GBE KOMPAKT

ROBERT KOCH INSTITUT

Zahlen und Trends aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Armut und Gesundheit

Kernaussagen

- Frauen und Männer mit niedrigem Einkommen haben eine geringere Lebenserwartung.
- Das Risiko für bestimmte Erkrankungen, wie z.B. Herzinfarkt, Diabetes mellitus und chronische Bronchitis, ist bei Armut erhöht.
- Von Armut betroffene Personen sind häufiger aufgrund von Gesundheitsproblemen in der Alltagsbewältigung eingeschränkt.
- Gesundheitsriskante Verhaltensweisen sind bei Personen, die in Armut leben, stärker verbreitet.
- Armut geht mit einer geringeren sozialen Unterstützung einher.
- Der Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit hat sich in den letzten Jahrzehnten nicht verringert.

Deutschland gehört zu den reichsten Ländern der Welt und verfügt über weitreichende soziale Sicherungssysteme. Dennoch lässt sich bereits seit Längerem eine Auseinanderentwicklung der Lebensverhältnisse und Ausweitung der Armutsbetroffenheit beobachten. Im Zeitraum von 1998 bis 2008 hat der Anteil der Personen, die in Armut leben oder durch Armut bedroht sind, von 11 % auf 14 % zugenommen. Dabei sind zwei Entwicklungstendenzen besonders auffällig. Zum einen ist das Armutsrisiko in den Bevölkerungsgruppen, die ohnehin am stärksten gefährdet sind, überproportional angestiegen, z. B. Langzeitarbeitslose und Personen mit geringer beruflicher Qualifikation. Zum anderen ist eine soziale Entgrenzung der Armut zu beobachten, die bis weit in die ehemals gut gesicherte gesellschaftliche Mittelschicht hineinreicht (Grabka, Frick 2010; Goebel et al. 2010).

Dass sich Armut auf die Gesundheit auswirkt, wird mittlerweile durch zahlreiche Studien bestätigt. In weitreichender Übereinstimmung zeigen die Forschungsergebnisse, dass viele Erkrankungen, Gesundheitsbeschwerden und Risikofaktoren bei Personen, die in Armut leben, vermehrt vorkommen. Außerdem schätzen sie ihren allgemeinen Gesundheitszustand und ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität schlechter ein, und sie unterliegen einer erhöhten vorzeitigen Sterblichkeit (Mielck 2000; Richter, Hurrelmann 2009; Lampert 2011). Vor diesem Hintergrund wird in den letzten Jahren verstärkt darüber diskutiert, wie die Gesundheit der von Armut betroffenen Bevölkerungsgruppen verbessert und ein sozialer Ausgleich der Gesundheitschancen erreicht werden kann (Rosenbrock 2006; Weyers et al. 2007). Eine wesentliche Voraussetzung für die Planung, Umsetzung und Evaluation politischer Maßnahmen und Praxisprojekte sind regelmäßig verfügbare Daten, die gesundheitsbezogene Problemlagen und Verteilungsungleichheiten kenntlich machen und Aussagen über deren Entwicklung im Zeitverlauf erlauben (RKI 2005; BZgA 2010).

Im Folgenden werden Ergebnisse und Erkenntnisse zum Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit in Deutschland dargestellt, die im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes gewonnen wurden und darüber hinaus Eingang in die Armuts- und Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung gefunden haben. Der Schwerpunkt liegt dabei auf Ergebnissen der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell« (GEDA) aus dem Jahr 2009, die ein wesentlicher Bestandteil des in den letzten Jahren etablierten Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut (RKI) ist (Kurth et al. 2009; RKI 2010). Ergänzt werden diese durch Ergebnisse von Untersuchungen, die auf weiteren, aus Sicht der Gesundheitsberichterstattung wichtigen Datenquellen basieren.

5/2010

Armut verringert die Lebenserwartung

Für Analysen zum Zusammenhang zwischen Armut und Lebenserwartung kann in Deutschland auf die Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) zurückgegriffen werden. Beim SOEP handelt es sich um eine seit Mitte der 1980er-Jahre jährlich vom Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) durchgeführte Längsschnittstudie, die auf eine zeitnahe Erfassung des politischen und gesellschaftlichen Wandels zielt (Wagner et al. 2007).

Definition des Armutsrisikos

Gemäß einer auf EU-Ebene erzielten Konvention aus dem Jahr 2001 ist von einem Armutsrisiko bei Personen in Haushalten auszugehen, die über ein Netto-Äquivalenzeinkommen verfügen, das weniger als 60 % des Mittelwertes (Median) aller Haushalte beträgt (BMAS 2008).

Das Netto-Äquivalenzeinkommen beschreibt das nach der Größe und Zusammensetzung des Haushaltes bedarfsgewichtete Haushaltsnettoeinkommen. Damit werden die Einsparungen durch gemeinsames Wirtschaften in einem Mehr-Personen-Haushalt und die unterschiedlichen Einkommensbedarfe von Erwachsenen und Kindern berücksichtigt.

Im Folgenden werden neben der Armutsrisikogruppe vier weitere Einkommensgruppen unterschieden: 60 bis unter 80 %, 80 bis unter 100 %, 100 bis unter 150 % sowie 150 % und mehr des mittleren Netto-Äquivalenzeinkommens aller Haushalte (vgl. Grabka, Krause 2005). Für einige Analysen werden die drei mittleren Gruppen zusammengefasst (60 bis unter 150 %). Im Jahr 2008 waren rund 14 % der Bevölkerung der Armutsrisikogruppe, etwa 67 % den drei mittleren Einkommensgruppen und 19 % der hohen Einkommensgruppe zuzuordnen (Grabka, Frick 2010; Goebel et al. 2010).

