

Ärmer stirbt früher

Soziale Ungleichheiten wirken sich negativ auf die Lebenserwartung aus

Von Rolf Rosenbrock

Was ist gerecht und was ist ungerecht? Über diese Fragen streiten Philosophen, Theologen, Soziologen und Ökonomen seit vielen Jahrzehnten und Jahrhunderten. Die meisten Konzepte beziehen sich dabei auf das Ziel der Chancengleichheit. Diese vage Zielstellung kann – als Arbeitsauftrag verstanden – vom Zugang zu medizinischer Notfallversorgung über den Anspruch auf eine vollständige und hochwertige Krankenversorgung bis zur umfassenden Verminderung epidemiologisch feststellbarer und gesellschaftlich gestaltbarer Ungleichheiten der Gesundheitschancen reichen: „Jeder Mensch soll eine faire Chance haben, seine Gesundheitspotenziale zu entfalten. Durch Politik und öffentliche Anstrengungen sollen Hindernisse auf diesem Weg so weit wie möglich beseitigt werden“, formuliert die Gesundheitsforscherin Margret Whitehead.

Dieser breite Ansatz liegt nicht nur den großen Debatten und Bemühungen um „Gesundheit als Menschenrecht“ zugrunde, sondern bildet auch die Basis von Public Health. Darunter versteht man Theorie und Praxis der auf Gruppen bzw. Bevölkerungen bezogenen Maßnahmen und Strategien, die Erkrankungs- und Sterbewahrscheinlichkeiten mindern sollen, insbesondere durch Senkung von Belastungen und Stärkung von Ressourcen.

Mit der Bestimmung, nach der die Krankenkassen durch Prävention „insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit“ leisten sollen (§ 20 SGB V), hat dieser Anspruch auch Eingang ins Sozialrecht gefunden. Dabei geht es also um mehr als Nothilfe für die Bedürftigsten (*remedying health disadvantages*) oder die Verringerung der Unterschiede zwischen den Ärmsten und dem Durchschnitt (*narrowing the gap*), es geht vielmehr um die Verminderung der gesundheitlichen Chancengleichheit – von unten nach oben über die gesamte soziale Stufenleiter (*reducing health gradients*).

Wie steht es in Deutschland nun um die Gesundheit der Bevölkerung, die nach dem Gerechtigkeitsmaßstab der Chancengleichheit gesichert werden soll?

Dazu gibt es zunächst einmal zwei gute Nachrichten: Die durchschnittliche Lebenserwartung steigt in Deutschland pro Jahrzehnt um ein bis zwei Jahre an. Und: Die Bevölkerung gewinnt nicht nur mehr Lebensjahre, sondern sie wird im Durchschnitt auch gesünder älter. Die 75-jährigen Frauen sind heute so gesund, wie es die 65- bis 70-jährigen Frauen vor zehn Jahren waren. Der Beginn der meist vom gleichzeitigen Auftreten mehrerer chronischer Erkrankungen (vor allem Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Diabetes II, Muskel-Skelett-Erkrankungen) gekennzeichneten Phase im letzten Lebensdrittel verschiebt sich im Durchschnitt schneller nach hinten, als die Lebenserwartung steigt. Diese *compression of morbidity* ist empirische Realität – zumindest für die Mittel- und Oberschicht – und macht das Versprechen „mehr gesunde Jahre in einem längeren Leben“ zu einer realistischen Perspektive.

Entgegen verbreiteter Vorstellungen spielen Medizin und Krankenversorgung dabei eine zwar unverzichtbare, aber untergeordnete Rolle. In seinem 2002 veröffentlichten Gutachten stellte der Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen fest, dass maximal ein Drittel dieser Zugewinne an Lebenszeit und Lebensqualität auf das Konto der Medizin geht. Der Rest erklärt sich aus verbesserten Lebensverhältnissen, besserer Bildung, gewachsenen Handlungsspielräumen und – durch diese Faktoren ermöglicht bzw. verstärkt – aus gesundheitsfreundlicherem Verhalten.

Aber wo kann Gesundheitspolitik dann Prioritäten setzen? Orientierung bringt hier der Blick auf die Verteilung der Erkrankungen in der Bevölkerung.

