

# Sage mir wo du wohnst und ich sage dir wann du stirbst

Mag. Martin Schenk

## 1. 1. Lebenserwartung

Sag mir wo du wohnst und ich sag dir, wann du stirbst. Dreieinhalb Kilometer Luftlinie oder vier Stationen mit der U-Bahn trennen den 15. und den ersten Bezirk, Die Patienten der beiden Bezirke trennt vor allen Dingen eines: viereinhalb Jahre Lebenserwartung.

Abb1: Sterberisiko bei Hitze nach Wohnkosten (Immobilienpreise)

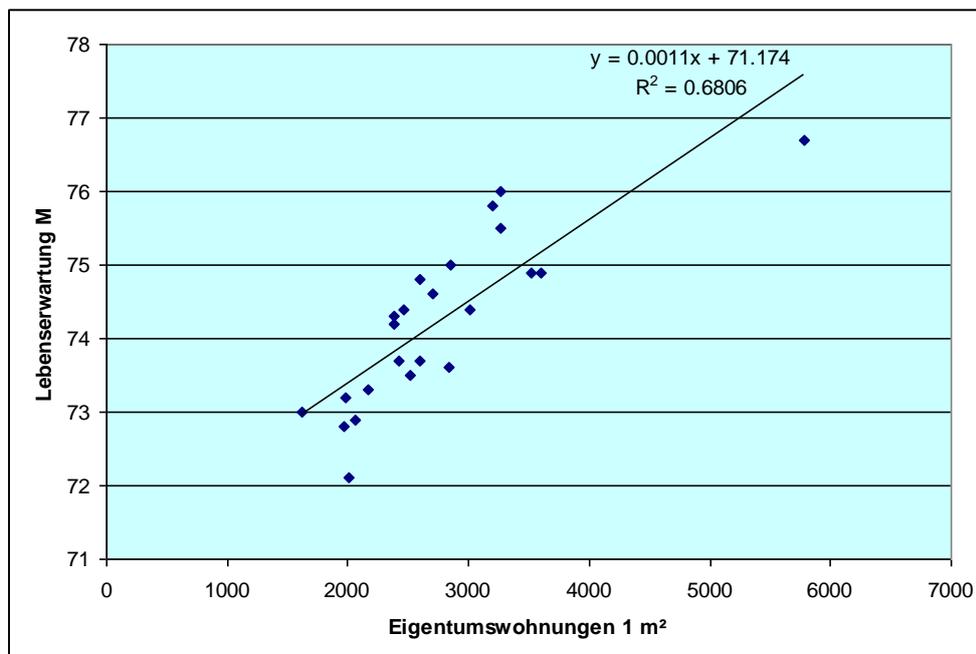


Abb.: Durchschnittliche Lebenserwartung der Männer und durchschnittliche Immobilienpreise (Eigentumswohnungen pro m<sup>2</sup>) in den 23 Wiener Bezirken: der Unterschied in der mittleren Lebenserwartung zwischen „billigstem“ und „teuerstem“ Bezirk beträgt fast 4 Jahre.

Niedrige Immobilienpreise im Durchschnitt Wiener Bezirke (als Maß für den relativen Wohlstand des Bezirks) hängen eng mit der durchschnittlichen Lebenserwartung zusammen. Im Zuge von StartClim<sup>i</sup> konnte unter anderem gezeigt werden, dass das gesteigerte Sterberisiko während Hitzeepisoden gerade in jenen ärmeren oder billigeren Bezirken am

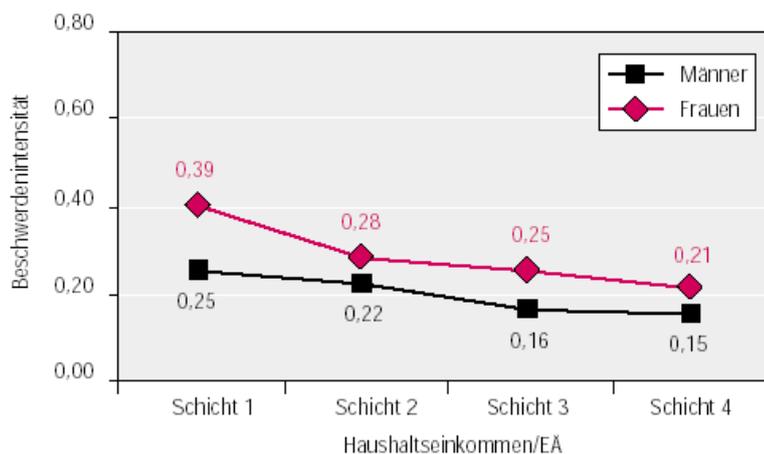
stärksten erhöht ist: Menschen in diesem Bezirken haben nicht nur von vorne herein eine kürzere Lebenserwartung sondern sie leiden auch überproportional an den schädlichen Einflüssen von Umweltbelastungen.

## 1.2. Krankheit - Gesundheit, Beschwerden - Wohlbefinden

Die Bevölkerung unter der Armutsgrenze weist einen dreimal schlechteren Gesundheitszustand auf (11%) als hohe Einkommen (4 %). Und ist doppelt so oft krank wie mittlere Einkommen (7%) (vgl. Statistik Austria, 2007). Diese Ergebnisse aus den EU-SILC Erhebungen über Einkommen und Lebensbedingungen (Statistik Austria, 2007) werden durch die Gesundheitsbefragung der Statistik Austria (2008c) bestätigt.

Das Bild ist überall das gleiche: Mit sinkendem sozialem Status steigen die Krankheiten an, die untersten sozialen Schichten weisen die schwersten Krankheiten auf und sind gleichzeitig mit der geringsten Lebenserwartung ausgestattet. Es lässt sich eine soziale Stufenleiter nachweisen, ein sozialer Gradient, der mit jeder vorrückenden Einkommensstufe die Gesundheit und das Sterbedatum anhebt.

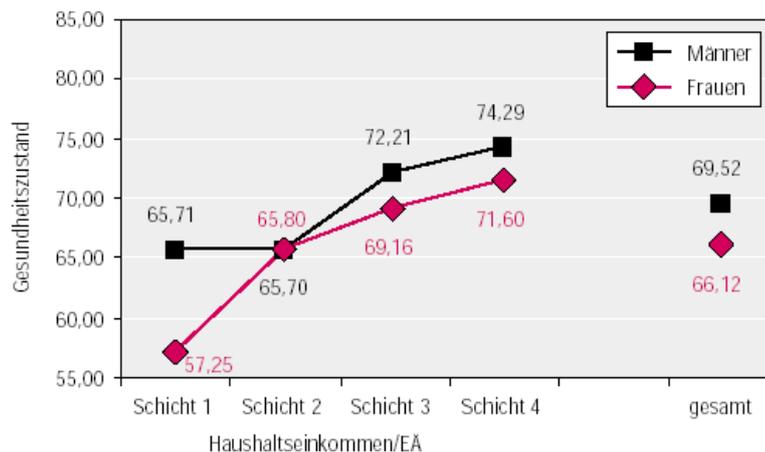
Abb 2 : Beschwerdenintensität nach Haushaltseinkommen und Geschlecht (Freidl et al.)



Steigen die Haushaltseinkommen, fällt die Beschwerdenzahl (Freidl et al., 2001, S. 190). Frauen sind stärker betroffen. Die häufigsten Beschwerden sind bei Männern und Frauen Schmerzen des Bewegungsapparates, bei Frauen häufiger Müdigkeit, Kopfschmerzen und Schlafstörungen. Die meisten Beschwerden treffen die unteren Einkommensgruppen zwei bis dreimal häufiger als die oberen.

