



Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit

PD Dr. Thomas Lampert
Robert Koch-Institut,
Fachgebiet Soziale Determinanten
der Gesundheit



- ❖ Armutsentwicklung in Deutschland
- ❖ Soziale Unterschiede in der Gesundheit und Lebenserwartung
- ❖ Frühe Weichenstellung in der Kindheit und Jugend
- ❖ Zeitliche Entwicklungen und Trends
- ❖ Zusammenfassung und Diskussion

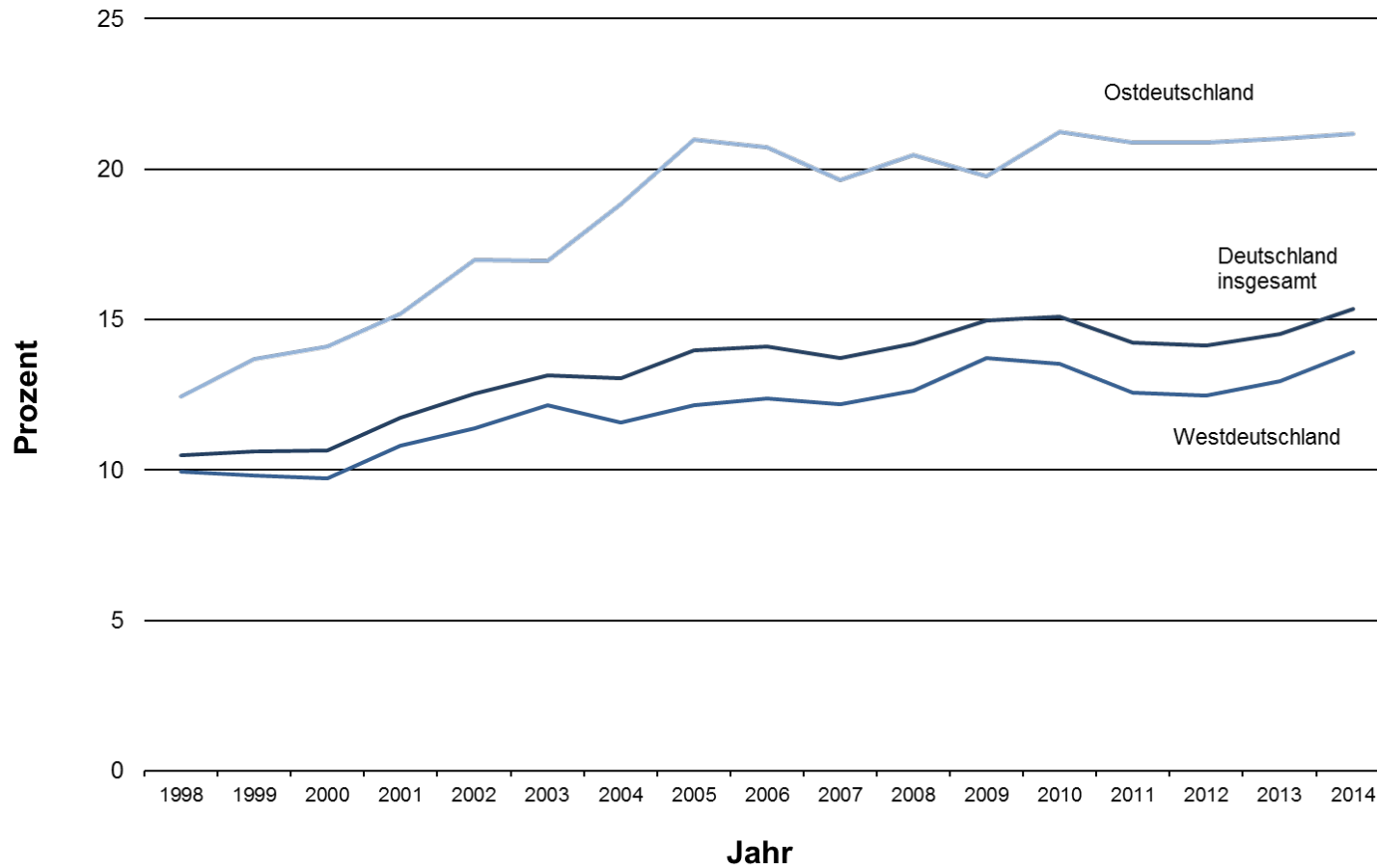


Armutsentwicklung in Deutschland

Entwicklung der Armutsrisikoquote 1998-2014



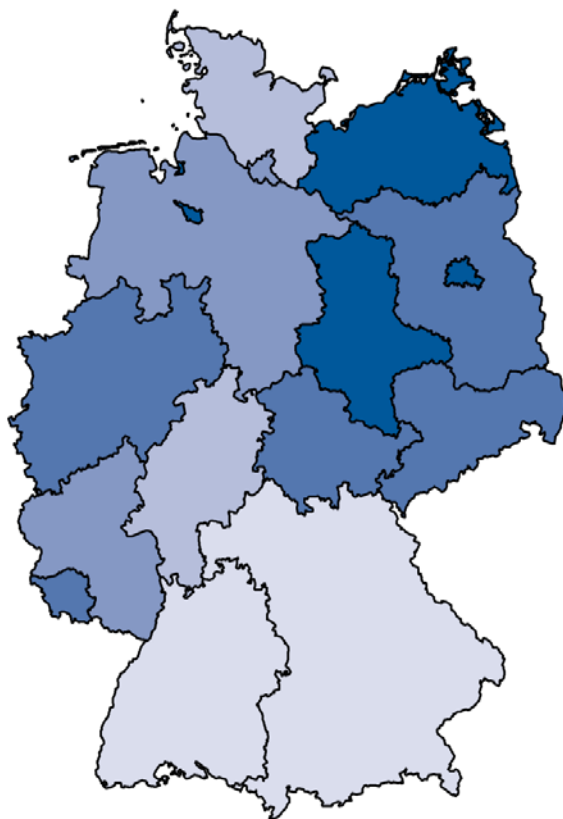
Datenbasis: Sozio-oekonomisches Panel 1998-2014



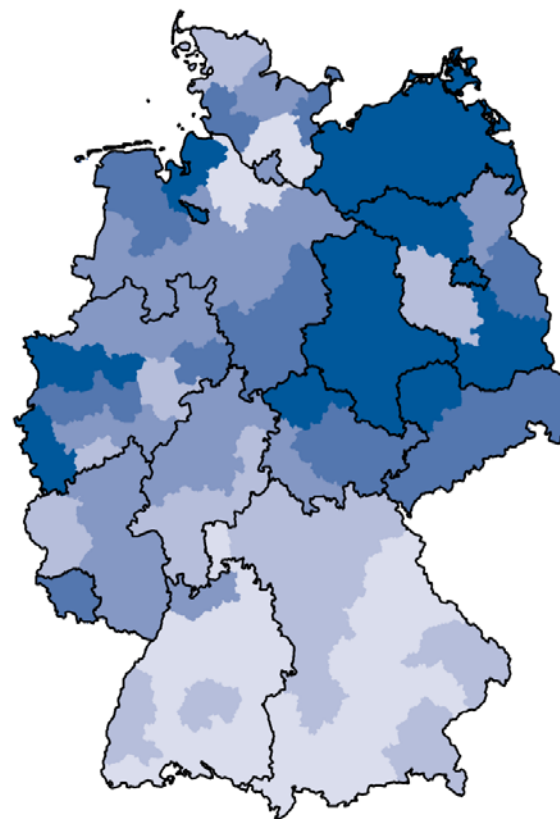
Regionale Unterschiede des Armutsrisikos



