

2. ÖSTERREICHISCHE GESUNDHEITSFÖRDERUNGSKONFERENZ

Dr. Andreas Mielck

Sozial benachteiligte Gruppen – MultiplikatorInnenschulung:
Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte - Erfahrungen aus Deutschland

1. Vom Problem Armut sind in Deutschland sehr viele Menschen betroffen, nicht nur die Wohnungslosen. Sehr hohe Armutsquoten sind z.B. bei Kindern und bei Alleinerziehenden zu beobachten.
2. Es besteht ein starker Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit. Er lässt sich mit Hilfe der beiden folgenden Zusammenhänge erklären: Armut macht krank - Krankheit macht arm. In Deutschland ist vor allem der erste Zusammenhang von Bedeutung.
3. Die Frage, warum Armut krank macht, lässt sich nicht genau beantworten, da sehr viele Faktoren eine Rolle spielen können (Unterschiede bei physischen und psychischen Belastungen, bei der sozialen Unterstützung, beim Gesundheitsverhalten, bei der gesundheitlichen Versorgung etc.). Die Ursachen dürfen nicht nur beim Gesundheitsverhalten (z.B. Rauchen) gesucht werden, auch und vor allem weil das Gesundheitsverhalten oft durch die Lebensbedingungen geprägt wird.
4. Interventionsbedarf besteht vor allem dann, wenn die gesundheitlichen Risiken nicht frei gewählt wurden. Dies ist z.B. der Fall, wenn bei Menschen in Armut eine erhöhte Exposition gegenüber gesundheitsgefährdenden Arbeits- und Wohnbedingungen vorhanden ist, oder ein erschwerter Zugang zur gesundheitlichen Versorgung.
5. Das Solidaritätsprinzip der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gewährleistet eine hervorragende gesundheitliche Versorgung auch bei niedrigem Einkommen. Durch die Zuzahlungen kann jedoch für einkommensschwache Versicherte der Zugang zur gesundheitlichen Versorgung erschwert sein (z.B. bei Medikamenten und beim Zahnersatz). Bisher ist noch keine Studie vorhanden, in der die Wirksamkeit der Härtefall-Regelungen überprüft wurde. Auch die Selbstmedikation stellt für einkommensschwache Versicherte eine besonders hohe finanzielle Hürde dar.
6. Das Problem Armut und Gesundheit wurde in Deutschland durch die Akteure des Gesundheitswesens bisher nur unzureichend zur Kenntnis genommen.
7. Entsprechend der WHO-Definition lautet das Ziel nicht „gleiche Gesundheit für Alle“, sondern „gleiche Chance für Alle, gesund zu bleiben bzw. zu werden“.
8. Wir wissen bereits sehr viel über die Möglichkeiten der Gesundheitsförderung. Jetzt geht es darum, dieses Wissen dort einzusetzen, wo der größte Bedarf ist, d.h. bei den sozial Benachteiligten.
9. Es gibt eine Vielzahl von relativ kleinen Initiativen zur Gesundheitsförderung von sozial Benachteiligten, aber bisher fehlt eine systematische Koordinierung, eine langfristige Absicherung und eine wissenschaftliche Evaluation. Andere westeuropäische Staaten - wie z.B. Großbritannien - sind uns einige Schritte voraus.

Dr. phil. Andreas Mielck, geb. 1951 in Hamburg, Studien an der Universität Hamburg und der University of North Carolina mit den Abschlüssen als Diplom-Soziologe und Master of Public Health. Mehrjährige Berufserfahrung als wissenschaftlicher Angestellter an der Universität Hamburg (Institut für medizinische Soziologie sowie Institut für Soziologie).