

## 7 Welcher Zusammenhang besteht zwischen der sozialen und gesundheitlichen Lage in den neuen und alten Bundesländern?

- ▶ Ost-West-Unterschiede im Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten sollten vor dem Hintergrund der Lebensbedingungen in den neuen und alten Bundesländern diskutiert werden.
- ▶ Ein geringes Einkommen geht mit einem erhöhten Risiko für zahlreiche Krankheiten und Gesundheitsprobleme einher.
- ▶ Bildung wirkt sich unabhängig vom Einkommen auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten aus.
- ▶ Arbeitslose Frauen und Männer weisen vermehrt gesundheitliche Beeinträchtigungen und Risikofaktoren auf.
- ▶ In Regionen mit hoher Armuts- und Arbeitslosenquote ist die mittlere Lebenserwartung der Bevölkerung verringert.
- ▶ Der Zusammenhang zwischen der sozialen und gesundheitlichen Lage ist in den neuen und alten Bundesländern ähnlich stark ausgeprägt.

Für Deutschland und viele andere Länder wird regelmäßig gezeigt, dass ein enger Zusammenhang zwischen der sozialen und gesundheitlichen Lage besteht, der je nach gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, wie z. B. der Höhe des allgemeinen Wohlstands, des Ausmaßes der sozialen Ungleichheit und des Ausbaus der sozialen Sicherungssysteme, unterschiedlich ausgeprägt ist (Mackenbach 2006). Die soziale Lage wird dabei zumeist über Angaben zu Bildung, Berufsstatus und Einkommen erfasst. Diese drei Indikatoren bilden unterschiedliche, für die Gesundheit relevante Aspekte der sozialen Lage ab. So ist die Bildung im engen Zusammenhang mit gesundheitsbezogenen Einstellungen und Kompetenzen sowie dem Gesundheitswissen und Gesundheitsverhalten zu sehen. Bezüglich der beruflichen Stellung sind unter anderem körperliche und psychosoziale Belastungen am Arbeitsplatz sowie berufliche Ressourcen und Gratifikationen zu beachten. Die Bedeutung des Einkommens erschließt sich z. B.

über den finanziellen Handlungsspielraum, den materiellen Lebensstandard und die soziale Absicherung (RKI 2005; Geyer 2008a).

In den letzten Jahren werden die Auswirkungen der sozialen Lage auf die Gesundheit zunehmend häufiger mit Blick auf einzelne Bevölkerungsgruppen diskutiert. Dazu gehören die Arbeitslosen, die oftmals ein niedriges berufliches Qualifikationsniveau aufweisen und über ein geringes Einkommen verfügen. Auch die gesundheitliche Situation von allein erziehenden Müttern ist vermehrt Gegenstand der Betrachtung, insbesondere unter dem Gesichtspunkt der schwierigen Vereinbarkeit von Beruf und Familie, die sich nicht nur in materiellen Nachteilen, sondern auch einer höheren psychosozialen Beanspruchung niederschlagen kann. Darüber hinaus zählen Migrantinnen und Migranten sowie Menschen mit Behinderungen oder chronischen Krankheiten zu den Bevölkerungsgruppen, bei denen die Beziehung zwischen der sozialen und gesundheitlichen Lage näher betrachtet wird (RKI 2005; BMAS 2008).

Im Folgenden wird die Relevanz der sozialen Lage für die Gesundheit am Beispiel des Einkommens, der Bildung und der Arbeitslosigkeit untersucht. Zu jedem Thema wird zunächst der aktuelle Forschungsstand berichtet. Anschließend werden aktuelle Ergebnisse präsentiert, die verdeutlichen sollen, ob der Zusammenhang zwischen der sozialen und gesundheitlichen Lage in den neuen und alten Bundesländern ähnlich stark ausgeprägt ist oder ob sich diesbezüglich Variationen beobachten lassen. In Kapitel 2.2 wurde gezeigt, dass sich die Lebensbedingungen in den neuen Bundesländern im Laufe der letzten 20 Jahren erheblich verbessert haben, zum Teil aber noch Unterschiede zu den alten Bundesländern bestehen. Festmachen lässt sich dies z. B. an dem höheren Armutsrisiko und der höheren Arbeitslosigkeit in Ostdeutschland. Auch die Abwanderung von jüngeren, häufig gut ausgebildeten Personen in die alten Bundesländer macht deutlich, dass sich die Lebensbedingungen in beiden Teilen Deutschlands noch immer unterscheiden. Vor diesem Hintergrund liefern Erkenntnisse über den Zusammenhang zwischen der sozialen und gesundheitlichen Lage wichtige Anknüpfungs-

punkte für die Diskussion der im vorliegenden Bericht beschriebenen Ost-West-Unterschiede im Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten.

### 7.1 Einkommen und Gesundheit

Der Zusammenhang zwischen Einkommen und Gesundheit wird durch eine Vielzahl nationaler wie internationaler Studien bestätigt. Ein besonderes Interesse gilt dabei den gesundheitlichen Konsequenzen von Armut. Die Forschungsergebnisse zeigen hierzu, dass viele chronische Krankheiten bei Personen in einer Armutslage vermehrt auftreten. Dies gilt z. B. für Herzinfarkt, Schlaganfall, chronische Bronchitis, Diabetes mellitus sowie Lungen- und Leberkrebs (Geyer 2008b; Davey Smith 2008). Auch das Risiko für psychosomatische Beschwerden wie Rücken- und Kopfschmerzen sowie psychische Erkrankungen und Störungen, einschließlich Suchterkrankungen, ist bei Personen, die in Armut leben oder durch Armut bedroht sind, erhöht (Mielck 2005). Außerdem schätzen sie ihren Gesundheitszustand schlechter ein und berichten häufiger von Beeinträchtigungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, z. B. in Bezug auf die Alltagsbewältigung oder die Wahrnehmung sozialer Kontakte (Helmert et al. 1997). Die gesundheitlichen Nachteile kumulieren letztlich in einer höheren vorzeitigen Sterblichkeit und einem damit verbundenen Verlust an Lebenszeit, der in Deutschland, bezogen auf die mittlere Lebenserwartung bei Geburt, mit 5 bis 10 Jahren beziffert werden kann (Reil-Held 2000; Lampert et al. 2007).

Die vorliegenden Studien zeigen darüber hinaus, dass Armut mit einem gesundheitsriskanteren Verhalten einhergeht. Sehr deutlich wird dies beim Tabakkonsum: Personen in einer Armutslage rauchen nicht nur häufiger, sie zählen auch vermehrt zu den starken Rauchern und geben das Rauchen seltener wieder auf (Lampert, Burger 2004). Weniger eindeutig ist die Situation beim Alkoholkonsum, der auch in Bevölkerungsgruppen mit höheren Einkommen stark verbreitet ist. Gesundheitsriskante Konsummuster und alkoholassoziierte Gesundheitsstörungen sind aber bei Personen in einer Armutslage häufiger festzustellen (Henkel 2008). Darüber hinaus finden sich Hinweise auf eine geringere körperli-

che Aktivität, insbesondere eine geringere Sportausübung, und eine ungesündere Ernährung (RKI 2005; Helmert et al. 1997). Im Zusammenhang damit lässt sich das verstärkte Auftreten von Übergewicht und Adipositas bei Personen, die in Armut leben, sehen. Auch für andere mit dem Verhalten assoziierte Krankheitsrisiken, wie z. B. Bluthochdruck oder Hypercholesterolemie, ist ein verstärktes Vorkommen in der von Armut betroffenen Bevölkerung zu beobachten (Mielck 2000).

Die Ursachen für die Kumulation von Krankheiten, Beschwerden und Risikofaktoren in der Armutsbevölkerung sind vielschichtig. Armut bedeutet zunächst eine Einschränkung des finanziellen Handlungsspielraums und der Konsummöglichkeiten, die zu einem geringeren Lebensstandard und einer verminderten Lebensqualität führen kann. Mit Auswirkungen auf die Gesundheit ist vor allem dann zu rechnen, wenn an notwendigen Bedarfs- und Gebrauchsgütern gespart werden muss und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben nur sehr eingeschränkt möglich ist. Daneben sind die oftmals schlechteren Wohnverhältnisse zu berücksichtigen, die sich nicht nur an der Größe und Ausstattung der Wohnung festmachen lassen, sondern auch an der Qualität des Wohnumfeldes (Mielck, Heinrich 2002). Defizite in der gesundheitlichen Versorgung dürften demgegenüber zumindest in Deutschland eine untergeordnete Rolle spielen. In den letzten Jahren hat zwar die Bedeutung von Zuzahlungen und privaten Käufen medizinischer Güter und Leistungen zugenommen. Bislang gibt es aber keine konkreten Hinweise darauf, dass sich dies auf die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung mit niedrigem Einkommen ausgewirkt hat (Grabka et al. 2005; Zok 2005).

