



# Gesundheitliche Ungleichheit im Erwachsenenalter

## Hintergrund

Die Auswirkungen von sozialer Ungleichheit auf die Gesundheit der Bevölkerung sind ein zentrales Thema der Gesundheitswissenschaften (Public Health) und haben eine hohe gesundheitspolitische Relevanz.

Die Gesundheitsberichterstattung von Bund, Ländern und Kommunen berichtet seit vielen Jahren regelmäßig über sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit. Dabei geht es mittlerweile weniger darum den grundsätzlichen Nachweis dieses vielfach beschriebenen Zusammenhangs zu erbringen. Wichtiger ist es 1. langfristige Trends zu beschreiben und zu analysieren, um festzustellen, ob gesundheitliche Ungleichheit weiter zunimmt, 2. Personengruppen möglichst exakt zu identifizieren, die von gesundheitlicher Ungleichheit betroffen sind und 3. Daten möglichst kleinräumig zur Verfügung zu stellen, um den Akteurinnen und Akteuren der Gesundheitsförderung und Prävention eine gute Datengrundlage bereitzustellen.

Die Gesundheitsberichterstattung (GBE) hat dabei das Problem, dass die zur Verfügung stehenden aggregierten Routinedaten meist keine Rückschlüsse auf den individuellen sozioökonomischen Status zulassen. Eine Ausnahme bilden die Daten der Einschulungsuntersuchungen bei Kindern, bei denen in Berlin auch Bildungsstand, Berufsausbildungsstand und Erwerbsstatus der Eltern mit erhoben werden (1). Um gesundheitliche Ungleichheit im Erwachsenenalter darzustellen, wird daher auf Analysen zurückgegriffen, in denen soziale und gesundheitliche Merkmale in räumlich aggregierter Form miteinander in Zusammenhang gesetzt werden. So kann dann beispielsweise der Zusammenhang von Lebenserwartung und Arbeitslosigkeit im Vergleich verschiedener Regionen ausgewertet werden. Die Berliner GBE gibt hierfür den Gesundheits- und Sozialstrukturatlas heraus, in dem zahlreiche Indikatoren aus den Dimensionen Gesundheit, Erwerbsleben und Soziales auf Ebene der Bezirke und der Planungsräume miteinander verknüpft werden (2). Auf Bundesebene werden Individualdaten zum sozioökonomischen Status durch bundesweite Gesundheitssurveys erhoben, um Aussagen zum Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und

Gesundheit treffen zu können (3). Um unter anderem die Entwicklung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit in Zukunft auch auf Landesebene besser darstellen zu können, hat sich die Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Gleichstellung (SenWGPG) entschlossen beim Robert Koch-Institut eine Stichprobenaufstockung für Berlin im Rahmen der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ 2019/2020 (GEDA 2019/2020-EHIS) zu beauftragen.

Häufig werden zur Messung sozialer Ungleichheit die drei Indikatoren Bildung-, Berufsstatus und Einkommen verwendet. Auch wenn es Überschneidungen zwischen diesen Indikatoren gibt, macht es Sinn, diese getrennt zu betrachten, da die Korrelation zwischen den Indikatoren häufig nicht so hoch wie erwartet ist und jeder der Indikatoren einen Bereich für sich darstellt (4-6):

- Über Bildung können Wissen und Kompetenzen erworben werden, die beispielweise bei der Umsetzung eines gesunden Lebensstils oder beim Umgang mit gesundheitlichen Problemen förderlich sind. Der **Bildungsstatus** kann aber auch über den Zugang zu bestimmten gesellschaftlichen Positionen und Netzwerken sowie über die damit zu erreichende Position im Beruf Einfluss auf die Gesundheit haben.
- Beim **Berufsstatus** geht es zum Einen darum, wie stark Personen berufsbedingt direkten gesundheitlichen Belastungen wie Lärm oder Abgasen ausgesetzt sind. Zum Anderen spielen Faktoren wie individuelle Handlungsspielräume und Zeitdruck eine wichtige Rolle in Bezug auf die berufsbezogenen gesundheitlichen Belastungen. Darüber hinaus ist der Beruf ein Statusmerkmal, das mit gesellschaftlicher Anerkennung einhergeht.
- Neben der Deckung des Bedarfs an Gütern (z.B. Lebensmittel) und der sozialen Absicherung (z.B. über die Rentenbeiträge) spielt das **Einkommen** auch bei der sozialen Integration und der gesellschaftlichen Teilhabe eine wichtige Rolle. Ein Mangel an finanziellen Ressourcen schränkt die individuellen Handlungsspielräume ein und führt zu Mangel- und Diskriminierungserfahrungen.

Soziale Ungleichheit wirkt sich selten direkt und unmittelbar auf die Gesundheit aus. Vielmehr sind die Ursachen gesundheitlicher Ungleichheit vielfältig und miteinander

verknüpft. Für ein besseres Verständnis des Zusammenhangs, können soziale Ungleichheit und gesundheitliche Folgen als Teile einer Wirkungskette dargestellt werden: Die gesellschaftlichen, politischen und kulturellen Rahmenbedingungen, in denen Menschen aufwachsen und leben, haben Einfluss auf ihre direkte Umgebung der Lebens-, Wohn-, Arbeits- und Bildungsbedingungen. Diese wirken auf die individuellen Ressourcen und verhaltensbezogenen Einflussfaktoren von Gesundheit, die wiederum den Gesundheitszustand beeinflussen (7).

Dieses KURZ INFORMIERT fokussiert auf den Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und gesundheitlichen Endpunkten, wobei neben dem allgemeinen Gesundheitszustand auch chronische Krankheiten in den Blick genommen werden. Unterschiede im Gesundheits- und Inanspruchnahmeverhalten in der Berliner Erwachsenenbevölkerung wurden anhand der Daten der Studie GEDA 2019/2020-EHIS in mehreren KURZ INFORMIERT schon detailliert beschrieben (8-12).

