

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

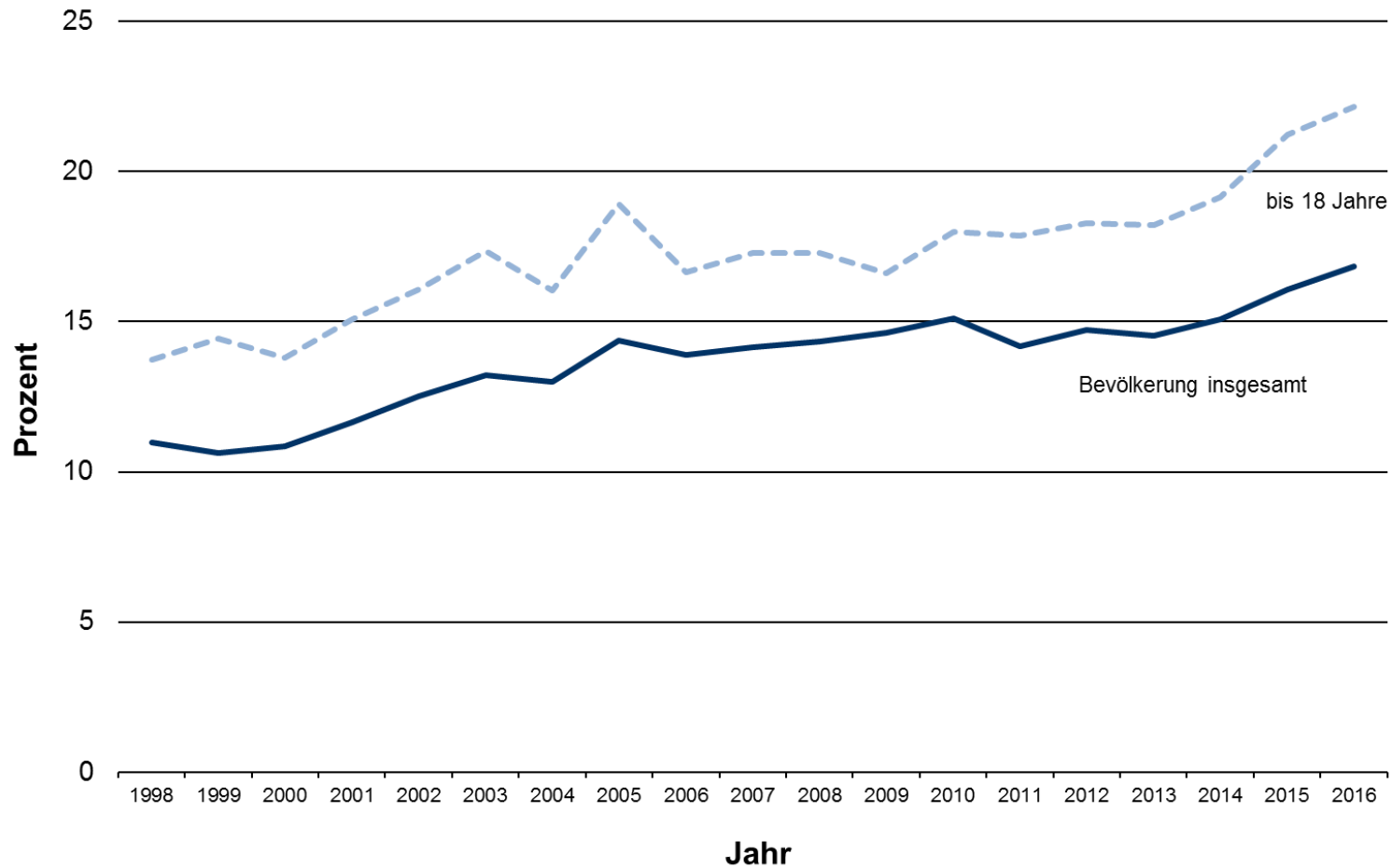


Armutsentwicklung in Deutschland

Entwicklung des Armutsrisikos in Deutschland



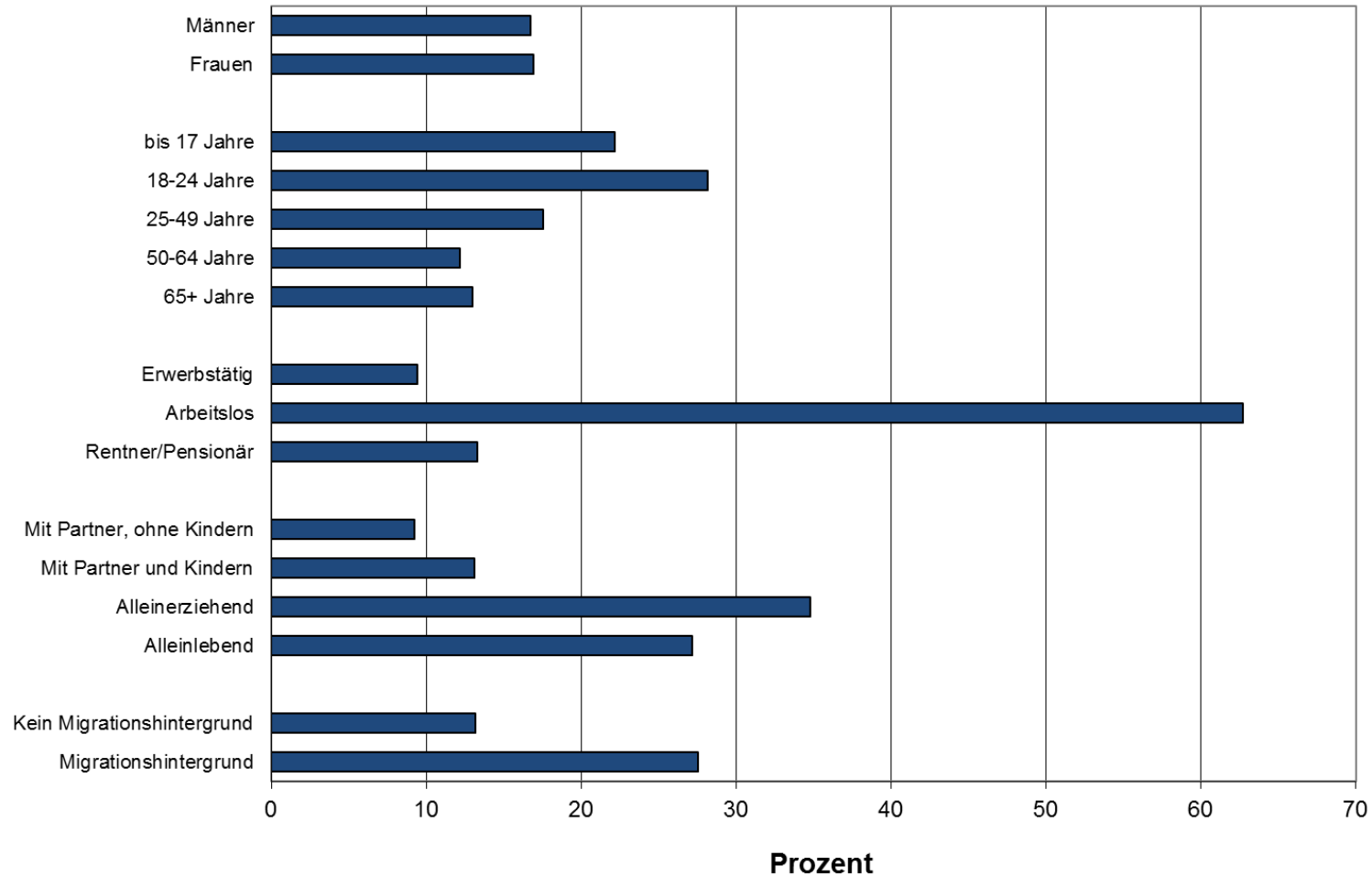
Datenbasis: Sozio-oekonomisches Panel 1998-2016





