

# Akutkrankheit und sozialer Kontext

*Acute disease and social context*

O. v. d. Knesebeck und J. Siegrist

Institut für Medizinische Soziologie, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf  
(Direktor: Prof. Dr. J. Siegrist)

**Zusammenfassung:** Im vorliegenden Beitrag werden sozialepidemiologische und medizinsoziologische Befunde zu einer sozialen Ungleichverteilung von Anlässen für die Inanspruchnahme notärztlicher Versorgung dargestellt. Die Ausführungen beziehen sich auf Verletzungen bzw. Unfälle, akute Krankheitszustände und psychosoziale Krisensituationen. Es läßt sich festhalten, daß schwere Unfälle und Verletzungen wie auch Suizid und Homizid bei sozial benachteiligten Gruppen häufiger vorkommen und daß entsprechende Risiken in Wohngebieten mit bestimmten sozioökonomischen Merkmalen erhöht sind. Ebenso läßt sich ein inverser sozialer Gradient bei akuten, bedrohlichen Krankheitszuständen, wie dem akuten Myokardinfarkt, und beim Auftreten psychosozialer Krisensituationen nachweisen. Die Ergebnisse werden abschließend im Hinblick auf praktische Folgerungen für die Notfallmedizin diskutiert.

## Einleitung

Mit der Entwicklung des modernen Wohlfahrtsstaates und tiefgreifenden Fortschritten der Medizin ist es im 20. Jahrhundert in den entwickelten Industrieländern gelungen, die Lebenserwartung ganzer Bevölkerungsgruppen ebenso wie den Umfang und die Qualität der medizinischen Versorgung erheblich zu steigern. Insbesondere durch die Senkung der Säuglings- und Kindersterblichkeit und die Eindämmung von Infektionskrankheiten im Kindes- und Jugendalter schien der Zusammenhang von Armut und Sterblichkeit bzw. von ungünstiger sozialer Lage und erhöhtem Erkrankungsrisiko durchbrochen zu sein. Dementsprechend wurde dem Thema "soziale Ungleichheit und Krankheit" in den Jahrzehnten nach dem Zweiten Weltkrieg in den westeuropäischen Ländern - ebenso wie in den USA und Japan - keine besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Dies änderte sich erst, als der 1980 in Großbritannien veröffentlichte Black-Report deutliche, nach sozialer Schichtzugehörigkeit variierende Unterschiede der Sterblichkeit für alle Altersgruppen der britischen Bevölkerung nachwies (1). Die gleichen Trends - je niedriger der sozioökonomische Status, desto höher die gesundheitliche Belastung - wurden bezüglich der Häufigkeit verschiedener chronischer Krankheiten beobachtet. Diese Trends verschlimmerten sich in den 80er und frühen 90er Jahren (2), und ähnliche Ergebnisse wur-

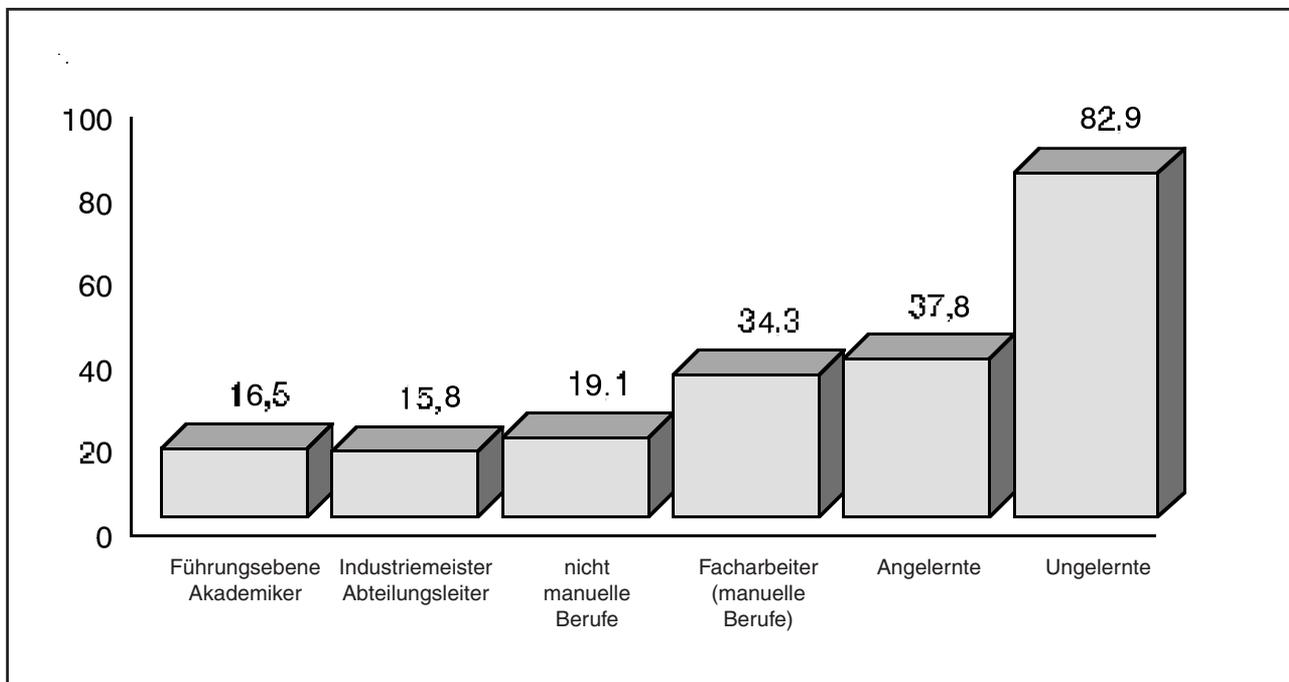
den in vielen anderen europäischen Staaten registriert (3, 4). Angesichts dieser Befunde sind unterschiedliche Erklärungsansätze formuliert und überprüft worden. Den bedeutsamsten Beitrag zur Erklärung des sozialen Gradienten von Morbidität und Mortalität leisten gesundheitsriskante Verhaltensweisen sowie materielle und psychosoziale Benachteiligungen und Belastungen, die sich aus der Lebens- und Arbeitssituation betroffener Menschen ergeben.