Der Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit sollte nicht nur unter materiellen Aspekten betrachtet werden. Von Bedeutung sind daneben psychosoziale und Stressbelastungen, die z. B. aus sozialen Vergleichsprozessen, Ausgrenzungserfahrungen und Zukunftssorgen resultieren können (Böhnke 2006). Außerdem ist zu berücksichtigen, dass viele Menschen auf Armut mit einem Rückzug aus sozialen Bezügen reagieren und dies eine Verminderung der sozialen Unterstützung, die sowohl für die Wahrnehmung und Bewertung als auch die Bewälti-

gung von psychosozialen Belastungen bedeutsam ist, zur Folge haben kann. Vor allem mit Blick auf Herz-Kreislauf-Krankheiten, die psychische Gesundheit und das Gesundheitsverhalten kann davon ausgegangen werden, dass psychosoziale Faktoren wie Stressbelastungen oder soziale Unterstützung zum Verständnis der gesundheitlichen Auswirkungen einer Armutslage beitragen (Mackenbach 2006).

Für die empirischen Analysen zum Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit in den neuen und alten Bundesländern, deren Ergebnisse im Folgenden präsentiert werden, wurde ausgehend vom bedarfsgewichteten Haushaltsnettoeinkommen (Netto-Äquivalenzeinkommen) das Armutsrisiko bestimmt. Als arm bzw. durch Armut bedroht gelten alle Personen, die in Haushalten leben, deren Netto-Äquivalenzeinkommen weniger als 60 % des gesellschaftlichen Mittelwertes (Median) beträgt (siehe Kapitel 2.2). Als Vergleichsgruppen werden Personen mit mittlerem und höherem Einkommen (60 %–150 % und mehr als 150 % des Medianeinkommens) betrachtet.

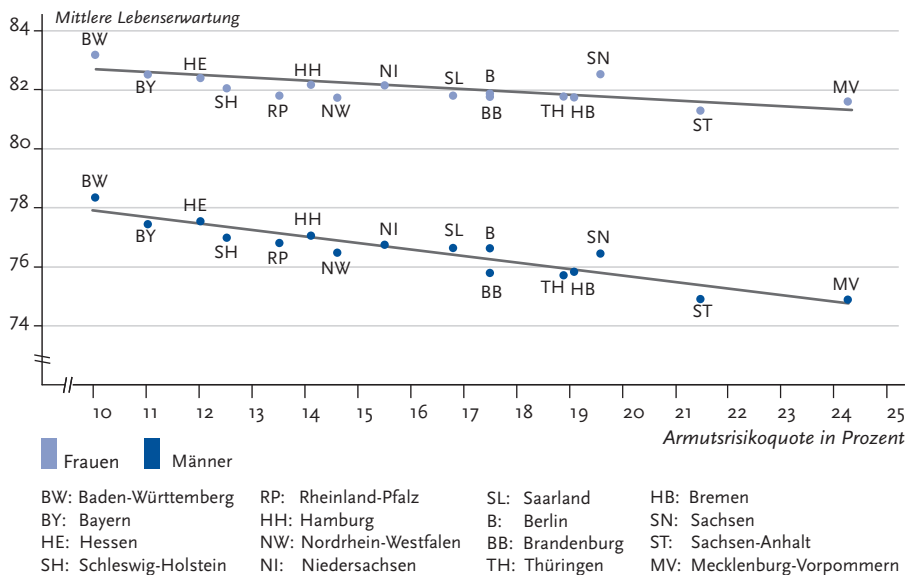
In Abbildung 7.1.1 sind Unterschiede in der mittleren Lebenserwartung bei Geburt nach der Armutsrisikoquote dargestellt. Betrachtet werden

dabei nicht Personen, sondern Bundesländer. Der zu beobachtende Zusammenhang bringt zum Ausdruck, dass die Lebenserwartung bei Geburt in den Bundesländern am höchsten ist, in denen ein vergleichsweise geringer Anteil an Personen von Armut betroffen ist, z. B. Baden-Württemberg, Bayern und Hessen. Entsprechend findet sich die niedrigste Lebenserwartung in Ländern mit einer relativ hohen Armutsrisikoquote, z. B. Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt. Eine bemerkenswerte Ausnahme stellt Sachsen dar, weil die Lebenserwartung deutlich höher liegt als angesichts der Armutsrisikoquote zu erwarten wäre. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der Zusammenhang zwischen der Armutsrisikoquote und der mittleren Lebenserwartung bei Männern stärker ausgeprägt ist als bei Frauen. Für Männer lässt sich auf Basis der statistischen Auswertung die Aussage treffen, dass sich mit einem Anstieg der Armutsrisikoquote um einen Prozentpunkt die mittlere Lebenserwartung bei Geburt um 0,22 Jahre verringert. Bei Frauen liegt dieser Wert mit 0,08 Jahre niedriger, er ist aber wie bei Männern statistisch signifikant.

Weitere Aufschlüsse ergeben sich über eine differenziertere Betrachtung anhand von Raumordnungsregionen. Diese verdeutlicht zum

**Abbildung 7.1.1**  
Mittlere Lebenserwartung bei Geburt nach Bundesland und Armutsrisiko

Quelle: INKAR 2007 (BBR 2007), Der PARITÄTISCHE 2009



einen, dass sich der Zusammenhang zwischen der Armutsrisikoquote und der mittleren Lebenserwartung bei Geburt sowohl in Ost- als auch in Westdeutschland feststellen lässt (siehe Abbildung 7.1.2). Zum anderen sind einige bemerkenswerte Ausnahmen auszumachen. Mit Blick auf die neuen Bundesländer fällt z. B. die deutliche Differenz in der Lebenserwartung zwischen den Regionen Altmark in Sachsen-Anhalt und Oberes Elbtal/Osterzgebirge in Sachsen auf, die bei Frauen knapp drei Jahre und bei Männern etwa vier Jahre beträgt, obwohl die Armutsrisikoquote in der Region Altmark niedriger ist als in der Region Elbtal/Osterzgebirge.

Eine Betrachtung des Zusammenhangs zwischen Armut und Gesundheit anhand von aggregierten Daten für Bundesländer oder Raumordnungsregionen ist mit der Gefahr eines ökologischen Fehlschlusses verbunden, da nicht ausgeschlossen werden kann, dass die beobachteten Assoziationen auf der Individual-ebene keine Entsprechung finden. Um Aussagen über den Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit auf der Individualebene treffen zu können, werden im Folgenden Daten der Studie »Gesundheit in Deutschland Aktuell (GEDA)« des Robert Koch-Instituts aus dem Jahr 2009

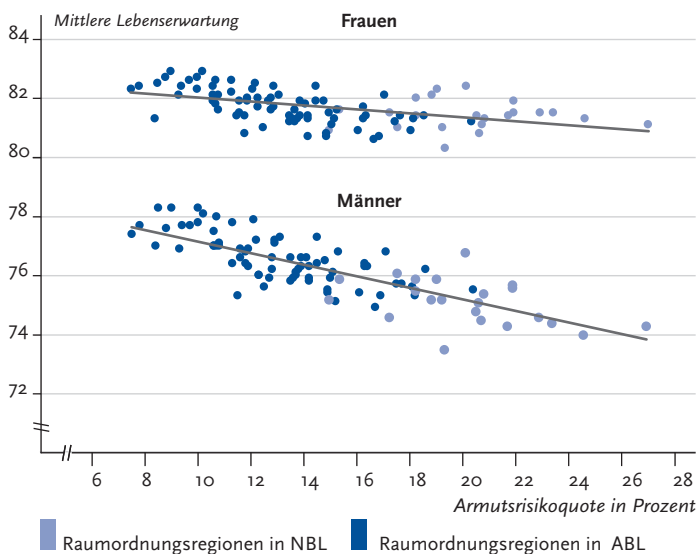
genutzt, wobei eine Einschränkung auf die 18- bis 59-jährige Bevölkerung erfolgte.

