

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Wirtschaft und Soziales
Department Soziale Arbeit

Armut, Gesundheit und Familie

-

Eine Analyse gesundheitlicher Ungleichheit aus
lebenswelttheoretischer Perspektive

Bachelor-Thesis

Tag der Abgabe: 28.08.2013
Vorgelegt von: Jennifer Schmidt
Matrikelnummer: 1949186



Betreuender Prüfer: Prof. Dr. Harald Ansen
Zweite Prüferin: Grit Lehmann

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
2	Armut	2
	2.1 Relative Armut.....	3
	2.2 Das soziokulturelle Existenzminimum.....	5
	2.3 Armut als Lebenslage – die immaterielle Seite der Armut.....	8
3	Gesundheit und gesundheitliche Ungleichheit	11
	3.1 Gesundheitliche Ungleichheit Erwachsener.....	13
	3.1.1 Gesundheitszustand und Gesundheitsbelastung.....	13
	3.1.2 Gesundheitsverhalten.....	15
	3.2 Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen.....	17
4	Der Zusammenhang von Armut und Gesundheit	22
	4.1 Erklärungsmodelle und Perspektiven.....	23
	4.2 Das Modell zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit nach Mielck.....	27
	4.3 Grundzüge der Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit.....	29
	4.4 Integration des Konzepts der Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit in Mielcks Modell.....	31
	4.4.1 Unterschiede in den gesundheitlichen Belastungen und Bewältigungsressourcen.....	31
	4.4.2 Unterschiede in der gesundheitlichen Versorgung.....	34
	4.4.3 Unterschiede im Gesundheitsverhalten.....	36
5	Handlungsmöglichkeiten zur Reduzierung der gesundheitlichen Ungleichheit	38
	5.1 Politische Maßnahmen.....	40
	5.1.1 Sozial- und finanzpolitische Maßnahmen.....	40
	5.1.2 Gesundheits- und städtebaupolitische Maßnahmen.....	41
	5.1.3 Familienpolitische Maßnahmen.....	42
	5.1.4 Arbeitspolitische Maßnahmen.....	43
	5.1.5 Bildungspolitische Maßnahmen.....	43
	5.2 Möglichkeiten der Sozialen Arbeit.....	44

6	Fazit	47
7	Quellenverzeichnis	50
	7.1 Literaturverzeichnis.....	50
	7.2 Internetquellen.....	52
	7.3 Abbildungsverzeichnis.....	55
8	Eidesstattliche Erklärung	56

1 Einleitung

Das Thema Armut ist für die Soziale Arbeit seit jeher von zentraler Bedeutung¹. Sie beeinflusst die Menschen in vielfältiger Weise, so auch zu einem erheblichen Teil im Bereich Gesundheit. In Deutschland hat jedoch die Debatte um den wechselseitigen Einfluss von Armut und Gesundheit gerade erst begonnen. Seit den 1980er Jahren wurden zahlreiche Theorien entwickelt, die den Zusammenhang von Armut und Gesundheit oder gesundheitliche Ungleichheit untersuchen und zu erklären versuchen. Weder in der Politik noch in der Gesellschaft, also der breiten Masse der Bevölkerung, scheint das Problembewusstsein für diesen Zusammenhang jedoch angekommen zu sein. Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit zielen zwar oftmals auf Menschen niedrigerer Einkommensklassen, verfehlen diese aber häufig und erfassen solche, die bereits durch andere Maßnahmen erreicht werden. Da nun insbesondere Familien² von Armut betroffen sind, liegt der Schwerpunkt meiner Thesis auf familiärer Armut sowie gesundheitlicher Ungleichheit in bezug auf Familien. Dies ist insofern von Bedeutung, als somit nicht nur Erwachsene – die Eltern – sondern auch ihre Kinder in gleicher Weise in Armut leben und daher in die Argumentation einbezogen werden müssen. Kinderarmut ist in Deutschland ein zunehmendes Problem, das aus familiärer Armut erwächst und dem auch in gesundheitlicher Hinsicht begegnet werden muss. Wie aber kann eine Reduktion der gesundheitlichen Ungleichheit in Familien gelingen? Welche Möglichkeiten einer wirksamen Verringerung gibt es? Wie können Betroffene erreicht werden? Welche Professionen sind hierbei gefordert? Ist es überhaupt möglich, die Gesundheit einzelner Bevölkerungsschichten zu verbessern?

Diesen und anderen Fragen werde ich mich in der vorliegenden Thesis widmen. Um mich der Thematik zu nähern, werde ich zuerst auf den Begriff "Armut" eingehen und klären, was darunter zu verstehen ist, wer betroffen ist und wie sich ein Leben am sogenannten "soziokulturellen Existenzminimum" für die Betroffenen eigentlich darstellt. Auch der im März diesen Jahres veröffentlichte vierte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung wird hier Erwähnung finden. Im nächsten Kapitel werde ich mich mit dem Thema "Gesundheit" und gesundheitlicher Ungleichheit beschäftigen. An dieser Stelle werde ich umfangreiches empirisches Datenmaterial vorlegen, das zeigt, dass sowohl in Bezug auf den

1 Die Wurzeln der Sozialen Arbeit liegen in der Fürsorge, die sich traditionell der Armen annahm. (vgl. Schmitt 2011, 351)

2 Unter dem Begriff "Familie", wie er in der vorliegenden Arbeit verwendet wird, sind alle Haushaltskonstellationen zu verstehen, in denen mindestens ein Kind lebt. Er bezieht somit neben der klassischen "Mutter-Vater-Kind"-(Ehe-)Familienkonstellation auch Alleinerziehende, unverheiratete Paare und Lebenspartner_innen mit ein.

Gesundheitszustand beziehungsweise die Gesundheitsbelastung als auch auf das Gesundheitsverhalten signifikante Unterschiede zwischen Menschen mit höherem und solchen mit niedrigem sozialen Status bestehen. Im Anschluss werde ich den Zusammenhang von Armut und Gesundheit aufzuzeigen. Dieses Kapitel bildet das theoretische Fundament dieser Thesis: Neben einem Überblick über die wichtigsten Ansätze zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit werde ich das Modell von Andreas Mielck mit der Lebenswelttheorie nach Hans Thiersch verknüpfen, sodass eine umfassende Analyse der Lebenswelt und der gesundheitlichen Situation der betreffenden Familien möglich wird. Im letzten Kapitel werde ich Möglichkeiten aufzeigen, wie diese Situation verbessert werden kann – mit politischen Mitteln wie auch mit Methoden der Sozialen Arbeit. In dieser Hinsicht ist besonders die Sozialpädagogische Familienhilfe, wie sie von Astrid Woog beschrieben wurde, von Bedeutung.

2 Armut

Der Begriff *Armut* ist ein mehrdeutiger, missverständlicher sowie moralisch aufgeladener Terminus, von dem jede_r zu wissen glaubt, was er bedeutet, jedoch etwas anderes darunter versteht (vgl. Butterwegge 2009,12). Eine begriffliche Abgrenzung fällt insofern schwer, als in der wissenschaftlichen und sozialpolitischen Debatte der Bundesrepublik bislang kein allgemeiner Konsens zur Definition der Armut gefunden wurde. Weitgehende Übereinstimmung besteht jedoch darüber, dass zwei Erscheinungsformen der Armut unterschieden werden können: Die *absolute Armut* einerseits und die *relative Armut* auf der anderen Seite (vgl. Hanesch 2005, 57).

Das Armutsbild in Deutschland ist vor allem von dem durch die Massenmedien propagierten Bild der absoluten Armut in Entwicklungsländern geprägt: Dieser Armutsbegriff wird für einen Zustand genutzt, in dem "die physiologischen Grundbedürfnisse des Menschen nicht abgedeckt sind und seine Überlebensfähigkeit in Frage gestellt wird" (ebd.). Hierbei handelt es sich vor allem um ausreichend Nahrung, Wasser, Kleidung, eine Wohnung, Heizung sowie Zugang zu medizinischer Versorgung. Doch auch hier fällt eine Eingrenzung schwer, da natürlich unter anderem die klimatischen Bedingungen des Landes, in dem ein Mensch absoluter Armut ausgesetzt ist, eine Rolle spielen³. (vgl. Butterwegge 2009, 18).

3 In Thailand spielt eine Heizung im Zusammenhang mit absoluter Armut beispielsweise eine untergeordnete Rolle. In Russland ist sie jedoch von großer Bedeutung.

Auch hierzulande gibt es Fälle dieser Form der Armut – beispielsweise hervorgerufen durch Obdachlosigkeit –, jedoch ist die relative Armut deutlich häufiger anzutreffen und daher von besonders hoher Relevanz. Diese bezeichnet eine extreme Ausprägung sozial-ökonomischer Ungleichheit, bei der der Lebensstandard der Armen im Verhältnis zum durchschnittlichen Lebensstandard der Bevölkerung betrachtet wird (vgl. Hanesch 2005, 57). Ich möchte hier die Armutsdefinition von Olaf Groh-Samberg anführen, wonach eine Person

"in dem Maße von Armut betroffen [gilt], wie sie sich im Hinblick auf ihre ökonomischen Ressourcen und die mit ihnen in unmittelbarer Wechselwirkung stehenden Lebenslagen dauerhaft unterhalb des gesellschaftlichen Wohlstandsniveaus bewegt." (Groh-Samberg 2009, z.n. Butterwegge 2009, 16)

Diese Definition umfasst meines Erachtens alle Facetten des Armutsbegriffs sehr gut, erwähnt sogar seine Mehrdimensionalität, indem sie auf die in unmittelbarer Wechselwirkung mit den ökonomischen Ressourcen stehenden Lebenslagen eingeht. Denn auch dies ist ein kennzeichnendes Merkmal der Armut: Sie ist nicht nur auf ökonomische Ressourcen beschränkt, sondern beeinflusst die Betroffenen in vielfältiger Weise, so auch in den Bereichen Bildung, Beruf, Wohnen und geht in erheblichem Maße auch mit gesundheitlichen Belastungen und Beeinträchtigungen einher. In der Soziologie wird, um dieser Vielschichtigkeit Rechnung zu tragen, daher von *sozialer Ungleichheit* gesprochen, welche traditionell Unterschiede in Bezug auf Einkommen, Bildung und Beruf beinhaltet. All dies macht erkennbar, dass es sich bei Armut weniger um einen (kurzfristigen) Zustand als um eine (prekäre) Lebenslage handelt.

Im folgenden Kapitel werde ich mich daher nach einem ausführlichen Blick auf die *relative Armut* und das *sozioökonomische Existenzminimum* auch mit der Erscheinungsform als *Prekärer Lebenslage* beschäftigen.

2.1 Relative Armut

Das Konzept der relativen Einkommensarmut legt einen ressourcenorientierten und rein monetären Ansatz zugrunde. Es wurde von der Europäischen Union in den 1980er Jahren entwickelt und legte die sogenannte Armutsrisikogrenze zunächst bei 50% des nationalen beziehungsweise regionalen Durchschnittseinkommens fest. Später wurde diese Grenze auf

60% des Medians⁴ des Netto-Äquivalenzeinkommens⁵ erhöht. Ein Mensch galt somit als armutsgefährdet, wenn er weniger als 60% des Medians des Netto-Äquivalenzeinkommens der Gesellschaft, in der er lebte, zur Verfügung hatte. Der Vorteil des Medians ist hierbei, dass durch das Zugrundelegen nur der mittleren Einkommen Verzerrungen des Ergebnisses durch stark nach oben oder unten abweichende Werte unterbleiben. Der Nachteil ist damit offensichtlich, dass die oberen Einkommen bei der Berechnung des Medians keine Rolle spielen und damit starke Ausschläge nach oben keine Berücksichtigung im Konzept der relativen Einkommensarmut finden, obwohl sie doch auch zur jeweiligen Gesellschaft dazugehören.

Ein weiterer entscheidender Kritikpunkt am Konzept der relativen Armut ist außerdem, dass lediglich von "armutsgefährdeten", nicht jedoch "armen" Menschen gesprochen wird. Durch diese verharmlosende Ausdrucksweise soll offensichtlich klargestellt werden, dass in einem reichen Land wie der Bundesrepublik Deutschland niemand "wirklich arm" sein kann (vgl. Butterwegge 2009, 41). Dies ist den in absoluter Armut lebenden Menschen in ärmeren Ländern vorbehalten (vgl. a. a. O., 20).⁶

Nichtsdestotrotz lag die Armutsrisikoquote in Deutschland gemäß der Daten des vierten Armuts- und Reichtumsberichts der Bundesregierung (ARB) im Jahr 2011 bei 15,1%⁷. Dies entspricht einer Steigerung von 0,6% im Vergleich zum Vorjahr. Als 60% des Nettoäquivalenzeinkommens werden hier 848 Euro zugrunde gelegt (im Vergleich zu 826 Euro im Jahr 2010, vgl. ARB 2013, 461). Das Sozioökonomische Panel (SOEP) stellt für das Jahr 2010 eine Armutsrisikoquote von 13,9% fest, legt die Armutsrisikoschwelle jedoch auch erst bei 993 Euro fest. Hinzu kommt, dass das SOEP auch eine Armutsrisikoquote ohne die Berücksichtigung von Sozialtransfers erfasst, die im Jahr 2010 bei 20,6% lag. Fast 8% der armutsgefährdeten Menschen in Deutschland gelten laut dieser Erhebung also nur deshalb nicht arm, weil sie Sozialtransfers erhalten. Das SOEP untersuchte außerdem die "dauerhafte Armut", also Menschen, die mit ihrem Einkommen aktuell sowie in zwei von drei Vorjahren

4 Umgangssprachlich wird hier oft das Wort "Durchschnittseinkommen" verwendet. Im Gegensatz zum Durchschnitt oder dem "arithmetischen Mittel" ist der Median jedoch wesentlich unempfindlicher gegen stark nach oben oder unten abweichenden Werten und somit geeigneter, die Verteilungsgerechtigkeit einer Gesellschaft darzustellen.

5 Das Nettoäquivalenzeinkommen ist eine fiktive Rechengröße. Sie bezeichnet ein Pro-Kopf-Einkommen, das berücksichtigt, in welcher Art von Haushalt Menschen leben, um das Wohlstandsniveau von Haushalten unterschiedlicher Größe und Zusammensetzung vergleichbar zu machen (vgl. destatis, Datenreport 2011, 23)

6 Inwieweit auch in relativer Armut lebende Menschen tatsächlich arm sein können, werde ich später erläutern.

7 Mikrozensus 2011, Statistisches Bundesamt 2012. Obwohl auch Daten der EVS sowie der EU-SILC vorliegen, werden aufgrund der besseren Vergleichbarkeit mit Daten des SOEP ausschließlich Daten des Mikrozensus herangezogen. Aus der EVS liegen lediglich Daten aus den Jahren 2003 und 2008 vor. Die Erhebungsmethoden und Hochrechnungsverfahren der EU-SILC bieten zu viel Anlass zur Kritik (vgl. Hauser 2007, 1; Internetquelle 9)

unter der Armutsrisikoschwelle lagen. Im Jahr 2010 waren dies 7,9% der Bevölkerung. 10 Jahre zuvor waren nur 3,3% von dauerhafter Armut betroffen (vgl. a. a. O., 462).

Erwartungsgemäß ist die Armutsrisikoquote bei der Gruppe der Erwerbslosen mit 58,7% am höchsten. Auch ein Unterschied bei der Verteilung des Armutsrisikos in Ost- und Westdeutschland (Ostdeutschland: 19,5%, Westdeutschland: 14%) überrascht aufgrund der nach wie vor ungleichen Rahmenbedingungen der wiedervereinten Bundesrepublik nicht (vgl. a. a. O., 461).

Bei der Betrachtung der Armutsrisikoquoten nach Haushaltstyp fällt auf, dass insbesondere Alleinlebende (25,3%) sowie Alleinerziehende (42,3%) laut Mikrozensus eine hohe Armutsrisikoquote aufweisen (vgl. a. a. O. 461). Gleichfalls auffällig ist die Tatsache, dass das Armutsrisiko mit steigender Kinderzahl zunimmt. So weist ein Kind aus einem Paarhaushalt mit einem Kind eine Quote von 10,5%, ein Kind aus einem Paarhaushalt mit zwei Kindern eine Quote von 7,2% sowie ein Kind aus einem Paarhaushalt mit drei und mehr Kindern eine Quote von 22,3% auf. Ein Vergleich mit Kindern, die in Haushalten von Alleinerziehenden aufwachsen zeigt sogar deutlich höhere Armutsrisikoquoten und -steigerungen: In einem Haushalt mit einem Kind beträgt diese 46,2%, mit zwei Kindern sogar 62,2% (vgl. a. a. O., 112; Datenbasis: SOEP 2010). Es kann somit ebenso festgehalten werden, dass insbesondere im Haushalt von Alleinerziehenden Lebende mit einer Armutsrisikoquote von 40,1% zu den am stärksten armutsgefährdeten Bevölkerungsgruppen zählen. Aufgrund der Datenlage ist folglich davon auszugehen, dass Kinder in einem Haushalt das Armutsrisiko erhöhen, weshalb besonders Familien oftmals unterhalb der für Deutschland definierten Armutsrisikoschwelle leben.

2.2 Das soziokulturelle Existenzminimum

Wie bereits ausgeführt, kann in einer hoch entwickelten Gesellschaft wie der in Deutschland Armut nicht auf das reine Überleben reduziert werden. Es existiert daher neben dem Begriff der relativen Armut im Sozialhilferecht dieses Landes außerdem der Begriff des *soziokulturellen Existenzminimums*, das durch die Regelsätze des SGB II und SGB XII festgelegt ist. (vgl. Gerull 2011, 366). Im vierten Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung heißt es hierzu, die Inanspruchnahme dieser Mindestleistung zeige das Ausmaß, in dem Teile der Bevölkerung einen zugesicherten Mindeststandard nur mit Unterstützung des Systems der sozialen Sicherung erreichen. In diesem Zusammenhang werde auch von "bekämpfter Armut" gesprochen. "Zu diesem Mindeststandard gehört in Deutschland nicht nur die Erhaltung der physischen Existenz, sondern auch eine der Würde

des Menschen entsprechende Teilhabe am gesellschaftlich üblichen Leben." (ARB 2013, 434 f.) Heftig umstritten ist jedoch, ob die Bedarfssätze des SGB II und XII, die seit dem 1.1.2013 bei 382 Euro (Eckregelleistung) liegen, wirklich eine Teilhabe der Hilfeempfänger_innen ermöglichen. In diesen 382 Euro Regelleistung sind die Kosten zur Sicherung des Lebensunterhalts enthalten, er umfasst gemäß § 20 Abs. 1 SGB II

"insbesondere Ernährung, Kleidung, Körperpflege, Hausrat, Haushaltsenergie ohne die auf die Heizung und Erzeugung von Warmwasser entfallenden Anteile sowie persönliche Bedürfnisse des täglichen Lebens. Zu den persönlichen Bedürfnissen des täglichen Lebens gehört in vertretbarem Umfang eine Teilhabe am sozialen und kulturellen Leben in der Gemeinschaft. Der Regelbedarf wird als monatlicher Pauschalbetrag berücksichtigt. Über die Verwendung der zur Deckung des Regelbedarfs erbrachten Leistungen entscheiden die Leistungsberechtigten eigenverantwortlich; dabei haben sie das Eintreten unregelmäßig anfallender Bedarfe zu berücksichtigen."

Was hier zunächst einleuchtend klingt, nämlich, dass neben Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts auch ein monatlicher Pauschalbetrag für persönliche Bedürfnisse des täglichen Lebens und damit in *vertretbarem Umfang* eine Teilhabe am sozialen und kulturellen Leben gesichert sein soll, erscheint bei näherer Betrachtung durchaus schwer umsetzbar. Schlüsselt man nämlich die Eckregelleistung in ihre Bestandteile auf, so entfällt auf den Posten "Freizeit, Unterhaltung, Kultur" ein Anteil von 11,04% der Regelleistung, was 42,17 Euro entspricht. Zusätzlich entfällt ein Anteil von 7,32% und somit 27,96 Euro auf "andere Waren und Dienstleistungen". Zusammen wären das also 70,13 Euro, die ein_e Hilfeempfänger_in monatlich zur freien Verfügung hat. Dieser Betrag erscheint für sich betrachtet nicht allzu niedrig, sind doch "mal ein Kaffee", eine Zeitschrift oder ein Kinobesuch im Monat durchaus enthalten. Diese Betrachtung greift aber zu kurz, da dieser Anteil nur selten auch zu seinem Zweck genutzt werden kann. Empfänger_innen von Leistungen des SGB II haben nämlich auch das "Eintreten unregelmäßig anfallender Bedarfe zu berücksichtigen." Das soll bedeuten, dass vom Regelsatz Rücklagen gebildet sollen für Fälle wie beispielsweise defekte Elektrogeräte, Klassenreisen der Kinder oder Ähnliches⁸. Bei einem monatlichen Budget von nur 135,61 Euro für Nahrungsmittel (ca. 4,52 pro Tag), 16,43 Euro für Gesundheitspflege oder 24,07 Euro für Verkehr, erscheint es angesichts steigender Lebensmittelpreise, einer Allergie, die in einer Woche schon mit um die 20 Euro zu Buche schlagen kann⁹ sowie ÖPNV-Monatskarten, die im günstigsten Fall 43,50 kosten¹⁰, doch

8 In der bis 2005 geltenden Leistung, der Sozialhilfe, waren diese Dinge noch nicht im Regelsatz inbegriffen und konnten beim zuständigen Sozialamt beantragt werden. Nach Einführung des Arbeitslosengeldes II wurde zwar der Regelsatz nicht deutlich erhöht, jedoch ein kleiner Pauschalbetrag zum Bilden von Rücklagen eingeführt (vgl. § 20 SGB II).

