

The background of the slide is a blue-tinted photograph of a large crowd of people, seen from above, with their figures in silhouette against a lighter blue sky. The crowd is dense and occupies most of the frame.

## Epidemiologische Erkenntnisse zum Zusammenhang von Armut und psychischen Erkrankungen

PD Dr. Thomas Lampert  
Berlin, 14. Juni 2018



# Gliederung

- ❖ Armutsentwicklung in Deutschland
- ❖ Gesundheitsmonitoring und weitere Datengrundlagen
- ❖ Soziale Unterschiede in der Gesundheit und Lebenserwartung
- ❖ Soziale Unterschiede bei psychischen Erkrankungen
- ❖ Frühe Weichenstellung in der Kindheit und Jugend
- ❖ Erklärungsansätze
- ❖ Zusammenfassung und Forschungsperspektiven

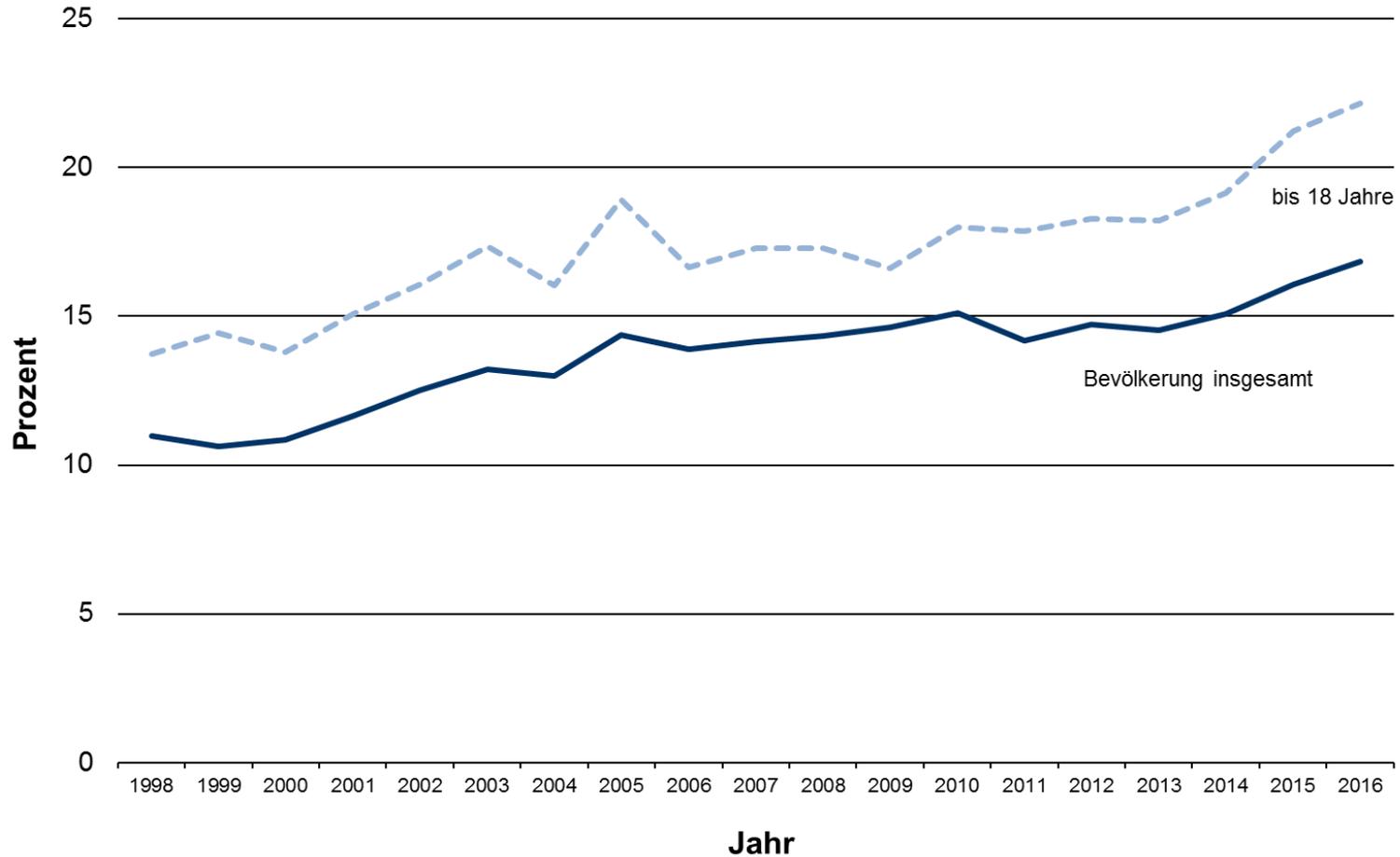


# Armutsentwicklung in Deutschland

# Entwicklung des Armutsrisikos in Deutschland



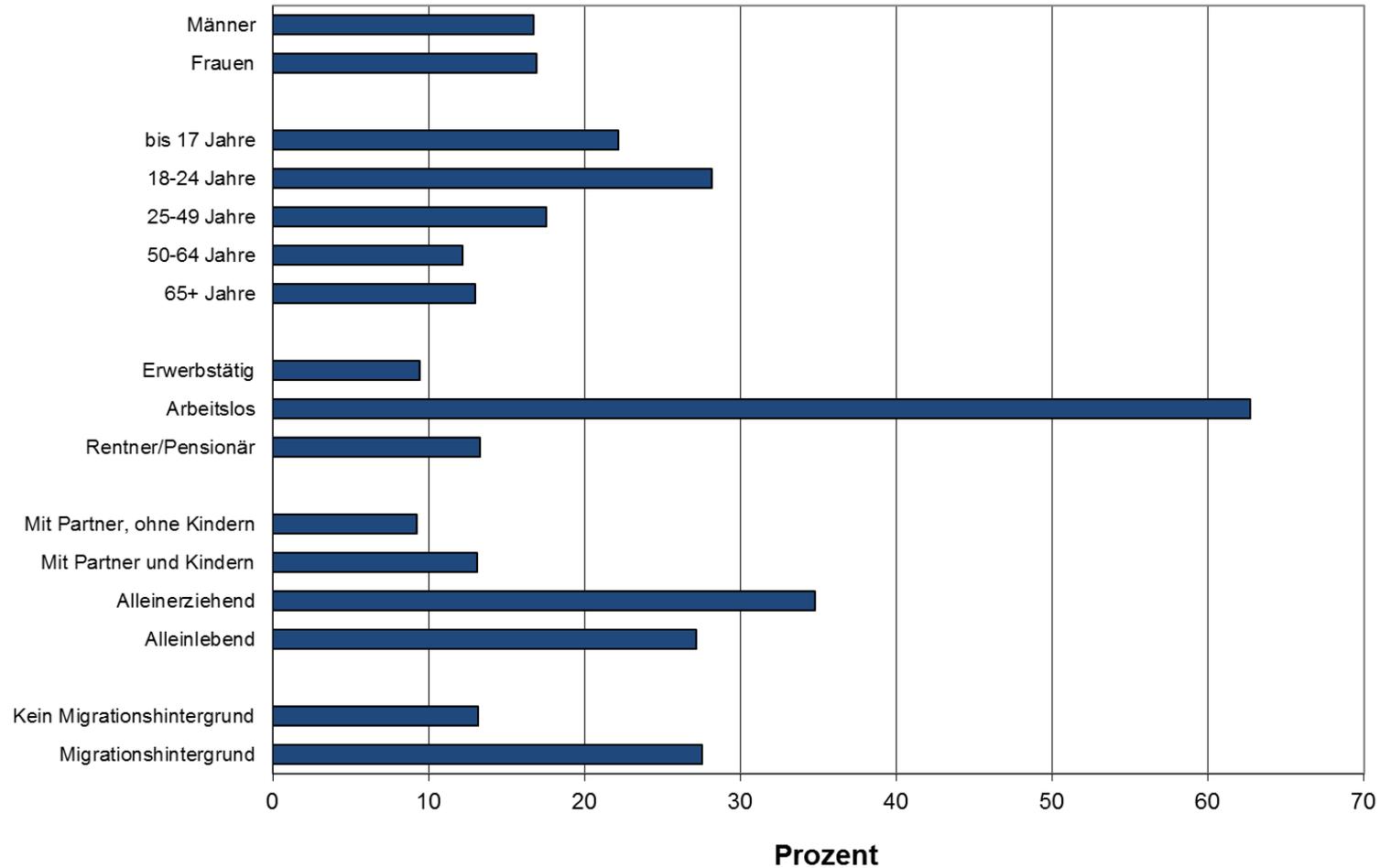
Datenbasis: Sozio-oekonomisches Panel 1998-2016





