Lampert, Thomas; Ziese, Thomas; Saß, Anke Christine; Häfelinger, Michael

Veröffentlichungsversion / Published Version
Forschungsbericht / research report

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:
SSG Sozialwissenschaften, USB Köln

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Nutzungsbedingungen:
Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:
This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.
By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.
Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit

Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung
# Inhaltsverzeichnis

Vorwort .........................................................................................................................................5

1 Einleitung .....................................................................................................................................6

2 Datengrundlagen ...................................................................................................................... 14
  2.1 Bundes-Gesundheitssurvey 1998 ......................................................................................... 15
  2.2 Telefonischer Gesundheitssurvey 2003 ............................................................................ 17
  2.3 Daten der Gmünder Ersatzkasse 1990-2004 ...................................................................... 18
  2.4 Studie „Health Behaviour in School-Aged Children“ 2002 ................................................... 20
  2.5 Sozio-oekonomisches Panel 1998-2003 ........................................................................... 22
  2.6 Mikrozensenen 1999 und 2003 ......................................................................................... 23

3 Gesundheitliche Auswirkungen von Einkommensungleichheit ......................................... 28
  3.1 Armutsrisiko und Einkommensungleichheit ..................................................................... 29
  3.2 Einkommensdifferenzen im Krankheits- und Sterbegeschehen ........................................ 31
  3.3 Einkommen und subjektive Gesundheit ............................................................................. 38
  3.4 Einfluss des Einkommens auf das Gesundheitsverhalten ................................................. 41
  3.5 Einkommenseffekte auf die Gesundheitsversorgung ....................................................... 43
  3.6 Sozialhilfeabhängigkeit und Gesundheit ......................................................................... 46
  3.7 Diskussion .......................................................................................................................... 47

4 Stellenwert der Bildung für eine gesundheitsförderliche Lebensweise ............................ 52
  4.1 Bildungsbeteiligung der Bevölkerung .............................................................................. 53
  4.2 Einfluss der Bildung auf Morbidität und Mortalität ........................................................... 56
  4.3 Bildung und subjektive Gesundheit .................................................................................. 61
  4.4 Bedeutung der Bildung für das Gesundheitsverhalten ....................................................... 64
  4.5 Bildungsdifferenzen in der Inanspruchnahme von Informationangeboten und präventiven Maßnahmen ........................................................................................................... 68
  4.6 Gesundheitsrelevanz der beruflichen Ausbildung .............................................................. 71
  4.7 Diskussion .......................................................................................................................... 73

5 Einfluss der Arbeitswelt auf die Gesundheit ....................................................................... 77
  5.1 Erwerbsbeteiligung der Bevölkerung ................................................................................ 79
  5.2 Spezielle Datengrundlagen der arbeitsweltbezogenen Gesundheitsberichterstattung ......... 80
  5.3 Einfluss von Arbeit auf Morbidität und Krankheitsfolgen ................................................... 81
  5.4 Stellung in der Arbeitswelt als Prädiktor der Mortalität ....................................................... 96
  5.5 Bedeutung der Arbeit für die subjektive Gesundheit und das Gesundheitsverhalten ........ 97
  5.6 Diskussion .......................................................................................................................... 100
Kapitel 6: Folgen der Arbeitslosigkeit für die Gesundheit
6.1 Definition und Operationalisierung von Arbeitslosigkeit
6.2 Auswirkungen auf gesundheitsrelevante Lebensbedingungen
6.3 Gesundheitliche Situation arbeitsloser Frauen und Männer
6.4 Diskussion

Kapitel 7: Gesundheit von allein Erziehenden
7.1 Lebenslage allein Erziehender
7.2 Belastungen und Ressourcen allein Erziehender
7.3 Gesundheitliche Situation allein erziehender Frauen
7.4 Soziale und gesundheitliche Situation allein erziehender Väter
7.5 Diskussion

Kapitel 8: Sozial ungleiche Gesundheitschancen von Kindern und Jugendlichen
8.1 Lebenslage von Kindern und Jugendlichen
8.2 Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Abhängigkeit von ihrer Lebenslage
8.3 Soziale Unterschiede im Gesundheitsverhalten von Jugendlichen
8.4 Soziales Kapital als Gesundheitsressource von Jugendlichen
8.5 Diskussion

Kapitel 9: Armut und Gesundheit im höheren Lebensalter
9.1 Lebenslage älterer Menschen
9.2 Körperliche und psychische Erkrankungen im Alter
9.3 Hilfebedarfe älterer Menschen und Inanspruchnahme pflegerischer Leistungen
9.4 Subjektive Gesundheit und Lebensqualität im Alter
9.5 Lebenslage und Gesundheit im Alter
9.6 Diskussion

Kapitel 10: Migration und Gesundheit
10.1 Lebenslage von Migranten und Migrantinnen
10.2 Die gesundheitliche Situation von Migranten und Migrantinnen
10.3 Gesundheitsverhalten von Migranten und Migrantinnen
10.4 Medizinische und pflegerische Versorgung von Migranten und Migrantinnen
10.5 Diskussion

Kapitel Kurzfassung
Vorwort


Dass der nun veröffentlichte Ergebnisbericht in sehr kurzer Zeit erstellt werden konnte, verdanken wir der Unterstützung einer Vielzahl von Personen und Institutionen. Unser besonderer Dank gilt unseren Kooperationspartnern: Dr. Matthias Richter und Prof. Dr. Klaus Hurrelmann (Universität Bielefeld) haben für uns eine Sonderauswertung aktueller Daten der Studie „Health Behaviour in School-aged Children“ durchgeführt. Prof. Dr. Wolfgang Voges, PD Dr. Uwe Helmert, Dr. Andreas Timm und Dr. Rolf Müller (Zentrum für Sozialpolitik Bremen) verdanken wir eine Sonderauswertung von Daten der Gmünder Ersatzkasse. Eine große Unterstützung war uns auch die Bereitstellung eines aufbereiteten Datensatzes des Sozio-oekonomischen Panels durch Dr. Peter Krause (Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung) und von Daten des im Rahmen des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 durchgeführten Zusatzsurveys „Psychische Störungen“ durch Dr. Frank Jacobi, Michael Klose und Sylvia Helbig (Technische Universität Dresden).

Als überaus hilfreich haben sich die Zuarbeiten unserer studentischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Simone Schneider, Silja Tyllilä und Lars Kroll erwiesen. Einen wesentlichen Beitrag zur redaktionellen Endbearbeitung des Berichts haben Katharina Keimer und Jessica Dreas geleistet. Darüber hinaus bedanken wir uns bei allen Kolleginnen und Kollegen, die mit uns die Ergebnisse diskutiert und uns hilfreiche Hinweise zu offenen Fragen gegeben haben.

Berlin, im März 2005
Thomas Lampert
Dr. Thomas Ziese
Einleitung


Einleitung

Auch die Weltgesundheitsorganisation hat in der Vergangenheit immer wieder auf die Notwendigkeit eines Ausgleichs der Lebensbedingungen und Gesundheitschancen innerhalb und auch zwischen den einzelnen Ländern hingewiesen (WHO 1999). Auf europäischer Ebene sind in den letzten Jahren mehrere Projekte durchgeführt worden, die ausgehend von internationalen Vergleichen Strategien zur Reduzierung der gesundheitlichen Chanceungleichheit entwickelt haben, u.a. die Projekte „Tackling Health Inequalities in Europe: an integrated approach“ und „Closing the Gap: Strategies for Action to tackle Health Inequalities in Europe“.


Für die Entwicklung und Umsetzung von Maßnahmen zur Bekämpfung von Armut und ihren Folgen sind Daten und Analysen erforderlich, die regelmäßig bereitgestellt werden und problematische Entwicklungen frühzeitig kenntlich machen. In Deutschland wurden in den letzten 15 Jahren zwar mehr als 500 themenbezogene Publikationen vorgelegt, zumeist basieren diese aber auf einmaligen Studien oder unregelmäßig durchgeführten Erhebungen, die keine Rückschlüsse auf langfristige Entwicklungstrends zulassen. Ohnehin sind viele Forschungsbefunde nicht miteinander vergleichbar, u.a. weil sie einen unterschiedlichen Bevölkerungsbezug aufweisen, die Erhebungsmethoden und -instrumente variieren oder andere Definitionen und Konzepte von Armut und sozialer Ungleichheit zugrunde gelegt werden. Infolge
dessen lässt sich trotz der Vielzahl der Studien und der großen Übereinstimmung der Forschungsergebnisse bislang kein aussagekräftiges Bild vom Ausmaß und Erscheinungsbild der gesundheitlichen Chancenungleichheit in Deutschland zeichnen.


