

Sozioökonomischer Status und Gesundheit

Datenlage, Befunde und Entwicklungen in Deutschland

Menschen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status haben schlechtere Gesundheitschancen und höhere Risiken für eine Vielzahl körperlicher und psychischer Erkrankungen als jene mit höherem sozioökonomischem Status. Dieser Beitrag gibt einen Überblick darüber, welche Daten und Befunde hierzu für Deutschland vorliegen und welche Entwicklungen sich in diesen beiden Bereichen abzeichnen. Dazu wird auf Basis verschiedener Datengrundlagen beschrieben, wie sich der Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und Gesundheit vom Kindes- und Jugendalter bis ins höhere Lebensalter erstreckt und letztlich in einer sozial ungleichen Sterblichkeit und Lebenserwartung ausprägt.

JENS HOEBEL, STEPHAN MÜTERS

1 Einleitung

Die Erforschung der sozialen Ursachen von Krankheit und Sterblichkeit hat in Deutschland eine lange Tradition. Bereits im 19. Jahrhundert wiesen Sozialmediziner wie Rudolph Virchow und Salomon Neumann auf die gesundheitlichen Folgen von Armut und prekären Lebensbedingungen hin und engagierten sich für öffentlichen Gesundheitsschutz (Rosen 1975). Anfang des 20. Jahrhunderts wurden in Deutschland empirische Forschungsarbeiten veröffentlicht, die eine ungleiche Verteilung von Krankheits- und Sterberisiken zuungunsten sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen dokumentierten (Mosse/Tugendreich 1913; Prinzing 1906). Nach dem Ersten Weltkrieg wurden die daraus hervorgegangenen Disziplinen wie die Sozialmedizin und öffentliche Gesundheitspflege jedoch von den Nationalsozialisten für ihre rassistische Ausgrenzungspolitik instrumentalisiert und pervertiert (Rosenbrock 1993). Dies mag auch erklären, warum in der Nachkriegszeit hierzulande zunächst nicht an die vielversprechenden Anfänge einer gesellschaftsbezogenen Betrachtung von Gesundheit und Krankheit angeknüpft wurde, sondern eine klinisch-individuelle Sicht auf Gesundheit und vor allem Krankheit dominierte (Riedmann 2000). In anderen Industrieländern wie den Vereinigten Staaten, skandinavischen Ländern und Großbritannien

wurde die bevölkerungsbezogene Betrachtung von Gesundheit indessen durch die Etablierung der Sozial-Epidemiologie und Public Health zunehmend entwickelt. Einen bedeutenden Impuls dafür setzte der sogenannte „Black Report“, der Abschlussbericht einer im Jahr 1977 vom britischen Gesundheitsminister eingesetzten Arbeitsgruppe, die aufdeckte, wie groß die sozialen Unterschiede im Krankheits- und Sterbegeschehen in der englischen und walisischen Bevölkerung waren (Townsend/Davidson 1982).

Seit etwa Ende der 1980er Jahre ist auch in Deutschland gewissermaßen eine „Renaissance“ der Forschung zum Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und Gesundheit zu beobachten. Wichtige Impulse dafür setzen die konzeptionellen und empirischen Arbeiten des Sozial-Epidemiologen Andreas Mielck (1994, 2000) sowie der Aufbau von bevölkerungsbasierten Gesundheitsstudien wie der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie ab 1984 und dem Bundes-Gesundheitssurvey 1998 (Bellach 1999; Forschungsverbund DHP 1998). Diese erhoben neben Gesundheitsdaten auch umfangreiche Informationen zum sozioökonomischen Status wie Bildungsabschlüsse, die berufliche Stellung und das Einkommen der Studienteilnehmer*innen. Die Daten zeigten, dass die Krankheitsrisiken der Menschen auch in einem reichen Land wie der Bundesrepublik Deutschland mit seinen breit ausgebauten Sozial- und Versorgungssystemen eng mit dem sozioökonomischen Status verknüpft

sind (Helmert et al. 1992; Knopf et al. 1999). Auf diese Studien aufbauend wurde Anfang der 2000er Jahre das Gesundheitsmonitoring am Robert Koch-Institut (RKI) aufgebaut, welches seitdem regelmäßig Daten zur Bevölkerungsgesundheit und gesundheitlichen Ungleichheit – also dem Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und Gesundheit – für die Gesundheitsforschung, Epidemiologie und die Gesundheitsberichterstattung des Bundes bereitstellt.

Im Folgenden geben wir einen Überblick über Daten sowie aktuelle Befunde und Entwicklungen zur gesundheitlichen Ungleichheit in Deutschland. Dafür gehen wir zunächst auf die zunehmend bessere Datenlage ein, um anschließend empirische Beispiele für Zusammenhänge zwischen sozioökonomischen Statusmerkmalen und Gesundheitschancen, Krankheitsrisiken, Mortalität und Lebenserwartung zu präsentieren.

2 Datenlage

Die zunehmend bessere Datenlage zur gesundheitlichen Ungleichheit in Deutschland lässt sich an verschiedenen Entwicklungen festmachen. Zum einen wurde durch die Etablierung des Gesundheitsmonitoring am RKI ab Anfang der 2000er Jahre die Erhebung von bundesweiten Primärdaten zur Bevölkerungsgesundheit systematisiert und vertiegt, die neben Gesundheitsdaten auch sozioökonomische Merkmale für Analysen zur gesundheitlichen Ungleichheit umfassen. Dabei beinhaltet das Gesundheitsmonitoring-System am RKI drei Kernkomponenten: die Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA), die „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS) und die „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS). Diese beruhen jeweils auf bundesweiten Zufallsstichproben und setzen verschiedene Schwerpunkte (Kurth et al. 2009): Die GEDA-Studie ist eine reine Befragungsstudie unter Erwachsenen, die als wiederholte Querschnitterhebung aktuelle Daten zur gesundheitlichen Lage sowie deren Einflussfaktoren und zeitlichen Trends liefert. Die DEGS-Studie fokussiert ebenfalls auf das Erwachsenenalter, enthält neben einem Befragungs- auch einen Untersuchungsteil zur Erhebung von Messdaten, z. B. zum Körpergewicht, Blutzuckerspiegel und Blutdruck, und wird in geringerer Frequenz durchgeführt als die GEDA-Studie. Die KiGGS-Studie ist ebenfalls ein kombinierter Befragungs- und Untersuchungssurvey. Sie richtet das Augenmerk auf die Bevölkerung im Kindes- und Jugendalter und enthält neben wiederholten Querschnittserhebungen auch längsschnittliche Komponenten im Rahmen der KiGGS-Kohorte.