Die von der Sozialepidemiologie und Medizinsoziologie erarbeiteten deskriptiven und analytischen Forschungsbefunde bilden den Hintergrund für diesen Beitrag. Zunächst gehen wir der Frage nach, ob es Erkenntnisse zu einem sozialen Gradienten dreier wichtiger Arten von Anlässen für die Inanspruchnahme notärztlicher Versorgung gibt, 1. der Häufigkeit von Verletzungen bzw. Unfällen, 2. der Häufigkeit akuter und bedrohlicher Krankheitszustände sowie 3. der Häufigkeit psychosozialer Krisensituationen. Abschließend wird kurz erörtert, welche praktischen Folgerungen aus den geschilderten Befunden für die Notfallmedizin abgeleitet werden können.

## Soziale Einflüsse auf Unfälle und Verletzungen

Verletzungen durch Unfälle gehören zu den häufigsten Anlässen, eine Notfalleinrichtung in Anspruch zu nehmen (5, 6). Insbesondere bezogen auf Kinder und Jugendliche, liegen mehrere sozialepidemiologische Untersuchungen vor, die auf eine soziale Ungleichverteilung von Verletzungs- und Mortalitätsrisiken wie auch der Inanspruchnahme von notfallmedizinischen Einrichtungen schließen lassen. Da es in Deutschland aus datenschutzrechtlichen Gründen kaum aussagekräftige Informationen zu diesem Thema gibt (7), beziehen wir uns im folgenden vor allem auf ausgewählte Studien aus dem europäischen Ausland.

Eine in Großbritannien durchgeführte Untersuchung von *Towner et al.* (8) ergab, daß Schulkinder aus deprivierten Familien deutlich größeren Verletzungsrisiken ausgesetzt sind als Schulkinder aus wohlhabenden Familien. Dementsprechend fand man in einer Untersuchung aus Schweden, daß Jugendliche wie auch junge Erwachsene aus unteren Einkommenschichten ein höheres Risiko haben, Opfer eines Verkehrsunfalls zu werden als Personen dieser Altersgruppe aus höheren Einkommensgruppen (9). Ergebnisse von *Roberts* und *Power* (10) auf der Basis



**Abbildung 1:** Verletzungsbedingte Mortalitätsrate von 100.000 Kindern nach beruflicher Stellung der Eltern in Großbritannien (1989-92) (10).

von Daten der amtlichen Statistik aus Großbritannien weisen in die gleiche Richtung (Abb. 1): In dieser Untersuchung wurde die Berufsgruppenzugehörigkeit der Eltern mit Mortalitätsdaten von Kindern im Alter von 0 bis 15 Jahren in Beziehung gesetzt.

