

Soziale Ungleichheit und Gesundheit im Kindes- und Jugendalter

Aktuelle Erkenntnisse zur gesellschaftlichen Differenzierung gesundheitlicher Risiken und deren Ursachen

Matthias Richter, Thomas Lampert, Klaus Hurrelmann



Dr. Matthias Richter,
Fakultät für
Gesundheitswissen-
schaften, Universität
Bielefeld, Bielefeld



Thomas Lampert,
Robert Koch-Institut,
Berlin



Prof. Dr. Klaus
Hurrelmann,
Fakultät für
Gesundheitswissen-
schaften, Universität
Bielefeld, Bielefeld

„Weil du arm bist, musst du früher sterben.“ Diese Aussage hat für Erwachsene immer noch ihre Gültigkeit. Wie ist es aber um unsere Kinder und Jugendlichen bestellt? Die Forschung zeigt auch hier, dass die Chancen für ein gesundes und langes Leben sich in Abhängigkeit von der Bildung, dem Beruf und dem Einkommen der Eltern ergeben. Ursachen dieses sozialen Gradienten in der Gesundheit finden sich in erster Linie in den ungleichen Lebensbedingungen der Heranwachsenden. Nur über eine Senkung gesundheitsschädigender Belastungen und dem Aufbau persönlicher und sozialer Ressourcen bei sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen kann dieser gesellschaftlichen Herausforderung entgegengewirkt werden.

1. Einleitung

Trotz erheblicher Investitionen in Bildungs-, Sozial- und Gesundheitsleistungen üben die Bildung, das Einkommen und die berufliche Stellung nach wie vor gravierenden Einfluss auf die Verwirklichung von individuellen Lebenschancen aus. Diese ungleiche Verteilung von Ressourcen wird auch als soziale Ungleichheit bezeichnet. Die Gesundheit ist ohne Zweifel eine der wichtigsten Lebenschancen. Wie die Forschung in den letzten Jahren gezeigt hat, sind Krankheiten und vorzeitiger Tod auch heute noch dort häufiger anzutreffen, wo Menschen in besonders ungünstiger sozialer Lage leben. Dies überrascht nicht, da viele Aspekte des Lebens durch die Stellung einer Person in der sozialen Hierarchie bedingt werden. So beeinflusst die gesellschaftliche Stellung beispielsweise, welche beruflichen Möglichkeiten die einzelnen Personen haben, welchen beruflichen Belastungen sie ausgesetzt sind, in welchen Häusern sie leben, wofür sie ihr Geld ausgeben, wie sie Probleme bewältigen und was sie in ihrer Freizeit machen. Viele dieser Faktoren beeinflussen die Gesundheit und deuten auf die Verbindung zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit hin.

In den letzten Jahren ist das Interesse an dem Thema „Soziale Ungleichheit und Gesundheit“ auch in Deutschland deutlich gestiegen. Verglichen mit der Anzahl und der Qualität der Untersuchungen im Ausland, ist für Deutschland

zwar noch ein erheblicher Nachholbedarf zu konstatieren, mittlerweile hat sich die Datenlage aber soweit verbessert, dass eine eindeutige Aussage möglich ist: Je niedriger die Bildung, das Einkommen oder die beruflichen Stellung einer Person, umso höher ist das Risiko zu erkranken oder früher zu sterben. Damit ist nicht nur die Länge, sondern auch die Qualität des Lebens entscheidend von der gesellschaftlichen Stellung mitbestimmt. Diese Ungleichverteilung von Gesundheit und Krankheit durchzieht die gesamte Gesellschaft und nicht nur eine besonders benachteiligte Teilgruppe. Es existiert ein deutlicher sozialer Gradient in der gesundheitlichen Situation, d.h. mit einer stufenweisen Abnahme des Einkommens, der Bildung oder der beruflichen Stellung erhöht sich das Risiko frühzeitiger Sterblichkeit und Krankheit ebenfalls stufenweise. Bemerkenswert ist, dass ähnliche Zusammenhänge für ganz unterschiedliche Krankheiten und Todesursachen gefunden werden, dass soziale Unterschiede in der Gesundheit also offenbar durch allgemeine, krankheitsübergreifende Faktoren bedingt sind.

Im Vergleich zur Erwachsenenbevölkerung ist der Einfluss sozialer Ungleichheit auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen wesentlich seltener Gegenstand des wissenschaftlichen Interesses. Die Studien beziehen sich in der Regel auf die Altersspanne zwischen dem 20. und 65. Lebensjahr, d.h. auf das erwerbsfähige Alter. Die Erforschung der gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen im Kontext ihrer Lebensbedingungen und unterschiedlichen sozialen Lagen lässt auch gegenüber dem Ausland noch einen großen Nachholbedarf erkennen. So wird im 11. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung beispielsweise konstatiert, dass die Schwierigkeiten bei der Feststellung des Zusammenhanges zwischen Gesundheit und sozialer Ungleichheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland in erster Linie auf einer mangelhaften Forschungslage beruhen.

Das Fehlen von Erkenntnissen über sozioökonomische Unterschiede in der Gesundheit für diese Altersgruppen ist umso erstaunlicher, als dass ihr Nachweis eine besondere Herausforderung für die Gesundheitspolitik darstellt. So wird der Grundstein für die Gesundheit des späteren Lebens in der Kindheit und Jugend gelegt, und gesundheitliche Beeinträchtigungen in den ersten Lebensjahren haben oftmals langfristige gesundheitliche und gesellschaftliche Konsequenzen. In diesem Alter werden zudem Stile im Umgang mit dem eigenen Körper nachhaltig geprägt und gefestigt. Kinder und Jugendliche stellen damit die zentrale Bevölkerungsgruppe für Prävention und Gesundheitsförderung dar. Hinzu kommt, dass inzwischen keine andere Altersgruppe stärker von Armut (als extreme Ausprägung sozialer Ungleichheit) betroffen ist als Kinder und Jugendliche. Die Armutsquote von Kindern bis zum Alter von 10 Jahren war im Jahr 2000 dreimal so hoch wie die der über 70-Jährigen; mehr als die Hälfte der Kinder lebt zudem in prekären Einkommensverhältnissen (Statistisches Bundesamt 2002). Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage nach der gesundheitlichen Lage im Kindes- und Jugendalter und dem Ausmaß der Ungleichheiten, die sich unter verschiedenen sozialen Bedingungen ergeben, mit besonderem Nachdruck.

