

Prof. Dr. Birgit Reime

HS Furtwangen

30. November 2017

Landesgesundheitskonferenz Baden-Württemberg

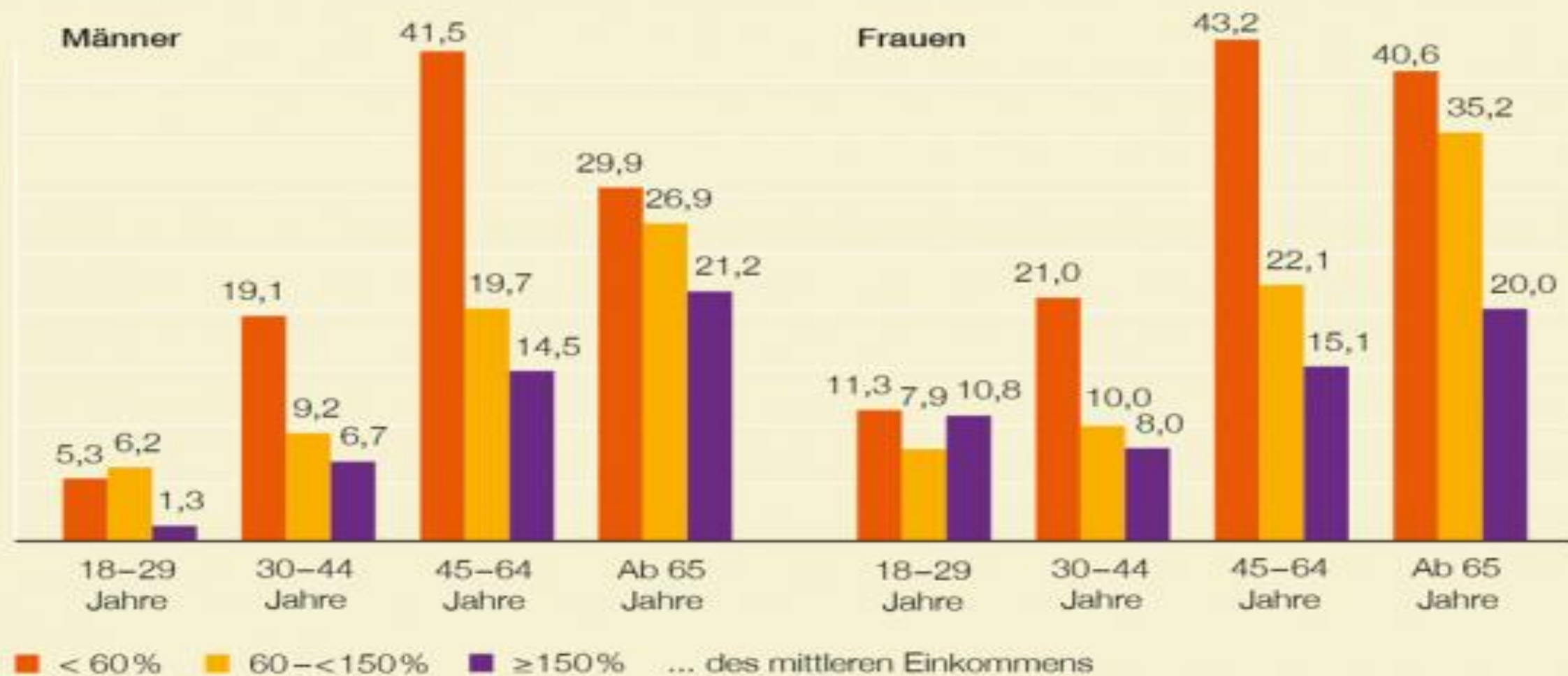
- Gesundheit und Armut im Lebenslauf
- Junge Menschen und Schwangere
- Erwerbsphase – Arbeit und Gesundheit
- Senioren - Lebenserwartung

Bevölkerung nach Migrationshintergrund 2010 in 1 000 je Altersjahr



Quelle:
Statistisches Bundesamt
2012

► **Abb 1** Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes
 (»weniger gut« oder »schlecht«) nach drei Einkommensgruppen 2013 — in Prozent



Datenbasis: SOEP 2013.

