soziologischen Konzepte der Armutsforschung und Armutsberichterstattung, insbesondere der Lebenslagenansatz, inzwischen eine stärkere Aufmerksamkeit in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes erfahren (Lampert, Schenk 2004). Darüber hinaus kommt der Verzahnung beider Berichtswesen in Bezug auf die Verbesserung der Datenlage große Bedeutung zu. Durch den Aufbau des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut können die Daten- und Indikatorenerfordernisse der Armuts- und Reichtumsberichterstattung unmittelbar

berücksichtigt werden. Auch wenn dadurch nicht alle Daten- und Informationslücken geschlossen werden, so wird daraus doch eine deutlich verbesserte Berichtsgrundlage für die künftige Armuts- und Reichtumsberichterstattung resultieren.

Schnittstellen ergeben sich aber nicht nur zur Gesundheitsberichterstattung, sondern auch zu anderen Berichtswesen. Mit Blick auf das Thema gesundheitliche Ungleichheit ist dabei unter anderem die Umwelt-, Familien-, Alten- sowie die Kinder- und Jugendberichterstattung von Bedeutung. Wo es Berührungspunkte gibt, sollte auf eine konsistente Darstellung der Ergebnisse geachtet werden, da ansonsten deren Belastbarkeit leidet. Am ehesten gelingt dies, wenn die für die einzelnen Berichtswesen zuständigen Akteure und Institutionen in die Armuts- und Reichtumsberichterstattung einbezogen werden. Für die Umweltberichterstattung könnte dies das Umweltbundesamt, für die Familien- und Kinder- und Jugendberichterstattung das Deutsche Jugendinstitut und für die Altenberichterstattung das Deutsche Zentrum für Altersfragen sein.

Politischer Transfer der Ergebnisse

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigen zahlreiche Anknüpfungspunkte für Interventionen zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit auf. Durch die große Zahl der behandelten Berichtsgegenstände und die Orientierung an den formulierten Berichtsgegenständen war es möglich, auch spezifische Problemlagen und Verteilungsungleichheiten, einschließlich deren unterschiedlichen Ausprägungen in verschiedenen Lebens- und Altersphasen, zu ermitteln. Unter Berücksichtigung des bisherigen Forschungs- und Erkenntnisstandes (siehe hierzu Kapitel 4), der durch die vorliegende Arbeit bestätigt, aktualisiert und ergänzt wird, lässt sich feststellen, dass wir mittlerweile sehr viel über den Zusammenhang zwischen der sozialen und gesundheitlichen Lage wissen und die daraus resultierenden Handlungsprobleme sehr genau beschreiben können. Damit rückt die Frage in den Mittelpunkt, inwieweit diese Erkenntnisse für politische Entscheidungen und Interventionen genutzt werden und welchen Beitrag die auf den Weg gebrachten politischen Strategien und Programme zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit leisten können (Mielck 2000, 2005).

Welche Konsequenzen die Bundesregierung aus den Ergebnissen der Armuts- und Reichtumsberichterstattung zieht, lässt sich an den Nationalen Aktionsplänen zur Bekämpfung von

Armut und sozialer Ausgrenzung (NAP'incl) ersehen, mit denen die in Lissabon im Jahr 2000 von den Staats- und Regierungschefs der Europäischen Union aufgestellte Forderung nach einer systematischen Darstellung und Bewertung der in den Mitgliedstaaten verfolgten Strategien und Aktivitäten zur Stärkung der sozialen Integration umgesetzt wird (BMGS 2004a). Die dort als prioritär eingestuften Vorhaben beziehen sich unter anderem auf gesetzliche Neuregelungen zum Elterngeld, Kindergeld, Kinderzuschlag und anderen Leistungen für Familien, auf Initiativen zur Förderung der Teilnahme am Erwerbsleben und zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit, insbesondere der Jugendarbeitslosigkeit und der Arbeitslosigkeit von Schwerbehinderten, auf Programme zur Erhöhung der Bildungsbeteiligung, z.B. durch den Aus- und Aufbau von Ganztagsschulen und die gezielte Förderung von Kindern mit Migrationshintergrund, auf Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf, einschließlich verbesserter Betreuungsstrukturen für Kinder, sowie auf das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (BMGS 2004a).

Bemerkenswert ist dabei, dass eine Reihe von Aktivitäten der Bundesregierung, die unmittelbar zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit beitragen könnten, in den Nationalen Aktionsplänen zur Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung nicht oder nur am Rande erwähnt werden. Dazu gehört die Novellierung des § 20 Abs. 1 SGB V im Jahr 2000, mit dem die Krankenkassen angehalten sind, Leistungen zur Primärprävention zur erbringen, die den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern, insbesondere aber einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen leisten. Außerdem wurde mit Unterstützung der Bundesregierung von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung der Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten" ins Leben gerufen, der auf eine verbesserte Zusammenarbeit von Projekten und Initiativen der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung und eine Identifizierung und Förderung von Beispielen guter Praxis anhand festgelegter Qualitätskriterien zielt. Dazu wurde eine Online-Datenbank aufgebaut, die mittlerweile Informationen zu mehr als 1.700 Projekten umfasst, und in allen 16 Bundesländern ein „Regionaler Knoten" zur Vernetzung der Akteure vor Ort eingerichtet (Lehmann 2006). Erwähnenswert ist ferner das Projekt „gesundheitsziele.de", in dem an ausgewählten Beispielen wie Diabetes, Brustkrebs, Depression, Tabakkonsum, Kindergesundheit und Patientenkompetenz geprüft wird, inwieweit Gesundheitsziele ein gesundheitspolitisches Steuerungsinstrument, und zwar auch in Bezug auf die Gewährleistung von mehr gesundheitlicher Chancengleichheit, darstellen könnten (BMGS 2003). Hinzuweisen ist auch auf die Einrichtung des Deutschen Forums für Prävention und Gesundheitsförde-

rung, in dem Themen wie „Gesunde Kinder und Jugendliche“, „Gesund am Arbeitsplatz“ und „Gesund altern“ bearbeitet werden, sowie auf das Bund-Länder-Programm „Soziale Stadt“, das den Schwerpunkt auf die sozialräumliche Entwicklung legt, da in beiden Kontexten der Aspekt der gesundheitlichen Chancengleichheit eine Querschnittsanforderung darstellt. Letztlich sind die Bemühungen um ein Präventionsgesetz zu berücksichtigen, mit dem beabsichtigt wird, die Prävention als eigenständige Säule des Gesundheitswesens zu verankern. Im Gesetzentwurf, der im Jahr 2005 an der Zustimmung des Bundesrates scheiterte, wurde die Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit ausdrücklich als ein vorrangiges Ziel der Prävention und Gesundheitspolitik benannt.

Dass diese Aktivitäten der Bundesregierung im Nationalen Aktionsplan zur Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung bislang keine Erwähnung fanden, deutet auf die nachgeordnete Bedeutung hin, die ihnen im Zusammenhang mit der Armutspolitik beigemessen wird. Eine nachhaltige Verringerung der Gesundheit lässt sich aber wahrscheinlich nur durch ein breites Spektrum an Maßnahmen und Programmen, die in verschiedenen Politikbereichen umgesetzt werden, erreichen (Mielck 2005). Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit machen die Vielgestaltigkeit der gesundheitlichen Ungleichheit deutlich und unterstreichen damit die Notwendigkeit einer umfassenden Handlungsstrategie, die auch über die Armutspolitik umgesetzt werden sollte. Für die Weiterentwicklung der Armuts- und Reichtumsberichterstattung und der Nationalen Aktionspläne zur Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung könnte eine stärkere Berücksichtigung internationaler Erfahrungen hilfreich sein. In einigen Ländern der Europäischen Union gibt es bereits umfangreiche politische Programme zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit, die zum Teil mit konkreten Zielvorgaben verbunden sind. So wird in England seit dem Jahr 2003 das Aktionsprogramm „Tackling Health Inequalities: A Programm for Action“ durchgeführt, dass von 12 Ministerien unterstützt wird und unter anderem das Ziel verfolgt, die Mortalitätsunterschiede zwischen der niedrigsten und höchsten Statusgruppe bis zum Jahr 2010 um 10% zu verringern (Department of Health 2003). Im gleichen Jahr wurde in Schweden das Gesetz „Sweden’s New Public Health Policy“ verabschiedet, das den Schwerpunkt auf intersektorale und gesamtgesellschaftliche Maßnahmen zu drei übergeordneten Zielbereichen legt: Verringerung der sozialen Ungleichheit, Schaffung gesunder Lebensumwelten und Förderung einer gesunden Lebensweise (Agren 2003). Auch in den Niederlanden, Norwegen, Irland und Schottland gibt es inzwischen umfassende Aktionsprogramme zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit, die zahlreiche Anknüpfungspunkte für die Diskussion in Deutschland liefern.

Große Bedeutung kommt in diesem Zusammenhang internationalen Projekten und Initiativen zu, die dem Dialog und Erfahrungsaustausch zwischen den Ländern sowie der Erarbeitung gemeinsamer Zielsetzungen und Handlungsempfehlungen dienen sollen. In Bezug auf die Bemühungen zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit ist insbesondere auf das im Zeitraum 2004 bis 2007 durchgeführte EU-Projekt „Closing the Gap – Strategies for Action to tackle Health Inequalities in Europe“ hinzuweisen, in das Deutschland über die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung eingebunden war. In dem Projekt wurden eine umfassende Bestandsaufnahme der Aktivitäten in den 21 beteiligten Ländern geleistet und auf dieser Grundlage gemeinsame Handlungsempfehlungen formuliert (Weyers et al. 2007). Das Nachfolgeprojekt „DETERMINE – An EU consortium for action on the socio-economic determinants of health”, das bis zum Jahr 2010 läuft, konzentriert sich ebenso auf die Identifizierung von Beispielen guter Praxis und innovativer Ansätze, erstellt darauf bezogene Länderprofile, um Vergleiche zwischen den Ländern zu unterstützen, und setzt damit den im „Closing the Gap“-Projekt begonnen internationalen Benchmarking-Prozess fort (EU Commission 2008).

Die bisherigen internationalen Erfahrungen und formulierten Handlungsempfehlungen zeigen konkrete Ansatzpunkte für eine Politik zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit auf. Neben der allgemeinen Forderung einer umfassenden, sektorenübergreifenden politischen Strategie wird insbesondere die Bedeutung eindeutiger Zielvorgaben für die Entwicklung, Umsetzung und Erfolgskontrolle von Maßnahmen und Programmen hervorgehoben. Des Weiteren wird die genaue Festlegung von Zielgruppen, der Bezug zu den Lebenswelten der Zielgruppen („Setting-Bezug“), die Kombination von verhältnis- und verhaltensbezogenen Maßnahmen, die Beteiligung der Zielgruppe an der Entwicklung, Umsetzung und Bewertung der Interventionen („Partizipation“), die Vernetzung der relevanten Akteure und die Abstimmung der eingeleiteten Prozesse bis hin zur EU-Ebene sowie die Dokumentation und Qualitätssicherung der Interventionen für wichtig erachtet. Letzteres schließt auch die ständige Verbesserung und Anpassung der Datenlage und von Forschungsbemühungen an die Erfordernisse der politischen Aktivitäten ein (siehe hierzu auch Weyers et al. 2007; Rosenbrock, Kümpers 2006).

Angesichts der Aktivitäten zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit, die in anderen Ländern und auf europäischer Ebene unternommen werden, ist in Deutschland, trotz verstärkter Bemühungen in den letzten Jahren, nach wie vor ein erheblicher Nachholbedarf

festzustellen (Lehmann 2006; Mielck 2006; Weyers et al. 2007). Durch die sozialepidemiologische Forschung, die Gesundheitsberichterstattung und auch die Armuts- und Reichtumsberichterstattung werden die vorhandenen Handlungsprobleme mittlerweile sehr genau aufgezeigt. Insofern bleibt zu hoffen, dass die internationalen Erfahrungen und die gute Datenlage in Deutschland künftig besser genutzt werden, um die Auswirkungen von Armut und sozialer Ausgrenzung auf die Gesundheit zu bekämpfen und die gesundheitliche Ungleichheit nachhaltig zu verringern.

Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit wurde im Rahmen und Nachgang eines von mir am Robert Koch-Institut geleiteten Forschungsprojektes erstellt. Ziel des Projektes war die Entwicklung und empirische Umsetzung eines Konzepts zur Beschreibung von gesundheitsbezogenen Problemlagen und Verteilungsungleichheiten im Kontext der Armuts- und Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung. Den Ausgangspunkt stellte der im April 2001 veröffentlichte erste Armuts- und Reichtumsbericht dar, in dem die Gesundheit neben dem Einkommen, der Bildung, der Erwerbsarbeit, der Familie und der Wohnsituation als eigenständiger Bereich der Lebenslage betrachtet wird. Sowohl die Liste der behandelten Gesundheitsthemen als auch die Auswahl der Datengrundlagen und die Darstellung der empirischen Ergebnisse wurden von der für den Bericht zuständigen ministerialen Arbeitsgruppe und dem beratenden wissenschaftlichen Gutachterkreis als nicht ausreichend angesehen. Darauf hin wurde das Robert Koch-Institut beauftragt, im Rahmen eines Forschungsprojektes die Voraussetzung dafür zu schaffen, dass im zweiten Armuts- und Reichtumsbericht gesundheitsbezogene Fragestellungen umfassender und vor allem anschlussfähiger für politische Bemühungen um die Bekämpfung der Armut und Stärkung der sozialen Integration behandelt werden können. In Abstimmung mit der ministerialen Arbeitsgruppe wurden für das Projekt vier Aufgabenstellungen definiert:

1. Festlegung von Berichtsgegenständen, die sich aus Sicht der Armuts- und Reichtumsberichterstattung auf relevante gesundheitsbezogene Problemlagen und Verteilungsungleichheiten beziehen
2. Formulierung von Berichtsstrategien, um eine hinreichend umfassende und differenzierte Betrachtung der Berichtsgegenstände sicher zu stellen
3. Prüfung vorhandener Daten- und Informationsgrundlagen auf ihre Eignung für die Armuts- und Reichtumsberichterstattung und die Zielsetzungen des Projektes
4. Deskription und Analyse der Berichtsgegenstände anhand eigener statistischer Auswertungen und weiterer aussagekräftiger Forschungsergebnisse

Die Festlegung der Berichtsgegenstände richtete sich am konzeptionellen Zugang der Armuts- und Reichtumsberichterstattung aus, der schwerpunktmäßig über den Lebenslagenansatz erfolgt. Von den ausgewählten Berichtsgegenständen befassen sich drei mit Zusammenhängen zwischen der Gesundheit und anderen zentralen Bereichen der Lebenslage, nämlich Einkommen, Bildung und Arbeit. Daneben wurden mit den Arbeitslosen, allein Erziehenden

und Menschen mit Migrationshintergrund einzelne Bevölkerungsgruppen betrachtet, deren Lebenslagen durch spezifische Anforderungen und Belastungen gekennzeichnet sind, oftmals weil Nachteile in den Bereichen Einkommen, Bildung und Arbeit kumulieren. Ebenso wurden Kinder und Jugendliche sowie ältere Menschen gesondert betrachtet und damit dem Umstand Rechnungen getragen, dass Zusammenhänge zwischen der Lebenslage und der Gesundheit in verschiedenen Alters- bzw. Lebensphasen unterschiedlich zum Ausdruck kommen können.