Zum anderen haben der Aufbau epidemiologischer Studien wie die Heinz-Nixdorf-Recall-Study und

NAKO-Gesundheitsstudie sowie die Erhebung von Gesundheitsmerkmalen in sozialwissenschaftlichen Studien wie dem Sozio-oekonomischen Panel (SOEP), der Allgemeinen Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften (ALLBUS) oder dem Nationalen Bildungspanel (NEPS) wichtige Beiträge zur Verbesserung der Datenlage hinsichtlich der gesundheitlichen Ungleichheit in Deutschland geleistet. Für das Kindes- und Jugendalter ist zudem der deutsche Teil der „Health Behaviour in School-aged Children Study“ (HBSC) zu nennen. Ein ausführlicherer Überblick und weitere Details zu diesen Studien finden sich bei Müters/Lampert (2020).

Über die genannten Primärdaten hinaus wurden in den letzten Jahren auch verstärkt Sekundärdaten erschlossen, um gesundheitliche Ungleichheiten in Deutschland aufzudecken. Beispiele hierfür sind Routinedaten der gesetzlichen Krankenkassen und Rentenversicherungsträger, die neben gesundheitsbezogenen auch sozioökonomische Daten wie Bildungsabschlüsse, berufliche Tätigkeiten oder Einkommen der Versicherten enthalten (Kibele et al. 2013; Tetzlaff et al. 2021; Wahrendorf et al. 2023). Außerdem werden vermehrt Gesundheitsdaten, die selbst keine sozioökonomischen Merkmale enthalten, für die gesundheitsbezogene Ungleichheitsforschung nutzbar gemacht, indem sie auf sozialräumlicher Ebene mit Sozialdaten verknüpft werden. Diesem Zweck dient beispielsweise der German Index of Socioeconomic Deprivation (GISD), der anhand von amtlichen Regionaldaten die sozioökonomische Situation von Regionen misst (Michalski et al. 2022). Der GISD lässt sich z. B. mit der amtlichen Todesursachenstatistik, mit gesetzlichen Meldedaten zu Infektionskrankheiten oder mit Daten der epidemiologischen Krebsregister verknüpfen, um Zusammenhänge zwischen regionaler sozioökonomischer Benachteiligung (Deprivation) und ursachenspezifischer Mortalität sowie der Inzidenz etwa von Covid-19 oder bestimmten Krebserkrankungen zu untersuchen (Hoebel et al. 2018a; Hoebel et al. 2021; Michalski et al. 2022).

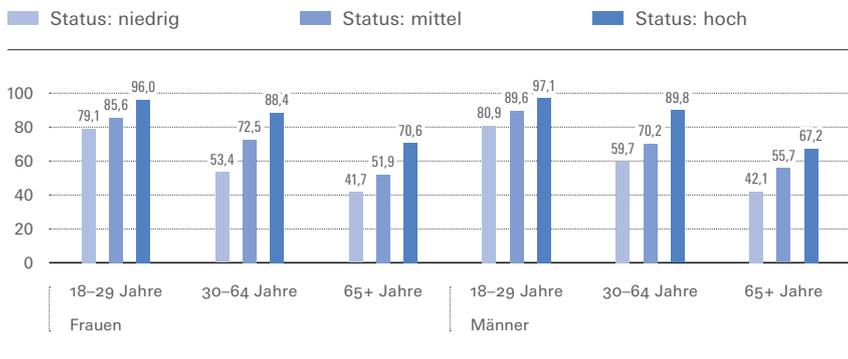
3 Gesundheit und Morbidität

Die Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands hat sich als wichtiger und eigenständiger Prädiktor der Inanspruchnahme von medizinischer Versorgung und der Mortalität erwiesen (Berger et al. 2015; Idler/Benaymini 1997) und wird international als globaler Gesundheitsindikator erfasst, so auch in den Studien des Gesundheitsmonitoring am RKI: Nach den Daten der GEDA-Studie aus den Jahren 2019 und 2020 (GEDA 2019/2020-EHIS) beurteilen 68 % der Frauen und 72 % der Männer in Deutschland ihren allgemeinen Gesundheitszustand als gut oder sehr gut. Dabei zeigt sich ein ausgeprägter sozia-

ABBILDUNG 1

Anteil von Frauen und Männern, die ihren allgemeinen Gesundheitszustand als gut oder sehr gut beurteilen, nach sozioökonomischem Status und Altersgruppe, 2019/2020

Angaben in Prozent



Quelle: Eigene Berechnungen und Darstellung anhand von Daten der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2019/2020-EHIS)

WSI Mitteilungen

ler Gradient zuungunsten von Personen mit niedrigerem sozioökonomischem Status (vgl. *Abbildung 1*). Der sozioökonomische Status wird in der GEDA-Studie sowohl anhand von Einzelindikatoren des formalen Bildungsstatus, der beruflichen Stellung und des Einkommens als auch mithilfe eines aus diesen Indikatoren zusammengesetzten mehrdimensionalen Statusindex erfasst (Lampert et al. 2013), welcher für die in *Abbildung 1* dargestellte Analyse verwendet wurde. Die Ergebnisse zeigen, dass sich der soziale Gradient im allgemeinen Gesundheitszustand vom jungen Erwachsenenalter über das mittlere Erwerbs- bis ins höhere Lebensalter erstreckt und insbesondere ab dem mittleren Alter, in dem gesundheitliche Einschränkungen und chronische Erkrankungen häufig zum ersten Mal auftreten, besonders stark ausgeprägt ist.

