

ROBERT KOCH INSTITUT



GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES
GEMEINSAM GETRAGEN VON RKI UND DESTATIS

Gesundheitliche Ungleichheit in verschiedenen Lebensphasen

GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES
GEMEINSAM GETRAGEN VON RKI UND DESTATIS

Gesundheitliche Ungleichheit in verschiedenen Lebensphasen

Thomas Lampert, Jens Hoebel, Benjamin Kuntz,
Stephan Müters, Lars E. Kroll

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	5
2	Entwicklung der Kernindikatoren zur Gesundheit	9
3	Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken im Kindes- und Jugendalter	15
3.1	Gesundheitliche Lage	16
3.1.1	Allgemeiner Gesundheitszustand	16
3.1.2	Entwicklungsstörungen	16
3.1.3	Chronische und impfpräventable Krankheiten	17
3.1.4	Mund- und Zahngesundheit	17
3.1.5	Unfallverletzungen	20
3.1.6	Psychische Auffälligkeiten	20
3.2	Gesundheitsverhalten und assoziierte Risikofaktoren	21
3.2.1	Ernährung	21
3.2.2	Körperlich-sportliche Aktivität	22
3.2.3	Übergewicht und Adipositas	23
3.2.4	Mediennutzung	24
3.2.5	Tabak- und Alkoholkonsum	25
3.2.6	Passivrauchbelastung	26
3.3	Gesundheitsbezogene Versorgung	27
3.3.1	Ambulante und stationäre Versorgung	27
3.3.2	Früherkennungsuntersuchungen	28
3.3.3	Impfungen	29
3.4	Fazit	29
4	Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken im jungen Erwachsenenalter	35
4.1	Gesundheitliche Lage	36
4.1.1	Allgemeiner Gesundheitszustand und körperliche Gesundheit	36
4.1.2	Unfallverletzungen	37
4.1.3	Psychische Gesundheit	38
4.2	Gesundheitsverhalten und assoziierte Risikofaktoren	39
4.2.1	Tabakkonsum	39
4.2.2	Alkoholkonsum	40
4.2.3	Adipositas	40
4.2.4	Sportliche Aktivität	41
4.2.5	Obst- und Gemüseverzehr	41
4.3	Gesundheitsbezogene Versorgung	42
4.4	Arbeitslosigkeit und Gesundheit im jungen Erwachsenenalter	43
4.5	Fazit	45

5	Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken im mittleren Lebensalter . . .	49
5.1	Gesundheitliche Lage	50
5.1.1	Lebenserwartung und Sterbegeschehen.	50
5.1.2	Körperliche und psychische Gesundheit	51
5.1.3	Subjektive Gesundheit	53
5.1.4	Gesundheitliche Beeinträchtigung und Grad der Behinderung . . .	54
5.1.5	Arbeitsunfähigkeit	55
5.1.6	Belastungen und Risiken am Arbeitsplatz.	58
5.2	Gesundheitsverhalten und assoziierte Risikofaktoren	60
5.2.1	Tabak- und Alkoholkonsum	60
5.2.2	Körperlich-sportliche Aktivität	61
5.2.3	Adipositas	62
5.2.4	Ernährung.	62
5.3	Gesundheitsbezogene Versorgung	64
5.3.1	Prävention	64
5.3.2	Ambulante und stationäre Versorgung	65
5.4	Arbeitslosigkeit und gesundheitliche Lage im mittleren Lebensalter . . .	67
5.5	Gesundheit von alleinerziehenden Müttern und Vätern	69
5.6	Fazit	72
6	Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken im höheren Lebensalter. . .	81
6.1	Gesundheitliche Lage	83
6.1.1	Krankheiten und Beschwerden.	83
6.1.2	Subjektive Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität. .	85
6.2	Gesundheitsverhalten und assoziierte Risikofaktoren	86
6.3	Entwicklung gesundheitlicher Ungleichheiten in der zweiten Lebenshälfte	88
6.4	Pflegebedürftigkeit und pflegerische Versorgung	89
6.5	Fazit	92
	Kurzfassung	97
	Executive Summary	109

Gesundheitliche Ungleichheit in verschiedenen Lebensphasen

1 Einleitung

Die Auswirkungen von Armut und sozialer Ungleichheit auf die Gesundheit und Lebenserwartung sind ein zentrales Thema von Public Health und Gesundheitspolitik. Die vorliegenden Studien zeigen in weitgehender Übereinstimmung, dass die Angehörigen sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen häufiger von chronischen Erkrankungen und Beschwerden betroffen sind, ihre eigene Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität schlechter einschätzen sowie zu einem größeren Anteil vorzeitig sterben als die Angehörigen sozial besser gestellter Gruppen (Richter, Hurrelmann 2009; Bauer et al. 2008; Lampert et al. 2016a, b). Neben Armut und materieller Deprivation lassen sich die nachteiligen Konsequenzen für die Gesundheit oftmals an einer niedrigen Schulbildung und beruflichen Qualifikation, einer niedrigen beruflichen Stellung und prekären Arbeitsmarktanbindung sowie an Arbeitslosigkeitserfahrungen, insbesondere Langzeitarbeitslosigkeit, festmachen (Lampert, Kroll 2009).

Die Gesundheitsberichterstattung informiert regelmäßig über diese sozial ungleiche Verteilung der Gesundheitschancen und Erkrankungsrisiken, die auch auf den Begriff der gesundheitlichen Ungleichheit gebracht wird (Lampert et al. 2005, 2010, 2015, 2016c). Neben der Gesundheitsberichterstattung des Bundes ist auch auf einzelne Berichte auf Länder- und kommunaler Ebene zu verweisen (Freie Hansestadt Bremen, Die Senatorin für Soziales, Jugend, Frauen, Integration und Sport 2015; Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen 2016; Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg 2015). Hervorzuheben ist dabei, dass sich die Datenlage in den letzten Jahren zunehmend verbessert hat und mittlerweile eine gute Grundlage für die Analyse zeitlicher Entwicklungen und Trends sowie auch für regionale und sozialräumliche Betrachtungen der gesundheitlichen Ungleichheit gegeben ist. Zudem wurden mehrere Berichte auf europäischer Ebene vorgelegt, die Vergleiche zwischen den Ländern erlauben und Rück-

schlüsse darauf zulassen, inwieweit bestimmte sozialstaatliche Regelungen und Institutionen zur Verfestigung bzw. Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit beitragen (Mackenbach 2006; Judge et al. 2006; European Commission 2013; WHO Regional Office for Europe 2014).

Darüber hinaus sind die sozialen Unterschiede in der Gesundheit und Lebenserwartung ein Gegenstand der Sozialberichterstattung, wobei häufig auf die Ergebnisse der Gesundheitsberichterstattung zurückgegriffen oder zumindest Bezug genommen wird. Besonders hinzuweisen ist auf die Armuts- und Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung, die seit 1998 von einer im Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) angesiedelten Arbeitsgruppe durchgeführt wird. Die Ausführungen zur Gesundheit und zur gesundheitlichen Ungleichheit, die sich in den Armuts- und Reichtumsberichten finden, basieren unter anderem auf Expertisen, die das Robert Koch-Institut (RKI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) erstellt. Auch für den inzwischen 5. Armuts- und Reichtumsbericht, der im Frühjahr 2017 vorgelegt wurde (BMAS 2017), hat das Robert Koch-Institut eine Expertise erarbeitet. Die Ergebnisse gingen breit in den aktuellen Armuts- und Reichtumsbericht ein und bilden zugleich die Grundlage für den vorliegenden, im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung veröffentlichten Bericht.

Entsprechend der konzeptuellen Zugänge der Armuts- und Reichtumsberichterstattung werden nachfolgend verschiedene Lebenslagen und mit diesen verbundene Verwirklichungs- und Teilhabechancen sowie deren Relevanz für die Erhaltung, Förderung und gegebenenfalls Wiedererlangung der Gesundheit beschrieben. Dies schließt Fragen der Entstehung von Krankheit, Behinderung und Pflegebedürftigkeit sowie deren Behandlung und Versorgung ein. Als zentrale Dimensionen der Lebenslage bzw. der Verwirklichungs- und Teilhabechancen werden das Einkommen, die Bildung, die Erwerbstätigkeit bzw. der Beruf und die Familie betrachtet. Entsprechend wird die Verteilung der Gesundheitschancen und Erkrankungsrisiken

entlang dieser Dimensionen beschrieben, unter Berücksichtigung spezifischer Konstellationen der Lebensumstände, wie sie sich z. B. für Arbeitslose oder Alleinerziehende ergeben können.

Besondere Beachtung wird der Ausprägung von Zusammenhängen zwischen der Lebenslage und der Gesundheit in verschiedenen Lebensphasen bzw. Altersgruppen entgegengebracht. Lange Zeit konzentrierte sich die Forschung und Berichterstattung zur gesundheitlichen Ungleichheit zuvorvererst auf Menschen im mittleren Lebensalter. Mit der Armuts- und Reichtumsberichterstattung verbindet sich dagegen der Anspruch, eine Politik des sozialen Ausgleichs und der Förderung der sozialen Integration in allen Altersgruppen zu unterstützen (BMAS 2008, 2013). Ebenso ist mit dem nationalen Gesundheitszieleprozess der Anspruch verbunden, die gesundheitliche Chancengerechtigkeit in allen Lebensphasen sicherzustellen (BMGS 2003; Fehr et al. 2013). Durch die Verankerung der Gesundheitsziele im Präventionsgesetz wird dieser Anspruch noch einmal bekräftigt. Für den vorliegenden Bericht werden mit der Kindheit und Jugend (0 bis 17 Jahre), dem jungen Erwachsenenalter (18 bis 29 Jahre), dem mittleren Lebensalter (30 bis 64 Jahre) und dem höheren Lebensalter (65 Jahre und älter) vier Lebensphasen betrachtet.

Für die empirischen Analysen wird wie bei den früheren Expertisen auf eine breite Datengrundlage zurückgegriffen. Von großer Bedeutung sind die Daten des Gesundheitsmonitorings des Robert Koch-Instituts, das aktuell drei Studien umfasst: »Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland« (DEGS1), »Studie zur Gesundheit in Deutschland aktuell«, (GEDA) und »Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland« (KiGGS). Daneben spielt das Sozio-oekonomische Panel (SOEP) eine besondere Rolle, zumal das SOEP auch in Bezug auf die anderen Themenbereiche der Armuts- und Reichtumsberichterstattung eine wichtige Datengrundlage darstellt. Weitere Daten- und Informationsquellen, die einbezogen wurden, sind der Mikrozensus des Statistischen Bundesamtes, die Repräsentativerhebungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, die Studie »Health Behaviour in School-aged Children« (HBSC), die Einschulungsuntersuchungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, die Abrechnungsdaten der

Sozialversicherungsträger, vor allem der gesetzlichen Krankenkassen und der Deutschen Rentenversicherung Bund, sowie die Ergebnisse zahlreicher epidemiologischer Studien.

Für die Armuts- und Reichtumsberichterstattung wurde ein Set an Kernindikatoren zur Beurteilung von Verwirklichungs- und Teilhabechancen definiert, die auf europäisch vereinbarten Standards aufbauen und für die Darstellung empirischer Ergebnisse berichtsleitend sein sollen (BMAS 2008, 2013). Von den aktuell insgesamt 38 Kernindikatoren beziehen sich vier auf die Gesundheit: »Lebenserwartung bei Geburt«, »Subjektive Gesundheit – sehr gut oder gut«, »Subjektive Gesundheit – weniger gut oder schlecht« und »Behinderung«. Die Kernindikatoren nehmen auch für die Ergebnisdarstellung im vorliegenden Bericht einen wichtigen Stellenwert ein. Daneben werden viele weitere Indikatoren einbezogen, deren Auswahl eng an das Indikatorensystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes und das für die Durchführung von Gesundheitssurveys und die Gesundheitsberichterstattung auf europäischer Ebene entwickelte Indikatorenset (Kilpeläinen et al. 2008) angelehnt ist.

Im Folgenden werden zunächst Ergebnisse zur gesundheitlichen Situation der Bevölkerung in Deutschland anhand der vier Kernindikatoren der Armuts- und Reichtumsberichterstattung dargestellt. Neben der aktuellen Zustandsbeschreibung wird auf die zeitliche Entwicklung eingegangen, wobei bei der Lebenserwartung der Zeitraum von 1992 bis 2014 und bei den anderen Kernindikatoren der Zeitraum von 2002 bis 2014 betrachtet wird. Differenziert wird dabei zwischen Frauen und Männern, dem jungen, mittleren und höheren Erwachsenenalter sowie Personen mit niedrigem, mittlerem und hohem Einkommen (Kapitel 2). Im Anschluss werden die Ergebnisse zu Zusammenhängen zwischen Armut, sozialer Ungleichheit und Gesundheit in verschiedenen Lebensphasen präsentiert, ausgehend vom Kindes- und Jugendalter (Kapitel 3), über das junge und mittlere Erwachsenenalter (Kapitel 4 und 5) bis hin zum höheren Lebensalter (Kapitel 6). Die Kapitel sind einheitlich aufgebaut, beginnend mit einer Einleitung, die auf besondere Anforderungen und Entwicklungsaufgaben in der jeweiligen Lebensphase hinweist. Anschließend werden die empirischen

Ergebnisse präsentiert, die sich grob den Bereichen gesundheitliche Lage, Gesundheitsverhalten und assoziierte Risikofaktoren sowie gesundheitsbezogene Versorgung zuordnen lassen. Ergänzt werden diese Ausführungen um Exkurse zu Themen, denen für die betrachtete Lebensphase besondere Bedeutung zukommt, z. B. Arbeitslosigkeitserfahrungen im jungen Erwachsenenalter, Arbeitsbelastungen im mittleren Lebensalter und Pflegebedürftigkeit im höheren Lebensalter. Am Ende jedes Kapitels findet sich ein kurzes Fazit, das den Bezug zu den Ausgangsfragen herstellt. Der Bericht wiederum schließt mit einer ausführlichen Zusammenfassung, die auch in einer englischen Fassung vorliegt.

Literatur

- Bauer U, Bittlingmayer UH, Richter M (Hrsg) (2008) Health inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- BMAS – Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2008) Lebenslagen in Deutschland. Der dritte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. BMAS, Berlin
- BMAS – Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2013) Lebenslagen in Deutschland. Der vierte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. BMAS, Berlin
- BMAS – Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2017) Lebenslagen in Deutschland. Der fünfte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. BMAS, Berlin
- BMGS – Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2003) gesundheitsziele.de – Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland. BMAS, Berlin
- European Commission (Hrsg) (2013) Health inequalities in the EU – Final report of a consortium. Consortium lead: Sir Michael Marmot. European Commission Directorate-General for Health and Consumers, Brussels
- Fehr A, Hölling H, Lampert T et al. (2013) Leitfragen zur Stärkung der Querschnittsanforderung »Gesundheitliche Chancengleichheit«. GVG, Köln
- Freie Hansestadt Bremen, Die Senatorin für Soziales, Jugend, Frauen, Integration und Sport (Hrsg) (2015) Lebenslagen im Land Bremen. Armuts- und Reichtumsbericht des Senats der Freien Hansestadt Bremen 2015 www.soziales.bremen.de (Stand: 07.02.2017)
- Judge K, Platt S, Costongs C et al. (2006) Health inequalities: a challenge for Europe. An independent expert report commissioned by the UK Presidency of the EU. Department of Health, London
- Kilpeläinen K, Aromaa A, and the ECHIM project (Eds) (2008) European Health Indicators: Development and initial implementation. Final report of the ECHIM project www.uzis.cz/cz/echim/final-report.pdf (Stand: 07.02.2017)
- Lampert T, Saß AC, Häfeling M et al. (2005) Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit – Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
- Lampert T, Kroll LE (2009) Messung des sozioökonomischen Status in sozialepidemiologischen Studien. In: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg) (2009) Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. 2. aktualisierte Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S 309–334
- Lampert T, Hagen C, Heizmann B (2010) Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
- Lampert T, Kuntz B, KiGGS Study Group (2015) Gesund aufwachsen. Welche Bedeutung kommt dem sozialen Status zu? GBE kompakt 6(t) www.rki.de/gbe-kompakt (Stand: 07.02.2017)
- Lampert T, Richter M, Schneider S et al. (2016a) Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Stand und Perspektiven der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland. Bundesgesundheitsbl–Gesundheitsforsch–Gesundheitsschutz 59(2): 153–165
- Lampert T, Kuntz B, Hoebel J et al. (2016b) Gesundheitliche Ungleichheit. In: Statistisches Bundesamt (Destatis), Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Zentrales Datenmanagement (Hrsg) Datenreport 2016. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn, S 302–314
- Lampert T, Hoebel J, Kuntz B et al. (2016c) Gesundheitliche Ungleichheit im höheren Lebensalter. GBE kompakt 7(t) www.rki.de/gbe-kompakt (Stand: 07.02.2017)
- Mackenbach J (2006) Health inequalities: Europe in Profile. An independent expert report commissioned by the UK Presidency of the EU. Department of Health, London
- Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg (Hrsg) (2015) Erster Armuts- und Reichtumsbericht Baden-Württemberg. Familienforschung Baden-Württemberg im Statistischen Landesamt, Stuttgart
- Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg) (2016) Landesgesundheitsbericht 2015. Informationen zur Entwicklung von Gesundheit und Krankheit in Nordrhein-Westfalen. MGEPA NRW, Düsseldorf
- Richter M, Hurrelmann K (Hrsg) (2009) Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. 2. aktualisierte Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- WHO Regional Office for Europe (Hrsg) (2014) Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report (updated reprint 2014). WHO Regional Office for Europe, Copenhagen

2 Entwicklung der Kernindikatoren zur Gesundheit

Die Armuts- und Reichtumsberichterstattung richtet sich an Kernindikatoren aus, die Aussagen zur Entwicklung der sozialen Teilhabemöglichkeiten und Verwirklichungschancen in Deutschland ermöglichen sollen. Diese wurden von der Arbeitsgruppe »Armuts- und Reichtumsberichterstattung« im Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) unter Einbeziehung des Wissenschaftlichen Gutachtergremiums, das gegenwärtig aus 24 Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern besteht, sowie des Beraterkreises, dem mehr als 40 zivilgesellschaftliche Akteure angehören, entwickelt (Volkert et al. 2003; Arndt et al. 2006). Die insgesamt 38 Kernindikatoren, die auf der Internetplattform zur Armuts- und Reichtumsberichterstattung (www.armuts-und-reichtumsbericht.de) detailliert beschrieben und kontinuierlich aktualisiert werden, sind drei Bereichen zugeordnet: Gesellschaft, Armut und Reichtum (Tabelle 2.1).

Die vier Kernindikatoren zur Gesundheit sind wie folgt definiert:

- ▶ »Lebenserwartung bei Geburt«,
- ▶ »Subjektive Gesundheit – sehr gut oder gut«: Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes als »sehr gut« oder »gut« und keine Einschränkungen in fünf vorgegebenen Funktionsbereichen und keine Behinderung,
- ▶ »Subjektive Gesundheit – weniger gut oder schlecht«: Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes als »weniger gut« oder »schlecht« und in mindestens drei von fünf vorgegebenen Bereichen »stark« bzw. »oft« oder »immer« funktionell eingeschränkt,
- ▶ »Behinderung«: Nach amtlicher Feststellung schwerbehindert oder erwerbsgemindert mit einem Grad der Behinderung von mindestens 50 %.

Die Kernindikatoren basieren auf unterschiedlichen Datenquellen. Der Indikator »Lebenserwartung bei Geburt« wird in den Periodensterbetafeln des Statistischen Bundesamtes berichtet. Er liegt bis zu den Berichtsjahren 2012/2014 vor, zeitliche Trends können hier seit der Wiedervereinigung abgebildet werden (Destatis 2012, 2015, 2016). Die anderen Indikatoren werden anhand der

Tabelle 2.1

Kernindikatoren der Armuts- und Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung

Gesellschaft
▶ Einkommensverteilung
▶ Vermögensverteilung
▶ Bevölkerungsstruktur
▶ Lebenserwartung
▶ Subjektiver Gesundheitszustand
▶ Behinderung
▶ Kinderbetreuung
▶ Investitionen in Bildung
▶ Bildungsniveau
▶ Erwerbstätigkeit
▶ Arbeitslosigkeit
▶ Wohneigentum der privaten Haushalte
▶ Wohnkostenbelastung
▶ Äquivalenzgewichtete Wohnfläche
▶ Mangelhafter Gebäudezustand
▶ Beeinträchtigung durch Lärm, Luftverschmutzung
▶ Politisches Interesse
▶ Aktive und Engagierte
▶ Mangelnder sozialer Kontakt
▶ Wahlbeteiligung
Armut
▶ Armutsrisikoquote
▶ Wirkung von Sozialtransfers
▶ In Work Poverty
▶ Langzeitarbeitslose und Langzeiterwerbslose
▶ Mindestsicherung
▶ Vorgelagerte Leistungen
▶ Überschuldung
▶ Wohnungslosigkeit
▶ Materielle Deprivation
▶ Frühe Schulabgängerinnen und Schulabgänger
▶ Ohne Berufsausbildung
Reichtum
▶ Einkommensreichtum
▶ Top-Vermögenseinkommensbezieher
▶ Top-Nettovermögende
▶ Steuerpflichtige mit Höchststeuersatz
▶ Einkommensmillionäre
▶ Einkommensanteil der Spitzenverdiener
▶ Vermögensübertragungen

Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW) ermittelt (Wagner et al. 2007). Die Daten des SOEP liegen in der Datensatzversion v31 und damit für den Zeitraum 1985 bis 2014 vor. Die drei auf dem SOEP basierenden Kernindikatoren können allerdings erst ab dem Jahr 2002 im zweijährlichen Rhythmus einheitlich abgebildet werden. Im Fall des Indikators »Behinderung« wäre ein längerer Beobachtungszeitraum und eine jährliche Darstellung möglich, aus Gründen der Übersicht wird aber im vorliegenden Kapitel auf die Verwendung unterschiedlicher Bezugszeiträume verzichtet. Mit Ausnahme des Indikators »Lebenserwartung bei Geburt« beziehen sich alle Indikatoren auf die 18-jährige und ältere Bevölkerung.

In Tabelle 2.2 ist die Entwicklung des Kernindikators »Lebenserwartung bei Geburt« nach Geschlecht differenziert für den Zeitraum 1992/1994 bis 2012/2014 auf Basis der Periodensterbetafeln des Statistischen Bundesamtes dargestellt. Der Indikator beschreibt die mittlere Lebenserwartung eines Neugeborenen im jeweiligen Zeitraum in einem hypothetischen Jahrgang, der aus allen im Zeitraum lebenden und gestorbenen Personen besteht. Die in den Periodensterbetafeln dargestellte Entwicklung der Lebenserwartung bei Geburt wird durch Veränderungen in der Altersstruktur nicht beeinflusst und ist altersunabhängig zu interpretieren. Zwischen den Zeiträumen 1992/1994 und 2012/2014 hat die Lebenserwartung bei Geburt in Deutschland bei Frauen und Männern deutlich zugenommen. Bei Frauen gab es einen Zuwachs von 3,8 Jahren, bei Männern von 5,3 Jahren. Dadurch haben sich die Geschlechtsdifferenzen in der Lebenserwartung bei Geburt im Beobachtungszeitraum weiter verringert. Einkommensunterschiede in der Lebenserwartung bei Geburt sind auf Basis verschiedener Studien dokumentiert, können aber aus der amtlichen Statistik alleine nicht abgeleitet werden (Lampert, Kroll 2014).

In Tabelle 2.3 ist die Entwicklung des Kernindikators »Subjektive Gesundheit – sehr gut oder gut« nach Geschlecht, Alter und Einkommensposition dargestellt. Der Indikator beschreibt den Anteil der Personen, die ihren eigenen allgemeinen Gesundheitszustand als »sehr gut« oder »gut« einschätzen sowie keine Einschränkungen in fünf vorgegebenen Funktionsbereichen und

Tabelle 2.2

Kernindikator »Lebenserwartung bei Geburt« nach Geschlecht

Datenbasis: Periodensterbetafeln (Destatis 2012, 2015, 2016)

Zeitraum	Lebenserwartung bei Geburt	
	Frauen	Männer
1992/1994	79,3	72,8
1994/1996	79,7	73,3
1996/1998	80,3	74,0
1998/2000	80,8	74,8
2000/2002	81,2	75,4
2002/2004	81,6	75,9
2004/2006	82,1	76,6
2006/2008	82,4	77,2
2008/2010	82,6	77,5
2010/2012	82,8	77,7
2012/2014	83,1	78,1

keine Behinderung haben. Bezüglich der funktionellen Einschränkungen werden berücksichtigt: (1) körperliche Probleme beim Treppensteigen, (2) körperliche Probleme bei der Verrichtung anstrengender Tätigkeiten im Alltag, (3) Einschränkungen durch körperliche Gesundheitsprobleme bei der Arbeit oder alltäglichen Beschäftigungen, (4) Einschränkungen durch seelische oder emotionale Probleme bei der Arbeit oder alltäglichen Beschäftigungen, (5) Einschränkungen durch gesundheitliche oder seelische Probleme in sozialen Kontakten (jeweils »stark« bzw. »oft« oder »immer« eingeschränkt).

Im Beobachtungszeitraum ist der Anteil der Frauen und Männer mit sehr guter oder guter subjektiver Gesundheit weitgehend konstant geblieben. Bei Frauen lag er in den Jahren 2002 und 2014 mit 43,3 % und 43,1 % annähernd gleich hoch. Bei Männern betragen die Vergleichswerte 47,8 % und 47,3 %. Zu berücksichtigen ist dabei, dass die Bevölkerung insgesamt älter geworden ist und im höheren Lebensalter das Risiko für Gesundheitsprobleme zunimmt. Wird dies in den Berechnungen berücksichtigt und für Alter statistisch kontrolliert, dann lässt sich zumindest bei Männern im Beobachtungszeitraum eine signifikante Zunahme des Anteils derer mit sehr guter und guter Gesundheit feststellen.

Tabelle 2.3

Kernindikator »Subjektive Gesundheit – sehr gut oder gut« nach Geschlecht, Altersgruppen und Einkommensposition

Datenbasis: SOEP 2002–2014

	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014
Gesamt	45,5	45,8	43,8	45,1	44,7	45,5	45,1
Geschlecht							
Weiblich	43,3	43,8	42,3	43,5	43,3	44,2	43,1
Männlich	47,8	48,0	45,5	46,8	46,2	46,9	47,3
Altersgruppen							
18–24 Jahre	77,7	76,3	73,5	75,5	74,2	72,2	71,8
25–49 Jahre	58,5	59,0	55,6	58,3	58,1	58,9	59,6
50–64 Jahre	34,0	35,2	33,9	34,1	34,3	35,8	35,4
65 Jahre und älter	17,9	19,5	20,0	21,3	21,5	25,0	24,3
Nettoäquivalenzeinkommen¹							
Geringes Nettoäquivalenzeinkommen	40,7	41,4	40,1	39,0	38,5	36,5	38,8
Mittleres Nettoäquivalenzeinkommen	45,4	45,4	43,4	45,2	45,0	46,1	44,9
Hohes Nettoäquivalenzeinkommen	54,8	58,0	53,2	54,2	53,6	55,0	57,4

¹ Relative Einkommensposition: »geringes Nettoäquivalenzeinkommen« unter 60 %, »mittleres Nettoäquivalenzeinkommen« 60–150 % und »hohes Nettoäquivalenzeinkommen« 150 % und mehr des Nettoäquivalenzeinkommens bezogen auf den gesellschaftlichen Mittelwert (Median)

Bei der Analyse von Einkommensunterschieden in der subjektiven Gesundheit müssen ebenfalls Alterseffekte berücksichtigt werden, weil sich die Einkommensgruppen hinsichtlich ihrer Alterszusammensetzung unterscheiden. Nach Kontrolle der Altersunterschiede ist die Chance auf eine sehr gute oder gute subjektive Gesundheit über den gesamten Beobachtungszeitraum 2002 bis 2014 betrachtet in der höchsten Einkommensgruppe (150 % und mehr des Nettoäquivalenzeinkommens) im Verhältnis zur Armutsrisikogruppe (< 60 % des Nettoäquivalenzeinkommens) bei Frauen 2,9-fach und bei Männern 2,2-fach erhöht. Im Vergleich zum Jahr 2002 haben die Einkommensdifferenzen bei Frauen bis zum Jahr 2014 dabei statistisch signifikant zugenommen, während es bei Männern eine nicht signifikante Veränderung der Differenzen zwischen der niedrigen und hohen Einkommensgruppe gab.

Tabelle 2.4 beschreibt die Entwicklung des Kernindikators »Subjektive Gesundheit – weniger gut oder schlecht« nach Geschlecht, Alter und Einkommensposition. Der Indikator gibt den Anteil der Frauen und Männer an, die ihren allgemeinen Gesundheitszustand als »weniger gut« oder »schlecht« einschätzen und in mindestens drei der genannten fünf Funktionsbereiche »stark«

bzw. »oft« oder »immer« eingeschränkt sind. Eine derart starke Beeinträchtigung der Gesundheit betrifft nur einen geringen Teil der Bevölkerung in Deutschland. Im Jahr 2002 belief sich dieser Anteil bei Frauen auf 8,5 % und bei Männern auf 5,8 %. Bis zum Jahr 2014 hat sich dieser Anteil bei Frauen leicht auf 8,3 % verringert, während er bei Männern auf 6,5 % gestiegen ist. Nach Berücksichtigung des Einflusses der demografischen Alterung zeigt sich, dass sich das Risiko für eine weniger gute oder schlechte subjektive Gesundheit nur bei Frauen statistisch signifikant verringert hat, bei Männern gab es zwischen 2002 und 2014 keine signifikante Veränderung.

Darüber hinaus sind ausgeprägte Unterschiede zwischen den Einkommensgruppen festzustellen. Nach Kontrolle der Altersunterschiede ist das Risiko einer weniger guten oder schlechten subjektiven Gesundheit über den gesamten Beobachtungszeitraum 2002 bis 2014 betrachtet in der Armutsrisikogruppe im Verhältnis zur höchsten Einkommensgruppe bei Frauen 3,8-fach und bei Männern 6,6-fach erhöht. Bei Frauen haben sich die Unterschiede zwischen den Einkommensgruppen zwischen 2002 und 2014 signifikant vergrößert, während sie sich bei Männern nicht verändert haben.

Tabelle 2.4

Kernindikator »Subjektive Gesundheit – weniger gut oder schlecht« nach Geschlecht, Altersgruppen und Einkommensposition

Datenbasis: SOEP 2002–2014

	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014
Gesamt	7,2	7,3	7,5	6,4	6,9	6,7	7,4
Geschlecht							
Weiblich	8,5	8,5	8,7	7,3	7,9	7,5	8,3
Männlich	5,8	6,0	6,3	5,6	5,9	5,8	6,5
Altersgruppen							
18–24 Jahre	0,4	0,8	0,7	0,6	0,5	0,2	0,8
25–49 Jahre	2,3	2,3	2,6	2,2	2,4	2,2	2,7
50–64 Jahre	8,5	8,1	8,5	7,7	8,1	8,0	8,9
65 Jahre und älter	18,3	18,3	18,1	14,7	15,6	14,7	15,1
Nettoäquivalenzeinkommen¹							
Geringes Nettoäquivalenzeinkommen	10,2	9,1	10,1	10,3	12,2	12,1	13,1
Mittleres Nettoäquivalenzeinkommen	7,0	7,4	7,5	6,1	6,3	6,2	6,9
Hohes Nettoäquivalenzeinkommen	4,1	3,3	3,7	3,2	3,4	2,9	2,5

¹ Relative Einkommensposition: »geringes Nettoäquivalenzeinkommen« unter 60 %, »mittleres Nettoäquivalenzeinkommen« 60–150 % und »hohes Nettoäquivalenzeinkommen« 150 % und mehr des Nettoäquivalenzeinkommens bezogen auf den gesellschaftlichen Mittelwert (Median)

Tabelle 2.5 bezieht sich auf die Entwicklung des Kernindikators »Behinderung«. Dieser bezeichnet den Anteil der Frauen und Männer, die nach amtlicher Feststellung eine Erwerbsminderung oder Behinderung mit einem Schweregrad von mindestens 50 % haben. Dieser Anteil ist bei Frauen und Männern zwischen 2002 und 2014 weitgehend konstant geblieben. Er betrug im Jahr 2014 bei Frauen 9,9 % und bei Männern 11,3 %. Nach Berücksichtigung des Einflusses der demografischen Alterung zeigt sich, dass es in Bezug auf das Risiko für eine Behinderung bei Frauen zwischen den Jahren 2002 und 2014 keine statistisch bedeutsame Veränderung gab, während es bei Männern signifikant gesunken ist.

Bei Frauen sind in allen Beobachtungsjahren geringere Unterschiede zwischen den Einkommensgruppen festzustellen als bei Männern. Über den gesamten Beobachtungszeitraum betrachtet ist das Risiko einer Behinderung nach Berücksichtigung von Altersunterschieden für Frauen und Männer aus der Armutsrisikogruppe 2,1- bzw. 2,2-fach gegenüber Frauen und Männern aus der höchsten Einkommensgruppe erhöht. Bei Frauen ist eine signifikante Zunahme der Differenzen zu verzeichnen, während bei Männern im Verlauf

des Beobachtungszeitraums keine Veränderung zu beobachten ist.

Insgesamt spricht die Entwicklung der vier Kernindikatoren zwischen 2002 und 2014 für eine Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland. Die Lebenserwartung bei Geburt ist kontinuierlich gestiegen, der Anteil der Frauen und Männer mit sehr gutem Gesundheitszustand hat zugenommen und der Anteil der Frauen und Männer mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen ist konstant geblieben und zum Teil sogar etwas zurückgegangen. Zugleich bestehen entlang der Kernindikatoren in Deutschland allerdings weiterhin ausgeprägte soziale Unterschiede in den Gesundheitschancen zuungunsten von Frauen und Männern mit niedrigem Einkommen. In einigen Bereichen haben sich die Unterschiede zwischen den Einkommensgruppen im Beobachtungszeitraum ausgeweitet, z. B. in Bezug auf die subjektive Gesundheit bei Frauen.

Die Ergebnisse zu den Kernindikatoren stehen damit im Einklang mit den Daten, die bislang im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes berichtet wurden. Im Gesundheitsbericht für Deutschland, der Ende 2015 veröffentlicht wurde und die Entwicklung der Gesundheit in Deutschland seit der Wiedervereinigung

Tabelle 2.5

Kernindikator »Behinderung« nach Geschlecht, Altersgruppen und Einkommensposition

Datenbasis: SOEP 2002–2014

	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014
Gesamt	9,9	10,1	10,3	10,0	9,8	10,0	10,6
Geschlecht							
Weiblich	8,9	9,1	9,3	9,0	9,0	9,1	9,9
Männlich	10,9	11,1	11,3	11,0	10,7	11,0	11,3
Altersgruppen							
18–24 Jahre	1,3	2,0	1,7	1,8	1,6	1,5	1,7
25–49 Jahre	2,9	3,4	3,3	3,3	3,2	3,8	4,0
50–64 Jahre	14,1	13,5	13,3	13,3	13,3	12,4	13,1
65 Jahre und älter	22,6	22,2	23,3	21,3	20,4	20,2	20,7
Nettoäquivalenzeinkommen¹							
Geringes Nettoäquivalenzeinkommen	11,2	10,6	11,4	13,3	13,0	12,7	13,4
Mittleres Nettoäquivalenzeinkommen	10,0	10,3	10,4	9,7	9,5	9,9	10,6
Hohes Nettoäquivalenzeinkommen	6,4	6,9	7,1	6,7	7,1	6,6	6,1

¹ Relative Einkommensposition: »geringes Nettoäquivalenzeinkommen« unter 60 %, »mittleres Nettoäquivalenzeinkommen« 60–150 % und »hohes Nettoäquivalenzeinkommen« 150 % und mehr des Nettoäquivalenzeinkommens bezogen auf den gesellschaftlichen Mittelwert (Median)

umfassend nachzeichnet, wird festgestellt, dass sich in vielen, wenngleich bei weitem nicht in allen Bereichen eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation beobachten lässt. Neben den Entwicklungen in Bezug auf die Lebenserwartung und die subjektive Gesundheit wird z. B. auf die Verringerung der Herz-Kreislauf-Mortalität, die Zunahme der sportlichen Aktivität und den Rückgang beim Rauchen verwiesen (RKI 2015). Gleichzeitig zeigen die Daten der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, dass die sozialen Unterschiede in der Gesundheit und Lebenserwartung sich über die Zeit nicht verringert und sich zum Teil weiter ausgeweitet haben, und zwar gerade in Bereichen, in denen positive Entwicklungen zu verzeichnen sind, wie z. B. bei der sportlichen Aktivität oder dem Rauchen (Lampert, Kroll 2014; Lampert et al. 2016).

Literatur

- Arndt C, Dann S, Kleimann R et al. (2006) Das Konzept der Verwirklichungschancen (A. Sen) – Empirische Operationalisierung im Rahmen der Armuts- und Reichtumsmessung – Machbarkeitsstudie. Endbericht an das Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Institut für Angewandte Wirtschaftsforschung e. V., Tübingen
- Destatis (2012) Perioden-Sterbetafeln für Deutschland – Allgemeine und abgekürzte Sterbetafeln von 1871/1881 bis 2008/2010. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
- Destatis (2015) Periodensterbetafeln für Deutschland – Früheres Bundesgebiet, neue Länder sowie die Bundesländer 2010/2012. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
- Destatis (2016) Periodensterbetafeln für Deutschland – Früheres Bundesgebiet, neue Länder sowie die Bundesländer 2012/2014. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
- Lampert T, Kroll LE (2014) Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung. GBE kompakt 5(2): 1–13
- Lampert T, Kuntz B, Hoebel J et al. (2016) Gesundheitliche Ungleichheit. In: Statistisches Bundesamt (Destatis), Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Zentrales Datenmanagement (Hrsg) Datenreport 2016. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn, S 302–314
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2015) Gesundheit in Deutschland. RKI, Berlin
- Volkert J, Klee G, Kleimann R et al. (2003) Operationalisierung der Armuts- und Reichtumsmessung. Institut für Angewandte Wirtschaftsforschung e. V., Tübingen
- Wagner GG, Frick JR, Schupp J (2007) The German Socio-Economic Panel Study (SOEP) – Scope, Evolution and Enhancements. Schmollers Jahrbuch 127(1): 139–169

3 Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken im Kindes- und Jugendalter

Das Kindes- und Jugendalter gilt gemeinhin als gesündeste Phase im Leben eines Menschen. Tatsächlich haben Kinder in hochentwickelten Staaten wie Deutschland bessere Aussichten auf ein langes Leben bei guter Gesundheit als jede Generation zuvor. Dabei ist im Verlauf der letzten Jahrzehnte ein deutlicher Wandel im diagnostizierten Krankheitsspektrum festzustellen, eine Verlagerung von den akuten zu den chronischen Krankheiten, von den typischen Infektionskrankheiten des Kindesalters hin zu psychischen Problemen und Entwicklungsstörungen. Diese Entwicklung wird in der wissenschaftlichen Diskussion häufig mit dem Begriff der »neuen Morbidität« umrissen (Schlack 2004).

Kinder und Jugendliche sind eine wichtige Zielgruppe der Prävention und Gesundheitsförderung, da in jungen Jahren die Weichen für die Gesundheit im späteren Leben gestellt werden (Lampert 2010). Störungen während der frühen Phasen des Körperwachstums und der Organreifeung machen sich nicht nur unmittelbar bemerkbar, sondern können auch zu langfristigen gesundheitlichen Einschränkungen führen (Dragano, Siegrist 2009). Gesundheitsbezogene Einstellungen und Verhaltensmuster, die sich im Kindes- und Jugendalter ausbilden, haben häufig bis ins Erwachsenenalter hinein Bestand. Neben früh erworbenen Risikofaktoren erweisen sich dabei oftmals auch Schutzfaktoren und Ressourcen der Gesundheit als überaus stabil.

Die Lebensbedingungen der Familie und das soziale Umfeld sind für ein gesundes Aufwachsen von zentraler Bedeutung. Im Folgenden werden empirische Befunde präsentiert, die belegen, wie eng die gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen mit der sozialen Lage ihrer Familie zusammenhängt. Das Augenmerk richtet sich dabei auf die Altersspanne von 0 bis 17 Jahren. Zu Beginn wird die körperliche und psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Abhängigkeit vom Sozialstatus ihrer Eltern skizziert. Ein zweiter Abschnitt befasst sich mit der Bedeutung sozialer Merkmale für das Gesundheitsverhalten und assoziierte Risikofaktoren. Abschließend werden Ergebnisse zu sozialen Unterschieden in der Inanspruchnahme des gesundheitlichen Versorgungssystems berichtet.

Eine wichtige Datengrundlage zur Beschreibung der gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen stellt die »Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland« (KiGGS) des Robert Koch-Instituts (RKI) dar (Kurth 2007; Kurth et al. 2008; Kurth et al. 2016). Die Basiserhebung fand im Zeitraum von 2003 bis 2006 statt und umfasste sowohl Befragungen als auch Untersuchungen, Messungen und Tests. Von 2009 bis 2012 wurde eine telefonische Folgebefragung (KiGGS Welle 1) realisiert, zu der die ehemaligen Teilnehmenden der KiGGS-Basiserhebung erneut eingeladen wurden (Lange et al. 2014). Für die Altersgruppe der 0- bis 6-Jährigen wurde eine neue Stichprobe gezogen. Informationen zu einer Vielzahl an gesundheitsbezogenen Themen und Indikatoren stehen aus beiden Studien für die Altersgruppe der 0- bis 17-Jährigen zur Verfügung.

Darüber hinaus werden für den folgenden Ergebnisüberblick weitere Datenquellen genutzt. Dazu zählt die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) koordinierte Studie »Health Behaviour in School-aged Children« (HBSC), die den Schwerpunkt auf das Gesundheitsverhalten und die psychosoziale Gesundheit von 11- bis 15-jährigen Jugendlichen legt. Um Aussagen über den Substanzgebrauch von Jugendlichen treffen zu können, werden ergänzend Daten der Repräsentativerhebungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und der Europäischen Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD) des Instituts für Therapieforschung (IFT) herangezogen. Im Abschnitt zur Mund- und Zahngesundheit werden Ergebnisse der Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS) des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ) präsentiert, die 2014 bereits zum fünften Mal durchgeführt wurde (Jordan et al. 2015; Jordan, Micheelis 2016). Informationen zu Entwicklungsverzögerungen und -störungen sowie zu weiteren Gesundheitsaspekten werden durch die Einschulungsuntersuchungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) bereitgestellt.

3.1 Gesundheitliche Lage

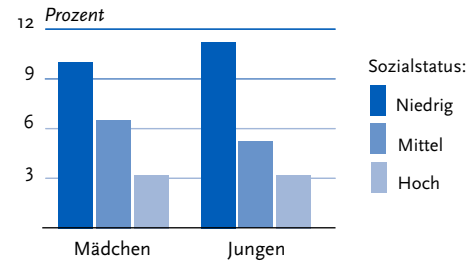
3.1.1 Allgemeiner Gesundheitszustand

Um Aussagen über den allgemeinen Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen treffen zu können, wird in vielen Gesundheitssurveys die subjektive Einschätzung der Eltern oder der Heranwachsenden selbst erhoben. Das subjektive Gesundheitsurteil spiegelt nicht nur vorhandene Krankheiten und Beschwerden wider, sondern basiert auch auf Wahrnehmungen und Bewertungen der Gesundheit und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Erhart et al. 2009). Nach den in KiGGS Welle 1 erhobenen Elternangaben haben 51,7% der Kinder und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren einen sehr guten und weitere 42,0% einen guten allgemeinen Gesundheitszustand. Nur bei 6,3% der Heranwachsenden wird die Gesundheit von den Eltern als mittelmäßig, schlecht oder sehr schlecht beschrieben. Der Unterschied zwischen Mädchen und Jungen ist in dieser Hinsicht gering (6,5% gegenüber 6,1%).

Eltern mit niedrigem Sozialstatus schätzen den allgemeinen Gesundheitszustand ihrer Kinder am häufigsten als nur mittelmäßig bis sehr schlecht ein (Lampert et al. 2014b). Dies zeigt sich sowohl bei Mädchen als auch bei Jungen. Da sich auch in der Einschätzung der Eltern aus der mittleren und hohen Statusgruppe deutliche Unterschiede abzeichnen, kann mit Blick auf den allgemeinen Gesundheitszustand die Aussage getroffen werden: Je niedriger der Sozialstatus der Familie, desto häufiger wird der allgemeine Gesundheitszustand der Kinder als nur mittelmäßig, schlecht oder sehr schlecht beurteilt (Abbildung 3.1).

Werden die im Rahmen der HBSC-Studie 2013/2014 erhobenen Selbstangaben der 11- bis 15-jährigen Mädchen und Jungen betrachtet, zeigt sich, dass Jugendliche aus Familien mit niedrigem familiären Wohlstand ihren allgemeinen Gesundheitszustand deutlich häufiger nur als »einigermaßen« oder »schlecht« einschätzen als Gleichaltrige aus sozial bessergestellten Familien (HBSC-Studienverbund Deutschland 2015a). Ein Vergleich der vorangegangenen Erhebungen der HBSC-Studie macht deutlich, dass das Ausmaß sozialer Unterschiede in der subjektiven Gesundheit

Abbildung 3.1
Allgemeiner Gesundheitszustand (»mittelmäßig«, »schlecht« oder »sehr schlecht«) bei 3- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen nach Sozialstatus
Datenbasis: KiGGS Welle 1 2009–2012



im Zeitraum von 2002 bis 2009/2010 für beide Geschlechter weitgehend konstant geblieben ist (Moor et al. 2012).

3.1.2 Entwicklungsstörungen

Auch die Einschulungsuntersuchungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes stellen eine gute Grundlage für Analysen der gesundheitlichen Ungleichheit in der heranwachsenden Bevölkerung dar. In allen Bundesländern, für die entsprechende Auswertungsergebnisse zur Verfügung stehen, zeigen Kinder aus sozial benachteiligten Familien weitaus häufiger körperliche, kognitive, sprachliche und motorische Entwicklungsdefizite als Kinder aus sozial bessergestellten Familien (Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt 2013a; Niedersächsisches Landesgesundheitsamt 2015; Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz Brandenburg 2016). Exemplarisch lässt sich dies anhand der Schuleingangsuntersuchung 2014 in Niedersachsen belegen (Niedersächsisches Landesgesundheitsamt 2015). Während 69,0% der Kinder aus bildungsnahen Familien ein unauffälliges und altersgerechtes Sprachvermögen attestiert wurde, traf dies mit 46,1% auf weniger als jedes zweite Kind aus bildungsfernen Haushalten zu. Wie aus Tabelle 3.1 hervorgeht, bestehen auch mit Blick auf die grob- und feinmotorische Entwicklung entsprechende Unterschiede zuungunsten von Kindern, deren Eltern über ein geringeres Bildungsniveau verfügen.

Tabelle 3.1

Entwicklungsstörungen bei Einschülerinnen und Einschülern nach Bildung der Eltern

Datenbasis: Einschulungsuntersuchung in Niedersachsen 2014 (Niedersächsisches Landesgesundheitsamt 2015)

	Abklärungs-empfehlung	Bereits in Behandlung	Befund ohne Abklärungsempfehlung	Ohne auffälligen Befund
Sprachvermögen				
Niedrige Bildung	7,7%	21,1%	25,0%	46,1%
Mittlere Bildung	3,5%	15,7%	16,8%	63,0%
Hohe Bildung	4,7%	10,7%	16,6%	69,0%
Grobmotorische Entwicklung				
Niedrige Bildung	3,1%	7,8%	17,3%	71,7%
Mittlere Bildung	1,8%	4,7%	14,4%	79,1%
Hohe Bildung	1,3%	2,8%	12,9%	83,0%
Feinmotorische Entwicklung				
Niedrige Bildung	4,4%	9,4%	19,8%	66,4%
Mittlere Bildung	2,4%	5,7%	16,8%	75,1%
Hohe Bildung	1,4%	3,1%	15,7%	79,8%

3.1.3 Chronische und impfpräventable Krankheiten

In KiGGS Welle 1 wurden auch Informationen zu ausgewählten chronischen und impfpräventablen Erkrankungen erhoben. Die Analysen unter Berücksichtigung des sozialen Status zeigen, dass Kinder und Jugendliche aus der hohen Statusgruppe häufiger von Neurodermitis betroffen sind als Heranwachsende aus der mittleren und niedrigen Statusgruppe (Tabelle 3.2) (Schmitz et al. 2014). Dagegen lässt sich feststellen, dass Kinder und Jugendliche aus der niedrigen Statusgruppe vermehrt an Asthma bronchiale leiden. Statistisch bedeutsam ist dieser Unterschied aber nur bei Betrachtung der 12-Monats-Prävalenz.

Die Ergebnisse aus KiGGS Welle 1 sprechen zudem für ein verstärktes Auftreten von Masern bei Kindern und Jugendlichen der niedrigen Statusgruppe (Lampert et al. 2015). Auch die Heranwachsenden aus der mittleren Statusgruppe sind häufiger betroffen als diejenigen aus der hohen Statusgruppe. Windpocken hingegen treten in der niedrigen Statusgruppe seltener auf als in der hohen Statusgruppe. Bezüglich der Verbreitung von Keuchhusten zeigen sich keine bedeutsamen Unterschiede zwischen den Statusgruppen. Als weitere Erkrankungen wurden in KiGGS Welle 1 Epilepsie, Fieberkrampf, Migräne, Herzkrankheit

und Diabetes untersucht. Zu diesen Erkrankungen, die weitaus seltener auftreten als die zuvor genannten, liegen bislang aber keine Analysen zu statusspezifischen Unterschieden vor (Neuhauser et al. 2014).

3.1.4 Mund- und Zahngesundheit

Gesunde Zähne tragen zum subjektiven Wohlbefinden bei und sind ein wichtiger Bestandteil des allgemeinen Gesundheitszustands. Erkrankungen wie Karies oder Parodontitis können nicht nur Schmerzen verursachen und die Funktionalität gesunder Zähne, z. B. beim Sprechen oder Essen, beeinträchtigen, sondern auch das Auftreten von weiteren Erkrankungen begünstigen (Brauckhoff et al. 2009). Zahlreiche Maßnahmen zielen darauf ab, die Mund- und Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen zu fördern. Hierzu zählen Initiativen zur Verbesserung der Mundhygiene, das Angebot der Gruppenprophylaxe in Kindergärten und Schulen, eine flächendeckend gut ausgebaute zahnärztliche Versorgung und Individualprophylaxe, eine verstärkte Aufklärung über zahngesunde Ernährung sowie Fluoridzufuhr über Zahnpasta und Speisesalz (Schenk, Knopf 2007; Knopf et al. 2008; Jordan, Michellis 2016).

Tabelle 3.2
Allergische Erkrankungen und Infektionskrankheiten
bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren nach Sozialstatus
 Datenbasis: KiGGS Welle 1 2009–2012

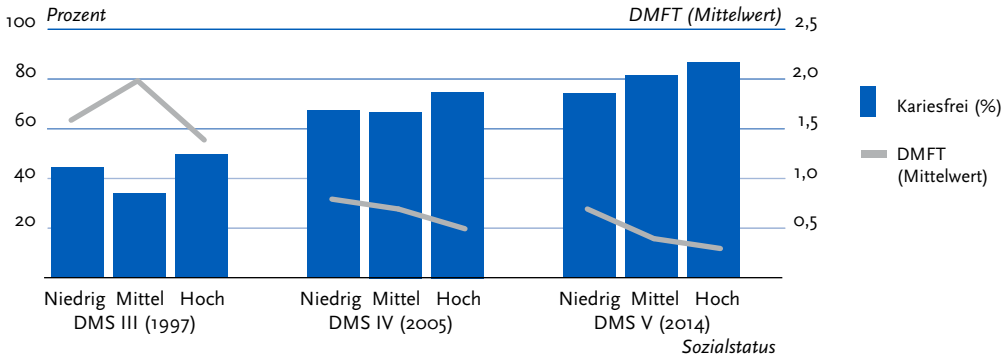
	Mädchen			Jungen		
	Sozialstatus			Sozialstatus		
	Niedrig	Mittel	Hoch	Niedrig	Mittel	Hoch
	%	%	%	%	%	%
	(95%-KI)	(95%-KI)	(95%-KI)	(95%-KI)	(95%-KI)	(95%-KI)
Asthma bronchiale						
Lebenszeitprävalenz	4,8 (2,9–7,9)	5,6 (4,6–6,8)	4,2 (3,3–5,5)	8,8 (6,2–12,2)	7,3 (6,3–8,4)	6,4 (5,0–8,0)
12-Monats-Prävalenz	4,2 (2,4–7,1)	3,6 (2,9–4,5)	2,4 (1,7–3,5)	6,0 (3,8–9,4)	4,5 (3,7–5,6)	3,7 (2,8–4,9)
Heuschnupfen						
Lebenszeitprävalenz	8,1 (5,8–11,4)	11,8 (10,2–13,5)	10,0 (8,4–11,8)	17,7 (14,3–21,8)	13,9 (12,6–15,3)	13,1 (11,0–15,4)
12-Monats-Prävalenz	5,9 (3,9–8,9)	8,6 (7,3–10,0)	7,3 (5,9–9,0)	10,2 (7,5–13,6)	10,6 (9,4–11,9)	9,6 (7,8–11,7)
Neurodermitis						
Lebenszeitprävalenz	10,0 (7,1–14,0)	15,1 (13,6–16,7)	16,6 (14,8–18,5)	14,1 (10,7–18,5)	13,4 (12,1–14,9)	17,2 (15,1–19,6)
12-Monats-Prävalenz	4,9 (3,1–7,7)	6,6 (5,6–7,8)	7,0 (5,8–8,4)	6,2 (3,8–9,9)	4,8 (4,1–5,6)	7,9 (6,5–9,5)
Häufige Infektionskrankheiten						
Masern: Lebenszeitprävalenz	11,0 (7,9–15,2)	6,8 (5,5–8,3)	3,4 (2,6–4,5)	12,1 (8,8–16,5)	6,4 (5,4–7,5)	3,6 (2,5–5,1)
Windpocken: Lebenszeitprävalenz	49,7 (43,2–56,1)	55,8 (53,4–58,1)	51,7 (49,1–54,3)	53,3 (47,7–58,8)	51,6 (49,2–54,0)	51,3 (48,3–54,3)
Keuchhusten: Lebenszeitprävalenz	3,1 (1,7–5,4)	4,1 (3,3–5,1)	4,0 (2,8–5,6)	7,4 (4,9–10,9)	3,7 (3,0–4,6)	4,3 (3,1–5,9)

KI = Konfidenzintervall

Wie die Daten der Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS) belegen, hat sich die Mund- und Zahngesundheit von Kindern in den letzten 20 Jahren deutlich verbessert (Jordan et al. 2015; Jordan, Micheelis 2016). So ist z. B. der sogenannte DMFT-Index, der die durchschnittliche Zahl kariöser, gefüllter oder wegen Karies fehlender Zähne angibt, bei 12-Jährigen von 1,7 im Jahr 1997 auf 0,5 im Jahr 2014 zurückgegangen (Schiffner 2016). Die seit 1994 in regelmäßigen Abständen durchgeführten epidemiologischen Studien der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ) und Reihenuntersuchungen einzelner Bundesländer bestätigen den Trend einer sich verbessernden Mundgesundheit bei deutschen Schülerinnen und

Schülern (Pieper 2010; MUGV Brandenburg 2013). Trotz dieser insgesamt positiven Entwicklung, von der alle Bevölkerungsgruppen, auch solche mit niedrigem Sozialstatus, profitiert haben, lässt sich nach wie vor ein enger Zusammenhang zwischen der sozialen Herkunft und der Mundgesundheit von Kindern feststellen: Je höher der soziale Status der Familie, desto seltener treten Karies und andere Zahnerkrankungen auf (Frühbuß, Schäfer 2009; Schwendicke et al. 2015). Wie aus Abbildung 3.2 hervorgeht, ist der durchschnittliche DMFT-Wert zwar in allen Statusgruppen seit 1997 gesunken, der im Rahmen der DMS-V-Studie 2014 gemessene Wert lag bei Kindern mit hohem Sozialstatus jedoch deutlich niedriger als bei Gleichaltri-

Abbildung 3.2
Zeitliche Entwicklung der Karieserfahrung 12-jähriger Kinder in Deutschland nach Sozialstatus
 Datenbasis: Deutsche Mundgesundheitsstudien III, IV und V (1997, 2005 und 2014)

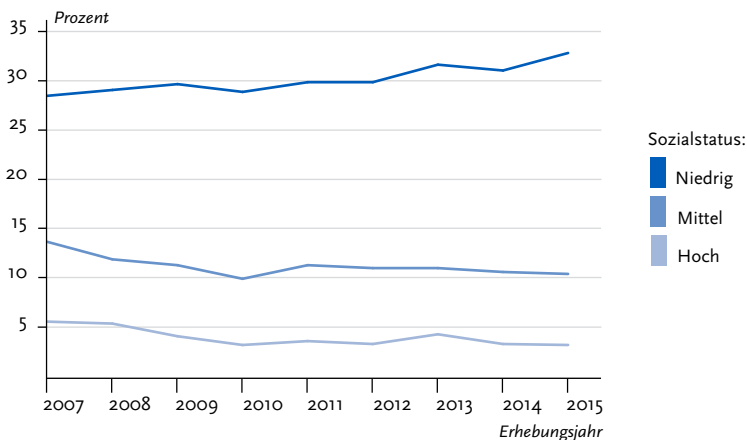


gen mit niedrigem Sozialstatus (Schiffner 2016). Die allgemeine Ungleichverteilung der Karies und der Umstand, dass immer weniger Kinder einen Großteil der gesamten Karieslast auf sich vereinen, wird auch als »Kariespolarisation« bezeichnet: Im Jahr 2014 wiesen laut DMS-V-Studie 6,1% der untersuchten 12-Jährigen 62,4% der Gesamtkarieserfahrung der Altersgruppe auf (Schiffner 2016).

Auch im Rahmen der jährlichen Einschulungsuntersuchung in Berlin wird durch Ärztinnen und Ärzte des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes die Zahn- und Mundgesundheit der Kinder

beurteilt (Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin 2016). Anhand von festgelegten Kriterien, die den allgemeinen Gebisszustand betreffen, erfolgt eine rein qualitative Bewertung. Im Jahr 2015 wiesen von mehr als 30.000 untersuchten Kindern insgesamt 86,9% ein naturgesundes Gebiss bzw. mit Füllungen angemessen versorgte Zähne ohne zusätzliche Karies auf. Den übrigen 13,1% wurden ein sanierungsbedürftiges Gebiss, abgefaltete Zähne oder Extraktionen wegen Karies attestiert. Wie aus Abbildung 3.3 hervorgeht, besteht ein deutliches soziales Gefälle

Abbildung 3.3
Einschülerinnen und Einschüler mit sanierungsbedürftigen Zähnen (Füllungen mit Karies, Karies ohne Füllungen oder Zähne abgefalt bzw. Extraktionen wegen Karies) nach Sozialstatus
 Datenbasis: Einschulungsuntersuchung in Berlin 2007–2015



in der Zahn- und Mundgesundheit von Kindern im Einschulungsalter: Im Jahr 2015 hatte rund jedes dritte Kind mit niedrigem Sozialstatus sanierungsbedürftige Zähne, während der entsprechende Anteil bei Kindern mit mittlerem und hohem Sozialstatus mit 10,3 % bzw. 3,0 % deutlich darunter lag. Der aus der DMS-Studie abgeleitete Befund einer sukzessiven Verbesserung der Zahngesundheit in allen Statusgruppen, lässt sich zumindest für die Jahre von 2007 bis 2015 nicht bestätigen. Vielmehr haben sich die sozialen Unterschiede in diesem Zeitraum sogar noch leicht ausgeweitet.

3.1.5 Unfallverletzungen

Unfälle und daraus resultierende Verletzungen stellen im Kindes- und Jugendalter den häufigsten Grund für eine Krankenhauseinweisung und die mit Abstand bedeutendste Todesursache dar (Varnaccia et al. 2014). KiGGS Welle 1 ermöglicht eine umfassende Beschreibung des Unfallgeschehens bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland, wobei der Schwerpunkt der Erhebung auf Unfallverletzungen lag, die in den letzten 12 Monaten vorkamen und ärztlich behandelt werden mussten. Gefragt wurde dabei auch nach dem Unfallort, dem Unfallhergang und der Dauer einer etwaigen Krankenhausbehandlung (Saß et al. 2014).

Bezüglich des Unfallgeschehens in den vergangenen 12 Monaten sind keine Unterschiede zwischen den Statusgruppen zu beobachten. Auch hinsichtlich der Orte, an denen die Unfälle passierten, sind keine Unterschiede festzustellen. Bei allen Statusgruppen treten Unfälle am häufigsten zu Hause auf, gefolgt von Betreuungs-/Bildungseinrichtungen und Spielplätzen/Sportstätten. Kinder und Jugendliche aus der niedrigen Statusgruppe werden aber, wenn sie verunfallen, zu einem größeren Anteil und auch länger im Krankenhaus behandelt als Gleichaltrige aus der hohen Statusgruppe, was auf einen höheren Schweregrad der resultierenden Verletzungen hinweisen könnte (Saß et al. 2014). Damit im Einklang steht der in der KiGGS-Basiserhebung erzielte Befund, dass Kinder und Jugendliche aus den höheren Statusgruppen häufiger Helme und Protektoren beim Fahrradfahren und Inlineskaten nutzen (Kahl et al. 2007).

3.1.6 Psychische Auffälligkeiten

Zu den Bereichen der gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen, die seit einigen Jahren verstärkte Aufmerksamkeit erfahren haben, gehören psychische Auffälligkeiten. In KiGGS Welle 1 wurde zur Erfassung psychischer Auffälligkeiten der »Strengths and Difficulties Questionnaire« (SDQ) eingesetzt, ein Screening-Instrument, das unter anderem Hinweise auf emotionale Probleme, Verhaltensprobleme, Aufmerksamkeitsstörung/Hyperaktivität und Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen liefert (Goodman 1997). Aus den Informationen zu diesen vier Problembereichen kann ein Gesamtproblemwert errechnet werden. Kinder und Jugendliche, die sich im Gesamtproblemwert anhand der festgelegten Grenzwerte einer deutschen Normstichprobe (Woerner et al. 2002) als grenzwertig auffällig oder auffällig klassifizieren lassen, werden zu einer Risikogruppe zusammengefasst (Hölling et al. 2014).

Kinder und Jugendliche aus der niedrigen Statusgruppe sind zu einem Drittel der Risikogruppe zuzurechnen, während dies auf ein Fünftel der Heranwachsenden aus der mittleren und ein Zehntel derer aus der hohen Statusgruppe zutrifft (33,5 %, 19,0 %, 9,8 %). Dieser soziale Gradient tritt bei Mädchen und Jungen gleichermaßen zutage (Abbildung 3.4).

Zur Feststellung einer Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) kann in KiGGS Welle 1 neben den Angaben aus dem SDQ-Fragebogen auch auf Angaben der Eltern zu einer bei ihrem Kind von einem Arzt oder Psychologen gestellten Diagnose zurückgegriffen werden

Abbildung 3.4
Psychische Auffälligkeiten (SDQ-Gesamtwert) bei 3- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen nach Sozialstatus
Datenbasis: KiGGS Welle 1 2009–2012

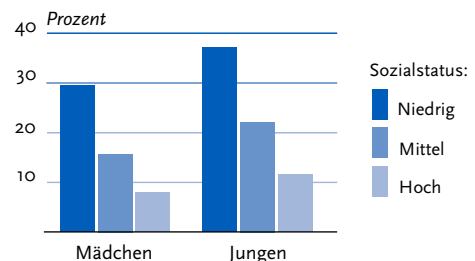
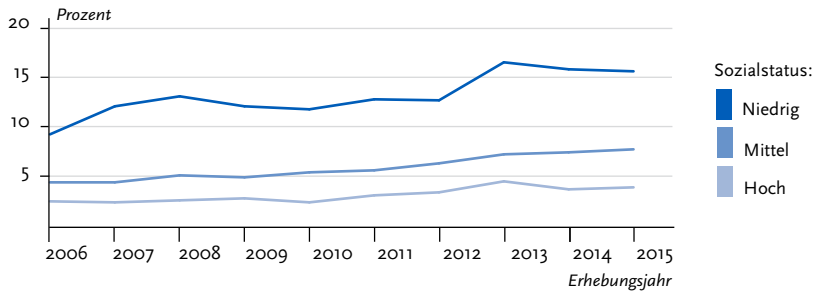


Abbildung 3.5**Einschülerinnen und Einschüler mit emotionalen-sozialen Störungen nach Sozialstatus**

Datenbasis: Einschulungsuntersuchung in Brandenburg 2006–2015

(Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz Brandenburg 2016)



(Schlack et al. 2014). Wie bei der Verbreitung psychischer Auffälligkeiten insgesamt, sind auch in Bezug auf die Lebenszeitprävalenz von ADHS deutliche soziale Unterschiede festzustellen. Bei Kindern und Jugendlichen aus der niedrigen Statusgruppe liegt diese bei 8,1%. Die Vergleichswerte für die Heranwachsenden aus der mittleren und hohen Statusgruppe betragen 4,5 % bzw. 3,0 %.