Im Folgenden wird anhand ausgewählter Forschungsergebnisse ein grundlegender Überblick über die Zusammenhänge zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen gegeben. Da die meisten Studien auf

eine Trennung zwischen Kindheit und Jugend verzichten und teilweise sehr breite Altersgruppen verwenden, ergeben sich zwangsweise einige Überschneidungen. Für einen ergänzenden Überblick sei auf die Arbeiten von Jungbauer-Gans/Kriwy (2004), Richter (2005) und Klocke/Lampert (2005) verwiesen. Anschließend werden verschiedene Ansätze diskutiert, die der Frage nachgehen, wie der Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit im Kindes- und Jugendalter erklärt werden kann. Der Beitrag schließt mit einem Ausblick und möglichen Wegen zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten.

2. Soziale Ungleichheit und Gesundheit im Kindesalter

Der Einfluss sozialer Ungleichheit auf die Gesundheit im Kindesalter wurde bislang vor allem im Hinblick auf Verzögerungen der körperlich-geistigen Entwicklung und einzelnen gesundheitlichen Beeinträchtigungen untersucht. Vereinzelt lassen sich auch Aussagen über Umweltbelastungen, Unfallverletzungen, zahnmedizinische Probleme und die Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen treffen. In vielen anderen Bereichen werden Untersuchungen allerdings durch Datendefizite erschwert. Das gilt z.B. für chronische Krankheiten, Behinderungen und die psychische Gesundheit der Kinder.

Entwicklungsverzögerungen und Gesundheitsstörungen

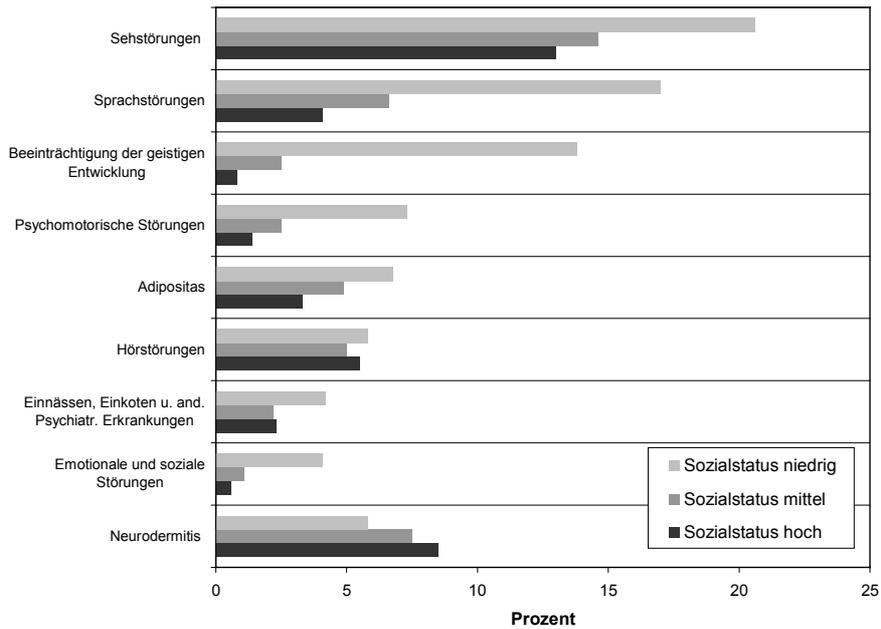
Daten zu Entwicklungsverzögerungen und Gesundheitsstörungen von Kindern werden durch die Einschulungsuntersuchungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes bereitgestellt. Die Untersuchungen zielen auf die Feststellung von medizinisch relevanten Auffälligkeiten und informieren die Eltern über Behandlungs- und Beratungsmöglichkeiten. In einigen Bundesländern werden von den Eltern Angaben zu deren Erwerbsstatus und Schulbildung erhoben, so dass die Entwicklung der Kinder im Zusammenhang mit ihrer sozialen Herkunft betrachtet werden kann. In Brandenburg wurden bei Kindern aus sozial benachteiligten Elternhäusern vermehrt Seh-, Sprach- und psychomotorische Störungen sowie Beeinträchtigungen der geistigen Entwicklung und psychiatrische Erkrankungen festgestellt (Abb. 1). Außerdem waren sie häufiger übergewichtig und verhaltensauffällig (Böhm et al. 2003).

Chronische Krankheiten

Zur Verbreitung von chronischen Krankheiten bei Kindern liegen bislang kaum aussagekräftige Daten vor. Noch am besten stellt sich die Datenlage bei allergischen Erkrankungen dar. Für Erkrankungen wie Neurodermitis, Asthma und Heuschnupfen lässt sich erstaunlicherweise ein verstärktes Auftreten in den sozial besser gestellten Bevölkerungsgruppen beobachten (Heinrich et al. 2000). Allergien scheinen damit einen Sonderfall der sozial ungleich verteilten Krankheitslast zu begründen. Dies gilt nicht nur für Kinder, sondern auch für Erwachsene, wie zahlreiche nationale und internationale Studien belegen (Mielck 2005). Eine Auswertung der Münchner Asthma- und Allergiestudie legt aber ei-

ne differenzierte Betrachtungsweise nahe, da schweres Asthma mit 10 und mehr Anfällen im Jahr zweimal häufiger bei 9- bis 11-jährigen Kindern von Eltern mit niedriger Schulbildung gefunden wurde (Mielck et al. 1996).

Abb. 1. Medizinisch relevante Befunde bei Einschülern und Einschülerinnen nach Sozialstatus



Quelle: Brandenburger Einschulungsuntersuchungen 2002 (Böhm et al. 2003)

Umweltbelastungen

Seit einigen Jahren wird verstärkt auf die Gesundheitsrelevanz von Umweltbelastungen verwiesen, die sich z.B. durch hohes Verkehrsaufkommen, Lärmbelastung oder Luftverschmutzung ergeben. Anhaltspunkte für eine sozial ungleiche Verteilung von Umweltbelastungen liefert eine Studie, an der Kinder aus vier deutschen Städten (München, Leipzig, Bad Honnef und Wesel) teilnehmen, die in den Jahren 1997 bis 1999 geboren sind. Kinder von Eltern aus unteren sozialen Schichten leben demnach häufiger an viel befahrenen Hauptstraßen und sind stärkerem Verkehrslärm ausgesetzt. Soziale Unterschiede finden sich außerdem bei Luftschadstoffen in der Innenraumluft, u.a. als Folge des Heizens mit Holz oder Kohle sowie eines höheren Tabakkonsums der Eltern. Am deutlichsten treten diese Unterschiede bei Kindern aus den Großstädten München und Leipzig zutage (Bolte et al. 2004).

