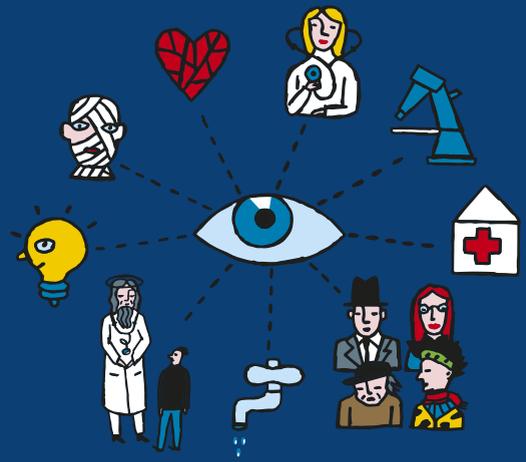


# Sozialmedizin – Public Health – Gesundheitswissenschaften



**David Klemperer**

Lehrbuch für Gesundheits-  
und Sozialberufe

4., überarbeitete und erweiterte Auflage

Mit Geleitworten von Michael Marmot, Rolf Rosenbrock  
und Eckart von Hirschhausen

 **hogrefe**

## 6.3 Soziale Verursachung von Krankheiten

In den **Kap. 6.2** und **Kap. 6.3** wurden die Ungleichheiten der Gesundheit anhand des Zusammenhangs sozialer und gesundheitlicher Variablen beschrieben. Dass z. B. Bildung, Beruf und Einkommen in enger Beziehung zur Gesundheit stehen, haben bisherige Studien zweifelsfrei erwiesen und es ist zu erwarten, dass künftige Studien diesen Zusammenhang bestätigen. Im Folgenden geht es darum, wie diese sozialen Phänomene „in den Körper kommen“.

Das Wissen über Verursachungsprozesse ist in den letzten Jahren angewachsen und legt insbesondere die Bedeutung einer Lebenslaufperspektive nahe, in der Einflüsse biologischer, psychologischer und sozialer Art von der Schwangerschaft an bezüglich ihrer Auswirkungen auf die Gesundheit im Kindes- Jugend- und Erwachsenenalter analysiert werden. Diese erweiterte Perspektive sozio- psycho-biologischer Zusammenhänge lässt deutlicher hervortreten, wie Ungleichheiten der Gesundheit reduziert werden können.

### 6.3.1 Methodische Herausforderungen

Absolute Armut im Sinne der Unfähigkeit, grundlegende menschliche Bedürfnisse zu befriedigen, wie Nahrung, Wohnung, Krankheitsvermeidung, schädigt den Organismus auf direkte Weise. Der Zusammenhang von Armut und Krankheiten wie Lepra und Typhus war schon im Mittelalter bekannt (Rosen, 2015). Bereits im 18. Jahrhundert hatte Johann Peter Frank die Notwendigkeit der öffentlichen Sorge um die Gesundheit propagiert und 1790 die Armut als „Mutter aller Krankheiten“ benannt (**Kap. 1.5.1**). Im 19. Jahrhundert dokumentierten z. B. in England der Chadwick-Report von 1842 und in Deutschland der Bericht von Vir-

chow über die Typhusepidemie in Oberschlesien (**Kap. 1.5.7**) die Auswirkungen absoluter Armut auf die Gesundheit. Die klassischen Bücher von Mosse & Tugendreich (1913) sowie von Grotjahn (1923) liefern eine Fülle weiterer Beispiele. Wie „das Soziale in den Körper kommt“, ist offensichtlich. Die Verursachungsprozesse liegen offen, sodass die Aussage von Salomon Neumann aus dem Jahr 1848 auch heute in vollem Umfang zutrifft:

*„... daß der größte Theil der Krankheiten, welche entweder den vollen Lebensgenuß stören, oder gar einen beträchtlichen Theil der Menschen vor dem natürlichen Ziel dahinraffen, nicht auf natürlichen, sondern auf künstlich erzeugten, gesellschaftlichen Verhältnissen beruht, bedarf gar keines Beweises.“*

(Neumann, 1847, S. 64)

Heutzutage steht jedoch in einem Hocheinkommensland (nach den Kriterien der Weltbank) wie Deutschland die relative Armut im Vordergrund. Ungleichheit der Gesundheit folgt einem Gradienten mit der besten Gesundheit bei Personen mit einer hohen Position in der sozialen Hierarchie, weniger guter Gesundheit in der Mitte und der schlechtesten Gesundheit bei Personen im unteren Bereich der Hierarchie. Wie hier „das Soziale“ entlang der sozialen Hierarchie in unterschiedlicher Ausprägung „in den Körper kommt“, ist weniger offensichtlich. Deutlich ist zumindest, dass es sich um komplexe Verursachungsprozesse handelt, bei denen soziale, psychologische und biologische Faktoren auf der Ebene der Bevölkerung und des Individuums interagieren. Erforderlich ist Wissen vor allem aus der Biologie, der Physiologie, der Medizin, der Psychologie, der Sozialpsychologie und der Soziologie. So verfügt beispielsweise die Soziologie über hilfreiche Einsichten zum Verhältnis von Individuum und Gesellschaft, zur Verbindung von Struktur- und Subjektperspektive, wie es in der Sprache der Soziologie heißt. Dies kann möglicherweise helfen, das in bestimmten so-

zialen Gruppen vorherrschende Gesundheitsverhalten zu erfassen, zu erklären und zu verändern. Als wissenschaftliche Methode werden hier Befragungen eingesetzt.



Die Erklärung von Ungleichheiten der Gesundheit erfordert multidisziplinäre Herangehensweisen.

Die wissenschaftliche Untersuchung der Verursachungsprozesse erfordert den Einsatz der in den jeweiligen Disziplinen zielführenden Methoden. Die Evidenz zur sozialen Verursachung von Krankheiten stützt sich daher auf unterschiedliche Quellen, insbesondere auf

- Beobachtungsstudien (z.B. Whitehall-Studien; **Kap. 2.4.1**),
- qualitative Studien,
- natürliche Experimente (z.B. Migrationsstudien; **Kap. 6.2.3**),
- Tierstudien (z.B. Sapolsky, 2004),
- randomisierte kontrollierte Studien.

### Fazit

Auch wenn die randomisierte kontrollierte Studie für die Untersuchung kausaler Zusammenhänge von Merkmalen bzw. Variablen die bestgeeignete Untersuchungsform darstellt, spielt sie in der Untersuchung der sozialen Verursachung von Krankheit und Gesundheit im Vergleich zu Beobachtungsstudien nur eine nachrangige Rolle. Dies ist dem Umstand geschuldet, dass soziale Merkmale wie Bildung, Beruf und Einkommen sich nicht durch Randomisierung zuteilen lassen.

### Weiterführende Informationen

- Hertzman, C. & Boyce, T. (2010). How experience gets under the skin to create gradients in developmental health. *Annual Review of Public Health*, 31, 329–347.

## 6.3.2

### Gesundheit und soziale Beziehungen

Menschen sind soziale Wesen, die Mitgliedschaft in Gruppen ging in der Menschheitsentwicklung mit Überlebensvorteilen einher. Soziale Beziehungen und soziale Zuwendung stellen für Menschen eine biologische und psychische Notwendigkeit dar.

Der Zusammenhang von Mangel an emotionaler Zuwendung und Sterblichkeit ist bei Kleinkindern, die in einer stationären Einrichtung leben, lange bekannt (z.B. Spitz, 1945). House et al. (1988) fanden in ihrer Übersichtsarbeit einen konsistenten Zusammenhang von niedriger Quantität und Qualität sozialer Beziehungen mit schlechter Gesundheit, der unter Hinzuziehung experimenteller und quasi-experimenteller Studien an Tieren und Menschen zu den physiologischen Auswirkungen des Vorhandenseins bzw. des Fehlens sozialer Kontakte eine kausale Interpretation nahelegte.

Der Zusammenhang von sozialen Beziehungen mit Gesundheit ist auf der individuellen Ebene u. a. in zwei großen Meta-Analysen zusammengefasst. Eine Meta-Analyse aus 148 prospektiven Studien mit mehr als 300 000 Teilnehmern ergab für Menschen mit guten im Vergleich zu Menschen mit schlechten sozialen Beziehungen eine um 50 % höhere Überlebenschancenwahrscheinlichkeit (Holt-Lunstad et al., 2010). Die Stärke des Effektes entspricht dem Gesundheitsvorteil von Nichtrauchen im Vergleich zu Rauchen und ist höher als für Risikofaktoren wie Adipositas und körperliche Inaktivität. Der Effekt scheint unabhängig und somit nicht vermittelt zu sein von Variablen wie Alter, Geschlecht, Gesundheitsstatus zu Beginn der Studie und bestimmten Todesursachen wie z.B. Herzinfarkt. Eine weitere Meta-Analyse aus 70 Studien mit mehr als 48 000 Teilnehmern ergab, dass subjektive und objektive soziale Isolation mit einer kürzeren Lebenserwartung bzw. einer um etwa 30 % erhöhten Mortalität einhergehen (Holt-Lunstad et al., 2015).



Emotionale Zuwendung fördert die Gesundheit. Mangel an emotionaler Zuwendung schädigt die Gesundheit.

### Weiterführende Informationen

- Holt-Lunstad, J. (2018). Why social relationships are important for physical health: A systems approach to understanding and modifying risk and protection. *Annual Review of Psychology*, 69, 437-458.

### 6.3.3

#### Gesundheit in sozialen Gruppen

Soziale Gruppen unterscheiden sich im Gesundheitsverhalten, psychischer Verletzlichkeit, sozialer Teilhabe und einer in die Zukunft gerichteten Zeitperspektive. Dabei folgen sie Gradienten mit günstigerer Ausprägung in den oberen und ungünstigerer Ausprägung in den niedrigeren Statusgruppen (Singh-Manoux et al., 2005). Zum Verständnis dieser sozialen Verteilungsmuster ist der alleinige Blick auf das Individuum nicht ausreichend. Vielmehr gilt es, das Zusammenspiel von Gruppe und Individuum im Hinblick auf Entstehung, Aufrechterhaltung und Veränderung der Unterschiede zwischen Gruppen zu verstehen. Soziale Milieus, Sozialisation und Habitus sind Konzepte, die das Verständnis dafür fördern, wie „das Soziale in den Körper kommt“.