Der größte Unterschied zwischen den Einkommensgruppen findet sich bei Beschwerden mit psychosomatischem Anteil, bei Depressionen und depressiven Verstimmungen, Kopfschmerzen, Angst, Nervosität, Müdigkeit und Kraftlosigkeit. Einen etwas kleineren Unterschied zeigen Gelenkschmerzen, Magen-Darm- und Verdauungsbeschwerden, Atemschwierigkeiten, Konzentrationsstörungen und bei den Frauen Schlafstörungen.<sup>ii</sup> Besonders ausgeprägt sind die gesundheitlichen Ungleichheiten bei Erkrankungen des Bewegungsapparates, des Stoffwechsels und des Herz-Kreislaufsystems.

**Abb 3 : Subjektiver Gesundheitszustand nach Haushaltseinkommen und Geschlecht**  
(Freidl, Stronegger & Neuhold)



Auffallend ist hier der Sprung zwischen der untersten Schicht 1 und Schicht 3, während Schicht 3 und 4 nur geringer auseinander liegen. Es dürfte sich ab einem gewissen Einkommenslevel der subjektive Gesundheitszustand nur mehr geringfügig verbessern, darunter sich aber jeder Einkommenszuwachs besonders stark auswirken.

## **Arme Kinder von heute sind die chronisch Kranken von morgen**

Bei Kindern von Erwerbslosen und SozialhilfeempfängerInnen treten überproportional asthmatische Erscheinungen und Kopfschmerzen auf. Die Atemwegserkrankungen rühren oft von feuchten Wohnungen her. Teilt man die Gesellschaft in drei soziale Schichten, zeigt sich bei Kindern in der unteren Schicht ein mehr an Kopfschmerzen, Nervosität, Schlafstörungen und Einsamkeit.<sup>iii</sup> Wo Sicherheit fehlt, wird die kritische Phase des Einschlafens doppelt schwierig. Und der stressige Alltag unter finanziellem Dauerdruck erreicht auch die Kinder und zwingt sie, sich den Kopf zu „zerbrechen“.

Weiters gibt es einen sozialen Gradienten der Körpergröße. Das heißt: Je höher die soziale Position einer Gruppe ist, desto größer ist ihre durchschnittliche Körpergröße. Bei einer Stichprobe in der Steiermark konnte der Gesundheitswissenschaftler Willibald-Julius Stronegger dieses Größengefälle mit abnehmender Bildung bestätigen.<sup>iv</sup>

Die Unterschiede liegen in den sozialen Benachteiligungen der Kindheit begründet. Diese Kinder tragen die soziale Benachteiligung als gesundheitliche Benachteiligung ein Leben lang mit. Sie sind auch als Erwachsene deutlich kränker als der Rest der Bevölkerung. Arme Kinder von heute sind die chronisch Kranken von morgen.

## **2. Soziale Disqualifikation: Isolation, Ohnmacht, Beschämung**

### **Angst vor Abstieg und blockierter Aufstieg**

Wenn wir davon ausgehen, dass nicht nur Krankheit in die Armut führen kann, sondern auch Armut in die Krankheit – wofür es eine lange Reihe empirischer Evidenz gibt - dann muss es sich für die Gesundheitsförderung lohnen, die sozialen Felder in den Blick zu bekommen, in denen prekäre Lebenslagen und Prozesse sozialer Disqualifikation zu finden sind.

Ein Leben auf dem Drahtseil ist fast unmöglich in Balance zu halten. Armut bedeutet einen drückenden Drahtseilakt tagtäglich zwischen „es gerade noch schaffen“ und Absturz. Die Betroffenen sind bunter als der schnelle Blick glauben macht. Der Dauerpraktikant mit Uni-Abschluss und der Schulabbrecher, die Alleinerzieherin und die Langzeitarbeitslose, der Mann mit Depression und der Überschuldete, das Mädchen in der Leiharbeitsfirma wie der Sohn als Ich-AG. Kürzlich in der Beratungsstelle: ein junge Frau mit zwei Kindern, deren

prekäres Einkommen so gering ist, dass sie entscheiden muss: zahle ich die Krankenversicherung oder die Miete oder die Hefte zum Schulanfang für die Kinder?

### **Herzschmerz**

Harlem, New Yorks Stadtteil mit der größten Armut, weist Sterberaten auf, die so hoch sind wie jene von Bangladesch. Der Hauptgrund ist nicht die Gewalt, es sind auch nicht die Drogen, sondern Herzerkrankungen. Sprung nach London: 17 000 Beschäftigte in Ministerien werden auf Unterschiede in der Sterberate bei Herzerkrankungen untersucht. Die niederen Dienstränge hatten eine bis zu viermal höhere Sterberate bei Herzerkrankungen als die oberen Dienstränge. Nimmt man ihnen Blut ab, finden sich in den unteren Rängen weit höhere Werte des Stresshormons Kortisol als bei den Top-Diensträngen.

An sich ist Stress nichts schlechtes, er gehört sogar zum täglichen Leben. Stress ist nichts weiter als der Versuch des Körpers, sich in anstrengenden Zeiten an die Situation anzupassen. Wenn aber Entspannung über einen längeren Zeitraum hinweg ausbleibt, wird es gesundheitlich belastend. Die Überbeanspruchung der eigenen Ressourcen macht Menschen verletzlich, schwächt die Widerstandsfähigkeit, macht anfälliger für Krankheiten. So schwinden sowohl die persönlichen Ressourcen als auch die sozialen. Die Vulnerabilität ist höher. Chronischer Stress entwickelt sich schleichend, ohne erkennbaren Anfang, als dauerhafte Belastung mit einem typischerweise längeren Zeitverlauf. Teil von chronischem Stress sind belastende „non-events“<sup>cv</sup>; Geschehnisse, die man erwartet, die aber nicht eintreten, wie etwa erhoffte Entlastung oder zugesagter Job oder finanzieller Zuspruch.

Dauerhafter Stress kann zu hohem Blutdruck, Gefäßerkrankungen, Infarktisiko und generell zu einer Schwächung des Immunsystems führen. Die so genannte Managerkrankheit mit Bluthochdruck und Infarktisiko tritt bei Armutsbetroffenen dreimal so häufig auf wie bei den Managern selbst. Aber nicht weil die Manager weniger Stress haben – sondern weil sie die Freiheit haben, den Stress zu unterbrechen: mit einem schönen Abendessen oder einem Flug nach Paris. Sie können sich Erholung gönnen, was die anderen nicht können. Den Unterschied macht die Wahlfreiheit.

### **Beschämung**

Ökonomische Benachteiligung führt zu erhöhtem emotionalem Stressaufkommen, konnte Kurt Salentin in seiner Studie „Armut, Scham und Stressbewältigung“<sup>vi</sup> nachweisen. Scham

kommt bei der Verarbeitung ökonomischer Probleme eine zentrale Bedeutung zu. Die Furcht vor Bloßstellung und vor dem Verlust des Ansehens wiegt vielfach schwerer als rationale Überlegungen und blockiert die für viele Lösungsstrategien notwendige Mobilisierung sozialer Unterstützung. „Die sozialpsychologischen Folgeeffekte der Knappheit üben dieselben massiven emotionalen Wirkungen aus wie die Knappheit selbst“, so Salentin.

Die Betroffenen fürchten, ihr Gesicht zu verlieren, und wissen ihr Ansehen bedroht.

