

---

# Lebensstile und Milieus: Einflüsse auf die Gesundheit

Carsten Wippermann

Es ist kein Geheimnis, dass Gesundheit und Krankheit – neben genetischen Dispositionen und Unfällen – *auch* eine Frage der sozialen Lage sind. Sozialepidemiologische Daten zeigen für viele Krankheiten höhere Prävalenzen bei sozial und materiell schlechter Gestellten: Diabetes mellitus (Typ 2), Herzinfarkt, bestimmte Krebserkrankungen (Kehlkopf-, Speiseröhren-, Gebärmutterhalskrebs u. a.), Atemwegserkrankungen, Fettstoffwechselstörungen, psychische Erkrankungen u. a. Markant belegen dies Daten des Robert-Koch-Instituts zu Diabetes mellitus. In der sozialen Oberschicht waren im Jahr 2006 4,2 % an Diabetes mellitus erkrankt, 6,8 % aus der Mittelschicht und 11,5 % aus der Unterschicht.<sup>1</sup> Auch das Sterblichkeitsrisiko hängt eng mit der sozialen Lage zusammen: So ist die Lebenserwartung im untersten Einkommensquartil im Vergleich zum obersten Einkommensquartil bei Frauen um vier Jahre, bei Männern um sechs Jahre geringer.<sup>2</sup>

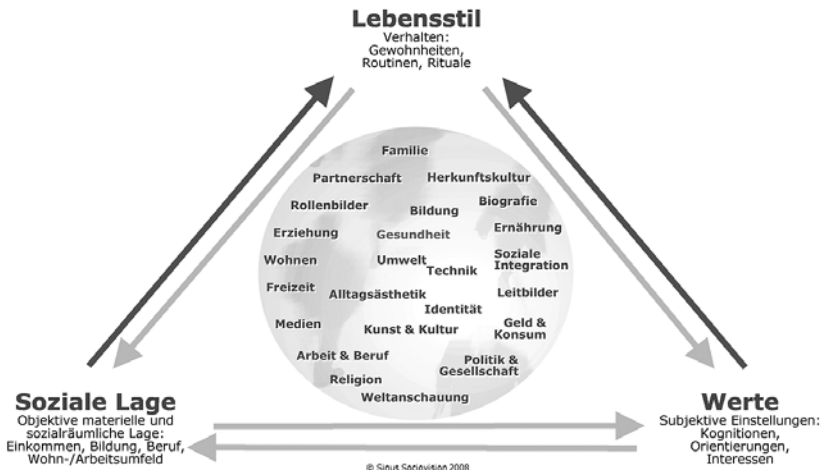
In der Ursachenanalyse geht man heute davon aus, dass 1.) eine „ungesunde“ Lebensführung mit verantwortlich ist für eine Erkrankung; 2.) ein anderer Lebenswandel das Erkrankungsrisiko signifikant reduziert: Bewegung, nicht rauchen, wenig Alkohol, ausgewogene Ernährung, Stressreduktion, Vorsorgeuntersuchungen. Menschen aus unteren sozialen Schichten verhalten sich oft weniger gesundheits- und vorsorgebewusst: Sie rauchen häufiger, ernähren sich ungesünder, haben weniger Bewegung, sind häufiger überge-

wichtig, nehmen weniger an Vorsorgeuntersuchungen teil, achten weniger auf ihre Gesundheit. So werden – mittlerweile „klassisch“ – Risikogruppen identifiziert über a) die soziale Lage (meist Unterschicht; aber auch gehobene Segmente, z. B. Manager) sowie – daraus resultierend – ein bestimmtes Verhalten in Form von Ritualen und Routinen. Wir sprechen hier von „Lebensstil“ als einem typischen Verhaltensmuster mit expressiven, interaktiven, evaluativen und symbolischen Funktionen, die vorbewusst und selbstverständlich das Verhalten des Einzelnen steuern.

