

Chancenungleichheit für benachteiligte Kinder und Jugendliche: Daten – Fakten – Konsequenzen

Das Thema dieses Betrags liegt an der Schnittstelle zwischen Praxis und Forschung. Aus einer wissenschaftlichen Perspektive werden hier Daten über Armut und Gesundheit gesammelt und analysiert. Aus der Perspektive von Beratern versuchen wir darüber hinaus, die Umsetzung der Daten in sinnvolle Politik zu fördern. Die Fachtagung „Vernetzung – Macht – Gesundheit“ ist für uns eine der besten Möglichkeiten, die zweite Perspektive einzunehmen, d.h. die praktische Umsetzung der Erkenntnisse aus den von uns erhobenen empirischen Daten zu fördern.

Vor circa sieben Jahren wurde die von Dr. Mielck geleitete „Arbeitsgruppe Sozial-Epidemiologie“ gegründet; sie umfasst Wissenschaftler/innen und Akteure der Gesundheitsversorgung aus der Schweiz, Österreich und Deutschland. Damals mussten viele davon überzeugt werden, dass der Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit auch in Deutschland ein Problem ist. Viele meinten, dass dieses Problem mit den Gesetzlichen Krankenkassen, in denen ja fast alle Bürger/

innen solidarisch versichert sind, weitgehend gelöst worden sei, und dass jeder, der auf Hilfe und gesundheitliche Betreuung angewiesen sei, auch gut versorgt werde.

Es mussten Daten produziert werden, die belegen, dass es nach wie vor Armutprobleme im Gesundheitsbereich gibt, d.h. dass Personen, die arm sind, früher sterben und kränker sind als andere. Diese Phase des „Überzeugen mit Daten“ dauerte einige Jahre. Dann kam vor fünf Jahren ein Umschwung. Seitdem wird von allen gesellschaftlichen Akteuren akzeptiert, dass auch in Deutschland eine große „gesundheitliche Ungleichheit“ vorhanden ist. Inzwischen werden andere Fragen gestellt, Fragen wie: Was kann und muss getan werden? Wer kann etwas tun? Gelernt haben wir viel aus dem europäischen Ausland, überwiegend aus England, den Niederlanden und den skandinavischen Ländern. Dort wurden diese Fragen schon vor vielen Jahre gestellt, und daher gibt es dort auch viel mehr praktische Erfahrungen bei der Beantwortung der Frage: Was kann getan werden zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit?

(1) Soziale Ungleichheit: Entwicklung der Einkommensarmut

Beginnen wir mit der Frage, *welche Personengruppen von Armut besonders stark betroffen sind.*

Noch vor einigen Jahren war dies vor allem die Gruppe der älteren Menschen; diskutiert wurde das Thema im Wesentlichen unter dem Stichwort „Alters-Armut“. Die aktuellen Daten

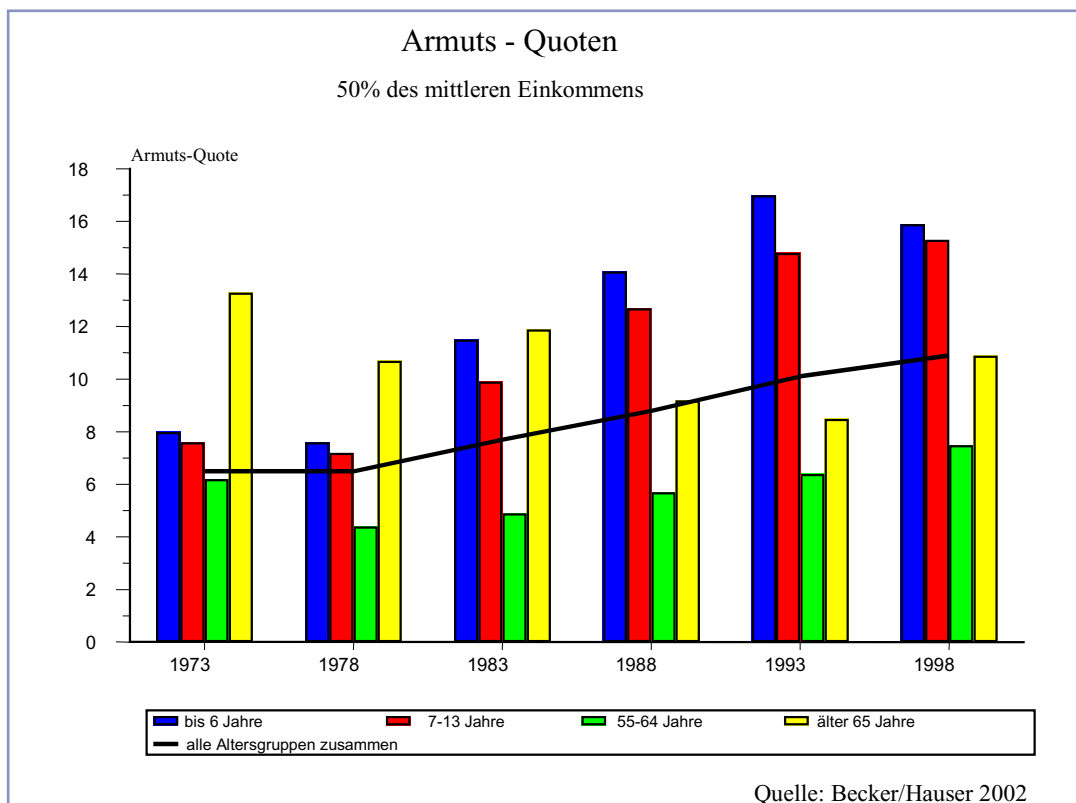


Abb. 1: Entwicklung der altersabhängigen Armutsquoten in Deutschland

zeigen eine drastische Veränderung: Heute sind es Kinder und Jugendliche, bei denen eine besonders hohe Armutsquote zu verzeichnen ist. Ungefähr 15 Prozent aller Kinder und Jugendlichen – also ein extrem hoher Anteil – lebt in Einkommensarmut. Bei den über 65-Jährigen beträgt die Armutsquote dagegen „nur“ ungefähr 10 Prozent. Allein diese Zahlen belegen schon, dass wir, wenn wir über das Thema Armut und Gesundheit reden, auf jeden Fall über Kinder und Jugendliche sprechen müssen.

Wenn man nach den Gründen für diese Verteilung fragt, kommt man schnell zu der Erkenntnis, dass gerade Familien mit mehreren Kindern in Deutschland von Armut betroffen sind, zudem auch allein erziehende Frauen und Männer mit ihren Kindern. Dies sind zwei der größten Armutsgruppen.

Noch im Zusammenhang mit dem 10. Kinder- und Jugendbericht kam es zu einer großen Diskussion darüber, ob Armut in Deutschland überhaupt vorhanden ist. Sicher erinnern sich viele noch an die heftige Kontroverse, als konservative Politiker/innen behaupteten: „Es gibt doch gar keine Armut in Deutschland, wir haben doch die Sozialhilfe. Die Menschen, die etwas benötigen, bekommen doch von dort ihr Geld und ihre gesundheitliche Betreuung“. Heute ist diese Diskussion beendet, die Akteure aus allen gesellschaftlichen Bereichen haben akzeptiert, dass es Armut gibt – vor allem bei Kindern und Jugendlichen.

ben als im oberen Einkommensviertel. Zehn Jahre sind ein extrem großer Unterschied. Bei Frauen beträgt die Differenz immerhin noch ungefähr fünf Jahre.

In anderen Staaten (wie beispielsweise in England oder in Schweden) werden vergleichbare Daten Jahr für Jahr registriert. Wir verfügen leider über keine derartigen jährlichen Daten und können daher auch keine zeitlichen Trends nachzeichnen. Die Trenddaten aus dem Ausland sind daher für uns umso kostbarer. Sie zeigen, dass die Mortalitäts-Unterschiede zwischen den Statusgruppen in den letzten Jahren zugenommen haben. Diese Zunahme der Unterschiede hatte in Ländern, wo dies registriert wurde, große Auswirkungen auf die Politik. Vorher wurde offenbar allgemein akzeptiert, dass arme Menschen kränker sind und früher sterben als andere Menschen. Aber nun konnte nicht mehr ignoriert werden, dass die sozialen Unterschiede zunehmen, und die Politik konnte dies nicht unbeantwortet lassen. Die Vermutung liegt nahe, dass auch bei uns die Ungleichheit bei Gesundheit zunimmt.

Einerseits sind die Einkommensunterschiede konstituierend für die Verfasstheit moderner Gesellschaften und wohl keiner in Deutschland strebt ernsthaft an, alle Einkommensunterschiede vollkommen abzubauen. Andererseits sind Unterschiede im Einkommen eine grundlegende Ursache für Unterschiede im Gesundheitszustand. Die gesundheitlichen Ungleichheiten sind daher wohl nicht ganz

Lebenserwartung (ab Geburt)

Äquivalenz - Einkommen	Lebenserwartung (in Jahren)	
	Männer	Frauen
a) > Mittelwert	81	85
< Mittelwert	77 (- 4)	83 (- 2)
b) obere 25 %	82	86
untere 25 %	72 (- 10)	81 (- 5)

Sozio-ökonomisches Panel, 1984-1997, neue Bundesländer, Deutsche Quelle: Reil-Held 2000

Abb. 2: Zusammenhang von Mortalität und Einkommen

(2) Soziale Ungleichheit bei Mortalität und Morbidität

Schritt zwei widmet sich der Frage, welche Daten über den Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit existieren und was sie aussagen.

