

Dokumentation zum Workshop der AG Sozialepidemiologie „Perspektiven und Herausforderungen der sozialepidemiologischen Forschung“ anlässlich der gemeinsamen Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie (DGMS) und der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Psychologie (DGMP), 28.-30. September 2016, Berlin

M. Schumann, S. Schneider, J. Spallek, T. Lampert

Einführung: Stand und Perspektiven der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland

T. Lampert, S. Schneider, J. Spallek

Anlässlich der diesjährigen Jahrestagung der DGMS und der DGMP, die vom 28. bis 30. September in Berlin stattfand, veranstaltete die AG Sozialepidemiologie einen Workshop, der sich mit den Perspektiven und Herausforderungen der sozialepidemiologischen Forschung befasst. Den Ausgangspunkt stellte dabei das Anfang 2016 erschienene Schwerpunktheft „Soziale Ungleichheit und Gesundheit“ (Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Band 59, Heft 2, Februar 2016) dar, das zahlreiche aktuelle Beiträge zur Sozialepidemiologie umfasst und ein breites Themenspektrum abdeckt. Der Einführungsbeitrag zum Schwerpunktheft nimmt eine Bestandsaufnahme vor und diskutiert bereits einzelne Perspektiven und Herausforderungen der sozialepidemiologischen Forschung (Lampert, Richter, Schneider, Spallek, Dragano, 2016: Stand und Perspektiven der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland, S. 153-165). Diese Diskussion solle in dem Workshop aufgenommen und fortgeführt werden. Neben einem intensiven Austausch, von dem alle Beteiligten profitieren, wurde mit dem Workshop beabsichtigt, die vordringlichen Themen und Fragen zu identifizieren und in ein Programm zu überführen, an dem sich die Arbeit der AG Sozialepidemiologie in den nächsten Jahren ausrichtet.

Der Workshop solle dazu beitragen, ein gemeinsames Verständnis dafür zu gewinnen, mit welchen Themen und Fragestellungen sich die Sozialepidemiologie befassen sollte, welche Theorien, Konzepte und Methoden dazu erforderlich sind und wie die Erkenntnisse für die Politikgestaltung und die Praxis von Public Health genutzt werden können. Dies ist auch vor dem Hintergrund zu sehen, dass zurzeit eine breiter angelegte Diskussion über Public Health in Deutschland stattfindet, angestoßen unter anderem durch die im Mai erschiene Stellungnahme der Leopoldina, die vielfältige, zum Teil sehr kontroverse Reaktionen der Fachgesellschaften und auch anderer Akteure hervorgerufen hat. Fortgeführt wird diese Diskussion im Rahmen des vom Robert Koch-Institut organisierten „Zukunftsforum Public Health in Deutschland“, das am 8. und 9. November 2016 in Berlin stattfinden wird.

Der Workshop im Rahmen der DGMS/DGMP-Jahrestagung setzte sich aus zwei Blöcken mit jeweils vier Beiträgen zusammen. Der erste Block befasste sich mit den Perspektiven der Lebensverlaufforschung, der Epigenetik, des demografischen Alterns und der Auswirkungen auf die Gesundheit sowie der Internationalisierung der Bevölkerung und der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten. Der zweite Block widmete sich dann arbeitsweltbezogenen Einflüssen, der Versorgungsforschung, regionalen Unterschieden sowie dem internationalen Vergleich und der wohlfahrtsstaatlichen Entwicklung.

Programm des Workshops

Teil 1: 28. September 2016, 14.45-16.15 Uhr

Thomas Lampert, Sven Schneider, Jacob Spallek: Einführung: Stand und Perspektiven der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland

Matthias Richter: Die Lebenslaufperspektive gesundheitlicher Ungleichheiten: Herausforderungen für die Forschung in Deutschland

Börge Schmidt: Gesundheitliche Ungleichheit, Gen-Umwelt-Interaktion und Epigenetik

Siegfried Geyer: Verlängerung des Lebens: Kompression oder Expansion der Morbidität?

Jacob Spallek, Oliver Razum: Internationalisierung der Gesellschaft: Migration und Flüchtlinge

Teil 2: 28. September 2016, 16.30-18.00 Uhr

Nico Dragano, Morten Wahrendorf, Kathrin Müller, Thorsten Lunau: Arbeit als Determinante gesundheitlicher Ungleichheit: Mechanismen und empirische Belege

Olaf von dem Knesebeck: Versorgungsforschung und gesundheitliche Ungleichheit

Lars Eric Kroll, Thomas Lampert: Regionale und sozialräumlicher Analysen der gesundheitlichen Ungleichheit

Claus Wendt: Wohlfahrtsstaaten und Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich

Die vorliegende Dokumentation fasst die zentralen Ergebnisse des Workshops zusammen. Zu der Dokumentation werdend die Powerpoint-Präsentationen, soweit sie uns von den Referenten zur Verfügung gestellt wurden, auf der AG-Homepage (www.sozialepidemiologie.de) bereitgestellt. Auf der Grundlage der Workshopergebnisse soll dann gemeinsam mit den Beitragenden ein Positionspapier entwickeln werden, mit dem wir eine Fokussierung und Priorisierung vornehmen wollen. Dieses Positionspapier wird ebenfalls zunächst über der AG-Homepage veröffentlicht, voraussichtlich im Frühjahr 2017, später dann zusätzlich als Beitrag zu einer Fachzeitschrift. Das Positionspapier soll zudem auf dem Gesundheitskongress in Lübeck mit den Mitgliedern der AG diskutiert werden, zumal dort die drei Fachgesellschaften gemeinsam tagen, in denen die AG Sozialepidemiologie verankert ist.

