

## **Abstracts der Beiträge zum Workshop der AG Sozialepidemiologie am 23. November 2016 in Berlin: „Gesundheitliche Ungleichheit im Lebensverlauf“**

### **Lebenslaufforschung in der Epidemiologie und den Sozialwissenschaften. Gemeinsam einsam**

Matthias Richter

Der Lebenslauf wird zunehmend als Schlüssel zu einem besseren Verständnis der Entwicklung von Gesundheit und gesundheitlicher Ungleichheiten angesehen. Ziel des Vortrags ist es, das Potenzial einer umfassenden, interdisziplinären Perspektive auf den Lebenslauf und die Gesundheit zu untersuchen, die soziologische und psychologische Theorien und Modelle integriert und so einen stärkeren Dialog zwischen der Epidemiologie und den Sozialwissenschaften ermöglicht.

Dabei werden zentrale Prinzipien und Konzepte aus den verschiedenen Forschungsdisziplinen diskutiert, die sich mit der Bedeutung des Lebenslaufs auseinandersetzen. Es wird ein theoriegestützter Forschungsrahmen abgeleitet, der den interdisziplinären Austausch fördert und illustriert, wie eine bio-psycho-soziale Perspektive auf den Lebenslauf stärker in den Bereich der Epidemiologie übertragen werden kann. Die paradigmatischen Prinzipien der interdisziplinären Lebenslaufforschung (human agency, timing, linked lives und historical context) bieten einen wichtigen theoretischen Rahmen für eine holistische, theoriebasierte Sicht auf den Lebenslauf und seine ineinander verflochtenen Verläufe. Der Stressprozess repräsentiert in diesem Kontext einen wichtigen ätiologischen Mechanismus zwischen den Lebenslaufprinzipien und Gesundheit.

Um die Entwicklung von Gesundheit und gesundheitlicher Ungleichheiten besser als bislang zu verstehen, bedarf es eines interdisziplinären Ansatzes. Die hier vorgeschlagenen theoretischen Beiträge zur Lebenslaufepidemiologie ergänzen den wertvollen methodischen Fokus des Forschungsfeldes und können den interdisziplinären Dialog stärken.

### **Eine Lebensverlaufsperspektive sozialer Ungleichheit auf Gesundheit im Jugendalter**

Andreas Klocke, Sven Stadtmüller, Andrea Giersiefen

Fragestellung: In dem Beitrag soll der Frage nachgegangen werden, in welchem Umfang die Effekte der sozialen Ungleichheit auf die Gesundheit im zeitlichen Verlauf des Heranwachsens der Jugendlichen bestehen bleiben, sich abschwächen oder verstärken. Dabei wird zentral auf die "Equalisation These" von Patrick West (1997) Bezug genommen. Dazu werden zwei Datensätze herangezogen und es wird zentral ein Kohortendesign realisiert.

Daten: a) Die Studie Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), eine internationale vergleichende Jugendgesundheitsstudie der Altersgruppen 11, 13 und 15 Jahre. Hier wird nur der Teildatensatz aus dem Bundesland Hessen herangezogen. Es handelt sich um eine repräsentative Schulklassenbefragung im 4-Jahresrhythmus ([www.hbsc.org](http://www.hbsc.org)).

b) Das Sozioökonomische Panel (SOEP), eine repräsentative jährliche Panelbefragung deutscher Haushalte. Befragt werden Personen, die das 17. Lebensjahr erreicht haben ([www.diw/soep.de](http://www.diw/soep.de)).

Design: Es wird ein Kohortendesign gewählt, in dem der Geburtsjahrgang 1999 in der HBSC Erhebungswelle 2010 (Alter = 11 Jahre) mit der Erhebungswelle 2014 (Alter = 15 Jahre) in Beziehung gesetzt wird. Es werden Gruppenmittelwerte sozial privilegierter und weniger privilegierter Jugendlicher betrachtet. Zentrale Zielvariablen sind Indikatoren des Gesundheitsverhaltens. Das Design kann auch für die Zeiträume 2006-2010 sowie 2002-2006 angewandt werden, um Periodeneffekte abschätzen zu können. Zugleich werden in den SOEP Daten Jugendliche im Alter 18-27 im Verlauf (Panel) analysiert.

