

Soziale Ungleichheit und Gesundheit

von Siegfried Geyer

Abstract

Viele Erkrankungen und Gesundheitsbeeinträchtigungen können durch Verhalten, Lebens- oder strukturelle Rahmenbedingungen beeinflusst werden. Für eine große Zahl von ihnen lassen sich soziale Ungleichheiten feststellen. Die Zusammenhänge folgen meist einem sozialen Gradienten. Das heißt: Je höher die soziale Position, desto niedriger das Erkrankungsrisiko. Solche Zusammenhänge wurden beispielsweise für Typ-2-Diabetes, Herzinfarkt, Adipositas, Depression, Angststörungen, subjektive Gesundheit sowie für Sterblichkeit an allen Todesursachen berichtet. Die relative Stärke der Effekte der gängigen Indikatoren – vornehmlich Einkommen, Berufsposition und Bildungsgrad – variiert nach der Art der betrachteten Erkrankung. Die Indikatoren können dabei im Hinblick auf ihren Inhalt nicht gegeneinander ausgetauscht werden. Die Mehrzahl der empirischen Studien hat ein Querschnittsdesign. Wenn inter- oder intragenerationale Wechsel zwischen sozialen Positionen betrachtet werden, zeigt sich: Aufwärtsmobile weisen niedrigere Risiken für gesundheitliche Beeinträchtigungen auf als Individuen aus der Herkunftsschicht oder als Abwärtsmobile. Es gibt jedoch auch Konstellationen, die sich für Aufwärtsmobile als gesundheitlich nachteilig erwiesen haben.

Schlüsselwörter: soziale Ungleichheit, Sozialstruktur, Erkrankungen, gesundheitliche Beeinträchtigungen, soziale Mobilität

Many diseases and health impairments can be influenced by behaviour, living conditions, or structural frameworks. Social inequalities can be identified for a large number of them. The relationships usually follow a social gradient. This means that the higher the social position, the lower the risk of disease. Such relationships have been reported, for example, for type 2 diabetes, heart attacks, obesity, depression, anxiety disorders, subjective health, and mortality from all causes. The relative strength of the effects of the common indicators—primarily income, occupational position, and level of education—varies depending on the type of disease considered. The indicators cannot be interchanged in terms of their content. The majority of empirical studies have a cross-sectional design. When considering inter- or intragenerational shifts between social positions, it becomes clear that upwardly mobile individuals have lower risks of health impairments than individuals from the same social class or downwardly mobile individuals. However, there are also constellations that have proven to be disadvantageous for upwardly mobile individuals.

Keywords: social inequality, social structure, disease, health impairments, social mobility

1 Einleitung

Soziale Unterschiede haben eine Vielzahl unbeabsichtigter Nebenfolgen, darunter Auswirkungen auf Gesundheit und Krankheit. In diesem Text werden die Hauptergebnisse der Forschung zu gesundheitlichen Ungleichheiten zusammengefasst. Zunächst wird auf die Breite der untersuchten Erkrankungen eingegangen. Die Darstellung der wesentlichen, in Studien verwendeten Indikatoren sozialer Differenzierung bildet die Grundlage weitergehender Überlegungen. Die Darstellung beschränkt sich auf solche Faktoren, die vor der Inanspruchnahme des Systems der gesundheitlichen Versorgung wirksam werden. Unberücksichtigt bleiben Geschlechterunterschiede und Migrationsstatus, weil beide eine eigene Behandlung erfordern. Soziale Ungleichheiten in der Versorgung bleiben ebenfalls ausgeklammert, weil sie auch ein eigenes Forschungsgebiet aufmachen, für das derzeit für Deutschland noch zu wenige Arbeiten vorliegen (Geyer 2024).

2 Erkrankungen

Soziale Unterschiede wurden für die häufigsten Erkrankungen berichtet. Dazu gehören Herzinfarkt (Igländ *et al.* 2014; Tetzlaff *et al.* 2021), Typ-2-Diabetes (Carlsson *et al.* 2020; Safieddine *et al.* 2020), Lungenkrebs (Schröder *et al.* 2020; Singh and Jemal 2017), Adipositas (Sperlich *et al.* 2024), chronisch obstruktive Lungenerkrankung (Geyer *et al.* 2023), Muskel- und Skeletterkrankungen (Silva Pontes da *et al.* 2024), Rückenschmerzen (Beller *et al.* 2024), Depression (Andersen *et al.* 2009), Angststörungen (Barbek *et al.* 2022), infektiöse Erkrankungen (Ye *et al.* 2023) sowie die Sterblichkeit an allen Todesursachen (Geyer *et al.* 2006; Lampert *et al.* 2019).

