

Soziale Lage und koronares Risiko: Eine Herausforderung für die Prävention

Johannes Siegrist

Institut für Medizinische Soziologie der Universität Marburg

Vier Thesen

1. Noch immer herrscht in der Öffentlichkeit der Eindruck vor, Herzinfarkt sei eine typische Mangelkrankheit. Sozialepidemiologische Studien aus verschiedenen Industrieländern belegen jedoch eindeutig, dass die Morbidität und Mortalität an koronaren Herzkrankheiten in unteren sozio-ökonomischen Schichten höher ist als in höheren. So liegt beispielsweise die alterskorrigierte 10-Jahres-Mortalität an koronaren Herzkrankheiten in einer Studie an 17.530 Männern in Grossbritannien in der untersten Berufsgruppe 3mal so hoch wie in der obersten [1]. Studien aus den USA und aus Norwegen bestätigen diesen Trend [2, 3].

2. Für diesen Tatbestand sind nach heutiger Erkenntnis Bedingungen der Lebensführung massgeblicher als soziale Selektion bzw. schichtspezifisch verteiltes genetisches Risiko. Auf zwei Wegen wirken Bedingungen der Lebensführung pathogen: erstens über verstärkt vorhandene verhaltensgebundene Risiken wie Fehlernährung (Übergewicht), Rauchen, Bewegungsmangel, Alkoholkonsum u. a., zweitens über zentralnervös vermittelte Belastungserfahrungen aus ungünstigen Arbeits- und Lebensverhältnissen, welche zur frühzeitigen Entwicklung der arteriellen Hypertonie (4), der Hyperlipidämie [5], der Thromboseneigung [6] sowie möglicherweise der Gefäss- und Myokardhypertrophie beitragen. Beide Bedingungen können sich wechselseitig verstärken: Verschiedene Studien zeigen, dass unter starken sozio-emotionalen Belastungen der Zigarettenkonsum zunimmt [7, 8], möglicherweise werden auch gewohnte Muster der Ernährung und der körperlichen Bewegung verändert. Die höhere Morbidität und Mortalität in unteren Schichten leitet sich somit zum Teil aus einer höheren Prävalenz somatischer koronarer Risikofaktoren sowie aus sie beeinflussenden chronischen sozio-emotionalen Belastungserfahrungen her.

3. In unteren sozio-ökonomischen Schichten ist neben der höheren Exposition gegenüber koronaren Risikofaktoren auch eine geringere Bereitschaft zu präventivem Handeln (inklusive Frühdiagnostik und Compliance) zu verzeichnen. Dies trifft in erster Linie für die Rate unbehandelter Hypertonie und unbehandelter Hyperlipidämie zu [9, 10]. Dadurch potenzieren sich ungünstige Einflüsse auf das Herz-Kreislauf-System: Eine neuere Studie hat gezeigt, dass die Prävalenz der im EKG gesicherten linksventrikulären

Hypertrophie in einem männlichen Arbeiterkollektiv 2,6mal so hoch ist wie in einem altersvergleichbaren männlichen Kollektiv, das sich aus allen sozialen Schichten rekrutiert [11].

4. Vorliegende koronare Interventionsprogramme des In- und Auslandes haben dieser speziellen Problemlage bisher nicht die notwendige Aufmerksamkeit geschenkt. Prävention und Intervention sollten in Zukunft so betrieben werden, dass sich schichtenspezifische Exzess-Morbidität und -Mortalität verringern lassen. Hauptzielgruppe solcher Interventionen sind Männer des jüngeren und mittleren Erwachsenenalters mit geringerem beruflichen Qualifikationsniveau. Hier könnten betriebsbezogene Risikofaktoren-Screenings und Interventionsprogramme hilfreich sein, die sowohl individuelles und gruppenbezogenes Gesundheitshandeln stärken (z. B. Betriebssport, Antiraucherкурse, Entspannungsübungen), als auch spezifische Arbeitsbelastungskonfigurationen durch strukturelle Massnahmen am Arbeitsplatz vermindern (z. B. Umgestaltung von Arbeitsplätzen mit Mehrfachbelastungen, Erhöhung der Eigenverantwortung und Entscheidungsmöglichkeiten am Arbeitsplatz, Ausbau des innerbetrieblichen Qualifikationswesens, Begrenzung von Risiken des beruflichen Abstiegs und des Arbeitsplatzverlustes).

