

# 1 Sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit und Sozialkapital

Das Statistische Bundesamt in Wiesbaden meldete im September 2011 erneut eine Steigerung der Lebenserwartung in Deutschland. Nach der Sterbetafel 2008/2010 beträgt die Lebenserwartung von neugeborenen Jungen 77 Jahre und 6 Monate und für neugeborene Mädchen 82 Jahre und 7 Monate. Auch 65-jährige Männer und Frauen haben eine hohe verbleibende Lebenserwartung, sodass statistisch jeder zweite Mann mindestens 80 Jahre und jede zweite Frau in Deutschland 85 Jahre wird (Destatis 2011). Noch nie in der Vergangenheit waren die Menschen in Deutschland so gesund und hatten ein so langes Leben wie heute.

Doch die Freude über diesen sehr positiven Befund wird getrübt durch gravierende soziale Ungleichverteilung von Gesundheit und Krankheit in Deutschland. Die sozialepidemiologische Forschung hat eine Vielzahl von Studien zum Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit vorgelegt, deren Ergebnisse eindeutige Belege für den Einfluss des sozioökonomischen Status auf Gesundheit liefern (vgl. u. a. Kroh et al. 2012; Richter/Hurrelmann 2009a, 2009b; Mackenbach 2006; Mielck 2000, 2005; Mielck/Rosário Giraldes 1994; Helmert 2003; Helmert et al. 2000; DHSS 1980). Die Hauptdimensionen sozialer Ungleichheit<sup>5</sup> (Bildung, Beruf und Einkommen) haben maßgeblichen Einfluss auf die gesundheitliche Lage. Menschen, die sozial schlechter gestellt sind, profitieren weniger von der allgemeinen positiven Entwicklung der Gesundheit (Bauer et al. 2008). Um diesen Zusammenhang zwischen Gesundheit und sozialer Ungleichheit zu beschreiben, hat sich der Begriff der „gesundheitlichen Ungleichheit“ etabliert (Richter/Hurrelmann 2009a; Mielck 2000, 2005; Mielck/Helmert 2011). Werden Begünstigungen und Benachteiligungen an gesellschaftlichen Schichtunterschieden bzw. an Unterschieden in Einkommen,

---

<sup>5</sup> Diese durch die soziale Herkunft bestimmten Nachteile erfasst der Begriff der sozialen Ungleichheit. „Soziale Ungleichheit im weiteren Sinne liegt überall dort vor, wo die Möglichkeiten des Zuganges zu allgemein verfügbaren und erstrebenswerten sozialen Gütern und/oder zu sozialen Positionen, die mit ungleichen Macht- und/oder Interaktionsmöglichkeiten ausgestattet sind, dauerhafte Einschränkungen erfahren und dadurch die Lebenschancen der betroffenen Individuen, Gruppen oder Gesellschaften beeinträchtigt bzw. begünstigt werden.“ (Kreckel 2004: 17)

Bildung und beruflichem Status festgemacht, spricht Mielck von „vertikaler“ sozialer Ungleichheit. Stehen andere Unterschiede wie Alter, Geschlecht, Nationalität oder Familienstand im Mittelpunkt der Betrachtung, findet in der Regel der Begriff der „horizontalen“ sozialen Ungleichheit Verwendung (Mielck 2000: 357).

Menschen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status haben im Durchschnitt eine schlechtere Gesundheit als Menschen mit hohem sozioökonomischem Status. So zeigen z. B. Berechnungen auf der Basis des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) und der Periodensterbetafeln (1995 – 2005), dass die Lebenserwartung in Deutschland (bei Geburt) in der untersten Einkommensgruppe (0 – 60 % des mittleren Einkommens) mit 70,1 Jahren deutlich geringer ist als in der Bevölkerungsgruppe, die in relativem Wohlstand lebt (> 150 % des mittleren Einkommens) und die statistisch 80,9 Jahre lebt. Für Frauen ergab sich eine statistische Differenz von acht Jahren, d. h. 76,9 Jahre in der untersten Einkommensgruppe zu 85,3 Jahren in der Gruppe mit überdurchschnittlich hohem Einkommen (Kroll et al. 2008: 44; zitiert nach Lampert et al. 2007).