In vielen Studien wird auf die subjektiv eingeschätzte Gesundheit Bezug genommen (Lampert *et al.* 2018; Sperlich *et al.* 2022). Sie ist ein unspezifischer Indikator für allgemeine Gesundheit (Kaplan and Baron-Epel 2003), der mit Erkrankungen und vorzeitiger Mortalität assoziiert ist. Er wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als genereller Gesundheitsindikator empfohlen (WHO und CBS 1996), der in großen Befragungsstudien gut erhoben werden kann. Daneben verwenden Studien auch den Global Activity Limitation Indicator (GALI) als Maß für allgemeine Behinderung und eingeschränkte Mobilität (European Commission 2015). Von einigen Ausnahmen abgesehen (Schmitz *et al.* 2014), finden sich in Daten aus Ländern

mit hohem Einkommensniveau Ungleichverteilungen im Auftreten von Erkrankungen zuungunsten von Personengruppen mit niedriger Bildung, aus weniger qualifizierten Berufsgruppen und niedrigem Einkommen (Mackenbach *et al.* 2018).

3 Merkmale sozialer Differenzierung

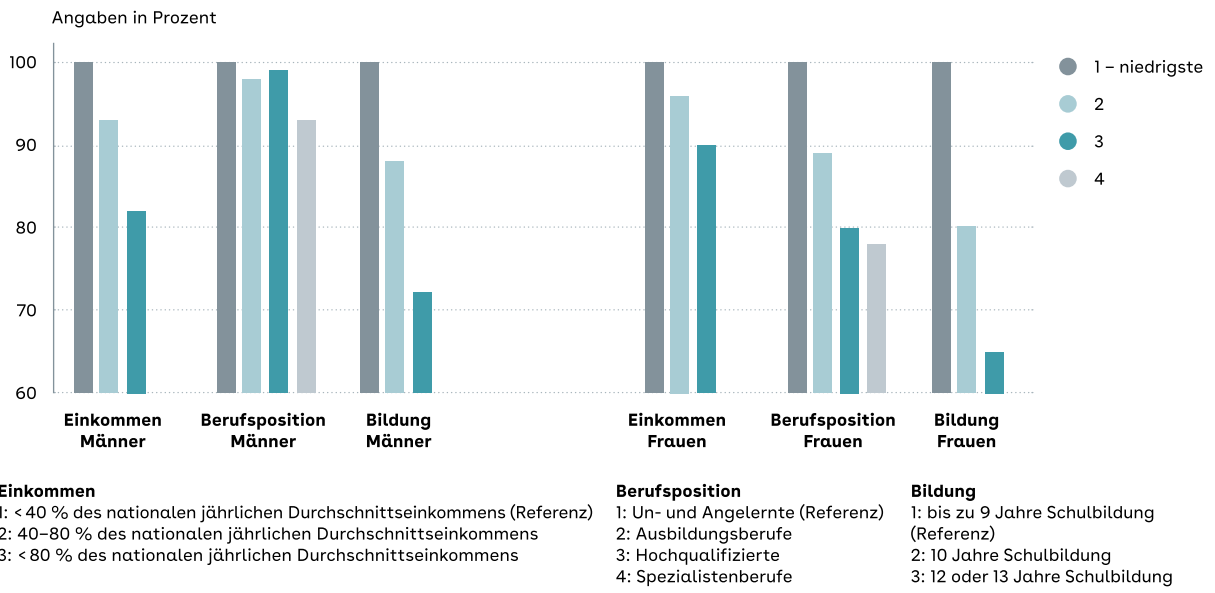
In sozialepidemiologischen Studien wird soziale Differenzierung meist durch folgende Indikatoren sozialer Differenzierung abgebildet (Braveman *et al.* 2005; Geyer 2020; Mirowsky and Ross 2003):

Schulbildung steht für Ressourcen, die es ermöglichen, das eigene Leben aktiv zu bestimmen. Sie wurde auch als „gelernte Wirksamkeit“ (Mirowsky and Ross 2003) bezeichnet. Dies beinhaltet die Aneignung von Wissen und Handlungsstrategien, die geeignet sind, Ziele durch planvolles Handeln zu erreichen und beim Auftreten von Hindernissen flexibel Alternativen zu suchen. Bei der Einführung neuer Technologien, Innovationen und Handlungsmuster gibt es hinsichtlich der Übernahmbereitschaft einen deutlichen Gradienten nach Bildung. Das Wissen über gesundheitsrelevante Lebensweisen und dessen Umsetzung in Verhalten ist Teil davon (Rogers 2003). Entsprechend weisen gesundheitsrelevante Lebensweisen nach Bildung deutliche soziale Gradienten auf. Das gilt beispielsweise für Rauchen (Kuntz *et al.* 2018; Zeiher *et al.* 2018), Ernährungsverhalten (Muff und Weyers 2010) und Sport (Hoebel *et al.* 2017). In dem Maß, in dem Gesunderhaltung und Prävention Verhaltensanpassungen erfordern, steigt die Bedeutung des Wissens, und Bildungsunterschiede nehmen zu.

