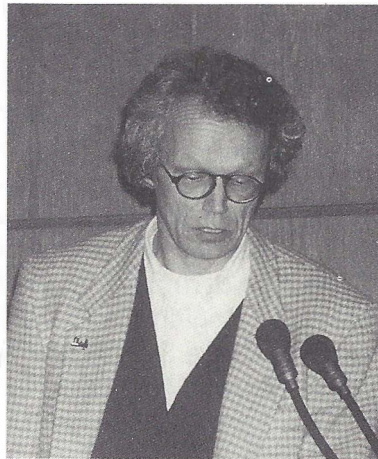


1998

Norbert Schmacke**Armut und Gesundheit -
Handlungsmöglichkeiten
der Akteure des
Gesundheitswesens****Einleitung**

Wenn man den Zusammenhang von Armut und Gesundheit ins Blickfeld nehmen will, so ist es nicht ausreichend, dies etwa ausschließlich an der Höhe des zur Verfügung stehenden Einkommens und auch nicht allein an der Welt der Erwerbsarbeit zu orientieren, wenngleich Arbeitslosigkeit ohne Frage einer der belastendsten Faktoren für die betroffenen Individuen und die Gesellschaft insgesamt ist. Hinzutreten muß vielmehr, wie jüngst auch in dem 97er Bericht des Düsseldorfer Gesundheitsamtes zu den Auswirkungen von Armut auf die Gesundheit festgestellt wurde, die multiperspektivische Betrachtung der gesamten Lebenslage von Menschen, die durch eine Vielzahl von Faktoren bestimmt wird, so durch die Höhe des Einkommens, durch Bildung, soziale Sicherheit, psychosoziale Stabilität und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Für die Frage der Chancen, ein möglichst langes und gesundheitlich wenig beeinträchtigtes Leben führen zu können, hat sich in der gesundheitswissenschaftlichen Forschung gezeigt: Es gibt in allen Gesellschaften gleich welchen Entwicklungsgrades einen eigenständig bedeutsamen

Dokumentation der 2. Düsseldorfer Gesundheitskonferenz: „Armut und Gesundheit in Düsseldorf“

sozialen Gradienten für Gesundheit. Für das Thema „Armut und Gesundheit“ ist dies insofern äußerst bedeutsam, als eine Fixierung auf die klassische Vorstellung von absoluter Verarmung die Zusammenhänge von sozialer Lage und Gesundheit nicht erhellen kann. Gesundheit ist durch die vielfältige soziale Schichtung der Gesellschaften hindurch ungleich verteilt, gemessen an den Indikatoren Einkommen, Bildung und sozialer bzw. beruflicher Status, und zwar von „ganz oben“ bis „ganz unten“. Die längste Tradition in derartiger Gesundheitsberichterstattung weisen vermutlich England und Wales auf. So läßt sich für diese Länder zeigen, daß die Sterblichkeit im Laufe dieses Jahrhunderts zwar für alle sozialen Schichten dramatisch abgenommen hat, daß aber die soziale Ungleichheit in den Sterberaten zwischen den Schichten nicht etwa nivelliert wurde, sondern eher auseinandergegangen ist (s. zuletzt im Überblick Blane u.a. 1997). Der soziale Gradient stellt, darauf ist gezielt hinzuweisen, einen eigenständiger Faktor jenseits der immer wieder genannten Risikofaktoren, wie Übergewicht, Rauchen und Bewegungsmangel, dar. Und zugleich sind riskante Verhaltensweisen unmittelbar an soziale Benachteiligung geknüpft, so daß sich häufig eine Summation von ungünstigen Gesundheitschancen für sozial Benachteiligte ergibt. Wilkinson (1992) hat gezeigt, daß auch in den entwickelten Industrienationen das Öffnen der Einkommensschere ein eigenständiger, ungünstiger Faktor für die Frage der gesundheitlichen Chancengleichheit der Bevölkerung ist.

