

Gesperrt bis zum Beginn -

Es gilt das gesprochene Wort!

**Rede von Ulla Schmidt
Bundesministerin für Gesundheit**

**„Gesundheit und soziale Ungleichheit. Handlungsfelder und
Perspektiven“**

anlässlich der Fachkonferenz zu "Gesundheit und soziale Un-
gleichheit. Handlungsfelder und Perspektiven"
der Friedrich-Ebert-Stiftung

21. Februar 2008, Berlin

Einleitung Anrede,

Gesundheit ist eine zentrale Voraussetzung für persönliche Zufriedenheit, Wohlbefinden und bestimmt die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Diesen Satz würde jeder unterschreiben-

Aber selbst in unserer hoch entwickelten Gesellschaft sind die Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken durch das Einkommen, die Bildung und die Stellung in der Arbeitswelt beeinflusst. Das ist die eine Seite.

Zum anderen wirken sich Gesundheitsstörungen und Krankheiten, vor allem wenn sie länger andauern, negativ auf die Er-

werbs-, Bildungs- und Einkommenschancen aus. Ein sozialer Abstieg verstärkt sich so.

Sozialdemokratische Gesundheitspolitik heißt, dass alles daran gesetzt werden muss, die bestehende gesundheitliche Chancengleichheit abzubauen.

Dies - und das möchte ich hier ausdrücklich betonen - ist jedoch nicht allein Aufgabe der Gesundheitspolitik. Vielmehr müssen Gesundheits-, Arbeitsmarkt-, Sozial-, Familien- und Bildungspolitik hierbei sehr eng zusammenwirken.

Offizielle Daten zum Zusammen-

**Armut- und
Reichtumsbe-
richt**

hang von sozialer Ungleichheit und Gesundheit stehen zur Verfügung seit die rot-grüne Bundesregierung mit dem ersten so genannten Armuts- und Reichtumsbericht 2001 über "Lebenslagen in Deutschland" berichtet hat.

KiGGS

Das Bundesgesundheitsministerium hat zudem die Gesundheitsberichterstattung des Bundes beim Robert Koch-Institut initiiert und ausgebaut. Ein Schwerpunkt hierbei ist die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Mit dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey, KiGGS, wurde erstmalig ein umfassender Survey in diesen Altersgruppen durchgeführt, der insbesondere auch Er-

gebnisse zum Zusammenhang von sozialem Statuts, Migration und der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen liefern konnte.

Der KiGGS hat gezeigt, dass Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien oder mit Migrationshintergrund mit deutlich schlechteren Bedingungen ins Leben starten: Sie haben häufiger einen ungesunden Lebensstil, sind häufiger übergewichtig, haben ein erhöhtes Unfallrisiko und auch Vorsorgeuntersuchungen werden bei ihnen seltener durchgeführt.

SVR

Neben dem RKI hat sich auch der Sachverständigenrat zur Begut-

achtung der Entwicklung im Gesundheitswesen mehrfach mit den Zusammenhängen zwischen sozialen Ungleichheiten und Gesundheit beschäftigt.

Epidemiologie Das heißt: Inzwischen wissen wir um die Probleme der ungleich verteilten Gesundheitschancen in unserer Gesellschaft.

Wir wissen z.B. dass

- jedes 3. Kind mit niedrigem sozialem Status (28 Prozent) Symptome einer Essstörung aufweist, aber nur jedes 6. Kind mit einem hohen sozialen Status (16 Prozent);
- im Wedding jedes sechste

Kind bei der Einschulung übergewichtig ist, wenige Kilometer entfernt im Prenzlauer Berg jedoch nur jedes vierzehnte;

- das Sterberisiko bei Männern aus den Einkommenschwächsten Gruppen im Vergleich zu den Einkommensstärksten um das 2,7-fache erhöht ist, bei Frauen um das 2,4-fache. Das bedeutet bei Männern 10,8 Jahre weniger an Lebenserwartung (70,1 gegenüber 80,9 Jahre) und 8,4 Jahre bei Frauen (76,9 gegenüber 85,3);
- Herzinfarkt, Schlaganfall, Adi-

positas, chronische Bronchitis, Depression und bei Männern auch Leberzyrrhose bei ökonomisch benachteiligten Bevölkerungsgruppen verstärkt auftreten;

