

Programm

der gemeinsamen Frühjahrstagung der Sektion Medizin- und Gesundheitssoziologie (DGS),
der Arbeitsgruppe Gesundheitssoziologie und Medizinische Soziologie (DGMS) und
der Arbeitsgruppe Methoden (DGMS)

am Freitag den 2. März 2018
Carl Friedrich von Siemens Stiftung, München

Neue Entwicklungen in der Messung gesundheitsbezogener Ungleichheiten

Die Beschreibung und Erklärung sozialer Ungleichheiten in der Gesundheit und im Gesundheitswesen wird durch die Qualität und Verfügbarkeit von Daten beeinflusst. Nur eine geeignete Datengrundlage erlaubt eine evidenzbasierte Entscheidungsfindung und strategische Planung beispielsweise von Konzepten der Gesundheitsförderung und Prävention von Krankheiten.

Beiträge der Tagung greifen unterschiedliche Aspekte gesundheitsbezogener Ungleichheiten auf z.B. die Konzeptualisierung und Operationalisierung sozialer und gesundheitlicher Ungleichheiten, die Dimensionen sozialer Stratifizierung und ihr Zusammenhang mit Mortalität, der Einfluss von Antwortskalen auf die Einschätzung der subjektiven Gesundheit sowie subjektive Gesundheit und ungedeckter medizinischer Bedarf in Deutschland. Darüber hinaus wird die Messung beruflicher Gratifikationskrisen, die Messung gesundheitlicher Ungleichheiten im Jugendalter, die Lebensqualität von Personen, die eine Krebserkrankung überstanden haben und die Wahl angemessener SES-Indikatoren thematisiert.

Bitte registrieren Sie sich für die Tagung bis 15.2.2018 unter:

<https://www.tu-chemnitz.de/hsw/soziologie/Institut/Profile/kriwy/reg.php>

Es wird keine Teilnahmegebühr erhoben.

Die Verpflegung auf der Veranstaltung erfolgt freundlicherweise durch die Carl Friedrich von Siemens Stiftung. Vielen Dank dafür schon jetzt an dieser Stelle.

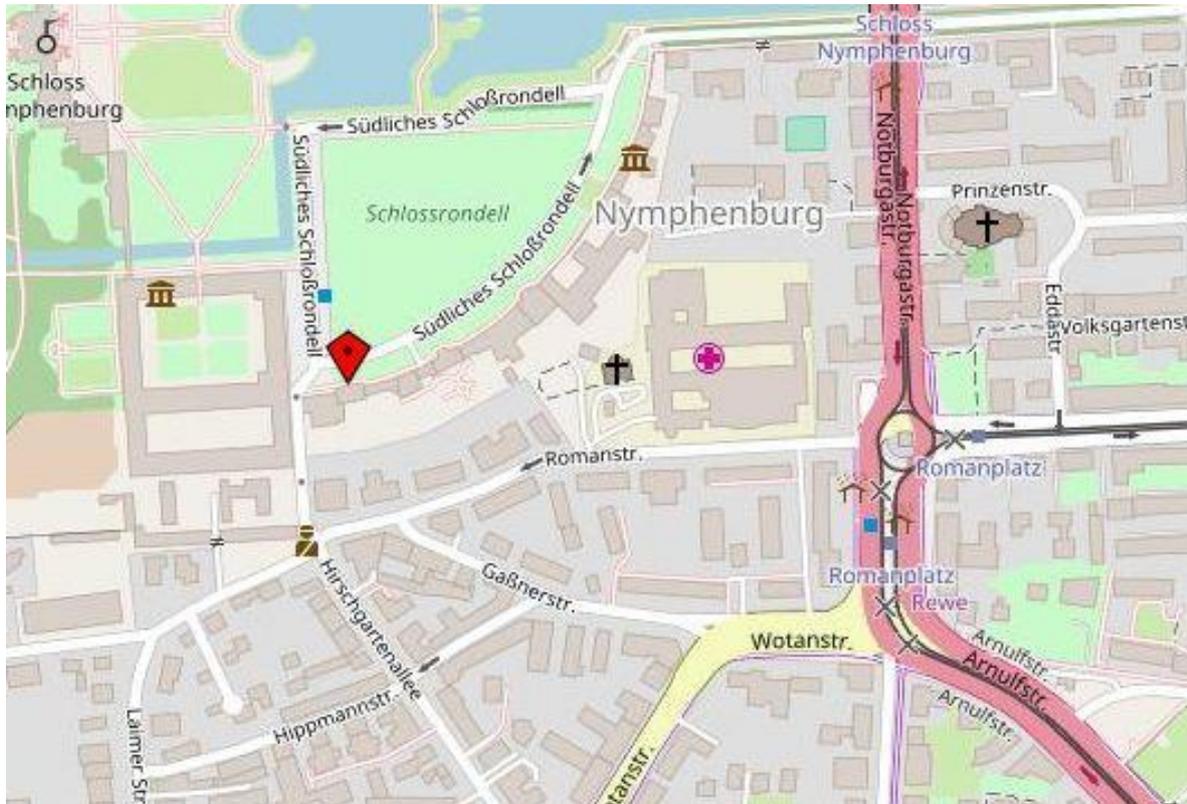
Am Vorabend reservieren wir einen Tisch für ein gemeinsames Abendessen (Abfrage erfolgt per Email unter den angemeldeten Personen, das Gasthaus steht jetzt noch nicht fest)

