

Armut macht krank – Krankheit macht arm?!

Eine gemeinsame Fachtagung des Regionalen Knotens
und des Landes-Caritasverbandes Bayern

Regionaler Knoten Bayern –
Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit



LANDESZENTRALE FÜR GESUNDHEIT IN BAYERN E.V.



Impressum

Herausgeber:

Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V. (LZG), 2012
Regionaler Knoten Bayern – Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit
Pfarrstraße 3, 80538 München
Tel. 089-6808045-00, Fax 089 – 6808045-13
Kordinatorin: Iris Grimm
www.lzg-bayern.de, Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit
www.knoten-bayern.de

Redaktion: Dr. med. Martina Enke
Gestaltung und Druckdaten: Manfred Dilling, Eurasburg
Titelbilder: Caritas-Jahreskampagne 2012
Druck: Saxoprint, Dresden

ISBN 978-3-933725-39-4

Hinweis: Die Personenbezeichnungen in dieser Schrift beziehen sich, wenn nicht ausdrücklich differenziert, auf Frauen wie auf Männer. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde jedoch darauf verzichtet, in beiden Fällen beide Geschlechter zu benennen.

Armut macht krank – Krankheit macht arm?!

Dokumentation einer gemeinsamen Fachtagung des
Regionalen Knotens Bayern – Koordinierungsstelle Gesundheitliche
Chancengleichheit und des Landes-Caritasverbandes Bayern e.V.
München, 3. Dezember 2012

Inhalt

Armut macht krank – Krankheit macht arm?!	4
Prof. Dr. Johannes Gostomyk, Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V.	
Zur Fachtagung „Armut macht krank – Krankheit macht arm?!“	7
Prälat Bernhard Piendl, Bayerischer Landes-Caritasverband e.V.	
Soziale Ungleichheit und Gesundheit.	8
Ergebnisse aus der bayerischen Gesundheitsberichterstattung	
Dr. Joseph Kuhn, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit	
Armut und Gesundheit in München	16
Dr. Andreas Mielck, Institut für Gesundheitsökonomie und Management im Gesundheitswesen, Helmholtz Zentrum München	
Armut macht krank. Zur Caritas-Jahreskampagne 2012	22
Prälat Bernhard Piendl, Bayerischer Landes-Caritasverband e.V.	
Beitrag des Regionalen Knotens Bayern zur gesundheitlichen Chancengleichheit	28
Iris Grimm Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V., Regionaler Knoten Bayern – Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit	

Armut macht krank – Krankheit macht arm?!

Johannes G. Gostomzyk

Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V.

Wachsende soziale Ungleichheit mit der Folge gesundheitlicher Ungleichheit ist ein Merkmal unserer Gesellschaft. Deshalb wurde 2003 auf nationaler Ebene der Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ gegründet. Die Wohlfahrtsverbände und die Landeszentrale für Gesundheit sind Mitglieder. Der Deutsche Caritasverband hat 2012 die Kampagne „Armut macht krank“ als dreijährige Initiative für Solidarität und gesellschaftlichen Zusammenhalt ins Leben gerufen. Die gemeinsame Tagung des Landescaritasverbandes Bayern und der Landeszentrale für Gesundheit in Bayern (LZG) / Regionaler Knoten Bayern hat als Ziel, gesundheitsbezogene Problemlagen aus sozialer Ungleichheit in der öffentlichen Wahrnehmung zu stärken.

Im internationalen Vergleich ist die Bundesrepublik ein Land mit hohem Bruttonettoprodukt, kontinuierlichem ökonomischem Wachstum und einem beachtlichen Durchschnittseinkommen der Bürger, jedoch mit erheblicher Ungleichheit in der Teilhabe. Armut in hochentwickelten Ländern ist relative Armut. Gemäß EU-Definition gelten Personen als armutsgefährdet, die mit weniger als 60 % des mittleren Einkommens der bundesweiten Bevölkerung auskommen müssen. Die Armutsgefährdungsquote in Bayern lag nach Mitteilung des Statistischen Landesamtes 2011 bei 11,3 % der Bevölkerung. Die Quote lag deutlich höher für die Gruppe der über 65-Jährigen (16,4 %), der Erwerbslosen (44,2 %) sowie der Alleinerziehenden und deren Kindern (33,2 %).

Armut und Präventionspotential

Gemeinhin gilt ein niedriges Einkommen als das Kriterium für Armut. Amartya Sen (Nobelpreisträger für Wirtschaftswissenschaften 1998) erweitert die Perspektive. Armut und Benachteiligung sind auf das Leben hin zu verstehen. Armut ist dabei fundamentaler Mangel an Verwirklichungschancen. Nicht die Mittel stehen im Zentrum, sondern die Ziele, die Menschen begründet verfolgen und damit auch die Freiheiten, die es ihnen ermöglichen, ihre Ziele zu erreichen.

Einkommen ist ein wichtiges Mittel für Verwirklichungschancen und höheres Einkommen erweitert ökonomische Vorteile und soziale Chancen auf bessere Ausbildung und Gesundheitsfürsorge. Verwirklichungschancen werden nicht nur durch niedriges

Einkommen vermindert, sondern auch durch soziale Ausgrenzung, Arbeitslosigkeit mit ihren negativen Folgen, insbesondere für die psychische Gesundheit, ethnische Spannungen, ungleiche Behandlung der Geschlechter u.a. Daraus ergeben sich Aufgabenfelder für die Gesundheitsförderung. Wer Armut und ihre Folgen für die Gesundheit bekämpfen will, muss für Arme bzw. von Armut bedrohte Menschen die Gesellschaft öffnen.

Relative Armut kann in einem reichen Land einen absoluten Mangel an Verwirklichungschancen mit sich bringen. Man benötigt ein höheres Einkommen, um ausreichend Güter für das Erreichen derselben sozialen Funktionen zu kaufen, z.B. eine bessere Ausbildung und berufliche Perspektiven, weniger Gesundheitsrisiken sowie bessere Zugangswege zur Teilnahme am Gemeinschaftsleben statt Ausgrenzung (Amartya Sen, *Ökonomie für den Menschen. Wege zu Gerechtigkeit und Solidarität in der Marktwirtschaft*; dtv, 5. Aufl. 2011).

Nach Amartya Sen sind Freiheit, Demokratie und Selbstbestimmung die Schlüssel zum Abbau von Armut. Das entspricht der bereits 1848 von R. Virchow, Begründer der sozialen Medizin und später Sozialpolitiker im Reichstag, angesichts der katastrophalen sozialen Lage schlesischer Weber im Frühkapitalismus vorgelegten Armutsanalyse. Er beschreibt Armut, ihre Ursachen und Folgen und fordert zu deren Beseitigung „Bildung mit ihren Töchtern Freiheit und Wohlstand“. Der Staat habe die Pflicht, für die Gesundheit der Bevölkerung zu sorgen.

Solidarität und Gesundheit

Höhere Morbidität und vorzeitige Sterblichkeit von Menschen in niedrigerem Sozialstatus legen offen, dass die Betroffenen nicht allein in der Lage sind, das präventive Potential ihrer Gesundheitschancen aus eigener Kraft voll auszuschöpfen. In prekären Lebenslagen brauchen Menschen zivilgesellschaftlich und sozialstaatlich organisierte Solidarität, d.h. Hilfe zur Selbsthilfe, auch zum Erhalt ihrer Gesundheit. Dazu gehören Maßnahmen der Sozial- und Gesundheitspolitik, Bildungschancen und Gesundheitsförderung, die Eigenverantwortung fördern und individuellen Chancen zur Teilhabe am wirtschaftlichen und politischen Leben ermöglichen.

Solidarität ermöglicht die Bewältigung von Krankheit und Krankheitsfolgen. Die Gründung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) 1883 war ein Akt staatlich verordneter Solidarität im Krankheitsfall. Auch heute

bilden „Solidarität und Eigenverantwortung“ (§ 1 SGB V) die tragfähige Basis der Krankenversicherung. Sie gewährleistet im Bedarfsfall und unabhängig vom Beitrag zur sozialen Wertschöpfung Gleichheit beim niedrigschwelligen Zugang zum Gesundheitssystem für alle Versicherten. Mögliche Barrieren ergeben sich allerdings aus der Sprache, dem Informationsstand, der Kultur u.a.

Darüber hinaus sind in § 20 SGB V (Prävention und Selbsthilfe) Leistungen der Primärprävention der GKV dahingehend diversifiziert, dass sie „insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen“ sollen. Die Solidarität in der Finanzierung von medizinischen Leistungen ist ein hohes Gut in unserer Gesellschaft. Es ist in kaum einer anderen Gesellschaft so weit entwickelt und gesamtgesellschaftlich akzeptiert worden wie in Deutschland (Paul Unschuld, *Medizinhistoriker*, 2009).

Mit der Forderung nach mehr Wettbewerb ist seit den 1980er Jahren ein gesellschaftlicher Trend der Individualisierung und in der Gesundheitspolitik zur Entsolidarisierung erkennbar. Das betrifft auch die Solidargemeinschaft der für viele Bürger intransparent und bürokratisch verwalteten GKV, aber auch die Anspruchshaltung mancher Versicherter.

Beispiele dafür sind:

1. Der Wettbewerb der Gesetzlichen Krankenkassen untereinander, aber auch der zwischen den gesetzlichen und den privaten Krankenkassen zu Lasten „schlechter Risiken“, z.B. chronisch kranker Menschen oder Menschen mit Niedrigeinkommen.
2. Die Prämierung gesundheitsorientierten Verhaltens aus Versicherungsbeiträgen, d.h. z.B. Wellnessaufenthalte für Gesunde statt Aufwendungen für Kranke. Gleichzeitig sind Zuzahlungen und Zusatzversicherungen für indizierte Leistungen, z.B. Zahnersatz, zu erbringen.
3. Faktische Leistungsbegrenzungen durch unnötige Hürden (z.B. komplizierte Antragsverfahren) bei der Durchsetzung gesetzlich formulierter Ansprüche bei Hilfsmitteln sowie Reha- und Pflegeleistungen.

Entgegen dem Trend zur Individualisierung und Entsolidarisierung werden aber auch zunehmend Beispiele zivilgesellschaftlicher Aktivitäten bekannt, die von einer neuen „Generation Solidarität“ sprechen lassen (Süddeutsche Zeitung 01./02.12.2012, S. 28).

Sprache als Instrument

Die gezielte Prävention sozial bedingter Gesundheitsstörungen als neue Aufgabe der Sozial- und Bildungspolitik ist effektiver und humaner als die spätere medizinische Behandlung bereits eingetretener Störungen. Transparent und umfassend formulierte Armutsberichte können dabei richtungweisend für politisches Handeln sein.

Die öffentliche Diskussion (FAZ 29.11.2012) zur Entstehung des „4. Armuts- und Reichtumsberichts“ der Bundesregierung vom 20. September 2012 weist auf einen eher parteipolitisch orientierten Umgang mit prekären Daten hin. Die im ersten Entwurf enthaltene Aussage „die Privatvermögen in Deutschland sind sehr ungleich verteilt“, ist nach Lesung des Entwurfes im FDP-geführten Wirtschaftsministerium entfallen.

Im ersten Entwurf hieß es: „Während die Lohnentwicklung im oberen Bereich positiv steigend war, sind im unteren Bereich die Löhne in den vergangenen 10 Jahren preisbereinigt gesunken. Die Einkommensspreizung hat zugenommen ... Dies verletze das Gerechtigkeitsgefühl in der Bevölkerung und könne den gesellschaftlichen Zusammenhalt gefährden.“ Im zweiten Entwurf wurde diese Formulierung ersetzt durch die Aussage, dass sinkende Reallöhne Ausdruck struktureller Verbesserungen am Arbeitsmarkt seien. Zwischen 2007 und 2011 seien im unteren Lohnsektor viele neue Vollzeitjobs entstanden. Viele Erwerbslose hätten Arbeit gefunden.

Beide Aussagen haben ihre Begründung. Die Bilder, die sie zeichnen, sind allerdings sehr verschieden. Sie offenbaren unterschiedliche Zielsetzungen in der Sozialpolitik angesichts einer ab 2007 relativ konstanten Armutsrisikoquote zwischen 14 - 16 % bundesweit. Die in Gang gekommene gesellschaftliche Debatte über soziale Ungleichheit und ihre Folgen, auch für die Gesundheit, schafft mehr Vertrauen bei den Betroffenen bei einem transparenten und fairen Sprachgebrauch von allen Beteiligten.

Prof. Dr. med. Johannes G. Gostomzyk
Vorsitzender der Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V. (LZG)
Pfarrstraße 3, 80538 München

Zur Fachtagung „Armut macht krank – Krankheit macht arm?!“

Bernhard Piendl

Landes-Caritasverband Bayern e.V.

Sehr geehrte Damen und Herren,

Armut macht krank: Wo es an Einkommen, Perspektiven und Bildung fehlt, ist Krankheit ein häufiger Begleiter. Nicht allein das individuelle Verhalten des Einzelnen entscheidet über die Gesundheit. Das Wohnumfeld und der Arbeitsplatz, die sozialen Beziehungen, der Bildungsstand und das Einkommen beeinflussen die Gesundheit maßgeblich. Das heißt: das Krankheitsrisiko steigt und die Lebenserwartung sinkt, wenn Menschen einen niedrigen Bildungsstand haben, lange arbeitslos sind, in prekären Beschäftigungsverhältnissen leben. Mit seiner Jahreskampagne 2012 fordert der Deutsche Caritasverband ein Gesundheitssystem, zu dem alle Menschen auf Dauer und verlässlich Zugang haben. Jeder verdient Gesundheit. Heute und auch in Zukunft.