Beruf und Berufsposition sind Indikatoren für gesundheitsrelevante Aspekte der Struktur von Berufen. Lange Zeit waren Tätigkeiten, die geringe Qualifikationen erforderten, mit höheren Risiken gesundheits-schädigender Expositionen verbunden, etwa im Zusammenhang mit Schadstoffen, Lärm oder Temperaturschwankungen. Über die Zeit sind diese Arten von Belastungen – zumindest in Europa – zurückgegangen, aber nicht verschwunden. Studien zu gesundheitlichen Ungleichheiten haben die Position in einer berufsbezogenen Hierarchie betont. Neuere Arbeiten haben gezeigt, dass das Auftreten von Erkrankungen im Kontext beruflicher Belastungen mit einer Kombination der Position in der Hierarchie und der Charakteristika von Branchen

Quelle: eigene Darstellung, Zahlen aus: Safieddine et al. 2020;
 Grafik: G+G Wissenschaft 2025

Abbildung 1 Ergebnisse einer Untersuchung zum Typ-2-Diabetes unter Beschäftigten



Betrachtet man die Raten für Typ-2-Diabetes nach Einkommen, Berufsposition und Einkommen mit der jeweils untersten Position als Referenzgruppe (100 Prozent), zeigen sich klare Unterschiede bei beiden Geschlechtern.

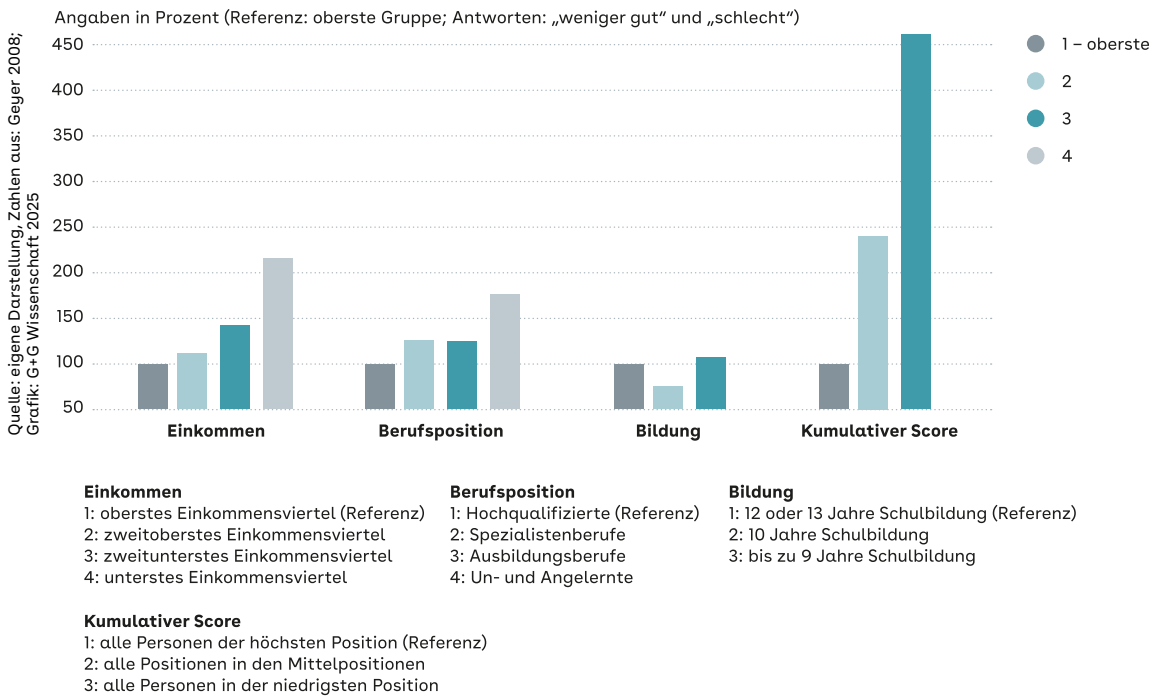
besser beschrieben werden kann (Safieddine et al. 2025). Unabhängig von beruflichen Belastungen unterscheiden sich Berufe auch nach dem damit verbundenen sozialen Ansehen (Ganzeboom and Treiman 2003), nach dem Grad von Entscheidungsspielräumen und dem Grad externer Supervision. Auch hier sind der Grad der Kontrolle und das Vorhandensein von Entscheidungsspielräumen bedeutsam, denn mit abnehmender Kontrolle und zunehmender Belastung steigen die Risiken für das Auftreten von Erkrankungen (Dragano et al. 2016).

Einkommen bestimmt einen wesentlichen Teil der materiellen Lebensbedingungen. Wenn es in entsprechendem Umfang vorhanden ist, schafft es Voraussetzungen zum Führen eines gesundheitserhaltenden Lebensstils und Chancen zur Bewältigung belastender und herausfordernder Situationen. Für den britischen Soziologen Richard Wilkinson und die britische Epidemiologin Kate Pickett ist die Verteilung von Einkommen und materiellen Gütern der Kern und die Hauptursache sozialer Ungleichheit (Wilkinson and Pickett 2011; Wilkinson and Pickett 2006). Nach ihren Überlegungen führt materielle Deprivation nicht nur zu Unterschieden in Chancen zur gesunden Lebensführung und ungleichen Chancen zur sozialen Teilhabe, sondern auch zu unvorteilhaften sozialen Vergleichen.

