



© Ferenc Szelepcsényi - Fotolia.com

Gesundheitliche Ungleichheit wird durch gesellschaftliche Hierarchien bestimmt.

Soziale Determinanten von Gesundheit und gesundheitliche Ungleichheit



© Wollwerth Imagery - Fotolia.com



Mag. Nikolaus Patera ist freier wissenschaftlicher Mitarbeiter in den Bereichen Gesundheitspolitik und Gesundheitssystemvergleiche am Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment in Wien.

Ein Mädchen in Lesotho lebt wahrscheinlich 42 Jahre kürzer als ein Mädchen in Japan. Einen Knaben, der in einen benachteiligten Vorort von Glasgow hineingeboren wird, erwartet ein 28 Jahre kürzeres Leben als einen Knaben in einer 13 Kilometer entfernt gelegenen bevorzugten Wohngegend von Glasgow. In Schweden ist das Risiko einer Frau, im Zuge von Schwangerschaft und Geburt zu sterben 1 zu 17.400, in Afghanistan ist es 1 zu 8.¹ Diese Zahlen belegen extreme gesundheitliche Ungleichheiten. Es ist offensichtlich, dass diese Ungleichheiten nicht natürlich vorgegeben, sondern Ergebnisse gesellschaftlicher Prozesse sind. Es geht hier konkreter um vermeidbare gesundheitliche Ungleichheit, die nicht vermieden wird.

Hierzu weitere Fakten: In Deutschland besteht ein starker Zusammenhang zwischen Einkommen und Lebenserwartung: Männer, die über ein Monatsbruttoeinkommen von weniger als 1.500 Euro verfügen, erleben 7,5 Jahre weniger in Pension als jene, die mehr als 4.500 Euro verdienen.² Beim Zusammenhang von Einkommen und Gesundheit in Österreich zeigen sich deutliche Effekte für den subjektiven Gesundheitszustand und für das Risiko chronischer Erkrankungen. Die Wahrscheinlichkeit, dass Männer und Frauen in der höchsten Einkommensstufe ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut einschätzen, ist 3,1 bzw. 2,6 Mal höher als für Männer und Frauen in der Armutsriskogruppe. Die Häufigkeit chronischer Erkran-

1 CSDH: Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization 2008.
2 Lauterbach K., Lungen M., Stollenwerk B., Gerber A., Klever-Deichert G.: Zum Zusammenhang zwischen Einkommen und Lebenserwartung. Studien zu Gesundheit, Medizin und Gesellschaft 2006; Köln: Ausgabe 01/2006 vom 25.02.2006.



kungen wie Diabetes oder Bluthochdruck nimmt mit steigendem Bildungsniveau ab. Arbeitslosigkeit³ und Migrationshintergrund spiegeln sich ebenfalls in gesundheitlicher Ungleichheit wider.⁴ Solche Unterschiede sind auch für Wienerinnen und Wiener belegt: Im Jahr 2009 lag die Lebenserwartung in Rudolfsheim, dem sozioökonomisch am stärksten benachteiligten Stadtteil, bei 77,3 Jahren, im reichsten Wiener Bezirk, Innere Stadt, hingegen bei 81,8 Jahren. Die Schere zwischen Arm und Reich – auch was Gesundheitszustand und Lebenserwartung betrifft – geht in Wien immer weiter auf.⁵ Bildung, Einkommen, Vermögen und Beschäftigung sind Indikatoren für den eigentlich springenden Punkt, den Status, den eine Person in der Gesellschaft innehat. Beschäftigungsstatus, Vermögen und sozialer Status beeinflussen die Gesundheit sechsmal stärker als umgekehrt. Genetische Disposition entscheidet, an welchem Ende des Spektrums eine Person landet. Die Umwelt entscheidet, wo dieses Spektrum angesiedelt ist. Eine Illustration für gesellschaftliche Prozesse, über die Status fortgeschrieben wird, findet sich in den folgenden beiden Abbildungen mit Daten aus England. Abbildung 1 zeigt, dass Dreijährigen der höchsten gesellschaftlichen Statusgruppe etwa doppelt so häufig täglich vorgelesen wird als jenen aus der niedrigsten. Abbildung 2 belegt Unterschiede im Reichtum des Wortschatzes von Fünfjährigen nach Einkommen der Eltern.

