

Gesellschaftliche Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit – zur ethischen Dimension sozialer Ungleichheit

Krank zu sein und zu sterben – dies sind zutiefst individuelle Erfahrungen, Erfahrungen der Begrenzung und Endlichkeit unseres Daseins. Zugleich stellen Krankheit und Tod kollektive Ereignisse dar - Ereignisse, die in Bevölkerungsgruppen über Raum und Zeit hinweg ungleich verteilt sind. Man denke etwa an die dramatischen kollektiven Erfahrungen von Kriegen, von Naturkatastrophen oder von Seuchen wie AIDS. Von Leiden und Leid sind hier bestimmte Bevölkerungsgruppen in besonderem Maße betroffen.

Das Thema meines heutigen Vortrags ist weniger spektakulär, es handelt nicht von Katastrophen und Seuchen, sondern von einer kollektiven Erfahrung, die weniger sichtbar, weniger spürbar und dennoch sehr weitreichend ist: der sozialen Ungleichheit angesichts von Krankheit und frühzeitigem Tod.

Um es gleich vorweg zu sagen: Es geht nicht um den alten Ausspruch: ‚Wenn du arm bist, musst du früher sterben‘. Dieser Ausspruch bezieht sich auf einen gesellschaftlichen Entwicklungsstand in der Frühphase der Industrialisierung und der Entwicklung des Gesundheitswesens. Materielle Armut und Not waren Ursachen von Mangelernährung und Anfälligkeit für tödlich verlaufende Infektionskrankheiten. Und Arme waren von der – wenn auch begrenzten – medizinischen Versorgung weitgehend ausgeschlossen.

Thema meines Vortrags ist die nach sozialer Lage unterschiedliche Lebenserwartung in den fortschrittlichsten westlichen Industrieländern, vornehmlich in nordwesteuropäischen Ländern einschließlich Deutschland. Diese Länder sind gekennzeichnet durch ein ausgebautes, praktisch der gesamten Bevölkerung zugängliches modernes Gesundheitssystem, durch eine hohe Qualität der medizinischen Versorgung und durch ein stabiles Netz sozialer Sicherungsleistungen. Und dennoch finden wir in diesen Ländern ein Gefälle der Lebenserwartung von der höchsten zu der niedrigsten sozialen Schicht, das bei Männern von viereinhalb bis knapp sieben Jahre reicht und das bei Frauen drei bis vier Jahre beträgt.

Am stärksten ausgeprägt ist diese Differenz – soweit uns Zahlen vorliegen - bei der männlichen Bevölkerung Finnlands. Im Durchschnitt leben dort un- und angelernte, einfache Arbeiter und Angestellte 6,9 Jahre weniger lang als Inhaber leitender Positionen, Akademiker und qualifizierte Selbständige. Selbst in der reichen Schweiz beträgt der Unterschied der mittleren Lebenserwartung zwischen der obersten und der untersten von vier sozialen Schichten, deren Einteilung nach dem Kriterium der beruflichen Stellung erfolgte, 4,4 Jahre. Wohlgermerkt, wir sprechen nicht von einzelnen Personen, sondern von umfangreichen, Hunderttausende oder Millionen Menschen umfassenden gesellschaftlichen Gruppen.

Als besonders beunruhigend erscheint dabei die Tatsache, dass die soziale Ungleichheit der Mortalität in der jüngeren Vergangenheit noch zugenommen hat. Dies legen u. a. Zahlen nahe, die in der ersten Abbildung enthalten sind (Die Abbildungen befinden sich in einem separaten Dokument, Anm. des Studium generale).

Dargestellt wird das Verhältnis der altersangepassten Sterberaten von Männern im Alter zwischen 30 und 59 Jahren, die in nicht-manuellen, d.h. im allgemeinen etwas höher qualifizierten Berufen beschäftigt waren, im Vergleich zu Männern aus manuellen Berufen. Dabei wird die Sterberate der nicht-manuell Beschäftigten in jedem der dargestellten europäischen Länder jeweils mit dem Wert 1,0 versehen. Dadurch lässt sich ermitteln, um wie viel höher die Sterberate der manuell Beschäftigten ist. Ein Wert von 1,8 besagt beispielsweise, dass die Mortalitätsrate der manuell Beschäftigten um 80 % gegenüber derjenigen der besser qualifizierten erhöht ist.