Soziale Unterschiede im Auftreten von psychischen und Verhaltensauffälligkeiten werden bereits im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen dokumentiert (Niedersächsisches Landesgesundheitsamt 2015; Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz Brandenburg 2016). In Niedersachsen erfolgt die Beurteilung der Kinder durch den untersuchenden Arzt, wobei das Verhalten des Kindes in der Untersuchungssituation und im Interaktionsgeschehen sowie Angaben der Eltern bzw. Begleitpersonen im Beratungsgespräch herangezogen werden. Zusätzlich können die Eltern auf freiwilliger Basis den SDQ-Fragebogen ausfüllen, der auch in KiGGs verwendet wird. Die Dokumentation des Verhaltens erfolgt in den Einteilungen »ohne auffälligen Befund«, »Befund ohne Abklärungsempfehlung«, »Befund mit Abklärungsempfehlung«, »bereits in Behandlung/Beratung«, »keine Angabe/Untersuchung nicht erfolgt«. Bei Kindern, deren Eltern lediglich über einen geringen Ausbildungsgrad verfügen, zeigte mehr als jedes dritte Kind (35,3 %) Hinweise auf Verhaltensauffälligkeiten bzw. war deswegen bereits in Behandlung, während Kinder aus Familien mit mittlerer

bzw. hoher elterlicher Bildung mit 25,8 % bzw. 18,9 % deutlich seltener verhaltensauffällig waren (Niedersächsisches Landesgesundheitsamt 2015).

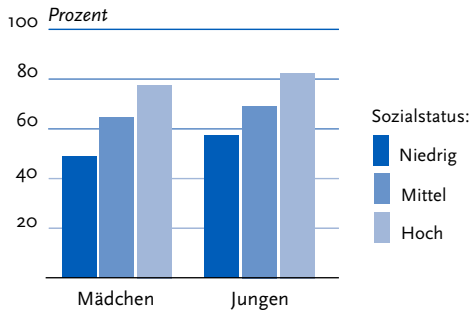
Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung in Brandenburg werden regelmäßig auch Informationen zum Vorliegen emotionaler und sozialer Störungen erhoben (Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz Brandenburg 2016). Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus sind den Daten zufolge deutlich häufiger von einer emotionalen bzw. sozialen Störung betroffen als Kinder aus Familien mit mittlerem oder hohem Sozialstatus. Dies lässt sich für alle Untersuchungsjahre im Zeitraum von 2006 bis 2015 belegen, wobei sich die sozialen Unterschiede im Zeitverlauf aufgrund eines überproportionalen Anstiegs in der niedrigen Statusgruppe ausgeweitet haben (Abbildung 3.5).

3.2 Gesundheitsverhalten und assoziierte Risikofaktoren

3.2.1 Ernährung

Im Kindes- und Jugendalter wird der Grundstein für das Gesundheitsverhalten im späteren Leben gelegt. Dies gilt mit Blick auf gesundheitsförderliche wie gesundheitsriskante Verhaltensweisen (Pinquart, Silbereisen 2002; Langness et al. 2005). Die Ernährungsweise ist von Bedeutung, da eine ausgewogene Energie- und Nährstoffzufuhr eine wichtige Voraussetzung für ein gesundes Aufwachsen ist (Mensink et al. 2007).

Abbildung 3.6
Frühstück zuhause an jedem Wochentag bei 5- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen nach Sozialstatus
 Datenbasis: KiGGS Welle 1 2009–2012



In den ersten Lebensmonaten wird das Stillen mit Muttermilch als beste Form der Ernährung empfohlen. Stillen ist mit vielen gesundheitlichen Vorteilen verbunden. So haben gestillte Kinder z. B. ein geringeres Risiko für verschiedene Erkrankungen, darunter Infektionskrankheiten, Asthma, Allergien und Adipositas (Heinig, Dewey 1996; American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding 2012). Die Daten aus KiGGS Welle 1 zeigen, dass 82,1% der 0- bis 6-jährigen Kinder jemals gestillt wurden (von der Lippe et al. 2014). Für mindestens 4 Monate ausschließlich gestillt, wurden 34,0%. Kinder mit niedrigem Sozialstatus wurden deutlich häufiger nie gestillt als Kinder mit mittlerem und hohem Sozialstatus (29,6% gegenüber 18,5% bzw. 7,8%) (Lampert et al. 2015). Ein sozialer Gradient zeichnet sich auch mit Blick auf die Stilldauer ab: Während mit 48,9% fast die Hälfte der Kinder mit hohem Sozialstatus für mindestens 4 Monate ausschließlich gestillt wurde, trifft dies lediglich auf 32,3% der Kinder mit mittlerem und 19,4% der Kinder mit niedrigem Sozialstatus zu.

Zu einer ausgewogenen Ernährung gehört der regelmäßige Verzehr von Obst und Gemüse, da sie große Mengen an Vitaminen, Spurenelementen, Mineral-, Ballast- und sekundären Pflanzenstoffen enthalten (Boeing et al. 2012). Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) empfiehlt, mindestens fünf Portionen Obst und Gemüse pro Tag zu essen, wobei eine Portion auch durch Obst- oder Gemüsesaft ersetzt werden kann. Wie die Daten aus KiGGS Welle 1 zeigen, erfüllen Mädchen mit hohem Sozialstatus mit 18,7% gegenüber

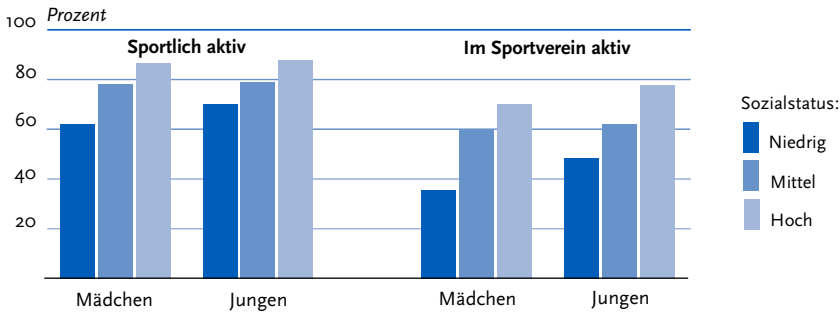
9,9% deutlich häufiger die DGE-Empfehlung als Mädchen mit niedrigem Sozialstatus. Auch Jungen mit hohem Sozialstatus verzehren mit 16,1% gegenüber 6,5% mehr als doppelt so häufig mindestens fünf Portionen Obst und Gemüse pro Tag wie Jungen mit niedrigem Sozialstatus (Borrmann et al. 2015).

Das tägliche Frühstück mit einer möglichst gesunden Auswahl an Lebensmitteln ist ein weiterer wichtiger Baustein einer gesunden Ernährung (Adolphus et al. 2013). In KiGGS Welle 1 wurden die Eltern von schulpflichtigen Kindern im Alter von 5 bis 10 Jahren gefragt, ob und wenn ja, wie oft ihr Kind an Wochentagen zuhause frühstückt. Jugendliche im Alter von 11 bis 17 Jahren wurden selbst befragt. Während von den Kindern und Jugendlichen mit niedrigem Sozialstatus lediglich 53,2% an jedem Wochentag zuhause frühstücken, trifft dies auf 66,7% der Gleichaltrigen mit mittlerem Sozialstatus und auf 79,9% derjenigen mit hohem Sozialstatus zu. Die sozialen Unterschiede zeichnen sich bei Mädchen und Jungen ähnlich ab (Abbildung 3.6). Auch die Ergebnisse der HBSC-Studie 2013/14 lassen einen deutlichen Zusammenhang zwischen dem familiären Wohlstand und dem Frühstücksverhalten erkennen: Je höher der familiäre Wohlstand, desto höher ist der Anteil 11- bis 15-jähriger Mädchen und Jungen, die an Schultagen täglich frühstücken (HBSC-Studienvorbund Deutschland 2015b).

3.2.2 Körperlich-sportliche Aktivität

Neben einer ausgewogenen Ernährung spielt ausreichend Bewegung für die gesunde Entwicklung im Kindes- und Jugendalter eine wichtige Rolle (Eime et al. 2013; Hinkley et al. 2014). Nach Empfehlungen der WHO sollten Kinder und Jugendliche jeden Tag für mindestens 60 Minuten körperlich aktiv sein (World Health Organization 2010). Mit Blick auf die tägliche körperliche Aktivität zeigen sich in KiGGS Welle 1 keine bedeutsamen Unterschiede nach dem sozialen Status. Kinder und Jugendliche aus der niedrigen Statusgruppe weisen aber den höchsten Anteil an Mädchen und Jungen auf, die seltener als an zwei Tagen pro Woche für mindestens 60 Minuten körperlich aktiv sind (RKI 2014a). Ein stärkerer Zusammenhang mit dem sozialen Status lässt sich für die

Abbildung 3.7
Sportliche Aktivität bei 3- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen nach Sozialstatus
 Datenbasis: KiGGS Welle 1 2009–2012



sportliche Aktivität feststellen. Mit zunehmendem Sozialstatus steigt der Anteil der Mädchen und Jungen, die Sport treiben bzw. in einem Sportverein aktiv sind (Abbildung 3.7) (RKI 2014b).

Im Zusammenhang mit der körperlichen und sportlichen Aktivität wurden in KiGGS Welle 1 die Eltern von 5- bis 10-jährigen Kindern auch danach gefragt, ob ihr Kind schwimmen kann und wenn ja, in welchem Alter es gelernt hat, zu schwimmen. Jugendliche im Alter von 11 bis 17 Jahren haben die beiden Fragen selbst beantwortet. Kinder mit niedrigem Sozialstatus können demnach seltener schwimmen als Gleichaltrige mit hohem Sozialstatus. Während in der hohen Statusgruppe 91,5 % der 5- bis 17-jährigen Mädchen und 89,8 % der gleichaltrigen Jungen schwimmen können, liegt der entsprechende Anteil bei Kindern mit niedrigem Sozialstatus mit 78,2 % bzw. 76,0 % deutlich darunter. Hinzu kommt, dass diejenigen Kinder aus der niedrigen Statusgruppe, die schwimmen können, rund 1,5 Jahre später schwimmen gelernt haben als Kinder aus der hohen Statusgruppe (RKI 2015; Kuntz et al. 2016). Auch andere Studien aus Deutschland belegen einen starken Zusammenhang zwischen sozialer Herkunft und Schwimmfähigkeit zuungunsten sozial benachteiligter Kinder (Leven, Schneekloth 2010; Augste et al. 2012).

3.2.3 Übergewicht und Adipositas

Art und Ausmaß des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens von Kindern und Jugendlichen

spielen bei der Entstehung von Übergewicht und Adipositas eine wichtige Rolle (Biro, Wien 2010). Nach den im Rahmen der KiGGS-Basiserhebung durchgeführten standardisierten Messungen von Körpergröße und Körpergewicht ist in der Altersgruppe der 3- bis 17-jährigen rund jedes fünfte Kind (20,2 %) mit niedrigem Sozialstatus übergewichtig, während von den Gleichaltrigen mit hohem Sozialstatus nur etwa jedes zehnte Kind (10,3 %) von Übergewicht betroffen ist (Kurth, Schaffrath Rosario 2007). Noch deutlicher sind die sozialen Unterschiede bei der Verbreitung von Adipositas ausgeprägt. Kinder mit niedrigem Sozialstatus sind mit einer Prävalenz von 10,3 % häufiger adipös als Kinder aus der mittleren Statusgruppe; diese sind mit 6,9 % gegenüber 3,8 % wiederum häufiger adipös als Kinder mit hohem Sozialstatus. Die sozialen Unterschiede im Vorkommen von Übergewicht und Adipositas zeichnen sich bei beiden Geschlechtern und in allen Altersgruppen deutlich ab, wobei sie im Jugendalter bei Mädchen stärker zutage treten als bei Jungen (Krause, Lampert 2014).

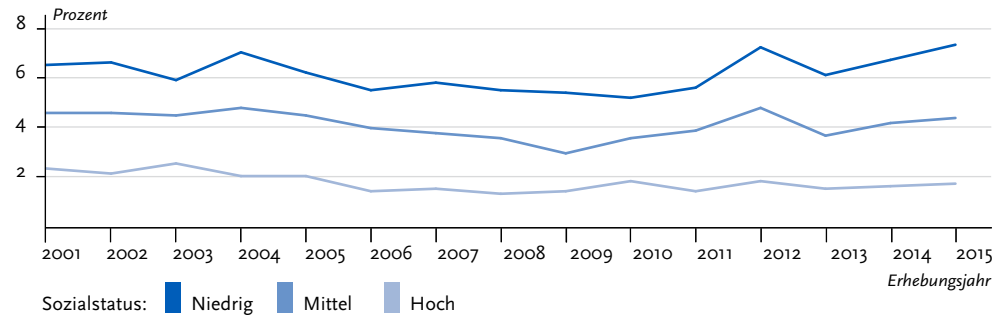
Daten aus den Schuleingangsuntersuchungen der Bundesländer, die ebenfalls auf Messdaten von Körpergewicht und Körpergröße beruhen, bestätigen, dass Kinder aus sozial benachteiligten Familien häufiger von Übergewicht und Adipositas betroffen sind als Kinder aus sozial bessergestellten Familien (Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt 2014; Niedersächsisches Landesgesundheitsamt 2015; Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz Brandenburg 2016). So sind den Daten der nie-

Abbildung 3.8

Einschülerinnen und Einschüler mit Adipositas nach Sozialstatus

Datenbasis: Einschulungsuntersuchung in Brandenburg 2001–2015

(Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz Brandenburg 2016)



dersächsischen Einschulungsuntersuchung 2014 zufolge Kinder, deren Eltern über eine mittlere oder eine vergleichsweise geringe Bildung verfügen, mit 10,0 % bzw. 14,6 % rund doppelt bzw. dreimal so häufig übergewichtig bzw. adipös als Kinder, die in bildungsnahen Familien aufwachsen (Niedersächsisches Landesgesundheitsamt 2015). In dieser Gruppe überschritten lediglich 5,5 % der Kinder die Grenzwerte für Übergewicht oder Adipositas.

Wird die Verbreitung von Adipositas betrachtet, so sprechen die Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen aus Brandenburg dafür, dass die sozialen Unterschiede im Zeitraum von 2001 bis 2015 relativ konstant geblieben sind (Abbildung 3.8). Im Jahr 2015 waren 7,3 % der Kinder mit niedrigem Sozialstatus adipös, in der hohen Statusgruppe lag der entsprechende Anteil bei 1,8 %. In Berlin sind die sozialen Unterschiede zwischen den Statusgruppen noch stärker ausgeprägt als in Brandenburg. Im Jahr 2015 lag der Anteil der adipösen Kinder mit niedrigem Sozialstatus mit 8,0 % zehnmal höher als bei Kindern mit hohem Sozialstatus, von denen lediglich 0,8 % von Adipositas betroffen waren (Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin 2016).

3.2.4 Mediennutzung

Im Zusammenhang mit Übergewicht und Bewegungsmangel wird die Bedeutung des sich ändernden Freizeitverhaltens von Kindern und Jugend-

lichen diskutiert. Besondere Aufmerksamkeit erfahren dabei elektronische Bildschirmmedien, die die Lebenswelt vieler Heranwachsender in zunehmendem Maße prägen (mpfs 2015). Nach vorliegenden Studienergebnissen sind Nutzungsmuster elektronischer Bildschirmmedien bei Kindern und Jugendlichen vor allem in Bezug auf eine übermäßige Nutzungsdauer, hinsichtlich der Art der Nutzung (passive vs. interaktive Mediennutzung), bestimmter Medieninhalte sowie durch die mit ihnen verbundenen körperlichen und psychosozialen Konsequenzen von gesundheitlicher Bedeutung (Finne, Bucksch 2014; Schlack et al. 2016).

Die Ergebnisse der HBSC-Studie 2013/14 zeigen, dass der Anteil 11- bis 15-jähriger Mädchen und Jungen, die an Schultagen mehr als vier Stunden fernsehen, mit abnehmendem familiärem Wohlstand zunimmt (HBSC-Studienverbund Deutschland 2015c). In KiGGS Welle 1 wurden Jugendliche im Alter von 11 bis 17 Jahren zu ihrer täglichen Nutzungsdauer von Fernsehen/Video, Computer/Internet und Spielkonsole befragt. Die Antwortkategorien lauteten jeweils: gar nicht, bis zu 1 Stunde, bis zu 2 Stunden, bis zu 3 Stunden, bis zu 4 Stunden, mehr als 4 Stunden (Manz et al. 2014). Für die Auswertungen wurde ein additiver Index gebildet, der die tägliche Gesamtnutzungsdauer der Bildschirmmedien in Stunden wiedergibt (Schlack et al. 2016). Die KiGGS-Daten zeigen, dass 23,1 % der 11- bis 17-Jährigen mehr als 5 Stunden pro Tag mit der Nutzung von Bildschirmmedien verbringen (Lampert et al. 2015). Von den Mädchen weist im Vergleich zu Jungen ein deutlich niedrigerer

Anteil ein derart intensives Nutzungsverhalten auf (16,7% gegenüber 29,2%). Mit 30,9% nutzt knapp ein Drittel der Jugendlichen mit niedrigem Sozialstatus mehr als 5 Stunden täglich Bildschirmmedien. In der mittleren und insbesondere in der hohen Statusgruppe liegen die Vergleichswerte mit 23,5% bzw. 10,8% deutlich niedriger. Weiterführende Auswertungen zeigen, dass sich die statusspezifischen Unterschiede im Umgang mit elektronischen Medien bereits im Kindesalter deutlich abzeichnen (Schlack et al. 2016).

3.2.5 Tabak- und Alkoholkonsum

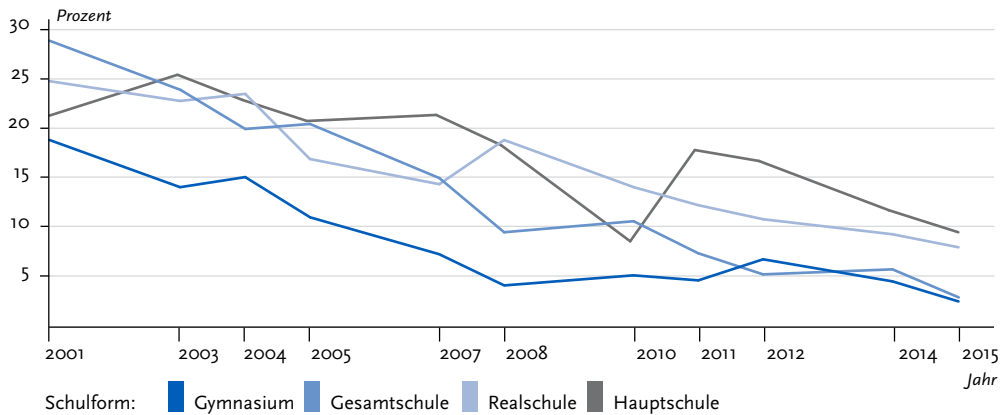
Übermäßiger und häufiger Alkoholkonsum sowie jegliche Form des Tabakkonsums gefährden die Gesundheit und gehen mit einem erhöhten Risiko für eine Vielzahl körperlicher Erkrankungen und psychischer Störungen einher (Anderson et al. 2012; USDHHS 2014). Kinder und Jugendliche sind die wichtigste Zielgruppe der Alkohol- und Tabakprävention, da in jungen Jahren die Weichen für den Substanzkonsum im späteren Leben gestellt werden und ein früher Einstieg die Wahrscheinlichkeit einer späteren Tabak- bzw. Alkoholabhängigkeit erhöht (Dawson et al. 2008; Kendler et al. 2013). Obwohl von einer erhöhten Vulnerabilität des noch nicht ausgereiften Organismus auszugehen ist, unterschätzen viele Jugendliche die gesundheitlichen Konsequenzen des Alkohol- und Tabakkonsums (Langness et al. 2005; Lampert et al. 2014a).

Um Angaben zum riskanten Alkoholkonsum und zum Rauschtrinken machen zu können, wurde in KiGGS Welle 1 das international häufig eingesetzte Screening-Instrument AUDIT-C verwendet, das aus drei Einzelfragen besteht (Lampert et al. 2014a). Von regelmäßigem Rauschtrinken wird ausgegangen, wenn die Jugendlichen angaben, mindestens einmal im Monat sechs oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit zu konsumieren. Zwischen dem Sozialstatus der Jugendlichen und den verwendeten Indikatoren für riskanten Alkoholkonsum und Rauschtrinken zeichnen sich keine bedeutsamen Unterschiede ab. Lediglich bei der Lebenszeitprävalenz sprechen die Ergebnisse aus KiGGS Welle 1 dafür, dass Jugendliche mit hohem Sozialstatus häufiger schon einmal Alkohol getrunken haben als jene

mit niedrigem Sozialstatus (Lampert et al. 2014a). Neben KiGGS können auch andere Studien für die Mehrzahl der Indikatoren des Alkoholkonsums im Jugendalter keine oder nur geringe bevölkerungsgruppenspezifische Unterschiede feststellen (Kuntz et al. 2015). Die Ergebnisse zur Bedeutung der weiterführenden Schulform der Jugendlichen sind ebenfalls nicht immer eindeutig und hängen mitunter vom Indikator des Alkoholkonsums, dem Alter und dem Geschlecht der Jugendlichen sowie der jeweiligen Studie ab. Die Ergebnisse der ESPAD-Studie 2011 weisen jedoch darauf hin, dass der Anteil der 15- und 16-jährigen Schülerinnen und Schüler, die in den letzten 30 Tagen mindestens dreimal Rauschtrinken praktiziert haben, an Haupt- und Realschulen mit 33,2% bzw. 29,8% größer ist als an Gymnasien (21,8%) und Gesamtschulen (20,5%) (Kraus et al. 2011).

Stärkere Unterschiede treten beim Tabakkonsum zutage. Jugendliche mit niedrigem Sozialstatus rauchen häufiger als Jugendliche mit hohem Sozialstatus. Dies gilt sowohl für Mädchen als auch für Jungen und insbesondere mit Blick auf den täglichen Tabakkonsum (Lampert et al. 2014a; Kuntz, Lampert 2016a). Während im Alter von 11 bis 17 Jahren lediglich 1,0% der Mädchen und 3,1% der Jungen mit hohem Sozialstatus täglich rauchen, ist das tägliche Rauchen mit 7,7% bzw. 8,5% bei gleichaltrigen Mädchen und Jungen mit niedrigem Sozialstatus deutlich stärker verbreitet. Die Art der weiterführenden Schule scheint für das Rauchverhalten von Jugendlichen ebenfalls eine Rolle zu spielen. Neben der KiGGS-Studie (Kuntz, Lampert 2013) belegen die Daten der ESPAD-Studie (Kraus et al. 2016) sowie Daten der HBSC-Studie (Richter, Leppin 2007; de Looze et al. 2013; Moor et al. 2016), dass Mädchen und Jungen, die ein Gymnasium besuchen, deutlich seltener rauchen als Gleichaltrige an anderen weiterführenden Schulen. Anhand der regelmäßig durchgeführten Repräsentativerhebungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) lässt sich nachvollziehen, wie sich das Rauchverhalten bei 12- bis 17-jährigen Jugendlichen im Zeitraum von 2001 bis 2015 in Abhängigkeit von der besuchten Schulform entwickelt hat (Orth, Töppich 2015; Orth 2016). Demnach hat sich der Anteil der Jugendlichen, die rauchen, im Zeitverlauf über alle Schulformen hinweg deut-

Abbildung 3.9
Zeitliche Entwicklung des Rauchens bei Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren nach besuchter Schulform
 Datenbasis: Repräsentativerhebungen der BZgA 2001–2015 (Orth, Töppich 2015; Orth 2016)



lich reduziert (Abbildung 3.9). Allerdings zeigt sich auch nach den letzten verfügbaren Daten aus dem Jahr 2015, dass an Haupt- und Realschulen mit 9,6% bzw. 8,1% deutlich mehr Jugendliche rauchen als an Gymnasien mit 2,7%.

3.2.6 Passivrauchbelastung

Passivrauchen bezeichnet die Aufnahme von Tabakrauch aus der Raumluft. Auch nichtrauchende Personen, die regelmäßig Passivrauchbelastungen ausgesetzt sind, haben ein erhöhtes Risiko für eine Vielzahl an Gesundheitsbeschwerden und Erkrankungen (USDHHS 2006). Für Kinder und Jugendliche ist Passivrauch besonders schädlich, da sie eine höhere Atemfrequenz als Erwachsene aufweisen, die Organe während der Wachstums- und Reifeprozesse besonders sensibel auf Umweltschadstoffe reagieren und das körpereigene Entgiftungssystem noch nicht voll ausgebildet ist (Treyster, Gitterman 2011). Nicht-raucherschutzgesetze zielen darauf ab, das Ausmaß der Passivrauchbelastung zu verringern.

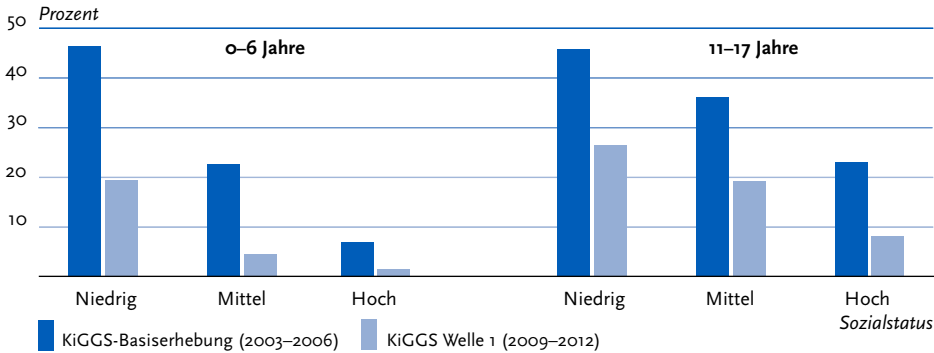
Wie die Ergebnisse der KiGGS-Studie verdeutlichen, hat sich der Anteil 0- bis 6-Jähriger, die zuhause Passivrauchbelastungen ausgesetzt sind, im Zeitraum von 2003–2006 bis 2009–2012 von 23,9% auf 6,6% reduziert (Kuntz, Lampert 2016b). Der Anteil 11- bis 17-jähriger Nichtraucher, die sich nach eigenen Angaben zumindest

mehrmals pro Woche in verrauchten Räumen aufhalten, ist im gleichen Zeitraum von 35,1% auf 18,8% gesunken (Kuntz, Lampert 2016a). Auch wenn die Prävalenz der Passivrauchbelastung in allen Bevölkerungsgruppen zurückgegangen ist, sprechen die KiGGS-Ergebnisse dafür, dass die relativen sozialen Unterschiede weitestgehend stabil geblieben sind. Nach wie vor gilt sowohl für die häusliche Passivrauchbelastung von Kindern im Alter von 0 bis 6 Jahren als auch für die selbstberichtete Passivrauchbelastung von 11- bis 17-jährigen Jugendlichen, dass mit sinkendem Sozialstatus der Anteil der Kinder und Jugendlichen zunimmt, die regelmäßig gegenüber Passivrauch exponiert sind (Abbildung 3.10).

Im Zusammenhang mit der Passivrauchbelastung ist auch das mütterliche Rauchen während der Schwangerschaft zu sehen, das für die Entwicklung des ungeborenen Kindes ein erhebliches Risiko darstellt (DiFranza et al. 2004; Dudenhausen 2009). Werden die Angaben der Eltern 0- bis 6-jähriger Kinder verglichen, die im Zeitraum von 1996–2002 (KiGGS-Basis) bzw. 2003–2012 (KiGGS Welle 1) geboren wurden, zeigt sich, dass der Anteil der Kinder, deren Mütter während der Schwangerschaft geraucht haben, in der älteren Geburtskohorte mit 19,9% gegenüber 12,1% höher lag als in der jüngeren Geburtskohorte (Kuntz, Lampert 2016c). In beiden Geburtskohorten sind deutliche Unterschiede in Abhängigkeit von der sozialen Herkunft festzustellen: Je höher

Abbildung 3.10
Zeitliche Entwicklung der Passivrauchbelastung 0- bis 6-jähriger Kinder und 11- bis 17-jähriger Jugendlicher nach Sozialstatus

Datenbasis: KiGGS-Basiserhebung 2003–2006 und KiGGS Welle 1 2009–2012 (Kuntz, Lampert 2016a,b)

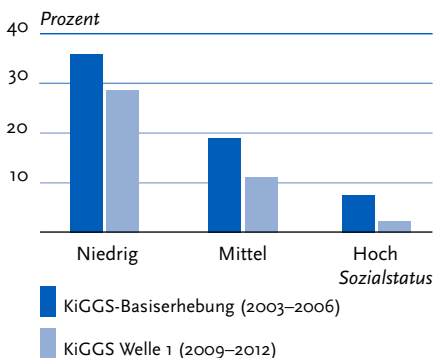


der soziale Status, desto geringer ist der Anteil der Kinder, deren Mütter während der Schwangerschaft geraucht haben (Abbildung 3.11).

Daten aus den Schuleingangsuntersuchungen in Sachsen-Anhalt, Berlin und Bayern untermauern die Ergebnisse der KiGGS-Studie und sprechen ebenfalls dafür, dass Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus bereits im Mutterleib und auch in den ersten Lebensjahren häufiger Passivrauchbelastungen ausgesetzt sind als Kinder aus sozial besser gestellten Familien (Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt 2014; Bolte et al. 2015; Liang et al. 2016; Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin 2016).

Abbildung 3.11
Anteil 0- bis 6-jähriger Kinder, deren Mütter während der Schwangerschaft geraucht haben, nach Sozialstatus

Datenbasis: KiGGS-Basiserhebung 2003–2006 und KiGGS Welle 1 2009–2012 (Kuntz, Lampert 2016c)



3.3 Gesundheitsbezogene Versorgung

3.3.1 Ambulante und stationäre Versorgung

Die Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland wird vorwiegend über ambulant-ärztliche Leistungen erbracht. Die wichtigste Rolle in der ärztlichen Grundversorgung kommt dabei der Kinder- und Jugendmedizin zu. Mit zunehmendem Alter der Heranwachsenden werden verstärkt auch hausärztlich tätige Ärzte und weitere Facharztgruppen in Anspruch genommen (Rattay et al. 2014). Die Daten aus KiGGS Welle 1 ermöglichen Aussagen zur Inanspruchnahme niedergelassener Ärzte insgesamt sowie der Kinder- und Jugendmedizin als einzelne Facharztgruppe, wobei die letzten 12 Monate als zeitlicher Bezugsrahmen dienten. Zudem können Aussagen über stationäre Aufenthalte getroffen werden. Demnach bestehen in der Inanspruchnahme niedergelassener Fachärzte insgesamt und niedergelassener Kinder- und Jugendärzte keine bedeutsamen Unterschiede zwischen den Statusgruppen. Kinder und Jugendliche mit niedrigem Sozialstatus mussten aber mit 13,8 % gegenüber 7,0 % rund doppelt so häufig stationär versorgt werden wie Gleichaltrige aus der hohen Statusgruppe. Zudem dauerte ein Krankenhausaufenthalt bei ihnen rund zwei Nächte länger (Lampert et al. 2015). Eine mögliche Erklärung hierfür könnte sein, dass Kinder und Jugendliche mit niedrigem Sozialstatus im Vergleich zu jenen mit höherem Sozialstatus häufiger mit schwerwie-

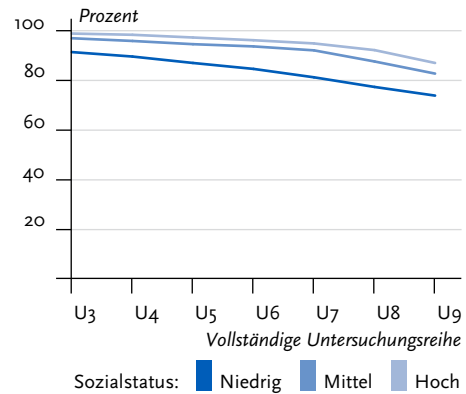
genden Erkrankungen bzw. Unfallverletzungen stationär behandelt werden müssen.

3.3.2 Früherkennungsuntersuchungen

Ziel des zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen zählenden Früherkennungsprogramms ist, Entwicklungsstörungen und Krankheiten frühzeitig zu identifizieren und im Bedarfsfall geeignete Maßnahmen zu deren Behandlung einzuleiten (Gemeinsamer Bundesausschuss 2011). Obgleich die überwiegende Mehrheit der Familien an den Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (U₁ bis U₉) teilnimmt, bestehen deutliche soziale Unterschiede in der Inanspruchnahme. Wie aus Abbildung 3.12 hervorgeht, spielt der Sozialstatus der Kinder mit Fortschreiten der betrachteten vollständigen Untersuchungsreihe U₃ bis U₉ eine immer größere Rolle. Insgesamt zeigen die Ergebnisse aus KiGGS Welle 1, dass Kinder mit hohem Sozialstatus mit 87,3 % gegenüber 74,1 % häufiger das gesamte Früherkennungsprogramm in Anspruch genommen haben im Vergleich zu Kindern aus der niedrigen Statusgruppe (Lampert et al. 2015). Die sozialen Unterschiede sind bei beiden Geschlechtern zu beobachten, bei Mädchen aber noch stärker ausgeprägt als bei Jungen. Positiv hervorzuheben ist die Tatsache, dass bei den späteren Früherkennungsuntersuchungen (U₇ bis U₉) die Unterschiede nach Sozialstatus in den letzten Jahren abgenommen haben, da

Abbildung 3.12
Vollständige Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U₃ bis U₉ (ohne U_{7a}) bei 7- bis 13-jährigen Kindern nach Sozialstatus

Datenbasis: KiGGS Welle 1 2009–2012

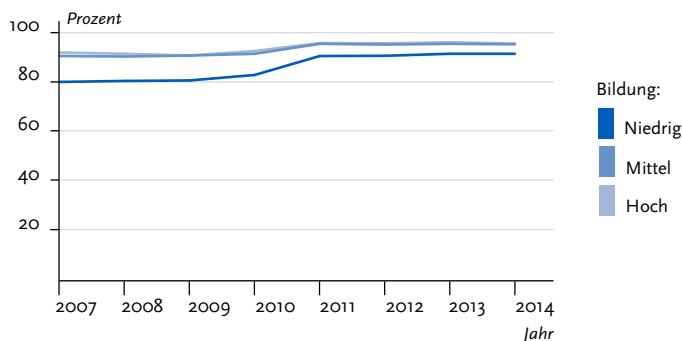


mittlerweile deutlich mehr Familien mit niedrigem Sozialstatus an diesen Untersuchungen teilnehmen (Rattay et al. 2014).

Die Einschulungsuntersuchungen der Bundesländer weisen ebenfalls konsistent darauf hin, dass Kinder aus sozial besser gestellten Familien häufiger an den empfohlenen Vorsorgeuntersuchungen teilnehmen als Kinder aus sozial benachteiligten Familien (Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt 2013b; Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz Brandenburg 2016; Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin 2016). Da in den letzten

Abbildung 3.13
Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchung U₉ bei Einschülerinnen und Einschülern nach Bildung der Eltern

Datenbasis: Einschulungsuntersuchung in Nordrhein-Westfalen 2007–2014 (MGEPA NRW 2016)



Jahren die Teilnahmeraten in sozial benachteiligten bisweilen stärker als in sozial bessergestellten Bevölkerungsgruppen angestiegen sind, haben sich die Unterschiede zwischen den Statusgruppen in einigen Bundesländern verringert. Dies zeigt sich zum Beispiel mit Blick auf die Inanspruchnahme der U9 bei Einschülerinnen und Einschülern in Nordrhein-Westfalen in Abhängigkeit vom Bildungshintergrund ihrer Eltern (MGEPA NRW 2016) (Abbildung 3.13). In Brandenburg hat der Anteil der Einschülerinnen und Einschüler mit niedrigem Sozialstatus, die von der U1 bis zur U8 an allen Früherkennungsuntersuchungen teilgenommen haben, im Zeitraum von 2006 bis 2015 von 67,6% auf 82,0% zugenommen (+14,4 Prozentpunkte). In der hohen Statusgruppe stieg die Teilnahmerate von 85,9% auf 92,9% (+7,0 Prozentpunkte) an. Dass sozial benachteiligte Eltern mit ihren Kindern vermehrt erreicht werden, ist vermutlich auch auf die Einführung verbindlicher Einladungen zu den Kinderfrüherkennungsuntersuchungen zurückzuführen (Thaiss et al. 2010), die je nach Bundesland unterschiedlich ausgestaltet sind.

3.3.3 Impfungen

Neben den Früherkennungsuntersuchungen zählen Schutzimpfungen aufgrund ihrer Effektivität und ihres günstigen Nutzen-Risiko-Verhältnisses zu den wichtigsten Präventionsmaßnahmen im Kindes- und Jugendalter (Poethko-Müller et al. 2007). Im Rahmen der KiGGS-Basiserhebung wurden anhand der von den Eltern mitgebrachten Impfpässe der Kinder Impfquoten zu insgesamt neun impfpräventablen Krankheiten berichtet (Poethko-Müller et al. 2007). Die höchsten Impfquoten fanden sich bei 2- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen mit mittlerem Sozialstatus. Gleichaltrige mit hohem Sozialstatus waren beispielsweise seltener gegen Masern, Mumps oder Röteln geimpft. Anhand der Daten aus KiGGS Welle 1 lässt sich zudem zeigen, dass zum Zeitpunkt der Befragung 52,9% der Mädchen mit niedrigem und 55,9% der Mädchen mit mittlerem Sozialstatus mindestens einmal gegen HPV geimpft waren. Die entsprechende Lebenszeitprävalenz bei Mädchen aus der hohen Statusgruppe lag mit 39,2% deutlich niedriger. Auch der Erhalt

von drei HPV-Impfdosen wurde von Mädchen mit hohem Sozialstatus am seltensten angegeben. Während von den Mädchen mit niedrigem und mittlerem Sozialstatus jeweils 41,0% vollständig gegen HPV geimpft waren, traf dies lediglich auf 32,1% der Mädchen aus der hohen Statusgruppe zu (Poethko-Müller et al. 2014).

3.4 Fazit

Die große Mehrheit der Kinder und Jugendlichen in Deutschland wächst gesund auf. Wie die Befunde in diesem Kapitel gezeigt haben, trifft dies zwar auch auf Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien zu, dennoch sind die Chancen für ein gesundes Aufwachsen sozial ungleich verteilt (Lampert, Richter 2009; Lampert et al. 2010; Lampert et al. 2015). Dies gilt insbesondere für körperliche und psychosoziale Entwicklungsstörungen wie Übergewicht, motorische Defizite, Sprachprobleme und Verhaltensauffälligkeiten. Kinder aus sozial benachteiligten Familien sind dabei nicht nur häufiger gesundheitlichen Risiken ausgesetzt, sie profitieren auch seltener von gesundheitsbezogenen Schutzfaktoren. Mitunter lässt sich dies bereits für die Zeit rund um die Geburt feststellen, zum Beispiel mit Blick auf das mütterliche Rauchen während der Schwangerschaft oder das Stillverhalten in den ersten Lebensmonaten.

Hinzu kommt, dass Angebote wie die Früherkennungsuntersuchungen von sozial benachteiligten Eltern mit ihren Kindern seltener in Anspruch genommen werden als von sozial besser gestellten Familien. Werden früh auftretende Entwicklungsrisiken jedoch nicht erkannt bzw. nicht angemessen behandelt, kann dies die weitere gesundheitliche und soziale Entwicklung gefährden. Daher ist es wichtig, dass Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention bereits früh im Lebenslauf ansetzen und auch sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche erreichen. Denn nur wenn auch sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen von diesen Maßnahmen profitieren, können sozial bedingte Ungleichheiten von Gesundheitschancen verringert werden. Neben der Gesundheitspolitik können dabei auch von anderen Politikbereichen wie der Sozial-, Familien- und Bildungspolitik wichtige Impulse ausge-

hen, um die Lebensumstände und -perspektiven sozial benachteiligter Kinder und Jugendlicher zu verbessern.

Um Handlungsempfehlungen geben, Interventionen planen und den Erfolg bereits umgesetzter Maßnahmen bewerten zu können, werden aktuelle und verlässliche Daten zur gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen benötigt. Festzustellen ist, dass sich die Datengrundlage in diesem Zusammenhang inzwischen deutlich verbessert hat. Wie eingangs erwähnt, stehen mit der »Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland« (KiGGS), der Studie »Health Behaviour in School-aged Children« und den Einschulungsuntersuchungen der Bundesländer gleich mehrere Datenquellen zur Verfügung, die es ermöglichen, auch die zeitliche Entwicklung sozialer Unterschiede im Gesundheitszustand und im Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen zu betrachten.

Infolge der verbesserten Datenbasis ist das Thema Kinder- und Jugendgesundheit in den letzten Jahren verstärkt in den Fokus der Politik gerückt. Zu verweisen ist in diesem Zusammenhang beispielsweise auf die »Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit«, die angesichts der ersten Ergebnisse aus der Basiserhebung der KiGGS-Studie 2008 verabschiedet wurde und explizit auch darauf ausgerichtet war, die gesundheitliche Chancengleichheit von Kindern und Jugendlichen zu fördern (Bundesministerium für Gesundheit 2008). Auch im Rahmen des nationalen Gesundheitszielleprozesses (gesundheitsziele.de) ist die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen von zentraler Bedeutung. Dies zeigt zum einen das 2016 neu erarbeitete Gesundheitsziel »Gesundheit rund um die Geburt«, zum anderen das 2003 entwickelte und 2010 aktualisierte nationale Gesundheitsziel »Gesund aufwachsen«, das neben der Förderung von Lebenskompetenzen schwerpunktmäßig auf die Bereiche Ernährung und Bewegung ausgerichtet ist (Bundesministerium für Gesundheit 2010, 2017). Gleiches gilt für den Nationalen Aktionsplan IN FORM, dessen Ziel es ist, das Ernährungs- und Bewegungsverhalten in Deutschland nachhaltig zu verbessern (Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz und Bundesministerium für Gesundheit 2008). Der von der Bundeszentrale

für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) koordinierte Kooperationsverbund »Gesundheitliche Chancengleichheit« bietet eine umfangreiche Praxisdatenbank zur Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen an, entwickelt Qualitätskriterien und identifiziert empfehlenswerte Projekte im Sinne von »Good Practice« (Kilian et al. 2016; Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit 2017).

Mit dem 2015 verabschiedeten Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention werden zusätzliche Ressourcen für lebensweltorientierte Maßnahmen bereitgestellt. Sozialversicherungsträger, Länder und Kommunen werden dazu verpflichtet, auf dem Gebiet der Prävention und Gesundheitsförderung stärker zusammenzuarbeiten. Das Präventionsgesetz unterstreicht dabei in besonderer Weise die Bedeutung von Lebenswelten als »für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme« (§ 20 SGB V), die die alltäglichen Lebens-, Lern- und Arbeitsbedingungen gestalten. Je nach Lebensphase werden dabei unterschiedliche Lebenswelten und Zielgruppen in den Fokus gerückt. Da Kinder und Jugendliche einen Großteil ihrer Zeit in Kindertageseinrichtungen und Schulen verbringen, eignen sich diese besonders gut als Orte der Gesundheitsförderung (»Settings«). Dies gilt auch mit Blick auf den angestrebten Ausgleich sozialer Unterschiede in den Gesundheitschancen, da in Bildungseinrichtungen Kinder und Jugendliche unabhängig von ihrer sozialen Herkunft erreicht werden.

Literatur

- Adolphus K, Lawton CL, Dye L (2013) The effects of breakfast on behavior and academic performance in children and adolescents. *Front Hum Neurosci* 7: 425
- American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding (2012) Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 129(3): e827–e841
- Anderson P, Moller L, Galea G (Hrsg) (2012) Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen
- Augste C, Jaitner D, Storr U (2012) Schuleingangsuntersuchung offenbart soziale Unterschiede bei Körperkomposition, Bewegungsverhalten und motorischem Entwicklungsstand. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin* 63(9): 283–288
- Biro FM, Wien M (2010) Childhood obesity and adult morbidities. *Am J Clin Nutr* 91(5): 1499S–1505S

- Boeing H, Bechthold A, Bub A et al. (Hrsg) (2012) Gemüse und Obst in der Prävention ausgewählter chronischer Krankheiten. In: Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE) (Hrsg) DGE, Bonn
- Bolte G, Wildner M, Fromme H (2015) Auswirkung der Nichtraucherschutzgesetzgebung auf die Tabakrauchbelastung von Kindern und auf soziale Ungleichheiten in der Exposition. *Prävention – Zeitschrift für Gesundheitsförderung* 38(1): 7–9
- Borrmann A, Mensink GBM, KiGGS Study Group (2015) Obst- und Gemüsekonsum von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl–Gesundheitsforsch–Gesundheitsschutz* 58(9): 1005–1014
- Brauckhoff G, Kocher T, Holtfreter B et al. (Hrsg) (2009) Mundgesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 47. RKI, Berlin
- Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz, Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg) (2008) IN FORM. Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung. Nationaler Aktionsplan zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten. BMELV, BMG, Berlin
- Bundesministerium für Gesundheit (2008) Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit. BMG, Berlin
- Bundesministerium für Gesundheit (2010) Nationales Gesundheitsziel Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung. BMG, Berlin
- Bundesministerium für Gesundheit (2017) Nationales Gesundheitsziel Gesundheit rund um die Geburt. BMG, Berlin
- Dawson DA, Goldstein RB, Chou SP et al. (2008) Age at first drink and the first incidence of adult-onset DSM-IV alcohol use disorders. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research* 32(12): 2149–2160
- de Looze M, ter Bogt T, Hublet A et al. (2013) Trends in educational differences in adolescent daily smoking across Europe, 2002–10. *Eur J Public Health* 23(5): 846–852
- DiFranza JR, Aligne CA, Weitzman M (2004) Prenatal and postnatal environmental tobacco smoke exposure and children's health. *Pediatrics* 113 (4 Suppl): 1007–1015
- Dragano N, Siegrist J (2009) Die Lebenslaufperspektive gesundheitlicher Ungleichheit: Konzepte und Forschungsergebnisse. In: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg) *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. 2., aktualisierte Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S 181–194
- Dudenhausen JW (Hrsg) (2009) Rauchen in der Schwangerschaft: Häufigkeit, Folgen und Prävention. Urban & Vogel, München
- Eime RM, Young JA, Harvey JT et al. (2013) A systematic review of the psychological and social benefits of participation in sport for children and adolescents: informing development of a conceptual model of health through sport. *Int J Behav Nutr Phys Act* 10: 98
- Erhart M, Wille N, Ravens-Sieberer U (2009) Die Messung der subjektiven Gesundheit: Stand der Forschung und Herausforderungen. In: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg) *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. 2., aktualisierte Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S 335–352
- Finne E, Bucksch J (2014) Gesundheitliche Effekte der Medienutzung. In: Hurrelmann K, Baumann E (Hrsg) *Handbuch Gesundheitskommunikation*. Verlag Hans Huber, Bern, S 214–227
- Frühbuß J, Schäfer M (2009) Ungleichheit in der Mundgesundheit. Herausforderungen an den öffentlichen Gesundheitsdienst. *Prävention und Gesundheitsförderung* 4(2): 105–112
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2011) Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten in der Kindert bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (»Kinder-Richtlinien«). www.g-ba.de/downloads/62-492-506/RL_Kinder_2010-12-16.pdf (Stand: 30.03.2017)
- Goodman R (1997) The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry* 38(5): 581–586
- Heinig MJ, Dewey KG (1996) Health advantages of breast feeding for infants: a critical review. *Nutr Res Rev* 9(1): 89–110
- HBSC-Studienverbund Deutschland (2015a) Studie Health Behaviour in School-aged Children – Faktenblatt »Subjektive Gesundheit von Kindern und Jugendlichen«
- HBSC-Studienverbund Deutschland (2015b) Studie Health Behaviour in School-aged Children – Faktenblatt »Häufigkeit des Frühstücks bei Kindern und Jugendlichen«
- HBSC-Studienverbund Deutschland (2015c) Studie Health Behaviour in School-aged Children – Faktenblatt »Fernsehkonzum an Schultagen von Kindern und Jugendlichen«
- Hinkley T, Teychenne M, Downing KL et al. (2014) Early childhood physical activity, sedentary behaviors and psychosocial well-being: a systematic review. *Prev Med* 62: 182–192
- Hölling H, Schlack R, Petermann F et al. (2014) Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland – Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003–2006 und 2009–2012). Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). *Bundesgesundheitsbl–Gesundheitsforsch–Gesundheitsschutz* 57(7): 807–819
- Jordan AR, Micheelis W (Hrsg) (2016) Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V). Deutscher Zahnärzterverband DÄV, Köln
- Jordan RA, Bodechtel C, Hertrampf K et al. (2015) The Fifth German Oral Health Study (Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie, DMS V) – rationale, design, and methods. *BMC Oral Health* 14: 161
- Kahl H, Dortschy R, Ellsäßer G (2007) Verletzungen bei Kindern und Jugendlichen (1–17 Jahre) und Umsetzung von persönlichen Schutzmaßnahmen. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl–Gesundheitsforsch–Gesundheitsschutz* 50(5/6): 718–727
- Kendler KS, Myers J, Damaj MI et al. (2013) Early smoking onset and risk for subsequent nicotine dependence: a monozygotic co-twin control study. *American Journal of Psychiatry* 170(4): 408–413
- Kilian H, Lehmann F, Richter-Kornweitz A et al. (2016) Gesundheitsförderung in den Lebenswelten gemeinsam stärken. Der Kooperationsverbund »Gesundheitliche Chancengleichheit«. *Bundesgesundheitsbl–Gesundheitsforsch–Gesundheitsschutz* 59(2): 266–273

- Knopf H, Rieck A, Schenk L (2008) Mundhygiene. Daten des KiGGS zum Kariespräventiven Verhalten. Bundesgesundheitsbl–Gesundheitsforsch–Gesundheitsschutz 51(11): 1314–1320
- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2017) Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/gesundheitsfoerderung-bei-kindern-und-jugendlichen> (Stand: 30.03.2017)
- Kraus L, Pabst A, Piontek D (2011) Die Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen 2011 (ESPAD): Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern, Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen. IFT-Berichte Band 181. IFT Institut für Therapieforschung, München
- Kraus L, Piontek D, Seitz NN et al. (2016) Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen 2015 (ESPAD): Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern. IFT-Berichte Band 188. IFT Institut für Therapieforschung, München
- Krause L, Lampert T (2014) Statusspezifische Unterschiede im Auftreten von Übergewicht und Adipositas beim Übergang vom Kindes- in das Jugendalter – Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Gesundheitswesen 76(6): 377–384
- Kuntz B, Frank L, Manz K et al. (2016) Soziale Determinanten der Schwimmfähigkeit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus KiGGS Welle 1. Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin 67(6): 137–143
- Kuntz B, Lampert T (2013) Educational differences in smoking among adolescents in Germany: what is the role of parental and adolescent education levels and intergenerational educational mobility? International Journal of Environmental Research and Public Health 10(7): 3015–3032
- Kuntz B, Lampert T (2016a) Smoking and passive smoke exposure among adolescents in Germany. Prevalence, trends over time, and differences between social groups. Deutsches Ärzteblatt International 13(3): 23–30
- Kuntz B, Lampert T (2016b) Social disparities in parental smoking and young children's exposure to secondhand smoke at home: a time-trend analysis of repeated cross-sectional data from the German KiGGS study between 2003–2006 and 2009–2012. BMC Public Health 16: 485
- Kuntz B, Lampert T (2016c) Soziale Unterschiede im mütterlichen Rauchverhalten während der Schwangerschaft. Vergleich zweier deutscher Geburtskohorten (1996–2002 und 2003–2012) auf Basis der KiGGS-Studie. Geburtshilfe und Frauenheilkunde 76(3): 239–247
- Kuntz B, Lange C, Lampert T (2015) Alkoholkonsum bei Jugendlichen – Aktuelle Ergebnisse und Trends. GBE Kompakt 6(2)
- Kurth BM (2007) Der Kinder- und Jugendgesundheits survey (KiGGS): Ein Überblick über Planung, Durchführung und Ergebnisse unter Berücksichtigung von Aspekten eines Qualitätsmanagements. Bundesgesundheitsbl–Gesundheitsforsch–Gesundheitsschutz 50(5/6): 533–546
- Kurth BM, Kamtsiuris P, Hölling H et al. (2016) Strategien des Robert Koch-Instituts zum Monitoring der Gesundheit von in Deutschland lebenden Kindern und Jugendlichen. Kinder- und Jugendmedizin 16(3): 176–173
- Kurth BM, Kamtsiuris P, Hölling H et al. (2008) The challenge of comprehensively mapping children's health in a nation-wide health survey: design of the German KiGGS-Study. BMC Public Health 8: 196
- Kurth BM, Schaffrath Rosario A (2007) Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl–Gesundheitsforsch–Gesundheitsschutz 50(5/6): 736–743
- Lampert T (2010) Frühe Weichenstellung. Zur Bedeutung der Kindheit und Jugend für die Gesundheit im späteren Leben. Bundesgesundheitsbl–Gesundheitsforsch–Gesundheitsschutz 53(5): 486–497
- Lampert T, Hagen C, Heizmann B (2010) Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In: Robert Koch-Institut (Hrsg) Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
- Lampert T, Kuntz B, KiGGS Study Group (2014a) Tabak- und Alkoholkonsum bei 11- bis 17-jährigen Jugendlichen. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsbl–Gesundheitsforsch–Gesundheitsschutz 57(7): 830–839
- Lampert T, Kuntz B, KiGGS Study Group (2015) Gesund aufwachsen – Welche Bedeutung kommt dem sozialen Status zu? GBE Kompakt 6(1)
- Lampert T, Müters S, Stolzenberg H et al. (2014b) Messung des sozioökonomischen Status in der KiGGS-Studie. Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsbl–Gesundheitsforsch–Gesundheitsschutz 57(7): 762–770
- Lampert T, Richter M (2009) Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen. In: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg) Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S 209–230
- Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz Brandenburg (2016) Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen zum Zusammenhang von Sozialstatus und Gesundheit http://www.gesundheitsplattform.brandenburg.de/sixcms/list.php?page=gesi_startseite_neu_p (Stand: 30.03.2017)
- Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt (Hrsg) (2013a) Gesundheit von einzuschulenden Kindern in Sachsen-Anhalt: Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung der Gesundheitsämter. Update Nr. 1. Untersuchungsjahre 2010–2012 und 5-Jahres-Zeittrend seit 2008. LAV Sachsen-Anhalt, Magdeburg
- Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt (2013b) Gesundheitliche Ungleichheiten bei Einschulern, Drittklässlern und Sechstklässlern in Sachsen-Anhalt. Ergebnisse der ärztlichen und zahnärztlichen Untersuchungen der Gesundheitsämter der Schuljahre 2007/2008–2011/2012. Fokusbericht der Gesundheitsberichterstattung für das Land Sachsen-Anhalt. LAV, Magdeburg
- Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt (2014) Auswirkungen der Umwelt auf die Gesundheit von Kindern. Schulanfängerstudie Sachsen-Anhalt 1991–2014 https://www.verbraucherschutz.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Bibliothek/Politik_und_Verwaltung/MS/LAV_Verbraucherschutz/service/publikationen/fb2/schulanfaengerstudie_internet.pdf (Stand: 30.03.2017)
- Lange M, Butschalowsky HG, Jentsch F et al. (2014) Die erste KiGGS-Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Studien-

- durchführung, Stichprobendesign und Response. Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz 57(7): 747-761
- Langness A, Richter M, Hurrelmann K (2005) Gesundheitsverhalten im Jugendalter: Ergebnisse der internationalen »Health Behaviour in School-aged Children«-Studie. Gesundheitswesen 67(6): 422-431
- Leven I, Schneekloth U (2010) Die Freizeit: Sozial getrennte Kinderwelten. In: World Vision Deutschland e.V. (Hrsg) Kinder in Deutschland 2010. 2. World Vision Kinderstudie. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main, S 95-140
- Liang LA, Weber A, Herr C et al. (2016) Children's exposure to second-hand smoke before and after the smoking ban in Bavaria - a multiple cross-sectional study. Eur J Public Health 26(6): 969-974
- Manz K, Schlack R, Poethko-Müller C et al. (2014) Körperlich-sportliche Aktivität und Nutzung elektronischer Medien im Kindes- und Jugendalter. Ergebnisse der KiGGS-Studie - Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz 57(7): 840-848
- Manz K, Kleiser C, Richter A (2007) Lebensmittelverzehr bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz 50(5/6): 609-623
- MGEPA NRW (Hrsg) (2016) Landesgesundheitsbericht 2015. Informationen zur Entwicklung von Gesundheit und Krankheit in Nordrhein-Westfalen. MGEPA NRW, Düsseldorf
- Moor I, Pfortner TK, Lampert T et al. (2012) Sozioökonomische Ungleichheiten in der subjektiven Gesundheit bei 11- bis 15-Jährigen in Deutschland. Eine Trendanalyse von 2002-2010. Gesundheitswesen 74 (Suppl 1): S49-S55
- Moor I, Schumann N, Hoffmann L et al. (2016) Tabak-, Alkohol- und Cannabiskonsum im Jugendalter. In: Bilz L, Sudeck G, Buecksch J et al. (Hrsg) Schule und Gesundheit. Ergebnisse des WHO Jugendgesundheitsveys »Health Behaviour in School-aged Children«. Beltz Juventa, Weinheim/Basel, S 65-83
- mpfs (Hrsg) (2015) JIM-Studie 2015. Jugend, Information, (Multi-) Media. Basisuntersuchung zum Medienumgang 12- bis 19-Jähriger in Deutschland. Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest, Stuttgart
- MUGV Brandenburg (Hrsg) (2013) Gemeinsam für gesunde Kinderzähne. 20 Jahre Gruppenprophylaxe im Land Brandenburg. Ein Beitrag zur Gesundheitsberichterstattung. Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg, Potsdam
- Neuhaus H, Poethko-Müller C, KiGGS Study Group (2014) Chronische Erkrankungen und impfpräventable Infektionserkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse der KiGGS-Studie - Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz 57(7): 779-788
- Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (2015) Kindergesundheits im Einschulungsalter. Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung 2014. NLGA, Hannover
- Orth B (2016) Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2015. Rauchen, Alkoholkonsum und Konsum illegaler Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends. BZgA-Forschungsbericht. BZgA, Köln
- Orth B, Töppich J (2015) Rauchen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland 2014. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
- Pieper K (2010) Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 2009. Gutachten aus den Bundesländern bzw. Landesteilen. Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege, Bonn
- Pinquart M, Silbereisen RK (2002) Gesundheitsverhalten im Kindes- und Jugendalter: Entwicklungspsychologische Erklärungsansätze. Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz 45(11): 873-878
- Poethko-Müller C, Buttman-Schweiger N, KiGGS Study Group (2014) Impfstatus und Determinanten der Impfung gegen humane Papillomviren (HPV) bei Mädchen in Deutschland. Ergebnisse der KiGGS-Studie - Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz 57(7): 869-877
- Poethko-Müller C, Kuhner R, Schlaud M (2007) Durchimpfung und Determinanten des Impfstatus in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz 50(5/6): 851-862
- Rattay P, Starker A, Domanska O et al. (2014) Trends in der Inanspruchnahme ambulant-ärztlicher Leistungen im Kindes- und Jugendalter. Ergebnisse der KiGGS-Studie - Ein Vergleich von Basiserhebung und erster Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz 57(7): 878-891
- Richter M, Leppin A (2007) Trends in socio-economic differences in tobacco smoking among German schoolchildren, 1994-2002. Eur J Public Health 17(6): 565-571
- RKI (Hrsg) (2014a) Körperliche Aktivität. Faktenblatt zu KiGGS Welle 1: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Erste Folgebefragung 2009-2012. RKI, Berlin
- RKI (Hrsg) (2014b) Sport. Faktenblatt zu KiGGS Welle 1: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Erste Folgebefragung 2009-2012. RKI, Berlin
- RKI (Hrsg) (2015) Schwimmfähigkeit. Faktenblatt zu KiGGS Welle 1: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Erste Folgebefragung 2009-2012. RKI, Berlin
- Saß AC, Poethko-Müller C, Rommel A et al. (2014) Das Unfallgeschehen im Kindes- und Jugendalter - Aktuelle Prävalenzen, Determinanten und Zeitvergleich. Ergebnisse der KiGGS-Studie - Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz 57(7): 789-797
- Schenk L, Knopf H (2007) Mundgesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz 50(5/6): 653-658
- Schiffner U (2016) Krankheits- und Versorgungsprävalenzen bei Kindern (12-Jährige). Karies, Erosionen, Molaren-Inzisiven-Hypomineralisationen. In: Jordan AR, Micheelis W (Hrsg) Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V). Deutscher Zahnärzterverlag DÄV, Köln, S 231-268
- Schlack HG (2004) Neue Morbidität im Kindesalter - Aufgaben für die Sozialpädiatrie. Kinderärztliche Praxis 75(5): 292-299

- Schlack R, Kuntz B, Lampert T (2016) Bildschirmmedien-nutzung und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse aus KiGGS Welle 1: Erste Folgebefragung der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) In: Dadaczynski K, Schieman S, Paulus P (Hrsg) Gesundheit spielend fördern. Potentiale und Herausforderungen von digitalen Spieleanwendungen für die Gesundheitsförderung und Prävention. Beltz Juventa, Weinheim/Basel, S 115–142
- Schlack R, Mauz E, Hebebrand J et al. (2014) Hat die Häufigkeit elternberichteter Diagnosen einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) in Deutschland zwischen 2003–2006 und 2009–2012 zugenommen? Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsbl–Gesundheitsforsch–Gesundheitsschutz 57(7): 820–929
- Schmitz R, Thamm M, Ellert U et al. (2014) Verbreitung häufiger Allergien bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsbl–Gesundheitsforsch–Gesundheitsschutz 57(7): 771–778
- Schwendicke F, Dörfer CE, Schlattmann P et al. (2015) Socioeconomic inequality and caries: a systematic review and meta-analysis. Journal of Dental Research 94(1): 10–18
- Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin (2016) Grundausswertung der Einschulungsdaten in Berlin 2015
- Thaiss H, Klein R, Schumann EC et al. (2010) Früherkennungsuntersuchungen als Instrument im Kinderschutz. Bundesgesundheitsbl–Gesundheitsforsch–Gesundheitsschutz 53(10): 1029–1047
- Treyster Z, Gitterman B (2011) Second hand smoke exposure in children: environmental factors, physiological effects, and interventions within pediatrics. Reviews on Environmental Health 26(3): 187–195
- USDHHS (2006) The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General. U. S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, Atlanta
- USDHHS (2014) The health consequences of smoking-50 years of progress. A report of the Surgeon General. U. S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, Atlanta
- Varnaccia G, Saß AC, Rommel A (2014) Das Unfallgeschehen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Datenquellen und Ergebnisse. Bundesgesundheitsbl–Gesundheitsforsch–Gesundheitsschutz 57(6): 613–620
- von der Lippe E, Brettschneider AK, Gutsche J et al. (2014) Einflussfaktoren auf Verbreitung und Dauer des Stillens in Deutschland. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsbl–Gesundheitsforsch–Gesundheitsschutz 57(7): 849–859
- Woerner W, Becker A, Friedrich C et al. (2002) Normierung und Evaluation der deutschen Elternversion des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Ergebnisse einer repräsentativen Felderhebung. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 30(2): 105–111
- World Health Organization (2010) Global recommendations on physical activity for health. WHO, Geneva

4 Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken im jungen Erwachsenenalter

Die Phase des jungen Erwachsenenalters ist gekennzeichnet durch eine zunehmende Rollenvielfalt und eine wachsende Autonomie und Selbstverantwortung. Sie setzt sich aus Statuspassagen zusammen, die durch bestimmte Ereignisse geprägt sind, wie etwa der Schulabschluss, der Beginn eines Studiums oder einer Ausbildung, der Berufseinstieg, der Auszug aus dem Elternhaus, die Partnerwahl oder die Familiengründung (Seiffge-Krenke, Gelhaar 2006; Konietzka 2010; Seiffge-Krenke 2015). Von der Bewältigung der Entwicklungsaufgaben, die in die Zeitspanne des jungen Erwachsenenalters fallen, hängt die weitere Entwicklung im mittleren und höheren Lebensalter ab (Institute of Medicine and National Research Council 2015). Dabei standen wohl keiner Generation junger Erwachsener jemals zuvor mehr Wahlmöglichkeiten zur Verfügung, das eigene Leben nach den persönlichen Vorstellungen frei zu gestalten. Neben dieser Chancenvielfalt erleben junge Erwachsene jedoch immer häufiger auch das Gefühl von Unsicherheit, Instabilität und Orientierungslosigkeit, das ihre Lebensplanung beeinflusst (Faltermajer et al. 2002; Keupp et al. 2009).

