

Im Vergleich profitiert Bayern gesundheitlich von einer im Durchschnitt guten sozialen Lage der Bevölkerung. Aber auch hier sind gesundheitliche Risikofaktoren sozial ungleich verteilt.

## Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Ergebnisse aus der bayerischen Gesundheitsberichterstattung

**Joseph Kuhn**

Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit

Gesundheitsberichterstattung ist in Bayern seit 2003 in Art. 10 des Gesundheitsdienst- und Verbraucherschutzgesetzes (GDVG) für alle Verwaltungsebenen als Pflichtaufgabe vorgeschrieben. Auf Landesebene ist das Bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) fachlich zuständige Behörde. Ziel der Gesundheitsberichterstattung ist die Darstellung der gesundheitlichen Situation der Bevölkerung, u.a. um die informationelle Basis der Gesundheitspolitik zu verbessern. Unterschiede in der Gesundheit zwischen Regionen, nach Alter und Geschlecht oder nach sozialer Lage gehören dabei zu den wichtigen Themenfeldern.

Der Zusammenhang zwischen sozialen Lebensumständen und der Gesundheit spielt dabei in der Gesundheitsberichterstattung von Beginn an eine besondere Rolle, anders als z.B. Gesundheitsunterschiede nach Geschlecht, die in der Gesundheitsberichterstattung ebenso wie in den Gesundheitswissenschaften erst sehr spät entdeckt wurden.



Abb. 1: Theodor Hosemann, Armut im Vormärz, 1840. Wikimedia commons

Die Gesundheitsberichterstattung hat sich historisch aus den so genannten „Medizinischen Topographien“ entwickelt. Damit wurden im 18. und 19. Jahrhundert medizinische Ortsbeschreibungen bezeichnet, die eine Bestandsaufnahme der regionalen Lebensverhältnisse vornehmen wollten (vgl. Kuhn 2007). In Bayern ist unter dem Begriff „Physikatsberichte“ 1858/61 eine Variante solcher medizinischen Ortsbeschreibungen in allen Kreisen entstanden. Die Physikatsberichte sind dank lokalhistorischer Bemühungen inzwischen weitgehend editiert und liefern ein sozialmedizinisch höchst aufschlussreiches Bild der damaligen sozialen Verhältnisse. Dabei wurden die ärmlichen Lebensumstände und die schlechte Gesundheit der Bevölkerung ganz selbstverständlich in einem wechselwirkenden Zusammenhang gesehen, wie zum Beispiel die folgende Passage aus dem Physikatsbericht für das Landgericht Friedberg 1858/59 zeigt (zitiert nach Historischer Verein 1998: 285):

*„Eine Bevölkerung, die in enge, feuchte Wohnungen zusammengedrängt ist, deren Beschäftigung den Körper frühzeitig anstrengt und erschöpft, ohne dem Geist über den Kreis der mechanischen Thätigkeit hinauszuhelfen, deren Lebensweise keineswegs eine gute genannt werden kann, deren Kindheit im Schmutze, deren Jugend in der dunstigen Arbeitsstube verlebt wird und sich durch*

*Anstrengung und Unsittlichkeit entkräftet, die überdieß häufig unter dem Einflusse der Kälte leidet und eines guten Trinkwassers entbehrt, auf die mithin so viele nachtheilige Einwirkungen ihren Gesamteindruck äußern, kann unmöglich einen gesunden, kräftigen Nachwuchs erzeugen.“*