9 Zugrundegelegt sind hier sowohl eine 20er-Packung Antihistaminika in Tablettenform sowie Augentropfen und Nasenspray.

10 Dieser Preis gilt für eine CC-Karte des HVV im Großbereich Hamburg im Abo. Die Besonderheit der CC-

reichlich ambitioniert Rücklagen zu bilden. In diesem Zusammenhang von der Ermöglichung zur Teilhabe am sozialen und kulturellen Leben zu sprechen, wirkt somit angesichts des Zwangs Rücklagen für defekte Kühlschränke zu bilden, beinahe zynisch.

Da sich die Berechnung jedoch nur an den Ausgaben der untersten 15% der Einkommensbezieher_innen orientiert, überrascht die "Höhe" der Beträge keinesfalls, da diese Bevölkerungsgruppe mit ihrem Einkommen ja auch nur knapp oberhalb der Armutsrisikoschwelle liegt. Da es nun jedoch einen Lohnunterschied zwischen der arbeitenden Bevölkerung und Transfersleistungsbezieher_innen geben muss, ist die "Grundsicherung für Arbeitssuchende" noch einmal deutlich niedriger. Schließlich soll ja auch ein Anreiz für die Betroffenen geschaffen werden, sich Arbeit zu suchen oder in Arbeit vermittelt zu werden, sodass sie sich schnellstmöglich wieder selbst alimentieren können. Die Strukturen, die hierzulande seit der Einführung der sogenannten "Hartz-Gesetze" geschaffen wurden, lassen ein Entkommen aus dem Transferleistungsbezug jedoch kaum zu, verfestigen hingegen sogar die "Armutskarriere", wie die kontinuierlich gestiegene Zahl der in dauerhafter Armut lebenden Menschen in Deutschland (siehe 1.1) zeigt. Intention des Arbeitslosengelds II (Alg II) war es von Anfang an, das Reallohniveau in Deutschland zu senken, um auf den Weltmärkten wieder konkurrenzfähiger zu sein (vgl. Butterwegge 2009, 173). Dies konnte geschehen, indem Alg II-Bezieher_innen per Gesetz eine Leistungskürzung angedroht wird, wenn nicht jeder vorgeschlagene Job oder jede vorgeschlagene Weiterbildungsmaßnahme des Jobcenters angenommen wird. Hierdurch sollen stärkere "Anreize" zur Aufnahme jedweder Arbeit geschaffen und damit die brachliegenden Potentiale am Arbeitsmarkt ausgeschöpft werden¹¹. Durch den Ausbau des Niedriglohnsektors in den letzten Jahren waren somit immer mehr Leistungsbezieher_innen gezwungen, ihre Arbeitskraft zu Dumping-Preisen zu verkaufen. So seien als Folge der Einführung von Arbeitslosengeld II die Akzeptanzlöhne der Erwerbslosen dann auch deutlich gesunken (vgl. Butterwegge 2009, 179). Im Umkehrschluss ist das Erwerbseinkommen vieler Vollzeitbeschäftigter aufgrund sinkender Reallöhne nicht mehr ausreichend, um das sozioökonomische Existenzminimum davon decken zu können, sodass auch diese Menschen in den Bezug von Transferleistungen hineingetrieben werden. Die Bundesregierung verkauft genau diesen Zustand in ihrem vierten Armuts- und Reichtumsbericht aber als Erfolg. Seien

Karte besteht allerdings darin, dass sie wochentags nur zwischen 9h und 16h, 18h und 6h sowie am Wochenende ganztags gültig ist (vgl. Internetquelle 8). Doch auch in kleineren Städten wie beispielsweise in Eckernförde kostet eine Monatskarte für den Stadtverkehr im Abo 30 Euro (vgl. Internetquelle 15).

¹¹ Einer neoliberalen Denkweise folgend stellt Arbeitslosigkeit das Resultat eines zu geringen Anreizes eine Arbeit aufzunehmen dar und kann somit durch stärkere Anreize beseitigt werden (vgl. Lexikon zur Soziologie 2011, 468).

doch die bis zum achten Dezil¹² gesunkenen Bruttoerwerbseinkommen ein Zeichen für den Erfolg des Ausbaus des Niedriglohnssektors, da sie Ausdruck der in diesen Sektor vermittelten Vollzeitbeschäftigten seien (vgl. ARB 2013, S. 334). Es stellt sich jedoch die Frage, inwiefern Vollzeitbeschäftigte, die ihren Lebensunterhalt nur durch einen monatlichen Gang zum Jobcenter decken können, dies ebenso als Erfolg ansehen. Vor dem Hintergrund wachsender Armutsrisiken erweisen sich jedenfalls die bestehenden Sicherungssysteme zunehmend als nicht wirksamer Schutz vor Armut (vgl. Hanesch 2005, 65).

2.3 Armut als Lebenslage – die immaterielle Seite der Armut

Armut ist jedoch kein rein monetäres, sondern ein mehrdimensionales Phänomen. Es umfasst daher neben ökonomischen auch kulturelle und soziale Aspekte. Butterwegge benennt sechs Merkmale der Armut hierbei als entscheidend: Erstens eine weitgehende Mittellosigkeit oder monetäre Defizite, was in marktwirtschaftlich organisierten Gesellschaften den Verzicht auf bestimmte Güter und Dienstleistungen bedeutet, die in der Regel mit Geld bezahlt werden; zweitens ein länger andauernder Mangel an lebensnotwendigen bzw. allgemein für unverzichtbar gehaltenen Gütern und Dienstleistungen, was einen gravierenden Ansehensverlust in der Gesellschaft zur Folge hat; drittens die Notwendigkeit staatliche Unterstützung in Anspruch zu nehmen bzw. auf andere Formen des "Einkommenserwerbs" (bspw. Bettelei, Kriminalität) zurückzugreifen, verbunden mit dem Zwang "von der Hand in den Mund" zu leben, ohne dabei eine langfristige Lebensplanung betreiben zu können; viertens Mängel im Bereich der Wohnung, des Wohnumfelds, der Haushaltsführung, Ernährung, Gesundheit, Bildung, Freizeit und Kultur, die zu einem nahezu vollständigen Ausschluss der betreffenden Person aus dem gesellschaftlichen Leben führen; fünftens die Macht- oder Einflusslosigkeit der betroffenen Personen in allen gesellschaftlichen Schlüsselbereichen (bspw. Gremien von Wirtschaft oder Politik), in denen für die ganze Gesellschaft, einschließlich sie selbst, bindende Entscheidungen getroffen werden; und sechstens eine allgemeine Missbilligung der Lebensweise davon Betroffener, die marginalisiert, negativ etikettiert und stigmatisiert, schlussendlich also ausgegrenzt und am Ende sogar noch selbst für ihr Schicksal verantwortlich gemacht werden; die gesellschaftliche Determiniertheit die strukturellen Hintergründe dieses Problems werden dabei weitestgehend ignoriert bzw. negiert (vgl. Butterwegge 2009, 17 f.).

Diese Punkte machen deutlich, dass es nicht nur eine materielle, sondern auch eine

¹² Dezil = Einkommensgruppe, die 10% der Gesamtheit ausmacht. Das erste Dezil bezeichnet hierbei die niedrigste, das zehnte Dezil die höchste Einkommensgruppe.

immaterielle Seite von Armut gibt, die höchst subjektiv ist. Den Betroffenen fehlt neben Geld vor allem nämlich auch die Möglichkeit der Teilhabe. Es ist ihnen nicht oder nur sehr schwer möglich, sich in gesellschaftliche Willensbildungs- und Entscheidungsprozesse einzumischen (vgl. a. a. O. 18). Hinzu kommt, dass das Bild von Armut hierzulande stark durch die von den Massenmedien transportierten Bilder von absoluter Armut dominiert ist. In der Öffentlichkeit werden in relativer Armut in Deutschland Lebende insofern auch gern belächelt, mit der Begründung, in unserem reichen Land, wäre niemand "wirklich arm". Diese Betrachtung greift aber insofern zu kurz, als Armut in einem reichen Land sogar deprimierender und demoralisierender sein kann, als Armut in einem armen Land, denn hierzulande wird den Betroffenen tagtäglich vor Augen geführt, was ihnen entgeht (vgl. a. a. O., 20). Menschen, die gezwungen sind, am Rande des sozioökonomischen Existenzminimums zu leben, müssen immer wieder erfahren, dass sie innerhalb dieser Gesellschaft ausgeschlossen sind (vgl. a. a. O., 46). Das heißt, sie werden zwar gebraucht (beispielsweise als günstige_r Arbeitnehmer_in im Niedriglohnsektor), am gesellschaftlichen Aufschwung und Wohlstand jedoch in keinsten Weise beteiligt. Für die Betroffenen bedeutet dies vor allem einen dauerhaften Mangel an allgemein für notwendig erachteten Gütern, die es ihnen ermöglichen ein "normales" Leben zu führen, die Benachteiligung in unterschiedlichen Lebensbereichen – wie Arbeit, Wohnen, Freizeit, Sport –, den Ausschluss von (guter) Bildung, (Hoch-)Kultur und sozialen Netzwerken, die für die Inklusion des Individuums notwendig sind, eine Vermehrung der Existenzrisiken, Beeinträchtigung der Gesundheit und Verkürzung der Lebenserwartung sowie einen Verlust an gesellschaftlicher Wertschätzung, öffentlichem Ansehen und damit meist auch des individuellen Selbstbewusstseins – die Betroffenen schreiben sich selbst ab. (vgl. a. a. O., 28)

Hinzu kommt, dass von Armut Betroffene oft selbst für ihre Lage verantwortlich gemacht werden, da die Tatsache, dass Armut in einem wohlhabenden Land wie Deutschland ein strukturelles und von der Politik oder dem Wirtschaftssystem verschuldetes Problem ist, wie bereits erwähnt von den Massenmedien kaum aufgegriffen wird. In unserer Leistungsgesellschaft¹³ scheint es nur gerecht, dass die, die viel leisten auch viel davon haben. Im Umkehrschluss haben die vielen prekär Beschäftigten und Arbeitslosengeld II-Empfänger_innen einfach nicht genug geleistet, sich nicht genug angestrengt und verdienen es daher nicht besser. Auf diese Weise negiert man die eigene Zuständigkeit und überlässt das

13 In einer Leistungsgesellschaft ist das soziale Handeln durch Leistungsmotivation geprägt, der soziale Status ihrer Mitglieder richtet sich nach den erbrachten Leistungen für die Gesamtheit. Ziel ist ein Trend zur Beseitigung sozialer Ungleichheit, welche durch Chancengleichheit, die gemäß des formalen Leistungsprinzips existiert, hergestellt werden soll. Was jedoch Leistung ist und wer wofür weshalb belohnt wird, richtet sich nach Kriterien, die nicht an diesen Zielen ausgerichtet sind (vgl. Lexikon zur Soziologie 2011, 404).

Problem den Betroffenen, die oftmals keine Kraft oder einfach nicht die Möglichkeit haben sich zu wehren, im schlimmsten Fall sogar selbst glauben, sie wären Schuld an ihrer Lage. Dabei zeigt der Gini-Koeffizient seit Jahren ein Problem der Umverteilungsmaßnahmen auf. Er beschreibt auf einer Skala von 0 bis 1 die Ungleichheit der Einkommen bzw. der Vermögen. Je höher der Wert, umso ungleicher die Verteilung. Ist der Wert (bezogen auf das Einkommen) bis 2005 noch leicht von 0,25 auf 0,29 angestiegen, zeigt sich seit 2007 eine Konstanz von 0,28 (vgl. ARB 2013, X). Während die Bundesregierung dies als Erfolg darstellen und zeigen möchte, dass es keine so großen Unterschiede zwischen "arm und reich" in Deutschland gibt, ist dies natürlich nur die eine Seite der monetären Ungleichheit. Der Gini-Koeffizient, der sich auf die Vermögensverteilung bezieht, lag 2007 bei 0,766 (SOEP 2010). Die EVS (Einkommens- und Verbrauchsstichprobe, ohne Berücksichtigung von Betriebs- und Sachvermögen) kam für 2008 auf einen Wert von 0,748. Hier konnte eine kontinuierliche Steigerung beobachtet werden, lag der Wert des Jahres 1998 noch bei 0,686 (vgl. ARB 2013, 465). Die Verteilung des Privatvermögens klafft in Deutschland demnach weit auseinander: während die unteren 50% der Haushalte 2008 über 1% des Gesamtprivatvermögens besitzen (1998 waren es noch 3%), stehen den obersten 10% 53% davon zur Verfügung (1998: 45%) (vgl. ebd.). Somit steht fest, dass in Deutschland eine starke Verteilungsungleichheit herrscht, die stetig an Zuwachs gewinnt.

Dies ist insofern von besonderer Brisanz, als besonders Kinder unter der fehlenden Umverteilung leiden müssen. Im Jahr 2011 lebten noch immer 18,2% der unter drei-jährigen in einer Bedarfsgemeinschaft im Sinne des SGB II. Bei den unter 15-jährigen lag die Quote im selben Jahr bei gut 15% (vgl. a. a. O., VII). Die Rechtfertigung von Kinderarmut fällt schwer, sind sie doch nicht aufgrund mangelnder Leistung für ihre prekäre Lebenslage verantwortlich zu machen. Nichtsdestotrotz wird ein enormes Potential der Gesellschaft verspielt, wenn über 15% der unter 15-jährigen gezwungen werden in dieser mangelhaften Versorgungslage zu verbleiben (vgl. Butterwegge 2009, 178). Da insbesondere (Familien mit) kleine(n) Kinder(n) von einer Einkommensunterversorgung betroffen sind, ist auch hier die subjektive Seite der Armut hervorzuheben. Für Kinder ist die Höhe ihres Einkommens nicht von Bedeutung, ihre Lage für sie daher nur schwer zu erfassen (vgl. a. a. O., 182)

Ein weiteres Phänomen im Zusammenhang mit Kinderarmut stellt die *Zeitarmut* dar. Familien – insbesondere mit kleinen Kindern – die von Transferleistungen leben bzw. gerade noch nicht von Transferleistungen leben, stehen oftmals unter einem hohen (Zeit-)Druck, wodurch häufig auch die Zeit fehlt, sich intensiv mit den eigenen Kindern zu beschäftigen sowie sie in angemessener Form zu unterstützen. Besonders Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten oder

Lernschwierigkeiten haben durch diese spezielle Form der Armut oft mit Beeinträchtigungen ihrer soziokulturellen Entfaltungs- und Entwicklungschancen zu kämpfen. (vgl. a. a. O., 175 f.)

Nachdem in diesem Kapitel nun versucht wurde, zu klären, wie sich Armut gesellschaftlich sowie für die Betroffenen darstellt, werde ich im nächsten Kapitel auf ihre gesundheitlichen Auswirkungen eingehen.

3 Gesundheit und gesundheitliche Ungleichheit

Auch Gesundheit ist ein schwer zu fassender Begriff. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definierte sie bereits 1946 wie folgt:

"Die Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen." (WHO 1946)

Sie sieht Gesundheit nicht explizit als das Fehlen von Krankheit an, sondern fügt ihr eine subjektive Komponente – die des Wohlbefindens – hinzu. Auch deshalb hat sie noch heute Bestand und nichts von ihrer Aktualität verloren. Gerade in der Medizin erfuhr diese Dimension der Gesundheit jedoch immer wieder Kritik. So kann das Wohlbefinden ja ausschließlich von den betreffenden Personen selbst und schlecht von Expert_innen eingeschätzt werden, denen lediglich eine objektive Beurteilung der Gesundheit möglich ist und die nach dieser Definition den Gesundheitszustand einer Person nicht allein, sondern nur in Zusammenarbeit mit ihr einschätzen können. Eine Person kann es demnach als für ihr Wohlbefinden förderlich erachten, sich durch Rauchen oder Trinken kurzzeitig von Stress oder negativen äußeren Einflüssen zu flüchten, was objektiv natürlich als ungesund betrachtet werden muss. Die Definition der WHO ermöglicht den Menschen also ein Maß an Selbstbestimmung, das über andere Verständnisse des Gesundheitsbegriffs hinausgeht und durchaus als positiv zu bewerten ist (vgl. Franke 2012, 41).

In der heutigen Leistungsgesellschaft spielt nun aber noch eine Dimension der Gesundheit eine Rolle, nämlich die der Leistungsfähigkeit und Rollenerfüllung. Diese Dimension stammt aus einem psychologisch-soziologischen sowie politischen Kontext und zielt darauf ab, dass Gesundheit aus einem Leistungsgedanken heraus erstrebenswert ist und das Individuum somit subjektives Wohlbefinden durch seine Rollenerfüllung in der Gesellschaft erfährt (vgl. a. a.

O., 44). Parsons definierte Gesundheit 1967 demzufolge als

"[...] Zustand optimaler Leistungsfähigkeit eines Individuums für die wirksame Erfüllung der Rollen und Aufgaben, für die es sozialisiert worden ist." (Parsons 1967, 60, z. n. Franke 2012, 44)

Für die Bearbeitung dieser Thesis ist außerdem der Begriff der *gesundheitlichen Ungleichheit* von Bedeutung. Hier ist zunächst festzustellen, dass es den Menschen in der Bundesrepublik aus gesundheitlicher Perspektive nie zuvor so gut ging. Allerdings ist hierbei eine ungleiche Verteilung der Gesundheit zu finden, die sich durch die gesamte Gesellschaft zieht. Denn nach wie vor gilt: Die Verteilung von Gesundheit und Krankheit hängt von der Verteilung von sozialen, wirtschaftlichen und kulturellen Faktoren ab (vgl. Richter/Hurrelmann 2009, 13) oder anders ausgedrückt: Gesundheit, Krankheit und die *soziale Schicht*, beziehungsweise der *sozioökonomische Status* einer Person¹⁴, stehen in einem engen Verhältnis zueinander. Dies belegen bereits zahlreiche empirische Studien.

Insgesamt ist festzustellen, dass Menschen mit geringem sozioökonomischem Status¹⁵

- früher sterben
- mehr sexuell übertragbare Krankheiten haben
- häufiger an Angina pectoris, chronischer Bronchitis und Lungenkrebs leiden
- mehr chronisch-degenerative Erkrankungen haben
- mehr psychische Störungen haben
- erhebliche früher an Funktionseinschränkungen leiden
- nach einer Krebsdiagnose weniger lang leben sowie
- ihren eigenen Gesundheitszustand schlechter einschätzen (vgl. Franke 2012, 226 f.).

Hinzu kommt, dass diese Zusammenhänge sich linear darstellen. Je ungünstiger also der sozioökonomische Status einer Person ist, desto höher ist die Sterblichkeit beziehungsweise desto niedriger ist die Lebenserwartung. Dies gilt in gleichem Maße auch für Erkrankungen (vgl. Richter/Hurrelmann 2009, 19).

Da ich in Kapitel 1 bereits feststellen konnte, dass in Deutschland insbesondere Familien

¹⁴ Hierzu zählen neben dem Einkommen auch die Bildung sowie der berufliche Status einer Person.

¹⁵ Franke verwendet hier das Wort "Soziale Schicht", erläutert jedoch nicht näher, was darunter zu verstehen ist. Aus dem Kontext ist allerdings erkennbar, dass sich der Begriff auf den sozioökonomischen Status bezieht, also zu einem großen Teil auf das Einkommen, die Bildung und den Beruf einer Person.

überdurchschnittlich häufig von Einkommensarmut betroffen sind, ist anzunehmen, dass sie auch gesundheitliche Ungleichheit in besonderer Weise trifft. Im Folgenden werde ich daher auf relevante Aspekte in Bezug auf die Dimensionen und Auswirkungen der Gesundheit sowie des Gesundheitsverhaltens von Erwachsenen und Kindern in der Bundesrepublik eingehen.