#### Soziale Milieus

Konzepte sozialer Milieus erfassen Merkmale sozialer Gruppen, auch solche Merkmale, die mit der Gesundheit in Verbindung stehen. Der französische Soziologe Emile Durkheim fand bei seiner berühmten Studie zum Suizid niedrigere Suizidraten in katholischen im Vergleich zu evangelischen Ländern. Als Erklärung dienten ihm Phänomene, die heutzutage dem sozialen Kapital zugeordnet werden wie

z. B. sozialer Zusammenhalt, soziale Kontrolle und soziale Normen wie dem Suizidverbot in katholischen Ländern (Durkheim, 1897, 2006, Kindle Position 3412 ff.). Den Zusammenhang „des Sozialen“ mit dem Handeln des Individuums stellte Durkheim über eine „kollektive Kraft“ her, „ein bestimmtes Level an Energie, das die Menschen dazu bringt, sich selbst zu töten“. Die Bewegungen, die das Opfer ausführt, so Durkheim, scheinen auf den ersten Blick nur seine persönliche Gefühlslage auszudrücken, in Wirklichkeit seien sie das Ergebnis und die Extension eines sozialen Zustandes, dem sie ihre äußere Form verleihen (Durkheim, 1897, 2006, Kindle Position 5042).

Diesen Denkansatz wird in Milieutheorien fortgeführt. Als Milieus werden Gruppen von Menschen mit jeweils ähnlichen Werterhaltungen, Prinzipien der Lebensgestaltung, Beziehungen zu Mitmenschen und tief verinnerlichte Denk-, Wahrnehmungs- und Beurteilungsweisen bezeichnet, die in ihrer Gesamtheit als **Habitus** oder Schichtmentalität bezeichnet werden. Zum Habitus zählen Merkmale wie Sprache, Geschmack, Manieren und Kleidung (**Abb. 6-8**). **Sozialisation** ist der Prozess der Vermittlung bzw. Aneignung des Habitus und erfolgt u. a. dadurch, dass bestimmte Verhaltensweisen, Meinungen, Entscheidungen in Geschmacksfragen Kindern durch Lob als erwünscht oder z. B. durch Tadel und Strafe als unerwünscht kenntlich gemacht werden. Darüber hinaus eignen sich Menschen Verhaltensweisen an durch Beobachtung und Imitation des in ihrem familiären und weiteren sozialen Umfeldes (Milieu) üblichen und akzeptierten Verhaltens. So gehört es z. B. in höheren Statusgruppen zum „guten Ton“, sich für klassische Musik, Theater und Museumsbesuche zu interessieren und sich teuer zu kleiden, was den unteren Statusgruppen teils allein wegen der Kosten verwehrt ist. Milieus entwickeln sich über Generationen hinweg auf Grundlage vergleichbarer Lebenssituationen, Erfahrungen und der in diesem



**Abbildung 6-8:** Soziale Milieus unterscheiden sich im Denken, Verhalten und Habitus. Zeichnung Kitty Kahane

Zusammenhang entwickelten Lebensweisen und Bewältigungsstrategien, die über die Sozialisation an die jeweils nächste Generation „vererbt“ werden.

Milieus sind also nicht frei gewählte Gemeinschaften, so wie die milieutypischen Verhaltensweisen nicht frei gewählt, sondern sozial vermittelt sind. Eine Analyse der Ursachen von Gesundheitsverhalten sollte daher stets das Milieu und den Habitus bzw. die Schichtmentalität einbeziehen.

Das fehlende Verständnis für die sozialen Hintergründe des Gesundheitsverhaltens dürfte das Ausbleiben von Erfolgen der reinen Verhaltensprävention weitgehend erklären. Die Lehre hieraus sollte sein, Milieukonzepte mit dem Ziel einzusetzen, innerhalb der Bevölkerung Zielgruppen zu unterscheiden und ihre „Mentalität“ zu erfassen, um Prävention und Gesundheitsförderung zielgruppenspezifisch zu gestalten. Die vom Produktmarketing entlehnte Segmentierung der Bevölkerung in spezifische Zielgruppen war und ist eine Voraussetzung für den Erfolg der HIV-/Aids-Kampagne der BZgA (**Kap. 5.3.1**). Die sich hier bietenden Chancen für Prävention und Gesundheitsförderung werden in Deutschland derzeit nicht ausreichend genutzt.

### Weiterführende Informationen

- Bauer, U. & Bittlingmayer, U. (2016). Zielgruppenspezifische Gesundheitsförderung. In Hurrelmann, K. & Razum, O (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften*, 6. Auflage, S. 693-727.
- Geißler, R. (2014). *Die Sozialstruktur Deutschlands*. 7. Aufl. Springer VS.
- Hurrelmann, K. & Bauer, U. (2018). *Einführung in die Sozialisationstheorie. Das Modell der produktiven Realitätsverarbeitung*. 12. Auflage. Beltz.

### Ökonomisches, soziales und kulturelles Kapital

Das Konzept des ökonomischen, sozialen und kulturellen Kapitals (Bourdieu, 1983) dient zur Beschreibung der Bildung von Gruppen in einer Gesellschaft sowie der Phänomene, die ihren Zusammenhalt ausmachen, der Mechanismen, die zur Aufrechterhaltung der Gruppenunterschiede sorgen und zur Erklärung der Machtbeziehungen untereinander.

**Ökonomisches Kapital** bezeichnet materielle Ressourcen wie Einkommen, Vermögen, Immobilienbesitz.

**Soziales Kapital** bezeichnet Ressourcen, die auf der Zugehörigkeit zu einer Gruppe beruhen wie z.B. Beziehungen zum gegenseitigen Vorteil und soziale Netzwerke zur Erreichung von Zielen.

**Kulturelles Kapital** bezeichnet den durch Lernprozesse erworbenen „Besitz“ an Wissen und Fertigkeiten wie z. B. – im Gesundheitsbereich – Gesundheitskompetenzen, subjektives Gesundheitsverständnis, Bewertung von gesundheitsabträglichem und gesundheitsförderlichem Verhalten, bevorzugte Körperschemata, Kommunikationskompetenz in der Beziehung zu Ärzten.

In seinem Buch „*Bowling alone*“ untersuchte Putnam (2000) die Frage, was Gesellschaften zusammenhält bzw. sie auseinanderdriften lässt. Dafür erweiterte er das Konzept des sozialen Kapitals um die Begriffe „bonding social capital“ und „bridging social capital“.

**Verbindendes soziales Kapital** („bonding social capital“) bezeichnet vertrauensvolle, kooperative Beziehungen zwischen Mitgliedern eines Netzwerkes, die einander ähnlich sind z. B. in Bezug auf ihre soziale Herkunft, ihre Ethnie oder ihr Alter und die für unähnliche Personen eher verschlossen sind („exclusive“ nach Putnam).

**Überbrückendes soziales Kapital** („bridging social capital“) bezeichnet Verbindungen von Personen, die unterschiedlichen sozialen Gruppen angehören, zwischen denen explizite Macht- oder Autoritätsunterschiede bestehen. Eine besondere Bedeutung hat das überbrückende soziale Kapital für die soziale Aufwärtsmobilität, also für den Aufstieg in eine Gruppe mit höherem sozialen Status. Personen, die den Aufstieg geschafft haben, berichten häufig darüber, dass einzelne Personen aus der höheren Statusgruppe ihnen diesen Aufstieg durch Förderung der Selbstwirksamkeitserwartung und Aufklärung über die Verhaltensnormen der höheren Statusgruppe ermöglicht haben, ihnen sozusagen die Brücke aus der niedrigeren in die höhere Statusgruppe gebaut haben.

Die Forschung zu sozialem Kapital und Gesundheit ist durch Debatten über unterschiedliche Konzepte und Messmethoden und über den Stellenwert von sozialem Kapital in der Gesundheitsförderung gekennzeichnet. Inter-

ventionsstudien können mehr Klarheit darüber schaffen, welche psychologischen, sozialen und verhaltensbezogenen Mechanismen soziales Kapital mit Gesundheit verbinden (Moore & Kawachi, 2017)

### 6.3.4

#### Gesundheit und Einkommensungleichheit

In entwickelten Ländern wie Deutschland ist die absolute Armut quantitativ ein eher kleines Problem und trägt wenig zur Erklärung der Gesundheitsunterschiede bei. Im Folgenden werden einige grundlegende Befunde zum Zusammenhang von relativer Armut und Gesundheit dargestellt.

#### Einkommensungleichheit und Gesundheit

Im Vergleich reicher Länder miteinander ist der Zusammenhang von Einkommen und Gesundheit weitgehend aufgehoben. Der flache Teil der Preston-Kurve belegt das ökonomische Gesetz des abnehmenden Grenznutzens, d. h. höhere Ausgaben gehen kaum noch, wenn überhaupt, mit einem zusätzlichen Nutzen einher. Wilkinson und Pickett befassen sich in ihrem 2009 erschienenem Buch „*The Spirit Level*“ mit diesem Phänomen. Das Fazit ihrer umfangreichen Auswertung von Daten und Studien lautet, dass eine höhere Ungleichverteilung des Einkommens mit einem höheren Maß gesundheitlicher und sozialer Probleme einhergeht.

Im Überblick verweisen sie u. a. auf folgende Ergebnisse (Wilkinson & Pickett, 2009, S. 268 ff.):

#### Gesundheit und soziale Probleme

- sind ungünstiger in Ländern mit höherer Einkommensungleichheit,
- hängen in reichen Ländern nicht vom Durchschnittseinkommen ab,

- sind ungünstiger in US-Bundesstaaten mit höherer Einkommensungleichheit,
- stehen in US-Bundesstaaten in nur schwacher Verbindung mit dem Durchschnittseinkommen.

#### Die Kindergesundheit

- ist in wohlhabenden Ländern mit geringerer Einkommensungleichheit besser als in wohlhabenden Ländern mit höherer Einkommensungleichheit,
- ist unabhängig vom Durchschnittseinkommen von Ländern.

#### Das Vertrauen in die Gesellschaft

- ist in egalitären Ländern höher,
- ist in egalitären US-Bundesstaaten höher.

#### In Ländern mit größerer Einkommensungleichheit

- ist die Prävalenz psychischer Störungen höher,
- ist der Drogengebrauch weiter verbreitet,
- ist die Lebenserwartung kürzer,
- ist die Kindersterblichkeit höher,
- sind mehr Erwachsene übergewichtig,
- ist das Bildungsniveau niedriger,
- sind die Teenager-Geburtenraten höher,
- sind die Mordraten höher,
- erleben Kinder mehr Konflikte,
- ist die Gefangenenquote höher,
- ist die soziale Mobilität niedriger.

Unter der Einkommensungleichheit leiden auch die oberen sozialen Statusgruppen: deren Gesundheit ist weniger gut in Ländern mit höherer Einkommensungleichheit im Vergleich zu den oberen sozialen Statusgruppen in Ländern mit geringerer Einkommensungleichheit (Wilkinson & Pickett, 2009, Kindle-Position 2551). Diesen Zusammenhang belegt Wilkinson bereits 1999 mit mehr als 20 Studien. Mit wachsender Ungleichheit, so interpretiert Wilkinson, verschiebe sich die Qualität sozialer Beziehungen. Zusammenhalt, Vertrauen und Unterstützung nehmen ab, Ge-

walt, Alkoholprobleme und Mord nehmen zu und prägen auch das Mortalitätsmuster (Wilkinson, 1999).