Man sieht auf den ersten Blick, dass in allen untersuchten Ländern manuell Beschäftigte eine höhere Sterblichkeit aufweisen, allerdings mit deutlichen Schwankungen. In Finnland ist die Differenz, wie bereits betont, besonders ausgeprägt, in Dänemark oder England vergleichsweise gering. Nun sehen Sie für jedes Land Balken in drei unterschiedlichen Farben: die gelben Balken spiegeln die Sterbeverhältnisse zu Beginn der 80er Jahre des letzten Jahrhunderts wieder, die dunkelgelben Balken die Daten 5 Jahre später und die roten Balken die Daten 10 Jahre später, also von 1990 bis 1994. In allen Ländern nehmen die Unterschiede zwischen dem ersten und dritten Zeitpunkt zu. Mit einem Wort: die soziale Ungleichheit der Frühsterblichkeit bei Männern in all diesen europäischen Ländern weitet sich aus.

Das bisher skizzierte Bild ist allerdings sehr grob, da wir lediglich zwei Gruppen der sozialen Schichtungsstruktur dieser Länder miteinander verglichen haben. Aufschlussreicher sind an umfangreichen Bevölkerungsgruppen vorgenommene wissenschaftliche Untersuchungen, welche unterschiedliche Krankheits- und Sterberisiken für alle sozialen Schichten ermittelt haben. Die nächste Abbildung zeigt Ihnen ein Beispiel einer der Pionierarbeiten dieses Forschungsgebiets, der sogenannten Sozialepidemiologie. Es handelt sich um die Whitehall-Studie aus Großbritannien. In London wurden über 17.000 Angestellte des öffentlichen Dienstes – Regierungsangestellte – über einen Zeitraum von 10 Jahren beobachtet, und es wurde u.a. die Mortalität in Abhängigkeit von der Höhe der beruflichen Stellung ermittelt. Dabei wurden vier Kategorien gebildet, von den Spitzenbeamten bis hinunter zu den Dienstboten. Erstaunlich war das Ergebnis eines sozialen Gradienten: bereits Bedienstete der zweithöchsten Stufe wiesen eine höhere Sterblichkeit auf als diejenigen an der Spitze. Und dieser Treppeneffekt setzte sich von Stufe zu Stufe fort.

Dieser inzwischen in zahlreichen Studien aus anderen Ländern bestätigte Befund zeigt klar: nicht von der materiellen Not, sondern von der relativen sozialen Benachteiligung gehen Effekte aus, die letztlich zu den unterschiedlichen Sterberisiken führen, und zwar Sterberisiken, die sich auf die Todesursache Nummer eins, die koronaren Herzkrankheiten (KHK) zurückführen lassen, wie auch auf die übrigen Todesursachen.

Die entscheidende Frage lautet somit: Wie lässt sich dieser soziale Gradient der Morbidität und Mortalität erklären?

In einem wissenschaftlichen Programm der European Science Foundation, an dem über 60 Forscherinnen und Forscher aus 14 europäischen Ländern beteiligt sind und das von unserem Institut an der Universität Düsseldorf koordiniert wird, wird diese Frage gegenwärtig intensiv untersucht. Von den fünf in der nächsten Abbildung aufgeführten Erklärungsansätzen erweisen sich drei als besonders vielversprechend (sie sind in gelber Farbe hervorgehoben):

1. das Fundament jener Entwicklungen, die im späteren Lebenslauf zu früher Krankheit und vorzeitigem Tod führen, wird am Lebensbeginn, in der Schwangerschaft und frühen Kindheit gelegt;
2. die schichtspezifische Krankheitslast lässt sich im wesentlichen auf die ungesunde Lebensweise zurückführen, die bei bildungsschwächeren Bevölkerungsgruppen viel weiter verbreitet ist als bei besser gebildeten, vor allem Rauchen, fettreiche und vitaminarme Ernährung, mangelnde Gewichtskontrolle und mangelnde körperliche Bewegung;
3. die höheren gesundheitlichen Risiken unterer sozialer Schichten sind Folge einer stärkeren Belastung in zentralen Lebensbereichen im Erwachsenenalter, in Beruf und Familie - Belastungen, die vorwiegend psychosozialer Art sind.

Wie Sie zu recht erkennen, schließen sich diese Erklärungen nicht aus, sondern können sich wechselseitig ergänzen. Allerdings setzen sie unterschiedliche Akzente und bieten damit auch unterschiedliche Ansatzpunkte für die Prävention an, wie zu zeigen sein wird.