- **Hintergrund**
- Menschen mit einem niedrigeren sozioökonomischen Hintergrund weisen ein erhöhtes Morbiditäts- und frühzeitiges Mortalitätsrisiko auf
- Die wesentlichen Determinanten von sozioökonomischen Ungleichheiten in der Gesundheit sind folgende Faktoren:
 - Verhaltensbezogene
 - Psychosoziale
 - Materielle/strukturelle

- **Materiell:**

- Beispielsweise das Leben auf engstem Raum, arme Wohnverhältnisse, Lärm und Abgase, unsicherer und niedriger Beschäftigungsstatus, körperlich belastende Arbeitsverhältnisse oder auch geringe finanzielle Ressourcen.

- **Psychosozial:**

- Nicht nur negative Lebensereignisse und chronische Belastung, sondern auch niedrige Bewältigungsskills und soziale Unterstützung sind ausschlaggebend für die ungleiche Verteilung zum Nachteil der Menschen mit niedrigem SES und somit tragen zur Ungleichheit in der Gesundheit bei.

- **Verhalten:**

- Rauchen, wenig körperliche Aktivität, schlechte Essgewohnheiten und mangelnde Zahnhygiene kommen öfter bei Menschen mit niedrigem SES vor.

Welchen Einfluss haben die verschiedenen Faktoren auf die gesundheitliche Ungleichheit?

- Beispiel Finnische Studie: verhaltensbezogene Faktoren erklären den Großteil der Ungleichheiten bei kardiovaskulären Problemen und Mortalität zwischen hohem und niedrigem Status
- Gesundheitsverhalten ist eingebettet in sozialen Kontext, und wird von materiellen, strukturellen Lebensbedingungen und psychosozialen Ressourcen beeinflusst

- Der Nachweis der relativen Anteile verschiedener Erklärungsansätze ist der Schlüssel für Public Health
- So können gezielt Prioritäten für Prävention und Gesundheitsförderung gesetzt werden



- Einmal pro Jahr wird eine haushaltsrepräsentative Stichprobe durchgeführt, auch zum Thema Gesundheit.
- TNS-Omnibus-Befragung 2007
- Postalisch-schriftliche Befragung mit Fragebogen, 2/14 Seiten zur Gesundheitsversorgung
- N=27.049

- **Hausarzt**
- Unterschicht: 3,03 Tage
- Oberschicht: 2,05 Tage
- GKV: 2,73 Tage
- PKV: 2,18 Tage

Wartezeit auf Termin

- **Facharzt**
- West: 10,56 Tage
- Ost: 22,27 Tage
- Gesamt: 12,81 Tage

Kein Schichteffekt wurde gefunden bei

- Vertrauen in den Arzt
- Arzt als feste Anlaufstelle (Hausarzt)
- Verhalten des Arztes (Freundlichkeit, sich Zeit nehmen etc.)
- Ausreichende Informationen durch den Arzt
- Anliegen wurde erfüllt

Schichteffekte lagen vor bei

- Dauer des letzten Beratungsgesprächs
- GKV: 13,65 Minuten
- PKV: 15,08 Minuten
- Shared Decision making

- *Huber, J./Mielck, A. (2010): Morbidität und Gesundheitsversorgung bei GKV- und PKV-Versicherten - Forschungsstand empirischer Studien. In: Bundesgesundheitsblatt 2010; 53: 925-938.*
- Überblick über Forschungsergebnisse zu den Unterschieden in der Morbidität und gesundheitlichen Versorgung zwischen GKV- und PKV-Versicherten.
- Recherche in einschlägigen Literaturdatenbanken und bei deutschen Instituten, Verbänden und Stiftungen, die sich mit dem Thema Sozial- und Versichertenstatus befassen, ergab
18 empirische Studien zu diesem Thema.