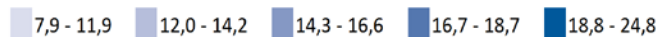
Datenbasis: Mikrozensus 2015



Bundesländer



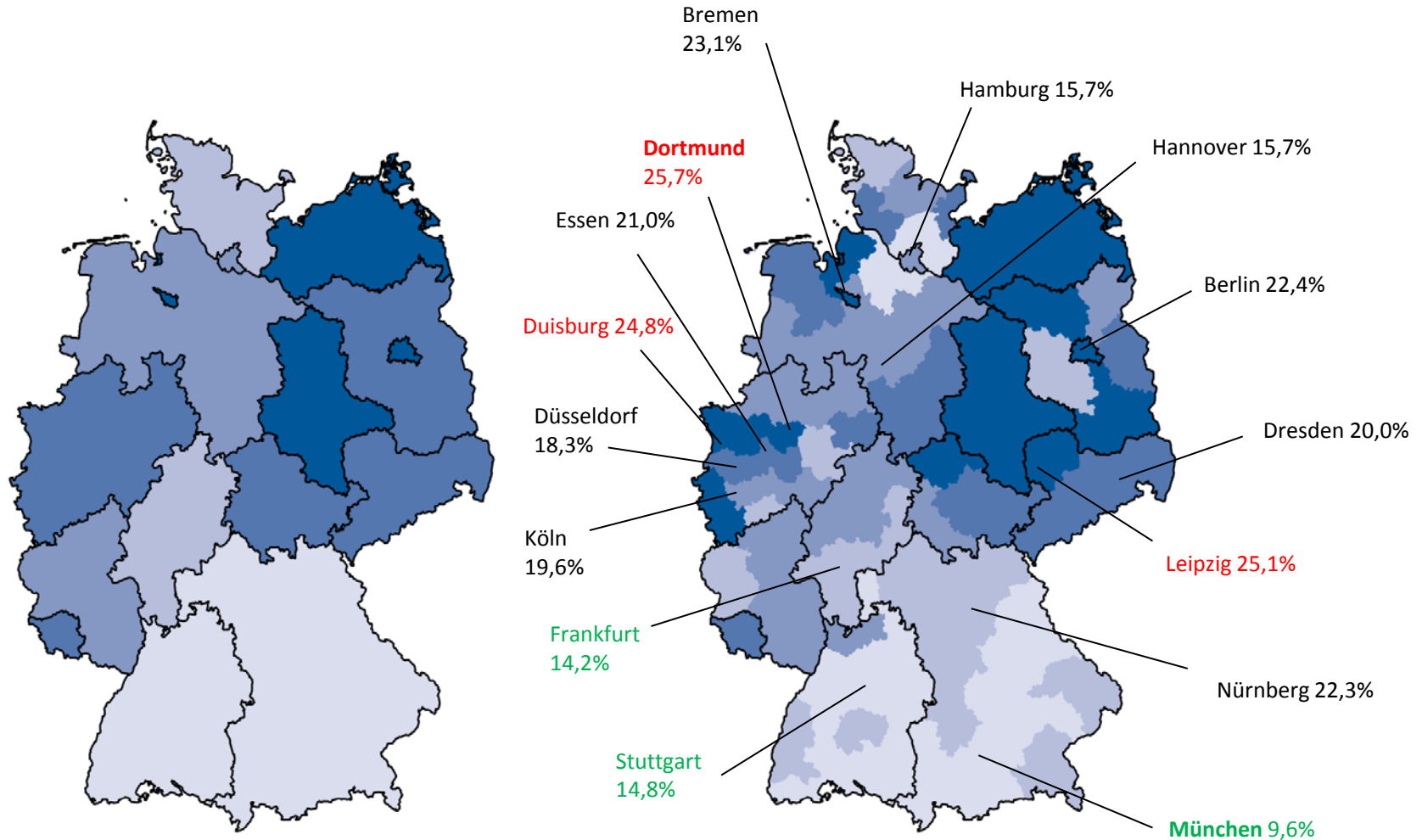
Raumordnungsregionen



Regionale Unterschiede des Armutsrisikos



Datenbasis: Mikrozensus 2015

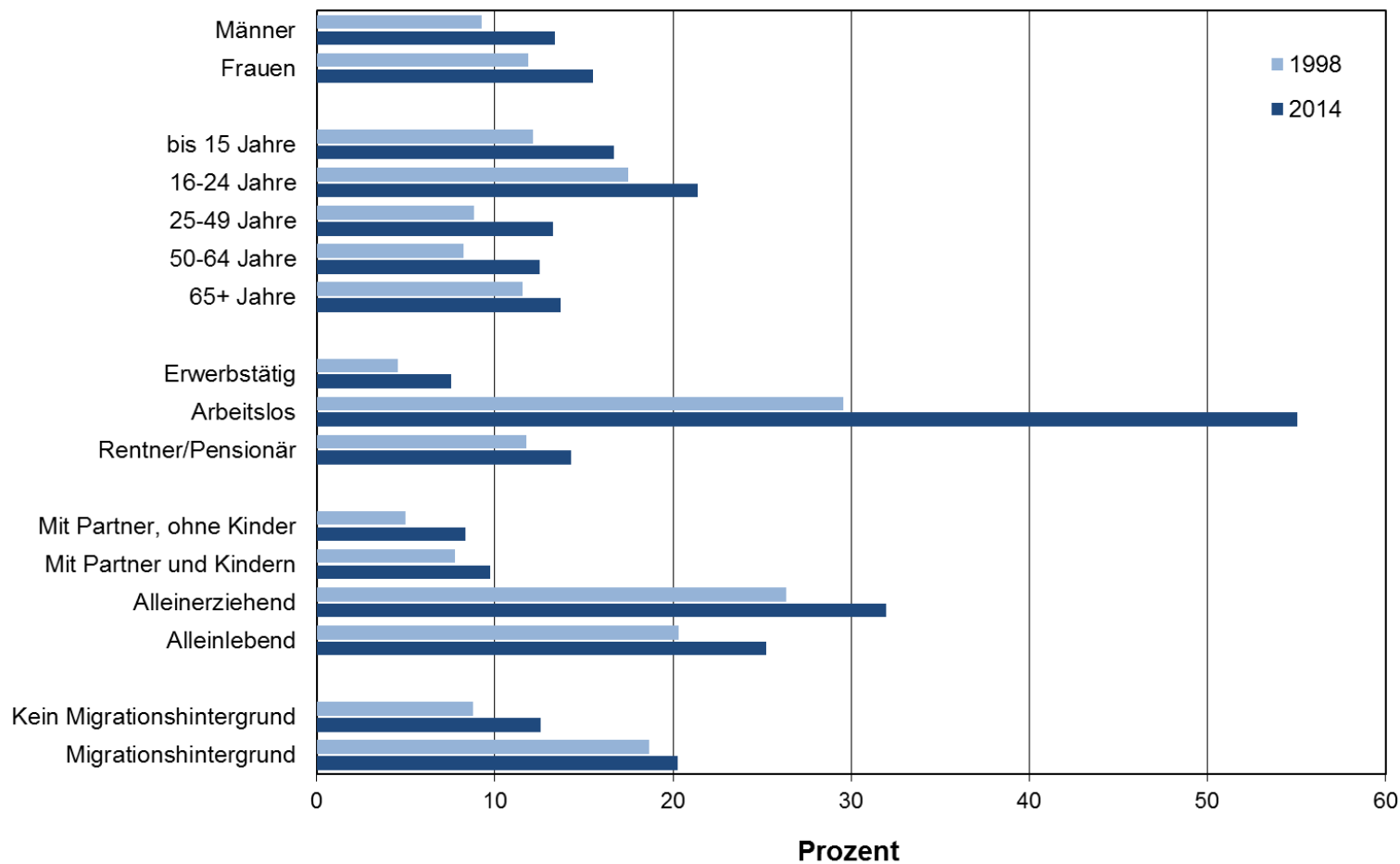


Städte über 500.000 Einwohner

Gruppenspezifische Armutsrisikoquoten



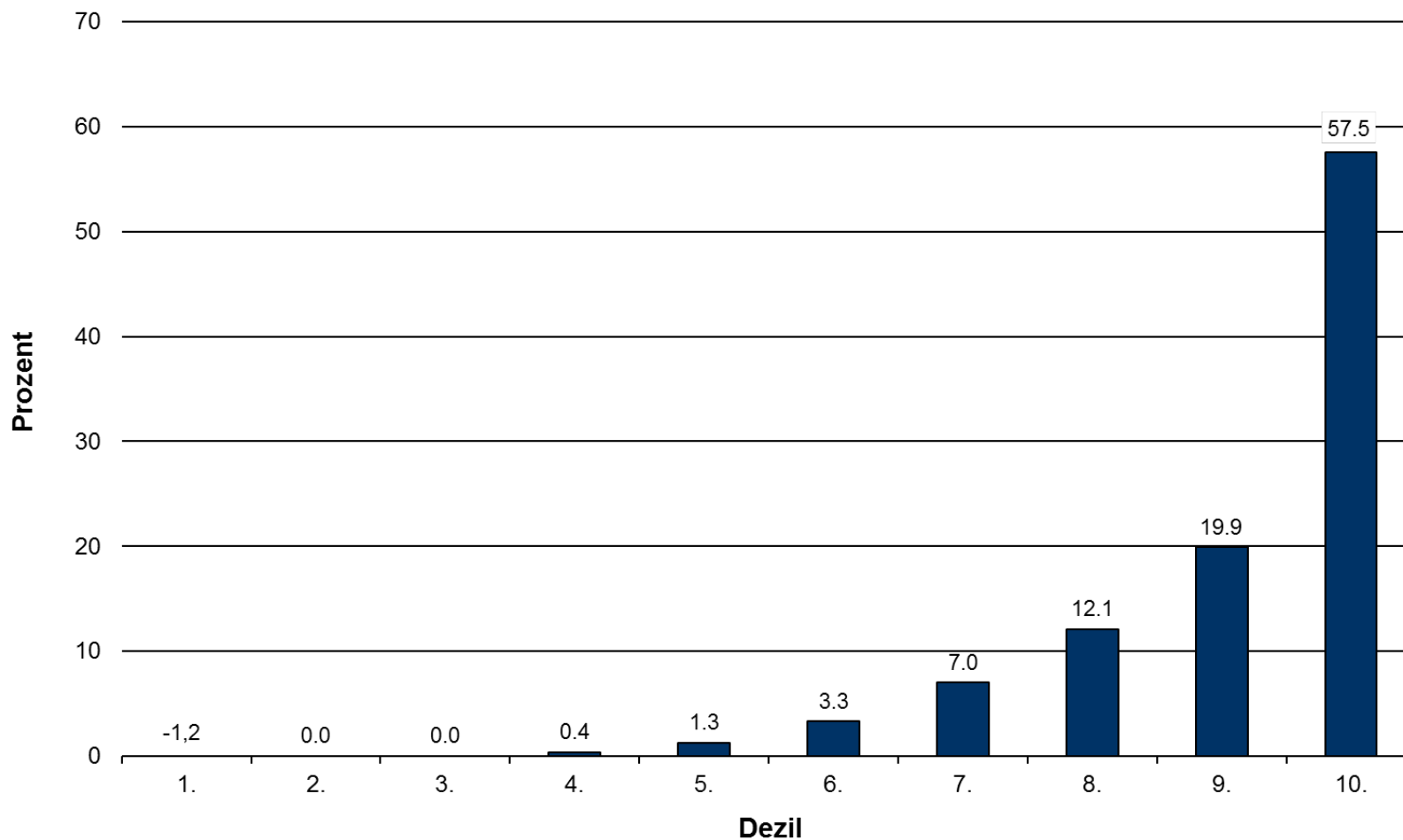
Datenbasis: Sozio-oekonomisches Panel 1998 und 2014



