

Armut und Gesundheit – Macht Armut krank? (Stichpunkte zum Thema) (Dietrich Hüppe)

Gibt es da einen Zusammenhang? Stellt Krankheit primär ein individuelles Schicksal dar oder gibt es systemische, gesellschaftliche Zusammenhänge? Das sind die Fragen!

Und wer beschäftigt sich damit? Sicher nicht die Medizin! In der medizinischen Ausbildung wird dies Thema systematisch nur in einen Fach am Rande thematisiert, der medizinischen Soziologie. Doch wer kümmert sich national und international um die Frage: **Publik health** („Volksgesundheit“). Deutschland hatte zwischen 1919-1933 einen sehr guten Ruf in diesem Thema! renommierte Wissenschaftler (Mediziner, Psychologen, die beginnende Soziologie, aber auch Gewerkschaften und – eher linke – Politik) beschäftigte sich mit der Frage der Verteilung der gesundheitlichen Ressourcen und formulierten notwendige Handlungsoptionen. Es war das Ziel von PH: persönliche und klassenspezifische Ungleichheit zu identifizieren und zu überwinden. Die Pioniere dieser Bewegung wurden 1933 entlassen, außer Landes getrieben und drangsaliert. „Volksgesundheit wurde pervertiert, rassistisch umgedeutet (Rassenhygiene) und zur Ausgrenzung ganzer Bevölkerungsgruppen eingesetzt. Erst in den 80er Jahren des letzten Jahrhunderts entwickelt sich – sehr langsam – eine Publik health Bewegung, Forschung und systematische Anwendung (auch initiiert durch die Studentenbewegung). Es gibt bisher nur wenige Universitäten in Deutschland, die PH lehren. Die führende Institution für PH in Deutschland ist das RKI. Erst 2016 riefen Wissenschaftler des RKI und anderen Institutionen auf: „Mehr Gesundheit für alle“.

Was bedeutet das konkret? Nicht das es an Theoriebildung oder Konzepten fehlt... Seit 25 Jahren gibt es einen jährlichen Kongress „Armut und Gesundheit“, an dem zuletzt 2000 Teilnehmer digital sich beteiligten – es fehlt an primären Daten zur deutschen Wirklichkeit. Auch die Corona-Pandemie macht dies „wie durch ein Brennglas“ deutlich, perpetuiert aber das Problem. So forderten führende Epidemiologen das RKI auf, eine repräsentative deutschlandweite Bevölkerungs-Kohorte für Corona zu bilden und ständig zu beobachten. Das passierte nicht! Stattdessen wurden bei der Erfassung der Infizierten und Erkrankten keine relevanten Sozialdaten erfasst.

In der BRD herrscht die Vorstellung von individueller Gleichheit aller Bürger und es herrschte die Illusion, dass vor „Corona alle gleich sind“ sollte dies zeigen. Die Pandemie zeigt das Gegenteil! In einzelnen Stadtteilen von Berlin, Hamburg, aber auch Herne, waren die Inzidenzzahlen von Corona gering, in anderen **Stadtteilen** explodierten die Zahlen.

Will man Daten zur regionalen Lagen von Armut und Gesundheit erfassen, so muss man sich „mühselig“ auf die Quellen-Suchen machen. Für **Herne** ergeben sich zB folgende Indikatoren:

Arbeitslosenquote 2020: 11.6%

(die dritthöchste Quote in NRW: GE 14.9%, Hagen: 11.7%. Herne 11.6%, DO 11.4%, alle anderen Städte und Kreise in NRQ < 10%, Durchschnitt 7.5%).

