

Natalie M. Schmitt, Jochen Schmitt und Wilhelm Kirch

# Sozioökonomische Ungleichheiten in der Gesundheit und im Gesundheitsverhalten

Aktuelle Entwicklungen in Deutschland und Europa

## 1 Einführung

Sozioökonomische Ungleichheiten in der Gesundheit beziehen sich auf systematische Unterschiede bei Sterblichkeits- und Erkrankungsraten zwischen Menschen mit niedrigerer und höherer sozialer Position, festgelegt durch Bildungsstand, Beruf und/oder Einkommen. Auch wenn die Summe aller drei Indikatoren die sozioökonomische Position der Menschen am besten beschreibt, scheint in vielen Bereichen der Bildungsstand allein ein ausreichender Prädiktor zu sein [1, 2].

Sozioökonomische Ungleichheiten in der Gesundheit sind kein neues Phänomen, erstmals wurde das Thema allerdings im 19. Jahrhundert aufgegriffen. In Deutschland setzte sich zu dieser Zeit RUDOLF VIRCHOW (1821 – 1902) stark für die Verbesserung der Lebensbedingungen der Menschen und eine sozialere Medizin ein. Er prägte die Leitsprüche: „Die Medizin ist eine sociale Wissenschaft und die Politik ist weiter nichts als Medicin im Grossen“ sowie: „Die Aerzte sind die natürlichen Anwälte der Armen und die sociale Frage fällt zu einem erheblichen Theil in ihre Jurisdiction.“

Die absoluten Gesundheitsunterschiede zwischen den sozialen Schichten nahmen seit dem 19. Jahrhundert aufgrund von verbesserten Lebensbedingungen und dem öffentlichen Gesundheitswesen deutlich ab. Umso unerwarteter war die Vergrößerung der Kluft im Gesundheitsstatus zwischen niedrigeren und höheren sozialen Statusgruppen in den vergangenen Jahrzehnten auch in denjenigen europäischen Ländern, die sich durch hohen Wohlstand und sehr gut

entwickelte Gesundheits- und soziale Sicherungssysteme auszeichnen.

Ende Oktober 2007 gab es eine gemeinsame Aktion der internationalen medizinischen Zeitschriften zum Thema Armut und Gesundheit. Die Tatsache, dass mehr als 230 Zeitschriften dem Aufruf des Council of Science Editors, einer internationalen Organisation von Wissenschaftsredakteuren, folgte, unterstreicht die Aktualität der Diskussion über den Zusammenhang von sozialer und gesundheitlicher Lage nicht nur in Deutschland, sondern auch international [3].

## 2 Unterschiede im Gesundheitsstatus und -verhalten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland

Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS), der vom Robert Koch-Institut im Auftrag der Bundesministerien für Gesundheit und für Bildung und Forschung zwischen 2003 und 2006 durchgeführt wurde, liefert erstmals bundesweit repräsentative Daten zur gesundheitlichen Situation bei Kindern und Jugendlichen. Erfreulicherweise ist die gesundheitliche Situation der Kinder und Jugendlichen in Deutschland sehr gut. Nur etwa 7 % der Eltern beurteilen die Gesundheit ihrer Kinder als mittelmäßig oder (sehr) schlecht. Leider bestätigt die KiGGS-Studie aber vermutete, zum Teil stark ausgeprägte soziale Unterschiede im Hinblick auf den allgemeinen Gesundheitszustand, psychische und Verhaltensauffälligkeiten sowie Übergewicht. Sowohl Mädchen als auch Jungen mit hohem

*Die Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS) enthüllen Unterschiede im Gesundheitsstatus und Gesundheitsverhalten in Deutschland je nach Einkommen, Bildungsstand und Berufswahl der Kinder und Jugendlichen selbst bzw. von deren Eltern. Besonders stark ausgeprägt sind die sozialen Unterschiede im Hinblick auf den allgemeinen Gesundheitszustand, psychische und Verhaltensauffälligkeiten sowie Übergewicht. Auch in allen anderen europäischen Staaten kumulieren Mortalität, Morbidität und verhaltensbedingte Risikofaktoren in den unteren sozioökonomischen Statusgruppen. In Europa differiert die Lebenserwartung bei Männern in höheren und niedrigeren sozialen Positionen durchschnittlich um fünf Jahre. Die Entwicklung von Strategien zur Bekämpfung sozialer Ungleichheiten in der Gesundheit ist eine der größten Herausforderungen unserer heutigen Gesellschaft.*

