

Soziale Ungleichheit und Gesundheit / Krankheit

Siegfried Geyer¹

¹ Medizinische Soziologie, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Germany

Abstract

Soziale Ungleichheiten bei Gesundheit und Krankheit sind ein universelles Phänomen. Sie treten in Abhängigkeit von verschiedenen Merkmalen sozialer Differenzierung auf und variieren über die Zeit. Der Beitrag erläutert Ungleichheiten bei den häufigsten verhaltensassoziierten Erkrankungen, ihre langzeitliche Entwicklung, die Bedeutung sozialer Mobilität und frühkindlicher Einflüsse auf Erkrankungsrisiken im mittleren und höheren Erwachsenenalter.

Keywords: Gesundheitliche Ungleichheit, Einkommen, Berufsposition, Bildung, Soziale Mobilität

Einleitung

Soziale Ungleichheiten beim Auftreten von Erkrankungen sind auch in Ländern mit hohem Durchschnittseinkommen fest etabliert und durch eine große Zahl von Studien belegt [1], [2], [3]. Personen mit niedrigem Einkommen und niedriger Bildung sowie mit Berufen, die mit geringen Entscheidungsspielräumen und wenig Verantwortung ausgestattet sind, weisen im Vergleich die höchsten Krankheits- und Sterblichkeitsrisiken auf [2].

Einschränkend muss darauf hingewiesen werden, dass dies ein eurozentrischer Blick ist und dass sich die Struktur gesundheitlicher Ungleichheiten in Ländern mit mittleren und unteren Einkommensniveaus in Abhängigkeit von den verwendeten Indikatoren sozialer Differenzierung auch anders darstellen kann [4].

In einer gewissen Vereinfachung können die vorliegenden Studienergebnisse zu gesundheitlichen Ungleichheiten für wohlhabende Länder (wie beispielsweise Deutschland) folgendermaßen zusammengefasst werden:

- Gesundheitliche Ungleichheiten manifestieren sich bei fast allen körperlichen und psychischen Erkrankungen, die durch Verhalten beeinflusst werden können. Dazu gehören insbesondere die häufigsten Volkskrankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus, Magen- und Lungenkrebs, chronische Lungenerkrankungen, Depressionen und Angststörungen und die Mundgesundheit.
- Gesundheitliche Ungleichheiten treten über die gesamte Lebensspanne der Menschen hinweg auf. Allerdings verändern sich die Erkrankungen, anhand derer sie sich manifestieren, während des Lebensverlaufs.
- Gesundheitliche Ungleichheiten wurden für alle Länder berichtet, für die Daten vorliegen.
- Gesundheitliche Ungleichheiten variieren über die kalendarische Zeit und verstärken sich unter den Bedingungen beschleunigten sozialen Wandels, während Krisen- und Umbruchzeiten.

Die Abbildung sozialer Differenzierung

Gesundheitliche Ungleichheiten werden vorwiegend an großen Gruppen oder anhand ganzer Bevölkerungen untersucht. Üblicherweise werden dazu auf der Mikroebene mit Bildung, beruflicher Position, Einkommen und (seltener) Vermögen nur wenige zentrale Indikatoren verwendet. Sie weisen schwache bis mittelstarke Korrelationen auf [5] und sind nicht austauschbar [6], [7], denn sie stehen für unterschiedliche Aspekte sozialer Differenzierung und können sich daher in ihren kombinierten Effekten addieren. Die Wahl dieser Indikatoren ist sinnvoll in Hinblick auf ihre Verwendung in großen Bevölkerungsstudien, folgt aber auch pragmatischen Überlegungen, denn sie können relativ einfach erhoben werden. Daneben können auf der Individualebene auch andere Indikatoren verwendet werden, etwa Armut, soziale Deprivation oder die Verfügbarkeit über materielle Güter.

Bei der Betrachtung über die Indikatoren hinweg stellt sich die Frage, ob es für alle einen gemeinsamen Nenner gibt. Wie noch zu zeigen sein wird, ist dies der Aspekt der Kontrolle als zentralem Element von psychologischen und soziologischen Stresskonzepten (Geyer, 2020).

