

Gemeinsamer Workshop 2012

der AG Health Geography und der AG Sozialepidemiologie

in der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie e.V. (DGEpi)

Compendium

„Regionale Unterschiede und soziale Ungleichheit:

Herausforderungen für Epidemiologie und

Versorgungsforschung“

19. und 20. April 2012 in Berlin, Charité - Campus Virchow-Klinikum

Programm

zum gemeinsamen Workshop

der AG Health Geography und der AG Sozialepidemiologie

in der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie e.V. (DGEpi)

am 19. und 20. April 2012 in Berlin, Charité - Campus Virchow-Klinikum

(im Programm werden die Namen der Vortragenden genannt – vollständige Autorennennung: siehe Abstracts)

Donnerstag, 19. April

13:30 Uhr Begrüßung und Key Note

Jan van der Meulen,
School of Hygiene and Tropical
Medicine, London

Variations in Health – Social and geographical aspects

Kaffeepause

15:30-17:00 Uhr

Oliver Razum , Bielefeld

Die Bedeutung des Lebenslaufansatzes für kleinräumige
Gesundheitsstudien

Seraphim Alvanides , Newcastle

Spatiotemporal Analysis of Neighbourhood Food
Environments and Deprivation in North East England (2007
to 2010)

Thomas Groos, Bochum

Nachbarschaften und Kitas als Einflussfaktoren für
Kindergesundheit- und Entwicklung

Kaffeepause

17:15-18:45 Uhr

Jobst Augustin, Berlin

Gute Kartographische Praxis im Gesundheitswesen (GKPiG)

Rebekka Schulz, Oberschleißheim

Regionalstatistische Analysen mit dem Gesundheitsatlas
Bayern: Explorative Clusteranalyse und gesundheitliche
Unterschiede

Anna Rieger, München

Räumliche Analyse von Schwindelerkrankungen in Bayern

im Anschluss: gemeinsames Abendessen

Freitag, 20. April

9:00-10:30 Uhr

Michael Erhart , Berlin

Können regionale Charakteristiken die Niederlassungs- und Wiederbesetzungswahrscheinlichkeit von Vertragsarztsitzen erklären? Eine Faktoren- und Regressionsanalytische Index-Bildung

Susanne Bettge, Berlin

Sozialindikative Modellierung der regionalen ärztlichen Versorgung am Beispiel Berlins

Jonas Pieper , Berlin

Sozialstruktur und räumliche Disparitäten in der ambulanten Gesundheitsversorgung in Berlin

Kaffeepause

11:00- 12:15 Uhr

Jeffrey Butler, Berlin

Umweltbelastung, soziale Benachteiligung und Sterblichkeit im Land Berlin - Eine Analyse anhand der kleinräumigen Todesursachenstatistik

Dominik Kalisch , Weimar

Wissen wer wo wohnt

Regina Jutz, Mannheim

Gesundheitsungleichheiten in Osteuropa: Der Einfluss der wirtschaftlichen Leistungskraft

Daniel Kreft , Rostock

Contextual and individual determinants of health among Aussiedler and native Germans

André Moser, Bern

Spatial Trends of Lung Cancer Mortality in Switzerland 2000-2008: the Swiss National Cohort

Mittagessen

13:00-15:00 Uhr

Gavin Rudge, Birmingham

The use of a commercial geodemographic profiling tool to explore variation in coronary heart disease in a large English population

Lars Kroll, Berlin

Kleinräumige Schätzung der Prävalenz von Adipositas und Diabetes anhand bundesweit repräsentativer Surveys

Franziska Großschädl , Graz

Trends in der sozialen und regionalen Ungleichheit der Adipositas in Österreich

Grit Müller, Münster

Räumliche Unterschiede in der Chance eines Typ 2 Diabetes:
Ergebnisse von fünf bevölkerungsbasierten Studien in Deutschland (DIAB-CORE Konsortium)

Abschluss: ca. 15:00 Uhr

KEYNOTE: Variation in surgical practice and outcome in the UK

Autor: Jan van der Meulen

(Department of Health Services Research and Policy, London School of Hygiene and Tropical Medicine)

Abstract:

There are many studies describing large variation in clinical practice. Some countries even publish an “atlas of variation”. Despite the growing awareness that a substantial part of this variation is “unwarranted”, there is relatively little work on its impact on outcomes and costs and on how it can be reduced.

A commonly used conceptual framework highlights that unwarranted variations may be caused by clinicians following their own preferences rather available evidence and by the availability and supply of clinical services. In response, a number of remedies have been suggested, including clinical practice guidelines, “shared decision making”, and “wiser capital investments”.

However, it is still an open question how the research on clinical practice variation can best contribute to improving outcomes and controlling costs. Based on examples from the UK, a number of recommendations are presented. First, the focus should be on patients rather than treatments which implies that patients’ whole care trajectory need to be considered and not only their “downstream” treatment. Second, clinicians should be closely involved as the clinical reality is complex; the same procedure may be used for different clinical conditions and conversely the same condition may be treated with different procedures. Third, clinical practice is constantly changing, and differences in “trends over time” should not be ignored. Fourth, many system level factors may play a role and a full understanding of the clinical context is essential. Fifth, initiatives aiming to reduce variation should follow strategies that have been shown to be effective in changing clinical practice.

In conclusion, research on clinical practice variation requires a whole system approach that focuses on patients’ care trajectories and closely involves clinicians. Effective change strategies need to be used to implement its findings.

Vortrag: Die Bedeutung des Lebenslaufansatzes für kleinräumige Gesundheitsstudien

Autoren: Sven Voigtländer^{1,2}, Oliver Razum¹, Jacob Spallek¹

(¹ Abt. Epidemiologie & International Public Health, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld; ² Teilprojekt C1 „Transnationale Panelstudie“, SFB 882 „Von Heterogenitäten zu Ungleichheiten“, Universität Bielefeld)

Abstract:

Kleinräumige Gesundheitsunterschiede, z.B. Unterschiede im mittleren Gesundheitszustand zwischen Bewohnern verschiedener Regionen und Stadtteile, sind Gegenstand einer Reihe von aktuellen Studien. In der Regel zielen diese Studien darauf ab, die Bedeutung kleinräumiger Faktoren für die Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit zu bemessen bzw. kleinräumige Unterschiede im Bedarf an gesundheitlicher Versorgung abzuschätzen. Die bisher vorliegenden Ergebnisse verweisen auf deutliche kleinräumige Gesundheitsunterschiede, auch nach Kontrolle individueller sozio-demographischer Merkmale. Werden zudem kleinräumige Faktoren, z.B. als einzelnes Merkmal wie mittleres Einkommen oder zusammengefasst in Form eines Deprivationsindex, berücksichtigt, zeigen sich oft moderate, statistisch signifikante Assoziationen mit gesundheitlichen Outcomes.