Verteilung des individuellen Nettovermögens



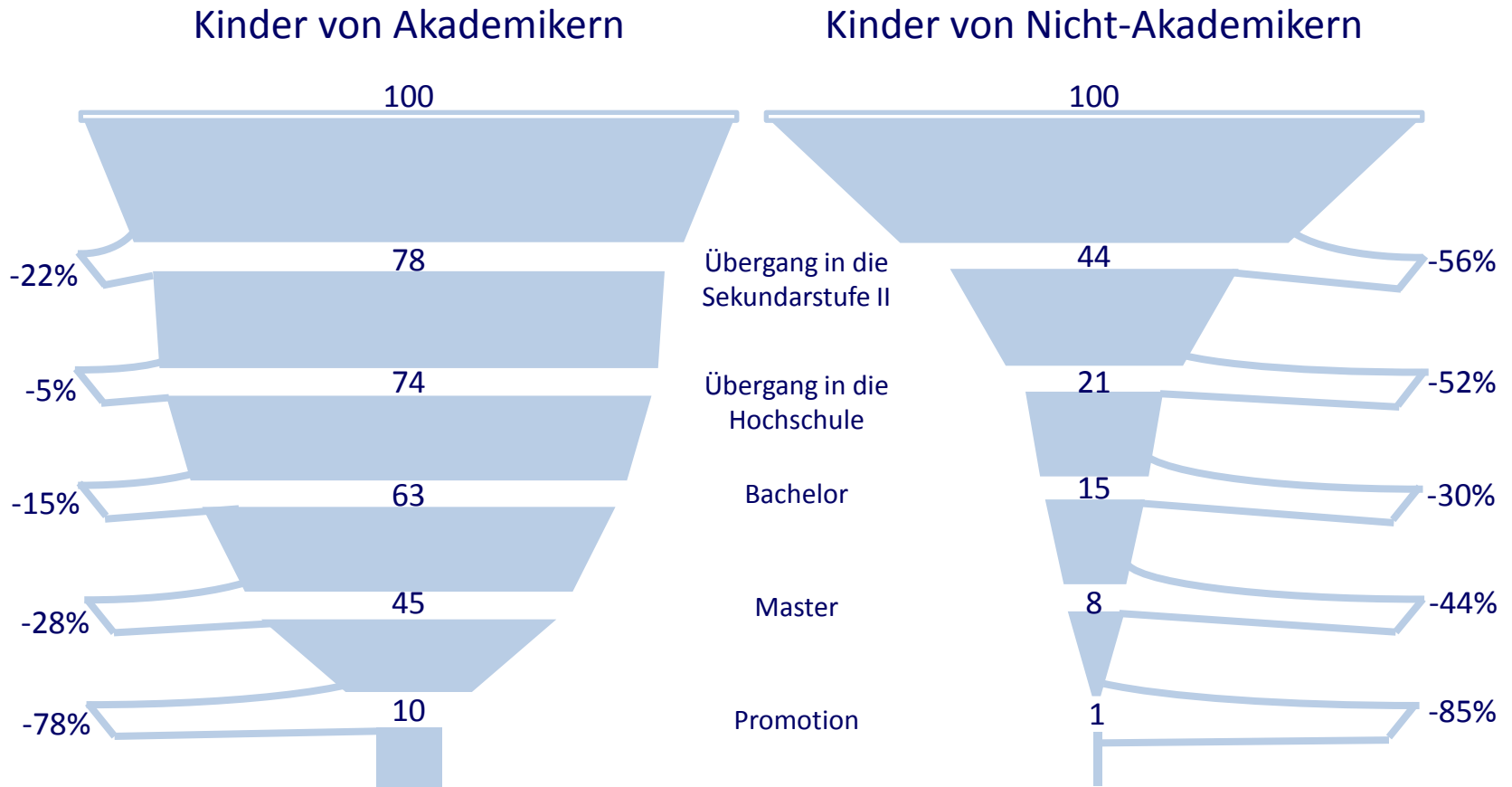
Datenbasis: Sozio-oekonomisches Panel 2012 (DIW 2016)



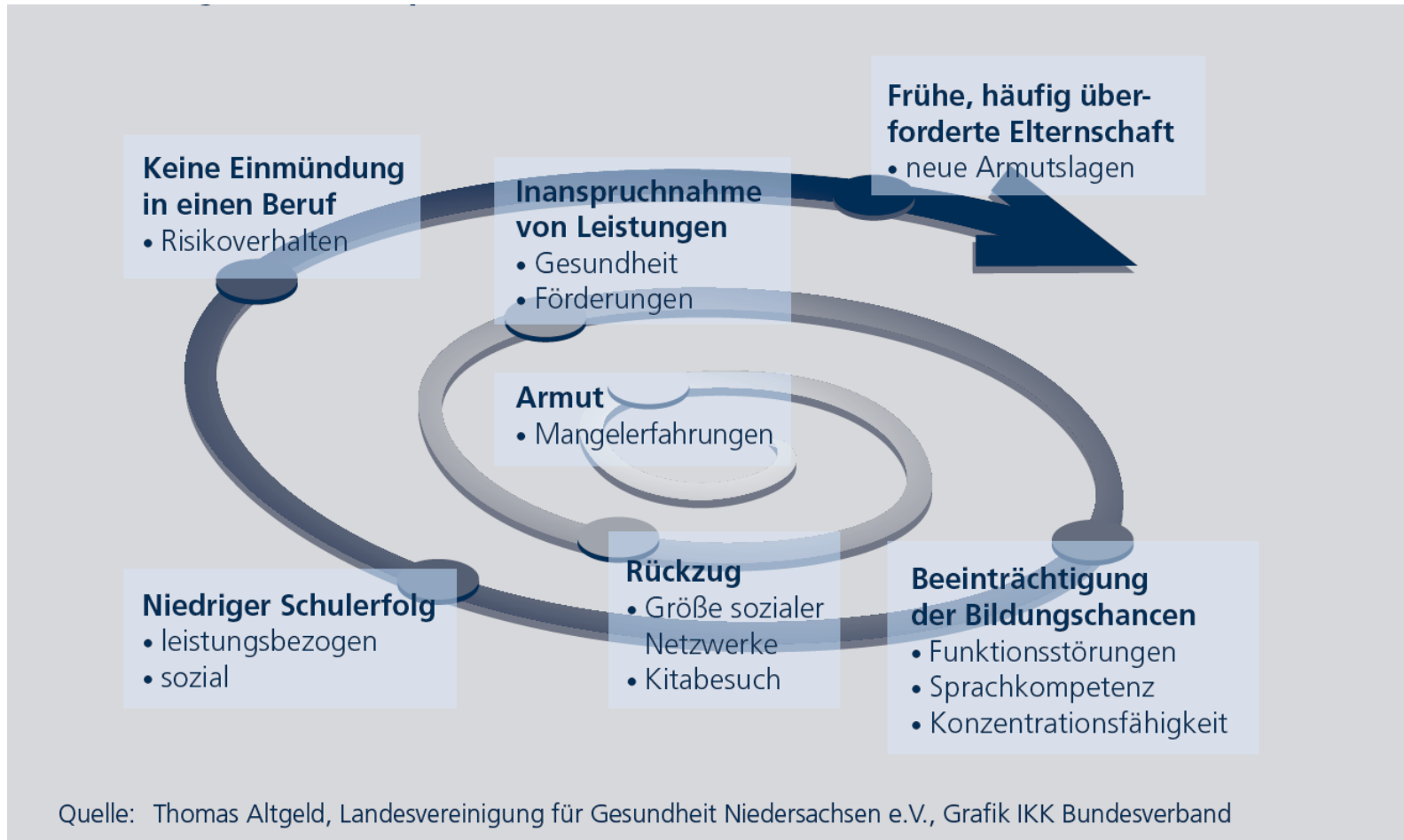
Soziale Ungleichheit der Bildungschancen



Quelle: Hochschul-Bildungs-Report des Stifterverbandes 2017 (geänderte Darstellung)



„Armutsspirale“ (intergenerationale, verfestigte Armut)