- **Bildung** steht für erworbene Ressourcen, die es ermöglichen, durch die Anwendung von Wissen, Fähigkeiten und Handlungsstrategien Kontrolle über das eigene Leben ausüben zu können. Mit dem Grad an Wissen und Bildung steigen die Möglichkeiten, für anstehende Probleme flexibel Mittel und Lösungswege zu wählen und zum aktiven Handeln zu kommen. In Studien hat sich gezeigt, dass die Übernahme neuen Wissens in besser gebildeten sozialen Gruppen rascher erfolgt und dass sie schneller und in höherem Maß Innovationen übernehmen (Rogers, 2003). Gleichzeitig steigen mit Wissen und Bildung die Leistungsmotivation, das Vertrauen in eigene Fähigkeiten und der Optimismus. In der Psychologie wird dies unter dem Begriff der Selbstwirksamkeit [8] gefasst [9] ([Empowerment/Befähigung](#)). Gleichzeitig steigt mit abnehmender schulischer und beruflicher Qualifikation das Risiko von Arbeitslosigkeit [10], [11], Rogers, 2003).
- **Berufliche Position** ist eine zusammenfassende Variable für gesundheitsrelevante Aspekte beruflicher Aktivität. Sie unterscheiden sich nach Berufsgruppen und nach der Position in der beruflichen Hierarchie. Damit verbunden sind wiederum Unterschiede in der beruflichen Autonomie und dem Maß möglicher Entscheidungsspielräume sowie der Verfügbarkeit externer Supervision, wobei das Erkrankungsrisiko mit sinkender Autonomie zunimmt (Park & Searcy, 2012; Siegrist & Wahrendorf, 2016). Soziologisch relevant ist die berufliche Position auch für die Zusammensetzung und die Größe sozialer Netzwerke. Mit ansteigender beruflicher Position nimmt die Heterogenität von Netzwerken zu. Ihre Mitglieder haben sehr unterschiedliche Qualifikationen und Zugänge zu weiteren Ressourcen, wodurch die Möglichkeiten zunehmen, vom Wissen und den Fähigkeiten anderer Personen zu profitieren. Dies wiederum verbessert die Chancen, eigene Ziele zu erreichen [10], [11].
- **Einkommen** bestimmt auch die Voraussetzungen für gesundheitserhaltende Lebensweisen. Darüber hinaus eröffnet es Chancen zur Nutzung materieller Ressourcen zur Bewältigung belastender Ereignisse. Studien zeigen, dass Einkommensungleichheiten mit gesundheitlichen Unterschieden einhergehen können. Dies bezieht sich sowohl auf die subjektiv eingeschätzte Gesundheit als auch auf manifeste Erkrankungen, z. B. Depression oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Unterschiede des Einkommens können auch Folgen für die subjektive Einschätzung der eigenen Bedeutung und des sozialen Ansehens haben. Statistisch wird meist das Familieneinkommen zugrunde gelegt, seltener das Individualeinkommen. [10], [11].
- **Vermögen** wird eher selten als Indikator sozialer Differenzierung verwendet, weil es nicht zuverlässig zu erheben ist und es sehr unterschiedliche Arten von Vermögen gibt (z. B. Hauseigentum, Versicherungen, Geldvermögen oder Kapitalanlagen). Unterschiedliche Arten von Vermögen nehmen mit dem Alter zu. Wenn sich das Einkommen nach der Berentung reduziert, können Vermögen ausgleichend wirken, um einen erreichten Lebensstandard zu halten. Die empirischen Zusammenhänge zwischen Vermögen und Gesundheit/Krankheit sind hoch. Deshalb sollte es, wenn möglich, in Surveys erfasst werden.
- **Indexmaße** werden in Studien als Kombination der Einzelindikatoren verwendet. Bei der Indexbildung können die Indikatoren entweder einfach oder unter Verwendung von Gewichtungsfaktoren addiert und Sozialschichtindizes gebildet werden [12]. Als Nachteil derartiger Ansätze kann bei ermittelten Effekten nicht deutlich werden, auf welchen Indikator sie zurückzuführen sind [13]. Sinnvoller erscheint es daher, Indikatoren einzeln oder im Rahmen multivariater Analysen zu verwenden, was es einfacher macht, präventive Maßnahmen zu planen [14].