Studie zu Gesundheitsversorgung bei Gesetzlich- und Privatversicherten

- Die Studien beziehen sich auf folgende Bereiche: Arzneimittelversorgung, Wartezeiten, Vergütungsunterschiede und spezielle Aspekte der gesundheitlichen Versorgung.
- ->deutlicher Unterschied zwischen GKV- und PKV-Versicherten hinsichtlich der gesundheitlichen Versorgung:
 - PKV-Versicherte erhalten beispielsweise häufiger innovative, patentgeschützte Medikamente und seltener Generika.
 - PKV: Bevorzugung bei Organtransplantationen,
 - GKV: längere Wartezeiten und Eingehen des Arztes auf Wünsche des Patienten

- Fragestellung: Gibt es empirische Evidenz für die Annahme, dass GKV-Patient/inn/en länger auf einen Facharzttermin warten müssen als GKV-Patient/inn/en?
- Methode:
 - Im Frühjahr 2006 insgesamt 189 niedergelassene Facharztpraxen im Raum Köln/Bonn/Leverkusen kontaktiert.
 - Telefonisch gaben sich die Tester entweder als Kassen- oder als Privatpatienten zu erkennen und baten um eine von fünf ausgewählten Untersuchungen:

- Ergebnisse:
- Wichtig war nicht nur der Versichertenstatus, sondern auch das medizinische Fachgebiet des Arztes:
- Der größte Unterschied in absoluten Zahlen fand sich für die Magenspiegelung:
 - Mittlere Wartezeit:
Privatpatienten = 11,9 Werktage, Kassenpatienten = 36,7 Werktage).
- Am geringsten fiel der Unterschied bei den Hörtests
 - Mittlere Wartezeit
Privatversicherte = 2,2 Werktage, Kassenpatienten = 6,8 Werktage

Lebensphasen



Schwangerschaftsoutcomes von **Jugendlichen** abhängig von der geburtshilflichen Anamnese im Vergleich mit Erstgebärenden (Reime et al., 2009)

- Vorherige Geburt: erhöhtes Risiko perinataler [OR = 2.1, CI = 1.1,3.9] und neonataler [OR= 4.3, CI = 1.8,10.5] Sterblichkeit
- Vorherige Abtreibung: erhöhtes Risiko von Totgeburten [OR = 3.3, CI = 1.01,10.9] und Frühgeburten [OR = 2.2, CI = 1.1,4.6].
- Vorherige Abtreibung: erhöhtes Risiko von very low birthweight infants [OR = 2.7, CI = 1.1,7.1].

Was sagt uns das Label

“Unkooperative Mutter”

über Gebärende?

Deskriptive Studie der Perinataldaten Niedersachsens

Birgit Reime 1,2 Cornelia Gradel 1 Paul Wenzlaff 3

1 Furtwangen University of Applied
Sciences, Germany

2 British Columbia Child and Family
Research Centre, Vancouver, Canada

3 Centre for Quality Management,
Physicians's Chamber of Lower Saxony,
Germany

Wie häufig sind „unkooperative Mütter?“

- Indikation für operative Entbindung: 1990-99: **n=4766**
- Risiko für die Geburt 1990-99: **n=7553**
- Zwischen 1990 und 1999, fiel die Prävalenz dieses Labels “uncooperative mother” ständig:
- Risiko für die Geburt : Von 1.6% auf 0.7%
- Indikation für operative Entbindung: Von 0.8% auf 0.5%

Geburtsrisiko „Unkooperative Mutter“

Reime, Gradel, Wenzlaff, 2014

- Nicht-deutsche Nationalität: $OR=1.8$; 95%-CI=1.7,1.9
- Arbeitslose Mütter: $OR=3.3$; 95%-CI=2.8,3.8
- Arbeiterinnen: $OR=2.2$; 95%-CI=2.0,2.5
(reference group = höchste SES Gruppe)
- Stigmatisierung?