*The national representative survey on the health of children and adolescents in Germany (KiGGS) revealed social inequalities in health and health behaviour in Germany according to income, education and occupation of both the children and adolescents themselves and their parents. Social inequalities in general health status, psychological or behavioural disorders, and overweight seem to be most alarming. Mortality, morbidity and detrimental health behaviour accumulate in the subpopulation with a low socioeconomic position (SEP) across Europe. The average difference in life expectancy in European men with a high and low SEP is 5 years. The development of policies and strategies to tackle this important public health issue is a major present and future challenge.*

Land	Relatives Risiko* Mortalität / Sterblichkeitsrate Männer / Frauen	Odds Ratio* subjektiv schlechte Gesundheit Männer / Frauen	Odds Ratio* Prävalenz / Verbrei- tung des Rauchens Männer / Frauen
Dänemark	1,28 / 1,26	2,16 / 3,00	2,48 / 2,92
Deutschland	n.a.	1,76 / 1,91	2,07 / 1,45
England (±Wales)	1,35 / 1,22	3,08 / 2,66	1,89 / 2,30
Finnland	1,33 / 1,24	2,99 / 3,29	1,82 / 2,05
Frankreich	1,31 / 1,14	2,24 / n.a.	1,19 / 0,61
Italien	1,85 / n.a.	2,94 / 2,55	1,82 / 0,85
Lettland	1,50 / 1,20	2,21 / 2,48	1,37 / 1,52
Niederlande	1,92 / 1,28	2,81 / 2,12	1,21 / 1,37
Österreich	1,43 / 1,32	3,22 / 2,67	1,34 / 1,05
Polen	2,24 / 1,78	1,27 / 1,72	3,13 / 1,20
Schweden	1,59 / n.a.	2,37 / 3,06	1,50 / 1,41
Schweiz	1,33 / 1,27	2,12 / n.a.	1,31 / 1,16
Spanien	1,24 / 1,27	2,58 / 3,10	1,88 / 0,92

Tabelle 1

Soziale Ungleichheiten bei Sterblichkeitsrate, subjektiver Gesundheit und Tabakkonsum, adaptiert nach [3].

Legende: \* Relatives Risiko (RR)/Odds Ratio (OR): Mortalität/subjektive Gesundheit/Prävalenz des Rauchens in niedrigen sozialen Schichten im Vergleich zu höheren sozialen Schichten. Je nach Studie in verschiedenen Altersgruppen und Kalenderjahren erhoben. n.a. Werte nicht publiziert. RR/OR > 1: höheres Risiko für sozial Schwache; RR/OR < 1: niedrigeres Risiko für sozial Schwache. RR („Risiko“) und OR („Chance“) sind Maße zur Wirkung von Expositionen in der analytischen Epidemiologie. Ein RR von 1,6 bedeutet hier z. B. ein um 60 % erhöhtes Risiko für Personen aus niedrigen sozialen Schichten verglichen mit Personen aus höheren sozialen Schichten. Das RR ist der Quotient aus Inzidenz (Neuerkrankungsrate) einer Erkrankung bei Exponierten und Inzidenz der Erkrankung bei Nicht-Exponierten. OR wird als Näherung des RR herangezogen, falls die Berechnung von Inzidenzen nicht möglich ist.

Sozialstatus haben signifikant häufiger einen sehr guten Gesundheitszustand als Kinder der niedrigen sozialen Schicht. Aber auch Kinder und Jugendliche der mittleren Statusgruppe stehen im Vergleich zur hohen Statusgruppe hinsichtlich der Verbreitung von Gesundheitsproblemen und -risiken schlechter da. Die Chance eines sehr guten Gesundheitszustands ist bei Kindern aus der niedrigen im Vergleich zu denjenigen aus der hohen Statusgruppe etwa um den Faktor 2 verringert (Odds Ratio [OR] 0,52)<sup>1</sup>. Die Risiken für psychische und Verhaltensauffälligkeiten (OR 3,78) sowie Übergewicht (OR 2,32) zeigen noch stärkere Unterschiede zwischen Kindern mit niedrigem und hohem sozioökonomischen Status. An alters- und geschlechtsspezifischen Besonderheiten sind vor allem die sozialen Unterschiede bei der Prävalenz psychischer und von Verhaltensauffälligkeiten bei 3- bis 10-jährigen Jungen und von Übergewicht bei 11- bis 17-jährigen Mädchen erwähnenswert [4].

