

WORKING PAPER FORSCHUNGSFÖRDERUNG

Nummer 050, Oktober 2017

Soziale Mobilität und gesundheitliche Ungleichheit

Die Bedeutung inter- und intragenerationaler
Mobilität für gesundheitliche Ungleichheiten in
Ost- und Westdeutschland

Sebastian Günther, Anja Knöchelmann, Irene Moor
und Matthias Richter

ISSN 2509-2359

© 2017 Hans-Böckler-Stiftung
Hans-Böckler-Straße 39, 40476 Düsseldorf
www.boeckler.de

Alle Rechte vorbehalten.
Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt.

Inhalt

Zusammenfassung.....	4
1 Einführung.....	5
2 Gegenstand der Untersuchung.....	8
3 Empirische Grundlagen	9
3.1. Stichprobe	9
3.2. Variablenauswahl.....	10
3.3. Statistische Verfahren.....	13
4 Ergebnisse.....	15
4.1 Intergenerationale Mobilität.....	15
4.2 Intragenerationale Mobilität.....	22
5 Diskussion.....	31
6 Fazit	33
Literaturverzeichnis	34
Autorinnen und Autoren	39

Zusammenfassung

Soziale Mobilität gilt als eine der Haupterklärungen für gesundheitliche Ungleichheiten über den Lebenslauf. Internationale Studien haben gezeigt, dass negative Mobilitätsmuster eine schlechtere Gesundheit nach sich ziehen. Entsprechende Zusammenhänge wurden für Deutschland bisher jedoch kaum analysiert.

Die Berechnungen erfolgten mit Daten des Sozio-Oekonomischen Panels (SOEP) der Jahre 1992 bis 2012, wobei Gesundheit über die subjektive Einschätzung des gegenwärtigen Gesundheitszustands erfasst wurde. Die berufliche Position ging mittels der Skala der „Autonomie des beruflichen Handelns“ in die Berechnungen ein. Als Ausgangspunkt für die Analysen zu sozialer Mobilität diente die eigene berufliche Stellung zum Befragungszeitpunkt. Die elterliche berufliche Position bildete den Referenzpunkt für *intergenerationale* Mobilität. Die *intragenerationale* Mobilität bezog sich auf die erste eigene berufliche Stellung. Der Zusammenhang zwischen subjektiver Gesundheit und Mobilitätsprozessen wurde mittels multivariater logistischer Modelle berechnet.

Es zeigten sich sowohl für die *inter-* als auch für die *intragenerationale* Mobilität deutliche Zusammenhänge mit der subjektiven Gesundheit. Während ein Abstieg mit einer schlechteren Einschätzung assoziiert war, zeigte sich bei Aufsteigern eine bessere Gesundheit. Zudem schätzten vor allem diejenigen ihre Gesundheit als schlecht ein, die sich konstant in einer niedrigen Position befanden. Für *intragenerationale* Mobilität konnte ein Abstieg in Arbeitslosigkeit mit einer schlechteren Gesundheit in Verbindung gebracht werden. Geschlecht und Herkunft wiesen nur marginale Effekte auf, wobei für Ostdeutsche die Wahrscheinlichkeit in Arbeitslosigkeit abzustiegen im Vergleich zu Westdeutschen deutlich erhöht war. Diese Zusammenhänge zwischen inter- und intragenerationalen Mobilität und Gesundheit zeigten sich über den gesamten Zeitverlauf.

Zusammenfassend zeigte sich, je negativer sich die *inter-* oder *intragenerationale* Mobilität darstellte, desto eher wurde die eigene Gesundheit schlechter eingeschätzt. Es ist anzunehmen, dass dies auf eine andauernde Benachteiligung und damit assoziierte Faktoren wie u.a. psychosoziale Belastungen zurückzuführen ist. Angesichts der negativen Auswirkungen nachteiliger Mobilitätsprozesse sollte sozialen Abstiegen oder einem Verbleib in einer unteren sozialen Schicht vermehrt entgegen gewirkt werden.

1 Einführung

Es ist hinlänglich bekannt, dass ein niedriger Sozialstatus (niedrige Bildung/niedrige berufliche Stellung/niedriges Einkommen) oftmals mit einer schlechteren Gesundheit, häufigerem Krankheitsauftreten und frühzeitiger Sterblichkeit einhergeht (Mielck 2000; Richter/Hurrelmann 2009). Prozesse sozialer Mobilität stellen einen wesentlichen Aspekt zur Erklärung dieser gesundheitlichen Ungleichheiten dar und sind ein wichtiger Indikator für die Chancengleichheit in einer Gesellschaft. Obwohl Deutschland eines der wohlhabendsten Länder ist, zeigen sich soziale Schieflagen, d.h. die Chancen auf soziale Auf- und Abstiege sind ungleich verteilt (Spannagel 2016). Die elterliche Position beeinflusst demnach im hohen Maße die Bildungs- und Berufschancen der Kinder und damit ihre spätere soziale Stellung und Weiterentwicklung (Dragano et al. 2016; Quenzel/Hurrelmann 2010; Stawarz 2013). Eltern mit einer hohen sozialen Position gelingt es häufiger, ihren Kindern durch gute Bildung und zusätzliche Unterstützung den Zugang zu entsprechend privilegierten Positionen zu ermöglichen (Müller/Pollak 2004). Einige Studien konnten zudem nachweisen, dass der elterliche sozioökonomische Hintergrund wichtiger für die spätere soziale Positionierung ist als die eigenen Leistungen in der Erwerbskarriere (Otero-Rodriguez et al. 2011; Spannagel 2016). Bei der Betrachtung von Mobilitätsprozessen wird dabei zwischen *intergenerationaler* Mobilität (Eltern-Kind-Generation) und *intragenerationaler* Mobilität (eigene Berufskarriere) unterschieden (Stawarz 2013).

Bislang liegen hauptsächlich Studien aus Schweden (Högberg et al. 2012; Jonsson et al. 2017; Rosvall et al. 2006; Tiikkaja/Hemström/Vågerö 2009) und Großbritannien (Manor/Matthews/Power 2003) vor, die den Zusammenhang zwischen *inter-* und *intragenerationale* Mobilität und Gesundheit untersucht haben. Der internationale Forschungsstand verdeutlicht, dass *intergenerationale* Abwärtsmobilität häufig negativ und Aufwärtsmobilität eher positiv mit einer Vielzahl an Gesundheitsindikatoren assoziiert ist (Campos-Matos/Kawachi 2015; Högberg et al. 2012; Tiikkaja/Hemström/Vågerö 2009). Auch hinsichtlich *intragenerationaler* Mobilität zeigte sich, dass sozialer Aufstieg häufiger mit einem niedrigeren Erkrankungsrisiko verbunden ist als der Verbleib in einer unteren Position. Im Vergleich zu Personen mit durchgängig hohen Positionen ergaben sich jedoch höhere Risiken. Soziale Abstiege sind tendenziell mit einem höheren Gesundheitsrisiko assoziiert, wenngleich dies niedriger ist als bei jenen, die über ihre Berufskarriere hinweg in unteren Positionen verharren (Bartley/Plewis 2007; Hallqvist et al. 2004; Rosvall et al. 2006). Obwohl internationale Studien den Zusammenhang zwischen

sozialer Mobilität und Gesundheit belegt haben, wurde diese Beziehung für Deutschland bislang nicht systematisch untersucht.

Dies ist insbesondere auch vor dem Hintergrund interessant, dass Deutschland mit der Wiedervereinigung eine gewisse Sonderposition zukommt. Auch nach mehr als 20 Jahren bestehen noch immer Unterschiede zwischen Ost- und Westdeutschland, was auf die stark differenzierten Wirtschafts- und Gesellschaftssysteme zurückzuführen ist, die sich bis zum Fall der Berliner Mauer im Jahr 1989 in Ost- und Westdeutschland entwickelten. In der DDR ergab sich aufgrund der staatlich geregelten Verteilung von Arbeitsplätzen, Bildungsabschlüssen und Einkommen eine geringere Ungleichverteilung als in der Bundesrepublik (Pollak/Müller 2004). Trotz der kontinuierlichen Annäherung seit der Wiedervereinigung, sind die Folgen des massiven wirtschaftlichen Umbruchs in Ostdeutschland weiterhin spürbar, was sich beispielsweise in einem erhöhten Armutsrisiko und höherer Arbeitslosigkeit ausdrückt (Statistisches Bundesamt 2015). Diese ungleichen Lebensbedingungen in den neuen und alten Bundesländern gehen auch mit unterschiedlichen Mobilitätschancen einher (Pollak/Müller 2004). Auf Grundlage der vorhandenen Evidenz zum Zusammenhang zwischen Mobilitätsprozessen und Gesundheit sowie den unterschiedlichen Aufstiegschancen in Ost- und Westdeutschland wird somit angenommen, dass sich die Gesundheit in den neuen und alten Bundesländern unterschiedlich darstellt.

Neben der Herkunft spielt auch das Geschlecht eine große Rolle in Bezug auf Mobilität. Frauen weisen ein höheres Maß an Statusveränderungen auf als Männer (siehe Tabelle 1) (Datenreport 2013, 2013), weshalb eine Einbeziehung des Geschlechts in die Untersuchung angeraten erscheint. Die Tabelle zeigt zudem, dass die Mobilität in den alten Bundesländern wenig Veränderung aufweist, während im neuen Bundesgebiet ein Anstieg der Gesamtmobilitätsraten zu verzeichnen ist. Es ist zu erwarten, dass sich die beschriebenen Trends sowohl in Bezug auf das Geschlecht als auch die Herkunft fortsetzen werden.

Tabelle 1: Gesamtmobilität, vertikale und horizontale Mobilität, Auf- und Abstiegsraten 1976-2010, in Prozent

	Westdeutschland				Ostdeutschland	
	1976-1980	1981-1990	1991-1999	2000-2010	1991-1999	2000-2010
Männer						
Gesamtmobilität	66,0	66,0	64,0	67,0	60,0	62,0
Gesamtmobilität umfasst						
Vertikale Mobilität	51,0	50,0	51,0	54,0	51,0	50,0
Horizontale Mobilität	15,0	16,0	13,0	13,0	10,0	12,0
Verhältnis vertikale/horizontale Mobilität	3,3	3,1	4,0	4,1	5,2	4,1
Vertikale Mobilität umfasst						
Aufwärtsmobilität	36,0	35,0	35,0	37,0	31,0	25,0
Abwärtsmobilität	15,0	15,0	16,0	17,0	20,0	24,0
Verhältnis Aufstiege/Abstiege	2,4	2,4	2,2	2,1	1,5	1,1
Frauen						
Gesamtmobilität	77,0	77,0	78,0	77,0	74,0	77,0
Gesamtmobilität umfasst						
Vertikale Mobilität	59,0	55,0	58,0	59,0	63,0	60,0
Horizontale Mobilität	18,0	22,0	19,0	18,0	11,0	17,0
Verhältnis vertikale/horizontale Mobilität	3,3	2,5	3,0	3,2	5,8	3,5
Vertikale Mobilität umfasst						
Aufwärtsmobilität	26,0	26,0	31,0	31,0	36,0	31,0
Abwärtsmobilität	33,0	28,	27,0	27,0	28,0	29,0
Verhältnis Aufstiege/Abstiege	0,8	0,9	1,2	1,1	1,3	1,1

Quelle: modifiziert nach Pollak 2013, aus: Datenreport 2013
 Datenbasis: ALLBUS, SOEP, ZUMA-Standarddemografie, ISJP, 1976-2010

2 Gegenstand der Untersuchung

Neben der allgemein defizitären Forschungslage zum Zusammenhang sozialer Mobilität und Gesundheit in Deutschland, finden Ost-West-Vergleiche und geschlechterspezifische Unterscheidungen kaum Beachtung. Dieses Forschungsdefizit bildete die Grundlage der Untersuchung, um erstmalig empirische Belege für Deutschland vorzulegen¹. Mit Hilfe des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) (siehe Kapitel 2) wurden *inter-* und *intragenerationale* Mobilitätspfade und deren Bedeutung für sozial bedingte Ungleichheiten in der Gesundheit untersucht. Dabei gingen sowohl mögliche Unterschiede zwischen den neuen und alten Bundesländern als auch geschlechtsspezifische Differenzen in die Betrachtungen ein.