Die gar nicht so einfach zu beantwortende Frage ist nun, wie diese Assoziationen zu interpretieren sind und welche Studiendesigns uns zukünftig helfen können, die Zahl der verschiedenen Interpretationsmöglichkeiten zu reduzieren. Fast alle der bisher vorliegenden Studien basieren auf einem Querschnittsdesign, d.h. die darin implizit getätigte Annahme ist, dass der gegenwärtig beobachtete Gesundheitszustand von den gegenwärtigen kleinräumigen Faktoren abhängt. Eine solche Annahme ist jedoch zu stark vereinfachend und vernachlässigt nicht nur die oft langfristigen Ursachen von Gesundheit und Krankheit, sondern auch den kleinräumigen Kontext der bisherigen Lebensabschnitte einer Person.

Wir verwenden daher zunächst den Lebenslaufansatz in Anlehnung an Kuh und Ben-Shlomo (2004) und zeigen, wie die genannten Querschnitts-Befunde vor dem Hintergrund verschiedener Lebenslauf-Konzepte (Akkumulation, kritische Perioden, Trigger-Effekte) interpretiert werden können. Anschließend beschreiben wir die daraus folgenden Herausforderungen für zukünftige Studien, wobei wir anhand der drei genannten Konzepte auf verschiedene kausale Modelle zum Zusammenhang kleinräumiger Faktoren und gesundheitlicher Outcomes eingehen.

Literatur

Kuh D, Ben-Shlomo Y. 2004. Introduction. In: Kuh D, Ben-Shlomo Y (Hrsg.): A life course approach to chronic disease epidemiology. Oxford: Oxford University Press, 3-14.

Vortrag: Spatiotemporal Analysis of Neighbourhood Food Environments and Deprivation in North East England (2007 to 2010)

Autoren: Seraphim Alvanides¹, Thomas Burgoine²

(¹ Built & Natural Environment, Northumbria University, UK; ² CEDAR, Institute of Public Health, Cambridge, UK)

Abstract:

Evidence from the US and the UK suggests that access to unhealthy/healthy food by neighbourhood is unequal, and may vary systematically by area socio-economic status (SES), thus predisposing certain groups to obesity differentially. This study focuses on the obesogenic food environment of the North East (NE) England, and examines the relationships between the holistic food environment and SES over time, 2007-2010.

A series of food access/availability measures are calculated for NE England at the lower super output area (LSOA) level using GIS. Food outlet data from municipalities are classified as 'healthy' or 'unhealthy'. Distance from LSOA population weighted centroid to the nearest outlet is deemed 'access', with 'availability' defined as density per LSOA. Index of Multiple Deprivation (IMD) 2007 and 2010 data for LSOAs are used to define SES. Relationships are examined using analysis of variance, linear regression and Geographically Weighted Regression (GWR), to account for spatial non-stationarity.

The results suggest that food availability/access differs by area level SES groupings, leaving some populations potentially more predisposed to obesity than others and thus raising environmental justice issues. However, if we move beyond simple statistics, we see that these relationships are attenuated by geography, with GWR offering more insight into those specific populations who are most at risk from their surroundings.

Vortrag: Nachbarschaften und Kitas als Einflussfaktoren für Kindergesundheit- und Entwicklung

Autoren: Thomas Groos

(Geographisches Institut der Ruhr-Universität Bochum)

Abstract:

Kinder werden nicht nur durch die Familie sozialisiert, sondern auch durch die alltäglichen Settings, in denen sie leben. Diese sind im Vorschulalter in erster Linie die Kita sowie die nähere Nachbarschaft des Wohnortes, der zugleich häufig der Hauptaufenthaltort der Kinder ist. Der Wohnort bestimmt dabei neben dem sozioökonomischen Status der Familie die Wahl der Kita.

Der Gesundheits- und Entwicklungszustand von Kindern ist räumlich und zwischen den Kitas stark ungleich verteilt. Inwieweit diese Ungleichverteilung bloß eine Reproduktion der bestehenden sozialen und ethnischen residentiellen Segregation ist (Kompositionseffekt), oder darüber hinausgehend Folge von kontextuellen Benachteiligungen (eigenständiger Kontexteffekt), ist Gegenstand des laufenden Promotionsvorhabens.

Das häufigste Problem der räumlichen Kontexteffektforschung ist eine unzureichende Datengrundlage, die aus zu wenigen Personen in zu wenigen und zu großen Kontexten bei gleichzeitiger Anonymisierung der exakten Adressinformationen besteht. Im Rahmen eines Kooperationsprojekts zwischen Universität und Stadtverwaltung werden die verfügbaren Schuleingangsuntersuchungsdaten der Jahre 2007/08 bis 2010/2011 für Mülheim an der Ruhr ausgewertet. Für diesen Zeitraum liegen von allen Schulanfängern (N= ca. 5500) detaillierte Individualinformationen zum Gesundheits- und Entwicklungszustand sowie Angaben zum sozioökonomischen Status der Familien vor. Darüber hinaus ist neben der besuchten Kita (N= ca. 80) auch der exakte Wohnort der Kinder bekannt. Dies ermöglicht es, unabhängig von gegebenen administrativen Gebietsgliederungen Mülheims (N=28), eine kleinräumige Nachbarschaftszugehörigkeit mittels GIS zu generieren (N= ca. 100), die den Aktionsraum der Kinder über räumliche Mobilitätsbarrieren, wie Hauptverkehrsstraßen, Eisenbahnlinien und die Ruhr, eingrenzt. Präsentiert werden die Regressionsergebnisse von cross-classified multilevel models, in denen die Einflüsse Nachbarschaften und Kitas simultan geschätzt werden können.