Mit den SOEP-Daten können relative Mortalitätsrisiken für bestimmte Bevölkerungsgruppen berechnet und unter Hinzuziehung der amtlichen Periodensterbetafeln Aussagen über bevölkerungsgruppenspezifische Unterschiede in der Lebenserwartung getroffen werden (Kroll, Lampert 2009). Für den Zeitraum 1995 bis 2005 konnte auf Basis dieser Daten gezeigt werden, dass Frauen und Männer, deren Einkommen unterhalb der Armutsrisikogrenze liegt, ein im Verhältnis zur hohen Einkommensgruppe um das 2,4- bzw. 2,7-fach erhöhtes Mortalitätsrisiko haben (Abbildung 1).

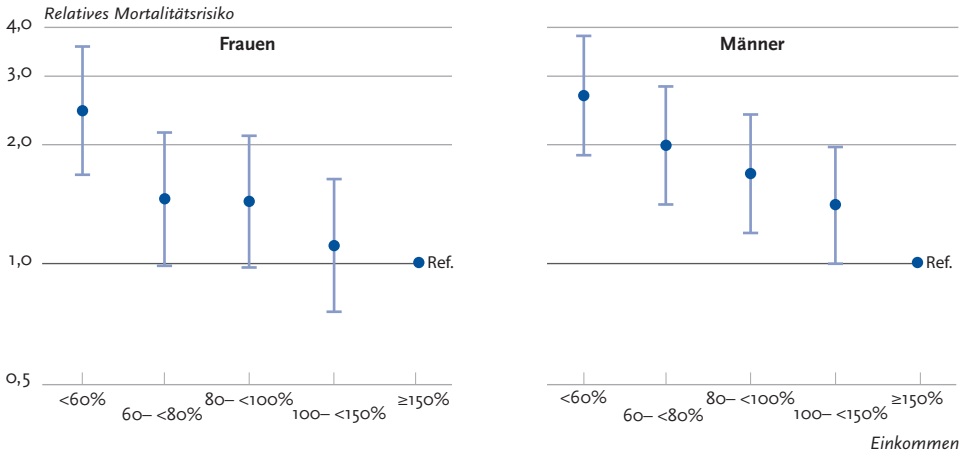
Die mittlere Lebenserwartung bei Geburt liegt bei Frauen aus der Armutsrisikogruppe rund acht Jahre unter der von Frauen aus der hohen Einkommensgruppe. Bei Männern beträgt die Differenz sogar elf Jahre. Auffallend ist dabei, dass sich auch zwischen den mittleren Einkommensgruppen Unterschiede zeigen, so dass von einer graduellen Abstufung der Lebenserwartung gesprochen werden kann. In der ferneren Lebenserwartung ab einem Alter von 65 Jahren zeichnen sich die Einkommensunterschiede ebenfalls deutlich ab (Tabelle 1).

Tabelle 1
Lebenserwartung bei Geburt und ab einem Alter von 65 Jahren nach Einkommen
Angaben in Jahren
Datenbasis: SOEP und Periodensterbetafeln 1995-2005 (Lampert et al. 2007)

Einkommen	Frauen		Männer	
	Bei Geburt	Ab 65 Jahre	Bei Geburt	Ab 65 Jahre
< 60 %	76,9	16,2	70,1	12,3
60 – < 80 %	81,9	19,8	73,4	14,4
80 – < 100 %	82,0	19,9	75,2	15,6
100 – < 150 %	84,4	21,8	77,2	17,0
≥ 150 %	85,3	22,5	80,9	19,7
Gesamt	81,3	19,3	75,3	15,7

Der Zusammenhang zwischen Einkommen und Lebenserwartung lässt sich nicht nur auf der Individual-, sondern auch auf sozialräumlicher Ebene beobachten. Eine aktuelle Untersuchung verdeutlicht dies anhand der 96 Raumordnungsregionen in Deutschland, die vom Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBR) ausgewiesen werden (RKI 2009). Im Allgemeinen gilt, dass die mittlere Lebens-

Abbildung 1
Relatives Mortalitätsrisiko von 18-jährigen und älteren Frauen und Männern nach Einkommen (Referenzgruppe: Personen mit einem Netto-Äquivalenzeinkommen von 150 % und mehr des Mittelwertes aller Haushalte)
Datenbasis: SOEP 1995–2005 (Lampert et al. 2007)



erwartung bei Geburt in den Regionen mit niedriger Armutsrisikoquote am höchsten ist. Bei Männern beträgt die Differenz zwischen den Regionen mit den höchsten und niedrigsten Armutsrisikoquoten etwa fünf, bei Frauen etwa drei Jahre. Kleinräumige Betrachtungen weisen ebenfalls auf erhebliche sozialräumliche Unterschiede in der Lebenserwartung hin, z. B. zwischen den Bezirken bzw. Stadtteilen in den Großstädten Berlin und Bremen (SenGesUmV 2008; Freie Hansestadt Bremen 2006).

Erhöhtes Risiko für bestimmte Erkrankungen bei Armut

Erste Erkenntnisse über soziale Unterschiede in der Verbreitung chronischer Erkrankungen wurden bereits Mitte der 1980er-Jahre im Rahmen der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP) und der MONICA-Studie Augsburg erzielt. Ein verstärktes Vorkommen in sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen wurde vor allem für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, aber auch für bestimmte Atemwegserkrankungen und Stoffwechselstörungen berichtet (DHP-Forschungsverbund 1998; Statistisches Bundesamt 1998). Analysen mit Daten des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 und des telefonischen Gesundheitssurveys 2003, die beide vom RKI durchgeführt wurden, bestätigten diese Befunde (RKI 2005). Mit den Daten der GEDA-Studie 2009, in der Informationen zum jemaligem Auftreten von etwa 20 chronischen Erkrankungen erhoben wurden, kann eine aktuelle Übersicht erstellt werden (Tabelle 2).