Beschämung hält Menschen klein und rechtfertigt die Bloßstellung und Demütigung als von den Beschämten selbst verschuldet. Das ist das Tückische daran. Soziale Scham fordert dazu auf, eine Erklärung für den Sinn der Verletzung zu finden, die man zuvor erfahren hat.

„Damit der Akt der Beschämung seinen Zweck erreicht, muss für den beschämenden Mangel die Verantwortlichkeit auf die beschämte Person selbst übertragen werden“, erläutert dazu Soziologe Sighard Neckel.<sup>vii</sup> Beschämung beruhe ja auch darauf, den anderen zum Objekt der eigenen Freiheit zu machen, der damit im gleichen Maße Freiheit und Autonomie verliert.

Beschämung ist eine „soziale Waffe“ (Neckel). Beschämung ist entsolidarisierend und spaltet die Betroffenen. Sie wendet den Kampf gegen die Armut zu einem Kampf gegen die Armen.

Kein Geld zu haben, macht ja nicht krank. Sondern die Alltagssituationen, die mit dem sozialen Status und mit allen damit einhergehenden Prozessen verbunden sind. Die Bedrohung des eigenen Ansehens, Demütigung, Stigmatisierung, die Verweigerung von Anerkennung, soziale Disqualifikation – all das ist mit verstelltem Aufstieg oder erzwungenem Abstieg verquickt. Höhere Ungleichheit heißt auch weniger Aufstiegschancen nach oben. Und auch höheres Risiko des Absturzes nach ganz unten.

In Gesellschaften mit hoher sozialer Ungleichheit entsteht ein hoher Stress die potentiellen und realen Demütigungen und Kränkungen adäquat zu verarbeiten. Prozesse der sozialen Disqualifikation sind soziale Belastungssituationen. Reale Abstiegserfahrungen, aber genauso die permanente Angst vor dem möglichen sozialen Abstieg, konstituieren ein anderes Selbstverständnis gegenüber sich selbst wie auch gegenüber den anderen. „Meine Kinder sollen es einmal besser haben“ sagten die Eltern, jetzt sagen sie „meine Kinder sollen es nicht schlechter haben“. Ähnlich verhält es sich mit der Erfahrung blockierten Aufstiegs, also der Frustration trotz Leistung und Engagement keine adäquaten Lohn bzw. sozialen Aufstieg zu schaffen. Die soziale Schere geht unter die Haut. Und sie schneidet ins Herz.

### **3. Lebensmittel: Die Stärk(ung)en der Schwachen**

Lebensmittel sind etwas zum Essen. Es gibt aber auch Lebensmittel, die wir nicht essen können und trotzdem zum Leben brauchen. Besonders Menschen, die es schwer haben, sind darauf angewiesen. Die Resilienzforschung, die sich damit beschäftigt, was Menschen „widerstandsfähig“ macht, gerade in schwierigen und belastenden Situationen, hat eine Reihe von solch stärkenden Faktoren gefunden.

Es sind vor allem drei „Lebens-Mittel“<sup>viii</sup>, die stärken: Erstens ist da Freundschaft. Soziale Netze, tragfähige Beziehungen stärken. Das Gegenteil schwächt: Einsamkeit und Isolation. Viele Armutsbetroffene leben wesentlich öfter allein, haben seltener Kontakte außerhalb des Haushaltes und können deutlich weniger auf ein tragfähiges Unterstützungsnetzwerk zurückgreifen.

Das zweite Lebensmittel ist Selbstwirksamkeit. Das meint, dass ich das Steuerrad für mein eigenes Leben in Händen halte. Das Gegenteil davon ist Ohnmacht: das schwächt. Kann man selber noch irgendetwas bewirken, ergibt Handeln überhaupt einen Sinn? Die Erfahrung schwindender Selbstwirksamkeit des eigenen Tuns macht krank. Das sind angesammelte Entmutigungserfahrungen. Ein intaktes „Kohärenz-Gefühl“ (Antonovsky 1997)<sup>ix</sup> ist eine wichtige Gesundheits-Ressource: Eine „globale Orientierung, die das Ausmaß ausdrückt, in dem jemand ein...Gefühl des Vertrauens hat, dass...die Anforderungen...im Lauf des Lebens...vorhersagbar und erklärbar sind, ...und dass diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Investition und Engagement verdienen.“ (Antonovsky 1997, S.36). Teilhabechancen und Handlungsspielräume zu erhöhen, hat mit dem Gefühl der Bewältigbarkeit einer Lebenssituation, dem „sense of manageability“, zu tun, - und stärkt die Widerstandskräfte. So geht es in der Bekämpfung von Ausgrenzung immer um die Erhöhung der „Verwirklichungschancen“ Benachteiligter, wie es der Wirtschaftsnobelpreisträger und Ökonom Amartya Sen (2000) formuliert. Das trifft mit der salutogenetischen Perspektive des Kohärenzgefühls zusammen, „personale und soziale Ressourcen wahrzunehmen, um interne und externe Anforderungen bewältigen zu können.“ (Antonovsky 1997, S.35).

Das dritte Lebensmittel ist Anerkennung. Anerkennung und Respekt stärken. Das Gegenteil ist Beschämung. Das wirkt wie Gift. Armutsbetroffene erleben das tagtäglich. Sie strengen sich voll an, und kriegen nichts heraus. Der belastende Alltag am finanziellen Limit bringt keine „Belohnungen“ wie besseres Einkommen, Anerkennung, Unterstützung oder sozialen

Aufstieg. Eher im Gegenteil, der aktuelle Status droht stets verlustig zu gehen. Dieser schlechte Stress, der in einer solchen „Gratifikationskrise“ (Siegrist 2008)<sup>x</sup> entsteht, wirkt besonders bei Menschen in unteren Rängen, die nichts verdienen und nichts zu reden haben. Wer sozial Benachteiligte zu Sündenböcken erklärt, wer Leute am Sozialamt bloß stellt, wer Zwangsinstrumente gegen Arbeitssuchende einsetzt, wer mit erobernder Fürsorge Hilfesuchende entmündigt, der vergiftet diese „Lebensmittel“. Armutsbetroffene müssen viel zu oft Situationen der Einsamkeit, der Ohnmacht und der Beschämung erleben. Wer aus der Armut helfen will, muss Menschen stärken. Mit den drei Lebensmitteln, die man nicht essen kann: mit Freundschaften, Selbstwirksamkeit und Anerkennung. In „The Hidden injuries of class“ beschreibt Richard Sennet (1972) die ungleiche Verteilung sozialer Anerkennung. Anerkennung müsste eigentlich unbegrenzt vorhanden sein. Ist sie aber nicht, Sie wird wie Geld zu einem knappen Gut, das sich nach dem sozialen Status und der sozialen Hierarchie in einer Gesellschaft verteilt. Es sind nicht nur die Belastungen sozial ungleich verteilt, sondern auch die Ressourcen, sie zu bewältigen.

#### **4. Die soziale Schere schadet (fast) allen**

Wer sozialer Polarisierung mit all ihren negativen Folgen für die ganze Gesellschaft gegensteuern will, muss nicht nur für die Stabilisierung des Finanz- und Bankensektors eintreten, sondern auch für die Stabilisierung des sozialen Ausgleichs. Noch mehr soziale Ungleichheit heißt noch mehr Krankheiten und noch geringere Lebenserwartung, mehr Teenager-Schwangerschaften, mehr Status-Stress, weniger Vertrauen, mehr Schulabbrecher, vollere Gefängnisse, mehr Gewalt und mehr soziale Ghettos. Mehr soziale Probleme verursachen auch volkswirtschaftliche Kosten. Eine höhere Schulabbrecher-Quote beispielsweise bringt (für Österreich) durch steigende Sozialausgaben, höhere Gesundheitskosten und entgangene Steuereinnahmen Kosten von 3 Milliarden Euro bei 10.000 Drop-Outs.