Mit der Formulierung der Berichtsstrategien sollte eine differenzierte, an theoretisch fundierten Perspektiven ausgerichtete Berichterstattung sichergestellt werden. Anknüpfungspunkte lieferten hierbei der bisherige theoretische und empirische Forschungsstand, der in der vorliegenden Arbeit in einem eigenständigen Kapitel dargestellt wurde. Die Berichtsstrategien sollten zudem ermöglichen, Daten- und Erkenntnisdefizite und damit Potenziale für die Weiterentwicklung der konzeptionellen, methodischen und empirischen Grundlagen der Armuts- und Reichtumsberichterstattung aufzuzeigen. Als Anforderungen wurden unterem benannt, von einem weitgefassten Gesundheitsbegriff auszugehen und die Muster der Zusammenhänge zwischen der Gesundheit und anderen Aspekten der Lebenslage möglichst präzise zu beschreiben. Außerdem sollten die Ergebnisse geschlechtersensibel und aus der Lebenslaufsperspektive berichtet und gedeutet werden. Weitere Ausrichtungen betrafen die Ermittlung zeitlicher Entwicklungen und Trends sowie die internationale Vergleichbarkeit der Ergebnisse.

Die Prüfung vorhandener Datengrundlagen, die sich neben der Daten- und Indikatorenverfügbarkeit auch auf die Repräsentativität und Validität der Informationen erstreckte, setzte bei den Erhebungen und Statistiken an, die auch für andere Themenbereiche der Armuts- und Reichtumsberichterstattung verwendet werden. Als gut geeignet für die Bearbeitung gesundheitsbezogener Fragestellungen stellten sich insbesondere das Sozio-oekonomische Panel des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung und der Mikrozensus des Statistischen Bundesamtes heraus. Darüber hinaus wurde für die eigenen statistischen Auswertungen vor allem auf die Gesundheitssurveys des Robert Koch-Institutes zurückgegriffen, da diese neben umfassenden Informationen zur Gesundheit auch Aussagen zu anderen wichtigen Aspekten der Lebenslagen ermöglichen. Für einzelne Themen wurden weitere, thematisch stärker eingegrenzte Erhebungen herangezogen, wie z.B. der Epidemiologische Suchtsurvey des Instituts für Therapieforschung, der den Schwerpunkt auf den Gebrauch psychoaktiver Substanzen legt. Im Rahmen von Kooperationsvereinbarungen konnten auch Daten einbezogen werden, die nicht als Public bzw. Scientific Use-Files zur Verfügung stehen, z.B. Daten der von der

WHO koordinierten Studie „Health Behaviour in School-aged Children“ sowie Routinedaten der Gmünder Ersatzkasse. Neben den eigenen statistischen Auswertungen und den Sonderauswertungen der Kooperationspartner wurden für die Deskription und Analyse der Berichtsgegenstände eine Reihe weiterer Daten- und Informationsquellen genutzt, z.B. Statistiken und Berichte der Krankenkassen und Sozialversicherungsträger sowie die Publikationen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes.

Die empirische Umsetzung des Berichtskonzeptes erfolgte über die Deskription und Analyse der Berichtsgegenstände auf Basis der ausgewählten Daten- und Informationsgrundlagen und unter Berücksichtigung der formulierten Berichtsstrategien. Das Zeitfenster erstreckte sich auf die Jahre 1998 bis 2003 und wurde durch den Berichtszeitraum des zweiten Armuts- und Reichtumsberichtes vorgegeben. Die berichteten Ergebnisse verdeutlichen, dass viele Krankheiten, Beschwerden und Risikofaktoren häufiger bei Personen mit niedrigem Einkommen, Bildungsniveau und Berufsstatus vorkommen. Außerdem schätzen sie ihre eigene Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität schlechter ein und unterliegen einem höheren vorzeitigen Sterberisiko. Auch zwischen Personen in mittleren und höheren Lagen der sozialen Stufenleiter zeigten sich Unterschiede, so dass oftmals von einem sozialen Gradienten der Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken gesprochen werden kann. Darüber bestätigte sich, dass arbeitslose Männer und Frauen in vielen Bereichen der Gesundheit, insbesondere in Bezug auf die psychische Gesundheit und das gesundheitsrelevante Verhalten, erhebliche Nachteile haben. Auch allein erziehende Frauen sind hinsichtlich dieser Gesundheitsbereiche als benachteiligt einzustufen, für andere Bereiche gilt dies jedoch nicht. Dabei ist zu berücksichtigen, dass allein erziehende Frauen in Bezug auf ihre Lebenslage eine sehr heterogene Gruppe darstellen und sich dies auch in der gesundheitlichen Situation widerspiegelt. Wie relevant eine differenzierte Betrachtung der Lebenslage ist, lässt sich daneben an den Ergebnissen zur Gesundheit von Migranten und Migrantinnen zeigen. Zwar weisen Menschen mit Migrationshintergrund in einigen Gesundheitsbereichen Nachteile auf, diese variieren aber z.B. mit dem Alter, Geschlecht und der Nationalität. Außerdem ließen sich in anderen Bereichen keine bedeutsamen Unterschiede zur Bevölkerung ohne Migrationshintergrund beobachten. Schließlich zeigten die Ergebnisse für Kinder und Jugendliche sowie ältere Menschen, dass in allen Alters- bzw. Lebensphasen ein enger Zusammenhang zwischen der sozialen und gesundheitlichen Lage besteht. Der Grundstein für sozial ungleiche Gesundheitschancen scheint demnach bereits sehr früh gelegt zu werden, und die langfristigen Folgen sind bis ins hohe Alter sichtbar.

Für die Weiterentwicklung der Armuts- und Reichtumsberichterstattung wurde in Bezug auf die Deskription und Analyse gesundheitsbezogener Problemlagen und Verteilungsungleichheiten eine Reihe von Vorschlägen erarbeitet. So wurde sich dafür ausgesprochen, die bearbeiteten Berichtsgegenstände beizubehalten und um weitere zu ergänzen, z.B. um die Themen „Soziales Kapital“, „Umweltgerechtigkeit“ und „Versorgungsgerechtigkeit“. Außerdem wurde sich dafür ausgesprochen, die sozialräumliche Verteilung von Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken stärker zu berücksichtigen. Daneben ist die Umsetzung der formulierten Berichtsstrategien mit großen Herausforderungen verbunden. Vor allem die Darstellung von zeitlichen Entwicklungen und Trends ist aufgrund der unzureichenden Datenlage mit großen Schwierigkeiten verbunden. Wünschenswert wäre außerdem, wenn dem internationalen Vergleich ein höherer Stellenwert in der Armuts- und Reichtumsberichterstattung eingeräumt würde. Datendefizite lassen sich außer an fehlenden Zeitreihen vor allem an den kaum vorhandenen Längschnitt- und Kohortenstudien festmachen. Diese sind eine wesentliche Voraussetzung dafür, das Zustandekommen und die Reproduktion von Zusammenhängen zwischen der Lebenslage und Gesundheit zu erklären. Außerdem sollte geprüft werden, ob und wie z.B. Routinedaten der Krankenkassen und der Rentenversicherung stärker genutzt werden können. Gleiches gilt für Datenquellen, die internationalen Vergleiche erlauben, z.B. die Statistik „Leben in Europa (EU-SILC)“ und die geplanten europaweiten Gesundheitssurveys. Mit Blick auf die empirischen Analysen wurde vorgeschlagen, sich nicht wie bislang auf einzelne Aspekte der Lebenslage zu konzentrieren, sondern auch deren relative Bedeutung zu ermitteln. Ebenso sollten spezifische Merkmalskonstellationen zum Gegenstand der Betrachtung werden, einschließlich der Kombination von sozialen Vor- und Nachteilen, wie z.B. einer hohen Bildung und Arbeitslosigkeit oder niedrigem Berufsstatus.

Literaturverzeichnis

Abel T (1991) Measuring health life-styles in a comparative analysis: theoretical issues and empirical findings. Social Science and Medicine 32: 899-908

Ader R, Felton DL, Cohen N (1991) Psychoneuroimmunology (2nd edition). New York: Academic Press

Adolf T (1995) Lebensmittelaufnahme und Vitaminversorgung Erwachsener in Abhängigkeit vom Einkommen. In: Barlösius E, Feichtinger E, Köhler BM (Hrsg) Ernährung in der Armut. Gesundheitliche, soziale und kulturelle Folgen in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin: Rainer Bohn Verlag

Adolf T, Schneider R, Eberhardt W et al. (1995) Ergebnisse der Nationalen Verzehrstudie (1985-1988) über die Lebensmittel- und Nährstoffaufnahme in der Bundesrepublik Deutschland. In: Kübler W, Anders HJ, Heeschen W (Hrsg) VERA-Schriftenreihe, Band XI. Niederkleen: Wissenschaftlicher Fachverlag

Agren G (2003) Sweden's New Public Health Policy. Stockholm: Swedish National Institute of Public Health

Albrecht O (2001) Basis für eine sachliche Debatte. Zum Armutsbericht. In: Kieler Nachrichten vom 26. April 2006

Altenhofen L (2002) Gesundheitsförderung durch Vorsorge. Zur Bedeutung von U1 bis J1. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 45: 960-963

Altgeld T (2006) Gesundheitsförderung: Eine Strategie für mehr gesundheitliche Chancengleichheit jenseits von kassenfinanzierten Wellnessangeboten und wirkungslosen Kampagnen. In: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg) Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Perspektiven, Konzepte. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S 389-404

Andreß H-J (1999) Leben in Armut. Analysen der Verhaltensweisen armer Haushalte mit Umfragedaten. Opladen: Westdeutscher Verlag

Andreß H-J (2002) Allgemeine Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften: Planung künftiger Befragungsschwerpunkte. ZUMA-Nachrichten 51: 117-119

Andreß H-J, Lipsmaier G (2001) Armut und Lebensstandard. Forschungsprojekt zur Armuts- und Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung

Angermeyer MC, Klusmann D (1989) Soziales Netzwerk. Ein neues Konzept für die Psychiatrie. Berlin: Springer Verlag

Antonovsky A (1979) Health, Stress, and Coping. San Francsico/New York/London: Jossey Bass

Antonovosky A (1987) Anraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey Bass

Antonovosky A (2003) Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt

Arbeiterwohlfahrt (2000) Gute Kindheit – schlechte Kindheit. Armut und Zukunftschancen von Kindern und Jugendlichen. Bonn: AWO Bundesvorstand

Arbeitsgemeinschaft Bevölkerungsbezogener Krebsregister in Deutschland (2004) Krebs in Deutschland. Häufigkeiten und Trends. Saarbrücken: Eigenverlag

Arndt J, Jung K (2002) Armuts- und Reichtumsberichterstattung fortsetzen und weiterentwickeln. In: Sell S (Hrsg) Armut als Herausforderung Bestandsaufnahme und Perspektiven der Armutsforschung und Armutsberichterstattung. Berlin: Duncker & Humblot Berlin, S 193-226

Artelt C, Baumert J, Klieme E et al. (2001) PISA 2000 – Zusammenfassung zentraler Befunde. Berlin: Max-Planck-Institut für Bildungsforschung

Augustin R, Metz K, Heppekausen K et al. (2005) Tabakkonsum, Abhängigkeit und Änderungsbereitschaft. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2003. Sucht 51 (Sonderheft 1): 40-48

Autorengruppe Bildungsberichterstattung (2008) Bildung in Deutschland 2008. Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zu Übergängen im Anschluss an den Sekundarbereich I. Bielefeld: W. Bertelsmann Verlag

Avenarius H, Ditton H, Döbert H et al. (2003) Bildungsbericht für Deutschland. Erste Befunde. Opladen: Leske & Budrich

Babitsch B (2000) Soziale Lage, Frauen und Gesundheit. In: Helmert U, Bammann K, Voges W et al. (Hrsg.), Müssen Arme früher sterben? Soziale Ungleichheit und Gesundheit in Deutschland. Weinheim: Juventa Verlag, S 135-158

Babitsch B (2005) Soziale Ungleichheit, Geschlecht und Gesundheit. Bern: Verlag Hans Huber

Badura B, Kaufhold G, Lehmann H et al. (1987) Leben mit Herzinfarkt. Eine sozialepidemiologische Studie. Berlin/Heidelberg/New York: Springer Verlag

Badura B, Schnellschmidt H, Vetter C (2004) Fehlzeiten-Report 2003. Berlin: Springer Verlag

Baethge M, Bartelheimer P, Fuchs T et al. (2004) Berichterstattung zur sozio-ökonomischen Entwicklung in Deutschland –Arbeit und Lebensweisen. Erster Bericht. Göttingen: Soziologisches Forschungsinstitut

Baltes PB, Baltes M (1994) Gerontologie: Begriff, Herausforderung und Brennpunkte. In: Baltes PB, Mittelstraß J, Staudinger UM (Hrsg) Alter und Altern: Ein interdisziplinärer Studientext zur Gerontologie. Berlin/New York: de Gruyter, S 437-459

Bardehle D (1996) Schlechte Daten für die Gesundheitsberichterstattung? In: Murza G, Hurrelmann K (Hrsg) Regionale Gesundheitsberichterstattung. Weinheim/München: Juventa Verlag, S 48-60

Bardehle D, Blettner M, Laaser U (2001) Gesundheits- und soziodemographische (sozialepidemiologische) Indikatoren in der Gesundheits- und Sozialberichterstattung. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 44: 382-393

Bardehle D, Strohmeier KP, Laaser U (2001) Verflechtung von Gesundheits- und Sozialberichterstattung in Nordrhein-Westfalen. Vortrag anlässlich der gemeinsamen wissenschaftlichen Jahrestagung der DGSMP und der DGMS in Bielefeld, 19.-22. September 2001. http://www.loegd.nrw.de/1pdf_dokumente/abteilung2/gbe_allg/bardehle_gesundheits-und_sozialberichterstattung.pdf [letzter Zugriff: 25. Oktober 2005]

Barlösius E, Feichtinger E, Köhler BM (Hrsg) (1995) Ernährung in der Armut. Gesundheitliche, soziale und kulturelle Folgen in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin: Rainer Bohn Verlag

Bartelheimer P (2004) Migration. In: Baethge M, Bartelheimer P, Fuchs T et al. (Hrsg) Berichterstattung zur sozio-ökonomischen Entwicklung in Deutschland – Arbeit und Lebensweisen. Erster Bericht. Göttingen: Soziologisches Forschungsinstitut, S 73-93

Bartley M, Plewis I (1997) Does health-selective mobility account for socioeconomic differences in health? Evidence from England and Wales. Journal of Health and Social Behavior 38: 376-386

Bartley M (2004) Health inequality. An introduction to theories, concepts and methods. Cambridge: Blackwell Publishing Ltd.