Solche Verhältnisse gibt es in den Industrieländern heute nicht mehr. Die allgemeine Verbesserung der Lebensbedingungen – Wohnverhältnisse, Stadthygiene, Ernährung, Arbeit usw. – hat im späten 19. und frühen 20. Jahrhundert eine enorme Steigerung der Lebenserwartung nach sich gezogen. Die Lebenserwartung hat sich in Deutschland seitdem praktisch verdoppelt. Der früher angesichts der unübersehbaren sozialen Notlagen ebenso evidente Zusammenhang von „Sozialem“ und „Gesundheit“ trat im Zuge dieser Entwicklung in den Hintergrund und verschwand vor allem in der Nachkriegszeit weitgehend aus dem kollektiven Bewusstsein. Mit dem steigenden Wohlstand schien sich die These von der „nivellierten Mittelstandsgesellschaft“ (Helmut Schelsky) zu bewahrheiten. Krankheit galt zunehmend nur noch als versicherbares individuelles Risiko, nicht mehr als ein durch die soziale Lage bedingtes gesellschaftliches Problem. Das hat sich mit dem Aufkommen neuer Armutslagen in den 1980er Jahren und dem Wie-

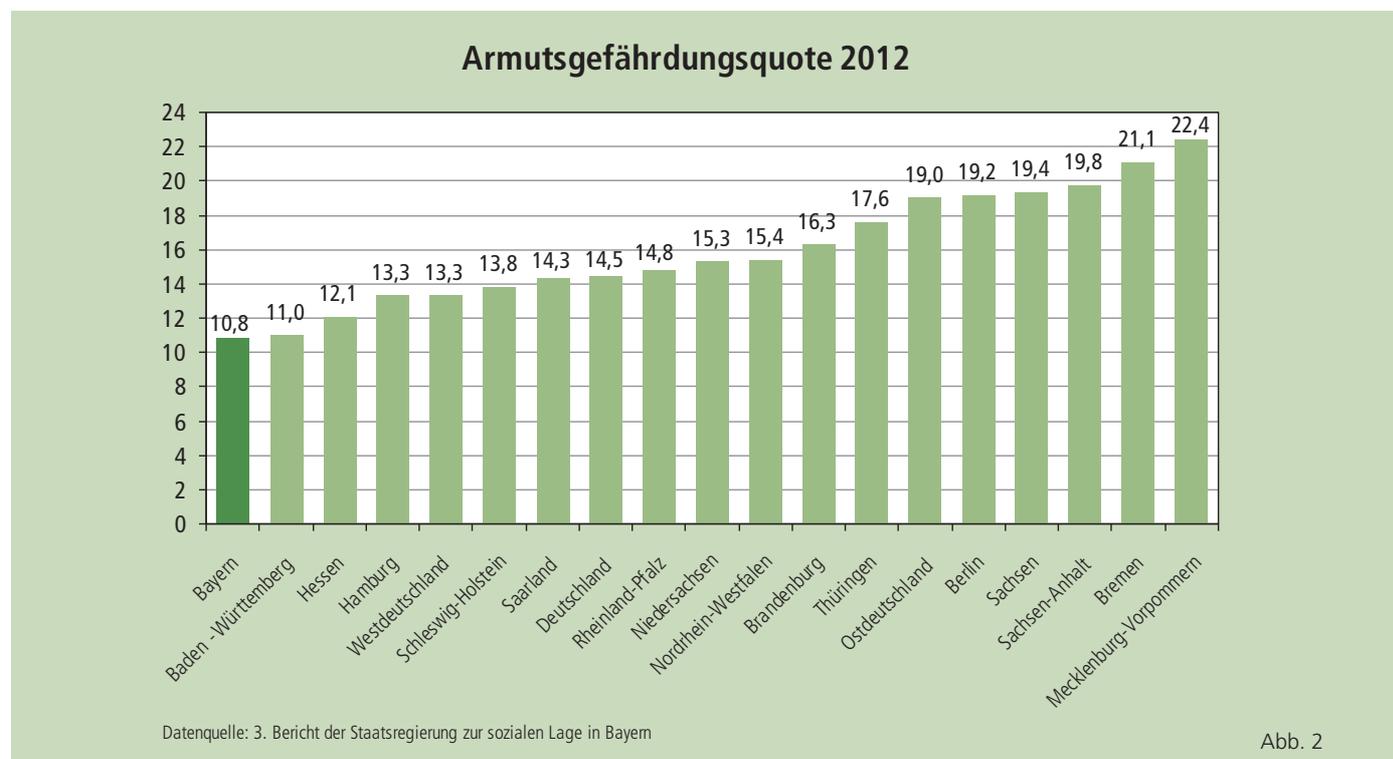


Abb. 2

### Lebenserwartung, Sterbetafel 2008/2010



Datenquelle: Statistisches Bundesamt

Abb. 3: Lebenserwartung in Deutschland, Sterbetafel 2008/2010

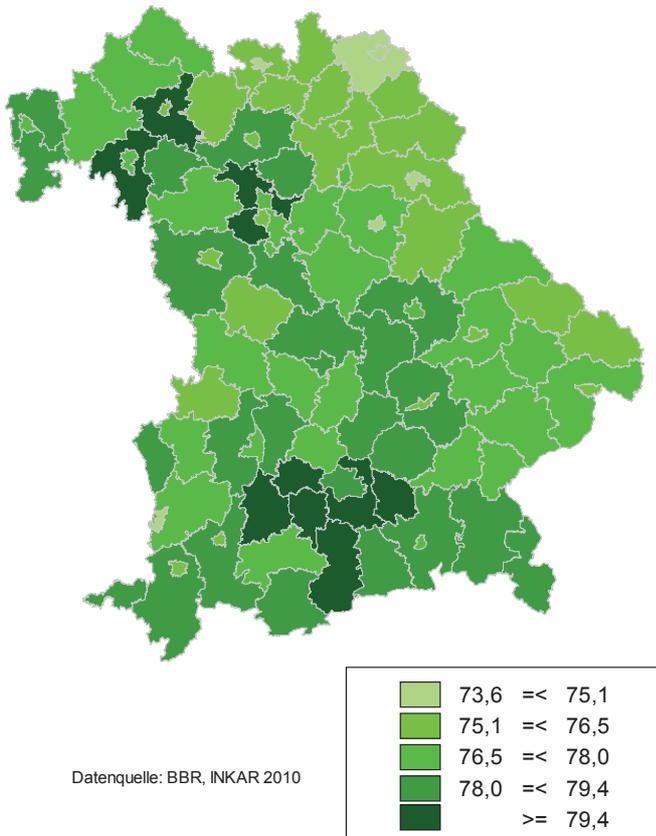