Das Interessante: Eine sozial polarisierte Gesellschaft bringt Nachteile nicht nur für die Ärmsten, sondern auch für die Mitte. Es stehen nicht nur die unterprivilegierten Mitglieder schlechter da, sondern auch die Wohlhabenderen. Die soziale Schere schadet und zwar fast

allen. Dazu gibt es eine erdrückende Beweislast an Studien, aktuell vom renommierten Gesundheitswissenschaftler Richard Wilkinson (2009)<sup>xi</sup>, Professor an der Universität von Nottingham und des University College London. Im internationalen Vergleich von Marktwirtschaften schneiden die skandinavische Länder sehr gut ab, Großbritannien, Portugal und USA sind abgeschlagen am Schluss, Deutschland, Österreich ist vorne dabei aber nicht top.

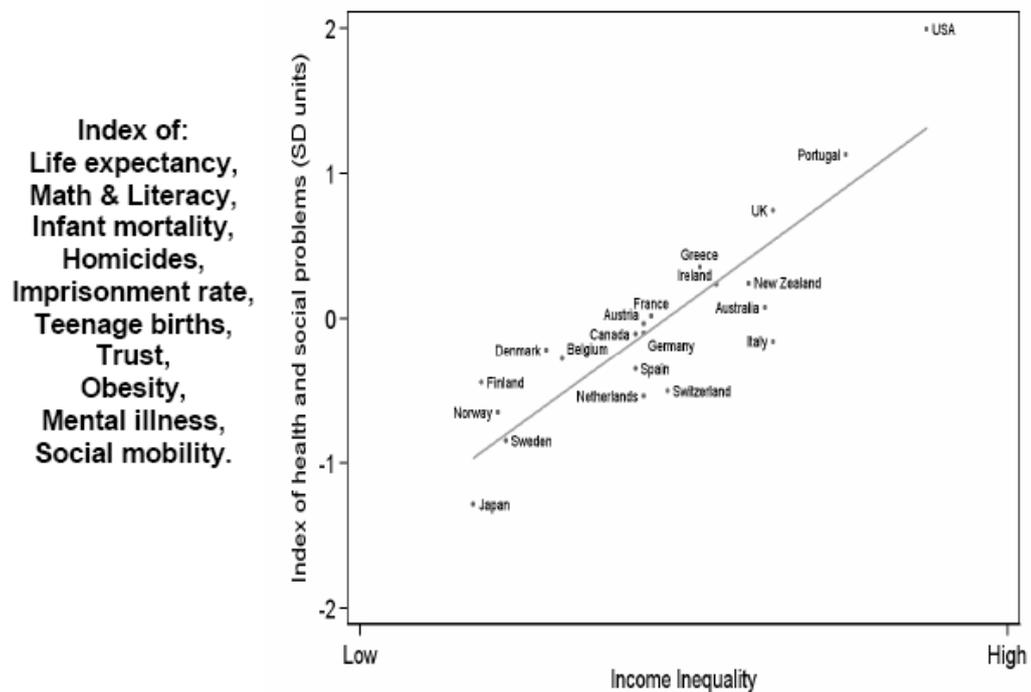
Gesellschaften mit größeren Ungleichheiten in Einkommen, Arbeit und Wohnen weisen einen schlechteren gesundheitlichen Gesamtzustand auf als solche mit ausgewogener Verteilung von Einkommen und Lebenschancen. Sobald ein bestimmter Grad an Wohlstand erreicht ist, dürfte die relative Höhe des Einkommens ausschlaggebend für die gesundheitliche Situation sein. In den ärmeren Teilen der Erde ist mit höherer Wirtschaftsleistung pro Kopf eine höhere Lebenserwartung verbunden. In den reichen Ländern ist ein derartiger Zusammenhang nicht mehr nachweisbar. Es konnte aber ein erstaunlich hoher Zusammenhang zwischen Lebenserwartung und dem Anteil am Volkseinkommen, den die ärmeren Haushalte beziehen, nachgewiesen werden. Die Ausgewogenheit von Einkommensverhältnissen und Statusunterschieden wurde als jener Faktor identifiziert, der am stärksten die höhere Erkrankung Ärmere erklärt. Der Anstieg der Lebenserwartung in einem Zeitraum fiel umso größer aus, je größer der relative Zuwachs an Einkommen der ärmeren Haushalte war. Nicht wie reich wir insgesamt sind, ist hier die Frage, sondern wie stark die Unterschiede zwischen uns sind.

### **Vom Geschmack des Vertrauens**

Gesellschaften mit größerer Ungleichheit unterscheiden sich von denen mit weniger Ungleichheit auch in anderen Aspekten. Das Vertrauensniveau fällt geringer aus, Menschen sind weniger dazu bereit, anderen zu vertrauen. Und es gibt weniger Beteiligung an der Gemeinschaft. „Es liegt etwas im Argen mit den sozialen Beziehungen in sozial polarisierten Gesellschaften.“, formulierte Wilkinson in seinem Vortrag auf der Armutskonferenz<sup>xii</sup>. Lerne ich den Geschmack vom zukünftigen Leben als Konkurrenz, Misstrauen, Verlassensein, Gewalt? Oder habe ich die Erfahrung qualitätsvoller Beziehungen, Vertrauen und Empathie gemacht? Werde ich schlecht gemacht und beschämt oder geschätzt und erfahre Anerkennung? Ist mein Leben von großer Unsicherheit, Angst und Stress geprägt, oder von Vertrauen und Planbarkeit?

Je ungleicher Gesellschaften sind, desto defizitärer sind die psychosozialen Ressourcen (vgl. Rosenbrock 2001)<sup>xiii</sup>. Es gibt weniger Inklusion, das heißt häufiger das Gefühl ausgeschlossen zu sein. Es gibt weniger Partizipation, also häufiger das Gefühl, nicht eingreifen zu können. Es gibt weniger Reziprozität, also häufiger das Gefühl, sich nicht auf Gegenseitigkeit verlassen zu können.

Abb 4: Gesundheitliche und soziale Probleme in Relation zur Einkommensungleichheit:



Quelle: Wilkinson RG, Pickett KE. 2009 forthcoming

### Abb 5: Vertrauen in Relation zur Einkommensungleichheit

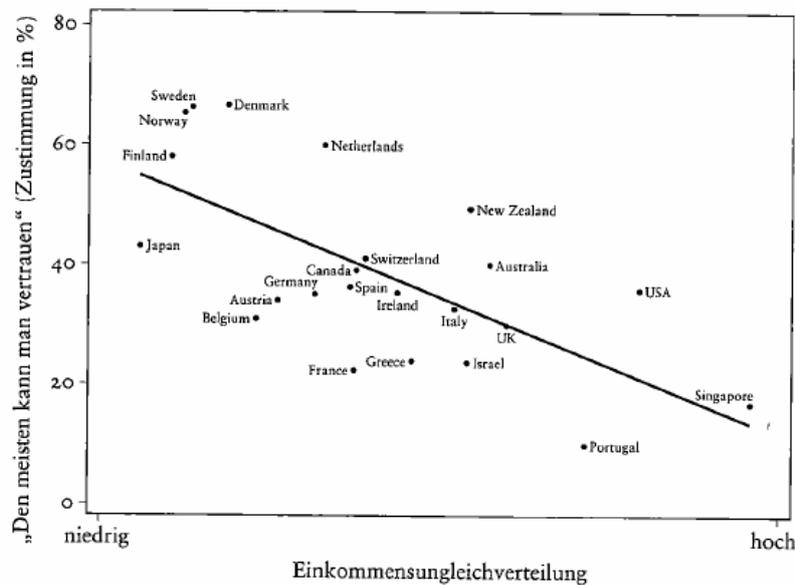
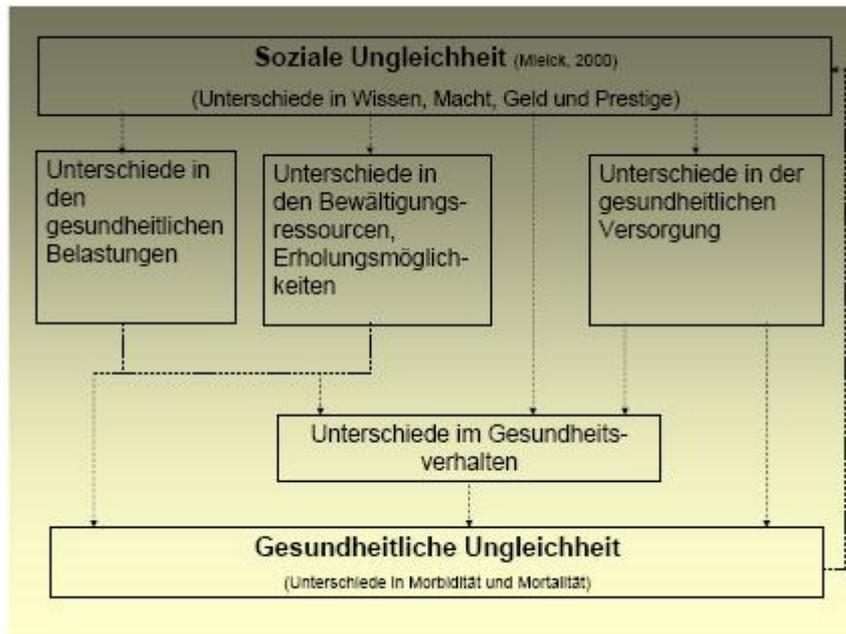


Abb. 4.1 In Ländern mit mehr Gleichheit sind auch mehr Menschen bereit, ihren Mitbürgern zu vertrauen.

## 5. Verhaltensversessen – Verhältnisvergessen (Erklärungen)

Die Unterschiede in den gesundheitlichen Belastungen wie auch die Unterschiede in den Bewältigungsressourcen zwischen Bevölkerungsgruppen unterschiedlichem sozialen Status wiegen schwerer als die Unterschiede in der gesundheitlichen Versorgung – und sind mit den Unterschieden im Gesundheits/Krankheitsverhalten tief verwoben. Gesundheitsförderung ohne soziales Feld ist genauso blind wie sozialer Ausgleich ohne den Blick auf das Handeln von Personen.

Abb 6: Zusammenhänge zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit:



(Mielck 2000, S. 173)

Wie verwoben Belastungen, Ressourcen und Gesundheitsverhalten sind, zeigt Grafik 4. Sie weist auch auf den dominanten Weg von den Unterschieden in Wissen, Macht, Geld und Prestige zu den Unterschieden in Morbidität und Mortalität.

### **Umweltbelastungen**

Auch die Umweltbelastungen sind nicht gleich verteilt. Einkommensschwächere leben an den Hauptstraßen des motorisierten Verkehrs mit mehr Lärm und mehr Schadstoffbelastung.

Armutsbetroffene leben überproportional an den Ausfallrouten des Schwerverkehrs. Was auf Dauer messbare Unterschiede in der gesundheitlichen Verfassung der betroffenen Bewohner bewirkt. Feuchtigkeit und Schimmel gehören bei immerhin einem Zehntel der Bevölkerung in Österreich zum Wohnungsalltag und genauso viele klagen über Luftverschmutzung in ihrer Wohnumgebung.<sup>xiv</sup> Wer Geld hat, zieht weg. Hier stellen sich Fragen der

Umweltgerechtigkeit, also wie sind Umweltbelastungen in der Bevölkerung verteilt. Fliegen Flugzeuge bei Start und Landung über alle Köpfe oder lieber über solche von statusniedrigeren Gegenden? Werden große Straßen durch Viertel der Oberschichten gelegt?

Die Beschwerden Armutsbetroffener haben freilich auch viel mit den Arbeitsbedingungen der Betroffenen zu tun. So treten vermehrt Rückenschmerzen und Probleme mit dem Bewegungsapparat auf, im selben Maße sind sie stärker mit Beschwerden der Atmungsorgane und mit Hautproblemen konfrontiert. Nach der beruflichen Stellung bezeichnen fast alle mit höheren beziehungsweise führenden Tätigkeiten ihren Gesundheitszustand als gut, während das bei Hilfsarbeitern nur ein kleinerer Teil ist.<sup>xv</sup> Wer sein Arbeitsleben lang schwere und auch gefährliche manuelle Tätigkeiten am Bau oder anderswo ausführen muss, bekommt früher oder später mit dem Rücken Probleme.

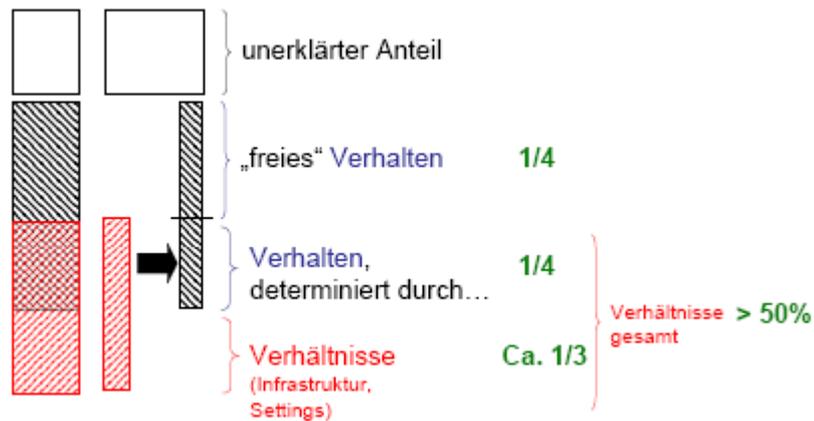
Die Gründe für das hohe Erkrankungsrisiko Ärmere sind also vielschichtig: Leben am Limit macht Stress. Leben am Limit schwächt die Abwehrkräfte und das Immunsystem. Leben am Limit macht verletzlich. Finanzielle Not, Arbeitslosigkeit oder schlechte Wohnverhältnisse machen krank

### **Arme Raucher sterben früher als reiche Raucher**

Als Resümee der Globe Studie (Van Lenthe et al, 2004)<sup>xvi</sup> beschreibt Stronegger (2007) den hohen Anteil, den die Verhältnisse am Schichtgradienten der Gesundheit haben, über 50% werden durch soziale und umweltbedingte Belastungen erklärt.