Erklärungsansätze für sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit bewegen sich heute in einem Spektrum zwischen materiellen, kulturell-verhaltensbezogenen und psychosozialen Ansätzen. Die Erklärungsansätze werden einzeln untersucht und in zunehmendem Maß auch in komplexen Erklärungsmodellen, wie in Mehrebenen- oder Lebenslaufansätzen, miteinander verbunden. Der in dieser Arbeit im Mittelpunkt stehende Sozialkapitalansatz hat gleichfalls Eingang in Erklärungsansätze gesundheitlicher Ungleichheit gefunden.

Neben der Beschreibung und Erklärung von gesundheitlicher Ungleichheit steht Public Health auch vor der Herausforderung der Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheit (Richter/Hurrelmann 2009b: 14). So wird in den letzten Jahren verstärkt diskutiert, wie ein sozialer Ausgleich von Gesundheitschancen erreicht und gesundheitliche Ungleichheit reduziert werden kann (vgl. u. a. Lampert/Kroll 2010; Weyers 2008; Rosenbrock 2005, 2006). Die Brisanz dieser Notwendigkeit wird insbesondere in der Betrachtung gesundheitlicher Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen deutlich. Obwohl viele Fragen in der Erklärung der komplexen Zusammenhänge zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit bei Kindern noch offen sind, steht bereits fest, dass die Verteilung von Gesundheitschancen bei Kindern stark vom sozialen Status ihrer Familie beeinflusst wird. Fest steht auch, dass gleichfalls andere Lebenskontexte wie Kindertagesstätten (Kita) und Schulen einen Einfluss auf die Gesundheitschancen von Kindern ausüben. Wie genau diese Einflüsse aussehen, ist bislang noch recht vage. Eine Einbeziehung des Sozialkapitalkonzepts könnte weitere Klä-

rung der Zusammenhänge um die sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern bringen und Möglichkeiten zu ihrer Reduzierung eröffnen.

Nach einer kurzen Darstellung der Datenlage zur gesundheitlichen Ungleichheit in Deutschland (1.1) gibt dieses Kapitel einen Überblick über heutige Erklärungsansätze sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit (1.2). Anschließend werden einige mögliche Verbindungen zwischen dem Erklärungsansatz Sozialkapital und der gesundheitlichen Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen skizziert (1.3).

## 1.1 Datenlage gesundheitlicher Ungleichheit in Deutschland

Einige bundesweit durchgeführte repräsentative Gesundheitssurveys, wie z. B. Befragungsteile des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP), Telefonsurveys des Robert Koch-Instituts (RKI) zur Gesundheit, der Deutsche Gesundheitssurvey (DEGS) und die Studie zur Kinder- und Jugendgesundheit (KiGGS), bieten eine Grundlage für Berechnungen zur sozial bedingten gesundheitlichen Ungleichheit in Deutschland. Aus diesen Erhebungen werden im Folgenden einige sozialepidemiologische Daten herausgegriffen, welche die beobachteten Zusammenhänge zwischen dem sozioökonomischen Status der deutschen Bevölkerung und ihrer Gesundheit veranschaulichen.