## Methode

Die Studie GEDA 2019/2020-EHIS des Robert Koch-Instituts erhebt Daten zum Gesundheitszustand, zum Gesundheitsverhalten und zur Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in Deutschland. Dazu werden seit 2008 wiederholte Querschnittsbefragungen durchgeführt. Zwischen April 2019 und September 2020 wurden in GEDA 2019/2020-EHIS etwa 23.000 zufällig ausgewählte Personen der deutschsprachigen Wohnbevölkerung Deutschlands telefonisch befragt (13, 14). Die Stichprobe schließt 2.077 Personen ab 18 Jahren aus Berlin ein.

Zur Erfassung der subjektiven Gesundheit und zum Vorliegen chronischer Krankheiten wurde auf das international etablierte Mindestmodul Gesundheit (Minimum European Health Module - MEHM) zurückgegriffen (15). Auf die Frage „Wie ist ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen“ konnten die Befragten eine der Kategorien „sehr gut“, „gut“, „mittelmäßig“, „schlecht“ oder „sehr schlecht“ auswählen. Für die Auswertung wurde die Variable dichotomisiert („sehr gut“ und „gut“ vs. übrige Kategorien). Das Vorliegen chronischer Krankheiten wird mit der Frage „Haben Sie eine chronische Krankheit oder ein lang andauerndes gesundheitliches Problem?“ (Antwortmöglichkeiten „ja“, „nein“) erfasst. Die 12-Monats-Prävalenz der hier dargestellten drei chronischen Krankheiten und Gesundheitsprobleme wird anhand des folgenden Frageinstruments erfasst: „Es geht nun um dauerhafte Krankheiten und chronische Gesundheitsprobleme. Bitte berücksichtigen Sie dabei keine vorübergehenden gesundheitlichen Probleme. Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine der folgenden Krankheiten oder Beschwerden?“ (Antwortmöglichkeiten „ja“, „nein“). Ausgewertet werden die Angaben zu „Asthma bronchiale“ (erfasst als „Asthma, einschließlich allergischem Asthma“), „Diabetes mellitus“ (erfasst als „Zuckerkrankheit/ Diabetes, kein Schwangerschaftsdiabetes“) und zu „Depression“ (erfasst als „Depression“). Ausgewählt wurden diese drei Krankheiten, da sie exemplarisch für weitverbreitete physische und psychische chronischen Erkrankungen stehen, für die in systematischen Übersichtsarbeiten ein sehr deutlicher (Diabetes mellitus und Depression) beziehungsweise weniger eindeutiger sozialer Gradient (Asthma) beschrieben wurde (16–18). Die Prävalenzen für diese Gesundheitsindikatoren werden

stratifiziert nach verschiedenen sozioökonomischen Faktoren dargestellt. Verwendet werden die Indikatoren Bildungsstatus, Berufsstatus und Einkommen.

Die Erfassung des Bildungsstatus erfolgt dabei anhand von einer internationalen Klassifikation von Bildungsabschlüssen CASMIN (Comparative Analyses of Social Mobility in Industrial Nations) (19), die eine Einteilung in niedrigen, mittleren und hohen Bildungsstatus ermöglicht.

Der Berufsstatus wird anhand des international etablierten Index International Socio-Economic-Index of Occupational Status (ISEI) abgebildet (20, 21). Für die Auswertungen wurde der ISEI anhand von Quintilen in niedrigen (1. Quintil), mittleren (2.-4. Quintil) und hohen Berufsstatus (5. Quintil) eingeteilt. Für die Zuweisung der Indexwerte zu den Berufen wurde das Stata-Programm Inscogen verwendet (22).

Für das Einkommen wurde in Übereinstimmung mit nationaler und internationaler Sozialberichterstattung das bedarfsgewichtete Haushaltsnettoeinkommen verwendet (Nettoäquivalenzeinkommen). Vom verfügbaren Einkommen ausgehend wird hierbei eine Bedarfsgewichtung anhand der Anzahl der Haushaltsmitglieder vorgenommen, die potentielle Einsparungen durch eine gemeinsame Haushaltsführung berücksichtigt. Anhand des mittleren Nettoäquivalenzeinkommen werden drei Gruppen gebildet: < 60 % des mittleren Nettoäquivalenzeinkommen, 60 bis 150 % des mittleren Nettoäquivalenzeinkommen und > 150 % des Nettoäquivalenzeinkommen.