- Bluthochdruck, chronische Bronchitis, Arthrose, Rückenschmerzen, Schwindel und Depression zu den Krankheiten und Beschwerden gehören, die bei Arbeitslosen häufiger anzutreffen sind als bei Erwerbstätigen;
- bereits die ersten Vorsorgeuntersuchungen für Kinder von den Angehörigen der unteren Sozialschichten seltener

wahrgenommen werden und diese Unterschiede bei den späteren Vorsorgeuntersuchungen noch zunehmen;

- lediglich 39 Prozent der Personen aus der niedrigsten Einkommensgruppe über einen sehr guten oder guten Gesundheitszustand verfügen gegenüber 53 Prozent der Personen in der Höchsten Einkommensgruppe, und damit das Armutsrisiko die Chancen auf gute Gesundheit etwa halbiert;
- mangelnde Integration bei Migrantinnen und Migranten und ihren Kindern diese Pro-

bleme noch verstärken.

Umgekehrt bedeutet dies: Je höher die soziale Schicht, desto geringer ist die Erkrankungs- bzw. vorzeitige Sterbewahrscheinlichkeit.

Insgesamt gibt es inzwischen ein breites Wissen und Bewusstsein für das Thema gesundheitlicher Ungleichheit. Das ist gut. Doch nun muss es in einem zweiten Schritt darum gehen, wie den ungleich verteilten Gesundheitschancen möglichst effektiv begegnet werden kann.

Deshalb begrüße ich es sehr, dass die Friedrich-Ebert-Stiftung heute dieses Thema ausgewählt

Gesundheitliche Absicherung

hat mit dem Ziel, konkrete Schritte zu entwickeln.

Hierbei geht es vorrangig um zwei Fragestellungen:

1. Wie schaffen wir es, präventiv tätig zu werden, damit Ungleichheiten gar nicht erst entstehen, und

2. wie gewährleisten wir, dass aus Ungleichheiten, die zwischen den Menschen bezüglich ihrer Gesundheit bestehen, keine Ungerechtigkeiten in der Versorgung werden.

Gesundheits-

Mit der Einführung des Gesundheitsfonds wird die Verteilung der Finanzen innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung ge-

fonds

rechter ausgestaltet. Kein Geheimnis ist, dass ich gerne die private Versicherung zu den selben Spielregeln in den Gesundheitsfonds einbezogen hätte – dies war mit den bestehenden Mehrheitsverhältnissen nicht zu machen. Für die Bürgerversicherung müssen und werden wir weiter kämpfen. Dennoch erhöht auch die gefundene Fondslösung die Gerechtigkeit zumindest zwischen den gesetzlich Versicherten. Denn erstmals spielt es für eine Kasse keine Rolle mehr, ob ihre Versicherten besser oder schlechter verdienen oder ob Kassen in wirtschaftlich stärkeren Regionen tätig sind, oder in schwächeren. Künftig zahlt jeder

zunächst den gleichen einheitlichen, prozentualen Beitragssatz von seinem Einkommen in den Fonds; egal ob Ost oder West, ob Nord oder Süd. Und aus dem Fonds erhalten die Krankenkassen für ihre Versicherten Zuweisungen, die sich an ihrer tatsächlichen Risikostruktur orientieren. Die Zuweisungen werden deutlich zielgenauer am Alter, Geschlecht und Gesundheitszustand der Versicherten einer Krankenkasse ausgerichtet. Kassen bekommen also viel genauer die Mittel, die sie zur Versorgung von Kranken, chronisch Kranken und Älteren auch benötigen. Dies kommt gerade auch sozial Benachteiligten zu gute.