Die ersten beiden in der Abbildung aufgeführten Erklärungen – Einfluss des medizinischen Versorgungssystems und soziale Selektion – sind dagegen in quantitativer Betrachtung von geringerem Gewicht. Ohne ihre Bedeutung zu vernachlässigen, können wir feststellen, dass sie zusammengenommen kaum mehr als 10 bis 15 Prozent des beobachteten sozialen Gefälles von Morbidität und Mortalität zu erklären vermögen.

Die Forschung hat gezeigt, dass es zwei Lebensphasen gibt, in denen die soziale Ungleichheit von Gesundheit und Krankheit besonders stark ausgeprägt ist: die frühe Kindheit und das mittlere Erwachsenenalter. Diese beiden Phasen sollen daher etwas genauer untersucht werden.

Wie die folgende Abbildung zeigt, stehen am Beginn des Lebens diesbezüglich drei Phänomene im Vordergrund.

Fehlernährung und weitere gesundheitlich riskante Verhaltensweisen sind bei sozial benachteiligten werdenden Müttern, häufiger zu beobachten, ebenso eine mangelnde Vorsorge.

Säuglinge und Kleinkinder aus unteren sozialen Schichten verunfallen in den ersten Lebensjahren signifikant häufiger.

Die für die weitere Entwicklung entscheidenden affektiven Bindungsprozesse in der frühen Mutter-Kind-Beziehung sind bei prekärer sozialer Lage der Eltern häufiger gestört.

Zum ersten Punkt: Werdende Mütter aus bildungsschwächeren sozialen Schichten weisen häufiger eine unausgewogene, ungesunde Ernährung auf als bessergestellte. Wichtige Vitamine und Aufbaustoffe werden nicht in ausreichendem Maße aufgenommen, während eine fettreiche Ernährung überwiegt. Dadurch entstehen im Organismus des heranwachsenden Kindes vermehrt Stoffwechselstörungen, die zunächst zu einem niedrigen Geburtsgewicht und einer niedrigen Körpergröße führen, später jedoch, im Schulalter, mit einer gesteigerten Neigung zu Übergewicht einhergehen. Langzeitstudien aus Großbritannien zeigen, dass Kinder aus solchen Verhältnissen später, als Erwachsene, in ihrem vierten und fünften Lebensjahrzehnt,

häufiger an Diabetes und koronaren Herzkrankheiten erkranken als Personen, deren Mütter sich während der Schwangerschaft gesund ernährt hatten.

Das Risiko, in den ersten Schuljahren bei niedriger sozialer Schichtzugehörigkeit ein hohes Körpergewicht aufzuweisen, ist deutlich erhöht, wie eine sorgfältige Studie aus Norddeutschland jüngst gezeigt hat (s. Abbildung). Dabei lässt sich ein Zusammenhang zwischen dem Gewicht der Eltern und demjenigen der Kinder beobachten: Die Neigung zu Übergewicht ist bei Kindern übergewichtiger Eltern, die aus der untersten Sozialschicht stammen, am deutlichsten ausgeprägt.

Auf weitere Risiken während der Schwangerschaft, die einen sozialen Schichtgradienten aufweisen, wie verstärkter Suchtmittelkonsum, insbesondere Rauchen und Alkohol, Tablettenkonsum, erhöhte Infektionsgefahr bezüglich HIV und HCV, oder auf den Einfluss von chronischem Distress werdender Mütter auf die Gesundheit ihrer Kinder gehe ich aus Zeitgründen nicht ein.

Ein zweiter Bereich sozialer Ungleichheit betrifft das Unfall- und Verletzungsgeschehen. In den ersten vier Lebensjahren verunfallen Kleinkinder vor allem im Heim- und Freizeitbereich, später vermehrt im Verkehr. In beiden Lebensabschnitten nimmt das Unfallrisiko invers zur sozialen Lage zu. Besonders nachdenklich stimmen Befunde aus Großbritannien, die zwar eine Abnahme tödlicher Unfälle in einem Zehnjahreszeitraum um über 30 Prozent bei Kindern aus Familien der mittleren und oberen sozialen Schichten feststellen, aber lediglich eine Abnahme um 2 Prozent bei Kindern aus schlechter gestellten Familien. Wiederum zeigt sich damit eine Ausweitung der sozialen Unterschiede früher Sterblichkeit.