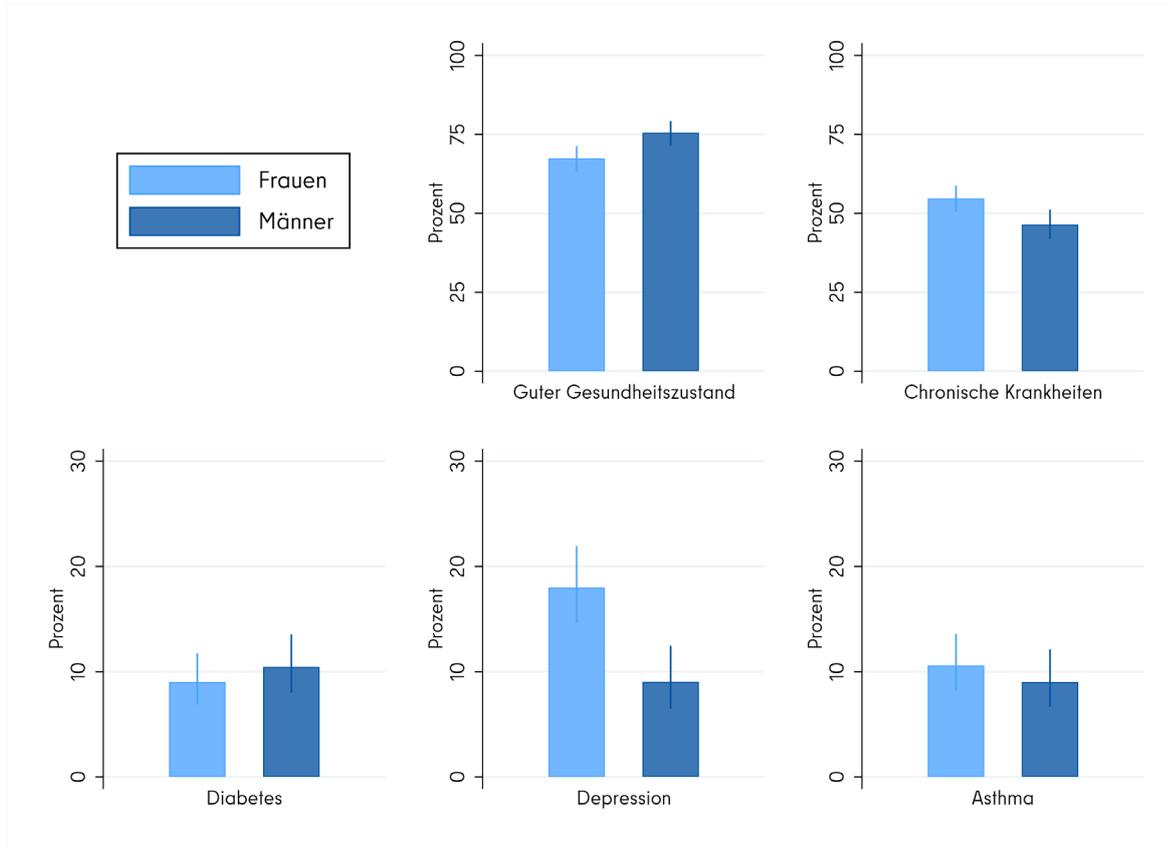
Neben den Prävalenzen werden für alle Indikatoren auch altersadjustierte Odds ratios dargestellt, die anhand von geschlechtsstratifizierten binär-logistischen Regressionsmodellen berechnet wurden. Odds ratios geben an, ob die statistische Chance an einer Krankheit zu leiden bei einer Gruppe (z.B. Personen mit niedrigem Einkommen) höher (oder niedriger) ist, als in einer Referenzgruppe (z.B. Personen mit hohem Einkommen). Hierbei bedeuten Odds ratios > 1 eine höhere statistische Chance und Odds ratios < 1 eine niedrigere statistische Chance.

Die Datenauswertungen werden mit einem Gewichtungsfaktor durchgeführt, der Abweichungen der Stichprobe von der Berliner Bevölkerungsstruktur (Stand: 31.12.2019) hinsichtlich Geschlecht, Alter und Bildung korrigiert. Alle Auswertungen wurden mit dem Programm Stata/SE 17.0 durchgeführt.

## Ergebnisse

Dreiviertel der männlichen Berliner Bevölkerung (76 %) schätzt den eigenen allgemeinen Gesundheitszustand als gut oder sehr gut ein (Abbildung 1). Die Prävalenz für einen guten Gesundheitszustand bei den Berliner Frauen liegt mit etwa zwei Drittel (67 %) etwas darunter. Rund die Hälfte der Befragten gibt an, von einer chronischen Krankheit oder langanhaltenden Gesundheitsproblemen betroffen zu sein (Frauen: 55 %, Männer: 46 %; Geschlechterunterschied nicht signifikant). Jeder 10. Berliner Mann (10 %) und jede 11. Berliner Frau (9 %) ist von Diabetes mellitus betroffen, wobei der Geschlechterunterschied statistisch nicht signifikant ist. 18 % der Berliner Frauen geben an in den letzten 12 Monaten von einer Depression betroffen gewesen zu sein, die Prävalenz liegt bei den Berliner Männern mit 9 % nur halb so hoch wie bei den Frauen. Die 12-Monats-Prävalenz von Asthma bronchiale liegt bei Erwachsenen in Berlin bei etwa 10 %; signifikante Unterschiede nach Geschlecht können nicht beobachtet werden.

**Abbildung 1:**  
**Gesundheitszustand und chronische Erkrankungen in der Berliner Wohnbevölkerung ab 18 Jahren nach Geschlecht in den Jahren 2019/2020 (Anteil in % mit 95 %-Konfidenzintervall)**



(Datenquelle: RKI GEDA 2019/2020-EHIS / Berechnung und Darstellung: SenWGPG - I A -)