Eine Reihe von Studien hat einen deutlichen Zusammenhang von Einkommensungleichheiten, sozialem Kapital und Gesundheit auf regionaler Ebene gefunden. Kawachi et al. (1997) zeigten in einer Querschnittstudie mit Daten aus 39 US-amerikanischen Bundesstaaten, dass höhere Einkommensungleichheit mit geringerem sozialen Kapital, gemessen als soziales Vertrauen und bürgerschaftliches Engagement, mit höherer Sterblichkeit einherging. Diese wie auch andere Studien weisen dem sozialen Kapital eine große Bedeutung für regionale und nationale Gesundheitsunterschiede zu. Dies stützt die Vorstellung, dass soziale Gemeinschaften „gesund“ sind, wenn sie auf Normen wie Solidarität, Kooperation, Reziprozität und Vertrauen beruhen und die Mitglieder gemeinsame Ziele verfolgen (Siegrist et al., 2009). Ungleichheit in Verbindung mit niedrigem sozialem Kapital scheint den Zusammenhalt und die Solidarität einer Gesellschaft zu beschädigen. Zu dieser Erkenntnis gelangt auch die Bundesregierung mit ihrer Feststellung im 5. Armuts- und Reichtumsbericht, in dem es heißt, dass zu große Unterschiede zwischen arm und reich die Akzeptanz der Wirtschafts- und Gesellschaftsordnung verringern (Bundesregierung, 2017, S. 8). Ein höheres Maß an Gleichheit bzw. Egalität steht in Verbindung mit höheren Verwirklichungschancen (**Kap. 2.4.5**).

### 6.3.5 Die Lebenslauf-Perspektive von Gesundheit

Der Lebenslauf-Ansatz („life-course approach“) verbindet Gesundheit und Krankheitsrisiken im Erwachsenenalter mit physischen, psychischen und sozialen Einflüssen während der Schwangerschaft, der Kindheit und dem Jugendalter. Dieser Ansatz hat in den

letzten Jahren wegen seines hohen Erklärungswertes für Ungleichheiten der Gesundheit an Bedeutung gewonnen (Ben-Shlomo et al., 2016).

Im Folgenden werden beispielhaft Unterschiede in der frühkindlichen Entwicklung in Abhängigkeit vom sozialen Status und Auswirkungen auf die Gesundheit im Erwachsenenalter dargestellt.

### Genetische Voraussetzungen

Das Genom enthält die Gesamtheit aller Erbinformationen eines Menschen. Gene entsprechen Abschnitten auf den Chromosomen, die über ihre jeweilige Basensequenz Eiweiße produzieren und die darin kodierten Erbinformationen zur Ausprägung bringen. Einflüsse aus der Umwelt können über chemische Vorgänge Abschnitte auf den Chromosomen aktivieren oder deaktivieren und dadurch die Ausprägung der Erbinformation modifizieren ohne die DNA zu verändern. Diese Gen-Umwelt-Interaktion wird als Epigenetik bezeichnet, ein damit in Verbindung stehender chemischer Vorgang ist die Methylierung von Abschnitten auf der DNA. Die Epigenetik spielt bereits in der frühkindlichen Entwicklung eine wichtige Rolle. So führen mütterlicher Stress schon vor der Geburt und auch ein Mangel an Nähe und Sorge nach der Geburt zu einer anhaltenden erhöhten Empfindlichkeit des Stresssystems mit weitreichenden gesundheitlichen Folgen (Shonkoff et al., 2011).

### Pränatale Entwicklung

Die Entwicklung eines Kindes vor der Geburt ist insbesondere von der Ernährung der Mutter, etwaigen Infektionen sowie der Exposition mit toxischen Substanzen abhängig. Der Anteil der Raucherinnen unter den Schwangeren ist bei niedrigem SES deutlich höher als bei hohem SES (**Kap. 6.2.3**). Der Anteil der Schwangeren, die gelegentlichen Alkoholkonsum angeben, ist dagegen bei hohem SES mit

20,3% höher als bei niedrigem SES (8,5%). Einen regelmäßigen Alkoholkonsum geben weniger als 1% der Schwangeren an (Bergmann et al., 2007).

### Hirnentwicklung

Die Hirnentwicklung ist in den Genen angelegt, wird aber über Einflüsse aus der Umwelt modifiziert. Hirnregionen, die kritisch für die kognitive Leistungsfähigkeit und für schulische Lernerfolge sind, entwickeln sich bei Kindern, die in Armut leben, schlechter als bei Kindern aus Haushalten mit höherem Einkommen. Entsprechend schneiden die in Armut lebenden Kinder in kognitiven Leistungstests schlechter ab. Die Studie von Noble et al. (2015) ergab an einer Population von 3- bis 20-Jährigen, dass die Größe der mit MRT gemessenen kognitiven Zentren für Sprache, Lesen, exekutive Funktionen und räumliches Vorstellungsvermögen bei Kindern und Jugendlichen mit niedrigem SES geringer ist. Vergleichbare Ergebnisse erbrachte eine Längsschnittstudie mit wiederholten MRT-Aufnahmen und kognitiven Leistungstests, an der 398 Kinder und Jugendliche teilnahmen. Das gemessene Volumen der grauen Substanz in Frontal- und Parietallappen sowie Hippocampus war bei armen Kindern niedriger (Hair et al., 2015).

### Kognitive Stimulation

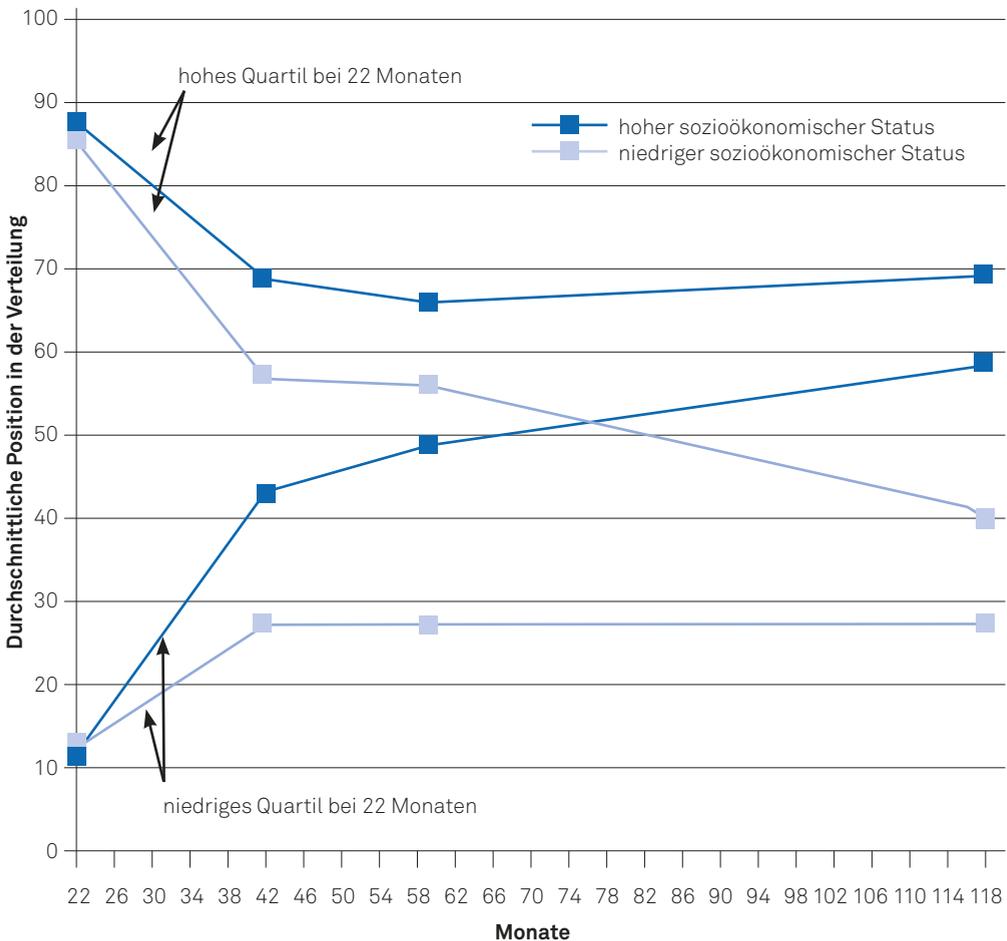
Empirische Studien zeigen, dass Kinder von Eltern mit einer niedrigeren sozialen Position zum Schuleintritt über einen geringeren Wortschatz und eine geringere Sprachkompetenz verfügen als ihre besser gestellten Alterskamerad\*innen. Weisleder und Fernald (2013) haben in ihrer Studie, in der die Schnelligkeit der Sprachverarbeitung und der Umfang des Wortschatzes geprüft wurde, beim Vergleich von Zweijährigen mit niedrigem und hohem SES bereits eine Lücke von 6 Monaten zuungunsten der Kinder mit niedrigem SES festgestellt.

Bereits in den 1990er-Jahren war im Rahmen einer Beobachtungsstudie kalkuliert worden, dass Eltern mit hohem SES an ihre Kinder bis zum 3. Lebensjahr 35 Mio. Wörter gerichtet haben, Eltern mit mittlerem SES 26 Mio. Wörter und Eltern, die von Sozialhilfe leben, 13 Mio. Wörter (Hart & Risely, 1995).

**Intelligenz**

Nach heutigem Wissensstand hat Intelligenz zwar eine genetische Komponente. Intelligenz wird jedoch in hohem Maße von Umweltein-

flüssen geformt, insbesondere den Einflüssen des Elternhauses. Die soziale Position im Erwachsenenalter folgt also nicht vorrangig aus dem ererbten Teil der Intelligenz. Vielmehr entwickelt sich eine anfangs hohe kognitive Leistungsfähigkeit von Kindern mit niedrigem SES nach unten und die von Kindern mit niedriger kognitiver Leistungsfähigkeit und hohem SES nach oben (Abb. 6-9). Dies dürfte dem Umstand geschuldet sein, dass Eltern mit hoher sozialer Position zumeist besser dazu in der Lage sind, die kognitive Entwicklung ihrer Kinder zu fördern, als Eltern mit einer niedri-



**Abbildung 6-9:** Unterschiede in der kognitiven Entwicklung nach sozialem Status in der Britischen Geburtskohorte um 1970. Dargestellt sind nur das obere und untere Quartil. Quelle: Feinstein, 2003, © The London School of Economics and Political Science 2003; modifiziert in Marmot et al., 2010, S. 23.

gen Position. Frühere Annahmen, dass es ererbte Intelligenz sei, die zum höheren Bildungsabschluss, einer höheren beruflichen Position, einem höheren Einkommen und somit zu einem höheren sozialen Status führt, ist in dieser Form nicht mehr zeitgemäß.