3.1 Gesundheitliche Ungleichheit Erwachsener

Zunächst ist festzuhalten, dass Angehörige niedriger sozioökonomischer Statusgruppen ihren Gesundheitszustand sowie ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität signifikant schlechter einschätzen, als Angehörige höherer Statusgruppen. In einer Studie des SOEP aus dem Jahr 2003 schätzten 16,1% der armutsgefährdeten Männer im Alter von 30 bis 44 Jahren ihren Gesundheitszustand als "weniger gut" oder "schlecht" ein. Männer der gleichen Altersgruppe, die der Statusgruppe des "prekären Wohlstands" (60 bis <80% des durchschnittlichen Nettoäquivalenzeinkommens) angehörten, beurteilten ihren Gesundheitszustand sogar zu 20,3% als "weniger gut" oder "schlecht". Männer der höchsten Wohlstandsgruppe (>150% des durchschnittlichen Nettoäquivalenzeinkommens) taten dies im Vergleich nur zu 4,9%. Bei den Frauen tritt dieser Effekt erst in der Altersgruppe der 45 bis 64-jährigen deutlich zutage: 40,6% der Armutsrisiko- und 28,6% der prekären Wohlstandsgruppe schätzten ihren Gesundheitszustand hier als "weniger gut" oder "schlecht" ein, im Vergleich zu nur 16,1% der wohlhabendsten Gruppe. Sowohl bei Männern als auch bei Frauen gleicht sich die Beurteilung ihrer eigenen Gesundheit ab einem Alter von 65 Jahren jedoch an, was Lampert et al. als Hinweis darauf sehen, dass die gesundheitliche Benachteiligung unterer Statusgruppen insbesondere auf ein frühes Auftreten von Krankheiten und Beschwerden in den unteren Statusgruppen zurückzuführen ist (vgl. Lampert et al. 2005, 29).

Zusätzlich zur Selbsteinschätzung ihres Gesundheitszustands sind aber auch in Bezug auf den objektiven Gesundheitszustand beziehungsweise die objektive Gesundheitsbelastung sowie auf das Gesundheitsverhalten signifikante Unterschiede zwischen den verschiedenen Statusgruppen festzustellen.

3.1.1 Gesundheitszustand und Gesundheitsbelastung

Lebenserwartung: Studien des SOEP konnten nachweisen, dass Frauen und Männer, deren Einkommen unterhalb der Armutsrisikogrenze liegt, ein um das 2,4 bis 2,7fach erhöhtes relatives Mortalitätsrisiko im Vergleich zur hohen Einkommensgruppe haben. Die Lebenserwartung in Jahren liegt bei Frauen der Armutsrisikogruppe ab ihrer Geburt rund acht

Jahre unter der Lebenserwartung von Frauen der hohen Einkommensgruppe. Bei Männern beträgt diese Differenz sogar gut elf Jahre. Noch dazu ist eine Hierarchie in Bezug auf Lebenserwartung und Statusgruppe erkennbar – je höher der sozioökonomische Status einer Person, umso höher ist auch die Lebenserwartung beziehungsweise desto geringer ist das relative Mortalitätsrisiko¹⁶. Einfach ausgedrückt gilt demnach: Je ärmer eine Person ist, desto früher muss sie sterben (vgl. Franke 2012, 227).

Krankheiten und Krankheitsrisiken: Für Angehörige sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen wurde bereits Mitte der 1980er Jahre im Rahmen der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie und der MONICA-Studie Augsburg ein verstärktes Vorkommen vor allem von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, bestimmten Atemwegserkrankungen und Stoffwechselstörungen nachgewiesen (vgl. Lampert/Kroll 2010). Im Jahr 2005 wurden diese Befunde durch Analysen des Robert Koch Institut (RKI)¹⁷ bestätigt. Daten der GEDA-Studie¹⁸ aus dem Jahr 2009 weisen darüber hinaus auf ein deutlich erhöhtes Risiko für bestimmte Erkrankungen (Lebenszeitprävalenz) bei 45-jährigen und älteren Männern und Frauen aus der niedrigen im Verhältnis zur hohen Einkommensgruppe hin. Zu diesen Krankheiten gehören sowohl für Frauen als auch für Männer vor allem Herzinfarkte, Schlaganfälle und chronische Lebererkrankungen. Ein deutlich erhöhtes Krankheitsrisiko besteht außerdem für Angina pectoris, chronische Bronchitis, Diabetes mellitus, Osteoporose, Hypertonie, erhöhte Blutfett-/Cholesterinwerte, Asthma bronchiale, Herzinsuffizienz, Arthrose, chronische Niereninsuffizienz, Arthritis sowie Depression. Eine Unterscheidung zwischen alleinerziehenden Müttern und verheirateten Müttern¹⁹ erlaubt zudem die Aussage, dass einige ausgewählte Krankheiten wie beispielsweise Leberentzündung (10,2% alleinerziehende gegenüber 4,1% verheiratete Mütter), Nierenbeckenentzündung (23,6% zu 14,2%), Migräne (36,0% zu 26,3%) oder psychische Erkrankungen (24,7% zu 10,9%) alleinerziehende Mütter deutlich häufiger treffen als verheiratete Mütter²⁰.

Krankheitsbedingte Einschränkungen bei der Ausübung alltäglicher Tätigkeiten: Die GEDA-Studie aus dem Jahr 2009 zeigt außerdem, dass Personen, die einem Armutsrisiko unterliegen,

16 Zugrundeliegende Daten sind hier Daten des SOEP und periodische Sterbetafeln 1995 bis 2005 (vgl. Lampert/Kroll 2010)

17 Bundesgesundheitsurvey 1998 und telefonischer Gesundheitsurvey 2003

18 Gesundheit in Deutschland aktuell, Teil des Gesundheitsmonitorings des RKI; Im Gegensatz zu den Studien des SOEP wird hier zwischen drei Statusgruppen (niedrig: <60% des mittleren Äquivalenzeinkommens, mittel: 60 bis <150%, hoch: >150%) und lediglich nach dem Einkommen unterschieden.

19 In der vorliegenden Studie wird der Begriff "alleinerziehende Mutter" für Frauen verwendet, die ihre Kinder tatsächlich allein erziehen. Alleinerziehende mit Partner_in wurden nicht berücksichtigt. Lampert et al. weisen außerdem darauf hin, dass die Interpretation der Ergebnisse insofern erschwert wird, als keine Informationen darüber vorliegen, ob die jeweilige Krankheit vor oder nach Beginn des Alleinerziehens auftrat.

20 Datenbasis: Bundes-Gesundheitsurvey 1998 (RKI 2003), Lampert et al. 2005 S. 88

häufiger aufgrund einer Krankheit in der Ausübung alltäglicher Tätigkeiten eingeschränkt sind als Personen der mittleren beziehungsweise höheren Einkommensgruppe. Dies lässt sich bereits im jungen Erwachsenenalter, spätestens jedoch ab dem 30. Lebensjahr erkennen. Knapp 25% der Frauen der niedrigen Einkommensgruppe zwischen 30 und 44 Jahren geben an, sich bei der Ausübung alltäglicher Tätigkeiten durch Krankheiten eingeschränkt zu fühlen, während dies nur auf ca. 16% der oberen Einkommensgruppe dieser Alterklasse zutrifft. Im Alter von 45 bis 64 Jahren verstärkt sich diese Diskrepanz noch einmal: Ca. 45% der niedrigen Einkommensgruppe stehen hier etwa 27% der hohen Einkommensgruppe gegenüber. Bei den Männern ist das Gefälle sogar noch ausgeprägter. In der Gruppe der 30 bis 44-jährigen fühlen sich fast 40% der niedrigen Einkommensgruppe bei der Ausübung alltäglicher Tätigkeiten durch Krankheiten eingeschränkt, während dies in der hohen Einkommensgruppe nur bei knapp 10% der Fall ist. In der nächsthöheren Altersgruppe liegen die Werte mit ca. 56% (niedrig) und 23% (hoch) nach wie vor deutlich auseinander. Bei beiden Geschlechtern ist in der Altersgruppe ab 65 Jahren eine Angleichung der Einkommensgruppen zu erkennen. Die Daten des telefonischen Gesundheitssurveys 2003 erlauben außerdem einen Rückschluss auf psychische Gesundheitsprobleme. Hier wird deutlich, dass Frauen und Männer aus der Armutrisikogruppe deutlich häufiger aufgrund psychischer Probleme eingeschränkt sind. Frauen der niedrigen Einkommensgruppe weisen demnach ein um 2,65mal höheres Risiko einer Einschränkung in der Erfüllung ihrer emotionalen Rollenfunktion²¹ auf, als Frauen der hohen Statusgruppe. Bei Männern ist das Risiko einer Einschränkung sogar um den Faktor 2,85 erhöht.

3.1.2 Gesundheitsverhalten

Viele chronische Erkrankungen und andere Gesundheitsprobleme können auf Risikofaktoren zurückgeführt werden, die direkt mit dem Gesundheitsverhalten in Zusammenhang stehen. Obwohl das Gesundheitsverhalten einerseits von individuellen Präferenzen und Entscheidungen abhängt, ist es selbstverständlich auch von den Lebensumständen einer Person beeinflusst (vgl. Lampert/Kroll 2010). Durch zahlreiche Studien konnte darauf hingewiesen werden, dass erhebliche sozialschichtspezifische Unterschiede im individuellen Gesundheitsverhalten bestehen, genauer gesagt sind risikobehaftete gesundheitsbezogene Verhaltensweisen sowohl mit dem sozioökonomischen Status als auch mit der gesundheitlichen Situation einer Person eng verbunden (vgl. Helmert/Schorb 2012, 133). Von

²¹ Erfasst wurden hier Schwierigkeiten bei der Ausübung normaler Tätigkeiten im Beruf bzw. in der Schule/im Studium aufgrund von persönlichen oder seelischen Problemen.

besonderer Bedeutung sind hier Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, für die hauptsächlich das Rauchen von Zigaretten, Bewegungsmangel sowie fett- und kalorienreiche Ernährung verantwortlich gemacht werden. Zusätzlich ist seit langem bekannt, dass Angebote der Gesundheitsprävention von Personen mit niedrigem Einkommen wesentlich seltener wahrgenommen werden, als von Personen mit höheren Einkommen. Ich werde nun genauer auf diese sozialschichtspezifischen Unterschiede im Gesundheitsverhalten eingehen.

Tabakkonsum: Verschiedene Studien konnten belegen, dass Angehörige der Armutsrisikogruppe deutlich häufiger rauchen, als Menschen höherer Einkommensgruppen. So konnten Daten der GEDA²² zeigen, dass 18-jährige und ältere Frauen und Männer der schlechter gestellten Gruppe 1,3 beziehungsweise 1,35mal häufiger rauchen als gleichaltrige Frauen und Männer der hohen Einkommensgruppe²³. Daten des Bundesgesundheits surveys von 1998²⁴ lassen außerdem Rückschlüsse auf Exraucher bezogen auf alle jemals Rauchenden zu. Demnach sind in der höchsten Einkommensgruppe fast doppelt so viele Exraucher zu finden wie in der untersten Einkommensgruppe. Das bedeutet, dass Angehörige hoher Sozialschichten eher mit dem Rauchen wieder aufhören und ihr Gesundheitsverhalten verbessern.

Ernährung: Es ist anzunehmen, dass Personen, die einem Armutsrisiko ausgesetzt sind, ein schlechteres Ernährungsverhalten aufweisen, als Personen höherer Einkommensgruppen. Festmachen lässt sich dies unter anderem an einem häufigen Verzehr von Weiß- und Mischbrot, fetthaltigen Kartoffelerzeugnissen und Wurstwaren. Frisches Obst und Gemüse, mageres Fleisch sowie Fisch werden in Familien mit niedrigem Einkommen jedoch seltener verzehrt. So lässt sich auch ein häufigeres Auftreten von Adipositas in der niedrigen Einkommensgruppe feststellen. Über 18-jährige und ältere Männer weisen ein 1,51mal höheres, Frauen sogar ein 3,25mal höheres Adipositas-Risiko auf als Angehörige der hohen Einkommensgruppe (vgl. Lampert/Kroll 2010).

Sportliche Inaktivität: Auch sportliche Inaktivität ist in der unteren Einkommensgruppe signifikant häufiger zu beobachten als in der mittleren und hohen Einkommensgruppe. So gaben 2,44mal mehr über 18-jährige und ältere Frauen und 2,2mal mehr Männer an, in den letzten drei Monaten vor der Befragung keinen Sport getrieben zu haben.²⁵ Franke weist

22 Hier wird zwischen drei Statusgruppen unterschieden: Armutsrisikogruppe (<60% des mittleren Äquivalenzeinkommens), mittlere Statusgruppe (60%-<150% des mittleren Äquivalenzeinkommens) und hohe Statusgruppe (>150% des mittleren Äquivalenzeinkommens).

23 GEDA 2009 (Lampert 2011), in: GBA kompakt Ausgabe 5/2010 (Internetquelle 10)

24 In dieser Studie wird zwischen fünf "Sozialschichten" unterschieden: Oberschicht (Referenzgruppe), obere Mittelschicht, Mittelschicht, untere Mittelschicht sowie Unterschicht.

25 GEDA 2009 (Lampert 2011), in: GBA kompakt Ausgabe 5/2010 (Internetquelle 10)

allerdings darauf hin, dass in dieser Art Befragung oft nur nach explizit als Sport ausgewiesenen Aktivitäten gefragt wird. Personen mit niedrigem Einkommen würden demnach beispielsweise oftmals in höhergelegenen Wohnungen wohnen, die sie nur per Treppe erreichen können oder Berufe ausüben, in denen sie sich viel bewegen müssen. So leiden Postbot_innen oder Erzieher_innen im Vergleich zu Bankdirektor_innen sicherlich nicht an Bewegungsmangel, auch wenn sie offiziell als sportlich inaktiv gelten. (vgl. Franke 2012, 241).

3.2 Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen

Die Armut von Familien wirkt sich nicht nur auf die erwachsenen Familienteile sondern selbstverständlich auch auf Kinder und Jugendliche aus. Sie erschwert vor allem ihre sozialen, kulturellen und individuellen Entwicklungschancen, ihre Benachteiligung wird verfestigt und schränkt sie nachhaltig in ihren Verwirklichungschancen ein (vgl. Lutz 2010 S.397). Für die gesundheitliche Entwicklung der Kinder und Jugendlichen spielt neben der alltäglichen Praxis der elterlichen Lebensweise vor allem auch die emotionale Bindung zwischen Eltern und Kindern eine große Rolle. Diese wird ebenfalls durch die wirtschaftliche Situation des Haushaltes und die Bildungssituation der Eltern beeinflusst (vgl. Lampert et al. 2010, 63).

In diesem Kapitel soll nun geklärt werden, welche gesundheitlichen Konsequenzen sich aus einem niedrigen sozioökonomischen Status des Elternhauses für Kinder und Jugendliche ergeben. Schwerpunktmäßig werde ich hier die Daten und Ergebnisse der KiGGS-Studie²⁶ aus dem Jahr 2006 vorstellen.

Allgemeiner Gesundheitszustand: In der KiGGS-Studie konnte festgestellt werden, dass Eltern mit einem niedrigen Sozialstatus²⁷ den Gesundheitszustand ihrer Kinder insgesamt schlechter einschätzen als Eltern mit mittlerem oder hohem Sozialstatus. Demnach wird der Gesundheitszustand von 9,2% (Jungen) bzw. 9,1% (Mädchen) der 3- bis 10-jährigen mit niedrigem Sozialstatus im Vergleich zu 3,6% (beide Geschlechter) derselben Altersgruppe mit hohem Sozialstatus von den eigenen Eltern als mittelmäßig bis sehr schlecht eingeschätzt. Bei den 11- bis 17-jährigen ist diese Tendenz ebenfalls erkennbar, wobei der Gesundheitszustand der Jugendlichen allgemein etwas schlechter eingeschätzt wird als der von Kindern. 11,5%

26 Die Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) ist eine vom Robert-Koch-Institut seit 2003 durchgeführte Studie zum Gesundheitszustand sowie zur gesundheitlichen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren.

27 Die KiGGS-Studie unterscheidet zwischen niedrigem, mittlerem und hohem Sozialstatus. Zur Einteilung wurden die Schulbildung, die berufliche Qualifikation, das Haushaltsnettoeinkommen sowie die berufliche Stellung der Eltern herangezogen.

der Jungen und 10,7% der Mädchen mit niedrigem Sozialstatus stehen hier 6,3% (Jungen) und 4,9% (Mädchen) mit hohem Sozialstatus gegenüber.

Krankheiten und Beschwerden: Akute Erkrankungen sind im Kindes- und Jugendalter häufig zu beobachten, chronische Krankheiten hingegen deutlich seltener als bei Erwachsenen. Die KiGGS-Studie konnte für die meisten Erkrankungen keine statusrelevanten Unterschiede feststellen. Ausnahmen sind hier Erkältungen, Bindehautentzündungen, Windpocken und Scharlach, die etwas häufiger bei Kindern und Jugendlichen der hohen Statusgruppe auftreten sowie Angina und Masern, von denen Kinder und Jugendliche der niedrigen Statusgruppe vermehrt betroffen sind. Chronische Krankheiten sind ebenfalls in ihrer Ausbreitung nur geringen Statusunterschieden unterworfen. Die einzige Ausnahme stellt hier die Neurodermitis dar, die bei 17% der Kinder und Jugendlichen mit hohem Sozialstatus und nur bei 11% der Kinder und Jugendlichen mit niedrigem Sozialstatus auftritt. Die Heranwachsenden der niedrigen Statusgruppe sind außerdem von Skoliose häufiger betroffen. Das Auftreten von Schmerzen, das in der 3-Monats-Prävalenz abgefragt wurde, sowie die Schmerzlokalisierung folgt laut der KiGGS-Studie keinem Zusammenhang mit dem Sozialstatus. Mit 78% waren Jugendliche im Vergleich zu Kindern mit 65% in den letzten drei Monaten häufiger von Schmerzen betroffen, hervorzuheben sind hierbei Kopf-, Bauch sowie Hals- (bei Kindern) und Rückenschmerzen (bei Jugendlichen). Es ist festzustellen, dass Mädchen aller Altersklassen häufiger an Schmerzen leiden als Jungen (vgl. Lampert 2010, 27).

Unfälle und Verletzungen: Die KiGGS-Studie erfasst durch Befragungen der Eltern das Unfallgeschehen der letzten zwölf Monate. Dazu zählten sowohl Verletzungen als auch Vergiftungen, die danach ärztlich behandelt wurden. Mit den Daten lässt sich in Bezug auf Straßenverkehrsunfälle ein Zusammenhang mit dem sozialen Status feststellen. Demnach verunfallten in den letzten zwölf Monaten 11% der Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus im Straßenverkehr im Vergleich zu 5% der Kinder aus Familien mit hohem Sozialstatus. Gravierende Unterschiede zeigten sich zudem bei den ergriffenen Maßnahmen zum Schutz bei Unfällen. Kinder und Jugendliche aus Familien mit hohem Sozialstatus sind sowohl beim Fahrradfahren als auch beim Inlineskaten besser geschützt als Heranwachsende niedrigerer Statusgruppen. 63% von ihnen tragen beim Fahrradfahren einen Helm und 83% tragen Protektoren beim Inlineskaten. Im Vergleich dazu tun dies nur 46% beziehungsweise 61% der Gleichaltrigen aus der niedrigen Statusgruppe (vgl. Lampert et al. 2010, 28).

Psychische und Verhaltensauffälligkeiten: In Bezug auf psychische und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen konnten große Unterschiede

hinsichtlich des sozialen Status festgestellt werden. Insgesamt 14,7% (Jungen) beziehungsweise 9,6% (Mädchen) der Heranwachsenden aus Familien mit niedrigem Sozialstatus im Vergleich zu 4,7% (Jungen) beziehungsweise 2,2% (Mädchen) aus Familien mit hohem Sozialstatus sind hier von psychischen und Verhaltensauffälligkeiten betroffen. Dabei ist festzustellen, dass der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit Problemen in der niedrigen Statusgruppe mit zunehmendem Alter eher abnimmt während der Anteil der Kinder und Jugendlichen der hohen Statusgruppe eher zunimmt. Lutz stellt in diesem Zusammenhang fest, dass Kinder armer Familien häufiger depressiv seien und unter Einsamkeitsgefühlen und Ängsten litten, da Armut seelisch krank mache (vgl. Lutz 2010, 399). Insgesamt sind Jungen häufiger von der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) betroffen, während bei Mädchen vermehrt emotionale Probleme im Verlauf der Adoleszenz auftreten (vgl. Lampert et al. 2010, 28). Signifikante sozialstatusabhängige Unterschiede ergeben sich hinsichtlich des Verdachts auf Essstörungen²⁸. Insgesamt 19,9% der heranwachsenden Jungen mit niedrigem Sozialstatus stehen hier 9,9% aus der hohen Statusgruppe gegenüber. In der Altersgruppe der 11- bis 13-Jährigen ist der Anteil mit 23,5% (niedriger Status) beziehungsweise 10,5% (hoher Status) größer als in der Altersgruppe der 14- bis 17-Jährigen. Bei den 14- bis 17-jährigen Mädchen mit niedrigem Sozialstatus ist der höchste Anteil an Jugendlichen mit Verdacht auf eine Essstörung zu finden: Er beträgt 37,2%. Aber auch ein Drittel der 11- bis 13-jährigen Mädchen dieser Statusgruppe steht unter dem Verdacht einer Essstörung, was zu einem Anteil von insgesamt 35% aller jugendlicher Mädchen dieser Statusgruppe führt. Bei den Mädchen der hohen Statusgruppe weisen nur 22,6% diesen Verdacht auf. Auffällig ist jedoch, dass der Anteil in der Altersgruppe der 14- bis 17-Jährigen mit 26,6% deutlich höher ausfällt als in der Altersgruppe der 11- bis 13-Jährigen mit 16,1%.

