



Soziale Ungleichheit

Lange in guter Gesundheit und hoher Lebensqualität leben, das ist die Erwartung der meisten Personen, wenn sie nach ihren Vorstellungen vom Altern gefragt werden. Die Weltgesundheitsorganisation hat das auf die Formel „den Jahren mehr Leben geben, statt dem Leben nur Jahre anfügen“ verdichtet.

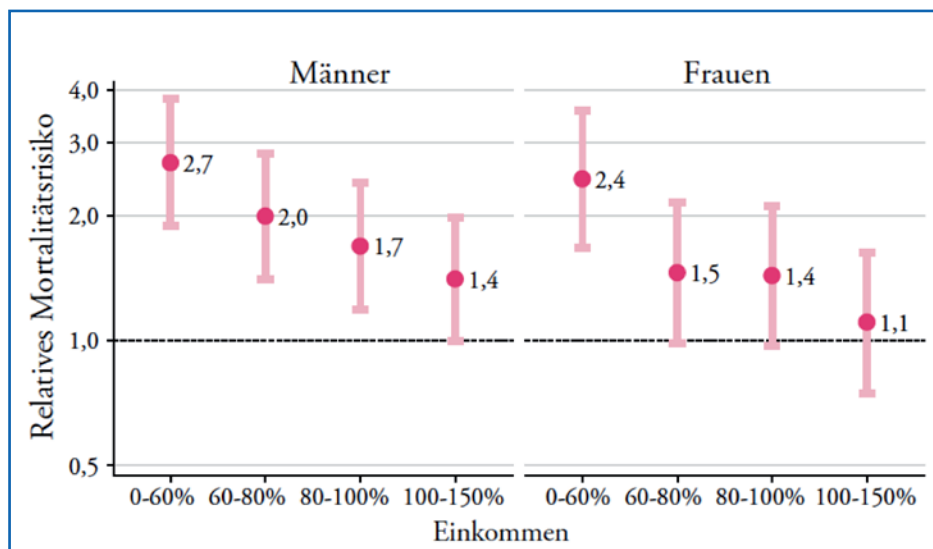
Gesundheitliche Ungleichheit

Die Chancen, lange in guter Gesundheit und hoher Lebensqualität zu leben, sind in der Gesellschaft aber offenbar ungleich verteilt. Menschen, die in der sozialen Hierarchie „unten“ eingeordnet sind, bleibt sowohl das lange Leben als auch die Gesundheit häufiger versagt als jenen, die in der Hierarchie „oben“ stehen (siehe Abbildung 1).

Das altersstandardisierte Mortalitätsrisiko aus der niedrigsten Einkommensgruppe (≤ 839 € Netto) ist im Vergleich zu dem der höchsten Einkommensgruppe (≥ 1.398 € Netto) um den Faktor 2,7 bei den Männern und um 2,4 bei den Frauen erhöht. Im Vergleich zur höchsten Einkommensgruppe sterben in der niedrigsten Einkommensgruppe mehr als doppelt so viele Männer und Frauen, bevor sie das 65. Lebensjahr erreicht haben [1].

Die „gesundheitliche Ungleichheit“ folgt einem linearen Gradienten: Mit jeder Stufe in der sozialen Hierarchie sinken die Risiken von Mortalität und Morbidität [2].

Abbildung 1: Relatives Mortalitätsrisiko nach Einkommen und Geschlecht 2005 (aus [1]).



Verursachung der gesundheitlichen Ungleichheit

Eine eindeutige Erklärung für den sozialen Gradienten fehlt [3]. Es existiert eine Reihe von Studien, die auf diverse Variablen verweisen, aber es fehlt der eindeutige Nachweis der Verursachung. Vermutlich ist sie multifaktoriell und ein ganzes Bündel von Ursachen ist verantwortlich für Krankheit und vorzeitiges Versterben bei den Angehörigen der unteren Schichten [4; 5]. In der einschlägigen Literatur werden diese Variablen in materielle, kulturell-verhaltensbezogene, psychosoziale Ansätze und Lebenslaufansätze kategorisiert. Zwischen diesen bestehen Wechselwirkungen.

Der materielle Erklärungsansatz geht davon aus, dass Personen mit geringeren finanziellen Ressourcen in gesundheitsschädlicheren Umwelten leben und sich weniger gut ernähren können.