In bestimmter Weise hatten sich Gesellschaften wie Deutschland nach dem zweiten Weltkrieg, schon gar nach der Ära des sogenannten Wirtschaftswunders, in dem Glauben gewiegt, der Wohlfahrtsstaat habe alle wichtigen sozialen Risiken im Griff. Aber ganz unabhängig von der Tatsache, daß die Idee des Wohlfahrtsstaats in sich selbst immer brüchig war, zeigen weltweit Studien, daß die unstrittigen und historisch hoch zu schätzenden Errungenschaften der sozialen Sicherungssysteme keineswegs allen sozialen Schichten in gleicher Weise zugute gekommen sind. Gerade bezogen auf die Gesundheit haben die

etablierten Mittel- und Oberschichten überproportionale Gewinne verbucht (s. z.B. Bartley u.a. 1997). Dasselbe Phänomen läßt sich auch bezogen auf die Ansätze der Gesundheitsförderungskurse und -Interventionskampagnen nachweisen (s. für die USA detailliert Kühn 1993). Diejenigen, die am meisten Information und Hilfe für ein gesünderes Leben benötigten, erreichen die Botschaften und Unterstützungsangebote am wenigsten. Der englische Allgemeinarzt Tudor Hart (1971) hat, um dieses Thema abzurunden, bezüglich gesundheitlicher Dienstleistungen ganz allgemein den Begriff des „inverse care law“ geprägt: Das Gesetz besagt, daß diejenigen am wenigsten Gesundheitsangebote erhalten, die sie am nötigsten brauchen. Was können Akteure im Gesundheitswesen tun, um diese Zusammenhänge mehr als bisher in die Öffentlichkeit zu bringen, und was können sie selber tun, um soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod abzubauen?

1. *Ist der Zusammenhang von sozialer Lage und Gesundheit heute wirklich noch bedeutsam?*

Der Wissensstand um den Zusammenhang von sozialer und gesundheitlicher Benachteiligung ist heute größer denn je (s. Mielck 1994, zuletzt im Überblick auch Siegrist und Möller-Leimkühler 1997), auch wenn die sozialepidemiologische Forschung in Deutschland noch einen gewissen Nachholbedarf hat. Dies gilt z.B. für harte Daten zum Zusammenhang von sozialer Lage und Lebenserwartung. Für Canada liegen demgegenüber diese Daten vor, ergänzt um die Aussage, wie groß die sozialen Unterschiede bezüglich der Lebensspanne ohne bedeutende Behinderungen sind (vgl. Übersicht 1)

Wohlhabendere Menschen leben mithin nicht nur deutlich länger, sie leben zudem ein deutlich längeres Leben frei von Behinderungen. Dies hat in allen Gesellschaften mit wachsender durchschnittlicher Lebenserwartung sowohl für die Betroffenen

wie das Gesundheitswesen enorme Konsequenzen. Die entwickelten Gesellschaften wie Deutschland stehen mit anderen Worten weiter vor einem dramatischen Problem der sozialen Ungleichheit der Gesundheitschancen.

2. Was heißt soziale Lage für die Frage nach den Gesundheitschancen einer Bevölkerung?

Es stellt sich die Frage nach der Relevanz der aufgezeigten Zusammenhänge. Gibt es wirklich benennbare soziale Faktoren, welche in so hohem Maß über Gesundheit und Lebenserwartung entscheiden, wie dies die genannten englischen und canadischen Untersuchungen bereits im Endeffekt gezeigt haben? Es kann hier nicht darum gehen, den Forschungsstand zu referieren. Stattdessen soll auf eine etwa 20 Jahre zurückliegende Studie aus einer kalifornischen Gemeinde (Berkman u. Syme 1979) hingewiesen werden, die nichts an Aussagekraft verloren hat. Dort wurde in einer Verlaufsstudie untersucht, welchen Einfluß der soziale Rückhalt bzw. die soziale Einbindung der Menschen auf die Sterblichkeit nimmt. Hierfür bildeten die Forscher einen Index, der das Ausmaß der sozialen Unterstützung mißt und neben Art und Güte von persönlichen Beziehungen vor allem soziale Aktivitäten (sei es in der Kirchengemeinde, sei es in Vereinen) umfaßt. Das Ausmaß der sozialen Bindungen wurde in vier Klassen umgesetzt (I = wenigste soziale Bindungen, IV = meiste soziale Bindungen), die Sterberaten wurden dann für Männer und Frauen getrennt ausgewertet. Es zeigte sich, daß nahezu durchgehend die Sterberaten mit der Güte der sozialen Unterstützung einhergehen. Und wie bei dem genannten sozialen Gradienten besteht dieser schützende Effekt guter sozialer Einbindung unabhängig von den sogenannten Risikofaktoren wie Rauchen, Bewegungsmangel, Fehlernährung und Sucht. Bezüglich der Aussagekraft dieser Studie soll hier nur gesagt werden, daß damit guter Grund zu der Annahme besteht, daß in allen sozialen Schichten und Problemlagen Maßnahmen der