Größenordnung gesundheitlicher Ungleichheiten

Die Erkrankungsraten der untersten sozialen Positionen im Vergleich zu den höchsten können bis um das Zwei- bis Vierfache erhöht sein. Unterschiede gibt es in Abhängigkeit von den betrachteten Erkrankungen und in Abhängigkeit vom Alter. Sie zeigen sich nicht über die gesamte Lebensspanne hinweg bei den gleichen Erkrankungen, sondern wechseln mit der Lebensphase und dem Alter. Im Kindesalter gibt es vergleichsweise mehr Unfälle oder Infektionskrankheiten, im Jugendalter erreichen sie ein Minimum, während im mittleren und höheren Lebensalter z. B. Herz- Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und Krebskrankheiten vorherrschen.

Ungleichheiten sind in den Altersgruppen zwischen dem 40. und dem 55. Lebensjahr am stärksten ausgeprägt und nehmen mit zunehmendem Alter ab, weil ein Teil von ihnen zwischenzeitlich verstirbt. In einzelnen Studien wurden für die Altersgruppen jenseits des 65. Lebensjahrs keine sozialen Unterschiede berichtet [15], [16].

Spezifische Erkrankungen

Von wenigen Ausnahmen abgesehen, nehmen gesundheitliche Ungleichheiten mit abnehmender

sozialer Position zu. Die geringsten Risiken bestehen bei Menschen mit dem höchsten Bildungsniveau, dem höchsten Einkommen und den höchsten beruflichen Positionen. Es gibt also einen sozialen Gradienten, der sich auf jeder Stufe sozialer Differenzierung als Anstieg oder Abnahme von Erkrankungsrisiken manifestiert. Entscheidend für das Auftreten sozialer Gradienten sind Abhängigkeiten von gesundheitsrelevanten Verhaltensmustern, Arbeitsbedingungen, politischen Rahmenbedingungen, aber auch von strukturellen Merkmalen, wie z. B. sozialem Wandel, ökonomischen Krisen oder von Systemen der sozialen Sicherung.

Diabetes Typ 2 hat einen starken Verhaltensbezug, insbesondere im Hinblick auf Ernährung und Bewegung. Beim Auftreten gibt es einen starken sozialen Gradienten [17]. Es kann eine direkte Linie von gesundheitsrelevanten Lebensweisen zu Übergewicht/Adipositas und zu Diabetes Typ 2 gezogen werden. Diabetes Typ 2 geht einher mit erhöhten Risiken für Sekundärerkrankungen, z. B. für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und erkrankungsassoziierte Beschwerden.

Wenn in diesem Zusammenhang die Indikatoren sozialer Differenzierung betrachtet werden, zeigt sich der im Vergleich stärkste Effekt für Bildung [17]. Als weiteres Differenzierungsmerkmal haben sich Berufsgruppen erwiesen, sodass bei Diabetes Typ 2 soziale Unterschiede nach Bildungsstufen und Berufsgruppen auftraten [18]. Hinzu kommt, dass die Erkrankung immer früher im Lebensverlauf ausbricht [19]. Mit steigender Erkrankungsdauer ist mit höheren Risiken von Folgeerkrankungen [20], [21], [22] und einer kürzeren Lebenserwartung, also mit erhöhter Mortalität zu rechnen [19], die dann wiederum soziale Unterschiede aufweist.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind wesentlich mit chronischen Belastungen und Anforderungen assoziiert, insbesondere im Beruf [3]. Auch hier wurden erhebliche soziale Gradienten berichtet. Daneben finden sich als Einflussfaktoren soziale Gradienten bei Ernährung, Bewegung, Nikotinkonsum und weitere gesundheitsrelevante Lebensweisen [23], [24].

Insbesondere bei der Berufstätigkeit sind es berufsspezifische Schadstoffexpositionen und im Dienstleistungssektor die externe Kontrolle über Tätigkeiten und rigide externe Supervision. In der neueren Literatur wird insbesondere auf die gesundheitsschädlichen Effekte langen Sitzens am Arbeitsplatz hingewiesen (Owen et al., 2020).