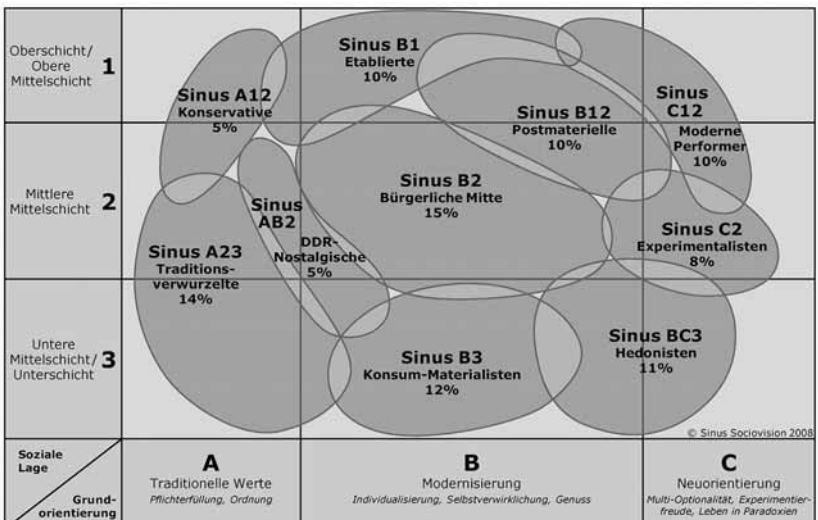
Aber: Lebensstil ist nicht etwas individuell Subjektives, das vollkommen in der Autonomie des bzw. der Einzelnen liegt. Vielmehr gibt es soziokulturelle Muster von Lebensstilen, die relativ stabil sind und in den sozialen Kreisen, in denen sich der bzw. die Einzelne aufhält, reproduziert werden. In unserer individualisierten westlichen Gesellschaft ist der klassische Kausalzusammenhang, der das Verhalten (des Einzelnen oder von Gruppen) auf die soziale Lage zurückführt, nicht mehr suffizient. Die Wirklichkeit ist komplexer. Menschen gleicher sozialer Lage zeigen aufgrund unterschiedlicher subjektiver Wertorientierungen, Interessen, Maximen ein je anderes Verhalten. Insofern ist die alltägliche Lebenswelt der Menschen durch drei gleichkonstitutive Bausteine bestimmt: soziale Lage, Werte, Lebensstil. Diese stehen in einem wechselseitigen Bedingungs-, Stabilisierungs- und Reproduktionszusammenhang. Die drei Hauptdimensionen soziale Lage, Werte und Lebensstil konstituieren *soziale Milieus*, die ihrerseits Gruppen von Menschen sind, die sich – salopp formuliert – in ihrer Lebensauffassung und Lebensweise ähneln. „Gesundheit“ ist dabei ein Elementarteilchen zur ganzheitlichen Beschreibung eines Milieus.

Vor diesem Hintergrund lassen sich in Deutschland heute zehn Milieus unterscheiden, die in der folgenden Grafik im Rahmen eines ganzheitlichen Gesellschaftsmodells

„Bausteine“ sozialer Milieus



Die Sinus-Milieus® in Deutschland 2008  
Ein sozialwissenschaftliches Gesellschaftsmodell




positioniert sind. Je höher ein Milieu positioniert ist, umso gehobener ist die soziale Lage (Bildung, Einkommen, Berufsprestige); je weiter rechts es gelagert ist, umso moderner bzw. postmoderner ist die Wertorientierung des jeweiligen Milieus. Was die Grafik auch zeigt: Die Grenzen zwischen den Milieus sind fließend; Lebenswelten sind nicht so (scheinbar) exakt eingrenzbar wie soziale Schichten. Sinus Sociovision nennt das die „Unschärferelation der Alltagswirklichkeit“. Wäre das nicht der Fall, könnte man schwerlich von einem lebensechten Modell sprechen. Berührungspunkte und Übergänge zwischen den Milieus sind deshalb ein grundlegender Bestandteil des Milieukonzepts.