In der GEDA-Studie werden auch chronische Erkrankungen erfasst, um Analysen zur Morbidität in der Bevölkerung durchzuführen. Dabei wird in krankheitsspezifischen Betrachtungen sichtbar, dass der soziale Gradient nicht nur bei einzelnen oder ganz bestimmten chronischen Erkrankungen zum Ausdruck kommt, sondern sich über ein breites Spektrum verschiedener Krankheitsgruppen erstreckt – von Herzkreislauf-Krankheiten über Atemwegserkrankungen, Stoffwechselstörungen und Muskel-Skelett-Erkrankungen bis hin zu psychischen Störungen. Nach den GEDA-Daten haben Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status ein etwa zwei- bis dreimal so hohes Risiko für Koronare Herzkrankheit, Diabetes mellitus, chronisch-obstruktive Lungenerkrankung und Depressionen wie Gleichaltrige mit hohem Status (Lampert/Hoebel 2023). Diese Unterschiede sind sowohl bei Männern als auch bei Frauen festzustellen. Über Krebserkrankungen können aufgrund ihrer geringeren Prävalenz anhand der GEDA-Daten keine Aussagen hin-

sichtlich sozialer Unterschiede getroffen werden. Hier können aber die bundesweit zusammengeführten Daten der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland Aufschluss geben, indem diese mit dem regionalen Deprivationsindex GISD verknüpft werden, um den sozioökonomischen Status in diesen Daten sozialräumlich zu approximieren. Dabei zeigt sich z. B. für Magenkrebs bei beiden Geschlechtern und für Lungen- und Darmkrebs bei Männern ein verstärktes Auftreten in sozioökonomisch stärker deprivierten Regionen (Hoebel et al. 2018a). Ein umgekehrter sozialer Gradient, also ein höheres Krankheitsrisiko für Personen mit hohem sozioökonomischen Status, ist nur für wenige Erkrankungen zu beobachten, z. B. für bestimmte Allergien oder Haut- und Brustkrebs (ebd.; Langen et al. 2013).

Die gesundheitliche Ungleichheit tritt nicht erst im Erwachsenenalter zutage, wenn altersassoziierte Gesundheitsprobleme und Erkrankungen zunehmen, sondern existiert bereits im Kindes- und Jugendalter (Lampert et al. 2019b; Moor et al. 2017). Der KiGGS-Studie zufolge haben Kinder und Jugendliche in Deutschland zwar überwiegend einen guten bis sehr guten allgemeinen Gesundheitszustand, es bestehen jedoch zum Teil deutliche Unterschiede in Abhängigkeit vom sozioökonomischen Status der Familie, in der sie aufwachsen. So zeigen die KiGGS-Daten bezüglich der psychischen Gesundheit, dass etwa ein Viertel der Kinder und Jugendlichen aus Familien mit niedrigerem sozioökonomischem Status von psychischen Auffälligkeiten betroffen ist, während dies nur für etwa ein Zehntel derer aus statushohen Familien gilt (Lampert et al. 2019b). Auch für körperliche Risikofaktoren wie Übergewicht und Adipositas gilt unter Kindern und Jugendlichen: Je niedriger der familiäre sozioökonomische Status, desto höher ist die Prävalenz (Hoebel et al. 2022).

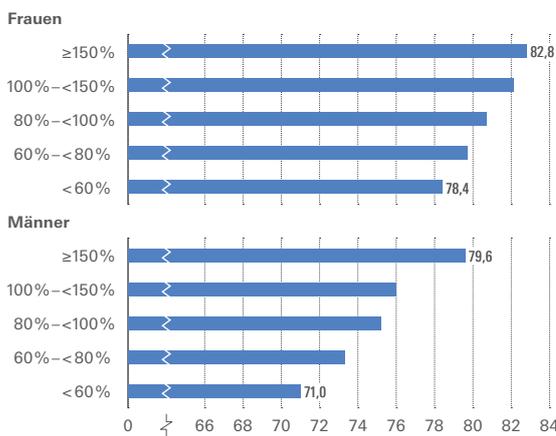
4 Mortalität und Lebenserwartung

Eine extreme Manifestation der gesundheitlichen Ungleichheit stellt die frühere Sterblichkeit und geringere Lebenserwartung in niedrigeren Statusgruppen dar. Auch wenn sich die allgemeine Datenlage zur gesundheitlichen Ungleichheit in Deutschland zuletzt verbessert hat, klafft hierzulande weiterhin eine Datenlücke im Vergleich zu vielen anderen Hocheinkommensländern, wenn es um Ungleichheiten im Sterbegeschehen geht. Dies ist vor allem den Umständen geschuldet, dass im deutschen Zensus kein Mortalitäts-Follow-up¹ existiert, dass auf den deutschen Totenscheinen keine sozioökonomischen

1 Mortalitäts-Follow-up bedeutet, dass in einer Studie regelmäßig der Vitalstatus der teilnehmenden Personen über-

ABBILDUNG 2

Mittlere Lebenserwartung bei Geburt nach Netto-Äquivalenzeinkommen, 1992–2016



Quelle: Lampert et al. 2019a; eigene Darstellung. Datenbasis: SOEP und Periodensterbetafeln 1992–2016

WSI Mitteilungen

Analysen zur ursachenspezifischen Mortalität sind anhand von Rentenversicherungsdaten oder Paneldaten des SOEP nicht möglich, da diese keine Informationen zur Todesursache enthalten. Um jedoch auch für Deutschland Aussagen zu sozialen Unterschieden im ursachenspezifischen Sterbegeschehen zu treffen, welche spezifischere Hinweise auf Mechanismen zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit sowie Präventionspotenziale geben können, werden seit Kurzem die Daten der amtlichen Todesursachenstatistik genutzt und kleinräumig regionalisiert mit dem o.g. Deprivationsindex GISD des RKI verknüpft (Michalski et al. 2022; Tetzlaff et al. 2023). Dabei spiegelt der Deprivationsindex gewissermaßen den mittleren sozioökonomischen Status der Bevölkerung in Deutschlands Landkreisen und kreisfreien Städten wider. *Tabelle 1* zeigt Ergebnisse dieser Analysen für die Herz-Kreislauf- und Krebsmortalität als häufigste Todesursachen in Deutschland. Sowohl für die Herz-Kreislauf- als auch für die Krebsmortalität ist ein deutlich ausgeprägter sozialer Gradient mit höheren altersstandardisierten Sterberaten in sozioökonomisch stärker benachteiligten Regionen festzustellen.

Merkmale der Verstorbenen, wie z. B. der Beruf, erfasst werden und dass bislang kein nationales Mortalitätsregister etabliert werden konnte, welches auf Individualebene mit Sozialdaten verknüpft werden kann, wie es in vielen anderen europäischen Ländern möglich ist. Daher müssen hierzulande andere Daten und Methoden zu dieser Frage herangezogen werden.