Vortrag: Gute Kartographische Praxis im Gesundheitswesen (GKPiG) – Initiative zur Erstellung von Leitlinien und Empfehlungen

Autoren: Jobst Augustin, Sandra Mangiapane, Burgi Riens
(Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland)

Abstract:

Thematische Karten finden zunehmend Anwendung im Gesundheitswesen. Gefördert wird dies durch einfach zu bedienende und teilweise frei verfügbare (Desktop-) Mapping-Programme, die die Kartenerstellung in laienverständlicher Form ermöglichen. Zunehmend ist jedoch zu beobachten, dass bei der Erstellung der Karten nicht immer die erforderlichen geographischen bzw. kartographischen Mindeststandards berücksichtigt werden. Vor diesem Hintergrund wird angestrebt, einen Qualitätsstandard in Form eines Leitfadens für die Erstellung (und Interpretation) kartographischer Darstellungen im Gesundheitswesen zu definieren, vergleichbar mit den bereits etablierten Empfehlungen anderer Disziplinen, wie der Guten Praxis Sekundärdatenanalyse (http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/_media/GPS.pdf) und Guten Epidemiologischen Praxis (http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/_media/Empfehlungen_GEP.pdf). Angestrebt wird dabei nicht die Erzeugung starrer Handlungsvorgaben, sondern die Schaffung eines qualitätsgesicherten Handlungsspielraumes mittels Leitlinien und Empfehlungen, der die Erstellung und Interpretation von Karten erleichtern soll.

Die GKPiG soll so strukturiert werden, dass jede der Leitlinien (z.B. Datenaufbereitung, Visualisierung, Kommunikation) eine oder mehrere Empfehlungen zur Umsetzung beinhaltet.

Angesprochen werden sollen unter anderem Wissenschaftler aus der medizinischen Geographie i.w.S, die sich mit der Planung, Vorbereitung, Umsetzung, Analyse, Bewertung und Interpretation von kartographischen Darstellungen im Gesundheitswesen befassen. Um die Leitlinien auf ihre Praktikabilität hin zu bewerten, wird eine regelmäßige Evaluierung im Zweijahresrhythmus angestrebt.

Verantwortlich für die Erstellung der GKPiG sind die AG Health Geography, der AK Medizinische Geographie sowie das Institut für Länderkunde (IfL).

Vortrag: Regionalstatistische Analysen mit dem Gesundheitsatlas Bayern: Explorative Clusteranalyse und gesundheitliche Unterschiede

Autoren: Rebekka Schulz¹, Sabrina Scholz¹, Joseph Kuhn¹

(¹Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Oberschleißheim)

Abstract:

Hintergrund / Ziel: Im Gesundheitsatlas Bayern werden regional gegliedert Daten aus dem bayerischen Gesundheitsindikatorensetz in ihrem geographischen Zusammenhang präsentiert. Durch die kartographische Darstellung der 96 bayerischen Landkreise und kreisfreien Städte werden geographische Muster sichtbar, die in einer tabellarischen Auflistung der Daten nicht offen zutage treten. Bei vielen Gesundheitsindikatoren sind ähnliche räumliche Muster (ein Nord-Südgefälle) erkennbar. Mit Hilfe einer Clusteranalyse soll explorativ geprüft werden, welche statistischen Merkmalscluster diesem Muster folgen bzw. dieses Muster differenzieren und welche sozialstrukturellen Cluster zu identifizieren sind.

Methoden: Durch Berechnung von multivariaten Clusteranalysen sollen möglichst homogene Gruppen von Landkreisen/kreisfreien Städten identifiziert werden. Geclustert wird auf Landkreis-Ebene auf der Basis von sozioökonomischen Daten des Bayerischen Landesamts für Statistik und Datenverarbeitung, die im Atlas als Indikatoren enthalten sind, ergänzt um Daten aus den „Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung in Deutschland und in Europa (INKAR)“ des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung. Während in den kartographischen Darstellungen immer nur ein Indikator betrachtet wird, werden in der multivariaten Clusteranalyse die sozioökonomischen Variablen kombiniert ausgewertet.

Ergebnisse / Diskussion: Mit der Clusteranalyse soll exploriert werden, ob es möglich ist, mit den Daten des Gesundheitsatlas eine inhaltlich sinnvolle Clusterlösung zu erzeugen, und wenn ja, ob diese den räumlichen Mustern der Indikatoren in den Karten des Gesundheitsatlas gleicht. Darauf aufbauend soll untersucht werden, ob sich die Landkreise je Cluster in Bezug auf gesundheitliche Indikatoren des Atlas unterscheiden. Die Ergebnisse sind gesundheitspolitisch für die Ursachenforschung regionaler Unterschiede und die Ableitung eventueller Maßnahmen relevant, sie werden im Workshop vorgestellt und diskutiert.

Vortrag: Räumliche Analyse von Schwindelerkrankungen in Bayern

Autoren: Anna Rieger, Ulrich Mansmann

(IBE - Institut für Medizinische Informationsverarbeitung, Biometrie und Epidemiologie, Ludwig-Maximilians-Universität München)

Abstract:

Die räumliche Struktur von Raten interessiert in vielen Bereichen der Epidemiologie und der öffentlichen Gesundheit. Üblicherweise sind die Raten pro Region als sogenannte „lattice data“ gegeben. Typische Fragen sind: „Gibt es auch nach der Adjustierung für Kovariablen nicht-erklärte systematische regionale Unterschiede? Erlauben sie die Identifizierung spezifischer Faktoren der betrachteten Regionen? Ist z. B. die zu Grunde liegende Bevölkerungsstruktur mit den Raten assoziiert?“

Viele praktische Anwendungen verwenden naive statistische Methoden. Räumliche Regressionsmodelle bieten dagegen viele Vorteile wie die simultane Berücksichtigung mehrerer Kovariablen und die von Interaktionen zwischen den Einflussgrößen. Die Adjustierung z. B. der Odds Ratio für mehrere Kovariablen ist ein weiteres Plus. Die Genauigkeit der Schätzer von festen und zufälligen Effekten zu bestimmen, ist eine andere interessante Anwendung.

Um verschiedene Regressionsmodelle der räumlichen Statistik zu vergleichen, wurden Erkrankungsdaten von Schwindel in Bayern auf Basis von Routinedaten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns analysiert. Die drei verglichenen Methoden sind: ein generalisiertes lineares gemischtes Modell (GLMM; die Nachbarschaftsstruktur der Regionen wurde dabei nicht berücksichtigt), ein Modell mit Gauß-Markov-Zufallsfeld, das per penalisierter Quasi-Likelihood (PQL) angepasst wurde und ein voller Bayes-Ansatz, der die INLA-Methodik verwendet hat. Die drei Ansätze werden durch verschiedene Charakteristiken ausgezeichnet: Das unstrukturierte GLMM ist einfach anzuwenden und gut geeignet, um den Einfluss der Kovariablen zu quantifizieren. Die Anpassung per PQL ist etwas umständlich und langsam, berücksichtigt aber die Nachbarschaftsstruktur der Regionen. INLA ist ebenfalls einfach handzuhaben und schnell. Im Vortrag wird auf die zu Grunde liegende Theorie der verschiedenen Modelle eingegangen sowie die Ergebnisse der Analyse kurz vorgestellt.