Der Übergang vom Jugend- ins Erwachsenenalter, für den sich in der internationalen Literatur der Begriff »emerging adulthood« herausgebildet hat (Arnett 2000; Arnett et al. 2014; Seiffge-Krenke 2015), ist zeitlich nur schwer einzugrenzen. Als Anfang des jungen Erwachsenenalters kann die Volljährigkeit – d. h. die Vollendung des achtzehnten Lebensjahres – gelten, an die in Deutschland zentrale juristische und staatsbürgerliche Rechte und Pflichten wie das Wahlrecht, die strafrechtliche Mündigkeit und die unbeschränkte Geschäftsfähigkeit geknüpft sind. Aufgrund der zunehmenden Destandardisierung und Individualisierung der Lebensverläufe junger Erwachsener, lässt sich das Ende des jungen Erwachsenenalters hingegen weniger eindeutig festlegen (Heinz 2007). Gestiegene Studierendenquoten und verlängerte Bildungs- und Ausbildungszeiten haben spätere Übergänge in Beschäftigungsverhältnisse und aufgeschobene Familiengründungen zur Folge (Arnett et al. 2014). Angesichts dieser Entwicklung lässt sich das junge Erwachsenenalter mittlerweile als eigenständige Phase

im Lebensverlauf verorten, die grob bis zum 30. Lebensjahr andauert (Raithel 2011; Hurrelmann, Quenzel 2013; Seiffge-Krenke 2015).

Aus medizinischer und gesundheitswissenschaftlicher Sicht ist das junge Erwachsenenalter ähnlich wie die Kindheit und Jugend ein Lebensabschnitt, der in der Regel in guter Gesundheit verbracht werden kann. Schwerwiegende chronische Erkrankungen sind noch vergleichsweise selten, wobei aufgrund verbesserter Therapiemöglichkeiten inzwischen immer mehr Kinder und Jugendliche mit potenziell lebensbedrohlichen Krankheiten wie Stoffwechselstörungen, Immundefekten, Krebserkrankungen oder angeborenen Herzfehlern das Erwachsenenalter erreichen (Plöckinger 2015; Essig et al. 2016). Stärker verbreitet sind in dieser Lebensphase allerdings psychosomatische Beschwerden, die oftmals in einem wechselseitigen Zusammenhang mit der individuellen Lebenszufriedenheit und der Einschätzung der eigenen Zukunftsaussichten stehen (DAK Forschung 2011; Techniker Krankenkasse 2011). Bestimmte Gesundheitsrisiken treten bei jungen Erwachsenen sogar häufiger als in anderen Lebensphasen auf. Dies gilt zum Beispiel für Unfallverletzungen (v. a. im Straßenverkehr) und gesundheitsriskante Verhaltensweisen wie den Alkohol-, Tabak- und Drogenkonsum (Neinstein, Irwin 2013; Institute of Medicine and National Research Council 2015; Robert Koch-Institut 2015a).

Erwachsen werden bedeutet auch, Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen. Dies kann ganz unterschiedliche Aspekte betreffen, z. B. körperlich-sportliche Aktivität, Ernährungs- und Schlafgewohnheiten (Diehl, Hilger 2015). Der Umgang mit dem eigenen Körper, das Achten auf mögliche Krankheitssymptome sowie die Inanspruchnahme von Präventions- und Versorgungsleistungen im Bedarfsfall sind weitere Facetten einer sich durch Eigenständigkeit und Gesundheitskompetenz auszeichnenden Lebensführung (KKH-Allianz 2011; Kuntz et al. 2013). Gerade bei chronisch kranken Jugendlichen an der Schwelle zur Volljährigkeit kommt es darauf an, dass der Übergangsprozess (»Transition«) von der familienzentrierten Kinder- und Jugendmedizin hin zum personenzentrierten System der

Erwachsenenmedizin gelingt (Reincke, Zepp 2012; Plöckinger 2015; Essig et al. 2016).

Im Hinblick auf die gesundheitliche Lage und das Ausmaß gesundheitlicher Ungleichheiten im jungen Erwachsenenalter liegen vor allem für Deutschland nur wenige Studien vor (Helmert et al. 2001; Leyk et al. 2008; Nitzko, Seiffge-Krenke 2012). Dies liegt nicht zuletzt daran, dass es sich beim jungen Erwachsenenalter um eine relativ kurze Lebensphase handelt, sodass es großer Stichproben oder gezielter Erhebungen bedarf, um zu verlässlichen und differenzierten Aussagen über Frauen und Männer in dieser Lebensphase zu kommen. Nachfolgend werden vor allem Daten der am RKI durchgeführten Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell« (GEDA) aus den Jahren 2009, 2010 und 2012 sowie Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) herangezogen.

Zur sozialen Differenzierung der Bevölkerung im jungen Erwachsenenalter sind die berufliche Stellung und das Haushaltseinkommen – üblicherweise zentrale Merkmale zur Bestimmung des sozioökonomischen Status – weniger gut geeignete Indikatoren. Ein erheblicher Teil der jungen Erwachsenen befindet sich noch in der Berufsausbildung oder im Studium und erzielt noch kein bzw. lediglich ein geringes Einkommen. In der nach den demografischen Standards erhobenen Soziodemografie ergeben sich für junge Erwachsene Zuordnungsprobleme: Selbst wenn sie nicht mehr bei ihren Eltern wohnen, müssen sie noch zu deren Haushalt gezählt werden, sofern sie nicht hauptsächlich alleine wohnen und wirtschaften. Es muss allerdings davon ausgegangen werden, dass sie häufig nicht hinreichend über das Einkommen ihrer Eltern informiert sind, um Aussagen über das Haushaltseinkommen zu machen. Vielversprechender erscheint es darum, den höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss heranzuziehen, um gesundheitliche Ungleichheiten in dieser Lebensphase zu untersuchen (Kuntz et al. 2014; Gagné et al. 2016). Der Schulabschluss ist eng an die zukünftigen Erwerbs- und Einkommenschancen im mittleren Lebensalter geknüpft und kann somit zur näherungsweisen Bestimmung (»Proxyvariable«) des sozialen Status der jungen Erwachsenen verwendet werden (Galobardes et al. 2006; Keupp et al. 2009).

Im Folgenden wird zunächst der körperliche und psychische Gesundheitszustand junger

Erwachsener in Abhängigkeit von der Schulbildung beschrieben. Anschließend werden das gesundheitsrelevante Verhalten sowie die Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems in den Fokus gerückt. Schließlich werden die besonderen Belastungen durch Arbeitslosigkeitserfahrungen in jungen Jahren behandelt.

4.1 Gesundheitliche Lage

4.1.1 Allgemeiner Gesundheitszustand und körperliche Gesundheit

Die folgenden Ausführungen beziehen sich zunächst auf die in Kapitel 2 vorgestellten Kernindikatoren der Armut- und Reichtumsberichterstattung. Im Vergleich zu späteren Lebensphasen sind junge Erwachsene noch sehr häufig bei guter oder sehr guter Gesundheit. So sind 65,7% der Frauen und 78,1% der Männer in dieser Altersgruppe bei guter oder sehr guter Gesundheit, während dies im mittleren Lebensalter nur für weniger als die Hälfte der Frauen und Männer gilt. Auch gesundheitliche Einschränkungen und Behinderungen sind bei Frauen und Männern in dieser Lebensphase deutlich seltener. Von gesundheitlichen Einschränkungen (Kernindikator »subjektive Gesundheit – weniger gut oder schlecht«) sind etwa 1% und von Behinderungen 2% der jungen Erwachsenen betroffen, während die entsprechenden Anteile im mittleren Lebensalter mehr als viermal so hoch sind.

Mit den Daten des SOEP 2012 lässt sich zeigen, dass Frauen und Männer im Alter von 18 bis 29 Jahren, die über keinen Schulabschluss oder lediglich über einen Hauptschulabschluss verfügen, deutlich seltener bei guter oder sehr guter Gesundheit sind als diejenigen, die über eine (Fach-)Hochschulreife verfügen. Gegenüber der Referenzgruppe der jungen Erwachsenen mit höchstens einem Hauptschulabschluss sind Frauen mit (Fach-)Hochschulreife 2,7-mal häufiger bei guter oder sehr guter Gesundheit. Bei jungen Männern beträgt das entsprechende Chancenverhältnis 1,8:1. Darüber hinaus sind Angehörige der unteren Bildungsgruppen häufiger von gesundheitlichen Einschränkungen (nur Frauen) und von Behinderungen betroffen (Tabelle 4.1).

Tabelle 4.1
Kernindikatoren bei 18- bis 29-jährigen Frauen und Männern nach Schulbildung
 Datenbasis: SOEP 2012

	Subjektive Gesundheit – sehr gut oder gut	Subjektive Gesundheit – weniger gut oder schlecht	Behinderung
	% (95 %-KI)	% (95 %-KI)	% (95 %-KI)
Frauen			
Niedrige Schulbildung	56,6 (48,2 – 64,7)	2,6 (0,7 – 8,8)	1,7 (0,6 – 4,6)
Mittlere Schulbildung	52,0 (43,7 – 60,1)	0,7 (0,2 – 2,8)	1,8 (0,8 – 3,8)
Hohe Schulbildung	75,5 (69,8 – 80,4)	0,2 (0,03 – 1,3)	0,3 (0,1 – 1,2)
Männer			
Niedrige Schulbildung	76,5 (69,3 – 82,4)	0,4 (0,1 – 2,0)	4,2 (1,6 – 10,3)
Mittlere Schulbildung	74,5 (66,4 – 81,1)	1,2 (0,4 – 3,9)	1,4 (0,5 – 3,9)
Hohe Schulbildung	84,1 (78,9 – 88,2)	0,8 (0,1 – 5,5)	0,1 (0,02 – 0,6)

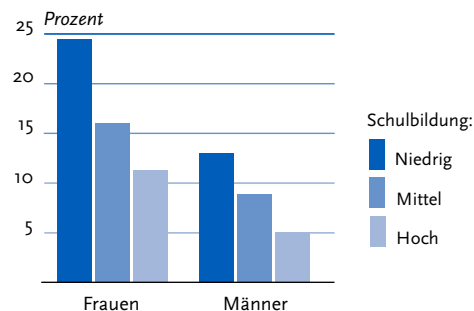
KI = Konfidenzintervall

Chronische Erkrankungen wie Diabetes mel- litus oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die im mittleren und höheren Lebensalter häufig vor- kommen, sind im jungen Erwachsenenalter nach Ergebnissen der GEDA-Studien 2009, 2010 und 2012 vergleichsweise selten zu beobachten. Eine größere Rolle spielen Beschwerden und Schmer- zen, wie z. B. chronische Rückenschmerzen, die sowohl Symptome für das Vorliegen einer körper- lichen Erkrankung als auch für psychische Belas- tungen und Störungen sein können (Andersson 1999; Chou et al. 2007). Mit den zusammenge- fassten Daten der GEDA-Studien 2009, 2010 und 2012 wird deutlich, dass chronische Rücken- schmerzen im jungen Erwachsenenalter deutlich seltener als im mittleren und höheren Lebensalter

sind. Während im jungen Erwachsenenalter nur 10,9 % der Frauen und Männer in den letzten 12 Monaten Rückenschmerzen haben, die mindes- tens 3 Monate andauern, sind es im mittleren Lebensalter 20,0 % und im höheren Lebensalter 29,8 %. Gleichzeitig bestehen im jungen Erwach- senenalter erhebliche Bildungsunterschiede hin- sichtlich ihres Auftretens (Abbildung 4.1). So ist das Risiko für chronische Rückenschmerzen bei Frauen und Männern mit höchstens einem Hauptschulabschluss gegenüber der Vergleichs- gruppe mit (Fach-)Hochschulreife 2,8- bzw. 2,4- fach erhöht.

4.1.2 Unfallverletzungen

Abbildung 4.1
12-Monats-Prävalenz chronischer Rückenschmerzen bei 18- bis 29-jährigen Frauen und Männern nach Schulbildung
 Datenbasis: GEDA 2009, 2010, 2012



Unfälle und daraus resultierende Verletzungen treten im jungen Erwachsenenalter häufiger auf als in jüngeren und höheren Altersgruppen (Var- naccia et al. 2014). Den Angaben der GEDA-Stu- dien 2009 bis 2012 zufolge lag der Anteil der 18- bis 29-Jährigen, die innerhalb der vergangenen zwölf Monate einen Unfall hatten, der ärztlich versorgt werden musste, bei Frauen mit 9,5 % deutlich niedriger als bei Männern mit 17,5 %. Es dominieren Unfälle im Freizeitbereich außerhalb des Hauses, z. B. beim Sport. Auffällige Unter- schiede in Abhängigkeit von der Schulbildung sind nicht festzustellen. Unfallverletzungen – ins- besondere im Bereich des Straßenverkehrs – stel- len im jungen Erwachsenenalter zudem die häu-

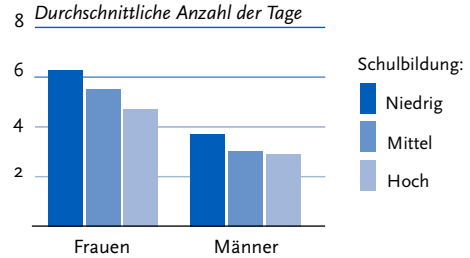
figste Todesursache dar. Im Jahr 2013 kamen laut Todesursachenstatistik 19,6% der verstorbenen Frauen und 30,9% der verstorbenen Männer im Alter von 18 bis 29 Jahren bei Unfällen ums Leben (Statistisches Bundesamt 2015). Informationen darüber, inwieweit sich hierbei Unterschiede in Abhängigkeit von der sozialen Lage ergeben, liegen nicht vor.

4.1.3 Psychische Gesundheit

Psychische Störungen und Beeinträchtigungen sind im jungen Erwachsenenalter bereits stark verbreitet, auch wenn sie nicht immer diagnostiziert werden (Kuwabara et al. 2007; Arnett et al. 2014). Ergebnisse des Mental Health Moduls zur DEGS1-Studie, in dem nicht nach Diagnosen gefragt wurde, sondern eine Diagnostik nach DSM-IV Kriterien erfolgte, sprechen dafür, dass das Risiko einer psychischen Störung zumindest bei Männern im jungen Erwachsenenalter nicht niedriger ist als bei Männern im mittleren und höheren Alter (Jacobi et al. 2014). Substanzbezogene Störungen treten im jungen Erwachsenenalter sogar häufiger auf als in anderen Lebensphasen.

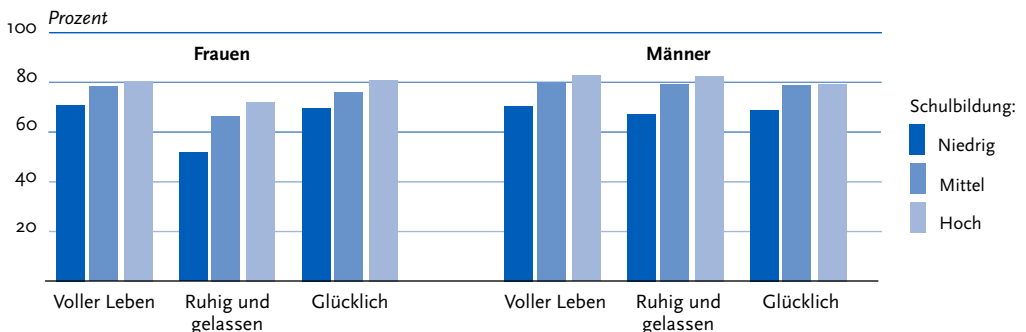
Mit Daten der DEGS1-Studie konnte unter Berücksichtigung des sozialen Status gezeigt werden, dass eine aktuelle depressive Symptomatik, die mit einem Screeninginstrument erfasst wurde, sozial unterschiedlich verbreitet ist. Bei Frauen aus der niedrigen Status-

Abbildung 4.2
Tage mit seelischen Problemen in den letzten 4 Wochen bei 18- bis 29-jährigen Frauen und Männern nach Schulbildung
Datenbasis: GEDA 2009, 2010, 2012



gruppe wurde zu 15,0% eine depressive Symptomatik festgestellt, bei Frauen aus der mittleren und hohen Statusgruppe zu 11,5% und 6,4%. Bei jungen Männern betragen die Vergleichswerte 14,4%, 6,2% und 6,7% (Lampert et al. 2013). Während bei jungen Frauen mit den Daten der GEDA-Studien 2009, 2010 und 2012 kein Zusammenhang diagnostizierter Depressionen mit der Schulbildung festgestellt werden kann, haben junge Männer mit niedriger Schulbildung häufiger diagnostizierte Depressionen als junge Männer mit hoher Schulbildung. Anhand der GEDA-Daten zeigt sich zudem, dass junge Erwachsene mit einem Hauptschulabschluss signifikant mehr Tage mit seelischen Problemen berichten (Abbildung 4.2). Nach Kontrolle für Altersunterschiede geben 18- bis 29-jährige Frauen mit niedriger Schulbildung 1,5-mal mehr Tage mit seelischen Problemen an,

Abbildung 4.3
Gesundheitsbezogene Lebensqualität (»meistens« oder »immer« innerhalb der letzten 4 Wochen) bei 18- bis 29-jährigen Frauen und Männern nach Schulbildung
Datenbasis: GEDA 2010, 2012



als die Vergleichsgruppe mit hoher Schulbildung, bei Männern ist die Anzahl 1,2-mal höher.

Mit Hilfe von Fragen aus den Bereichen »psychisches Wohlbefinden« und »Vitalität« des Short-Form 36, einem Instrument zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, konnten in den GEDA-Studien 2010 und 2012 Unterschiede nach Schulbildung gezeigt werden. Insbesondere die Gruppen mit niedriger Schulbildung stimmen demnach deutlich seltener den Aussagen zu, dass sie meistens oder immer »voller Leben« (Vitalität) oder »ruhig und gelassen« und »glücklich« (psychisches Wohlbefinden) sind (Abbildung 4.3).

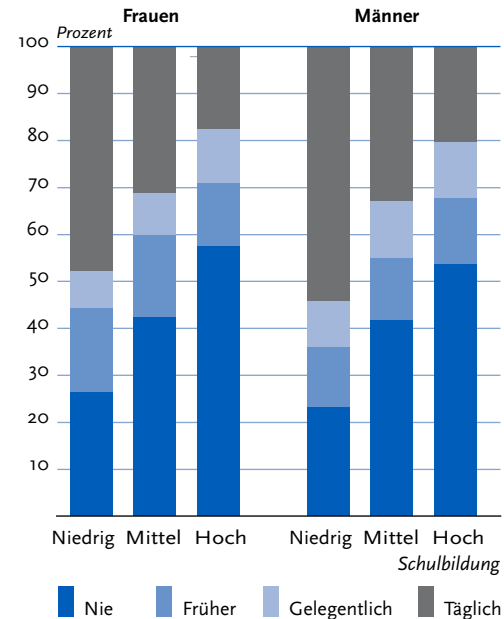
4.2 Gesundheitsverhalten und assoziierte Risikofaktoren

4.2.1 Tabakkonsum

Trotz rückläufiger Prävalenzen des Tabakkonsums (Robert Koch-Institut 2014; Orth, Töppich 2015; Orth 2016) zeigen die Daten der GEDA-Studie des Robert Koch-Instituts aus dem Jahr 2012, dass noch immer ein Großteil der jungen Erwachsenen in Deutschland raucht. Die Raucherquote liegt bei Frauen zwischen 18 und 29 Jahren bei 30,2 %, bei gleichaltrigen Männern bei 38,6 %. Im Vergleich zum über alle Altersgruppen ermittelten Bundesdurchschnitt ist die Raucherquote im jungen Erwachsenenalter damit signifikant erhöht (Robert Koch-Institut 2014). Soziale Unterschiede im Tabakkonsum – mit höheren Konsumraten bei sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen – zeichnen sich bereits im Jugendalter ab (Hanson, Chen 2007). Dieses statusspezifische Konsummuster setzt sich in der Phase des jungen Erwachsenenalters fort und verfestigt sich im weiteren Lebensverlauf (Hammond 2005).

Mit den Daten der GEDA-Studien 2009 und 2010 lässt sich feststellen, dass junge Frauen und Männer mit höherer Schulbildung signifikant seltener rauchen als jene mit niedriger oder mittlerer Schulbildung. Die Raucherquote liegt bei jungen Frauen mit höchstens einem Hauptschulabschluss bei 56 %, bei denjenigen mit einem mittleren Schulabschluss bei 40 % sowie bei 29 % in der Gruppe mit (Fach-)Hochschulreife (Abbildung 4.4). Bei jungen Männern liegen die entsprechenden Raucherquoten bei 64 %, 45 %

Abbildung 4.4
Verbreitung des Rauchens bei 18- bis 29-jährigen Frauen und Männern nach Schulbildung
Datenbasis: GEDA 2009, 2010 (Kuntz et al. 2014)



und 32 %. Nach multivariater Auswertung unter Kontrolle des Alters zeigt sich, dass das Risiko zu rauchen bei Frauen und Männern mit niedriger Schulbildung im Vergleich zu denjenigen mit höherer Schulbildung um das 3,0- bzw. 3,7-fache erhöht ist. Auch in Bezug auf tägliches und starkes Rauchen von mehr als 20 Zigaretten pro Tag zeigen sich statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Raucherinnen und Rauchern nach dem Bildungsgrad. Auch wenn in den Analysen lediglich tägliche Raucher berücksichtigt werden, ist das Risiko starken Rauchens bei jungen Frauen und Männern der unteren Schulbildungsgruppen etwa doppelt so hoch im Vergleich zu denen der höheren Schulbildungsgruppe (Kuntz et al. 2014). Zudem zeigen die Ergebnisse, dass jungen Erwachsenen auch der Rauchanstieg umso häufiger gelingt, je höher ihr schulischer Bildungsabschluss ist.

Vergleichbare Bildungsunterschiede im Rauchen werden auch in der Drogenaffinitätsstudie 2015 der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) berichtet, für die Personen im

Alter zwischen 12 und 25 Jahren befragt wurden (Orth 2016). Für die älteren Befragten liegt die Raucherquote bei Gymnasiasten der Sekundarstufe II mit 18,7% sowie bei Studierenden mit 16,5% deutlich niedriger als bei Schülerinnen und Schülern berufsbildender Schulen mit 32,1% oder bei Auszubildenden mit 36,4%. Die Lebenszeitprävalenz des Konsums von E-Zigaretten folgt einem ähnlichen bildungsspezifischen Muster; auch hier ist die Prävalenz bei Studierenden am geringsten (Orth 2016).

4.2.2 Alkoholkonsum

Der Konsum alkoholischer Getränke ist in der Bevölkerung weit verbreitet. Ergebnisse der DEGS1-Studie zeigen, dass 26% der Frauen und 42% der Männer in Deutschland zwischen 18 und 79 Jahren riskante Mengen Alkohol konsumieren. Monatliches Rauschtrinken trifft auf 11% der Frauen und 31% der Männer zu. In der Altersgruppe der 18- bis 29-jährigen ist ein riskanter Alkoholkonsum sowie Rauschtrinken stärker als in den höheren Altersgruppen verbreitet. Zu den Risikokonsumenten zählen 36% der Frauen und 54% der Männer zwischen 18 und 29 Jahren, monatliches Rauschtrinken ist zu 21% bei jungen Frauen bzw. zu 48% bei jungen Männern anzutreffen (Hapke et al. 2013). Die Zahl junger Erwachsener, die aufgrund von alkoholbedingten akuten Intoxikationen im Krankenhaus behandelt werden mussten, hat im Zeitraum von 2000 bis 2012 stark zugenommen (von etwa 9.300 auf etwa 28.200 bei den 18- bis 29-Jährigen); seither sind die Fallzahlen leicht zurückgegangen (auf rund 25.500 im Jahr 2015) (Statistisches Bundesamt 2016).

Die Ergebnisse der Drogenaffinitätsstudie 2015 der BZgA zeigen keinen systematischen Zusammenhang zwischen Schultyp, Ausbildung oder Studium und dem Alkoholkonsum bei 12- bis 25-Jährigen (Orth 2016). Nach den Daten der GEDA-Studie 2012 ist bei jungen Frauen riskanter Alkoholkonsum und monatliches Rauschtrinken in allen Bildungsgruppen in etwa gleich häufig zu beobachten. Dagegen ist der Risikokonsum bei jungen Männern der oberen und mittleren Bildungsgruppe tendenziell höher als in der unteren Bildungsgruppe, gleiches gilt für

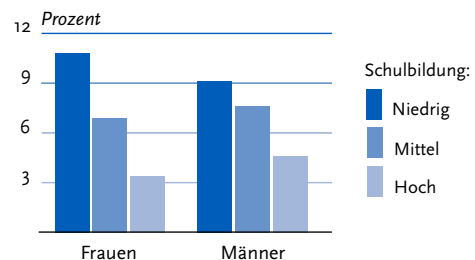
monatliches Rauschtrinken. Die Abstinenzraten weisen jedoch bei beiden Geschlechtern einen deutlichen Zusammenhang zum Bildungsgrad junger Erwachsener auf. Der Anteil junger Frauen und Männer, die nie Alkohol trinken, ist in der unteren Bildungsgruppe etwa doppelt so hoch wie in der oberen Bildungsgruppe (Robert Koch-Institut 2014).

4.2.3 Adipositas

Nach einer Klassifikation der WHO wird bei Erwachsenen von Adipositas ausgegangen, wenn der Body-Mass-Index (Verhältnis von Körpergewicht und Körpergröße) $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ beträgt (World Health Organization 2000). Laut Daten der DEGS1-Studie, in der Messdaten zur Körpergröße und zum Körpergewicht erhoben wurden, lässt sich eine im Altersverlauf zunehmende Prävalenz von Übergewicht und Adipositas feststellen (Mensink et al. 2013). In der Altersgruppe der 18- bis 29-Jährigen sind 9,6% der Frauen und 8,6% der Männer adipös. In den höheren Altersgruppen ab 60 Jahren sind mehr als 30% der Frauen und Männer adipös, im Alter ab 70 Jahren bei den Frauen sogar über 40%.

Dabei kann festgestellt werden, dass bereits bei jungen Erwachsenen erhebliche Unterschiede in der Verbreitung von Adipositas zuungunsten von Personen aus sozial benachteiligten Gruppen bestehen, die bei jungen Frauen stärker ausgeprägt sind als bei jungen Männern. So sind 16,4% der Frauen der niedrigen Sozialstatusgruppe adipös, während es in der mittleren Sozialstatusgruppe 8,3% und in der oberen Sozialsta-

Abbildung 4.5
Adipositasprävalenz bei 18- bis 29-jährigen
Frauen und Männern nach Schulbildung
Datenbasis: GEDA 2009, 2010, 2012



tusgruppe 4,4 % sind. Sie liegen damit deutlich weiter auseinander als bei Männern, bei denen die Vergleichswerte 10,6 %, 8,7 % und 5,3 % betragen (Lampert et al. 2013; Mensink et al. 2013). Auch nach auf Selbstangaben basierenden Ergebnissen der GEDA-Studien 2009, 2010 und 2012 zeigt sich ein Zusammenhang zwischen der Schulbildung und Adipositas, wiederum bei jungen Frauen stärker ausgeprägt als bei jungen Männern (Abbildung 4.5).

Während bei 18- bis 29-jährigen Frauen das Risiko für Adipositas nach Kontrolle für Altersunterschiede um das 3,0-Fache in der niedrigen im Vergleich zur hohen Schulbildungsgruppe erhöht ist, ist das entsprechende Risiko bei gleichaltrigen Männern 2,0-fach erhöht.

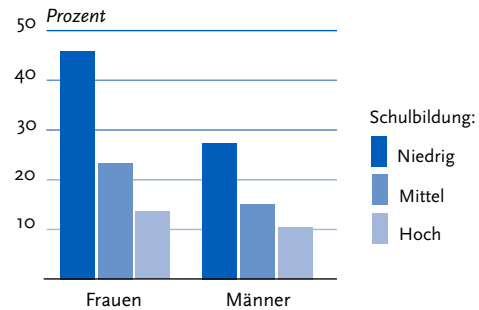
4.2.4 Sportliche Aktivität

Laut Daten der GEDA-Studien 2009, 2010 und 2012 haben 20,6 % der jungen Frauen und 15,0 % der jungen Männer zwischen 18 und 29 Jahren in Deutschland innerhalb der letzten drei Monate keinen Sport getrieben. Damit ist der Anteil sportlich Inaktiver bei Jüngeren geringer als in den späteren Lebensphasen. 32,9 % der Frauen und 36,5 % der Männer zwischen 30 und 64 Jahren sind sportlich inaktiv, ab 65 Jahren trifft es auf etwa die Hälfte der Frauen und Männer in Deutschland zu. Zunehmende sportliche Inaktivität mit steigendem Alter konnte auch mit den Daten der DEGS1-Studie des RKI gezeigt werden (Krug et al. 2013).

Analysen der GEDA-Studien 2009, 2010 und 2012 zeigen, dass sportliche Inaktivität bildungsspezifisch ausgeprägt ist (Abbildung 4.6). Bei 18- bis 29-jährigen Frauen ist das Risiko sportlicher Inaktivität in der Gruppe mit mittlerer und niedriger Schulbildung im Vergleich zur Gruppe mit hoher Schulbildung um das 1,9- bzw. 5,1-Fache erhöht, bei Männern derselben Vergleichsgruppen um das 1,6- bzw. 3,2-Fache.

Auswertungen zu sportlicher Inaktivität mit den Daten des Sozio-oekonomischen Panels 2011 führen zu ähnlichen Ergebnissen und sprechen dafür, dass Frauen und Männer ohne (Fach-) Hochschulreife in dieser Lebensphase häufiger sportlich inaktiv sind. Weiterführende Analysen auf Basis der Studie DEGS1 geben zudem

Abbildung 4.6
Sportliche Inaktivität bei 18- bis 29-jährigen Frauen und Männern nach Schulbildung
Datenbasis: GEDA 2009, 2010, 2012



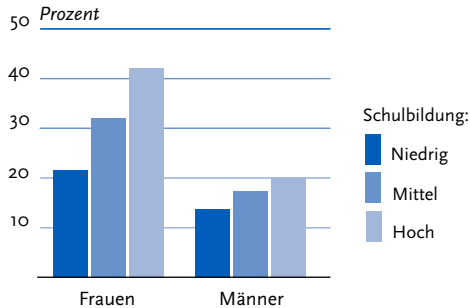
Hinweise darauf, dass Frauen und Männer mit höherem Sozialstatus stärker darauf achten, sich ausreichend körperlich zu bewegen als die Vergleichsgruppe mit niedrigem sozialen Status (Krug et al. 2013).

4.2.5 Obst- und Gemüseverzehr

Obst und Gemüse sind wichtige Lieferanten von Vitaminen, Mineralstoffen, Spurenelementen, sekundären Pflanzenstoffen und Ballaststoffen. Der Verzehr von ausreichend Obst und Gemüse ist daher ein entscheidendes Element für eine gesunde Ernährung. Studien zeigen positive Auswirkungen des Obst- und Gemüsekonsums auf die Gesundheit. So kann ein höherer Obst- und Gemüsekonsum dazu beitragen, chronische Krankheiten wie Bluthochdruck, koronare Herzkrankheit und Schlaganfall zu vermeiden (Boeing et al. 2012). Zudem gibt es Hinweise darauf, dass das Risiko für Krebserkrankungen durch Obst- und Gemüseverzehr reduziert werden kann (Boffetta et al. 2010; Key 2011).

Der tägliche Obst- und Gemüseverzehr ist bei jungen Erwachsenen weniger verbreitet als im mittleren und höheren Lebensalter. So nehmen 36 % der Frauen und 18 % der Männer im Alter von 18 bis 29 Jahren täglich Obst und Gemüse zu sich, während es im mittleren Lebensalter 48 % der Frauen und 31 % der Männer sind. Vertiefende Auswertungen der DEGS1-Studie zeigen, dass insbesondere der tägliche Konsum von fri-

Abbildung 4.7
Täglicher Obst- und Gemüseverzehr bei 18- bis 29-jährigen Frauen und Männern nach Schulbildung
Datenbasis: GEDA 2009, 2010, 2012



schem Obst deutlich mit dem Alter assoziiert ist (Mensink et al. 2013).

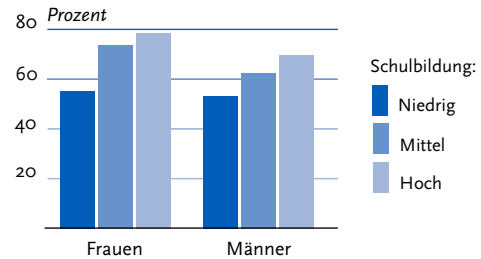
Dabei ist eine gemüse- und obstreiche Ernährung sowohl bei jungen Frauen als auch bei jungen Männern von der Schulbildung abhängig (Abbildung 4.7). Bei Frauen ist dieser Zusammenhang stärker als bei Männern ausgeprägt. Nach Kontrolle für Altersunterschiede haben 18- bis 29-jährige Frauen mit mittlerer und niedriger Schulbildung im Vergleich zu gleichaltrigen Frauen mit hoher Schulbildung ein 1,6- bzw. 2,8-fach erhöhtes Risiko nicht jeden Tag Obst und Gemüse zu essen. Bei Männern sind die entsprechenden Risiken 1,2- bzw. 1,6-fach erhöht.

4.3 Gesundheitsbezogene Versorgung

In Deutschland gibt es für gesetzlich krankenversicherte Kinder, Jugendliche und Erwachsene einen Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung bestimmter Krankheiten. In der jungen Altersgruppe der 18- bis 29-Jährigen trifft dies auf zahnärztliche Kontrolluntersuchungen sowie für junge Frauen auf die Früherkennungsuntersuchung zum Gebärmutterhalskrebs zu. Ebenso werden mehrere Impfungen für junge Erwachsene empfohlen.

Laut der zusammengefassten Daten der GEDA-Studien von 2009 bis 2012 werden zahnärztliche Kontrolluntersuchungen von 79,3% der Frauen und von 71,0% der Männer in Deutschland innerhalb der letzten 12 Monate vor dem Befragungszeitpunkt in Anspruch genommen. In der Altersgruppe der 18- bis 29-Jährigen ist die Inan-

Abbildung 4.8
Zahnärztliche Kontrolluntersuchung innerhalb der letzten 12 Monate bei 18- bis 29-jährigen Frauen und Männern nach Schulbildung
Datenbasis: GEDA 2009, 2010, 2012



spruchnahme mit Anteilen von 74,2% der jungen Frauen und 64,1% der jungen Männer etwas geringer. Deutliche Unterschiede zeigen sich in dieser Altersgruppe nach der Schulbildung (Abbildung 4.8). Frauen mit hoher bzw. mittlerer Schulbildung haben im Vergleich zu Frauen mit niedriger Schulbildung eine 3,2- bzw. 1,3-fach erhöhte statistische Chance der Inanspruchnahme einer zahnärztlichen Kontrolluntersuchung. Bei jungen Männern ist die statistische Chance der entsprechenden Vergleichsgruppen um das 2,1- bzw. 1,4-Fache erhöht.

Jungen Frauen im Alter ab 20 Jahren wird von den gesetzlichen Krankenkassen jährlich ein Abstrich am Gebärmutterhals zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs angeboten. Daten der DEGS1-Studie zeigen hier einen Unterschied der Inanspruchnahme nach dem sozialen Status. Während 20- bis 29-jährige Frauen der niedrigen Sozialstatusgruppe zu 46,1% eine solche Untersuchung in den vergangenen 12 Monaten vor der Befragung in Anspruch genommen haben, sind es in der mittleren und hohen Sozialstatusgruppe 56,4% bzw. 73,7% (Starker, Saß 2013).

Hinsichtlich der von der Ständigen Impfkommission ab 18 Jahren empfohlenen Auffrischungs- oder ggf. Nachholimpfungen von Tetanus, Diphtherie und Pertussis (Robert Koch-Institut 2015b) ist ein Zusammenhang zum sozioökonomischen Status nicht eindeutig. Nach den Daten der DEGS1-Studie ist die Tetanusimpfung generell weit verbreitet mit 96,0% in der Gesamtbevölkerung und 96,8% in der Altersgruppe zwischen 18 und 29 Jahren. Dennoch lassen sich auch auf

diesem hohen Niveau Unterschiede in der Inanspruchnahme nach dem Sozialstatus feststellen. Der Anteil gegen Tetanus geimpfter Frauen und Männer mit einem höheren Sozialstatus ist etwas höher als jener mit niedrigem Sozialstatus. Deutlicher ist dieser Unterschied nach dem Sozialstatus bezüglich der Diphtherie-Impfung ausgeprägt. Die Inanspruchnahme der Pertussis-Impfung dagegen folgt keinem systematischen Gradienten nach dem sozialen Status (Poethko-Müller, Schmitz 2013).

4.4 Arbeitslosigkeit und Gesundheit im jungen Erwachsenenalter

Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit sind insbesondere für die psychische Gesundheit und das Gesundheitsverhalten belegt. Übersichtsarbeiten und Metaanalysen zeigen, dass Langzeitarbeitslose ein mindestens doppelt so hohes Risiko für psychische Erkrankungen, insbesondere für Depressionen und Angststörungen, haben wie erwerbstätige Personen (Paul, Moser 2009; Herbig et al. 2013). Aus Längsschnittstudien liegen speziell auch für das junge Erwachsenenalter Befunde vor, die darauf hindeuten, dass Arbeitslosigkeitserfahrungen negative Auswirkungen auf die psychische Gesundheit haben (Berth et al. 2003; Brydsten et al. 2015). Zudem zeigen Untersuchungsergebnisse, dass sich Arbeitslosigkeitserfahrungen im jungen Erwachsenenalter zwischen 16 und 21 Jahren stärker auf die psychische Gesundheit

im mittleren Erwachsenenalter auswirken als einzelne spätere Arbeitslosigkeitserfahrungen (Strandh et al. 2014).

Gesundheitliche Probleme sind aus Sicht der Betroffenen in den meisten Fällen keine Ursache für Arbeitslosigkeitserfahrungen. Nach Daten der GEDA-Studien 2009, 2010 und 2012 geben 8,8% der jungen Erwachsenen mit Arbeitslosigkeitserfahrungen an, dass Gesundheitsprobleme die Ursache der eigenen Arbeitslosigkeit waren, während dies im mittleren Lebensalter für 17,0% der Frauen und 21,1% der Männer mit Arbeitslosigkeitserfahrungen gilt. Auch negative Auswirkungen der Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit werden im jungen Erwachsenenalter seltener als im mittleren Lebensalter berichtet. So gehen 10,8% der jungen Erwachsenen davon aus, dass sich ihre Gesundheit durch die Arbeitslosigkeit verschlechtert hat, während dieser Anteil im mittleren Lebensalter bei 18,3% liegt (Abbildung 4.9).

Berechnungen mit Querschnittsdaten der GEDA-Studien aus den Jahren 2010 und 2012 zeigen auch für junge Frauen und Männer einen deutlichen Zusammenhang zwischen längeren Arbeitslosigkeitserfahrungen innerhalb der letzten fünf Jahre und ärztlich oder psychotherapeutisch diagnostizierten Depressionen innerhalb der letzten zwölf Monate vor dem Befragungszeitpunkt (Abbildung 4.10). Frauen, die in den letzten fünf Jahren arbeitslos waren, haben den GEDA-Daten zufolge ein 3,5-fach erhöhtes Risiko für eine diagnostizierte Depression im Vergleich zu Frauen ohne Arbeitslosigkeitserfahrungen. Bei Männern beträgt das entsprechende Verhältnis 7,7 zu 1.

Abbildung 4.9
Arbeitslosigkeit und Krankheit bei Frauen und Männern nach Altersgruppen
Datenbasis: GEDA 2009, 2010, 2012

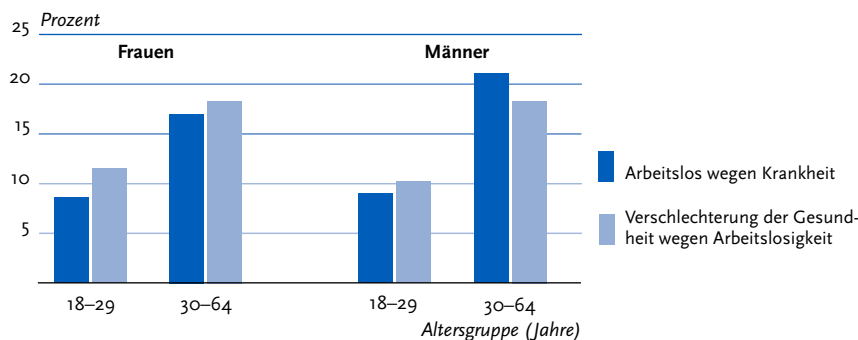
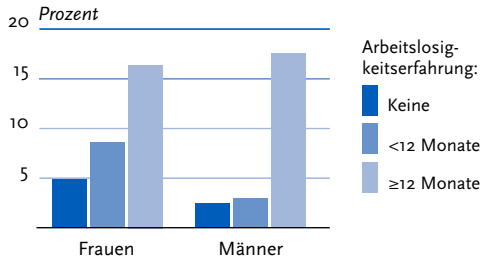


Abbildung 4.10
12-Monats-Prävalenz einer diagnostizierten Depression bei 18- bis 29-jährigen Frauen und Männern nach Arbeitslosigkeitserfahrungen in den letzten fünf Jahren
 Datenbasis: GEDA 2010, 2012



Laut Daten der PASS-Studie unterscheidet sich die mentale Gesundheit (gemessen über den Kurzfragebogen SF12 zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität) von ALG-II-Beziehern zu Erwerbspersonen, die keinen Grundsicherungsbezug erhalten, signifikant ab einem Alter von 24 Jahren. Während die entsprechenden Werte für die psychische Gesundheit bei ALG-II-Beziehern mit steigendem Alter kontinuierlich bis zum Alter von etwa 40 Jahren zurückgehen, ist in der Vergleichsgruppe der Erwerbstätigen ohne Grundsicherungsbezug ein Anstieg zu beobachten. Die mentale Gesundheit der 24- bis 30-jährigen ALG-II-Bezieher liegt damit in etwa auf dem Niveau der Gesamtbevölkerung, während sie bei den 24- bis 30-jährigen Erwerbstätigen ohne Grundsicherungsbezug deutlich darüber liegt (Eggs et al. 2014).

Mit Hilfe einer Stichprobe aus den Registerdaten der Bundesagentur für Arbeit von 15- bis 24-Jährigen in Deutschland, die im Zeitraum 1998 bis 1999 mindestens 90 Tage als arbeitslos registriert waren, wurde der Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und psychischem Wohlbefinden (gemessen mit der Hopkins Symptom Checklist) analysiert. Während sich bei jungen Frauen kein Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und dem psychischen Wohlbefinden zeigen lässt, haben den Ergebnissen zufolge arbeitslose junge Männer ein signifikant schlechteres psychisches Wohlbefinden als erwerbstätige Männer dieser Altersgruppe, auch nach Kontrolle für relative Einkommensarmut und materielle Einschränkungen. Neben den finanziellen Restrik-

tionen hat die Arbeitslosigkeit demnach einen unabhängigen negativen Effekt auf das psychische Wohlbefinden von jungen Männern. Fällt der Eintritt in die Arbeitslosigkeit allerdings mit subjektiv empfundenen finanziellen Belastungen zusammen, zeigen sich negative Auswirkungen auf das psychische Wohlbefinden. Längsschnittliche Auswertungen zeigen, dass die Erwerbsarbeit eine entscheidende Ressource ist und das psychische Wohlbefinden bei Aufnahme einer Erwerbsarbeit ansteigt (Schels 2007).

Neben der psychischen Gesundheit stellt das Gesundheitsverhalten einen weiteren Bereich dar, für den negative Auswirkungen der Arbeitslosigkeit gut dokumentiert sind (Schunck, Rogge 2010; Henkel 2011; Eggs et al. 2014; Lampert et al. 2016). Aktuelle Auswertungen der GEDA-Studien 2010 und 2012 zeigen erhöhte Raucherquoten bei jungen Frauen und Männern mit Arbeitslosigkeitserfahrungen in den letzten fünf Jahren (Tabelle 4.2). Nach Kontrolle für Altersunterschiede ist das Risiko aktuell zu rauchen bei jungen Frauen und Männern mit Arbeitslosigkeitserfahrungen von weniger als zwölf Monaten 2,2- bzw. 1,7-fach erhöht im Vergleich zu Personen ohne Arbeitslosigkeitserfahrungen. Bei mehr als zwölf Monaten Arbeitslosigkeit in den letzten fünf Jahren liegen die entsprechenden Risiken sogar beim 3,2- bzw. 2,8-Fachen der Vergleichsgruppe. Auch in Bezug auf sportliche Inaktivität lässt sich ein signifikanter Zusammenhang zur Arbeitslosigkeitserfahrung feststellen. Das Risiko sportlicher Inaktivität ist bei jungen Frauen und Männern mit Arbeitslosigkeitserfahrungen von weniger als zwölf Monaten im Vergleich zu denjenigen, die innerhalb der letzten fünf Jahre vor dem Befragungszeitpunkt nicht arbeitslos waren, 1,6- bzw. 1,8-fach erhöht. Für junge Frauen und Männer mit längeren Arbeitslosigkeitserfahrungen ist das Risiko sportlicher Inaktivität gegenüber der Vergleichsgruppe ohne Arbeitslosigkeitserfahrungen 2,5- bzw. 2,6-fach erhöht. Bezüglich des Alkoholkonsums zeigt sich, dass junge Frauen mit Arbeitslosigkeitserfahrungen sogar seltener einen riskanten Alkoholkonsum aufweisen als junge Frauen, die in den letzten fünf Jahren nicht arbeitslos waren. Bei jungen Männern hingegen ist kein Zusammenhang festzustellen. Allerdings ist ein riskanter Alkoholkonsum in dieser Lebensphase insgesamt sehr häufig. Internationale Längsschnittdaten deuten

Tabelle 4.2

Tabakkonsum, riskanter Alkoholkonsum und sportliche Inaktivität bei 18- bis 29-jährigen Frauen und Männern nach Arbeitslosigkeitserfahrungen in den letzten fünf Jahren

Datenbasis: GEDA 2010, 2012

Arbeitslosigkeitserfahrungen in den letzten 5 Jahren	Tabakkonsum	Riskanter Alkoholkonsum	Kein Sport in den letzten 3 Monaten
	% (95%-KI)	% (95%-KI)	% (95%-KI)
Frauen			
Keine	28,6 (26,6–30,7)	34,3 (32,1–36,5)	16,5 (14,9–18,3)
< 12 Monate	47,7 (41,9–53,5)	28,3 (23,2–34,1)	28,2 (23,2–33,9)
≥ 12 Monate	57,4 (48,1–66,1)	24,0 (16,4–33,7)	38,8 (30,6–47,8)
Gesamt	33,1 (31,2–35,1)	32,8 (30,9–34,8)	19,6 (18,0–21,3)
Männer			
Keine	35,7 (33,4–38,0)	44,1 (41,7–46,5)	12,1 (10,5–13,8)
< 12 Monate	50,8 (45,8–55,7)	40,6 (36,0–45,5)	22,5 (18,5–27,2)
≥ 12 Monate	62,9 (52,6–72,2)	40,8 (31,5–50,8)	29,7 (20,5–40,9)
Gesamt	40,5 (38,4–42,6)	43,2 (41,1–45,3)	15,3 (13,7–17,1)

KI = Konfidenzintervall

darauf hin, dass die Länge der Arbeitslosigkeitserfahrung im jungen Erwachsenenalter das Risiko eines starken Alkoholkonsums im Alter von 27 bis 35 Jahren erhöht (Mossakowski 2008).

4.5 Fazit

Im jungen Erwachsenenalter werden zentrale Weichen für die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten im weiteren Leben gestellt. In dieser Phase entscheidet sich, ob etwaige Benachteiligungen aus der Kindheit und Jugend überwunden, berufliche Perspektiven entwickelt und gesunde Lebensstile angestrebt werden (Kuntz et al. 2013). Veränderungen in den Lebensumständen und Entscheidungen, die im Zusammenhang mit alterstypischen Entwicklungsaufgaben getroffen werden, finden auch in gesundheitsbezogenen Einstellungen, Wahrnehmungen und Verhaltensweisen junger Erwachsener ihren Niederschlag. Auf den ersten Blick erscheint das junge Erwachsenenalter dabei als Lebensabschnitt maximaler Gesundheit: Die meisten organischen Wachstums- und Reifeprozesse sind weitgehend abgeschlossen. Viele Aspekte der körperlichen Entwicklung erreichen das Stadium höchster Funktions- und Leistungsfähigkeit. Schwerwiegende Erkrankungen treten deutlich seltener auf als im mittleren

und höheren Lebensalter. Auf den zweiten Blick werden jedoch auch einige Aspekte der gesundheitlichen Lage junger Erwachsener sichtbar, die auf erhöhte Risiken in dieser Lebensphase hinweisen: So sind junge Erwachsene zum Beispiel überdurchschnittlich häufig von Unfallverletzungen betroffen (Robert Koch-Institut 2015a). Der gesundheitsgefährdende Konsum von Tabak, Alkohol und illegalen Substanzen ist im jungen Erwachsenenalter ebenfalls häufiger anzutreffen als in anderen Altersgruppen. Konsummuster verfestigen sich und können sich langfristig negativ auf die weitere Entwicklung auswirken. Darüber hinaus zeigen Studien, dass sich die meisten verhaltensassoziierten Gesundheitsindikatoren während des Übergangs vom Jugend- ins junge Erwachsenenalter verschlechtern (Irwin 2010; Neinstein, Irwin 2013). So nimmt beispielsweise neben dem Substanzkonsum auch der Bewegungsmangel und die Verbreitung von Übergewicht zwischen dem 16. und dem 25. Lebensjahr deutlich zu (Leyk et al. 2008).

Mit der Vielzahl der eingangs beschriebenen Entwicklungsaufgaben und Anforderungen des jungen Erwachsenenalters gehen bisweilen Spannungszustände, Überforderungstendenzen und ein gesteigertes Stressempfinden einher, die mit negativen Konsequenzen vor allem für die psychische Gesundheit verbunden sein können (Arnett

et al. 2014; Seiffge-Krenke 2015). Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn junge Erwachsene nicht über die notwendigen Ressourcen verfügen, um diese Belastungen zu bewältigen (Langhoff et al. 2010). Insbesondere die Anforderungen, die im Bildungswesen und in der Arbeitswelt, z. B. in Bezug auf Leistungsbereitschaft, Mobilität und Flexibilität, an junge Erwachsene gestellt werden, können sich gesundheitsbelastend auswirken.

Wie die in diesem Kapitel zusammengetragenen Befunde zeigen, weisen junge Erwachsene mit niedriger Schulbildung deutlich höhere Gesundheitsrisiken auf als Gleichaltrige, die über eine höhere Schulbildung verfügen. Unterschiede zuungunsten junger Frauen und Männer mit niedriger Schulbildung kommen insbesondere in der Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands, der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, im Bewegungs- und Ernährungsverhalten sowie beim Tabakkonsum zum Ausdruck. Innerhalb der heterogenen Gruppe der jungen Erwachsenen erscheinen insbesondere diejenigen in ihrer gesundheitlichen Entwicklung gefährdet, die hohen psychosozialen Belastungen ausgesetzt sind und die gleichzeitig auf wenig materielle und soziale Ressourcen zu deren Bewältigung zurückgreifen können. Dazu zählen unter anderen Niedrigqualifizierte, Migrantinnen und Migranten ohne ausreichende Deutschkenntnisse, Arbeitslose und Alleinerziehende (Kuntz et al. 2013).

Vor diesem Hintergrund erscheint es wichtig, Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung an den Bedürfnissen und Lebensumständen der jeweiligen Zielgruppe junger Erwachsener auszurichten (Walter et al. 2011). Neue Impulse könnten dabei auch von dem 2015 verabschiedeten Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention ausgehen. Auszubildende und Studierende werden in den zum Präventionsgesetz erstellten Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz als wichtige Zielgruppen präventiver und gesundheitsförderlicher Bemühungen genannt (Nationale Präventionskonferenz 2016). Ein Ziel besteht darin, Lebenswelten wie Hochschulen, Berufsschulen und (Ausbildungs-)betriebe im Sinne des »Setting-Ansatzes« so zu gestalten, dass sie zur Gesunderhaltung junger Erwachsener beitragen.

Bemerkenswert ist, dass trotz der skizzierten Bedeutung der Lebensphase für die weitere gesundheitliche Entwicklung bislang nur wenige Studien existieren, die sich explizit mit der gesundheitlichen Lage junger Erwachsener in Deutschland befassen. Die vorliegenden Untersuchungen sind in der Regel nicht repräsentativ, thematisch sehr stark eingegrenzt oder auf eine bestimmte Gruppe junger Erwachsener beschränkt (Nitzko, Seiffge-Krenke 2012). Die Publikation einzelner Gesundheitsberichte von Krankenkassen zur gesundheitlichen Situation junger Erwachsener oder Studierender zeigt zwar, dass das gesundheitswissenschaftliche Interesse an der Lebensphase des jungen Erwachsenenalters in den letzten Jahren gestiegen ist (DAK Forschung 2011; KKH-Allianz 2011; Techniker Krankenkasse 2011, 2015). Bis auf einzelne, thematisch zumeist eng umgrenzte Einzelpublikationen gibt es aber kaum umfangreichere Arbeiten, welche die zentralen Gesundheitsthemen im jungen Erwachsenenalter auch vor dem Hintergrund altersspezifischer Entwicklungsaufgaben und Herausforderungen beleuchten.

Literatur

- Andersson GBJ (1999) Epidemiological features of chronic low-back pain. *The Lancet* 354(9178): 581–585
- Arnett JJ (2000) Emerging adulthood. A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist* 55(5): 469–480
- Arnett JJ, Žukauskienė R, Sugimura K (2014) The new life stage of emerging adulthood at ages 18–29 years: implications for mental health. *The Lancet Psychiatry* 1(7): 569–576
- Berth H, Förster P, Brähler E (2003) Gesundheitsfolgen von Arbeitslosigkeit und Arbeitsplatzunsicherheit bei jungen Erwachsenen. *Gesundheitswesen* 65(10): 555–560
- Boeing H, Bechthold A, Bub A et al. (2012) Critical review: vegetables and fruit in the prevention of chronic diseases. *Eur J Nutr* 51(6): 637–663
- Boffetta P, Couto E, Wichmann J et al. (2010) Fruit and vegetable intake and overall cancer risk in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC). *J Natl Cancer Inst* 102(8): 529–537
- Brydsten A, Hammarstrom A, Strandh M et al. (2015) Youth unemployment and functional somatic symptoms in adulthood: results from the Northern Swedish cohort. *Eur J Public Health* 25(5): 796–800
- Chou R, Qaseem A, Snow V et al. (2007) Diagnosis and Treatment of Low Back Pain: A Joint Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. *Annals of Internal Medicine* 147(7): 478–491

- DAK Forschung (Hrsg) (2011) Gesundheitsreport 2011. Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Schwerpunktthema: Wie gesund sind junge Arbeitnehmer? DAK, Hamburg
- Diehl K, Hilger J (2015) Nutrition and physical activity during the transition from adolescence to adulthood: further research is warranted. *Int J Adolesc Med Health* 27(1): 101–104
- Eggs J, Trappmann M, Unger S (2014) Grundsicherungsempfänger und Erwerbstätige im Vergleich. ALG-II-Bezieher schätzen ihre Gesundheit schlechter ein. IAB-Kurzbericht 23: 2014
- Essig S, Thomet C, Schwerzmann M (2016) Transition bei chronischen Erkrankungen der Kindheit und Jugend. *Pädiatrie up2date*, 11(1): 55–74
- Faltermajer T, Mayring P, Saup W et al. (2002) Entwicklungspsychologie des Erwachsenenalters (2. Aufl.). Kohlhammer, Stuttgart u. a.
- Gagné T, Ghenadenik AE, Shareck M et al. (2016) Expected or Completed? Comparing Two Measures of Education and Their Relationship with Social Inequalities in Health Among Young Adults. *Social Indicators Research*: 1–14
- Galobardes B, Shaw M, Lawlor DA et al. (2006) Indicators of socioeconomic position (part 1). *Journal of Epidemiology and Community Health* 60(1): 7–12
- Hammond D (2005) Smoking behaviour among young adults: beyond youth prevention. *Tobacco Control* 14(3): 181–185
- Hanson M, Chen E (2007) Socioeconomic status and health behaviors in adolescence: a review of the literature. *Journal of Behavioral Medicine* 30(3): 263–285
- Hapke U, Maske UE, Scheidt-Nave C et al. (2013) Chronischer Stress bei Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsbl–Gesundheitsforsch–Gesundheitsschutz* 56(5/6): 749–754
- Heinz WR (2007) Der Lebenslauf. In: Joas H (Hrsg) *Lehrbuch der Soziologie*. 3. überarbeitete und erweiterte Auflage. Campus Verlag, Frankfurt am Main, S 159–183
- Helmert U, Merzenich H, Bammann K (2001) Der Zusammenhang zwischen Bildungsstatus, chronischen Krankheiten und kardiovaskulären Risikofaktoren bei jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 29 Jahren: Ergebnisse des Bundesgesundheits surveys 1998. *Soz Präventivmed* 46(5): 320–328
- Henkel D (2011) Unemployment and substance use: a review of the literature (1990–2010). *Curr Drug Abuse Rev* 4(1): 4–27
- Herbig B, Dragano N, Angerer P (2013) Health in the long-term unemployed. *Dtsch Arztebl Int* 110(23–24): 413–419
- Hurrelmann K, Quenzel G (2013) *Lebensphase Jugend – Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung*. Beltz Juventa, Weinheim/Basel
- Institute of Medicine and National Research Council (Hrsg) (2015) *Investing in the health and well-being of young adults*. The National Academies Press, Washington, DC
- Irwin CE, Jr. (2010) Young adults are worse off than adolescents. *J Adolesc Health* 46(5): 405–406
- Jacobi F, Hoffer M, Siegert J et al. (2014) Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *Int J Methods Psychiatr Res* 23(3): 304–319
- Keupp H, Straus F, Höfer R et al. (2009) Jugend und junge Erwachsene im sozialen Wandel: Voraussetzungen und Bedingungen für das bürgerschaftliche Engagement junger Menschen in der Selbsthilfe. NAKOS, Berlin
- Key TJ (2011) Fruit and vegetables and cancer risk. *Br J Cancer* 104(1): 6–11
- KKH-Allianz (Hrsg) (2011) *Gesund jung?! Herausforderung Prävention und Gesundheitsförderung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen*. Weißbuch Prävention 2010/11. Springer, Berlin
- Konietzka D (2010) Der Übergang in das Erwachsenenalter – Konzepte und Dimensionen. In: Konietzka D (Hrsg) *Zeiten des Übergangs – Sozialer Wandel des Übergangs in das Erwachsenenalter*. Springer VS, Wiesbaden, S 107–128
- Krug S, Jordan S, Mensink GBM et al. (2013) Körperliche Aktivität. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsbl–Gesundheitsforsch–Gesundheitsschutz* 56(5/6): 765–771
- Kuntz B, Hoebel J, Lampert T (2014) Bildungsunterschiede im Tabakkonsum und Rauchausstieg junger Erwachsener. Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell« (GEDA) 2009 und 2010. *Gesundheitswesen* 76(10): 647–654
- Kuntz B, Ziese T, Lampert T (2013) Endlich erwachsen – unendlich gesund?! *Impulse. Newsletter zur Gesundheitsförderung* 78: 2–3
- Kuwabara SA, Van Voorhees BW, Gollan JK et al. (2007) A qualitative exploration of depression in emerging adulthood: disorder, development, and social context. *Gen Hosp Psychiatry* 29(4): 317–324
- Lampert T, Kuntz B, Hoebel J et al. (2016) *Gesundheitliche Ungleichheit*. In: Destatis, WZB (Hrsg) *Datenreport 2016: Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland*. Bundeszentrale für politische Bildung, Wiesbaden, S 302–314
- Lampert T, Kroll LE, von der Lippe E et al. (2013) Sozioökonomischer Status und Gesundheit. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsbl–Gesundheitsforsch–Gesundheitsschutz* 56(5/6): 814–821
- Langhoff T, Krietsch I, Starke C (2010) Der Erwerbseinstieg junger Erwachsener: unsicher, ungleich, ungesund. *WSI-Mitteilungen* 2010(7): 343–349
- Leyk D, Ruther T, Wunderlich M et al. (2008) Sporting activity, prevalence of overweight, and risk factors: cross-sectional study of more than 12 500 participants aged 16 to 25 years. *Dtsch Arztebl Int* 105(46): 793–800
- Mensink GBM, Schienkiewitz A, Haftenberger M et al. (2013) Übergewicht und Adipositas in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsbl–Gesundheitsforsch–Gesundheitsschutz* 56(5/6): 786–794
- Mossakowski KN (2008) Is the duration of poverty and unemployment a risk factor for heavy drinking? *Social Science & Medicine* 67(6): 947–955
- Nationale Präventionskonferenz (2016) *Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20d Abs. 3 SGB V (verabschiedet am 19.02.2016)*
- Neinstein LS, Irwin CE, Jr. (2013) Young adults remain worse off than adolescents. *J Adolesc Health* 53(5): 559–561
- Nitzko S, Seiffge-Krenke I (2012) Zusammenhänge zwischen Partnerschaftsqualität und Gesundheit im jungen Erwachsenenalter: Ein Vergleich zwischen Berufstätigen

- und Erwerbslosen. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* 21(2): 51–59
- Orth B (2016) Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2015. Rauchen, Alkoholkonsum und Konsum illegaler Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends. BZgA-Forschungsbericht. BZgA, Köln
- Orth B, Töppich J (2015) Rauchen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland 2014. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends. BZgA, Köln
- Paul KI, Moser K (2009) Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior* 74: 264–282
- Plöckinger U (2015) Transition von der Kindheit in das Erwachsenenalter bei chronischen Krankheiten. *medizinische genetik* 27(3): 288–295
- Poethko-Müller C, Schmitz R (2013) Impfstatus von Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsbl–Gesundheitsforsch–Gesundheitsschutz* 56(5/6): 845–857
- Raithel J (2011) Die Lebensphase Adoleszenz – körperliche, psychische und soziale Entwicklungsaufgaben und ihre Bewältigung. In: KKH-Allianz (Hrsg) *Gesund jung?! Herausforderung für die Prävention und Gesundheitsförderung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen*. Weißbuch Prävention 2010/2011. Springer Berlin, Heidelberg, S 11–22
- Reincke M, Zepp F (Hrsg) (2012) *Medizinische Versorgung in der Transition. Spezielle Anforderungen beim Übergang vom Kindes- und Jugendalter zum Erwachsenenalter*. In: Fuchs C, Kurth BM, Scriba PC (Hrsg) *Report Versorgungsforschung*. Deutscher Ärzteverlag, Köln
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2014) *Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012«*. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2015a) *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin
- Robert Koch-Institut (2015b) *Mitteilung der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut (RKI). Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut/Stand: August 2015*. *Epidemiologisches Bulletin*. Robert Koch-Institut (Hrsg), 24. August 2015/ Nr. 34
- Schels B (2007) *Jugendarbeitslosigkeit und psychisches Wohlbefinden*. IAB Forschungsbericht (13)
- Schunck R, Rogge B (2010) Unemployment and its association with health-relevant actions: investigating the role of time perspective with German census data. *Int J Public Health* 55(4): 271–278
- Seiffge-Krenke I (2015) »Emerging Adulthood«: Forschungsbefunde zu objektiven Markern, Entwicklungsaufgaben und Entwicklungsrisiken. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 63(3): 165–173
- Seiffge-Krenke I, Gelhaar T (2006) *Entwicklungsregulation im jungen Erwachsenenalter. Zwischen Partnerschaft, Berufseinstieg und der Gründung eines eigenen Haushalts*. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie* 38(1): 18–31
- Starker A, Saß AC (2013) *Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)*. *Bundesgesundheitsbl–Gesundheitsforsch–Gesundheitsschutz* 56(5/6): 858–867
- Statistisches Bundesamt (2015) *Todesursachenstatistik*. www.gbe-bund.de (Stand: 30.03.2017)
- Statistisches Bundesamt (2016) *Krankenhausdiagnosestatistik*. www.gbe-bund.de (Stand: 30.03.2017)
- Strandh M, Winefield A, Nilsson K et al. (2014) Unemployment and mental health scarring during the life course. *Eur J Public Health* 24(3): 440–445
- Techniker Krankenkasse (2011) *Gesundheitsreport 2011. Gesundheitliche Veränderungen bei jungen Erwerbspersonen und Studierenden*. Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK, Band 26. Techniker Krankenkasse, Hamburg
- Techniker Krankenkasse (Hrsg) (2015) *Gesundheitsreport 2015. Gesundheit von Studierenden*. Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK. Techniker Krankenkasse, Hamburg
- Varnaccia G, Rommel A, Saß AC (2014) *Das Unfallgeschehen bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Befragung »Gesundheit in Deutschland aktuell« 2010*. *Bundesgesundheitsbl–Gesundheitsforsch–Gesundheitsschutz* 57(6): 604–612
- Walter U, Liersch S, Gerlich MG et al. (2011) *Die Lebensphase Adoleszenz und junge Erwachsene – gesellschaftliche und altersspezifische Herausforderungen zur Förderung der Gesundheit*. In: KKH-Allianz (Hrsg) *Gesund jung?! Herausforderung Prävention und Gesundheitsförderung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen*. Weißbuch Prävention 2010/11. Springer, Berlin, S 3–30
- World Health Organization (2000) *Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation*. WHO technical report series. World Health Organization, Geneva

5 Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken im mittleren Lebensalter

Personen im mittleren Lebensalter bilden die größte Altersgruppe der Bevölkerung. Gegenwärtig gehören auch die geburtenstarken Jahrgänge der Nachkriegszeit, die sogenannten »Baby-Boomer«, dieser Altersgruppe an. Nach Daten der Bevölkerungsfortschreibung sind gegenwärtig 39,8 Millionen Menschen in Deutschland zwischen 30 und 64 Jahre alt. Das entspricht einem Anteil von 48,5 % der Gesamtbevölkerung (Statistisches Bundesamt 2015).