### *Sozialepidemiologische Daten der gesundheitlichen Ungleichheit*

Neben den oben ausgeführten Daten zur Mortalität in Deutschland liegen Auswertungen zum Risiko der Einkommensgruppen für bestimmte Erkrankungen vor. Tabelle 1 zeigt Auswertungen der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) 2009, d. h. des Telefonischen Gesundheitssurveys des RKI. Eine Auswertung von Lampert und Kroll (2010: 10) macht für die Altersspanne ab 45 Jahre deutlich, dass viele der 20 in der Studie betrachteten chronischen Krankheiten in höherem Maße in den Gruppen mit niedrigem Einkommen<sup>6</sup> auftreten. Dazu zählen z. B. Herzinfarkt, Schlaganfall, Angina pectoris, Osteo-

---

<sup>6</sup> Das Einkommen wird in großen Surveys häufig über das Netto-Äquivalenzeinkommen abgebildet, d. h. nach dem nach Größe und Zusammensetzung des Haushalts bedarfsgewichteten Haushaltsnettoeinkommen. Einsparungen durch gemeinsames Wirtschaften in einem Haushalt und die verschiedenen Einkommensbedarfe von Kindern und Erwachsenen werden dabei berücksichtigt (Lampert/Kroll 2010: 2). Beträgt das Netto-Äquivalenzeinkommen eines Haushalts weniger als 60 % des Medians aller Haushalte in Deutschland, dann tragen die Mitglieder des Haushalts ein Armutrisiko (BMAS 2008).

porose, Diabetes mellitus, chronische Bronchitis, chronische Lebererkrankung und Depression. Männer der unteren Einkommensgruppen haben ein erhöhtes Risiko für Herzinsuffizienz, chronische Niereninsuffizienz und Arthritis. Für Frauen ergaben die Auswertungen darüber hinaus einen Zusammenhang zwischen dem Armutsrisiko<sup>7</sup> und Asthma bronchiale sowie erhöhten Blutfettwerten.

Krankheitsrisiko	Frauen	Männer
deutlich erhöht (OR $\geq$ 2,00)	Herzinfarkt Schlaganfall chronische Lebererkrankung Angina pectoris Diabetes mellitus	Herzinfarkt Schlaganfall chronische Lebererkrankung chronische Bronchitis Osteoporose
erhöht (OR $\leq$ 2,00)	Hypertonie erhöhte Blutfette/ Cholesterinwerte chronische Bronchitis Asthma bronchiale Arthrose Osteoporose Depression	Hypertonie Angina pectoris Herzinsuffizienz Diabetes mellitus chronische Niereninsuffizienz Arthritis Depression

*Tabelle 1:* Risiko für bestimmte Erkrankungen (Lebenszeitprävalenz) bei Frauen und Männern ab 45 Jahren aus der niedrigen Einkommensgruppe im Verhältnis zur hohen Einkommensgruppe (Quelle: Lampert/Kroll 2010: 3; Datenbasis: GEDA 2009)

Die Selbsteinschätzung der eigenen Gesundheit wird national und international in Gesundheitssurveys zur Erfassung der subjektiven Gesundheit verwendet (vgl. u. a. GBE 2011; DeSalvo et al. 2006; Idler/Benyamini 1997). Wie für die Indikatoren Mortalität und Krankheitshäufigkeit besteht auch für die subjektive Einschätzung von Gesundheit ein sozialer Gradient hinsichtlich des Einkommens. Lampert et al. (2005: 39) zeigen anhand von SOEP-Daten (Abb. 1), dass für Männer ein Zusammenhang zwischen der Einkommensgruppe und der subjektiven Gesundheit besteht. Dies wird insbesondere in der Altersgruppe der 45- bis 64-jährigen Männer deutlich, deren subjektive Gesundheit mit höherem

<sup>7</sup> Die Datenquellen die zur Darstellung der Armutsrisikoquote im 3. Armuts- und Reichtumsbericht verwendet wurden, waren: „Leben in Europa“ (EU-SILC) 2006, Einkommens- und Verbrauchstichprobe (EVS) 2003, Mikrozensus 2005 und SOEP 2006. Danach liegt die Armutsrisikoquote in Deutschland je nach Berechnungsmethode (z. B. unterschiedliche Berücksichtigung der Studien von Mieteinnahmen) und Datenbasis zwischen 13 % und 18 % (BMAS 2008: XI). Nach den Angaben des Statistischen Bundesamtes betrug die Gesamtarmutsquote 2010 15,8 % (im Vergleich zu 12,7 % im Jahr 2005) (BpB 2010). Angaben zum 1. Armuts- und Reichtumsbericht finden sich in BMGS (2001).