Vortrag: Können regionale Charakteristiken die Niederlassungs- und Wiederbesetzungswahrscheinlichkeit von Vertragsarztsitzen erklären? Eine Faktoren- und Regressionsanalytische Index-Bildung

Autoren: Michael Erhart, Manja Schallock, Dominik Graf von Stillfried
(Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung der Bundesrepublik Deutschland)

Abstract:

Hintergrund: Regionen mit abnehmender Arztdichte aber künftig steigenden Versorgungsbedarf erfordern Anstrengungen zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung. Regionale Variationen in der Arztdichte, oder offenen Planstellen deuten auf Unterschiede in den Möglichkeiten zur Ansiedlung von Vertragsärzten hin. In bisherigen Befragungsstudien wurden z.B. berufliche Möglichkeiten des Partners, Schul- und Betreuungsangebote, Freizeitmöglichkeiten, städtische Lage, Soziodemografie der Patienten, Kontakt mit Kollegen als niederlassungsrelevante Standortfaktoren genannt. Ziel dieser Arbeit ist die Entwicklung eines Index der die regionale Niederlassungswahrscheinlichkeit von Vertragsärzten quantifiziert und Förderungsbedarfe für die Vertragsarztansiedlung aufzeigt.

Methode: Die in den Befragungsstudien benannten niederlassungsrelevanten Faktoren werden über 30 Indikatoren des Bundesinstituts für Bau- Stadt und Raumforschung auf Kreisebene operationalisiert (Stand 2007). Faktoren- und Regressionsanalytisch werden die Indikatoren zu einem Index der Niederlassungswahrscheinlichkeit zusammengefasst.

Ergebnisse: In einer Hauptkomponentenanalyse konnten 5 oblique auf Einfachstruktur rotierte Komponenten identifiziert werden:

1. Berufliche Möglichkeiten und städtische Lage
2. Betreuungsangebote Kinder
3. Ländliche Lage (Beschäftigungsmöglichkeiten)
4. Kooperation- / Weiterbildungsmöglichkeiten
5. Ländliche Lage (schlechte Erreichbarkeit)

In einer OLS-Regression leisten Komponente 1, 2, 4 einen positiven- 3 und 5 einen negativen Beitrag zur Erklärung der Anzahl der Ärzte (Stand 2007) je 100.000 Einwohner ($R=0,91$). Die durch die Regressionsgleichung bestimmten Werte (Index Niederlassungswahrscheinlichkeit) korrelieren über ostdeutsche (westdeutsche) Kreise zu $r=0,77$ ($r=0,08$) mit der prozentualen Veränderung in den Arztzahlen (2011 zu 2000).

Diskussion: Der Index ermöglicht eine präzise und valide Quantifizierung der Niederlassungswahrscheinlichkeit und identifiziert insbesondere in ostdeutschen Regionen Standorte mit besonderem Förderungsbedarf. Die Index-Nutzung wird derzeit mit Kassenärztlichen Vereinigungen und kommunalen Verbänden konkretisiert. Die Analyse konkreter Standortprofile zeigt detaillierten Förderungsbedarf auf und ermöglicht die gezielte Ansprache niederlassungswilliger Ärzte.

Vortrag: Sozialindikative Modellierung der regionalen ärztlichen Versorgung am Beispiel Berlins

Autoren: Gerhard Meinlschmidt, Susanne Bettge
(Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin)

Abstract:

Hintergrund und Fragestellung: Die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung obliegt in Deutschland den Kassenärztlichen Vereinigungen, die hierbei an die Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gebunden sind. Die bisherige Bedarfsplanung orientiert sich am Status Quo der Arztsitze zu einem Stichtag ohne Einbeziehung der sozialen und gesundheitlichen Lage der Bevölkerung und wird deshalb für überarbeitungsbedürftig gehalten. Im Versorgungsstrukturgesetz werden Spielräume zur Berücksichtigung zusätzlicher Parameter wie der „regionalen Demographie und Morbidität“ (§ 99 SGB V) eröffnet. Im Beitrag werden am Beispiel Berlins mögliche Parameter eines Planungsmodells exploriert sowie ein exemplarisches sozialindikatives Modell zur Diskussion gestellt.

Methode: Bezogen auf die räumliche Ebene der 12 Berliner Bezirke werden für zwei Arztgruppen Indikatoren der Bevölkerungs- und Sozialstruktur aus der amtlichen Statistik sowie der Versorgungssituation und des Versorgungsbedarfs aus Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin hergeleitet und als mögliche Parameter eines modifizierten Modells zur Bedarfsplanung diskutiert.

Ergebnisse: Das bestehende Versorgungsangebot weist nur schwache bis negative Zusammenhänge mit den Indikatoren des Versorgungsbedarfs auf. Eine ungleiche Ärzteverteilung über die Stadt, regional differenzierte Morbiditätslasten und Inanspruchnahmeverhalten führen zu einem hohen Anteil von Patientenbewegungen über die Bezirksgrenzen hinweg. Ein Modell zur Umverteilung der in Berlin vorhandenen Arztsitze anhand der bezirklichen Bevölkerungszahlen sowie eines Sozial- und eines Morbiditätsindex weist „Fehlallokationen“ in Höhe von mehreren hundert Arztsitzen in Berlin insgesamt aus.

Diskussion und Schlussfolgerungen: Die Ergebnisse zeigen auf der räumlichen Ebene der Berliner Bezirke eine mangelnde Passung von bestehendem Versorgungsangebot und Versorgungsbedarf. Das vorgestellte Modell stellt nur einen aus einer Vielzahl möglicher Ansätze zur kleinräumigen Bedarfsplanung dar und bietet somit eine Diskussionsgrundlage.