Im Folgenden sind die einzelnen Milieus kurz charakterisiert sowie in Form von Collagen zur Lebenswelt illustriert:


### Kurzcharakteristik der Sinus-Milieus in Deutschland

#### Gesellschaftliche Leitmilieus



|                                 |     |                                                                                                                                                     |
|---------------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ■ Sinus B1 (Etablierte)         | 10% | ➤ Das selbstbewusste Establishment: Erfolgs-Ethik, Machbarkeitsdenken und ausgeprägte Exklusivitätsansprüche                                        |
| ■ Sinus B12 (Postmaterielle)    | 10% | ➤ Das aufgeklärte Nach-68er-Milieu: liberale Grundhaltung, postmaterielle Werte und intellektuelle Interessen                                       |
| ■ Sinus C12 (Moderne Performer) | 10% | ➤ Die junge, unkonventionelle Leistungselite: intensives Leben – beruflich und privat, Multi-Optionalität, Flexibilität und Multimedia-Begeisterung |

#### Traditionelle Milieus



|                                     |     |                                                                                                                                               |
|-------------------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ■ Sinus A12 (Konservative)          | 5%  | ➤ Das alte deutsche Bildungsbürgertum: konservative Kulturkritik, humanistisch geprägte Pflichtauffassung und gepflegte Umgangsformen         |
| ■ Sinus A23 (Traditionsverwurzelte) | 14% | ➤ Die Sicherheit und Ordnung liebende Kriegsgeneration: verwurzelt in der kleinbürgerlichen Welt bzw. in der traditionellen Arbeiterkultur    |
| ■ Sinus AB2 (DDR-Nostalgische)      | 5%  | ➤ Die resignierten Wende-Verlierer: Festhalten an preußischen Tugenden und altsozialistischen Vorstellungen von Gerechtigkeit und Solidarität |

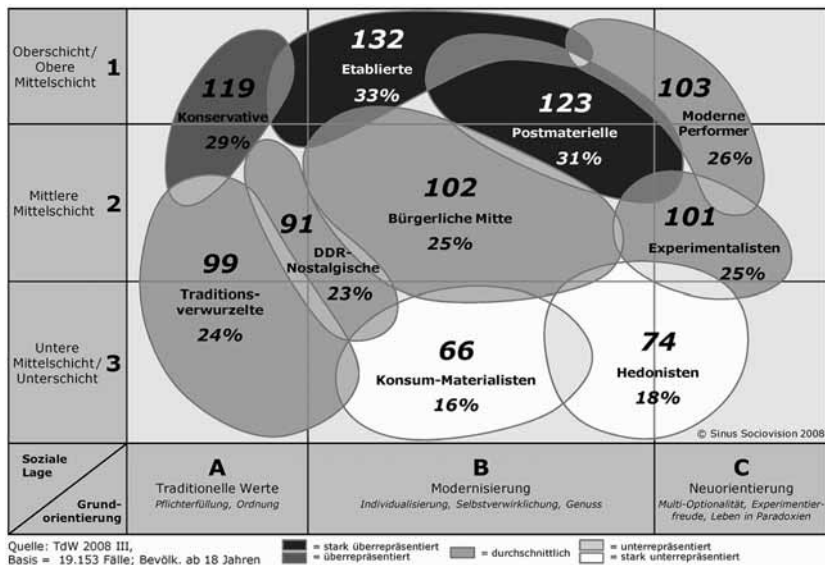
**Mainstream-Milieus**

- Sinus B2 (Bürgerliche Mitte) 15% ➤ Der statusorientierte moderne Mainstream: Streben nach beruflicher und sozialer Etablierung, nach gesicherten und harmonischen Verhältnissen
- Sinus B3 (Konsum-Materialisten) 12% ➤ Die stark materialistisch geprägte Unterschicht: Anschluss halten an die Konsum-Standards der breiten Mitte als Kompensationsversuch sozialer Benachteiligungen

**Hedonistische Milieus**

- Sinus C2 (Experimentalisten) 8% ➤ Die extrem individualistische neue Bohème: ungehinderte Spontaneität, Leben in Widersprüchen, Selbstverständnis als Lifestyle-Avantgarde
- Sinus BC3 (Hedonisten) 11% ➤ Die Spaß-orientierte moderne Unterschicht / untere Mittelschicht: Verweigerung von Konventionen und Verhaltenserwartungen der Leistungsgesellschaft

„Ich betreibe aktive Gesundheitsvorsorge, um meine Leistungsfähigkeit zu erhalten“