Chronische Lungenerkrankungen und Lungenkrebs weisen sozial differenzierte Muster auf [25], [26], die insbesondere über tätigkeitsspezifische Schadstoffexpositionen und besonders durch das Rauchen zustande kommen können. Zunehmende soziale Unterschiede bei Lungenkrebs können dadurch erklärt werden, dass vermehrtes Rauchen zunächst in den höheren sozialen Schichten begonnen und sich mit Zeitverzug in untere soziale Schichten ausgebreitet hat [27]. Rauchverzicht setzt zugleich früher in höheren sozialen Schichten ein, was zu einer Vergrößerung sozialer Gradienten führen kann, die sich im Zeitverlauf dann verringern können.

Adipositas erlebt seit längerem in allen Altersgruppen und sowohl bei Frauen als auch bei Männern erhebliche Zunahmen. Wenn nach Schulbildung differenziert wird, nehmen die Prävalenzen vor dem Hintergrund bestehender sozialer Unterschiede nach Bildung in allen Gruppen über die Zeit zu. In der Beobachtungsperiode zwischen 2002/2004 bis 2018 stiegen die Prävalenzen von Adipositas bei Männern und Frauen im Alter von 40 bis 59 Jahren konstant, in manchen Altersgruppen waren sie zum Ende der Beobachtungsperiode doppelt so hoch wie zu Beginn. Bestehende soziale Unterschiede reproduzierten sich damit auf höherem Niveau; fast durchweg gab es eine Zunahme sozialer Gradienten.

Langzeitlich ist mit einer Zunahme von Diabetes Typ 2, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Gelenksbeschwerden und anderen Erkrankungen zu rechnen, die zugleich soziale Ungleichverteilungen aufweisen [28].

Soziale Mobilität

Soziale Mobilität bezeichnet soziale Auf- oder Abstiege von Positionen oder Bildungsniveaus innerhalb einer Generation (intragenerationale Mobilität) oder zwischen den Generationen (intergenerationale Mobilität).

Lange Zeit gab es keine Literatur zu der Frage, ob soziale Mobilität mit Veränderungen von Erkrankungsrisiken verbunden ist. Erst in den letzten Jahren wurden aussagekräftige Studien publiziert. Zusammengenommen zeigt sich, dass soziale Mobilität auch mit entsprechenden Veränderungen der Gesundheit und des gesundheitsbezogenen Verhaltens einhergeht [29]. Dies bedeutet, dass soziale Auf-

und Abstiege dazu führen, dass die Gesundheit sozial mobiler Individuen sich an die Gesundheit der Ankunftsgruppe annähert, was durch die Übernahme gesundheitsrelevanter Verhaltens- und Lebensweisen erklärbar ist. Aus dieser Perspektive ist Aufwärtsmobilität durchweg positiv zu bewerten.

Aus den Arbeiten von Bourdieu [30] können Hypothesen zu den gesundheitlichen Kosten sozialer Mobilität abgeleitet werden, zu denen in der neueren Literatur auch Befunde veröffentlicht wurden. So zeigt sich, dass intergenerational aufwärtsmobile Personen niedrigere Depressionsrisiken aufweisen als Personen, die intergenerational in unteren sozialen Schichten verbleiben. Aufwärtsmobile weisen die gleichen Depressionsrisiken auf wie Personen, die intergenerational in der gleichen Schicht verbleiben.

Als „individuelle Kosten“ des Aufstiegs haben intergenerational Aufwärtsmobile zwar eine bessere psychische Gesundheit, zugleich aber haben sie höhere Risiken für körperliche Erkrankungen (z. B. Herz-Kreislaufkrankheiten) als Personen, die intergenerational in höheren sozialen Schichten verbleiben [31]. Ausgehend von Bourdieu kann angenommen werden, dass Aufwärtsmobile Verhaltens- und Einstellungsmuster oder Mentalitäten der sozialen Ankunftsschicht erst erlernen müssen, was mit teilweise belastenden Anpassungsprozessen und sozialer Abwertung einhergehen kann. Als nachteilig erweisen sich soziale Abstiegsprozesse innerhalb einer Generation, denn sie können bei den Betroffenen mit Verschlechterungen der Gesundheit einhergehen [32].