Als Maß für die berufliche Stellung der Eltern wurde die seit den 20er Jahren in der britischen Todesursachenstatistik verwendete Einteilung des "Registrar General" zugrunde gelegt. Die Ergebnisse zeigen, daß Kinder aus der niedrigsten Herkunftsschicht (ungelernte Arbeiter) ein fünffach erhöhtes Risiko haben, durch Verletzungen oder Vergiftungen zu sterben im Vergleich zu Kindern, die aus der höchsten Schicht (Führungskräfte, Akademiker) stammen. Diese Studie gibt zudem Hinweise darauf, daß die Differenzen zwischen den Schichten in der jüngeren Vergangenheit zugenommen haben, da die verletzungsbedingten Todesraten in den höheren Schichten deutlich stärker reduziert werden konnten. Eine auf der Basis von Krankenkassendaten aus Nordrhein-Westfalen durchgeführte Analyse zeigt in diesem Zusammenhang, daß Kinder und Jugendliche aus niedrigen Herkunftsschichten (Un- und Angelernte) ein höheres Risiko für eine unfallbedingte Krankenhausaufnahme haben als Kinder und Jugendliche aus der höchsten Schicht (Führungskräfte, Akademiker) (11). Diese Ergebnisse machen deutlich, daß Gesundheitsrisiken, die häufig Anlässe für die Inanspruchnahme von notfallmedizinischen Einrichtungen sind, nach sozioökonomischen Merkmalen variieren. Unter präventivmedizinischen Gesichtspunkten ist die Frage von Bedeutung, ob diese erhöhte Gesundheitsgefährdung ausschließlich auf bestimmte Eigenschaften der Personen in unteren sozialen Schichten

zurückgeführt werden können (Individualdatenebene) oder ob sie sich auch aus bestimmten sozial-ökologischen Kontexten der Wohnwelt herleiten lässt (Aggregatdatenebene). Neuere Befunde legen nahe, daß Wirkungen auf die Verletzungs- bzw. Unfallhäufigkeit sowohl von der Individualebene als auch von der Aggregatebene ausgehen. In solchen Untersuchungen auf Aggregatebene werden Indikatoren verwendet wie beispielsweise der Anteil von Sozialhilfeempfängern an der Bevölkerung eines Wohnbezirks, der Prozentsatz von Arbeitslosen in einem Stadtteil oder die durchschnittliche Wohndichte einer Region (12). Auf der Basis amerikanischer Census-Daten der Jahre 1987 bis 1994 und einer Stichprobe von 472.363 Personen und 1.195 verletzungsbedingten Todesfällen ergab sich beispielsweise in einer Untersuchung von *Cubbin et al.* (13), daß sozioökonomische Aggregatmerkmale von Wohngebieten (z.B. durchschnittliches Einkommens- und Bildungsniveau) unabhängige Effekte auf die Unfallsterblichkeit haben. So zeigte sich in sozioökonomisch benachteiligten Gegenden nach statistischer Kontrolle individueller Merkmale der sozialen Lage ein zweifach erhöhtes Sterberisiko. Diese Ergebnisse zeigen somit, daß nicht allein sozioökonomisch benachteiligte Personen erhöhten Risiken ausgesetzt sind, sondern daß bestimmte Wohngebieten, in denen diese Personen leben, das Unfallrisiko zusätzlich erhöhen. Dies bedeutet aber auch, daß ein gehobener sozioökonomischer Status bei denjenigen Personen nicht protektiv im Hinblick auf verletzungsbedingte Mortalität wirkt, die in einer deprivierten Gegend leben.

Wie eine Untersuchung aus Schottland zeigt, haben sozioökonomische Merkmale von Wohngebieten bzw. Stadtteilen dementsprechend auch Einfluß auf die

## Sozialer Kontext

Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch die Bevölkerung in den unterschiedlichen Gebieten (14). So erwies sich die Wahrscheinlichkeit einer akuten Krankenhausaufnahme bei Kindern aus unterprivilegierten Stadtbezirken Glasgows als neunmal so hoch verglichen mit Kindern aus besser gestellten Wohngegenden. Vor allem gehäuftes Auftreten beengter Wohnverhältnisse und hohe Arbeitslosigkeit korrelierten mit der Anzahl von Kindern, die aufgrund akuter Erkrankungen stationär aufgenommen wurden. Eine in Großbritannien durchgeführte Untersuchung von *Bernard* und *Smith* (15) ergab, daß das Risiko einer Notaufnahme ins Krankenhaus auch bei alten Menschen (65 Jahre und älter), die in deprivierten Bezirken wohnten, signifikant höher war als bei alten Menschen aus besseren Wohngegenden.