Programmübersicht

Freitag, 02. März

09:00-9:30	Registrierung und Begrüßungskaffee
09:30-10:00	<i>Lampert T., Hoebel J., Müters S., Kroll L.E.:</i> Konzeptualisierung und Operationalisierung sozialer und gesundheitlicher Ungleichheiten im Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts
10:00-10:30	<i>Hoffmann R., Kröger H., Tarkiainen L., Martikainen P.:</i> Dimensionen sozialer Stratifizierung und ihr Zusammenhang mit Mortalität – ein Vergleich von Bildung, Berufsstatus und Einkommen
10:30-11:00	<i>Jutz R.:</i> „Wie gesund sind Sie wirklich?“ - Der Einfluss von Antwortskalen auf die Einschätzung der subjektiven Gesundheit
11:00-11:30	Kaffeepause
11:30-12:00	<i>Holleder A.:</i> Subjektive Gesundheit und ungedeckter medizinischer Bedarf in Deutschland im EU-SILC-Survey
12:00-12:30	<i>Stummeier C.:</i> Updates zur Messung beruflicher Gratifikationskrisen
12:30-13:00	<i>Moor I., Richter M.:</i> Messung gesundheitlicher Ungleichheiten im Jugendalter: Ein empirischer Vergleich elterlicher, familiärer und jugendspezifischer Indikatoren
13:00-14:00	Mittagessen
14:00-14:30	<i>Li P., Scelob G., Myrskylä M.:</i> Regional Disparities of Depression Symptoms and Quality of Life Among Older European Cancer Survivors
14:30-15:00	<i>Fliesser M., Wippert P.M.:</i> Die Qual der Wahl- Bestimmung des Indikators für den sozioökonomischen Status (SES): Vorschlag zur Verwendung theoretischer Modellierungen
15:00-15:30	Abschlussdiskussion

Veranstaltungsort und Anfahrt



OpenStreetMap - Veröffentlicht unter ODbL

Carl Friedrich von Siemens Stiftung,
Südlisches Schloßrondell 23,
80638 München

Anreise: Ab Hauptbahnhof Tram 17 (Ri: Amalienburgstraße) aussteigen bei: Romanplatz

Kongressorganisation

Sektion Medizin- und Gesundheitssoziologie (DGS):

