

Medizin – im Widerspruch mit Ethik und Recht?

Studium Generale der Universität Mainz

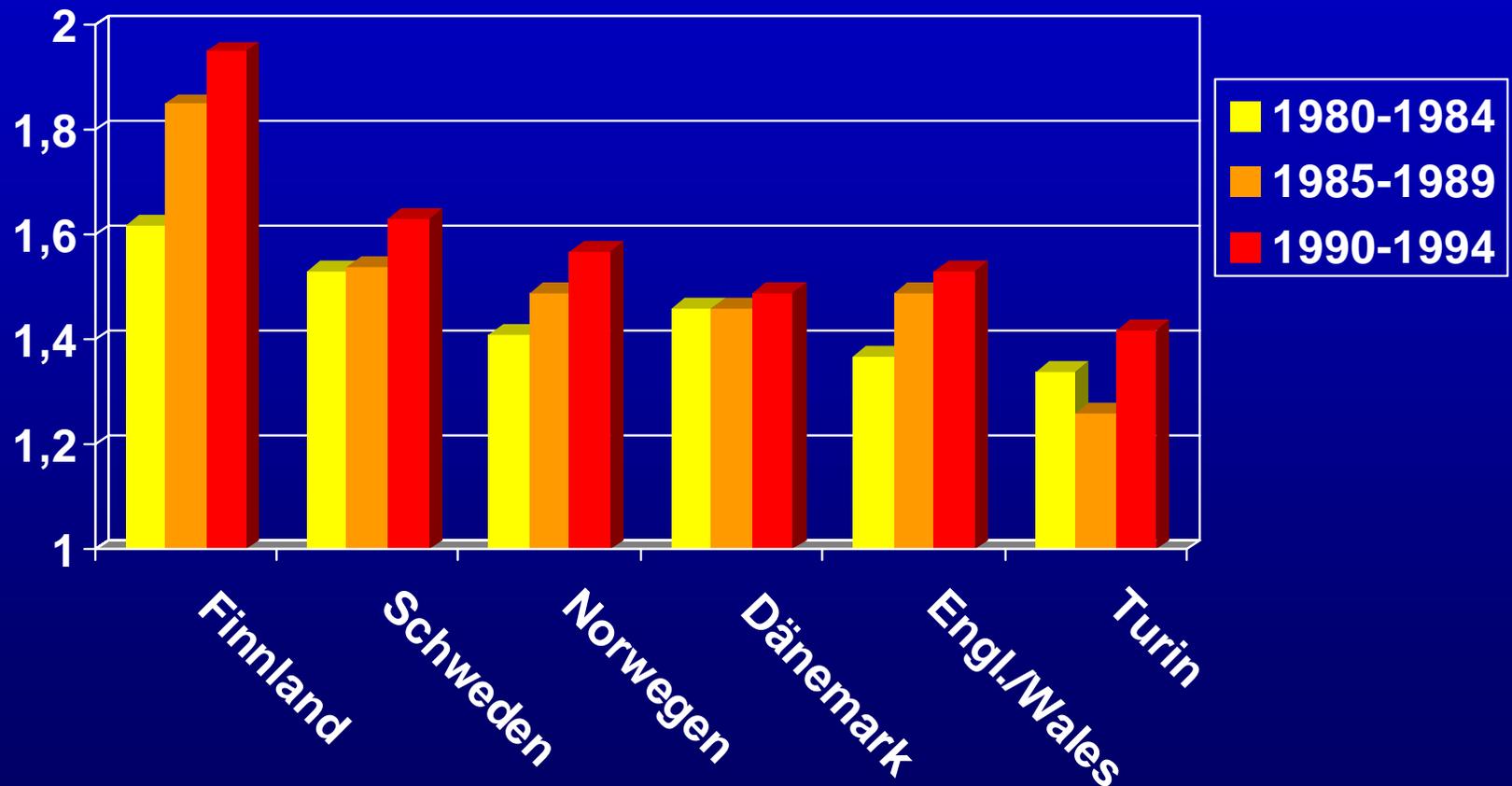
12. Februar 2003

**Gesellschaftliche Einflüsse
auf Gesundheit und Krankheit –
zur ethischen Dimension sozialer Ungleichheit**

Johannes Siegrist

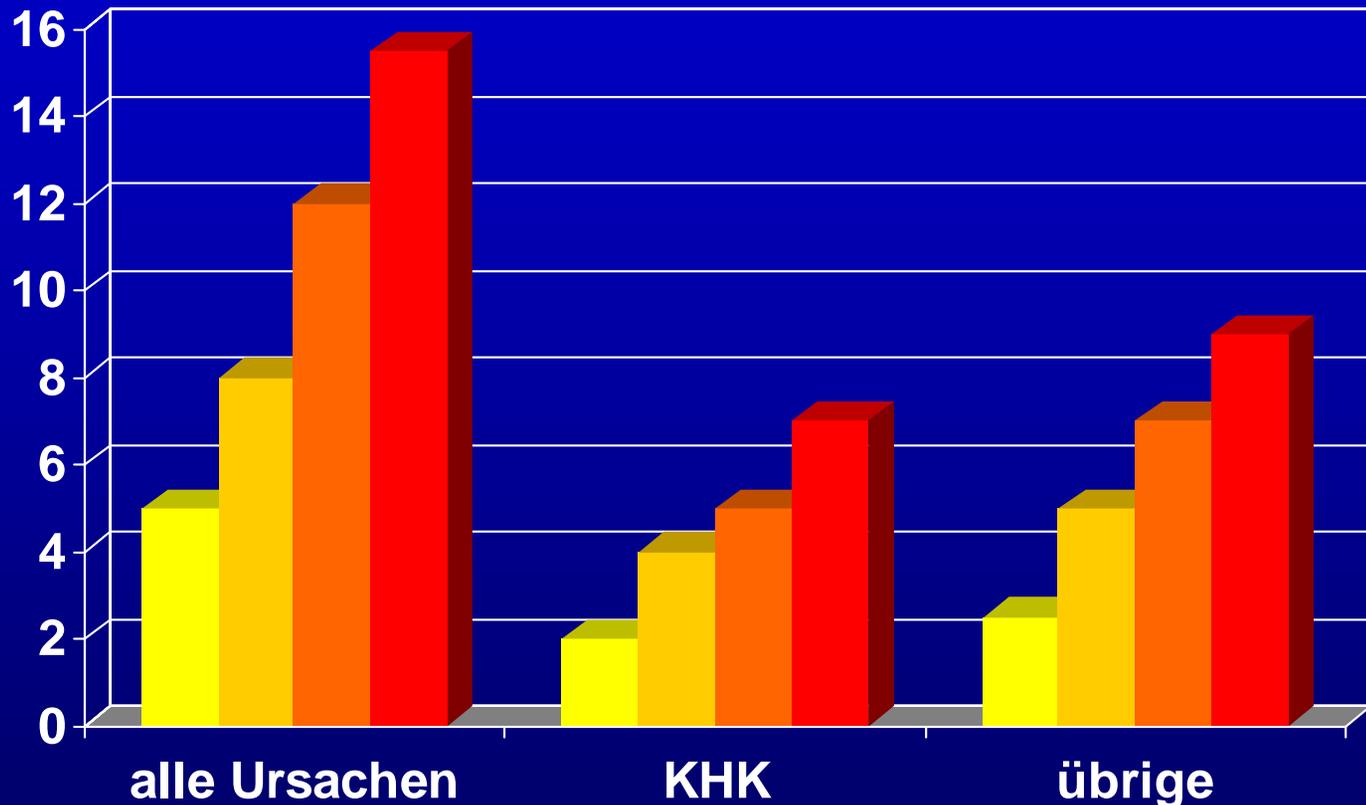
Institut für Medizinische Soziologie
Universität Düsseldorf

Verhältnis der Sterberaten zwischen manuellen und nicht-manuellen (= 1.0) Berufsgruppen (Männer 30-59 Jahre), in drei Perioden (rate ratio)



Quelle: J.P. Mackenbach & A.M. Bakker (2002) Reducing Inequalities in Health
London: Routledge.

10-Jahres-Mortalität (%)



■ Leitende Dienste ■ Gehobene ■ Einfache ■ Un- / Angelernte

Quelle: M. Marmot et al. (1984) Lancet: 1003.

