



**MMS Bulletin #95**

*Armut und Gesundheit*

---

**Soziale Ungleichheit und Gesundheit**

**Gesundheitliche Chancengleichheit muss  
prioritäres Ziel werden**

Von Alex Schwank

*Die Vorstellung, persönliches Fehlverhalten sei für die meisten Krankheiten verantwortlich, ist fest in den Köpfen verankert. Gekoppelt ist diese Auffassung meist mit der Überzeugung, das persönliche Gesundheitsverhalten sei frei wählbar. Wer sich nicht den üblichen Verhaltensregeln anzupassen gewillt sei, schädige daher nicht nur seine eigene Gesundheit vorsätzlich, sondern verursache der Allgemeinheit auch erhebliche Kosten. Bei näherer Betrachtung erweist sich diese Sicht der Dinge ist jedoch als unzutreffend.*

Joggen ist gesund und spart Gesundheitskosten, so zumindest eine weitverbreitete Meinung. Im Juli 2002 ging Präsident Bush zusammen mit Ehefrau Laura mit gutem Beispiel voran. Er joggte fünf Kilometer und rief seine Landsleute zu einer gesünderen Lebensweise mit ausgewogener Ernährung und mehr Sport auf.

“Jeder ist für seine Gesundheit in erster Linie selber verantwortlich”, wurde 1982 auch als Grundsatz in die neue Baselbieter Verfassung aufgenommen. Mein Antrag, diesen Satz zu streichen, wurde von meinen Kolleginnen und –kollegen im Verfassungsrat deutlich abgelehnt.

In diesem Beitrag will ich zeigen, dass die einseitige Betonung der individuellen Verhaltensprävention zwar für Personen mit guter Bildung, hohem beruflichen Status und hohem Einkommen durchaus Sinn macht, dass sie aber für Personen aus unteren sozialen Schichten mit eingeschränktem Handlungsspielraum nicht viel bewirken kann. Der schlechtere Gesundheitszustand von Armen ist zudem nicht ausschliesslich durch risikoreicheres Gesundheitsverhalten erklärbar. Die Betonung der individuellen Selbstverantwortung wird zur Schuldzuweisung an die Opfer. Wirksame Prävention für die sozial Schwachen muss deshalb vor allem Verhältnisprävention sein, nämlich die Verbesserung ihrer sozialen Situation.

**Das Konzept “Gesunder Lebensstil”**

Als hauptverantwortlich für verlorene potenzielle Lebensjahre werden heute folgende Krankheitsgruppen bezeichnet: Herz-Kreislaufkrankheiten, Krebs und Diabetes mellitus. Die Diskussion konzentriert sich auf die sog. Risikofaktoren für diese "Wohlstandskrankheiten" wie Tabakkonsum, übermässiger Alkoholenuss, mangelnde Bewegung, zu reichliche und zu fetthaltige Ernährung und Stress im Sinne von Fehlverhalten. Im Blickpunkt stehen individuelle Angewohnheiten von Menschen, ausgeklammert bleiben die gesellschaftlichen Bedingungen (Arbeitsbedingungen, Einkommen, Wohnverhältnisse, Verkehr, Umwelt usw.). Die empfohlenen Verhaltensänderungen betreffen vor allem die Konsum- und Freizeitsphäre. Die lebensatilkonzentrierte Gesundheitsdoktrin geht von einem autonom entscheidenden Individuum aus und einem aetiologischen Modell, dessen Erklärungsvariablen ausschliesslich individuelle Verhaltensweisen sind. Krankheit kann somit als individuelle Schuld verstanden werden. Gesundheit wird zu einem Produkt der persönlichen Verantwortung. Die vor allem lebensstilorientierte Präventionspolitik ist im Kern politisch konservativ und negiert die riesigen sozialen Ungleichheiten. Die sozialwissenschaftliche Forschung hat ergeben, dass entgegen weit verbreiteter Annahme die Möglichkeiten des Einzelnen, sein Gesundheitspotenzial zu erhalten und Risiken abzuwenden bzw. zu reduzieren, in wesentlich stärkerem Umfang als bisher angenommen, von gesellschaftlichen und sozialen Faktoren abhängen. Wer reich und gut gebildet ist, hat nicht nur eine bessere Gesundheit, sondern auch grössere Ressourcen, gesundheitsschädigende Gewohnheiten wie z.B. das Rauchen aufzugeben.