Abbildung 2 dokumentiert die eindeutigsten Daten, die wir aus Deutschland kennen. Sie zeigen: Wenn man das Einkommen der Menschen mit ihrer Mortalität vergleicht, dann sieht man, dass im unteren Einkommensviertel die Männer ungefähr zehn Jahre kürzer le-

vermeidbar, aber sie sind vermutlich verringert. Wenn man den Vertreter/innen der Krankenkassen oder den anderen gesundheitspolitischen Akteuren die Frage stellt: „Sind Sie sicher, dass alles getan ist, um die sozialen Unterschiede im Gesundheitszustand so klein wie möglich werden zu lassen?“, dann antworten sie in aller Regel: „Nein, da sind wir nicht ganz sicher.“ Genau das ist der Punkt. Uns geht es darum, dass die gesundheitlichen Unterschiede so klein wie möglich werden. Darum sind Trendaussagen so wichtig. Wenn sie zeigen, dass die Unterschiede nicht kleiner, sondern

sogar noch größer werden, dann ist dies ein gesundheitspolitischer Skandal.

Die folgenden Daten zum Gesundheitszustand sind die aussagefähigsten Daten aus Deutschland, die uns für Kinder und Jugendliche bekannt sind. Schüler/innen wurden während der Schulzeit mittels Fragebogen befragt. Auf Grundlage dieser Angaben wurden soziale Schichten gebildet und die Daten zum Gesundheitszustand der Kinder entsprechend dieser sozialen Schichten ausgewertet.

Die Daten zeigen wiederum eine extrem große Differenz: 16% der Schüler/innen aus der unteren Schicht gaben an, dass sie sich krank fühlen, dagegen nur 1% aus der oberen Schicht. Bei einer ganz allgemeinen Frage zum Gesundheitszustand ist dies ein extrem großer Kontrast. Auch bei den Fragen zur psychischen Gesundheit (Einsamkeit, Hilflosigkeit, nicht gut einschlafen können etc.) sehen wir deutliche Gradienten.

beim Thema Rauchen – und allgemein mit dem Thema gesundheitsgefährdendes Verhalten – zu typischen Argumentationen kommt, die den sozial Benachteiligten selbst Schuld an ihrem schlechteren gesundheitlichen Zustand zuschreiben („blaming the victim“). Oft wird mehr oder weniger explizit folgendermaßen argumentiert: „Sozial Benachteiligte rauchen zu viel, die verhalten sich falsch, also haben sie ihren schlechten Gesundheitszustand zu einem großen Teil auch selbst verschuldet. Jeder weiß doch, dass Rauchen nicht gerade gesund ist, und zudem ist Rauchen ziemlich teuer. Warum hören sie nicht einfach damit auf?“ Diese etwas überspitzte Darstellung weist auf die große Gefahr hin, die dann entsteht, wenn man die sozial Benachteiligten quasi von oben herab zurechtweist und belehrt: „Du rauchst zu viel. Hör auf zu rauchen. Dann geht’s auch dir gesundheitlich besser.“

Doch eigentlich muss anders herum gefragt

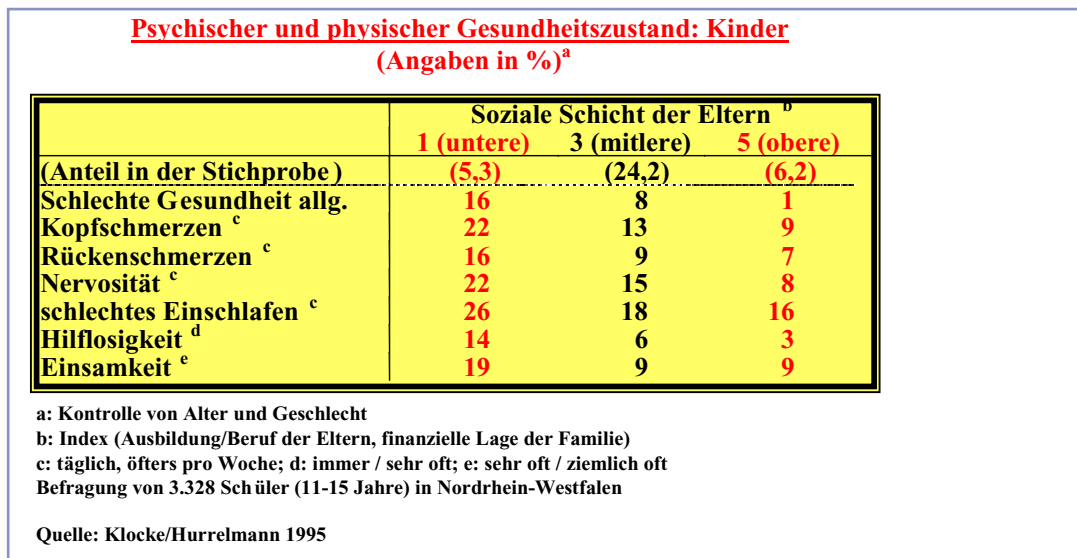


Abb. 3: Gesundheitszustand von Kindern in Nordrhein-Westfalen

(3) Ursachen für die Soziale Ungleichheit bei Mortalität und Morbidität

Im nächsten Schritt beschäftigen wir uns mit der Frage nach den Gründen für diese gesundheitliche Ungleichheit.

In Abbildung 4 ist ein sehr einfaches Modell abgebildet. Zwischen den beiden Blöcke „Soziale Ungleichheit“ und „Gesundheitliche Ungleichheit“ ist eine Black Box eingezeichnet, in der die wichtigsten vermittelnden Faktoren benannt sind.

Ein besonders wichtiges Thema ist das Gesundheitsverhalten. So zeigt eine Vielzahl von Studien, dass Kinder, Jugendliche und Erwachsene aus den unteren sozialen Schichten erheblich mehr rauchen als Kinder, Jugendliche und Erwachsene aus den oberen sozialen Schichten. Dies sind gesicherte wissenschaftliche Erkenntnisse. Sie müssen auch deswegen ausführlich diskutiert werden, weil es gerade

werden: Wie kann es dazu kommen, dass jemand raucht? Rauchen ist teuer – es muss also einen sehr guten Grund dafür geben, warum ausgerechnet die Personen am meisten rauchen, die am wenigsten Geld haben.

Wie oben bereits angedeutet, wird häufig angenommen, dass soziale Unterschiede in der gesundheitlichen Versorgung bei uns kaum vorhanden sind. In der Tat sind fast alle Bürger/innen in den gesetzlichen Krankenkassen versichert, auch und gerade die Menschen mit niedrigem Einkommen, und alle Versicherten erhalten ein fast identisches Angebot an Versorgungsleistungen. Von Krankenkassen- und Verbandvertreter/innen ist daher immer wieder zu hören, dass unser Modell der solidarischen gesetzlichen Krankenversicherung bereits ein sehr hohes Maß an sozialer Gerechtigkeit gewährleistet. So berechtigt diese Einstellung auch ist, so hat sie doch auch dazu geführt, dass die Frage nach den verbleibenden so-

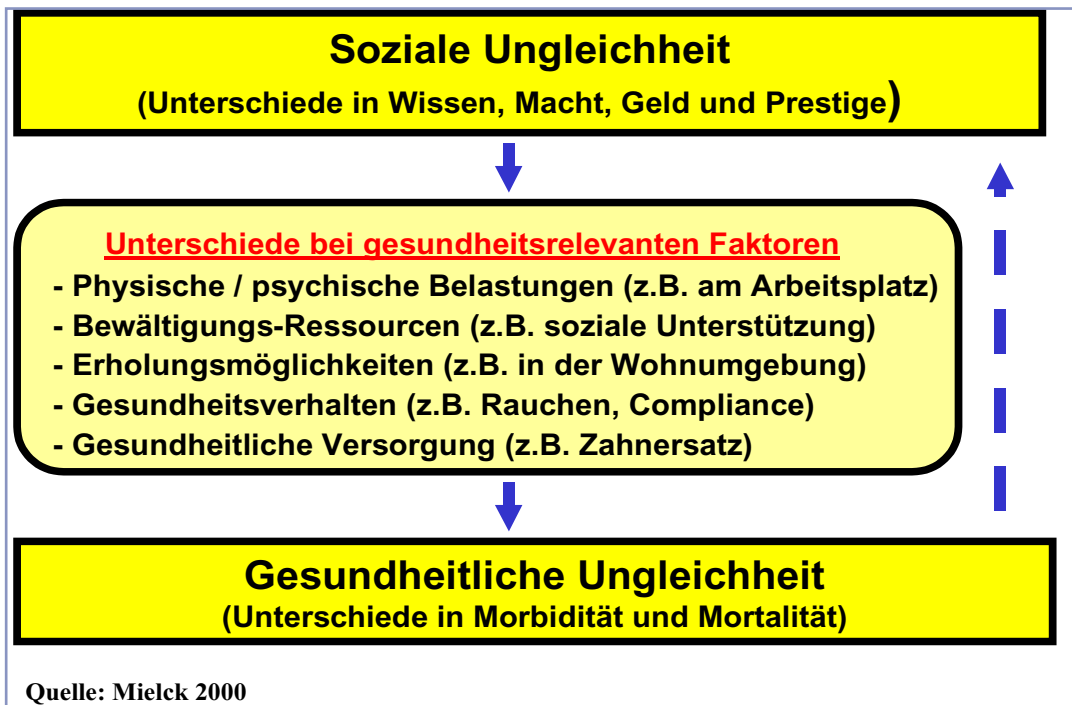


Abb.4: Dimensionen des Zusammenhangs von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit

zialen Unterschieden in der gesundheitlichen Versorgung weitgehend verdrängt wurde. In der Arbeitsgruppe Sozial-Epidemiologie versuchen wir daher seit einigen Jahren, die Diskussion zum Thema soziale Ungleichheit bei der gesundheitlichen Versorgung zu stärken. Damit möchten wir auch ein Gegengewicht zur gegenwärtigen Dominanz des Themas Rauchen (bzw. des Themas individuelles Gesundheitsverhalten) schaffen. Im Folgenden stellen wir dazu einige empirische Ergebnisse aus Deutschland vor.

Die Daten der Teilnahme an den U2- bis U9-Untersuchungen aus Berlin zeigen ganz klar, dass die unteren sozialen Gruppen diese Untersuchungen seltener nutzen (siehe Abb. 5). Mit anderen Worten: Trotz kostenloser Versorgung,

trotz des für jeden Versicherten gleichen Angebots, nehmen die unteren sozialen Gruppen das Angebot weitaus weniger in Anspruch. Lange Zeit wurde nur betont, dass jeder Versicherte das gleiche Angebot erhält, aber es wurde zu wenig danach gefragt, ob ein gleiches Angebot auch eine gleiche Inanspruchnahme nach sich zieht. Offenbar müssen wir mehr wissen über die Gründe für eine geringe Inanspruchnahme der bestehenden Angebote.

Eines der besten Beispiele, um das Problem der sozialen Ungleichheit bei der gesundheitlichen Versorgung zu verdeutlichen, ist die Zahngesundheit. Die Zahngesundheit der Kinder gehört eigentlich zu den Erfolgs-Stories des deutschen Gesundheitswesens, die Zahngesundheit ist in den letzten Jahren immer

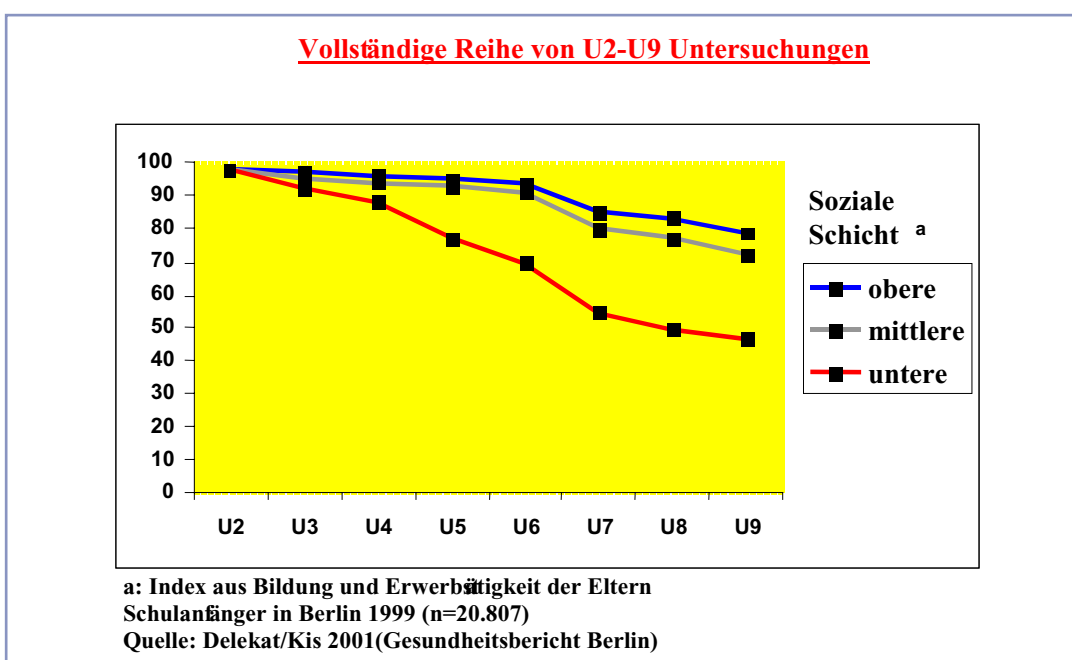


Abb. 5: U2 bis U9 Untersuchungen in Berlin

Zahngesundheit bei Kindern (in Koblenz)

(Angaben in %)

	Sozialhilfe-Empfänger (bei 0-13jährigen)			
	< 6,9%	bis 13,2%	bis 19,4%	> 19,4%
(in Prozent aller Schulanfänger)	(31,8)	(29,4)	(10,7)	(28,2)
Behandlungsbedürftig (Karies)	27,7	31,1	35,1	57,0
Milchzähne der Stützzone				
- Anzahl kariöser Zähne (unbeh.)	0,85	1,00	1,29	2,34
- Füllungs-Grad ^a	41,7	42,5	40,4	26,6
Bleibende Zähne				
- Anzahl kariöser Zähne (unbeh.)	0,043	0,043	0,119	0,201
- Sanierungsgrad ^b	49,0	55,6	27,3	8,5

a: f-t / df-t ; b: MF-T / DMF-T

Daten: 1.893 Schulanfänger in Koblenz (nur 1 Untersucher)

Quelle: Steinmeyer 2001

Abb. 6: Zahngesundheit Koblenzer Kinder

besser geworden.

Dabei wird jedoch häufig übersehen, dass die Unterschiede nach Sozialstatus eher zu- als abgenommen haben, dass die Zahngesundheit vor allem in den mittleren und oberen sozialen Gruppen besser wurde, nicht aber in den unteren. Das Problem lässt sich mit den Daten aus Koblenz exemplarisch verdeutlichen (siehe Abb. 6). Man sieht hier, dass die Sanierung von kranken Zähnen abhängig ist vom Sozialstatus der Eltern. Obwohl die Zahnbehandlung kostenlos ist, wird sie offenbar doch unterschiedlich in Anspruch genommen. Diese Unterschiede sind zudem sehr groß, so liegen z.B. die Unterschiede bei der Sanierung der bleibenden Zähne bei 49 zu 8,5 Prozent. Früher wurde oft gesagt, man könne den Sozialstatus

am Zahnstatus ablesen. Offenbar gilt dies heute immer noch.

Eine nächste Frage ist: Wer nimmt die Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in Anspruch? Auch hier zeigt sich wieder das gleiche und inzwischen schon sehr vertraute Bild: Sozial privilegierte Gruppen nehmen diese Angebote häufiger in Anspruch als die anderen Gruppen (siehe Abb. 7). Im Klartext heißt das, dass diese Präventionsmaßnahmen die Ungleichheit bei Gesundheit vergrößern. Die breit gestreuten Maßnahmen über die ganze Bevölkerung (bzw. die gesamte Versicherten-Population) hinweg verschärfen zu meist das Problem der gesundheitlichen Ungleichheit. Die oberen Statusgruppen, denen es gesundheitlich sowieso schon relativ gut

Inanspruchnahme gesundheitsfördernder Maßnahmen

(Angaben in %)

	Soziale Schicht ^a		
	untere	mittlere	obere
(Anteil in Stichprobe)	(23,6)	(53,2)	(23,2)
Maßn. in den letzten 12 Monaten			
- Männer	3,6	6,5	7,3
- Frauen	4,3	11,1	16,7
Rückenschule (jemals)	8,0	13,5	15,5

a: Index aus Bildung, beruflichem Status, Einkommen

Daten: Gesundheitssurvey NRW 2000 (913 Männer, 984 Frauen)

Quelle: Richter et al. 2002

Abb. 7: Inanspruchnahme gesundheitsfördernder Maßnahmen in Nordrhein-Westfalen

geht, profitieren von solchen Maßnahmen am meisten. Wir brauchen daher Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen, die zielgruppengenau auf die Personengruppen zugehen, die den größten Bedarf an Interventionsmaßnahmen aufweisen, d.h. auch und vor allem auf die sozial Benachteiligten.

Bisher ist dies jedoch kaum der Fall. In einer Untersuchung von KIRSCHNER et al. aus dem Jahr 1994 wurde z.B. danach gefragt, wer die (kostenlosen) Präventionsmaßnahmen der gesetzlichen Krankenkassen nach § 20 nutzte. Die Ergebnisse zeigen, dass die Inanspruchnahme in den oberen sozialen Gruppen am höchsten ist, vor allem bei den Frauen. Als diese Studie 1995 publiziert wurde, war dies eine relativ neue Erkenntnis, doch inzwischen hat sich diese Wahrnehmung grundsätzlich geändert.

land ein Problem der gesundheitlichen Ungleichheit besteht, und dass der Gesetzgeber diese Ungleichheit verringern will.