Beispielsweise ermöglichen Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung sozial differenzielle Analysen zur Mortalität und Lebenserwartung, die diese Datenlücke zum Teil, aber nicht gänzlich füllen können, da sich ihre Aussagekraft auf den Personenkreis der gesetzlich rentenversicherten Männer beschränkt (Kibele et al. 2013; Wenau et al. 2019). Eine Möglichkeit, um weitere Teile der Bevölkerung einzubeziehen, bieten Schätzungen auf Basis bundesweiter Bevölkerungsstichproben wie die des Sozioökonomischen Panel (SOEP). Anhand von SOEP-Daten der Jahre 1992–2016 lassen sich einkommensspezifische Mortalitätsrisiken schätzen und anschließend auf amtliche Periodensterbetafeln anwenden, um einkommensspezifische Lebenserwartungen für Männer und Frauen in Deutschland zu berechnen (Lampert et al. 2019a). Demnach starben 13 % der Frauen und 27 % der Männer aus der niedrigsten Einkommensgruppe (mit weniger als 60 % des Medianeinkommens) bereits vor einem Alter von 65 Jahren, während dies auf lediglich 8 % der Frauen und 14 % der Männer aus der höchsten Einkommensgruppe (mit 150 % des Medianeinkommens und mehr) zutraf. Bezogen auf die mittlere Lebenserwartung bei Geburt zeigte sich eine Differenz zwischen der niedrigsten und höchsten Einkommensgruppe von 4,4 Jahren bei Frauen und 8,6 Jahren bei Männern (*Abbildung 2*).

TABELLE 1

Altersstandardisierte^A Mortalitätsraten für Deutschland nach Todesursache und regionaler sozioökonomischer Deprivation auf Kreisebene, 2019

| | Sterbefälle pro 100 000 Einwohner | |
|----------------------|-----------------------------------|-------|
| | Herz-Kreislauf | Krebs |
| Frauen | | |
| Hohe Deprivation | 321 | 215 |
| Mittlere Deprivation | 301 | 198 |
| Niedrige Deprivation | 262 | 187 |
| Männer | | |
| Hohe Deprivation | 447 | 350 |
| Mittlere Deprivation | 407 | 307 |
| Niedrige Deprivation | 350 | 272 |

A altersstandardisiert auf die Europäische Standardbevölkerung 2013

Quelle: Michalski et al. 2022, Tetzlaff et al. 2023; eigene Darstellung. Datenbasis: Todesursachenstatistik

WSI Mitteilungen

prüft wird, um Verstorbene zu registrieren und Analysen zur Mortalität durchführen zu können.

5 Zeitliche Trends

Das Ausmaß und Erscheinungsbild der gesundheitlichen Ungleichheit kann sich im Zuge sozialer, ökonomischer, politischer, kultureller und technologischer Veränderungen wandeln (Mackenbach 2012). Erkenntnisse über den Wandel der gesundheitlichen Ungleichheit können unter anderem dazu beitragen, politische Maßnahmen zu bewerten, neue oder sich verfestigende Problemlagen aufzuzeigen sowie auf mögliche Settings für Interventionen hinzuweisen (Lampert et al. 2018).

Die verbesserte Datenlage ermöglicht es mittlerweile auch für Deutschland, zeitliche Trends in der gesundheitlichen Ungleichheit über längere Zeiträume zu beschreiben. Beispielsweise zeigen Analysen von Daten des SOEP und der RKI-Gesundheitssurveys, dass sich sozioökonomische Unterschiede im allgemeinen Gesundheitszustand und in der Lebenserwartung über die letzten 20 bis 30 Jahre vor der Covid-19-Pandemie kaum verändert haben, wenngleich sich Tendenzen einer Ausweitung der Unterschiede in den Befunden andeuten (Lampert et al. 2019a; Moor et al. 2018; Wachtler et al. 2019). Mit einem ursachenspezifischen Blick auf das Sterbegeschehen zeigt eine aktuelle Trendanalyse der Todesursachenstatistik in Kombination mit dem GISD, dass sich die sozioökonomischen Unterschiede, die in der Krebsmortalität bestehen, über die letzten Jahrzehnte ausgeweitet haben (Tetzlaff et al. 2023). Demnach bestand der Trend einer rückläufigen Krebsmortalität bei Frauen nur in sozioökonomisch bessergestellten Gruppen bzw. Regionen. Bei Männern fiel der Rückgang der Krebsmortalität in diesen Grup-

pen stärker aus als in sozial benachteiligten, wodurch sich die Unterschiede vergrößerten (Abbildung 3). Bezüglich einiger Risikofaktoren für Krebs- wie auch Herz-Kreislauf- und weitere Erkrankungen ist in Deutschland ebenfalls eine Ausweitung der sozialen Unterschiede über die Zeit festzustellen, z. B. mit Blick auf Übergewicht im Kindes- und Jugendalter sowie Adipositas, Tabakrauchen und sportliche Inaktivität bei Erwachsenen (Hoebel et al. 2017; 2018b; 2019; 2022).

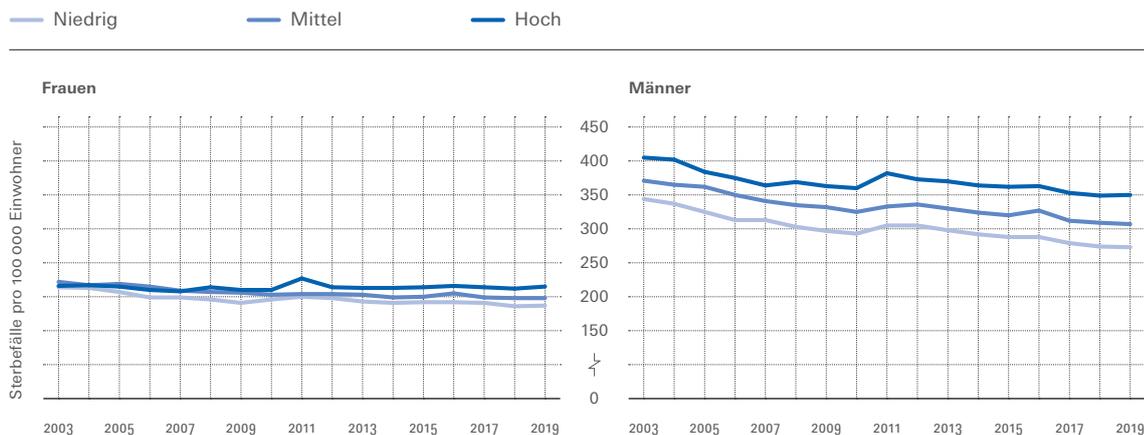
Für die Zeit der Covid-19-Pandemie lassen Daten der RKI-Gesundheitssurveys mit Blick auf die psychische Gesundheit erkennen, dass z. B. Stresssymptome am Anfang der Pandemie zunächst bevölkerungsweit etwas zurückgegangen sind (Hapke et al. 2022). Mit Anhalten der Pandemie und der getroffenen Eindämmungsmaßnahmen haben schließlich aber depressive Symptome in nahezu allen sozialen Gruppen zugenommen, wobei sozial benachteiligte Gruppen durchgängig am stärksten von Depressionssymptomen betroffen waren und der soziale Gradient über den Pandemieverlauf bestehen blieb (Mauz et al. 2023).