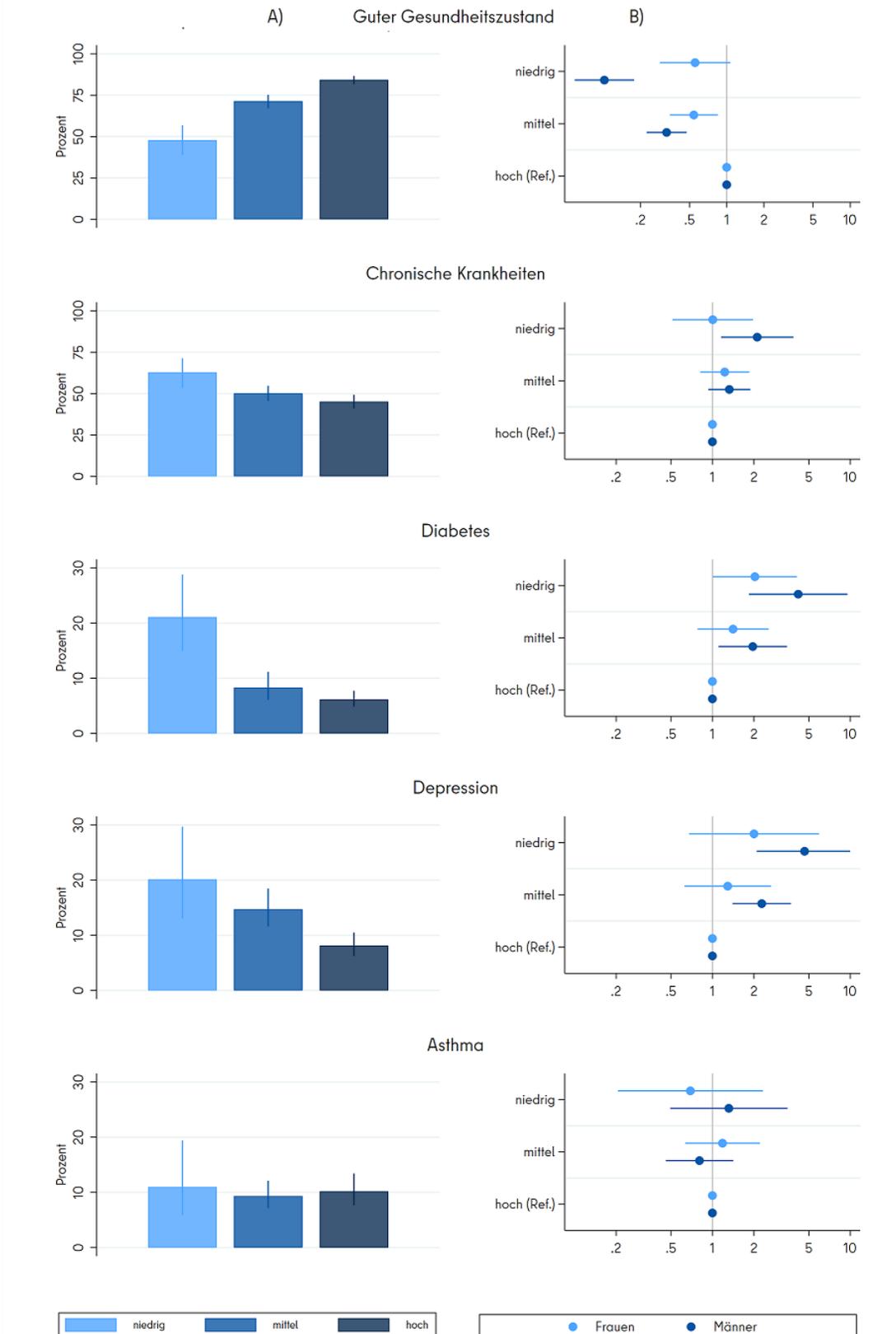
## Bildungsstatus

Während nur rund die Hälfte der Befragten mit niedrigem Bildungsstatus ihren allgemeinen Gesundheitszustand als gut oder sehr gut einschätzen, sind es fast 90 % der Befragten mit hohem Bildungsstatus (Abbildung 2). Auch chronische Krankheiten sind den Selbstangaben der Befragten zufolge unter Personen mit niedrigem Bildungsstatus weiter verbreitet als unter Personen mit hohem Bildungsstatus. Die 12-Monats-Prävalenz für Diabetes und Depression nimmt mit steigendem Bildungsstatus deutlich ab. Im Vergleich zur oberen Bildungsgruppe sind bei Personen mit niedrigem Bildungsstatus mehr als doppelt so viele Personen von Depression betroffen, bei Diabetes sind es sogar dreimal so viele. Bei der 12-Monats-Prävalenz von Asthma lässt sich kein Bildungsgradient feststellen. Diese Ergebnisse lassen sich überwiegend anhand geschlechtsstratifizierten und altersadjustierten logistischen Regressionsmodellen bestätigen, wobei teilweise Unterschiede zwischen Männern und Frauen sichtbar werden. Bei Männern sind die beobachteten Bildungsunterschiede insgesamt stärker ausgeprägt als bei Frauen.

**Abbildung 2:**  
**Gesundheitszustand und chronische Erkrankungen in der Berliner Wohnbevölkerung ab 18 Jahren nach Bildungsstatus in den Jahren 2019/2020**

A) Anteil in % mit 95 %- Konfidenzintervall

B) Altersadjustierte Odds ratios mit 95 %- Konfidenzintervall nach Geschlecht



(Datenquelle: RKI GEDA 2019/2020-EHIS / Berechnung und Darstellung: SenWGPG - I A -)