Für die Altersspanne ab 45 Jahre zeigen die GEDA-Daten, dass viele der betrachteten Erkrankungen in der Armutsrisikogruppe vermehrt auftreten, z. B. Herzinfarkt, Schlaganfall, Angina pectoris, Hypertonie, Diabetes mellitus, chronische Bronchitis, chronische Lebererkrankung, Osteoporose, Arthrose und Depression. Bei Frauen ist außerdem ein Zusammenhang zwischen Armutsrisiko und Asthma bronchiale sowie erhöhten Blutfettwerten festzustellen. Bei Männern treten neben den zuvor genannten Erkrankungen auch Herzinsuffizienz, Arthritis und chronische Niereninsuffizienz in der Armutsrisikogruppe gehäuft auf.

Für einige chronische Erkrankungen lassen sich mit Survey-Daten keine belastbaren Aussagen treffen. Dies gilt z. B. für Lungenkrebs und einige andere Krebserkrankungen, weil viele Betroffene relativ schnell sterben. Für Analysen zur sozial unterschiedlichen Verbreitung von Krebserkrankungen kann auf Routinedaten der gesetzlichen Krankenkassendaten zurückgegriffen werden. Mit Daten der AOK Mettmann aus den Jahren 1987 bis 1996 konnte beispielsweise gezeigt werden, dass Frauen und Männer mit einem Armutsrisiko ein erhöhtes Risiko für Lungen-, Magen- und Darmkrebs haben (Geyer 2008a).

Tabelle 2
Risiko für bestimmte Erkrankungen (Lebenszeitprävalenz) bei 45-jährigen und älteren Frauen und Männern aus der niedrigen im Verhältnis zur hohen Einkommensgruppe
Datenbasis: GEDA 2009

Krankheitsrisiko	Frauen	Männer
deutlich erhöht (OR ≥ 2,00)	Herzinfarkt	Herzinfarkt
	Schlaganfall	Schlaganfall
	Chronische Lebererkrankung	Chronische Lebererkrankung
	Angina pectoris	Chronische Bronchitis
	Diabetes mellitus	Osteoporose
erhöht (OR <2,00)	Hypertonie	Hypertonie
	Erhöhte Blutfette/ Cholesterinwerte	Angina pectoris
	Chronische Bronchitis	Herzinsuffizienz
	Asthma bronchiale	Diabetes mellitus
	Arthrose	Chronische Niereninsuffizienz
	Osteoporose	Arthritis
	Depression	Depression

OR=Odds Ratios. Von einem statistisch signifikanten Zusammenhang wird bei einer Fehlerwahrscheinlichkeit von p<0,05 ausgegangen.

Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA)

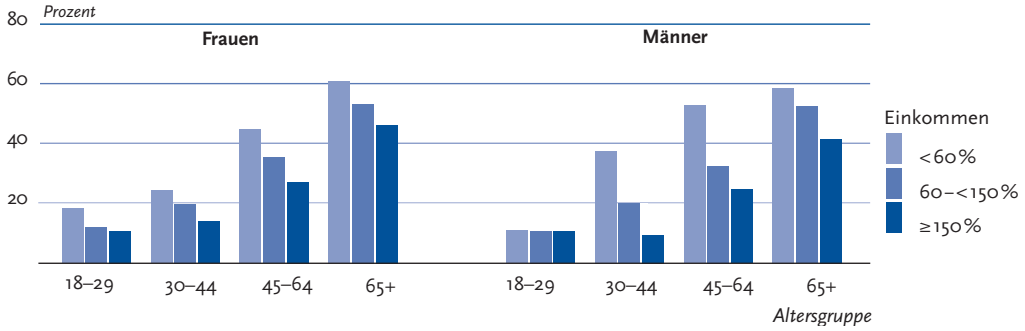
Datenhalter:	Robert Koch-Institut
Ziele:	Bereitstellung aktueller Daten zu gesundheitsbezogenen Themen, Analyse zeitlicher Entwicklungen und Trends
Erhebungsmethode:	Computerunterstützte telefonische Befragung (CATI)
Grundgesamtheit:	18-jährige und ältere Wohnbevölkerung Deutschlands
Stichprobe:	21.262 Frauen und Männer
Kooperationsrate:	51,2 %
Untersuchungszeitraum:	Juli 2008 bis Juni 2009

Von Armut betroffene Personen berichten häufiger über krankheitsbedingte Alltagseinschränkungen

Chronische Erkrankungen gehen oftmals mit funktionellen Einschränkungen einher, welche die Alltagsbewältigung und soziale Teilhabe erschweren und die Lebensqualität vermindern können. Ob und inwieweit sich chronische Erkrankungen auf die Alltagsbewältigung auswirken, hängt neben der Dauer und dem Schweregrad der Erkrankung auch von den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten und der sozialen Unterstützung ab.

Die Ergebnisse der GEDA-Studie zeigen, dass Personen, die einem Armutsrisiko unterliegen, häufiger aufgrund einer Krankheit in der Ausübung alltäglicher Tätigkeiten eingeschränkt sind als Personen aus den mittleren bzw. der hohen Einkommensgruppe. Diese Unterschiede zeichnen sich spätestens ab dem 30. Lebensjahr ab; bei Frauen sind sie auch schon im jungen Erwachsenenalter zu beobachten (Abbildung 2). Bei statistischer Kontrolle des Alterseffektes lässt sich die Aussage treffen, dass Frauen der niedrigen Einkommensgruppe im Vergleich zu Frauen aus der hohen Einkommensgruppe ein zweifach erhöhtes Risiko haben, aufgrund einer Krankheit in der Alltagsbewältigung

Abbildung 2
Krankheitsbedingte Einschränkungen bei der Ausübung alltäglicher Tätigkeiten nach Einkommen
Datenbasis: GEDA 2009



eingeschränkt zu sein (OR=1,99, 95%-KI=1,64-2,42). Bei Männern beträgt das entsprechende Verhältnis sogar 2,9:1 (OR=2,93, 95%-KI=2,30-3,74).