Einleitung

Projektauftrag


Inhaltliche Schwerpunkte

Der vorliegende Bericht fasst die zentralen Ergebnisse der ersten Projektphase zusammen und stellt die Referenz für viele der im Kapitel VII „Gesundheitliche Situation und Pflegebedürftigkeit“ des 2. Armuts- und Reichtumsbericht getroffenen Aussagen dar. Ein Schwerpunkt liegt dabei auf den Zusammenhängen zwischen der Gesundheit und anderen zentralen Bereichen der Lebenslage, vor allem Einkommen (Kapitel 3), Bildung (Kapitel 4) und Arbeit (Kapitel 5), wobei diese sowohl unter dem Belastungs- als auch dem Ressourcenaspekt diskutiert werden. Armut wird als verminzte Teilhabe und Unterversorgung in diesen Lebensbereichen verstanden und unter Berücksichtigung der bislang vorgeschlagenen Indikatoren und Schwellenwerte abgebildet. Der Blick richtet sich aber auch auf differenzielle Lebensbedingungen und Teilhabemöglichkeiten oberhalb der Armutsgrenze und damit auf das gesamte Spektrum der sozialen und gesundheitlichen Chancenungleichheit in Deutschland.

Ein weiterer Schwerpunkt der Expertise betrifft Bevölkerungsgruppen, deren Lebenslage durch spezifische gesundheitliche Belastungen und Risiken gekennzeichnet ist – oftmals weil Nachteile in den Bereichen Einkommen, Bildung und Arbeit zusammentreffen. Explizit ein-
gegangen wird auf die gesundheitliche Situation von Arbeitslosen (Kapitel 6), allein Erzie-
henden, insbesondere allein erziehenden Frauen (Kapitel 7), sowie Migrantinnen und
Migranten (Kapitel 10). Darüber hinaus werden die gesundheitlichen Konsequenzen des
Aufwachsens in Armut und sozialer Benachteiligung thematisiert, unter Berücksichtigung
altersspezifischer Entwicklungsaufgaben im Kindes- und Jugendalter (Kapitel 8). Eingegan-
gen wird außerdem auf die soziale und gesundheitliche Lage älterer Menschen (Kapitel 9),
die, ebenso wie Kinder und Jugendliche, in Studien und Berichten zur gesundheitlichen
Chancenungleichheit bislang oftmals nur am Rande einbezogen wurden.

Die unterschiedlichen Lebensbedingungen und Gesundheitsschancen von Männern und
Frauen werden in der Expertise als Querschnittsthema behandelt. Angestrebt wird eine ge-
schlechtsensible Betrachtung, die einerseits durch Vergleiche zwischen Männern und
Frauen bei allen für beide Geschlechter relevanten Problem- und Fragestellungen gekenn-
zeichnet ist, andererseits aber auch männer- und frauenspezifische Themen in den Mittel-
punkt der Diskussion rückt (Maschewsky-Schneider et al. 2001; Lange, Lampert 2004).

Dass einzelne Aspekte der gesundheitlichen Chancenungleichheit nicht aufgegriffen bzw.
vertieft werden, ist zumeist auf die unzureichende Datenlage zurückzuführen. Dies trifft bei-
spielsweise auf die in letzter Zeit häufiger diskutierte Gesundheitsrelevanz vertrauensbasier-
ter Sozialbeziehungen („soziales Kapital“) sowie die Bedeutung der Wohnsituation und der
Umwelt für die Gesundheit („Umweltgerechtigkeit“) zu.\(^1\)

**Berichtsgrundlagen**

Die Expertise wurde auf breiter Daten- und Informationsgrundlage erstellt. Im Zentrum ste-
hen die Ergebnisse eigener empirischer Analysen, die auf der Basis von Daten u.a. der Ge-
sundheitssurveys des Robert Koch-Instituts (Bundes-Gesundheitsurvey 1998, telefonischer
Gesundheitssurvey 2003), des Sozio-oekonomischen Panels 1998-2003 und des Mikrozen-
sus 1999 durchgeführt wurden. Diese gesundheitsbezogenen und sozialwissenschaftlichen
Erhebungen werden noch am ehesten den Anforderungen einer lebenslagenorientierten Ar-
muts- und Reichtumsberichterstattung gerecht, da sie bundesweit repräsentativ sind, regel-
mäßig wiederholt werden und sowohl zur sozialen als auch gesundheitlichen Situation aus-
sagekräftige Daten bereitstellen.

\(^1\) In Kapitel 8 wird zumindest auf die protektive Wirkung des sozialen Kapitals für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen
eingegangen (siehe auch Klocke 2004). Im Zusammenhang mit der Umweltgerechtigkeit ist auf einen Beitrag des Umwelt-
bundesamtes zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung zu verweisen (Wehrspauhn, Schreiber 2004; siehe
auch Bolte, Mielck 2004).
Einleitung

Einleitung

Literaturverzeichnis


Einleitung


WHO (1999) Health21: the health for all policy framework for the WHO European Region. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen
2 Datengrundlagen


1 Im Fall der Todesursachenstatistik wurden Angaben zum ausgeübten Beruf ursprünglich erfasst, zu Beginn der 70er Jahre jedoch ersatzlos gestrichen. Bis heute sind alle Versuche, die berufliche Angabe wieder aufzunehmen, gescheitert, obwohl deren Nutzen für Analysen des sozial differenziellen Sterbegaeschenes allgemein anerkannt ist.

2.1 Bundes-Gesundheitssurvey 1998

Der Bundes-Gesundheitssurvey 1998 wurde vom Robert Koch-Institut mit dem Ziel konzipiert, eine breite und verlässliche Datengrundlage für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes zu schaffen. Bei der Vorbereitung des gemeinsam vom Robert Koch-Institut und dem Statistischen Bundesamt erarbeiteten Gesundheitsberichts für Deutschland (Statistisches Bundesamt 1998) offenbarten sich Datenlücken, die es mit Blick auf eine kontinuierliche Berichterstattung zu schließen galt. Zugleich sollte durch den Survey ein Referenzdatensatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder sowie eine Basis für epidemiologi-


später auch in Nordrhein Westfalen wurde der Kernsurvey an einer aufgestockten Stichprobe erhoben, um auf Landesebene repräsentative Aussagen treffen zu können (Bellach et al. 1998).


2.2 Telefonischer Gesundheitssurvey 2003


Ein erster telefonischer Gesundheitssurvey fand zwischen September 2002 und Mai 2003 statt. An einer repräsentativen Stichprobe wurden 8.318 computer-assistierte Telefoninterviews realisiert, was einer Stichprobenausschöpfung von 59 % entsprach. Als Grundgesamtheit diente die 18-jährige und ältere Wohnbevölkerung Deutschlands. Im Zentrum der Befragung standen chronische Krankheiten und Beschwerden, wobei neben dem Vorkommen auch den Risikofaktoren und der Versorgung ein besonderes Interesse galt. Für die Daten-


2.3 Daten der Gmünder Ersatzkasse 1990-2004


2.4 Studie „Health Behaviour in School-Aged Children“ 2002

Datengrundlagen


\(^3\) Zur Erstellung eines gesamtdeutschen Datensatzes wurde aus den 23.111 Jugendlichen eine randomisierte Auswahl stratifiziert für Bundesland, Alter, Geschlecht und Schultyp getroffen, die mit kleinen Einschränkungen als repräsentativ für Jugendliche der entsprechenden Altersgruppen in ganz Deutschland gilt.
Datengrundlagen

schen Untersuchungen bedeuten hier ebenso eine Erweiterung wie die Ausweitung der Altersspanne auf 0 bis 18 Jahre sowie die bundesweite Repräsentativität (Kurth et al. 2002).