Wilkinson und Pickett argumentieren, dass große Einkommensunterschiede zur Desintegration von Gesellschaften, sozialer Segregation, Spaltung und Entfremdung zwischen sozialen Gruppen führen. In der Folge steigen – so die Autoren – auch soziale Unterschiede bei Gesundheit und Krankheit. Für die USA wurden derartige Unterschiede mit im Vergleich zu anderen Ländern hohen Einkommensdisparitäten bei gleichzeitig schwach ausgebildeten sozialen Sicherungen begründet (Averdano und Kawachi 2014).

Zusammenhänge zwischen Einkommen und Morbidität wurden konsistent für eine große Zahl von Erkrankungen berichtet. Weniger Übereinstimmung gibt es zur Frage nach dem angemessensten Indikator für Einkommen. Die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) empfiehlt, nach der Zahl und dem Alter der Haushaltsmitglieder gewichtete Maße zu verwenden (OECD 1982), jedoch führten empirische Vergleiche nicht zu eindeutigen Empfehlungen (Kawachi and Kennedy 1997). Ein Vergleich verschiedener Arten von Haushaltseinkommen auf der Grundlage von Daten aus Deutschland kam zum gleichen Ergebnis (Geyer 2011). Letztlich sollte die einer Studie zugrunde liegende Konzeption von Einkommen die Entscheidung bestimmen.

Abbildung 2 Ergebnisse einer Analyse zum selbst eingeschätzten Gesundheitszustand (nur Männer)



Abgebildet sind die Ergebnisse der Einschätzung der eigenen Gesundheit als „weniger gut“ beziehungsweise „schlecht“ nach Einkommen, Berufsposition und Bildung auf der Grundlage des Bundesgesundheits surveys 1998. Der kumulierte Score zeigt eine deutlich größere Spreizung als die Ergebnisse zu den einzelnen Indikatoren.

Vermögen wird in Studien zu gesundheitlichen Ungleichheiten weniger häufig als Indikator verwendet. Empirisch ist es wesentlich ungleicher verteilt als Einkommen (BPB 2024). Angenommen wird, dass es die Auswirkungen niedriger Einkommen abpuffert und im Alter Einkommensausfälle durch Rente ausgleichen kann. Die Effekte des Einkommens auf Indikatoren der Gesundheit waren in empirischen Studien durchweg stark (Pollack et al. 2007; Pollack et al. 2013). Beim Vermögen existiert jedoch ein spezielles Problem: Es gibt wenig Übereinstimmung darüber, was darunter zu subsumieren ist. In Studien wurde das sogenannte Nettovermögen verwendet, das als Index unter anderem Schulden, Hauseigentum, Versicherungen, Geldvermögen und Kapitalanlagen enthält. In einer eigenen Studie (Geyer et al. 2014) zeigten sich Zusammenhänge zwischen Vermögen und Maßen beeinträchtigter Gesundheit im berufstätigen Alter, nach der Berentung zeigten sich Zusammenhänge nur für Hausbesitz.

Mit der Beschreibung von Indikatoren sozialer Differenzierung sollte deutlich geworden sein, dass

mit ihrer Berücksichtigung in empirischen Studien jeweils sehr unterschiedliche Inhalte gemessen werden. Als gemeinsamer Nenner werden damit jedoch auch unterschiedliche Arten von Kontrolle gemessen, also Möglichkeiten, auf die eigene Situation mit unterschiedlichen Mitteln Einfluss zu nehmen.

Als zusammengefasste Maße für soziale Ungleichheiten werden auch Indexmaße verwendet, die aus einfachen oder gewichteten Kombinationen der genannten Indikatoren gebildet werden (Batista-Foguet et al. 2004). Beispiele dafür sind der Winkler-Index (Winkler 1998) oder der German Index of Socioeconomic Deprivation (Michalski et al. 2022). Sozialschichtindizes wurden bereits in den 1950er-Jahren kritisiert (Lanski 1954), weil sie heterogene Inhalte aufsummieren und weil sich der Effekt eines Indikators durch den eines anderen rechnerisch aufheben kann. Umgekehrt ist bei der Verwendung von Indizes nicht erkennbar, auf welche Teileffekte empirische Zusammenhänge zwischen sozialen Positionen und Gesundheit/Krankheit zurückgeführt werden können (Geyer 2008).

4 Die Stärke der Zusammenhänge

Aus den vorangegangenen Abschnitten sollte deutlich geworden sein, dass Schulbildung, Berufsposition und Einkommen keinesfalls gegeneinander austauschbar sind (Geyer et al. 2006). Statistisch können ihre Zusammenhänge als niedrig bis moderat eingestuft werden (Geyer 2020). Das bedeutet, dass es zwischen ihnen zwar Überlappungen gibt, die Zusammenhänge sind jedoch weit davon entfernt, perfekt zu sein. Die Stärke der Effekte der einzelnen Merkmale auf gesundheitliche Risiken variieren je nach der betrachteten Erkrankung, hinzu kommen Unterschiede nach Geschlecht und Alter.

