



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Land Gesundheits Studie
1973 - 1994 - 2008

Armut und Gesundheit

Prof. Dr. Thomas Elkeles

**Kurzvortrag auf der Ostdeutschlandkonferenz
„Überholen statt einzuholen“ der Bundestagsfraktion
DIE LINKE, 25./26.April 2008**

Dresden, 26.04.2008



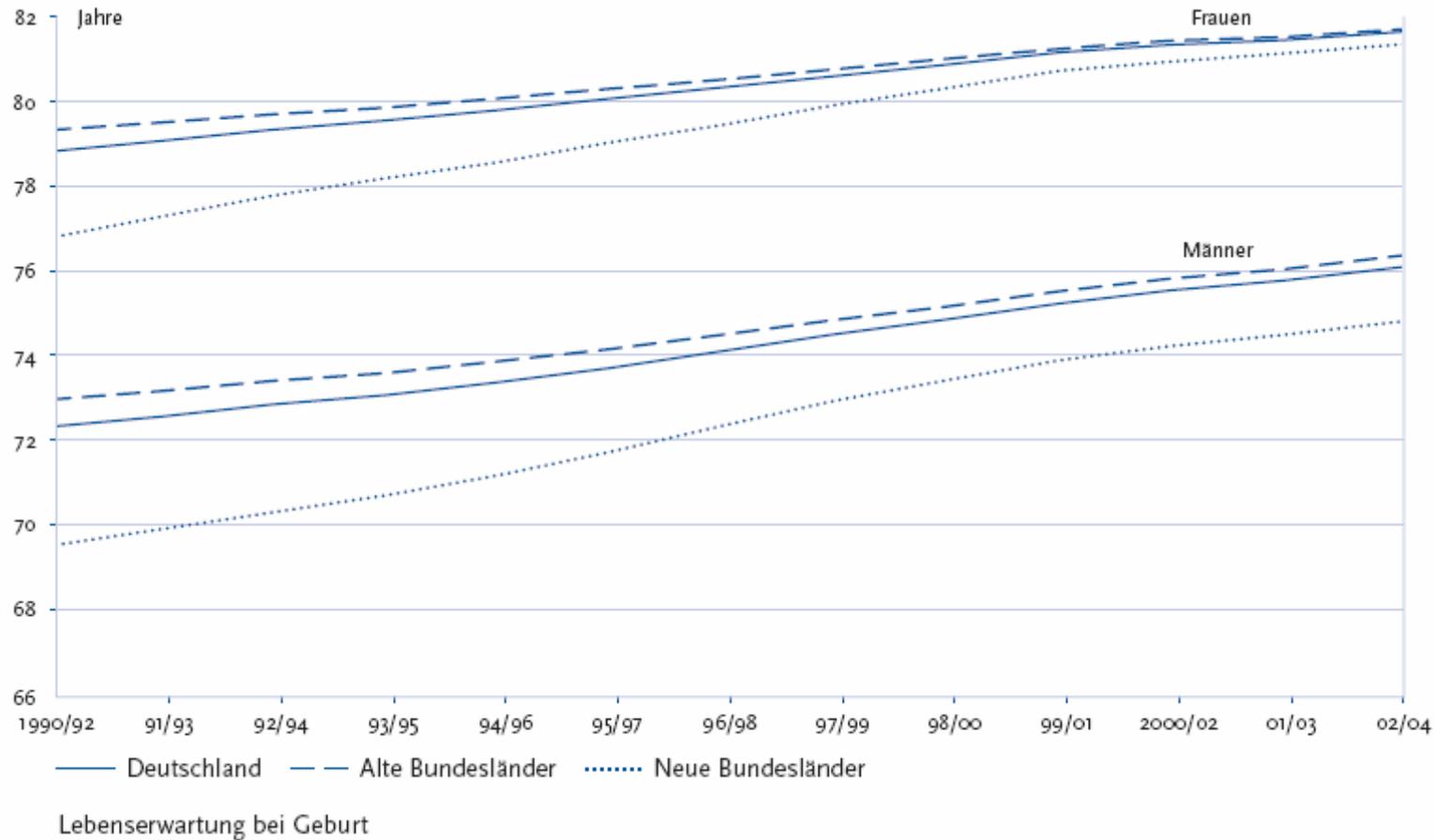
Sozioökonomischer Status und Verteilung von Mortalität, Morbidität und Risikofaktoren