Kinderarmut (Bertelmannsstiftung 2020) Herne: 31.2% (2019) 27.6% (2014) (Platz 3)

| | | |
|-------|-------|-------|
| NRW: | 18.6% | 18.0% |
| GE | 41.5% | 38,8% |
| Essen | 33.1% | 30.6% |
| DU | 30.8% | 28.0% |
| MG | 30.1% | 30.0% |
| DO | 30.1% | 29.0% |

Krankheitstage, BKK 2020

| Fehltage im Ruhrgebiet | | |
|------------------------|-----------|--------------|
| Stadt/Kreis | Fehltage | Krankenstand |
| Herne | 26,1 Tage | 7,2 Prozent |
| Gelsenkirchen | 24,5 | 6,7 |
| Duisburg | 23,3 | 6,4 |
| Hagen | 23,3 | 6,4 |
| Bochum | 22,5 | 6,2 |
| Kreis Unna | 22,0 | 6,0 |
| Oberhausen | 21,6 | 5,9 |
| Kr. Reckhausen | 21,6 | 5,8 |
| EN-Kreis | 21,6 | 5,9 |
| Dortmund | 21,0 | 5,7 |
| Essen | 19,6 | 5,4 |
| Mülheim | 19,5 | 5,3 |
| Bottrop | 18,9 | 5,2 |
| Kr. Mettmann | 17,5 | 4,8 |
| Düsseldorf | 13,5 | 3,7 |
| NRW | 19,3 | 5,3 |
| Deutschland | 18,4 | 5,1 |

Welche Erkrankungen führen zur AU?

- „Rückenschmerzen (23.8%),
- psychische Störungen (16.9%)
- und Atemwegserkrankungen (15.6%)

COPD (WidO, ÄZ 21.5.2021)

da wo viel geraucht wird, ist der COPD-Anteil hoch, aber auch dort wo zusätzlich Feinstaub, städtisches Umfeld und eine schlechte soziale Lage hinzukommt, erhöht sich der Anteil!

(COPD-Anteil in Regionen mit vielen Rauchern 7.8%, mit wenig Rauchern 6.3%. die niedrigste COPD-Prävalenz in Biberach (BW) mit 4.5%, die höchste in Gelsenkirchen mit 12.3%. Das gesamte Ruhrgebiet hat eine Prävalenz von > 8.5%).

Diabetes:

Die Landesregierung berichtet, dass die Diagnose DM bei 40-44 jährigen um 61% (in den letzten 10 Jahren) in NRW gestiegen sei, überdurchschnittlich häufig müssen Patienten in einigen Ruhrgebietsstätten (auch Herne) behandelt werden...und Menschen mit einem niedrigeren Sozialstatus erkranken viel häufiger an DM als gut Situierte.

PKV-Mitglieder im Ruhrgebiet (WAZ 11.12.2020)

| Stadt | PKV-Mitglieder in Prozent |
|-----------------|---------------------------|
| Mülheim | 13,5 |
| Ennepe-Ruhr-Kr. | 11,9 |
| Dortmund | 10,8 |
| Kreis Wesel | 10,3 |
| Essen | 10,2 |
| Bochum | 9,5 |
| Unna | 9,0 |
| Kr. Recklingh'n | 8,7 |
| Bottrop | 8,1 |
| Hagen | 7,9 |
| Oberhausen | 7,7 |
| Gelsenkirchen | 6,8 |
| Herne | 6,1 |
| Duisburg | 5,9 |
| NRW | 11,2 |

Quelle: ifl.nrw

Überschuldung 2020:

nach Creditreform:

Herne mit 18,26% 1. Platz im Ruhrgebiet, den letzten Platz belegt der Enne-Ruhr-Kreis mit 11.13%. Herne hat die vierthöchste Schuldenquote in Deutschland nach Bremerhaven, Neumünster und Pirmasens (WAZ 31.1.2020).