Jetzt geht es darum, dass wir (d.h. die gesundheitspolitischen Akteure, die Praktiker/innen und Wissenschaftler/innen) diesen Paragraphen mit Leben füllen. Die Aufgabe ist komplex und nicht einfach zu bewältigen. Das liegt auch daran, dass die Krankenkassen die Umsetzung dieser Bestimmung im § 20 eigentlich gar nicht wollen dürften. Die Krankenkassen konkurrieren bekanntlich miteinander um die „besten Kunden“, d.h. vor allem um die Versicherten, die – etwas überspitzt formuliert – reich und gesund sind. In den letzten Jahren sind die Anreize für die Krankenkassen in diese Richtung gesetzt worden. Prinzipiell müssen Krankenkassen zwar jeden, der bei ihnen ver-

§ 20 SGB V : Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung

**Gesundheits-Reform-Gesetz 1989
(bis Beitrags-Entlastungs-Gesetz 1996)**

	Soziale Schicht ^a		
	untere	mittlere	obere
Teilnahme jemals			
- Männer	8,9	12,4	13,4
- Frauen	14,6	22,0	29,6

a: altersstandardisierte Unterschiede
Befragung im Jahr 1994 (5.057 Personen, Deutsche, ab 14 Jahre)
Quelle: Kirschner et al. 1995

Abb. 8: Inanspruchnahme von gesundheitsfördernden bzw. krankheitsverhütenden Maßnahmen der Krankenkassen

(4) Gesundheitsförderung und Prävention

Der seit dem 1.1.2000 geltende neue § 20 SGB V spiegelt die oben skizzierte Entwicklung sehr deutlich wider. Dort steht jetzt explizit, dass gesundheitspolitische Maßnahmen dazu dienen sollen, soziale Ungleichheit bei der Gesundheit zu vermindern. Hiermit wird zum ersten Mal per Gesetz festgeschrieben, dass in Deutsch-

sichert werden will, auch akzeptieren. Doch es gab Gerüchte, dass einige Krankenkassen auf indirektem Wege versuchten, sich vor allem für die „reichen und gesunden“ Versicherten attraktiv zu machen. Als Möglichkeit bietet sich z.B. an, neue Filialen dort anzusiedeln, wo es keine gute Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr gibt, oder in der oberen Etage eines Hauses ohne Fahrstuhl. Solche Beispiele, wenn es sie denn überhaupt gegeben hat, waren je-

§ 20 SGB V (Prävention und Selbsthilfe)

gültig seit 1.1.2000

" Leistungen zur Primärprävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen. "

Abb. 9: Der neue § 20 SGB V

doch sicher die große Ausnahme.

Heute sind die Gesetzlichen Krankenkassen sehr dazu bereit, Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention auch und vor allem für die sozial Benachteiligten anzubieten, d.h. den neuen § 20 SGB V mit Leben zu füllen. Aber noch ist weitgehend unklar, welche konkreten Maßnahmen die Gesetzlichen Krankenkassen durchführen können und sollen, und wie sich diese Maßnahmen mit der Konkurrenz-Situation zwischen den Gesetzlichen Krankenkassen vertragen. Der Public Health-Experte Prof. Rosenbrock aus Berlin, der sich sehr für die eindeutige Formulierung im Gesetzestext des SGB einsetzte, betont, dass die Umsetzung des neuen § 20 bei der gegenwärtigen Konkurrenz zwischen den Gesetzlichen Krankenkassen kaum funktionieren kann. Es ist deshalb nötig, dass die Anreize so gesetzt werden, dass die Krankenkassen vor allem die Versicherten anwerben und behalten wollen, die „arm und krank“ sind.

Was wissen wir aus der Praxis der Umsetzung des § 20? Hier verweise ich auf eine Zusammenstellung von Thomas ALTGELD (siehe

kleinen Krankenkassen (wie z.B. die Seekrankenkasse) bisher nur wenig in diese Richtung unternommen haben.

In vielen Gremien und Diskussionsrunden – so z.B. auch im Forum Prävention und Gesundheitsförderung – gelang es, das Thema soziale Ungleichheit und Gesundheit als ein wichtiges Thema zu etablieren. Zumeist wird es dort jedoch nur als allgemeines Querschnittsthema behandelt, das bei den anderen spezifischeren Themen berücksichtigt werden muss. Konkrete Zielformulierungen und Handlungskonzepte sucht man zumeist vergebens. Somit sind wir bisher kaum über den ersten Schritt, über die Erkenntnis, dass etwas getan werden muss, hinausgekommen. Die Frage, wer was bis wann tun sollte, ist bisher jedoch kaum gestellt (und dementsprechend kaum beantwortet) worden.

Auch der Bundesrat hat sich sehr allgemein zur Prävention geäußert und dem Forum den Schwerpunkt „Armut und Gesundheit“ in die Agenda geschrieben. Diese Stellungnahme des Bundesrates ist zwar sehr wichtig, aber sie bleibt eben doch nur eine Absichtserklärung.

Umsetzung Ende 2002

- **§ 20 SGB V**
2,56 € pro Vers. (2001), aber im Durchschn. nur 0,91 €!
- von der AOK (1,44 €) bis zur Seekrankenkasse (0,08 €)
- **Forum Prävention und Gesundheitsförderung**
(aus: Arbeitsgruppe 5 des 'Runden Tisches')
Schwerpunkt 'soziale Benachteiligung' ?
- **Bundesrat (15. 5. 2002): Entschließung zur Prävention**
Schwerpunkt 'soziale Benachteiligung' ?
- **Gesundheitsminister der Länder (GMK)**
Schwerpunkt 'soziale Benachteiligung' !

Quelle: Altgeld 2002

Abb. 10: Stand der Umsetzung des § 20 SGB V

Abb. 10) und auf seinen sehr ausführlichen und informativen Beitrag in diesem Tagungsband. Im Jahr 2001 standen pro Versicherten 2,56 € zur Umsetzung des neuen § 20 SGB zur Verfügung; die Summe wurde jedoch nicht ausgeschöpft. Als diese Zahlen bekannt wurden, war der Protest zunächst groß. Es wurde jedoch schnell deutlich, dass die Gesetzlichen Krankenkassen das Geld kaum so schnell ausgeben konnten, da die neuen Maßnahmen erst einmal konzipiert und neue Kooperationspartner gefunden werden mussten. Trotzdem zeigen diese Zahlen, dass die Umsetzung des neuen § 20 verstärkt werden muss, dass vor allem die

Die Gesundheitsminister/innen der Länder haben das Thema soziale Ungleichheit und Gesundheit bereits wiederholt aufgegriffen. Auch und vor allem aufgrund der Initiative aus Hamburg ist in den Entschlüssen der Länder-Gesundheitsminister immer wieder auf den Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit und den sich daraus ergebenden Handlungsbedarf aufmerksam gemacht worden.

Ansatzpunkte für Präventionsmaßnahmen

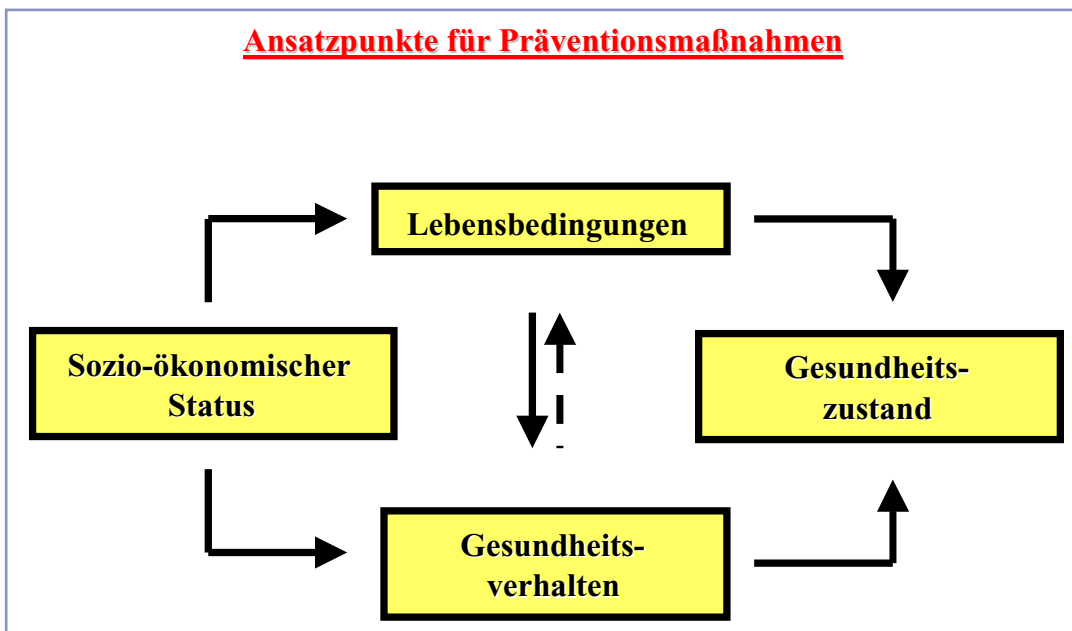


Abb. 11: Ansatzpunkte für Präventionsmaßnahmen

(5) Ansatzpunkte für Interventionsmaßnahmen

Wo liegen die konkreten Ansatzpunkte für Interventionsmaßnahmen? Wenn das unmittelbare Gesundheitsverhalten – siehe das Beispiel Rauchen – kein guter Ansatzpunkt ist, dann müssen wir uns den Lebensbedingungen zuwenden, die das Gesundheitsverhalten beeinflussen, müssen versuchen, die strukturellen Bedingungen des Gesundheitsverhaltens zu verbessern.

gemeinsam den Gesundheitszustand. Dabei ist der Einfluss der Lebensbedingungen auf das Gesundheitsverhalten erheblich größer als der umgekehrte Einfluss des Gesundheitsverhaltens auf die Lebensbedingungen (siehe Abb. 11). Mit anderen Worten: In den Gemeinden, im Kiez, in den Schulen, in den Betrieben etc. müssen wir die strukturellen Bedingungen für Gesundheit und Gesundheitsverhalten verändern.