- Ein Review von 1999 identifizierte 15 Studien über rassistische Diskriminierung.
- Ein Review von 2003 (Williams et al. Am J Public Health, 2003) identifizierte 53 empirische Studien über rassistische Diskriminierung und Gesundheit.
- Ein Review mit 44 Artikeln (N = 32,651) über den Zusammenhang von wahrgenommener Diskriminierung und Hypertonie (2014).
- Wir reden hier über quantitative empirische Studien, die rassistische Diskriminierung mit Hilfe eines standardisierten Messinstrumentes für wahrgenommene Diskriminierung operationalisierte .

Wirkweisen von Diskriminierung auf die Gesundheit



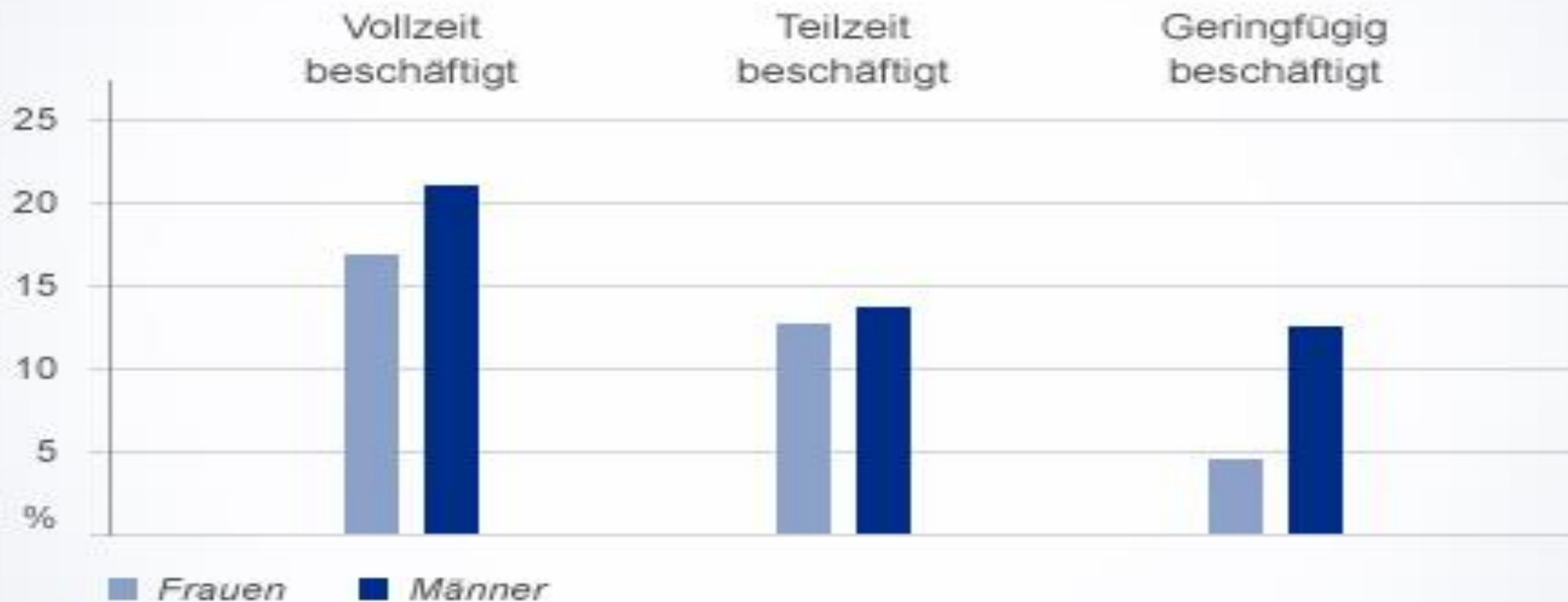
- Ökonomische und soziale Deprivation
- Toxische Substanzen und gefährliche Arbeitsbedingungen
- Psychisches, körperliches oder sexuelles Trauma
- Gezieltes Marketing von legalen und illegalen psychoaktiven Substanzen
- Inadäquate Gesundheitsversorgung