Untersuchungen an großen Bevölkerungsgruppen haben festgestellt, dass die wichtigsten Risikoverhaltensweisen wie Rauchen, Bewegungsmangel, Ernährung weniger Krankheiten verursachen als durch benachteiligte Lebensumstände entstehen. Sterblichkeit ist zu einem Drittel auf sozioökonomische Bedingungen zurückzuführen und zu einem Viertel auf Verhaltensweisen, die durch diese Bedingungen bereits festgelegt werden.<sup>xvii</sup> Somit sind die Lebensbedingungen zu über fünfzig Prozent für ein kürzeres oder längeres Leben verantwortlich. Beispielsweise sterben arme Raucher früher als reiche Raucher. Oder auch reiche Bio-Esser haben eine höhere Lebenserwartung als arme Bio-Esser.

Abb 7: Verhältnis-/Verhaltens-Anteile am Schichtgradienten



Das dominierende Lebensstilkonzept ist nicht geeignet, den Schichtgradienten zu vermindern. Die meist verhaltens-orientierten Gesundheitskampagnen greifen bei Armen nicht. Wenn sich Arme z.B. fett und kohlehydratschwer ernähren, muss man die *Funktion* dieses Ernährungsverhaltens verstehen: zum Beispiel billig satt zu werden.

In Ländern mit geringeren Einkommensdifferenzen tendieren die Menschen weniger zu Übergewicht. Dort, wo weniger Dauerstress, Angst vor sozialem Abstieg und prekäre Lebensverhältnisse herrschen, ist auch das Adipositas-Risiko geringer.<sup>xviii</sup> Chronischer Stress und depressive Verstimmungen spielen eine bedeutende Rolle im Essverhalten. Menschen in Stresssituationen essen deutlich mehr Süßes. Dieses Phänomen ist als „eating for comfort“ bekannt. Das wirkt kurzfristig angst- und stresslösend. Im selben Ausmaß verschafft es angenehme Gefühle. Ein weiterer entscheidender Faktor für Übergewicht ist Stress während der Schwangerschaft. Stress bei Mutter und im Babybauch führt zu Kindern mit Untergewicht und unbalanciertem Trink- und Essverhalten. Auch in ihrem zukünftigen Leben. Hier werden für das weitere Gesundheitshandeln wieder die schlechten Startchancen schlagend.

Oder Jamie Olivier: Der Versuch des Starkochs gesünderes Essen in die Schulen zu bringen, scheiterte, weil die Funktion des Essens nicht beachtet wurde. Fast Food als Jause rein zu schummeln wurde zum Akt des Widerstands gegen die Schulautoritäten, zum Ventil der SchülerInnen ein „Statement“ abzugeben, zum lustvollen Match unten gegen oben.

Menschen sind nicht die Summe aus Verhalten, Eigenschaften und Einstellungen, sondern sie handeln und denken als einzelne durch Weltanschauungen und soziale Lagen *hindurch*. Der „Habitus“ des Einzelnen muss in dieser integrierten Wechselwirkung begriffen, das Handeln der Menschen in seinem funktionellen Zusammenhang verstanden werden. Bourdieu beschreibt Lebensstile als systematische Produkte des Habitus, der Habitus als ein System von Alltagsroutinen. „Insofern unterschiedliche Existenzbedingungen unterschiedliche Formen des Habitus hervorbringen, [...] erweisen sich die von den jeweiligen Habitus erzeugten Praxisformen als systematische Konfiguration von Eigenschaften und Merkmalen und darin als Ausdruck der Unterschiede, die [...] als Lebensstile fungieren“ (Bourdieu 1982: 278f)<sup>xix</sup>.

### **Gesundheitsversorgung**

Als eine weitere Begründung für gesundheitliche Ungleichheiten wird die mangelnde und schlechtere Gesundheitsversorgung Ärmere vorgebracht. Dieser Zugang ist uneingeschränkt von immenser Bedeutung. Aber man muss auch wissen, dass gleicher Zugang zur Krankenversorgung keinen Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten zur Folge hat, wenn gleichzeitig die Kluft zwischen arm und reich steigt. Die Versorgungshypothese erklärt einen Teil des höheren Krankheitsrisikos, aber in vergleichsweise schwacher Ausprägung.

„Erreichbarkeit und Qualität der medizinischen Versorgung erklären lediglich rund zehn bis dreißig Prozent der in den Bevölkerungen reicher Länder kontinuierlich festzustellenden Verbesserungen des Gesundheitszustands und der Lebenserwartung“, analysiert der Gesundheitsforscher Rolf Rosenbrock.<sup>xx</sup> Und die Weltgesundheitsorganisation (WHO) stellt lapidar fest: „Auch wenn die medizinische Versorgung bei einigen schweren Erkrankungen zu verlängerter Lebenserwartung und besserem Krankheitsverlauf führen kann, so sind die sozialen und wirtschaftlichen Bedingungen, die die Menschen krank und hilfsbedürftig machen, für die Gesundheit der Gesamtbevölkerung weitaus wichtiger.“ Und ein Nachsatz: „Allgemeiner Zugang zu medizinischer Versorgung ist allerdings selbst eine der sozialen Determinanten von Gesundheit.“<sup>xxxi</sup>

Jedenfalls fällt auf, welche dominante Stellung die Verhaltensprävention im Kampf gegen gesundheitliche Ungleichheiten einnimmt, und welche geringe Anstrengungen in der Verhältnisprävention ergriffen werden. Die aktuelle Debatte ist verhaltensversessen und verhältnisvergessen.

## 6. Sozialer Ausgleich ist eine gute Medizin

Ein Teil der Energie, die in den Anti-Raucher-Kampagnen gebunden ist, wäre jedenfalls auch gut investiert in Maßnahmen gegen die steigende Zahl der Working Poor, die wachsende Einkommensschere oder die Reduzierung der hohen sozialen Vererbung im Bildungssystem. Ein wichtiger Schritt wäre, Gesundheitsdeterminanten in den anderen Politikfeldern zu implementieren: in der Budgetpolitik, in der Arbeitsmarktpolitik, in der Verkehrsplanung, im Sozialressort.

Anderswo gibt es schon Erfahrung mit einem umfassenderen Vorgehen. In acht europäischen Staaten sind größere Programme zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit dokumentiert.

Abbildung 8: Umsetzung des Ziels „Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit“

**Umsetzung des Ziels  
'Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit'**

	1980	1985	1990	1995	2000
UK	a	b		a b c	a d d
Niederlande		b;c	a	d c	a
Spanien			b		a
Italien				c b	d c a
Frankreich				c	b b
Finnland					c b d
Litauen					b d
Schweden				c	a

a: Umfassender Bericht, Auftrag der Regierung, konkrete Empfehlungen  
b: Vergleichbarer Bericht, ohne Regierungsauftrag  
c: Nationales Forschungsprogramm  
d: Offizielles Programm der Regierung  
(Quelle: Mackenbach et al. 2003)

Das mit hoher sozialer Polarisierung ausgestattete Großbritannien genauso wie die egalitäreren Niederlande haben bereits in den 80er Jahren begonnen, umfassende Maßnahmen zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit zu entwickeln. Gemeinsam ist allen Programmen, dass sie unterschiedlichste Politikfelder einbeziehen, dass sie quantitative Zielvorgaben setzen und dass sie die Umsetzungsschritte evaluieren. Die Maßnahmen stellen auf Armutsbekämpfung genauso ab wie auf Verbesserung individueller Lebensbedingungen,

Gesundheitsverhalten und Gesundheitsversorgung in sozialen Brennpunkten; also Verhältnis- und kontextbezogene Verhaltensprävention gemeinsam.