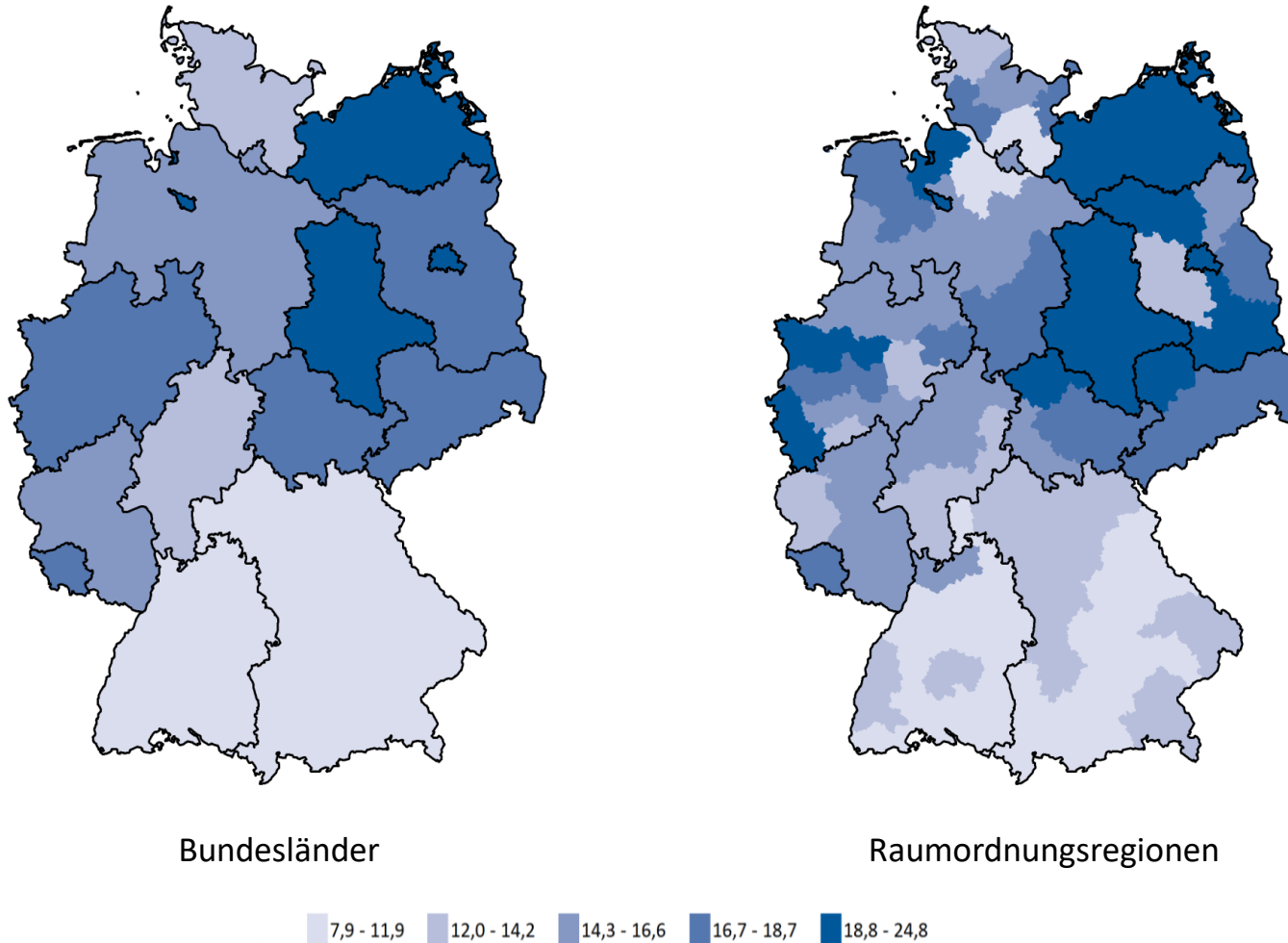
Gruppenspezifische Armutsrisikoquoten

Datenbasis: Sozio-oekonomisches Panel 2016



Regionale Unterschiede des Armutsrisikos

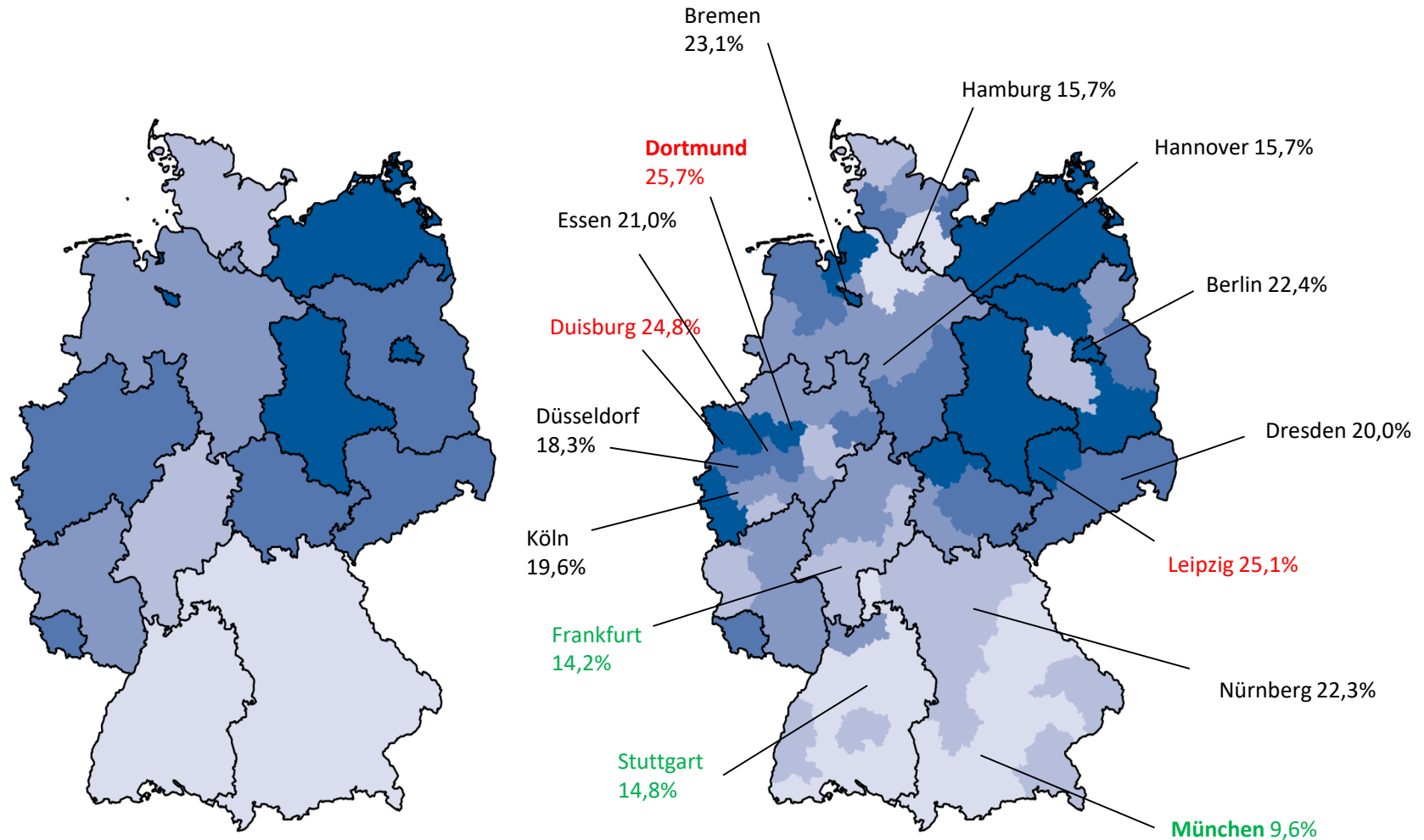
Datenbasis: Mikrozensus 2015





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



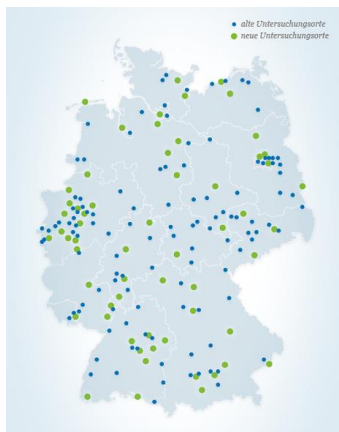
Kinder und Jugendliche

Langzeitstudie (Kohorte)

Basiserhebung
KiGGS 2003-06
Untersuchungssurvey

Welle 1
KiGGS 1 (2009-12)
Befragungssurvey

Welle 2
KiGGS 2 (2013-17)
Untersuchungssurvey

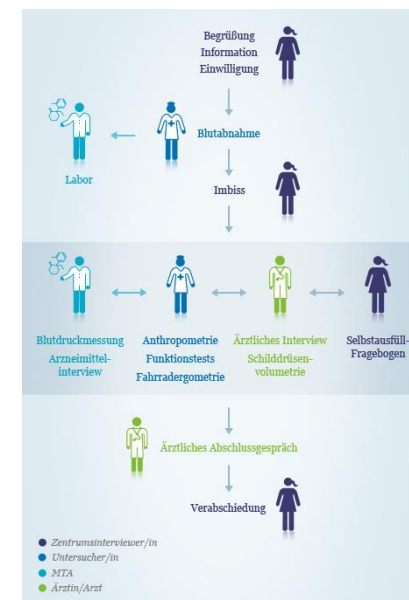


Studiendesign

- 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)