Die Altersspanne von 30 bis 64 Jahren beginnt mit dem Übergang vom jungen ins mittlere Erwachsenenalter und erstreckt sich bis zur letzten Phase des Erwerbslebens. Im Alter ab 30 Jahren ist die berufsqualifizierende Ausbildung in der Regel abgeschlossen und der Einstieg ins Erwerbsleben hat zumeist stattgefunden. Die ersten Jahre des mittleren Lebensalters gehen typischerweise mit einer Phase der beruflichen Konsolidierung einher. Gleichzeitig erfolgt häufig die Gründung einer eigenen Familie. Das durchschnittliche Alter bei Eheschließung lag im Jahr 2014 bei 31,0 Jahren für Frauen und 33,7 Jahren für Männer, das mütterliche Alter bei der Geburt des ersten Kindes betrug 29,5 Jahre (Statistisches Bundesamt 2016a, 2016b). Die aus Erwerbsarbeit, Elternschaft und Familienleben erwachsenden parallelen Anforderungen können als charakteristisch für die erste Phase des mittleren Lebensalters angesehen werden (Helfferich 2008). Im Verlauf der mittleren Lebensjahre kann es allerdings zu vielfältigen Veränderungen und biografischen Übergängen in den Bereichen Familie, Partnerschaft und Beruf kommen, z. B. infolge des Auszugs der Kinder aus dem gemeinsamen Haushalt, der Trennung vom Partner bzw. von der Partnerin oder des Verlusts des Arbeitsplatzes (Perrig-Chiello, Höpflinger 2014). Diese Veränderungen sind wiederum in engem Zusammenhang mit der körperlichen, psychischen und psychosozialen Gesundheit zu sehen. Hinzu kommt, dass das Risiko für gesundheitliche Probleme im mittleren Lebensalter zunimmt und chronische Krankheiten und Beschwerden in dieser Altersspanne häufig das erste Mal in Erscheinung treten (Lademann, Kolip 2005; Robert Koch-Institut 2014a).

Die Gleichzeitigkeit mehrerer und verschiedener Rollenanforderungen im mittleren Lebensal-

ter wird häufig mit dem Begriff der »Rushhour des Lebens« umschrieben (Helfferich 2008; BMFSFJ 2012). Im fünften und sechsten Lebensjahrzehnt treten dann oftmals neue Aufgaben hinzu, wie z. B. die Pflege von Eltern oder anderen Angehörigen. Aus dieser Verdichtung von beruflichen und familiären Anforderungen in den mittleren Lebensjahren erwachsen häufig zeitliche Konflikte und Vereinbarkeitsprobleme (BMFSFJ 2012), die zu Mehrfachbelastungen und letztlich zu einem Gesundheitsrisiko werden können (Lademann, Kolip 2005; Peter et al. 2016). Inwieweit und wie diese Anforderungen bewältigt werden, hängt wesentlich von den verfügbaren materiellen, sozialen und personalen Ressourcen ab (Kolip 2003).

Aus epidemiologischer Sicht lässt sich das mittlere Lebensalter aus verschiedenen Perspektiven betrachten. Einerseits ist es eine Phase im Lebensverlauf, in der die gesundheitlichen Folgen von früheren Belastungen und Krankheitsrisiken oft erstmals zur Ausprägung kommen (Kuh, Hardy 2003; Graham, Power 2004; Power, Kuh 2006). Andererseits stellt das mittlere Alter eine Lebensphase dar, in der weiterhin Weichen für die Entwicklung von Gesundheit, Leistungsfähigkeit und Wohlbefinden im höheren Alter gestellt werden können (Perrig-Chiello et al. 2009; Franzon et al. 2015; Nishtala et al. 2015). Beispielsweise zeigen Daten der zweiten Whitehall-Studie, einer Kohortenstudie mit britischen Behördenangestellten, dass sich ungünstige sozioökonomische und psychosoziale Bedingungen während des mittleren Lebensalters noch im höheren Alter auf die psychische Gesundheit auswirken können (Virtanen et al. 2015).

Die Forschung zu sozialen Unterschieden in der Gesundheit und Morbidität konzentrierte sich lange Zeit auf die Phase des mittleren Alters, da dieser Lebensabschnitt verglichen mit früheren und späteren Lebensphasen am stärksten durch Erwerbsarbeit geprägt ist und die Arbeitswelt als der zentrale Entstehungsort gesundheitlicher Ungleichheit erachtet wurde. Infolgedessen existiert für diese Lebensphase eine vergleichsweise breite Daten- und Evidenzlage, die Aufschluss über gesundheitliche Ungleichheiten gibt. Im Folgenden werden aktuelle Befunde aus Deutschland dargestellt, die Rückschlüsse darüber erlauben, inwie-

weit die gesundheitlichen Chancen von Erwachsenen im mittleren Lebensalter mit ihrer sozialen Lage zusammenhängen. Dabei wird zunächst das Augenmerk auf die Lebenserwartung, das Krankheitsgeschehen und den Gesundheitszustand gerichtet, um daran anknüpfend auf gesundheitsrelevante Verhaltensweisen und damit verbundene Risikofaktoren einzugehen. Anschließend werden Ergebnisse zu sozialen Unterschieden in der Inanspruchnahme von Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung sowie von ambulanter und stationärer Versorgung vorgestellt.

Wie in den Kapiteln für die anderen Lebensphasen wird auch in diesem Kapitel eine breite Datengrundlage herangezogen, um Ergebnisse zu gesundheitlichen Ungleichheiten darzustellen. Von besonderer Bedeutung sind dabei zum einen die Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts (RKI), insbesondere die »Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland« (DEGS1), die in den Jahren 2008 bis 2011 stattfand, und die Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell« (GEDA), die seit 2009 regelmäßig durchgeführt wird. Darüber hinaus werden das Sozio-oekonomische Panel (SOEP) des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW) und zahlreiche weitere Studien und Datengrundlagen herangezogen, um eine möglichst belastbare Basis für Aussagen über Zusammenhänge zwischen der sozialen und gesundheitlichen Lage im mittleren Lebensalter zu schaffen.

5.1 Gesundheitliche Lage

5.1.1 Lebenserwartung und Sterbegeschehen

Die statistische Lebenserwartung eines Neugeborenen – die »mittlere Lebenserwartung bei Geburt« – ist im Verlauf der letzten Jahrzehnte in Deutschland und vielen anderen europäischen Ländern nahezu kontinuierlich angestiegen (Robert Koch-Institut 2015; Eurostat 2016). Trotz dieser generell positiven Entwicklung macht eine Vielzahl internationaler Studien darauf aufmerksam, dass Personen aus sozial benachteiligten Gruppen früher sterben als Personen aus vergleichsweise besser gestellten Gruppen (Mackenbach et al. 2003; Burström et al. 2005; Mackenbach et al. 2008; Ma et al. 2012; Steingrimsdóttir et al. 2012; Vathesatogkit et al. 2014; Kinge et al. 2015; Mackenbach et al. 2015).

Die erhöhte Mortalität bzw. geringere Lebenserwartung in sozial benachteiligten Gruppen wird als eine besonders extreme Ausprägungsform von sozialer Ungleichheit angesehen (Huster 2012).

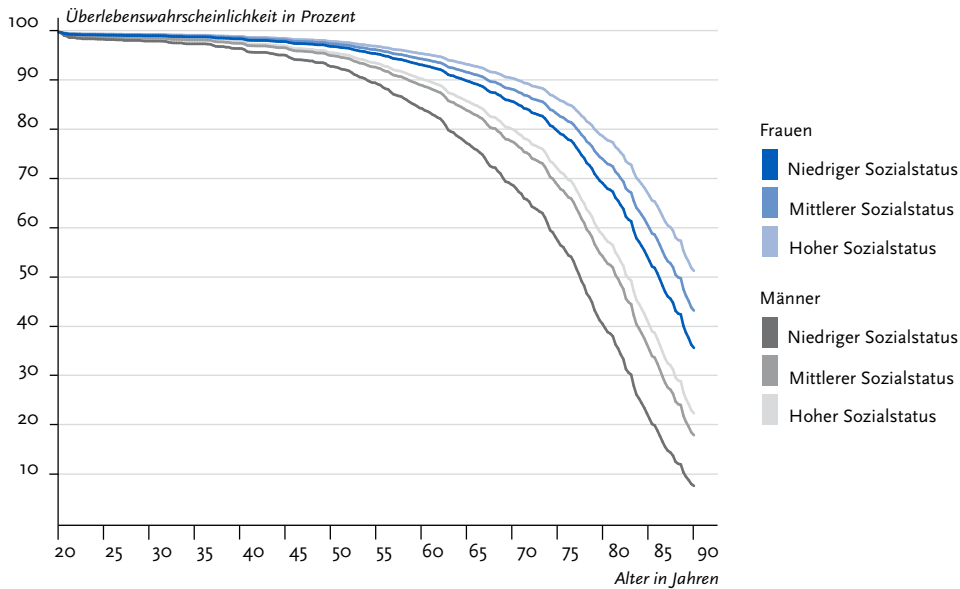
In Deutschland hat sich die mittlere Lebenserwartung bei Geburt für Frauen und Männer seit dem Beginn der Aufzeichnungen im Jahr 1871 alle zehn Jahre um durchschnittlich drei Jahre erhöht (Statistisches Bundesamt 2011). Heute beträgt sie etwa 83 Jahre bei Frauen und 78 Jahre bei Männern (Robert Koch-Institut 2015). Die für Deutschland vorliegenden Ergebnisse zu sozialen Unterschieden in der Lebenserwartung weisen übereinstimmend mit den internationalen Befunden darauf hin, dass Personen aus sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen deutlich kürzer leben als Personen aus sozial besser gestellten Gruppen (Lampert, Kroll 2014). Dieser Zusammenhang lässt sich auch anhand der Daten des Bundes-Gesundheitssurvey 1998 und der DEGS1-Studie des Robert Koch-Instituts für den Zeitraum von 1998 bis 2011 erkennen. Demzufolge leben Frauen und Männer mit höherem sozialen Status signifikant länger als die Vergleichsgruppe mit niedrigem sozialen Status (Abbildung 5.1). In jedem Alter hatten Frauen und Männer aus der niedrigen Statusgruppe ein etwa doppelt so hohes Mortalitätsrisiko wie Personen aus der hohen Statusgruppe.

Nach einer Studie auf Basis von Daten des Sozio-oekonomischen Panels aus den Jahren 1995 bis 2005 beträgt die mittlere Lebenserwartung bei Geburt in der Armutsriskogruppe (weniger als 60% des mittleren Einkommens) 76,9 Jahre für Frauen und 70,1 Jahre für Männer, während sie in der höchsten Einkommensgruppe (150% und mehr des mittleren Einkommens) bei 85,3 bzw. 80,9 Jahren liegt (Lampert et al. 2007). Die Differenz zwischen der niedrigsten und höchsten Einkommensgruppe macht den SOEP-Daten zufolge bei Frauen 8,4 Jahre und bei Männern 10,8 Jahre aus. Betrachtet man die gesunde Lebenserwartung bei Geburt, also die in Gesundheit verbrachten Lebensjahre, liegt diese in der Armutsriskogruppe bei 60,8 Jahren für Frauen und 56,8 Jahren für Männer. In der höchsten Einkommensgruppe fällt sie mit 71,0 Jahren bzw. 71,1 Jahren deutlich höher aus. Das entspricht einer Differenz von 10,2 Jahren bei Frauen und 14,3 Jahren bei Männern.

Abbildung 5.1

Geschätzte Überlebenswahrscheinlichkeit im Zeitraum von 1998 bis 2011 nach sozialem Status bei Frauen und Männern in Deutschland (Ergebnisse aus Cox-Regressionsmodellen)

Datenbasis: BGS98 und DEGS1 (Lampert, Kroll 2014)



Neuere Auswertungen von SOEP-Daten belegen, dass auch die fernere Lebenserwartung und die fernere in Gesundheit verbrachte Lebenszeit im mittleren Lebensalter mit dem Einkommen zusammenhängen (Kroh et al. 2012; Unger, Schulze 2013). Diese SOEP-Ergebnisse zeigen zudem, dass die absoluten Einkommensdifferenzen in der ferneren gesunden Lebenserwartung in Deutschland seit Ende der 1980er-Jahre bei Frauen relativ konstant geblieben sind, während sie sich bei Männern weiter ausgeweitet haben (Unger, Schulze 2013).

5.1.2 Körperliche und psychische Gesundheit

Die erhöhte Sterblichkeit in den unteren sozialen Statusgruppen steht in Verbindung mit einer in diesen Gruppen stärkeren Verbreitung von schwerwiegenden chronischen Erkrankungen, welche sich in vielen Industrieländern beobachten lässt (Marmot et al. 2001; Cox et al. 2006; Ellison-Loschmann et al. 2007; Agardh et al. 2011; Espelt et al. 2011; Manrique-Garcia et al. 2011; Vavken,

Dorotka 2011). Auch für Deutschland liegt eine Vielzahl von Befunden vor, die für ein häufigeres Auftreten körperlicher und psychischer Krankheiten und Beschwerden in den unteren Statusgruppen sprechen (Helmert, Shea 1994; Geyer et al. 2006; Schneider et al. 2006; Kröger et al. 2009; Lampert et al. 2013; Hoebel et al. 2017). Ergebnisse der DEGS1-Studie aus den Jahren 2008 bis 2011 zeigen, dass Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie koronare Herzkrankheit und Schlaganfall sowie häufig vorkommende Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes mellitus bei Personen mit niedrigem Sozialstatus verbreiteter sind als bei jenen mit höherem Sozialstatus (Busch et al. 2013b; Gößwald et al. 2013; Heidemann et al. 2013). Auch Auswertungen von regionalen Daten der AOK belegen ein erhöhtes Herzinfarkt- und Diabetesrisiko für Angehörige sozial benachteiligter Gruppen (Geyer et al. 2006). Eine Analyse mit aktuellen Daten der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell« aus dem Jahr 2012 bestätigt diese Ergebnisse für Frauen und Männer im mittleren Lebensalter und weist auch für andere Erkrankungen, wie z. B. Arthrose, auf Unterschiede

zuungunsten von Personen mit niedrigem Sozialstatus hin (Tabelle 5.1). Im Hinblick auf Krebserkrankungen zeigen die regionalen Daten der AOK für Lungen-, Magen- und Darmkrebs ein in sozial benachteiligten Gruppen deutlich erhöhtes Erkrankungsrisiko (Geyer 2008).

Allergische Erkrankungen nehmen im Hinblick auf soziale Unterschiede im Krankheitsgeschehen eine Sonderstellung ein, da Allergien im Gegensatz zu vielen anderen chronischen Krankheiten zumeist in sozial bessergestellten Gruppen verbreiteter sind als in vergleichsweise schlechter gestellten (Schneider et al. 2006; Langen et al. 2013; Uphoff et al. 2015). Entsprechende Befunde liegen auch aus Deutschland für Heuschnupfen, Nahrungsmittelallergien, Nesselsucht und andere Allergien vor (Hermann-Kunz 1999; Schneider et al. 2006). Asthma bronchiale bildet in diesem Zusammenhang eine Ausnahme, da die Erkrankung sowohl als allergische als auch nicht-allergische oder als eine Mischform daraus auftreten kann. Eine aktuelle internationale Übersichtsarbeit, in der Daten aus 183 Studien zusammengefasst wurden, weist darauf hin, dass Asthma bronchiale in der Regel mit einer schlechteren sozioökonomischen Lage einhergeht (Uphoff et al. 2015). Für Erwachsene in Deutschland liegen diesbezüglich jedoch keine konsistenten Befunde vor (Hermann-Kunz 1999; Schneider et al. 2006; Robert Koch-Institut 2014a; Pförtner 2015).

Soziale Unterschiede bestehen auch bei psychischen Erkrankungen (Baumeister, Härter 2007).

Insbesondere Angststörungen und affektive Störungen wie Depressionen gehören zu den psychischen Störungen, die im Erwachsenenalter unter sozial Benachteiligten stärker verbreitet sind als unter sozial Bessergestellten (Meyer et al. 2000; Marmot et al. 2001; Lorant et al. 2003; Jacobi et al. 2004; Fryers et al. 2005; Baumeister, Härter 2007; Mauz, Jacobi 2008; Busch et al. 2013a; Jacobi et al. 2014; Maske et al. 2016). So bestätigen die Daten der GEDA-Studien 2009 und 2010 für Erwachsene in Deutschland, dass ärztliche oder psychotherapeutisch diagnostizierte Depressionen unter Frauen und Männern mit niedrigem Sozialstatus verbreiteter sind als unter denjenigen mit höherem Sozialstatus (Müters et al. 2013). Den Daten zufolge beträgt die 12-Monats-Prävalenz der diagnostizierten Depression bei 30- bis 64-jährigen Frauen mit niedrigem Sozialstatus 13,7 % und bei denjenigen mit hohem Sozialstatus 7,2 %. Für gleichaltrige Männer liegen die entsprechenden Werte bei 10,7 % und 3,8 %. Nach Kontrolle für Altersunterschiede ist das statistische Risiko für eine diagnostizierte Depression bei 30- bis 64-jährigen Frauen mit niedrigem Sozialstatus gegenüber denjenigen mit hohem Sozialstatus um den Faktor 2,0 erhöht; bei Männern beträgt dieses Verhältnis 3,1:1.

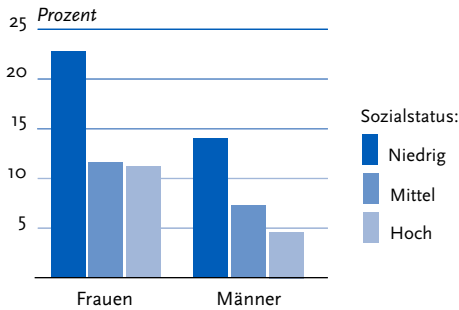
Dauerhafte Stressbelastungen, Schlafstörungen sowie psychotische Symptome finden sich bei Erwachsenen in Deutschland ebenfalls in niedrigen Statusgruppen häufiger als bei jenen aus statushöheren Gruppen. Dies belegen die Daten

Tabelle 5.1
Lebenszeitprävalenz von koronarer Herzkrankheit, Diabetes mellitus und Arthrose
nach sozialem Status bei 30- bis 64-jährigen Frauen und Männern
 Datenbasis: GEDA 2012

	Koronare Herzkrankheit		Diabetes mellitus		Arthrose	
	%	OR (95 %-KI)	%	OR (95 %-KI)	%	OR (95 %-KI)
Frauen						
Niedriger Sozialstatus	4,7	3,23 (1,69–6,18)	11,2	3,42 (2,16–5,41)	25,5	1,58 (1,16–2,14)
Mittlerer Sozialstatus	3,1	2,00 (1,14–3,50)	6,2	1,77 (1,22–2,56)	24,1	1,41 (1,17–1,69)
Hoher Sozialstatus	1,4	1,00 (Ref.)	3,4	1,00 (Ref.)	16,6	1,00 (Ref.)
Männer						
Niedriger Sozialstatus	11,1	3,74 (2,36–5,94)	10,4	2,60 (1,72–3,94)	24,5	1,97 (1,45–2,68)
Mittlerer Sozialstatus	5,6	1,63 (1,19–2,24)	6,8	1,51 (1,13–2,02)	19,6	1,40 (1,16–1,70)
Hoher Sozialstatus	3,6	1,00 (Ref.)	4,8	1,00 (Ref.)	15,3	1,00 (Ref.)

OR=alterstandardisiertes Odds Ratio (Chancenverhältnis); KI=Konfidenzintervall; Ref.=Referenzgruppe

Abbildung 5.2
Anteil der Personen mit starker Belastung durch chronischen Stress (Trierer Stress-Inventar-Score ≥ 90 . Perzentil) nach sozialem Status bei 30- bis 64-jährigen Frauen und Männern
 Datenbasis: DEGS1 2008–2011



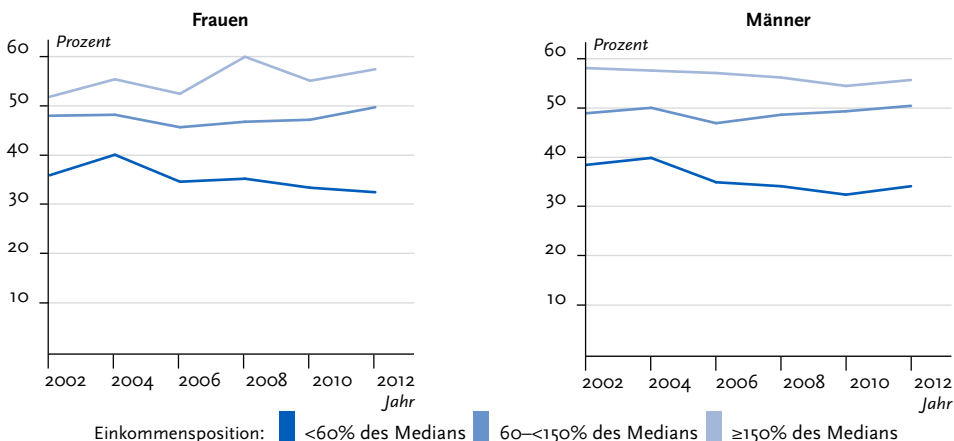
der DEGS1-Studie aus den Jahren 2008 bis 2011 (Hapke et al. 2013a; Schlack et al. 2013; Jacobi et al. 2014). Die Prävalenz einer starken Belastung durch chronischen Stress liegt unter 30- bis 64-jährigen Frauen und Männern mit niedrigem sozialen Status deutlich höher als unter jenen mit mittlerem hohem Sozialstatus (Abbildung 5.2). Ergebnisse zu sozialen Unterschieden bei substanzbezogenen Störungen deuten für die Erwachsenenbevölkerung in Deutschland auf eine besonders hohe Verbreitung in niedrigen Statusgruppen hin (Meyer et al. 2000; Jacobi et al. 2004;

Schneider et al. 2006; Mauz, Jacobi 2008; Jacobi et al. 2014). Bezüglich der Verbreitung somatoformer Störungen lassen die Studien hingegen kein konsistentes Muster hinsichtlich sozialer Unterschiede erkennen (Meyer et al. 2000; Jacobi et al. 2004; Mauz, Jacobi 2008; Jacobi et al. 2014).

5.1.3 Subjektive Gesundheit

Der selbsteingeschätzte allgemeine Gesundheitszustand hat sich in vielen Studien als wichtiger Einflussfaktor der Inanspruchnahme von gesundheitlichen Versorgungsleistungen und als starker Prädiktor für Mortalität erwiesen (Idler, Benyamini 1997; Miilunpalo et al. 1997; Müters et al. 2005; DeSalvo et al. 2006; Berger et al. 2015). Internationale Untersuchungen zeigen in großer Übereinstimmung, dass Angehörige niedriger sozialer Statusgruppen über Ländergrenzen hinweg in der Regel einen schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand berichten als Angehörige statushöherer Gruppen (Kunst et al. 1995; Cavelaars et al. 1998; Kunst et al. 2005; Helasoja et al. 2006; Mackenbach et al. 2008; Mackenbach et al. 2015). Auch für die Erwachsenenbevölkerung in Deutschland wird dieser Befund regelmäßig bestätigt (Helmert et al. 1997; Cavelaars et al. 1998; Lampert, Kroll 2006; Robert Koch-Institut 2011;

Abbildung 5.3
Zeitliche Entwicklung des Anteils von Personen mit sehr guter oder guter subjektiver Gesundheit nach Einkommensposition bei 30- bis 64-jährigen Frauen und Männern
 Datenbasis: SOEP 2002–2012



Hoebel et al. 2013a; Lampert et al. 2013; Robert Koch-Institut 2014a).

Aktuelle Daten des SOEP zeigen für das Jahr 2012, dass der Anteil von Frauen und Männern in Deutschland, die ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut beurteilen und keine funktionellen Einschränkungen oder Behinderungen aufweisen (Kernindikator »Subjektive Gesundheit – sehr gut oder gut«, vgl. Kapitel 2), im mittleren Lebensalter umso höher liegt, je höher ihre Einkommensposition ist (Abbildung 5.3). Bei 30- bis 64-jährigen Frauen in der Armutsrisikogruppe betrug dieser Anteil 32,7%, bei gleichaltrigen Frauen der höchsten Einkommensgruppe lag er mit 57,3% deutlich höher. Für 30- bis 64-jährige Männer betrug die entsprechenden Werte 34,4% und 55,8%. Nach statistischer Kontrolle für Altersunterschiede ist die statistische Chance für einen sehr guten oder guten Gesundheitszustand bei Frauen und Männern der höchsten Einkommensgruppe nahezu dreimal höher als bei jenen der Armutsrisikogruppe.

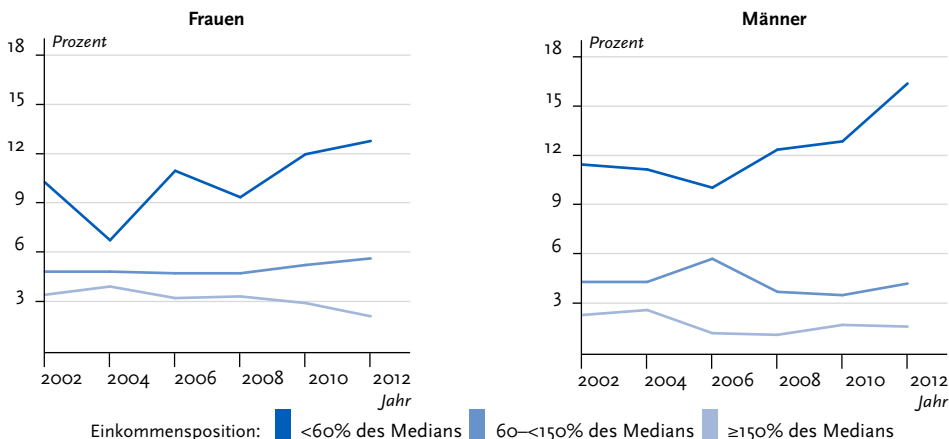
5.1.4 Gesundheitliche Beeinträchtigung und Grad der Behinderung

Die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigung bei der Verrichtung von Alltagstätigkeiten gilt über

den selbsteingeschätzten allgemeinen Gesundheitszustand hinaus als eigenständiger Prädiktor der Mortalität (Berger et al. 2015). In Deutschland waren bereits in den 1980er-Jahren auf Basis der Daten der »Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie« (DHP) soziale Unterschiede in der Verbreitung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen zuungunsten von sozial Benachteiligten zu beobachten – damals noch für die alten Bundesländer (Helmert et al. 1997). Entsprechende Befunde liegen auch für andere europäische Länder wie Norwegen, die Niederlande, Dänemark, Finnland, die Schweiz, Frankreich oder Estland vor (Cavelaars et al. 1998; Melchior et al. 2006; Altmets et al. 2011).

Nach den Daten des SOEP aus dem Jahr 2012 lag der Anteil von Frauen und Männern, die bereits im mittleren Lebensalter eine gesundheitliche Beeinträchtigung aufwiesen, in der Armutsrisikogruppe deutlich höher als in den besser verdienenden Gruppen (Abbildung 5.4). Als beeinträchtigt werden dabei Personen mit einer Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes als »weniger gut« oder »schlecht« angesehen, die in mindestens drei von fünf vorgegebenen Bereichen »stark« bzw. »oft« oder »immer« funktionell beeinträchtigt sind (Kernindikator »Subjektive Gesundheit – weniger gut oder schlecht«, vgl. Kapitel 2). Berücksichtigt werden Beeinträchti-

Abbildung 5.4
Zeitliche Entwicklung des Anteils von Personen mit gesundheitlicher Beeinträchtigung nach Einkommensposition bei 30- bis 64-jährigen Frauen und Männern
Datenbasis: SOEP 2002–2012



gungen durch körperliche Probleme beim Treppensteigen oder der Verrichtung anderer anstrengender körperlicher Tätigkeiten, durch seelische oder emotionale Probleme bei Alltagsaktivitäten und durch körperliche oder emotionale Probleme bei sozialen Aktivitäten.

Während in der Armutsrisikogruppe 12,8 % der 30- bis 64-jährigen Frauen und 16,4 % der gleichaltrigen Männer gesundheitlich beeinträchtigt waren, lagen diese Anteile in der höchsten Einkommensgruppe bei 2,2 % bzw. 1,7 %. Werden Altersunterschiede zwischen den Einkommensgruppen statistisch ausgeglichen, hatten 30- bis 64-jährige Frauen und Männer der Armutsrisikogruppe im Jahr 2012 ein um den Faktor 6,9 bzw. 12,1 erhöhtes Risiko für eine gesundheitliche Beeinträchtigung im Verhältnis zu denjenigen der höchsten Einkommensgruppe. Bei Frauen war dieser Faktor zwischen 2002 und 2012 relativ konstant, während er bei Männern über diesen Zeitraum durchschnittlich gestiegen ist.

Die gesundheitliche Benachteiligung von Personen mit geringem Einkommen kommt auch in unterschiedlichen Anteilen von Personen mit Behinderungen zum Ausdruck. Nach den Daten des SOEP wiesen im Jahr 2012 insgesamt 11,9 % der 30- bis 64-jährigen Frauen in der Armutsrisikogruppe eine amtlich anerkannte Behinderung mit einem Grad von mindestens 50 % auf, während dies auf 4,9 % der gleichaltrigen Frauen in der höchsten Einkommensgruppe zutrifft (Abbil-

dung 5.5). Die entsprechenden Werte für 30- bis 64-jährige Männer lagen bei 17,5 % und 3,9 %. Nach statistischer Bereinigung von Altersunterschieden zwischen den Einkommensgruppen entspricht dies einem Chancenverhältnis von 2,7:1 bei Frauen und 5,8:1 bei Männern. Im Zehnjahrestrend zwischen 2002 und 2012 lässt sich bei Frauen kein signifikanter Trend feststellen, während diese relativen Einkommensunterschiede im Anteil der Personen mit einer Behinderung bei Männern im Durchschnitt zugenommen haben.

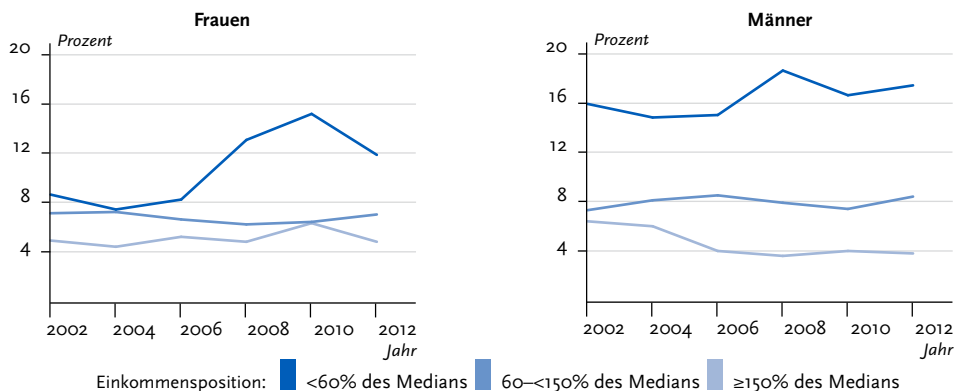
5.1.5 Arbeitsunfähigkeit

Die Arbeitsunfähigkeit ist ein zentraler Gesundheitsindikator bei Erwerbstätigen und erlaubt mittelbar auch Rückschlüsse auf ihre Arbeitsbedingungen (Ferrie et al. 2005). Grundsätzlich muss in Deutschland die Arbeitsunfähigkeit nach dem »Gesetz über die Zahlung des Arbeitsentgelts an Feiertagen und im Krankheitsfall« (EntgFG) durch einen Arzt festgestellt werden. Dabei kann der Arbeitgeber dem Beschäftigten aber eine Karenz von bis zu drei Tagen einräumen, woraus bei der Analyse der gemeldeten Arbeitsunfähigkeitstage eine potenzielle Unterschätzung der tatsächlichen Krankheitstage resultiert. Daneben können auch die Arbeitsmotivation der Beschäftigten und die wirtschaftliche Konjunktur Auswir-

Abbildung 5.5

Zeitliche Entwicklung des Anteils von Personen mit einer Behinderung mit einem Grad von mindestens 50 % nach Einkommensposition bei 30- bis 64-jährigen Frauen und Männern

Datenbasis: SOEP 2002–2012



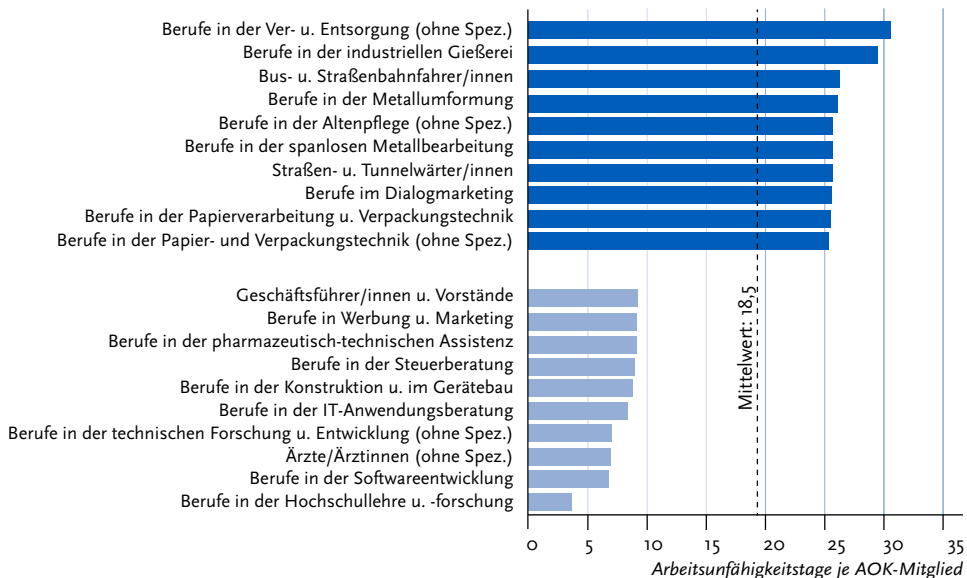
kungen auf das Meldeverhalten bei der Arbeitsunfähigkeit haben (Busch 2010). Nach Angaben der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) gab es in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2014 aufgrund von Arbeitsunfähigkeit einen Produktionsausfall, der sich bei 39,9 Millionen Erwerbstätigen insgesamt auf etwa 57 Milliarden Euro belief (BAuA 2016).

Die routinemäßig erhobenen Daten der gesetzlichen Krankenversicherungen über Arbeitsunfähigkeitsmeldungen erlauben Rückschlüsse auf die Struktur gesundheitlicher Ungleichheiten. So liegen für erwerbstätige Mitglieder der AOK regelmäßige Auswertungen vor, die zeigen, dass die Art der beruflichen Tätigkeit eng mit dem Ausmaß krankheitsbedingter Fehlzeiten assoziiert ist (Meyer et al. 2014). Den AOK-Daten zufolge weisen in der Ver- und Entsorgung tätige Berufsgruppen mit durchschnittlich 30,6 Arbeitsunfähigkeitstagen im Jahr 2013 die meisten krankheitsbedingten Fehltag auf (Abbildung 5.6). Diese Berufe sind durch hohe körperliche Arbeitsbelastungen und ein erhöhtes Risiko für Arbeitsunfälle gekennzeichnet. Aber auch Berufsgruppen in der Altenpflege, die verstärkt psychischen Arbeitsbelastungen ausgesetzt sind, weisen mit

durchschnittlich 25,7 Arbeitsunfähigkeitstagen im Jahr 2013 hohe krankheitsbedingte Fehlzeiten auf. Die geringsten Fehlzeiten haben akademische Berufe in der Hochschullehre und -forschung, der Softwareentwicklung sowie Ärztinnen und Ärzte. Beispielsweise waren Berufstätige im Bereich der Hochschullehre und -forschung im Jahr 2013 durchschnittlich nur 3,6 Tage krankgeschrieben. Damit betragen die krankheitsbedingten Fehlzeiten von Berufstätigen in der Ver- und Entsorgung mehr als das Achtfache der Fehlzeiten von Berufstätigen in der Hochschullehre und -forschung.

Neben der beruflichen Tätigkeit spielt auch das berufliche Qualifikationsniveau eine Rolle für das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen. Aus Auswertungen routinemäßig erfasster Daten der Techniker Krankenkasse geht hervor, dass die krankheitsbedingten Fehlzeiten von Erwerbstätigen mit sinkendem Qualifikationsniveau sukzessive zunehmen (Techniker Krankenkasse 2013). Während sich erwerbstätige Frauen mit Promotion durchschnittlich 8,2 Tage im Jahr arbeitsunfähig melden, sind es bei erwerbstätigen Frauen ohne beruflichen Ausbildungsabschluss jährlich 20,1 Tage. Für Männer betragen diese Werte 5,1 und

Abbildung 5.6
Zehn Berufsgruppen mit hohen und geringen Fehlzeiten je AOK-Mitglied im Jahr 2013
Datenbasis: AOK-Fehlzeitenstatistik (Meyer et al. 2014)



17,4 Tage. Die mit abnehmendem Qualifikationsniveau steigenden Fehlzeiten sind für Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems am stärksten ausgeprägt, lassen sich aber auch für psychische und Verhaltensstörungen, Atemwegserkrankungen sowie Verletzungen und Vergiftungen erkennen (Tabelle 5.2).

Soziale Unterschiede im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen zeichnen sich nicht nur in Routinedaten, sondern auch in Daten aus Bevölkerungsbefragungen ab. Nach den Daten der GEDA-Studie aus dem Jahr 2010 betrug die jährliche Anzahl von Tagen mit offizieller Arbeitsunfähigkeit bei erwerbstätigen Frauen und Männern mit niedrigem Berufsstatus durchschnittlich 11,3 Tage, während Frauen und Männer mit hohem Berufsstatus mit 8,1 bzw. 6,7 Arbeitsunfähigkeitstagen im Durchschnitt seltener krankgeschrieben waren

(Kroll, Lampert 2013b). Befragungsdaten ermöglichen zudem die statistische Kontrolle weiterer Drittvariablen zur Absicherung des Zusammenhangs zwischen Berufsstatus und Arbeitsunfähigkeitstagen. Auch nach statistischer Kontrolle für Alter, Wochenarbeitszeit und Dauer der aktuellen beruflichen Tätigkeit wiesen Frauen und Männer mit niedrigem Berufsstatus gegenüber denjenigen mit hohem Berufsstatus 1,8- bzw. 1,6-mal mehr Arbeitsunfähigkeitstage auf.

Besonders deutlich fallen die sozialen Unterschiede in der Arbeitsunfähigkeit aus, wenn Krankheitsfolgen wie die Inanspruchnahme von Erwerbsminderungsrenten (krankheitsbedingte Frühberentungen) betrachtet werden. Nach Daten der Deutschen Rentenversicherung Bund nahm das Risiko einer krankheitsbedingten Frühberentung in den Jahren 2004 bis 2006 mit abnehmen-

Tabelle 5.2

Diagnosebezogene Arbeitsunfähigkeitstage¹ je Versicherungsjahr nach beruflichem Ausbildungsabschluss bei berufstätigen Mitgliedern der Techniker Krankenkasse 2012

Datenbasis: Techniker Krankenkasse (2013)

	Psyche (ICD-10: Foo–F99)	Atmungssystem (ICD-10: J00–J99)	Muskel-Skelett-System (ICD-10: M00–M93)	Verletzung/Vergiftung (ICD-10: S00–T89)
Frauen				
Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	3,35	2,72	4,85	1,86
Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	2,90	2,35	3,07	1,39
Meister-/Techniker-/Fachschulabschluss	2,66	2,35	2,39	1,25
Bachelor	2,17	1,88	1,56	1,02
Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	2,08	1,98	1,41	0,92
Promotion	1,33	1,35	1,14	0,79
Männer				
Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	1,94	2,11	4,84	2,64
Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	1,78	1,92	3,56	2,28
Meister-/Techniker-/Fachschulabschluss	1,28	1,53	2,21	1,61
Bachelor	1,08	1,24	1,09	0,90
Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	0,92	1,21	0,91	0,80
Promotion	0,53	1,02	0,52	0,96

¹ standardisiert für Alter und Geschlecht

Tabelle 5.3

Erwerbsminderungsrentenrisiken von inländischen 30- bis 59-jährigen Versicherten nach Diagnosegruppen und Qualifikation in Deutschland

Datenbasis: Deutsche Rentenversicherung Bund 2004–2006 (Hagen et al. 2010)

	Herz-Kreislauf-Erkrankungen (ICD-10: 390–459)	Muskel-Skelett-Erkrankungen (ICD-10: 710–739)	Psychische Erkrankungen (ICD-10: 290–319)
	OR (95%-KI)	OR (95%-KI)	OR (95%-KI)
Frauen			
Niedrige Qualifikation	5,62 (3,90–8,10)	5,27 (4,17–6,67)	2,58 (2,29–2,91)
Mittlere Qualifikation	3,01 (2,11–4,29)	3,22 (2,56–4,04)	1,65 (1,47–1,85)
Hohe Qualifikation	1,00 (Ref.)	1,00 (Ref.)	1,00 (Ref.)
Männer			
Niedrige Qualifikation	7,67 (6,30–9,33)	11,06 (8,71–14,04)	2,28 (2,04–2,55)
Mittlere Qualifikation	4,23 (3,51–5,10)	8,73 (6,93–10,99)	4,63 (4,12–5,21)
Hohe Qualifikation	1,00 (Ref.)	1,00 (Ref.)	1,00 (Ref.)

OR=Odds Ratios kontrolliert für Alter und Region (Ost-/Westdeutschland); KI=Konfidenzintervall; Ref.=Referenzgruppe

dem Qualifikationsgrad sukzessive zu (Hagen et al. 2010). Beispielsweise hatten 30- bis 59-jährige Frauen und Männer mit niedriger Qualifikation im Vergleich zu denen mit hoher Qualifikation bei statistischer Kontrolle für Alter und Wohnregion (Ost-/Westdeutschland) ein um den Faktor 5,6 bzw. 7,7 erhöhtes Risiko, wegen einer Herz-Kreislauf-Erkrankung vorzeitig berentet zu werden. Frühberentungen aufgrund von Muskel- und Skelett-Erkrankungen sowie psychischen Erkrankungen waren ebenfalls in der Gruppe mit niedrigem Qualifikationsniveau weitaus häufiger (Tabelle 5.3).

5.1.6 Belastungen und Risiken am Arbeitsplatz

Unterschiede in den Arbeitsbedingungen sind wichtige Erklärungsfaktoren für gesundheitliche Ungleichheiten bei Erwerbstätigen (Rahkonen et al. 2006; Bambra et al. 2009; Kaikkonen et al. 2009; Kroll, Lampert 2013b). So stehen physische und psychosoziale Beanspruchungen bei der Arbeit in einem engen Zusammenhang mit dem Auftreten von Krankheiten und Beschwerden, Arbeitsunfällen und Arbeitsunfähigkeit, krankheitsbedingten Frühberentungen sowie auch einem erhöhten Mortalitätsrisiko (Bödeker 2000; Kivimäki et al. 2002; Michie, Williams 2003; Siegrist, Dragano 2006; Dragano 2007;

Backé et al. 2012; Kivimäki et al. 2012; Kroh et al. 2012; Lohmann-Haislah 2012; Brussig 2014; Rommel et al. 2016).

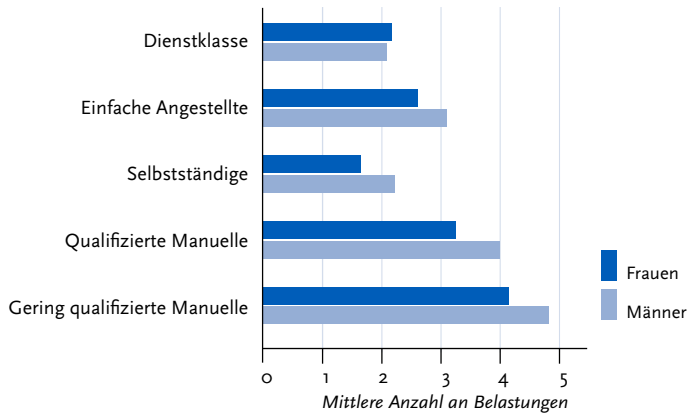
Die für Deutschland vorliegenden Daten aus dem »European Working Conditions Survey« (EWCS) zeigen für zahlreiche Arbeitsbelastungen beträchtliche Unterschiede in Abhängigkeit von der beruflichen Position (Dragano et al. 2016). Sowohl physische Belastungen wie das Tragen schwerer Lasten als auch psychosoziale Arbeitsbelastungen wie geringe berufliche Entwicklungsmöglichkeiten kommen den Daten zufolge bei Frauen und Männern in manuellen und einfachen Angestelltenberufen häufiger vor als in hoch qualifizierten Berufsgruppen. Werden die 16 Einzelbelastungen, die in der Studie betrachtet wurden, zu einem Gesamtbelastungswert aufsummiert, verdeutlicht diese Betrachtung die im Durchschnitt insgesamt erhöhte Arbeitsbelastung von Erwerbstätigen in manuellen Berufsgruppen und einfachen Angestellten (Abbildung 5.7).

Ein weiteres Beispiel für arbeitsbezogene Gesundheitsrisiken, die sich zwischen verschiedenen Berufsgruppen deutlich unterscheiden, sind Unfälle am Arbeitsplatz. Im mittleren Lebensalter stellt der Arbeitsplatz einen der häufigsten Unfallorte dar (Varnaccia et al. 2013). In Abbildung 5.8 ist der Anteil von Frauen und Männern mit mindestens einem Arbeitsunfall im Zeitraum von zwölf Monaten differenziert nach drei Berufs-

Abbildung 5.7

Mittlere Anzahl an Arbeitsbelastungen (summativer Gesamtbelastungswert aus 16 Einzelbelastungen) nach Berufsgruppe bei Frauen und Männern in Deutschland

Datenbasis: European Working Conditions Survey 2010, eigene Darstellung nach Dragano et al. (2016)



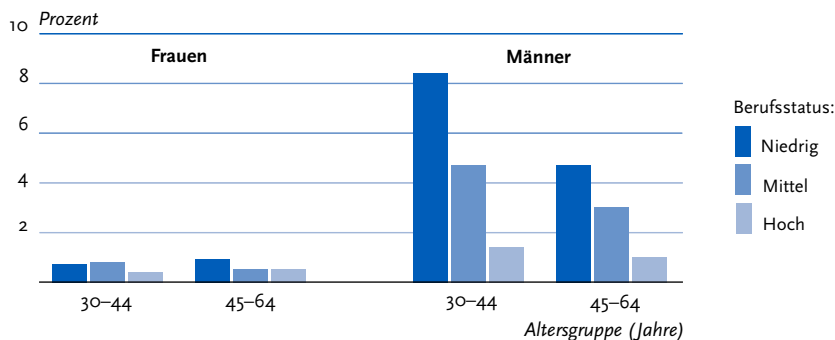
statusgruppen wiedergegeben. Zugrunde liegen hier die Daten der GEDA-Studie 2010. Dabei zeigen sich bei Frauen zunächst keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Berufsstatusgruppen, während sich bei Männern ein ausgeprägter sozialer Gradient zuungunsten derer mit niedrigem Berufsstatus abzeichnet. Nach statistischer Kontrolle für Alter sowie Umfang und Dauer der Beschäftigung wird allerdings deutlich, dass auch Frauen mit niedrigem Berufsstatus ein signifikant höheres Risiko für Arbeitsunfälle haben, das Unfallrisiko liegt bei Frauen aber insgesamt auf niedrigerem Niveau als bei Männern. Im Verhält-

nis zu Frauen und Männern mit hohem Berufsstatus ist das Unfallrisiko bei jenen mit niedrigem Berufsstatus 2,6- bzw. 5,9-fach höher. Eine weiterführende Auswertung der GEDA-Daten verdeutlicht, dass insbesondere Personen aus manuellen Berufsgruppen und in der Landwirtschaft tätige Personen diesen erhöhten Unfallrisiken ausgesetzt sind (Rommel et al. 2016). Außerdem deuten die Ergebnisse darauf hin, dass ungleich verteilte Arbeitsbelastungen wie schweres Tragen oder Arbeiten unter Druck die Unterschiede in den Unfallrisiken zwischen den Berufsgruppen zum Teil erklären.

Abbildung 5.8

Anteil von Personen mit Arbeitsunfällen in den letzten zwölf Monaten nach Berufsstatus und Altersgruppe

Datenbasis: GEDA 2010



5.2 Gesundheitsverhalten und assoziierte Risikofaktoren

5.2.1 Tabak- und Alkoholkonsum

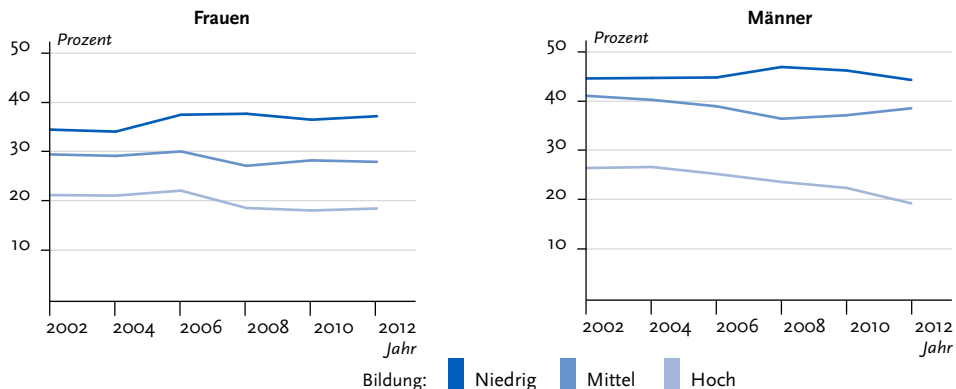
Tabak- und Alkoholkonsum gehören zu den wichtigsten vermeidbaren Risikofaktoren für eine Vielzahl von schwerwiegenden Erkrankungen und vorzeitige Sterblichkeit (Neubauer et al. 2006; World Health Organization 2012, 2014). Insbesondere dem Tabakkonsum wird angesichts der starken Verbreitung in sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen eine große Bedeutung für die Entstehung von sozialen Unterschieden in der Morbidität und Mortalität beigemessen (Mackenbach et al. 2004; Menvielle et al. 2009; Kulik et al. 2013; Kulik et al. 2014; Loring 2014; Whitley et al. 2014).

Nach Daten des SOEP 2012 rauchen 37,3 % der 30- bis 64-jährigen Frauen und 44,3 % der gleichaltrigen Männer aus der niedrigen Bildungsgruppe, während es unter denjenigen aus der hohen Bildungsgruppe 18,7 % bzw. 19,5 % sind. Nach statistischer Bereinigung von Altersunterschieden zwischen den Bildungsgruppen haben 30- bis 64-jährige Frauen mit niedriger Bildung im Verhältnis zu Gleichaltrigen mit hoher Bildung ein um den Faktor 2,8 erhöhtes Risiko zu rauchen. Bei 30- bis 64-jährigen Männern beträgt dieses Verhältnis 3,4 : 1. Betrachtet man die Daten des SOEP aus den Jahren 2002 bis 2012, so zeigt sich, dass bei 30- bis 64-jährigen Frauen die Bil-

dungsunterschiede im Tabakkonsum zugenommen haben, da die Raucherquote vorrangig in der hohen Bildungsgruppe gesunken ist (Abbildung 5.9). Dieses Muster zeichnet sich bei Männern noch deutlicher ab. Während die Raucherquote in der niedrigen Bildungsgruppe weitgehend konstant blieb, hat sie in der hohen Bildungsgruppe stark abgenommen.

Beim Alkoholkonsum zeigt sich im Hinblick auf soziale Unterschiede ein anderes bzw. differenzierteres Bild als beim Tabakkonsum. So weisen internationale Daten aus Bevölkerungsurveys und Mortalitätsstudien darauf hin, dass der Konsum von Alkohol in sozial bessergestellten Gruppen verbreiteter ist als in sozial benachteiligten Gruppen (World Health Organization 2014). Folgeprobleme des Alkoholkonsums, wie z. B. finanzielle, soziale und familiäre Schwierigkeiten, sind allerdings bei Frauen und Männern mit niedrigem Sozialstatus häufiger zu beobachten als bei statushöheren Gruppen. Männer aus den unteren Statusgruppen weisen zudem häufiger Abhängigkeitssymptome auf als Männer aus statushöheren Gruppen (Grittner et al. 2012). Als Erklärung für diese sozialen Unterschiede bei den Folgeproblemen wird diskutiert, dass sozial Benachteiligte auf weniger Ressourcen und Unterstützungsleistungen zurückgreifen können, um negative Konsequenzen des Alkoholkonsums abzuwenden (Grittner et al. 2012; World Health Organization 2014). Betrachtet man die Datenlage zu sozialen Unterschieden im Alkohol-

Abbildung 5.9
Zeitliche Entwicklung der Raucherquoten von 30- bis 64-jährigen Frauen und Männern nach Bildung von 2002 bis 2012
Datenbasis: SOEP 2002–2012



konsum von Erwachsenen in Deutschland, zeigt sich ein Bild, das vergleichbar mit jenem in vielen anderen Industrieländern ausfällt (Henkel et al. 2003; Max Rubner-Institut 2008a; Hapke et al. 2013b; Robert Koch-Institut 2014a; Gomes de Matos et al. 2015). Nach den Daten der zweiten Nationalen Verzehrsstudie des Max Rubner-Instituts aus den Jahren 2005 und 2006 war die durchschnittlich am Tag konsumierte Menge alkoholischer Getränke bei Frauen umso größer, je höher ihr sozialer Status war. Bei Männern zeichnete sich hingegen kein gradueller Anstieg der täglich konsumierten Menge alkoholischer Getränke mit dem Sozialstatus ab (Max Rubner-Institut 2008a).

Die Daten der GEDA-Studie 2012 zeigen für Deutschland, dass die Verbreitung von Alkoholabstinenz bei Erwachsenen im mittleren Lebensalter mit steigendem Sozialstatus abnimmt. Während in der niedrigen Sozialstatusgruppe 46,3% der 30- bis 64-jährigen Frauen und 28,0% der Männer in diesem Alter nach eigenen Angaben nie Alkohol trinken, sind dies in der hohen Statusgruppe 15,3% bzw. 7,2%. Ein riskanter Alkoholkonsum (nach den Kriterien des »Alcohol Use Disorders Identification Test – Consumption« (AUDIT-C)) lässt sich in der hohen Statusgruppe insbesondere bei Frauen deutlich häufiger feststellen als in der niedrigen. Demnach weisen 25,5% der 30- bis 64-jährigen Frauen und 32,8%

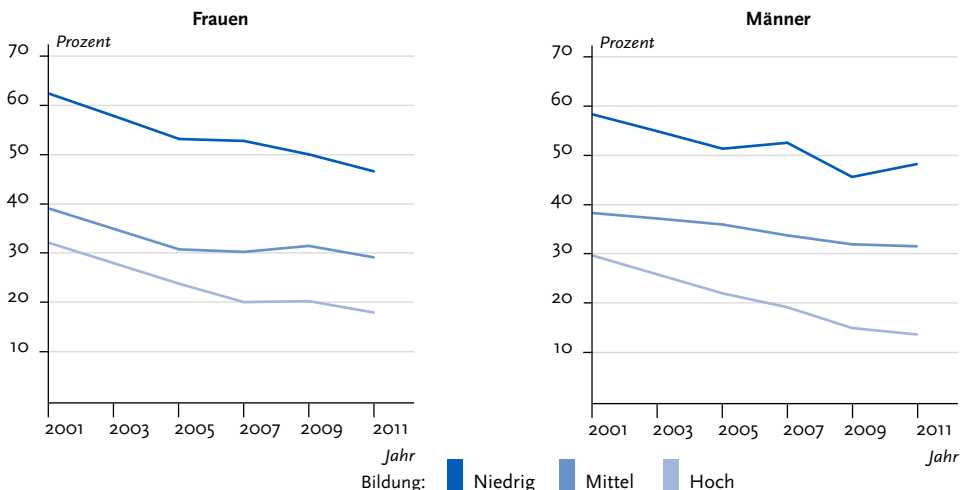
der gleichaltrigen Männer aus der hohen Statusgruppe einen riskanten Alkoholkonsum auf. In der niedrigen Statusgruppe liegen diese Anteile mit 9,6% für Frauen und 20,8% für Männer deutlich niedriger.

5.2.2 Körperlich-sportliche Aktivität

Nationale und internationale Studien weisen vielfach darauf hin, dass das Bewegungsverhalten von Erwachsenen deutlich mit Merkmalen der sozialen Lage zusammenhängt (Macintyre, Mutrie 2004; He, Baker 2005; Beenackers et al. 2012; Finger et al. 2012; Lampert et al. 2012; Hoebel et al. 2016a). Dabei zeigt sich allerdings nicht, dass Bewegungsmangel generell in sozial benachteiligten Gruppen besonders verbreitet ist; es gilt vielmehr zwischen verschiedenen Bereichen und Formen körperlicher Bewegung zu differenzieren. So liegen für Deutschland Studienergebnisse vor, denen zufolge Personen mit niedrigem Sozialstatus zwar seltener in der Freizeit Sport treiben als jene mit höherem Sozialstatus, sie sind jedoch gegenüber statushöheren Gruppen in anderen Bereichen des Alltags wie der Erwerbsarbeit körperlich aktiver (Finger et al. 2012; Hoebel et al. 2016a). In der Regel besteht sportliche Betätigung im Vergleich zu körperlicher Arbeit

Abbildung 5.10

Zeitliche Entwicklung der sportlichen Inaktivität bei 30- bis 64-jährigen Frauen und Männern nach Bildung von 2001 bis 2011
Datenbasis: SOEP 2001–2011



jedoch zu einem größeren Teil aus aeroben Aktivitäten, welche sich positiv auf den Stoffwechsel und das Herz-Kreislauf-System auswirken und damit maßgeblich zur gesundheitsförderlichen Wirkung von körperlicher Bewegung beitragen (Ainsworth et al. 2000; US Department of Health and Human Services 2008).

In Deutschland hat das Sporttreiben in der Erwachsenenbevölkerung während der vergangenen Jahre merklich zugenommen (Krug et al. 2013; Robert Koch-Institut 2014a). Dementsprechend ist der Anteil von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter, die sportlich inaktiv sind, seit Anfang der 2000er-Jahre rückläufig, was unter anderem die Daten des SOEP belegen (Abbildung 5.10). Dennoch wird in niedrigen Bildungsgruppen weiterhin weniger Sport getrieben als in höheren Bildungsgruppen. So waren im Jahr 2011 noch 46,8% der 30- bis 64-jährigen Frauen mit niedrigem Bildungsstand sportlich inaktiv, während dies nur auf 18,4% der gleichaltrigen Frauen mit hohem Bildungsstand zutrif. Für Männer lagen die entsprechenden Anteilswerte bei 48,3% und 13,9%. Nach statistischer Bereinigung von Altersunterschieden haben Frauen mit niedriger Bildung gegenüber denjenigen mit hoher Bildung ein 3,5-fach erhöhtes Risiko, sportlich inaktiv zu sein. Für Männer beträgt dieses Verhältnis 5,6:1. Den SOEP-Daten zufolge fiel der Rückgang des Anteils sportlich Inaktiver bei Frauen in allen Bildungsgruppen ähnlich stark aus. Bei Männern ist die sportliche Inaktivität hingegen in der hohen Bildungsgruppe stärker gesunken als in der niedrigen Bildungsgruppe. Dadurch haben sich bei Männern zwischen 30 und 64 Jahren die Bildungsunterschiede im Sporttreiben seit Anfang der 2000er-Jahre sogar vergrößert.