Ergebnisse: Über die Zeitspanne 2002-2014 kann im Bundesland Hessen für das Jugendalter keine signifikante Veränderung der Wirkung der sozialen Ungleichheitslage auf die Gesundheit im Lebensverlauf der jungen Menschen festgehalten werden.

### **Gesundheitsbezogene Lebensqualität im mittleren Erwachsenenalter – soziale Mobilität und kumulative Risiken**

Sebastian Günther, Anja Knöchelmann, Irene Moor, Matthias Richter

Gesundheitliche Ungleichheiten sind ein weitverbreitetes und persistentes Phänomen, das in den letzten Jahrzehnten vielfach von der sozialespidemiologischen Forschung analysiert wurde. Zu den wichtigen lebenslaufbezogenen Erklärungsmodellen zählen dabei neben dem Modell der kritischen Periode(n), das Modell kumulativer Risiken und sozialer Mobilität. Der vorliegende Beitrag untersucht erstmalig für Deutschland den Zusammenhang zwischen sozialen Mobilitäts- und Akkumulationsprozessen sozialer Benachteiligung und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität im mittleren Erwachsenenalter.

Die Untersuchung basiert auf Daten des Sozio-Ökonomischen Panels (SOEPv31) und erweitert damit die internationale Forschungslage um eine weitere Perspektive. Die Stichprobe umfasste insgesamt 1303 Frauen und 1246 Männer im Alter von 30-49 Jahren. Die Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (HRQoL) erfolgte mit Hilfe des im SOEP 2014 enthaltenen SF-12v2 unter Verwendung der Physischen (PCS) und der Psychischen (MCS) Summenskalen. Die sozio-ökonomische Stellung wurde für drei Lebenszeitpunkte ermittelt; das Jugendalter, dem Einstieg ins Berufsleben und das aktuelle Lebensalter im Jahr 2014. In Anlehnung an die Skala der Autonomie beruflichen Handelns von Hoffmeyer-Zlotnik wurde ein konsistenter Indikator der sozio-ökonomischen Stellung für alle drei Zeitpunkte generiert der in jeweils drei Kategorien (hoch, mittel, niedrig) zusammengefasst wurde. Ausgangsbasis dafür war zunächst die berufliche Stellung der Eltern als die Befragten 15 Jahre alt waren. Für den zweiten Zeitpunkt war die Stellung der ersten beruflichen Tätigkeit nach der Ausbildung ausschlaggebend, für den dritten Zeitpunkt die Tätigkeit zum Befragungszeitpunkt 2014. Von diesen drei Indikatoren ausgehend wurde die inter- bzw. intragenerationale Mobilität bestimmt und ein additiver Index kumulativer Risiken erstellt. Für die Analyse sozialer Mobilität wurden unterschiedliche Mobilitätspfade definiert (hoch>hoch, hoch>mittel, hoch>niedrig, mittel>hoch, mittel>mittel, usw.). Um den Einfluss sozialer Mobilitäts- und Akkumulationsprozesse auf die Lebensqualität zu bestimmen, wurden nach Geschlecht getrennte Regressionsmodelle berechnet.

Eine niedrige berufliche Stellung im mittleren Erwachsenenalter ging sowohl bei Frauen als auch bei Männern mit einer niedrigeren physischen Lebensqualität einher. Für Männer konnte gleichzeitig ein anhaltender negativer Zusammenhang zwischen der sozialen Stellung in den ersten beiden Lebensphasen und der aktuellen physischen Lebensqualität nachgewiesen werden. Die Analysen zur intergenerationalen Mobilität zeigten, dass bei beiden Geschlechtern insbesondere Personen mit hoher Abwärtsmobilität und Personen, die in beiden Phasen einen niedrigen SES hatten, gegenüber denen mit durchgängig hohem SES eine signifikant niedrigere physische Lebensqualität aufwiesen. Der Zusammenhang zwischen intra-generationaler Mobilität und HRQoL war insgesamt weniger stark ausgeprägt und zeigte dennoch signifikante Assoziationen zwischen einigen Mobilitätspfaden und der physischen HRQoL. In Bezug auf Akkumulationsprozesse zeigte sich unabhängig vom Geschlecht durchgängig ein signifikanter, negativer Zusammenhang, der bei Männern mit zunehmendem Wert des Akkumulationsindex kontinuierlich anstieg. Bei Frauen war der Effekt weniger deutlich.

