

Primärprävention, Früherkennung und Lebensstilintervention

Besonderheiten bei sozial Benachteiligten und Arbeitslosen

Klaus D. Plümer
ETC-Summerschool, Düsseldorf

Dass Lebensstilinterventionen nicht besonders wirksam sind mag daran illustriert werden, dass sich die Adipositas-Prävalenzraten laut WHO seit den 1980er Jahren mehr als verdoppelt haben [1]. Die Deutsche Herz-Kreislauf Präventionsstudie [2] und das weltweite betriebene MONICA-Projekt [3] der WHO haben diese Entwicklung offensichtlich nicht aufhalten können, ebenso wenig wie die all-jährlichen essenskonjunkturellen Diäten, die zwar ein gutes Geschäft zu sein scheinen, aber überwiegend nur den bekannten Jo-Jo-Effekt erzielen, der alle Anstrengungen schnell wieder zunichte macht. Kurzum: Die Faktoren, die das metabolische Syndrom stark beeinflussen sind komplexer und vielfältiger Natur als es die Fokussierung auf den Lebensstil der davon betroffenen Menschen erklären könnte [4]. Die weltweite Adipositas-Pandemie kann so gesehen auch als Indikator für das Scheitern möglicherweise falsch verstandener Präventionsstrategien betrachtet werden. International wird das metabolische Syndrom als Non-Communicable-Diseases (NCD) diskutiert. Betrachtet man die internationale Literatur, so kann heute als gesichertes Erkenntnis angenommen werden, dass den sozialen Determinanten von Gesundheit die größte Bedeutung zukommt [5]. Die Lebensstilfaktoren, die sogenannten „holy four“ (Ernährung, Bewegung, Tabak und Alkohol) schlagen nur mit etwa 35–40% zu Buche, und das Gesundheitssystem selbst hat mit 10–15% nur einen geringen Einfluss auf den Gesundheitsstatus der Bevölkerung. Dabei muss davon ausgegangen werden, dass der gesundheitsbezogene persönliche Lebensstil nicht ein rein kognitives, auf Wissen, Erfahrung und Kenntnissen beruhendes Verhalten ist, sondern in sehr starkem Maße eine abhängige Variable von der jeweiligen konkreten Lebenssituation und dem sozialen Umfeld darstellt.

Sofern es sich dabei um Menschen handelt, die mit schwierigen sozialen Lebenslagen konfrontiert sind, die sozial Benachteiligten, wissen wir heute, dass der soziale Gradient eine ganz

Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten und Arbeitslosen ist Schwerpunktthema im Nationalen Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit. Eine auf den Lebensstil dieser sozialen Gruppen abstellende gesundheitliche Prävention kommt an den sozialen Determinanten der Gesundheit nicht vorbei oder anders: Die soziale Lage spielt als gesundheitsgefährdendes Faktum eine entscheidende Rolle, der sich jede auf Verhaltensmodifikation abstellende Intervention zu stellen hat. Das dauerhafte Gefühl von Isoliertheit, Minderwertigkeit oder Nicht-Anerkennung, kann, wie der britische Epidemiologe Sir Michael Marmot empirisch nachgewiesen hat, zu Depressionen, Stress, Herzinfarkt oder Schlaganfall führen. Menschen unter Dauerstress haben „einen dauerhaft erhöhten Cortisolspiegel, und das ist gleichbedeutend mit einem höheren Risiko von Diabetes und Herzkrankungen.“ Dass Arbeitslosigkeit, insbesondere Langzeitarbeitslosigkeit, ein Gesundheitsrisiko ist, darüber kann es keinen Zweifel mehr geben. Aktuelle Mikrozensus-Daten bestätigen, dass der Krankenstand von Arbeitsuchenden doppelt so hoch ist wie der von Erwerbstätigen. Die normative Fokussierung auf die Gesundheit birgt die Gefahr sozialer Diskriminierung.

entscheidende gesundheitliche Determinante darstellt, der selbst allen gutgemeinten, auf Verhaltensmodifikation abstellenden, Lebensstilinterventionen gewissermaßen standhält. Neben Michael Marmot hat dies auch Andreas Mielck für Deutschland nachgewiesen [6].