Der Landes-Caritasverband Bayern dankt der Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V. und ihrem 1. Vorsitzenden, Herrn Prof. Dr. Johannes Georg Gostomzyk, für die Möglichkeit, diese gemeinsame Fachtagung heute durchzuführen.

Ein herzliches Grüß Gott den Referentinnen und Referenten und allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern.

Prälat Bernhard Piendl
Landes-Caritasdirektor Bayern
Deutscher Caritasverband
Landesverband Bayern e.V.
Direktion
Lessigstraße 1, 80336 München
www.caritas-bayern.de

Im Vergleich profitiert Bayern gesundheitlich von einer im Durchschnitt guten sozialen Lage der Bevölkerung. Aber auch hier sind gesundheitliche Risikofaktoren sozial ungleich verteilt.

Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Ergebnisse aus der bayerischen Gesundheitsberichterstattung

Joseph Kuhn

Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit

Gesundheitsberichterstattung ist in Bayern seit 2003 in Art. 10 des Gesundheitsdienst- und Verbraucherschutzgesetzes (GDVG) für alle Verwaltungsebenen als Pflichtaufgabe vorgeschrieben. Auf Landesebene ist das Bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) fachlich zuständige Behörde. Ziel der Gesundheitsberichterstattung ist die Darstellung der gesundheitlichen Situation der Bevölkerung, u.a. um die informationelle Basis der Gesundheitspolitik zu verbessern. Unterschiede in der Gesundheit zwischen Regionen, nach Alter und Geschlecht oder nach sozialer Lage gehören dabei zu den wichtigen Themenfeldern.

Der Zusammenhang zwischen sozialen Lebensumständen und der Gesundheit spielt dabei in der Gesundheitsberichterstattung von Beginn an eine besondere Rolle, anders als z.B. Gesundheitsunterschiede nach Geschlecht, die in der Gesundheitsberichterstattung ebenso wie in den Gesundheitswissenschaften erst sehr spät entdeckt wurden.



Abb. 1: Theodor Hosemann, Armut im Vormärz, 1840. Wikimedia commons

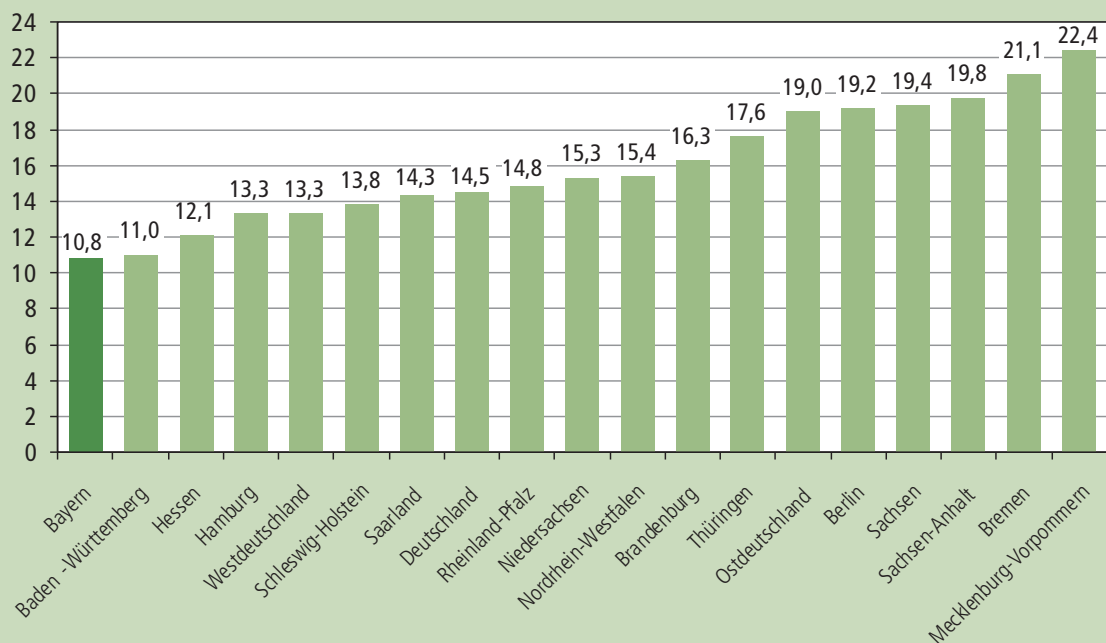
Die Gesundheitsberichterstattung hat sich historisch aus den so genannten „Medizinischen Topographien“ entwickelt. Damit wurden im 18. und 19. Jahrhundert medizinische Ortsbeschreibungen bezeichnet, die eine Bestandsaufnahme der regionalen Lebensverhältnisse vornehmen wollten (vgl. Kuhn 2007). In Bayern ist unter dem Begriff „Physikatsberichte“ 1858/61 eine Variante solcher medizinischen Ortsbeschreibungen in allen Kreisen entstanden. Die Physikatsberichte sind dank lokalhistorischer Bemühungen inzwischen weitgehend editiert und liefern ein sozialmedizinisch höchst aufschlussreiches Bild der damaligen sozialen Verhältnisse. Dabei wurden die ärmlichen Lebensumstände und die schlechte Gesundheit der Bevölkerung ganz selbstverständlich in einem wechselwirkenden Zusammenhang gesehen, wie zum Beispiel die folgende Passage aus dem Physikatsbericht für das Landgericht Friedberg 1858/59 zeigt (zitiert nach Historischer Verein 1998: 285):

„Eine Bevölkerung, die in enge, feuchte Wohnungen zusammengedrängt ist, deren Beschäftigung den Körper frühzeitig anstrengt und erschöpft, ohne dem Geist über den Kreis der mechanischen Thätigkeit hinauszuhelfen, deren Lebensweise keineswegs eine gute genannt werden kann, deren Kindheit im Schmutze, deren Jugend in der dunstigen Arbeitsstube verlebt wird und sich durch

Anstrengung und Unsittlichkeit entkräftet, die überdieß häufig unter dem Einflusse der Kälte leidet und eines guten Trinkwassers entbehrt, auf die mithin so viele nachtheilige Einwirkungen ihren Gesamteindruck äußern, kann unmöglich einen gesunden, kräftigen Nachwuchs erzeugen.“

Solche Verhältnisse gibt es in den Industrieländern heute nicht mehr. Die allgemeine Verbesserung der Lebensbedingungen – Wohnverhältnisse, Stadthygiene, Ernährung, Arbeit usw. – hat im späten 19. und frühen 20. Jahrhundert eine enorme Steigerung der Lebenserwartung nach sich gezogen. Die Lebenserwartung hat sich in Deutschland seitdem praktisch verdoppelt. Der früher angesichts der unübersehbaren sozialen Notlagen ebenso evidente Zusammenhang von „Sozialem“ und „Gesundheit“ trat im Zuge dieser Entwicklung in den Hintergrund und verschwand vor allem in der Nachkriegszeit weitgehend aus dem kollektiven Bewusstsein. Mit dem steigenden Wohlstand schien sich die These von der „nivellierten Mittelstandsgesellschaft“ (Helmut Schelsky) zu bewahrheiten. Krankheit galt zunehmend nur noch als versicherbares individuelles Risiko, nicht mehr als ein durch die soziale Lage bedingtes gesellschaftliches Problem. Das hat sich mit dem Aufkommen neuer Armutslagen in den 1980er Jahren und dem Wie-

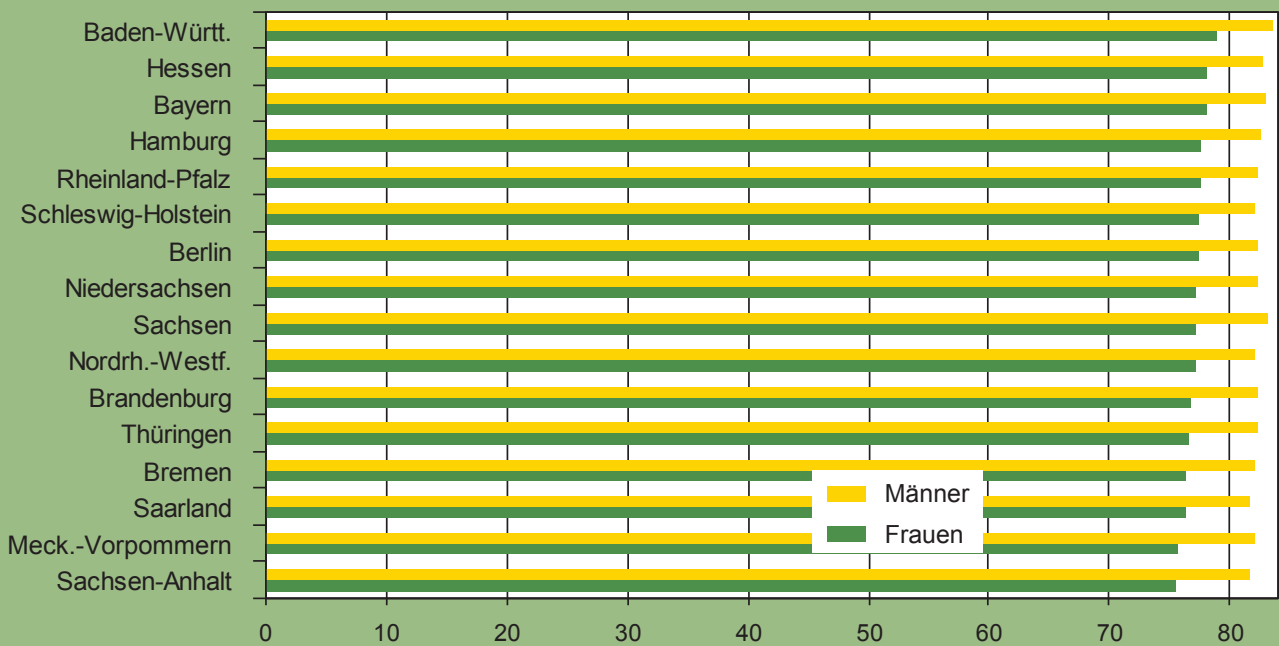
Armutsgefährdungsquote 2012



Datenquelle: 3. Bericht der Staatsregierung zur sozialen Lage in Bayern

Abb. 2

Lebenserwartung, Sterbetafel 2008/2010



Datenquelle: Statistisches Bundesamt

Abb. 3: Lebenserwartung in Deutschland, Sterbetafel 2008/2010

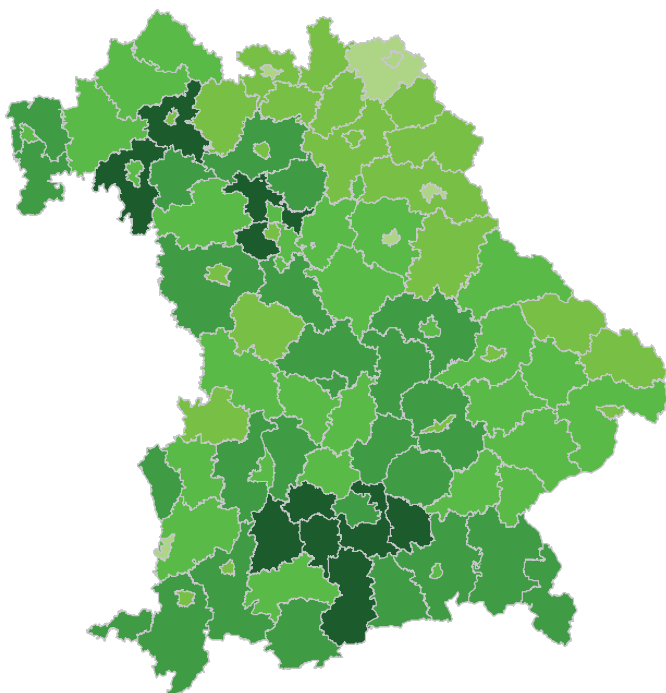
deranknüpfen der Sozialmedizin an die internationale Public Health-Diskussion in den 1990er Jahren grundlegend geändert. Der Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheit ist heute eines der großen Forschungsfelder in der Wissenschaft und auch die Politik hat das Thema in den letzten Jahren verstärkt aufgegriffen.

Begünstigt durch die inzwischen auch in Deutschland bessere sozialepidemiologische Datenlage wurde mit dem Aufbau der bayerischen Gesundheitsberichterstattung seit 2003 darauf geachtet, dort auch sozial bedingte Unterschiede der Gesundheit abzubilden.

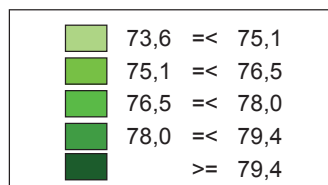
Betrachtet man den Zusammenhang von sozialer Lage und Gesundheit auf der Ebene des Vergleichs zwischen Bayern und Deutschland, so ist unübersehbar, dass Bayern gesundheitlich von einer im Durchschnitt guten sozialen Lage der Bevölkerung profitiert. Dem Dritten Bericht der Staatsregierung zur sozialen Lage in Bayern aus dem Jahr 2012 ist beispielsweise zu entnehmen, dass die Armutsgefährdungsquote in Bayern niedriger ist als in allen anderen Bundesländern (StMAS 2012; vgl. Abb. 2).