deranknüpfen der Sozialmedizin an die internationale Public Health-Diskussion in den 1990er Jahren grundlegend geändert. Der Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheit ist heute eines der großen Forschungsfelder in der Wissenschaft und auch die Politik hat das Thema in den letzten Jahren verstärkt aufgegriffen.

Begünstigt durch die inzwischen auch in Deutschland bessere sozialepidemiologische Datenlage wurde mit dem Aufbau der bayerischen Gesundheitsberichterstattung seit 2003 darauf geachtet, dort auch sozial bedingte Unterschiede der Gesundheit abzubilden.

Betrachtet man den Zusammenhang von sozialer Lage und Gesundheit auf der Ebene des Vergleichs zwischen Bayern und Deutschland, so ist unübersehbar, dass Bayern gesundheitlich von einer im Durchschnitt guten sozialen Lage der Bevölkerung profitiert. Dem Dritten Bericht der Staatsregierung zur sozialen Lage in Bayern aus dem Jahr 2012 ist beispielsweise zu entnehmen, dass die Armutsgefährdungsquote in Bayern niedriger ist als in allen anderen Bundesländern (StMAS 2012; vgl. Abb. 2).

Auch bei anderen Indikatoren, etwa dem Bruttoinlandsprodukt oder der Arbeitslosenquote, zeigt sich eine gegenüber dem bundesdeutschen Durchschnitt vorteilhafte sozioökonomische Situation in Bayern. Dies ist ein Grund für die gesundheitlichen Unterschiede zwischen den Ländern. Die Lebenserwartung in Bayern liegt derzeit ca. 1,5 Jahre über dem Bundesdurchschnitt (Abb. 3).