Neben den beschriebenen Auswirkungen sozialer Mobilität auf Gesundheit können auch Erkrankungen zu sozialer Abwärtsmobilität führen. In der Literatur wird dies unter dem Begriff der „Drifthythese“ gefasst. Dies bedeutet, dass Individuen durch eine Erkrankung ihren Arbeitsplatz verlieren können, dass sich ihre Aufstiegschancen verschlechtern, oder dass sie nach einer Erkrankung keine Berufstätigkeit mehr aufnehmen können. Am häufigsten finden soziale Abstiege in der Folge psychischer Erkrankungen und Beeinträchtigungen statt [33], [34], die relativ früh im Lebensverlauf auftreten. Bei körperlichen Krankheiten führt der Weg vor dem Hintergrund einer erreichten beruflichen Position eher zurück in den Beruf oder in die Berentung.

Die Bedeutung von Umgebungseinflüssen in der frühen Kindheit

Seit den 1990-er Jahren wurden zunehmend Studien durchgeführt, mit denen die Ursachen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheiten im Erwachsenenalter in Abhängigkeit von Einflüssen der frühen Kindheit untersucht wurden [35], [36]. Diese Lebenslaufepidemiologie genannte Forschungsrichtung ermöglicht einen integrierenden Blick auf die Interaktion zwischen Umwelt, Psyche, Vererbung und Erkrankungsrisiken.

Es hat sich gezeigt, dass Erfahrungen von Deprivation, Armut und Vernachlässigung insbesondere in den ersten Lebensmonaten zu dauerhaften Verhaltensprägungen führen können. Sie sind in der Folgezeit teilweise sehr schwer zu verändern, weil es sich dabei nicht um Lernprozesse handelt, sondern um dauerhaft etablierte Muster, die in sogenannten sensiblen Phasen der Hirnentwicklung festgelegt werden. Kinder, die in solchen Phasen traumatischen, belastenden oder deprivierenden Einflüssen ausgesetzt sind, können in der Folge z. B. Schwierigkeiten haben, sich zu konzentrieren, sie können vermehrt Defizite des Gedächtnisses und Schwierigkeiten haben, zu planen und Handlungen strukturiert zu Ende zu führen [37], [38]. Umgekehrt fördert eine anregungsreiche, stressarme und als sicher wahrgenommene Umgebung Fähigkeiten, die später in Schule und Beruf eher zu Erfolgen führen.

Abschließende Anmerkungen

Mit der Fokussierung auf Zusammenhänge zwischen sozialer Differenzierung und Erkrankungen vor deren Auftreten war die Beschränkung verbunden, weitere Merkmale unberücksichtigt zu lassen, die mit gesundheitlichen Ungleichheiten einhergehen, weil sie eine getrennte und eingehende Behandlung erfordern. Dazu gehören z. B. Ungleichheiten nach Geschlecht [39], [40], [41] oder Migrationsstatus. Ausgespart blieben auch Ungleichheiten in der Versorgung [42], da für diese Thematik Elemente der Sozialpolitik und der gesundheitlichen Versorgung betrachtet werden müssen. Dies beinhaltet z. B. Unterschiede zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung sowie Barrieren des Zugangs zur Versorgung und Über- und Unterversorgung sowie Fragen der Behandlungsqualität.

Literatur:

- Geyer S, Tetzlaff J, Eberhard S, Sperlich S, Epping J. Health inequalities in terms of myocardial infarction and all-cause mortality: a study with German claims data covering 2006 to 2015. *Int J Public Health*. 2019 Apr;64(3):387–97. DOI:[10.1007/s00038-019-01224-1](https://doi.org/10.1007/s00038-019-01224-1)