2.5 Sozio-oekonomisches Panel 1998-2003


Die Befragungen im SOEP, die als persönliche Interviews konzipiert sind, basieren auf vier Erhebungsinstrumenten: Mit dem Haushaltsfragebogen werden vom Haushaltsvorstand aktuelle Eckdaten zur Wohnsituation, Einkommen und Haushaltskonstellation erfasst. Der Per-
Datengrundlagen


Obgleich die Gesundheitsdaten des Sozio-oekonomischen Panels nicht die gleiche Breite und Tiefe erreichen wie die Daten der Gesundheitssurveys, stellen sie eine gute Grundlage für Analysen zur gesundheitlichen Ungleichheit dar. Indem sie Einblicke in zeitliche Verläufe und Veränderungen der Gesundheit auf Individualebene gewähren, sind sie mit Erkenntnismöglichkeiten verbunden, die bislang durch keinen anderen Survey in Deutschland eröffnet werden. Weitere Vorteile ergeben sich aufgrund der Ausländer- und Zuwandererstichprobe. Das SOEP stellt gegenwärtig eine der besten Datengrundlagen bereit, um repräsentative Aussagen zur gesundheitlichen Lage von Migranten und Migrantinnen zu machen.

2.6 Mikrozensus 1999 und 2003

Beim Mikrozensus handelt es sich um eine bundesweite Befragung einer repräsentativen 1 %-Bevölkerungsstichprobe, die seit 1957 einmal pro Jahr durchgeführt wird (Emmerling, Riede 1997). Im Jahr 1991 wurde der Mikrozensus auf die neuen Bundesländer und Ost-Berlin ausgeweitet. Die Stichprobe umfasst seitdem Jahr für Jahr ca. 820.000 Personen in über 380.000 Haushalten. Das Grundprogramm des Mikrozensus dient der Erfassung erwerbsstatistischer und soziodemographischer Merkmale und beinhaltet unter anderem Fragen zur Größe und Zusammensetzung des Haushaltes, Familienkonstellation, Einkommenssituation, Erwerbstätigkeit, Ausbildung sowie Renten- und Pflegeversicherung. Die Teilnahme am Grundprogramm basiert auf einer gesetzlichen Grundlage und ist für die ausgewähl-
ten Personen verpflichtend. Der Stichprobenausfall kann dadurch sehr gering gehalten werden; 1999 lag die Verweigerungsrate bei 2,6 % (Statistisches Bundesamt 2001).

Die Gesundheit ist zwar kein Themenschwerpunkt des Mikrozensus, zu einzelnen Gesundheitsaspekten sind aber Informationen verfügbar. Die Fragen zur Gesundheit sind Bestandteil einer Zusatzerhebung, die sich gegenwärtig an ungefähr die Hälfte der Befragten richtet. Im Gegensatz zum Grundprogramm basieren die Zusatzerhebungen des Mikrozensus auf einer freiwilligen Teilnahme und werden in mehrjährigen Abständen realisiert. Zuletzt wurden die Fragen zur Gesundheit in den Jahren 1999 und 2003 gestellt. Dass die Gesundheitsangaben auf Freiwilligkeit beruhen, schränkt ihre Repräsentativität nicht entscheidend ein. Im Jahr 1999 haben lediglich 13 % der Befragten die Antwort auf die Fragen zur Gesundheit verweigert; in den vorausgegangenen Durchgängen lag die Verweigererquote zwischen 9 % und 12 %.


Aufgrund der Stichprobengröße und der hohen Repräsentativität der erhobenen Daten stellt der Mikrozensus eine gute Grundlage für kontinuierliche und konsistente Beobachtungen zur Gesundheit im Rahmen der Armuts- und Reichtumsberichterstattung dar. Im Gegensatz zu den meisten anderen Datenquellen lässt er tief gegliederte Betrachtungen zu, so dass unterschiedliche Ausprägungen gesundheitlicher Ungleichheit nach Merkmalen wie Alter, Geschlecht, Familienstand oder Elternstatus untersucht werden können. Außerdem gehört der Mikrozensus neben dem Sozio-oekonomischen Panel zu den wenigen bevölkerungsrepräsentativen Datenquellen, die Informationen zur sozialen und gesundheitlichen Lage von Migranten und Migrantinnen liefern. Im Grundprogramm wird nach der Staatszugehörigkeit gefragt und bei Ausländern/Ausländerinnen zusätzlich nach dem Zuzugsjahr. Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass der Mikrozensus für die erfassten Ausländergruppen repräsentativ ist. Eine Einschränkung der Repräsentativität ergibt sich aber dadurch,
dass die Fragebögen nur auf Deutsch vorliegen und lediglich für wenige Sprachen, z.B. Türkisch oder Russisch, auf Übersetzungshilfen zurückgegriffen werden kann.
**Literaturverzeichnis**


SOEP Group (2001) The German Socio-economic Panel (GSOEP) after more than 15 years – Overview. DIW – Vierteljahreszeitschrift 70, S. 7-14


3 Gesundheitliche Auswirkungen von Einkommensungleichheit

Das Einkommen eröffnet den Zugang zu den meisten Bedarfs- und Gebrauchsgütern und stellt damit eine wesentliche Voraussetzung für die Befriedigung individueller Grundbedürfnisse dar. Darüber hinaus ist das Einkommen eine wichtige Grundlage für die Vermögensbildung, den Besitzerwerb und die soziale Absicherung. Einkommensnachteile verringern die Konsummöglichkeiten und gehen oftmals mit einer Unterversorgung in anderen Bereichen, wie z.B. der Wohnsituation, der sozialen Integration und der kulturellen Teilhabe, einher.


Die Messung von Einkommensarmut und -ungleichheit geht heute in der Regel vom Äquivalenzeinkommen aus, d.h. dem nach Größe und Zusammensetzung des Haushaltes bedarfs- gewichteten monatlichem Haushaltsnettoeinkommen. Damit werden die Einsparungen durch


### 3.1 Armutsrisiko und Einkommensungleichheit

Die Einkommensentwicklung in Deutschland ist durch einen kontinuierlichen Anstieg des durchschnittlichen Einkommens gekennzeichnet. Im Jahr 2003 lag das verfügbare monatliche Netto-Äquivalenzeinkommen im Mittel bei 1.740 Euro (Median: 1.564 Euro), was einem nominalen Anstieg um etwa 17 % seit 1993 entspricht (Tabelle 3.1). In den neuen Bundesländern zeichnet sich der prozentuale Einkommenszuwachs noch stärker ab, doch liegt das Durchschnittseinkommen dort nach wie vor deutlich unter dem Vergleichswert für das alte Bundesgebiet. Gleichzeitig hat die Armutsrisikoquote von 11,7 % im Jahr 1993 bis auf 13,5 % im Jahr 2003 zugenommen. In den neuen Bundesländern liegt sie gegenwärtig deutlich höher als im alten Bundesgebiet (19,3 % gegenüber 12,2 %).
Tabelle 3.1
Einkommensverteilung in Deutschland 1993-2003
Datenbasis: Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (BMAS 2001; BMGS 2005)

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Gesamtes Bundesgebiet</th>
<th>Alte Bundesländer</th>
<th>Neue Bundesländer</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Netto-Äquivalenzeinkommen</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Arithmetisches Mittel in € / Monat</td>
<td>1.490</td>
<td>1.541</td>
<td>1.740</td>
</tr>
<tr>
<td>Median in € / Monat</td>
<td>1.301</td>
<td>1.375</td>
<td>1.564</td>
</tr>
<tr>
<td>Einkommensungleichheit</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Armutsquote (&lt; 60 % Median)</td>
<td>11,7</td>
<td>12,1</td>
<td>13,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Gini-Koeffizient</td>
<td>0,266</td>
<td>0,255</td>
<td>0,257</td>
</tr>
</tbody>
</table>


Die Schwierigkeit der Vereinbarkeit von Erwerbs- und Familienarbeit, mit der sich viele Mütter und auch Väter konfrontiert sehen, wird hier besonders deutlich.

