

Armut und Unterversorgung schaden der Gesundheit

Autor(en): **Wolff, Hans / Fritschi, Michael**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Zeitschrift für Sozialhilfe : ZESO**

Band (Jahr): **111 (2014)**

Heft 1

PDF erstellt am: **21.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-839606>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Armut und Unterversorgung schaden der Gesundheit

Menschen, die unter Mangel leiden, sind einem erhöhten Gesundheitsrisiko ausgesetzt. Wer wenig Geld hat, spart bei den Gesundheitsleistungen. Da die Ärmsten der Bevölkerung auch am häufigsten krank sind, entsteht eine doppelte Ungleichheit: Die, die eigentlich mehr zum Arzt gehen sollten, sind gleichzeitig jene, die am ehesten auf einen Arztbesuch verzichten.

Ein geringer Sozialstatus ist für den Menschen das grösste Gesundheitsrisiko. Das war vor 500 Jahren so, und das ist leider auch heute noch so, sogar wieder mit zunehmender Tendenz. Die Situation von damals ist belegt durch statistische Zahlen des Hospice Général in Genf. Dort wurden ab dem 17. Jahrhundert Kinder nach der Geburt registriert und dabei in drei Gruppen eingeteilt, abhängig davon, ob sie in reiche, arme oder in Familien zwischen diesen Polen hineingeboren wurden. Vergleicht man die Mortalitätsquotienten dieser «Versuchsgruppen», so zeigt sich anhand der Sterblichkeit in der Kindheit und im Alter, dass die arme Bevölkerung im Durchschnitt viel häufiger gestorben ist respektive weniger alt wurde. Im Weiteren lässt sich zeigen, dass sich die Gesundheitschancen der Menschen im Verlauf der Jahrhunderte deutlich verbessert haben und dass die Armen davon am meisten profitiert haben. Die Entwicklung, wonach die Gesundheitsrisiken aufgrund von sozialen Ungleichheiten geringer wurden, dauerte bis Mitte 20. Jahrhundert. Seit 1950 wird eine Trendwende beobachtet. Die Schere der Ungleichheiten zwischen arm und reich und damit der Gesundheitschancen geht seither wieder auseinander. Je reicher man ist, desto weniger besteht ein Risiko, an einem Herzschlag zu sterben oder an Diabetes zu leiden. Je nach Krankheit trägt die Gruppe der Armen in der Bevölkerung ein zwei-, vier- oder sogar ein zehnfaches Risiko, zu erkranken. Wohlhabende Menschen scheinen sehr viel mehr von den diversen sozialen, medizinischen und kulturellen Errungenschaften des 20. Jahrhunderts zu profitieren als materiell schlechtgestellte Menschen.

15 Prozent verzichten

Eine repräsentative Studie zum Gesundheitsverhalten der Genfer Bevölkerung zeigt, dass 15 Prozent der Bevölkerung im Jahr 2009 aus ökonomischen Gründen während der letzten zwölf Monate auf

Gesundheitsleistungen verzichtet haben. Drei Viertel dieser Gruppe haben beispielsweise auf Zahnarztleistungen verzichtet. Das erstaunt noch nicht sonderlich, wenn man bedenkt, dass in der Schweiz Zahnarztleistungen nicht durch die obligatorische Krankenversicherung abgedeckt werden. Die eigentliche Überraschung war, dass 35 Prozent dieser Gruppe auf medizinische Konsultationen verzichteten, und dass 5 Prozent sogar auf einen chirurgischen Eingriff verzichtet haben – dies trotz obligatorischer Krankenversicherung.

Wenn man die Verzichte auf Gesundheitsleistungen unter dem Aspekt des Einkommens betrachtet, so sind darunter 4 Prozent Personen, die mehr als 13 000 Franken pro Monat verdienen. Bei den Ärmsten, jenen, die weniger als 3000 Franken verdienen, sind es 30 Prozent. Da die Ärmsten der Bevölkerung auch am häufigsten krank sind, entsteht eine doppelte Ungleichheit: Die, die eigentlich mehr zum Arzt gehen sollten, sind gleichzeitig jene, die am ehesten darauf verzichten. Eine Ursache für diesen Missstand ist das Schweizer Krankenversicherungssystem. Seit der Einführung der obligatorischen Krankenversicherung im Jahr 1996 haben sich die Prämien mehr als verdoppelt, und das geltende Franchisensystem verleitet sozial Schwächere dazu, eine hohe Franchise zu wählen. Wenn dann etwas passiert, steht ihnen das nötige Geld für die Behandlung nicht zur Verfügung. Verallgemeinernd gesagt lässt sich vom «Zahnstatus» eines Menschen auf seinen Sozialstatus schliessen.

