Aus dem Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und

Rehabilitationswissenschaft

Direktor: Universitätsprofessor Dr. phil. H. Pfaff

Der Lebensstandard als ergänzendes Messinstrument zur Erfassung von relativer Armut und sozialer Ungleichheit in der gesundheitlichen Ungleichheitsforschung

The standard of living as a supplementary approach for the measurement of relative poverty and social inequality in health inequality research

Habilitationsschrift zur Erlangung der venia legendi
für das Fach Versorgungsforschung und Medizinsoziologie
an der Hohen Medizinischen Fakultät
der Universität zu Köln

vorgelegt von
Dr. rer. pol. Timo-Kolja Pförtner
aus Würselen

Köln 2018

Auflistung der in der Schrift diskutierten Publikationen

Pförtner, T.-K., Andreß, H.-J. & Janßen, C. (2011). Income or living standard and health in Germany: different ways of measurement of relative poverty with regard to self-rated health. International Journal of Public Health, 56, 373–384.

Pförtner, T.-K. (2016). Armut und Gesundheit: Der Lebensstandardansatz als ergänzendes Messinstrument relativer Armut. Ergebnisse aus dem Sozio-ökonomischen Panel (SOEP 2011). Gesundheitswesen, 78, 387–394.

Pförtner, T.-K. (2015). Materielle Deprivation und Gesundheit von Männern und Frauen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 58, 100–107.

Pförtner, T.-K. & Moor, I. (2017). Wie kommt die Gesellschaft unter die Haut? Eine Mediatoranalyse gesundheitlicher Ungleichheit mit den Daten des Sozioökonomischen Panels 2011. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 67, 9–18.

Pförtner, T-K. & Elgar, F.J. (2016). Widening inequalities in self-rated health by material deprivation? A trend analysis between 2001 and 2011 in Germany. Journal of Epidemiology and Community Health, 70, 82-90.

Pförtner, T.-K. & Schmidt-Catran, A. (2017). Lebensstandard und Gesundheit. Ein längsschnittlicher Blick in die individuelle Wohlfahrtsproduktion vor dem Hintergrund gesundheitlicher Ungleichheit. In Giesselmann, M., Golsch, K., Lohmann, H., Schmidt-Catran, A. (Hg.), Lebensbedingungen in Deutschland in der Längsschnittperspektive. 17-32. Wiesbaden: Springer.

Inhaltsverzeichnis

1 Einführung 1

1.1 Klassische Konzepte von Armut in der gesundheitlichen Ungleichheitsforschung 2

1.1.1 Armut als Kampfbegriff 2

1.1.2 Absolute Armut 2

1.1.3 Relative Armut 4

1.1.4 Die relative Einkommensarmut 4

1.2 Der Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit 5

1.2.1 Empirische Befunde 6

1.2.2 Die Wirkmechanismen 6

1.3 Der Lebensstandardansatz als weiterführendes Messinstrument zur Erfassung von (Deprivations-)Armut 9

1.3.1 Indirekte und direkte Armutsmessung 9

1.3.2 Kritischer Diskurs zur einkommensbezogenen Armutsmessung 11

1.3.3 Der Lebensstandardansatz 13

1.3.4 Die Wahl der notwendigen Lebensstandardmerkmale 14

1.3.5 Die Bildung eines Deprivationsindex 15

1.3.6 Definition einer Grenze von Deprivationsarmut 17

2 Medizinsoziologische Forschung zum Lebensstandardansatz 19

2.1 Armut und subjektive Gesundheit: Deprivationsarmut und Einkommensarmut im direkten Vergleich 20

2.1.1 Hintergrund 21

2.1.2 Methode 22

2.1.3 Ergebnisse 23

2.1.4 Diskussion 26

2.2 Die Rolle des Lebensstandardansatz in der Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit: Deprivationsarmut als Determinante und Mediator gesundheitlicher Ungleichheit 29
2.2.1 Hintergrund 30
2.2.2 Methode 32
2.2.3 Ergebnisse 34
2.2.4 Diskussion 40
2.3 Deprivationsarmut und Gesundheit in der Längsschnittperspektive 43
2.3.1 Hintergrund 44
2.3.2 Methode 45
2.3.3 Ergebnisse 48
2.3.4 Diskussion 51
3 Diskussion 55
4 Ausblick 57
5 Zusammenfassung 59
6 Summary 60
7 Literaturverzeichnis 61

1 Einführung

Die vorliegende Habilitationsschrift widmet sich dem Lebensstandardansatz als ergänzendes Messinstrument von relativer Armut und sozialer Ungleichheit in der gesundheitlichen Ungleichheitsforschung. Damit berührt sie unter anderem die Wissenschaftsdisziplinen von Public Health, Sozialepidemiologie, Sozialmedizin und Medizinsoziologie. Diskutiert werden Theorien und Modelle relativer Armut und empirische Befunde zu ihren Implikationen für die gesundheitliche Ungleichheitsforschung. Ziel der Arbeit ist es, den Lebensstandardansatz als ergänzendes Konzept relativer Armut und sozialer Ungleichheit für die gesundheitliche Ungleichheitsforschung vorzustellen und seinen Stellenwert für die Gesundheit im Rahmen eines theoretischen Diskurses, hypothesengestützter Analysen und empirischen Befunden auszuarbeiten. In den nachfolgenden Abschnitten des vorliegenden Kapitels werden dazu die klassischen Konzepte relativer Armut und der Lebensstandardansatz als ergänzendes Armutsmesskonzept theoriegeleitet erklärt und diskutiert. In Kapitel 2 werden wesentliche empirische Befunde zum gesundheitlichen Stellenwert des Lebensstandardansatzes vorgestellt und diskutiert. Kapitel 3 fasst die erzielten Ergebnisse nochmals zusammen und diskutiert diese vor dem Hintergrund der bisherigen Studienlage. In Kapitel 4 werden die Implikationen der Untersuchungsergebnisse für die gesundheitliche Ungleichheitsforschung vorgestellt und bewertet.

1.1 Klassische Konzepte von Armut in der gesundheitlichen Ungleichheitsforschung

Die Auseinandersetzungen mit dem Armutsbegriff und der Konzeptionierung von Armut in der gesundheitlichen Ungleichheitsforschung sind kontrovers. So findet sich der Armutsbegriff in vielen Publikationen, unterscheidet sich darin aber in Funktion, theoretischer Fundierung und empirischer Anwendung.

1.1.1 Armut als Kampfbegriff

Ein kleiner Teil der Literatur zur gesundheitlichen Ungleichheit verwendet den Armutsbegriff, ohne eine Definition oder konzeptionelle Basis von Armut in der eigentlichen Arbeit herzustellen (Shaw et al. 2005; Helmert et al. 2000; Marmot und Wilkinson 2005). Über den wissenschaftlichen Gebrauch hinaus, wird der Armutsbegriff auch in Politik und Gesellschaft kontrovers diskutiert. Groenemeyer und Ratzka (2012) sprechen vom Armutsbegriff als einen Gegenstand politischer Kämpfe um Repräsentationen, Klassifikationen und Definitionen in verschiedenen gesellschaftlichen Feldern. Der Gebrauch des Armutsbegriffs ist im Alltag häufig von einer intensiven Emotionalität und Polemik geprägt (Lepianka et al. 2009; Sachweh 2012). Beispielhaft sei hier auf die bereits in den 1970er Jahren initiierte Unterschichtsdebatte in Medien und Politik verwiesen, aus der die Begriffe des „sozialen Wildwuchs“, der „sozialen Hängematte“ oder des „dreisten Sozialschmarotzers“ hervorging und die den Armutsbegriff zu einem sozialen Kampfbegriff mutieren ließ (Fritzsche und Dörfler 2016). Auch die Wissenschaft ist von diesem Phänomen in Teilen betroffen und scheint den Armutsbegriff als Gegenstand zu nutzen, um gewisse Aufmerksamkeiten herzustellen. Ein Vorgehen, das jedoch die wissenschaftliche und sozial-politische Auseinandersetzung mit einem realen und häufig existenzbedrohenden Tatbestand verwässert.

1.1.2 Absolute Armut

Daneben findet sich eine breite Literatur in der gesundheitlichen Ungleichheitsforschung, die den Armutsbegriff absolut versteht und sich direkt mit der Gesundheitssituation von Menschen in industriell unterentwickelten und sich entwickelnden Ländern auseinandersetzt (Murray 2006; Palma-Solis 2008; van Doorslaer et al. 2006). Die absolute Armut bezieht sich auf ein zeitinvariantes Existenzminimum, das mit einer physischen Existenzsicherung einhergeht und unabhängig vom materiellen Wohlstand einer Gesellschaft über die Zeit und

Ort Bestand hat (Kawachi 2002; Williamson und Reuter 1999). Laut Vereinter Nationen beschreibt die absolute Armut „*einen Zustand charakterisiert durch einen schweren Mangel menschlicher Grundbedürfnisse, einschließlich der Bereiche Nahrung, sauberem Trinkwasser, sanitären Einrichtungen, Gesundheit, Unterkunft, Bildung und Information*“ (eigene Übersetzung) (United Nations 1995). Besondere Bekanntheit besitzt das monetäre Armutsmesskonzept von der Weltbank, das die extreme Armut bei einem Einkommen von weniger als 1,25 Dollar pro Tag definiert (Groenemeyer und Ratzka 2012). Daneben existieren noch weitere monetäre Ansätze zur Messung absoluter Armut, die in der gesundheitlichen Ungleichheitsforschung aber noch nicht umfassend diskutiert wurden.[1] Ihnen inhärent ist, dass eine absolute Definition von Armut unmöglich ist, da die existenzsichernden Güter und Aktivitäten nach Zeit, Kontext und wissenschaftlichem Ansatz variieren können (Ravallion 2012). Darüber hinaus ist Armut mehr als die Abwesenheit von Einkommen, weshalb bestimmte Autoren für ein multidimensionales Konstrukt absoluter Armut plädieren (Alkire und Sumner 2013; Alkire und Santos 2014).

Eine vor diesem Hintergrund erwähnenswerte Untersuchung erfolgte durch Morris et al. (2000; 2007). Diese hatte zum Ziel, auf Basis wissenschaftlicher Expertisen einen Warenkorb und damit eine absolute Einkommensgrenze zu definieren, mit der eine gesunde Grundsicherung einhergeht.[2] Als gesundheitssichernde Faktoren wurden zunächst Güter und Aktivitäten für eine adäquate Ernährung, physische Aktivitäten, Wohnraum, die medizinische Versorgung und für die Teilhabe am sozialen Leben ermittelt. In einem zweiten Schritt wurde berechnet, mit welchen absoluten Kosten die Anschaffung dieser Güter und Aktivitäten einhergeht. Dazu wurden die ortsüblichen Preise unter Berücksichtigung unterschiedlicher Anbieter hinzugezogen und miteinander addiert. Im April 2007 beliefen sich die wöchentlichen Kosten für eine gesunde Lebensweise älterer Menschen in Großbritannien auf 131 Pfund bei Singles und auf 208 Pfund für Paare. Sie waren damit höher als die vom Staat garantierte Rente.

[1] Die Messung absoluter Armut hängt nicht unmittelbar vom Wohlstand eines Landes ab und den sozioökonomischen Lebensbedingungen der Allgemeinbevölkerung. So wird auch in den USA ein absolutes Armutsmesskonzept verwendet, das auf einem nahrungsmittelbasierten Warenkorb beruht und seit den 1960er Jahren nur um die veränderten Preise angepasst wurde (Notten und Neubourg 2011).

[2] Dieser auf einem Warenkorb basierender Ansatz zur Bestimmung einer absoluten Armutsgrenze stammt aus der Armutsforschung (Bradshaw et al. 1987).

1.1.3 Relative Armut

In Studien zur gesundheitlichen Ungleichheit in industriell entwickelten Ländern hat sich mehrheitlich der relative Armutsbegriff durchgesetzt. Der allgemeine Wohlstand und der Ausbau wohlfahrtsstaatlicher Leistungen haben dazu geführt, dass die Armut in entwickelten Ländern nur noch selten eine Frage des physischen Überlebens ist, sondern überwiegend der angemessenen Teilhabe am gesellschaftlichen Leben (Piachaud 1992). Losgelöst durch die schwache Konjunktur und dem starken Anstieg der Arbeitslosigkeit in den frühen 1980er Jahren trat die relative Benachteiligung als „neue Armut" in Erscheinung (Huster et al. 2012; Groenemeyer und Ratzka 2012). Demnach ist nicht der absolute Mangel an spezifischen Grundbedürfnissen kennzeichnend für den relativen Armutsbegriff, sondern eine vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Verhältnisse definierte Benachteiligung. Kann eine Person mit den ihr zur Verfügung stehenden Ressourcen den historisch geltenden, sozial und kulturell typischen Lebensstandard einer Gesellschaft nicht erreichen, wird diese als relativ arm bezeichnet. Soziale Exklusion und gesellschaftliche Marginalisierung sind dabei oftmals Teil relativer Armut.[3] Sie stellt dementsprechend eine soziale Kategorie dar, in der ein gesellschaftlicher Common Sense darüber gebildet wird, welches soziokulturelles Existenzminimum in einer Gesellschaft vorherrscht. Der Ministerrat der Europäischen Gemeinschaft hat im Jahr 1984 im Rahmen des zweiten EG-Armutsprogramms eine relative Armutsdefinition gewählt, die bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt in Wissenschaft und Politik Bestand hat (Hauser 2012). Laut Definition werden solche Personen, Familien und Gruppen als relativ arm definiert, „*die über so geringe (materielle, kulturelle und soziale) Mittel verfügen, dass sie von der Lebensweise ausgeschlossen sind, die in dem Mitgliedsstaat, in dem sie leben, als Minimum annehmbar ist*" (Europäische Gemeinschaft 1985).

1.1.4 Die relative Einkommensarmut

Ein in der gesundheitlichen Ungleichheitsforschung etabliertes Konzept zur Messung relativer Armut beruht auf den monetären Mitteln (monetärer Ansatz). Dieser fokussiert auf die ökonomischen Ressourcen zur Befriedigung von Grundbedürfnissen und der Teilhabe am

[3] Auf Ebene der Europäischen Union kam es in der Vergangenheit zu einem terminologischen Bedeutungswandel, der den relationalen Armutsbegriff durch den Exklusionsbegriff ersetze. Peace (2001) beschreibt diesen Wandel treffend mit folgenden Worten: „*The war on poverty was out and the fight against social exclusion was on.*" Dabei diskutiert die Armutsforschung auch derzeit noch, ob die soziale Exklusion eine Dimension relativer Armut ist oder, wie auf Ebene der Europäischen Kommission zu beobachten, nur ein Synonym für relative Armut (Levitas 2006).

gesellschaftlichen Leben (Andreß 1999). Ansatzpunkt hierfür ist meist das äquivalenzgewichtete Nettoeinkommen und ein spezifischer Punkt in der gesamtgesellschaftlichen Einkommensverteilung, mit dem ein Unterschreiten des soziokulturellen Existenzminimums einhergehen soll. Auf Ebene der EU und auch in Deutschland wird von einem Armutsrisiko (Armutsgefährdung) gesprochen, wenn das Netto-Äquivalenznettoeinkommen[4] einer Person weniger als 60% des Medians der Nettoeinkommen aller Personen beträgt (Lampert 2011; Groenemeyer und Ratzka 2012).

Das Einkommen hat sich als Armutsindikator auch in der gesundheitlichen Ungleichheitsforschung etabliert, da es relativ leicht zu erheben, interpretieren und vergleichen ist, es zudem ein indirekter Indikator für Humankapital darstellt und wesentlich für die Herstellung von Wohlstand ist und damit auch ein entscheidender Ansatzpunkt für sozialpolitische Maßnahmen sein kann (Williamson und Reuter 1999). So hat sich beispielsweise die Armutsrisikoquote in Deutschland im Jahr 2011 durch den Bezug von Sozialtransfers bei Männern von 21,7% auf 15,8% reduziert und bei Frauen von 23,7% auf 17,7% (Pförtner und Schumann 2016). Die Bereitstellung monetärer Mittel hat demnach einen direkten Einfluss auf sozialpolitisch relevante Kennziffern und kann damit auch die relativ hohe Bedeutung einkommensbasierter Messinstrumente erklären.

1.2 Der Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit

Der Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit hängt unmittelbar von den allgemeinen Lebensbedingungen in einem Land und dem berücksichtigten Armutsindikator ab. Die gesundheitlichen Implikationen extremer Armut, die in Industrienationen wie Deutschland nur noch selten auftritt, folgt aus der existentiellen Unterversorgung mit einer entsprechend psychosozialen Belastung (Murray 2006). Die extreme Armut ist unter anderem mit einer Benachteiligung in den Bereichen Arbeit, Ernährung, Gesundheitswissen und -versorgung, Wohnraum und -bedingungen, Lebensstandard und soziale Sicherheit assoziiert. Ihre Verringerung ist daher wichtiger Bestandteil globaler Gesundheitsinitiativen, wie die

[4] Das Pro-Kopf-Nettoeinkommen wird auf Basis des Haushaltseinkommens berechnet (Summe der Erwerbs-, Kapital-, Transfer- und sonstiger Einkommen) und einer Gewichtung unterzogen. Dadurch werden mögliche Kosteneinsparungen, die durch gemeinsames Wirtschaften oder durch altersspezifische Einkommensbedarfe entstehen, berücksichtigt. Laut modifizierter OECD-Skala erhält beispielsweise der erste Erwachsene im Haushalt ein Gewicht von 1,0, jede weitere Person ein Gewicht von 0,5 und Kinder unter 14 Jahren ein Gewicht von 0,3 (Hauser 1996).

Millenniumziele 2015 oder die Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung, getragen durch die Vereinten Nationen (Sachs 2012).

1.2.1 Empirische Befunde

In Deutschland und anderen Industrienationen wird meist die relative Einkommensarmut als Armutskonzept verwendet (Hanesch 1995). Der Zusammenhang zwischen relativer Einkommensarmut und Gesundheit wurde inzwischen umfassend belegt (Lampert 2011). Armut gilt als wesentlicher Prädiktor für ein erhöhtes Mortalitäts- und Morbiditätsrisiko. Bei vielen chronischen Erkrankungen und Beschwerden, der subjektiven Gesundheit und verschiedenen psychischen Störungen zeigen sich eine ungleiche Verteilung der Prävalenz zuungunsten in (Einkommens-)Armut lebender Personen (Kroll 2010; Lampert 2011). Diese weisen zudem weitaus häufiger verhaltenskorrelierte Risikofaktoren auf, wie Rauchen, Bewegungsmangel, Übergewicht oder Bluthochdruck (Kroll 2010; Lampert 2011; Helmert et al. 1997). Resultat dieser ungleichen Verteilung ist ein höheres Risiko für vorzeitige Sterblichkeit und eine um 5 bis 10 Jahre verkürzte Lebenserwartung bei armutsgefährdeten Personen (Lampert und Kroll 2014).

1.2.2 Die Wirkmechanismen

Die gesundheitliche Ungleichheitsforschung sieht den Zusammenhang zwischen relativer Armut und Gesundheit allgemein über die aus der Armut resultierenden Lebensbedingungen erklärt (Trabert 1999). Die gesundheitliche Lage spielt demnach bei der Erklärung armutsassoziierter Ungleichheiten in der Gesundheit eine untergeordnete Rolle.[5] Nichtsdestotrotz kann die Gesundheit einen Einfluss auf die sozioökonomische Situation ausüben und damit Armut einleiten, vermittelt beispielsweise über den Eintritt in die Arbeitslosigkeit oder den Abstieg in die prekäre Beschäftigung (Kröger et al. 2015).

Drei zentrale Faktoren stehen im Mittelpunkt bei der Erklärung armutsassoziierter Ungleichheiten in der Gesundheit: die materiellen, psychosozialen und verhaltensbezogenen Faktoren (Pförtner und Moor 2017). In den materiellen Faktoren bündeln sich die

[5] Jüngere Studien zu den Kausalmechanismen gesundheitlicher Ungleichheit entkräften diese allgemeine Einschätzung (Gunasekara et al. 2011; Kröger et al. 2015). Sie zeigen, dass beide Kausalmechanismen nur in bestimmten Szenarien empirisch relevant sind und viele Längsschnittstudien den postulierten Einfluss aufgrund methodischer Einschränkungen - wie bspw. Messfehler oder unbeobachteter Heterogenität - überschätzen (Gunasekara et al. 2012). Ob und inwieweit dieser Tatbestand auch auf den Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit zutrifft, müssen weitere Kausalstudien zeigen.

unmittelbaren Gesundheitseinflüsse von relativer Armut. Meist beziehen sie sich auf die Ausstattung am Wohnort und die allgemeinen Wohnbedingungen, die einen direkten Einfluss auf die Gesundheit ausüben können. Ein schlechteres Ausstattungsniveau im Haushalt, geringere Naherholungsmöglichkeiten und eine höhere Außen- und Innenraumexposition gegenüber Schadstoffen können für Wohnungen sozial benachteiligter Personen charakteristisch sein (Bolte und Kohlhuber 2009). Scheider et al. (2013) zeigen zudem, dass in Wohngegenden, in denen vermehrt finanziell belastete Familien leben, ein höheres Tabak- und Alkoholangebot existiert als in anderen Wohngegenden. Schließlich wird zudem angenommen, dass eine strukturelle Benachteiligung in unterschiedlichen Bereichen, wie Arbeit, Einkommen, Sicherheit oder Umwelt, auf Ebene von Nachbarschaften, Kreisen oder Regionen die Gesundheit sozialbenachteiligter Personen zusätzlich schädigt (van Jaarsveld et al. 2007).

Als psychosoziale Reaktion kann die relative (aber auch die absolute) Armut von negativen Emotionen der Sorge und einem stetigen Gefühl des finanziellen Scheiterns begleitet werden (Matthews und Gallo 2011). Dieser finanzielle Stress kann laut dem Finance-Shame-Modell von Starrin et al. (2009) in Scham und einer schlechten mentalen Gesundheit münden. Der im Bereich der gesundheitlichen Ungleichheitsforschung renommierte Forscher Richard G. Wilkinson (1999) betont überdies, dass in Armut lebende Personen mittels sozialer Vergleiche ihre benachteiligte Position im gesellschaftlichen Hierarchiegefüge wahrnehmen und eine Art soziale Angst der Abwertung entwickeln. Andere Studien konkretisieren diese Argumentation und zeigen, dass Armut von psychosozialen Stressoren der Diskriminierung (Fuller-Rowell et al. 2012), des Stigmas (Mickelson und Williams 2008) und der sozialen Isolation (Stewart et al. 2009) begleitet wird.

Armut wird zudem häufig von gesundheitsbeeinträchtigenden Verhaltensweisen begleitet. Laut einer Studie von Lampert (2011) ist das Risiko für Tabakkonsum, sportliche Inaktivität und Adipositas unter den armutsgefährdeten Personen höher als in anderen Einkommensgruppen. Das gesundheitsbezogene Verhalten ist oftmals als Gewohnheit fest in den Tagesablauf integriert und wird meist früh im Leben sozial erlernt (Wood und Neal 2007; Singh-Manoux und Marmot 2005). Es kann Teil eines komplexen Lebensstils sein und damit auch Ausdruck von Einstellungen, Wissensbeständen und Wahrnehmungsweisen hinsichtlich der eigenen Gesundheit (Hradil 2009). Gesundheitsschädigende Verhaltensweisen sozial

benachteiligter Personen können sich zudem vererben, sei es über Familie, Medien oder Peers (Singh-Manoux und Marmot 2005). Weitere Studien legen den Schluss nahe, dass spezifische Verhaltensweisen, wie beispielsweise das Rauchen, Überessen oder Inaktivität, der Emotionskontrolle dienen und psychosoziale Belastungszustände der Armut abschwächen können (Pampel et al. 2010). Schließlich kann die finanzielle Schieflage in Armut einen Grund darstellen, dass Personen auf kostenintensive gesundheitsfördernde Verhaltensweisen verzichten müssen. So ist beispielsweise bekannt, dass sich ein gewisser Teil der in Armut lebenden Personen bestimmte Aktivitäten nicht leisten kann, wie beispielsweise täglich eine warme Mahlzeit (Pförtner 2016).

Vertreter der Lebenslaufperspektive nehmen zudem an, dass sich die Belastungen sozialer Benachteiligungen nicht auf einen spezifischen Punkt im Lebenslauf reduzieren lassen, wie es in Querschnittsstudien häufig geschieht (Dragano und Siegrist 2009; Power und Kuh 2008). Vielmehr ist die Gesundheit das Produkt der Bedingungen und Erfahrungen im Lebenslauf, beginnend vom Kindesalter bis hin ins hohe Lebensalter. Entsprechende Studien aus dem internationalen Raum konnten belegen, dass die sozioökonomischen Lebensbedingungen im Elternhaus die Gesundheit im Erwachsenenalter signifikant beeinflussen. Manche sprechen gar von einer Art Belastungskarriere, in der sich die soziale und gesundheitliche Situation gegenseitig bedingen (DiPrete und Eirich 2006). In diesem Wechselspiel sind Einflüsse von Familie und Peers, einschneidende Lebensereignisse, aber auch spezifische Dynamiken und Übergänge hinsichtlich des schulischen und beruflichen Werdegangs entscheidende Einflussgrößen auf die spätere soziale und gesundheitliche Lage. Insbesondere der Bildung wird vor diesem Hintergrund eine entscheidende Rolle zugeschrieben, da sie als wesentliche Einflussgröße des beruflichen Erfolgs über die finanzielle Situation und damit auch über Armutskarrieren entscheiden kann (Cutler et al. 2006).