Bauer U (2006) Das Präventionsdilemma. Potenziale schulischer Kompetenzförderung im Spiegel sozialer Polarisierung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

Beauftragte der Bundesregierung für Migration (2002) Migrationsbericht 2002 – Daten und Fakten zur Situation von Ausländern in Deutschland. Berlin/Bonn: Beauftragte der Bundesregierung für Migration

Beauftragte der Bundesregierung für Migration (2004) Migrationsbericht 2004 – Daten und Fakten zur Situation von Ausländern in Deutschland. Berlin/Bonn: Beauftragte der Bundesregierung für Migration

Becker R (1998) Bildung und Lebenserwartung in Deutschland. Zeitschrift für Soziologie 27: 133-150

Behrens J (1997) Krankheit/Armut: Individualisierung sichernde Lebenslaufpolitiken. In: Hradil S (Hrsg) Differenz und Integration. Verhandlungen des 28. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Dresden 1996. Frankfurt am Main/New York: Campus Verlag, S 1054-1074

Bellach B-M (1999) Editorial: Der Bundes-Gesundheitssurvey 1998 – Erfahrungen, Ergebnisse, Perspektiven. Gesundheitswesen 61 (Sonderheft 2): S55-S56

Bellach B-M, Knopf H, Thefeld W (1998) Der Bundes-Gesundheitssurvey 1997/98. Gesundheitswesen 60 (Sonderheft 2): S59-S68

Bergmann E, Kalcklösch G, Tiemann F (2005) Inanspruchnahme des Gesundheitswesens. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 48: 1365-1373

Bergmann KE, Thefeld W, Kurth B-M (2002) Der Kinder- und Jugendgesundheitssurvey – eine Grundlage für Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsziele. Gesundheitswesen 64 (Sonderheft 1): S53-S58

Berkman LF, Glass T, Brissette I et al. (2000) From social integration to health: Durkheim in the new millenium. Social Science and Medicine 51: 843-857

Berliner Zentrum für Public Health (2002) Zu mehr Gleichberechtigung zwischen den Geschlechtern: Erkennen und Vermeiden von Gender Bias in der Gesundheitsforschung. Berlin: BZPH

Bertelsmann-Stiftung (2004) Gesundheitsmonitor. [http://www.bertelsmann-stiftung.de/de/4194.jsp] (letzter Zugriff: 10. Februar 2009)

Beywl W, Speer S, Kehr J (2004) Wirkungsorientierte Evaluation im Rahmen der Armuts- und Reichtumsberichterstattung. Forschungsbericht zur Armuts- und Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung. Bonn: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

Bhopal R, Unwin N, Withe M et al. (1999) Heterogenity of coronary heart disease risk factors in Indian, Pakistani, Bangladeshi, and European origin populations: cross sectional study. British Medical Journal 319: 215-220

Bickel H (1999) Epidemiologie der Demenzen. In: Förstl H, Bickel H, Kurz A (Hrsg) Alzheimer Demenz. Grundlagen, Klinik und Therapie. Berlin/Heidelberg: Springer Verlag, S 9-32

Bispinck R (1985) Arbeitsbedingter Gesundheitsverschleiß. Fakten und Argumente. WSI-Mitteilungen 4: 173-183

Blane D (1985) An assessment of the Black Report's explanations of health inequalities. Sociology of Health & Illness 7: 423-445

Blane D, Bartley M, Davey Smith G et al. (1994) Social patterning of medical mortality in youth and early adulthood. Social Science and Medicine 3: 361-366

Bloomfield K, Mansmann U (1997) Trends im Alkoholkonsum und Prädiktoren für erhöhten Alkoholkonsum in der ehemaligen BRD – Analysen zur ersten und zweiten Welle der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie. Gesundheitswesen 59: 283-288

Blossfeld H-P, Buchholz S, Hofäcker D et al. (2008) Globalisierung und die Veränderung sozialer Ungleichheiten in modernen Gesellschaften. Eine Zusammenfassung der Ergebnisse des GLOBALIFE-Projektes. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 59: 667-691

Böcken J, Amhof R (2005) Der Gesundheitsmonitor der Bertelsmann Stiftung: Reformoptionen für die ambulante Versorgung. Public Health Forum 13: 13-14.

Böhm A, Ellsäßer G, Kuhn J (2003) Arme Kinder, kranke Kinder? Was man aus Einschulungsuntersuchungen alles Lernen kann. Wünsdorf: Landesgesundheitsamt Brandenburg

Böhm A, Friese E, Greil H et al. (2002) Körperliche Entwicklung und Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen – Eine Analyse von Daten aus ärztlichen Reihenuntersuchungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes im Land Brandenburg. Wünsdorf: Landesgesundheitsamt Brandenburg

Böhnke P (2002) Die exklusive Gesellschaft. Empirische Befunde zu Armut und sozialer Ausgrenzung. In: Sell S (Hrsg) Armut als Herausforderung: Bestandsaufnahme und Perspektiven der Armutsforschung und Armutsberichterstattung. Berlin: Duncker & Humblot, S 45-64

Böhnke P (2006). Am Rande der Gesellschaft. Risiken sozialer Ausgrenzung. Opladen: Verlag Barbara Budrich

Bös K (2001) Bündnis „Gesunde Kinder" – Unsere Kinder brauchen mehr Bewegung, Spiel und Sport. [http://www.sport.uni-karlsruhe.de/ifss/rd_download/GesundeKinder.pdf] (letzter Zugriff. 30. November 2007)

Bolte G, Mielck A (Hrsg) (2004) Umweltgerechtigkeit. Die soziale Verteilung von Umweltbelastungen. Weinheim/München: Juventa Verlag

Bolte G, Kohlhuber M (2006) Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Erklärungsansätze aus umweltepidemiologischer Perspektive. In: Richter M, Hurrelmann K (2006) Gesundheitliche Ungleichheit – Theorien, Konzepte und Methoden. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S 91-108

Bolte KM, Hradil S (1988) Soziale Ungleichheit in der Bundesrepublik Deutschland. Opladen: Leske+Budrich

Borde T, Braun T, David M (2003) Gibt es Besonderheiten bei der Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen durch Migrantinnen und Migranten? In: Borde T, David M (Hrsg) Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Frankfurt/Main: Mabuse-Verlag, S 43-81

Bradshaw J (1998) Perceptions of poverty and social exclusion 1998. Report on preparatory results. Bristol: Townsend Centre for International Poverty Resarch

Brauns H, Steinmann S (1999) Educational Reform in France, West-Germany and the United Kingdom: Updating the CASMIN Educational Classification. ZUMA-Nachrichten 44: 7-44

Brennecke R (1981) Einkommensarmut und Gesundheit sowie Gesundheitsversorgung. In: Hauser R, Cremer-Schäfer H, Nouvertné U (Hrsg) Armut, Niedrigeinkommen und Unterversorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Bestandsaufnahme und sozialpolitische Perspektiven. Frankfurt am Main: Campus Verlag, S 150-166

Brown GW, Harris T (1978) Social origins of depression. A study of psychiatric disorder in women. London: Tavistock

Büchel R, Frick J, Krause P et al. (2001) The impact of poverty on children's school attendance – evidence from West Germany. In: Vleminckx K, Smeeding TM (Hrsg) Child well-being, child poverty and child policy in modern nations. Bristol: Policy Press, S 151-173

Bundesagentur für Arbeit (2005) Monatsbericht 2005. Nürnberg: BA

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2007) Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2006. Berlin: BMAS

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2008) Lebenslagen in Deutschland. Der dritte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin: BMAS

Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (2001) Lebenslagen in Deutschland – Erster Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Bonn: BMAS

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (1998) Zehnter Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation von Kindern und die Leistungen der Kinderhilfen in Deutschland. Bonn: BMFSFJ

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2000) Familien ausländischer Herkunft in Deutschland – Leistungen, Belastungen, Herausforderungen. Sechster Familienbericht. Berlin: BMFSFJ

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2001) Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland. Stuttgart: Kohlhammer

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002). 11. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. Berlin: BMFSFJ

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2002a) Migranten und Sucht. Eine quantitative und qualitative Expertise über Gesundheit, Krankheit und hausärztliche Versorgung von suchtgefährdeten und suchtkranken MigrantInnen. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2002b) Risikoverhalten junger Migrantinnen und Migranten. Expertise für das Bundesministerium für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2003) gesundheitsziele.de – Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland. Berlin: BMGS

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2004a) Strategien zur Stärkung der sozialen Integration. Nationaler Aktionsplan zur Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung 2003-2005. Bonn: BMGS

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2004b) Die gesetzliche Unfallversicherung in der Bundesrepublik Deutschland im Jahre 2003. Statistischer und finanzieller Bericht. Bonn: BMGS

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2005) Lebenslagen in Deutschland – Der 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Bonn: BMGS

Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit (2004) 10%-Statistik der gemeldeten Unfälle 2002. Berlin: BMWA

Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit (2005) Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit. Bericht der Bundesregierung 2003. Berlin: BMWA

Bundesverband der Betriebskrankenkassen (1997) Arbeitsunfähigkeitsstatistik 1997. Essen: BKK Bundesverband

Bundesverband der Betriebskrankenkassen (2005) BKK-Gesundheitsreport 2004. Essen: BKK Bundesverband

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2001) Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2001. Köln: BZgA

Bush HM, Williams RG, Lean ME et al. (2001) Body image and weight consciousness among South Asian, Italian and general population woman in Britain. Appetite 37: 207-215

Cavelaars AE, Kunst AE, Geurts JJ (1998) Differences in self-reported morbidity by educational level: a comparision of 11 Western European Countries. Journal of Epidemiology and Community Health 52: 219-227

Cirkel M, Hilbert J, Schalk C (2004) Produkte und Dienstleistungen für mehr Lebensqualität im Alter. Expertise für den 5. Altenbericht der Bundesregierung. Bonn: BMFSFJ

Claßen E (1994) Soziale Schicht und koronare Risikofaktoren in Deutschland-Ost und -West. In: Mielck A (Hrsg) Krankheit und soziale Ungleichheit. Ergebnisse der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland. Opladen: Leske & Budrich, S 227-242

Claussen B, Bertran J (1999) The ICOH Working Group "Unemployment and Health". International Archives of Occupational and Environmental Health Vol. 72. Berlin/Heidelberg: Springer Verlag

Cleeves M, Gould W, Gutierrez R et al. (2002) An Introduction to Survival Analyses Using Stata. College Station: Stata Press

Clemens W (1994) „Lebenslage“ als Konzept sozialer Ungleichheit. Zur Thematisierung sozialer Differenzierung in Soziologie, Sozialpolitik und Sozialarbeit. Zeitschrift für Sozialreform 40: 141-165

Cockerham WC, Abel T, Lüschen G (1993) Max Weber, formal rationality and health lifestyles. The Sociological Quarterly 34: 413-425

Cohen S, Tyrell DA, Smith R (1993) Negative life events, perceived stress, negative affect, and suspetibility to the common cold. Journal of Personality and Social Psychology 64: 131-140

Cohen S, Syme L (1985) Social support and health. New York: Academic Press

Cohen S, Williamson GM (1991) Stress and infectious disease in humans. Psychological Bulletin 109: 5-24

Colemann JS (1995) Grundlagen der Sozialtheorie. Band 1: Handlungen und Handlungssysteme. Oldenbourg: Scientia Nova

Coyne JC, Downey G (1991) Social factors and psychopathology: stress, social support and coping processes. Annual Review of Psychology 42: 401-405

Currie C, Hurrelmann K, Settertobulte W et al. (2000) Health and Health Behaviour among Young People. Health Policy for Children and Adolescents (HEPCA). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe

Dauer S (1999) Zu Wechselwirkungen von Gesundheit und Arbeitslosigkeit. In: Dauer S, Henning H (Hrsg) Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Halle: Mitteldeutscher Verlag, S 12-23

David M (2003) Die Realität der Versorgung von Migranten in der Bundesrepublik Deutschland – notwendige Konsequenzen für die Gesundheitspolitik. In: Borde T, David M (Hrsg) Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Frankfurt/Main: Mabuse-Verlag, S 275-286

Delekat D, Kis A (2001) Zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin. Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf Basis der Einschulungsuntersuchungen 1999. Berlin: Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Frauen

Dennis I, Guio A-C (2003) Armut und soziale Ausgrenzung in der EU nach Laeken. Statistik kurz gefasst [http://www.eds-destatis.de/de/downloads/sif/nk_03_08.pdf] (letzter Zugriff am 5. Februar 2009)

Department of Health (2003). Tackling health inequalities: A Programme for Action. Crown, London: Department of Health

Deutscher Bundestag (1995a) Antrag der SPD Fraktion „Armut in der Bundesrepublik Deutschland“. Drucksache 13/1527. Bonn: Deutscher Bundestag

Deutscher Bundestag (1995b) Antwort der Bundesregierung auf die Große Anfrage „Armut in der Bundesrepublik Deutschland“ Drucksache 13/3339. Bonn: Deutscher Bundestag

Deutscher Bundestag (1996a) Antrag der Gruppe der PDS „Soziale Grundsicherung gegen Armut und Abhängigkeit, für mehr soziale Gerechtigkeit und ein selbstbestimmtes Leben“. Drucksache 13/3628. Bonn: Deutscher Bundestag

Deutscher Bundestag (1996b) Antrag der SPD Fraktion „Arbeitslosigkeit und Überschuldung“. Drucksache 13/4460. Bonn: Deutscher Bundestag

Deutscher Bundestag (1996c) Antrag der SPD Fraktion „Wirtschaftliche Situation von Kindern und Familien“. Drucksache 13/6141. Bonn: Deutscher Bundestag

Deutscher Bundestag (1997) Antrag der SPD Fraktion „Vorlage eines nationalen Armuts- und Reichtumsberichts“. Drucksache 13/7828. Bonn: Deutscher Bundestag

Deutscher Bundestag (2000) Antrag der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen „Nationale Armuts- und Reichtumsberichterstattung“. Drucksache 14/999. Bonn: Deutscher Bundestag