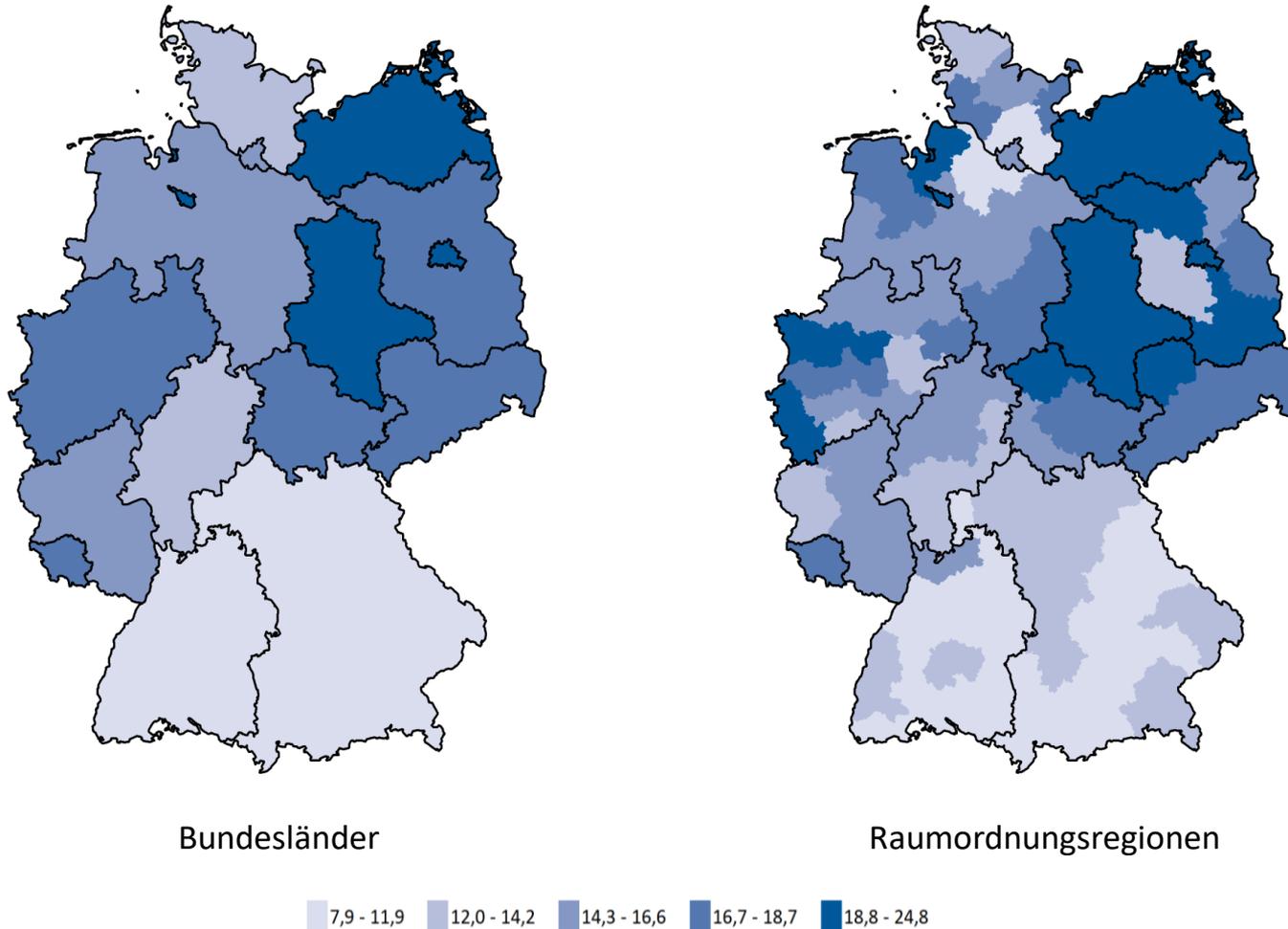
# Gruppenspezifische Armutsrisikoquoten

Datenbasis: Sozio-oekonomisches Panel 2016



# Regionale Unterschiede des Armutsrisikos

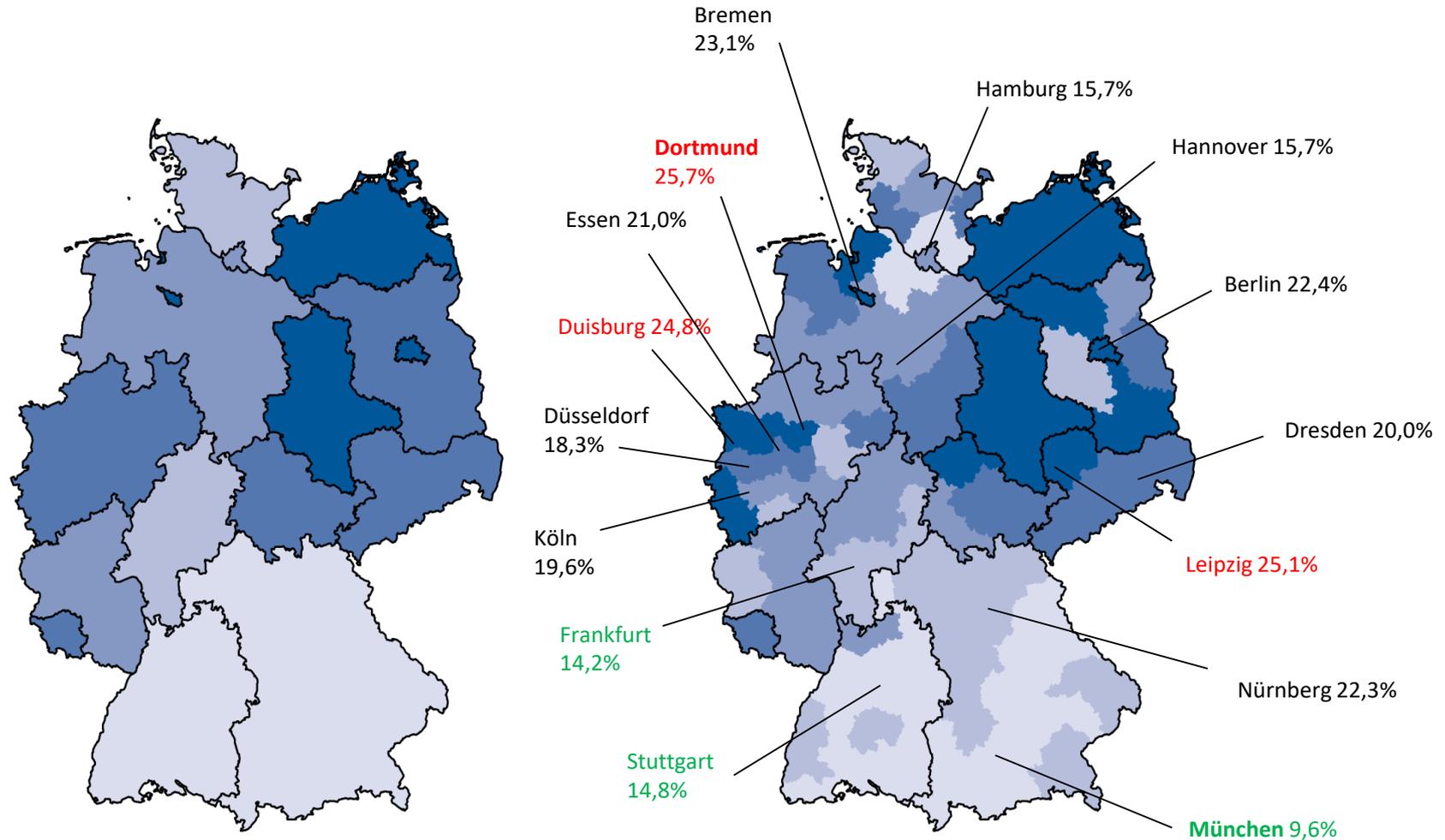
Datenbasis: Mikrozensus 2015





# Regionale Unterschiede des Armutsrisikos

Datenbasis: Mikrozensus 2015



Städte über 500.000 Einwohner



# Eckwerte zu Armut und sozialer Ungleichheit in Deutschland

Quellen: Armuts- und Reichtumsberichterstattung 2016, Datenreport 2016



- **Konzentration des Privatvermögens:** 10% vermögendste Haushalte verfügen über etwa 60% des gesamten Privatvermögens, die unteren 50% besitzen weniger als 1% des Privatvermögens
- **Überschuldung nimmt zu:** 9,9% der Haushalte können Zahlungsverpflichtungen absehbar nicht nachkommen
- Niedrige Arbeitslosigkeit, aber 21,4% der Erwerbstätigen sind **atypisch beschäftigt** (z.B. geringfügige Beschäftigung und Zeitarbeit)
- **„Working poor“-Quote steigt:** 9,9% der Erwerbstätigen unterliegen einem Armutsrisiko
- **Soziale Herkunft prägt Bildungschancen:** 77% der Kinder von Akademikern beginnen mit einem Studium im Vergleich zu 23% der Kinder von Nichtakademikern
- **Kumulation von Benachteiligungen in bestimmten Bevölkerungsgruppen,** z.B. Langzeitarbeitslose, alleinerziehende Mütter und verschiedene Migrantengruppen

# Armutdefinition der Europäischen Kommission



Von (relativer ) **Armut** spricht man angesichts Personen, Familien bzw. Haushalten, „die über nur so geringe **materielle, kulturelle und soziale Mittel** verfügen, dass sie von der Lebensweise ausgeschlossen sind, die von der Allgemeinheit als unterste Grenze des Akzeptablen angesehen wird“.

Betonung von **sozialer Integration** und **soziokultureller Teilhabe**.



