

# Health Inequalities V

## Verhältnisse für Gesundheit

### Programmheft mit Abstracts

#### Universität Bielefeld

5. Internationale Fachtagung an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld

Freitag, 11. Juni 2010  
Samstag, 12. Juni 2010

Mit Unterstützung durch:





## Thema

Gesundheitliche Ungleichheit, also die sozial verursachte ungleiche Chance zu erkranken oder früher zu sterben, ist ein Phänomen, das mittlerweile auch in Deutschland eine wachsende Aufmerksamkeit erlangt. Dass es sie gibt, ist auch hier nicht mehr strittig. Ob sie zugenommen hat und welche Möglichkeiten bestehen, daran etwas zu ändern, sind aktuelle Diskussionslinien. Vielfach beklagt wird, dass die Handlungsstrategien am Individuum ansetzen und dass eine Perspektive auf gesellschaftliche Verhältnisse und die Analyse gesellschaftlicher Rahmenbedingungen und Strukturierungen, die Health Inequalities bedingen, in der Regel ausbleibt.

Die Tagung Health Inequalities V setzt genau an diesem Punkt an: Diskutiert werden sollen nicht nur abstrakte gesundheitsförderliche gesellschaftliche Verhältnisse, sondern gemeinsam analysiert werden soll ebenfalls, wie die politischen Weichenstellungen und Entwicklungen der letzten Jahre einzuschätzen sind und ob eine weitere Verschärfung gesundheitlicher Ungleichheiten zu erwarten ist.

Referentinnen und Referenten aus Bielefeld, Bristol, Berlin, Bern und Bochum spannen in Plenumsvorträgen den thematischen Rahmen auf. In fünf Arbeitsgruppen werden die Themen vertieft:

**AG 1** Sex vs. gender – what effects inequalities in health? (engl.)

**AG 2** Lebensphasen / Lebensläufe

**AG 3** Normativität und Gesundheit / Ethnologie und Gesundheit

**AG 4** Ökonomisierung der Strukturen der Gesundheitsversorgung

**AG 5** Social Determinants: Strategien zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit und Methoden der Wirksamkeitsüberprüfung

### VeranstalterInnen:

Ullrich Bauer (Duisburg-Essen), Uwe Bittlingmayer (Freiburg), Petra Kolip (Bielefeld), Matthias Richter (Bern)

### Weitere Informationen sowie die Abstracts unter:

[www.uni-bielefeld.de/gesundhw/health-inequalities/](http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/health-inequalities/)

Wir danken der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und der Westfälisch-Lippischen Universitätsgesellschaft für die freundliche Unterstützung.

## Freitag, 11. Juni 2010

**9.30** Anmeldung mit Kaffee

**10.00** **Begrüßung** (Hörsaal 14)

Begrüßung durch die Dekanin der Fakultät für Gesundheitswissenschaften  
**Claudia Hornberg**

Begrüßung durch die Veranstalter und Einführung:  
Health Inequalities V – der Blick zurück nach Vorn  
**Matthias Richter** (Bern)

**10.30** **Vorträge im Plenum mit Diskussion** (Hörsaal 14)

The capabilities-approach and public health: perspectives, challenges and future research  
**Holger Ziegler** (Bielefeld)

**11.30** **Pause**

**11.45** Challenging gender inequalities in health: gender justice in health systems  
**Sarah Payne** (Bristol)

**13.00** **Mittagspause**

## Parallele Arbeitsgruppen bis 17.30 Uhr

**14.00** **AG 1 Sex vs. gender – what effects inequalities in health? (engl.)**

*Moderation:* Petra Kolip (Bielefeld)

Raum: T2-227

Sex, gender and lung cancer – differences between women and men and policy implications  
**Sarah Payne** (Bristol)

Re-visioning sex and gender in 21st century healthcare systems  
**Ellen Kuhlmann** (Bath/Frankfurt)

Long-living females and short-living males: the interplay of sex and gender  
**Marc Luy** (Wien)

The role of climate policy in creating (un)equal health chances for women and men  
**Andrea Pauli/Claudia Hornberg** (Bielefeld)

Social stigmatization and societal expectations as factors of health inequalities illustrated by the example of depression. Psychotherapists report their experience  
**Lena Hünefeld** (Aachen)

## Fortsetzung Freitag

14.00

### AG 2 Lebensphasen / Lebensläufe

*Moderation:* Matthias Richter/Thomas Lampert (Bern/Berlin)

Raum: T2-213

Ungleichheiten in der Gesundheit und Gesundheitsverhalten bei Abiturienten – Vergleich der Gymnasiasten und Gesamtschüler in Bielefeld

**Stefanie Helmer/Rafael Mikolajczyk** (Bielefeld/Bremen)

Intergenerationale Bildungsmobilität und Gesundheitsverhalten von Jugendlichen

**Benjamin Kuntz/Thomas Lampert** (Bielefeld/Berlin)

Die Bedeutung materieller, psychosozialer und verhaltensbezogener Determinanten für gesundheitliche Ungleichheiten im Jugendalter

**Irene Moor/Matthias Richter** (Bielefeld/Bern)

Gesundheitliche Ungleichheit in 27 Wohlfahrtsstaaten: Eine Mehrebenenanalyse zur Relevanz sozioökonomischer und sozialpolitischer Determinanten der Gesundheit im Kindes- und Jugendalter

**Katharina Rathmann** (Berlin)

Arbeitslose Jugendliche und psychische Gesundheit – von der individuell-psychiatrischen zur repräsentativ-soziologischen Perspektive

**Volker Reissner/Hans Dietrich** (Duisburg-Essen/Nürnberg)

Das Gesundheitskonzept im Bildungspanel

**Christiane Groß/Monika Jungbauer-Gans** (Kiel)

14.00

### AG 3 Normativität und Gesundheit / Ethnologie und Gesundheit

*Moderation:* Uwe H. Bittlingmayer (Freiburg)

Raum: T2-233

Was hat Gesundheit mit Normativität zu tun? Gedanken zur Einführung

**Uwe H. Bittlingmayer** (Freiburg)

Warum „gesund“? Nicht krank sein reicht doch!

**Peter-Ernst Schnabel** (Bielefeld)

Challenging Normativity in Health Promotion through Guided Reflection

**Michael Wright/Kate Frohlich** (Berlin)

17.30

**Pause**

18.00

**Öffentliche Abendvorlesung** (Hörsaal 14)

Gesundheit durch Partizipation?

**Michael Wright/Susanne Kümpers** (Berlin)

19.00

**Gemeinsames Abendessen im Westend**

## Samstag, 12. Juni 2010

### Parallele Arbeitsgruppen bis 12.00

9.00

#### **AG 2 Lebensphasen / Lebensläufe**

*Moderation:* Matthias Richter/Thomas Lampert (Bern/Berlin)

Raum: T2-213

Arbeitslosigkeit, soziale Unterstützung und gesundheitliche Beschwerden  
**Lars Kroll** (Berlin)

Gender differences in the effect of education on depression in later life  
**Barbara Schaan** (Mannheim)

Age as leveler? Soziale Mortalitätsunterschiede im Alters- und Gesundheitsverlauf  
**Rasmus Hoffmann** (Rotterdam)

Primärprävention für das höhere Lebensalter – Milieuspezifische Wohnstrategien und Umzugsentscheidung älterer Frauen und Männer  
**Andrea Teti/Stefan Blüher** (Berlin)

Entwicklung eines umweltmedizinischen Erhebungsinstruments für Menschen im höheren Lebensalter unter besonderer Berücksichtigung der Zusammenhänge zwischen Umwelt, Gesundheit und sozialer Lage  
**Andrea Pauli/Claudia Hornberg** (Bielefeld)

9.00

#### **AG 3 Normativität und Gesundheit / Ethnologie und Gesundheit**

*Moderation:* Diana Sahrai/Peter-Ernst Schnabel (Bielefeld)

Raum: T2-233

Normative Implikationen von Sozialkapital  
**Susanne Hartung** (Berlin)

Der Beitrag der politischen Theorie für Public Health  
**Hartmut Remmers** (Osnabrück)

„Kultur“ und „Geschlecht“ – (K)ein Gesundheitsrisiko!?  
**Marion Habersack** (Graz)

Fazit und Ausblick  
**Peter-Ernst Schnabel** (Bielefeld)

9.00

#### **AG 4 Ökonomisierung der Strukturen der Gesundheitsversorgung**

*Moderation:* Ullrich Bauer/Lukas Slotala (Duisburg-Essen/Bielefeld)

Raum: T2-227

Markt und Medizin – zur Kommodifizierung des menschlichen Körpers  
**Oliver Decker** (Leipzig)

New Public Management in der stationären Altenpflege  
**Udo Kelle/Alexander Nolte** (Marburg)

Medizinische Praxis im Kontext des zweiten Gesundheitsmarktes  
**Fabian Karsch** (Augsburg)

## Fortsetzung Samstag

- 9.00**      **AG 5 Social Determinants: Strategien zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit und Methoden der Wirksamkeitsüberprüfung**  
*Moderation:* Frank Lehmann (Köln)  
Hörsaal 8
- Interventionskonzepte im Rahmen der EU Projekte „Closing the Gap“ und „Determine“  
**Simone Weyers** (Düsseldorf)
- Methodische Anforderungen an die Evidenzbasierung bei komplexen Interventionen  
**Wolfgang Bödeker** (Essen)
- Gesundheitliche Ungleichheit ist ein Querschnittsthema! Wie wir soziale Benachteiligung als Kriterium unaufwendig in Evaluation und Qualitätsentwicklung einbeziehen können  
**Thomas Kliche** (Hamburg)
- Effektivität von Bündnissen für gesundheitliche Chancengleichheit  
**Raimund Geene** (Magdeburg)
- 12.00**      Mittagspause
- 12.45**      **Vorträge im Plenum mit Diskussion** (Hörsaal 14)
- „Ungleichheit ist früher“: Handlungsspielräume als Gegenstand der Gesundheitsförderung  
**Thomas Abel** (Bern)
- 13.45**      Wer kann, muss ran? Überleben in aktivierender Gesundheitspolitik  
**Bettina Schmidt** (Bochum)
- 14.45**      **Abschluss**

# Abstracts

## Plenum Freitag und Samstag

### **The capabilities approach and public health: Perspectives, challenges and future research**

**Holger Ziegler**, Universität Bielefeld

The capabilities approach provides a sophistication of liberal-egalitarian theories of justice and, at present, one of the internationally most influential attempts to reconcile the competing demands which are associated with the fundamental conceptions of equality, recognition and liberty. It focuses on the question of a good life understood not as an abstract quality but as the practically managed conduct of life of human beings. From a capability perspective equality is conceptualized in terms of human flourishing respectively the material and socially grounded effective opportunities to live a flourishing life. This goes beyond SES, resource, needs or welfare conceptions of equality as it implies an idea of the realization of potentials and valuable agency. Defending a capabilities perspective for assessing social inequality and evaluating social institutions implications are drawn with respect to public health.

### **Challenging gender inequalities in health: gender justice in health systems**

**Sarah Payne**, University of Bristol

This paper focuses on gender equality and gender equity, and strategies to promote gender justice in health. Differences between women and men in mortality and morbidity are well known. Men have poorer life expectancy than women in virtually every country in the world, and there are important differences between women and men in their experiences of ill-health. Both sex, including reproductive, genetic and hormonal influences, and gender play a part in these variations, but health policies which address gender differences remain rare, and progress towards gender equality is slow. Why is this?

The promotion of greater equality between women and men has become a key theme in national and international arenas. Gender justice holds that women and men should be regarded as being of equal moral value, and that they should be treated equally. But with health equality the biological and social differences which affect the capacity of either men or women to optimize their potential for health mean that equal treatment may be inappropriate. In addition, targets based on equal outcomes – for example removing the gap in life expectancy – are both unrealistic and, given women's biological advantage, likely to be unfair.

