

Frühjahrstagung

"Neuere Entwicklungen in der Messung von gesundheitsbezogener Ungleichheit"

Ort:

Carl Friedrich von Siemens Stiftung

München

26/27. März 2026

Tagungsbeschreibung:

Gesundheitsbezogene Ungleichheiten sind ein zentrales Thema in der sozialwissenschaftlichen Gesundheits- und Public-Health-Forschung. Die methodische Erfassung dieser Ungleichheiten hat in den letzten Jahren erhebliche Fortschritte gemacht, insbesondere durch die Entwicklung neuer Messverfahren, Datenquellen und Analysetechniken. Die zweitägige Tagung bietet eine Plattform für SoziologInnen, Public-Health-Forschende und VertreterInnen weiterer Disziplinen, um aktuelle empirische Studien und methodische Innovationen der Gesundheitsforschung zu präsentieren und zu diskutieren. Ziel ist es, ein vertieftes Verständnis für die Herausforderungen und Chancen der Messung gesundheitsbezogener Ungleichheiten zu gewinnen und neue Forschungsansätze zu erörtern.

Format der Tagung:

Die Tagung umfasst einen Einführungsvortrag und insgesamt 16 thematisch gruppierte Vorträge. Zudem wird es Raum für einen gemeinsamen Abschluss und Ausblick geben.

Organisation & Kontakt:

Sektion Medizin- und Gesundheitssoziologie (DGS):

Peter Kriwy, peter.kriwy@soziologie.tu-chemnitz.de

Arbeitsgruppe Methoden der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie (DGMS):

Matthias Nübling, FFAW Freiburg, nuebling@ffaw.de

Daniel Lüdecke, UKE Hamburg, d.luedecke@uke.de

Wir möchten uns schon jetzt bei der Carl Friedrich von Siemens Stiftung herzlich für die Unterstützung der Veranstaltung mit der Bereitstellung der Räumlichkeiten und der Verpflegung der Teilnehmenden mit Mittagessen und Kaffeepausen bedanken. Diese Unterstützung ermöglicht es uns, die Veranstaltung ohne Erhebung einer Teilnahmegebühr stattfinden zu lassen.

Alle TeilnehmerInnen melden sich bitte bis zum 1.3.2026 hier zur Tagung an:

<https://www.tu-chemnitz.de/hsw/soziologie/Professuren/Gesundheitssoziologie/Tagung2026/reg.php>

Donnerstag		
Zeit	Name/n	Programmpunkt
09:15–09:45	Peter Kriwy, Matthias Nübling, Daniel Lüdecke	Begrüßung & Einführungsvortrag
09:45–10:15	Niels Michalski, Carolin Heil, Stephanie Hoffmann, Jacob Spallek, Jens Hoebel	Individuelle und regionale Einkommenseffekte auf Gesundheit: Eine Anwendung der Within-Between- Dekomposition mit Daten des RKI-Panels 2024
10:15–10:45	Alexander Helbing, Juliane Heise	Der Unterschied zwischen Komplementär- und Alternativmedizin: Eine ländervergleichende Analyse anhand des ISSP 2021
10:45–11:15	Nadine Reibling	Intersektionale Ungleichheiten in Gesundheit, Gesundheitsverhalten, und Einstellungen zum Gesundheitssystem: wie unterscheiden sich Ungleichheiten und Trends zwischen internationalen Surveys?
11:15–11:45		Kaffeepause
11:45–12:15	Johanna Turgetto	Kumulative Benachteiligung, Beschäftigungs(in)stabilität und Gesundheit: Erkenntnisse aus der Life-Studie 2012
12:15–12:45	Christoph Frohn	Potenziale und Herausforderungen komplexer Panelmodelle zur Analyse zeitlicher Dynamiken in gesundheitlichen Ungleichheiten
12:45–13:45		Mittagspause
13:45–14:15	Annina Manou Klockgether	Transit-specific determinants of health of people on the move outside regular asylum centres in Serbia: A photovoice analysis from the perspective of humanitarian actors
14:15–14:45	Mahta Delfanazari, Maria Weyermann	Kleinräumiges Gesundheitsmonitoring in NRW – Eine exemplarische Machbarkeitsanalyse zur Entwicklung eines Quartierbarometers für die Stadt Mönchengladbach
14:45–15:15		Kaffeepause
15:15–15:45	Odile Sauzet	Measuring small-area health inequalities using an ego-centred spatial correlation structure approach
15:45–16:15	Katrina Julia Blindow	Social inequalities in the mental health of German adolescents and young adults: A MAIHDA approach using population-based survey data
16:15–16:45	Jannik Aagerup, Daniela Georges, Anna Lene Seidler	Gesundheitliche Ungleichheit sichtbar machen: Eine systematische Übersicht zur Erfassung von Health Equity-Merkmalen in Meta-Analysen

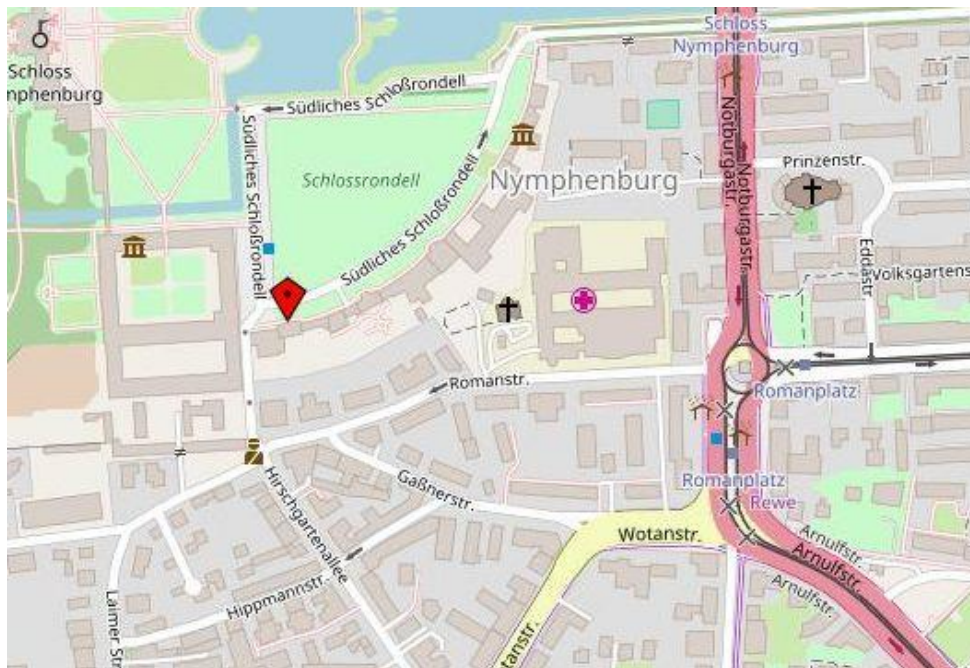
Zusatzoption:

Gemeinsames Abendessen (Selbstzahler) am 26.3. um 19.30 im
Augustiner Spiegwirt
Feldmochinger Straße 38, 80993 München Moosach

Nahe U3-Haltestelle Moosacher St.-Martins-Platz

Freitag		
Zeit	Name/n	Programmpunkt
09:15– 09:45	Julia Waldhauer, Florian Beese, Susanne Bartig, Jens Hoebel	Entwicklung eines Kernindikatorensatzes für das Monitoring sozialer Determinanten von Gesundheit und gesundheitlicher Ungleichheiten in Deutschland – Ein Pilotprojekt innerhalb der EU Joint Action PreventNCD
09:45– 10:15	Theresa Herrmann, Amand Führer	Vermögen als vernachlässigte Determinante gesundheitlicher Ungleichheit – konzeptionelle Herausforderungen der Erhebung von Vermögen in epidemiologischen Studien aus einer intersektionalen Lebenslaufperspektive
10:15– 10:45		Kaffeepause
10:45– 11:15	Laura Anderle, Johannes Brettner, Martin Tauscher, Christoph Geigl, Andrea Wolff, Daniela Blank-Matthes	Regionale Ungleichheiten depressiver Störungen in Bayern: Eine multivariable Analyse kontextbezogener Faktoren
11:15– 11:45	Katrin Stache, Christian Ebner	Berufsspezifische Belastungen und Erkrankungen in Deutschland – Eine statistische Detailanalyse auf Basis repräsentativer Erwerbstätigendaten
11:45– 12:45		Mittagspause
12:45– 13:15	Julia Tuppat, Jacqueline Kroh	Wer bewertet die Gesundheit von Kindern – und mit welchen Folgen? Proxy- und Selbsteinschätzungen als Herausforderung für die Messung gesundheitlicher Ungleichheit im Kindesalter
13:15– 13:45	Marleen Bug, Carmen Koschollek, Bianka Detering, Veronika Wiemer, Kayvan Bozorgmehr, Claudia Hövener	Stärkung von Datensystemen im Bereich Migration und Gesundheit in Deutschland: Ergebnisse und Handlungsempfehlungen aus dem Projekt STRONGDATA-Kids
13:45– 14:15		Gemeinsamer Abschluss & Ausblick