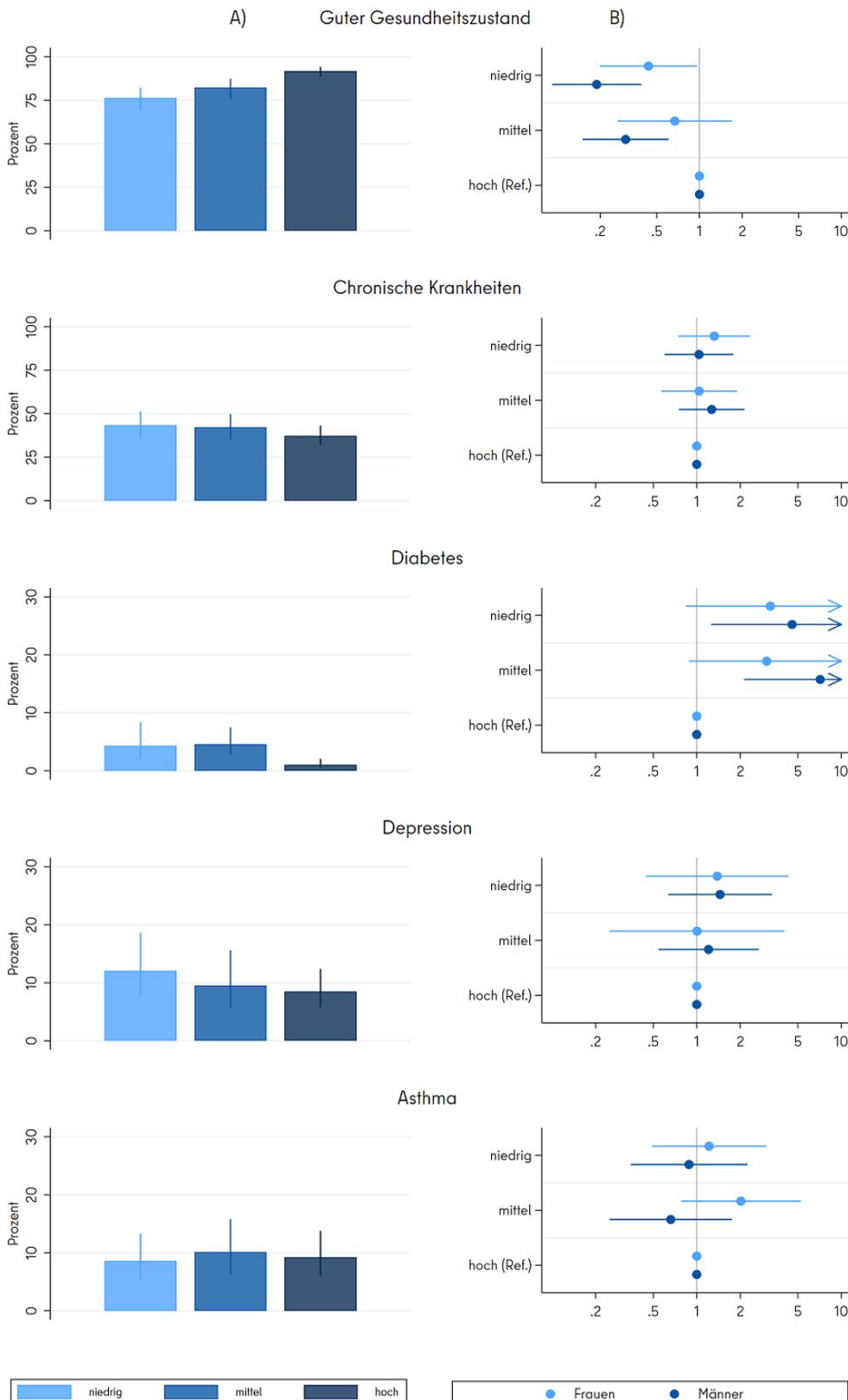
## Berufsstatus

Während nur 76 % der Befragten mit niedrigem Berufsstatus ihren allgemeinen Gesundheitszustand als gut oder sehr gut einschätzen, sind es 92 % der Befragten mit hohem Berufsstatus (Abbildung 3). Hinsichtlich der Frage, ob mindestens eine chronische Krankheit vorliegt, können keine signifikanten Unterschiede nach dem Berufsstatus beobachtet werden. Allerdings nimmt die 12-Monats-Prävalenz für Diabetes mit steigendem Berufsstatus deutlich ab. Im Vergleich zur oberen Berufsstatusgruppe sind bei Personen mit niedrigem Berufsstatus dreieinhalb Mal so viele Personen von Diabetes betroffen. Bei der 12-Monats-Prävalenz von Depression und Asthma lässt sich kein signifikanter Unterschied nach Berufsstatus feststellen. Diese Ergebnisse lassen sich überwiegend anhand geschlechtsstratifizierten und altersadjustierten logistischen Regressionsmodellen bestätigen, wobei teilweise Unterschiede zwischen Männern und Frauen sichtbar werden. Bei Männern ist die berufsbezogene Ungleichheit hinsichtlich des allgemeinen Gesundheitszustands und der Diabetes-Prävalenz etwas stärker ausgeprägt als bei Frauen.

**Abbildung 3:**  
**Gesundheitszustand und chronische Erkrankungen in der Berliner Wohnbevölkerung ab 18 Jahren nach Berufsstatus in den Jahren 2019/2020**

A) Anteil in % mit 95 %- Konfidenzintervall

B) Altersadjustierte Odds ratios mit 95 %- Konfidenzintervall nach Geschlecht



(Datenquelle: RKI GEDA 2019/2020-EHIS / Berechnung und Darstellung: SenWGPG - I A -)