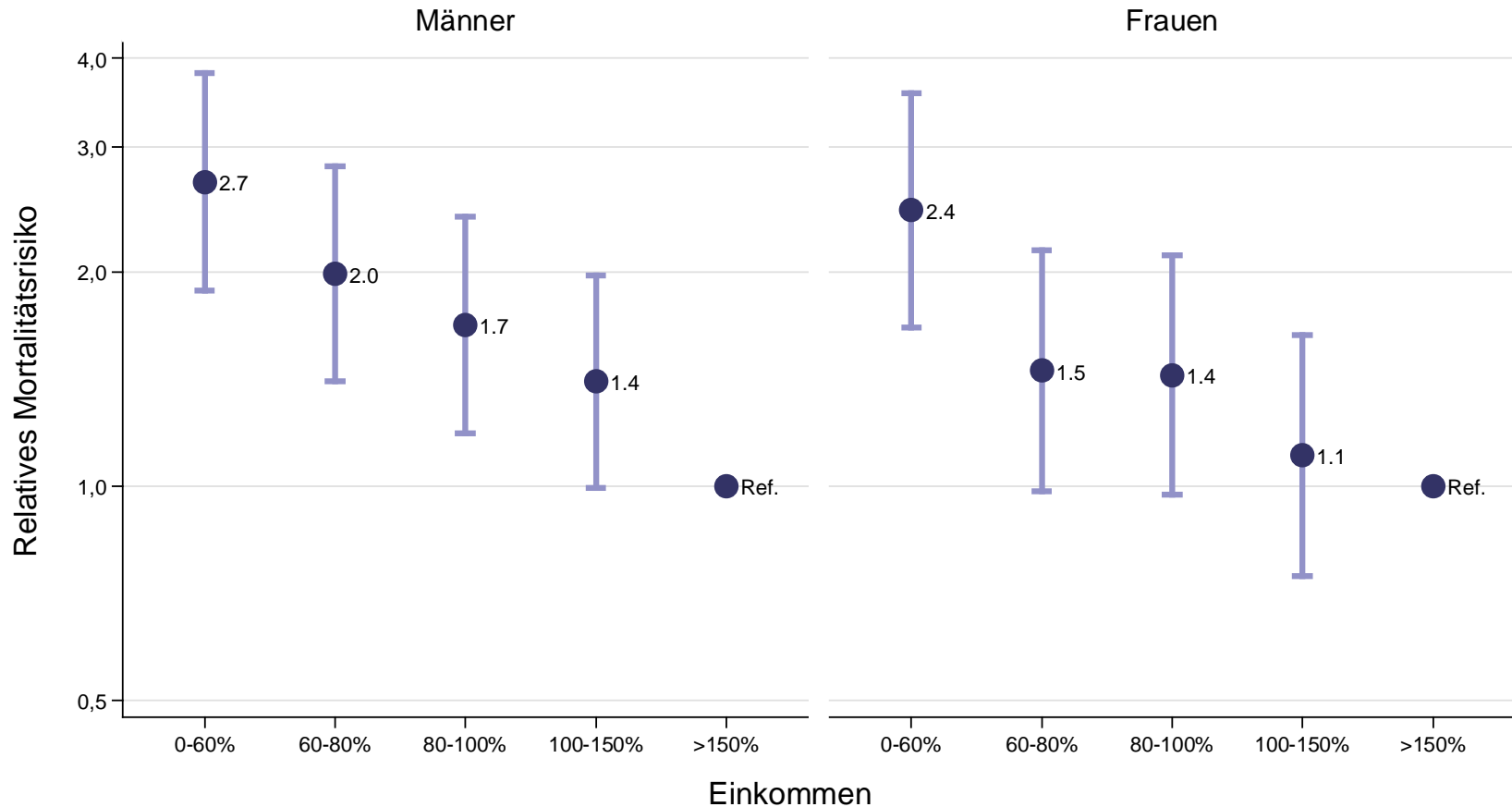




Mortalität und Lebenserwartung

Einkommensunterschiede in der Mortalität

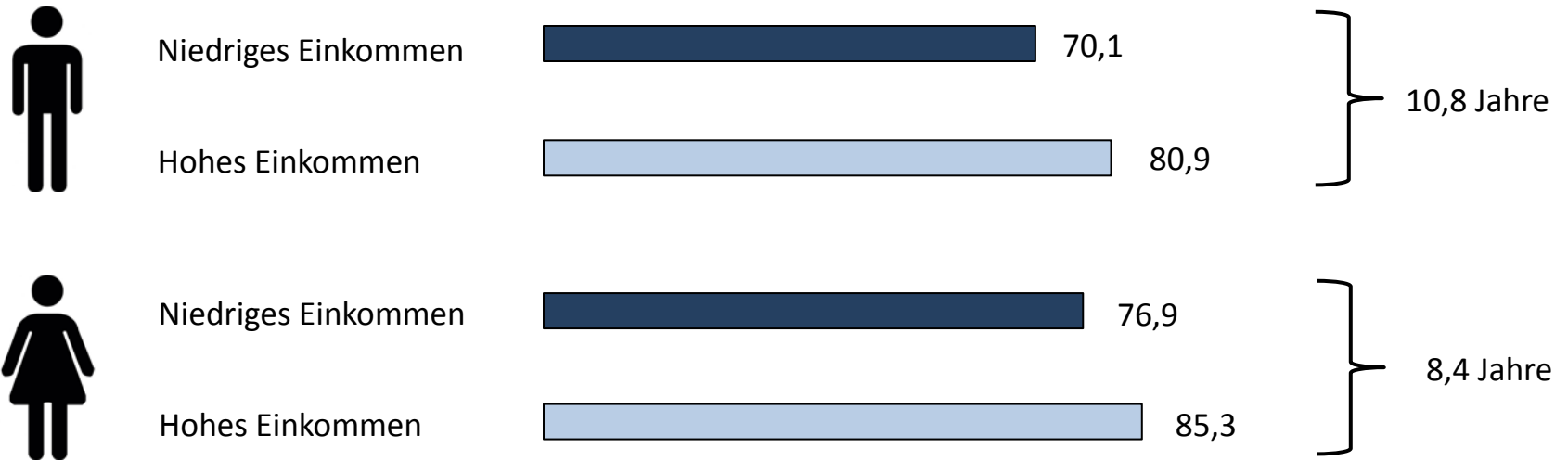
Datenbasis: SOEP 1995-2005 (Lampert et al. 2007)



Anteil in Bezug auf das mittlere Netto-Äquivalenzeinkommen:
< 60% = relative Armut, \geq 150% = relative Wohlhabenheit

Einkommensunterschiede in der mittleren Lebenserwartung bei Geburt

Datenbasis: SOEP 1995-2005 und Periodensterbetafeln (Lampert et al. 2007)



Einkommensunterschiede in der mittleren gesunden Lebenserwartung bei Geburt



Datenbasis: SOEP 1995-2005 und Periodensterbetafeln (Lampert et al. 2007)