Der kulturell-verhaltensbezogene Erklärungsansatz sieht die Ursachen in Unterschieden im gesundheitlich

riskanten Verhalten (Rauchen, Alkoholkonsum, Fehlernährung, Inaktivität). Personen mit einem niedrigeren formalen Bildungsabschluss, einem geringeren Berufsstatus und mit wenig Einkommen verhalten sich im Vergleich zu jenen mit höherem Abschluss, höherem Berufsstatus und mehr Einkommen riskanter. Für die sportliche Freizeitaktivität von Erwachsenen scheinen die Befunde konsistent. [6] sieht vor allem für das mittlere Erwachsenenalter einen prägnanten Schichtgradienten. Erst eine differenzierte Analyse wird hier aber zuverlässige Ergebnisse liefern. Die

Differenzierung muss sich dabei auf die verschiedenen Aktivitätsarten oder -kategorien beziehen. So scheint es durchaus plausibel, dass die einen während ihrer Freizeit mehr Sport treiben, während die anderen eher im Alltag aktiv sind und den Weg zur Arbeit auch eher in aktiver Weise bewältigen.

Für Kinder und Jugendliche ist der Schichtgradient undeutlich, wie etwa [7] und [8] herausarbeiten. Die Inaktivität von sozial Benachteiligten wird von Faktoren auf mehreren Ebenen beeinflusst [6]. Als persönliche Faktoren werden Barrieren wie Zeit- und Geldmangel, keine Freude an der Bewegung und geringe Selbstwirksamkeitsüberzeugung diskutiert. Als sozio-kulturelle Faktoren werden neben einer geringeren sozialen Unterstützung durch Freunde oder Familie auch kulturelle Barrieren und fehlende Bewegungserfahrung in der Kindheit und der Jugendzeit benannt. Als umweltbezogene Faktoren werden Barrieren in den Zugangsmöglichkeiten zu Sportanlagen und fehlende Bewegungsmöglichkeiten im unmittelbaren Wohnumfeld thematisiert.

Der psychosoziale Erklärungsansatz zieht psychosoziale Faktoren wie etwa kritische Lebensereignisse, chro-

nische Alltagsbelastungen oder berufliche Gratifikationskrisen zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit heran. Offenbar sind „unten“ nicht nur gesundheitliche Risiken stärker konzentriert, auch die Bewältigungsressourcen sind dort in minderer Zahl vorhanden und schwächer ausgebildet.

Dem Lebenslaufansatz zufolge kann gesundheitliche Ungleichheit auf eine Anhäufung von benachteiligenden Bedingungen im Lebenslauf zurückgeführt werden. Kinder aus sozial benachteiligten Haushalten sind etwa häufiger der Gefahr ausgesetzt, später selbst in Arbeitslosigkeit oder Armut zu geraten oder sich gesundheitsschädlich zu verhalten.

Gesundheitliche Ungleichheit ist sicher sozio-ökonomisch bedingt, existiert aber auch quer zur meritokratischen Triade aus Einkommen, Bildung und beruflichem Status. Alter und Migration beispielsweise sind zwei Merkmale mit einem Gradienten. Auch dort gibt es Unterschiede in der sportlich-körperlichen Aktivität [6]. Mit dem Alter nimmt die Aktivität ab und Migrantinnen und Migranten sind in geringerem Ausmaß während ihrer Freizeit aktiv.

Fazit

Personen mit einem niedrigen Bildungsabschluss, mit einem niedrigen beruflichen Status und/oder mit einem niedrigen Einkommen sterben in der Regel früher und leiden in ihrem ohnehin kürzeren Leben auch noch häufiger an gesundheitlichen Beeinträchtigungen [3]. Der soziale Gradient der gesundheitlichen Ungleichheit spiegelt sich auch im Bewegungsverhalten wider [5]. In unteren gesellschaftlichen Schichten und bei Angehörigen einer ethnischen Minderheit ist das Volumen an sportlicher Freizeitaktivität geringer als bei jenen mit einem höheren sozioökonomischen Status und bei deutschstämmigen Personen. Ob die gegebenenfalls vorhandene höhere Aktivität von Angehörigen niedriger Schichten im Alltagsverhalten und im Beruf das geringere Volumen an sportlicher Aktivität in der Freizeit wettmacht, darüber kann derzeit wegen fehlender Daten nur gemutmaßt werden. Die Ursachen für das ungleiche Aktivitätsverhalten sind in jedem Fall sowohl ökonomische, psychosoziale (Einstellungen; familiäre Sozialisation) als auch umweltbedingte (Wohnumfeld, Zugang zu Sporteinrichtungen).