Die Rolle der sozio-ökonomischen Stellung

Die wachsende soziale Ungleichheit und mit ihr die ungleiche Ressourcenverteilung führen also dazu, dass armutsbetroffene Menschen von der Gesellschaft als selbstverständlich angesehene Gesundheitsziele vermehrt nicht mehr erreichen und dass sie die ihnen zustehenden medizinischen Leistungen nicht erhalten. Um die diversen Gesundheitsrisiken besser abschätzen zu können, beobachtet die Wissenschaft so genannte soziale Determinanten. Sie haben den weitaus grössten Einfluss auf unsere Gesundheit: Die Forschung geht davon aus, dass die sozio-ökonomische Situation und mit ihr verbundene Verhaltensweisen unsere Gesundheit zu 40 bis 50 Prozent bestimmen. Weiteren Einfluss üben die Umwelt sowie die Wohnsituation aus (20 Prozent). Die genetische Veranlagung ist zu 20 bis 30 Prozent bestimmend. Der Einfluss des Gesundheitssystems, in dem wir uns bewegen, auf die Gesundheit beträgt hingegen lediglich 10 bis 15 Prozentpunkte.

Die zehn wichtigsten sozialen Determinanten sind, gemäss WHO, der Sozialgradient (die Stellung in der Gesellschaft), Stress, die frühe Kindheit, soziale Isolierung, die Situation am Arbeits-

Der «Zahnstatus» eines Menschen lässt auf seinen Sozialstatus schliessen.



15 Prozent der Genfer Bevölkerung verzichtet gemäss einer Studie aus ökonomischen Gründen auf Gesundheitsleistungen.

Bilder: Keystone

platz, Arbeitslosigkeit, soziale Unterstützung, (Sucht-)Abhängigkeiten, die Ernährung und die Transportsituation (Bewegung, Distanzen, Kosten). Am Sozialgradient beispielsweise lässt sich zeigen, dass Personen mit universitärer Ausbildung eine fünf bis sieben Jahre höhere Lebenserwartung haben als Personen, die nur die Grundstufe absolviert haben oder über keine Ausbildung verfügen. Es gilt: je höher die sozio-ökonomische Stellung, desto höher die Lebenserwartung.

Eine besonders wichtige Determinante ist auch die frühe Kindheit. In dieser Phase wird unsere gesundheitliche Entwicklung fürs ganze weitere Leben vorbestimmt. Das Risiko von Diabetes bei Männern beispielsweise hängt erwiesenermassen mit dem Geburtsgewicht zusammen. Je geringer das Geburtsgewicht, desto höher das Diabetesrisiko (mit 64 Jahren bis zu siebenfach erhöhtes Risiko). Wenn man untersucht, welche Frauen Kinder zur Welt bringen, die ein geringes Geburtsgewicht haben, dann sind das häufig Frauen, die rauchen oder die unter mehr Stress stehen als andere, beispielsweise weil sie ihr Kind ohne Partner aufziehen. Mono-parentale Kinder sind zudem tendenziell auch einer schlechteren und unregelmässigeren Ernährung ausgesetzt. Später gesellen sich die Ausbildungschancen als weiterer gesundheitsbestimmender Faktor hinzu. Über die Ausbildung lernt man beispielsweise, was dem Körper gut tut und was nicht. Ein Blick auf des Rauchverhalten von 25-jährigen Amerikanern zeigt: Von den Jugendlichen, die nur eine Basisausbildung machen, rauchen rund 30 Prozent, bei den Studentinnen und Studenten sind es 10 Prozent.