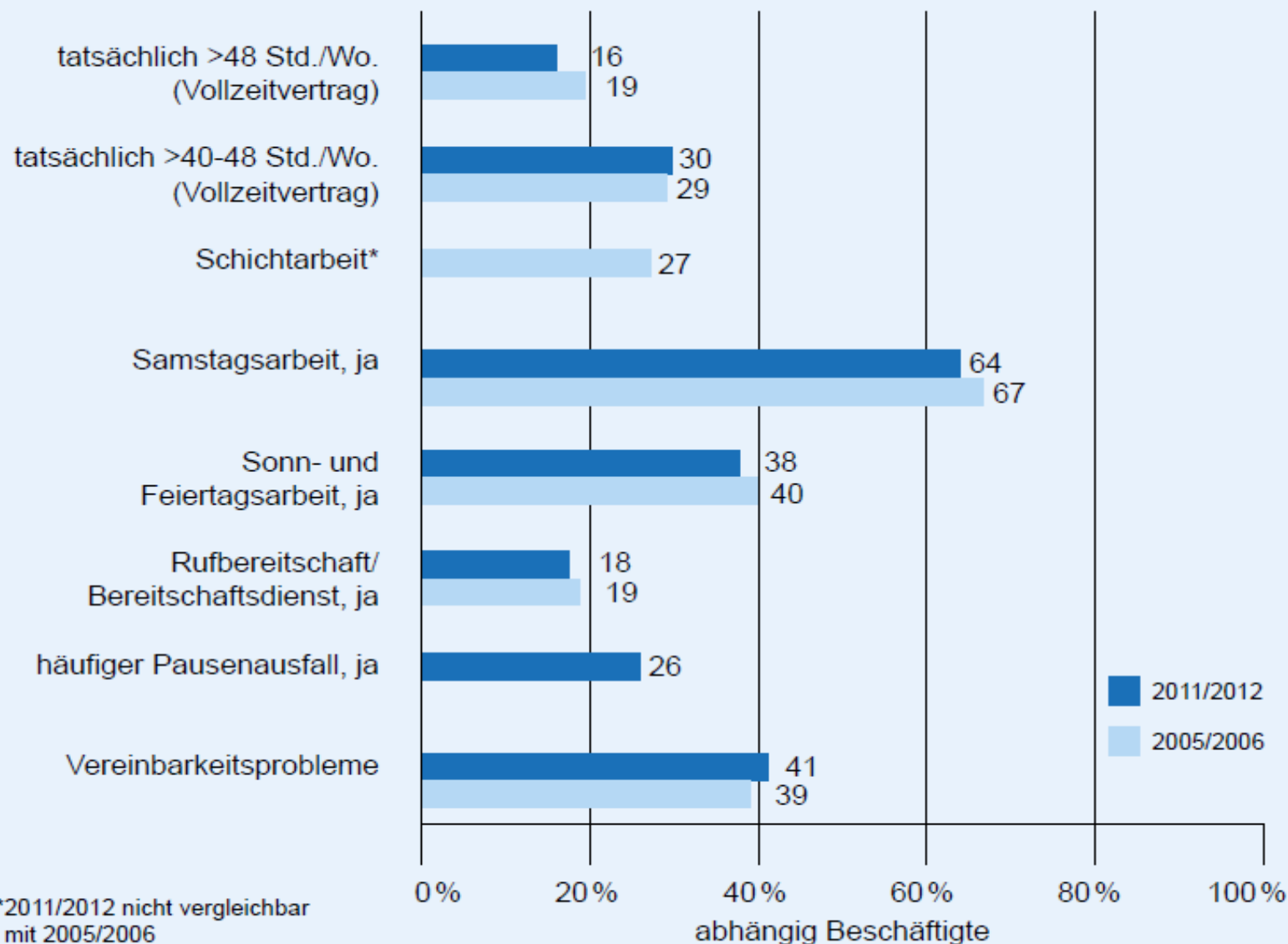
Erwerbsphase



Subjektive gesundheitliche Belastung durch die eigene Arbeit (stark/sehr stark)