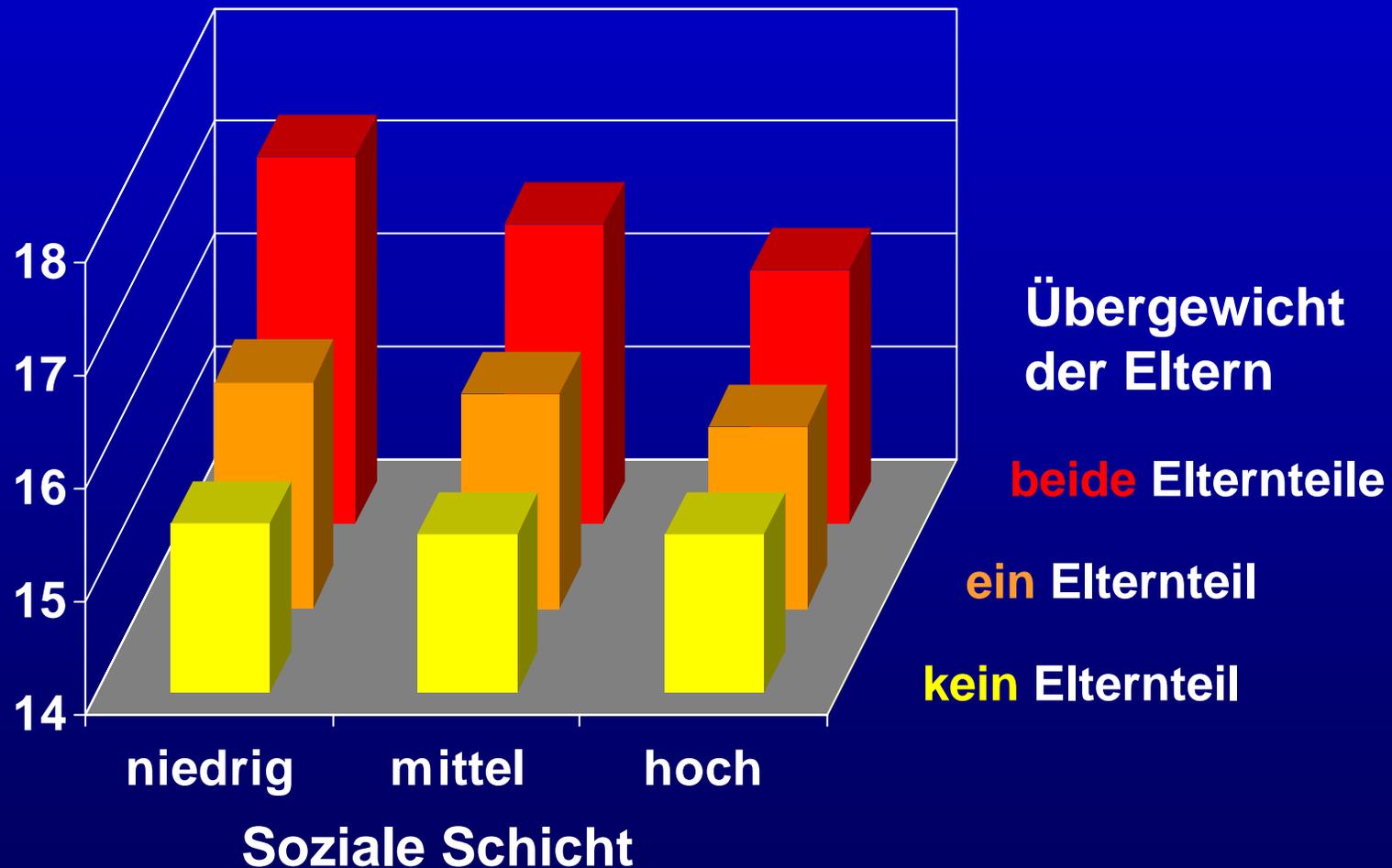
Erklärungsansätze des sozialen Gradienten

- 1. Ergebnis unterschiedlichen Zugangs zur medizinischen Versorgung**
- 2. Selektionseffekt (Krankheit → sozialer Abstieg)**
- 3. Vulnerabilität in Schwangerschaft / früher Kindheit**
- 4. Gesundheitsschädigendes Verhalten im Erwachsenenalter**
- 5. Materielle und psychosoziale Belastungen in Beruf und Familie**

Soziale Ungleichheit von Gesundheit und Krankheit in der frühen Kindheit

- **Schwangerschaft**
 - Mangelnde Vorsorge
 - Fehlernährung → pränatale Stoffwechselstörung
 - Suchtmittel, Infektionsgefahr (HIV / HCV), chronischer Distress
- **Unfall- und Verletzungsgefahr**
- **Frühe Mutter-Kind-Beziehung**
 - Gestörte affektive Bindung
 - Soziale Benachteiligung (v.a. Alleinerziehende)

BMI bei 1350 5- bis 7-jährigen Kindern nach sozialer Schicht und Gewichtsstatus der Eltern



Quelle: K. Langnäse et al. (2002) Int J Obesity 26: 566.

Beeinträchtigung der Mutter-Kind-Beziehung in früher Kindheit

- **Emotionale Bindungssicherheit beim Säugling: wesentliche Bedingung gesunder psychischer Entwicklung (Affektregulation)**
- **Einfühlsame Bedürfnisbefriedigung durch die Mutter: entscheidende Determinante der Bindungssicherheit**
- **Fehlender sozialer Rückhalt (durch Partner) und defizitäres Elternverhalten: wichtigste Einflussfaktoren**
- **Diese Einflussfaktoren finden sich häufiger bei sozial benachteiligten Gruppen (ungewollte Frühschwangerschaft, Alleinerziehende in prekärer sozialer Lage)**

Sterblichkeit und schwere Gesundheitsstörungen bei 6- bis 18-jährigen Kindern Alleinerziehender in Schweden (N=65.085 vs. 921.257)