Zusammenfassung

Die Gesundheit der Bevölkerung soll nach dem Gerechtigkeitsmaßstab der Chancengleichheit gesichert werden. Medizin und Krankenversorgung spielen dabei eine zwar unverzichtbare, aber untergeordnete Rolle. Entscheidender sind Lebensverhältnisse und Bildungschancen der Menschen. Der Motor der Ungleichheit von Gesundheitschancen liegt also in Politikbereichen, die nicht das Wort „Gesundheit“ im Etikett haben – in denen aber höchst folgenreiche Entscheidungen über die Verteilung von Gesundheitschancen fallen.

Mehr als zwei Drittel der Krankheits- und Sterbelast in reichen Ländern erklären sich aus wenigen chronisch-degenerativen Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Krankheiten und aus Unfällen. Dort liegen riesige Potenziale für eine verbesserte Prävention. Wer sie nutzen will, stößt auf die Tatsache, dass Gesundheitsrisiken und Gesundheitschancen in der Bevölkerung höchst ungleich verteilt sind. Menschen aus dem untersten Fünftel tragen in jeder Phase ihres Lebens ein ungefähr doppelt so hohes Risiko, ernsthaft zu erkranken oder vorzeitig zu sterben, wie Menschen aus dem obersten Fünftel. In Zahlen heißt das: Männer aus dem untersten Fünftel leben im Durchschnitt zehn Jahre kürzer als Männer aus dem obersten Fünftel, bei Frauen beträgt der Unterschied im Durchschnitt fünf Jahre. Bei Frauen und Männern aus dem untersten Fünftel stellen sich darüber hinaus chronische Krankheiten durchschnittlich sieben Jahre früher im Leben ein als bei Menschen aus dem obersten Fünftel. Wenn Gerechtigkeit Maßstab der Gesundheitspolitik sein soll, dann müssen Gesundheitsleistungen mit Priorität dort bereitgestellt werden, wo die größten Probleme und die größten Potenziale der Verbesserung liegen: bei den sozial Benachteiligten, den gesundheitlich besonders gefährdeten Gruppen.

Was den Zugang zur Krankenversorgung angeht, finden wir in Deutschland sehr gute und dank der solidarischen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auch vergleichsweise gerechte Voraussetzungen. Der sozial und ökonomisch undiskriminierte Zugang zur Krankenversorgung ist ein sehr hohes zivilisatorisches Gut und intuitiv mit der Vorstellung von Gerechtigkeit im Sinne von Nothilfe (*rule of rescue*) verbunden. Gerechtigkeitsdefizite gibt es beim Zugang noch Unversicherter, bei Zuzahlungen (wie zum Beispiel der Praxisgebühr), die bei den verschiedenen Einkommensklassen unterschiedlich wirken, bei längeren Wartezeiten für GKV-Versicherte gegenüber privat Krankenversicherten und angesichts hoch spezialisierter Ärzte, die ausschließlich Privatpatienten behandeln.

Die – relative – Chancengleichheit muss beständig verteidigt werden gegen diejenigen Kräfte, die aus Profitinteresse oder ideologischen Gründen das Gerechtigkeit stiftende Bedarfs- und Solidarprinzip des GKV-Systems durch das Wirken von Angebot und kaufkräftiger Nachfrage ersetzen wollen: Weil Menschen mit niedrigem Einkommen nicht nur weniger zahlen können, sondern im Durchschnitt auch jünger, häufiger und schwerer krank sind, laufen alle diese Vorschläge auf den Abbau von Solidarität, von Fairness und Gerechtigkeit hinaus.