Ernährung und Übergewicht: Die Ernährungsweise ist von grundlegender Bedeutung für die gesundheitliche Entwicklung im Kindes- und Jugendalter (vgl. Lampert et al. 2010, 30). Familiäre Armut beeinflusst Kinder und Jugendliche jedoch negativ in ihrem Ernährungsverhalten; gerade durch Geldarmut können sich beispielsweise Unregelmäßigkeiten hinsichtlich Frühstück, Pausenbrot und Mittagessen ergeben (Vgl. Lutz 2010, 398). Doch konnte auch durch die KiGGS-Studie ein insgesamt ungünstigeres

28 In der KiGGS-Studie wurden anhand von fünf Items Anhaltspunkte für ein essgestörtes Verhalten identifiziert. Unter anderem wurde danach gefragt, ob sich die Jugendlichen übergeben, wenn sie sich unangenehm fühlen, ob sie sich Sorgen machen, weil sie manchmal mit dem Essen nicht aufhören können oder ob sie sich zu dick fühlen, obwohl andere sie zu dünn finden. Wurden zwei der fünf Fragen bejaht, galt dies als Hinweis auf eine mögliche Essstörung, vor allem auf Anorexia und Bulimia nervosa (vgl. Lampert et al. 2010, 29 nach Hölling, Schlack 2007)

Ernährungsverhalten für Heranwachsende aus der niedrigen Statusgruppe im Vergleich zu Heranwachsenden der sozial besser gestellten Bevölkerungsgruppen nachgewiesen werden. Beispielsweise essen Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem Sozialstatus zweimal häufiger nicht täglich frisches Obst. Auch andere Nahrungsmittel, die als physiologisch hochwertig einzustufen sind, werden von ihnen seltener verzehrt. Im Gegenzug konsumieren sie jedoch Nahrungsmittel mit einer hohen Energiedichte sowie einem hohen Fett- und niedrigen Nährstoffgehalt (vgl. Lampert et al. 2010, 31). Dementsprechend kann auch bei doppelt so vielen Jungen und fast dreimal so vielen Mädchen der niedrigen Statusgruppe im Vergleich zur hohen Statusgruppe Übergewicht²⁹ festgestellt werden. Kinder und Jugendliche mit niedrigem Sozialstatus sind demnach deutlich häufiger übergewichtig als Gleichaltrige der hohen Statusgruppe, was am stärksten durch den Anteil der übergewichtigen Mädchen in der Altersgruppe der 11- bis 17-Jährigen zum Tragen kommt: 27% gelten hier als übergewichtig, während dies nur auf 10,1% in der hohen Statusgruppe zutrifft.

Körperlich-sportliche Aktivität: Auch regelmäßige körperliche Bewegung gilt als wichtige Voraussetzung für ein gesundes Aufwachsen. Für Kinder und Jugendliche sind hier neben positiven Effekten für das Herz-Kreislauf-System, die Atmung, den Stoffwechsel sowie die motorische Entwicklung auch positive Erfahrungen und Erlebnisse im Hinblick auf den Kontakt und den Austausch mit Gleichaltrigen von Bedeutung. Auch hier können die Daten der KiGGS-Studie signifikante statusspezifische Unterschiede bezüglich der sportlichen Inaktivität³⁰ von Kindern und Jugendlichen aufzeigen. Mehr als dreimal so viele Jungen und viermal so viele Mädchen in der Altersgruppe der 3- bis 10-Jährigen aus Familien mit niedrigem sozialen Status als Gleichaltrige aus Familien mit hohem sozialem Status sind demnach sportlich inaktiv. Für Jugendliche im Alter von 11 bis 17 Jahren ergibt sich ein ähnliches, jedoch stark abgeschwächtes Bild: Bei den Jungen verschwinden die Statusunterschiede fast vollständig. 10,3% der niedrigen Statusgruppe sowie 8,9% der hohen Statusgruppe sind hier als körperlich-sportlich inaktiv einzustufen. Bei den Mädchen sind mit 28,1% aus der niedrigen Statusgruppe fast doppelt so viele körperlich-sportlich inaktiv als in der hohen Statusgruppe mit 15,8% Anteil.

Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum: Bei der Gesundheitsförderung und Prävention im

29 Entsprechend einer Empfehlung der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) werden Kinder und Jugendliche als übergewichtig eingestuft, wenn ihr Body-Mass-Index (BMI) höher liegt als bei 90% der Gleichaltrigen (vgl. Lampert et al. 2010, 31).

30 Im Fall von Kindern im Alter zwischen drei und zehn Jahren sollten die Eltern angeben, wie häufig diese Sport im oder außerhalb eines Vereins machen. Jugendliche im Alter von elf bis 17 Jahren wurden gefragt, wie häufig sie in ihrer Freizeit körperlich so aktiv sind, dass sie richtig ins Schwitzen geraten oder außer Atem kommen. Inaktivität meint hier weniger als einmal in der Woche sportlich beziehungsweise körperlich-sportlich aktiv sein.

Kindes- und Jugendalter spielt auch die Verringerung des Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsums eine wichtige Rolle. Insbesondere der frühe Einstieg in den Konsum kann hier besondere Probleme nach sich ziehen, da die organische Vulnerabilität während des Wachstums erhöht ist und die Gefahr einer Abhängigkeit von den Substanzen steigt (Lampert et al. 2010, 34). Die KiGGS-Studie zeigt hier insbesondere in Bezug auf das Rauchverhalten der Jugendlichen (14- bis 17-Jährige) signifikante Statusunterschiede. Fast zweimal mehr Jungen und dreimal mehr Mädchen der niedrigen Statusgruppe im Vergleich zur hohen Statusgruppe rauchen aktuell. Auch die Passivrauchbelastung, die prinzipiell für ähnliche Gesundheitsschäden wie das Rauchen verantwortlich gemacht wird, fällt für Jugendliche mit niedrigem Sozialstatus höher aus: Fast die Hälfte der Jungen (49,1%) und mehr als die Hälfte der Mädchen (53,1%) sind mindestens mehrmals pro Woche einer Passivrauchbelastung ausgesetzt, obwohl sie selbst nicht rauchen. Dies trifft nur auf 27,3% der Jungen und 27,8% der Mädchen mit höherem Sozialstatus zu. Kinder und Jugendliche, die Tabakrauch ausgesetzt sind, leiden gemäß dem Deutschen Krebsforschungszentrum (dkfz) häufiger an Mittelohrentzündungen, Infektionen der Atemwege und Asthma. Demhingegen ist wöchentlicher Alkoholkonsum mit 30,6% bei Jungen aus Familien mit niedrigem Sozialstatus weniger verbreitet als bei Jungen aus Familien mit hohem Sozialstatus (34,6%). Bei den Mädchen ist der Unterschied mit 16,9% zu 23,1% sogar noch größer. In Bezug auf den ehemaligen Konsum von Haschisch/Marihuana sind keine Statusunterschiede bei den Jugendlichen festzustellen.

Inanspruchnahme des Gesundheitswesens: Bezüglich der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens sind nur schwach ausgeprägte Statusunterschiede festzustellen. Lediglich bei der Teilnahme am Krankheitsfrüherkennungsprogramm für Kinder (U-Untersuchungen) lässt sich eine geringere Beteiligung der niedrigen Statusgruppe feststellen. Trotz der insgesamt hohen Teilnehmeraten an den U-Untersuchungen sind ab der U3 Unterschiede nach dem sozialen Status festzustellen, die sich im Laufe der Untersuchungsreihe weiter verstärken. An allen neun U-Untersuchungen nahmen 75% der Kinder aus der niedrigen, 85% der Kinder aus der mittleren und 86% der Kinder aus der hohen Statusgruppe teil (vgl. Lampert et al. 2010, 36).

Insgesamt kann also festgestellt werden, dass der gesundheitliche Zustand sowie das Gesundheitsverhalten – genauso wie bei den Erwachsenen – von Kindern und Jugendlichen mit niedrigem sozialen Status als schlechter zu bewerten ist als von Gleichaltrigen mit hohem sozialen Status. Im nächsten Kapitel werde ich Erklärungsansätze für dieses Phänomen

vorstellen, in die auch die Theorie der Lebensweltorientierung von Hans Thiersch mit einfließen soll.

4 Der Zusammenhang von Armut und Gesundheit

Den Ausführungen im vorherigen Kapitel folgend ist davon auszugehen, dass der Zusammenhang von Armut beziehungsweise Sozialstatus und Krankheit als gesichert angesehen werden kann. Die Klärung der Ursachen erscheint allerdings weitaus komplexer. So stellt sich hier die Frage, warum die Mortalität beispielsweise eines berufstätigen Singles mit niedrigem Einkommen, der in einer kleinen Wohnung lebt, jedoch weder hungern noch frieren muss, höher ist, als die eines gleichaltrigen Singles mit höherem Einkommen. Auch wenn zusätzlich zum Einkommen die (Aus-)Bildung sowie der Berufsstatus miteinbezogen werden, erschließen sich die Ursachen nur schwer, da sie den Gesundheitszustand nur indirekt beeinflussen. Die mit dem Sozialstatus verbundenen Lebens- und Verhaltensweisen sind dermaßen vielfältig und komplex, dass es kaum möglich scheint daraus eine geeignete Erklärung abzuleiten. Noch dazu sind nicht nur die gegenwärtigen, sondern auch frühere Lebensbedingungen von erheblicher Bedeutung (vgl. Mielck 2005, 47). Daher ist es zunächst wichtig, nach entscheidenden und übergreifenden Faktoren zu suchen, die für die gesundheitliche Ungleichheit verantwortlich sind und festzustellen, wie diese miteinander zusammenhängen (vgl. a. a. O., 48).

Von großer Bedeutung sind hier die zwei *zentralen Hypothesen* zum Zusammenhang von Armut und Gesundheit.

Gemäß der ersten Hypothese beeinflusst der Gesundheitszustand den sozioökonomischen Status – überspitzt formuliert bedeutete dies: "Krankheit macht arm" beziehungsweise "Gesundheit macht reich". Hier wird zwischen zwei Varianten unterschieden. Zum einen existiert die Möglichkeit der abwärtsgerichteten sozialen Mobilität; demnach ist ein sozialer Abstieg bei kranken Personen wahrscheinlicher als bei gesunden. Die zweite Variante benennt die Möglichkeit der aufwärtsgerichteten sozialen Mobilität, wonach im Umkehrschluss ein sozialer Aufstieg bei gesunden Personen wahrscheinlicher ist als bei kranken. Diese erste Hypothese wird in den Modellen zum Zusammenhang von Armut und Krankheit jedoch weitestgehend außer Acht gelassen (vgl. ebd.).

Weit mehr Aufmerksamkeit wird der zweiten Hypothese geschenkt, wonach der sozioökonomische Status den Gesundheitsstatus beeinflusst. Plakativ formuliert folgt diese

Hypothese der Aussage, dass Armut krank mache.

Dabei lassen sich insgesamt sieben Ansätze unterscheiden, die versuchen, den Einfluss sozioökonomischer Faktoren auf den Gesundheitszustand zu erklären:

- Gesundheitsgefährdendes Verhalten wie beispielsweise Rauchen, ungesunde Ernährung, sportliche Inaktivität, hoher Alkoholkonsum
- Durch das Gesundheitsverhalten beeinflussbare weitere Risikofaktoren (zum Beispiel Übergewicht, Bluthochdruck)
- Physische und psychische Arbeitsbelastungen (wie körperlich schwere Arbeit, Lärm, Eintönigkeit, geringe Möglichkeiten des Mitentscheidens)
- Belastende Wohnbedingungen (Größe und Ausstattung der Wohnung, Wohnumfeld, Lärm, Luftverschmutzung)
- (fehlende) Soziale Unterstützung
- (mangelndes) Vorsorge-Verhalten (Teilnahme an Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen)
- Gesundheitliche (Unter-)Versorgung (Gesundheitliche Aufklärung, Besuch von Fachärzt_innen, medikamentöse Kontrolle von hohem Blutdruck)

(vgl. a. a. O., 49).

Ausgehend von den in diesen Erklärungsansätzen enthaltenen Variablen entstanden in den letzten ca. 30 Jahren viele Versuche eines Modells vom Zusammenhang der Determinanten von Gesundheit und gesundheitlicher Ungleichheit – die Erforschung der Ursachen und Zusammenhänge gesundheitlicher Ungleichheit ist also ein eher junger Wissenschaftszweig. Im folgenden werde ich die wichtigsten Stationen sowie den aktuellen Stand der Diskussion zusammenfassen.

4.1 Erklärungsmodelle und Perspektiven

Frühe Arbeiten aus den späten 1970er, 1980er und frühen 1990er Jahren betonen vor allem den Einfluss der Arbeitsbedingungen auf die Gesundheit. Geissler (1979) und Oppholzer (1986/1994) weisen darauf hin, dass sowohl physische als auch psychische Belastungen einen direkten Einfluss auf den Gesundheitszustand ausüben, wovon auch Erholungsmöglichkeiten in der Freizeit betroffen sind. Personen, die körperlich schwerer Arbeit nachgehen, haben dementsprechend weniger Muße nach der Arbeit Ausgleichssport zu betreiben. Zusätzlich

wird dem Arbeitslohn ein entscheidender Einfluss auf die Kompensation möglicher Belastungen auf der Arbeit zugesprochen. Oppholzer unterscheidet 1994 erstmalig zwischen primären und sekundären Effekten der Arbeitswelt auf den Gesundheitszustand: *Primäre* Effekte resultieren demnach aus körperlicher Beanspruchung (wie schwerer Muskelarbeit), den Umgebungseinflüssen (bspw. Lärm), den psychischen Belastungen (z.B. Termindruck) und der Arbeitszeit (z.B. Schichtarbeit). *Sekundäre* Effekte können sich auf unterschiedliche Bereiche wie Wohnverhältnisse und Ernährung erstrecken, bleiben allerdings in ihrer genauen Entstehung und Wichtigkeit weitgehend unklar (vgl. Mielck 2000, 165).

Angermeyer und Klusmann betonen 1987 erstmals den gesundheitlichen Einfluss von Stress. Demnach ist nicht nur die objektive Belastung, sondern auch die subjektive Verarbeitung dieser Belastung von großer Bedeutung. Beide Elemente sind zudem vom sozialen Kontext – und damit vom sozialen Status – abhängig. Es wird vermutet, dass die unteren Statusgruppen im Vergleich zu den oberen Statusgruppen doppelt belastet sind, da sie mit größeren objektiven Problemen – wie finanziellen Problemen, Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes – konfrontiert und diesen gleichzeitig stärker ausgeliefert sind (durch beispielsweise erlernte Hilflosigkeit³¹ und weniger soziale Unterstützung; vgl. Mielck 2005, 50).

Im Jahr 1990 entwickelten Siegrist et al. aufbauend auf dem "job strain"-Ansatz von Karasek/Theorell (1990)³² das Modell der beruflichen Gratifikationskrisen zur Erklärung von koronaren Herzkrankheiten. Das auch eine Möglichkeit zur Erklärung der sozioökonomischen Unterschiede beim Auftreten dieser Erkrankung bietet. Im Mittelpunkt steht bei diesem Modell wieder die Arbeitswelt: Eine berufliche Gratifikationskrise bahnt sich hiernach durch eine hohe Diskrepanz zwischen hoher beruflicher Verausgabung und niedriger Belohnung an. Eine niedrige Belohnung kann beispielsweise ein geringes Einkommen, eine geringe Anerkennung oder die Gefahr, den Arbeitsplatz zu verlieren, bedeuten. Durch empirische Überprüfung konnte festgestellt werden, dass eine berufliche Gratifikationskrise das Risiko einer koronaren Herzkrankheit deutlich erhöht. Zudem ist zu vermuten, dass diese Krisen Erwerbstätige mit geringem beruflichen Status besonders häufig treffen (vgl. ebd.).

Steinkamp fügte seinem 1993 entwickelten Modell eine bis dato neue Ebene hinzu: die Mesoebene. Er kritisierte, dass der Kausalsprung von der Makroebene (soziale Ungleichheit in der Gesellschaft) hin zur Mikroebene (Gesundheitszustand einer Person) unzulässig weit

31 "Erlernte Hilflosigkeit" bezeichnet ein psychologisches Konzept zur Erklärung von Depressionen, das von Martin P. Seligman entwickelt wurde (vgl. Zimbardo/Gerrig 2004, 680).

32 Dieser Ansatz geht davon aus, dass beruflicher Stress dann entsteht, wenn eine Kombination aus hohen Anforderungen und geringem Handlungs- und Entscheidungsspielraum besteht (vgl. Mielck 2005, 50).

sei und versuchte eine Verbindung in der kausalen Kette zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit herzustellen. Sein Modell unterscheidet daher zwischen:

- a) Makroebene: soziale Ungleichheit (Unterschiede in Bildung, Beruf, Einkommen)
- b) Mesoebene: materielle und soziale Lebensbedingungen (z.B. Kleinere und größere Alltagsbelastungen), soziale Unterstützung, Versorgung durch das Gesundheitssystem
- c) Mikroebene: individuelle Ressourcen zur Bewältigung von Belastungen, negativen Emotionen (z.B. Angst, Wut), gesundheitsschädigendes Verhalten, genetische Disposition, Morbidität und Mortalität.

Durch die drei Ebenen in Steinkamps Modell wurden eine Vielzahl von Hypothesen zur Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit möglich, weshalb es viele Autor_innen in der Folgezeit übernahmen (vgl. a. a. O., 50 f.).

Geyer lieferte im Jahr 1997 einen Überblick über die Ansätze zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit, in dem er zwischen fünf Themen unterschied: materielle Lage, Berufsarbeit, belastende Lebensereignisse, soziale Unterstützung, Sense of Coherence. Beim Thema "materielle Lage" wird vor allem auf das zur Verfügung stehende Einkommen hingewiesen. Das Stichwort "Berufsarbeit" behandelt vor allem die Modelle "job strain" und "berufliche Gratifikationskrisen". Mit "belastende Lebensereignisse" sind beispielsweise der Verlust des Arbeitsplatzes, Scheidung oder Nichtbestehen einer wichtigen Prüfung gemeint. Es wird vermutet, dass ein Zusammenhang zwischen diesen Ereignissen und einem negativen Gesundheitszustand besteht. Modelle, die dieses Thema betonen, gehen davon aus, dass belastende Lebensereignisse in unteren Statusgruppen besonders häufig auftreten, was jedoch bisher nicht empirisch gesichert werden konnte. Auch "soziale Unterstützung" hat ohne Zweifel einen Einfluss auf den Gesundheitszustand, es ist jedoch noch ungeklärt, welchen Beitrag sie zu einer Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit leisten kann. Das Konzept des "Sense of Coherence" beruht auf der Annahme, dass eine Person ihre Probleme besser bewältigen kann, wenn sie ihre Umwelt allgemein als verstehbar, beherrschbar und mit Sinn versehen erlebt. Auch dieses Konzept bedarf noch einer umfangreichen empirischen Überprüfung (vgl. a. a. O., 51)³³.

Zusätzlich zu diesen in Deutschland seit längerem diskutierten Modellen existiert eine Vielzahl neuer Ansätze zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit. Der Lebenslaufansatz geht beispielsweise davon aus, dass sich über die gesamte Lebensspanne hinweg Belastungen summieren und in dieser Summe dann den gesundheitlichen Status bestimmen. Chronische

33 Das Konzept des "Sense of Coherence" ist Teil des umfassenden Gesundheitsmodells der "Salutogenese" von Aaron Antonovsky. Es ist jedoch zu umfangreich um es hier genauer zu darzustellen.