Da ein Großteil der Todesfälle bei Kindern vermeidbar ist, gilt die Kindersterblichkeit als guter Indikator für Unterschiede in der sozialen und gesundheitlichen Entwicklung zwischen und innerhalb von Gesellschaften. In Deutschland ist die Sterblichkeit von Säuglingen mit ausländischer Staatsangehörigkeit in einigen Regionen mehr als doppelt so hoch wie bei Deutschen. Im gesamten Bundesgebiet starben 1999 pro 100 000 Lebendgeborenen 540 nichtdeutsche und 440 deutsche Säuglinge [5, 6].

Für Public Health sowie die Sozial- und Gesundheitspolitik können diese Ergebnisse nicht akzeptabel sein. Sie

lassen vermuten, dass bestehende Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen nicht adäquat erreichen oder ansprechen. Um die Auswirkungen der sozialen Ungleichheit in der Gesundheit und im Gesundheitsverhalten für den weiteren Lebensweg der Heranwachsenden zu beeinflussen, müssen Programme möglichst früh ansetzen. Natürlich wäre ein nationaler Aktionsplan zur Bekämpfung der sozialen Ungleichheit in der Gesundheit in Deutschland weitaus effektiver als einzelne kaum aufeinander abgestimmte Aktivitäten.

### 3 Soziale Ungleichheit in der Gesundheit und im Gesundheitsverhalten in Europa

Sozioökonomische Ungleichheiten in der Gesundheit zeigen sich in allen europäischen Ländern, allerdings mit verschiedenen Merkmalen und Ausprägungen. Tabelle 1 zeigt soziale Ungleichheiten bei Sterblichkeitsrate, subjektiver Gesundheit und Tabakkonsum in ausgewählten europäischen Ländern. Obwohl eine direkte Vergleichbarkeit aufgrund der Verschiedenheit der Daten aus den Studien nicht gegeben ist, wird doch deutlich, dass das Ausmaß der Ungleichheiten sehr stark variiert [3].

#### 3.1 Mortalität

In ganz Europa sterben Menschen mit niedrigerem Einkommen und Bildungsstand früher als andere (Tabelle 1: relatives Risiko > 1). So haben beispielsweise in England Männer mit niedrigerem sozioökonomischen Status – verglichen mit Männern mit hohem sozioökonomischen Status – ein um 35 % erhöhtes Mortalitätsrisiko (RR 1,35). Das Phänomen dieser sozialen Ungleichheiten hat sich in den

<sup>1</sup> Odds Ratio (OR; „Chance“)/Relatives Risiko (RR) gibt im Kontext dieses Beitrags an, welches Risiko sozial Schwache im Vergleich zu sozial besser gestellten Personen haben, von etwas betroffen zu sein, z. B. RR/OR > 1 bedeutet ein höheres Risiko für sozial Schwache.