$\sigma = 25 \%$

Zustimmungswerte 5+6 auf einer 6er Skala

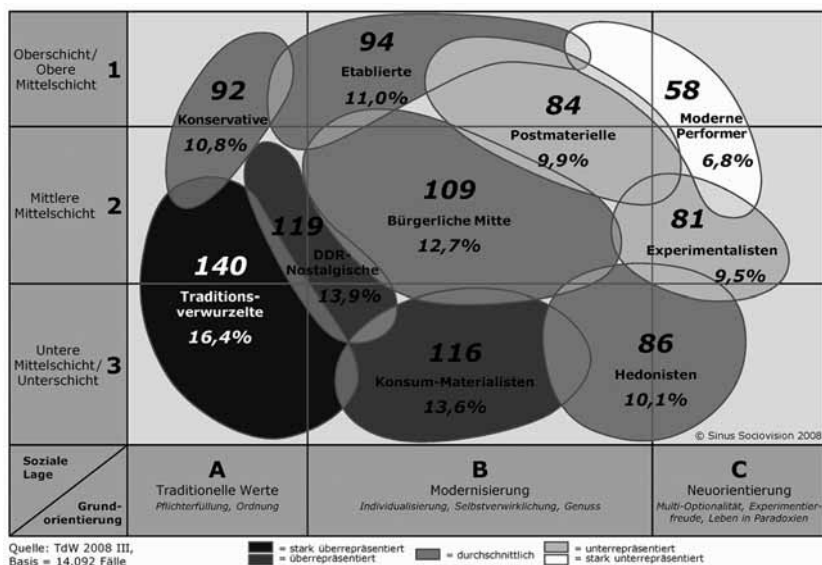
Bereits ein erster Blick auf das (vordergründige) Selbstverständnis zur eigenen Gesundheitsvorsorge identifiziert erhebliche Unterschiede. Wir haben ca. 20.000 Personen der deutschsprachigen Wohnbevölkerung nach ihrer aktiven Gesundheitsvorsorge gefragt. Dabei zeigt sich, dass es vor allem die gesellschaftlichen Leitmilieus der Etablierten und Postmateriellen sind, die aktive Gesundheitsvorsorge betreiben mit dem Ziel, ihre Leistungsfähigkeit zu erhalten. Dagegen ist diese Bereitschaft in der modernen Unterschicht (Konsum-Materialisten, Hedonisten) deutlich weniger ausgeprägt.

### *Adipositas*

Die Frage nach der subjektiven Prävalenz von Übergewicht (Selbstauskunft zur Punktprävalenz: „Bin derzeit davon betroffen“) auf bevölkerungsrepräsentativer Basis zeigt, dass in Deutschland derzeit 12 % die Selbstwahrnehmung haben, stark übergewichtig zu sein. Dieser Prozentwert liegt deutlich unter dem vom RKI (Robert-Koch-Institut) gemessenen Wert des BMI (Body-Mass-Index), der in einer telefonischen Befragung aus Angaben der Körpergröße und des Körpergewichts errechnet wurde. Aber auch der Wert des RKI unterschätzt vermutlich den wahren Adipositas-Anteil in der deutschen Bevölkerung. Denn aus der kontrollierten Messpraxis weiß die empirische Sozialforschung, dass die Menschen dazu neigen, ihre Körpergröße zu überschätzen und ihr Körpergewicht zu unterschätzen. Zu „wahren“ Werten kommt man somit nur, wenn nicht nach subjektiven Einschätzungen der Körpergröße und des Körpergewichts gefragt wird, sondern diese gemessen werden. Aber auch die subjektiven Selbstprävalenzen sind bereits sehr instruktiv, denn sie illustrieren und stützen die Hypothese, dass Übergewicht auch ein Produkt milieuspe-

zifischer Wertprioritäten und Lebensweisen ist. Die Milieuanalyse zeigt, dass das Problem gehäuft in den Milieus der „Traditionsverwurzelten“, „DDR-Nostalgischen“ und „Konsum-Materialisten“ auftritt, das heißt verstärkt im traditionellen Segment und in der Unterschicht bzw. der unteren Mitte, allerdings nicht in allen traditionell gesinnten Milieus, auch nicht in *allen* unterschichtigen Milieus, und auch nicht in allen Milieus mit einem hohen Altersdurchschnitt. Es ist bekannt, dass das Adipositas-Risiko mit zunehmendem Alter steigt und mit zunehmendem Einkommen geringer wird. Aber jenseits von Alter und sozialer Lage steuern offensichtlich auch soziokulturelle Faktoren die Adipositas-Prävalenz.