Interessant sind in diesem Zusammenhang auch die Daten des telefonischen Gesundheitssurveys 2003, die eine Unterscheidung zwischen körperlichen und psychischen Gesundheitsproblemen sowie zwischen verschiedenen Tätigkeitsbereichen erlauben (Ellert et al. 2005). Betrachtet werden können unter anderem Schwierigkeiten bei der Ausübung der täglichen Arbeit aufgrund von körperlichen Gesundheitsproblemen (»Körperliche Rollenfunktion«), Schwierigkeiten bei der Ausübung normaler Tätigkeiten im Beruf bzw. in der Schule/im Studium aufgrund von persönlichen oder seelischen Problemen (»Emotionale Rollenfunktion«) sowie Einschränkungen der normalen Kontakte zu Familienangehörigen und Freunden aufgrund körperlicher oder seelischer Probleme (»Soziale Funktionsfähigkeit«). Für alle drei Bereiche des täglichen Lebens lässt sich feststellen, dass Frauen und Männer aus der Armutsrisikogruppe deutlich häufiger eingeschränkt sind. Das Risiko einer Einschränkung ist dabei im Vergleich zur höchsten Einkommensgruppe um den Faktor 1,6 bis 2,8 erhöht (Tabelle 3).

Armut spiegelt sich im Gesundheitsverhalten wider

Viele chronische Erkrankungen und Gesundheitsprobleme können auf Risikofaktoren zurückgeführt werden, die mit dem Gesundheitsverhalten im Zusammenhang stehen, z. B. Rauchen, Bewegungsmangel und Adipositas. Das Gesundheitsverhalten hängt zwar von individuellen Entscheidungen und Präferenzen ab, diese werden aber durch die Lebensumstände beeinflusst. Insofern verwundert es nicht, dass auch in der Verbreitung dieser Risikofaktoren deutliche soziale Unterschiede zutage treten (Lampert 2010a,b). Die GEDA-Daten zeigen hierzu, dass 18-jährige und ältere Frauen und Männer aus der Armutsrisikogruppe etwa 1,3-mal häufiger rauchen als gleichaltrige Frauen und Männer aus der hohen Einkommensgruppe. Dass sie in den letzten drei Monaten vor der Befragung keinen Sport getrieben haben, wird von ihnen sogar mehr als zweimal so oft angegeben. Ein signifikanter Geschlechtsunterschied zeigt sich beim Zusammenhang zwischen Einkommen und Adipositas. Bei Frauen aus der niedrigen Einkommensgruppe ist das Risiko für Adipositas im Vergleich zu denjenigen aus der hohen Einkommensgruppe um den Faktor 3,3 erhöht. Bei Männern beträgt dieses Verhältnis 1,6:1 (Tabelle 4).

Tabelle 3
Risiko für Einschränkungen der körperlichen und emotionalen Rollenfunktion sowie der sozialen Funktionsfähigkeit in der niedrigen und mittleren im Verhältnis zur hohen Einkommensgruppe bei 18-jährigen und älteren Frauen und Männern (altersadjustierte Odds Ratios mit 95%-Konfidenzintervallen)
Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003

Einkommen	Körperliche Rollenfunktion	Emotionale Rollenfunktion	Soziale Funktionsfähigkeit
	OR (95%-KI)	OR (95%-KI)	OR (95%-KI)
Frauen			
<60%	1,57 (1,13–2,18)	2,65 (1,79–3,93)	2,37 (1,61–3,49)
60–<150%	1,27 (0,96–1,68)	1,59 (1,11–2,27)	1,62 (1,14–2,29)
≥150%	Ref.	Ref.	Ref.
Männer			
<60%	2,42 (1,74–3,35)	2,84 (1,97–4,01)	1,77 (1,21–2,57)
60–<150%	1,30 (1,00–1,70)	1,34 (0,98–1,84)	1,17 (0,86–1,58)
≥150%	Ref.	Ref.	Ref.

Tabelle 4
Risiko für Tabakkonsum, sportliche Inaktivität und Adipositas in der niedrigen und mittleren im Verhältnis zur hohen Einkommensgruppe bei 18-jährigen und älteren Frauen und Männern (altersadjustierte Odds Ratios mit 95 %-Konfidenzintervallen)
Datenbasis: GEDA 2009 (Lampert 2011)

Einkommen	Tabakkonsum	Sportliche Inaktivität	Adipositas
	OR (95 %-KI)	OR (95 %-KI)	OR (95 %-KI)
Frauen			
< 60 %	1,30 (1,10 – 1,53)	2,44 (1,09 – 2,84)	3,25 (2,58 – 4,09)
60 – < 150 %	1,21 (1,05 – 1,40)	1,54 (1,34 – 1,76)	1,83 (1,47 – 2,27)
≥ 150 %	Ref.	Ref.	Ref.
Männer			
< 60 %	1,35 (1,17 – 1,57)	2,20 (1,89 – 2,55)	1,55 (1,28 – 1,89)
60 – < 150 %	1,14 (1,02 – 1,28)	1,54 (1,37 – 1,73)	1,41 (1,22 – 1,65)
≥ 150 %	Ref.	Ref.	Ref.

Auch für andere Aspekte des Gesundheitsverhaltens finden sich Hinweise auf Unterschiede zwischen den Einkommensgruppen. So kann angenommen werden, dass sich Personen, die einem Armutsrisiko ausgesetzt sind, ungesünder ernähren. Festmachen lässt sich dies z. B. an einem häufigeren Verzehr von Weiß- und Mischbrot, fetthaltigen Kartoffelerzeugnissen sowie Wurstwaren. Mageres Fleisch, Fisch sowie Obst und Gemüse werden in Familien mit niedrigem Einkommen hingegen seltener verzehrt (Heindl 2007). Unterschiede zu Ungunsten der armutsgefährdeten Bevölkerungsgruppen lassen sich zudem in Bezug auf das Mundgesundheitsverhalten, die Unfallprävention und die Nutzung von Gesundheitsinformationen beobachten (Mielck 2000; RKI 2005).