Deutscher Bundestag (2001a) Antrag der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen „Fortsetzung der nationalen Armuts- und Reichtumsberichterstattung“. Drucksache 14/1630. Berlin: Deutscher Bundestag

Deutscher Bundestag (2001b) Unterrichtung durch die Bundesregierung „Lebenslagen in Deutschland – Erster Armuts- und Reichtumsbericht“. Drucksache 14/5990. Berlin: Deutscher Bundestag

Deutscher Bundestag (2001c) Beschlussempfelung und Bericht des Ausschusses für Arbeit und Sozialforschung zu der Unterrichtung durch die Bundesregierung zu „Lebenslagen in Deutschland – Erster Armuts- und Reichtumsbericht (Drucksache 14/5990)“ und „Nationaler Aktionsplan zur Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung (Drucksache 14/6134)“. Drucksache 14/6628. Berlin: Deutscher Bundestag

DHP Forschungsverbund (1998) Die Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Verlag Hans Huber

Dill H, Frick U, Höfer R et al. (2002) Risikoverhalten junger Migrantinnen und Migranten. Expertise für das Bundesministerium für Gesundheit. Schriftenreihe des Bundesministerium für Gesundheit, Band 141/I. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft

Dinkel RH (1999) Demographische Entwicklung und Gesundheitszustand. Eine empirische Kalkulation der Healthy Life Expectancy für die Bundesrepublik auf der Basis von Kohortendaten. In: Häfner H (Hrsg) Gesundheit – unser höchstes Gut? Berlin: Springer Verlag, S 61-83

Dinkel RH, Luy M (1999) Natur oder Verhalten? Ein Beitrag zur Erklärung der männlichen Übersterblichkeit durch einen Vergleich von Kloster- und Allgemeinbevölkerung. Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft 24: 105-132

Dittrich S (2001) Fragen zur Gesundheit: Ergebnisse des Mikrozensus 1999. Wirtschaft und Statistik 9: 771-780

Döring D, Hanesch W, Huster E-U (1990) Armut als Lebenslage. Ein Konzept für Armutsberichterstattung und Armutspolitik. In: Döring D, Hanesch W, Huster E-U (Hrsg) Armut im Wohlstand. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, S 7-27

Dohrenwend BS, Dohrenwend BP (1974) Stressful life events: Their nature and effects. New York: John Wiley & Sons

Doll R, Peto R (1976) Mortality in relation to smoking: 20 years’ observation on male British doctors. British Medical Journal 143: 1525-1536

Doll R, Peto R, Wheatley K (1994) Mortality in relation to smoking: 40 years’ observations on male British doctors. British Medical Journal 309: 901-911

Dragano N, Siegrist J (2006) Die Lebenslaufperspektive gesundheitlicher Ungleichheit: Konzepte und Forschungsergebnisse. In: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg) Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Perspektiven, Konzepte. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften, S 171-184

Dulon M, Bardehle D, Blettner M (2003) Zur Messung der sozialen Ungleichheit im Mikrozensus und Bundes-Gesundheitssurvey. Gesundheitswesen 65: 629-635

ECHIM (2008) European Community Health Indicators Monitoring [http://www.echim.org/] (letzter Zugriff am 5. Februar 2009)

Eichler M, Fuchs J, Maschewsky-Schneider U (2000) Richtlinien zur Vermeidung von Gender Bias in der Gesundheitsforschung. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 8: 293-310

EKD/DKB (1997) Für eine Zukunft in Solidarität und Gerechtigkeit. Worte des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland und der Deutschen Bischofskonferenz zur wirtschaftlichen und sozialen Lage in Deutschland. Hannover/Bonn: Kirchenamt der Evangelischen Kirche in Deutschland und Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz

Elkeles T (2001) Arbeitslosigkeit und Gesundheitszustand. In: Mielck A, Bloomfield K (Hrsg) Sozial-Epidemiologie. Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten. Weinheim/München: Juventa Verlag, S 71-82

Elkeles T, Mielck A (1993) Soziale und gesundheitliche Ungleichheit. Theoretische Ansätze zur Erklärung von sozioökonomischen Unterschieden in Morbidität und Mortalität. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik Heft P93-208. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung

Elkeles T, Mielck A (1997) Entwicklung eines Modells zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit. Gesundheitswesen 59: 137-143

Elkeles T, Krischner R, Kunert M (1998) Armut und Gesundheit bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Sekundäranalysen von Daten der „Biogramm-Forschung". In: Mansel J, Brinkhoff K-B (Hrsg) Armut im Jugendalter. Soziale Ungleichheit, Gettoisierung und die psychosozialen Folgen. Weinheim/München: Juventa Verlag, S 158-172

Ellert U, Lampert T, Ravens-Sieberer U (2005) Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem SF-8. Eine Normstichprobe für Deutschland. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 12: 1330-1337

Ellsäßer G, Böhm A, Kuhn J et al. (2002) Soziale Ungleichheit und Gesundheit bei Kindern. Ergebnisse und Konsequenzen aus den Brandenburger Einschulungsuntersuchungen. Kinderärztliche Praxis 4: 248-257

Emmerling D, Riede T (1997) 40 Jahre Mikrozensus. Wirtschaft und Statistik 21: 160-174

Engels D, Sellin C (1999a) Konzept- und Umsetzungsstudie zur Vorbereitung des Armuts- und Reichtumsberichts der Bundesregierung. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung

Engels D, Sellin C (1999b) Dokumentation zur Tagung „Armut und Reichtum in Deutschland". Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung

Esser H (1993) Soziologie: Allgemeine Grundlagen. Frankfurt am Main: Campus Verlag

EU Commission (2008) DETERMINE – An EU consortium for action on the socio-economic determinants of health [http://www.health-inequalities.eu/] (Letzter Zugriff am 5. Februar 2009)

Fagerström KO (1978) Measuring degree of physical tobacco smoking with reference to individualization of treatment. Addictive Behaviours 3: 235-241

Feierabend S, Klinger W (2002) Medien und Themeninteresse Jugendlicher – Ergebnisse der JIM-Studie 2001 zum Medienumgang 12- bis 19-Jähriger. Media Perspektiven 1: 9-21

Fiedler K (1996) Wohnen und Gesundheit. Gesundheitswesen 60: 656-660

Fischer R, Meyer N, Weitkunat R et al. (2001) Bevölkerungsbezogenes Gesundheitsmonitoring in Bayern mit computer-assistierten Telefoninterviews. Gesundheitswesen 63 (Sonderheft 2): S123-S129

Fleckenstein T (2008) Restructuring welfare for the unemployed: the Hartz legislation in Germany. Journal of European Social Policy 18: 177-188

Freie Hansestadt Bremen/Der Senator für Jugend und Soziales (1987) Erster Sozialhilfebericht für die Freie Hansestadt Bremen. Bremen: Der Senator für Jugend und Soziales

Fries JF (1980) Aging, natural death, and the compression of morbidity. New England Journal of Medicine 303: 130-135

Fuchs T, Dathe D, Kistler E (2004) Informelle Arbeit und Lebensweisen. In: Baethge M, Bartelheimer P, Fuchs T et al. (Hrsg) Berichterstattung zur sozio-ökonomischen Entwicklung in Deutschland. Erster Bericht. Göttingen: Soziologisches Forschungsinstitut, S 68-93

Ganzeboom HGB, De Graaf PM, Treimann DJ, Donald J, De Leeuw J (1992) A Standard International Socio-economic Index of Occupational Status. Social Science Research 21: 1-56

Gärtner K (2000) Der Lebenserwartungssurvey des BIB – Konzeption und erste Ergebnisse. Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft 25: 217-234

Gärtner K (2002) Differentielle Sterblichkeit – Ergebnisse des Lebenserwartungssurvey. Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft 27: 185-211

Geißler R (1996) Die Sozialstruktur Deutschlands. Opladen: Westdeutscher Verlag

Geißler R (2006) Die Sozialstruktur Deutschlands. 4. , überarbeitete und aktualisierte Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

Gerlinger T (2008) Gesundheitspolitik und gesundheitliche Ungleichheit. Anmerkungen über Unterlassungen und Fehlentwicklungen gesundheitspolitischen Handelns. In: Bauer U, Bittlingmayer UH, Richter M (Hrsg) Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S 530-546

Geyer S (1997) Ansätze zur Erklärung sozial ungleicher Verteilung von Krankheiten und Mortalitäten. Gesundheitswesen 59: 36-40

Geyer S (2001) Sense of Coherence (SOC). In: Mielck A, Bloomfield K (Hrsg) Sozial-Epidemiologie. Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten. Weinheim/München: Juventa, S 196-206

Geyer S, Peter R (1998) Unfallbedingte Krankenhausaufnahme von Kindern und Jugendlichen in Abhängigkeit von ihrem sozialen Status – Befunde mit Daten einer nordrheinwestfälischen AOK. Gesundheitswesen 60: 493-499

Geyer S, Peter R (1999) Occupational status and all-cause mortality. European Journal of Public Health 9: 114-118

Geyer S, Peter R, Siegrist J (2002) Socioeconomic differences in children's and adolescents' hospital admissions in Germany: a report baded on health insurance data selected on diagnostic categories. Journal of Epidemiology and Community Health 56: 109-114

Giesecke J, Groß M (2005) Arbeitsmarktreformen und Ungleichheit. Aus Politik und Zeitgeschichte 16: 25-31

Glaser-Möller N, Jürgens R, Thiele W (1992) Gesundheit und soziale Lage in Hamburg. Neue Ansätze zur Aufarbeitung eines weiterhin aktuellen Themas. In: Süß W, Trojan A (Hrsg) Armut in Hamburg. Soziale und gesundheitliche Risiken. Hamburg: VSA-Verlag, S 156-173

Glatzer W, Hübinger W (1990) Lebenslagen und Armut. In: Döring D, Hanesch W, Huster E-U (Hrsg) Armut im Wohlstand. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, S 31-55

Gottstein A (1897) Allgemeine Epidemiologie. Leipzig: Verlag Georg Wigand

Gottstein A (1907) Die Soziale Hygiene, ihre Methoden, Aufgaben und Ziele. Zeitschrift für Soziale Medizin 2: 3-36

Grabka M (2002) Das Sozio-oekonomische Panel (SOEP): Vergessene Datenquelle der Gesundheitsberichterstattung. In: Robert Koch-Institut (Hrsg) Arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung in Deutschland. Berlin: Robert Koch-Institut

Grabka M, Krause P (2005) Einkommen und Armut von Familien und älteren Menschen. DIW Wochenbericht 9: 1-4

Graham H (2002) Building an inter-disciplinary science of health inequalities: the example of life course research. Social Science & Medicine: 2005-2016

Haberland J, Bertz J, Görsch B, Schön D (2001) Krebsinzidenzschätzung für Deutschland mittels log-linearer Modelle. Gesundheitswesen 63: 556-560

Habich R, Zapf W (1991) Die Wohlfahrtssurveys: Instrument der Sozialberichterstattung – Gesellschaftliche Dauerbeobachtung mit Surveydaten. In: Wagner G (Hrsg) Fortschritte in der Wirtschafts- und Sozialberichterstattung. Weinheim/München: Juventa Verlag, S 13-37

Haisken-DeNew JP, Frick JR (2003) DTC – Desktop Companion to the German Socio-economic Panel Study (SOEP) 7.0 edition. Berlin: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung

Halleröd B (1995) The truly poor: direct and indirect consensual measurement of poverty in Sweden. Journal of European Social Policy 5: 111-129

Hanesch W, Adamy W, Martens R et al. (1994) Armut in Deutschland. Der Armutsbericht des DGB und des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag

Hanesch W, Krause P, Bäcker G (2000) Armut und Ungleichheit in Deutschland. Der neue Armutsbericht der Hans-Böckler-Stiftung, des DGB und des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag

Härtel U, Keil U, Helmert U et al. (1993a) The association of coronary risk factors with educational achievement: results from the ARIC-MONICA Collaborative Studies. Annals of Epidemiology 3 (Supplement 5): 55-61

Härtel U, Stieber J, Keil U (1993b) Der Einfluß von Ausbildung und beruflicher Position auf Veränderungen im Zigarettenrauchen und Alkoholkonsum: Ergebnisse der MONICA Augsburg Kohortenstudie. Sozial- und Präventivmedizin 38: 133-141

Hartmann H (2002) Armuts- und Reichtumsberichterstattung in der Bundesrepublik Deutschland. In: Sell S (Hrsg) Armut als Herausforderung. Bestandsaufnahme und Perspektiven der Armutsforschung und Armutsberichterstattung. Berlin: Duncker & Humblot, S 155-167

Hartmut E (1993) Soziologie. Allgemeine Grundlagen. Frankfurt am Main/New York: Campus Verlag

Hauser R (1995) Das empirische Bild der Armut in der Bundesrepublik Deutschland – Ein Überblick. Aus Politik und Zeitgeschichte B31-32: 3-13

Hauser R (1997) Vergleichende Analyse der Einkommensverteilung und der Einkommensarmut in den alten und neuen Bundesländern. In: Becker I, Hauser R (Hrsg) Einkommensverteilung und Armut: Deutschland auf dem Weg zur Vierfünftel-Gesellschaft? Frankfurt am Main/New York: Campus Verlag, S 63-82

Hauser R (2002) Zum Einfluss von Äquivalenzskalen auf Ergebnisse zur personellen Einkommensverteilung und zur relativen Einkommensarmut. In: Menkhoff L, Sell F (Hrsg) Zur Theorie, Empirie und Politik der Einkommensverteilung. Berlin/Heidelberg: Springer Verlag, S 175-189

Hauser R, Hübinger W (1993) Arme unter uns – Teil 1: Ergebnisse und Konsequenzen der Caritas-Armutsuntersuchung. Freiburg: Lambertus Verlag

Hauser R, Neumann U (1992) Armut in der Bundesrepublik Deutschland. Die sozialwissenschaftliche Thematisierung nach dem Zweiten Weltkrieg. In: Leibfried S, Voges W (Hrsg)

Armut im modernen Wohlfahrtsstaat. Sonderheft 32 der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. Opladen: Westdeutscher Verlag, S 237-271

Hauser R, Cremer-Schäfer H, Nouvertné U (Hrsg) (1981) Armut, Niedrigeinkommen und Unterversorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Bestandsaufnahme und sozialpolitische Perspektiven. Frankfurt am Main: Campus Verlag

Hein B (1996) Fragen zur Gesundheit. Ergebnisse des Mikrozensus 1995. Wirtschaft und Statistik 10: 624-632

Heinrich J, Popescu M, Wjst M et al. (1998) Atopy in Children and Parental Social Class. American Journal of Public Health 88: 1319-1324