Es ist allerdings nicht immer so, dass eine einzelne, spezifische soziale Determinante stärker auf unsere Gesundheit wirkt als andere. Vielmehr greifen Determinanten ineinander über. Das Bild ist immer als Ganzes zu betrachten. Bei der Determinante Arbeit – um ein weiteres Beispiel zu nennen – geht es um die Autonomie, die Arbeitsprozesse selbst zu bestimmen. Ein Manager, der zwar oft unter grossem Stress steht, kann seinen Arbeitsplan selber einteilen. Wenn er sich vom Stress erholen muss, geht er Golf spielen oder joggen. Seine Sekretärin hingegen muss die Arbeit erledigen, die er ihr vorgibt. Sie kann die Arbeit nicht einfach kurz mal liegen lassen. Es gilt: je tiefer in der sozialen Hierarchie, desto geringer die Autonomie, seine Arbeitsprozesse zu bestimmen. Und je weniger Autonomie, desto höher ist beispielsweise das Risiko für einen Herzinfarkt.

Den Einfluss der Determinanten ernst nehmen

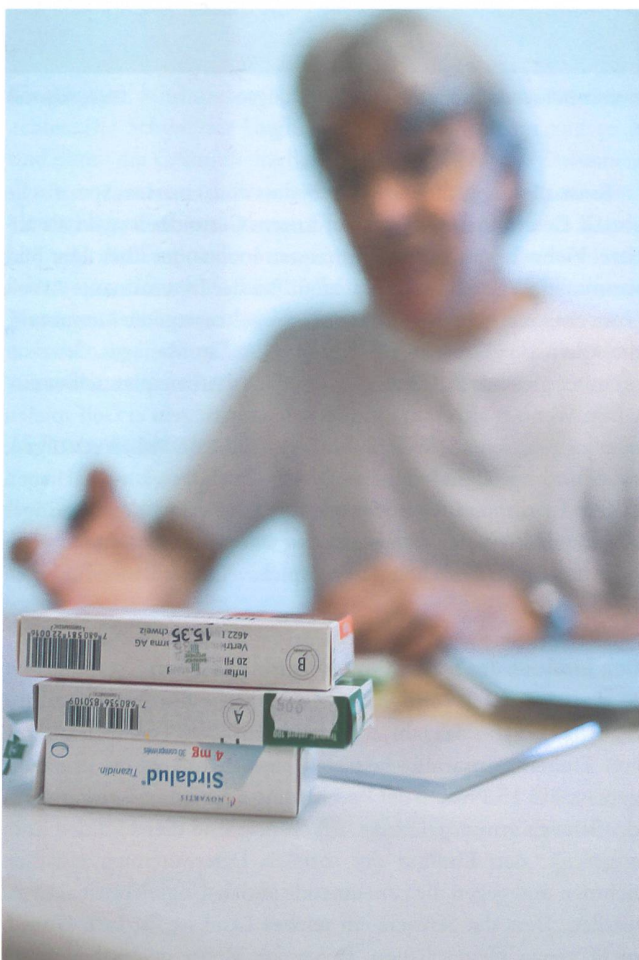
In den aktuellsten verfügbaren Zahlen weist das Bundesamt für Statistik (BfS) für das Jahr 2011 rund 580 000 Personen aus, die von Einkommensarmut betroffen sind. 2012 waren ebenfalls gemäss BfS 15 Prozent der Bevölkerung oder jede siebte Person in der Schweiz armutsgefährdet. Schon aufgrund dieser Zahlen ist es angezeigt, den Einfluss der sozialen Determinanten ernst zu nehmen und gegen die zunehmende soziale Ungleichheit aktiv zu werden. Dass die Schweiz ein reiches Land ist, ist kein Grund, nicht genau hinzuschauen. Denn das Motto «je reicher, desto höher die Lebenserwartung» gilt primär für Entwicklungsländer →

→ mit einem Pro-Kopf-Einkommen bis 5000 Dollar. Für industrialisierte Länder mit hohem Pro-Kopf-Einkommen hat man hingegen festgestellt, dass die durchschnittliche Lebenserwartung bei extremen Unterschieden bei der Vermögensverteilung tiefer ist als in Ländern, wo diese Schere weniger weit geöffnet ist.

Den diversen wissenschaftlichen Erkenntnissen kann ich eigene Beobachtungen aus rund zwanzig Jahren sozialmedizinischer Arbeit hinzufügen. Ich hatte viel mit vulnerablen Populationen, mit Obdachlosen, mit nicht versicherten «illegalen» Migranten und aktuell mit Gefängnisinsassen zu tun und bin zur Einsicht gekommen, dass man aufgrund des Gesundheitszustandes eines Menschen oft auch auf die Qualität des Gesundheitssystems in seinem Herkunftsland schliessen kann. Wenn eine Gesellschaft vulnerable Bevölkerungsgruppen wie Migranten oder Häftlinge schlecht behandelt oder von Sozialleistungen ausschliesst, besteht eine höhere Wahrscheinlichkeit, dass diese Gesellschaft auch andere sozial schwache Gruppen schlecht behandelt oder misshandelt. In Ländern, die auch für Häftlinge eine gute Gesundheitsversorgung gewährleisten, kann man hingegen davon ausgehen, dass die gesamte Population sehr gut betreut wird.