Abbildung 3.1
Sozialhilfequoten in verschiedenen Bevölkerungsgruppen am Jahresende 2002
Quelle: Statistisches Bundesamt 2003

Dass die Sozialhilfeabhängigkeit in den neuen Bundesländern nach wie vor niedriger ist als in den alten Bundesländern (3,0 % gegenüber 3,4 %), hängt u.a. mit der insgesamt höheren Erwerbsbeteiligung und der lange Zeit kontinuierlicher verlaufenden Erwerbsbiographien, die einen längerfristigen Anspruch auf Arbeitslosengeld und Arbeitslosenhilfe begründen, zusammen.

3.2 Einkommensdifferenzen im Krankheits- und Sterbegeschehen

Das Muster und die Stärke des Zusammenhangs sind je nach betrachteter Erkrankung unterschiedlich ausgeprägt und variieren mit dem Alter und Geschlecht. Im Auftreten eines Herzinfarktes – gemessen an der kumulierten Morbiditätsrate im Zeitraum 1990 bis 2003 – zeigen sich in der Altersgruppe der 40- bis 49-Jährigen keine signifikanten Unterschiede, bei den 50- bis 59-Jährigen zeichnen sie sich nur relativ schwach ab, während sie bei den 60-bis 69-Jährigen einen deutlichen Niederschlag finden (Abbildung 3.2). Bei Männern ist die Morbiditätsrate der Pflichtversicherten am Ende des Beobachtungszeitraums etwa um den Faktor 1,3 erhöht, bei Frauen, die insgesamt seltener als Männer einen Herzinfarkt erleiden, sogar um den Faktor 3.

**Abbildung 3.2**
Kumulierte Morbiditätsrate für Herzinfarkt bei 60- bis 69-jährigen GEK-Mitgliedern des Jahres 1990 nach Versichertenstatus und Geschlecht

Für Frauen lassen sich im Hinblick auf den Lungenkrebs und andere relativ selten vorkommende Krankheiten anhand der GEK-Daten keine vergleichenden Aussagen treffen, da die Fallzahlen für die freiwillig Versicherten zu gering sind – die GEK hat weitaus mehr männliche als weibliche Mitglieder, und der Anteil der freiwillig Versicherten beläuft sich bei Frauen lediglich auf 8,1 % (Männer: 27,3 %). Insgesamt liegt die Prävalenz des Lungenkrebses bei Frauen deutlich unter der von Männern. In den letzten Jahren hat sich dieser Unterschied aber infolge des zunehmenden Tabakkonsums von Frauen verringert.

Abbildung 3.3
Kumulierte Morbiditätsrate für Lungenkrebs bei 60- bis 69-jährigen GEK-Mitgliedern des Jahres 1990 nach Versichertenstatus und Geschlecht

Eine ähnlich eindeutige Beziehung zu einem einzelnen Risikofaktor lässt sich für die Leberzirrhose herstellen. Schätzungen zufolge ist das Risiko einer Leberzirrhose für Männer bei einem durchschnittlichen Alkoholkonsum von 40-60 g pro Tag etwa sechsmal so hoch wie bei einem Konsum von 20 g pro Tag (Statistisches Bundesamt 1998). Die männlichen Pflichtversicherten bei der GEK sind im Vergleich zu den freiwillig Versicherten etwa doppelt so häufig von einer Leberzirrhose betroffen (Abbildung 3.4). Für freiwillig versicherte Frauen lassen sich wiederum keine Angaben machen, jedoch zeigt sich, dass die pflichtversicherten Frauen häufiger an einer Leberzirrhose erkranken als die freiwillig versicherten Männer.
Gesundheitliche Auswirkungen von Einkommensungleichheit

Abbildung 3.4
Kumulierte Morbiditätsrate für Leberzirrhose bei 60- bis 69-jährigen GEK-Mitgliedern des Jahres 1990 nach Versichertenstatus und Geschlecht


Das Sozio-oekonomische Panel 2003 erlaubt Aussagen über das Vorkommen von Schmerzen innerhalb der letzten 4 Wochen vor der Befragung. Demnach nimmt bei Männern wie Frauen die Schmerzprävalenz mit dem Alter zu: Während in der Gruppe der 18- bis 29-Jährigen lediglich 3,2 % der Männer und 5,7 % der Frauen betroffen sind, geben von den 65-Jährigen und Älteren 19,3 % der Männer und sogar 30,4 % der Frauen an, häufig Schmerzen zu haben. In der Armutsrisikogruppe ist das Schmerzvorkommen am höchsten. Dies gilt zumindest für das mittlere Lebensalter, bei Frauen zeichnet sich aber auch in der ältesten Al-
Gesundheitliche Auswirkungen von Einkommensungleichheit

tersgruppe eine 2-fach erhöhte Betroffenheit in der niedrigsten im Vergleich zur höchsten Einkommensgruppe ab (Abbildung 3.5).

Abbildung 3.5
Schmerzprävalenz bei 18-jährigen und älteren Männern und Frauen nach Einkommen
Datenbasis: Sozio-oekonomisches Panel 2003

Abbildung 3.6
Gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltagsleben 45-jähriger und älterer Männer und Frauen nach Einkommen
Datenbasis: Sozio-ökonomisches Panel 2003

Um den Einfluss des Einkommens auf die Mortalität zu analysieren, können im Sozio-ökonomischen Panel die Angaben von Personen herangezogen werden, die nicht weiter teilnehmen und Auskunft über den Zeitpunkt und die Gründe für das Ausscheiden erteilt haben. Durch sorgfältige Nacherfassungen bei Nichterreichbarkeit können Todesfälle relativ gut, wenn auch nicht immer zweifelsfrei, ermittelt werden.
In Abbildung 3.7 sind Survivorfunktionen\(^1\) für Männer der Armutsrisikogruppe (< 60 \%) und der prekären Wohlstandsgruppe (60 bis < 80 \%) im Vergleich zur Gruppe mit den höchsten Einkommen (≥ 150 \%) dargestellt. Am Verlauf der Kurven lässt sich ablesen, dass in der einkommensstärksten Gruppe anteilig mehr Männer bis ins hohe Alter überleben als in den beiden ökonomisch benachteiligten Gruppen, zwischen denen allerdings auch Unterschiede zu Ungunsten von Männern mit Armutsrisiko bestehen.\(^2\) Dies entspricht einem Mortalitätsrisiko der niedrigsten Einkommensgruppe, das – bei Kontrolle des Alterseffektes – im Vergleich zur ökonomisch am besten gestellten Gruppe um den Faktor 2,5 erhöht ist. Auch das Mortalitätsrisiko der prekären Wohlstandsgruppe ist signifikant erhöht (hazard ratio: 1,8).

\(^1\) Die Survivorfunktionen wurden mit dem in der Medizin häufig verwendeten ereignisanalytischen Gompertz Modell geschätzt (StataCorp 2003).

\(^2\) Auf die Darstellung der Survivorfunktionen der beiden mittleren Einkommensgruppen (80 - < 100 \% und 100 - < 150 \%) wurde aus Gründen der Anschaulichkeit verzichtet. Sie verlaufen unterhalb der Kurve der einkommensstärksten Gruppe, so dass von einem Einkommensgradienten in der Mortalität gesprochen werden kann.
Bei Frauen sind die Einkommensdisparitäten in der Mortalität ähnlich stark ausgeprägt (Abbildung 3.8), mit dem Unterschied, dass das auf die höchste Einkommensgruppe bezogene Mortalitätsrisiko in der prekären Wohlstandsgruppe noch über dem in der Armutsrisikogruppe liegt (hazard ratio: 2,0 bzw. 1,8). Der Vergleich der Survivorfunktionen für Männer und Frauen macht darüber hinaus deutlich, dass Frauen in allen Einkommensgruppen, also auch in der Armutsrisikogruppe, länger leben als Männer.

### 3.3 Einkommen und subjektive Gesundheit

In Tabelle 3.2 ist der Anteil der Männer ausgewiesen, die ihre eigene Gesundheit im Jahr 2003 als „weniger gut“ oder „schlecht“ beurteilt haben. Besonders bei den Befragten im mittleren Lebensalter sind deutliche Einkommensunterschiede festzustellen. Unter den 30- bis 44-jährigen Männern beurteilen 16,1 % aus der Armutsrisikogruppe (< 60 %) und 20,3 % aus der prekären Wohlstandsgruppe (60 bis < 80 %) ihre Gesundheit als „weniger gut“ oder „schlecht“ im Vergleich zu 4,9 % aus der einkommensstärksten Gruppe. Ab dem Alter 65 Jahre ist der Zusammenhang zwischen Einkommen und Gesundheitseinschätzung schwächer ausgeprägt. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass die gesundheitliche Benachteiligung der unteren Einkommensgruppen insbesondere auf ein früheres Auftreten von Krankheiten und Beschwerden zurückzuführen ist. Eine Rolle dürften aber auch das Ausscheiden aus dem Erwerbsleben und die damit verbundenen Veränderungen in den Lebensumständen und der Lebensweise spielen.