Interessanter Weise gilt dies nur für die gemessenen physischen Aspekte der HRQoL, nicht aber für die psychischen. Bei keiner der durchgeführten Berechnungen konnte ein Zusammenhang mit der psychischen Summenskala ermittelt werden. Dies steht in gewissem Kontrast zu bspw. Forschungen zur Arbeitslosigkeit, bei denen häufig gerade psychische Problemlagen im Fokus stehen. Möglicherweise kommt hier zum Tragen, dass alle Mitglieder der untersuchten Population zumindest

in der aktuellen Lebensphase nicht erwerbslos und diesbezügliche Risiken somit ausgeschlossen waren.

### **Soziale Ungleichheit und Morbiditätskompression: Die Verschiebung des Eintritts von Morbidität am Beispiel Herzinfarkt**

Siegfried Geyer, Juliane Tetzlaff

Nach Fries' Morbiditätskompressionsthese verschiebt sich der Eintritt von Morbidität durch Prävention und gesündere Lebensweisen nach oben, damit soll sich der Anteil gesunder Lebensjahre vergrößern, und die Zeit zwischen dem Eintritt von Morbidität und dem Versterben soll sich verkürzen. Obwohl Fries' These seit den 1980er Jahren Forschung inspiriert hat, gibt es nur wenige Studien mit spezifischen Erkrankungen und nochmals weniger Arbeiten zu gesundheitlichen Ungleichheiten. Die Hauptgründe liegen in der mangelnden Verfügbarkeit großer Datensätze, die spezifische Erkrankungen, eine langzeitliche Perspektive und Parameter sozialer Differenzierung kombinieren.

Wir untersuchen soziale Ungleichheit beim Auftreten des Herzinfarkts (HI) unter Verwendung von Daten der AOK Niedersachsen mit 2 Mill. Datensätzen pro Jahr. Die 10-jährige Beobachtungszeit deckt die Jahre 2005 bis 2014 ab. Das am konsistentesten vorliegende Merkmal sozialer Differenzierung ist Einkommen, das für Analysezwecke anhand der Verteilung in der Bundesrepublik in drei Kategorien eingeteilt wurde.

Morbiditätskompression wurde anhand der Veränderung der Inzidenzraten sowie anhand der Veränderung des Durchschnittsalters beim Auftreten von HI untersucht.

Bei Männern der *untersten Einkommensgruppe* gab es einen inkonsistenten Anstieg der *HI-Raten*, in der *mittleren Einkommensgruppe* nahmen die Raten über die Zeit deutlich und konsistent ab, in der *obersten Einkommensgruppe* zeigte sich eine Abnahme, die jedoch schwächer war als in der mittleren.

In der höchsten Einkommensgruppe veränderte sich *das Alter beim Auftreten von HI* inkonsistent. In der mittleren Einkommensgruppe zeigte sich ein kontinuierlicher Anstieg des Auftretensalters, in der mittleren Einkommensgruppe nahm das Alter bei Manifestation ebenfalls zu, jedoch im Vergleich zu den mittleren Einkommen in geringerem Maße. Die Veränderungen der Mortalität verliefen nach dem gleichen Muster wie bei der Morbidität.

Zusammengefasst fand relative Kompression der Morbidität statt. Dieser Prozess zeigte sich primär in den mittleren Einkommen, sodass sich die Auftretensmuster des HI der mittleren Einkommen denen der höheren annäherten, was zu einer Angleichung der mittleren und der höheren Einkommensgruppen geführt hat.