Veranstaltungsort und Anfahrt



OpenStreetMap - Veröffentlicht unter ODbL

Carl Friedrich von Siemens Stiftung

Südliches Schloßbrondell 23

80638 München

Anreise:

Ab Hauptbahnhof Tram 16/17 Haltestelle: Romanplatz,

oder ab Schwabing: Tram 12 ebenfalls Haltestelle Romanplatz

Ab S-Bahn-Haltestelle Laim (S 1-6 und 8) ist es ein längerer Fußweg (ca. 15 Min)

(Fahrplanauskunft nutzen, S- Bahn ist oft durch Baustellen beeinträchtigt, ab S-Bahn-Haltestelle Laim könnte man noch Busse 51 und 151 nutzen, die auch zum Romanplatz fahren)

Abstractsammlung:

Niels Michalski, Carolin Heil, Stephanie Hoffmann, Jacob Spallek, Jens Hoebel

Individuelle und regionale Einkommenseffekte auf Gesundheit: Eine Anwendung der Within-Between-Dekomposition mit Daten des RKI-Panels 2024

Auch in Deutschland berichten sozioökonomisch benachteiligte Menschen im Vergleich zu wohlhabenderen Bevölkerungsgruppen eine schlechtere Gesundheit und weisen eine höhere Krankheitslast sowie Sterblichkeit auf. Mehrebenenanalysen weisen auf eigenständige Kontexteffekte regionaler sozioökonomischer Benachteiligung hin, die über die bloße Aggregation individueller Merkmale hinausgehen. Einkommenseffekte werden in sozial- und gesundheitswissenschaftlichen Studien jedoch häufig ausschließlich auf individueller Ebene interpretiert, ohne regionale Heterogenität (z.B. Arbeitsmarktlage, Infrastruktur, kulturelle Normen) zu berücksichtigen, die mit dem Einkommen korreliert. Der Verzicht auf eine Differenzierung zwischen individuellen und kontextuellen Zusammenhängen kann deshalb in extremen Fällen zu Fehlinterpretationen führen.

Dieser Beitrag stellt die Within–Between-Dekomposition nach Mundlak (1978) vor, mit der individuelle von regionalen Einkommensunterschieden (z. B. auf Ebene von Stadt- und Landkreisen) getrennt werden. Dabei werden die individuellen Einkommenswerte in einer Mehrebenenregression als Abweichungen vom Kreismittelwert (Within-Komponente) operationalisiert, während die Between-Komponente nur Unterschiede zwischen Kreisen abbildet. Kompositionelle Unterschiede werden durch die Kontrolle relevanter soziodemografischer Variablen (Alter, Geschlecht, Bildung etc.) berücksichtigt.

Das Vorgehen wird anhand von Daten der Jahrerhebung 2024 der Studie „Gesundheit in Deutschland“ (RKI-Panel 2024) illustriert. Die Befragungsdaten enthalten Information über 37.192 Erwachsene aus 223 deutschen Stadt- und Landkreisen ($n = 9$ bis 2.668 pro Kreis). Analysiert werden Zusammenhänge zwischen dem aus Selbstangaben berechneten Nettoäquivalenzeinkommen mit den Gesundheitsmerkmalen selbsteingeschätzter allgemeiner Gesundheitszustand, depressive Symptomatik (PHQ-8-Summenscore ≥ 10) und Adipositas (BMI ≥ 30).

Die Ergebnisse werden anhand durchschnittlicher marginaler Effekte (Average Marginal Effects) präsentiert, die Within- und Between-Einkommenseffekte vergleichbar machen. Diskutiert werden Implikationen für die Interpretation der Einkommenseffekte, etwa die Analyse der Stärke des Within- im Vergleich zum Between-Effekt, sowie Interaktionen zwischen Individual- und Kontexteffekten sowie typische methodische Fallstricke.

In welchem Ausmaß der individuelle Gesundheitszustand über das eigene Einkommen hinaus durch den sozioökonomischen Kontext der Wohnregion geprägt wird, bleibt Gegenstand der Debatte in der sozial-epidemiologischen und gesundheitlichen Ungleichheitsforschung. Eine differenzierte Analyse individueller und kontextueller Einkommenseffekte kann dazu beitragen, strukturelle Unterschiede in den sozioökonomischen Determinanten und Mechanismen von Gesundheit zwischen Regionen empirisch deutlicher herauszuarbeiten und strukturelle Maßnahmen zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit besser zu informieren.

Der Unterschied zwischen Komplementär- und Alternativmedizin: Eine ländervergleichende Analyse anhand des ISSP 2021

Hintergrund: Die ansteigende Nutzung von Komplementär- und Alternativmedizin (CAM) erfordert eine vertiefende Analyse ihrer erklärenden Faktoren, insbesondere im Kontext gesundheitlicher Ungleichheit. Da der Zugang zu Gesundheitsressourcen, das Vertrauen in die konventionelle Medizin und gesundheitsbezogene Einstellungen sozial ungleich verteilt sind, kann auch die Nutzung von CAM soziale Ungleichheiten widerspiegeln oder verstärken. Bisherige Studien behandeln CAM häufig als einheitliches Konzept und unterscheiden nur selten zwischen einer komplementären Nutzung (zusätzlich zur konventionellen Medizin) und einer alternativen bzw. substituierenden Nutzung (anstelle der konventionellen Medizin). Ziel dieser Studie ist es, komplementäre und alternative CAM getrennt zu analysieren und dabei Unterschiede in Nutzung und Einstellungen zu untersuchen.

Daten und Methoden: Die Analyse basiert auf Daten des International Social Survey Programme 2021 „Health and Health Care II“ (ISSP 2021) mit einer Stichprobe von N = 44.459 Befragten aus 30 Ländern. Die Prävalenz von CAM wird anhand einer Verhaltens- und einer Einstellungsvariable erfasst. Zur Untersuchung der Einflussfaktoren werden gestapelte logistische Regressionsmodelle eingesetzt, mit besonderem Fokus auf soziodemografische Merkmale.

Ergebnisse: Die Nutzung komplementärerer Medizin ist in allen Ländern deutlich verbreiteter als alternative Nutzung, wobei ausgeprägte länderspezifische Unterschiede zwischen Nutzung und Einstellungen gegenüber der konventionellen Medizin bestehen. Vor allem Länder außerhalb von Europa (Indien, Mexiko und China) zeigen eine hohe Prävalenz sowohl von positiver Einstellung als auch Nutzung von Alternativ- bzw. Komplementärmedizin.

Diskussion: Die Ergebnisse zeigen, dass sich gesundheitliche Ungleichheiten nicht nur in der Häufigkeit, sondern auch in der Art der CAM-Nutzung widerspiegeln. Die länderübergreifenden Unterschiede verweisen auf kulturelle, sozioökonomische und gesundheitssystembezogene Rahmenbedingungen. Die Unterscheidung zwischen komplementärer und alternativer Nutzung ist für die öffentliche Gesundheit zentral, da insbesondere substituierende Nutzung soziale Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung verstärken kann.

Intersektionale Ungleichheiten in Gesundheit, Gesundheitsverhalten, und Einstellungen zum Gesundheitssystem: wie unterscheiden sich Ungleichheiten und Trends zwischen internationalen Surveys?