### **Soziale Ungleichheiten und Gesundheit**

Die Fixierung auf individuelles Risikoverhalten in der Freizeit- und Konsumsphäre blendet die Tatsache aus, dass die Gesundheit wesentlich auch vom sozial-ökonomischen Status bestimmt wird. In den letzten Jahren hat das Interesse in der sozialwissenschaftlichen Forschung am Thema "soziale Ungleichheit und Gesundheit" erheblich zugenommen. Die beste deutschsprachigen Zusammenfassung der Forschungsergebnisse wurde im Jahre 2000 von Andrea Mielck publiziert (2). Auch aus der Schweiz sind dazu einige Arbeiten veröffentlicht worden (3).

1997 hat die Schweizerische Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen mit Unterstützung des Bundesamtes für Gesundheit unter dem Motto "Gesundheit für alle" "Ziele zur Gesundheitspolitik für die Schweiz" formuliert (4). Hans Wydler hat zum Ziel I, der "Chancengleichheit im Gesundheitsbereich", das folgende festgehalten:

"Die Spitzenposition bei der Lebenserwartung bedeutet aber nicht, dass die Verhältnisse innerhalb Ades Lands durch Chancengleichheit gekennzeichnet wären: Auch in der Schweiz sind die Chancen für Gesundheit ungleich verteilt... Die Chancengleichheit für verschiedene Bevölkerungsgruppen in Bezug auf die Gesundheit ist, neben der Sicherung der ökologischen Voraussetzungen für Gesundheit, das Ziel mit der höchsten Priorität. Die Anhebung der Voraussetzungen der Deprivierten an das Niveau der Privilegierten stellt diejenige Massnahme mit dem grössten gesundheitlichen Gewinnpotential dar".

Die medizinische Versorgung ist in der Schweiz qualitativ hochstehend und durch das System der obligatorischen Kranken- und Unfallversicherung theoretisch der gesamten Bevölkerung zugänglich: “Trotz dieses breiten und trägfähigen und teuren Netzes ist der Zugang zum Gesundheitssystem nicht für alle Bevölkerungsgruppen gleich – zum Beispiel aufgrund von Wissensdefiziten, unterschiedlicher Einschätzung der Bedeutung des Vorsorgeverhaltens, unterschiedlicher Konzepte von Gesundheit und Krankheit und damit verbunden unterschiedlicher Körperwahrnehmung und unterschiedlicher Compliance. Der sich verstärkende Spardruck auf das Gesundheitswesen weckt gegenwärtig Befürchtungen über das Aufkommen einer Zwei-Klassenmedizin”, schreibt Hans Wydler.

Tatsächlich wird der heute geltende Leistungskatalog in der Krankenpflegegrundversicherung von einflussreichen politischen Kreisen in Frage gestellt und eine Beschränkung auf das sogenannte “medizinische Notwendige” gefordert. Diese Debatte um die Ausgestaltung des Leistungskatalogs in der Krankenpflegegrundversicherung ist auch ein Kampf um eine tragfähige Krankenpflegeversicherung für alle Bevölkerungsschichten. Erwähnt werden muss in diesem Zusammenhang, dass im Bereiche der zahnärztlichen Verordnung schon heute eine Zwei- bzw. Mehrklassenmedizin besteht. Personen mit geringem Einkommen können sich oft keine qualitativ gute zahnärztliche Versorgung leisten.

Nur der Vollständigkeit halber sei angeführt, dass in der Schweiz immer noch eine obligatorische Krankentaggeldversicherung fehlt und gerade Menschen in prekären Arbeitsverhältnissen und mit chronischen Krankheiten nur ungenügend gegen krankheitsbedingte Einkommensausfälle geschützt sind.

### **Erklärungen für die gesundheitliche Ungleichheit**

Im 19. Jahrhundert war die Erklärung für soziale Ungleichheiten in der Gesundheit relativ einfach. Die Lebens- und Arbeitsbedingungen breiter Schichten der Bevölkerung waren miserabel und offensichtlich gesundheitsschädigend. Gerhart Hauptmann beschreibt die Verhältnisse in seinem Theaterstück “Die Weber” eindrücklich: “Die Männer sind in der Mehrzahl flachbrüstige, hüstelnde, ärmliche Menschen mit schmutziggelber Gesichtsfarbe: Geschöpfe des Webstuhls, deren Knie infolge vielen Sitzens gekrümmt sind. Ihre Weiber zeigen weniger Typisches auf den ersten Blick, “sie sind aufgelöst, gehetzt und abgetrieben... und zerlumpt, wo die Männer geflickt sind”. In den Elendsvierteln der schnell wachsenden Städte grassierte die Tuberkulose und der Alkoholismus. Führende Todesursachen waren Infektionskrankheiten, vor allem die Tuberkulose, die eine Krankheit der armen Leute war.