Die Unterschiede des Erkrankungsaufretens zwischen den untersten mit den höchsten Ausprägungen der drei Merkmale können erheblich sein. In einer früheren Studie mit AOK-Daten lagen die Herzinfarktraten bei Personen in der untersten beruflichen Position (definiert als un- und angelernte Tätigkeiten) im Vergleich zur höchsten (Leitungspositionen) als Vergleichsgruppe (= 100 Prozent) um 256 Prozent höher. Für die unterste Einkommensgruppe waren die Raten 135 Prozent höher als in der höchsten (Geyer et al. 2006). In einer neueren Studie zu Lungenkrebs mit Daten der AOK Niedersachsen hatten Personen in Positionen als Un- und Angelernte um 176 Prozent höhere Erkrankungsraten als Leitungspersonen (Schröder et al. 2020).

Abbildung 1 zeigt die Ergebnisse einer Untersuchung zum Typ-2-Diabetes unter Beschäftigten, ebenfalls basierend auf Daten der AOK Niedersachsen. Die Abbildung zeigt wieder die erwarteten sozialen Gradienten, jedoch waren die sozialen Ungleichheiten bei der Schulbildung im Vergleich am stärksten ausgeprägt (Safieddine et al. 2020).

Abbildung 2 zeigt die Ergebnisse einer Analyse zum selbst eingeschätzten Gesundheitszustand (Geyer 2008) für Einkommen, Berufsposition und Bildung und nochmals als zusammengefasster Index (hier nur für die männlichen Befragten). Bei der Betrachtung des Index wird der kumulative Charakter sozialstruktureller Merkmale deutlich: Werden die drei höchsten Ausprägungen kombiniert als Referenz (= 100 Prozent) verwendet, lag die Rate für eine als schlecht eingeschätzte subjektive Gesundheit bei den drei niedrigsten Positionen kombiniert um 359 Prozent höher.

5 Die dynamische Seite: Effekte sozialer Mobilität

Der weitaus größte Teil der Studien zu gesundheitlichen Ungleichheiten basiert auf Querschnittsdesigns, also einer einmaligen Messung von Indikatoren sozialer Differenzierung und Maßen gesundheitlicher Beeinträchtigung. Ein solcher Ansatz hat einen statischen Charakter, denn es werden weder die Richtungen der Zusammenhänge zwischen Sozialstruktur und Krankheiten noch ihre zeitbezogenen Veränderungen berücksichtigt.

Soziale Mobilität, also Auf- und Abstiege zwischen sozialen Positionen von der Eltern- zur Kindergeneration (intergenerationale Mobilität) oder Wechsel sozialer Positionen innerhalb einer Generation (intragenerationale Mobilität) als erklärende Merkmale, wurden eher selten untersucht. In beiden Fällen sind langzeitliche Daten erforderlich, entsprechend rar sind Studien zu diesen Themen. Schlussfolgerungen werden zusätzlich durch uneinheitliche Untersuchungsanlagen erschwert (Chen et al. 2022; Islam and Jaffee 2024). Vorhersagen zur Richtung gesundheitlicher Veränderungen als Konsequenzen sozialer Mobilität können aus der Sozialpsychologie abgeleitet werden (Geyer 2025; Lazarus and Folkman 1984). Die psychischen Konsequenzen sollten sich aus der Ausübung beziehungsweise dem Verlust von Kontrolle oder Einflussmöglichkeiten ergeben. Demnach sollte Abwärtsmobilität mit erhöhten psychischen Belastungen und Kontrollverlust einhergehen. Aufwärtsmobilität oder das Verbleiben in der gleichen Position wie die Elterngeneration (bei intergenerationaler Mobilität) sollte dagegen keine negativen Konsequenzen haben, im Fall der Aufwärtsmobilität sollten die Effekte durchgängig positiv sein. Empirische Studien haben jedoch gezeigt, dass Auf- und Abwärtsmobilität mit gesundheitsrelevanten Kosten verbunden sein können. Differenzierte Vorhersagen sind aus den Arbeiten von Bourdieu ableitbar (Bourdieu 1982), denn in seinen Studien wurden die Mikroprozesse beim sozialen Aufstieg sehr detailliert beschrieben. Mit dem Wechsel in eine andere soziale Schicht sind Anpassungs- und Lernprozesse verbunden, die unangenehm und aufwendig sein können. Auf- oder Abwärtsmobilen könnte in der Ankunftsschicht Ablehnung entgegengebracht werden, weil sie andere (eventuell als unangepasst wahrgenommene) Verhaltensweisen mitbringen oder weil sie als Bedrohung von Positionen Etablierter wahrgenommen werden könnten. Gesundheitsbezogene Konsequenzen könnten sich

auch durch die Übernahme gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen der sozialen Ankunftsschicht einstellen. Dies wurde bei Aufwärtsmobilen zum Beispiel für Nikotin- und Alkoholkonsum berichtet, aber auch für das Vorsorgeverhalten (Gugushvili et al. 2019).

