

Geerbte Schwäche

Wenig Geld, wenig Gesundheit.

*Die sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheits- und Überlebenschancen ist eine der zentralen Herausforderungen der Gesundheitspolitik des 21. Jahrhunderts. Ihr liegt zugrunde eine stabil ungleiche Verteilung von gesundheitsrelevanten Belastungen und Ressourcen. Die Fundamente dieser Ungleichheit werden sehr früh im Leben gelegt und erklären sich v. a. aus der Lebenslage der Eltern. Der Beitrag zeigt, dass Kinder aus sozial benachteiligten Familien auf ihrem Weg zu einem gesunden und langen Leben mehr, höhere und schwierigere Hürden zu überwinden haben als Kinder mit einem günstigeren sozialökonomischen Hintergrund. Für gesundheitspolitische Strategien, die hier kompensatorisch wirksam werden sollen, ist zu beachten, dass sich hinter der Bezeichnung ‚soziale Benachteiligung‘ eine große Vielzahl sehr unterschiedlicher Lebenslagen und Probleme verbirgt – Primärprävention und Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte ist immer auch diversity management.**

■ Rolf Rosenbrock

Sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen hat in den letzten Jahren immer größerer fachliche, öffentliche und politische Aufmerksamkeit gewonnen. Zu Recht, wie ein Blick auf die Lage und Dynamik der Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland zeigt: Teilt man die in Deutschland lebende Bevölkerung nach den Merkmalen Einkommen, Bildung und Stellung im Beruf in fünf gleich große Teile, so zeigt sich: Menschen aus dem untersten Fünftel haben in jedem Lebensalter – von der Wiege bis zur Bahre – ein ungefähr doppelt so hohes Risiko, ernsthaft zu erkranken oder vorzeitig zu sterben. In Zahlen: Männer aus dem untersten Fünftel sterben im Durchschnitt zehn Jahr früher als Männer aus dem obersten Fünftel, bei Frauen beträgt die Differenz rund fünf Jahre. Hinzu kommt für Frauen und Männer aus dem untersten Fünftel, dass sich die im letzten Lebensdrittel nahezu durchgängig auftretenden chronisch-degenerativen Erkrankungen bei ihnen im Durchschnitt ca. vier Jahre früher manifestieren. Die gesunde Lebenserwartung steigt in den Mittel- und Oberschichten als Ausdruck der *compression of morbidity* wesentlich schneller an als in den unteren Schichten. Der Abstand zwischen ‚oben‘ und ‚unten‘ nimmt dabei zumindest nicht ab, wahrscheinlich wird er gegenwärtig sogar noch immer größer. Die Verminderung sozial bedingter Ungleichheit ist nach international übereinstimmender Auffassung eine der zentralen, vielleicht die wichtigste der Herausforderungen der Gesundheitspolitik im 21. Jahr-

Prof. Dr. Rolf Rosenbrock, Jg. 1945, Wirtschafts-, Sozial- und Gesundheitswissenschaftler, leitet die Forschungsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) und ist u. a. Mitglied des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR-G)

hundert. Das zeigt auch der Bericht der WHO: *Closing the gap in a generation*, den der Vorsitzende der Autorenkommission, Professor Sir Michael Marmot Anfang Dezember 2008 beim 14. Kongress ‚Armut und Gesundheit‘ vorgestellt hat.

Die Herausforderung besteht darin, die *compression of morbidity* auch für sozial Benachteiligte zu öffnen. Das ist zunächst einmal eine Frage der Gerechtigkeit im Sinne der Annäherung an Chancengleichheit. Darüber hinaus ist aber auch wahr: Je besser es der Politik gelingt, diese Herausforderung zu bewältigen, desto leichter lassen sich auch die künftigen inhaltlichen und materiellen Herausforderungen im Hinblick auf Krankenversorgung und Sozialleistungen und ihre Finanzierung bewältigen.