References

1. Bartley M. Health Inequality: An introduction to concepts, theories and methods. Cambridge, UK Malden, USA: Polity; 2017.
2. Geyer S. Soziale Ungleichverteilungen von Gesundheit und Krankheit und ihre Erklärungen. In: Jungbauer-Gans M, Kriwy P, editors. Handbuch Gesundheitssoziologie. Wiesbaden: Springer Fachmedien; 2020. p. 169–91.
3. Siegrist J. Gesundheit für alle? Die Herausforderung sozialer Ungleichheit. wbg Academic; 2021.
4. Sidahmed S, Geyer S, Beller J. Socioeconomic inequalities in diabetes prevalence: the case of Egypt between 2008 and 2015. BMC Public Health. 2023 Aug 30;23(1):1669. DOI:[10.1186/s12889-023-16606-7](https://doi.org/10.1186/s12889-023-16606-7)
5. Lahelma E, Laaksonen M, Martikainen P, Rahkonen O. Die Mehrdimensionalität der sozioökonomischen Lage. Konsequenzen für die Analysen gesundheitlicher Ungleichheit. In: Bauer U, Bittlingmayer UH, Richter M, editors. Health Inequalities. Erklärungsansätze gesundheitlicher Ungleichheit. VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2008. p. 143–66.
6. Geyer S, Hemström O, Peter R, Vågerö D. Education, income, and occupational class cannot be used interchangeably in social epidemiology. Empirical evidence against a common practice. J Epidemiol Community Health. 2006 Sep;60(9):804–10. DOI:[10.1136/jech.2005.041319](https://doi.org/10.1136/jech.2005.041319)
7. Sperlich S, Beller J, Epping J, Geyer S, Tetzlaff J. Trends of healthy and unhealthy working life expectancy in Germany between 2001 and 2020 at ages 50 and 60: a question of educational level? J Epidemiol Community Health. 2023 Jul;77(7):430–9. DOI:[10.1136/jech-2023-220345](https://doi.org/10.1136/jech-2023-220345)
8. Bandura A. Self-efficacy. The exercise of control. W. H. Freeman & Company; 1997.
9. Brandes S, Stark W. Empowerment / Befähigung. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), editor. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. 2025. DOI:[10.17623/BIOEG:Q4-I10-3.0](https://doi.org/10.17623/BIOEG:Q4-I10-3.0)
10. Braveman P, Egerter S, Williams DR. The social determinants of health: coming of age. Annu Rev Public Health. 2011;32(1):381–98. DOI:[10.1146/annurev-publhealth-031210-101218](https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031210-101218)
11. Braveman PA, Cubbin C, Egerter S, Chideya S, Marchi KS, Metzler M, Posner S. Socioeconomic status in health research: one size does not fit all. JAMA. 2005 Dec 14;294(22):2879–88. DOI:[10.1001/jama.294.22.2879](https://doi.org/10.1001/jama.294.22.2879)
12. Winkler J, Stolzenberg H. Der Sozialschichtindex im Bundesgesundheitsurvey. Gesundheitswesen. 1999;61:S178–83.
13. Lenski G. Status crystallization: A non-vertical dimension of social status. Am Sociol Rev. 1954;19:405–13. Available from: <https://www.jstor.org/stable/2087459>
14. Geyer S. Einzelindikator oder Index? Maße sozialer Differenzierung im Vergleich. Gesundheitswesen. 2008 May;70(5):281–8. DOI:[10.1055/s-2008-1078722](https://doi.org/10.1055/s-2008-1078722)
15. Beller J, Regidor E, Lostao L, Miething A, Kröger C, Safieddine B, Tetzlaff F, Sperlich S, Geyer S. Decline of depressive symptoms in Europe: differential trends across the lifespan. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2021 Jul;56(7):1249–62. DOI:[10.1007/s00127-020-01979-6](https://doi.org/10.1007/s00127-020-01979-6)
16. Wahrendorf SM, Chandola T, Descatha A, editors. Handbook of life course occupational health. Cham: Springer; 2023. (Handbook series in occupational health sciences).
17. Safieddine B, Sperlich S, Beller J, Lange K, Epping J, Tetzlaff J, Tetzlaff F, Geyer S. Socioeconomic inequalities in type 2 diabetes in employed individuals, nonworking spouses and pensioners. SSM Popul Health. 2020 Aug;11(100596):100596. DOI:[10.1016/j.ssmph.2020.100596](https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100596)
18. Safieddine B, Grasshoff J, Sperlich S, Epping J, Geyer S, Beller J. Type 2 diabetes severity in the workforce: An occupational sector analysis using German claims data. PLoS One. 2024 Sep 27;19(9):e0309725. DOI:[10.1371/journal.pone.0309725](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0309725)
19. Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG), Deutsche Diabetes-Hilfe (diabetesDE), editors. Deutscher Gesundheitsbericht. Diabetes 2021: Die Bestandsaufnahme. 2020 [accessed 2025 Mar 13]. Available from: https://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/fileadmin/user_upload/06_Gesundheitspolitik/03_Veroeffentlichungen/05_Gesundheitsbericht/20201107_Gesundheitsbericht2021.pdf
20. Epping J, Safieddine B, Geyer S, Tetzlaff J. Sind Prävalenzen in Survey- und Routinedaten vergleichbar? Herzinfarktprävalenzen in Krankenkassendaten der AOK Niedersachsen und in Daten der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Gesundheitswesen. 2023 Mar;85(S 02):S111–8. DOI:[10.1055/a-1649-7575](https://doi.org/10.1055/a-1649-7575)
21. Safieddine B, Trachte F, Sperlich S, Epping J, Lange K, Geyer S. Trends of antidiabetic and