Drittens schließlich ist auf die Qualität der Beziehung zwischen signifikanten Bezugspersonen – in erster Linie der Mutter – und dem Säugling bzw. Kleinkind hinzuweisen (s. Abbildung). Entwicklungspsychologische Forschungen der letzten Jahre haben eindrucksvoll gezeigt, dass die emotionale Bindungssicherheit beim Säugling eine entscheidende Determinante gesunder psychischer Entwicklung darstellt. Diese emotionale Bindungssicherheit ist wesentlich von einer einfühlsamen Bedürfnisbefriedigung durch die Mutter abhängig, von ihrer Fähigkeit, die Gesten des Säuglings liebevoll zu erwidern und die Beziehung in einem Klima konstanter affektiver Zuneigung zu entwickeln. Mütter, die sozioemotional isoliert sind, die chronischen Belastungen ausgesetzt sind und Not leiden, sind weniger gut in der Lage, eine sichere affektive Bindung zu ihrem Kind aufzubauen. Bindungsstörungen lassen sich bei alleinerziehenden Müttern häufiger feststellen, und diese finden sich wiederum häufiger in niedrigeren sozialen Schichten.

So hat eine vor kurzem in einer westdeutschen Großstadt durchgeführte Studie an 531 alleinerziehenden Müttern und an altersgleichen verheirateten Müttern beobachtet, dass der Prozentsatz mit niedrigem Schulabschluss bei Alleinerziehenden deutlich höher ist, dass diese seltener eine Teilzeitbeschäftigung finden und dass sie 15-mal so häufig wie die verheirateten Mütter Sozialhilfe beziehen. Ferner wurden bei Alleinstehenden signifikant erhöhte Angst- und Depressivitätswerte festgestellt.

Vor zwei Wochen erst erschien in der renommierten Fachzeitschrift *Lancet* eine Arbeit, deren wichtigste Ergebnisse in der nachfolgenden Abbildung zu sehen sind. Dargestellt ist das relative Risiko von mit einem Elternteil aufgewachsenen Kindern, in einem Achtjahreszeitraum zu sterben oder schwere Gesundheitsstörungen zu erfahren, im Vergleich zu Gleichaltrigen, die in vollständigen Familien aufgewachsen sind. Je höher die Zahl über 1,0 ist, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit des Eintritts dieser Ereignisse.

Man sieht, dass sowohl für Mädchen wie für Jungen für alle hier dargestellten Indikatoren der Morbidität und Mortalität deutlich erhöhte Risiken bestehen, wenn sie lediglich mit einem Elternteil aufgewachsen sind. Die Ergebnisse sind besonders aussagekräftig, weil sie auf Zensusdaten aus ganz Schweden beruhen und weil lediglich validierte Gesundheitsinformationen berücksichtigt wurden. Weiterführende Analysen zeigen, dass enge statistische Zusammenhänge zwischen dem Erkrankungsrisiko und den im Haushalt verfügbaren Ressourcen bestehen, ohne dass allerdings eine kausale Beweiskette geschlossen werden kann.

Aus den dargestellten Erkenntnissen ergibt sich ein sozial- und gesundheitspolitischer Handlungsbedarf, jedenfalls dann, wenn die ethische Maxime lautet: "Vermeidbare, nicht gewollte Ungleichheit von Krankheit und Tod soll verringert werden." Dieser Maxime ist inzwischen von manchen Ländern deutlich Ausdruck verliehen worden, indem die Verringerung vermeidbarer sozialer Unterschiede von Krankheit und frühem Tod zu einem hochrangigen nationalen Gesundheitsziel erklärt worden ist. Von den insgesamt 21 vom Regionalbüro Europa der Weltgesundheitsorganisation als vordringlich deklarierten Gesundheitszielen steht die Verringerung sozialer Ungleichheit an vorderster Stelle. Länder wie Schweden, Großbritannien, die Niederlande und die Schweiz haben diese Gesundheitsziele weiter präzisiert. So heißt es beispielsweise in dem entsprechenden Dokument für die Schweiz: "Gesundheitliche Chancengleichheit wird... über bessere Lebensbedingungen für die benachteiligten Schichten angestrebt. Es müssen die Armut bekämpft, die Einkommensunterschiede verkleinert und der ganzen Bevölkerung Zugang zu Bildung und Arbeitsmarkt gewährt werden."