A. Lohmann-
Haislah
Stressreport
Deutschland 2012
Psychische
Anforderungen,
Ressourcen und
Befinden
Dortmund/Berlin/Dre-
sden 2012



Präsentismus birgt hohes Produktivitätsrisiko und übersteigt gemäß Experten den Schaden durch Absentismus bei Weitem



„60% bis 70% aller Beschäftigten gehen mindestens einmal im Jahr krank zur Arbeit“^{A)}

„49% aller Angestellten verlieren eine Stunde oder mehr pro Tag an Produktivität wegen Stress“^{A)}

„Die Folgekosten des Präsentismus sind umso höher, wenn die Erkrankung später dann umso länger dauert“^{B)}

„Psychische Störungen wie Burnouts und Depressionen gehen mit Präsentismus einher“^{E)}

„Fehlzeiten machen nur einen Teil der krankheitsbedingten Produktivitätsverluste aus. Viele Arbeitnehmer gehen auch dann zur Arbeit, wenn sie krank sind. Ein niedriger Krankenstand kann Unternehmen daher in falscher Sicherheit wiegen. Es wird empfohlen, die Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung auch bei geringen Fehlzeiten auszubauen, da deren Wirksamkeit nachgewiesen und die Akzeptanz bei Mitarbeitern sehr hoch ist“^{D)}

„71% der Deutschen sind in den vergangenen 12 Monaten mindestens einmal zur Arbeit gegangen, obwohl sie sich krank gefühlt haben. 45% sind trotz Krankheitssymptomen zweimal zur Arbeit gegangen. 30% sind gegen den Rat ihres Arztes mindestens einmal arbeiten gewesen“^{A)}

„Man darf nicht nur auf die Fehlzeiten schauen. Wenn Mitarbeiter nicht ausreichend motiviert werden, geht den Unternehmen Geld und wertvolles Potenzial verloren. Präsentismus kann schlimmer sein als Absentismus“^{C)}

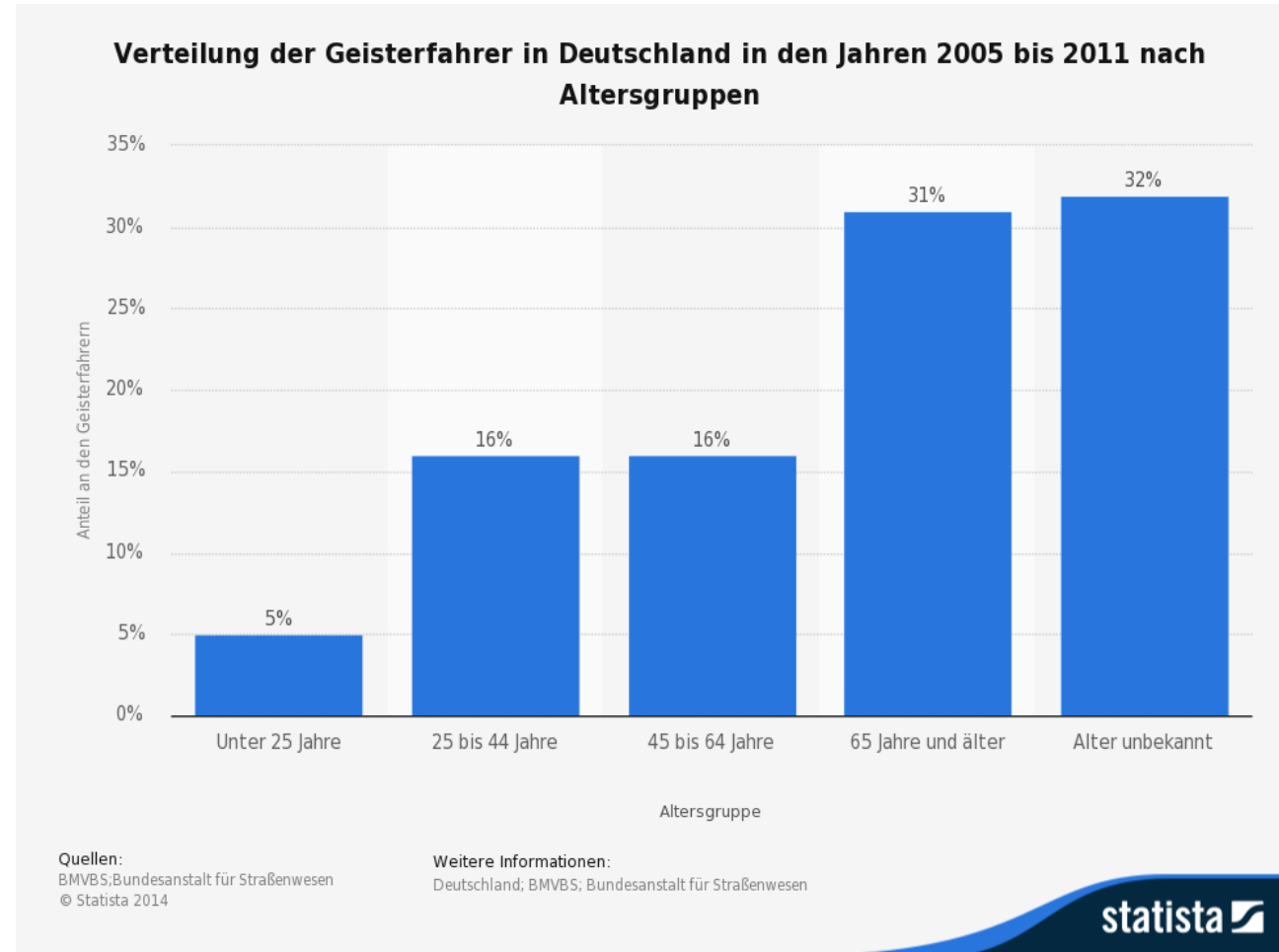
Quellen: A) EuPD Research (2010): Gesundheitsmanagement 2010 - Strukturen, Strategien und Potenziale deutscher Unternehmen