The paper explores the various ways in which health systems might seek to address equality and equity in relation to the health of both men and women. The paper draws on literature from various settings to discuss strategies which have been used, to ask the question, How can we reduce health inequalities affecting both women and men, while addressing gender justice.

## Partizipation und Gesundheit

**Michael Wright**, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung

**Susanne Kümpers**, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung

Seit der Ottawa-Charta von 1986 ist die direkte Beteiligung sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen an der Entwicklung, Durchführung und Qualitätsentwicklung gesundheitsförderlicher Verbesserung ihrer Lebensumstände konzeptueller Bestandteil progressiver Präventionsansätze, ist Herausforderung, erfordert gegentendenzielles Handeln und stellt professionelle Selbstgewissheit in Frage.

Susanne Kümpers wird am Beispiel älterer Menschen die Rolle gesellschaftlicher Partizipation für - ungleiche - Gesundheit beleuchten. Dabei geht es auch um die Relation zwischen Partizipationsnormen, die mit dem Leitbild des ‚aktiven‘ und ‚erfolgreichen‘ Alterns verbunden werden, und tatsächlichen Partizipationschancen.

Michael Wright wird die Möglichkeiten und Grenzen partizipativer Forschung und partizipativer Praxis für Präventionsstrategien mit sozial benachteiligten Gruppen beleuchten. Dabei wird er die Geschichte der Aktionsforschung als Forschung mit dem Ziel gesellschaftlicher Emanzipation und Veränderung reflektieren.

## Ungleichheit ist früher: Handlungsspielräume als Gegenstand der Gesundheitsförderung

**Thomas Abel**, Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Bern

Nicht erst in Erkrankungsraten und Frühsterblichkeit kommt die soziale Ungleichheit zum Ausdruck; allein schon die Chancen auf gesundheitliches Wohlergehen sind, und das lebenslang, sozial ungleich verteilt. Zu dieser Ungleichverteilung tragen die strukturbedingten Lebensverhältnisse wie auch die individuellen Verhaltensweisen untrennbar bei. Diese Untrennbarkeit von Verhalten und Verhältnissen legt nahe, die Dynamiken der sozialen Ungleichverteilung von Gesundheit als „structure-agency“ Prozesse zu erklären. Das Verständnis von „agency“ fusst dabei auf einem Menschenbild, welches vom aktiv handelnden Individuum ausgeht und die jeweiligen sozialen und kulturellen Kontexte integral einbezieht.

Der Mensch als verantwortlich handelndes Wesen in seinen Lebenskontexten bildet ein Kernelement in den Grundlagendokumenten der Ottawa Charta. Im Kontrast dazu, sehen wir heute in der Gesundheitsförderung und Prävention zwei damit unverträgliche Ausrichtungen an Bedeutung gewinnen: (1) Menschen werden gesehen als die „Träger von Risiken“, die entsprechend zu schützen und zu versorgen sind. (2) Menschen werden auf „rational choice“ Wesen reduziert und dabei die sozio-kulturellen Hintergründe ihres Handelns als zweitrangig eingestuft. Gesundheitsförderung läuft so Gefahr, entweder den Mensch als Repräsentant und Mitgestalter seiner sozialen und physischen Umwelt aus den Augen zu verlieren oder die zentrale Bedeutung der sozio-kulturellen Kontexte zu wenig zu beachten.

Vor diesem Hintergrund wird im Vortrag eine Neuausrichtung der modernen Gesundheitsförderung auf die gesundheitsrelevanten Ressourcen und Handlungsspielräume der Menschen vorgeschlagen. Hierfür sind theoretische Grundlagen erforderlich, die

die Fragen der sozialen Ungleichheit mit den praktischen Zugängen des Empowerment und der Partizipation schlüssig verbinden. Der Vortrag stellt dazu eine Verbindung aus zwei aktuellen Ungleichheitstheorien vor: dem Capability-Approach (CA) von Amartya Sen und der Kapital-Interaktionstheorie von Pierre Bourdieu. Beide Ansätze beleuchten Grundfragen der sozialen Ungleichheit und können mit den Prinzipien und Leitkonzepten der Ottawa-Charta fruchtbar verbunden werden. Anhand von realen und fiktiven Beispielen in der Forschung und der Praxis der Gesundheitsförderung werden die Konsequenzen der neuen Ausrichtung andiskutiert.

## **Wer kann, muss ran? Überleben unter aktivierender Gesundheitspolitik**

**Bettina Schmidt**, Evangelische Fachhochschule Bochum

Die deutsche Gesundheitspolitik setzt seit einigen Jahren auf gesundheitliche Eigenverantwortung. Im Fahrwasser des gesamtpolitischen Trends, der gekennzeichnet ist durch den Umbau des versorgenden Wohlfahrtsstaats zum aktivierenden Investitionsstaat, ist auch die Gesundheitspolitik damit beschäftigt, bestehende Verantwortlichkeiten zwischen relevanten gesellschaftlichen Akteuren neu zu justieren: Weniger Staat, mehr Markt und mehr Eigenverantwortung gelten als zentrale Zielgrößen des gesundheitspolitischen Umbaus. Insbesondere der und die Einzelne werden in die gesundheitliche Pflicht genommen: Sie sollen sich eigenverantwortlich darum bemühen, persönliche Risiken auf ein Minimum zu beschränken und Selbstversorgungs-Kompetenzen auf ein Maximum auszudehnen.

Alle BürgerInnen sind zu gesundheitsgerechtem Verhalten aufgefordert, obwohl hinreichend belegt ist, dass Gesundheit weniger das Ergebnis von persönlicher Leistung als von sozialer Lage ist. Unbestritten korreliert der persönliche Lebensstil mit dem individuellen Gesundheitszustand. Doch daraus zu schlussfolgern, dass das Individuum faktisch und moralisch verantwortlich ist für seine Gesundheit, ist unterkomplex – der Lebensstil als Ausdruck von Lebenslage liegt nicht im individuellen Kontrollbereich allein.

Unberührt von den sozialepidemiologischen Erkenntnissen setzt die Gesundheitsförderungspolitik auf das Fördern & Fordern von Eigenverantwortung, die allerdings nicht verwechselt werden sollte mit Selbstbestimmung. Eigenverantwortliche Menschen sollen nicht frei wählen zwischen körperlicher Gesundheit (z.B. Safer-Sex) und spontaner Lust (z.B. kondomlosem Sex). Wenn Eigenverantwortung gesagt wird, ist meist gemeint, gehorsam die aktuell gültigen Gesundheitspflichten zu erfüllen, derzeit beispielsweise dem schlanken Staat ein schlanker Bürger zu sein.

Als eigenverantwortliche Subjekte sind Kranke nicht mehr Opfer von Pech oder gesundheitsriskanten Lebensbedingungen, sondern tatverdächtig aufgrund ihrer mangelhaften Anstrengungen zur gesundheitlichen Selbstoptimierung. Weil Krankheit überzufällig häufig in niedrigen Sozialschichten verbreitet ist, sind diese Bevölkerungsgruppen doppelt benachteiligt – sie sind gesundheitlich belasteter und werden dafür zur (Eigen-)Verantwortung gezogen. Die Pflicht zur Gesundheit wird Menschen abgerungen, die diese nicht erfüllen können. Wenn überhaupt stärkt das Fördern und Fordern von Eigenverantwortung die Gesundheit der ohnehin Begünstigten, die Gesundheit der weniger Begünstigten wird durch die Neo-Gesundheitsförderung jedoch eher geschwächt als gestärkt.

## AG 1 Sex vs. Gender – what effects inequalities in health?

### Sex, gender and lung cancer – differences between women and men and policy implications

**Sarah Payne**, University of Bristol

The tobacco epidemic continues to grow worldwide, with a particularly marked growth in the number of smokers in less developed countries as the tobacco industry turns its attention to new markets in the face of diminishing numbers of consumers in more developed parts of the world. As a result, tobacco-related deaths are predicted to increase over the next thirty years.

This paper focuses on the evidence relating to sex and gender differences in smoking and lung cancer. There are important variations between women and men in their risk of different forms of lung cancer and in prognosis and survival once diagnosed. Both sex and gender play a part in this disease and in outcomes. Differences between women and men reflect tobacco use and smoking histories, as well as biological influences. In addition, smoking cessation strategies are affected by both biology and gender, including the different resources, roles and responsibilities of men and women, and gender influences on health behaviours.

However, public health strategies to address tobacco use tend to be gender-blind, and as a result fail to meet the gender specific needs of either men or women. We need to understand the complex ways in which both biological and gender influences operate in the context of this disease, in order to develop gender-sensitive public health policies which are more able to address the risk of lung cancer in the population as a whole.

### Re-visioning sex and gender in 21st century healthcare systems

**Ellen Kuhlmann**, Goethe University Frankfurt/University of Bath, UK

The sex-gender distinction has helped to locate inequalities in social contexts, thus highlighting the gendered dimensions of health inequalities. In this paper I argue for a re-visioning of sex and gender in 21<sup>st</sup> century healthcare systems. Coronary heart disease, amongst other major challenges to health, serves to illustrate how biological and social conditions may combine and turn out as health inequalities. I introduce a system, or healthcare-specific, approach in order to explore the 'making' and 'unmaking' of gendered inequalities.

The gender category has moved from the margins of women's healthcare activism into the mainstream of healthcare; it is increasingly recognised by the medical profession and also expanding towards men's health. But there are also new problematic connotations of sex and gender that may fuel biological explanations and medical solutions for social conditions. Such connotations may occur as 'gender-specific' medicine but also in individualised forms of 'patient-centred' care; both approaches tend to neglect power relations and the wider social contexts of health. A further problematic

conflation is gaining ground if gender is amalgamated with other forms of difference into one concept of diversity without talking into account the intersecting power relations of, for instance, gender, class, ethnicity and sexuality.

It is important to understand that health inequalities may be fueled by biological and social conditions and created in various different ways; men and women may also be affected differently in various fields of illness. Consequently, health inequalities cannot easily be 'cured' by otherwise effective interventions towards gender equality, like improved labour market participation of women or gender-sensitive social policy. Instead, more systematic interventions towards gender-sensitive healthcare are needed that take account of the specific mix of social-biological conditions; improved responsiveness of healthcare systems to this mix is thus a crucial issue of public health policy.