Vortrag: Sozialstruktur und räumliche Disparitäten in der ambulanten Gesundheitsversorgung in Berlin

Autoren: Jonas Pieper, Jürgen Schweikart
(Beuth Hochschule für Technik Berlin)

Abstract:

Räumliche Disparitäten von ambulant tätigen Ärzten sind weltweit zu beobachten. Dabei können die Unterschiede sowohl großräumig als auch kleinräumig nachgewiesen werden. Die Prozesse und Muster, nach denen sich die Ärzte im Raum verteilen, sind sich weitgehend ähnlich. In allen untersuchten Ländern, reich und arm, wird von einer höheren Arztdichte in städtischen und wohlhabenderen Gebieten berichtet.

Mit Wirkung zum 1. Juni 2003 wurde durch den damaligen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen entschieden, dass ganz Berlin zu einem Planungsbereich zusammengefasst wird. Neue Arztpraxen und bereits niedergelassene Ärzte können seitdem innerhalb von ganz Berlin die Lage ihrer Praxis frei bestimmen. Bei Abwanderungen von Medizinern ist ein deutlicher Trend weg aus sozial schwachen Gebieten in die wohlhabenderen Stadtteile zu beobachten, wo es unter anderem einen höheren Anteil an Privatpatienten gibt.

Mit der vorliegenden Studie wird untersucht, inwieweit sozio-ökonomische Faktoren einen statistischen Zusammenhang mit Standorten von Arztpraxen aufweisen und somit räumliche Muster der ärztlichen Versorgung Berlins erklären. Dazu wurden verschiedene Versorgungsindikatoren entwickelt und auf der Ebene der Planungsräume mit den Daten aus dem Berliner Sozialstrukturatlas in Beziehung gesetzt. Die Ergebnisse zeigen, dass der Zusammenhang zwischen Sozialstruktur und Gesundheitsversorgung nicht ohne Berücksichtigung der Siedlungsstruktur/Bevölkerungsdichte ausgewertet werden kann. So kann man nicht generell folgern, dass in Gebieten mit günstiger Sozialstruktur Ärzte besser erreichbar sind. In stadtstrukturell ähnlichen Gebieten haben sich aber in denjenigen mit günstiger Sozialstruktur mehr Ärzte im Verhältnis zur Bevölkerungsdichte niedergelassen.

Vortrag: Umweltbelastung, soziale Benachteiligung und Sterblichkeit im Land Berlin – Eine Analyse anhand der kleinräumigen Todesursachenstatistik

Autoren: Jeffrey Butler¹, Hartmut Bömermann²

(¹Bezirksamt Mitte von Berlin; ²Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Berlin)

Abstract:

Hintergrund: Der Zusammenhang zwischen Umweltbelastungen, sozialer Benachteiligung und gesundheitlichen Beeinträchtigungen wird schon länger in Deutschland untersucht. Da die verschiedenen Faktoren, die zu diesem Themenkomplex gehören, stark miteinander verstrickt sind (z.B. Wohnort, soziale Benachteiligung und Lebensstil) und zum Teil auch eigenständige Einflüsse auf eventuelle gesundheitliche Beeinträchtigungen haben, fällt es mitunter schwer, die Effekte dieser Einflüsse auseinanderzuhalten. In einer kleinräumigen Analyse der Todesursachen im Rahmen eines Pilotprojektes zur Umweltgerechtigkeit in Berlin wird versucht, sowohl die Auswirkungen der umweltbezogenen als auch der sozialen Belastungen auf das Sterbegeschehen der Bevölkerung einzuschätzen.

Methoden: Als Datenquelle für die Mortalitätsberechnung dienten die Todesursachen (ICD 10) für die Planungsräume in Berlin für die Jahre 2006 bis 2009. Für die Berechnung von Mortalitätsraten wurden die Bestandsdaten der Einwohnerregisterstatistik zur Jahresmitte herangezogen. Als Indikator für mögliche gesundheitliche Belastungen durch Umwelteinflüsse wurde die vorzeitige Sterblichkeit in den ICD- Kapiteln IX „I00-I99 Krankheiten des Kreislaufsystems“ und X „J00-J99 Krankheiten des Atmungssystems“ benutzt. Als Einflussfaktor wurde die kleinräumige Umweltbelastung für die Berliner Planungsräume (Lakes et al. 2011) verwendet.

Ergebnisse: Erste Analysen mittels Korrelations- und Regressionsrechnungen des Zusammenhangs zwischen der Standardisierten Mortalitätsrate (SMR) und den Umweltgerechtigkeitsindikatoren wiesen auf allenfalls mittelstarke lineare Zusammenhänge hin. In weiteren Analysen sollen die linearen Ansätze um nicht-lineare Modelle erweitert werden. Eingegrenzt und schärfer gefasst werden sollen auch die Grundleiden, deren Genese weniger lebensstil- und mehr umweltbezogene Faktoren aufweisen.

Vortrag: Wissen wer wo wohnt – Eine nachbarschaftsanalytischer Ansatz zur Verbesserung der Versorgungsplanung

Autoren: Dominik Kalisch¹, Reinhard Koenig, Jens Steinhoefel, Frauke Anders
(¹Bauhaus-Universität Weimar)

Abstract:

Eine gute Versorgungsplanung orientiert sich am Bedarf der Bevölkerung und gleicht strukturelle Defizite aus. Hierfür müssen diese jedoch zunächst erkannt werden. Dabei sind die Versorgungsnotwendigkeiten und -bedürfnisse der Bevölkerungsgruppen nicht identisch, sondern unterscheiden sich sowohl nach Milieuzugehörigkeit und Lebensabschnitt. Die Schwierigkeit bei der Planung adäquater Versorgungsstrukturen in den Stadtteilen besteht daher in der Prognose der ansässigen Wohnbevölkerung und damit der Abschätzung der notwendigen Versorgungsstruktur in den jeweiligen Stadtteilen.

Im Rahmen des DFG-Forschungsprojektes „CoMStaR - Computerbasierte Methoden für eine sozial nachhaltige Stadt- und Raumplanung“, konnte ein Verfahren entwickelt werden, mit der sich, auf Basis des Sozio-oekonomischen Panels des DIW, beliebige Bevölkerungsgruppen in Städten lokalisieren lassen. In unserem Ansatz gehen wir davon aus, dass die Bewohner einer Nachbarschaft als ein bipartites soziales Netzwerk verstanden werden können, in welchem die Bewohner eine Verbindung zu den sie umgebenden Stadtstrukturen aufweisen. Hierdurch können netzwerkanalytische und korrespondenzanalytische Verfahren zur Analyse der Nachbarschaftsstruktur angewandt werden. In Anlehnung an ein korrespondenzanalytisches Verfahren von Kathrin Faust für Bipartite-Graphen, werden wir zeigen, dass mit Hilfe der Singulärwertzerlegung und einer Reskalierung der Werte, die eine interdimensionale Clusteranalyse zulassen, es möglich ist anhand von öffentlich zugänglichen Informationen zu Infrastrukturmerkmalen, Nachbarschaftsprofile für eine beliebige Bevölkerungsgruppen zu berechnen. Diese Nachbarschaftsprofile können dann in einer Stadt lokalisiert werden. Diese lokalisierten Nachbarschaftsstrukturen können dann für eine bedarfsgerechte Versorgungsstrukturplanung verwendet werden.