sozialen Stabilisierung in hohem Umfang gesundheitsfördernd sein können und daß insofern das Aufzeigen des starken Zusammenhangs von sozialer Lage und Gesundheit keineswegs Anlaß zu einem fatalistischem Akzeptieren sozialer Benachteiligung führen darf.

Übersicht 1: Lebenserwartung absolut und Lebenserwartung „frei von Behinderung“ in Abhängigkeit von der sozialen Lage in Canada:

	Lebenserwartung absolut	Lebenserwartung frei von Behinderung
Männer		
Ärmstes Fünftel der Bevölkerung	67,1	50,0
Reichstes Fünftel	73,4	64,3
Differenz	6,3	14,3
Frauen		
Ärmstes Fünftel der Bevölkerung	76,6	59,9
Reichstes Fünftel	79,4	67,5
Differenz	2,8	7,6
Quelle: (Wilkins u. Adams 1983)		

3. Was bedeutet soziale Benachteiligung konkret für die Gesundheitschancen in einzelnen Lebensabschnitten ?

An dem vitalen Beispiel der Ernährung soll im folgenden der Frage nachgegangen werden, wie im einzelnen der Zusammenhang zwischen sozialer Benachteiligung und der Entstehung

Dokumentation der 2. Düsseldorfer Gesundheitskonferenz: „Armut und Gesundheit in Düsseldorf“

von Krankheiten nach heutigem Wissensstand hergestellt werden kann. Dabei wird, ohne daß dies hier belegt werden kann, indirekt deutlich, daß die gängige Zuordnung von Ernährungsweisen in die Rubrik „individuelles (Fehl-)Verhalten“ viel zu schlicht ist, weil von dem zur Verfügung stehenden Budget bis zum Informationsstand über gesunde Ernährung die Lebenslage alle Entscheidungen prägt. Australische und englische Ernährungswissenschaftler/innen (James u.a. 1997) haben zusammengestellt, wie intensiv der Armutsgradient mit der Entwicklung ernährungsbedingter Erkrankungen zusammenhängt und wie dies seinen Niederschlag im Lebenszyklus der Menschen findet (Vgl. Übersicht 2).

Die Tabelle zeigt wichtige Endpunkte unzureichender Ernährung in den genannten Lebensphasen auf. Die Autoren bilanzieren: „Ernährung beeinflusst die Gesundheit sozial benachteiligter Menschen von der Wiege bis zur Bahre. Die sozialen und ökonomischen Ursachen sind komplex, aber das Potential für Gesundheitsförderung durch verbesserte Ernährung ist gewaltig“. Der Bogen beginnt mit den Entwicklungsstörungen in der Schwangerschaft und endet mit größerer Unfallgefahr und Anfälligkeit für Infektionskrankheiten im Alter. Dies wirft ein völlig anderes Licht auf die Ernährungsfrage als die übliche Thematisierung von Überernährung in den vermeintlichen Überflußgesellschaften. Und weder die Höhe des individuellen oder familiären Budgets für Ernährung noch die Leistungen der Kommunen und Arbeitgeber sind „natürliche“ oder unbeeinflussbare Faktoren. Die Frage ist, wie sehr derartige Zusammenhänge zu einem öffentlichen Thema werden und Beachtung im gesellschaftlichen Raum finden.