Michael Marmot liefert dafür in seinem Buch »Status Syndrome« zahlreiche empirische Beispiele. Mit der Figur Patty (S. 69f.) illustriert er sehr anschaulich, worauf es ankommt: „If smoking, being overweight and lack of exercise are the causes of ill-health, then we have to look at the causes of the causes“ [7]. Wenn Rauchen, Übergewicht und mangelnde Bewegung Ursachen für schlechte Gesundheit sind, dann müssen wir nach den Gründen für die Ursachen suchen (frei übersetzt, KDP).

Dabei sollte die Fixierung auf einen ungesunden Lebensstil als Krankheitsursache aus guten Gründen vermieden werden wie jüngst im Scandinavian Journal of Public Health plädiert wurde. „The concept lifestyle disease gives a too narrow picture of causes death and should be abandoned and give place for a broader understanding of cau-



ses and preventive options.“ [8]. Das Konzept der Lebensstilerkrankungen (gelegentlich auch als Zivilisations- oder Wohlstandserkrankungen bezeichnet) gibt ein zu enges Bild von den Todesursachen, es sollte aufgegeben und einem breiteren Verständnis der Ursachen und Optionen für Prävention Platz machen (frei übersetzt, KDP).

Nach Dalgren & Whitehead können 4 „Einflussebenen der Gesundheit“ verändert werden [9]:

- Die Verhaltens- und Lebensweisen des Einzelnen.
- Die Unterstützung und Beeinflussung durch das soziale Umfeld des Einzelnen, das der Gesundheit förderlich oder hinderlich sein kann.
- Die Lebens- und Arbeitsbedingungen und der Zugang zu Einrichtungen und Diensten.
- Die ökonomischen, kulturellen und physischen Umweltbedingungen, wie z.B. der Lebensstandard oder der Arbeitsmarkt.

Erfolgversprechende Präventionsstrategien, die auch eine nachhaltige Wirkung anvisieren und erzielen möchten, zeichnen sich dadurch aus, dass möglichst alle 4 Einflussebenen in den Blick genommen und in einem Gesamtkonzept verankert werden [10]. Einen ersten ernstzunehmenden Versuch in diese Richtung machte die Deutsche Herz-Kreislauf Präventionsstudie mit ihrem gemeindezentrierten Ansatz. Dennoch waren die Erfolge doch eher bescheiden.

In der WHO-Broschüre „Die Fakten“, werden 10 „Soziale Determinanten von Gesundheit“ identifiziert und empirisch unterfüttert aufgeführt [11]:

1. soziales Gefälle
2. Stress
3. frühe Kindheit
4. soziale Ausgrenzung
5. Arbeit
6. Arbeitslosigkeit
7. soziale Unterstützung
8. Sucht
9. Lebensmittel und
10. Verkehr.

In dem kanadischen Band „Youth: Choices and Change. Promoting Healthy Behaviour in Adolescents“ werden 12 Faktoren und Bedingungen benannt, die einen starken Einfluss auf das gesunde Heranwachsen von Jugendlichen haben [12]:

1. Einkommen und sozialer Status
2. Netzwerke sozialer Unterstützung
3. Bildung – Lese- und Schreibfähigkeit
4. Beschäftigung und Arbeitsbedingungen
5. sozialräumliches Umfeld
6. Umwelt
7. persönliche Gesundheitspraxis und persönliches Stressmanagement
8. gesunde/ungesunde Entwicklung im frühen Kindesalter

9. biologische und genetische Disposition

10. Verfügbarkeit und Qualität der Gesundheitsversorgung

11. Geschlecht (Gender) und

12. der kulturelle Hintergrund.