Heinzel-Gutenbrunner M (2001) Einkommen, Einkommensarmut und Gesundheit. In: Mielck A, Bloomfield K (Hrsg) Sozial-Epidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten. Weinheim/München: Juventa Verlag, S 39-49

Helbig S, Lampert T, Jacobi F et al. (2006) Is parenthood associated with mental health? Findings from an epidemiological community survey. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 41: 889-896

Helmchen H, Baltes MM, Geiselmann B et al. (1996) Psychische Erkrankungen im Alter. In: Mayer KU, Baltes PB (Hrsg) Die Berliner Altersstudie. Berlin: Akademie Verlag, S 185-219

Helmert U (1994) Sozialschichtspezifische Unterschiede in der selbstwahrgenommenen Morbidität und bei ausgewählten gesundheitsbezogenen Inidkatoren in West-Deutschland. In: Mielck A (Hrsg) Krankheit und soziale Ungleichheit. Sozialepidemiologische Forschungen in Deutschland. Opladen: Leske+Budrich, S 187-207

Helmert U (1996) Kardiovaskuläre Risikofaktoren und Beruf: Resultate der Gesundheitssurveys der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie. Sozial- und Präventivmedizin 41: 165-177

Helmert U (1999) Analyse nationaler Trends kardiovaskulärer Risikofaktoren für die Bundesrepublik Deutschland 1984-1991. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 7: 149-158

Helmert U (2000) Der Einfluss von Beruf und Familienstand auf die Frühsterblichkeit von männlichen Krankenversicherten. In: Helmert U, Bammann K, Voges W et al. (Hrsg) Müssen Arme früher sterben? Weinheim/München: Juventa Verlag, S 243-268

Helmert U (2003) Soziale Ungleichheit und Krankheitsrisiken. Augsburg: Maro Verlag

Helmert U, Bammann K, Voges W et al. (2001a) Müssen Arme früher sterben? Soziale Ungleichheit und Gesundheit in Deutschland. Weinheim/München: Juventa Verlag

Helmert U, Shea S (1994) Social inequalities and health status in Western Germany. Public Health 108: 341-356

Helmert U, Voges W (2002) Einflussfaktoren für die Mortalitätsentwicklung bei 50- bis 69-jährigen Frauen und Männern in Westdeutschland im Zeitraum 1984-1998. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 35: 145-151

Helmert U, Voges W, Sommer T (2002) Soziale Einflussfaktoren für die Mortalität von männlichen Krankenversicherten in den Jahren 1989 bis 2000. Das Gesundheitswesen 64: 3-10

Helmert U, Merzenich H, Bammann K (2001b) Der Zusammenhang zwischen Bildungsstatus, chronischen Krankheiten und kardiovaskulären Risikofaktoren bei jungen Erwachsenen

im Alter von 18 bis 29 Jahren: Ergebnisse des Bundesgesundheitssurveys 1998. Sozial- und Präventivmedizin 46: 320-328

Helmert U, Mielck A, Classen E (1992) Social inequities in cariovascular disease risk factors in East and West Germany. Social Science and Medicine 35: 1283-1292

Helmert U, Mielck A, Shea S (1997a) Poverty and health in West Germany. Sozial- und Präventivmedizin 42: 276-285

Helmert U, Mielck A, Shea S (1997b) Poverty, health and nutrition in Germany. Reviews on Environmental Health 12: 159-170

Helmert U, Shea S, Maschewsky-Schneider U (1995) Social class and cardiovascular disease risk factor changes in West Germany 1984-1991. European Journal of Public Health 5: 103-108

Helmert U, Maschewsky-Schneider U, Bödecker W et al. (1987) Statistische Analyse von Bremer Surveydaten zur Zielgruppenanalyse und Bewertung präventiver Angebote im Rahmen der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP). In: Selbmann H-K, Dietz K (Hrsg) Medizinische Informationsverarbeitung und Epidemiologie im Dienste der Gesundheit. Berlin/Heidelberg/New York: Springer Verlag, S 110-114

Helmert U, Maschewsky-Schneider U, Mielck A et al. (1993) Soziale Ungleichheit bei Herzinfarkt und Schlaganfall in West-Deutschland. Sozial- und Präventivmedizin 38: 123-132

Helmert U, Shea S, Herman B, Greiser E (1990) Relationship of social class charakteristics and risk factors for coronary heart disease in West Germany. Public Health 104: 399-416

Hengsbach F (2001) Armut und Reichtum aus Regierungssicht. Blätter für deutsche und internationale Politik 46: 647-650

Henkel D (1992) Arbeitslosigkeit und Alkoholismus. Epidemiologische, ätiologische und diagnostische Zusammenhänge. Wiesbaden: Deutscher Studienverlag

Hoeltz J, Bormann C, Schroeder E (1990) Subjektive Morbidität, Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Gesundheitsberichterstattung auf der Basis des 1. Nationalen Gesundheitssurveys der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie. München: Infratest Gesundheitsforschung

Hoffmann B, Swart E (2002) Selbstwahrnehmung der Gesundheit und ärztliche Inanspruchnahme bei Alleinerziehenden – Ergebnisse des Bundesgesundheitssurveys. Gesundheitswesen 64: 214-223

Hoffmeyer-Zlotnik JHP (2003) „Stellung im Beruf“ als Ersatz für eine Berufsklassifikation zur Ermittlung von sozialem Prestige. ZUMA-Nachrichten 53: 114-127

Hollederer A (2002) Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Ein Überblick über empirische Befunde und die Arbeitslosen- und Krankenkassenstatistik. Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 35: 411-428

Honneth A (1993) Die Wiederkehr der Armut. Merkur 47: 518-524

Horch K, Wirz J (2005) Gesundheitsinformationsverhalten. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 48: 1250-1255

House JS, Umberson D, Landis KR (1988) Structures and processes of social support. Annual Review of Sociology 14: 293-318

Hradil S (2001) Soziale Ungleichheit in Deutschland. Opladen: Leske+Budrich

Hübinger W (1996) Prekärer Wohlstand. Neue Befunde zu Armut und sozialer Ungleichheit. Freiburg: Lambertus Verlag

Hübinger W, Neumann U (1997) Menschen im Schatten – Lebenslagen in den neuen Bundesländern. Erfahrungen von Caritas und Diakonie. Freiburg: Lambertus Verlag

Hummer RA, Rogers RG, Eberstein IW (1998) Sociodemographic differentials in adult mortality: A review of analytic approaches. Population and Development Review 24: 553-578

Hurrelmann K (2000) Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. 4 völlig überarbeitete Auflage von „Sozialisation und Gesundheit". Weinheim/München: Juventa Verlag

Hurrelmann K, Klocke A, Melzer W et al. (2003) Jugendgesundheitssurvey – Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Weinheim/München: Juventa Verlag

Idler E, Benyamini Y (1997) Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies. Journal of Health and Social Behavior 38: 21-37

Iglehart JK (1991) Germany's health care system. New England Journal of Medicine 324: 1750-1756

Jacobi F, Klose M, Wittchen H-U (2004) Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 47: 736-744

Janßen C (1997) Gesundheitliche Risikoverhaltensweisen und gesundheitliche Kontrollüberzeugung (HLC) in Ost- und Westdeutschland. Eine Querschnittsstudie von 1992. In: Rehberg KS (Hrsg) Differenz und Integration. Die Zukunft moderner Gesellschaften. Opladen: Westdeutscher Verlag, S 594-598

Janßen C, Grosse Frie K, Ommen O (2006) Der Einfluss sozialer Ungleichheit auf die medizinische und gesundheitsbezogene Versorgung in Deutschland. In: Richter M, Hurrelmann K (2006) Gesundheitliche Ungleichheit – Theorien, Konzepte und Methoden. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S 141-155

Jenkins CR, Coulter LA, Wright L (1996) Evidence for the sensitivity of the SF-36 health measure to inequalities in health: results from the Oxford healthy lifestyles survey. Journal of Epidemiology and Community Health 50: 377-380

John J, Winkelhake O, Mielck A (1998) Zuzahlung, direkte Käufe. In: Statistisches Bundesamt (Hrsg) Gesundheitsbericht für Deutschland. Stuttgart: Verlag Metzler-Poeschel, S 479-483

Judge K, Platt S, Costongs C et al. (2006) Health inequalities: a challenge for Europe. Independent expert report commissioned by the UK Presidency of the EU. London: Department of Health

Jungbauer-Gans M, Kriwy P (2004) Soziale Benachteiligung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

Kanowski S (1984) Gesundheit und Krankheit im Alter. In: Oswald WD, Lehr UM, Thomae H (Hrsg) Gerontologie. Medizinische, psychologische und sozialwissenschaftliche Grundbegriffe. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, S 184-189

Karasek RA, Theorell T (1990) Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life. New York: Basic Books

Kawachi I, Berkman LF (Hrsg) (2003) Neighborhoods and Health. Oxford: Oxford University Press

Kawachi I, Kennedy BP, Lochner K et al. (1997) Social capital, income inequality, and mortality. American Journal of Public Health 87: 1491-1498

Kennedy BP, Kawachi I, Prothrow-Stith D (1996) Income distribution and mortality: cross sectional ecological study of the Robin Hood Index in the United States. British Medical Journal 312: 1004-1007

Kickbusch I (2003) Gesundheitsförderung. In: Schwartz FW (Hrsg) Das Public Health-Buch Gesundheit und Gesundheitswesen. München: Urban & Fischer, S 181-189

Kieselbach T (2000) Arbeitslosigkeit und Gesundheit: Perspektiven eines zukünftigen Umgangs mit beruflichen Transitionen. In: Zilian HG, Flecker J (Hrsg) Soziale Sicherheit und Strukturwandel der Arbeitslosigkeit. Mering: Hampp Verlag, S 103-106

Kirchgässler KU (1990) Health and social inequities in the Federal Republic of Germany. Social Science and Medicine 31: 249-256

Kirschner W (1981) Der Einfluß von Sozialfaktoren auf das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung. Sekundäranalyse empirischer Untersuchungen zum Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland und West-Berlin. München: Infratest Gesundheitsforschung

Klein T (1993a) Der Einfluß des berufsstrukturellen Wandels auf die Verlängerung der Lebenserwartung in der Bundesrepublik Deutschland – eine kohortenbezogene Analyse. Gesundheitswesen 55: 357-363

Klein T (1993b) Soziale Determinanten der Lebenserwartung. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 45: 712-730

Klein T (1995) Lebenserwartung zwischen Biologie und Soziologie. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 3: 311-419

Klein T (1996) Mortalität in Deutschland: Aktuelle Entwicklungen und soziale Unterschiede. In: Zapf W, Schupp J, Habich R (Hrsg) Lebenslagen im Wandel Sozialberichterstattung im Längsschnitt. Frankfurt am Main/New York: Campus Verlag, S 366-377

Klein T, Unger R (1999) Aktive Lebenserwartung in der Bundesrepublik. Gesundheitswesen 61: 168-178

Klein T, Unger R (2001) Einkommen, Gesundheit und Mortalität in Deutschland, Großbritannien und den USA. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 53: 96-110

Klocke A (2000) Methoden der Armutsmessung. Einkommens-, Unterversorgungs-, Deprivations- und Sozialhilfekonzept im Vergleich. Zeitschrift für Soziologie 29: 313-329

Klocke A (2004) Soziales Kapital als Ressource für Gesundheit im Jugendalter. In: Jungbauer-Gans M, Kriwy P (Hrsg) Soziale Benachteiligung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S 85-96

Klocke A, Becker U (2002) Armut und soziales Kapital bei Kindern und Jugendlichen und die Auswirkungen auf die Gesundheit. Die Krankenversicherung 54: 47-50

Klocke A, Becker U (2003) Die Lebenswelt Familie und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit von Jugendlichen. In: Hurrelmann K, Klocke A, Melzer W et al. (Hrsg) Jugendgesundheitssurvey – Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Weinheim/München: Juventa Verlag, S 183-242

Klocke A, Hurrelmann K (2001) Kinder und Jugendliche in Armut. Umfang, Auswirkungen und Konsequenzen. 2. Auflage. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag

Klocke A, Lampert T (2005) Armut bei Kindern und Jugendlichen und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 4. Berlin: Robert Koch-Institut

Klosterhuis H, Müller-Fahrnow W (1994) Sozialschicht und Sterblichkeit bei männlichen Angestellten aus den alten Bundesländern. In: Mielck A (Hrsg) Krankheit und Soziale Ungleichheit. Ergebnisse der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland. Opladen: Leske & Budrich, S 319-330

Knesebeck vd O, Lüschen G, Cockerham WC et al. (2003) Socioeconomic status and health among the aged in the United States and Germany: a comparative cross-sectional study. Social Science and Medicine 57: 1643-1652

Knopf H, Ellert U, Melchert H-U (1999) Sozialschicht und Gesundheit. Gesundheitswesen 61 (Sonderheft 2): S169-S177

Koch A (1998) Wenn „mehr“ nicht gleichbedeutend mit „besser“ ist: Ausschöpfungsquoten und Stichprobenverzerrungen in allgemeinen Bevölkerungsumfragen. ZUMA-Nachrichten 22: 66-90

Koch A (2002) 20 Jahre Feldarbeit im ALLBUS: ein Blick in die Blackbox. ZUMA-Nachrichten 51: 9-37

Kohler M, Ziese T (2005) Telefonischer Gesundheitssurvey des Robert Koch-Instituts zu chronischen Krankheiten und ihre Bedingungen. Deskriptiver Ergebnisbericht. Berlin: Robert Koch-Institut

Kohli M, Kühnemund H (2000) Die zweite Lebenshälfte – Gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alters-Survey. Opladen: Leske & Budrich

Kolip P, Hurrelmann K (2002) Geschlecht – Gesundheit – Krankheit: Eine Einführung. In: Hurrelmann K, Kolip P (Hrsg) Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Verlag Hans Huber, S 13-31

Krämer W (2001) Armut: ein leerer Begriff. In: Handelsblatt vom 26. April 2001

Krappmann L (2001) Kinderarmut. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg) Lebenslagen von Familien und Kindern. Materialien zur Familienpolitik Nr 11. Bonn: BMFSFJ, S 1-49

Kraus L, Augustin R (2001) Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000. Sucht 47 (Sonderheft 1): 12-18

Kraus L, Augustin R (2005) Konzeption und Methodik des Epidemiologischen Suchtsurvey 2003. Sucht 51 (Sonderheft 1): 6-15

Kraus L, Bauernfeind R, Bühringer G (1998) Epidemiologie des Drogenkonsums in Deutschland. Ergebnisse aus Bevölkerungssurveys 1990 bis 1996. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft

Kreckel R (1992) Politische Soziologie der sozialen Ungleichheit. Frankfurt am Main/New York: Campus Verlag