In den letzten Jahrzehnten hat sich der allgemeine Gesundheitszustand der Bevölkerung in der Schweiz dramatisch verbessert. Nicht nur die Lebenserwartung ist massiv angestiegen, sondern auch die Zahl der Lebensjahre ohne schwerwiegende Behinderung. Fälschlicherweise wird diese Entwicklung mit der tatsächlich beeindruckenden Entwicklung der medizinischen Möglichkeiten erklärt. Vor allem der Engländer Thomas McKeown hat nachgewiesen, dass es

vor allem sozialhygienische Massnahmen und die Verbesserung der allgemeinen Lebensumstände waren, die den Rückgang der Tuberkulose und anderer Volkskrankheiten bewirkten.

Heute liegen die Erklärungen für den Zusammenhang zwischen Krankheit und sozialer Lage nicht mehr so einfach auf der Hand. Angesichts der Vielfalt der möglichen Einflüsse hat A. Mielck einen praxisbezogenen Ansatz vorgeschlagen. Eine vollständige Erklärung sei wahrscheinlich gar nicht möglich, aber vermutlich auch nicht notwendig. Im Mittelpunkt der Erklärungsversuche steht für ihn die pragmatische Frage, ob und wie der Gesundheitszustand in der unteren sozialen Schicht verbessert werden kann.

Im Folgenden skizziere ich diese Erklärungsmöglichkeiten kurz. Klar ist, dass physische und psychische Belastungen am Arbeitsplatz einen direkten Einfluss auf die Gesundheit haben, und dass auch die Erholungsmöglichkeiten in der Freizeit vom sozialen Status abhängen. Der Arbeitslohn bestimmt entscheidend mit, wie die arbeitsbedingten gesundheitlichen Belastungen in der Freizeit kompensiert werden können. Wichtig ist neben objektiven Belastungen (mehr Lärm, finanzielle Probleme, schlechtere Wohnverhältnisse, unsicherer Arbeitsplatz usw.) auch die Tatsache, dass Personen in schlechteren sozioökonomischen Verhältnissen auftretende Probleme auch schlechter angehen können. Erlernte Hilfslosigkeit, weniger soziale Unterstützung, mangelnde Bildung usw. sind hier die Stichworte. Nicht nur die objektiven Belastungen, sondern auch die subjektive Verarbeitung der Belastungen ist von Bedeutung. Zahlreiche Studien belegen die negativen gesundheitlichen Folgen langandauernder Arbeitslosigkeit.

Anders als früher vermutet, werden Herz-Kreislaufkrankheiten wie etwa der Herzinfarkt nicht bei Managern vermehrt beobachtet, sondern bei Menschen mit niedrigem sozialem Status. Erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang, dass sich die sozioökonomischen Unterschiede in der Herz-Kreislauf-Mortalität nur zu einem kleinen Teil durch die üblichen Risikofaktoren wie Rauchen, hohen Blutdruck, Cholesterin und Übergewicht erklären lassen. Psychosoziale Faktoren müssen daher eine wichtige Rolle spielen. Als Erklärungsmöglichkeit dafür haben Karasek und Theorell (5) in den letzten Jahren den "job-strain"-Ansatz entwickelt. Job-strain meint die spezifische Arbeitsbelastung, die sich aus der Kombination von hoher Anforderung und geringem Handlungsspielraum ergibt. Man kann beobachten, dass hohe berufliche Belastung verknüpft mit niedriger materieller und ideeller Belohnung das Risiko für eine koronare Herzkrankheit entscheidend erhöht.

Im Zentrum vieler Erklärungsansätze steht die Arbeitswelt. Dazu Mielck: "Übereinstimmung besteht auch darin, dass es nicht nur um die objektiven Belastungen eines Menschen geht, sondern auch um seine Möglichkeiten, mit diesen Belastungen umzugehen. Besonders wichtig ist die Feststellung, dass das Gesundheitsverhalten hier keine dominierende Rolle spielt. Im Gegensatz zur aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion, in der immer wieder die Verantwortung des einzelnen für seinen Gesundheitszustand betont wird, stehen hier die Verhältnisse im Vordergrund und nicht das Verhalten" (6).

Oder einfacher ausgedrückt: Wer arm ist, lebt im Stress. Wer sich am unteren Ende der sozialen Leiter befindet, raucht mehr, ernährt sich unausgewogener und bewegt sich weniger, doch das erklärt das Gesundheitsdefizit der Armen nur zu einem kleinen Teil. Diesen auch aus anderen Studien bekannte Sachverhalt belegte 1998 einmal mehr eine repräsentative Studie an 4000 erwachsenen Amerikanern (7).

Statusspezifische Unterschiede im Gesundheitsverhalten wie etwa beim Rauchen erklären einen Teil des sozioökonomischen Gradienten in der Gesundheit. Dies darf aber nicht dazu missbraucht werden, Angehörigen der unteren sozialen Schichten die Schuld für ihre gesundheitlichen Probleme zuzuschreiben. Viele gesundheitsschädigende Verhaltensweisen haben ihren wichtigsten Ursprung in der sozialen Misere. Informationen über die Gefahren des Tabakkonsums sind in einer solchen Situation nicht falsch, lösen aber das Problem nicht. Wird damit eine Schuldzuweisung verbunden, wird dies in den Gesundheitswissenschaften als "blaming the victim", dem Opfer die Schuld zuschieben, bezeichnet.

Wichtig ist in diesem Zusammenhang, wie gesundheitliche Ungleichheit in der Öffentlichkeit wahrgenommen wird. Die Tatsache, dass Personen aus der unteren sozialen Schicht kränker sind und früher sterben, wird in der Bevölkerung weitgehend ignoriert. Und was noch wichtiger ist: Vor allem Personen aus der unteren sozialen Schicht sind zumeist selbst der Meinung, für ihren Gesundheitszustand verantwortlich zu sein. Und bei "objektiv" gleichem Gesundheitszustand fühlen sich Personen mit geringem sozialem Status meist gesünder als Personen aus höheren sozialen Schichten.

### **Wie ist gesundheitliche Chancengleichheit erreichbar?**

Die durchschnittliche Lebenserwartung lässt sich nicht beliebig steigern. Aus biologischen Gründen wird sie die Grenze von 85 Jahren wohl nicht überschreiten können. Anzustreben ist aber, dass diese durchschnittliche Lebenserwartung von allen Bevölkerungsschichten erreicht wird, und dass vor allem gewonnene Lebensjahre nicht von schweren chronischen Krankheiten und Behinderungen geprägt sind. Die Hindernisse für die Verlängerung der gesunden Lebensspanne sind vor allem sozialer Natur. Schon heutzutage ist das Niveau an Krankheiten und Behinderungen in den oberen sozialökonomischen Schichten bis weit in die späten Phasen niedriger. Für untere soziale Schichten geht die Steigerung der Lebenserwartung jedoch nicht immer mit einem Gewinn an behinderungsfreien Lebensjahren einher. Hier nehmen Krankheiten schon in den mittleren Jahren und im frühen Alter erheblich zu.

Die dominierende lebensstilorientierte Prävention ist im Wesentlichen auf die Mittel- und Oberklasse ausgerichtet. Dazu Hagen Kühn in seinem ausgezeichneten Buch „Healthismus“: "Die individuellen Realisierungschancen für ein gesünderes Verhalten sind dort grösser, wo die Lebenssituation ohnehin gesundheitsgerechter ist. Die teilweise guten, aber auch unzweifelhaft sozial ungleichen Erfolge dieser Strategie beruhen darauf, dass die Individuen die ihnen - sozial ungleich im umgekehrten Verhältnis zur Verteilung von Krankheit – zur Verfügung stehenden Verhaltensressourcen besser nützen können. Das kann sogar manchmal zu absoluten Verbesserungen bei den unteren sozialen Schichten führen, aber die Verbesserung bei den

Mittel- und Oberschichten wird exponentiell sein” (8). Hagen Kühn bringt es auf den Punkt: “Selbst ein kleiner Anstieg im Bildungs- und Einkommensniveau für Individuen und soziale Gruppen aus unteren Schichten mit hohem Krankheitsrisiko würde wahrscheinlich einen weit grösseren Effekt auf die Gesundheit haben als alle im engen Rahmen der dominierenden Gesundheitsförderung debattierten ‚Gesundheitsressourcen‘ zusammengenommen.” (9).

Die bisherigen Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention erreichen die unteren sozialen Schichten schlecht. Was bei den sozialwissenschaftlichen Forschungen zu diesem Thema auffällt, ist, wie viel über und wie wenig mit Angehörigen der unteren sozialen Schichten gesprochen wird. Die direkt Betroffenen müssen vermehrt gefragt werden, welche Möglichkeiten sie selber zur Verbesserung ihrer gesundheitlichen Lage sehen.

Sicher ist, dass gemeinschaftlich-veränderndes Verhalten bessere Voraussetzungen für mehr Gesundheitsressourcen schafft als der Versuch, individuelles Verhalten privat zu ändern. Prozesse, wie sie heute unter dem Begriff “Empowerment” beschrieben werden, geben eine mögliche Richtung an (10). Präventionspolitik für die unteren sozialen Schichten setzt Gegenmacht voraus, die Mobilisierung der Betroffenen für die Verbesserung ihrer sozialen Lage. Nicht alle in diesem Land sind an einer solchen Entwicklung interessiert.

1997 hat Hans Wydler seinen Artikel zur “Chancengleichheit im Gesundheitsbereich” mit dieser Forderung geschlossen: “Voraussetzung für eine solche integrierende Perspektive sind die Problemerkennung und die Bereitschaft, diese mit politischen Mitteln anzugehen. Dazu arbeitet die Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen auf politischer Ebene auf einen Paradigmenwechsel hin, welcher der Forderung der Chancengleichheit im Gesundheitsbereich die notwendige Priorität zuerkennt” (4).

Dem ist eigentlich nichts hinzuzufügen. Nur bläst der Wind zur Zeit in die andere Richtung.

*\*Alex Schwank ist als Arzt in Basel tätig. Er ist Mitglied der Redaktion der Zeitschrift “Soziale Medizin”, die von der Schweizerische Gesellschaft für ein Soziales Gesundheitswesen (SGSG) herausgegeben wird und hat zu verschiedenen gesundheitspolitischen Themen publiziert wie etwa der Stammzellenforschung, der Sterbehilfe sowie der Wechselwirkung von sozialer Ungerechtigkeit und Krankheit. Kontakt: mjaques@tiscali.ch. Der vorliegende, zuerst in der Text aus der Zeitschrift “Soziale Medizin” (2004) publizierte Text ist in etwas anderer Form unter dem Titel „Soziale Ungleichheit und Gesundheit; Gesundheitliche Chancengleichheit muss prioritäres Ziel werden“ auch im Caritas-Almanach 2003 (Gesundheit – eine soziale Frage, Caritas-Verlag, Luzern, 2003) erschienen.*

## **Anmerkungen**

1. Tagesanzeiger vom 10/11.8.2002

2. Andreas Mielck: “Soziale Ungleichheit und Gesundheit”, Verlag Hans Huber Bern, 2000

3. Robert E. Leu: Armut und Lebensqualität in der Schweiz. Verlag Paul Haupt Bern 1997.  
Ueli Mäder et al: Armut im Kanton Basel-Stadt. Social Strategies Vol. 23. Universität Basel 1991  
Brigitte Bisig und Felix Gutzwiller: Soziale Ungleichheit und Gesundheit im Kanton Zürich. Serie Gesundheitsförderung Kanton Zürich Nr 6, Zürich 1999  
Bundesamt für Statistik: Berufsspezifische Mortalitätsrisiken der Männer in der Schweiz, Bern 1997  
Etienne Gubéran: Mortalité prématurée et invalidité selon la profession et la classe sociale à Genève, OCIRT, Genf 2000  
G. Domenighetti et al: Health Effects of Job Insecurity among Employees in Swiss General Population. Uni Lausanne, École HEC 1999  
Bundesamt für Statistik: Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 1997, Neuenburg 2000
  
4. Wydler Hans: "Chancengleichheit im Gesundheitsbereich" In: "Schweiz. Gesellschaft für Prävention und Gesundheit (Hrsg): Ziele zur Gesundheitspolitik in der ASchweiz. Soz.-Präventivmed. 42 (Suppl. 1):
  
5. Karasek. R. A. , Theorek T. Healthy Work. Basis Books, New York 1990
  
6. Andreas Mielcke op. cit. Seite 171
  
7. Socioeconomic Factors, Health Behaviors and Mortalty, in: The Journal of the American Medical Association (JAMA), 3. Juni 1998
  
8. Hagen Kühn; Healthismus. Eine Analyse der Präventionspolitik und der Gesundheitsförderung in den USA, edition sigma, Berlin 1993, Seite 115
  
9. Hagen Kühn, op. cit. Seite 6
  
10. Rappaport J. et al.: Studies in Empowerment, Haword Press 1984.



## **Kontakt**

### **Deutschschweiz**

Medicus Mundi Schweiz  
Murbacherstrasse 34

### **Suisse romande**

Medicus Mundi Suisse  
Rue de Varembeé 1

### **Bankverbindung**

Basler Kantonalbank, Aeschen, 4002 Basel  
Medicus Mundi Schweiz, 4056 Basel

CH-4056 Basel  
Tel. +41 61 383 18 10  
info@medicusmundi.ch

CH-1202 Genève  
Tél. +41 22 920 08 08  
contact@medicusmundi.ch

IBAN: CH40 0077 0016 0516 9903 5  
BIC: BKBBCHBBXXX