Die Verfügbarkeit international vergleichender Datensätze für die Gesundheitsforschung hat sich in den letzten Jahren stark verbessert. Unterschiedliche Survey-Programme wie der European Social Survey, der Survey of Health, Ageing, and Retirement, der EU-SILC, etc. erheben in standardisierter Form Daten zu Gesundheit, Gesundheitsverhalten, Einstellungen und Sozialdemografie in verschiedenen Ländern. Diese Datensätze werden von Forschenden intensiv genutzt zur Untersuchung gesundheitlicher Ungleichheiten sowie zeitlicher Trends. Ergebnisse dieser Datensätze werden darüber hinaus häufig für Regierungsberichte und Politikberatungszwecke, z.B. der Europäischen Kommission, eingesetzt. Gleichzeitig gibt es bisher nur wenige Arbeiten, die systematisch untersuchen inwiefern Ergebnisse zu Ungleichheiten und Trends davon abhängig sind, welcher Survey verwendet wird. Studien, die unterschiedliche Befragungsprogramme vergleichen, sind aber dringend notwendig, um die Zuverlässigkeit von vergleichenden Untersuchungen zu gesundheitlicher Ungleichheit zu überprüfen.

Der vorgeschlagene Beitrag untersucht, wie sich intersektionale Ungleichheiten in der Gesundheit, dem Gesundheitsverhalten und den Einstellungen zum Gesundheitssystem sowie Trends dieser Ungleichheiten zwischen zwei zentralen Befragungsprogrammen unterscheiden. Datengrundlage sind zwei Wellen aus dem European Social Survey (2014, 2023) mit einem spezifischen Gesundheitsfokus (Social Inequalities in Health) sowie zwei Wellen aus dem International Social Survey Programme (2011, 2021) ebenfalls mit einem speziellen Gesundheitsmodul (Health and Health Care I and II). Die beiden Datensätze wurden gewählt, da sie beide hohe methodische Standards hinsichtlich der Datenerhebung aufweisen, es sich jeweils um wiederholte Querschnittsstudien handelt und die Wellen in ähnlichen Zeiträumen erhoben wurden. Das Analysesample besteht aus den elf Ländern, die an allen vier Wellen beteiligt waren. Dies sind Dänemark, Deutschland, Finnland, Frankreich, Israel, Niederlande, Norwegen, Polen, Slowenien, die Schweiz und Tschechien. In Bezug auf intersektionale Ungleichheiten wird eine interaktive Variable aus Geschlecht (2 Kategorien) x Bildung (3 Kategorien) x Herkunft (2 Kategorien) verwendet. Zunächst werden Ungleichheiten und Trends deskriptiv betrachtet. Im zweiten Schritt werden multivariate lineare oder logistische Regressionsmodellen verwendet. Diese werden jeweils pro Land gerechnet und dann einmal für das gesamte Analysesample mit Länderdummies. Betrachtet werden die selbsteingeschätzte Gesundheit, Informationen zum Raucherstatus und BMI sowie Einschätzungen zum Gesundheitssystem im eigenen Land und benötigte Gesundheitsleistungen, die nicht in Anspruch genommen wurden. Die Ergebnisse ermöglichen einen systematischen Vergleich der Zuverlässigkeit von Ergebnissen zu intersektionalen Ungleichheiten und Trends. Diese werden vor dem Hintergrund der spezifischen Erhebungsmethodik und Stichprobenziehung der Survey-Programme diskutiert. Darüber hinaus werden Überlegungen präsentiert, wie der Vergleich noch um weitere Befragungen erweitert werden kann bzw. wie systematische Vergleiche gerade für international vergleichende Surveys grundsätzlich stärker für Qualitätsverbesserungen in der Ungleichheitsforschung genutzt werden können.

Kumulative Benachteiligung, Beschäftigungs(in)stabilität und Gesundheit: Erkenntnisse aus der Life-Studie 2012

Diese Studie nutzt Längsschnittdaten aus Deutschland, um zu untersuchen, inwiefern die sozioökonomische Position im Lebensverlauf und die Beschäftigungs(in)stabilität die selbst eingeschätzte Gesundheit im mittleren Lebensalter beeinflussen und, ob Stabilität kumulative Benachteiligung kompensieren kann bzw. kumulative Vorteile abschwächt. Obwohl frühere Untersuchungen Zusammenhänge zwischen dem sozioökonomischen Status in der Kindheit und verschiedenen Gesundheitsergebnissen bereits ausreichend dokumentiert haben, wurden langfristige Wirkmechanismen über ganze Lebensverläufe hinweg bisher nur selten untersucht. Ergänzend ermöglicht ein Einbezug nationaler Rahmenbedingungen ein tieferes Verständnis des Verhältnisses von individueller Handlungsfähigkeit und strukturellen Einschränkungen, da Beschäftigungsturbulenzen ihre gesundheitliche Relevanz erst im Kontext eines sich öffnenden, stärker aktivierenden und individualisierenden Wohlfahrtsstaates entfalten, in dem Risiken systematisch auf Individuen verlagert und Anforderungen an Eigenverantwortung ausgeweitet werden.

Mithilfe der Life-Studie 2012, nutze ich lineare Regressionsanalysen dazu, die selbst eingeschätzte Gesundheit im mittleren Erwachsenenalter zu bestimmen. Berücksichtigt werden dafür Indikatoren kumulativer Benachteiligung und Beschäftigungsturbulenzen sowie soziodemografische Variablen aus Jugend und Erwachsenenalter, die individuelle und familiäre Bedingungen abbilden und von denen bekannt ist, dass sie die Gesundheit beeinflussen.

Die Ergebnisse stehen im Einklang mit früherer Forschung, indem sie zeigen, dass kumulative Benachteiligung einen geringen, aber konsistenten negativen Einfluss auf die Gesundheit im mittleren Lebensalter ausübt. Dies deutet darauf hin, dass nicht nur aktuelle Lebensumstände, sondern insbesondere anhaltende Ungleichheiten die selbst eingeschätzte Gesundheit im Alter von 45 Jahren prägen. Die Analysen zeigen ferner, dass Beschäftigungsinstabilität ein unabhängiges und robustes Gesundheitsrisiko über den gesamten Lebensverlauf darstellt. Über bisherige Befunde hinaus wird deutlich, dass Stabilität für sozial benachteiligte Gruppen keinen ausgleichenden Puffer bietet, während selbst in privilegierten Gruppen kumulative Vorteile unter Instabilität ihre Schutzwirkung verlieren.

Insgesamt zeigt die Studie, wie strukturierte Lebensverlaufsprozesse anhaltende Ungleichheiten im Gesundheitsbereich erzeugen und wie institutionelle Regelungen, insbesondere im Zuge von aktivierender Arbeitsmarktöffnung und Re-Kommodifizierung, beeinflussen, ob diese Muster kompensatorisch oder verstärkend wirken.

Der Vortrag schließt mit einer Reflexion über die Auswirkungen kumulativer Benachteiligung und Beschäftigungsinstabilität auf die Gesundheit im Erwachsenenalter und nimmt einen Ausblick auf gesundheitsbezogene Ergebnisse jenseits der Selbstbewertung, da erste Analysen zu Wohlbefinden und Depression darauf hinweisen, dass sich dort teilweise andere Wirkmechanismen und Einflussgrößen bemerkbar machen.

Potenziale und Herausforderungen komplexer Panelmodelle zur Analyse zeitlicher Dynamiken in gesundheitlichen Ungleichheiten

Die Analyse zeitlicher Dynamiken in gesundheitlichen Ungleichheiten ist seit Jahrzehnten ein zentrales Thema der gesundheitssoziologischen Forschung. Insbesondere vor dem Hintergrund des demografischen Wandels in Deutschland gewinnt die Frage nach strukturellen Veränderungen in der gesundheitlichen Ungleichheit an Bedeutung, um davon ausgehend den Wandel des Morbiditätsgeschehens in einer alternden Gesellschaft besser zu verstehen und antizipieren zu können. Inzwischen liegt hierzu eine breite Basis quantitativ orientierter Studien vor, die makrostrukturelle, lebensverlaufsbezogene und kohortenspezifische Dynamiken abbilden. Die berichteten Befunde variieren jedoch erheblich mit der jeweils herangezogenen Datenbasis, der Operationalisierung von Gesundheit und sozialer Ungleichheit sowie der verwendeten statistischen Analyseverfahren.