Die Zahl der Studien, welche die einzelnen Verletzungs- bzw. Unfallarten in Hinblick auf die sozioökonomische Lage untersuchen, ist insgesamt vergleichsweise gering. Im Vordergrund stehen Untersuchungen bei Adoleszenten und jungen Erwachsenen. In dieser Altersgruppe lassen sich knapp 75% aller Todesfälle auf die folgenden vier Ursachen zurückführen:

Verkehrsunfälle (v.a. Motorrad und Auto), unbeabsichtigte Verletzungen, Suizid und Homizid. Allein 30% der Gesamtmortalität dieser Altersgruppe entfällt auf Verkehrsunfälle. Der soziale Gradient wird hier in erster Linie durch erhöhten Alkoholkonsum, risikoreicheres Fahrverhalten und verringerte Sorgfaltspflicht (Sicherheitsgurte, Helm) erklärt (16, 17). In welchem Umfang billigere, schlechter gewartete und häufiger schadhafte Verkehrsmittel infolge enger finanzieller Verhältnisse eine Rolle spielen, ist wenig dokumentiert.

Jüngere australische und britische Untersuchungen haben zur Aufklärung des sozialen Gradienten der Suizidsterblichkeit in Adoleszenz und jungem Erwachsenenalter beigetragen. Jugendarbeitslosigkeit und soziale Desintegration, unvollständige Herkunftsfamilien und dünne soziale Netzwerke – sämtlich Bedingungen, die bei Mitgliedern bildungsschwächerer sozialer Gruppen häufiger anzutreffen sind – erweisen sich als Risikofaktoren erhöhter Suizidalität (18, 19, 20). Im Vordergrund diesbezüglicher Notfall-einsätze stehen allerdings nicht letal ausgehende Suizidversuche. Bei letzteren ist das psychosoziale Risikoprofil deutlich vielschichtiger (21).

Zur sozial differentiellen Mortalität infolge von Homizid liegen bisher Untersuchungen aus den Vereinigten Staaten von Amerika sowie aus den Staaten der früheren Sowjetunion vor. Aus beiden Regionen geht eindeutig hervor, daß Homizid eine epidemiologisch relevante Todesursache bei Männern des jungen und mittleren Erwachsenenalters in städtischen Regionen, und dort speziell in sozial deprivierten Wohngegenden, ist (22). Eine neue Studie von *Kennedy* et al. (23) aus den USA zeigt signifikante Zusammenhänge zwischen vorzeitigem Sterberisiko durch Schußwaffengebrauch und Indikatoren schwindenden „sozialen Kapitals“. Darunter verstehen die Autoren die auf Aggregatdatenebene erfaßten Eigenschaften fehlenden zwischenmenschlichen Ver-

trauens im Alltagsleben, fehlender infrastruktureller Einrichtungen für das zivile Leben und anwachsender Gewaltbereitschaft im öffentlichen Raum.

Zusammenfassend läßt sich festhalten, daß schwere Unfälle und Verletzungen, einschließlich Suizid und Homizid, bei sozial benachteiligten Gruppen häufiger vorkommen und daß entsprechende Risiken in bestimmten Wohngegenden, auch nach statistischer Kontrolle der sozialen Merkmale ihrer Bewohner, erhöht sind. Am deutlichsten ausgeprägt sind die Zusammenhänge bei tödlichen Unfällen bei Kindern sowie Homizid bei Männern des jungen und mittleren Erwachsenenalters. Auch für die übrigen Alters- und Geschlechtsgruppen gilt, obgleich in schwächerer Ausprägung, ein sozialer Gradient von Verletzungsgefahren.

### Soziale Einflüsse auf akute, bedrohliche Krankheitszustände

Zahlenmäßig im Vordergrund für notfallmedizinische Einsätze stehen der akute Myokardinfarkt, der zerebrovaskuläre Insult sowie Komplikationen bei obstruktiven Atemwegserkrankungen. Ein inverser sozialer Gradient der Inzidenz sowie der Mortalität ist für alle drei Krankheitsbilder in mehreren epidemiologischen Studien nachgewiesen worden, am deutlichsten für den akuten Myokardinfarkt (24, 25). Bei diesem für die vorzeitige Mortalität im Erwachsenenalter bedeutsamen, weitverbreiteten Krankheitsbild muß gegenwärtig in entwickelten Industrieländern, vor allem in den USA und Kanada, in den nordwest- und osteuropäischen Ländern von einem dreifach erhöhten Risiko bei Mitgliedern der untersten gegenüber der obersten sozioökonomischen Schicht gerechnet werden. Am stärksten ist der Schichtgradient bei Männern in der Altersgruppe 40 bis 65 Jahre ausgeprägt. Bedenkt man, daß in Deutschland jährlich etwa 270.000 Menschen einen Herzinfarkt erleiden und daß jede dritte Manifestation unmittelbar bzw. in den ersten Stunden zum Tode führt, so zeigt sich die Dramatik dieser Form akuter Komplikationen. Nur mit großer Vorsicht können Befunde, wonach auch die kardiovaskuläre Letalität sozial ungleich verteilt ist, auf Deutschland übertragen werden. Das engmaschige notfallmedizinische Versorgungssystem spricht eher gegen die in anderen Ländern belegte Annahme, daß die Zeit bis zum Eintreffen notärztlicher Hilfe nach sozioökonomischer Lage variiert. Andererseits wurde in der sog. MONICA-Studie ermittelt, daß das Zeitintervall vom ersten Auftreten der Symptome bis zur Verständigung des Arztes von soziokulturellen Faktoren abhängt. Schichtspezifisch verteiltes Krankheitswissen und Krankheitsverhalten, soziale Distanz zum Arzt sowie erhöhte soziale Isolation stellen Bedingungen dar, welche diese Verzögerung mit erklären (26).