Übersicht 2: Die Zusammenhänge von sozialer Benachteiligung, Ernährung und Krankheit

Lebensphase	Erhöhte Krankheitsraten und -risiken
Schwangerschaft	neurologische Entwicklungsstörungen/ niedriges Geburtsgewicht
Säuglinge/ Kleinkinder	Geringere Stillfrequenz: Wachstumsstörungen, höhere Infektionsraten u.a.
Vorschulkinder	z.B. Karieshäufigkeit, z.B. Bluthochdruck
Schulkinder/ Heranwachsende	z.B. Karieshäufigkeit, Blutarmut bei Mädchen, Förderung der Arteriosklerose
Erwachsene	z.B. Bluthochdruck, Schlaganfall, Diabetes mellitus, Krebserkrankungen
Alte Menschen	z.B. Kraftverlust, Inaktivität, Unfallgefahr, Osteoporose
Quelle: nach James u.a. 1997	

4. Können wir für das Thema „Armut und Gesundheit“ von unseren europäischen Nachbarn lernen?

In allen europäischen Ländern ist die Frage der sozialen Ungleichheit vor Krankheit und Tod ein zentrales Thema der Gesundheitswissenschaften. Eine Arbeitsgruppe der EU (Mackenbach u.a. 1997) hat die Datenlage in den einzelnen europäischen Ländern zu dieser Frage zusammengetragen und Wege eingeleitet, die Vergleichbarkeit zwischen den Ländern

Dokumentation der 2. Düsseldorfer Gesundheitskonferenz: „Armut und Gesundheit in Düsseldorf“

künftig zu erhöhen. Hier soll kurz geschildert werden, wie die Niederlande aus einem fünfjährigen Forschungsprogramm (1989 bis 1994) Konsequenzen für ein ebenfalls fünfjähriges Interventionsprojekt zur Milderung der ungleichen Gesundheitschancen gezogen haben (Mackenbach 1994). Die Übersicht 3 zeigt die vier Interventionstypen und ausgewählte Schwerpunkte für Akteure im Gesundheitswesen.

Übersicht 3: Fünf-Jahres-Programm zur Abmilderung der sozialen Ungleichheit von Gesundheit (1994-1998) in den Niederlanden: Die Rolle von Gesundheitsakteuren

Interventionstyp	Ziele für Gesundheitsakteure
Hebung des Bildungsstandes, der Qualifikation und des Einkommens unterer sozialer Schichten	vorrangiges Ziel: bessere Gesundheitsberichterstattung nach Sozialindikatoren
Minimierung krankheitsbedingter Beeinträchtigung der sozialen Beweglichkeit	Chronisch kranke Kinder: Beratung und Unterstützung von Lehrerinnen/Lehrern durch Schulgesundheitsdienst Chronisch kranke Erwachsene: Vermeidung des Arbeitsplatzverlustes oder Verbesserung der Wiedereinstiegschancen
Reduzierung ungesunder Lebensstile in unteren Sozialschichten	Entwicklung geeigneter d.h. akzeptierter Programme von Gesundheitserziehung
Kompensatorische Gesundheitshilfen für untere soziale Schichten	Kombinieren gesundheitlicher und sozialer Dienstleistungen
Quelle: (nach Mackenbach 1994)	

Als wichtigste Intervention wird in den Niederlanden betrachtet, die unmittelbaren materiellen Voraussetzungen für ein gesundes Leben zu verbessern. Dies entzieht sich der Einflußmöglichkeit von Akteuren im Gesundheitswesen natürlich; sie können aber dazu beitragen, daß diese Zusammenhänge in der öffentlichen

Prioritätenliste weiter nach oben kommen. Zweitens wird angestrebt, die negativen Auswirkungen eingetretener Krankheiten auf die soziale Mobilität zu minimieren; hier können Akteure des Gesundheitswesens im Kontakt mit der Erziehungs-, Bildungs- und Arbeitswelt durch kompetente Beratung wichtige Impulse geben, wie ein Leben mit Krankheit im jeweiligen sozialen Feld entgegen manchen Ängsten und Vorurteilen möglich ist. Drittens geht es um die Beseitigung ungesunder Lebensstile und Arbeitsverhältnisse. Hier weisen die Autoren nachdrücklich darauf hin, daß dies nicht mit der klassischen Gesundheitsaufklärung erreicht werden kann, die über die Köpfe der Menschen hinweggeht, sondern daß derartige Programme von der Lebenswirklichkeit her entwickelt werden und die immer vorhandenen Entfaltungsmöglichkeiten sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen berücksichtigen müssen. Bezogen auf die Arbeitswelt komme es darauf an, die häufig schlechten Arbeitsbedingungen in Billig-Jobs zu verbessern. Dieses Gesamtprojekt wird in den Niederlanden von einem breiten gesellschaftlichen Konsens getragen. Die Begleitforschung hofft, noch präziser als bisher angeben zu können, welche Investitionen und Interventionen sich am meisten lohnen.