1.3 Der Lebensstandardansatz als weiterführendes Messinstrument zur Erfassung von (Deprivations-)Armut

Der Lebensstandardansatz hat seinen Ursprung in Groß Britannien und wurde durch Peter Townsend im Jahr 1979 in seiner Untersuchung zum Lebensstandard der britischen Bevölkerung erstmals vorgestellt (Townsend 1979). In Deutschland hat der sogenannte Lebensstandardansatz Mitte der 1990er Jahre durch Hans-Jürgen Andreß und Gero Lipsmeier Eingang in die bundesdeutsche Armutsforschung gefunden (Andreß und Lipsmeier 1995). Wesentlich hierfür war die in der internationalen Armutsforschung vorherrschende Kritik am Einkommensarmutskonzept und der indirekten Darstellung der individuellen Wohlfahrt. Der Lebensstandardansatz hat sich inzwischen in den Sozialwissenschaften und der Armutsforschung etablieren können und wird in verschiedenen nationalen und internationalen Studien berücksichtigt, wie beispielsweise im „Sozioökonomischen Panel“ (SOEP), in der „European Union Statistics on Income and Living Conditions“ (EU-SILC), im Panel „Arbeitsmarkt und soziale Sicherung“ (*PASS*) oder dem „European Quality of Life Survey“ (EQLS).

1.3.1 Indirekte und direkte Armutsmessung

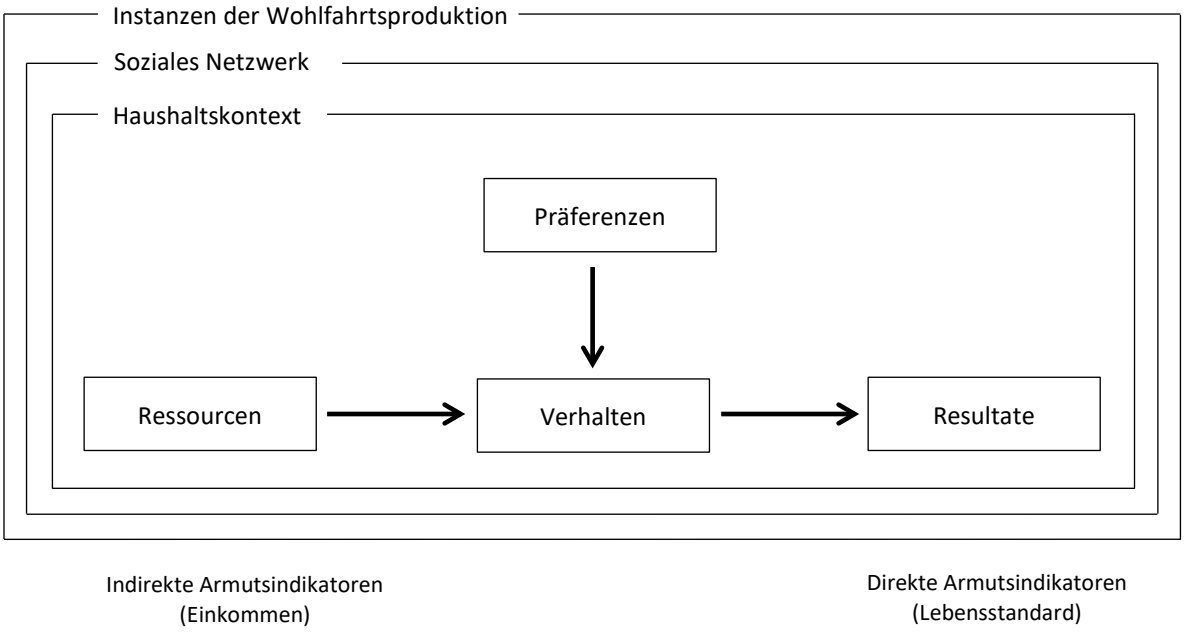
Das Verständnis um die Armutsmessung und den Lebensstandardansatz setzt an der Unterscheidung zwischen indirekten und direkten Messinstrumenten von Armut an (Ringen 1988). Dieser zum Teil technische Zugang zur Armutsthematik ist wesentlich, um die Vor- und Nachteile, aber auch die konzeptionellen Charakteristiken der Armutsmessinstrumente zu verstehen. Ansatzpunkt hierfür ist der Zusammenhang zwischen Ressourcenausstattung und Wohlfahrt. So hat Peter Townsend im Jahr 1979 betont, dass ein Individuum gewisse Ressourcen einsetzen muss, um an den in der Gesellschaft üblichen Aktivitäten, Lebensbedingungen und Annehmlichkeiten teilhaben zu können (Townsend 1979). Andreß (1999) greift diesen Ansatz auf und fasst es etwas allgemeiner, indem er betont, dass Personen dann in Armut sind, wenn „*ihre Ressourcen zur Befriedigung ihrer lebensnotwendigen Bedürfnisse nicht ausreichen.*“

Ressourcen beziehen sich dabei auf Mittel, die nicht direkt mit intrinsischem Wert behaftet sind, sondern herangezogen werden, um Dinge mit intrinsischem Wert zu generieren: „*You cannot eat money, but if you have money you can buy consumption goods*” (Ringen 1988). Die

bekannteste Ressource zur Bedürfnisbefriedigung ist das Einkommen. Daneben existieren aber auch noch weitere Ressourcen, die Galler und Ott (1993) den Kategorien humane (personelle Zusammensetzung des Haushalts, Humankapital der Haushaltsmitglieder), materielle (Geld- und Sachkapital, Gebrauchsvermögen und Sozialvermögen) und soziale Ressourcen (Verfügbarkeit marktlicher/ öffentlicher/ privater Infrastruktur außerhalb des Haushalts) zuordnen. Erst ihre Verfügbarkeit ermöglicht eine Befriedigung der eigenen Bedürfnisse. Bedürfnisse zielen dabei auf individuelle Mangelerscheinungen ab, die zunächst unabhängig von gesellschaftlichen Standards bestand haben. Werden die gesellschaftlichen Lebensverhältnisse und das soziokulturelle Existenzminimum als Bezugspunkt gewählt, spricht Andreß (1999) auch von Bedarfe. Die Unterscheidung zwischen Bedürfnissen und Bedarfe ermöglicht eine Unterscheidung zwischen individuellen und gesellschaftlich relevanten Mangelerscheinungen.

Indirekte Armutsmessinstrumente, wie der Einkommensarmutsansatz, setzen an der Ressourcenseite an und lassen damit nur einen indirekten Schluss auf die Befriedigung der Bedarfe zu. Demgegenüber setzen direkte Armutsmessinstrumente unmittelbar am Resultat der individuellen Ressourcenverwendung an und fokussieren damit auf die Bedarfsdeckung. Die Beziehung zwischen der Ressourcenausstattung und deren Verwendung zur Bedarfsbefriedigung wird in Abbildung 1 deutlich.

Abbildung 1: Direkte und indirekte Armutsindikatoren (Andreß 2008).



Nach Andreß (2008) verfügt ein Individuum über Ressourcen, das sie nach den eigenen Vorlieben in einen gewissen Lebensstandard (Resultat) überführt. Die individuellen Präferenzen haben hierbei eine entscheidende Bedeutung, da sie als Einflussgröße der individuellen Lebensführung bei gleicher Ressourcenausstattung zu einer unterschiedlichen Bedürfnisbefriedigung führen können. Dieses Phänomen ist für die Identifikation von Armut und der Frage nach sozialer Gerechtigkeit entscheidend (Ringen 1988). Nach gängigen Maßstäben sollten die individuellen Präferenzen zur eigenen Lebensführung bei der Messung sozialer Ungleichheit und Armut keine Rolle spielen. Eine Person kann demzufolge nicht als arm bezeichnet werden, wenn sie freiwillig auf einen gewissen Lebensstandard verzichtet, obwohl genügend Ressourcen vorliegen. Demnach sollte nicht die individuelle Bedürfnisbefriedigung, sondern die individuelle Bedarfsdeckung im Mittelpunkt der Armutsmessung stehen. Aus diesem Grunde setzt auch die Armutsmessung häufig am Einkommen an, obwohl es durch den Lebensstandardansatz und weiteren Ansätzen alternative Möglichkeiten der Armutsmessung gibt, die direkt auf die individuelle Bedarfsdeckung fokussieren.

1.3.2 Kritischer Diskurs zur einkommensbezogenen Armutsmessung

In der Armutsforschung wird die einkommensbezogene Armutsmessung hinsichtlich ihrer Messungenauigkeit, ihrer Abhängigkeit von subjektiven Entscheidungen und ihrer sozialpolitischen Implikationen grundlegend hinterfragt. Vor dem Hintergrund der in Abbildung 1 dargestellten Beziehung zwischen Ressourcenausstattung und Bedarfsdeckung bleibt offen, ob durch die vorwiegende Konzentration auf das Einkommen die Ressourcenverfügbarkeit ausreichend abgebildet wird. Wie Galler und Ott (1993) betonen, stehen dem Individuum verschiedene humane, materielle und personelle Ressourcen zur Herstellung individueller Wohlfahrt zur Verfügung. Nach Andreß (1999) kann sich der Lebensstandard eines Individuums auch durch nicht-monetäre Ressourcen, wie soziale Netzwerke, die Infrastruktur oder den Wohlfahrtsstaat, (mit-)konstituieren. Weitaus entscheidender ist jedoch, dass bei der bloßen Einkommensmessung weitere monetäre Ressourcen, wie Sach- und Geldkapital, unberücksichtigt bleiben, obwohl sie einen erheblichen Einfluss auf die Bedarfsdeckung einer Person ausüben können (Böhnke und Delhey 2001). Zudem wird betont, dass temporäre Schwankungen im Einkommen, ausgelöst durch Erbschaften, Saisonarbeit oder ähnliches, mit erheblichen Messfehlern einhergehen

können (Andreß 2003a; Hallerod 1995). Schließlich sind über das Einkommen nur bedingte Aussagen über die tatsächliche Bedarfsdeckung möglich, da keine Informationen darüber existieren, wie ein Individuum sein Einkommen tatsächlich einsetzt (Böhnke und Delhey 2001). So ist es beispielsweise möglich, dass eine Person nicht einkommensarm ist, sich aber aufgrund zu hoher finanzieller Belastungen einen gewissen Lebensstandard nicht leisten kann.

Neben der Messungenauigkeit spielen zudem der subjektive Charakter und das Argument der Willkürlichkeit eine entscheidende Rolle bei der kritischen Auseinandersetzung mit dem Einkommensarmutsansatz. So stehen verschiedene Entscheidungen um den willkürlichen Charakter der einkommensbasierten Armutsmessung im Fokus der Diskussion. Zum einen wird die Wahl eines Schwellenwertes zur Messung von Armut häufig als willkürlich interpretiert (Böhnke und Delhey 2001; Kohl 1992). Die Armutsforschung kennt unterschiedlichste Grenzwerte zur Indikation von absoluter und relativer Armut, die einen entsprechenden Einfluss auf die Armutsstatistik haben können. Für Piachaud (1992) messen solche Einkommensstandards nur soziale Ungleichheiten, aber keine Armut, da sie weder auf absolute noch auf relative Bedarfe von Menschen Bezug nehmen. Des Weiteren steht bei der Operationalisierung relativer Einkommensarmut Entscheidungen hinsichtlich der Wahl des Durchschnittseinkommens (Strengmann-Kuhn 1999) und einer möglichen Äquivalenzgewichtung der Einkommen um die Haushaltszusammensetzung an (Burkhauser et al. 1996). Diese methodologischen Entscheidungen können einen beachtlichen Einfluss auf die Armutsstatistik haben und damit auch auf Strategien der Armutsbekämpfung (Groenemeyer und Ratzka 2012; Kohl 1992). Zwar existiert in der Armutsforschung ein gewisser Common Sense über die Messung von Einkommensarmut, dieser ist aber gewissen Traditionen und Trends unterlegen, die das Argument einer gewissen „Willkürlichkeit“ nicht ausräumen können.

Eine weitere Problematik der einkommensbasierten Armutsmessung ist, dass sie von einem rationalen Ressourcennutzer ausgeht (Sen 1981; Mack und Lansley 1985). Dies erscheint insbesondere aus sozialpolitischer Perspektive bedenklich, da über das Einkommen Rückschlüsse auf die armutsrelevante Bedarfsdeckung gezogen werden. Eine Person, die ihre Ressourcen im Sinne eines rationalen Entscheiders einzusetzen weiß, kann zwar mit ihrem Einkommen unter die Armutsgrenze fallen, trotzdem aber den zur sozialen Teilhabe notwendigen Lebensstandard besitzen. Die Kehrseite hierzu sind besonders

verschwenderische und risikofreudige Personen, die trotz hoher Einkommen den in der Gesellschaft vorherrschenden Lebensstandard nicht erreichen. Diese Pluralität individuellen Handelns ist der Grund, weshalb es nur bedingt möglich ist, über das Einkommen Rückschlüsse auf die tatsächlichen Lebensverhältnisse zu ziehen.[6] Damit verfehlt der Einkommensarmutsansatz das sozialpolitische Ziel der Armutsmessung und -bekämpfung.

1.3.3 Der Lebensstandardansatz

Als Gegenentwurf zur einkommensbasierten Armutsmessung ist in den 1970er Jahren der Lebensstandardansatz von Peter Townsend (1979) entwickelt und fortan modifiziert worden. Im Gegensatz zum Einkommensarmutsansatz betrachtet der Lebensstandardansatz direkt das Ergebnis des Verhaltens der Individuen nach Einsatz der ihnen zugänglichen Ressourcen. Dabei wird Armut über Einschränkungen der Teilhabe an Aktivitäten, Güter und Traditionen, die den notwendigen Lebensstil einer Gesellschaft ausmachen, gemessen. Der gesellschaftliche Bedarf und die individuelle Bedarfsdeckung sind damit wesentliche Faktoren des Lebensstandardansatzes.

Der Lebensstandardansatz wurde maßgeblich von der Theorie der relativen Deprivation von Runciman (1966) beeinflusst. Runciman fokussierte in seiner Arbeit auf soziale Vergleiche und das subjektive Benachteiligungserleben. Relative Deprivation beginnt für Runciman dort, wo Individuen im Vergleich mit anderen feststellen, dass sie hinsichtlich verschiedener Faktoren sozial benachteiligt sind. Während bei Townsend (1979) und im Lebensstandardansatz der objektive Tatbestand einer relativen Benachteiligung im Mittelpunkt steht, bezieht sich Runciman (1966) auf das subjektive Erleben von Benachteiligung und die damit einhergehenden Gefühle von Diskriminierung, Ausgrenzung und Vernachlässigung (Popham 2015). Vor diesem Hintergrund unterscheidet Townsend (1987) zwischen Deprivation und (Deprivations-)Armut. Deprivation beginnt für Townsend dort, wo Personen den in einer Gesellschaft vorherrschenden Lebensstandard nicht erreichen können. (Deprivations-)Armut kennzeichnet für Townsend hingegen eine Unterversorgung an Ressourcen, mit der eine mögliche Deprivation einhergehen kann. In der Armutsforschung hat sich diese Unterscheidung etabliert und wurde durch Mack und Lansley (1985) in Verbindung gesetzt. Im Sinne des Lebensstandardansatzes wird eine Person als deprivationsarm bezeichnet, wenn

[6] Bei einkommensbasierten Armutsindikatoren wird daher nicht direkt von Armut gesprochen, sondern meist von Armutsrisiken oder Armutsgefährdung.

eine Person den in einer Gesellschaft vorherrschenden Lebensstandard aufgrund eines Mangels an finanziellen Ressourcen nicht erreicht.

Bei der empirischen Umsetzung des Lebensstandardansatzes müssen verschiedene Entscheidungen getroffen werden. Diese Entscheidungen bedürfen subjektiver Abwägungen und beziehen sich auf die 1) Wahl der notwendigen Lebensstandardmerkmale, 2) Bildung eines Deprivationsindex und 3) Bildung einer lebensstandardbasierten Armutsgrenze.

1.3.4 Die Wahl der notwendigen Lebensstandardmerkmale

Die empirische Umsetzung des Lebensstandardansatzes beginnt bei der Frage, welche Güter und Aktivitäten als gesellschaftlich relevant gelten. Townsend hatte dazu in der im Jahre 1979 durchgeführten Studie eigens eine Liste von 60 Lebensstandarditems aufgestellt, die sich in zwölf Lebensbereiche einteilten. Für Piachaud (1992) erschien diese Auswahl willkürlich und nur in manchen Fällen armutsrelevant, wie beispielsweise beim Besitz eines Kühlschranks oder bei der Fahrt in den Urlaub. Mack und Lansley (1985) haben diese Problematik schon frühzeitig verstanden und dafür plädiert, dass nicht der Wissenschaftler, sondern die Gesellschaft selbst darüber urteilen sollte, welche Lebensstandardmerkmale sie als notwendig erachtet.

Tabelle 1: Lebensstandardmerkmale*im Sozio-ökonomischen Panel 2011.

- Es gibt einen Farbfernseher im Haushalt
- Es gibt ein Telefon im Haushalt
- Es gibt ein Auto im Haushalt
- Abgenutzte Möbel, auch wenn sie noch funktionsfähig sind, werden durch neue ersetzt
- Die Wohnung liegt in einem Haus, das in einem guten Zustand ist
- Das Haus liegt in einer guten Wohngegend
- Ich kann die Miete oder die Abzahlung für die Wohnung immer pünktlich zahlen**
- Ich habe finanzielle Rücklagen für Notfälle
- Ich mache jedes Jahr eine mindestens einwöchige Urlaubsreise
- Ich lade mindestens einmal im Monat Freunde zum Essen zu mir ein
- Ich esse mindestens alle zwei Tage eine warme Mahlzeit mit Fleisch, Fisch oder Geflügel

*Die angeführten Lebensstandardmerkmale wurden durch folgende Frage erhoben: „Welche der folgenden Punkte treffen für ihren Haushalt zu?“ Bei einer Verneinung wurde sie mit folgender Zusatzfrage geschlossen: „Wenn „Nein“ hat das finanzielle oder andere Gründe?“

** Für die Mietzahlung wurde eine separate Frage gestellt, die nach Maßgabe vergangener Studien zur Messung des Lebensstandards zugeordnet werden kann: „Können Sie die Miete bzw. Tilgung/ Zinsen für Ihre Wohnung ohne Probleme zahlen?“ (Ja/ Nein/ Trifft nicht zu, zahle keine Miete bzw. keine Tilgung/ Zinsen).

Die subjektive Bewertung der Notwendigkeiten soll durch die Gesellschaftsmitglieder „*eine Unterscheidung zwischen für Armut bedeutsame[n] und weniger wichtige*[n] *Items eröffnen*“ (Lipsmeier 2001). Hierzu wird zunächst auf Basis einer bevölkerungsrepräsentativen

Untersuchung erfasst, welche Aktivitäten und Dinge einen notwendigen Lebensstandard in einer Gesellschaft ausmachen. Dazu müssen die Befragten abschätzen, welche Aspekte des Lebensstandards sie als unbedingt notwendig, wünschenswert oder verzichtbar erachten (Andreß und Lipsmeier 1995). Tabelle 1 spiegelt die im SOEP erfassten Lebensstandardmerkmale wider. Ihre Auswahl beruht auf einer im Jahr 1999 durchgeführten bevölkerungsrepräsentativen Befragung wie auch auf statistischen Kenngrößen (Trennschärfe und Itemschwere) und praktischen Erwägungen.[7]

1.3.5 Die Bildung eines Deprivationsindex

Nachdem die als notwendig erachteten Güter und Aktivitäten einer Gesellschaft identifiziert worden sind, muss nun das Deprivationsniveau gemessen werden. Townsend (1979) hat dazu die in einem Haushalt fehlenden Lebensstandardmerkmale in einen ungewichteten additiven Index überführt und auf diese Weise das Ausmaß der individuellen Deprivation gemessen. Wie oben bereits angedeutet, bleibt auf Basis dieses Ansatzes jedoch unklar, ob eine Person freiwillig auf einen spezifischen Lebensstandard verzichtet oder finanziell dazu gezwungen ist. Aus diesem Grunde hat sich die bereits oben angesprochene Präferenzkontrolle von Mack und Lansley (1985) in der Lebensstandardforschung etabliert.

Welche Merkmale nun den gesellschaftlich notwendigen Lebensstandard abbilden und in einen Index der Deprivationsarmut fließen, ist nicht unumstritten. Verschiedene Ansätze sind hierbei existent. So hat Townsend alle 60 Lebensstandarditems zur Messung von Deprivation verwendet ohne zu berücksichtigten, ob sie nun gesellschaftlich relevant sind oder nicht. Mack und Lansley (1985) haben dieses Vorgehen kritisiert und nach Maßgabe eines Mehrheitskriteriums nur solche Merkmale des Lebensstandards in einen Index der Deprivationsarmut einfließen lassen, die von mindestens 50% der Befragten als unbedingt notwendig erachtet wurden (sogenannter Majority Necessity Index).

Dieses Vorgehen wurde von Halleröd (1994) jedoch mit Bezug auf den Anspruch, den gesellschaftlichen Lebensstandard abbilden zu können, kritisiert. So betont er unteranderem, dass die Wahl des Mehrheitskriteriums auf 50% willkürlich und restriktiv ist und die

[7] Leider wurde das Auswahlverfahren der Lebensstandardmerkmale im SOEP durch das Deutsche Institut für Wirtschaftsforschung nicht dokumentiert. Die dargelegten Angaben zu den Auswahlkriterien beruhen auf einem persönlichen Gespräch mit einem der beteiligten Verantwortlichen am damaligen Verfahren (Prof. Dr. Hans-Jürgen Andreß).

Notwendigkeitsbewertung soziodemografisch variieren kann.[8] Halleröd (1994) hat aus diesem Grund vorgeschlagen, die gesamtgesellschaftliche Notwendigkeitsbewertung der Lebensstandardmerkmale als Item-Gewicht in den Deprivationsindex einfließen zu lassen (sogenannter Proportional Deprivation Index). Merkmale, die von der Gesellschaft als notwendiger erachtet werden, leisten demnach einen höheren Beitrag zur Deprivationsarmut als andere Merkmale. Muffels (1993) plädiert demgegenüber für einen individuumszentrierten Ansatz, bei dem die individuelle Notwendigkeitsbewertung der einzelnen Lebensstandardmerkmale als Gewichtungsfaktor in den Deprivationsindex einfließen sollte. Des Weiteren schlagen Desai und Shah (1988) vor, die im Index berücksichtigten Lebensstandardmerkmale hinsichtlich ihrer gesellschaftlichen Verbreitung zu gewichten. Weitverbreitete Lebensstandardmerkmale haben demnach einen weitaus höheren Einfluss auf das Deprivationserleben als seltenere Merkmale. Muffels (1993) hat diesen Ansatz modifiziert und betont, dass der Besitz seltener Lebensstandardmerkmale das Deprivationserleben abschwächen kann, indem es einen höheren Beitrag zum „Gefühl des Wohlstands“ leistet als der Besitz weit verbreiteter Lebensstandardmerkmale (Muffels und Fouarge 2004).

Vor dem Hintergrund dieser Ausführungen stellt sich mit Bezug zur Deprivationstheorie von Runciman (1966) jedoch die Frage, ob bei der Bestimmung von Gewichtungsfaktoren auf die gesamte Gesellschaft oder spezifische Subpopulationen Bezug genommen werden sollte. Aus theoretischen Gesichtspunkten werden soziale Vergleiche anhand spezieller Vergleichsgruppen gemacht und nicht auf Basis gesamtgesellschaftlicher Durchschnittswerte, über die meist keine Informationen vorliegen. Aus diesem Grunde ist es laut Muffels (1993) notwendig eine nach soziodemografischen Merkmalen differenzierte Bestimmung der durchschnittlichen Verbreitung und Notwendigkeitsbewertung von Lebensstandardmerkmalen durchzuführen. In neueren Studien werden getreu diesem Vorgehen verschiedene soziodemografische Charakteristiken, die individuelle Notwendigkeitsbestimmung und Präferenzen bei der Bestimmung des Deprivationsausmaßes

[8] Während Mack und Lansley (1985), Nolan und Whelan (1996) wie auch Lipsmeier (1999) eine weitest gehende Übereinstimmung in der Notwendigkeitsbewertung in repräsentativen Studien finden konnten, zeigen jüngere Studien, dass die Notwendigkeitsbewertung stark bildungs- und einkommensabhängig ist und sozial benachteiligte solche Merkmale als weniger notwendig erachten, die sie sich nicht leisten können (Crettaz und Suter 2013; Halleröd 2006).

im Rahmen der Item-Response-Theorie (*Item Response Theory)* berücksichtigt (Cappellari und Jenkins 2007; Eroğlu 2007; Andreß 2008; Szeles und Fusco 2013).