Um so wichtiger wäre es angesichts dieser Sachverhalte, die Risikofaktoren des Präinfarktstadiums sowie des plötzlichen Herztodes weiter präzisieren zu können. Da deutliche pektanginöse Warnzeichen nur in

etwa 65-85% der akuten Infarktmanifestation vorausgehen, erhebt sich die Frage nach der Bedeutung arrhythmogener und thrombogener Einflüsse, welche durch distressbedingte zentralnervöse, sympathoadrenerge Aktivierungen ausgelöst werden (27, 28). Tatsächlich zeigen verschiedene Untersuchungen, daß im Vorfeld kardiovaskulärer Komplikationen kritische Lebensereignisse, Zustände vitaler Erschöpfung und Depression sowie das Erleben sog. Gratifikationskrisen, d.h. einer ungünstigen Bilanz zwischen Verausgabung und Belohnung häufiger zu beobachten sind (29, 30, 31). Da diese psychosozialen Belastungsbedingungen ebenfalls einen inversen sozialen Gradienten aufweisen, tragen sie zur Erklärung sozial differentieller kardiovaskulärer Morbidität und Mortalität bei.

### Psychosoziale Krisensituationen

Die unterschiedliche Einschätzung von notfallmedizinischem Bedarf durch Laien und Experten führt nicht nur zu Problemen angemessener Angebotsplanung und Kostenkontrolle in diesem Sektor der medizinischen Versorgung, sondern beinhaltet auch eine Herausforderung an die medizinsoziologische Analyse. Denn hier prallen oft zwei verschiedene soziokulturelle Bewertungs- und Wissenssysteme aufeinander, in denen Symptome und Anlässe des Hilfesuchens unterschiedlich gedeutet werden. Aus dieser Divergenz von Bezugssystemen resultieren häufig Entscheidungen, die aus Sicht der Notfallmedizin Fehleinsätze darstellen. In besonderem Maße gilt dies für notfallmedizinische Einsätze bei psychosozialen Krisensituationen. Gemeint sind hiermit eskalierende Konflikte zwischen Familienmitgliedern oder Nachbarn, Schlägereien ohne bedrohliche Verletzungsfolgen, Nötigung und Gewaltandrohung sowie antisoziale Verhaltensweisen von Personen mit sog. Borderline-Störungen. Hier überall ist die Grenzziehung zwischen Polizei- und Notfalleinsatz schwierig, und oft würden nicht professionelle Helfer als Mediatoren ausreichen, die jedoch insbesondere in Wohngebieten, die als soziale Brennpunkte gelten, in der Regel nicht verfügbar sind. Leider gibt es in Deutschland keine aussagefähige Statistik über als Fehleinsätze registrierte Notrufe, ihre Anlässe und ihre sozioökonomische Verteilung. Erfahrungsberichte legen allerdings nahe, von einem Ansteigen psychosozialer Krisensituationen in den vergangenen Jahren auszugehen, welche zu Notfalleinsätzen führen. Dabei ist nicht klar, ob die Zahl der Krisensituationen sich tatsächlich erhöht hat, etwa als Folge gestiegener Arbeitslosigkeit, zunehmender Verarmung oder einer wachsenden Zahl unvollständiger Familien, oder ob die Schwelle der Inanspruchnahme notärztlicher Dienste kollektiv gesenkt worden ist, beispielsweise infolge einer Beeinflussung durch Massenmedien oder infolge eines geschwächten Gemeinschaftsgefühls bzw. mangelnder Zivilcourage in der Wohnumwelt.