Der Grund für diese Angriffe ist einfach: Den Jahresumsatz der sozialen Krankenversicherung – ca. 150 Mrd. Euro – organisiert die GKV. Das sind selbst verwaltete Non-Profit-Organisationen unter staatlicher Aufsicht. Gewinnwirtschaftliche Unternehmen sind dabei nicht zugelassen. Diese Organisation von Geld ist provokativ in einer Welt, in der viel Kapital nach risikoarmer Anlage sucht. Indes besteht kein Grund dafür, die auf gerechte Lastenverteilung zielende Finanzierungsgrundlage der GKV zu ändern: Sie hat in den letzten 50 Jahren die finanziellen Folgen sämtlicher technisch und demografisch induzierter Veränderungen weitgehend beitragsneutral verarbeiten können. Die Beitragssteigerungen in der GKV sind nicht die Folge einer „Kostexplosion“, sondern der Einnahmenerosion infolge des Sinkens der Lohnquote. Wenn alle Bürgerinnen und Bürger nach ihrer wirtschaftlichen Leistungskraft einzahlen und dabei nicht nur Lohn und Gehalt, sondern auch die anderen Einkommen berücksichtigt werden, dann können absehbar auch weiterhin alle „ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen sowie das Maß des Notwendigen nicht überschreitenden“ Leistungen (so lautet die Formulierung im § 12 SGB V für den Leistungskatalog in der GKV) bezahlt werden, und zwar auch angesichts der berechenbaren medizinischen Folgen der Alterung der Bevölkerung.

Wie aber sieht es mit der Qualität der Versorgung aus? Gute Versorgung bedeutet bekanntlich nicht unbedingt viel Medizin. Vielmehr müssen materielle und immaterielle Anreize für Hausärzte, Fachärzte und Krankenhäuser so gestaltet werden, dass sie besser miteinander und mit den Leistungen der Pflege,



Rolf Rosenbrock, Jahrgang 1945, ist Leiter der Forschungsgruppe „Public Health“ und Professor für Gesundheitspolitik an der Berlin School of Public Health in der Universitätsmedizin Charité. Er studierte Betriebswirtschaft an der FU Berlin, Promotion in Volkswirtschaft in Bremen, dort auch Habilitation in Sozialwissenschaften. Er ist u. a. Vorsitzender des wissenschaftlichen Beirats der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und Mitglied im Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR). [Foto: Cordia Schlegelmilch]

rosenbrock@wzb.eu

der Sozialen Arbeit, des öffentlichen Gesundheitsdienstes, der Selbsthilfe sowie der psychischen Unterstützung verbunden werden. Benötigt werden für jedermann und jedefrau gut ausgeschilderte und unkomplizierte Wege der Unterstützung in diesem System – und auch wieder aus ihm heraus. Wer gut gebildet ist und sich durchsetzen kann, der findet diese Versorgungswege auch heute schon meist ohne Hilfe. Ärmere und weniger Gebildete schaffen das oft nicht. Abgebrochene Behandlungspfade, unvollständige Medikation und Irrwege im System führen bei sozial Benachteiligten überproportional häufig zu Komplikationen und der Notwendigkeit stationärer Behandlung.

Der GKV kommt demnach auch unter dem Aspekt der Gerechtigkeit die Aufgabe zu, Ärzte, Krankenhäuser, Pharmaindustrie, Pflegedienste usw. durch Verträge und Anreize dazu zu bringen, das und nur das zu tun, was gesundheitlich und medizinisch notwendig, ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich ist, und zwar mit hoher Qualität. Da ist viel zu verbessern, denn gegenwärtig finden in großem Umfang und gleichzeitig Über-, Unter- und Fehlversorgung statt. Infolge der durch Gesetze, Verträge und Gebührenordnung gegebenen Anreize haben derzeit weder der einzelne Arzt noch das Krankenhaus und auch nicht die einzelne Krankenkasse ein wirtschaftliches Interesse daran, sich für Qualitätsverbesserungen in der Versorgung chronisch Kranker aus sozial benachteiligten Gruppen einzusetzen.

Das gilt noch stärker bei der nicht medizinischen Krankheitsverhütung – der Primärprävention. Zwar bieten die Krankenkassen seit dem Jahr 2000 Leistungen der primären Prävention an, sie dürfen dafür jedoch nur ca. 220 Mio. Euro pro Jahr ausgeben, knapp 1,5 Promille der Ausgaben für die Krankenversorgung. Im Angebot dominieren dabei immer noch Gesundheitskurse, die vor allem den Bedürfnissen der gesundheitlich weniger belasteten Mittelschicht entsprechen. Insbesondere Menschen mit geringer formaler Bildung werden wesentlich besser und nachhaltiger mit partizipativen Projekten in jeweils für sie wichtigen *settings* (Betrieb, Schule, KiTa, Altenheim, Freizeiteinrichtung, Stadtteil etc.) erreicht. Dort werden von den Nutzern und anderen Interessengruppen Defizite und Belastungen identifiziert und systematisch bearbeitet. In der betrieblichen Gesundheitsförderung konnten die positiven und nachhaltigen Wirkungen solcher Verfahren auf Gesundheit, Lebensqualität, Selbstbewusstsein und soziale Einbindung immer wieder bestätigt werden. Die seit Jahren geplante Gesetzgebung zur Primärprävention, mit der insbesondere der *setting*-Ansatz gestärkt werden soll, wäre deshalb auch ein Schritt hin zu mehr Gerechtigkeit.