5. *Warum spielt Gesundheitsberichterstattung eine so wichtige Rolle?*

Das Problembewußtsein für das Feld soziale Lage und Gesundheit zu schärfen und Lösungswege zur Verbesserung der Gesundheitschancen zu erarbeiten, ist die vielleicht wichtigste Aufgabe moderner Gesundheitsberichterstattung (Hamburger Projektgruppe 1996), die sich damit völlig von traditionellen Medizinalberichten unterscheidet. Der Umgang mit jedweder auf Politikentwicklung abzielenden Berichterstattung zeigt auf, daß Inhalt und Form dieser Berichte unbedingt auf die verschiedenen Zielgruppen abgestimmt werden und einer stetigen Qualitätssicherung unterworfen werden müssen (Vgl. Übersicht 4)

Bezogen auf die kommunale Ebene heißt dies: Ein guter Gesundheitsbericht ist dann nicht mehr ein alleiniges Produkt der Experten, sondern ein Mittel demokratischer Kommunalpolitik, die sich auf die Fachexpertise stützt. Es müssen Zielvereinbarungen getroffen werden und es muß über die Erreichung wie auch die Gründe für eine Nichterreichung von Zielen fortlaufend berichtet werden. Dabei ist nicht vorrangig, in einem starren Rhythmus gut gemachte schriftliche oder audiovisuelle Berichte vorzulegen, wichtig ist vielmehr die Förderung der kommunalen gesundheitspolitischen Kultur, vor allem die Debatte um Zielsetzung und Zielerreichung.

Übersicht 4: Möglichkeiten der Gesundheitsberichterstattung

Qualitätsverbesserung der Gesundheitsberichterstattung durch:

Bessere Nutzung von Sozialindikatoren
Integration der subjektiven Sicht von Gesundheit und Krankheit
Zielorientierung statt Datenfülle
Öffentliche Diskussion von Gesundheitsberichten

Gewinne einer verbesserten Gesundheitsberichterstattung:

Schaffung von Vergleichbarkeit mit anderen Kommunen und Ländern (Anreiz für Aktivitäten)
Bessere Transparenz der gesundheitspolitisch sinnvollen Investitionen
Werben für die Konzepte von Gesundheitsförderung, Prävention und Sozialkompensation

6. Steht die Neuorientierung des öffentlichen Gesundheitsdienstes im Einklang mit der europäischen Entwicklung?

In allen Bundesländern werden dem öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) in der neueren Debatte drei große Aufgabenbereiche zugewiesen: 1. Gesundheitsplanung- und Berichterstattung,