Subjektive Prävalenz: Übergewicht, Fettleibigkeit



$\bar{\sigma} = 11,7 \%$

\* Selbstausskunft: „derzeit persönlich davon betroffen“ (Punktprävalanz)

RKI 2006: BMI = 18,1 %

Was sind soziokulturelle Erklärungsansätze für eine überdurchschnittliche Adipositas-Prävalenz? Greifen wir uns dazu die drei auffälligen Milieus heraus und analysieren die jeweiligen Alltagskulturen im Umgang mit Ernährung:

- *Traditionsverwurzelte*: Traditionelle Ernährungsgewohnheiten mit deftiger deutscher Hausmannskost (zu einer Mahlzeit gehören Fleisch und Wurst sowie Soßen mit Mehlschwitze und viel Sahne), Kaffee und Kuchen als Routine; strenge Essensrituale; gleichzeitig wenig Bewegung (sich nach einem anstrengenden Arbeitstag bzw. Arbeitsleben ausruhen). Notorische Sorgen um die Gesundheit, hoher Ratgeber-Konsum, Expertengläubigkeit. Typisch ist die Maxime: „Der Teller wird leer gegessen.“
- *DDR-Nostalgische*: Frustration, Entwurzelung sind dominante Gefühle, die mittels Essen kompensiert werden. Regulationsverlust und orale Kompensation sind gepaart mit traditionellen Essgewohnheiten. Ablehnung des modernen, westlichen Schönheitsideals, Stilisierung „proletarischer Leitbilder“ versus Resignation (sich aufgeben). Typisch ist die Maxime: „Man gönnt sich ja sonst nichts.“
- *Konsum-Materialisten*: Sorglosigkeit und Verantwortungslosigkeit im Umgang mit sich selbst und dem Körper. Oraler Hedonismus, Essen und Trinken und jede Art von Genussmittelkonsum als Seelentröster. Fehlende Ernährungskompetenz und Esskultur, Dominanz des Convenience-Motivs („Fastfood“, „Junkfood“). Generell wenig Aufmerksamkeit für die Gesundheit; Desinteresse und Gleichgültigkeit als Schutz und Abwehrstrategie (sich emotional und sozial nicht berühren lassen): die prototypischen „Couch-Potatoes“ vor dem (neuen Flachbild-) Fernseher oder der Spielkonsole. Dazu kommen (vorgeschobene) Argumente, dass man kein Geld für gutes Essen oder ein Fitness-Studio hat. Andererseits gibt man viel Geld für Fastfood aus, kocht aus der Konserve und gibt den Kindern in die Schule Süßigkeiten und Ku-

chen mit („Fresspakete“ zum Verwöhnen – aber auch, weil es einfacher ist). Gewichtsprobleme der Kinder werden nicht wahrgenommen oder verdrängt.