Kromeyer-Hauschild K, Wabitsch M et al. (2001) Perzentile für den Body-Mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. Monatsschrift Kinderheilkunde 8: 807-818

Kronauer M (1997) „Soziale Ausgrenzung“ und „Underclass“: Über neue Formen der gesellschaftlichen Spaltung. Leviathan 25: 28-49

Krüger D, Micus C (1999) Diskriminiert? Privilegiert? Die heterogene Lebenssituation Alleinerziehender im Spiegel neuer Forschungsergebnisse und aktueller Daten. Bamberg: Staatsinstitut für Familienforschung

Kuh D, Ben-Shlomo Y, Lynch J (2005) Life course epidemiology. Journal of Epidemiology and Community Health 57: 778-783

Kuper B-O (1999) Stellungnahme zur Armuts- und Reichtumsberichterstattung in Deutschland. In: Engels D, Sellin C (Hrsg) Dokumentation zur Tagung „Armut und Reichtum in Deutschland“. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, S 20-21

Kurth B-M, Bergmann KE, Dippelhofer A et al. (2002a) Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Was wir wissen, was wir nicht wissen, was wir wissen werden. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 45: 852-858

Kurth B-M, Bergmann KE, Hölling H et al. (2002b) Der bundesweite Kinder- und Jugendgesundheitssurvey – Das Gesamtkonzept. Das Gesundheitswesen 64 (Sonderheft 1): S3-S11

Kurth B-M, Ziese T, Tiemann F (2005) Gesundheitsmonitoring auf Bundesebene – Ansätze und Perspektiven. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 48: 261-272

Kußmaul B, Döring A, Stender M et al. (1995) Zusammenhang zwischen Ernährungsverhalten und Bildungsstand: Ergebnisse der Ernährungserhebung 1984-85. Zeitschrift für Ernährungswissenschaft 34: 177-182

Laaser U, Gebhardt K, Kemper P (2001) Gesundheit und soziale Benachteiligung. Informationssysteme – Bedarfsanalysen – Interventionen. Lage: Verlag Hans Jacobs

Lampert T (2000) Sozioökonomische Ungleichheit und Gesundheit im höheren Lebensalter. Alters- und geschlechtsspezifische Differenzen. In: Backes GM, Clemens W (Hrsg) Lebenslagen im Alter. Gesellschaftliche Bedingungen und Grenzen. Opladen: Leske & Budrich, S 159-185

Lampert T (2004a) Vorschläge zur Konzeptualisierung und Operationalisierung der Gesundheit im Rahmen der Armuts- und Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung. Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung. Berlin: Robert Koch-Institut

Lampert T (2004b) Prävention und Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche. Die Krankenversicherung 56: 17-29

Lampert T (2005a) Tabakkonsum und soziale Ungleichheit. Gesundheitspolitische Konsequenzen des stärkeren Tabakkonsums in sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen. Konturen –Fachzeitschrift für Sucht und soziale Fragen 26: 15-17

Lampert T (2005b) Schichtspezifische Unterschiede im Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten. Berlin: Berliner Zentrum für Public Health

Lampert T, Burger M (2004) Rauchgewohnheiten in Deutschland – Ergebnisse des telefonischen Bundes-Gesundheitssurveys 2003. Das Gesundheitswesen 66: 511-517

Lampert T, Burger M (2005) Verbreitung und Strukturen des Tabakkonsums in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 48: 1231-1241

Lampert T, Kroll LE (2006) Messung des sozioökonomischen Status in sozialepidemiologischen Studien. In: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg) Gesundheitliche Ungleichheit – Theorien, Konzepte und Methoden. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S 297-319

Lampert T, Maas I (2002) Sozial selektives Überleben ins und im Alter. In: Backes GM, Clemens W (Hrsg) Zukunft der Soziologie des Alter(n)s. Opladen: Leske & Budrich, S 219-249

Lampert T, Müters S (2007) Rauchen und soziale Ungleichheit. Public Health Forum 15: 9-11

Lampert T, Richter M (2006) Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen. In: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg) Gesundheitliche Ungleichheit – Theorien, Konzepte und Methoden. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S 199-220

Lampert T, Schenk L (2004) Gesundheitliche Konsequenzen des Aufwachsens in Armut und sozialer Benachteiligung. In: Jungbauer-Gans M, Kriwy P (Hrsg) Soziale Benachteiligung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S 57-83

Lampert T, Thamm M (2004) Soziale Ungleichheit des Rauchverhaltens in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 47: 1033-1042

Lampert T, Kroll LE, Dunkelberg A (2007) Soziale Ungleichheit der Lebenserwartung in Deutschland. Aus Politik und Zeitgeschichte 42: 11-18

Lampert T, Maas I, Mayer KU (2008) Sozioökonomische Ungleichheit der Mortalität im hohen Alter. In: Bauer U, Bittlingmayer UH, Richter M (Hrsg) Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S 382-402

Lampert T, Mensink GBM, Ziese T (2005a) Sportbeteiligung in Deutschland – Ergebnisse des telefonischen Gesundheitssurveys 2003. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 48: 1357-1364

Lampert T, Schenk L, Stolzenberg H (2002) Konzeptualisierung und Operationalisierung sozialer Ungleichheit im Kinder- und Gesundheitssurvey. Gesundheitswesen 64 (Sonderheft 1): S48-S52

Lampert T, Schenk L, Stolzenberg H (2004) Aktuelles vom Kinder- und Jugendgesundheitssurvey des RKI (KiGGS): Messung sozialer Ungleichheit. Epidemiologisches Bulletin 15: 125

Lampert T, Schneider S, Klose M, Jacobi F (2005b) Schichtspezifische Unterschiede im Vorkommen psychischer Störungen. Public Health Forum 13: 7-8

Lampert T, Saß A, Häfelinger M, Ziese T (2005) Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Beitrag zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: RKI

Landeshauptstadt München/Sozialreferat (1987) Neue Armut in München. München: Sozialreferat

Landman J, Cruickshank JK (2001) A review of ethnicity, health and nutrition-related diseases in relation to migration in the United Kingdom. Public Health 4: 647-657

Lange C, Lampert T (2005) Gesundheit von arbeitslosen Männern und Frauen. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 48: 1256-1264

Langness A (2007) Prävention bei sozial benachteiligten Kindern – Eine Studie zur Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen. Bern: Hans Huber Verlag

Lauterbach K (2007) Der Zweiklassenstaat. Wie die Privilegierten Deutschland ruinieren. Berlin: Rowolth

Lazarus RS (1981) Streß und Streßbewältigung – ein Paradigma. In: Filipp S-H (Hrsg) Kritische Lebensereignisse. München/Wien/Baltimore: Urban & Schwarzenberg

Lazarus RS, Folkman S (1984) Stress, appraisal, and coping. New York: Springer Verlag

Lehmann F (2006) Kooperationsverbund zur Realisierung der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten in Deutschland. In: Richter M, Hurrelmann K (2006) Gesundheitliche Ungleichheit – Theorien, Konzepte und Methoden. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S 415-430

Leibfried S, Voges W (1992) Armut im modernen Wohlfahrtsstaat. Sonderheft 32 der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. Opladen: Westdeutscher Verlag

Leibfried S (2001) Die deutsche Gesellschaft ist ausgeprägt arm an moralischer Ökonomie. Armutsbericht der Bundesregierung bricht Tabus und stellt die Verteilungsfrage. In: Frankfurter Rundschau vom 25. April 2001

Leisering L, Leibfried S (1999) Time and Poverty in Western Welfare States. United Germany in Perspective. Cambridge: Cambridge University Press

Lenhardt U (2003) Bewertung der Wirksamkeit betrieblicher Gesundheitsförderung. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 11: 18-37

Lenz A (2008) Interventionen bei Kindern psychisch kranker Eltern. Grundlagen, Diagnostik und therapeutische Maßnahmen. Göttingen: Hogrefe Verlag

Leppin A (1994) Bedingungen des Gesundheitsverhaltens – Risikowahrnehmung und persönliche Ressourcen. Weinheim: Juventa Verlag

Ludwig-Mayerhofer W, Barlösius E (2001) Die Armut der Gesellschaft. In: Barlösius E, Ludwig-Mayerhofer W (Hrsg) Die Armut der Gesellschaft. Opladen: Leske+Budrich, S 11-67

Lundberg L, Johannesson M (1999) The relationship between health-state utilities and the SF-12 in a general population. Medical Decision Making 19: 128-140

Lundberg L, Kåreholt I (1994) The social pattering of mortality in a cohort of elderly Swedes. Finland Yearbook of Population Research: 101-110

Lüschen G, Niemann S, Apelt P (1997) The integration of two health systems: social stratification, work and health in East and West Germany. Social Science and Medicine 44: 833-899

Lüttinger P, Riede T (1997) Der Mikrozensus: Amtliche Daten für die Sozialforschung. ZUMA-Nachrichten 21: 19-44

Macintyre S (1997) The Black Report and beyond. What are the issues? Social Science and Medicine 41: 723-745

Mack J, Lansley S (1985) Poor Britain. London: George Allan and Unwin

Mackenbach J (2006) Health inequalities: Europe in Profile. An independent expert report commissioned by the UK Presidency of the EU. London: Department of Health

Mackenbach JP, Kunst AE, Cavelaars AE et al. (1997) Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in Western European Countries. Lancet 349: 1655-1659

Michael Marmot (2001) The status syndrom. How social standing affects our health and longevity. New York: Times Books

Marmot MG, Shipley MJ (1996) Do socioeconomic differences in mortality persist after retirement? 25 year follow up of civil servants from the first Whitehall study. British Medical Journal 313: 1177-1180

Marmot MG, Shipley MJ, Rose G (1984) Inequalities in death – specific explanations of a general pattern? The Lancet 1: 1003-1006

Maschewsky W (2001) Umweltgerechtigkeit, Public Health und soziale Stadt. Frankfurt am Main: Verlag für Akademische Schriften

Maschewsky-Schneider U (1997) Frauen sind anders krank. Zur gesundheitlichen Lage von Frauen in Deutschland. Weinheim/München: Juventa Verlag

Maschewsky-Schneider U, Babitsch B, Fuchs J et al. (2002) Frauen- und geschlechtsspezifische Gesundheitsforschung: Geschichte, Themen und Methoden. In: Flick U (Hrsg) Innovation durch Public Health.Göttingen/Bern/Toronto/Seattle: Hogrefe Verlag, S 154-171

Maschewsky-Schneider U, Heinze L, Kolip P et al. (2001) Frauen und geschlechtsspezifische Gesundheitsforschung in der DGSMP. Gesundheitswesen 63 (Sonderheft 1): S89-S92

Mayer KU (2001) Lebensverlauf. In: Schäfers B, Zapf W (Hrsg) Handwörterbuch zur Gesellschaft Deutschlands. Opladen: Leske+Budrich, S 446-460

Mayer KU (1995) Gesellschaftlicher Wandel, Kohortenungleichheit und Lebensverläufe. In: Berger PA, Sopp P (Hrsg.) Sozialstruktur und Lebenslauf. Opladen: Leske+ Budrich, S 27-48

Mayer KU, Baltes PB (1996) Die Berliner Altersstudie. Berlin: Akademie Verlag

Mayer KU, Blossfeld HP (1990) Die gesellschaftliche Konstruktion sozialer Ungleichheit im Lebensverlauf. In: Berger PA, Hradil S (Hrsg) Lebenslagen, Lebensläufe, Lebensstile. Göttingen: Schwartz, S 297-318

Mayer KU, Wagner M (1996) Lebenslagen und soziale Ungleichheiten im hohen Alter In: Mayer KU, Baltes PB (Hrsg) Die Berliner Altersstudie. Berlin: Akademie Verlag, S 251-275

Mayer KU, Baltes PB, Borchelt M et al. (1996) Wissen über das Alter(n): eine Zwischenbilanz der Berliner Altersstudie. In: Mayer KU, Baltes PB (Hrsg) Die Berliner Altersstudie. Berlin: Akademie Verlag, S 599-634

McHorney CA, Ware JE, Raczek AE (1993) The MOS 36-Item Short Form Health Survey (SF-36): Psychometric and clinical tests in measuring physical and mental health constructs. Medical Care 32: 247-263

McHorney CA, Ware JE, Sherburne CD (1992) The MOS 36-Item Short Form Health Survey (SF-36): Tests of data quality, scaling assumptions and reliability across diverse patient groups. Medical Care 31: 40-66

McLeod JD, Kessler RC (1990) Socioeconomic status differences in vulnerability to undesirable life events. Journal of Health and Social Behavior 31: 162-172

Meinlschmidt G, Brenner MH (1999) Sozialstrukturatlas Berlin 1999. Eine soziale Diagnose für Berlin. Berlin: Berliner Zentrum für Public Health

Mensink GBM (1997) Movement and Circulation. Population studies on physical activity and cardiovascular mortality. Wageningen: Agricultural University Wageningen

Mensink GBM (2003) Bundesgesundheitssurvey: Körperliche Aktivität. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung. Berlin: Robert Koch-Institut

Mensink GBM, Lampert T, Bergmann E (2005) Übergewicht und Adipositas in Deutschland 1984-2003. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 48: 1348-1356

Meyer N, Fischer R, Weitkunat R et al. (2002) Evaluation des Gesundheitsmonitorings in Bayern mit computer-assistierten Telefoninterviews (CATI) durch den Vergleich mit dem Bundes-Gesundheitssurvey 1998 des Robert Koch-Instituts. Gesundheitswesen 45: 329-335

Mielck A (2000) Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Berlin/Göttingen/Toronto/Seattle: Verlag Hans Huber

Mielck A (2001a) Die Verminderung sozial bedingter Gesundheits-Chancen als Aufgabe für Public Health. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 44: 804-812

Mielck A (2001b) Armut und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen: Ergebnisse der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland. In: Klocke A, Hurrelmann K (Hrsg) Kinder und Jugendliche in Armut. Umfang, Auswirkungen und Konsequenzen. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag, S 230-253

Mielck A (2005) Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Berlin/Göttingen/Toronto/Seattle: Verlag Hans Huber

Mielck A (2006) Quantitative Zielvorgaben zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit: Lernen von anderen europäischen Ländern. In: Richter M, Hurrelmann K (2006) Gesundheitliche Ungleichheit – Theorien, Konzepte und Methoden. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S 439-451

Mielck A, Bloomfield K (2001) Sozial-Epidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten. Weinheim/München: Juventa Verlag

Mielck A, Brenner H (1994) Soziale Ungleichheit bei der Teilnahme an Krebsfrüherkennungs-Untersuchungen in West-Deutschland und Großbritannien. In: Mielck A (Hrsg) Krankheit und Soziale Ungleichheit. Sozialepidemiologische Forschungen in Deutschland. Opladen: Leske & Budrich, S 299-318