6 Europäischer Vergleich

Internationale Vergleiche erlauben Aussagen darüber, inwieweit das Ausmaß und Erscheinungsbild der gesundheitlichen Ungleichheit zwischen einzelnen Ländern bzw. ihren Bevölkerungen variiert. Dies kann insofern Erkenntnisse liefern, als damit Rückschlüsse auf die Bedeu-

ABBILDUNG 3

Zeitliche Entwicklung der Krebsmortalität (altersstandardisierte Raten) in Deutschland nach regionaler sozioökonomischer Deprivation auf Kreisebene, 2003–2019



Quelle: Tetzlaff et al. 2023. Datenbasis: Todesursachenstatistik

WSI Mitteilungen

tung makrostruktureller Faktoren wie politischer, ökonomischer, sozialer oder demografischer Bedingungen für die Entstehung und Reproduktion gesundheitlicher Ungleichheiten möglich werden und damit auch politische Einflussmöglichkeiten zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit aufgezeigt werden können.

Mit Blick auf Europa existieren mehrere Datenerhebungen, mit denen entsprechende Vergleiche angestellt werden können, z. B. die amtliche Statistik über Einkommen und Lebensbedingungen (EU-SILC) oder der European Social Survey, welcher 2014 ein Sondermodul zum Thema Gesundheit enthielt. Darüber hinaus ermöglicht der European Health Interview Survey (EHIS) seit einigen Jahren Vergleiche zwischen den Mitgliedstaaten der Europäischen Union (EU) und ihren Bevölkerungen im Alter ab 15 Jahren. Der EHIS ist inzwischen mit einer verbindlichen Rechtsgrundlage versehen, nach der die Mitgliedstaaten der EU verpflichtet sind, den EHIS alle sechs Jahre zu erheben. Unter Beteiligung der statistischen Ämter und einiger Public-Health-Institute der Mitgliedstaaten wurde ein methodisches Handbuch erarbeitet, das darauf abzielt, die Erhebungen zu harmonisieren und eine möglichst gute Vergleichbarkeit der Ergebnisse im Quervergleich der Länder herzustellen (Eurostat 2018). In Deutschland führt das RKI die Erhebung im Rahmen der GEDA-Studie durch, in die das EHIS-Programm erstmals 2014/2015 implementiert wurde. Inhaltlich enthält der EHIS harmonisierte Fragenmodule zum Gesundheitszustand, zu Gesundheitsdeterminanten (z. B. Risiko- und Schutzfaktoren), zur Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung und zu soziodemografischen Faktoren, darunter auch sozioökonomische Merkmale wie Bildung, Beruf und Einkommen.

Tabelle 2 zeigt eine exemplarische Analyse von EHIS-Daten zu der Frage, wo Deutschland im EU-Vergleich steht, wenn es um das Ausmaß der gesundheitlichen Ungleichheit geht – hier mit Blick auf Bildungsungleichheiten im selbst eingeschätzten allgemeinen Gesundheitszustand. Zur Quantifizierung des Ungleichheitsausmaßes wurden der *Slope Index of Inequality* (SII) und *Relative Index of Inequality* (RII) altersstandardisiert berechnet. Während der SII die Prävalenzdifferenz (absolute Ungleichheit) zwischen gleichaltrigen Personen mit der niedrigsten und höchsten Bildung angibt, zeigt der RII das entsprechende Prävalenzverhältnis (relative Ungleichheit) zwischen diesen Personen an. Die Ergebnisse dokumentieren, dass Deutschland im EU-Vergleich etwa im Mittelfeld und nahe dem EU-Durchschnitt liegt, was sowohl auf die absolute als auch die relative Bildungsungleichheit im allgemeinen Gesundheitszustand zutrifft. Die Betrachtung der Abstände zu den geringsten Werten in der EU verdeutlicht, dass in Deutschland beträchtliches Potenzial zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit im europäischen Vergleich besteht.

7 Fazit und Ausblick

Die bestehende Datenlage zur gesundheitlichen Ungleichheit verdeutlicht mit großer Konsistenz, dass Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status in Deutschland von vielen Krankheiten und Gesundheitsproblemen am stärksten betroffen sind – trotz der bestehenden Systeme zur sozialen Sicherung, gesetzlichen Bestimmungen zum Gesundheitsschutz und des hohen Grads an medizinischer Versorgung. Diese gesundheitliche Ungleichheit lässt sich bereits im Kindes- und Jugendalter nachweisen und spiegelt sich letztlich in einer früheren Sterblichkeit in sozioökonomisch benachteiligten Gruppen wider. Fortschritte in der Datenlage sind hierzulande darin sichtbar, dass Zusammenhänge zwischen sozioökonomischen Statusmerkmalen und Gesundheit mittlerweile differenziert für verschiedene Lebensphasen bundesweit beschrieben, zeitliche Trends über längere Zeiträume analysiert und internationale Vergleiche mit harmonisierten Daten angestellt werden können. Zunehmend werden auch gesundheitsbezogene Sekundärdaten erschlossen, um diese für Ungleichheitsanalysen nutzbar zu machen, z. B. durch Verknüpfungen mit sozioökonomischen Daten auf räumlicher Ebene. Dennoch bestehen in Deutschland weiterhin Verbesserungspotenziale, um international aufzuschließen, insbesondere mit Blick auf sozial differenzierbare Gesundheitsdaten hochaltriger Menschen sowie (ursachenspezifische) Mortalitätsdaten mit sozioökonomischen Merkmalen auf Individualebene. Zudem bestehen Verbesserungspotenziale hinsichtlich einer engmaschigen Frequenz von Datenerhebungen zur gesundheitlichen Ungleichheit, z. B. um bei Eintritt von Krisen wie einer Pandemie oder wirtschaftlichen Rezession zeitnah ausmachen zu können, welche sozioökonomischen Gruppen gesundheitlich besonders davon betroffen sind. Bezüglich

