

SWZblitzlicht

Die Reichen leben länger

Alle Menschen sind gleich, aber manche sind gleicher: Personen mit hoher Bildung, mit hohem beruflichen Status und hohem Einkommen erkranken seltener als sozial benachteiligte Personen. Und sie leben auch länger. **Die Managerkrankheit Herzinfarkt ist nichts als eine Mär.**

Der Befund ist durch zahlreiche Studien belegt: Je weiter unten auf der sozialen Rangskala einer Gesellschaft sich jemand befindet, desto geringer ist die Lebenserwartung und desto größer die Anfälligkeit für Krankheiten. In Zahlen ausgedrückt: Männer mit hohem Sozialstatus leben im Durchschnitt um acht Jahre länger als Männer, die auf der Schattenseite des Lebens zu Hause sind. Gleiches gilt für Frauen, allerdings ist dort der Unterschied weniger stark ausgeprägt.

Eng mit der Lebenserwartung verknüpft ist das gesundheitliche Wohlbefinden: Menschen, die der sozialen Unterschicht (geringes Einkommen, schlechter

Wohlbefinden hebt die Lebenserwartung

Bildungsstand, niedere soziale Anerkennung) angehören, sind häufiger krank als Menschen, die der sozialen Oberschicht angehören. Das Robert-Koch-Institut hat in einer Studie zum Thema „Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit“ festgestellt, dass Erwachsene im mittleren Lebensalter mit einem verfügbaren Netto-Äquivalenzeinkommen unter 60 Prozent des gesamtgesellschaftlichen Durchschnitts vermehrt an Krankheiten wie Herzinfarkt, Schlaganfall, Bluthochdruck, Fettleibigkeit, chronischer Bronchitis, Depression, Lungenkrebs und Leberzirrhose leiden. Neben dem Einkommen hat auch die Bildung einen zentralen Einfluss auf das gesundheitliche Wohlbefinden: Männer mit Volks- und Hauptschulabschluss erleiden häufiger einen Herzinfarkt oder leiden an Arthrose, chronischen Rückenschmerzen und Schwindel als Männer, die eine Fachhochschule abgeschlossen haben. Bei Frauen, die der untersten Bildungsgruppe zuzurechnen sind, treten Schlaganfall, Angina pectoris, Bluthochdruck, Diabetes, chronische Bronchitis, Arthrose, chronische Rückenschmerzen und Schwindel häufiger auf. Die Gesundheitschancen sind auch durch die Arbeitsbedingungen sozial ungleich verteilt: Arbeiterinnen und Arbeiter fehlen durchschnittlich 23 Tage im Jahr krankheitsbedingt, Angestellte sind nur etwas mehr als 13 Tage im Jahr krankgeschrieben.

Doch die gesundheitliche Chancengleichheit geht nicht erst im Erwachsenenalter verloren, die Unterschiede kann man bereits im Kindesalter feststellen. Das hängt vermutlich damit zusammen, dass schon Kleinkinder die Muster von Hygiene, Ernährung und Bewegung und andere gesundheitsbezogene Verhaltensweisen wie Rauchen, Fernsehen, Verzehr von Süßspeisen, fettes Essen und Soft-



Personen mit einem höheren Status, einer selbstbestimmten Arbeit und einem höheren Einkommen sind gesünder und leben länger als solche, die diesbezüglich benachteiligt sind.

drinks von den Eltern übernehmen. Die Folgen bleiben nicht aus: Die Sterblichkeitshäufigkeit und Krankheitshäufigkeit ist bei Kindern aus der niedrigsten Wohlstandsgruppe – relativ gesehen – am häufigsten, hat Andreas Mielck vom Institut für Gesundheitsökonomie und Management im Gesundheitswesen am Helmholtz-Zentrum in München in seinem Buch „Soziale Ungleichheit und Gesundheit“ festgestellt.