Unfallverletzungen

Unfälle und daraus resultierende Verletzungen sind bei Kindern der häufigste Grund für eine Krankenhauseinweisung und die mit Abstand bedeutendste Todesursache. Zusammenhänge zur sozialen Lage werden u.a. durch eine Aus-

wertung von Daten der AOK Mettmann aus den Jahren 1987 bis 1996 belegt (Geyer/Peter 1998). Für 6- bis 10-jährige Kinder von un- oder angelernten Arbeitern konnte gezeigt werden, dass sie häufiger wegen einer Unfallverletzung im Krankenhaus behandelt werden als Gleichaltrige von Eltern mit einem hohen Berufsstatus (z.B. Ärzte, Richter oder Manager). Interessanterweise zeigt sich in dieser Studie, dass der Zusammenhang zwischen Unfallverletzungen und Berufsstatus in der Altersgruppe der 11- bis 16-Jährigen deutlich schwächer ist. Ähnliche Ergebnisse finden sich für die Brandenburger Einschulungsuntersuchungen: Von den im Jahr 2000 untersuchten Einschülern hatten insgesamt 15,4% in den ersten Lebensjahren eine Unfallverletzung erlitten. Soziale Unterschiede zeigten sich vor allem bei Verkehrsunfällen und Verbrennungen, jeweils mit einem etwa doppelt so hohem Vorkommen bei Kindern von Eltern mit niedrigem Sozialstatus (Ellsäßer et al. 2002).

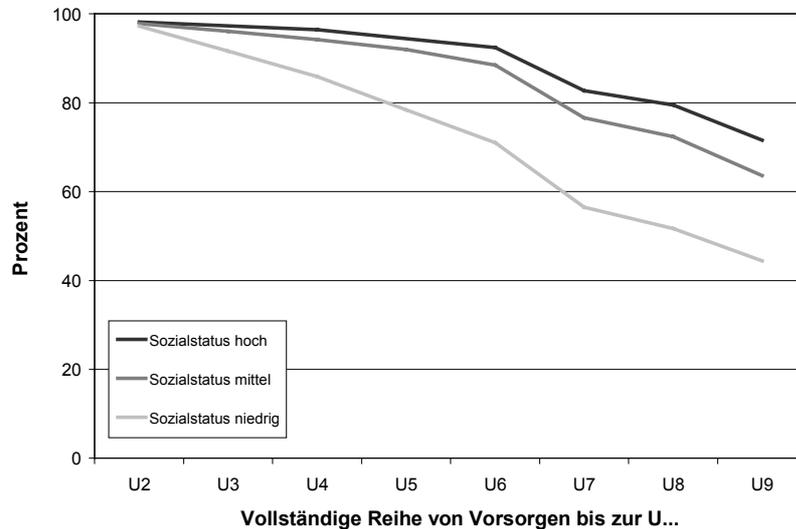
Mund- und Zahngesundheit

Aussagekräftige Daten zur Mund- und Zahngesundheit von Kindern werden durch die Mundgesundheitsstudien des Instituts der Deutschen Zahnärzte bereitgestellt. Gemäß der letzten Erhebung aus dem Jahr 1997 findet sich der stärkste Kariesbefall bei Kindern, die eine Sonderschule besuchen. Zwischen Haupt-, Real- und Gesamtschülern zeigen sich dagegen nur geringe Unterschiede. Jungen und Mädchen, die ein Gymnasium besuchen, sind am geringsten von Karies betroffen. Auch für Paradontitis zeigt sich ein höheres Vorkommen bei Kindern mit niedrigem Bildungsniveau. Das gilt insbesondere für schwere Ausprägungsformen, wie z.B. Zahnfleischentzündungen. Ein Vergleich mit früheren Erhebungen zeigt, dass die sozialen Unterschiede im Vorkommen von Karies im Verlauf der 90er Jahre abgenommen haben. Zwar lässt sich in allen Bildungsgruppen eine Verbesserung der Mundgesundheit feststellen, am deutlichsten zeichnet sich diese aber bei Kindern mit niedrigem Bildungsniveau ab (Micheelis 2001).

Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen

Die vorliegenden Forschungsbefunde belegen zudem einen Einfluss sozialer Ungleichheit auf die Teilnahme am Krankheitsfrüherkennungsprogramm für Kinder. Die Früherkennungsuntersuchungen (U1-U9) gehören zu den Regelleistungen der gesetzlichen Krankenkasse; sie können also ohne Zuzahlungen in Anspruch genommen werden. Viele Krankenkassen erinnern ihre Mitglieder zudem mit Rundschreiben an die Untersuchungstermine. Trotzdem zeigen sich soziale Unterschiede im Inanspruchnahmeverhalten, die spätestens ab der U3 deutlich ausgeprägt sind und im Laufe der Untersuchungsreihe weiter zunehmen. Verdeutlichen lässt sich dies beispielsweise mit Daten der Berliner Einschulungsuntersuchungen aus dem Jahr 1999. Bis zur U6 hatten mehr als 90% der Kinder von Eltern mit mittlerem oder höherem Sozialstatus alle Untersuchungstermine wahrgenommen; in der statusniedrigsten Gruppe waren es hingegen lediglich 70% (Abb. 2). Der Anteil der Kinder, die an allen neun Untersuchungsterminen teilgenommen hatten, lag in der höchsten Statusgruppe bei etwa 75% und in der mittleren Statusgruppe bei 65%, im Vergleich zu etwa 42% in der untersten Statusgruppe (Delekat/Kis 2001).

Abb. 2. Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen in Abhängigkeit vom Sozialstatus



Quelle: Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Frauen 1999 (Delekat/Kis 2001)

3. Soziale Ungleichheit und Gesundheit im Jugendalter

Während viel dafür spricht, dass die gesundheitliche Situation von Kindern mit ihrer sozialen Lage zusammenhängt, sind die bisher vorhandenen Forschungsergebnisse für Jugendliche weniger eindeutig (Richter 2005). Einige Untersuchungen konnten zwar soziale Ungleichheiten in der Gesundheit im Jugendalter nachweisen, viele Studien weisen aber nur relativ schwache und teilweise sogar keine Differenzen aus. Dies gilt insbesondere für das *frühe* Jugendalter (11 bis 16 Jahre). Nach dieser Phase einer relativen Angleichung scheint sich der Einfluss sozialer Ungleichheit auf die Gesundheit ungefähr ab dem 18. Lebensjahr wieder stärker bemerkbar zu machen. Im Folgenden wird etwas näher auf die Besonderheiten gesundheitlicher Ungleichheiten im Jugendalter eingegangen.

Akute und chronische Krankheiten

In einer Untersuchung über den Einfluss sozialer Ungleichheit auf unterschiedliche Ursachen von Krankenhauseinweisungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter unter 15 Jahren konnten für Erkrankungen der oberen Luftwege (der häufigsten Ursache einer Krankenhauseinweisung) keine Unterschiede auf Basis des Berufsstatus der Eltern nachgewiesen werden (Geyer et al. 2002). Ein sozialer Gradient zeigte sich aber für die Länge des Krankenhausaufenthaltes, der als ein Indikator für den Schweregrad der Erkrankung gelten kann. Für akute Infektionen der Atmungsorgane hingegen fanden sich einige soziale Unterschiede, als Kinder und Jugendliche aus der höchsten beruflichen Statusgruppe mit der

niedrigsten beruflichen Statusgruppe (d.h. Extremgruppen) miteinander verglichen wurden. Auch hier zeigte sich für die Verweildauer im Krankenhaus ein deutlicherer Effekt des Berufsstatus. Für die anderen untersuchten Ursachen einer Krankenhauseinweisung weisen die Daten wiederum auf eine Abwesenheit gesundheitlicher Ungleichheiten hin.

