

Swiss Public Health Conference 2012, 30.-31. August, Lausanne

Parallelsession B3, 30.8. 16'00 h: **Erkenntnisse der Sozialepidemiologie im Versorgungssystem besser nutzen und verankern**

Gesundheitsrelevanz der Sozialepidemiologie, Basis fürs Handeln im Gesundheitssystem

Prof. Felix Wettstein

Institut Soziale Arbeit und Gesundheit

Ausgangshypothese 1 (von 3)

Das gesundheitliche Versorgungssystem ist bisher zu sehr auf das Individuum und seine bio-psychische Situation bzw. Verfassung fixiert.

Die soziale Dimension einer bio-psycho-sozialen Perspektive wird im Prozess der kurativen Versorgung (Anamnese, Diagnose, Behandlung, Therapie und Nachsorge) zu wenig beachtet, obwohl es dazu inzwischen viel theoretisches und empirisches Wissen gäbe.

Ausgangshypothese 2 (von 3)

Dieses Wissen und diese Zusammenhänge zur sozialen Dimension würden eine angemessenere Rolle spielen, wenn in allen Schritten der kurativen Versorgung zusätzliche Professionskompetenzen miteinbezogen würden:

Notwendig ist eine multiprofessionelle Kooperation über die bisherigen „Gesundheitsberufe“ hinaus.

Ausgangshypothese 3 (von 3)

Ein Versorgungssystem, welches die sozialen Dimensionen adäquat miteinbezieht, bewirkt

a) genauere Diagnosen,

b) bessere Behandlungserfolge,

c) eine geringere gesamtgesellschaftliche Krankheitslast (burden of diseases),

d) in einer ökonomischen Gesamtbetrachtung eine Reduktion von Kosten.

Übersicht über die nachfolgenden Ausführungen

- A) Erkenntnisse der Sozialepidemiologie, Korrelationen (summarisch)**
 - B) Erklärungsansätze der Zusammensetzung**
 - C) Schnittstelle zwischen Makro- und Mikroebene**
 - D) Fragen an den Versorgungszyklus**
-

A) Die Fakten sind längst bekannt und unbestritten...

Variation in neural development as a result of exposure to institutionalization early in childhood

Margaret A. Sheridan^{a,b,c}, Nathan A. Fox^d, Charles H. Zeanah^e, Katie A. McLaughlin^{b,c,f}, and Charles A. Nelson III^{a,b,c,g}

^aLaboratories of Cognitive Neuroscience, Division of Developmental Medicine, Boston Children's Hospital, Boston, MA 02115; ^bDepartment of Psychiatry, Harvard Medical School, Boston, MA 02115; ^cCenter for the Developing Child, Harvard University, Cambridge, MA 02138; ^dDepartment of Psychology, University of Maryland, College Park, MD 20742; ^eDepartment of Psychiatry, Tulane University, New Orleans, LA 70112; ^fDepartment of Psychology, Tulane University, New Orleans, LA 70112; ^gDepartment of Psychiatry, Tulane University, New Orleans, LA 70112

Ei
W
fu
di
ou
hi
vit
en
str
tric
the
MR
sig
tut
chil
but
care
in E
wit
size
was
not
child
child
for d
ing e
negle
experi



PSYCHOLOGICAL AND
COGNITIVE SCIENCES

NEUROSCIENCE

Unterschiedliche Ausprägung sozialer Unterstützung als **ein** bedeutsames Merkmal von sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit.

„Wenn Sie keiner Gruppe angehören und einer beitreten, reduziert sich ihre Wahrscheinlichkeit im nächsten Jahr zu sterben um die Hälfte.“ (Robert Putnam)

Puntam, Robert (2000). Bowling Alone. The Collapse and Revival of American Community. Simon and Schuster, New York.

Tiefere soziale Schicht geht einher mit... (*Auswahl*)

... schlechterem selbst-wahrgenommenen
Gesundheitszustand

... geringerer Lebenserwartung

... höheren Morbiditäten:

- Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Diabetes mellitus
- fast alle Formen der Krebserkrankungen
- schwere Atemwegenerkrankungen
- Erkrankungen des Bewegungsapparates
- Zahnschäden
- Sucht und Persönlichkeitsstörungen
- Psychosomatische Störungen
- Unfälle



Korrelationen sind unbestritten, doch in welche Richtung geht die Wirkung? Und warum?

«Arm macht krank»

oder

«Krank macht arm»

Wir könnten auch gegenüberstellen:

«Reich macht noch gesünder»

gegenüber

«Hochgesund macht reicher»

B) Erklärungen der Fakten

Feststellung: Die meisten Erklärungen suchen nach einer Kausalität im Sinne von «arm macht krank».