Erkrankungen sind demnach ein Ergebnis von Risikoketten, zu denen Variablen aller Gesundheitsdeterminanten – sozioökonomische Verhältnisse genauso wie Wohn- und Arbeitsbedingungen sowie soziale Einflüsse und individueller Lebensstil – beitragen. Somit ist nicht nur der aktuelle sozioökonomische Status einer Person für ihren Gesundheitszustand von Bedeutung, sondern auch der vergangene. Dieses "Kumulations-Modell" findet sich beispielsweise in Arbeiten von Dragano und Siegrist (2009, 185; vgl. Franke 2012, 229). Das Modell kritischer Perioden hingegen stellt die Entwicklung des Organismus und Zeiten des natürlichen Wachstums in den Vordergrund. Organe, Gewebe und funktionelle Systeme des menschlichen Körpers benötigen demnach eine bestimmte Zeit, um sich vollständig auszubilden. Besonders große Entwicklungsschritte werden dabei im Mutterleib sowie auch im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter vollzogen. Wird die Entwicklung nun in solchen sensiblen Zeiten, in denen der Organismus besonders verletzlich ist, gestört, so kann dies zu bleibenden Schädigungen normaler Organstrukturen und -funktionen führen – es besteht beispielsweise ein Zusammenhang zwischen Unterernährung in der Schwangerschaft und der fehlerhaften Ausbildung der Bauchspeicheldrüse. Diese Zeitfenster werden "kritische Perioden" genannt (vgl. Dragano/Siegrist 2009, 184).

Wilkinson lieferte 2001 einen Ansatz zur Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit, in dem nicht das Individuum, sondern die gesamte Gesellschaft im Zentrum steht: Er sieht die Einkommensungleichheit als das wesentliche Kriterium in modernen Industriegesellschaften an. Je größer also die Diskrepanz zwischen reichster und ärmster Schicht, umso schlechter sei es um den Gesundheitszustand der gesamten Gesellschaft, nicht nur um den der ärmsten Schicht gestellt. Diese These belegt Wilkinson mit umfassendem Datenmaterial aus der ganzen Welt und einem Vergleich von 50 amerikanischen Bundesstaaten. Er misst das Ausmaß sozialer Ungleichheit über das Ausmaß der Einkommensunterschiede und setzt dies mit Gesundheitsmaßen wie Lebenserwartung, Kindersterblichkeit, Adipositas, psychischen Störungen und Teenagerschwangerschaften in Beziehung. Dabei sind die gesundheitlichen Werte umso besser, je geringer die Einkommensunterschiede des betreffenden Landes sind (vgl. Wilkinson & Pickett 2009, 82/92). Auch die Kosten, die für das Gesundheitssystem ausgegeben werden, sind nach Wilkinsons Ergebnissen nebensächlich. Er erklärt dies mit einem vermuteten größeren Zusammenhalt egalitärer Gesellschaften, in denen mehr soziale Netzwerke bestehen, weniger Neid und Abgrenzung herrschen. Durch das positive soziale Klima werde ein Gefühl von Sicherheit vermittelt, das Vertrauen in staatliche Institutionen schafft und Menschen positiv in ihre Zukunft blicken lässt. Wilkinson sieht also eher sozialpsychologische als ökonomische Gründe für einen schlechten Gesundheitszustand an

(vgl. Franke 2012, 235). Eine andere Deutung der Zusammenhänge zwischen dem Gesundheitszustand und Einkommensungleichheit lieferten Lynch et al. 2000. Sie sehen das Auseinanderdriften von Arm und Reich als Ursache einer schlechter werdenden Infrastruktur, wodurch sich die Bedingungen für die Armen verschlechterten (vgl. a. a. O., 238).

Die vorgestellten Modelle und Ansätze konnten bisher keine ausreichende Erklärung der Zusammenhänge von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit liefern. Mielck entwarf jedoch 2000 ein Erklärungsmodell, das besonders aus sozialarbeiterischer Perspektive vielversprechend erscheint. Im Folgenden werde ich sein Modell daher ausführlich vorstellen.

4.2 Das Modell zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit nach Mielck

Im Jahr 1997 wurde von Thomas Elkeles und Andreas Mielck ein Modell zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit entwickelt, das die verschiedenen Ansätze in einem Modell integriert. Als zentrale Elemente sind darin enthalten:

- Primäre und sekundäre Effekte der Arbeitswelt wie z.B. Die physischen Belastungen am Arbeitsplatz und die durch den Arbeitslohn bestimmten Lohnbedingungen (Geissler 1979, Oppholzer 1994)
- Umweltbelastungen und Bewältigungsmöglichkeiten, allgemeines gesundheitsrelevantes Verhalten, Einstellungen und Verhalten bei gesundheitlichen Problemen (Weber 1987)
- Objektive Belastung, Kompetenzen und Ressourcen zur Bewältigung der Belastung (Angermeyer/Klusmann 1987)
- Belastungen und Bewältigungsmöglichkeiten, langfristige Gesundheitsorientierung, Beachtung frühzeitiger Symptome, präventives Verhalten (Siegrist 1989)
- "job strain", d.h. die Kombination von hoher beruflicher Anforderung und geringem Handlungsspielraum (Karasek/Theorell 1990)
- "berufliche Gratifikationskrise", d.h. die Kombination von hoher beruflicher Verausgabung und niedriger Belohnung für diese Verausgabung (Siegrist 1994)
- Zugang zu und Verteilung von Ressourcen, Lebensbedingungen, Belastungen und Ressourcen zur Bewältigung der Belastungen (Steinkamp 1993)
- Einkommen, Arbeitsbedingungen, belastende Lebensereignisse, soziale Unterstützung, Sense of Coherence (Geyer 1997)

(vgl. Mielck 2000, 171).

Hier wird noch einmal deutlich, dass die Arbeitswelt den Mittelpunkt vieler Erklärungsansätze darstellt. Außerdem besteht ein Konsens darüber, dass es nicht nur objektive Belastungen eines Menschen eine Rolle spielen, sondern auch die individuellen Möglichkeiten, diese zu bewältigen. Zudem tritt die Rolle des individuellen Gesundheitsverhaltens etwas in den Hintergrund, sodass dessen Abhängigkeiten von den Lebensbedingungen in den Vordergrund rücken können. So wurde auch erkannt, dass bei der gesundheitlichen Versorgung status-spezifische Unterschiede vorhanden sein können.

Diese grundlegenden Annahmen wurden nun in Elkeles und Mielcks Modell zusammengefasst, das vor allem folgende Aussagen betont:

- Nicht die gesundheitliche Belastung per se, sondern die Bilanz aus gesundheitlicher Belastung und Bewältigungsressource ist von zentraler Bedeutung
- Das Gesundheitsverhalten wird durch die Bilanz aus gesundheitlichen Belastungen, Bewältigungsressourcen sowie die Art der gesundheitlichen Versorgung beeinflusst

(vgl. Mielck 2005, 53).

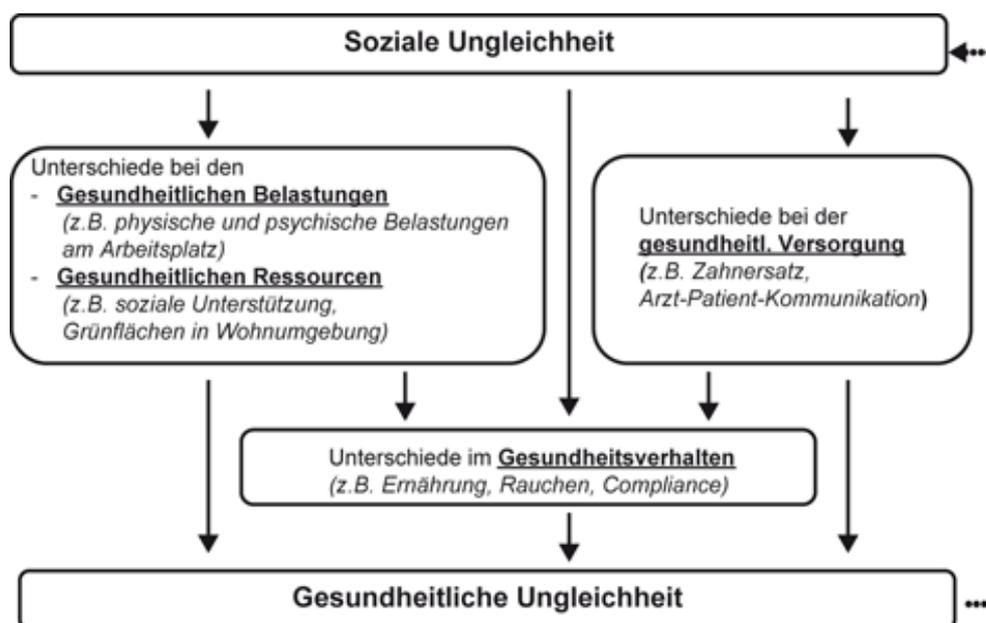


Abb. 1: Modell zur Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit nach Mielck (Mielck, Andreas (2012): Inklusion und Exklusion. Die Folgen für den Gesundheitszustand. In: Balz, Hans-Jürgen / Benz, Benjamin / Kuhlmann, Carola (Hg.): Soziale Inklusion. Grundlagen, Strategien und Projekte in der Sozialen Arbeit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. Springer Fachmedien. S. 163-180.)

Der nach oben gerichtete Pfeil verweist auf die Möglichkeit eines gesundheitsbedingten sozialen Aufstiegs, also darauf, dass ein sozialer Abstieg bei kranken Personen

wahrscheinlicher ist als bei gesunden sowie ein sozialer Aufstieg bei gesunden Personen wahrscheinlicher ist als bei kranken (vgl. a. a. O., 54).

Mielck weist in seinem Modell nun auf Unterschiede in verschiedenen gesundheitsrelevanten Bereichen hin. Dabei bleibt er aber theoretisch und abstrakt – beispielsweise wird nicht geklärt, was genau unter "Bewältigungsressourcen" zu verstehen ist und warum untere Statusgruppen davon weniger haben sollen als obere. Auch die Unterschiede in Bezug auf gesundheitliche Belastungen, das Gesundheitsverhalten oder die gesundheitliche Versorgung werden nicht näher erläutert, geschweige denn ihre Ursachen näher erklärt.

Daher erscheint es sinnvoll, die Lücken, die Mielcks Modell – wenigstens aus Sicht der Sozialen Arbeit – aufweist, mit einer Sozialarbeitstheorie zu füllen, um ein umfassenderes Bild der Lebenswelt der von gesundheitlicher Ungleichheit in besonderer Weise Betroffenen zu gewinnen. Hier soll dafür die Lebensweltorientierung nach Hans Thiersch herangezogen werden, um die besondere gesundheitliche Lage hoch belasteter Familien zu verstehen.

4.3 Grundzüge der Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit

Das Konzept der Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit (LWSA) nach Hans Thiersch zeichnet sich durch seine explizite Alltagsnähe beziehungsweise den Fokus auf das individuelle Erleben der Wirklichkeit seiner Adressat_innen³⁴ aus. Neben einer Kritik am institutionellen Handeln formulierte Thiersch eine Philosophie seines Konzepts für die Praxis Sozialer Arbeit. So ist LWSA bestimmt durch ein *prinzipielles Misstrauen gegenüber institutionellen und professionellen Entwicklungen* und zielt auf die *Stärkung Sozialer Gerechtigkeit*. Sie agiert in der Lebenswelt, um in ihr einen *gelingenderen Alltag* möglich zu machen, dessen Verhältnisse jedoch nicht ausschließlich aus sich selbst verändert werden können, da diese auch immer durch *strukturelle Rahmenbedingungen* geprägt sind. LWSA ist somit auch immer auf Kooperation und Koalition mit anderen Politik- und Gesellschaftsbereichen verwiesen, in das aber auch immer das *Prinzip Einmischung* als parteiliche Vertretung lebensweltlicher Erfahrungen und Probleme mit einfließen muss. In der Praxis ist LWSA geprägt von der *Spannung zwischen dem Respekt vor gegebenen Alltagsstrukturen* und der *Destruktion der Pseudokonkretheit des Alltags*: Der Mensch ist Subjekt seiner Verhältnisse, die er zwar - gesellschaftlich erwartet - selbst gestalten soll, deren Strukturen und Grenzen jedoch so fest und eng gesteckt sind, dass eine freie Lebensgestaltung nur schwer möglich erscheint. Für die Praxis bedeutet dies, dass Destruktion und Respekt

³⁴ Der Begriff Adressat_innen im Gegensatz zum Begriff Klient_innen verdeutlicht hier die gewollte Ermächtigung und Partizipation der Betroffenen.

zwei Seiten eines *Aushandlungsprozesses* zwischen Adressat_innen und Sozialarbeiter_innen als prinzipiell gleichwertigen Partner_innen sind. Dieser kann sich in Anbetracht der Allzuständigkeit der Sozialen Arbeit schwierig gestalten, die sowohl Hilfe bietet als auch Kontrolle ausübt und somit einen *gleichberechtigten Raum schaffen* muss, in dem LWSA gelingen kann (vgl. Grunwald/Thiersch 2008, 22 ff.).

Im Konzept der LWSA werden fünf Dimensionen der heutigen Strukturen und Lebenswelt unterschieden: Die *Dimension der erfahrenen Zeit* bezieht sich auf die Strukturen der Zeit im Lebenslauf, also auf die in den Lebensphasen unterschiedlichen Bewältigungsaufgaben und Kompetenzen. Durch die in der heutigen Zeit brüchig gewordenen Lebensphasen und Zukunftsperspektiven nimmt LWSA die Gegenwart – z.B. die Gleichaltrigenkultur und die sich darin stellenden Bewältigungsaufgaben - in den Fokus und ist sensibel für die Aufgaben des Daseins und Aushaltens – beispielsweise in der Arbeitslosenhilfe. Es stellt sich hier die Frage, ob Kompetenzen bezüglich des Umgangs mit der Offenheit der Zukunft sowie der Offenheit zukünftiger Arbeits- und Lebensverhältnisse vorhanden sind, die gestärkt werden können (vgl. Thiersch 2008, 33).

Die *Dimension des erfahrenen Raums* zielt auf unterschiedliche und unterschiedlich erlebte räumliche Verhältnisse, also ländlich geprägte Strukturen oder städtische Milieus, die sich gleichsam unterschiedlich darstellen für beispielsweise Heranwachsende und ältere Menschen. Die Möglichkeit neuer Optionen und Sichtweisen auf beengte Verhältnisse und unattraktive Strukturen unter Einsatz gegebener Ressourcen soll in Betracht gezogen werden. LWSA geht dabei von einem angestammten Recht auf einen eigenen verlässlichen und individuell gestaltbaren Lebensraum aus (vgl. Thiersch 2008, 33 f.).

Die *Dimension der sozialen Bezüge* sieht Menschen in den Spannungen und mit den Ressourcen, in denen sie leben. Beispielsweise sieht sie Heranwachsende und Kinder im Kontext von Familien und Freundschaften. Es sind hier nicht nur die Erfahrungen in Institutionen zu berücksichtigen, sondern auch solche in z.B. Gleichaltrigenkulturen. Im Vordergrund steht außerdem die Trennung von Verlässlichkeit und dauerhafter Verbindlichkeit in Beziehungen im Kontext aufbrechender Rollenbilder und individualisierter sowie pluralisierter Lebensentwürfe. Gefragt wird hier nach sozialen Kompetenzen, die im Umgang mit neuen offenen Lebensformen hilfreich sind, um Belastungen, die daraus häufig resultieren, zu reduzieren (vgl. Thiersch 2008, 34).

In der *Dimension der alltäglichen Bewältigungsarbeit* geht es um den Respekt vor den "kleinen" Aufgaben des Alltags, sozialer wie finanzieller Natur, die trotz teilweise großer

Belastungen bewältigt werden oder beispielsweise durch aufgebrochene Lebensentwürfe in Familien niemandem mehr eindeutig zugeordnet werden können und daher oftmals "untergehen". In dieser Dimension wird nicht nur nach der Bewältigung dieser Aufgaben, sondern auch nach ihrer expliziten Würdigung gefragt (vgl. Thiersch 2008, 32).

Die *Dimension der Hilfe zur Selbsthilfe* oder des *Empowerment* richtet ihr Augenmerk auf die Stärken und Ressourcen der Menschen, die aus der Zumutung der Bewältigungsarbeit resultieren. Entscheidend ist, ob die Kompetenz zur eigenen Lebensbewältigung vorhanden ist – allen Unwegbarkeiten und Offenheiten zum Trotz – und Sicherheit in der eigensinnigen Lebensführung erkannt oder in diese eingebracht werden kann. Durch diese könnten wiederum die Risiken von Krisen, die sich in Verzweiflung, Ausbrüchen von Gewalt oder Sucht äußern können, gesenkt werden (vgl. Thiersch 2008, 34 f.).

4.4 Integration des Konzepts der Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit in Mielcks Modell

Diese erläuterten fünf Dimensionen der heutigen Strukturen und Lebenswelt erscheinen als Ausgangspunkt für die Analyse der Ursachen gesundheitlicher Ungleichheit, die in Mielcks Modell fehlen, geeignet zu sein und werden daher im Folgenden zur Konkretisierung herangezogen.

4.4.1 Unterschiede in den gesundheitlichen Belastungen und Bewältigungsressourcen

Dimension der erfahrenen Zeit: In Bezug auf unterschiedliche gesundheitliche Belastungen spielt hier insbesondere die Perspektive eine Rolle. Menschen mit geringem Einkommen leben in der Regel am sozioökonomischen Existenzminimum oder nur minimal darüber. Viele sind arbeitssuchend oder prekär beschäftigt³⁵. Oftmals muss ihr Einkommen – auch aus Vollzeitberufstätigkeit - mit Transferleistungen aufgestockt werden. Während manchen die gering entlohnte Arbeitsstelle also vermutlich nur wenige oder keine Aufstiegschancen bietet, sind wiederum andere von Transferleistungen abhängig und zu keiner autonomen Lebensführung im Stande. Diese Zustände können langfristig zu Perspektivlosigkeit führen. Für Kinder und Jugendliche stellt Armut in Deutschland vor allem in Bezug auf Bildung eine große Barriere dar: Ein Kind aus einem Akademiker_innenhaushalt hat eine über dreimal so hohe Chance ein Gymnasium zu besuchen, als ein Kind aus einem

³⁵ Befristete Arbeitsverhältnisse und Zeitarbeitsfirmen haben derzeit Hochkonjunktur (vgl. Focus vom 08.08.2013, Internetquelle 4).

Facharbeiter_innenhaushalt³⁶. Laut Shell-Studie 2006 besuchen oder besuchten 50% der Kinder und Jugendlichen aus "bildungsfernen Haushalten"³⁷ die Hauptschule (Shell 2006, 16). Auch Kindern und Jugendlichen fehlt hier also oftmals eine Perspektive auf ein angenehmes Leben, die durch einen höheren Schulabschluss gegeben sein kann.

Durch die (früh) erfahrene Perspektivlosigkeit ist davon auszugehen, dass auch positive Bewältigungsressourcen nur schwach vorhanden sind. Hier spielt die Fähigkeit des Aushaltens von schwierigen Lebensphasen eine Rolle. Fehlt allerdings die Perspektive auf Verbesserung oder wurde nur selten oder nie eine Verbesserung der Verhältnisse erlebt, ist anzunehmen, dass das Aushalten derselben ungleich schwerer fällt, als wenn negative Ereignisse im Lebenslauf bereits positiv überwunden wurden - beispielsweise durch eine gut bezahlte Arbeitsstelle nach vormals erfolglosem Suchen nach Arbeit oder einen guten Ausbildungsplatz mit einem Hauptschulabschluss.

Dimension des erfahrenen Raums: Einkommensarmut geht meist auch mit einem schlechten Wohnklima einher. Das heißt, die (Stadt-)Wohnung liegt in einem günstigen Stadtteil, der oftmals mit der Bezeichnung "sozialer Brennpunkt" versehen ist, sie ist zumeist so klein, dass nicht jedes Familienmitglied ein eigenes Zimmer bewohnen kann, die Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr ist ausbaufähig. Günstige Wohnungen sind zudem oft an lauten Orten, wie vielbefahrenen Straßen oder Bahngleisen gelegen, an denen auch die Luft sehr schlecht sein kann. In günstigen Stadtteilen gibt es außerdem oftmals nur wenige Grünflächen, die der Erholung dienen. Genauso ist nicht immer – wie in vielen besser gestellten Haushalten - ein Auto vorhanden, mit dem ein Tag auf dem Land oder am Meer verbracht werden kann, der für neue Kraft sorgen könnte.

Im ländlichen Raum kann Armut bedeuten, zum Teil von der Außenwelt abgeschnitten zu sein. Gerade für Jugendliche stellt der Führerscheinwerb und ein selbst nutzbares Auto eine Möglichkeit zur Mobilität dar. Ist allerdings weder für den Führerschein, noch für ein Auto genügend Geld vorhanden, muss weiterhin auf das öffentliche Nahverkehrsnetz zurückgegriffen werden, das besonders auf jugendliche Bedürfnisse schlecht zugeschnitten ist³⁸. Eine weitere Möglichkeit bieten Freund_innen mit einem eigenen Auto, die jedoch selbstverständlich eigene Bedürfnisse haben – die betroffenen Jugendlichen sind also nach

36 Gew (Daten aus Pisa 2000, Ländervergleich 2002)

37 Die Schicht wurde bei Shell unter anderem aus dem höchsten Schulabschluss des Vaters errechnet.

38 Auf dem Land fahren Busse meist nur bis 20 Uhr, Bahnen bis 1Uhr, worauf eine Pause von etwa vier bis sechs Stunden folgt, in der der öffentliche Nahverkehr pausiert.

wie vor abhängig. Es kann dadurch der Eindruck entstehen, Zuhause "festzusitzen", der von den Jugendlichen als Stress wahrgenommen werden kann, was sich wiederum – wie in Abschnitt 3.2 beschrieben - negativ auf die Gesundheit auswirkt.