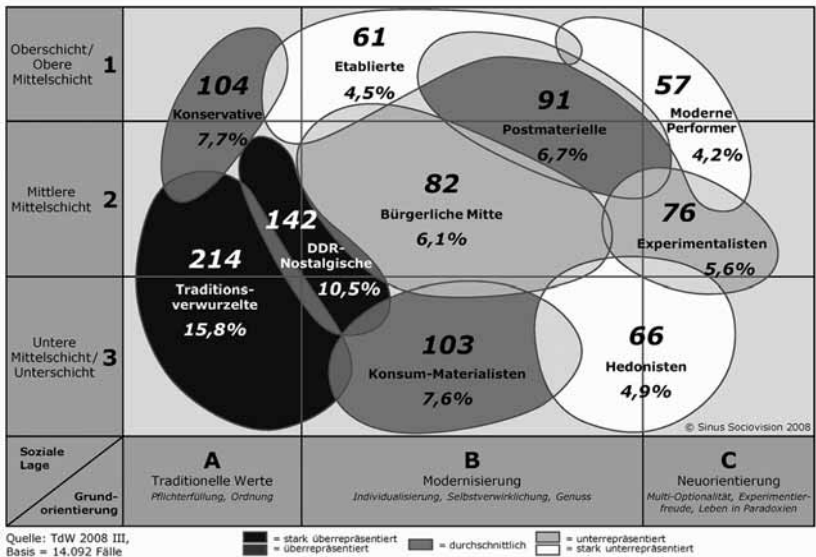
Die innerfamiliäre Anamnese ist aufgrund der Kommunikationskultur und des Lebensstils in der modernen Unterschicht sehr gering, in den gehobenen Milieus der Konservativen, Etablierten und Postmateriellen ist sie dagegen stark ausgeprägt.

### *Diabetes*

Zu Diabetes (Typ 2) ergibt die soziodemografische Analyse einen ähnlichen Befund wie beim Übergewicht: Das Diabetes-Risiko steigt – jenseits der 40 – mit zunehmendem Alter an, und es variiert mit der sozialen Lage, d. h. es ist in den unteren Einkommensgruppen höher. Diese Ähnlichkeit war zu erwarten; denn neben genetischen Ursachen sind die äußeren Hauptrisikofaktoren für Diabetes mellitus Übergewicht, Bewegungsmangel und falsche Ernährung. Aber die Milieuanalyse zeigt ein etwas anderes Bild. Auffällig sind:

- Eine stark überdurchschnittliche Prävalenz bei Traditionsverwurzelten (mehr als doppelt so hohes Risiko im Vergleich mit dem Bevölkerungsdurchschnitt). Das ist zum Teil zurückzuführen auf das hohe Altersspektrum im Milieu, doch reicht dies als Erklärung nicht, denn im etwa gleich alten Milieu der Konservativen ist Diabetes seltener.
- Keine überdurchschnittliche Betroffenheit der Konsum-Materialisten (immerhin das Milieu mit dem höchsten BMI).
- Unterdurchschnittliche Prävalenz in der Bürgerlichen Mitte (im Unterschied zum Problem Übergewicht / Fettleibigkeit).

Subjektive Prävalenz: Diabetes



$\sigma = 7,4 \%$

Selbstauskunft: „derzeit persönlich davon betroffen“ (Punktprävalenz)

Warum ist die Diabetes-Betroffenheit bei Konsum-Materialisten so gering? Die Wahrheit ist oft banal: Viele Betroffene wissen möglicherweise gar nicht, dass sie Diabetes haben, weil sie nicht zum Arzt gehen und die Krankheit nicht diagnostiziert wird. Es gibt in diesem Milieu der Konsum-Materialisten eine hohe Dissimulation und Indolenz: Viele verdrängen ihre gesundheitlichen Probleme, nehmen sie nicht zur Kenntnis, wollen nicht krank sein:

- Männer können sich nicht leisten, krank zu sein, und halten sich für „unverwüstlich“ (Selbstbild des „tough guy“).
- Frauen arrangieren sich resignativ bis lethargisch mit ihrem Leiden, bei sehr schlechter Compliance.