- cardiovascular diseases medication prescriptions in type 2 diabetes between 2005 and 2017-A German longitudinal study based on claims data. *Int J Environ Res Public Health*. 2023 Mar 3;20(5):4491. DOI:[10.3390/ijerph20054491](https://doi.org/10.3390/ijerph20054491)
22. Sperlich S, Beller J, Epping J, Safieddine B, Tetzlaff J, Geyer S. Are disability rates among people with diabetes increasing in Germany? A decomposition analysis of temporal change between 2004 and 2015. *J Aging Health*. 2021 Mar;33(3–4):205–16. DOI:[10.1177/0898264320970324](https://doi.org/10.1177/0898264320970324)
23. Lampert T, von der Lippe E, Müters S. Verbreitung des Rauchens in der Erwachsenenbevölkerung in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt*. 2013 May;56(5–6):802–8. DOI:[10.1007/s00103-013-1698-1](https://doi.org/10.1007/s00103-013-1698-1)
24. Muff C, Weyers S. Sozialer Status und Ernährungsqualität: Evidenz, Ursachen und Interventionen. *Ernährungs Umschau*. 2010 [accessed 2025 Mar 13];57(2):84–9. Available from: https://www.ernaehrungs-umschau.de/fileadmin/Ernaehrungs-Umschau/pdfs/pdf_2010/02_10/EU02_2010_084_089.qxd.pdf
25. Geyer S, Tetzlaff J, Sperlich S, Safieddine B, Epping J, Eberhard S, Stahmeyer J, Beller J. Decreasing COPD-related incidences and hospital admissions in a German health insurance population. *Sci Rep*. 2023 Dec 2;13(1):21293. DOI:[10.1038/s41598-023-48554-y](https://doi.org/10.1038/s41598-023-48554-y)
26. Kuntz B, Kroll LE, Hoebel J, Schumann M, Zeiher J, Starker A, Lampert T. Zeitliche Entwicklung berufsgruppenspezifischer Unterschiede im Rauchverhalten von erwerbstätigen Männern und Frauen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt*. 2018 Sep 13;61(11):1388–98. DOI:[10.1007/s00103-018-2818-8](https://doi.org/10.1007/s00103-018-2818-8)
27. Geyer S, Eberhard S. Später krank und länger gesund? die Morbiditätskompression und ihre Alternativen. Bern: Hogrefe; 2021.
28. Sperlich S, Beller J, Safieddine B, Tetzlaff J, Geyer S. Widening educational inequalities in physical health due to the obesity trend?—A mediation analysis using the German Socio-Economic Panel study. *Int J Public Health*. 2024 Apr 29;69:1606932. DOI:[10.3389/ijph.2024.1606932](https://doi.org/10.3389/ijph.2024.1606932)
29. Missinne S, Daenekindt S, Bracke P. The social gradient in preventive healthcare use: what can we learn from socially mobile individuals? *Sociol Health Illn*. 2015 Jul;37(6):823–38. DOI:[10.1111/1467-9566.12225](https://doi.org/10.1111/1467-9566.12225)
30. Bourdieu P. Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. 1982.
31. Chen E, Brody GH, Miller GE. What are the health consequences of upward mobility? *Annu Rev Psychol*. 2022 Jan 4;73(1):599–628. DOI:[10.1146/annurev-psych-033020-122814](https://doi.org/10.1146/annurev-psych-033020-122814)
32. Campos-Matos I, Kawachi I. Social mobility and health in European countries: Does welfare regime type matter? *Soc Sci Med*. 2015 Oct;142:241–8. DOI:[10.1016/j.socscimed.2015.08.035](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.08.035)
33. Lund C, Cois A. Simultaneous social causation and social drift: Longitudinal analysis of depression and poverty in South Africa. *J Affect Disord*. 2018 Mar;229:396–402. DOI:[10.1016/j.jad.2017.12.050](https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.12.050)
34. Sariaslan A, Fazel S, D'Onofrio BM, Långström N, Larsson H, Bergen SE, Kuja-Halkola R, Lichtenstein P. Schizophrenia and subsequent neighborhood deprivation: revisiting the social drift hypothesis using population, twin and molecular genetic data. *Transl Psychiatry*. 2016 May 3;6(5):e796. DOI:[10.1038/tp.2016.62](https://doi.org/10.1038/tp.2016.62)
35. Ekamper P, van Poppel F, Stein AD, Lumey LH. Independent and additive association of prenatal famine exposure and intermediary life conditions with adult mortality between age 18-63 years. *Soc Sci Med*. 2014 Oct;119:232–9. DOI:[10.1016/j.socscimed.2013.10.027](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.10.027)
36. Roseboom TJ, van der Meulen JH, Ravelli AC, Osmond C, Barker DJ, Bleker OP. Effects of prenatal exposure to the Dutch famine on adult disease in later life: an overview. *Twin Res*. 2001 Oct;4(5):293–8. DOI:[10.1375/1369052012605](https://doi.org/10.1375/1369052012605)
37. Kreppner JM, Rutter M, Beckett C, Castle J, Colvert E, Groothues C, Hawkins A, O'Connor TG, Stevens S, Sonuga-Barke EJS. Normality and impairment following profound early institutional deprivation: a longitudinal follow-up into early adolescence. *Dev Psychol*. 2007 Jul;43(4):931–46. DOI:[10.1037/0012-1649.43.4.93](https://doi.org/10.1037/0012-1649.43.4.93)
38. Rodriguez-Perez M, Kennedy M, Barker ED, Kreppner J, Solerdelcoll M, Sonuga-Barke EJS. The adult outcome of childhood quasi-autism arising following extreme institutional deprivation. *J Child Psychol Psychiatry*. 2023 Sep;64(9):1292–302. DOI:[10.1111/jcpp.13767](https://doi.org/10.1111/jcpp.13767)
39. Luy M, Gast K. Do women live longer or do men die earlier? Reflections on the causes of sex differences in life expectancy. *Gerontology*. 2014;60(2):143–53. DOI:[10.1159/000355310](https://doi.org/10.1159/000355310)
40. Luy M, Minagawa Y. Gender gaps – Life expectancy and proportion of life in poor health. *Health Rep*. 2014;25(12):12–9.