In der frühen Kindheit beziehen sich sozial- und gesundheitspolitische Maßnahmen zur Verringerung sozialer Ungleichheit von Gesundheit in erster Linie auf folgende Bereiche (. Abbildung):

1: verbesserte Gesundheitsberatung und Vorsorge während der Schwangerschaft bei sozial benachteiligten werdenden Müttern; 2. Verbesserung der ökonomischen und sozialen Lage alleinerziehender Mütter; 3. Angebote von Programmen 'erfolgreicher Elternschaft', wie sie in Kanada unter der Bezeichnung 'successful parenting' bereits mit Erfolg praktiziert werden; 4. Angebote von Krippenplätzen mit guter Betreuung; 5. verstärkte Unfallprävention; 6. soziales Kompetenztraining im Vorschul- und Schulalter, schließlich 7. eine verbesserte Koordination zwischen den kommunalen Gesundheits- und Sozialdiensten.

Nach den ersten Lebensjahren ist das mittlere Erwachsenenalter diejenige Lebensphase, in welcher sozioökonomische Unterschiede der Sterblichkeit am deutlichsten zu Tage treten. Es ist dies die Phase, in der zentrale soziale Rollen in Beruf und Familie ausgeübt werden, in der langandauernde Erfahrungen von Erfolg und Misserfolg, von Zufriedenheit ebenso wie von Benachteiligung das seelische und körperliche Gleichgewicht beeinflussen. Es ist auch eine Phase, in der besondere Belastungen zu bewältigen sind, und dies ganz besonders im Erwerbsleben. Daher soll dieser Aspekt nachfolgend etwas genauer beleuchtet werden.

In der folgenden Abbildung wird ein allgemeines Erklärungsschema der beiden zu Beginn genannten Hypothesen dargestellt: der Hypothese A: 'der soziale Schichtgradient im mittleren Erwachsenenalter lässt sich durch vermehrtes gesundheitsschädigendes Verhalten erklären' und der Hypothese B: 'der soziale Schichtgradient lässt sich durch höhere materielle und psychosoziale Belastungen, insbesondere ein höheres Maß an chronischem Distress erklären'. Diese beiden Erklärungen sind nicht unabhängig voneinander zu sehen. Vielmehr spricht die

Befundlage der Forschung dafür, dass beide Pfade in starkem Maße von den erfahrenen Belastungen in zentralen sozialen Rollen des Erwerbs- und Privatlebens, Beruf und Familie, beeinflusst werden. Niedrige soziale Schichtzugehörigkeit geht mit einer erhöhten Exposition gegenüber diesen Belastungen einher. Zugleich sind die psychischen und sozialen Ressourcen zur Bewältigung dieser Belastungen im Durchschnitt schwächer ausgebildet, so z.B. die Kompetenzen der Verhaltenssteuerung oder ein stabiles Netz guter sozialer Beziehungen oder die Möglichkeit, Entlastung in der Hausarbeit zu finden oder einen Erholungsurlaub zu machen. Im Ergebnis führt dies zu emotionalen Spannungszuständen, die einerseits durch gesundheitsschädigendes Verhalten kompensiert werden. Andererseits gehen solche langandauernden negativen Emotionen unter die Haut, indem sie wenig spürbar, jedoch hartnäckig, das autonome Nervensystem aktivieren und zu einer gesteigerten Produktion von Stresshormonen führen. Diese Stresshormone – Adrenalin, Noradrenalin, Cortisol und andere mehr – tragen längerfristig zu Fehlsteuerungen physiologischer Prozesse im Organismus bei. Nach jahrelanger Fehlsteuerung treten schließlich Organschäden auf.

Am besten ist dieser Zusammenhang zwischen chronischem Distress, also lang andauernden negativen emotionalen Belastungserfahrungen, und körperlicher Krankheit bisher bei Herz-Kreislauf- Krankheiten nachgewiesen worden. Jedoch gilt er ebenso für Krankheiten, die durch eine verringerte Immunabwehr verursacht sind.

Lassen Sie mich wegen der besonderen wissenschaftlichen Aktualität und gesundheitspolitischen Bedeutung diejenigen Aspekte aus diesem komplexen Erklärungsschema herausgreifen, die in der Abbildung farbig hervorgehoben sind, d.h. den Zusammenhang zwischen Belastungen des Erwerbslebens, die zu chronischem Distress führen, und Krankheiten, welche in unteren sozialen Schichten besonders häufig vorkommen, d.h. in erster Linie koronaren Herzkrankheiten und Depressionen.