Auffallend ist im Hinblick auf vergangene Analysen zu dynamischen gesundheitlichen Ungleichheiten in Deutschland, dass neuere Entwicklungen zur Modellierung von Paneldaten aus den jüngst zurückliegenden Dekaden kaum berücksichtigt werden. Dabei sind Verfahren wie das Random Intercept Cross-Lagged Panel Model (RI-CLPM, Mulder und Hamaker 2021), das Latent Curve Model With Structured Residuals (LCM-SR, Curran et al. 2014) oder das General Cross-Lagged Panel Model (GCLM, Zyphur et al. 2019) dazu in der Lage, in der Analyse zeitlicher Dynamiken eindeutig zwischen inter- und intraindividuellen Prozessen zu differenzieren, beide Ebenen flexibel zu modellieren, deren wechselseitige Bedingtheit herauszustellen und daraus resultierende Konsequenzen für Makrostrukturen aufzuzeigen. Gerade im Kontext von sozialwissenschaftlichen Survey-Daten sind derartige komplexe Modellspezifikationen vielversprechend, um den breiten theoretischen und empirischen Forschungsstand zu Dynamiken in der gesundheitlichen Ungleichheit möglichst angemessen berücksichtigen zu können und neue Impulse für die Theoriebildung zu generieren.

Der Beitrag gliedert sich davon ausgehend in zwei Komponenten. Einerseits wird in neuere Entwicklungen zu statistischen Modellen zur Analyse von Paneldaten und deren Anwendbarkeit zur Analyse von gesundheitlichen Ungleichheiten eingeführt. Dabei wird sowohl das Potenzial der Modelle zur Abbildung differenzierter theoretischer Annahmen hervorgehoben als auch auf Fallstricke in der Verwendung hingewiesen. So kennzeichnen sich komplexe Panelmodelle durch hohe Anforderungen an die verwendeten Daten, an die verwendeten Theorien und an die Gewährleistung einer Reproduzierbarkeit des Modellbildungsprozesses. Anhand von Daten des Sozio-oekonomischen Panels für den Zeitraum von 2002 bis 2016 wird andererseits auf Basis einer LCM-SR-Spezifikation gezeigt, wie die im ersten Teil des Beitrags hervorgehobenen Potenziale genutzt und Fallstricke umgangen werden können. Analysiert wird dazu die inter- und intraindividuelle Zusammenhangsstruktur zwischen der physischen und mentalen Gesundheit, der Einkommensposition und des Bildungsniveaus mit einem Fokus auf lebensverlaufs- und kohortenspezifische Dynamiken. Dabei geht der Beitrag exemplarisch auf die verwendete Modellbildungsstrategie, auf zentrale substantielle Interpretationen des Modells und auf Empfehlungen zur Verwendung komplexer Panelmodellierungen in der Forschungspraxis ein.

Literatur

- Mulder, J. D. & Hamaker, E. L. (2021). Three Extensions of the Random Intercept Cross-Lagged Panel Model. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 28(4), 638–648.
- Curran, P. J., Howard, A. L., Bainter, S. A., Lane, S. T. & McGinley, J. S. (2014). The Separation of Between-Person and Within-Person Components of Individual Change Over Time: A Latent Curve Model With Structured Residuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(5), 879–894.
- Zyphur, M. J., Allison, P. D., Tay, L., Voelkle, M. C., Preacher, K. J., Zhang, Z., ... Diener, E. (2020). From Data to Causes I: Building A General Cross-Lagged Panel Model (GCLM). *Organizational Research Methods*, 23(4), 651–687

Transit-specific determinants of health of people on the move outside regular asylum centres in Serbia: A photovoice analysis from the perspective of humanitarian actors

Background: Restrictive migration policy and the externalization of borders in Europe have impeded safe and legal migration of forcibly displaced people. Therefore, transit countries such as Serbia became relevant, as people on the move undertake precarious routes, ultimately influencing their health outcomes. Our goal was to identify and visualize determinants of health of people on the move outside regular asylum centres in Serbia from the perspective of humanitarian aid actors.

Methods: A qualitative, participatory research design using photovoice method was applied. Data were collected between July and October 2024 in different locations in Serbia. For this, the participants were introduced to the research method, units on data protection and ethical issues about taking pictures were integrated, as well as the model of the social determinants of health focussing on the intermediary determinants of health. In the directly following field phase of data collection, the participants took photos according to the research question of the factors influencing the health of people on the move outside regular asylum centres in Serbia from their perspective. The period for photography was up to one week. Each participant chose three of their photographs which were then printed for the subsequent focus groups. Finally, the SHOWED method developed to ensure a systematic discussion procedure was used as a framework in the group discussions facilitated by moderation guideline. Each photograph was presented by the participants explicating the first four given questions to reflect the story behind their photographs. This included (i) the description of the photograph, (ii) to clarify the context of what is happening in the picture, (iii) if possible, to clarify how the photograph relates to their life, (iv) and why this situation exists. In the next step, a critical dialogue was facilitated by the discussion about the contextualized photographs and (v) opportunities indicated what should be changed for the improvement of health of people on the move in transit. The photographs were sorted into themes and given captions by the participants. At the end, the participants identified the most important topics regarding the research question. Discussions were audio recorded and transcribed verbatim, and a combined qualitative content analysis was performed, using the framework on social determinants of health by Solar and Irwin.

Results: Three photovoice focus groups with a total of 12 participants took part. As intermediary determinants of health, psychosocial factors were ranked highest, thought to be influenced by individual agency, dignity and perceived value of life; material circumstances were ranked second, specifically concerning lack of adequate and safe housing. Among structural determinants of health, mainly the topics of border governance, public policy regarding humanitarian assistance, and culture and societal values, such as solidarity with people on the move and increasing trends of dehumanization, were discussed. Another main finding was that intermediary social factors are often systematically produced by structural conditions. Therefore, approaches to further develop options for actions at the structural level in the socioeconomic and political context were developed.

Conclusion: This study revealed the complex social determinants of health on the individual and structural level, impacting equity in health and well-being of people in complex flight transit contexts. Humanitarian actors go beyond regular care structures by creating community-based interventions and demonstrating solidarity with those in need. In the lack of policies supporting the health of people on the move in transit, such holistic approaches are needed to empower the agency of people on the move including integrated provision of care and intersectoral approaches.

Kleinräumiges Gesundheitsmonitoring in NRW – Eine exemplarische Machbarkeitsanalyse zur Entwicklung eines Quartierbarometers für die Stadt Mönchengladbach

Hintergrund und Ziel: Gesundheitliche Ungleichheiten in Städten und Kommunen spiegeln häufig die geografischen Muster der Ungleichheit in den sozialen, wirtschaftlichen und umweltbezogenen Bedingungen der Kommune wider, die sogenannten sozialen Determinanten der Gesundheit (SDoH), und folgen diesen (WHO and UN-Habitat 2010). In der Agenda der Vereinten Nationen für nachhaltige Entwicklung wird die Führungsrolle der Kommunen bei Maßnahmen zur Schaffung eines gesünderen und nachhaltigeren Umfelds hervorgehoben, da sie als die Orte gelten, die das größte Potenzial haben, die Gesundheitsdeterminanten zu beeinflussen (United Nations (Habitat III) 2017). Als Datengrundlage für evidenzbasierte politische Entscheidungen werden daher zunehmend städtische Gesundheits-indikatoren gesammelt und standardisiert, so wurde z.B. das WHO Urban Health Equity Assessment and Response Tool (Urban HEART) entwickelt (WHO, 2019).

Solche Indikatorensysteme sind für lokale Entscheidungsträger (u.a. Bürgermeister, Gesundheitsämter) wichtig, da hierdurch Ungleichheiten sowohl räumlich und im Zeitverlauf überwacht und kritische Situationen identifiziert werden können (Thomson et al. 2019). Die notwendigen Daten oder Indikatoren sind häufig jedoch nur auf regionaler oder kommunaler Ebene verfügbar und nur selten auf Stadtteil- oder Quartiersebene (Li et al 2020).

Die vorliegende Arbeit untersucht am Beispiel der Stadt Mönchengladbach die Machbarkeit eines quartiersbezogenen Gesundheitsmonitorings.