Auf dem Land ist die Möglichkeit der Erholung durch Natur zwar schnell gegeben, doch wäre hier besonders für Jugendliche ein Abend mit Freund_innen in einem städtischen Milieu vielleicht erholender, dieser kann jedoch sehr teuer sein.

Dimension der sozialen Bezüge: In Bezug auf die Bewältigung von (finanziellen) Problemen, spielt die soziale Unterstützung eine wichtige Rolle. Es ist davon auszugehen, dass hoch belastete Familien weniger Unterstützung erfahren, als andere. Zum Einen liegt der Verdacht nahe, dass sich viele Eltern mit ihren finanziellen Problemen aus Furcht vor Statusverlust nicht an ihr soziales Umfeld wenden, um ihr Gesicht zu wahren. Zum Anderen leben sie oft in Milieus, in denen Einkommensarmut weit verbreitet ist und somit Unterstützung hauptsächlich durch das Teilen des gemeinsamen Leids möglich wird. Kinder und Jugendliche, die in diesen Haushalten aufwachsen, erfahren seltener Unterstützung durch die selbst hoch belasteten eigenen Eltern, die mit ihrer Situation oftmals so überfordert sind, dass die nötige Empathie fehlt, um auf den Nachwuchs einzugehen. Lutz spricht in diesem Zusammenhang von Erziehungsarmut (vgl. Lutz 2011, 399).

Dimension der alltäglichen Bewältigungsarbeit: Es ist davon auszugehen, dass in hochbelasteten Familien die Würdigung der alltäglich anfallenden erledigten Aufgaben nur selten erfolgt. Insbesondere alleinerziehende Elternteile sind hier oftmals auf sich selbst gestellt, leisten neben Arbeit und Kindererziehung auch die Haushaltsführung allein. Sind die schulischen Leistungen der Kinder nicht ausreichend, muss auch bei der Erledigung der Hausaufgaben unterstützt und Energie aufgebracht werden. Das Meistern dieser Aufgaben kann gar nicht hoch genug gewürdigt werden. Es stellt sich jedoch die Frage, wer diese Würdigung übernehmen soll; die eigenen Kinder – zumal vielleicht pubertierend und egozentriert – werden dies erst später bewerkstelligen, ein Partner existiert häufig nicht. Für die Pflege eines sozialen Umfelds wird Zeit benötigt, die gerade Alleinerziehenden vielfach fehlen dürfte. Sind zudem finanzielle Nöte vorhanden, ist es leicht vorstellbar, dass physische und psychische Probleme aufgrund der Vielzahl an Schwierigkeiten gehäuft auftreten können. Kinder, die täglich ihre Hausaufgaben erledigen oder gute schulische Leistungen erzielen, könnten so zum Teil aufgrund der eigenen teils sehr schlechten Verfassung nicht ausreichend bestärkt werden. Auch Familien, in denen beide Eltern berufstätig sind, um den Lebensunterhalt decken zu können, besteht die Möglichkeit dieser Defizite, wenn auch in leicht abgeschwächter Form, da sie sich im besten Fall selbst bestärken können.

In finanziell besser gestellten Familien ist es vorstellbar, dass diese „kleinen“ Bewältigungsaufgaben, sofern sie anfallen, monetär gelöst werden: Sind beide Eltern berufstätig und erzielen ein hohes Einkommen, kann eine Putzfrau bezahlt werden, die die Haushaltstätigkeiten erledigt. Sind die schulischen Leistungen der Kinder verbesserungsbedürftig, kann auf Nachhilfeunterricht zurückgegriffen werden.

Dimension der Hilfe zur Selbsthilfe: In hochbelasteten Familien sind meist viele Ressourcen zu finden, derer sich die Betroffenen oft gar nicht bewusst sind. Die Offenlegung dieser Ressourcen und ihr Einsatz sind aber von entscheidender Bedeutung für die Selbsthilfe und das Zurechtkommen mit der eigenen Situation und somit die Bewältigungsressourcen, die auch gesundheitlich eingesetzt werden können. So findet sich in einkommensschwachen Familien meist ein "Organisationstalent", das mit den knappen Ressourcen im Rahmen seiner Möglichkeiten das bestmögliche finanzielle Ergebnis erzielt und das darauf auch einmal hingewiesen werden muss. Die Offenheit und Ungebundenheit der Arbeitswelt kann eine Belastung sein, aber auch eine Chance auf einen neuen Job, wenn die Befristung nicht verlängert wird. Auch wenn die Bezahlung besser sein könnte, kann es hilfreich sein, Zufriedenheit mit den eigenen Errungenschaften und dem eigenen Besitz herzustellen, denn oftmals löst gerade ein Vergleich mit anderen Unzufriedenheit aus. Beispielsweise muss Kindern und Jugendlichen, die in der Klassenarbeit nach intensiver Vorbereitung und mit großer Anstrengung "nur" eine Zwei oder eine Drei schaffen, aufgezeigt werden, dass dieses Ergebnis alles andere als ein Misserfolg ist. Trotz der hohen Belastungen sollte Kohärenz gefunden werden, um den Alltag bewältigen zu können, sodass das Gefühl, die eigenen Probleme bewältigen zu können, vorherrscht.

4.4.2 Unterschiede in der gesundheitlichen Versorgung

Dimension der Zeit: Personen aus hoch belasteten Familien fehlt oftmals die Zeit, sich um ihre gesundheitliche Versorgung zu kümmern. Durch die Fülle an anfallenden Aufgaben fehlt die Zeit, sich lange in ein Wartezimmer zu setzen – zumal die meisten Ärzt_innen auch sehr arbeitnehmer_innenunfreundliche Sprechzeiten von 9 Uhr bis 17 Uhr haben – sodass beispielsweise eine Erkältung oft unbehandelt bleibt und dann "verschleppt" werden kann. Zudem ist Krankheit oft mit dem Ausfall auf der Arbeit verbunden, was dort in vielen Fällen unerwünscht ist. Die schlimmstmögliche Konsequenz ist die Beendigung eines Arbeitsverhältnisses nach Ende der Befristung oder die Kündigung, wenn in einem Unternehmen die schwächsten Mitarbeiter_innen entlassen werden. Zudem kann eine längere Erkrankung bis hin zur Arbeitsunfähigkeit und damit zu einem geringeren Einkommen

führen: Gemäß § 47 SGB V beträgt das Krankengeld 70% des vor der Arbeitsunfähigkeit regelmäßigen Bruttoeinkommens, höchstens jedoch 90% des vormaligen Nettoeinkommens.

Dimension des Raums: Die gesundheitliche Versorgung wird in ländlichen Regionen zunehmend problematisch. Vielerorts wird bereits vom Ärzt_innen-Schwund berichtet³⁹. Die Vermutung liegt nahe, dass hier von den Patient_innen weitere Wege in Kauf genommen werden müssen als beispielsweise in der Stadt. Dies kann dann zum Problem werden, wenn in einer Familie nur ein Auto vorhanden ist, das vom Partner/von der Partnerin für den Weg zur Arbeit benötigt wird. Eine Fahrt in die Praxis erfordert dann Organisation⁴⁰. Zudem sind durch die immer weniger werdenden Ärzt_innen auch Hausbesuche sehr selten geworden. In der Stadt sind die Wege in die Praxis zwar kürzer, doch ist in der Familie kein Auto vorhanden, muss die Fahrt mit dem Nahverkehr bewältigt werden. Dies kann in vielen Fällen, in denen erst weite Fußwege zur Haltestelle zurückgelegt werden müssen und dann auch noch kein Sitzplatz im Bus oder in der Bahn vorhanden ist, sehr beschwerlich sein.

Dimension der sozialen Bezüge: Im Kontext der Unterschiede in der gesundheitlichen Versorgung sind hier besonders Unterschiede in der Ärzt_innen-Patient_innen-Kommunikation zu nennen. Vielfach wurde darauf hingewiesen, dass Patient_innen mit niedrigem Sozialstatus Kommunikationsprobleme mit ihrem Arzt/ihrer Ärztin aufweisen⁴¹, die sich im schlimmsten Fall in Fehldiagnosen äußern können. Es ist anzunehmen, dass Ärzt_innen und Patient_innen mit höherem Sozialstatus besser miteinander kommunizieren, da sie durch ihren ähnlichen Status auch eine ähnliche Ausdrucksweise pflegen.

Dimension der Hilfe zur Selbsthilfe: Hier ist die Klarheit der Diagnose von Bedeutung: Wenn die Patient_innen die Diagnose ihrer Ärzt_innen verstanden haben, können sie sich darauf einstellen und mit ihr umgehen. Wichtig ist außerdem, die Patient_innen in die Behandlung miteinzubeziehen und sie ihnen ausführlich zu erklären. Sollten mehrere Behandlungsalternativen zur Wahl stehen, sollten diese offen gelegt und gemeinsam entschieden werden, welches die geeignetste Alternative darstellt. Durch die so gewonnenen umfassenderen Kenntnisse von ihrer Krankheit und deren Behandlung, können Patient_innen damit aktiv an ihrer Genesung mitwirken. Sollte es sich bei der entsprechenden Krankheit beispielsweise um eine Erkältung handeln, könnte auch eine Behandlung mit Hausmitteln in

39 Beispielsweise auf spiegel.de (vgl. Internetquelle 14)

40 Zum Beispiel könnten Nachbar_innen/Freund_innen mit Auto zu Hilfe geholt werden.

41 Zum Beispiel auf www.meine-gesundheit.de (Internetquelle 12). Obwohl sich der Artikel auf Migrant_innen bezieht, ist davon auszugehen, dass nicht nur sie Schwierigkeiten bei der Kommunikation ihrer Beschwerden aufweisen.

Frage kommen. Wenn die Patient_innen also die Natur ihrer Krankheit verstehen, könnten sie auch selbst zu ihrer Genesung beitragen und wären somit nicht mehr so stark auf die Medziner_innen angewiesen.

4.4.3 Unterschiede im Gesundheitsverhalten

Dimension der erfahrenen Zeit: Unterschiede im Gesundheitsverhalten können vielfach im Zusammenhang mit Stress und kurzfristigen Bewältigungsstrategien oder Belohnungen entstehen. So ist anzunehmen, dass gerade arbeitende Menschen mit geringem Einkommen einen stressigen Alltag haben und sich daher hauptsächlich auf die Gegenwart konzentrieren (müssen). So kommen für sie auch kurzfristige Lösungsstrategien infrage – wie beispielsweise das Rauchen einer Zigarette, das zwar erwiesenermaßen langfristig gesundheitsschädlich ist, jedoch kurzfristig auch auf das Belohnungszentrum im Gehirn wirkt und dadurch für gute fünf Minuten Pause und Erholung verspricht. Dem fordernden Alltag kann so schnell für kurze Zeit entkommen und sich ihm kurz darauf wieder gestellt werden. Es ist anzunehmen, dass Menschen mit höherem Sozialstatus ihre Zukunft umfassender planen (können) und daher auch eine langfristige Gesundheit bis ins hohe Alter schon in jüngeren Jahren eine größere Rolle für sie spielt. Auch Ernährung und Stress im Alltag hängen zusammen: Oftmals fehlt in hochbelasteten Familien mit geringem Einkommen neben Geld auch die Zeit für das Zubereiten gesunder kreativer Gerichte. Dies kann im schlimmsten Fall zu Übergewicht oder gar Adipositas sowie Mangel- oder Unterernährung aller Familienmitglieder führen. Auch für Sport oder Fitnessstraining fehlt häufig die Zeit.

Dimension des erfahrenen Raums: Einkommensarmut im städtischen Raum kann insbesondere bei Kindern und Jugendlichen in beengten Verhältnissen zu einem schlechten Gesundheitsverhalten führen. Zum Einen ist anzunehmen, dass rauchende Eltern nicht immer Rücksicht auf ihre Kinder nehmen (können), indem sie beispielsweise auf dem Balkon rauchen oder, sofern keiner vorhanden ist, dies nur in einem bestimmten Zimmer, in dem sich die eigenen Kinder seltener aufhalten und bei geöffnetem Fenster tun. So können die Atemwege und -organe der betroffenen Kinder und Jugendlichen durch Passivrauchen geschädigt werden. Zusätzlich werden sie in ihrem eigenen Gesundheitsverhalten beeinflusst, wenn die Eltern häufig in der Wohnung rauchen. Es wird für sie zur Normalität, sodass anzunehmen ist, dass der Schritt, selbst mit dem Rauchen anzufangen, geringer erscheint. Im Ergebnis rauchen – wie in Kapitel 2.3 festgestellt – deutlich mehr Jugendliche mit niedrigem Sozialstatus im Vergleich zu Jugendlichen mit hohem Sozialstatus.

Dimension der sozialen Bezüge: In Bezug auf diese Dimension bleibt gleichfalls

anzunehmen, dass Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem Sozialstatus viele soziale Kontakte mit schlechtem Gesundheitsverhalten – wie z.B. regelmäßiges Rauchen – auch im eigenen Elternhaus haben, die ihr Verhalten als harmloser erscheinen lassen als es letztendlich ist⁴². Durch schlechte Vorbilder Zuhause und im Freundeskreis sowie die positive Bestärkung ("Rauchen ist cool.", "Fastfood ist lecker.") lernen diese jungen Menschen, dass negatives Gesundheitsverhalten normal ist. Doch nicht nur Junge, auch Erwachsene, die in einem sehr homogenen Umfeld leben, in dem viele Personen ein negatives Gesundheitsverhalten an den Tag legen, werden durch ihre sozialen Kontakte in ihrem Verhalten bestärkt. Lösen viele Menschen im Umfeld ihren Stress eher häufig durch Rauchen oder fettiges Essen anstatt langfristig durch zum Beispiel Sport, ist der Antrieb der Einzelnen, es anders zu machen, vermutlich nur schwach ausgeprägt.

Dimension der alltäglichen Bewältigungsarbeit: Es ist zu erwarten, dass kleine Erfolge im Alltag oft untergehen. Nur eine Zigarette weniger am Tag, 30 Minuten spazieren gehen oder einmal in der Woche eine Mahlzeit mit frischen und vitaminreichen Zutaten zu kochen, kann jedoch ein Schritt in die richtige Richtung sein und zu einem positiveren Gesundheitsverhalten führen. Wichtig ist die Würdigung der kleinen Schritte und das Erkennen der Betroffenen, sich etwas Gutes zu tun, das trotz der hohen Alltagsbelastung gut in ihr Leben integriert werden kann.

Dimension der Hilfe zur Selbsthilfe: Für diese Dimension ist wiederum die Ärzt_innen-Patient_innen-Kommunikation von Bedeutung. Ist hier eine erfolgreiche Kommunikation und eine gute Beziehung vorhanden, können Ärzt_innen ihren Patient_innen insoweit Hilfestellung leisten, dass sie selbst die weiteren notwendigen Schritte gehen. Beispielsweise kann Hilfestellung bei der Bekämpfung einer Sucht geleistet werden. Wenn Patient_innen Vertrauen zu ihren Ärzt_innen haben, ist es außerdem wahrscheinlicher, dass sie die vorgeschlagenen Behandlungsmaßnahmen ergreifen, als wenn sie Praxisbesuche nur als Hindernis auf dem Weg zu helfenden Medikamenten sehen. Somit könnte auf einfache Art ihr Gesundheitsverhalten verbessert werden.

Nachdem nun der Zusammenhang zwischen Gesundheit und Armut ausführlich dargestellt wurde, werde ich im nächsten Kapitel auf Handlungsmöglichkeiten eingehen, mit denen diesem Problem begegnet werden kann.

42 Hiermit soll nicht unterstellt werden, dass Menschen mit geringem Sozialstatus gern unter sich bleiben, sondern der Tatsache Rechnung getragen werden, dass diese Personen gerade in Städten oftmals gezwungen sind, in günstigen Stadtteilen zu wohnen, in denen dann viele Menschen mit geringem Einkommen wohnen, die ja insgesamt wie in Kapitel 2 festgestellt, ein schlechteres Gesundheitsverhalten aufweisen.

5 Handlungsmöglichkeiten zur Reduzierung der gesundheitlichen Ungleichheit

Für die Reduzierung der gesundheitlichen Ungleichheit lassen sich auf theoretischer Ebene drei verschiedene Ansätze oder Konzeptionen mit jeweils unterschiedlichen Zielgrößen der Verringerung unterscheiden (vgl. Richter, Hurrelmann 2009, 26).

Die *Verbesserung der Gesundheit der am stärksten Benachteiligten* zielt auf das absolute Niveau der Gesundheit in den ärmsten Bevölkerungsgruppen. Interventionen fokussieren demnach ausschließlich auf diesen Teil der Bevölkerung mit dem Ziel, positive Veränderungen in Lebensbedingungen, Lebenschancen, Gesundheitsverhalten und damit schließlich auch der Gesundheit zu erreichen. Vorteilhaft ist hier der Fokus, der auf Exklusionsprozesse gerichtet ist, sowie das Setzen klarer politischer Ziele. Von Nachteil ist jedoch, dass die Trennung zwischen Ungleichheit und Benachteiligung verwischt wird, da Ungleichheit sich hier auf eine abgegrenzte Teilgruppe beschränkt und nicht mehr als gesamtgesellschaftliches Differenzkriterium verstanden wird. Strategien dieser Art laufen daher Gefahr, gesundheitliche Ungleichheit sogar noch zu vergrößern, wenn sich die Gesundheit der Gesamtpopulation in der Interventionszeit schneller verbessert als die der sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppe (vgl. ebd.).

Der Ansatz des *Schließens von "Lücken" in der Gesundheit* bezieht sich auf die relative gesundheitliche Benachteiligung. Im Vordergrund steht hier die Reduzierung der Differenz in der Gesundheit zwischen der sozial am höchsten und der am niedrigsten gestellten Statusgruppe, der Abstand in der hierarchischen Verteilung von Gesundheitschancen soll also verringert werden. Die Gesundheit der Ärmsten soll - im Gegensatz zum ersten Ansatz - schneller verbessert werden als die der restlichen Bevölkerung, womit der Tatsache Rechnung getragen wird, dass sozial Benachteiligte von einer allgemeinen Verbesserung der Gesundheit in weitaus geringerem Maße profitieren als besser gestellte Personen. Auch hier sind klare politische Zielsetzungen wie zum Beispiel eine Reduzierung des Abstands in der Mortalität um eine bestimmte Anzahl von Jahren möglich. Wie im ersten Ansatz sollen aber auch mit dieser zweiten Strategie vor allem sozioökonomisch benachteiligte Bevölkerungsteile erreicht werden, sodass wiederum die Effekte der Ungleichheit auf die gesamte Bevölkerung ausgeblendet werden (vgl. a. a. O., 27).

Der dritte Ansatz zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheit, *die Verringerung von Gradienten der Gesundheit*, zielt auf den sozialen Gradienten in der Gesundheit ab. Richter und Hurrelmann bezeichnen ihn als "die umfassendste Strategie zur Reduzierung sozioökonomischer Unterschiede in der Gesundheit" (a. a. O.). Im Mittelpunkt stehen hier

nicht nur die Verbesserung der Gesundheit sozial benachteiligter Gruppen und das Schließen von "Lücken" im Abstand der Gesundheit der oberen und unteren Bevölkerungsteile, sondern eine insgesamt Anhebung des Gesundheitszustands durch die Konzentration auf die Bevölkerungsteile dazwischen, die den größten Teil der Bevölkerung ausmachen. So ist eine Anhebung des Gesundheitszustands der gesamten Bevölkerung und nicht nur einiger Teilbereiche möglich. Hierbei ist zu beachten, dass die Gesundheit der ärmsten Bevölkerungsteile mit größerer Geschwindigkeit steigen muss, als die der wohlhabenderen – die Geschwindigkeit sollte staffelartig an die vertikale gesellschaftliche Hierarchie gekoppelt sein, damit am Ende jede soziale Schicht höhere Gesundheitsgewinne aufweist, als die nächsthöhere. Nur so kann dieser Ansatz funktionieren, der *graduelle* sozioökonomische Unterschiede und nicht nur soziale Benachteiligung in den Blick nimmt. Diese Strategie geht auch insofern über die zwei vorangegangenen hinaus, als dass sie die Ursachen der gesundheitlichen Ungleichheit nicht in den benachteiligenden Umwelten und Verhaltensweisen, sondern in den systematischen Unterschieden in den Lebenschancen, Lebensbedingungen und Lebensstilen, die mit der ungleichen Verteilung gesellschaftlicher Positionen in der gesellschaftlichen Hierarchie verbunden sind, lokalisiert (vgl. a. a. O.).