Viele Indizien sprechen auch in diesem Bereich notfallmedizinischer Einsätze für das Vorhandensein

eines sozialen Gradienten, auch wenn zuverlässige Daten hierzu für Deutschland nicht vorliegen. So ist zum einen bei sozial deprivierten Gruppen die Wahrscheinlichkeit höher, daß Anlässe für psychosoziale Krisensituationen überhaupt geschaffen werden (materielle Notlagen, Kündigungen, kumulierte Belastungen im Haushalt und am Arbeitsplatz etc.). Zum anderen sind die psychischen Ressourcen zur Bewältigung und Meisterung solcher Krisen durchschnittlich in schwächerem Maße ausgebildet. Daher werden Zustände der Verzweiflung und Hilflosigkeit häufiger erlebt, und unkontrollierte Affektreaktionen, ein sog. "Ausrasten", treten häufiger ein, ganz besonders wenn Krisen als persönlicher Gesichtsverlust und Demütigung des Selbst erlebt werden (32).

Eine notfallmedizinische Situationsanalyse, die sich auf den Rettungsdienst konzentriert, bleibt einseitig und unvollständig, solange sie nicht auch die Inanspruchnahme von notfallmedizinischen Ambulanzen in Akutkrankenhäusern und das Aufsuchen notfallärztlicher Praxen, wie sie sich in den letzten Jahren in vielen Großstädten in Deutschland gebildet haben, einbezieht. Insbesondere zur Inanspruchnahme von Notfallambulanzen liegt zwar eine umfangreiche Forschungsliteratur aus dem anglo-amerikanischen Raum vor, die auch den sozialen Gradienten eindrucksvoll dokumentiert (33, 34); ihre Ergebnisse sind jedoch nur begrenzt auf das deutsche Versorgungssystem mit seinem weitreichenden Krankenversicherungsschutz, seiner hohen Krankenhaus- und Arztdichte und seiner flächendeckenden notfallmedizinischen Versorgung übertragbar. Eine Ausnahme bilden soziale Randgruppen wie Nichtseßhafte, Asylsuchende oder Flüchtlinge (35). Für diese Populationen sind in den vergangenen Jahren in einzelnen urbanen Regionen kompensatorische ambulante Versorgungsdienste aufgebaut worden, welche auch die leichtere Notfallversorgung mit einschließen.

Mit den hier zusammengestellten Hinweisen auf einen sozialen Gradienten der Inanspruchnahme notfallmedizinischer Dienste am Beispiel von Verletzungen und Unfällen, akuten Komplikationen und psychosozialen Krisensituationen ist zwar nicht das gesamte Spektrum notärztlicher Einsätze angesprochen worden, jedoch sind hierbei strukturelle Probleme deutlich geworden, deren praktische, gesundheitspolitische Implikationen abschließend kurz erörtert werden sollen.

### Praktische Folgerungen

Die Notfallmedizin bildet auf zweifache Weise einen kritischen "Sensor" des medizinischen Versorgungssystems. Eine erste Sensorfunktion erfährt die Notfallmedizin bei ihrer Konfrontation mit psychosozialen Krisensituationen. Hier wird der Notarzt Zeuge eines gesellschaftlich verursachten Leidens, dessen Linderung oder Behebung die notfallmedizinische, überhaupt die individuelle ärztliche Kompetenz übersteigt. Es ist gut vorstellbar, daß diese Situation vom Notarzt als belastend erlebt wird, da sie ihn in einen Rollenkonflikt führt: als Experte gerufen, vermag er

## Sozialer Kontext

das Problem nicht mit dem ihm zur Verfügung stehenden Instrumentarium zu lösen. In dieser "Sensorfunktion" gesellschaftlichen Leidens kommt der Notfallmedizin die Aufgabe zu, diese Erfahrungen angemessen zu dokumentieren und gegebenenfalls an der Entwicklung komplementärer Hilfsangebote mitzuarbeiten.

Eine zweite Sensorfunktion kommt ihr im Bereich der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen zu: Jenseits des schicksalhaften, unvorhersehbaren Krankheits- und Unfallgeschehens, zu dem sie gerufen wird, kann sie Defizite ambulanter ärztlicher Betreuung, z.B. bei Diagnostik oder Medikamentenverordnung, feststellen. Auf Seite der Patienten identifiziert sie häufig verschleppte Symptome, Nachlässigkeit bei der Befolgung ärztlicher Ratschläge oder von Sorglosigkeit und mangelnder Verantwortung geprägtes Krankheitsverhalten. Mit dieser "Sensorfunktion" kommt der Notfallmedizin eine besondere gesundheitspolitische Verantwortung zu, diese Zustände zu dokumentieren und zu thematisieren, nicht im Sinne von Kontrolle und Anklage, sondern im Dienste qualitätsverbessernder Maßnahmen.