Niedriges Einkommen



56,8

Hohes Einkommen



71,1

} 14,3 Jahre



Niedriges Einkommen



60,8

Hohes Einkommen



71,0

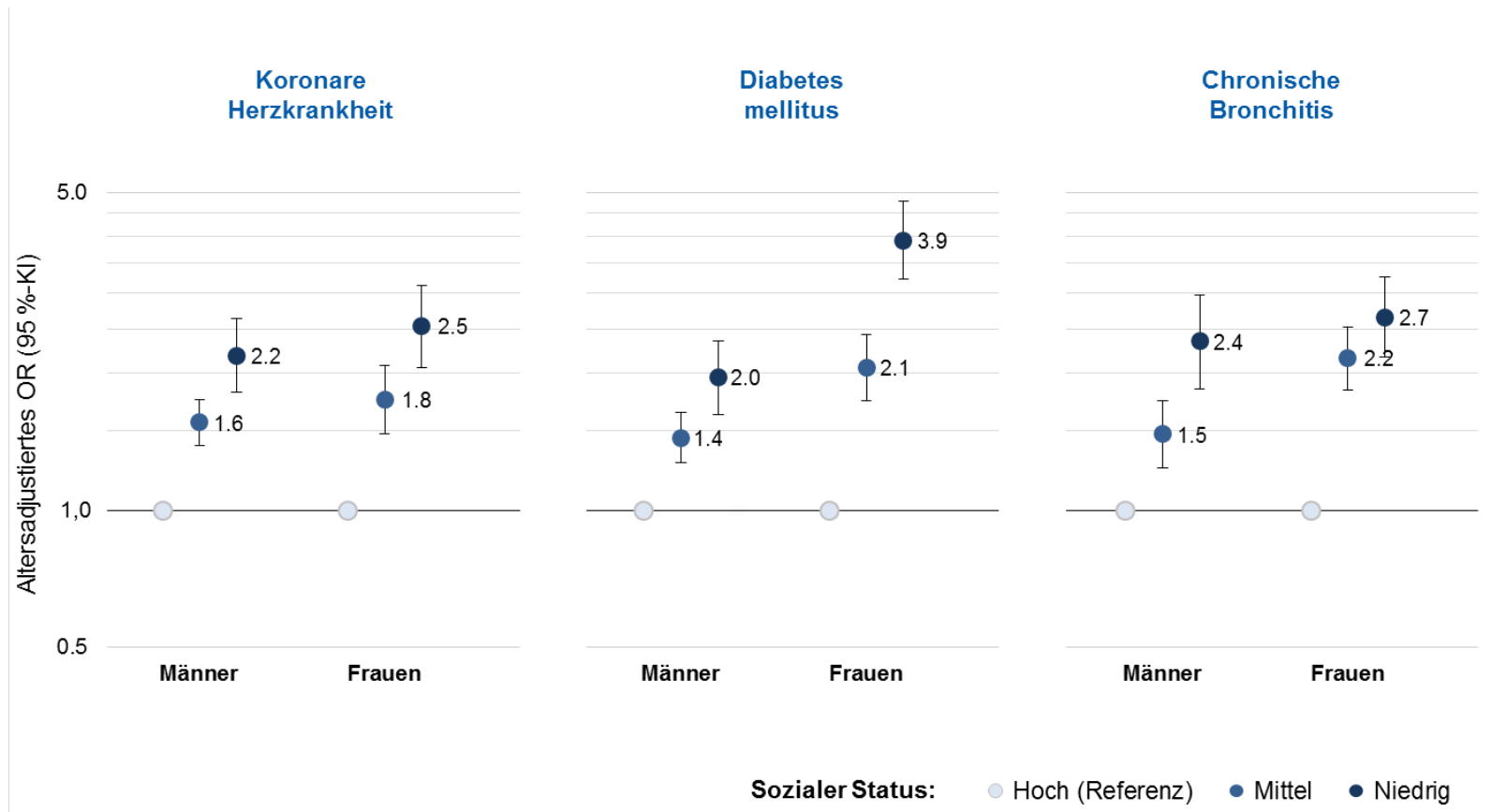
} 10,2 Jahre



Erkrankungen und Beschwerden

Chronische Krankheiten nach Sozialstatus

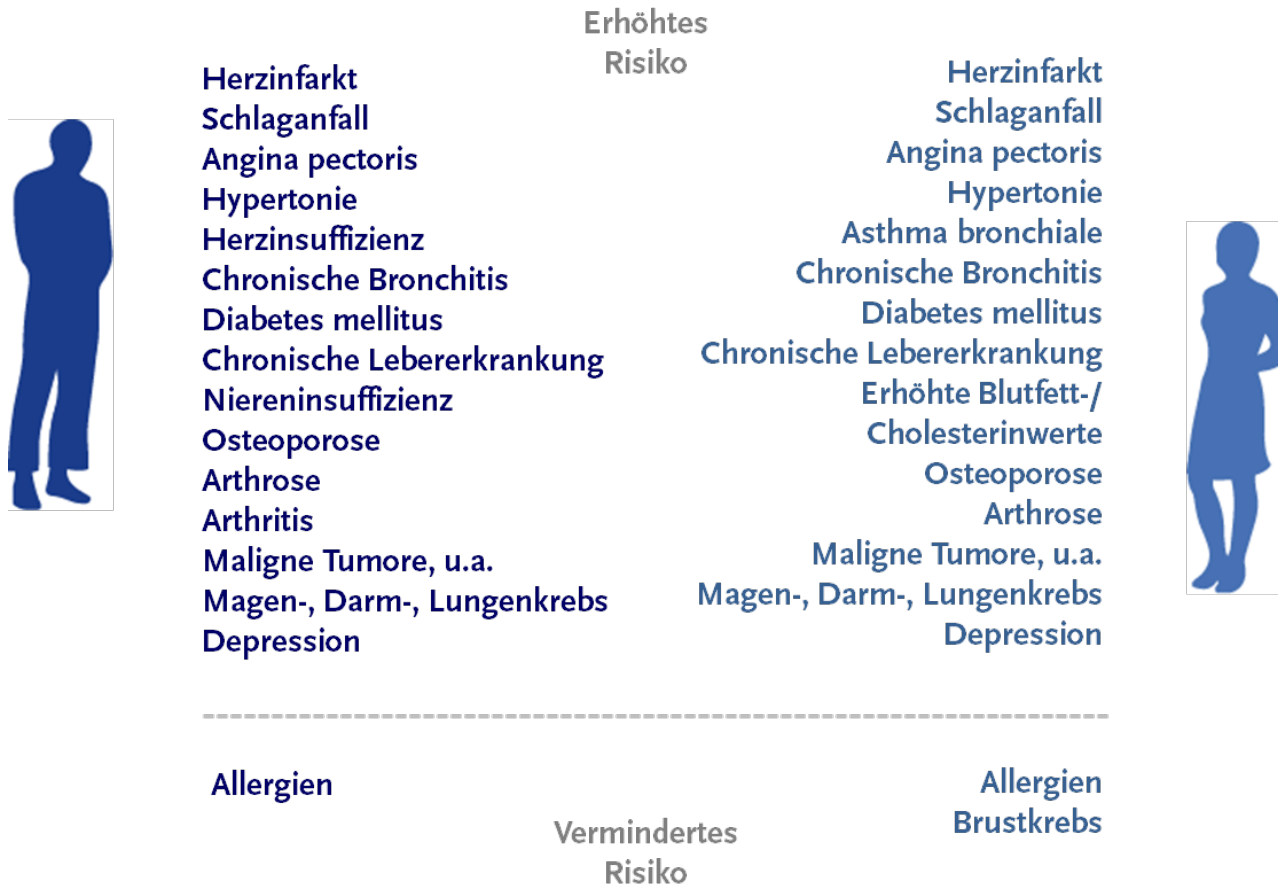
Datenbasis: GEDA 2009, 2010, 2012 (gepoolter Datensatz, Hoebel et al. 2016)



Erhöhtes Krankheitsrisiko bei niedrigem Sozialstatus



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




Soziale Unterschiede in der mittleren Lebenserwartung von Personen mit Herzinfarkt und Diabetes mellitus

Datenbasis: MONICA/KORA Augsburg (Perna et al. 2010)

- ➔ Ein **Herzinfarkt** verringert bei Männern die mittlere Lebenserwartung bei Geburt um **5,1** Jahre in der niedrigen Einkommensgruppe (unterstes Quartil) und um **3,7** Jahre in den höheren Einkommensgruppen (obere drei Quartile)
- ➔ Frauen verlieren durch einen Herzinfarkt **11,0** Jahre Lebenszeit in der niedrigen und **3,8** in der hohen Einkommensgruppe
- ➔ **Diabetes mellitus** verringert die Lebenserwartung von Männern um durchschnittlich **7,7** Jahre in der niedrigen und **4,9** Jahre in der hohen Einkommensgruppe
- ➔ Bei Frauen betragen die Vergleichswerte sowohl in der niedrigen als auch in der hohen Einkommensgruppe **5,7** Jahre

Perna et al. BMC Public Health 2010, 10:135
<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/135>

 **BMC Public Health**

RESEARCH ARTICLE **Open Access**


Socio-economic differences in life expectancy among persons with diabetes mellitus or myocardial infarction: results from the German MONICA/KORA study

Laura Perna¹, Uta Thien-Setz², Karl-Heinz Ladwig³, Christa Meisinger³, Andreas Mielck^{1*}

Abstract
Background: Differences in life expectancy (LE) between social groups in a specific country are a fundamental measure of health inequalities within that country. Constant monitoring of these differences provides important information on the population's general health. The purpose of the present study is to explore and quantify the socio-economic differences in LE in Germany, focussing on a topic rarely assessed in other studies, the dependency of these LE differences on the presence of myocardial infarction or diabetes mellitus.
Methods: The dataset consists of 13,427 participants (6,725 men, 6,702 women) aged 25-74 years, recruited in the region of Augsburg in Germany through three independent cross-sectional representative surveys conducted in 1984/85, 1989/90, 1994/95, with a mortality follow up in 1998 and 2002. We use a parametric model for the survival function based on the Weibull distribution, in which the hazard function is described in terms of two parameters. We estimate these parameters with a maximum likelihood method that takes into account censoring and data truncation.
Results: The difference in LE between the lowest and the highest socio-economic group is estimated to be 3.79 years for men and 4.10 years for women. Diabetes mellitus reduces LE of men from the upper three income quartiles by 4.88 years, and LE of men belonging to the lowest income quartile by 7.97 years. For women, the corresponding figures are 5.79 and 5.72 years. Myocardial infarction reduces LE of men and women from the upper three income quartiles by 3.65 and 3.75 years, respectively, and LE of men and women belonging to the lowest income quartile by 5.11 and 10.95 years, respectively.
Conclusions: This study shows that in Germany the differences in LE by socio-economic status are comparable to those found in other European countries, and that these differences seem to increase when diabetes mellitus or myocardial infarction is present. The statistical method used allows estimates of LE with relatively small datasets.

Background
Life expectancy (LE) is an estimate of the average number of years that a person can expect to live. It can be defined both at birth and at any later age. It reflects the mortality rates of a population as a function of age for the year for which it is calculated. As such, it is only dependent on the observed average age-specific death rates and it should not be viewed as a reflection of future mortality rates [1].
From a public health perspective, LE at birth represents a fundamental measure of a population's state of general health. Differences in LE between different social groups are a measure of health inequalities within a country. Constant observation of LE over time allows one to assess whether a health gap between different socio-economic groups exists, whether the gap widens or narrows, and whether public health initiatives are effective.

* Correspondence: mielck@helmholtz-muenchen.de
¹Institute of Health Economics and Health Care Management, Helmholtz Zentrum München, German Research Center for Environmental Health, Neuherberg, Germany

 © 2010 Perna et al.; licensee BioMed Central Ltd. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