2. Gesundheitsschutz und 3. sozialkompensatorische Gesundheitshilfen. In allen drei Feldern ist der soziale Gradient wirksam. Und eine der vorrangigen Aufgaben des ÖGD in der Kommune sollte sein, so wiederum die überwiegende Fachmeinung, stärker als in der Vergangenheit Regie- und Moderationsaufgaben zu übernehmen und, wie oben bereits ausgeführt, über eine zielorientierte Gesundheitsberichterstattung die Gesundheitsplanung in der Kommune zu einem Dauerthema der politischen Agenda zu machen. Daß dies angesichts der gesetzlich unterschiedlich fixierten Aufgabenzuweisungen zwischen gesetzlicher Krankenversicherung, Kassenärztlichen Vereinigungen, Krankenhausträgern und ÖGD und Trägern der Wohlfahrtspflege nicht gerade einfach zu realisieren ist, versteht sich von selbst. Der Blick in ein weiteres europäisches Land, hier England, kann vielleicht helfen, die Rollenzuweisung an den kommunalen Gesundheitsdienst unter dem Aspekt Vergleichbarkeit oder Verschiedenheit der Ansätze zu beleuchten. England verfügt über eine lange Tradition der auf Abbau von sozialer Ungleichheit abzielenden regionalen Gesundheitspolitik und -berichterstattung. Hierauf aufbauend legten 1995 führende Public Health Wissenschaftler/innen ein Programm vor, welches das ehrgeizige Ziel verfolgt, Ungleichheit vor Krankheit und Tod konkret zu bekämpfen (Benzeval u.a. 1995). In diesem Bericht wird - ganz ähnlich wie in dem genannten niederländischen Aktionsprogramm - eine ganze Liste von Interventionsansätzen beschrieben, von denen hier das Feld „Neuorientierung kommunaler Gesundheitsdienste“ herausgegriffen werden soll. In einer vereinfachenden Übersicht wird dies wiedergegeben (Vgl. Übersicht 5).

Trotz der unterschiedlichen strukturellen und fiskalischen Wege, die das englische und das deutsche Gesundheitswesen gehen, erweisen sich offenkundig einige Grundprinzipien für das Wirken eines modernen öffentlichen Gesundheitsdienst im Feld „Soziale Lage und Gesundheit“ als gewissermaßen systemunabhängig - was nicht heißt, daß die Lösungswege einheitlich sein können

und werden. Daß dem „inverse care law“ entgegengewirkt werden muß und Angebote verstärkt in sozialen Brennpunkten gebündelt werden müssen, ergibt sich offenkundig nicht im Sinne spontaner Bedarfssteuerung. Daß eine Sprache gefunden werden muß, um sozial Benachteiligte überhaupt zu erreichen, und daß dies in einem bestimmten räumlichen und atmosphärischen Klima stattfinden muß, ist offenbar im Gesundheitswesen nicht selbstverständlich. Daß sich bestehende Institutionen wie Kindertagesheime und Schulen besonders anbieten, um Beratung vor Ort zu leisten, wird offenbar weder in England noch in Deutschland ausreichend genutzt. Daß mehrere wichtige Beratungsangebote unter einem Dach wirkungsvoller sind als zerstreute Angebote, ist ein weiteres wesentliches Element „bürgernaher Beratung“, wie sie jüngst allorten diskutiert und entwickelt wird. Und daß schließlich die Zielgruppen sozial benachteiligter Bürgerinnen und Bürger nicht als Objekte von Hilfsangeboten verstanden werden, sondern daß ihre Stimme gehört werden sollte und daß Selbsthilfeaktivitäten gestärkt und gefördert werden müssen und können, ist schließlich ein unverzichtbares Element moderner Gesundheitsdienste.

Übersicht 5: Kernpunkte der Weiterentwicklung kommunaler Gesundheitsdienste

Plazierung in sozialen Brennpunkten

Nutzung bestehender kommunaler Einrichtungen, wie Schulen

Weniger behördliches Klima/ Mischung mit kulturellen und sozialen Angeboten

Zusammenarbeit mit Interessenvertretungen der Betroffenen

Förderung von Selbsthilfe-Initiativen

Quelle: nach Benzeval u.a. 1995

Es soll hier abschließend darauf hingewiesen werden, daß auch die 164. Sitzung der Arbeitsgemeinschaft der leitenden Medizinbeamtinnen und -beamten der Länder im September 1997

Dokumentation der 2. Düsseldorfer Gesundheitskonferenz: „Armut und Gesundheit in Düsseldorf“

dem ÖGD in der Entschließung zur Auswirkung von sozialer Benachteiligung auf die Gesundheit von Kindern die oben tabellarisch vorgestellten Kernpunkte des englischen Maßnahmenkatalogs in nahezu identischer Weise als zukunftsweisende Aufgabe zugeschrieben hat. Sowohl die kommunale Verortung der Gesundheitsämter wie ihr bevölkerungsbezogener Auftrag stehen somit im Einklang mit der europäischen Entwicklung, die gerade für die Frage der sozialen Abhängigkeit der Gesundheitschancen derartigen kommunalen Diensten eine Schlüsselrolle zuweist.