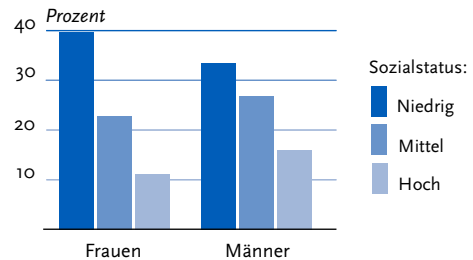
5.2.3 Adipositas

Starkes Übergewicht (Adipositas) gilt als Risikofaktor für zahlreiche gesundheitliche Probleme und Krankheiten wie Bluthochdruck, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Asthma, Arthrose und verschiedene Krebserkrankungen sowie für eine vorzeitige Sterblichkeit (Guh et al. 2009; Schienkiewitz et al. 2012; Flegal et al. 2013). Nach einer Klassifikation der WHO wird bei Erwachse-

Abbildung 5.11

Prävalenz der Adipositas bei Frauen und Männern im Alter zwischen 30 und 64 Jahren nach sozialem Status

Datenbasis: DEGS1 2008–2011



nen von Adipositas ausgegangen, wenn der Body-Mass-Index (Verhältnis von Körpergewicht und Körpergröße) $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ beträgt (WHO Global InfoBase team 2005). Laut einer internationalen Übersichtsarbeit und Metaanalyse liegt das Mortalitätsrisiko adipöser im Vergleich zu normalgewichtigen Erwachsenen um 18% höher (Flegal et al. 2013). In der DEGS1-Studie wurden Messdaten zu Körpergröße und Körpergewicht bei einer deutschlandweit repräsentativen Stichprobe von Erwachsenen erhoben (Mensink et al. 2013a). Dabei zeigt sich, dass die Verbreitung von Adipositas bei Frauen und Männern im mittleren Lebensalter deutlich zuungunsten derer mit niedrigerem Sozialstatus ausfällt (Abbildung 5.11). Bei Frauen ist dieser Zusammenhang stärker ausgeprägt als bei Männern. So ergibt sich bei statistischer Kontrolle für Altersunterschiede, dass 30- bis 64-jährige Frauen aus der niedrigen Sozialstatusgruppe gegenüber Gleichaltrigen aus der hohen Statusgruppe ein 5,2-fach erhöhtes Risiko für Adipositas haben. Bei 30- bis 64-jährigen Männern beträgt dieses Verhältnis 2,7:1. Ein stärkerer Zusammenhang zwischen sozialem Status und Adipositas bei Frauen als bei Männern ist nicht nur in Deutschland, sondern auch in anderen Industrieländern zu beobachten (OECD 2014).

5.2.4 Ernährung

Neben sozialen Unterschieden in der körperlich-sportlichen Aktivität dürften sozial differenzielle Ernährungsmuster einen Beitrag zur Entstehung von sozialen Unterschieden in der Verbreitung

von Adipositas leisten. In einer systematischen Übersichtsarbeit über die Ergebnisse wissenschaftlicher Studien aus Europa, die zwischen den Jahren 1990 und 2007 publiziert wurden, ist der Zusammenhang zwischen Merkmalen des sozialen Status und dem Ernährungsverhalten von Erwachsenen analysiert worden (Giskes et al. 2010). In ungefähr der Hälfte der Studien zeigte sich, dass Personen der unteren sozialen Statusgruppen häufiger fettreiche Nahrung zu sich nehmen. Einige Studien wiesen zudem darauf hin, dass statusniedrige Gruppen eine ballaststoffärmere Ernährung aufweisen. Am konsistentesten war in den Studien der Zusammenhang zwischen dem Sozialstatus und dem Obst- und Gemüsekonsum. Dabei lag der Obst- und Gemüsekonsum von Erwachsenen in den unteren Statusgruppen zumeist deutlich niedriger als in den oberen.

Das in anderen europäischen Ländern zu beobachtende Muster eines geringeren Obst- und Gemüseverzehrs in sozial benachteiligten als in sozial bessergestellten Gruppen lässt sich ebenso in der Erwachsenenbevölkerung Deutschlands beobachten (Max Rubner-Institut 2008b; Rabenberg, Mensink 2011; Mensink et al. 2013b). In Deutschland wurde in den Jahren 2005 und 2006 vom Max Rubner-Institut die »Nationale Verzehrsstudie II« (NVS II) durchgeführt, in deren Rahmen ein Diet-History-Interview zu den Ernährungsgewohnheiten innerhalb der letzten vier Wochen für Befragte von 14 bis 80 Jahren erhoben wurde. Die Daten sprechen dafür, dass in sozial bessergestellten Gruppen mehr Obst und Gemüse, Getreide und Getreideerzeugnisse sowie Fisch und Meeresfrüchte verzehrt werden. In sozial benachteiligten Gruppen war dagegen der Verzehr von Lebensmitteln wie Wurst und Fleischwaren sowie Süßwaren, Limonaden und Softdrinks erhöht (Max Rubner-Institut 2008b; Simpson, Lührmann 2015). Weiterführende Analysen der Daten des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 des RKI zeigen für Frauen und Männer in Deutschland eine häufigere zucker- und fettreiche Ernährungsweise sowie selteneren Verzehr von Obst und Gemüse bei Personen mit geringer Bildung im Vergleich zu Personen mit höherer Bildung (Finger et al. 2013). Dabei konnte herausgearbeitet werden, dass der höhere Energiebedarf aufgrund körperlich anstrengenderer Arbeit in den unteren Bildungsgruppen den Unterschied

bezüglich des zuckerreicheren Ernährungsverhaltens teilweise aufklären kann. Nach aktuellen Daten der GEDA-Studie 2012 beträgt der Anteil von Personen, die täglich Obst- und Gemüse zu sich nehmen, unter 30- bis 64-jährigen Frauen mit hohem Bildungsstand 54,6 %, während diejenigen mit niedrigem Bildungsstand zu 30,8 % täglich Obst und Gemüse verzehren. Unter 30- bis 64-jährigen Männern liegen diese Anteile bei 27,1 % und 14,7 %. Bei statistischer Kontrolle von Altersunterschieden haben 30- bis 64-jährige Frauen mit hoher Bildung eine um den Faktor 2,9 erhöhte Chance, täglich Obst und Gemüse zu sich zu nehmen, verglichen mit Frauen mit niedriger Bildung. Bei 30- bis 64-jährigen Männern beträgt dieses Chancenverhältnis 2,2 : 1.

Aktuelle Auswertungen der DEGS1-Studie belegen einen mit höherer Bildung steigenden Anteil vegetarischer Ernährung (Mensink et al. 2016a). Dabei ist davon auszugehen, dass der gesundheitliche Vorteil einer vegetarischen Ernährung nicht durch den hohen Anteil pflanzenbasierter Lebensmittel, sondern durch den Verzicht auf tierische Produkte zurückzuführen ist. Während sich 5,3 % der Frauen und 1,5 % der Männer mit einfacher Bildung im Alter zwischen 18 und 79 Jahren üblicherweise vegetarisch ernähren, ist dies bei Frauen und Männern der hohen Bildungsgruppe zu 8,8 % bzw. 4,2 % der Fall (Mensink et al. 2016a). Darüber hinaus zeigen Auswertungen der DEGS1-Daten für 18- bis 79-jährige, dass eine unzureichende Versorgung mit Folat sich nach dem sozioökonomischen Status unterscheidet. Der Begriff Folat wird für die in der Natur vorkommende Form des wasserlöslichen B-Vitamins verwendet. Derzeit wird ein möglicher Beitrag der Folatversorgung zur Vermeidung von Herz-Kreislauf-, neurodegenerativen und Krebserkrankungen diskutiert. Während 81,6 % der Frauen und 78,8 % der Männer mit niedrigem sozialen Status eine ausreichende Folatversorgung aufweisen, sind es in der oberen Sozialstatusgruppe 94,2 % der Frauen und 89,6 % der Männer (Mensink et al. 2016b). Vermutlich lassen sich diese Unterschiede auf den höheren Obst- und Gemüsekonsum in hohen Statusgruppen (s. o.) zurückführen. Allerdings verwenden Personen aus höheren Statusgruppen auch häufiger Nahrungsergänzungsmittel als jene aus statusniedrigen Gruppen (Knopf 2017).

Deutliche soziale Unterschiede zeigen sich außerdem für eine ausreichende Vitamin-D-Versorgung. Anhand der Konzentration im Blutserum lässt sich mit den DEGS1-Daten für 25,3 % der 18- bis 79-jährigen Frauen der unteren Sozialstatusgruppe eine ausreichende Versorgung mit Vitamin-D feststellen, für diejenigen der oberen Sozialstatusgruppe dagegen für 46,6 %. Bei Männern liegen die entsprechenden Werte bei 30,8 % bzw. 41,6 %. Vitamin-D-Mangel wird mit Diabetes mellitus Typ 2, Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen in Verbindung gebracht. Für eine ursächliche Beziehung fehlt aber bislang noch der Nachweis (Rabenberg, Mensink 2016).

5.3 Gesundheitsbezogene Versorgung

Dem gesundheitlichen und medizinischen Versorgungssystem kommt eine hohe Bedeutung für die Vorbeugung, Erkennung und Behandlung von Krankheiten und Gesundheitsproblemen in der Bevölkerung zu. Während lange Zeit nur wenige Daten und Auswertungen zu sozialen Unterschieden in der Gesundheitsversorgung in Deutschland existierten, rückte dieses Thema in den vergangenen Jahren zunehmend in den Fokus der Gesundheits- und Versorgungsforschung. Bei der Untersuchung von sozialen Unterschieden in der Gesundheitsversorgung erweist es sich in der Regel als hilfreich, zwischen verschiedenen Sektoren des Versorgungssystems zu unterscheiden, z. B. zwischen der Prävention und Gesundheitsförderung sowie der ambulanten und stationären Versorgung (von dem Kneisebeck et al. 2009; Klein et al. 2014; Schröder et al. 2016).

5.3.1 Prävention

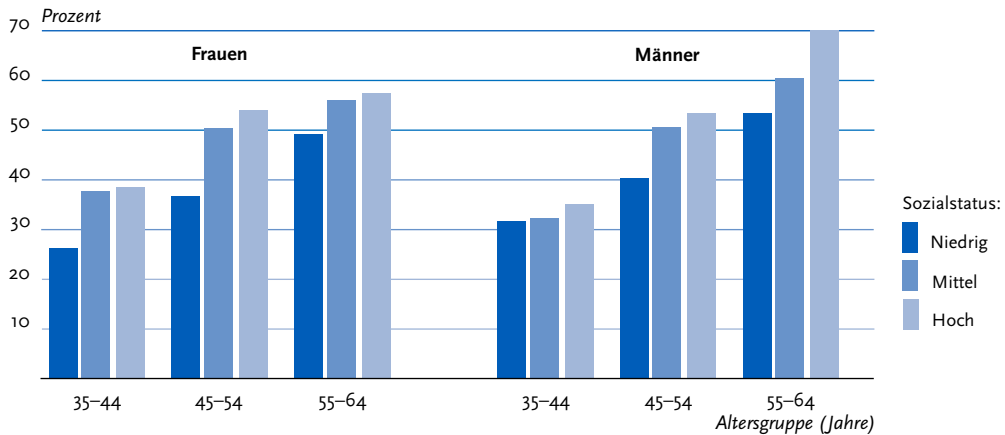
In Deutschland haben gesetzlich Krankenversicherte einen Anspruch auf regelmäßige Untersuchungen zur Früherkennung bestimmter Krankheiten. Für den Gesundheits-Check-up, der derzeit ab einem Alter von 35 Jahren alle zwei Jahre vorrangig zur Früherkennung von Herz-Kreislauf-Krankheiten, Diabetes mellitus und Nierenerkrankungen angeboten wird, ist eine sozial differenzielle Teilnahme zuungunsten

von Anspruchsberechtigten mit niedrigem Sozialstatus festzustellen (Hoebel et al. 2013b; Hoebel et al. 2014). Beispielsweise zeigen die Daten der GEDA-Studien 2009 und 2010, dass Anspruchsberechtigte mit niedrigem Sozialstatus seltener am Gesundheits-Check-up teilnehmen (45,3 %) als diejenigen mit mittlerem (51,2 %) und hohem Sozialstatus (53,5 %). Dies ist bei Frauen vor allem im Alter bis 54 Jahre zu beobachten, während bei Männern die sozialstatusspezifischen Unterschiede ab einem Alter von 45 Jahren verstärkt zutage treten (Abbildung 5.12). Wird der Einfluss des Alters statistisch kontrolliert, weisen Frauen und Männer mit niedrigem Sozialstatus eine 1,6- bzw. 1,7-fach verringerte statistische Chance auf, innerhalb von zwei Jahren am Gesundheits-Check-up teilzunehmen, verglichen mit Frauen und Männern mit hohem Sozialstatus (Hoebel et al. 2013b).

Für Untersuchungen zur Krebsfrüherkennung zeigen die vorliegenden Studien ebenfalls eine niedrigere Inanspruchnahme in sozial benachteiligten als in vergleichsweise bessergestellten Gruppen (Richter et al. 2002; Scheffer et al. 2006; Seidel et al. 2009; Starker, Saß 2013; Geyer et al. 2015). Nach den Daten der DEGS1-Studie nehmen anspruchsberechtigte Frauen und Männer mit hohem Sozialstatus deutlich häufiger an Ganzkörperuntersuchungen zur Früherkennung von Hautkrebs teil als diejenigen mit niedrigem Sozialstatus (Starker, Saß 2013). Dies trifft auch auf die Inanspruchnahme von Untersuchungen zur Früherkennung von Gebärmutterhals- und Brustkrebs bei Frauen zu. Bei Männern zeigt sich, dass Untersuchungen zur Früherkennung von Prostatakrebs von Anspruchsberechtigten aus niedrigen Statusgruppen seltener in Anspruch genommen werden als von jenen aus höheren Statusgruppen. Ähnliche Befunde werden auch aus anderen Ländern und unterschiedlichen Gesundheitssystemen berichtet (Chiu et al. 2005; Brennenstuhl et al. 2010; Lee et al. 2010; Martin-Lopez et al. 2012). Die DEGS1-Daten lassen darüber hinaus erkennen, dass die Kenntnis der Empfehlungen der Krankenkassen zur Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen unter Frauen und Männern mit hohem Sozialstatus deutlich stärker verbreitet ist als unter jenen mit niedrigerem Status. Darauf weisen auch die Daten der GEDA-Studie 2010 hin. Den

Abbildung 5.12

Teilnahme am Gesundheits-Check-up innerhalb der letzten zwei Jahre vor der Befragung bei gesetzlich krankenversicherten Frauen und Männern nach sozialem Status und Altersgruppe
Datenbasis: GEDA 2009, 2010 (Hoebel et al. 2013b)



Daten zufolge haben Personen mit geringer Bildung weniger Kenntnis von dem Angebot zur Hautkrebsfrüherkennung als jene mit vergleichsweise besserer Bildung (Starker et al. 2012). Diese Befunde sind im Zusammenhang damit zu sehen, dass es Personen mit geringerer Bildung schwerer fällt, Zugang zu Gesundheitsinformationen zu finden und die Informationen zu verstehen und zu bewerten (Jordan, Hoebel 2015).

Für verhaltenspräventive Maßnahmen und zahnärztliche Kontrolluntersuchungen bei Erwachsenen lassen sich ebenfalls niedrigere Teilnahmequoten in sozial schlechtergestellten als in vergleichsweise bessergestellten Gruppen feststellen (Jordan, von der Lippe 2013; Robert Koch-Institut 2014a). Ähnliches gilt im Hinblick auf die medizinische Primärprävention, wie z. B. die Inanspruchnahme von Schutzimpfungen. So sind bei Erwachsenen mit niedrigem Sozialstatus Impflücken auszumachen, die in den höheren Statusgruppen nicht oder zumindest seltener festzustellen sind (Böhmer et al. 2011; Poethko-Müller, Schmitz 2013). Auch die Teilnahme an Bonusprogrammen der gesetzlichen Krankenkassen, welche zu gesundheitsbewusstem Verhalten und zur Beteiligung an Früherkennungsuntersuchungen, Zahnvorsorge und Impfungen motivieren sollen, fällt unter Geringgebildeten niedriger aus als unter Bessergebildeten (Jordan et al. 2015)

5.3.2 Ambulante und stationäre Versorgung

Bei der Inanspruchnahme von ambulanten Versorgungsleistungen lassen sich ebenfalls sozialstatusspezifische Unterschiede feststellen, die im Vergleich zur Prävention und Gesundheitsförderung allerdings schwächer ausgeprägt sind (Janßen et al. 2009; Klein et al. 2014). Klein et al. (2014) resümieren in einer systematischen Übersichtsarbeit über Studien, die zwischen den Jahren 1998 und 2012 veröffentlicht wurden, dass Personen mit niedrigerem Sozialstatus häufiger hausärztliche und seltener fachärztliche Leistungen in Anspruch nehmen als Personen mit höherem Sozialstatus. Diesbezüglich lagen Anhaltspunkte dafür vor, dass diese Unterschiede teilweise durch sozialstatusspezifische Versorgungsbedarfe erklärt werden können. Eine im Jahr 2013 veröffentlichte Auswertung von Bremer und Wübker (2013) weist indessen darauf hin, dass Angehörige niedriger Statusgruppen auch bei ähnlichem medizinischen Bedarf im Vergleich zu Angehörigen statushöherer Gruppen eher Haus- als Fachärzte aufsuchen. Facharztkontakte waren bei Personen mit niedrigem Sozialstatus bei ähnlichem Bedarf seltener als bei Personen mit höherem Sozialstatus. Zu ähnlichen Ergebnissen kommt eine Auswertung der DEGS-Daten aus den Jahren 2008 bis 2011 (Hoebel et al.

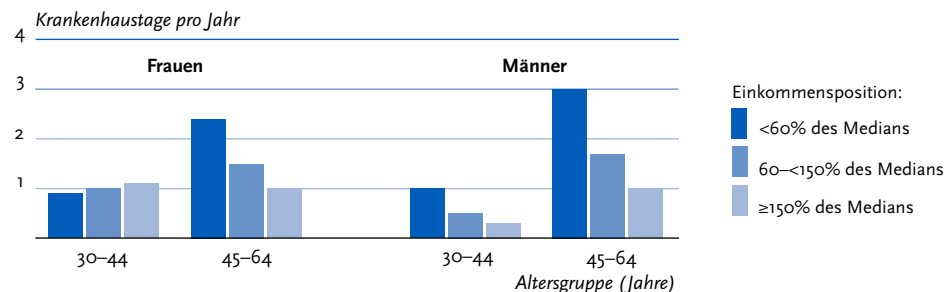
2016b). Den Ergebnissen zufolge haben Frauen und Männer mit niedrigem Sozialstatus, wenn sie einen ähnlichen Gesundheitszustand aufweisen wie jene mit hohem Sozialstatus, rund 20 % bzw. 25 % mehr Kontakte zu niedergelassenen Allgemeinmediziner:innen. Die ambulante Inanspruchnahme von spezialisierten Facharztgruppen war in den DEGS1-Ergebnissen hingegen bei Personen mit niedrigem Sozialstatus geringer als bei jenen mit hohem Status, wenn Unterschiede im Gesundheitszustand zwischen den Statusgruppen statistisch konstant gehalten wurden. Dies war in der Studie insbesondere für die Inanspruchnahme von niedergelassenen Internisten, Dermatologen und Gynäkolog:innen festzustellen.

Zu sozialen Unterschieden in der Inanspruchnahme stationärer Versorgung liegen vergleichsweise wenige Studien vor. Die Übersichtsarbeit von Klein et al. (2014) weist darauf hin, dass sich insbesondere die Inanspruchnahme stationärer Rehabilitation kaum nach sozialem Status unterscheidet. Daten des SOEP aus den Jahren 2007 bis 2010 zeigen, dass Frauen und Männer aus der Armutrisikogruppe durchschnittlich mehr Tage pro Jahr im Krankenhaus verbringen als diejenigen höherer Einkommensgruppen (Kroll, Lampert 2013a), was sich besonders im Alter zwischen 45 und 64 Jahren abzeichnet (Abbildung 5.13). Wird der Einfluss des Lebensalters statistisch kontrolliert, weisen Frauen aus der Armutrisikogruppe eine 1,3-mal so hohe Anzahl von Krankenhausaufentagen pro Jahr auf wie Frauen der hohen Einkommensgruppe. Männer der Armutrisikogruppe verbringen 2,2-mal mehr Tage pro Jahr im Kran-

kenhaus als gleichaltrige Männer der hohen Einkommensgruppe (Kroll, Lampert 2013a).

In Deutschland wird für die Analyse von Ungleichheiten beim Zugang zum Versorgungssystem häufig auch der Versichertenstatus (gesetzlich oder privat krankenversichert) als Maß sozialer Differenzierung betrachtet. Dabei zeigt sich zum Beispiel, dass gesetzlich Krankenversicherte deutlich länger auf Termine für ambulante Facharzt- und geplante Krankenhausbehandlungen warten müssen als privat Versicherte (Lungen et al. 2008; Kuchinke et al. 2009; Sauerland et al. 2009). Zu berücksichtigen ist hierbei, dass sich diese Wartezeiten nicht auf Notfallbehandlungen beziehen. Allerdings liegen aus einer Repräsentativbefragung unter GKV- und PKV-Versicherten Hinweise darauf vor, dass gesetzlich Krankenversicherte auch bei akuten Beschwerden länger als privat Versicherte auf einen Arzttermin warten müssen (Zok 2007). Während 43,3 % der Privatpatienten mit akuten Beschwerden nach eigenen Angaben sofort oder am nächsten Tag einen Termin beim Orthopäden bekamen, waren dies bei Kassenpatienten nur 26,2 %. Von ihnen mussten 17,3 % trotz Beschwerden länger als vier Wochen warten, bei Privatpatienten waren es dagegen nur 2,4 %. Hinweise auf eine mögliche Benachteiligung von gesetzlich Krankenversicherten beim Zugang zu medizinischen Leistungen zeigen sich darüber hinaus auch bei innovativen, patentgeschützten Arzneimitteln, bei Organtransplantationen und bei der finanziellen Belastung durch Zuzahlungen (Huber, Mielck 2010).

Abbildung 5.13
Durchschnittliche Anzahl von Krankenhausaufentagen pro Jahr bei Frauen und Männern nach Einkommensposition und Altersgruppe
 Datenbasis: SOEP 2007–2010 (Kroll, Lampert 2013a)

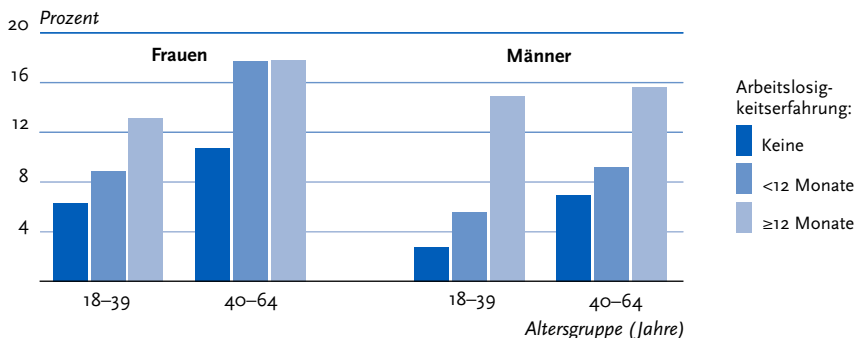


5.4 Arbeitslosigkeit und gesundheitliche Lage im mittleren Lebensalter

In modernen Gesellschaften nimmt die Erwerbsarbeit eine zentrale Rolle im Leben der Menschen ein. Sie dient einerseits der Sicherung des eigenen Lebensunterhalts, fördert darüber hinaus aber auch die Einbindung in soziale Beziehungsnetzwerke, strukturiert den Alltag, wirkt sinnstiftend und kann zu sozialer Anerkennung und gesellschaftlichem Ansehen führen (Kroll et al. 2011). In einer Vielzahl von Studien wurde nachgewiesen, dass Arbeitslose im Vergleich zu Erwerbstätigen einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen (Robert Koch-Institut 2003a; Holleeder, Brand 2006; Weber et al. 2007; Berth et al. 2008; Elkeles 2008; Kroll, Lampert 2012; Herbig et al. 2013). Betrachtet man das komplexe Zusammenwirken von Arbeitslosigkeit und Gesundheit genauer, stellen sich Gesundheit, Risikoverhalten und Krankheiten nicht nur als Folge, sondern auch als Ursache der Arbeitslosigkeit dar (Arrow 1996; Robert Koch-Institut 2003a; Voss et al. 2004; Paul et al. 2006; Herbig et al. 2013; Varekamp et al. 2013; Gebel, Vossemer 2014). So nehmen einerseits die Gesundheitsprobleme von Arbeitslosen mit der Dauer der Arbeitslosigkeit tendenziell zu. Andererseits haben Erwerbstätige mit gesundheitlichen Problemen auch ein höheres Risiko, arbeitslos zu werden sowie schlechtere Chancen auf eine Wiederbeschäftigung (Paul, Moser 2009; Holleeder 2011a). Als Resultat kumulieren bei Langzeitarbeitslosen gesundheitliche Probleme.

In einer aktuellen Metaanalyse wurde gezeigt, dass das Mortalitätsrisiko bei Arbeitslosen im Vergleich zu beschäftigten Personen signifikant erhöht ist (Roelfs et al. 2011). Hinsichtlich der körperlichen Gesundheit zeigen die für Deutschland vorliegenden Daten, dass körperliche Beschwerden und Einschränkungen bei Arbeitslosen häufiger vorkommen (Kroll, Lampert 2012; Eggs et al. 2014). Noch umfassender dokumentiert ist der Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und der psychischen Gesundheit. Hier zeigen Übersichtsarbeiten und Metaanalysen, dass Langzeitarbeitslose ein mindestens doppelt so hohes Risiko für psychische Erkrankungen, insbesondere für Depressionen und Angststörungen, haben wie erwerbstätige Personen (Paul, Moser 2009; Herbig et al. 2013). Auf Basis der Daten des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 zeigten sich bei Frauen nur geringe und zumeist nicht statistisch signifikante Unterschiede im Vorkommen psychischer Störungen zwischen Arbeitslosen und Erwerbstätigen. Bei Männern hingegen zeigte sich, dass Arbeitslose signifikant häufiger depressive Störungen, Dysthemien, Panikstörungen, Phobien sowie somatoforme Störungen und Syndrome aufweisen als Erwerbstätige (Rose, Jacobi 2006). Daten der gesetzlichen Krankenkassen weisen ebenfalls darauf hin, dass Arbeitslose häufiger von psychischen Erkrankungen betroffen sind als Erwerbstätige (Knieps, Pfaff 2014). Dabei ist aber zu beachten, dass mit Krankenkassendaten die Arbeitsunfähigkeit von Arbeitslosen tendenziell unterschätzt wird (Holleeder 2011a). Aus Daten des Panels »Arbeits-

Abbildung 5.14
12-Monats-Prävalenz einer diagnostizierten Depression bei Frauen und Männern nach Arbeitslosigkeitserfahrung in den letzten fünf Jahren und Altersgruppe
Datenbasis: GEDA 2010, 2012 (Kroll et al. 2016)



markt und soziale Sicherung« (PASS), das vom Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) durchgeführt wird, geht ebenfalls hervor, dass ALG-II-Bezieher eine schlechtere mentale Gesundheit haben und häufiger psychische Beeinträchtigungen aufweisen (Eggs et al. 2014).

Aktuelle Berechnungen mit Querschnittdaten der GEDA-Studien aus den Jahren 2010 und 2012 zeigen für Frauen und Männer im mittleren Lebensalter einen deutlichen Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeitserfahrungen innerhalb der letzten fünf Jahre vor dem Befragungszeitpunkt und der 12-Monats-Prävalenz einer diagnostizierten Depression (Kroll et al. 2016). Sowohl Personen mit Arbeitslosigkeitserfahrungen von weniger als zwölf Monaten als auch solche, die insgesamt länger als zwölf Monate arbeitslos waren, berichten signifikant häufiger von diagnostizierten Depressionen als Personen ohne Arbeitslosigkeitserfahrung (Abbildung 5.14). Dabei ist der Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Depressionen bei Männern stärker ausgeprägt als bei Frauen. Nach Kontrolle von Altersunterschieden kann man bei Frauen, die in den letzten fünf Jahren mindestens zwölf Monate arbeitslos waren, im Vergleich zu Frauen, die in diesem Zeitraum nicht arbeitslos waren, ein 1,7-fach erhöhtes Risiko für eine Depression beobachten. Bei Männern ist dieses Risiko um das 2,7-Fache erhöht.

Neben gesundheitlichen Problemen sind auch gesundheitlich riskante Verhaltensweisen bei Arbeitslosen häufiger festzustellen (Robert Koch-Institut 2003a; Schunck, Rogge 2010; Holleederer 2011b; Lampert et al. 2011; Kroll et al. 2016). Dies machen Daten der GEDA-Studien 2010 und 2012 z. B. im Hinblick auf den Tabakkonsum und die Sportausübung deutlich. Demnach sind Tabakkonsum und sportliche Inaktivität unter Personen mit Arbeitslosigkeitserfahrung deutlich verbreiteter als unter jenen, die in den letzten fünf Jahren nicht arbeitslos waren (Tabelle 5.4). Nach statistischer Kontrolle von Altersunterschieden ist das Risiko zu rauchen oder sportlich inaktiv zu sein bei Frauen und Männern mit längerer Arbeitslosigkeitserfahrung im Vergleich zu Personen ohne Arbeitslosigkeitserfahrung um ungefähr das Doppelte erhöht. Vergleichbare Zusammenhänge zeigen auch Analysen der PASS-Studie (Eggs et al. 2014). Demgegenüber sind Befunde

Tabelle 5.4

Tabakkonsum, riskanter Alkoholkonsum und sportliche Inaktivität bei Frauen und Männern nach Arbeitslosigkeitserfahrung in den letzten fünf Jahren und Altersgruppe

Datenbasis: GEDA 2010, 2012

Arbeitslosigkeitserfahrung	Tabakkonsum	Riskanter Alkoholkonsum	Sportliche Inaktivität
Frauen (18–39 Jahre)			
Keine	28,3 %	25,8 %	23,5 %
< 12 Monate	44,6 %	23,3 %	32,1 %
≥ 12 Monate	53,9 %	18,8 %	46,6 %
Frauen (40–64 Jahre)			
Keine	27,7 %	22,0 %	30,7 %
< 12 Monate	37,7 %	19,8 %	38,6 %
≥ 12 Monate	40,0 %	15,4 %	46,6 %
Männer (18–39 Jahre)			
Keine	36,9 %	38,3 %	20,0 %
< 12 Monate	50,7 %	36,4 %	28,4 %
≥ 12 Monate	66,3 %	30,2 %	37,8 %
Männer (40–64 Jahre)			
Keine	32,5 %	30,5 %	36,1 %
< 12 Monate	45,4 %	30,6 %	45,8 %
≥ 12 Monate	50,0 %	30,4 %	52,2 %

zu Unterschieden in der Verbreitung von riskantem Alkoholkonsum zwischen Arbeitslosen und Nicht-Arbeitslosen weniger eindeutig (Kroll et al. 2016).

Arbeitslose sind aufgrund ihrer erhöhten Krankheitslast und ihres in einigen Bereichen riskanteren Gesundheitsverhaltens eine wichtige Zielgruppe für Maßnahmen der primären und sekundären Krankheitsprävention. Zugleich ist für arbeitslose Frauen und Männer ein erhöhter Bedarf an medizinischen Leistungen zu erwarten (Weber et al. 2007). Aus internationalen Studien ist bekannt, dass Arbeitslosigkeit tendenziell die Inanspruchnahme von Präventionsmaßnahmen verringert, gleichzeitig aber zu einem Anstieg der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen führt (Economou et al. 2008; Tefft, Kageleiry 2014).

Für Deutschland liegen zur Inanspruchnahme präventiver Angebote sowie ambulanter und stationärer Versorgung durch Arbeitslose erste Analysen anhand von Daten der GEDA-Studie 2010 vor (Kroll et al. 2016). Die Ergebnisse sprechen dafür,

dass gesetzlich Versicherte mit Arbeitslosigkeitserfahrungen ärztliche Untersuchungen zur Krankheitsfrüherkennung seltener in Anspruch nehmen als diejenigen, die nicht arbeitslos waren. Dies lässt sich z. B. für Zahnvorsorgeuntersuchungen, Krebsfrüherkennungsuntersuchungen und den Gesundheits-Check-up zeigen. Im Unterschied zur Inanspruchnahme von präventiven Angeboten sind den GEDA-Daten zufolge die Anzahl der Arztbesuche und die Zahl der Krankenhausaufenthalte bei Männern mit Arbeitslosigkeitserfahrungen deutlich erhöht. Bei Frauen ist der Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Arztbesuchen sowie Krankenhausaufhalten nicht statistisch signifikant. Auch in Bezug auf das Inanspruchnahmeverhalten stimmen die Ergebnisse der PASS-Studie weitgehend mit den GEDA-Befunden überein (Eggs et al. 2014).

5.5 Gesundheit von alleinerziehenden Müttern und Vätern

Das Statistische Bundesamt definiert Alleinerziehende als Mütter und Väter, die mit mindestens einem ledigen Kind, aber ohne einen Ehe- oder Lebenspartner in einem Haushalt zusammenleben. Dabei muss der alleinerziehende Elternteil nicht allein sorgeberechtigt sein. Außerdem ist unerheblich, ob es sich um leibliche, Stief-, Pflege- oder Adoptivkinder handelt. Da Alleinerziehende mit minderjährigen Kindern unter 18 Jahren aus familien- und sozialpolitischer Sicht von besonderer Bedeutung sind, wird aber eine entsprechende Altersgrenze bezüglich der im Haushalt lebenden Kinder getroffen (Statistisches Bundesamt 2010).

Nach Daten des Mikrozensus gab es im Jahr 2013 in Deutschland rund 1,6 Millionen Alleinerziehende. Im Jahr 1996 waren es noch 1,3 Millionen. Der Anteil der Einelternfamilien an allen Familien mit Kindern unter 18 Jahren stieg in diesem Zeitraum entsprechend von 13,8 % auf 20 %. Von den minderjährigen Kindern wachsen damit heute rund 18 % in Familien mit alleinerziehendem Elternteil auf. Bei den meisten Alleinerziehenden handelt es sich um Frauen. Im Jahr 2013 kamen auf 1,4 Millionen alleinerziehende Mütter lediglich 167.000 alleinerziehende Väter, die somit einen Anteil von etwa 10 % an allen Alleinerziehenden ausmachen (BMFSFJ 2015).

Insgesamt gehen rund zwei Drittel der Alleinerziehenden einer Erwerbstätigkeit nach, oftmals aber nur in Teilzeit. Dies führt dazu, dass 80 % der Alleinerziehenden weniger als das mittlere Einkommen aller Familien zur Verfügung haben und 40 % unterhalb der Armutsgrenze leben. In Paarfamilien mit ein bis zwei Kindern sind es dagegen nur etwa 10 % (BMFSFJ 2015). Alleinerziehende sind somit einem erhöhten Armutsrisiko ausgesetzt. Auffällig ist dabei, dass alleinerziehende Mütter im Vergleich zu alleinerziehenden Vätern seltener erwerbstätig sind, weniger in Vollzeit arbeiten und häufiger von Armut bedroht sind (Robert Koch-Institut 2003b; Statistisches Bundesamt 2010; Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2013).

Internationale Daten weisen darauf hin, dass das Alleinerziehen mit gesundheitlichen Risiken einhergeht und sich der Umstand, in früheren Lebensphasen alleinerziehend zu sein, noch in späteren Lebensphasen auf die gesundheitliche Entwicklung auswirkt. Beispielsweise zeigten Berkman et al. (2015) mit Daten aus den USA sowie 14 europäischen Ländern, dass die subjektive Gesundheit von Müttern ab einem Alter von 50 Jahren umso schlechter ist, je länger die Phasen des Alleinerziehens vor dem 50. Lebensjahr waren. Zur gesundheitlichen Situation von Alleinerziehenden in Deutschland liegen insgesamt relativ wenige Informationen vor. Die vorliegenden Arbeiten deuten allerdings darauf hin, dass die alleinige Sorge für Kinder mit Anforderungen und Belastungen verbunden ist, die zu gesundheitlichen Problemen führen können. Ob dies zutrifft, hängt allerdings von einer Vielzahl an Faktoren ab, die oftmals nicht in die Betrachtungen einbezogen werden bzw. mit den vorhandenen Daten nicht betrachtet werden können. Neben der beruflichen und ökonomischen Situation dürften z. B. das Alter der Eltern und der Kinder, die Gründe für das Alleinerziehen sowie die Größe und Qualität der vorhandenen sozialen Netzwerke von Bedeutung sein.

Aufschluss über die gesundheitliche Lage von Alleinerziehenden in Deutschland geben unter anderem die Ergebnisse der dritten AOK-Familienstudie 2014, einer im Auftrag des AOK Bundesverbandes durchgeführten repräsentativen Telefonbefragung von Eltern mit mindestens einem Kind im Alter zwischen 4 und 14 Jahren

in Deutschland (SINUS Institut 2014). Der Studie zufolge liegt der Anteil derer, die ihren allgemeinen Gesundheitszustand als gut oder sehr gut beurteilen, unter Eltern in Paarfamilien mit 70 % deutlich höher als unter Alleinerziehenden mit 48 %. Darüber hinaus weisen die Daten darauf hin, dass Alleinerziehende häufiger Schwierigkeiten aufgrund seelischer und körperlicher Probleme haben. Während Eltern in Paarfamilien zu 16 % immer oder häufig Schwierigkeiten aufgrund ihrer körperlichen Gesundheit und 6 % Schwierigkeiten aufgrund seelischer Probleme berichteten, lagen die entsprechenden Anteile bei Alleinerziehenden dagegen mit 48 % bzw. 17 % mehr als doppelt so hoch. In einer bundesweiten Erhebung unter Müttern mit minderjährigen Kindern aus dem Jahr 2009 (TNS Healthcare Access-Panel) gaben alleinerziehende Mütter häufiger gesundheitliche Probleme an als Mütter mit Partnern (Sperlich et al. 2011). Unter alleinerziehenden Müttern lag der Anteil derer, die erhöhte körperliche und Allgemeinbeschwerden angaben, in der Studie mit 41,0 % deutlich höher als bei Müttern mit Partnern mit 23,8 %. Auch in Bezug auf Angst, Depressivität und einen (sehr) schlechten subjektiven Gesundheitszustand fanden sich bei alleinerziehenden Müttern signifikant häufiger erhöhte Werte (Abbildung 5.15).

Eine schlechtere Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes wird auch mit Daten der

GEDA-Studie 2009 bestätigt. Dies trifft sowohl auf alleinerziehende Mütter als auch auf alleinerziehende Väter zu, wobei die Unterschiede im Vergleich zu denjenigen, die in Partnerhaushalten leben, bei Vätern noch größer sind als bei Müttern (Robert Koch-Institut 2014b). Hinsichtlich der körperlichen Gesundheit zeigen Analysen mit zusammengefassten Daten der GEDA-Studien 2009 und 2010, dass chronische Rückenschmerzen bei alleinerziehenden Müttern häufiger vorkommen als bei Müttern, die mit einem Partner zusammen leben. Nach Kontrolle des Alters ist das Risiko chronischer Rückenschmerzen bei alleinerziehenden Müttern um das 1,3-Fache erhöht. Bei Männern hingegen sind in Bezug auf die Verbreitung von Rückenschmerzen keine Unterschiede zwischen Alleinerziehenden und Vätern in Partnerschaft festzustellen (Domanska et al. 2013).

Auch in Bezug auf die psychische Gesundheit bestehen Unterschiede zwischen Alleinerziehenden und Eltern in Partnerhaushalten. Den zusammengefassten Daten der GEDA-Studien 2009 und 2010 zufolge wird die Diagnose Depression unter Alleinerziehenden häufiger gestellt als unter Eltern, die ihr Kind bzw. ihre Kinder in einer Partnerschaft erziehen. Dies lässt sich bei Müttern sowohl im Alter zwischen 30 und 44 als auch zwischen 45 und 64 Jahren feststellen, während sich die Unterschiede bei Männern vor allem im Alter zwischen 30 und 44 Jahren zeigen (Abbildung 5.16). Auch bei statistischer Kontrolle des Alterseinflusses und weiterer Faktoren wie dem sozialen Status, der Erwerbssituation, der Wohnregion und dem Ausmaß sozialer Unterstützung bleiben diese Unterschiede bestehen (Mütters et al. 2013). Weitere Analysen der GEDA-Daten zeigen, dass das Risiko für seelische Belastungen bei alleinerziehenden Müttern im Vergleich zu Müttern in Paarfamilien um das 1,6-Fache erhöht ist. Bei Männern waren diese Unterschiede dagegen nicht zu erkennen (von der Lippe, Rattay 2014).

Die Ergebnisse des AOK-Familienreports weisen ebenso auf erhöhte psychische Belastungen bei Alleinerziehenden hin. So gaben Alleinerziehende häufiger psychische Belastungen an als Mütter und Väter in Paarfamilien (39 % gegenüber 22 %) (SINUS Institut 2014). Nach dem DAK-Gesundheitsreport 2014 ist davon auszugehen, dass alleinerziehende Mütter im Alter

Abbildung 5.15
Gesundheitliche Beeinträchtigungen bei 17- bis 60-jährigen Müttern nach familiärer Situation

Datenbasis: TNS Healthcare Access-Panel, eigene Darstellung nach Sperlich et al. (2011)

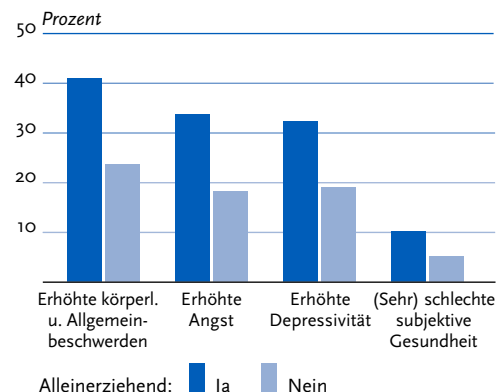
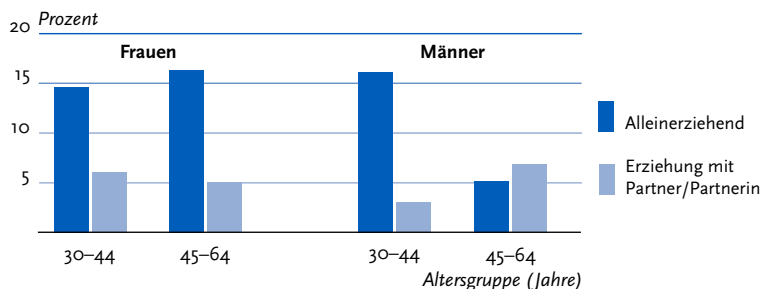


Abbildung 5.16

12-Monats-Prävalenz einer diagnostizierten Depression bei Frauen und Männern nach Kindererziehung und Altersgruppe
Datenbasis: GEDA 2009, 2010 (Mütters et al. 2013)



zwischen 25 und 40 Jahren eine besonders hohe Belastung durch chronischen Stress aufweisen (IGES Institut 2014). Die Daten der oben bereits erwähnten bundesweiten Erhebung unter Müttern mit minderjährigen Kindern zeigen, dass Alleinerziehende mit niedrigem Bildungsstand und geringfügiger Beschäftigung oder Teilzeiterwerbstätigkeit besonders häufig Probleme wie finanzielle Sorgen, geringe soziale Unterstützung oder Belastungen durch die berufliche Situation wahrnehmen. Belastungen aufgrund von Problemen bei der Vereinbarkeit von Familie und Beruf werden allerdings häufiger von Alleinerziehenden mit höherer Bildung oder einer Vollzeiterwerbstätigkeit berichtet (Sperlich 2014). Dem entsprechen Ergebnisse, die auf Unterschiede in der Lebenszufriedenheit hinweisen: Daten des SOEP und aus der Umfrage »Familien in Deutschland« (FiD) aus dem Jahr 2011 zeigen, dass nur 48 % der alleinerziehenden gegenüber 73 % der Mütter in Paarfamilien mit ihrem Leben zufrieden sind (BMFSFJ 2015).

Die Anforderungen und Belastungen, die mit der alleinigen Sorge für Kinder verbunden sind, spiegeln sich auch im Gesundheitsverhalten wider. Dies lässt sich z. B. mit Blick auf die Ernährung und körperlich-sportliche Aktivität feststellen (RKI 2003b). Besonders deutlich fallen die Unterschiede beim Rauchen aus. Nach den Daten des TNS Healthcare Access-Panels rauchen 44 % der alleinerziehenden Mütter und 26 % der Mütter in Paarfamilien täglich. Damit ist das Risiko des täglichen Rauchens um das 2,1-Fache erhöht. Das Risiko des starken Rauchens von mehr als 20 Zigaretten pro Tag ist bei alleinerziehenden

Müttern im Vergleich zu Müttern, die mit Partnern zusammenleben, um das 2,9-Fache erhöht (Sperlich et al. 2013). Auswertungen der GEDA-Studie zeigen, dass auch alleinerziehende Väter häufiger rauchen als jene, die mit Partner(in) und Kind(ern) zusammen leben. Die Unterschiede sind bei Müttern jedoch stärker ausgeprägt als bei Vätern (Robert Koch-Institut 2014b). Auch für andere Gesundheitsoutcomes lässt sich feststellen, dass die Unterschiede zwischen Alleinerziehenden und Nicht-Alleinerziehenden bei Frauen stärker oder anders ausfallen als bei Männern.

Die benachteiligte soziale Situation von Alleinerziehenden hat auch Auswirkungen auf die Gesundheit der betreffenden Kinder und Jugendlichen. So zeigen Auswertungen der KiGGS-Studie aus den Jahren 2009 bis 2012, dass Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 3 und 17 Jahren aus Einelternfamilien signifikant häufiger gesundheitliche Probleme haben als diejenigen aus Kernfamilien, die mit beiden leiblichen Eltern zusammen leben. Während für 22,4 % der Kinder und Jugendlichen in Einelternfamilien eine chronische Krankheit sowie für 17,4 % emotionale und Verhaltensprobleme berichtet werden, sind gleichaltrige Kinder und Jugendliche in Kernfamilien mit 16,2 % bzw. 8,3 % davon deutlich seltener betroffen. Diese Unterschiede nach der Familienform zeigen sich in multivariaten Analysen als sehr robust. So lässt sich unabhängig vom sozialen Status der Familie feststellen, dass Heranwachsende aus Einelternfamilien im Vergleich zu denjenigen aus Kernfamilien ein 1,5-fach erhöhtes Risiko für chronische Erkrankungen sowie ein 1,6-fach erhöhtes Risiko für emotionale und Verhaltensprobleme haben.

Zudem liegt der Anteil der 7- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen aus Einelternfamilien mit einer geringen gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit 6,9 % höher als bei denjenigen aus Kernfamilien mit 4,9 % (Rattay et al. 2014).

Eine schlechtere gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen in Einelternfamilien kann auch mit den Daten der HBSC-Studie (Health Behaviour in School-aged Children) für Deutschland bestätigt werden. Ergebnisse der HBSC-Studie aus dem Jahr 2010 zeigen, dass die befragten 11-, 13- und 15-Jährigen aus Einelternfamilien signifikant häufiger gesundheitliche Beschwerden angeben als diejenigen aus Paarfamilien, das entsprechende Risiko ist um das 1,3-Fache erhöht. Auch im Gesundheitsverhalten sind Unterschiede nach der Familienform festzustellen. Das Risiko wöchentlichen Rauchens ist für Kinder und Jugendliche aus Einelternfamilien gegenüber denjenigen in Paarfamilien um das 1,8-Fache erhöht. Zudem frühstücken an Schultagen Kinder und Jugendliche aus Einelternfamilien seltener, sind seltener sportlich aktiv, schauen dafür häufiger an Schultagen länger als fünf Stunden Fernsehen oder Video. Die Unterschiede im Gesundheitsverhalten haben sich seit dem Jahr 2002 nicht verringert, sondern sind tendenziell etwas größer geworden (Klocke, HBSC-Team Deutschland 2012).

Die Ergebnisse verdeutlichen somit, dass mit Blick auf die Alleinerziehenden eine familienbezogene Betrachtung unter Einbezug der Kinder angezeigt ist. Mit Blick auf die Kinder gilt aber ebenso wie für ihre Eltern, dass Auswirkungen auf die Gesundheit von einer Vielzahl an Faktoren abhängen und eine einfache Unterscheidung zwischen alleinerziehend und nicht-alleinerziehend nur Anhaltspunkte aufzeigen kann, aber der oftmals komplexen Lebenswirklichkeit vieler Familien nicht gerecht wird.

5.6 Fazit

Die in Deutschland lebenden Frauen und Männer im mittleren Lebensalter sind mehrheitlich bei guter oder sehr guter Gesundheit; über die Hälfte dieser Bevölkerungsgruppe weist keine gesundheitlichen Einschränkungen auf (Robert Koch-Institut 2014a). Das Risiko für langfristige Gesund-

heitsbeschwerden und chronische Krankheiten steigt jedoch im Verlauf des mittleren Lebensalters an. Vielfach treten neben altersbedingten Veränderungen des Gesundheitszustands auch die Folgen gesundheitlicher Belastungen und Krankheitsrisiken aus früheren Lebensphasen das erste Mal in Form von dauerhaften Gesundheitsproblemen oder chronisch-degenerativen Erkrankungen in Erscheinung. Dabei sind jedoch beträchtliche Unterschiede in Abhängigkeit von der sozialen Lage festzustellen, wie die in diesem Kapitel dargestellten Forschungsbefunde zeigen.

Den verfügbaren Daten zufolge sind gesundheitliche Beeinträchtigungen, schwerwiegende körperliche Krankheiten und psychische Störungen wie Depressionen in sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen stärker verbreitet als in sozial bessergestellten Gruppen. Dies spiegelt sich in einem höheren vorzeitigen Sterberisiko und einer geringeren fernerer Lebenserwartung der sozial benachteiligten Gruppen wider. Gesundheitsrisiken wie chronischer Stress, Arbeitsbelastungen und verhaltensassoziierte Risikofaktoren sind in den mittleren Altersgruppen ebenfalls zuungunsten von Frauen und Männern aus sozial benachteiligten Gruppen verteilt. Auch die Inanspruchnahme von Präventionsangeboten und medizinischen Leistungen unterscheidet sich nach dem sozialen Status, wobei sich anhand der derzeitigen Erkenntnisse nicht ausreichend beurteilen lässt, ob und inwieweit diese Unterschiede zur Entstehung sozialer Unterschiede in den Gesundheitschancen beitragen oder diese lediglich reflektieren.

In den letzten zwei bis drei Jahrzehnten hat sich die Datenlage für Analysen zur gesundheitlichen Ungleichheit im mittleren Lebensalter deutlich verbessert. Der überwiegende Teil der für Deutschland vorliegenden Erkenntnisse basiert allerdings auf Daten aus Querschnittstudien. Eindeutige Aussagen über eine ursächliche Beziehung der gefundenen Zusammenhänge zwischen der sozialen und gesundheitlichen Lage sowie über die relative Bedeutung unterschiedlicher Wirkrichtungen (Verursachung vs. Selektion) lassen sich damit nicht treffen. Zukünftig ist es daher erforderlich, vorhandene Längsschnittdaten zu nutzen und weitere prospektive Daten zu erheben, um die Wirkrichtungen und die Mechanismen, die den Zusammenhängen

zwischen sozialer und gesundheitlicher Lage zugrunde liegen, tiefergehender zu untersuchen. Dies ist auch für die Entwicklung und Umsetzung von Maßnahmen zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten erforderlich. Darüber hinaus stellt sich für die künftige Forschung die Frage, wie sich das Ausmaß der gesundheitlichen Ungleichheit im Zeitverlauf unter sich verändernden gesellschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen entwickelt: Nehmen die sozialen Unterschiede in den Gesundheitschancen zu oder verringern sie sich? In welchem Verhältnis stehen entsprechende Entwicklungen zum sozialen Wandel? Welche Rückschlüsse lassen die Entwicklungen auf den Erfolg umgesetzter politischer Maßnahmen zu? Zur Bearbeitung dieser Fragen sollten die für die Erwachsenenbevölkerung vielfach vorhandenen Querschnittsdaten, welche für unterschiedliche Zeitpunkte vorliegen und kontinuierlich erhoben werden, für Trendanalysen stärker genutzt werden. Die Ergebnisse könnten dazu beitragen, ein besseres Verständnis davon zu erlangen, unter welchen Bedingungen und mit welchen Maßnahmen auf gesellschaftlicher und politischer Ebene sich das Ausmaß der gesundheitlichen Ungleichheit reduzieren lässt.

Die sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen ist seit einigen Jahren zunehmend Thema und Gegenstand der Sozial- und Gesundheitspolitik. Die politischen Herausforderungen, die sich durch die ausgeprägten sozialen Unterschiede im Gesundheits- und Krankheitsgeschehen von Personen im mittleren Lebensalter stellen, sind nicht nur vor dem Hintergrund des sozialen, sondern auch des demografischen Wandels und der damit verbundenen Abnahme des Erwerbspersonenpotenzials und der Anhebung des Renteneintrittsalters zu sehen. Die vorliegenden Befunde verdeutlichen, wie wichtig es ist, in der Diskussion um die Anpassung bzw. Flexibilisierung des Renteneintrittsalters zu berücksichtigen, dass die Gesundheits- und Lebenschancen von Frauen und Männern im mittleren Alter sich je nach sozialer Lage stark unterscheiden. Gleichzeitig wird deutlich, dass die Arbeitswelt und die Vereinbarkeit von Beruf und Familie im mittleren Lebensalter wesentliche Handlungsfelder für Prävention und Gesundheitsförderung darstellen. Sozial Benachteiligte bilden den Daten zufolge auch in mittleren Altersgruppen eine wichtige

Zielgruppe mit vergleichsweise großen Präventionspotenzialen.

Präventionsstrategien, die an den Lebensverhältnissen und Arbeitsbedingungen der Menschen ansetzen, erscheinen für die Verbesserung gesundheitlicher Chancengleichheit besonders vielversprechend, da diese nicht nur direkte Gesundheitsrelevanz haben, sondern sich auch indirekt auf die Gesundheit auswirken können, indem sie gesundheitsrelevantes Verhalten und psychosoziale Faktoren beeinflussen (Giesecke, Müters 2009; DANK 2016; Moor et al. 2016). Durch das 2015 verabschiedete Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention wurden lebensweltbezogene Ansätze unter anderem im Rahmen von betrieblicher Gesundheitsförderung gesetzlich gestärkt und ausgebaut. Ein wichtiger Faktor für den Erfolg der daraus hervorgehenden Maßnahmen dürfte sein, inwieweit es gelingt, die Teilhabe von sozial Benachteiligten an gesundheitsförderlichen Lebenswelten zu verbessern. Die Partizipation der Zielgruppen an entsprechenden Initiativen spielt dabei eine wichtige Rolle. Neben den Lebens- und Arbeitsbedingungen von Erwerbstätigen stellen auch die gesundheitlichen Belange von Arbeitslosen und Alleinerziehenden wichtige Handlungsfelder dar, wenn es um die Bevölkerung im mittleren Lebensalter geht. Die verfügbaren Daten zeigen, dass bestimmte Gesundheitsprobleme und Krankheitsrisiken bei Arbeitslosen und Alleinerziehenden kumulieren. Für Arbeitslose und insbesondere Langzeitarbeitslose gilt zudem, dass Präventionsangebote seltener in Anspruch genommen werden. Neben verbesserten Chancen auf einen gelingenden Wiedereinstieg ins Erwerbsleben sind darum Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit sowie zur Vorbeugung, frühzeitigen Erkennung und Behandlung körperlicher und psychischer Probleme bei Arbeitslosen erforderlich.