Man kann diesen Zusammenhang auf drei Ebenen analysieren, wie die folgende Abbildung in Form eines Eisbergs zeigt. Erstens auf der sichtbaren Ebene der Arbeitslosigkeit. Langzeitarbeitslosigkeit erhöht das Erkrankungs- und Sterberisiko in den ersten Jahren nach Einsetzen dieses Zustands, nach bisher vorliegenden Studien, um mindestens 50 Prozent. Bildungsschwächere Personen sind bekanntlich von Arbeitslosigkeit häufiger betroffen, und daher ist hier eine Teilerklärung für ihre erhöhte Krankheitslast zu finden.

Darüber hinaus wirken sich jedoch Belastungen des Erwerbslebens auf die Gesundheit aus, die weniger sichtbar, gewissermaßen unterhalb der Meeresoberfläche verborgen sind. Auf einer zweiten Ebene sind dies prekäre Arbeitsverhältnisse, d.h. Arbeitsverhältnisse ohne feste vertragliche Bindung und ohne ausreichenden Arbeitsschutz. Geringer qualifizierte Arbeitskräfte, seien dies ausländische oder deutsche Arbeitnehmer, sind von prekärer Arbeit und ihren erhöhten Gesundheits- und Unfallgefahren vermehrt betroffen.

Drittens zeigen sich jedoch selbst auf der Ebene regulärer und vergleichsweise stabiler Erwerbsarbeit Auswirkungen auf die Gesundheit. Um diesen Zusammenhang zu erkennen, benötigen wir allerdings theoretische Modelle. Nur mit ihrer Hilfe ist es möglich, aus dem komplexen Beziehungsgeflecht alltäglicher Belastungserfahrungen bei der Arbeit die gefährlichen, krankmachenden Aspekte herauszufiltern. Zwei theoretische Modelle werden in der gegenwärtigen internationalen Arbeitsstressforschung besonders intensiv untersucht: 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, das unserer eigenen Arbeitsgruppen entstammt (s. Abbildung).

Nach dem Anforderungs-Kontroll-Modell gefährden Arbeitsplätze die Gesundheit, wenn permanent hohe Anforderungen, v.a. starker Zeitdruck mit geringer Kontrolle über die Arbeit, d.h. geringen Entscheidungsmöglichkeiten einhergehen – eine Situation, die beispielsweise in der klassischen Fließbandarbeit, aber auch bei manchen Büro- und Dienstleistungsarbeiten gegeben ist. Mit dem Modell beruflicher Gratifikationskrisen werden Arbeitsbedingungen identifiziert, in denen einer hohen Verausgabung keine angemessenen Belohnungen gegenüberstehen (. Abbildung). Dabei umfassen Belohnungen neben der Bezahlung auch nicht-materielle Gratifikationen der Anerkennung und Achtung sowie berufliche Aufstiegschancen und gewährte Arbeitsplatzsicherheit. Die Erfahrung eines Ungleichgewichts zwischen hoher Verausgabung und niedriger Belohnung geht unter die Haut, weil dadurch eine zentrale gesellschaftliche Norm, diejenige der Reziprozität von Geben und Nehmen, verletzt wird. Von Gratifikationskrisen, ebenso wie von niedriger Kontrolle am Arbeitsplatz, sind Beschäftigte in unteren sozialen Positionen häufiger als Bessergestellte betroffen.

Wie die folgende Abbildung zeigt, ist das Risiko der Erstmanifestation einer koronaren Herzkrankheit in einem fünfjährigen Beobachtungszeitraum bei Beschäftigten, die zu Beginn der Untersuchung unter beruflichen Gratifikationskrisen litten, um mehr als das Zweifache gegenüber denjenigen erhöht, die frei von chronischem Distress am Arbeitsplatz waren (linke Seite der Abb.). Und die gleiche Beobachtung trifft auch für Beschäftigte zu, welche ihre Arbeitsaufgaben nicht eigenständig gestalten konnten (rechte Seite der Abb.). Die jeweils roten Säulen in der Abbildung geben das entsprechend erhöhte Risiko an, nachdem der Einfluss medizinischer und verhaltensbezogener Risikofaktoren statistisch kontrolliert worden ist. Dies bedeutet, dass die beobachteten Unterschiede nicht darauf zurückgeführt werden können, dass Beschäftigte, die von beruflichen Gratifikationskrisen betroffen sind, zugleich häufiger rauchen oder eher übergewichtig sind. Es handelt sich also um direkte Effekte, die von chronischem Distress auf das Herz-Kreislaufsystem ausgehen.