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

Rasmus Hoffmann, Rasmus.Hoffmann@EUI.eu

Arbeitsgruppe Gesundheitssoziologie und Medizinische Soziologie (DGMS):

Olaf von dem Knesebeck, o.knesebeck@uke.uni-hamburg.de

Claus Wendt, wendt@soziologie.uni-siegen.de

Arbeitsgruppe Methoden (DGMS):

Nico Dragano, Dragano@med.uni-duesseldorf.de

Matthias Nübling, nuebling@ffaw.de

Vortrag 1, 09:30-10:00

Konzeptualisierung und Operationalisierung sozialer und gesundheitlicher Ungleichheiten im Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts

Lampert, Thomas; Hoebel, Jens, Müters, Stephan und Kroll, Lars Eric

Das Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts stellt regelmäßig umfassende Daten zur Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland bereit. Mittlerweile werden vom Kindes- und Jugendalter bis ins höhere Lebensalter alle Altersgruppen einbezogen. Neben den drei großen Studien „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA), „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS) und „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ (KiGGS) umfasst das Gesundheitsmonitoring sogenannte ad hoc-Studien, die spezifische Themen adressieren und in vergleichsweise kurzer Zeit durchgeführt werden können.

Die Erhebungsprogramme aller Studien des Gesundheitsmonitorings beinhalten eine breit angelegte Erfassung soziodemografischer und sozioökonomischer Angaben. Der sozioökonomische Status (SES) wird in den Studien einheitlich gemessen, wobei für die Analysen neben zahlreichen Indikatoren und Konstrukten zu Bildung, beruflicher Stellung und Einkommen ein mehrdimensionaler SES-Index bereitgestellt wird. Darüber hinaus wird seit kurzem der subjektive Sozialstatus (SSS) erfasst, für den auch bei Kontrolle „objektiver“ Statusindikatoren zum Teil stark ausgeprägte Zusammenhänge zu Outcomes der körperlichen, psychischen und psychosozialen Gesundheit gefunden werden. Zusätzlich wird für die Analyse gesundheitlicher Ungleichheiten mit dem „German Index of Socioeconomic Deprivation“ (GISD) ein Index verwendet, der sozioökonomische Ungleichheiten auf räumlicher Ebene (Gemeindeverbände, der Landkreise und kreisfreien Städte sowie der Regierungsbezirke) abbildet.

Der Beitrag stellt die verschiedenen im Gesundheitsmonitoring verfolgten Ansätze zur Erfassung sozialer und gesundheitlicher Ungleichheiten vor und diskutiert deren Vor- und Nachteile im Kontext von Forschung, Politik sowie Akteure im Sozial- und Gesundheitswesen.

Vortrag 2, 10:00-10:30

Dimensionen sozialer Stratifizierung und ihr Zusammenhang mit Mortalität – ein Vergleich von Bildung, Berufsstatus und Einkommen

Hoffmann, Rasmus; Kröger, Hannes; Tarkiainen, Lasse und Martikainen, Pekka

Unterschiede in Gesundheit und Sterblichkeit zwischen Gruppen mit unterschiedlichem sozio-ökonomischen Status sind weitreichend dokumentiert. Weniger erforscht ist die relative Bedeutung verschiedener Statusdimensionen, obwohl jede durch eigene Mechanismen mit der Gesundheit verbunden ist und die Wahl der Statusvariable für die Analyse gesundheitlicher Ungleichheit große Bedeutung hat. Diese Studie vergleicht die jeweiligen Assoziationen von Bildung, Berufsstatus und Einkommen mit der Mortalität und analysiert, ob sich diese Zusammenhänge zwischen Geschlechtern, Altersgruppen, Perioden und Ländern unterscheiden.