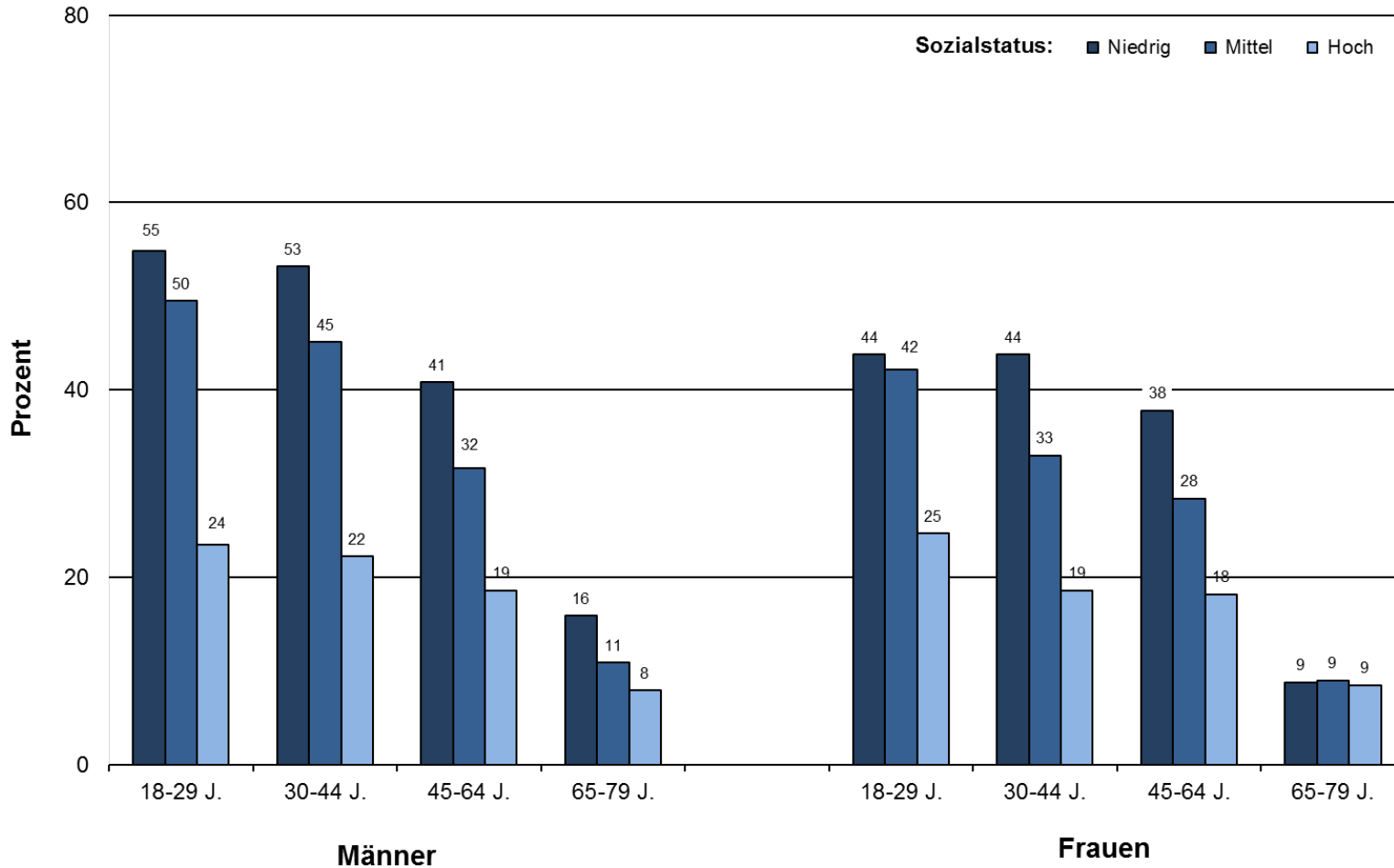


Gesundheitsverhalten und Risikofaktoren

Rauchverhalten nach Sozialstatus



Datenbasis: DEGS1 2008-11 (Lampert et al. 2013)



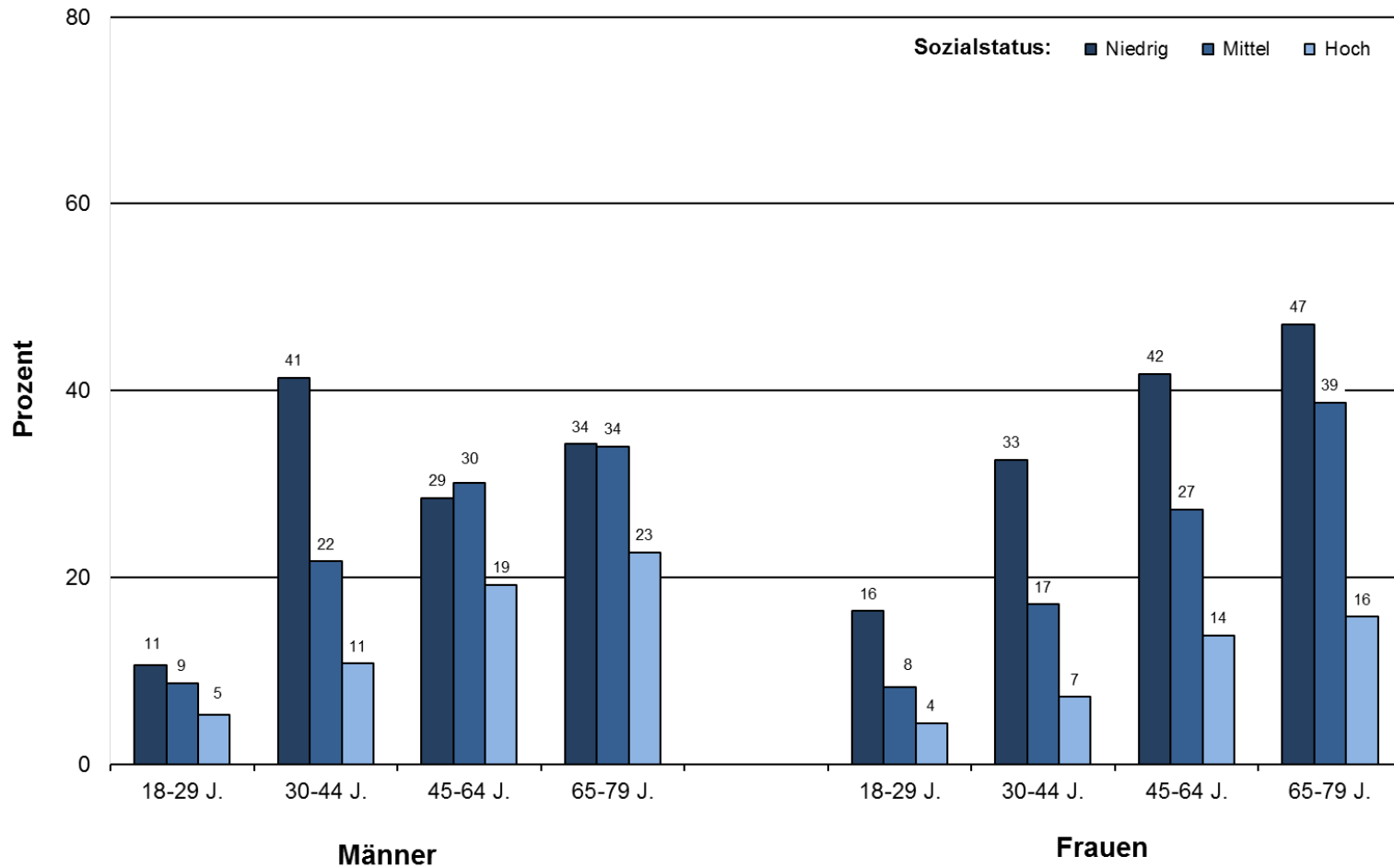
OR=2,97 (2,20-4,01), p<0,001

OR=2,29 (1,68-3,11), p<0,001

Adipositas nach Sozialstatus



Datenbasis: DEGS1 2008-11 (Lampert et al. 2013; vgl. Mensink et al. 2013)



OR=2,33 (1,66-3,25), p<0,001

OR=4,39 (3,15-6,12), p<0,001



Datenbasis: Nationale Verzehrsstudie II (Max-Rubner-Institut 2008)



- ➔ Angehörige der niedrigen Statusgruppen verzehren seltener frisches Obst, Gemüse, Pilze und Hülsenfrüchte
- ➔ Auch Getreide und Getreideerzeugnisse, Fisch, Fischerzeugnisse und Krustentiere werden seltener konsumiert
- ➔ Fleisch, Fleischerzeugnisse und Wurstwaren werden in den niedrigen Statusgruppen häufiger verzehrt
- ➔ Gleiches gilt für Süßwaren, Snacks und Limonaden
- ➔ Unterschiede zuungunsten der niedrigen Statusgruppen zeigen sich zudem:
 - Subjektive Einschätzung von Risiken bzgl. Lebensmittelqualität und Ernährungsweise
 - Kenntnis von Qualitäts- und Gütesiegeln
 - Einkaufsverhalten, Bezugsquellen (Supermärkte, Discounter, Fachgeschäfte, Wochenmärkte etc.)