## Lebenserwartung der Männer, 2008



## Lebenserwartung der Frauen 2008

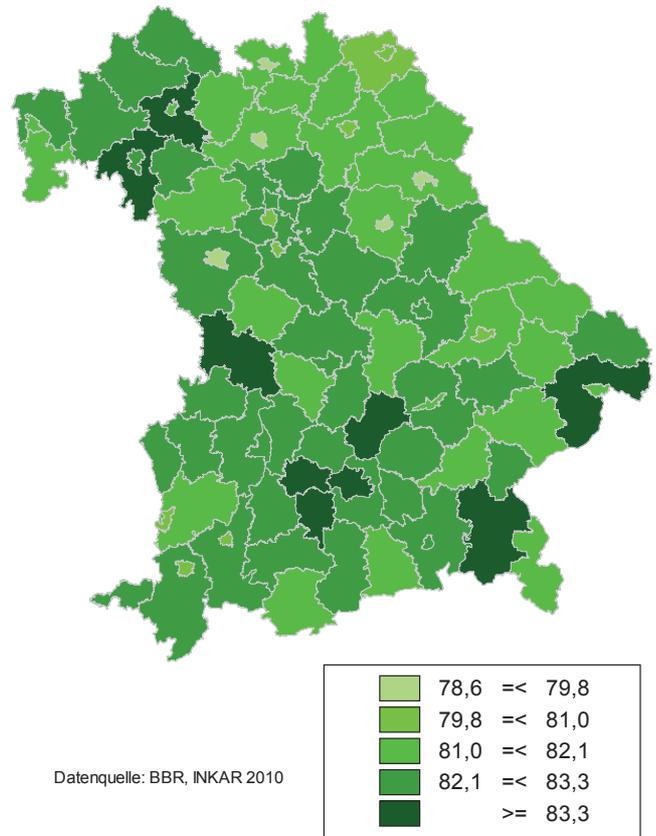


Abb. 4: Lebenserwartung von Männern und Frauen in Bayern, 2008

Sozioökonomische Einflussfaktoren bewirken in gleicher Weise auch innerhalb Bayerns Differenzierungen der gesundheitlichen Situation. Hier lässt sich beispielsweise beobachten, dass die Lebenserwartung in den nordostbayerischen Regionen mit weniger guten sozioökonomischen Rahmenbedingungen niedriger liegt als in Südbayern (Abb. 4). Dieses Nord-Südgefälle der Lebenserwartung ist bereits seit den 1980er Jahren bekannt, es hängt mit der wirtschaftlich weniger günstigen Entwicklung Nordostbayerns in der Nachkriegszeit zusammen.

Die Vermittlungsmechanismen zwischen sozialer Lage und Gesundheit sind komplex und auf unterschiedlichen Ebenen angesiedelt (siehe dazu z.B. Mielck 2005). Manche Bestimmungsmomente der sozialen Lage, zum Beispiel Arbeits- oder Wohnverhältnisse, wirken mehr oder weniger direkt auf die Gesundheit ein – so erhöht

etwa Wohnen an vielbefahrenen Straßen das Risiko für Herz-Kreislaufkrankungen und Atemwegserkrankungen. Auch Einkommensverhältnisse können direkte Gesundheitswirkungen haben, etwa wenn der Zugang zur Gesundheitsversorgung zuzahlungsabhängig ist. Beispielsweise gingen mit der Praxisgebühr paradoxe Effekte eines Rückgangs der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch kränkere und ärmere Versicherte einher (Reiners 2009). Vielfach vollzieht sich der Einfluss der sozialen Lage auf die Gesundheit aber auch über mehrere Vermittlungsschritte. So ist das Rauchen als gesundheitlicher Risikofaktor eng mit der sozialen Lage verknüpft und darüber vermittelt dann auch die Gesundheit sozial differenziell beeinflusst (siehe z.B. Lampert 2010; vgl. Abb. 5). Ähnlich verhält es sich mit dem Ernährungsverhalten (Abb. 6) und anderen Aspekten des Gesundheitsverhaltens. Auch die sozial bedingten Unterschiede des