Dazu ist es wichtig zu wissen, woher die Ungleichheit kommt, wie sie entsteht, an welchen Punkten und mit welchen Maßnahmen sie zu verringern ist. Dazu ist der Blick auf die Gesundheitschancen von Kindern und Jugendlichen der nächstliegende und wohl auch langfristig der entscheidende Zugang.

Dabei geht es ja nicht nur darum, wie gesund Kinder und Jugendliche aktuell bzw. in ihrer Kindheit und Jugend sind. Schon hier zeigen sich große Unterschiede: Die Hälfte der Eltern aus dem obersten Fünftel (hier: nach Einkommen) schätzt die Gesundheit ihrer Kinder als ‚sehr gut‘ ein, im untersten Fünftel tut dies knapp ein Drittel, Kinder aus dem untersten Fünftel weisen mit 15% dreimal häufiger psychische Auffälligkeiten auf als Kinder aus dem obersten Fünftel, sie sind etwa doppelt so häufig übergewichtig bzw. adipös und so weiter und so weiter.

Wichtiger noch als die aktuelle gesundheitliche Lage ist aber die Frage nach dem Fundament für die Gesundheit

im Lebensverlauf, das in der Kindheit gelegt wird, also Antworten auf die Frage, welche Gesundheitschancen Kinder im Verlaufe ihres Lebens haben werden, welche inneren und äußeren Ressourcen sie mitbringen, um das vor ihnen liegende Leben zu bewältigen.

Gesundheit wird in der Gesundheitswissenschaft definiert als Gleichgewicht bzw. Balance von Belastungen und Ressourcen (auch: Schutz- und Bewältigungsfaktoren), wobei ‚Ressourcen‘ und ‚Belastungen‘ so weit zu verstehen sind, wie die sozialepidemiologische Forschung Evidenz über Zusammenhänge stiften kann, und diese Zusammenhänge mit einer empirisch getesteten Theorie als Kausalzusammenhang interpretiert werden können. Sowohl auf der Belastungs- wie auf der Ressourcenseite finden sich physische, psychische, soziale, finden sich materielle und immaterielle Faktoren, die je nach Ausprägung die Wahrscheinlichkeit von Krankheit bzw. unbedingter Gesundheit senken oder steigern.

Auch dann gibt es keinen Determinismus: wir reden über erhöhte Wahrscheinlichkeiten in Altersgruppen. Pro Jahr werden in Deutschland ca. 700.000 Kinder geboren, ca. jedes fünfte Kind, d.h. ca. 140.000 Kinder pro Geburtsjahrgang wachsen mit erheblichen psychosozialen Belastungen auf, bei 5%, d.h. bei ca. 35.000 Kindern je Geburtsjahrgang muss – nach Angaben der Akademie für Kinder- und Jugendmedizin – von einem sehr hohen Risiko physischer und psychischer Vernachlässigung sowie von körperlichem und seelischen Missbrauch ausgegangen werden.

Die wichtigsten Faktoren, die dieses Risiko erklären, liegen in der Lebenslage der Eltern. Es sind

Arbeitslosigkeit

geringe formale Bildung

Allein erziehende Eltern

Migrationshintergrund

mehrere Kinder

psychische Erkrankung der Eltern

....jeweils in Verbindung mit materieller Armut

(SVR 2007)

Auch hier einige Schlaglichter in Zahlen: 1,8 Mio Kinder unter 15 Jahren leben in Bedarfsgemeinschaften nach SGB II, die Sozialhilfequote liegt bei Kindern bei 16,2% (2006) und damit doppelt so hoch wie im Bevölkerungsdurchschnitt. In Städten wie Görlitz, Hoyerswerda oder Bremerhaven liegt die Armutsquote für Kinder bei ca. 40%. Wenn drei oder mehr Kinder in einer Familie leben, verdreifacht sich das Armutsrisiko – auf ca. 40 – 50%. Geld ist natürlich nicht gleich Gesundheit. Aber Geld eröffnet Chancen und Möglichkeitsstrukturen, auch schon für Kinder. Die Verfügung über Geld ist zusammen mit Bildung der valideste Prädiktor für Gesundheitschancen.

Die soziale und kulturelle und materielle Vielfalt innerhalb der statistischen Gruppe der ‚sozial benachteiligten‘, ist erheblich und ihre Beachtung bildet den Schlüssel zum

Erfolg von Strategien und Interventionen. Zudem: ein hohes Maß an Belastungen und eine geringe Ressourcenausstattung führt auch nicht bei allen davon betroffenen Kindern zur nachhaltigen Beschädigung von Entwicklungschancen. Es geht also um Kaskaden von Wahrscheinlichkeiten. Freilich lohnt es sich bei jeder Stufe dieser Kaskaden darüber nachzudenken, ob und mit welchen Mitteln Gesellschaft und Politik, Public Health und Medizin Belastungen senken und Ressourcen stärken können.

Der Kinder- und Jugend-Gesundheitssurvey des Robert-Koch-Instituts (KiGGS) gibt uns erstmals repräsentativ und verlässlich Auskunft über die materiellen Hindernisse, die eine positive Entwicklung in Kindheit und Jugend be- oder verhindern und die deshalb auch ein sozial und gesundheitlich gelingendes Leben weniger wahrscheinlich machen.

KiGGS birgt aber auch eine Gefahr: durch die Zusammenstellung der gesundheitlich bedenklichen und schädigenden Folgen sozialer Benachteiligung wird suggeriert, es handele sich um *eine* Gruppe mit schlechten Angewohnheiten. Beides ist falsch: es handelt sich um sehr unterschiedliche Untergruppen – eine patriarchalische türkische Familie in einer westdeutschen Großstadt befindet sich trotz möglicherweise gleicher Bildung und gleichem pro-Kopf-Einkommen in einer ganz anderen Lebenslage und bewegt sich in einer ganz anderen Lebenswelt als eine desintegrierte deutsche Familie auf ALG II in den neuen Bundesländern. Diese Lebenswelten produzieren und stabilisieren Lebensweisen, und das, was wir als gesundheitlich schädigend sehen, ist sehr häufig integraler Teil dieser unterschiedlichen Lebensweisen und Lebenswelten und kann deshalb nicht durch quasi chirurgisch ansetzende, sozialtechnische Interventionen abgestellt werden. Zudem erklären sich maximal 50% der sozial bedingten Unterschiede von Gesundheitschancen aus Unterschieden im Verhalten, mehr als die Hälfte erklärt sich direkt aus der sozialen Position. Ohne einen konzeptionellen und dann auch praktischen Zugang zu den unterschiedlichen Lebenswelten haben Interventionen nicht den Erfolg, der möglich und nötig wäre – Prävention und Gesundheitsförderung mit sozial Benachteiligten ist immer auch *diversity management*.

Nach diesen Vorwarnungen also eine Zusammenstellung von gesundheitlichen Belastungen und Hemmnissen bei der Entwicklung von Gesundheitsressourcen. Man kann sich das als Hürdenlauf vorstellen, wobei die Aufstellung, der Abstand und die Höhe der Hürden ebenso wie die Sprungkraft zwischen den zahlreichen Gruppen, die wir unter der Sammelbezeichnung ‚sozial benachteiligt‘ zusammen fassen, sehr unterschiedlich ist.

Eltern mit niedrigem Sozialstatus rauchen öfter, sind öfter übergewichtig, treiben weniger Sport und haben weniger häufig sozial verlässliche, auf Gegenseitigkeit beruhende Beziehungen als Menschen, die es materiell besser haben. Sie ernähren sich weniger gesund und haben auch öfter Stress miteinander – sie bringen also häufig weniger Erfahrungen und weniger Kraft für eine positive Lebensorientierung des Neugeborenen und Kindes mit. Zudem sind

bei sozial benachteiligten Eltern geborene Kinder häufiger unerwünschte Kinder.

Die meisten dieser Faktoren sind noch stärker ausgeprägt bei Frauen, die ihr Kind außerhalb einer Partnerschaft austragen.

Während der Schwangerschaft muss der Foetus, der unter solchen Bedingungen heranwächst, häufiger passiv rauchen, das wirkt sich stärker auf seine Entwicklung aus, weil die Wohnung weniger Zimmer und weniger Quadratmeter hat und – wegen mehr Verkehrslärm – auch lauter ist und wohl weniger gelüftet wird. Alkohol wird in der Schwangerschaft hingegen häufiger in den Mittel- und Oberschichten getrunken.

Sozial und ökonomisch schwache Schwangere gehen weniger zu Früherkennungsuntersuchungen in der Schwangerschaft. Sie sind umso weniger kompetent, das Trommelfeuer aus kommerziellen Warnungen, Versprechungen und Angeboten, das auf jede Schwangere herab regnet, gelassen und abwägend aufzunehmen. Sie haben deshalb auch weniger Chancen, die Schwangerschaft als besondere und bereichernde Lebensphase zu erleben.

Sie betreiben weniger Schwangerschaftsgymnastik, noch seltener unter Beteiligung des Kindesvaters.

Nach wie vor weist die – in Deutschland mittlerweile sehr geringe – Säuglingssterblichkeit einen inversen Schichtgradienten auf. Neugeborene sozial benachteiligter Eltern haben im Durchschnitt ein niedrigeres Geburtsgewicht, und auch die Wahrscheinlichkeit, vollständig bis zum 6. Monat gestillt zu werden, ist bei ihnen geringer.

Das Risiko des Passivrauchens bleibt für sozial benachteiligte Kinder auch nach der Geburt höher. Zudem besteht eine geringere Wahrscheinlichkeit, am Früherkennungsprogramm für Neugeborene und Kinder, v. a. ab U 5 teilzunehmen, auch die Zahnhygiene ist von vornherein schlechter.

Es gibt in armen Familien öfter Stress und weniger Harmonie, das Familienklima gibt weniger Ankerpunkte zur Entwicklung von festem Vertrauen, wechselseitiger Wertschätzung, Verhaltenssicherheit, von positiver Grundstimmung und Lernlust

Die wäre aber besonders nötig, um den Mangel an Anregungen zum Entdecken zu Lernen begegnen, der bei Kindern in ungünstigen Lebenslagen häufiger auftritt. Das bezieht sich nicht nur die Kommunikation mit den Eltern, sondern auch auf den größeren Mangel an kindgerechtem Spielzeug, Büchern etc. Ein früherer, längerer und häufiger nicht von Erwachsenen begleiteter Medienkonsum ist dafür ein starker Indikator – in hoher Korrelation zu späterem Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom (ADHS). Kinder aus beengten Lebenslagen haben auch öfter Unfälle, was zum Teil auf unzureichende Beaufsichtigung, weniger Schutz (z.B. Fahrradhelme), zum Teil aber auch auf weniger geeignete Bewegungs- und Spielflächen im Wohnumfeld zurückzuführen ist.

Überdurchschnittlich häufig erfahren sozial benachteiligte Kinder Gewalt von ihren Eltern, verstärkt in Familien mit Migrationshintergrund. Die schlagenden Eltern geben dabei in ihrer großen Mehrzahl nur das an die Kinder weiter, was sie selbst in ihrer Kindheit von ihren Eltern erleiden mussten. Prügel, aber auch psychische Gewalt, sind häufig nur die sichtbaren Zeichen eines wenig emotionalen, sozialen und kognitiven Entwicklungsförderlichen Erziehungsstils, der regelmäßig Ausdruck der Überforderung der Eltern durch ihre materielle und soziale Situation ist

Wenn dann noch – ebenfalls überproportional häufig in diesen Gruppen – in jungen Jahren Vater und Mutter sich trennen, verschärfen sich häufig diese Probleme, zumal eine solche Trennung im Regelfall mit Verlusten an Einkommen und sozialen Netzwerken verbunden ist.

Kombinationen und Kumulationen der damit verbundenen Probleme ergeben sich dann, wenn es Arbeitslosigkeit von mehr als 12 Monaten gibt und das Familieneinkommen auf Leistungen nach ALG II sinkt. Neben die materiellen treten Probleme der markanten Reduktion an gesellschaftlicher Teilhabe, die mit längerer Arbeitslosigkeit verbunden ist: Verlust von sozialen Netzwerken, von Sinnerleben und Zeitstruktur. Bekanntlich sind Menschen mit einer Arbeitslosigkeit von mehr als 12 Monaten ungefähr doppelt so häufig schwer krank, und besonders häufig psychisch krank, wie der Durchschnitt aller Beschäftigten, die schlechten Jobs also mitgerechnet.

Nur unterdurchschnittlich häufig haben Kinder aus solchen Lebenslagen die Chance, ihre auf diese Weise nicht ausgeschöpften kognitiven, sozialen und emotionalen Potenziale mit Hilfe von Elementarbildung – in Deutschland ohnehin noch vergleichsweise marginal – und KiTa-Besuch zu kompensieren. KiTas, die auf fachlich angemessenem Niveau auf die spezifischen Probleme und Bedarfe dieser Kinder eingehen, gibt es so gut wie gar nicht – im Gegensatz zu individuell spezialisierten Frühförderungseinrichtungen für selbst zahlende Wohlhabende.

Mit weniger geübter und angeregter kognitiver, physischer und emotionaler Lernlust und damit auch weniger Kompetenzen ausgestattet, mit weniger Erfahrungen von Wertschätzung und Gegenseitigkeit und also insgesamt schlechter vorbereitet auf die neue Lebensstufe kommen diese Kinder dann in die Schule. Wenn sie materiell arm sind, begegnen ihnen ab diesem Alter dann Ausgrenzungen aus *peer groups* oder Freundeskreisen, und ganz besonders die Ausgrenzung aus solchen Freundeskreisen, die für sie nützlich und förderlich sein könnten, oft schlicht deshalb, weil sie nicht genügend Geld für die Gruppenstandards haben.

In der Schule versagen Kinder von Eltern aus beengten Lebenslagen öfter und zeigen im Durchschnitt schlechtere Leistungen. Häufig liegt dies zusätzlich auch an einer auf Stereotypen beruhenden Unterforderung, wie es v. a. für Kinder mit Migrationshintergrund gezeigt wurde: man traut diesen Kindern zu wenig zu.

Die Schule ist dabei immer noch weithin nicht Ganztagschule, sondern erwartet kontrafaktisch, dass Frühstück, Mittagessen und Nachmittagsgestaltung verlässlich von der Familie organisiert werden.

Das Verhältnis zwischen Schule und Eltern ist immer noch weithin von der Funktionszuweisung Schule=kognitiv, Eltern=Erziehung geprägt und perpetuiert so gegenseitige Fehlerwartungen und Schuldzuweisungen, die keinem Kind dabei helfen, die Stärken beider sozialen Systeme zu nutzen. Von einer konzeptionellen, inhaltlichen und faktischen Koordination zwischen den drei Sozialisationsinstanzen - Elternhaus, Schule und Sozialer Arbeit -, die auf die Bedürfnisse und Problemlagen sozial benachteiligter Kinder eingeht, kann in Deutschland derzeit noch kaum die Rede sein.

Die Möglichkeiten, die Schule als Setting für Gesundheitsförderung durch partizipative Organisationsentwicklung zu nutzen, wird bislang nur in Modellprojekten betrieben. Das GKV-Modellprojekt ‚gesund leben lernen‘ hat gezeigt, dass gerade solche Projekte besonders wirksam sind, die in Kindern mit sozial benachteiligenden Lebenslagen liegenden Potenziale an Selbstwertgefühl, Selbstwirksamkeitsgefühl, Wertschätzung für sich und andere, Lust auf Interaktion und Teilhabe wecken können.

Kinder aus schwierigen Lebenslagen zeigen überdurchschnittlich häufig Verhaltensauffälligkeiten, sie sind auch häufiger gewalttätig, sie treiben seltener regelmäßig Sport; sie rauchen mehr; sie trinken öfter zuviel - Ausnahme: Migrantenkinder. Sie entwickeln häufiger ernsthaftes Übergewicht einschließlich Adipositas, aber - bei Mädchen im Umkreis der Pubertät noch häufiger als Übergewicht: auch Essstörungen und andere psychische Auffälligkeiten.

Sie nehmen unterdurchschnittlich an der ohnehin nur wenig in Anspruch genommenen ärztlichen Jugenduntersuchung teil und sie pflegen auch ihre Zähne schlechter.

Sie erhalten aus all diesen Gründen sehr viel seltener Empfehlungen für weiterführende Schulen. Viele von ihnen sammeln sich dann in der immer noch existierenden Perspektivensackgasse ‚Hauptschule‘ - mit sehr geringen Chancen am Arbeitsmarkt. Die große Mehrheit der ca. 425.000 arbeitslosen Menschen unter 25 Jahren in Deutschland kommt aus der Hauptschule oder hat gar keinen Schulabschluss. 27% derer, die ohne Schulabschluss eine Arbeitsstelle suchen, bleiben arbeitslos, bei Hochschulabsolventen beträgt diese Quote vier Prozent. Menschen mit geringer formaler Bildung führen deshalb ein eher unstetes Arbeitsleben, haben Jobs mit geringen Handlungsspielräumen oder Lernperspektiven vor sich - und damit weitere Gesundheitsbelastungen mit erheblichem prädiagnostischen Wert für vorzeitige Morbidität und Mortalität.

Viele junge Frauen suchen in dieser Situation eine Lösung ihrer Probleme in einer Schwangerschaft - und der Kreislauf kann von Neuem beginnen.

Diese Aufzählung von Defiziten, Belastungen und Entfaltungshemmnissen kann etwas hoffnungslos machen,

aber das soll sie nicht, und dazu gibt es auch keinen Grund. Denn ich habe hier ausschließlich die in sozial beengten Lebenslagen gehäuft auftretenden gesundheitsrelevanten Belastungen benannt. Nicht erwähnt habe ich die zahlreichen Institutionen, Berufsgruppen, Regelungen, Ansprüche, Leistungen und immer mehr staatlichen Programme genannt, die sich auf diese - im Kern ja seit Jahrzehnten bekannten - Problemlagen beziehen und sie bearbeiten. Allerdings: die hier skizzierten Gesundheitsrisiken existieren in der Bevölkerung trotz des Wirkens dieser Institutionen und Hilfen. Ebenso wenig reichte meine Zeit, um auf die vielen Empfehlungen und Vorschläge aus dem Transferkonzept zu KiGGs einzugehen, dass vom RKI und der BZgA erstellt worden ist.

Meine Aufgabe war zu zeigen: Schlechte Gesundheit und daraus folgend auch schlechtere Lebenschancen werden sozial vererbt. Ganz ohne Gene.

Literatur

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und Robert Koch Institut (Hrsg.): Erkennen - Bewerten - Handeln. Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, Berlin und Köln 2008
Rosenbrock, Rolf, Gerlinger, Th. (2006): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung, 2. Aufl., Huber Verlag: Bern

Fußnote:

* Vortrag auf der RKI-BZgA-Transfer-Tagung „Kinder in eine gesunde Zukunft“ am 09. 12. 08 im Langenbeck-Virchow-Haus in Berlin



Inhalt und Auslegung von Patientenverfügungen

Grundlagen für rechtsfehlerfreie Gestaltung

Von RAuN Dr. Wolfgang Lange, FAErBR

2009, 424 S., brosch., 89,- €, ISBN 978-3-8329-3788-1

Das Selbstbestimmungsrecht des nicht mehr einwilligungsfähigen Patienten soll durch Patientenverfügungen gewahrt werden.

Neben der Darstellung der rechtlichen Grundlagen für Inhalt und Auslegung von Patientenverfügungen untersucht und bewertet der Autor alle verfügbaren Formulare. Darüber hinaus enthält das Werk einen Formulierungsvorschlag für eine Patientenverfügung.



Nomos

Bitte bestellen Sie im Buchhandel oder versandkostenfrei unter ► www.nomos-shop.de