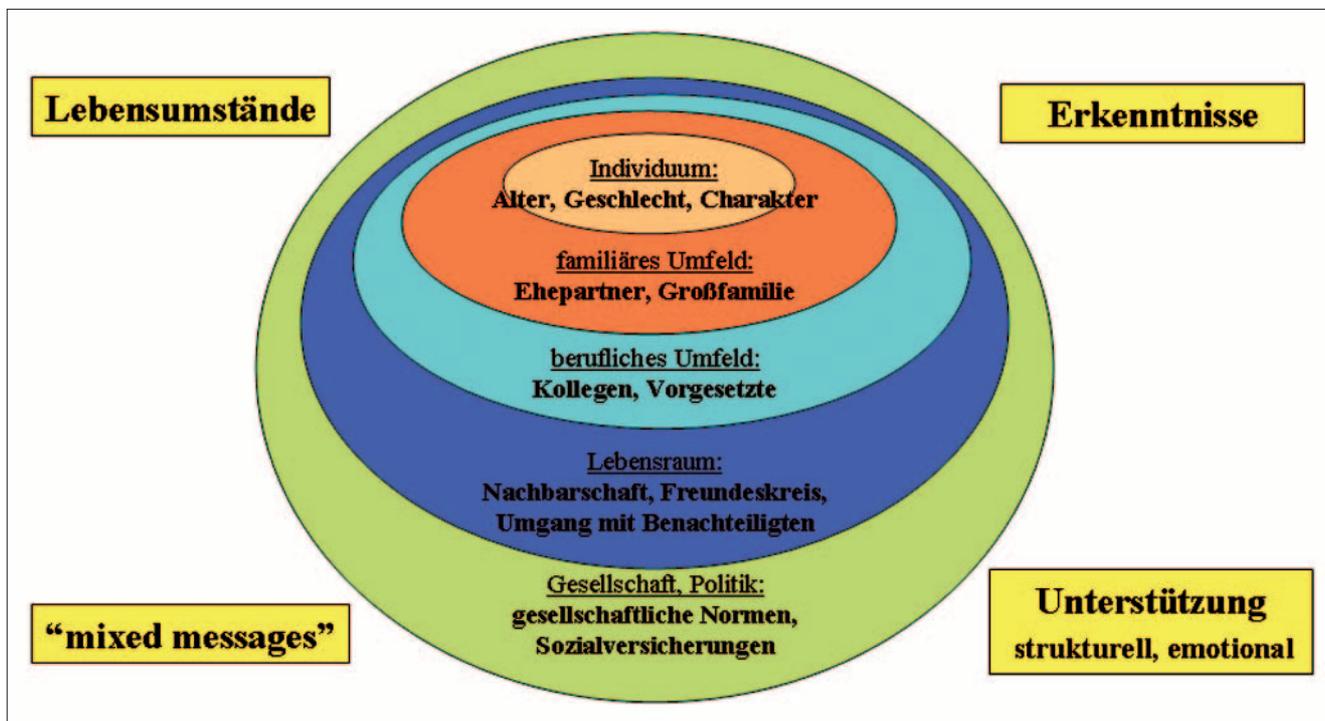


Bild 1. Bezugssystem von Ansatzpunkten bei der Prävention sozioökonomischer Ungleichheiten in der Gesundheit mit Beispielen

letzten Jahrzehnten verstärkt, weil die Sterblichkeitsraten, vor allem bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen, in höheren sozioökonomischen Schichten stärker zurückgegangen sind als in niedrigeren. Menschen aus höherer sozioökonomischer Position zeigen ein verbessertes Gesundheitsverhalten hinsichtlich Tabakkonsum, Ernährung oder körperlicher Aktivität, profitieren aber auch überdurchschnittlich von verbesserter medizinischer Versorgung. Soziale Ungleichheiten in der Sterblichkeit existieren von Geburt an und bis ins hohe Alter („von der Wiege bis zur Bahre“). Die relativen Ungleichheiten nehmen allerdings mit zunehmendem Alter ab. Bei der Mortalität sind die sozialen Ungleichheiten bei Frauen kleiner als bei Männern. Dies mag unter anderem an der höheren Krebssterblichkeit von Frauen liegen, bei der es im Vergleich zu anderen Todesursachen weniger Unterschiede zwischen den sozialen Schichten gibt. In Europa differiert die Lebenserwartung bei Geburt zwischen Menschen der niedrigsten und denen der höchsten sozioökonomischen Position durchschnittlich um 4 bis 6 Jahre bei Männern und 2 bis 4 Jahre bei Frauen [3].