### **Long-living females and short-living males: the interplay of sex and gender**

**Marc Luy**, Vienna Institute of Demography

Women have lower mortality than men not only in terms of overall measures like life expectancy but also – at least in all industrialized societies – in all ages and in all leading causes of death. The mortality difference between women and men remained more or less constant until the first half of the 20th century and started to increase thereafter. This increase of the gap coincided with a rise among men in cardiovascular diseases, cancer, and accidents and a fall in maternal mortality and in causes of death related to pregnancy. However, since the beginning of the 1980s the gap between women and men in overall mortality has been slowly narrowing in the developed world with Japan being the only exception. A profound understanding of the causes of the female-male mortality difference is necessary to determine whether male excess mortality could be reduced further and to project future trends. Intensive research during the last decades made it clear that the extent and the trends in the mortality difference between women and men are caused by a complex combination of biological factors (mainly genetic and hormonal differences between the sexes) and acquired risks which are closely linked to gender roles (behavioural and environmental factors such as smoking, alcohol consumption, diet, reckless driving, health risks at work, social stress). Estimates attribute biological factors approximately 25 percent of the mortality difference between women and men. Thus, the majority of the female survival advantage is caused by non-biological factors. Above all the diverse dimensions of socioeconomic status and related health behaviours have strong impact on male and female health and mortality. Through reviewing existing studies and presenting own empirical research I will try to disentangle the difference in life expectancy between women and men into the major sex- and gender-specific components. This theoretical and empirical framework will finally be used to derive a forecast of most likely future trends of female and male life expectancy

## Die Rolle klimapolitischer Instrumente für gesundheitliche Chancen(un)gleichheit zwischen den Geschlechtern

Andrea Pauli, Universität Bielefeld

Claudia Hornberg, Universität Bielefeld

Umwelteinflüsse gelten neben sozialen und wirtschaftlichen Faktoren als zentrale Parameter, die soziale und gesundheitliche Ungleichheiten mit verursachen und moderieren. Studien aus dem In- und Ausland zeigen, dass eine niedrige formale Bildung und Erwerbslosigkeit häufig in sozial prekären Lebenslagen münden, die eng mit spezifischen Umweltbelastungen und eingeschränkten Umweltressourcen in den alltäglichen Lebensumwelten (z.B. Wohnen, Arbeit, Freizeit) verknüpft sind. Das Geschlecht erweist sich dabei als *eine* bedeutsame Variable. Bestrebungen um größere gesundheitliche Chancengleichheit zwischen den Geschlechtern werden damit zu einer zentralen Angelegenheit integrierter umwelt-, gesundheits- und sozialpolitischer Debatten. Dabei sind die unterschiedlichen sozialen Realitäten von Frauen und Männern und die gesellschaftlichen Geschlechterverhältnisse mit ihren nach wie vor starren Rollenzuweisungen (z.B. familiäre Versorgungs- und Betreuungsarbeit) besonders zu berücksichtigen. Frauen und Männer sind nicht nur unterschiedlichen gesundheitsrelevanten Belastungsquellen in ihren Lebensumwelten ausgesetzt. Auch politische Maßnahmen und Entscheidungen „be-treffen“ Frauen und Männer unterschiedlich und können das Ziel einer Verringerung der gesundheitlichen Unterschiede zwischen Frauen und Männern entsprechend unterminieren oder fördern. Beispiel hierfür sind die aktuellen Bemühungen um Klimaschutz und Klimaanpassungsstrategien seitens der Bundesregierung. Die Aufforderung privater Haushalte zur Reduzierung klimaschädlicher Emissionen, steigende Energiepreise, die in Sozialhilfesätzen nicht berücksichtigt sind oder Angebotsreduzierungen im öffentlichen Nahverkehr, verweisen auf die soziale Dimension klimapolitischer Instrumente. Am Beispiel der in an anderen Ländern bereits seit langem etablierten Diskurse um „Energie- und Mobilitätsarmut“ wird der Beitrag aufzeigen, inwieweit klimapolitische Maßnahmen eher zur Verstärkung, denn zur Veränderung vorherrschender gesundheitlicher Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern beitragen können und welche Konsequenzen daraus für Public Health-Interventionen resultieren. Basierend auf empirischen Arbeiten zum Zusammenspiel von „Umwelt, Gesundheit und sozialer Lage“ werden Ansatzpunkte für sozialräumlich orientierte, genderbezogene Zugänge skizziert, die – eingebettet in politische Instrumente - gesundheitliche Chancengleichheit auf kommunaler Ebene in den alltäglichen Lebensumwelten fördern können.

## Soziale Stigmatisierung und gesellschaftliche Erwartungen als Faktoren der gesundheitlichen Ungleichheit am Beispiel von Depressionen. Psychotherapeuten berichten aus der Praxis

Lena Hünefeld, RWTH Aachen

Depressionen zählen unter den psychischen Erkrankungen seit den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts (Ehrenberg 2004) zu den besonders häufigen und schwerwiegenden Störungen, die mit einem hohen Suizidrisiko einhergehen. Laut der Weltgesundheitsorganisation sind derzeit über 121 Millionen Menschen von Depressionen betroffen, Tendenz steigend (WHO 2010). Obwohl die affektive Störung eine sehr hohe Prävalenzrate aufweist, werden Depressionen im Alltagsverständnis oftmals nicht als

psychische Krankheit angesehen und Betroffene sehen sich mit gesellschaftlicher Stigmatisierung und Intoleranz konfrontiert (Möller-Leimkühler 2000). Besonders für Männer ist ein offener Umgang mit Depressionen in westlichen Gesellschaften schwierig (Real 1999, Weber 2002, Wolfersdorf 2006). Männlichkeit ist dort häufig durch Eigenschaften wie Leidfähigkeit, Selbstbewusstsein, Rationalität oder Stärke definiert (Williams & Best 1990, Alfermann 1996, Sielert 1999, Bischof-Köhler 2006), die nicht mit Depressionssymptomen wie Antriebslosigkeit, Traurigkeit oder Verzweiflung kompatibel sind. Weiterhin stehen Jungen und Männer unter dem permanenten Druck ihre Gefühle zu kontrollieren und ihre Probleme eigenständig zu lösen – mehr als dies bei Mädchen und Frauen der Fall ist (Chodorow 1986, Brückner & Böhnisch 2001).

Ein Ergebnis, das sich wiederholt in epidemiologischen Studien zeigte, ist, dass Frauen doppelt so häufig von Depressionen betroffen sind als Männer. So liegt derzeit die Lebenszeitprävalenz für Frauen bei 20-25%, für Männer nur bei 7-12% (WHO 2010). Aufgrund dieser Erkenntnis wurde in der Vergangenheit vermehrt der Frage nachgegangen, warum Frauen häufiger von Depressionen betroffen sind und sowohl auf der biologischen/ genetischen als auf der sozialpsychologischen Seite wurden Erklärungsmöglichkeiten geprüft. Während sich die bestehenden Erklärungsansätze vornehmlich auf das weibliche Geschlecht beziehen, stehen in unserem Fokus Männer und ihr Gesundheitsverhalten sowie der Umgang mit Depressionssymptomen. Dabei verfolgen wir die Hypothese, dass gesellschaftliche Erwartungen an den Mann zu einem geschlechtsspezifischen Umgang („Doing Gender“) mit Krankheitssymptomen im Allgemeinen und Depressionssymptomen im Speziellen führt, der eine Ungleichheit in den Diagnoseraten von Depressionen bei Frauen und Männern produziert. Weiterhin nehmen wir an, dass es sich bei den Lebenszeitprävalenzraten von Depressionen nicht um ein Abbild der Wirklichkeit handelt, sondern dass eine Verzerrung in der Statistik vorliegt und Männer und Frauen in einem ähnlichen Maße von der affektiven Störung betroffen sind.

Experteninterviews mit sechs Psychotherapeut(inn)en über ihre Erfahrungen mit Depressionsbetroffenen liefern Hinweise, dass nicht nur gesellschaftliche Erwartungen für eine schlechtere Erkennensrate von Depressionen bei Männern sprechen, sondern dass sich vermeintlich männliche Eigenschaften auch auf die Therapie auswirken. So zeigen Männer eine niedrigere Akzeptanz der Depressionsdiagnose und sind einer Therapie gegenüber weniger offen eingestellt als Frauen. Darüber hinaus berichten die Psychotherapeut(inn)en, dass männliche Patienten andere therapeutische Ansätze benötigen als Frauen. Die Ergebnisse zeigen, dass „gender“ einen bedeutenden Beitrag zur Ungleichheit in der Diagnose und Behandlung von Depressionen bei Männern und Frauen führt und spezieller Interventionen bedarf.

## AG 2 Lebensphasen/Lebensläufe

### Ungleichheiten in der Gesundheit und Gesundheitsverhalten bei Abiturienten – Vergleich der Gymnasiasten und Gesamtschüler in Bielefeld

**Stefanie Helmer**, Universität Bielefeld

**Rafael Mikolajczyk**, Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin

**Hintergrund:** Eine Komponente der sozialen Ungleichheit ist häufig die Bildung. Abiturienten haben den gleichen Abschluss und dennoch eine Gesamtschule im Vergleich zum Gymnasium einen Hinweis auf vorbestehende soziale Ungleichheit geben. Die Ungleichheit kann sich gleichzeitig auch in den Unterschieden in Gesundheit und gesundheitsbezogenem Verhalten niederschlagen.

**Ziele:** Wir vergleichen die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten der Schüler der 12. und 13. Klassen Bielefelder Gymnasien und Gesamtschulen.

**Material und Methoden:** Untersuchungsgrundlage stellt die Bielefelder Abiturientenstudie (BiAS) dar. In dieser Analyse nutzten wir die Daten der baseline Befragung, um die Schüler der Gymnasien und Gesamtschulen zu vergleichen. An der Studie nahmen alle 17 Bielefelder Schulen teil, 4 davon mit der Einschränkung auf die 12. Jahrgangsstufe. An der ersten Befragung, die im März-April 2009 durchgeführt wurde, haben 976 Personen teilgenommen (63,6% Schülerinnen, 36,4% Schüler). In der Studie wurde ein Multithemen-Survey zur Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Form einer online Befragung eingesetzt. Von den Respondenten, 685 waren Gymnasiasten und 108 waren Gesamtschüler/innen.

**Ergebnisse:** Die Analyse des subjektiven Gesundheitszustandes als auch der psychosomatischen Beschwerden zeigte keine Unterschiede nach Schulform. Ausgeprägte Unterschiede zeigten sich hingegen beim Rauchverhalten: die Gesamtschüler/innen rauchten häufiger, haben früher mit dem Rauchen begonnen, möchten aber auch häufiger mit dem Rauchen aufhören. Ähnlich war bei Gesamtschüler/innen der Konsum von Marihuana häufiger. Hingegen seltener hatten die Gesamtschüler/innen schon einen Geschlechtspartner.

**Diskussion:** Trotz des zunächst gleichen Bildungsabschlusses unterscheiden sich Gymnasiasten und Gesamtschüler/innen bzgl. ihres Gesundheitsverhaltens. Hingegen lassen sich zunächst noch keine Unterschiede bzgl. des Gesundheitsstatus feststellen. Aufgrund der späteren Folgen des Gesundheitsverhaltens kann sich auf diese Weise eine Ungleichheit schon in der Phase abzeichnen, wo beide Gruppen noch auf den gleichen Bildungsabschluss zusteuern. Weitere Abschnitte des Lebens können die Lebensläufe weiter zusammenführen oder auch mehr auseinanderbringen. Die akkumulierten Risiken der hier beschriebenen Phase können jedoch weiterhin fortbestehen.

## Intergenerationale Bildungsmobilität und Gesundheitsverhalten von Jugendlichen

**Benjamin Kuntz**, Universität Bielefeld

**Thomas Lampert**, Robert Koch-Institut Berlin

Im Kindes- und Jugendalter werden unter dem Einfluss lebenslagenspezifischer Kontexte die Weichen für die Entwicklung gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen gestellt. Hierbei spielt neben der sozialen Herkunft auch die besuchte Schulform, d.h. der von den Jugendlichen eingeschlagene Bildungsweg, eine entscheidende Rolle. Unbestritten ist, dass gerade in Deutschland die soziale Herkunft noch immer erheblichen Einfluss auf die Bildungschancen von Kindern und Jugendlichen ausübt (Mechanismus der „Bildungsvererbung“). Die vorliegenden Studienergebnisse zum Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und jugendlichem Gesundheitsverhalten sind hingegen weniger eindeutig. Sie unterscheiden sich in Abhängigkeit der herangezogenen Indikatoren des Sozialstatus, der gewählten Verhaltensvariablen und danach, ob das Gesundheitsverhalten von Jungen oder Mädchen betrachtet wird. Daher wird die gegenwärtige Forschungslage bisweilen auch als „inkonsistent und widersprüchlich“ eingestuft.