### Psychosoziale Auswirkungen von Armut

Jahoda et al. (1933) untersuchten in ihrer klassischen Studie über die Arbeitslosen von Marienthal die Auswirkungen von Massenarbeitslosigkeit auf zahlreiche Lebensaspekte einer Bevölkerung. Dazu setzten sie ein breites Spektrum an qualitativen und quantitativen Forschungsmethoden ein, mit denen sie auch die psychosozialen Folgen erfassten. Sie entwickelten die Typologie der ungebrochenen, resignierten und gebrochenen Arbeitslosen. Die Mehrzahl der von anhaltender Arbeitslosigkeit Betroffenen ordneten sie der Kategorie der Resignierten zu. Diese minderten ihre bislang ausgeübten sozialen Aktivitäten und nahmen ihren Zustand resignativ als unabänderlich hin. Die Kinder und Jugendlichen äußerten zwar Wünsche und Pläne für die Zukunft, hatten aber wenig Zuversicht, diese verwirklichen zu können. Jahoda et al. bezeichnen die Marienthaler als „müde Gemeinschaft“ und den Zugewinn an Freizeit ein „tragisches Geschenk“, weil den Männern die Tagesstruktur abhanden gekommen ist, ihr Alltag hauptsächlich aus Nichtstun bestehe und die Frauen die Aufgaben im Haushalt unter erschwerten Bedingungen mit wenig Unterstützung zu leisten haben.

### Negative Kindheitserlebnisse

Negative Kindheitserlebnisse („adverse childhood experiences“, ACEs) wirken sich negativ auf die Gesundheit im Erwachsenenalter aus. Zu negativen Kindheitserfahrungen zählen körperlicher, seelischer und sexueller Missbrauch, Vernachlässigung, Fremdunterbringung, Delinquenz im Elternhaus, Trennung der Eltern, Tod eines Elternteils sowie Gewalt, Substanzabhän-

gigkeit, Suizidversuche und psychische Erkrankungen im Elternhaus. Langzeitstudien, wie die ACE-Studie, haben starke Zusammenhänge zwischen einem ACE-Index (Anzahl der Kategorien von ACEs) und riskantem Gesundheitsverhalten sowie Krankheiten gefunden. Personen mit 4 oder mehr unterschiedlichen Arten von ACEs weisen im Vergleich zu Nichtexponierten ein 4- bis 12-faches Risiko für Alkoholabhängigkeit, Drogenabhängigkeit, Depression und Suizidversuche auf, ein 2- bis 4-faches Risiko für Tabakkonsum, für schlechte subjektive Gesundheit, für 50 oder mehr Sexualpartner und für sexuell übertragbare Krankheiten sowie ein 1,4- bis 1,6-faches Risiko für körperliche Inaktivität und starkes Übergewicht (BMI >35). Je größer das Ausmaß der ACEs desto höher auch die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von koronarer Herzkrankheit, Krebs, chronischer Lungenerkrankung, Diabetes und Lebererkrankungen (Felitti et al., 1998; Schlack & Holling, 2007). Eine Übersichtsarbeit von 124 Studien (Kohortenstudien, Querschnittstudien, Fall-Kontrollstudien) zur Frage von Gesundheitsschäden bei Vernachlässigung und Verwahrlosung (ohne sexuellen Missbrauch) zeigt vergleichbare Ergebnisse (Norman et al., 2012). In einer Befragung von je über 3000 Teilnehmer\*innen der KiGGS-Studie gaben 19,6% der Jungen und 9,9% der Mädchen Tätererfahrung in den letzten 12 Monaten an sowie 5,2% der Jungen und 3,9% der Mädchen Opfererfahrung. 7,6% der Jungen und 3,6% der Mädchen gaben an, sowohl Täter als auch Opfer gewesen zu sein. Kinder mit niedrigem SES, Hauptschüler, Berufsschüler sowie Jugendliche mit Migrationshintergrund sind häufiger Täter als Gymnasiasten, Realschüler und Nichtmigranten (Schlack & Hölling, 2007).

### Psychosoziale Belastungsfaktoren

Familien, die in Armut leben, sind einer weit aus höheren psychosozialen Belastung ausgesetzt als Familien, die nicht in Armut leben, lautet ein Ergebnis der KiD 0–3-Studie, einer Befragung von etwa 6000 Familien einer be-

**Tabelle 6-5:** Relative Häufigkeit von Belastungsmerkmalen nach Armutslagen. Quelle: NZFH, 2018, S. 12

Belastungsmerkmal	Bezug von Sozialleistungen innerhalb der letzten 12 Monate		Gesamt	95% Konfidenzintervall	n	p-Wert*
	Nein	Ja				
Ungeplante Schwangerschaft	14,6	47,3	21,1	19,7 bis 22,6	6115	0,000
Häufiges Gefühl innerer Wut	19,6	24,0	20,4	19,3 bis 21,6	6032	0,005
Hohe elterliche Belastung	15,5	21,1	16,5	15,5 bis 17,7	5815	0,000
Niedrige Bildung	6,5	40,8	13,1	11,6 bis 14,6	6119	0,000
Erfahrungen harter Bestrafung in der eigenen Kindheit	7,5	20,6	10,0	9,1 bis 10,9	6072	0,000
Jemals Gewalt in einer Partnerschaft	5,9	23,1	9,2	8,3 bis 10,4	6058	0,000
Alleinerziehend	2,9	31,9	8,4	7,4 bis 9,5	5962	0,000
Lautstarke Auseinandersetzungen	6,2	10,5	7,0	6,3 bis 7,7	6037	0,000
Frühe Elternschaft ( $\leq 21$ Jahre)	3,0	23,5	6,9	6,1 bis 7,8	6614	0,000
Anzeichen einer Depression	4,2	12,3	5,8	5,2 bis 6,5	6052	0,000
Belastung durch Schreiverhalten	3,3	5,9	3,8	3,3 bis 4,4	5934	0,001
Drei oder mehr kleine Kinder im Haushalt	1,2	2,4	1,5	1,1 bis 1,9	5997	0,011

\* Design-basierte Pearson  $\chi^2$ , gewichtete Prozentwerte

Quelle: KiD 0-3, Hauptstudie 2015

völkerungsrepräsentativen Stichprobe im Jahr 2015 (NZFH, 2018, S. 12 ff.). Alle psychosozialen Belastungsmerkmale treten häufiger in armen Familien auf. Die größten Unterschiede finden sich bei Partnern mit niedriger Bildung, ungeplanter Schwangerschaft, Alleinerziehendenstatus, früher Elternschaft sowie Gewalt in der Partnerschaft (**Tab. 6-5**).

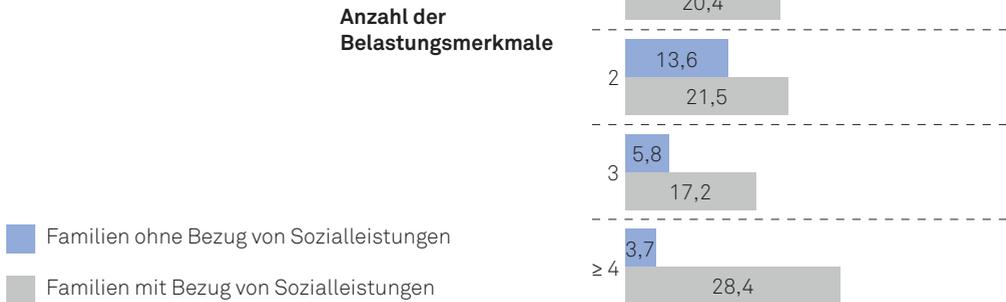
Darüber hinaus kumulieren Belastungsmerkmale in armen Familien. Während 50,4% der nichtarmen Familien kein Belastungsmerkmal aufweist sind es nur 12,5% der armen Familien. Mehr als 4 Belastungsmerkmale geben hingegen 28,4% der armen aber nur 3,7% der nichtarmen Familien an (**Abb. 6-10**).

### Chronischer Stress

Chronischer Stress ist nach heutigem Wissen ein entscheidendes Element im Verursachungsprozess von Krankheit im Zusammenhang mit sozialer Lage. Die Grundzüge der Stressreaktion sind in **Kap. 3** behandelt. An dieser Stelle soll auf Zusammenhänge von chronischem Stress in der Kindheit und Gesundheit bzw. Krankheit im Lebenslauf hingewiesen werden.

Chronischer Stress steht in Verbindung mit tiefgreifenden Veränderungen der Struktur und Funktion des Gehirnes. Die Faktoren, die chronischen Stress bedingen – psychosoziale

**Abbildung 6-10:** Verteilung der Kumulation von Belastungsmerkmalen nach Armutslagen in Prozent.  
Quelle: NZFH, 2018, S. 13



Belastungsfaktoren und negative Kindheitserlebnisse – sind sozial ungleich verteilt mit der stärksten Exposition bei Personen bzw. Familien in niedriger sozialer Position bzw. in Armut.

Die Magnetresonanztomographie (MRT) ist eine Untersuchungstechnik, die die Beschaffenheit, Entwicklung und – unter Einbezug molekularbiologischer Erkenntnisse – die Funktion von Hirnstrukturen erfasst. Querschnittstudien und zunehmend auch Längsschnittstudien haben den Zusammenhang der Hirnentwicklung mit sozialen Faktoren untersucht und die zentrale Bedeutung von chronischem Stress auf die kindliche Entwicklung wie auch auf die Gesundheit im Kindes- und Erwachsenenalter verdeutlicht.

Die in erster Linie betroffenen Hirnareale – Hippocampus, Amygdala, präfrontaler Kortex, HPA-Achse – haben zentrale Bedeutung für Lernen und Gedächtnis, Emotionsregulation, Stresssensitivität und Verhalten. Die Amygdala bewertet unter Einbeziehung des Hippocampus Informationen emotional, sie erkennt, bewertet und speichert bedrohliche Ereignisse und Situationen. Der Hippocampus ist für Lern- und Gedächtnisleistungen zuständig. Im präfrontalen Kortex erfolgt die bewusste Handlungsplanung und Handlungsausführung unter Verwertung der von Amygdala und Hippocampus erbrachten emotionalen Informationsbe-

wertungen. Die Amygdala aktiviert über den Hypothalamus die HPA-Achse („Stressachse“), welche automatisch die Ausschüttung des Stresshormons Kortisol und die Aktivierung des autonomen Nervensystems im Sinne der Fight-or-flight-Reaktion auslöst.