Relative Risiken der Inzidenz 1991 – 1998

| | Mädchen | Jungen |
|--|---------|--------|
|--|---------|--------|

| | | |
|------------------------------|---------------------|-------|
| ■ Allgemeine Mortalität | 1.21 ^(*) | 1.54* |
| ■ Suizid | 2.43* | 1.83* |
| ■ Psychiatrische Krankheiten | 2.08* | 2.52* |
| ■ Opfer von Gewalt | 2.02* | 1.62* |
| ■ Alkoholbedingte Störungen | 2.42* | 2.18* |

(*) $p < 0.10$

* $p < 0.05$

Sozial- und gesundheitspolitische Folgerungen

- **Verbesserte Gesundheitsberatung und Vorsorge während der Schwangerschaft**
- **Verbesserung der ökonomischen und sozialen Lage Alleinerziehender**
- **Angebote von Programmen “erfolgreicher Elternschaft”**
- **Angebote von Krippenplätzen mit guter Betreuung**
- **Verstärkte Unfallprävention**
- **Soziales Kompetenztraining (Vorschule, Schule)**
- **Koordination kommunaler Gesundheits- und Sozialdienste**

Soziale Ungleichheit von Gesundheit und Krankheit im mittleren Erwachsenenalter: Erklärungsschema

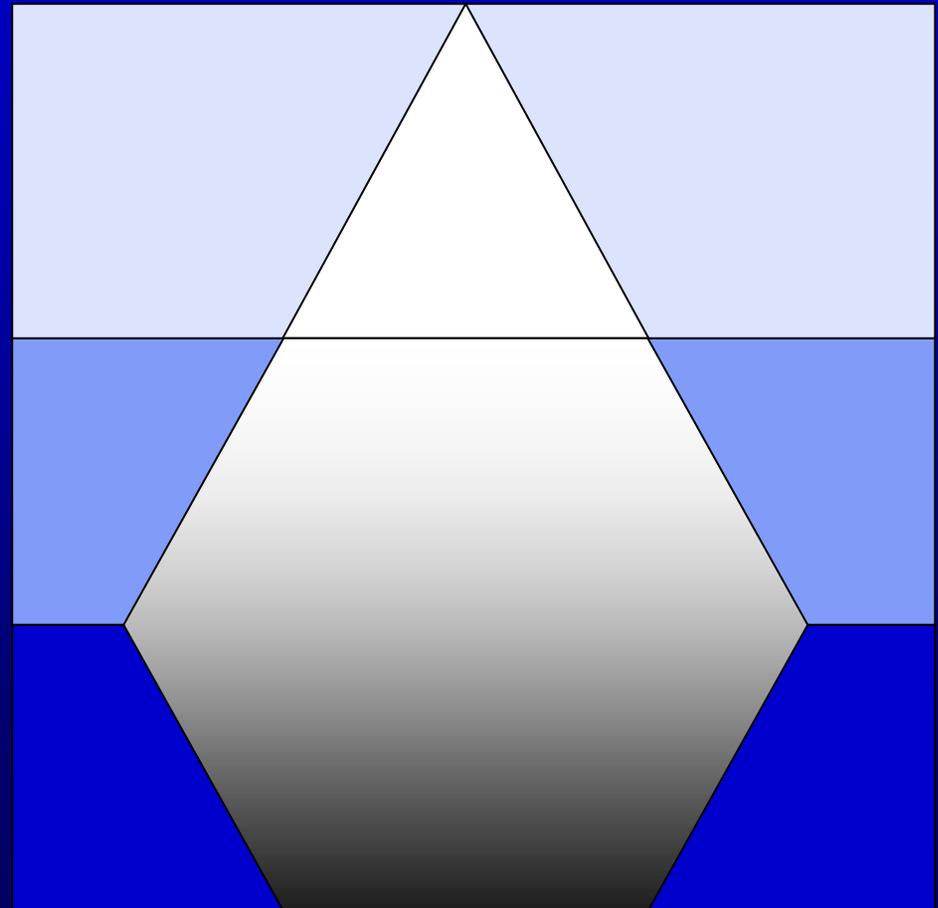


Ungünstige Auswirkungen des Arbeitsmarktes auf die Gesundheit („Eisberg“)

Arbeitslosigkeit
(kurz-/langzeitig)