Solche Veränderungen sind ebenso wichtig wie schwer zu erreichen. Betrachten wir das

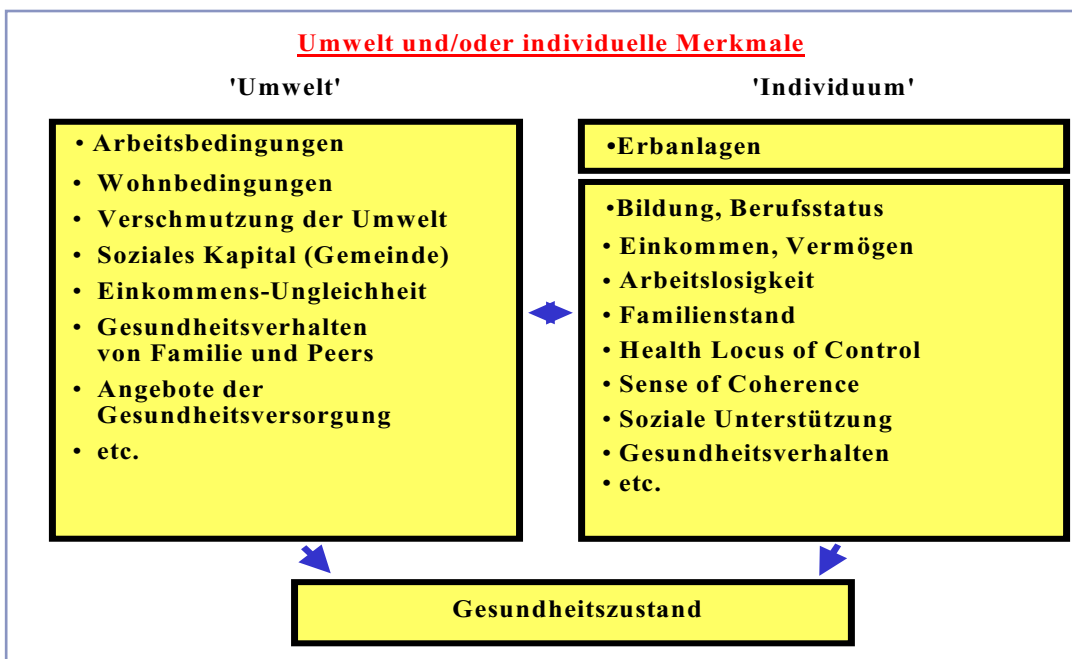


Abb. 12: Einflüsse auf den Gesundheitszustand: Merkmale des Individuums und der Umwelt

Unser Modell geht von folgenden Prämissen aus: Der sozio-ökonomische Status bestimmt sowohl das Gesundheitsverhalten als auch die Lebensbedingungen der Menschen. Lebensbedingungen und Gesundheitsverhalten korrespondieren miteinander und bestimmen

Verhältnis von individuellen Merkmalen und Umweltfaktoren in der Wirkung auf den Gesundheitszustand der Menschen etwas näher: In der Gesundheitsforschung ist für viele individuelle Merkmale belegt worden, dass sie mit dem Gesundheitszustand zusammenhängen

(vgl. rechte Spalte in Abb. 12).

In der letzten Zeit wird z.B. häufig auf die Rolle der Erbanlagen/Gene hingewiesen. Im Rahmen dieser Forschung wird manchmal die Meinung geäußert, sowohl der Sozialstatus als auch der Gesundheitszustand werde vererbt und daher könne an der gesundheitlichen Ungleichheit kaum etwas geändert werden. Dies ist unseres Erachtens eine in diesem Zusam-

wird die Frage diskutiert, ob und bis zu welchem Grade man glaubt, seinen Gesundheitszustand selbst beeinflussen zu können. „Sense of Coherence“ bezeichnet die Wahrnehmung eines allgemeinen Sinns im Leben. Dies alles sind Faktoren, die Gesundheit beeinflussen können und als individuelle Merkmale einer Person angesehen werden.

Die Plausibilität des Zusammenhanges dieser

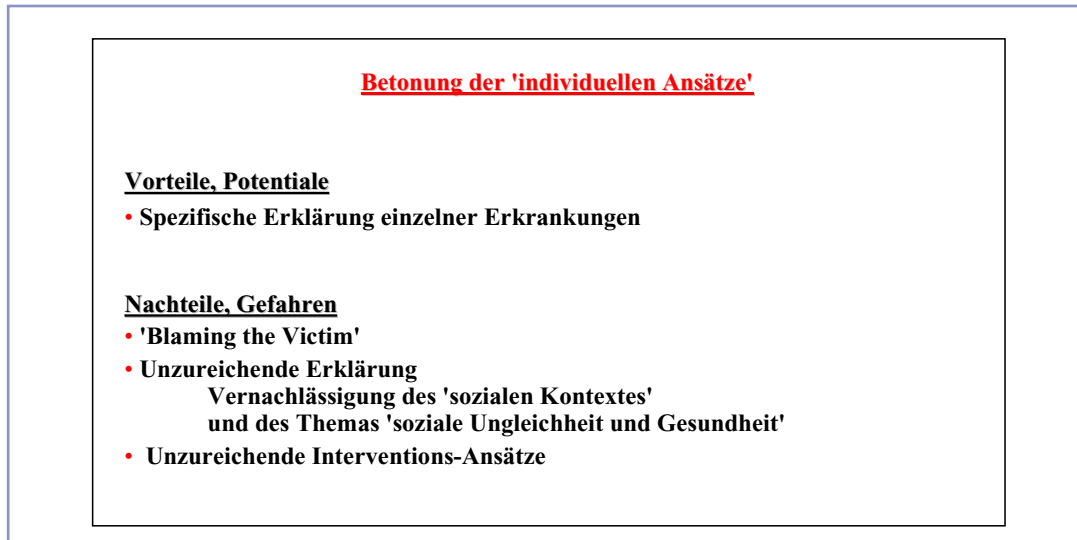


Abb. 13: Zusammenfassung der Vorteile und Gefahren individualisierter Betrachtungsweise

menhang irreführende Diskussion. Auch wenn ein Teil der gesundheitlichen Ungleichheit vererbt sein sollte, so ist es doch erheblich wichtiger, den nicht-vererbten, veränderbaren Anteil zu betrachten und hier mit Interventionsmaßnahmen eine Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit anzustreben.

Weitere Einflussfaktoren auf den Gesundheitszustand, die vor allem ein Merkmal individueller Personen sind, finden sich in der rechten Spalte der Übersicht (vgl. Abbildung 12). Unter dem Begriff „Health Locus of Control“

Faktoren mit dem Gesundheitszustand zieht die Gefahr nach sich, dass man die Person aus ihren Lebensbedingungen herausgelöst betrachtet und dadurch die Gründe für ihr Verhalten übersieht. In der linken Spalte der Übersicht („Umwelt“) sind einige strukturelle Bedingungen genannt, die einen wichtigen Einfluss auf den Gesundheitszustand ausüben können. Veränderungen von Strukturen sind relativ langfristig, teuer und schwierig, und sie bedürfen auf jeden Fall einer breiten Vernetzung. Hier sind enorme Anstrengungen in den Bereichen