Ergebnisse über bildungsspezifische Unterschiede bei verschiedenen Erkrankungen im späten Jugendalter und frühen Erwachsenenalter liegen aus einer bundesweiten Studie, dem Bundesgesundheitsurvey, vor (Helmert et al. 2001). Für die elf Krankheitsgruppen, die bei den 18- bis 29-Jährigen mit einer Häufigkeit von mehr als 3% auftraten, finden sich insgesamt nur relativ geringe bis keine bildungsspezifischen Unterschiede. Jedoch steigt das Auftreten von Allergien bei Männern mit zunehmendem Bildungsgrad, und bei Frauen ist die Häufigkeit von Migräne und psychischen Krankheiten signifikant negativ mit dem Bildungsgrad assoziiert. Bei Männern ergibt sich zudem ein negativer Zusammenhang zwischen der Bildung und Bluthochdruck. Darüber hinaus steigt der Anteil von Personen, die unter drei und mehr Krankheiten leiden, mit abnehmendem Bildungsstatus bei beiden Geschlechtern leicht an.

Subjektive Gesundheit

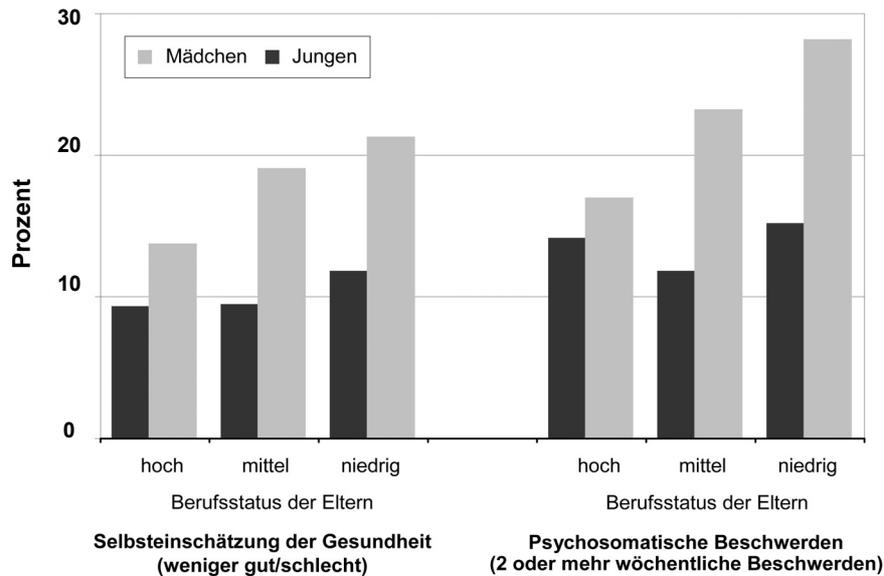
Die meisten Jugendlichen und jungen Erwachsenen sind frei von ernststen körperlichen Erkrankungen. Jedoch erfahren und berichten sie über vielfältige subjektiv empfundene gesundheitliche Beeinträchtigungen, sobald nach spezifischen Symptomen gefragt wird. Diese selbsteingeschätzte Gesundheit ist von besonderer Bedeutung für die Gesundheitsforschung, da hier die Jugendlichen selbst zu Wort kommen. Aktuelle Daten über die subjektive Gesundheit im frühen Jugendalter liegen aus der WHO-Studie „Health Behaviour in School-aged Children“ (HBSC) vor (Richter 2005). Wie die Ergebnisse zeigen, finden sich deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede im Einfluss sozialer Ungleichheit auf verschiedene Indikatoren der Gesundheit. So lässt sich bei Mädchen für die Selbsteinschätzung der Gesundheit ebenso wie bei wiederholt auftretenden psychosomatischen Beschwerden (z.B. Kopfschmerzen, Einschlafprobleme oder Schwindel) und psychischen Problemen ein deutlicher Zusammenhang mit dem Berufsstatus der Eltern und dem familiären Wohlstand nachweisen (siehe Abb. 3). Mädchen mit sozial benachteiligten Eltern weisen demnach ein etwa doppelt so hohes Risiko einer negativen Einschätzung der Gesundheit und wiederholt auftretender psychosomatischer Beschwerden auf. Bei Jungen hingegen liegen nur für den familiären Wohlstand sozioökonomische Unterschiede vor, die zudem sehr gering ausgeprägt sind.

Gesundheitsrelevantes Verhalten

Vor dem Hintergrund, dass die Jugendphase zumindest in den westlichen Industrienationen im Regelfall eine der am wenigsten krankheitsanfälligen Phasen im Leben darstellt, kommt der Analyse des Gesundheitsverhaltens im Jugendalter eine Schlüsselrolle zu. In dieser Lebensphase werden vielfältige gesundheitsbezogene Einstellungen und Verhaltensweisen erprobt, erlernt, verfestigt oder auch wieder verworfen. Die überwiegende Anzahl der im Jugendalter „erfolgreich“ angenommenen Verhaltensweisen und Gewohnheiten werden im Erwachsenenalter fortgeführt und sind damit bestimmende Faktoren für den weiteren Gesundheitszustand.

Trotz dieser Bedeutung ist auch hier die Zahl der Studien, die dem Einfluss sozialer Ungleichheit auf das Gesundheitsverhalten nachgegangen sind, eher gering.