Einkommen zunehmend besser eingeschätzt wird. Wie Menschen ihre eigene Gesundheit einschätzen, beeinflusst ihre soziale Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und möglicherweise auch ihre Motivation, gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen zu verändern (GBE 2011: 51). Als Bewertungskriterium gesundheitlicher Situation kann die Einschätzung der subjektiven Gesundheit auch zur Planung von Prävention herangezogen werden (Erhardt et al. 2008: 347).

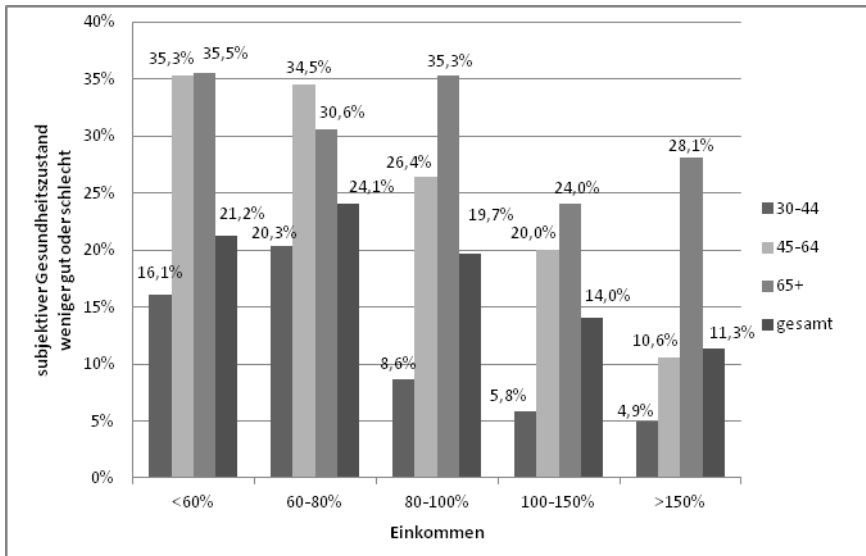


Abbildung 1: Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes von Männern „weniger gut“ oder „schlecht“ nach Einkommen (Quelle: Lampert et al. 2005: 39; Datenbasis: SOEP 2003)

Neben dem Einkommen findet Bildung als eine weitere Kerndimension sozialer Ungleichheit zunehmend Aufmerksamkeit in der Erforschung gesundheitlicher Ungleichheit. Anhand der Daten des Telefonischen Gesundheitssurveys von 2009 (GBE 2011: 54) lässt sich ein statistischer Zusammenhang zwischen niedrigem Bildungsstand<sup>8</sup> und häufigerem Auftreten einer chronischen Erkrankung

<sup>8</sup> Es wurde im Telefonischen Gesundheitssurvey „die schulische und berufliche Bildung der Befragten erhoben, um damit die Bildung nach der ISCED-Klassifikation (International Standard Classification of Education) zu berechnen. (...) Aus Praktikabilitätsgründen werden die sechs ISCED-