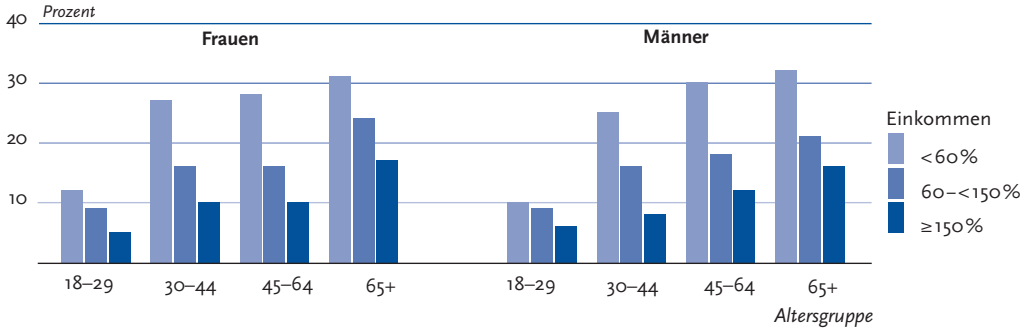
Zum Gesundheitsverhalten kann auch die Inanspruchnahme der Angebote und Leistungen des Gesundheitswesens gezählt werden. Die vorliegenden Studien deuten darauf hin, dass Personen mit niedrigem Einkommen häufiger medizinische Leistungen in Anspruch nehmen (Janßen et al. 2009). Dieser Befund ist im Zusammenhang mit der höheren Krankheitslast in der Armutsrisikogruppe zu sehen. Bei Berücksichtigung der Unterschiede im Gesundheitszustand zeigt sich in der unteren Einkommensgruppe keine häufigere Inanspruchnahme medizinischer Leistungen mehr (RKI 2005). In Bezug auf Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung wird bereits seit Längerem darauf hingewiesen, dass diese von Personen mit niedrigem Einkommen vergleichsweise selten wahrgenommen werden (Bauer 2005). Dies gilt z. B. für Untersuchungen im Rahmen der Krebsfrüherkennung (Scheffer et al. 2006).

Armut geht mit geringerer sozialer Unterstützung einher

Für die Erklärung des Zusammenhangs zwischen Armut und Gesundheit ist darüber hinaus von Bedeutung, dass in Armut lebende Personen häufiger psychosozialen Belastungen ausgesetzt sind. Vor dem Hintergrund einer prekären Einkommenssituation sind es insbesondere Ausgrenzungserfahrungen und Zukunftssorgen, die als belastend erlebt werden (Böhnke 2006). Ob diese zu Beeinträchtigungen der Gesundheit führen, hängt neben der Dauer und Stärke der Belastungsexposition auch von den vorhandenen Bewältigungsressourcen ab. Neben bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen, wie z. B. Selbstwertgefühl, Optimismus oder Kontrollüberzeugung, kommt dabei der sozialen Unterstützung große Bedeutung zu. In zahlreichen Studien konnte dazu gezeigt werden, dass Menschen, die sich nicht ausreichend durch ihre sozialen Netzwerke unterstützt fühlen, anfälliger für Krankheiten und Gesundheitsprobleme sind (Berkman, Glass 2000).

In der GEDA-Studie wurde zur Erfassung der sozialen Unterstützung ein auf europäischer Ebene abgestimmtes Instrument eingesetzt, das drei Fragen zur Unterstützung bei Problemen durch nahestehende Personen, Anteilnahme und Interesse anderer am eigenen Tun sowie praktische Hilfe von Nachbarn umfasst (Kilpeläinen et al. 2008). Die Ergebnisse zeigen, dass Frauen und Männer aus der Armutsrisikogruppe häufiger nur eine geringe soziale Unterstützung erfahren als diejenigen aus der mittleren und insbesondere diejenigen aus der hohen Einkommensgruppe (Abbildung 3). Diese Unterschiede zeichnen sich in allen betrachten Altersgruppen deutlich ab. Nach statistischer Kontrolle für den Alterseffekt ergibt sich für Frauen und Männer aus der niedrigen im Verhältnis zu denjenigen aus der hohen Einkommensgruppe ein 2,8-fach (OR=2,76; 95 %-KI=2,17-3,50) bzw. 2,7-fach (OR=2,73; 95 %-KI=2,06-3,62) erhöhtes Risiko einer geringen sozialen Unterstützung.

Abbildung 3
Geringe soziale Unterstützung nach Einkommen
Datenbasis: GEDA 2009



Der Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit hat sich in den letzten Jahrzehnten nicht verringert

In den letzten Jahren wurden auf europäischer Ebene mehrere Forschungsprojekte durchgeführt, die Aussagen darüber ermöglichen, wie sich der Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit im Zeitverlauf entwickelt hat. Eine Analyse zur Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes, in die Daten aus zehn EU-Mitgliedstaaten einbezogen wurden, kam zu dem Ergebnis, dass sich die Unterschiede zwischen den Einkommensgruppen in den 1980er- und 1990er-Jahren nicht wesentlich verringert haben (Kunst et al. 2005). In einzelnen Ländern, z. B. in den Niederlanden, war sogar eine Ausweitung der Unterschiede zu beobachten. Auch in Bezug auf die Entwicklung des Tabakkonsums konnte gezeigt werden, dass sich die sozialen Unterschiede in den meisten Ländern als stabil erwiesen oder weiter ausgeweitet haben (Giskes et al. 2005).

