

FAKTEN⁰²

Soziale und psychosoziale Einflüsse auf die Gesundheit der Bevölkerung

Fragen zur Entstehung, den Vorstufen und den Folgen der wichtigsten Volkskrankheiten sowie zu Risiko- und Schutzfaktoren stehen im Fokus der größten bundesweiten Langzeitstudie „NAKO – Gemeinsam forschen für eine gesündere Zukunft“. 200.000 Menschen zwischen 20 und 69 Jahren werden in die bundesweite Studie mit einbezogen. Die voraussichtliche Laufzeit der Studie beträgt 20 bis 30 Jahre. Für die Durchführung der NAKO haben sich 25 Universitäten und außeruniversitäre Forschungseinrichtungen (z. B. Zentren der Helmholtz-Gemeinschaft und Institute der Leibniz-Gemeinschaft) zusammengeschlossen. In 18 Studienzentren werden die Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer befragt und untersucht. Ziel der Studie ist die Erforschung von Ursachen und Risikofaktoren für die Entstehung von chronischen Krankheiten sowie die Möglichkeit ihrer Vorbeugung und Früherkennung. Im Rahmen der Studie wird größter Wert auf die Einhaltung von ethischen und datenschutzrechtlichen Bestimmungen, die Wahrung der Privatsphäre sowie die Vertraulichkeit der Daten gelegt. Die Verfahren wurden mit dem Bundesdatenschutzbeauftragten und den zuständigen Ethikkommissionen abgestimmt.

HINTERGRUND

Die allgemeine Gesundheitslage der deutschen Bevölkerung hängt von sozioökonomischen Faktoren ab, wie Ausbildung, Stellung im Erwerbsleben, Durchschnittseinkommen pro Kopf, Arbeitslosigkeit, Migrationshintergrund und weitere.¹ Auch die Betrachtung der Gesundheit nach Geschlecht zeigt klare Differenzen. Die Unterschiede zwischen den sozialen Gruppen sind zum Teil stark ausgeprägt und betreffen nahezu alle wichtigen Erkrankungen.

Als Erklärung in Frage kommen die Verschiedenheit der Lebens- und Arbeitsbedingungen, kulturelle Einflüsse, Erziehung und Bildung sowie die medizinische Versorgung.² Zudem resultieren aus den sozialen Beziehungen der Menschen und ihrer psychischen Ver-

arbeitung bestimmte psychosoziale Konstellationen, die die Gesundheit negativ (z. B. Überforderung, fehlende Anerkennung) oder auch positiv beeinflussen können (z. B. sozialer Rückhalt). Parallel dazu lassen sich auch erhebliche geografische Unterschiede hinsichtlich des Gesundheitsstatus feststellen. So wird die Diagnose Herzinfarkt in Ostdeutschland häufiger gestellt als in Westdeutschland, und die Lebenserwartung der Betroffenen ist in Ostdeutschland erwiesenermaßen niedriger.³ Studien zeigen, dass geografische Lage einerseits und sozioökonomischer Status andererseits miteinander zusammenhängen.⁴ In sozial schwächeren Regionen sind die Menschen also oft gesundheitlich benachteiligt.⁵



GESUNDHEITS-
STUDIE ■■■



Kontakte:

PROF. DR. NICO DRAGANO
Universitätsklinikum Düsseldorf
Institut für Medizinische Soziologie
+49 (0) 211 81-14360
Dragano@med.uni-duesseldorf.de



DR. KARIN HALINA GREISER
Deutsches Krebsforschungszentrum, Abteilung Epidemiologie von Krebserkrankungen (C020)
+49 (0) 6221 42-3150
h.greiser@dkfz.de



DR. BÖRGE SCHMIDT
Universitätsklinikum Essen
Institut für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (IMIBE)
+49 (0) 201 92239-241
boerge.schmidt@uk-essen.de

FAKTEN⁰²

Soziale und psychosoziale Einflüsse auf die Gesundheit der Bevölkerung

Vor diesem Hintergrund ist die Untersuchung sozialer Determinanten in bevölkerungsbezogenen epidemiologischen Studien unter medizinsoziologischen und gesundheitswissenschaftlichen Aspekten von hoher Bedeutung. Eine umfassende biopsychosoziale Ausrichtung der Forschung und die interdisziplinäre Kooperation sind entscheidend, um die komplexe Entstehung von Krankheiten verstehen und daraus langfristig eine moderne, die sozialen Aspekte berücksichtigende Gesundheitsförderung ableiten zu können.⁶

STUDIENZIELE

Die NAKO hat sich zum Ziel gesetzt, neben den biomedizinischen Faktoren auch die Erfassung von sozialem Determinanten der Gesundheit in den Fokus zu stellen. Die umfangreichen Fragebögen der Studie spiegeln diesen Schwerpunkt wider. Die jeweiligen Lebensumstände (Familie, Arbeit, Wohnverhältnisse, Umweltbelastungen) ebenso wie psychosoziale Faktoren (sozialer Rückhalt, Stress) und zentrale demografische und sozioökonomische Variablen, also z. B. Bildung und Elternhaus, werden abgefragt. Aufgrund der Größe der Studie bietet sich so die einmalige Gelegenheit, die Gesundheit vieler gesellschaftlicher Gruppen sehr genau zu beschreiben. Die Kopplung von Sozial- und Gesundheitsforschung stellt eine wichtige Hilfe dar, um gesundheitlich besonders gefährdete Personengruppen zu identifizieren und die gezielte Verbesserung von Präventionsmaßnahmen und Versorgungsschwerpunkten im Sinne einer modernen Public Health Forschung und Praxis voranzutreiben.⁶

BEISPIELE FÜR KONKRETE FRAGESTELLUNGEN

- Wie sind die Risikofaktoren für die Entstehung von Krankheiten in der Bevölkerung verteilt? Gibt es regionale Unterschiede und was sind die Gründe hierfür?
- Können Gruppen mit hohem Präventionsbedarf genauer als bisher beschrieben werden? Gibt es bessere Möglichkeiten der Früherkennung, Prävention und Gesundheitsförderung, als bislang eingesetzt?
- Gibt es zwischen Männern und Frauen Unterschiede hinsichtlich Risikofaktoren und Häufigkeiten von Erkrankungen?
- Wie sehen gesundheitliche Risiken, der Gesundheitsstatus, und die medizinische Versorgung in sozioökonomisch benachteiligten Bevölkerungsgruppen aus?
- Kann eine unterschiedliche Lebenserwartung mit den jeweiligen Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie dem Lebensstil begründet werden? Welche Rolle spielt die medizinische Versorgung?
- Welche Auswirkungen hat das Wohnen in einer stark feinstaub- und lärmbelasteten Umwelt (z. B. in der Nähe von stark befahrenen Straßen, Industrieanlagen etc.) in Deutschland?
- Welchen Einfluss haben ungünstige Arbeitsbedingungen, z. B. Überforderung und mangelnde Anerkennung, auf Erkrankungsrisiken?



GESUNDHEITSSTUDIE ■■■

**Geschäftsstelle
Nationale Kohorte e. V.**
Im Neuenheimer Feld 581
69120 Heidelberg
geschaeftsstelle@nako.de
www.nako.de

Gefördert vom Bund,
den Ländern und der
Helmholtz-Gemeinschaft



Quellen

- ¹ Marmot M, Wilkinson RG. Social determinants of health. [2. ed.]. Oxford University Press, Oxford 2006.
- ² Richter M, Hurrelmann K (Hrsg.). Gesundheitliche Ungleichheit. 2. Aufl. VS-Verlag Wiesbaden 2009.
- ³ Müller-Nordhorn et al. Regional variation and time trends in mortality from ischaemic heart disease: East and West Germany 10 years after reunification. J Epidemiol Community Health 2004;58:481-485.
- ⁴ Klapper A, Bardehle D, Razum O. Alters und geschlechtsspezifische Mortalität im Ruhrgebiet von 1994 bis 2004. Das Gesundheitswesen, 2007;69(10):521-526.
- ⁵ Dragano N et al. Neighbourhood socioeconomic status and cardiovascular risk factors: a multilevel analysis of nine cities in the Czech Republic and Germany. BMC Public Health, 2007;7(1):255.
- ⁶ Deutsche Gesellschaft für Medizinische Soziologie (DGMS). Die sozialen Determinanten der Gesundheit in der Nationalen Kohorte. Fassung vom 26.09.2012.