Schweden baut beispielsweise in seiner umfassenden Strategie auf sechs Bereiche: 1. Soziales Kapital (z.B. Verringerung der Einkommensarmut, Abbau sozialräumlicher Segregation) 2. Soziale Lebensbedingungen (z.B. Eltern-Kind Beziehungen, Stärkung Selbstwert von SchülerInnen) 3. Umweltbedingungen (z.B. Grünflächen, Verbesserung der Wohnbedingungen) 4. Erwerbs- und Arbeitsbedingungen (z.B. Verringerung der Arbeitslosigkeit, Abbau von psychischen und physischen Überbelastungen) 5. Gesundheitsverhalten (z.B. sportliche Betätigung, Verringerung unerwünschter Schwangerschaften) und 6. das Gesundheitssystem selbst (z.B. Zugang, Kooperation zwischen verschiedenen Akteuren).

Abbildung 9: Umfassende Konzepte: UK

**Umfassende Konzepte : UK**  
Bericht im Auftrag der Regierung

- **39 Empfehlungen** (mit 123 Unterpunkten)
- **Alle Politikbereiche** (z.B. Bildung, Wohnen, Luftverschmutzung, Ernährung, Gesundheitswesen)
- **Unterscheidung von sozialen Untergruppen** (z.B. nach Alter, Geschlecht, Familienstand, Nationalität)
- **Betonung von drei besonders wichtigen Ansatzpunkten**
  - (1) 'Health Inequality Impact Assessments'
  - (2) Monitoring der Ungleichheit, Evaluation der Maßnahmen
  - (3) Gesundheitsförderung von Müttern und Kindern

Quelle: Acheson Report 1998, Mackenbach et al. 2003

An die Ärmeren zu appellieren, doch gesünder zu leben, ist eine etwas hilflose Strategie. Armuts-betroffene werden beständig durch Mitglieder höherer Statusgruppen ermahnt, anders zu leben. Das ist beschränkt effektiv. Gesundheitsverhalten basiert eben nicht nur auf freier Entscheidung, sondern hat komplexe Ursachen.

Der Kontext ist entscheidend. So ist der Settingansatz ein brauchbarer Baustein umfassender und ganzheitlicher Konzepte. Damit werden zwar die makroökonomischen

Rahmenbedingungen nur marginal beeinflusst, aber es kann zu hilfreichen Veränderung des näheren sozialen Umfelds von benachteiligten Personen kommen. Und damit auch zu Veränderungen des eigenen Alltags in der Schule, im Betrieb, im Stadtteil, in der Gemeinde oder rund ums Krankenhaus. Dazu gibt es schonen einen kleinen Erfahrungsschatz von erfolgreichen Projekten:

So kochen Mütter mit verschiedenster Herkunft in der Schule und erfahren gleichzeitig etwas von gesunder Ernährung. Aktivierende Befragung von Alleinerzieherinnen in einem Stadtteil haben zu Kooperationen von Frauen in der Betreuung erkrankter Kinder geführt. Die aufsuchende Betreuung rund um die Geburt in einem sozialem Brennpunkt-Bezirk hat Krisen und sozialen Stress aufgefangen. Dort gibt es viele minderjährige Mütter, ohne abgeschlossene Berufsausbildung, miese Wohnverhältnisse etc... Hebammen übernehmen die Nachbetreuung im Wochenbett, kooperieren mit sozialen Stützpunkten und mit dem Krankenhaus. Ein Straßencafe bietet Raum für Austausch und niederschwelligen Kontakt. Oder Schulen öffnen sich zum Stadtteil und werden Schnittstelle zur Freizeitgestaltung und auch zu Elternbildung. Schulen in verarmten Stadtteil führten eine Frühstücksversorgung ein, damit die Kinder nicht hungrig den Tag beginnen.

Diese Angebote zur Unterstützung im Alltag sind der meist unterschätzte Bereich der Armutsbekämpfung.<sup>xxii</sup> Soziale Dienste stehen Menschen dort bei, wo sonst niemand mehr ist. Wenn alles zu viel wird. Wenn man ein Gespräch braucht, einen Rat, Förderung oder auch langfristige Unterstützung. Soziale Dienste sind im besten Fall Räume, wo Menschen aufatmen und durchatmen können: In der Sozialberatung, bei Familienhelferinnen, bei der Verhinderung einer Delogierung, im Beratungscafe, in der Notschlafstelle, in Wohngemeinschaften, bei Gewalt im Frauenhaus, in der Therapie schwer Traumatisierter, bei Kinderbetreuung, in der Hilfe bei Überschuldung, in medizinischer Betreuung ohne Krankenversicherung..

Es gibt Handlungsbedarf bei den Lücken sozialer Dienste, wie Dawid und Heitzmann (2006)<sup>xxiii</sup> in einer Untersuchung von Dienstleistungen zur Armutsbekämpfung feststellten. Da schließt sich der Kreis mit den Wünschen, die Armutsbetroffene auf dem Treffen „Sichtbar Werden“ formulierten.

Es fehlt ein Ausbau des sogenannten zweiten bzw. dritten Arbeitsmarkt für Menschen, die das Tempo am „ersten“ Arbeitsmarkt nicht halten können. Es gilt ja immer das Alles- oder-Nichts-Gesetz: Voll arbeiten oder gar nicht. Leute mit psychischen Krisen beispielsweise

können ganz einfach nicht voll erwerbstätig sein, würden aber trotzdem gerne 15 Stunden arbeiten. Eine große Lücke zeigt die Studie auf bei Leistungen von Menschen mit Migrationshintergrund. Besonders im ländlichen Raum fehlt Unterstützung. Flüchtlinge haben kein Geld für den Zug, wenn sie zum Arzt in die Stadt bestellt werden. Kinderbetreuung, Hilfe beim Spracherwerb und offene soziale Beratung sind Mangelware. Das gilt auch für niederschwellige Gesundheitsversorgung. Psychosoziale Dienste um die Ecke gibt es zu wenig. Nach stationärem Aufenthalt werden die Betroffenen allzu oft in die Obdachlosigkeit und Einsamkeit entlassen. Da könnte der Ausbau der Delogierungsprävention bei längerem Krankenhausaufenthalt helfen. Oder Tageseinrichtungen ohne Barrieren, nicht beschämend, man kann kommen aber auch wieder gehen. Wohnhäuser, die jederzeit und unbürokratisch aufgesucht werden können. Ein mobiler Krisendienst, der wie ein Notarzt rundum die Uhr und auch zu Feiertagen Menschen in Krisen zu Hause aufsucht. All das würde entlasten. Besonders ist es der ländliche Raum, der da nicht vergessen werden darf.

Die Stärken der untersuchten sozialen Dienste liegen in ihrem niederschweligen und Lebensbereiche verbindenden Ansatz: Wer mit Arbeitslosen zu tun hat, denkt an Bildung, an Existenzsicherung, an Wohnen, Familie, Gesundheit. Wer mit Gesundheitsfragen von Armutsbetroffenen zu tun hat, sorgt sich um Beschäftigung, nicht-schimmelige Wohnungen, Bildung, Erholungsmöglichkeiten und eine Lösung der stressenden Existenzangst. Den Menschen als Ganzes sehen. Davon kann besonders die Politik lernen: Statt sektoral und in eingeschlossenen Handlungsfeldern besser in Zusammenhängen denken: Gesundheitspolitik ist Wohnungspolitik, Bildungspolitik ist Sozialpolitik, Stadtplanung ist Integrationspolitik. Es geht um einen ganzheitlichen Approach. Der Kontext entscheidet.