Wir benutzen finnische Registerdaten mit einer 11% Zufallsstichprobe der Bevölkerung in den Altersgruppen 30-59 und 60-84 und den Perioden 1990-1997 und 2000-2007 und vergleichen unsere Ergebnisse mit einer Studie aus Schweden. Für 810.902 Personen haben wir Informationen zu Bildung, Berufsstatus und Einkommen und erfassen insgesamt 274.316 Todesfälle. Wir berechnen Coxproportionalhazard Modelle, die in bi- und multivariaten Modellen die relativen Sterberisiken (hazardratios) für Kategorien der sozio-ökonomischen Variablen angeben.

Die Kontrolle der jeweils anderen sozio-ökonomischen Dimensionen verringert die relativen Risiken, aber alle drei Dimensionen zeigen statistisch signifikante Netto-Assoziationen mit Mortalität. Das Einkommen zeigt den größten Gradienten (HR=2.49 bei Männern, Alter 30-59), der auch durch die Kontrollvariablen weniger abnimmt als bei Bildung und Berufsstatus. Die relative Bedeutung der drei Dimensionen unterscheidet sich zwischen den Geschlechtern (Einkommen ist bei Männern besonders wichtig) und zwischen Altersgruppen: im Rentenalter sind die Sterblichkeitsunterschiede bei Männern größer und bei Frauen kleiner als im Erwerbsalter. Die multidimensionalen Sterblichkeitsunterschiede unterscheiden sich nur wenig zwischen Finnland und Schweden bzw. zwischen den beiden beobachteten Zeiträumen.

Die Bedeutung bestimmter Statusdimensionen unterscheidet sich zwischen Geschlechtern und Altersgruppen. In empirischen Studien zur gesundheitlichen Ungleichheit mit nur einer Statusvariable kann diese nur als grober Indikator für deskriptive Zwecke verstanden werden. Um Einsichten in soziale Gesundheitsdeterminanten und Mechanismen zu bekommen, sind multidimensionale Analysen besser geeignet, weil sie durch den Vergleich von bi- und multivariaten Ergebnissen auf direkte und indirekte Effekte schließen lassen.

Vortrag 3, 10:30-11:00

„Wie gesund sind Sie wirklich?“ - Der Einfluss von Antwortskalen auf die Einschätzung der subjektiven Gesundheit

Jutz, Regina

Das Konzept der subjektiven Gesundheit ist ein anerkannter Indikator für den tatsächlichen Gesundheitszustand. Subjektive Gesundheit wird in sozialwissenschaftlichen Studien häufig genutzt und die dazugehörigen Fragen sind sich - oberflächlich betrachtet - in den verschiedenen Studien ähnlich. Dennoch kann sich die Frage nach dem gesundheitlichen Wohlbefinden stark im Detail unterscheiden, z.B. über einen zeitlichen Bezugsrahmen oder eine Referenz zur Altersgruppe des Befragten. Dies beeinflusst das Antwortverhalten. Doch auch die Antwortkategorien beeinflussen die subjektive Einstufung des Gesundheitszustandes. Auch wenn meist eine fünfstufige Likert-Skala verwendet wird, gibt es doch eine Unterscheidung der Kategorien. Dabei stehen sich meist zwei Versionen gegenüber: In Europa wird häufig eine Version mit einer ausgewogene 5er-Skala mit einer Mittelkategorie (1 sehr gut, 2 gut, 3 durchschnittlich, 4 schlecht, 5 sehr schlecht) genutzt, während die andere Version amerikanisch geprägt ist: eine 5er-Skala, deren positiv besetzte Kategorien überwiegen (1 ausgezeichnet, 2 sehr gut, 3 gut, 4 mittelmäßig, 5 schlecht).