41. Tübbecke FM, Epping J, Safieddine B, Sperlich S. Development of gender inequality in self-rated health in the life-phase of raising children in Germany from 1994 to 2018. A decomposition analysis of socioeconomic, psychosocial and family-related influencing factors. SSM Popul Health. 2022 Sep;19(101183):101183. DOI:[10.1016/j.ssmph.2022.101183](https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2022.101183)
42. Geyer S. Soziale Ungleichheiten in der gesundheitlichen Versorgung. WSI-Mitt. 2024;77(3):186–92. DOI:[10.5771/0342-300x-2024-3-186](https://doi.org/10.5771/0342-300x-2024-3-186)

Korrespondenz: Prof. Dr. Siegfried Geyer, Medizinische Hochschule Hannover, Medizinische Soziologie, Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover, Germany, Phone: +49 511 532 5579, E-mail: geyer.siegfried@mh-hannover.de

Zitierhinweis: Geyer S. Soziale Ungleichheit und Gesundheit / Krankheit. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIOG), eds. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Cologne: PUBLISSO; 2026-. DOI: [10.5680/BIOEG:LB-i109-1.0](https://doi.org/10.5680/BIOEG:LB-i109-1.0)

Copyright: © 2026 Siegfried Geyer

Diese Open-Access-Publikation steht unter den Bedingungen der Lizenz: Creative Commons Attribution 4.0 International. Lizenz-Angaben siehe: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>