B) Schröder (2010): Besser erstmal auskurieren - viele gehen trotz Krankheit zur Arbeit

C) Weber (2010): den ganzen Mitarbeiter sehen

D) IGA-Barometer (2007)

E) Schweizer Versicherung (2010)



Rohe Anzahl an Pkw-Fahrern als Hauptverursacher
an Unfällen mit Personenschaden in den Jahren
1975,
1991, 2008 (Quelle: BASt. 2010).

Anzahl der verursachten Unfälle durch Altersgruppe	1975	1991	2008
21-25 Jahre	39.800	37.300	27.800
65 und älter	8.300	14.700	26.800

Anforderungen an Fahreignung (Boot et al., 2013)

- Motorische Fähigkeiten
 - z.B. Kraft, Koordination und Flexibilität
- Vision und Kognition
 - Während der Fahrt und unter variierenden Licht und Wetterbedingungen
- Verkehrszeichen
- (bewegliche) Objekte am Straßenrand
- Ampeln
- Fahrbahnmarkierungen
- andere Verkehrsteilnehmer
- zusammen mit vielen anderen Reizen...



European and interdisciplinary conference

AGEING AND SAFE MOBILITY



 **FERSI**
Road Safety Research

November 27-28, 2014
VENUE
Federal Highway
Research Institute
Bergisch Gladbach
Germany

**Danke für Ihre
Aufmerksamkeit**

- Bisher ist bekannt, dass viele materielle, psychosoziale und verhaltensbezogene Faktoren mit gesundheitlicher Ungleichheit zusammenhängen.
- Systematischen reviews zufolge sollten nicht nur verhaltensbezogene sondern vor allem materielle und strukturelle Begebenheiten priorisiert werden.
- Verstärkt sollte im Zusammenhang mit gesundheitlicher Ungleichheit vor allem Aspekten mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden, die bisher weniger fokussiert wurden wie zB Diskriminierung und unfair treatment sowohl im Gesundheitswesen als auch im sozialen Kontext.

Danke für Ihre Aufmerksamkeit!