Bei **Frauen** ist die Entwicklung dagegen uneinheitlich. Die Infarktraten nehmen zwar teilweise ab, jedoch verändert sich das Alter bei Manifestation nicht über die Einkommensgruppen. Diese Befunde müssen vor dem Hintergrund eines im Vergleich zu Männern höheren Alters bei der Manifestation von HI, geringeren HI-Raten und eines höheren Sterbealters interpretiert werden.

### **How can Life History Data and Sequence Analyses help to understand Health at older ages? Results from SHARE.**

Morten Wahrendorf, Hanno Hoven, Nico Dragano

Background: To explain health inequalities at older ages, studies are increasingly interested in a life course perspective that considers conditions at earlier stages of the life course, for example, previous employment histories. Yet, survey data to answer these questions are rare, and existing statistical

approaches to study entire histories have restrictions. This presentation shows how retrospective life history data enable to assess entire employment histories, and how histories can be analysed by the means of sequence analyses.

Methods: We use the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE), with retrospective life history data collected 2008/09 for older men and women across 13 countries. We transform collected information into employment sequences, in terms of yearly information of the employment situation of previous working life. Then, we describe how respondents can be regrouped into types ("clusters") with similar employment histories that - in turn - can be used to predict health later on.

Results: Results demonstrate the richness and capacity of analysing entire employment sequences, with important variations by sex and socioeconomic circumstances. Furthermore, we illustrate how clusters are differently linked with health in older ages, pointing to the importance of continuous employments careers for health beyond working life, in particular for men.

Conclusion: Our study illustrates the promising value and richness of retrospective data for a comprehensive assessment of previous employment histories. In general, we observe that poor health at older ages is part of larger trajectories of disadvantages throughout the life course. Combined with methods of sequence analyses, retrospective data help to study health inequalities in a life course perspective.

### **Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Jugendlichen – Unterschiede nach Familienform. Ergebnisse der KiGGS-Kohortenstudie**

Petra Rattay, Elena von der Lippe, Elvira Mauz, Felicitas Richter, Heike Hölling, Cornelia Lange, Thomas Lampert

Hintergrund: Zum Zusammenhang zwischen Gesundheit, Gesundheitsverhalten und der Familienform, in der Jugendliche aufwachsen, gibt es in Deutschland bislang nur wenige Studien, die auf Längsschnittdaten beruhen und für Selektionseffekte kontrollieren.

Fragestellungen: Unterscheiden sich Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Jugendlichen in Abhängigkeit von Veränderungen der Familienform zwischen KiGGS-Basiserhebung und KiGGS Welle 1?

Lassen sich Unterschiede in der Gesundheit und im Gesundheitsverhalten nach Familienform durch Unterschiede im Sozialstatus und im familiären Zusammenhalt erklären?

Bleiben Unterschiede in der Gesundheit nach Familienform auch nach Einbezug der Gesundheit zum Zeitpunkt der KiGGS-Basiserhebung stabil?

Methode: Datenbasis bilden die ersten beiden Erhebungswellen der vom Robert Koch-Institut durchgeführten KiGGS-Kohorte (Basiserhebung (t0): 2003-2006; KiGGS Welle 1 (t1): 2009-2012). Die Stichprobe besteht aus 4.692 weiblichen und männlichen Jugendlichen, für die Daten aus beiden Wellen verfügbar sind. Die Prädiktorvariable „Familienstatus“ kombiniert die Angaben zum Hauptaufenthaltort der Teilnehmer(inn)en zu beiden Erhebungszeitpunkten. Für die metrischen Outcomes „selbst eingeschätzte Gesundheit“ (MEHM1), „emotionale und Verhaltensprobleme“ (SDQ) und „gesundheitsbezogene Lebensqualität“ (KIDSCREEN-10) wurden mittels linearer Regressionen (11-17 Jahre) und für die binär kodierte Outcomes „regelmäßiges Rauchen“ und „Binge-Drinking“ mittels logistischer Regressionen (14-17 Jahre) Effektmaße für den Familienstatus berechnet (Referenzgruppe: durchgehendes Zusammenleben mit beiden leiblichen Eltern). Als Mediatorvariablen wurden schrittweise Alter (t1) und Geschlecht, der sozio-ökonomische Status (t0 und t1-t0), der familiäre Zusammenhalt (t0 und t1-t0) und die von den Eltern eingeschätzte allgemeine und psychische Gesundheit (MEHM1 und SDQ) zum Zeitpunkt der Basiserhebung (t0) einbezogen.