bei Männern ab dem 30. Lebensjahr und bei Frauen zwischen 45 und 64 Jahren ausmachen. So gaben beispielsweise 52,6 % der befragten Frauen zwischen 45 und 64 Jahren aus der unteren Bildungsgruppe eine chronische Erkrankung an, wohingegen in der oberen Bildungsgruppe nur 41,0 % der Frauen eine chronische Erkrankung hatten. In der Betrachtung der einzelnen chronischen Erkrankungen gibt es z. B. Hinweise, dass Diabetes mellitus bei Frauen in höherem Alter mit Abnahme des Bildungsniveaus zunimmt; bei Männern zwischen 30 und 44 Jahren steigt die Prävalenz für Diabetes mellitus gleichfalls mit Abnahme des Bildungsstatus. Koronare Herzerkrankung tritt gehäuft bei Frauen ab 65 Jahren auf, wenn sie der unteren Bildungsgruppe angehören. Für chronische Bronchitis lassen sich für beide Geschlechter Tendenzen zu einer höheren Prävalenz im Zusammenhang mit niedrigerer Bildung erkennen. Ähnliches gilt für das Krankheitsbild der Arthrose, die bei beiden Geschlechtern in der Altersgruppe 45 bis 64 Jahre häufiger in der Gruppe mit niedriger Bildung auftritt.

Der Einfluss der Bildung lässt sich auch für die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes beobachten. Im Telefonischen Gesundheitssurvey 2009 schätzen die Befragten mit einem hohen Bildungsabschluss ihren Gesundheitszustand deutlich positiver ein, als die Befragten mit niedrigem Bildungsabschluss. Bei den Frauen ist der Bildungsgradient dabei deutlicher erkennbar als bei den Männern (ebd.: 51). Subjektiv empfanden auch Frauen der unteren Bildungsgruppe in allen Altersgruppen häufiger gesundheitliche Beeinträchtigungen. In der Auswertung der Angaben zu Seh- und Hörschwierigkeiten sowie zu seelischen Belastungen zeichnete sich ein ähnliches Bild. Frauen und Männer litten mit steigender Bildung weniger an diesen Belastungen (ebd.).

Angeführt werden können an dieser Stelle auch einige Befunde zum Gesundheitsverhalten nach Bildungsstatus. So nimmt der tägliche Verzehr von Gemüse und Obst vor allem bei Frauen mit steigendem Bildungsstatus zu, egal welchen Alters sie sind. Mehr Frauen und Männer der unteren Bildungsgruppe sind bis zum Alter von 65 Jahren mindestens 2,5 Stunden pro Woche oder fünf Mal pro Woche mindestens 30 Minuten körperlich aktiv. Häufiger sportlich aktiv, d. h. es wurde nach dem Freizeitverhalten gefragt, sind deutlich mehr die Männer und Frauen der höheren Bildungsgruppen. Diese Gruppe der höher Gebildeten raucht auch weniger. Unterschiede zwischen den Bildungsgruppen fanden sich beim Alkoholkonsumverhalten der Frauen. Anders als bei den Männern, bei denen keine signifikanten Unterschiede im Konsumverhalten der Bildungsgruppen erkennbar waren, steigt der Anteil der Risikokonsumentinnen mit

---

Gruppen jeweils zu zweien zusammengefasst, so dass die erhobenen Angaben der Befragten auf drei Qualifikationsniveaus, untere, mittlere und obere Bildungsgruppe, dargestellt werden können“ (GBE 2011: 37).

dem Bildungsstatus und ab einem Alter von 30 Jahren. Ab 45 Jahren sind die Gruppenunterschiede bei den Frauen statistisch bedeutsam (ebd.: 121f.).

	Schichtzugehörigkeit					
	niedrig		mittel		hoch	
	w	m	w	m	w	m
chronische Erkrankung allgemein	45,7	37,3	42,2	34,3	34,5	35,1
chronische Bronchitis	13,4	12,2	13,5	10,3	9,9	8,9
Diabetes mellitus	11,1	12,0	6,3	7,3	3,2	5,2
Arthrose	28,1	15,3	24,1	14,2	17,7	15,6
Arthritis	7,9	3,9	5,9	3,5	4,2	3,2
chronischer Rückenschmerz (Lebenszeitprävalenz)	35,4	23,7	32,5	23,9	26,0	21,1
Depression	23,0	16,0	23,5	13,4	17,5	11,3
<b>Herz-Kreislauferkrankungen</b>						
Angina Pectoris	10,1	7,9	5,7	8,6	1,5	7,3
Herzinsuffizienz	6,8	4,3	6,5	4,0	2,5	4,7
Herzrhythmusstörungen	20,3	11,1	15,2	11,6	12,1	13,0
<b>allergische Erkrankungen</b>						
allergisches Asthma	2,3	3,8	4,1	3,4	4,7	4,5
allergischer (Heu-)Schnupfen	14,5	15,3	17,8	16,1	23,2	20,5
Neurodermitis	8,5	6,0	8,5	4,6	10,4	4,9
Allergene*	12,9	8,9	15,0	8,5	16,4	9,6