Literatur

- Agardh E, Allebeck P, Hallqvist J et al. (2011) Type 2 diabetes incidence and socio-economic position: a systematic review and meta-analysis. *Int J Epidemiol* 40(3): 804–818
- Ainsworth BE, Haskell WL, Whitt MC et al. (2000) Compendium of physical activities: an update of activity codes and MET intensities. *Medicine & Science in Sports & Exercise* 32(9): 498–516

- Altmets K, Puur A, Uusküla A et al. (2011) Self-reported activity limitations among the population aged 20–79 in Estonia: a cross-sectional study. *Eur J Public Health* 21(1): 49–55
- Arrow JO (1996) Estimating the influence of health as a risk factor on unemployment: A survival analysis of employment durations for workers surveyed in the German Socio-Economic Panel (1984–1990). *Social Science & Medicine* 42(12): 1651–1659
- Backé EM, Seidler A, Latza U et al. (2012) The role of psychosocial stress at work for the development of cardiovascular diseases: a systematic review. *Int Arch Occup Environ Health* 85(1): 67–79
- Bambra C, Gibson M, Amanda S et al. (2009) Tackling the wider social determinants of health and health inequalities: evidence from systematic reviews. *Journal of Epidemiology and Community Health* 64(4): 284–291
- BAuA (2016) Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2014. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Berlin
- Baumeister H, Härter M (2007) Prevalence of mental disorders based on general population surveys. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 42(7): 537–546
- Beenackers MA, Kamphuis CB, Giskes K et al. (2012) Socioeconomic inequalities in occupational, leisure-time, and transport related physical activity among European adults: a systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Act* 9: 116
- Berger N, Van der Heyden J, Van Oyen H (2015) The global activity limitation indicator and self-rated health: two complementary predictors of mortality. *Arch Public Health* 73(1): 25
- Berkman LF, Zheng Y, Glymour MM et al. (2015) Mothering alone: cross-national comparisons of later-life disability and health among women who were single mothers. *J Epidemiol Community Health* 69(9): 865–872
- Berth H, Förster P, Balck F et al. (2008) Arbeitslosigkeitserfahrungen, Arbeitsplatzunsicherheit und der Bedarf an psychosozialer Versorgung. *Gesundheitswesen* 70(5): 289–294
- BMFSFJ (2012) Zeit für Familie – Familienzeitpolitik als Chance einer nachhaltigen Familienpolitik. Achter Familienbericht des Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). Deutscher Bundestag, Drucksache 17/9000
- Bödeker W (2000) Der Einfluss arbeitsbedingter Belastungen auf das diagnosespezifische Arbeitsunfähigkeitsgeschehen. *Sozial- und Präventivmedizin* 45: 25–34
- Böhmer MM, Walter D, Krause G et al. (2011) Determinants of tetanus and seasonal influenza vaccine uptake in adults living in Germany. *Hum Vaccin* 7(12): 1317–1325
- Bremer P, Wübker A (2013) Sozioökonomische Unterschiede in der Inanspruchnahme von Haus- und Facharztleistungen in Deutschland. *Prävention und Gesundheitsförderung* 8(1): 15–21
- Brennenstuhl S, Fuller-Thomson E, Popova S (2010) Prevalence and factors associated with colorectal cancer screening in Canadian women. *J Womens Health (Larchmt)* 19(4): 775–784
- Brussig M (2014) Arbeitsbelastungen und Flexibilisierung des Renteneintritts. In: Badura B, Ducki A, Schröder H et al. (Hrsg) *Fehlzeiten-Report 2014*. Springer, Berlin, Heidelberg, S 201–210
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2013) *Alleinerziehende unterstützen – Fachkräfte gewinnen*. Report 2013. BMAS (Hrsg), Berlin
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2015) *Familienreport 2014*. Leistungen, Wirkungen, Trends. BMFSFJ (Hrsg), Berlin
- Burström K, Johannesson M, Diderichsen F (2005) Increasing socio-economic inequalities in life expectancy and QALYs in Sweden 1980–1997. *Health Econ* 14(8): 831–850
- Busch K (2010) Die Arbeitsunfähigkeit in der Statistik der GKV. In: Badura B, Schröder H, Klose J et al. (Hrsg) *Fehlzeitenreport 2009*. Springer, Heidelberg, S 425–431
- Busch MA, Maske UE, Ryl L et al. (2013a) Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsbl–Gesundheitsforsch–Gesundheitschutz* 56(5/6): 733–739
- Busch MA, Schienkiewitz A, Nowossadeck E et al. (2013b) Prävalenz des Schlaganfalls bei Erwachsenen im Alter von 40 bis 79 Jahren in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsbl–Gesundheitsforsch–Gesundheitschutz* 56(5/6): 656–660
- Cavelaars AE, Kunst AE, Geurts JJ et al. (1998) Differences in self reported morbidity by educational level: a comparison of 11 western European countries. *J Epidemiol Community Health* 52(4): 219–227
- Chiu BCH, Anderson JR, Corbin D (2005) Predictors of prostate cancer screening among health fair participants. *Public Health* 119(8): 686–693
- Cox AM, McKeivitt C, Rudd AG et al. (2006) Socioeconomic status and stroke. *Lancet Neurol* 5(2): 181–188
- DANK (2016) *Prävention nichtübertragbarer Krankheiten – eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe*. Grundsatzpapier der Deutschen Allianz Nichtübertragbare Krankheiten (DANK). DANK, Berlin
- DeSalvo KB, Blosner N, Reynolds K et al. (2006) Mortality prediction with a single general self-rated health question. *Journal of General Internal Medicine* 21(3): 267–275
- Domanska O, Rattay P, von der Lippe E (2013) Sind Alleinerziehende öfter von Rückenschmerzen betroffen als in Partnerschaft lebende Mütter und Väter? Ergebnisse der GEDA-Studie 2009/10. *Gesundheitswesen* 75(8/9): A189
- Dragano N (2007) *Arbeit, Stress und krankheitsbedingte Frührenten: Zusammenhänge aus theoretischer und empirischer Sicht*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- Dragano N, Warendorf M, Müller K et al. (2016) *Arbeit und gesundheitliche Ungleichheit: Die ungleiche Verteilung von Arbeitsbelastungen in Deutschland und Europa*. Bundesgesundheitsbl–Gesundheitsforsch–Gesundheitschutz 59(2): 217–227
- Economou A, Nikolaou A, Theodossiou I (2008) Socioeconomic status and health-care utilization: a study of the effects of low income, unemployment and hours of work on the demand for health care in the European Union. *Health Services Management Research* 21(1): 40–59
- Eggs J, Trappmann M, Unger S (2014) Grundsicherungsempfänger und Erwerbstätige im Vergleich. ALG II Bezieher schätzen ihre Gesundheit schlechter ein. IAB Kurzbericht 23/2014

- Elkeles T (2008) Gesundheitliche Ungleichheit am Beispiel von Arbeitslosigkeit und Gesundheit – Befunde, Erklärungen und Interventionsansätze. In: Bauer U, Bittlingmayer UH, Richter M (Hrsg) *Health Inequalities Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S 87–107
- Ellison-Loschmann L, Sunyer J, Plana E et al. (2007) Socioeconomic status, asthma and chronic bronchitis in a large community-based study. *Eur Respir J* 29(5): 897–905
- Espelt A, Arriola L, Borrell C et al. (2011) Socioeconomic position and type 2 diabetes mellitus in Europe 1999–2009: a panorama of inequalities. *Curr Diabetes Rev* 7(3): 148–158
- Eurostat (2016) Eurostat Database www.ec.europa.eu/eurostat/data/database (Stand: 25.01.2016)
- Ferrie JE, Kivimaki M, Head J et al. (2005) A comparison of self-reported sickness absence with absences recorded in employers' registers: evidence from the Whitehall II study. *Occupational and environmental medicine* 62(2): 74–79
- Finger JD, Tyllieskar T, Lampert T et al. (2013) Dietary behaviour and socioeconomic position: the role of physical activity patterns. *PLoS One* 8(11): e78390
- Finger JD, Tyllieskar T, Lampert T et al. (2012) Physical activity patterns and socioeconomic position: the German National Health Interview and Examination Survey 1998 (GNHIES98). *BMC Public Health* 12: 1079
- Flegal KM, Kit BK, Orpana H et al. (2013) Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 309(1): 71–82
- Franzoni K, Zethelius B, Cederholm T et al. (2015) Modifiable midlife risk factors, independent aging, and survival in older men: report on long-term follow-up of the Uppsala Longitudinal Study of Adult Men cohort. *J Am Geriatr Soc* 63(5): 877–885
- Fryers T, Melzer D, Jenkins R et al. (2005) The distribution of the common mental disorders: social inequalities in Europe. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 1: 14
- Gebel M, Vossemer J (2014) The impact of employment transitions on health in Germany. A difference-in-differences propensity score matching approach. *Soc Sci Med* 108: 128–136
- Geyer S (2008) Social inequalities in the incidence and case fatality of cancers of the lung, the stomach, the bowels, and the breast. *Cancer Causes & Control* 19(9): 965–974
- Geyer S, Hemström O, Peter R et al. (2006) Education, income, and occupational class cannot be used interchangeably in social epidemiology. Empirical evidence against a common practice. *J Epidemiol Community Health* 60(9): 804–810
- Geyer S, Jaunzeme J, Hillemanns P (2015) Cervical cancer screening in Germany: group-specific participation rates in the state of Niedersachsen (Lower Saxony). A study with health insurance data. *Arch Gynecol Obstet* 291(3): 623–629
- Giesecke J, Müters S (2009) Strukturelle und verhaltensbezogene Faktoren gesundheitlicher Ungleichheit: Methodische Überlegungen zur Ermittlung der Erklärungsanteile. In: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg) *Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S 353–366
- Giskes K, Avendano M, Brug J et al. (2010) A systematic review of studies on socioeconomic inequalities in dietary intakes associated with weight gain and overweight/obesity conducted among European adults. *Obes Rev* 11(6): 413–429
- Gomes de Matos E, Kraus L, Pabst A et al. (2015) Does a change over all equal a change in all? Testing for polarized alcohol use within and across socio-economic groups in Germany. *Alcohol Alcohol* 50(6): 700–707
- Gößwald A, Schienkiewitz A, Nowossadeck E et al. (2013) Prävalenz von Herzinfarkt und koronarer Herzkrankheit bei Erwachsenen im Alter von 40 bis 79 Jahren in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsbl–Gesundheitsforsch–Gesundheitsschutz* 56(5/6): 650–655
- Graham H, Power C (2004) Childhood disadvantage and health inequalities: a framework for policy based on lifecourse research. *Child Care Health Dev* 30(6): 671–678
- Grittner U, Kuntsche S, Graham K et al. (2012) Social inequalities and gender differences in the experience of alcohol-related problems. *Alcohol Alcohol* 47(5): 597–605
- Guh DP, Zhang W, Bansback N et al. (2009) The incidence of co-morbidities related to obesity and overweight: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* 9: 88
- Hagen C, Himmelreicher RK, Kempfner D et al. (2010) Soziale Ungleichheit und Erwerbsminderungsrente. *DRV-Schriften Band 55*: 86–102
- Hapke U, Maske UE, Scheidt-Nave C et al. (2013a) Chronischer Stress bei Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsbl–Gesundheitsforsch–Gesundheitsschutz* 56(5/6): 749–754
- Hapke U, von der Lippe E, Gaertner B (2013b) Riskanter Alkoholkonsum und Rauschtrinken unter Berücksichtigung von Verletzungen und der Inanspruchnahme alkoholspezifischer medizinischer Beratung: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsbl–Gesundheitsforsch–Gesundheitsschutz* 56(5/6): 809–813
- He XZ, Baker DW (2005) Differences in leisure time, household, and work related physical activity by race, ethnicity, and education. *Journal of General Internal Medicine* 20(3): 259–266
- Heidemann C, Du Y, Schubert I et al. (2013) Prävalenz und zeitliche Entwicklung des bekannten Diabetes mellitus: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsbl–Gesundheitsforsch–Gesundheitsschutz* 56(5/6): 668–677
- Helasoja V, Lahelma E, Prättälä R et al. (2006) Trends in the magnitude of educational inequalities in health in Estonia, Latvia, Lithuania and Finland during 1994–2004. *Public Health* 120(9): 841–853
- Helfferich C (2008) Familienplanung im mittleren Lebensalter. *Impulse Newsletter zur Gesundheitsförderung* 60: 5–6
- Helmert U, Mielck A, Shea S (1997) Poverty and health in West Germany. *Soz Präventivmed* 42(5): 276–285
- Helmert U, Shea S (1994) Social inequalities and health status in western Germany. *Public Health* 108(5): 341–356
- Henkel D, Zemlin U, Dornbusch P (2003) Sozialschicht und Konsum von Alkohol und Tabak im Bundesgesundheits-survey 1998. *Sucht* 49(5): 306–311
- Herbig B, Dragano N, Angerer P (2013) Health in the long-term unemployed. *Dtsch Arztebl Int* 110(23–24): 413–419

- Hermann-Kunz E (1999) Häufigkeit allergischer Krankheiten in Ost- und Westdeutschland. *Gesundheitswesen* 61 (Sonderheft 2): 100–105
- Hoebel J, Finger JD, Kuntz B et al. (2016a) Sozioökonomische Unterschiede in der körperlich-sportlichen Aktivität von Erwerbstätigen im mittleren Lebensalter: Welche Rolle spielen Bildung, Beruf und Einkommen? *Bundesgesundheitsbl–Gesundheitsforsch–Gesundheitsschutz* 59(2): 188–196
- Hoebel J, Kuntz B, Müters S et al. (2013a) Subjektiver Sozialstatus und gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse der Allgemeinen Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften (ALLBUS 2010). *Gesundheitswesen* 75(10): 643–651
- Hoebel J, Maske UE, Zeeb H et al. (2017) Social inequalities and depressive symptoms in adults: The role of objective and subjective socioeconomic status. *PLoS One* 12(1): e0169764
- Hoebel J, Rattay P, Prütz F et al. (2016b) Socioeconomic status and use of outpatient medical care: the case of Germany. *PLoS One* 11(5): e0155982
- Hoebel J, Richter M, Lampert T (2013b) Sozialer Status und Teilnahme am Gesundheits-Check-up von Männern und Frauen in Deutschland: Ergebnisse der GEDA-Studie 2009 und 2010. *Dtsch Arztebl Int* 110(41): 679–685
- Hoebel J, Starker A, Jordan S et al. (2014) Determinants of health check attendance in adults: findings from the cross-sectional German Health Update (GEDA) study. *BMC Public Health* 14: 913
- Hollereder A (2011a) Erwerbslosigkeit, Gesundheit und Präventionspotenziale. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- Hollereder A (2011b) Unemployment and health in the German population: results from a 2005 microcensus. *Journal of Public Health* 19(3): 257–268
- Hollereder A, Brand H (Hrsg) (2006) *Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit*. Verlag Hans Huber, Bern
- Huber J, Mielck A (2010) Morbidität und Gesundheitsversorgung bei GKV- und PKV-Versicherten: Forschungsstand empirischer Studien. *Bundesgesundheitsbl–Gesundheitsforsch–Gesundheitsschutz* 53(9): 925–938
- Huster S (2012) Soziale Gesundheitsgerechtigkeit. Sparen, umverteilen, versorgen? Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn
- Idler EL, Benyamini Y (1997) Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior* 38(1): 21–37
- IGES Institut (2014) Belastung durch chronischen Stress: Sonderauswertung der Befragung der DAK-Gesundheit im Rahmen des Schwerpunktthemas 2014 – »Rushhour des Lebens«
https://www.dak.de/dakonline/live/dak/download/Belastung_durch_chronischen_Stress-1432952.pdf (Stand: 04.08.2015)
- Jacobi F, Höfler M, Siegert J et al. (2014) Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *Int J Methods Psychiatr Res* 23(3): 304–319
- Jacobi F, Wittchen HU, Holting C et al. (2004) Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychol Med* 34(4): 597–611
- Janßen C, Grosse Frie K, Dinger H et al. (2009) Der Einfluss von sozialer Ungleichheit auf die medizinische und gesundheitliche Versorgung in Deutschland. In: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg) *Gesundheitliche Ungleichheit*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S 149–165
- Jordan S, Hoebel J (2015) Gesundheitskompetenz von Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell« (GEDA). *Bundesgesundheitsbl–Gesundheitsforsch–Gesundheitsschutz* 58(9): 942–950
- Jordan S, von der Lippe E (2013) Teilnahme an verhaltenspräventiven Maßnahmen: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsbl–Gesundheitsforsch–Gesundheitsschutz* 56(5/6): 878–884
- Jordan S, von der Lippe E, Starker A et al. (2015) Einflussfaktoren für die Teilnahme an Bonusprogrammen der gesetzlichen Krankenversicherung: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell«. *Gesundheitswesen* 77(11): 861–868
- Kaikkonen R, Rahkonen O, Lallukka T et al. (2009) Physical and psychosocial working conditions as explanations for occupational class inequalities in self-rated health. *Eur J Public Health* 19(5): 458–463
- Kinge JM, Vallejo-Torres L, Morris S (2015) Income related inequalities in avoidable mortality in Norway: A population-based study using data from 1994–2011. *Health Policy* 119(7): 889–898
- Kivimäki M, Leino-Arjas P, Luukkainen R et al. (2002) Work stress and risk of cardiovascular mortality: prospective cohort study of industrial employees. *BMJ* 325(7369): 857
- Kivimäki M, Nyberg ST, Batty GD et al. (2012) Job strain as a risk factor for coronary heart disease: a collaborative meta-analysis of individual participant data. *The Lancet* 380(9852): 1491–1497
- Klein J, Hofreuter-Gätgens K, von dem Knesebeck O (2014) Socioeconomic status and the utilization of health services in Germany: a systematic review. In: Janssen C, Swart E, von Lengerke T (Hrsg) *Health care utilization in Germany: theory, methodology, and results*. Springer, New York, S 117–143
- Klocke A, und das HBSC-Team Deutschland (2012) *Gesundheit der Kinder in Einelternfamilien*. *Gesundheitswesen* 74 (S 01): S70–S75
- Knieps F, Pfaff H (Hrsg) (2014) »Gesundheit in Regionen«. BKK, Berlin Gesundheitsreport 2014. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft und BKK Dachverband e. V.
- Knopf H (2017) Selbstmedikation mit Vitaminen, Mineralstoffen und Nahrungsergänzungsmitteln in Deutschland: Ergebnisse bundesweiter Gesundheitssurveys. *Bundesgesundheitsbl–Gesundheitsforsch–Gesundheitsschutz*: online first
- Kolip P (2003) Ressourcen für Gesundheit – Potenziale und ihre Ausschöpfung. *Gesundheitswesen* 65(3): 155–162
- Kröger K, Dragano N, Stang A et al. (2009) An unequal social distribution of peripheral arterial disease and the possible explanations: results from a population-based study. *Vasc Med* 14(4): 289–296

- Kroh M, Neiss H, Kroll L et al. (2012) Menschen mit hohem Einkommen leben länger. DIW Wochenbericht 38
- Kroll LE, Lampert T (2012) Arbeitslosigkeit, prekäre Beschäftigung und Gesundheit. Robert Koch-Institut (Hrsg) GBE kompakt 3(1)
- Kroll LE, Lampert T (2013a) Direct costs of inequalities in health care utilization in Germany 1994 to 2009: a top-down projection. *BMC Health Serv Res* 13: 271
- Kroll LE, Lampert T (2013b) Gesundheitliche Ungleichheit bei erwerbstätigen Männern und Frauen: Ergebnisse der GEDA-Studie 2010. *Gesundheitswesen* 75(4): 210–215
- Kroll LE, Müters S, Draganó N (2011) Arbeitsbelastungen und Gesundheit. *GBE kompakt* 2(5): 1–7
- Kroll LE, Müters S, Lampert T (2016) Arbeitslosigkeit und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit: Ein Überblick zum Forschungsstand und zu aktuellen Daten der Studien GEDA 2010 und GEDA 2012. *Bundesgesundheitsbl–Gesundheitsforsch–Gesundheitsschutz* 59(2): 228–237
- Krug S, Jordan S, Mensink GB et al. (2013) Körperliche Aktivität: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsbl–Gesundheitsforsch–Gesundheitsschutz* 56(5/6): 765–771
- Kuchinke BA, Sauerland D, Wübker A (2009) The influence of insurance status on waiting times in German acute care hospitals: an empirical analysis of new data. *Int J Equity Health* 8: 44
- Kuh D, Hardy R (2003) Women's health in midlife: findings from a British birth cohort study. *J Br Menopause Soc* 9(2): 55–60
- Kulik MC, Hoffmann R, Judge K et al. (2013) Smoking and the potential for reduction of inequalities in mortality in Europe. *Eur J Epidemiol* 28(12): 959–971
- Kulik MC, Menvielle G, Eikemo TA et al. (2014) Educational inequalities in three smoking-related causes of death in 18 European populations. *Nicotine Tob Res* 16(5): 507–518
- Kunst AE, Bos V, Lahelma E et al. (2005) Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 10 European countries. *Int J Epidemiol* 34(2): 295–305
- Kunst AE, Geurts JJ, van den Berg J (1995) International variation in socioeconomic inequalities in self reported health. *J Epidemiol Community Health* 49(2): 117–123
- Lademann J, Kolip P (2005) Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut, Berlin
- Lampert T, Kroll LE (2006) Einkommensdifferenzen in der Gesundheit und Lebenserwartung – Quer- und Längsschnittbefunde des Sozio-ökonomischen Panels (SOEP). *Gesundheitswesen* 68(04): 219–230
- Lampert T, Kroll LE (2014) Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung. Robert Koch-Institut (Hrsg) GBE kompakt 5(2)
- Lampert T, Kroll LE, Dunkelberg A (2007) Soziale Ungleichheit der Lebenserwartung in Deutschland. *Aus Politik und Zeitgeschichte* 42: 11–18
- Lampert T, Kroll LE, Kuntz B et al. (2011) Gesundheitliche Ungleichheit. In: Destatis, WZB (Hrsg) Datenreport 2011: Der Sozialbericht für Deutschland. Bundeszentrale für politische Bildung, Wiesbaden, S 247–258
- Lampert T, Kroll LE, von der Lippe E et al. (2013) Sozioökonomischer Status und Gesundheit: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsbl–Gesundheitsforsch–Gesundheitsschutz* 56(5/6): 814–821
- Lampert T, Mensink GBM, Müters S (2012) Körperlich-sportliche Aktivität bei Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2009«. *Bundesgesundheitsbl–Gesundheitsforsch–Gesundheitsschutz* 55(1): 102–110
- Langen U, Schmitz R, Steppuhn H (2013) Häufigkeit allergischer Erkrankungen in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsbl–Gesundheitsforsch–Gesundheitsschutz* 56(5/6): 698–706
- Lee K, Lim HT, Park SM (2010) Factors associated with use of breast cancer screening services by women aged greater than or equal to 40 years in Korea: The Third Korea National Health and Nutrition Examination Survey 2005 (KNHANES III). *BMC Cancer* 10(1): 144
- Lohmann-Haislah (2012) Stressreport Deutschland 2012. BAuA, Dortmund
- Lorant V, Delière D, Eaton W et al. (2003) Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *Am J Epidemiol* 157(2): 98–112
- Loring B (2014) Tobacco and inequities: Guidance for addressing inequities in tobacco-related harm. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen
- Lungen M, Stollenwerk B, Messner P et al. (2008) Waiting times for elective treatments according to insurance status: A randomized empirical study in Germany. *International Journal for Equity in Health* 7: 1
- Ma J, Xu J, Anderson RN et al. (2012) Widening educational disparities in premature death rates in twenty six states in the United States, 1993–2007. *PLoS One* 7(7): e41560
- Macintyre S, Nutrie N (2004) Socio-economic differences in cardiovascular disease and physical activity: stereotypes and reality. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health* 124(2): 66–69
- Mackenbach JP, Bos V, Andersen O et al. (2003) Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries. *Int J Epidemiol* 32(5): 830–837
- Mackenbach JP, Huisman M, Andersen O et al. (2004) Inequalities in lung cancer mortality by the educational level in 10 European populations. *Eur J Cancer* 40(1): 126–135
- Mackenbach JP, Kulhánová I, Menvielle G et al. (2015) Trends in inequalities in premature mortality: a study of 3.2 million deaths in 13 European countries. *J Epidemiol Community Health* 69(3): 207–217
- Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJ et al. (2008) Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *N Engl J Med* 358(23): 2468–2481
- Manrique-García E, Sidorchuk A, Hallqvist J et al. (2011) Socioeconomic position and incidence of acute myocardial infarction: a meta-analysis. *J Epidemiol Community Health* 65(4): 301–309
- Marmot M, Shipley M, Brunner E et al. (2001) Relative contribution of early life and adult socioeconomic factors to adult morbidity in the Whitehall II study. *J Epidemiol Community Health* 55(5): 301–307
- Martin-Lopez R, Hernandez-Barrera V, de Andres AL et al. (2012) Trend in cervical cancer screening in Spain (2003–2009) and predictors of adherence. *Eur J Cancer Prev* 21(1): 82–88

- Maske UE, BATTERY AK, Beesdo-Baum K et al. (2016) Prevalence and correlates of DSM-IV-TR major depressive disorder, self-reported diagnosed depression and current depressive symptoms among adults in Germany. *Journal of Affective Disorders* 190: 167–177
- Mauz E, Jacobi F (2008) Psychische Störungen und soziale Ungleichheit im Geburtskohortenvergleich. *Psychiatr Prax* 35(7): 343–352
- Max Rubner-Institut (2008a) Nationale Verzehrsstudie II – Ergebnisbericht (Teil I). MRI, Karlsruhe
- Max Rubner-Institut (2008b) Nationale Verzehrsstudie II. Die bundesweite Befragung zur Ernährung von Jugendlichen und Erwachsenen. Ergebnisbericht, Teil II. Karlsruhe
- Melchior M, Lert F, Martin M et al. (2006) Socioeconomic position in childhood and in adulthood and functional limitations in midlife: Data from a nationally-representative survey of French men and women. *Soc Sci Med* 63(11): 2813–824
- Mensink GBM, Barbosa C, Brettschneider A (2016a) Verbreitung der vegetarischen Ernährungsweise in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 1(2): 2–15
- Mensink GBM, Weißenborn A, Richter A (2016b) Folatversorgung in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 1(2): 26–30
- Mensink GBM, Schienkiewitz A, Haftenberger M et al. (2013a) Übergewicht und Adipositas in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsbl–Gesundheitsforsch–Gesundheitsschutz* 56(5/6): 786–794
- Mensink GBM, Truthmann J, Rabenberg M et al. (2013b) Obst- und Gemüsekonsum in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsbl–Gesundheitsforsch–Gesundheitsschutz* 56(5/6): 779–785
- Menvielle G, Boshuizen H, Kunst AE et al. (2009) The role of smoking and diet in explaining educational inequalities in lung cancer incidence. *JNCI Journal of the National Cancer Institute* 101(5): 321–330
- Meyer C, Rumpf HJ, Hapke U et al. (2000) Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung: Ergebnisse der TACOS-Studie. *Der Nervenarzt* 71(7): 535–542
- Meyer M, Modde J, Glushanok I (2014) Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2013. In: Badura B, Ducki A, Schröder H et al. (Hrsg) *Fehlzeiten-Report 2014*. Springer, Berlin, Heidelberg, S 323–511
- Michie S, Williams S (2003) Reducing work related psychological ill health and sickness absence: a systematic literature review. *Occupational and Environmental Medicine* 60(1): 3–9
- Miilunpalo S, Vuori I, Oja P et al. (1997) Self-rated health status as a health measure: the predictive value of self-reported health status on the use of physician services and on mortality in the working-age population. *J Clin Epidemiol* 50(5): 517–528
- Moor I, Spallek J, Richter M (2016) Explaining socioeconomic inequalities in self-rated health: a systematic review of the relative contribution of material, psychosocial and behavioural factors. *J Epidemiol Community Health* (online first)
- Müters S, Hoebel J, Lange C (2013) Diagnose Depression: Unterschiede bei Frauen und Männern. *GBE kompakt* 4(2): 1–10
- Müters S, Lampert T, Maschewsky-Schneider U (2005) Subjektive Gesundheit als Prädiktor für Mortalität. *Das Gesundheitswesen* 67(2): 129–136
- Neubauer S, Welte R, Beiche A et al. (2006) Mortality, morbidity and costs attributable to smoking in Germany: update and a 10-year comparison. *Tob Control* 15(6): 464–471
- Nishtala A, Himali JJ, Beiser A et al. (2015) Midlife hypertension risk and cognition in the non-demented oldest old: Framingham Heart Study. *J Alzheimers Dis* 47(1): 197–204
- OECD (2014) Obesity Update
<http://www.oecd.org/health/Obesity-Update-2014.pdf> (Stand: 30.03.2017)
- Paul KI, Hassel A, Moser K (2006) Die Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf die psychische Gesundheit. In: Hollender A, Brand H (Hrsg) *Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit*. Huber, Bern, S 35–51
- Paul KI, Moser K (2009) Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior* 74: 264–282
- Perrig-Chiello P, Höpfinger F (2014) Herausforderungen und neue Gestaltungsmöglichkeiten des mittleren Alters. In: Wahl HW, Kruse A (Hrsg) *Lebensläufe im Wandel*. Kohlhammer, Stuttgart, S 138–149
- Perrig-Chiello P, Jaeggi S, Buschkuhl M et al. (2009) Personality and health in middle age as predictors for well-being and health in old age. *European Journal of Ageing* 6(1): 27–37
- Peter R, March S, du Prel JB (2016) Are status inconsistency, work stress and work-family conflict associated with depressive symptoms? Testing prospective evidence in the lidA study. *Soc Sci Med* 151: 100–109
- Pförtner TK (2015) Materielle Deprivation und Gesundheit von Männern und Frauen in Deutschland: Ergebnisse aus dem Sozioökonomischen Panel 2011. *Bundesgesundheitsbl–Gesundheitsforsch–Gesundheitsschutz* 58(1): 100–107
- Poethko-Müller C, Schmitz R (2013) Impfstatus von Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsbl–Gesundheitsforsch–Gesundheitsschutz* 56(5/6): 845–857
- Power C, Kuh D (2006) Life course development of unequal health. In: Siegrist J, Marmot M (Hrsg) *Social inequalities in health: New evidence and policy implications*. Oxford University Press, Oxford, S 27–54
- Rabenberg M, Mensink G (2016) Vitamin-D-Status in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 1(2): 36–42
- Rabenberg M, Mensink GBM (2011) Obst- und Gemüsekonsum heute. Robert Koch-Institut (Hrsg) *GBE kompakt* 2(6): 1–9
- Rahkonen O, Laaksonen M, Martikainen P et al. (2006) Job control, job demands, or social class? The impact of working conditions on the relation between social class and health. *Journal of Epidemiology and Community Health* 60(1): 50–54
- Rattay P, von der Lippe E, Lampert T (2014) Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Eineltern-, Stief- und Kernfamilien. *Bundesgesundheitsbl–Gesundheitsforsch–Gesundheitsschutz* 57(7): 860–868

- Richter M, Brand H, Rössler G (2002) Sozioökonomische Unterschiede in der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen und Maßnahmen der Gesundheitsförderung in NRW. *Gesundheitswesen* 64(7): 417–423
- Robert Koch-Institut (2003a) Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 13, RKI, Berlin
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2003b) Gesundheit alleinerziehender Mütter und Väter. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 14. RKI, Berlin
- Robert Koch-Institut (2011) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2009«. Robert Koch-Institut, Berlin
- Robert Koch-Institut (2014a) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012«. Robert Koch-Institut, Berlin
- Robert Koch-Institut (2014b) Gesundheitliche Lage der Männer in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2015) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin
- Roelfs DJ, Shor E, Davidson KW et al. (2011) Losing life and livelihood: a systematic review and meta-analysis of unemployment and all-cause mortality. *Soc Sci Med* 72(6): 840–854
- Rommel A, Varnaccia G, Lahmann N et al. (2016) Occupational injuries in Germany: Population-wide national survey data emphasize the importance of work-related factors. *PloS One* 11(2): e0148798
- Rose U, Jacobi F (2006) Gesundheitsstörungen bei Arbeitslosen. *Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin* 41(12): 556–564
- Sauerland D, Kuchinke BA, Wübker A (2009) Warten gesetzlich Versicherte länger? Zum Einfluss des Versichertenstatus auf den Zugang zu medizinischen Leistungen im stationären Sektor. *Gesundh ökon Qual manag* 14(2): 86–94
- Scheffer S, Dauven S, Sieverding M (2006) Soziodemografische Unterschiede in der Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (KFU) in Deutschland – Eine Übersicht. *Gesundheitswesen* 68(3): 139–146
- Schienkiewitz A, Mensink GB, Scheidt-Nave C (2012) Comorbidity of overweight and obesity in a nationally representative sample of German adults aged 18–79 years. *BMC Public Health* 12: 658
- Schlack R, Hapke U, Maske U et al. (2013) Häufigkeit und Verteilung von Schlafproblemen und Insomnie in der deutschen Erwachsenenbevölkerung: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsbl–Gesundheitsforsch–Gesundheitsschutz* 56(5/6): 740–748
- Schneider S, Mohnen S, Schiltenswolf M (2006) »Sind Reiche gesünder?« Epidemiologische Repräsentativdaten zu schichtspezifischen Krankheitsprävalenzen Erwachsener in Deutschland. *Dtsch Med Wochenschr* 131(37): 1998–2003
- Schröder SL, Richter M, Schröder J et al. (2016) Socioeconomic inequalities in access to treatment for coronary heart disease: A systematic review. *International Journal of Cardiology* 219: 70–78
- Schunck R, Rogge B (2010) Unemployment and its association with health-relevant actions: investigating the role of time perspective with German census data. *Int J Public Health* 55(4): 271–278
- Seidel D, Becker N, Rohrmann S et al. (2009) Socio-demographic characteristics of participation in the opportunistic German cervical cancer screening programme: results from the EPIC-Heidelberg cohort. *J Cancer Res Clin Oncol* 135(4): 533–541
- Siegrist J, Dragano N (2006) Berufliche Belastungen und Gesundheit. *Kölnler Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie Sonderheft* 46: 109–124
- Simpson F, Lührmann P (2015) The nutritional situation of adults from low-income households at risk of poverty: An analysis of data from the National Nutrition Survey II with particular emphasis on nutritional education. *Ernaehrungs Umschau* 62(3): 34–43
- SINUS Institut (2014) AOK-Familienstudie 2014. Forschungsbericht des SINUS-Instituts. Teil 1: Repräsentativbefragung von Eltern mit Kindern von 4 bis 14 Jahren im Auftrag des AOK-Bundesverbandes. SINUS Institut, Heidelberg
- Sperlich S (2014) Gesundheitliche Risiken in unterschiedlichen Lebenslagen von Müttern: Analysen auf der Basis einer Bevölkerungsstudie. *Bundesgesundheitsbl–Gesundheitsforsch–Gesundheitsschutz* 57(12): 1411–1423
- Sperlich S, Arnoldh-Kerri S, Geyer S (2011) Soziale Lebenssituation und Gesundheit von Müttern in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl–Gesundheitsforsch–Gesundheitsschutz* 54(6): 735–744
- Sperlich S, Maina MN, Noeres D (2013) The effect of psychosocial stress on single mothers' smoking. *BMC Public Health* 13: 1125
- Starker A, Bertz J, Saß AC (2012) Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen. In: Robert Koch-Institut (Hrsg) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2010« Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut, Berlin, S 27–38
- Starker A, Saß AC (2013) Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsbl–Gesundheitsforsch–Gesundheitsschutz* 56(5/6): 858–867
- Statistisches Bundesamt (2010) Alleinerziehende in Deutschland. Ergebnisse des Mikrozensus 2009. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2011) Perioden-Sterbetafeln für Deutschland – Allgemeine und abgekürzte Sterbetafeln von 1871/1881 bis 2008/2010. Destatis, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2015) Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerungsforschung auf Grundlage des Zensus 2011. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2016a) Alter der Mutter. Durchschnittliches Alter der Mutter bei der Geburt des Kindes 2014 (biologische Geburtenfolge) <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/GeburtenMutterBiologischesAlter.html> (Stand: 17.02.2016)
- Statistisches Bundesamt (2016b) Eheschließungen. Eheschließungen und durchschnittliches Heiratsalter Lediger

- <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Gesellschaft-Staat/Bevoelkerung/Eheschliessungen/Tabellen/EheschliessungenHeiratsalter.html;jsessionid=0D195EA2312A3B40AEC018A33FAC2B70.cae3> (Stand: 17.02.2016)
- Steingrimsdóttir OA, Næss O, Moe JO et al. (2012) Trends in life expectancy by education in Norway 1961-2009. *Eur J Epidemiol* 27(3): 163-171
- Techniker Krankenkasse (2013) Gesundheitsreport 2013: Berufstätigkeit, Ausbildung und Gesundheit. Techniker Krankenkasse, Hamburg
- Tefft N, Kageleiry A (2014) State-level unemployment and the utilization of preventive medical services. *Health Services Research* 49(1): 186-205
- Unger R, Schulze A (2013) Können wir (alle) überhaupt länger arbeiten? Trends in der gesunden Lebenserwartung nach Sozialschicht in Deutschland. *Comparative Population Studies – Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft* 38(3): 545-564
- Uphoff E, Cabieses B, Pinart M et al. (2015) A systematic review of socioeconomic position in relation to asthma and allergic diseases. *Eur Respir J* 46(2): 364-374
- US Department of Health and Human Services (2008) 2008 physical activity guidelines for Americans. Be active, healthy, and happy. US Department of Health and Human Services, Washington
- Varekamp I, van Dijk FJ, Kroll LE (2013) Workers with a chronic disease and work disability : Problems and solutions. *Bundesgesundheitsbl–Gesundheitsforsch–Gesundheitsschutz* 56(3): 406-414
- Varnaccia G, Rommel A, Saß AC (2013) Das Unfallgeschehen bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse des Unfallmoduls der Befragung »Gesundheit in Deutschland aktuell 2010«. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut, Berlin
- Vathesatogkit P, Batty GD, Woodward M (2014) Socioeconomic disadvantage and disease-specific mortality in Asia: systematic review with meta-analysis of population-based cohort studies. *J Epidemiol Community Health* 68(4): 375-383
- Vavken P, Dorotka R (2011) Burden of musculoskeletal disease and its determination by urbanicity, socioeconomic status, age, and sex: Results from 14,507 subjects. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 63(11): 1558-1564
- Virtanen M, Ferrie JE, Batty GD et al. (2015) Socioeconomic and psychosocial adversity in midlife and depressive symptoms post retirement: a 21-year follow-up of the Whitehall II study. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 23(1): 99-109.e101
- von dem Knesebeck O, Bauer U, Geyer S et al. (2009) Soziale Ungleichheit in der gesundheitlichen Versorgung: Ein Plädoyer für systematische Forschung. *Gesundheitswesen* 71(2): 59-62
- von der Lippe E, Rattay P (2014) Seelische und körperliche Belastung von Müttern und Vätern in Deutschland. Ergebnisse der GEDA-Studie 2009 und 2010. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin & Rehabilitation* 27(1): 5-20
- Voss M, Nylén L, Floderus B et al. (2004) Unemployment and early cause-specific mortality: A study based on the Swedish twin registry. *American Journal of Public Health* 94(12): 2155-2161
- Weber A, Hörmann G, Heipertz W (2007) Arbeitslosigkeit und Gesundheit aus sozialmedizinischer Sicht. *Deutsches Ärzteblatt* 104(43): 2957-2962
- Whitley E, Batty GD, Hunt K et al. (2014) The role of health behaviours across the life course in the socioeconomic patterning of all-cause mortality: the west of Scotland twenty-07 prospective cohort study. *Ann Behav Med* 47(2): 148-157
- WHO Global InfoBase team (2005) The SuRF Report 2. Surveillance of chronic disease risk factors: country-level data and comparable estimates. World Health Organization, Geneva
- World Health Organization (2012) WHO Global Report: mortality attributable to tobacco. WHO, Genf
- World Health Organization (2014) Global status report on alcohol and health 2014. WHO, Genf
- Zok K (2007) Warten auf den Arzttermin: Ergebnisse einer Repräsentativumfrage unter GKV- und PKV-Versicherten. *WIdO-Monitor* 4(1): 1-7

6 Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken im höheren Lebensalter

Die Forschung zur gesundheitlichen Ungleichheit war lange Zeit vorwiegend auf die Bevölkerung im Erwerbsalter ausgerichtet. Während Kinder und Jugendliche seit einigen Jahren häufiger berücksichtigt werden, finden sich noch immer vergleichsweise wenige Untersuchungen, die ältere Menschen in den Mittelpunkt der Betrachtung stellen (Lampert 2009; von dem Knesebeck, Schäfer 2009; Huisman et al. 2013; von dem Knesebeck et al. 2015; Demakakos et al. 2016). Dies überrascht, weil die gerontologische Forschung belegt, dass der Prozess des Alterns interindividuell sehr unterschiedlich verläuft und die Verfügung über sozioökonomische Ressourcen dabei eine wichtige Rolle spielt (Baltes, Baltes 1994; Bengtson, Schaie 1999). Vor dem Hintergrund der demografischen Alterung bedeutet die vergleichsweise geringe Berücksichtigung älterer Menschen, dass ein immer größerer Anteil der Bevölkerung aus dem Blickfeld der sozial-epidemiologischen Forschung gerät und die erzielten Befunde zur gesundheitlichen Ungleichheit an Allgemeingültigkeit verlieren (Lampert 2009).

Die bisherigen Forschungsergebnisse deuten darauf hin, dass auch nach dem Erwerbsalter soziale Unterschiede in der Gesundheit und der ferneren Lebenserwartung bestehen (von dem Knesebeck et al. 2003; von dem Knesebeck, Vonneilich 2009; Schöllgen et al. 2010; Kümpers 2012; Huisman et al. 2013; Shaw et al. 2014; Fors, Thorslund 2015; Lampert et al. 2016; Read et al. 2016). Dies scheint zumindest für die ersten Jahre nach dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu gelten. Studien, die auch das weiter fortgeschrittene Lebensalter betrachten, also etwa die Jahre ab dem 80. Lebensjahr, kommen hingegen zu widersprüchlichen Ergebnissen. Während einige Untersuchungen berichten, dass die sozialen Unterschiede in der Gesundheit fortbestehen, zeigen andere, dass sie deutlich schwächer ausfallen bzw. nicht mehr festzustellen sind (von dem Knesebeck, Schäfer 2009; Schöllgen et al. 2010; Leopold, Engelhardt 2013).

Mit Blick auf das Ausmaß der gesundheitlichen Ungleichheit bzw. deren Entwicklung und Veränderung im Altersgang werden in der Literatur drei Hypothesen diskutiert, die von einem weitgehend unveränderten Fortbestehen (»Kontinuität«), einer

Ausweitung (»Divergenz«) bzw. einer Verringerung oder sogar Angleichung (»Konvergenz«) der gesundheitlichen Ungleichheit im Altersverlauf ausgehen (Lampert 2009; von dem Knesebeck, Vonneilich 2009; Leopold, Engelhardt 2011). Für die »Kontinuitätsthese« spricht, dass sich der soziale Status beim Übergang vom mittleren ins höhere Lebensalter zumeist nicht ändert. Im jungen und mittleren Lebensalter finden zahlreiche Entwicklungen z. B. in Bezug auf Bildungsweg, Erwerbsverlauf oder Familienleben statt, die mit Veränderungen der sozioökonomischen Situation einhergehen. Auch der Übergang in das höhere Lebensalter ist durch Änderungen der Lebenssituation gekennzeichnet, schon allein durch das Ausscheiden aus dem Erwerbsleben. Gemäß der »Kontinuitätsthese« wird aber angenommen, dass sich der soziale Status dabei als relativ stabil erweist, unter anderem aufgrund der gesetzlichen Ruhestandsregelungen. Ebenso wird in Bezug auf viele Prozesse und Mechanismen, die der gesundheitlichen Ungleichheit zugrunde liegen, unterstellt, dass diese bis ins höhere Lebensalter überdauern. Als Beispiele hierfür werden gesundheitsbezogene Einstellungen, Wahrnehmungen und Verhaltensweisen, personale Ressourcen und Bewältigungsstrategien sowie soziale Beziehungen und Unterstützungsleistungen genannt.

Die »Divergenzthese« knüpft an die Argumente der »Kontinuitätsthese« an, zieht aber andere Schlussfolgerungen. In Bezug auf die Lebensbedingungen, das Gesundheitsverhalten sowie personale und soziale Ressourcen wird davon ausgegangen, dass die Stabilität im Altersgang zu einer Ausweitung der gesundheitlichen Ungleichheit führt. Beispielsweise wird angenommen, dass mit dem Alter einhergehende Verluste und Einbußen die Angehörigen der unteren Statusgruppen stärker oder zumindest früher betreffen. Dies dürfte z. B. für den Verlust sozialer Rollen, den Tod nahestehender Personen oder das verstärkte Auftreten von chronischen Krankheiten und Beschwerden gelten. Zudem verfügen Personen mit niedrigem Sozialstatus über geringere ökonomische, soziale und personale Ressourcen, um daraus erwachsende Probleme und Nachteile zu bewältigen oder zu kompensieren. Auch die gesetzlichen Ruhestandsregelungen tragen nach der »Diver-

genzthese« eher zu einer Ausweitung der sozialen und der gesundheitlichen Ungleichheit bei, zumal in den höheren Statusgruppen deutlich häufiger zusätzlich auf eine private Altersvorsorge oder finanzielle Rücklagen zurückgegriffen werden kann. Außerdem weisen die Angehörigen der niedrigen Statusgruppen häufiger brüchige Erwerbsbiografien und infolgedessen im fortgeschrittenen Lebensalter ein höheres Armutsrisiko auf. Darüber hinaus geht die »Divergenzthese« von einer Kumulation gesundheitlicher Belastungen und Risiken über den gesamten Lebensverlauf aus. Hinsichtlich verhaltensbezogener Risikofaktoren wie Rauchen, riskanter Alkoholkonsum, Bewegungsmangel und Fehlernährung, die in den niedrigen Statusgruppen deutlich stärker verbreitet sind, ist evident, dass der Einfluss auf die Gesundheit umso größer ist, je länger sie wirksam sind. Gleiches kann für Konflikte und Stressbelastungen, z. B. in der Familie oder im weiteren sozialen Umfeld, die nicht selten ökonomische Gründe haben und aus einer dauerhaften materiellen Notlage resultieren, angenommen werden. Bei der Entstehung vieler der im Alter verstärkt auftretenden körperlichen und psychischen Krankheiten sowie daraus resultierenden Funktionseinschränkungen spielt die Kumulation von Belastungen und Risiken im Lebenslauf eine wichtige Rolle.

Im Gegensatz zur »Divergenzthese« geht die »Konvergenzthese« davon aus, dass die gesundheitliche Ungleichheit im höheren Lebensalter abnimmt und es in Bezug auf die körperlichen, psychischen und funktionellen Fähigkeiten zu einer schrittweisen Annäherung zwischen den sozialen Statusgruppen kommt. Die Argumente, die zur Unterstützung der »Kontinuitäts-« und »Divergenzthese« vorgebracht werden, müssen dabei nicht infrage gestellt werden. Vielmehr bezieht sich die »Konvergenzthese« auf zwei Prozesse, von denen angenommen wird, dass sie die Kontinuität des sozialen Status und der Lebensbedingungen bzw. die Kumulation von gesundheitsbezogenen Belastungen und Risiken überlagern. Zum einen wird auf Prozesse des biologischen Alterns verwiesen, in deren Folge sich die organischen Kapazitätsreserven vermindern und die Vulnerabilität und Krankheitsanfälligkeit des menschlichen Organismus zunimmt. Altersspezifische physiologische Veränderungen und pathologische Prozesse können zwar interindividuell

unterschiedlich ausgeprägt sein und verlaufen, im sehr hohen Alter – so die Annahme – verringert sich die Variationsbreite aber zusehends. Mit Blick auf das Krankheits- und Sterbegeschehen im hohen Alter wird darauf verwiesen, dass extreme Langlebigkeit bestimmte genetische Dispositionen voraussetzt (Christensen, Vaupel 1996), die unabhängig von sozioökonomischen Merkmalen verteilt sind. Aufgrund dessen wird angenommen, dass soziale Unterschiede in der Gesundheit und fernerer Lebenserwartung von Hochbetagten allenfalls sehr schwach zutage treten.

Zum anderen wird die Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit im hohen Alter mit Prozessen des selektiven Überlebens (»selective survival«) begründet (Markides, Machalek 1984; Wing et al. 1985). Aufgrund einer höheren vorzeitigen Sterblichkeit wird in den niedrigen Statusgruppen im Vergleich zu den mittleren und hohen Statusgruppen ein geringerer Anteil 65 Jahre oder älter. Die vorzeitige Sterblichkeit betrifft vor allem Personen, die schon früh mit Krankheiten und Gesundheitsproblemen zu tun haben. Infolge dessen könnten die Angehörigen der niedrigeren Statusgruppen im höheren Lebensalter in Bezug auf ihre genetische Veranlagung, organische Vulnerabilität, aber auch in Bezug auf ihren Lebensstil und ihre personalen und sozialen Ressourcen eine positiv selektierte Gruppe darstellen. Die statusspezifischen Unterschiede in der Gesundheit und fernerer Lebenserwartung dürften dann entsprechend geringer ausfallen.

Im Folgenden werden Zusammenhänge zwischen der sozialen und gesundheitlichen Lage in der älteren Bevölkerung beschrieben. Dabei wird zuvorderst auf Daten der Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts zurückgegriffen, insbesondere auf Daten der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell« (GEDA). Zum Teil werden aber auch andere Datensätze wie das Sozioökonomische Panel (SOEP) des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung genutzt. Zunächst wird auf im Alter häufig vorkommende Krankheiten und Beschwerden eingegangen, danach auf die subjektive Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität sowie auf das Gesundheitsverhalten. Im Anschluss daran werden für ausgewählte Gesundheitsoutcomes altersdifferenzierte Betrachtungen angestellt. Dazu werden mit den 45- bis 64-Jährigen, den 65- bis 74-Jährigen sowie

den 75-Jährigen und Älteren drei Altersgruppen unterschieden. Auf diese Weise soll vor dem Hintergrund der oben beschriebenen Hypothesen die Frage beantwortet werden, ob und inwieweit sich die sozialen Unterschiede in der Gesundheit beim Übergang vom mittleren ins höhere Lebensalter verändern bzw. eine spezifische Ausprägung erfahren.

6.1 Gesundheitliche Lage

6.1.1 Krankheiten und Beschwerden

Viele chronische Erkrankungen, gesundheitliche Beschwerden und Funktionsbeeinträchtigungen treten im höheren Lebensalter vermehrt auf (Fuchs et al. 2012; Rapp et al. 2014; Buttery et al. 2015). Über die Hälfte der Frauen und Männer im Alter ab 65 Jahren berichten, von mindestens einer chronischen Krankheit betroffen zu sein (Robert Koch-Institut 2014). Dies gilt bei Frauen allerdings nicht für alle Sozialstatusgruppen gleichermaßen, wie die kombinierten Daten der GEDA-Studien 2009, 2010 und 2012 deutlich machen. Demzufolge beträgt der Anteil chronisch kranker Frauen im Alter ab 65 Jahren in der niedrigen Sozialstatusgruppe 61,6 %, während Frauen mit mittlerem Sozialstatus zu 59,2 % und jene mit hohem Sozialstatus zu 49,8 % berichten, mit mindestens einer chronischen Krankheit zu tun zu haben. Werden Altersunterschiede

zwischen den Statusgruppen statistisch ausgeglichen, haben 65-jährige oder ältere Frauen mit niedrigem und mittlerem Sozialstatus ein um den Faktor 1,6 bzw. 1,5 erhöhtes Risiko für mindestens eine chronische Krankheit im Verhältnis zu jenen mit hohem Sozialstatus. Bei Männern im höheren Alter zeichnet sich in den GEDA-Daten bei der Betrachtung der Gesamtgruppe der ab 65-Jährigen hingegen nur für jene mit mittlerem Sozialstatus ein 1,2-fach erhöhtes Risiko für mindestens eine chronische Krankheit im Vergleich zu Gleichaltrigen mit hohem Sozialstatus ab.

Auch in Bezug auf die Verbreitung einzelner chronischer Krankheiten weisen die Daten der GEDA-Studien 2009, 2010 und 2012 auf soziale Unterschiede zuungunsten älterer Frauen mit niedrigem und mittlerem Sozialstatus hin. Dies gilt unter anderem für Diabetes mellitus, koronare Herzkrankheit sowie ärztlich oder psychotherapeutisch diagnostizierte Depressionen (Tabelle 6.1). Bei älteren Männern mit niedrigem und mittlerem Sozialstatus ist ebenfalls ein erhöhtes Vorkommen von Diabetes mellitus und koronarer Herzkrankheit festzustellen. Hinsichtlich der Verbreitung von diagnostizierten Depressionen zeichnen sich bei Männern hingegen keine sozialstatusspezifischen Unterschiede ab.

Mit den Daten der GEDA-Studien können auch die Verbreitung von gesundheitlichen Beschwerden und Alltagseinschränkungen untersucht werden. Dafür wurde in GEDA ein Instrument der US-amerikanischen Centers for Disease Con-

Tabelle 6.1

Lebenszeitprävalenz von Diabetes mellitus und koronarer Herzkrankheit sowie 12-Monats-Prävalenz diagnostizierter Depressionen nach sozialem Status bei Frauen und Männern im Alter ab 65 Jahren

Datenbasis: GEDA 2009, 2010, 2012

	Diabetes mellitus		Koronare Herzkrankheit		Depression	
	%	OR (95 %-KI)	%	OR (95 %-KI)	%	OR (95 %-KI)
Frauen						
Niedriger Sozialstatus	26,7	3,52 (2,68–4,62)	22,9	2,13 (1,64–2,76)	8,3	2,34 (1,57–3,47)
Mittlerer Sozialstatus	16,6	1,96 (1,53–2,52)	17,5	1,61 (1,28–2,03)	7,3	1,94 (1,36–2,75)
Hoher Sozialstatus	9,0	1,00 (Ref.)	11,1	1,00 (Ref.)	4,1	1,00 (Ref.)
Männer						
Niedriger Sozialstatus	22,2	1,37 (1,05–1,79)	30,8	1,54 (1,20–1,97)	3,3	1,37 (0,76–2,45)
Mittlerer Sozialstatus	22,0	1,35 (1,13–1,61)	30,7	1,52 (1,30–1,77)	3,5	1,44 (0,98–2,12)
Hoher Sozialstatus	17,2	1,00 (Ref.)	22,4	1,00 (Ref.)	2,5	1,00 (Ref.)

OR = altersstandardisiertes Odds Ratio (Chancenverhältnis); KI = Konfidenzintervall; Ref. = Referenzgruppe

trol and Prevention (CDC) eingesetzt, mit dem körperliche und psychische Beschwerden sowie daraus resultierende Beeinträchtigungen bei der Ausübung alltäglicher Aktivitäten, wie z. B. sich selbst zu versorgen, erfasst wurden (Centers for Disease Control and Prevention 2000). Die kombinierten GEDA-Daten aus den Jahren 2009 bis 2012 zeigen, dass körperliche und psychische Beschwerden wie auch funktionale Beeinträchtigungen in der Alltagsbewältigung bei 65-jährigen oder älteren Personen jeweils umso häufiger vorkommen, je niedriger ihr sozialer Status ist (Tabelle 6.2). Dies lässt sich für Frauen wie für Männer im höheren Lebensalter feststellen. Nach statistischer Kontrolle für Unterschiede in der Altersstruktur der verschiedenen Statusgruppen haben 65-jährige oder ältere Frauen und Männer mit niedrigem Sozialstatus ein mindestens doppelt so hohes Risiko für körperliche und psychische Beschwerden sowie für funktionale Beeinträchtigungen im Alltag im Vergleich zu jenen mit hohem Sozialstatus. Auch für Ältere mit mittlerem Sozialstatus sind die entsprechenden Risiken gegenüber Gleichaltrigen mit hohem Sozialstatus erhöht.

Mit Daten des SOEP lassen sich ebenfalls Zusammenhänge zwischen der sozialen Lage und gesundheitlichen Problemen von Menschen im höheren Lebensalter nachweisen. Dabei zeigt sich in Übereinstimmung mit den GEDA-Ergeb-

nissen, dass gesundheitliche Beeinträchtigungen und Beschwerden auch in dieser späten Lebensphase unter Personen aus sozial benachteiligten Gruppen stärker verbreitet sind als unter Personen aus vergleichsweise bessergestellten Bevölkerungsgruppen. Nach Daten des SOEP 2012 haben 33,3 % der 65-jährigen oder älteren Frauen aus der Armutsrisikogruppe sowie 27,7 % der Männer in diesem Alter aus der Armutsrisikogruppe immer oder oft körperliche Schmerzen, während es von den gleichaltrigen Frauen und Männern der hohen Einkommensgruppe lediglich 21,1 % bzw. 10,5 % sind. Bei statistischer Kontrolle von Altersunterschieden entspricht dies einem 1,7-fach erhöhten Risiko für immer oder oft auftretende Schmerzen bei 65-jährigen oder älteren Frauen aus der Armutsrisikogruppe gegenüber gleichaltrigen Frauen aus der hohen Einkommensgruppe. Bei Männern ab 65 Jahren beträgt dieses Verhältnis 3,2 : 1. Dementsprechend liegt auch der Anteil von Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen (Kernindikator »Subjektive Gesundheit – weniger oder schlecht«, vgl. Kapitel 2) bei älteren Personen umso höher, je niedriger ihre Einkommensposition ist. Während 24,3 % der Frauen und 22,4 % der Männer im Alter ab 65 Jahren, die von Einkommensarmut betroffen oder bedroht sind, gesundheitliche Beeinträchtigungen berichten, trifft dies lediglich auf 9,7 % bzw. 7,0 % derer mit hohem Einkommen zu.

Tabelle 6.2
Körperliche und psychische Beschwerden sowie funktionale Beeinträchtigungen im Alltag nach sozialem Status bei Frauen und Männern im Alter ab 65 Jahren

Datenbasis: GEDA 2009, 2010, 2012

	Körperliche Beschwerden ¹		Psychische Beschwerden ¹		Funktionale Beeinträchtigungen ¹	
	%	OR (95 %-KI)	%	OR (95 %-KI)	%	OR (95 %-KI)
Frauen						
Niedriger Sozialstatus	27,0	2,25 (1,77–2,85)	15,5	2,13 (1,51–3,00)	16,5	2,40 (1,78–3,23)
Mittlerer Sozialstatus	21,0	1,64 (1,33–2,01)	10,9	1,43 (1,05–1,96)	11,8	1,70 (1,31–2,22)
Hoher Sozialstatus	13,8	1,00 (Ref.)	7,8	1,00 (Ref.)	7,0	1,00 (Ref.)
Männer						
Niedriger Sozialstatus	18,5	2,27 (1,65–3,11)	8,7	2,42 (1,56–3,74)	11,6	2,13 (1,44–3,13)
Mittlerer Sozialstatus	14,0	1,62 (1,29–2,03)	6,5	1,74 (1,24–2,44)	9,7	1,73 (1,31–2,28)
Hoher Sozialstatus	9,0	1,00 (Ref.)	3,8	1,00 (Ref.)	5,8	1,00 (Ref.)

¹ an mindestens 14 Tagen in den letzten 4 Wochen; OR = altersstandardisiertes Odds Ratio (Chancenverhältnis); KI = Konfidenzintervall; Ref. = Referenzgruppe

Die Daten des SOEP 2012 geben darüber hinaus Aufschluss über die Frage, in welchem Ausmaß ältere Menschen aufgrund von gesundheitlichen Problemen in ihren sozialen Kontakten, z. B. mit Freunden, Bekannten oder Verwandten, eingeschränkt sind. Dabei zeigen sich für Frauen im höheren Lebensalter deutliche Unterschiede zwischen den Einkommensgruppen, die für Männer im höheren Alter nicht gleichermaßen festzustellen sind. Den Daten zufolge sind 65-jährige oder ältere Frauen aus der Armutsrisikogruppe zu 16,7 % immer oder oft wegen gesundheitlicher Probleme in ihren Sozialkontakten eingeschränkt, während es in der hohen Einkommensgruppe lediglich 7,8 % sind. Auch nach statistischer Bereinigung von Altersunterschieden beträgt dieses Verhältnis 2,2 : 1.

6.1.2 Subjektive Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität

Die Konzepte der subjektiven Gesundheit und gesundheitsbezogenen Lebensqualität orientieren sich an der subjektiven Sichtweise der Betroffenen hinsichtlich ihres gesundheitlichen Wohlergehens und ihrer damit verbundenen Funktionsfähigkeit im Alltag (Erhart et al. 2009). Es wird angenommen, dass sich Orientierungen für subjektive Gesundheitseinschätzungen und soziale Vergleichsprozesse beim Übergang ins höhere Lebensalter von der völligen Abwesenheit von Krankheit und uneingeschränkter Leistungsfähigkeit hin zu einer selbstständigen Lebensführung, sozialen und familiären Einbindung sowie einer sozialen gesicherten Gesundheitsversorgung und finanziellen Lebenssituation verschieben (Kohlmann 2000).

In Deutschland bestehen den Daten des SOEP 2013 zufolge deutliche einkommensbezogene Unterschiede im selbsteingeschätzten Gesundheitszustand älterer Menschen. Im Alter ab 65 Jahren beurteilen 36,9 % der Frauen und 38,5 % der Männer aus der hohen Einkommensgruppe ihren allgemeinen Gesundheitszustand als sehr gut oder gut und berichten keine Funktionseinschränkungen oder Behinderung (Kernindikator: »Subjektive Gesundheit – sehr gut oder gut«, vgl. Kapitel 2). Bei 65-jährigen oder älteren Frauen und Männern, die von Einkommensarmut betroffen oder bedroht sind, liegen die entsprechenden Anteile mit 18,8 %

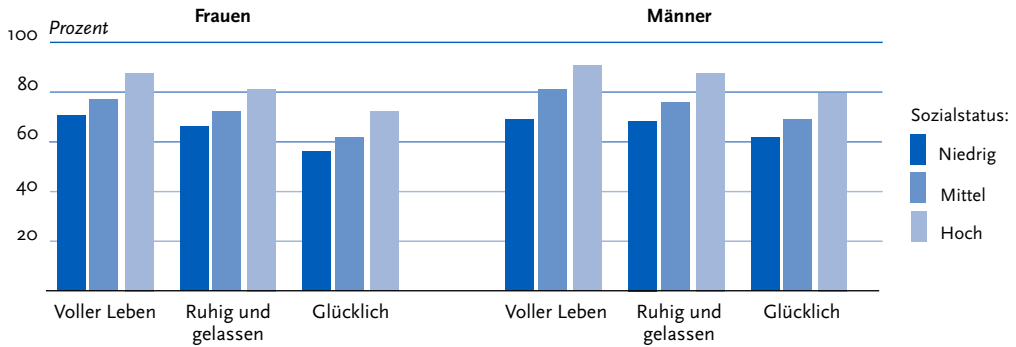
bzw. 21,6 % deutlich niedriger. Nach statistischer Kontrolle für Alterseffekte haben 65-jährige oder ältere Frauen und Männer mit hohem Einkommen eine mehr als doppelt so hohe Chance für einen sehr guten oder guten Gesundheitszustand im Vergleich zu Gleichaltrigen mit einem Einkommen unterhalb der Armutsrisikoschwelle.

Ergebnisse der im Ruhrgebiet durchgeführten Heinz-Nixdorf-Recall-Studie belegen, dass sozial benachteiligte Personen im Alter von 45 bis 75 Jahren ihren allgemeinen Gesundheitszustand schlechter einschätzen, weniger soziale Unterstützung erfahren und seltener in stabile soziale Netzwerke eingebunden sind (Weyers et al. 2008; Vonneilich et al. 2012). Weiterführenden Analysen zufolge kann zumindest ein Teil des Zusammenhangs zwischen sozialer Benachteiligung und subjektiver Gesundheit auf Unterschiede im Ausmaß sozialer Beziehungen zurückgeführt werden (Vonneilich et al. 2012). Andere Studien kommen jedoch zu dem Ergebnis, dass Unterschiede in sozialen Kontakten und Beziehungen nur einen geringen Beitrag zur Erklärung von gesundheitlichen Ungleichheiten im Alter leisten (von dem Knesebeck 2005).

In den GEDA-Studien 2010 und 2012 wurden verschiedene Fragen zum Befinden und zur Stimmungslage gestellt, um das seelische Wohlbefinden der Befragten aus ihrer Perspektive zu erfassen und damit einen zentralen Bereich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität abzubilden. Es wurde unter anderem danach gefragt, wie oft sich die Befragten in den letzten vier Wochen vor der Befragung »voller Leben«, »ruhig und gelassen« sowie »glücklich« fühlten. Die Angaben unterscheiden sich deutlich zwischen Personen mit niedrigem, mittlerem und hohem Sozialstatus. Unter Frauen und Männern im Alter ab 65 Jahren liegen die Anteile derer, die sich in den vergangenen vier Wochen »meistens« oder »immer« voller Leben, ruhig und gelassen bzw. glücklich fühlten, jeweils in der hohen Sozialstatusgruppe am höchsten und in der unteren Sozialstatusgruppe am niedrigsten (Abbildung 6.1). Auch bei statistischer Kontrolle für Altersunterschiede bleiben diese statusspezifischen Unterschiede im Wohlbefinden älterer Menschen zuungunsten derer mit niedrigem Sozialstatus bestehen.

Soziale Unterschiede in der subjektiven Bewertung ihrer gesundheitlichen Lage lassen sich auch

Abbildung 6.1
 Gesundheitsbezogene Lebensqualität (»meistens« oder »immer« in den letzten 4 Wochen)
 nach sozialem Status bei Frauen und Männern im Alter ab 65 Jahren
 Datenbasis: GEDA 2010, 2012



bei älteren Personen finden, die an mehreren Erkrankungen gleichzeitig leiden. Einer aktuellen Studie aus Deutschland zufolge, in die ausschließlich multimorbide Patientinnen und Patienten im Alter von 65 bis 85 Jahren einbezogen wurden, weisen jene mit höherem Einkommen deutlich bessere Werte im Hinblick auf ihre subjektive Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität sowie funktionelle Einschränkungen auf als Personen mit niedrigerem Einkommen. Diese Unterschiede bleiben auch bei statistischer Kontrolle für den ärztlich eingeschätzten Schweregrad der Erkrankungen bestehen (von dem Knesebeck et al. 2015).

In anderen europäischen Ländern lassen sich ebenfalls soziale Unterschiede in der subjektiven Gesundheit und im Wohlbefinden älterer Menschen beobachten (von dem Knesebeck, Schäfer 2009). Beispielsweise zeigen die Daten des European Community Household Panels (ECHP) sowie des Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) für Personen im höheren Alter, dass jene aus sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen einen schlechteren selbst-eingeschätzten Gesundheitszustand berichten als Personen aus vergleichsweise bessergestellten Gruppen (Huisman et al. 2003; Leopold, Engelhardt 2013). Eine aktuelle Übersichtsarbeit mit 71 Studien aus Europa bestätigt diese Befunde und ergänzt, dass sich dieses Muster nicht nur hinsichtlich der subjektiven Gesundheit, sondern in verschiedenen Bereichen von Wohlbefinden und

gesundheitsbezogener Lebensqualität in älteren Bevölkerungen Europas nachweisen lässt (Read et al. 2016).

6.2 Gesundheitsverhalten und assoziierte Risikofaktoren

Hinsichtlich des Tabakkonsums weisen die Daten des SOEP darauf hin, dass soziale Unterschiede im Rauchverhalten auch im höheren Lebensalter existieren. Nach den Daten des SOEP 2012 liegt die Raucherquote bei Frauen ab 65 Jahren in der Armutsrisikogruppe bei 15,8%, während sie in der hohen Einkommensgruppe 9,4% beträgt. Die entsprechenden Anteilswerte für Männer ab 65 Jahren liegen bei 23,3% und 10,5%. Werden Altersunterschiede zwischen den Einkommensgruppen statistisch bereinigt, unterliegen 65-jährige oder ältere Frauen und Männer aus der Armutsrisikogruppe einem 2,3- bzw. 2,9-fach erhöhtem Risiko zu rauchen im Verhältnis zu jenen aus der hohen Einkommensgruppe. In den Daten der GEDA-Studie 2012 spiegeln sich die sozialen Unterschiede im Tabakkonsum älterer Personen nicht gleichermaßen wider. So zeichnen sich bei 65-jährigen und älteren Frauen keine sozialen Unterschiede im aktuellen Rauchverhalten ab. Bei Männern dieser Altersgruppe zeigt sich, dass jene aus sozial benachteiligten Gruppen häufiger rauchen als Gleichaltrige aus sozial bessergestellten Gruppen (Robert Koch-Institut 2014;

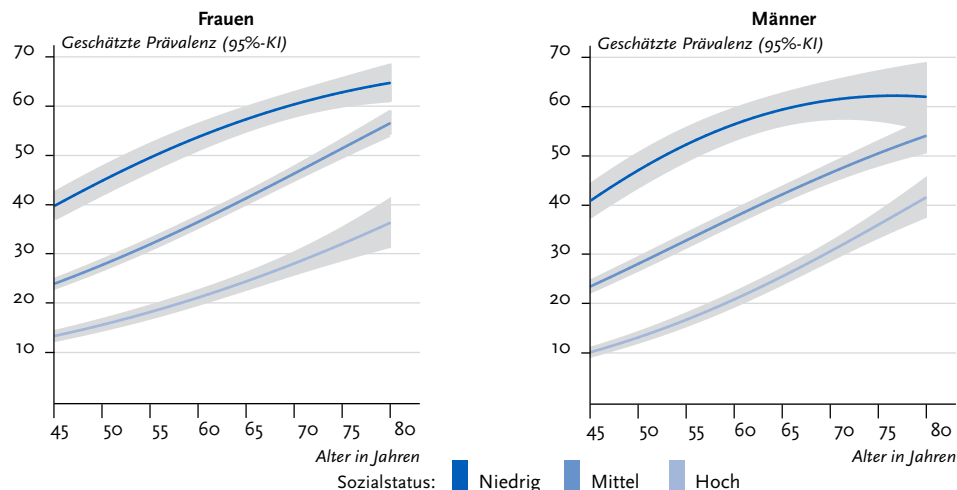
Lampert, Kuntz 2015). Deutliche Unterschiede zuungunsten der niedrigen Statusgruppe bestehen im Rauchausstiegsverhalten: Ergebnisse der DEGS1-Studie belegen, dass es von denjenigen, die jemals geraucht haben, Frauen und Männern aus sozial benachteiligten Gruppen seltener gelingt, das Rauchen im Laufe ihres Lebens wieder aufzugeben, als jenen aus sozial bessergestellten Gruppen (Lampert et al. 2013b).

Die Sportbeteiligung von Personen im höheren Lebensalter fällt deutlich niedriger aus als in jüngeren Altersgruppen (Robert Koch-Institut 2014), was nicht zuletzt im Zusammenhang mit altersbedingten körperlichen Beschwerden und Funktionseinschränkungen stehen dürfte. Die sozialen Unterschiede in der Verbreitung von sportlicher Inaktivität, die im jungen und mittleren Erwachsenenalter festzustellen sind, bestehen den Daten des SOEP 2011 zufolge jedoch im höheren Alter weiter fort. Frauen ab 65 Jahren aus der Armutrisikogruppe treiben demnach zu 73,0 % keinen Sport, während dies für 42,2 % derer aus der hohen Einkommensgruppe gilt. Männer ab 65 Jahren mit einem Einkommen unterhalb der Armutrisikoschwelle sind zu 82,9 % sportlich inaktiv; in der hohen Einkommensgruppe liegt der entsprechende Anteil mit 41,7 % deutlich niedriger. Bei statistischer Kontrolle für Alterseffekte

entspricht dies einem 3,1-fach bzw. 7,4-fach erhöhten Risiko sportlich inaktiv zu sein für ältere Frauen und Männer aus der Armutrisikogruppe im Verhältnis zu denjenigen aus der hohen Einkommensgruppe. Vorliegende Ergebnisse aus der GEDA-Studie 2009 und DEGS1 bestätigen, dass ältere Frauen und Männer mit niedrigem Sozialstatus deutlich häufiger sportlich inaktiv sind als Gleichaltrige mit hohem Sozialstatus (Lampert et al. 2012; Lampert et al. 2013a).

Hinsichtlich der Verbreitung von starkem Übergewicht (Adipositas) lassen sich im höheren Lebensalter ebenfalls soziale Unterschiede ausmachen. Adipositas gilt als Risikofaktor für eine Vielzahl von schwerwiegenden Erkrankungen und geht nicht nur im mittleren, sondern auch im höheren Lebensalter mit einer erhöhten Sterblichkeit einher (Guh et al. 2009; Masters et al. 2013a; Masters et al. 2013b; Wang 2015). Nach den kombinierten Daten der GEDA-Studien 2009, 2010 und 2012 sind ab 65-jährige Frauen und Männer mit niedrigem Sozialstatus zu 29,6 % bzw. 23,6 % adipös, während sich dies für 19,1 % bzw. 19,9 % derer mit mittlerem und 8,2 % bzw. 12,0 % derer mit hohem Sozialstatus zeigt. Das um Alterseffekte bereinigte Risiko für Adipositas liegt bei Frauen ab 65 Jahren mit niedrigem und mittlerem Sozialstatus um das 5,0 bzw. 2,7-Fache

Abbildung 6.2
Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand (»mittelmäßig«, »schlecht« oder »sehr schlecht«)
bei Frauen und Männern nach sozialem Status und Alter
Datenbasis: GEDA 2009, 2010, 2012



höher als bei Gleichaltrigen mit hohem Sozialstatus. Bei 65-jährigen und älteren Männern ist das entsprechende Risiko 2,3- bzw. 1,8-fach erhöht.