Aus Abbildung 7.1.3 ist zu ersehen, dass Personen mit einem Armutsrisiko ihren allgemeinen Gesundheitszustand auf einer fünfstufigen Skala deutlich häufiger als nur mittelmäßig, schlecht oder sehr schlecht beurteilen im Vergleich zu Personen mit mittlerem oder höherem Einkommen. Da sich auch die Unterschiede zwischen Personen im mittlerem und höherem Einkommensbereich als signifikant erwiesen, kann von einem Einkommensgradienten in der Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes gesprochen werden: Je niedriger das Einkommen, desto häufiger wird die eigene Gesundheit als mittelmäßig, schlecht oder sehr schlecht beurteilt. Bei Frauen zeichnet sich dieser Einkommensgradient in beiden Teilen Deutschlands ähnlich deutlich ab, bei Männern ist er in den neuen Bundesländern etwas schwächer ausgeprägt als in den alten Bundesländern. Besonders auffällig ist, dass der Anteil der Männer aus der Armutsrisikogruppe, die ihre Gesundheit nur als mittelmäßig oder noch schlechter beschreiben, in den neuen Bundesländern deutlich niedriger ist als in den alten Bundesländern (24,4 % gegenüber 35,1 %).

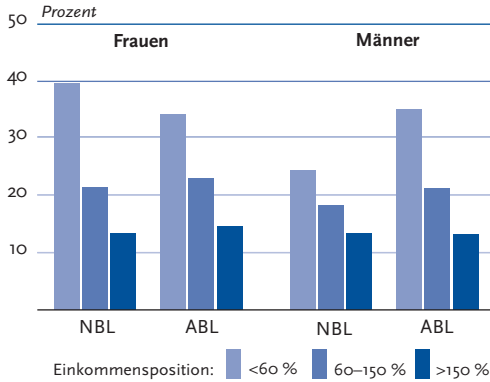
Abbildung 7.1.2

**Mittlere Lebenserwartung bei Geburt nach Raumordnungsregionen und Armutsrisiko**

Quelle: INKAR 2007 (BBR 2007), Der PARITÄTISCHE 2009



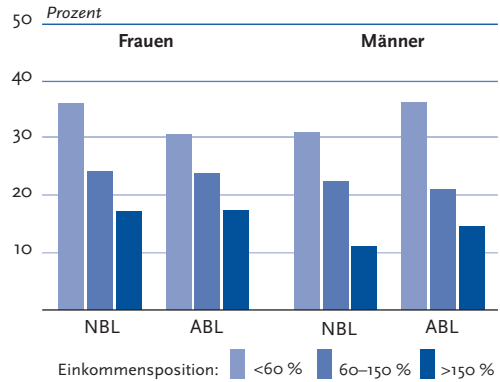
**Abbildung 7.1.3**  
Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes (mittelmäßig bis sehr schlecht) in der 18- bis 59-jährigen Bevölkerung nach Einkommensposition  
Quelle: GEDA09



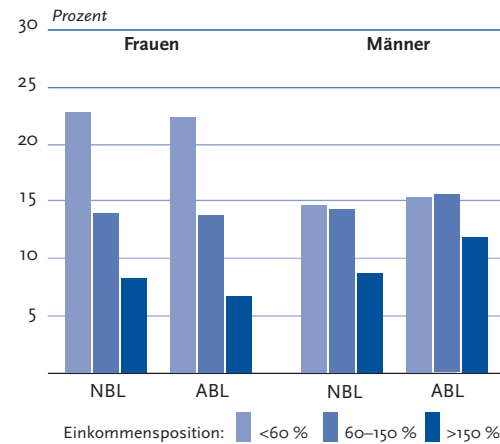
Auch im Hinblick auf gesundheitsbedingte Einschränkungen in der Alltagsgestaltung sind deutliche Einkommensunterschiede festzustellen (siehe Abbildung 7.1.4). Betrachtet wird der Anteil der Personen, die angaben, in den letzten vier Wochen »etwas« oder »erheblich« durch ihre Gesundheit in der Verrichtung alltäglicher Aktivitäten eingeschränkt gewesen zu sein. Die Einkommensunterschiede treten bei Männern noch etwas stärker hervor als bei Frauen. Dies lässt sich sowohl in den neuen als auch in den alten Bundesländern feststellen. Bezüglich des Ausmaßes der Einkommensunterschiede sind weder bei Frauen noch bei Männern bedeutsame Variationen zu beobachten.

In der Verbreitung von Adipositas, die an einem Body-Mass-Index von 30 oder höher festgemacht wird (siehe Kapitel 4.3), zeichnet sich bei Frauen in den neuen und alten Bundesländern ein markanter Einkommensgradient mit der höchstens Prävalenz in der Armutsrisikogruppe ab (siehe Abbildung 7.1.5). Bei Männern zeigt sich ein anderes Bild: Zwar sind Männer, die in Armut leben oder durch Armut bedroht sind, häufiger adipös als Männer der höheren Einkommensgruppe, die Unterschiede fallen aber weitaus geringer aus als bei Frauen. Außerdem zeigen sich im Vorkommen der Adipositas weder in den neuen noch in den alten Bundesländern Unterschiede zwischen Männern der Armutsrisikogruppe und Männern mit mittleren Einkommen.

**Abbildung 7.1.4**  
Gesundheitsbedingte Einschränkungen in der Alltagsgestaltung in der 18- bis 59-jährigen Bevölkerung nach Einkommensposition  
Quelle: GEDA09

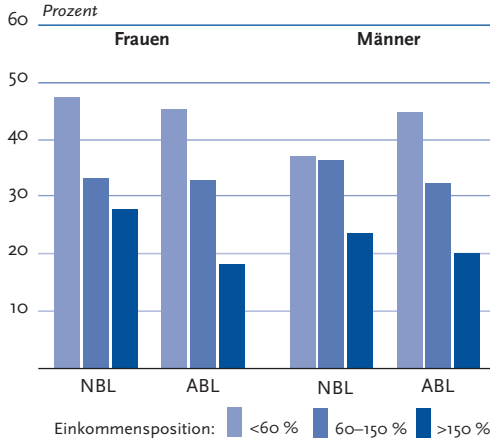


**Abbildung 7.1.5**  
Anteil der 18- bis 59-jährigen Bevölkerung mit Adipositas nach Einkommensposition  
Quelle: GEDA09



Einkommensunterschiede zu Ungunsten der Armutsrisikogruppe sind daneben in der Sportbeteiligung zu beobachten. Abbildung 7.1.6 verdeutlicht dies am Anteil der Personen, die in den letzten drei Monaten keinen Sport getrieben haben. Bei Frauen wie Männern ist der Zusammenhang zwischen Einkommen und sportlicher Aktivität in den alten Bundesländern etwas stärker ausgeprägt als in den neuen Bundesländern. Hinzuweisen ist insbesondere auf den Anteil der sportlich inaktiven Männer in der Armutsrisikogruppe, der

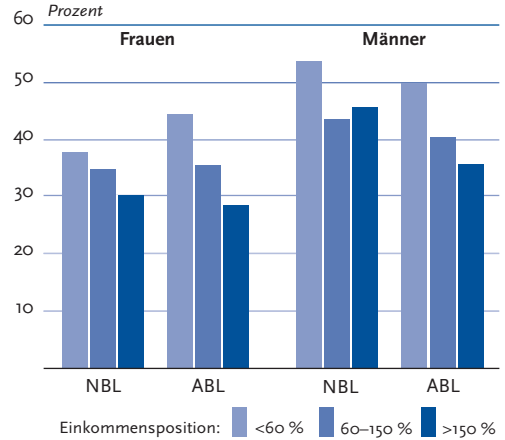
**Abbildung 7.1.6**  
 Anteil der 18- bis 59-jährigen Bevölkerung, die in den letzten drei Monaten keinen Sport getrieben haben, nach Einkommensposition  
 Quelle: GEDAog



in den alten Bundesländern mit 45,0% deutlich höher liegt als in den neuen Bundesländern mit 37,3%.

Vergleichsweise geringe Einkommensunterschiede treten im Rauchverhalten zutage (siehe Abbildung 7.1.7). Dies trifft vor allem auf die neuen Bundesländer zu. In den alten Bundesländern

**Abbildung 7.1.7**  
 Anteil der Raucherinnen und Raucher an der 18- bis 59-jährigen Bevölkerung nach Einkommensposition  
 Quelle: GEDAog



liegen die Rauchquoten von Frauen und Männern in einer Armutslage deutlicher über denen von Frauen und Männern im mittleren und höheren Einkommensbereich. Im Gegensatz zu den meisten der zuvor betrachteten Gesundheitsoutcomes deuten die Ergebnisse zum Rauchverhalten damit auf eine Variation des Einkommenseffektes in den neuen und alten Bundesländern hin.