# Gesundheitsmonitoring und weitere Datengrundlagen



# Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts

## Komponente 1



### Erwachsene

Querschnittstudie

Basiserhebung  
GEDA 2009  
Befragungssurvey

GEDA 2010  
Befragungssurvey

GEDA 2012  
Befragungssurvey

GEDA 2014/ EHIS  
Befragungssurvey

## Komponente 2



### Erwachsene

Langzeitstudie (Panel)

Basiserhebung  
BGS 1998  
Untersuchungssurvey

Welle 1  
DEGS 1 (2008-11)  
Untersuchungssurvey

Welle 2  
GERN (2018-20)  
Untersuchungssurvey

## Komponente 3



### Kinder und Jugendliche

Langzeitstudie (Kohorte)

Basiserhebung  
KiGGS 2003-06  
Untersuchungssurvey

Welle 1  
KiGGS 1 (2009-12)  
Befragungssurvey

Welle 2  
KiGGS 2 (2013-17)  
Untersuchungssurvey

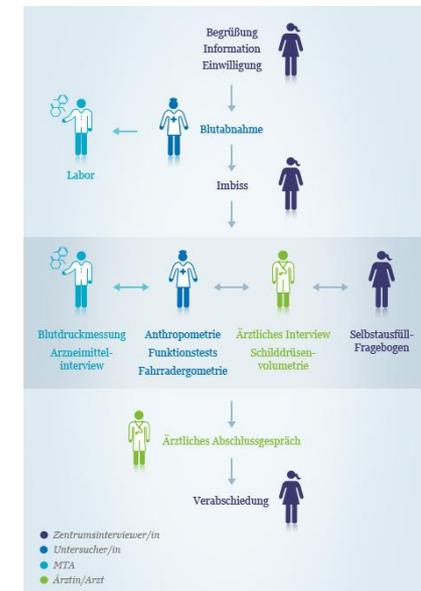


## Studiendesign

- Kombiniertes Befragungs- und Untersuchungssurvey
- Stichprobe  $n_{\text{ges.}} = 8.152$ , Response = 42%
- Altersspanne: 18-79 Jahre
- Laufzeit: November 2008 bis Dezember 2011
- Untersuchungsorte: 180 Städte und Gemeinden in Deutschland

## Erhebungsprogramm

- Selbstausfüll-Fragebogen (u.a. Soziodemographie, Gesundheitszustand, -verhalten, -versorgung)
- Körperliche Untersuchung (u.a. Körpergröße, -gewicht, Schilddrüsenultraschall, Blutdruck)
- Tests (18-64 Jahre: Fahrradergometrie, 65+ Jahre: alltagsrelevante körperliche und psychische Funktionsfähigkeit)
- Ärztliches Interview und Arzneimittelinterview
- Modulstudie „Psychische Gesundheit“ (Standardisiertes klinisch-diagnostisches Interview zu psychischen Beeinträchtigungen und Versorgungsaspekten)



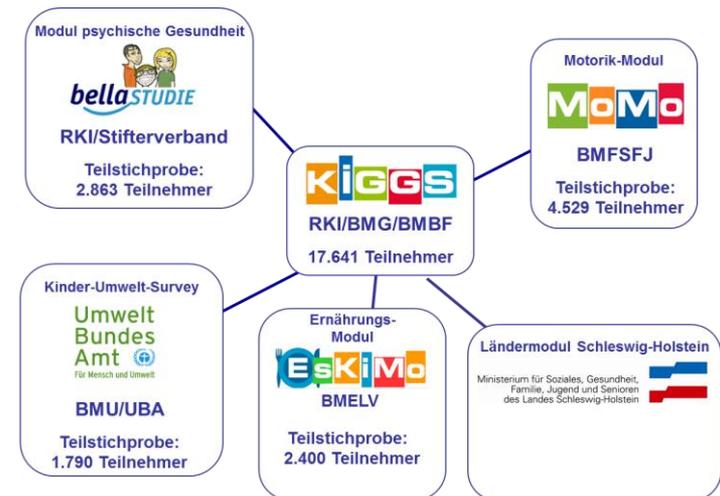


## Studiendesign

- Kombiniertes Befragungs- und Untersuchungssurvey
- Stichprobe  $n_{\text{ges.}} = 17.641$ , Response = 66,6%
- Altersspanne: 0-17 Jahre
- Erhebungen: 2003-06 (Basis), 2009-12 (Welle 1), 2014-17 (Welle 2)
- Untersuchungsorte: 167 Städte und Gemeinden in Deutschland

## Erhebungsprogramm

- Selbstausfüll-Fragebogen (u.a. Soziodemographie, Gesundheitszustand, -verhalten, -versorgung)
- Körperliche Untersuchung (u.a. Körpergröße, -gewicht, Blutdruck- und Pulsmessung, Hautuntersuchung, Reifestatus)
- Tests (u.a. Sehtests, Motoriktests, Fahrradergometrie)
- Ärztliches Interview und Arzneimittelinterview
- Zusatzmodule, u.a. zur psychischen Gesundheit (BELLA-Studie)





# Datengrundlagen für Analysen der gesundheitlichen Ungleichheit

## Gesundheitssurveys, z.B.

Gesundheitsmonitoring des RKI  
Epidemiologischer Suchtsurvey  
Drogenaffinitätsstudie  
HBSC-Studie

## Amtliche Statistiken, z.B.

Mikrozensus  
Statistik „Leben in Europa“  
(EU-SILC)

## Epidemiologische Studien, z.B.

SHIP-Studie  
Heinz-Nixdorf-Recall-Studie  
Nationale Kohorte  
Deutsche Mundgesundheitsstudie



## Sozialwissenschaftliche Erhebungen, z.B.

Sozio-oekonomische Panel  
ALLBUS  
Alterssurvey  
Bildungspanel

## Datenbanken, z.B.

WHO Health for All Database  
OECD Health Data  
Eurostat Database

## Routinedaten, z.B.

Gesetzliche Krankenkassen  
Deutsche Rentenversicherung Bund  
Einschulungsuntersuchungen des ÖGD

