

Soziale Lage, Geschlecht und Gesundheit

HEIDE MERTENS

Nicht zuletzt im Zusammenhang mit der Gesundheitsreform und der Absicht, die Prävention zu stärken, weisen neuere Untersuchungen sehr eindeutig darauf hin, dass es in der Bundesrepublik einen starken Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheit gibt. So haben statistisch Angehörige von Berufsgruppen mit hohem Status und hohem Einkommen eine um circa zehn Jahre höhere Lebenserwartung als Angehörige der Berufsgruppen mit den niedrigsten Einkommen. Frauen haben zwar im Durchschnitt eine höhere Lebenserwartung als Männer, leben aber mit einem schlechteren Gesundheitszustand. Der Beitrag fasst die wichtigsten Erkenntnisse über den Zusammenhang von sozialer Lage, Geschlecht und Gesundheit zusammen.

Die Untersuchung der Zusammenhänge zwischen Gesundheit und sozialer Lage haben eine lange Tradition. Schon um 1850 wiesen Ärzte wie Rudolf Virchow und Salomon Neumann darauf hin, dass der schlechte Gesundheitszustand der unteren sozialen Schichten vor allem mit den Lebensbedingungen zu tun hat. Tatsächlich hängt der kontinuierliche Rückgang der Sterblichkeit von Kindern und Erwachsenen seit dieser Zeit mindestens so sehr mit der Verbesserung der allgemeinen Lebensbedingungen in bezug auf Ernährung, Hygiene, Wohnen, Arbeitsbedingungen und Bildung zusammen wie mit der Erfindung von modernen Medikamenten und Therapien.

Das gleiche gilt für die Entwicklung von Krankheit und Gesundheit in den heutigen Entwicklungsländern. Die Versorgung mit modernen Medikamenten ist nur ein Faktor für die Verbesserung der Lebenserwartung und Gesundheit. Der Zugang zu Ernährung, sauberem Wasser und Bildung spielen eine ebenso wichtige Rolle. Selbst die HIV-Aids Pandemie trifft die ärmsten Länder und hier die am meisten von Armut betroffenen Menschen am härtesten.

Armut macht krank

Neuere Studien haben erwiesen, dass dieser Zusammenhang nicht nur für die Vergangenheit oder Entwicklungsländer gilt, sondern wahrscheinlich in zunehmendem Maße auch für die Bundesrepublik zu Beginn des 3. Jahrtausends zutrifft. Es besteht ein eindeutiger, wissenschaftlich erwiesener Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit. Personen mit niedrigem sozialem Status, gemessen an

den Indikatoren von Bildung, Einkommen und beruflicher Stellung, weisen einen besonders schlechten allgemeinen Gesundheitszustand auf, sind häufiger krank und sterben früher als Personen mit hohem sozialen Status.¹

Frauen und Männer in den unteren Schul- und Berufsausbildungsgruppen sowie mit einfacher beruflicher Stellung geben die schlechteste Beurteilung des eigenen Gesundheitszustandes ab.² Auch hinsichtlich des Auftretens von zahlreichen Beschwerden und Erkrankungen besteht für die unteren sozioökonomischen Gruppen eine erhöhte Wahrscheinlichkeit daran zu erkranken. So mussten in einem Zeitraum von zehn Jahren 70 Prozent der bei einer Ersatzkasse versicherten Männer und 80 Prozent der Frauen in einfachen manuellen Berufen wegen Herzinfarkt, Schlaganfall, Krebs, einer Erkrankung des Muskel, Skelett oder Bindegewebes sowie Verletzungen und Vergiftungen mindestens einmal stationär behandelt werden. Von Männern in Ingenieurberufen mussten jedoch nur 47 Prozent wegen einer der genannten Erkrankungen behandelt werden und von Ingenieurinnen sogar nur 30 Prozent.³