Auch bei anderen Indikatoren, etwa dem Bruttoinlandsprodukt oder der Arbeitslosenquote, zeigt sich eine gegenüber dem bundesdeutschen Durchschnitt vorteilhafte sozioökonomische Situation in Bayern. Dies ist ein Grund für die gesundheitlichen Unterschiede zwischen den Ländern. Die Lebenserwartung in Bayern liegt derzeit ca. 1,5 Jahre über dem Bundesdurchschnitt (Abb. 3).

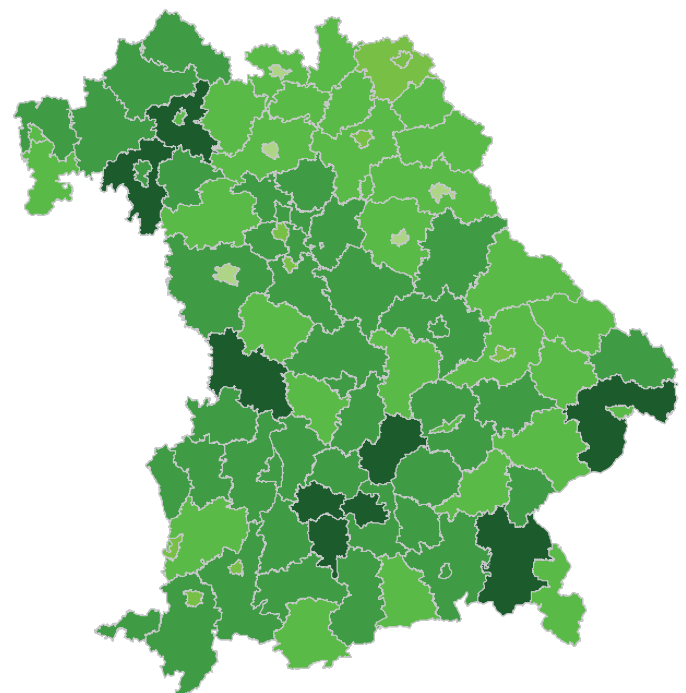
Lebenserwartung der Männer, 2008



Datenquelle: BBR, INKAR 2010



Lebenserwartung der Frauen, 2008



Datenquelle: BBR, INKAR 2010

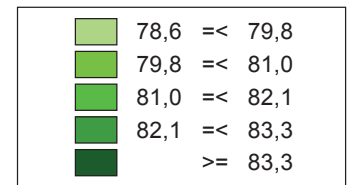


Abb. 4: Lebenserwartung von Männern und Frauen in Bayern, 2008

Sozioökonomische Einflussfaktoren bewirken in gleicher Weise auch innerhalb Bayerns Differenzierungen der gesundheitlichen Situation. Hier lässt sich beispielsweise beobachten, dass die Lebenserwartung in den nordostbayerischen Regionen mit weniger guten sozioökonomischen Rahmenbedingungen niedriger liegt als in Südbayern (Abb. 4). Dieses Nord-Südgefälle der Lebenserwartung ist bereits seit den 1980er Jahren bekannt, es hängt mit der wirtschaftlich weniger günstigen Entwicklung Nordostbayerns in der Nachkriegszeit zusammen.

Die Vermittlungsmechanismen zwischen sozialer Lage und Gesundheit sind komplex und auf unterschiedlichen Ebenen angesiedelt (siehe dazu z.B. Mielck 2005). Manche Bestimmungsmomente der sozialen Lage, zum Beispiel Arbeits- oder Wohnverhältnisse, wirken mehr oder weniger direkt auf die Gesundheit ein – so erhöht

etwa Wohnen an vielbefahrenen Straßen das Risiko für Herz-Kreislauf-erkrankungen und Atemwegserkrankungen. Auch Einkommensverhältnisse können direkte Gesundheitswirkungen haben, etwa wenn der Zugang zur Gesundheitsversorgung zuzahlungsabhängig ist. Beispielsweise gingen mit der Praxisgebühr paradoxe Effekte eines Rückgangs der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch kränkere und ärmere Versicherte einher (Reiners 2009). Vielfach vollzieht sich der Einfluss der sozialen Lage auf die Gesundheit aber auch über mehrere Vermittlungsschritte. So ist das Rauchen als gesundheitlicher Risikofaktor eng mit der sozialen Lage verknüpft und darüber vermittelt dann auch die Gesundheit sozial differenziell beeinflusst (siehe z.B. Lampert 2010; vgl. Abb. 5). Ähnlich verhält es sich mit dem Ernährungsverhalten (Abb. 6) und anderen Aspekten des Gesundheitsverhaltens. Auch die sozial bedingten Unterschiede des

Raucherquote (täglich oder gelegentlich) und Sozialstatus, Bayern 2010, in % (Altersgruppe 18 und mehr)

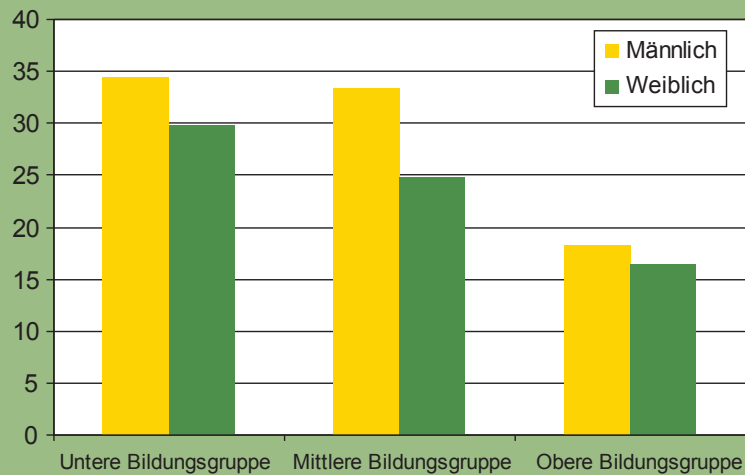
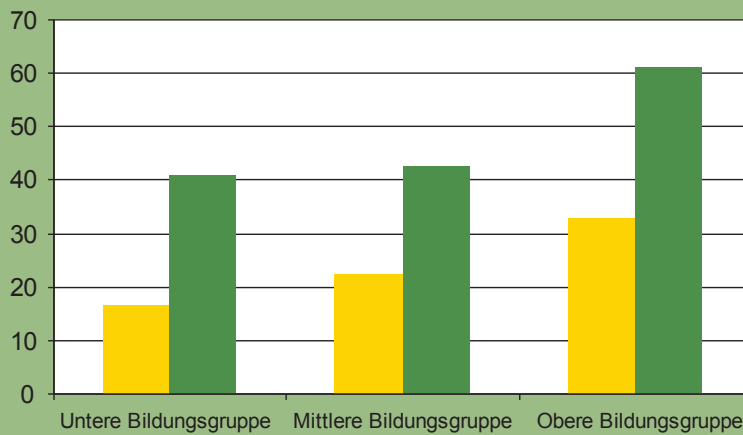


Abb. 5

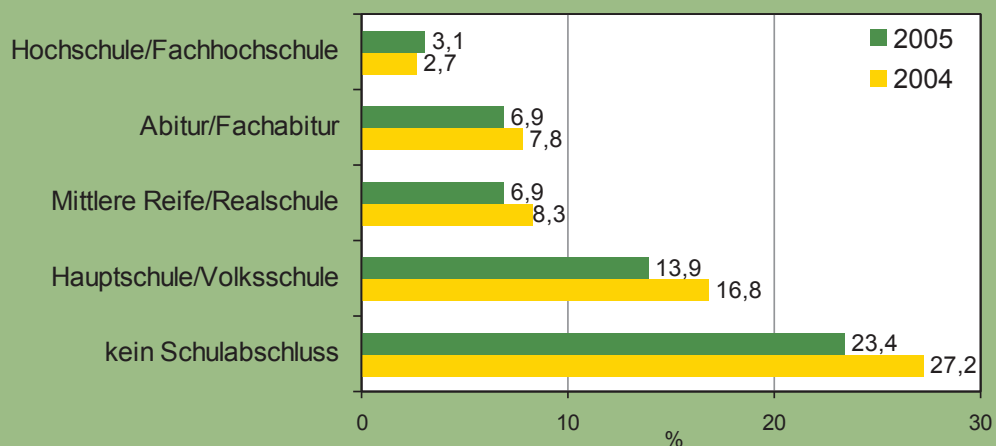
Täglicher Gemüseverzehr und Sozialstatus, Bayern 2010, in % (Altersgruppe 18 und älter)



Datenquelle: RKI, GEDA

Abb. 6

Anteil von Müttern, die in der Schwangerschaft rauchen, nach Schulabschluss der Mutter, Bayern, in %



Datenquelle: Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Daten der Gesundheits-Monitoring-Einheiten

Abb. 7

Gesundheitsverhaltens spiegeln sich in regionalen Unterschieden wider. In Nordostbayern wird beispielsweise mehr geraucht als in Südbayern – mitbedingt durch die unterschiedliche sozioökonomische Struktur der Regionen.

Besonders prekär wirkt sich das sozial differentielle Rauchverhalten bei Schwangeren aus. Untersuchungen, die das Bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit dazu vor einigen Jahren durchgeführt hat, zeigen, dass Schwangere mit weniger guten Schulabschluss deutlich häufiger rauchen. Schwangere mit einem höheren Schulabschluss (Abb. 7). Dies setzt sich nach der Geburt fort, wie die Daten zeigen.

Umgekehrt sind oft gesundheitliche Ressourcen in den Bevölkerungsteilen mit besserer sozialer Lage stärker ausgeprägt (Abb. 8). Aus vielen Studien weiß man, dass soziale Unterstützung, zum Beispiel in der Familie, in der Nachbarschaft oder in beruflichen Kontexten, eine entscheidende Rolle bei der Fähigkeit zur Bewältigung von gesundheitlichen Belastungen spielt. Je geringer die tatsächliche oder die erlebte soziale Unterstützung, desto schneller und tiefgreifender hinterlassen Belastungen gesundheitliche Folgen.

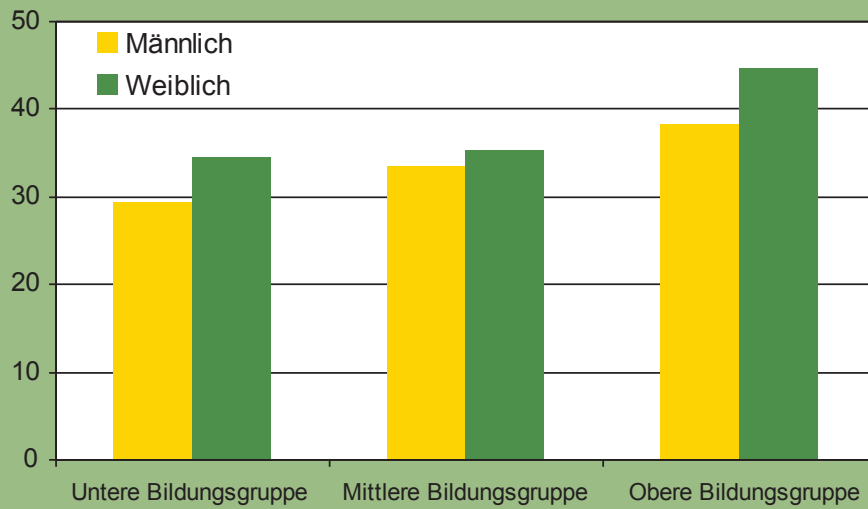
Eine besondere Facette des Zusammenhangs zwischen sozialer Lage und Gesundheit liegt nicht selten vor, wenn Menschen mit Migrationshintergrund einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen als die einheimische Bevölkerung. In multivariaten Analysen verschwindet dann der Unterschied der Gesundheit nach Migrationshintergrund, wenn man statistisch für die soziale Lage kontrolliert. In diesen Fällen geht es somit auch darum, soziale Unterschiede nicht fälschlicherweise zu ethnifizieren. Über die Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund wurde 2011 ein Schwerpunktbericht der bayerischen Gesundheitsberichterstattung veröffentlicht (LGL 2011) und auch in verschiedenen Themenberichten gibt es Daten zur Gesundheit von Migranten und Migrantinnen, zuletzt im Gesundheitsreport 1/2012 zu Adipositas in Bayern. Natürlich gibt es auch unabhängig vom Sozialstatus Einflüsse des Migrationshintergrunds auf die Gesundheit, prägnant etwa was die Traumatisierungen von Kriegsflüchtlingen angeht. Ein anderes Beispiel sind die unterschiedlichen Adipositasraten der Kinder mit und ohne Migrationshintergrund (Abb. 9), hier spielen neben den sozialen Faktoren vermutlich auch kulturelle Traditionen einzelner Ethnien eine Rolle.

Zusammenfassend lässt sich somit festhalten, dass die bayerische Gesundheitsberichterstattung immer wieder auf soziale Unterschiede in der Gesundheit der Bevölkerung aufmerksam gemacht hat und sozial differenzielle Daten zu vielen Aspekten der Gesundheit vorliegen. Die Gesundheitsberichterstattung kann somit die sozialepidemiologisch gut belegten Zusammenhänge zwischen sozialer Lage und Gesundheit in vielen Bereichen in ihren Auswirkungen für die Bevölkerung Bayerns konkretisieren und Orientierungsdaten für die gesundheitspolitische Diskussion liefern.