Inwieweit Prozesse intergenerationaler Bildungsmobilität (das aus Sicht der Jugendlichen Erlangen höherer oder niedrigerer Bildungsabschlüsse als die eigenen Eltern) mit der Ausprägung gesundheitsbezogener Einstellungen, Kompetenzen und Verhaltensmuster assoziiert sind, ist bislang hierzulande – auch aufgrund einer mangelhaften Datenlage – noch weitestgehend unerforscht. Dabei zeigen internationale Studien, die diesen Zusammenhang analysiert haben, dass über die Bildung vermittelte soziale Aufstiege mit einer tendenziell gesünderen Lebensweise einhergehen, umgekehrt „Bildungsabsteiger“ einen unter Gesundheitsaspekten eher risikoreichen Lebensstil entwickeln. Die Erforschung gesundheitsrelevanter Verhaltensmuster, ihrer Determinanten und Konsequenzen für Gesundheit und Wohlbefinden, liefert wichtige Erkenntnisse für zielgruppenbasierte Ansätze der Prävention und Gesundheitsförderung. Bislang waren derartige Untersuchungen jedoch sehr stark an risikobasierten Einzelindikatoren wie z.B. Rauchen oder Alkoholkonsum orientiert. Eine gleichzeitige Analyse mehrerer Verhaltensweisen, die im Sinne eines übergreifenden gesundheitsbezogenen Lebensstils zusammenwirken, wurde insbesondere für die Altersgruppe der Jugendlichen nur selten durchgeführt.

Beide skizzierten Forschungslücken, die Vernachlässigung von Prozessen intergenerationaler Bildungsmobilität und die einseitige Fokussierung auf Einzelindikatoren des jugendlichen Gesundheitsverhaltens, sollen im Rahmen des Vortrags thematisiert werden. Hierzu werden Ergebnisse des am Robert Koch-Institut durchgeführten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) zu gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen im Jugendalter (Jungen und Mädchen im Alter von 14 bis 17 Jahren; n=3.737) präsentiert.

## Die Bedeutung materieller, psychosozialer und verhaltensbezogener Determinanten für gesundheitliche Ungleichheiten im Jugendalter

Irene Moor, Universität Bielefeld

Matthias Richter, Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Bern

### Hintergrund

Die bisherige Forschung über gesundheitliche Ungleichheiten im Erwachsenenalter verweist auf den großen Stellenwert materieller, psychosozialer und verhaltensbezogener Determinanten in der Erklärung sozioökonomischer Unterschiede in der Gesundheit. Bislang ist jedoch noch weitgehend unbekannt, inwieweit diese Forschungsergebnisse auch für jüngere Altersgruppen gelten. Das Ziel dieses Vortrags ist es, die relative Bedeutung dieser Faktoren nun erstmals für das Jugendalter herauszustellen.

### Material und Methodik

Datenbasis ist die deutsche Stichprobe der internationalen 'Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)' Studie aus dem Jahr 2006. Insgesamt wurden 7274 Schülerinnen und Schüler im Alter von 11-15 Jahren mit einem standardisierten Fragebogen befragt. Um die relative Bedeutung der einzelnen Erklärungsansätze für sozioökonomische Unterschiede in der Selbsteinschätzung der Gesundheit abschätzen zu können, wurden aufeinander aufbauende logistische Regressionsmodelle berechnet. Der sozioökonomische Status wurde über den familiären Wohlstand (FAS) gemessen.

### Ergebnisse

Je niedriger das familiäre Wohlstandsniveau, desto schlechter wird die Gesundheit eingeschätzt. Im Vergleich zu sozial besser gestellten Jugendlichen, haben Jungen und Mädchen mit einem niedrigem FAS ein 1,7-fach bzw. ein 2,1-fach erhöhtes Risiko einer schlechteren subjektiven Gesundheit. Die drei Faktorengruppen zeigten in den getrennt berechneten Modellen jeweils etwa einen gleich hohen Stellenwert von ca. 40 % (Ausnahme bei den Jungen: Gesundheitsverhalten). In der gemeinsamen Analyse, unter Berücksichtigung aller intermediären Variablen, konnten insgesamt 60-80% der gesundheitlichen Ungleichheiten erklärt werden. Materielle Determinanten nahmen aufgrund ihres direkten und indirekten Einflusses (über psychosoziale und verhaltensbezogene Faktoren) die wichtigste Rolle ein.

### Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse zeigen, dass die wichtigsten Verursachungsmechanismen gesundheitlicher Ungleichheiten im Erwachsenenalter auch für das Jugendalter gelten. Strategien zur Reduzierung gesundheitlicher Disparitäten im Jugendalter sollten ihren Fokus nicht nur auf das Gesundheitsverhalten legen, sondern verstärkt die materiellen Lebensbedingungen sowie den psychosozialen Kontext Jugendlicher berücksichtigen.

## **Gesundheitliche Ungleichheit in 27 Wohlfahrtsstaaten: eine Mehrebenenanalyse zur Relevanz sozioökonomischer und sozialpolitischer Determinanten der Gesundheit im Kindes- und Jugendalter**

**Katharina Rathmann**, Humboldt-Universität zu Berlin

### **Hintergrund**

Bisherige Studien konnten Unterschiede in der Gesundheit und sozioökonomisch bedingten gesundheitlichen Ungleichheit im Ländervergleich nachweisen. Dass die wohlfahrtsstaatliche Organisationsform, die Ausgaben für soziale Sicherung, das Wohlstandsniveau und die Ungleichheit im Einkommen auf Gesellschaftsebene einen bedeutenden Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung allgemein und speziell auf gesundheitliche Ungleichheiten ausübt, ist für Erwachsene bereits belegt worden. Welche Unterschiede in der Gesundheit und gesundheitlichen Ungleichheit von Kindern und Jugendlichen aufgrund dieser makrostrukturellen Faktoren vorliegen, ist bislang wenig erforscht. Der Beitrag untersucht deshalb, welche Unterschiede in der subjektiven Gesundheit und sozioökonomisch bedingten Ungleichheit in der Gesundheit bei 11- bis 15-Jährigen zwischen Wohlfahrtsregimes und sozialpolitischer Determinanten bestehen.

### **Datenbasis und Methode**

Datenbasis ist die internationale „Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)“ Studie 2005/06. Insgesamt 27 europäische und nordamerikanische Länder (n=134.632) wurden in fünf Wohlfahrtsregimes zusammengefasst (sozialdemokratisch, konservativ, liberal, süd- und osteuropäisch). Um die Relevanz individueller und sozialpolitischer Determinanten für die subjektive Gesundheitseinschätzung und psychosomatische Beschwerden zu berechnen, wurden hierarchische Regressionsmodelle („random intercepts and random slopes as outcomes“) mit Hilfe der Software HLM durchgeführt. Die Modelle bezogen schrittweise die individuellen Determinanten (familiärer Wohlstand, Alter und Geschlecht) und die länderspezifischen Variablen (BIP, Gini, Ausgaben für soziale Sicherung sowie Dummy-Variablen für die fünf Wohlfahrtsregimes) in die Analysen ein.

### **Ergebnisse**

Heranwachsende im liberalen Regime ( $b=0,19$ ,  $p=0,000$ ) schätzen ihre Gesundheit schlechter ein im Vergleich zu den anderen Regimes. Länder mit unterdurchschnittlichem Wohlstand und geringen Ausgaben für soziale Sicherung sind von höherer gesundheitlicher Ungleichheit gekennzeichnet. Die psychosomatischen Beschwerden und sozioökonomisch bedingten Unterschiede in der Beschwerdelast fallen am höchsten in Ländern mit hoher Einkommensungleichheit aus.

### **Diskussion**

Die subjektive Gesundheit und die sozioökonomisch bedingten Unterschiede variieren nach Wohlfahrtsregimes und aufgrund der länderspezifischen Determinanten. Darüber hinaus sind makrostrukturelle Faktoren auf Länderebene als wichtige Determinanten der sozioökonomisch bedingten Unterschiede in der Gesundheit zu betrachten. Daher sollte die Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten bereits im Kindes- und Jugendalter zunehmend auf (sozial-) politischer Ebene fokussiert werden.

## Arbeitslose Jugendliche und psychische Gesundheit – von der individuell-psychiatrischen zur repräsentativ-soziologischen Perspektive

**Volker Reissner** Universität Duisburg-Essen

**Hans Dietrich**, Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Nürnberg

### Teil I.: Die psychiatrische Sicht - Psychische Gesundheit bei jungen ALG-II-Empfängern

**Einführung:** aus Sicht des Individuums geht die Arbeitslosigkeit mit psychiatrischen Erkrankungen sowie allgemeinen Stresssymptomen wie Ängste, depressive Reaktionen, reduziertem Selbstwertgefühl oder verstärkter Alkohol- und Substanzkonsum einher. Bisher ist wenig über die Inzidenz operationalisierbarer psychiatrischer Diagnosen insbesondere bei Adoleszenten und jungen Erwachsenen bekannt. Die Studie SUPPORT25 erhebt die psychiatrische Morbidität inklusive Persönlichkeitsstörungen im Rahmen einer am Jobcenter Essen etablierten psychiatrischen Ambulanz.

**Methode:** Naturalistische Verlaufsstudie mit zwei Messzeitpunkten (Abstand: 1 Jahr). Erfassung von Morbidität, soziobiographischen Parameter und Schwere der Psychopathologie. Implementierung der HSCL-10 als Screening-Tool zum Vergleich der Ergebnisse dieser spezifischen mit der repräsentativen JUGALO-Studie (folgender Vortrag).

**Ergebnisse/Diskussion:** Ca. 98% der zum ersten Messzeitpunkt Vorgestellten wiesen mindestens eine psychiatrische Diagnose auf. Die am häufigsten bei den Patienten vorliegenden Erkrankungen stammten aus dem Bereich Persönlichkeitsstörungen (56,1%) und depressiven Erkrankungen (46,9%) gefolgt von Angststörungen (30,7%). Bei nur geringer Nutzung des medizinisch-psychiatrischen Behandlungssystems zeigten sich insbesondere die Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung schwer beeinträchtigt. Im Jahres-Verlauf kam es zu einer Verbesserung der psychischen und sozialen Funktion sowie zu einer verstärkten Nutzung insbesondere des ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsangebotes. Die Studie legt die Notwendigkeit spezifischer diagnostischer und zur Therapie motivierender Interventionen nahe.

### Teil II.: Die soziologische Sicht: Aufkommen und Auswirkung von mental health bei arbeitslosen Jugendlichen

**Einleitung:** Bislang werden psychische Beeinträchtigungen arbeitsloser Jugendlicher nicht systematisch erfasst und es liegen gerade für Deutschland nur wenige Studien zum Aufkommen von psychischen Beeinträchtigung bei arbeitslosen Jugendlichen und deren möglichen Folgen auf die Integration in Ausbildung oder Beschäftigung vor.

**Datengrundlage und Methode:** 4000 Jugendliche, die zwischen September 1998 und September 1999 bei der Bundesagentur für Arbeit als Arbeitslose registriert waren, wurden zwischen 1999 und 2004 bis zu drei Mal telefonisch befragt. Neben standarddemographischen und Lebensverlaufsinformationen wurden auch Fragen zur psychischen Gesundheit erhoben. Mental health wurde mit einer verkürzten Hopkins Symptom Checklist (HSCL) (Derogatis et al 1974) abgebildet. Dieses Instrument wurde auch in der Support U25 Studie verwendet (siehe oben). Beide Da-

teien wurden über einen nearest neighbour match verknüpft. Mit Cox Modellen, multinomialen Logitmodellen und nearest neighbor matching wird der Einfluss von mental health auf Übergänge in Ausbildung und Beschäftigung getestet.

**Befunde:** Nahezu 10% der Jugendlichen aus dem repräsentativen Arbeitslosen-Sample weisen deutlich Symptome nach HSCL auf und weiteren 22% erhöhte Werte. Cox-Analysen und multinomiale Logitmodelle bestätigen unter Kontrolle sonstiger Merkmale signifikante Effekte bereits von leicht erhöhten HSCL-Werten auf das Übergangsrisiko in Ausbildung oder Beschäftigung. Der Verbleib in Arbeitslosigkeit wird mit steigenden HSCL-Werten signifikant verlängert. Übereinstimmend mit der Literatur weisen männliche Probanden durchschnittlich schwächere Hopkins-Werte auf. Überdurchschnittlich erhöhte Werte erhöhen bei Männern die Verweildauer in Arbeitslosigkeit deutlich. Die Befunde von Matching Analysen lassen für die Essener Population deutliche Restriktionen beim Übergang in Beschäftigung und insbesondere in Ausbildung erwarten.