Diese Daten entstammen neuen Auswertungen einer Nachfolgeuntersuchung der bereits zitierten Whitehall-Studie bei britischen Regierungsangestellten. Interessant ist, dass die beobachteten Zusammenhänge sowohl für Männer wie für Frauen gelten.

Und auch die nächste Abbildung zeigt ein ähnliches Ergebnis. Dieses Ergebnis entstammt einer in Finnland durchgeführten Langzeitstudie, in der die Herz-Kreislaufsterblichkeit über 25 Jahre hinweg bei männlichen und weiblichen Beschäftigten eines größeren Industrieunternehmens untersucht wurde. Wie man sieht, ist das Sterberisiko bei Vorliegen beruflicher Gratifikationskrisen um das 2,4-fache erhöht, und ebenso ist es bei Vorliegen hoher Anforderungen in Verbindung mit geringer Kontrolle um das 2,2-fache höher. Dies bedeutet zum einen, dass die durch die beiden Modelle erfassten psychosozialen Arbeitsbelastungen offenbar unabhängig voneinander die Gesundheit beeinflussen. D. h. sie erfassen jeweils unterschiedliche krankmachende Bedingungen der Erwerbsarbeit. Zum andern zeigt die Stärke des Zusammenhangs, ein um mehr als 100 Prozent erhöhtes Risiko, dass der dokumentierte Zusammenhang präventivmedizinisch bedeutsam ist. Denn er ist etwa ähnlich stark wie beispielsweise der Zusammenhang zwischen Zigarettenrauchen und Herz-Kreislauf-Sterblichkeit.

Da von chronischem Distress im Erwerbsleben – je nach Branche – zwischen 10 und 35 Prozent der Beschäftigten betroffen sind, und da Herz-Kreislauf-Krankheiten im Erwachsenenalter die häufigste Todesursache darstellen, sind die nachgewiesenen Zusammenhänge zwischen sozialer Ungleichheit, beruflicher Belastung und Morbidität bzw. Mortalität von gesundheits- und sozialpolitischer Bedeutung. Dies gilt umso mehr, als auch verschiedene Risikofaktoren der Herz-Kreislauf-Krankheiten wie erhöhter Bluthochdruck, erhöhte Blutfettwerte oder erhöhte Blutgerinnung durch chronischen Distress gesteigert werden können.

Aber nicht nur Herz-Kreislauf-Krankheiten, sondern auch Depressionen treten bei Beschäftigten mit beruflicher Belastung vermehrt auf. Neben einer großangelegten britischen Studie ist dies jüngst in einer japanischen Untersuchung gezeigt worden, die hier kurz dargestellt werden soll (s. Abbildung). Wie man sieht, treten die typischen Symptome der Depression bei Männern und Frauen, die schwere berufliche Enttäuschungen erlebt haben und die ihren Arbeitsbereich nicht kontrollieren können, mehr als viermal so oft auf wie bei denjenigen, die frei von beruflichen Belastungen sind.

Koronare Herzkrankheiten und Depressionen sind im Weltmaßstab diejenigen beiden Krankheitsbilder, die im Jahr 2020 nach Berechnungen der Weltgesundheitsorganisation den größten Beitrag zu vorzeitiger Sterblichkeit und zur Einschränkung behinderungsfreier Lebensjahre leisten (s. Abb.).

Schließlich sind wissenschaftlich dokumentierte Zusammenhänge zwischen den durch die beiden dargestellten Modelle erfassten Arbeitsbelastungen und eingeschränkter Gesundheit auch bei den weit verbreiteten muskulo-skelettalen Beschwerden (Abb.), bei Alkoholabhängigkeit, psychosomatischen Störungen und, allgemeiner, bei der Erklärung des Umfangs von Arbeitsunfähigkeitstagen bei Beschäftigten berichtet worden. Die mit dem Arbeitsleben verbundene Krankheitslast ist also beachtlich und geht weit über das enge Spektrum der Berufskrankheiten hinaus.