Die Konsequenzen daraus, wie eng soziale Lage und Gesundheit zusammenhängen, betreffen sowohl die kurative als auch die präventive Ebene:

1. Zum einen geht es darum, für alle Menschen, die krank sind, einen guten und finanziell tragbaren Zugang zur Gesundheitsversorgung zu sichern. Dies leistet das Gesundheitssystem in Deutschland auf vergleichsweise hohem Niveau. Allerdings gibt es auch hier mit Blick auf bestimmte Gruppen Handlungsbedarf, u.a. bei den Migrantinnen und Migranten, für oft sprachliche und kulturelle Hürden beim Zugang zur Routineversorgung bestehen (vgl. LGL 2011). Verschiedene Projekte, z.B. das vom Bayerischen Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit unterstützte Programm MIMI – Mit Migranten für Migranten, versuchen hier Hilfestellungen zu geben. Die medizinische Versorgung von Obdachlosen ist ein anderes Beispiel.
2. Zum anderen geht es darum, sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheit möglichst gut vorzubeugen. Hier bietet das Gesundheitsverhalten zwar Ansatzpunkte für die individuelle Prävention, aber das Gesundheitsverhalten lässt sich in der Breite nicht völlig von der sozialen Lage entkoppeln. Das Verhalten der Menschen bleibt – in welcher Form auch immer – auf ihre Lebensumstände bezogen. Letztlich sind daher die sozioökonomischen Rahmenbedingungen selbst die entscheidenden Einflussfaktoren für die Gesundheit der Bevölkerung. Einfache „Lösungen“ gibt es hier nicht, nur mehr oder weniger kluge Formen des Umgangs mit der wohl dauerhaften Herausforderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen. „Health in all policies“ ist eine Public Health-Strategie, die als Konsequenz aus dieser Einsicht in der internationalen Diskussion entwickelt wurde und die es auch in Bayern in den einzelnen Politikfeldern weiterzudenken gilt. Im Hin-

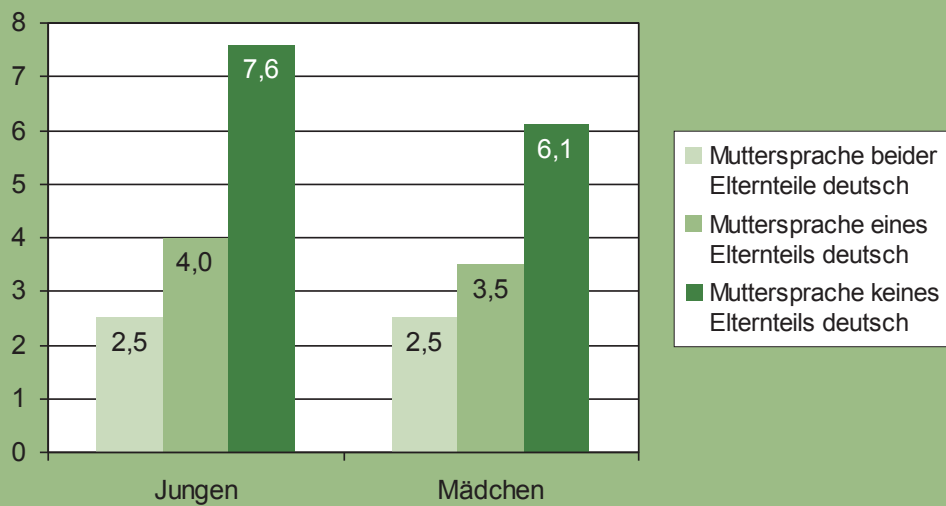
**Starke soziale Unterstützung und Sozialstatus, Bayern 2010,
in % (Altersgruppe 18 und mehr)**



Datenquelle: RKI, GEDA

Abb. 8

**Adipositas bei Einschulungskindern (in %), Bayern
(Schuljahr 2008/2009, nach Migrationshintergrund)**



Datenquelle: LGL, Schuleingangsuntersuchungen

Abb. 9

blick auf die oben beschriebenen regionalen Disparitäten der sozialen und wirtschaftlichen Entwicklung kann beispielsweise an die Vorgaben des Bayerischen Landesplanungsgesetzes vom 25. Juni 2012 angeknüpft werden. § 5 (1) formuliert: „Leitziel der Landesplanung ist es, gleichwertige Lebens- und Arbeitsbedingungen in allen Teilräumen zu schaffen und zu erhalten“ und in § 6 (2) 1 heißt es: „Im gesamten Staatsgebiet und in seinen Teilräumen sollen ausgeglichene infrastrukturelle, wirtschaftliche, ökologische, soziale und kulturelle Verhältnisse angestrebt werden.“ Diese strukturpolitische Ebene ist vermutlich auch die wirksamste Interventionsebene, um sozioökonomisch bedingte regionale Gesundheitsunterschiede nachhaltig zu beeinflussen, zusammen mit regionalen Kooperationsverbänden, etwa kommunalen Gesundheitsförderkonferenzen, wie sie auch vom Bayerischen Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit unterstützt werden. Andere, teilweise bereits etablierte Ansatzpunkte für die Einflussnahme auf die sozioökonomischen Rahmenbedingungen der Gesundheit sind zum Beispiel der Arbeitsschutz, die Umweltpolitik, die Wohnungspolitik oder die Bildungspolitik.

Letztlich sind hier auch Fragen der gesellschaftlichen Verfassung insgesamt berührt. Driften Gesellschaften sozial zu sehr auseinander, so betrifft das nicht nur die ethische Basis des gesellschaftlichen Miteinanders, es betrifft auch die gesamtgesellschaftliche Wohlfahrt. Zu starke soziale Ungleichheit scheint, wie internationale Studien zeigen, gesundheitlich für alle abträglich zu sein, auch für die wohlhabenderen Gruppen (Wilkinson/Pickett 2010). Von einer erfolgreichen Umsetzung des „Health in all Policies“-Ansatzes würde also die Gesellschaft insgesamt profitieren.

Dr. Joseph Kuhn
Bayerisches Landesamt für Gesundheit und
Lebensmittelsicherheit, GE 4
Veterinärstraße 2, 85764 Oberschleißheim
Tel. 09131-6808-5302
E-Mail: joseph.kuhn@lgl.bayern.de

Die bayerische Gesundheitsberichterstattung
online: <http://www.lgl.bayern.de/gesundheitsberichterstattung/index.htm>

Literatur

- StMAS (2012): Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (Hrsg.) Dritter Bericht der Staatsregierung zur sozialen Lage in Bayern. München.
- Historischer Verein von Oberbayern (Hrsg.) (1998): Oberbayerisches Archiv, 122. Band, München.
- Kuhn J (2007): Die historische Entwicklung der kommunalen Gesundheitsberichterstattung – eine Forschungslücke. In: Gesundheitswesen 69: 507-513.
- Lampert T (2010): Tabakkonsum, Tabakkonsum, sportliche Inaktivität und Adipositas: Assoziationen mit dem sozialen Status. Dtsch Arztebl 107: 1-7.
- LGL (2011): Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg.) Gesundheit und Migration. Erlangen.
- Mielck A (2005): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Bern.
- Reiners H (2009): Mythen der Gesundheitspolitik. Bern.
- Wilkinson R, Pickett K (2010): The Spirit Level. Why Equality is Better for Everyone. London.

Armut und Gesundheit hängen auch in einer so vergleichsweise wohlhabenden Stadt wie München eng miteinander zusammen.

Armut und Gesundheit in München

Andreas Mielck

Institut für Gesundheitsökonomie und Management im Gesundheitswesen, Helmholtz Zentrum München – Deutsches Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt

1. Einführung

Bei der Forderung „die gesundheitliche Ungleichheit soll verringert werden“ stellt sich sofort die Frage, wie das angestrebte Ziel definiert werden kann. Eine Forderung wie „alle Menschen sollen gleich gesund sein und gleich lange leben“ ist selbstverständlich nicht sinnvoll. In Anlehnung an die Argumentation des WHO-Regionalbüros für Europa lässt sich das Ziel wie folgt definieren (Mielck/Helmert 2012): Alle Menschen sollen unabhängig von Ausbildung, beruflichem Status und/oder Einkommen die gleiche Chance erhalten, gesund zu bleiben bzw. zu werden. Diese Zielvorstellung wird oft mit dem Begriff „gesundheitliche Chancengleichheit“ umschrieben. Sie wird kaum vollständig zu erreichen sein. Gesucht werden realistische, umsetzbare Vorschläge, die dazu beitragen können, dieses Ziel so weit wie möglich zu erlangen.

Im Mittelpunkt der Diskussion über die gesundheitliche Ungleichheit stehen drei Fragen:

- Wie groß sind die Unterschiede im Gesundheitszustand zwischen den sozialen Statusgruppen, d.h. zum Beispiel zwischen Menschen mit sehr geringen bzw. sehr großen finanziellen Ressourcen?
- Wie lassen sich diese gesundheitlichen Ungleichheiten erklären?
- Wie können diese gesundheitlichen Ungleichheiten verringert werden?

Auf diese drei Fragen soll im Folgenden kurz eingegangen werden.

2. Ausmaß der gesundheitlichen Ungleichheit

a) empirische Ergebnisse aus Deutschland

Das Ausmaß der gesundheitlichen Ungleichheit zeigt sich besonders deutlich bei Analysen zur Lebenserwartung. Zur Beschreibung des sozialen Status wird dabei auch und vor allem die (Einkommens-)Armut verwendet. Von Lampert et al. (2007) wurden fünf Einkommensgruppen unterschieden (maximal 60 % des durchschnittlichen Äquivalenzeinkommens, 61-80 %, 81-100 %, 101-150 %, mehr als 150 %). Die untere Gruppe kann dabei als „arm“ und die obere Gruppe als „reich“ bezeichnet werden. Die Analysen zeigen, dass die Männer aus der „reichen“ Gruppe ca. 10 Jahre länger leben als die Männer aus der „armen“ Gruppe. Ein ganz ähnlicher Zusammenhang zeigt sich auch bei Frauen.

Bundesweit repräsentative und aktuelle Daten zur gesundheitlichen Lage der Erwachsenen in Deutschland liegen z.B. aus der Studie „Gesundheit in Deutschland (GEDA)“ vor (RKI 2011). Zwischen Juli 2008 und Juni 2009 wurden ca. 21.000 Männer und Frauen (Alter ab 18 Jahre) telefonisch befragt. Verglichen werden hier die untere und die obere Bildungsgruppe, aber die Ergebnisse lassen sich auch auf die untere und die obere Einkommensgruppe übertragen. Die Analysen zeigen: Die gesundheitlichen Beschwerden treten in der unteren Bildungsgruppe zumeist besonders häufig auf. Auf die Frage, wie man den eigenen Gesundheitszustand einschätzt, wird in dieser Gruppe besonders oft mit ‚schlecht‘ geantwortet. Das gleiche Bild zeigt sich bei chronischen Erkrankungen, also zum Beispiel bei Herz-Kreislaufkrankheiten, Diabetes, Krebs oder chronischen Atemwegserkrankungen: die Prävalenz ist in der unteren Statusgruppe zumeist besonders hoch. Ein ähnliches Bild zeigt sich auch bei der psychischen Gesundheit. Die Frage, ob man sich in den letzten vier Wochen 14 Tage oder länger seelisch belastet gefühlt hat, wird von den Angehörigen der unteren Statusgruppe besonders häufig bejaht. Ein schlechter Gesundheitszustand ist auch und vor allem dann ein Problem, wenn er mit Einschränkungen bei den alltäglichen Aktivitäten verbunden ist. Die Frage, ob man in den letzten sechs Monaten in Folge einer Erkrankung in seinen alltäglichen Aktivitäten ‚erheblich eingeschränkt‘ war, wird von den Erwachsenen der unteren Statusgruppe wieder besonders häufig bejaht.

Diese Ergebnisse aus der GEDA-Studie werden durch andere Studien vielfach bestätigt, auch bezogen auf Kinder. Umfangreiche Daten zur gesundheitlichen Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen lassen sich vor allem den Analysen der KiGGS-Studie entnehmen. An dieser Studie haben bundesweit ca. 17.600 Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 0 und 17 Jahren teilgenommen. Die im Bundesgesundheitsblatt publizierte ‚Basispublikation‘ beinhaltet eine Vielzahl von Auswertungen.¹ Der soziale Status wird dabei mit Hilfe von Angaben der Eltern zu ihrer schulischen und beruflichen Ausbildung, zu ihrer beruflichen Stellung und zu ihrem Haushaltsnettoeinkommen bestimmt. Die Analysen zeigen zum Beispiel, dass psychische Auffälligkeiten und Verkehrsunfälle bei den Kindern aus status-niedrigen Familien besonders häufig auftreten.