Die gemeinsame Durchführung der beiden Studien ALLBUS und ISSP in Deutschland ermöglicht es, Auswirkungen der unterschiedlichen Antwortkategorien auf die Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustandes zu testen. Die beiden Umfrageprogramme verwenden unterschiedliche Antwortkategorien; auf Grund von Zeit- und Ländervergleichen wurde dies auch in den Jahren 2012 und 2016 nicht vereinheitlicht und die Befragten beantworteten jeweils beide Versionen zur Einschätzung ihrer Gesundheit. Hierbei stehen sich folgende Antwortkategorien gegenüber: „1 sehr gut, 2 gut, 3 zufriedenstellend, 4 weniger gut, 5 schlecht“ im ALLBUS und „1 ausgezeichnet, 2 sehr gut, 3 gut, 4 mittelmäßig, 5 schlecht“ im ISSP. Mit dieser Datengrundlage wird sowohl die Verteilung der beiden verschiedenen Versionen betrachtet, als auch die Zusammenhänge mit sozio-demographischen Variablen. Die Studien aus dem Jahr 2012 erlauben des Weiteren einen Vergleich der Zusammenhänge mit weiteren Gesundheitsvariablen. Es wird untersucht inwiefern sich die unterschiedliche Skalierung der subjektiven Gesundheit auf Zusammenhänge mit sozio-demographischen Variablen und anderen Gesundheitsindikatoren auswirkt.

Vortrag 4, 11:30-12:00

Subjektive Gesundheit und ungedeckter medizinischer Bedarf in Deutschland im EU-SILC-Survey

Hollederer, Alfons

Hintergrund: Die amtliche Haushaltsbefragung LEBEN IN EUROPA (EU-SILC) erfasst neben Wirtschaftsdaten auch (wenige) Gesundheitsitems in der Perspektive der Bevölkerung, die es ermöglichen, gesundheitliche Ungleichheiten zwischen sozio-ökonomischen Gruppen zu explorieren. Der ungedeckte medizinische Bedarf ist dabei ein wichtiger Indikator für die Qualitätsbeurteilung eines Gesundheitssystems im internationalen Vergleich.

Methoden: Der EU-SILC-Survey wird als Haushaltsbefragung seit dem Jahr 2005 jährlich in Deutschland durchgeführt. Die Erhebung umfasste in Deutschland im EU-SILC 2014 eine Zufallsstichprobe von 22.695 Personen (ab mindestens 16 Jahren), darunter 860 (überwiegend) Erwerbslose und 11.390 (überwiegend) Erwerbstätige. Der EU-SILC-Survey misst die Erwerbstätigkeit nach dem Labour Force Konzept der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO).

Ergebnisse: Nach den EU-SILC-Surveys 2005 bis 2014 verbesserte sich die subjektive Gesundheit in der Bevölkerung in Deutschland leicht. Knapp zwei Drittel der Befragten im Alter von mindestens 16 Jahren berichteten eine sehr gute oder gute Gesundheit trotz zunehmender Überalterung im Jahr 2014. Die gesundheitliche Ungleichheit stieg jedoch an. Von den Erwerbslosen bewerteten nur gut ein Drittel ihre Gesundheit als sehr gut oder gut in 2014, während bei den Erwerbstätigen dieser Anteil analog mit über drei Vierteln wesentlich höher lag. Zwischen den EU-SILC-Survey-Wellen 2005 bis 2014 nahm der Bevölkerungsanteil in Deutschland, der auf notwendige ärztliche oder zahnmedizinische Untersuchungen bzw. Behandlungen verzichtete, stark ab. Finanzielle Gründe sind Hauptursache dafür, dass notwendige zahnmedizinische Untersuchungen oder Behandlungen nicht in Anspruch genommen wurden. Daneben dominieren persönliche Gründe. Ein negativer Gesundheitszustand hat den größten Einfluss auf die Auftrittswahrscheinlichkeit eines ungedeckten ärztlichen Versorgungsbedarfs in multivariaten logistischen Regressionsanalysen. Je höher das verfügbare (Netto-)Äquivalenzeinkommen und der Bildungsabschluss, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit für eine Nichtinanspruchnahme. Erwerbslosigkeit geht mit einem stark erhöhten ungedeckten ärztlichen und zahnmedizinischen Versorgungsbedarf einher.