In Deutschland wurden bislang nur wenige Studien durchgeführt, die den Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit unter Berücksichtigung zeitlicher Entwicklungen und Trends betrachten. Die vorliegenden Ergebnisse liefern keine Anhaltspunkte dafür, dass sich die Unterschiede im Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten, die sich am Einkommen festmachen lassen, verringert haben könnten (Kroll 2010). Eine aktuelle Analyse zur Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes, die auf Daten des Sozio-oekonomischen Panels aus den Jahren 1994 bis 2007 basiert, deutet eher auf eine Vergrößerung der Unterschiede zwischen den Einkommensgruppen hin (Kroll, Lampert 2010).

Diskussion

Die vorgestellten Forschungsergebnisse sprechen dafür, dass Armut mit einem schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand und gesundheitsriskanterem Verhalten einhergeht, das Risiko für bestimmte Erkrankungen erhöht und die Lebenserwartung verringert. Zum Teil bestehen auch Unterschiede zwischen Personen mit mittleren und hohen Einkommen, so dass von einem sozialen Gradienten der Gesundheitschancen und Erkrankungsrisiken gesprochen werden kann. Sowohl bei Frauen als auch bei Männern zeichnet sich dieser Gradient im mittleren Erwachsenenalter am deutlichsten ab. Aber auch im jungen und höheren Erwachsenenalter lassen sich Gesundheitsunterschiede zu Ungunsten von Personen mit geringerem Einkommen beobachten.

Bei der Einordnung und Bewertung der Forschungsergebnisse zum Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit ist zu berücksichtigen, dass das Einkommen nur eine, wenngleich sehr wichtige Dimension der Lebenslage ist. Daneben sind z. B. das Bildungsniveau, der Erwerbsstatus und die berufliche Stellung zu beachten. Empirische Untersuchungen, in denen die Lebenslage mehrdimensional betrachtet wird, zeigen zum einen, dass das Einkommen auch unabhängig von den anderen Dimensionen der Lebenslage die Gesundheit beeinflusst. Zum anderen verdeutlichen sie, dass die Gesundheitschancen in den Bevölkerungsgruppen am geringsten sind, in denen soziale Nachteile kumulieren, also z. B. ein geringes Einkommen mit einer niedrigen Bildung und beruflichen Stellung einhergeht (Geyer et al. 2008b).

Während der Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit mittlerweile als empirisch gesichert angesehen werden kann, stellt dessen Erklärung nach wie vor eine große Herausforderung dar (Mielck 2000; Bauer et al. 2008). Aktuell werden vor allem drei Erklärungsansätze verfolgt, die sich auf die gesundheitsbezogenen Konsequenzen materieller Nachteile, psychosozialer Belastungen und des Gesundheitsverhaltens beziehen (Mackenbach 2006). Materielle Nachteile lassen sich an verminderten Konsum- und Partizipationsmöglichkeiten und dem daraus resultierenden Lebensstandard festmachen. Dazu zählen auch eingeschränkte Möglichkeiten zur privaten sozialen Absicherung, z. B. in Bezug auf die Altersvorsorge, Unfall- und Lebensversicherung. Psychosoziale Belastungen resultieren unter anderem aus sozialen Vergleichsprozessen, Ausgrenzungserfahrungen oder Zukunftssorgen. Für die Gesundheit relevant sind vor allem lang andauernde Stressreaktionen, die bei langfristiger Armut und geringer sozialer Unterstützung zu erwarten sind (Stansfeld, Marmot 2002). Welche Bedeutung dem Gesundheitsverhalten für die Erklärung des höheren Krankheits- und vorzeitigen Sterberisikos

der armutsgefährdeten Bevölkerungsgruppen zukommen könnte, zeigen die dargestellten empirischen Befunde zum Tabakkonsum, zur sportlichen Inaktivität und zur Adipositas. Diese und andere verhaltensassoziierte Risikofaktoren treten häufig gemeinsam auf, wodurch sich die Auswirkungen auf die Gesundheit verstärken können. Neben den materiellen Nachteilen und verminderten sozialen Teilhabechancen sind es wahrscheinlich gerade die aus einer Armutslage resultierenden psychosozialen Belastungen, die eine gesundheitsförderliche Lebensführung erschweren (Lampert 2011).

Bei der Erklärung des Zusammenhangs zwischen Armut und Gesundheit wird zumeist davon ausgegangen, dass sich Armutserfahrungen negativ auf die Gesundheit auswirken. Denkbar ist aber auch, dass Gesundheitsprobleme zu Einkommenseinbußen führen, z. B. durch den Verlust des Arbeitsplatzes. Zahlreiche internationale Studien weisen darauf hin, dass lang andauernde Erkrankungen ein Grund für Arbeitslosigkeit und Armut sein können (Blane 1985; RKI 2003). Welche Bedeutung Einkommenseinbußen infolge einer Erkrankung für die Erklärung des Zusammenhangs zwischen Armut und Gesundheit zukommt, wurde in Deutschland bislang nur vereinzelt untersucht. Die Ergebnisse einer Studie auf Basis von Längsschnittdaten des SOEP sprechen dafür, dass sich eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes zwar in Einkommensverlusten niederschlägt, der umgekehrte Einfluss, also die Auswirkung von Einkommenseinbußen auf die Gesundheit, aber deutlich stärker zutage tritt (Thiede, Straub 1997).

Ausgehend von den Forschungsergebnissen zum Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit wurden in mehreren europäischen Ländern nationale Programme und Maßnahmen umgesetzt, die auf einen sozialen Ausgleich der Gesundheitschancen zielen. So wurde in England im Jahr 2003 das Aktionsprogramm »Tackling Health Inequalities: A Programm for Action« initiiert, das von zwölf Ministerien unterstützt wurde und unter anderem das Ziel verfolgte, die Mortalitätsunterschiede zwischen den am stärksten benachteiligten und begünstigten Bevölkerungsgruppen bis zum Jahr 2010 um 10 % zu verringern (Department of Health 2003). Im gleichen Jahr wurde in Schweden das Gesetz »Sweden's New Public Health Policy« verabschiedet, das den Schwerpunkt auf intersektorale und gesamtgesellschaftliche Maßnahmen zu drei übergeordneten Zielbereichen legt: Verringerung der sozialen Ungleichheit, Schaffung gesunder Lebensumwelten und Förderung einer gesunden Lebensweise (Agren 2003).