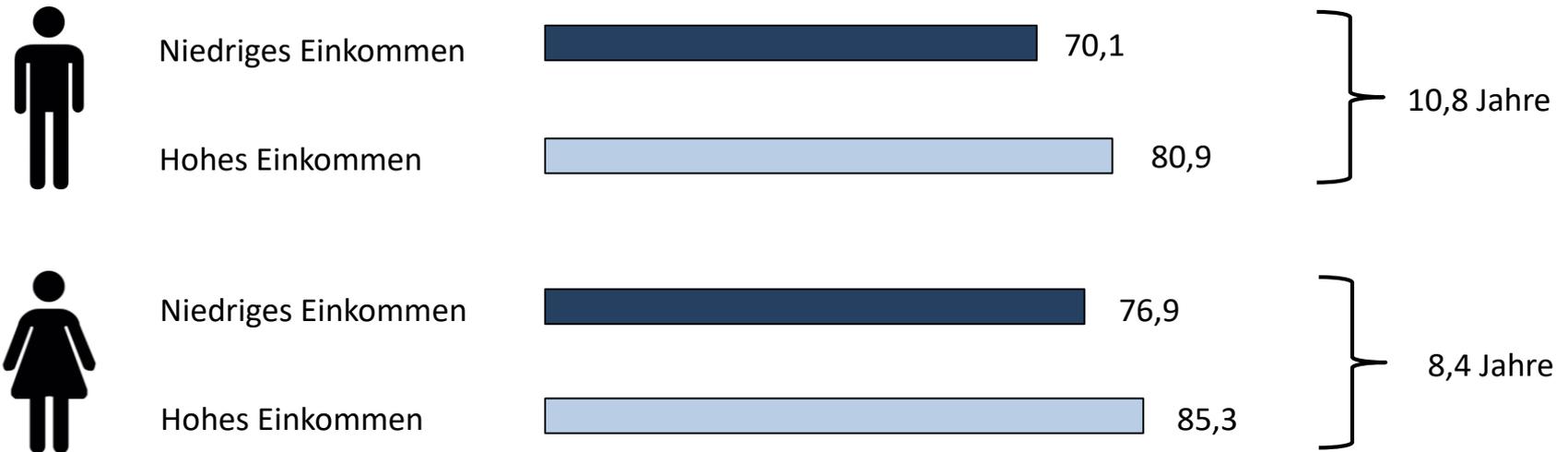


# Soziale Unterschiede in der Lebenserwartung und Gesundheit



# Einkommensunterschiede in der mittleren Lebenserwartung bei Geburt

Datenbasis: SOEP 1995-2005 und Periodensterbetafeln





# Einkommensunterschiede in der mittleren gesunden Lebenserwartung bei Geburt

Datenbasis: SOEP 1995-2005 und Periodensterbetafeln



Niedriges Einkommen



56,8

Hohes Einkommen



71,1

14,3 Jahre



Niedriges Einkommen



60,8

Hohes Einkommen



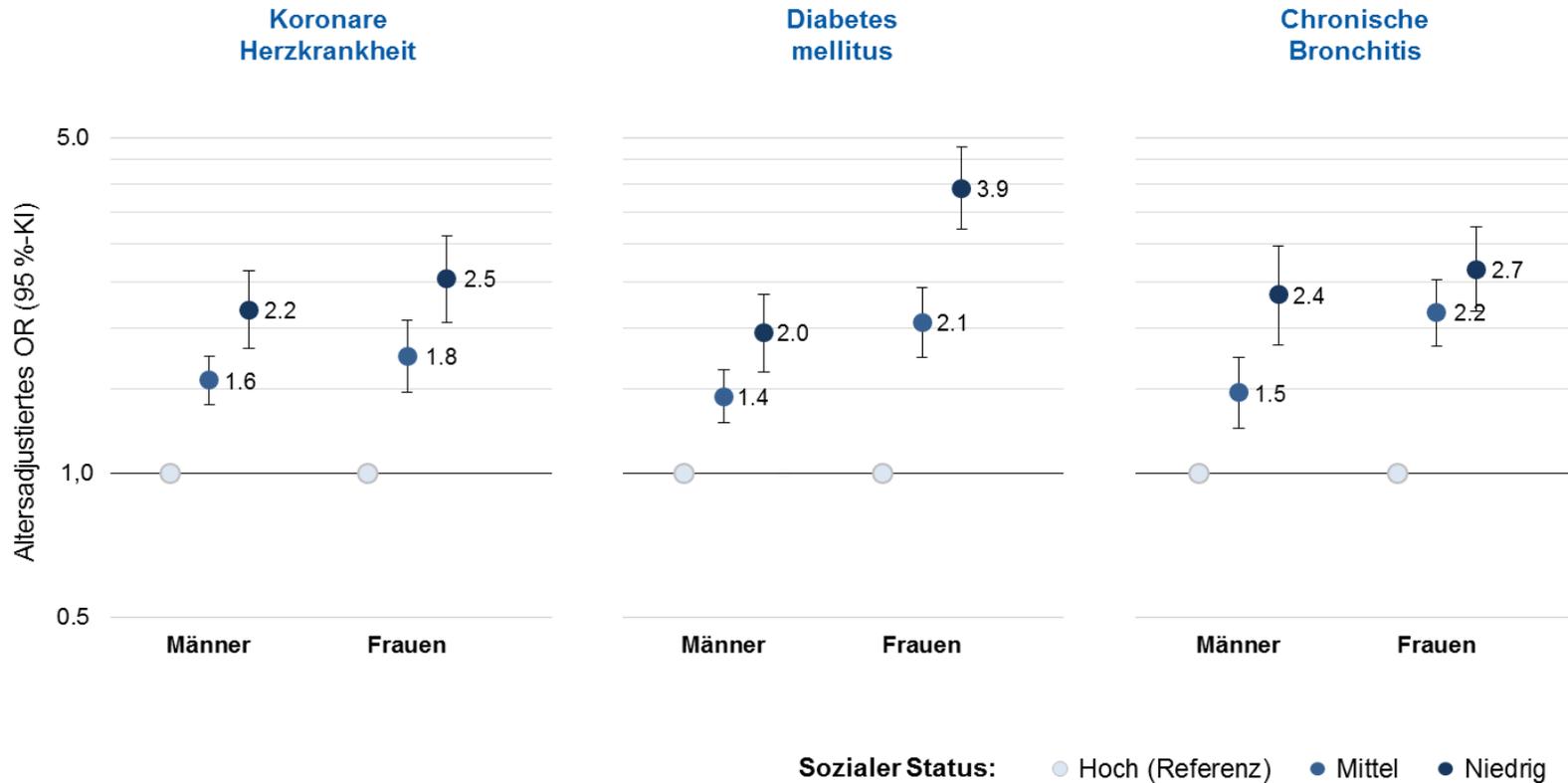
71,0

10,2 Jahre



# Chronische Krankheiten nach Sozialstatus

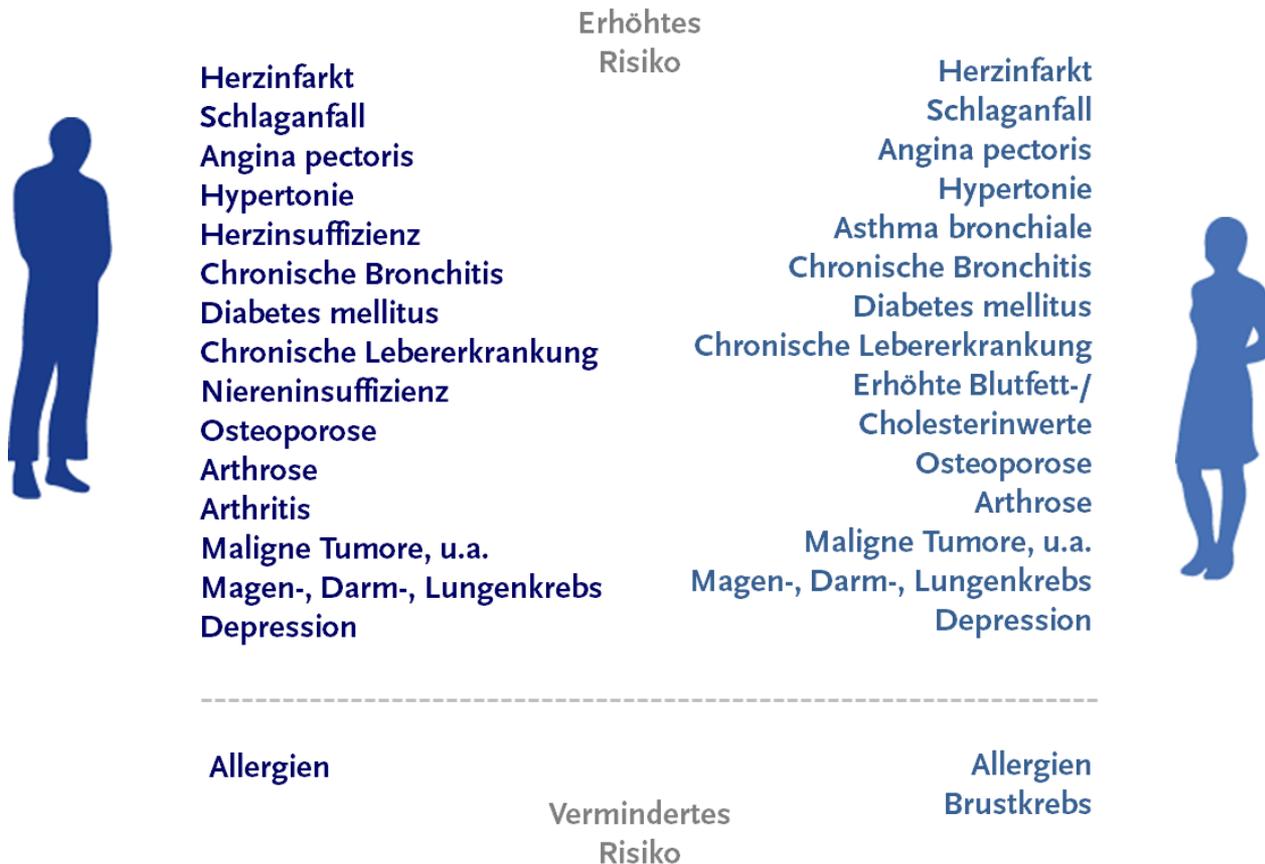
Datenbasis: GEDA 2009, 2010, 2012 (gepoolter Datensatz)