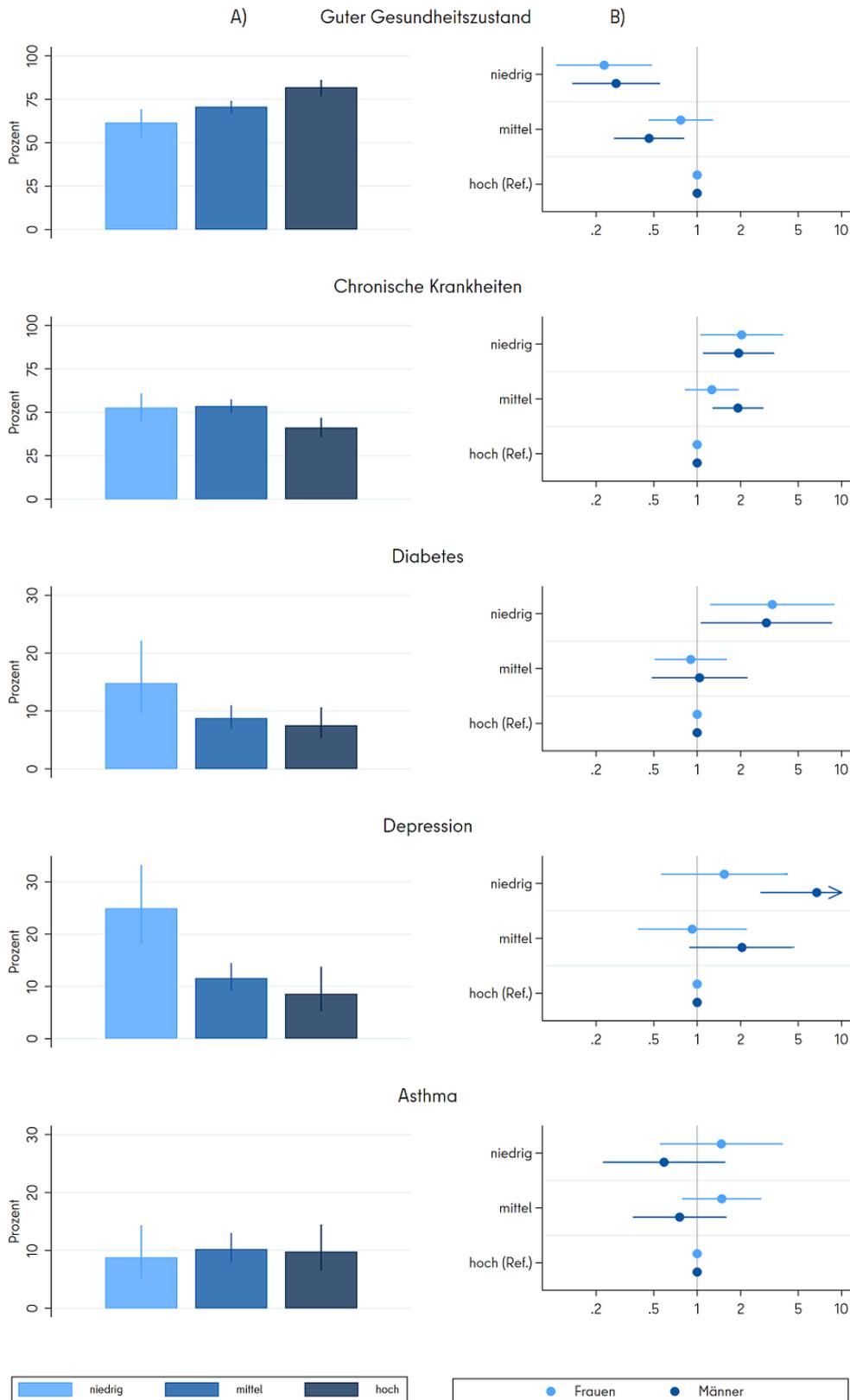
## Einkommen

Während nur 62 % der Befragten mit niedrigem Äquivalenzeinkommen ihren allgemeinen Gesundheitszustand als gut oder sehr gut einschätzen sind es 82 % der Befragten mit hohem Einkommen (Abbildung 4). Die multivariablen Auswertungen zeigen Einkommensunterschiede für chronische Krankheit und die 12-Monats-Prävalenz für Diabetes und Depression. Im Vergleich zur oberen Einkommensgruppe sind Personen mit niedrigem Einkommen fast doppelt so häufig von chronischer Krankheit, fast dreimal so häufig von Diabetes und mehr als dreieinhalb Mal so häufig von Depression betroffen. Die geschlechtsstratifizierten Auswertungen bestätigen überwiegend diese Ergebnisse, wobei die Einkommensunterschiede für Depression nur bei Männern signifikant sind.

**Abbildung 4:**  
**Gesundheitszustand und chronische Erkrankungen in der Berliner Wohnbevölkerung ab 18 Jahren nach Einkommen in den Jahren 2019/2020**

A) Anteil in % mit 95 %- Konfidenzintervall

B) Altersadjustierte Odds ratios mit 95 %- Konfidenzintervall nach Geschlecht



(Datenquelle: RKI GEDA 2019/2020-EHIS / Berechnung und Darstellung: SenWGPG - I A -)

## Zusammenfassung und Einordnung der Ergebnisse

In dieser bevölkerungsbezogenen Querschnittsstudie mit einer großen repräsentativen Stichprobe für Berlin wurde beobachtet, dass deutliche sozioökonomische Unterschiede im allgemeinen Gesundheitszustand, dem Vorhandensein einer chronischen Krankheit sowie in den 12-Monats-Prävalenzen von Diabetes und Depression bestehen. Menschen der unteren Bildungs-, Berufs- und Einkommensgruppen waren von diesen Gesundheitsproblemen zum Teil drei- bis viermal häufiger betroffen im Vergleich zu Menschen der oberen Statusgruppen. Bei der Einzelbetrachtung der gesundheitlichen Determinanten nach Bildung, Beruf und Einkommen zeigten sich die stärksten graduellen Zusammenhänge zwischen dem Bildungsstatus und den Gesundheitsendpunkten. Depression unterschied sich stark nach Bildung und Einkommen, aber nicht nach dem Berufsstatus. Für die 12-Monats-Prävalenz von Asthma konnten keine signifikanten sozioökonomischen Unterschiede beobachtet werden.

Die Ergebnisse dieser Auswertung der Berliner Stichprobe stehen größtenteils im Einklang mit den Ergebnissen von GEDA 2019/2020 zu sozialen Unterschieden im Gesundheitszustand auf Bundesebene, wobei auf Bundesebene nur Bildungsunterschiede im Gesundheitszustand betrachtet wurden (23). Hoebel et al. zeigten auf Basis einer bevölkerungsbezogenen bundesweiten Stichprobe ebenfalls sozioökonomische Unterschiede bei depressiven Symptomen für Bildung und Einkommen, im Unterschied zu der vorliegenden Auswertung aber auch für den Berufsstatus (24).