Dieses Vorgehen erscheint aus theoretischen und insbesondere aus methodologischen Gesichtspunkten zunächst gerechtfertigt. Indes bleibt unklar, ob durch den individuumszentrierten Ansatz und der Berücksichtigung von Referenzkategorien tatsächlich relative Armut gemessen wird. Als konstitutives Element relativer Armut gilt die Möglichkeit der Teilhabe an gesellschaftlichen Mindeststandards, die durch eine zu hohe Berücksichtigung subjektiver Elemente bei der Messung von Deprivationsarmut ad absurdum geführt wird. Aus diesem Grunde plädieren Andreß und Lipsmeier (2000) für einen ungewichteten additiven Deprivationsindex.[9]

1.3.6 Definition einer Grenze von Deprivationsarmut

Während die oben beschriebenen Indizes nur Aussagen hinsichtlich des Deprivationsniveaus zulassen, muss mit Bezug zur Bestimmung von relationalen Armutslagen eine (Deprivationsarmuts-)Schwelle definiert werden, die die Teilhabe an gesellschaftlichen Mindeststandards markiert. Wie bereits bei der Bestimmung armutsrelevanter Einkommensgrenzen, ist auch dieses Vorgehen an subjektiven Entscheidungen gebunden. Zur Bestimmung einer armutsrelevanten Deprivationsgrenze werden häufig Außenkriterien herangezogen.

Im Gegensatz dazu hat Townsend (1979) bei der Bestimmung von Deprivationsarmut das Einkommen als Außenkriterium hinzugezogen und es in Beziehung zum Deprivationsniveau gesetzt. Auf Basis einer grafischen Darstellung dieses Zusammenhangs definierte er eine Einkommensgrenze, ab der das Deprivationsniveau überproportional ansteigt. Sie lag unterhalb eines Einkommens von 150% des Sozialhilfeniveaus.

Da sich dieser Ansatz ausschließlich auf Verteilungswerte des Einkommens stützt, haben Mack und Lansley (1985) ein alternatives Vorgehen gewählt. Ihrer Ansicht nach sind solche Personen deprivationsarm, die aus finanziellen Gründen auf eine spezifische Anzahl von Lebensstandardmerkmalen verzichten müssen. Dazu untersuchten sie die Beziehung

[9] Ohnehin haben Vergleichsstudien von Mack und Lansley (1985) wie auch von Lipsmeier (1999) gezeigt, dass es empirisch keinen Unterschied macht, ob der Deprivationsindex ungewichtet ist oder um die gesamtgesellschaftliche Notwendigkeitsbewertung gewichtet wird.

zwischen Deprivation und Einkommen und das Ausmaß fehlender Lebensstandardmerkmale, die als entbehrlich galten und damit nicht Teil des Deprivationsindex waren. Ihre Analysen zeigten, dass Personen, denen aus finanziellen Gründen mehr als drei Lebensstandardmerkmalen fehlten, auch in den entbehrlichen Lebensstandardmerkmalen erheblich eingeschränkt waren und dass in der oberen Einkommensverteilung fast keine Person auf drei oder mehr Notwendigkeiten verzichten mussten.

Muffels (1993) hingegen berücksichtigte als Außenkriterium die subjektive Bewertung des Lebensstandards und bestimmte die Deprivationsarmut mit Bezug auf einen vorher definierten Zufriedenheitswert. Demnach muss ein Deprivationswert gefunden werden, der mit einem minimalen Zufriedenheitsniveau korrespondiert. Die Modellierung dieses Zusammenhangs beruht auf statistischen Regressionsverfahren, die weitere Einflussfaktoren zur Kontrolle mitberücksichtigen müssen (wie das Einkommen, Alter, Geschlecht, etc.). Dadurch lässt sich für jede soziale Gruppe ein Deprivationswert ermitteln, der mit der Zufriedenheitsschwelle korrespondiert. Kann eine Person (bzw. ein Haushalt[10]) mit ihrem Lebensstandard die für ihren Fall modellierte Deprivationsschwelle nicht erreichen, gilt sie als deprivationsarm. Da dieses Vorgehen eine für jede Bevölkerungsgruppe spezifische Deprivationsschwelle zulässt, stellt sich auch hier wiederum die Frage der sozialpolitischen Anschlussfähigkeit (Andreß und Lipsmeier 2000).

Schließlich haben Andreß et al. (2005) bei der Bestimmung von Deprivationsarmut auf ein statistisches Kriterium zurückgegriffen. Sie definieren Personen als deprivationsarm, wenn sie zu den zehn Prozent der Bevölkerung zählen, die sich die meisten Lebensstandardmerkmale nicht leisten können.

[10] Der Lebensstandard wird meist auf Ebene von Haushalten gemessen.

2 Medizinsoziologische Forschung zum Lebensstandardansatz

Die gesundheitsbezogene Forschung zum Lebensstandardansatz steht derzeit noch am Anfang. Beginnend mit ersten Studien durch Vertreter der Armutsforschung wurde erstmalig Mitte der 2000er Jahre erstmalig Zusammenhänge zwischen Deprivationsarmut und Gesundheit untersucht. Aus diesen Studien ging schon frühzeitig hervor, dass die Deprivationsarmut unabhängig von anderen Einflussgrößen mit der gesundheitlichen Lage zusammenhängen. Durch diese ersten Studienergebnisse angetrieben, sollte der Stellenwert des Lebensstandardansatzes für die gesundheitliche Ungleichheitsforschung systematisch erarbeitet werden.

Folgende Fragestellungen standen dabei im Mittelpunkt der Untersuchungen:

(F1) Variiert der Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit unter Berücksichtigung eines einkommensbasierten und lebensstandardbasierten Armutsindikators?

(F2) Welche Rolle kann der Lebensstandardansatz bei der Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit einnehmen?

(F3) Welche zeitlichen Aspekte sind im Zusammenhang zwischen Deprivationsarmut und Gesundheit beobachtbar?

Im Folgenden werden die Forschungsfragen im Lichte der erzielten Untersuchungsergebnisse beantwortet und diskutiert.

2.1 Armut und subjektive Gesundheit: Deprivationsarmut und Einkommensarmut im direkten Vergleich

Veröffentlicht als:

Pförtner, T.-K., Andreß, H.-J. & Janßen, C. (2011). Income or living standard and health in Germany: different ways of measurement of relative poverty with regard to self-rated health. International Journal of Public Health, 56, 373–384.

Pförtner, T.-K. (2016). Armut und Gesundheit: Der Lebensstandardansatz als ergänzendes Messinstrument relativer Armut. Ergebnisse aus dem Sozio-ökonomischen Panel (SOEP 2011). Gesundheitswesen, 78, 387–394.

2.1.1 Hintergrund

Für Deutschland liegt inzwischen eine erhebliche Anzahl an empirischen Studien vor, die einen Zusammenhang zwischen relativer Armut und gesundheitlicher Lage beleget (Trabert 1999; Lampert 2011; Kroh et al. 2012). Die Messung relativer Armut orientiert sich mehrheitlich am monetären Ressourcenansatz und damit am Einkommen von Personen (Ringen 1988; Groh-Samberg und Voges 2013). Dieses Vorgehen wurde vor dem Hintergrund möglicher Messfehler hinlänglich kritisiert (siehe Kapitel 1.3.2). Der Lebensstandardansatz gilt als Gegenentwurf zum Einkommensansatz, da er das Ergebnis der Ressourcenverwendung betrachtet und dabei an den unmittelbaren Lebensverhältnissen von Individuen ansetzt.

Die Unterschiede zwischen Einkommens- und Lebensstandardansatz wurden in der Armutsforschung bereits empirisch untersucht. Mittlerweile weist eine breite Evidenz konsistent auf den empirisch eher schwachen Zusammenhang zwischen relativer Einkommensarmut und Deprivationsarmut hin (Andreß 2003a; Whelan 2004; Berthoud und Bryan 2011). Erst unter Berücksichtigung langfristiger Episoden relativer Einkommensarmut kann ein unzureichender Lebensstandard bzw. Deprivationsarmut hinreichend erklärt werden; insbesondere da in der kurzen Frist meist alternative Ressourcen und Rücklagen zur Bedarfsdeckung genutzt werden können (Whelan 2004; Berthoud und Bryan 2011). Im direkten Vergleich zeigt sich zudem, dass die Deprivationsarmut weitaus stärker mit dem Wohlbefinden, Gesundheitsverhalten und psychosozialen Belastungszuständen assoziiert ist als die relative Einkommensarmut (Whelan und Maître 2006; Lorant et al. 2007).

Vor diesem Hintergrund wird im folgenden Beitrag anhand aktueller Daten aus dem Sozio-ökonomischen Panel (SOEP) das Erklärungspotenzial relativer Einkommensarmut und Deprivationsarmut mit Bezug auf die subjektive Gesundheit untersucht. Folgende Forschungsfragen begleiten die Untersuchung:

(F1) Variiert der Zusammenhang zwischen subjektiver Gesundheit und Armut unter Berücksichtigung des Einkommens- und Lebensstandardansatz?

(F2) Welcher Armutsindikator (relative Einkommensarmut oder Deprivationsarmut) ist stärker mit der subjektiven Gesundheit assoziiert?

(F3) Welchen Einfluss hat die Armutsdauer auf die Beziehung zwischen Armutsindikator (relative Einkommensarmut oder Deprivationsarmut) und subjektiver Gesundheit?

(F4) Existieren geschlechtsspezifische Unterschiede in der Assoziation beider Armutsmesskonzepte mit der subjektiven Gesundheit?

2.1.2 Methode

Datenbasis

Datengrundlage ist das SOEP aus den Jahren 2001, 2003, 2005 und 2009. Beim SOEP handelt es sich um eine wissenschaftsgetragene, für Deutschland repräsentative Längsschnittbefragung, bei der seit 1984 im jährlichen Turnus repräsentativ aus ausgewählten Haushalten alle Personen ab einem Alter von 17 Jahren persönlich befragt werden. Das SOEP erhebt objektive wie subjektive Indikatoren aus der soziologischen, psychologischen, politikwissenschaftlichen und gesundheitswissenschaftlichen Forschung. Seit seinem Bestehen wurde das SOEP durch Zusatz- und Auffrischungsstichproben ergänzt, um für gesellschaftliche Ereignisse und Entwicklungen in Deutschland zu kontrollieren. Die Erhebung im SOEP erfolgt über ein mehrstufiges Stichprobenverfahren (meist per Random-Walk), das jedoch in Abhängigkeit von der jeweiligen (Zusatz- und Auffrischungs-) Stichprobe variiert (Wagner et al. 2008; Schupp 2012).

Variablen

Als abhängige Variable wird der subjektive Gesundheitszustand der Befragungspersonen hinzugezogen. Die subjektive Gesundheit einer Person basiert auf einer Selbsteinschätzung des eigenen Gesundheitszustandes. Diese beruht im SOEP auf Empfehlungen der WHO (Bruin et al. 1996) und der EURO-REVES 2 Gruppe (Robine et al. 2003): „Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben?“ („sehr gut“, „gut“, „zufriedenstellend“, „weniger gut“ und „schlecht“). Subjektive Gesundheitsindikatoren haben sich in Studien als signifikante Prädiktoren für Mortalität und Morbidität erwiesen (Idler und Benyamini 1997; Müters et al. 2005; Jarczok et al. 2015; Pérez-Zepeda et al. 2016). Für die vorliegenden Analysen wird eine binäre Variable für einen weniger guten bis schlechten Gesundheitszustand gebildet (Ziebarth 2010).

Die Messung relativer Einkommensarmut beruht auf einer offenen Frage im SOEP zum verfügbaren Haushaltseinkommen nach Steuern und Sozialabgaben und inklusive Sozialtransfers. Für die Messung des Pro-Kopf-Nettoeinkommens wurden die Angaben zum Haushaltseinkommen durch die „Neue OECD-Äquivalenzskala“ gewichtet, um für die

unterschiedlichen Bedarfe in einem Haushalt zu kontrollieren. Hierbei erhielt der Haushaltsvorstand ein Bedarfsgewicht von 1,0, jede weitere Person im Haushalt ab 15 Jahren ein Bedarfsgewicht von 0,5 und jedes Kind und jeder Jugendlicher unter 15 Jahren ein Bedarfsgewicht von 0,3 (Hagenaars et al. 1994). Eine Person wird als einkommensarm definiert, wenn ihr bedarfsgewichtetes Pro-Kopf-Nettoeinkommen weniger als 60% des Medians der Nettoäquivalenzeinkommen aller Befragungsteilnehmer beträgt (Lampert 2011; Groenemeyer und Ratzka 2012).

Zur Messung von Deprivationsarmut wird auf elf im SOEP enthaltende Lebensstandardmerkmale zurückgegriffen. Diese stellen nach Andreß (2003b) eine Kurzform des in Deutschland existierenden minimalen Lebensstandards dar. Fehlen diese aus finanziellen Gründen in einem Haushalt, gelten sie als armutsrelevante Deprivationserscheinung (Mack und Lansley 1985). Eine Person wird als deprivationsarm definiert, wenn von elf Lebensstandardmerkmalen mindestens drei aus finanziellen Gründen fehlen. Dieser Schwellenwert basiert auf einer Voruntersuchung von Andreß et al. (2005) und bezieht sich auf Personen, die zu den zehn Prozent der Bevölkerung gehören, die sich einen Großteil der Lebensstandardmerkmale nicht leisten können.

Schließlich wurden alle Analysen um Variablen kontrolliert, die laut gesundheitlicher Ungleichheitsforschung die Gesundheit beeinflussen und mit Armut zusammenhängen können, wie das Alter, die Nationalität, der Wohnort (alte oder neue Bundesländer), der Bildungsabschluss, der Berufsstatus und der aktuelle Beziehungsstatus.

Statistische Analysen

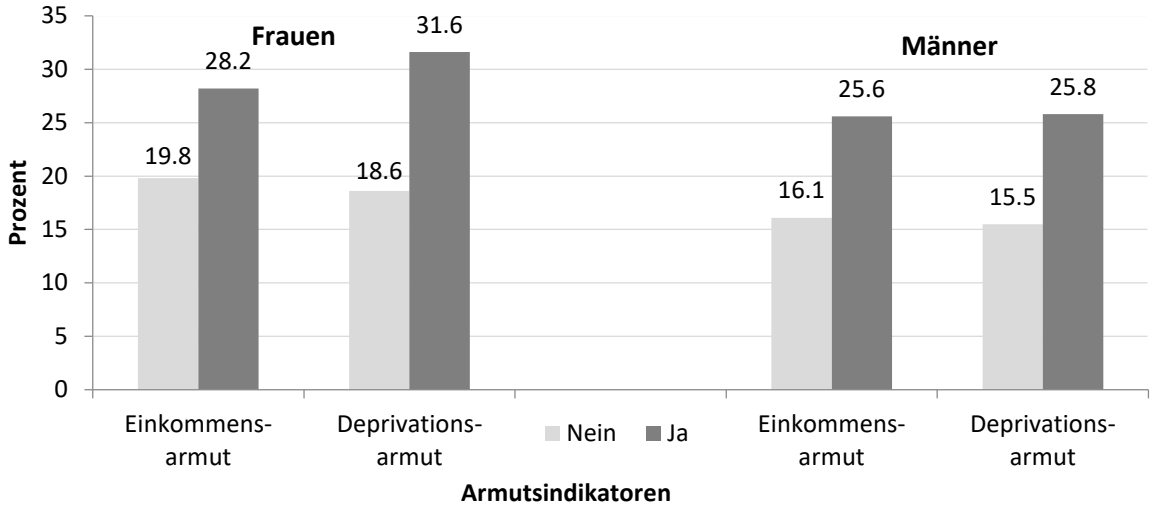
Nach Analyse deskriptiver Kennzahlen wurden logistische Regressionsmodelle zur Überprüfung der oben genannten Fragestellungen berechnet. Die statistischen Analysen wurden mit dem Programmpaket Stata 13.0 (StataCorp, 2013) durchgeführt.

2.1.3 Ergebnisse

Im Jahr 2011 geben insgesamt 17,3% der Männer und 20,1% der Frauen an, dass sie einen weniger guten bis schlechten Gesundheitszustand besitzen. Frauen schätzen ihren Gesundheitszustand signifikant häufiger als weniger gut ein als Männer. Frauen sind zudem häufiger von Einkommensarmut ($13{,}7\%_{\text{Frauen}}/12{,}2\%_{\text{Männer}}$) und Deprivationsarmut ($17{,}9\%_{\text{Frauen}}/16{,}9\%_{\text{Männer}}$) betroffen als Männer.

Mit Blick auf Fragestellungen F1 und F2 lassen sich deskriptiv zwischen beiden Armutsindikatoren nur marginale Unterschiede in der subjektiven Gesundheitslast beobachten, die bei Frauen stärker ausgeprägt sind als bei Männern (siehe Abbildung 2). Demnach ist auch mit Bezug auf Fragestellung F4 zu erkennen, dass der Lebensstandardansatz mit größeren Ungleichheiten in der Gesundheit assoziiert ist als der Einkommensansatz. Dies wird insbesondere bei Frauen deutlich, die in der Gesamtschau die größeren Ungleichheiten in der Gesundheit zeigen.

Abbildung 2: Anteil der Personen, die ihren allgemeinen Gesundheitszustand als „weniger gut" oder „schlecht" beurteilen, nach Armutsindikator und Geschlecht (SOEP 2011; gewichtete Anteile; $n_{Männer}$ = 8.811; n_{Frauen} = 9.803).



Unter Berücksichtigung wichtiger Kontrollvariablen wird jedoch die von anderen Einflüssen unabhängige Assoziationsstärke der beiden Armutsindikatoren deutlich. Die logistischen Regressionen aus Tabelle 2 stützen die ersten Tendenzen der deskriptiven Analysen. Die Deprivationsarmut ist stärker mit der subjektiven Gesundheit assoziiert als die Einkommensarmut (Tabelle 2) (Fragestellung F1 und F2). Bereits unter Kontrolle wichtiger soziodemografischer Variablen, wie dem Alter, der Staatsangehörigkeit und dem Wohnort, ist zu ersehen, dass die Deprivationsarmut mit einem weitaus höheren Gesundheitsrisiko assoziiert ist als die relative Einkommensarmut (Tabelle 2: Modell 1). Auch in den weiteren Modellspezifikationen und insbesondere in Modell 3 ist die deutlichere Assoziationsstärke der Deprivationsarmut zu erkennen. In Modell 3, das für beide Armutsindikatoren kontrolliert, verliert die relative Einkommensarmut an Signifikanz, was ihre im Vergleich zur Deprivationsarmut schwächere Assoziation mit der subjektiven Gesundheit unterstreicht.

Schließlich wird mit Bezug auf Fragestellung F4 deutlich, dass die geschlechtsspezifischen Unterschiede gesundheitlicher Ungleichheit weitaus geringer sind, wenn der Lebensstandardansatz hinzugezogen wird (Tabelle 2). Während die Einkommensarmut insbesondere bei Männern ein im Vergleich zu Frauen höheres Gesundheitsrisiko darstellt, ist bei der Deprivationsarmut das Gesundheitsrisiko zwischen Männern und Frauen eher gleichverteilt. Der Einkommensarmutsansatz erweist sich demnach als weitaus geschlechtssensibler in der Darstellung gesundheitlicher Ungleichheiten als der Lebensstandardansatz.

Tabelle 2: Zusammenhänge zwischen einem weniger guten bis schlechten Gesundheitszustand und relativer Armut unter Berücksichtigung unterschiedlicher Armutsmesskonzepte (Ergebnisse binär logistischer Regressionen) (SOEP 2011; $n_{Männer}$ = 8.811; n_{Frauen} = 9.803).

	Frauen			**Männer**		
	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 1	Modell 2	Modell 3
	OR (95%-KI)	OR (95%-KI)	OR (95%-KI)	OR (95%-KI)	OR (95%-KI)	OR (95%-KI)
Relative Einkommensarmut						
Nein	1,00 (Referenz)	1,00 (Referenz)	1,00 (Referenz)	1,00 (Referenz)	1,00 (Referenz)	1,00 (Referenz)
Ja	1,77 (1,45–2,16)	1,25 (1,01–1,54)	0,98 (0,78-1,22)	2,41 (1,91-3,06)	1,67 (1,27-2,19)	1,36 (0,99-1,77)
Deprivationsarmut						
Nein	1,00 (Referenz)	1,00 (Referenz)	1,00 (Referenz)	1,00 (Referenz)	1,00 (Referenz)	1,00 (Referenz)
Ja	2,65 (2,22-3,17)	2,10 (1,73-2,55)	2,11 (1,72-2,59)	2,72 (2,20-3,36)	2,13 (1,70-2,66)	1,90 (1,57-2,52)

OR = Odds Ratio; KI = Konfidenzintervall
Modell 1: Kontrolle für Alter, Staatsangehörigkeit und Wohnort
Modell 2: Modell 1 + Kontrolle für berufliche Stellung, Beziehungsstatus und Schulbildung
Modell 3: Modell 2 + gegenseitige Kontrolle des jeweiligen Armutsindikators

In Tabelle 3 wird ersichtlich, ob sich der Zusammenhang der jeweiligen Armutsindikatoren mit der subjektiven Gesundheit unter Berücksichtigung der Armutsdauer verändert bzw. angleicht (Forschungsfrage F3). Zunächst wird wiederum deutlich, dass die Deprivationsarmut mit einem höheren Gesundheitsrisiko assoziiert ist als die Einkommensarmut. Dies bestätigt sich insbesondere in Modell 3, das für beide Armutsindikatoren kontrolliert. Aus Modell 1 ist jedoch auch zu erkennen, dass längere Episoden der Einkommensarmut mit einem deutlich erhöhten Gesundheitsrisiko assoziiert sind; die Gesundheitsrisiken der Einkommensarmut aber weiterhin deutlich unter denen der Deprivationsarmut liegen. Mit Bezug auf Fragestellung F3 lassen sich erste Tendenzen der Angleichung beider Gesundheitsrisiken beobachten, die Deprivationsarmut zeigt jedoch von beiden Indikatoren die höhere Assoziationskraft mit einer weniger guten bis schlechten Gesundheit.

Tabelle 3: Zusammenhänge zwischen einem weniger guten bis schlechten Gesundheitszustand und der Armutsdauer (Ergebnisse binär-logistischer Regressionsmodelle) (SOEP 2005[a]).

	Model 1[b,d] OR[c] (95%-KI)	Model 2 [b,d] OR[c] (95%-KI)	Model 3 [b,d] OR[c] (95%-KI)
Einkommensarmut			
Nie	1,00		1,00
Nur in 2005	1,30 (0,99–1,70)		0,98 (0,74–1,29)
In 2003 und 2005	1,28 (0,90–1,82)		0,78 (0,54–1,13)
In 2001, 2003, 2005	1,52 (1,15–2,02)		0,85 (0,62–1,15)
Deprivationsarmut			
Nie		1,00	1,00
Nur in 2005		1,93 (1,56–2,40)	1,97 (1,58–2,44)
In 2003 und 2005		2,16 (1,70–2,76)	2,24 (1,75–2,87)
In 2001, 2003, 2005		2,99 (2,43–3,66)	3,17 (2,54–3,96)
Pseudo R^2	0,0987	0,1104	0,1106
Anzahl der Freiheitsgrade (df)	30	30	33
Anzahl an Beobachtungen	11.483	11.483	11.483

OR = Odds Ratio, KI = Konfidenzintervall

[a] Informationen zur Armutsdauer basieren auf den Daten des SOEP aus den Jahren 2001, 2003 und 2005. Nur in diesen Jahren wurde der Lebensstandard erhoben.

[b] Analysen basieren auf einem logistischen Regressionsmodell für Querschnittsdaten.

[c] Kontrolliert für Geschlecht, Alter, Nationalität, Wohnort, Bildung und Berufsstatus.

[d] Ergebnisse variieren nicht signifikant zwischen Männern und Frauen (Ergebnisse nicht dargestellt).

2.1.4 Diskussion

Die vorliegenden Ergebnisse belegen deutliche Unterschiede in der Assoziation zwischen subjektiver Gesundheit und relativer Armut in Abhängigkeit vom berücksichtigten Armutsmessindikator (Fragestellung F1). Die Deprivationsarmut ist signifikant stärker mit der subjektiven Gesundheit assoziiert als die relative Einkommensarmut (Fragestellung F2). Selbst unter Berücksichtigung langfristiger Episoden von Einkommensarmut, ist die Deprivationsarmut mit einem deutlich höheren Gesundheitsrisiko belegt (Fragestellung F3).