In epidemiologischen Studien zum Zusammenhang zwischen der sozialen Lage und dem Gesundheitszustand wurde dargelegt, dass **Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status** (d. h. mit einer niedrigen Bildung, einem niedrigen beruflichen Status und/oder einem niedrigen Einkommen) **überproportional häufig einen beeinträchtigten Gesundheitszustand und eine geringere Lebenserwartung aufweisen als Personen mit höherem sozioökonomischen Status** (socioeconomic status, SES).

Danach haben **Männer** aus dem untersten Viertel der Einkommenskala eine um **zehn Jahre geringere Lebenserwartung** als Männer aus dem obersten Viertel (72 gegenüber 82 Jahren); für **Frauen** beträgt der entsprechende Unterschied **fünf Jahre** (81 gegenüber 86 Jahren).



Abbildung: Lebenserwartung bei Geburt, Deutschland 1990 bis 2004



Quelle: Todesursachenstatistik, Statistisches Bundesamt; Fortschreibung des Bevölkerungsstandes aus: Gesundheit in Deutschland



Gesundheitsprobleme von 11- bis 15-jährigen Jugendlichen nach Armutsbetroffenheit

Angaben in Prozent (gerundet)

Quelle: HBSC-Studie 2002; Daten für Nordrhein-Westfalen, Hessen, Sachsen und Berlin (N=5.650)

Gesundheitsprobleme	Jungen			Mädchen		
	Armutsgr.	Übrige	Odds Ratio ^a	Armutsgr.	Übrige	Odds Ratio ^a
Gesundheitszustand einigermaßen/schlecht	15	11	1,5*	20	17	n.s.
Selbstbewusstsein selten/nie	23	20	n.s.	33	29	n.s.
Einsamkeit sehr/ziemlich oft	13	8	1,6*	17	13	n.s.
Fühle mich allgemein schlecht öfters in der Woche	7	3	2,4*	10	6	1,7*
Schlafstörungen öfters in der Woche	17	13	1,4*	21	16	1,4*
Kopfschmerzen öfters in der Woche	11	7	1,5*	19	16	1,3*
Magenschmerzen öfters in der Woche	7	3	2,2*	15	10	1,6*

^a Die Odds Ratios geben an, um welchen Faktor das Risiko in der Armutsgruppe gegenüber der nicht-armen Vergleichsgruppe erhöht ist, dass die Jugendlichen die betrachteten gesundheitlichen Beeinträchtigungen aufweisen

* Zusammenhänge sind signifikant (p unter 0,05)
n.s. heisst Zusammenhänge sind nicht signifikant

aus: GBE Bund



Tabelle 1
Armutrisiko nach Altersgruppen 1992–2002
Quelle: Sozio-oekonomisches Panel (SOEP)

Armutrisiko	1992		1994		1996		1998		2000		2002	
	West	Ost	West	Ost	West	Ost	West	Ost	West	Ost	West	Ost
Äquivalenzeinkommen (Median, in €) ^a	938	586	1.005	761	1.057	851	1.073	885	1.148	933	1.215	1.002
Armutrisikogrenze (in €) ^b	563	352	603	457	634	511	644	531	689	560	729	601
Armutrisikoquoten (in %)												
0–6 Jahre	12,0	14,0	11,5	19,0	11,6	14,8	16,0	14,3	14,5	20,1	13,0	14,7
7–14 Jahre	13,8	8,9	13,3	11,1	12,7	11,2	10,9	9,8	13,1	13,5	13,6	17,1
15–17 Jahre	16,3	10,9	14,4	11,9	17,8	12,7	18,8	11,0	16,7	15,1	20,2	16,4
18–64 Jahre	9,7	7,8	9,8	9,2	11,3	9,6	11,5	8,6	11,1	8,9	11,3	12,9
65+ Jahre	13,4	9,7	10,0	6,7	10,6	6,9	11,4	1,4	11,0	4,6	13,6	5,2
Gesamt	11,0	8,8	10,4	9,8	11,6	9,8	12,0	9,3	11,7	9,3	12,3	12,0