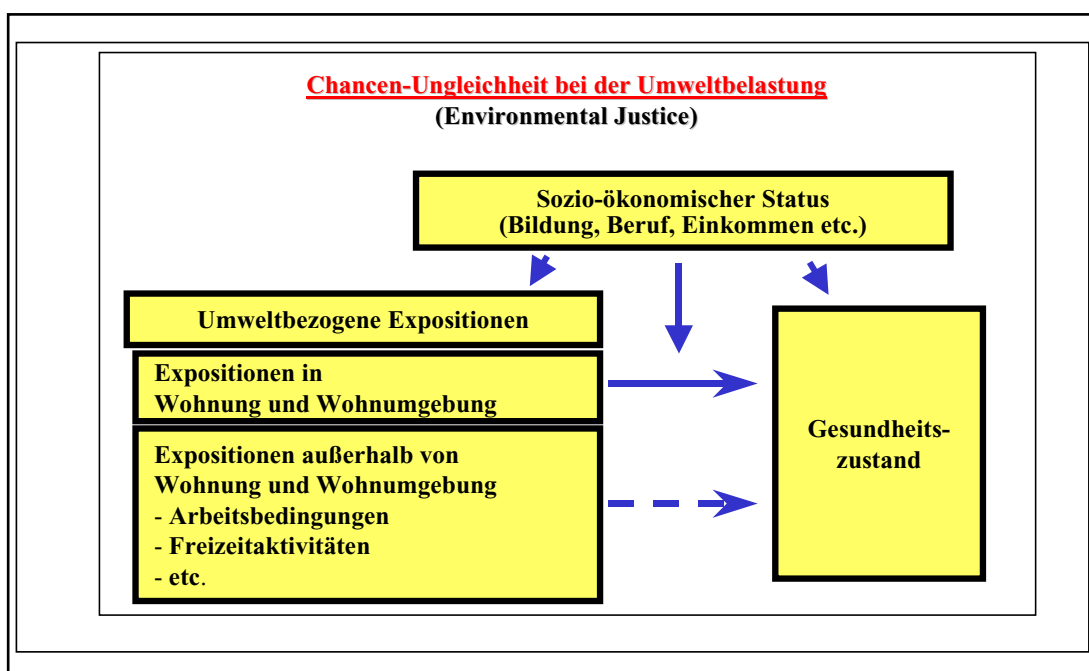


Abb. 14: Umweltbelastung und Gesundheit

Wohnen, Arbeiten, Umweltverschmutzung nötig. Mit dem Begriff „Soziales Kapital“ wird umschrieben, wie gut die Menschen in ihrer Gemeinde, in ihrem Kiez zusammenhalten. Die Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention sollten anstreben, diese strukturellen Bedingungen zu verbessern, nicht nur das Gesundheitsverhalten einzelner Menschen.

Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass die sozialen Unterschiede auch bei der gesundheitlichen Versorgung zum Tragen kommen können. Ein weiteres konkretes Beispiel für den Stellenwert der Umwelt liefert das Thema „Environmental Justice“ (dt. Umwelt-Gerechtigkeit).

In den USA wird der Zusammenhang zwischen Umweltbelastung und Gesundheit seit einigen Jahren heiß diskutiert. Ausgelöst wurde diese Diskussion durch die Feststellung, dass Umweltbelastungen wie Lärm oder Abgase zumeist in den Stadt- und Wohngebieten besonders hoch sind, in denen Schwarze und Personen mit niedrigem Einkommen wohnen. Es gab und gibt hierzu fast keine Diskussionen

Status? Dabei wollen wir Umweltbelastungen (wie z.B. Lärm und Abgase) und Erholungsflächen (wie z.B. Grünflächen und Parks) einbeziehen. Diese Untersuchungen sind unseres Erachtens sehr wichtig, sie zeigen, dass die Lebensbedingungen (und damit auch die Bedingungen für das Gesundheitsverhalten) nach Sozialstatus verschieden verteilt sind.

Erste Ergebnisse dieser Forschung sind in den Abbildungen 15 und 16 zu sehen. Wenn man Personen danach fragt, wie stark sie sich durch Lärm in der Wohnumgebung belastet fühlen, dann antworten 7,7 Prozent mit „stark oder sehr stark.“ Die Belastung durch Luftverschmutzung ist bei 6,8 Prozent der Befragten „stark oder sehr stark.“ Eine starke oder sehr starke Belastung sowohl durch Lärm als auch durch Luftverschmutzung ist bei 4,2 Prozent der Befragten vorhanden. Diese doppelte Belastung ist in der unteren Einkommensgruppe 2,83 mal häufiger vorhanden als in der oberen Einkommensgruppe; wenn man die Analyse auf die neuen Bundesländer beschränkt, sogar 4,65 mal häufiger.

Lärm und Luftverschmutzung : Stark / Sehr Stark

Sozio-ökonomisches Panel (SOEP) 1999
Odds Ratios : alte und neue Bundesländer (alle Befragte)

	Äquivalenz - Einkommen (DM pro Monat)			
	≤ 900	bis 1.800	bis 2.700	≥ 2.700
Lärm	2,17 (1,38-3,40)	1,88 (1,36-2,59)	1,58 (1,13-2,21)	1,00
Luftverschmutzung	2,05 (1,29-3,26)	1,62 (1,16-2,26)	1,51 (1,07-2,13)	1,00
Beides	2,83 (1,51-5,33)	2,49 (1,54-4,01)	2,16 (1,31-3,55)	1,00

Quelle: Sozio-ökonomisches Panel (neue Datenauswertung)

Lärm und Luftverschmutzung : Stark / Sehr Stark

Sozio-ökonomisches Panel (SOEP) 1999
Odds Ratios : neue Bundesländer (Deutsche)

	Äquivalenz - Einkommen (DM pro Monat)			
	≤ 900	bis 1.800	bis 2.700	≥ 2.700
Lärm	3,68 (1,31-10,30)	2,95 (1,18-7,37)	2,19 (0,86-5,61)	1,00
Luftverschmutzung	9,42 (2,13-41,71)	5,94 (1,44-24,44)	4,29 (1,02-18,02)	1,00
Beides	4,65 (0,99-21,99)	3,77 (0,91-15,63)	2,35 (0,55-10,13)	1,00

Quelle: Sozio-ökonomisches Panel (neue Datenauswertung)

Abb. 15 und 16:
 Zusammenhang von
 Umweltbelastung
 und Einkommens-
 gruppen

in Europa, auch nicht bei uns in Deutschland.

Vor einem Jahr haben wir uns diesem Thema etwas genauer gewidmet und hierzu eine kleine Gruppe von Wissenschaftler/innen aufgebaut. Am Anfang stand eine ganz einfache Fragestellung: Welcher Zusammenhang besteht zwischen der Umweltbelastung und dem sozialen

(6) Erfolgreiche Interventionsmaßnahmen

Im Rahmen eines großen EU-Projektes suchten wir nach Studien, in denen eine bestimmte Interventionsmaßnahme nachweislich zu einer Verbesserung des Gesundheitszustands von

Suche nach Interventions-Studien

Suche:

- Literatur - Überblick : aus NL, UK
- eigene Literatur - Suche (bis Herbst 2000)

Kriterien:

- Intervention zur Verbesserung des Gesundheitszustandes bei Kindern oder Familien mit niedrigem sozio – ökonomischen Status
- mit Evaluation !

Ergebnis:

- viele Studien aus den USA
- aus Westeuropa: 41 Studien

Quelle: Mielck et al. 2002

Abb. 17: Interventions-Studien bis 2002

sozial Benachteiligten führte (siehe Abb. 17). Wir haben nur Maßnahmen einbezogen, die evaluiert wurden und deren Effekt in Richtung auf eine Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit empirisch belegt werden konnte. Aus den westeuropäischen Staaten fanden wir insgesamt 41 Studien, wobei festzuhalten ist, dass keine dieser Studien aus Deutschland, Schweiz oder Österreich stammt. Offenbar ist im deutschsprachigen Raum keine derartige Publikation vorhanden.

Dies ist unseres Erachtens eine katastrophale Situation, denn selbstverständlich gibt es auch in Deutschland, in der Schweiz und in Österreich eine große Anzahl gelungener Projekte zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sozial Benachteiligter. Einige dieser Projekte werden in diesem Tagungsband gezeigt, und auch die von Raimund Geene vorgestellte Datenbank enthält eine Vielzahl von Beispielen für sehr engagierte und erfolgreiche Projekte. Aus den Erfolgen und Problemen der vorhandenen Projekte können wir noch mehr als bisher lernen und daraus allgemeinere Vorschläge für die Planung und Durchführung von neuen Projekten ableiten. Eine (selbst-)kritische Evaluati-

on von Projekten ist sicher nicht einfach, zumal dies zu Irritationen bei den Projekt-Förderern führen kann. Unsere Bitte an alle Akteure in diesem Tätigkeitsfeld ist deshalb, dass sie ihr Wissen zumindest über das, was in den Projekten positiv läuft, unbedingt zur Verfügung stellen.

Dieser Prozess der Wissensgewinnung aus der praktischen Erfahrung heraus muss jetzt auch bei uns in Gang gebracht werden. In anderen Staaten hat dieser Prozess bereits vor Jahren begonnen. Mit diesem Erfahrungsschatz kann man dort zu einem gesundheitspolitischen Akteur gehen und sagen: Sehen Sie, dort hat es funktioniert und bei Ihnen wird es sehr wahrscheinlich auch funktionieren. Solche Erfahrungswerte sind ein starkes Argument für die Genehmigung von neuen Projekten. Es ist daher unerlässlich, in allen Projekten die Effekte so weit wie möglich zu belegen, und die konkreten Bedingungen zur Erreichung dieser Effekte so genau wie möglich zu beschreiben.