Die Ergebnisse decken sich mit jüngeren Untersuchungen zu dieser Thematik (Butterworth et al. 2012; Foulds et al. 2014; Saito et al. 2014). Diese haben dem Lebensstandardansatz eine besondere Erklärungskraft der Assoziation zwischen Armut und Gesundheit nachgewiesen und lassen schlussfolgern, dass der Einkommens- und Lebensstandardansatz unterschiedliche Dimensionen von relativer Armut messen. Der Lebensstandardansatz misst weitaus wohlstandsbedrohtere Lebensverhältnisse als der Einkommensansatz, was unteranderem darauf zurückzuführen ist, dass die Deprivation an Lebensstandardmerkmalen erst nach einem längerfristigen Ressourcenmangel einsetzt (Whelan 2004; Berthoud und Bryan 2011). Darauf haben auch die dargestellten Ergebnisse zur Armutsdauer hingewiesen. Hier zeigte

sich, dass die Bedeutung von Einkommensarmut für die Gesundheit mit zunehmender Gefährdungsdauer ansteigt und sich dem Niveau von Deprivationsarmut stetig annähert (Gunasekara et al. 2013). Daneben erfasst die Einkommensarmut aber auch Personen, die im Zuge spezifischer Statuspassagen erst seit kurzer Zeit oder nur vorübergehend ein sehr niedriges Einkommen beziehen (Andreß 2003a). Auch bleiben alternative Ressourcen zur Deckung des individuellen Bedarfs unberücksichtigt, sodass die Einkommensarmut nicht notwendiger Weise mit gesundheitlichen Beschwerden einhergehen muss (Andreß 2003a, 2008).

Schließlich haben die Ergebnisse gezeigt, dass die Geschlechtsunterschiede gesundheitlicher Ungleichheit unter Berücksichtigung des Lebensstandards weitaus geringer sind als bei der Einkommensarmut. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass die Deprivationsarmut in der Darstellung gesundheitlicher Ungleichheit weitaus weniger geschlechtssensibel ist als die Einkommensarmut, bei der die Gefahr besteht spezifische Bevölkerungsgruppen – wie beispielsweise im Haushalt tätige Frauen – nicht adäquat zu erfassen. Vor diesem Hintergrund haben empirische Untersuchungen beispielsweise zeigen können, dass Frauen bei der Verteilung des Haushaltsbudgets eigene Bedürfnisse zugunsten des Partners und der Kinder oftmals zurückstellen und nur in wenigen Paarhaushalten das Vermögen gleich verteilt ist (Sierminska et al. 2010). Dieses Ergebnis widerspricht der wesentlichen Annahme bei der Erfassung von Einkommensarmut, dass die Einkommen zwischen allen Haushaltsmitgliedern gleich verteilt ist (Hauser 2002). Schließlich ist die Anwendung einkommensbezogener Indikatoren mit Bezug auf die in Deutschland nach wie vor gängige Tradition der Arbeitsteilung zwischen Mann und Frau zumindest diskussionswürdig (Pimminger 2012). Der Lebensstandardansatz umgeht diese Problematik weitestgehend, obwohl auch hier keine verlässlichen Aussagen darüber gemacht werden können, wie sich der Lebensstandard unter den Haushaltsmitgliedern tatsächlich verteilt.

Einige methodische Einschränkungen gilt es bei der Interpretation der Studienergebnisse zu bedenken. Die vorliegenden Ergebnisse basieren auf Untersuchungen im Querschnitt, die keine kausalen Schlüsse zulassen. Darüber hinaus bezogen sich die vorliegenden Analysen ausschließlich auf einen subjektiven Gesundheitsindikator, der zwar laut wissenschaftlicher Untersuchungen stark mit objektiven Gesundheitsoutcomes korreliert ist, aber keine Allgemeinschlüsse zulässt. Schließlich lassen sich auch mit Blick auf den

Lebensstandardindikator einige Einschränkungen feststellen. So bleibt unklar, ob die berücksichtigten Lebensstandardmerkmale dem gegenwärtigen, in Deutschland vorherrschenden Trend entsprechen. Technischer Fortschritt und sozialer Wandel sind nur zwei Facetten, die zu einem sich ändernden Lebensstandard beitragen und damit Einfluss auf die Ergebnisse haben können. Auf der anderen Seite haben Studien gezeigt, dass die individuelle Notwendigkeitseinschätzung unmittelbar von der potenziellen Verfügbarkeit des jeweiligen Lebensstandardmerkmals abhängt (Lipsmeier 1999). Demnach bewerten Personen Güter und Aktivitäten, die sie sich aus finanziellen Gründen nicht leisten können, als weniger notwendig, wodurch die lebensstandardbasierte Armutsmessung verzerrt werden kann. Darüber hinaus sagt der gemessene Lebensstandard nichts über die Qualität und Quantität der erhobenen Güter und Aktivitäten aus und auch nichts darüber, wie die Lebensstandardmerkmale im Haushalt tatsächlich genutzt werden (Andreß 2008). Schließlich besteht auch noch grundsätzlicher Diskussionsbedarf zur Zusammenführung der Lebensstandardmerkmale in einen Index und der Bestimmung einer Deprivationsarmutsgrenze (Andreß et al. 2005) (siehe Kapitel 1.3.4 – 1.3.6).

Zukünftige Studien müssen die Anwendbarkeit des Lebensstandardansatzes im Rahmen gesundheitsbezogener Untersuchungen weiter ergründen. Die vorliegenden Ergebnisse bieten einen ersten Ansatzpunkt zu einer ergänzenden Forschung der Beziehung zwischen Armut und Gesundheit im Feld der gesundheitlichen Ungleichheitsforschung.

2.2 Die Rolle des Lebensstandardansatz in der Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit: Deprivationsarmut als Determinante und Mediator gesundheitlicher Ungleichheit

Veröffentlicht als:

Pförtner, T.-K. (2015). Materielle Deprivation und Gesundheit von Männern und Frauen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 58, 100–107.

Pförtner, T.-K. & Moor, I. (2017). Wie kommt die Gesellschaft unter die Haut? Eine Mediatoranalyse gesundheitlicher Ungleichheit mit den Daten des Sozioökonomischen Panels 2011. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 67, 9–18.

2.2.1 Hintergrund

Der Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und verschiedenen Gesundheitsoutcomes wurde für die klassischen Indikatoren Bildung, Einkommen und Berufsstatus inzwischen breit beleget. Sozial benachteiligte Personen haben ein im Vergleich zu sozial besser gestellten Bevölkerungsgruppen erhöhtes Mortalitäts- und Morbiditätsrisiko. Diese gesundheitlichen Ungleichheiten zeigen sich bei vielen chronischen Erkrankungen und Beschwerden, bei der subjektiven Gesundheit und verschiedenen psychischen Störungen (Elo 2009; Mielck 2008; Richter 2013). Darüber hinaus ist die Häufigkeit von verhaltenskorrelierten Risikofaktoren, wie Rauchen, Bewegungsmangel, Übergewicht oder Bluthochdruck, zuungunsten sozial benachteiligter Personen verteilt (Lampert 2010; Meyer und Schmidtke 2013). Resultat dieser ungleichen Verteilung ist ein höheres Risiko für vorzeitige Sterblichkeit und eine um 5 bis 10 Jahre verkürzte Lebenserwartung bei Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status (Lampert und Kroll 2014).

Welche Faktoren den Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und Gesundheit erklären, ist für Deutschland bislang nur unzureichend untersucht worden. Erklärungsansätze fokussieren meist auf die materiellen, psychosozialen und verhaltensbezogenen Lebensumstände von Personen. Eine ungleiche Ressourcenausstattung bzw. Belastungslage ist demzufolge für die ungleiche Verteilung von Gesundheit verantwortlich. Aus der Studienlage wird deutlich, dass alle drei Faktorengruppen für gesundheitliche Ungleichheit bedeutsam sind, aber den psychosozialen und insbesondere den materiellen Lebensbedingungen hierbei die höchste Bedeutung zukommt (Moor et al. 2017).

Neben Befunden zum erhöhten Mortalitäts- und Morbiditätsrisiko von sozial benachteiligten Personen, haben verschiedene Studien darlegen können, dass die ungleiche Verteilung von Gesundheit nach Alter und Geschlecht variiert. Mit zunehmendem Alter nimmt die gesundheitliche Ungleichheit ab (dem Knesebeck und Vonneilich 2009). Erklärt wird dieser Rückgang durch die zunehmende Bedeutung biologischer Prozesse mit fortschreitendem Alter ungeachtet der sozioökonomischen Herkunft, durch einen möglichen nivellierenden Einfluss sozialstaatlicher Absicherungssysteme und durch einen Selektionseffekt, der sich aus dem erhöhten Risiko für vorzeitige Sterblichkeit sozial benachteiligter Personen ergibt (Hoffmann 2011). Schließlich ergeben sich bei der Darstellung und Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit geschlechtsspezifische Unterschiede. Diese beruhen möglicherweise auf einer

höheren Sensibilität und Offenheit von Frauen gegenüber der eigenen Gesundheit (Hagen und Starker 2011). Darüber hinaus weisen verschiedene Untersuchungen auf den höheren Stellenwert berufsbezogener Indikatoren wie Bildung, Beruf und Einkommen für die Gesundheit von Männern hin (Babitsch 2009; Geißler 2014). Inwieweit sich diese alters- und geschlechtsspezifischen Unterschiede auf den Zusammenhang zwischen Deprivationsarmut und Gesundheit übertragen lässt, ist bislang noch offen.

Unter den materiellen Lebensbedingungen zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit lassen sich auch die im Lebensstandardansatz berücksichtigten Güter und Aktivitäten fassen. Diese umfassen Bereiche der Lebensführung und Haushaltsausstattung und können direkten wie indirekten Einfluss auf die Gesundheit ausüben. Direkt über eine unmittelbare Exposition gegenüber gesundheitsbeeinträchtigenden Lebensumständen, die bspw. aus einer unzureichenden Wohnsituation resultieren, oder indirekt über eine psychosoziale Belastung, die aus der finanziellen Situation oder dem Gefühl von Benachteiligung und Stigmatisierung stammen. Der Lebensstandard kann demnach vermittelnd zwischen Einkommen und Gesundheit wirken, aber auch als eigenständiger Indikator von (Deprivations-)Armut mit der Gesundheit zusammenhängen. Der Lebensstandard wurde bereits in früheren Studien als ergänzendes Instrument zur Messung der sozioökonomischen Lage von Individuen eingesetzt und erwies sich dort als eine vom Einkommen unabhängige Determinante einer schlechten subjektiven Gesundheit (Pförtner 2016; Butterworth et al. 2012; Foulds et al. 2014; Saito et al. 2014). Die vorliegende Studie knüpft an diesen Untersuchungsergebnisse an und untersucht folgende Fragestellungen:

(F1) Mit welchen Gesundheitsoutcomes ist die Deprivationsarmut signifikant assoziiert?

(F2) Nimmt der Zusammenhang zwischen Gesundheitsoutcomes und Deprivationsarmut mit zunehmendem Alter ab?

(F3) Existieren geschlechtsspezifische Unterschiede in der Assoziation zwischen Gesundheitsoutcomes und Deprivationsarmut?

(F4) Welche relative Bedeutung hat die Deprivationsarmut für den Zusammenhang zwischen Einkommen und verschiedenen Gesundheitsoutcomes?

2.2.2 Methode

Datenbasis

Datenbasis ist das SOEP aus dem Jahr 2011 (Informationen zum SOEP sind in Kapitel 2.1.2 zu finden). Für das Jahr 2011 berücksichtigt das SOEP Informationen von 12.290 Privathaushalten und 21.069 Befragungsteilnehmern. Für die Analysen wurden alle Befragungspersonen ab einem Alter von 18 Jahren eingeschlossen, für die vollständige Informationen zu den berücksichtigten Variablen zur Verfügung standen. Fehlende Werte wurden aus den Analysen ausgeschlossen.

Variablen

Als Gesundheitsoutcomes wurden verschiedene Indikatoren von Krankheit und Gesundheit berücksichtigt. Das SOEP hat im Jahr 2011 durch folgende Frage die unterschiedlichen Erkrankungen und Beschwerden ihrer Befragungsteilnehmer erfasst: „Hat ein Arzt bei Ihnen jemals eine oder mehrere der folgenden Krankheiten festgestellt“? Als Antwortkategorien standen zur Auswahl: Diabetes, Herzkrankheiten, Krebserkrankungen, Schlafstörungen, Gelenkerkrankungen, Bluthochdruck, Depression und chronische Rückenbeschwerden. In der Mediatoranalyse wurde zudem ein subjektiver Gesundheitsindikator berücksichtigt. Dieser basiert auf einer Selbsteinschätzung der eigenen Gesundheit und wurde auf einer 5-stufigen Likert-Skala („sehr gut“, „gut“, „zufriedenstellend“, „weniger gut“ und „schlecht“) über folgende Frage erhoben: „Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben?“. Für die vorliegenden Analysen wurde eine binäre Variable für einen weniger guten bis schlechten Gesundheitszustand gebildet (Ziebarth 2010).

Die Deprivationsarmut basiert analog zu Kapitel 2.1. auf elf Merkmalen im SOEP. Es wurden nur solche Merkmale einem unzureichenden Lebensstandard zugeordnet, die nach Maßgabe der Befragten aus finanziellen Gründen im Haushalt fehlten (Mack und Lansley 1985). Fehlten von den elf erhobenen Lebensstandardmerkmalen mindestens drei aus finanziellen Gründen, wurde der Befragte als deprivationsarm bezeichnet (Andreß et al. 2005).

In der Mediatoranalyse (Fragestellung F4) wurden in Anlehnung an bisherige Studien verschiedene materielle, psychosoziale und verhaltensbezogene Faktoren mitberücksichtigt. Unter den materiellen Lebensbedingungen erhebt das SOEP Informationen zum Besitz einer privaten Zusatzkrankenversicherung (ja/nein), zum Wohneigentum (ja/nein), zu

Verpflichtungen aus Krediten (nein/ja), zu bestehenden Geldanlagen (ja/nein) und zur Deprivationsarmut (nein/ja) (Aldabe et al. 2011; van Lenthe 2004). Die psychosozialen Faktoren beziehen sich in Anlehnung an bisherige Studien auf das Bestehen enger Beziehungen (≥ 2 Beziehungen/ < 2 Beziehung) und einer existierenden Partnerschaft (ja/nein), die soziale Teilhabe und die Sorge um die eigene wirtschaftliche Situation (keine oder geringe/große Sorgen) (Skalická et al. 2009). Die soziale Teilhabe wird über die Summe der wöchentlichen Teilnahmen an Veranstaltungen abgebildet (Bürgerinitiativen, ehrenamtliche Tätigkeiten, religiöse Veranstaltungen, Mithelfen bei Freunden und Verwandten, Geselligkeit mit Freunden und Verwandten, kulturelle Veranstaltungen). Die verhaltensbezogenen Faktoren setzen sich aus der sportlichen Aktivität (inaktiv = weniger als wöchentlich aktiv/ aktiv = mindestens einmal wöchentlich aktiv) und dem Schlafverhalten (gesundheitsförderlich = zwischen 7 und 9 Stunden Schlaf/ nicht gesundheitsförderlich = weniger als 7 oder mehr als 9 Stunden Schlaf) zusammen (Hiyoshi et al. 2014).

In allen Regressionsanalysen wurden die Bildung, der Berufsstatus, das Alter, die Nationalität, der Wohnort (alte oder neue Bundesländer) und der aktuelle Beziehungsstatus als Kontrollvariablen berücksichtigt. Das Einkommen fungierte in den Zusammenhangsanalysen als Kontrollvariable und bildete in der Mediatoranalyse die unabhängige Variable.

Statistische Analysen

Die Zusammenhangsanalysen (Fragestellungen F1 bis F3) basierten auf klassischen logistischen Regressionsmodellen, bei denen die Deprivationsarmut als unabhängige und die Gesundheitsoutcomes als abhängige Variablen berücksichtigt wurden. Die Mediatoranalyse (Fragestellung F4) war vergleichsweise umfangreicher und basierte in Anlehnung an klassischen Mediatoranalysen auf vier Schritten. Im ersten und zweiten Schritt wurde zunächst geprüft, ob die materiellen, psychosozialen und verhaltensbezogenen Faktoren signifikant mit der Gesundheit und dem Einkommen zusammenhängen. Im dritten Schritt wurde betrachtet, welchen Anteil die drei Faktorengruppen an der Beziehung zwischen Einkommen und Gesundheitsoutcome besitzen. Ausgangspunkt war hierbei ein logistisches Regressionsmodell (M1), das neben dem Einkommen das Geschlecht, den Wohnort, das Alter, den Bildungsstatus und den Berufsstatus als Kontrollvariablen berücksichtigte. Um die relative Bedeutung der materiellen, psychosozialen und verhaltensbezogenen Faktoren an der Beziehung zwischen Einkommen und Gesundheit zu bestimmen, wurden diese separat (M2

bis M4) bzw. gemeinsam (M5 bis M8) in das Ausgangsmodell (M1) einbezogen. Die zu erwartende Reduktion der Effektstärke des Einkommens nach Kontrolle der drei Faktorengruppen bildete die Grundlage zur Bestimmung ihrer relativen Bedeutung an der Beziehung zwischen Einkommen und Gesundheitsoutcome. Schließlich wurde in einem vierten Schritt untersucht, welche Indikatoren den höchsten Anteil an der Gesamtreduktion der Effektstärke des Einkommens nach Kontrolle der drei Faktorengruppen besaßen. Die statistischen Analysen wurden mit dem Programmpaket Stata 13.0 (StataCorp, 2013) durchgeführt.

2.2.3 Ergebnisse

Die Ergebnisse der Zusammenhangsanalyse zwischen Deprivationsarmut und Gesundheitsoutcomes ist in Tabelle 4 abgebildet (Fragestellung F1). Die abgebildeten Odds Ratios (OR) geben das Verhältnis der Chancen für das Auftreten gesundheitlicher Beschwerden zwischen deprivationsarmen und sozial besser gestellten Personen (Referenzkategorie) wieder. In Modell 1 wird der Effekt der Deprivationsarmut unter Kontrolle soziodemografischer Variablen betrachtet. Mit Ausnahme von Krebserkrankungen und Bluthochdruck (Männer) geht die Deprivationsarmut mit einem signifikant höheren Erkrankungsrisiko einher. Werden Bildung, Beruf und Einkommen als weitere sozioökonomische Faktoren in das Modell aufgenommen, verliert die Deprivationsarmut zum Teil an Bedeutung (Modell 2 in Tabelle 4).

Besonders deutlich wird dieser Bedeutungsrückgang bei Diabetes, der ähnlich wie Bluthochdruck als verhaltenskorrelierte Erkrankung signifikant mit der Bildung zusammenhängt (Ergebnisse nicht ausgewiesen). Bei Männern verliert die Deprivationsarmut weitaus deutlicher an relativer Bedeutung als bei Frauen und zwar insbesondere bei Gelenkerkrankungen, chronischen Rückenbeschwerden und depressiven Erkrankungen. Nichtsdestotrotz erweist sich die Deprivationsarmut selbst unter Kontrolle von Bildung, Beruf und Einkommen als signifikanter Risikofaktor für verschiedene Gesundheitsoutcomes. Die Ungleichheiten in der Gesundheit sind bei Frauen mehrheitlich stärker ausgeprägt als bei Männern (Fragestellung F3). Lediglich bei Migräne und chronischen Rückenbeschwerden ist das mit der Deprivationsarmut assoziierte Gesundheitsrisiko bei Männern höher als bei Frauen.

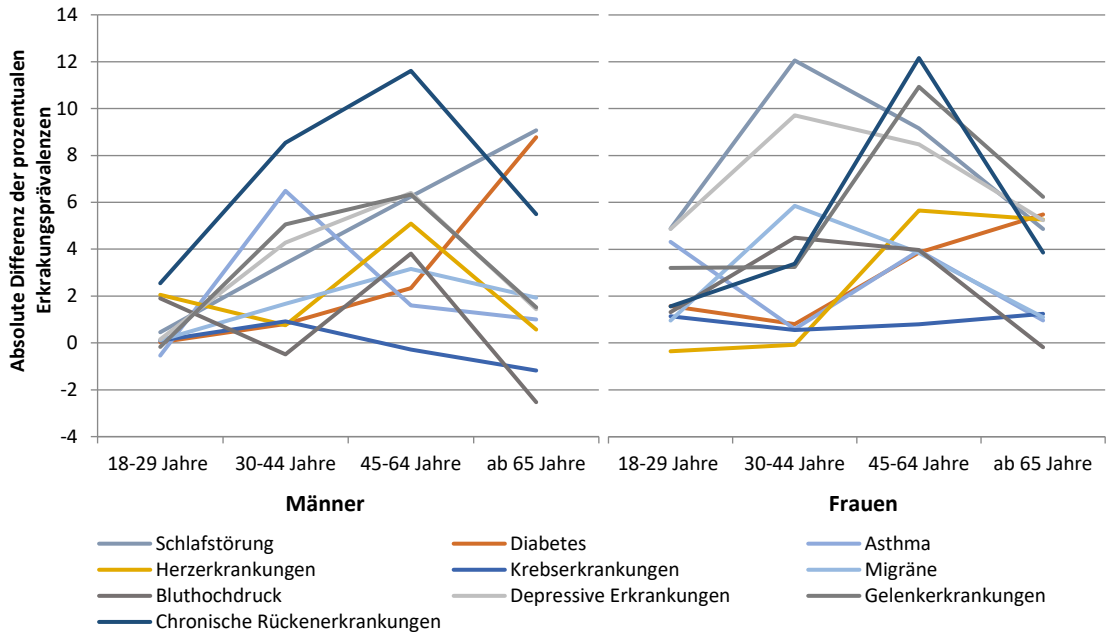
Tabelle 4: Zusammenhang zwischen verschiedenen Indikatoren der physischen und psychischen Gesundheit und der Deprivationsarmut. Ergebnisse binär logistischer Regressionen unter Kontrolle soziodemographischer und weiterer Merkmale des sozioökonomischen Status (SOEP 2011; n = 19.007).

	Schlaf-störung	Diabetes	Asthma	Herz-krankheiten	Krebs-erkrankung	Migräne	Blut-hochdruck	Depressive Erkrankungen	Gelenk-erkrankungen	Chronische Rücken-beschwerden
	OR (95%-KI)	OR (95%-KI)	OR (95%-KI)	OR (95%-KI)	OR (95%-KI)	OR (95%-KI)	OR (95%-KI)	OR (95%-KI)	OR (95%-KI)	OR (95%-KI)
Modelle 1										
Männer										
Deprivationsarmut										
Ja	1,98*** (1,47-2,66)	1,,38*** (1,03-1,86)	1,53* (1,08-2,18)	1,56** (1,18-2,08)	1,01 (0,62-1,64)	2,20*** (1,39-3,47)	1,11 (0,91-1,36)	1,91*** (1,34-2,71)	1,44** (1,15-1,82)	1,98*** (1,59-2,48)
Nein	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Frauen										
Deprivationsarmut										
Ja	2,12*** (1,71-2,63)	1,73*** (1,29-2,32)	1,62*** (1,23-2,14)	1,64*** (1,23-2,18)	1,24 (0,86-1,78)	1,49*** (1,17-1,90)	1,24* (1,02-1,51)	2,17*** (1,73-2,73)	1,60*** (1,33-1,94)	1,52*** (1,27-1,83)
Nein	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Modelle 2										
Männer										
Deprivationsarmut										
Ja	1,73*** (1,24-2,40)	1,27 (0,91-1,75)	1,64* (1,09-2,45)	1,43* (1,05-1,95)	0,97 (0,59-1,61)	2,75*** (1,60-4,71)	1,09 (0,88-1,36)	1,64* (1,10-2,46)	1,21 (0,93-1,57)	1,54** (1,21-1,98)
Nein	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Frauen										
Deprivationsarmut										
Ja	2,03*** (1,58-2,61)	1,34 (0,95-1,88)	1,87*** (1,34-2,61)	1,39* (1,00-1,93)	1,21 (0,77-1,89)	1,59*** (1,20-2,12)	1,15 (0,92-1,44)	2,12*** (1,60-2,81)	1,50*** (1,21-1,86)	1,39*** (1,13-1,70)
Nein	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

* p<0,05 , ** p<0,01 , *** p<0,001.
OR = Odds Ratio; KI = Konfidenzintervall.
Modelle 1: Kontrolle für soziodemographische Variablen (Alter, Nationalität, Wohnort und Beziehungsstatus).
Modelle 2: Modelle 1 + sozioökonomische Variablen (Bildung, Beruf und Einkommen).

Werden die absoluten Gesundheitsunterschiede zwischen Deprivationsarmen und besser gestellten Personen über das Alter betrachtet, zeigt sich mehrheitlich ein für die gesundheitliche Ungleichheitsforschung typischer Verlauf (Fragestellung F2): eine zunächst steigende und ab einem gewissen Alter (hier 65 Jahre) abnehmende Ungleichheit in der Gesundheit (Abbildung 3).

Abbildung 3: Die absoluten Unterschiede in der Gesundheit (in %) zwischen materiell deprivierten (Minuend) und besser gestellten Personen (Subtrahend) (SOEP 2011, n = 19.007, gewichteter prozentualer Anteil).