Nun sind Afghanistan und Lesotho weit weg, Glasgow ist auch nicht wirklich um die Ecke. Die Armen, die Ungebildeten, die Arbeitslosen und die Zugewanderten sind auch innerhalb Österreichs immer *die anderen*. Es sind *die anderen*, die in Wien-Rudolfsheim wohnen. Es sind die *anderen* Dreijährigen, die nicht vorgelesen bekommen und es sind die *anderen* Fünfjährigen, deren Wortschatz unterentwickelt ist. Aber ist dem wirklich so?

England und Wales begannen als erste Länder mit der Datensammlung zum Zusammenhang zwischen Mortalität und Zugehörigkeit zu einer sozioökonomischen Gruppe. Auch wurde in England frühzeitig in Geburtskohortenstudien und andere longitudinale Untersuchungen investiert, die zum heutigen Verständnis der Gründe von gesundheitlichen Ungleichheiten beigetragen haben. Ein klassisches Beispiel ist die nach dem Londoner Regierungsbezirk "Whitehall" benannte Studie⁶. Sie

3 Füzi J., Reichardt B.: Macht Arbeitslosigkeit krank oder macht Krankheit arbeitslos?, Soziale Sicherheit, Ausgabe Feb. 2009.

4 Statistik Austria: Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertungen der Daten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007; Wien 2008.

5 Rümmele M., Feiertag A.: Zukunft Gesundheit. Orac Verlag, Wien 2009.

6 www.ucl.ac.uk/whitehall

Abbildung 1: Bekommt täglich vorgelesen im Alter von 3

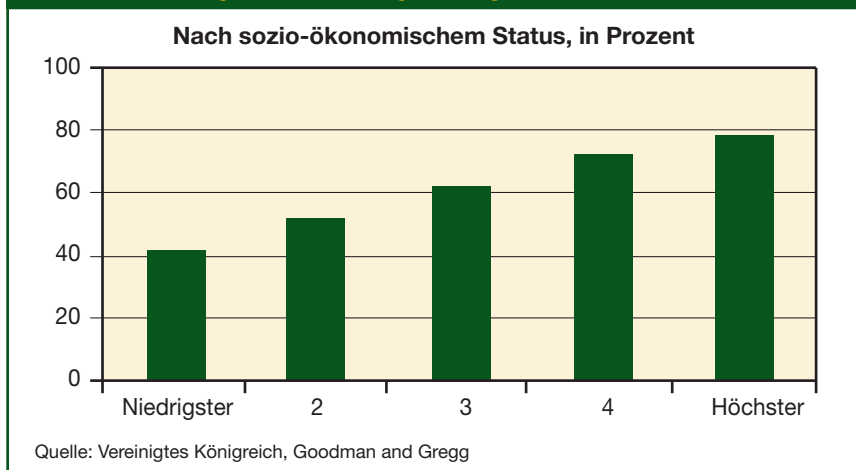
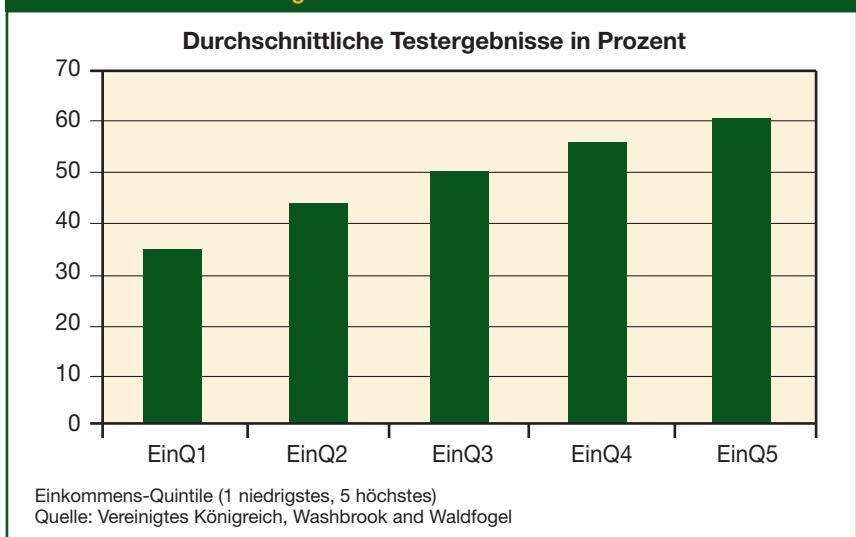