1 <http://www.kiggs.de> (letzter Zugriff: 12. Dezember 2012)

b) empirische Ergebnisse aus München

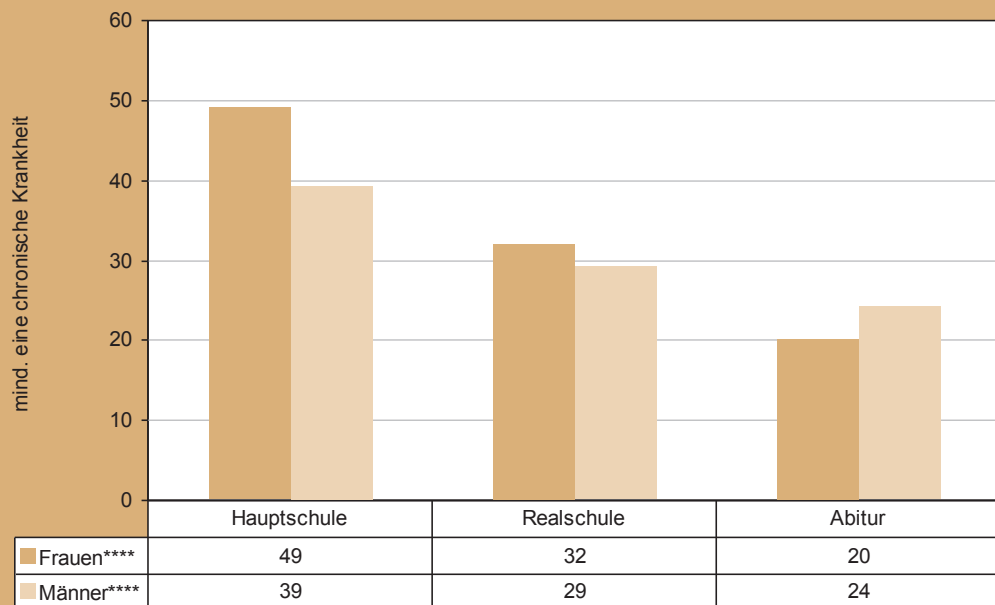
Lassen sich diese bundesweiten Ergebnisse auf eine so relativ wohlhabende Stadt wie München übertragen, d.h. gibt es diese sozialen Unterschiede bei den gesundheitlichen Risiken auch innerhalb Münchens? Die vorhandenen Daten zeigen, dass diese Frage eindeutig bejaht werden muss.

Der „Münchner Armutsbericht 2000“ enthielt ein längeres Kapitel über „Kinderarmut und Gesundheit“. Die Auswertungen bestätigen, dass die in anderen Studien immer wieder gefundenen Zusammenhänge zwischen Armut und Gesundheit auch in München vorhanden sind. In den folgenden Armutsberichten tauchte das Thema „Gesundheit“ dagegen kaum auf. Es ist daher sehr zu begrüßen, dass dem Thema „Armut und Gesundheit“ im aktuellen Münchner Armutsbericht wieder größere Aufmerksamkeit gewidmet wird (Mielck 2012).

Empirische Untersuchungen zum Thema ‚Armut und Gesundheit‘ wurden vor allem im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung für die Landeshauptstadt München erstellt. Ein größerer Bericht trägt z.B. den Titel „Soziale Ungleichheit, Armut und Gesundheit in München“ (Referat für Gesundheit und Umwelt 2006). Die Analyse beruht auf den Daten aus dem „Münchner Gesundheitsmonitoring“ der Jahre 1999/2000 und 2004; befragt wurden 18- bis 79-jährige Personen mit Hauptwohnsitz in München. Als Ergebnis lässt sich festhalten, dass die folgenden Belastungen bei den Personen mit niedriger Bildung und/oder geringem Einkommen zumeist besonders groß sind: schlechter Gesundheitszustand, Rauchen, Übergewicht, Luftverschmutzung und Lärm.

Wichtig ist jedoch nicht nur die Existenz dieser sozialen Ungleichheiten bei Gesundheitszustand und gesundheitlichen Risiken, sondern auch das Ausmaß dieser Unterschiede. Das Ausmaß lässt sich gut veranschaulichen, wenn die Prävalenz chronischer Erkrankung (d.h. der Anteil von Personen mit einer chronischen Erkrankung) in den drei Bildungsgruppen dargestellt wird (siehe Abb. 1). Dabei ist z.B. zu sehen, dass die Prävalenz bei Frauen aus der unteren Bildungsgruppe (Hauptschule) mit 49 % mehr als doppelt so hoch ist wie bei Frauen aus der oberen Bildungsgruppe (Abitur) mit 20 %. Auch bei Männern ist ein ähnlicher, aber etwas kleinerer Unterschied zu erkennen. Diese gesundheitlichen Ungleichheiten bleiben auch dann bestehen, wenn in weiteren Analysen der Einfluss des Alters statistisch kontrolliert wird.

Schulbildung und chronische Krankheiten (in %)



Daten: zusammengefasste Datensätze vom Münchner Gesundheitsmonitoring 1999/2000 und 2004
 N (Frauen) = 1.580 (fehlend = 60), N (Männer) = 1.378 (fehlend = 48)
 $p < 0,0001$ (Unterschiede bei den Frauen bzw. bei den Männern; χ^2 -Test)
 Quelle: Referat für Gesundheit und Umwelt 2006, S. 18

Abb. 1

Ein anderer Bericht trägt den Titel „Gesundheitszustand von Kindern in München: Soziale und räumliche Unterschiede“ (Referat für Gesundheit und Umwelt 2010). Die Analysen beruhen auf den Daten der Schuleingangs-Untersuchung in München für die Schuljahre 2004/05 und 2005/06. Der Datensatz umfasst Angaben von insgesamt fast 20.000 Kindern. Hier lässt sich z.B. das folgende Ergebnis hervorheben: In der Gruppe „beide Eltern andere Muttersprache als Deutsch“ sind einige gesundheitliche Belastungen deutlich höher als in der Gruppe „beide Eltern Deutsch als Muttersprache“, z.B. bei der nicht-vollständigen Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9, bei Übergewicht und Adipositas. Weitere Berichte zum Thema „Armut und Gesundheit in München“ können den Seiten der Münchner Gesundheitsberichterstattung entnommen werden.²

3. Ansatzpunkte zur Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit

Der Zusammenhang zwischen Sozialstatus und Gesundheitszustand ist nicht so einfach zu erklären, wie dies zunächst erscheinen mag. Die Merkmale des sozialen Status (Bildung, berufliche Stellung, Einkommen) beeinflussen den Gesundheitszustand nicht direkt. Der Einfluss ist indirekt und wird über andere Faktoren vermittelt. Über die mit dem Sozialstatus verbundenen Lebensbedingungen und Verhaltensweisen kann es so vielfältige Einflüsse auf den Gesundheitszustand geben, dass es kaum möglich sein wird, alle diese Einflüsse zu untersuchen. Eine vollständige Erklärung der status-spezifischen Unterschiede in Morbidität und Mortalität wird kaum möglich sein. Wichtig ist hier aber nicht die lückenlose wissenschaftliche Aufklärung komplexer Zusammenhänge, sondern

² <http://www.muenchen.de/rathaus/Stadtverwaltung/> (letzter Zugriff: 12. Dezember 2012)

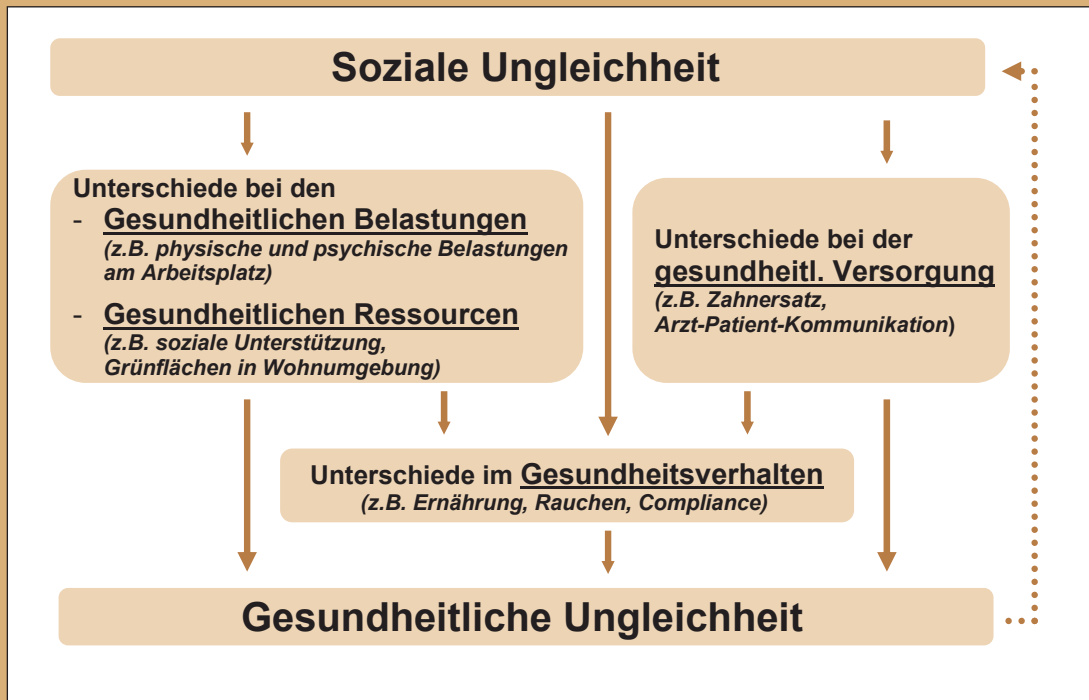


Abb. 2: Modell zur Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit

die Beantwortung der eher pragmatischen Frage: Wie kann die gesundheitliche Ungleichheit verringert werden? Im Mittelpunkt der Erklärungsansätze stehen zwei Hypothesen: (a) Der sozio-ökonomische Status beeinflusst den Gesundheitszustand (plakativ formuliert: „Armut macht krank“); (b) der Gesundheitszustand beeinflusst den sozio-ökonomischen Status (plakativ formuliert: „Krankheit macht arm“). Die Diskussion in Deutschland konzentriert sich zumeist auf die erste Hypothese, d.h. es wird versucht, mit einer Vielzahl von Variablen den Einfluss des sozio-ökonomischen Status auf den Gesundheitszustand zu erklären. Dabei lassen sich die folgenden Ansätze unterscheiden:

- gesundheitsgefährdendes Verhalten (z.B. Rauchen, Mangel an sportlicher Betätigung, ungesunde Ernährung) und die davon abhängigen Risikofaktoren (z.B. Übergewicht, Bluthochdruck)
- physische und psychische Arbeitsbelastungen (z.B. körperlich schwere Arbeit, Lärm, Monotonie, geringe Möglichkeit des Mitentscheidens)
- belastende Wohnbedingungen (z.B. Größe und Ausstattung der Wohnung, Umweltbelastungen wie Lärm und Luftverschmutzung)

- soziale Unterstützung
- Teilnahme an Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen
- gesundheitliche Versorgung (z.B. gesundheitliche Aufklärung durch den Arzt)

In der bisherigen Diskussion ist z.B. deutlich geworden, dass es nicht nur um die objektiven Belastungen eines Menschen geht, sondern auch um seine Möglichkeiten, mit diesen Belastungen umzugehen. Hervorzuheben ist auch, dass dem individuellen Gesundheitsverhalten eine zwar wichtige, aber keine dominierende Rolle zuerkannt wird, dass immer wieder die Abhängigkeit des Gesundheitsverhaltens von den Lebensbedingungen betont wird. Es wurde schon oft versucht, die Ansätze zur Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit in einem grafischen Modell zu veranschaulichen, d.h. die Diskussion übersichtlicher zu gestalten, zu bündeln, und einige zentrale Aussagen zu betonen. In diesem Sinne ist vom Verfasser vor einigen Jahren ein einfaches Modell vorgestellt worden, welches seitdem in Deutschland häufig verwendet wird (Abbildung 2).

Die Lebensverhältnisse können den Gesundheitszustand direkt beeinflussen, zum Beispiel durch das Wohnen an einer lauten Straße. Über das Gesundheitsverhalten sind auch indirekte Einflüsse möglich; fehlende Grünflächen in der Wohnumgebung erschweren zum Beispiel die sportliche Aktivität. Empirisch belegt sind diese Zusammenhänge jedoch erst ansatzweise. Beim Thema „gesundheitliche Ungleichheit“ ist die einseitige Betonung des Gesundheitsverhaltens besonders brisant. Zum einen wird hier oft unterstellt, dass individuelles Gesundheitsverhalten weitgehend frei gewählt werden kann. Es spricht jedoch vieles dafür, dass eine bessere Bildung, ein höherer beruflicher Status und ein höheres Einkommen objektiv und subjektiv mit größeren Handlungsspielräumen verbunden sind. Es wäre demnach „unfair“, bei den Personen aus der unteren Statusgruppe die gleiche Flexibilität im Verhalten vorauszusetzen wie bei den Personen aus höheren Statusgruppen. Zum anderen besteht die Gefahr, dass durch die Fokussierung auf das individuelle Verhalten „das Opfer zum Schuldigen“ gemacht wird (auf Englisch: „blaming the victim“). Eine derartige Schuldzuweisung kann schnell zu einer zusätzlichen Diskriminierung und damit zu einer zusätzlichen gesundheitlichen Belastung führen.