### 3.2 Morbidität

Auch bei der Erkrankungsrate (Morbidität) zeigen sich sozioökonomische Ungleichheiten (vgl. Tabelle 1 „subjektive Gesundheit“). Im Gegensatz zur Mortalität sind diese aber in letzter Zeit in vielen europäischen Ländern relativ stabil. In Ländern mit geringeren Einkommensdifferenzen scheint es auch geringere Unterschiede bei der Beurteilung der subjektiven Gesundheit zu geben. Als Mediator zwischen sozioökonomischer Position und Erkrankungsrate wird vor allem in Osteuropa häufig das Gefühl beschrieben, das eigene Leben nicht ausreichend kontrollieren zu können bzw. zu wenig Einfluss auf Änderungen zu haben. Soziale Unterschiede beim selbsteingeschätzten Gesundheits-

zustand bestehen in allen Altersgruppen, sind aber in der Kindheit besonders groß und nehmen nach dem 60. Lebensjahr leicht ab. Die sozialen Ungleichheiten in Mortalität und Morbidität addieren sich im Indikator „gesunde Lebenserwartung“, der die Anzahl der Lebensjahre beschreibt, die man bei guter Gesundheit verbringt. Bei diesem Indikator zeigen sich bei Männern zehn Jahre und bei Frauen fünf Jahre Unterschied zwischen dem sozioökonomisch höchsten und niedrigsten Drittel der Population.

Die Wahrscheinlichkeit, an Krebs zu erkranken, differiert nicht zwischen den sozialen Schichten. Allerdings treten bestimmte Tumorarten wie zum Beispiel Magen-, Lungen- und Gebärmutterhalskrebs häufiger bei sozial schwächer gestellten Menschen auf, während andere wie Darm-, Haut- und Brustkrebs in höheren sozialen Gruppen wahrscheinlicher sind. Die Überlebensrate nach Krebserkrankung zeigt einen Vorteil für Menschen in höherer sozioökonomischer Position, unabhängig von der Art der Krebserkrankung.

Allergien sind eine der wenigen Erkrankungen, die häufiger bei bessergestellten Menschen auftreten. Gerade bei den epidemischen Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus, Arthritis und psychischen Störungen existieren große Ungleichheiten zuungunsten der sozioökonomisch schwächer gestellten Menschen [3].

### 3.3 Tabakkonsum

Tabakkonsum ist eine wesentliche und in Europa auch gut untersuchte Gesundheitsdeterminante. Die Prävalenz des verhaltensbedingten Risikofaktors Rauchen kumuliert in niedrigeren sozialen Statusgruppen, jedoch gibt es erhebliche Differenzen zwischen den europäischen Ländern und auch zwischen Männern und Frauen [2]. Vor allem bei Frauen besteht ein Nord-Süd-Gefälle mit größeren sozialen

Ungleichheiten im nördlichen Europa. In Frankreich, Spanien und Italien rauchen sogar mehr besser als schlechter gestellte Frauen (OR < 1, Tabelle 1). Im Allgemeinen sind die Ungleichheiten beim Rauchverhalten bei Frauen weniger stark ausgeprägt als bei Männern [3, 2].

Mit Ausnahme von Großbritannien, den Niederlanden und Schweden befinden sich die meisten europäischen Länder erst in frühen Stadien der Entwicklung von Strategien zur Bekämpfung sozialer Ungleichheiten in der Gesundheit [7]. Die Reduzierung des Rauchens bei sozial Schwachen muss ein integraler Bestandteil von Interventionen sein, die eine Verringerung sozialer Ungleichheiten in der Gesundheit zum Ziel haben [3]. Bild 1 veranschaulicht die Vielzahl der Ansatzpunkte bei der Prävention sozioökonomischer Ungleichheiten in der Gesundheit und bei verhaltens- und umweltbedingten Risikofaktoren. Erst die Beachtung der verschiedenen Ebenen unter Berücksichtigung von Lebensumständen, aktuellen Erkenntnissen, widersprüchlichen und konkurrierenden Botschaften („mixed messages“) sowie von struktureller und emotionaler Unterstützung kann Interventionen erfolgreich machen und dauerhafte Veränderungen bewirken.

#### 4 Fazit

Die Bekämpfung der sozialen Ungleichheiten im Gesundheitsstatus zählt zu den größten nationalen und europäischen Herausforderungen im Bereich Public Health. Eine zu starke Fokussierung auf die Behandlung von Krankheiten unter Missachtung der sozialen Dimensionen von Ge-

sundheit kann keine Reduzierung der Unterschiede in der Lebenserwartung von fünf und mehr Jahren zwischen den sozialen Statusgruppen erreichen. Da das Gesundheitsverhalten zum größten Teil bereits in der Kindheit und Jugend geprägt wird, müssen erfolgreiche Interventionen mit nachhaltigen Ergebnissen früh ansetzen. Die Qualität der medizinischen Versorgung der Gesellschaft sowie die Gesundheits- und Sozialpolitik müssen sich mehr an den sozialen Ungleichheiten in der Gesundheit messen lassen.