Tabelle 3.3
Anteil der Frauen, die ihre eigene Gesundheit als „weniger gut“ oder „schlecht“ beurteilen nach Einkommen und Alter (Angaben in %)
Datenbasis: Sozio-oekonomisches Panel 2003

<table>
<thead>
<tr>
<th>Frauen</th>
<th>18-29 Jahre</th>
<th>30-44 Jahre</th>
<th>45-64 Jahre</th>
<th>65+ Jahre</th>
<th>Gesamt</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Einkommensgruppe</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>&lt; 60 %</td>
<td>13,7</td>
<td>15,0</td>
<td>40,6</td>
<td>41,5</td>
<td>27,2</td>
</tr>
<tr>
<td>60 - &lt; 80 %</td>
<td>6,2</td>
<td>10,5</td>
<td>28,6</td>
<td>46,2</td>
<td>26,0</td>
</tr>
<tr>
<td>80 - &lt; 100 %</td>
<td>6,4</td>
<td>10,4</td>
<td>25,0</td>
<td>37,4</td>
<td>21,9</td>
</tr>
<tr>
<td>100 - &lt; 150 %</td>
<td>3,4</td>
<td>7,6</td>
<td>21,1</td>
<td>35,5</td>
<td>18,2</td>
</tr>
<tr>
<td>≥ 150 %</td>
<td>7,0</td>
<td>11,6</td>
<td>16,1</td>
<td>39,7</td>
<td>18,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamt</td>
<td>7,2</td>
<td>10,3</td>
<td>23,7</td>
<td>39,3</td>
<td>21,4</td>
</tr>
</tbody>
</table>


Abbildung 3.9
Zufriedenheit mit der Gesundheit nach Einkommen und Geschlecht
Datenbasis: Sozio-oekonomisches Panel 2003

* Elfstufige Skala, höhere Werte bedeuten größere Zufriedenheit
3.4 Einfluss des Einkommens auf das Gesundheitsverhalten


Abbildung 3.10
Anteil der Raucher und Raucherinnen nach Einkommen und Alter
Datenbasis: Sozio-oekonomisches Panel 2002

Auch das Sozio-oekonomische Panel 2002 erlaubt Aussagen zum Tabakkonsum. Abbildung 3.10 belegt im jungen und mittleren Lebensalter einen markant ausgeprägten Einkommensgradienten: Je niedriger das Einkommen, desto höher ist der Anteil der Raucher bzw. Raucherinnen. Die höchsten Raucheranteile finden sich bei den 18- bis 29-jährigen und 30- bis 44-jährigen Männern der Armutsrisikogruppe mit 52,8 % bzw. 61,4 %. Bei Frauen sind die Unterschiede schwächer ausgeprägt, sie zeichnen sich aber dennoch deutlich ab. Keine auffälligen Unterschiede bestehen bei den 65-Jährigen und Älteren. In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, dass die sozialen Unterschiede im Tabakkonsum bis in die 70er
Jahre weitaus geringer waren und ein Teil der starken Raucher und Raucherinnen bereits verstorben ist (Lampert, Burger 2004).

Abbildung 3.11
Anteil der sportlich Inaktiven nach Einkommen, Alter und Geschlecht
Datenbasis: Sozio-oekonomisches Panel 2003

3.5 Einkommenseffekte auf die Gesundheitsversorgung

In Deutschland garantiert die Gesetzliche Krankenversicherung allen Versicherten und damit derzeit etwa 85 % der gesamten Bevölkerung einen weitgehend einkommensunabhängigen Zugang zum System der medizinischen Versorgung. Die gleichen Zugangsmöglichkeiten bedeuten aber nicht zwangsläufig eine gleiche Inanspruchnahme der Versorgungsangebote. So wird im Gesundheitsbericht für Deutschland darauf verwiesen, dass einkommensschwache Personen praktische Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin häufiger, Gebietsärzte hingegen seltener konsultieren als der Bevölkerungsdurchschnitt (Statistisches Bundesamt 1998).


Im SOEP wird danach gefragt, ob in den letzten 3 Monaten ein Arzt aufgesucht wurde und wie häufig das der Fall war. Eine Unterscheidung zwischen Hausarzt und Fachärzten ist nicht möglich. Insgesamt haben in der 18-jährigen und älteren Bevölkerung 64 % der Männer und 77 % der Frauen in den vergangenen 3 Monaten einen Arzt kontaktiert. Im Altersgang nimmt der Anteil der Befragten mit Arztkontakt sukzessive zu, bis auf 86 % bei den 65-jährigen und älteren Männern und 89 % bei den gleichaltrigen Frauen.

Obwohl die einkommensschwächere Bevölkerung verstärkt von Krankheiten und Beschwerden betroffen ist, sucht sie seltener einen Arzt auf: Mit 56 % gegenüber 66 % gehen Männer der Armutsrisikogruppe seltener zum Arzt als Männer der ökonomisch besser gestellten Vergleichsgruppe. Bei Frauen betragen die entsprechenden Werte 70 % und 78 %, so dass sich vom gleichen Zusammenhangsmuster ausgehen lässt. Abbildung 3.12 berücksichtigt Altersdifferenzen und macht dadurch deutlich, dass einkommensschwache Frauen und Männer vor allem im mittleren Lebensalter seltener ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen.
Ein aussagekräftiges Bild über Einkommensunterschiede in der ärztlichen Versorgung ergibt sich allerdings erst, wenn die unterschiedlichen Versorgungsbedarfe mit berücksichtigt werden. Durch das SOEP werden keine Informationen zum Krankheitsgeschehen bereitgestellt. Deshalb wird die Selbsteinschätzung der allgemeinen Gesundheit herangezogen, die sich in nationalen wie internationalen Studien als guter Prädiktor der Inanspruchnahme von Angeboten und Leistungen des Gesundheitssystems erwiesen hat (Idler, Benyamini 1997; Miiulpalo et al. 1997). Im Jahr 2003 gaben 90 % der Männer und 94 % der Frauen, die ihre eigene Gesundheit als weniger gut oder schlecht bewerten, an, dass sie in den letzten 3 Monaten bei einem Arzt waren, im Vergleich zu 74 % der Männer und 81 % der Frauen mit zufriedenen stellender Gesundheit sowie 50 % der Männer und 65 % der Frauen mit guter oder sehr guter Gesundheit. Im jüngeren Lebensalter treten diese Unterschiede noch etwas stärker zu Tage als im höheren Lebensalter. Kontrolliert man für den Altersfeffekt, dann gehen Frauen wie Männer mit niedrigem Einkommen im Vergleich zu den Bessergestellten 1,4-mal seltener zu einem Arzt.
Gesundheitliche Auswirkungen von Einkommensungleichheit

Tabelle 3.4
Anteil der Männer und Frauen, die ihre Gesundheit als „weniger gut“ oder „schlecht“ beurteilen und in den letzten 3 Monaten einen Arzt aufgesucht haben nach Einkommen und Alter (Angaben in %)