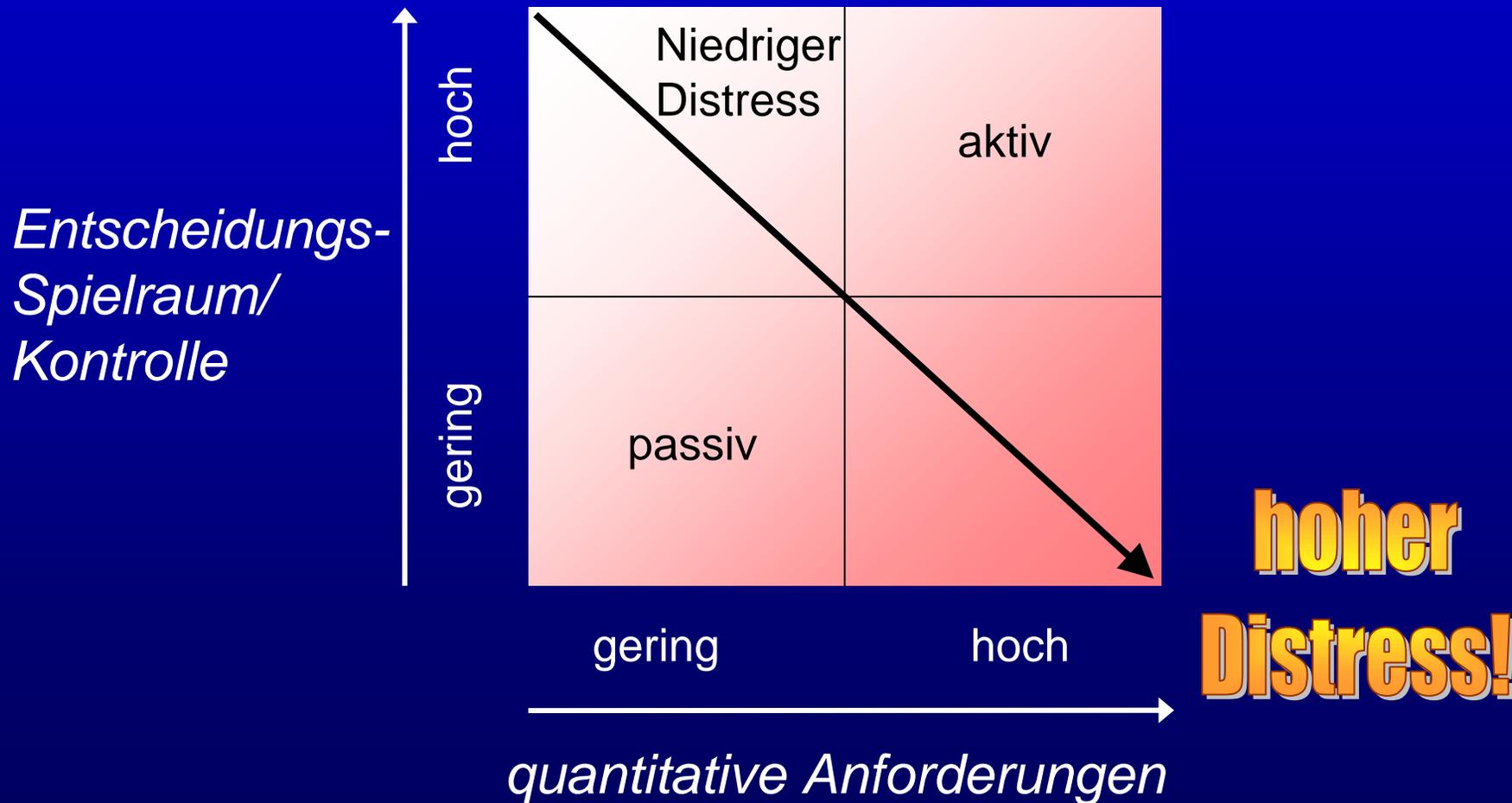
Prekäre Beschäftigung
(Unsicherheit, geringer
Schutz, niedriger Lohn)

**Belastende stabile
Beschäftigung**
(Modelle psychosozialer
Arbeitsbelastungen)

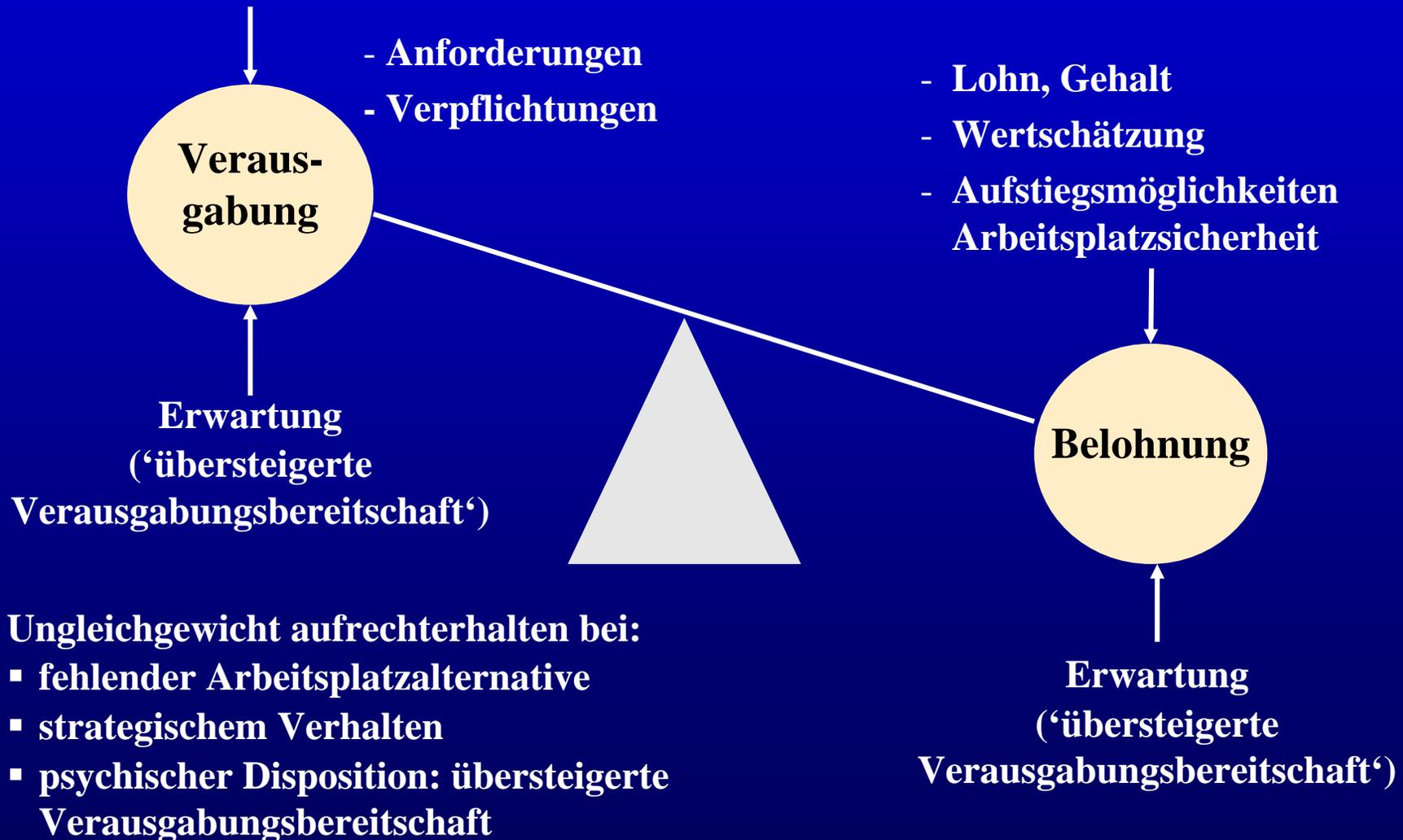


Anforderungs-Kontroll-Modell

(R. Karasek)

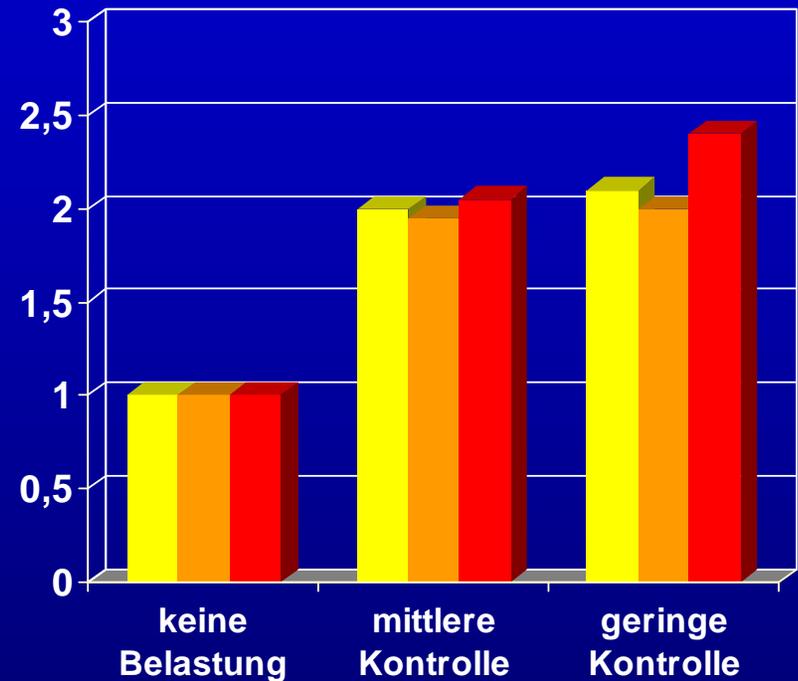
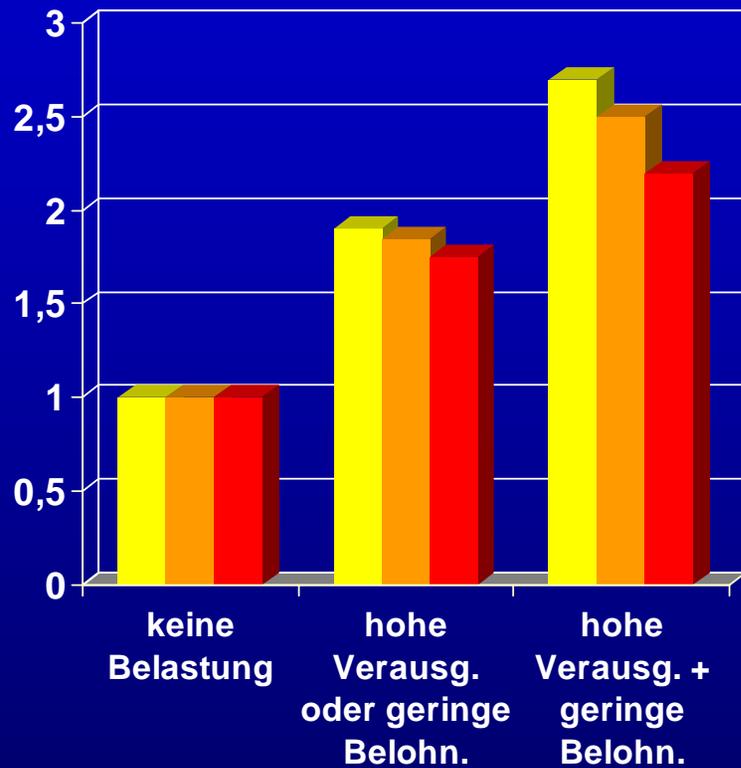


Modell beruflicher Gratifikationskrisen (J. Siegrist)



Verausgabungs-Belohnungs-Ungleichgewicht / Kontrolle über Arbeitsaufgabe und Neuerkrankung an KHK

Männer und Frauen: Whitehall II-Studie

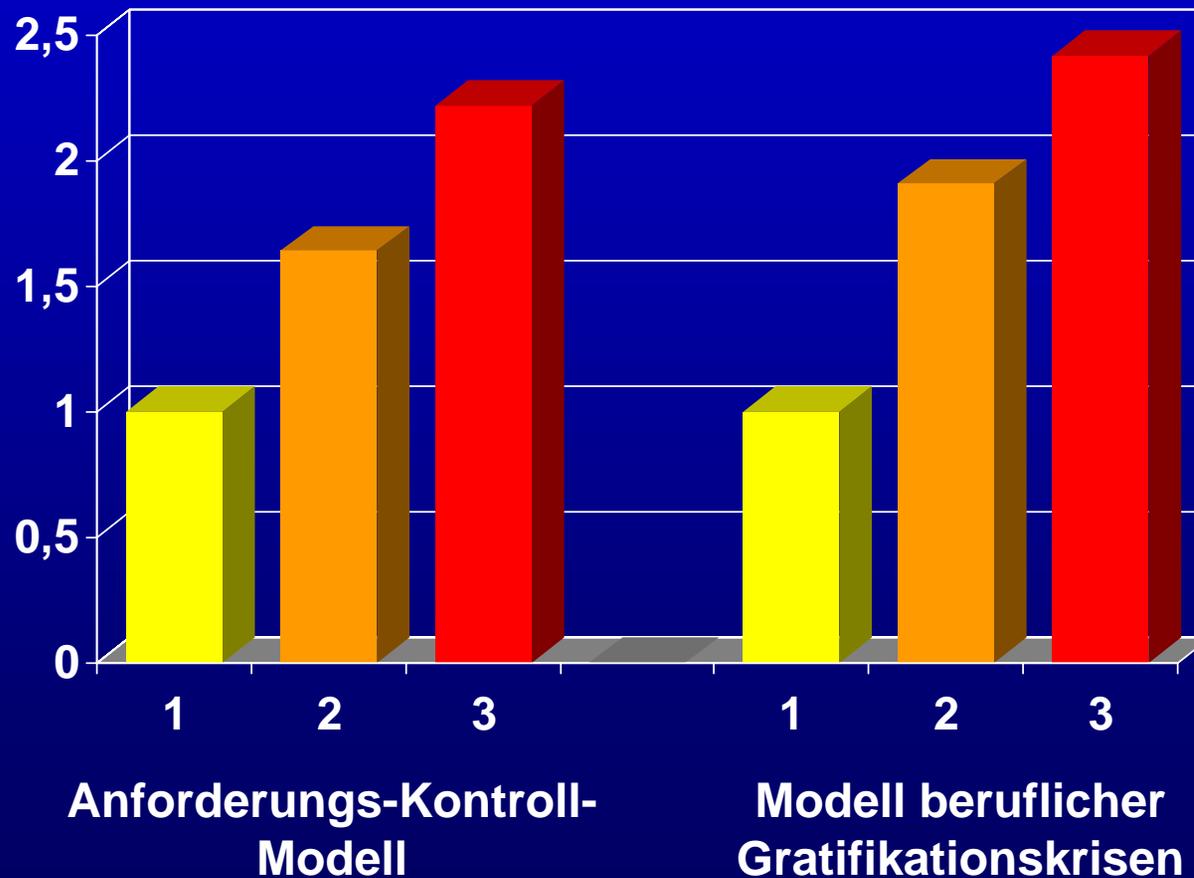


- adjustiert für Alter, Geschlecht, Zeitraum bis Nachuntersuchung
- + jeweils alternatives Arbeitsstressmodell
- + Dienstgrad, koronare Risikofaktoren, negative Affektivität

Quelle: J. Bosma et al. (1998) Amer J Publ Health 88: 68–74.

Mortalitätsrisiko (Herz-Kreislauf-Krankheiten) in Abhängigkeit von psychosozialen Arbeitsbelastungen

$N_{\max}=812$ (73 Todesfälle); Zeitraum: 25,6 Jahre



Terzile (Belastung):

- 1 = keine;
- 2 = mittlere;
- 3 = hohe

Assoziation von Arbeitsstress und Depression bei japanischen Arbeitern mit Arbeitsplatzunsicherheit

| | OR* | 95 % KI | p |
|-----------------------|------|--------------|-----|
| ■ Hohe Anforderung | 0,83 | 0.32 – 2.15 | .70 |
| ■ Niedrige Kontrolle | 4.71 | 1.16 – 13.72 | .00 |
| ■ +Anf./-Kontrolle | 2.16 | 0.85 – 5.51 | .10 |
| ■ Gratifikationskrise | 4.13 | 1.39 – 12.28 | .01 |
| ■ Verausgabungsber. | 2.56 | 1.01 – 6.47 | .05 |

* Kontrolliert für Alter, Geschlecht, berufliche Position, Berufsgruppe und Arbeitsplatzmerkmale

Koronare Herzkrankheit und Depression

**„Bis zum Jahr 2020 werden
Depression und Koronare
Herzkrankheit weltweit die führenden
Ursachen vorzeitigen Todes und durch
Behinderung eingeschränkter
Lebensjahre sein.“**

(Murray and Lopez 1996)

Psychosoziale Arbeitsbelastungen und Gesundheit

- **Wissenschaftlich dokumentierte Zusammenhänge bestehen ebenso bei**
 - **Muskulo-skelettalen Beschwerden**
 - **Alkoholabhängigkeit**
 - **Psychosomatischen Störungen**
 - **Arbeitsunfähigkeit**
- ➔ **Direkte und indirekte Kosten!**
- ➔ **Auswirkungen auf Frühberentung!**

Praktische Folgerungen

- **Gesundheitsförderung in Betrieben**
(Verhaltens- und Verhältnisprävention, theoriegeleitete Intervention)
- **Verbesserte Umsetzung von Arbeitsschutz und Arbeitsrecht** (v.a. bei prekärer Beschäftigung)
- **Orientierung gesundheits- und sozialpolitischer Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität der Arbeit am Gesundheitsziel „Abbau sozialer Ungleichheit“**

Auswirkungen einer veränderten Arbeitsteilung auf Gesundheit (N=1193 schwedische Angestellte)

| <i>Symptome</i> | <i>A %</i> | <i>B %</i> | <i>C %</i> | <i>p</i> |
|-----------------|------------|------------|------------|----------|
| Depressivität | 13,7 | 18,4 | 27,8 | *** |
| Erschöpfung | 39,5 | 51,1 | 52,4 | ** |
| Kopfschmerzen | 5,7 | 9,9 | 14,3 | *** |
| Magenschmerzen | 16,9 | 21,7 | 24,4 | * |
| Tablettenkonsum | 4,1 | 6,0 | 10,2 | ** |
| AU-Tage (Ø) | 5,0 | 7,8 | 10,7 | ** |

A: erhöhte Kontrolle *und* größerer Entscheidungsspielraum

B: erhöhte Kontrolle *oder* größerer Entscheidungsspielraum

C: keine Veränderung

Forderungen an die betriebliche und überbetriebliche Gesundheitspolitik

- **Arbeitsplatzsicherheit**
- **Angemessene Bezahlung /
qualifikationsgerechter Aufstieg**
- **Verbessertes Führungsverhalten /
Anerkennungskultur**
- **Erweiterter Handlungsspielraum / Partizipation**
- **Verbesserter Informationsfluss**
- **Verstärkte Fort- und Weiterbildung**