Diskussion: Die Auswertungen belegen für Deutschland erhebliche Verbesserungen beim ungedeckten ärztlichen und zahnmedizinischen Versorgungsbedarf sowie positive Entwicklungen beim subjektiven Gesundheitszustand im Zeitverlauf. Sie zeigen aber auch große Disparitäten in Deutschland auf. Der EU-SILC-Survey eignet sich als jährliche Wiederholungsbefragung für ein Monitoring von Public Health-Zielen und der Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit.

Vortrag 5, 12:00-11:30

Updates zur Messung beruflicher Gratifikationskrisen

Stummeier, Carolin

Entwicklungen der Arbeitswelt und arbeitsbezogenen Belastungen stehen Erklärungsansätzen gegenüber, die wie das Modell beruflicher Gratifikationskrisen (Siegrist 1996) bereits älter als 20 Jahre sind. Laut Techniker Krankenkasse (2016) kam es seit dem Jahr 2000 zu nahezu einer Verdopplung der Fehlzeiten aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen. Parallel dazu wichen in den letzten Jahrzehnten physische Anforderungen immer mehr psychosozialen Arbeitsbelastungen (Siegrist et al. 2004), die wie der Anteil der atypisch Beschäftigten stetig steigen (Techniker 2016b). Auf Basis dieser gesellschaftspolitischen Veränderungen muss gefragt werden: Ist das ERI-Modell nach 20 Jahren noch aktuell?

Zwar wurde das Modell beruflicher Gratifikationskrisen vielfach weiterentwickelt, jedoch wurden meines Wissens nach die Modellvarianten bisher noch nicht anhand eines Datensatzes getestet und miteinander verglichen. Daher wurden lineare Regressionen, Interaktionseffekte und Strukturgleichungsmodelle auf Basis des SOEP (2016) errechnet, um das empirisch beste Modell zur Erklärung der Gesundheitszufriedenheit gemäß der Theorie zu finden. Dabei wird der übersteigerten Verausgabungsneigung (Overcommitment) besondere Aufmerksamkeit geschenkt, weil sich dessen Position im Modell von Veröffentlichung zu Veröffentlichung stark unterschied. Das SOEP stellt eine geeignete Datengrundlage dar, da es neben der großen Fallzahl die aktuellste Version der Itematterie enthält.

Die Ergebnisse deuten auf eine Platzierung von Overcommitment wie in den frühen Modellen hin, da nur ein Zusammenhang zwischen Effort und Overcommitment zu finden ist. Als problematisch soll hier diskutiert werden, ob es inhaltliche Überschneidungen zwischen Effort und Overcommitment gibt oder ob eines die Konsequenz des anderen ist, was die Messung beruflicher Gratifikationskrisen weniger valide erscheinen ließe. Auf Basis meines Modells soll darüber hinaus diskutiert werden, an welcher Stelle das Modell um Entwicklungen der Arbeitswelt, wie beispielsweise atypischer Beschäftigung, ergänzt werden kann, um dadurch Anknüpfungspunkte für mögliche Präventionsangebote zu identifizieren. Dies ist insbesondere für gering qualifizierten Beschäftigten mit wenig Arbeitsplatzalternativen notwendig, da Reziprozitätsverletzungen gemäß Siegrist (2015) hier eher hingenommen werden (müssen).

Vortrag 6, 12:30-13:00

Messung gesundheitlicher Ungleichheiten im Jugendalter: Ein empirischer Vergleich elterlicher, familiärer und jugendspezifischer Indikatoren

Moor, Irene und Richter, Matthias

Fragestellung: Meist werden zur Untersuchung gesundheitlicher Ungleichheiten im Jugendalter familiäre SES-Indikatoren herangezogen. Zunehmend werden auch Indikatoren, die die Lebenssituation der Jugendlichen selbst erfassen, berücksichtigt. Bislang gibt es in Deutschland kaum Studien, die die Rolle jugendspezifischer SES-Indikatoren im Vergleich zu familiären Indikatoren untersuchen. Das Ziel der Studie ist es, hier empirische Evidenz zur Verfügung zu stellen.