Sieben Erklärungsansätze (angelehnt an Mielck 2005):

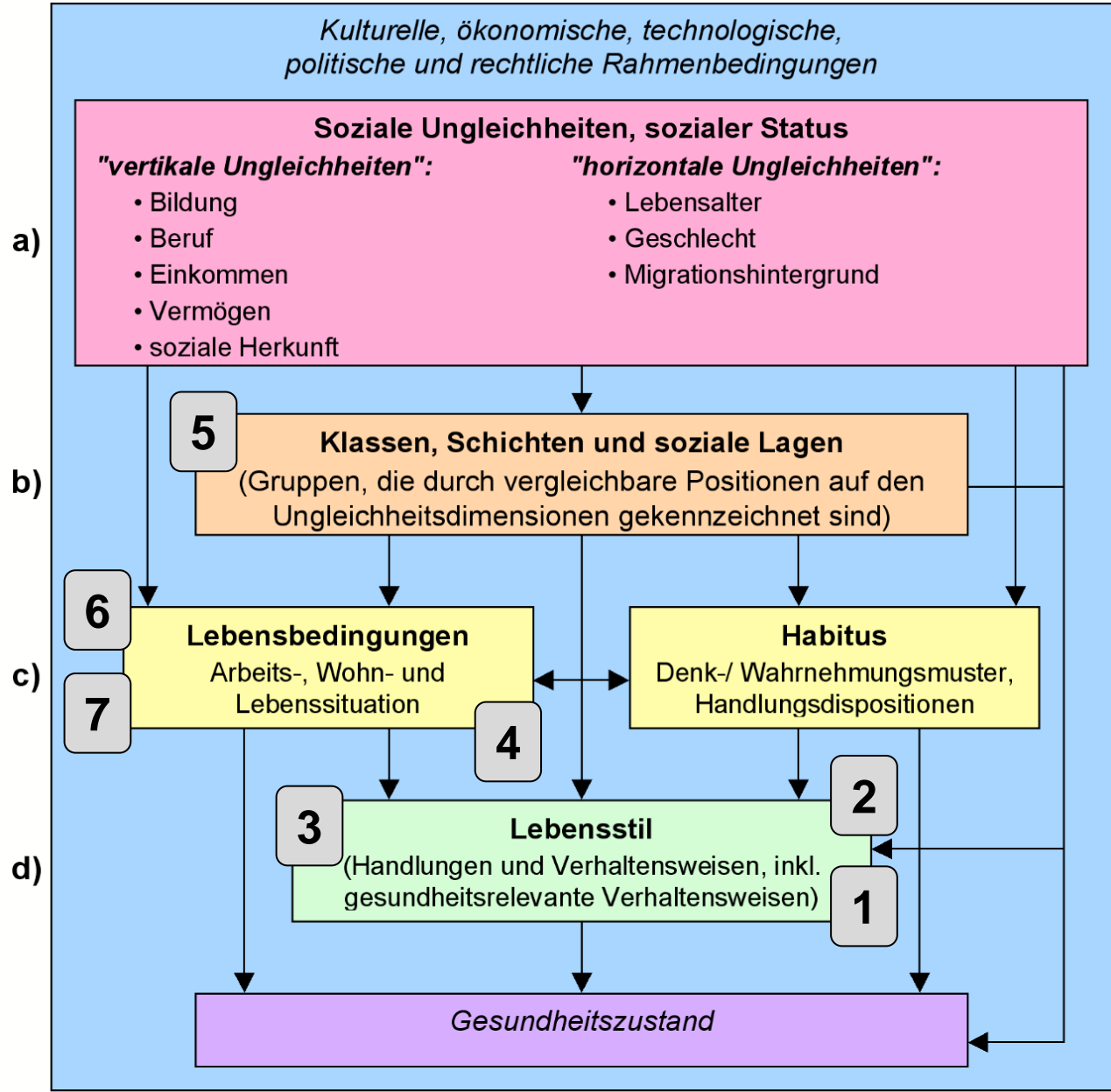
- 1. Wenig vs. viel gesundheitsgefährdendes Verhalten**
- 2. Durch Verhalten beeinflussbare Risikofaktoren tief/hoch**
- 3. Ausreichendes vs. geringes Vorsorge-Verhalten (Checks etc.)**
- 4. Gute vs. schlechte gesundheitliche Versorgungslage (Erreichbarkeit)**
- 5. Gute vs. schlechte Soziale Unterstützung**
- 6. Wenig/viel physische und psychische Belastungen bei Arbeit/Lebensaufgaben**
- 7. Kaum/viel (v.a. physische) Belastungen seitens Wohnbedingungen**