In beiden Fällen kommt der gesundheitlichen Ungleichheit, dem sozialen Gradienten oder sozialem Gefälle, eine zentrale Rolle bei der realen Chancenverteilung und Chancengerechtigkeit in einer Gesellschaft zu. Nach Margarete Whitehead handelt es sich dabei um „Systematische und vermeidbare Unterschiede im Gesundheitszustand sozialer Gruppen: Menschen in schwierigen Lebenssituationen haben ein höheres Erkrankungs- und Invaliditätsrisiko und eine kürzere Lebenserwartung als nicht Benachteiligte [13].“

Die Spanne der Lebenserwartung und gesunden Lebenserwartung bei Geburt nach Einkommensklassen hat sich laut Sozio-ökonomischem Panel (SOEP) im Zeitraum 1995–2005 zwischen dem obersten und untersten Fünftel in Deutschland weiter vergrößert. Die Lebenserwartung bei Geburt beträgt geschlechterspezifisch nun bei den Männern 10,8 Jahre und bei den Frauen 8,4 Jahre; größer ist sie bei der gesunden Lebenserwartung bei Geburt, dort sind es 14,3 Jahre bei den Männern und 10,2 Jahre bei den Frauen.

Zu welchen dramatischen Unterschieden in der Lebenserwartung es selbst in städtischen Regionen kommen kann, hat Michael Marmot im Anschlussbericht der internationalen WHO-Kommission Soziale Determinanten von Gesundheit (CSDH Final Report 2008) belegt. So fand er große Spannen von 15–28 Jahren zwischen Stadtbezirken in New York (Harlem – Fifth Avenue), in Washington DC (black) und Washington Montgomery County (white) und in Glasgow (Calton) – Glasgow (Lenzie N). Sein deutliches Fazit: „The unequal distribution of health-demanding experiences is not in any sense a ‘natural’ phenomenon but is the result of a toxic combination of poor social policies and programmes, unfair economic arrangements, and bad politics“ [14].

Ein Resümee, das sehr dem Statement von Thomas Jefferson (1743–1826), dem dritten Präsidenten der Vereinigten Staaten von Amerika gleichkommt: „Sick people are the product of a sick political system“.

Wenn es um Lebensstilinterventionen geht, wird gerne auf Banduras Konzept der Kontrollüberzeugungen rekurriert und auf den Faktor Selbstwirksamkeit verwiesen, dabei aber meist unterschlagen, dass dieses Modell zur Verhaltensmodifikation Bedingungen voraussetzt, die nicht gleichermaßen jedem gegeben sind und deshalb als mittelschichtorientiert qualifiziert werden können. Denn Banduras Konzept setzt ein gewisses Maß an Unabhängigkeit und Handlungsauto-

nomie voraus, das z.B. bei Menschen in besonderen Lebenslagen nicht immer gegeben ist, sodass die Ressource Selbstwirksamkeit sich entfalten könnte. Und hier schlägt dann wieder der soziale Gradient voll durch: „Autonomy – how much control you have over your life – and the opportunities you have for full social engagement and participation are crucial for health, well-being and longevity. It is inequality in these that plays a big part in producing the social gradient in health“ [7].

Bei der sozialen Chancenzuweisung ist Bildung ein zentrales Merkmal. So zeigt sich z.B., dass in Deutschland insbesondere das dreigliedrige Schulsystem stark zur Chancenselektion beiträgt. Von hundert „Arbeiterkindern“ (soziale Herkunftsgruppe niedrig) kommen 36 in die gymnasiale Oberstufe und ganze 11 fangen an zu studieren. Von hundert Kindern aus einem „gut situierten Elternhaus“ (soziale Herkunftsgruppe hoch) kommen 85 in die gymnasiale Oberstufe und 81 beginnen ein Studium [15].

Soziale Ausgrenzung trifft also vermehrt die ohnehin schon benachteiligten Bevölkerungsgruppen [16]. Kinder mit Migrationshintergrund werden beim Übergang in die weiterführenden Schulen fast automatisch abgestuft und vertikale Ungleichheiten bestehen hartnäckig fort [17]. Auswirkungen die dem deutschen Schulsystem durch PISA und internationale Studien mehrfach bescheinigt worden sind.