Methode: Die Analysen basieren auf Daten der „SILNE“ Studie („Tackling socio-economic inequalities in smoking: Learning from natural experiments by time trend analyses and cross-national comparisons“), die 2013 in 6 europäischen Ländern (Belgien, Deutschland, Finnland, Italien, Niederlande, Portugal) unter 14-15-Jährigen SchülerInnen im Schulkontext durchgeführt wurde. Insgesamt wurden 50 Schulen (n > 10.000 SchülerInnen) befragt. Als SES-Indikatoren wurden u.a. die Bildung der Eltern, der familiäre Wohlstand als auch jugendspezifische Indikatoren wie die schulische Leistung und der subjektiver Sozialstatus (MacArthur Scale) erfasst. Untersucht wurden Ungleichheiten in der subjektiven Gesundheit und im Tabakkonsum.

Vorläufige Ergebnisse: Gesundheitliche Ungleichheiten liegen für familiäre wie jugendspezifische SES-Indikatoren vor. In Hinblick auf den subjektiven Sozialstatus zeigt sich eine stärkere Assoziation mit der selbsteingeschätzten Gesundheit, während die schulische Leistung und die finanziellen Ressourcen stärker mit dem Tabakkonsum im Zusammenhang stehen. Jugendliche mit höheren finanziellen Ressourcen haben das höchste Risiko regelmäßig zu rauchen. Dagegen scheinen Heranwachsende, die einen niedrigeren subjektiven Status angeben, ein schlechteres gesundheitliches Wohlbefinden aufzuweisen. Die Assoziationen zwischen den jugendspezifischen SES-Indikatoren und der Gesundheit bzw. dem Rauchverhalten blieb auch nach Kontrolle familiärer Indikatoren bestehen.

Diskussion: Die Ergebnisse der Studie weisen auf die Vielschichtigkeit und Komplexität der Messung und Interpretation des sozialen Status im Jugendalter hin. Die Heterogenitäten in den Ergebnissen zur Rolle des subjektiven Sozialstatus machen eine differenzierte Analyse nach Gesundheitsoutcome und Geschlecht notwendig. Tendenziell zeigt sich, dass subjektive Indikatoren für die Gesundheit und schulische bzw. finanzielle Merkmale für den Tabakkonsum im Jugendalter eine wesentlichere Bedeutung einzunehmen als familiäre SES-Indikatoren.

Vortrag 7, 14:00-14:30

Regional Disparities of Depression Symptoms and Quality of Life Among Older European Cancer Survivors

Li, Peng; Scelo, Ghislaine and Myrskylä, Mikko,

Background: Cancer survivors face higher risks of depressive disorders and lower quality of life (QoL) comparing to non-cancer general population. This study aimed to investigate the disparities of depression risks and QoL, and determine potentially associated demographic and health-related factors among older cancer survivors across European countries.

Methods: The longitudinal data of 10345 cancer survivors and 102954 participants of general population was extracted from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE), including depression and QoL indices, demographic, social economic and health-related factors. Mixed effect regression models were used to assess the effect of factors associated with depression prevalence and QoL in cancer survivors and the disparities across 19 European countries.

Results: Cancer survivors had higher depression prevalence (odds ratio (OR) = 1.62, 95% confidence interval (CI) = 1.52 – 1.73, $p < 0.001$) than general population. For demographic factors, survivors in older ages had lower risks than in 50 to 60; males had lower risks than females, participants married or had partnership had lower risks than others; employed or retired participants had lower risks than unemployed; people had medium or higher education levels had lower risk; For health-related factors, more limitations with activities of daily living, underweight and lower grip strength increased depression risks. Significant disparities of depression risks were observed, Eastern and Southern Europe had higher risks than Northern Europe and Western Europe. Depression risks slightly decreased when cancer patients survive longer. The effects of associated factors kept stable for survivors diagnosed within 5 years comparing with survived longer than 5 years. Cancer survivors had lower QoL (OR = 1.24, 95% CI = 1.15 – 1.34, $p < 0.001$) than general population, similar patterns were observed.