Mielck A, Giraldes MR (1993) Inequalities in health and health care. Review of selected publications from 18 Western European countries. Münster/New York: Waxmann

Mielck A, Heinrich J (2002) Soziale Ungleichheit und die Verteilung umweltbezogener Expositionen. Gesundheitswesen 64: 405-416

Mielck A, Helmert U (1994) Krankheit und Soziale Ungleichheit: Empirische Studien in West-Deutschland. In: Mielck A (Hrsg) Krankheit und Soziale Ungleichheit. Ergebnisse der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland. Opladen: Leske & Budrich, S 93-124

Mielck A, Helmert U (1998) Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Hurrelmann K, Laaser U (Hrsg) Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim/München: Juventa Verlag, S 519-535

Mielck A, John J (1996) Kostendämpfung im Gesundheitswesen durch Rationierung: Was spricht dafür und was dagegen? Gesundheitswesen 58: 1-9

Mielck A, Reitmeir P, Wjst M (1996) Severity of childhood asthma by socioeconomic status. International Journal of Epidemiology 25: 388-393

Miilunpalo S, Vuori I, Oja P et al. (1997) Self-rated health status as a health measure: the predictive value of self-reported health status on the use of physicians services and on mortality in the working-age population. Journal of Clinical Epidemiology 50: 517-528

Mika T (2002) Wer nimmt teil an Panel-Befragungen? Untersuchung über die Bedingungen der erfolgreichen Kontaktierung für sozialwissenschaftliche Untersuchungen. ZUMA-Nachrichten 51: 38-48

Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg (2000) Einschüler in Brandenburg: Soziale Lage und Gesundheit 1999. Birkenwerder: Landesgesundheitsamt Brandenburg

Möhlman H, Zollmann P (1988) Gesundheitslage und -versorgung. In: Krupp HJ, Schupp J (Hrsg) Lebenslagen im Wandel: Daten 1987. Frankfurt am Main: Campus Verlag, S 203-230

Mosse M, Tugendreich G (1913, Neuauflage 1981) Krankheit und soziale Lage. Göttingen: Verlag Jürgen Cromm

Mueller U, Heinzel-Gutenbrunner M (2001) Krankheiten und Beschwerden (subjektive Gesundheit) unter Bewertung der eigenen Gesundheit. Materialien zur Bevölkerungswissenschaft Heft 102c. Wiesbaden: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung

Müllenmeister-Faust U (2002) Möglichkeiten und Grenzen der Armuts- und Reichtumsberichterstattung. In: Sell S (Hrsg) Armut als Herausforderung. Bestandsaufnahme und Perspektiven der Armutsforschung und Armutsberichterstattung. Berlin: Duncker & Humblot, S 169-192

Nahnsen I (1975) Bemerkungen zum Begriff und zur Geschichte des Arbeitschutzes. In: Osterland M (Hrsg) Arbeitssituation, Lebenslage und Konfliktpotenzial. Festschrift für Max E. Graf zu Solms-Roedelheim. Frankfurt am Main/Köln: Europäische Verlagsanstalt, S 145-166

National Board of Health and Welfare (1998) Sweden's Public Health Report. Stockholm: National Board of Health and Welfare

Neumann G, Liedermann A (1981) Mortalität und Sozialschicht. Bundesgesundheitsblatt 24: 173-181

Neurath O (1925) Wirtschaftsplanung und Naturalrechnung. Von der sozialistischen Lebensordnung und vom kommenden Menschen. Berlin

Noll HH, Habich R (1990) Individuelle Wohlfahrt: vertikale Ungleichheit oder horizontale Disparitäten? In: Berger PA, Hradil S (Hrsg) Lebenslagen, Lebensläufe, Lebensstile. Göttingen: Schwartz, S 153-176

Oppolzer A (1986a) Wenn du arm bist, mußt du früher sterben. Soziale Unterschiede in Gesundheit und Sterblichkeit. Hamburg: VSA-Verlag

Oppolzer A (1986b) Soziale Unterschiede in Gesundheit und Sterblichkeit: Arbeits- und Lebensbedingungen als Risikofaktoren. Soziale Sicherheit 35: 84-89

Oppolzer A (1989) Handbuch Arbeitsgestaltung. Leitfaden menschengerechter Arbeitsorganisation. Hamburg: VSA-Verlag

Oppolzer A (1994) Die Arbeitswelt als Ursache gesundheitlicher Ungleichheit. In: Mielck A (Hrsg) Krankheit und soziale Ungleichheit. Ergebnisse der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland. Opladen: Leske & Budrich, S 125-165

Ostberg V, Vagerö D (1991) Socio-economic differences in mortality among children: Do they persist into adulthood? Social Science and Medicine 4: 403-410

Paritätischer Wohlfahrtsverband (1989) „...wessen wir uns schämen sollten in einem reichen Land...". Armutsbericht des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes für die Bundesrepublik Deutschland. Blätter der Wohlfahrtspflege 11/12

Peter R, Geyer S (1999) Schul- und Berufsausbildung, Berufsstatus und Herzinfarkt – eine Studie mit Daten einer gesetzlichen Krankenversicherung. Gesundheitswesen 61: 20-26

Peter R (2006) Psychosoziale Belastungen im Erwachsenenalter: Ein Ansatz zur Erklärung sozialer Ungleichverteilung von Gesundheit? In: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg) Gesundheitliche Ungleichheit – Theorien, Konzepte und Methoden. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S 109-123

Pfaff AB, Pfaff M, Scheja-Strebak U et al. (1990) Verteilungswirkungen der Gesetzlichen Krankenversicherung: Vertikale Umverteilung und Bedarfsgerechtigkeit. In: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg) Gesundheitliche Versorgung: Inanspruchnahme und Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung. Forschungsbericht Gesundheitsforschung Band 201. Bonn: BMAS, S 11-87

Piachaud D (1992) Wie mißt man Armut? In: Leibfried S, Voges W (Hrsg) Armut im modernen Wohlfahrtsstaat. Sonderheft 32 der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. Opladen: Westdeutscher Verlag, S 63-87

Pichler R (2001) Alibiveranstaltung ohne Folgen. Der erste Armutsbericht. In: Stuttgarter Zeitung vom 26. April 2001

Pinquart M, Silbereisen RK (2002) Gesundheitsverhalten im Kindes- und Jugendalter: Entwicklungspsychologische Erklärungsansätze. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 45: 873-878

Pott E, Lehmann F (2002) Interventionen zur Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen aus sozial benachteiligten Gruppen. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 45: 976-983

Power C, Kuh D (2006) Life course development of unequal health. In: Siegrist J, Marmot M (Hrsg) Social inequalities in health. New evidence and policy implications. Oxford: Oxford University Press, S 27-54

Prenzel M, Baumert J, Blum W et al. (2004) PISA 2003. Ergebnisse des zweiten internationalen Vergleichs. Zusammenfassung. Kiel: IPN – Leibniz-Institut für Pädagogik der Naturwissenschaften an der Universität Kiel

Putnam RD (1993) Making democracy work. Princeton: University Press

Rat der Europäischen Gemeinschaft (1985) Beschluss des Rates vom 19. Dezember 1984 über gezielte Maßnahmen zur Bekämpfung der Armut auf Gemeinschaftsebene. Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaft L2: 24-25

Ravens-Sieberer U, Thomas C, Erhart M (2003) Körperliche, psychische und soziale Gesundheit von Jugendlichen. In: Hurrelmann K, Klocke A, Melzer W et al. (Hrsg) Jugendgesundheitssurvey – Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Weinheim/München: Juventa Verlag, S 19-98

Razum O (2000) Gesundheitsberichterstattung für Migranten in Deutschland. Expertise im Auftrag des Robert Koch-Institutes. Abschlussbericht. Berlin: RKI

Razum O, Geiger I (2003) Migranten. In: Schwartz FW, Badura B, Leidl R (Hrsg) Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München/Wien/Baltimore: Urban & Schwarzenberg, S 686-692

Razum O, Zeeb H (1998) Epidemiologische Studien unter ausländischen Staatsbürgern in Deutschland. Notwendigkeiten und Beschränkungen. Gesundheitswesen 60: 283-286

Reinberg A, Hummel M (2007) Qualifikationsspezifische Arbeitslosigkeit im Jahr 2005 und die Einführung der Hartz-IV-Reform. Empirische Befunde und methodische Probleme. IAB-Forschungsbericht 9/2007. Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung

Richter M (2005) Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Jugendalter – Der Einfluss sozialer Ungleichheit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

Richter M, Hurrelmann K (2004) Soziale Ungleichheit und Gesundheit im Jugendalter. Sonderauswertung der Studie „Health Behaviour in School-aged Children“ (HBSC) im Auftrag des Robert Koch-Instituts. Bielefeld: Universität Bielefeld

Richter M, Hurrelmann K (2006) Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

Richter M, Settertobulte W (2003) Gesundheits- und Freizeitverhalten von Jugendlichen. In: Hurrelmann K, Klocke A, Melzer W et al. (Hrsg) Jugendgesundheitssurvey – Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganistion WHO. Weinheim/München: Juventa Verlag, S 99-158

Riley M, Riley JW jr (1994) Individuelles und gesellschaftliches Potential des Alterns. In: Baltes PB, Mittelstraß J, Staudinger UM (Hrsg), Alter und Altern: Ein interdisziplinärer Studientext zur Gerontologie. Berlin/New York: de Gruyter, S 437-459

Robert Koch-Institut (2002) Gesundheit im Alter. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 13. Berlin: RKI

Robert Koch-Institut (2003a) Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 13. Berlin: RKI

Robert Koch-Institut (2003b) Gesundheit alleinerziehender Mütter und Väter. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 14. Berlin: RKI

Robert Koch-Institut (2003c) Übergewicht und Adipositas. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 16. Berlin: RKI

Robert Koch-Institut (2004a) Krebs in Deutschland – Häufigkeiten und Trends. Berlin: RKI

Robert Koch-Institut (2004b) Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: RKI

Robert Koch-Institut (2004c) Pflege. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: RKI

Robert Koch-Institut (2004d) Neu und vermehrt auftretende Infektionskrankheiten. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 18. Berlin: RKI

Robert Koch-Institut (2007) Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 38. Berlin: RKI

Robert Koch-Institut (2008) Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: RKI

Robert S, House JS (1996) SES differentials in health by age and alternative indicators of SES. Journals of Aging and Health 8: 359-388

Rommel, A, Klaes L, Cosler D, Mensink GBM, Lampert T (2008) Lebensführung und Sport. Eine Untersuchung in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Olympischen Sportbund und dem AOK-Bundesverband. Berlin: RKI

Rose U (2003) Epidemiological analysis of the German Health Interview and Examination Survey: differences between employed and unemployed adults aged 20-64. In: Giga S, Flaxman P, Houdmont J et al. (Hrsg) Occupational Health Psychology: Flexibility, Quality of

working life and health. Berlin: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, S 231-234

Rosen G (1975) Die Entwicklung der sozialen Medizin. In: Deppe HU, Regus M (Hrsg) Medizin, Gesellschaft, Geschichte. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, S 74-130

Rosenbrock R, Bellwinckel M, Schröer A (2004) Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit. Wissenschaftliche Gutachten zum BKK-Programm „Mehr Gesundheit für alle“. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW

Rosenbrock R, Kümpers S (2006) Primärprävention als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen. In: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg) Gesundheitliche Ungleichheit – Theorien, Konzepte und Methoden. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S 363-380

Rotter JB (1966) Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. Psychological Monographs 80: 1-28

Rowe JW, Kahn RL (1998) Successful aging. New York: Pantheon/Random House

Sachverständigenkommission 6. Familienbericht (2000) Familien ausländischer Herkunft in Deutschland. Materialien zum 6. Familienbericht Band II. Opladen: Leske & Budrich

Sachverständigenrat (2005) Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Gutachten 2005. Stuttgart: Kohlhammer Verlag

Scheffer S, Dauven S, Sieverding M (2006) Soziodemografische Unterschiede in der Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (KFU) in Deutschland – Eine Übersicht. Gesundheitswesen 68: 139-146

Schenk L (2002) Migrantenspezifische Teilnahmebarrieren und Zugangsmöglichkeiten im Kinder- und Jugendgesundheitssurvey. Gesundheitswesen 64 (Sonderheft 1): S59-S68

Schenk L, Neuhauser H (2005) Methodische Standards für eine migrantensensible Forschung in der Epidemiologie. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 48: 279-286

Schenk L, Ellert U, Neuhauser H (2008) Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS): Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: RKI

Schepers J, Wagner G (1989) Soziale Differenzen der Lebenserwartung in der Bundesrepublik Deutschland – Neue empirische Analysen. Zeitschrift für Sozialreform 35: 670-682

Scheuch E (1961) Sozialprestige und soziale Schichtung. In: Glass D, König R (Hrsg) Soziale Schichtung und soziale Mobilität. Sonderheft 5 der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. Opladen: Westdeutscher Verlag, S 65-103

Schiffner U, Reich E (1999) Karies/Füllungen bei den Jugendlichen. In: Micheelis W, Reich E (Hrsg) Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS III). Köln: Deutscher Ärzteverlag, S 201-230

Schildberg FW, Kiffner E (1987) Chirugische Therapie im höheren Lebensalter – Eine Standortbestimmung. In: Schütz RM (Hrsg) Alter und Krankheit. München/Wien/Baltimore: Urban & Schwarzenberg, S 154-166

Schneider S (2002) Interview zum Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung auf der Homepage des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung. [http://www.bmas.de/portal/16702/startseite.html] (letzter Zugriff: 4. April 2005)

Schneider S, Lampert T, Jacobi F (2006) Soziale Ungleichverteilung affektiver Störungen – Eine epidemiologische Betrachtung spezifischer Störungsbilder. Posterpräsentation anlässlich der gemeinsamen Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Psychologie und der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie, Leipzig, 21.-23. September 2006

Schnell R (1998) Non-response in Bevölkerungsumfragen – Ausmaß, Entwicklung und Ursachen. Opladen: Leske + Budrich

Schwarz K (1999) Rückblick auf eine demographische Revolution. Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft 24: 229-279

Schwenk OG (2001) Soziale Lagen in der Bundesrepublik Deutschland. Opladen: Leske+Budrich

Sell S (2002) Armutsforschung und Armutsberichterstattung aus Sicht einer lebenslagenorientierten Sozialpolitik. In: Sell S (Hrsg) Armut als Herausforderung. Bestandsaufnahme und Perspektiven der Armutsforschung und Armutsberichterstattung. Berlin: Duncker & Humblot, S 11-42

Semrau P (2001a) Perspektiven der Armuts- und Reichtumsberichterstattung. Vortrag anlässlich des Workshops „Armuts- und Reichtumsberichterstattung“ des Zentrums für Umfragen, Methoden und Analysen (ZUMA). Mannheim, 8.-9. November 2001