Dieser Verlauf kann für chronische Rückenbeschwerden, Gelenkerkrankungen, Bluthochdruck, Migräne, depressive Erkrankungen, Herzerkrankungen (Männer) und Schlafstörungen (Frauen) beobachtet werden. Steigende Ungleichheiten in der Gesundheit zeigen sich hingegen nur bei Diabetes und Schlafstörungen (Männer), wobei Krebserkrankungen über alle Altersgruppen relativ gleich verteilt sind. In der Mediatoranalyse wurden nur solche Gesundheitsoutcomes berücksichtigt, die signifikant mit dem Einkommen zusammenhängen (Fragestellung F4). Neben der subjektiven Gesundheit waren Diabetes, Herzkrankheiten, Schlafstörungen, Gelenkerkrankungen, depressive Erkrankungen und chronische Rückenbeschwerden signifikant mit dem Einkommen assoziiert (siehe M1 in Tabelle 5). Die höchste Ungleichheit zeigt sich bei der subjektiven Gesundheit und bei depressiven Erkrankungen. Wird vor diesem Hintergrund das Chancenverhältnis (Odds Ratio) betrachtet, sinkt das Risiko, an Depressionen zu erkranken und die subjektive Gesundheit als weniger gut bis schlecht zu beschreiben, um jeweils 14 bis 15% mit einem Einkommensanstieg von 1.000€. Das Chancenverhältnis kann durch das Exponentieren der Beta-Koeffizienten berechnet werden ($OR = \exp(\beta)$; $OR_{Depressionen} = \exp(-0{,}155) = 0{,}86$; $OR_{subjektive\ Gesundheit} = \exp(-0{,}157) = 0{,}85$). Der Fokus lag auf den Beta-Koeffizienten, da das Odds Ratio aufgrund der logistischen Funktionskurve einen Vergleich von Koeffizienten über verschiedene Modelle nur bedingt möglich macht. Werden die Beta-Koeffizienten aus dem Ausgangsmodell (M1) und dem finalen Modell (M8) aus Tabelle 5 hinzugezogen und miteinander verglichen, kann der prozentuale Anteil ermittelt werden, zu dem die materiellen, verhaltensbezogenen und psychosozialen Faktoren den Zusammenhang zwischen Einkommen und Gesundheitsoutcome insgesamt vermitteln. Wie zu ersehen, vermitteln die materiellen, psychosozialen und verhaltensbezogenen Faktoren insgesamt zwischen 45 und 98% der gesundheitlichen Ungleichheit. Mit Ausnahme von Diabetes nehmen die materiellen und psychosozialen Faktoren die bedeutendste Rolle in der Vermittlung zwischen Einkommen und Gesundheitsoutcome ein. In den separaten Modellen (M2, M3 und M4) liegt ihr Anteil an dieser Beziehung bei fast allen Outcomes über 30%. Werden die materiellen und psychosozialen Faktoren gleichzeitig berücksichtigt (M5), zeigen sich bei Schlafstörungen, Gelenkerkrankungen und Depressionen die höchsten Anteile. Lediglich bei Diabetes liegt der Beitrag der materiellen und verhaltensbezogenen Faktoren (M7) deutlich über den in Modell 5 identifizierten Anteil.

Tabelle 5: Die relative Bedeutung materieller, psychosozialer und verhaltensbezogener Faktoren für einkommensbezogene Ungleichheiten in verschiedenen Gesundheitsoutcomes (SOEP 2011, n =19.707).

		Subjektive Gesundheit		**Diabetes**		**Herzkrankheiten**		**Schlafstörung**		**Gelenkerkrankung**		**Depression**		**Chronische Rückenbeschwerden**	
		Beta 95%-KI	%	Beta 95%-KI	%	Beta 95%-KI	%	Beta 95%-KI	%	Beta 95%-KI	%	Beta 95%-KI	%	Beta 95%-KI	%
M1	Kontrollvariablen	-0,157 -0,203; -0,112	-	- 0,077 -0,148; -0,007	-	- 0,113 -0,171; -0,055	-	- 0,087 -0,148; -0,026	-	- 0,058 -0,097; -0,019	-	-0,155 -0,236; -0,075	-	- 0,093 -0,152; -0,034	-
M2	Materielle Faktoren	-0,095 -0,142; -0,048	39,5	- 0,055 -0,127; 0,016	28,6	- 0,076 -0,136; -0,017	32,7	- 0,035 -0,098; 0,029	59,8	- 0,037 -0,077; 0,003	36,2	-0,095 -0,179; -0.010	39,4	- 0,061 -0,123; -0,000	34,4
M3	Psychosoziale Faktoren	-0,102 -0,149; -0,056	35,0	- 0,061 -0,133; 0,011	20,8	- 0,093 -0,152; -0,034	17,7	- 0,038 -0,100; -0,024	56,3	- 0,043 -0,082; -0,003	25,9	-0,101 -0,183; -0.019	34,8	- 0,076 -0,136; -0,016	18,3
M4	Verhaltensbezogene Faktoren	-0,114 -0,160; -0,068	27,4	- 0,052 -0,124; 0,019	32,5	- 0,097 -0,156; -0,039	14,2	- 0,059 -0,120; -0,003	32,2	- 0,052 -0,091; -0,013	10,3	-0,148 -0,229; -0.067	4,5	- 0,085 -0,144; -0,025	8,6
M5	Materielle + psychosoziale Faktoren	-0,070 -0,117; -0,022	55,4	- 0,044 -0,116; 0,029	42,9	- 0,068 -0,128; -0,008	39,8	-0,011 -0,074; 0,053	87,4	- 0,029 -0,070; 0,011	50,0	-0,068 -0,153; 0.017	56,1	- 0,054 -0,116; 0,007	41,9
M6	Psychosoziale + verhaltensbezogene Faktoren	-0,073 -0,120; -0,027	53,5	- 0,042 -0,114; 0,030	45,5	- 0,081 -0,141- -0,022	28,3	- 0,022 -0,085; 0,040	74,7	- 0,038 -0,078; 0,001	34,5	-0,097 -0,180; -0.015	37,4	- 0,070 -0,130; -0,010	24,7
M7	Materielle + verhaltensbezogene Faktoren	-0,068 -0,115; -0,021	56,7	- 0,034 -0,106; 0,039	55,8	- 0,067 -0,127; -0,007	40,7	- 0,020 -0,084; 0,043	77,0	- 0,033 -0,073; 0,007	43,1	-0,091 -0,176; -0.007	41,3	- 0,058 -0,119; -0,004	37,6
M8	Gesamt	-0,049 -0,096; -0,002	68,8	- 0,026 -0,099; 0,046	66,2	- 0,060 -0,120; 0,000	46,9	- 0,002 -0,066; 0,062	97,7	- 0,026 -0,067; 0,014	55,2	-0,066 -0,151; 0,019	57,4	- 0,051 -0,113; 0.010	45,2

Notizen: M = Modell; % Prozentuale Veränderung der Effektstärke im Vergleich zu M1 berechnet über: $100[(Beta_{(Kontrollvariablen)} - Beta_{(Erklärungsvariablen)})/ Beta_{(Kontrollvariablen)}]$. Kontrollvariablen sind Alter, Bildungsstatus, Berufsstatus, Geschlecht, Staatsangehörigkeit und Wohnort (ehemalige oder neue Bundesländer).

Berücksichtigte Erklärungsfaktoren für…

… *subjektive Gesundheit*: materielle Faktoren (Wohneigentum, Verpflichtungen aus Krediten, Geldanlagen, Deprivationsarmut); psychosoziale Faktoren (enge Beziehungen, Partnerschaft, soziale Teilhabe, Sorgen um wirtsch. Situation); verhaltensbezogene Faktoren (sportliche Aktivität, Schlafverhalten),

…*Diabetes*: materielle Faktoren (Wohneigentum, Verpflichtungen aus Krediten,); psychosoziale Faktoren (enge Beziehungen, soziale Teilhabe, Sorgen um wirtsch. Situation); verhaltensbezogene Faktoren (Sportliche Aktivität, Schlafverhalten),

… *Herzkrankheiten*: materielle Faktoren (Wohneigentum, Deprivationsarmut); psychosoziale Faktoren (enge Beziehungen, soziale Teilhabe, Sorgen um wirtsch. Situation); verhaltensbezogene Faktoren (sportliche Aktivität, Schlafverhalten),

… *Schlafstörung*: materielle Faktoren (Wohneigentum, Verpflichtungen aus Krediten, Deprivationsarmut); psychosoziale Faktoren (enge Beziehungen, Partnerschaft, soziale Teilhabe, Sorgen um wirtsch. Situation); verhaltensbezogene Faktoren (sportliche Aktivität, Schlafverhalten),

… *Gelenkerkrankung*: materielle Faktoren (Verpflichtungen aus Krediten, Deprivationsarmut); psychosoziale Faktoren (Sorgen um wirtsch. Situation); verhaltensbezogene Faktoren (Schlafverhalten),

… *Depression*: materielle Faktoren (Wohneigentum, Verpflichtungen aus Krediten, Deprivationsarmut); psychosoziale Faktoren (enge Beziehungen, Partnerschaft, soziale Teilhabe, Sorgen um wirtsch. Situation); verhaltensbezogene Faktoren (Schlafverhalten),

… *chronische Rückenbeschwerden*: materielle Faktoren (Wohneigentum, Verpflichtungen aus Krediten, Deprivationsarmut); psychosoziale Faktoren (Sorgen um wirtsch. Situation); verhaltensbezogene Faktoren (Schlafverhalten).

In Tabelle 6 ist schließlich dargestellt, zu welchem Anteil die einzelnen Indikatoren der drei Faktorengruppen den Zusammenhang zwischen Einkommen und Gesundheitsoutcome vermitteln. Der Besitz einer privaten Krankenzusatzversicherung stand mit keinem Gesundheitsoutcome in einer signifikanten Beziehung und wurde daher in den weiteren Analysen nicht berücksichtigt. Unter den materiellen Faktoren besaß die Deprivationsarmut die höchste Bedeutung, gefolgt vom Wohneigentum. Die Deprivationsarmut vermittelte zwischen 13,4 und 20,7% der gesundheitlichen Ungleichheit, war aber für die einkommensbezogene Verteilung von Diabetes irrelevant. Bei Diabetes kam dem Wohneigentum eine besondere Rolle zu und vermittelte dort knapp 19,5% der einkommensbezogenen Ungleichheiten. Unter den Indikatoren des Gesundheitsverhaltens konnte kein eindeutiges Muster beobachtet werden. Sowohl die sportliche Aktivität als auch das Schlafverhalten hatten maßgeblichen Anteil an der Ungleichheit in der Gesundheit, abhängig vom jeweiligen Outcome. Bei Diabetes bspw. kam der sportlichen Aktivität die bedeutendere Rolle zu und vermittelte dort ca. 25% der Ungleichheit. Hingegen hatte das Schlafverhalten eine relativ hohe Bedeutung für die ungleiche Verteilung von Schlafstörungen, Gelenkerkrankungen und chronischen Rückenbeschwerden. Als psychosozialer Faktor war die wirtschaftliche Sorge durchweg mit der Ungleichheit in der Gesundheit assoziiert und besaß bei der subjektiven Gesundheit, Schlafstörungen und Depression die höchste Bedeutung. Für das Vorkommen enger Beziehungen und einer Partnerschaft wie auch für die soziale Teilhabe konnte kein klares Muster identifiziert werden. Ihre relative Bedeutung war dementsprechend geringer.

Tabelle 6: Die relative Bedeutung materieller, psychosozialer und verhaltensbezogener Faktoren[a] für einkommensbezogene Ungleichheiten in verschiedenen Gesundheitsoutcomes (SOEP 2011, n = 19.707).

	Subjektive Gesundheit		**Diabetes**		**Herzkrankheiten**		**Schlafstörung**		**Gelenkerkrankung**		**Depression**		**Chronische Rückenbeschwerden**	
	Beta 95%-KI	%[b]	Beta 95%-KI	%[b]	Beta 95%-KI	%[b]	Beta 95%-KI	%[b]	Beta 95%-KI	%[b]	Beta 95%-KI	%[b]	Beta 95%-KI	%[b]
Ausgangsmodell[c]	-0,157 -0,202; -0,112	-	-0,077 -0,148; -0,007		-0,113 -0,171; -0,055		-0,087 -0,148; -0,026		-0,058 -0,097; -0,019		-0,155 -0,236; -0,075		-0,093 -0,152; -0,034	
+ Materielle Faktoren														
+ Wohneigentum	-0,152 -0,199; -0,107	3,2	-0,062 -0,134; 0,010	19,5	-0,102 -0,161; 0,044	9,7	-0,082 -0,144; -0,020	5,7			-0,142 -0,224; -0,060	8,4	-0,089 -0,149; -0,029	4,3
+ Verpflichtungen aus Krediten	-0,154 -0,200; -0,109	1,9	-0,074 -0,145; -0,003	3,9			-0,083 -0,145; -0,022	4,6	-0,055 -0,094; -0,016	5,2	-0,153 -0,234; -0,073	1,3	-0,088 -0,147; -0,029	5,4
+ Geldanlage	-0,154 -0,200; -0,108	1,9												
+ Deprivationsarmut	-0,136 -0,183; -0,090	13,4			-0,097 -0,155; -0,037	14,2	-0,069 -0,132; -0,007	20,7	-0,046 -0,086; -0,006	20,7	-0,131 -0,214; -0,048	15,5	-0,078 -0,138; -0,017	16,1
+ Gesamt	**-0,125 -0,173; -0,078**	**20,4**	**-0,059 -0,131; 0,013**	**23,4**	**-0,086 -0,146; 0,026**	**23,9**	**-0,060 -0,123; 0,003**	**31,0**	**-0,043 -0,083; -0,003**	**25,9**	**-0,115 -0,200; -0,032**	**25,8**	**-0,070 -0,131; -0,001**	**24,7**
+ Psychosoziale Faktoren														
+ Enge Beziehungen	-0,153 -0,198; -0,108	2,5	-0,074 -0,146; -0,004	3,9			-0,085 -0,146; -0,024	2,3			-0,152 -0,233; -0,071	1,9		
+ Partnerschaft	-0,155 -0,201; -0,110	1,3			-0,110 -0,169; -0,052	2,7	-0,081 -0,143; -0,020	6,9			-0,146 -0,227; -0,065	5,8		
+ Soziale Teilhabe	-0,153 -0,199; -0,108	2,5	-0,076 -0,147; -0,006	1,3			-0,085 -0,147; -0,024	2,3			-0,153 -0,234; -0,072	1,3		
+ Sorgen um die eigene wirtschaftliche Situation	-0,128 -0,174; -0,088	18,5	-0,071 -0,142; 0,000	7,8	-0,103 -0,162; -0,044	8,8	-0,062 -0,123; -0,000	28,7	-0,047 -0,086; -0,007	19,0	-0,125 -0,207; -0,044	19,4	-0,082 -0,141; -0,022	11,8
+ Gesamt	**-0,118 -0,164; -0,072**	**24,8**	**-0,067 -0,139; 0,005**	**13,0**	**-0,100 -0,159; -0,041**	**11,5**	**-0,053 -0,115; -0,009**	**39,1**	**-0,047 -0,086; -0,007**	**19,0**	**-0,111 -0,193; -0,029**	**28,4**	**-0,082 -0,141; -0,022**	**11,8**
+ Gesundheitsverhalten														
+ Sportlich Aktivität	-0,133 -0,179; -0,088	15,3	-0,058 -0,130; 0,013	24,7	-0,105 -0,164; 0,047	7,1	-0,085 -0,147; -0,023	2,3						
+ Schlafverhalten	-0,144 -0,190; -0,099	8,3	-0,074 -0,145; -0,003	3,9	-0,107 -0,165; -0,049	5,3	-0,065 -0,126; -0,004	25,3	-0,052 -0,092; -0,013	10,3	-0,150 -0,231; -0,069	3,2	-0,085 -0,144; -0,026	8,6
+ Gesamt	**-0,120 -0,166; -0,075**	**23,6**	**-0,054 -0,126; -0,016**	**29,9**	**-0,099 -0,158; -0,041**	**12,4**	**-0,063 0,125; -0,001**	**27,6**	**-0,052 -0,092; -0,013**	**10,3**	**-0,150 -0,231; -0,069**	**3,2**	-0,085 -0,144; -0,026	**8,6**
+ Gesamt	**-0,049 -0,097; -0,002**	**68,8**	**-0,026 -0,099; 0,046**	**66,2**	**-0,060 -0,120; 0,000**	**46,9**	**-0,002 -0,066; 0,062**	**97,7**	**-0,026 -0,067; 0,014**	**55,2**	-0,066 -0,151; 0,019	**57,4**	-0,051 -0:113; 0,010	**45,2**

Notizen:
Beta = Logit; KI = Konfidenzintervall
[a] In den Analysen sind nur solche Faktoren (Mediatoren) berücksichtigt, die nach Maßgabe der Voruntersuchungen signifikant mit dem Einkommen und der Gesundheit zusammenhängen (Tabelle A1 und A2 im Anhang).
[b] % Veränderung der Effektstärken unter Berücksichtigung der materiellen, psychosozialen und verhaltensbezogenen Indikatoren zwischen dem Ausgangsmodell (M1) und dem Gesamtmodell (M8) aus Tabelle 2.
[c] Das Ausgangsmodell ist kontrolliert für Alter, Bildungsstatus, Berufsstatus, Geschlecht, Staatsangehörigkeit und Wohnort (ehemalige oder neue Bundesländer).

2.2.4 Diskussion

Die vorliegende Untersuchung hatte zum Ziel, die Deprivationsarmut als Determinante und Mediator gesundheitlicher Ungleichheit zu analysieren. Die vorgestellten Ergebnisse der Zusammenhangsanalyse belegen, dass die Deprivationsarmut mit einer Vielzahl von verschiedenen Gesundheitsoutcomes assoziiert ist (Fragestellung F1). Schlafstörungen, Asthma, Herzkrankheiten, Migräne, depressive Erkrankungen, Gelenkerkrankungen (bei Frauen) und chronische Rückenbeschwerden hingen signifikant mit Deprivationsarmut zusammen. Bei Krebserkrankungen wie auch verhaltensassoziierten Erkrankungen, wie Diabetes oder Bluthochdruck, konnte hingegen keine Ungleichheit nach Deprivationsstatus beobachtet werden. Verhaltensassoziierte Erkrankungen sind eher mit der Bildung assoziiert als mit den materiellen Gegebenheiten, während nur bei einigen Krebsarten starke Ungleichheiten beobachtbar sind. Da diese nicht explizit abgefragt wurden, konnten auch keine verlässlichen Aussagen zu den sozialen Unterschieden im Krebsvorkommen gemacht werden.

Darüber hinaus zeigte sich ein für die gesundheitliche Ungleichheitsforschung typisches Muster: im jüngeren Erwachsenenalter eine relativ geringe Ungleichheit in der Gesundheit, die bis zu einer gewissen Altersgrenze (hier 65. Lebensjahr) ansteigt und danach wieder absinkt (Fragestellung F2). Nationale und internationale Studien haben diesen Verlauf bereits für verschiedene Indikatoren des sozioökonomischen Status und der Gesundheit nachgewiesen, betonen aber, dass die gesundheitliche Ungleichheit im hohen Lebensalter nicht verschwindet (dem Knesebeck und Schäfer 2009).

Hinsichtlich geschlechtsspezifischer Unterschiede zeigte sich hingegen ein weitaus differenzierteres Bild (Fragestellung F3). Frauen zeigten tendenziell größere Ungleichheiten in den Gesundheitsoutcomes als Männer. Lediglich bei Migräne und chronischen Rückenbeschwerden waren die mit der Deprivationsarmut assoziierten Ungleichheiten bei Männern größer als bei Frauen. Es bedarf daher weiteren Untersuchungen, um die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Beziehung zwischen Deprivationsarmut und Gesundheit aufzuarbeiten (Babitsch 2009).

Schließlich entsprechen die Ergebnisse der Mediatoranalyse dem grundlegenden Tenor bisheriger Studien (Fragestellung F4). Die einkommensbezogene Ungleichheit in den

Gesundheitsoutcomes beruhte überwiegend auf den materiellen und psychosozialen Faktoren, während das Gesundheitsverhalten eine vergleichsweise nachrangige Rolle spielte. Vor diesem Hintergrund erwiesen sich die Deprivationsarmut und die Sorge um die wirtschaftliche Situation als besonders relevant für den Zusammenhang zwischen Einkommen und Gesundheitsoutcome. Deprivationsarme Lebenslagen gelten als besonders wohlstandsbedroht, da erst eine langfristige Verknappung finanzieller Ressourcen zu einem Verlust an Lebensstandard führt (Pfoertner et al. 2011). Zudem gilt die Deprivationsarmut als weiterer psychosozialer Belastungsfaktor, da mit ihr ein Ausschluss aus der Gesellschaft assoziiert wird (Pförtner 2013). Trotz dieser zum Teil eindeutigen Tendenzen, dürfen diese Schlussfolgerungen nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit maßgeblich von den verwendeten Gesundheitsoutcomes und Erklärungsfaktoren abhängt. Die Relevanz der Erklärungsfaktoren variierte beispielsweise in Abhängigkeit vom Gesundheitsoutcome. So war das gesundheitsbezogene Verhalten bei der einkommensbezogenen Ungleichheit von Diabetes der relevanteste Faktor, wenngleich sich diese Faktorgruppe nur aus zwei Indikatoren zusammensetzte. Auch der Beitrag der drei Faktorengruppen insgesamt an den Unterschieden in den Gesundheitsoutcomes variierte derart, dass lediglich von einer Tendenz gesprochen werden kann. Die Auswahl der Gesundheitsoutcomes und Erklärungsfaktoren sollte daher in zukünftigen Studien theoretisch begründet sein und nicht auf Verallgemeinerungen beruhen.

Einige methodische Einschränkungen müssen bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden. Auch diese Ergebnisse beruhen auf Querschnittsuntersuchungen, die keine kausalen Implikationen zulassen. Gesundheitliche Einschränkungen können das Einkommensniveau und die materiellen Lebensbedingungen unmittelbar beeinflussen. Indes erscheint der Wirkungspfad vom Einkommen bzw. der Deprivationsarmut auf die Gesundheit in der Gesamtschau theoretischer und empirischer Arbeiten plausibler (Moor et al. 2017). Darüber hinaus kann auf Basis der berücksichtigten Gesundheitsoutcomes keine Aussagen über Schwere, Dauer und Zeitpunkt der angegebenen Erkrankung gemacht werden, wodurch das Ausmaß gesundheitlicher Ungleichheit verzerrt dargestellt werden kann. Schließlich muss mit Bezug auf die Mediatoranalyse einschränkend betont werden, dass die Zahl der verfügbaren Indikatoren zwischen den Faktorengruppen erheblich variierte und damit auch ihre relative Bedeutung. So dürfen bspw. die vergleichsweise geringen Anteile des Gesundheitsverhaltens nicht darüber hinwegtäuschen, dass die sportliche Aktivität und auch

das Schlafverhalten zu den Indikatoren zählen, die außer bei Depressionen und chronischen Rückenbeschwerden eine der höchsten Erklärungsanteile besaßen. Eine Generalisierung der vorliegenden Ergebnisse ist daher nur bedingt möglich.

Die dargelegten Ergebnisse liefern eindeutige Anknüpfungspunkte für die gesundheitliche Ungleichheitsforschung. Die Deprivationsarmut ist sowohl Gesundheitsdeterminante als auch Mediator gesundheitlicher Ungleichheit und verdeutlicht dadurch seine Relevanz für die gesundheitliche Ungleichheitsforschung. Zukünftige Studien sollten den Lebensstandardansatz auch vor dem Hintergrund objektiver Gesundheitsdaten testen wie auch im Längsschnitt.

2.3 Deprivationsarmut und Gesundheit in der Längsschnittperspektive

Veröffentlicht in:

Pförtner, T.-K., Andreß, H.-J. & Janßen, C. (2011). Income or living standard and health in Germany: different ways of measurement of relative poverty with regard to self-rated health. International Journal of Public Health, 56, 373–384.

Pförtner, T-K. & Elgar, F.J. (2016). Widening inequalities in self-rated health by material deprivation? A trend analysis between 2001 and 2011 in Germany. Journal of Epidemiology and Community Health, 70, 82-90.

Pförtner, T.-K. & Schmidt-Catran, A. (2017). Lebensstandard und Gesundheit. Ein längsschnittlicher Blick in die individuelle Wohlfahrtsproduktion vor dem Hintergrund gesundheitlicher Ungleichheit. In Giesselmann, M., Golsch, K., Lohmann, H., Schmidt-Catran, A. (Hg.), Lebensbedingungen in Deutschland in der Längsschnittperspektive. 17-32. Wiesbaden: Springer.

2.3.1 Hintergrund

Für Deutschland existieren wenige Arbeiten zur gesundheitlichen Ungleichheit aus der Längsschnittperspektive. Ein überwiegender Anteil fokussiert auf den zeitlichen Verlauf gesundheitlicher Ungleichheit (Maron und Mielck 2015). Die wenigen Studien hierzu belegen, dass die gesundheitliche Ungleichheit in Deutschland bei Erwachsenen wie auch bei Kindern seit den 1990er Jahren zugenommen hat (Nolte und McKee 2004; Kroll und Lampert 2010; Siegel et al. 2014; Moor et al. 2015). Die geringe Studienlage hierzu lässt aber nur einen begrenzten Allgemeinschluss zu. Neben Fragen zum Verlauf gesundheitlicher Ungleichheit, bietet die Längsschnittperspektive auch einen Einblick in das kausale Wechselspiel zwischen sozialer und gesundheitlicher Lage. Die Lehrmeinung, das der Einfluss der sozialen Lage auf die Gesundheit für das Ausmaß gesundheitlicher Ungleichheit maßgebend ist, konnte in einer jüngsten Übersichtsarbeit nicht bestätigt werden. Kröger et al. (2015) finden vielmehr Belege für das Wirken beider Mechanismen: sowohl von der Gesundheit auf die soziale Lage (Kausationshypothese) als auch von der sozialen Lage auf die Gesundheit (Selektionshypothese). Eine mit dem SOEP durchgeführte Längsschnittanalyse zum Kausaleinfluss von Erwerbsarmut auf die subjektive Gesundheit spricht von einer Art Polarisierung der Gesundheit zwischen armen und nicht-armen Erwerbstätigen, die möglicherweise auf Bedingungen im Lebenslauf zurückzuführen ist (Pförtner und Schmidt-Catran 2018). Die Lebenslaufperspektive gesundheitlicher Ungleichheit spricht hierbei von einer Akkumulation von Benachteiligungen, die im Lebenslauf zu einer Ausweitung (Divergenz) gesundheitlicher Ungleichheit führt (Ben-Shlomo et al. 2016; Willson et al. 2007).