Datenbasis: Sozio-oekonomisches Panel 2003

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>18-29 Jahre</th>
<th>30-44 Jahre</th>
<th>45-64 Jahre</th>
<th>65+ Jahre</th>
<th>Gesamt</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Männer</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>&lt; 60 %</td>
<td>66,9</td>
<td>90,4</td>
<td>87,8</td>
<td>89,1</td>
<td>78,9</td>
</tr>
<tr>
<td>&gt; 60 %</td>
<td>85,2</td>
<td>81,1</td>
<td>91,3</td>
<td>96,6</td>
<td>91,5</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Frauen</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>&lt; 60 %</td>
<td>84,5</td>
<td>89,0</td>
<td>84,8</td>
<td>99,0</td>
<td>89,3</td>
</tr>
<tr>
<td>&gt; 60 %</td>
<td>89,4</td>
<td>92,2</td>
<td>93,5</td>
<td>95,6</td>
<td>94,3</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Geht man von der Gruppe mit weniger guter oder schlechter Gesundheitseinschätzung als der Gruppe mit dem höchsten Versorgungsbedarf aus, dann lässt sich ein deutlicher Einkommenseffekt auf die ärztliche Inanspruchnahme belegen. Von den einkommensarmen Männern dieser Gruppe geben 78,9 % an, einen Arzt aufgesucht zu haben, im Vergleich zu rund 91,5 % der ökonomisch besser gestellten Männer. Auch bei Frauen ist ein Unterschied festzustellen, wenngleich dieser nur schwach ausgeprägt ist (89,3 % gegenüber 94,3 %). Tabelle 3.4 erschließt eine altersdifferenzierte Betrachtung: Bei Männern zeigen sich die deutlichsten Unterschiede in der Altersgruppe der 18- bis 29-Jährigen, bei Frauen hingegen zwischen dem 45. und 64. Lebensjahr. Dass der Zusammenhang zwischen Einkommen und ärztlicher Inanspruchnahme bei Frauen schwächer ist als bei Männern, lässt sich in fast allen Altersgruppen beobachten.

Weiterführende multivariate Analysen bestätigen, dass Frauen, die ihre eigene Gesundheit weniger gut oder schlecht bewerten, etwa 1,4-mal seltener einen Arzt aufsuchen, wenn sie ein Einkommen unter 60 % des gesellschaftlichen Durchschnitts (Median) beziehen. Bei Männern beträgt das Verhältnis zwischen der Armutsrisikogruppe und der übrigen Bevölkerung sogar 2,5:1. Unabhängig von einem möglichen Einfluss der Praxisgebühr belegen die dargestellten Ergebnisse somit, dass mit der Einkommensposition sowohl ein unterschiedlicher Versorgungsbedarf als auch ein unterschiedliches Inanspruchnahmeverhalten von ärztlichen Leistungen verbunden ist.
3.6 Sozialhilfeabhängigkeit und Gesundheit

Die Sozialhilfe soll dazu beitragen, „dem Empfänger der Hilfe die Führung eines Lebens zu ermöglichen, das der Würde des Menschen entspricht (und…) ihn soweit wie möglich befähigen, unabhängig von ihr zu leben“ (§ 1 Abs. 2 BSHG). Die Gesundheit ist eine wesentliche Voraussetzung für eine selbst bestimmte Lebensgestaltung und den Weg aus der Sozialhilfe. Eine wesentliche Aufgabe der Sozialhilfe muss deshalb sein, gesundheitliche Risiken der Armut abzufedern.

Abbildung 3.13
Zufriedenheit mit der Gesundheit nach Sozialhilfebezug, Alter und Geschlecht
Datenbasis: Sozio-oekonomisches Panel 2002


Noch deutlicher wird dieser Zusammenhang im Hinblick auf die Selbsteinschätzung der Gesundheit: Bei den männlichen Sozialhilfeempfängern über 35 Jahre ist der Anteil mit einer „weniger guten“ oder „schlechten“ Gesundheitseinschätzung doppelt so hoch wie in der Vergleichsgruppe (40,4 % gegenüber 19,7 %). Während dieser Anteil bei den Sozialhil-
feempfängerinnen in beiden Altersgruppen um rund ein Drittel höher ist, bewerten die jüngeren männlichen Sozialhilfeempfänger ihre Gesundheit etwas besser als die Nicht-Bezieher.


**Abbildung 3.14**
Rauchen und Sport in den letzten 3 Monaten nach Sozialhilfebezug, Alter und Geschlecht
Datenbasis: Sozio-oekonomisches Panel 2002

---

### 3.7 Diskussion


Die Gesundheitsunterschiede zwischen Gruppen oberhalb der Armutstrisikogrenze dürften ebenfalls mit unterschiedlichen Stressbelastungen zusammenhängen. Angesichts der hohen Arbeitslosigkeit und der prekären Arbeitsmarktanbindung großer Bevölkerungskreise hat die Verunsicherung und Angst vor einem sozialen Abstieg auch in den gut gesicherten Bevölke-
Gesundheitliche Auswirkungen von Einkommensungleichheit

...rungsgruppen zugenommen. Selbst ein hohes Einkommen schützt nicht immer vor Zukunfts-
sorgen, da mit einem höheren Lebensstandard oftmals auch die finanziellen Verbindlichkei-
ten und Risiken, z.B. in Form von Kreditbelastungen, steigen. Zu beachten sind daneben die
Auswirkungen auf das gesundheitsrelevante Verhalten. Mit der Höhe des Einkommens ver-
größert sich der Spielraum für eine gesunde Ernährung, Erholungsmöglichkeiten und direkte
Käufe von Gesundheitsleistungen.

Neben dem Einfluss der Einkommensposition auf die Gesundheit spielt auch die umgekehrte
Wirkungsrichtung eine Rolle. Chronisch kranke und behinderte Menschen haben schlechtere
Aussichten auf dem Arbeitsmarkt, unterliegen einem höheren Arbeitslosigkeitsrisiko und er-
zielen dementsprechend geringere Einkommen. Vor allem in Zeiten schlechter Konjunktur
sinken die (Wieder-)Beschäftigungschancen gesundheitlich eingeschränkter Arbeitnehmer-
innen und Arbeitnehmer. Dass eine Verschlechterung der Gesundheit zu Einkommensein-
bußen führt, wird durch eine Längsschnittuntersuchung auf Basis von Daten des Sozio-
auch, dass der umgekehrte Einfluss, also die Auswirkung von Einkommenseinbußen auf die
Gesundheit, deutlich stärker hervor tritt (Thiede, Straub 1997).
Gesundheitliche Auswirkungen von Einkommensungleichheit

**Literaturverzeichnis**


Helmert U, Mielck A, Shea S (1997b) Poverty, health and nutrition in Germany. Reviews on Environmental Health 12, pp. 159-170


4 Stellenwert der Bildung für eine gesundheitsförderliche Lebensweise


- Personen, die höchstens einen Volks- oder Hauptschulabschluss erworben haben – zu dieser Gruppe zählen folglich auch Personen, die das allgemein bildende Schulsystem ohne Abschluss verlassen haben („Volks-/Hauptschule“)
- Personen mit Realschulabschluss oder abgeschlossener Polytechnischer Oberschule („Mittlere Reife“)
- Personen mit allgemeiner Hochschulreife, Fachhochschulreife oder abgeschlossener Erweiterter Oberschule („Abitur“)

Um die Bedeutung der Berufsausbildung zu berücksichtigen, wird mit der CASMIN-Klassifikation¹ ein auch für internationale Vergleiche geeignetes Instrument herangezogen (Brauns, Steinmann 1999). Dazu werden ausgehend von Angaben zur schulischen und beruflichen Bildung neun Kategorien gebildet, die sich zu drei Qualifikationsniveaus verdichten lassen: einfache (primary education), mittlere (secondary education) und höhere berufqualifizierende Bildung (tertiary education).