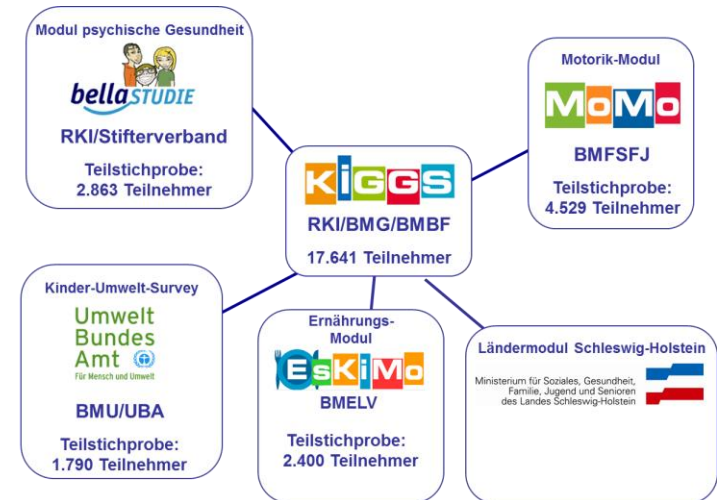


Studiendesign

- 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.

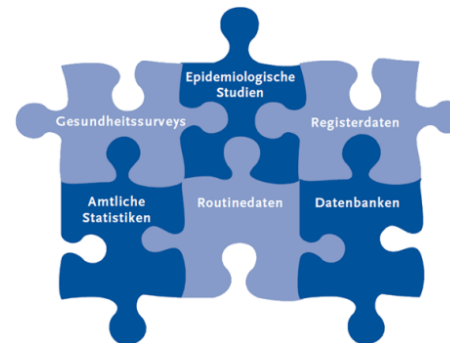
Gesundheitsmonitoring des RKI
Epidemiologischer Suchtsurvey
Drogenaffinitätsstudie
HBSC-Studie