**Tabelle 7.1.1**  
 Einfluss des Einkommens auf den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten in der 18- bis 59-jährigen Bevölkerung (Ergebnisse binär logistischer Regressionen: Odds Ratio mit 95%-Konfidenzintervallen für Personen mit Armutsrisiko im Verhältnis zu Personen mit höheren Einkommen bei Kontrolle für Alter, Schulbildung und Erwerbsstatus)  
 Quelle: GEDAog

	Frauen			Männer		
	NBL	ABL	Unterschied NBL/ABL	NBL	ABL	Unterschied NBL/ABL
	OR (95%-KI)	OR (95%-KI)	p-Wert	OR (95%-KI)	OR (95%-KI)	p-Wert
Selbsteinschätzung der Gesundheit (mittelmäßig bis sehr schlecht)	2,81 (1,55–5,09)	2,46 (1,79–4,30)	0,702	1,81 (0,86–3,81)	2,27 (1,55–3,33)	0,601
Gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag	2,18 (1,20–3,95)	1,86 (1,34–2,56)	0,642	1,55 (0,75–3,22)	2,52 (1,74–3,63)	0,244
Adipositas	2,96 (1,58–5,56)	1,85 (1,22–2,80)	0,951	1,54 (0,77–3,05)	1,23 (0,80–1,91)	0,918
Sportliche Inaktivität	2,17 (1,27–3,71)	2,90 (2,16–3,90)	0,350	1,52 (0,80–2,88)	2,45 (1,77–3,38)	0,186
Rauchen	1,08 (0,62–1,86)	1,57 (1,20–2,05)	0,229	1,04 (0,59–1,82)	1,08 (0,80–1,46)	0,902

Um die deskriptiven Ergebnisse abzusichern, wurden binär logistische Regressionen mit den Gesundheitsoutcomes als abhängiger und dem Einkommen als unabhängiger Variable durchgeführt. Die in Tabelle 7.1.1 ausgewiesenen odds ratio geben an, um welchen Faktor das Risiko der betrachteten Gesundheitsprobleme bzw. Risikofaktoren in der Armutrisikogruppe im Verhältnis zur höheren Einkommensgruppe erhöht ist. Dabei wurde für den Einfluss des Alters statistisch kontrolliert und damit dem Umstand Rechnung getragen, dass die Alterszusammensetzung der Einkommensgruppen unterschiedlich ist und die meisten Gesundheitsprobleme im höheren Alter zunehmen. Außerdem wurde für den Einfluss der Schulbildung und des Erwerbsstatus kontrolliert, um ausschließen zu können, dass die Einkommensunterschiede auf Variationen in diesen Variablen zurückzuführen sind. Ob sich die Einkommensgruppen bezüglich der betrachteten Gesundheitsoutcomes signifikant voneinander unterscheiden, kann anhand der ebenfalls angegebenen 95%-Konfidenzintervalle beurteilt werden. Aussagen über Unterschiede bezüglich der Stärke des Einkommenseffektes in den neuen und alten Bundesländern, sind auf Basis der dargestellten p-Werte möglich.

Die Ergebnisse bestätigen weitgehend die deskriptiven Befunde. Für Frauen lassen sich sowohl in den neuen als auch in den alten Bundesländern deutliche Einkommensunterschiede in den Gesundheitsoutcomes feststellen. Die einzige Ausnahme stellt das Rauchen in den neuen Bundesländern dar, das sich nicht signifikant zwischen der Armutrisiko- und der höheren Einkommensgruppe unterscheidet. Bei Männern aus den alten Bundesländern lässt sich im Hinblick auf die Selbsteinschätzung der Gesundheit, gesundheitsbedingte Einschränkungen in der Alltagsbewältigung und sportliche Inaktivität ein deutlicher Einkommenseffekt beobachten. Die Verbreitung von Adipositas und Rauchen scheint nicht vom Einkommen abhängig zu sein, wenn gleichzeitig der Einfluss der Bildung und des Erwerbsstatus berücksichtigt wird. Auch bei Männern aus den neuen Bundesländern ist ein häufigeres Auftreten von Gesundheitsproblemen in der Armutrisikogruppe festzustellen, die Unterschiede zu Personen mit höheren Einkommen erwiesen sich aber in der multivariaten Betrachtung als statistisch

nicht bedeutsam. In Anbetracht der ausgewiesenen p-Werte lässt sich die Aussage treffen, dass das Ausmaß der Einkommensunterschiede in den Gesundheitsoutcomes zwar zwischen den neuen und alten Bundesländern variiert, aber sich nicht signifikant unterscheidet.

## 7.2 Bildung und Gesundheit

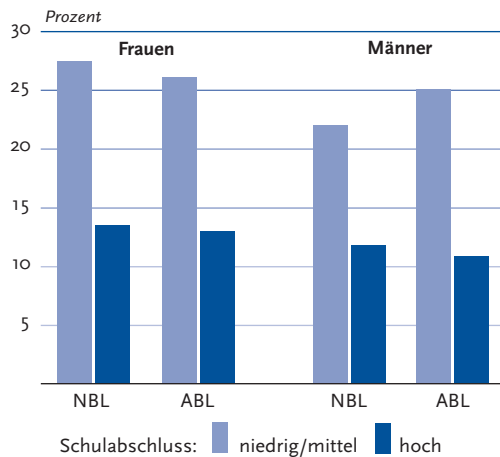
Neben dem Einkommen kommt der Bildung ein hoher Stellenwert für die Gesundheit zu. Bildung ist eng mit der beruflichen Karriere, den Möglichkeiten der Einkommenserzielung sowie mit unterschiedlichen berufsbedingten körperlichen und psychischen Belastungen verknüpft. Ein gutes Qualifikationsniveau bestimmt aber nicht nur die Chancen des beruflichen Erfolges und des Lebensstandards, sondern auch die Chancen auf Selbstbestimmung und die Verwirklichung eigener Interessen und Ziele. Über Bildung werden gesundheitsrelevante Einstellungen und Überzeugungen sowie Wissen und Handlungskompetenz vermittelt, die eine gesundheitsförderliche Lebensweise und den Umgang mit Belastungssituationen prägen. Bildung unterstützt die Persönlichkeitsentwicklung und das Erlernen sozialer Kompetenzen, was Auswirkungen auf gelingende Sozialbeziehungen sowie die individuelle Lebenszufriedenheit hat und somit entscheidend auf die Stabilisierung gesundheitsförderlicher bzw. -hinderlicher Lebensweisen wirkt (Schulze, Unger 2006; Jungbauer-Gans 2002).

Der Zusammenhang zwischen Bildung und Gesundheit wird durch zahlreiche Studien bestätigt. Je höher das Bildungsniveau, desto besser ist die Gesundheit und umso geringer ist das Erkrankungs- und Sterberisiko (Helmert 2003; Mielck 2005; RKI 2005). Außerdem verfügen besser gebildete Personen oft über eine höhere Kompetenz im Umgang mit gesundheitsbezogenen Angeboten, wie z. B. Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen oder hinsichtlich der Teilnahme an Selbsthilfegruppen. Auch für andere Aspekte des Gesundheitsverhaltens, wie z. B. Rauchen und sportliche Aktivität, lässt sich feststellen, dass diese mit dem Bildungsabschluss variieren. Einzelne Studien konnten in diesem Zusammenhang belegen, dass das gesundheitsrelevante Verhalten

stärker durch die Bildung als durch anderen sozio-ökonomischen Determinanten wie das Einkommen oder die berufliche Stellung beeinflusst wird (Lampert, Thamm 2004; Nocon et al. 2007).

Bei den nachfolgend vorgestellten Ergebnissen der GEDA-Studie sind die unterschiedlichen Bildungssysteme in der ehemaligen DDR und der Bundesrepublik zu berücksichtigen. Für die Analysen wurde deshalb nur zwischen zwei Bildungsgruppen unterschieden. Die erste Gruppe umfasst Personen, die keinen Schulabschluss, einen Haupt- oder Realschulabschluss oder einen Abschluss an der Polytechnischen Oberschule (POS) der DDR erreicht haben (»Niedriger oder mittlerer Schulabschluss«). Gegenübergestellt wird diesen die Gruppe der Personen mit Schulabschlüssen, die zur Aufnahme eines Studiums an einer Hoch- oder Fachhochschule berechtigen, d. h. Abitur oder Fachhochschulreife bzw. Abschluss der Erweiterten Oberschule der DDR (»Hoher Schulabschluss«). Im Jahr 2007 entfielen nach Ergebnissen des Mikrozensus auf die erste Gruppe in den neuen Bundesländern etwa 79 % und in den alten Bundesländern etwa 76 % der Bevölkerung im Alter ab 15 Jahren. Die zweite Gruppe umfasste entsprechend 21 % bzw. 24 % der Bevölkerung der neuen und alten Bundesländer (Destatis 2008).