#### Literatur

- [1] *Nocon, M.; Keil, T.; Willich, S. N.*: Education, income, occupational status and health risk behaviour. In: *J Public Health* **15** (2007), S. 401 – 405
- [2] *Schaap, M. M.; van Agt, H. M. E.; Kunst, A. E.*: Identification of socio-economic groups at increased risk of smoking in European countries: looking beyond educational level. In: *Mackenbach, J.; Kunst, A.; Stirbu, I.; Roskam, A.; Schaap, M.* (Hrsg.): *Tackling Health Inequalities In Europe: An Integrated Approach*. EUROTHINE Final Report. Rotterdam: Department of Public Health, University Medical Centre, 2007. S. 320 – 336
- [3] *Mackenbach, J. P.*: *Health Inequalities: Europe in Profile*. London: UK Department of Health, 2006. [http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh\\_4121584.pdf](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4121584.pdf)
- [4] *Lampert, T.; Kurth, B.-M.*: Sozialer Status und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. In: *Dtsch Arztebl* **104** (2007) 43, S. A 2944 – 2949
- [5] *Razum, O.; Breckenkam, J.*: Kindersterblichkeit und soziale Situation: Ein internationaler Vergleich. In: *Dtsch Arztebl* **104** (2007) 43, S. B 2599 – 2605
- [6] *Robert Koch-Institut, Statistisches Bundesamt*: *Gesundheit in Deutschland*. Berlin: Robert Koch-Institut, 2006. S. 75
- [7] *Judge, K.; Platt, S.; Costongs, C.; Jurczak, K.*: *Health Inequalities: a Challenge for Europe*. London: UK Department of Health, 2006

Manuskripteingang: 5.2.2008  
Angenommen am: 16.5.2008



**Schmitt, Natalie M.**

Dr. med., MPH

Studium Humanmedizin von 1995 bis 2002 an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Universität Leipzig und Faculté de Médecine Necker – Enfants Malades in Paris ♦ 2002 Promotion zur Dr. med. ♦ Studium Public Health von 2004 bis 2005 an der Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health in Baltimore, USA ♦ 2005 Abschluss als Master of Public Health (MPH) ♦ seit 2005 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Forschungsverbund Public Health, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden



**Schmitt, Jochen**

Dr. med., MPH

Studium Humanmedizin von 1995 bis 2002 an der Julius-Maximilian-Universität Würzburg, Universität Hamburg und Universität Leipzig ♦ 2002 Promotion zum Dr. med. ♦ Studium Public Health von 2004 bis 2005 an der Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health in Baltimore, USA ♦ 2005 Abschluss als Master of Public Health (MPH) ♦ seit 2002 Assistenzarzt, seit 2007 Facharzt für Dermatologie an der Klinik und Poliklinik für Dermatologie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der TU Dresden



**Kirch, Wilhelm**

Prof. Dr. med. Dr. med. dent.

Studium Zahnmedizin und Humanmedizin von 1967 bis 1974 an der Universität Mainz ♦ 1975 Promotion zum Dr. med. ♦ 1976 Promotion zum Dr. med. dent. ♦ 1983 Habilitation zum Dr. med. habil. ♦ von 1986 bis 1993 Leitender Oberarzt der I. Medizinischen Universitätsklinik Kiel ♦ seit 1993 Direktor des Instituts für Klinische Pharmakologie, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden ♦ seit 1994 Sprecher des Forschungsverbundes Public Health Sachsen und Sachsen-Anhalt ♦ seit 2001 Sprecher des Verbundes für Klinische Pharmakologie in Deutschland ♦ 2003 Präsident der European Public Health Association ♦ seit 2003 Vorsitzender der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der TU Dresden ♦ seit 2004 Chairman der Coordinating Party „Lifestyle and Health Determinants“, Europäische Kommission (DG SANCO), Luxemburg ♦ seit 2005 Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Klinische Pharmakologie und Therapie und Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitswissenschaften und Public Health