Soziale Unterschiede im Gesundheitsverhalten



Substanzgebrauch



Ernährung

Soziale Ungleichheit



**Körperlich-sportliche
Aktivität**



Gesundheitsvorsorge

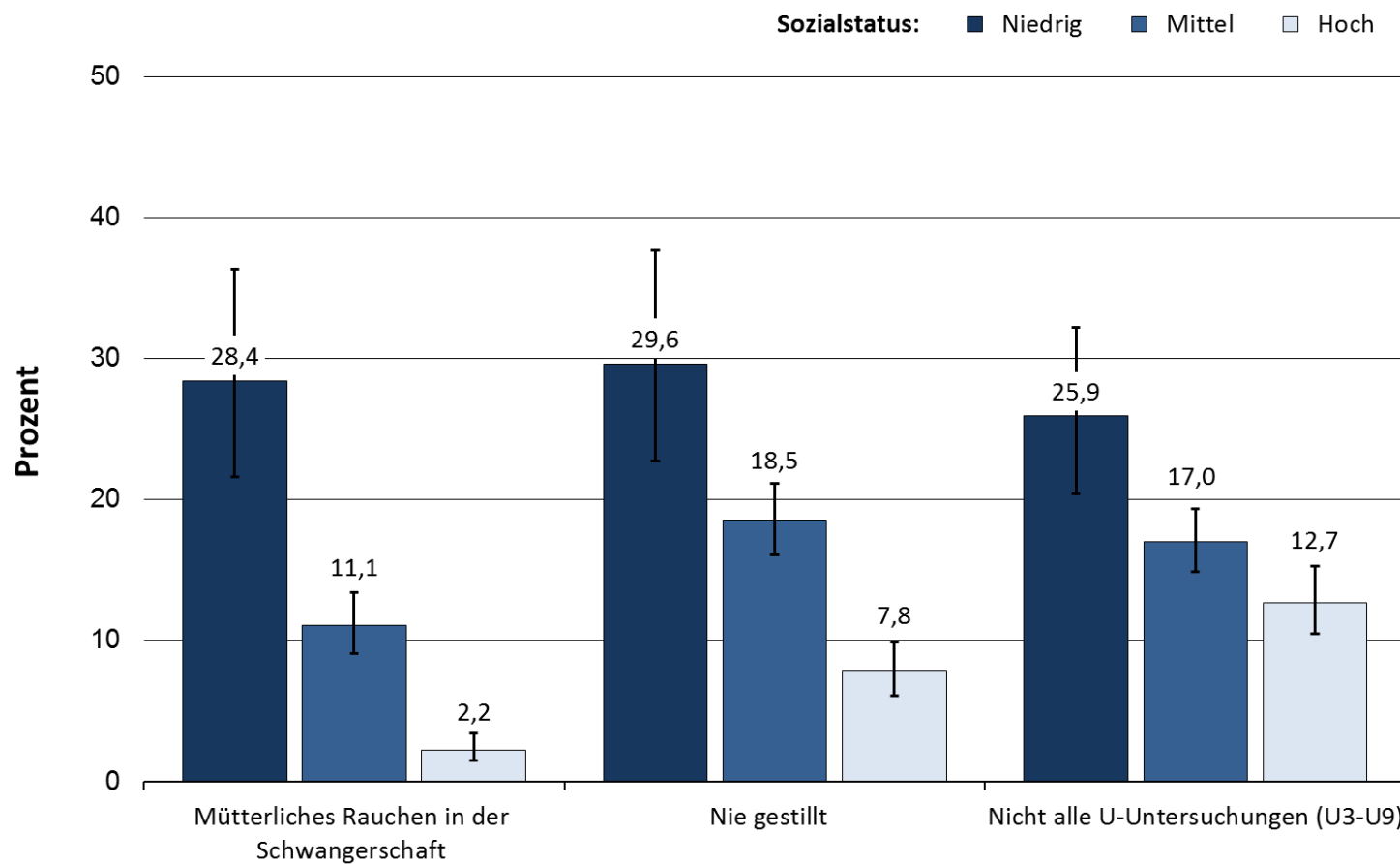


Frühe Weichenstellung in Kindheit und Jugend

Frühkindliche Einflussfaktoren der Gesundheit nach sozialem Status



Datenbasis: KiGGS Welle 1 2009-12 (Lampert, Kuntz 2015)



Gesundheitliche Auswirkungen von sozialer Benachteiligung bei Kindern und Jugendlichen



Datenbasis: KiGGS-Basis 2003-06¹ und KiGGS Welle 1 2009-12 (Lampert, Kuntz 2015)

Niedriger SES vs. Hoher SES (Ref.)



Einschränkung allg. Gesundheitszustand (OR_{3-17 J.} = 3,42)

Psychische Auffälligkeiten (OR_{3-17 J.} = 4,69)

ADHS (OR_{3-17 J.} = 2,53)

Verdacht auf Essstörungen¹ (OR_{11-17 J.} = 1,93)

Adipositas¹ (OR_{3-17 J.} = 3,05)

Sportliche Inaktivität (OR_{3-17 J.} = 3,94)

Kann nicht schwimmen (OR_{5-17 J.} = 5,95)

Seltener Gemüseverzehr (OR_{3-17 J.} = 2,20)

Seltener Obstverzehr (OR_{3-17 J.} = 2,93)

Kein tägliches Frühstück zuhause (OR_{5-17 J.} = 3,26)

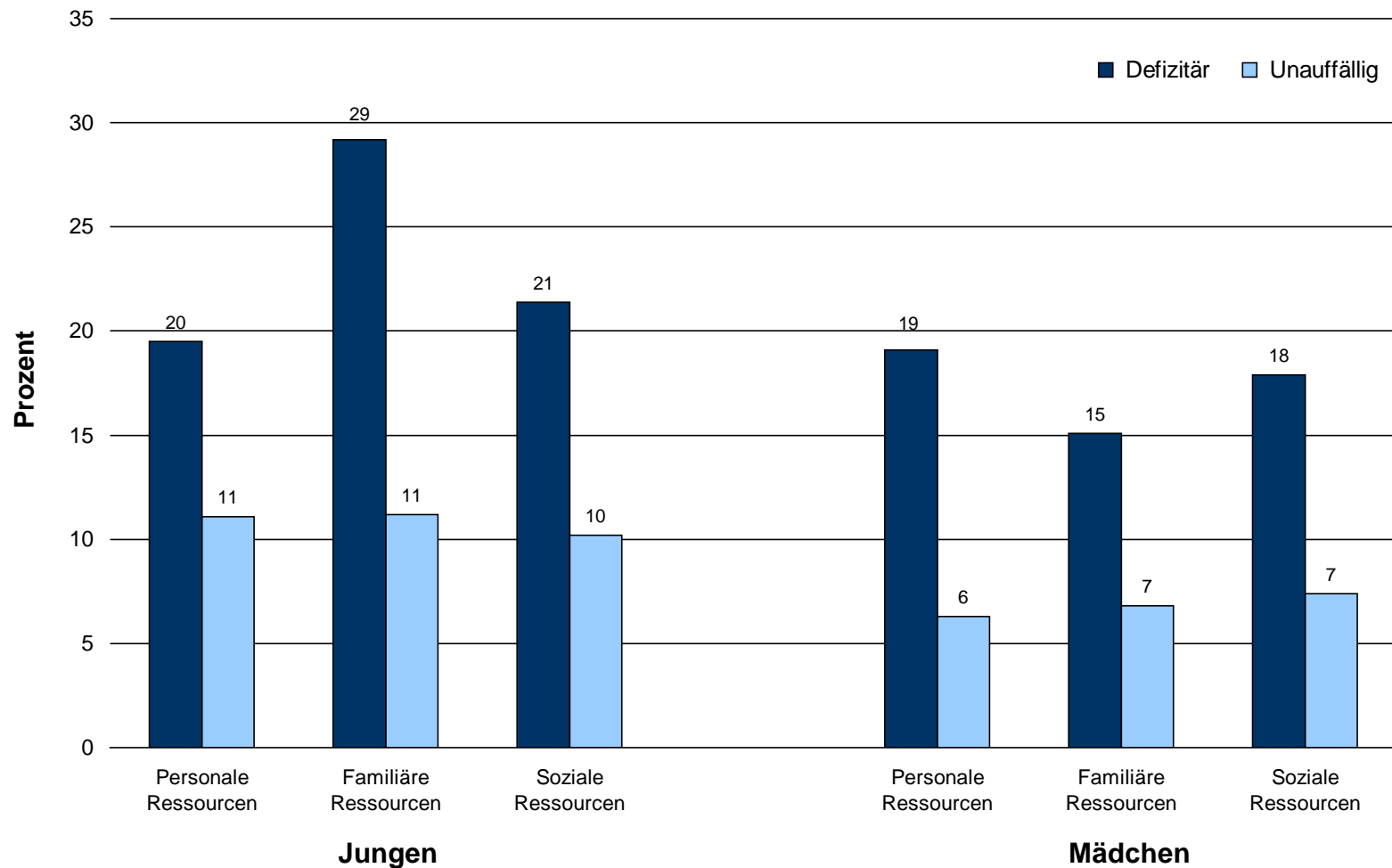
Tägliches Rauchen (OR_{11-17 J.} = 3,71)

Häusliche Passivrauchbelastung (OR_{0-17 J.} = 8,42)

Verhaltensauffälligkeiten bei Jugendlichen aus Familien mit niedrigem Sozialstatus nach Ressourcenverfügbarkeit



Datenbasis: KiGGS-Studie 2003-06 (Lampert et al. 2009)



Zusammenhang zwischen Sozialstatus, Schulbildung und Gesundheit bei Jugendlichen



Datenbasis: KiGGS 2003-06 (Lampert 2010; Kuntz, Lampert 2011)



➔ Jugendliche aus Familien mit niedrigem Sozialstatus, die eine Hauptschule besuchen, haben die schlechtesten und Jugendliche aus Familien mit hohem Sozialstatus, die auf ein Gymnasium gehen, die besten Gesundheitschancen

➔ Schaffen Jugendliche aus Familien mit niedrigem Sozialstatus den Sprung auf ein Gymnasium, drückt sich dies in deutlich verbesserten Gesundheitschancen aus (**„Positive Effekte intergenerationaler Aufwärtsmobilität“**)

➔ Bei Jugendlichen aus Familien mit hohem Sozialstatus, die eine Hauptschule besuchen, ist eine Verringerung der Gesundheitschancen festzustellen (**„Negative Effekte intergenerationaler Abwärtsmobilität“**)