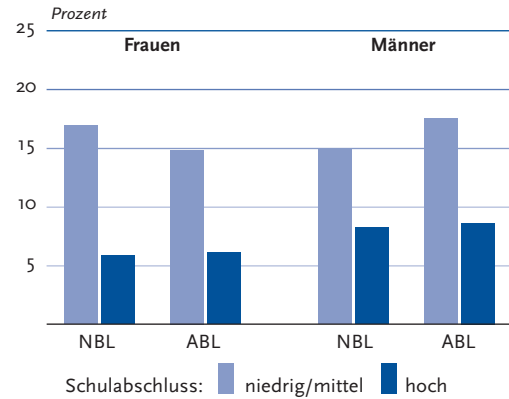
**Abbildung 7.2.1**  
**Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes (mittelmäßig bis sehr schlecht) in der 18- bis 59-jährigen Bevölkerung nach höchstem Schulabschluss**  
 Quelle: GEDAog



In Abbildung 7.2.1 sind Ergebnisse für den allgemeinen Gesundheitszustand dargestellt. Die Prävalenz eines mittelmäßigen bis sehr schlechten Gesundheitszustandes ist bei Frauen und Männern mit niedrigen und mittleren Schulabschlüssen deutlich höher als bei Befragten mit Fachhochschul- oder Hochschulreife. Bei Frauen sind die Bildungsunterschiede in Ost- und Westdeutschland ähnlich stark ausgeprägt. Demgegenüber sind die Bildungsunterschiede bei Männern in den neuen Bundesländern etwas geringer als bei Männern in den alten Bundesländern. Der Anteil von westdeutschen Männern, die ihre Gesundheit nur als mittelmäßig oder sogar noch schlechter bezeichnen, ist dagegen in der unteren Bildungsgruppe mehr als doppelt so hoch wie in der oberen Bildungsgruppe (25,1 % gegenüber 10,8 %).

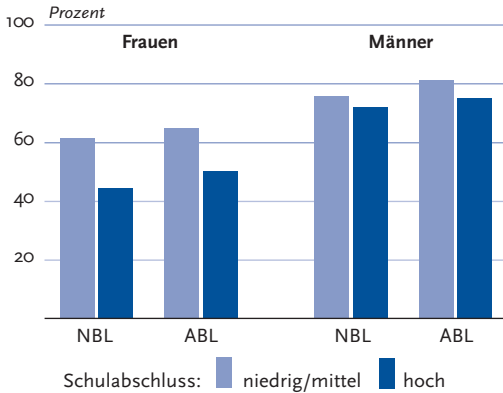
In Abbildung 7.2.2 ist die Prävalenz von Adipositas bei Frauen und Männern in den neuen und alten Bundesländern differenziert nach höchstem Schulabschluss dargestellt. Demnach bestehen bei Frauen und Männern ausgeprägte Bildungsunterschiede, die sich in einem deutlich erhöhten Vorkommen von Adipositas in der unteren der beiden Bildungsgruppen festmachen lassen. Die Unterschiede sind bei Frauen in den neuen Bundesländern besonders stark ausgeprägt.

**Abbildung 7.2.2**  
**Adipositasprävalenz in der 18- bis 59-jährigen Bevölkerung nach höchstem Schulabschluss**  
 Quelle: GEDAog





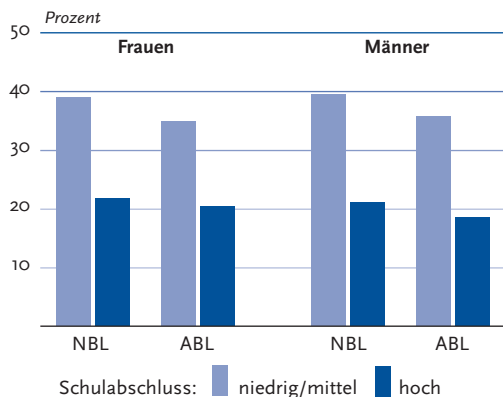
**Abbildung 7.2.3**  
Kein täglicher Verzehr von Obst und Gemüse in der 18- bis 59-jährigen Bevölkerung nach höchstem Schulabschluss  
Quelle: GEDA09



Bildungsunterschiede zeigen sich auch hinsichtlich des Ernährungsverhaltens. Abbildung 7.2.3 verdeutlicht, dass der Anteil von Personen, die nicht täglich mindestens eine Portion Obst und Gemüse verzehren, in der unteren Bildungsgruppe erhöht ist. Dabei sind die Bildungsdifferenzen im Obst- und Gemüsekonsum bei Frauen stärker ausgeprägt als bei Männern, bei denen sich in den neuen und alten Bundesländern nur geringe Unterschiede zeigen. Darüber hinaus ist festzustellen, dass in allen Gruppen mehr Männer als Frauen nicht täglich Obst und Gemüse verzehren.

Aus Abbildung 7.2.4 ist der Anteil der Frauen und Männer in den neuen und alten Bundeslän-

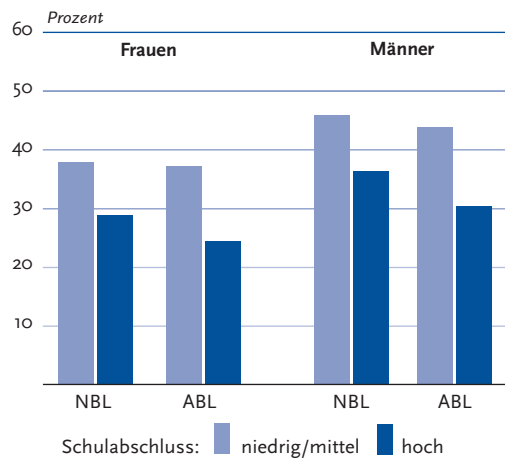
**Abbildung 7.2.4**  
Keine regelmäßige sportliche Aktivität in der 18- bis 59-jährigen Bevölkerung nach höchstem Schulabschluss  
Quelle: GEDA09



dern zu ersehen, die in den letzten drei Monaten keinen Sport getrieben haben. Frauen und Männer mit niedrigen und mittleren Schulabschlüssen sind deutlich seltener aktiv als Frauen und Männer mit hohen Schulabschlüssen. Das Ausmaß dieser Bildungsdifferenzen unterscheidet sich dabei zwischen Frauen und Männern und im Vergleich von Ost- und Westdeutschland nur unwesentlich.

Auch im Rauchverhalten zeigen sich Unterschiede zu Ungunsten von Personen mit niedriger oder mittlerer Bildung (Abbildung 7.2.5). Die Bildungsunterschiede im Rauchverhalten sind dabei in den neuen Bundesländern bei Frauen und Männern etwas schwächer ausgeprägt als in den alten Bundesländern. Eine besonders geringe Rauchquote weisen Frauen mit Hochschulreife in den alten Bundesländern auf. Die höchste Rauchquote ist bei Männern der unteren Bildungsgruppe in den neuen Bundesländern festzustellen.

**Abbildung 7.2.5**  
Rauchquote in der 18- bis 59-jährigen Bevölkerung nach höchstem Schulabschluss  
Quelle: GEDA09



In Tabelle 7.2.1 sind die Ergebnisse der multivariaten Analysen des Zusammenhangs zwischen Bildung und den betrachteten Gesundheitsindikatoren dargestellt. Die Ergebnisse machen deutlich, dass Bildung in den neuen und alten Bundesländern auch nach Kontrolle für Alter, Einkommen und Erwerbsstatus einen beträchtlichen Einfluss auf die Gesundheit hat.