Die Mehrzahl der Studien zu sozialer Mobilität wurde mit Maßen psychischer Gesundheit durchgeführt, insbesondere Angst und Depression (Frank et al. 2018; Kim et al. 2023). Unter psychischer Gesundheit sind in diesem Zusammenhang keine manifesten psychiatrischen Diagnosen zu verstehen, sondern Symptome, wie sie in epidemiologischen Screenings erfasst werden (Jahn et al. 2018; Reyes-Ortega et al. 2003). Nach einer neueren Übersichtsarbeit können die Befunde zu sozialer Mobilität und Gesundheitsrisiken folgendermaßen zusammengefasst werden (Islam and Jaffee 2024):

- Aufwärtsmobile weisen eine schlechtere psychische Gesundheit auf als Personen mit stabil hoher sozialer Position.
- Aufwärtsmobile hatten eine bessere psychische Gesundheit als Personen mit stabil niedriger sozialer Position.
- Aufwärtsmobile hatten eine bessere psychische Gesundheit als Abwärtsmobile.
- Abwärtsmobile hatten eine schlechtere psychische Gesundheit als Personen in stabil hohen sozialen Positionen.
- Abwärtsmobile hatten eine bessere psychische Gesundheit als Personen in stabil niedrigen sozialen Positionen.

Aus diesen Befunden könnte geschlossen werden, dass Aufwärtsmobilität durchweg mit günstigen gesundheitlichen Konsequenzen einhergeht. In einer weiteren Übersichtsarbeit wurde jedoch berichtet, dass intergenerational aufwärtsmobile Personen zwar niedrigere Depressionsrisiken aufwiesen als in der Generationenfolge stabile, aber sie wiesen höhere Risiken für körperliche Erkrankungen auf als intergenerational stabile Personen (Chen et al. 2022).

6 Schlussbemerkungen

Diese Analyse fokussiert auf Merkmale sozialer Differenzierung, die gesundheitlicher Beeinträchtigung und Krankheit vorausgehen können. Die Forschung zu gesundheitlichen Ungleichheiten ist damit keineswegs vollständig abgedeckt, denn es bleiben mehrere Aspekte unberücksichtigt. Dies bezieht sich zunächst auf

zeitliche Veränderungen gesundheitlicher Ungleichheiten, die sich aus Veränderungen von Gewohnheiten, Lebensweisen in der Gesamtbevölkerung oder in sozialen Gruppen sowie durch Veränderungen von Arbeits- oder strukturellen Rahmenbedingungen ergeben. Soziale Gradienten können sich dabei sowohl vergrößern als auch verkleinern. Eher selten untersucht wurden die Auswirkungen sozialer Verwerfungen als Ergebnis ökonomischer Krisen oder politischer Umwälzungen. Diskutiert wird in der Literatur auch die angekommene Kausalrichtung der Zusammenhänge. Während diese Analyse die Auswirkung des Sozialstatus auf das Krankheitsrisiko behandelt, wurde bereits in den 1960er-Jahren die soziale Selektion untersucht. Es geht dabei um Auswirkungen von Erkrankungen auf die soziale Lage der Betroffenen. Die Befunde sind für diese Kausalrichtung weniger konsistent, jedoch nicht weniger relevant.

Literatur

- Andersen I et al. (2009): Social Inequality in the Prevalence of Depressive Disorders. *Journal of Epidemiology and Community Health*, Vol. 63, No. 7, 575–581
- Avendano M, Kawachi I (2014): Why Do Americans Have Shorter Life Expectancy and Worse Health Than Do People in Other High-Income Countries? *Annual Review of Public Health*, Vol. 35, March 2014, 307–325
- Barbek RME, Makowski AC, Knesebeck O von dem (2022): Social Inequalities in Health Anxiety: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, Vol. 153, February 2022, 110706
- Batista-Foguet JM et al. (2004) Socio-Economic Indexes in Surveys for Comparisons between Countries. *Social Indicators Research*, Vol. 67, No. 3, 315–332
- Beller J et al. (2024): Sociodemographic Differences in Low Back Pain: Which Subgroups of Workers Are most Vulnerable? *BMC Musculoskeletal Disorders*, Vol. 25, 26 October 2024, 852
- Bourdieu P (1982): Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. Frankfurt: Suhrkamp
- Braveman PA et al. (2005): Socioeconomic Status in Health Research. *Journal of the American Medical Association*, Vol. 294, No. 22, 2879–2888
- BPB (Bundeszentrale für politische Bildung) (2024): Sozialbericht 2024. Ein Datenreport für Deutschland. Statistisches Bundesamt, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (Hrsg.). Bonn
- Carlsson S et al. (2020): Incidence and Prevalence of Type 2 Diabetes by Occupation: Results from all Swedish Employees. *Diabetologia*, Vol. 63, No. 1, 95–103
- Chen E, Brody GH, Miller GE (2022): What Are the Health Consequences of Upward Mobility? *Annual Review of Psychology*, Vol. 73, 599–628