4. Ansatzpunkte zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit

Das Interesse am Thema „soziale Ungleichheit und Gesundheit“ ist in den letzten Jahren ständig gewachsen, auch in Deutschland. Früher war es zum Beispiel kaum möglich, einen Überblick über die bereits vorhandenen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention zu erhalten, die sich vor allem an die sozial Benachteiligten richten. In einem großen, von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) geleiteten Projekt wird jetzt seit einigen Jahren versucht, diese Informationslücke so weit wie möglich zu schließen. Die hier aufgebaute Internet-Plattform „Gesundheitliche Chancengleichheit“ ist frei zugänglich und beinhaltet Informationen von ca. 2.000 Projekten in Deutschland. Zur besseren Vernetzung vor Ort sind in den 16 Bundesländern „Regionale Knoten“ (seit Dezember 2012 „Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit“, d. Red.) eingerichtet worden, auch in Bayern. Inzwischen gehören über 50 Partner dem Kooperationsverbund an (verschiedene Krankenkassen, Wohlfahrtsverbände, Landesvereinigungen/Landeszentralen für Gesundheit, Bundesärztekammer etc.). In der gemeinsamen Erklärung vom 10. November 2006 steht zum Beispiel: „Mit der vorliegenden Erklärung dokumentieren die Partner ihre Bereitschaft, gemeinsam an der Stärkung der gesundheitlichen Chancengleichheit in Deutschland zu arbeiten und laden weitere Akteure dazu ein, sich aktiv in die Arbeit einzubringen.“

Was sind die zentralen Anforderungen an erfolgversprechende Maßnahmen zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit? Entsprechend der oben vorgestellten Diskussion lassen sich hier vor allem die folgenden Punkte hervorheben:

- Zentrales Leitmotiv sollte die Chancen-Gleichheit sein. Auch und vor allem für die Personen mit niedrigem sozialen Status gilt: Das größte Potential zur Verbesserung des Gesundheitszustandes lässt sich mit ‚Stärkung der Teilhabe- und Verwirklichungs-Chancen‘ umschreiben. Um dieses Potential ausschöpfen zu können, müssen alle Maßnahmen auf eine Stärkung von Partizipation und ‚Empowerment‘ ausgerichtet sein.
- Die Teilnahme an diesen Maßnahmen darf durch keine finanzielle, soziale, kulturelle oder regionale ‚Barriere‘ verhindert werden (siehe Stichwort: Niedrigschwelligkeit).

- Die Maßnahmen müssen auch und vor allem bei den Lebensverhältnissen ansetzen. Eine einseitige Betonung des Gesundheitsverhaltens ist eher kontraproduktiv. Epidemiologische Studien verdeutlichen, wie stark Gesundheitsverhalten und -zustand durch die gegenwärtigen (und auch durch die früheren) Lebensverhältnisse geprägt werden. Die bisherigen Erfahrungen zeigen zudem: Wenn sich Maßnahmen auf das Gesundheitsverhalten konzentrieren, führen sie eher zu einer Vergrößerung als zu einer Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit.
- Die Maßnahmen müssen längerfristig und breit vernetzt angelegt sein (siehe Stichworte: Multiplikatoren, integriertes Handlungskonzept, Qualitätsmanagement, Evaluation).

Es ist schon häufig gezeigt worden, dass (finanzielle) Armut mit erhöhter Morbidität und Mortalität einhergeht. Etwas überspitzt formuliert lässt sich sagen, dass Armut erst dadurch als großes gesellschaftliches Problem anerkannt worden ist. Hinzu kommt, dass die Schere zwischen Arm und Reich in Deutschland offenbar größer wird (Goebel et al. 2011). Vermutlich wird daher auch die gesundheitliche Ungleichheit zunehmen, belastbare Studien zur Überprüfung dieser Vermutung liegen jedoch noch nicht vor.

Es ist wichtig zu betonen, dass bereits viele Unterstützungsangebote speziell für Personen in schwierigen Lebenslagen vorhanden sind, auch in München. Als Beispiel lässt sich hier das „Münchner Modell der Früherkennung und Frühen Hilfen“³ anführen. Zudem gibt es viele Stellungnahmen, in denen die Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit gefordert wird, auch in München. Vor ca. 12 Jahren fand in München die Gesundheitskonferenz zum Thema „Armut und Gesundheit. Chancengleichheit für Kinder und Jugendliche“ statt (Gesundheitsbeirat 2001). Im Konferenzbericht ist auch die „Münchner Erklärung“ wiedergegeben, die ebenfalls klare Forderungen beinhaltet. Das Thema „Armut und Gesundheit“ ist in München also schon seit vielen Jahren „in der Politik angekommen“.

Im Zentrum der gegenwärtigen Diskussion steht daher die Frage, wie die gesundheitlichen Ungleichheiten erklärt und wie sie verringert werden können. Die Forderung nach verstärkten Anstrengungen zur Verringerung der

gesundheitlichen Ungleichheit richtet sich an viele Akteure, zum Beispiel an die Kommunen, die Landes- und die Bundesregierung, die Krankenkassen und die Ärzte. Allgemein lässt sich sagen: Jeder (!) Akteur sollte sich die Frage stellen, was er (noch mehr als bisher!) zur Verbesserung des Gesundheitszustandes von Personen mit niedrigem Einkommen beitragen kann. Wir wissen sehr viel über Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration und Rehabilitation. Jetzt geht es darum, dieses Wissen auf die Personengruppen zu konzentrieren, bei denen der Bedarf besonders groß ist, also zum Beispiel auf die Personen mit geringem Einkommen und auf die Personen, die in den sozial benachteiligten Stadtgebieten wohnen.

5. Literatur

- Gesundheitsbeirat der Landeshauptstadt München (Hrsg.) [2001]: Armut und Gesundheit. Chancengleichheit für Kinder und Jugendliche. Dokumentation der Gesundheitskonferenz am 7. Februar 2001. München.
- Goebel J, Gornig M, Häußermann H [2011]: Polarisierung der Einkommen: die Mittelschicht verliert. Wochenbericht des DIW Berlin 24/2010, 2-8.
- Lampert T, Kroll LE, Dunkelberg A [2007]: Soziale Ungleichheit der Lebenserwartung in Deutschland. Aus Politik und Zeitgeschichte (APuZ); 42: 11-18.
- Mielck A [2005]: Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Verlag Hans Huber, Bern.
- Mielck A [2012]: Armut und Gesundheit in München. Expertise zum Münchner Armutsbericht 2011/2012. Sozialreferat der Landeshauptstadt München, Fachstelle Armutsbekämpfung, München. <http://www.muenchen.de/rathaus/Stadtverwaltung/Sozialreferat/Sozialamt/armut.html> (letzter Zugriff: 12. Dezember 2012)
- Mielck A, Helmert U [2012]: Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Hurrelmann K, Razum O (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften (5., vollständig überarbeitete Auflage). Juventa Verlag, Weinheim/München 2012; 493-515.
- Referat für Gesundheit und Umwelt (Hrsg.) [2006]: Soziale Ungleichheit, Armut und Gesundheit in München. Gesundheitsberichterstattung für die Landeshauptstadt München. München.
- Referat für Gesundheit und Umwelt (Hrsg.) [2010]: Gesundheitszustand von Kindern in München: Soziale und räumliche Unterschiede. Gesundheitsberichterstattung für die Landeshauptstadt München. München.
- RKI (Robert Koch-Institut) (Hrsg.) [2011]: Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin.

Dr. Andreas Mielck, M.P.H.
 Helmholtz Zentrum München - Deutsches
 Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt
 Institut für Gesundheitsökonomie und Management im
 Gesundheitswesen
 Postfach 1129, 85758 Neuherberg
 E-Mail: mielck@helmholtz-muenchen.de
<http://www.helmholtz-muenchen.de/igm/>

³ <http://www.muenchen.de/rathaus/Stadtverwaltung/Sozialreferat> (letzter Zugriff: 12. Dezember 2012)

Armut macht krank. Zur Caritas-Jahreskampagne 2012

Bernhard Piendl

Landes-Caritasverband Bayern e.V.

„Armut macht krank“. So lautet das Motto der Jahreskampagne 2012 des Deutschen Caritasverbandes. Die Caritas-Kampagne

- will aufklären über den Zusammenhang zwischen Armut und Krankheit.
- will Verständnis wecken für arme, kranke Menschen.
- will Solidarität stärken zwischen den Menschen.
- will politisch erreichen, dass die sozialen Sicherungssysteme in Deutschland weiterhin gemeinsam, solidarisch getragen werden.

Wir möchten mit unseren Jahreskampagnen sensibel machen: die Gesellschaft, die Kirche, die Politik und auch uns selbst, unseren Verband. Sensibel machen für Menschen, die auf der Schattenseite leben. Sensibel machen für Schwachstellen in unserem Gesundheitswesen.

Die Landeszentrale für Gesundheit in Bayern hat das Motto unserer Jahreskampagne umgedreht und dadurch gut ergänzt: Armut macht nicht nur krank. Krankheit macht auch arm. Auch diese Zusammenhänge kennen wir aus unserer täglichen Arbeit in den Beratungsstellen, den ambulanten Diensten, den stationären Einrichtungen.

Die Caritas ist mit über 90.000 hauptberuflichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in 6.000 Diensten und Einrichtungen der größte soziale Dienstleister in Bayern. Wir wollen nicht nur kompetente und mitfühlende soziale Arbeit und Pflege leisten. Wir wollen auch das soziale Gewissen in Bayern sein. Wir sagen, auch in unseren Jahreskampagnen: Wo Menschen ihre sozialen Rechte nicht wahrnehmen können, wo ihre Würde in Gefahr gerät, wo sie unter ihrer Situation leiden, da ist die Caritas, unsere Kirche, der Staat und die Gesellschaft gefragt. Wir benennen, was man dagegen tun kann und muss. Dazu brauchen wir Partner wie die Landeszentrale für Gesundheit.

Deutschland hat ein solidarisch ausgerichtetes Gesundheitssystem mit hoher Qualität. Allen gesetzlich Versicherten stehen die gleichen Leistungen zu, unabhängig davon, welchen Beitrag sie leisten. Es ist Konsens in Deutschland, dass gesundheitliche Chancengleichheit ein Menschenrecht ist. Dennoch gibt es erhebliche Unterschiede mit Blick auf das Krankheitsrisiko und die Lebenserwartung. Das heißt doch: Nicht allein das individuelle Verhalten des Einzelnen entscheidet über seine oder ihre Gesundheit. Das Wohnumfeld und der Arbeitsplatz, die sozialen Beziehungen, der Bildungsstand und



das Einkommen beeinflussen die Gesundheit maßgeblich. Die Deutsche Bischofskonferenz hat vor ein paar Wochen gesagt: „Unser Gesundheitssystem ist gut, es erreicht aber die Ärmsten der Armen oft nicht.“ Und so kommt es, dass wir sagen müssen: „Armut macht krank.“

Die Plakate

Zentrales Element unserer Jahreskampagnen sind Plakate (Abb. 1 bis 4). 2012 zeigen sie:

- eine depressive Frau,
- einen älteren Mann mit Migrationshintergrund und schlechten Zähnen,
- einen an Alkoholsucht erkrankten Mann,
- ein sichtlich erkranktes Kind.

Die Personen stehen stellvertretend für typische Lebenslagen, in denen Krankheit und Armut in einer Wechselwirkung verbunden sind. Diese Menschen leben in einer Situation, die wir als Armutsrisiko bezeichnen müssen. Aus unserer täglichen Sozialarbeit kennen wir solche Armutsrisiken: Langzeitarbeitslosigkeit, Wohnungslosigkeit, Leben im Asyl zum Beispiel. Besonders von Armut gefährdet sind Alleinerziehende, Kinder und Jugendliche, Arbeitslose, Migranten und Wohnungslose.

Auf den ersten Blick wirken die Plakate düster, vielleicht sogar beängstigend. Sie beklemmen und haben wenig Positives. Sie heben sich bewusst ab von der schönen Werbewelt mit hübschen, gesunden, reichen Menschen. Die Plakate zeigen ungeschminkt die persönliche Situation der Menschen. Wer arm und krank ist, ist in einer sehr schwierigen Lage, besonders wenn es länger andauernde Krankheiten sind.

Die Caritas benennt Ursachen. Auf unseren Plakaten steht: „Wo es an Einkommen, Bildung und Perspektiven fehlt, ist Krankheit ein häufiger Begleiter.“ Die Fotos zeigen nicht den Moment der Gesundheit, sondern der Krankheit. Deshalb sehen die Gesichter müde, ernst, traurig aus. Sie konfrontieren uns – zunächst – mit der erlebten Ausweglosigkeit.

Beim weiteren Betrachten zeigen sich Lösungsansätze.

- Die Fotos stecken in einer Geldbörse, die jemand anderem gehört. Sie zeigen: „Du bist mir sehr wichtig. Ich trage Dein Bild bei mir. Ich möchte, dass es Dir wieder besser geht. Ich stehe zu Dir.“

Das heißt für uns: In der Krankheit braucht es Menschen, die einen begleiten. Menschen, die zu Besuch kommen, die offene Ohren und Herzen haben. Freunde und Familienangehörige, die sich kümmern und helfen.

Bleiben wir realistisch: Armut lässt sich nie ganz ausrotten. Aber wir wissen, welche Faktoren Armut verhindern können: Bildung, gerechte Verteilung der Einkommen, berufliche und persönliche Perspektiven. Deshalb steht auf den Plakaten: „Wo es an Einkommen, Bildung und Perspektiven fehlt, ist Krankheit ein häufiger Begleiter“.