Vortrag: Gesundheitsungleichheiten in Osteuropa: Der Einfluss der wirtschaftlichen Leistungskraft

Autorin: Regina Lutz
(GESIS – Leibniz Institut für Sozialwissenschaften)

Abstract:

In meiner Arbeit beschäftige ich mich mit gesundheitlichen Ungleichheiten in Osteuropa. Bisher wurde Osteuropa in diesem Zusammenhang in vergleichenden Analysen oftmals als Einheit betrachtet und regionale Differenzen wurden vernachlässigt. Bei vielen Arbeiten zu Mortalität und Morbidität wird durch einen Vergleich von West- und Osteuropa ohne Länderdifferenzierung jedoch übersehen, dass die Region hohe wirtschaftliche und soziale Unterschiede aufweist. Ich knüpfe mit meiner Arbeit an diesem Punkt an und vergleiche die Bevölkerungsgesundheit in den Ländern Osteuropas sowie in Ländern der ehemaligen Sowjetunion. Um einen vollständigen Überblick über die Gesundheit in einer Gesellschaft zu erlangen, gehe ich über Durchschnittswerte und Unterschiede zwischen den Ländern hinaus und untersuche zusätzlich sozioökonomische Unterschiede im Gesundheitszustand innerhalb der Länder.

Dabei möchte ich vor allem die Frage beantworten, wie sich die Wirtschaftsleistung und deren Umverteilung auf Gesundheitsungleichheiten auswirken. Als Indikatoren für die Umverteilung der Wirtschaftsleistung verwende ich Einkommensungleichheit und öffentliche Ausgaben für Bildung, Gesundheit und Soziales. Eine ungleiche Verteilung sollte sich meiner Ansicht nach nicht nur über psychosoziale Mechanismen negativ auf die Gesundheit auswirken, sondern auch materielle Aspekte spielen dabei eine wichtige Rolle. Können Betroffene auf öffentlich finanzierte Institutionen und Dienstleistungen zurückgreifen, entspannt sich ihre finanzielle Situation und sie verfügen über mehr Ressourcen um ihre Gesundheit zu erhalten.

Als Datengrundlage für die empirische Analyse dient die European Value Study (EVS), die eine hohe Anzahl von Ländern abdeckt. Da sie zudem die Messung des subjektiven Gesundheitszustands beinhaltet, bietet sie mit den neuen Daten aus 2008/2009 ein hohes Analysepotential, das bisher im Bereich der Gesundheitssoziologie kaum genutzt wurde.

Vortrag: Kontextuelle und individuelle Determinanten der Gesundheit von Aussiedlern und Deutschen ohne Migrationserfahrung. Eine Studie unter Verwendung des deutschen Mikrozensus 2005.

Autoren: Daniel Kreft¹, Gabriele Doblhammer-Reiter^{1,2}

(¹Universität Rostock & Rostocker Zentrum zur Erforschung des Demographischen Wandels; ²Max-Planck-Institut für Demografische Forschung)

Abstract:

(Spät-)Aussiedler stellen eine der größten Migrantengruppen in Deutschland dar, jedoch ist bisher relativ wenig über deren Gesundheitszustand im Vergleich zu Personen ohne Migrationserfahrung sowie über die Auswirkungen des Wohnumfelds auf die Gesundheit von Aussiedlern bekannt.

Mit Hilfe von logistischen Mehrebenenmodellen und unter Verwendung der Individualdaten des Mikrozensus 2005 und der Regionalinformationen der INKAR-Datenbank des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung ist es möglich, Einflüsse individueller und kontextueller Merkmale zu untersuchen.

So konnten Effekte von spezifischen Eigenschaften der Wohnregion auf das Risiko langwieriger Erkrankung von etwa 10.000 Aussiedlern und etwa 323.000 Deutschen ohne Migrationserfahrung im Alter von 20 und mehr Jahren ausgemacht werden. Unter Kontrolle der Bevölkerungszusammensetzung in den Regionen (Kompositionseffekte) zeigten sich negative Einflüsse hoher regionaler Zentralität und eines geringen Bruttoinlandsprodukts pro Kopf auf die Gesundheit von Aussiedlern und Personen ohne Migrationserfahrung in den untersuchten Raumordnungsregionen. Für den Ausländeranteil dagegen konnte kein eindeutiger Zusammenhang ermittelt werden.

Diese Ergebnisse unterstützen das Argument, dass Kontextfaktoren, ebenso wie individuelle Merkmale, als Determinanten gesundheitlicher Unterschiede zu betrachten und zu untersuchen sind.

Vortrag: Spatial Trends of Lung Cancer Mortality in Switzerland 2000 – 2008: the Swiss National Cohort

Autoren: André Moser¹, Kerri M. Clough-Gorr^{1,2,3}, Marcel Zwahlen¹, Matthias Egger^{1,4}, Adrian Spoerri¹

(¹ Institute of Social and Preventive Medicine (ISPM), University of Bern; ² Section of Geriatrics, Boston University Medical Center; ³ National Institute for Cancer Epidemiology and Registration (NICER), Institute of Social and Preventive Medicine (ISPM), University of Zürich; ⁴ Department of Social Medicine, University of Bristol, Bristol, United Kingdom)

Abstract:

Purpose: To evaluate spatial trends of lung cancer (LC) mortality in Switzerland with attention to literature supported risk factors

Methods: The Swiss National Cohort (SNC) is a longitudinal study of the entire resident population of Switzerland based on the national 2000 census with linked mortality registry records from 2000-2008. Socio-demographic, spatial and tobacco related exposures determinants were used to investigate LC mortality. Individual hazard ratios (HR) and standardized mortality ratios (SMR) on municipality level were obtained from standard survival models and Gaussian Random Markov Fields to address for spatial dependence.