7. *Welches sind die Handlungsmöglichkeiten der Akteure des Gesundheitswesens?*

Abschließend wird der Versuch unternommen, für den Gesamtbereich des Gesundheitswesens die Palette der Handlungsmöglichkeiten im Feld Armut und Gesundheit global zu skizzieren. Die Einbettung des Themas „Armut und Gesundheit“ in das Thema „soziale Chancengleichheit“ hat eine wichtige Konsequenz für die Gesundheitspolitik: Bemühungen um Prävention und Verbesserung der gesundheitlichen Lage sollten „nicht ausschließlich auf eine unterprivilegierte Bevölkerungsschicht im Sinne der klassischen Armutsbekämpfung ausgerichtet werden“, so wichtig Einzelmaßnahmen in diesem Feld auch immer sind, „sondern auf die Beeinflussung relevanter Phänomene relativer sozialer Benachteiligung, die sich über die Gesellschaftsstruktur insgesamt verteilen“ (Siegrist et al 1997). Zur Veranschaulichung wird zunächst wieder eine tabellarische Darstellung gewählt (Vgl. Übersicht 6)

Es mag überflüssig klingen, ist es aber überhaupt nicht: Über Gesundheit und ihre Beziehung zur sozialen Lage muß zuallererst von den dazu befähigten Akteuren berichtet werden. Und über diese gut aufbereiteten Berichte muß vor Ort geredet werden, weil sich nur so im Konsensverfahren Handlungsstrategien

entwickeln lassen, die das Gesundheitswesen allein nicht zustande bringen kann. Es ist weiter dringend erforderlich, daß alle gesundheitlich bedeutsamen Institutionen in einer Stadt und einem Kreis mehr miteinander ins Gespräch kommen, als dies bislang üblich ist. Im Verwaltungsjargon spricht man von den Trägern öffentlicher Belange, die bei Entscheidungen zu hören sind, gefordert ist aber weit mehr: Die bessere Nutzung der überall vorhandenen Ressourcen muß häufig erst „entdeckt“ werden.

Übersicht 6: Konsequenzen für die Akteure im Gesundheitswesen

- Über Gesundheit muß berichtet, über die Ergebnisse muß in der Kommune diskutiert werden
- Die Systeme (v.a. Erziehung, Bildung, Soziales, Stadtentwicklung, Gesundheit) müssen gut zusammenarbeiten
- Gesundheitsrelevante Berufe müssen im fairen Dialog kooperieren
- Die wichtigen Leistungen des kurativen Gesundheitswesens müssen für alle erreichbar sein
- Es muß gezielte Angebote für diejenigen geben, die vom Regelsystem nicht erreicht werden
- Gesundheitsförderung muß neue Leitidee im gesamten Gesundheitswesen werden
- Selbsthilfeförderung ist dabei ein eigenständiges Moment moderner Gesundheitspolitik
- Die Kommunikation mit Ratsuchenden muß soziale Benachteiligung berücksichtigen (Sprache, Klima, Orte)
- Ein leistungsfähiger öffentlicher Gesundheitsdienst muß innerhalb der Kommune das Thema Chancenungleichheit für Gesundheit immer wieder auf die Tagesordnung setzen.