Methode: Im Rahmen der vorgestellten Arbeit wurden verfügbare gesundheits- und sozialbezogene Indikatoren identifiziert und bewertet, Governance und Prozessanforderungen ermittelt und daraus ein priorisiertes Kernset sowie eine Roadmap für den stufenweisen Aufbau entwickelt. Hierzu wurden neben einer Sekundärdatenrecherche leitfadengestützte Expert*inneninterviews mit kommunalen Akteur*innen durchgeführt. Die qualitativen Daten wurden mittels Inhaltsanalyse (MAXQDA) ausgewertet und die Machbarkeit wurde entlang der Dimensionen Datenqualität/Disaggregation, Steuerungsnutzen, Kooperation/Organisation sowie technischer und personeller Umsetzbarkeit beurteilt.

Ergebnisse: Die Ergebnisse zeigen, dass ein initiales Monitoring kurzfristig realisierbar ist. Kleinräumig verfügbar sind vor allem Indikatoren zu sozialen Determinanten, Bevölkerungsstruktur, Transferleistungen sowie Haushaltsmerkmale. Gesundheitsindikatoren liegen selektiv vor (z. B. Schuleingangsuntersuchungen, Infektionsmeldungen); zu chronischen Erkrankungen, Versorgungs- und Registerdaten bestehen kleinräumig deutliche Lücken. Erfolgsbedingungen sind klare Zuständigkeiten, standardisierte Metadaten- und Aktualisierungsprozesse, ein intersektoraler Steuerkreis mit der Statistik als „vertrauenswürdige Zwischenstelle“, strikter Kleinstzahlschutz und zusätzliche Personalressourcen.

Fazit: Ein quartiersbezogenes Gesundheitsmonitoring ist fachlich sinnvoll und umsetzbar, wenn ein fokussiertes Kernset zunächst in begrenztem Umfang eingeführt, schrittweise erweitert und dauerhaft in den Arbeitsabläufen verankert wird. Die vorgeschlagene Roadmap bietet eine tragfähige Grundlage für ein regelhaftes, kommunal nutzbares Monitoring.

Literatur:

Li T, Fang Y, Zeng D, Shi Z, Sharma M, Zeng H, Zhao Y (2020). Developing an Indicator System for a Healthy City: Taking an Urban Area as a Pilot. Risk Manag. Healthc. Policy, 13, 83–92.

Thomson DR, Linard C, Vanhuysse S, Steele JE, Shimon M, Siri J, et al (2019). Extending data for urban health decision-making: a menu of new and potential neighborhood-level health determinants datasets in LMICs. J Urban Health;96(4):514–36.

United Nations (Habitat III) (2017). New Urban Agenda. Quito. www.habitat3.org.

WHO and UN-Habitat (2010). Hidden Cities: Unmasking and Overcoming Health Inequities in Urban Settings. Kobe, Japan.

WHO (2010). Urban HEART: urban health equity assessment and response tool: user manual. ISBN: 9789241500784. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241500784>

Measuring small-area health inequalities using an ego-centred spatial correlation structure approach

Small-area health inequalities may originate from differentials in the spatial distribution of environmental and societal stressors on health. Neighbourhood is a complex structure but of high relevance for health. Its operationalisation remains however a challenge and consequently so is the measure of health inequalities at this level. The aim of this work is to present a new application of the use of semi-variograms as an approach for the evaluation of spatial health inequalities without having to predefine any notion of physical neighbourhood.

Concept. Our approach to the concept of neighbourhood is ego-centred and based on the spatial correlation of health outcomes. We measure how much the health outcome of a person correlates with the health outcomes of neighbours. This approach does not necessitate the specification of boundaries. Still, it allows to measure spatial effects on health outcomes if a spatial correlation structure remains after individual characteristics have been accounted for. To achieve this, we obtain a parametric characterisation of the spatial correlation structure. The correlation neighbourhood can be statistically approached using a parametric model for the so-called semi-variogram, a method commonly used in ecology and agriculture. The semi-variogram based on geo-located observations provides an estimate for the distance H (the practical range) such that the health of two persons separated by a distance greater than H will be practically uncorrelated and a measure of the strength of the correlation known as relative structure variability (RSV) which is the part of the total variance which is spatially structured. People with similarities tend to live close to each other meaning that individual characteristics possibly show a strong spatial correlation structure. Using a regression analysis allows to model the correlation structure of the part of the outcomes which is not explained by observed individual characteristics. This approach allows to incorporate existing methods for the evaluation of neighbourhood effects.

Application. After describing the method and the corresponding R-package [2], we compare the spatial correlation structure of cardiovascular health outcome using data from three different studies (RECORD, DHS and BaBi), which showed that BMI and blood pressure are consistently found to be spatially structured across the studies, the spatial correlation structures being stronger for BMI. Eight to 22% of the variability in BMI were spatially structured with radii ranging from 100 to 240 m (range). Only a small part of the correlation of residuals was explained by adjusting for the correlation within administrative units (from 0 to 4 percentage points) [3].

Finally, we show that neighbourhood social mechanisms play a role in the development of small-area health inequalities using agent-based modelling (ABM). We test the hypothesis that social contagion has the potential to modify the effects of environmental stressors thus reducing or increasing small-area health inequalities [4].

Literatur

- [1] Sauzet, O, et al. (2021). An ego-centred approach for the evaluation of spatial effects on health in urban areas based on parametric semi-variogram models: concept and validation. *BMC medical research methodology*, 21(1), 112.
- [2] Dyck JA et al. (2025) EgoCor: An R Package to Facilitate the Use of Exponential Semi-Variograms for Modelling the Local Spatial Correlation Structure in Social Epidemiology. *Journal of Open Research Software* 13.
- [3] Breckenkamp, J et al. (2021). A method to define the relevant ego-centred spatial scale for the assessment of neighbourhood effects: the example of cardiovascular risk factors. *BMC public health* 21.1: 1346
- [4] Zolitschka, KA et al. (2022) Using agent-based modelling to test hypotheses on the role of neighbourhood social mechanisms in the development of small-area health inequalities." *J Epidemiol Community Health* 76.8 : 750-755.

Social inequalities in the mental health of German adolescents and young adults: A MAIHDA approach using population-based survey data

Background: Inequalities in mental health manifest early in life and are shaped by multiple, interrelated social determinants. While the influence of individual social factors on health is well known, the magnitude of their impact when they interplay and the mechanisms behind these observed health inequalities are not fully understood. Furthermore, while the influence of social positions on individual health outcomes can be largely attributed to unequal access to health-supporting resources or exposure to adverse experiences, social positions also constitute grounds for multiple, intersecting discrimination experiences, i.e., treatment that is explicitly experienced as unfair. The psychological impact of discrimination is a distinct adverse experience that impacts mental health through a different mechanism than structural unequal access to health-promoting resources and exposure to adversities that are not necessarily framed as unjust. In research, both processes are thus far mostly investigated separately and in different fields. They are, however, highly related and characterized by similar methodological challenges. Both the presence of social advantages and disadvantages and multiple discrimination experiences do not necessarily follow an additive logic, but can constitute qualitatively distinct social experiences. Multilevel Analysis of Individual Heterogeneity and Discriminatory Accuracy (MAIHDA) has recently been proposed as a promising framework to quantify both additive and intersectional effects of social positions on health outcomes. The role of multiple discrimination experiences has not yet been integrated into these analyses.

Methods: We use data from the 2023 wave of the German population-based study Growing Up in Germany (AID:A), including 4,154 individuals aged 12 to 32 years. Mental health was assessed using the WHO-5 Well-Being Index. We apply MAIHDA models to estimate social inequalities in mental health across intersections of gender, age group, migration background, and household-level material deprivation. Individuals are nested within intersectional strata, allowing for the decomposition of total variance into between- and within-strata components. In a second, exploratory step, we introduce experiences of multiple discrimination (defined as the number of discrimination grounds experienced at least sometimes) to examine whether cumulative discrimination contributes to additive and intersectional inequalities in mental health.

Preliminary results: Preliminary findings indicate substantial differences in average mental health scores between intersectional strata. Most of this between-stratum variance is explained by the additive effects of the included social dimensions. These findings suggest that social inequalities in mental health are socially patterned by combinations of age, gender, migration background, and material deprivation. Evidence for intersectional effects beyond these additive effects is limited. The number of experienced grounds of discrimination shows a strong and independent association with mental health and further attenuates between-stratum differences.

Conclusions: These findings illustrate how MAIHDA can be used to integrate the analysis of social positionality and discrimination experiences in relation to health outcomes.