Abbildung 2: Test Wortschatz mit 5 Jahren



Unterschied im Vorleseumfang als ein Symptom gesellschaftlicher Ungleichheit.



© Robert Kneschke - Fotolia.com



Von vermeidbarer gesundheitlicher Ungleichheit ist die ganze Gesellschaft betroffen, nicht nur Randgruppen.

Nicht mehr verkürzend Armut und Krankheit, sondern Position in der Hierarchie und Krankheit

startete 1967 mit 18.000 männlichen Beamten. Ergebnis war, dass niedriger eingestufte Beamte ein höheres Risiko hatten, vorzeitig zu versterben, als höher eingestufte. Die sogenannte Whitehall-II-Studie begann 1987 und schloss 10.000 Beamtinnen und Beamte ein, die alle in Bürojobs in London arbeiten. Die Studienpopulation besteht also a priori aus einem Teil der Gesellschaft, der privilegiert ist. Whitehall II sollte die Gründe für gesundheitliche Ungleichheiten während des Arbeitslebens untersuchen. Aus der immer noch laufenden Studie resultierten psychosoziale Faktoren wie Stress am Arbeitsplatz, Unfairness und Spannungen zwischen den Ansprüchen des Arbeitsplatzes und der Familie als wichtige Aspekte bei der Entstehung von gesundheitlichen Ungleichheiten.

Hier soll auf den u. a. in diesen beiden Studien belegten Gradienten gesundheitlicher Ungleichheit am Beispiel des metabolischen Syndroms eingegangen werden. Metabolisches Syndrom bezeichnet eine Gruppe von Zuständen, die das Risiko von koronarer Herzkrankheit und von Diabetes erhöhen (hoher Blutdruck, hohe Blutzuckerwerte, hoher Cholesterinspiegel, zu viel Bauchfett).⁷ Abbildung 3 zeigt nicht nur, dass es über 2,5-fache Unterschiede im Risiko zwischen Spitzenbeamten und den am niedrigsten eingestuften Beamten gibt. Es wird auch deutlich, dass es Unterschied zwischen den „benachbarten“ Hierarchiestufen gibt. Ein Gradient wird sichtbar. Bei nochmaliger Betrachtung von Abbildungen 1 und 2 oben sticht ein solcher Gradient auch dort ins Auge.

Aus dem Vorhandensein des Gradienten der Ungleichheit wird deutlich, dass es nicht ausreicht, das Problem gesundheitlicher Ungleichheit auf ei-