### 4.1 Bildungsbeteiligung der Bevölkerung

Aktuelle Daten zur Bildungsbeteiligung der deutschen Bevölkerung liefert der Mikrozensus aus dem Jahr 2003. Danach besitzen 21,2 % der 15-jährigen und älteren Bevölkerung Deutschlands die Fachhochschul- oder Hochschulreife, 26,3 % die mittlere Reife oder einen Abschluss der Polytechnischen Oberschule und 44,1 % einen Volks- oder Hauptschulabschluss. Die restlichen 8,3 % befinden sich noch in schulischer Ausbildung (4,5 %), haben keinen allgemein bildenden Schulabschluss erworben (2,8 %) oder keine Angabe zu ihrer

Stellenwert der Bildung für eine gesundheitsförderliche Lebensweise


Dass die Bildungsbeteiligung im Verlauf der letzten 30 Jahre deutlich zugenommen hat, lässt sich auch anhand des Abschlussniveaus der Schulabgänger und Schulabgängerinnen verdeutlichen. Noch zu Beginn der 70er Jahre hatten fast zwei Drittel der Schulabgänger/Schulabgängerinnen lediglich einen Volks- oder Hauptschulabschluss aufzuweisen. Im Jahr 2002 lag dieser Anteil nur noch bei 32,3 %, während 41,3 % die mittlere Reife und 26,4 % die allgemeine Hochschulreife oder die Fachhochschulreife erlangt haben (Statistisches Bundesamt 2004). Im gleichen Zeitraum haben sich die Geschlechtsunterschiede in der Bildungsbeteiligung umgekehrt. In den 70er Jahren schlossen 13,0 % der Männer und 9,0 % der Frauen ihre Schullaufbahn mit dem Abitur ab. Inzwischen machen mit 29,0 % gegenüber 21,5 % mehr Frauen als Männer das Abitur. Außerdem stellen Frauen, anders als noch vor einigen Jahren, heute die Mehrheit der Erstsemester an den Universitäten und holen auch im Hinblick auf die Absolventenzahlen und Promotionen sukzessive auf (Avenarius et al. 2003). In der Position auf dem Arbeitsmarkt und in der Einkommenslage spiegeln sich diese Entwicklungen allerdings nicht im gleichen Maße wider, was unter anderem auf die nach wie vor für viele Frauen bestehenden Schwierigkeiten der Vereinbarkeit von Beruf und Familie hindeutet (BMFSFJ 2001).


Welche Bedeutung der Bildung für die Lebenslage zukommt, lässt sich an Zusammenhängen zur Einkommenssituation und Stellung in der Arbeitswelt ablesen. Im telefonischen Gesundheitssurvey 2003 lag das mittlere Äquivalenzeinkommen (Median) bei Personen, die nur einen Volks- oder Hauptschulabschluss erworben haben, bei 1108 Euro, während Personen mit mittlerer Reife über 1220 Euro und Personen mit Fachhochschulreife oder Hochschulreife über 1466 Euro verfügen konnten. Männer befinden sich zwar in einer etwas besseren Einkommenssituation als Frauen, das Zusammenhangsmuster zwischen Bildung und Einkommen ist aber bei beiden Geschlechtern ähnlich ausgeprägt. Setzt man die Armutsrisikogrenze bei 60 % des Medianeinkommens an, dann sind 12,6 % der Männer und 17,8 % der Frauen mit Volks- und Hauptschulabschluss als armutgefährdet einzustufen gegenüber 9,3 % der Männer und 11,7 % der Frauen mit mittlerer Reife sowie 8,1 % der Männer und 10,0 % der Frauen mit Abitur. Nach statistischer Kontrolle des Alterseffektes entspricht dies bei Männern einem um den Faktor 2 erhöhten Armutsrisiko in der niedrigsten im Vergleich zur höchsten Bildungsgruppe; bei Frauen beträgt dieser Faktor 2,4.

4.2 Einfluss der Bildung auf Morbidität und Mortalität

Aussagen über Bildungsunterschiede in der Krankheitshäufigkeit lassen sich insbesondere anhand von Daten der Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts treffen. Im telefonschen Gesundheitssurvey 2003 sollten die Befragten zunächst angeben, ob sie an einer länger andauernden bzw. wiederkehrenden Krankheit oder Gesundheitsstörung leiden, bevor gezielt nach spezifischen Krankheiten und Beschwerden gefragt wurde, wobei auch deren Versorgung eine Rolle spielte. Insgesamt gaben 34,6 % der Männer und 42,4 % der Frauen an, mindestens eine Krankheit oder Gesundheitsstörung zu haben. Für Männer wie Frauen ist eine deutliche Zunahme der Krankheitsbetroffenheit im Altersgang zu beobachten mit Prävalenzen von 51,7 % bei 70-jährigen und älteren Männern und 58,9 % bei den gleichaltrigen Frauen.

Tabelle 4.1
Vorkommen einer Krankheit oder Gesundheitsstörung in Abhängigkeit von der Schulbildung
Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Männer</th>
<th></th>
<th></th>
<th>Frauen</th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>%</td>
<td>OR</td>
<td>95%-KI</td>
<td>%</td>
<td>OR</td>
<td>95%-KI</td>
</tr>
<tr>
<td>Volks- oder Hauptschule</td>
<td>40,1</td>
<td>1,24</td>
<td>1,05-1,46</td>
<td>50,4</td>
<td>1,20</td>
<td>1,01-1,42</td>
</tr>
<tr>
<td>Mittlere Reife</td>
<td>34,3</td>
<td>1,23</td>
<td>1,04-1,46</td>
<td>40,5</td>
<td>1,08</td>
<td>0,92-1,27</td>
</tr>
<tr>
<td>Abitur</td>
<td>30,6</td>
<td>Ref.</td>
<td>--</td>
<td>37,0</td>
<td>Ref.</td>
<td>--</td>
</tr>
</tbody>
</table>

% = Häufigkeiten in Prozent; OR = Odds Ratio nach Adjustierung für Alter; 95%-KI = Konfidenzintervalle zu den Odds Ratio; Ref. = Referenzkategorie

Das Auftreten von Gesundheitsbeschwerden variiert mit dem Bildungsstand: Männer mit Volks- oder Hauptschulabschluss sind zu 40,1 % betroffen gegenüber 30,6 % der Männer mit Abitur. Nach Kontrolle des Alterseffekts entspricht dies einem bei Männern wie Frauen um den Faktor 1,2 erhöhten Risiko, eine länger andauernde bzw. wiederkehrende Krankheit oder Gesundheitsstörung zu haben (Tabelle 4.1).

Tabelle 4.2
Auftretenswahrscheinlichkeit spezifischer Krankheiten und Beschwerden in der niedrigsten im Vergleich zur höchsten Bildungsgruppe
Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003

<table>
<thead>
<tr>
<th>Krankheit</th>
<th>Männer</th>
<th>Frauen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>OR</td>
<td>95%-KI</td>
</tr>
<tr>
<td>Herzinfarkt</td>
<td>1,69</td>
<td>1,07-2,67</td>
</tr>
<tr>
<td>Schlaganfall</td>
<td>1,67</td>
<td>0,92-3,03</td>
</tr>
<tr>
<td>Angina pectoris</td>
<td>1,45</td>
<td>1,04-2,01</td>
</tr>
<tr>
<td>Hypertonie</td>
<td>1,14</td>
<td>0,95-1,37</td>
</tr>
<tr>
<td>Bösartige Neubildungen</td>
<td>1,32</td>
<td>0,90-1,94</td>
</tr>
<tr>
<td>Diabetes mellitus Typ 2</td>
<td>0,71</td>
<td>0,47-1,06</td>
</tr>
<tr>
<td>Chronische Bronchitis</td>
<td>1,32</td>
<td>0,97-1,80</td>
</tr>
<tr>
<td>Arthrose</td>
<td>1,43</td>
<td>1,25-1,77</td>
</tr>
<tr>
<td>Arthritis</td>
<td>1,42</td>
<td>0,93-2,19</td>
</tr>
<tr>
<td>Chronischer Rückenschmerz</td>
<td>1,90</td>
<td>1,59-2,28</td>
</tr>
<tr>
<td>Schwindel</td>
<td>1,23</td>
<td>1,02-1,49</td>
</tr>
</tbody>
</table>

OR=Odds Ratio nach Adjustierung für Alter; 95%-KI=Konfidenzintervalle zu den Odds Ratio
1 Volks- oder Hauptschulabschluss vs. Abitur