- Dieser Satz steht für die Herausforderungen, die wir als Caritas und als Gesellschaft meistern müssen, um Armut und Krankheit zu verringern.
- „jeder-verdient-gesundheit.de“ lesen wir weiter. Das ist ein ethischer und ein politischer Appell. Er meint: In den zukünftigen Konzepten der Sozialversicherungen in Deutschland muss darauf geachtet werden, dass arme Menschen weiterhin einen Zugang zu einer guten Gesundheitsversorgung haben. Menschen, die heute noch keinen Zugang haben, müssen diesen erhalten. Denn eine gute Gesundheitsversorgung ist ein Menschenrecht.

Konkrete Folgerungen

Was heißt das nun konkret? Für unseren ganz persönlichen Alltag. Für unsere Tätigkeit als katholischer Wohlfahrtsverband. Für unsere politische Lobby-Arbeit.

Solidarität im Alltag

- Arme und kranke Menschen brauchen wache Augen und Ohren von Freunden, Nachbarn und Kollegen. Menschen, die ihnen im Alltag beratend zur Seite stehen, wenn sie ihre Rechte im Gesundheitssystem nicht kennen oder wahrnehmen. Die sie zum Arzt begleiten. Die für sie mit den Krankenkassen reden. In Regensburg zum Beispiel hat die Caritas ein Projekt mit Medizinstudenten, die Migranten zu Ärzten und in Kliniken begleiten und die im wahrsten Sinn des Wortes Fürsprecher für sie sind.

Solidarität im Gesundheitssystem

- Arme und kranke Menschen brauchen engagierte Ärztinnen und Ärzte, die den Ermessensspielraum zu Gunsten armer Menschen nutzen.
- Arme und kranke Menschen brauchen Krankenkassen, die eine kulante Regelung der Versicherungsschulden akzeptieren.

Solidarität im Hilffssystem

- Arme und kranke Menschen brauchen „Aufsuchende Hilffsysteme“ wie die Straßenambulanzen (die Finanzierung dieser Ambulanzen ist bundesweit noch nicht befriedigend gelöst).
- Arme und kranke Menschen brauchen unbürokratische Fonds, die in Notfällen Zuzahlungen übernehmen und für illegal hier lebende Menschen eine angstfreie medizinische Versorgung ermöglichen.
- Arme und kranke Menschen brauchen rechtliche Regelungen. Leistungsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz müssen auch eine kurative Versorgung und nicht nur eine Notfallversorgung erhalten, dafür muss die Finanzierung sichergestellt sein.

Solidarität in den Arbeits- und Lebensbedingungen

- Wir alle brauchen gesunde Arbeits- und Lebensbedingungen, die uns nicht krank machen. Wir wissen, wie belastend gerade die Arbeit an und mit Menschen sein kann. Burn out nimmt auch im

Sozialbereich zu. Der Landes-Caritasverband hat im September ein ESF-Projekt „Gesund führen“ gestartet, das unsere Führungskräfte noch sensibler machen soll für die Belastungen und Sorgen ihrer Mitarbeitenden.

- Wir alle, unsere ganze Gesellschaft braucht Prävention, Stärkung und Befähigung gerade der Kinder und Jugendlichen. Wir werden nachher ein Beispiel der Caritas aus Bad Neustadt sehen, das genau diesen vorbeugenden Ansatz wählt, das Armut von Kind an bekämpfen und somit Menschen gesund halten will.

Solidarität in den Sozialversicherungen

- Wir alle, insbesondere die armen und kranken Menschen, brauchen die weitere Bereitschaft der gesamten Gesellschaft und vor allem der Wirtschaft zur solidarischen Finanzierung des Gesundheitssystems, damit arme Menschen, die krank werden, nicht aus dem sozialen Netz fallen.

Nur solidarisches Verhalten in Gesellschaft und Staat führt in eine Zukunft für uns alle.

Der Wettbewerb

Mit der LIGA Bank, der katholischen Bank in Bayern, veranstalten wir jährlich zum jeweiligen Kampagnenmotto einen kleinen, internen Wettbewerb. Dabei zeichnen wir innovative Projekte innerhalb der Caritas aus, die den Menschen sozusagen erste Hilfe, aber auch langfristige Perspektiven bieten. In diesem Jahr haben sich sieben Einrichtungen beteiligt:

Augsburg packt's an – Lebensmittelpakete gegen Armut im Alter **Caritasverband für die Stadt und den Landkreis Augsburg**

Der Caritasverband, der Malteser Hilfsdienst und die „Kartei der Not“ bekämpfen Armut da, wo es für bedürftige und nicht mehr mobile Seniorinnen und Senioren am meisten spürbar ist: in den eigenen vier Wänden. Vor allem ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bringen kostenlose Lebensmittelpakete in die Wohnung.

Preisträger im Wettbewerb zur Caritas-Jahreskampagne 2012

1. Bildungspartnerschaft Rhön-Grabfeld
Caritasverband Rhön-Grabfeld
2. Straßenambulanz Franz von Assisi
Caritasverband Nürnberg
3. Pfandflaschen-Sammel-Projekt am Flughafen München
Caritas-Zentrum Freising



Bild: LZG

Erster Preis im Wettbewerb zur Jahreskampagne „Armut macht krank“ für die „Bildungspartnerschaft Rhön-Grabfeld“: Bernhard Roth (Erziehungsberatung des Caritasverbandes Rhön-Grabfeld, 2. v. li.) nahm die Urkunde entgegen von Landes-Caritasdirektor Prälat Bernhard Piendl (re.), hier gemeinsam mit dem Vorstandsvorsitzenden der LIGA-Bank eG, Jörg-Peter Nitschmann (2.v. rechts), und dem Vorsitzenden der Landeszentrale für Gesundheit in Bayern, Prof. Dr. Johannes Gostomzyk (li.)

Bildungspartnerschaft Rhön-Grabfeld Caritasverband Rhön-Grabfeld

Kinder und Jugendliche aus Haushalten mit wenig finanziellen Mittel haben nicht die gleichen Bildungschancen wie besser situierte. Die unbürokratisch ermöglichte Teilnahme an Bildungschancen durch die Bildungspartnerschaft ist ein grundlegender Eckstein zur Verhinderung von Armut und ihren Folgen. Frühzeitige Intervention, klare Zielsetzung und strukturierte Durchführung des Projekts gewährleisten Erfolge, die wegweisend sind.

Pfandflaschen-Sammel-Projekt am Flughafen München

Caritas-Zentrum Freising

Psychisch kranke und langzeitarbeitslose Menschen sammeln Pfandflaschen am Flughafen München. Das ist ein aktiver Beitrag zum Umweltschutz und zugleich für die Betroffenen eine sinnvolle Beschäftigung, die ihnen eine Struktur des Tages gibt, Anerkennung bringt und so ihr Selbstwertgefühl stärken kann.

Eindrücke



Straßenambulanz Franz von Assisi **Caritasverband Nürnberg**

Die Straßenambulanz Franz von Assisi ist eine Einrichtung zur aufsuchenden ambulanten Pflege von wohnungslosen Frauen und Männern. Die Angebote: Medizinische und hygienische Basisversorgung, Sprechstunden, Substitutionsbehandlung von Opiatabhängigen, Streetwork: aufsuchende Hilfe, Besuch in stationären Einrichtungen, Tagestreff: essen, trinken, Wäsche waschen, duschen.

Streetwork für vielfach belastete Personen in besonderen sozialen Schwierigkeiten

Caritasverband der Diözese Regensburg

Das Projekt Caritas-Streetwork geht hinaus auf die Straßen zu den Menschen, die von den herkömmlichen Hilfsangeboten nicht erreicht werden. Es sucht obdachlose und suchtkranke Menschen in ihrem Lebensumfeld auf der Straße, in Parks, auf dem Bahnhofsgelände auf. Zweimal wöchentlich ist ein offener Frühstückstreff. Angeboten wird eine Begleitung zu Ärzten und Behörden.

hearts-4-people-singers. Singen aus Solidarität. Chorprojekt für Menschen, die von Armut betroffen sind

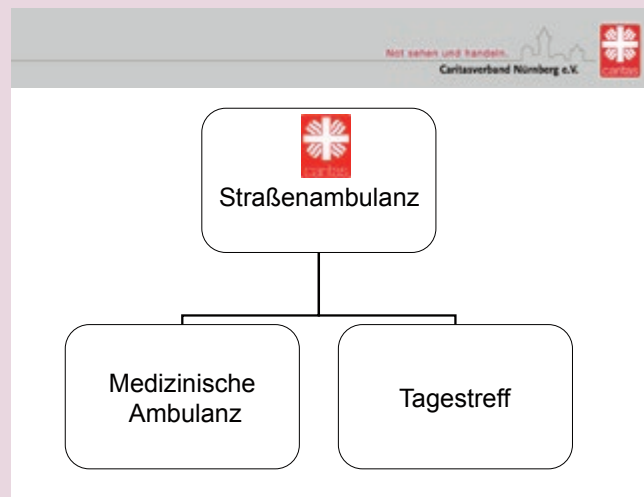
Caritas-Zentrum Dachau

Ständige Sorgen und Ängste um die Existenzsicherung und die Frage, wie es weitergehen soll, machen die betroffenen Menschen krank. Gemeinsames Singen erzeugt dagegen ein Gemeinschaftsgefühl und trägt bei zum geistigen, seelischen und sozialen Wohlempfinden.

Lohhof Strong Percussion **Caritas-Zentrum Unterschleißheim**

Durch die Teilnahme an der Trommelgruppe „Lohhof Strong Percussion“ und öffentliche Auftritte erfahren Menschen mit psychischer Erkrankung, dass sie wertvolle Beiträge zum kulturellen Leben beisteuern und auch am gesellschaftlichen Leben teilnehmen können.

Prälat Bernhard Piendl
Deutscher Caritasverband, Landesverband Bayern e.V.
Direktion
Lessingstraße 1, 80336 München
Tel. 089 – 544970
www.caritas-bayern.de



Das Bild zeigt eine Person, die Essen an einer Theke ausgereicht wird. Im Hintergrund sind weitere Personen an Tischen zu sehen.

Angebote im Tagestreff

- Tagesaufenthalt
- Kostenloses Essen
- Kostenlose Ausgabe von Lebensmitteln
- Freizeitangebote

Beitrag des Regionalen Knotens Bayern zur Gesundheitlichen Chancengleichheit

Iris Grimm

Regionaler Knoten Bayern – Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit

Der Kooperationsverbund für „Gesundheitliche Chancengleichheit“

Der Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ ist ein bundesweites Projekt mit derzeit 57 Partnern. Er wurde im Jahr 2003 auf Initiative der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) mit dem Ziel der Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit in Deutschland gegründet. Der Verbund wurde im Jahr 2012 umbenannt in „Kooperationsverbund für Gesundheitliche Chancengleichheit“. Die Regionalen Knoten vertreten den Kooperationsverbund auf Landesebene und fungieren als Koordinierungs- und Vernetzungsstellen. Spezielle Arbeitsbereiche sind die Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen, bei Älteren, bei Arbeitslosen und im Quartier.

Schwerpunkte des Regionalen Knotens Bayern

Gesundheitliche Chancengleichheit in Kindertageseinrichtungen

Seit 2008 finden in der LZG Fachgespräche statt, die sich mit der Frage „Wie können pädagogische Fachkräfte in Kindertageseinrichtungen zur gesundheitlichen Chancengleichheit für alle Kinder beitragen?“ befassen. Beteiligt sind Mitarbeiter/innen des Regionalen Knotens, der Freien Wohlfahrtspflege, pädagogische Fachkräfte sowie Sozialwissenschaftler/innen.

Zielsetzung der Fachgespräche ist die Entwicklung von Fortbildungsinhalten für Personal in Kindertageseinrichtungen, die auf Tagungen mit pädagogischen Fachkräften diskutiert, abgestimmt und praxisnah weiterentwickelt werden. Das bereits vorliegende Fortbildungsmaterial, zusammengefasst in einer Handreichung, möchte pädagogische Fachkräfte für die Bedeutung sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit sensibilisieren. Sie wurde an ca. 7000 Kitas in Bayern versandt. Die Inhalte sollen die tägliche Arbeit in der Einrichtung unterstützen. Die Themen der Handreichung „Gesundheitliche Chancengleichheit für alle Kinder“ sind „Motivation“ (das Thema „Gesundheitliche Chancengleichheit“ in der eigenen Einrichtung angehen), „Vorurteile“ (von pädagogischen Fachkräften und Eltern gegenüber Menschen in sozial benachteiligten Situationen), „Eltern als Partner“ (gesundheitliche Chancengleichheit als Aufgabe für Kita und Eltern) und „Vernetzung“ (der Einrichtungen mit wichtigen Partnern in der Region insbesondere zur Unterstützung benachteiligter Familien).



Zur Umsetzung wurden auf Regierungsbezirksebene Tagungen für pädagogisches Personal durchgeführt mit dem Ziel, die Beteiligten in ihrem Engagement für gesundheitsorientierte Prävention für Kinder aus prekären Situationen weiter zu stärken. Zentrales Element der Fortbildungsveranstaltungen ist die Gruppenarbeit, in der die Fachkräfte ihre Arbeitssituation reflektieren und Veränderungsmöglichkeiten diskutieren. Die Fortbildungsmaterialien sollen in den Kitas in einschlägigen Problemlagen, die immer wieder auftauchen, Lösungswege eröffnen. Im Rahmen der Tagungen wurden bisher ca. 300 pädagogische Fachkräfte erreicht.