# Erhöhtes Krankheitsrisiko bei niedrigem Sozialstatus

Quelle: u.a. Geyer 2008, Davey Smith 2008, Lampert 2010, 2015

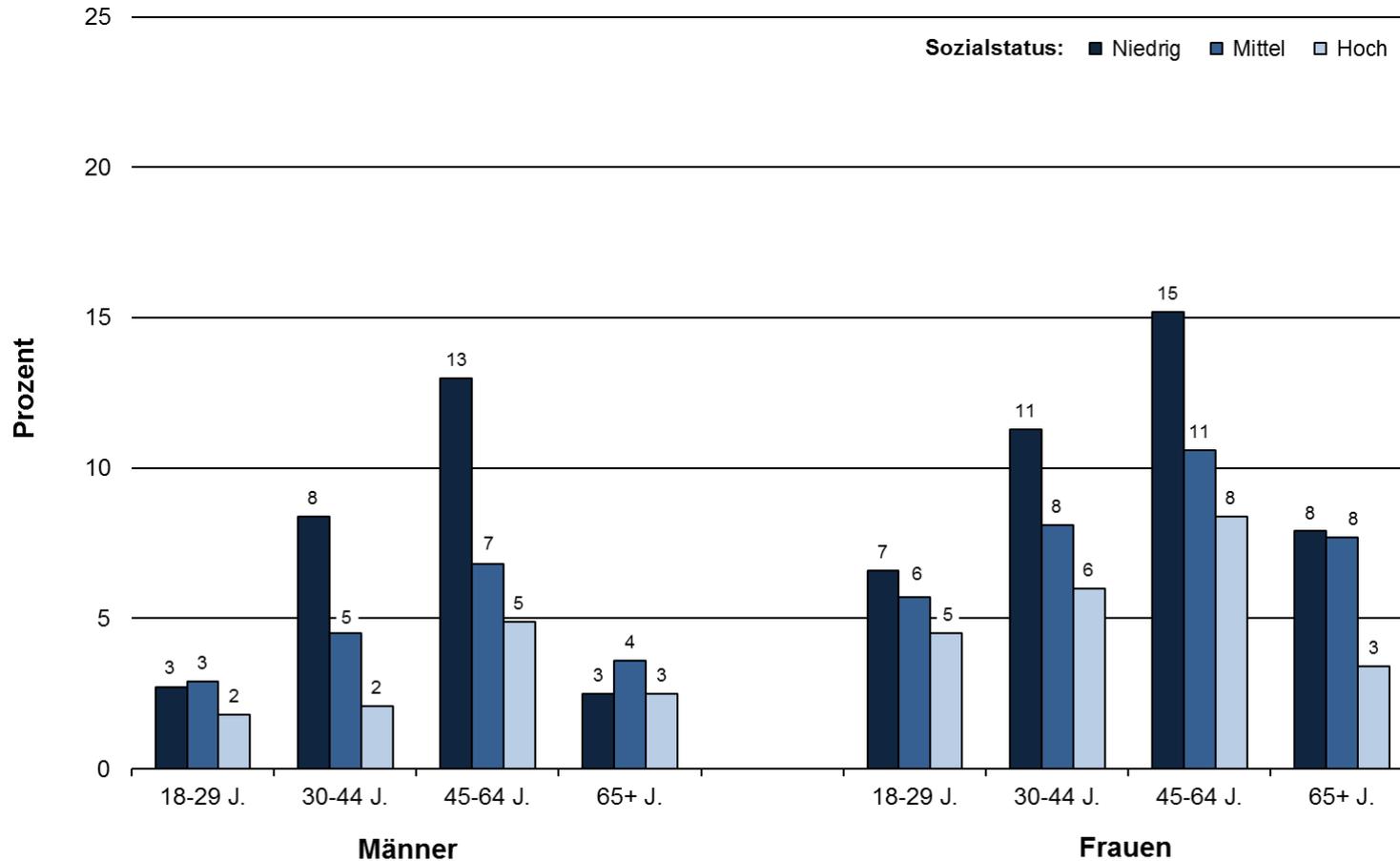




# Soziale Unterschiede bei psychischen Erkrankungen

# 12-Monatsprävalenz für Depressionen nach Sozialstatus

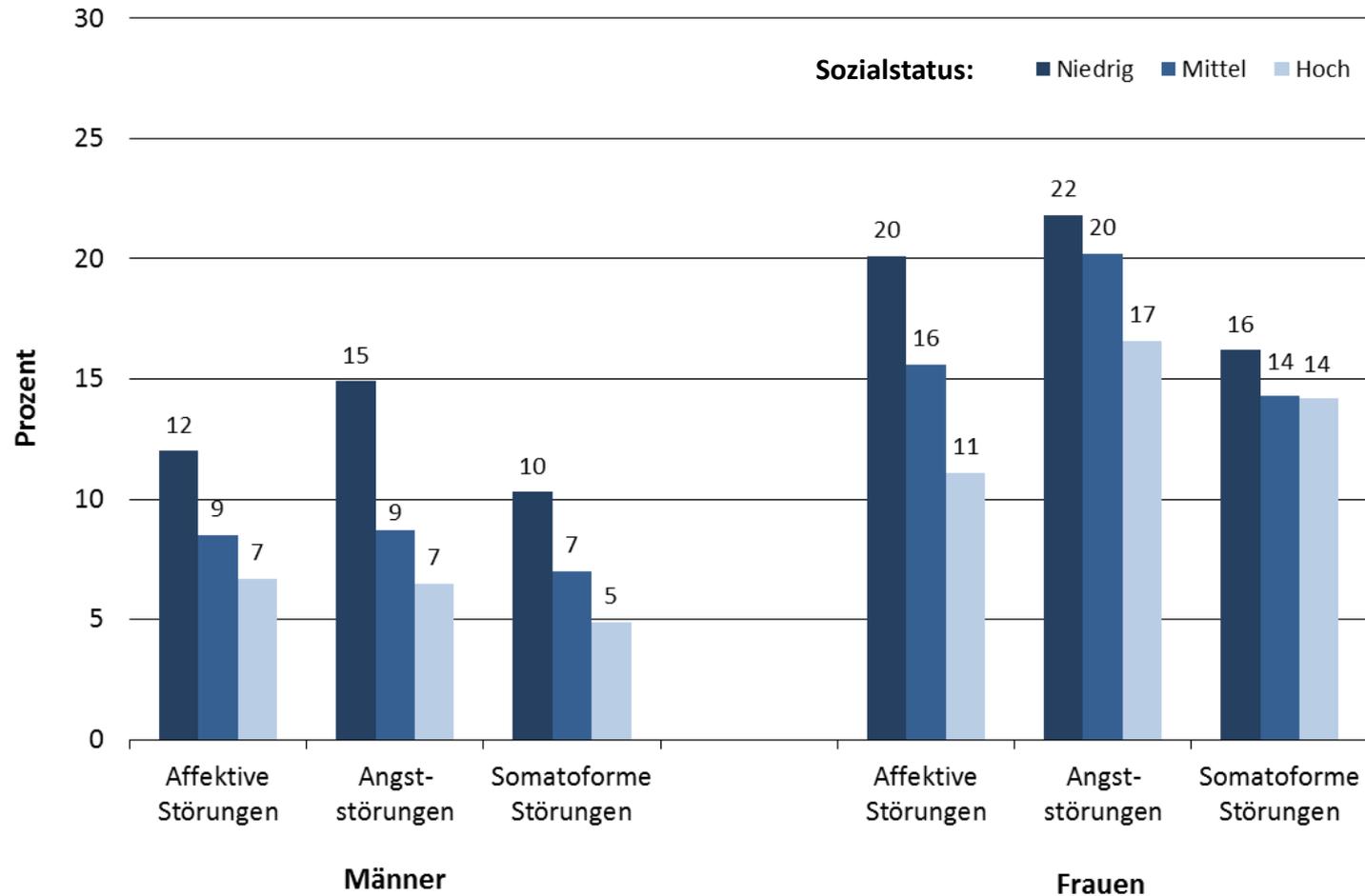
Datenbasis: GEDA 2009 und 2010 (Lampert 2013)





# Soziale Unterschiede bei psychischen Störungen

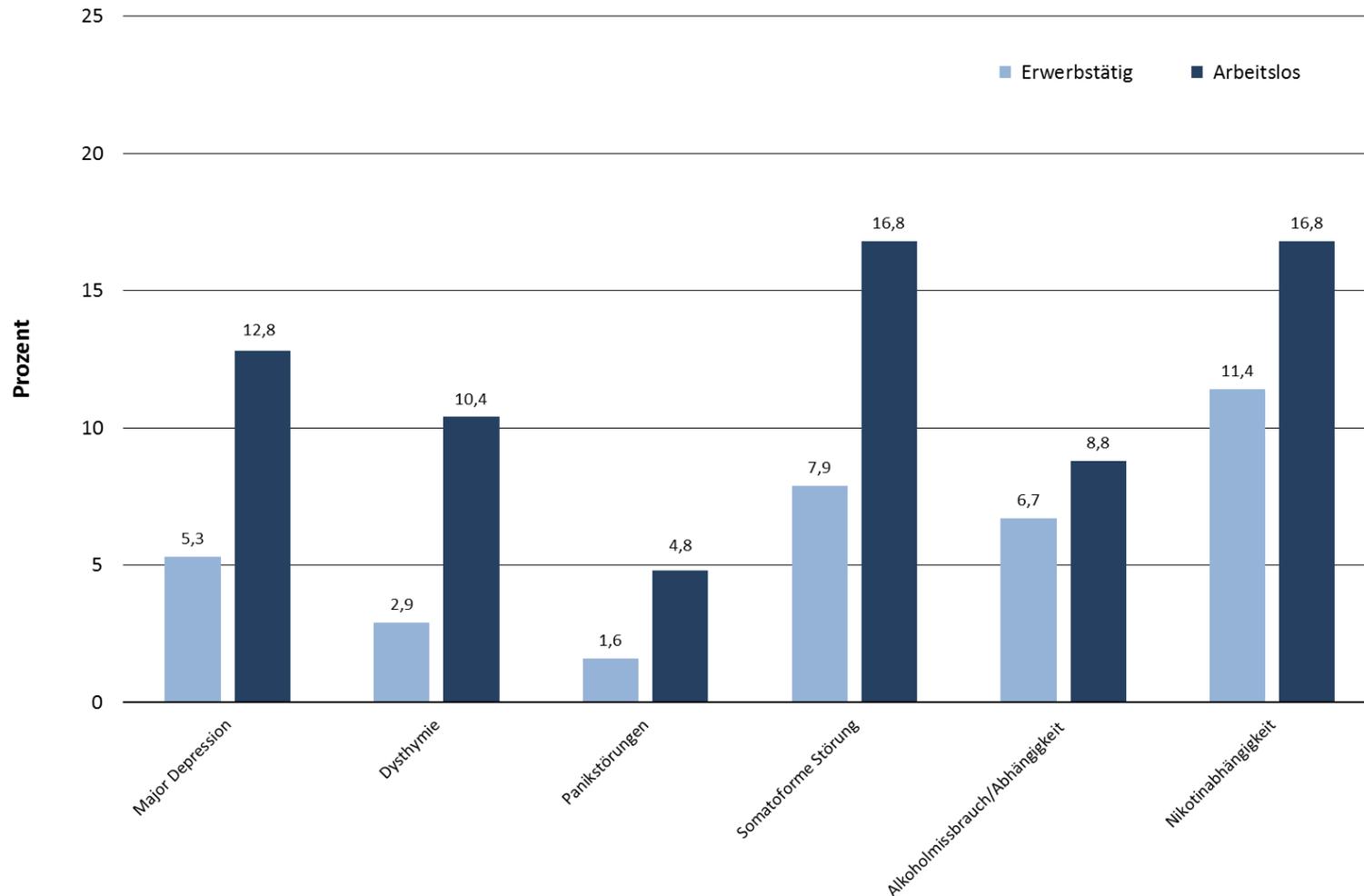
Datenbasis: BGS98-Zusatzmodul „Psychische Störungen“ (Lampert, Jacobi 2005)





# Psychische Störungen bei arbeitslosen Männern

Datenbasis: BGS98-Zusatzmodul „Psychische Störungen“ (Rose, Jacobi 2006)

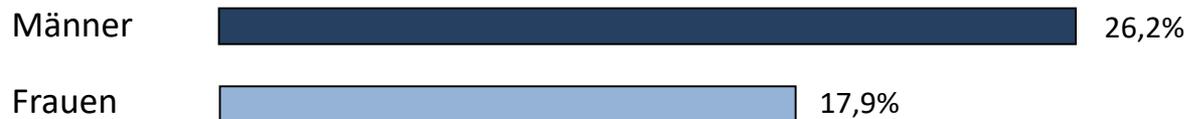




# Zusammenhänge zwischen Langzeitarbeitslosigkeit und Gesundheit

Datenbasis: GEDA-Studie 2009 , 2010 und 2012 (Lampert et al. 2017)