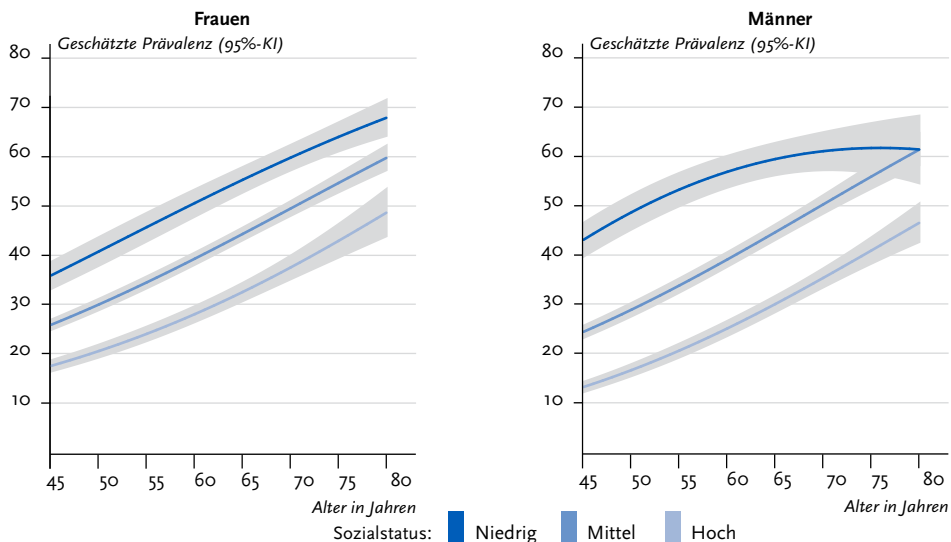
6.3 Entwicklung gesundheitlicher Ungleichheiten in der zweiten Lebenshälfte

Die Daten der GEDA-Studien eignen sich angesichts der im Vergleich zu anderen Bevölkerungsstudien hohen Fallzahlen besonders gut, um Entwicklungen im Ausmaß gesundheitlicher Ungleichheiten von der Lebensmitte bis ins höhere Alter zu untersuchen, insbesondere wenn die Daten der Erhebungswellen 2009, 2010 und 2012 zusammengefasst werden. In Abbildung 6.2 sind die anhand logistischer Regressionsmodelle geschätzten Anteile von Frauen und Männern in der zweiten Lebenshälfte, die ihren eigenen Gesundheitszustand als »mittelmäßig«, »schlecht« oder »sehr schlecht« beurteilen, für jedes Altersjahr in Abhängigkeit vom sozialen Status dargestellt. Den Ergebnissen zufolge existieren die sozialen Unterschiede im selbsteingeschätzten Gesundheitszustand zuungunsten von Personen mit niedrigerem Sozialstatus, welche sich bereits im mittleren Lebensalter deutlich abzeichnen,

auch noch im frühen Rentenalter zwischen 65 und 74 Jahren wie auch im hohen Alter ab 75 Jahren. Dabei lässt sich bei Frauen allerdings keine wesentliche Veränderung der Unterschiede im Altersgang bis 80 Jahre beobachten, während sich bei Männern eine Verringerung der Unterschiede im hohen Alter abzeichnet.

Ein ähnliches Muster in der Entwicklung gesundheitlicher Ungleichheiten über den Verlauf der zweiten Lebenshälfte ist zu erkennen, wenn der Blick auf gesundheitlich bedingte Alltagseinschränkungen gerichtet wird. Abbildung 6.3 zeigt die regressionsanalytisch geschätzten Anteile von Frauen und Männern, die aufgrund gesundheitlicher Probleme dauerhaft in der Ausübung alltäglicher Aktivitäten eingeschränkt sind, differenziert nach Sozialstatus und Altersjahr. Die Ergebnisse lassen erkennen, dass die Verbreitung von gesundheitlich bedingten Einschränkungen in allen Sozialstatusgruppen mit zunehmendem Alter ansteigt. Dennoch sind die sozialen Unterschiede zuungunsten derer mit niedrigerem Sozialstatus, welche bereits im mittleren Lebensalter stark ausgeprägt sind, auch noch im frühen Renten- sowie im hohen Alter festzustellen. Während die Unterschiede bei Frauen über die Altersgruppen vergleichsweise konstant ausfallen, kommt es

Abbildung 6.3
Gesundheitlich bedingte Einschränkungen im Alltag bei Frauen und Männern nach sozialem Status und Alter
Datenbasis: GEDA 2009, 2010, 2012



bei Männern zu einer deutlichen Verringerung der Unterschiede im Altersverlauf.

Obwohl die sozialen Unterschiede im Anteil von Frauen und Männern mit mindestens einer chronischen Erkrankung den GEDA-Daten zufolge im höheren Alter ab 65 Jahren geringer ausfallen als noch im Alter zwischen 45 und 64 Jahren, sind sie im höheren Lebensalter weiterhin existent. So liegt der Anteil chronisch Kranker im frühen Rentenalter bei Frauen und Männern mit niedrigem Sozialstatus höher als bei Gleichaltrigen mit hohem Sozialstatus (Abbildung 6.4). Im hohen Alter lässt sich ein entsprechendes Muster nur noch bei Frauen erkennen, während bei Männern dieser Altersgruppe keine statusspezifischen Unterschiede im Anteil chronisch Kranker mehr zu verzeichnen sind. Demnach kann hinsichtlich des chronischen Krankseins ebenfalls bei Frauen eine schwächere Verringerung sozialstatusspezifischer Unterschiede im Altersverlauf beobachtet werden als bei Männern.

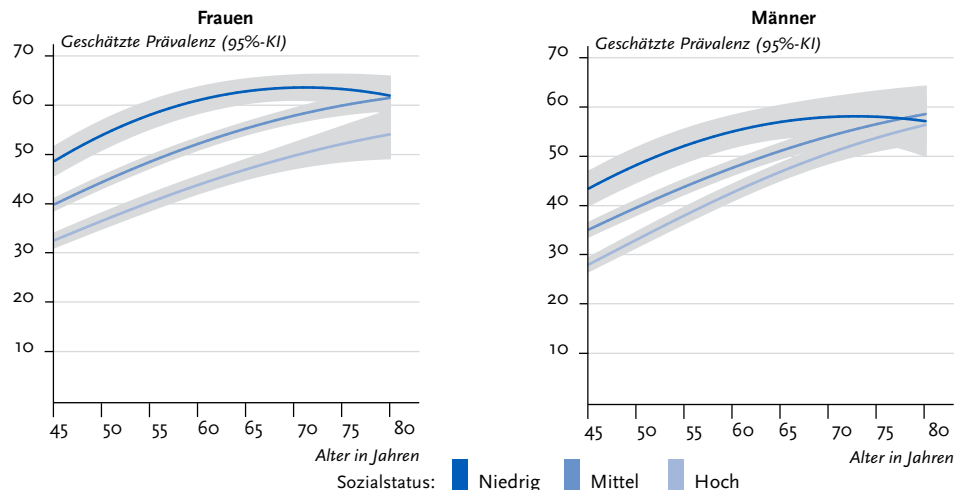
Andere Daten aus Deutschland und weiteren europäischen Ländern weisen für bestimmte Gesundheitsbereiche auch auf Ausweitungen von sozialen Unterschieden in der Gesundheit (Divergenz) über den Altersverlauf hin (Schöllgen et al. 2010; Wurm et al. 2010; Leopold, Engelhardt 2011; Leopold, Engelhardt 2013). Dabei unter-

scheiden sich die Muster von Verläufen gesundheitlicher Ungleichheiten im Laufe des höheren Alters deutlich zwischen verschiedenen Bereichen von Gesundheit und Funktionsfähigkeit wie auch zwischen verschiedenen Indikatoren für die soziale Lage. Es lässt sich somit festhalten, dass die vorliegenden Befunde zu der Frage, wie sich das Ausmaß von sozialen Unterschieden in der Gesundheit im Verlauf des höheren Alters entwickelt, kein einheitliches Bild zeigen und sich die Muster je nach Gesundheitsbereich und methodischem Vorgehen unterscheiden (von dem Knesebeck, Schäfer 2009). Die Befunde lassen jedoch übereinstimmend darauf schließen, dass gesundheitliche Ungleichheiten zuungunsten von Personen aus sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen nicht nur in früheren Lebensphasen existieren, sondern auch im höheren Lebensalter noch Bestand haben.

6.4 Pflegebedürftigkeit und pflegerische Versorgung

Aufgrund des demografischen Wandels und der damit verbundenen Zunahme chronisch-degenerativer Erkrankungen steigt die Zahl älterer Menschen mit alters- und krankheitsbedingten

Abbildung 6.4
Chronische Erkrankung bei Frauen und Männern nach sozialem Status und Alter
Datenbasis: GEDA 2009, 2010, 2012



Einschränkungen in der Bevölkerung kontinuierlich an. Viele dieser Personen sind vorübergehend oder dauerhaft auf Hilfe bei der Bewältigung ihres Alltags bzw. auf professionelle pflegerische Versorgung angewiesen (Pick et al. 2004; Nowossadeck 2012; Nowossadeck 2013; Wetzstein et al. 2015).

In Deutschland werden in der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes diejenigen Personen erfasst, die Leistungen nach dem Elften Sozialgesetzbuch (SGB XI) erhalten. Pflegebedürftig und leistungsberechtigt im sozialrechtlichen Sinn ist eine Person, die wegen einer körperlichen, seelischen oder geistigen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedarf (§14 Absatz 1 SGB XI). Die Pflegekasse lässt vom Medizinischen Dienst der Krankenkasse (MDK) oder von anderen unabhängigen Gutachtern ein Gutachten erstellen, um die Pflegebedürftigkeit zu ermitteln. Generelle Voraussetzung für die Erfassung als Pflegebedürftiger in der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes ist die Entscheidung der Pflegekasse bzw. des privaten Versicherungsunternehmens über das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung der Pflegebedürftigen zu den Pflegestufen I bis III (einschließlich Härtefälle). Durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz, das am 1. Januar 2016 in Kraft trat, wurde der Pflegebedürftigkeitsbegriff erneuert. Damit verbundene Änderungen im Begutachtungsverfahren und die Umstellung der Leistungsbeträge der Pflegeversicherung wurden zum 1. Januar 2017 wirksam (Bundesministerium für Gesundheit 2015).

Im Jahr 2013 waren in Deutschland etwa 2,6 Millionen Menschen als pflegebedürftig anerkannt, die Zahl der dauerhaft hilfebedürftigen Personen wird jedoch insgesamt auf vier bis fünf Millionen Personen geschätzt (BMFSFJ 2010; Robert Koch-Institut 2015). Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil anerkannt Pflegebedürftiger (Pflegequote) deutlich an. Im Jahr 2013 betrug die Pflegequote in den Altersgruppen unter 65 Jahren weniger als 2,0%. Unter 80- bis 84-Jährigen waren bereits 23,4% der Frauen und 17,4% der Männer pflegebedürftig. Im Alter ab 90 Jahren waren etwa zwei Drittel der Frauen und die

Hälfte der Männer pflegebedürftig (Statistisches Bundesamt 2015). In Zukunft ist mit einer weiteren Zunahme von Pflegebedürftigen in Deutschland zu rechnen, so dass die Pflege aufgrund der demografischen Alterung voraussichtlich weiter an Bedeutung gewinnen und zu einem immer wichtigeren Teil der gesundheitlichen Versorgung werden wird (Rothgang et al. 2012; Nowossadeck 2013).

Daten zur gesundheitlichen Lage der Pflegebedürftigen liegen aus den Pflege-Qualitätsberichten des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) vor. Die Ergebnisse des vierten Qualitätsberichts beziehen sich auf das Jahr 2013 und sind nach Angaben des MDS repräsentativ für die Pflege in Deutschland (MDS 2014). Im Bereich der stationären pflegerischen Versorgung sind – nach Angaben der Pflegeeinrichtungen – 63,8% der Pflegeheimbewohner in ihrer Alltagskompetenz eingeschränkt, 76,8% erhielten eine Inkontinenzversorgung, 35,0% hatten chronische Schmerzen und 3,8% ein Druckgeschwür (Dekubitus). Bei 7,6% der Personen in stationären Einrichtungen gab es vor kurzem einen gravierenden Gewichtsverlust, insgesamt 5,2% wurden sogar künstlich mithilfe von Sonden ernährt. Pflegebedürftige, die ambulant versorgt werden, waren demgegenüber nach Ergebnissen des MDS etwas seltener eingeschränkt. Sie waren zu 29,9% in ihrer Alltagskompetenz eingeschränkt, 44,2% erhielten Leistungen zur Unterstützung bei der Ausscheidung bzw. zur Inkontinenzversorgung und lediglich 3,2% litten an einem Dekubitus.

In Deutschland liegt mittlerweile eine Vielzahl von Studienergebnissen vor, die Rückschlüsse auf soziale Unterschiede im Krankheits- und Sterbegeringen sowie in der Verbreitung von Krankheitsrisiken und Gesundheitschancen erlauben. Zu der Frage, inwieweit soziale Einflüsse speziell auf das Risiko der Pflegebedürftigkeit wirken, liegen bislang jedoch kaum empirische Befunde vor (Borchert, Rothgang 2008). Es kann allerdings davon ausgegangen werden, dass sich gesundheitliche Risiken durch soziale Nachteile und prekäre Lebensbedingungen in früheren Lebensphasen in einem erhöhten Risiko für Erkrankungen und Funktionseinbußen im Alter niederschlagen (Ben-Shlomo, Kuh 2002; Power, Kuh 2006; Kuh et al. 2014).

Auf Basis von Daten der Gmünder Ersatzkasse wurden biologische, soziale und krankheitsbezogene Faktoren untersucht, die Einflüsse auf das Risiko der Pflegebedürftigkeit älterer Menschen ausüben (Borchert 2008; Borchert, Rothgang 2008). Die Ergebnisse bestätigen zunächst, dass das Pflegebedürftigkeitsrisiko stark vom Lebensalter sowie vom Vorhandensein chronischer Erkrankungen und Multimorbidität beeinflusst wird. Der Studie zufolge übt der Beruf von Frauen und Männern aber auch unabhängig von diesen Faktoren einen eigenständigen Einfluss auf den Eintritt in die Pflegebedürftigkeit aus. Demnach unterliegen 45-jährige und ältere Frauen, die in Arbeiterberufen tätig sind oder entsprechende Berufe während ihres aktiven Erwerbslebens ausgeübt haben, einem 26,1% höheren Risiko für den Eintritt in die Pflegebedürftigkeit als jene aus Angestelltenberufen. Bei Männern ist das entsprechende Pflegebedürftigkeitsrisiko für Arbeiter 22,5% höher als für Angestellte (Borchert 2008). Zudem zeigt eine aktuelle Analyse mit Daten des SOEP aus den Jahren 2001 bis 2012, dass das Risiko für den Eintritt in Pflegebedürftigkeit deutlich mit der Einkommensposition zusammenhängt (Unger et al. 2015). Den Ergebnissen zufolge ist das Pflegebedürftigkeitsrisiko von Frauen und Männern mit hohem Einkommen deutlich geringer als von jenen mit niedrigeren Einkommen.

Während soziale Unterschiede in der präventiven und mittlerweile auch in der kurativen Gesundheitsversorgung in Deutschland rege dokumentiert und diskutiert werden, rückt die pflegerische Versorgung bislang nur selten in den Fokus einer Diskussion, in der soziale Unterschiede im Mittelpunkt stehen (Bauer, Büscher 2008; Klein et al. 2014). Vereinzelt liegen aus Deutschland Befunde zu bevorzugten Pflegearrangements in unterschiedlichen sozialen Gruppen vor. In Befragungsstudien mit 40- bis 65-Jährigen aus verschiedenen Regionen Deutschlands fand sich bei Personen mit niedrigem sozialem Status die größte Bereitschaft, häusliche Pflege von Angehörigen auch ohne professionelle Hilfe selbst zu übernehmen (Blinkert 2005; Blinkert, Klie 2008). Die geringste Bereitschaft zur häuslichen Angehörigenpflege war bei Personen mit hohem Sozialstatus festzustellen. Diese bevorzugten eher eine stationäre bzw. Heimpflege ihrer Angehörigen. Als Gründe für diese sozial unterschied-

liche Verteilung von Pflegepräferenzen werden in den Studien unter anderem Kostenerwägungen angesprochen. In sozial bessergestellten Gruppen fallen demnach Kosten, die entstehen, wenn aufgrund der Übernahme von Pflegeverpflichtungen auf attraktive berufliche und soziale Möglichkeiten verzichtet werden muss (»Opportunitätskosten«), höher aus als in sozial schlechter gestellten Gruppen. Bei Menschen mit geringen sozioökonomischen Ressourcen dürfte dagegen die relative Bedeutung der wirtschaftlichen Kosten, die mit einer Heimpflege verbunden sind, höher sein. Selberpflegen ist für Personen mit geringen Ressourcen relativ gesehen preisgünstiger und die pflegende Tätigkeit wird zudem über Geldleistungen honoriert (Blinkert, Klie 2008).

Deutschlandweite Daten der GEDA-Studie 2012 lassen darauf schließen, dass sich soziale Unterschiede in der Bereitschaft zur Angehörigenpflege auch in der tatsächlich geleisteten Pflege nahestehender Menschen ausdrücken. So zeigen die Ergebnisse, dass Frauen und Männer, die mindestens zwei Stunden am Tag die Pflege nahestehender Personen übernehmen, häufiger niedrige Bildungsabschlüsse haben als jene, die keine regelmäßige Angehörigenpflege leisten (Wetzstein et al. 2015). Darüber hinaus belegen Daten einer Befragungsstudie aus Deutschland mit Personen, die regelmäßig in hohem Umfang Angehörige pflegen, dass der Bildungsstand von pflegenden Angehörigen bedeutsam dafür ist, ob sie Unterstützungsangebote wie professionelle Beratungsdienste und Pflegekurse oder Selbsthilfegruppen in Anspruch nehmen. Unter pflegenden Angehörigen mit hoher Bildung war die Inanspruchnahme entsprechender Angebote deutlich höher als unter Pflegenden mit niedrigerer Bildung (Lüdecke et al. 2012).

Soziale Ungleichheit ist allerdings auch für professionelle Pflegekräfte von Bedeutung und nimmt Einfluss auf ihren Arbeitsalltag. Eine qualitative Untersuchung, in der Pflegekräfte ambulanter Pflegedienste interviewt wurden, veranschaulicht dies eindrücklich. Soziale Unterschiede zwischen pflegebedürftigen Personen werden durch die befragten Pflegekräfte nicht nur wahrgenommen, sie beeinflussen nach eigenen Angaben auch ihr pflegerisches Handeln und haben Auswirkungen auf den empfundenen Betreuungsumfang sowie ihre emotionale Arbeitsbe-

lastung (Möller et al. 2013). Die befragten Pflegekräfte beschreiben darüber hinaus auch Probleme, mit denen bildungsferne Pflegebedürftige in ihrem Alltag konfrontiert sind. Dazu gehören z. B. Schwierigkeiten beim Verstehen und Ausfüllen von Formularen zur Beantragung von Geld- und Pflegesachleistungen.

6.5 Fazit

Die in diesem Kapitel vorgestellten Befunde zeigen, dass die gesundheitliche Ungleichheit, die für die Bevölkerung im Erwerbsalter umfassend dokumentiert ist, auch in der älteren Bevölkerung existiert und sich teilweise bis ins hohe Alter erstreckt. Dies bekräftigt, dass Public-Health-Maßnahmen zur bevölkerungsweiten Förderung und Erhaltung der Gesundheit in allen Altersgruppen die besonderen Belange sozial benachteiligter Menschen berücksichtigen müssen. Anhand der vorgestellten Befunde und der Tatsache, dass die Verbreitung von chronisch-degenerativen Erkrankungen, Multimorbidität und Funktionseinschränkungen in der älteren Bevölkerung besonders hoch ist, wird zudem deutlich, dass dauerhafte Gesundheitsprobleme und Krankheiten bei älteren Menschen mit niedrigem sozialen Status kumulieren. Daraus ergibt sich in dieser Bevölkerungsgruppe ein besonderer Versorgungs- und Unterstützungsbedarf, der das medizinische, pflegerische und psychosoziale Versorgungssystem wie auch die sozialen Sicherungssysteme vor besondere Herausforderungen stellt.

Die Befunde zur gesundheitlichen Ungleichheit im höheren Lebensalter müssen darüber hinaus vor dem Hintergrund des demografischen Wandels gesehen und bewertet werden. Aufgrund der demografischen Entwicklung in Deutschland machen ältere Menschen einen immer größeren Anteil der Bevölkerung aus. Bisherige Untersuchungen weisen darauf hin, dass in den vergangenen Jahren alle sozialen Statusgruppen von dem Zugewinn an (gesunder) Lebenszeit profitierten, auch wenn der Zugewinn in den statusniedrigen Gruppen geringer ausfiel als in den statushöheren Gruppen (Unger, Schulze 2013). Die in diesem Kapitel zusammengetragenen Ergebnisse zur gesundheitlichen Ungleichheit bei älteren Menschen in Deutschland sind als Momentaufnahme

der aktuellen Situation zu sehen. Vor dem Hintergrund der beschriebenen Entwicklungen stellt sich allerdings die Frage, wie sich das Ausmaß und Erscheinungsbild der gesundheitlichen Ungleichheit in den nächsten Jahrzehnten im Zuge der demografischen Alterung verändern wird.

Aufgrund des Anstiegs der Lebenserwartung bzw. des Rückgangs der vorzeitigen Sterblichkeit werden Personen aus sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen künftig häufiger das höhere Lebensalter erreichen. Ein Teil des Rückgangs der vorzeitigen Sterblichkeit liegt darin begründet, dass immer häufiger potenziell lebensbedrohliche Krankheiten, darunter Herzinfarkt oder Diabetes mellitus, überlebt werden. Diese »Überlebenden« leiden dann aber häufig an Folgekrankheiten und Funktionseinschränkungen, die oftmals mit einem erheblichen Versorgungs- und Hilfebedarf einhergehen. Infolgedessen könnte die im mittleren Lebensalter zu beobachtende gesundheitliche Ungleichheit zunehmend bis ins höhere Lebensalter überdauern und dort in altersspezifischen Krankheiten und Behinderungen zum Ausdruck kommen, und zwar nicht nur bei Frauen, sondern zusehends auch bei Männern. Auswirkungen des selektiven Überlebens und biologischen Alterns werden damit nicht außer Kraft gesetzt, könnten aber erst im weiter fortgeschrittenen bzw. sehr hohen Alter zu einer Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit führen, ähnlich wie sie bereits in der hier dargestellten aktuellen Momentaufnahme auf Basis der GEDA-Daten insbesondere für Männer zu erkennen ist. Durch die oben beschriebenen demografischen Entwicklungen könnte diese Verringerung künftig allerdings im Altersgang weiter nach hinten rücken und sich weiter ins hochbetagte Alter verlagern.

Neben den Implikationen für die medizinische, pflegerische und psychosoziale Versorgung der älteren Bevölkerung ergeben sich durch die ausgeprägten sozialen Unterschiede in den Gesundheits- und Lebenschancen älterer Menschen auch Herausforderungen für die Gesundheitsförderung und Prävention. Im Jahr 2012 wurde das nationale Gesundheitsziel »Gesund älter werden« veröffentlicht, das sich seitdem in der Umsetzungsphase befindet (Kooperationsverbund gesundheitsziele.de 2012). Zu dessen Teilzielen zählen unter anderem, die gesellschaftliche Teilhabe älterer Menschen zu fördern, gesundheit-

liche Ressourcen und die Widerstandskraft älterer Menschen zu stärken und so letztlich auch die Gesundheit älterer Menschen zu verbessern, zu erhalten bzw. wiederherzustellen und Folgen von Multimorbidität zu mindern sowie Pflegebedürftigkeit vorzubeugen. Die vorgestellten Befunde zur gesundheitlichen Ungleichheit unter älteren Menschen in Deutschland bekräftigen, wie wichtig es ist, die Belange sozial benachteiligter Gruppen dabei verstärkt in den Blick zu nehmen und diese bei der Umsetzung des Gesundheitsziels in allen Phasen und Bereichen zu berücksichtigen.

Wie auch in früheren Lebensphasen eignen sich verhältnisbezogene Ansätze auch bei Älteren besonders für Gesundheitsförderung und Prävention in benachteiligten Gruppen, weil die Lebensverhältnisse einerseits eigenständige Gesundheitsrelevanz haben, aber andererseits auch gesundheitsrelevante Verhaltensweisen beeinflussen können. Ein wichtiges Setting für verhältnisbezogene Maßnahmen bei Älteren ist die unmittelbare Wohnumgebung. Dies trifft auf sozial schlechter gestellte Menschen im höheren Alter besonders zu, da deren Mobilität – z. B. Reisen und überregionale Kontakte – auch aus finanziellen Gründen eingeschränkt ist (Kooperationsverbund gesundheitsziele.de 2012). Zudem wird der räumliche Aktionsradius älterer Menschen auch durch altersbedingte Funktionseinschränkungen zunehmend kleiner. Wie die in diesem Kapitel dargestellten Forschungsergebnisse zeigen, sind Funktionseinschränkungen unter älteren Menschen aus sozial benachteiligten Gruppen besonders verbreitet. Die Gestaltung der unmittelbaren Wohnumgebung älterer Menschen unter Berücksichtigung altersgerechter Bedarfe und Bedürfnisse stellt daher einen zentralen lebensweltbezogenen Ansatz dar, um die Teilhabechancen sozial schlechter gestellter Menschen im höheren Alter zu verbessern.

Literatur

- Baltes PB, Baltes MM (1994) Gerontologie: Begriff, Herausforderung und Brennpunkte. In: Baltes PB, Mittelstraß J, Staudinger UM (Hrsg) *Alter und Altern: Ein interdisziplinärer Studententext*. de Gruyter, Berlin, S 1–34
- Bauer U, Büscher A (2008) Soziale Ungleichheit in der pflegerischen Versorgung – ein Bezugsrahmen. In: Bauer U, Büscher A (Hrsg) *Soziale Ungleichheit und Pflege: Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S 7–45
- Ben-Shlomo Y, Kuh D (2002) A life course approach to chronic disease epidemiology: conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives. *International Journal of Epidemiology* 31(2): 285–293
- Bengtson VL, Schaie KW (1999) *Handbook of theories of aging*. Springer, Heidelberg
- Blinkert B (2005) Pflege und soziale Ungleichheit – Pflege und »soziale Milieus«. In: Schroeter KR, Rosenthal T (Hrsg) *Soziologie der Pflege: Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven*. Juventa, Weinheim, S 141–156
- Blinkert B, Klie T (2008) *Soziale Ungleichheit und Pflege*. Aus Politik und Zeitgeschichte 12–13: 25–33
- BMFSFJ (2010) *Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland – Altersbilder in der Gesellschaft*. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), Berlin
- Borchert L (2008) *Soziale Ungleichheit und Gesundheitsrisiken älterer Menschen: Eine empirische Längsschnittanalyse unter Berücksichtigung von Morbidität, Pflegebedürftigkeit und Mortalität*. MaroVerlag, Augsburg
- Borchert L, Rothgang H (2008) *Soziale Einflüsse auf das Risiko der Pflegebedürftigkeit älterer Männer*. In: Bauer U, Büscher A (Hrsg) *Soziale Ungleichheit und Pflege: Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S 215–237
- Bundesministerium für Gesundheit (2015) *Pressemitteilung vom 13. November 2015, Nr. 43*. Bundesministerium für Gesundheit, Berlin
- Buttery A, Busch M, Gaertner B et al. (2015) Prevalence and correlates of frailty among older adults: findings from the German health interview and examination survey. *BMC Geriatrics* 15(1): 22
- Centers for Disease Control and Prevention (2000) *Measuring Healthy Days*. CDC, Atlanta
- Christensen K, Vaupel JW (1996) Determinants of longevity: genetic, environmental and medical factors. *J Intern Med* 240(6): 333–341
- Demakakos P, Biddulph JP, Bobak M et al. (2016) Wealth and mortality at older ages: a prospective cohort study. *J Epidemiol Community Health* 70(4): 346–353
- Erhart M, Wille N, Ravens-Sieberer U (2009) *Die Messung der subjektiven Gesundheit: Stand der Forschung und Herausforderungen*. In: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg) *Gesundheitliche Ungleichheit*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, S 335–352
- Fors S, Thorslund M (2015) Enduring inequality: educational disparities in health among the oldest old in Sweden 1992–2011. *International Journal of Public Health* 60(1): 91–98
- Fuchs J, Busch M, Lange C et al. (2012) Prevalence and patterns of morbidity among adults in Germany: results of the German telephone health interview survey German Health Update (GEDA) 2009. *Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz* 55(4): 576–586
- Guh DP, Zhang W, Bansback N et al. (2009) The incidence of co-morbidities related to obesity and overweight: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* 9: 88
- Huisman M, Kunst AE, Mackenbach JP (2003) Socioeconomic inequalities in morbidity among the elderly; a European overview. *Social Science & Medicine* 57(5): 861–873

- Huisman M, Read S, Towriss CA et al. (2013) Socioeconomic Inequalities in Mortality Rates in Old Age in the World Health Organization Europe Region. *Epidemiologic Reviews* 35(1): 84–97
- Klein J, Hofreuter-Gätgens K, von dem Knesebeck O (2014) Socioeconomic status and the utilization of health services in Germany: a systematic review. In: Janssen C, Swart E, von Lengerke T (Hrsg) *Health care utilization in Germany: theory, methodology, and results*. Springer, New York, S 117–143
- Kohlmann T (2000) Gesundheitsbezogene Lebensqualität. In: Nikolaus T, Becker C, Oster P et al. (Hrsg) *Klinische Geriatrie*. Springer, Berlin, Heidelberg, S 93–99
- Kooperationsverbund gesundheitsziele.de (2012) Nationales Gesundheitsziel: Gesund älter werden. Bundesministerium für Gesundheit, Berlin
- Kuh D, Karunanathan S, Bergman H et al. (2014) A life-course approach to healthy ageing: maintaining physical capability. *The Proceedings of the Nutrition Society* 73(2): 237–248
- Kümpers S (2012) Sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit im Alter. *Public Health Forum* 20(1): 4.e1–4.e3
- Lampert T (2009) Soziale Ungleichheit und Gesundheit im höheren Lebensalter. In: Böhm K, Tesch-Römer C, Ziese T (Hrsg) *Gesundheit und Krankheit im Alter. Eine gemeinsame Veröffentlichung des Statistischen Bundesamtes, des Deutschen Zentrums für Altersfragen und des Robert Koch-Instituts*. RKI, Berlin, S 121–133
- Lampert T, Hoebel J, Kuntz B et al. (2016) Gesundheitliche Ungleichheit im höheren Lebensalter. *GBE kompakt* 7(1): 1–13
- Lampert T, Kroll L, Müters S et al. (2013a) Messung des sozioökonomischen Status in der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsbl–Gesundheitsforsch–Gesundheitsschutz* 56(5/6): 631–636
- Lampert T, Kuntz B (2015) Tabak – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg) *Jahrbuch Sucht 2015*. Pabst, Lengerich, S 72–101
- Lampert T, Mensink GB, Müters S (2012) Körperlich-sportliche Aktivität bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2009«. *Bundesgesundheitsbl–Gesundheitsforsch–Gesundheitsschutz* 55(1): 102–110
- Lampert T, von der Lippe E, Müters S (2013b) Verbreitung des Rauchens in der Erwachsenenbevölkerung in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsbl–Gesundheitsforsch–Gesundheitsschutz* 56(5/6): 802–808
- Leopold L, Engelhardt H (2011) Bildung und Gesundheitsungleichheit im Alter: Divergenz, Konvergenz oder Kontinuität? *KZfSS Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 63(2): 207–236
- Leopold L, Engelhardt H (2013) Education and physical health trajectories in old age. Evidence from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *International Journal of Public Health* 58(1): 23–31
- Lüdecke D, Mnich E, Kofahl C (2012) The impact of sociodemographic factors on the utilisation of support services for family caregivers of elderly dependents: results from the German sample of the EUROFAMCARE study. *Psychosocial Medicine* 9: Doc06
- Markides KS, Machalek R (1984) Selective survival, aging and society. *Arch Gerontol Geriatr* 3(3): 207–222
- Masters RK, Powers DA, Link BG (2013a) Obesity and US mortality risk over the adult life course. *Am J Epidemiol* 177(5): 431–442
- Masters RK, Reither EN, Powers DA et al. (2013b) The impact of obesity on US mortality levels: the importance of age and cohort factors in population estimates. *Am J Public Health* 103(10): 1895–1901
- MDS (2014) *Vierter Pflege-Qualitätsbericht des MDS. Qualität in der ambulanten und stationären Pflege*. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS), Essen
- Möller A, Osterfeld A, Büscher A (2013) Soziale Ungleichheit in der ambulanten Pflege. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 46(4): 312–316
- Nowossadek E (2012) Demografische Alterung und Folgen für das Gesundheitswesen. Robert Koch-Institut (Hrsg) *GBE kompakt* 3(2)
- Nowossadek S (2013) Demografischer Wandel, Pflegebedürftige und der künftige Bedarf an Pflegekräften: Eine Übersicht. *Bundesgesundheitsbl–Gesundheitsforsch–Gesundheitsschutz* 56(8): 1040–1047
- Pick P, Brüggemann J, Grote C et al. (2004) *Pflege. Schwerpunktbericht zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Robert Koch-Institut, Berlin
- Power C, Kuh D (2006) Life course development of unequal health. In: Siegrist J, Marmot M (Hrsg) *Social inequalities in health New evidence and policy implications*. Oxford University Press, Oxford, S 27–53
- Rapp K, Freiberger E, Todd C et al. (2014) Fall incidence in Germany: results of two population-based studies, and comparison of retrospective and prospective falls data collection methods. *BMC Geriatrics* 14(1): 105
- Read S, Grundy E, Foverskov E (2016) Socio-economic position and subjective health and well-being among older people in Europe: a systematic narrative review. *Ageing Ment Health* 20(5): 529–242
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2014) *Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012«*. In: Robert Koch-Institut (Hrsg) *Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. RKI, Berlin
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2015) *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis*. RKI, Berlin
- Rothgang H, Müller R, Unger R (2012) *Themenreport »Pflege 2030« – Was ist zu erwarten – was ist zu tun?* Bertelsmann Stiftung, Gütersloh
- Schöllgen I, Huxhold O, Tesch-Römer C (2010) Socioeconomic status and health in the second half of life: findings from the German Ageing Survey. *Eur J Ageing* 7(1): 17–28
- Shaw BA, McGeever K, Vasquez E et al. (2014) Socioeconomic inequalities in health after age 50: are health risk behaviors to blame? *Social Science & Medicine* 101: 52–60
- Statistisches Bundesamt (2015) *Pflegestatistik – Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen: Grunddaten, Personalbestand, Pflegebedürftige, Empfänger und Empfängerinnen von Pflegegeldleistungen* www.gbe-bund.de (Stand: 16.02.2017)
- Unger R, Giersiepen K, Windzio M (2015) *Pflegebedürftigkeit im Lebensverlauf: Der Einfluss von Familienmitgliedern und Freunden als Versorgungsstrukturen auf die funkti-*

- onale Gesundheit und Pflegebedürftigkeit im häuslichen Umfeld. *KZfSS Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 67(1): 193–215
- Unger R, Schulze A (2013) Können wir (alle) überhaupt länger arbeiten? Trends in der gesunden Lebenserwartung nach Sozialschicht in Deutschland. *Comparative Population Studies – Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft* 38(3): 545–564
- von dem Knesebeck O (2005) Die Bedeutung sozialer Beziehungen für den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit im Alter. *Sozial- und Präventivmedizin* 50(5): 311–318
- von dem Knesebeck O, Bickel H, Fuchs A et al. (2015) Social inequalities in patient-reported outcomes among older multimorbid patients – results of the MultiCare cohort study. *Int J Equity Health* 14(1): 17
- von dem Knesebeck O, Lüschen G, Cockerham WC et al. (2003) Socioeconomic status and health among the aged in the United States and Germany: A comparative cross-sectional study. *Social Science & Medicine* 57(9): 1643–1652
- von dem Knesebeck O, Schäfer I (2009) Gesundheitliche Ungleichheit im höheren Lebensalter. In: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg) *Gesundheitliche Ungleichheit*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S 253–265
- von dem Knesebeck O, Vonneilich N (2009) Gesundheitliche Ungleichheit im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 42(6): 459–464
- Vonneilich N, Jöckel KH, Erbel R et al. (2012) The mediating effect of social relationships on the association between socioeconomic status and subjective health – results from the Heinz Nixdorf Recall cohort study. *BMC Public Health* 12: 285
- Wang Z (2015) Age-dependent decline of association between obesity and mortality: a systematic review and meta-analysis. *Obes Res Clin Pract* 9(1): 1–11
- Wetzstein M, Rommel A, Lange C (2015) Pflegende Angehörige – Deutschlands größter Pflegedienst. Robert Koch-Institut (Hrsg) *GBE kompakt* 6(3): 1–11
- Weyers S, Dragano N, Mobus S et al. (2008) Low socio-economic position is associated with poor social networks and social support: results from the Heinz Nixdorf Recall Study. *Int J Equity Health* 7: 13
- Wing S, Manton KG, Stallard E et al. (1985) The black/white mortality crossover: investigation in a community-based study. *J Gerontol* 40(1): 78–84
- Wurm S, Schöllgen I, Tesch-Römer C (2010) Gesundheit. In: Motel-Klingebiel A, Wurm S, Tesch-Römer C (Hrsg) *Altern im Wandel: Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS)*. Kohlhammer, Stuttgart, S 90–117

Kurzfassung

Die Auswirkungen von Armut und sozialer Ungleichheit auf die Gesundheit und Lebenserwartung sind ein zentrales Thema von Public Health und Gesundheitspolitik. Die vorliegenden Studien zeigen in weitgehender Übereinstimmung, dass die Angehörigen sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen häufiger von chronischen Erkrankungen und Beschwerden betroffen sind, ihre eigene Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität schlechter einschätzen sowie zu einem größeren Anteil vorzeitig sterben als die Angehörigen sozial besser gestellter Gruppen (Bauer et al. 2008; Richter, Hurrelmann 2009; Lampert et al. 2016a,b). Neben Armut und materieller Deprivation lassen sich die nachteiligen Konsequenzen für die Gesundheit oftmals an einer niedrigen Schulbildung und beruflichen Qualifikation, einer niedrigen beruflichen Stellung und prekären Arbeitsmarktanbindung sowie an Arbeitslosigkeitserfahrungen, insbesondere Langzeitarbeitslosigkeit, festmachen (Lampert, Kroll 2009).

Die Gesundheitsberichterstattung berichtet regelmäßig über diese sozial ungleiche Verteilung der Erkrankungsrisiken und Gesundheitschancen, die auch auf den Begriff der gesundheitlichen Ungleichheit gebracht wird (Lampert et al. 2005, 2010, 2015, 2016c). Darüber hinaus sind die sozialen Unterschiede in der Gesundheit und Lebenserwartung ein Gegenstand der Sozialberichterstattung. Besonders hinzuweisen ist auf die Armuts- und Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung. Die Ausführungen zur Gesundheit und zur gesundheitlichen Ungleichheit, die sich in den Armuts- und Reichtumsberichten finden, basieren unter anderem auf Expertisen, die das Robert Koch-Institut im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) erstellt. Auch für den inzwischen 5. Armuts- und Reichtumsbericht, der im Frühjahr 2017 vorgelegt wurde (BMAS 2017), hat das Robert Koch-Institut eine Expertise erarbeitet. Die Ergebnisse der Expertise gingen breit in den aktuellen Armuts- und Reichtumsbericht ein und bilden zugleich die Grundlage für den vorliegenden, im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes veröffentlichten Bericht.

Entsprechend der konzeptuellen Zugänge der Armuts- und Reichtumsberichterstattung werden

nachfolgend verschiedene Lebenslagen und mit diesen verbundene Verwirklichungs- und Teilhabechancen sowie deren Relevanz für die Erhaltung, Förderung und gegebenenfalls Wiedererlangung der Gesundheit beschrieben. Dies schließt Fragen der Entstehung von Krankheit, Behinderung und Pflegebedürftigkeit sowie deren Behandlung und Versorgung ein. Als zentrale Dimensionen der Lebenslage bzw. der Verwirklichungs- und Teilhabechancen werden das Einkommen, die Bildung, die Erwerbstätigkeit bzw. der Beruf und die Familie betrachtet. Mit Blick auf die Gesundheit gilt das Interesse zunächst den für die Armuts- und Reichtumsberichterstattung vorgeschlagenen Kernindikatoren (Volkert et al. 2003; Arndt et al. 2006; www.armuts-und-reichtumsbericht.de): »Lebenserwartung bei Geburt«, »Subjektive Gesundheit – sehr gut oder gut«, »Subjektive Gesundheit – weniger gut oder schlecht« und »Behinderung«. Den Indikatoren zur subjektiven Gesundheit liegen dabei neben der Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes auch Angaben zu einer amtlich festgestellten Behinderung oder Erwerbsminderung sowie zu Einschränkungen in fünf Funktionsbereichen des alltäglichen Lebens zugrunde: (1) körperliche Probleme beim Treppensteigen, (2) körperliche Probleme bei der Verrichtung anstrengender Tätigkeiten im Alltag, (3) Einschränkungen durch körperliche Gesundheitsprobleme bei der Arbeit oder alltäglichen Beschäftigungen, (4) Einschränkungen durch seelische oder emotionale Probleme bei der Arbeit oder alltäglichen Beschäftigungen, (5) Einschränkungen durch gesundheitliche oder seelische Probleme in sozialen Kontakten (jeweils »stark« bzw. »oft« oder »immer« eingeschränkt). Daneben werden viele weitere Gesundheitsindikatoren einbezogen, deren Auswahl eng an das Indikatorensystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes und das für die Durchführung von Gesundheitssurveys und die Gesundheitsberichterstattung auf europäischer Ebene entwickelte Indikatorenset (Kilpeläinen et al. 2008) angelehnt ist.

Besondere Beachtung wird der Ausprägung von Zusammenhängen zwischen der Lebenslage und der Gesundheit in verschiedenen Lebensphasen bzw. Altersgruppen entgegengebracht. Dabei werden mit der Kindheit und Jugend (0 bis 17 Jahren),

dem jungen Erwachsenenalter (18 bis 29 Jahre), dem mittleren Lebensalter (30 bis 64 Jahre) und dem höheren Lebensalter (65 Jahre und älter) vier Lebensphasen unterschieden. Damit wird erstmals im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes ein Bericht zur gesundheitlichen Ungleichheit in Deutschland vorgelegt, der fast die gesamte Lebensspanne umfasst und eine lebensphasenspezifische Betrachtung ermöglicht.

Zusammengenommen zeigen die Ergebnisse, dass von der frühen Kindheit bis ins höhere Lebensalter erhebliche gesundheitliche Ungleichheiten bestehen, deren Entstehung und Ausprägung vor dem Hintergrund lebensphasenspezifischer Lebensbedingungen und Teilhabechancen sowie Erfahrungen und Ereignisse im vorangegangenen Lebensverlauf zu sehen sind. Der Bericht macht damit deutlich, wie wichtig Maßnahmen und Angebote der Prävention, Gesundheitsförderung und Versorgung sind, die auf bestimmte Altersgruppen zielen und lebensphasenspezifische Anforderungen und Bedarfe berücksichtigen. Dies gilt auch und insbesondere für Bemühungen, die mit dem Ziel einer Verringerung der sozialen Unterschiede in der Gesundheit und Lebenserwartung verbunden sind. Dass die gesundheitlichen Ungleichheiten über die letzten 20 Jahre relativ stabil geblieben sind und nach den vorliegenden Ergebnissen in einigen Bereichen sogar eine Ausweitung erfahren haben, so z.B. beim Tabakkonsum, der sportlichen Aktivität und der subjektiven Gesundheit, unterstreicht die Bedeutung von Aktivitäten, die auf die Gewährleistung und Stärkung der gesundheitlichen Chancengleichheit ausgerichtet sind.

Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken im Kindes- und Jugendalter

Das Kindes- und Jugendalter gilt gemeinhin als gesündeste Phase im Leben eines Menschen. Tatsächlich haben Kinder in hochentwickelten Staaten wie Deutschland bessere Aussichten auf ein langes Leben bei guter Gesundheit als jede Generation zuvor. Dabei ist im Verlauf der letzten Jahrzehnte ein deutlicher Wandel im diagnostizierten Krankheitsspektrum festzustellen, eine Verlagerung von den akuten zu den chronischen Krankheiten, von den typischen Infektionskrankheiten

des Kindesalters hin zu psychischen Problemen und Entwicklungsstörungen. Diese Entwicklung wird in der wissenschaftlichen Diskussion häufig mit dem Begriff der »neuen Morbidität« beschrieben (Schlack 2004).

Kinder und Jugendliche sind eine wichtige Zielgruppe der Prävention und Gesundheitsförderung, da in jungen Jahren die Weichen für die Gesundheit im späteren Leben gestellt werden (Lampert 2010). Störungen während der frühen Phasen des Körperwachstums und der Organreifeung machen sich nicht nur unmittelbar bemerkbar, sondern führen häufig auch zu langfristigen gesundheitlichen Einschränkungen (Dragano, Siegrist 2009). Gesundheitsbezogene Einstellungen und Verhaltensmuster, die sich im Kindes- und Jugendalter ausbilden, haben häufig bis ins Erwachsenenalter hinein Bestand. Nicht nur früh erworbene Risikofaktoren, auch Schutzfaktoren und Ressourcen der Gesundheit erweisen sich dabei als überaus stabil.

Die vorliegenden empirischen Ergebnisse sprechen zunächst dafür, dass die große Mehrheit der Kinder und Jugendlichen in Deutschland gesund aufwächst. Nach den Daten der ersten Folgebefragung der »Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland« (KiGGS Welle 1), die in den Jahren 2009 bis 2012 erhoben wurden, schätzen etwa 94 % der Eltern den allgemeinen Gesundheitszustand ihrer 3- bis 17-jährigen Kinder als sehr gut oder gut ein. Zugleich weisen sie aber auf deutliche Unterschiede zwischen den sozialen Statusgruppen hin. So beträgt der Anteil der Kinder und Jugendlichen, deren allgemeiner Gesundheitszustand nach Einschätzung ihrer Eltern nur mittelmäßig, schlecht oder sehr schlecht ist, in der niedrigen Statusgruppe über 10 %, während es in der hohen Statusgruppe 3 % sind. Ebenso deutliche Unterschiede sind in Bezug auf das Risiko für Verhaltensauffälligkeiten festzustellen, von dem bei 34 % der Kinder und Jugendlichen aus Familien mit niedrigem Sozialstatus und bei 10 % der Gleichaltrigen aus Familien mit hohem Sozialstatus ausgegangen werden muss. Darüber hinaus beeinflusst der soziale Status das Gesundheitsverhalten der Heranwachsenden. Mädchen und Jungen aus Familien mit niedrigem Sozialstatus treiben weniger Sport und sie ernähren sich ungesünder, was sich z. B. an einem geringeren Obst- und Gemüseverzehr festmachen lässt. Außerdem

gehen sie an Wochentagen häufiger ohne Frühstück aus dem Haus. Hinzu kommt eine deutlich stärkere Nutzung elektronischer Bildschirmmedien. Nach den Daten von KiGGS Welle 1 beläuft sich der Anteil der 11- bis 17-jährigen Jugendlichen, die täglich fünf und mehr Stunden mit der Nutzung von Computer, Internet, Spielkonsolen, Fernsehen oder anderen Bildschirmmedien verbringen, in der niedrigen Statusgruppe auf 31 % im Vergleich zu 11 % in der hohen Statusgruppe. Dass auch die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter stark mit dem sozialen Status zusammenhängt, haben bereits die Daten der Basiserhebung zur KiGGS-Studie, die in den Jahren 2003 bis 2006 erhoben wurden, gezeigt. Nach aktuellen Daten der Brandenburger Schuleingangsuntersuchungen aus dem Jahr 2015 sind fast 8 % der Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus adipös, während es in Familien mit hohem Sozialstatus weniger als 2 % sind. Wie früh die Weichen für die gesundheitliche Entwicklung gestellt werden, machen die Ergebnisse aus KiGGS Welle 1 z. B. mit Blick auf das mütterliche Rauchen während der Schwangerschaft deutlich. Von den Müttern mit niedrigem Sozialstatus haben 28 % während der Schwangerschaft geraucht, von den Müttern mit hohem Sozialstatus trifft dies auf 2 % zu. Kinder aus den niedrigen Statusgruppen werden zudem seltener gestillt und nehmen zu einem geringeren Anteil an den Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen für Kinder, den sogenannten U-Untersuchungen, teil.

In den letzten Jahren ist die Kinder- und Jugendgesundheit verstärkt in den Fokus der Politik gerückt. Beispielsweise wurde im Jahr 2008 die »Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit« verabschiedet, die explizit auch darauf ausgerichtet war, die gesundheitliche Chancengleichheit von Kindern und Jugendlichen zu fördern (Bundesministerium für Gesundheit 2008). Zu verweisen ist zudem auf das 2003 entwickelte und 2010 aktualisierte nationale Gesundheitsziel »Gesund aufwachsen«, das neben der Förderung von Lebenskompetenzen schwerpunktmäßig auf die Bereiche Ernährung und Bewegung ausgerichtet ist, sowie auf das 2016 neu erarbeitete Gesundheitsziel »Gesundheit rund um die Geburt« (Bundesministerium für Gesundheit 2010, 2017). Eine wichtige Platt-

form für die zahlreichen Akteure stellt der von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) koordinierte Kooperationsverbund »Gesundheitliche Chancengleichheit« dar, der eine umfangreiche Praxisdatenbank zur Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen bereitstellt, Qualitätskriterien und Empfehlungen zu deren Umsetzung entwickelt sowie beispielhafte Projekte im Sinne von »Good Practice« identifiziert und beschreibt (Kilian et al. 2016; Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit 2017).

Mit dem 2015 verabschiedeten Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention werden zusätzliche Ressourcen für lebensweltorientierte Maßnahmen bereitgestellt. Sozialversicherungsträger, Länder und Kommunen werden dazu angehalten, auf dem Gebiet der Prävention und Gesundheitsförderung stärker zusammenzuarbeiten. Das Präventionsgesetz unterstreicht in besonderer Weise die Bedeutung von Lebenswelten als »für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme« (§ 20 SGB V), die die alltäglichen Lebens-, Lern- und Arbeitsbedingungen gestalten. Je nach Lebensphase werden dabei unterschiedliche Lebenswelten und Zielgruppen in den Fokus gerückt. Da Kinder und Jugendliche einen Großteil ihrer Zeit in Kindertageseinrichtungen und Schulen verbringen, eignen sich diese besonders gut als Orte der Gesundheitsförderung (»Settings«). Dies gilt auch mit Blick auf den angestrebten Ausgleich sozialer Unterschiede in den Gesundheitschancen, da in Bildungseinrichtungen Kinder und Jugendliche unabhängig von ihrer sozialen Herkunft erreicht werden.

Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken im jungen Erwachsenenalter

Die Phase des jungen Erwachsenenalters ist gekennzeichnet durch eine zunehmende Rollenvielfalt und eine wachsende Autonomie und Selbstverantwortung. Sie setzt sich aus Statuspassagen zusammen, die durch bestimmte Ereignisse geprägt sind, wie etwa der Schulabschluss, der Beginn eines Studiums oder einer Ausbildung, der Berufseinstieg, der Auszug aus dem Elternhaus, die Partnerwahl oder die Fami-

liengründung (Seiffge-Krenke, Gelhaar 2006; Konietzka 2010; Seiffge-Krenke 2015). Von der Bewältigung der Entwicklungsaufgaben, die in die Zeitspanne des jungen Erwachsenenalters fallen, hängt die weitere Entwicklung im mittleren und höheren Erwachsenenalter ab (Institute of Medicine and National Research Council 2015). Dabei standen wohl keiner Generation junger Erwachsener jemals zuvor mehr Wahlmöglichkeiten zur Verfügung, das eigene Leben nach den persönlichen Vorstellungen frei zu gestalten. Neben dieser Chancenvielfalt erleben junge Erwachsene jedoch immer häufiger auch das Gefühl von Unsicherheit, Instabilität und Orientierungslosigkeit (Faltermaier et al. 2002; Keupp et al. 2009).

Im jungen Erwachsenenalter werden zentrale Weichen für die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten im weiteren Leben gestellt. Auf den ersten Blick erscheint das junge Erwachsenenalter ähnlich wie das Kindes- und Jugendalter als ein Lebensabschnitt maximaler Gesundheit. Die meisten organischen Wachstums- und Reifeprozesse sind weitgehend abgeschlossen. Viele Aspekte der körperlichen Entwicklung erreichen das Stadium höchster Funktions- und Leistungsfähigkeit. Schwerwiegende Erkrankungen treten deutlich seltener auf als im mittleren und höheren Lebensalter. Auf den zweiten Blick werden jedoch auch einige Aspekte der gesundheitlichen Lage junger Erwachsener sichtbar, die auf erhöhte Risiken in dieser Lebensphase hinweisen. So sind junge Erwachsene, insbesondere Männer, z. B. überdurchschnittlich häufig von Unfallverletzungen betroffen (Robert Koch-Institut 2015). Auch der Konsum von Tabak, Alkohol und illegalen Substanzen ist stärker verbreitet als in späteren Lebensphasen (Irwin 2010; Neinstein, Irwin 2013).

Nach den Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) beurteilen 66 % der 18- bis 29-jährigen Frauen und 78 % der gleichaltrigen Männer ihren allgemeinen Gesundheitszustand als sehr gut oder gut. Von den Frauen mit hoher Schulbildung, also einer (Fach-)Hochschulreife, schätzen 76 % ihre Gesundheit als sehr gut oder gut ein, während es von denen mit niedriger Schulbildung, d. h. höchstens einem Hauptschulabschluss, lediglich 57 % sind. Bei Männern mit hoher und niedriger Schulbildung fällt dieser Unterschied mit 84 % gegenüber 77 % geringer aus und ist statistisch nicht signifikant. Dass

sie in den letzten 12 Monaten von chronischen Rückenschmerzen betroffen waren, trifft nach den zusammengefassten Daten der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell« (GEDA) aus den Jahren 2009, 2010 und 2012 auf 25 % der jungen Frauen mit niedriger und 11 % der jungen Frauen mit hoher Schulbildung zu. Bei jungen Männern betragen die Vergleichswerte 13 % in der niedrigen und 5 % in der hohen Bildungsgruppe. Unterschiede zwischen den Bildungsgruppen sind zudem in Bezug auf die psychische Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität zu beobachten. Nach den Daten der »Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland« (DEGS1), die in den Jahren 2008 bis 2011 erhoben wurden, finden sich bei 15 % der jungen Frauen und 14 % der jungen Männer mit niedrigem Sozialstatus Anzeichen für eine depressive Symptomatik. Bei Frauen und Männern aus der hohen Statusgruppe gilt dies für 6 % bzw. 7 %. Soziale Unterschiede im Gesundheitsverhalten junger Erwachsener zeigen z. B. die Daten der GEDA-Studie deutlich auf. Von den 18- bis 29-jährigen Frauen mit niedriger Bildung rauchen 56 % im Vergleich zu 29 % der gleichaltrigen Frauen mit hoher Schulbildung. Die entsprechenden Anteile für Männer betragen 64 % und 32 %. Deutliche Unterschiede zuungunsten von jungen Frauen und Männern der niedrigen Bildungsgruppe sind auch hinsichtlich der sportlichen Aktivität und dem Ernährungsverhalten sowie der Verbreitung von Adipositas festzustellen. Mit Blick auf die gesundheitsbezogene Versorgung zeigen sich bei jungen Erwachsenen soziale Unterschiede in der Inanspruchnahme der zahnärztlichen Kontrolluntersuchungen. Außerdem nehmen junge Frauen mit hohem Sozialstatus häufiger jährlich an der Untersuchung zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs teil, und zwar zu 74 %, während es von den gleichaltrigen Frauen mit niedrigem Sozialstatus nur 46 % sind.

Die vorliegenden Forschungsergebnisse sprechen somit dafür, dass auch im jungen Erwachsenenalter deutliche soziale Unterschiede in der Gesundheit, im Gesundheitsverhalten und zum Teil auch in der Inanspruchnahme von Angeboten der gesundheitsbezogenen Versorgung bestehen. Innerhalb der heterogenen Gruppe der jungen Erwachsenen erscheinen insbesondere diejenigen in ihrer gesundheitlichen Entwicklung gefährdet, die hohen psychosozialen Belastungen ausgesetzt

sind und die gleichzeitig auf wenig materielle und soziale Ressourcen zu deren Bewältigung zurückgreifen können. Dazu zählen neben Personen mit niedriger Schulbildung auch Arbeitslose, Alleinerziehende sowie Migrantinnen und Migranten ohne ausreichende Deutschkenntnisse (Kuntz et al. 2013). Angesichts dessen erscheint es wichtig, Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung an den Bedürfnissen und Lebensumständen der jeweiligen Zielgruppe junger Erwachsener auszurichten (Walter et al. 2011). Neue Impulse könnten dabei von dem 2015 verabschiedeten Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention ausgehen. Auszubildende und Studierende werden in den zum Präventionsgesetz erstellten Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz als wichtige Zielgruppen präventiver und gesundheitsförderlicher Bemühungen genannt (Nationale Präventionskonferenz 2016). Ein Ziel besteht darin, Lebenswelten wie Hochschulen, Berufsschulen und (Ausbildungs-)betriebe im Sinne des »Setting-Ansatzes« so zu gestalten, dass sie zur Gesunderhaltung junger Erwachsener beitragen.

Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken im mittleren Lebensalter

Das mittlere Lebensalter beginnt mit dem Übergang vom jungen ins mittlere Erwachsenenalter und erstreckt sich bis hin zur letzten Phase des Erwerbslebens. Im Alter ab 30 Jahren ist die berufsqualifizierende Ausbildung in der Regel abgeschlossen und der Einstieg ins Erwerbsleben hat zumeist stattgefunden. Die ersten Jahre des mittleren Lebensalters gehen typischerweise mit einer Phase der beruflichen Konsolidierung einher. Gleichzeitig erfolgt häufig die Gründung einer eigenen Familie. Die aus Erwerbsarbeit, Elternschaft und Familienleben erwachsenden parallelen Anforderungen können als charakteristisch für die erste Phase des mittleren Lebensalters angesehen werden. In diesem Zusammenhang wird auch von der »Rushhour des Lebens« gesprochen (Helfferich 2008; BMFSFJ 2012). Im fünften und sechsten Lebensjahrzehnt treten dann oftmals neue Aufgaben hinzu, wie z. B. die Pflege von Eltern oder anderen Angehörigen. Aus dieser Verdichtung von beruflichen und familiären Anforderungen in den

mittleren Lebensjahren erwachsen häufig zeitliche Konflikte und Vereinbarkeitsprobleme (BMFSFJ 2012), die zu Mehrfachbelastungen und letztlich zu einem Gesundheitsrisiko werden können (Lademann, Kolip 2005; Peter et al. 2016). Inwieweit und wie diese Anforderungen bewältigt werden, hängt wesentlich von den verfügbaren materiellen, sozialen und personalen Ressourcen ab (Kolip 2003).

Aus epidemiologischer Sicht lässt sich das mittlere Lebensalter aus verschiedenen Perspektiven betrachten. Einerseits ist es eine Phase im Lebensverlauf, in der die gesundheitlichen Folgen von früheren Belastungen und Krankheitsrisiken oft erstmals zur Ausprägung kommen (Kuh, Hardy 2003; Graham, Power 2004; Power, Kuh 2006). Andererseits stellt das mittlere Alter eine Lebensphase dar, in der weiterhin Weichen für die Entwicklung von Gesundheit, Leistungsfähigkeit und Wohlbefinden im höheren Alter gestellt werden können (Perrig-Chiello et al. 2009; Franzon et al. 2015; Nishtala et al. 2015). Beispielsweise zeigen Daten der zweiten Whitehall-Studie, einer Kohortenstudie mit britischen Behördenangestellten, dass sich ungünstige sozioökonomische und psychosoziale Bedingungen während des mittleren Lebensalters noch im höheren Alter auf die psychische Gesundheit auswirken können (Virtanen et al. 2015).

Für Deutschland weisen die vorliegenden Daten auf zum Teil stark ausgeprägte soziale Unterschiede in der Gesundheit und im Gesundheitsverhalten hin. Festmachen lässt sich dies unter anderem an einem höheren Risiko für chronische Erkrankungen. So kann mit Daten der GEDA-Studie aus dem Jahr 2012 gezeigt werden, dass Frauen und Männer mit niedrigem Sozialstatus in der Altersspanne von 30 bis 64 Jahren ein etwa dreimal größeres Risiko haben, an einer koronaren Herzkrankheit und Diabetes mellitus zu erkranken. Auch für andere Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Stoffwechselstörungen sowie muskuloskeletale Erkrankungen und Krebserkrankungen zeigen sich deutliche Unterschiede zuungunsten der niedrigen Statusgruppen. Dass sich auch im Hinblick auf psychische Erkrankungen statusspezifische Unterschiede feststellen lassen, machen Ergebnisse der GEDA-Studie aus den Jahren 2009 und 2010 deutlich. Demnach beträgt die 12-Monats-Prävalenz für Depressionen bei 30- bis 64-jährigen Frauen mit niedrigem Sozialstatus 14 % und bei denjenigen mit

hohem Sozialstatus 7%. Bei gleichaltrigen Männern liegen die entsprechenden Werte bei 11% und 4%. Auch chronischer Stress, Schlafstörungen und psychotische Symptome kommen in den niedrigen Statusgruppen verstärkt vor, wie die Daten der DEGS1-Studie aus den Jahren 2008 bis 2011 belegen. Die sozialen Unterschiede im Krankheitsgeschehen spiegeln sich in der subjektiven Gesundheit wider. Zieht man die Daten des SOEP aus dem Jahr 2012 heran, dann lässt sich mit Blick auf die Gruppe der 30- bis 64-Jährigen feststellen, dass 33% der Frauen mit niedrigem Einkommen (weniger als 60% des mittleren Nettoäquivalenzeinkommens) und 57% der Frauen mit hohem Einkommen (150% und mehr des mittleren Nettoäquivalenzeinkommens) ihre eigene Gesundheit als sehr gut oder gut einschätzen. Bei Männern finden sich mit 34% und 56% ganz ähnliche Werte. Noch deutlichere Unterschiede zwischen den Einkommensgruppen treten bei der Betrachtung des Kernindikators »Subjektive Gesundheit – weniger gut oder schlecht« zutage. Bei Frauen und Männern mit niedrigem Einkommen trifft dies auf 13% bzw. 16% zu, während der Vergleichswert in der hohen Einkommensgruppe für beide Geschlechter bei 2% liegt. Darüber hinaus verweisen die vorliegenden Daten darauf, dass die bereits im jungen Erwachsenenalter stark ausgeprägten sozialen Unterschiede im Gesundheitsverhalten im mittleren Lebensalter eine Fortsetzung erfahren. Dies gilt sowohl für riskante Verhaltensmuster wie das Rauchen und den Mangel an körperlich-sportlicher Aktivität, wobei zum Teil von einer Ausweitung der Unterschiede zuungunsten der sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen gesprochen werden kann, als auch für die Inanspruchnahme von präventiven und gesundheitsfördernden Angeboten. Eine geringere Inanspruchnahme bei Personen mit niedrigem Sozialstatus oder Bildungsniveau lässt sich beispielsweise hinsichtlich des Gesundheits-Check-ups, der Krebsfrüherkennungsuntersuchungen und der zahnärztlichen Kontrolluntersuchungen feststellen. Ferner sind Unterschiede in Bezug auf die Arbeitsbedingungen und beruflichen Belastungen zu beobachten. Sowohl physische Belastungen wie das Tragen schwerer Lasten als auch psychosoziale Belastungen wie geringe berufliche Entwicklungsmöglichkeiten kommen den Daten zufolge bei Frauen und Männern in

manuellen und einfachen Berufen häufiger vor als in höher qualifizierten Berufsgruppen (Dragano et al. 2016). Unterschiede nach der beruflichen Qualifikation und dem Berufsstatus zeigen sich zudem hinsichtlich der Unfallrisiken am Arbeitsplatz, der Arbeitsunfähigkeitstage und der krankheitsbedingten Frühberentungen, was z. B. an den routinemäßig erhobenen Daten der Sozialversicherungsträger abzulesen ist. Die beschriebenen sozialen Unterschiede in der Gesundheit und im Gesundheitsverhalten schlagen sich letztlich in einer höheren vorzeitigen Sterblichkeit und niedrigeren Lebenserwartung der sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen nieder. Wie eine auf Basis von Daten des SOEP aus den Jahren 1995 bis 2005 durchgeführte Studie verdeutlicht, haben Frauen und Männer, die einem Armutsrisiko ausgesetzt sind, im Vergleich zu denjenigen mit hohem Einkommen eine um acht bzw. elf Jahre verringerte mittlere Lebenserwartung bei Geburt (Lampert et al. 2007). Auch die ab dem mittleren Lebensalter noch verbleibende Lebenszeit variiert mit sozialen Merkmalen, und zwar auch wenn nur Lebensjahre betrachtet werden, die in guter Gesundheit verbracht werden können (Unger, Schulze 2013).