TABELLE 2

Absolute und relative Bildungsungleichheiten in der Prävalenz eines mittelmäßigen bis sehr schlechten allgemeinen Gesundheitszustands in Deutschland und der Europäischen Union (altersstandardisiert), 2019

Indexwerte (95%-Konfidenzintervalle in Klammern)

| | Absolute Ungleichheit: Slope Index of Inequality (SII) | | Relative Ungleichheit: Relative Index of Inequality (RII) | |
|-----------------|---|-------------|--|-------------|
| Deutschland | 0,31 | (0,24–0,37) | 3,43 | (2,70–4,36) |
| EU-Durchschnitt | 0,28 | (0,26–0,30) | 3,62 | (3,32–3,95) |
| EU-Minimum | 0,15 | (0,11–0,19) | 2,26 | (1,84–2,77) |
| EU-Maximum | 0,49 | (0,42–0,56) | 6,07 | (3,99–9,24) |

Anmerkung: Für Frankreich lagen zum Zeitpunkt der Analyse keine Daten vor

Quelle: Eigene Berechnungen. Datenbasis: European Health Interview Survey (EHIS) – Wave 3

WSI Mitteilungen

der Mortalitätsdatenlücke könnten Möglichkeiten einer zensusbasierten Verknüpfung von Sozial- und Sterbedaten und die Etablierung eines nationalen Mortalitätsregisters mit Verknüpfungsmöglichkeiten zu Zensusdaten auf Individualebene die Datenlage deutlich verbessern. Außerdem bieten aktuelle Entwicklungen beim Aufbau eines deutschlandweiten Gesundheits-Panels, in welchem die bisherigen RKI-Gesundheitsurveys zusammengeführt werden sollen, Möglichkeiten, um alle Altersgruppen in Erhebungen bundesweiter Gesundheitsdaten zu integrieren, Daten zur gesundheitlichen Ungleichheit in höherer Frequenz zu erheben und longitudinale Betrachtungen anzustellen.

Als Mechanismen, die der gesundheitlichen Ungleichheit zugrunde liegen, werden vor allem materiell-strukturelle Faktoren wie Arbeits- und Wohnbedingungen, psychosoziale Faktoren wie Zukunftssorgen oder chronischer Stress in Beruf und Alltag sowie verhaltensbezogene Faktoren wie ein gesundheitsriskanter Lebensstil angeführt, die jeweils Effekte des sozioökonomischen Status auf die Gesundheit vermitteln (Verursachungsthese). Gleichwohl gilt auch in umgekehrter Richtung (Selektionsthese), dass gesundheitliche Beeinträchtigungen sozialen Aufstieg erschweren und soziale Abstiege begünstigen können (Bartley 2017; Lampert et al. 2016). Die empirische Studienlage deutet diesbezüglich darauf hin, dass beide Wirkrichtungen existieren, die Wirkung des sozioökonomischen Status – insbesondere von Bildung und Einkommen – auf die Gesundheit im Vergleich jedoch stärker sein dürfte (Kröger et al. 2015).

Soziallagenbezogene Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention, die an strukturell-materiellen Faktoren wie den Lebens- und Arbeitsbedingungen der Menschen ansetzen, erscheinen für die Reduzierung der gesundheitlichen Ungleichheit besonders vielversprechend, zumal die Lebens- und Arbeitsbedingungen nicht nur direkte Gesundheitsrelevanz haben, sondern sich auch indirekt auf die Gesundheit auswirken, indem sie verhaltensbezogene und psychosoziale Faktoren, die zur gesundheitlichen Ungleichheit beitragen, mitbeeinflussen (Moor et al. 2017). Ein wichtiger Faktor für den Erfolg entsprechender Maßnahmen dürfte sein, inwieweit es gelingt, die Teilhabe von Menschen aus sozial benachteiligten Gruppen an gesundheitsförderlichen Lebenswelten zu verbessern. Die Beteiligung von sozial benachteiligten Gruppen an entsprechenden Initiativen dürfte dabei ein wichtiger Gelingensfaktor sein. In Deutschland lassen sich einzelne Fortschritte in den Rahmenbedingungen dafür erkennen. Zum Beispiel wurde durch das 2015 verabschiedete Präventionsgesetz die Gesundheitsförderung in Lebenswelten wie Betrieben, Kitas, Schulen und Kommunen gesetzlich gestärkt und ausgebaut. Mit dem bundesweiten Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“ konnte in den 2000er Jahren eine wichtige Grundlage für die Qualitätsentwicklung und Stärkung guter Praxis in der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung etabliert und bis heute fortgeführt und ausgebaut werden.

Trotz solch positiver Einzelentwicklungen steht die Entwicklung einer umfassenden Gesamtstrategie zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit in Deutschland noch aus. In anderen Ländern wie England, Schweden oder Norwegen (Agren 2003; Department of Health 2003, 2009; Fosse 2022) wurden bereits nationale Aktionsprogramme initiiert, die sich an prioritären Public-Health-Themen ausrichten, verschiedene Handlungsebenen einbeziehen und ressortübergreifend im Sinne eines *Health in all Policies*-Ansatzes von mehreren Ministerien getragen werden. Diese Bemühungen bekräftigen, dass die Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit nicht allein Aufgabe der Gesundheitspolitik und medizinischen Versorgung sein kann. Es bedarf vielmehr einer gesamt-

gesellschaftlichen Handlungsstrategie, die politikfeldübergreifend unter Beteiligung von Wissenschaft, Zivilgesellschaft und Akteur*innen, die in den verschiedenen Politik- und Praxisfeldern tätig und zuständig sind, entwickelt und unter diesen abgestimmt wird. Die Erfahrungen aus anderen Ländern verdeutlichen, dass diese langfristige Aufgabe und daraus hervorgehende Maßnahmen stabile strukturelle und gesetzliche Rahmenbedingungen sowie gesicherte Finanzierungen benötigen (Lampert et al. 2018). ■