So sind bei Frauen die Bildungsunterschiede in den neuen und alten Bundesländern hinsichtlich aller betrachteten Gesundheitsindikatoren auch nach Berücksichtigung der Kontrollvariablen statistisch bedeutsam. Bei Männern in den alten Bundesländern erweisen sich ebenfalls alle Differenzen als signifikant, während bei Männern in den neuen Bundesländern nur die Differenzen hinsichtlich des allgemeinen Gesundheitszustandes, der sportlichen Inaktivität und des Rauchverhaltens auch nach Berücksichtigung der drei andere Merkmale noch als statistisch bedeutsam ausgewiesen werden. Obwohl der Zusammenhang zwischen Bildung und Gesundheit bei ostdeutschen Männern zumeist etwas schwächer ausfällt als bei westdeutschen Männern, sind diese Unterschiede statistisch nicht bedeutsam, wie die dargestellten p-Werte belegen

### 7.3 Arbeitslosigkeit und Gesundheit

Nationale und internationale Studien zeigen, dass Arbeitslose im Vergleich zu Erwerbstätigen häufiger in ihrer Gesundheit beeinträchtigt sind und ein riskanteres Gesundheitsverhalten aufweisen (Elkeles 1999; Bartley 1994; Mathers, Schofield 1998). So sind Arbeitslose von vielen Krankheiten und Beschwerden häufiger betroffen (Elkeles 1999; RKI 2003). Besondere Bedeutung kommt dabei psychischen Erkrankungen und Störungen zu (BKK Bundesverband 2008; Brenner 2006). Hinsichtlich des Gesundheitsverhaltens der Arbeitslosen ist dokumentiert, dass Arbeitslose im Vergleich zu Erwerbstätigen häufiger rauchen, häufiger einen problematischen Alkoholkonsum aufweisen und sich seltener sportlich betätigen (Mathers, Schofield 1998; RKI 2005). Arbeitslosigkeitserfahrungen spiegeln sich auch in einem erhöhten Mortalitätsrisiko und einer verringerten Lebenserwartung wieder (Bammann, Helmert 2000; Scholz, Schulz 2007).

Die Bedeutung der Arbeitslosigkeit für die Gesundheit erschließt sich über die materielle, psychische und soziale Beanspruchung der Arbeitslosen (Bartley 1994; Holleederer 2003). Arbeitslosigkeit geht zum einen mit Einkommenseinbußen einher, zum anderen mit einem

Tabelle 7.2.1

**Einfluss der Bildung auf den Gesundheitszustand, gesundheitsbezogene Einstellungen und das Gesundheitsverhalten in der 18- bis 59-jährigen Bevölkerung** (Ergebnisse binär logistischer Regressionen: Odds Ratio mit 95%-Konfidenzintervallen für Personen mit höchstens Mittlerem Schulabschluss im Verhältnis zu Personen mit Hochschulreife nach Kontrolle für Alter, Einkommen und Erwerbsbeteiligung)

Quelle: GEDA0g

	Frauen			Männer		
	NBL	ABL	Unterschied NBL/ABL	NBL	ABL	Unterschied NBL/ABL
	OR (95%-KI)	OR (95%-KI)	p-Wert	OR (95%-KI)	OR (95%-KI)	p-Wert
Gesundheitszustand (mittelmäßig bis schlecht)	1,50 (1,05–2,15)	1,66 (1,39–1,97)	0,624	1,43 (0,96–2,15)	1,85 (1,52–2,25)	0,271
Adipositas	2,26 (1,41–3,63)	1,64 (1,32–2,03)	0,296	1,29 (0,82–2,01)	1,89 (1,53–2,32)	0,106
Täglicher Verzehr von Obst und Gemüse	1,95 (1,48–2,56)	1,87 (1,64–2,13)	0,782	1,29 (0,95–1,76)	1,60 (1,38–1,86)	0,210
Sportliche Inaktivität	1,80 (1,34–2,43)	1,96 (1,68–2,28)	0,629	1,98 (1,42–2,76)	2,03 (1,74–2,38)	0,893
Aktuelles Rauchen	1,62 (1,21–2,18)	1,80 (1,57–2,06)	0,535	1,63 (1,21–2,20)	1,83 (1,60–2,11)	0,490

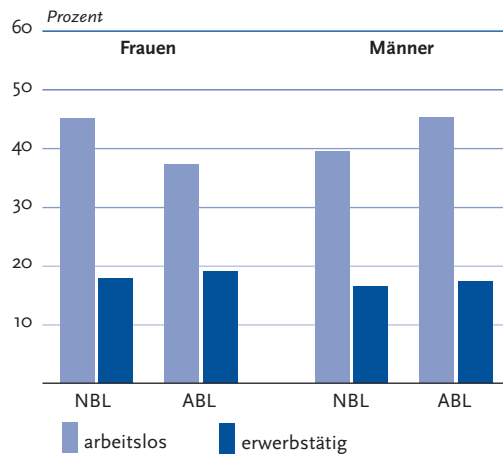
Verlust an berufsbezogenen Funktionen und sozialen Beziehungen. Dies macht erhebliche Anpassungsleistungen erforderlich und kann bei den Betroffenen zu Frustrationen und Stress führen (Holmes, Rahe 1967; Fryer 1986). Für die Auswirkungen der Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit wird den psychosozialen Belastungen häufig ein ebenso hoher oder sogar höherer Stellenwert beigemessen als den materiellen Nachteilen (Jahoda 1983; Warr 1987). Hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit wird allerdings diskutiert, inwiefern die beobachtbaren Unterschiede als Folge oder als Ursache der Arbeitslosigkeit zu interpretieren sind. Die bisher vorliegenden Befunde deuten darauf hin, dass zumindest ein Teil des Zusammenhangs darauf zurückzuführen ist, dass eine länger andauernde Krankheit das Risiko von Arbeitslosigkeit erhöht (Hollederer 2003; Mathers, Schofield 1998).

Für die empirischen Analysen wurde zur Abgrenzung von Arbeitslosigkeit die Meldung beim Arbeitsamt zugrunde gelegt (siehe Kapitel 2.2) und ähnlich wie im Zusammenhang mit der Einkommensarmut sowohl eine Betrachtung auf Basis von aggregierten Daten als auch von Individualdaten vorgenommen. Die aggregierten Daten beziehen sich auf Raumordnungsregionen und stellen am Beispiel von Männern den Zusammenhang zwischen der Lebenserwartung bei Geburt und der Arbeitslosenquote dar (siehe Abbildung 7.3.1). Dabei zeigt sich eine statistische Assozia-

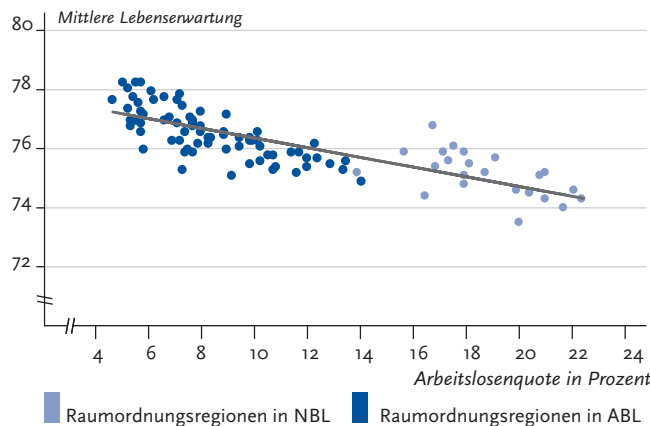
tion beider Merkmale, die zum Ausdruck bringt, dass die mittlere Lebenserwartung bei Geburt mit jedem Prozentpunkt der Arbeitslosenquote um 0,2 Jahre sinkt.