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

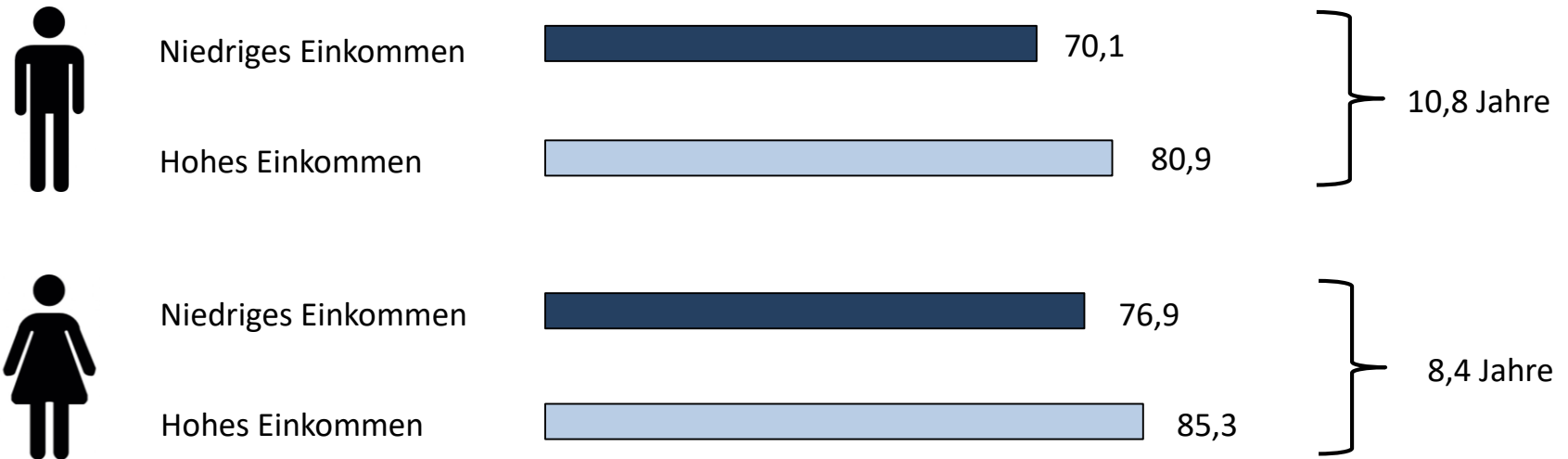


Soziale Unterschiede in der Lebenserwartung und Gesundheit



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



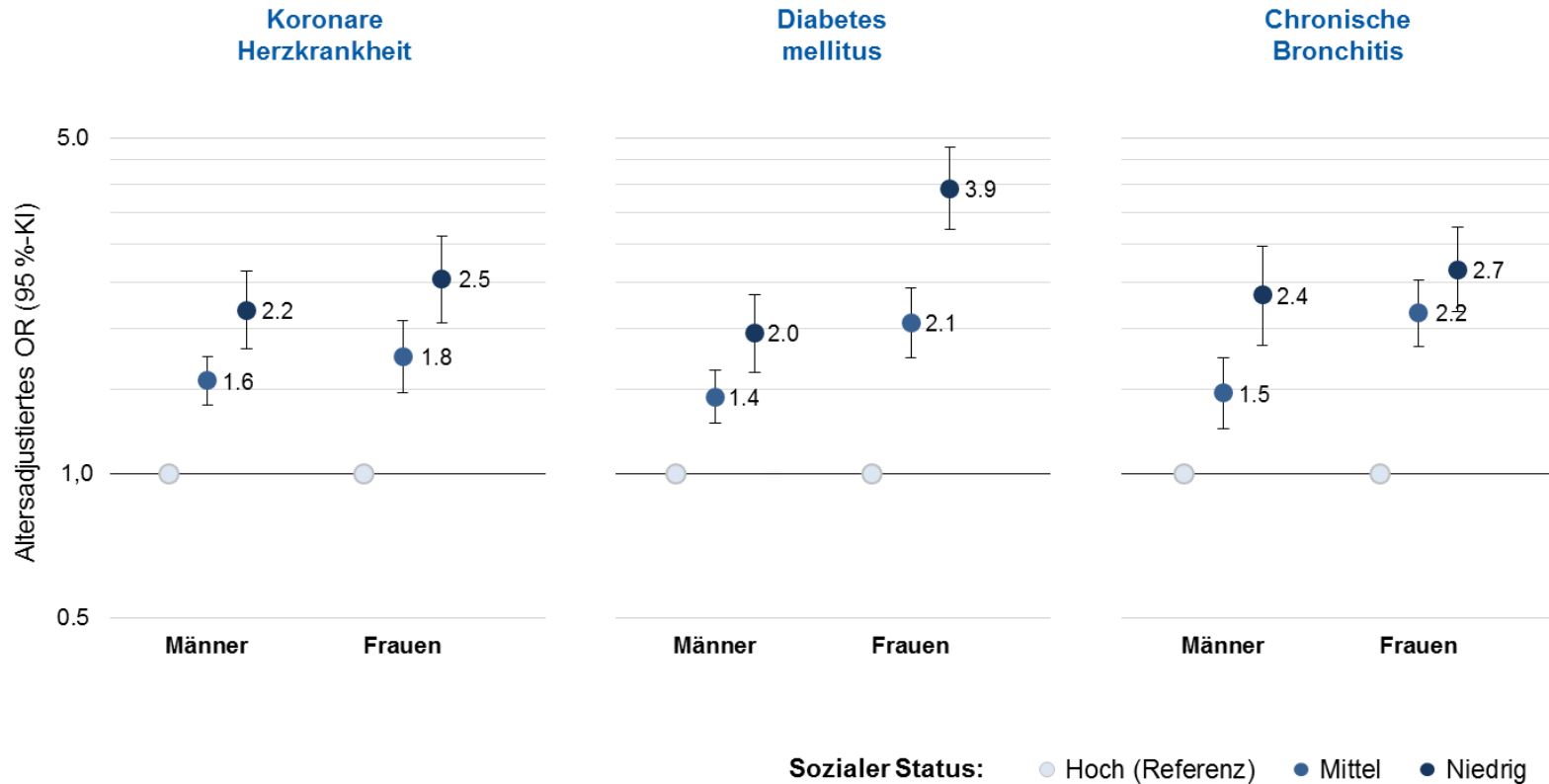
71,0

10,2 Jahre



Chronische Krankheiten nach Sozialstatus

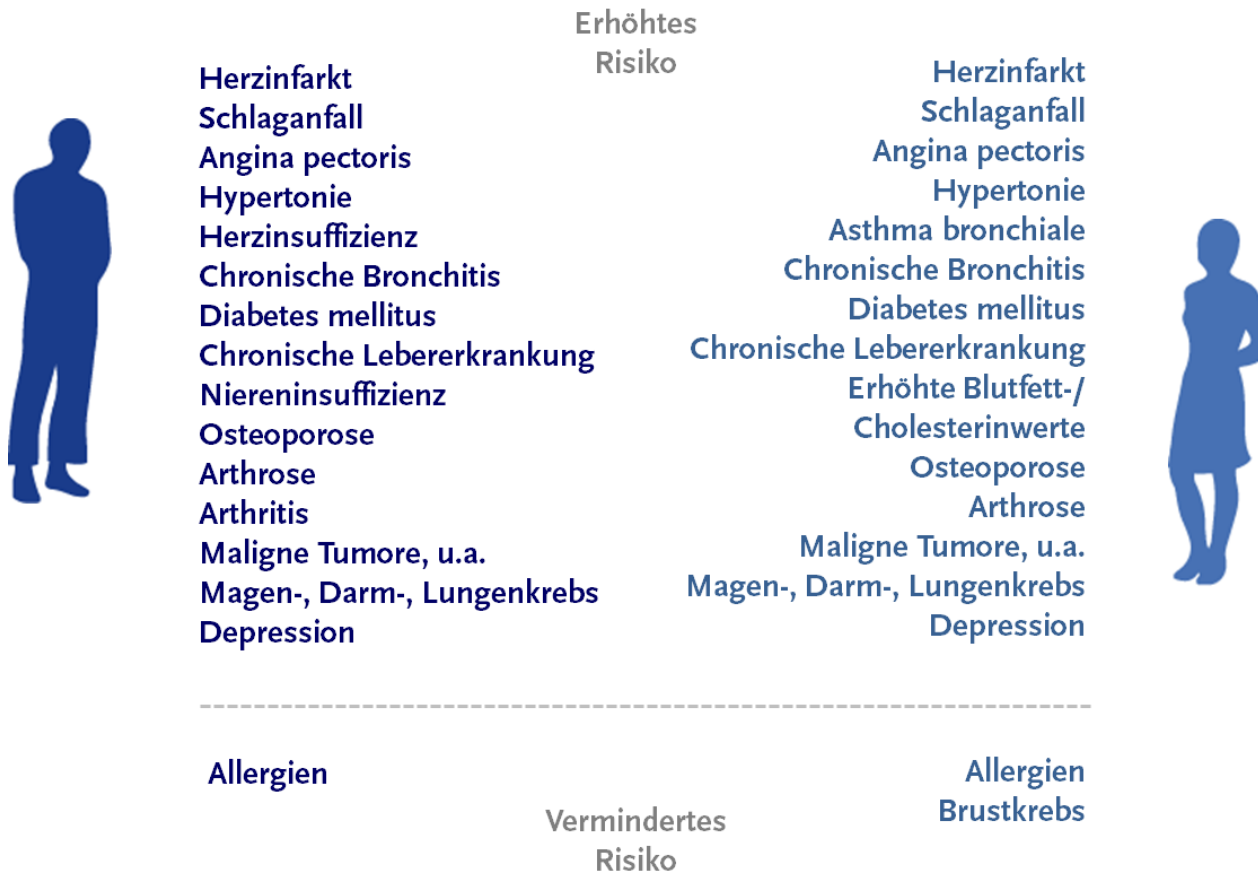
Datenbasis: GEDA 2009, 2010, 2012 (gepoolter Datensatz)