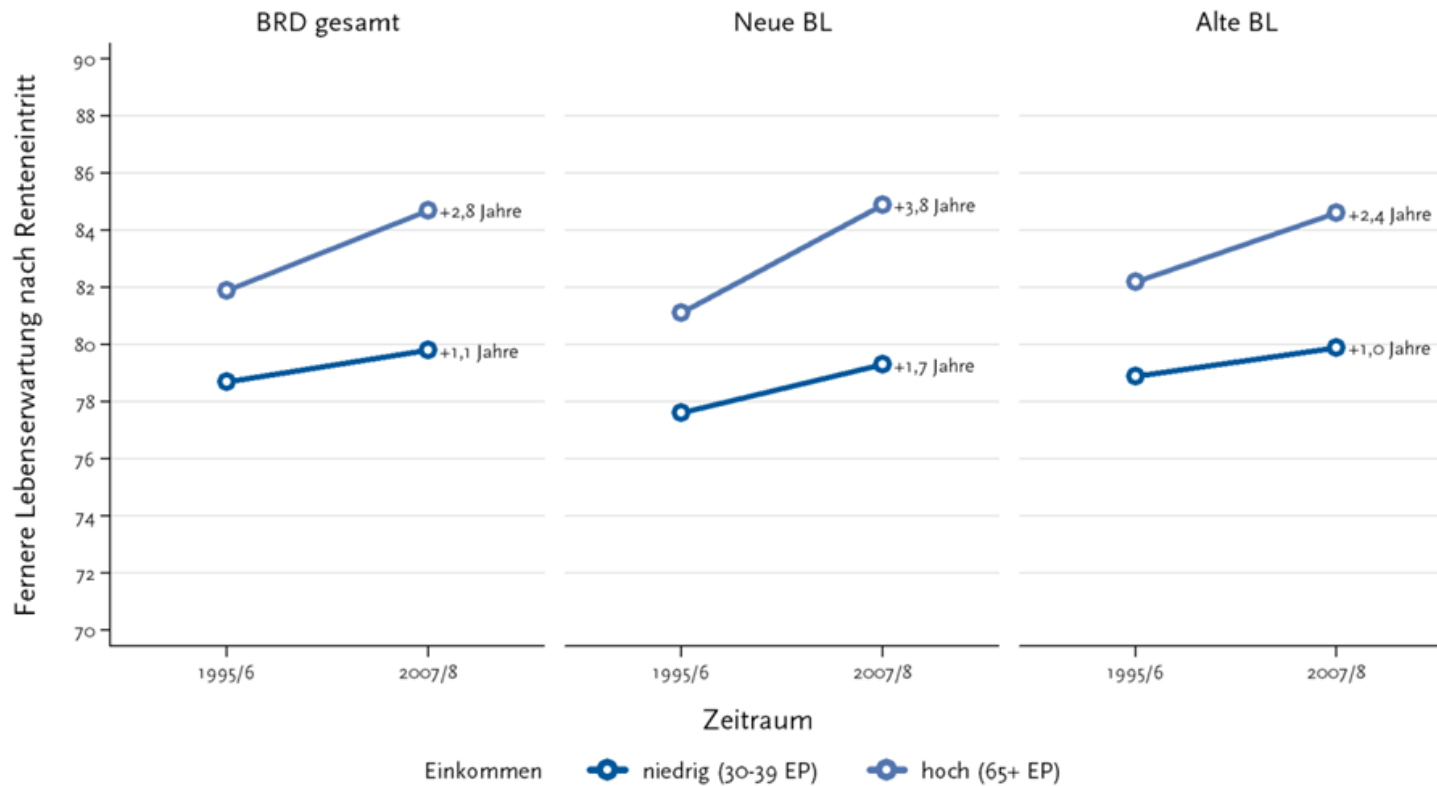


Zeitliche Entwicklungen und Trends

Entwicklung der ferneren Lebenserwartung ab 65 Jahren von männlichen Rentenversicherten 1995-2008



Datenbasis: DRV Bund (Kibele et al. 2013)



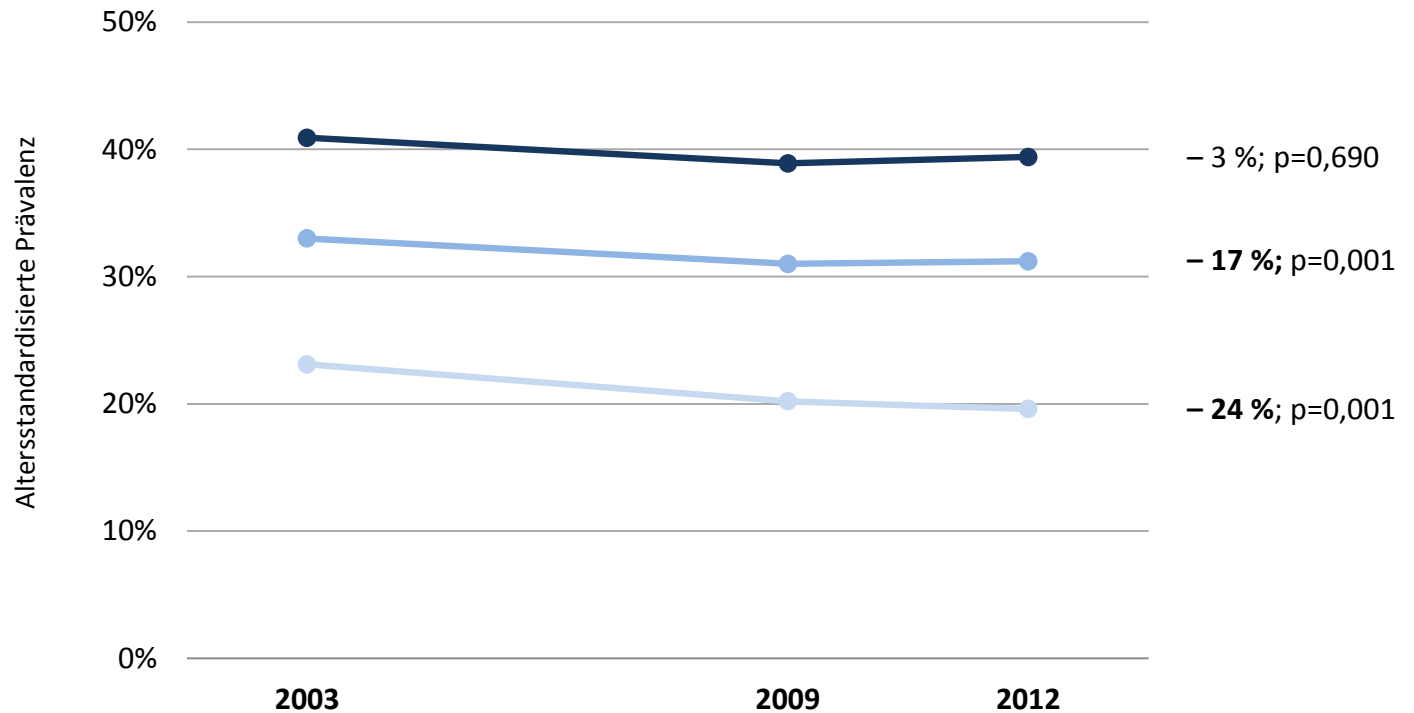
Entwicklung von Bildungsunterschieden im Tabakkonsum bei 30- bis 69-Jährigen



Datenbasis: Gesundheitssurveys des RKI (Hoebel et al. 2016)

Bildung:

- Niedrig
- Mittel
- Hoch



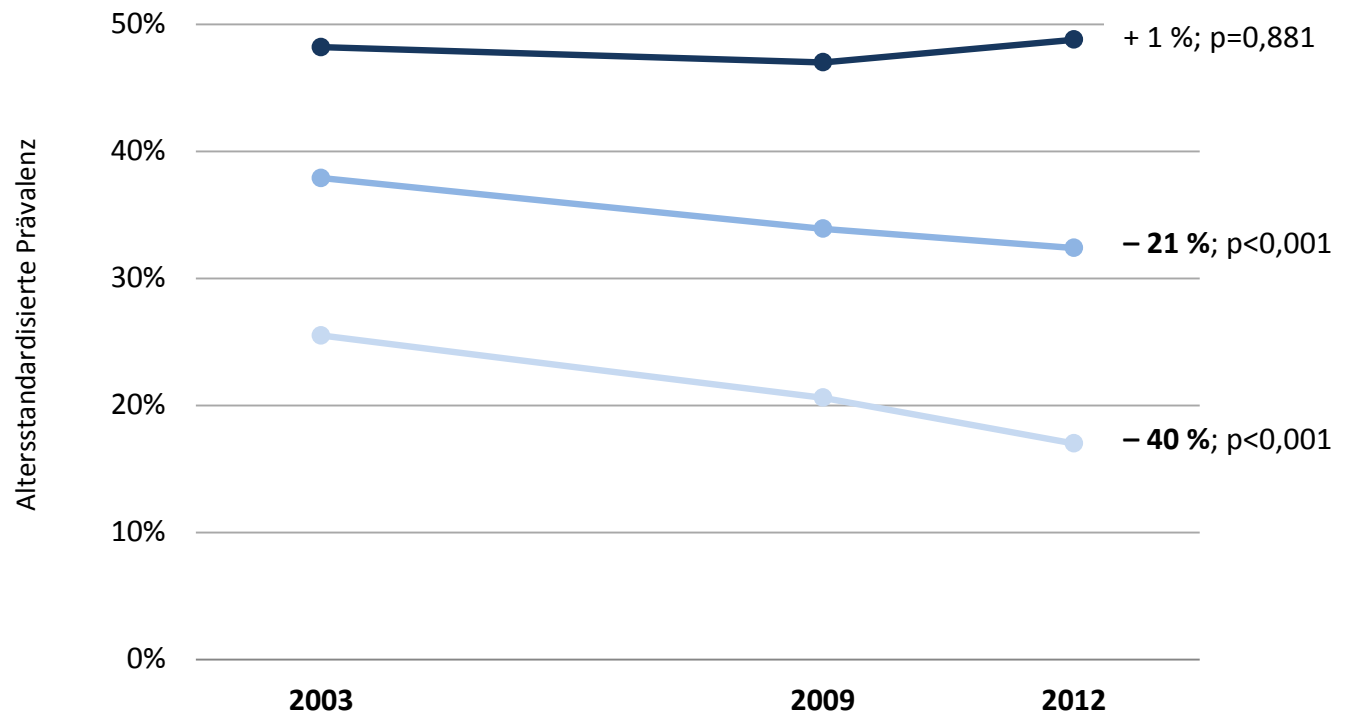
Entwicklung von Bildungsunterschieden in der sportlichen Aktivität bei 30- bis 69-Jährigen



Datenbasis: Gesundheitssurveys des RKI (Hoebel et al. 2016)

Bildung:

- Niedrig
- Mittel
- Hoch





- ➔ Männer und Frauen mit niedrigem Sozialstatus unterliegen einem erhöhten Erkrankungs- und vorzeitigem Sterberisiko
- ➔ Verhaltenskorrelierte Risikofaktoren und arbeitsbezogene Belastungen kumulieren in den niedrigen Statusgruppen
- ➔ Bereits im Kindes- und Jugendalter zeichnet sich die gesundheitliche Ungleichheit zu Ungunsten der niedrigen Statusgruppen deutlich ab
- ➔ 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
Email: t.lampert@rki.de
Internet: www.rki.de