**Raucherquote (täglich oder gelegentlich) und Sozialstatus, Bayern 2010, in % (Altersgruppe 18 und mehr)**

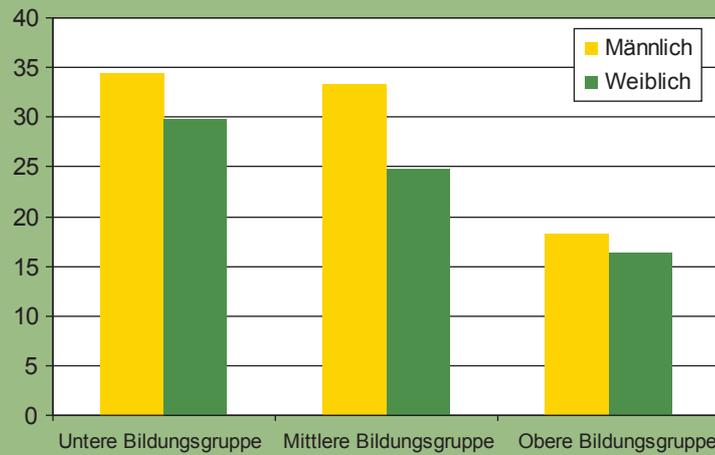
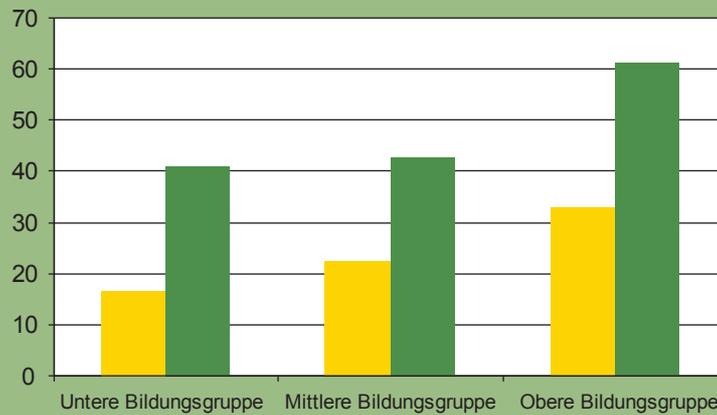


Abb. 5

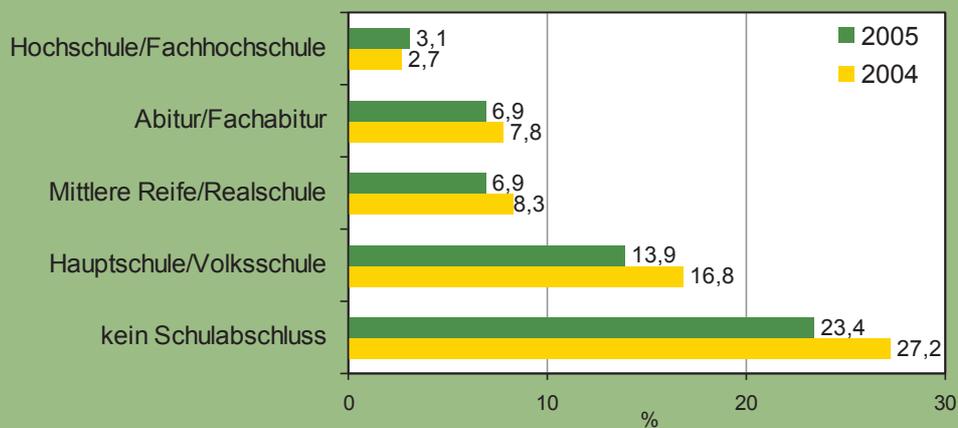
**Täglicher Gemüseverzehr und Sozialstatus, Bayern 2010, in % (Altersgruppe 18 und älter)**



Datenquelle: RKI, GEDA

Abb. 6

**Anteil von Müttern, die in der Schwangerschaft rauchen, nach Schulabschluss der Mutter, Bayern, in %**



Datenquelle: Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Daten der Gesundheits-Monitoring-Einheiten

Abb. 7

Gesundheitsverhaltens spiegeln sich in regionalen Unterschieden wider. In Nordostbayern wird beispielsweise mehr geraucht als in Südbayern – mitbedingt durch die unterschiedliche sozioökonomische Struktur der Regionen.