Results: Higher lung cancer SMR persisted in western and mid Switzerland and the Italian speaking part even after adjustment for age, sex and socio-demographic determinants. HR were elevated in French and Italian speaking regions compared to German speaking regions, and in regions where tobacco is cultivated and the tobacco industry is present.

Conclusion: Differences of LC mortality in Switzerland can be explained by various well-known individual risk factors and newly investigated spatially related variables. Regional dissimilarities occur within cultural and demographic different language regions (German, French and Italian), with the highest proportion of smokers in the French speaking area. Interestingly, our principle findings mirror closely the spatial characteristics of the traditional tobacco industry in Switzerland. The majority of tobacco is cultivated in western and mid Switzerland, while multinationals British American Tobacco and Philip Morris International, also chiefly located in Western Switzerland, dominate the Swiss tobacco market.

Vortrag: The use of a commercial geodemographic profiling tool to explore variation in coronary heart disease in a large English population.

Autor: Gavin Rudge

(The College of Medical and Dental Sciences, The University of Birmingham, UK)

Abstract:

Background: Geodemographic profiling is used by businesses to target advertising at consumers. These profiles assign residents of small areas to groups based on a range of routinely collected data.

Epidemiologists have begun to explore the utility of these groups as a proxy for socio-economic status (SES), but this work is in its early stages.

I will present a study in which geodemographic profiles are compared to the Index of Multiple Deprivation (IMD) as SES proxies in a model of coronary heart disease (CHD) morbidity and mortality. I will also discuss some of the implications of using this approach.

Method: A Poisson regression model was used to show the association between Mosaic™ group (a commercial geodemographic profiling tool) and CHD morbidity and mortality at neighbourhood level, adjusted for age and sex, in a large English population. The same model was run using IMD.

Results: The age and sex-adjusted IRR for emergency admission for myocardial infarction (MI) of the most deprived quintile of IMD compared to the least was 1.47 (1.37 – 1.59) $p < 0.001$. Using Mosaic™, the IRR of the group with the highest rate compared to the reference group was 1.99 (1.49 – 2.66) $p < 0.001$. However some high-incidence groups did not have a profile associated with severe deprivation, suggesting that there is not a consistent gradient between SES and CHD.

This is work in progress, and a model of CHD mortality will also be presented.

Conclusion: Geodemographic profiles appear to offer a valid alternative to other methods of adjusting for neighbourhood SES.

Vortrag: Kleinräumige Schätzung der Prävalenz von Adipositas und Diabetes anhand bundesweit repräsentativer Surveys

Autoren: Lars Kroll, Thomas Lampert
(Robert Koch-Institut)

Abstract:

Hintergrund: In Deutschland besteht zunehmend ein Bedarf an kleinräumigen Daten zur Gesundheit der Bevölkerung. Im Beitrag werden die bundesweit repräsentativen Gesundheitssurveys des RKI genutzt, um regionale Disparitäten in der Gesundheit zu untersuchen.

Daten und Methoden: Es werden Daten der Studien „Gesundheit in Deutschland aktuell“ 2009 und 2010 (n=43.312) verwendet. Regionale Unterschiede werden hinsichtlich der Prävalenz von Adipositas sowie der 12-Monats-Prävalenz von Diabetes mellitus analysiert. Dazu werden den Daten der GEDA-Studie Regionalindikatoren aus den Datenbanken INKAR 2009 des BBSR sowie „Regionaldatenbank Deutschland“ von Destatis zugespielt. Bei der Prävalenzschätzung kommen im Rahmen der sog. Small-Area-Estimation logistische multilevel Regressionsmodelle mit erklärenden Variablen auf der Individual- und Kontextebene zur Anwendung.

Ergebnisse: Die Ergebnisse sprechen auf der Ebene der Raumordnungsregionen und auf der Ebene der Kreise und kreisfreien Städte dafür, dass in Deutschland beträchtliche regionale Disparitäten hinsichtlich der betrachteten Gesundheitsindikatoren bestehen. Nach Kontrolle für das Alter und Geschlecht der Befragten, ist das Median Odds Ratio (MOR) für den Vergleich der Kreise signifikant und variiert zwischen 1,17 (Diabetes) und 1,25 (Adipositas). Nach Aufnahme der kontextuellen Determinanten in die Modelle war das MOR für Diabetes nichtmehr signifikant. Für das Risiko von Adipositas zeigte sich dagegen weiterhin eine signifikante Variation der Prävalenz über die Kreise.

Diskussion: Die GEDA-Studien sind aufgrund ihres Stichprobendesigns und ihres Stichprobenumfangs geeignet, um regionale Disparitäten in der Gesundheit zu untersuchen. Auf Basis der Small- Area-Estimation zeigten sich dabei signifikante regionale Disparitäten hinsichtlich der betrachteten Gesundheitsindikatoren.

Vortrag: Trends in der sozialen und regionalen Ungleichheit der Adipositas in Österreich

Autoren: Franziska Großschädl¹, Willibald J. Stronegger

(¹Medizinische Universität Graz, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie)

Abstract:

Adipositas zählt zu den führenden Risikofaktoren für Gesundheitsprobleme und gilt als das am schnellsten wachsende Gesundheitsrisiko. Ziel dieser Studie war es, den Trend in der Adipositasprävalenz über eine Periode von 24 Jahren in unterschiedlichen Regionen und Bildungsgruppen bei Erwachsenen in Österreich zu untersuchen.

Basis der Studie waren selbstberichtete Daten von Personen zwischen 20 und 99 Jahren aus vier nationalen Interviewsurveys analysiert (n = 122.977). Eine Adjustierung der Angaben wurde zur Korrektur des selbstberichteten BMI's vorgenommen. Für die Auswertung wurden Regionen (Westösterreich, Zentralösterreich, Ostösterreich) und Bildungsniveaus (niedrig, mittel, hoch) definiert. Zur Quantifizierung des Ausmaßes der sozialen Ungleichheit in der Adipositas wurde der *Relative Index of Inequality* (RII), auf Basis der Bildungsschicht berechnet.