- Dragano N et al. (2016): Arbeit und gesundheitliche Ungleichheit. Die ungleiche Verteilung von Arbeitsbelastungen in Deutschland und Europa. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Jg. 59, Heft 2, 217–227
- European Commission – Eurostat (2015): Item 4.3: Global Activity Limitation Indicator (GALI) as a Core Variable. Meeting of the European Directors of Social Statistics Luxembourg 15–17 September
- Frank L et al. (2018): Improving the Inclusion and Participation of Children and Adolescents with a Migration Background in KiGGS Wave 2. Journal of Health Monitoring, Vol. 3, No. 1, 126–141
- Ganzeboom HBG, Treiman DJ (2003): Three Internationally Standardized Measures for Comparative Research on Occupational Status. In: Hoffmeyer-Zlotnik JHP, Wolf C (Hrsg.): Advances in Cross-national Comparison: A European Working Book for Demographic and Socio-Economic Variables. New York, Dordrecht: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 159–192
- Geyer S (2008): Einzelindikator oder Index? Maße sozialer Differenzierung im Vergleich. Das Gesundheitswesen, Jg. 70, Heft 5, 281–288
- Geyer S (2011): Income, Income, or Income? The Effects of Different Income Measures on Health in a National Survey. Journal of Epidemiology and Community Health, Vol. 65, No. 6, 491–496
- Geyer S (2020): Soziale Ungleichverteilungen von Gesundheit und Krankheit und ihre Erklärungen. In: Jungbauer-Gans M, Kriwy P (Hrsg.): Handbuch Gesundheitssoziologie. Wiesbaden: Springer Fachmedien, 169–192
- Geyer S (2024): Soziale Ungleichheiten in der gesundheitlichen Versorgung. WSI-Mitteilungen Jg. 77, Heft 3, 187–192
- Geyer S (2025): Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit. Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Köln: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit; leitbegriffe.bioeg.de → Alphabetisches Verzeichnis → S → Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit
- Geyer S et al. (2006): Education, Income and Occupational Class Cannot be Used Interchangeably in Social Epidemiology. Empirical Evidence Against an Unquestioned Practice. Journal of Epidemiology and Community Health, Vol. 60, No. 9, 804–810
- Geyer S, Spreckelsen O, Knesebeck O von dem (2014): Wealth, Income, and Health Before and after Retirement. Journal of Epidemiology and Community Health, Vol. 68, No. 11, 1080–1087
- Geyer S et al. (2023): Decreasing COPD-Related Incidences and Hospital Admissions in a German Health Insurance Population. Scientific Reports, Vol. 13, 02 December 2023, 21293
- Gugushvili A et al. (2019): Intergenerational Mobility in Relative Educational Attainment and Health-Related Behaviours. Social Indicators Research, Vol. 141, 05 January 2018, 413–441
- Hoebel J et al. (2017): Changing Educational Inequalities in Sporting Inactivity among Adults in Germany: A Trend Study from 2003 to 2012. BMC Public Health, Vol. 17, 06 June 2017, 547
- Iglund J et al. (2014): Educational Inequalities in Acute Myocardial Infarction Incidence in Norway: A Nationwide Cohort Study. PLOS One, Vol. 9, No. 9, e106898
- Islam S, Jaffee SR (2024): Social Mobility and Mental Health: A Systematic Review and Meta-Analysis. Social Science & Medicine, Vol. 340, January 2024, 116340
- Jahn R et al. (2018): Kriteriumsvalidität der deutschsprachigen Version der CES-D in der Allgemeinbevölkerung. Psychiatrische Praxis, Jg. 45, Heft 8, 434–442
- Kaplan G, Baron-Epel O (2003): What Lies behind the Subjective Evaluation of Health Status? Social Science and Medicine, Vol. 56, No. 8, 1669–1676
- Kawachi I, Kennedy BP (1997): The Relationship of Income Inequality to Mortality: Does the Choice of Indicator Matter? Social Science & Medicine, Vol. 45, No. 7, 1121–1127
- Kim T et al. (2023): The Myth of Social Mobility: Subjective Social Mobility and Mental Health. The Counseling Psychologist, Vol. 51, No. 3, 395–421
- Kuntz B et al. (2018): Zeitliche Entwicklung berufsgruppenspezifischer Unterschiede im Rauchverhalten von erwerbstätigen Männern und Frauen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Jg. 61, Heft 11, 1388–1398
- Lampert T, Hoebel J, Kroll LE (2019): Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung in Deutschland – Aktuelle Situation und Trends. Journal of Health Monitoring, Vol. 4, No. 1, 3–14
- Lampert T et al. (2018): Subjektive Gesundheit bei Erwachsenen in Deutschland. Journal of Health Monitoring, Vol. 3, No. 2, 64–70
- Lazarus RS, Folkman S (1984): Stress, Appraisal and Coping. New York: Springer
- Lenski G (1954): Status Crystallization: A Non-Vertical Dimension of Social Status. American Sociological Review 19, 405–413
- Mackenbach JP et al. (2018): Trends in Health Inequalities in 27 European Countries. Proceedings of the National Academy of Science of the United States of America, Vol. 115, No. 25, 6440–6445
- Michalski N et al. (2022): German Index of Socioeconomic Deprivation (GISD): Revision, Aktualisierung und Anwendungsbeispiele. Journal of Health Monitoring, Vol. 7, Suppl. 5, 2–23
- Mirowsky J, Ross CE (2003): Education, Social Status and Health. New York: Aldine De Gruiter
- Muff C, Weyers S (2010): Sozialer Status und Ernährungsqualität: Evidenz, Ursachen und Interventionen. Ernährungs Umschau, Jg. 57, Heft 2, 84–89
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (1982): The OECD List of Social Indicators. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development
- Pollack CE et al. (2007): Should Health Studies Measure Wealth? A Systematic Review. American Journal of Preventive Medicine, Vol. 33, No. 3, 250–264
- Pollack CE et al. (2013): Do Wealth Disparities Contribute to Health Disparities within Racial/Ethnic Groups? Journal of Epidemiology and Community Health, Vol. 67, No. 5, 439–445