Mit Blick auf Deutschland lässt sich feststellen, dass die politischen Anstrengungen zur Verringerung von Armut und deren Auswirkungen auf die Gesundheit zugenommen haben. Dies spiegelt sich beispielsweise in der Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit wider, die eine gerechte Verteilung der Chancen für ein gesundes Aufwachsen als ein wichtiges Handlungsziel benennt (BMG 2008). Außerdem sind die gesetzlichen Krankenkassen mit der im Jahr 2000 erfolgten Novellierung des § 20 Abs. 1 SGB V angehalten, auch und insbesondere Angebote zur Primärprävention zu finanzieren, die zur Verminderung der sozial bedingten Ungleichheit der Gesundheitschancen beitragen (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen 2008). Für den Praxistransfer kommt dem von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung koordinierten Kooperationsverbund »Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten« eine große Bedeutung zu. Der Kooperationsverbund zielt auf eine verbesserte Zusammenarbeit von Projekten und Initiativen der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung sowie die Identifizierung und Förderung von Beispielen guter Praxis anhand festgelegter Qualitätskriterien (BZgA 2010).

Der Gesundheitsberichterstattung des Bundes kommt in diesem Kontext die Aufgabe zu, kontinuierlich über den Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit zu berichten und konkrete Ansatzpunkte sowohl für politische Interventionen als auch für Praxisprojekte aufzuzeigen. In den kommenden Jahren kann hierzu auf eine verbesserte Datenlage zurückgegriffen werden. Durch die regelmäßige Wiederholung der GEDA-Studie wird sich eine belastbare Grundlage für die Analyse von zeitlichen Entwicklungen und Trends ergeben. Daneben umfasst das Gesundheitsmonitoring am RKI die »Studie zur Gesundheit von Erwachsenen in Deutschland« (DEGS), die als Wiederholungsuntersuchung des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 konzipiert ist, und die Fortführung des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS) als Kohortenstudie (Kurth et al. 2009). Beide Studien werden neben aktuellen Querschnittsdaten auch Längsschnittdaten verfügbar machen und damit vertiefende Analysen zu den Mechanismen und Prozessen, die für das Zustandekommen des Zusammenhangs zwischen Armut und Gesundheit verantwortlich sind, ermöglichen.

Dr. Thomas Lampert, Dr. Lars Eric Kroll
Robert Koch-Institut,
Abteilung für Epidemiologie und
Gesundheitsberichterstattung

Literatur

Agren G (2003) Sweden's New Public Health Policy. Swedish National Institute of Public Health, Stockholm
http://fhi.se (Stand: 15.11.2010)

Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (2008) Leitfaden Prävention. Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 2. Juni 2008
hthttp://infomed.mds-ev.de (Stand: 15.11.2010)

Bauer U (2005) Das Präventionsdilemma. Potenziale schulischer Kompetenzförderung im Spiegel sozialer Polarisierung. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden

Bauer U, Bittlingmayer UH, Richter M (Hrsg) (2008) Health inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden

Berkman LF, Glass T (2000) Social Integration, social networks and health. In: Berkman LF, Kawachi I (Hrsg) Social Epidemiology. Oxford University Press, New York, S 137-173

Blane D (1985) An assessment of the Black Report's explanations of health inequalities. Sociology of Health & Illness 7(3): 423–445

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg) (2008) Lebenslagen in Deutschland. Der 3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. BMAS, Berlin
http://www.bmas.de (Stand: 15.11.2010)

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg) (2008) Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit. BMG, Berlin
http://www.bmg.de (Stand: 15.11.2010)

Böhnke P (2006) Am Rande der Gesellschaft. Risiken sozialer Ausgrenzung. Verlag Barbara Budrich, Opladen

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2010) Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. 4., erweiterte und überarbeitete Auflage. BZgA, Köln
http://www.bzga.de (Stand: 15.11.2010)

Department of Health (2003) Tackling health inequalities: a program for action. Department of Health, London
http://www.dh.gov.uk (Stand: 15.11.2010)

DHP-Forschungsverbund (1998) Die Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie. Verlag Hans Huber, Bern/Göttingen/Toronto/Seattle

Ellert U, Lampert T, Ravens-Sieberer U (2005) Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem SF-8 – Eine Normstichprobe für Deutschland. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 48(11): 1330–1337

Freie Hansestadt Bremen (2006) Die Auswirkungen sozialer Polarisierung. Zur Entwicklung der Lebenserwartung und Sterblichkeit in ausgewählten Bremer Wohngebieten. Gesundheitsamt Bremen, Bremen
http://www.gesundheitsamt.bremen.de (Stand: 15.11.2010)

Geyer S (2008a) Social inequalities in the incidence and case fatality of cancers of the lung, the stomach, the bowels, and the breast. Cancer Causes Control 19(9): 965–974

Geyer S (2008b) Empirie und Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten: Die Praxis empirischer Forschung zu gesundheitlichen Ungleichheiten und ihre theoretischen Implikationen. In: Bauer U, Bittlingmayer UH, Richter M (Hrsg.) Health inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S 125–142

Giskes K, Kunst AE, Benach J et al. (2005) Trends in smoking behaviour between 1985 and 2000 in nine European countries by education. Journal of Epidemiology and Community Health 59(5): 395–401

Goebel J, Gornig M, Häußermann H (2010) Polarisierung der Einkommen: Die Mittelschicht verliert. Wochenbericht des DIW 77(24): 2–8
http://www.diw.de (Stand: 15.11.2010)