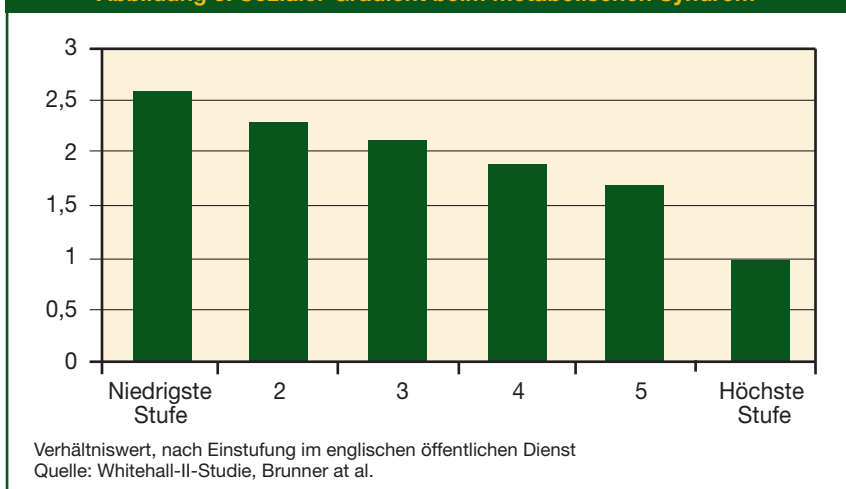
nen Teil der Gesellschaft einzugrenzen, etwa auf die zehn Prozent der Ärmsten. Der Gradient gesundheitlicher Ungleichheit zieht sich durch alle Schichten der Gesellschaft und er ist nicht konstant, er variiert mit der Zeit und zwischen Ländern. Die Fragestellung ist demnach nicht mehr wie traditionell nach *Armut und Krankheit*, sondern nach der *Position in der Hierarchie und Krankheit*. Eine bequeme „die anderen und wir“-Dichotomie macht keinen Sinn mehr. Es geht vielmehr um ein „wir alle“, die wir in unseren Gesellschaften von gesundheitlicher Ungleichheit betroffen sind. Gesundheitliche Ungleichheit in einer Gesellschaft ist in diesem Sinn eine Problematik, die Handeln auf allen Ebenen der Gesellschaft notwendig macht.

Risikoverhalten (etwa Rauchen) reduziert den Gradienten um ein Drittel. Der Rest beruht auf anderen Ursachen. Allerdings ist auch die Sache mit dem vermeintlich frei gewählten Risikoverhalten nicht so eindimensional, wie es scheinen mag. Soziale Faktoren wie Bildungsstand und Beschäftigungsstatus führen dazu, dass dieselbe Intensität an Tabakkonsum über unterschiedlich aggressive Krebstypen zu unterschiedlichen Gesundheitsergebnissen führt. Relevant wird also die Beschäftigung mit den Ursachen der Ursachen: weg vom Fokus auf Blutfettwerte, über die Ernährung hin zur Frage der Kontrolle über die Umstände des eigenen Lebens.

Die WHO setzte dazu eine Kommission „Soziale Determinanten von Gesundheit“ ein. Der Leiter der oben erwähnten englischen Whitehall-II-Studie, Michael Marmot, wurde mit dem Vorsitz betraut. 2008 formulierte die Kommission in ihrem Abschlussbericht folgende Empfehlungen:⁸

1. Verbesserung der Umstände des täglichen Lebens, in die Menschen hineingeboren werden, in denen sie aufwachsen, leben, arbeiten und altern.
 2. Änderung der ungerechten Verteilung von Macht, Geld und Ressourcen und deren struktureller Ursachen auf globaler, nationaler und lokaler Ebene.
 3. Messen und Verstehen des Problems und Health Equity Assessment von Handlungen.
- Strukturierte Aktivitäten zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheit gibt es mittlerweile in zahlreichen europäischen Ländern. Aber auch in Brasilien, Chile, Iran, Kenia, Mosambik oder Sri Lanka sind größere Programme zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit angelaufen. In den USA arbeitet etwa die Robert-Wood-Johnson-Stiftung in diesem Bereich.⁹ Die wohl längste Tradi-

Abbildung 3: Sozialer Gradient beim metabolischen Syndrom



⁷ www.nlm.nih.gov/medlineplus/metabolicsyndrome.html

⁸ www.who.int/social_determinants

⁹ <http://www.commissiononhealth.org>



Bildung, Einkommen, Vermögen und Beschäftigung sind Indikatoren für den Status, den eine Person in der Gesellschaft innehat.