Conclusions: Old cancer survivors face a substantially increased risk of depression and decreased quality of life comparing to general population. Several demographic and factors were significantly associated with higher depression risks and lower QoL. Significant geographical and demographical disparities of depression prevalence and level of QoL were observed across European countries.

Vortrag 8, 14:30-15:00

Die Qual der Wahl- Bestimmung des Indikators für den sozioökonomischen Status (SES): Vorschlag zur Verwendung theoretischer Modellierungen

Fliesser, Michael und Wippert, Pia-Maria

In der Gesundheitsforschung wird die Wahl des verwendeten SES-Indikators selten begründet (Fliesser et al., 2016) oder verschiedene Indikatoren werden als austauschbar behandelt (Cundiff et al, 2015). Dies ist problematisch, da sich die Indikatoren in ihrem Einfluss auf Gesundheitsoutputs unterscheiden und auf unterschiedlichen theoretischen Annahmen beruhen (Fliesser et al, pub. Ahead).

Der angebotene Beitrag schlägt deshalb ein einfaches Modell vor, das Forscherinnen und Forscher darin unterstützen soll, für ihre jeweilige Fragestellung den passenden SES-Indikator auszuwählen. Dazu wird ein vereinfachtes Modell der „sozialen Determinanten der Gesundheit“ von Brunner und Marmot (2011) herangezogen, das drei vermittelnde Faktoren zwischen der Sozialstruktur und der Gesundheit postuliert: Materielle Faktoren, soziale und psychologische Faktoren, Gesundheitsverhalten. Diese drei Faktoren sind unterschiedlich stark mit den SES-Indikatoren verbunden (Einkommen besonders stark mit materiellen Faktoren, Berufsposition mit sozialen und psychologischen Faktoren, Bildung mit Gesundheitsverhalten). Darüber hinaus sind sie auch unterschiedlich stark mit dem jeweils interessierenden Gesundheitsoutput verknüpft. Diese Information soll verwendet werden, um a priori die vermutete Einflussstärke unterschiedlicher SES-Indikatoren zu bestimmen und so eine Entscheidungshilfe für die Wahl des SES-Indikators bereitzustellen.

Die Vorhersagekraft des Modells wird an zwei Studienpopulationen aus der Rückenschmerzforschung überprüft. Studie 1 besteht aus $N = \text{ca. } 65$ Personen, die wegen Rückenproblemen eine klinische Rehabilitation besuchten und 6 Monate später hinsichtlich der Entwicklung ihrer Schmerzen (und den 2 Einfluss des SES) befragt wurden. Studie 2 besteht aus $N = \text{ca. } 380$ Personen aus der Allgemeinbevölkerung, die bezüglich der Neuentwicklung von Rückenschmerzen beobachtet wurden. Die Ergebnisse zeigen, dass das vorgeschlagene Modell, zumindest für Rückenschmerzen, in der Lage ist den jeweils einflussreichsten SES-Indikator a priori zu identifizieren. Es hat allerdings Probleme, die Stärke des Einflusses der weniger bedeutsamen Indikatoren zu bestimmen. Das könnte an der sehr starken Vereinfachung des Modells (insbesondere der Nichtbeachtung von Beziehungen zwischen den SES-Indikatoren und zwischen den vermittelnden Faktoren) liegen. Nichtsdestotrotz scheint das vorgeschlagene Modell geeignet, um Forscher in ihrer Wahl für einen bestimmten SES-Indikator zu unterstützen.