Die Evaluierung der Tagungen ergab eine positive Bewertung der Fachvorträge, der Gruppenarbeit sowie der Austauschmöglichkeiten zwischen Kolleg/innen. Die Teilnehmenden argumentierten dafür, die Problematik an Verantwortliche in Politik und Gesellschaft weiterzutragen. Sie regten eine weitere Veranstaltung als „Zwischenbilanz der Erfahrungen“ mit Austausch umsetzbarer Anregungen zur Verbesserung der Praxis an.

Ein Vergleich der Diskussionsbeiträge von pädagogischen Fachkräften aus städtischen und ländlichen Regionen ergab, dass beim Thema Motivation von den Beteiligten aus städtischen Regionen mehr theoretische Vorschläge über offenbar unzureichende Voraussetzungen in der Einrichtung gemacht wurden, gegenüber Beteiligten aus ländlichen Regionen, von denen eher Vorschläge zur praktischen Umsetzung unter den gegebenen Voraussetzungen gemacht wurden. Die Auswertung des Themas Vorurteile ergab, dass sich Vertreter/innen aus städtischen Regionen mehr mit negativen Vorurteilen und Kritik befassten im Vergleich zu Vertreter/innen aus ländlichen Regionen, von denen konstruktive Vorschläge zur Überwindung der eigenen Vorurteile aufgezeigt wurden. Beim Thema Eltern als Partner wurden von pädagogischen Fachkräften aus städtischen Regionen mehr Defizite und Hindernisse in der Zusammenarbeit mit den Eltern genannt, während pädagogischen Fachkräften aus ländlichen Regionen die Kooperation mit den Eltern als selbstverständlicher erschien. Beim Thema Vernetzung ergab der Bericht für Einrichtungen aus städtischen Regionen mehr Möglichkeiten für Kontakte, wobei Kontakte zu Ämtern offenbar schwierig sind. In Einrichtungen in ländlichen Regionen werden eher persönliche Kontakte angestrebt.

Für das Jahr 2013 sind zwei Veranstaltungen für bisherige Teilnehmer/innen geplant. Schwerpunkt der Diskussionen

nach ein- bis zweijähriger Umsetzung werden die bisher vermittelten Themen in Hinblick auf die Nachhaltigkeit bei ihrem Einsatz, auf Good Practice Beispiele sowie auf fehlende Voraussetzungen für die Umsetzung sein. Weiterhin wird das Thema „kinderlose Väter – eine neue Herausforderung für pädagogische Fachkräfte“ behandelt. Auch die Fachgespräche werden weitergeführt und um weitere Aspekte zum Thema soziale Ungleichheit ergänzt.

Der bundesweite Partnerprozess „Gesund aufwachsen für alle!“

15 bis 20 % der Kinder in Deutschland wachsen unter schwierigen sozialen Bedingungen auf, die ihre Gesundheit beeinträchtigen können. Ihre Belastungen ergeben sich aus Arbeitslosigkeit und prekären Arbeitsverhältnissen der Eltern, aus der Situation Alleinerziehender, aus Migration, Bildungsferne, süchtigem Verhalten u.a. Angebote für Unterstützung und Hilfe gibt es bereits in vielen Kommunen, doch nicht selten laufen Initiativen ohne Abstimmung nebeneinander. Der von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Herbst 2011 gegründete Partnerprozess „Gesund aufwachsen für alle“

Was bringt eine Teilnahme am Partnerprozess?

- Machen Sie Strategien sichtbar!
- Finden Sie Partner!
- Tauschen Sie sich in der Kommune aus!
- Sie erhalten Unterstützung!

Angebote der Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit in Bayern als Forum für Informationstransfer und Vernetzung:

- Kontakt zu bundes- und landesweiten Netzwerken
- Vermittlung von Kooperationspartnern
- Förderung des regionalen und landesweiten Austauschs
- Öffentlichkeitsarbeit
- Unterstützung im Partnerprozess „Gesund aufwachsen für alle“

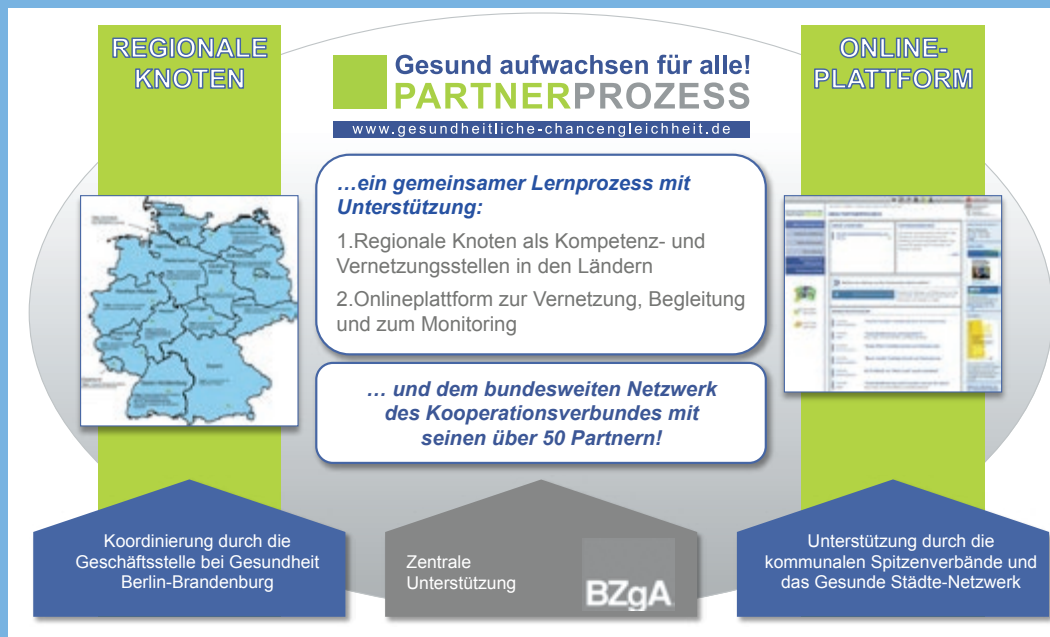


Abb. 1

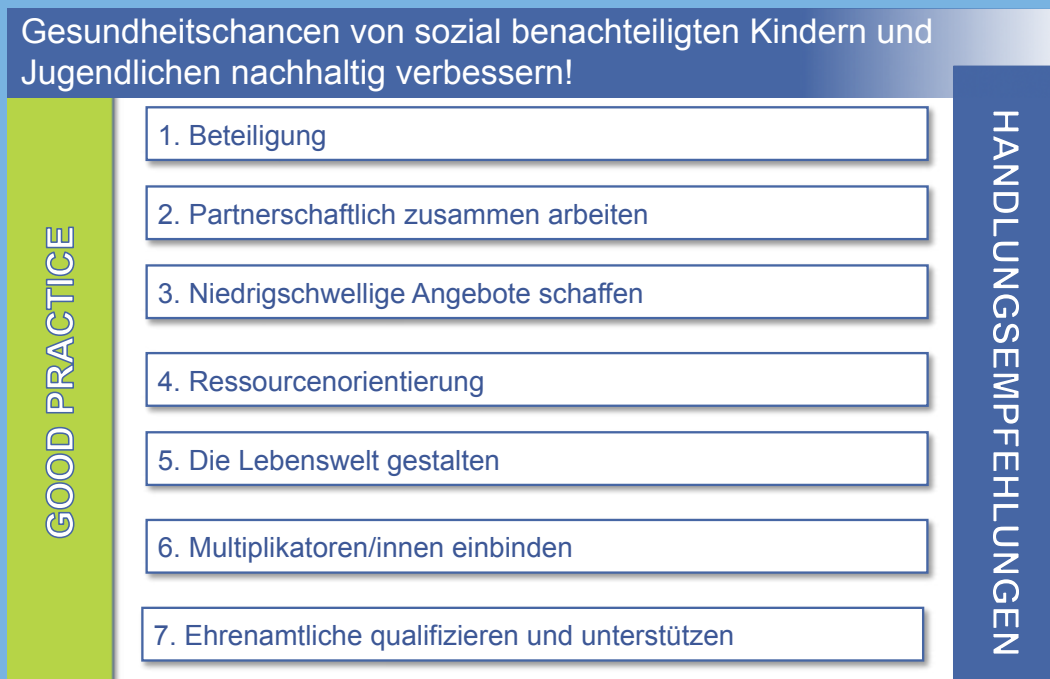


Abb. 2

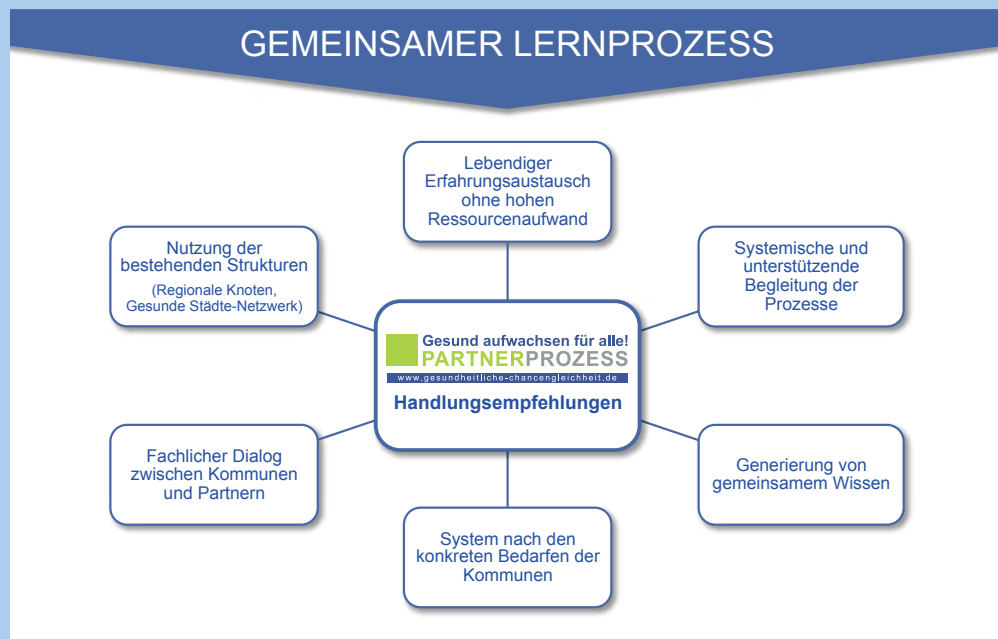
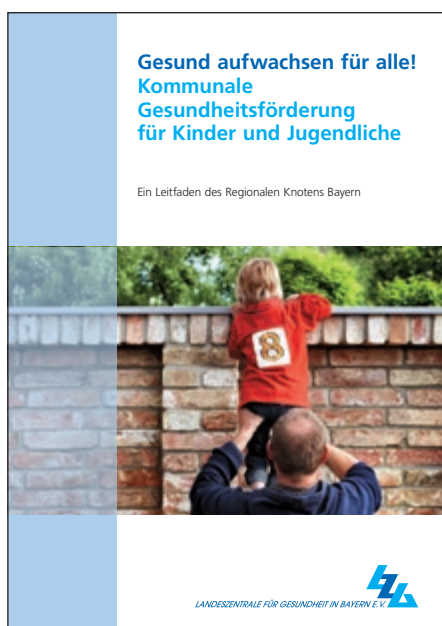


Abb. 3



(Abb. 1) ruft dazu auf, Angebote und Aktivitäten in lokalen Präventionsbündnissen aufeinander abzustimmen. So können Kommunen das gesunde Aufwachsen noch besser fördern und insbesondere die Gesundheitschancen jener Mädchen und Jungen verbessern (Abb. 2), die aufgrund belasteter Lebenslagen höheren gesundheitlichen Risiken ausgesetzt sind. Der Regionale Knoten begleitet den Partnerprozess und unterstützt ihn in Städten und Gemeinden, die sich beteiligen wollen (Abb. 3).

Der Partnerprozess in Bayern

Die Stadt Augsburg war eine der 21 Kommunen in Deutschland, die den Partnerprozess gestartet haben. Das kommunale Gesundheitsamt fungiert dabei als Initiator und Moderator. Am 24. Januar 2012 wurde die Auftaktveranstaltung gemeinsam vom Regionalen Knoten und dem Gesundheitsamt der Stadt Augsburg durchgeführt, dabei wurden bislang vorliegende Erfahrungen und Erfolge im Rahmen der kommunalen Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen vorgestellt. Die Dokumentation der Tagung „Gesund aufwachsen für alle! Kommunale Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche“ kann als Leitfaden für interessierte Städte und Gemeinden dienen.

Iris Grimm

Regionaler Knoten Bayern – Koordinierungsstelle
Gesundheitliche Chancengleichheit

seit 1. Januar 2013 im Bayerischen Zentrum für
Prävention und Gesundheitsförderung am Bayerischen
Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit,
Sachgebiet GE 7

Pfarrstraße 3, 80538 München

Tel. 09131 6808-4506, Fax: 09131 6808-4513

E-Mail: Iris.Grimm@lgl.bayern.de

www.lgl.bayern.de

www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/bayern



Bayerisches Staatsministerium für
Umwelt und Gesundheit



Landes-
Caritasverband
Bayern