Gesundheitliche Ungleichheit sichtbar machen: Eine systematische Übersicht zur Erfassung von Health Equity-Merkmalen in Meta-Analysen

Hintergrund: Health Equity (gesundheitliche Chancengleichheit) ist zentral für die öffentliche Gesundheit und eng mit gesundheitlichen Ungleichheiten verknüpft. Leitlinienkomitees bemühen sich zunehmend, Health Equity zu berücksichtigen; dies stößt jedoch oft an Grenzen, weil den zugrunde liegenden Evidenzsynthesen ausreichende Daten und konsistente Definitionen fehlen. Meta-Analysen individueller Teilnehmerdaten (Individual Participant Data Meta-Analyses (IPD-MAs)), als Goldstandard der Evidenzsynthese, ermöglichen eine differenzierte Bewertung von Interventionen in verschiedenen Bevölkerungsgruppen und bieten Chancen zur Förderung von Health Equity. Diese Studie untersucht, wie IPD-MAs – sowie die eingeschlossenen Studien – Health Equity erfassen und relevante Gesundheitsdeterminanten messen.

Methoden: Medizinische Datenbanken wurden systematisch nach IPD-MAs aus randomisierten kontrollierten Studien (2019 bis 2024) durchsucht. Eingeschlossen wurden nur Studien mit explizitem Health Equity-Fokus. Für diese wurden Studienmerkmale und gleichheitsrelevante Variablen gemäß dem PROGRESS-Plus-Framework einschließlich der Messmethoden erfasst. Als zentrale Ergebnisse werden die fünf häufigsten Variablen und klinische Bereiche dargestellt.

Ergebnisse: Von 284 identifizierten IPD-MAs hatten 42 (14,7 %) einen expliziten Health Equity-Fokus und wurden eingeschlossen. Die häufigsten klinischen Bereiche waren Kinder- und Ernährungsmedizin (n=10; 24 %), Mentale Gesundheit/Psychologie (n=8; 19 %), Onkologie (n=5; 12 %), Kardiologie/Vaskuläre Erkrankungen (n=4; 10 %) und Endokrinologie/Metabolische Erkrankungen (n=4; 10 %). Die fünf am häufigsten untersuchten Equity-Dimensionen waren Alter (n=40; 95 %), Sex/Gender (n=34; 81 %), Bildung (n=17; 41 %), Ethnie/Race (n=17; 41 %) und Wohnort (n=11; 26 %). Andere Domänen wurden selten betrachtet, Religion gar nicht. Variablendefinitionen waren heterogen, selbst bei häufig berücksichtigten Variablen wie Alter und Geschlecht.

Diskussion: Unsere Ergebnisse zeigen, dass IPD-MAs zwar evidenzbasierte Erkenntnisse zu Health Equity beitragen können, die Berücksichtigung der PROGRESS-Plus-Domänen jedoch unvollständig und inkonsistent ist. Die uneinheitliche Erhebung, Messung und Dokumentation der Variablen in den IPD-MAs und den von ihnen eingeschlossenen Studien erschwert Auswertungen, die Zusammenführung von Daten und die Ableitung evidenzbasierter Entscheidungen. Dies unterstreicht die Notwendigkeit einer Standardisierung und eines Kerndatensatzes mit equity-relevanten Indikatoren für klinische Studien, damit in zukünftigen Leitlinien evidenzbasierte Aussagen zu Health-Equity Implikationen von Interventionen getroffen werden können.

Entwicklung eines Kernindikatorensatzes für das Monitoring sozialer Determinanten von Gesundheit und gesundheitlicher Ungleichheiten in Deutschland – Ein Pilotprojekt innerhalb der EU Joint Action PreventNCD

Hintergrund: In Deutschland existieren zahlreiche Datenquellen zur Messung gesundheitlicher Ungleichheiten. Diese sind jedoch fragmentiert und weisen zum Teil erhebliche Einschränkungen auf, z.B. hinsichtlich der Verknüpfung von Gesundheits-, Sterbe- und Sozialdaten. Für eine handlungsorientierte Gesundheitsberichterstattung fehlt bislang eine systematische Indikatorik, die nicht nur die sozialen Determinanten der Gesundheit abbildet, sondern auch auf strukturelle (gesellschaftliche, politische) Determinanten eingeht, um Art und Ausmaß der daraus resultierenden gesundheitlichen Ungleichheit angemessen abzubilden.

Methode: Im Rahmen eines Pilotprojekts innerhalb der EU Joint Action PreventNCD (<https://www.preventnkd.eu/>) wird ein Kernindikatorensatz für soziale Determinanten und gesundheitliche Ungleichheit entwickelt. Dies erfolgt in mehreren Phasen: I. Zunächst werden theoretische Rahmenmodelle zur Beschreibung und Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten gesichtet und um aktuelle Themenbereiche erweitert sowie Themen für den Indikatorensatz festgelegt. II. Anschließend erfolgt die Sammlung von Indikatoren aus grauer Literatur, z.B. die operativen Leitfäden einer vorherigen EU Joint Action (JAHEE) und der WHO (Operational framework for monitoring social determinants of health equity). Erweitert wird die Liste durch Indikatoren, die in Ländern mit besonders elaborierten Health Equity Monitoring Systemen bereits etabliert sind. III. Diese gefundenen Indikatoren werden für die einzelnen Themenbereiche aufbereitet und durch ein Delphi-Verfahren anhand von vorbestimmten Kriterien (u.a. Relevanz, Datenverfügbarkeit, politische Beeinflussbarkeit) von Expert:innen bewertet, um einen konsolidierten Kernindikatorensatz zu erstellen. IV. Abschließend soll der Kernindikatorensatz für die Gesundheitsberichterstattung in Deutschland aufbereitet und in diese integriert werden.

Ergebnisse: Das theoretische Rahmenmodell von Solar und Irwin (A conceptual framework for action on the social determinants of health, 2010) mit der Differenzierung von strukturellen, sozialen und intermediären Determinanten der Gesundheit wurde als Grundlage des Projekts ausgewählt. Die Themenbereiche für Indikatoren umfassen bislang: materielle Lage, sozialräumlicher Kontext, Prävention, Bildung, Arbeitswelt und beruflicher Status, Wohnen, Migration sowie sozialer Zusammenhalt/soziale Ressourcen. Für alle Themenbereiche werden „Indikatoren zur Beschreibung von gesundheitlichen Ungleichheiten“ und „strukturelle Indikatoren“ (Indicators for action) gesucht.

Diskussion: Eine der zentralen Herausforderungen des Pilotprojekts – und aus Sicht der Autor:innen eines Health Equity Monitorings im Allgemeinen – besteht darin, strukturelle Determinanten der Gesundheit, z.B. auf Makroebene, zu identifizieren und ihren Zusammenhang mit gesundheitlichen Ungleichheiten adressat:innengerecht darzustellen. Doch darin liegt das Potenzial zur Entwicklung einer handlungsorientierten Gesundheitsberichterstattung, die politische und gesellschaftliche Entscheidungsträger:innen dabei unterstützt, gesundheitsförderliche Strukturen für alle zu stärken, statt gesundheitliche Ungleichheiten individualisierend zu erklären.

Vermögen als vernachlässigte Determinante gesundheitlicher Ungleichheit – konzeptionelle Herausforderungen der Erhebung von Vermögen in epidemiologischen Studien aus einer intersektionalen Lebenslaufperspektive

Bildung, Beruf und Einkommen sind als Dimensionen von Sozialstatus und als soziale Determinanten der Gesundheit in zahlreichen Studien untersucht. Entsprechend werden diese drei Indikatoren für die Forschung zu Zusammenhängen zwischen sozioökonomischen Faktoren und Gesundheit empfohlen und finden breite Anwendung.