## Das Gesundheitskonzept im Bildungspanel

**Christiane Gross**, Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

**Monika Jungbauer-Gans**, Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

Die empirische Abbildung gesundheitlicher Ungleichheit im Lebensverlauf leidet in Deutschland unter dem Fehlen geeigneter Längsschnittdaten. Gerade die Wirkrichtung der kausalen Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit entlang von Bildung und Arbeitsmarktpartizipation und damit die Entscheidung von Kausation versus Selektion kann damit für Deutschland nicht – oder zumindest nicht für jede Lebensphase – geklärt werden. Wir möchten ein neues Projekt vorstellen, das diesem Versäumnis nachkommt und in Zukunft eine wichtige Datenquelle für die Untersuchung gesundheitlicher Ungleichheit im Lebensverlauf darstellen wird: das Deutsche Bildungspanel (*National Educational Panel Study*, NEPS). Das NEPS wird von einem interdisziplinär zusammengesetzten Forschungsnetzwerk unter der Leitung von Prof. Dr. Hans-Peter Blossfeld durchgeführt. Ziel des Nationalen Bildungspanels ist es, Längsschnittdaten zu Kompetenzentwicklungen, Bildungsprozessen, Bildungsentscheidungen und Bildungsrenditen in Lernkontexten über die gesamte Lebensspanne zu erheben. Gesundheit ist im Bereich Bildungsrenditen verortet und bildet den bedeutendsten Teil nichtmonetärer Bildungsrenditen ab. Neben unterschiedlichen Indikatoren von Gesundheitsverhalten und Gesundheitsstatus werden die zentralen Einflussfaktoren gesundheitlicher Ungleichheit erfasst: Kompetenztest werden parallel zu formalen Bildungs- und Erwerbsbiographie erhoben sowie Bildungsentscheidungen, eine genaue Migrationshistorie und Informationen zu den Lernumwelten. Der Fokus der Präsentation wird auf dem Längsschnittkonzept der Gesundheit im Nationalen Bildungspanel liegen. Das Multi-Kohorten-Sequenz-Design ermöglicht eine schnelle Bereitstellung von Längsschnittdaten in unterschiedlichen Lebensphasen. Die Daten werden der nationalen und internationalen Wissenschaftsgemeinschaft in Form eines anonymisierten *scientific use files* zugänglich gemacht wird.

## Arbeitslosigkeit, soziale Unterstützung und gesundheitliche Beschwerden. Ergebnisse aus der GEDA Studie 2009

Lars Kroll, Robert Koch-Institut Berlin

**Hintergrund:** Es ist dokumentiert, dass Arbeitslose im Vergleich zu Erwerbstätigen häufiger von Gesundheitsproblemen betroffen sind, und soziale Unterstützung die Bewältigung von Arbeitslosigkeitserfahrungen erleichtert. Auf Basis repräsentativer Daten für Deutschland wird der Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit, sozialer Unterstützung und Gesundheit beschrieben.

**Methoden:** Die Studie „Gesundheit in Deutschland Aktuell“ wurde in den Jahren 2008/09 vom Robert Koch-Institut durchgeführt. Für die vorliegenden Analysen wurden die Angaben der 30- bis 59-jährigen Teilnehmer (n=12.022) herangezogen. Die Gesundheitsindikatoren stammen aus dem „4-item Healthy Days Core Module“ der CDC, soziale Unterstützung wurde mit der „Oslo-3-item-Social-Support-Scale“ gemessen. Es werden Ergebnisse zu Einschränkungen in drei Bereichen (physisch, emotional, funktional) berichtet und multivariat abgesichert.

**Ergebnisse:** Arbeitslose zwischen 30 und 59 Jahren sind häufiger von physischen, emotionalen und funktionalen Einschränkungen betroffen. Männer und Frauen die gering sozial unterstützt werden, weisen unabhängig von ihrem Erwerbsstatus häufiger Einschränkungen in den drei Bereichen auf. In den Regressionsmodellen hatten Arbeitslosigkeit und soziale Unterstützung – nach Kontrolle für Alter, Bildung und Einkommen – signifikante Effekte auf das Auftreten ( $OR_{\text{arbeitslos}}=1,2-1,7$ ;  $OR_{\text{unterstützt}}=0,9-0,4$ ) und die Dauer der Einschränkungen ( $IRR_{\text{arbeitslos}}=1,3-1,8$ ;  $IRR_{\text{unterstützt}}=0,8-0,6$ ).

**Schlussfolgerung:** Arbeitslosigkeit ist ein Gesundheitsrisiko, das in der ärztlichen Praxis nicht unterschätzt werden sollte. Angesichts der gesundheitsförderlichen Bedeutung sozialer Unterstützung sollten Ärzte die Betroffenen ermutigen, sich verstärkt in außerberuflichen Netzwerken zu engagieren.

## Gender differences in the effect of education on depression in later life

Barbara Schaan, University of Mannheim

**Introduction:** Education is known to be beneficial for mental health. But do men and women profit from education equally? And does the gender difference in the effect of education on depression depend on the cultural context?

**Methods:** Following the work of Ross and Mirowsky (2006) I use two waves of the “Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe” (SHARE) to test resource multiplication theory (education improves well-being more for women, since they rely more on education because of socioeconomic disadvantages) and resource multiplication theory (education improves well-being more for men because they can derive higher labor market payoffs from it) within a European context. The Ross and Mirowsky study found support for the resource substitution theory by using a US American sample. My contribution to the existing literature is threefold: first, I repeat the analyses of Ross and Mirowsky by using a representative European dataset. Second, I exploit the broad cultural variety within Europe in order to test whether the

gender difference in the effect of education on depression depends on the cultural contexts. Third, I put special emphasis on the population 50plus in order to explore whether possible gender differences in the education effect persist into retirement age and beyond.

**Results:** Preliminary results indicate support for the resource substitution theory. Higher education decreases levels of depression more for women than for men, and this effect persists into retirement. However, the effect is significant in Southern and Eastern European countries as well as in Ireland only.

## Age as leveler? Soziale Mortalitätsunterschiede im Alters- und Gesundheitsverlauf

**Rasmus Hoffmann**, Erasmus Medical Center, Rotterdam

Mortalitätsunterschiede zwischen sozialen Gruppen nehmen im hohen Alter ab, aber der Grund dafür ist unklar. In diesem Vortrag werden die verschiedenen Hypothesen vorgestellt. Im empirischen Teil werden Veränderungen mit zunehmendem Alter Veränderungen mit abnehmender Gesundheit gegenübergestellt. Die Analyse basiert auf Registerdaten aller dänischer Männer älter als 58 im Zeitraum 1980 bis 2002 (n=938.427). Mit einer Ereignisdatenanalyse werden Sterblichkeitsunterschiede zwischen Einkommensgruppen untersucht.

Die Ergebnisse zeigen erhebliche Sterblichkeitsunterschiede zwischen Einkommensgruppen (RR zwischen 0,26 und 0,38 für Einkommensgruppen über dem 25. Perzentil im Vergleich zu den ärmsten 10 %). Mortalitätsunterschiede sind konstant bei steigendem Alter, aber konvergieren fast vollständig bei schlechter Gesundheit.

Die erste Schlussfolgerung ist, dass „age as leveler“ nicht zutrifft, denn es ist Krankheit und nicht Alter, die soziale Sterblichkeitsunterschiede nivelliert. Damit sind zumindest diejenigen Argumente für eine Konvergenz von Sterblichkeitsunterschieden weniger plausibel, die sich explizit auf das Alter beziehen (z.B. der zeitliche Abstand zum Erwerbsleben). Zweitens legt ein Übergang von schwerer Krankheit zum Tod, der unabhängig vom sozialen Status ist, nahe, dass soziale Mortalitätsunterschiede in frühen Phasen des Erkrankungsprozess entstehen. Vor diesem Hintergrund ist als Maßnahme gegen differenzielle Sterblichkeit Prävention besser geeignet als eine gerechtere Verteilung teurer Intensivmedizin am Ende des Lebens. Eine dritte mögliche Interpretation betrifft die medizinische Praxis: Ist es möglich, dass Patienten aus niedrigeren sozialen Schichten erst dann eine gleichwertige medizinische Behandlung bekommen, wenn sie ernsthaft erkrankt sind? Dies könnte an Fehlern auf Seiten der Anbieter liegen, aber auch daran, dass sozial benachteiligte Patienten erst dann „compliant“ werden, wenn es ernst wird.

Die Perspektive des altersstrukturierten Lebenslaufes kann durch den Blick auf die Gesundheitsverschlechterung ergänzt werden. Diese ist aus medizinischer Sicht interessant (ist ein kranker Körper unabhängiger von sozialen Faktoren?) und aus soziologischer: Gesundheitsverschlechterung fängt im gesunden „Privatleben“ an, wo freiwilliges Gesundheitsverhalten sehr vom sozialen Status abhängt, und endet in schwerer Krankheit, in der sich fast jeder den medizinischen Maßnahmen unterwirft.

## Primärprävention für das höhere Lebensalter - Milieuspezifische Wohnstrategien und Umzugsentscheidung älterer Frauen und Männer

**Andrea Teti**, Charité – Universitätsmedizin Berlin

**Stefan Blüher**, Charité – Universitätsmedizin Berlin

**Hintergrund:** Soziale Ungleichheit und milieuspezifische Verhaltensmuster sind wichtige Prädiktoren für gesundheitliche Ungleichheit aufgrund der Kumulation von ungleichen gesundheitsbezogenen Risiken. Zu den altersspezifischen Risiken zählen auch die mit der Wohnsituation verbundenen Gefährdungen, da sich mit fortschreitendem Alter der Aktivitätsradius stark auf das Wohnumfeld einschränkt. Schlechte Wohnbedingungen wirken sich physisch, psychisch und sozial aus und bergen eine erhöhte Institutionalierungsgefahr. Die Versorgung von Hochbetagten in Pflegeeinrichtungen stellt mit 5% der jährlichen Krankheitskosten in Deutschland auch in gesellschaftspolitischer Hinsicht ein relevantes Thema dar. Demnach können Umzugsentscheidungen im Bereich des Privatwohnens sowohl als Beitrag zur Kostenreduzierung als auch als Möglichkeit individueller proaktiver Optimierung der Person-Umweltpassung verstanden werden. Diese Studie untersucht Umzugsentscheidungen, die als primärpräventives Handeln zugunsten altersgerechter Wohnumwelten zum Erhalt von Autonomie und Lebensqualität betrachtet werden können. Im Zuge der Frage, welche Faktoren Wohnmobilität beeinflussen, sollen Umzugsbereitschaft versus Wohnimmobilität bezüglich Geschlechts-, Alters- und Milieuspezifität untersucht werden.

**Methodik:** Die Umzugsbereitschaft wird im Bezug auf räumliche Aspekte, wie Erreichbarkeit, Zugänglichkeit und Nutzbarkeit der Wohnung, Vorwegnahme gesundheitlicher Einschränkungen und soziale Integration erhoben. Eine quantitative Befragung zu soziodemografischen Daten und Milieuzugehörigkeit wird mit einem quasi-experimentellen Vignettendesign (faktorieller Survey) kombiniert. Die Vignettenanalyse konfrontiert die Befragten prospektiv mit einer hypothetischen Umzugsentscheidung. Der geplante Feldzugang sieht die Ziehung einer Zufallsstichprobe ( $N=126$ ) aus einem Einwohnermelderegister Berlins vor. Die Datenauswertung erfolgt über multifaktorielle Varianzanalyse.

