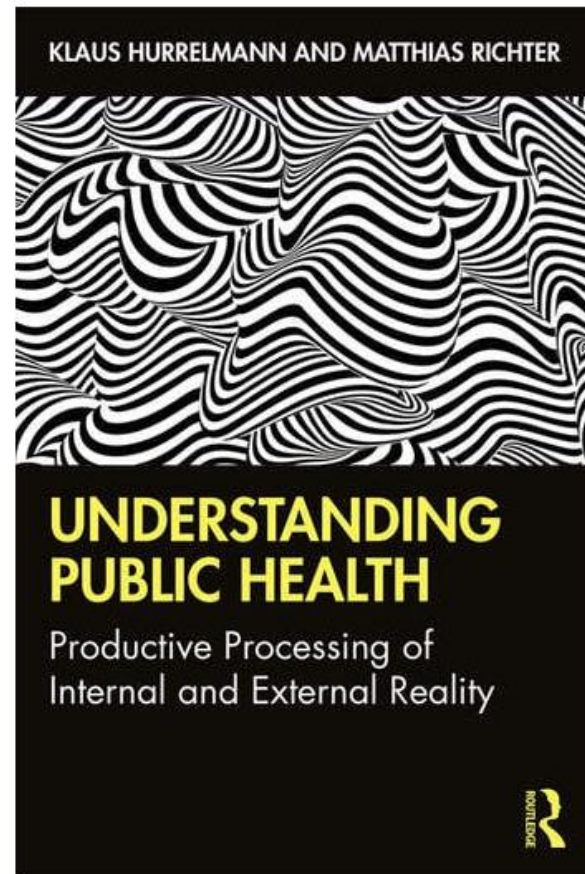


Soziale Determinanten von Gesundheit

Oder: was an Gesellschaft krank macht

KOMPETENZ. PRAXIS. ZUKUNFT.





KOMPETENZ. PRAXIS. ZUKUNFT.

Gliederung :

- **Einführung**
Soziale Determinanten von Gesundheit und Krankheit
- **Wie kommt die Gesellschaft unter die Haut?**
Von der Beschreibung zur Erklärung
gesundheitlicher Ungleichheit
- **Was kann dagegen unternommen werden?**
Von der Erklärung zur Reduzierung
gesundheitlicher Ungleichheit
- **Implikationen** **für mehr Allgemeinmedizin !**

KOMPETENZ. PRAXIS. ZUKUNFT.

Wahr oder nicht wahr ?



Uns wird immer noch gesagt, dass die Wahl des Lebensstils sowohl Bedrohung als auch Rettung unserer Gesundheit ist.

Was aber nicht gesagt wird...

- die Evidenz dafür ist stark umstritten
- biomedizinische Interventionen und die Wahl des Lebensstils sind nur ein Bestimmungsfaktor, ob Individuen erkranken oder nicht

KOMPETENZ. PRAXIS. ZUKUNFT.

Was sind die Ursachen der Ursachen:

Es ist kein Zufall, dass bestimmte Personen sich z.B. gesund ernähren und andere nicht!

Die Ernährung wird u.a. beeinflusst durch ...

- Kulturelle Vorlieben
- Wissen über gesunde Ernährung
- Finanzielle und zeitliche Ressourcen
- Räumliche Möglichkeiten, um Essen zu kaufen



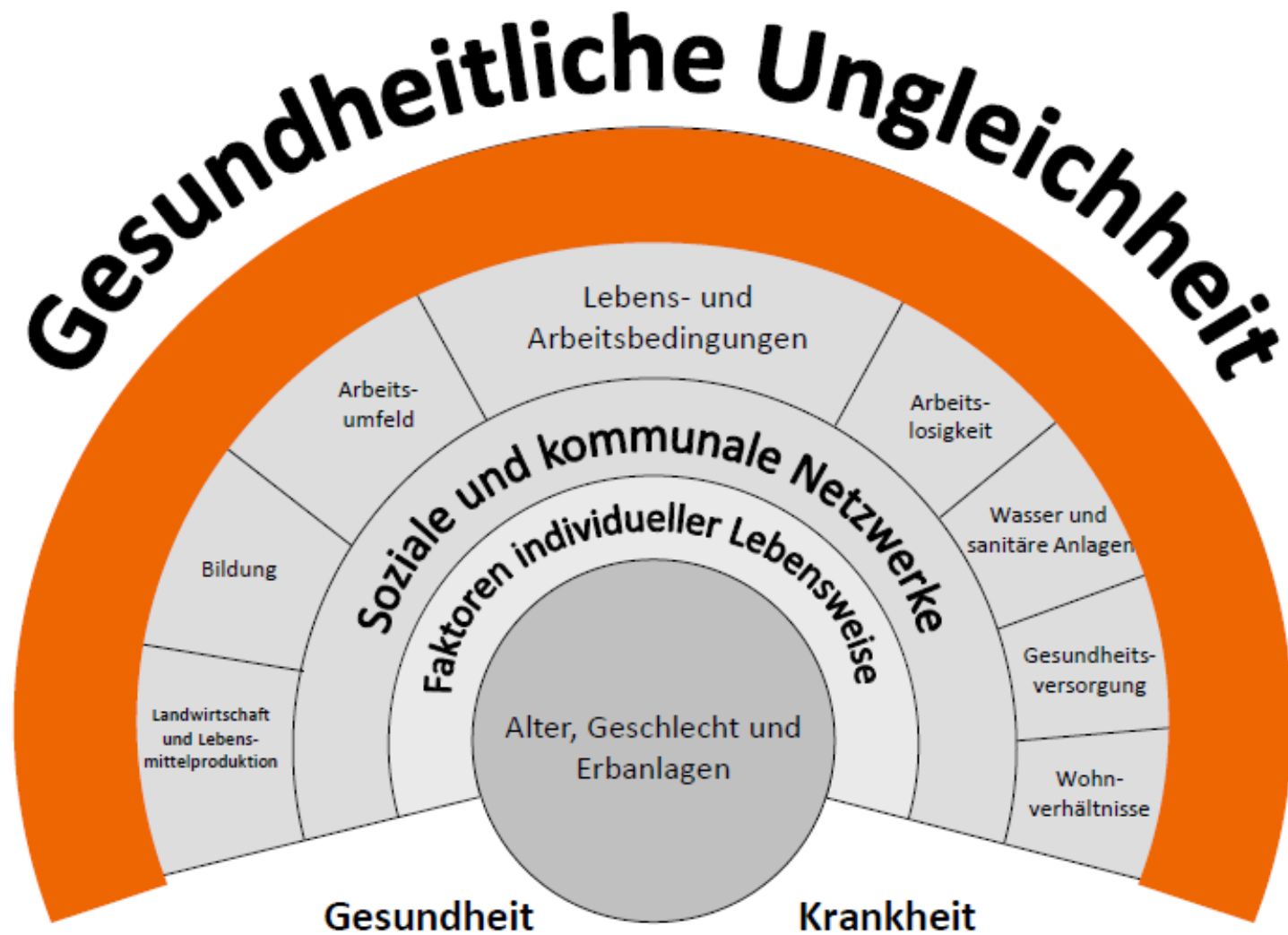
Der größte Teil der heute vorherrschenden Gesundheitsprobleme kann auf die sozialen Bedingungen zurückgeführt werden, in denen wir leben und arbeiten.

KOMPETENZ. PRAXIS. ZUKUNFT.

Unterschied = Intervention und Kontrollgruppe



Übersicht von Einflüssen auf Gesundheit



Auch in Halle ...



KOMPETENZ. PRAXIS. ZUKUNFT.

Herausforderungen bei der Analyse...



Quelle: Richter & Hurrelmann (2009)

KOMPETENZ. PRAXIS. ZUKUNFT.

Müssen Arme früher sterben ?

	Durchschnittliche Lebensdauer (in Jahren)		
	Männer	Frauen	Insgesamt
Rom			
Sklaven	17,2	17,9	17,5
Freigelassene	26,9	23,4	25,2
Händler, Handwerker	34,1	24,7	31,2
Gebildete	40,3	23,1	36,9
Ländliche Gebiete außerhalb Roms			
Sklaven	26,3	24,5	25,5
Freigelassene	33,7	31,5	32,6
Händler, Handwerker	41,0	33,2	39,2
Ärzte, Künstler	43,0	36,4	41,9
Priester	58,8	58,2	58,6

Datenbasis: Grabsteine (2.688 in Rom, 3.726 außerhalb Roms) aus der Zeit um Christi Geburt
 Quelle: Acsadi 1970, in Mielck 2000:126

KOMPETENZ. PRAXIS. ZUKUNFT.

Armut und Überleben: der Fall „Titanic“



Todesfälle auf der SS Titanic nach Passagierklasse, 15. April 1912

	Passagier- anzahl	Anzahl der Ertrunkenen	Ertrunkene
1. Klasse	325	131	40%
2. Klasse	262	150	57%
3. Klasse	712	526	74%

KOMPETENZ. PRAXIS. ZUKUNFT.

Die „einfache Antwort“:

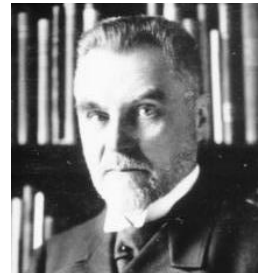


Rudolf Virchow, 1848:

"Die Medizin ist eine soziale Wissenschaft, und die Politik ist nichts weiter als Medizin im Großen."

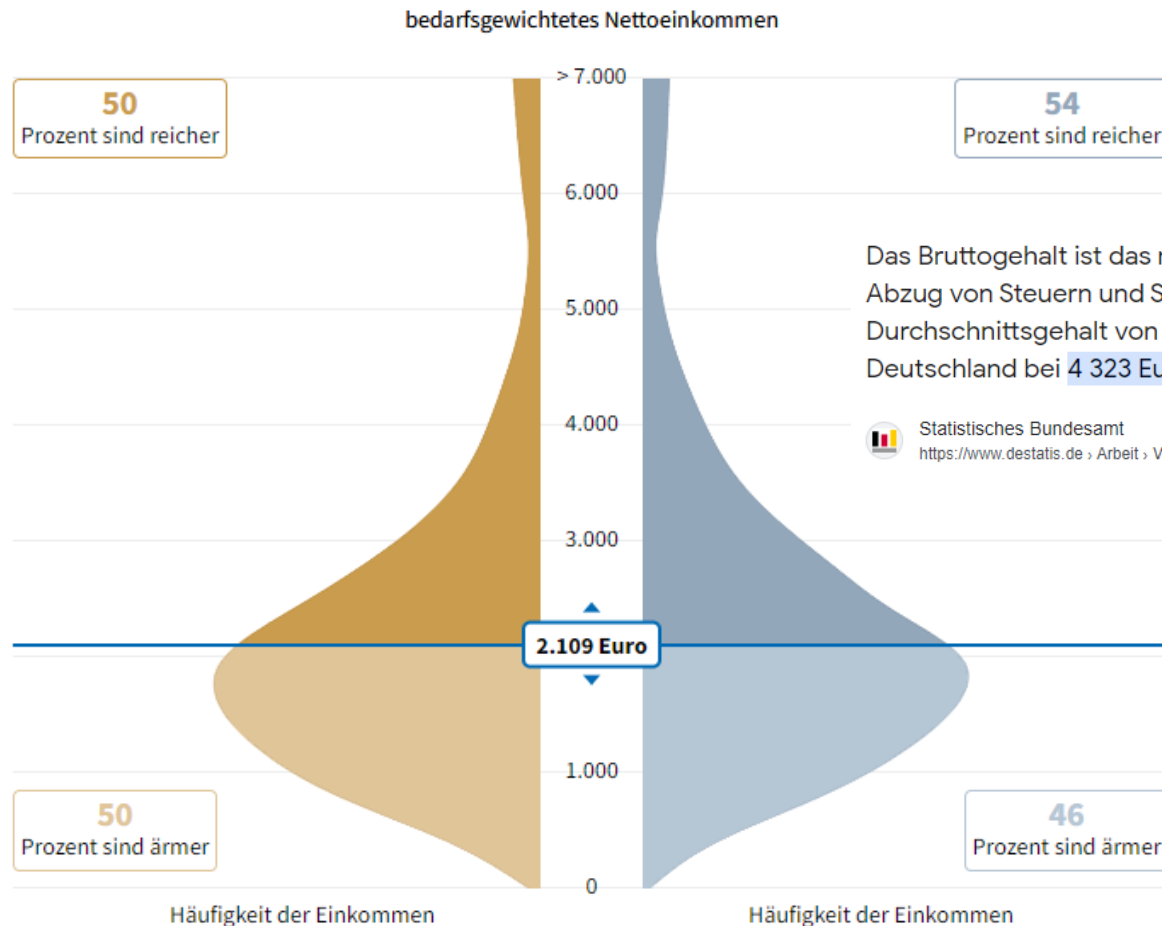
1923 fasste Alfred Grotjahn folgende Punkte zu einer sozialwissenschaftlichen Betrachtungsweise von Gesundheit und Krankheit zusammen:

- Die sozialen Verhältnisse schaffen oder begünstigen die Krankheitsanlage.
- Die sozialen Verhältnisse sind die Träger der Krankheitsbedingungen.
- Die sozialen Verhältnisse vermitteln die Krankheitsursachen.
- Die sozialen Verhältnisse beeinflussen den Krankheitsverlauf.



KOMPETENZ. PRAXIS. ZUKUNFT.

Quiz: Einkommen heute:



KOMPETENZ. PRAXIS. ZUKUNFT.

Lebenserwartung und Einkommen heute:

Tabelle: Allgemeine und gesunde Lebenserwartung nach Einkommen und Geschlecht

Einkommen	Lebenserwartung		Gesunde Lebenserwartung		Anteil der gesunden Lebenserwartung	
	Bei Geburt	Ab 65	Bei Geburt	Ab 65	Bei Geburt	Ab 65
Männer						
0–60 %	70,1	12,3	56,8	10,5	81 %	85 %
60–80 %	73,4	14,4	61,2	12,5	83 %	87 %
80–100 %	75,2	15,6	64,5	13,7	86 %	88 %
100–150 %	77,2	17,0	66,8	14,8	87 %	87 %
> 150 %	80,9	19,7	10 (!) Jahre Unterschied zwischen den ärmsten und reichsten in Deutschland			
gesamt	75,3	15,7				
Frauen						
0–60 %	76,9	16,2	60,8	14,1	79 %	87 %
60–80 %	81,9	19,8	66,2	16,4	81 %	83 %
80–100 %	82,0	19,9	67,1	16,6	82 %	83 %
100–150 %	84,4	21,8	69,1	17,8	82 %	82 %
> 150 %	85,3	22,5	71,0	18,0	83 %	80 %
gesamt	81,3	19,3	66,6	16,2	82 %	84 %

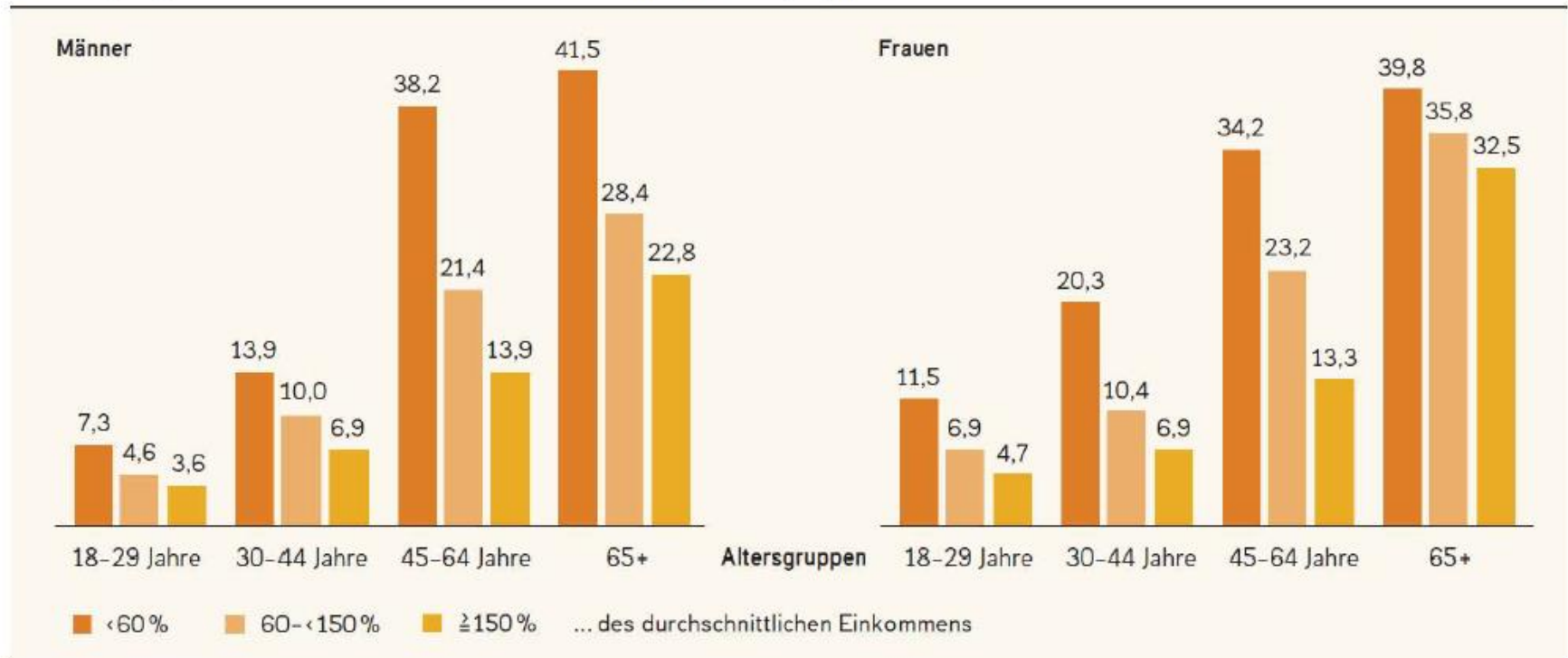
Datenbasis: SOEP und Periodensterbetafeln 1995–2005.

Quelle: Lampert & Kroll (2007)

KOMPETENZ. PRAXIS. ZUKUNFT.

Gesundheitseinschätzung und Einkommen:

Abb. 1: Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes (»weniger gut« oder »schlecht«) nach drei Einkommensgruppen, in %



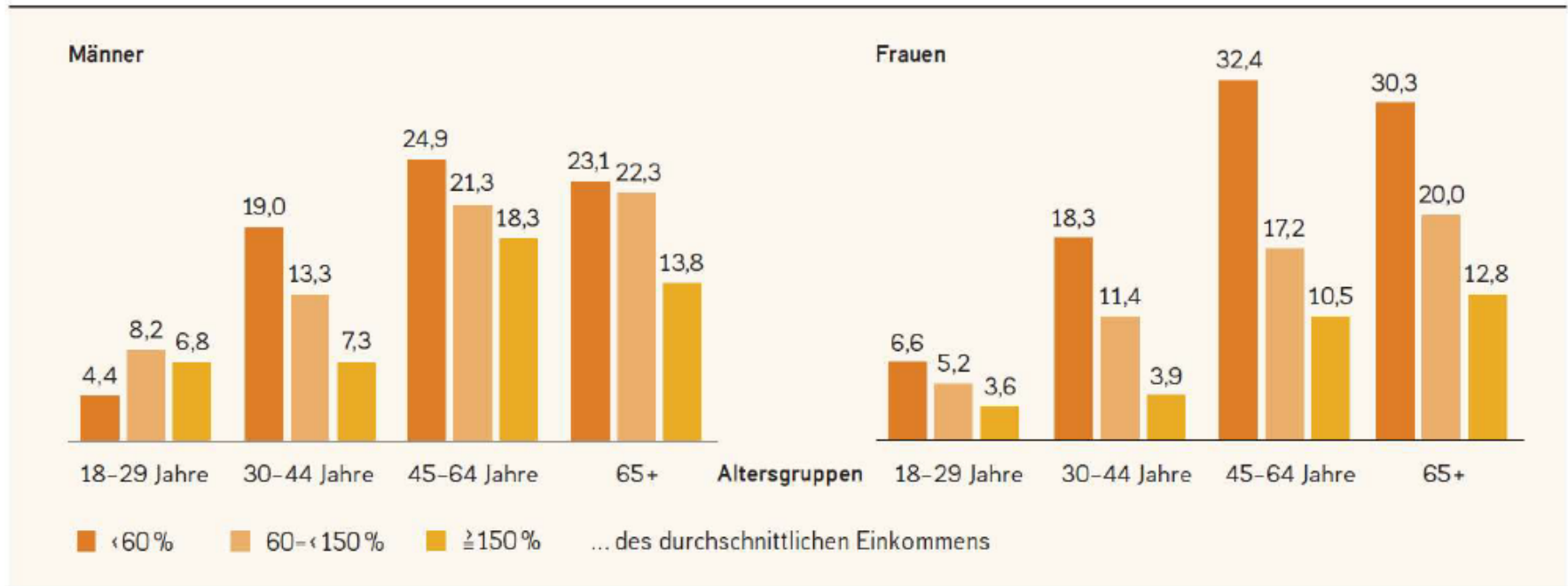
Datenbasis: SOEP 2009.

Statistisches Bundesamt & Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) (2011)

KOMPETENZ. PRAXIS. ZUKUNFT.

Übergewicht und Einkommen

Abb. 2: Adipositas (BMI ≥ 30) nach Einkommen, in %



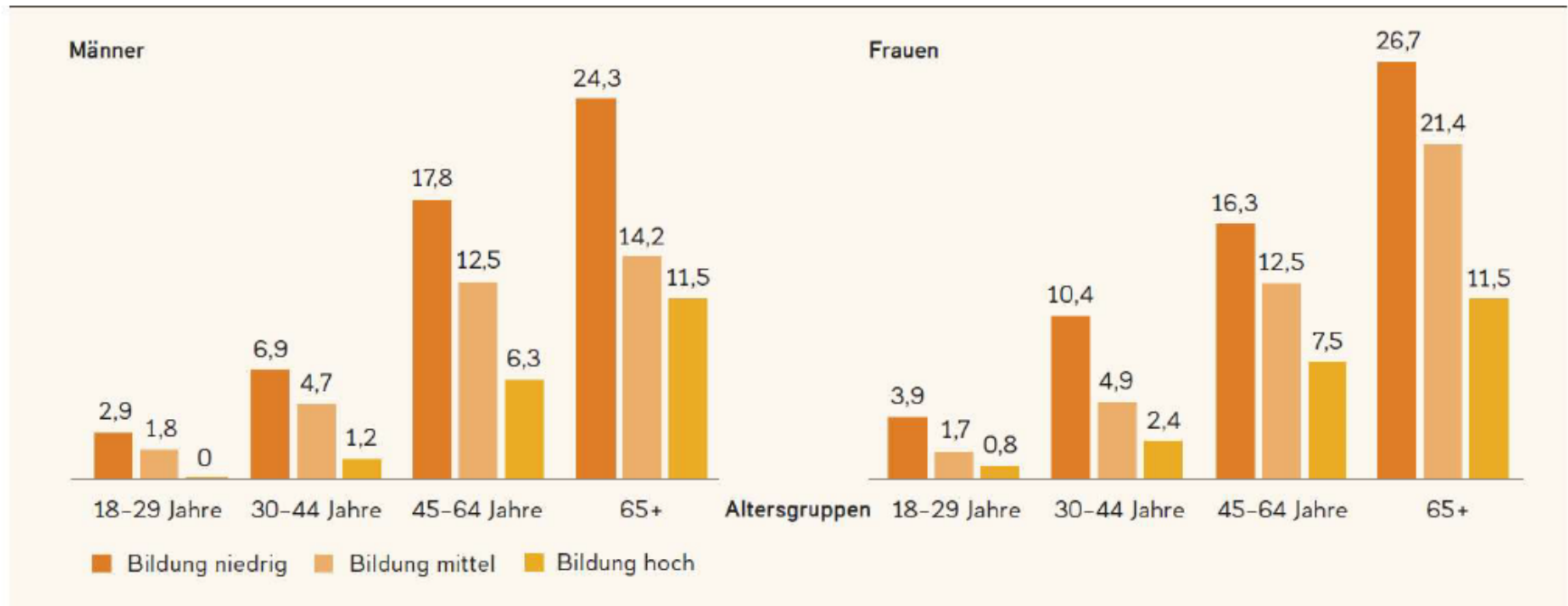
Datenbasis: GEDA 2009.

Statistisches Bundesamt & Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) (2011)

KOMPETENZ. PRAXIS. ZUKUNFT.

Einschränkung/Coping im Alltag und Bildung:

Abb. 4: Erhebliche krankheitsbedingte Einschränkungen in der Alltagsbewältigung nach Bildung, in %



Datenbasis: GEDA 2009.

Statistisches Bundesamt & Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) (2011)

KOMPETENZ. PRAXIS. ZUKUNFT.

Zwischenfazit

Sozioökonomische Unterschiede in der Gesundheit ...

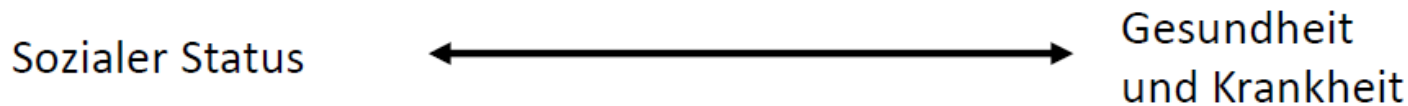
- werden beobachtet, seit es verfügbare Daten gibt,
- konnten in allen industrialisierten Ländern,
- für unterschiedlichste Maße der Gesundheit und des sozioökonomischen Status nachgewiesen werden,
- folgen einem sozialen Gradienten und weisen keinen „Schwellenwert“ (Armutseffekt) auf,
- sind für Frauen schwächer ausgeprägt,
- haben sich in den letzten Jahrzehnten vergrößert (Mortalität).

KOMPETENZ. PRAXIS. ZUKUNFT.

Determinanten und Mechanismen:

Feststellung:

Assoziation zwischen sozialem Status und Gesundheit:



Forschungsfrage:

Gründe für den beobachteten Zusammenhang?



KOMPETENZ. PRAXIS. ZUKUNFT.

Erklärungsebenen:

Selektion (**Krankheit macht arm**)

- **Erklärung durch soziale Selektion**

„Survival of the fittest“: Gesundheitliche Ungleichheiten = Ergebnis einer *sozialen* Aufstiegsbewegung der Gesunden und als *sozialer* Abstiegsprozess der Kranken angesehen..

Verursachung (**Armut macht krank**)

- **Erklärung durch Verhalten (Lebensstile)**

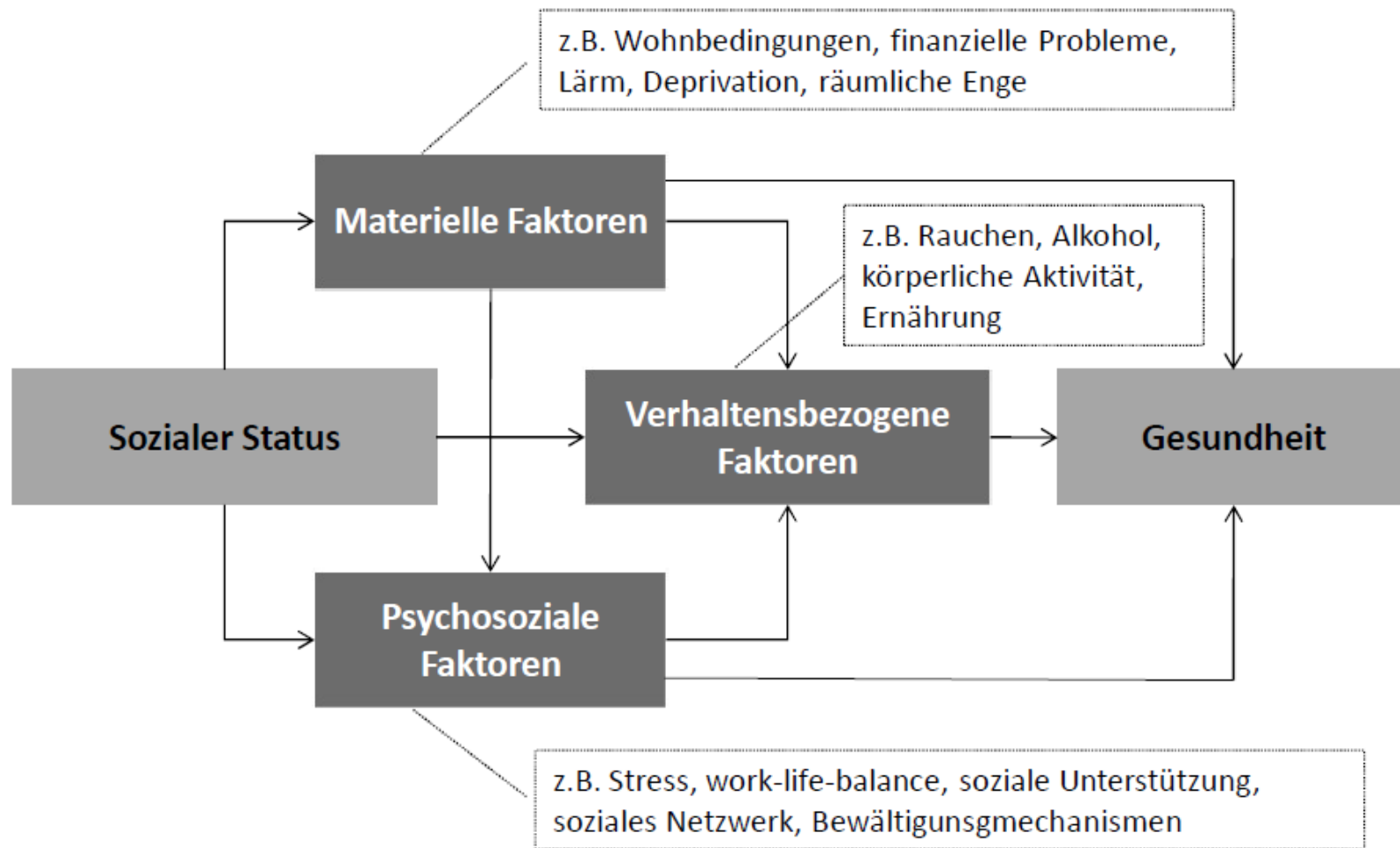
Gesundheitsabträgliche Verhaltensweisen tragen durch ihre sozial ungleiche Verteilung zu gesundheitlichen Ungleichheiten bei.

- **Erklärung durch strukturelle bzw. materielle Faktoren (Lebensbedingungen)**

Gesundheitliche Ungleichheit = Ergebnis einer ungleichen Verteilung verschiedener umweltbezogener und psychosozialer Belastungen und Ressourcen

KOMPETENZ. PRAXIS. ZUKUNFT.

Was steckt in der Blackbox:



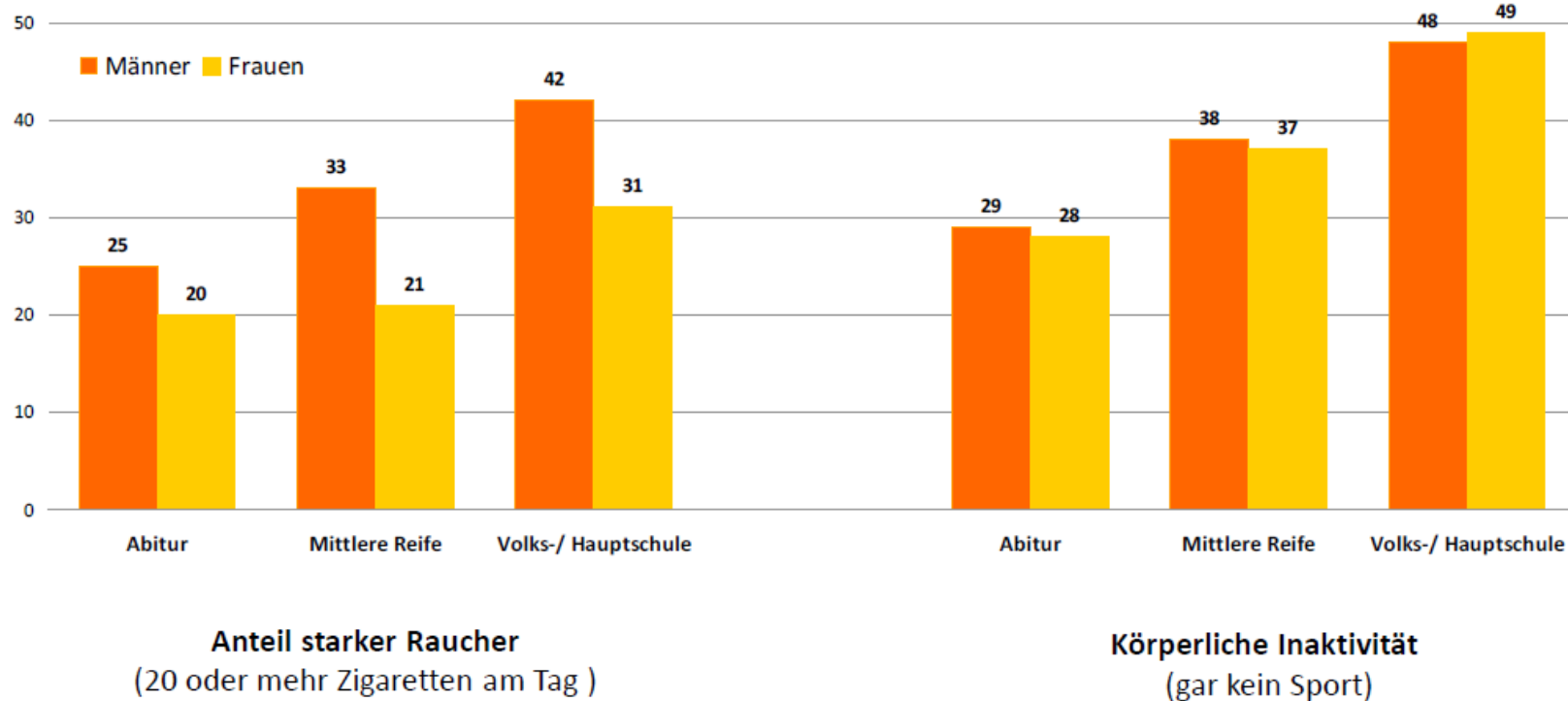
Quelle: Mackenbach (2009)

KOMPETENZ. PRAXIS. ZUKUNFT.

Beispiel: Bildung und Gesundheitsverhalten

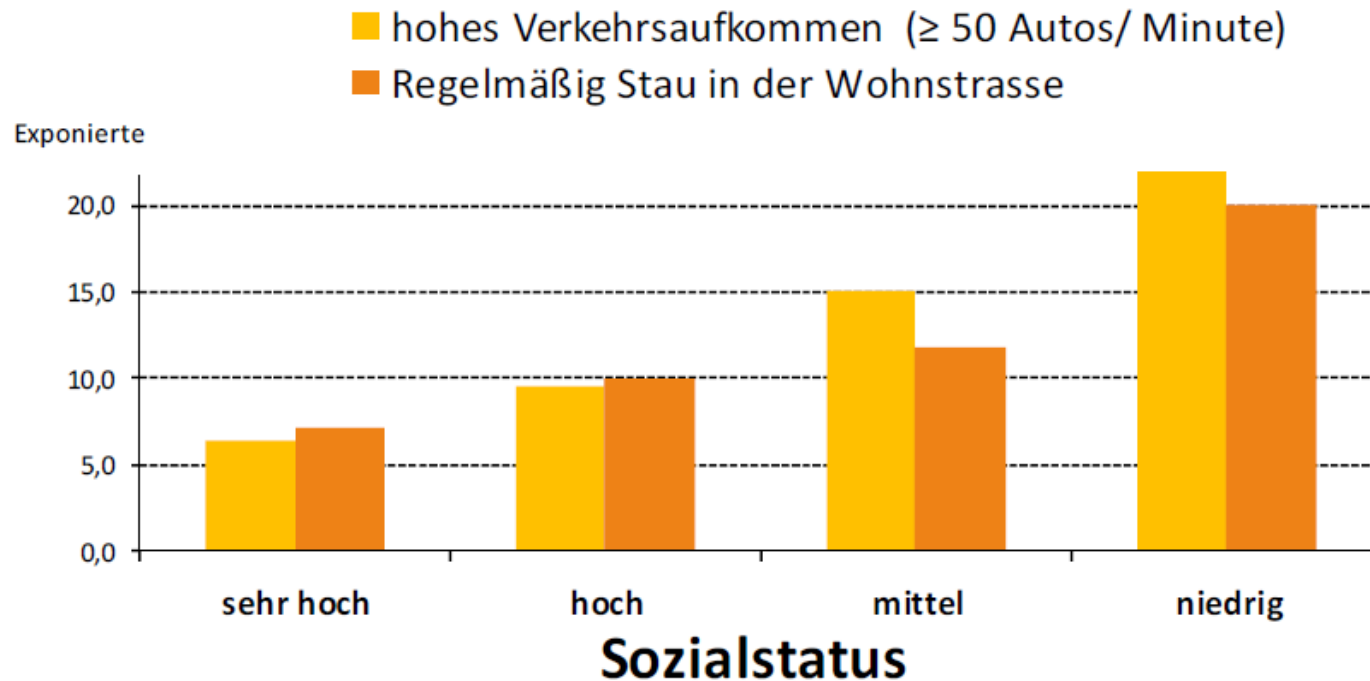
Der Einfluss der Schulbildung auf den Tabakkonsum und körperliche Aktivität bei über 18-Jährigen

(Quelle: Lampert et al. 2005 – Datenbasis Telefonsicher Gesundheitssurvey 2003)



KOMPETENZ. PRAXIS. ZUKUNFT.

Beispiel: Sozialstatus und Luftschadstoffe



Quelle: Bolte, Kohlhuber 2006

KOMPETENZ. PRAXIS. ZUKUNFT.

Zwischenfazit...banal, aber wahr:

Die wichtigsten Erklärungsfaktoren für den sozialen Gradienten von Gesundheit sind:

- schichtspezifische **Belastungen** vor allem in Familie und Beruf,
- schichtspezifische Verteilungen **gesundheitsschädigender Verhaltensweisen.**

KOMPETENZ. PRAXIS. ZUKUNFT.

Erinnerung: nicht alles ist schichtabhängig ...

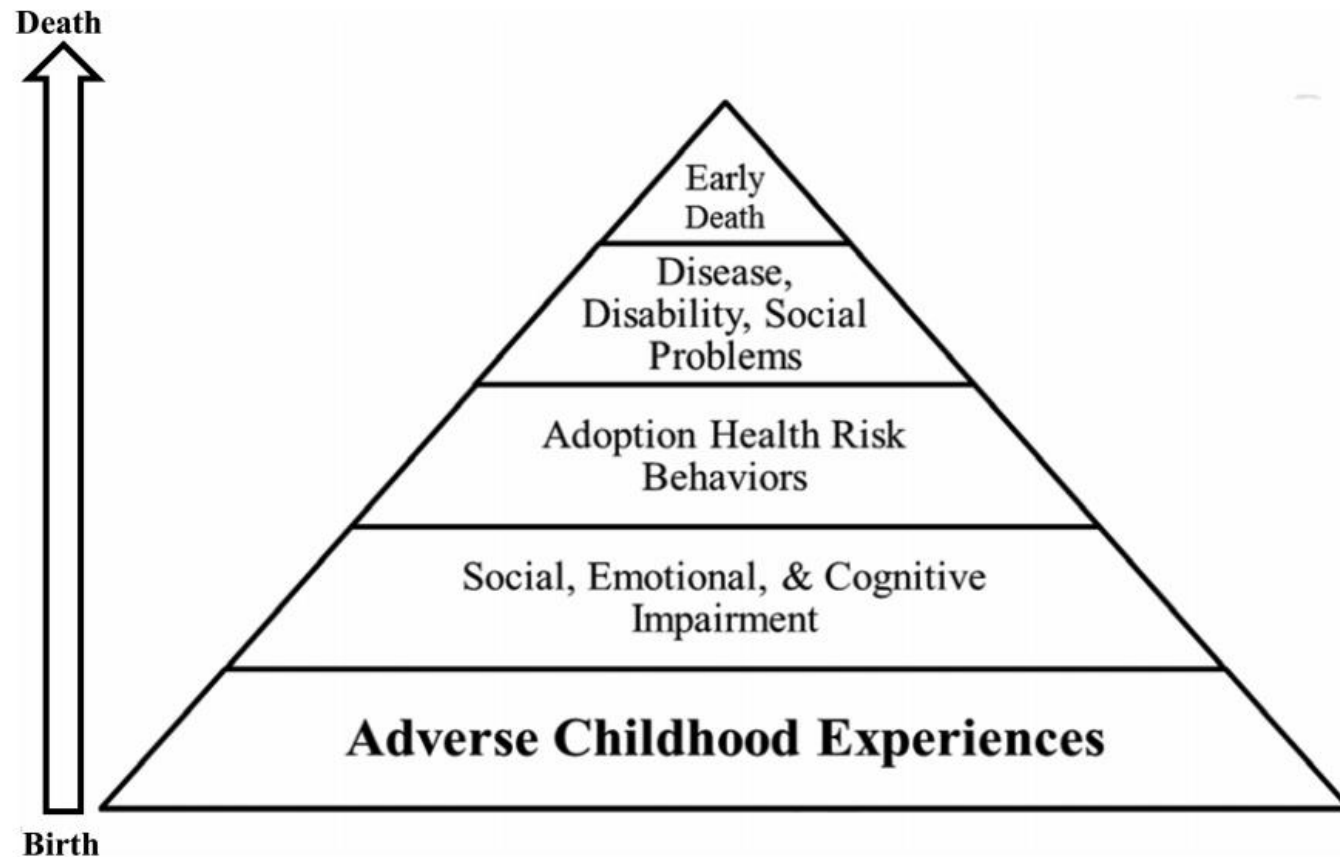


Figure 1. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) - Kaiser Adverse Childhood Experience (ACE) Study conceptual model⁷⁰
CDC ACE pyramid⁷⁰ illustrating potential effects of ACEs throughout the life course

KOMPETENZ. PRAXIS. ZUKUNFT.

Beispiel: ACE-Status und COPD/KHK-Risiko

Table 7. Number of categories of adverse childhood exposure and the prevalence and risk (adjusted odds ratio) of heart attack, cancer, stroke, COPD, and diabetes

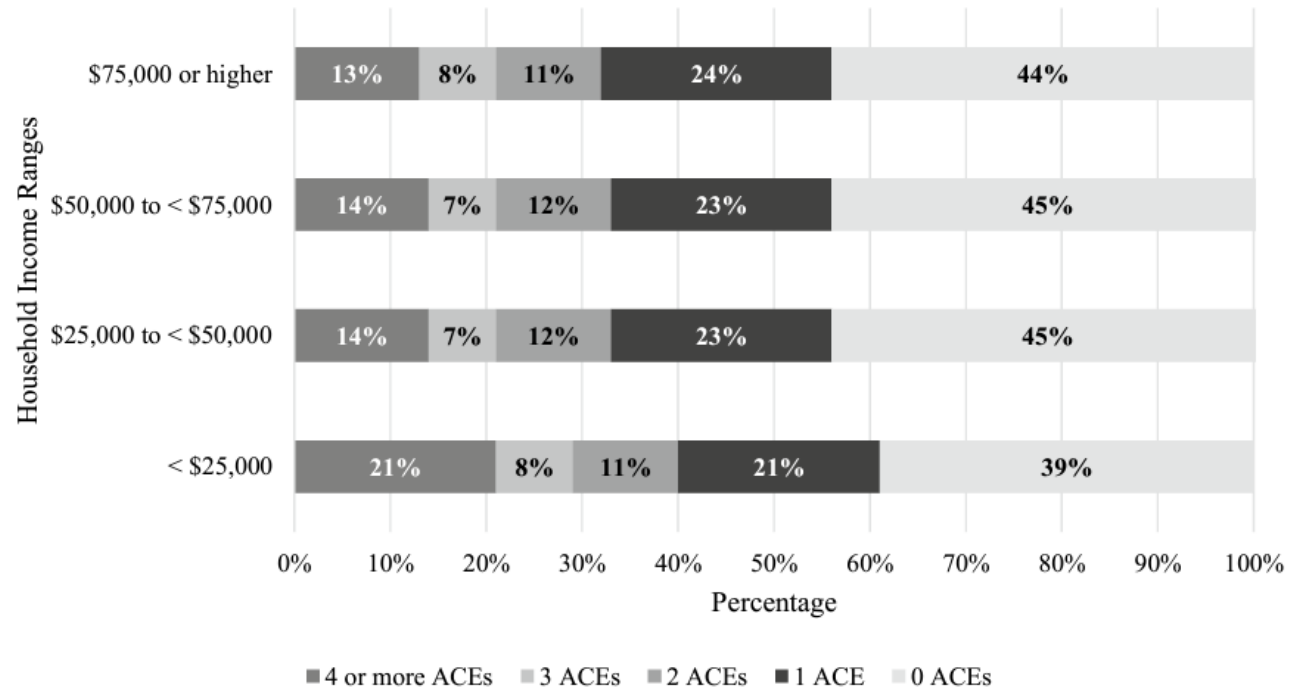
Disease condition ^d	Number of categories	Sample size (N) ^a	Prevalence (%) ^b	Adjusted odds ratio ^c	95% confidence interval
Ischemic heart disease	0	3,859	3.7	1.0	Referent
	1	2,009	3.5	0.9	(0.7–1.3)
	2	1,050	3.4	0.9	(0.6–1.4)
	3	590	4.6	1.4	(0.8–2.4)
	4 or more	545	5.6	2.2	(1.3–3.7)
	Total	8,022	3.8	—	—
Any cancer	0	3,842	1.9	1.0	Referent
	1	1,995	1.9	1.2	(1.0–1.5)
	2	1,043	1.9	1.2	(1.0–1.5)
	3	588	1.9	1.0	(0.7–1.5)
	4 or more	543	1.9	1.9	(1.3–2.7)
	Total	8,011	1.9	—	—
Stroke	0	3,832	2.6	1.0	Referent
	1	1,993	2.4	0.9	(0.7–1.3)
	2	1,042	2.0	0.7	(0.4–1.3)
	3	588	2.9	1.3	(0.7–2.4)
	4 or more	543	4.1	2.4	(1.3–4.3)
	Total	7,998	2.6	—	—
Chronic bronchitis or emphysema	0	3,758	2.8	1.0	Referent
	1	1,939	4.4	1.6	(1.2–2.1)
	2	1,009	4.4	1.6	(1.1–2.3)
	3	565	5.7	2.2	(1.4–3.3)
	4 or more	512	8.7	3.9	(2.6–5.8)
	Total	7,783	4.0	—	—
Diabetes	0	3,850	4.3	1.0	Referent
	1	2,002	4.1	1.0	(0.7–1.3)
	2	1,046	3.9	0.9	(0.6–1.3)
	3	587	5.0	1.2	(0.8–1.9)
	4 or more	542	5.8	1.6	(1.0–2.5)
	Total	8,027	4.3	—	—

ACE & Einkommensschicht – (k)eine Schwelle ?

Journal of Family and Economic Issues (2022) 43:832–842

839

Fig. 3 Distribution of ACEs by Household Income Range



KOMPETENZ. PRAXIS. ZUKUNFT.

Was nun ?

700 000 Veteranen ...

Open Access News Health & Social Care News

The eight habits researchers recommend to lengthen life expectancy

July 25, 2023

According to the results, men who practised all eight habits by age 40 would be predicted to live an average of 24 years longer than men with none of these habits. For women, having all eight healthy lifestyle factors in middle age was associated with a predicted 21 additional years of life compared to women with none of these habits.

What habits will extend life expectancy?

1. Being physically active
2. Being free from opioid addiction
3. Not smoking
4. Managing stress
5. Having a good diet
6. Not regularly binge drinking
7. Having good sleep hygiene
8. Having positive social relationships.

**Verhaltens-
Prävention !**



Konsequenzen:

Alternative Ten Tips for Staying Healthy

**Verhältnis-
Prävention !**

1. Don't be poor. If you can, stop. If you can't, try not to be poor for long.
2. Don't have poor parents.
3. Own a car.
4. Don't work in a stressful, low paid manual job.
5. Don't live in damp, low quality housing.
6. Be able to afford to go on a holiday and sunbathe.
7. Practice not losing your job and don't become unemployed.
8. Take up all benefits you are entitled to, if you are unemployed, retired or sick or disabled.
9. Don't live next to a busy major road or near a polluting factory.
10. Learn how to fill in the complex housing benefit/shelter application forms before you become homeless and destitute.

Gordon, D. (1999). An Alternative Ten Tips for Staying Healthy. Personal Communication, October 10, 1999.

KOMPETENZ. PRAXIS. ZUKUNFT.

Konsequenzen:

1. Verringerung sozialer Ungleichheiten

„Upstream“

- Abbau sozialer Ungleichheiten, die erst zu einer sozial ungleichen Verteilung der Determinanten gesundheitlicher Ungleichheit führen:

z.B. Beseitigung finanzieller, kultureller und sonstiger Barrieren, die einen gerechten Zugang zu **Bildungsmöglichkeiten** verhindern.

- Gesundheitlicher Ungleichheit kein ausschließlich gesundheitspolitisches Thema: Es berührt alle Politikbereiche (insbesondere die Sozial-, Bildungs- und Arbeitspolitik).

KOMPETENZ. PRAXIS. ZUKUNFT.

Konsequenzen:

2. Verringerung von Unterschieden in den Determinanten ges. Ungleichheit

„Downstream“

- Kurz- und mittelfristige Maßnahmen auf der mesosozialen Ebene:
Verschiedene Einstiegspunkte: z.B. Gesundheitsverhalten, materielle Faktoren oder psychosoziale Stressoren.
- **Materielle/strukturelle Faktoren (Lebensbedingungen)** sollten im Mittelpunkt stehen ohne psychosoziale Faktoren und das Gesundheitsverhalten auszublenden.

KOMPETENZ. PRAXIS. ZUKUNFT.

Konsequent ...seit 50 Jahren ?

The Lancet · Saturday 27 February 1971

THE INVERSE CARE LAW

JULIAN TUDOR HART

Glyncorrwg Health Centre, Port Talbot, Glamorgan, Wales

Summary The availability of good medical care tends to vary inversely with the need for it in the population served. This inverse care law operates more completely where medical care is most exposed to market forces, and less so where such exposure is reduced. The market distribution of medical care is a primitive and historically outdated social form, and any return to it would further exaggerate the maldistribution of medical resources.

interpreted either as evidence of high morbidity among high users, or of disproportionate benefit drawn by them from the National Health Service. By piling up the valid evidence that poor people in Britain have higher consultation and referral rates at all levels of the N.H.S., and by denying that these reflect actual differences in morbidity, Rein^{3,4} has tried to show that Titmuss's opinion is incorrect, and that there are no significant gradients in the quality or accessibility of medical care in the N.H.S. between social classes.

Class gradients in mortality are an obvious obstacle to this view. Of these Rein says:

“One conclusion reached . . . is that since the lower classes have higher death rates, then they must be both sicker or less likely to secure treatment than other classes

KOMPETENZ. PRAXIS. ZUKUNFT.

Konsequent ... Zukunftspositionen der DEGAM



12. Allgemeinmedizin bietet einen Ort, der soziale Ungleichheit reduziert

Die von Hausarztpraxen angebotene wohnortnahe, kontinuierliche und sozial niedrigschwellige Zugänglichkeit hat angesichts gravierender sozioökonomischer Unterschiede eine gesellschaftlich integrierende Funktion. Dabei kann und sollte der Arzt/die Ärztin auch Fürsprecher benachteiligter Menschen mit Gesundheitsproblemen sein.

KOMPETENZ. PRAXIS. ZUKUNFT.

Gut gemeint, ist trotzdem nicht immer besser:

OPEN ACCESS Freely available online

PLoS MEDICINE

Policy Forum

Will Cardiovascular Disease Prevention Widen Health Inequalities?

Summary Points

- The primary prevention of cardiovascular disease (CVD) is dependent on the effective reduction of the major risk factors for CVD, particularly tobacco control and a healthier diet.
- The high-risk approach to prevent CVD typically involves population screening. Those exceeding a risk threshold are then given lifestyle advice and/or tablets to reduce blood cholesterol and blood pressure.
- Evidence suggests this high-risk approach typically widens socioeconomic inequalities. Such inequalities have been reported in screening, healthy diet advice, smoking cessation, statin and anti-hypertensive prescribing, and adherence.
- The alternative approach is population-wide CVD prevention. For example, legislating for smoke-free public spaces, banning dietary trans fats, or halving daily dietary salt intake. Such strategies are generally effective and cost-saving; there is also increasing evidence that they can reduce health inequalities.
- We conclude that screening and treating high-risk individuals represents a relatively ineffective CVD prevention approach that typically widens social inequalities.

**Verhältnis-Prävention
anstelle von
Verhaltens-Prävention**

Do Interventions Designed to Support Shared Decision-Making Reduce Health Inequalities? A Systematic Review

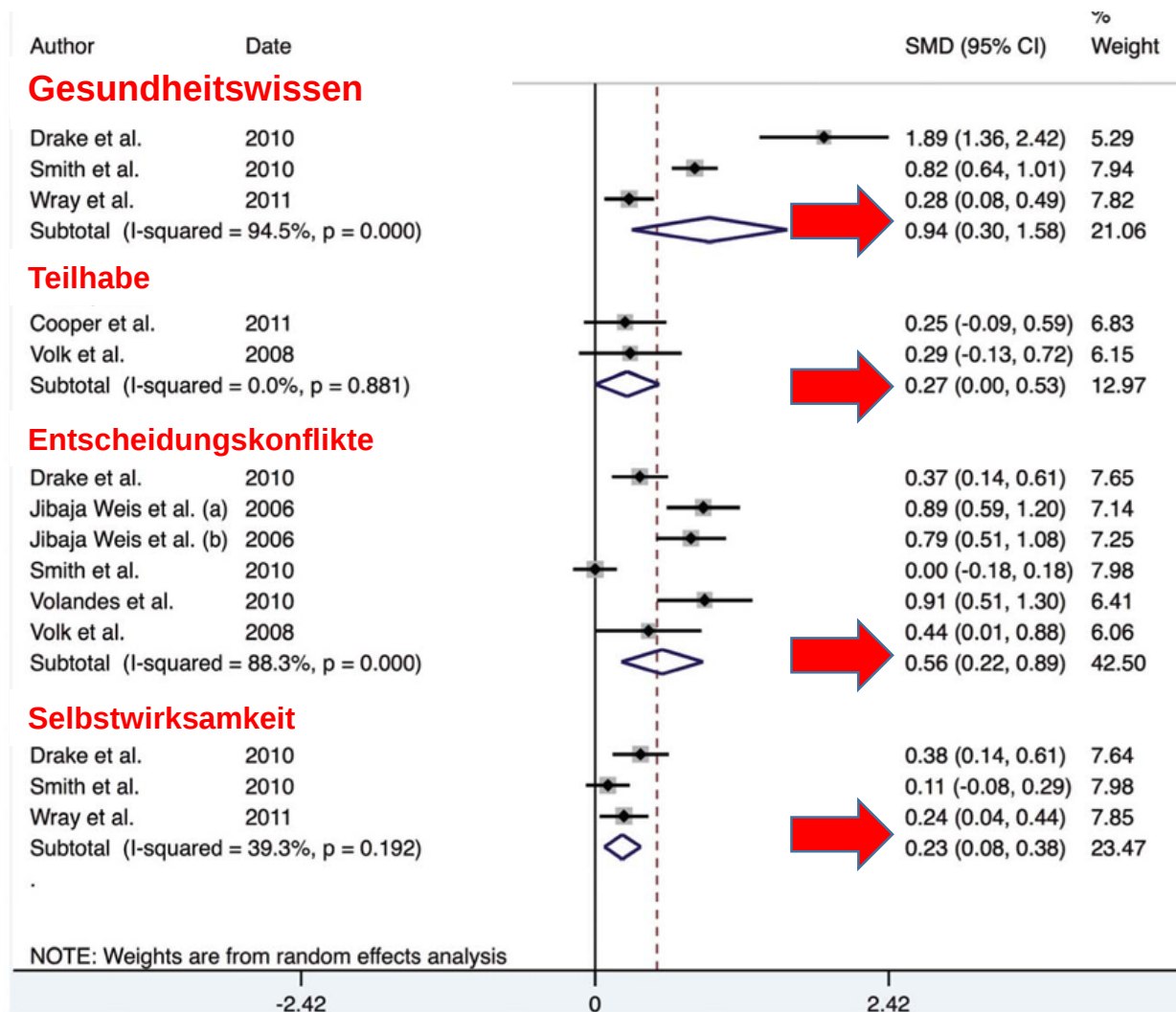


Figure 3. Forest plot for continuous outcomes.

doi:10.1371/journal.pone.0094670.g003

Reducing health inequalities through general practice

Anna Gkiouleka, Geoff Wong, Sarah Sowden, Clare Bamba, Rikke Siersbaek, Sukaina Manji, Annie Moseley, Rebecca Harmston, Isla Kuhn,

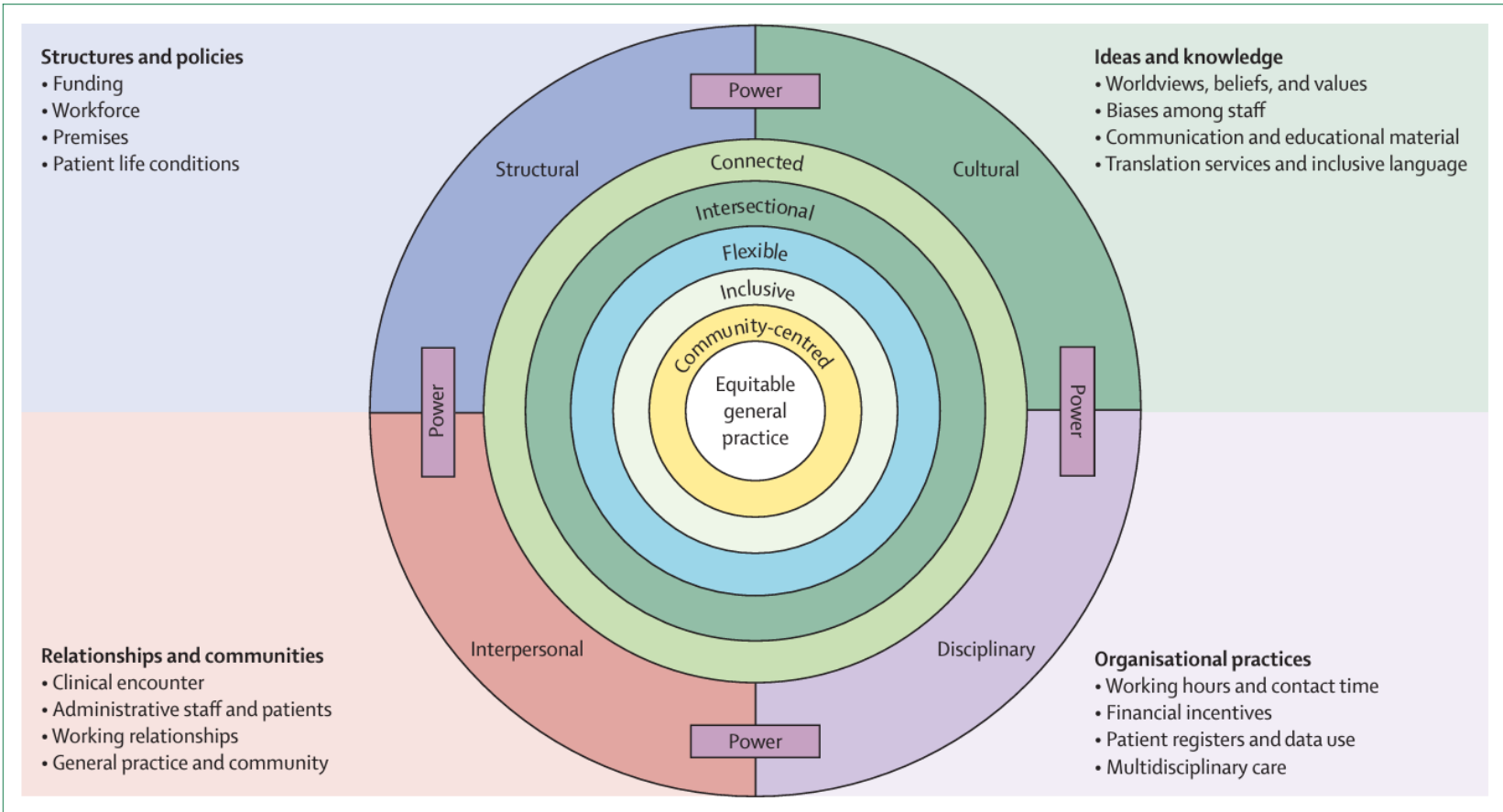


Figure 2: Action framework for equitable general practice

Konsequent: Mehr Allgemeinmedizin !

Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012

Barbara Starfield*

- Nicht der Wohlstand eines Landes und Anzahl an Gesundheitspersonal korreliert mit der Gesundheitslage der Bevölkerung, sondern
- Ein Versorgungssystem (**Primary Health Care**):
 - mit solidarischer Kostenteilung unter öffentlicher Kontrolle,
 - Gleichem Zugang zum Gesundheitssystem für Alle
 - Umfassenden Gesundheits- und Vorsorgeleistungen
 - Keine Zuzahlung für “Primary Care”-Leistungen
- Bessere und gerechtere “**Primary Care**”:
 - Niedrigschwelliger Erstkontakt und -Behandlung,
 - Personenbezogene und persönliche Langzeitbehandlung
 - Breites Versorgungsangebot und Zugänglichkeit
 - Versorgungskoordination aus der Hausarztpraxis.

KOMPETENZ. PRAXIS. ZUKUNFT.

...Halten Sie den Kopf über Wasser !

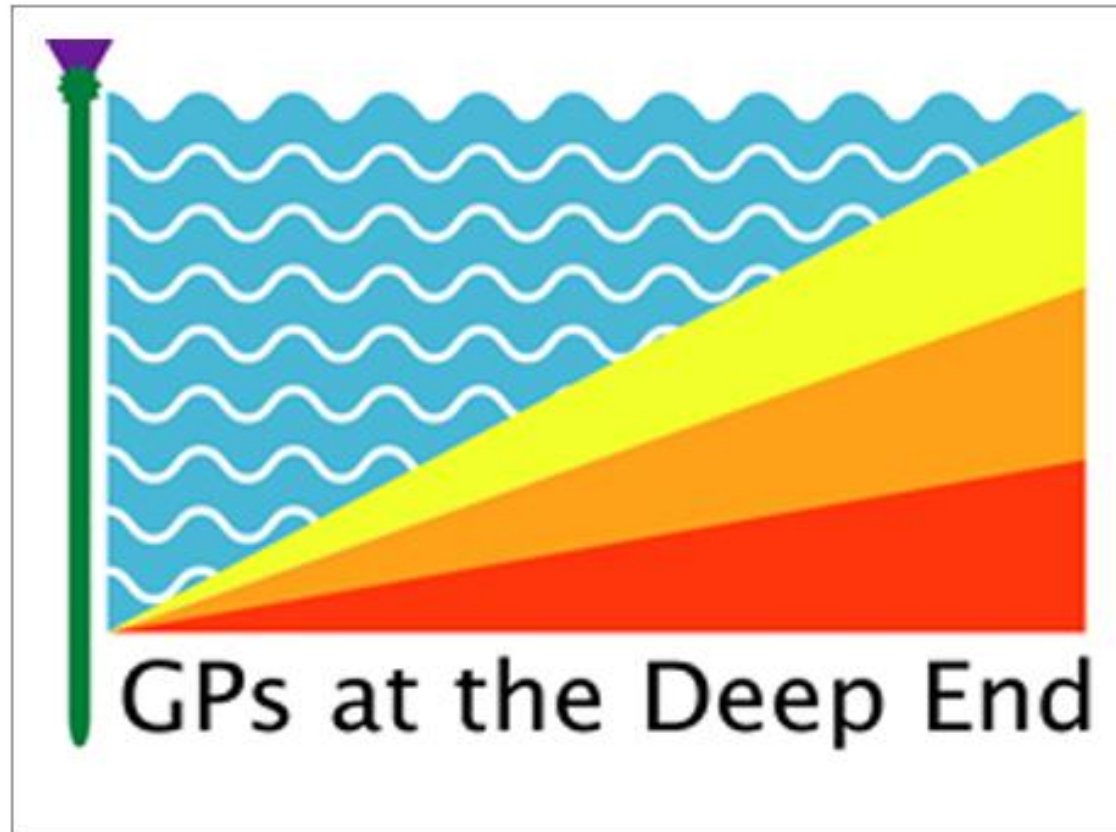


Figure 2 Deep End Scotland logo³⁴

KOMPETENZ. PRAXIS. ZUKUNFT.