- Reyes-Ortega M et al. (2003): Revision of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). Pilot Study with a Mexican Geriatric Sample. *Salud Mental*, Vol. 26, No. 1, 59–68
- Rogers EM (2003): *Diffusion of Innovations*. New York: The Free Press
- Safieddine B et al. (2020): Socioeconomic Inequalities in Type 2 Diabetes in Employed Individuals, Nonworking Spouses and Pensioners. *SSM – Population Health*, Vol. 11, August 2020, 100596
- Safieddine B et al. (2025): A Vertical-Horizontal Approach to Examine Social Inequalities in Early Onset Type 2 Diabetes in the German Workforce through Occupational Sector, Education and Income. *Scientific Reports*, Vol. 15, No. 1, 10390
- Schmitz R et al. (2014): Verbreitung häufiger Allergien bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, Jg. 57, Heft 7, 771–778
- Schröder S et al. (2020): Are there Social Gradients in the Occurrence of Lung Cancer and in the Survival of Lung Cancer Patients? Findings from an Observational Study Using German Claims Data of Lower Saxony. *BMJ Open*, Vol. 10, No. 9, e036506
- Silva Pontes N da et al. (2024): Social Determinants and Work-Related Musculoskeletal Disorders in Brazil. *PLOS One*, Vol. 19, No. 7, e0306840
- Singh GK, Jemal A (2017): Socioeconomic and Racial/Ethnic Disparities in Cancer Mortality, Incidence, and Survival in the United States, 1950–2014, Over Six Decades of Changing Patterns and Widening Inequalities. *Journal of Environmental and Public Health*, 20 March 2017, 2819372
- Sperlich S et al. (2022): Getting Better or Getting Worse? A Population-Based Study on Trends in Self-Rated Health among Single Mothers in Germany between 1994 and 2018. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Vol. 19, No. 5, 2727
- Sperlich S et al. (2024): Widening Educational Inequalities in Physical Health Due to the Obesity Trend? – A Mediation Analysis Using the German Socio-Economic Panel Study. *International Journal of Public Health*, Vol. 69, 29 April 2024, 1606932
- Tetzlaff J et al. (2021): Social Inequalities in Mild and Severe Myocardial Infarction: How Large Is the Gap in Health Expectancies? *BMC Public Health*, Vol. 21, No. 1, 259
- WHO, CBS (World Health Organization Regional Office for Europe, Statistics Netherlands) (1996): *Health Interview Surveys: Towards International Harmonization of Methods and Instruments*. WHO Regional Publications, European Series, No. 58
- Wilkinson R, Pickett K (2011): *The Spirit Level: Why Equality is Better for Everyone*. London: Penguin
- Wilkinson RG, Pickett KE (2006): *Income Inequality and Population Health: A Review and Explanation of the Evidence*. *Social Science & Medicine*, Vol. 62, No. 7, 1768–1784
- Winkler J (1998): Die Messung des sozialen Status mit Hilfe eines Index in den Gesundheitssurveys der DHP. In: Ahrens W, Bellach B, Jöckel KH (Hrsg.): *Messung soziodemographischer Merkmale in der Epidemiologie*. RKI-Schriften 1. Berlin: Robert Koch-Institut, 69–84
- Ye X et al. (2023): Associations of Socioeconomic Status with Infectious Diseases Mediated by Lifestyle, Environmental Pollution and Chronic Comorbidities: A Comprehensive Evaluation Based on UK Biobank. *Infectious Diseases of Poverty*, Vol. 12, No. 1, 5
- Zeiger J et al. (2018): Zeitliche Trends beim Rauchverhalten Erwachsener in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, Jg. 61, Heft 11, 1365–1376

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 11. Juni 2025)

Der Autor



Prof. Dr. phil. Siegfried Geyer, Jahrgang 1956, hat Soziologie und Psychologie an der Universität Mannheim studiert. Er promovierte 1989 in Sozialpsychologie an der Universität Mannheim und habilitierte 1998 an der Universität Düsseldorf. 1998 wurde er Hochschuldozent für Medizinische Soziologie der Medizinischen Hochschule Hannover. 2005 bis 2024 leitete er die Medizinische Soziologie der Medizinischen Hochschule Hannover.

Kontakt

Prof. Dr. Siegfried Geyer, Medizinische Soziologie, Medizinische Hochschule Hannover, Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover, Telefon: 0511 5325579, E-Mail: siegfried.geyer@t-online.de