Besonders prekär wirkt sich das sozial differentielle Rauchverhalten bei Schwangeren aus. Untersuchungen, die das Bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit dazu vor einigen Jahren durchgeführt hat, zeigen, dass Schwangere mit weniger guten Schulabschluss deutlich häufiger rauchen Schwangere mit einem höheren Schulabschluss (Abb. 7). Dies setzt sich nach der Geburt fort, wie die Daten zeigen.

Umgekehrt sind oft gesundheitliche Ressourcen in den Bevölkerungsteilen mit besserer sozialer Lage stärker ausgeprägt (Abb. 8). Aus vielen Studien weiß man, dass soziale Unterstützung, zum Beispiel in der Familie, in der Nachbarschaft oder in beruflichen Kontexten, eine entscheidende Rolle bei der Fähigkeit zur Bewältigung von gesundheitlichen Belastungen spielt. Je geringer die tatsächliche oder die erlebte soziale Unterstützung, desto schneller und tiefgreifender hinterlassen Belastungen gesundheitliche Folgen.

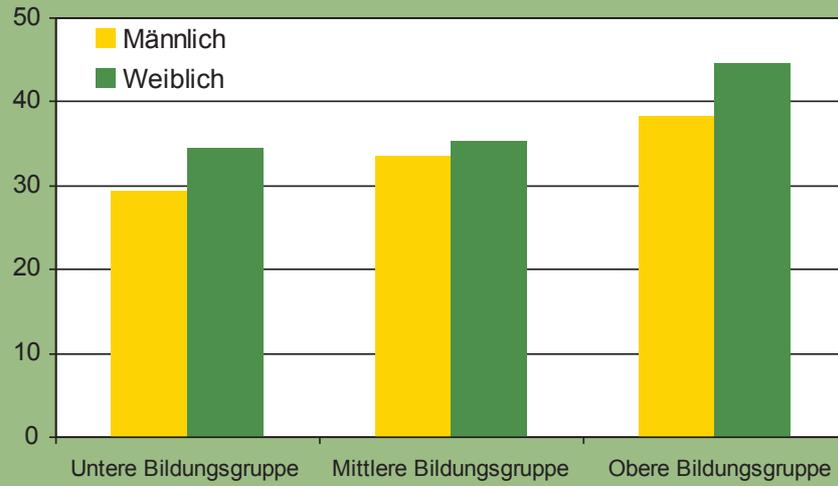
Eine besondere Facette des Zusammenhangs zwischen sozialer Lage und Gesundheit liegt nicht selten vor, wenn Menschen mit Migrationshintergrund einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen als die einheimische Bevölkerung. In multivariaten Analysen verschwindet dann der Unterschied der Gesundheit nach Migrationshintergrund, wenn man statistisch für die soziale Lage kontrolliert. In diesen Fällen geht es somit auch darum, soziale Unterschiede nicht fälschlicherweise zu ethnifizieren. Über die Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund wurde 2011 ein Schwerpunktbericht der bayerischen Gesundheitsberichterstattung veröffentlicht (LGL 2011) und auch in verschiedenen Themenberichten gibt es Daten zur Gesundheit von Migranten und Migrantinnen, zuletzt im Gesundheitsreport 1/2012 zu Adipositas in Bayern. Natürlich gibt es auch unabhängig vom Sozialstatus Einflüsse des Migrationshintergrunds auf die Gesundheit, prägnant etwa was die Traumatisierungen von Kriegsflüchtlingen angeht. Ein anderes Beispiel sind die unterschiedlichen Adipositasraten der Kinder mit und ohne Migrationshintergrund (Abb. 9), hier spielen neben den sozialen Faktoren vermutlich auch kulturelle Traditionen einzelner Ethnien eine Rolle.