2007 betrug die altersstandardisierte Adipositasprävalenz 15,0% (CI: 14,1-16,0) bei den Frauen und 13,8% (CI: 12,7-14,8) bei den Männern. Die höchsten Prävalenzen gab es während des 24-jährigen Untersuchungszeitraums bei Personen mit niedrigem Bildungslevel und jenen wohnhaft in Ostösterreich. Die absoluten Veränderungen waren signifikant ($p < 0,001$) am höchsten bei wenig gebildeten Frauen (4,1%) und Männern (2,6%) und Personen in Zentralösterreich (Frauen: 0,77%; Männer: 0,27%). Die RII's für Adipositas zeigten eine steigende Tendenz zwischen 1983 und 2007 für die westliche und östliche Region, wobei das höchste Ausmaß der sozialen Ungleichheit in Ostösterreich lag.

Innerhalb Österreichs konnte ein deutliches Ost-West-Gefälle in der Adipositasprävalenz bestätigt werden, wobei sozial schwächer gestellte Personen deutlich häufiger betroffen waren. Die Studie zeigte, dass Personen mit niedrigem Bildungslevel ein erhöhtes Risiko für Adipositas haben und eine zunehmende soziale Ungleichheit in bestimmten Regionen besteht.

Vortrag: Räumliche Unterschiede in der Chance eines Typ 2 Diabetes: Ergebnisse von fünf bevölkerungsbasierten Studien in Deutschland (DIAB-CORE Konsortium)

Autoren: Grit Müller¹, Alexander Kluttig², Karin Halina Greiser^{2,3}, Susanne Moebus⁴, Uta Slomiany⁴, Sabine Schipf⁵, Henry Völzke⁵, Werner Maier⁶, Christa Meisinger⁷, Teresa Tamayo⁸, Wolfgang Rathmann⁸, Klaus Berger¹, für das DIAB-CORE Konsortium

(¹Westfälische Wilhelms-Universität Münster; ²Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg;

³Deutsches Krebsforschungszentrum, Heidelberg; ⁴Universitätsklinikum Essen ⁵Ernst Moritz Arndt Universität, Greifswald; ⁶Helmholtz Zentrum München, Institut für Gesundheitsökonomie und Management im Gesundheitswesen; ⁷Helmholtz Zentrum München, Institut für Epidemiologie II;

⁸Deutsches Diabetes Zentrum, Heinrich-Heine-Universität, Düsseldorf)

Abstract:

Hintergrund: Das psychische und physische Wohlbefinden und die Gesundheit von Menschen werden durch ihr näheres Wohnumfeld beeinflusst. Eine Vielzahl von Studien zeigte, dass die in benachteiligten Nachbarschaften lebenden Individuen ein erhöhtes Krankheitsrisiko aufwiesen [1, 2]. Gegenstand dieser Studie ist die Untersuchung des Zusammenhangs des näheren Wohnumfelds und der Chance eines Typ 2 Diabetes in fünf Regionen.

Methodik: Querschnittsdaten von fünf regionalen bevölkerungsbasierten Studien wurden zusammengeführt. Die abhängige Variable war die Präsenz einer selbstberichteten ärztlichen Diagnose eines Typ 2 Diabetes. Wir schätzten eine Reihe von logistischen Mehr-Ebenen-Modellen, um die Bedeutung von fünf Kontextvariablen für die Prävalenz des Typ 2 Diabetes zu evaluieren. Unser Datensatz ist hierarchisch gegliedert: Individuen (8.879); Nachbarschaften (226) und Studienregionen (5). Die Analysen wurden für Alter, Geschlecht, soziale Schicht und Erwerbsstatus adjustiert. Ein Index für gesundheitsrelevantes Verhalten wurde zur Durchführung einer Mediatorenanalyse gebildet.

Ergebnisse: Die Chance eines Typ 2 Diabetes nach Adjustierung für individuelle Merkmale war am höchsten im Osten (OR: 1,98 (95% KI: 1,81-2,14) und Nordosten (OR: 1,58 (95% KI: 1,40-1,77) und am niedrigsten im Süden Deutschlands. Die Arbeitslosenrate konnte einen Großteil der regionalen Varianz in der Prävalenz des Type 2 Diabetes erklären. Individuen, die in Nachbarschaften mit einer hohen Arbeitslosenrate lebten, zeigten eine erhöhte Chance einen Typ 2 Diabetes zu haben (OR: 1,62, 95% KI: 1,25-2,09). Lebensstilvariablen wurden als potentielle Mediatoren im Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und der Typ 2 Diabetes Prävalenz identifiziert.

Schlussfolgerungen: Das unterschiedliche Niveau der Arbeitslosenrate in den Nachbarschaften der Regionen ist eine unabhängige Quelle für regionale Unterschiede in der Typ 2 Diabetes Prävalenz.

Literatur:

1. Diez-Roux AV, Nieto FJ, Muntaner C, et al. (1997) Neighborhood Environments and Coronary Heart Disease: A Multilevel Analysis. Am J Epidemiol;146:48-63
2. Yen IH, Kaplan GA. (1999) Neighborhood Social Environment and Risk of Death: Multilevel Evidence from the Alameda County Study. Am J Epidemiol;149:898-907

Email-Kontakte der Erstautoren

(nach Vortragsreihenfolge)

Autor	Email
Jan van der Meulen	Jan.vanderMeulen@lshtm.ac.uk
Oliver Razum	oliver.razum@uni-bielefeld.de
Seraphim Alvanides	s.alvanides@gmail.com
Thomas Groos	Thomas.Groos@rub.de
Jobst Augustin	JAugustin@zi.de
Rebekka Schulz	rebekka.schulz@lgl.bayern.de
Anna Rieger	riegera@ibe.med.uni-muenchen.de
Michael Erhardt	merhart@zi.de
Gerhard Meinschmidt	Gerhard.Meinschmidt@SenGS.Berlin.de
Jonas Pieper	jonas_pieper@beuth-hochschule.de
Jeffrey Butler	jeffrey.butler@ba-mitte.verwalt-berlin.de
Dominik Kalisch	dominik.kalisch@uni-weimar.de
Regina Jutz	Regina.Jutz@gesis.org
Daniel Kreft	Kreft@rostockerzentrum.de
André Moser	amoser@ispm.unibe.ch
Gavin Rudge	g.rudge@bham.ac.uk
Lars Kroll	Krolll@rki.de
Franziska Großschädl	franziska.grossschaedl@medunigraz.at
Grit Müller	muellegr@uni-muenster.de

Kontakt zu den Arbeitsgruppen (alphabetisch):

Birgit Babitsch	birgit.babitsch@uni-osnabrueck.de
Daniela Koller	dkoller@zes.uni-bremen.de
Thomas Lampert	LampertT@rki.de
Werner Maier	werner.maier@helmholtz-muenchen.de