Ergebnisse: Der Vergleich der Mittelwerte bzw. Prävalenzen zeigt, dass es bei allen Outcome-Variablen – bis auf Binge-Drinking – signifikante Unterschiede nach dem Familienstatus gibt, wobei das Zusammenleben mit beiden leiblichen Eltern mit geringen gesundheitlichen Beeinträchtigungen assoziiert ist.

In der multivariaten Analyse variieren die Ergebnisse in Abhängigkeit vom untersuchten Outcome. Erfolgte die Trennung der leiblichen Eltern in der Zeit nach der Basiserhebung, berichten Jugendliche eine schlechtere Gesundheit und rauchen häufiger. Auch bei einem Wechsel von einer Stief- in eine Einelternfamilie zeigt sich bei Jugendlichen ein höheres Risiko für einen regelmäßigen Tabakkonsum. Während sich die Effekte beim Rauchen bei Einbezug der Mediatorvariablen nicht verändern, lässt sich die schlechtere subjektive Gesundheit bei einem Wechsel von der Kern- in die Einelternfamilie durch einen geringeren familiären Zusammenhalt erklären.

Eine geringere gesundheitsbezogene Lebensqualität sowie häufigere emotionale und Verhaltensprobleme finden sich in nahezu allen Familienformen, in denen Jugendliche nicht mit beiden leiblichen Elternteilen zusammenleben (jedoch nicht alle signifikant). Diese Unterschiede lassen sich nahezu vollständig durch den SES, den Familienzusammenhalt und die Gesundheit zum Zeitpunkt der Basiserhebung erklären.

Diskussion: Im Zusammenspiel von Familienstruktur und gesundheitlicher Lage zeigen sich für die hier einbezogenen Outcomes unterschiedliche Muster, die sich in Teilen kausal, aber auch durch Selektionsprozesse interpretieren lassen. Darüber hinaus lässt sich ein Teil der Zusammenhänge zwischen Familienformen und Gesundheit im Jugendalter auf den SES und das Miteinander in der Familie zurückführen. Lediglich beim Rauchen lassen sich keine Mediatoreffekte messen.

KiGGS Welle 2 (2014-2017) wird weitere Daten u.a. zum Zeitpunkt der Trennung der Eltern sowie zum Erziehungsverhalten der Eltern bereitstellen, die vertiefende Analysen ermöglichen werden.

### **Benefits of education for the trajectories of well-being in children and adolescents**

Meyrose, Klasen, Otto, Reiss, Haller, Lampert, Gniewosz, Walper, Ravens-Sieberer

Background. Reduced physical, mental and social well-being in children and adolescents according to the WHO definition is widespread. This encompasses individual and familial suffering as well as societal costs. The onset of mental health problems often occurs at key transition stages and considerable upheavals in life and tend to persist into adulthood. Reduced well-being makes it harder for children and adolescents to cope with their age-appropriate development. It depends inter alia on the available personal, familial and social resources whether these challenges are mastered successfully. Especially the benefits of child and parental education remain unclear in current research. The prime focus of research so far was on the monetary benefits of education for people's life courses. However, there is a lack of systematic longitudinal analyses investigating the benefits of education for the development of various aspects of well-being over the entire childhood and adolescence period.

Methods. Current analyses are based on the longitudinal BELLA study as the mental health module of the German National Health Interview and Examination Survey among children and adolescents (KiGGS). Data of 1,429 participants of the BELLA study aged between 7 and 19 years ( $M=11.33$ ,  $SD=3.14$ ) from up to four measurement points were analyzed to estimate the benefits of maternal education (CASMIN) for the trajectories of externalizing and internalizing mental health problems (Strengths and Difficulties Questionnaire) as well as physical well-being (general health status) in children and adolescents. Linear mixed models for longitudinal data (Individual Growth Modelling) were calculated for each aspect of well-being assessed by means of self- and parent-proxy-reports. Covariates like gender, age, household income, household composition, migration, living in West vs. East Germany, region and various interaction terms were also included.