Richter und Hurrelmann konstatieren, dass politisch in Deutschland bisher vordergründig der erste Ansatz verfolgt und – wenn überhaupt – Interventionen zugunsten benachteiligter Bevölkerungsgruppen auf den Weg gebracht werden (vgl. a. a. O., 27). Diese Strategie halten sie zwar für gut geeignet, um die politische Öffentlichkeit für das Thema der gesundheitlichen Ungleichheit zu sensibilisieren, doch wird damit ausgeblendet, dass die gesundheitsschädigenden Effekte derselben die Gesellschaft als Ganzes betreffen. Aufgabe der beteiligten Professionen – insbesondere der Präventionsforschung – sollte es daher sein, die bisherigen Maßnahmen so zu modifizieren, dass sie schlussendlich auf eine Reduzierung sozialer Gradienten in der Gesundheit ausgerichtet sind. Sobald Strategien zur Verbesserung der Gesundheit der am stärksten belasteten Bevölkerungsteile etabliert sind, sollte daher ein Strategiewechsel zu einem bevölkerungsweiten Ansatz erfolgen. Aufgrund der komplexen und noch immer nicht vollständig durchdrungenen Beziehung zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit und den damit verbundenen unzureichenden Kenntnissen über Effektivität und Effizienz von Interventionen wird ein Wechsel zum dritten Ansatz aber noch auf sich warten lassen. Auch im internationalen Vergleich gibt es bisher keine Länder, die mit der dritten Strategie arbeiten (vgl. a. a. O., 28).

Die Möglichkeiten zur Reduzierung der gesundheitlichen Ungleichheit finden selbstverständlich auch auf inhaltlicher Ebene statt. Aufgrund der Fülle an Strategien und Maßnahmen erscheint es sinnvoll, die inhaltliche Ebene in zwei Kategorien einzuteilen: Es lassen sich in Bezug auf die Zielgruppe "Familie" politische Maßnahmen einerseits sowie Möglichkeiten der Sozialen Arbeit auf der anderen Seite unterscheiden⁴³. Hier wird noch einmal deutlich, dass es sich bei gesundheitlicher Ungleichheit nicht um ein ausschließlich gesundheitspolitisches Thema handelt, sondern um ein komplexes Konstrukt, das fast alle Politikbereiche berührt (vgl. ebd.) und auch der Unterstützung der Profession der Sozialen Arbeit bedarf.

5.1 Politische Maßnahmen

Der Politik steht eine Fülle von Maßnahmen zur Verfügung, die zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit beitragen können. Diese sind im Gegensatz zu den Möglichkeiten der Sozialen Arbeit, die ich im Abschnitt 4.2 erläutern werde, zwar nicht ausschließlich auf die Bedürfnisse von Familien ausgerichtet, können für sie aber genauso Erleichterungen schaffen.

5.1.1 Sozial- und finanzpolitische Maßnahmen

Unter sozialpolitische Maßnahmen fällt beispielsweise die Reduzierung der sozialen Ungleichheit – das heißt die Reduzierung von Unterschieden in der Bildung, des Berufsstatus und des Einkommens -, ohne die gesundheitliche Ungleichheit nicht langfristig verringert werden kann. Dies ist allerdings eine dermaßen komplexe und umfassende Aufgabe, dass hier nur einige konkrete Vorschläge erwähnt werden sollen.

Wilkinson und Pickett schlagen zu diesem Zweck beispielsweise vor, zunächst Einkommensunterschiede zu verringern. Eine gute Möglichkeit dafür sehen sie im Stopfen von Steuersystemschlupflöchern, dem Begrenzen von absetzbaren "Betriebsausgaben", einem Anheben der Spitzensteuersätze oder der gesetzlichen Bindung von Spitzengehältern an ein bestimmtes Vielfaches der durchschnittlichen oder niedrigsten Gehälter im jeweiligen Unternehmen. Diese Maßnahmen mögen einfach und sinnvoll erscheinen, stellen jedoch nur eine zeitlich begrenzte Lösung dar, da solche Gesetzesänderungen nach einem Regierungswechsel schnell wieder in ihren ursprünglichen Zustand zurückversetzt werden können (vgl. Wilkinson/Pickett 2009, 283).

⁴³ Wobei die Soziale Arbeit selbstverständlich auch politische Lobbyarbeit leisten kann. Im folgenden sind mit "Möglichkeiten der Sozialen Arbeit" jedoch konkrete Handlungskonzepte gemeint.

Eine andauerndere Möglichkeit wären gesetzlich geschaffene Steuervorteile für Unternehmen, die ihre Mitarbeiter_innen am Unternehmen beteiligen. Dies darf sich jedoch nicht auf eine finanzielle Beteiligung beschränken, sondern muss gleichzeitig auch ein erweitertes Mitspracherecht für die Beschäftigten beinhalten, um zu verhindern, dass diese durch die "Beteiligung" lediglich stärker an Entscheidungen des Managements gebunden sind (vgl. a. a. O., 284 ff.).

Diese Maßnahmenvorschläge sind allerdings nicht an den Bedürfnissen der ärmsten Bevölkerungsgruppen ausgerichtet und stellen somit nur eine Teillösung dar.

Ein interessanter Vorschlag zur Verringerung der Armut von Wilkinson und Pickett ist daher die Einführung individueller CO₂-Konten. Als Weg zur gerechten Reduzierung von CO₂-Emissionen sollte ihnen zufolge der für ein Land höchste zulässige Ausstoß durch die Zahl der Menschen dieses Landes geteilt werden und jeder Person der gleiche Anteil zugestanden werden, gemessen in zulässiger CO₂-Menge pro Kopf (vgl. a. a. O., 249). Die Autor_innen gehen dabei davon aus, dass eine reiche Familie aufgrund ihres ausschweifenderen Lebensstils bis zu zehn mal mehr CO₂-Emissionen erzeugt und damit zu einem größeren Teil zur Erderwärmung beiträgt, als eine ärmere Familie in derselben Gesellschaft (vgl. a. a. O., 248). Da die Klimaerwärmung beziehungsweise die CO₂-Emissionen die gesamte Gesellschaft etwas angehen, müssten die "größeren Umweltsünder" auch stärker an Abhilfemaßnahmen beteiligt werden. Zahlungen für Treibstoff, Strom und Flugreisen könnten auf einer individuellen Chipkarte gespeichert werden. Wer seine zugeteilte Ration nicht zur Gänze verbraucht, soll in der Lage sein, die übrige zu verkaufen (vgl. a. a. O., 249). Dies stellt eine Möglichkeit dar Einkommensunterschiede zu verringern und würde sogar noch (begrenzt) zum Umweltschutz beitragen.

5.1.2 Gesundheits- und städtebaupolitische Maßnahmen

Die Gesundheitspolitik ist zum Beispiel bei Maßnahmen im Wohnumfeld gefordert. Hier müssen Erholungsangebote wie Parks und Grünflächen geschaffen werden - sofern sie nicht vorhanden sind - sowie eine Verringerung von Lärm und Abgasen in den besonders belasteten Wohngebieten erfolgen. Erste Schritte zu einer geringeren Feinstaubbelastung sind mit den Umweltzonen⁴⁴ geschaffen worden, die zurzeit in nahezu allen großen deutschen Städten eingerichtet werden. Zudem sind beispielsweise in Hamburg gerade die Einführung von

⁴⁴ Bereits seit dem 01.03.2007 werden in deutschen Städten Umweltzonen eingerichtet. In diesen besonders durch Feinstaub gefährdeten gekennzeichneten Bereich darf nur einfahren, wer eine entsprechende Umweltplakette an seinem Fahrzeug angebracht hat. Umweltzonen regeln allerdings lediglich die Feinstaub-, nicht aber die CO₂-Belastung (vgl. Internetquelle 5).

Flüsterasphalt, einer nächtlichen Geschwindigkeitsbegrenzung von 30 km/h auf den Hauptverkehrsstraßen und verstärkte Geschwindigkeitskontrollen im Gespräch⁴⁵.

Zusätzlich sind individuelle Maßnahmen zur Stärkung der Ressourcen vor allem bei Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status angeraten. Hier sind vor allem die Förderung von Sportangeboten in besonders benachteiligten Wohngebieten sowie von sportlicher Betätigung bei übergewichtigen Kindern und Jugendlichen zu nennen (vgl. Mielck 2005, 81). Weiterhin sollten die Vorzüge gesunder Ernährung propagiert und ungesunde Lebensmittel besser kenntlich gemacht werden⁴⁶, da nicht davon ausgegangen werden kann, dass jede_r über ein ausgeprägtes Wissen bezüglich Ernährung und Lebensmittel verfügt.

5.1.3 Familienpolitische Maßnahmen

Insbesondere in Bezug auf Familien ist auch die Senkung der ökonomischen und materiellen Belastungen der Kindererziehung zu erwähnen. Die Erziehung von Kindern ist mit Kosten verbunden, die durch den Familienlastenausgleich nicht annähernd gedeckt werden und die gerade für kinderreiche Familien im mittleren Einkommensbereich oder Alleinerziehende eine große Belastung darstellen. Lampert und Richter schlagen eine weitere Erhöhung des Kindergelds und des Kinderzuschlags vor, die in ihren Augen jedoch nicht ausreichen, um die aus der Armutslage resultierenden Entwicklungsrisiken für Kinder abzufedern. Von Erhöhungen des Kindergelds haben Berechnungen des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung zufolge vor allem Familien am Rande des Armutsbereichs profitiert. Besonders belastete Familien von Arbeitslosen oder Alleinerziehenden konnten dagegen kein verringertes Armutrisiko aufweisen (vgl. Lampert/Richter 2009, 224).

Von großer Bedeutung im familienpolitischen Kontext sind vor allem Maßnahmen, die auf eine (bessere) Vereinbarkeit von Beruf und Familie zielen. Betreuungsangebote für Kinder, sowie flexible Firmenkonzepte ermöglichen zum Beispiel alleinerziehenden Elternteilen oftmals überhaupt erst das Ausüben einer Erwerbsarbeit. Insbesondere das 2005 in Kraft getretene Tagesbetreuungsausbaugesetz, das den Ausbau und die Sicherstellung der Kinderbetreuung – von der Krippe an – zum Inhalt hat, ist hier positiv zu erwähnen (vgl. a. a. O., 225).

Zusätzlich zu Verbesserungen bezüglich der Finanzen und Betreuungsangebote ist es jedoch von großer Bedeutung, auch den Zusammenhalt sowie die psychosozialen Ressourcen in den

45 Vgl. Internetquelle 7.

46 Im Jahr 2010 scheiterte die Einführung einer "Lebensmittel-Ampel" auf Fertigprodukten, die zum Beispiel mit Rot versehene Lebensmittel als "ungesund" deklariert hätte. Von den Lebensmittelherstellern heftig bekämpft scheiterte sie offiziell aus dem Grund, sie sei "zu simpel und zu wenig wissenschaftlich" (vgl. Internetquelle 18).

Familien zu stärken. Diese müssen durch aktive familien- und jugendpolitische Vorkehrungen in die Lage versetzt werden, auch in Krisensituationen ein verlässlicher Rückhalt für die Heranwachsenden zu sein⁴⁷. Die Kinder- und Jugendhilfe muss dementsprechend verstärkt für hochbelastete Familien eintreten und kann nicht nur auf Hilfe in Krisen- und Notsituationen beschränkt sein (vgl. ebd.). Ein Ausbau der Kinder- und Jugendhilfe sowie eine Entlastung der dort arbeitenden Sozialarbeiter_innen ist daher unumgänglich.

5.1.4 Arbeitspolitische Maßnahmen

Arbeitspolitisch ist vor allem eine Verringerung von Lärm bei besonders exponierten Arbeitsplätzen sinnvoll (vgl. Mielck 2005, 81). Genauso von Bedeutung ist das Zugestehen von Pausen und arbeitsfreier Zeit zur Stressreduktion und Erholung⁴⁸. Gerade in der heutigen Zeit, in der Smartphones und Computer eine ständige Erreichbarkeit ermöglichen, ist es wichtig, abgegrenzte Zeitbereiche zu schaffen, in denen Mitarbeiter_innen nicht erreichbar sind und sich ganz ihrer Freizeit widmen können.

5.1.5 Bildungspolitische Maßnahmen

In besonderem Maße ist auch die Bildungspolitik bei der Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit gefordert. Eine gute schulische und berufliche Ausbildung ist der Grundstein für eine eigene Lebensperspektive Heranwachsender, die somit ihren eigenen Platz in der Gesellschaft entsprechend ihrer Interessen und Fähigkeiten finden können. Insbesondere der in Deutschland deutlich zu beobachtende Zusammenhang von sozialer Herkunft und schulischem Erfolg eröffnet klare Handlungsbedarfe für die Bildungspolitik. Der Auf- und Ausbau der Ganztagschulen ist sicherlich ein Schritt in die richtige Richtung⁴⁹, jedoch kein Garant für gute Qualität des dort praktizierten Unterrichts oder einen sozialen Ausgleich der Bildungschancen. Durch den Nachmittagsunterricht nimmt jedenfalls der Stellenwert der Schule als Sozialisationsinstanz zu, womit sie als "Setting" für Gesundheitsförderungsprogramme prädestiniert scheint. (vgl. Lampert/Richter 2009, 225). So

47 Konkrete Möglichkeiten und Arbeitsweisen der sozialpädagogischen Familienarbeit werden in Punkt 4.6 näher erläutert.

48 Bereits Mitte 2012 forderte Arbeitsministerin Ursula von der Leyen von den Unternehmen klare Regeln im Umgang mit Smartphones, Handys und Computern. Das Arbeitsschutzgesetz beinhaltet auch den aktiven Schutz der Mitarbeiter_innen durch ihre Vorgesetzten. Es muss ihrer Meinung nach klare Regeln zur Erreichbarkeit und dem Umgang mit neuen Technologien geben, die sich nicht auf die arbeitsfreie Zeit oder das Wochenende erstrecken sollte, um den Mitarbeiter_innen ausreichende Erholungsphasen zu ermöglichen (vgl. Internetquelle 17). Inwieweit die angesprochenen Unternehmen dies bis heute umgesetzt haben, ist nicht klar.

49 Zwischen 2003 und 2007 stellte der Bund im Rahmen des Investitionsprogramms "Zukunft, Bildung und Betreuung" rund vier Milliarden Euro für den Auf- und Ausbau der Ganztagschulen für die Länder bereit. Die Laufzeit der Fördermittel wurde später bis zum Jahr 2009 verlängert (vgl. Internetquelle 3).

kann in dieser Hinsicht zum Beispiel das Wahlpflichtfach "Ernährung" sehr hilfreich sein, das bereits an einigen Schulen angeboten wird. Neben theoretischen Inhalten, die vermittelt werden, wird dort auch ganz praktisch mit den Schüler_innen gekocht. Genauso kann eine Ganztagschule über das Mensaessen Einfluss auf die Ernährung der Schüler_innen nehmen. Auch das Unterrichtsfach "Sport" ist von Bedeutung – viele Schulen integrieren bereits drei Unterrichtsstunden à 45 Minuten in den Stundenplan ihrer Schüler_innen und fördern damit sportliche Aktivität und Bewegung. Neben den Möglichkeiten des Lehrplans gestattet die Schule durch ihren unmittelbaren Zugang zu den Jugendlichen zusätzlich die Beeinflussung von Gruppennormen in den jeweiligen Klassen. Über die schulische Gesundheitsförderung können somit Aspekte des Peereinflusses angesprochen und positiv verändert werden. Dies wäre im Rahmen eines Schulfachs "Gesundheit" denkbar, das neben der Förderung sozialer Kompetenzen auch Gesundheitswissen vermitteln könnte. Hierfür wäre allerdings ausgebildetes Fachpersonal beziehungsweise wären weitergebildete Lehrer_innen nötig (vgl. ebd.). Doch nicht nur die Schule, auch KITAs sind gefordert, früh mit der Gesundheitsförderung zu beginnen (vgl. a. a. O., 225 f.). Den drei- bis sechsjährigen kann leicht auf spielerische Art und Weise ein positiver Zugang zu einer gesunden Lebensweise aufgezeigt werden.

5.2 Möglichkeiten der Sozialen Arbeit

Die Möglichkeiten der Sozialen Arbeit zur Reduzierung der gesundheitlichen Ungleichheit von Familien liegen vor allem im Bereich der Sozialpädagogischen Familienhilfe (SPFH), wie sie von Astrid Woog beschrieben wurde. Diese werde ich nun ausführlicher vorstellen, insbesondere im Hinblick auf das Handeln in der sozialarbeiterischen Praxis. Speziell hochbelastete Familien bieten hier Anknüpfungspunkte zur Stärkung des Zusammenhalts und psychosozialer Ressourcen, wodurch letztendlich gesundheitlicher Ungleichheit begegnet werden kann.

Die Gesellschaft mutet Eltern viel zu, manchmal mehr, als diese zu leisten in der Lage sind. Sie wird erst dann aufmerksam, wenn durch mangelnde Erziehungskompetenzen der Eltern Fehlentwicklungen bei den Kindern auftreten. Der Umgang mit Kindern bedarf jedoch ganz besonderer Fähigkeiten, die natürlich nicht jedem Menschen aufgrund von Elternschaft immanent sind (vgl. Woog 2006, 22). Lutz weist darauf hin, dass sozialpädagogische Hilfe früh ansetzen muss, da Eltern gerade in der Zeit von Schwangerschaft und Geburt am empfänglichsten dafür seien. Schon hier sollte Hilfe und Beratung ansetzen, die als

aufsuchende und begleitende Hilfe im Alltag nach der Geburt fortgesetzt wird, insgesamt aber darauf ansgerichtet ist, dass die Eltern ohne sie auskommen (vgl. Lutz 2010 in: Soziale Arbeit, 238). Auch Woog ist davon überzeugt, dass der hohe Anspruch an Kindererziehung eine Vorbereitung auf diese Aufgabe – wenn nicht in der Schule, dann in außerschulischen Lernorten für Eltern und Kinder – voraussetzt. Auch KITAs sind als Orte des Lernens hierfür geeignet (vgl. Woog 2006, 22).

Für die SPFH ist es von großer Bedeutung, dass das Handeln lebensweltlich sozialpädagogisch bestimmt ist. Das heißt, der borniert-routinisierte Alltag wird zwar destruiert, dies jedoch unter Einbeziehung des Eigensinns der gegebenen Lebenslagen der Adressat_innen. Pädagogisches Handeln bedarf der Sicherung und Stärkung, um einen gelingenderen Alltag zu ermöglichen. Im Alltag in der Familie bedarf es scharfer Beobachtung, da die Dynamik desselben immer wieder neu verstanden werden muss (vgl. Woog 2008, 98). Es ist die Aufgabe der Familienhelfer_innen zusammen mit der Familie neue Handlungsmöglichkeiten zu entwickeln und sie im Veränderungsprozess zu begleiten (vgl. Woog 2006, 51). Es ist bei den Stärken der Familienmitglieder anzusetzen und zu versuchen, diese Schritt für Schritt zu erweitern und zu verfestigen. Von großer Wichtigkeit ist hierbei auch die gemeinsame Zielplanung mit der Familie, in die eigene Veränderungswünsche und Veränderungsmöglichkeiten einfließen sollen (vgl. a. a. O., 52). Vorhandene Schwächen dürfen dabei zwar gesehen, jedoch nicht aufgegriffen werden, damit die Freude über Erfolge in der Familie überwiegt und zum Weitermachen motiviert (vgl. Woog 2008, 98). Da Veränderungen Unsicherheit und Angst mit sich bringen können, muss behutsam vorgegangen werden, um die Wiederherstellung des inneren Gleichgewichts schneller bewirken zu können. Nichtsdestotrotz bilden vorsichtig eingesetzte Provokation und Kritik die Grundlage jeder fairen Auseinandersetzung (vgl. a. a. O., 99).

Dafür muss zunächst das Arbeitsfeld sorgsam vorbereitet werden: An erster Stelle steht das *Beobachten*: Familienhelfer_innen beobachten den Ablauf des Alltagsgeschehens ohne Einmischung. Im Vordergrund steht das Kennenlernen der Sichtweisen und Besonderheiten der Familienmitglieder, die Annäherung an ihr alltägliches Zusammenleben sowie das Ausfindigmachen von Anknüpfungsmöglichkeiten für pädagogisches Handeln. So kann durch naturales Abwarten leichter erfahren werden, was in der Familie wirklich geschieht und was ihr selbst wichtig ist. Jede neue Beobachtung modifiziert dabei die Interpretation, was bis zu dem Zeitpunkt fortgesetzt wird, an dem pädagogisches Einwirken sinnvoll erscheint (vgl. a. a. O., 100).