^a Berechnet nach den Regelsatzproportionen der neuen OECD-Skala

^b Schwellenwert zur Abgrenzung des Armutrisikos bei 60% des mittleren Nettoäquivalenzeinkommens (Median)

aus: Klocke/Lampert 2005 (GBE des Bundes, Heft 4)



Tab. 3.1: Sozialer Gradient bei Mortalität und Morbidität im Kindesalter, dargestellt durch die Vervielfachung bei Kindern der untersten gegenüber der obersten Sozialschicht (Großbritannien)

Mortalität und Morbidität	Faktor ¹
Säuglingssterblichkeit	2,7
Kindersterblichkeit (1-14 Jahre)	2,2
Todesfälle durch angeborene Fehlbildungen	2,4
Todesfälle durch Unfälle	3,8
Niedriges Geburtsgewicht (< 2500 g)	1,4
Chronische Erkrankungen (0-19 Jahre)	1,3
Pneumonien bis 5 Jahre	2,3
Hyperaktivität	3,2
Dissoziales Verhalten	4,0
Ängste	1,7

¹ Der Faktor gibt an, um wie viel sich die Mortalität und Morbidität bei Kindern der untersten gegenüber der obersten Schicht erhöht

Quelle: Schlack 2003, S. 672

aus: BMFSFJ (2005): 12. Kinder- und Jugendbericht



Projekt: Gesundheit und alltägliche Lebensführung in nordostdeutschen Landgemeinden
Gefördert durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft (EL 493/2-1), 2008 - 2010





Projekt:

Gesundheit und alltägliche Lebensführung in nordostdeutschen Landgemeinden

Gefördert durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft (EL 493/2-1), 2008 - 2010

- Untersuchung der Anpassungsleistungen bzw. der Stabilisierung von Mustern des Gesundheits- und Alltagshandelns der Einwohner von ländlichen Regionen unter den Bedingungen raschen sozialen Wandels (Transformation) im Zeitverlauf
- Hypothese:
Gesundheitshandeln stützt sich nicht ausschließlich auf subjektive Wahlentscheidungen, sondern folgt kollektiven Verhaltens- bzw. Handlungsmustern (Gesundheitslebensstile), die auf der Wahl zwischen Optionen basieren, über welche die Akteure je nach ihren Lebenschancen verfügen