In Abb. 18 sind aus unserer Studie einige Beispiele für erfolgreiche Maßnahmen dargestellt. „Erfolgreich“ heißt hier: Die Maßnahme hat zur Verbesserung des Gesundheitszustan-

Erfolgreiche Interventions-Maßnahmen (Auswahl)

Karies

- regelmäßige Hausbesuche (Information zur Zahnpflege etc.)
- Brief an die Eltern (Information zur Zahnpflege etc.)
- Fluor ins Trinkwasser

Rauchen

- Kurse an Schulen und in der Gemeinde

Ernährung

- kostenlose Schulmahlzeiten
- Beratung im Rahmen von Hausbesuchen

Quelle: Mielck et al. 2002

Abb. 18: Erfolgreiche Interventionsmaßnahmen nach Mielck 2002

des in den unteren Statusgruppen beigetragen, und diese Wirkung wurde empirisch belegt. Es handelt sich dabei um eine Mischung aus kleineren und größeren Projekten.

Auf der Suche nach Gemeinsamkeiten bei erfolgreichen Maßnahmen stößt man schnell auf das folgende Merkmal: Die meisten Maßnahmen beinhalten das Element der aufsuchenden Arbeit. Die Personen der Zielgruppe werden aktiv angesprochen und dort aufgesucht, wo sie wohnen, zur Schule gehen, arbeiten etc. Aufsuchende Arbeit ist ohne Frage relativ teuer, dennoch scheint dieses Element häufig unverzichtbar zu sein. Vor allem Hausbesuche haben sich als sehr wichtig für eine erfolgreiche Maßnahme erwiesen.

Ein anderes Beispiel ist die Maßnahme „Fluor ins Trinkwasser.“ Diese Möglichkeit wird in Deutschland sehr kontrovers diskutiert. Das wichtigste Gegenargument ist dabei die Behauptung, dass dies eine Art der Zwangsmedikation sei. Für mich ist hier der Punkt wichtiger, dass eine strukturelle Maßnahme, die alle Personen in der Gemeinde gleichermaßen erreicht (wenn man so will: zwangsläufig), die gesundheitliche Ungleichheit erheblich reduzieren kann.

Wie oben bereits angedeutet, haben die Maßnahmen, die vor allem auf eine Änderung des individuellen Verhaltens abzielen, kaum zu

den Personen aus zwei Gemeinden, zum einen aus einem sozialen Brennpunkt und zum anderen aus einer relativ wohlhabenden Gemeinde. Ausgangspunkt war das Problem, dass die Zahl der Arztbesuche in der ärmeren Gemeinde erheblich niedriger war als in der reicheren Gemeinde, auch bezogen auf die Arztbesuche, die der Gesundheitsförderung und Prävention dienen. In der reicheren Gemeinde wurde keine Intervention durchgeführt. In der ärmeren Gemeinde dauerte die Intervention fünfzehn Monate lang. Sie bestand aus einigen sehr praktischen Maßnahmen:

1. Auf der Akte der Patienten/innen wurde ein Zettel angebracht, auf dem vermerkt wurde, wann der/die Patient/in das letzte Mal zu einem Arztbesuch gekommen war. So konnte man sofort sehen, wer bald wieder kommen sollte.
2. Diese Personen wurden daraufhin angeschrieben und eingeladen.
3. Bei Fernbleiben wurden sie zu Hause aufgesucht und wiederum zum Arzt gebeten.
4. Wenn die Patienten/innen wieder nicht kamen, wurden sie nochmals angeschrieben.
5. Wenn diese Patienten/innen zur Sprechstunde erschienen, wurden sie bevorzugt behandelt, d.h. sie mussten nicht so lange warten wie die anderen Patienten. Dies ist der besondere Charme dieser Maßnahme: Hier wurden die Menschen, die häufig eine Benachteiligung

Inanspruchnahme von Präventionsmaßnahmen:

- **Ziel: höhere Inanspruchnahme im 'sozialen**
- **Vergleich 'reichere' und 'ärmere' Gemeinde (587 pairs, matched nach Alter und**
- **'Ärmerer' Gemeinde: Intervention (15**
 - **auf Patienten-Akte: Checkliste für Inanspruchnahme**
 - **Hausbesuche: Hinweise auf fehlende**
 - **Briefe an den Haushalt (2mal):**
 - **kürzere Wartezeiten speziell für Interventionsgruppe**
- **'Reicherer' Gemeinde: keine**

Quelle: Marsh/Channing 1988

Abb. 19: Beispiel für den Erfolg von Präventionsmaßnahmen – Untersuchungsdesign

einer Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit geführt. Offenbar sind strukturelle Maßnahmen unabdingbar, in Kombination mit Maßnahmen zur Änderung des individuellen Verhaltens, oder auch für sich genommen.

Die folgende Studie ist ein gutes Beispiel für diese Art von Maßnahmen: Einbezogen wur-

erleben, bevorzugt behandelt.

Welche Ergebnisse brachte dieses Vorgehen? In der Studie wurde nach den fünfzehn Monaten untersucht, wie sich die Inanspruchnahme bei Impfungen, bei Blutdruck-Messungen und bei Urin-Analysen entwickelt und wie sich das Rauchen verändert hatte.

Inanspruchnahme von Präventionsmaßnahmen: UK

	Interventions-Gruppe	Kontroll-Gruppe
Vollständige Impfung (Kinder)	++	±
Blutdruck- Messung	++	±
Urin - Analyse	++	±
Rauchen	--	-

Gesundheitsverhalten:
++ starke Zunahme, + Zunahme, ± keine Veränderung
-- starke Abnahme, - Abnahme

Quelle: Marsh/Channing 1988

Abb. 20: Beispiel für den Erfolg von Präventionsmaßnahmen – Ergebnisse

Die Ergebnisse sind eindeutig: Das Gesundheitsverhalten hat sich in der Interventionsgruppe sehr stark verbessert, in der Kontrollgruppe jedoch kaum. Nur das Rauchen ist auch in der Kontrollgruppe zurückgegangen, jedoch auch hier weniger stark als in der Interventionsgruppe. Alle anderen Effekte haben sich nur bei der Interventionsgruppe gezeigt. Dieses Ergebnis zeigt hinreichend genau die positive Wirkung der Interventionsmaßnahmen.

Welches sind die allgemeinen Charakteristika für diese erfolgreichen Projekte?

In Abb. 21 ist hierzu eine kurze Aufstellung wiedergegeben. Für Praktiker/innen wird diese Liste vielleicht wenig Neues enthalten, dennoch ist es unseres Erachtens sehr wichtig, den Stellenwert dieser Merkmale immer wieder zu betonen. Besonderes Gewicht erhalten die Merkmale hier dadurch, dass sie Bestandteil von Projekten waren, die nachweisbar erfolgreich arbeiteten.

In der Diskussion wird häufig zwischen „up-stream“-Interventionen einerseits und „down-stream“-Interventionen andererseits unterschieden. „Up-Stream“-Interventionen bezeichnen Interventionen, die am Ursprung des Problems ansetzen (up-stream: zur Quelle des Flusses). Diese Maßnahmen sind zumeist strukturell orientiert und packen das Problem der gesundheitlichen Ungleichheit quasi an der Wurzel an. Eine solche Maßnahme ist zum Beispiel die Erhöhung der Kinderärzte-Zahl in einem sozialen Brennpunkt. Als „down-stream“ bezeichnet man die Interventionen, die direkt bei der gesundheitlichen Versorgung des einzelnen Menschen ansetzen (down-stream: zur Mündung des Flusses). Empfohlen wird zumeist die Mischung beider Ansatzpunkte, d.h. die Kombination von Maßnahmen auf verschiedenen Stufen zwischen der strukturellen „Quelle“ des Problems und der gesundheitlichen Versorgung einzelner Menschen.