Erhöhtes Krankheitsrisiko bei niedrigem Sozialstatus

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

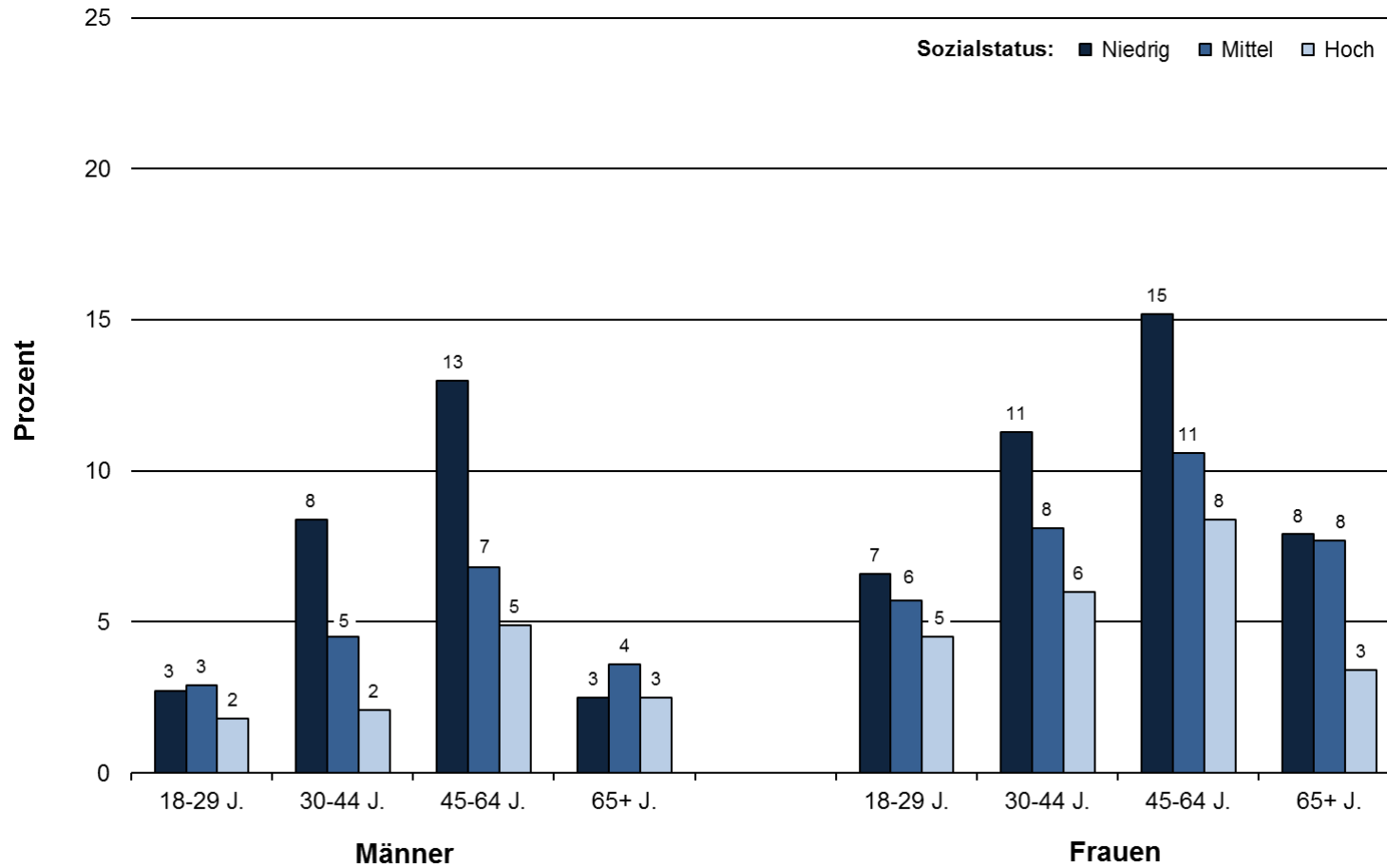




Soziale Unterschiede bei psychischen Erkrankungen

12-Monatsprävalenz für Depressionen nach Sozialstatus

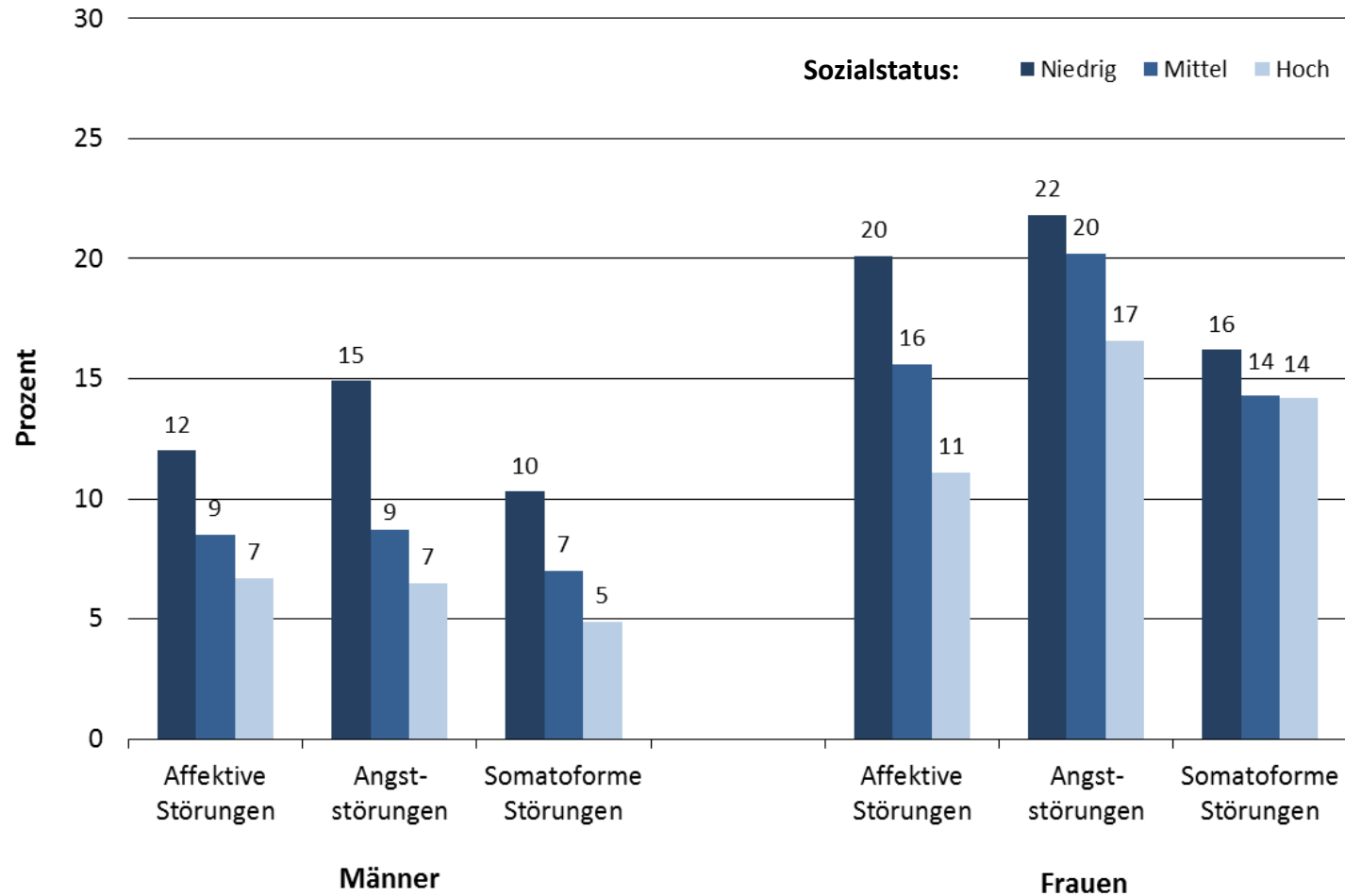
Datenbasis: GEDA 2009 und 2010 (Lampert 2013)





Soziale Unterschiede bei psychischen Störungen

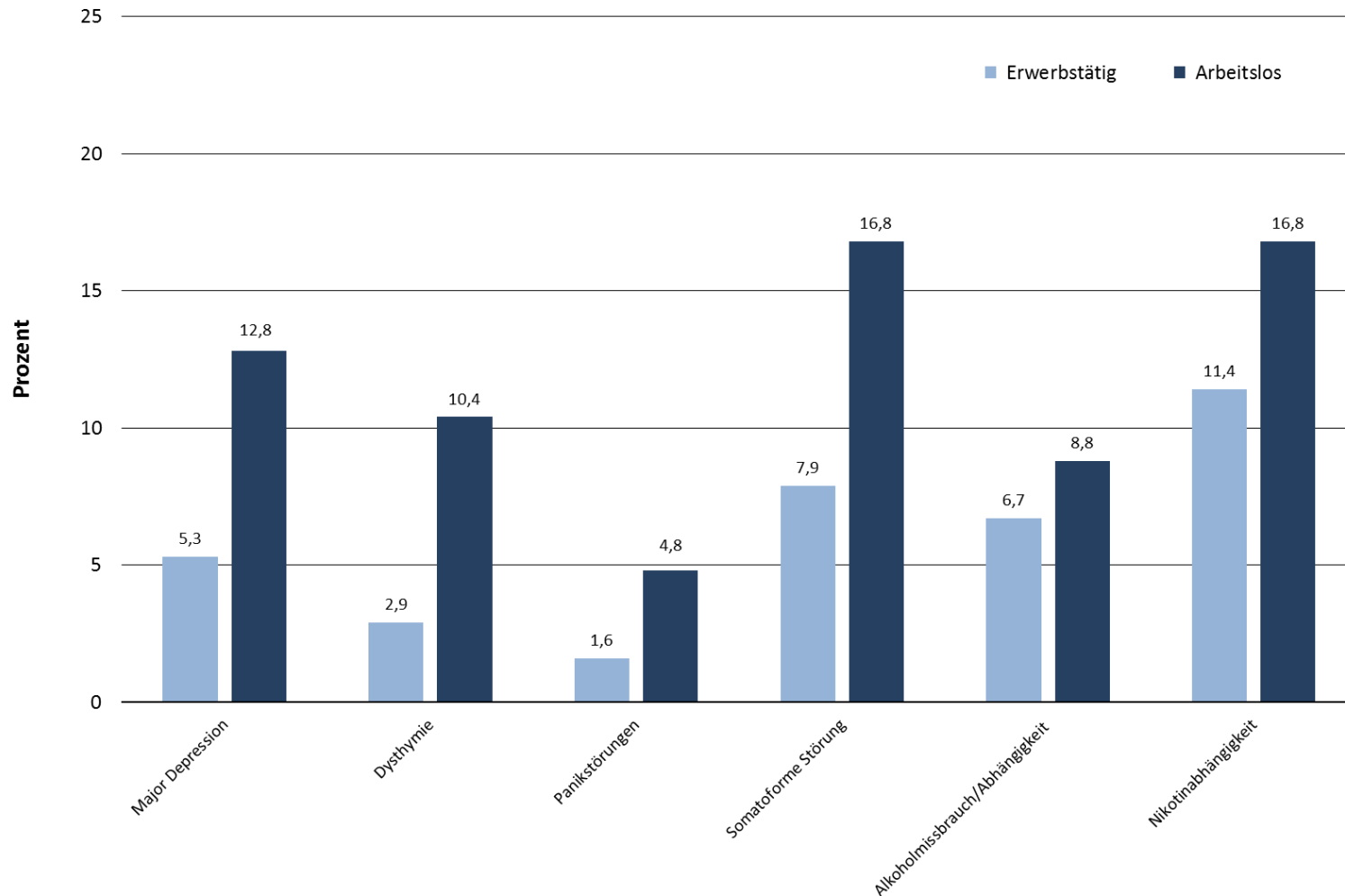
Datenbasis: BGS98-Zusatzmodul „Psychische Störungen“ (Lampert, Jacobi 2005)





Psychische Störungen bei arbeitslosen Männern

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

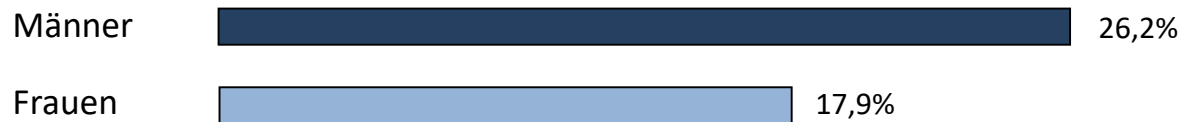




Zusammenhänge zwischen Langzeitarbeitslosigkeit und Gesundheit

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“)