Vermögen wird in diesem Zusammenhang hingegen kaum berücksichtigt – obwohl Vermögen in Deutschland deutlich ungleicher verteilt ist als z. B. Einkommen und internationale Studien klare Zusammenhänge zwischen Vermögen und einer Vielzahl gesundheitlicher Endpunkte zeigen. Vermögen wird jedoch in den bisherigen Studien sehr unterschiedlich konzeptualisiert und gemessen, was die Vergleichbarkeit der Ergebnisse limitiert und die theoriegenerierende Interpretation der empirischen Befunde erschwert. Die Entwicklung standardisierter Messinstrumente ist somit notwendig, um Vermögen als soziale Determinante gesundheitlicher Ungleichheit besser zu verstehen und belastbare Daten bezüglich der Effekte von Vermögen auf Gesundheit zu erheben. Dies ist übergeordnetes Ziel unseres Forschungsvorhabens. Als Zwischenschritt zur Entwicklung von Messinstrumenten fokussiert dieser Beitrag aber zunächst auf die theoretischen Grundüberlegungen, die der Entwicklung eines entsprechenden Instrumentes vorausgehen müssen. Denn hinter der Heterogenität der Erhebungen von Vermögen in der Literatur steckt eine Heterogenität der Definitionen von Vermögen, der dahinterliegenden Konstrukte und letztendlich eine Abwesenheit theoretischer Überlegungen zum kausalen Zusammenhang zwischen Vermögen und Gesundheit.

Ausgehend von der Thematisierung von Vermögen als vernachlässigte soziale Determinante gesundheitlicher Ungleichheit, soll dieser Beitrag sich den Schritten widmen, die zur Überwindung des Problems beitragen können: In einem ersten Schritt soll auf die methodischen Herausforderungen für die konkrete Erhebung von Vermögen eingegangen werden, die sich in der bisherigen Evidenz abzeichnen. In einem zweiten Schritt sollen theoretische Überlegungen zum kausalen Zusammenhang zwischen Vermögen und Gesundheit in Form mehrerer Modelle vorgestellt werden, die mittels einer differenzierten intersektionalen Lebenslaufperspektive unterschiedliche kausale Pfade zwischen Vermögen und Gesundheit darstellen und die differentiellen Effekte unterschiedlicher Formen von Vermögen erklären können. Die vorgestellten Erkenntnisse stammen aus Vorarbeiten zu einer empirischen Entwicklung eines Messinstrumentes von Vermögen. Basierend auf Literatur aus anderen Disziplinen, wurden zwei verschiedene Akkumulationswege über die Lebenszeit (lifecycle-wealth und transgenerational wealth) in die Epidemiologie transferiert und als kausales Konzept mit Lebenslaufperspektive auf sozioökonomische Statusindikatoren visualisiert. Ausblickhaft wird umrissen, wie Vermögen methodisch als multidimensionaler Faktor quantifiziert werden kann.

Die Diskussion der Modelle auf der Tagung soll somit einerseits Vermögen als vernachlässigte soziale Determinante gesundheitlicher Ungleichheit sichtbar machen. Andererseits soll die Diskussion auch zu der Weiterentwicklung der Modelle beitragen. Sie dienen darauffolgend als visualisierte Hypothesen für empirische Analysen mit longitudinalen Vermögensdaten aus Deutschland, um die daraus gewonnenen Erkenntnisse theoretisch fundiert und transparent einordnen zu können.

Regionale Ungleichheiten depressiver Störungen in Bayern: Eine multivariable Analyse kontextbezogener Faktoren

Einleitung: Die Rate depressiver Störungen in Bayern ist regional ungleich verteilt. Ziel der Analyse war es, Zusammenhänge sozioökonomischer, siedlungsstruktureller und umweltbezogener Faktoren und der Rate depressiver Störungen auf Kreisebene in Bayern zu untersuchen.

Methodik: Die Querschnittsanalyse erfolgte durch Verknüpfung verschiedener Datenquellen auf regionaler Ebene in Bayern. Zur Abbildung depressiver Störungen wurden ambulante Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns zu 8.767.441 gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten herangezogen. Die regionale sozioökonomische Deprivation wurde durch den German Index of Socioeconomic Deprivation erfasst. Die Klassifizierung des siedlungsstrukturellen Kreistyps erfolgte durch die Raumgliederung des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung. Der Anteil an umweltbezogener Fläche, wie Freizeitflächen und Grünanlagen, basierte auf Daten zur Flächennutzung des Bayerischen Landesamts für Statistik. Die Zusammenhänge wurden mittels multivariabler negativer Binomialregression analysiert.

Ergebnisse: Höhere regionale sozioökonomische Deprivation war mit einer höheren Rate depressiver Störungen assoziiert. Geringere Anteile umweltbezogener Fläche waren im Vergleich zu Kreisen mit dem höchsten Flächenanteil mit einer niedrigeren Rate depressiver Störungen assoziiert. Keine statistisch signifikanten Zusammenhänge zeigten sich für den siedlungsstrukturellen Kreistyp.

Schlussfolgerung: Insbesondere sozioökonomische Deprivation trägt zur Erklärung regionaler Ungleichheiten depressiver Störungen in Bayern bei. Für weiterführende Analysen zur Erklärung dieser Ungleichverteilung und zur Darstellung anderer hierfür relevanter Faktoren, wie die medizinische und therapeutische Versorgungsdichte oder die Beschaffenheit von Grünflächen, sind ein Ausbau des Datenbestands auf Kreisebene sowie die Nutzung weiterer bestehender Daten von Relevanz.

Berufsspezifische Belastungen und Erkrankungen in Deutschland – Eine statistische Detailanalyse auf Basis repräsentativer Erwerbstätigendaten

Krankheitsbedingte Fehlzeiten am Arbeitsplatz bringen weitreichende negative Folgen für Arbeitnehmer*innen (z. B. Einkommens- und Qualifikationsverluste), Arbeitgeber*innen (z. B. Produktionsausfälle, Suche nach Ersatzkräften) und die Gesamtgesellschaft (z. B. steigende Kosten für das Gesundheits- und Sozialversicherungssystem) mit sich. Arbeitsbezogene Erkrankungen und zugrundeliegende Belastungen treten dabei keineswegs zufällig auf, sondern hängen deutlich vom ausgeübten Beruf einer Person ab¹.

Bisherige Untersuchungen zu berufsbezogenen Belastungen² waren dabei eher auf die Ermittlung breiter Indikatoren und die Erstellung von Indizes für z. B. „physische Belastungen“ ausgerichtet. Im Gegensatz dazu verfolgt der Beitrag das Ziel, berufsspezifische Belastungen in Deutschland deutlich detaillierter nach einzelnen Belastungsausprägungen (z. B. im Rahmen körperlich-mechanischer Belastungen: langes Sitzen, langes Stehen, Heben schwerer Lasten etc.) abzubilden. Darüber hinaus werden auch gesundheitliche Aspekte der Berufstätigen als Einzelindikatoren für Erkrankungen einbezogen. Der vorliegende Beitrag macht in diesem Zusammenhang deutlich, in welchem Maße und in welcher Form die Bildung von breiteren statistischen Indizes zu einem nicht unwesentlichen Informationsverlust führen kann.

Die Datenbasis bilden zwei Erhebungswellen (2012 und 2018) der Erwerbstätigenbefragung des Bundesinstituts für Berufsbildung und der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin mit jeweils rund 20.000 befragten Kernerwerbstätigen. Neben der hohen Fallzahl bietet die Erwerbstätigenbefragung umfassende Informationen zu Belastungen und Beanspruchungen im Arbeitskontext sowie zur Gesundheit der Befragten (Beschwerden, allgemeiner Gesundheitszustand, Fehlzeiten). Die statistischen Auswertungen umfassen gewichtete Berufsmittelwerte für diese Items und werden gemäß der aktuellen Klassifikation der Berufe (KldB 2010) in unterschiedlichem Detailgrad bis hin zu Berufsgattungen (5-Steller) vorgenommen.

Neben den Ergebnissen werden die theoretischen Vorüberlegungen (u. a. Belastungs-Beanspruchungs-Modell, Anforderungs-Kontroll-Modell) sowie eine neue Vorgehensweise zur Kategorisierung beruflicher Belastungen und Erkrankungen anhand der zugrundeliegenden Daten und bestehender Klassifizierungen vorgestellt. Der Beitrag schließt mit einer Diskussion dazu, wie detailreich berufsspezifische Belastungsergebnisse als Grundlage für effektive Interventionsangebote im Bereich Prävention und Rehabilitation notwendigerweise sein müssten.

Literatur

1 Liebers, F./Brendler, C./Latz, U. (2013): Alters- und berufsgruppenabhängige Unterschiede in der Arbeitsunfähigkeit durch häufige Muskel-Skelett-Erkrankungen. In: Bundesgesundheitsblatt (56), S. 367-380.