Konsequenzen für die Sozialarbeit

In Analogie kann man wohl davon ausgehen, dass, wenn in einem Land die Sozialsysteme bei den Ärmsten greifen, sie generell gut greifen und dass dadurch die Ungleichheit bei der Vermögens-



Manche können Gesundheitsinformationen nicht selbständig verarbeiten.

verteilung geringer ist. Ungleichheiten im System sind für alle schlecht. Sie bergen die Gefahr von sozialer Unruhe, senken die durchschnittliche Lebenserwartung und verursachen langfristig Mehrkosten, die auf den Staat und die Gesellschaft zurückfallen. Soziale Systeme sind dann gut, wenn die sozialen Auffangmechanismen auch bei vulnerablen Gruppen richtig umgesetzt werden.

Wer die wichtigsten sozialen Determinanten kennt und beachtet, kann früher intervenieren und gezielter handeln, auch in der Sozialarbeit. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter sollten deshalb die genannten zehn Determinanten «auf dem Radar» haben und ihren Klienten entsprechende Fragen stellen. Wenn mehrere Fragen alarmierende Antworten zur Folge haben, dann ist unter Umständen eine Kontaktaufnahme mit dem Arzt angebracht. Möglicherweise zeigt sich auch, dass dem Klient die Kompetenz fehlt, mit Ärzten zu sprechen oder eine Packungsbeilage zu lesen und zu verstehen («health illiteracy»). Solchen Klienten können Sozialarbeitende begleitend zur Seite stehen und ihnen helfen, sich im System zu orientieren. Eine parallele Handlungsebene besteht sinngemäss bei der Ernährung respektive bei Ernährungsfragen.

Investieren, wo es sich lohnt

Die Gesellschaft sollte erkennen, dass es sich lohnt, möglichst früh in Integrationsprojekte zu investieren. Was Integrationsmassnahmen langfristig bewirken können, zeigt das «Perry-Preschool-Project», für das in einer amerikanischen Kleinstadt in der Nähe von Detroit rund 120 drei- bis vierjährige Kinder aus sehr prekären Verhältnissen in zwei Gruppen eingeteilt wurden: Die Hälfte der Kinder wurde während sechs Monaten von Erzieherinnen betreut und stimuliert, etwa indem ihnen bei den Hausaufgaben geholfen wurde oder indem man ihnen eine ausgewogene Ernährung reichte. Die andere Hälfte wurde nicht stimuliert und betreut. Die Kinder wurden dann 40 Jahre lang beobachtet.

Es zeigten sich spektakuläre Unterschiede im Werdegang der Probanden: Die während eines halben Jahres geförderten Kinder hatten im Vergleich zu den anderen Kindern wesentlich häufiger einen Schulabschluss gemacht, sie verdienten wesentlich häufiger mehr als 20 000 Dollar im Jahr, es kam in dieser Gruppe zu wesentlich weniger Verhaftungen durch die Polizei usw. Das Projekt kostete den Staat rund 18 000 Dollar, gut investiertes Geld. Man hat berechnet, dass jeder Dollar dem Staat eine Ausgabensparnis von 16 Dollar generiert hat. Wenn ein Staat also bei den Ausgaben sparen will, wie er es auch bei uns in jüngster Zeit wieder vermehrt tun muss, sollte man bedenken, dass man durch eine gezielte Förderung von sozial Benachteiligten einen sehr viel grösseren Spareffekt erreicht, als wenn man neue Gefängnisse baut und bei Gesundheits- und Bildungsangeboten spart. ■

Hans Wolff

Universitätsspital Genf, Leiter gefängnismedizinische Abteilung
Mitglied der Antifolterkommission des Europarats

protokolliert von Michael Fritschi

LITERATUR

Hans Wolff, Jean-Michel Gaspoz, Idris Guessous, Health care renunciation for economic reasons, Swiss Medical Weekly, 2011.