Menschen mit niedrigem sozialen Status haben nicht nur ein erhöhtes Krankheitsrisiko und einen schlechteren Gesundheitszustand, sondern auch eine wesentlich geringere Lebenserwartung. Bei Männern im unteren Viertel der Einkommensskala liegt die Lebenserwartung zehn Jahre niedriger als bei denen mit hohem Einkommen.⁴ Die genauen Zusammenhänge sind dabei bisher noch nicht erschöpfend erforscht. Möglicherweise spielt in den unteren Einkommens- und Berufsgruppen der niedrige Bil-

dungsstand die entscheidende Rolle. Denn Menschen mit niedrigerem Bildungsniveau haben weniger Ressourcen, um Krankheiten zu bewältigen. Ihnen fehlen Wissen, Fähigkeiten und Kompetenzen, sowie Möglichkeiten präventive und kurative Maßnahmen für ein gesundes Leben zu ergreifen, zu denen etwa Vorsorge, eine gesunde Lebensführung und regelmäßige Erholung gehören. Gesundheitsrisiken wie Übergewicht, sportliche Passivität und das Rauchen sind hier stärker verbreitet.⁵ Der Zugang zur präventiven und kurativen Gesundheitsversorgung ist für die Gruppen mit niedriger Bildung und niedrigem Einkommen seit der Gesundheitsreform möglicherweise noch schlechter geworden. Dazu kommen auch in Deutschland mittlerweile eine wachsende Zahl von Menschen ohne Krankenversicherung.⁶ Gleichzeitig sind die gesundheitlichen Belastungen und die Unfallgefahren in den einfachen manuellen Berufen wesentlich höher als in den höheren Berufsgruppen. Einen schlechten Gesundheitszustand weisen auch Langzeiterwerbslose auf.

Frauen mit höherer Lebenserwartung, aber schlechterem Gesundheitszustand

Wesentlich komplexer und uneindeutiger stellt sich demgegenüber der Zusammenhang zwischen Geschlecht und Gesundheit dar. Zwar ist unabhängig von der sozialen

1 Babitsch, Birgit: Soziale Ungleichheit, Geschlecht und Gesundheit. Bern, 2005. Siehe auch Mielck, A.: Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Bern u.a., 2005 und Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung: Lebenslagen in Deutschland. 2. Armuts- und Reichtumsbericht, 2005.

2 Babitsch, 2005.

3 Helmert, U.: Soziale Ungleichheit und Krankheitsrisiken. Augsburg, 2005.

4 Lampert, Th.; Saß, A-C; Häfelinger, M. Ziese, Th.: Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert-Koch – Institut, Berlin, 2005.

5 Ebenda.

6 Statistisches Bundesamt (Hrsg.) Datenreport 2004. Bundeszentrale für politische Bildung. Bonn.

Lage die Lebenserwartung von Frauen durchschnittlich fünf Jahre höher als von Männern, allerdings weisen Frauen dabei keinen besseren allgemeinen Gesundheitszustand auf. Im Gegenteil, Frauen verbringen weniger Lebensjahre als Männer bei guter Gesundheit. Und auch für Frauen gilt, je niedriger Einkommen, Bildung und Status im Beruf, desto höher das Krankheitsrisiko und desto geringer die Lebenserwartung.⁷ Die Unterschiede zwischen Frauen mit niedrigem beruflichen Status und Professorinnen und Ingenieurinnen bei der Krankheitshäufigkeit sind sogar höher als bei Männern.

Die erhöhte Erkrankungsrate bei gleichzeitig höherer Lebenserwartung von Frauen wurde erst neuerdings Thema umfassender wissenschaftlicher Untersuchungen.⁸ Neben den biologischen Unterschieden spielen hier die besonderen geschlechtsspezifischen Arbeits- und Lebenszusammenhänge, die unterschiedliche eigene Wahrnehmung und das Gesundheitsbewusstsein sowie der Umgang des Gesundheitswesens mit Frauen eine Rolle.⁹ Obwohl Frauen mittlerweile bei der Berufs- und Schulausbildung die Männer überholt haben, ist ihr Anteil an den unteren Einkommensschichten und bei Berufen mit niedrigem Status besonders hoch.¹⁰ Nach wie vor führt die nur unzureichende soziale Absicherung von Frauen und ihre unzureichende Integration in den Arbeitsmarkt häufiger zu Armut. Auch bei gleicher Ausbildung verdienen Frauen weniger als Männer. Ihre Aufstiegschancen sind geringer, viele arbeiten unterhalb ihrer Qualifikation.¹¹ Die prekäre Lage am Arbeitsmarkt hat dazu geführt, dass Frauen besonders häufig in prekären, unsicheren Beschäftigungsverhältnissen mit hohen Belastungen arbeiten – etwa in Minijobs oder als Scheinselbstständige.