LITERATUR

- Agren, G. (2003): Sweden's New Public Health Policy, Stockholm
- Bartley, M. (2017): Health Inequality: An Introduction to Theories, Concepts and Methods, Cambridge
- Bellach, B. M. (1999): Der Bundes-Gesundheitssurvey 1998, in: Gesundheitswesen 61 (S2), S. 55–56
- Berger, N. / Van Der Heyden, J. / Van Oyen, H. (2015): The Global Activity Limitation Indicator and Self-rated Health: Two Complementary Predictors of Mortality, in: Archives of Public Health 73 (1), S. 25
- Department of Health (2003): Tackling Health Inequalities: A Program for Action, London
- Department of Health (2009): Tackling Health Inequalities: 10 Years On – A Review of Developments in Tackling Health Inequalities in England over the Last 10 Years, London
- Eurostat (2018): European Health Interview Survey (EHIS Wave 3) – Methodological Manual, Luxembourg
- Forschungsverbund DHP (1998): Die Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie: Design und Ergebnisse, Bern
- Fosse, E. (2022): Norwegian Policies to Reduce Social Inequalities in Health: Developments from 1987 to 2021, in: Scandinavian Journal of Public Health 50 (7), S. 882–886
- Hapke, U. / Kersjes, C. / Hoebel, J. / Kuhnert, R. / Eicher, S. / Damerow, S. (2022): Depressive Symptoms in the General Population before and in the First Year of the COVID-19 Pandemic: Results of the GEDA 2019/2020 Study, in: Journal of Health Monitoring 7 (4), S. 3–21
- Helmert, U. / Mielck, A. / Classen, E. (1992): Social Inequities in Cardiovascular Disease Risk Factors in East and West Germany, in: Social Science & Medicine 35 (10), S. 1283–1292
- Hoebel, J. / Finger, J. D. / Kuntz, B. / Kroll, L. E. / Manz, K. / Lange, C. / Lampert, T. (2017): Changing Educational Inequalities in Sporting Inactivity among Adults in Germany: A Trend Study from 2003 to 2012, in: BMC Public Health 17 (1), S. 547
- Hoebel, J. / Kroll, L. E. / Fiebig, J. / Lampert, T. / Katalinic, A. / Barnes, B. / Kraywinkel, K. (2018a): Socioeconomic Inequalities in Total and Site-specific Cancer Incidence in Germany: A Population-based Registry Study, in: Frontiers in Oncology 8, Art. 402, S. 1–13
- Hoebel, J. / Kuntz, B. / Kroll, L. E. / Finger, J. D. / Zeiher, J. / Lange, C. / Lampert, T. (2018b): Trends in Absolute and Relative Educational Inequalities in Adult Smoking since the Early 2000s: The Case of Germany, in: Nicotine & Tobacco Research 20 (3), S. 295–302
- Hoebel, J. / Kuntz, B. / Kroll, L. E. / Schienkiewitz, A. / Finger, J. D. / Lange, C. / Lampert, T. (2019): Socioeconomic Inequalities in the Rise of Adult Obesity: A Time-trend Analysis of National Examination Data from Germany, 1990–2011, in: Obesity Facts 12 (3), S. 344–356
- Hoebel, J. / Michalski, N. / Wachtler, B. / Diercke, M. / Neuhauser, H. / Wieler, L. H. / Hövener, C. (2021): Socioeconomic Differences in the Risk of Infection during the Second Sars-Cov-2 Wave in Germany, in: Deutsches Ärzteblatt International 118 (15), S. 269–270
- Hoebel, J. / Waldhauer, J. / Blume, M. / Schienkiewitz, A. (2022): Socioeconomic Status, Overweight, and Obesity in Childhood and Adolescence – Secular Trends from the Nationwide German KiGGS Study, in: Deutsches Ärzteblatt International 119 (49), S. 839–845
- Idler, E. L. / Benyamini, Y. (1997): Self-rated Health and Mortality: A Review of Twenty-seven Community Studies, in: Journal of Health and Social Behavior 38 (1), S. 21–37
- Kibebe, E. U. B. / Jasilionis, D. / Shkolnikov, V. M. (2013): Widening Socioeconomic Differences in Mortality among Men Aged 65 Years and Older in Germany, in: Journal of Epidemiology and Community Health 67 (5), S. 453–457