## Gesundheit hat sich durch die langfristige Arbeitslosigkeit verschlechtert („Verursachungseffekt“)



## Schlechte Gesundheit ist mit ein Grund für die langfristige Arbeitslosigkeit („Selektionseffekt“)

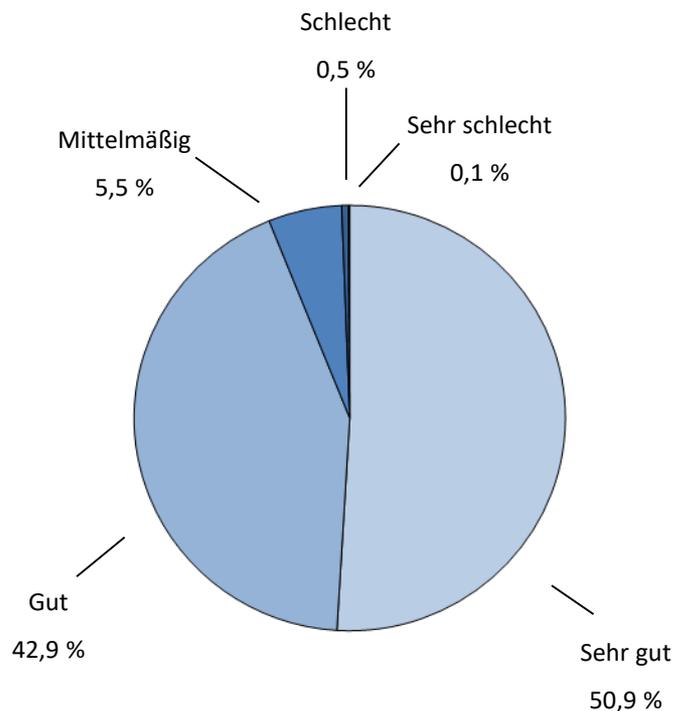




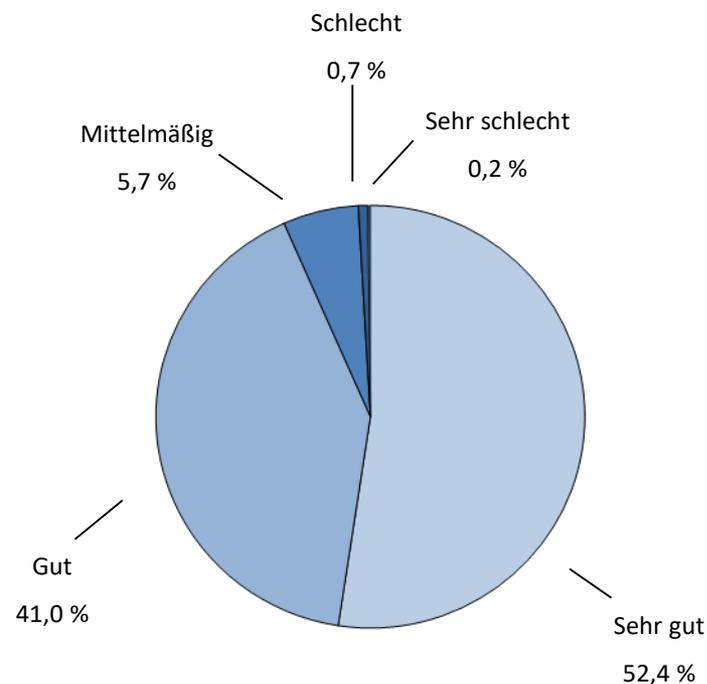
# Frühe Weichenstellung in der Kindheit und Jugend

# Allgemeiner Gesundheitszustand von 3- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen

Datenbasis: KiGGS Welle 1 (2009-12)



**Jungen**



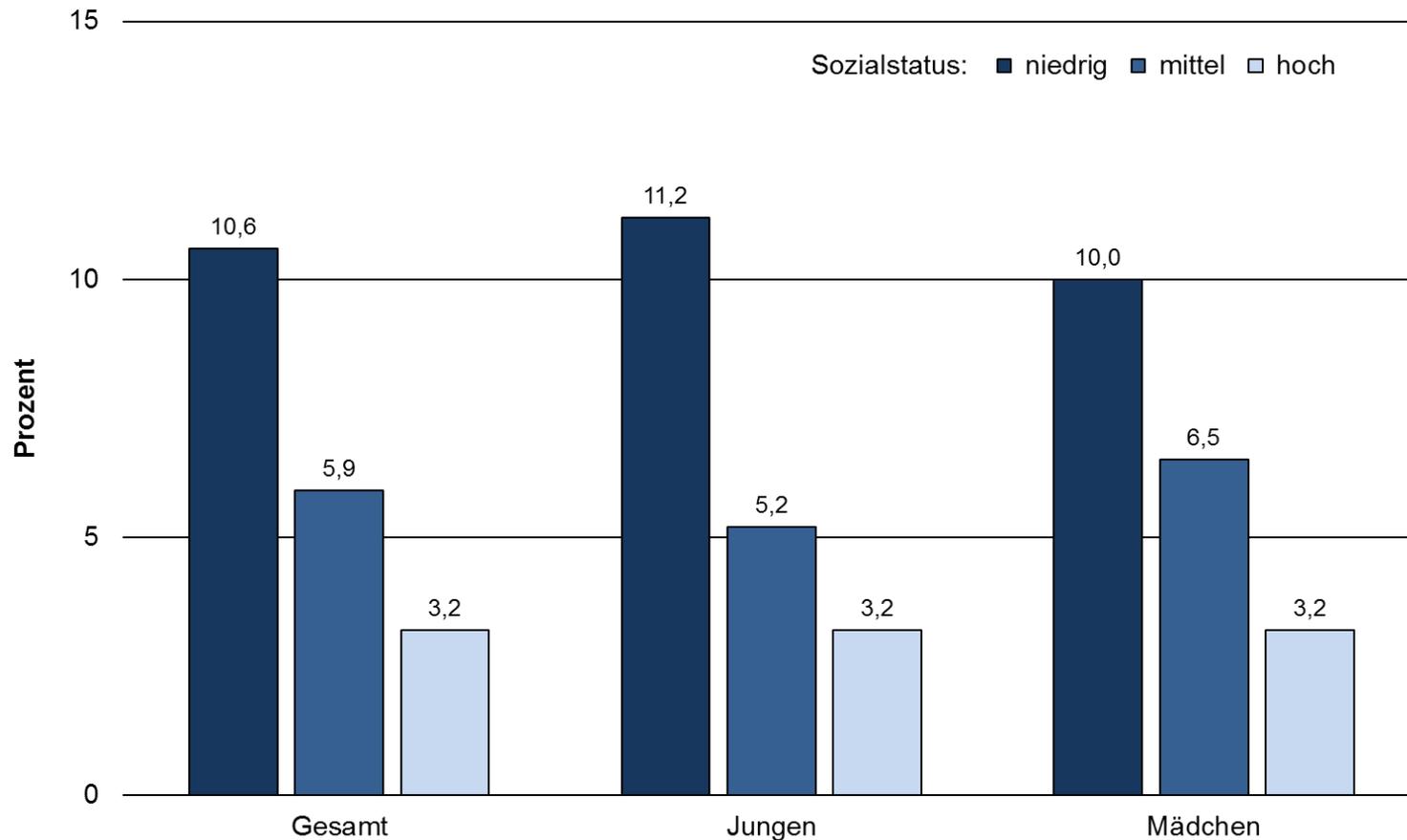
**Mädchen**

94% der Eltern bewerten den Gesundheitszustand ihrer Kinder als sehr gut oder gut



# Allgemeiner Gesundheitszustand („mittelmäßig“ bis „sehr schlecht“) nach Sozialstatus (3- bis 17-Jährige)

Datenbasis: KiGGS Welle 1 (2009-12)





Datenbasis: KiGGS Basis (2003-06)