Folgende Forschungsfragen waren Bestandteil der Analysen:

1. Welcher Zusammenhang besteht zwischen *intergenerationaler* Mobilität und Gesundheit?
2. Welche Bedeutung hat *intragenerationale* Mobilität für die Gesundheit?
3. Wie hat sich die Bedeutung dieser *inter-* und *intragenerationalen* Faktoren im Zeitraum von 1992 bis 2012 verändert?
4. Bestehen Unterschiede bezüglich der Herkunft aus Ost-/ Westdeutschland sowie nach Geschlecht im Zusammenhang zwischen sozialer Mobilität und Gesundheit?

Basierend auf den theoretischen Vorbetrachtungen wird angenommen, dass in den alten Bundesländern vorteilhaftere Mobilitätschancen vorliegen und diese eher zu einer besseren Gesundheit führen. Gleiches lässt sich in Bezug auf das Geschlecht annehmen, wobei bei Frauen vermehrt Abwärtsmobilität zu erwarten ist, die sich demzufolge negativ auf die Gesundheit auswirkt. Darüber hinaus wird vermutet, dass es über den Zeitverlauf zu einer Angleichung der Mobilitätsbewegungen sowohl in Bezug auf die Herkunftsregion als auch zwischen den Geschlechtern kommt.

Nach der Beschreibung der zur Verfügung stehenden Variablen zur Operationalisierung *inter-* und *intragenerationaler* Mobilität und der Gesundheit, erfolgt in Kapitel 4 die Erläuterung der Hauptergebnisse mit kurzer Diskussion.

¹ Die berichteten Ergebnisse basieren auf zwei Publikationen, die zur Veröffentlichung eingereicht sind (Günther/Moor et al. 2017; Günther/Knöchelmann et al. 2017). Diese resultieren aus einem von der Hans-Böckler-Stiftung geförderten Projekt (Projekt-nummer 2015–857–4).

3 Empirische Grundlagen

Die Analysen basieren auf Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP v31). Diese jährliche Wiederholungsbefragung privater Haushalte in Deutschland wird seit 1984 durchgeführt (Wagner et al. 2008) und ist mit jährlich zwischen 17350 (1992) und 25125 (2012) Befragten die umfassendste Längsschnittbefragung in Deutschland. Damit ist das SOEP hinreichend groß, um differenzierte Analysen durchführen zu können (Schupp 2012; SOEP Group 2014) und hält darüber hinaus mehrere validierte Gesundheitsindikatoren bereit (Ziebarth 2010). Insbesondere sein Längsschnittcharakter und die über viele Jahre entwickelten Hochrechnungsfaktoren (Göbel/Grabka et al. 2008) bieten - auch für die Gesundheitsforschung - ein hohes Forschungspotential.

3.1. Stichprobe

3.1.1 Intergenerationale Mobilität

Der allgemeine Gesundheitszustand wurde 1992 erstmalig erfragt und fand ab 1994 jährlich Eingang in die Befragungen. Ausgehend davon bildete 1992 das Startjahr für die Trend-Analysen. Die Berechnung der *intergenerationalen* Mobilität erfolgte auf der Grundlage von fünf Perioden (1992–1995, 1996–1999, 2000–2003, 2004–2007, 2008–2012), in welchen die Daten von mehreren Jahren gepoolt in die Analysen aufgenommen wurden. Dabei wurden alle Erwerbstätigen deutscher Herkunft einbezogen, deren Daten zu allen relevanten Variablen vorlagen. Aufgrund der Konzentration auf Erwerbstätige wurden Teilnehmer, die jünger als 25 und älter als 59 waren, ausgeschlossen.

3.1.2 Intragenerationale Mobilität

Die Analysen der *intragenerationalen* Mobilität basierten auf den gepoolten Daten von drei Zeitperioden (1992–1995, 2000–2003, 2008–2012). Um Verzerrungen aufgrund hoher Mobilität zu Beginn des Erwerbslebens in jungen Jahren sowie in höheren Altersgruppen, bedingt durch u.a. Vorruhestand oder ein erhöhtes Morbiditätsrisiko, zu entgehen, konzentrierten sich die Auswertungen *intragenerationaler* Mobilität auf Männer und Frauen zwischen 35 und 54. Zudem konnte für diese Altersspanne eine gewisse Sättigung ermittelt werden, die auf eine deutliche Reduzierung sozialer Mobilitätsbewegungen hindeuten.

3.2. Variablenauswahl

3.2.1 Subjektive Gesundheit

Neben aktuellen Gesundheitsproblemen spielen für die Einschätzung des Gesundheitszustandes die Wahrnehmung der physischen und psychischen Gesundheit eine große Rolle (Kroll 2010). Subjektive Gesundheitsindikatoren im Allgemeinen und die Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands im Besonderen erwiesen sich in zahlreichen Studien - auch unter Kontrolle objektiver Indikatoren der Gesundheit - als starke und valide Prädiktoren für Mortalität (Idler/Benyamini 1997; Jylhä 2009) und gelten als verlässliche Indikatoren für den objektiven Gesundheitszustand (Helmert 2003; Wu et al. 2013). Andere Längs- und Querschnittsstudien zur Untersuchung gesundheitlicher Ungleichheiten griffen ebenfalls darauf zurück (Brockmann 2013; Kroll/Müters/Lampert 2016; Pförtner/Andress/Janssen 2011). Der selbstberichtete Gesundheitszustand wird seit 1992 im SOEP mit der Frage „Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben?“ erfasst. Die fünf Antwortkategorien gingen in dichotomer Form als „sehr gut/gut“ (0) und „zufriedenstellend/ weniger gut/ schlecht“ (1) in die Analysen ein.

3.2.2 Berufliche Stellung als Indikator zur Messung sozialer Mobilität

Soziale Mobilität kann in vielerlei Hinsicht definiert werden. Ausgangspunkt ist zunächst die sozioökonomische Stellung einer Person, die in der Regel über die Bildung, den Beruf und das Einkommen definiert wird (Ditton/Maaz 2011; Lampert/Kroll 2009). Dabei können diese einzeln oder zusammenhängend betrachtet werden. Eine wesentliche Mittlerrolle kommt letztlich jedoch dem Beruf zu. Dieser hängt stark mit vorherigen Bildungsleistungen zusammen, die berufliche (Aufstiegs-) Chancen eröffnen. Aus der Platzierung in der Arbeitswelt ergibt sich wiederum das Einkommen. Da Bildung ab einem gewissen Alter jedoch eine relative Konstante darstellt, Einkommen sich andererseits nur ungenau zwischen Generationen vergleichen lässt – allein schon auf Grund fehlender Informationen der Elterngeneration im SOEP – konzentrierte sich die vorliegende Untersuchung auf die berufliche Stellung, die jährlich im Panel erhoben wird.

Angaben zur beruflichen Stellung unterscheiden in der Regel zwischen Arbeitern, Angestellten, Beamten bzw. Selbstständigen und berücksich-

tigen zusätzlich das für die jeweilige Tätigkeit notwendige Qualifikationsniveau und die mit ihr einhergehende Führungsverantwortung. Zur Messung der beruflichen Stellung stehen verschiedene etablierte Skalen zur Verfügung, wie beispielsweise der „Standard Index of Occupational Prestige Scores“ (SIOPS) (Ganzeboom/Treiman 1996), die „Erikson-Goldthorpe-Portocarero-Klassifikation“ (EGP) (Erikson/Goldthorpe/Portocarero 1979) oder der „International Socio-Economic Index of Occupational Status“ (ISEI) (Ganzeboom/Treiman 2003), die jeweils mit individuellen Vor- und Nachteilen einhergehen. In der vorliegenden Untersuchung fand hingegen die Skala der „Autonomie beruflichen Handels“ nach Hoffmeyer-Zlotnik Anwendung (Hoffmeyer-Zlotnik 1993). Alle Informationen zum Beruf, respektive der beruflichen Stellung, aus den unterschiedlichen Zeitpunkten und Fragebögen des SOEP ließen sich in dieses Schema einordnen, nicht jedoch nach SIOPS oder ISEI, da die retrospektive Erhebung des Berufes der Eltern zu vielen fehlenden Angaben führte.

Die Autonomie-Skala unterscheidet hierarchische Sub-Gruppen der beruflichen Stellung, sowohl mit Blick auf Arbeiter, wie auch auf Angestellte, Beamte und Selbstständige, die unterschiedliche Stufen der Autonomie des beruflichen Handels widerspiegeln (Hoffmeyer-Zlotnik/Geis 2003). Diese Untergliederung wird in eine gemeinsame, übergeordnete Skala mit fünf Stufen überführt, beginnend mit hoher Handlungsautonomie bei umfassenden Führungsaufgaben (Stufe 1) hin zu niedriger Handlungsautonomie bei einfacher Tätigkeit (Stufe 5). In dieser Einheitlichkeit liegt mit Blick auf den Vergleich zwischen der Eltern- und Kindgeneration ein Vorteil gegenüber der EGP. Die Stufen eins und zwei sowie die Stufen vier und fünf wurden zusammengefasst, so dass eine Triade aus hoher, mittlerer und niedriger beruflicher Handlungsautonomie entstand, die dann stellvertretend für eine gehobene, mittlere bzw. niedrige berufliche Stellung stand. Vergleichende Analysen der Skala mit anderen beruflichen Prestigeskalen ergaben hohe Korrelationen (Hoffmeyer-Zlotnik/Geis 2003; Lampert/Kroll 2009; Wolf 1995) und weisen damit deren Eignung als Indikator zur Messung der beruflichen Stellung aus.

Soziale Mobilität ergibt sich aus Veränderungen in der beruflichen Stellung zwischen unterschiedlichen Zeitpunkten im eigenen Lebenslauf oder zwischen der Eltern- und Kindgeneration:

Intergenerationale Mobilität definierte sich über den Vergleich der höchsten beruflichen Stellung im Elternhaus, als die Untersuchungspersonen 15 Jahre alt waren, mit der eigenen Stellung zum Befragungszeitpunkt. Die elterliche Stellung wurde retrospektiv in den Biographiefragebögen erhoben und in die Autonomieskala überführt. Entspre-

chend der dreistufigen Einteilung der Stellung fand in den Analysen eine Unterscheidung von drei mal drei Mobilitätspfaden statt: 1) niedrig zu niedrig (stabile Position), niedrig zu mittel (Aufstieg), niedrig zu hoch (Aufstieg) 2) mittel zu niedrig (Abstieg), mittel zu mittel (stabile Position), mittel zu hoch (Aufstieg) und 3) hoch zu niedrig (Abstieg), hoch zu mittel (Abstieg), hoch zu hoch (stabile Position). In den Berechnungen wurde jeweils die stabile Position als Referenzkategorie genutzt. Auf eine Einbeziehung der Arbeits- oder Erwerbslosigkeit wurde aufgrund einer hohen Zahl fehlender Werte verzichtet.

Intragenerationale Mobilität setzte die eigene Stellung in den Untersuchungsperioden mit der ersten beruflichen Tätigkeit nach der Ausbildung und damit der ersten selbst erreichten Position ins Verhältnis. Obgleich die fehlende Teilnahme am Arbeitsmarkt (z.B. Arbeitslosigkeit) nicht mit einer beruflichen Stellung gleichzusetzen ist, fand sie Eingang in die *intragenerationalen* Analysen, um die mit ihr einhergehenden gesundheitlichen Konsequenzen (Kroll/Müters/Lampert 2016) ebenfalls abbilden zu können. Insgesamt ergaben sich somit folgende Mobilitätskategorien: „stabil oben“, „stabil Mitte“, „stabil unten“, sowie „abwärts“, „aufwärts“, „in Arbeitslosigkeit“ und „in Nicht-Erwerbstätigkeit“.

3.2.3 Ost-West-Vergleich

Die Unterscheidung zwischen ost- und westdeutscher Bevölkerung erfolgte hinsichtlich der Herkunft der Personen, nicht bezüglich ihres aktuellen Wohnortes. So konnte das Aufwachsen unter den unterschiedlichen politischen und sozialen Systemen berücksichtigt werden. Grundlage dafür bildete die im SOEP enthaltene Frage „Wo wohnten Sie 1989?“ mit den Antwortkategorien „Ost-Deutschland (DDR) inklusive Ost-Berlin“ und „West-Deutschland (BRD) inklusive West-Berlin“.

3.2.4 Kontrollvariablen

Um allen Aspekten der meritokratischen Triade Rechnung zu tragen, gingen sowohl Bildung als auch Einkommen als Kontrollvariablen in die Berechnungen ein. Letztere basierten auf dem Nettoäquivalenzeinkommen, wobei das Durchschnittseinkommen auf Jahresbasis unter Verwendung der Hochrechnungsfaktoren berechnet wurde. Daraus ergaben sich folgende fünf Kategorien: < 60 Prozent, < 80 Prozent, < 100 Prozent, < 150 Prozent, \geq 150 Prozent des Medians. Die Berechnung des Bildungsstands erfolgt auf Grundlage der CASMIN-Klassifikation und

wurde in folgenden drei Kategorien in die Analysen aufgenommen: niedriger Bildungsgrad (CASMIN 1a, 1b, 1c), mittlerer Bildungsgrad (CASMIN 2b, 2a, 2c), hoher Bildungsgrad (CASMIN 3a, 3b). Die Familienstruktur fand in Form des Familienstands (ohne/ mit Partner) und der im Haushalt lebenden Kinder Eingang in die Berechnungen. Damit sollte dem Einfluss der Familie auf die Gesundheit Rechnung getragen werden. Darüber hinaus wurde für das Alter der Befragten adjustiert, um die im Alter erhöhten Morbiditätsrisiken herauszurechnen. Zudem konnte so die allgemeine Alterung der Bevölkerung, die sich in einer tendenziell schlechteren mittleren Gesundheit der Gesamtbevölkerung niederschlägt, statistisch aufgefangen werden.

3.3. Statistische Verfahren

Um die im SOEP vorhandenen Verzerrungen durch überrepräsentierte einzelne Bevölkerungsgruppen sowie um individuelle Ziehungs- und Bleibwahrscheinlichkeiten auszugleichen, wurden die Analysen unter Berücksichtigung der persönlichen Hochrechnungsfaktoren durchgeführt (Göbel/Krause et al. 2008). Die Auswertungen erfolgten jeweils getrennt nach Geschlecht und Untersuchungszeitraum. Bei der Analyse *intergenerationaler* Mobilität wurde zudem nach der Herkunft getrennt. In den multivariaten logistischen Modellen des Zusammenhangs zwischen *intragenerationaler* Mobilität und subjektiver Gesundheit wurden davon abweichend Interaktionsterme zwischen Mobilität und Herkunft verwendet. Zur Korrektur der Verzerrungen durch Mehrfachmessungen in den gepoolten Daten und der mit ihnen verbunden Interkorrelation der Antworten, kamen hier zudem robuste Varianzschätzer zum Einsatz, die in STATA (Version 14 MP) mittels des Varianzschätzers "cluster()" implementiert und für verschiedene Regressionsverfahren verfügbar sind.

Inter- und Intragenerationale Mobilität

Zunächst wurden die Prävalenzen der subjektiven Gesundheit, bezogen auf die einzelnen *inter-* und *intragenerationalen* Mobilitätspfade, unter Berücksichtigung der Hochrechnungsfaktoren berechnet. Anschließend wurden die Risiken einer schlechteren Gesundheit in multivariaten Analysen mittels binär-logistischer Regressionen ermittelt. Dargestellt werden die average marginal effects (AME) der *intergenerationalen* Mobilität dieser logit-Modelle. Diese drücken die Wahrscheinlichkeiten aus innerhalb der einzelnen Mobilitätspfade die Gesundheit nur zufriedenstellend bis schlecht einzuschätzen. Die Modelle enthielten zunächst ausschließlich soziale Mobilität, das Alter und den Familienstatus als unabhängige

Variablen (M1). In weiteren Modellen wurde zudem für weitere Faktoren des sozioökonomischen Status, Bildung (M2) und Einkommen (M3), kontrolliert. Um die Chancenverteilung *intragenerationaler* Auf- und Abstiege detaillierter analysieren zu können, wurden zudem Probit-Regressionsmodelle berechnet. Die marginalen Effekte einer Probit-Regression zeigen die Wahrscheinlichkeiten eine bestimmte berufliche Position zu erreichen, ausgehend von der ersten beruflichen Tätigkeit, dem Geschlecht und der Herkunft, unter zusätzlicher Kontrolle des Alters. Aus illustrativen Zwecken sind jedoch nur die wichtigsten Einzelkategorien der logistischen Regressionen „gehobene Position“, „niedrige Position“ und „nicht erwerbstätig/arbeitslos“ dargestellt.

Zeitverlauf

Um den zeitlichen Veränderung der Zusammenhänge nachgehen zu können, konzentrierten sich die Analysen auf verschiedene Perioden. Alle Modelle und Auswertungen wurden zunächst für diese Jahre separat durchgeführt und die Ergebnisse miteinander verglichen. Die Analysen zur *intergenerationalen* Mobilität basieren auf den gepoolten Daten der Perioden 1992-1995 (Personen: 6108/ Personenjahre: 15499), 1996-1999 (Personen=5780/ Personenjahre: 19647), 2000-2003 (Personen: 11399/ Personenjahre: 36715), 2004-2007 (Personen: 11042/ Personenjahre: 35083) und 2008-2012 (Personen: 11184/ Personenjahre: 38068). Für die Untersuchung der *intragenerationalen* Mobilität wurden gepoolte Datensätzen der Jahre 1992-1995 (Personen: 4405/ Personenjahre: 10494), 2000-2003 (Personen: 7763/ Personenjahre: 24252) und 2008-2012 (Personen: 7152/ Personenjahre: 23744) verwendet und jeweils als zusammenhängende Perioden analysiert.

Da sich in den separaten Auswertungen der einzelnen Perioden kaum Unterschiede zwischen diesen zeigten, wurden die Modelle anschließend, unter Kontrolle einer Trendvariable, auf den gesamten Datensatz angewendet (Kroll/Lampert 2011). Hierfür wurden Interaktionen des Trends sowohl mit Mobilität als auch mit Herkunft (Ost-/Westdeutschland) verwendet. In den Analysen zur *intergenerationalen* Mobilität wurden zudem Interaktionen für Geschlecht und Mobilität bzw. Herkunft verwendet, da sich auch hier kaum Unterschiede zwischen Frauen und Männern in den geschlechtsgetrennten Berechnungen zeigten.

4 Ergebnisse

4.1 Intergenerationale Mobilität²

4.1.1 Stichprobenbeschreibung

Tabelle 2 gibt einen Überblick über die verwendete Stichprobe zu dem Zusammenhang zwischen *intergenerationaler* Mobilität und Gesundheit. Insgesamt konnten 145.012 Personenjahre von 19.283 verschiedenen Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit im Alter von 25 bis 59 Jahren berücksichtigt werden. Über die Hälfte der Befragten schätzte ihre Gesundheit gut oder sehr gut ein. Das Geschlechterverhältnis war ausgeglichen, der Anteil an Männern und Frauen mit ostdeutscher Herkunft war im Vergleich zu jenen mit westdeutschem Hintergrund deutlich geringer (ca. 20 bis 25% zu 75 bis 80%). Zudem war bei einem Großteil der Stichprobe ein mittlerer oder niedriger Bildungsstand vorhanden und etwa ein Drittel der Teilnehmer verfügten über ein mittleres Einkommen (100 bis 150% des Medians).

2 Siehe auch: Günther/Moor et al. (2017).

Tabelle 2: Intergenerationale Mobilität: Stichprobenübersicht der einzelnen Perioden für 25- bis 59-jährige Erwerbstätige deutscher Staatsangehörigkeit (Daten: SOEP v31).

	1992- 1995	1996- 1999	2000- 2003	2004- 2007	2008- 2012
n (Personen/ Personenjahre)†	6108/ 15499	5780/ 19647	11399/ 36715	11042/ 35083	11184/ 38068
	%	%	%	%	%
subjektive Gesundheit					
sehr gut/ gut	56,8	55,2	57,0	54,8	53,4
zufriedenstellend/ weniger gut/ schlecht	43,2	44,8	43,0	45,2	46,6
Geschlecht					
Männer	51,2	51,0	50,8	49,7	49,3
Frauen	48,8	49,0	49,2	50,3	50,7
Herkunft					
Ost	20,9	22,0	21,9	22,5	24,1
West	79,1	78,0	78,1	77,6	75,9
Bildung					
CASMIN niedrig	45,1	39,8	36,0	33,2	28,4
CASMIN mittel	36,4	40,3	43,5	45,4	47,3
CASMIN hoch	18,5	19,9	20,6	21,4	24,4
Nettoäquivalenzeinkommen					
Netäq HH-Eink >150%	26,8	25,5	27,4	29,9	29,7
Netäq HH-Eink 100%-150%	33,9	35,1	33,6	31,2	32,9
Netäq HH-Eink 80%-100%	19,0	18,6	18,6	15,9	16,2
Netäq HH-Eink 60%-80%	13,0	13,3	12,8	13,2	11,2
Netäq HH-Eink <60% Median	7,3	7,5	7,6	9,8	10,0
Familienstatus					
kein Partner im Haushalt	22,4	24,3	25,7	28,0	31,4
keine Kinder im Haushalt	55,2	55,2	56,4	60,6	71,7
Alter					
Mittelwert	40,8	41,3	42,1	42,7	43,8
SD	9,8	9,5	9,1	9,2	9,5

Netäq HH-Eink: Nettoäquivalenzeinkommen des jeweiligen Jahres, berechnet auf Basis gewichteter Daten.

Ref.: Referenzkategorie

† Insgesamt wurden 145.012 Personenjahre von 19.283 verschiedenen Personen berücksichtigt.

EBS = Elterliche berufliche Stellung, ABS = Aktuelle berufliche Stellung

4.1.2 Intergenerationale Mobilität

In Bezug auf die Mobilitätspfade der elterlichen beruflichen Stellung im Vergleich zur eigenen Stellung (Tabelle 3a und b) zeigte sich, dass der Großteil, d.h. circa ein Drittel, in unteren beruflichen Stellungen zu finden war und in diesen verblieb (stabil unten). Etwa sieben bis zehn Prozent der Männer und Frauen waren in hohen Stellungen, die ihre Eltern ebenfalls innehatten. Annähernd 13 Prozent konnten aus einer niedrigen elterlichen Stellung in eine mittlere und etwa acht Prozent in eine hohe eigene berufliche Stellung aufsteigen. War eine hohe elterliche Stellung gegeben, stiegen etwa sechs bis acht Prozent in eine mittlere oder niedrige Stellung ab.

Über die Zeit ließen sich kaum Veränderungen feststellen. Bereits zu Beginn des untersuchten Zeitraums zeigten sich Unterschiede zwischen den neuen und alten Bundesländern. Bei den Männern westdeutscher Herkunft dominierten die sozialen Aufstiege, wohingegen ihre ostdeutschen Pendanten in den unteren sozialen Positionen verblieben. Diese Tendenzen blieben auch über die Zeit bestehen, wobei es im Westen zu einem leichten Anstieg an Personen mit gleichbleibend hohem Status kam. Dies gilt ebenfalls, und besonders deutlich, für Frauen mit westdeutscher Herkunft, deren Anteil sich von ca. 3,7 Prozent auf 7,3 Prozent etwa verdoppelte und dabei gleichwohl weiterhin deutlich unter dem Niveau der Männer lag. In den neuen Bundesländern konnte neben einer Zunahme der Aufwärtsmobilität auch eine leichte Vergrößerung der Gruppe in einer dauerhaft hohen Position ermittelt werden.

Unterschiede traten zudem in Bezug auf Geschlecht auf. Danach wiesen Frauen aus den neuen und alten Bundesländern ähnliche Mobilitätsmuster auf, während sich die der Männer unterschieden. Ostdeutsche Männer verblieben vermehrt in unteren Positionen, waren häufiger von Abwärtsmobilität betroffen und ihnen gelang seltener ein sozialer Aufstieg. In den alten Bundesländern konnten hingegen mehr männliche Aufsteiger ermittelt werden. Eine Angleichung gab es jedoch bei Männern, deren Eltern eine niedrige Position innehatten und die selbst in eine mittlere Position aufsteigen konnten. Zum einen stieg der Anteil dieser Gruppe im Beobachtungszeitraum generell an, zum anderen reduzierten sich die Unterschiede in der Verteilung zwischen ost- und westdeutschen Männern signifikant. Zusammenfassend zeigten westdeutsche Männer die vorteilhafteren Mobilitätsbewegungen.

4.1.3 Intergenerationale Mobilität und Gesundheit

Es besteht ein deutlicher Zusammenhang zwischen *intergenerationaler* Mobilität und subjektiver Gesundheit. Vor allem Personen in einer konstant niedrigen Position berichteten eine schlechte Gesundheit, während jene in konstant hohen sozialen Positionen häufiger eine gute Gesundheit angaben (Tabelle 4). Wurde ein sozialer Aufstieg erreicht, wirkte sich das positiv auf die Gesundheit aus. Ein sozialer Abstieg im Vergleich zur elterlichen Stellung war dagegen mit einer schlechteren Gesundheit assoziiert. Diese Ergebnisse hatten auch über den Zeitverlauf Bestand und blieben unter Kontrolle von Bildung, Einkommen und Familienzusammensetzung weitestgehend bestehen, auch wenn diesen Faktoren ein deutlicher vermittelnder Effekt zugesprochen werden muss. Die in den Analysen verwendeten Interaktionseffekte wiesen nur partielle Signifikanzen auf. Personen, die aus einer Familie mittlerer Stellung kamen, berichteten im Zeitverlauf zunehmend seltener eine eher schlechte Gesundheit. Darüber hinaus bestanden weder im Zeitverlauf, noch mit Blick auf das Geschlecht und die Herkunft deutliche Unterschiede im Zusammenhang von *intergenerationaler* Mobilität und subjektiver Gesundheit.

Tabelle 3a: Altersgewichtete Anteile intergenerationalen Mobilitätspfade im Vergleich zwischen ost- und westdeutscher Herkunft in den Zeitperioden 1 bis 5 und Trendeffekte (Daten SOEP v31) - Frauen.

Frauen	1992–1995		1996–1999		2000–2003		2004–2007		2008–2012		Trend	Trend × Ost/ West
	Ost	West	Ost	West	Ost	West	Ost	West	Ost	West		
% ^a / 95% KI												
EBS niedrig > ABS niedrig	38,6	37,1	36,8	33,9	36,3	33,7	38,6	31,8	33,7	26,9		
	35,4–41,7	34,7–39,5	33,2–40,3	31,3–36,5	33,5–39,2	31,9–35,4	35,3–42,0	29,8–33,8	30,2–37,1	24,8–28,9		
EBS niedrig > ABS mittel	13,0	13,9	14,1	15,6	15,4	14,8	14,1	14,3	14,3	15,2		
	11,1–14,9	12,2–15,6	11,8–16,4	13,6–17,6	13,4–17,4	13,6–16,1	12,1–16,1	12,9–15,7	12,0–16,5	13,7–16,7		
EBS niedrig > ABS hoch	4,0	3,1	4,3	3,1	3,6	3,6	3,5	3,6	4,3	4,0		
	2,9–5,2	2,3–3,9	3,0–5,6	2,2–4,0	2,7–4,6	3,0–4,3	2,5–4,5	2,9–4,3	3,1–5,5	3,1–4,9		
EBS mittel > ABS niedrig	11,6	14,7	11,3	14,2	10,8	11,8	10,7	12,5	9,9	11,4		
	09,4–13,9	12,9–16,4	8,7–13,8	12,3–16,1	8,9–12,7	10,6–13,0	8,7–12,6	11,1–13,9	7,9–12,0	10,0–12,8		
EBS mittel > ABS mittel	8,3	9,7	8,5	9,4	8,2	9,2	8,2	9,8	11,7	12,7	0,399*	
	6,4–10,2	8,3–11,2	06,8–10,3	7,8–10,9	6,7–9,7	8,2–10,2	6,6–10,0	08,6–11,0	09,0–14,3	11,2–14,3		
EBS mittel > ABS hoch	3,4	3,8	2,9	4,0	2,5	3,8	2,3	4,3	3,6	5,7		0,416*
	2,3–4,6	2,9–4,7	1,7–4,1	3,0–5,0	1,8–3,2	3,1–4,4	1,6–3,0	3,5–5,2	2,4–4,7	4,6–6,8		
EBS hoch > ABS niedrig	8,9	8,2	8,4	7,9	8,8	9,6	8,9	9,6	7,7	8,0		
	7,2–10,6	6,8–9,6	6,5–10,2	6,4–9,3	7,1–10,6	08,5–10,7	6,8–11,0	8,3–11,0	5,8–9,7	6,8–9,3		
EBS hoch > ABS mittel	7,2	5,9	8,0	7,0	8,8	7,8	9,0	8,4	9,1	8,8	0,375*	
	5,5–8,8	4,6–7,1	06,4–09,7	5,5–8,4	7,2–10,3	6,8–8,7	7,3–10,7	7,3–9,5	7,5–10,6	7,6–10,0		
EBS hoch > ABS hoch	5,0	3,7	5,8	5,0	5,6	5,8	4,7	5,7	5,9	7,3	0,247*	0,486*
	3,7–6,3	2,8–4,6	4,0–7,5	3,6–6,4	4,3–6,9	4,9–6,6	3,6–5,8	4,7–6,6	4,5–7,2	6,2–8,4		

* $p < 0,10$, * $p < 0,05$, Unterschiede zwischen Ost und West in der jeweiligen Periode: fettgedruckt = $p < 0,05$; kursiv = $p < 0,01$

% ^a: Gewichtete prozentuale Anteile der einzelnen Mobilitätspfade in den Untersuchungsperioden, altersstandardisiert

Trend: Veränderungen der Anteile des jeweiligen Mobilitätspfadens über den untersuchten Zeitraum

Trend × Ost/West: Interaktion aus Trend und Herkunft (Ost/West)

Table 3b: Altersgewichtete Anteile der intergenerationalen Mobilitätspfade im Vergleich zwischen ost- und westdeutscher Herkunft in den Perioden 1 bis 5 und Trendeffekte (Daten SOEP v31) - Männer.

Männer	1992–1995		1996–1999		2000–2003		2004–2007		2008–2012		Trend	Trend x Ost/West
	Ost	West	Ost	West	Ost	West	Ost	West	Ost	West		
% ^a / 95% KI												
EBS niedrig > ABS niedrig	38,0	26,6	37,6	23,4	36,2	26,3	35,6	26,2	32,2	24,3		
	<i>34,6–41,3</i>	<i>24,3–28,8</i>	<i>33,8–41,5</i>	<i>21,2–25,7</i>	<i>33,1–39,2</i>	<i>24,5–28,0</i>	<i>32,1–39,0</i>	<i>24,1–28,2</i>	<i>28,6–35,8</i>	<i>22,1–26,5</i>		
EBS niedrig > ABS mittel	6,1	13,4	5,9	13,8	8,4	12,6	8,9	12,6	10,6	12,2	0,574*	-0,636*
	<i>4,8–7,4</i>	<i>11,8–14,9</i>	<i>4,6–7,3</i>	<i>11,9–15,6</i>	<i>06,9–09,9</i>	<i>11,4–13,8</i>	<i>6,9–10,9</i>	<i>11,3–14,0</i>	8,0–13,2	10,7–13,7		
EBS niedrig > ABS hoch	7,1	13,8	6,5	14,4	6,2	13,0	4,6	11,5	5,2	10,8		
	<i>5,6–8,6</i>	<i>12,0–15,5</i>	<i>5,0–8,1</i>	<i>12,4–16,4</i>	<i>4,8–7,6</i>	<i>11,7–14,2</i>	<i>3,4–5,8</i>	<i>10,2–12,8</i>	<i>3,9–6,5</i>	<i>09,4–12,3</i>		
EBS mittel > ABS niedrig	12,7	6,8	13,8	7,9	12,4	6,8	12,9	7,4	11,7	6,8		
	<i>10,3–15,1</i>	<i>5,6–8,0</i>	<i>10,9–16,8</i>	<i>6,3–9,4</i>	<i>10,0–14,7</i>	<i>5,8–7,9</i>	<i>10,2–15,7</i>	<i>6,1–8,7</i>	<i>9,3–14,2</i>	<i>05,6–07,9</i>		
EBS mittel > ABS mittel	4,8	8,4	5,1	8,0	4,4	8,4	4,3	8,7	4,4	9,7		
	<i>3,5–6,2</i>	<i>7,0–9,8</i>	<i>3,6–6,6</i>	<i>6,5–9,4</i>	<i>3,3–5,5</i>	<i>7,3–9,4</i>	<i>3,1–5,4</i>	<i>7,5–9,9</i>	<i>3,2–5,7</i>	<i>08,2–11,1</i>		
EBS mittel > ABS hoch	7,9	12,2	5,8	12,7	4,5	11,6	4,1	11,6	6,7	11,3		
	<i>6,1–9,6</i>	<i>10,6–13,9</i>	<i>4,1–7,4</i>	<i>10,9–14,6</i>	<i>3,3–5,7</i>	<i>10,3–12,8</i>	<i>2,9–5,4</i>	<i>10,2–13,0</i>	<i>4,3–9,2</i>	<i>09,8–12,7</i>		
EBS hoch > ABS niedrig	11,3	3,2	10,5	3,6	11,6	4,1	12,2	4,6	11,3	5,0		
	<i>9,1–13,4</i>	<i>2,3–4,1</i>	<i>8,2–12,8</i>	<i>2,6–4,7</i>	<i>9,6–13,7</i>	<i>3,4–4,9</i>	<i>9,7–14,7</i>	<i>3,7–5,5</i>	<i>8,8–13,9</i>	<i>3,9–6,0</i>		
EBS hoch > ABS mittel	3,6	4,9	5,1	4,5	5,7	6,0	6,9	6,3	7,7	6,5	0,623*	0,423*
	<i>2,6–4,6</i>	<i>3,8–6,0</i>	<i>3,7–6,4</i>	<i>3,4–5,5</i>	<i>4,3–7,1</i>	<i>5,1–6,9</i>	<i>5,1–8,6</i>	<i>5,2–7,3</i>	<i>5,5–9,8</i>	<i>5,3–7,6</i>		
EBS hoch > ABS hoch	8,5	10,8	9,6	11,8	10,6	11,3	10,6	11,3	10,2	13,6	0,290*	
	<i>6,6–10,5</i>	<i>9,1–12,4</i>	<i>7,5–11,8</i>	<i>9,9–13,7</i>	<i>8,8–12,5</i>	<i>10,2–12,5</i>	<i>8,6–12,6</i>	<i>9,9–12,6</i>	<i>8,0–12,3</i>	<i>12,0–15,2</i>		

^a $p < 0,10$, * $p < 0,05$, Unterschiede zwischen Ost und West in der jeweiligen Periode: fettgedruckt = $p < 0,05$; kursiv = $p < 0,01$

% ^a: Gewichtete prozentuale Anteile der einzelnen Mobilitätspfade in den Untersuchungsperioden, altersstandardisiert

Trend: Veränderungen der Anteile des jeweiligen Mobilitätspfadens über den untersuchten Zeitraum

Trend x Ost/West: Interaktion aus Trend und Herkunft (Ost/West)

Tabelle 4: Zusammenhang zwischen intergenerationaler Mobilität und einer zufriedenstellenden bis schlechten subjektiver Gesundheit. Average Margins auf basis logistischer Regressionen einer zufriedenstellenden bis schlechten subjektiven Gesundheit (Daten: SOEP 1992-2012 gepoolt)

	niedrige elterliche berufliche Stellung			mittlere elterliche berufliche Stellung			hohe elterliche berufliche Stellung		
%	M1	M2	M3	M1	M2	M3	M1	M2	M3
niedrige aktuelle Stellung	51,8 [55,0–53,0]	51,0 [49,6–52,3]	50,0 [48,7–51,3]	49,0 [46,7–51,3]	47,4 [45,1–49,8]	46,0 [43,6–48,3]	46,3 [43,5–49,1]	43,6 [48,5–46,4]	42,1 [39,4–44,9]
mittlere aktuelle Stellung	44,6 [42,8–46,4]	45,1 [43,3–46,9]	46,1 [44,3–47,9]	47,0 [38,4–43,0]	45,0 [38,2–42,8]	41,0 [38,7–43,2]	45,0 [38,0–43,0]	39,5 [37,1–41,9]	39,8 [37,4–42,2]
hohe aktuelle Stellung	41,6 [38,9–44,2]	44,0 [49,5–47,0]	46,3 [43,3–49,3]	35,8 [33,4–38,2]	38,2 [35,5–48,8]	39,5 [36,8–42,2]	32,4 [31,2–34,6]	35,2 [32,7–37,8]	36,2 [33,6–38,8]
	n _{obs} = 72.205			n _{obs} = 37.652			n _{obs} = 35.155		

Average marginal effects (AME) logistischer Regressionen der intergenerationalen Mobilität unter Berücksichtigung von Interaktionen zwischen Mobilität x Trend, Mobilität x Geschlecht, Herkunft x Geschlecht und Herkunft x Trend

fettgedruckt: signifikante Unterschiede in der Prävalenz zwischen aktueller beruflicher Stellung und der Referenzkategorie der elterlichen beruflichen Stellung (grau hinterlegt)

M1: unter Kontrolle des Trendeffektes, des Alters und des Familienstatus (Partner und Kinder im Haushalt)

M2: M1 + Bildung (CASMIN)

M3: M2 + Nettoäquivalenzeinkommen

Gewichtete Daten des SOEP

Insgesamt wurden 145.012 Personenjahre (n_{obs}) von 19.283 verschiedenen Personen berücksichtigt.

4.2 Intragenerationale Mobilität³

4.2.1 Stichprobenbeschreibung

Die Charakteristika der Stichprobe der *intragenerationalen* Analysen im Zusammenhang mit Gesundheit finden sich in Tabelle 5. Ähnlich der *intergenerationalen* Mobilität betrug der Anteil an Männern und Frauen mit ostdeutscher Herkunft 22 bis 24 Prozent und entsprechend wiesen etwa 76 bis 78 Prozent eine westdeutsche Herkunft auf. Auch die Verteilung von Einkommen und Bildung stellte sich vergleichbar dar, wonach etwa ein Drittel der Teilnehmer über ein mittleres Einkommen verfügten (100 bis 150% des Medians) und vorrangig mittlere oder niedrige Schulabschlüsse aufwiesen.

³ Siehe auch: Günther/Knöchelmann et al. (2017).

Tabelle 5: Intragenerationale Mobilität: Stichprobenübersicht der einzelnen Perioden für 35- bis 54-jährige Männer und Frauen deutscher Staatsangehörigkeit (Daten: SOEP v31).

	1992–1995	2000–2003	2008–2012
n (Personen/Personenjahre)†	4405/10494	7763/24252	7152/23744
	% ^a	% ^a	% ^a
subjektive Gesundheit			
Gut/ sehr gut	52,0	52,4	49,7
Sehr schlecht/ schlecht/ zufriedenstellend	48,0	47,6	50,3
Herkunft			
Ostdeutschland	21,8	22,7	24,4
Westdeutschland	78,3	77,3	75,6
Partner			
kein Partner im Haushalt	17,5	23,2	28,1
Partner im Haushalt	82,5	76,8	71,9
Kinder im Haushalt			
keine Kinder	52,8	52,4	66,0
ein Kind oder mehr	47,2	47,6	44,0
Bildung			
CASMIN niedrig	46,0	34,0	25,3
CASMIN mittel	31,9	43,1	50,5
CASMIN hoch	22,0	22,9	24,2
Haushaltseinkommen			
Net HH-Eink >150%	28,5	25,8	28,7
Net HH-Eink 100%–150%	33,2	33,2	32,8
Net HH-Eink 80%–100%	17,9	18,9	17,0
Net HH-Eink 60%–80%	13,1	13,6	11,1
Net HH-Eink <60% Median	7,4	8,5	10,4

Personen im Alter von 35-54 Jahren

%^a - prozentualer Anteil in der Stichprobe unter Berücksichtigung der jahresspezifischen

Personengewichte

Net HH-Eink - Nettoäquivalenzeinkommen nach OECD-Standard auf Jahresebene

† Insgesamt wurden 59071 Personenjahre von 13532 verschiedenen Personen berücksichtigt.

4.2.2 Intragenerationale Mobilität

Etwa ein Drittel der Männer und Frauen begannen ihre Berufskarriere in einer niedrigen beruflichen Stellung und verblieben in dieser. Nur etwa sechs bis sieben Prozent konnten direkt in hohen Positionen einsteigen und diese halten. Etwa ein Drittel stieg beruflich auf, circa fünf bis sechs Prozent wiesen Abwärtsbewegungen auf und annähernd sechs bis acht Prozent wurden arbeitslos.

Beim Vergleich der *intragenerationalen* Mobilität (Tabelle 6) zeigten sich ebenfalls sowohl geschlechts- als auch herkunftsbezogene Unterschiede (Ost-/Westdeutschland). Letztere traten vor allem bei Männern auf. Insgesamt ist die Gruppe derjenigen, die in niedrigen beruflichen Stellungen begannen und in diesen verharrten recht groß. Allerdings verblieben weitaus mehr ostdeutsche Männer in unteren Positionen im Vergleich zu westdeutschen Männern. Die Differenzen zwischen den neuen und alten Bundesländern präsentierten sich auch hier besonders deutlich bei Frauen, wonach von einem Abstieg in Arbeitslosigkeit vorrangig ostdeutsche betroffen waren und westdeutsche eher einen Abstieg in Erwerbslosigkeit berichteten. Über den Verlauf konnte eine Angleichung beobachtet werden.

Bei der Betrachtung der weiteren Mobilitätsbewegungen ist, vergleichbar mit der *intergenerationalen* Mobilität, die Ähnlichkeit der Entwicklung der Frauen auffällig sowie die Unterschiede zwischen den Männern. Danach zeigten westdeutsche innerhalb ihrer eigenen Berufskarriere ein hohes Maß an Aufwärtsmobilität und ostdeutsche wiesen vorrangig einen Verbleib in einer unteren Position auf. Obschon es zu Angleichungen zwischen den Männern in den neuen und alten Bundesländern kam, blieben diese Unterschiede bestehen. Über den Verlauf zeigte sich zudem, dass es sowohl im Osten als auch im Westen schwerer wurde, den hohen Status des Berufseinstiegs zu halten.

4.2.3 Intragenerationale Mobilität und Gesundheit

Es konnte ein klarer Zusammenhang zwischen *intragenerationaler* Mobilität und Gesundheit ermittelt werden, wonach vor allem Absteiger in die Arbeitslosigkeit oder Männer und Frauen in einer gleichbleibend niedrigen Position eine schlechtere Gesundheit berichteten als Personen mit einer konstant hohen Stellung (Tabelle 7). Auf- und Absteiger ordnen sich zwischen den stabil unteren und oberen Positionen ein, wobei eine Verbesserung der Position mit einer positiver bewerteten Gesundheit einherging. Während bei Frauen ein Verbleiben in einer unteren Stellung

eine schlechte Gesundheit nach sich zog, traf dies bei Männern besonders auf einen Abstieg in Arbeitslosigkeit zu. Darüber hinaus konnte für die Haushaltszusammensetzung, das Haushaltseinkommen und die Bildung ein vermittelnder Effekt nachgewiesen werden.

In den Trendanalysen zeigte sich darüber hinaus ein signifikanter Interaktionseffekt zwischen Herkunft und Aufwärtsmobilität sowie dem Verbleib in niedrigen Stellungen bei Männern. Danach beurteilten Männer ostdeutscher Herkunft ihre Gesundheit schlechter als Männer westdeutscher Herkunft in der gleichen Kategorie. Wenngleich Herkunft an sich somit nur einen geringen Einfluss auf den Zusammenhang zwischen *intragenerationaler* Mobilität und Gesundheit aufwies, war die Wahrscheinlichkeit in Arbeitslosigkeit abzustiegen im Osten jedoch deutlich höher (Tabelle 8 & Tabelle 9). Gleiches galt für Frauen im Vergleich zu Männern.

Tabelle 6a: Altersgewichtete Anteile der intragenerationalen Mobilitätspfade im Vergleich zwischen ost- und westdeutscher Herkunft in den Perioden 1, 3 und 5 und Trendeffekte (Daten SOEP v31) - Frauen.

Frauen	1992–1995		2000–2003		2008–2012		Trend	Trend × Ost/ West
	Ost	West	Ost	West	Ost	West		
% ^a / 95% KI								
stabil oben	6,7 4,6 – 8,8	4,1 2,8–5,4	5,2 4,0–6,4	3,9 3,2–4,6	4,0 2,6–5,4	3,7 2,7–4,7		
aufwärts	19,8 16,9–22,6	20,9 18,4–23,4	22,9 20,8–25,0	23,5 21,8–25,1	26,3 22,9–29,7	26,2 23,7–28,7	0,172*	
stabil Mitte	14,2 11,1–17,1	14,8 12,7–17,0	13,6 11,7–15,5	16,7 15,2–18,1	13,1 10,5–15,7	18,6 16,5–20,8	0,151*	–0.202*
abwärts	10,4 8,0–12,9	7,7 6,4–9,0	10,3 8,6–12,0	9,3 8,3–10,3	10,2 7,5–12,9	11,1 9,3–12,9	0,205*	–0.216 [†]
stabil unten	25,4 22,2–28,7	21,8 19,4–24,1	26,7 24,3–29,1	21,8 20,2–23,3	27,9 23,9–32,0	21,8 19,4–24,2		
in Nicht–Erwerbstätigkeit	2,5 1,6–3,5	27,4 24,7–30,0	3,4 2,7–4,1	19,8 18,4–21,3	4,4 3,2–5,7	13,7 11,9–15,5	–0,494*	0.748*
in Arbeitslosigkeit	21,5 18,6–24,4	3,7 2,7–4,7	17,6 15,7–19,5	4,4 3,8–5,1	14,1 11,5–16,8	5,3 4,2–6,3		–0.453*

* $p < 0,10$, * $p < 0,05$. Unterschiede zwischen Ost und West in der jeweiligen Periode sind fettgedruckt ($p < 0,05$)

† Nicht-Erwerbstätigkeit bezieht sich auf die Angabe der beruflichen Stellung im SOEP. Dies beinhaltet keine Personen in Ausbildung oder Renter*innen.

% ^a: gewichtete prozentuale Anteile der einzelnen Mobilitätspfade in den Untersuchungsperioden, altersstandardisiert

Trend: Veränderungen der Anteile des jeweiligen Mobilitätspfadens über den untersuchten Zeitraum

Trend × Ost/West: Interaktion aus Trend und Herkunft (Ost/West)

Tabelle 6b: Altersgewichtete Anteile der intragenerationalen Mobilitätspfade im Vergleich zwischen ost- und westdeutscher Herkunft in den Perioden 1, 3 und 5 und Trendeffekte (Daten SOEP v31) - Männer.

Männer	1992–1995		2000–2003		2008–2012		Trend	Trend × Ost/West
	Ost	West	Ost	West	Ost	West		
% ^a / 95% KI								
stabil oben	9,7 7,5–12,0	10,6 8,6–12,6	5,8 4,5–7,1	9,1 8,0–10,3	3,2 1,8–4,7	7,8 6,3–9,3	–0,169*	–0,383*
aufwärts	26,9 23,4–30,4	44,7 41,7–47,8	32,7 29,9–35,5	46,7 44,6–48,7	38,9 34,1–43,8	48,6 45,5–51,6		0,239*
stabil Mitte	1,6 0,79–2,5	9,6 7,8–11,5	1,7 1,0–2,3	8,6 7,5–9,7	1,7 0,69–2,7	7,6 6,0–9,3		
abwärts	5,3 3,5–7,1	3,2 2,0–4,3	3,3 2,4–4,2	2,8 2,2–3,4	2,0 1,2–2,7	2,5 1,7–3,3		–0,335*
stabil unten	43,3 39,4–47,1	26,2 23,6–28,7	41,1 38,3–43,8	26,7 24,9–28,6	38,9 34,6–43,2	27,3 24,6–30,1		
in Nicht–Erwerbstätigkeit	0,7 0,5–1,3	1,2 0,6–1,9	0,8 0,4–1,2	1,1 0,7–1,4	1,0 0,5–1,5	1,0 0,6–1,4		
in Arbeitslosigkeit	13,5 11,0–16,1	4,5 3,4–5,6	14,0 12,0–16,0	4,9 4,1–5,6	14,5 11,4–17,6	5,3 4,1–6,6		

* $p < 0,10$, * $p < 0,05$. Unterschiede zwischen Ost und West in der jeweiligen Periode sind fettgedruckt ($p < 0,05$)

† Nicht-Erwerbstätigkeit bezieht sich auf die Angabe der beruflichen Stellung im SOEP. Dies beinhaltet keine Personen in Ausbildung oder Renter*innen.

%^a: gewichtete prozentuale Anteile der einzelnen Mobilitätspfade in den Untersuchungsperioden, altersstandardisiert

Trend: Veränderungen der Anteile des jeweiligen Mobilitätspfades über den untersuchten Zeitraum

Trend × Ost/West: Interaktion aus Trend und Herkunft (Ost/West)

Tabelle 7: Zusammenhang zwischen intragenerationaler Mobilität und einer zufriedenstellenden bis schlechten subjektiver Gesundheit unter Berücksichtigung des Trends 1992-2012. Average Margins auf Basis logistischer Regressionen einer zufriedenstellenden bis schlechten subjektiven Gesundheit. (Daten: SOEP v31 1992–2012 gepoolt)

	Frauen M1 AME in %/95% KI	Frauen M2 AME in %/95% KI	Frauen M3 AME in %/95% KI	Männer M1 AME in %/95% KI	Männer M2 AME in %/95% KI	Männer M3 AME in %/95% KI
			n _{obs} = 49.179			n _{obs} = 45.747
stabil oben	37,5 [32,1–42,9]	42,8 [36,6–49,1]	44,6 [38,4–50,8]	35,0 [31,2–38,9]	42,0 [37,3–46,6]	43,7 [39,0–48,4]
aufwärts	44,4 [41,9–46,9]	45,1 [42,6–47,6]	46,0 [43,6–48,1]	44,6 [42,7–46,4]	45,4 [43,5–47,3]	46,2 [44,3–48,1]
stabil Mitte	45,1 [42,1–48,0]	46,0 [42,9–49,0]	46,9 [43,9–49,9]	43,0 [38,2–47,8]	43,5 [38,6–48,3]	43,8 [39,0–48,7]
abwärts	52,5 [49,3–55,8]	53,4 [50,1–56,7]	53,3 [50,0–56,5]	47,3 [40,7–53,9]	49,6 [43,0–56,1]	49,0 [42,5–55,6]
stabil unten	55,4 [53,1–57,7]	53,4 [51,0–55,8]	53,1 [50,7–55,4]	51,0 [48,8–53,2]	48,2 [45,8–50,5]	47,5 [45,2–49,9]
In Nicht- Erwerbstätigkeit	54,6 [51,6–57,5]	53,6 [50,6–56,5]	52,6 [49,6–55,6]	82,6 [77,7–87,5]	81,4 [76,1–86,7]	79,7 [74,1–85,3]
in Arbeitslosigkeit	62,5 [58,6–66,4]	61,9 [58,0–65,9]	59,7 [55,6–63,7]	65,3 [61,5–69,0]	63,8 [60,0–67,7]	60,9 [56,8–64,9]

Average marginal effects (AME) und 95%-Konfidenzintervalle (KI) logistischer Regressionen unter Berücksichtigung von Interaktionen zwischen Mobilität x Herkunft.
 fettgedruckt: signifikante Unterschiede in der Wahrscheinlichkeit einer zufriedenstellend bis schlechten Gesundheit der Mobilitätspfade im Vergleich zur Referenzkategorie „stabil oben“ (grau hinterlegt).
 M1: unter Kontrolle des Alters und des Familienstatus (Partner und Kinder im Haushalt); M2: M1 + Bildung (CASMIN); M3: M2 + Nettoäquivalenzeinkommen
 Gewichtete Daten des SOEP; Insgesamt wurden 94.926 (n_{obs}) Personenjahre von 13.850 verschiedenen Personen berücksichtigt

Tabelle 8: Probit-Modelle der Wahrscheinlichkeit eine bestimmte Position in der Untersuchungsperiode zu erlangen (Margins), auf Basis der ersten beruflichen Stellung – Frauen

Frauen	1992–1995				2000–2003				2008–2012			
	Ost	95% KI	West	95% KI	Ost	95% KI	West	95% KI	Ost	95% KI	West	95% KI
hohe Position in Untersuchungsperiode												
erste berufliche Stellung												
hohe/höchste Autonomie	43,9	37,6–50,2	50,6	44,2–56,9	29,5	25,0–34,0	39,6	35,3–43,9	38,5	32,5–44,5	46,3	40,8–51,8
mittlere Autonomie	11,6	8,9–14,2	15,2	12,5–17,8	9,7	7,7–11,7	15,3	13,3–17,4	13,5	10,6–16,4	18,3	15,7–20,9
niedrige Autonomie	3,6	2,6–4,5	5,1	4,0–6,2	3,0	2,3–3,8	5,5	4,5–6,5	4,8	3,6–6,0	7,1	5,7–8,5
niedrige Position in Untersuchungsperiode	Ost	95% KI	West	95% KI	Ost	95% KI	West	95% KI	Ost	95% KI	West	95% KI
erste berufliche Stellung												
hohe/höchste Autonomie	5,9	3,8–8,0	3,5	2,2–4,7	14,5	11,1–17,9	11,5	8,7–14,3	16,9	11,3–22,5	13,2	8,8–17,7
mittlere Autonomie	16,4	13,4–19,3	10,9	8,8–12,9	16,9	14,3–19,6	13,5	11,6–15,5	18,6	15,3–21,9	14,7	12,4–17,0
niedrige Autonomie	49,6	46,4–52,8	39,5	36,6–42,5	49,4	46,5–52,3	43,7	41,3–46,1	49,9	46,0–53,8	43,7	40,5–46,8
Nicht erwerbstätig/ arbeitslos in Untersuchungsperiode	Ost	95% KI	West	95% KI	Ost	95% KI	West	95% KI	Ost	95% KI	West	95% KI
erste berufliche Stellung												
hohe/höchste Autonomie	19,0	13,7–24,2	18,6	13,2–24,0	23,4	19,3–27,4	18,0	14,7–21,4	11,8	8,3–15,3	9,2	6,5–11,9
mittlere Autonomie	26,4	22,0–30,8	25,9	22,4–29,5	24,5	21,2–27,8	19,0	16,7–21,4	15,6	12,3–18,9	12,5	10,3–14,7
niedrige Autonomie	34,3	30,8–37,7	33,8	30,7–36,9	34,3	31,4–37,2	27,7	25,5–29,9	25,0	21,6–28,4	20,7	18,1–23,3

Vorhergesagte Wahrscheinlichkeit (Margins des probit-Modells) eine hohe Position, niedrige Position zu haben oder nicht-erwerbstätig/arbeitslos zu sein, ausgehend von der ersten beruflichen Tätigkeit, dem Geschlecht und der Herkunft, unter Kontrolle der Untersuchungsperiode und des Alters

Tabelle 9: Probit-Modelle der Wahrscheinlichkeit eine bestimmte Position in der Untersuchungsperiode zu erlangen (Margins), auf Basis der ersten beruflichen Stellung – Männer

Männer	1992-1995				2000-2003				2008-2012			
	Ost	95% KI	West	95% KI	Ost	95% KI	West	95% KI	Ost	95% KI	West	95% KI
hohe Position in Untersuchungsperiode												
erste berufliche Stellung												
hohe/höchste Autonomie	79,7	75,2–84,1	84,2	80,3–88,1	66,4	61,5–71,3	75,7	72,1–79,3	70,5	64,9–76,1	76,9	72,7–81,2
mittlere Autonomie	41,5	36,1–47,0	48,4	43,5–53,2	36,9	32,3–41,4	47,5	43,8–51,3	39,3	33,6–45,0	47,0	42,4–51,7
niedrige Autonomie	20,6	17,9–23,3	25,9	23,3–28,5	18,0	15,8–20,3	26,1	24,0–28,2	20,2	17,2–23,2	26,2	23,6–28,8
niedrige Position in Untersuchungsperiode	Ost	95% KI	West	95% KI	Ost	95% KI	West	95% KI	Ost	95% KI	West	95% KI
erste berufliche Stellung												
hohe/höchste Autonomie	6,3	4,2–8,4	3,7	2,4–5,0	12,5	9,4–15,5	9,8	7,3–12,2	12,8	8,3–17,2	9,8	6,4–13,2
mittlere Autonomie	17,2	13,8–20,6	11,4	9,0–13,8	14,7	12,2–17,1	11,6	9,8–13,4	14,2	11,1–17,3	11,0	8,7–13,3
niedrige Autonomie	50,8	47,7–54,0	40,6	37,7–43,5	45,7	42,8–48,5	40,0	37,8–42,3	42,8	39,3–46,4	36,9	34,0–39,8
Nicht erwerbstätig / arbeitslos in Untersuchungsperiode	Ost	95% KI	West	95% KI	Ost	95% KI	West	95% KI	Ost	95% KI	West	95% KI
erste berufliche Stellung												
hohe/höchste Autonomie	3,0	1,5–4,5	1,4	0,3–2,4	7,6	5,6–9,6	5,3	3,9–6,7	4,6	2,8–6,4	3,4	2,1–4,7
mittlere Autonomie	5,1	3,4–6,9	5,0	3,6–6,4	8,1	6,3–10,0	5,7	4,5–6,8	6,6	4,5–8,7	5,0	3,6–6,4
niedrige Autonomie	8,0	6,2–9,8	7,8	6,4–9,2	13,3	11,4–15,2	9,7	8,6–10,9	12,1	9,9–14,3	9,5	8,0–11,0

Vorhergesagte Wahrscheinlichkeit (Margins des probit-Modells) eine hohe Position, niedrige Position zu haben oder nicht-erwerbstätig/arbeitslos zu sein, ausgehend von der ersten beruflichen Tätigkeit, dem Geschlecht und der Herkunft, unter Kontrolle der Untersuchungsperiode und des Alters

5 Diskussion

Wie die vorliegenden Ergebnisse zeigen, besteht zwischen *inter-* und *intragenerationaler* Mobilität und der subjektiven Einschätzung der Gesundheit im Erwachsenenalter ein deutlicher Zusammenhang. Bei den beiden untersuchten Mobilitätsbewegungen berichteten Frauen und Männer bei Beibehaltung einer niedrigen beruflichen Stellung eine schlechtere Gesundheit als bei einem Verbleib in einer stabilen oberen Position. Bei einem sozialen Aufstieg aus der elterlichen Position zeigten die Ergebnisse der Analysen zur *intergenerationalen* Mobilität einen positiven Zusammenhang mit der Gesundheit und bei einem sozialen Abstieg von der Herkunftsposition eine schlechtere Einschätzung der Gesundheit. Der Zusammenhang war sowohl bei der *intergenerationalen* als auch der *intragenerationalen* Mobilität unabhängig von der Herkunftsregion oder von dem Geschlecht erkennbar.

Die hier präsentierten Ergebnisse zu *intergenerationaler* Mobilität und Gesundheit decken sich mit den Resultaten internationaler Studien. Diese konnten eine Beziehung zwischen *intergenerationaler* Mobilität und kardiovaskulären Erkrankungen (Hallqvist et al. 2004; Högberg et al. 2012), gesundheitsbezogener Lebensqualität (Brennan/Spencer 2014; Otero-Rodriguez et al. 2011), Mortalität (Tiikkaja/Hemström/Vågerö 2009), Langzeiterkrankungen (Boyle/Norman/Popham 2009) und anderen gesundheitsbezogenen Faktoren (Poulton et al. 2002) nachweisen.

Im Einklang mit der internationalen Literatur zeigte sich, dass Abwärtsmobilität mit einer schlechteren Gesundheit und Aufwärtsmobilität eher mit einer besseren assoziiert ist (Boyle/Norman/Popham 2009; Hallqvist et al. 2004; Tiikkaja/Hemström/Vågerö 2009). Es ist anzunehmen, dass der elterliche Status sowohl die Lebens- als auch Startbedingungen in der Kindheit und somit den weiteren Lebensweg beeinflusst. Dies zeigt sich daran, dass jene, deren Eltern eine hohe Stellung hatten, selbst ebenfalls eher eine hohe oder mittlere Stellung erlangen, während Personen deren Eltern in niedrigen Positionen waren, oftmals auch darin verharren (Spannagel 2016; Stawarz 2013).

Diese Untersuchung bestätigt zudem weitgehend die Resultate anderer Studien zu *intragenerationaler* Mobilität, die den Zusammenhang mit Mortalität (Rosvall et al. 2006), Langzeiterkrankungen (Bartley/Plewis 2007), Übergewicht bzw. Adipositas (Heraclides/Brunner 2010) sowie Myokardinfarkt (Hallqvist et al. 2004) untersuchten. Zudem decken sich die hier präsentierten Ergebnisse mit den Resultaten anderer Studien, wonach Personen in unteren Positionen meist auch in diesen verbleiben (Grabka/Goebel 2013; Spannagel 2016). Die vorliegenden Ergebnisse bestätigen darüber hinaus die negativen Auswirkungen eines Abstiegs in

Arbeitslosigkeit, von dem vor allem Männer betroffen sind (Kroll/Müters/Lampert 2016). Ergänzend dazu konnte gezeigt werden, dass sich diese Auswirkungen auf die Gesundheit über den Zeitverlauf von 21 Jahren stabil gehalten haben und die Herkunft dabei eine eher marginale Rolle spielt. Eine mögliche Erklärung für die schlechtere Einschätzung der Gesundheit bei Männern, die in Arbeitslosigkeit absteigen, liegt in ihrer nach wie vor maßgeblichen Rolle des Hauptverdieners (OECD 2017). Somit wirkt sich der Verlust des Arbeitsplatzes bei ihnen womöglich nicht nur auf das Haushaltseinkommen, sondern auch auf den damit verbundenen Rückgang von Identität und Status aus. Dabei ist besonders bedeutsam, dass die Auswirkungen eines Abstiegs in Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit in Ost- und Westdeutschland vergleichbar sind. Somit ist, unter Beachtung der Stabilität der Ergebnisse, anzunehmen, dass sich die Wahrnehmung der Männer als Hauptverdiener trotz sich unterscheidender Sozialisation ähneln. Die hohe Zahl erwerbstätiger Frauen in der ehemaligen DDR scheint auf dieses Selbstbild des Mannes keinen Einfluss zu haben.

Während in Bezug auf den Zusammenhang zwischen *intragenerationaler Mobilität* und subjektiver Gesundheit nur marginale herkunftsbezogene Differenzen ermittelt werden konnten, zeigten sich jedoch bei der Wahrscheinlichkeit eines sozialen Abstiegs deutliche Unterschiede. Danach waren Männer und Frauen aus den neuen Bundesländern deutlich häufiger betroffen und erfuhren folglich eher die damit assoziierten negativen Auswirkungen auf die Gesundheit.

Insgesamt scheinen sich bei Personen in einer gleichbleibenden unteren Position, sowohl bei der Betrachtung *intra-* als auch *intergenerationaler* Mobilität, andauernde Benachteiligungen auf die Gesundheit nachteilig auszuwirken. So sind mit der jeweiligen sozialen Position in der Gesellschaft entsprechende Lebensbedingungen, psychosoziale Ressourcen sowie gesundheitsrelevante Verhaltensweisen verbunden, die sich letztlich auf die Gesundheit niederschlagen (Moor/Spallek/ Richter 2016; Pförtner/Moor 2017). Weiterführende Untersuchungen sollten eine genauere Betrachtung vermittelnder Faktoren in den Fokus nehmen, um die Annahmen zu stützen.

6 Fazit

Entsprechend der zu Beginn postulierten Forschungsfragen kann zusammenfassend festgehalten werden:

1. Sowohl bei intergenerationaler als auch intragenerationaler Mobilität zeigten sich deutliche Unterschiede in den Mobilitätschancen zwischen Ost- und Westdeutschland sowie zwischen den Geschlechtern. Vor allem hatten Männer mit westdeutscher Herkunft häufiger soziale Aufstiege und seltener soziale Abstiege zu verzeichnen als Männer ostdeutscher Herkunft. Im Vergleich zu Männern hatten Frauen geringere Mobilitätschancen.
2. Es besteht ein deutlicher Zusammenhang zwischen intergenerationaler Mobilität und gesundheitlicher Ungleichheit im Erwachsenenalter: Männer und Frauen, die wie ihre Eltern eine niedrige berufliche Stellung erreichten, berichteten eine deutlich schlechtere Gesundheit. Ein sozialer Aufstieg wirkt sich im Vergleich zur elterlichen beruflichen Stellung eher positiv, ein sozialer Abstieg negativ auf die Gesundheit aus.
3. Der Zusammenhang zwischen intergenerationaler Mobilität und Gesundheit zeigte sich unabhängig des Geschlechts, der Herkunftsregion als auch des Zeitverlaufs.
4. Ein ähnlicher Zusammenhang konnte für intragenerationale Mobilität ermittelt werden, wobei ein Verbleib in unteren Positionen mit einer schlechteren Gesundheit assoziiert war als ein Aufrechterhalten einer oberen Stellung. Auf- und Absteiger ordneten sich zwischen den beiden Mobilitätspfaden ein, wobei eine Verschlechterung der Position mit einer schlechteren Gesundheit einherging.
5. Sowohl bei inter- als auch bei intragenerationaler Mobilität konnte ein Zusammenhang zwischen sozialer Mobilität und Gesundheit über die Zeit (1992-2012) ermittelt werden, der sich im Trend kaum veränderte.

Literaturverzeichnis

Bartley, Mel/Plewis, Ian (2007): Increasing Social Mobility: An Effective Policy to Reduce Health Inequalities. In: *Journal of the Royal Statistical Society. Series A* 170, H. 2, S. 469-481.

Boyle, Paul J./Norman, Paul/Popham, Frank (2009): Social mobility: evidence that it can widen health inequalities. In: *Social Science & Medicine* 68, H. 10, S. 1835-1842.

Brennan, David S./Spencer, A. John (2014): Health-related quality of life and income-related social mobility in young adults. In: *Health and quality of life outcomes* 12, S. 52.

Brockmann, Hilke (2013): Ungesunde Verhältnisse? Eine Längsschnittanalyse zur Gesundheit von Kindern in zusammen- und getrenntlebenden Familien. In: *Comparative Population Studies - Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft* 38, H. 3, S. 695-718.

Campos-Matos, Ines/Kawachi, Ichirō (2015): Social mobility and health in European countries: Does welfare regime type matter? In: *Social Science & Medicine* 142, S. 241-248.

(2013): Datenreport 2013. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.

Ditton, Hartmut/Maaz, Kai (2011): Sozioökonomischer Status und soziale Ungleichheit. In: Reinders, Heinz/Ditton, Hartmut/Gräsel, Cornelia/Gniewosz, Burkhard (Hrsg.): *Empirische Bildungsforschung: Gegenstandsbereiche*. 1. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH Wiesbaden, S. 193-208.

Dragano, Nico/Wahrendorf, Morten/Müller, Kathrin/Lunau, Thorsten (2016): Arbeit und gesundheitliche Ungleichheit. Die ungleiche Verteilung von Arbeitsbelastungen in Deutschland und Europa. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 59, H. 2, S. 217-227.

Erikson, Robert/Goldthorpe, John H./Portocarero, Lucienne (1979): Intergenerational Class Mobility in Three Western European Societies. England, France and Sweden. In: *The British Journal of Sociology* 30, H. 4, S. 415.

Ganzeboom, Harry B. G./Treiman, Donald J. (1996): Internationally Comparable Measures of Occupational Status for the 1988 International Standard Classification of Occupations. In: *Social Science Research* 25, H. 3, S. 201-239.

Ganzeboom, Harry B. G./Treiman, Donald J. (2003): Three Internationally Standardised Measures for Comparative Research on Occupational

- Status. In: Hoffmeyer-Zlotnik, Jürgen H. P./Wolf, Christof (Hrsg.): *Advances in cross-national comparison. A European working book for demographic and socio-economic variables*. New York: Kluwer Academic / Plenum Publishers, S. 159-193.
- Göbel, Jan/Grabka, Markus/Krause, Peter/Kroh, Martin/Pischner, Rainer/Sieber, Ingo/Spieß, Martin (2008): *Mikrodaten, Gewichtung und Datenstruktur der Längsschnittstudie Sozio-oekonomisches Panel (SOEP)*. In: *Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung* 77, H. 3, S. 77-109.
- Göbel, Jan/Krause, Peter/Pischner, Rainer/Sieber, Ingo/Wagner, Gert G. (2008): *Daten- und Datenbankstruktur der Längsschnittstudie Sozio-oekonomisches Panel (SOEP)*. In: *SOEP Papers*, H. 89.
- Grabka, Markus M./Goebel, Jan (2013): *Rückgang der Einkommensungleichheit stockt*. In: *DIW Wochenbericht* 80, H. 46, S. 13-23.
- Günther, Sebastian/Knöchelmann, Anja/Moor, Irene/Richter, Matthias (2017): *Intragenerationale Mobilität und subjektive Gesundheit. Ergebnisse des Sozioökonomischen Panels (SOEP) von 1992-2012*. In: *Das Gesundheitswesen*, (zur Veröffentlichung angenommen 16.08.2017).
- Günther, Sebastian/Moor, Irene/Knöchelmann, Anja/Richter, Matthias (2017): *Intergenerationale Mobilität und gesundheitliche Ungleichheiten in Ost- und Westdeutschland. Eine Trendanalyse von 1992 bis 2012*. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* (re-submitted).
- Hallqvist, Johan/Lynch, John W./Bartley, Mel/Lang, Thierry/Blane, David (2004): *Can we disentangle life course processes of accumulation, critical period and social mobility? An analysis of disadvantaged socio-economic positions and myocardial infarction in the Stockholm Heart Epidemiology Program*. In: *Social Science & Medicine* 58, H. 8, S. 1555-1562.
- Helmert, Uwe (2003): *Subjektive Einschätzung der Gesundheit und Mortalitätsentwicklung*. In: *Das Gesundheitswesen* 65, H. 1, S. 47-54.
- Heraclides, A./Brunner, E. (2010): *Social mobility and social accumulation across the life course in relation to adult overweight and obesity: the Whitehall II study*. In: *Journal of Epidemiology & Community Health* 64, H. 8, S. 714-719.
- Hoffmeyer-Zlotnik, Jürgen H. P. (1993): *Operationalisierung von „Beruf“ als zentrale Variable zur Messung von sozio-ökonomischem Status*. In: *ZUMA-Nachrichten* 32, H. 17, S. 135-141.
- Hoffmeyer-Zlotnik, Jürgen H. P./Geis, Alfons (2003): *Berufsklassifikation und Messung des beruflichen Status/Prestige*. In: *ZUMA-Nachrichten* 27, H. 52, S. 125-138.

Högberg, Lovisa/Cnattingius, Sven/Lundholm, Cecilia/Sparen, Par/Iliadou, Anastasia N. (2012): Intergenerational social mobility and the risk of hypertension. In: *Journal of Epidemiology & Community Health* 66, H. 6, e9.

Idler, Ellen L./Benyamini, Yael (1997): Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. In: *Journal of Health and Social Behavior* 38, H. 1, S. 21-37.

Jonsson, Frida/Sebastian, Miguel San/Hammarström, Anne/Gustafsson, Per E. (2017): Intragenerational social mobility and functional somatic symptoms in a northern Swedish context: analyses of diagonal reference models. In: *International Journal for Equity in Health* 16, H. 1, S. 1.

Jylhä, Marja (2009): What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. In: *Social Science & Medicine* 69, H. 3, S. 307-316.

Kroll, Lars Eric (2010): Sozialer Wandel, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Die Entwicklung sozialer und gesundheitlicher Ungleichheiten in Deutschland zwischen 1984 und 2006. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH Wiesbaden.

Kroll, Lars Eric/Lampert, Thomas (2011): Changing health inequalities in Germany from 1994 to 2008 between employed and unemployed adults. In: *International Journal of Public Health* 56, H. 3, S. 329-339.

Kroll, Lars Eric/Müters, Stephan/Lampert, Thomas (2016): Arbeitslosigkeit und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit. Ein Überblick zum Forschungsstand und zu aktuellen Daten der Studien GEDA 2010 und GEDA 2012. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 59, H. 2, S. 228-237.

Lampert, Thomas/Kroll, Lars Eric (2009): Die Messung des sozioökonomischen Status in sozialepidemiologischen Studien. In: Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. 2. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH Wiesbaden, S. 309-334.

Manor, Orly/Matthews, Sharon/Power, Chris (2003): Health selection: the role of inter- and intra-generational mobility on social inequalities in health. In: *Social Science & Medicine* 57, H. 11, S. 2217-2227.

Mielck, Andreas (2000): *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten*. 1. Aufl., Bern, Seattle: H. Huber.

Moor, Irene/Spallek, Jacob/Richter, Matthias (2016): Explaining socioeconomic inequalities in self-rated health: a systematic review of the rel-

ative contribution of material, psychosocial and behavioural factors. In: *Journal of Epidemiology & Community Health*.

Müller, Walter/Pollak, Reinhard (2004): Social Mobility in West Germany: The long Arms of History Discovered? In: Breen, Richard (Hrsg.): *Social mobility in Europe*. Oxford, New York: Oxford University Press, S. 77-114.

OECD (2017): *Dare to Share - Deutschlands Weg zur Partnerschaftlichkeit in Familie und Beruf*. OECD Publishing.

Otero-Rodriguez, A./Leon-Munoz, L. M./Banegas, J. R./Guallar-Castillon, P./Rodriguez-Artalejo, F./Regidor, E. (2011): Life-course socioeconomic position and change in quality of life among older adults: evidence for the role of a critical period, accumulation of exposure and social mobility. In: *Journal of Epidemiology & Community Health* 65, H. 11, S. 964-971.

Pförtner, Timo-Kolja/Andress, Hans-Juergen/Janssen, Christian (2011): Income or living standard and health in Germany: different ways of measurement of relative poverty with regard to self-rated health. In: *International Journal of Public Health* 56, H. 4, S. 373-384.

Pförtner, Timo-Kolja/Moor, Irene (2017): Wie kommt die Gesellschaft unter die Haut? Eine Mediatoranalyse gesundheitlicher Ungleichheit mit den Daten des Sozioökonomischen Panels 2011. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 67, H. 1, S. 9-18.

Pollak, Reinhard/Müller, Walter (2004): Soziale Mobilität in Ost- und Westdeutschland im ersten Jahrzehnt nach der Wiedervereinigung. In: Schmitt-Beck, Rüdiger/Wasmer, Martina/Koch, Achim (Hrsg.): *Sozialer und politischer Wandel in Deutschland*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH Wiesbaden, S. 69-95.

Poulton, Richie/Caspi, Avshalom/Milne, Barry J./Thomson, W. Murray/Taylor, Alan/Sears, Malcolm R./Moffitt, Terrie E. (2002): Association between children's experience of socioeconomic disadvantage and adult health: a life-course study. In: *The Lancet* 360, H. 9346, S. 1640-1645.

Quenzel, Gudrun/Hurrelmann, Klaus (Hrsg.) (2010): *Bildungsverlierer. Neue Ungleichheiten*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH Wiesbaden.

Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (2009): Gesundheitliche Ungleichheit: Ausgangsfragen und Herausforderungen. In: Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. 2. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH Wiesbaden, S. 13-33.

Rosvall, Maria/Chaix, Basile/Lynch, John W./Lindström, Martin/Merlo, Juan (2006): Similar support for three different life course socioeconomic models on predicting premature cardiovascular mortality and all-cause mortality. In: *BMC Public Health* 6, H. 1, S. 203.

Schupp, Jürgen (2012): Das Sozio-oekonomische Panel (SOEP). In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 55, 6-7, S. 767-774.

SOEP Group (2014): SOEP 2012 -SOEPmonitor Person 1984-2012 (SOEP v29). In: *SOEP Survey Papers*, H. 193.

Spannagel, Dorothee (2016): Soziale Mobilität nimmt weiter ab. In: *WSI-Report*, H. 31.

Statistisches Bundesamt (2015): 25 Jahre Deutsche Einheit, Wiesbaden.

Stawarz, Nico (2013): Inter-und intragenerationale soziale Mobilität. Eine simultane Analyse unter Verwendung von Wachstumskurven. In: *Zeitschrift für Soziologie* 42, H. 5, S. 385-404.

Tiikkaja, Sanna/Hemström, Orjan/Vågerö, Denny (2009): Intergenerational class mobility and cardiovascular mortality among Swedish women: a population-based register study. In: *Social Science & Medicine* 68, H. 4, S. 733-739.

Wagner, Gert G./Göbel, Jan/Krause, Peter/Pischner, Rainer/Sieber, Ingo (2008): Das Sozio-oekonomische Panel (SOEP): Multidisziplinäres Haushaltspanel und Kohortenstudie für Deutschland – Eine Einführung (für neue Datennutzer) mit einem Ausblick (für erfahrene Anwender). In: *AStA Wirtschafts- und Sozialstatistisches Archiv* 2, H. 4, S. 301-328.

Wolf, Christof (1995): Sozio-ökonomischer Status und berufliches Prestige : ein kleines Kompendium sozialwissenschaftlicher Skalen auf Basis der beruflichen Stellung und Tätigkeit. In: *ZUMA-Nachrichten* 19, H. 37, S. 102-136.

Wu, Shunquan/Wang, Rui/Zhao, Yanfang/Ma, Xiuqiang/Wu, Meijing/Yan, Xiaoyan/He, Jia (2013): The relationship between self-rated health and objective health status: a population-based study. In: *BMC Public Health* 13, H. 1, S. 320.

Ziebarth, Nicolas (2010): Measurement of health, health inequality, and reporting heterogeneity. In: *Social Science & Medicine* 71, H. 1, S. 116-124.

Autorinnen und Autoren

Günther, Sebastian, Dipl. Soz., ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Medizinische Soziologie (IMS) an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Sein zentrales Forschungsthema ist die Lebenslaufperspektive von Gesundheit und Krankheit.

Knöchelmann, Anja, Dr. rer. biol. hum., ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Medizinische Soziologie (IMS) an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Ihr zentrales Forschungsthema ist der Langzeitverlauf von Erkrankungen.

Moor, Irene, Dr. PH, ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Medizinische Soziologie (IMS) an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Ihre zentralen Forschungsthemen umfassen die Lebenslaufperspektive von Gesundheit und Krankheit sowie Kinder- und Jugendgesundheit.

Richter, Matthias, Prof. Dr. rer. soc., ist Universitätsprofessor und Direktor des Instituts für Medizinische Soziologie (IMS), Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Seine zentralen Forschungsthemen umfassen die soziale Determinanten von Gesundheit und Krankheit und die Lebenslaufperspektive.

Berufliche Auf- und Abstiege beeinflussen die Gesundheit von Beschäftigten – das wissen wir aus internationalen Studien. Besteht der Zusammenhang auch für West- und Ostdeutschland? Das vorliegende Working Paper untersucht diese Frage auf Basis des Sozio-oekonomischen Panels. Es zeigt sich, dass sowohl intra- als auch intergenerationale Mobilität auf die Gesundheit wirkt.