Auch das *Gewinnen von Vertrauen* stellt eine wichtige Grundbedingung für alltagsorientiertes

sozialpädagogisches Handeln dar. Dies ist ein fortlaufender Prozess, der im letzten Schritt neue Erkenntnisse ermöglicht, die Familienhelfer_innen zuvor verschlossen geblieben sind. Dabei ist es wichtig, zu wissen, dass Vertrauen ein kostbares Gut ist, das seitens der Familie immer wieder neu auf die Probe gestellt werden kann, um zu erkennen, ob die Familienhelfer_innen desselben würdig sind. Nach der Herstellung eines gewissen Grundvertrauens wird es möglich, sich in die Angelegenheiten der Familien einzumischen und pädagogisch zu arbeiten. Trotzdem ist es wichtig weiterhin behutsam vorzugehen, um das Vertrauen weiter und langfristig aufzubauen (vgl. a. a. O., 101).

Für das nun folgende pädagogische Handeln stellt Woog sieben Maximen auf, die jederzeit gewahrt sein müssen, wenn SPFH gelingen soll. Hier ist zuerst das *Wahren von Gegenseitigkeit* zu nennen. Pädagogisch in Familien Arbeitende müssen auf das Bedürfnis der Familie, Gegenseitigkeit herzustellen, achten, da dies andernfalls Stress verursachen würde. Sobald die Familie also Unterstützung annimmt, ist ihr Wunsch des "Wiedergebendürfens" zu achten, um gar nicht erst Gefühle des Unterlegen- oder Ausgeliefertseins aufkommen zu lassen.

Auch das *Setzen von Grenzen* ist von großer Bedeutung. Nähe und Distanz müssen in einem ausgewogenen Verhältnis stehen, wenn SPFH gelingen soll. Die Nähe zwischen Familienhelfer_innen und Familienmitgliedern erfordert das Achten der gegenseitigen Grenzen sowie das sorgfältige Abstecken derselben. Dies stellt die Grundlage eines freundlichen Zusammenlebens dar (vgl. a. a. O., 102 f.).

Familienhelfer_innen sollten ständig auf der Suche nach Gelegenheiten sein, in denen das Wachsen und Werden der Familienmitglieder gestärkt werden kann. Dies geschieht in pädagogischen Situationen, die *Möglichkeiten des Anknüpfens* an die Lebenswelt der Familie bieten. Alltägliche Situationen können hier unvermittelt zu pädagogischen werden, indem sie Auslöser für Lernprozesse geben. Wichtig ist dabei, der Familie die Möglichkeit des Findens von Lösungsmöglichkeiten für die Probleme des Alltags nicht zu nehmen, sondern sie in ihren eigenen Möglichkeiten, ihrem ihnen möglichen Verhalten, zu unterstützen (vgl. a. a. O., 103).

Das *Wecken von Interesse* ist von großer Bedeutung für die SPFH. So können verborgene Möglichkeiten aufgespürt und bisher ungeahnte Kompetenzen freigelegt werden. Werden die Familienmitglieder selbst in einer Sache aktiv, ist davon auszugehen, dass sie sie mit Freude erledigen und nicht nur deshalb, weil die Familienhelfer_innen es erwarten (vgl. a. a. O., 104).

Sind vorhandene Anknüpfungsmöglichkeiten ausgeschöpft, können durch das *Öffnen und Erweitern des Raumes* neue Lernprozesse angestoßen werden. Neue Räume bieten oftmals

noch unbekannte Möglichkeiten des Ausprobierens und Entscheidens. Da hochbelastete Familien oftmals in einer sehr engen Lebenswelt leben, ist es sinnvoll, diese zu erweitern und ihnen die Möglichkeit zu geben, neue Ressourcen und Handlungsmöglichkeiten zu erlangen (vgl. ebd., 104 f.).

Das *Angehen von Konflikten* kann eine heikle Angelegenheit sein. Hier muss behutsam vorgegangen werden, um jedes Familienmitglied in seiner eigenen Realität zu sehen und sorgsam abgewogen werden, durch welche Schritte sich das Konfliktverhalten beeinflussen lässt. In konfliktscheuen Familien können beispielsweise Auseinandersetzungen provoziert werden (vgl. a. a. O., 105) , in konfliktreichen Familien ist dagegen eher die "Organisation" der Konflikte und das Verstehen des Standpunkts des Gegenübers zu erreichen.

Das abschließende *Stabilisieren von Stärken* ermöglicht ein allmählich wieder distanzierter werdendes Verhältnis zwischen Familie und Familienhelfer_in. Neu Erlerntes soll so weit gestärkt werden, dass es in Zukunft motivierend wirken kann und Familienhelfer_innen sich in gleichem Maße , wie es erstarkt, zurückziehen können, sodass am Ende des Prozesses statt Förderung wieder Begleitung steht. Im besten Fall sind bei den einzelnen Familienmitgliedern irreversible positive Veränderungen bewirkt worden, die sie in den Alltag einbringen können und somit ein gelingenderer Alltag gelebt werden kann (vgl. a. a. O., 106).

SPFH bietet somit eine theoretisch fundierte praktische Möglichkeit der Unterstützung sowie Ressourcenstärkung von hochbelasteten Familien und kann damit zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheit beitragen.

6 Fazit

Im Ergebnis lässt sich sagen, dass ein Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit in jedem Fall festzustellen ist. Armut beeinträchtigt die Betroffenen nicht nur im finanziellen Bereich, sondern hat auch eine immaterielle Seite – sie hat somit auch Auswirkungen auf die Gesundheit. Dies betrifft insbesondere Familien, was bedeutet, dass nicht nur Erwachsene, sondern auch ihre Kinder von klein auf lernen müssen mit dieser Beeinträchtigung umzugehen. Zu den häufigsten Erkrankungen der besagten Familien zählen neben Herz-Kreislauf-Erkrankungen auch Übergewicht und psychische Erkrankungen wie Depressionen. Von besonderer Bedeutung ist jedoch der Umstand, dass diese und andere Erkrankungen umso häufiger zu finden sind, je ärmer die untersuchte Bevölkerungsgruppe beziehungsweise

je niedriger der ihr zugeordnete Sozialstatus ist. Hier wird deutlich, in welchem Ausmaß gesundheitliche Ungleichheit auch in Zeiten eines allgemeinen gesellschaftlichen Wohlstands nach wie vor vorhanden ist. Dies ist jedoch nicht (ausschließlich) auf ein schlechtes Gesundheitsverhalten – wie häufigerer Tabak- und Alkoholkonsum und geringere sportliche Beteiligung – ärmerer Bevölkerungsschichten zurückzuführen, es hat viel mehr auch mit den Umständen zu tun, in denen diese Personen leben. In den letzten Jahren wurden viele Theorien und Modelle entwickelt, die versuchen diese gesundheitliche Ungleichheit zu erklären. Das in meinen Augen vielversprechendste Modell ist das 1997 von Andreas Mielck und Thomas Elkeles entwickelte Modell zur gesundheitlichen Ungleichheit, das viele Aspekte der zuvor entstandenen Theorien vereint und soziale Ungleichheit als Ausgangspunkt für die Erklärung der gesundheitlichen heranzieht. Aus Sicht der Sozialen Arbeit ist dieses Modell aber durchaus erweiterungsfähig. Zur Analyse der besonderen Lage von Familien, die von gesundheitlicher Ungleichheit betroffen sind, konnten daher auf Basis dieses Modells die Dimensionen der heutigen Strukturen und Lebenswelt gemäß der Lebenswelttheorie von Hans Thiersch gut angewandt werden. Durch die Analyse wurde deutlich, dass ärmere Familien in multifaktorieller Hinsicht beeinträchtigt sind: Ihre geringen finanziellen Mittel sind meist das Ergebnis struktureller Krisen des Arbeitsmarktes wie beispielsweise mangelnde Perspektiven für Langzeitarbeitslose oder den Ausbau des Niedriglohnsektors und der prekären Beschäftigungen. Dadurch sind sie oftmals gezwungen in Gegenden zu leben, die der Gesundheit nicht zuträglich sind, was sich wiederum auf den (nicht nur) subjektiv erfahrenen Stress und damit den Gesundheitszustand auswirkt. Kinder und Jugendliche, die in solchen Zuständen aufwachsen, gewöhnen sich an diese von Beginn ihres Lebens an und sind daher nicht oder nur mit großen Schwierigkeiten in der Lage, eine adäquate Vorgehensweise für den Umgang mit (durch finanzielle Schwierigkeiten hervorgerufenem) Stress umzugehen. Dem Kumulationsmodell des Lebenslaufansatzes von Dragano und Siegrist (2009) folgend ist demnach nicht nur der aktuelle sozioökonomische Status einer Person, sondern auch der vergangene für den aktuellen Gesundheitszustand entscheidend. Insofern ist besonders Kinderarmut in ärmeren Familien, die gerade durch die Einführung der Hartz-Gesetze noch einmal verschärft wurde, ein Thema, das zwar viel mediale Öffentlichkeit erhält, jedoch noch immer nicht auf geeignete Weise gelöst scheint. Ansätze zur Bekämpfung gesundheitlicher Ungleichheit existieren viele – beispielsweise im Bereich der Sozialpolitik, die durch Reduzierung der sozialen Ungleichheit auch die gesundheitliche reduzieren kann. Genauso sind bildungspolitische Lösungen denkbar, bei denen Kindern und Jugendlichen unabhängig von ihrem Elternhaus eine gesunde Lebensweise vermittelt wird. Von besonderer

Wichtigkeit ist meiner Meinung nach aber die soziale Arbeit in Form von Sozialpädagogischer Familienarbeit. Durch ihre Nähe zu betroffenen Familien sind Familienhelfer_innen in der Lage, an den individuellen Ressourcen und Defiziten der Familien und ihrer Mitglieder anzuknüpfen. So kann es der hochbelasteten Familie gelingen, ihre Lebenswelt selbstständig angenehmer zu gestalten, was, wie ich denke, eine sehr geeignete Maßnahme darstellt.

Meiner Meinung nach ist durch Armut hervorgerufene gesundheitliche Ungleichheit in einer reichen Gesellschaft ein Problem, das alle angeht und dringend einer größeren öffentlichen Präsenz bedarf. Die steigende Zahl der in dauerhafter Armut lebenden Menschen sowie von armen Kindern und Jugendlichen ist alarmierend und bedarf dringend eines Einschreitens der Politik. Es kann nicht sein, dass eine Gesellschaft ein derart hohes Maß an Potential verspielt, indem sie vorgibt, Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status seien selbst Schuld an ihrer Lage. Die heutigen Strukturen des Arbeitsmarktes lassen eine Wiedereingliederung Langzeitarbeitsloser oder einen Aufstieg prekär Beschäftigter kaum zu. Die Aussage im aktuellen Armuts- und Reichtumsbericht, die steigende Zahl der Beschäftigten im Niedriglohnbereich sei ein Erfolg, halte ich für eine Zumutung. In meinen Augen haben diese Politiker_innen den Bezug zu einer ganzen Bevölkerungsgruppe verloren, die sie doch eigentlich auch vertreten sollten. Schlimmer noch: Nicht nur die ärmste Bevölkerungsschicht ist von dieser Politik zugunsten der oberen Bevölkerungsgruppen und Unternehmen betroffen, auch die Mittelschicht ist im Begriff sich aufzulösen – und das nicht nur in Richtung Reichtum, sondern auch in Richtung Armut, wenn die soziale Schere sich weiterhin in diesem Tempo öffnet. Insofern hoffe ich, dass in absehbarer Zeit ein Umdenken stattfinden wird, sodass klar wird, dass die Gesellschaft als Ganzes, nicht nur ein kleiner Teil, unter gesundheitlicher Ungleichheit leidet und genauso von ihrer Reduzierung in großem Maße profitieren kann.

7 Quellenverzeichnis

7.1 Literaturverzeichnis

Dragano, Nico/Siegrist, Johannes (2009): Die Lebenslaufperspektive gesundheitlicher Ungleichheit. Konzepte und Forschungsergebnisse. In: Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (Hg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. 2. aktualisierte Auflage. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, S. 181-194

Franke, Alexa (2012): Modelle von Gesundheit und Krankheit. 3. überarbeitete Auflage. Bern: Verlag Hans Huber

Fuchs-Heinritz, Werner et al.(HG) (2011): Lexikon zur Soziologie. 5. überarbeitete Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. Springer Fachmedien GmbH

Gerull, Susanne (2011): Armut. Vom Ringen um Definitionen und Messregeln. In: Soziale Arbeit 10/2011, S. 364-371

Grunwald, Klaus/Thiersch, Hans (2008): Das Konzept Lebensweltorientierte Soziale Arbeit – einleitende Bemerkungen. In: Grunwald, Klaus/Thiersch, Hans (Hg.): Praxis Lebensweltorientierter Arbeit. Handlungszugänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern. 2. Auflage. Weinheim und München: Juventa Verlag, S. 13-39

Hanesch, Walter (2011): Armut und Armutspolitik. In: Otto, Hans-Uwe/Thiersch, Hans (Hg.): Handbuch Sozialarbeit Sozialpädagogik. 4., völlig neu bearbeitete Auflage. München und Basel: Ernst Reinhardt Verlag, S. 57-70

Helmert, Uwe/Schorb, Friedrich (2009): Die Bedeutung verhaltensbezogener Faktoren im Kontext der sozialen Ungleichheit der Gesundheit. In: Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (Hg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. 2. aktualisierte Auflage. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, S.133-148

Lampert, Thomas/Richter, Matthias (2009): Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen. In: Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (Hg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. 2. aktualisierte Auflage. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, S. 209-230

Lampert, Thomas [u.a.] (2005): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert-Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin: Robert-Koch-Institut (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes)

Lampert, Thomas/Hagen, Christine/Heinzmann, Boris (2010): Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Berlin: Robert-Koch-Institut (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes)

Lutz, Roland (2010): Erschöpfte Familien. Herausforderung für die Soziale Arbeit. In: Soziale Arbeit 6/2010. S. 234-240

Lutz, Ronald (2011): Verwundbarkeit und Erschöpfung von Kindern und Familien. In: Soziale Arbeit 10/2011. S.397-404

Mielck, Andreas (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern: Verlag Hans Huber

Mielck, Andreas (2005): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Bern: Verlag Hans Huber

Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (2009): Gesundheitliche Ungleichheit. Ausgangsfragen und Herausforderungen. In: Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (Hg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. 2. aktualisierte Auflage. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, S. 13-33

Schmitt, Sabine (2011): Geschichte der sozialen Arbeit. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hg.): Fachlexikon der sozialen Arbeit. 7. völlig überarbeitete und aktualisierte Auflage. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft. S. 351-354

Wilkinson, Richard/Pickett, Kate (2009): Gleichheit ist Glück. Warum gerechte Gesellschaften für alle besser sind. Frankfurt am Main: Zweitausendeins Verlag

Woog, Astrid (2006): Soziale Arbeit in Familien. Theoretische und empirische Ansätze zur Entwicklung einer pädagogischen Handlungslehre. 3. Auflage. Weinheim und München: Juventa Verlag

Woog, Astrid (2008): Lebensweltorientierte Arbeit in Familien. In: Grunwald, Klaus/Thiersch, Hans (Hg.): Praxis Lebensweltorientierter Arbeit. Handlungszugänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern. 2. Auflage. Weinheim und München: Juventa Verlag, S. 87-108

Zimbardo, Philip G. / Gerrig, Richard J. (2004): Psychologie. 16. aktualisierte Auflage. München: Pearson Studium

7.2 Internetquellen

Internetquelle 1

Bundesministerium für Arbeit und Soziales: Lebenslagen in Deutschland. Der Vierte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung (2013), online unter http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen-DinA4/a334-4-armuts-reichtumsbericht-2013.pdf;jsessionid=7B926075E6046121F63D6FB3A1E1A135?__blob=publicationFile (Zugriff 26.08.2013)

Internetquelle 2

Deutsches Krebsforschungszentrum: Passivrauchen und gesundheitliche Folgen, online unter http://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/Passivrauchen_und_gesundheitliche_Folgen.html (Zugriff 26.08.2013)

Internetquelle 3

Europäischer Sozialfond für Deutschland: Investitionsprogramm Zukunft, Bildung und Betreuung (ZIBB), online unter http://www.esf.de/portal/generator/5360/programm__Zukunft+Bildung.html (Zugriff

26.08.2013)

Internetquelle 4

Focus Online: Löhne, Minijobs, Leiharbeit. Das haben die Parteien mit Deutschlands jobbern vor, online unter

http://www.focus.de/finanzen/news/arbeitsmarkt/tid-32803/mehr-lohn-oder-mehr-maloche-das-haben-die-parteien-mit-deutschlands-jobbern-vor_aid_1066032.html (Zugriff 26.08.2013)

Internetquelle 5

GEMB Gesellschaft für Emissionsmanagement und Beratung mbH: Die Umweltplakette/Feinstaubplakette. Umweltzonen und Schadstoffgruppen in Deutschland, online unter

<http://www.umwelt-plakette.de/feinstaubplakette%20umweltplakette.php?SID=56bfadc2d126e0eb3ebe84966caa65f1> (Zugriff 26.08.2013)

Internetquelle 6

Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft: Soziale Herkunft und Schulleistung. Wo steckt das Arbeiterkind? Online unter

http://www.gew.de/Binaries/Binary34594/10_28_schon_gewusst_Arbeiterkind.pdf (Zugriff 26.08.2013)

Internetquelle 7

Hamburger Abendblatt: Anti-Lärm-Plan. Nachts Tempo 30 auf Hauptverkehrsstraßen, online unter

<http://www.abendblatt.de/hamburg/article110493727/Anti-Laerm-Plan-Nachts-Tempo-30-auf-Hauptverkehrsstrassen.html> (Zugriff 25.01.2013)

Internetquelle 8

Hamburger Verkehrsverbund: Abopreise, online unter

<http://www.hvv.de/fahrkarten/abonnement/abopreise/index.php> (Zugriff 26.08.2013)

Internetquelle 9

Hauser, Richard (2007): Probleme des deutschen Beitrags zu EU-SILC aus der Sicht der Wissenschaft. Ein Vergleich von EU-SILC, Mikrozensus und SOEP, online unter http://www.diw.de/documents/publikationen/73/77329/diw_sp0069.pdf (Zugriff 26.08.2013)

Internetquelle 10

Lampert, Thomas/Kroll, Eric (2010): Zahlen und Trends aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Armut und Gesundheit. In: GBE kompakt: Ausgabe 05/2010. Armut und Gesundheit, online unter http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gasts&p_aid=&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=13357::ECHI (Zugriff: 26.08.2013)

Internetquelle 11

Ministerium für Bildung, Jugend und Sport Brandenburg: 15. Shell Jugendstudie http://www.mbjs.brandenburg.de/sixcms/media.php/5527/shell_brab.pdf (Zugriff 26.08.2013)

Internetquelle 12

Putschke, Kerstin: Keine Chancengleichheit im Gesundheitswesen? Online unter <http://www.meine-gesundheit.de/keine-chancengleichheit-im-gesundheitswesen> (Zugriff 26.08.2013)

Internetquelle 13

Schweizerische Eidgenossenschaft: Verfassung der Weltgesundheitsorganisation, online unter <http://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19460131/index.html> (Zugriff 26.08.2013)

Internetquelle 14

Spiegel Online: Mediziner mangel. Deutschland fehlen 3600 Ärzte, online unter <http://www.spiegel.de/wirtschaft/soziales/mediziner-mangel-deutschland-ehlen-3600-aerzte-a-669846.html> (Zugriff 26.08.2013)

Internetquelle 15

Stadt Eckernförde: Öffentlicher Personennahverkehr, online unter
<http://www.eckernfoerde.de/index.phtml?NavID=296.154&La=1> (Zugriff 26.08.2013)

Internetquelle 16

Statistisches Bundesamt (2011): Auszug aus dem Datenreport 2011. Kapitel 6: Private Haushalte. Einkommen, Ausgaben, Ausstattung, online unter
https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Datenreport/Downloads/Datenreport2011Kap6.pdf?__blob=publicationFile (Zugriff 26.08.2013)

Internetquelle 17

Stern online: Dauererreichbarkeit von Arbeitnehmern. Von der Leyen will E-Mail-Stress beenden, online unter
<http://www.stern.de/wirtschaft/job/dauererreichbarkeit-von-arbeitnehmern-von-der-leyen-will-e-mail-stress-beenden-1839752.html> (Zugriff 26.08.2013)

Internetquelle 18

Zeit online: Lebensmittel-Ampel scheitert an EU-Parlament, online unter
<http://www.zeit.de/wirtschaft/2010-06/ampel-kennzeichnung-naehrwert> (Zugriff 26.08.2013)

7.3 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:

Modell zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit, in:
Mielck, Andreas (2012): Inklusion und Exklusion. Die Folgen für den Gesundheitszustand.
In: Balz, Hans-Jürgen / Benz, Benjamin / Kuhlmann, Carola (Hg.): Soziale Inklusion.
Grundlagen, Strategien und Projekte in der Sozialen Arbeit. Wiesbaden: VS Verlag für
Sozialwissenschaften. Springer Fachmedien. S. 163-180.

8 Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtliche oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind in allen Fällen unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, den 28.08.2013

Jennifer Schmidt