



## Gesundheitliche Folgen von Armut

Die Zahl der von Armut betroffenen Menschen ist in Deutschland und europaweit speziell innerhalb der letzten zehn Jahre erheblich gestiegen. Lag der Anteil der Menschen in Deutschland, die in relativer Armut leben, also mit null bis 50 Prozent des Durchschnitts-Pro-Kopf-Einkommens, im Jahre 2001 noch bei 8,4 Prozent, so betrug diese Zahl 2009 bereits 10,4 Prozent. Besonders häufig von relativer Armut betroffen sind dabei alleinerziehende Personen, kinderreiche Familien, Personen mit Migrationshintergrund, schlecht Ausgebildete und Langzeitarbeitslose.

Eine besorgniserregende Konsequenz der sozialen Unterschiede ist das gesundheitliche Ungleichgewicht zwischen den Schichten. So unterscheidet sich die Lebenserwartung ab der Geburt zwischen Männern, die einer höheren Einkommensschicht angehören, und solchen, die in relativer Armut leben, um 10,8 Jahre zu Lasten der ärmeren Bevölkerung. Bei Frauen beträgt der Unterschied immerhin 8,4 Jahre. Die Unterschiede in der Lebenserwartung erstrecken sich auf das gesamte Einkommensspektrum, d.h. es zeichnet sich ein linearer Zusammenhang ab: Je niedriger das Einkommen, desto niedriger die Lebenserwartung. Die Differenz in der gesunden Lebenserwartung, also der Zeitraum des Lebens ohne chronische Erkrankungen, liegt bei Männern sogar bei 14,3 Jahren (Frauen: 10,2 Jahre).

Der 116. Deutsche Ärztetag vom 28. bis 31. Mai 2013 in Hannover befasst sich in einem Schwerpunktthema mit den gesundheitlichen Auswirkungen von Armut. „Gesundheitliche Unterschiede bestehen in fast allen Ländern aber auch zwischen Ländern und Regionen“, sagt Prof. Dr. Olaf von dem Knesebeck vom Institut für Medizinische Soziologie, Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, der die Thematik auf dem Deutschen Ärztetag in einem Referat näher beleuchtet. Ein eklatantes Beispiel findet sich im schottischen Glasgow: Während der sozialschwache Stadtteil Calton eine durchschnittliche Lebenserwartung von 54 Jahren bei Männern aufweist, liegt diese im vergleichsweise wohlhabenden Stadtteil Lenzie bei 82 Jahren. Betrachtet man die sozialen Unterschiede im europaweiten Vergleich, so klafft die Schere besonders in osteuropäischen Ländern wie Tschechien, Ungarn oder Polen weit auseinander.

Die gesundheitlichen Auswirkungen von Armut zeigen sich neben der reduzierten Lebenserwartung vor allem im erhöhten Krankheitsrisiko. Speziell bei Herzinfarkten, Schlaganfällen, chronischen Lebererkrankungen, Diabetes und Osteoporose besteht eine ungleich höhere Möglichkeit der Erkrankung unter Angehörigen sozial benachteiligter Schichten.

### Impressum

**BÄKground spezial**  
Hintergrundinformationen für Journalisten

**Redaktionsanschrift**  
Pressestelle der deutschen Ärzteschaft  
Alexander Dückers (v.i.S.d.P.),  
Samir Rabbata  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin

Tel: 030 - 40 04 56 700  
Fax: 030 - 40 04 56 707  
presse@baek.de  
www.baek.de

### **Beeinflussungsfaktoren beginnen bereits in der Schwangerschaft**

„Gesundheitliche Ungleichheiten lassen sich dabei in allen Lebenslagen zeigen, vom Beginn des Lebens bis ins hohe Alter“ warnt Prof. Dr. von dem Knesebeck. Frühkindliche Einflussfaktoren, die zu einer negativen Beeinflussung der Gesundheit führen, seien beispielsweise das Rauchen der Mutter in der Schwangerschaft, das Auslassen des vollen Stillens des Kindes sowie nicht wahrgenommene medizinische Untersuchungen. Von dem Knesebeck weist darauf, dass all diese Faktoren bei Personen innerhalb der unteren Einkommensschichten erheblich ausgeprägter seien, teils sogar um mehr als das Doppelte im Vergleich zu höheren Einkommensschichten. Aus diesem Faktor ergibt sich auch eine höhere Mortalitätsrate bereits im Kindes- und im jungen Erwachsenenalter.