Gründe: Arbeitslosigkeit (20.2%), Erkrankung/Sucht/Unfall (17%), unwirtschaftliche Haushaltsführung (13.5%), Trennung/Scheidung/Tod in der Familie (13.3%), längerfristiges Niedrigeinkommen (8.9%) und gescheiterte Selbstständigkeit (8.6%)

Herne („arme Stadt“) Kaufkraft im Vergleich zum Bundesdurchschnitt (WAZ 13.3.21)

Herne liegt mit deutlich < 90% mit Duisburg, Gelsenkirchen, Oer-Erkenschwick, Lünen, und Hamm im untersten Bereich (in NRW)

Pro-Kopf-BIP

Herne liegt im Ruhrgebiet mit 58.296 € (2018) vor Bottrop an vorletzter Stelle (Platz 1 Duisburg 78.085 €) (WAZ 9.10.20)

Gesundheit der größte Arbeitgeber in Herne

fast 6000 (5995) Beschäftigte arbeiteten 2020 in Herne im Gesundheitswesen von insgesamt 46007 sozialvers.-pflichtigten Beschäftigten (= 13 %). So hoch ist der Anteil in keiner anderen Stadt/Kreis im Ruhrgebiet! (Wochenblatt 23.1.21). Ist das ein Vorteil? Nein. Nach Angaben der BKK erkrankten Beschäftigte in der Alten- und Krankenpflege am häufigsten wegen des hohen Drucks und der Arbeitsverdichtung. (Frauenarbeitsplatz, häufig „Psyche“ als Krankheitsgrund) (WAZ 14.12.2019)

DEMOGRAFIE

Lebenserwartung hängt vom Einkommen ab

Die durchschnittliche Lebenserwartung deutscher Männer hängt sehr stark vom Lebenseinkommen und der daraus resultierenden Höhe der Rente ab. Auf der Grundlage von Daten der Deutschen Rentenversicherung kommen Wissenschaftler des Rostocker Max-Planck-Instituts für demografische Forschung zu dem Ergebnis, dass 65-Jährige mit einer kleinen Rente im Jahr 2008 mit einer Lebenserwartung von 79,8 Jahren rechnen konnten, gleichaltrige Rentner mit hohen Bezügen dagegen eine Lebenserwartung von 84,3 Jahren hatten.

Für die Studie verglichen die Forscher diejenigen männlichen Rentner, die niedrige Rentenansprüche (30–39 Rentenpunkte) hatten, mit denjenigen, die mit mehr als 65 Rentenpunkten die höchsten Ansprüche besaßen. Ein Punkt entspricht 28,14 Euro in den alten und 25,74 Euro in den neuen Bundesländern. Zwar nahm in beiden Gruppen von 1995 bis 2008 die Lebenserwartung zu, doch vergrößerte sich im gleichen Zeitraum der Abstand bei der Lebenserwartung von drei auf 4,8 Jahre im Westen und von 3,5 auf 5,6 Jahre im Osten.

Eine aktuelle Untersuchung aus dem DÄB „**Lebenserwartung auf der Kreisebene**“ zeigt, dass Herne auf Rang 396 von 403 Städten und Kreisen in Deutschland liegt. Dies führt zu einer Verkürzung der Lebenszeit in Herne um 3-5 Jahre im Vergleich zu „Spitzenreitern“ wie München.

Eine **DKFZ-Studie** vom Mai 2021 zeigt: „**Mit Krebs lebt man länger in der Elbchaussee**“ (DKFZ + Hamburger-Krebsregister), 73000 Patienten (2004-2018), Stadtteile in HH nach dem „HH-Sozialindex“ klassifiziert...Ergebnis: in den sozialökonomisch stärksten Viertels überleben 5 Jahre nach Diagnose Prostata-CA 93.8% vs 78.5% in den ärmsten Viertel. Für das KKK lauten die Daten: 72.9% vs. 62.1%. Ursache (hypothetisch): Vorsorgen werden weniger wahrgenommen. Für Brustkrebs ist die Differenz mit 8% geringer (Frauen, Mammographie-Screening als Einladungsverfahren!)

Struktur-Daten zu HH

| | | |
|----------------------------|-----------------|---------------------|
| (Ein und 2-Familienhäuser: | HH-Vettel: 0.7% | HH-Blankenese 45.4% |
| PKWs/1000 Einwohner | 178 | 487 |
| Harz IV-Empfänger | 23.7% | 1.5% |
| Niedergel. Ärzte | 3 (für 4.5 EW) | 103 |

(Quelle: TAZ 29/30.5.2021)

COVID 19

BMJ 19.04.2021 „Es besteht die große Gefahr, dass Covid 19 zu einer Erkrankung der Armen wird!“ (in der 2. und 3 Welle deutlich zu erkennen!).