Raumordnungsbericht 2005: soziale und räumliche Gerechtigkeit

**zunehmendes und
stark
zunehmendes
Nachhaltigkeits-
defizit (1995-2001)**

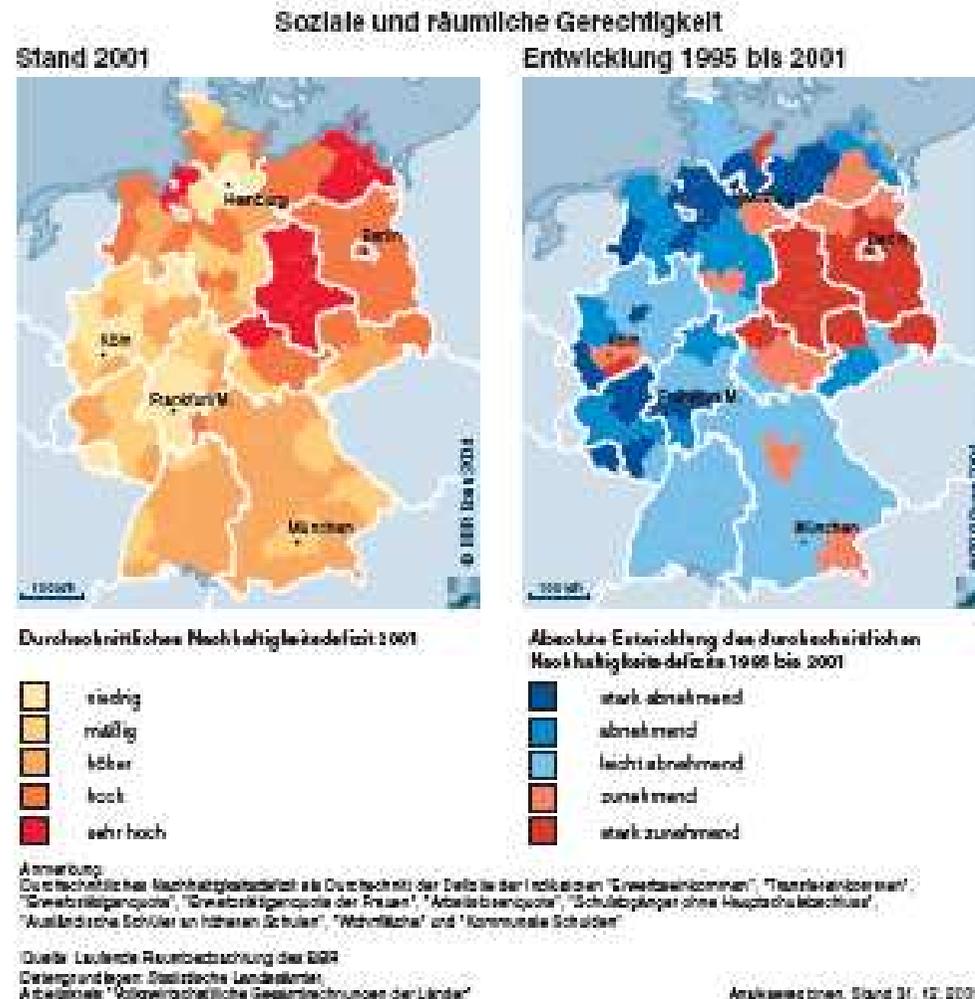




Tabelle 2: Armut in den ländlichen Stichprobengemeinden
Mecklenburg-Vorpommerns und Brandenburgs 1994

	%	n
'Arme'	21,9	468
'Nicht – Arme'	55,6	1198
Fehlend	22,6	489
Gesamt	100	2155

Datenbasis: Landgesundheitsstudie, Welle 2 (1994)

Tabelle 3: Armutsquote in den ländlichen Stichprobengemeinden Mecklenburg- Vorpommerns und Brandenburgs 1994

Ort	Armutsquote in %	n	missings in %
Badresch	28,4	19	16,4
Bagemühl	28,1	18	20,3
Ballin	25,6	75	20,1
Bandelow	14,6	7	14,6
Bargischow	27,3	35	11,7
Bartow	25,3	88	13,2
Battin	7,9	5	76,2
Beenz (Prenzlau)	21,1	12	8,8
Beenz (Templin)	27,4	20	23,3
Beestland	23,6	17	30,6
Beggerow	19,0	65	26,2
Berkholz	23,0	17	14,9
Beseritz	19,4	21	6,5
Boitzenburg	16,5	69	33,1
Gesamt	21,9	468	22,6

Datenbasis: Landgesundheitsstudie, Welle 2 (1994)