Die politischen Herausforderungen, die sich durch die ausgeprägten sozialen Unterschiede im Gesundheits- und Krankheitsgeschehen von Personen im mittleren Lebensalter stellen, sind nicht nur vor dem Hintergrund des sozialen, sondern auch des demografischen Wandels und der damit verbundenen Abnahme des Erwerbspersonenpotenzials und der Anhebung des Renteneintrittsalters zu sehen. Die vorliegenden Befunde verdeutlichen, wie wichtig es ist, in der Diskussion um die Anpassung bzw. Flexibilisierung des Renteneintrittsalters zu berücksichtigen, dass die Gesundheits- und Lebenschancen von Frauen und Männern im mittleren Alter sich je nach sozialer Lage stark unterscheiden. Gleichzeitig wird deutlich, dass die Arbeitswelt und die Vereinbarkeit von Beruf und Familie im mittleren Lebensalter wesentliche Handlungsfelder für Prävention und Gesundheitsförderung darstellen. Sozial Benachteiligte bilden den Daten zufolge auch in mittleren Altersgruppen eine wichtige Zielgruppe mit vergleichsweise großen Präventionspotenzialen.

Präventionsstrategien, die an den Lebensverhältnissen und Arbeitsbedingungen der Men-

schen ansetzen, erscheinen für die Verbesserung gesundheitlicher Chancengleichheit besonders vielversprechend, da diese nicht nur direkte Gesundheitsrelevanz haben, sondern sich auch indirekt auf die Gesundheit auswirken können, indem sie gesundheitsrelevantes Verhalten und psychosoziale Faktoren beeinflussen (Giesecke, Müters 2009; DANK 2016; Moor et al. 2016). Durch das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention werden lebensweltbezogene Ansätze unter anderem im Rahmen von betrieblicher Gesundheitsförderung unterstützt. Ein wichtiger Faktor für den Erfolg der daraus hervorgehenden Maßnahmen dürfte die Partizipation der Zielgruppen sein. Mit Blick auf die gesundheitliche Ungleichheit wird es darum gehen, auch die sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen zu erreichen und ihnen die Teilhabe an entsprechenden Initiativen zu ermöglichen. Neben den Lebens- und Arbeitsbedingungen von Erwerbstätigen stellen aber im mittleren Lebensalter auch die gesundheitlichen Belange von Arbeitslosen und Alleinerziehenden wichtige Handlungsfelder dar.

Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken im höheren Lebensalter

Die Forschung zur gesundheitlichen Ungleichheit war lange Zeit vorwiegend auf die Bevölkerung im Erwerbsalter ausgerichtet. Erst in den letzten Jahren, in dem Maße wie Lebensphasen- und lebensverlaufsspezifische Analysen an Bedeutung gewonnen haben, werden ältere Menschen häufiger in den Mittelpunkt der Betrachtung gestellt (von dem Knesebeck, Schäfer 2009; Huisman et al. 2013; Demakakos et al. 2015; von dem Knesebeck et al. 2015). Damit wird berücksichtigt, dass der Prozess des Alterns interindividuell sehr unterschiedlich verläuft und die Verfügung über sozioökonomische Ressourcen dabei eine wichtige Rolle spielt (Baltes, Baltes 1994; Bengtson, Schaie 1999).

Die bisherigen Forschungsergebnisse deuten darauf hin, dass auch nach dem Alter von 65 Jahren soziale Unterschiede in der Gesundheit und der ferneren Lebenserwartung bestehen (Huisman et al. 2013; Shaw et al. 2014; Fors, Thorslund 2015; Read et al. 2015; von dem Knesebeck et al. 2003; Lampert 2009; von dem Knesebeck,

Vonneilich 2009; Schöllgen et al. 2010; Kümpers 2012; Kruse, Schmitt 2016; Lampert et al. 2016c). Dies scheint zumindest für die ersten Jahre nach dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu gelten. Die vorliegenden Studien, die auch das weiter fortgeschrittene Lebensalter betrachten, also etwa die Jahre ab dem 80. Lebensjahr, kommen zu widersprüchlichen Ergebnissen. Während einige Untersuchungen berichten, dass die sozialen Unterschiede in der Gesundheit fortbestehen, zeigen andere, dass sie deutlich schwächer ausfallen bzw. nicht mehr festzustellen sind (Lampert 2009; von dem Knesebeck et al. 2015).

Wie die Ergebnisse der GEDA-Studie aus den Jahren 2009, 2010 und 2012 zeigen, sind 65-jährige und ältere Frauen und Männer mit niedrigem Sozialstatus häufiger von chronischen Erkrankungen betroffen. Dies gilt z. B. für Diabetes mellitus, der bei 27 % der Frauen und 22 % der Männer mit niedrigem Sozialstatus vorkommt, während es in der hohen Statusgruppe 9 % der Frauen und 17 % der Männer sind. Vergleichbare Unterschiede zwischen den Statusgruppen treten in der Verbreitung von koronarer Herzkrankheit und Depressionen zutage. Zudem ist das Risiko für körperliche und psychische Beschwerden sowie daraus resultierenden Beeinträchtigungen der Alltagsaktivität sozial ungleich verteilt. Dass sie in den letzten vier Wochen mit körperlichen Beschwerden zu tun hatten, wird von 27 % der älteren Frauen und 19 % der älteren Männer mit niedrigem Sozialstatus angegeben. In der hohen Statusgruppe liegen diese Anteile mit 14 % bzw. 9 % deutlich niedriger. Von psychischen Beschwerden in den letzten vier Wochen berichten 16 % der Frauen und 9 % der Männer aus der niedrigen und 8 % der Frauen und 4 % der Männer aus der hohen Statusgruppe. Nach Daten des SOEP aus dem Jahr 2012 haben 33 % der 65-jährigen oder älteren Frauen und 28 % der gleichaltrigen Männer, die einem Armutrisiko unterliegen, immer oder oft körperliche Schmerzen, während es unter den Gleichaltrigen in der hohen Einkommensgruppe 21 % bzw. 11 % sind. Ebenso deutlich fallen die Unterschiede in Bezug auf die subjektive Gesundheit aus. Die Daten des SOEP aus dem Jahr 2013 zeigen hierzu, dass 24 % der älteren Frauen und 22 % der älteren Männer mit einem Einkommen unterhalb der Armutrisikoschwelle ihren allgemeinen Gesundheitszustand als weniger gut

oder schlecht beurteilen, während es von denen mit hohem Einkommen 10 % bzw. 7 % sind. Die Daten des SOEP deuten zudem darauf hin, dass Frauen und Männer mit niedrigem Einkommen etwa zweimal häufiger aufgrund von gesundheitlichen Problemen in ihren sozialen Kontakten und anderen Bereichen des Alltagslebens eingeschränkt sind.

Soziale Unterschiede in Bezug auf das Risiko für Pflegebedürftigkeit wurden bislang relativ selten untersucht. Eine der wenigen vorliegenden Studien, die auf Daten der Gmünder Ersatzkasse basiert, kommt zu dem Ergebnis, dass der Beruf unabhängig von anderen Einflussfaktoren wie chronischen Erkrankungen und Multimorbidität einen eigenständigen Einfluss auf den Eintritt in die Pflegebedürftigkeit ausübt. So unterliegen Frauen, die in Arbeiterberufen tätig sind oder entsprechende Berufe während ihres aktiven Erwerbslebens ausgeübt haben, einem 26 % höheren Risiko für den Eintritt in die Pflegebedürftigkeit als jene aus Angestelltenberufen. Bei Männern ist das entsprechende Pflegebedürftigkeitsrisiko für Arbeiter im Vergleich zu Angestellten um 23 % erhöht (Borchert 2008). Eine Analyse mit Daten des SOEP aus den Jahren 2001 bis 2012 spricht dafür, dass das Risiko für den Eintritt in Pflegebedürftigkeit deutlich mit der Einkommensposition zusammenhängt. Den Ergebnissen zufolge ist das Pflegebedürftigkeitsrisiko von Frauen und Männern mit hohem Einkommen deutlich geringer als von jenen mit niedrigem Einkommen (Unger et al. 2015).

Die Befunde zur gesundheitlichen Ungleichheit im höheren Lebensalter sind vor dem Hintergrund des demografischen Wandels zu bewerten. Aufgrund des Anstiegs der Lebenserwartung bzw. des Rückgangs der vorzeitigen Sterblichkeit werden künftig auch Personen aus sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen häufiger das höhere Lebensalter erreichen. Infolgedessen könnte die im mittleren Lebensalter zu beobachtende gesundheitliche Ungleichheit zunehmend bis ins höhere Lebensalter überdauern und dort in altersspezifischen Krankheiten und Behinderungen zum Ausdruck kommen. Dies unterstreicht, dass Public-Health-Maßnahmen zur bevölkerungsweiten Förderung und Erhaltung der Gesundheit in allen Altersgruppen die besonderen Belange sozial benachteiligter Menschen berücksichtigen soll-

ten. Da chronische Krankheiten und Beschwerden sowie funktionelle Einschränkungen in sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen kumulieren, ergibt sich ein spezifischer Versorgungs- und Unterstützungsbedarf, der das medizinische, pflegerische und psychosoziale Versorgungssystem wie auch die sozialen Sicherungssysteme vor besondere Herausforderungen stellt.

Neben den Implikationen für die medizinische, pflegerische und psychosoziale Versorgung der älteren Bevölkerung ergeben sich Herausforderungen für die Gesundheitsförderung und Prävention. Im Jahr 2012 wurde das nationale Gesundheitsziel »Gesund älter werden« veröffentlicht, das sich seitdem in der Umsetzungsphase befindet (Kooperationsverbund gesundheitsziele.de 2012). Zu dessen Teilzielen zählen unter anderem, die gesellschaftliche Teilhabe älterer Menschen zu fördern, gesundheitliche Ressourcen und die Widerstandskraft älterer Menschen zu stärken, die Folgen von Multimorbidität zu mindern sowie Pflegebedürftigkeit vorzubeugen. Die vorliegenden Befunde zur gesundheitlichen Ungleichheit bei älteren Menschen bekräftigen, wie wichtig es ist, die Belange sozial benachteiligter Gruppen dabei verstärkt in den Blick zu nehmen und diese bei der Umsetzung des Gesundheitsziels in allen Phasen und Bereichen zu berücksichtigen.

Wie auch in früheren Lebensphasen eignen sich verhältnisbezogene Ansätze auch bei Älteren besonders für Gesundheitsförderung und Prävention in benachteiligten Gruppen, weil die Lebensverhältnisse einerseits eigenständige Gesundheitsrelevanz haben und andererseits gesundheitsrelevante Verhaltensweisen beeinflussen können. Ein wichtiges Setting für verhältnisbezogene Maßnahmen bei Älteren ist die unmittelbare Wohnumgebung. Dies trifft auf sozial schlechter gestellte Menschen im höheren Alter besonders zu, da deren Mobilität – z. B. Reisen und überregionale Kontakte – auch aus finanziellen Gründen eingeschränkt ist (Kooperationsverbund gesundheitsziele.de 2012). Die Gestaltung der unmittelbaren Wohnumgebung älterer Menschen unter Berücksichtigung altersgerechter Bedarfe und Bedürfnisse stellt daher einen zentralen settingbezogenen Ansatz dar, um die Teilhabechancen sozial schlechter gestellter Menschen im höheren Alter zu verbessern.

Literatur

- Arndt C, Dann S, Kleimann R et al. (2006) Das Konzept der Verwirklichungschancen (A. Sen) – Empirische Operationalisierung im Rahmen der Armuts- und Reichtumsmessung – Machbarkeitsstudie. Endbericht an das Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Institut für Angewandte Wirtschaftsforschung e. V., Tübingen
- Baltes PB, Baltes MM (1994) Gerontologie: Begriff, Herausforderung und Brennpunkte. In: Baltes PB, Mittelstraß J, Staudinger UM (Hrsg) *Alter und Altern: Ein interdisziplinärer Studententext*. de Gruyter, Berlin, S 1–34
- Bauer U, Bittlingmayer UH, Richter M (Hrsg) (2008) *Health inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- Bengtson VL, Schaie KW (1999) *Handbook of theories of aging*. Springer, Heidelberg
- BMAS – Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2017) *Lebenslagen in Deutschland. Der fünfte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung*. BMAS, Berlin
- BMFSFJ (2012) *Zeit für Familie – Familienzeitpolitik als Chance einer nachhaltigen Familienpolitik*. Achter Familienbericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). Deutscher Bundestag, Drucksache 17/9000
- Borchert L (2008) *Soziale Ungleichheit und Gesundheitsrisiken älterer Menschen: Eine empirische Längsschnittanalyse unter Berücksichtigung von Morbidität, Pflegebedürftigkeit und Mortalität*. MaroVerlag, Augsburg
- Bundesministerium für Gesundheit (2008) *Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit*. BMG, Berlin
- Bundesministerium für Gesundheit (2010) *Nationales Gesundheitsziel Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung*. BMG, Berlin
- Bundesministerium für Gesundheit (2017) *Nationales Gesundheitsziel Gesundheit rund um die Geburt*. BMG, Berlin
- DANK (2016) *Prävention nichtübertragbarer Krankheiten – eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe*. Grundsatzpapier der Deutschen Allianz Nichtübertragbare Krankheiten (DANK). DANK, Berlin
- Demakakos P, Biddulph JP, Bobak M et al. (2015) *Wealth and mortality at older ages: a prospective cohort study*. J Epidemiol Community Health
- Dragano N, Siegrist J (2009) *Die Lebenslaufperspektive gesundheitlicher Ungleichheit: Konzepte und Forschungsergebnisse*. In: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg) *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. 2. aktualisierte Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S 181–194
- Dragano N, Wahrendorf M, Müller K et al. (2016) *Arbeit und gesundheitliche Ungleichheit: Die ungleiche Verteilung von Arbeitsbelastungen in Deutschland und Europa*. Bundesgesundheitsbl–Gesundheitsforsch–Gesundheitschutz 59(2): 217–227
- Faltermajer T, Mayring P, Saup W et al. (2002) *Entwicklungspsychologie der Erwachsenenalters (2. Aufl.)*. Kohlhammer, Stuttgart u. a.
- Fors S, Thorslund M (2015) *Enduring inequality: educational disparities in health among the oldest old in Sweden 1992–2011*. Int J Public Health 60(1): 91–98
- Franzon K, Zethelius B, Cederholm T et al. (2015) *Modifiable midlife risk factors, independent aging, and survival in older men: report on long-term follow-up of the Uppsala Longitudinal Study of Adult Men cohort*. J Am Geriatr Soc 63(5): 877–885
- Giesecke J, Müters S (2009) *Strukturelle und verhaltensbezogene Faktoren gesundheitlicher Ungleichheit: Methodische Überlegungen zur Ermittlung der Erklärungsanteile*. In: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg) *Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S 353–366
- Graham H, Power C (2004) *Childhood disadvantage and health inequalities: a framework for policy based on lifecourse research*. Child Care Health Dev 30(6): 671–678
- Helfferich C (2008) *Familienplanung im mittleren Lebensalter*. Impulse. Newsletter zur Gesundheitsförderung 60: 5–6
- Huisman M, Read S, Towriss CA et al. (2013) *Socioeconomic Inequalities in Mortality Rates in Old Age in the World Health Organization Europe Region*. Epidemiologic Reviews 35(1): 84–97
- Institute of Medicine and National Research Council (Hrsg) (2015) *Investing in the health and well-being of young adults*. The National Academies Press, Washington, DC
- Irwin CE, Jr. (2010) *Young adults are worse off than adolescents*. J Adolesc Health 46(5): 405–406
- Keupp H, Straus F, Höfer R et al. (2009) *Jugend und junge Erwachsene im sozialen Wandel: Voraussetzungen und Bedingungen für das bürgerschaftliche Engagement junger Menschen in der Selbsthilfe*. NAKOS, Berlin
- Kilian H, Lehmann F, Richter-Kornweitz A et al. (2016) *Gesundheitsförderung in den Lebenswelten gemeinsam stärken. Der Kooperationsverbund »Gesundheitliche Chancengleichheit«*. Bundesgesundheitsbl–Gesundheitsforsch–Gesundheitschutz 59(2): 266–273
- Kilpeläinen K, Aromaa A, and the ECHIM project (Eds) (2008) *European Health Indicators: Development and initial implementation*. Final report of the ECHIM project. www.uzis.cz/cz/echim/final-report.pdf (Stand: 07.02.2017)
- Kolip P (2003) *Ressourcen für Gesundheit – Potenziale und ihre Ausschöpfung*. Gesundheitswesen 65(3): 155–162
- Konietzka D (2010) *Der Übergang in das Erwachsenenalter – Konzepte und Dimensionen*. In: Konietzka D (Hrsg) *Zeiten des Übergangs – Sozialer Wandel des Übergangs in das Erwachsenenalter*. Springer VS, Wiesbaden, S 107–128
- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2017) *Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen* <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/gesundheitsfoerderung-bei-kindern-und-jugendlichen/> (Stand: 30.03.2017)
- Kooperationsverbund gesundheitsziele.de (2012) *Nationales Gesundheitsziel: Gesund älter werden*. Bundesministerium für Gesundheit, Berlin
- Kruse A, Schmitt E (2016) *Soziale Ungleichheit, Gesundheit und Pflege im höheren Lebensalter*. Bundesgesundheitsbl–Gesundheitsforsch–Gesundheitschutz 59(2):
- Kuh D, Hardy R (2003) *Women's health in midlife: findings from a British birth cohort study*. J Br Menopause Soc 9(2): 55–60

- Kümpers S (2012) Sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit im Alter. *Public Health Forum* 20(1): 4.e1–4.e3
- Kuntz B, Ziese T, Lampert T (2013) Endlich erwachsen – unendlich gesund?! Impulse. Newsletter zur Gesundheitsförderung 78: 2–3
- Lademann J, Kolip P (2005) Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut, Berlin
- Lampert T (2009) Soziale Ungleichheit und Gesundheit im höheren Lebensalter. In: Böhm K, Tesch-Römer C, Ziese T (Hrsg) *Gesundheit und Krankheit im Alter. Eine gemeinsame Veröffentlichung des Statistischen Bundesamtes, des Deutschen Zentrums für Altersfragen und des Robert Koch-Instituts*. RKI, Berlin, S 121–133
- Lampert T (2010) Frühe Weichenstellung. Zur Bedeutung der Kindheit und Jugend für die Gesundheit im späteren Leben. *Bundesgesundheitsbl–Gesundheitsforsch–Gesundheitsschutz* 53(5): 486–497
- Lampert T, Kroll LE (2009) Messung des sozioökonomischen Status in sozialepidemiologischen Studien. *Gesundheitliche Ungleichheit – Theorien, Konzepte und Methoden*. VS Verlag für Sozialwissenschaften (2., aktualisierte Auflage), Wiesbaden, S 309–334
- Lampert T, Kuntz B, KiGGs Study Group (2015) Gesund aufwachsen – Welche Bedeutung kommt dem sozialen Status zu? *GBE kompakt* 6(1). www.rki.de/gbe-kompakt (Stand: 07.02.2017)
- Lampert T, Saß AC, Häfeli M et al. (2005) Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit – Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
- Lampert T, Kroll LE, Dunkelberg A (2007) Soziale Ungleichheit der Lebenserwartung in Deutschland. *Aus Politik und Zeitgeschichte* 42: 11–18
- Lampert T, Hagen C, Heizmann B (2010) Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
- Lampert T, Richter M, Schneider S et al. (2016a) Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Stand und Perspektiven der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl–Gesundheitsforsch–Gesundheitsschutz* 59(2): 153–165
- Lampert T, Kuntz B, Hoebel J et al. (2016b) Gesundheitliche Ungleichheit. In: Statistisches Bundesamt (Destatis), Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Zentrales Datenmanagement (Hrsg) *Datenreport 2016. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland*. Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn, S 302–314
- Lampert T, Hoebel J, Kuntz B et al. (2016c) Gesundheitliche Ungleichheit im höheren Lebensalter. *GBE kompakt* 7(1). www.rki.de/gbe-kompakt (Stand: 07.02.2017)
- Moor I, Spallek J, Richter M (2016) Explaining socioeconomic inequalities in self-rated health: a systematic review of the relative contribution of material, psychosocial and behavioural factors. *J Epidemiol Community Health* (online first)
- Nationale Präventionskonferenz (2016) *Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz nach §20d Abs. 3 SGB V* (verabschiedet am 19.02.2016)
- Neinstein LS, Irwin CE, Jr. (2013) Young adults remain worse off than adolescents. *J Adolesc Health* 53(5): 559–561
- Nishtala A, Himali JJ, Beiser A et al. (2015) Midlife hypertension risk and cognition in the non-demented oldest old: Framingham Heart Study. *J Alzheimers Dis* 47(1): 197–204
- Perrig-Chiello P, Jaeggi S, Buschkuhl M et al. (2009) Personality and health in middle age as predictors for well-being and health in old age. *European Journal of Ageing* 6(1): 27–37
- Peter R, March S, du Prel JB (2016) Are status inconsistency, work stress and work-family conflict associated with depressive symptoms? Testing prospective evidence in the lidA study. *Soc Sci Med* 151: 100–109
- Power C, Kuh D (2006) Life course development of unequal health. In: Siegrist J, Marmot M (Hrsg) *Social inequalities in health: New evidence and policy implications*. Oxford University Press, Oxford, S 27–54
- Read S, Grundy E, Foverskov E (2015) Socio-economic position and subjective health and well-being among older people in Europe: a systematic narrative review. *Aging & mental health*: 1–14
- Richter M, Hurrelmann K (Hrsg) (2009) *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. 2., aktualisierte Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2015) *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin
- Schlack HG (2004) Neue Morbidität im Kindesalter – Aufgaben für die Sozialpädiatrie. *Kinderarztl Prax* 75(5): 292–299
- Schöllgen I, Huxhold O, Tesch-Römer C (2010) Socioeconomic status and health in the second half of life: findings from the German Ageing Survey. *European Journal of ageing* 7(1): 17–28
- Seiffge-Krenke I, Gelhaar T (2006) Entwicklungsregulation im jungen Erwachsenenalter. Zwischen Partnerschaft, Berufseinstieg und der Gründung eines eigenen Haushalts. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie* 38(1): 18–31
- Seiffge-Krenke I (2015) »Emerging Adulthood«: Forschungsbefunde zu objektiven Markern, Entwicklungsaufgaben und Entwicklungsrisiken. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 63(3): 165–173
- Shaw BA, McGeever K, Vasquez E et al. (2014) Socioeconomic inequalities in health after age 50: are health risk behaviors to blame? *Social science & medicine* (1982) 101: 52–60
- Unger R, Schulze A (2013) Können wir (alle) überhaupt länger arbeiten? Trends in der gesunden Lebenserwartung nach Sozialschicht in Deutschland. *Comparative Population Studies – Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft* 38(3): 545–564
- Unger R, Giersiepen K, Windzio M (2015) Pflegebedürftigkeit im Lebensverlauf: Der Einfluss von Familienmitgliedern und Freunden als Versorgungsstrukturen auf die funktionale Gesundheit und Pflegebedürftigkeit im häuslichen Umfeld. *Köln Z Soziol* 67(1): 193–215
- Virtanen M, Ferrie JE, Batty GD et al. (2015) Socioeconomic and psychosocial adversity in midlife and depressive symptoms post retirement: a 21-year follow-up of the Whitehall II study. *Am J Geriatric Psychiatry* 23(1): 99–109.e101

- Volkert J, Klee G, Kleimann R et al. (2003) Operationalisierung der Armuts- und Reichtumsmessung. Institut für Angewandte Wirtschaftsforschung e.V., Tübingen
- von dem Knesebeck O, Schäfer I (2009) Gesundheitliche Ungleichheit im höheren Lebensalter. In: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg) Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S 253–265
- von dem Knesebeck O, Bickel H, Fuchs A et al. (2015) Social inequalities in patient-reported outcomes among older multimorbid patients – results of the MultiCare cohort study. *Int J Equity Health* 14(1): 17
- von dem Knesebeck O, Lüschen G, Cockerham WC et al. (2003) Socioeconomic status and health among the aged in the United States and Germany: A comparative cross-sectional study. *Social Science & Medicine* 57(9): 1643–1652
- von dem Knesebeck O, Vonneilich N (2009) Gesundheitliche Ungleichheit im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 42(6): 459–464
- Walter U, Liersch S, Gerlich MG et al. (2011) Die Lebensphase Adoleszenz und junge Erwachsene – gesellschaftliche und altersspezifische Herausforderungen zur Förderung der Gesundheit. In: KKH-Allianz (Hrsg) *Gesund jung?! Herausforderung Prävention und Gesundheitsförderung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Weißbuch Prävention 2010/11*. Springer, Berlin, S 3–30

Executive Summary

The impact of poverty and social inequality on health and life expectancy is a key issue in public health and health policy. The studies presented here demonstrate broad agreement with the assertion that members of socially disadvantaged groups are more often affected by chronic disorders and health complaints. Moreover, they also rate their own health and health-related quality of life as worse, and are more likely to die prematurely than the better-off (Bauer et al. 2008; Richter, Hurrelmann 2009; Lampert et al. 2016a,b). Alongside poverty and material deprivation, a low level of school-based education, lower-skilled jobs, a low occupational status, precarious labour market access, and experiences of unemployment, in particular long-term unemployment, often have negative consequences for health (Lampert, Kroll 2009).

Health monitoring regularly involves reporting about the socially unequal distribution of health risks and the different chances people have to maintain good health; these differences are known as “health inequalities” (Lampert et al. 2005, 2010, 2015, 2016c). Social reporting also focuses on differences in health and life expectancy, and the poverty and wealth reporting conducted by the German government is particularly worth noting in this respect. The descriptions of health and health inequalities employed in poverty and wealth reports are partly based on expertise provided by the Robert Koch Institute on behalf of the Federal Ministry of Health (BMG). The Robert Koch Institute also provided its expertise to the Fifth Poverty and Wealth Report, which was published in spring 2017 (BMAS 2017). The expertise provided by the RKI was broadly implemented throughout the latest poverty and wealth report and it also forms the basis of this report, which was produced in the context of the Federal Health Reporting System.

In accordance with the conceptual approaches developed within poverty and wealth reporting, this study describes a number of living conditions that lead people to have different chances of attaining their aspirations and participating in society. It also focuses on the relevance of these circumstances to maintaining and promoting good health, and recovering from illness. This focus includes

issues related to the origin of disease and disabilities, their treatment and care, and the likelihood of needing long-term nursing care in the future. Moreover, this study considers income, education, employment, occupation and the family as the key dimensions of a person’s living conditions which affect their chances of attaining their aspirations and participating in society. It emphasises issues related to health and initially focuses on the core indicators developed for poverty and wealth reporting: “life expectancy at birth”, “subjective health – good or very good”, “subjective health – not so good or poor” and “disability” (Volkert et al. 2003; Arndt et al. 2006; www.armuts-und-reichtumsbericht.de). These indicators are based on data from self-rated health, as well as details about whether a person has an officially recognised disability or incapacity to work. The indicators also include data on functional limitations to five areas of everyday life: 1) physical limitations climbing stairs; 2) physical limitations performing strenuous everyday activities; 3) limitations at work or during daily activities caused by physical health problems; 4) limitations at work or in daily activities caused by psychological or emotional health problems; and 5) limitations in social interaction caused by health or psychological problems. These limitations are measured as “strong”, “often” or “always”. Many other health indicators have also been incorporated into the findings. Their selection closely followed the indicator system developed for the Federal Health Reporting System and the set of indicators drawn up for the implementation of health surveys and health monitoring at the European level (Kilpeläinen et al. 2008).

Finally, this study particularly focuses on the correlations between people’s living conditions and health in different stages of life and for age groups. It divides people’s lives into four stages: childhood and adolescence (0 to 17); young adulthood (18 to 29); middle adulthood (30 to 64) and old age (65 and over). This approach has made it possible to report about health inequalities in Germany in a manner that almost covers the entire lifespan of the population and which provides a focus on specific stages of life. This is the first time that this has been done in the context of Federal Health Reporting.

Taken together, this study demonstrates that substantial health inequalities exist from early childhood to old age. Moreover, health inequalities originate and manifest themselves within the context of the living conditions a person encounters during the specific stages of their life and the opportunities for participation, experiences and events that they have during the course of their life. The study clearly demonstrates the importance of measures and opportunities aimed at disease prevention, health promotion and care that target specific age groups and take into account the particular needs of the people within each stage of life. This especially applies to measures aimed at reducing inequalities in health and life expectancy. The fact that health inequalities have remained relatively stable over the last 20 years, and, as this study demonstrates, have even grown in some areas (such as tobacco consumption, sports activity and subjective health) underlines the importance of ensuring that health measures are geared towards guaranteeing and strengthening health equity.

Health inequalities in childhood and adolescence

Childhood and adolescence are commonly regarded as the healthiest phases in a person's life. The current generation of children in highly developed countries such as Germany certainly have better prospects of living a long life in good health than any generation before them. Over the last few decades, however, a significant change in the spectrum of diagnosed diseases can be observed. In fact, a shift has occurred from acute diseases to chronic diseases, and from the typical infectious diseases of childhood towards mental health problems and developmental disorders. In scientific debates, this shift is often referred to as the "new morbidity" (Schlack 2004).

Children and adolescents are an important target group for disease prevention and health promotion measures because it is during this stage that the foundations are laid for health in later life (Lampert 2010). Disorders that occur during the early stages of physical development and organ maturation are not only immediately noticeable; they often cause long-term health limitations (Dragano, Siegrist 2009). Moreover, health-related attitudes and

behaviour form in childhood and adolescence and often endure into adulthood. Nevertheless, it is not only risk factors that are acquired early and that prove to be extremely durable throughout a person's life: the same can be said of health resources and factors that promote good health.

The empirical findings presented in this study suggest that the majority of children and adolescents in Germany grow up healthily. According to data from the first follow-up survey to the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS Wave 1), which was conducted between 2009 and 2012, about 94% of parents rate the general health of their 3 to 17-year-old children as "very good" or "good". Nevertheless, significant differences between socioeconomic groups can be observed in the data. For example, the proportion of children and adolescents whose general state of health – as rated by their parents – is either "fair", "poor" or "very poor" is higher than 10% in the low status group, but 3% in the high social status group. A similarly significant level of difference can be observed in relation to the risk of behavioural problems: 34% of children and adolescents from families with a low social status are at risk of behavioural problems, whereas only 10% of those of the same age group from families with a high social status face the same risk. In addition, social status also affects the health-related behaviour of children and adolescents. Girls and boys from families with a low social status take part less often in sport and have an unhealthier diet; this is also reflected in the fact that they consume lower levels of fruit and vegetables. In addition, they leave the house on weekdays more often without having eaten breakfast, and demonstrate a significantly greater use of electronic screen media. According to the data provided by KiGGS Wave 1, 31% of 11- to 17-year-olds with a low social status and 11% with a high social status spend five or more hours a day using a computer, the internet, game consoles, television or other screen media. The KiGGS baseline study, which was undertaken between 2003 and 2006, also demonstrates that the distribution of young people who are overweight or obese strongly correlates with social status. In accordance with current data from the health examinations undertaken of children who started school in Brandenburg in 2015, almost 8% of children from families with a low social status

are obese; the rate for children from families with a high social status is less than 2%. Moreover, an example from KiGGS Wave 1 also demonstrates how early the direction of health development is actually set: 28% of mothers with a low social status smoked during pregnancy compared to 2% of the mothers with a high social status. Children from the low social status group were also breast-fed less often and a smaller proportion undertook child health check-ups (known as “U-Untersuchungen” in Germany).

In recent years, child and adolescent health has increasingly become a focus of policy. For example, 2008 saw the adoption of the Strategy of the Federal Government for the Promotion of Child Health, which was explicitly geared to promoting equal opportunities in young people’s health (Bundesministerium für Gesundheit 2008). Furthermore, the national health target “Growing up healthily” was established in 2003, before being revised in 2010. It focuses on nutrition and exercise alongside the promotion of life skills while the newest national health target looks at the “Time around birth” (Bundesministerium für Gesundheit 2010, 2017). In addition, the German cooperation network “Equity in health”, part of the Federal Centre for Health Education (BZgA), represents an important platform for the numerous stakeholders. It makes available an extensive praxis database for health promotion focused on socially disadvantaged children and adolescents, develops quality criteria and recommendations on how these should be implemented, and identifies and portrays exemplary “good practice” projects (Kilian et al. 2016; Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit 2017).

The 2015 Preventive Health Care Act provided additional resources for measures directed towards people’s living environments. Social security institutions, federal states and municipalities are now required to intensify their cooperation in the field of disease prevention and health promotion. The Act underlines the particular importance of people’s living environments as “identifiable social systems that have a significance for health” (§20 SGB V) and that shape everyday living, learning and working conditions. This leads to a focus on different living environments and target groups, depending on the stage of life in question. As children and adolescents spend much of

their time in day-care centres and schools, these settings are particularly well suited for health promotion. This also applies to the aim of tackling social inequalities in health, since children and adolescents can be reached in educational institutions regardless of their social backgrounds.

Health inequalities in young adulthood

Young adulthood is characterised by an increasing diversity of roles, growing autonomy and self-responsibility. It consists of status passages marked by events such as finishing school, starting university or vocational training, beginning a career, leaving the parental home, choosing a partner and starting a family (Seiffge-Krenke, Gelhaar 2006; Konietzka 2010; Seiffge-Krenke 2015). The developments that occur in middle or older adulthood depend on the way in which the developmental tasks that occur during young adulthood are addressed (Institute of Medicine and National Research Council 2015). Young adults have more choice available to them today to shape their life according to their own ideas than any other generation before them. However, alongside the wide-ranging opportunities available to them, young adults also increasingly experience feelings of insecurity, instability and disorientation (Faltermaier et al. 2002; Keupp et al. 2009).

The foundations for future health and health behaviour are established during young adulthood. At first glance, young adulthood – in similar terms to childhood and adolescence – appears to be one of the healthiest stages in a person’s life. Most processes of physical growth and maturation have been completed by this time. Moreover, many aspects of physical development reach their highest level of functional capacity and fitness during young adulthood. Serious diseases also occur much less often during this stage than in middle adulthood and older age. Nevertheless, at second glance, it becomes clear that some factors pose an increased health risk to young adults. For example, young adults – and young men in particular – suffer from an above-average number of injuries (Robert Koch-Institut 2015). In addition, the use of tobacco, alcohol and illegal substances is more common during young adulthood than in later life (Irwin 2010; Neinstein, Irwin 2013).

According to the data collected by the German Socio-economic Panel (SOEP), 66% of 18 to 29-year-old women and 78% of men of the same age rate their general health as “very good” or “good”. 76% of women with a high level of education rate their health as “very good” or “good”, whereas for those with a low level of education it is only 57%. The figures for men with a high and low level of education are 84% and 77% respectively; in this case, the difference is not only smaller, it is not even statistically significant. According to summarised data from the German Health Update (GEDA) from 2009, 2010 and 2012, 25% of young women with a low level of school education and 11% of young women with a high level of school education stated that they had suffered from chronic back pain in the last 12 months. In the case of young men, the figures were 13% among those with a low level of education and 5% among those with a high level of education. Differences between educational groups are also observed in relation to mental health and health-related quality of life. According to data from the German Health and Examination Survey of Adults (DEGS1), which was collected between 2008 and 2011, 15% of young women and 14% of young men with a low social status had symptoms of depression. In contrast, this applied to 6% of women and 7% of men from the high social status group. Social differences in the health-related behaviour of young adults are also evident. In the GEDA study, 56% of 18- to 29-year-old women with a low level of education, smoked compared to 29% of same age women with a high level of school education. The corresponding figures for men are 64% and 32%. Significant differences are also clear in terms of sports engagement, dietary habits and the prevalence of obesity: young women and men with a low level of education were also worse off in this respect. Regarding health-related care, social differences can be observed in young adults in terms of the use of dental check-ups. In addition, young women with a high social status have a higher take-up of annual cervical cancer screening, namely 74%, whereas among women of the same age from the low status group this was just 46%.

The findings presented in this study demonstrate that even in young adulthood there are marked social differences in health, health-related

behaviour and partly in the uptake of health-care-related services. Within the heterogeneous young adult group, the health of people who are most exposed to psychological stress and who have fewer material and social resources at their disposal to overcome such stress is particularly at risk. Alongside people with lower levels of school education, these include the unemployed, single parents and migrants with insufficient language skills (Kuntz et al. 2013). As such, it is important to align disease prevention and health promotion measures to the needs and circumstances of the respective young adult target population (Walter et al. 2011). The 2015 Preventive Health Care Act could also provide new direction in this regard. The framework recommendations made by the German National Prevention Conference (Nationale Präventionskonferenz 2016), which were prepared in the context of the Act, specifically refer to apprentices and students as important groups that need to be targeted by disease prevention and health promotion measures. As part of the “setting approach”, the Act is also aimed at shaping living environments such as universities, schools and colleges that provide vocational training and companies (including those providing apprenticeships) to ensure that such institutions contribute towards the health of young adults.

Health inequalities in middle adulthood

Middle adulthood begins with the end of young adulthood and extends until the last phase of working life. By the age of 30, most people have usually completed their professional training and have entered the world of work. The first few years of middle adulthood typically go hand in hand with a phase of professional consolidation. This period also frequently marks the point at which many people start their own family. As such, middle adulthood is characterised by the responsibilities that simultaneously arise from employment, parenting and family life. Middle adulthood has also been spoken of as the “rush hour of life” (Helfferich 2008; BMFSFJ 2012). New responsibilities often appear during the fifth and sixth decades of a person’s life, such as the need to care for parents or other relatives. This consolidation of demands from professional and family life can

cause temporal conflicts and compatibility problems (BMFSFJ 2012). In addition, it often results in multiple burdens and, ultimately, poses a health risk (Lademann, Kolip 2005; Peter et al. 2016). Whether and how these demands can be tackled largely depends on the material, social and personal resources available to the person in question (Kolip 2003).

From an epidemiological point of view, middle adulthood can be considered from a number of perspectives. On the one hand, it is the stage of life during which the health consequences of previous stresses and strains and health risks often come to light (Kuh, Hardy 2003; Graham, Power 2004; Power, Kuh 2006). On the other hand, middle adulthood also lays the foundations for the development of health, fitness and well-being in old age (Perrig-Chiello et al. 2009; Franzon et al. 2015; Nishtala et al. 2015). For example, data from the second Whitehall Study, a cohort study of British civil servants, demonstrate that adverse socioeconomic and psychosocial conditions during middle adulthood can affect mental health in old age (Virtanen et al. 2015).

In the case of Germany, the data analysed for this report demonstrate a number of pronounced social differences. This is clear, for example, from the risk of chronic diseases faced by people in middle adulthood. Data from the 2012 GEDA study show that women and men aged between 30 and 64 with a low social status have a three times greater risk of developing coronary heart disease and diabetes mellitus. Low status groups also have significant disadvantages in terms of other cardiovascular diseases, metabolic disorders and musculoskeletal disorders and cancer. The results from the 2009/2010 GEDA study particularly point to status-specific health differences with regard to mental illness. The study found that 30- to 64-year-old women with a low social status had a 12-month prevalence of depression of 14%; for women of the same age with a high social status the rate was 7%. For men of the same age, the corresponding figures are 11% and 4%. The data gathered for DEGS1 between 2008 and 2011 also demonstrate that low status groups are more affected by chronic stress, sleep disorders and psychotic symptoms. Furthermore, social differences in disease progression are also reflected in results on subjective health. The SOEP data from 2012

demonstrate that 33% of women on a low income (defined as less than 60% of median net equivalent income) and 57% of women on a high income (defined as 150% or more of the median net equivalent income) in the 30 to 64 age group rate their own health as “very good” or “good”. Very similar values were found among men: 34% and 56%. Even more marked differences are revealed by an analysis of differences between income groups with regard to the core indicator “subjective health – not so good or poor”. In the case of people on a low income, 13% of women and 16% of men rate their subjective health as “not so good” or “bad” respectively; the figure for the high-income group for both genders is 2%. Furthermore, the findings included in this report also demonstrate that strongly pronounced social differences in health behaviour among young adults continue into middle adulthood. This applies to risk-related behaviours such as smoking and low levels of physical exercise and sport – where the evidence points to widening differences to the disadvantage of lower status groups – as well as to the uptake of disease prevention measures and health promotion services. A lower up-take of health services among individuals with a low social status or a low level of education is also clear, for example, from the data on health check-ups, cancer screenings and dental check-ups. Differences linked to working conditions and occupational stress have also been observed. The data demonstrate that both physical stress, such as carrying heavy loads, and psychosocial stress, such as having fewer opportunities for professional development, are more frequent among men and women who work in manual and rudimentary occupations than among people working in higher-skilled occupations (Dragano et al. 2016). The differences linked to professional qualifications and occupational status are also expressed in terms of the risk of accidents in the workplace, the number of days taken off work due to sickness, as well as illness-related early retirement. These differences can also be observed in the routine data gathered from social security institutions. Ultimately, the social differences in health and health-related behaviours are reflected in higher levels of premature mortality and a lower life expectancy among disadvantaged population groups. As an analysis based on SOEP data from between 1995 and 2005 emphasises,

people who are at risk of poverty have a lower average life expectancy at birth than their counterparts on a higher income: among women in this group, life expectancy is eight years lower; among men, eleven years lower (Lampert et al. 2007). The remaining life expectancy at middle age also varies with social position; this is still the case if only those years of life that a person is likely to spend in good health are considered (Unger, Schulze 2013).

The political challenges posed by the marked social differences in developments in health and disease among people in middle adulthood should not only be looked at in the context of social change; it is also important to take into account demographic change, the associated decline in the labour force and the raising of the retirement age. The findings set out in this report show how important it is to ensure that the discussion about reforming and flexibilising the retirement age also takes into account the fact that the health of people in middle adulthood greatly depends on their social circumstances. At the same time, it is clear that the world of work and the work-family balance constitute key areas of action in disease prevention and health promotion during this stage of life, and that the data show that socially disadvantaged people in middle adulthood are also an important target group with a relatively large potential for disease prevention.

Prevention strategies that focus on people's living and working conditions are especially promising in terms of improving equal opportunities in health, since they are not only directly relevant to health, they can also affect health indirectly by influencing health-related behaviour and psychosocial factors (Giasecke, Mütters 2009; DANK 2016; Moor et al. 2016). The Preventive Health Care Act also enables support to be provided to approaches focused on people's living environments within the framework of workplace health promotion. However, if these measures are to be successful, the target group of socially disadvantaged people will need to participate in relevant initiatives. In addition to the living and working conditions of people in employment, the health concerns of the unemployed and single parents are further important areas in need of action in terms of health measures focused on people in middle adulthood.

Health inequalities in old age

For a long time, research into health inequalities primarily focused on the working age population. It is only since the recent shift towards the importance of analyses focused on specific life stages or the life-course that the elderly have more frequently become the focus of social epidemiology (von dem Knesebeck, Schäfer 2009; Huisman et al. 2013; Demakakos et al. 2015; von dem Knesebeck et al. 2015). This shift accounts for the fact that the process of ageing progresses in a highly individual manner and that socioeconomic resources play an important role in this process (Baltes, Baltes 1994; Bengtson, Schaie 1999).

Research has generally found that social differences in health and life expectancy continue even after the age of 65 (Huisman et al. 2013; Shaw et al. 2014; Fors, Thorslund 2015; Read et al. 2015; von dem Knesebeck et al. 2003; Lampert 2009; von dem Knesebeck and Vonneilich 2009; Schöllgen et al. 2010; Kümpers 2012; Kruse, Schmitt 2016; Lampert et al. 2016c). This seems to be true at least for the first few years after leaving the labour force. The existing studies which also consider people of an advanced age (of 80 and above), however, produced conflicting results. While a number of the analyses found that social differences in health persist into old age, some found that these differences were substantially less pronounced and others were unable to identify any differences at all (Lampert 2009; von dem Knesebeck et al. 2015).

As the results of the GEDA study from 2009, 2010 and 2012 show, women and men with a low social status aged 65 or above suffer more often from chronic diseases. This applies to diseases such as diabetes mellitus, which occurs in 27% of women and 22% of men with a low social status, and in 9% of women and 17% of men with a high social status. Similar differences emerge between the status groups with regard to coronary heart disease and depression. In addition, the risk of physical and mental health complaints and the resulting limitations to daily activity is unequally distributed: 27% of older women and 19% of older men with a low social status stated that they had been affected by physical complaints in the four weeks that preceded the study. In the high status group, these proportions are significantly lower:

14% and 9% respectively. In the case of mental health complaints, 16% of women and 9% of men with a low status and 8% of women and 4% of men with a high status stated that they had suffered mental health problems during the four weeks that preceded the survey. According to data from SOEP gathered in 2012, 33% of women aged 65 years or older, and 28% of men of the same age, who were at risk from poverty, stated that they always or often suffered from physical pain; in the high income group the figures were 21% and 11% respectively. Social differences in subjective health were just as clear: the SOEP data from 2013 show that 24% of elderly women and 22% of elderly men with an income below the poverty risk threshold rated their general health as “not so good” or “poor”; the figures for those on a high-income were 10% and 7% respectively. The SOEP data also suggest that health problems meant that women and men on low incomes were about twice as likely to face limitations to their social contacts and other areas of their everyday life.

Few investigations have been conducted into the impact of social differences on the need for long-term care. One of the few studies available, which is based on data from the Gmünder Ersatzkasse, concludes that a person’s occupation, irrespective of other factors such as chronic diseases and multi-morbidity, has an independent influence on his or her future need for long-term nursing care. For example, women who are employed in blue-collar jobs or who have been employed in such occupations during their working life have a 26% higher risk of needing nursing care than those working in white-collar occupations. In the case of men, blue collar workers have a 23% higher risk of needing nursing care (Borchert 2008). An analysis based on SOEP data gathered between 2001 and 2012 suggests that the risk of needing nursing care is significantly related to income. The study found that the risk of needing nursing care in women and men with a high income is much lower than those on lower incomes (Unger et al. 2015).

The findings on health inequalities in older age need to be analysed against the backdrop of demographic change. The increase in life expectancy and decline in premature mortality means that people from socially disadvantaged populations will also be more likely to reach an advanced age

in the future. Consequently, the health inequalities observed in middle adulthood are likely to continue through to later life and express themselves in age-specific diseases and disabilities. This situation underlines the need for public health measures aimed at ensuring that health can be promoted and maintained in people of all ages and that take into account the special needs of socially disadvantaged groups. Since chronic diseases, health problems and functional limitations accumulate in disadvantaged populations, these groups have a special need for care and support. This poses particular challenges to the medical, nursing, psychosocial care and social security system.

In addition to the implications for the medical, nursing and psychosocial care of an ageing population, challenges also arise for health promotion and disease prevention. In 2012, the national health goal “healthy ageing” was drawn up, and has since been in the implementation phase (Kooperationsverbund gesundheitsziele.de 2012). Its sub-goals include promoting the social participation of older people, strengthening health resources and the resilience of older people, thus, improving, maintaining and recovering the health of older people while mitigating the consequences of multimorbidity and preventing the need for nursing care. The findings on health inequalities among the elderly presented here reiterate the importance of increasingly focusing on the needs of socially disadvantaged groups and taking them into account in the implementation of the national health goal in all phases and areas.

As with other stages of life, setting-based approaches are applicable in old age and particularly to health promotion and disease prevention among disadvantaged groups because people’s living conditions are directly relevant to their health and also influence health-related behaviours. An important setting for health promotion measures in older people is their immediate home environment. This particularly applies to socially disadvantaged people in the higher age group because their mobility – such as in terms of travel and contacts to people outside of their own region – is restricted due to financial limitations (Kooperationsverbund gesundheitsziele.de 2012). Shaping older people’s immediate home environments (while taking age-based requirements and needs

into account) is a central aspect of a setting-based approach aimed at improving the opportunities for social participation of older people with a low social status.

References

- Arndt C, Dann S, Kleimann R et al. (2006) Das Konzept der Verwirklichungschancen (A. Sen) – Empirische Operationalisierung im Rahmen der Armut- und Reichtumsmessung – Machbarkeitsstudie. Enderbericht an das Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Institut für Angewandte Wirtschaftsforschung e. V., Tübingen
- Baltes PB, Baltes MM (1994) Gerontologie: Begriff, Herausforderung und Brennpunkte. In: Baltes PB, Mittelstraß J, Staudinger UM (Hrsg) *Alter und Altern: Ein interdisziplinärer Studententext*. de Gruyter, Berlin, S 1-34
- Bauer U, Bittlingmayer UH, Richter M (Hrsg) (2008) *Health inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- Bengtson VL, Schaie KW (1999) *Handbook of theories of aging*. Springer, Heidelberg
- BMAS – Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2017) *Lebenslagen in Deutschland. Der fünfte Armut- und Reichtumsbericht der Bundesregierung*. BMAS, Berlin
- BMFSFJ (2012) *Zeit für Familie – Familienzeitpolitik als Chance einer nachhaltigen Familienpolitik. Achter Familienbericht des Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)*. Deutscher Bundestag, Drucksache 17/9000
- Borchert L (2008) *Soziale Ungleichheit und Gesundheitsrisiken älterer Menschen: Eine empirische Längsschnittanalyse unter Berücksichtigung von Morbidität, Pflegebedürftigkeit und Mortalität*. MaroVerlag, Augsburg
- Bundesministerium für Gesundheit (2008) *Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit*. BMG, Berlin
- Bundesministerium für Gesundheit (2010) *Nationales Gesundheitsziel Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung*. BMG, Berlin
- Bundesministerium für Gesundheit (2017) *Nationales Gesundheitsziel Gesundheit rund um die Geburt*. BMG, Berlin
- DANK (2016) *Prävention nichtübertragbarer Krankheiten – eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Grundsatzpapier der Deutschen Allianz Nichtübertragbare Krankheiten (DANK)*. DANK, Berlin
- Demakakos P, Biddulph JP, Bobak M et al. (2015) *Health and mortality at older ages: a prospective cohort study*. J Epidemiol Community Health
- Dragano N, Siegrist J (2009) *Die Lebenslaufperspektive gesundheitlicher Ungleichheit: Konzepte und Forschungsergebnisse*. In: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg) *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. 2. aktualisierte Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S 181-194
- Dragano N, Warendorf M, Müller K et al. (2016) *Arbeit und gesundheitliche Ungleichheit: Die ungleiche Verteilung von Arbeitsbelastungen in Deutschland und Europa*. Bundesgesundheitsbl–Gesundheitsforsch–Gesundheitschutz 59(2): 217-227
- Faltermaier T, Mayring P, Saup W et al. (2002) *Entwicklungspsychologie der Erwachsenenalters (2. Aufl.)*. Kohlhammer, Stuttgart u.a.
- Fors S, Thorslund M (2015) *Enduring inequality: educational disparities in health among the oldest old in Sweden 1992–2011*. Int J Public Health 60(1): 91-98
- Franzon K, Zethelius B, Cederholm T et al. (2015) *Modifiable midlife risk factors, independent aging, and survival in older men: report on long-term follow-up of the Uppsala Longitudinal Study of Adult Men cohort*. J Am Geriatr Soc 63(5): 877-885
- Giesecke J, Müters S (2009) *Strukturelle und verhaltensbezogene Faktoren gesundheitlicher Ungleichheit: Methodische Überlegungen zur Ermittlung der Erklärungsanteile*. In: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg) *Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S 353-366
- Graham H, Power C (2004) *Childhood disadvantage and health inequalities: a framework for policy based on lifecourse research*. Child Care Health Dev 30(6): 671-678
- Helfferich C (2008) *Familienplanung im mittleren Lebensalter. Impulse*. Newsletter zur Gesundheitsförderung 60: 5-6
- Huisman M, Read S, Towriss CA et al. (2013) *Socioeconomic Inequalities in Mortality Rates in Old Age in the World Health Organization Europe Region*. Epidemiologic Reviews 35(1): 84-97
- Institute of Medicine and National Research Council (Hrsg) (2015) *Investing in the health and well-being of young adults*. The National Academies Press, Washington, DC
- Irwin CE, Jr. (2010) *Young adults are worse off than adolescents*. J Adolesc Health 46(5): 405-406
- Keupp H, Straus F, Höfer R et al. (2009) *Jugend und junge Erwachsene im sozialen Wandel: Voraussetzungen und Bedingungen für das bürgerchaftliche Engagement junger Menschen in der Selbsthilfe*. NAKOS, Berlin
- Kilian H, Lehmann F, Richter-Kornweitz A et al. (2016) *Gesundheitsförderung in den Lebenswelten gemeinsam stärken. Der Kooperationsverbund »Gesundheitliche Chancengleichheit«*. Bundesgesundheitsbl–Gesundheitsforsch–Gesundheitsschutz 59(2): 266-273
- Kilpeläinen K, Aromaa A, and the ECHIM project (Eds) (2008) *European Health Indicators: Development and initial implementation. Final report of the ECHIM project*. www.uzis.cz/cz/echim/final-report.pdf (Stand: 07.02.2017)
- Kolip P (2003) *Ressourcen für Gesundheit – Potenziale und ihre Ausschöpfung*. Gesundheitswesen 65(3): 155-162
- Konietzka D (2010) *Der Übergang in das Erwachsenenalter – Konzepte und Dimensionen*. In: Konietzka D (Hrsg) *Zeiten des Übergangs – Sozialer Wandel des Übergangs in das Erwachsenenalter*. Springer VS, Wiesbaden, S 107-128
- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2017) *Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen*. <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/gesundheitsfoerderung-bei-kindern-und-jugendlichen/> (Stand: 30.03.2017)
- Kooperationsverbund gesundheitsziele.de (2012) *Nationales Gesundheitsziel: Gesund älter werden*. Bundesministerium für Gesundheit, Berlin

- Kruse A, Schmitt E (2016) Soziale Ungleichheit, Gesundheit und Pflege im höheren Lebensalter. Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz 59(2):
- Kuh D, Hardy R (2003) Women's health in midlife: findings from a British birth cohort study. *J Br Menopause Soc* 9(2): 55-60
- Kümpers S (2012) Sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit im Alter. *Public Health Forum* 20(1): 4.e1-4.e3
- Kuntz B, Ziese T, Lampert T (2013) Endlich erwachsen – unendlich gesund?! Impulse. Newsletter zur Gesundheitsförderung 78: 2-3
- Lademann J, Kolip P (2005) Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut, Berlin
- Lampert T (2009) Soziale Ungleichheit und Gesundheit im höheren Lebensalter. In: Böhm K, Tesch-Römer C, Ziese T (Hrsg) *Gesundheit und Krankheit im Alter. Eine gemeinsame Veröffentlichung des Statistischen Bundesamtes, des Deutschen Zentrums für Altersfragen und des Robert Koch-Instituts*. RKI, Berlin, S 121-133
- Lampert T (2010) Frühe Weichenstellung. Zur Bedeutung der Kindheit und Jugend für die Gesundheit im späteren Leben. *Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz* 53(5): 486-497
- Lampert T, Kroll LE (2009) Messung des sozioökonomischen Status in sozialepidemiologischen Studien. *Gesundheitliche Ungleichheit – Theorien, Konzepte und Methoden*. VS Verlag für Sozialwissenschaften (2., aktualisierte Auflage), Wiesbaden, S 309-334
- Lampert T, Kuntz B, KiGGS Study Group (2015) Gesund aufwachsen – Welche Bedeutung kommt dem sozialen Status zu? *GBE kompakt* 6(1). www.rki.de/gbe-kompakt (Stand: 07.02.2017)
- Lampert T, Saß AC, Häfelfinger M et al. (2005) Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit – Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
- Lampert T, Kroll LE, Dunkelberg A (2007) Soziale Ungleichheit der Lebenserwartung in Deutschland. *Aus Politik und Zeitgeschichte* 42: 11-18
- Lampert T, Hagen C, Heizmann B (2010) Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
- Lampert T, Richter M, Schneider S et al. (2016a) Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Stand und Perspektiven der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz* 59(2): 153-165
- Lampert T, Kuntz B, Hoebel J et al. (2016b) Gesundheitliche Ungleichheit. In: Statistisches Bundesamt (Destatis), Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Zentrales Datenmanagement (Hrsg) *Datenreport 2016. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn*, S 302-314
- Lampert T, Hoebel J, Kuntz B et al. (2016c) Gesundheitliche Ungleichheit im höheren Lebensalter. *GBE kompakt* 7(1). www.rki.de/gbe-kompakt (Stand: 07.02.2017)
- Moor I, Spallek J, Richter M (2016) Explaining socioeconomic inequalities in self-rated health: a systematic review of the relative contribution of material, psychosocial and behavioural factors. *J Epidemiol Community Health* (online first)
- Nationale Präventionskonferenz (2016) *Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz nach §20d Abs. 3 SGB V* (verabschiedet am 19.02.2016)
- Neinstein LS, Irwin CE, Jr. (2013) Young adults remain worse off than adolescents. *J Adolesc Health* 53(5): 559-561
- Nishtala A, Himali JJ, Beiser A et al. (2015) Midlife hypertension risk and cognition in the non-demented oldest old: Framingham Heart Study. *J Alzheimers Dis* 47(1):197-204
- Perrig-Chiello P, Jaeggi S, Buschkuhl M et al. (2009) Personality and health in middle age as predictors for well-being and health in old age. *European Journal of Ageing* 6(1): 27-37
- Peter R, March S, du Prel JB (2016) Are status inconsistency, work stress and work-family conflict associated with depressive symptoms? Testing prospective evidence in the lidA study. *Soc Sci Med* 151: 100-109
- Power C, Kuh D (2006) Life course development of unequal health. In: Siegrist J, Marmot M (Hrsg) *Social inequalities in health: New evidence and policy implications*. Oxford University Press, Oxford, S 27-54
- Read S, Grundy E, Foverskov E (2015) Socio-economic position and subjective health and well-being among older people in Europe: a systematic narrative review. *Ageing & mental health*: 1-14
- Richter M, Hurrelmann K (Hrsg) (2009) *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. 2., aktualisierte Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2015) *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin
- Schlack HG (2004) *Neue Morbidität im Kindesalter – Aufgaben für die Sozialpädiatrie*. *Kinderarztl Prax* 75(5): 292-299
- Schöllgen I, Huxhold O, Tesch-Römer C (2010) Socioeconomic status and health in the second half of life: findings from the German Ageing Survey. *European Journal of ageing* 7(1): 17-28
- Seiffge-Krenke I, Gelhaar T (2006) Entwicklungsregulation im jungen Erwachsenenalter. Zwischen Partnerschaft, Berufseinstieg und der Gründung eines eigenen Haushalts. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie* 38(1): 18-31
- Seiffge-Krenke I (2015) »Emerging Adulthood«: Forschungsbefunde zu objektiven Markern, Entwicklungsaufgaben und Entwicklungsrisiken. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 63(3): 165-173
- Shaw BA, McGeever K, Vasquez E et al. (2014) Socioeconomic inequalities in health after age 50: are health risk behaviors to blame? *Social science & medicine* (1982) 101: 52-60
- Unger R, Schulze A (2013) Können wir (alle) überhaupt länger arbeiten? Trends in der gesunden Lebenserwartung nach Sozialschicht in Deutschland. *Comparative Population Studies – Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft* 38(3): 545-564
- Unger R, Giersiepen K, Windzio M (2015) Pflegebedürftigkeit im Lebensverlauf: Der Einfluss von Familienmitgliedern und Freunden als Versorgungsstrukturen auf die funktionale Gesundheit und Pflegebedürftigkeit im häuslichen Umfeld. *Köln Z. Soziol* 67(1): 193-215

- Virtanen M, Ferrie JE, Batty GD et al. (2015) Socioeconomic and psychosocial adversity in midlife and depressive symptoms post retirement: a 21-year follow-up of the Whitehall II study. *Am J Geriatric Psychiatry* 23(1): 99-109.e101
- Volkert J, Klee G, Kleimann R et al. (2003) Operationalisierung der Armuts- und Reichtumsmessung. Institut für Angewandte Wirtschaftsforschung e.V., Tübingen
- von dem Knesebeck O, Schäfer I (2009) Gesundheitliche Ungleichheit im höheren Lebensalter. In: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg) *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S 253-265
- von dem Knesebeck O, Bickel H, Fuchs A et al. (2015) Social inequalities in patient-reported outcomes among older multimorbid patients – results of the MultiCare cohort study. *Int J Equity Health* 14(1): 17
- von dem Knesebeck O, Lüschen G, Cockerham WC et al. (2003) Socioeconomic status and health among the aged in the United States and Germany: A comparative cross-sectional study. *Social Science & Medicine* 57(9): 1643-1652
- von dem Knesebeck O, Vonneilich N (2009) Gesundheitliche Ungleichheit im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 42(6): 459-464
- Walter U, Liersch S, Gerlich MG et al. (2011) Die Lebensphase Adoleszenz und junge Erwachsene – gesellschaftliche und altersspezifische Herausforderungen zur Förderung der Gesundheit. In: KKH-Allianz (Hrsg) *Gesund jung?! Herausforderung Prävention und Gesundheitsförderung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen*. Weißbuch Prävention 2010/11. Springer, Berlin, S 3-30

Die politische und finanzielle Verantwortung für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes liegt beim Bundesministerium für Gesundheit.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes
Gemeinsam getragen von RKI und Destatis.
Gesundheitliche Ungleichheit in verschiedenen Lebensphasen

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Internet: www.rki.de/gbe
Twitter: [@rki_de](https://twitter.com/rki_de)

Redaktion

Dr. Anke-Christine Saß, Dr. Thomas Ziese
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring

Autoren

PD Dr. Thomas Lampert, Jens Hoebel, Dr. Benjamin Kuntz,
Stephan Müters, Dr. Lars E. Kroll

Satz

Kerstin Möllerke

Druck

Oktoberdruck, Berlin

Bezugsquelle

E-Mail: gbe@rki.de
Tel.: 030-18754-3400

Vorgeschlagene Zitierweise

Robert Koch-Institut (Hrsg) (2017) Gesundheitliche Ungleichheit in verschiedenen Lebensphasen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin

ISBN: 978-3-89606-234-5

DOI: 10.17886/RKI-GBE-2017-003

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.dnb.de> abrufbar.



Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im
Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit

Soziale Unterschiede in der Gesundheit und Lebenserwartung sind ein zentrales Thema von Public Health und Gesundheitspolitik. Mittlerweile belegen zahlreiche Studien, dass die Angehörigen sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen häufiger von chronischen Krankheiten und Beschwerden betroffen sind, ihre eigene Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität schlechter einschätzen und zu einem größeren Anteil vorzeitig sterben als die Angehörigen sozial besser gestellter Bevölkerungsgruppen. Der vorliegende Bericht fasst den aktuellen Forschungs- und Erkenntnisstand zusammen und ergänzt diesen um eine lebensphasenspezifische Betrachtung der gesundheitlichen Ungleichheit, die vom Kindes- und Jugendalter über das junge und mittlere Erwachsenenalter bis hin zum höheren Lebensalter reicht. Die Ergebnisse verweisen darauf, dass die gesundheitliche Ungleichheit über den gesamten Lebensverlauf stark ausgeprägt ist und Maßnahmen, die auf eine Stärkung der gesundheitlichen Chancengleichheit zielen, lebensphasenspezifisch ausgerichtet und umgesetzt werden sollten.