Summary

Socio-Economic Status and Coronary Risk: A Challenge

An inverse gradient between prevalence and incidence of coronary heart disease (CHD) and socio-economic status (SES) has been documented in several industrialized societies. Despite some influence due to social selection (drift) a major cause of this trend can be attributed to differences in lifestyle including health-damaging behaviour and socio-emotional distress due to unfavourable working and living conditions. Interactions between distress and somatic coronary risk factors have been established, and inadequate illness behaviour (including non-compliance) contributes further to the observed excess risk. Preventive approaches aiming specifically at these socio-economic target groups have not yet been developed to a sufficient degree.

Literaturverzeichnis

- [1] Marmot MG, Shipley MJ, Rose G: Inequities in death – specific explanation of a general pattern? *Lancet* 1984; 1: 1003–1006.
- [2] Holme J, Helgeland A, Hjermann J, Seren P: Socio-economic status as a coronary risk factor: The Oslo Study. *Acta Med Scand* 1982; Suppl. 660: 147–151.
- [3] Buring JE, Evans DA, Fiore M, Rosner B, Hennekens CH: Occupational risk of death from coronary heart disease. *J Am Med Assoc* 1987; 258: 791–792.

- [4] *Cottington EM, Matthews KA, Talbot G, Kuller LH*: Occupational stress, suppressed anger and hypertension. *Psychosom Med* 1986; 48: 249–258.
- [5] *Siegrist J, Matschinger H, Cremer P, Seidel D*: Atherogenic risk in men suffering from occupational stress. *Atherosclerosis* 1988; 69: 211–218.
- [6] *Markowe HC, Marmot MG, Shipley MJ, Bulpitt CJ, Mease TW, Stirling J, Vickers MV, Semmence A*: Fibrinogen: a possible link between social class and coronary heart disease. *Br Med J* 1985; 91: 1312–1314.
- [7] *Theorell T*: Untersuchungen zum Einfluss von Arbeitsplatzbelastungen und Beschäftigungssituation auf das kardiovaskuläre Risiko. In: Halhuber C und Traenckner K, Hrsg. *Die koronare Herzkrankheit – eine Herausforderung an Gesellschaft und Politik*. Erlangen: Perimed, 1986: 433–443.
- [8] *Bolm-Audorff U*: Berufliche Belastungen und koronare Herzkrankheiten. Frankfurt: Fischer, 1983.
- [9] *Tyroler HA*: Häufigkeit, Schweregrad und Prognose der Hypertonie in Abhängigkeit vom Sozialstatus: Erfahrungen mit der männlichen Kontrollgruppe des Hypertonie-Früherkennungs- und Folgebehandlungsprogrammes (HDFP). In: Greten H, Strasser T, Zanchetti A, (Hrsg.) *Epidemiologie, Prävention und medikamentöse Behandlung der essentiellen Hypertonie*. Frankfurt: Universimed Verlag 1985: 51–61.
- [10] *Cairns V, Keil U, Kleinbaum U, Döring A, Stieber J*: The relationship between high blood pressure and various possible risk factors. Cham (Schweiz): Clynacourt Corporation AG, 1985.
- [11] *Siegrist J, Matschinger H, Motz W*: Untreated hypertensives and their quality of life. *J Hypertension* 1987; 5: 15–20.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Johannes Siegrist
Institut für Medizinische Soziologie/
Fachbereich Humanmedizin der Universität
Bunsenstrasse 2
D-3550 Marburg