Der Lebensstandardansatz ist für die Längsschnittperspektive gesundheitlicher Ungleichheit in besonderer Weise geeignet, da er einen Blick auf die lebenslaufspezifische Wohlfahrtsproduktion erlaubt. So bedarf das Erreichen und Halten eines Lebensstandards auf der einen Seite einer Ressourcenausstattung, die über einen gewissen Zeitraum Bestand haben muss. Auf der anderen Seite resultiert ein unzureichender Lebensstandard aus einer Ressourcenausstattung, die entweder noch nicht oder im Lebenslauf nie aufgebaut werden konnte. Entsprechende Studien weisen darauf hin, dass eine Deprivation im Lebensstandard erst nach einer längerfristigen Episode der Einkommensverknappung einsetzt, da in der kurzen Frist meist alternative Ressourcen und Rücklagen zur Bedarfsdeckung genutzt werden (Pförtner et al. 2011; Christoph und Lietzmann 2013; Andreß und Hörstermann 2012).

Insbesondere im hohen Alter spricht die Deprivationsarmut daher für eine Akkumulation von Benachteiligungen, die sich aus den lebenslaufspezifischen Gegebenheiten der Wohlfahrtsproduktion ergeben können.

In den folgenden Ausführungen möchten wir eine Längsschnittperspektive auf den Zusammenhang zwischen Deprivationsarmut und Gesundheit einnehmen und folgende Fragestellungen beantworten:

(F1) Wie hat sich die relative und absolute Ungleichheit in der Gesundheit unter Berücksichtigung des Deprivationsniveaus seit Anfang der 2000er Jahre verändert?
(F2) Übt die Deprivationsarmut einen Einfluss auf die subjektive Gesundheit aus?
(F3) Nimmt der Zusammenhang zwischen subjektiver Gesundheit und Deprivationsarmut im Lebenslauf zu?

2.3.2 Methode

Datenbasis

Die nachfolgenden Analysen basieren wiederum auf den Daten des SOEP, das in Deutschland als einzige Datenquelle bundesdeutsche Informationen zur Gesundheit und Lebensstandard im Längsschnitt aufweist (Andreß und Hörstermann 2012). Das SOEP ist für eine Längsschnittperspektive zum Thema Deprivationsarmut und Gesundheit in besonderer Weise geeignet, da es längere Trendverläufe umfasst als alternative Datenquelle wie das PASS (Schupp 2012). Schließlich existieren auch im internationalen Raum Datensätze, die im Längsschnitt Informationen zum Lebensstandard und zur Gesundheit erhoben haben, wie beispielsweise der EU-SILC. Die in diesen Datensätzen berücksichtigten Lebensstandardmerkmale spiegeln aber nur einen kleinen Teil des in Deutschland als notwendig erachteten Lebensstandards wider, so dass sich auch hier das SOEP als geeigneterer Datensatz durchsetzt.

Variablen

In den nachfolgenden Analysen wurde die subjektive Gesundheit wiederum als abhängige Variable verwendet. Die Erfassung subjektiver Gesundheit basiert auf einer Selbsteinschätzung der eigenen Gesundheit und wurde auf einer 5-stufigen Likert-Skala („sehr gut“, „gut“, „zufriedenstellend“, „weniger gut“ und „schlecht“) über folgende Frage erhoben:

„Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben?“. Für die vorliegenden Analysen wurde eine binäre Variable für einen weniger guten bis schlechten Gesundheitszustand gebildet (Ziebarth 2010).

Als unabhängige Variable fungierte die Deprivationsarmut. Diese basiert analog zu Kapitel 2.1. auf elf Merkmalen im SOEP. Es wurden nur solche Merkmale in die Erfassung von Deprivationsarmut eingebunden, die nach Maßgabe der Befragten aus finanziellen Gründen im Haushalt fehlten (Mack und Lansley 1985). Für Fragestellung F1 wurde ein additiver Deprivationsindex aus den im Haushalt aus finanziellen Gründen fehlenden Lebensstandardmerkmalen verwendet. Für Fragestellungen F2 und F3 wurde wiederum zwischen Deprivationsarmen und Nicht-Deprivationsarmen unterschieden. Fehlten von den im SOEP erhobenen elf Lebensstandardmerkmalen mindestens drei aus finanziellen Gründen, wurde der Befragte als deprivationsarm bezeichnet (Andreß et al. 2005).

In den nachfolgenden Analysen wurde in Abhängigkeit von der Fragestellung für die Bildung, der Berufsstatus, das Alter, die Nationalität, den Wohnort (alte oder neue Bundesländer), den aktuellen Beziehungsstatus und den Grund für das Ausscheiden aus dem Panel kontrolliert.

Statistische Analysen

Die Analyse von zeitabhängigen Daten bedarf spezifischer Methoden, die mit Bezug zu den in der Einleitung aufgestellten Fragestellungen variieren. Zur Beantwortung von Fragestellung F1 wurde auf Basis der Daten des SOEP aus den Jahren 2001, 2003, 2005, 2007 und 2011 eine gepoolte Regressionsanalyse mit geklusterten Standardfehlern durchgeführt. Im Rahmen der durchgeführten Trendanalysen wurden relative und absolute Ungleichheiten in der subjektiven Gesundheit auf Basis des Relative Index of Inequality (RII) und des Slope Index of Inequality (SII) berechnet (Mackenbach und Kunst 1997). Beide Indizes geben die Unterschiede in der subjektiven Gesundheit zwischen den materiell niedrigsten und höchsten Deprivierten in relativer und absoluter Größe wider. Berechnet wurden die relativen und absoluten Unterschiede in der subjektiven Gesundheit nach Maßgabe von Norton et al. (2001) unter Angabe des 95%-Konfidenzintervalls. Um Aussagen über zunehmende Ungleichheiten in der Gesundheit nach Deprivationsstatus machen zu können, wurde eine Trendvariable (linear und kurvilinear) im Regressionsmodell berücksichtigt. Alle Regressionsmodelle wurden

um den Berufsstatus, die Bildung, das Alter, die Nationalität, den Wohnort (alte oder neue Bundesländer) und den aktuellen Beziehungsstatus kontrolliert.

Um den kausalen Wirkungsmechanismus von Deprivationsarmut auf Gesundheit analysieren zu können (Fragestellung F2), wird empirisch getestet, ob die Deprivationsarmut zum Zeitpunkt t-1 einen signifikanten Einfluss auf die Eintrittswahrscheinlichkeit eines unzureichenden Gesundheitszustandes zum Zeitpunkt t ausübt. Dazu wurden die Daten aus dem SOEP aus den Jahren 2001, 2003 und 2005 hinzugezogen. Aufgrund der längsschnittlichen Datenstruktur und der Abhängigkeit der Fehlerterme über den Zeitverlauf (Autokorrelation) muss dabei auf Methoden der Panelanalysen zurückgegriffen werden (Andreß et al. 2013). Die hierzu durchgeführten Analysen beruhen auf dem sogenannten Random-Effects-Modell, das für die Autokorrelation der personenspezifischen Fehlterme kontrolliert. Aus theoretischen Gesichtspunkten wäre indes das sogenannte Fixed-Effects-Modell dem Random-Effects-Modell vorzuziehen, da sich die zu klärende Fragestellung F2 ausschließlich auf Variationen im Zeitverlauf bezieht, also auf die Wirkung von Deprivationsarmut zum Zeitpunkt t-1 auf das gesundheitliche Befinden zum Zeitpunkt t. Unter Berücksichtigung der gesamten Modellspezifikation zeigte sich jedoch, dass die Modellrechnung auf Basis fixer Effekte nicht signifikant ist. Als eine der wesentlichen Ursachen gelten in diesem Zusammenhang die geringen Variationen der Deprivationsarmut im Zeitverlauf. Alle Regressionsmodelle wurden um den Berufsstatus, die Bildung, das Alter, die Nationalität, den Wohnort (alte oder neue Bundesländer) und den aktuellen Beziehungsstatus kontrolliert.

Für Fragestellung F3 haben wir wiederum Daten des SOEP aus den Jahren 2001, 2003, 2005, 2007, 2011 und 2013 verwendet und ein logistisches Population-Average-Modell für Paneldaten mit Interaktionseffekten zwischen Alter, Deprivationsarmut und Kohorte gerechnet. In Anlehnung an Willson et al. (2007) wurde der Alterseffekt über das medianzentrierte Alter dargestellt und der Kohorteneffekt über das um den Durschnitt zentrierte Alter in der Ausgangswelle 2001. In den Modellen wurden Interaktionen zwischen Alter, Deprivationsarmut und Kohorte berücksichtigt kontrolliert für Region, Familienstand und den Grund für das Ausscheiden aus dem Panel vor 2013 (Tod oder anderes). Neben dem Odds Ratio eines unzureichenden Gesundheitszustandes wurden die marginalen Wahrscheinlichkeiten eines unzureichenden Gesundheitszustandes nach Deprivationsstatus

für verschiedene Altersstufen dargestellt. Die statistischen Analysen wurden wiederum mit dem Programmpaket Stata 13.0 (StataCorp, 2013) durchgeführt.

2.3.3 Ergebnisse

Mit Bezug zu Fragestellung F1 sind in Tabelle 7 und Tabelle 8 die relativen und absoluten Ungleichheiten in der subjektiven Gesundheit nach Deprivationsniveau über den Zeitverlauf dargestellt. Die durchgeführten Analysen wurden schrittweise durchgeführt und sukzessive um soziodemografische (M2) und sozioökonomische Faktoren (M3a-c, M4) erweitert, um die Relevanz dieser Faktoren an der Beziehung zwischen Deprivationsniveau und subjektiver Gesundheit zu ermitteln. Darüber hinaus wurde geprüft, ob ein allgemeiner Trend (linear und kurvilinear) in der Beziehung zwischen Deprivationsniveau und subjektiver Gesundheit über den Zeitverlauf ersichtlich ist.

Tabelle 7: Relative Ungleichheit einer unzureichenden subjektiven Gesundheit nach Deprivationsniveau zwischen 2001 und 2011 (SOEP, Individuen = 35.676; Beobachtungen = 104.995).

	2001	2003	2005	2007	2011	Linearer Trend	Kurvilinear Trend
	RII (95%-KI)	RII (95%-KI)	RII (95%-KI)	RII (95%-KI)	RII (95%-KI)	RII (95%-KI)	RII (95%-KI)
M1	2,06*** (1,82 – 2,32)	1.87*** (1.66 - 2.10)	1,85*** (1,65 – 2,08)	1,84*** (1,64 – 2,07)	2,26*** (2,02 – 2,53)	0,97 (0,92 – 1,03)	1,01* (1,00 – 1,03)
M2	2,77*** (2,46 – 3,12)	2.94*** (2.62 - 3.30)	3,04*** (2,71 – 3,40)	2,97*** (2,65 – 3,33)	3,20*** (2,84 – 3,59)	1,07 (0,94 – 1,21)	0,99 (0,96 – 1,02)
M3a	2,56*** (2,27 – 2,89)	2.62*** (2.33 - 2.95)	2,68*** (2,39 – 3,01)	2,63*** (2,33 – 2,96)	2,76*** (2,45 – 3,11)	1,04 (0,92 – 1,18)	0,99 (0,97 – 1,02)
M3b	2,49*** (2,20 – 2,81)	2.58*** (2.29 - 2.91)	2,67*** (2,37 – 3,01)	2,55*** (2,26 – 2,87)	2,69*** (2,38 – 3,04)	1,06 (0,94 – 1,21)	0,99 (0,96 – 1,02)
M3c	2,31*** (2,03 – 2,62)	2.31*** (2.04 - 2.63)	2,45*** (2,15 – 2,77)	2,38*** (2,09 – 2,72)	2,43*** (2,13 – 2,77)	1,06 (0,94 – 1,21)	0,99 (0,96 – 1,02)
M4	2,22*** (1,94 – 2,53)	2.23*** (1.96 - 2.54)	2,34*** (2,05 – 2,66)	2,27*** (1,99 – 2,59)	2,27*** (1,99 – 2,59)	1,06 (0,92 – 1,23)	0,99 (0,96 – 1,02)

Notizen: RII = Relative Index of Inequality, KI = Konfidenzintervall
M1: Deprivationsniveau
M2: M1 + soziodemografische Variablen (Geschlecht, Alter, Wohnort, Familienstand)
M3a: M2 + Bildung, M3b: M2 + Berufsstatus, M3c: M2 + Einkommensklassen
M4: M2 + sozioökonomische Variablen (Bildung, Berufsstatus, Einkommensklassen).

Aus Tabelle 7 und Tabelle 8 wird deutlich, dass unter Berücksichtigung der soziodemografischen und sozioökonomischen Faktoren der Zusammenhang zwischen Deprivationsniveau und subjektiver Gesundheit im Vergleich zu Modell 1 (M1) zunimmt. Insbesondere führt die Berücksichtigung soziodemografischer Variablen zu einem Anstieg absoluter und relativer Ungleichheiten in der Gesundheit nach Deprivationsniveau, was unter anderem auf die altersassoziierten Unterschiede in der Gesundheit und im verfügbaren Lebensstandard zurückzuführen ist. So zeigt sich, dass ein auf finanziellen Gründen mangelnder Lebensstandard häufiger in jüngeren Lebensjahren auftritt und damit in einer Phase, in der das allgemeine Erkrankungsrisiko am geringsten ist. Der Zusammenhang

zwischen Deprivationsniveau und Gesundheit fällt daher ohne eine Adjustierung für das Alter geringer aus. Schließlich lässt sich aus Modell 4 in Tabelle 7 und Tabelle 8 zwar ableiten, dass die Ungleichheit in der subjektiven Gesundheit zwischen 2001 und 2005 zunächst steigt und dann abnimmt, empirisch zeigt sich aber kein signifikanter Trendverlauf. Demnach sind die relativen und absoluten Ungleichheiten in der subjektiven Gesundheit nach Deprivationsniveau über den Zeitverlauf konstant.

Tabelle 8: Absolute Ungleichheit einer unzureichenden subjektiven Gesundheit nach Deprivationsniveau zwischen 2001 und 2011 (SOEP, Individuen = 35.676; Beobachtungen = 104.995).

	2001	2003	2005	2007	2011	Linearer Trend	Kurvilinear Trend
	SII (95%-KI)	SII (95%-KI)	SII (95%-KI)	SII (95%-KI)	SII (95%-KI)	SII (95%-KI)	SII (95%-KI)
M1	0,12*** (0,10 - 0,13)	0,10*** (0,08 - 0,12)	0,11*** (0,09 - 0,13)	0,11*** (0,09 - 0,13)	0,15*** (0,13 - 0,18)	-0,01 (-0,02 - 0,01)	0,00* (0,00 - 0,01)
M2	0,18*** (0,16 - 0,20)	0,19*** (0,17 - 0,21)	0,20*** (0,18 - 0,22)	0,19*** (0,17 - 0,21)	0,19*** (0,18 - 0,21)	0,01 (-0,01 - 0,03)	-0,00 (-0,01 - 0,00)
M3a	0,16*** (0,14 - 0,18)	0,16*** (0,14 - 0,19)	0,18*** (0,16 - 0,20)	0,16*** (0,14 - 0,19)	0,17*** (0,15 - 0,19)	0,01 (-0,01 - 0,03)	-0,00 (-0,01 - 0,00)
M3b	0,15*** (0,13 - 0,17)	0,16*** (0,14 - 0,18)	0,18*** (0,16 - 0,20)	0,16*** (0,14 - 0,18)	0,17*** (0,15 - 0,19)	0,01 (-0,01 - 0,03)	-0,00 (-0,01 - 0,00)
M3c	0,14*** (0,12 - 0,16)	0,14*** (0,12 - 0,17)	0,16*** (0,14 - 0,18)	0,15*** (0,13 - 0,17)	0,15*** (0,13 - 0,17)	0,01 (-0,01 - 0,03)	-0,00 (-0,01 - 0,00)
M4	0,13*** (0,11 - 0,15)	0,14*** (0,11 - 0,16)	0,15*** (0,13 - 0,18)	0,14*** (0,12 - 0,17)	0,14*** (0,11 - 0,16)	0,01 (-0,01 - 0,03)	-0,00 (-0,01 - 0,00)

Notizen: SII = Slope Index of Inequality, KI = Konfidenzintervall
M1: Deprivationsarmut
M2: M1 + soziodemografische Variablen (Geschlecht, Alter, Wohnort, Familienstand)
M3a: M2 + Bildung, M3b: M2 + Berufsstatus, M3c: M2 + Einkommensklassen
M4: M2 + sozioökonomische Variablen (Bildung, Berufsstatus, Einkommensklassen).

In Tabelle 9 sind die Ergebnisse zu Fragestellung F2 zum Kausaleinfluss von Deprivationsarmut zum Zeitpunkt t-1 auf die subjektive Gesundheit zum Zeitpunkt t dargestellt. Auch in diesem Zusammenhang wurde überprüft, ob und inwieweit die Einkommensarmut mit der Deprivationsarmut zusammenhängt. Dazu wurde zunächst die Einkommensarmut zu den Zeitpunkten t und t-1 (Modell 1) und die Deprivationsarmut zu den Zeitpunkten t und t-1 (Modell 2) unter Kontrolle des Geschlechts, Alters, der Nationalität, dem Wohnort und Bildungs- und Berufsstatus in zwei voneinander getrennten Modellrechnungen berücksichtigt und anschließend in einem gemeinsamen Modell (Modell 3). Modell 1 und Modell 2 zeigen, dass die Einkommens- und Deprivationsarmut zu den Zeitpunkten t und t-1 mit der subjektiven Gesundheit zusammenhängen und die Deprivationsarmut eine im Vergleich zur Einkommensarmut stärkere Assoziation zur Gesundheit aufweist. Werden beide Armutsmaße in einem gemeinsamen Modell berücksichtigt (Modell 3), bleibt die Deprivationsarmut signifikant mit der subjektiven Gesundheit assoziiert. Die als Kausaleinfluss ausgewiesene Effektgröße der Deprivationsarmut zum Zeitpunkt t-1 ist hierbei auch weiterhin signifikant mit

der Gesundheit zum Zeitpunkt t assoziiert. Mit Bezug auf Fragestellung F3 stellt Abbildung 4 den Zusammenhang zwischen Gesundheit und Deprivationsarmut im Altersverlauf unabhängig von möglichen Kohorteneffekten dar. Wie zu ersehen, geht die Deprivationsarmut in allen Altersklassen mit einem signifikant höheren Risiko einher, die eigene Gesundheit als weniger gut bzw. schlecht zu beschreiben. Bereits in einem Alter von 26 Jahren ist das absolute (um 6,1 Prozentpunkte) und relative Gesundheitsrisiko (um das 2,593fache) für deprivationsarme Personen signifikant höher als für Personen, die nicht deprivationsarm sind.

Tabelle 9: Risiken einer weniger guten bis schlechten subjektiven Gesundheit nach Einkommensarmut in t und t-1 und Deprivationsarmut in t und t-1 (SOEP 2001, 2003 und 2005).

	Modell 1[a,c] OR[b] (95%-KI)	Modell 2[a,c] OR[b] (95%-KI)	Modell 3[a,c] OR[b] (95%-KI)
Einkommensarmut (zum Zeitpunkt t)			
Nein	1,00		1,00
Ja	1,53 (1,25–1,87)		1,12 (0,91–1,38)
Einkommensarmut (zum Zeitpunkt t-1)			
Nein	1,00		1,00
Ja	1,42 (1,15–1,74)		1,09 (0,88–1,34)
Deprivationsarmut (zum Zeitpunkt t)			
Nein		1,00	1,00
Ja		2,24 (1,90–2,65)	2,18 (1,84–2,58)
Deprivationsarmut (zum Zeitpunkt t-1)			
Nein		1,00	1,00
Ja		1,82 (1,54–2,16)	1,78 (1,50–2,11)
r_a	2,49	2,43	2,44
p	0,65	0,64	0,64
Log likelihood	-11.073,67	-10.995,89	-10.994,84
Anzahl Beobachtungen	27.939	27.939	27.939
Anzahl Individuen	14.654	14.654	14.654

Notizen: OR: Odds Ratio; KI = Konfidenzintervall

[a] Die Berechnungen basieren auf einem logistischen Regressionsmodell mit Zufallseffekten für binäre Outcomevariablen.

[b] Kontrolliert für Geschlecht, Alter, Nationalität, Wohnort, Bildung und Beruf.

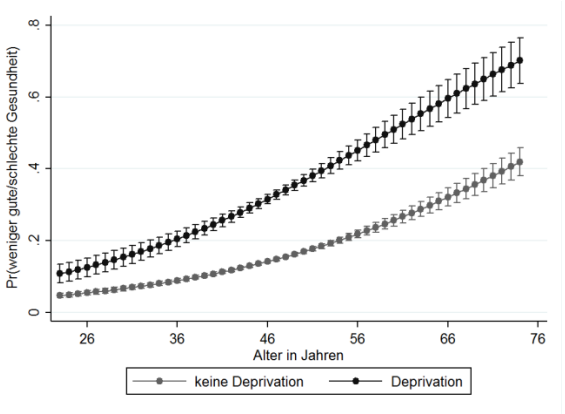
[c] Ergebnisse variieren nicht signifikant mit dem Geschlecht.

Diese Unterschiede vergrößern sich mit zunehmendem Alter (siehe Abbildung 4). Insbesondere während der Erwerbsphase nimmt die Ungleichheit in der Gesundheit zu und verfestigt sich im hohen Lebensalter. So ist die (wahrgenommene und empirisch geschätzte) Gesundheitslast in einem Alter von 76 Jahren zwar generell hoch (40,6% bei nicht deprivationsarmen Personen), aber bei deprivationsarmen Personen um ein vielfaches höher (68,9%). Diese absolute Ungleichheit in der Gesundheit spiegelt sich auch in den relativen Unterschieden der 76-Jährigen wider. Das Risiko (Odds), die eigene Gesundheit als weniger gut oder schlecht zu beschreiben, war unter deprivationsarmen Personen um das 3,481fache höher als unter Personen, die nicht deprivationsarm waren. Insgesamt betrachtet weisen die Ergebnisse darauf hin, dass die Ungleichheit in der Gesundheit mit zunehmendem Alter steigt

und dass die Deprivationsarmut mit einer Akkumulation von Benachteiligungen einhergeht, die in der Erwerbsphase verstärkt in Erscheinung tritt.

Abbildung 4: Marginale Wahrscheinlichkeiten† und Odds Ratio einer weniger guten oder schlechten Gesundheit nach Deprivationsstatus und Alter (SOEP, Individuen = 15.686; Beobachtungen = 65.343).

	Marginale Wahrscheinlichkeit		
	Keine Deprivations-armut	Deprivations-armut	**Odds Ratio†††**
Alter	[95%-KI]	[95%-KI]	[95%-KI]
26	0,047 [0,041; 0,053]	0,108 [0,082; 0,134]	2,593 [1,683; 3.504]
36	0,077 [0,071; 0,083]	0,179 [0,154; 0,202]	2,640 [2,085; 3,195]
46	0,124 [0,119; ,128]	0,279 [0,264; 0,294]	2,744 [2,501; 2,987]
56	0,193 [0,185; 0,201]	0,409 [0,387; 0,431]	2,912 [2,582; 3,243]
66	0,288 [0,268; 0,308]	0,553 [0,507; 0,599]	3,154 [2,390; 3,919]
76	0,406 [0,369; 0,444]	0,689 [0,626; 0,752]	3,481 [2,154; 4,808]



Notizen: KI: Konfidenzintervall
† In Anlehnung an Willson et al. (2007) wurde der Alterseffekt über das medianzentrierte Alter dargestellt und der Kohorteneffekt über das um den Durchschnitt zentrierte Alter in der Ausgangswelle 2001. In den Modellen wurden Interaktionen zwischen Alter, Deprivation und Kohorte berücksichtigt kontrolliert für Region, Familienstand und Grund für Ausscheiden aus dem Panel vor 2013 (Tod oder anderes) (Ergebnisse auf Anfrage erhältlich). Die Grafik verdeutlicht marginale Wahrscheinlichkeiten einer weniger guten oder schlechten Gesundheit für Personen, die nicht deprivationsarm sind, und solche, die von Deprivationsarmut betroffen sind.
Datenbasis: SOEP 2001, 2003, 2005, 2007, 2011, 2013 (v31).