Die Lebenslaufperspektive gesundheitlicher Ungleichheit: Eine Einladung

M. Richter

Zusammenfassung

Im Rahmen der Forschung zur Entwicklung von Gesundheit und gesundheitlicher Ungleichheit wird der sogenannten Lebenslaufperspektive zunehmend Beachtung geschenkt. Dahinter verbirgt sich die Idee, dass Krankheiten nicht nur durch aktuelle Expositionen verursacht werden, sondern das Produkt von Einflüssen über den gesamten Lebenslauf – von der Geburt über die Kindheit bis ins hohe Erwachsenenalter – sind. Während diese Sichtweise in den Sozial- und Verhaltenswissenschaften seit Jahrzehnten bereits fest verankert ist, wurde sie in der Epidemiologie und der Public-Health-Forschung erst Ende der 1990er Jahre aufgegriffen. Seither hat sich – zumindest im internationalen Kontext – ein aktiver Forschungszweig entwickelt und die Berücksichtigung von biologischen, verhaltensbezogenen und sozialen Einflüssen im Laufe des Lebens wird für ein breites Verständnis von Gesundheit und gesundheitlicher Ungleichheit ein zunehmend höherer Stellenwert beigemessen.

In der Forschung existieren bislang drei idealtypische Modelle, die zeigen, wie eine frühe Exposition mit der gesundheitlichen Lage im späteren Leben assoziiert sein kann: Das Modell der kritischen Perioden, das Modell der sozialen Mobilität und das Akkumulationsmodell. Die Modelle erlauben es, statistische Zusammenhänge zwischen verschiedenen Expositionen und Outcomes zu modellieren. Mit Blick auf inhaltliche Erklärungen dieser Assoziationen sind die Modelle jedoch sehr breit aufgestellt und müssen mit theoretischen Konzepten, Definitionen und Annahmen gefüllt werden. Vor diesem Hintergrund ist der Frage nachzugehen, welche theoretischen Grundlagen für ein allgemeingültiges Rahmenmodell genutzt werden können, um die Entwicklung der Gesundheit über den gesamten Lebenslauf hinweg besser zu verstehen.

Herausforderungen

Der Beitrag hat gezeigt, dass die Berücksichtigung der Lebenslaufperspektive in Modellen zur Entwicklung und Erklärung von Gesundheit und gesundheitlicher Ungleichheit von besonderer Bedeutung ist. Die angesprochenen Modelle können für die Identifikation von Forschungsfragen, der empirischen Variablenauswahl sowie der Erweiterung von Erklärungsansätzen einen wichtigen Beitrag leisten. Darüber hinausgehend gilt es, die zur Verfügung stehenden Daten und statistischen Analysemöglichkeiten zu prüfen und weiterzuentwickeln. Dabei wurde betont, dass bei den Analysen über den gesamten Lebenslauf auch einzelne Perioden und Übergänge verstärkt in den Fokus gerückt werden sollten. Es kam zudem die Frage auf, inwiefern Deutschland auf die Ergebnisse angelsächsischer und skandinavischer Studien zurückgreifen und von diesen lernen kann; so etwa aus den Geburtskohorten Englands. Abschließend wurde angemerkt, dass auch der Frage nachgegangen werden muss, inwiefern und wie die Lebenslaufperspektive künftig auch bei Empfehlungen für die Gesundheitspolitik berücksichtigt werden kann.

Gesundheitliche Ungleichheit, Gen-Umwelt-Interaktion und Epigenetik

(B. Schmidt)

Zusammenfassung

Seit 2007 sind durch genomweite Assoziationsstudien (GWAS) statistische Assoziationen zwischen bisher ca. 25.000 genetischen Markern und diversen gesundheitsbezogenen Merkmalen detektiert worden. Auch wenn der Nutzen dieser Ergebnisse für Prävention oder verbesserte Therapien vielfach in Frage gestellt wurde, so lieferten sie die Erkenntnis, dass komplexe Erkrankungen zusätzlich zu Umweltfaktoren durch eine Vielzahl von Genen beeinflusst zu sein scheinen, die allerdings für sich allein genommen nur einen sehr geringen Einfluss auf die jeweilige Erkrankung zeigen. Eine Erklärung hierfür können Gen-Umwelt-Interaktionen sein, die bedingen, dass sich ungünstige genetische Varianten nur in bestimmten umweltbedingten Risikokonstellationen ausprägen. Dies führte zur Frage, inwiefern auch der sozioökonomische Status (SES) als Indikator sozial ungleichverteilte Gesundheitsrisiken mit krankheitsassoziierten Genvarianten interagiert und so zur Entstehung von gesundheitlichen Ungleichheiten beiträgt. Dabei stellen umweltbedingte epigenetische Veränderungen einen möglichen biologischen Mechanismus dar, der darüber entscheiden kann, ob ungünstige genetische Anlagen auch tatsächlich zum Tragen kommen.

Erste Studien zur Erforschung gesundheitlicher Ungleichheit, die molekulargenetische Daten miteinbezogen, untersuchten krankheitsassoziierte Genvarianten auf ihre Ungleichverteilung entlang der verschiedenen sozioökonomischen Statusgruppen (Gimeno et al., 2008; Holzapfel et al., 2011 ; Schmidt et al., 2014). Die Voraussetzung für eine solche Ungleichverteilung krankheitsassoziiierter Genvarianten wäre allerdings der Einfluss des Gesundheitszustands auf den SES einer Person, wie er durch die direkte Selektionshypothese gesundheitlicher Ungleichheit beschrieben ist. Sozialepidemiologische Studien geben bisher jedoch wenige Hinweise auf ausreichende gesundheitliche Selektionseffekte, der Einbezug molekulargenetische Daten keinen Anhaltspunkt für Assoziationen zwischen krankheitsassoziierte Genvarianten und dem SES. Daher ist eine Verursachung gesundheitlicher Ungleichheit durch sozial ungleichverteilte krankheitsassoziierte Genvarianten sehr unwahrscheinlich, weder theoretisch plausibel, noch mit molekulargenetischen Daten empirische belegt.

Im Hauptklärungsansatz gesundheitlicher Ungleichheit – der sozialen Kausation – lassen sich genetische Faktoren der Krankheitsentstehung allerdings über den Einbezug von Gen-Umwelt-Interaktionen nachvollziehbar integrieren. Wird davon ausgegangen, dass ein niedriger Sozialstatus stärkere Gesundheitsgefährdungen verursacht – und dies nicht direkt, sondern über die ungleiche Verteilung materieller und psychosozialer Ressourcen bzw. Belastungen vermittelt – dann können diese neben ihrem direkten Einfluss auf den Gesundheitszustand auch einen Einfluss auf die Ausprägung krankheitsassoziiierter Genvarianten haben. Denkbar wäre somit auch eine Erweiterung der Kausationshypothese um epigenetische Faktoren als SES-assoziierte Modifikatoren der Genexpression. Epigenetische Profile beschreiben die DNA umgebende molekulare Strukturen (DNA-Methylierung, His-

tonmodifikationen oder Mikro-Ribonukleinsäuren), die die Genexpression steuern und mit der Krankheitsentstehung in Verbindung gebracht werden (z.B. in Krebszellen). Epigenetische Profile werden zwar wie die DNA biologisch vererbt, können in bestimmten Phasen des Lebensverlaufes aber durch soziale und umweltbedingte Einflüsse (z.B. chemische Expositionen, Lifestyle-Faktoren, wie Tabakkonsum und Ernährung, oder Stress) modifiziert werden. So konnte beispielsweise beobachtet werden, dass sich das Ausmaß der DNA-Methylierung nach Einkommen und Bildung unterscheidet scheint (Borghol et al., 2011; McGuinness et al., 2012). Für den Einbezug der Epigenetik in die sozialepidemiologische Forschung sind allerdings methodische Hindernisse epigenetischer Studien zu berücksichtigen. So sind epigenetische Profile abhängig vom jeweiligen Gewebetyp, in vielen Studienpopulationen stehen aber oft nur Blutproben zur Verfügung. Zudem variiert der Anteil einzelner Zelltypen im Blut oft mit der Exposition von Interesse (z.B. steigende Leukozytenzahl mit steigendem BMI) und auch mögliches Confounding spielt eine viel stärkere Rolle als bei genetischen Studien. Festzuhalten bleibt auch, dass die Effekte epigenetischer Modifikation auf Erkrankungen ebenfalls eher klein zu sein scheinen. Gen-Umwelt-Interaktionen können zudem nicht nur über epigenetische Modifikationen wirken, sondern auch auf anderen Ebenen des Wirkungspfades vom krankheitsverursachenden Gen über die Zellumwelt bis hin zur Krankheit.

Herausforderungen

Die Ergebnisse der aktuellen Forschung zeigen, dass eine soziale Ungleichverteilung krankheitsassoziierter Genvarianten als Ursache gesundheitlicher Ungleich sehr unwahrscheinlich ist. Anders sieht es mit Blick auf Gen-SES-Interaktionen aus, die einen vielversprechenden Ansatz bieten, genetische Faktoren in bereits bestehende Erklärungsansätze gesundheitlicher Ungleichheiten zu integrieren, ohne sie in ein konkurrierendes Verhältnis zu sozialen Faktoren zu setzen. Ein solcher Ansatz bietet die Möglichkeit, kausale Wirkungsmechanismen gesundheitlicher Ungleichheit zu untersuchen (*How does social inequality ,get under the skin'?*) aber auch die Relevanz sozialer Faktoren in der Erforschung genetischer Ursachen von Erkrankungen aufzuzeigen. Mit Blick auf die Weiterentwicklung des Forschungsfeldes könnte es daher sinnvoll sein, die Epigenetik innerhalb der Theoriebildung mit zu bedenken, trotz derzeitiger methodischer Probleme in der Durchführung epigenetischer Studien. Dennoch sollte mit der Bedeutung (epi)genetischer Faktoren im Rahmen der Ungleichheitsforschung vorsichtig umgegangen werden. Fragen rund um die Interpretation und Kommunikation von Ergebnissen gilt es zu diskutieren.

Migration und Gesundheit. Alte und neue Herausforderung der Sozialepidemiologie?

J. Spallek

Gleiche Gesundheit Chancen und –rechte? Die besondere Situation Geflüchteter

O. Razum

Zusammenfassung

Nicht nur vor dem Hintergrund aktueller politischer Ereignisse, sondern auch mit Blick auf die Geschichte Deutschlands zeigt sich, dass Deutschland ein Einwanderungsland ist. So lebten im Jahr 2013 nach Angaben des Statistischen Bundesamtes 15,9 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland, was etwa einem Fünftel der deutschen Bevölkerung entspricht. Aktuelle Ergebnisse der sozialepidemiologischen Forschung zeigen, dass Menschen mit Migrationshintergrund nicht generell kränker oder schlechter versorgt sind, sie jedoch spezifische Gesundheitsrisiken und -chancen sowie spezifische Unter-, Über- und Fehlversorgungen mitbringen. In Bezug zum sozioökonomischen Status wird deutlich, dass Menschen mit Migrationshintergrund überproportional häufig in den niedrigen Statusgruppen im Vergleich zu Menschen ohne Migrationshintergrund vertreten sind. Entgegen der früheren Annahme, der Migrationshintergrund würde die Gesundheit direkt beeinflussen, handelt es sich hierbei häufig um klassisches Confounding durch den sozioökonomischen Status (SES), weshalb Zusammenhänge zwischen dem Migrationshintergrund, dem SES sowie der Gesundheit stets im Dreiklang untersucht werden sollten.

Herausforderungen

Der Beitrag hat unterstrichen, dass das Thema der Migration ein zentrales Public-Health-Thema für die nächsten Jahrzehnte werden wird. Umso verwunderlicher scheint es, dass das Thema innerhalb der Sozialepidemiologie noch nicht fest verankert ist und vielmehr als eigenständiges Thema in einem parallelen Strang besteht. Eine wichtige Aufgabe wird es daher sein, dass das Thema der Migration verstärkt als Teil der Sozialepidemiologie verstanden wird und es zu einer Selbstverständlichkeit wird, den Migrationshintergrund – unabhängig vom Forschungsschwerpunkt – in sozialepidemiologischen Analysen zu berücksichtigen („*Migration Mainstreaming*“).

Dazu bedarf es der Anwendung und Weiterentwicklung von Methoden und Verfahren der Sozialepidemiologie sowie einer Überarbeitung des Migrationsbegriffes. Vor dem Hintergrund einer immer heterogener und dynamischer werdenden Bevölkerung („*super diversity*“) stellt sich die Frage, wie sich der Migrationshintergrund zukünftig definiert. Immer mehr Menschen weisen einen Migrationshintergrund auf, sodass eine einfache Kategorisierung in Menschen mit oder ohne Migrationshintergrund der Komplexität des Themas nicht mehr gerecht wird. Es gilt, den Begriff des Migrationshintergrundes selbst und dessen Operationalisierung, Kategorisierung (nach Migrationshintergrund/ kein

Migrationshintergrund) und Verwendung neu zu diskutieren und an die jeweiligen Forschungsfragen anzupassen.

Analysen der „alten“ Migranten der zweiten und dritten Generation sowie die der „neuen“ Migranten der ersten Generation müssen zunehmend differenzierter erfolgen, sodass der Migrationshintergrund nicht mehr länger nur als Surrogatparameter verwendet wird, sondern Zusammenhänge und Wirkmechanismen (traumatische Erfahrungen im Herkunftsland und auf der Flucht, Diskriminierung im neuen Heimatland, Sprachbarrieren etc.) auf die Gesundheit besser verstanden und erklärt werden können. Dabei geht es nicht nur um Unterschiede in der Mortalität und Morbidität, sondern auch um Unterschiede in der medizinischen Versorgung mit Blick auf Zugänge, Bedarfe und Inanspruchnahme als auch Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung, insbesondere auch für Geflüchtete in den ersten 15 Monaten des Aufenthalts.

Eine weitere große Herausforderung ist in den zur Verfügung stehenden Daten zur Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund zu sehen. Hier sind große Lücken erkennbar: So ist es neben der Identifikation der Zielpersonen in der Regel schwierig, Menschen mit Migrationshintergrund für eine Beteiligung an Studien in Deutschland zu gewinnen. Eine große Herausforderung besteht daher darin, geeignete Strategien und Verfahren zu entwickeln, welche die Response von Menschen mit Migrationshintergrund erhöhen, sodass diese repräsentativ in einem kontinuierlichen Gesundheitsmonitoring vertreten sind. Auch in Bezug zu konkreten Fragestellungen und kurzfristig verfügbaren Informationen sind deutliche Lücken in der Datenlage zu verzeichnen. Besonders deutlich wurde die Notwendigkeit empirisch belastbarer, schnellerer und aktuellerer Daten zum Gesundheitszustand von Menschen mit Migrationshintergrund im Zuge der aktuellen Flüchtlingsbewegungen – nicht nur mit Blick auf die Forschung, sondern auch für die Politikberatung und für politische Entscheidungshilfen („*Daten für Taten*“). So ist die Anzahl der Asylanträge von 28.018 im Jahr 2008 auf 476.649 im Jahr 2015 angestiegen und Daten zur gesundheitlichen Lage der Geflüchteten lagen nicht vor. Geflüchtete sind – ebenso wie Menschen mit Migrationshintergrund, die schon länger in Deutschland leben – besonderen Risiken ausgesetzt, jedoch nicht unbedingt kränker. So besteht laut Meldungen des Robert Koch-Instituts (2015) keine erhöhte Infektionsgefährdung für die Allgemeinbevölkerung, wenn auch Geflüchtete bestimmte Impfungen in ihrem Heimatland nicht erhalten haben (z.B. Masern, Windpocken, TDPP). Hier scheint es angebracht, neben dem Fokus auf die Seuchenhygiene zunehmend auch andere Themen wie etwa psychische Störungen, Traumata sowie Wohn- und Lebensbedingungen zu untersuchen.

Arbeit als Determinante gesundheitlicher Ungleichheit: Mechanismen und empirische Belege

N. Dragano, M. Wahrendorf, K. Müller, T. Lunau

Zusammenfassung

Die Frage, inwiefern Arbeit und die soziale Ungleichheit zusammenhängen, konnte erstmals in der Whitehall-Studie, einer epidemiologischen Langzeitstudie mit 17.530 Regierungsbeamten in London, durch Michael Marmot und Kollegen (1978) gezeigt werden. Bei der Analyse von Sterbefällen über einen Zeitraum von mehr als sieben Jahren wurde beobachtet, dass Beamte niedriger Hierarchieebenen ein höheres Sterberisiko im Vergleich zu denjenigen höherer Hierarchiestufen aufweisen. Für Deutschland liegen in diesem Zusammenhang nur wenig empirische Befunde vor. Ziel des vorliegenden Beitrags ist es daher in einem ersten Schritt, die Mechanismen der Determinante Arbeit im Zusammenhang der gesundheitlichen Ungleichheiten theoretisch zu erläutern. In einem zweiten Schritt soll empirisch untersucht werden, ob Arbeitsbelastungen in Deutschland und Europa ungleich verteilt sind und inwiefern die Ungleichverteilung einen Teil des Zusammenhangs von Gesundheit und der beruflichen Stellung erklären kann.

Einen wichtigen Ansatz zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten zwischen Beschäftigten liefert das Modell nach Clougherty et al. (2010). Dieses berücksichtigt zunächst Mobilitäts- und Selektionseffekte im Lebenslauf. Es wird davon ausgegangen, dass der (Aus)bildungserfolg zum Teil von der sozialen Lage der Kindheit abhängt und junge Erwachsene mit niedrigeren Bildungsabschlüssen aufgrund früher Erfahrungen der sozialen Benachteiligung sowie geringeren Gesundheitschancen bereits zum Berufseinstieg vorbelastet sind. Auch im weiteren Lebensverlauf können solche Effekte beobachtet werden, etwa durch chronische Krankheiten und den damit einhergehenden geringen Aufstiegschancen bzw. Abstiegschancen von einer höheren in eine niedrigere Position. Darüber hinaus geht auch die berufliche Position selbst mit verschiedenen physischen, psychischen und sozialen Arbeitsbedingungen einher, die einen direkten oder auch vermittelnden Einfluss auf die Gesundheit der Beschäftigten nehmen und damit einen weiteren Teil gesundheitlicher Ungleichheiten erklären können. Mit der beruflichen Position gehen jedoch auch Unterschiede im Sozialstatus und insbesondere dem Einkommen einher, was ebenfalls zu erhöhten Erkrankungsraten bei Beschäftigten in niedrigeren beruflichen Positionen beitragen kann (indirekte Effekte/Confounding). Abschließend wird diskutiert, ob Menschen in niedrigeren beruflichen Positionen auch empfänglicher für die negativen gesundheitlichen Wirkungen von Belastungen sind (Effektmodifikation).

Die vorgestellten Analysen basieren auf der fünften Welle des European Working Condition Survey (EWCS) aus dem Jahr 2010. Dabei handelt es sich um eine Repräsentativbefragung in 27 europäischen Ländern von Angestellten, Arbeiterinnen und Arbeitern sowie Selbstständigen im Alter ab 18 Jahren. Die Stichprobengröße umfasste 34.529 Personen. Die Ergebnisse zeigen, dass die Arbeitsbe-

lastungen – gemessen über einen summativen Gesamtbelastungswert aus 16 etablierten Risiko- und Schutzfaktoren – sehr unterschiedlich zwischen den verschiedenen Berufsklassen der Beschäftigten verteilt sind. Dabei wird ein immer wiederkehrendes Muster deutlich, dass Beschäftigte der Dienstklassen die geringsten Belastungen aufweisen und diese über die einfachen Angestellten in nicht-manuellen Berufen hin zu qualifizierten und nicht-qualifizierten manuellen Beschäftigten ansteigen. Es konnten zudem spezifische Verteilungsmuster einzelner Belastungen für die verschiedenen Berufsgruppen identifiziert werden, aus welchen schließlich entsprechende Risikoprofile abgeleitet werden konnten.

Herausforderungen

Die Arbeitsbelastungen sind in Europa und Deutschland zwischen verschiedenen Berufsgruppen sehr unterschiedlich verteilt und kumulieren in bestimmten Berufsgruppen. Die Herausforderungen liegen vor allem in einer systematischen Erhebung von Arbeitsbelastungen und Ressourcen in Deutschland, sodass die dahinter liegenden Mechanismen besser verstanden und Effekte auch im Zeitverlauf abgebildet werden können. Dabei gilt es, berufsbezogene Auswertungen durchzuführen, Hochrisikogruppen zu identifizieren und Geschlechterunterschiede verstärkt zu berücksichtigen sowie deren Operationalisierungen zu überdenken. Zudem scheint es sinnvoll, neben den Arbeitsbelastungen auch private Belastungen, wie etwa die Pflege eines Angehörigen, bei den Analysen zu bedenken („*Care-Arbeit*“).

Versorgungsforschung und gesundheitliche Ungleichheit

O. von dem Knesebeck, Jens Klein

Zusammenfassung

Die medizinsoziologische Versorgungsforschung und die Sozialepidemiologie existieren weitgehend unverbunden nebeneinander. Dabei können Konzepte der Sozialepidemiologie sinnvolle Beiträge zur Versorgungsforschung leisten, da die zugrundeliegenden sozialen Faktoren nicht nur die Gesundheit, sondern häufig auch die gesundheitliche Versorgung beeinflussen. So hängen beispielsweise soziale Beziehungen mit der Adhärenz, der Inanspruchnahme von Leistungen und den Versorgungsergebnissen (Outcomes) zusammen oder können psychosoziale Arbeitsbelastungen in Gesundheitsberufen die Qualität der erbrachten Leistungen beeinträchtigen. Ziel des vorliegenden Beitrags ist es, einen Überblick zur aktuellen Studienlage der sozialen Ungleichheiten in der gesundheitlichen Versorgung für Deutschland zu geben und mögliche Herausforderungen zu diskutieren.

Grundsätzlich zeigt sich für Deutschland im Hinblick auf soziale Ungleichheiten in der Versorgung (Zugang, Inanspruchnahme und Qualität) ein großes Forschungsdefizit. Bisherige Studienergebnisse zu Versorgungsungleichheiten geben ein eher inkonsistentes Bild ab, wozu nicht zuletzt auch die unterschiedliche methodische Qualität beiträgt. Vorliegende Untersuchungen in Bezug zu Ungleichheiten

ten im Zugang zum Versorgungssystem machen deutlich, dass untere Statusgruppen/gesetzlich Versicherte – trotz unseres Sozialversicherungssystems – häufiger benachteiligt sind. So geben Menschen der geringen Einkommensgruppe beispielsweise häufiger an, aufgrund einer finanziellen Barriere (Zuzahlungen, finanzielle Belastungen) auf medizinische Versorgung zu verzichten („*forgone care*“, „*unmet needs*“). Im Hinblick auf Ungleichheiten in der Inanspruchnahme ambulanter Versorgungsleistungen (Haus- und Facharztbesuche) sowie Früherkennungs- und Vorsorgemaßnahmen liegen vergleichsweise viele Studienergebnisse vor. Es ist erkennbar, dass höhere Statusgruppen/privat Versicherte im Vergleich zu niedrigen Statusgruppen/gesetzlich Versicherten vermehrt Fachärzte und präventive Maßnahmen (z.B. Früherkennungsuntersuchungen) in Anspruch nehmen. Befunde zu Unterschieden in der Qualität der Versorgung sollten hinsichtlich der Qualitätsindikatoren etwas differenzierter betrachtet werden und es empfiehlt sich, zwischen solchen der Struktur (z.B. technische Ausstattung), des Prozesses (z.B. Durchführung von diagnostischen und therapeutischen Verfahren, Arzt-Patienten-Kommunikation) und des Ergebnisses (z.B. Patientenzufriedenheit, QoL, Überlebensraten, Rezidive) zu unterscheiden. Bislang liegen in diesem Zusammenhang jedoch nur wenige Studien vor, die darüber hinaus ein ambivalentes Bild ergeben. Allerdings deuten sich hier ebenso Benachteiligungen für stärker deprivierte Patientengruppen an.

Insgesamt zeigt sich für Deutschland im Hinblick auf Versorgungsungleichheiten ein großes Forschungsdefizit, während in anderen Ländern, insbesondere Großbritannien unter dem Stichwort „*equity in health care*“, bereits seit einiger Zeit systematische theoriegeleitete Forschung stattfindet. Wenn auch die Ergebnisse der Studien für Deutschland zum Teil inkonsistent sind, wird deutlich, dass Unterschiede in der medizinischen und gesundheitlichen Versorgung einen wichtigen Beitrag zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten leisten können. Verallgemeinerbare Aussagen darüber, inwiefern sich dieser schließlich (umfassend) quantifizieren lässt, sind jedoch kaum möglich. Hier sind bislang nicht gelöste methodische Fragen offen, zudem variiert der Erklärungsumfang – wie bei anderen Erklärungsfaktoren auch – u.a. mit der Erkrankung. Einen ersten Versuch einer Quantifizierung stellt der „*amenable mortality*-Ansatz“ dar. Dabei geht es um die Analyse von Mortalitätsunterschieden bei Todesursachen, die im Einflussbereich medizinischer Interventionen liegen („*mortality amenable to medical care*“, z.B. Tuberkulose, Leukämie). Es hat sich gezeigt, dass in Europa etwa 5% der Bildungsunterschiede in der Mortalität auf Todesursachen zurückzuführen sind, die medizinischen Interventionen zugänglich sind (Mackenbach et al., 2008). Eine Nachfolgestudie ergab 11 bis 24% (Stirbu et al., 2010). Die Frage, die sich an dieser Stelle stellt, ist, ob die Ungleichheiten bei solchen Todesursachen tatsächlich die Versorgungsungleichheiten widerspiegeln.

Herausforderungen

Der Beitrag konnte zeigen, dass Konzepte der Soziologie bzw. Sozialepidemiologie verstärkt Eingang in die Versorgungsforschung finden sollten und dass sich damit neue Chancen für die Medizinsoziologie ergeben können.

Mit Blick auf die Forschung zeigen sich zum Teil ausgeprägte Defizite. Grundsätzlich stellt die geeignete Erfassung von Indikatoren der Versorgung weiterhin eine große Herausforderung dar. So liegen für Deutschland nur wenige Studien zu Ungleichheiten im Zugang oder auch in der Qualität der Versorgung vor. Dies gilt vor allem für Studien, welche sich mit der Einordnung bzw. Bewertung von Versorgungsungleichheiten beschäftigen. Bei der Forschung zu Ungleichheiten im Zugang stellt sich unter anderem die Frage, auf welche Leistungen sich der Anspruch auf Gleichheit bezieht und welche Gesundheitsrelevanz identifizierten Ungleichheiten zuzuschreiben ist. So könnte es hilfreich sein, einen Katalog an Angeboten zu definieren, auf welchen sich die Untersuchungen dann beschränken („Leistungen mit medizinischer Notwendigkeit“). In Bezug auf Ungleichheiten in der Qualität sind Defizite sowohl in Studien zur Prozess- als auch Ergebnisqualität auszumachen. Untersuchungen zur Strukturqualität gibt es kaum, jedoch steht diese weniger im Fokus der Diskussion um Versorgungsungleichheiten. Es wurde zudem betont, dass im Zusammenhang der Unterschiede in der Qualität grundsätzlich zwischen solchen der Service-Leistungen und denen der medizinischen Versorgung differenziert werden muss. Beiden Forschungssträngen liegen schließlich sowohl inhaltlich als auch methodisch unterschiedliche Aspekte zugrunde. Ferner sind deren Auswirkungen auf die Gesundheit bislang unzureichend dargestellt, sodass sich beispielsweise die Frage stellt, ob nur ein „mehr“ an Behandlung gleichzeitig auch ein Indiz für eine „bessere“ Behandlung ist.

Im Hinblick auf Untersuchungen zur Inanspruchnahme liegen hingegen einige Ergebnisse vor, wenn auch diese nicht immer einwandfrei zu interpretieren sind. Hier ist oft unklar, inwieweit Unterschiede in der Inanspruchnahme auf Unterschiede im Bedarf zurückzuführen sind, da in den Untersuchungen nicht immer für den Bedarf kontrolliert wurde. Bisher mangelt es an einer allgemeingültigen Definition und Operationalisierung des Konzeptes zum Bedarf, welche es zukünftig für die Forschung von Ungleichheiten in der gesundheitlichen Versorgung zu entwickeln gilt. Darüber hinaus ist wie beim Zugang auch hinsichtlich der Inanspruchnahme nach wie vor unklar, inwiefern die medizinischen und präventiven Angebote tatsächlich einen gesundheitsrelevanten Einfluss haben; ob also eine hohe Inanspruchnahme überhaupt mit einem gesundheitlichen Nutzen einhergeht und inwiefern die Patienten hiervon gesundheitlich profitieren. Grundsätzlich kann jedoch davon ausgegangen werden, dass Menschen niedriger Statusgruppen aufgrund erhöhter Komorbidität einen höheren Bedarf im Vergleich zu Menschen der höheren Statusgruppen haben, sodass eine Gleichbehandlung an dieser Stelle nicht ausreichen würde. Dabei gilt es in der Versorgungsforschung zu berücksichtigen, dass Ungleichheit in der Inanspruchnahme zum einen als Ausdruck unterschiedlicher Präferenzen und zum anderen als Ausdruck unterschiedlicher Möglichkeiten interpretiert werden und dadurch die normative Bewertung unterschiedlich ausfallen kann. Hier wurden auch verschiedene Beobachtungen angemerkt, etwa, dass der Aspekt der Überversorgung von privat Versicherten eventuell einen moderierenden Effekt in Bezug auf die Ungleichheiten übernehmen könnte. Auch wurde die Diskussion um das systematische Einladewesen mit eingebracht und die damit verbundenen Chancen, gesundheitliche Ungleichheiten abzubauen.

Regionale und sozialräumliche Analysen. Perspektiven für die sozialepidemiologische Forschung

L.E. Kroll, T. Lampert

Zusammenfassung

In Europa und auch in Deutschland bestehen zum Teil ausgeprägte regionale Unterschiede in der Lebenserwartung, im Auftreten von Krankheiten und gesundheitlichen Beschwerden sowie im Gesundheitsverhalten. In den frühen 1990er-Jahren konnte eine beträchtliche Zunahme an theoretischen und empirischen Arbeiten zu regionalen und sozialräumlichen Analysen festgestellt werden, wobei sich im Wesentlichen zwei Forschungsperspektiven etablierten: Die soziologische Perspektive, welche Orte („*place*“) als soziale Kontexte begreift, an denen (bzw. über die) verschiedene Ressourcen und Belastungen für Mitglieder verteilt werden, die diese anziehen, abstoßen oder ausgrenzen. Parallel dazu entwickelte sich die geografische Perspektive, die Nähe („*space*“) als Quelle für Ressourcen und Belastungen oder Expositionen in einem bestimmten Aktivitätsraum untersucht (Arcaya et al., 2012). Beiden Perspektiven gemeinsam ist die Rolle der geografischen Umgebung, während die sozialepidemiologische Perspektive sich vielmehr auf die Einflüsse des Kontextes („*contextual determinants*“) konzentriert und untersucht, inwiefern die in dem Expositionscluster anzutreffenden Ressourcen oder Noxen Ungleichheiten in der Gesundheit erklären können. Erste Forschungsvorhaben in diesem Zusammenhang konzentrierten sich zunächst auf die Entwicklung theoretischer Rahmenkonzepte, welche mögliche kausale Zusammenhänge zwischen (Wohn-)ort und Gesundheit deutlich machen sollten. Anschließend wurden neben ersten qualitativen Untersuchungen auch quantitative Multi-Level-Analysen durchgeführt mit dem Ziel, die aufgestellten theoretischen Konstrukte zu untermauern und kontextspezifische Eigenschaften zu identifizieren, die signifikante Unterschiede zwischen den Regionen erklären können. Dieser analytische Fokus zog jedoch die unbeabsichtigte Konsequenz nach sich, Orte und Menschen (oder „Kontext“ und „Komposition“) als sich gegenseitig ausschließende und konkurrierende Erklärungsansätze gesundheitlicher Ungleichheiten zu definieren (Macintyre et al., 2002). Die zentralen Fragen in diesem Zusammenhang lauteten, welche Bedeutung verschiedene regionale Ebenen für die gesundheitlichen Ungleichheiten haben, ob es eine kompositionelle Erklärung für regionale Unterschiede in der Gesundheit gibt und inwiefern Interaktionen zwischen den Effekten von Kontext- und Individualmerkmalen vorliegen.

Voigtländer et al. (2012) entwickelten hier ein Modell zur Erklärung und Analyse regionaler Unterschiede, welches versucht, den Zusammenhang zwischen

- der Lebenslage der Bevölkerung auf der Makroebene,
- den Ressourcen und Belastungen der Umwelt (Kontexteffekte) und der Sozialstruktur der Nachbarschaft (Kompositionseffekte) auf der Mesoebene

- sowie der individuellen Gesundheit auf der Mikroebene (Verinnerlichung von Ressourcen und Belastungen)

darzustellen.

Herausforderungen

Während die Analyse sozialräumlicher und regionaler Unterschiede in der Gesundheit in den angelsächsischen Ländern schon ein festes Standbein von Public-Health geworden ist, steckt die Forschung in Deutschland noch in den Kinderschuhen. Wenn auch die Ergebnisse und Untersuchungen der anderen Länder eine wichtige Forschungsgrundlage bieten, steht die Sozialepidemiologie noch vor verschiedenen forschungspraktischen Problemen. So bleiben die Wechselwirkungen zwischen Komposition und Kontext weitgehend unberücksichtigt und es besteht die Gefahr, dass der postulierte kausale Dualismus ein (falsches) Bild statischer Kontexte und passiver Akteure erzeugt. Ebenso scheint es schwierig, zeitliche Variationen zwischen „place“ und „space“ abzubilden, sodass die heute anzutreffende Heterogenität der Lebenskontexte, in welcher wir – je nach Wochentag, Jahreszeit oder Lebensphase – leben, nicht erfasst wird. Schließlich besteht auch in der Analyse unterschiedlicher räumlicher Ebenen ein forschungspraktisches Problem, da Determinanten oft auf räumlichen Skalen analysiert werden, auf denen sie nicht entstehen oder verhandelt werden (Cummins et al., 2007).

Neben forschungspraktischen Problemen hat der Beitrag darüber hinausgehend verschiedene Herausforderungen thematisiert, vor denen die regionale und sozialräumliche Analyse steht. Mit Blick auf die Daten zeigen sich Hemmnisse bei Zugangswegen und Datenschutzauslegungen (DaTraV, Mortalitätsregister), es gilt, ethische Fragen bei der Publikation von lokalisierten Ergebnissen (Kredit/Bewerber-Ratings) zu bedenken und die Operationalisierung regionaler Ungleichheiten und Determinanten (soziale Deprivation) bedarf neuer Konzepte und Vorschläge. In Bezug zum theoretischen Rahmenkonzept gilt es, bestehende sozialepidemiologische Erklärungsansätze auf ihre Angemessenheit hin zu überprüfen. Dies gilt insbesondere für die konzeptuellen Probleme im Hinblick auf die kontextuelle Kausalität und die Popularität vereinfachender Erklärungen („Wilkinson-Hypothese“) und der damit verbundenen Gefahr, Zusammenhänge zu unterschätzen. Herausforderungen werden zudem in zukünftigen Fragestellungen gesehen, fokussiert werden sollten hier vor allem solche, die die Relevanz raumbezogener Determinanten für die Prävention in den Fokus rücken oder solche, die sich mit der Interaktion zwischen Individuum und Kontext beschäftigen. Dabei ergeben sich schließlich auch verschiedene methodische Herausforderungen. So müssen Kompetenzen im Umgang mit regionalen Daten und Geoinformationen entwickelt werden, es bedarf forschungspraktischer Methodenvielfalt und -kompetenz und es besteht grundsätzlich die Gefahr, Zusammenhänge bei ungeeigneter Methodik zu unterschätzen. Die abschließende Frage, inwiefern Trends für die regionalen Unterschiede abzubilden sind, wurde als schwierig eingestuft: Die Kreise sind zu heterogen und die Kreisreformen lassen aufgrund mangelnder Daten keine Aussagen mehr auf tieferer Ebene zu.