Abb. 3. Der Einfluss des Berufsstatus der Eltern auf die Selbsteinschätzung der Gesundheit und psychosomatische Beschwerden (Angaben in %)



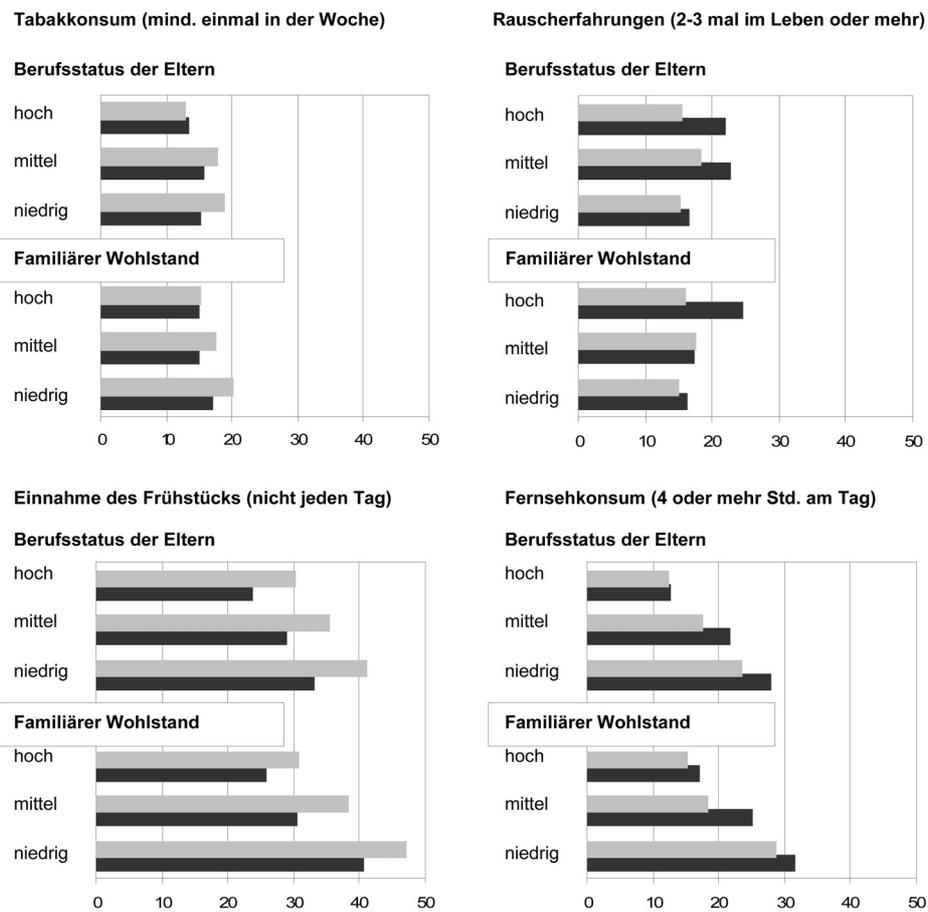
Quelle: HBSC-Studie Deutschland 2002 (Richter 2005)

In verschiedenen Analysen der aktuellen HBSC-Studie konnte gezeigt werden, dass sowohl der Berufsstatus der Eltern als auch der familiäre Wohlstand nur einen sehr schwachen Einfluss auf den Konsum psychoaktiver Substanzen ausüben (Richter/Hurrelmann 2004, Richter 2005). Lediglich bei Mädchen konnte ein statistisch signifikanter Anstieg des Tabakkonsums mit sinkendem Berufsstatus der Eltern nachgewiesen werden. Beim Alkoholkonsum und bei alkoholbedingten Rauscherfahrten hingegen zeigte sich nur bei Jungen ein schwacher Effekt des familiären Wohlstands. Im Vergleich zum Tabakkonsum lag hier jedoch ein inverser sozialer Gradient vor, d.h. mit steigendem Berufsstatus der Eltern und familiärem Wohlstand stieg auch das Risiko regelmäßigen Alkoholkonsums und alkoholbedingter Rauscherfahrten (Abb. 4). Für den Cannabiskonsum wiederum konnte kein Einfluss sozialer Ungleichheit gefunden werden.

Ein anderes Bild zeigte sich hingegen für die Verhaltensweisen, die auch im Jugendalter noch stark dem elterlichen Einfluss unterliegen. So findet sich unabhängig vom Geschlecht und vom Alter der Jugendlichen ein deutlicher Einfluss sozialer Ungleichheit für die regelmäßige Einnahme des Frühstücks, die Zahnhygiene ebenso wie für übermäßiges Fernsehen und den Konsum von stark zuckerhaltigen Limonaden. So haben Jungen und Mädchen mit einem niedrigen familiärem Wohlstand oder Berufsstatus der Eltern ein deutlich höheres Risiko, täglich vier Stunden oder mehr fernzusehen und seltener als zweimal täglich ihre Zähne zu putzen als Gleichaltrige mit einem hohen Berufsstatus bzw. familiärem Wohlstand

(Abb. 4). Der Einfluss sozialer Ungleichheit wird hier anscheinend über das Verhalten, die Vorgaben und die Kontrolle der Eltern an die Jugendlichen „weitergegeben“. Interessanterweise konnte in dieser Studie für die körperliche Aktivität ebenso wie den Konsum von Obst und Gemüse nur bei Mädchen ein Effekt sozialer Ungleichheit nachgewiesen werden. Dieses Ergebnis deutet darauf hin, dass elterliche Vorgaben bezüglich des Ernährungsverhaltens bei Mädchen stärker durchgesetzt und eingehalten werden als bei Jungen.

Abb. 4. Der Einfluss sozialer Ungleichheit auf verschiedene Aspekte des Gesundheitsverhaltens (Angaben in %)



Quelle: HBSC-Studie Deutschland 2002 (Richter 2005)

4. Erklärungsansätze gesundheitlicher Ungleichheit

Die Erklärung des Zusammenhangs zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit stellt nach wie vor eine große Herausforderung für alle mit der Gesundheit befassten Wissenschaften dar. Dies ist um so erstaunlicher, wenn man bedenkt, dass es ohne die genaue Kenntnis der Ursachen auch nicht möglich ist, über Maßnahmen nachzudenken, wie diese Ungleichheiten verringert werden können.

Aus der Vielzahl unterschiedlicher Erklärungsversuche haben sich in den letzten Jahren zwei verschiedene Ansätze als besonders bedeutsam erwiesen: (1) die Erklärung durch gesundheitsrelevantes Verhalten und (2) die Erklärung durch materielle und psychosoziale Faktoren. Beide Erklärungen, die in erster Linie mit Blick auf das Erwachsenenalter entwickelt wurden, gehen davon aus, dass soziale Ungleichheiten eine größere Gesundheitsgefährdung *verursachen*. Gesundheitliche Ungleichheiten sind nach dieser Erklärung also die *Folge* einer sozial ungleichen Verteilung verschiedener Krankheitsursachen (Armut macht krank). Die beiden Ansätze betonen dabei jedoch unterschiedliche Möglichkeiten der Verursachung.¹

Die Erklärung durch gesundheitsrelevantes Verhalten hebt die Bedeutung einer sozial ungleichen Verteilung verschiedener gesundheitsbeeinträchtigender Verhaltensweisen wie Zigarettenrauchen, Fehlernährung, Alkoholmissbrauch und Bewegungsmangel hervor. In unzähligen Studien konnte der Beweis erbracht werden, dass diese Faktoren nicht nur gravierenden Einfluss auf die Gesundheit ausüben, sondern auch häufiger bei Personen mit niedriger Bildung, beruflichen Stellung und Einkommen auftreten. Auch wenn dieser Zusammenhang in erster Linie für das Erwachsenenalter gilt, kann diese Erklärungsmöglichkeit durchaus auf das Kindes- und Jugendalter übertragen werden, da die gesundheitliche Situation bereits in diesem Alter sowohl durch das selbst gewählte als auch durch das über Eltern vorgegebene gesundheitsrelevante Verhalten beeinflusst wird.