Es ist eine große Errungenschaft des deutschen Gesundheitssystems, dass Menschen jede Behandlung bekommen, die sie brauchen, unabhängig von ihrem Einkommen. Niemand, der versichert ist, muss befürchten, durch die Kosten der Behandlung einer Krankheit arm zu werden.

Worum wir uns besonders kümmern müssen, ist, dass der Zugang zu Gesundheitsleistungen mehr als bisher auch auf kulturelle Unterschiede und Sprachbarrieren Rücksicht nimmt. Zum Beispiel nehmen Familien mit Migrationshintergrund die Vorsorgeleistungen weniger in Anspruch. Das

muss sich ändern.

Die allererste Voraussetzung ist eine Krankenversicherung, die nicht nur vor finanziellen Risiken schützt sondern die Gesundheit fördert.

Nicht-versi- cherte

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz haben wir diese Lücke geschlossen. Es hat nun wieder jeder Zugang zu einer Krankenversicherung.

GKV-WSG

Kassen müssen versichern, keine Kasse darf mehr kündigen, wenn der Versicherte in finanzielle Notlagen gerät.

Bis heute haben über 100.000

Menschen die neuen Möglichkeiten genutzt und sind in die Solidarität der gesetzlichen Krankenversicherung zurückgekehrt. Damit hat sich innerhalb von neun Monaten die Zahl der Nichtversicherten in der GKV halbiert. Das ist ein großer Erfolg!

Plakataktion

Gemeinsam mit den sechs Wohlfahrtsverbänden und dem Bundesverband der Verbraucherzentralen haben wir eine bundesweite Plakataktion gestartet. Über 25.000 Plakate und 245.000 Flyer sollen bundesweit in den Beratungsstellen aufgehängt und ausgelegt werden. Dort wo gerade sozial schwache und hilfebedürftige Menschen Rat und Unterstüt-

zung suchen.

Gesundheits- reformen

Wir haben die Gesundheitsversorgung für chronisch kranke Menschen deutlich verbessert.

Menschen mit einem niedrigen sozialen Status sind besonders häufig von chronischen Krankheiten betroffen. Gerade ihnen kommen daher die Stärkung der Hausärztinnen und Hausärzte, die integrierte Versorgung und die strukturierten Behandlungsprogramme bei den großen Volkskrankheiten wie Diabetes, koronarer Herzkrankheit und Asthma zu Gute.

Ebenso kommt gerade den Men-

**Prävention
und Gesundheitsförde-
rung**

schen mit einem niedrigen Sozialstatus zu Gute, wenn wir Prävention und Gesundheitsförderung weiter ausbauen. Sie sind mindestens ebenso wichtig wie die Krankheitsbehandlung, die pflegerische Versorgung und die Rehabilitation. Die SPD will sie zu einer eigenständigen, vierten Säule im Gesundheitswesen aufbauen.

**Präventions-
gesetz**

Derzeit beraten wir über ein Präventionsgesetz, um die gesundheitliche Chancenungleichheit zu vermindern. Dazu sollen die heute erst im Ansatz bestehenden lebensweltorientierten Angebote der Gesundheitsförderung deutlich ausgebaut werden.

Das Präventionsgesetz bietet die Chance, die zu unterstützen, die vor Ort Verantwortung für sich und die Gesundheit anderer übernehmen. Eine Stärkung des Settingansatzes ist unerlässlich: Prävention und Gesundheitsförderung muss im Lebensumfeld - z.B. in der Schule, in der Kindertagesstätte, in Senioreneinrichtungen oder im Betrieb verankert werden.

Settingansatz

Prävention heißt für mich: dorthin gehen, wo die Menschen sind, die eben nicht automatisch Präventionsangebote nutzen. Dort müssen wir das Gesundheitsbewusstsein wecken und konkrete Angebote machen: zu gesünderer

Nahrung, Bewegungsmöglichkeiten für die Kinder in den Schulpausen, Ruheräume zum Entspannen in Betrieben.