\* Pollen, Hausstaub, Tierhaare, Nahrungsmittel, Medikamente, zahnärztliche Materialien, Parfüm oder Kosmetika

*Tabelle 2:* Verteilung von Erkrankungen nach Schichtzugehörigkeit und Geschlecht (w/m) (Quelle: Ellert et al. 2006; Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2. Welle/2004)

Mittlerweile gilt es als erwiesen, dass Gesundheit abhängig von Einkommen und Bildungsstand ist (vgl. u. a. Wilkinson 1996, 2001; Marmot 2005; Mielck 2000; Bartley 2009). Die Kerndimensionen sozialer Ungleichheit (Bildung, Einkommen und Berufsstatus) werden in jeder Analyse des Einflusses sozio-ökonomischer Merkmale auf die gesundheitliche Lage erhoben. Zusätzlich zu

Auswertungen nach einzelnen Dimensionen werden Dimensionen z. T. auch in schichtbezogenen Auswertungen von Gesundheitssurveys zusammengefasst. Mitarbeiter/innen des Robert Koch-Instituts haben zur Auswertung der sozial-epidemiologischen Daten des Telefonischen Gesundheitssurveys 2003 bis 2006 einen Schichtindex verwendet, der die Indikatoren schulische und berufliche Bildung, Haushaltsnettoeinkommen, Berufsposition und berufliche Stellung zusammenfasst (zur Berechnungsgrundlage siehe Lampert/Kroll 2009: 325).

Nach diesem Schichtindex gehören 17 % der Frauen und 13 % der Männer, die im Telefonischen Gesundheitssurvey 2003/2004 befragt wurden, einer niedrigen Schicht an (Ellert et al. 2006: 11). Tabelle 2 zeigt, dass die Mehrheit der in Deutschland relativ häufig vorkommenden Erkrankungen bei Menschen mit niedriger Schichtzugehörigkeit häufiger auftreten als bei Menschen mit hoher Schichtzugehörigkeit. Das gilt in der Tendenz zunächst für das mit niedriger Schichtzugehörigkeit häufigere Auftreten von chronischen Erkrankungen allgemein sowie in der Einzelauswertung auch für Diabetes mellitus, Arthrose, Arthritis und für Herzinsuffizienz für beide Geschlechter. Männer, die einer niedrigen Schicht angehören, leiden eher als Männer aus einer hohen Schicht unter chronischer Bronchitis und Depression. Wohingegen Frauen aus der unteren Schicht häufiger mit Angina pectoris und Herzrhythmusstörungen leben müssen. Eine Ausnahme in den schichtabhängigen Krankheitsbildern stellen Allergien (Allergisches Asthma, Allergischer Schnupfen und z. T. bei Frauen auch Neurodermitis) dar, die häufiger bei Angehörigen der Oberschicht statt der unteren Schicht auftreten.