2.3.4 Diskussion

In den vorangegangen Analysen haben wir eine Längsschnittsperspektive auf den Zusammenhang zwischen Deprivationsarmut und Gesundheit eingenommen. Hierzu wurde untersucht, wie sich die relative und absolute Ungleichheit in der subjektiven Gesundheit gemessen über das Deprivationsniveau im Zeitverlauf verändert hat (Fragestellung F1), ob die Deprivationsarmut einen Kausaleinfluss auf die subjektive Gesundheit ausübt (Fragestellung F2) und wie der Zusammenhang zwischen Deprivationsarmut und subjektiver Gesundheit über den Lebenslauf verläuft (Fragestellung F3).

Die Ergebnisse zu Fragestellung F1 zeigten, dass die relative und absolute Ungleichheit in der subjektiven Gesundheit zwischen 2001 und 2005 zunächst steigt und bis zum Jahr 2011 wieder sinkt. Dieser Anstieg, dem empirisch keine Signifikanz nachgewiesen werden konnte, korrespondiert mit der Einführung der stärksten Arbeitsmarktreform in Deutschland im Jahr 2005: der sogenannten Hartz-Reform. Andere Untersuchungen kommen zu dem Ergebnis, dass die wahrgenommenen Entbehrungen in der sozialen Teilhabe und im Lebensstandard wie auch das wahrgenommene Stigma von Arbeitslosengeldzweibeziehern im Zuge der Hartz-

Reformen zugenommen haben (Achatz und Wenzig 2008; Christoph 2008). Auch Siegel et al. (2014) konnten in ihrer auf Basis des SOEPs durchgeführten Untersuchung einen Anstieg in der gesundheitlichen Ungleichheit – gemessen über den Zusammenhang zwischen Einkommen und subjektiver Gesundheit – im Zuge der Einführung der Hartz-Reformen nachweisen. Die vorliegende Untersuchung konnte hingegen keinen signifikanten Trend im Zusammenhang zwischen Deprivationsarmut und subjektiver Gesundheit feststellen und steht damit im Widerspruch zu den bereits zitierten und anderen Trendanalysen (Maron und Mielck 2015). Eine wesentliche Ursache hierfür liegt möglicherweise darin, dass der Lebensstandard und die Deprivationsarmut auf einer lebenslangen Wohlfahrtsproduktion beruht und damit von kurzfristigen Einflüssen oder Schocks, wie die Einführung der Hartz-Reformen, zunächst unberührt bleiben. Aus diesem Grunde sind weiterführende Trendanalysen, die einen längeren Zeitraum erfassen, unerlässlich.

Die Ergebnisse zur Kausalanalyse (Fragestellung F2) zeigten, dass sowohl die Einkommensarmut als auch die Deprivationsarmut zum Zeitpunkt t-1 einen Einfluss auf einen unzureichenden Gesundheitszustand zum Zeitpunkt t ausübt. Diese „Kausaleinflüsse“ hatten nach gegenseitiger Kontrolle beider Armutsfaktoren für die Deprivationsarmut bestand, so dass auch in diesem Zusammenhang davon ausgegangen werden kann, dass der Lebensstandardansatz wohlstandsbedrohtere Lebenslagen erfasst als der Einkommensansatz, was der bisherigen Studienlage entspricht (Butterworth et al. 2012; Foulds et al. 2014; Saito et al. 2014). Ob und inwieweit jedoch auf einen Kausaleinfluss der Deprivationsarmut auf die Gesundheit geschlossen werden kann, bleibt auf Basis der vorliegenden Untersuchung offen. Wie in der Untersuchung von Pförtner und Schmidt-Catran (2018), war die Variation der Armutslagen im Zeitverlauf derart gering, dass eine Analyse auf Basis eines Fixed-Effects-Modells nicht möglich war. Somit konnte auch nicht geklärt werden, ob der Einstieg in die Deprivationsarmut zu einem früheren Zeitpunkt kausal auf ein Abdriften in einen unzureichenden Gesundheitszustand zu einem späteren Zeitpunkt wirkt. Vielmehr wird wiederum deutlich, dass in dem relativ kurzen Beobachtungszeitraum die Beziehungszusammenhänge von Deprivationsarmut und Gesundheit relativ stabil sind. Für diese Schlussfolgerung spricht auch die weiter oben aufgestellte These, dass der Lebensstandardansatz Lebenslagen misst, die mit einer Akkumulation von Benachteiligungen im Lebenslauf einhergehen und in einer Polarisierung der Gesundheit zwischen deprivationsarmen und nicht-deprivationsarmen Personen münden. Ob und inwieweit

fortführende Studien, die einen längeren Beobachtungszeitraum betrachten, tatsächlich einen Kausaleinfluss von Deprivationsarmut auf Gesundheit nachweisen können, bleibt daher offen.

Die auf den Lebenslauf fokussierten Analysen (Fragestellung F3) haben schließlich gezeigt, dass der Zusammenhang zwischen Deprivationsarmut und subjektiver Gesundheit maßgeblich in der mittleren Erwerbsphase konstituiert wird und die Ungleichheit in der Gesundheit bis ins hohe Lebensalter weiter zunimmt. Dieses Ergebnis spricht wiederum für eine Polarisierung der Gesundheit zwischen deprivationsarmen und nicht-deprivationsarmen Personen. Zudem betätigen die vorliegenden Ergebnisse Studien, die von einer Vergrößerung (Divergenz) gesundheitlicher Ungleichheit über den Lebenslauf ausgehen. Erklärt wird diese Zunahme über eine Akkumulation von Chancen und Benachteiligungen im Lebenslauf, die ihren Ursprung im frühen Lebensalter hat und sich im aktuellen Lebensstandard einer Person ausdrückt (Ben-Shlomo et al. 2016; Willson et al. 2007). Bisherige Studien haben hierzu meist das Bildungsniveau als Indikator sozialer Ungleichheit hinzugezogen unter der Annahme, dass mit diesem eine gewisse Wohlfahrtsproduktion im Lebenslauf einhergeht. Der Lebensstandardansatz berücksichtigt hingegen das Resultat der gesamten Ressourcenaufwendungen. Er ist demnach gegenüber anderen Mechanismen der Akkumulation von Benachteiligungen im Lebenslauf offen, wie sie beispielsweise aus kritischen Lebensereignissen resultieren können, die zwar Einfluss auf den Wohlstand, aber nicht direkt aus dem Bildungstand einer Person resultieren (wie bspw. die Scheidung vom Ehepartner und die daraus resultierenden Wohlfahrtsverluste).

Die aus der Längsschnittsperspektive durchgeführten Analysen und daraus gezogenen Implikationen für die Forschung unterliegen einigen Limitationen. Allen vorangegangen Analysen liegt das Problem zu Grunde, dass die gesellschaftliche Bewertung über den notwendigen Lebensstandard im Zeitverlauf variieren kann und damit zu Messungenauigkeiten führt mit Blick auf den verfügbaren Lebensstandard. So können beispielsweise technische Produktinnovationen im Zeitverlauf dazu führen, dass einzelne Lebensstandardmerkmale an gesellschaftlichem Wert verlieren. Die vielen Erneuerungen auf dem Telekommunikationssektor sind hier ein Paradebeispiel. Indes zeigen Studien, dass sich die Notwendigkeitsbewertung bei einem Großteil der verwendeten Lebensstandardmerkmale im Zeitverlauf nicht verändert hat und somit die Aussagen zum Deprivationsniveau relativ

verlässlich sind (Andreß 2003b; Christoph 2008). Ein ähnliches Problem, das unter dem Begriff „Response Shift“ diskutiert wird, bezieht sich auf den Indikator der subjektiven Gesundheit. Unter dem Response Shift verbirgt sich ein im Zeitverlauf verändertes Antwortverhalten der Befragten, das nicht auf den tatsächlichen Gesundheitszustand zurückzuführen ist, sondern auf einer Neubewertung der Frage zur subjektiven Gesundheit beruht. Diese kann auf Veränderungen im Lebenslauf (wie bspw. eine Erkrankung) zurückgeführt werden, auf Änderungen interner Werte, auf denen die Einschätzung zur eigenen Gesundheit seitens des Befragten beruht, oder auf eine Neudefinition des Konzepts des eigenen Gesundheitszustandes (Güthlin 2004). Dieses in der medizinischen Interventionsforschung bekannte Phänomen, kann im Zeitverlauf zu Verzerrungen in der Validität des subjektiven Gesundheitsindikators führen und so auch zu Verzerrungen in der Darstellung möglicher Trend- und Altersverläufe. Schließlich gelten auch die in Kapitel 2.1.2 und 2.1.3 dargelegten Limitationen zur Verwendung subjektiver Gesundheitsoutcomes und zum Lebensstandardansatz in diesen Untersuchungen, so dass weitere Analysen auf Basis objektiver Gesundheitsoutcomes, unter Verwendung unterschiedlicher Operationalisierungsstrategien von Deprivationsarmut und unter Berücksichtigung eines längeren Beobachtungszeitraums notwendig sind.

Die vorangehenden Untersuchungsergebnisse haben gezeigt, dass sich eine Längsschnittperspektive auf den Zusammenhang zwischen Deprivationsarmut und Gesundheit lohnt. Die Ergebnisse bekräftigen Erkenntnisse der Ungleichheitsforschung, die besagen, dass sich die gesundheitliche Ungleichheit im Lebenslauf ausweitet, und lassen auch Rückschlüsse zur Akkumulation von Benachteiligungen deprivierter Lebenslagen zu. Die Deprivationsarmut beruht demnach im hohen Lebensalter auf Benachteiligungen, die im Lebenslauf wiederholt aufgetreten sind. Diese können mit Blick auf die Gesundheit zu einer Polarisierung zwischen deprivationsarmen und nicht-deprivationsarmen Personen führen, die eine Kausalanalyse erschwert. Diese lebenslaufspezifischen Wechselwirkungen zwischen sozioökonomischer Situation und Gesundheit zu entschlüsseln, stellt eine Kernaufgabe zukünftiger Studien dar. Der Lebensstandardansatz kann dazu ein gewählter Ansatz und Endpunkt zur Messung der lebenslaufspezifischen Wohlfahrtsproduktion sein.

3 Diskussion

Die vorliegende kumulative Habilitationsschrift hat empirische Beispiele aufgezeigt, in denen der Lebensstandardansatz der gesundheitlichen Ungleichheitsforschung vorgestellt und seine Potentiale und Limitationen für diese beleuchtet wurden.

Der Lebensstandardansatz birgt eine Vielzahl von Potentialen für die gesundheitliche Ungleichheitsforschung. Die dargelegten Ergebnisse zur ungleichen Verteilung verschiedener Gesundheitsoutcomes, insbesondere im Lebens- bzw. Altersverlauf (Kapitel 2.1.1 und 2.1.2), die sich mit bisherigen Erkenntnissen der gesundheitlichen Ungleichheitsforschung decken, zeigen, dass der Lebensstandardansatz zur Messung gesundheitlicher Ungleichheit geeignet ist. Zudem wurde deutlich, dass der Lebensstandardansatz als ergänzendes Messinstrument von relativer Armut und sozialer Ungleichheit im Rahmen gesundheitlicher Ungleichheitsuntersuchungen eingesetzt werden kann. Gerade da der Lebensstandard als direktes Armuts- bzw. Ungleichheitsmaß das Ergebnis des Verhaltens der Individuen nach Einsatz der ihnen zugänglichen Ressourcen widerspiegelt, geht mit ihm eine präzisere Messung der sozioökonomischen Situation einher als bspw. mit dem Einkommen. Dafür sprechen die in Kapitel 2.1.1 und 2.1.3 gewonnenen Erkenntnisse, dass der Lebensstandardansatz im Vergleich zum Einkommen wohlstandsbedrohtere Lebenslagen misst und insbesondere im hohen Lebensalter ihren Ursprung in einer Akkumulation von Benachteiligungen im Lebenslauf hat. Der Lebensstandardansatz misst dabei eine neue Dimension von relativer Armut und sozialer Ungleichheit und soll die bisherigen etablierten Messinstrumente nicht verdrängen, sondern ergänzen. Hierfür spricht auch, dass die Deprivationsarmut sowohl Determinante als auch Mediator gesundheitlicher Ungleichheit ist und der Lebensstandardansatz damit vielseitig einsetzbar ist.

Wenngleich der Lebensstandardansatz viele Potentiale für die gesundheitliche Ungleichheitsforschung birgt, ist er auch mit Limitationen behaftet, die in zukünftigen Untersuchungen berücksichtigt werden sollten. Diese leiten sich aus der allgemeinen Diskussion innerhalb der Armutsforschung und aus den dargelegten Untersuchungsergebnissen ab. Bei der Verwendung des Lebensstandardansatzes bleibt zunächst unklar, ob die berücksichtigten Lebensstandardmerkmale dem gegenwärtigen, in Deutschland vorherrschenden Trend entsprechen. Technischer Fortschritt und sozialer Wandel sind nur zwei Facetten, die zu einem sich ändernden Lebensstandard beitragen und

damit Einfluss auf die Messgenauigkeit des aktuellen Lebensstandards haben können. Darüber hinaus gibt es Hinweise darauf, dass Befragte ihre Notwendigkeitsbewertung auf Basis ihrer individuellen Lebenssituation treffen und Güter und Aktivitäten, die sie sich aus finanziellen Gründen nicht leisten können, als weniger notwendig erachten, wodurch die lebensstandardbasierte Armutsmessung verzerrt werden kann. Zudem sagt der gemessene Lebensstandard nichts über die Qualität und Quantität der erhobenen Güter und Aktivitäten aus und auch nichts darüber, wie die Lebensstandardmerkmale im Haushalt tatsächlich genutzt werden (Andreß 2008). Schließlich besteht auch noch grundsätzlicher Diskussionsbedarf zur Zusammenführung der Lebensstandardmerkmale in einen Index und zur Bestimmung einer Deprivationsarmutsgrenze (Andreß et al. 2005) (siehe Kapitel 1.3.4 – 1.3.6).

4 Ausblick

Obwohl seine Erforschung noch am Anfang steht, bildet der Lebensstandardansatz inzwischen immer häufiger die Grundlage gesundheitsbezogener Untersuchungen. Besonders beachtenswert ist vor diesem Hintergrund, dass der aus der Armutsforschung kommende Ansatz nun Eingang in Public Health, Sozialepidemiologie, Sozialmedizin und Medizinsoziologie gefunden hat, und auch auf daran angrenzende Forschungsdisziplinen erweitert werden kann, wie bspw. die Versorgungsforschung oder die Gesundheitsförderung und Prävention. Diese ersten Ansätze gilt es, in zukünftigen Studien weiter auszubauen und mit Bezug auf die in Kapitel 3 genannten Limitationen zu untersuchen. Dieses Vorhaben kann nur in interdisziplinärer Zusammenarbeit zwischen Armuts- und gesundheitlichen Ungleichheitsforschern gelingen, da eine Vielzahl der genannten Limitationen ihren Ursprung in der Armutsforschung hat.

Zunächst gilt es, an den wesentlichen Grundlagen zur Anwendung des Lebensstandardansatzes weiter zu forschen. Hierzu zählen unter anderem die Anwendung unterschiedlicher Deprivationsindizes, die mögliche Berücksichtigung der Notwendigkeitsbewertung bei der Bildung eines Index, die Bestimmung einer Derivationsarmutsgrenze oder die Untersuchung, inwieweit sich Lebensstandardmerkmale in Qualität, Quantität und innerhäuslicher Anwendung unterscheiden und damit möglicherweise auch verschieden mit Gesundheit zusammenhängen und auf diese wirken. Einige dieser Forschungslücken werden in einem eigenfinanzierten Projekt auf Basis des GESIS-Online-Panels erstmalig mit Blick auf die Gesundheit untersucht („*Der Lebensstandardansatz zur Messung von Armut*“ in Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Hans Jürgen Andress). Hierbei soll die Aktualität des für Deutschland geltenden Lebensstandards überprüft und seine Messgenauigkeit auf Basis latenter Klassenanalysen untersucht werden. Dieses Vorhaben erfolgt in interdisziplinärer Zusammenarbeit aus Armuts- und gesundheitlichen Ungleichheitsforschern und ist derzeit in der Analysephase.

Ein weiteres Vorhaben, das sich den benannten Forschungslücken annähert und zwischen Epidemiologie, Medizinsoziologie und Armutsforschung verortet ist, widmet sich der Einbindung des Lebensstandardansatzes in die NAKO Gesundheitsstudie („*Der Lebensstandardansatz zur Messung relativer Deprivation: Level 3-Projekt der Nationalen Kohorte*“ in Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Hans-Jürgen Andress und Dr. Börge Schmidt). Diese

ist als bundesweite Gesundheitsstudie mit 200.000 Teilnehmern die größte Kohortenstudie Deutschlands und beinhaltet eine Vielzahl verschiedener subjektiver und objektiver Gesundheitsmarker. Dadurch wird es möglich sein, das Wechselspiel zwischen Deprivationsarmut und subjektiver/objektiver Gesundheit unter Hinzunahme verschiedenster Kontroll- und Erklärungsfaktoren im Zeitverlauf zu betrachten und zu untersuchen. Dieses Vorhaben erfolgt in interdisziplinärer Zusammenarbeit aus Epidemiologen, Armuts- und gesundheitlichen Ungleichheitsforschern und befindet sich derzeit in der ersten Erhebungsphase.

Daran anknüpfend müssen zukünftige Studien die Wirkmechanismen zwischen Deprivationsarmut und Gesundheit auf der Individualebene untersuchen. Die möglichen Wirkmechanismen, die mit Deprivationsarmut assoziiert sein können und auf die Gesundheit wirken, reichen von der materiellen Belastung und den daraus resultierenden Nöten und Ängste bis zu einem Gefühl der Benachteiligung und Stigmatisierung. Welche der genannten Mechanismen hauptursächlich für den Zusammenhang zwischen Deprivationsarmut und Gesundheit ist, muss Gegenstand weiterer Untersuchungen sein, da daraus Implikationen für die Praxis (Sozial- und Gesundheitspolitik) gezogen werden können. Neben quantitativen Untersuchungen eignen sich hier insbesondere qualitative Untersuchungen, da diese einen umfangreicheren Einblick in die unmittelbare Lebenswelt sozial Benachteiligter geben können.

Daneben gilt es auch im internationalen Vergleich zu untersuchen, wie sich der Zusammenhang zwischen Deprivationsarmut und Gesundheit darstellt. Insbesondere die Betrachtung ökonomischer- und wohlfahrtsstaatlicher Makrofaktoren birgt einen Erkenntnisgewinn im Hinblick darauf, inwieweit sich die soziale, politische und ökonomische Lage eines Landes auf das Deprivationsmaß und damit auch auf die Gesundheit auswirkt. Nützliche Datenquellen sind hierzu das EU-SILC wie auch der EQLS, die den Lebensstandardansatz in ihre Befragung aufgenommen haben.

5 Zusammenfassung

Gesundheitliche Ungleichheit ist ein zentrales Problem von Gesellschaften, da sie auf individueller Ebene mit vielseitigen Benachteiligungen und auf gesellschaftlicher Ebene mit unterschiedlichen Kosten (ökonomisch, politisch und sozial) assoziiert ist. Die Untersuchung gesundheitlicher Ungleichheit hat in der Forschung lange Tradition und basiert meist auf den klassischen Indikatoren Bildung, Beruf und Einkommen. Die vorliegende kumulative Habilitationsschrift setzt an dieser Forschungstradition an und hat zum Ziel, den aus der Armutsforschung stammenden Lebensstandardansatz der gesundheitlichen Ungleichheitsforschung als ergänzendes Instrument zur Messung von relativer Armut und sozialer Ungleichheit vorzustellen und seine Potentiale und Limitationen zu beleuchten.

Hierzu werden drei zentrale Forschungsfragen auf Basis empirischer Studien dargestellt. Zunächst wird dazu ein direkter Vergleich zwischen Deprivationsarmut und Einkommensarmut vollzogen, die Deprivationsarmut als Determinante und Mediator gesundheitlicher Ungleichheit untersucht und der Zusammenhang zwischen Deprivationsarmut und subjektiver Gesundheit in der Längsschnittperspektive empirisch betrachtet. Die Ergebnisse zeigen, dass der Lebensstandardansatz Anknüpfungen an bisherige Forschungserkenntnisse der gesundheitlichen Ungleichheitsforschung hat, diese aber auch erweitert. Der Lebensstandardansatz bietet daher viel Potential für die gesundheitliche Ungleichheitsforschung und eignet sich als ergänzendes Messinstrument von relativer Armut und sozialer Ungleichheit zur Beschreibung und Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit.

6 Summary

Health inequality is a central problem of societies as it is associated with multiple disadvantages and costs at the individual and the societal level. The study of health inequalities has a long tradition in research and is mostly based on the classical indicators of education, occupation and income. The present cumulative postdoctoral thesis starts from this research tradition and aims to introduce the standard of living approach to health inequality research as a supplementary instrument for measuring poverty and social inequality and to shed light on its potentials and limitations.

Three central research questions based on empirical studies will be presented. First, a direct comparison is made between deprivation and income poverty. Second, deprivation is examined as a determinant and mediator of health inequality, and, third, the relationship between deprivation and subjective health is empirically examined from a longitudinal perspective. The results show that the standard of living approach has links to previous research findings on health inequalities, but also extends them. The standard of living approach therefore offers potentials for health inequality research and is suitable as a supplementary instrument for measuring poverty and social inequality in order to describe and explain health inequalities.

7 Literaturverzeichnis

Achatz, J. & Wenzig, C. (2008). Subjektive Wahrnehmung von Wohlfahrtsgewinnen und -verlusten von Empfängern der Grundsicherung für Arbeitssuchende nach Einführung des SGB II. In K. S. Rehberg (Hg.), Die Natur der Gesellschaft. Verhandlungen des 33. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Kassel 2006, 2436–2447. Frankfurt am Main: Campus Verlag.

Aldabe, B., Anderson, R., Lyly-Yrjänäinen, M., Parent-Thirion, A., Vermeylen, G., Kelleher, C. C. & Niedhammer, I. (2011). Contribution of material, occupational, and psychosocial factors in the explanation of social inequalities in health in 28 countries in Europe. *Journal of Epidemiology and Community Health,* 65, 1123–1131.

Alkire, S. & Santos, M. E. (2014). Measuring Acute Poverty in the Developing World: Robustness and Scope of the Multidimensional Poverty Index. *World Development,* 59, 251–274.

Alkire, S. & Sumner, A. (2013). Multidimensional Poverty and the Post-2015 MDGs. *Development,* 56, 46–51.

Andreß, H.-J. (1999). Leben in Armut. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Andreß, H.-J. (2003a). Does low income mean poverty? Some necessary extensions of poverty indicators based on economic resources. In G. Bäcker & W. Hanesch (Hg.), Combating poverty in Europe. The German Welfare Regime in Practice, 117–130. Aldershot: Ashgate.

Andreß, H.-J. (2003b). Resources, Standard of Living and Lebenslagen — And What Does All This Have To Do With Poverty? In R. Hauser & I. Becker (Hg.), Reporting on Income Distribution and Poverty, 91–104. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.

Andreß, H.-J. (2008). Lebensstandard und Armut — ein Messmodell. In A. Groenemeyer & S. Wieseler (Hg.), Soziologie sozialer Probleme und sozialer Kontrolle, 473–487. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Andreß, H.-J., Golsch, K. & Schmidt, A. W. (2013). Applied Panel Data Analysis for Economic and Social Surveys. Berlin, Heidelberg: Springer.

Andreß, H.-J. & Hörstermann, K. (2012). Lebensstandard und Deprivation im Alter in Deutschland. Stand und Entwicklungsperspektiven. *Zeitschrift für Sozialreform,* 58, 209–234.

Andreß, H.-J., Krüger, A. & Sedlacek, B. (2005). Forschungsprojekt. Armut und Lebensstandard. Zur Entwicklungdes notwendigen der Bevölkerung 1996 bis 2003. Lebenslagen in

Deutschland. Armuts- und Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung. Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung. Bonn.

Andreß, H.-J. & Lipsmeier, G. (1995). Was gehört zum notwendigen Lebensstandard und wer kann ihn sich leisten? Ein neues Konzept zur Armutsmessung. *Aus Politik und Zeitgeschichte,* 31/32, 35–49.

Andreß, H.-J. & Lipsmeier, G. (2000). Forschungsprojekt. Armut und Lebensstandard. Lebenslagen in Deutschland. Der erste Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Hg. v. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung. Bonn.

Babitsch, B. (2009). Die Kategorie Geschlecht. Theoretische und empirische Implikationen für den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hg.), Gesundheitliche Ungleichheit, 283–299. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Ben-Shlomo, Y., Cooper, R. & Kuh, D. (2016). The last two decades of life course epidemiology, and its relevance for research on ageing. *International Journal of Epidemiology,* 45, 973–988.

Berthoud, R. & Bryan, M. (2011). Income, Deprivation and Poverty: A Longitudinal Analysis. *Journal of Social Policy,* 40, 135–156.