Modell für die Interdependenz der verschiedenen Erklärungsansätze

Zusammenhang Soziale Ungleichheit und Gesundheit

Quelle: Stamm/
Lamprecht 2009

eingesetzte Ziffern von FW, entspricht Nummerierung der vorangehenden Folie



C) notwendige Bindeglieder zwischen Makro- und Mikroebene

Problem: Fehlende Bindeglieder zwischen den beobachtbaren Ungleichverteilungen auf der gesellschaftlichen (Makro-) Ebene einerseits, der individuellen (Mikro-)Ebene mit den je persönlichen Vulnerabilitäten andererseits.

Zugehörigkeit zu einer (eher) vulnerablen Gruppe sagt noch nichts über den individuellen Status aus.

Von Steinkamp (1993, 1999) vorgeschlagene drei Ebenen zur Schliessung von Kausalitätslücken:

Makroebene: Soziale (und gesundheitliche) Ungleichheit zwischen den Schichten und Gesellschaften.

Mesoebene: materielle, immaterielle und soziale Lebensbedingungen, z.B. Arbeitsbedingungen, Beziehungsleben / spezifische Belastungen (kritische Lebensereignisse oder Alltag) / spezifische Ressourcen, z.B. instrumentelle Unterstützung oder Zugang zum Versorgungssystem.

Mikroebene: genetische Disposition, Anfälligkeit / Verhalten, Bewertungen (z.B. Kontrollüberzeugungen, Risikowahrnehmung) / weitere personal-psychische Ressourcen.

Johannes Siegrist,
*Uni Düsseldorf,
Institut für Medizini-
sche Soziologie*



**Modell der
beruflichen
Gratifikationskrise
(Effort-Reward-
Imbalance), 1996**

verwandt mit dem
Demand-Control-Modell
nach Karasek & Theorell



D) Beispiel-Fragen an den gesundheitlichen Versorgungszyklus

D1: Am Beispiel (berufliche) Gratifikationskrise

Berufstätige/r Patientin/Patient, Anamnese:

Was wissen/erfahren die Fachleute über die Zufriedenheit am Arbeitsplatz? Über das Gefühl, Anstrengung und Belohnung stehe (dauerhaft) im Einklang?

***Diagnose erhöhtes Herz-/Kreislaufisiko:* Könnte eine Gratifikationskrise die (Mit-)Ursache sein?**

***Nach überstandenerm Infarkt:* Wer fragt nach und sorgt dafür, dass die betroffene Person in ein (Arbeits-)Umfeld zurückkehren kann, in dem Effort und Belohnung im Einklang stehen?**



Frank van Lenthe, Departement of Public Health, Erasmus Medical Center Rotterdam



Der Beitrag von Wohnbezirksmerkmalen zur Erklärung sozial ungleicher Gesundheit.

Beispiel aus den Erkenntnissen: In Wohnbezirken mit ungünstigem sozioökonomischem Umfeld sind auch jene häufiger gesundheitlich gefährdet, die einen höheren Sozialstatus aufweisen («Aggregierte Deprivation»).