**Erwartete Ergebnisse:** Es wird erwartet, dass Umzugsentscheidungen im Sinne primärpräventiven Handelns Analogien zu den bekannten milieuspezifischen gesundheitsrelevanten Einstellungs- und Verhaltensmustern aufweisen. Von besonderer Bedeutung ist dabei das Aufdecken schicht- und lebensstilspezifischer Zukunftsorientierungen in der Wohnentscheidung.

**Diskussion:** Trotz eingeschränkter Repräsentativität kann diese explorative Studie einen empirischen Beitrag zur verhältnispräventiven Charakterisierung von Umzugsbereitschaft im Hinblick auf ökologische Risikokonstellationen leisten. Die damit verbundene Identifizierung von Interventionsbedarf kann zudem Impulse zur Etablierung von Umzugsberatung und -management für eine autonomiefördernde Gestaltung der Wohnsituation im Alter geben.

## Entwicklung eines umweltmedizinischen Erhebungsinstruments für Menschen im höheren Lebensalter unter besonderer Berücksichtigung der Zusammenhänge zwischen Umwelt, Gesundheit und sozialer Lage

Andrea Pauli, Universität Bielefeld

Claudia Hornberg, Universität Bielefeld

**Einführung und Relevanz der Thematik:** Einschränkungen in Gesundheit und Alltagskompetenzen sowie abnehmende Mobilität gehen im Alter vielfach mit einer Verschlechterung der materiellen Lebenslage sowie der Wohnungs- und Wohnumfeldqualität einher. Mit verlängerten Aufenthaltszeiten in Alltagsräumen gewinnen Fragen nach potenziellen Umweltbelastungen und Umweltressourcen als moderierende Faktoren gesundheitlicher Ungleichheiten eine neue Bedeutung und lenken den Blick auf eine bislang vernachlässigte Lebensphase in der umweltbezogenen Gesundheitsforschung. Das höhere Lebensalter bedarf unter präventiven Gesichtspunkten und vor dem Hintergrund der Kumulation von Belastungsfaktoren über die gesamte Lebensspanne erhöhte Aufmerksamkeit in Public Health.

**Zielsetzung:** Im Zentrum des Vorhabens steht die Entwicklung eines umweltepidemiologischen Befragungsinstruments, das speziell auf die Lebensspanne „Alter“ sowie auf eine biografische Rekonstruktion gesundheitsrelevanter Umwelteinflüsse fokussiert. In Vorbereitung einer ersten Feldphase wird ein methodisches Erhebungskonzept erarbeitet, das auf den Nachweis sozialräumlicher Unterschiede in der Wohn- und Wohnumfeldqualität älterer Menschen auf Stadtteilebene ausgerichtet ist.

### Fragestellungen:

- Welche Unterschiede sind - differenziert nach Geschlecht, Alter, Migrationshintergrund und Sozialstatus- für gesundheitsrelevante Umweltbelastungen und -ressourcen festzustellen?
- Inwieweit haben Geschlecht, Alter, Migrationshintergrund und Sozialstatus einen modifizierenden Einfluss auf gesundheitsrelevante Umweltexpositionen im höheren Lebensalter?
- Wie wirken sich umweltbezogene Expositionen und Belastungen über die Lebensspanne hinweg auf die Gesundheit im höheren Lebensalter aus?

**Methode:** Erhoben werden zentrale Determinanten umweltbezogener Gesundheit, wie z.B. Sozialstatus, Wohn- und Wohnumfeldqualität und ausgewählte Schadstoffexpositionen.

**Erwartete Ergebnisse:** Erhebungsinstrument und Feldkonzept sollen in regionalen bevölkerungsbezogenen Haushaltsbefragungen zum Einsatz kommen. Ein besseres Verständnis der Zusammenhänge zwischen Umwelt, Gesundheit und sozialer Lage bildet die Grundlage für zielgruppenorientierte Public Health Interventionen zur Reduzierung und Vermeidung gesundheitlicher Ungleichheiten im höheren Lebensalter. Die Ergebnisse zur biografischen Rekonstruktion umweltbezogener Belastungen sind zudem im vorsorgenden gesundheitlichen Verbraucherschutz für zielgruppendifferenzierte Gesundheits- und Risikokommunikationsstrategien zu nutzen.

## AG 3 Normativität und Public Health

### Was hat Gesundheit mit Normativität zu tun? Einleitende Bemerkungen

**Uwe H. Bittlingmayer**, Pädagogische Hochschule Freiburg  
**Diana Sahrai**, Universität Duisburg-Essen

Der Vortrag soll einen Überblick über die theoretisch-normativen Spannungsfelder im Gegenstandsbereich der Gesundheitswissenschaften geben. So kann selbst die beliebte Forderung „Gesundheit für alle!“ in normativer Hinsicht bedenklich sein. Dann etwa, wenn mit ihr Verhaltensimperative implementiert werden, die zulasten subjektiver Autonomie gehen. Die Forderung kann dann umschlagen in das, was Hagen Kühn „Healthismus“ nennt. Auf der anderen Seite sind gesundheitliche Ungleichheiten nicht einfach Deskriptionen über den sozialen Gradienten von Morbiditäts- und Mortalitätsraten, sondern ragen unmittelbar in den Gegenstandsbereich der politischen Theorie und der Gerechtigkeitstheorie hinein. In dem Vortrag sollen die bislang in der Regel getrennten diskutierten Aspekte politischer Theorie einerseits und problematischen Verhaltensimperativen im Namen von Gesundheitsförderung andererseits systematisch aufeinander bezogen und dadurch Diskussionslinien der Arbeitsgruppe bestimmt werden.

### Warum „gesund“? - nicht krank zu sein, reicht doch zum Überleben

**Peter-Ernst Schnabel**, Universität Bielefeld

Die Autoren des 2009 erschienenen Bandes „Normativität und Public Health“ haben sich durchweg kritisch mit übersehenen, vielleicht sogar bewusst verdrängten Kommunikationsritualen auseinandergesetzt, die dem unverstellten Zugang zur Gesundheit, zum wirklichen Verstehen der Verteilungsmuster von Gesundheitschancen aber auch zu den geeigneten Instrumenten der Gesundheitsförderung im Wege stehen. Eindringlicher als mit der Forderung nach einer auf „Grundbefähigungsgleichheit“ zielenden Präventions- resp. Gesundheitsförderungsethik (Remmers) konnte das den meisten Analysen eigene Fazit: dass wirkliche Gesundheit, im Sinne gleich verteilter Gesundheitschancen nur in einer anderen, ideologisch-normativ und (versorgungs-)strukturell wesentlich veränderten Gesellschaft zu haben ist, gar nicht zum Ausdruck gebracht werden. Bestürzt müssten wir sein, über die Bestürzung, die diese Erkenntnis immer noch auslöst. Weniger allerdings über die der Krankheitswissenschaftler und -versorger, zu deren Geschäft der Struktur-Konservatismus nun mal gehört, sondern mehr über die der Gesundheitswissenschaftler und -akteure, die es eigentlich wissen sollten.

Damit wird sich der Beitrag zunächst, und zwar im Blick auf die ethnologisch belegbare Tatsache beschäftigen, dass es gesellschaftliche Verhältnisse gibt, die Gesundheit ganz prinzipiell befördern, aber auch solche, die eben dieses systematisch verhindern. Anschließend wird es um die Frage gehen, ob und in wie weit sich vor allem Paradigma und Befunde der Ethnologie als Grundlage eignen, um darauf Bezug nehmend einen vereinheitlichenden Diskurs zwischen den krankheits- und den gesundheitsorientierten Vertretern der Gesundheitswissenschaften in Gang zu brin-

gen. Schlussendlich soll überlegt werden, was gegebenenfalls an weiteren Voraussetzungen zu erbringen ist, um dies zu ermöglichen. Gegenüber der Ethnologie in ihrer augenblicklich dominierenden Form der Ethno-Medizin scheint allerdings Skepsis angebracht

## **Challenging Normativity in Health Promotion through Guided Reflection**

**Michael Wright**, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung

**Kate Frohlich**, Université de Montréal/Kanada

The normative assumptions underlying the practice of health promotion are seldom examined. Recent research has indicated that these assumptions may run counter to the central defining principles of health promotion as found in the Ottawa Charter and thus have unintended negative consequences regarding both issues of access and impact. Developing suitable methods to encourage reflexivity among practitioners may be a key component, not only for revealing harmful normative assumptions, but also for finding new ways of working more effectively with communities to improve their health.

The context of this presentation is a two-year research project funded by the Canadian Institutes for Health Research (CIHR) and conducted in two Canadian cities (Vancouver and Montréal). Based on interviews with tobacco control practitioners and focus group discussions with youth smokers in both cities, a video was created using verbatim material. The video highlights the dissonance between youth's experiences and practitioners' understanding of youth smoking. The video was presented to tobacco control practitioners in both cities to encourage reflexive discussion.

The presentation will outline the successes, failures and lessons learned from the process and tools developed for encouraging reflexivity among tobacco control practitioners. Several practical recommendations will be made for ways to address reflexivity in health promotion practice (tobacco control being just one example). Reflexivity as a central aspect of quality development in health promotion will also be discussed.

## **Normative Implikationen von Sozialkapital**

**Susanne Hartung**, Berlin

Die gesundheitsförderliche Wirkung von Sozialkapital gilt seit einigen Jahren in den Sozial- und Gesundheitswissenschaften als unstrittig. Sozialkapital als eine Vorbedingung für den Austausch von Ressourcen, hängt von vertrauensvollen Beziehungen zu Personen mit hohem ökonomischem (Geld) und kulturellem (Bildung) Kapital ab. Erst die Beziehungen zu ressourcenstarken Personen machen den Austausch dieser wertvollen Ressourcen möglich.

Interventionskonzepte, die mit dem Sozialkapitalkonzept arbeiten, zielen vor allem auf die Erweiterung sozialer Netzwerke. So werden Bewohner in sozial benachteiligten Quartieren dazu angeregt, soziale Kontakte zu anderen Bewohnern zu knüpfen,

oder es werden Eltern von Hauptschülern zum gegenseitigen Austausch motiviert. Erklärtes Ziel dabei ist es, Bedingungen für soziale Unterstützung und damit, aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht, für eine bessere Gesundheit zu schaffen.

Während die Verwendung des Sozialkapitalkonzepts für die Entwicklung von Maßnahmen zur Reduzierung sozialer und gesundheitlicher Ungleichheiten positiv betrachtet werden kann, gilt die These der positiven Wirkungen sozialer Netzwerke nicht für alle sozialen Schichten in gleicher Weise. Die Verwendung des Sozialkapitalkonzepts, speziell für sozial schlechter gestellte Bevölkerungsgruppen, ist nicht nur bezüglich eines implizierten normativen Anspruches diskussionsbedürftig. Vor allem ist das Sozialkapitalkonzept theoretisch und forschungspraktisch auszudifferenzieren, um zielgruppenorientierte Maßnahmen zu entwickeln. Der Beitrag wird eigene Ergebnisse zum Sozialkapital von Eltern vorstellen und möchte auf dieser Grundlage eine Diskussion des normativen Gehalts der Anwendung des Sozialkapitalkonzepts anregen.

### **„Kultur“ und „Geschlecht“ – (K)ein Gesundheitsrisiko?**

**Marion Habersack**, Medizinische Universität Graz

Die Frage nach den (sozialen) Bedingungen unter denen Gesundheit erhalten, gefördert oder hergestellt werden kann ist – so wird zumindest vermittelt – wesentlicher Schwerpunkt der Gesundheitswissenschaften. Die Frage nach den (sozialen) Bedingungen unter denen Krankheit präveniert oder kuriert werden kann ist – auch dies wird vermittelt – von zunehmender Bedeutung für die Krankheitswissenschaften (Stichworte: Compliance, Adherence).