Böhnke, P. & Delhey, J. (2001). Lebensstandard und Einkommensarmut. Plädoyer für eine erweiterte Armutsforschung. In E. Barlösius & W. Ludwig-Mayerhofer (Hg.), Die Armut der Gesellschaft, 315–335. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Bolte, G. & Kohlhuber, M. (2009). Soziale Ungleichheit bei umweltbezogener Gesundheit: Erklärungsansätze aus umweltepidemiologischer Perspektive. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hg.), Gesundheitliche Ungleichheit, 99–116. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Bradshaw, J., Mitchell, D. & Morgan, J. (1987). Evaluating Adequacy: The Potential of Budget Standards. *Journal of Social Policy,* 16, 165–181.

Bruin, A. d., Picavet, H. S. J & Nossikov, A. (1996). Health interview surveys. Towards international harmonization of methods and instruments. Copenhagen: World Health Organization (WHO regional publications. European series, no. 58).

Burkhauser, R. V., Smeeding, T. M. & Merz, J. (1996). Relative Inequality and Poverty in Germany and the United States using alternative Equivalence Scales. *Review of Income and Wealth,* 42, 381–400.

Butterworth, P., Olesen, S. C. & Leach, L. S. (2012). The role of hardship in the association between socio-economic position and depression. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry,* 46, 364–373.

Cappellari, L. & Jenkins, S. P. (2007). Summarizing Multiple Deprivation Indicators. In S. P. Jenkins & J. Micklewright (Hg.), Inequality and Poverty Re-examined, 166–184. Oxford: Oxford University Press.

Christoph, B. (2008). Was fehlt bei Hartz IV? Zum Lebensstandard der Empfänger von Leistungen nach SGB II. *Informationsdienst Soziale Indikatoren,* 40.

Christoph, B. & Lietzmann, T. (2013). Je länger, je weniger? Zum Zusammenhang zwischen der Dauer des ALG-II-Leistungsbezugs und den materiellen Lebensbedingungen der Betroffenen. *Zeitschrift für Sozialreform,* 59, 167–196.

Crettaz, E. & Suter, C. (2013). The Impact of Adaptive Preferences on Subjective Indicators: An Analysis of Poverty Indicators. *Social Indicators Research,* 114, 139–152.

Cutler, D., Deaton, A. & Lleras-Muney, A. (2006). The Determinants of Mortality. *Journal of Economic Perspectives,* 20, 97–120.

dem Knesebeck, O. von & Schäfer, I. (2009). Gesundheitliche Ungleichheit im höheren Lebensalter. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hg.), Gesundheitliche Ungleichheit, 253–265. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

dem Knesebeck, O. von & Vonneilich, N. (2009). Gesundheitliche Ungleichheit im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie,* 42, 459–464.

Desai, M. & Shah, A. (1988). An Econometric Approach to the Measurement of Poverty. *Oxford Economic Papers,* 40, 505–522.

DiPrete, T. A. & Eirich, G. M. (2006). Cumulative Advantage as a Mechanism for Inequality: A Review of Theoretical and Empirical Developments. *Annual Review of Sociology,* 32, 271–297.

Dragano, N. & Siegrist, J. (2009). Die Lebenslaufperspektive gesundheitlicher Ungleichheit: Konzepte und Forschungsergebnisse. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hg.), Gesundheitliche Ungleichheit, 181–194. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Elo, I. T. (2009). Social Class Differentials in Health and Mortality. Patterns and Explanations in Comparative Perspective. *Annual Review of Sociology,* 35, 553–572.

Eroğlu, S. (2007). Developing an Index of Deprivation Which Integrates Objective and Subjective Dimensions: Extending the Work of Townsend, Mack and Lansley, and Halleröd. *Social Indicators Research,* 80, 493–510.

Europäische Gemeinschaft (1985). Beschluß des Rates vom 19. Dezember 1984 über gezielt Maßnahmen zur Bekämpfung von Armut auf Gemeinschaftsebene. Amtsblatt Nr. L 002, 2425.

Foulds, J., Wells, J. E. & Mulder, R. (2014). The association between material living standard and psychological distress: results from a New Zealand population survey. *The International Journal of Social Psychiatry,* 60, 766–771.

Fritzsche, J. & Dörfler, S. (2016). Die Verachtung der Armen. Vom Bild des faulen Arbeitslosen zur Figur des »Asylschmarotzers«. *Blätter für Deutsche und Internationale Politik,* 3, 73–80.

Fuller-Rowell, T. E., Evans, G. W. & Ong, A. D. (2012). Poverty and health: the mediating role of perceived discrimination. *Psychological Science,* 23, 734–739.

Galler, H. P. & Ott, N. (1993). Empirische Haushaltsforschung. Erhebungskonzepte und Analyseansätze angesichts neuer Lebensformen. Frankfurt/Main: Campus.

Geißler, R. (2014). Die Entwicklung der sozialen Ungleichheiten zwischen Frauen und Männern. In R. Geißler (Hg.), Die Sozialstruktur Deutschlands, 373–411. Wiesbaden: Springer.

Groenemeyer, A. & Ratzka, M. (2012). Armut, Deprivation und Exklusion als soziales Problem. In G. Albrecht & A. Groenemeyer (Hg.), Handbuch soziale Probleme, 367–432. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Groh-Samberg, O. & Voges, W. (2013). Armut und soziale Ausgrenzung. In S. Mau & N. M. Schöneck (Hg.), Handwörterbuch zur Gesellschaft Deutschlands, 58–79. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.

Gunasekara, F. I., Carter, K. & Blakely, T. (2011). Change in income and change in self-rated health: Systematic review of studies using repeated measures to control for confounding bias. *Social Science and Medicine,* 72, 193–201.

Gunasekara, F. I., Carter, K. N., Crampton, P. & Blakely, T. (2013). Income and individual deprivation as predictors of health over time. *International Journal of Public Health,* 58, 501–511.

Gunasekara, F. I., Carter, K. N., Liu, I., Richardson, K. & Blakely, T. (2012). The relationship between income and health using longitudinal data from New Zealand. *Journal of Epidemiology and Community Health,* 66, e12.

Güthlin, C. (2004). Response Shift: alte Probleme der Veränderungsmessung, neu angewendet auf gesundheitsbezogene Lebensqualität. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie,* 13, 165–174.

Hagen, C. & Starker, A. (2011). Epidemiologie - was fällt auf? Unterschiede in der Gesundheit von Frauen und Männern. *Public Health Forum,* 19, 1–3.

Hagenaars, A., Vos, K. d. & Zaidi, M. A. (1994). Poverty statistics in the late 1980s. Research based on micro-data. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

Hallerod, B. (1995). The Truly Poor: Direct and Indirect Consensual Measurement of Poverty in Sweden. *Journal of European Social Policy,* 5, 111–129.

Halleröd, B. (1994). A new approach to the direct consensual measurement of poverty. Hg. v. Social Policy Research Center. University of New South Wales (SPRC Discussion Paper, 50).

Halleröd, B. (2006). Sour Grapes: Relative Deprivation, Adaptive Preferences and the Measurement of Poverty. *Journal of Social Policy,* 35, 371–390.

Hanesch, Walter (Hg.) (1995). Sozialpolitische Strategien gegen Armut. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Hauser, R. (1996). Zur Messung individueller Wohlfahrt und ihrer Verteilung. In Statistisches Bundesamt (Hg.), Wohlfahrtsmessung - Aufgabe der Statistik im gesellschaftlichen Wandel., 13–38. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Hauser, R. (2002). Zum Einfluss von Äquivalenzskalen auf Ergebnisse zur personellen Einkommensverteilung und zur relativen Einkommensarmut. In L. Menkhoff & F. L. Sell (Hg.), Zur Theorie, Empirie und Politik der Einkommensverteilung, 175–189. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.

Hauser, R. (2012). Das Maß der Armut: Armutsgrenzen im sozialstaatlichen Kontext – Der sozialstatistische Diskurs. In E.-U. Huster, J. Boeckh & H. Mogge-Grotjahn (Hg.), Handbuch Armut und Soziale Ausgrenzung, 122–146. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Helmert, U., Bammann, K., Voges, W. & Müller, R. (2000). Müssen Arme früher sterben? Soziale Ungleichheit und Gesundheit in Deutschland. Weinheim: Juventa (Gesundheitsforschung).

Helmert, U., Mielck, A. & Shea, S. (1997). Poverty, Health, and Nutrition in Germany. *Reviews on Environmental Health,* 12, 159–170.

Hiyoshi, A., Fukuda, Y., Shipley, M. J. & Brunner, E. J. (2014). Health inequalities in Japan. The role of material, psychosocial, social relational and behavioural factors. *Social Science and Medicine,* 104, 201–209.

Hoffmann, R. (2011). Illness, not age, is the leveler of social mortality differences in old age. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences,* 66, 374–379.

Hradil, S. (2009). Was prägt das Krankheitsrisiko: Schicht, Lage, Lebensstil? In M. Richter & K. Hurrelmann (Hg.), Gesundheitliche Ungleichheit, 35–54. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Huster, E.-U., Boeckh, J. & Mogge-Grotjahn, H. (2012). Armut und soziale Ausgrenzung – Ein multidisziplinäres Forschungsfeld. In E.-U. Huster, J. Boeckh & H. Mogge-Grotjahn (Hg.), Handbuch Armut und Soziale Ausgrenzung, 13–42. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Idler, E. L. & Benyamini, Y. (1997). Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies. *Journal of Health and Social Behavior,* 38, 21–37.

Jarczok, M. N., Kleber, M. E., Koenig, J., Loerbroks, A., Herr, R. M., Hoffmann, K. et al. (2015). Investigating the associations of self-rated health: heart rate variability is more strongly associated than inflammatory and other frequently used biomarkers in a cross sectional occupational sample. *PloS one,* 10, e0117196.

Kawachi, I. (2002). A glossary for health inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health,* 56, 647–652.

Kohl, J. (1992). Armut im internationalen Vergleich. Methodische Probleme und empirische Ergebnisse. In S. Leibfried & W. Voges (Hg.), Armut im modernen Wohlfahrtsstaat, 272–323. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Kröger, H., Pakpahan, E. & Hoffmann, R. (2015). What causes health inequality? A systematic review on the relative importance of social causation and health selection. *European Journal of Public Health,* 25, 951–960.

Kroh, M., Neiss, H., Kroll, L. E. & Lampert, T. (2012). Menschen mit hohen Einkommen leben länger. *DIW Wochenbericht,* 38, 3–15.

Kroll, L. E. (2010). Sozialer Wandel, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Kroll, L. E. & Lampert, T. (2010). Zunehmende Unterschiede im subjektiven Gesundheitszustand zwischen den Einkommensschichten. Analysen zu einem Aspekt der gesundheitlichen Ungleichheit. *Informationsdienst Soziale Indikatoren,* 43, 5–8.

Lampert, T. (2010). Smoking, physical inactivity, and obesity. Associations with social status. *Deutsches Arzteblatt International,* 107, 1–7.

Lampert, T. (2011). Armut und Gesundheit. In T. Schott & C. Hornberg (Hg.), Die Gesellschaft und ihre Gesundheit, 575–597. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Lampert, T. & Kroll, L. E. (2014). Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung. *GBE Kompakt,* 5, 1–13.

Lepianka, D., van Oorschot, W. & Gelissen, J. (2009). Popular Explanations of Poverty: A Critical Discussion of Empirical Research. *Journal of Social Policy,* 38, 421–438.

Levitas, R. (2006). The concept and measurement of social exclusion. In C. Pantazis, D. Gordon & R. Levitas (Hg.), Poverty and Social Exclusion in Britain, 123–160. Bristol: The Policy Press.

Lipsmeier, G. (1999). Die Bestimmung des notwendigen Lebensstandards - Einschätzungsunterschiede und Entscheidungsprobleme. *Zeitschrift für Soziologie,* 28, 281–300.

Lipsmeier, G. (2001). Potentiale und Probleme des Deprivationsansatzes in der Armutsforschung. *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit,* 32, 3–30.

Lorant, V., Croux, C., Weich, S., Deliège, D., Mackenbach, J. & Ansseau, M. (2007). Depression and socio-economic risk factors: 7-year longitudinal population study. *The British Journal of Psychiatry,* 190, 293–298.

Mack, J. & Lansley, S. (1985). Poor Britain. London: George Allen &.

Mackenbach, J. P. & Kunst, A. E. (1997). Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health. An overview of available measures illustrated with two examples from Europe. *Social Science and Medicine,* 44, 757–771.

Marmot, Michael; Wilkinson, Richard (Hg.) (2005). Social Determinants of Health: Oxford University Press.

Maron, J. & Mielck, A. (2015). Nimmt die gesundheitliche Ungleichheit zu? Ergebnisse eines Literaturreviews und Empfehlungen fur die weitere Forschung. *Das Gesundheitswesen,* 77, 137–147.

Matthews, K. A. & Gallo, L. C. (2011). Psychological perspectives on pathways linking socioeconomic status and physical health. *Annual Review of Psychology,* 62, 501–530.

Meyer, S. & Schmidtke, K. (2013). Soziale ungleichheit, kombination von risikofaktoren und selbsteingeschätzter gesundheitszustand--analysen auf basis des mikrozensus 2009. *Gesundheitswesen,* 75, 140–142.

Mickelson, K. D. & Williams, S. L. (2008). Perceived Stigma of Poverty and Depression: Examination of Interpersonal and Intrapersonal Mediators. *Journal of Social and Clinical Psychology,* 27, 903–930.

Mielck, A. (2008). Soziale Ungleichheit und Gesundheit in Deutschland. Die internationale Perspektive. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz,* 51, 345–352.

Moor, I., Richter, M., Ravens-Sieberer, U., Ottova-Jordan, V., Elgar, F. J. & Pfortner, T.-K. (2015). Trends in social inequalities in adolescent health complaints from 1994 to 2010 in Europe, North America and Israel: The HBSC study. *European Journal of Public Health,* 25, 57–60.

Moor, I., Spallek, J. & Richter, M. (2017). Explaining socioeconomic inequalities in self-rated health. A systematic review of the relative contribution of material, psychosocial and behavioural factors. *Journal of Epidemiology and Community Health,* 71, 565–575.

Morris, J. N. (2000). A minimum income for healthy living. *Journal of Epidemiology and Community Health,* 54, 885–889.

Morris, J. N., Wilkinson, P., Dangour, A. D., Deeming, C. & Fletcher, A. (2007). Defining a minimum income for healthy living (MIHL): older age, England. *International Journal of Epidemiology,* 36, 1300–1307.

Muffels, R. (1993). Deprivation standards and style of living indices. In J. Berghman & B. Cantillon (Hg.), The European Face of Social Security. Essays in honour of Herman Deleeck, 43–59. Avebury: Aldershot.

Muffels, R. & Fouarge, D. (2004). The Role of European Welfare States in Explaining Resources Deprivation. *Social Indicators Research,* 68, 299–330.

Murray, S. (2006). Poverty and health. *Canadian Medical Association Journal,* 174, 923.

Müters, S., Lampert, T. & Maschewsky-Schneider, U. (2005). Subjektive Gesundheit als Prädiktor für Mortalität. *Das Gesundheitswesen,* 67, 129–136.

Nolan, B. & Whelan, C. T. (1996). Resources, Deprivation and Poverty. Oxford: Clarendon Press.

Nolte, E. & McKee, M. (2004). Changing health inequalities in east and west Germany since unification. *Social Science and Medicine,* 58, 119–136.

Norton, E., Miller, M. & Kleinman, L. (2001). Computing adjusted risk ratios and risk differences in Stata. *The Stata Journal,* 13, 492–509.

Notten, G. & Neubourg, C. de (2011). Monitoring absolute and relative poverty:“Not enough” is not the same as “much less”. *Review of Income and Wealth,* 57, 247–269.

Palma-Solis, M. (2008). Political and social context of not attaining the Millennium Development Goal to reduce poverty. *Bulletin of the World Health Organization,* 86, 772–779.

Pampel, F. C., Krueger, P. M. & Denney, J. T. (2010). Socioeconomic Disparities in Health Behaviors. *Annual Review of Sociology,* 36, 349–370.

Peace, R. (2001). Social Exclusion: A concept in need of definition. *Social Policy Journal of New Zealand,* 16, 17–36.

Pérez-Zepeda, M. U., Belanger, E., Zunzunegui, M.-V., Phillips, S., Ylli, A. & Guralnik, J. (2016). Assessing the Validity of Self-Rated Health with the Short Physical Performance Battery: A Cross-Sectional Analysis of the International Mobility in Aging Study. *PloS one,* 11, e0153855.

Pfoertner, T.-K., Andress, H.-J. & Janssen, C. (2011). Income or living standard and health in Germany. Different ways of measurement of relative poverty with regard to self-rated health. *International Journal of Public Health,* 56, 373–384.

Pförtner, T.-K. (2013). Armut und Gesundheit in Europa. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.

Pförtner, T.-K. (2016). Armut und Gesundheit: Der Lebensstandardansatz als ergänzendes Messinstrument relativer Armut. Ergebnisse aus dem Sozio-ökonomischen Panel (SOEP 2011). *Gesundheitswesen,* 78, 387–394.

Pförtner, T.-K., Andreß, H.-J. & Janßen, C. (2011). Income or living standard and health in Germany: different ways of measurement of relative poverty with regard to self-rated health. *International Journal of Public Health,* 56, 373–384.

Pförtner, T.-K. & Moor, I. (2017). Wie kommt die Gesellschaft unter die Haut? Eine Mediatoranalyse gesundheitlicher Ungleichheit mit den Daten des Sozioökonomischen Panels 2011. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie,* 67, 9–18.

Pförtner, T.-K. & Schmidt-Catran, A. (2018). Lebensstandard und Gesundheit. In M. Giesselmann, K. Golsch, H. Lohmann & A. Schmidt-Catran (Hg.), Lebensbedingungen in Deutschland in der Längsschnittperspektive, 17–32. Wiesbaden: Springer.

Pförtner, T.-K. & Schumann, N. (2016). Armut, öffentliche Sozialtransfers und Gesundheit: Eine Analyse zur subjektiven Gesundheit von Sozialleistungsbeziehern in Deutschland. *Gesundheitswesen,* 78, e69-e77.

Piachaud, D. (1992). Wie Misst Man Armut? In S. Leibfried & W. Voges (Hg.), Armut im modernen Wohlfahrtsstaat, 63–87. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Pimminger, I. (2012). Armut und Armutsrisiken von Frauen und Männern. Agentur für Gleichstellung im ESF. Berlin.

Popham, F. (2015). Deprivation is a relative concept? Absolutely! *Journal of Epidemiology and Community Health,* 69, 199200.

Power, C. & Kuh, D. (2008). Die Entwicklung gesundheitlicher Ungleichheiten im Lebenslauf. In J. Siegrist, M. Marmot, A. Kauß & S. Weyers (Hg.), Soziale Ungleichheit und Gesundheit, 45–76. Bern: Huber.

Ravallion, M. (2012). Poverty Lines across the World. In P. Jefferson (Hg.), The Oxford Handbook of the Economics of Poverty, 75–104. Oxford: Oxford University Press.

Richter, M. (2013). Verkörperte Ungleichheiten. Herausforderungen für die psychosomatische Medizin. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie,* 63, 19–25.

Ringen, S. (1988). Direct and Indirect Measures of Poverty. *Journal of Social Policy,* 17, 351–365.

Robine, J.-M., Jagger, C. & Euro-Reves Group (2003). Creating a coherent set of indicators to monitor health across Europe: The Euro-REVES 2 project. *European Journal of Public Health,* 13, 6–14.

Runciman, W. G. (1966). Relative Deprivation and Social Justice: Study attitudes social inequality in 20th century England. New York: Penguin Books Ltd.

Sachs, J. D. (2012). From Millennium Development Goals to Sustainable Development Goals. *The Lancet,* 379, 2206–2211.

Sachweh, P. (2012). The moral economy of inequality: popular views on income differentiation, poverty and wealth. *Socio-Economic Review,* 10, 419–445.

Saito, M., Kondo, K., Kondo, N., Abe, A., Ojima, T. & Suzuki, K. (2014). Relative deprivation, poverty, and subjective health: JAGES cross-sectional study. *PloS one,* 9, e111169.

Schneider, S. & Gruber, J. (2013). Neighbourhood deprivation and outlet density for tobacco, alcohol and fast food: first hints of obesogenic and addictive environments in Germany. *Public Health Nutrition,* 16, 1168–1177.

Schupp, J. (2012). Das Sozio-oekonomische Panel (SOEP). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz,* 55, 767–774.

Sen, A. (1981). Poverty and famines. An Essay on Entitlement and Deprivation. Oxford: Clarendon Press.

Shaw, M., Dorling, D. & Davey Smith, G. (2005). Poverty, social exclusion, and minorities. In M. Marmot & R. Wilkinson (Hg.), Social Determinants of Health, 196–223: Oxford University Press.

Siegel, M., Vogt, V. & Sundmacher, L. (2014). From a conservative to a liberal welfare state: decomposing changes in income-related health inequalities in Germany, 1994-2011. *Social Science and Medicine,* 108, 10–19.

Sierminska, E. M., Frick, J. R. & Grabka, M. M. (2010). Examining the gender wealth gap. *Oxford Economic Papers,* 62, 669–690.

Singh-Manoux, A. & Marmot, M. (2005). Role of socialization in explaining social inequalities in health. *Social Science and Medicine,* 60, 2129–2133.

Skalická, V., van Lenthe, F., Bambra, C., Krokstad, S. & Mackenbach, J. (2009). Material, psychosocial, behavioural and biomedical factors in the explanation of relative socio-economic inequalities in mortality. Evidence from the HUNT study. *International Journal of Epidemiology,* 38, 1272–1284.

Starrin, B., Åslund, C. & Nilsson, K. W. (2009). Financial Stress, Shaming Experiences and Psychosocial Ill-Health: Studies into the Finances-Shame Model. *Social Indicators Research,* 91, 283–298.

Stewart, M. J., Makwarimba, E., Reutter, L. I., Veenstra, G., Raphael, D. & Love, R. (2009). Poverty, Sense of Belonging and Experiences of Social Isolation. *Journal of Poverty,* 13, 173–195.

Strengmann-Kuhn, W. (1999). Armutsanalysen mit dem Mikrozensus? In P. Lüttinger (Hg.), Sozialstrukturanalysen mit dem Mikrozensus, 376–399. Mannheim: GESIS-ZUMA (ZUMA-Nachrichten Spezial, 6).

Szeles, M. R. & Fusco, A. (2013). Item response theory and the measurement of deprivation: evidence from Luxembourg data. *Quality & Quantity,* 47, 1545–1560.

Townsend, P. (1979). Poverty in the United Kingdom, A survey of household resources and standard of living. Harmondsworth:: Penguin Books Ltd.

Townsend, P. (1987). Deprivation. *Journal of Social Policy,* 16, 125–146.

Trabert, G. (1999). Armut und Gesundheit. Soziale Dimension von Krankheit vernachlässigt. *Deutsches Ärzteblatt,* 96, 756–760.

United Nations (1995). The Copenhagen Declaration and Programme of Action: World Summit for Social Development. Hg. v. United Nations Departement of Publications. New York.

van Doorslaer, E., O'Donnell, O., Rannan-Eliya, R. P., Somanathan, A., Adhikari, S. R., Garg, C. C. et al. (2006). Effect of payments for health care on poverty estimates in 11 countries in Asia: an analysis of household survey data. *The Lancet,* 368, 1357–1364.

van Jaarsveld, C. H. M., Miles, A. & Wardle, J. (2007). Pathways from deprivation to health differed between individual and neighborhood-based indices. *Journal of Clinical Epidemiology,* 60, 712–719.

van Lenthe, F. J. (2004). Investigating explanations of socio-economic inequalities in health. The Dutch GLOBE study. *European Journal of Public Health,* 14, 63–70.

Wagner, G. G., Göbel, J., Krause, P., Pischner, R. & Sieber, I. (2008). Das Sozio-oekonomische Panel (SOEP): Multidisziplinäres Haushaltspanel und Kohortenstudie für Deutschland – Eine Einführung (für neue Datennutzer) mit einem Ausblick (für erfahrene Anwender). *AStA Wirtschafts- und Sozialstatistisches Archiv,* 2, 301–328.

Whelan, C. T. (2004). Understanding the Mismatch Between Income Poverty and Deprivation: A Dynamic Comparative Analysis. *European Sociological Review,* 20, 287–302.

Whelan, C. T. & Maître, B. (2006). Comparing poverty and deprivation dynamics: Issues of reliability and validity. *The Journal of Economic Inequality,* 4, 303–323.

Wilkinson, R. G. (1999). Health, Hierarchy, and Social Anxiety. *Annals of the New York Academy of Sciences,* 896, 48–63.

Williamson, D. L. & Reuter, L. (1999). Defining and measuring poverty: implications for the health of Canadians. *Health Promotion International,* 14, 355–364.

Willson, A. E., Shuey, K. M. & Elder, J. G. H. (2007). Cumulative Advantage Processes as Mechanisms of Inequality in Life Course Health. *American Journal of Sociology,* 112, 1886–1924.

Wood, W. & Neal, D. T. (2007). A new look at habits and the habit-goal interface. *Psychological Review,* 114, 843–863.

Ziebarth, N. (2010). Measurement of health, health inequality, and reporting heterogeneity. *Social Science and Medicine,* 71, 116–124.