Angenommen, die gesamte in Deutschland lebende Bevölkerung wäre sozial und solidarisch krankenversichert, es gäbe eine auf dem Hausarzt aufbauende, patientenorientierte und koordinierte Betreuung mit allem Notwendigen und ohne Fehlanreize sowie qualifizierte Präventionsprojekte in Schulen, Betrieben, Stadtteilen und Freizeiteinrichtungen – wäre dann Gerechtigkeit im Sinne gesundheitlicher Chancengleichheit erreicht?

Summary

Inequity in health

From the perspective of equal opportunity, the author examines the state of affairs and the perspectives of equity in health. With regard to non-medical primary prevention, the reduction of inequity in health has barely begun. The main obstacles can be found in the distribution and dynamics of opportunities for education, work, and income. One of the tasks of public health professionals is to put the health consequences of current policies on the political agenda.

Wohl kaum. Gesundheit und Lebenserwartung sind mit der gesellschaftlichen Verteilung von Bildung, Teilhabe und Einkommen verknüpft. Ändert sich diese Verteilung, hat das Folgen für Gesundheit und Lebenserwartung der Bevölkerung – möglicherweise mit langer Verzögerung, aber stets verlässlich. Um die Gesundheit der Bevölkerung in Ländern, in denen diese Unterschiede geringer sind – wie etwa in Skandinavien –, ist es deshalb auch insgesamt besser gestellt, es gibt dort geringere gesundheitliche Ungleichheit und eine durchschnittlich höhere Lebenserwartung. Die sozioökonomische Entwicklung der letzten Jahre in Deutschland hingegen wird sich auf das künftige Ausmaß und die Verteilung von Morbidität und Mortalität negativ auswirken. Ein Blick auf die Verteilung von Bildungschancen, auf den Arbeitsmarkt, auf die Entwicklung von Lohnquote, Nettoreallöhnen, Armutsquote, *working poor* etc. verdeutlicht diesen Trend.

Der Motor der Ungleichheit von Gesundheitschancen liegt also in Politikbereichen, die nicht das Wort „Gesundheit“ im Etikett haben, in denen aber höchst folgenreiche Entscheidungen über die Verteilung von Gesundheits-

chancen und damit über Gerechtigkeit fallen: vor allem in der Bildungspolitik, Arbeitsmarktpolitik und Einkommensverteilung. Gesundheitspolitik im landläufigen Sinne kann Fehlentwicklungen in diesen Feldern immer nur teilweise kompensieren. Deshalb gehört zu einer nachhaltigen und gerechten Gesundheitspolitik auch das Engagement gegen die wachsende soziale Ungleichheit materieller und sozialer Teilhabechancen.

Literatur

Rolf Rosenbrock, „Gesundheit und Gerechtigkeit in Deutschland“, in: Das Gesundheitswesen, Jg. 69, Heft 12, 2007, S. 647–652

Rolf Rosenbrock, Thomas Gerlinger, Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung, 2. Auflage, Bern u. a.: Verlag Hans Huber 2006, 383 S.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007, Berlin, 911 S., <http://www.svr-gesundheit.de/Startseite/Langfassung.pdf>

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Koordination und Qualität im Gesundheitswesen, Gutachten 2005. Stuttgart, 762 S., [http://infomed.mds-ev.de/sindbad.nsf/0/2fbc89b804d5ec1fc1257011003b4edd/\\$FILE/SVR_2005_lang.pdf](http://infomed.mds-ev.de/sindbad.nsf/0/2fbc89b804d5ec1fc1257011003b4edd/$FILE/SVR_2005_lang.pdf)

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Gutachten 2000/2001, 3 Bde., Baden-Baden: Nomos 2002