Results. In general, trajectories varied between different aspects of well-being, across self- and parent-proxy-reports and between participants (significant random effects). Benefits of maternal education were found for the development of externalizing mental health problems (self- and parent-proxy-report) and for the change of the general health status over time (parent-proxy-report) in children and adolescents. These benefits applied equally for girls and boys. Concerning household income, positive effects were found for all aspects of well-being, but not for self-reported externalizing mental health problems. If children and adolescents only had low maternal educational resources and did not live together with both natural parents, they had a high risk to show particularly unfavorable trajectories of all aspects of well-being.

Discussion. Benefits of maternal education differed depending on the investigated aspect of well-being in children and adolescents. Besides the knowledge about well-established monetary benefits of education, non-monetary benefits of education were found, such as lower mental health problems in children and adolescents with higher educational resources in terms of good maternal education. Future studies should focus on the mechanisms between child and parental educational resources and well-being.

## **Familiale Transitionen und die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen: Die Bedeutung von Trennungen und Neuverpartnerungen**

Max Herke

Im Zuge der Pluralisierung der Lebensformen sind alternative Lebensentwürfe und von der Norm der traditionellen Kernfamilie abweichende Familienkonstellationen häufiger und bedeutsamer als noch in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts. Die Familie ist von entscheidender Bedeutung für die Gesundheit ihrer Kinder, und das ein Leben lang. Insbesondere aus dem sozioökonomischen Hintergrund der Familie leiten sich wichtige Determinanten der Gesundheit ab, doch ebenso aus dem Familiengefüge an sich, das heißt welche Personen in der Familie und damit meist auch im familiären Haushalt leben, wie diese miteinander verbunden sind und welche Beziehungsqualitäten sie zueinander haben. Familien sind dabei keine statischen Gebilde, sondern verändern sich in ihrer Zusammensetzung. Viele Kinder und Jugendliche erleben solche familialen Transitionen, am häufigsten Scheidungen oder Trennungen der Eltern sowie Wiederverheiratung oder Neuverpartnerung eines Elternteils unter Bildung einer Stieffamilie. Die Folgen dieser familialen Transitionen für die Gesundheit und das Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen werden in diesem Beitrag behandelt.

Der Beitrag möchte zunächst einen kurzen Abriss des Forschungsstandes vorstellen. Betrachtet man explizit Studien zu Kindern und Jugendlichen und grenzt diese weiter auf die längsschnittliche Untersuchung von Übergängen ein, fällt insbesondere auf, dass die relativ wenigen aktuellen Studien fast ausschließlich nordamerikanische Verhältnisse abbilden und meist nur Trennungen und Scheidungen umfassen. Die Befunde sind heterogen, doch in vielen Studien zeigen sich infolge einer Trennung vermehrt psychische Probleme und Problemverhalten bei Kindern und Jugendlichen. Die Eltern-Kind-Beziehung stellt einen wichtigen Moderator dar und es gibt Hinweise auf zahlreiche weitere differenzielle Effekte. Zur Erklärung des Zusammenhangs hat sich ein stresstheoretisches Modell etabliert. Danach werden die Daten der relevanten Kohorten des Nationalen Bildungspanels (National Educational Panel Study, NEPS) vorgestellt und Ergebnisse längsschnittlicher Analysen eben dieser. Im Zentrum steht hierbei die Startkohorte 3, die 2010 zunächst 6112 Fünftklässler umfasste, die seither jährlich befragt werden. Für die statistische Analyse kommen Fixed-Effects-Modelle und Hybrid-Modelle zum Einsatz. Schließlich wird noch auf die Potentiale anderer Kohorten von NEPS und methodische Herausforderungen eingegangen.