Wichtige praktische Folgerungen, die sich aus diesen neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen ergeben, betreffen eine Intensivierung der betrieblichen Gesundheitsförderung, auch mit dem Ziel, die Gesundheit älterer Arbeitnehmer länger zu erhalten. Betriebliche Gesundheitsförderung sollte sich allerdings nicht auf die Beeinflussung individuellen Verhaltens wie Nicht-Raucher-Kampagne, Bewegungstraining etc. beschränken, so wichtig diese Maßnahmen sind. Vielmehr sollten gesundheitsgefährdende Arbeitsbedingungen, wie die hier aufgezeigten, selbst Gegenstand dieser Bemühungen werden. Weitere Folgerungen beziehen sich auf eine Verbesserung des Arbeitsschutzes, vor allem bei denjenigen Gruppen, die von prekärer Beschäftigung betroffen sind. Grundsätzlich sollten Bemühungen um eine Steigerung der Qualität der Erwerbsarbeit erfolgen, speziell bei abhängig Beschäftigten unterer Lohn- und Einkommensgruppen.

Ein Beispiel theoriegeleiteter Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung ist in der folgenden Abbildung dargestellt. In einer öffentlichen Verwaltung in Schweden wurde bei einem Teil der Beschäftigten das Arbeitsaufgabenprofil im Sinne des Anforderungs-Kontroll-Modells günstig beeinflusst. Die Aufgaben wurden vielfältiger gestaltet, der Entscheidungsspielraum wurde systematisch erhöht (Gruppe A). Man sieht, dass im Vergleich zu den beiden übrigen Gruppen, in denen keine oder nur geringe Veränderungen vorgenommen wurden, nach einem Jahr eine deutlich

verbesserte subjektive Gesundheit, weniger Beschwerden und ein geringerer Tablettenkonsum festgestellt werden konnte. Im Durchschnitt blieben die Mitarbeiter mit einer verbesserten Arbeitssituation auch weniger häufig vom Arbeitsplatz fern.

Dass solche Maßnahmen nicht nur Geld kosten, sondern neben den positiven Auswirkungen auf die Beschäftigten auch die Unternehmensrendite steigern können, hat vor wenigen Jahren eine Studie gezeigt, die aus einem der Tempel des US-amerikanischen Kapitalismus – der Harvard Business School – stammt (s. Abb.). Der Ökonomieprofessor Pfeffer hat gezeigt, dass amerikanische Unternehmen mit einem über mehrere Jahre hohen Shareholder Value einige Gemeinsamkeiten aufwiesen, die weitgehend deckungsgleich mit dem hier gezeigten Maßnahmenkatalog betrieblicher Gesundheitsförderung waren. Dies bedeutet, dass Investitionen in die Qualität der Erwerbsarbeit nicht nur geeignet sind, den sozialen Gradienten der Morbidität im mittleren Erwachsenenalter zu verringern, sondern in einer längerfristigen Perspektive auch betriebswirtschaftlichen Nutzen erzeugen.

Meine Damen und Herren, in zwei Lebensbereichen, der frühen Kindheit und dem mittleren Erwachsenenalter, habe ich gezeigt, wie weitreichend soziale Einflüsse die Gesundheitschancen bestimmen. Diese Einflüsse sind nicht schicksalhaft, sie sind in der Regel nicht gewollt, vielmehr sind sie in gewissem Umfang vermeidbar, indem sie dem gesellschaftlichen und politischen Gestaltungswillen unterliegen. In der gegenwärtigen ethischen Diskussion gilt die große Aufmerksamkeit den neuen Eingriffsmöglichkeiten der molekulargenetischen Medizin. Diese sind zweifellos ernst zu nehmen, aber sie betreffen in erster Linie relativ eng umschriebene Risikogruppen. Es bleibt zu hoffen, dass die vermeidbaren sozialen Ungleichheiten von Krankheit und frühem Tod, die umfangreiche Bevölkerungsgruppen betreffen, auch hierzulande zu Themen des ethischen Diskurses werden. Und es bleibt zu hoffen, dass Ergebnisse dieses Diskurses Eingang in die Gesundheits- und Sozialpolitik finden. Denn Gleichheit der Chancen, auch der Lebenschancen, ist nach wie vor ein Grundsatz unseres politischen und kulturellen Selbstverständnisses.

* * *