Semrau P (2001b) Armuts- und Reichtumsberichterstattung als Grundlage für eine nachhaltige Politik der Armutsbekämpfung. Vortrag anlässlich der Arbeitstagung der Sektion Soziale Indikatoren der Deutschen Gesellschaft für Soziologie (DGS). Berlin, 22. November 2001

Siegrist J (1989) Steps towards explaining social differentials in morbidity: the case of West Germany. In: Fox J (Hrsg) Health Inequalities in European Countries. Brookfield: Gower Alderslot, S 353-371

Siegrist J (1995) Soziale Ungleichheit und Gesundheit: neue Herausforderungen an die Präventionspolitik in Deutschland. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 1 (2. Beiheft): 54-63

Siegrist J (1996) Soziale Krisen und Gesundheit. Eine Theorie zur Gesundheitsförderung am Beispiel von Herz-Kreislauf-Risiken im Erwerbsleben. Göttingen: Hogrefe Verlag

Siegrist J (2002) Soziales Kapital und Gesundheit. Gesundheitswesen 64: 189-192

Sigelmann L (1982) The uncooperative Interviewee. Quality and Quantity 16: 345-353

SOEP Group (2001) The German Socio-economic Panel (GSOEP) after more than 15 years – Overview. DIW Vierteljahreszeitschrift 70: 7-14

Sperrlich S, Mielck A (2001) Entwicklung eines Mehrebenenmodells für die Systematisierung sozialepidemiologischer Befunde. In: Helmert U, Bammann K, Voges W et al. (Hrsg) Müssen Arme früher sterben? Soziale Ungleichheit und Gesundheit in Deutschland. Weinheim/München: Juventa Verlag, S 27-42

Stansfield SA, Fuhrer R (2002) Social relations and coronary heart disease. In: Stansfield SA, Marmot M (Hrsg) Stress and the heart. Psychosocial pathways to coronary heart disease. London: BMJ Books, S 72-85

StataCorp (2003) Survival Analysis & Epidemiological Tables Reference Manual. College Station: Stata Corporation

Statistisches Bundesamt (1992) Klassifizierung der Berufe – Systematisches und alphabetisches Verzeichnis der Berufsbenennungen. Stuttgart: Verlag Metzler-Poeschel

Statistisches Bundesamt (1998) Gesundheitsbericht für Deutschland. Stuttgart: Verlag Metzler-Poeschel

Statistisches Bundesamt (2000a) Datenreport 1999. Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung

Statistisches Bundesamt (2000b) Bevölkerung Deutschlands nimmt von heute 82 Millionen bis zum Jahr 2050 um über 10 Millionen ab. Pressemitteilung des Statistischen Bundesamtes vom 19.07.2000

Statistisches Bundesamt (2001) Fragen zur Gesundheit 1999. Fachserie 12. Reihe S.3. Stuttgart: Verlag Metzler-Poeschel

Statistisches Bundesamt (2003) Statistisches Jahrbuch 2003. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt

Statistisches Bundesamt (2004) Datenreport 2004. Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung

Statistisches Bundesamt (2005) Leben in Deutschland. Haushalte, Familien und Gesundheit – Ergebnisse des Mikrozensus 2005. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt

Statistisches Bundesamt (2006a) Armut und Lebensbedingungen. Ergebnisse aus Leben in Europa. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt

Statistisches Bundesamt (2006b) Datenreport 2006. Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.

Statistisches Bundesamt (2007) Statistisches Jahrbuch 2007. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt

Steeger D (1989) Berufskrankheiten des Stütz- und Bewegungsapparates. In: Konietzko J, Dupius H (Hrsg) Handbuch der Arbeitsmedizin Arbeitsphysiologie, Arbeitspathologie, Prävention. Landsberg/München/Zürich: ecomed, S 1-30

Steinhagen-Thiessen E, Borchelt M (1996) Morbidität, Medikation und Funktionalität im Alter. In: Mayer KU, Baltes PB (Hrsg) Die Berliner Altersstudie. Berlin: Akademie Verlag, S 151-183

Steinhagen-Thiessen E, Gerok W, Borchelt M (1994) Innere Medizin und Geriatrie. In: Baltes PB, Mittelstraß J, Staudinger UM (Hrsg) Alter und Altern: Ein interdisziplinärer Studientext zur Gerontologie. Berlin/New York: Walter de Gruyter, S 124-150

Steinkamp G (1993) Soziale Ungleichheit, Erkrankungsrisiko und Lebenserwartung: Kritik der sozialepidemiologischen Ungleichheitsforschung. Sozial- und Präventivmedizin 38: 111-122

Steinkamp (1999) Soziale Ungleichheit in Mortalität und Morbidität. Oder: Warum einige Menschen gesünder sind und länger leben als andere. In: Schlicht W, Dickhuth H (Hrsg) Gesundheit für alle. Schorndorf: Hofmann Verlag, S 101-154

Stolpe S (2001) Schulbildung/berufliche Ausbildung und Gesundheitszustand. In: Mielck A, Bloomfield K (Hrsg) Sozial-Epidemiologie. Weinheim/München: Juventa Verlag, S 17-27

Stolzenberg H (2002) Gesundheitssurveys in Deutschland. In: Robert Koch-Institut (Hrsg) Der Bundes-Gesundheitssurvey – Baustein der Gesundheitssurveillance in Deutschland. Berlin: RKI, S 22-24

Stronks K, van de Mheen H, van den Bos J et al. (1997) The interrelationship between income health and employment status. International Journal of Epidemiology 26: 592-600

Thefeld W, Stolzenberg H, Bellach B-M (1999) Bundes-Gesundheitssurvey: Response, Zusammensetzung der Teilnehmer und Non-Responder-Analyse. Gesundheitswesen 61 (Sonderheft 2): S57-S61

Thelen P (2001) Rot-Grün täuscht die Bürger. Erster Armutsbericht. In: Handelsblatt vom 26. April 2001

Thiede M, Straub S (1997) Mutual influences of health and poverty. Evidence from the German Panal Data. Social Science and Medicine 45: 867-877

Thiele W (1986) Gesundheitliche Vorsorge und soziale Ungleichheit. In: SPD-Bürgerschaftsfraktion des Landes Bremen (Hrsg) Soziale Lage und gesundheitliche Folgen. Bremen: Bürgerschaftsfraktion des Landes Bremen, S 22-39

Thoits PA (1982) Life stress, social support, and psychological vulnerability: Epidemiological considerations. Journal of Community Psychology 10: 341-362

Thoits PA (1983) Dimensions of life events that influence psychological distress: an evaluation and synthesis of the literature. In: Kaplan HB (Hrsg) Psychosocial stress: trends in theory and research. New York: Academic Press, S 33-103

Townsend P (1979) Poverty in the United Kongdom. Harmondsworth/Middlesex/Berkely: Penguin

Townsend P (1987) Deprivation. Journal of Social Policy 16: 125-146

Townsend P, Davidson N, Whitehead M (1990) Inequalities in health: The Black Report and the Health Divide. London: Penguin

Treibel A (1990) Migration in modernen Gesellschaften. Soziale Folgen von Einwanderung und Gastarbeit. Weinheim/München: Juventa Verlag

Uchino BN, Cacioppo JT, Malarkey WM et al. (1995) Appraisal support predicts age-related differences in cardiovascular function in women. Health Psychology 14: 556-562

Verband der deutschen Rentenversicherungsträger (2001) VDR Statistik Rehabilitation des Jahres 2000. Frankfurt/Main: VDR

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (2004) VDR Statistik Rentenzugang 2003. Frankfurt/Main: VDR

Virchow R (1849) Mitteilungen über die in Oberschlesien herrschende Typhus-Epidemie. Archiv für Pathologische Anatomie und Physiologie und für Klinische Medizin, S 143-322

Voges W (1996) Ungleiche Voraussetzungen für Langlebigkeit. Bestimmungsgründe für Mortalität im zeitlichen Verlauf. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 26: 18-22

Voges W (2002) Perspektiven des Lebenslagenkonzeptes. Zeitschrift für Sozialreform 48: 262-278

Voges W, Borchert L (2002) Zur geschlechtsspezifischen und sozialen Ungleichheit vor dem Tod. ZeS report 7: 21-24

Voges W, Schmidt C (1996) Lebenslagen, die Lebenszeit kosten. Zum Zusammenhang von sozialer Lage, chronischer Erkrankung und Mortalität im zeitlichen Verlauf. In: Zapf W, Schupp J, Habich R (Hrsg) Lebenslagen im Wandel: Sozialberichterstattung im Längsschnitt. Frankfurt/New York: Campus Verlag, S 378-401

Voges W, Helmert U, Timm A et al. (2004) Soziale Einflussfaktoren von Morbidität und Mortalität. Sonderauswertung von Daten der Gmünder Ersatzkasse (GEK) im Auftrag des Robert Koch-Institutes. Bremen: Zentrum für Sozialpolitik

Voges W, Jürgens O, Mauer A et al. (2005) Methoden und Grundlagen des Lebenslagenansatzes. Forschungsprojekt zur Armuts- und Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung. Bonn: BMGS

Volkert J, Klee G, Kleimann R et al. (2003) Operationalisierung der Armuts- und Reichtumsmessung. Forschungsprojekt zur Armuts- und Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung. Bonn: BMGS

Wagner G (2001) Erwerbstätigkeit verhindert Armut am besten. Für eine Debatte über die Erbschaftssteuer bietet das Gutachten der Bundesregierung keine Grundlage. In: Süddeutsche Zeitung vom 24. April 2001

Wallston KA (1992) Hocus-pocus, the focus isn't strictly on locus: Rotter's social learning theory modified for health. Cognitive Therapy and Research 16: 183-199

Ware JE, Konsinski M (2001) How to score and interpret single-item health status measures: a manual for users of the SF-8TM health survey. Lincoln: Quality-Metric Inc.

Ware JE, Sherburne CD (1992) The MOS 36-Item Short Form Health Survey (SF-36): Conceptual framework and item selection. Medical Care 30: 473-478

Wegener B (1988) Kritik des Prestiges. Opladen: Westdeutscher Verlag

Weisser G (1956) Normative Wissenschaft im Dienste der Gestaltung des sozialen Lebens. Soziale Welt 7: 2-26

Weisser G (1978) Beiträge zur Gesellschaftspolitik. Göttingen: Verlag Otto Schwartz & Co.

Werner B (1994) Der Mikrozensus und der Gesundheitszustand der Bevölkerung. In: Werner B, Voltz G (Hrsg) Unser Gesundheitssystem. Sankt Augustin: Asgard Verlag, S 91-114

West P (1988) Inequalities? Social class differentials in health in British youth. Social Science and Medicine 4: 291-296

Weyers S, Lehmann F, Meyer-Nürnberger M et al. (2007) Strategien zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50: 484-491

Wichmann HE, Rosenlehner R, Bory R, Kaader R (1990) Zusammenfassende Bewertung der „Psyeudokrupp-Studien" in Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen. Forschungsbericht 64 Kernforschungszentrum Karlsruhe. Karlsruhe: KfK

Wiesner G, Grimm J, Bittner E (2003) Multimorbidität in Deutschland. Stand – Entwicklung – Folgen. Berlin: RKI

Wilkinson RG (1996) Unhealthy societies. The afflictions of inequality. London: Routledge

Williams DR, House JS (1991) Stress, social support, control, and coping: a social epidemiological view. In: Badura B, Kickbusch J (Hrsg) Health promotion research. Towards a new social epidemiology. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, S 147-172

Winkelhake O, Mielck A, John J (1997) Einkommen, Gesundheit und Inanspruchnahme des Gesundheitswesens in Deutschland 1992. Sozial- und Präventivmedizin 42: 3-10

Winkler J, Stolzenberg H (1999) Der Sozialschichtindex im Bundes-Gesundheitssurvey. Gesundheitswesen 61 (Sonderheft 2): 178-183

Winkler J (2001) Die Bedeutung der neueren Forschung zur sozialen Ungleichheit der Gesundheit für die allgemeine Soziologie. In: Helmert U, Bammann K, Voges W et al. (Hrsg) Müssen Arme früher sterben? Soziale Ungleichheit und Gesundheit in Deutschland. Weinheim/München: Juventa Verlag, S 43-58

Wittchen H-U, Müller N, Pfister H et al. (1999) Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland – Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys „Psychische Störungen". Gesundheitswesen 61 (Sonderheft 2): S216-S222

Wittwer-Backofen U (1999) Disparitäten der Altersstерblichkeit im regionalen Vergleich. Materialien zur Bevölkerungswissenschaft. Wiesbaden: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung

World Health Organization (1946) Constitution. Geneva: WHO

World Health Organization (1986) Ottawa charter for health promotion. Journal of Health Promotion 1: 1-4

Wurm S (2003) Gesundheit in der zweiten Lebenshälfte – Veränderungen im Längsschnitt über einen Zeitraum von sechs Jahren. Kurzbericht an das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen

Zapf W (1984) Individuelle Wohlfahrt: Lebensbedingungen und wahrgenommene Lebensqualität. In: Glatzer W, Zapf W (Hrsg) Lebensqualität in der Bundesrepublik Deutschland Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden. Frankfurt am Main/New York: Campus Verlag, S 13-26

Zeeb H, Baune BT, Vollmer W et al. (2004) Gesundheitliche Lage und Gesundheitsversorgung von erwachsenen Migranten – ein Survey bei der Schuleingangsuntersuchung. Gesundheitswesen 66: 76-84

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (2002) Erhebungen des Zentralinstituts. Köln: Eigenverlag

Zerssen v D (1976) Beschwerden-Liste-Manual. Weinheim: Beltz Test GmbH

Ziese T, Neuhauser H (2005) Der telefonische Gesundheitssurvey 2003 als Instrument der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 48: 1211-1216

Zimmermann GE (2001) Armut. In: Schäfers B, Zapf W (Hrsg) Handwörterbuch zur Gesellschaft Deutschlands. Opladen: Leske+Budrich, S 36-52

Zimmermann K (2005) Eine Zeitenwende am Arbeitsmarkt. Aus Politik und Zeitgeschichte 16: 3-5

Zubrägel S, Settertobulte W (2003) Körpermasse und Ernährungsverhalten bei Jugendlichen. In: Hurrelmann K, Klocke A, Melzer W et al. (Hrsg) Jugendgesundheitssurvey – Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation. Weinheim/München: Juventa Verlag, S 159-182

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich von Eides statt, dass ich die vorliegende Doktorarbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die angegebenen Quellen nicht benutzt und die den benutzten Quellen wörtlich und inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.



Berlin, den 30. März 2009