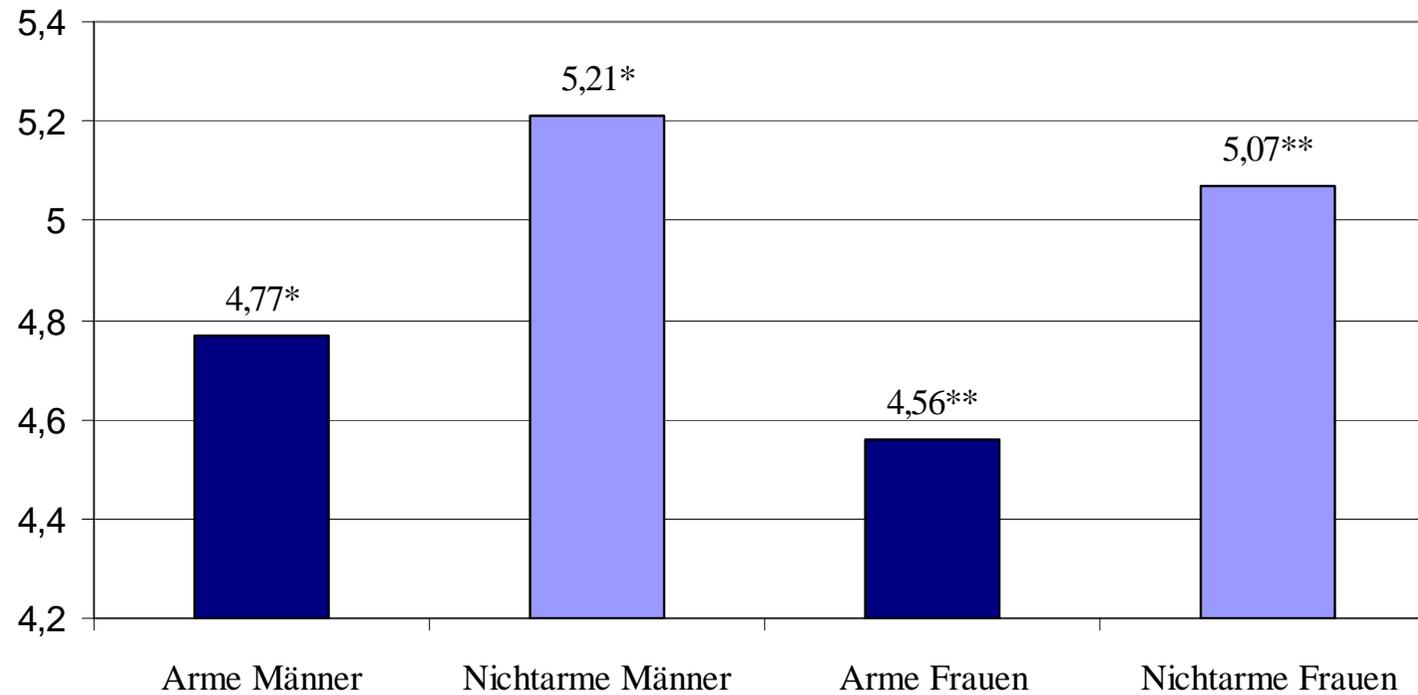
**Subjektiver Gesundheitszustand und Armut nach Alter und Geschlecht
(Nennungen „weniger gut“ oder „schlecht“ in %)**

	Männer		Frauen	
	Arme	Nicht-Arme	Arme	Nicht-Arme
18-29 Jahre	4,8	7,5	9,6	8,7
30-39 Jahre	12,7	7,3	6,9	6,2
40-49 Jahre	22,6	9,3	24,3	16,7
50-59 Jahre	25,0	22,1	25,0	28,2
60 + älter	30,0	25,5	37,0	31,8

Datenbasis: Landgesundheitsstudie, Welle 2 (1994)



Durchschnittliche Lebenszufriedenheit nach Armut und Geschlecht



Datenbasis: Landgesundheitsstudie 1994 (N=2.155);