Mit dem Gesetz sollen die Mittel für die Prävention deshalb gebündelt und zielgerichteter verteilt werden. Gute Initiativen in der Gesundheitsförderung sollen künftig nicht mehr von A nach B rennen müssen, um bei verschiedenen Kassen und Trägern Mittel zu beantragen.

Deshalb brauchen wir das in der Koalition vereinbarte Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention. Mir fehlt jedes Verständ-

nis für die CDU und CSU, die jetzt mit fadenscheinigen Argumenten immer neue Verzögerungen verursachen und Hürden aufbauen. Beispielsweise die Verweigerung, dass die Beantragung von Mitteln vereinfacht wird oder dass sich die Bundesagentur für Arbeit direkt an Präventionstöpfen für Settingansätze beteiligt. Dabei ist doch klar, dass Arbeitslosigkeit, Gesundheitszustand und Präventionsmöglichkeiten sehr eng zusammenhängen.

Das ist im Übrigen ebenso unverständlich wie die Blockade der Union bei den Pflegestützpunkten als vernetzte wohnortnahe Beratungsangebote, die wir mit dem

Einschub

**Pflegestütz-
punkte**

Gesetz zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung etablieren wollen. Auch diese Pflegestützpunkte mit ihrer Information und Beratung kämen gerade den sozial schwächeren in der Gesellschaft entgegen. Hier kann darauf geachtet werden, dass der Zugang zu den Pflegestützpunkten nicht durch mangelnde Sprachkenntnisse behindert wird, sondern Dolmetscher eingesetzt werden, Hier soll es Angebote für die geben, die vielleicht nicht lesen können, die bei der Organisation überfordert sind oder die ihre Rechte und Ansprüche nicht kennen. Ich möchte, dass die Organisation der Pflege vor Ort stattfindet, dass sie sensibel ist für kultu-

relle Besonderheiten und dass geschlechtsspezifische Unterschiede berücksichtigt werden.

Anrede,

Jenseits unserer Bemühungen um ein Präventionsgesetz hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, eine Behörde in meinen Geschäftsbereich, einen Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ initiiert. Zum Beispiel mit der Internet-Plattform www.gesundheitliche-chancengleichheit.de.

Aktivitäten der BZgA

Auch im internationalen Kontext engagiert sich die BZgA: mit der Federführung im Rahmen des

Internationaler Kontext

von der EU-Kommission unterstützten Projekts „Closing the Gap – Strategies for action to tackle health inequalities“.

Initiativen der BReg im Bereich Kinder und Jugendliche

Für die Gesundheitspolitik sind Kindheit und Jugend von besonderer Bedeutung. Hier werden Verhaltensweisen erlernt und erprobt, die das Gesundheitsverhalten und den Gesundheitszustand im Erwachsenenalter bestimmen. In diesen Altersgruppen bieten sich somit gute Ansatzpunkte für präventive Maßnahmen, um gesundheitliche Ungleichheit zu reduzieren. Dies geschieht z.B. durch die Initiative der Bundesregierung „Plattform Ernährung und Bewegung e.V.“ sowie durch Pro-

jekte und Kampagnen der Bundesministerien und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) wie „Gesundheitsfördernde Schulen“, „Unterwegs nach Tutmirgut“, „Gut drauf“, „Kinder stark machen“ oder „Ich geh zur U! und Du?“.

Aktionsplan der BReg

Und wir haben hierbei auch die Chance gute Projekte zu fördern. Im Aktionsplan der Bundesregierung für bessere Ernährung und mehr Bewegung gibt es ein ganzes Bündel an Maßnahmen und Ideen, wie wir gemeinsam den allgemeinen Gesundheitszustand der Menschen verbessern wollen.

Unsere Präventionsangebote

Schluss

müssen zu den Menschen kommen und wir sollten sie - frei nach Pestalozzi - so ausgestalten, dass Kopf, Herz und Hand gleichermaßen angesprochen werden.

Von der heutigen Veranstaltung erwarte ich informative und weiterführende Diskussionen. Allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern wünsche ich, dass sie viele Anregungen mit nach Hause nehmen können.