D) (Forts.) Beispiel-Fragen an den gesundheitlichen Versorgungszyklus

D2: Am Beispiel Wohnbezirksmerkmale

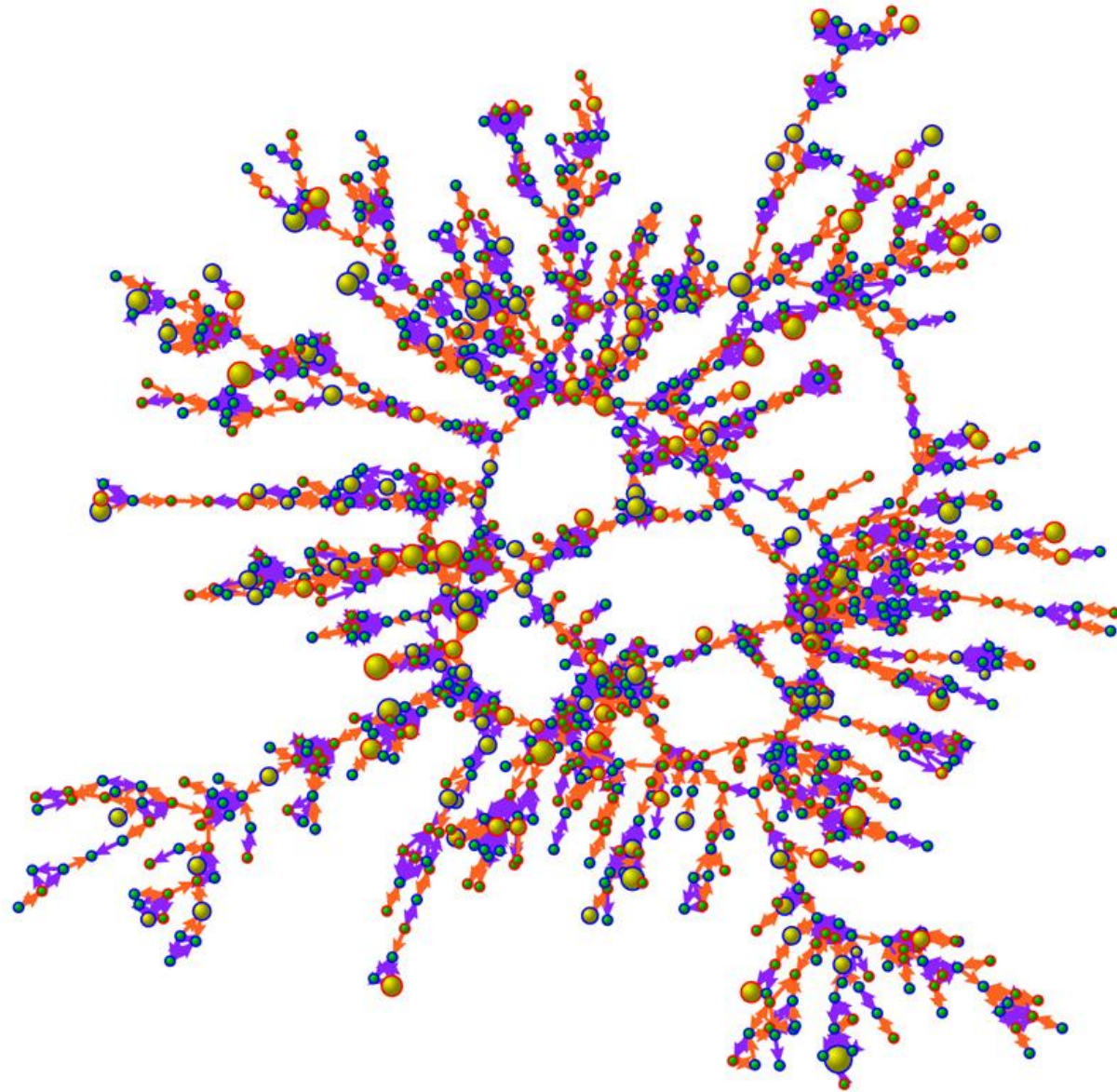
Anamnese: Was wissen/erfahren die Fachleute über die Wohnlage ihrer Patientinnen und Patienten, über die konkreten möglichen Belastungsfaktoren (Enge, Lärm, schlechte Luft, wenig Licht...)

Diagnose Übergewicht: Könnte die Wohnlage und mit ihr verbundene Belastungen (mit)erklärend sein?

Ambulante Versorgung oder Nachsorge: Wer fragt nach und sorgt dafür, dass die betroffene Person in ihrem physischen Wohnumfeld Bedingungen antrifft, die ihr Genesung erleichtern, Rückfälle oder Chronifizierung unwahrscheinlicher machen?

Smoking in a Face-to-Face Network in 2000

This graph shows a sample of 1,000 individuals selected from the largest connected subcomponent in 2000 from the Framingham Heart Study Social Network. Each circle (node) represents one person. Circles with red borders denote women, and circles with blue borders denote men. The interior color of the circles indicates the person's cigarette consumption (yellow denotes ≥ 1 cigarette per day, and green denotes no cigarettes). The size of each circle is proportional to the number of cigarettes consumed. The colors of the ties between the circles indicate the relationship between them: orange denotes a friendship or a marital tie, and purple denotes a familial tie. By 2000, smokers were more likely to appear at the periphery of their networks; in addition, smokers are usually in smaller subgroups than nonsmokers.