Die gesundheitliche Chancengleichheit ist unter dem Aspekt sozialer Benachteiligung vor allem eine Frage der Balance von Good Governance, dem Austarieren von gesellschaftlichen Ressourcen, um ein hohes Maß an sozialer Kohäsion zu gewährleisten und das vorhandene soziale und kulturelle Kapital zur Entfaltung zu bringen. Unter diesen Bedingungen kann dann vermutlich auch Banduras Konzept der Selbstwirksamkeit dort greifen, wo es derzeit wegen der sozialen Schieflage kaum eine Chance ha-

ben dürfte. Da hilft auch die aktuell stark favorisierte Theorie des geplanten Verhaltens (Theory of Planned Behaviour) nicht wirklich weiter. Stattdessen dürfte Gesundheit zunehmend selbst zum Diskriminierungsfaktor werden. So der Arbeits- und Umweltmediziner Dennis Nowak von der Ludwig-Maximilians-Universität München mit seinem Statement „Übergewicht und Rauchen sind zum sichtbaren Makel sozialer Diskriminierung geworden.“ [18]. Dass es sozial Schwächeren an Handlungsspielräumen mangle, mache sie krank. Aus den Genen lässt sich das nicht herauslesen.

Er entlarvte das Motto „Fordern und Fördern“ als repressive Floskel: Gesundheit fördern hieße doch, dass man sich als gut situiertes Akademieschüler überlegen kann, ob man drei- oder viermal am Tag Salat isst und 45 statt 30 Minuten Sport treibt. „Fordern hingegen bedeutet, unwillige Gesunde und unfähige Kranke mit Sanktionen zu belegen“, so Nowak. Er zeigte damit die „Crux von Eigen- und Fremdverantwortung“ auf, die mit dazu beiträgt, dass viele Präventionsbemühungen nicht zu den gewünschten Ergebnissen führen. Wissen erzeuge nun mal keine Verhaltensänderung.

Letztlich wird es darum gehen, ob es gelingt eine „Fair Society“ zu schaffen, die ein gesundes Leben für alle Menschen unabhängig von ihrem Sozialstatus ermöglicht [19]. Dabei wird es darauf ankommen, die 3 zentralen Dimensionen gesundheitsfördernder Interventionsmaßnahmen, die sozialen Determinanten der Gesundheit, die Einstellungen und das Verhalten der Menschen in einem konzeptionellen Handlungsrahmen (Präventionsstrategie) zu vereinen, um gesundheitliche Ungleichheiten reduzieren zu können und Gesundheit und Wohlbefinden für alle nachhaltig zu verbessern.

Korrespondenz

Klaus D. Plümer
ETC-PHHP Koordinator,
Düsseldorf
Bachstraße 9
40223 Düsseldorf
E-Mail: kpluemer@email.de
www.etc-summerschool.eu

Autorenerklärung

Der Autor erklärt, dass für diesen Artikel keine Interessenkonflikte bestehen.

Primary Prevention, Early Detection and Life-Style Interventions – Special Aspects for the Socially Deprived and Unemployed

Health promotion programs for the socially deprived and unemployed are major topics for the National Cooperation Group Equality in Health Care. A health-care prevention program involving the life-style of these social groups inevitably includes the social determinants of health. In other words - the social status plays a decisive role as a health-endangering factor and any intervention based on changes of behavior must take this into account. The permanent feelings of isolation, inferiority or lack of recognition, lead - as the British epidemiologist Sir Michael Marmot has demonstrated empirically - lead to depression, stress, heart attack or stroke. People under continuous stress have „a permanently elevated cortisone level and this is synonymous with a higher risk for diabetes and cardiac diseases.“ That unemployment, especially the long-term unemployment, is a risk to health is today undisputed. Current micro-census data confirm the incidence of illness among those seeking employment is twice as high as that of employed people. The normative focus on health carries the risk of social discrimination.