Wichtig ist sicher auch, daß die Kultur des Dialogs zwischen den verschiedenen Berufsgruppen eingeübt wird. In Sachen Gesundheit und soziale Lage hat keine Berufsgruppe von Haus aus ein Monopol, und das hat nichts damit zu tun, Fachleuten ihre Kompetenzen absprechen zu wollen. Wenn der Scheinwerfer auf soziale Benachteiligung gerichtet wird, so taucht unweigerlich immer wieder das Thema der Erreichbarkeit und Finanzierbarkeit von Gesundheitsleistungen auf. Es muß durch regionale Berichte transparent werden, wo Gleichheitsgrundsätze verletzt werden; so sind die negativen Auswirkungen der Spargesetze im Rehabilitationsbereich (s. Stegmüller 1997) oder der Kürzungen des Krankengeldes (s. Braun u. Müller 1997) längst noch nicht ausreichend bekannt. Die sozialkompensatorischen, überwiegend subsidiären Angebote müssen zielgruppengenaue entwickelt und angepaßt werden, auch dies muß immer wieder neu erarbeitet werden und ergibt sich nicht aus der Auflistung des spontanen Hilfesucheverhaltens der Menschen. Last not least gilt es, vom Krankenhaus bis zu jeder einzelnen Beratungsstelle, von der Arztpraxis bis zum Gesundheitsamt ein neues, partnerschaftliches Verhältnis zwischen Patienten und Ratsuchenden einerseits und Gesundheitsexperten andererseits zu entwickeln. Hierbei geht es um Selbsthilfeförderung und Patientenschutz, um Abbau von Sprach- und Kommunikationsbarrieren und auch um aufsuchende Angebote in sozialen Brennpunkten. Die Akteure im Gesundheitswesen können viel dazu beitragen, daß die Brisanz sozialer Ungleichheit vor Krankheit und Tod besser wahrgenommen wird und daß auf allen Ebenen des gesellschaftlichen Lebens Barrieren für ein gesundes Leben und für ein akzeptables Leben mit Krankheit aus dem Wege geräumt werden.

8. Die Kommune als Gestalter von Gesundheitspolitik

Die Kommune benötigt in einer sehr stark von der Medizin geprägten Gesundheitslandschaft zur Bewältigung dieser an-

spruchsvollen Aufgaben eine ausreichend ausgestattete und kompetente Infrastruktur. Prävention, Gesundheitsförderung, Planung von zielgruppenorientierten Programmen und Gesundheitsberichterstattung brauchen einen Ort in der Kommune. Alle internationalen Erfahrungen zeigen auf, daß diese bevölkerungsmedizinische Sicht aus dem kurativen Gesundheitswesen heraus nicht entsteht, so unverzichtbar auch die Zusammenarbeit mit ihm ist. Die Fähigkeit zur bevölkerungsbezogenen Betrachtung von Gesundheit und Krankheit muß gerade in den Gesellschaften, die über ein hochleistungsfähiges System der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung verfügen, immer wieder entwickelt und stabilisiert werden. Dies beinhaltet ein uneingeschränktes Plädoyer für kompetente und angemessen ausgestattete öffentliche Gesundheitsdienste, die sich sowohl als Teil der kommunalen Öffentlichkeit wie als Partner in der Gesundheitslandschaft verstehen. Die sichtbare neue Armut in unseren Städten ist der Anlaß, über die wahren Grundlagen von Gesundheit und Krankheit wieder neu nachzudenken. Gelingt es, die Bedeutung der Kommunen für die Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung stärker in das öffentliche Bewußtsein zu bringen, dann wächst die Chance, über Struktur und Finanzierung der kommunalen Gesundheitsdienste wie kommunaler Dienstleistungen generell wieder neu zu befinden. Die Kommunen sind insofern gut beraten, ihren öffentlichen Gesundheitsdienst neu zu entdecken und die Bündelung der präventiven und gesundheitsfördernden Kräfte in den Städten und Kreisen voranzutreiben. Sie sind dabei objektiv betrachtet nicht der Bittsteller der Nation in Sachen Gesundheitssicherung, sondern sie bringen über ihr Netz an erzieherischen, kulturellen, sozialen und gesundheitlichen Angeboten ein großes soziales und gesundheitsförderndes Kapital ein, das im Licht der heutigen Gesundheitswissenschaften sicher noch vermehrt werden kann, dessen Einzelkomponenten sicher auch noch bessere Qualität erzeugen könnten, und das

nicht zuletzt eine größere Wertschätzung im Ringen um die Anteile am gesellschaftlichen Reichtum verdient.

66 70

2. Düsseldorfer Gesundheitskonferenz

Armut und Gesundheit in Düsseldorf

1998



Partner Ihrer
Gesundheit
Gesundheitsamt
Düsseldorf

Dokumentation der
2. Düsseldorfer Gesundheitskonferenz
Armut und Gesundheit
in Düsseldorf
11. Dezember 1997



**Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen
und sozialen Versorgung in Düsseldorf**
beim Gesundheitsamt Düsseldorf