Burr, H./Kersten, N./Kroll, L. E./Hasselhorn, H. M. (2013): Selbstberichteter allgemeiner Gesundheitszustand nach Beruf und Alter in der Erwerbsbevölkerung. In: Bundesgesundheitsblatt, 56(3), S. 349-358.

Shockey, T. M./Zack, M./Sussell, A. (2017): Health-Related Quality of Life Among US Workers: Variability Across Occupation Groups. In: American Journal of Public Health, 107(8), S. 1316-1323.

2 Kroll, L. E. (2011): Konstruktion und Validierung eines allgemeinen Index für die Arbeitsbelastung in beruflichen Tätigkeiten anhand von ISCO-88 und KldB-92. In: Methoden – Daten – Analysen, 5(1), S. 63-90.

Meyer, S.-C./Siefer, A. (2021): Entwicklung einer Job-Exposure-Matrix (JEM) auf Basis der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2018. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA).

Wer bewertet die Gesundheit von Kindern – und mit welchen Folgen? Proxy- und Selbsteinschätzungen als Herausforderung für die Messung gesundheitlicher Ungleichheit im Kindesalter

Die empirische Erfassung gesundheitlicher Ungleichheit im Kindesalter beruht häufig auf elterlichen Proxy-Angaben, da Kinder, insbesondere in jungen Altersgruppen, nicht immer selbst befragt werden können. Trotz ihrer praktischen Vorteile wirft diese Praxis grundlegende methodische Fragen auf, da elterliche Proxy-Ratings und kindliche Eigenratings nicht zwingend dasselbe Gesundheitskonstrukt abbilden. Der vorliegende Beitrag adressiert dieses Proxy-Problem anhand eines Vergleichs von elterlichen Proxy- und kindlichen Eigenratings des allgemeinen Gesundheitszustands und geht dabei drei zentralen Fragen nach: (1) Inwieweit stimmen elterliche Proxy-Ratings mit den Eigenbewertungen von Kindern überein? (2) Lassen sich systematische Muster der (Nicht-)Übereinstimmung identifizieren und (3) welche Konsequenzen ergeben sich daraus für die Messung gesundheitlicher Ungleichheit?

Wir analysieren Daten des Nationalen Bildungspanels (NEPS), Startkohorte 1, und nutzen Befragungsinformationen von rund zehn Jahre alten Kindern sowie deren Eltern aus dem Jahr 2021 (N=1.540). Analytisch wird nicht nur die Übereinstimmung zwischen Selbst- und Proxy-Ratings untersucht, sondern auch Richtung und Ausmaß etwaiger Abweichungen. In multivariaten Modellen werden des Weiteren mögliche Determinanten der (Nicht-)Übereinstimmung analysiert, wie Geschlecht, Bildung, Migrationshintergrund und Familienform.

Die Ergebnisse zeigen insgesamt nur eine moderate Übereinstimmung zwischen elterlichen und kindlichen Gesundheitsbewertungen. Abweichungen treten in etwa der Hälfte aller Fälle auf und sind überwiegend durch elterliche Überbewertungen der Kindergesundheit gekennzeichnet – das heißt, dass Eltern die Gesundheit ihrer Kinder häufig besser einschätzen als die Kinder selbst. Besonders ausgeprägt sind diese Überbewertungen, wenn Kinder ihre eigene Gesundheit als lediglich mittelmäßig oder schlecht einschätzen. Darüber hinaus lassen sich einige systematische Zusammenhänge mit sozialen Merkmalen feststellen: Geringere elterliche Bildung geht tendenziell mit größeren Abweichungen zwischen Proxy- und Eigenratings einher, wobei sich kein klassischer Bildungsgradient zeigt: Die höchste Übereinstimmung mit kindlichen Ratings zeigen Eltern mit mittlerem Bildungsniveau. Daneben zeigen sich Unterschiede nach elterlichem Geschlecht, sowie in bestimmten Eltern-Kind-Geschlechterkonstellationen. So bewerten beispielsweise Väter insbesondere die Gesundheit ihrer Söhne häufig zu optimistisch. Dagegen variieren die Abweichungen nur geringfügig nach Migrationserfahrung des Kindes oder nach der Familienform.

Die Befunde zeigen, dass elterliche Proxy-Ratings und kindliche Eigenratings nicht dasselbe Gesundheitskonstrukt erfassen und daher nicht als austauschbare Indikatoren behandelt werden sollten. Unterschiede zwischen beiden Bewertungsformen treten zudem nicht zufällig auf, sondern scheinen teils systematisch nach sozialen und demografischen Merkmalen zu variieren. Für die Forschung zu gesundheitlicher Ungleichheit im Kindesalter hat dies Implikationen, da elterliche Proxy-Ratings für Kinder aus bestimmten sozialen Gruppen (z. B. Kinder aus niedrig gebildeten Familien, Mädchen) systematisch verzerrt sind. Bestehende Ungleichheiten können so über-, bzw. unterschätzt werden. Der Beitrag macht damit deutlich, dass die Wahl zwischen Proxy- und Eigenratings keine rein pragmatische, sondern eine zentrale methodische Entscheidung darstellt.

Stärkung von Datensystemen im Bereich Migration und Gesundheit in Deutschland: Ergebnisse und Handlungsempfehlungen aus dem Projekt STRONGDATA-Kids

Hintergrund: Zur Identifikation gesundheitlicher Ungleichheiten und zur Entwicklung einer inklusiveren Gesundheitspolitik auch im Bereich Migration und Gesundheit sind aktuelle und repräsentative Daten notwendig. Dennoch bestehen erhebliche Lücken in der Erfassung und Verfügbarkeit migrationsbezogener Gesundheitsdaten. Vor diesem Hintergrund wurden Datenquellen mit Migrationsbezug im Bereich Kinder- und Jugendgesundheit in Deutschland identifiziert, deren Nutzbarkeit für die Gesundheitsberichterstattung bewertet und konkrete Empfehlungen zur Stärkung der übergeordneten Datensysteme abgeleitet.

Methode: Im Rahmen des Projektes STRONGDATA-Kids wurde eine Bestandsaufnahme seit dem Jahr 2000 existierender quantitativer Datenquellen im Kontext der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit Migrationsgeschichte durchgeführt. Die Bewertung der Nutzbarkeit erfolgte entlang von acht Dimensionen: Genauigkeit, Konformität, Konsistenz, Zuverlässigkeit und Aktualität sowie strukturelle, finanzielle und rechtliche Zugangs- und Nutzungsbarrieren. Ergänzend wurden die Ergebnisse mit Akteur:innen aus Praxis, Politik und Wissenschaft diskutiert und Handlungsempfehlungen zur Stärkung der Datensysteme formuliert.

Ergebnisse: Insgesamt wurden 33 Datenquellen identifiziert. Übergreifend lagen Kernergebnisse in der fehlenden Standardisierung migrationsbezogener Variablen, in fragmentierten Datenstrukturen, einer eingeschränkten Repräsentativität bestimmter Subpopulationen sowie in rechtlichen und strukturellen Hürden für die datenschutzkonforme Datennutzung und -verknüpfung. Daraus ergeben sich fünf Empfehlungen: (1) stärkere Standardisierung (sozio-)demografischer und migrationsbezogener Indikatoren zur Verbesserung der Vergleich- und Sekundärnutzbarkeit; (2), inklusive, diversitätsorientierte Datenerhebungsstrategien zur verbesserten Repräsentation der gesamten Bevölkerung; (3) Abbau unnötiger rechtlicher und organisatorischer Barrieren zur datenschutzkonformen Datenquellenverknüpfung; (4) verstetigte Förderung und Weiterentwicklung nachhaltiger Dateninfrastrukturen sowie (5) einheitliche ethische und rechtliche Rahmenbedingungen für eine verantwortungsvolle Nutzung sensibler Daten.

Diskussion: Die Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit, bestehende Datensysteme in Deutschland gezielt weiterzuentwickeln. Die konsequente Umsetzung der empfohlenen Maßnahmen würde dazu beitragen, die in Deutschland ohnehin vorhandene Datenbasis für Forschung im Bereich Migration und Gesundheit besser nutzbar zu machen. Langfristig kann dies dazu beitragen, spezifische Bedarfe für die Gesundheitsförderung und -versorgung zu identifizieren und somit die gesundheitliche Chancengerechtigkeit langfristig zu stärken.