## Elternbefragung



## Ärztliches Interview



### Akute Erkrankungen

*Erkältung, grippaler Infekt*

Angina

Krupp/Pseudokrapp

Herpesinfektion

Akute Bronchitis

Lungenentzündung

Otitis media

Durchfall, Erbrechen

Blasen-/Harnwegsentzündung

*Bindehautentzündung*

### Kinderkrankheiten

Keuchhusten

Masern

Mumps

Röteln

*Windpocken*

*Scharlach*

### Chronische Krankheiten

Asthma

*Heuschnupfen*

*Neurodermitis*

Obstruktive Bronchitis

Herzkrankheit

Epileptische Anfälle

Schilddrüsenkrankheiten

Diabetes

Anämie

*Skoliose*

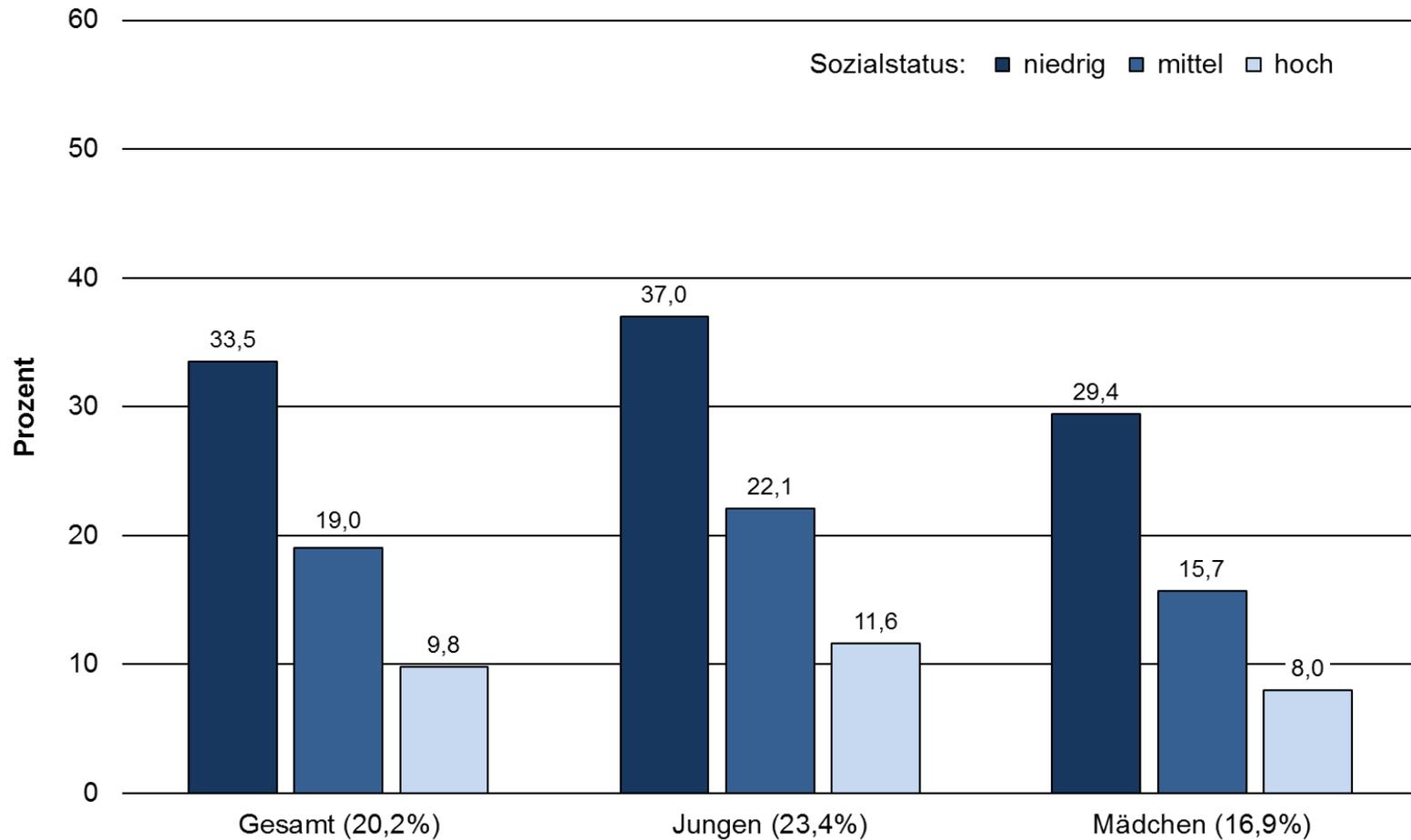
Migräne

Quelle: Kamtsiuris et al. 2007



# Psychische Auffälligkeiten (SDQ-Gesamtproblemwert) nach Sozialstatus (3- bis 17-Jährige)

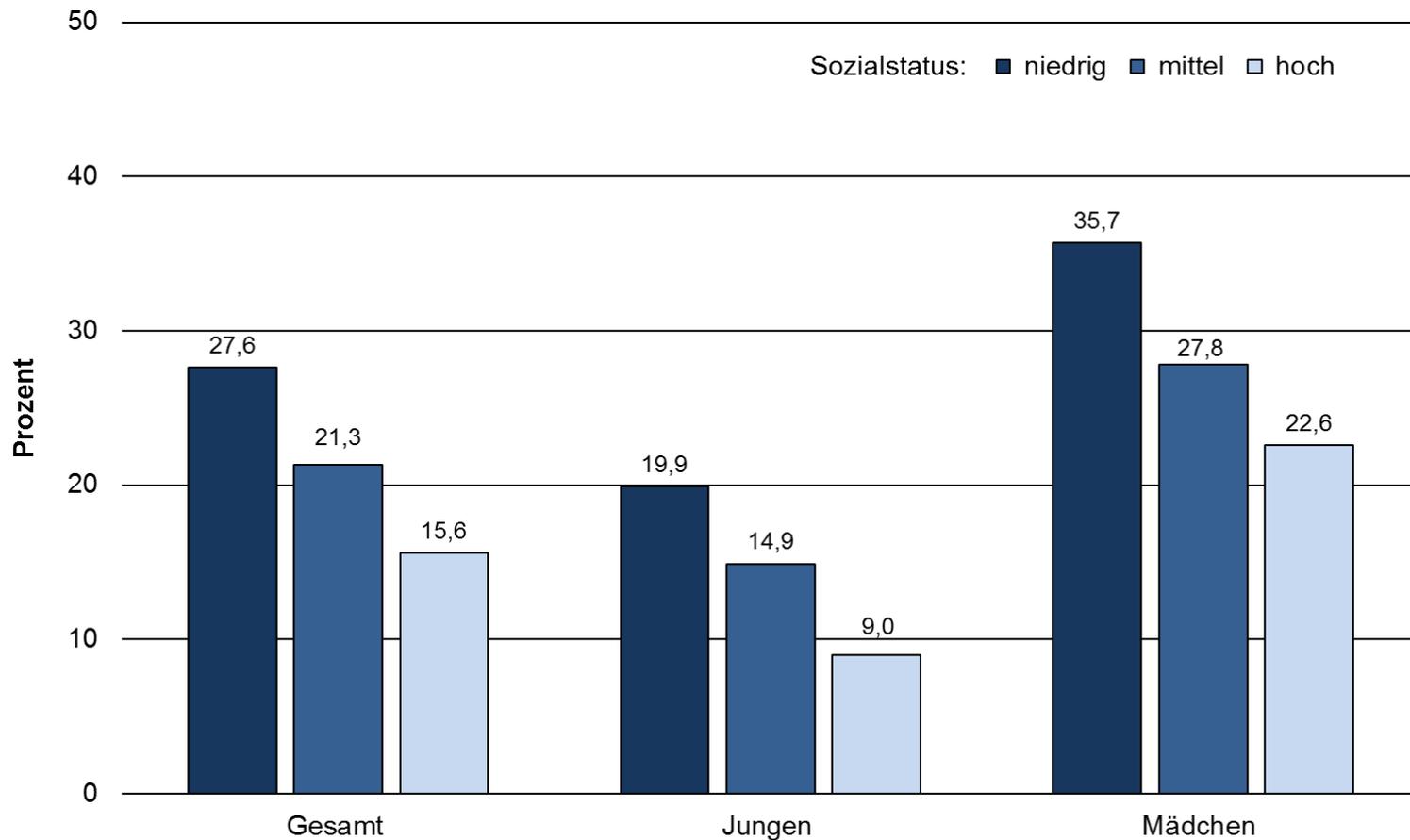
Datenbasis: KiGGS Welle 1 (2009-12)





# Verdacht auf Essstörungen nach Sozialstatus (11- bis 17-Jährige)

Datenbasis: KiGGS Basis (2003-06)





# Gesundheitliche Auswirkungen von sozialer Benachteiligung bei Kindern und Jugendlichen

Datenbasis: KiGGS-Basis (2003-06)<sup>1</sup> und KiGGS Welle 1 (2009-12)

## Niedriger SES vs. Hoher SES (Ref.)



Einschränkung allg. Gesundheitszustand (OR<sub>3-17 J.</sub> = 3,42)

Psychische Auffälligkeiten (OR<sub>3-17 J.</sub> = 4,69)

ADHS (OR<sub>3-17 J.</sub> = 2,53)

Verdacht auf Essstörungen<sup>1</sup> (OR<sub>11-17 J.</sub> = 1,93)

Adipositas<sup>1</sup> (OR<sub>3-17 J.</sub> = 3,05)

Sportliche Inaktivität (OR<sub>3-17 J.</sub> = 3,94)

Kann nicht schwimmen (OR<sub>5-17 J.</sub> = 5,95)

Seltener Gemüseverzehr (OR<sub>3-17 J.</sub> = 2,20)

Seltener Obstverzehr (OR<sub>3-17 J.</sub> = 2,93)

Kein tägliches Frühstück zuhause (OR<sub>5-17 J.</sub> = 3,26)

Tägliches Rauchen (OR<sub>11-17 J.</sub> = 3,71)

Häusliche Passivrauchbelastung (OR<sub>0-17 J.</sub> = 8,42)



# Bedeutung von familiären Ressourcen und Schulbildung für ein gesundes Aufwachsen

Datenbasis: KiGGS Basis (2003-06) und KiGGS Welle 1 (2009-12)



## Familiäre Ressourcen unterstützen die gesundheitliche Entwicklung im Kindes- und Jugendalter

- Familiärer Zusammenhalt, emotionale Unterstützung, gemeinsame Aktivitäten etc. wirken sich gesundheitsförderlich aus
- Familiäre Ressourcen können die negativen Folgen von Armut und sozialer Benachteiligung abschwächen



## Höhere Schulbildung verbessert die Gesundheitschancen

- Besuch eines Gymnasiums geht mit geringerem Risiko für Gesundheitsprobleme und riskantem Gesundheitsverhalten einher
- Schaffen Jugendliche aus Familien mit niedrigem Sozialstatus den Sprung auf ein Gymnasium drückt sich dies in deutlich verbesserten Gesundheitschancen aus