Die drei hier beschriebenen sozioökonomischen Dimensionen sind dabei nicht unabhängig zu betrachten, sondern korrelieren miteinander. Ein hoher Bildungsabschluss führt in der Regel zu einem hochqualifizierten Beruf, der häufiger mit einem höheren Einkommen vergütet wird. Es ist dennoch sinnvoll die Einflüsse von Bildung, Einkommen und Beruf auf den Gesundheitszustand einzeln zu betrachten, da sie unterschiedliche Phänomene erfassen und auf unterschiedliche kausale Ketten in der Krankheitsentstehung hinweisen (25). Viele der weit verbreiteten chronischen Krankheiten werden stark vom Gesundheitsverhalten beeinflusst, welches sich wiederum

nach Bildung sowie der beruflichen und finanziellen Situation deutlich unterscheidet. Entsprechend können die hier gezeigten Muster sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit auch für das Gesundheitsverhalten der Berlinerinnen und Berliner beobachtet werden (8-12). Dabei ist zu beachten, dass gesundheitliche Ungleichheit schon in frühen Lebensphasen auftritt und Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention dementsprechend ansetzen sollten (1). In letzter Konsequenz führt sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit dazu, dass sozial schlechter gestellte Menschen in Deutschland deutlich früher sterben als Menschen mit einem hohen sozialen Status (6). Für Berlin lässt sich dies auf sozialräumlicher Ebene beobachten: Die Lebenserwartung liegt in Bezirken mit hohen sozialen Belastungen wie beispielsweise einer hohen Armutsrisikoquote niedriger als in Bezirken mit geringen sozialen Belastungen (2) und je höher die sozialen Belastungen in den Lebenswelten (Planungsräume) der Berlinerinnen und Berliner sind, desto mehr Menschen sterben dort vorzeitig vor Vollendung des 65. Lebensjahrs (26).

Ziel von Maßnahmen der Gesundheitsförderung muss es sein, die Lebenswelt und Arbeitsbedingungen von allen Menschen unabhängig von Berufsstatus und Einkommen gesundheitsförderlich zu gestalten. Die Förderung solcher Lebenswelten obliegt dabei nicht ausschließlich der Gesundheitspolitik, sondern ist vielmehr als umfassendes Konzept zu verstehen, das beispielweise auch fiskal-, sozial-, bildungs- und umweltpolitische Maßnahmen erfordert („Health in All Policies“ - Ansatz).

## Literatur

1. Sozialstruktur und Kindergesundheit. [Ein Atlas für Berlin auf Basis der Einschulungsuntersuchungen 2007/2008: Spezialbericht 2011-1. \(PDF\)](#) Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz Berlin, Hrsg. Berlin; 2011 [Stand: 13.02.2023]. Verfügbar unter: [https://www.berlin.de/sen/gesundheits/\\_assets/service/publikationen/gesundheitsberichterstattung/gbe\\_spezial\\_2011\\_1\\_ssak0708.pdf](https://www.berlin.de/sen/gesundheits/_assets/service/publikationen/gesundheitsberichterstattung/gbe_spezial_2011_1_ssak0708.pdf).
2. Zeiher J, Häbler K, Finger JD, Hermann S. [Gesundheits- und Sozialstrukturatlas Berlin 2022](#). Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, Hrsg. Berlin; 2022 [Stand: 01.06.2022]. Verfügbar unter: <https://www.berlin.de/sen/gesundheits/service/gesundheitsberichterstattung/gesundheits-und-sozialstruktur/>.
3. Robert Koch-Institut. [RKI - Gesundheitsmonitoring; 2022](#) [Stand: 12.10.2022]. Verfügbar unter: [https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/gesundheitsmonitoring\\_node.html](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/gesundheitsmonitoring_node.html).
4. Lahelma E, Laaksonen M, Martikainen P, Rahkonen O. Die Mehrdimensionalität der sozioökonomischen Lage: Konsequenzen für die Analyse gesundheitlicher Ungleichheit. In: Bauer U, Bittlingmayer UH, Richter M, Hrsg. Health Inequalities: Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss; 2008. S. 143-66 (Gesundheit und Gesellschaft).
5. Braveman P. Health disparities and health equity: concepts and measurement. Annual Review of Public Health 2006; 27(1):167-94. doi: 10.1146/annurev.publhealth.27.021405.102103.
6. Lampert T, Michalski N, Müters S, Wachtler B, Hoebel J. Gesundheitliche Ungleichheit. In: Statistisches Bundesamt (Destatis), Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BiB), Hrsg. Datenreport 2021. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland: Bundeszentrale für politische Bildung (bpb); 2021.

7. Unterarbeitsgruppe Präventionsindikatoren der Arbeitsgruppe Gesundheitsberichterstattung, Prävention Rehabilitation und Sozialmedizin der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden'.  
[Entwicklung eines Indikatorensystems für die Präventionsberichterstattung der Länder: Diskussionspapier der Unterarbeitsgruppe Präventionsindikatoren; 2021 \(PDF\)](#) [Stand: 10.09.2022]. Verfügbar unter: [https://www.berlin.de/sen/gesundheitsberichterstattung/veroeffentlichungen/diskussionspapier\\_praeventionsindikatoren\\_runde1.pdf](https://www.berlin.de/sen/gesundheitsberichterstattung/veroeffentlichungen/diskussionspapier_praeventionsindikatoren_runde1.pdf).
8. Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, Hrsg. [Körperliche Aktivität bei Erwachsenen in Berlin; 2021. KURZ INFORMIERT 2021/02](#) [Stand: 25.11.2022]. Verfügbar unter: [https://www.berlin.de/sen/gesundheitsberichterstattung/kurz-informiert/#KI\\_2021\\_02](https://www.berlin.de/sen/gesundheitsberichterstattung/kurz-informiert/#KI_2021_02).
9. Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, Hrsg. [Rauchverhalten der Berliner Bevölkerung; 2021. KURZ INFORMIERT 2021/03](#) [Stand: 25.11.2022]. Verfügbar unter: [https://www.berlin.de/sen/gesundheitsberichterstattung/kurz-informiert/#KI\\_2021\\_03](https://www.berlin.de/sen/gesundheitsberichterstattung/kurz-informiert/#KI_2021_03).
10. Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, Hrsg. [Aspekte des Ernährungsverhaltens bei Berliner Erwachsenen; 2022. KURZ INFORMIERT 2022/02](#) [Stand: 25.11.2022]. Verfügbar unter: [https://www.berlin.de/sen/gesundheitsberichterstattung/kurz-informiert/#KI\\_2022\\_02](https://www.berlin.de/sen/gesundheitsberichterstattung/kurz-informiert/#KI_2022_02).
11. Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, Hrsg. [Übergewicht und Adipositas in Berlin; 2022. KURZ INFORMIERT 2022/01](#) [Stand: 25.11.2022]. Verfügbar unter: [https://www.berlin.de/sen/gesundheitsberichterstattung/kurz-informiert/#KI\\_2022\\_01](https://www.berlin.de/sen/gesundheitsberichterstattung/kurz-informiert/#KI_2022_01).
12. Zeiher J, Klaus K, Mutter H, Finger J, Häßler K, Haftenberger M et al. [Alkoholkonsum der Berliner Bevölkerung. KURZ INFORMIERT 2022/05](#) [Stand: 15.02.2023] Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, Hrsg.; 2022. . Verfügbar unter: [https://www.berlin.de/sen/gesundheitsberichterstattung/kurz-informiert/#KI\\_2022\\_05](https://www.berlin.de/sen/gesundheitsberichterstattung/kurz-informiert/#KI_2022_05).