Kaum erwähnt werden, dass die Frage nach (sozialen) Bedingungen für Gesundheit und Krankheit auf theoretischer Ebene zwar diskutiert, in der (Forschungs-)Praxis allerdings marginalisiert wird, dass Szenarien der Ausblendung, der Nichtberücksichtigung und der Reduktion forciert und unreflektiert praktiziert werden und dass die – unter dem Terminus „Verzerrungseffekt“ firmierenden Begrifflichkeiten Kulturimperialismus, Rassismus und Sexismus nach wie vor den Gesundheits- wie auch Krankheitswissenschaften zugeschrieben werden.

Wenn – so die Hypothese – Gesundheit, Gesundheitshandeln, Gesundheits- wie auch Krankheitsempfinden von Geschlecht, Kultur und deren impliziten wie auch expliziten Normen strukturiert werden, sind, von den Gesundheitswissenschaften wie auch Krankheitswissenschaften die derzeit verwendeten, reduktionistischen Denkmolelle rund um Gesundheit und Krankheit zu hinterfragen und hinsichtlich einer kontextsensitiven situierten Wissensproduktion- und Anwendung zu reformulieren.

## AG 4 Ökonomisierung der Strukturen der Gesundheitsversorgung

### Markt und Medizin – zur Kommodifizierung des menschlichen Körpers

**Oliver Decker**, Universität Leipzig

Die Debatte um die Ökonomisierung der Medizin und der Gesundheitsversorgung scheint entschieden. Die doppelte argumentative Bewegung der Befürworter führt diese zwar in einen scheinbaren Widerspruch. So werden sowohl „knappe Ressourcen“ als auch die „Beschränkung des Nachfragepotentials“ durch die gesetzlichen Krankenkassen beklagt. Letztere reglementieren gerade den Ausgabenzuwachs und das droht einen nächsten „Kondratieff-Zyklus“, die Eröffnung des Wachstumsmarktes „Gesundheit“ zu verhindern. Nicht nur steigende Kosten, sondern auch die Aussetzung der Marktdynamik und damit die Behinderung steigender Kosten steht in der Kritik. Trotz dieses Widerspruchs scheint gegen diese Ökonomisierung der Gesundheit kein Kraut gewachsen. Sowohl argumentativ, als auch in der Akzeptanz bei der Bevölkerung, gewinnen die Befürworter Hegemonie.

Nimmt man in den Blick, dass es beim Wachstumsmarkt „Gesundheit“ um den menschlichen Körper geht der kommodifiziert wird, gewinnt man einen neuen Zugang zum Verständnis dieses Geschehens. In der parallel stattfindenden Debatte um eine Freigabe des Organhandels wird klarer erkennbar um eine „Commodification of the Body and its Parts“ gestritten. Es lohnt sich, diese Debatte in den Blick zu nehmen, um pars pro toto auch ein Verständnis der Ökonomisierung des Gesundheitssystems zu gewinnen. Nicht umsonst sind sowohl Argumentationsmuster, etwa „knappe Ressourcen“ und „Marktbeschränkung“, als auch Protagonisten in dieser Auseinandersetzung um eine Legalisierung des Organhandels zu weiten Teilen deckungsgleich. Dabei wird man feststellen, was die moderne Medizin mit der warenausproduzierenden Gesellschaft untergründig verbindet. Beide speist ein „theologischer Glutkern“ (Th. W. Adorno), der Recht verstanden die Kapitalbildung im Gesundheitswesen nicht als ökonomischen Übergriff, sondern als innere Logik einer historischen Entwicklung beider – Markt und Medizin – erscheinen lässt.

### New Public Management in der stationären Altenpflege – zwischen „Kundenorientierung“ und Industrialisierung – empirische Befunde zum Problem der Qualitätskontrolle sozialer Dienstleistungen

**Udo Kelle**, Philips-Universität Marburg

**Alexander Nolte**, Philips-Universität Marburg

Mit der Einführung der Pflegeversicherung als „fünfte Säule“ des Regimes wohlfahrtsstaatlicher Sicherung in der Bundesrepublik Deutschland in den 1990er Jahren verbindet sich eine zunehmende Prägung der ambulanten und stationären Altenpflege durch Steuerungsinstrumente des „New Public Management“ (NPM). Die Implementation von privatwirtschaftlichen Managementtechniken und betriebswirtschaftlichen Prinzipien, die Etablierung eines quasi-privaten Pflegemarktes, auf dem

private, korporative und staatliche Anbieter unter Konkurrenzdruck agieren, die Standardisierung und Taylorisierung von Arbeitsabläufen in der Pflege, mit dem Ziel gleichzeitig ökonomische Effizienzgewinne und Qualitätsverbesserungen zu realisieren, wird dabei begleitet durch die Einführung von ursprünglich aus der industriellen Produktion stammenden Verfahren der Qualitätssicherung, die als Instrumente einer rationalen Planung, Produktion und Kontrolle der Qualität sozialer Dienstleistungen dienen sollen. Diese Industrialisierung und Ökonomisierung der Altenpflege wird dabei zunehmend mit einer klassischen marktliberalen Rhetorik verbunden, die den Pflegebedürftigen als „Kunde“ der Institution Altenpflege definiert.

In unserem Beitrag möchten wir anhand eigener empirischer Daten strukturelle Widersprüche beschreiben und analysieren, die durch das Eindringen solcher ingenieurs- und betriebswirtschaftlicher Diskurse um „Kundenorientierung“, „Qualitätsentwicklung“ und „Qualitätsmanagement“ in einen Bereich sozialer Dienstleistungen entstehen, wie ihn die stationäre Altenpflege darstellt. Die Forderung nach einer exakten Messbarkeit konkreter *outcomes* im Rahmen von Qualitätssicherung ist nämlich kaum vereinbar mit dem Umstand, dass professionelles Pflegehandeln in einem gegen uneingeschränkte Beobachtbarkeit geschützten Setting stattfindet, in dem Vertrauensgüter produziert werden, deren wahre Qualität nur schwer messbar ist. In unserer eigenen Studie können wir mit einem Methodenmix aus qualitativen und quantitativen Verfahren zeigen, dass gängige (vermeintlich objektive) Messinstrumente (wie sie bei der standardisierten Erfassung von Pflegequalität und Kundenzufriedenheit in der stationären und ambulanten Altenpflege häufig eingesetzt werden) eine Konstruktion administrativer Pseudorealitäten unterstützen, mit deren Hilfe ggf. reale Problemlagen überdeckt werden. Das hat auch deshalb bedeutsame sozial- und gesundheitspolitische Implikationen, weil Messinstrumente, die die Effizienz sozialpolitischer Maßnahmen angesichts zunehmend prekärer Rahmenbedingungen sichern sollen, Nebenwirkungen haben, die den ursprünglichen Intentionen diametral entgegenlaufen (indem etwa durch Dokumentationspflichten personelle Ressourcen gebunden werden, die für Pflegehandlungen nicht mehr zur Verfügung stehen).

## **Auf dem Weg zur Wunschmedizin. Medizinische Praxis im Kontext des zweiten Gesundheitsmarktes**

**Fabian Karsch**, Universität Augsburg

Kostendruck, Rationierung von Leistungen und gestiegene Ansprüche der Leistungsträger haben dazu geführt, dass immer mehr niedergelassene Ärzte das Feld der solidarisch finanzierten Kassenmedizin verlassen. Das Angebot an privat zu liquidierenden medizinischen Leistungen hat derart zugenommen, dass bereits von einem zweiten Gesundheitsmarkt die Rede ist. Nicht zuletzt die Einführung und Kodifizierung der Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung im Jahr 1998 hat zu einer beachtlichen Ausdifferenzierung des Marktes für medizinische Selbstzahlerleistungen geführt. Durch diesen Trend erleben wir derzeit die Renaissance eines klassischen Interessenkonfliktes des Arztes, denn viele der Therapie- und Diagnoseangebote im Bereich der Selbstzahlermedizin weisen eine derart mangelnde Evidenz auf, dass nicht immer eindeutig zu erkennen ist, ob eine Behandlungsstrategie am therapeutischen Nutzen oder durch finanzielle Interessen des Leistungserbringers bestimmt ist.

Es sind überdies nicht nur die neu entdeckten Profitmöglichkeiten, die standespolitisch problematisch erscheinen. Das Angebotsspektrum der Selbstzahlermedizin beinhaltet neben sinnvollen Vorsorgeuntersuchungen auch Maßnahmen, die sich nicht oder nur noch beschränkt an bestimmten Krankheitsindikationen ausrichten. Die in der medizinethischen und medizinsoziologischen Diskussion unter dem Begriff der „Enhancement-Medizin“ firmierenden Angebote, eröffnen ein nicht unumstrittenes neues medizinisches Handlungsfeld.

Die zunehmende Tendenz in Richtung einer kommerziellen „Wunschmedizin“ wirft zentrale Fragen bezüglich der Zukunft der medizinischen Praxis und dem damit verknüpften Arztbild auf. Im Rahmen dieses Vortrags werde ich versuchen die These zu plausibilisieren, dass sich die Etablierung der ärztlichen Praxis im zweiten Gesundheitsmarkt nur über die Konstituierung neuartiger professioneller Deutungsmuster vollziehen kann, um ärztliches Handeln auch in dieser Form der „posthippokratischen Praxis“ weiterhin (binnenpolitisch und öffentlich) legitimieren zu können. Unter Rückgriff auf die Annahmen der hermeneutischen Wissenssoziologie, werden Deutungsmuster als problembezogene, kollektiv geteilte Wissensbestände verstanden, die ständigen Aushandlungsprozessen unterworfen sind: Gerade dann, wenn eingespielte Handlungsanleitungen prekär werden, stellt sich die Frage, nach der Art und Weise der Aufrechterhaltung tradierter Professionskonzepte einerseits und der Konstituierung neuer Professionsmodelle andererseits.

## AG 5 Social Determinants: Strategien zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit und Methoden der Wirksamkeitsüberprüfung

### Interventionskonzepte im Rahmen der EU Projekte „Closing the Gap“ und „Determine“

**Simone Weyers**, Universität Düsseldorf

Sechs Jahre lang haben die EU Projekte „Closing the Gap“ und „Determine“ mehr als 50 (supra)nationale Akteure aus Gesundheitsförderung und Public Health aus 26 europäischen Ländern vereinigt. Ziel dieser Zusammenarbeit war es, innovative Strategien zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten zu identifizieren und eine europäische Datenbank mit wichtigen Informationen und vorbildlichen Projekten aufzubauen. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat diese Zusammenarbeit koordiniert.

Hintergrund für die Projekte war und ist die Tatsache, dass gesundheitliche Ungleichheiten für alle europäischen Länder ein wachsendes Problem darstellen. Auch in Deutschland besteht ein deutlicher Zusammenhang zwischen dem sozialen Status und der Lebenserwartung: Je geringer Bildung und Einkommen, desto größer das Risiko frühzeitiger Sterblichkeit und eingeschränkter Gesundheit.

In der europäischen Datenbank unter [www.health-inequalities.eu](http://www.health-inequalities.eu) finden sich nun europäische und nationale Politikstrategien zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit sowie Modelle guter Praxis, welche dies auf lokaler Ebene erreichen möchten. Hierzu gehören innovative Ansätze, welche an der Lebenswelt von Individuen und den sozialen Determinanten von Gesundheit ansetzen und Aspekte wie Gesundheitsverhalten, soziale Integration sowie Lebens- und Arbeitsbedingungen einbeziehen.

Um die Auswahl guter Praxisbeispiele nachvollziehbar zu machen, sollten ihr klare Kriterien zu Grunde liegen. Daher wurden Qualitätskriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung mit sozial benachteiligten Menschen definiert. Dabei bleibt die Frage nach der Effektivität ungeklärt.