Zusammenfassend lässt sich somit festhalten, dass die bayerische Gesundheitsberichterstattung immer wieder auf soziale Unterschiede in der Gesundheit der Bevölkerung aufmerksam gemacht hat und sozial differenzielle Daten zu vielen Aspekten der Gesundheit vorliegen. Die Gesundheitsberichterstattung kann somit die sozialepidemiologisch gut belegten Zusammenhänge zwischen sozialer Lage und Gesundheit in vielen Bereichen in ihren Auswirkungen für die Bevölkerung Bayerns konkretisieren und Orientierungsdaten für die gesundheitspolitische Diskussion liefern.

Die Konsequenzen daraus, wie eng soziale Lage und Gesundheit zusammenhängen, betreffen sowohl die kurative als auch die präventive Ebene:

1. Zum einen geht es darum, für alle Menschen, die krank sind, einen guten und finanziell tragbaren Zugang zur Gesundheitsversorgung zu sichern. Dies leistet das Gesundheitssystem in Deutschland auf vergleichsweise hohem Niveau. Allerdings gibt es auch hier mit Blick auf bestimmte Gruppen Handlungsbedarf, u.a. bei den Migrantinnen und Migranten, für oft sprachliche und kulturelle Hürden beim Zugang zur Routineversorgung bestehen (vgl. LGL 2011). Verschiedene Projekte, z.B. das vom Bayerischen Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit unterstützte Programm MIMI – Mit Migranten für Migranten, versuchen hier Hilfestellungen zu geben. Die medizinische Versorgung von Obdachlosen ist ein anderes Beispiel.
2. Zum anderen geht es darum, sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheit möglichst gut vorzubeugen. Hier bietet das Gesundheitsverhalten zwar Ansatzpunkte für die individuelle Prävention, aber das Gesundheitsverhalten lässt sich in der Breite nicht völlig von der sozialen Lage entkoppeln. Das Verhalten der Menschen bleibt – in welcher Form auch immer – auf ihre Lebensumstände bezogen. Letztlich sind daher die sozioökonomischen Rahmenbedingungen selbst die entscheidenden Einflussfaktoren für die Gesundheit der Bevölkerung. Einfache „Lösungen“ gibt es hier nicht, nur mehr oder weniger kluge Formen des Umgangs mit der wohl dauerhaften Herausforderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen. „Health in all policies“ ist eine Public Health-Strategie, die als Konsequenz aus dieser Einsicht in der internationalen Diskussion entwickelt wurde und die es auch in Bayern in den einzelnen Politikfeldern weiterzudenken gilt. Im Hin-

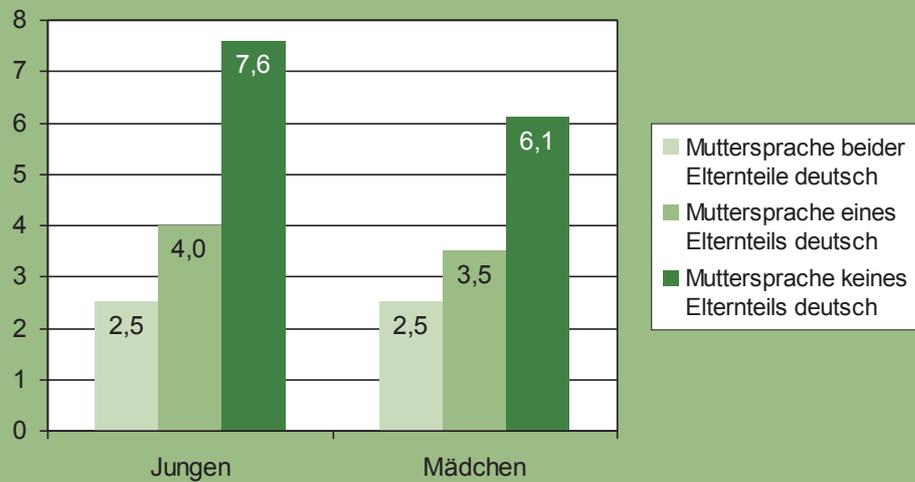
**Starke soziale Unterstützung und Sozialstatus, Bayern 2010,  
in % (Altersgruppe 18 und mehr)**