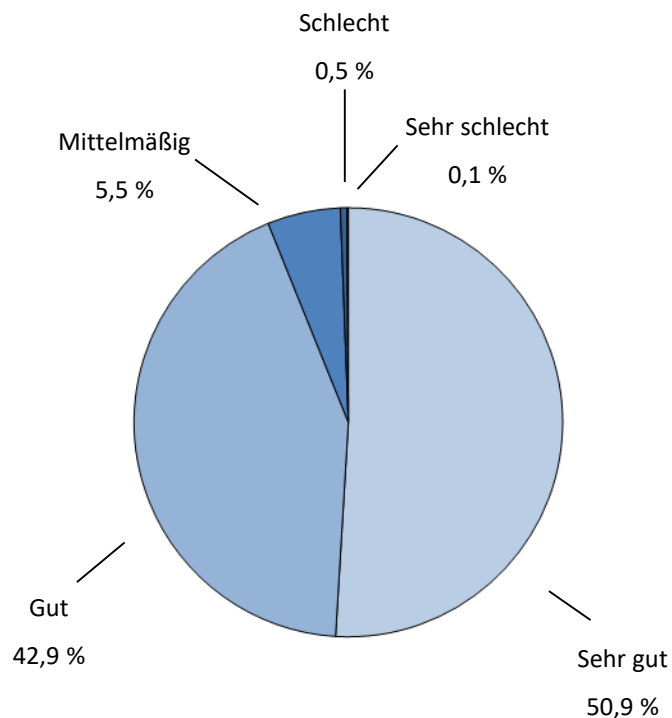




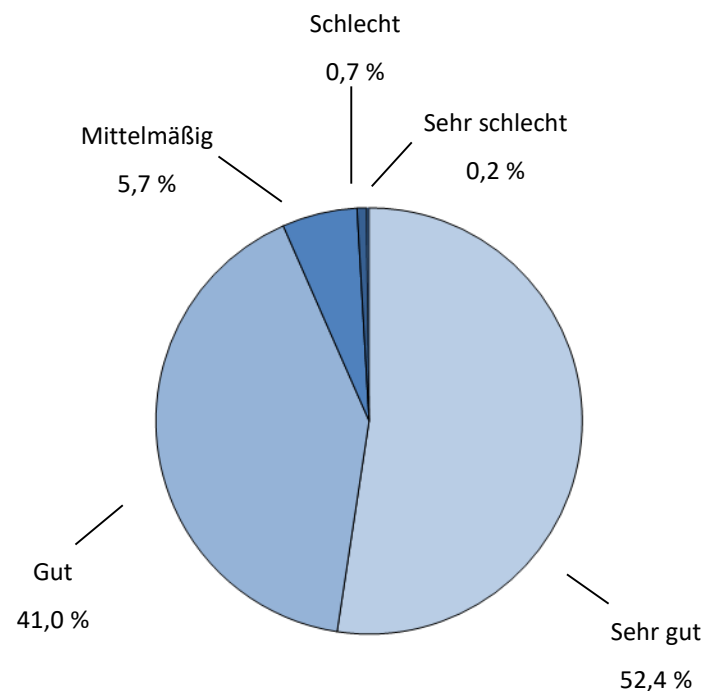
Frühe Weichenstellung in der Kindheit und Jugend

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

Datenbasis: KiGGS Welle 1 (2009-12)



Jungen



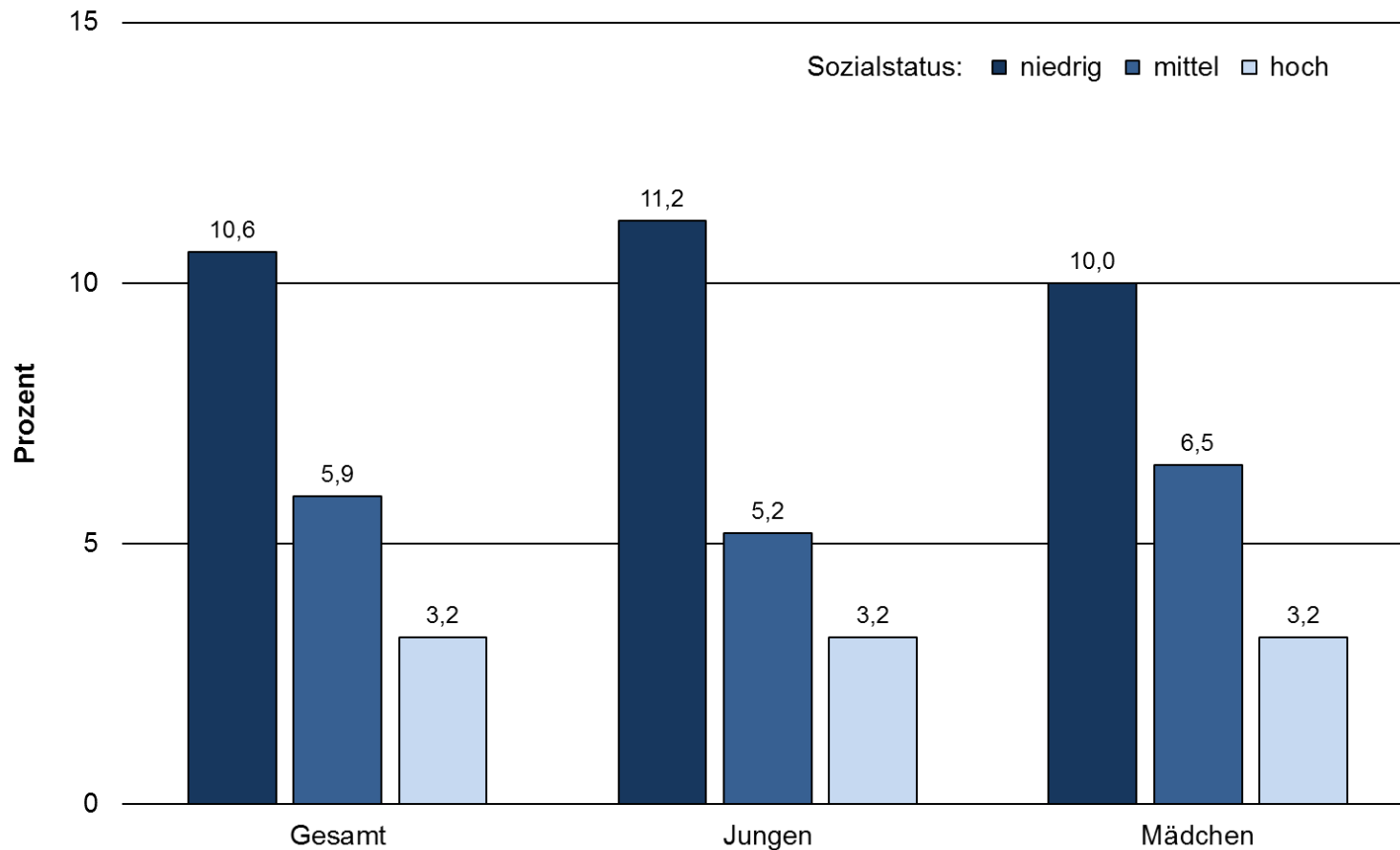
Mädchen

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)

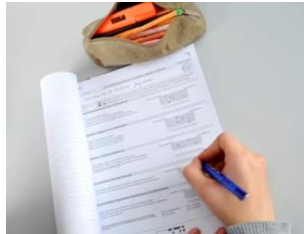
Datenbasis: KiGGS Welle 1 (2009-12)