Wie kann die hochkomplexe Anforderung an lebensweltliche Gestaltung realisiert werden? Wie kann die differenzielle Wirkung bei verschiedenen Zielgruppen nachgewiesen werden? Und welche grundsätzlichen methodischen Anforderungen an die Evidenzbasierung bestehen bei komplexen Interventionen? Auf diese Fragen will die Veranstaltung Antworten finden. Neben den Vorträgen steht Raum für fachliche Diskussion zur Verfügung.

## Methodische Anforderungen an die Evidenzbasierungen bei komplexen Interventionen

Wolfgang Bödeker, BKK Bundesverband

Die Frage nach der Evidenz, d.h. nach dem verlässlichen Wissensstand darüber, ob mit Maßnahmen tatsächlich die erhofften Ziele erreichbar sind, gilt inzwischen auch in den Gesundheitswissenschaften als zeitgemäß. Der zu Grunde liegende Anspruch, dass nur Maßnahmen zum Einsatz gelangen, die auch wirksam sind, scheint unwidersprochen. Strittig ist aber, was als evidenzbasiert angesehen werden kann.

Evidenz im Sinne der Evidenz basierten Medizin ergibt sich wesentlich aufgrund von systematischen Zusammenstellungen der Ergebnisse von Interventionsstudien. Die Bewertung folgt einem Rational, das auch die immanente Aussagekraft eines Studientyps als Qualitätsmerkmal berücksichtigt. Hiernach werden kontrolliert randomisierte Studien (RCT) an die Spitze einer Evidenzhierarchie gestellt, da ihnen erkenntnistheoretisch die höchste Aussagekraft zugebilligt wird.

Kontrolliert randomisierte Studien fußen auf einem Versuchsplan mit dessen Hilfe ein Effekt möglichst zwingend auf eine vorausgehende Intervention zurück geführt werden soll. Dies gelingt umso überzeugender, je standardisierter die Intervention durchgeführt werden kann, je spezifischer also die Fragestellung im Hinblick auf die Interventionsmaßnahme und der beobachteten Endpunkte formuliert werden kann.

Komplexe Interventionen gelten dagegen als unspezifisch, da sie stets akteursplural, kontextabhängig und sogar verlaufsoffen durchgeführt werden. Was die Komplexität dieser Interventionen ausmacht wird allerdings unterschiedlich gesehen. Einerseits wird darauf verwiesen, dass komplexe Interventionen nicht in einer abgrenzbaren Einzelmaßnahme, sondern in einem Bündel von Maßnahmen bestehen, über die häufig auch erst im Verlauf eines Projektes entschieden würde. Andererseits wird eine komplexe Intervention auch über die Vielzahl an betrachteten Endpunkten charakterisiert.

In diesem Vortrag soll der Frage nachgegangen werden, ob nach diesen Sichtweisen komplexe Interventionen besondere Anforderungen an die Evidenzbasierung stellen. Es wird dabei zu betrachten sein, in welchem Maße Komplexität normativ und damit prinzipiell reduzierbar ist, oder ob komplexe Interventionen nur durch alle einzelnen Konstituenten insgesamt beschreibbar sind. Als eigenständige ontologische Entitäten würden sie sich damit dem Reduktionismus einer empirischen Evidenzbasierung entziehen.

## **Gesundheitliche Ungleichheit ist ein Querschnittsthema! Wie wir soziale Benachteiligung als Kriterium unaufwendig in Evaluation und Qualitätsentwicklung einbeziehen können**

**Thomas Kliche**, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

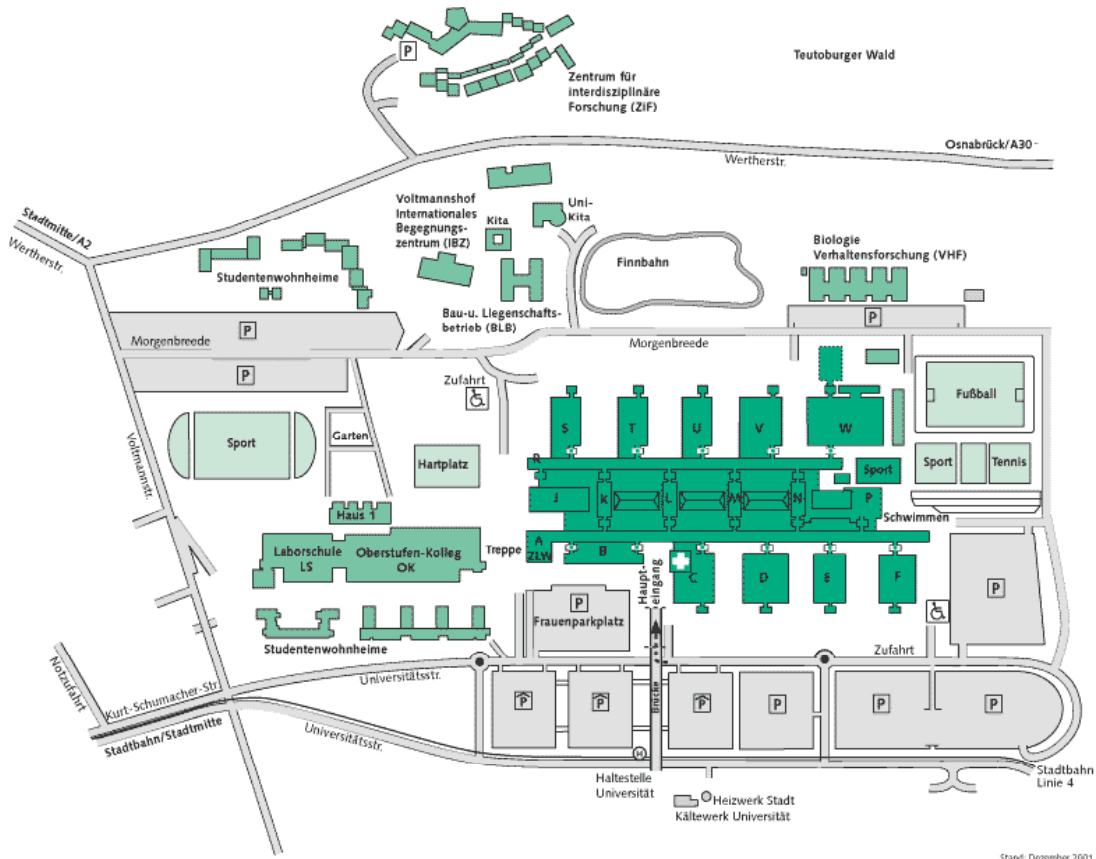
Gesundheitliche Ungleichheit zu vermindern, ist Aufgabe aller Interventionen der Prävention und Gesundheitsförderung, nicht allein spezialisierter Vorgehensweisen oder Zugangswege. Erforderlich sind methodische Ansätze, die uns dabei unterstützen, diesen Aspekt bei Wirkungs- und Qualitätsabschätzungen einzubeziehen. Sie sollten uns helfen, diese Fragestellung auch auf gängige Arbeitsformen und Projekte zu beziehen (z. B. in Maßnahmen der Gesundheitserziehung und Erwachsenenbildung), die differenzielle Wirkung bei verschiedenen Zielgruppen in Routine-Evaluationen einzubeziehen und die Projektgestaltung auf benachteiligte Zielgruppen auszurichten. Zur Lösung dieser Aufgabe werden einige Möglichkeiten und Erfahrungen vorgestellt: einfache und spezifische Evaluationspläne, allgemeine und spezifische Zugänge der Qualitätssicherung. Die Beispiele stammen u. a. aus dem Förderschwerpunkt Präventionsforschung (BMBF) und seinem Kooperationsprojekt Nachhaltige Präventionsforschung (KNP) sowie aus eigenen Forschungen, darunter Erfahrungen mit dem Qualitätsentwicklungssystem QIP („Qualität in der Prävention“) der BZgA.

## **Netzwerk-Forschung - Das Fallbeispiel des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten**

**Raimund Geene**, Hochschule Magdeburg-Stendal

Netzwerkbildung gilt als Schlüsselkonzept in der Gesundheitsförderung, und tatsächlich können die hochkomplexen Anforderungen an lebensweltliche Gestaltung nur in einer gebündelten und koordinierten Herangehensweise möglichst vieler Beteiligter realisiert werden. Die politikwissenschaftliche Governance-Forschung um den sog. Neo-Korporatismus zeigt dies als tragendes Politikmodell im bundesdeutschen Gesundheitswesen.

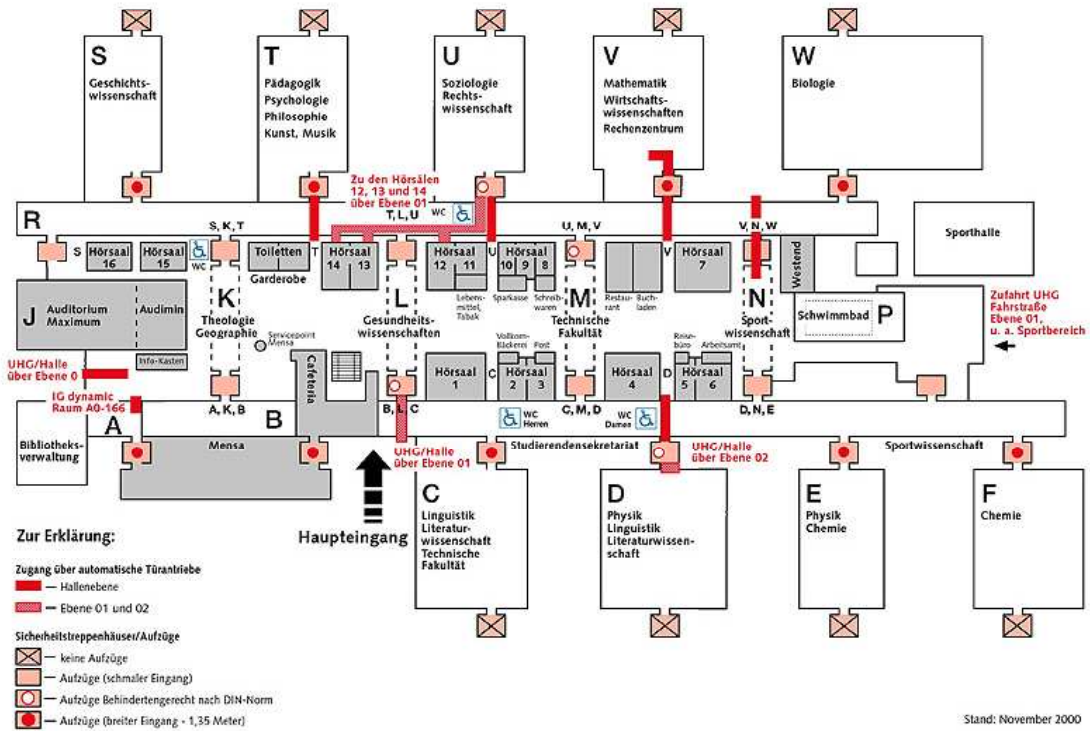
In einer Studie von Peter Conrad (HSU Hamburg) und Raimund Geene (HS MD-SDL) wurde dieser Ansatz systematisch auf den Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ angewandt. Dabei zeigt sich, dass Netzwerkarrangements auch hier vor allem als freiwillig begriffen werden, auch wenn sie durchaus hierarchisch organisiert sind. Die Netzwerkmitgliedschaft wird als ideelle Unterstützungsleistung verstanden, ist aber tatsächlich mit konkreten Zielen (z.T. Formierung des Handlungsfeldes; z.T. Identitätsbildung; z.T. Aufgabendelegation sowie Legitimation) verbunden, auch wenn diese oft eher implizit bestehen. Der Vortrag endet mit einer Bilanzierung des Kooperationsverbundes im Abgleich mit den Bemühungen um ein Präventionsgesetz in Deutschland.



Stand: Dezember 2001

## Universität Bielefeld

Orientierungshilfe Universitätsgebäude (UHG)



Stand: November 2000

## Raum für Notizen