Framingham Heart Study

Nicholas Christinakis & James Fowler. **Buchtitel: Connected!**

D) (Forts.) Beispiel-Fragen an den gesundheitlichen Versorgungszyklus

D3: Am Beispiel «Macht Sozialer Netzwerke»

Beispiel: Rauchstopp geschieht in Gruppen:

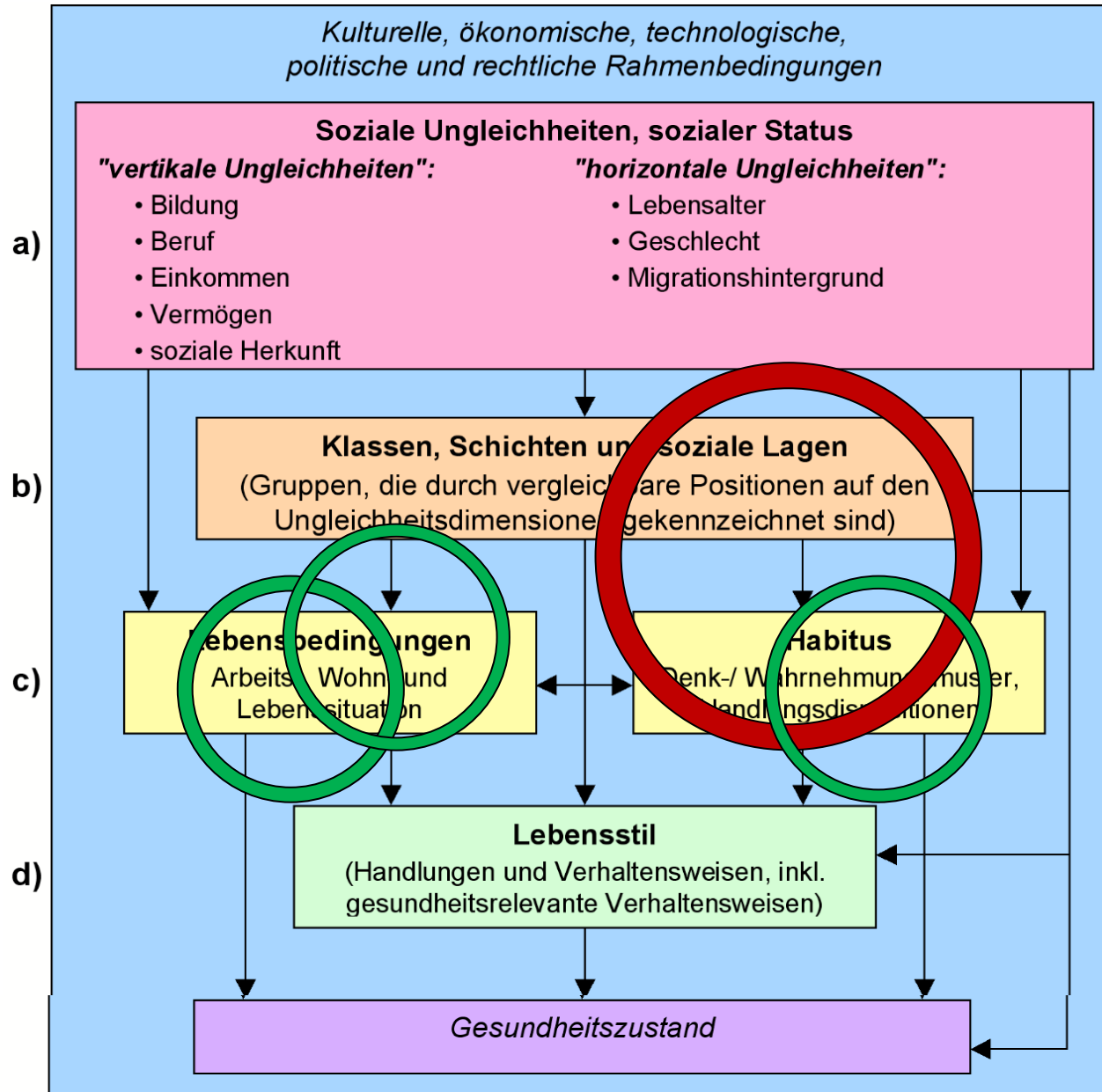
Um 36% reduziertes Risiko, selber weiterhin zu rauchen, wenn ein guter Freund damit aufhört (geografische Nähe nicht nötig!)

Um 34% reduziertes Risiko, selber weiterhin zu rauchen, wenn eine Arbeitskollegin damit aufhört

Um 25% reduziertes Risiko, selber weiterhin zu rauchen, wenn ein Geschwister damit aufhört (geografische Nähe nicht nötig!)

Wer bezieht solche Zusammenhänge in die Beratung von Rauchstopp-Willigen, in der Durchführung eines Rauchstopp-Programms, in der Nachbetreuung mit ein?

Fazit:



Für gesundheitliche Versorgung sind nicht nur Gesundheitszustand und Lebensstil relevant, sondern ebenso Lebensbedingungen, Habitus, Milieus, soziale Lagen: Wissen darum und ggf. Fähigkeiten zur Intervention.

Es braucht dazu professionelle Kompetenz und erweiterte interdisziplinäre Kooperation.