Damit nicht genug, „Kinder von Eltern mit geringem sozioökonomischen Status erleiden auch häufiger Unfälle als andere Kinder; sie haben ein um 34 Prozent höheres Risiko, einen schweren Unfall zu erleiden als Vorschulkinder, die höheren sozialen Schichten angehören“, schreibt der Gesundheitswissenschaftler Klaus Hurrelmann in seinem Buch „Gesundheitssoziologie“. Auch dies dürfte auf vorgelebtes, nicht vorbildliches Verhalten zurückzuführen sein.

Auffallend ist weiters, dass Kinder aus sozialen Unterschichten weniger oft an Vorsorgeuntersuchungen teilnehmen. Doch wenn sie teilnehmen, dann werden bei diesen Kindern überdurchschnittlich häufig Entwicklungs-, Sprach- und Verhaltensprobleme sowie Seh- und Hörstörungen gefunden. Eine Ausnahme von der Regel sind Allergien: Diese werden deutlich öfter bei Angehörigen der sozialen Oberschicht festgestellt als bei Menschen der sozialen Unterschicht.

„Schwierige soziale und wirtschaftliche Lebensumstände haben das gesamte Leben der Menschen hindurch einen Einfluss

auf ihren Gesundheitszustand“, schreiben die britischen Forscher Richard Wilkinson und Michael Marmot in der Studie „Soziale Determinanten der Gesundheit“, die sie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation erstellt haben. „Alle, die ihren Platz weiter unten in der gesellschaftlichen Hierarchie haben, laufen zumindest doppelt so häufig Gefahr, schwer zu erkranken oder vorzeitig zu sterben, wie Menschen, die sich an der Spitze der Gesellschaftspyramide befinden.“

Zu streichen ist, dass sich gesundheitsrelevante Unterschiede nicht nur zwischen Menschen zeigen, die der obersten, und Menschen, die der untersten Gesellschaftsschicht angehören, oder zwischen Menschen, die schwere körperliche Arbeit verrichten, und Menschen, die in einem Büro arbeiten.

Führungskräfte erkranken weit weniger oft

Wilkinson und Marmot haben festgestellt, dass etwa Angestellte im mittleren Dienst stärker von Krankheiten und vorzeitigem Tod betroffen sind als höhergestellte Kollegen. Anders ausgedrückt: Bankdirektoren sind – statistisch gesehen – weniger stark von Krankheit und vorzeitigem Tod betroffen als ihre Mitarbeiter hinter dem Bankschalter. Gleiches gilt für die Geschäftsführer in einem Unternehmen und ihre Sekretärinnen. Eindrücklich nachgewiesen werden konnte dieser Zusammenhang durch die sogenannte Whitehall-Studie in Großbritannien. Der deutsche Gesundheitsforscher Johannes Siegrist hat eine Erklärung für diesen

überraschenden Befund: „Nicht von der materiellen Not, sondern von der relativen Benachteiligung gehen Effekte aus, die letztlich zu den unterschiedlichen Sterberisiken führen, und zwar Sterberisiken, die sich auf die Todesursache Nummer eins, die koronaren Herzkrankheiten, zurückführen lassen, wie auch auf die übrigen Todesursachen.“

Aber was steckt hinter diesem Phänomen? Wie lässt sich der Zusammenhang, der offensichtlich nicht nur auf die Verfügbarkeit ökonomischer Ressourcen zurückzuführen ist, erklären? Siegrist bietet zwei Modelle an: das sogenannte „Anforderungs-Kontroll-Modell“, das von dem amerikanischen Soziologen Robert Karasek und dem schwedischen Epidemiologen Töres Theorell entwickelt worden ist, und das „Modell beruflicher Gratifikationskrisen“, an dem Siegrist wesentlich beteiligt war.