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

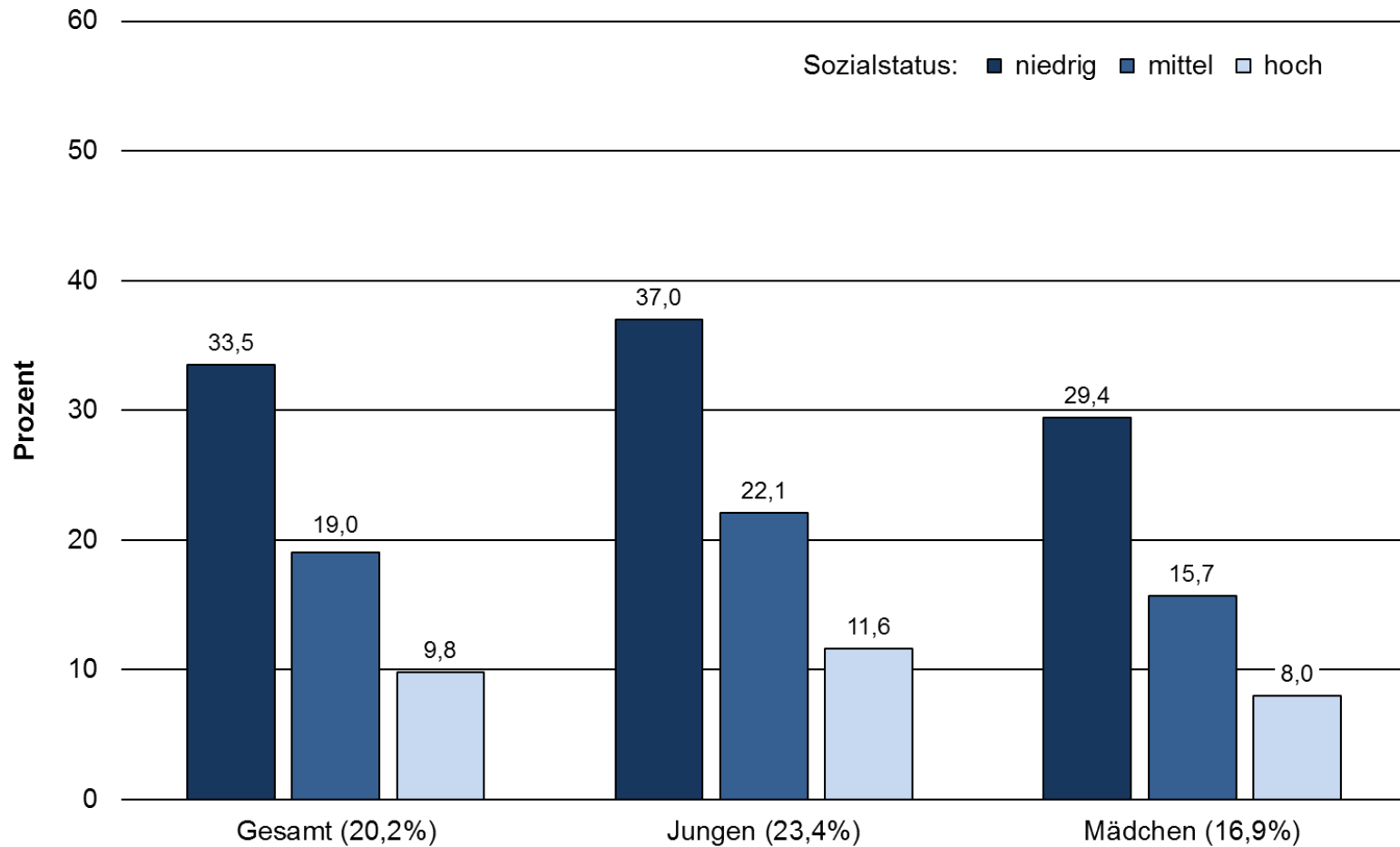
Migräne

Quelle: Kamtsiuris et al. 2007



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

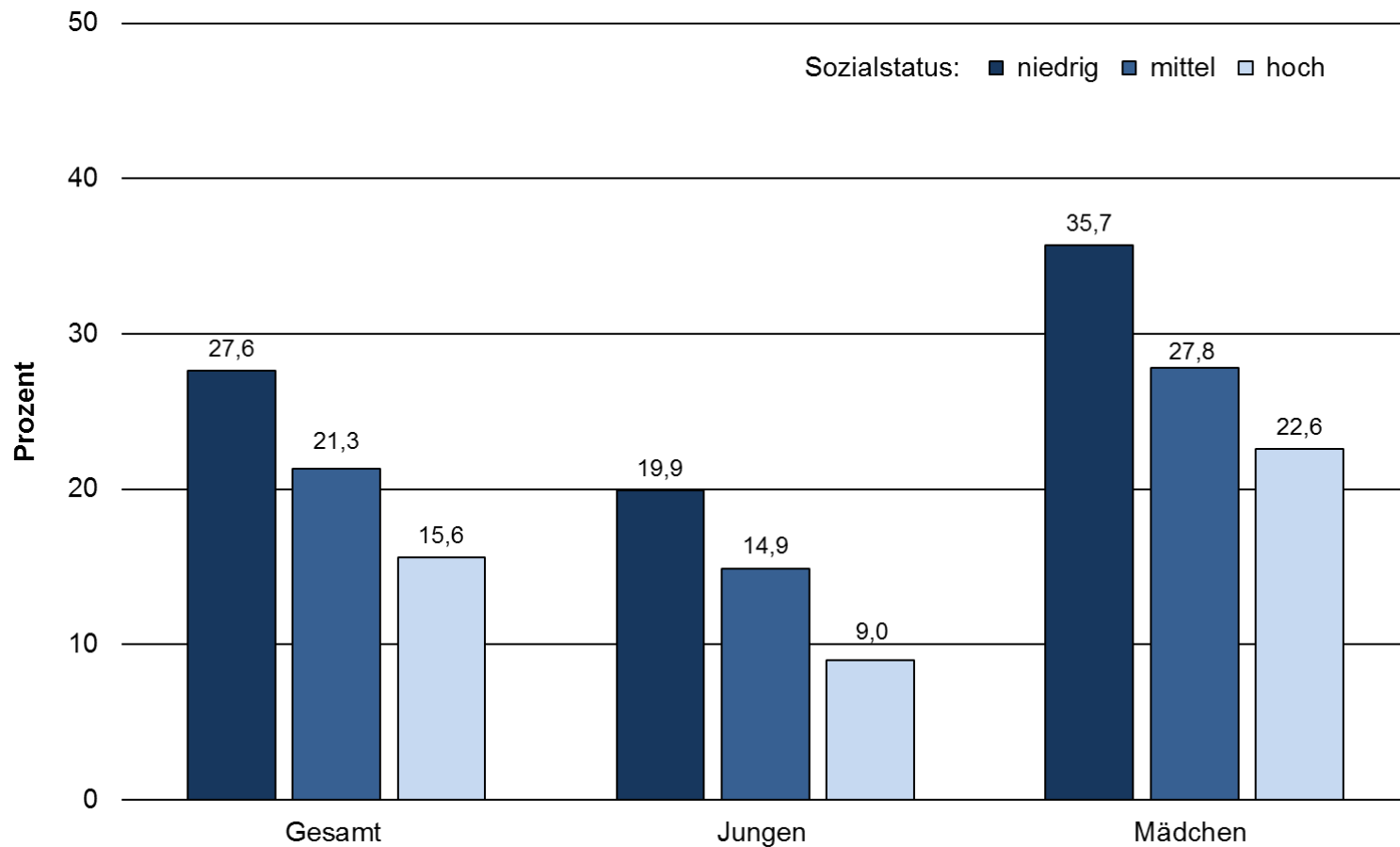
Datenbasis: KiGGS Welle 1 (2009-12)





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)¹ und KiGGS Welle 1 (2009-12)

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)