tion hat England. Die dortigen Erfahrungen mit Programmen zur Reduzierung von vermeidbarer gesundheitlicher Ungleichheit seien hier kurz beschrieben: Im Jahr 1998 wurde ein über das Gesundheitssystem im engeren Sinn hinausgehendes Programm zur Reduzierung vermeidbarer gesundheitlicher Ungleichheit gestartet. Das Programm bewegte verhältnismäßig große Summen. Begleitend wurde in transparenter Weise eine Reihe von Forschungsprojekten durchgeführt. Programmteile und das Gesamtprogramm wurden laufenden Evaluierungen unterzogen, die öffentliche Diskussion nach sich zogen. Zwei quantitative Ziele stachen heraus: Bis 2010 sollte der Unterschied in der Lebenserwartung zwischen den verschiedenen geografischen Regionen um zehn Prozent gesenkt werden. In gleichem Umfang sollte der Unterschied bei der Kindersterblichkeit zwischen den sozialen Schichten gesenkt werden. Die Ziele wurden nicht erreicht. Der abschließende Review im Jahr 2010 analysierte die Ursachen und sprach Empfehlungen für zukünftige Arbeit aus.¹⁰ „Viele Wissenschaftler/innen glauben, dass gesundheitliche Ungleichheiten nicht reduziert werden können, ohne Ungleichheiten beim Einkommen und beim Vermögen zu verringern.“¹¹ Die einkommens- und vermögensbezogene Ungleichheit in England nahm zwischen 1998 und 2010 zu.

In Österreich ist in diesem Bereich viel an Entwicklungsarbeit notwendig. Gesundheitsberichterstattung fokussiert traditionellerweise nicht auf die Messung der Verteilung von Gesundheit. *Health in all Policies* mit den korrespondierenden Health Impact Assessments¹² müssten zu *Health Equity*



in all Policies erweitert werden. Gesundheitsziele¹³ müssten gesellschaftliche Verteilungsaspekte von Gesundheit beinhalten.

Aufgabe der oben erwähnten WHO-Kommission war es in den Worten Michael Marmots, „Fairness zurück auf die Agenda zu bringen“. Vieles, wenn nicht das meiste, was zur Verringerung von vermeidbarer gesundheitlicher Ungleichheit getan werden muss, sprengt den Rahmen des Gesundheitssystems. Nichtsdestotrotz wurde Michael Marmot für 2010 zum Präsident der British Medical Association gewählt. In seiner Antrittsrede forderte er die versammelten Ärztinnen und Ärzte auf: „*Wenn wir die Krokodile der gesundheitlichen Ungleichheit wirklich bekämpfen wollen, müssen wir den Sumpf trockenlegen. Wir müssen uns mit den Ergebnissen unfairer ökonomischer und sozialer Rahmenbedingungen beschäftigen und mit den Ursachen und den Ursachen für die Ursachen von gesundheitlicher Ungleichheit.*“¹⁴ Dabei geht es wohl auch darum, dass Kinder gerne vorgelesen bekommen.

Der althergebrachte Diskurs um individuelles gesundheitliches Risikoverhalten greift entscheiden zu kurz.

Gesellschaftliche Fairness muss zurück auf die Agenda.

Keine Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheit ohne Verringerung der Ungleichheit bei Vermögen und Einkommen.

Quellenangaben zu Abbildungen

Brunner E. J., Marmot M. G., Nanchahal K., Shipley M. J., Stansfeld S. A., Juneja M., Alberti K. G.: Social inequality in coronary risk: central obesity and the metabolic syndrome. Evidence from the Whitehall II study. *Diabetologia*. 1997 Nov; 40(11):1341–9.

Goodman A. and Gregg P. (forthcoming): Children educational outcomes: The role of attitudes and behaviours, from early childhood to late adolescence. York: Joseph Rowntree Foundation.

Washbrook E. and Waldfogel J. (2008): Family income and children's readiness for school. *Research in Public Policy* 7: 3–5; Hills J., Brewer M., Jenkins S. et al (2010): An anatomy of equality in the UK. London: HM Government.

¹⁰ www.marmotreview.org

¹¹ Mackenbach J. P.: Has the English strategy to reduce health inequalities failed? *Soc Sci Med*. 2010 Oct;71(7):1249–53; discussion 1254–8. Epub 2010 Aug 3.

¹² Haas S., Horvath I.: Gesundheit nachhaltig fördern – Health in All Policies und Health Impact Assessment. *Soziale Sicherheit*, Ausgabe Sept. 2010.

¹³ Offermanns G.: Gesundheitsziele – ein gesundheitspolitisches Steuerungsinstrument für Österreich?, *Soziale Sicherheit*, Ausgabe Nov. 2009.

¹⁴ *BMJ* 2010; 341:c3617