Grabka MM, Frick JR (2010) Weiterhin hohes Armutsrisiko in Deutschland: Kinder und junge Erwachsene sind besonders betroffen. Wochenbericht des DIW 77(7): 2–11
http://www.diw.de (Stand: 15.11.2010)

Grabka MM, Krause P (2005) Einkommen und Armut von Familien und älteren Menschen. Wochenbericht des DIW 72(9): 165–172
http://www.diw.de (Stand: 15.11.2010)

Heindl I (2007) Ernährung, Gesundheit und soziale Ungleichheit. Aus Politik und Zeitgeschichte 42: 32–38
http://www.bpb.de (Stand: 15.11.2010)

Janßen C, Grosse Frie K, Ommen O (2009) Soziale Ungleichheit und gesundheitsbezogene Versorgung. In: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg) Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Konzepte. 2., aktualisierte Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S 141–155

Kilpeläinen K, Arpo A, ECHIM Core Group (2008) European Health Indicators: Development and initial implementation. National Public Health Institute, Helsinki
http://www.echim.org (Stand: 15.11.2010)

Kroll LE (2010) Sozialer Wandel, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Die Entwicklung sozialer und gesundheitlicher Ungleichheiten in Deutschland zwischen 1984 und 2006. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden

Kroll LE, Lampert T (2009) Soziale Unterschiede in der Lebenserwartung. Datenquellen in Deutschland und Analysemöglichkeiten des SOEP. Methoden – Daten – Analysen 3(1): 3–30
http://www.gesis.org (Stand: 15.11.2010)

Kroll LE, Lampert T (2010) Zunehmende Unterschiede im subjektiven Gesundheitszustand zwischen den Einkommensgruppen. Informationsdienst Soziale Indikatoren 43: 5–8
http://www.gesis.org (Stand: 15.11.2010)

Kunst AE, Bos V, Lahelma E et al. (2005) Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 10 European countries. International Journal of Epidemiology 34(2): 295–305

Kurth BM, Lange C, Kamtsiuris P et al. (2009) Gesundheitsmonitoring am Robert Koch-Institut. Sachstand und Perspektiven. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 52(5): 557–570

Lampert T, Kroll LE, Dunkelberg A (2007) Soziale Ungleichheit der Lebenserwartung in Deutschland. Aus Politik und Zeitgeschichte 42: 11–18
http://www.bpb.de (Stand: 15.11.2010)

Lampert T (2010a) Tabakkonsum, sportliche Inaktivität und Adipositas. Assoziationen mit dem sozialen Status. Deutsches Ärzteblatt 107 (1-2): 1-7

Lampert T (2010b) Soziale Determinanten des Tabakkonsums bei Erwachsenen in Deutschland. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitssschutz 53 (2/3): 108–116

Lampert T (2011) Armut und Gesundheit. In: Schott T, Hornberg C (Hrsg.) Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S 575–597

Mackenbach J (2006) Health inequalities: Europe in Profile. An independent expert report commissioned by the UK Presidency of the EU. Department of Health, London
http://ec.europa.eu/health (Stand: 15.11.2010)

Mielck A (2000) Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Verlag Hans Huber, Bern/Göttingen/Toronto/Seattle

Richter M, Hurrelmann K (Hrsg) (2009) Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. 2., aktualisierte Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden

Robert Koch-Institut (Hrsg) (2003) Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 13. RKI, Berlin
www.rki.de/gbe (Stand: 15.11.2010)

Robert Koch-Institut (Hrsg) (2005) Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
www.rki.de/gbe (Stand: 15.11.2010)

Robert Koch-Institut (Hrsg) (2009) 20 Jahre nach dem Fall der Mauer: Wie hat sich die Gesundheit in Deutschland entwickelt? Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
www.rki.de/gbe (Stand: 15.11.2010)

Robert Koch-Institut (Hrsg) (2010) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2009«. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
www.rki.de/gbe (Stand: 15.11.2010)

Rosenbrock R, Kümper S (2006) Primärpräventive Prävention als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen. Richter M, Hurrelmann K (Hrsg) Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S 371–388

Scheffer S, Dauven S, Sieverding M (2006) Soziodemografische Unterschiede in der Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (KFU) in Deutschland – Eine Übersicht. Gesundheitswesen 68(3): 139–146

Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz (Hrsg) (2009) Sozialstrukturatlas Berlin 2008. Spezialbericht der Gesundheitsberichterstattung Berlin. SenGesUmV, Berlin
http://www.berlin.de (Stand: 15.11.2010)

Stansfeld SA, Marmot M (2002) Stress and the heart. Psychosocial pathways to coronary heart disease. BMJ Books, London

Statistisches Bundesamt (Hrsg) (1998) Gesundheitsbericht für Deutschland. Metzler-Poeschel, Stuttgart

Thiede M, Straub S (1997) Mutual influences of health and poverty. Evidence from the German Panel Data. Social Science and Medicine 45(6): 867–877

Wagner GG, Frick JR, Schupp J (2007) The German Socio-Economic Panel Study (SOEP) – Scope, Evolution und Enhancements. Schmollers Jahrbuch 127(1): 139–169

Weyers S, Lehmann F, Meyer-Nürnberger M et al. (2007) Strategien zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten in Deutschland. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50(4): 484–491

Impressum
GBE kompakt

Herausgeber
Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion
Dr. Christine Hagen, Dr. Livia Ryl
Robert Koch-Institut
Abt. für Epidemiologie und
Gesundheitsberichterstattung
General-Pape-Straße 62
12101 Berlin
Tel.: 030-18754-3400
E-Mail: gbe@rki.de
www.rki.de/gbe

Zitierweise
Lampert T, Kroll LE (2010)
Armut und Gesundheit
Hrsg. Robert Koch-Institut Berlin
GBE kompakt 5/2010
www.rki.de/gbe-kompakt (Stand: 01.12.2010)

Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im
Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit