

Rundgespräch Versorgungsforschung/Public Health DFG Bonn 27.02.2008

Kurzbericht über das Fachgespräch
„Medizin und Gesundheitssoziologie:
Erklärungsansätze sozial differentieller
Morbidity und Mortalität“
DFG Bonn, 09.11.2007

J. Siegrist, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

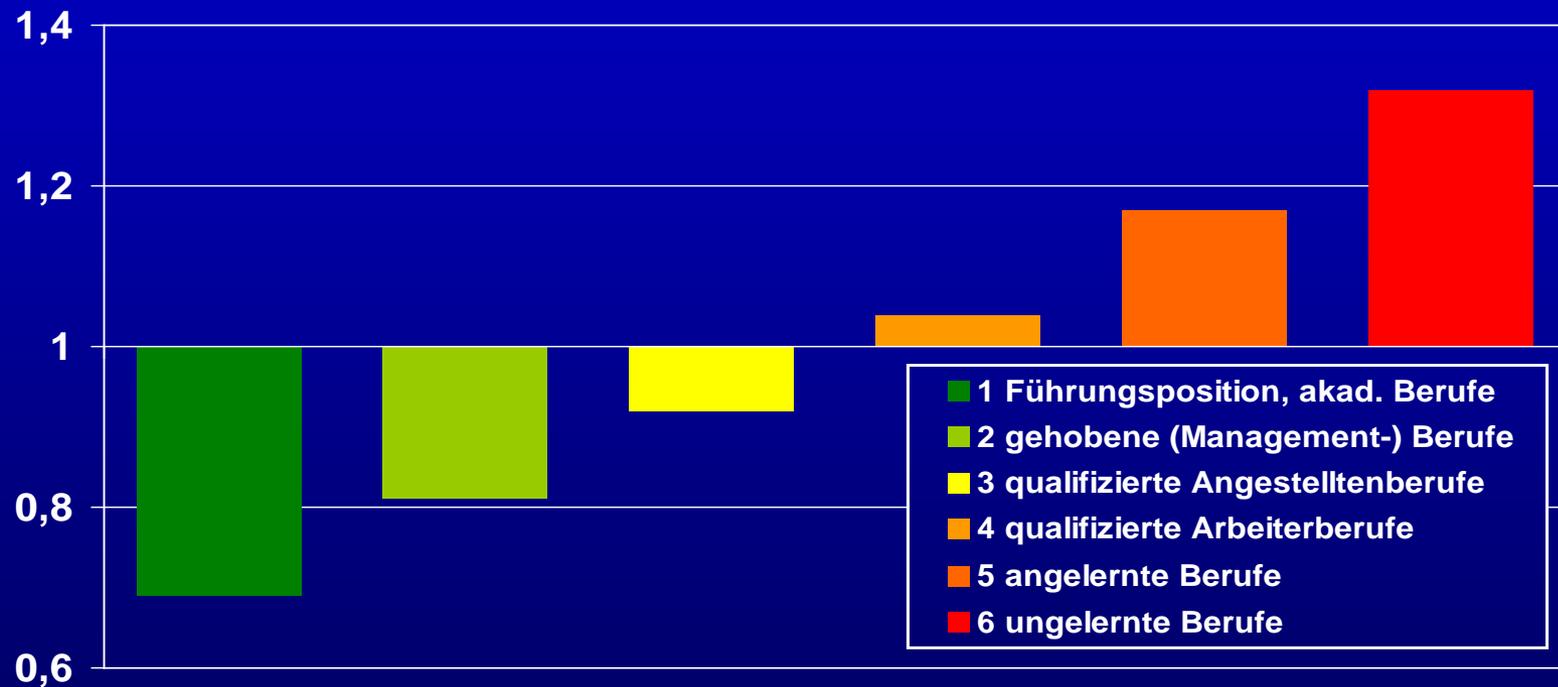
Problemhintergrund:

Soziale Ungleichheit von Morbidität und Mortalität – Dimensionen des Problems

- **Unterschiede** der Lebenserwartung **zwischen** den europäischen **Ländern** (z.B. Ost- vs. Westeuropa)
- **Unterschiede** der Lebenserwartung **innerhalb** europäischer **Länder nach sozialer Schicht**
(z.B. Differenz höchste vs. niedrigste Schicht [Männer]):
Schweiz: 4,4 Jahre; Finnland: 6,9 Jahre; UK: 9,5 Jahre
- **Innerhalb jedes Landes: sozialer Gradient** von Krankheit und Frühsterblichkeit, d.h. je niedriger die soziale Schicht, desto höher Morbidität und Mortalität
- **Innerhalb des Lebenslaufs** jeder Bevölkerungsgruppe: **Unterschiedliche Ausprägung des sozialen Gradienten** von Morbidität und Mortalität

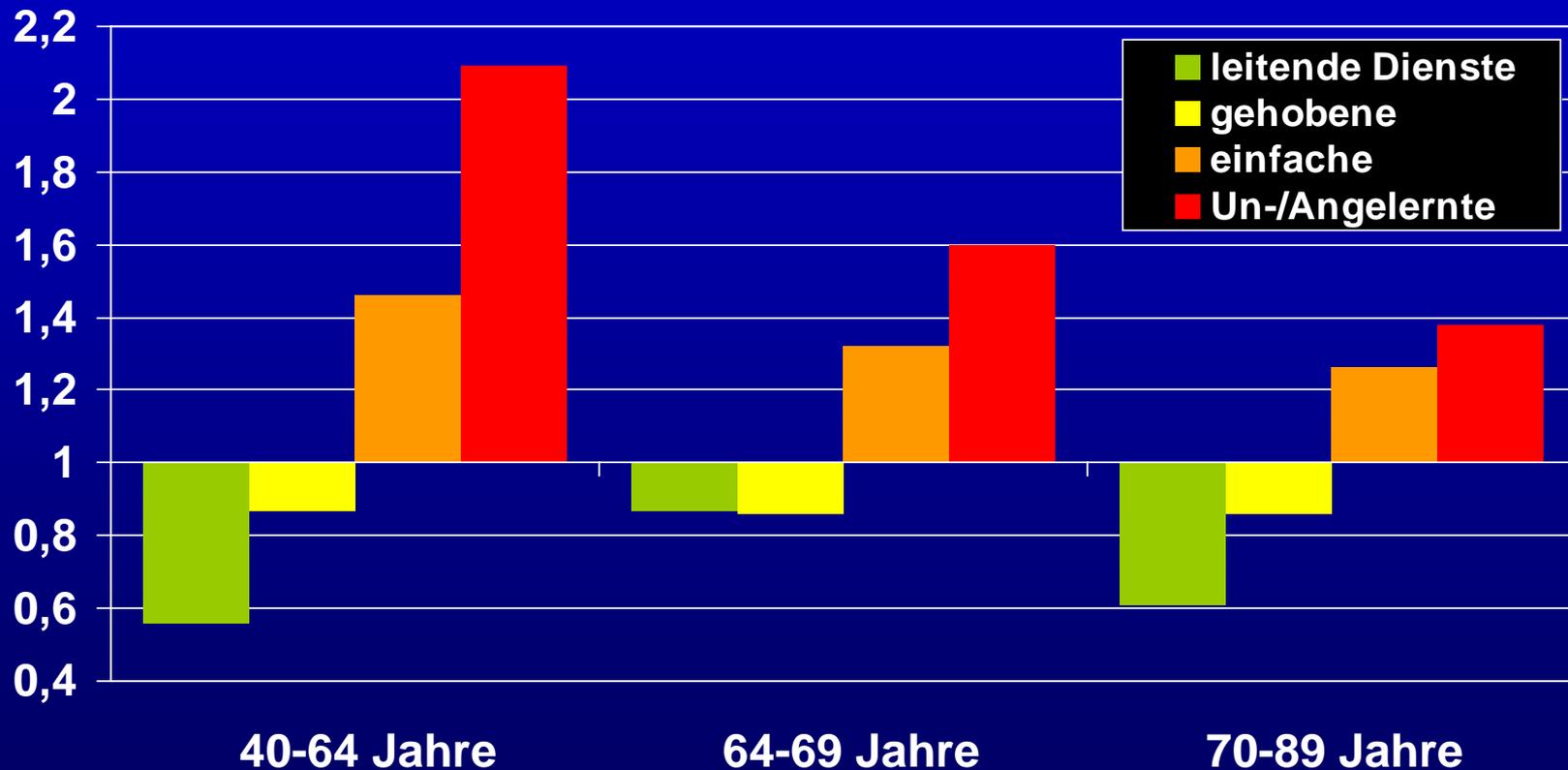
Relatives Sterberisiko von Männern im Alter von 15-64 Jahren nach sozialer Schichtzugehörigkeit Großbritannien, 1986-1995 (Nationales Statistisches Amt)

Hazard ratio

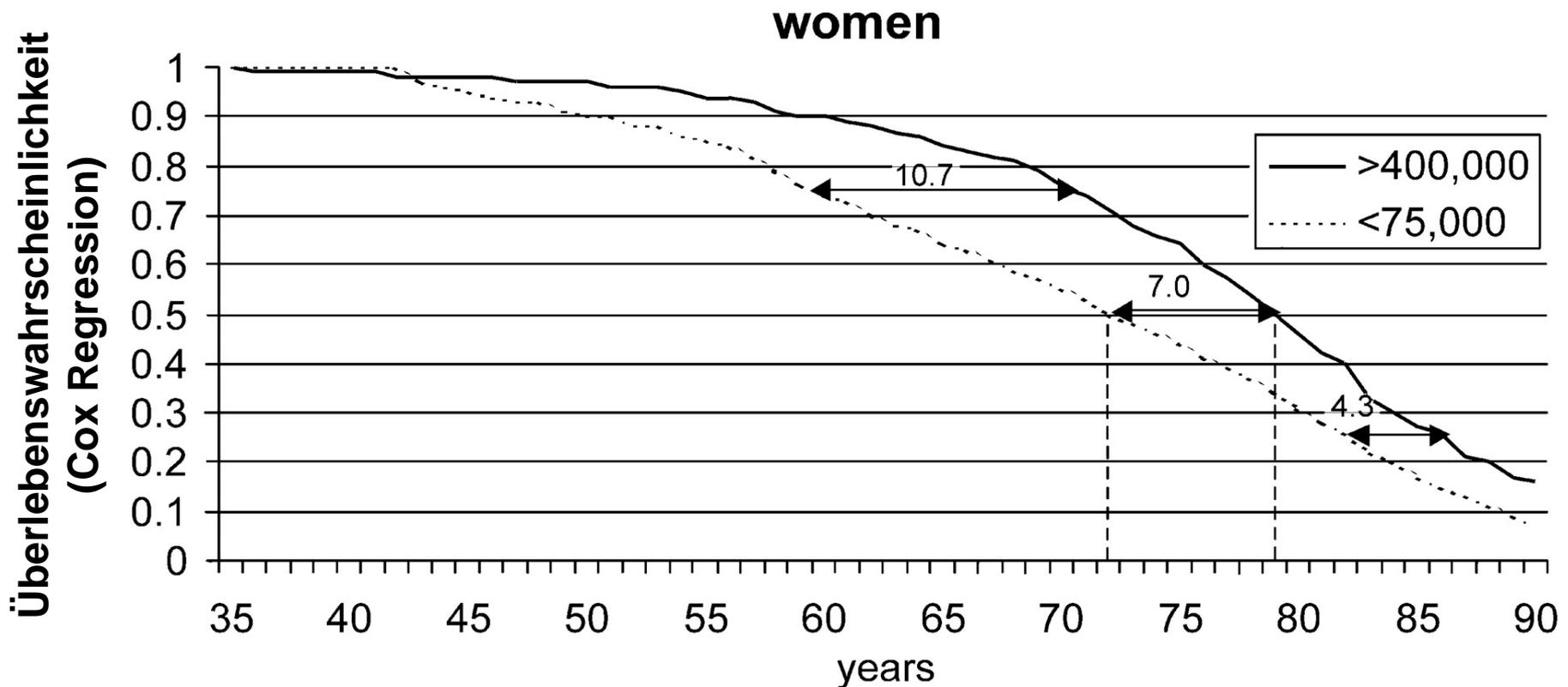


Sterberate (rate ratio; 25 Jahre) nach Höhe der beruflichen Stellung (Whitehall-Studie; N=18.000)

Sterberate (rate ratio)



Geschätzte Überlebenswahrscheinlichkeit 35-jähriger Frauen mit höchstem (>400 000 DKr.) vs. niedrigstem (<75 000 DKr.) in Dänemark (Copenhagen Centre for Prospective Population Studies)



Erklärungsansätze des sozialen Gradienten von Morbidität und Mortalität

- Unterschiedliche Häufigkeit eines **gesundheitsschädigenden Lebensstils** (v.a. Zigaretten, Alkohol, ungesunde Ernährung, Bewegungsarmut)
- Unterschiede im Zugang zu und in der Qualität **medizinischer Behandlung**
- Unterschiede **individueller Disposition** (intrauterine und frühkindliche Entwicklung)
- **Chronische** materielle und psychosoziale **Belastungen** (Wohnumfeld, berufliche und familiäre Situation)

Forschungsdefizit in Deutschland im internationalen Vergleich

Umfangreiche Förderprogramme in Großbritannien, Schweden, Niederlanden, Finnland, Norwegen, Dänemark seit den 1990er Jahren

ESF-Programm Social Variations in Health Expectancy in Europe (1999-2003)

Förderprogramm in Deutschland:

BMBF Forschungsverbände Public Health (1992-2002)

Daneben DFG-Einzelförderung; Stiftungen

Deskriptive Evidenz aus Studien in Deutschland I

1. Prospektive epidemiologische Beobachtungsstudien (biomedizinische und sozialwissenschaftliche Daten)