Kritische Analysen haben gezeigt, dass eine ausschließliche Erklärung der beobachteten Ungleichheiten in der Gesundheit durch ein häufigeres Auftreten gesundheitsschädigenden Verhaltens bei sozial benachteiligten Personen nicht geleistet werden kann. Zudem lässt dieser Erklärungsansatz die soziale Einbindung von Verhalten weitgehend außen vor. Vielmehr stellt sich die Frage, warum es ein soziales Gefälle gesundheitsrelevanten Verhaltens gibt. Die Erklärung durch materielle und psychosoziale Faktoren versucht diese Frage zu beantworten, indem sie die Bedeutung einer sozial ungleichen Verteilung der Lebens- und Arbeitsbedingungen betont, die wiederum zu gesundheitsschädlichem Verhalten führen kann. Neben materiellen und umweltbezogenen Faktoren standen in den letzten Jahren verschiedene psychologische und psychosoziale Faktoren in Mittelpunkt der Forschung, die sich grob in zwei Gruppen unterteilen lassen: *Belastungen* (z.B. kritische Lebensereignisse und Alltagsbelastungen) und *Ressourcen*, d.h. Faktoren, welche die Auswirkungen der Belastungen auf die Gesundheit modifizieren (z.B. soziale Unterstützung und personale Bewältigungsmechanismen). In zahlreichen Studien konnte die Relevanz solcher Faktoren für

die Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten nachgewiesen werden. Da viele dieser gesundheitsbeeinträchtigenden Faktoren in einem Zusammenhang stehen, ist die Exposition gegenüber einzelnen Faktoren eher sekundär. Von zentraler Bedeutung ist vielmehr *die Gesamtheit aller Faktoren*, denen bestimmte Bevölkerungsgruppen ausgesetzt sind. So ist es wahrscheinlich, dass Personen, die in relativ schadstoffarmen Wohnungen und unbelasteten Gegenden leben, auch eine „risikoarme“ Arbeitsumgebung und -organisation besitzen sowie über stärker ausgeprägte psychologische Strategien zur Bewältigung von Problemen verfügen. Neue Erkenntnisse über die relative Bedeutung der verschiedenen Ansätze zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten kommen aus Untersuchungen, in denen gesundheitsrelevantes Verhalten und verschiedene umweltbezogene und psychosoziale Belastungen und Ressourcen gemeinsam untersucht wurden. Bei der Frage nach der Erklärungskraft der einzelnen Ansätze zeigt sich, dass den Lebensbedingungen insgesamt das stärkere Gewicht beim Zustandekommen gesundheitlicher Ungleichheiten zukommt, da sie die Gesundheit sowohl *direkt* als auch *indirekt* über das gesundheitsrelevante Verhalten beeinflussen.

Bezieht man die Erklärung durch psychosoziale Faktoren auf das Kindes- und Jugendalter lassen sich ebenfalls verschiedene potentielle Quellen psychosozialer Belastungen identifizieren. Die soziale Lebenswelt der Heranwachsenden ist im Wesentlichen durch die drei Lebensbereiche Familie, Schule und Freizeit/Gleichaltrigengruppe gekennzeichnet. In diesen miteinander verknüpften Bereichen findet auch die konkrete Auseinandersetzung der Jugendlichen mit den massiven Anpassungs- und Umstellungsleistungen erfordernden Entwicklungsaufgaben statt (z.B. die Ablösung von den Eltern oder die Aufnahme von Beziehungen zum anderen Geschlecht). Potentielle entwicklungsbedingte Belastungs- und Stressfaktoren, die zu einer Beeinträchtigung der Gesundheit oder riskanten Verhaltenspraktiken führen können, sind demnach vor allem in diesen Handlungsbereichen zu verorten. Im Rahmen der Familie und der Gleichaltrigengruppe entwickeln sich zudem soziale und individuelle Unterstützungspotentiale und Bewältigungsmechanismen.

Genau an dieser Stelle setzt auch die Ursachenforschung für den eher schwachen Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit bzw. Gesundheitsverhalten im Jugendalter an. Verschiedene Autoren argumentieren, dass dieses Phänomen möglicherweise auf altersspezifische Belastungen und Anforderungen zurückzuführen ist, die mit der Schule, der Gleichaltrigengruppe und der allgemeinen Jugendkultur assoziiert sind. Dabei wird angenommen, dass diese Einflüsse die traditionellen Schichtgrenzen „brechen“, d.h. unabhängig von sozialen Ungleichheiten wirken und dementsprechend den Effekt der familiären Herkunft auf die Gesundheit verringern. Mit anderen Worten bilden verschiedene gesundheitsrelevante Einflussbereiche und damit in Verbindung stehende Faktoren und Mechanismen einen „Schutzeffekt“ gegenüber dem Einfluss der Sozialschicht. Aufgrund der Tatsache, dass die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten im Jugendalter wie in keiner anderen Phase des Lebenslaufs vor dem Hintergrund der Einbindung in die Gleichaltrigengruppe und dem Einfluss der Schule zu interpretieren ist, wird diesen sozialen Umwelteinflüssen außerhalb der Familie ein größeres Gewicht bei der Bestimmung der gesundheitlichen Situation eingeräumt als der familiären Herkunft.

Die Überprüfung dieser theoretischen Annahmen mit Hilfe von Daten steht erst in den Anfängen. Es wurde zwar häufig nachgewiesen, dass zahlreiche mit der Schulumwelt assoziierte Faktoren wie Unterrichtsqualität, Klassenklima oder schulische Leistungsanforderungen in einem direkten Zusammenhang mit der Gesundheit und dem Gesundheitsverhalten der Heranwachsenden stehen, aber über einen möglichen Einfluss sozialer Ungleichheit auf diese Faktoren ist nicht so gut wie nichts bekannt. Gleiches gilt für den Einfluss der Gleichaltrigengruppe, deren Einfluss auf unterschiedliche Aspekte des Gesundheitsverhaltens wiederholt nachgewiesen wurde. Erste wichtige Erkenntnisse über den Einfluss sozialer Ungleichheit auf die Gesundheit im Spannungsfeld zwischen Schule und Gleichaltrigengruppe liegen aus einer aktuellen Analyse von Daten der HBSC-Studie vor (Richter 2005). Die Ergebnisse zeigen, dass im Jugendalter Einflüsse aus dem Umfeld der Schule und der Gleichaltrigengruppe eine entscheidende, wenn nicht sogar eine wichtigere Rolle bei der Bestimmung der gesundheitlichen Lage im Jugendalter spielen als soziale Ungleichheiten. Bemerkenswert ist an den Ergebnissen vor allem, dass sich der Einfluss der Schule und der Gleichaltrigengruppe auf die Gesundheit auch unabhängig von der sozialen Herkunft nachweisen lässt. Dieses Ergebnis verdeutlicht, dass die Jugendlichen eben nicht nur dem Sozialisationseinfluss der Familie unterliegen, sondern zunehmend auch der Schule, den Peers ebenso wie den Medien. Dabei muss jedoch angemerkt werden, dass diese Effekte auch von der Wahl der jeweiligen gesundheitlichen Indikatoren abhängen. Die beschriebenen Prozesse beziehen sich in erster Linie auf gesundheitliche Störungen, die erst in der Adoleszenz auftreten (z.B. psychosomatische Beschwerden, Unfälle oder Beeinträchtigungen der mentalen Gesundheit) und nicht auf Erkrankungen, die bereits seit der frühen Kindheit vorliegen.