Gesundheitliche Ungleichheiten werden bereits beobachtet seit es darüber verfügbare Daten gibt. Sie können in allen industrialisierten Ländern aufgezeigt werden. Die Erklärungshypothesen für diese Unterschiede sind vielfältig. So wird bei Angehörigen von Schichten mit geringerem Wohlstand oft ein ausgeprägteres gesundheitsschädliches Verhalten beobachtet. Der Tabakkonsum ist etwa bei Menschen, die in relativer Armut leben, höher als innerhalb von Schichten mit erhöhtem Wohlstand. Ebenfalls wesentlich stärker verbreitet sind sportliche Inaktivität und der Hang zur Fettleibigkeit.

Ein weiterer Einfluss sind materielle und psychosoziale Faktoren wie familiäre und berufliche Belastungen. Besonders Arbeitsmodelle, bei denen ein Ungleichgewicht zwischen Verausgabung und Belohnung in Form von Anerkennung, Gehalt oder Aufstiegsmöglichkeiten vorherrscht, besitzen ein deutlich höheres Krankheitsrisiko hinsichtlich Herz- und Kreislauferkrankungen. Dieses kann bei besonderer Arbeitsbelastung innerhalb von 25 Jahren bis auf das etwa 2,3fache steigen.

Hinzu kommen Unterschiede zwischen den Schichten hinsichtlich des Zugangs und der Inanspruchnahme des medizinischen Versorgungssystems. Hier lässt sich beobachten, dass insbesondere die Häufigkeit der Inanspruchnahme von Präventionsangeboten innerhalb sozial schwächerer Gruppen geringer ist.

Die erforderlichen Konsequenzen, die sich aus diesen Beobachtungen ergeben, sieht Prof. Dr. von dem Knesebeck deshalb an erster Stelle im Bereich von Prävention und Gesundheitsförderung: „Die Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheit ist eine der zentralen politischen und gesellschaftlichen Aufgaben“. Praktische Konsequenzen für die Ärzteschaft seien die Berücksichtigung sozialer Risiko- und Schutzfaktoren, die Berücksichtigung von gesundheitsrelevanten sozialen Kontexten und die Stärkung und Motivation von Patienten hin zu mehr Eigeninitiative bei der Prävention.

### **Deutscher Ärztetag berät Maßnahmen zur Förderung sozial benachteiligter Menschen**

Ein Entschließungsantrag zum 116. Deutschen Ärztetag zielt deshalb darauf ab, die gesundheitliche Förderung von sozial benachteiligten Menschen zu stärken um eine Verringerung von schichtenspezifischen Unterschieden in den Zugangsmöglichkeiten, der Inanspruchnahme und Verfügbarkeit von gesundheitlichen Leistungen zu erreichen. Ärzte können sozial benachteiligten Personengruppen speziell Unterstützung bei der Stärkung von gesund-

heitlichen Ressourcen, der Identifikation von Belastungsfaktoren und der Erschließung von Hilfsangeboten bieten. Notwendig ist auch, die Prävention auch an Kindertagesstätten und Schulen durch den Ausbau von Schuluntersuchungen und Gesundheitsförderungsangeboten stärker zu fördern. Langzeitarbeitslosen sollten im besonderen Maße Angebote zur Vorsorge von Erkrankungen verfügbar gemacht werden. Darüber hinaus ist es notwendig, ein flächendeckendes Netz zur medizinischen Hilfe von Wohnungslosen aufzubauen, die angemessene Versorgung von Menschen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus zu gewährleisten und präventive Angebote für ältere Menschen zu stärken. ■