#### Chronische Stressbelastung

- führt in bestimmten frühkindlichen Entwicklungsphasen zu einer dauerhaft erhöhten Reaktionsbereitschaft des Stresssystems;
- beeinträchtigt die Entwicklung von Amygdala, Hippocampus und präfrontalem Kortex mit der Folge eines geringeren Volumens dieser Strukturen;
- erhöht die Aktivität der Amygdala mit der Folge einer erhöhten Empfindlichkeit für Stressreize und einer erniedrigten Schwelle für die Auslösung der Stressreaktion;
- senkt die Aktivität des Hippocampus und beeinträchtigt dadurch Lern- und Gedächtnisleistungen

(Kim et al., 2013; McEwen et al., 2012).

#### Soziale Drifthythese

Die soziale Drifthythese (auch: Selektionshypothese) geht von der Annahme aus, dass Krankheit arm macht, die Betroffenen also von höheren sozialen Positionen nach unten in die

soziale Unterschicht driften. Bei vorhandenen sozialen Schutzsystemen wie Krankenversicherung und Rentenversicherung hat diese Hypothese in Deutschland, von bestimmten Risikogruppen abgesehen, allerdings nur einen begrenzten Erklärungswert, weil die Systeme einen relativen Schutz vor sozialem Abstieg gewährleisten. Das Fehlen sozialer Schutzsysteme erhöht jedoch das Risiko für sozialen Abstieg infolge von Krankheit.

**Fazit**

Die körperliche, seelische und soziale Entwicklung von Kindern wird von Faktoren maßgeblich beeinflusst, die in engem Zusammenhang zur sozialen Position der Eltern stehen. Ein höheres Maß an psychosozialen Belastungen geht u.a. mit einer weniger günstigen Entwicklung von Hirnstrukturen einher. Kinder aus Familien mit niedriger sozialer Position verfügen schon bei der Einschulung über wesentlich schlechtere Bedingungen für Lernerfolge als ihre Kamerad\*innen aus Familien mit höherer sozialer Position. Den zu vermutenden Wirkmechanismus zeigt **Abbildung 6-11**. Schlechter Bildungserfolg führt zu Berufen mit niedrigerem Einkommen, entsprechend niedrigerer sozialer Position und entsprechend schlechterer Gesundheit. Dieses Wissen kann gezielt zur Minderung der Ungleichheiten der Gesundheit eingesetzt werden.

**Weiterführende Informationen**

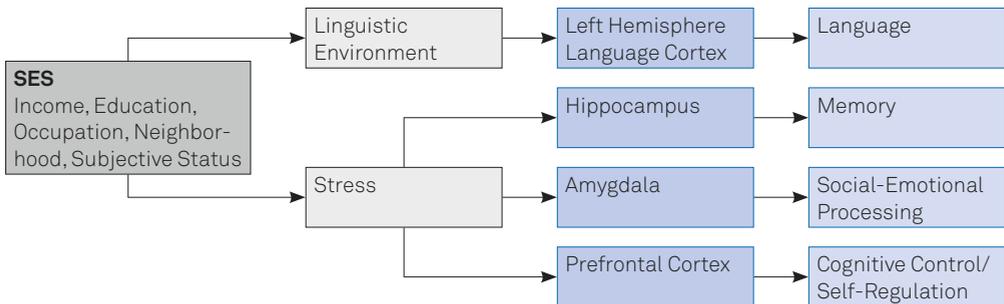
- Marmot, M. (2015). Equity from the start. In Marmot, M, *The health gradient*.
- Lampert, T., Kuntz, B. & KiGGS Study Group. (2015). *Gesund aufwachsen – Welche Bedeutung kommt dem sozialen Status zu?* Berlin: Robert-Koch-Institut. *GBE kompakt* 6(1).

**6.3.6 Erklärungskonzept der sozialen Verursachung entlang der Anhaltspunkte von Hill**

Im Folgenden wird ein Versuch unternommen, die Evidenzlage zum kausalen Zusammenhang von sozialer Position und Gesundheit entlang der Anhaltspunkte von Hill zusammenzufassen.

**Stärke des statistischen Zusammenhanges**

Bei unterschiedlichen Maßen der sozialen Position wie Bildung, Einkommen, beruflicher Status oder einem daraus gebildeten Index in Verbindung mit unterschiedlichen Maßen der Gesundheit findet sich mit wenigen Ausnahmen ein statistischer Zusammenhang in Form eines Gradienten, also eines Gesundheitsgefälles von oben nach unten in der sozialen Hierarchie. Dies gilt für Krankheiten wie Herzinfarkt, Schlaganfall, Diabetes und chronische Lebererkrankungen und für Risikofaktoren wie Tabak- und Alkoholkonsum, Fehlernäh-



**Abbildung 6-11:** Hypothetischer Mechanismus für die Beeinflussung der strukturellen und funktionalen Hirnentwicklung durch den sozioökonomischen Status. Quelle: Brito & Noble, 2014, CC BY 3.0

David Klemperer / 91.64.208.32 (2020-05-07 11:10)

rung, Übergewicht, erhöhte Blutfette und unzureichende körperliche Aktivität. Der statistische Zusammenhang ist in vielen Studien stark: Inzidenz und Prävalenz von Krankheiten und Risikofaktoren betragen in der unteren Statusgruppen häufig ein Vielfaches im Vergleich zur oberen Statusgruppe.

### Übereinstimmung der Studienergebnisse (Konsistenz)

Dass die Gesundheit entsprechend der sozialen Position ungleich ist, dürfte seit jeher offensichtlich gewesen sein. Eine kaum übersehbare Zahl von Studien mit unterschiedlichem Design, unterschiedlichen Populationen, unterschiedlichen Maßen von sozialer Lage und Gesundheit, durchgeführt in zahlreichen Ländern und Regionen kommen übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass eine höhere Position mit besserer Gesundheit einhergeht.

### Zeitlicher Zusammenhang

Einige der vorliegenden Geburtskohortenstudien decken einen ausreichenden langen Zeitraum ab, um Aussagen über den Lebenslauf zu ermöglichen. Aus diesen Studien wird deutlich, dass die frühkindliche Entwicklung wesentlich zum Gesundheitszustand im Erwachsenenalter beiträgt und sich die gesundheitlichen Nachteile wie Vorteile in den sozialen Statusgruppen kumulieren.

### Dosis-Wirkungs-Beziehung

Die Studienlage weist übereinstimmend darauf hin, dass mehr Bildung, mehr Einkommen und ein höherer beruflicher Status mit besserer Gesundheit einhergehen. Fasst man also Bildung, Einkommen und Beruf als Exposition auf, steht die Höhe der Exposition in Verbindung mit der Höhe des Outcomes Gesundheit.

### Biologische Plausibilität

Ein Verursachungsprozess, der von niedriger sozialer Position zur Erhöhung der Wahr-

scheinlichkeit von Krankheiten führt, muss auch biologische Anteile enthalten. Hier tragen die klassischen Risikofaktoren zur Erklärung bei. Einen wichtigen Beitrag leisten darüber hinaus die Stressmechanismen, also die Reaktionen der HPA-Achse und des autonomen Nervensystems, auf den Organismus (**Kap. 2.4.2**).

### Stimmigkeit des Gesamtbildes

Die genannten Erkenntnisse weisen auf ein komplexes Zusammenspiel sozialer, psychologischer und biologischer Elemente hin. In der Zusammenschau ergibt sich ein plausibles und empirisch zunehmend begründetes sozio-psychobiologisches Erklärungsmodell. Von herausragender Bedeutung erscheint die kindliche Entwicklung, beginnend bereits vor der Geburt. Das Erklärungsmodell eröffnet Perspektiven auf erfolgversprechende Interventionen zur Minderung von gesundheitlichen Ungleichheiten.

## 6.4

# Gesundheitliche und soziale Ungleichheiten mindern

Deutschland ist nach dem Grundgesetz – Art. 20 und 28 – ein Sozialstaat mit den Prinzipien sozialer Gerechtigkeit und Rechtsstaatlichkeit. Unterschiede in der Gesundheit, die – wie oben dargestellt – sozial verursacht und vermeidbar sind, verstoßen gegen das Prinzip der sozialen Gerechtigkeit, wenn sie zu groß werden. Die Minderung dieser Ungleichheiten ist daher ein Gebot, das in der Verfassung verankert ist.

Die Minderung der sozialen Ungleichheit der Gesundheit erfordert eine umfassende und langfristig angelegte Strategie. Einzelmaßnahmen und kurzfristige Aktionen haben bestenfalls geringe Effekte. Solch eine umfassende Public-Health-Strategie liegt zwar bislang nicht vor. Die vorliegenden Erkenntnisse über die sozio-psycho-biologischen Verursachungsprozesse von Krankheit und Gesundheit in Verbin-

derung mit Erfahrungen aus gelungenen und gescheiterten Projekten und Konzepten können aber zumindest einen Rahmen für eine erfolgversprechende Strategie zur Minderung der sozialen Ungleichheiten der Gesundheit geben.

### 6.4.1 Grundannahmen für eine Strategie

Die Verantwortung für die Überwindung sozialer Ungleichheit liegt vorrangig bei der Öffentlichkeit, der Politik und dem Staat, nicht beim Individuum.

Maßnahmen zur Verbesserung individueller Gesundheitsentscheidungen führen allein nicht zur Verringerung, sondern eher zur Vergrößerung der Gesundheitsungleichheiten, da sie zumeist stärkere Effekte in Gruppen mit höherer sozialer Position bewirken.

Individuelles Verhalten wird wesentlich durch die soziale Gruppe, das Milieu, die Lebensumstände, und die damit verbundenen Entscheidungs- und Handlungsmöglichkeiten bestimmt.

Maßnahmen zur Verbesserung des Gesundheitsverhaltens sollten auf die flussaufwärts gelegenen Ursachen für z.B. Rauchen, Alkoholkonsum und Bewegungsmangel zielen wie Vermarktung und Preisgestaltung ungesunder Produkte sowie die Schaffung einer bewegungsfreundlichen Wohnumgebung.

Frühkindliche Entwicklung und vorschulische und schulische Bildung haben entscheidenden Einfluss auf die spätere Position in der gesellschaftlichen Hierarchie und damit auf die Gesundheit im Erwachsenenalter und auf die Lebenserwartung. Die Benachteiligung von Kindern mit sozial niedrig positionierten Eltern in ihrer kognitiven, sozialen, emotionalen und körperlichen Entwicklung sollte durch früh einsetzende Maßnahmen bis zum Schuleintritt so weit wie möglich ausgeglichen werden. Erforderlich ist dafür die Unterstützung der Eltern mit dem Ziel der Erhöhung ihrer Möglichkeiten, die Entwicklung ihrer Kinder zu fördern. Darüber hinaus sollte Entwick-

lungsförderung möglichst früh in der vorschulischen Erziehung einsetzen.

Das Konzept der Verwirklichungschancen („capabilities approach“; auch: Befähigungsansatz) erscheint gut geeignet, zentrale Aspekte von Lebensumständen abzubilden, die als soziale Determinanten die Gesundheit beeinflussen. Mit Verwirklichungschancen werden die gesellschaftlichen Voraussetzungen beschrieben, die dafür sorgen, dass die Menschen über ein hohes Maß an Entscheidungsmöglichkeiten verfügen und ein selbstbestimmtes Leben führen können. Die wesentlichen Elemente sind politische Freiheiten, ökonomische Chancen, soziale Chancen, Transparenzgarantien, sozialer Schutz (Kap. 6.3.5).

### 6.4.2 Rahmen für eine Strategie

Von sozialer Ungleichheit der Gesundheit sind alle gesellschaftlichen Gruppen betroffen, wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß. Maßnahmen dürfen sich daher nicht darauf beschränken, die Gesundheit nur der Menschen mit der niedrigsten sozialen Position zu verbessern.

Eine Strategie sollte daher zwei Ziele verfolgen („universal proportionalism“; Marmot, 2015, Kindle Position 4109):

- Verbesserung der Gesundheit der gesamten Bevölkerung und
- Minderung der Ungleichheit der Gesundheit durch Maßnahmen entsprechend dem Bedarf der Zielgruppen.

Eine Strategie sollte drei Ebenen ansprechen (in Anlehnung an Douglas, in Smith et al., 2016, S. 117):

- Versorgung  
Behandlung gesundheitsschädlicher Folgen sozialer Ungleichheit mit dem Ziel, bereits eingetretene Schäden zu bessern. Die Folgen ungünstiger Lebensbedingungen bzw. ungünstiger sozialer Determinanten der Ge-

sundheit sollen gemindert werden. Handlungsebene: Individuen, „flussabwärts“/„downstream“.

- Prävention und Gesundheitsförderung  
Verbesserung der lokalen sozial unterschiedlichen Lebensbedingungen bzw. sozialen Determinanten der Gesundheit. Unterstützung und Schutz von Menschen, die gesundheitlich gefährdet sind. Handlungsebene: Lebenswelten, „Mitte des Flusses“.
- Health in all policies  
Erhöhung von Fairness und sozialer Gerechtigkeit durch Minderung der unfairen Verteilung von Macht, Geld und Ressourcen. Minderung der sozialen Ungleichheit und der strukturellen Benachteiligungen von Bevölkerungsgruppen. Handlungsebene: Soziale und politische Determinanten, „flussaufwärts“/„upstream“.

Während die erste und zweite Ebene jeweils auf die gesundheitlichen Folgen der sozialen Ungleichheit zielt, befasst sich die 3. Ebene mit der sozialen Ungleichheit selbst ohne explizite Einbeziehung der Gesundheit.

### 6.4.3

#### Minderung der sozialen Ungleichheit

Die größte Herausforderung stellt die Minderung der sozialen Ungleichheit der Gesundheit durch Minderung der sozialen Ungleichheit an sich dar. Dafür müssen politische Entscheidungen insbesondere in Bereichen wie Bildung, Steuern, Arbeit und Umwelt darauf ausgerichtet werden, soziale Ungleichheit zu mindern.

Das **Bildungssystem** muss so umgestaltet werden, dass jeder Mensch sein Bildungspotenzial voll entfalten kann. Dies ist ein notwendiges Element, damit Eltern mit niedriger sozialer Position die Entwicklung ihrer Kinder besser fördern und die Kinder wiederum in einen Beruf gelangen können, der ihren Fähigkeiten entspricht.

Das **Steuersystem** muss so umgestaltet werden, dass Einkommensungleichheit ab-

nimmt und Fairness der Verwirklichungschancen zunimmt.

Die **Arbeitsmarktpolitik** sollte so gestaltet werden, dass möglichst wenig Menschen arbeitslos sind, sie von ihrem Einkommen ihren Lebensunterhalt finanzieren können und möglichst wenig Menschen durch Dauerarbeitslosigkeit entmutigt werden und sich von der Gesellschaft ausgeschlossen fühlen.

Erfolgskriterien in den drei genannten Politikbereichen könnten sein:

- Angleichung der frühkindlichen Entwicklung von Kindern unterschiedlicher sozialer Position;
- ein niedrigerer Gini-Koeffizient (**Kap. 6.1**) und
- ein höherer Anteil von Menschen, die sich insgesamt von der Gesellschaft gerecht behandelt fühlen.

Die Erfolgskriterien für die Minderung sozialer Ungleichheit der Gesundheit durch Minderung von sozialer Ungleichheit sind also in erster Linie sozialer und erst in zweiter Linie gesundheitlicher Natur – in der Sprache der Epidemiologie sind die primären Outcomes soziale und die sekundäre Outcomes gesundheitliche Maße.

Ein gesichertes Wissen darüber, welche Maßnahmen am effektivsten sind, welche Schritte im Einzelnen zielführend und wie sie politisch durchsetzbar sind, besteht häufig nicht. Dies ist für politische Maßnahmen sicherlich nicht ungewöhnlich. Es handelt sich um Interventionen in außerordentlich komplexe Systeme. Die Vorhersage der Effekte und der Nachweis von Ursachen-Wirkungs-Zusammenhängen stellen große wissenschaftstheoretische und methodische Herausforderungen dar. Anzustreben ist aber zumindest, das Handeln auf gut fundierte Hypothesen zu stützen und die Interventionseffekte zumindest näherungsweise zu evaluieren (RKI & LGL, 2012, S. 66)

Die eigentliche Herausforderung dürfte aber zunächst darin bestehen, dem Politikziel

Minderung sozialer Ungleichheit die erforderliche politische Mehrheit zu verschaffen. Die Voraussetzungen dafür erscheinen zumindest nicht ungünstig. Soziale Ungleichheit ist ein weltweit diskutiertes Thema und anerkanntermaßen kein leicht zu lösendes – die Weltgesundheitsorganisation nennt es ein „wicked problem“, also ein besonders hartnäckiges, schwer fassbares und zu lösendes Problem (WHO, 2015b, S. 52 f.).

Wichtige Beiträge zum Problem der sozialen Ungleichheit (ohne expliziten Gesundheitsbezug) haben in den letzten Jahren insbesondere die folgenden Autoren geleistet:

- der Wirtschaftswissenschaftler Thomas Piketty (Das Kapital im 21. Jahrhundert. Franz. 2013);
- der Wirtschaftswissenschaftler und Nobelpreisträger Angus Deaton (Der große Ausbruch. Von Armut und Wohlstand der Nationen. Engl. 2013);
- die Arbeitsgruppe The World Inequality Lab (z. B. World Inequality Report 2018);
- der Ökonom Anthony Atkinson (Ungleichheit. Was wir dagegen tun können. Engl. 2014);
- der Wirtschaftswissenschaftler und Nobelpreisträger Joseph E. Stiglitz (Der Preis der Ungleichheit: Wie die Spaltung der Gesellschaft unsere Zukunft bedroht. Engl. 2012);
- World Bank mit dem Bereich Poverty (<https://tinyurl.com/yysabght>);
- OECD mit dem Themenbereich Inequality (<https://tinyurl.com/n26r3h6>), Inclusive growth (<https://tinyurl.com/yd9ltuqn>) und dem Bericht „In it together: Why less inequality benefits all“ (2015)

Zur Frage von sozialer Ungleichheit und Gesundheit sind zu nennen:

- Marmot, M. (2015). *The Health Gap. The Challenge of an Unequal World.*
- Marmot, M. (2004). *Status Syndrome: How your social standing directly affects your health.*

- Institute of Health Equity: <http://www.instituteoftheequity.org/home>
- Wilkinson, R. & Pickett, K. (2009). *The spirit level: Why equality is better for everyone.*
- Wilkinson, R. & Pickett, K. (2018). *The inner level: How more equal societies reduce stress, restore sanity and improve everyone's well-being.* London: Penguin.
- Website The equality trust: <https://www.equalitytrust.org.uk>
- World Health Organization, Social determinants of health: [http://www.who.int/social\\_determinants/en](http://www.who.int/social_determinants/en)

Die Unterstützung der deutschen Bevölkerung für das Prinzip soziale Gerechtigkeit scheint grundsätzlich gegeben, wie u. a. die Ergebnisse der sog. Vermächtnisstudie zeigen, die von DIE ZEIT und dem Wissenschaftszentrum Berlin im Jahr 2016 veröffentlicht wurde (<https://tinyurl.com/y99a6eml>). Die Mehrzahl der Menschen wünscht sich ein gesellschaftliches Zusammengehörigkeitsgefühl, befürwortet das Solidarprinzip für die Finanzierung der Gesundheitsausgaben und der Renten, fast die Hälfte unterstützt eine Obergrenze für das persönliche Einkommen (<https://tinyurl.com/yaajrsbz>).

#### 6.4.4 Minderung der Ungleichheiten der Gesundheit

In Deutschland sind zahlreiche Aktivitäten von zahlreichen Akteuren zu verzeichnen, die sich mit Prävention und Gesundheitsförderung und damit häufig auch mehr oder weniger explizit mit der Minderung sozialer Ungleichheit der Gesundheit befassen. Zu den wesentlichen Akteuren zählen das Bundesministerium für Gesundheit mit den nachgeordneten Einrichtungen: Robert-Koch-Institut und Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, der Öffentliche Gesundheitsdienst, die Sozialversicherungsträger, die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung als Dachverband

von Wohlfahrtsverbänden, Selbsthilfeorganisationen, Bildungseinrichtungen, Ärztekammern, Krankenkassen und Fachgesellschaften (**Kap. 4.3.2**).

Die politische Zuständigkeit für das Thema Minderung der Ungleichheiten der Gesundheit liegt nicht in einer Hand. So sind für das Thema Gesundheit verfassungsrechtlich primär die Bundesländer zuständig. Die mit der Gesundheit verbundenen sozialen Determinanten werden in erster Linie vom Bundesgesetzgeber beeinflusst (**Kap. 1.2**). Über das SGB V überträgt er einige Aufgaben an die gemeinsame Selbstverwaltung der Kostenträger und Leistungserbringer (**Kap. 7**).

Im Folgenden werden einige Initiativen und Projekte vorgestellt, die sich mit der Minderung der Ungleichheiten der Gesundheit in Deutschland befassen.

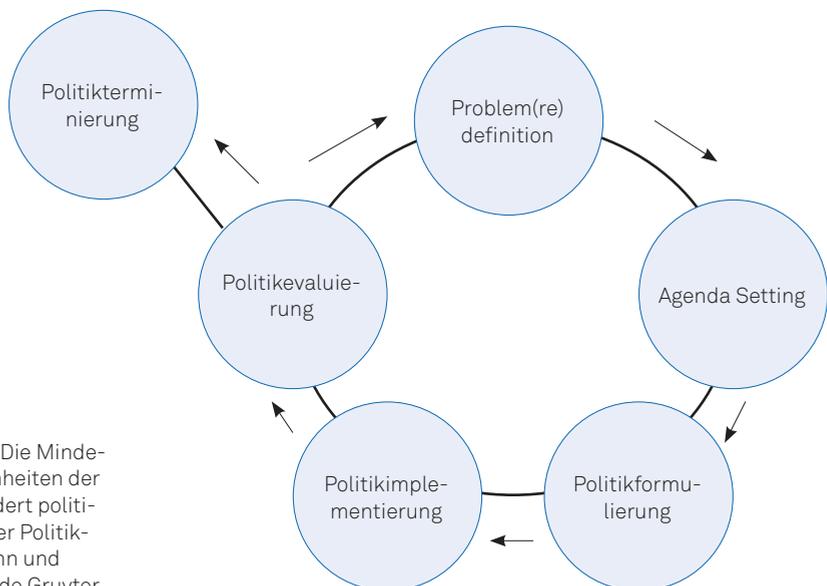
### Zukunftsforum Public Health

Unter dem Motto „Public Health ist die Öffentliche Sorge um die Gesundheit aller“ wurde 2016 das Zukunftsforum Public Health von Vertretern aller Bereiche von Public

Health in Deutschland gegründet. Das Zukunftsforum stellt sich die Aufgabe, die zahlreichen Public-Health-Aktivitäten in Deutschland zu koordinieren, die Akteure zu vernetzen, Kooperation zu fördern, die Kräfte zu bündeln, Themen zu priorisieren und programmatische Ausarbeitungen zu erstellen. Weiterhin soll der Austausch mit Public-Health-relevanten Politikbereichen wie Gesundheit, Raumplanung, Verkehr, Umwelt, Wohnungsbau, Soziales, Sport und Jugend verbessert werden. Mit einem Diskussionspapier „Public Health – Mehr Gesundheit für alle“ haben die Autoren die Diskussion über eine Public-Health-Strategie für Deutschland belebt (<https://tinyurl.com/y8dm935v>). Dies verbessert die Möglichkeiten, Ungleichheiten der Gesundheit als explizites Politikthema in den Politikzyklus (**Abb. 6-12**) einzubringen.

### Weiterführende Informationen

- Website Zukunftsforum Public Health: <https://zukunftsforum-public-health.de>
- Publikationen des Zukunftsforums Public Health: <https://tinyurl.com/ybjo4r8u>



**Abbildung 6-12:** Die Minderung von Ungleichheiten der Gesundheit erfordert politisches Handeln: der Politikzyklus. Quelle: Jann und Wegricher, 2014, © de Gruyter

## Präventionsgesetz

Das Präventionsgesetz unterstreicht den auch vorher schon bestehenden Auftrag der Krankenkassen, sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen zu mindern. Das Gesetz verlangt ihnen mehr als bisher ab, sich finanziell in der Gesundheitsförderung in Lebenswelten zu engagieren und den Schwerpunkt von der Verhaltensprävention auf die Verhältnisprävention zu verlagern. Eine Herausforderung besteht aus Sicht der Steuerungsgruppe des Zukunftsforums Public Health darin, ein gemeinsames Verständnis, eine effektive Konzeptualisierung und eine erfolgreiche Implementierung von Verhältnisprävention im Zusammenspiel mit einer nicht individualistisch verkürzten Verhaltensprävention zu entwickeln. Verhältnisprävention bedeute eine Veränderung der „ökologischen, sozialen, kulturellen und technisch-materiellen Lebensbedingungen im institutionellen und sozialen Kontext“, mit dem Ziel, im Lebensumfeld Gesundheitsbelastungen zu reduzieren und die Gesundheitsressourcen zu vermehren (Steuerungsgruppe des Zukunftsforums Public Health, 2018).

In der Nationalen Präventionsstrategie vereinbaren die Krankenkassen mit der gesetzlichen Rentenversicherung und der gesetzlichen Unfallversicherung bundeseinheitliche, trägerübergreifende Rahmenempfehlungen zur Gesundheitsförderung und Prävention. Als gemeinsame Ziele für lebensweltbezogene Präventions-, Gesundheitsförderungs-, Sicherheits- bzw. Teilhabeangebote werden aus der Perspektive der Lebenslauforientierung „gesund aufwachsen“, „gesund leben und arbeiten“ und „gesund im Alter“ definiert (NPK, 2018). Der GKV-Spitzenverband legt die Prinzipien seiner Aufgabenwahrnehmung der primären Prävention und Gesundheitsförderung (§ 20 SGB V) im Leitfaden Prävention dar (GKV-Spitzenverband, 2019a).

Die Art und den Erfolg von Leistungen zu größerer gesundheitlicher Chancengleichheit

legt die Nationale Präventionskonferenz im Präventionsbericht dar, den sie alle 4 Jahre zu erstellen hat, erstmalig zum 1.7.2019.

## Weiterführende Informationen

- Geene, R. & Reese, M. (2017). *Handbuch Präventionsgesetz: Neuregelungen der Gesundheitsförderung*. Frankfurt am Main: Mabuse.

## Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit

Hauptanliegen des Kooperationsverbundes ist die Weiterentwicklung der soziallyagenbezogenen Gesundheitsförderung. Der Kooperationsverbund wurde 2003 von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung gegründet. 2019 gehören ihm 71 Organisationen an, darunter alle Landesvereinigungen für Gesundheit, Krankenkassen, Ärzteverbände, Bundesagentur für Arbeit und Wohlfahrtsverbände. Die Aktivitäten zielen auf die vier Themenbereiche Gesundheitsförderung im Quartier, bei Kindern und Jugendlichen, bei Arbeitslosen und bei Älteren. In allen Bundesländern sind „**Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit**“ zur Unterstützung der Aktivitäten auf Landesebene und kommunaler Ebene eingerichtet, die von den Ländern und Krankenkassen finanziert werden. Die Koordinierungsstellen verstehen sich als Kompetenz- und Vermittlungsstellen des Kooperationsverbundes und unterstützen auch die Umsetzung des Präventionsgesetzes. Ein weiteres Element des Kooperationsverbundes ist die **Praxisdatenbank Gesundheitliche Chancengleichheit**, in der Projekte und Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung verzeichnet sind. Die Recherche erlaubt eine Suche nach Lebenswelten, Themen, Zielgruppen, Altersgruppen und Good-Practice-Kriterien (<https://tinyurl.com/y7sbd714>). Zur Bewertung und Qualitätssicherung der Projekte und Angebote in der soziallyagenbezogenen Gesundheitsförderung hat der Kooperationsverbund 12 gut dokumentierte **Good Practice-Kriterien** ent-

wickelt (<https://tinyurl.com/y7ced84p>), u. a. zur Entwicklung einer Konzeption, zur Ausrichtung auf Zielgruppen, zur Sicherstellung der Nachhaltigkeit und zur Stärkung der Kompetenzen der Zielgruppen (Empowerment). Weiterhin stellt der Kooperationsverbund Arbeits-hilfen für ein breites Spektrum von Themen im Zusammenhang mit der Entwicklung von Maßnahmen und Projekten zur Prävention und Gesundheitsförderung zur Verfügung (<https://tinyurl.com/y8f9zo7a>).

### Kongress Armut und Gesundheit

Der Kongress Armut und Gesundheit (<https://www.armut-und-gesundheit.de>) mit dem Untertitel „Der Public-Health-Kongress in Deutschland“ ist mit etwa 2200 Teilnehmern und 128 Veranstaltungen in 23 Themenfeldern (Zahlen für 2019) die größte deutsche Public-Health-Veranstaltung. Der Kongress findet seit 1995 jährlich in Berlin statt, initiiert von der Ärztekammer Berlin, der Technischen Universität Berlin und der Vorläuferorganisation von Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V. Wie der Titel signalisiert war der Zusammenhang von Gesundheit und sozialer Lage von Anfang an ein übergeordnetes Thema. Der Kongress fördert den Austausch von Praktikern, Wissenschaftlern und Politikern und unterstützt die Vernetzung von allen Akteuren, Organisationen, Projekten und Personen, die mit der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung befasst sind.

### Nationales Zentrum Frühe Hilfen

Das Konzept der Frühen Hilfen leitet sich u. a. aus dem Recht auf Schutz, Förderung und Teilhabe für alle Kinder ab, das der Kinderrechtskonvention der Vereinten Nationen zugrunde liegt. Die damit verbundenen Aufgaben sind an der Schnittstelle von sozialer Lage und Gesundheit verortet und haben Eingang in die Sozialgesetzbücher V, VIII und IX gefunden. Die Aufgaben werden daher sowohl von Professio-

nellen aus dem Sozial- wie auch dem Gesundheitsbereich wahrgenommen. Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen, gemeinsam getragen von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und dem Deutsche Jugendinstitut, unterstützt die fachliche Wahrnehmung der Aufgaben mit Konzepten und Fort- und Weiterbildungsangeboten. Als ein Beispiel sei das auf das Kompetenzprofil Familienhebammen hingewiesen, das einen Referenzrahmen zur Qualifizierung von Hebammen im Feld der Frühen Hilfen darstellt (<https://tinyurl.com/yc3bnb6p>).