Die Erfüllung beider Aufgaben kann durch gezielte notfallmedizinische Fort- und Weiterbildung erleichtert werden. Zu denken ist in diesem Zusammenhang beispielsweise an die Absolvierung einzelner Module postgradualer Public-Health-Studiengänge oder den Besuch spezifischer Kurse zu klinischer Epidemiologie und notfallmedizinischer Versorgungsforschung.

Weiter wäre es wünschenswert, Repräsentanten der Notfallmedizin in regionale und kommunale Planungs- und Koordinierungsgremien der gesundheitlichen und sozialen Versorgung einzubeziehen, wie sie beispielsweise die kommunalen Gesundheitskonferenzen in Nordrhein-Westfalen darstellen (36). Die Erfahrungen aus Nordrhein-Westfalen haben gezeigt, daß die Stärken solcher kommunalen Planungsgremien insbesondere im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung liegen. Ein für die Notfallmedizin relevanter Handlungsbedarf ergibt sich vor allem im Bereich struktureller Maßnahmen der Unfallprävention oder im Bereich der Prävention des plötzlichen Herztodes durch Schulungsprogramme der Bevölkerung. Die hier angedeuteten Maßnahmen können längerfristig dazu beitragen, die soziale Ungleichverteilung derjenigen Gesundheitsrisiken zu mindern, deren Behandlung Aufgabe der Notfallmedizin ist.

**Summary: Results of research in social epidemiology and medical sociology on social factors influencing the reasons for the use of emergency departments are presented. The report is focussed on injuries, accidents, acute diseases and psychosocial problems. Results show that the number of injuries and accidents as well as suicide and homicide is higher in socially deprived groups and areas. Additionally, there is a clear social gradient in acute diseases like acute myocardial infarction and in the occurrence of psychosocial problems. Possible implications for emergency medical care are discussed.**

### Key-words:

**Emergency medicine;  
Socioeconomic factors;  
Wounds and injuries;  
Mortality.**

### Literatur

1. Department of Health and Social Security. Inequalities in health. Report of a working group chaired by Sir Douglas Black. DHSS, London, 1980
2. *Phillimore P, Beattie A, Townsend P*: Widening inequalities in Northern England 1981-1991. *British Medical Journal* 1994; 308: 1125-28.
3. *Fox, J*: Health inequalities in European countries. Gower, London, 1989
4. *Mackenbach JP, Kunst AE, Cavelaars AE, Groenhouf F, Geurts JJ*: Socio-economic inequalities in morbidity and mortality in Western Europe. *Lancet* 1997; 349: 1655-59
5. *Liu T, Sayre MR, Carleton SC*: Emergency medical care: types, trends, and factors related to nonurgent visits. *Academic Emergency Medicine* 1999; 6: 1147-52
6. *Victor CR, Peacock JL, Chazot C, Walsh, S, Holmes D*: Who calls 999 and why? A survey of the emergency workload of the London Ambulance Service. *Journal of Accident and Emergency Medicine* 1999; 16:174-78.
7. *Siegrist J, Frühbuß J, Grebe A*: Soziale Chancengleichheit für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Düsseldorf 1997
8. *Towner EML, Jarvis SN, Walsh SSM, Aynsley-Green A*: Measuring exposure to injury risk in schoolchildren aged 11-14. *British Medical Journal* 1994; 308:449-52
9. *Elmén H, Sundh V*: Mortality in childhood, youth and early adulthood. *European Journal of Public Health* 1994; 4:274-80.
10. *Roberts I, Power C*: Does the decline in child injury mortality vary by social class? A comparison of class specific mortality in 1981 and 1991. *British Medical Journal* 1996; 313: 784-86
11. *Geyer S, Peter R*: Unfallbedingte Krankenhausaufnahmen von Kindern und Jugendlichen in Abhängigkeit von ihrem sozialen Status - Befunde mit Daten einer nordrhein-westfälischen AOK. *Das Gesundheitswesen* 1998; 60: 493-99
12. *Robert SA*: Community-level socioeconomic status effects on adult health. *Journal of Health and Social Behavior* 1998; 39:18-37
13. *Cubbin C, LeClere FB, Smith GS*: Socioeconomic status and injury mortality: individual and neighbourhood determinants. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2000; 54: 517-24
14. *Maclure A, Steward GT*: Admission of children to hospitals in Glasgow: relation to unemployment and other deprivation variables. *Lancet* 1984: 682-85
15. *Bernard S, Smith LK*: Emergency admissions of older people to hospital: a link with material deprivation. *Journal of Public Health Medicine* 1998; 20: 97-101
16. *Patel DR, Greydanus DE, Rowlett JD*: Romance with the automobile in the twentieth century. *Adolescent Medicine* 2000; 11: 127-39
17. *Williams JM, Currie CE, Wright P, Elton RA, Beattie TF*: Socioeconomic status and adolescent injuries. *Social Science and Medicine* 1997; 44: 1881-91
18. *Bartley M, Ferrie J, Montgomery SM*: Living in a high-unemployment economy: understanding the health consequences. In: Marmot M, Wilkinson RG. (eds.) *Social determinants of health*. Oxford: University Press, 1999: 81-104

19. Drever F, Whitehead M, Roden M: Current patterns and trends in male mortality by social class (based on occupation). *Population Trends* 1996; 86: 15-20
20. Morrell S, Taylor R, Quine S, Kerr C, Western J: A case-control study of employment status and mortality in a cohort of Australian youth. *Social Science and Medicine* 49; 1999: 383-92
21. Pohlmeier H: *Selbstmord und Selbstmordverhütung*. München: Urban&Schwarzenberg, 1983
22. Shkolnikov VM, Leon DA, Adamets S, Andreev E, Deev A: Educational level and adult mortality in Russia. *Social Science and Medicine* 1998; 47:357-69
23. Kennedy B, Kawachi I, Prothrow-Stith D, Lochner K, Gibbs B: Social capital, income inequality, and firearm violent crime. *Social Science and Medicine* 1998; 47: 7-17
24. Marmot M, Shipley MJ, Rose G: Inequalities in death - specific explanation of a general pattern. *Lancet* 1984: 1003-6
25. Marmot M., Wilkinson RG: (eds.) *Social determinants of health*. Oxford: University Press, 1999
26. Härtel U, Löwel H: Familienstand und Überleben nach Herzinfarkt. *Münchener Medizinische Wochenschrift* 1991; 133: 464-68
27. Arnim Thv, Maseri A: (eds.) *Predisposing conditions for acute ischemic syndromes*. Darmstadt: Steinkopff, 1989
28. Griebenow R, Gülker H, Dominak P, Piper HM: (Hrsg.) *Autonomes Nervensystem und koronare Herzkrankheit*. Nürnberg: Novartis, 1999
29. Appels A, Siegrist J, de Vos J: Chronic workload, need for control and vital exhaustion in patients with myocardial infarction and controls: a comparative test of cardiovascular risk profiles. *Stress Medicine* 1997; 13: 117-21
30. Geyer S: *Macht Unglück krank?* Weinheim: Juventa, 1999
31. Siegrist J: *Soziale Krisen und Gesundheit*. Göttingen: Hogrefe, 1996
32. Wilkinson RG: *Unhealthy societies*. London: Routledge, 1996
33. Lang T, Davido A, Diakitè B, Agay E, Viel JF, Flicoteaux B: Using the hospital emergency room as a regular source of care. *European Journal of Epidemiology* 1997; 13: 223-28
34. Padgett DK, Brodsky B: Psychosocial factors influencing non-urgent use of the emergency room: a review of the literature and recommendations for research and improved service delivery. *Social Science and Medicine* 1992; 35: 1189-97
35. Blochliger C, Osterwalder J, Hatz C, Tanner M, Junghans T: Asylsuchende und Flüchtlinge in der Notfallstation. *Sozial- und Präventivmedizin* 1998; 43: 39-48
36. Knesebeck Ovd, Badura B, Zamora P, Weihrauch B, Werse W, Siegrist J: *Evaluation einer gesundheitspolitischen Intervention auf kommunaler Ebene*. Manuskript zur Veröffentlichung eingereicht.

**Korrespondenzadresse:**

Dr. Olaf v. d. Knesebeck  
 Institut für Medizinische Soziologie  
 Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf  
 Postfach 10 10 07  
 D-40001 Düsseldorf.

## Einladung

### zur Mitgliederversammlung der Landesverbände Brandenburg der DGAI und des BDA

am 09.12.2000, Achenbach-Krankenhaus, Köpenickerstraße 29, 15711 Königs Wusterhausen,  
 im Anschluß an das Rechtsseminar (ca. 16.30 Uhr).

**Tagesordnung**

- TOP 1: Bericht der Landesvorsitzenden  
 TOP 2: Wahl der Landesvorsitzenden und deren Stellvertreter für die Amtsperiode 2001/2002  
 TOP 3: Verschiedenes.

**Im Zusammenhang mit den Wahlen wird auf die Wahlordnung der DGAI und des BDA hingewiesen  
 (Heft 3/99, Seite 163).**