Empfehlung

Bei der Förderung eines aktiven Lebensstils sozial Benachteiligter vor allem auch in der Freizeit von Erwachsenen und bei strukturierten Sportangeboten für Kinder und Jugendliche sollten persönliche Kompetenzen (zum Beispiel die Selbstwirksamkeit) adressiert und bewegungsfreundliche Umwelten gestaltet werden. In verhältnis- und verhaltensbezogene Ansätze sollten die Zielgruppen aktiv mit einbezogen werden. Barrieren wie mangelnde Zeit, fehlende Räume, hohe Kosten oder aufwändige Anmeldeformalitäten sollten durch unterstützende Maßnahmen überwunden werden.

Weiterführende Literatur

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2013). Der 4. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen-DinA4/a334-4-armuts-reichtumsbericht-2013.pdf?__blob=publicationFile (Zugriff 03.06.2015)

Interessante Webseiten

<http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxidatenbank/> (Zugriff: 08.06.2015)
<http://www.diw.de/soep/> (Zugriff: 08.06.2015)

Autorin/Autor

Katrin Nachbar und Prof. Dr. Wolfgang Schlicht

Quellen

- [1] Lampert, T. Kroll, L. E. & Dunkelberg, A. (2007). Soziale Ungleichheit der Lebenserwartung in Deutschland. APuZ, 42, 11-18.
<http://www.bpb.de/shop/zeitschriften/apuz/30172/gesundheits-und-soziale-ungleichheit.pdf>
(Zugriff: 08.06.2015).
- [2] Mielck, A. (2005). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Bern: Huber.
- [3] Richter, M. & Hurrelmann, K. (2006). Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Konzepte. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- [4] Skalicka, V., van Lenthe, F., Bambra, C., Krokstad, S. & Mackenbach, J. (2009). Material, psychosocial, behavioural and biomedical factors in the explanation of relative socioeconomic inequalities in mortality: evidence from the HUNT study. International Journal of Epidemiology, 38, 1272-1284.

[5] Richter, M., Moor, I. & van Lenthe, F. J. (2012). Explaining socioeconomic differences in adolescent self-rated health: the contribution of material, psychosocial and behavioural factors. Journal of Epidemiology & Community Health, 66, 691-697.

[6] Frasha, A., Abu-Omar, K. & Rütten, A. (2012). Bewegungsförderung bei sozial Benachteiligten. In G. Geuter & A. Holleederer. (Hrsg.), Handbuch Bewegungsförderung und Gesundheit (S. 181-194). Bern: Huber.

[7] Craggs, C., Corder, K., van Sluijs, E. M. & Griffin, S. J. (2011). Determinants of change in physical activity in children and adolescents a systematic review. American Journal of Preventive Medicine, 40, 645-658.

[8] Bucksch, J. & Finne, E. (2012). Körperliche Aktivität, Medienkonsum und Ernährungsverhalten im Jugendalter – eine geschlechterspezifische Analyse In P. Kolip, A. Klocke, W. Melzer & U. Ravens-Sieberer (Hrsg.), Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Jugendalter aus Geschlechterperspektive. Nationaler Bericht zur WHO-Studie Health Behaviour in School-aged Children 2009/10). Weinheim: Juventa.

[9] Richter, M. & Settertobulte, W. (2003). Gesundheits- und Freizeitverhalten von Jugendlichen. In K. Hurrelmann, A. Klocke, W. Melzer & U. Ravens-Sieberer (Hrsg.), Jugendgesundheitsurvey: Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO (S. 99-157). Weinheim: Juventa.

Faktenblätter „Bewegung und Gesundheit“

Alle erhältlichen Faktenblätter in der Kategorie „Risikofaktoren“:

- ▶ Sitzende Lebensweise
- ▶ Soziale Ungleichheit
- ▶ Stress
- ▶ Stürze

Weitere derzeit verfügbare thematische Kategorien:

- ▶ Grundlagen
- ▶ Alltagsbewegung
- ▶ Zielgruppen

Weitere Informationen zum Thema „Bewegung und Gesundheit“ unter: www.lzg.nrw.de/bewegung

Kontakt

Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW)
Prävention und Gesundheitsförderung
Wiebke Sannemann
Telefon: 0521 8007 3544
E-Mail: wiebke.sannemann@lzg.nrw.de