### Weiterführende Informationen

- Website Frühen Hilfen: <https://www.fruehehilfen.de>

### Medizinische Versorgung von wohnungslosen und obdachlosen Menschen

Obdachlose und wohnungslose Menschen (definiert nach der Europäischen Typologie für Obdachlosigkeit, Wohnungslosigkeit und prekäre Wohnversorgung; <https://tinyurl.com/k8a5nhr>) verfügen häufig über einen schlechten Gesundheitszustand. Die BAG Wohnungslosenhilfe (<https://www.bagw.de>) schätzte im Jahr 2019 die Zahl der Wohnungslosen im Jahr 2017 auf 650 000, von denen ca. 48 000 ohne jede Unterkunft auf der Straße lebten (Pressemitteilung 30.7.2019, <https://tinyurl.com/yxgokt5r>, abgerufen am 25.8.2019). Psychische Störungen, Infektionskrankheiten, Krankheiten des Kreislaufsystems und des Atmungssystems sowie Verletzungen sind verbreitet. Der Zugang zum Regelversorgungssystem ist jedoch häufig erschwert, auf Seiten der Patienten z. B. aufgrund fehlender Krankenversicherung, dem Gefühl nicht willkommen zu sein, Scham, Angst, Sprachproblemen, fehlender Krankheitswahrnehmung oder eingeschränkter Kooperationsfähigkeit und auf Seiten der Ärzte durch das Gefühl der Überforderung angesichts komplexer Problemlagen oder auch dem Gefühl, diese Patienten anderen Patien-

ten nicht zumuten zu können (Kaduszkiewicz et al., 2017). In Deutschland wurden daher in den letzten 20 Jahren alternative Versorgungseinrichtungen geschaffen wie z.B. eine speziell auf Obdachlose ausgerichtete Allgemeinarztpraxis in Berlin (<http://www.delatorre-stiftung.de>), ein Krankenmobil in Hamburg, das nach einem festen Tourenplan Treffpunkte von Obdachlosen aufsucht (<https://tinyurl.com/ybd1phx4>). Das sog. „Mainzer Modell“ beruht auf langjährigen Erfahrungen, bezieht die Bedürfnisse und – oft reduzierten – Handlungsmöglichkeiten der Betroffenen mit ein. Die Versorgungsstruktur besteht aus medizinischen Sprechstunden in einer stationären und in einer ambulanten Einrichtung der Wohnungslosenhilfe, einer aufsuchenden mobilen medizinischen Versorgungseinrichtung, der Versorgung schwerstkranker pflegebedürftiger wohnungsloser Menschen und der Kooperation mit einer psychiatrischen Tagesklinik (Trabert, 2016).

#### Weiterführende Informationen

- Verein Armut und Gesundheit: <http://www.armut-gesundheit.de/der-verein>
- Das Mainzer Modell: <https://tinyurl.com/y7gp3b7m>

#### 6.4.5

### Minderung der Ungleichheiten der Gesundheit in England

England hat eine längere Tradition in der Befassung mit Ungleichheiten der Gesundheit. Im **Black Report** legte die „Working Group on Health Inequalities“ unter Vorsitz von Douglas Black die vorhandenen empirischen Ergebnisse zum Zusammenhang von sozialer Position und Gesundheit für England dar. Die Einberufung der Kommission war eine Reaktion des damaligen Gesundheitsministers David auf einen offenen Brief, in dem Richard Wilkinson auf die sich in den 1950er- und 1960er-Jahre vergrößerten Mortalitätsunterschiede zwischen den sozialen Schichten hingewiesen hatte (Wilkin-

son, 1976), eine Entwicklung, die wider Erwarten nach Errichtung des National Health Service seit 1948 zu verzeichnen war. Der Bericht stellt vier Erklärungsansätze für die gefundenen Unterschiede zur Diskussion: Methodische Artefakte, natürliche Selektion und soziale Mobilität, materielle Lebensbedingungen und Gesundheitsverhalten. Die Autoren wiesen den materiellen Lebensbedingungen und dem Gesundheitsverhalten die größte Bedeutung zu und entwickelten darauf aufbauend eine Liste von 37 Empfehlungen (Townsend & Davidson, 1992, S. 198 ff.). Das politische Schicksal des Berichtes war dadurch bestimmt, dass er von einer Labour-Regierung angefordert, aber von einer konservativen Regierung entgegengenommen wurde. Letztere ignorierte die Ergebnisse weitgehend (Macintyre, 1997). Trotzdem, oder vielleicht auch gerade verstärkt durch diese Begleitumstände, hatte der Black Report eine weite Verbreitung gefunden.

Unmittelbar nach Beendigung der von 1979–1997 dauernden konservativen Regierung erteilte die Labour-Regierung den Auftrag zur Aktualisierung des Black Report. Im November 1998 legte die dafür gebildete Kommission den nach ihrem Vorsitzenden benannten **Acheson-Report** vor (Acheson et al., 1998) mit 39 Empfehlungen zur Minderung der Gesundheitsungleichheiten. Die Regierung entwickelte auf Grundlage der Empfehlung eine umfassende Strategie und implementierte sie als Regierungsprogramm mit dem übergeordneten Ziel, die Gesundheit der gesellschaftlich am meisten benachteiligten Gruppen zu verbessern und die Gesundheitslücke („health gap“) zu verkleinern. Die Bilanz nach 13 Jahren Labour-Regierung lautete, dass die Politik in Teilbereichen erfolgreich war, die Bevölkerung insgesamt gesünder, die Lücke zwischen den sozialen Statusgruppen jedoch nicht kleiner geworden war. Zum Verfehlen des Ziels dürfte mehrere Sachverhalte beigetragen haben. So suchten die Ministerien aus den 39 Empfehlungen und 123 Unterpunkten des Acheson-Reports überwiegend diejenigen aus, die sich

auf Gesundheitsverhalten bezogen und somit politisch nicht allzu kontrovers waren. Weiterhin war die Evidenzgrundlage für die Wirksamkeit von Interventionen noch relativ schmal. Es fehlte an Maßnahmen „flussaufwärts“ zur sozialen Gerechtigkeit und faireren Verteilung von Macht, Geld und Ressourcen.

Der Bericht „**Fair Society, Healthy Lives**“ („Marmot Review“; Marmot et al., 2010) stellt ein Konzept zur Umsetzung der Empfehlungen des WHO-Reports „Closing the Gap in a Generation“ auf nationaler Ebene. Der Bericht baut auf die Erfahrungen der „Tackling Health Inequalities“-Politik der Labour-Regierung 1997-2010 auf und formuliert u.a. folgende Prinzipien:

- Gesundheitsungleichheiten zu reduzieren sei eine Frage der Fairness und der sozialen Gerechtigkeit.
- Die Maßnahmen sollten darauf abzielen, den sozialen Gradienten zu mindern.
- Ungleichheiten der Gesundheit resultieren überwiegend aus sozialer Ungleichheit.
- Alle sozialen Determinanten der Gesundheit müssen angesprochen werden.
- Allein auf die am meisten Benachteiligten zu fokussieren, mindert die Ungleichheiten nicht ausreichend.
- Die Maßnahmen müssen universell, aber in Umfang und Intensität proportional zum Ausmaß der Benachteiligung stehen („proportionate universalism“).

Zur Minderung von Gesundheitsungleichheiten sei es vor allem erforderlich, jedem Kind den bestmöglichen Start ins Leben zu geben, die Verwirklichungschancen für alle Kinder, Jugendliche und Erwachsenen zu maximieren und ihnen Kontrolle über ihr Leben zu ermöglichen, einen gesunden Lebensstandard für alle sicherzustellen, die Lebenswelten nachhaltig zu gestalten und Krankheiten zu vermeiden. Dafür sind Maßnahmen auf nationaler und regionaler Ebene erforderlich und eine Kooperation aller Akteure einschließlich der Bürger\*innen mit dem Ziel der partizipatori-

schen Entscheidungsfindung auf lokaler Ebene. Die Minderung der Ungleichheiten in der frühkindlichen Entwicklung hat die höchste Priorität. Aus den bisherigen Erfahrungen lernend sollen die Maßnahmen intensiviert und die Mittel erhöht werden und proportional zum Bedarf entlang des sozialen Gradienten eingesetzt werden. Indikatoren wie z.B. „school readiness“, Wortschatz im Alter von 3 und 5 Jahren, Verhaltensprobleme und Hyperaktivität ermöglichen eine Erfolgsmessung.

### Umsetzung in Coventry, UK

Coventry, eine Industriestadt in Mittelengland, hat sich 2013 den Prinzipien von „Fair Society, Healthy Lives“ verpflichtet und kooperiert als „Marmot City“ (<https://tinyurl.com/y7tqlcvt>) mit dem von Michael Marmot geleiteten UCL Institute of Health Equity. Verschiedene Akteure wie Stadtrat, öffentliche Dienste und Freiwilligenbereich kooperieren mit dem Ziel, die Gesundheit aller zu verbessern und Ungleichheit zu vermindern. So werden die Angebote für Kinder bis 5 Jahre und für ihre Eltern unter dem Slogan „Acting early“ den Zielen der Marmot Review angepasst. Die Angebote der Familienhebammen (aufsuchende Arbeit) und der Kinderzentren (soziale Unterstützung von Eltern und Kindern, Schulungen für Eltern) wurden auf kleinere geografische Einheiten verteilt. Die beteiligten Professionellen wurden zu Teams integriert. Die Kommunikation untereinander sowie mit Ärzten und Kinderkliniken wurde verbessert. Von den 17 Stadtbezirken wurden die am meisten deprivierten Stadtteile zuerst unterstützt, anschließend alle anderen. Weitere Projekte und Interventionen zielen auf jugendliche Straftäter mit Substanzmissbrauch, psychischen Störungen oder Lernbehinderungen und auf gezielte Unterstützung bei der Arbeitssuche. Häusliche Sicherheit und verstärkte Ausrichtung der Stadtplanung auf die Bedürfnisse und das Wohlbefinden der Bürger\*innen sind weitere Schwerpunkte. Zur Erfolgsmessung zäh-

len Indikatoren im Bereich Gesundheit und Lebenserwartung, Bildung, Lebensqualität, Beschäftigung, Delinquenz. Eine erste Evaluation (Faherty & Gaulton, 2017) von „Acting early“ ergab, dass hilfebedürftige Kinder und Familien früher identifiziert werden, die Berufsgruppen besser kommunizieren und kooperieren. Weiterhin verbesserte sich das Ernährungswissen der Eltern, Stillraten wurden erhöht und die Schulreife verbessert. Der Anteil der armen Schulkinder, die nach der ersten Klasse ein gutes Entwicklungsniveau erreichten, stieg innerhalb von 2 Jahren von 42% auf 53%. Die Kriminalität in den deprivierten Stadtbezirken ist gesunken (Faherty & Gaulton, 2017).

Kennzeichnend für die Umsetzung einer Strategie zur Minderung sozialer Ungleichheit der Gesundheit auf kommunaler Ebene erscheint Folgendes:

- Bereits vorhandene Dienste werden explizit auf neue Ziele im Hinblick auf Minderung der sozialen Ungleichheit der Gesundheit ausgerichtet.
- Die Ziele werden auf Grundlage von Daten und Indikatoren beschrieben.
- Die Zielerreichung wird gemessen.
- Die Interventionen sollen evidenzbasiert sein.
- Die Professionellen werden geschult.
- Die Strukturen, in denen die sozialen und gesundheitlichen Dienstleistungen erbracht werden, werden angepasst.

Bezogen auf die in **Kap. 6.1.1** beschriebenen Handlungsebenen zielt die Strategie auf Behandlung und Prävention/Gesundheitsförderung, sie unterscheidet sich aber von vielen herkömmlichen Maßnahmen durch die explizite Orientierung an den sozialen Determinanten von Gesundheit.

#### Weiterführende Informationen

- Coventry City Council. (2019). *Coventry Health and Wellbeing Strategy 2019–2023*. Available from <https://tinyurl.com/rr67SSr>