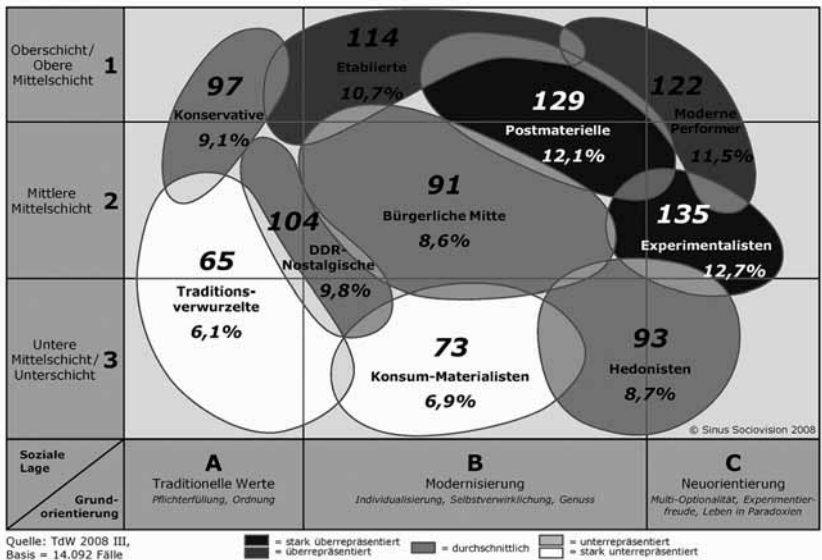
Die tatsächliche Diabetes-Prävalenz im Milieu ist sicher höher, als die Befragungsdaten verraten. Eine sehr späte Diagnose aber kann zur Konsequenz haben, dass bereits eine Dialyse notwendig ist – und das wird teuer.

Was „schützt“ die Bürgerliche Mitte im Unterschied zu Konsum-Materialisten? Es ist vor allem die Adaption der Fitness- und Bio-Trends: Groß ist in der Bürgerlichen Mitte das Interesse an Gesundheits- und Ernährungsfragen. Ausgewogene Ernährung, frische, naturbelassene Produkte und Bio-Affinität spielen hier eine große Rolle. Ebenso wächst die Wellness-Orientierung in den Dimensionen von Lebensqualität, Balance, Harmonie – aber in der Bürgerlichen Mitte ohne weltanschaulichen (ideologischen) Ehrgeiz, sondern moderat, flexibel, pragmatisch.

### *Allergien*

Ein völlig anderes Milieuprofil zeigen die subjektiven Prävalenzen zu Allergien: Hier zeigen vor allem Postmaterielle und Experimentalisten, aber auch Etablierte und Moderne Performer eine überdurchschnittliche Sensibilität – somit die gesellschaftlich gehobenen Milieus. Die Differenz etwa zu Traditionsverwurzelten und der modernen Unterschicht besteht in der (Selbst-)Wahrnehmung und im Verhalten: Postmaterielle (v. a. Frauen aus diesem Milieu) nehmen häufiger Vorsorgeuntersuchungen wahr, tauschen sich mit dem Arzt aus, lesen einschlägige Magazine und Zeitungsartikel – und zeigen auch eine starke Präferenz für einen bestimmten Typus von Ärzten sowie für Gesundheitsphilosophien, die der klassischen Schulmedizin nicht mehr allein vertrauen, sondern parallel auf alternative „weiche“ Zugänge der Diagnose und Therapie bauen: Heilpraktiker, Naturheilverfahren, Homöopathie, Bioresonanz u. a. Das spiegelt sich auch in der Wahl der Kranken-

## Subjektive Prävalenz: Allergien



$\sigma = 9,4 \%$

Selbstauskunft: „derzeit persönlich davon betroffen“ (Punktprävalenz)

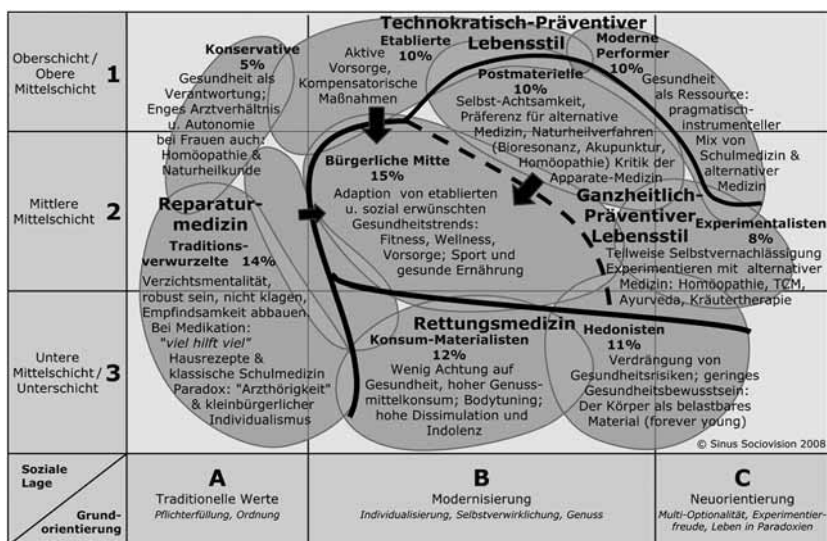
kasse bzw. der Zusatzversicherung. Das können und wollen sie sich leisten. Gleichzeitig zeigen objektive Messungen des Robert-Koch-Instituts, dass die höhere Allergie-Prävalenz bei Menschen mit gehobener sozialer Lage nicht nur auf die erhöhte Selbstsensibilität zurückzuführen ist, sondern faktisch besteht.