In Abbildung 7.3.2 sind Ergebnisse für den allgemeinen Gesundheitszustand dargestellt. Arbeitslose Frauen und Männer schätzen ihren eigenen Gesundheitszustand demnach deutlich häufiger als Erwerbstätige als mittelmäßig bis sehr schlecht ein. Bei Frauen ist die Differenz zwischen

**Abbildung 7.3.2**  
Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes (mittelmäßig bis sehr schlecht) in der 18- bis 59-jährigen Bevölkerung nach Erwerbsstatus  
Quelle: GEDA09



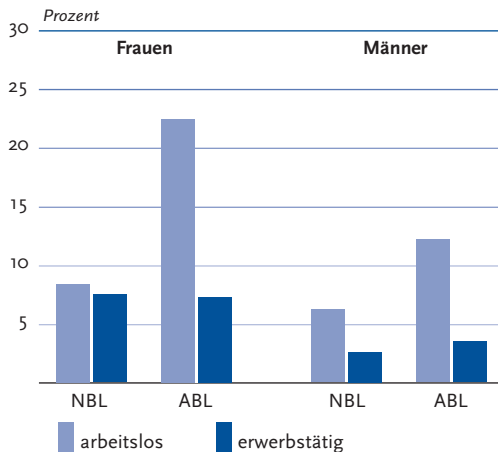
**Abbildung 7.3.1**  
Zusammenhang zwischen der mittleren Lebenserwartung bei Geburt und der Arbeitslosenquote auf Ebene der Raumordnungsregionen bei Männern  
Quelle: INKAR 2007 (BBR 2007), Der PARITÄTISCHE 2009



Arbeitslosen und Erwerbstätigen in den neuen Bundesländern noch größer als in den alten Bundesländern. Bei Männern sind demgegenüber in den alten Bundesländern größere Unterschiede zu beobachten. Vergleichbare Ergebnisse zeigen sich auch für das Risiko von selbstberichteten gesundheitsbedingten Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten und hinsichtlich der Prävalenz chronischer Krankheiten. Im Vergleich zu Erwerbstätigen sind arbeitslose Frauen und Männern häufiger funktionell eingeschränkt und chronisch krank, wobei sich dieser Zusammenhang in den neuen und alten Bundesländern vergleichbar darstellt.

Psychischen Störungen kommt im Spektrum der Erkrankungen von Arbeitslosen eine besonders große Bedeutung zu (BKK Bundesverband 2008; Brenner 2006). In Abbildung 7.3.3 ist die 12-Monats-Prävalenz von ärztlich diagnostizierten Depressionen nach Erwerbsstatus und Geschlecht für Ost- und Westdeutschland dargestellt. Insgesamt berichteten erwerbstätige Frauen und Männer deutlich seltener als Arbeitslose, dass bei ihnen in den letzten 12 Monaten eine Depression ärztlich diagnostiziert worden ist. Hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen Arbeitslosigkeit und Depressionen zeigen sich zwischen den neuen und alten Bundesländern bemerkenswerte Unterschiede. In den neuen Bundesländern ist der Zusammenhang – insbesondere bei Frauen –

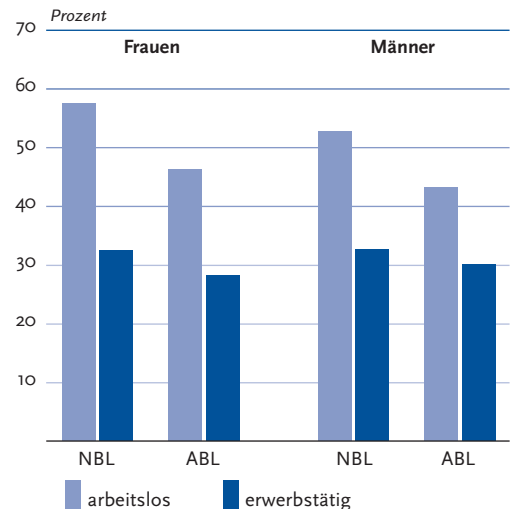
**Abbildung 7.3.3**  
 Anteil der Personen mit ärztlich diagnostizierter Depression in den letzten 12 Monaten in der 18- bis 59-jährigen Bevölkerung nach Erwerbsstatus  
 Quelle: GEDA09



deutlich schwächer ausgeprägt als in den alten Bundesländern. Auch wenn Befindlichkeitsstörungen betrachtet werden, zeigt sich ein ähnliches Bild. So wurden die Befragten in der GEDA-Studie gefragt, ob es im letzten Monat Tage gab, an denen es ihnen seelisch oder emotional nicht gut ging. Die Anzahl entsprechender Tage war bei arbeitslosen Frauen und Männern deutlich erhöht, wobei dieser Zusammenhang in den neuen Bundesländern etwas schwächer als in den alten Bundesländern zum Ausdruck kommt.

Auch bezüglich der Sportbeteiligung sind Unterschiede zwischen den Arbeitslosen und Erwerbstätigen festzustellen (Abbildung 7.3.4). Die Differenzen zwischen Arbeitslosen und Erwerbstätigen sind dabei in den neuen Bundesländern etwas stärker als in den alten Bundesländern. Arbeitslose Frauen und Männer in den neuen Bundesländern üben besonders selten regelmäßig Sport aus, erwerbstätige Frauen und Männer in den alten Bundesländern besonders häufig. Auch der Tabakkonsum ist nach Ergebnissen der GEDA-Studie bei arbeitslosen Männern und Frauen häufiger als bei Erwerbstätigen, zudem finden sich unter den Arbeitslosen besonders viele starke Raucher, gemessen an einem Konsum von 20 Zigaretten oder mehr am Tag. Im Unterschied zur sportlichen Aktivität sind die Differenzen im

**Abbildung 7.3.4**  
 Anteil der 18- bis 59-jährigen Bevölkerung, die nicht regelmäßig sportlich aktiv sind nach Erwerbsstatus  
 Quelle: GEDA09



Rauchverhalten von Arbeitslosen und Erwerbstätigen in den neuen Bundesländern schwächer ausgeprägt als in den alten Bundesländern.

In Tabelle 7.3.1 sind Zusammenhänge zwischen Arbeitslosigkeit und den betrachteten Gesundheitsindikatoren nach Kontrolle für Alter, Einkommen und Schulbildung dargestellt. Auf Basis der Ergebnisse stellt sich der Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit in den neuen und alten Bundesländern unterschiedlich dar: Während sich die zuvor berichteten Differenzen zwischen Arbeitslosen und Erwerbstätigen in den neuen Bundesländern weitgehend auf die unterschiedliche materielle Lage sowie auf Differenzen in der Bildungsbeteiligung zurückführen lassen, bestehen in den alten Ländern bei Frauen und Männern auch nach der Kontrolle für beide Merkmale beträchtliche gesundheitliche Differenzen zu Ungunsten der Arbeitslosen. Bei arbeitslosen Frauen in Westdeutschland ist das Risiko eines eingeschränkten Gesundheitszustandes 2,3-fach, das Risiko von Depressionen 3,6-fach und die Risiken für aktuelles Rauchen und sportliche Inaktivität jeweils 1,4-fach gegenüber erwerbstätigen Frauen erhöht. Bei westdeutschen Männern sind die Risiken noch stärker ausgeprägt und betragen das 3,0-Fache, das 4,1-Fache, das 2,7-Fache und das 1,7-Fache. Mit Ausnahme des Zusammenhangs zwischen Arbeitslosigkeit und Depressionen bei Frauen sind die diesbezüglichen

Variationen zwischen neuen und alten Bundesländern allerdings nicht statistisch signifikant.

## 7.4 Fazit

Eine Vielzahl empirischer Untersuchungen weist darauf hin, dass zwischen der sozialen und gesundheitlichen Lage ein enger Zusammenhang besteht. In dem vorliegenden Kapitel wurde exemplarisch die Bedeutung des Einkommens, der Bildung und der Arbeitslosigkeit für die Gesundheit betrachtet. Die berichteten Forschungsbefunde verdeutlichen, dass Personen mit einem niedrigen Einkommen, einer geringen Bildung und Arbeitslosigkeitserfahrungen häufiger von Krankheiten und Beschwerden betroffen sind, ihren eigenen Gesundheitszustand und ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität schlechter einschätzen und einer höheren vorzeitigen Sterblichkeit unterliegen. In einigen Bereichen der Gesundheit zeigen sich auch Unterschiede zwischen den mittleren und höheren Einkommens- bzw. Bildungsgruppen. Bisweilen kann somit von einem sozialen Gefälle der Gesundheitschancen gesprochen werden: Je schlechter die soziale Lage, desto höher ist das Risiko einer Beeinträchtigung der Gesundheit.