Dazu kommt, dass gerade die Gesundheitsrisiken in typischen Frauenberufen ignoriert werden. Folgen berufstypischer Belastungen in Pflegeberufen, im Einzelhandel und zum Beispiel bei Erzieherinnen werden nicht als Berufskrankheiten anerkannt und entsprechend behandelt. Noch

weniger finden die spezifischen Belastungen von Frauen in der Familie Beachtung, wie sie durch Erziehungs- und Pflegearbeit entstehen. Dazu gehören vor allem chronische Erschöpfungszustände aufgrund ständiger Überforderung. Präventive und rehabilitierende Maßnahmen wie Mütterkuren werden zunehmend restriktiver bewilligt.¹² Ein weiteres gravierendes Gesundheitsrisiko für Frauen ist Gewalt im familiären Bereich. Eine aktuelle Studie des Bundesfamilienministeriums hat aufgedeckt, dass 40 Prozent aller Frauen bis 45 Jahre mindestens einmal Opfer von Gewalt, meist im privaten Nahbereich, waren.¹³ Die Folgen dieser Gewalt für die psychische und physische Gesundheit von Frauen werden erst allmählich erkannt und entsprechend bearbeitet. Aufgrund der höheren Lebenserwartung sind Frauen im Alter häufiger allein. Durch ihr durchschnittlich geringeres Einkommen im Alter fehlen ihnen vielfach die Mittel für eine adäquate gesundheitserhaltende Pflege und Betreuung.¹⁴

Gesundheit und Migration

Eine weitere Gruppe mit erhöhten Gesundheitsrisiken sind Migranten und Migrantinnen. Auch hier gilt, dass Menschen mit Migrationshintergrund überproportional häufig in den unteren sozialen Schichten vertreten sind.¹⁵ Für sie treten neben der sozialen Lage besondere geschlechtsspezifische Gesundheitsrisiken auf. Besonders gravierend auf die Gesundheit wirken sich allerdings unsichere Lebensperspektiven aus, von der alle Menschen mit unsicherem Aufenthaltsstatus betroffen sind. Dazu zählen sowohl Asylbewerber mit eingeschränkten und befristeten Aufenthaltsrechten als auch Menschen ohne Aufenthaltsstatus und Geduldete. Hier führt die andauernde Zukunftsangst – zum Teil in Kombination mit Gewalt- und Verlusterfahrungen im Herkunftsland – vielfach zu schweren psychosomatischen Krankheiten. Im Rahmen des Asylbewerberleistungsgesetz stehen diesen Menschen aber nur Akutbehandlung im Notfall zu. Menschen, die sich irregulär in Deutsch-

land aufhalten haben gar keinen Zugang zu Gesundheitsversorgung.¹⁶

Fazit

Der Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit als Folge von Geschlecht, sozialer Lage und Herkunft, ist in der zukünftigen Forschung und Politikgestaltung eine hohe Priorität einzuräumen. Es gilt geschlechts- und berufsspezifische Belastungen zu verringern, die soziale Sicherheit für armutsgefährdete Gruppen zu erhöhen, sowie zur Förderung und Stärkung der Ressourcen der betroffenen Gruppen beizutragen. Hier muss an Angeboten zur niedrigschwelligen Intervention, Beratung und Bildung gearbeitet werden. Gleichzeitig bedarf es allerdings sozialpolitischer Maßnahmen, die Frauen und Männern in prekären Lebenslagen Sicherheit und Chancen auf ein Leben in Gesundheit gewährt.

Heide Mertens, ist Referentin für Gesellschaftspolitik bei der Katholischen Frauengemeinschaft Deutschlands (KFD) und Lehrbeauftragte an der KFHNW Paderborn.

- 7 Helmert, 2003.
- 8 Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Berlin, 2001. Siehe auch Hurrelman, Klaus; Kolip, Petra (Hg.): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit: Männer und Frauen im Vergleich, Bern, 2002.
- 9 Vergleiche etwa Katholische Frauengemeinschaft Deutschlands: Positionspapier: Frauengerechte Gesundheitsversorgung. Düsseldorf, 2005.
- 10 Statistisches Bundesamt, 2004.
- 11 Ebenda.
- 12 Katholische Frauengemeinschaft Deutschlands, 2005.
- 13 Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Berlin, 2004.
- 14 Katholische Frauengemeinschaft Deutschlands, 2005.
- 15 Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung, 2005.
- 16 Vergleiche dazu Landtag NRW (Hg.): Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW. Bericht der Enquetekommission des Landtages. Wiesbaden, 2004, S. 232f.