Key words

health promotion, life-style interventions, socially deprived persons, social determinants of health

Michael Marmot hat folgerichtig jüngst die Jugendarbeitslosigkeit zu einem Notfall für die öffentliche Gesundheit erklärt [20].

Der 2003 gegründete Nationale Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit ist mit seinem aktuell gestarteten Partnerschaftsprozess „Gesund Aufwachsen für ALLE“ dabei, die vorliegenden Erkenntnisse der empirischen Forschung in konkrete Präventionsstrategien auch hierzulande umzusetzen.

Literatur

- 1 Krech R. Social determinants of health: practical solutions to deal with a well-recognized issue. Bull World Health Organ 2011; 89: 703
- 2 Helmert U, Maschewsky-Schneider U, Mielck A, Greiser E. Soziale Ungleichheit bei Herzinfarkt und Schlaganfall in West-Deutschland. Sozial- und Präventivmedizin 1993; 38: 123–132
- 3 Molarius A, Seidell JC, Sans S, Tuomilehto J, Kuusasmaa K, for the WHO MONICA Project (2000): Educational level, relative body weight, and changes in their association over 10 years: an international perspective from the WHO MONICA Project. Am J Public Health 2000; 90: 1260–1268
- 4 Blech J. Der Körper antwortet mit Krankheiten auf soziale Not. Arme sterben früher. DIE ZEIT, 17. Oktober 1997, www.zeit.de/1997/43/armut.txt.19971017.xml
- 5 WHO International. Closing the Gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health, Commission on Social Determinants of HealthCSDH Final Report, Executive Summary, Geneva 2008
- 6 Mielck A. Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Einführung in die aktuelle Diskussion. Huber-Verlag; Bern 2005
- 7 Marmot M. Status Syndrom – How Your Social Standing Directly Affects Your Health, Bloomsbury Publishing; 1. Aufl. (15. August 2005)
- 8 Vallgård S. Why the concept 'lifestyle diseases' should be avoided. Scand J Public Health 2011; 39: 773–775
- 9 Social Model of Health – Dahlgren & Whitehead 1991, www.nwci.ie/download/pdf/determinants_health_diagram.pdf
- 10 Naidoo J, Wills J. Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Hrsg: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA); Köln, erweiterte Neuauflage 2010
- 11 WHO EURO. Soziale Determinanten von Gesundheit. Die Fakten, Richard Wilkinson und Michael Marmot. Zweite Ausgabe, 2004, www.euro.who.int/de/what-we-publish/abstracts/social-determinants-of-health.-the-solid-facts
- 12 Health Canada 2003, Frankish et al. 1996. The Youth: Choices and Change. Promoting Healthy Behaviour in Adolescents, ebenfalls, The Youth: Choices and Change Model for Designing Effective Interventions for Adolescents', www.paho.org/English/DD/PUB/Youth-ENG.pdf
- 13 BZgA 2003. „Closing the Gap“: Gesundheitliche Ungleichheiten in Europa reduzieren, www.bzga.de/bot_Seite2139.html, Broschüre „www.healthinequalities.eu – Closing the Gap“
- 14 WHO International. Closing the Gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health, Commission on Social Determinants of HealthCSDH Final Report, Geneva 2008
- 15 HIS 2004, von Antje Richter, afs, Hannover 2008
- 16 Böhnke 2005
- 17 Gomolla 2003
- 18 SZ vom 21.02.2009. Krankmacher – Die vergebliche Suche nach der Gesundheit, von Werner Bartens
- 19 Fair Society, Healthy Lives – Strategic Review of Health Inequalities in England Post-2010, The Marmot Review, published by The Marmot Review, February 2010, www.ucl.ac.uk/marmotreview
- 20 Scale of youth unemployment is a public health emergency, Marmot says. BMJ 2011; 343: d7608, (Published 23 November 2011); @eqpaho PAHO/WHO Equity-Tweet vom 5. Dezember 2011