Nach dem Anforderungs-Kontroll-Modell gefährden solche Arbeitsplätze die Gesundheit, wo permanent hohe Anforderungen gestellt werden – verbunden mit starkem Zeitdruck und mit geringer Eigenkontrolle über die Arbeit, wie beispielsweise in der klassischen Fließbandarbeit, aber auch bei manchen Büro- und Dienstleistungsarbeiten. Das Modell der beruflichen Gratifikationskrisen bezieht sich hingegen auf Arbeitsbedingungen, die mit hohen Verausgabungen verbunden sind, denen aber keine angemessene oder von den Betroffenen erwartete Belohnung (höheres Gehalt, aber auch Anerkennung, Lob, berufliche Aufstiegschancen, Arbeits-

platzsicherheit) gegenübersteht.

Die gesundheitliche Konsequenz: „Das Risiko einer koronaren Herzkrankheit in einem fünfjährigen Beobachtungszeitraum bei Beschäftigten, die zu Beginn der Untersuchung unter beruflichen Gratifikationskrisen litten, war um mehr als das Zweifache gegenüber denjenigen erhöht, die frei von chronischem Distress am Arbeitsplatz waren“, schreibt Siegrist. Damit darf auch die Mär vom „Herzinfarkt als Managerkrankheit“ begraben werden.

Menschen, die sich auf der gesellschaftlichen Pyramide ganz unten befinden, sind gleich mehrfach gefährdet: Sie sind von Geburt an größeren Gesundheitsbelastungen ausgesetzt, ihre Bewältigungsstrategien sind in Krisensituation weniger erfolgreich, sie sind durch ihre Arbeit stärker gefährdet und ihr Gesundheitsverhalten ist insgesamt risikoreicher und weniger gesundheitsorientiert.

Menschen sind soziale Wesen, sie brauchen Zuneigung, Vertrauen. Je geringer Bildung, Einkommen und beruflicher Status, desto größer sind Misstrauen, Angst, Unsicherheit und das Gefühl des Ausgeschlossenenseins und der sozialen Isolation – das alles sind „Stressoren“, die nachweislich für die Entstehung chronisch-degenerativer

Gesundheit nimmt mit dem Ansehen zu

Erkrankungen mitverantwortlich sind. Und praktisch alle chronisch-degenerativen Erkrankungen sind eng verknüpft mit ungesunden Lebensweisen, die wiederum in einem deutlichen Zusammenhang mit der Schichtzugehörigkeit stehen.

Die medizinische Versorgung, sagen Fachleute, ist nur maximal zu 20 Prozent an der Verbesserung des gesundheitlichen Wohlbefindens und dem fast sprunghaften Anstieg der Lebenserwartung in den letzten Jahrzehnten beteiligt. Der weitaus größte Anteil kann auf die allgemeine Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen zurückgeführt werden, also auf eine bessere Ausstattung mit Gütern, Rechten, Bildung, Information, der Teilnahme an gesellschaftlichen Leben und auf gesundheitsorientierte Lebensstile. Das heißt: Die Erhaltung der Gesundheit ist eine politische Querschnittsaufgabe und nicht die alleinige Aufgabe der medizinischen Versorgung. Darüber hinaus braucht es Programme zum Aufbau gesundheitsförderlicher Settings wie Schulen, Kindergärten, Betriebe, Gemeinden, Krankenhäuser usw., da gesundheitsförderliches Verhalten sich langfristig nur durchsetzen kann, wenn es durch strukturelle Maßnahmen in den genannten Settings bzw. Lebenswelten abgesichert wird. Der setting-Ansatz der WHO ist auch der Ansatz der Stiftung Vital, da er die Möglichkeit bietet, gemeinsam mit den Betroffenen nachhaltige Maßnahmen zu planen und umzusetzen. Die Betroffenen werden zu Beteiligten, die gleichzeitig auch lernen, dass sie ihr Leben selber in die Hand nehmen und in einem gesundheitsförderlichen Sinn gestalten können.

Diese Erkenntnisse machen deutlich, dass noch viel zu tun ist, damit sich die Schere zwischen den „gesunden“ Reichen und den „kranken“ Armen nicht weiter öffnet.

Franz Plöber

Der Autor: Franz Plöber ist Direktor der Stiftung Vital