### *Befunde gesundheitlicher Ungleichheit bei Kindern*

Zahlreiche Studien zum Zusammenhang zwischen sozialer Herkunft und Gesundheit bei Kindern zeigen, dass die Gesundheit von Heranwachsenden entscheidend durch ihre Position in der sozialen Hierarchie beeinflusst wird. Wie die Familie sozial gestellt ist, hat Einfluss auf die gesundheitliche Lage der Kinder und Jugendlichen. Ist die soziale Lage der Eltern schlecht, geht dies häufiger mit gesundheitlichen Belastungen sowie mit psychischen und physischen Erkrankungen der Kinder einher, als wenn die Familie sozial gutgestellt ist. Statistische Zusammenhänge lassen sich u. a. zwischen familiärem Einkommen, beruflichem Status, Bildungsstand der Eltern sowie auch auf der horizontalen Ungleichheitsdimension zwischen dem Migrationshintergrund der Familie und der Gesundheit von Kindern sowie ihren Chancen auf gute Gesundheit aufzeigen (Lampert 2011; Lampert et al. 2010; Holstein et al. 2009;



Richter et al. 2008; Ravens-Sieberer et al. 2007; Klocke/Lampert 2005; Jungbauer-Gans/Kriwy 2004).

Die vom Robert Koch-Institut durchgeführte KiGGS-Studie (Hölling et al. 2007, 2012) für die deutsche Bevölkerung im Alter bis 17 Jahre kam zu dem beachtenswerten Ergebnis, dass jedes fünfte der ca. 700.000 jedes Jahr in Deutschland geborenen Kinder mit erheblichen psychosozialen Belastungen aufwächst (RKI/BZgA 2008). Die Studie konnte belegen, dass das Risiko von psychischen Problemen und Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen aus Familien mit niedrigem Sozialstatus weitaus höher ist als bei Kindern aus Familien mit hohem Sozialstatus (Lampert et al. 2010). So haben die Kinder mit niedrigem Sozialstatus ein 12-prozentiges Risiko für psychische Auffälligkeiten, während Kinder mit höherem sozialen Familienstatus mit 3,5 % ein weitaus geringeres Risiko tragen (Hölling et al. 2007: 2). Auch die Forscher der HBSC-Studie kamen bereits aufgrund der Befragungsdaten von 2002 zu einem ähnlichen Ergebnis. Danach wurde in der Gruppe der Mädchen und Jungen mit dem niedrigsten Wohlstand 1,8-mal häufiger eine Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit (mentales und soziales Befinden, Selbstwertgefühl) festgestellt als in der Gruppe mit dem höchsten Wohlstandsniveau (Richter 2005). Zudem leiden Kinder, die in Armut aufwachsen, vermehrt unter Magen- und Kopfschmerzen sowie häufiger unter Schlafstörungen (Klocke/Lampert 2005).

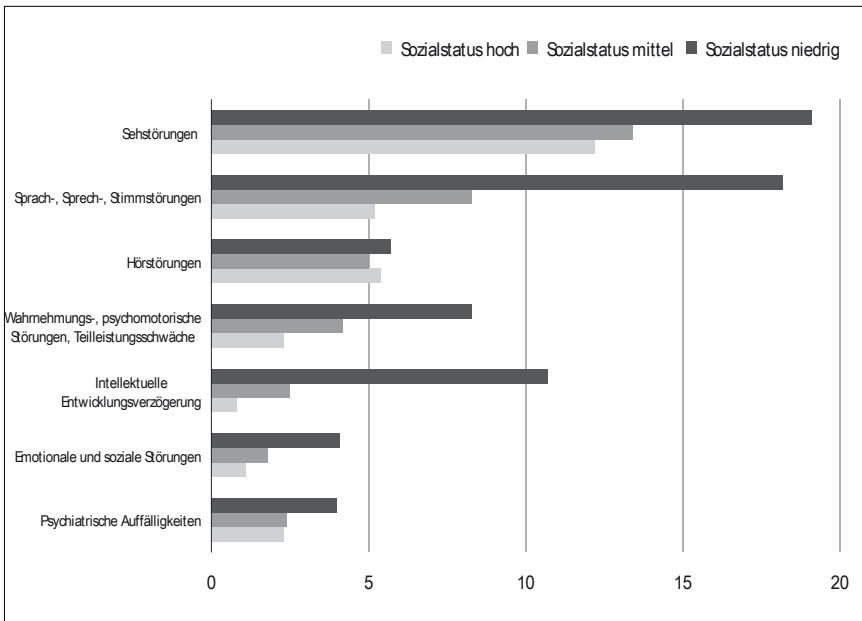
Bei Kindern aus Familien mit einem niedrigen Sozialstatus wurden in Schuleingangsuntersuchungen in höherem Maße Entwicklungsstörungen festgestellt – wie Abbildung 2 zeigt (vgl. auch Biedinger 2009; Bettge/Oberwöhrmann 2007). Kinder, deren Eltern eine niedrige Schichtzugehörigkeit haben, leiden häufiger an chronischen Erkrankungen (z. B. Diabetes mellitus, zerebrales Anfallsleiden, bronchitisches Syndrom, Erkrankungen des Herzens). Ähnlich wie bei Erwachsenen treten auch bei Kindern die meisten Allergien häufiger in höheren Statusgruppen auf. Bei Kindern mit niedrigem Sozialstatus werden dagegen häufiger Unfälle und Verletzungen festgestellt (Lampert et al. 2010; Lampert/Richter 2009; Richter et al. 2008).