 - KORA (n=4261) seit 1996 3EW
(GSF München, Augsburg)
 - SHIP (n=4310) seit 1997 2EW
Community Medicine Universität
Greifswald
 - HN-Recall (n=4814) seit 2000 2EW
UK Essen/IMIBE/MedSoz Düsseldorf

Deskriptive Evidenz aus Studien in Deutschland II

2. Surveys mit Schwerpunkt Gesundheit

- Bundesgesundheitssurvey (n=7124) seit 1990
2EW
Robert-Koch-Institut Berlin
- SOEP (n=ca. 12.000 Haushalte) seit 1984 23
EW
DIW Berlin + Kooperationspartner
- TNS-Health Care Access Panel (n=ca. 50.000
Haushalte) seit 1999 5EW

Deskriptive Evidenz aus Studien in Europa (inkl. Deutschland)

Surveys mit Schwerpunkt Gesundheit

- SHARE (n=ca. 30.000) seit 2004, 15
Europäische Länder 2EW
MEA Mannheim + Kooperationspartner
- HBSC (n=7274 in Deutschland) seit 1994, 41
Länder (n=ca. 206.000) 3EW
Fak. für Gesundheitswissenschaften Bielefeld

Schlussfolgerung des Fachgesprächs:

Koordinierte wissenschaftliche Analyse vorhandener Daten anhand innovativer theoretischer und methodischer Ansätze

→ Antragstellung ortsverteilte Forschergruppe bzw. „Paket-Antrag“ bei der DFG (in Vorbereitung)

Integration soziologischer Fragestellungen zur Versorgungsforschung, z.B. soziale Ungleichheiten bei:

- nicht bekannten bzw. nicht behandelten Krankheiten
- Inanspruchnahme medizinischer Leistungen
- Therapieverlauf
- Behandlungsqualität