5. Ansatzpunkte für eine Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten

Die hier vorgestellten Ergebnisse belegen, dass sich soziale Ungleichheiten bereits im Kindes- und Jugendalter negativ auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten auswirken. Auch wenn verschiedene Studien darauf hinweisen, dass gesundheitliche Ungleichheiten im Jugendalter bei verschiedenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen noch ein relativ geringes Ausmaß besitzen, bedeutet dies nicht, dass sie deswegen als unwichtiger anzusehen sind. Sie können aus verschiedenen Gründen sogar als bedeutender angesehen werden. Kinder werden in eine bestimmte sozioökonomische Umwelt hineingeboren. Dementsprechend haben sie keinen Einfluss auf ihre Lebensumstände. Krankheiten, die aus diesen Gegebenheiten resultieren, sind demnach nicht nur Zeichen von Ungleichheit sondern sozialer Ungerechtigkeit. Darüber hinaus sind mit der Gesundheit in erheblichem Maße Entwicklungs- und Lebenschancen verknüpft. Eine soziale Benachteiligung im Kindes- und Jugendalter kann dementsprechend weitere Benachteiligungen nach sich ziehen und gravierenden Einfluss auf gesundheitliche Ungleichheiten im späteren Lebenslauf nehmen.

Wenn es um die Entwicklung und Anwendung konkreter Maßnahmen zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten geht, muss für Deutschland im Vergleich zu den europäischen Nachbarländern noch ein großer Nachholbedarf konstatiert werden. Dennoch gibt es wachsende Erfahrungen mit gesundheitsbezogenen Interventionen bei sozial benachteiligten Familien. Die Angleichung gesundheitlicher Ungleichheiten bei bestimmten Indikatoren der Gesundheit und des gesundheitsrelevanten Verhaltens ebenso wie die geschlechtsspezifischen Unterschiede im Einfluss sozialer Ungleichheit bringen jedoch einige Probleme in Bezug auf die Entwicklung präventiver Maßnahmen mit sich. Wenn alle Jugendlichen beispielsweise ähnlichen gesundheitlichen Risiken unterliegen (wie z.B. bei Unfällen oder dem Tabak- und Cannabiskonsum), ist es eher unwahrscheinlich, dass Maßnahmen, die auf bestimmte sozioökonomisch benachteiligte Zielgruppen gerichtet sind, zu einer Reduzierung der jeweiligen gesundheitlichen Beeinträchtigungen insgesamt führen. Für diese Indikatoren wird vielmehr eine umfassende Strategie benötigt, die alle Kinder und Jugendlichen erreicht.

Auf der anderen Seite besteht die Gefahr, dass Maßnahmen, die auf alle Jugendlichen abzielen und gleichzeitig eine aktive Teilnahme erfordern, bestehende gesundheitliche Ungleichheiten vergrößern. Verschiedene Studien haben nämlich aufgezeigt, dass Jugendliche aus den Mittel- und Oberschichten diese Maßnahmen eher annehmen und von ihnen profitieren. Für eine effektive Prävention scheint es vielmehr notwendig, beide Strategien zu berücksichtigen. Zum einen die Maßnahmen, die sich an die Allgemeinbevölkerung richten und die darüber hinaus auch bei den sozial benachteiligten Jugendlichen einen positiven, gesundheitsförderlichen Effekt haben. Zum anderen müssen stärker als bisher Anstrengungen unternommen werden, um geeignete und nachhaltige Zugangswege und Strategien zur besseren Erreichbarkeit sozial benachteiligter Kinder und Jugendlicher sowie deren Familien zu schaffen. Auf einige wichtige Handlungsfelder soll abschließend kurz eingegangen werden.

Die entscheidende Rolle der Lebensbedingungen bei der Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten muss auch bei der Entwicklung von Maßnahmen zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten berücksichtigt werden. Eine Intervention, die lediglich auf die Verbesserung der gesundheitlichen Situation bei gleich bleibenden sozialen Verhältnissen abzielt, greift zu kurz. Vielmehr ist es erforderlich, dass die Gesamtpolitik die sozialen Ungleichheiten an der Wurzel anpackt und die Finanz-, Bildungs- und Sozialpolitik so gestaltet wird, dass eine nachhaltige Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten erreicht wird. Daneben müssen sozialpolitische Bemühungen stärker als bisher darauf zielen, die höheren ökonomischen und materiellen Belastungen in sozial schwachen Familien durch geeignete Förderungen zu verringern. Dazu gehören sowohl die finanzielle Unterstützung dieser Familien als auch ausreichende Betreuungsangebote für Kinder und Jugendliche sowie Anlaufstellen für allein Erziehende in den Kommunen. Präventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen, die auf eine Reduzierung aktueller und späterer sozioökonomischer Unterschiede in der Gesundheit abzielen, sind auch und gerade im schulischen Kontext und hier insbesondere in den Haupt- und Sonderschulen zu implementieren. Dies gilt gerade für das deutsche Schulsystem mit seinen hohen Selektionsmechanismen und ihren Folgen für die Lebenschancen junger Menschen. Die Schule bietet für ge-

zielte Elternarbeit zudem ein ideales „Setting“, das stärker als bisher genutzt werden sollte.

Die Hilfe für sozial benachteiligte Familien darf sich aber nicht nur auf die oben beschriebene ökonomische Dimension beschränken, sondern muss auch psychosoziale Aspekte der Lebenswelt „Familie“ berücksichtigen. Derartige Maßnahmen sind besonders Erfolg versprechend, da hier sowohl Eltern als auch Jugendliche angesprochen werden, die beide einem höheren Krankheitsrisiko ausgesetzt sind. Durch aktive familien- und jugendpolitische Vorkehrungen müssen Familien in die Lage versetzt werden, auch in ökonomischen oder psychologischen Krisensituationen eine verlässliche Bezugsgruppe für Kinder und Jugendliche zu bleiben. Dabei ist zu berücksichtigen, dass erfolgreiche Maßnahmen auch immer die Beteiligung und Motivation der Betroffenen voraussetzen.