Herne hatte in der 2. und 3 Welle eine sehr hohe 7-Tage-Inzidenz in NRW und deutschlandweit bis zu 300. Die Stadt sprach immer von einem „diffusen Geschehen“, faktisch war diese aber hoch in Altenwohnheimen, Pflegeheimen/Behindertenwerkstätten, Container-Siedlungen von Bauarbeitern, Straßen- und Stadtvierteln mit armer und migrantischer Bevölkerung. Indirekt wurde dies adressiert durch Sonderimpfaktionen in solchen Stadtteilen, aber auch bei Obdachlosen, etc. Lange wurde keine

„aktive“ Coronapolitik betrieben, erst in der 2. Welle wurde mehrsprachig überhaupt adressiert, Migranten aktiv angesprochen, Maskenpflicht eingeführt, Schulen geschlossen etc.

Warum sind eher „Arme“ betroffen? In UK kamen doppelt so viele arme Menschen auf der Intensivstation, doppelt so viele Todesfälle, weniger Impfungen. Der Status „Migranten“ verschärft diese Lage noch. „Arme“ leben in beengten Wohnverhältnissen, keinen Garten, arbeiten meist außerhalb, sind häufig im Gesundheitswesen, Sicherheitsleute, arbeiten im Nahverkehr, Verkäuferinnen, Taxifahrer...sind finanziell schlecht gestellt und können Quarantäne kaum einhalten. Ein lockdown ist weniger effektiv und unterprivilegierten Bevölkerungsgruppen (sie müssen arbeiten...).

ÄZ (12.5.2021) „Impfquote: ganze Gruppen vergessen. Aktuelle Impfquote in Freiburg 27.1%, Tübingen 26.6.%, Mannheim (einer Arbeiterstadt) 17.9%. In den ersten Monaten wurde in Mannheim in sozialen Brennpunkten und in migrantischen Quartieren über 80 jährige fast überhaupt nicht geimpft!

Risikogruppen: Hochdruck, Diabetes, Adipositas, COPD...sind in armen Bevölkerungsgruppen viel höher als in gut situierten!

Was sind die Konsequenzen:

- Stärkung des OGD (Kita, Schule, Aufklärung, Gesundheitszentren)
- Bessere Forschung, Strukturanalysen und Handlungsempfehlungen
- Stärkung der Primärarztmedizin, Praxisassoziationen, Gesundheitszentren (mit multiprofessionellem Team – Sozialarbeiter, etc. bewusste Einbeziehung von anderen Kulturen, Sprachen, etc.)
- Intensivierung einer „aufsuchenden Medizin“
- Besserung (auch Gesundheits-)Bildung, wobei zwar auch individuelle Verhaltensänderungen, aber auch das Ändern der Verhältnisse wichtig ist
- Besseres Einkommen (Mindestlohn, Abschaffung von Harzt IV, etc.),
- Bezahlbares Wohnen

Unsere allgemeinen, personenbezogenen Empfehlungen lauten (durch Studien gesichert), dass “ein gesunder Lebensstil aus 5 Faktoren das Darmkrebsrisiko *unabhängig* vom genetischen Risikoprofil um fast 50% senkt.“ Diese Empfehlungen individualisieren das „Verhalten“ und schließen die „Verhältnisse“ nicht ein

- **Nichtrauchen** (Werbung abschaffen, Tabaksteuer erhöhen)
- **geringer Alkoholkonsum** (Werbung abschaffen, Alkohol verteuern)
- **gesunde Ernährung (Kohlenhydrat- und Fleischreduktion)** (z.B. Zuckersteuer!)
- **körperliche Aktivität (5x30 Minuten/pro Woche)** (auch am Arbeitsplatz bzw. mehr Entlohnung und Freizeit!)
- **normales Körpergewicht**