Merkmale erfolgreicher Interventions-Maßnahmen

- energisch und intensiv
- sorgfältige Bedarfsanalyse vor Beginn der Intervention
- Verknüpfung verschiedener Ansätze und Disziplinen
- sorgfältige Auswahl/Ausbildung der Vermittler (Vertrauensperson)
- persönliche Einladung (z.B. telefonisch durch Ärzte)
- persönlicher, enger Kontakt (unter 4 Augen, in kleinen Gruppen)
- Vermittlung von Wissen, Fertigkeiten und materiellen Ressourcen
- Mischung von 'down-stream'- und 'up-stream'-Interventionen

- Anpassung an die regionalen Umstände

Quelle: Mielck et al. 2002

Abb. 21: Charakteristika erfolgreicher Präventions-/Gesundheitsfördermaßnahmen

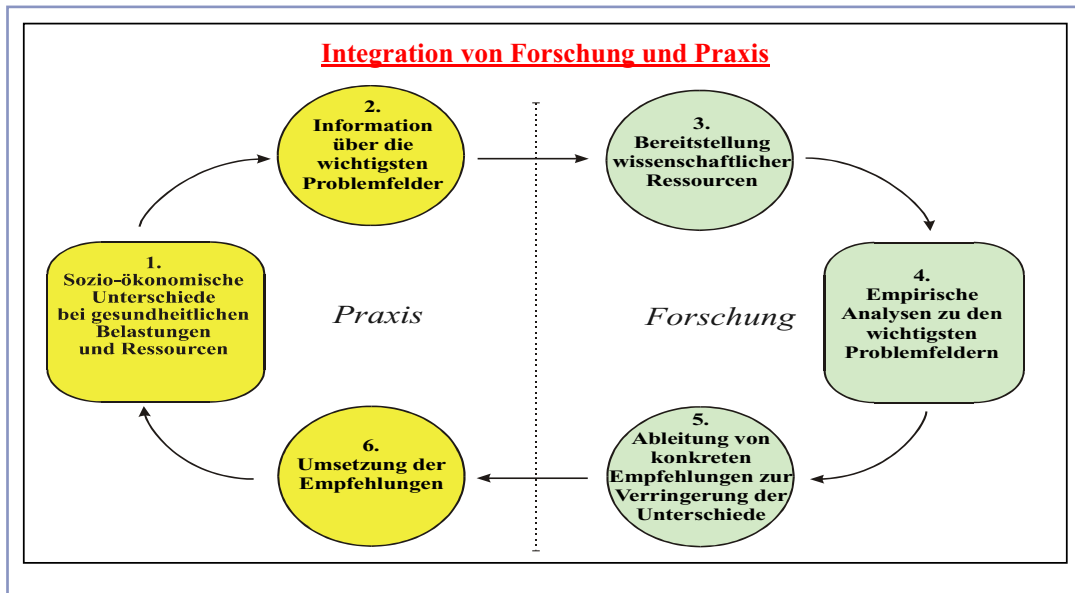


Abb. 22: Praxis-Forschungskreislauf

7. Integration von Praxis und Forschung

Dringend geboten ist eine bessere Verzahnung von Praxis und Forschung (siehe Abb. 22). Ausgangspunkt des dargestellten Optimierungs-Kreislaufs sind die sozialen Unterschiede bei gesundheitlichen Belastungen und Ressourcen. Aus der Praxis heraus sollten diese Unterschiede genau beobachtet werden und anschließend die Fachwelt über die wichtigsten Unterschiede, die größten Problemfelder informiert werden. Diese Art von Information ist bisher leider oft unzureichend, und entsprechend mangelt es der Forschung in diesem Gebiet häufig an Praxisnähe. Wenn die Forschung überhaupt agiert, dann agiert sie oft an den praktischen Anforderungen einer umsetzungsorientierten Politik vorbei. Ohne den Stellenwert einer mehr grundlagenorientierten Forschung schmälern zu wollen: Auch und gerade beim Thema soziale Ungleichheit und Gesundheit wäre es sinnvoll, wenn aus der Praxis heraus mehr konkrete Fragen an die Forschung herangetragen werden.

Für diese aus der Praxis kommenden Fragestellungen müssen dann die erforderlichen Forschungs-Ressourcen bereitgestellt werden. Nach Abschluss der Forschungsprojekte müssen dann die Ergebnisse so aufbereitet und präsentiert werden, dass sich daraus praktische Interventionen ableiten lassen. Dies ist für die Forscher/innen nicht immer selbstverständlich. Sie werden angehalten, in Fachzeitschriften für ein wissenschaftliches Publikum zu publizieren, und der Ertrag von Forschung wird zumeist daran gemessen, wie viele Beiträge in hochrangigen Zeitschriften veröffentlicht wurden, und nicht daran, ob praktische Interventionsmaßnahmen initiiert worden sind.

Auch wenn die Anreize für die Wissenschaft-

ler/innen häufig anders gesetzt sind, so sollte aber doch immer darauf geachtet werden, dass die Forschungsprojekte in praxisnahe Empfehlungen münden. In der Praxis sollte dann versucht werden, diese Empfehlungen so gut wie möglich umzusetzen und anschließend die neuen (und/oder die weiterhin bestehenden) Probleme für einen neuen Start des Optimierungs-Kreislaufs zu erfassen.

Dieser Optimierungs-Kreislauf ist eine ganze simple und bestimmt nicht neue Idee. In der Realität sieht die Kooperation zwischen Praxis und Forschung häufig jedoch ganz anders aus, mehr wie auf dem Bild „Team Work“ (Abb.23)

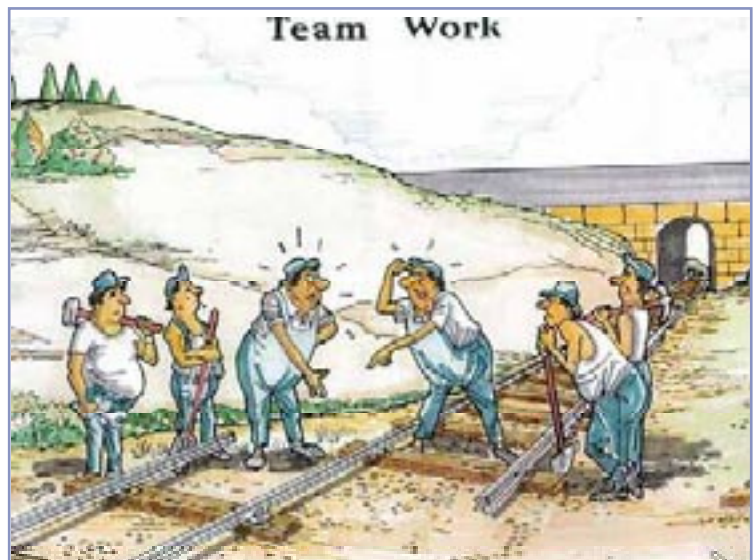


Abb. 23: „Team-work“

Oft ist die Meinung zu hören: Wir haben genug Daten, jetzt brauchen wir Taten. Und obwohl es sicher so ist, dass wir auch mehr Daten brauchen, z.B. um die Ursachen der gesundheitlichen Ungleichheit und die Wirkung der Interventionsmaßnahmen noch besser verstehen zu können, brauchen wir jetzt vor allem Taten. Wir brauchen eine praktische Umsetzung der

Vorschläge zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit.

Zusammenfassung

1) „Arme“ sind kränker und sterben früher als „Reiche“!

Dieser Grundbefund ist hinreichend belegt. Daten aus allen Ländern (z.B. auch aus der früheren DDR) zeigen immer wieder den gleichen Zusammenhang: Die sozial benachteiligten Personen (niedrige Schulbildung, geringes Einkommen etc.) sind kränker und sterben früher als die anderen Personen.

2) Die Unterschiede können verringert werden

Allgemein wird gesundheitliche Ungleichheit als ein Problem empfunden, das sich angeblich kaum verringern lässt. Es ist daher wichtig, dieses Ziel klar zu formulieren: Angestrebt wird nicht, die Ungleichheit ganz abzubauen, sondern sie so klein wie möglich werden zu lassen. Hier wird auch wieder deutlich, wie wichtig das Vorbild von praktischen Beispielen ist, mit denen die Verringerbarkeit der gesundheitlichen Ungleichheit demonstriert werden kann.

3) Gesundheitsförderung und Prävention: bisher zumeist für „Reiche“

Es besteht heute kaum mehr ein Zweifel daran, dass die bisherigen Maßnahmen vor allem die privilegiierteren Personen erreicht haben und so – ungewollt – das Problem der gesundheitlichen Ungleichheit vergrößert haben.

4) Lösungsansätze

Verringerung von Armut und von sozialer Ungleichheit heißt für sozial benachteiligte Personen die Schaffung gesünderer Lebensbedingungen und Verhaltensweisen und die Bereitstellung einer besonders intensiven gesundheitlichen Versorgung.

Gerade im problembeladenen Kiez sind dies langwierige und dennoch unverzichtbare Aufträge für Gesundheits- und Sozialpolitik, für alle Akteure in den Stadtteilen und Gemeinden, in den Verwaltungen und Krankenkassen. Die Versorgungsangebote müssen neu strukturiert, individuell angepasst und auf die Personen konzentriert werden, bei denen der Bedarf am größten ist, d.h. auch und vor allem auf die Personen mit niedriger Schulbildung, geringem Einkommen und/oder niedrigem beruflichen Status.

Europa hat dieses Ziel vor vielen Jahren bereits im Rahmen seiner WHO-Strategie festgeschrieben. 38 Ziele wurden damals von der WHO für die europäische Gesundheitspolitik formuliert, die Verringerung der gesundheit-

lichen Ungleichheit galt schon 1984 als Ziel Nummer 1. Dieses Ziel wurde von allen Regierungen, auch von der deutschen, unterzeichnet. Ein schönes, klares Ziel, das heute mit dem Schlagwort „Mehr Chancengleichheit bei Gesundheit“ ausgedrückt wird. Darum geht es.

Das WHO-Ziel Gesundheitliche Chancengleichheit

Jeder soll eine faire Chance erhalten, sein Gesundheitspotenzial voll auszuschöpfen, d.h. alle vermeidbaren Hemmnisse zur Erreichung dieses Potenzials sollen beseitigt werden.

Abb. 24:
Weltgesundheitsorganisation (WHO),
Regionalbüro für
Europa