Für den vorliegenden Bericht war insbesondere die Frage zu beantworten, ob sich das Ausmaß des Zusammenhangs zwischen der sozialen und

Tabelle 7.3.1

**Einfluss von Arbeitslosigkeit auf den Gesundheitszustand, psychische Morbidität und das Gesundheitsverhalten in der 18- bis 59-jährigen Bevölkerung** (Ergebnisse binär logistischer Regressionen: Odds Ratio mit 95 %-Konfidenzintervallen für Personen mit höchstens Mittlerem Schulabschluss im Verhältnis zu Personen mit Hochschulreife nach Kontrolle für Alter, Einkommen und Erwerbsbeteiligung)

Quelle: GEDAog

	Frauen			Männer		
	NBL	ABL	Unterschied NBL/ABL	NBL	ABL	Unterschied NBL/ABL
	OR (95 %-KI)	OR (95 %-KI)	p-Wert	OR (95 %-KI)	OR (95 %-KI)	p-Wert
Gesundheitszustand (mittelmäßig bis schlecht)	1,40 (0,79–2,46)	2,25 (1,63–3,13)	0,130	2,03 (1,03–4,00)	2,97 (2,00–4,40)	0,340
Jemals Depression	0,73 (0,30–1,80)	3,57 (2,49–5,11)	0,001	0,90 (0,22–3,70)	4,05 (2,29–7,16)	0,069
Kein regelmäßiger Sport	1,33 (0,78–2,27)	1,37 (1,00–1,89)	0,927	1,65 (0,88–3,08)	1,62 (1,11–2,36)	0,965
Aktuelles Rauchen	1,44 (0,83–2,49)	1,41 (1,04–1,93)	0,956	1,63 (0,89–3,00)	2,68 (1,84–3,91)	0,176

gesundheitlichen Lage in den neuen und alten Bundesländern unterscheidet. Die Auswertungen der GEDA-Daten machen hierzu deutlich, dass in beiden Teilen Deutschlands ein niedriges Einkommen, eine geringe Bildung und Arbeitslosigkeit mit verminderten Gesundheitschancen einhergehen. Diese lassen sich unter anderem an einem schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand, häufigeren Einschränkungen in der Alltagsgestaltung und einem höheren Risiko für Rauchen, Adipositas und sportlicher Inaktivität festmachen. Zum Teil variiert zwar die Stärke des Zusammenhangs, in den meisten Fällen erwiesen sich diese Variationen aber nicht als statistisch bedeutsam.

Wenn der Zusammenhang zwischen der sozialen und gesundheitlichen Lage in beiden Teilen Deutschlands ähnlich stark ausgeprägt ist und sich die soziale Lage in den neuen Bundesländern schlechter darstellt als in den alten Bundesländern, wofür unter anderem die höheren Armutsrisiko- und Arbeitslosenquoten sprechen (siehe Kapitel 2.2), dann liegt es nahe, einen Teil der Ost-West-Unterschiede in der Gesundheit auf die ungleichen Lebensverhältnisse zurückzuführen. Dafür sprechen auch die auf Ebene der Bundesländer und Raumordnungsregionen gefundenen Zusammenhänge zwischen der Armutsrisiko- und Arbeitslosenquote und der Lebenserwartung.

## Literatur

- Bammann K, Helmert U (2000) Arbeitslosigkeit, soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Helmert U (Hrsg) Müssen Arme früher sterben? Juventa, Weinheim, S 159–186
- Bartley M (1994) Unemployment and ill health: understanding the relationship. *J Epidemiol Community Health* 48 (4): 333–337
- BBR (2007) INKAR 2007 – Indikatoren, Karten und Graphiken zur Raum- und Stadtentwicklung in Deutschland und in Europa. Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung, Wiesbaden
- BKK Bundesverband (2008) BKK Gesundheitsreport 2008. BKK, Essen
- BMAS (2008) Lebenslagen in Deutschland. Der 3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Berlin
- Böhnke P (2006) Am Rande der Gesellschaft. Risiken sozialer Ausgrenzung. Verlag Barbara Budrich, Opladen
- Brenner H (2006) Arbeitslosigkeit. In: Stoppe G, Bra-mesfeld A, Schwartz FW (Hrsg) Volkskrankheit Depression? Springer, Berlin, S 163–189
- Davey Smith G (2008) Die Bedeutung einer Lebens-laufperspektive für die Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit. In: Bauer U, Bittlingmayer UH, Richter M (Hrsg.) Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S 291–330
- Destatis (2008) Bildungsstand der Bevölkerung Ausgabe 2008. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
- Elkeles T (1999) Arbeitslosigkeit, Langzeitarbeitslosig-keit und Gesundheit. *Sozialer Fortschritt* 6: 150–155
- Fryer JP (1986) Employment deprivation and personal agency during unemployment: A critical discussion of Jahoda's Explanation of the psychological effects. *Social Behaviour* 1 (3): 3–23
- Geyer S (2008a) Einzelindikator oder Index? Maße sozi-aler Differenzierung im Vergleich. *Gesundheitswe-sen* 70: 281–288
- Geyer S (2008b) Sozialstruktur und Krankheit. *Bundes-gesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheits-schutz* 51: 1164–1172
- Grabka MM, Schreyögg J, Busse R (2005) Die Einfüh-rung der Praxisgebühr und ihre Wirkung auf die Zahl der Arztkontakte und die Kontaktfrequenz: eine empirische Analyse. DIW Discussion Paper 506.
- Helmert U, Mielck A, Shea S (1997) Poverty and health in West Germany. *Sozial- und Präventivmedizin/ Social and Preventive Medicine* 42 (5): 276–285
- Helmert U (2003) Individuelle Risikofaktoren, Gesund-heitsverhalten und Mortalitätsentwicklung in Deutschland im Zeitraum 1984 bis 1998. *Gesund-heitswesen* 65: 542–547
- Henkel D (2008) Stand der internationalen Forschung zur Prävalenz von Substanzproblemen bei Arbeitslo-sen und Arbeitslosigkeit als Risikofaktor für die Ent-wicklung von Substanzproblemen: Alkohol, Tabak, Medikamenten, Drogen. In: Henkel D, Zemlin U (Hrsg) Arbeitslosigkeit und Sucht. Ein Handbuch für die Praxis. Fachhochschulverlag, Frankfurt am Main, S 10–69
- Hollereder A (2003) Arbeitslos – Gesundheit los – chan-cenlos? IAB Kurzbericht 4
- Holmes TH, Rahe RH (1967) The social readjustment rating scale. *J Psychosom Res* 11 (2): 213–218
- Jahoda M (1983) *Wieviel Arbeit braucht der Mensch*. Beltz Verlag, Weinheim
- Jungbauer-Gans M (2002) Ungleichheit, Soziale Bezie-hungen und Gesundheit. Westdeutscher Verlag, Wiesbaden
- Lampert T, Burger M (2004) Rauchgewohnheiten in Deutschland – Ergebnisse des telefonischen Bundes-Gesundheits-surveys 2003. *Das Gesundheitswesen* 66 (8/9): 511–517
- Lampert T, Thamm M (2004) Soziale Ungleichheit des Rauchverhaltens in Deutschland. *Bundesgesund-*

- heitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitschutz (47): 1033–1042
- Lampert T, Kroll LE, Dunkelberg A (2007) Soziale Ungleichheit der Lebenserwartung in Deutschland. *APuZ* 42: 11–18
- Mackenbach JP (2006) Health Inequalities: Europe in Profile. Rotterdam, UK Presidency of the EU
- Mathers CD, Schofield DJ (1998) The health consequences of unemployment: the evidence. *Med J Aust* 168 (4): 178–182
- Mielck A (2000) Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Huber, Bern
- Mielck A (2005) Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Verlag Hans Huber, Bern
- Mielck A, Heinrich J (2002) Soziale Ungleichheit und die Verteilung umweltbezogener Expositionen. *Das Gesundheitswesen* 62 (7): 405–416
- Nocon M, Keil T, Willich S. Education, income, occupational status and health risk behaviour. *Journal of Public Health* 2007; 15: 401–405
- Der PARITÄTISCHE (2009) Unter unseren Verhältnissen ... Der erste Armutsatlas für Regionen in Deutschland. Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Gesamtverband e.V., Berlin
- Reil-Held A (2000) Einkommen und Sterblichkeit in Deutschland: Leben Reiche länger? DP Sonderforschungsbereich 504 No. 00–14
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2003) Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 13. RKI, Berlin
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2005) Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
- Scholz RD, Schulz A (2007) Haben Arbeitslosigkeit und Arbeitsunfähigkeit einen Einfluss auf die Höhe der Lebenserwartung? ROSTOCKER ZENTRUM – Diskussionspapier 18
- Schulze A, Unger R (2006) Der Einfluss der Bildungsexpansion auf die Lebenserwartung. *BiB-Mitteilungen* 27 (3): 17–24
- Warr P (1987) *Work, Unemployment and Mental Health*. Oxford University Press, Oxford
- Zok K (2005) Das Arzt-Inanspruchnahmeverhalten nach Einführung der Praxisgebühr. Ergebnisse aus zwei Repräsentativbefragungen unter 3.000 GKV-Versicherten. *WIDOMonitor* 2: 1–7