13. Allen J, Born S, Damerow S, Kuhnert R, Lemcke J, Müller A et al. Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2019/2020-EHIS) - Hintergrund und Methodik. Journal of Health Monitoring 2021; 6(3). doi: 10.25646/8558.
14. Robert Koch-Institut. Fragebogen zur Studie Gesundheit in Deutschland aktuell: GEDA 2019/2020-EHIS. Journal of Health Monitoring 2021; 6(3):88-106. doi: 10.25646/8560.
15. Cox B, van OH, Cambois E, Jagger C, le RS, Robine JM et al. [The reliability of the Minimum European Health Module](#). International journal of public health 2009; 54(2). Verfügbar unter: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19183846/>.
16. Uphoff E, Cabieses B, Pinart M, Valdés M, Antó JM, Wright J. A systematic review of socioeconomic position in relation to asthma and allergic diseases. European Respiratory Journal 2015; 46(2):364-74. doi: 10.1183/09031936.00114514.
17. Fryers T, Melzer D, Jenkins R, Brugha T. [The distribution of the common mental disorders: Social inequalities in Europe](#). Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health 2005; 1(1):1-12. Verfügbar unter: <https://cpementalhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1745-0179-1-14>.
18. Agardh E, Allebeck P, Hallqvist J, Moradi T, Sidorchuk A. Type 2 diabetes incidence and socio-economic position: A systematic review and meta-analysis. International journal of epidemiology 2011; 40(3):804-18. doi: 10.1093/ije/dyr029.
19. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization - UNESCO Institute of Statistics. International Standard Classification of education ISCED 2011. Montreal, Quebec, Canada: UNESCO Institute for Statistics; 2012.
20. Ganzeboom HBG, Graaf PM de, Treiman DJ. [A standard international socio-economic index of occupational status](#). Social Science Research 1992; 21(1):1-56. Verfügbar unter: [http://dx.doi.org/10.1016/0049-089x\(92\)90017-b](http://dx.doi.org/10.1016/0049-089x(92)90017-b).
21. Lampert T, Kroll LE, Mütters S, Stolzenberg H. [Messung des sozioökonomischen Status in der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ \(GEDA\)](#). Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 2013; 56(1):131-43. Verfügbar unter: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00103-012-1583-3>.

22. Jann B. iscogen: [Stata module to translate ISCO codes](#) [Stand: 19.09.2022].  
Verfügbar unter: <http://ideas.repec.org/c/boc/bocode/s458665.html>.
23. Heidemann C, Scheidt-Nave C, Beyer A-K, Baumert J, Thamm R, Maier B et al. Gesundheitliche Lage von Erwachsenen in Deutschland - Ergebnisse zu ausgewählten Indikatoren der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. Journal of Health Monitoring 2021; 6(3). doi: 10.25646/8456.
24. Hoebel J, Maske UE, Zeeb H, Lampert T. [Social Inequalities and Depressive Symptoms in Adults: The Role of Objective and Subjective Socioeconomic Status](#). PLOS ONE 2017; 12(1):e0169764. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0169764>.
25. Geyer S, Hemström O, Peter R, Vågerö D. Education, income, and occupational class cannot be used interchangeably in social epidemiology. Empirical evidence against a common practice. Journal of Epidemiology & Community Health 2006; 60(9):804-10. doi: 10.1136/jech.2005.041319.
26. Haftenberger M, Zeiher J, Häßler K, Finger J. [Vorzeitige Sterblichkeit in Berlin - Zusammenhang mit sozialer Lage und Umweltbelastungen. KURZ INFORMIERT 2022/04](#) [Stand: 01.12.2022]. Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, Hrsg.; 2022. Verfügbar unter: [https://www.berlin.de/sen/gesundheit/service/gesundheitsberichterstattung/kurz-informiert/#KI\\_2022\\_04](https://www.berlin.de/sen/gesundheit/service/gesundheitsberichterstattung/kurz-informiert/#KI_2022_04).

---

## Impressum

### Autoren:

Johannes Zeiher, Marjolein Haftenberger, Kathleen Häßler, Sylke Oberwöhrmann, Jonas Finger

Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, Abteilung Gesundheit, Referat I A: Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie, Gesundheitsinformationssysteme, Statistikstelle.

### Herausgegeben von:

Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, Abteilung Gesundheit, Referat I A: Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie, Gesundheitsinformationssysteme, Statistikstelle.

[E-Mail](mailto:GBE@SenWGPG.Berlin.de) (GBE@SenWGPG.Berlin.de),

[SenWGPG, Gesundheitsberichterstattung](http://www.berlin.de/sen/gesundheit/service/gesundheitsberichterstattung) (www.berlin.de/sen/gesundheit/service/gesundheitsberichterstattung),

[Gesundheits- und Sozialinformationssystem](http://www.gsi-berlin.info) (www.gsi-berlin.info).

Stand: Februar 2023