# Erklärungsansätze



# Erklärungsansätze gesundheitlicher Ungleichheit

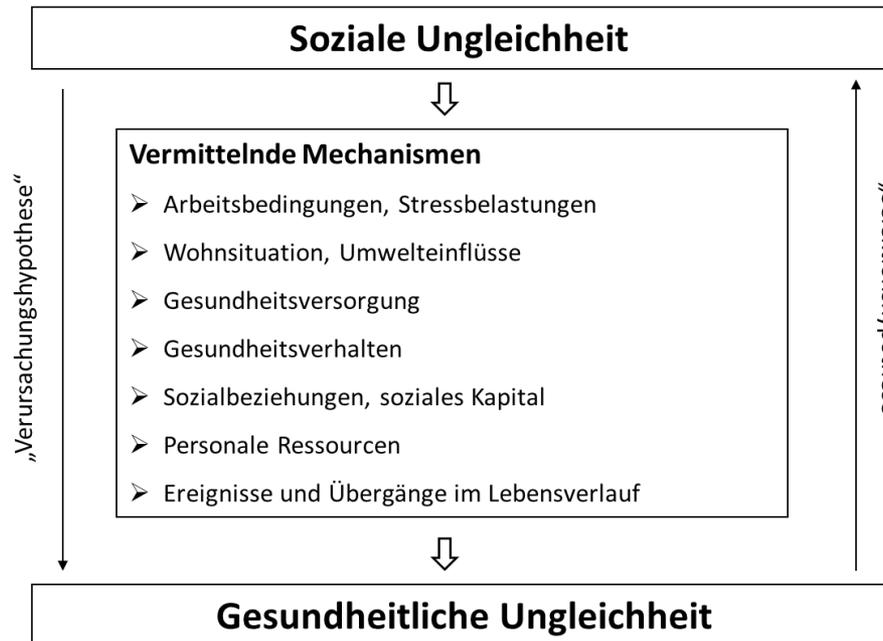
Mielck 2005, Lampert 2011





# Erklärungsansätze gesundheitlicher Ungleichheit

Mielck 2005, Lampert 2011



## Gesundheitliche Auswirkungen von Armut und sozialer Ungleichheit...

gehen zu einem erheblichen Anteil auf Defizite in Bezug auf materiellen Lebensstandard, soziale Absicherung sowie Arbeits- und Wohnbedingungen zurück.



# Erklärungsansätze gesundheitlicher Ungleichheit

Mielck 2005, Lampert 2011



## Gesundheitliche Auswirkungen von Armut und sozialer Ungleichheit...

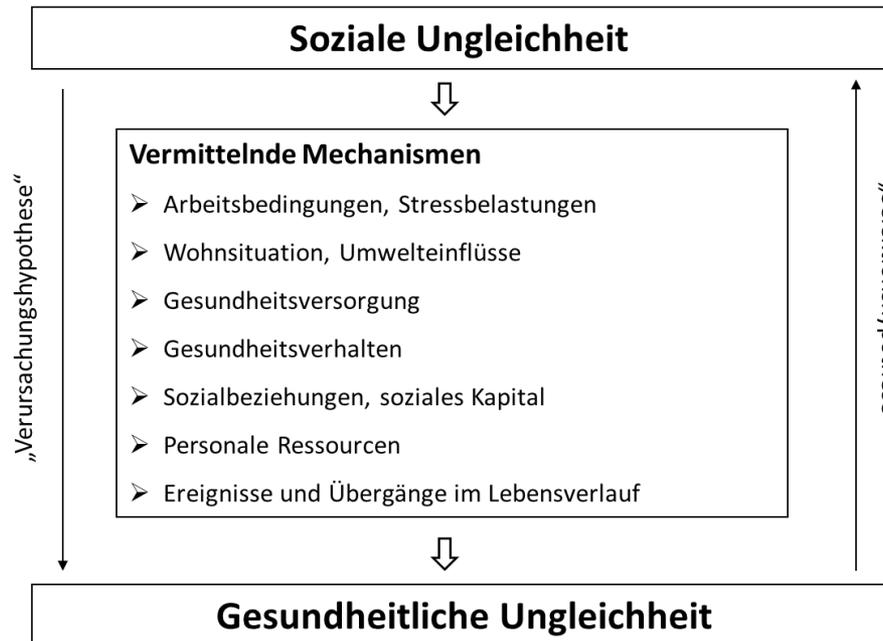
gehen zu einem erheblichen Anteil auf Defizite in Bezug auf materiellen Lebensstandard, soziale Absicherung sowie Arbeits- und Wohnbedingungen zurück.

Daneben gewinnen Fragen der sozialen Integration, der gesellschaftlichen Teilhabe und der Wertschätzung/Anerkennung zunehmend an Bedeutung



# Erklärungsansätze gesundheitlicher Ungleichheit

Mielck 2005, Lampert 2011



## Gesundheitliche Auswirkungen von Armut und sozialer Ungleichheit...

gehen zu einem erheblichen Anteil auf Defizite in Bezug auf materiellen Lebensstandard, soziale Absicherung sowie Arbeits- und Wohnbedingungen zurück.

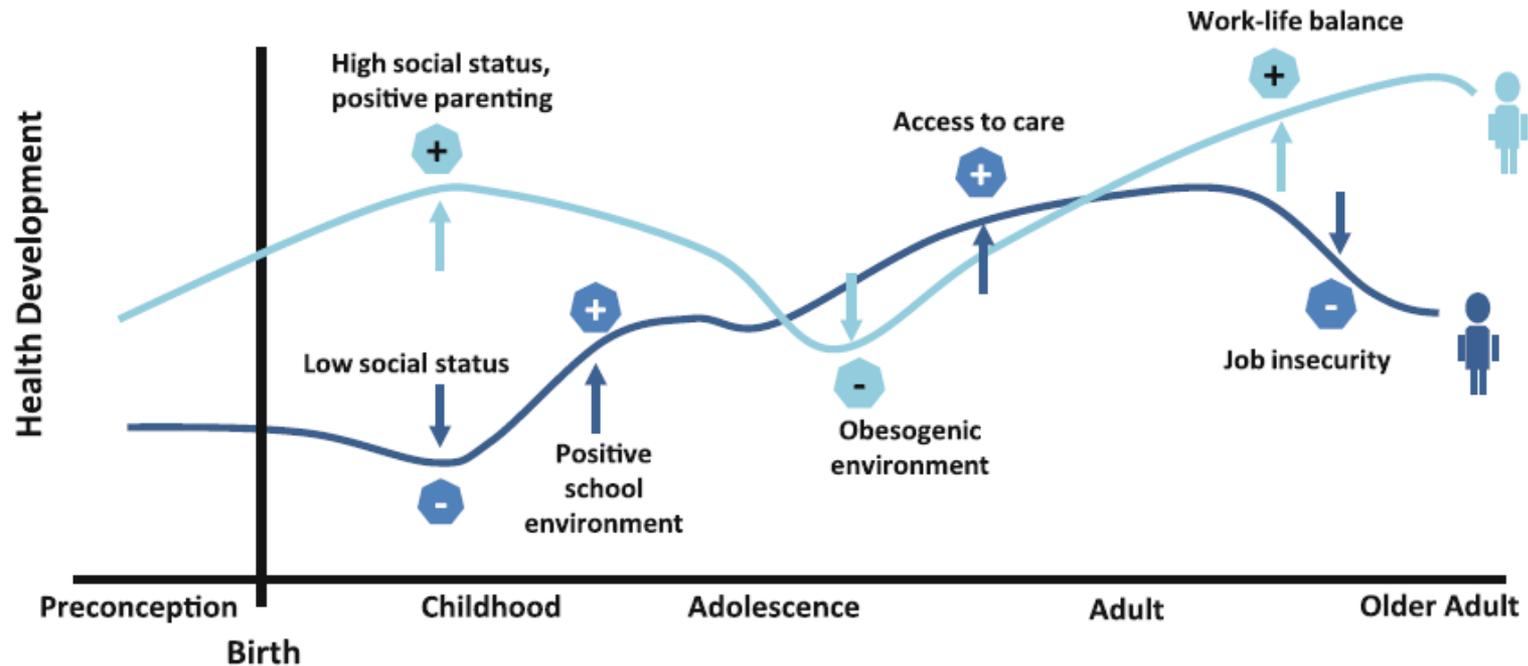
Daneben gewinnen Fragen der sozialen Integration, der gesellschaftlichen Teilhabe und der Wertschätzung/Anerkennung zunehmend an Bedeutung

## Soziale Benachteiligung infolge von längerfristigen Gesundheitsprobleme...

Gerade psychische Erkrankungen und Suchterkrankungen können mit verminderten Erwerbschancen einhergehen und vermindern auch ansonsten die Möglichkeiten sozialer Teilhabe



# Gesundheitsbezogene Risiko- und Schutzfaktoren über den Lebenslauf



Quelle: Halfon N, Larson K, Lu M, Tullis E, Russ S (2014) Lifecourse health development: past, present and future. *Matern Child Health J* 18:344-365



# Zusammenfassung und Ausblick



# Zusammenfassung

- ➔ Männer und Frauen mit niedrigem Sozialstatus unterliegen einem erhöhten Erkrankungs- und vorzeitigem Sterberisiko
- ➔ Sowohl körperliche als auch psychische Erkrankungen treten in der niedrigen Statusgruppe vermehrt auf
- ➔ Bereits im Kindes- und Jugendalter zeichnet sich die gesundheitliche Ungleichheit zu Ungunsten der niedrigen Statusgruppen deutlich ab, und zwar insbesondere in der psychosozialen Gesundheit
- ➔ Gesundheitliche Ungleichheit hat sich über die Zeit als überaus stabil erwiesen, in einigen Bereichen ist eine Ausweitung der Unterschiede zu beobachten
- ➔ Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit stellt eine zentrale Herausforderung für Public Health und Gesundheitspolitik dar





# Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



**Korrespondenzadresse:**

PD Dr. Thomas Lampert

Robert Koch-Institut

FG28 Soziale Determinanten der Gesundheit

General-Pape-Str. 62-66, 12101 Berlin

E-mail: [t.lampert@rki.de](mailto:t.lampert@rki.de)

Internet: [www.rki.de](http://www.rki.de)