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

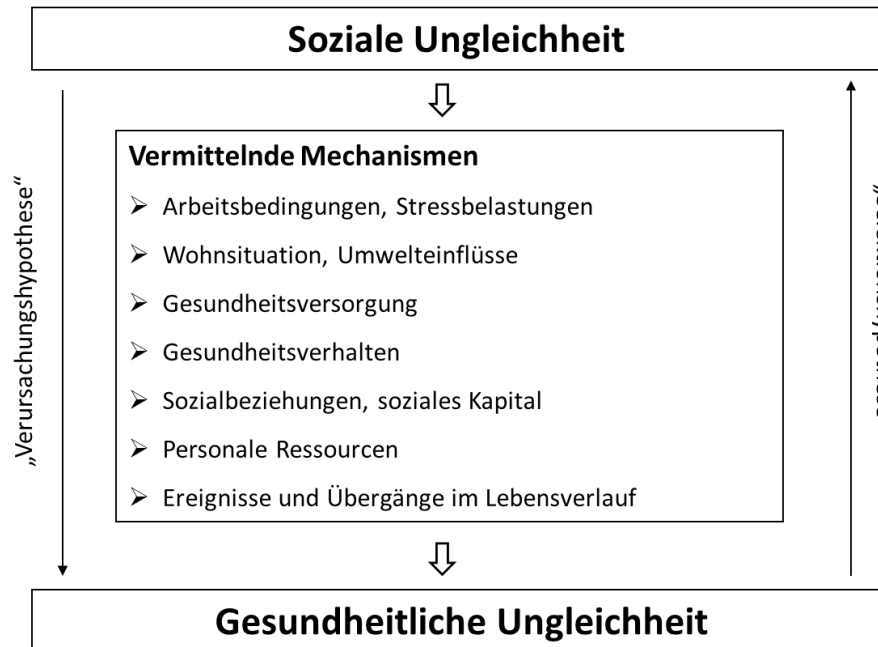


Erklärungsansätze



Erklärungsansätze gesundheitlicher Ungleichheit

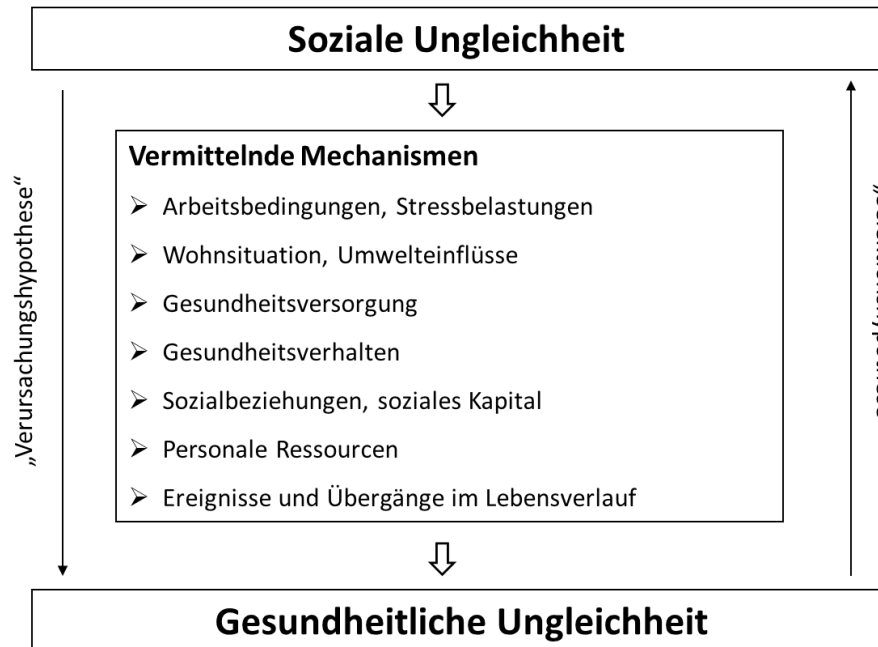
Mielck 2005, Lampert 2011





Erklärungsansätze gesundheitlicher Ungleichheit

Mielck 2005, Lampert 2011



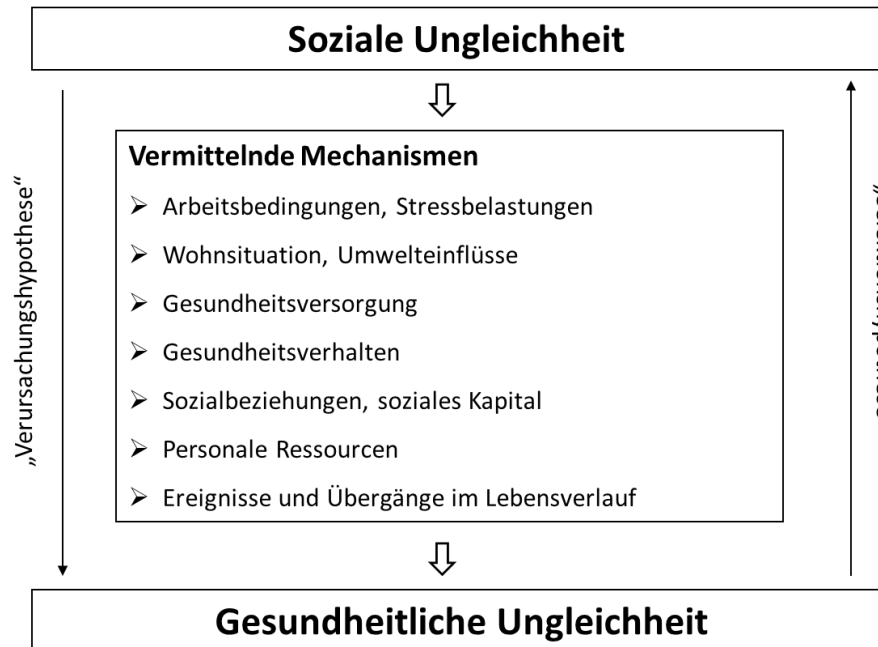
Gesundheitliche Auswirkungen von Armut und sozialer Ungleichheit...

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...

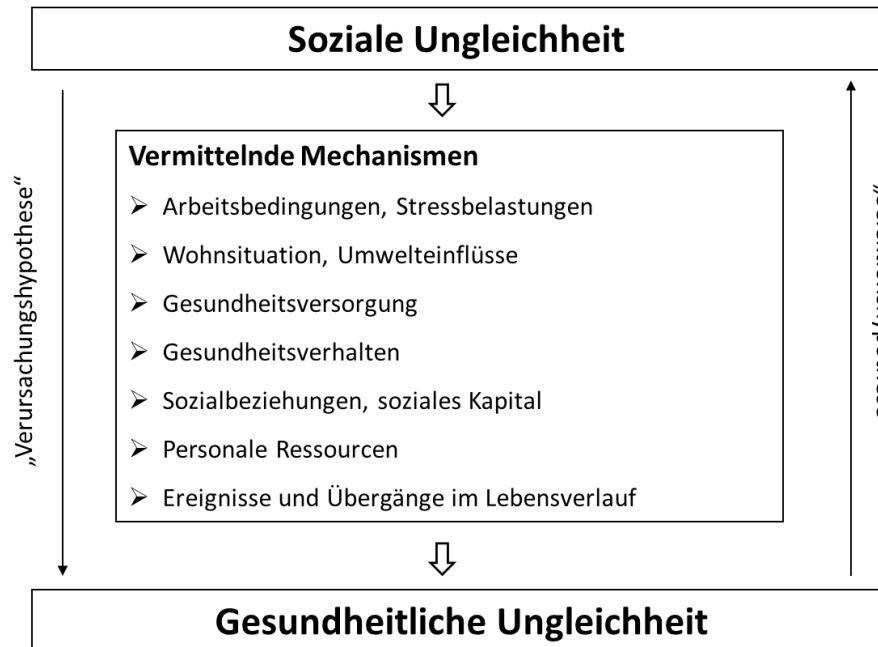
gehen zu einem erheblichen Anteil auf Defizite in Bezug auf materiellen Lebensstandard, soziale Absicherung sowie Arbeits- und Wohnbedingungen zurück.

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.

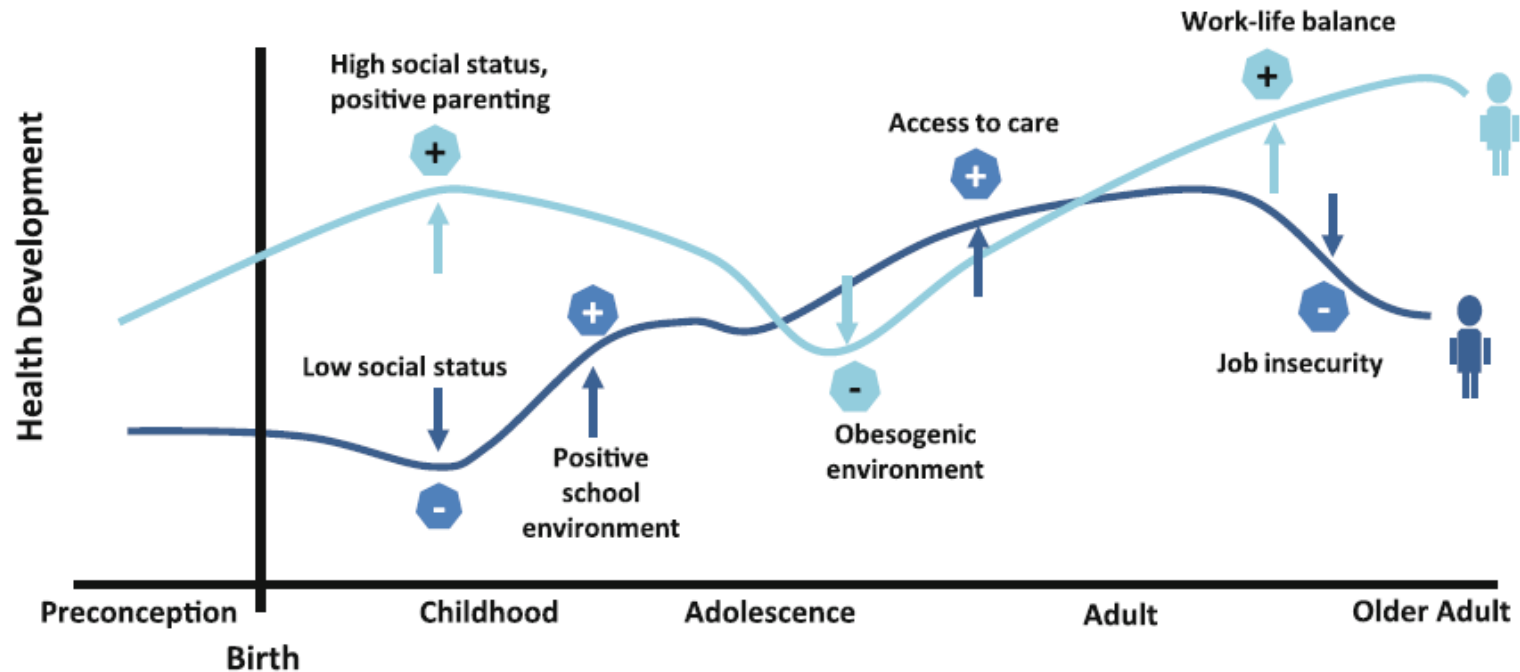
Daneben gewinnen Fragen der sozialen Integration, der gesellschaftlichen Teilhabe und der Wertschätzung/Anerkennung zunehmend an Bedeutung

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

Internet: www.rki.de