Die Bedrohung des eigenen Ansehens, Demütigung, Stigmatisierung, die Verweigerung von Anerkennung, soziale Disqualifikation – all das ist keine Sache der Verbesserung der sozialen Lage Ärmster allein. Das ist eine Frage des sozialen Ausgleichs insgesamt. Und es ist eine Frage von Prävention und Gesundheitsförderung „for all in all policies“.

Die WHO hat sich zum Ziel gesetzt, jenes Erkrankungsrisiko, das von sozioökonomischen Bedingungen bestimmt wird, bis 2020 um 25 Prozent zu verringern. „Health in all Policies“ haben Initiativen in der europäischen Union diesem Anliegen einen Namen gegeben. Das wäre eine gute Medizin – für uns alle.

## Was wir jetzt tun können:<sup>xxiv</sup>

- Health in all Policies: Wir brauchen einen Aktionsplan „Gesundheit und Armut“ mit einem integrativen Ansatz. Für eine Gesundheitsstrategie, gegen den frühen Tod und das hohe Krankheitsrisiko Armutsbetroffener.
- Gesundheits- und Sozialsystem stärker verschränken. Traditionelle Trennung von „Cure“- und „Care“-System überwinden.
- Lücken im Krankenversicherungsschutz systematisch aufdecken und schließen.
- Eine angemessenere und leichter verständliche Formularensprache. Selbst Wissende scheitern oft an der bürokratischen Sprache von Versicherungs- oder Antragsformularen.
- Niederschwellige Gesundheitseinrichtungen: Gesundheitsstützpunkte als Gemeinschaftspraxen – kombiniert mit zum Beispiel Kindergarten oder Lebensmittelgeschäft; Sensibilisierung der Gesundheitsberufe.
- „LebensMittel“: Eine Politik des sozialen Ausgleichs wird gesellschaftliche Situationen fördern, in denen „Statusschwächere“ mehr Anerkennung und Respekt als Beschämung und Demütigung vorfinden, mehr Selbstwirksamkeit als Ohnmacht und mehr Netze sozialer Unterstützung als Isolierung.
- Unterschätzte Bedeutung von Schwangerschaft und Wochenbett für die Gesundheit von benachteiligten Kindern: Aufwertung der Hebammendienste während und besonders nach der Geburt.
- Mangelhafte Unterstützung bei psychischen Erkrankungen: zu wenig leistbare Rehabilitationsangebote; nach stationärem Aufenthalt werden die Betroffenen allzu oft in die Obdachlosigkeit und Einsamkeit entlassen: Delogierungsprävention, mobile Krisendienste, niederschwellige Tages- und Nachteinrichtungen.

## Zum Autor

Martin Schenk, geb. 1970, Studium der Psychologie an der Universität Wien, ist Sozialexperte der Diakonie Österreich und Mitinitiator der österr. Armutskonferenz. Seine Schwerpunkte sind welfare policy, Gesundheit und Integration. Schenk ist Mitinitiator zahlreicher sozialer Initiativen: „Hunger auf Kunst und Kultur“ (Kultur für Leute ohne Geld), "Wiener Spendenparlament" (Stimmen gegen Armut), Verein Hemayat (Betreuung schwer Traumatisierter), "Sichtbar Werden" (Armutsbetroffene organisieren sich); lange Jahre Arbeit mit Wohnungslosen, der Begleitung von sozial benachteiligten Jugendlichen und der Flüchtlingshilfe, Lehrbeauftragter am Fachhochschul-Studiengang Sozialarbeit am Campus Wien. Aktuell erschienen: Bei Deuticke „Es reicht! Für alle! Wege aus der Armut“; im Studienverlag „Handbuch Armut in Österreich“; und im Mandelbaum-Verlag „Abbilder der Folter. 15 Jahre Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen“.

## Quellen:

---

<sup>i</sup> Vgl. Start Clim, Startprojekt Klimaschutz, 2009.

<sup>ii</sup> Christian Freidl et al: Gesundheit in Wien. Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey, 2001, S.30

<sup>iii</sup> Andreas Klocke und Klaus Hurrelmann: Armut macht Kinder und Jugendliche krank. In: Theorie und Praxis der Sozialpädagogik, Heft 1, 1995.

<sup>iv</sup> Willibald-Julius Stronegger et al: Soziale Lage und Gesundheit. Von den Beziehungen zwischen Armut und Krankheit, Psychologie in der Medizin, 7.Jahrgang, Nummer 2, 28-34, 1996.

<sup>v</sup> vgl. Blair Wheaton: The nature of chronic stress. In B.H. Gottlieb (Ed.). Coping with chronic stress (pp.43-73), 1997.

<sup>vi</sup> Kurt Salentin: Armut, Scham und Stressbewältigung, 2002.

<sup>vii</sup> Sighard Neckel: Die Macht der Stigmatisierung. Status und Scham, in Die Armutskonferenz (Hg), Schande Armut. Publikation zur 7.Österr.Armutskonferenz, 2008, S.22

<sup>viii</sup> Schenk, M. (2008): *Lebensmittel - Freundschaft, Selbstwirksamkeit, Anerkennung. Sozialer Ausgleich ist eine gute Medizin.* In: Meggeneder, O. (Hg); Volkswirtschaft und Gesundheit, S. 355 - 369

<sup>ix</sup> Aaron Antonovsky: Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit 1997, S.36

<sup>x</sup> Johann Siegrist und Michael Marmot: Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen, 2008.

<sup>xi</sup> vgl Richard Wilkinson and Kate Pickett: The Spirit Level. Why equal societies almost always do better, 2009.

- 
- <sup>xii</sup> Die Armutskonferenz (Hrsg): Geld.Macht.Glücklich. Publikation zur 8.Armutskonferenz, 2010
- <sup>xiii</sup> vgl Rolf Rosenbrock: Primäre Prävention. Bausteine für eine systematische Gesundheitssicherung, 2007.
- <sup>xiv</sup> Statistik Austria: Einkommen, Armut und Lebensbedingungen, Ergebnisse aus EU-SILC 2005, 2007.
- <sup>xv</sup> Statistik Austria: Einkommen, Armut und Lebensbedingungen, Ergebnisse aus EU-SILC 2005, 2007.
- <sup>xvi</sup> Van Lenthe et al.: Investigating explanations of sozio-economic inequalities in health. The Dutch Globe Study. European Journal of Public Health, 14, 63-70, 2004.
- <sup>xvii</sup> vgl. Guus Schrijvers et al Hostility and the educational gradient in health. The mediating role of health-related behaviours. European Journal of Public Health, 12, 110-116. 2002
- sowie
- Karien Stronks: Sociology of health und Illness, 18, 1996.
- <sup>xviii</sup> Richard Wilkinson und Kate Pickett: The Spirit Level. Why equal societies almost always do better, London 2009.
- <sup>xix</sup> Pierre Bourdieu: Die feinen Unterschiede, 1982
- <sup>xx</sup> Rolf Rosenbrock: Sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen – eine gesundheitliche Herausforderung. S. 1, 2001.
- <sup>xxi</sup> Weltgesundheitsorganisation Europa: Soziale Determinanten von Gesundheit. Die Fakten, 2004, S. 7
- <sup>xxii</sup> Dimmel, N., Heitzmann, K. & Schenk, M. (2009). *Handbuch Armut in Österreich*. Studienverlag.
- <sup>xxiii</sup> Dawid, E. & Heitzmann, K. (2006): *Bestandsaufnahme der Leistungen sozialer Dienste in der Vermeidung und Bekämpfung von Armut in Österreich*, Wien.
- <sup>xxiv</sup> Schenk, M. & Moser, M. (2010). *Es reicht! Für alle! Wege aus der Armut*. Deuticke