Im Gegensatz dazu haben Traditionsverwurzelte und Konsum-Materialisten die zeitgeschichtlich und lebensweltlich gewachsene Alltagsphilosophie der Robustheit: Allergien muss man sich leisten können – doch sie selbst kämpfen in ihrem Alltag mit so vielen „wirklichen“ Problemen des materiellen und sozialen Überlebens, dass sie sich solche Empfindsamkeiten nicht erlauben können. In

der Umkehrung wird diese Einstellung als Tugend und Stärke gedeutet und macht bei vielen Männern den Kern ihrer männlichen Identität aus: Eine „Anfälligkeit“ für Allergien wird primär als Schwäche gedeutet. Dazu kommt, dass sich die meisten aus diesem Milieu etwa eine Zusatzversicherung für alternative Heilmethoden nicht leisten können, kein Geld ausgeben können und wollen für alternative Therapien, die ihrem eindimensionalen Kausalitätsverständnis von „Reparaturmedizin“ nicht entsprechen. Auch zeigen sie wenig Verständnis für mögliche Folgeerkrankungen von Allergien. All dies manifestiert sich in der Haltung, die Wirklichkeit als gegeben hinzunehmen, ein Problem möglichst lange zu ignorieren, es auszuhalten und nicht zu klagen.

Die milieuspezifischen Einstellungen zur Gesundheit illustriert die folgende Grafik.

Milieuspezifische Einstellungen zu Gesundheit



## Fazit

In den Milieus bündeln sich soziale, psychische und somatische *Risikofaktoren* und auch *Schutzfaktoren* in spezifischer Weise und mit deutlichen Unterschieden zwischen den einzelnen Gruppen. Ebenso bündeln sich in den Milieus Faktoren, die die *Compliance* bei der Behandlung, Vorsorge, Früherkennung und Sekundärprävention steuern. Entsprechend sind auch die Gegebenheiten milieuspezifisch, die eine stärkere oder schwächere institutionelle Hilfestellung notwendig machen (Versorgungsnetz, Sprechzeiten, Pflegestützpunkte, Seniorenzentren etc.). Die Milieuperspektive ist somit relevant sowohl für die Prognose als auch für die Prävention – und zwar in mehrfacher Hinsicht:

- Erstellung milieuspezifischer Risikoprofile und Beschreibung milieuspezifischer geeigneter Zugangswege, unter Berücksichtigung der kommunikativen Erreichbarkeit: Das bezieht sich auf die sozialräumliche Lokalität (*Wo?*), die begriffliche und argumentative Semantik (*Was?*), die Stilistik der Botschaft (*Wie?*) und die Channels (*In bzw. mit welchen Medien wird kommuniziert?*).
- bessere Akzeptanz von Behandlungs- und Präventionsmaßnahmen durch Berücksichtigung der milieuspezifischen Voraussetzungen.
- soziale Milieus als operationales Zielgruppenmodell für die Planung institutioneller Angebote und die Berechnung ihrer Wirtschaftlichkeit.

## Anmerkungen

<sup>1</sup> Robert-Koch-Institut, Telefonischer Gesundheitssurvey 2006, 2. Welle (n=7.300 Befragte. Lebenszeitprävalenz: „Wurde bei Ihnen jemals ... festgestellt?“).

<sup>2</sup> Anette Reil-Held, Universität Mannheim SFB 504, Auswertung aus dem Sozio-oekonomischen Panel (SOEP), 2000.