Datenquelle: RKI, GEDA

Abb. 8

**Adipositas bei Einschulungskindern (in %), Bayern  
(Schuljahr 2008/2009, nach Migrationshintergrund)**



Datenquelle: LGL, Schuleingangsuntersuchungen

Abb. 9

blick auf die oben beschriebenen regionalen Disparitäten der sozialen und wirtschaftlichen Entwicklung kann beispielsweise an die Vorgaben des Bayerischen Landesplanungsgesetzes vom 25. Juni 2012 angeknüpft werden. § 5 (1) formuliert: „Leitziel der Landesplanung ist es, gleichwertige Lebens- und Arbeitsbedingungen in allen Teilräumen zu schaffen und zu erhalten“ und in § 6 (2) 1 heißt es: „Im gesamten Staatsgebiet und in seinen Teilräumen sollen ausgeglichene infrastrukturelle, wirtschaftliche, ökologische, soziale und kulturelle Verhältnisse angestrebt werden.“ Diese strukturpolitische Ebene ist vermutlich auch die wirksamste Interventionsebene, um sozioökonomisch bedingte regionale Gesundheitsunterschiede nachhaltig zu beeinflussen, zusammen mit regionalen Kooperationsverbänden, etwa kommunalen Gesundheitsförderkonferenzen, wie sie auch vom Bayerischen Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit unterstützt werden. Andere, teilweise bereits etablierte Ansatzpunkte für die Einflussnahme auf die sozioökonomischen Rahmenbedingungen der Gesundheit sind zum Beispiel der Arbeitsschutz, die Umweltpolitik, die Wohnungspolitik oder die Bildungspolitik.

Letztlich sind hier auch Fragen der gesellschaftlichen Verfassung insgesamt berührt. Driften Gesellschaften sozial zu sehr auseinander, so betrifft das nicht nur die ethische Basis des gesellschaftlichen Miteinanders, es betrifft auch die gesamtgesellschaftliche Wohlfahrt. Zu starke soziale Ungleichheit scheint, wie internationale Studien zeigen, gesundheitlich für alle abträglich zu sein, auch für die wohlhabenderen Gruppen (Wilkinson/Pickett 2010). Von einer erfolgreichen Umsetzung des „Health in all Policies“-Ansatzes würde also die Gesellschaft insgesamt profitieren.

Dr. Joseph Kuhn  
Bayerisches Landesamt für Gesundheit und  
Lebensmittelsicherheit, GE 4  
Veterinärstraße 2, 85764 Oberschleißheim  
Tel. 09131-6808-5302  
E-Mail: joseph.kuhn@lgl.bayern.de

Die bayerische Gesundheitsberichterstattung  
online: [http://www.lgl.bayern.de/gesundheit/  
gesundheitsberichterstattung/index.htm](http://www.lgl.bayern.de/gesundheit/gesundheitsberichterstattung/index.htm)

## Literatur

- StMAS (2012): Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (Hrsg.) Dritter Bericht der Staatsregierung zur sozialen Lage in Bayern. München.  
Historischer Verein von Oberbayern (Hrsg.) (1998): Oberbayerisches Archiv, 122. Band, München.  
Kuhn J (2007): Die historische Entwicklung der kommunalen Gesundheitsberichterstattung – eine Forschungslücke. In: Gesundheitswesen 69: 507-513.  
Lampert T (2010): Tabakkonsum, Tabakkonsum, sportliche Inaktivität und Adipositas: Assoziationen mit dem sozialen Status. Dtsch Arztebl 107: 1-7.  
LGL (2011): Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg.) Gesundheit und Migration. Erlangen.  
Mielck A (2005): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Bern.  
Reiners H (2009): Mythen der Gesundheitspolitik. Bern.  
Wilkinson R, Pickett K (2010): The Spirit Level. Why Equality is Better for Everyone. London.