Da sozial benachteiligte Familien nur selten Hilfsangebote in Anspruch nehmen, gibt es in Bezug auf gesundheitliche Themen einen hohen Aufklärungs-, Informations- und Beratungsbedarf. Solche Zugangsbarrieren bestehen vermutlich aufgrund von Ängsten, Unsicherheiten und Überforderungen, aber auch aufgrund von Stress und Zeitmangel. Zudem ist von einer anderen Problemwahrnehmung und anderen Kommunikationsformen als bei Familien aus mittleren und höheren Sozialschichten auszugehen. Gesundheitsförderung muss dies in geeignete Strategien für sozial benachteiligte Familien mit einbeziehen. So sollten stärker als bisher niedrigschwellige und wenig zeitintensive Angebote eingerichtet werden. Die Gesundheitsberatung und -versorgung muss zudem direkt in die Lebensbereiche von Kindern und Jugendlichen integriert werden.

Zusammenfassend ist anzumerken, dass das Ziel einer Verbesserung der Gesundheitschancen von sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen nur mit einer kombinierten Strategie aus den oben genannten Handlungsfeldern zu erreichen ist. Dazu ist es erforderlich, eine differenzierte und zielgenaue Prävention bei klar definierten Gesundheitsproblemen zu schaffen. Handlungsbedarf besteht vor allem bei der praktischen Umsetzung dieser Maßnahmen. So muss sich jeder Anbieter praktischer Maßnahmen fragen, ob er etwas oder noch mehr zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten beitragen kann. Die Politik ist aufgefordert, diesen Anbietern langfristige und umfassende Ressourcen bereit zu stellen und eine Koordination der Maßnahmen zu gewährleisten. Wichtig ist auch, dass überprüft wird, ob die oben genannten Maßnahmen wirklich zu einer Reduzierung sozioökonomischer Unterschiede in der Gesundheit beitragen, wie groß diese Wirkung ist und welche Ressourcen dafür notwendig sind. Nur auf Grundlage derartiger Evaluationen ist es möglich, aus den Erfahrungen zu lernen und das Ziel von effektiven und effizienten Maßnahmen zu erreichen.

Anmerkungen

- 1 In diesem Zusammenhang ist es wichtig zu betonen, dass natürlich auch der umgekehrte Weg (Krankheit macht arm) seine Berechtigung hat. Wie die Forschung gezeigt hat, können Prozesse des sozialen Abstiegs der Kranken und des Aufstiegs der Gesunden durchaus zur Entstehung gesundheitlicher Ungleichheiten beitragen. Bei der Frage nach dem Umfang solcher sozialen Mobilitätsprozesse zeigt sich aber, dass die gesundheitli-

chen Ungleichheiten bei weitem nicht aufgrund derartiger Mechanismen alleine erklärt werden können, da die Zahl der von gesundheitsbedingter Mobilität betroffenen Personen zu gering ist, um entscheidenden Einfluss auszuüben.

Literatur

- Böhm, A., Ellsäßer, G., Kuhn, J., Lüdecke, K., Ranft, M., Rojas, M. (2003): Soziale Lage und Gesundheit von jungen Menschen im Land Brandenburg. In: Gesundheitswesen, 65, 219-225
- Bolte, G., Elvers, H.-D., Schaaf, B., von Berg, A., Borte, M., Heinrich, J. (2004): Soziale Ungleichheit bei der Belastung mit verkehrsabhängigen Luftschadstoffen: Ergebnisse der Kinderkohortenstudie LISA. In: Bolte, G., Mielck, A. (Hrsg.): Umweltgerechtigkeit. Die soziale Verteilung von Umweltbelastungen. Weinheim/München: Juventa, 175-198
- Delekat, D., Kis, A. (2001): Zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin. Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf Basis der Einschulungsuntersuchungen 1999. Berlin: Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Frauen
- Ellsäßer, G., Böhm, A., Kuhn, J., Lüdecke, K., Rojas, G. (2002): Soziale Ungleichheit und Gesundheit bei Kindern – Ergebnisse und Konsequenzen aus den Brandenburger Einschulungsuntersuchungen. In: Kinderärztliche Praxis, 4, 248-257
- Geyer, S., Peter, R. (1998): Unfallbedingte Krankenhausaufnahme von Kindern und Jugendlichen in Abhängigkeit von ihrem sozialen Status - Befunde mit Daten einer nordrhein-westfälischen AOK. In: Gesundheitswesen, 60, 493-499
- Geyer, S., Peter, R., Siegrist, J. (2002): Socioeconomic differences in children's and adolescents' hospital admissions in Germany: a report based on health insurance data on selected diagnostic categories. In: Journal of Epidemiology and Community Health, 56, 109-114
- Heinrich, J., Mielck, A., Schäfer, I., Mey, W. (2000): Social inequality and environmentally-related diseases in Germany. Review of empirical results. In: Sozial- und Präventivmedizin, 45, 106-118
- Helmert, U., Merzenich, H., Bammann, K. (2001): Der Zusammenhang zwischen Bildungstatus, chronischen Krankheiten und kardiovaskulären Risikofaktoren bei jungen Erwachsenen im Alter von 18-29 Jahren: Ergebnisse des Bundesgesundheits surveys 1998. In: Sozial- und Präventivmedizin, 46, 320-328
- Jungbauer-Gans, M., Kriwy, P. (Hrsg.) (2004): Soziale Benachteiligung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen. Wiesbaden: VS-Verlag
- Klocke, A., Lampert, T. (2005): Armut bei Kindern und Jugendlichen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 4. Berlin: Robert Koch-Institut
- Lampert, T., Saß, A., Häfeling, M., Ziese, T. (2005): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Berlin: Robert Koch-Institut
- Micheelis, W. (2001): Soziale Ungleichheit und Mundkrankheiten. In: Mielck, A., Bloomfield, K. (Hrsg.): Sozialepidemiologie - Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten. Weinheim: Juventa, 128-141
- Mielck, A. (2005): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Bern: Hans Huber
- Mielck, A., Reitmeier, P., Wjst, M. (1996): Severity of childhood asthma by socioeconomic status. In: International Journal of Epidemiology, 25, 388-393
- Richter, M., Hurrelmann, K. (2004): Sozioökonomische Unterschiede im Substanzkonsum von Jugendlichen. In: Sucht, 4, 258-268
- Richter, M. (2005): Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Jugendalter: Der Einfluss sozialer Ungleichheit. Wiesbaden: VS-Verlag
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2002): Datenreport 2002. Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt