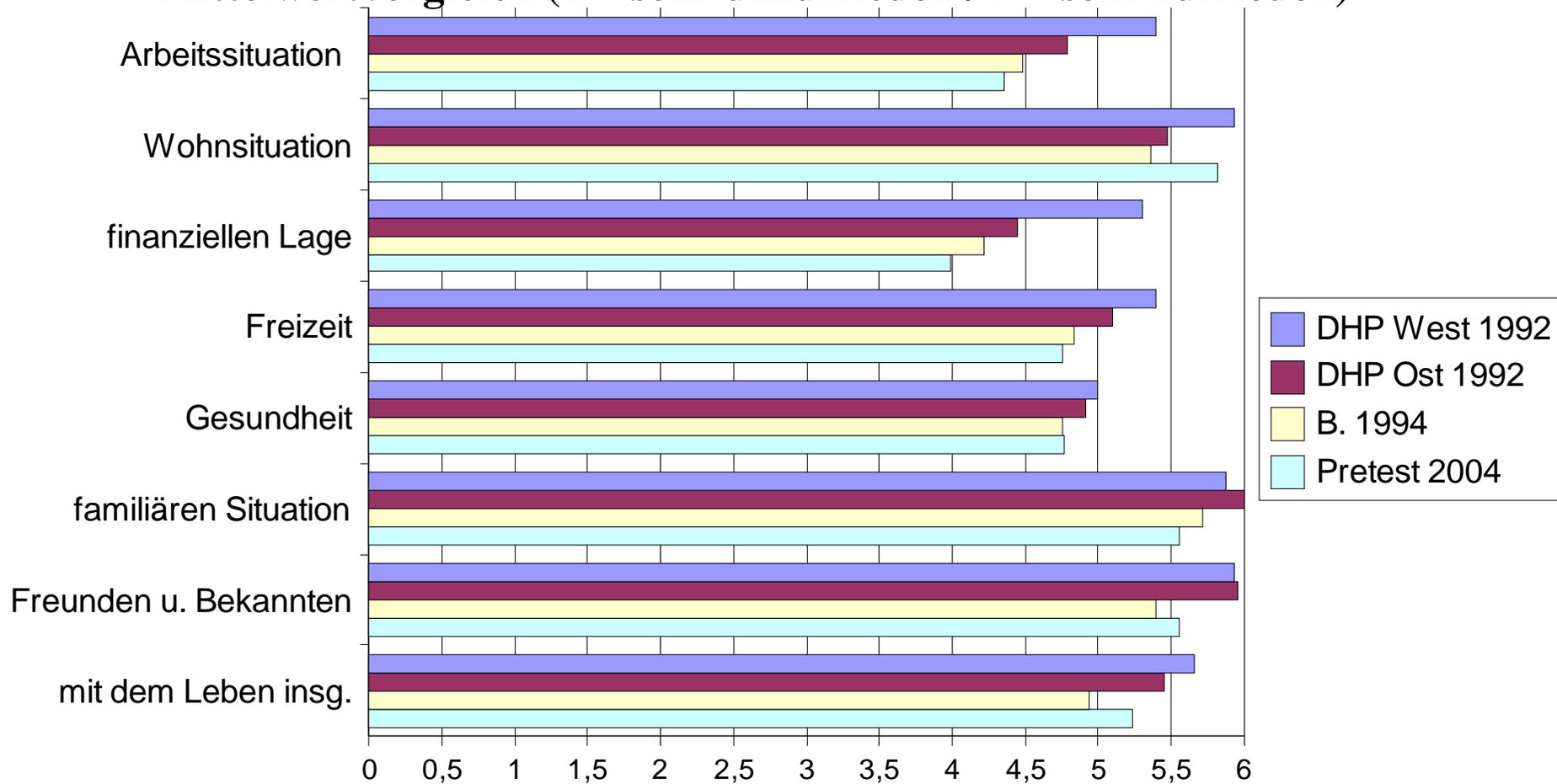
Mittelwerte nach Altersstandardisierung auf einer von 1 ("sehr unzufrieden") bis 7 ("sehr zufrieden")
reichenden Antwortskala

* $t = 3,28$ ($p < 0,05$); ** $t = 4,27$ ($p < 0,05$)



Zufriedenheit mit einzelnen Lebensbereichen

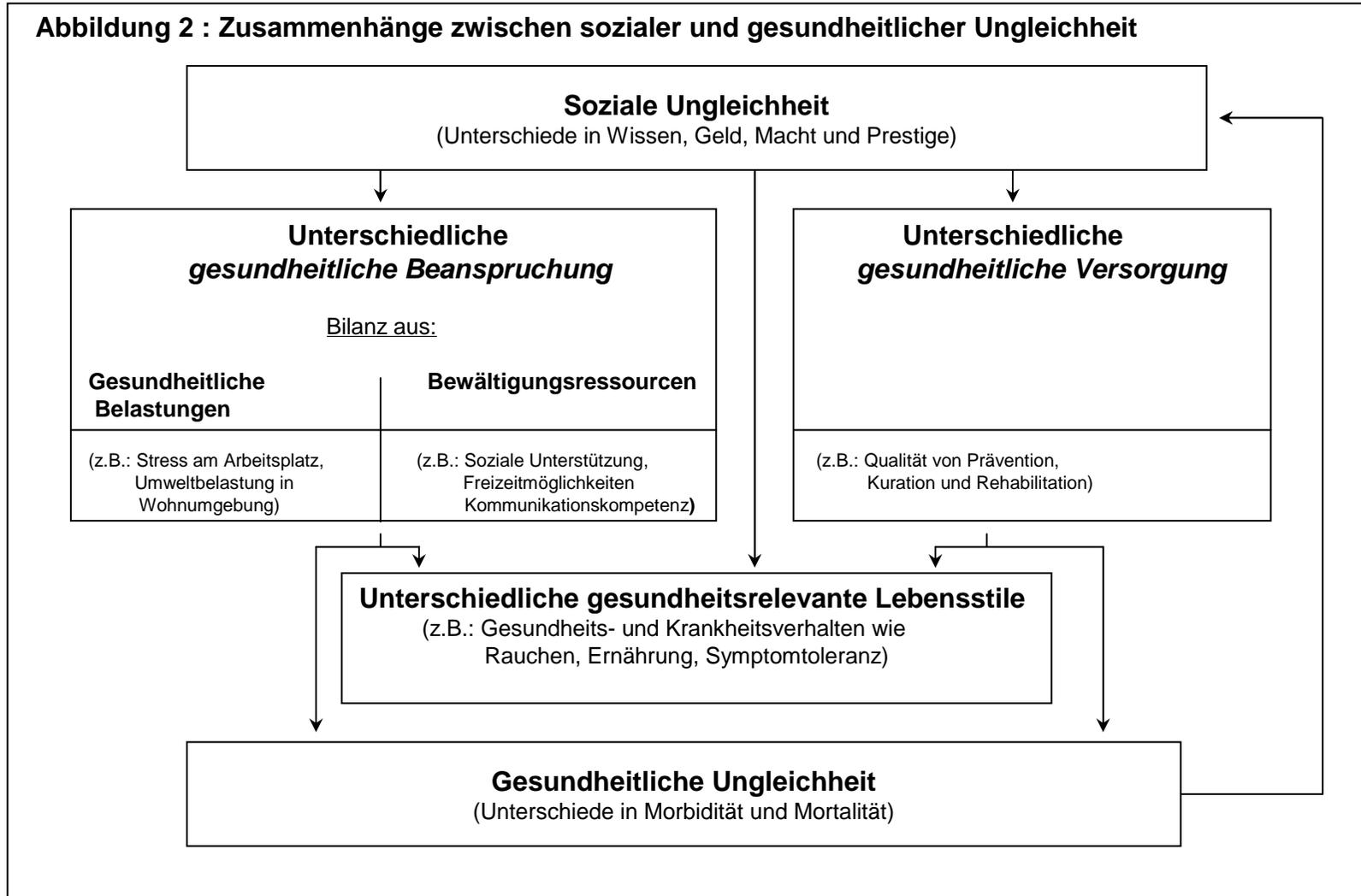
Mittelwertvergleich (1 = sehr unzufrieden / 7 = sehr zufrieden)



Datenbasis: Landgesundheitsstudie, Welle 2 (1994), Welle 3 (Pre-Test 2004), DHP 1990/1992



Abbildung 2 : Zusammenhänge zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit



Quelle: Elkeles/Mielck 1993



Gesundheitliche Ungleichheit und Versorgung

- unterschiedliche Verfügbarkeit von/Zugang zu Versorgung
- sozial unterschiedliche Quantität der Nutzung (Inanspruchnahme) des Versorgungssystems (bei - unterstellter - gleicher Wirksamkeit)
- Unterschiedliche Qualitäten, d.h. Wirkungsgrade des Versorgungssystems oder einzelner seiner Teile (bei gleichem Nutzungsgrad und Inanspruchnahme)

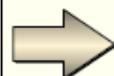


Hausärztlicher Versorgungsgrad in Mecklenburg-Vorpommern 2006

	Hausärzte
Rostock	112,4
Bad Doberan	91,2
Demmin	109,6
Güstrow	103,8
Ludwigslust	94
Müritz	94,2
Parchim	92,4
Rügen	108,2
Uecker-Randow	96
Greifswald	118
Ostvorpommern	92,8
Neubrandenburg	110,5
Mecklenburg-Strelitz	88,8
Stralsund/Nordvorpommern	103,4
Schwerin	111,1
Wismar/Nordwestmecklb.	91,1

Anmerkungen:

- Aktuell Übersorgung in den Städten (> 110%)
- Aktuell keine Unter-versorgung (< 75%)



Brandenburg: Wiederbesetzungsszenarium Hausärzte



Welcher Versorgungsgrad wird erreicht, wenn durch die Altersabgänge zwischen 2002 bis 2010 frei werdenden Sitze gar nicht, zu einem Drittel, zur Hälfte oder zwei Dritteln wieder besetzt werden?

■ Überversorgung
■ Unterversorgung

	Anzahl Gesamt	Alter 60+ Jahre absolut	Alter 60+ Jahre in %	Vers.-grad 2002	Vers.-grad ohne 60+ Jahre	Vers.-grad Wiederb. 33 %	Vers.-grad Wiederb. 50 %	Vers.-grad Wiederb. 66 %
Barnim	103,0	29,0	28,2	108,0	77,6	87,6	92,8	97,6
Brandenburg, Stadt / Potsdam-Mittelmark	178,0	64,0	36,0	108,4	69,4	82,3	88,9	95,2
Cottbus, Stadt	76,0	16,0	21,1	112,0	88,4	96,2	100,2	103,9
Dahme-Spreewald	91,0	25,0	27,5	100,1	72,6	81,7	86,4	90,8
Elbe-Elster	90,0	22,0	24,4	113,6	85,8	95,0	99,7	104,2
Frankfurt, Stadt / Oder-Spree	177,0	47,0	26,6	114,6	84,2	94,2	99,4	104,2
Havelland	80,0	22,0	27,5	93,2	67,6	76,1	80,4	84,5
Märkisch-Oderland	108,0	38,0	35,2	99,8	64,7	76,3	82,2	87,8
Oberhavel	121,0	33,0	27,3	109,6	79,7	89,5	94,6	99,4
Oberspreewald-Lausitz	80,0	28,0	35,0	91,8	59,7	70,3	75,7	80,9
Ostprignitz-Ruppin	70,0	28,0	40,0	91,8	55,1	67,2	73,4	79,3
Potsdam, Stadt	97,0	21,0	21,6	119,2	93,4	101,9	106,3	110,4
Prignitz	62,0	22,0	35,5	97,2	62,7	74,1	80,0	85,5
Spree-Neiße	79,0	30,0	38,0	83,7	51,9	62,4	67,8	72,9
Teltow-Fläming	86,0	32,0	37,2	93,9	59,0	70,5	76,5	82,0
Uckermark	87,0	32,0	36,8	84,5	53,4	63,7	69,0	73,9



These: wie gesundheitliche Ungleichheit ist auch territoriale Ungleichheit mit dem normativen Selbstverständnis unserer Gesellschaft nicht vereinbar

- Gleichheitsziel und -norm moderner Gesellschaften hat bei Gesundheit besondere Geltung und Anerkennung: praktisch nicht legitimiert, dass Gesundheitsrisiken und Lebenserwartung mit ungleicher Verteilung von Merkmalen des sozialen Status korrespondieren
- Beseitigung räumlicher Disparitäten bei Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse insbesondere bei „menschlichen Daseinsgrundfunktionen“: Arbeiten, Wohnen, Bildung, Erholung, Versorgung, Verkehr, Kommunikation

Sechs Handlungsbereiche zur Unterstützung der gerechteren Verteilung der Ressource Gesundheit

(Schwedisches Gesundheitsministerium 2001, nach: Kickbusch 2003)

1. Stärkung von sozialem Kapital
 2. Unterstützungsmaßnahmen für Kinder und Familien
 3. verbesserte Arbeitsbedingungen
 4. verbesserte Umweltbedingungen
 5. Unterstützung gesunder Lebensweisen
 6. Bereitstellung einer Gesundheitsinfrastruktur
- Dabei Zusammenarbeit aller gesellschaftlichen Bereiche: öffentlicher Sektor, Arbeitsplatz, Zivilgesellschaft, Individuen
 - Enge Verbindung zwischen allgemeiner Sozialpolitik und Gesundheitspolitik
- (+ „Das Soziale ist die beste Medizin“)