- Knopf, H. / Ellert, U. / Melchert, H.-U.** (1999): Sozialschicht und Gesundheit, in: *Gesundheitswesen* 61 (S2), S. S169–S177
- Kröger, H. / Pakpahan, E. / Hoffmann, R.** (2015): What Causes Health Inequality? A Systematic Review on the Relative Importance of Social Causation and Health Selection, in: *European Journal of Public Health* 25 (6), S. 951–960
- Kurth, B. M. / Lange, C. / Kamtsiuris, P. / Hölling, H.** (2009): Gesundheitsmonitoring am Robert Koch-Institut, in: *Bundesgesundheitsblatt* 52 (5), S. 557–570
- Lampert, T. / Hoebel, J.** (2023): Soziale Ungleichheit und Gesundheit, in: Richter, M. / Hurrelmann, K. (Hrsg.): *Soziologie von Gesundheit und Krankheit*, 2. Aufl., Wiesbaden, S. 155–171
- Lampert, T. / Hoebel, J. / Kroll, L. E.** (2019a): Social Differences in Mortality and Life Expectancy in Germany: Current Situation and Trends, in: *Journal of Health Monitoring* 4 (1), S. 3–14
- Lampert, T. / Hoebel, J. / Kuntz, B. / Finger, J. D. / Hölling, H. / Lange, M. / Mauz, E. / Mensink, G. B. M. / Poethko-Müller, C. / Schienkiewitz, A. / Starker, A. / Zeiher, J. / Kurt, B.-M.** (2019b): Gesundheitliche Ungleichheiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Zeitliche Entwicklung und Trends der KiGGS-Studie, in: *Journal of Health Monitoring* 4 (1), S. 16–40
- Lampert, T. / Kroll, L. E. / Kuntz, B. / Hoebel, J.** (2018): Gesundheitliche Ungleichheit in Deutschland und im internationalen Vergleich: Zeitliche Entwicklungen und Trends, in: *Journal of Health Monitoring* 3 (S1), S. 1–26
- Lampert, T. / Kroll, L. E. / Müters, S. / Stolzenberg, H.** (2013): Messung des sozioökonomischen Status in der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA), in: *Bundesgesundheitsblatt* 56 (1), S. 131–143
- Lampert, T. / Richter, M. / Schneider, S. / Spallek, J. / Dragano, N.** (2016): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Stand und Perspektiven der sozial-epidemiologischen Forschung in Deutschland, in: *Bundesgesundheitsblatt* 59 (2), S. 153–165
- Langen, U. / Schmitz, R. / Steppuhn, H.** (2013): Häufigkeit allergischer Erkrankungen in Deutschland, in: *Bundesgesundheitsblatt* 56 (5), S. 698–706
- Mackenbach, J. P.** (2012): The Persistence of Health Inequalities in Modern Welfare States: The Explanation of a Paradox, in: *Social Science & Medicine* 75 (4), S. 761–769
- Mauz, E. / Walther, L. / Junker, S. / Kersjes, C. / Damerow, S. / Eicher, S. / Hölling, H. / Müters, S. / Peitz, D. / Schnitzer, S. / Thom, J.** (2023): Time Trends in Mental Health Indicators in Germany's Adult Population before and during the COVID-19 Pandemic, in: *Frontiers in Public Health*, DOI: 10.3389/fpubh.2023.1065938
- Michalski, N. / Reis, M. / Tetzlaff, F. / Herber, M. / Kroll, L. E. / Hövener, C. / Nowossadeck, E. / Hoebel, J.** (2022): German Index of Socioeconomic Deprivation (GISD): Revision, Update and Applications, in: *Journal of Health Monitoring* 7 (Suppl. 5), S. 2–23
- Mielck, A.** (Hrsg.) (1994): *Krankheit und soziale Ungleichheit: Ergebnisse der sozial-epidemiologischen Forschung in Deutschland*, Opladen
- Mielck, A.** (2000): *Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten*, Bern
- Moor, I. / Günther, S. / Knöchelmann, A. / Hoebel, J. / Pfortner, T. K. / Lampert, T. / Richter, M.** (2018): Educational Inequalities in Subjective Health in Germany from 1994 to 2014: A Trend Analysis Using the German Socio-Economic Panel Study (GSOEP), in: *BMJ Open* 8 (6), DOI: 10.1136/bmjopen-2017-019755
- Moor, I. / Spallek, J. / Richter, M.** (2017): Explaining Socioeconomic Inequalities in Self-rated Health: A Systematic Review of the Relative Contribution of Material, Psychosocial and Behavioural Factors, in: *Journal of Epidemiology and Community Health* 71 (6), S. 565–575
- Mosse, M. / Tugendreich, G.** (Hrsg.) (1913): *Krankheit und soziale Lage*, München
- Müters, S. / Lampert, T.** (2020): Datengrundlagen für gesundheitssoziologische und sozial-epidemiologische Analysen, in: Krivvy, P. / Jungbauer-Gans, M. (Hrsg.): *Handbuch Gesundheitssoziologie*, Wiesbaden, S. 511–533
- Prinz, F.** (1906): *Handbuch der medizinischen Statistik*, Jena
- Riedmann, K.** (2000): Die historische Entwicklung der Gesundheitsberichterstattung in Deutschland, in: *Bundesgesundheitsblatt* 43 (8), S. 594–599
- Rosen, G.** (1975): Die Entwicklung der sozialen Medizin, in: Deppe, H.-U. / Regus, M. (Hrsg.): *Seminar: Medizin, Gesellschaft, Geschichte*, Frankfurt a. M., S. 4–131
- Rosenbrock, R.** (1993): Gesundheitspolitik, in: Hurrelmann, K. / Laaser, U. (Hrsg.): *Gesundheitswissenschaften: Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis*, Weinheim, S. 317–346
- Tetzlaff, F. / Epping, J. / Tetzlaff, J. / Golpon, H. / Geyer, S.** (2021): Socioeconomic Inequalities in Lung Cancer – A Time Trend Analysis with German Health Insurance Data, in: *BMC Public Health* 21 (1), S. 538
- Tetzlaff, F. / Nowossadeck, E. / Jansen, L. / Michalski, N. / Barnes, B. / Kraywinkel, K. / Hoebel, J.** (2023): Widening Area-based Socioeconomic Inequalities in Cancer Mortality in Germany between 2003 and 2019, in: *Scientific Reports* 13 (1), DOI: 10.1038/s41598-023-45254-5
- Townsend, P. / Davidson, N.** (Hrsg.) (1982): *Inequalities in Health: The Black Report*, Harmondsworth
- Wachtler, B. / Hoebel, J. / Lampert, T.** (2019): Trends in Socioeconomic Inequalities in Self-rated Health in Germany: A Time-trend Analysis of Repeated Cross-sectional Health Surveys between 2003 and 2012, in: *BMJ Open* 9 (9), DOI: 10.1136/bmjopen-2019-030216
- Wahrendorf, M. / Schaps, V. / Reuter, M. / Hoebel, J. / Wachtler, B. / Jacob, J. / Alibone, M. / Dragano, N.** (2023): Berufsbedingte Unterschiede bei COVID-19-Morbidität und -Mortalität in Deutschland. Eine Analyse von Krankenkassendaten von 3,17 Mio. Versicherten in: *Bundesgesundheitsblatt*, DOI: 10.1007/s00103-00023-03738-00109
- Wenau, G. / Grigoriev, P. / Shkolnikov, V.** (2019): Socioeconomic Disparities in Life Expectancy Gains among Retired German Men, 1997–2016, in: *Journal of Epidemiology and Community Health* 73 (7), S. 605–611

AUTOREN

JENS HOEBEL, Dr. PH, Wissenschaftler und stellv. Leiter im Fachgebiet „Soziale Determinanten der Gesundheit“ in der Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring am Robert Koch-Institut, Berlin. Arbeitsschwerpunkte: Sozial-epidemiologie, gesundheitliche Ungleichheit.

@ HoebelJ@rki.de

STEPHAN MÜTERS, Dipl. Soz.wiss., Wissenschaftler und stellv. Leiter im Fachgebiet „Soziale Determinanten der Gesundheit“ in der Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring am Robert Koch-Institut, Berlin. Arbeitsschwerpunkte: Gesundheitliche Ungleichheit, Messung sozialstruktureller Merkmale in Umfragen.

@ MuetersS@rki.de



© Jens Hoebel / Stephan Müters