Diese spezifischen Soziallagenunterschiede (gemessen nach Haushaltsnettoeinkommen, beruflichem Status und Bildungsniveau der Eltern) ließen sich nicht nur für spezifische Gesundheitsbereiche wie psychische Probleme und Verhaltensauffälligkeiten feststellen. Sie fanden sich auch zum Übergewicht<sup>9</sup> und Adipositas, körperlich-sportlicher Aktivität, dem Ernährungsverhalten, Passivrauchbelastung sowie bei der Teilnahme an Krankheitsfrüherkennungs-

---

<sup>9</sup> Eine interessante empirische Analyse von Baten und Böhm (2010) zeigt einen positiven Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit der Eltern und der Wahrscheinlichkeit des Übergewichts ihrer Kinder in einer Analyse von Daten zwischen 1994 und 2006 für die neuen Bundesländer.

bzw. Vorsorgeprogrammen für Kinder. Aufgrund der signifikanten Unterschiede, die zwischen Kindern aus Familien mit niedrigem, mittlerem und höherem sozialem Status festgestellt wurden, kann von einem Statusgradienten der Gesundheitschancen bei Kindern und Jugendlichen ausgegangen werden (RKI/BZgA 2008). Mit Ausnahme der allergischen Erkrankungen, die vermehrt bei Kindern und Jugendlichen mit höherem Sozialstatus vorkommen, gilt: Je höher der soziale Status ihrer Eltern ist, desto größer sind die Gesundheitschancen von Kindern und Jugendlichen (Lampert et al. 2010).



*Abbildung 2:* Entwicklungsstörungen bei Einschüler/innen nach sozialem Status (Quelle: Lampert/Richter 2009: 214; zitiert nach Landesgesundheitsamt Brandenburg 2005; Datenbasis: Schuleingangsuntersuchungen 2005 im Land Brandenburg)<sup>10</sup>

<sup>10</sup> Die Ergebnisse einer Studie im Saarland (MJGS 2005) verweisen auch darauf, dass Einschüler/innen „ausländischer Herkunft“ schlechter gesundheitlich versorgt sind als Kinder „deutscher Herkunft“ und deshalb nicht so häufig eine Schulempfehlung erhalten.



<http://www.springer.com/978-3-658-04869-3>

Sozialkapital und gesundheitliche Ungleichheit  
Analyse des elterlichen Sozialkapitals in der  
schulischen Gesundheitsförderung

Hartung, S.

2014, XVIII, 257 S. 52 Abb., Softcover

ISBN: 978-3-658-04869-3