Zu Diabetes mellitus wurden im telefonischen Gesundheitssurvey 2003 eine ganze Reihe von Fragen gestellt, die sich auch auf die Therapie und individuelle Bewältigung der Erkrankung beziehen. Unter Berücksichtigung dieser Informationen lässt sich zeigen, dass über 90 % der Diabetiker, die um ihre Krankheit wissen, behandelt werden. Diabetiker, die keine Behandlung erfahren, gehören bei Frauen eher der niedrigsten Bildungsgruppe an, während bei Männern kein Zusammenhang zum Bildungsstand beobachtet werden kann. In der Art der Behandlung bestehen kaum Bildungsunterschiede: Durch Insulin wird in allen Bildungsgruppen etwa ein Drittel der Diabetiker und Diabetikerinnen behandelt, etwa die Hälfte nimmt Tabletten ein und die Hälfte der Männer und zwei Drittel der Frauen halten sich an eine Diät oder Ernährungsempfehlungen. Lediglich in der Behandlung durch körperliche Aktivität oder Sportangebote treten Bildungsunterschiede zutage: Frauen mit Abitur nehmen diese fast doppelt so häufig in Anspruch wie Frauen mit Volks- oder Hauptschulabschluss (38,1 % gegenüber 20,6 %).
Deutlichere Bildungsunterschiede zeigen sich im Umgang mit der Diabete-Erkrankung. Auf die Frage, wie gut die Patienten und Patientinnen die erfolgte Behandlung im Alltag umsetzen können, antwortete fast die Hälfte der Männer und Frauen mit Abitur, dass sie dazu sehr gut in der Lage sind, während dies nur von etwa einem Viertel der Männer und Frauen mit Volks- oder Hauptschulabschluss angegeben wurde (Abbildung 4.1). Dieser Unterschied bleibt bestehen, wenn die Altersunterschiede zwischen den Gruppen berücksichtigt werden. Keine Bildungsdifferenzen bestehen hingegen hinsichtlich der Blutzuckerselbstkontrolle, dem Wissen um spezielle Schulungen für Diabetiker und die Teilnahme an diesen Angeboten.\(^2\)

Für die Lebensqualität ist von großer Bedeutung, ob vorliegende Krankheiten und Gesundheitsstörungen mit Schmerzen verbunden sind. Von den Befragten des Sozio-oekonomischen Panels 2002 gaben insgesamt 31,8 % der Männer und 40,7 % der Frauen an, in den letzten vier Wochen starke körperliche Schmerzen gehabt zu haben. Die Schmerzprävalenzen steigen dabei mit dem Alter an, bis auf 52,7 % bei 70-jährigen und älteren Männern und 62,6 % bei den Frauen gleichen Alters. Bei beiden Geschlechtern treten

\(^2\) Insgesamt gaben 64 % der Männer und Frauen an, den Blutzucker zu kontrollieren, über 95 % wissen um die Möglichkeit an Diabetiker-Schulungen teilzunehmen und 52 % der Männer sowie 58 % der Frauen haben schon einmal von diesem Angebot Gebrauch gemacht.
auf allen Altersstufen markante Bildungsunterschiede in der Schmerzhäufigkeit zu Ungunsten der niedrigsten Bildungsgruppe zutage (Tabelle 4.3).

**Tabelle 4.3**  
*Starke körperliche Schmerzen in den letzten vier Wochen nach Alter und Schulbildung (Angaben in %)*  
Datenbasis: Sozio-oekonomisches Panel 2002

<table>
<thead>
<tr>
<th>Alter</th>
<th>Schulbildung</th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Volks-/ Hauptschule</td>
<td>Mittlere Reife</td>
<td>Abitur</td>
</tr>
<tr>
<td>Männer</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>18-29 Jahre</td>
<td>20,0</td>
<td>15,8</td>
<td>7,1</td>
</tr>
<tr>
<td>30-39 Jahre</td>
<td>29,3</td>
<td>18,6</td>
<td>12,2</td>
</tr>
<tr>
<td>40-49 Jahre</td>
<td>35,9</td>
<td>27,5</td>
<td>15,4</td>
</tr>
<tr>
<td>50-59 Jahre</td>
<td>51,3</td>
<td>30,0</td>
<td>21,5</td>
</tr>
<tr>
<td>60-69 Jahre</td>
<td>50,0</td>
<td>32,9</td>
<td>30,8</td>
</tr>
<tr>
<td>70+ Jahre</td>
<td>56,4</td>
<td>35,8</td>
<td>51,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamt</td>
<td>43,2</td>
<td>24,2</td>
<td>18,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Frauen</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>18-29 Jahre</td>
<td>26,0</td>
<td>20,6</td>
<td>16,7</td>
</tr>
<tr>
<td>30-39 Jahre</td>
<td>35,1</td>
<td>26,9</td>
<td>24,1</td>
</tr>
<tr>
<td>40-49 Jahre</td>
<td>45,7</td>
<td>29,0</td>
<td>26,6</td>
</tr>
<tr>
<td>50-59 Jahre</td>
<td>44,4</td>
<td>39,5</td>
<td>32,9</td>
</tr>
<tr>
<td>60-69 Jahre</td>
<td>57,1</td>
<td>49,2</td>
<td>40,3</td>
</tr>
<tr>
<td>70+ Jahre</td>
<td>64,6</td>
<td>60,1</td>
<td>51,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamt</td>
<td>51,2</td>
<td>33,3</td>
<td>27,2</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Die Datenlage zu psychischen Krankheiten und Störungen ist in Deutschland nach wie vor sehr unbefriedigend. Auf Bevölkerungsebene repräsentative Daten wurden erstmals durch das an den Bundes-Gesundheitssurvey 1998 angeschlossene Zusatzmodul „Psychische Störungen“ bereitgestellt (Wittchen et al. 1999). Danach sind in der 18- bis 65-jährigen Bevölkerung 11,9 % von einer affektiven Störung, z.B. einer majoren Depression oder dysthy- men Störung, betroffen (12-Monats-Prävalenz). 14 % leiden an einer Angststörung (z.B. Panikstörung, Agoraphobie oder soziale Phobie), 11 % haben eine somatoforme oder Schmerzstörung und bei 4,5 % ist eine Substanzstörung (Missbrauch oder Abhängigkeit von Alkohol bzw. illegalen Substanzen) festzustellen (Jacobi et al. 2004). Die Bildungsdifferenzen im Vorkommen von psychischen Störungen sind relativ gering. Noch am ehesten zeigen sich Unterschiede in der 12-Monats-Prävalenz von affektiven Störungen: Männer mit Volks- oder Hauptschulabschluss sind zu 10,2 % betroffen im Vergleich zu 7,4 % der Männer mit Abitur; die Vergleichswerte für Frauen betragen 16,8 % gegenüber 12,8 %. Eine Hochrisikogruppe stellen die Personen mit niedriger Schulbildung dar, die im Anschluss keinen berufsqualifizieren den Abschluss erworben haben. In dieser Gruppe leiden Männer zu 18 % und Frauen...
sogar zu 24,8 % an einer affektiven Störung. Bei Männer treten auch Angst- und Substanzstörungen vermehrt auf.


**Abbildung 4.2**
Kumulierte Mortalitätsrate für 40- bis 69-jährige Mitglieder der Gmünder Ersatzkasse nach Berufsausbildung
Datenbasis: Gmünder Ersatzkasse 1999-2004

Männer ohne einen berufsbildenden Abschluss weisen erwartungsgemäß das größte Mortalitätsrisiko auf. Es ist am Ende des Beobachtungszeitraumes doppelt so groß wie das der Männer mit Berufsausbildung im dualen System. Das niedrigste Mortalitätsrisiko tragen Männer mit einer abgeschlossenen Hochschulausbildung, wobei die Unterschiede zu Männern mit beruflich-betrieblicher oder beruflich-schulischer Ausbildung nur gering sind.

### 4.3 Bildung und subjektive Gesundheit

Die subjektive Gesundheit stellt einen eigenständig zu betrachteten Aspekt der Gesundheit dar. In vielen Fällen ist die subjektive Sicht der Betroffenen ebenso oder gar relevanter für die Ableitung von Handlungsempfehlungen als die so genannten harten „objektiven“ Daten. Da die **Selbsteinschätzung der Gesundheit** nicht nur von vorhandenen Erkrankungen und Beschwerden abhängt, sondern auch von gesundheitsbezogenen Einstellungen und Wahrnehmungen sowie sozialen Vergleichen, könnten Bildungsunterschiede im besonderen Maße zum Tragen kommen.

Da sowohl die Schulbildung als auch die subjektive Gesundheit stark altersabhängig sind, erscheint eine altersdifferenzierte Betrachtung erforderlich. In Abbildung 4.4 ist der Anteil der Männer und Frauen, die ihre eigene Gesundheit als sehr gut oder gut einschätzen, im Altersgang dargestellt. Demnach sind bei Männern die Bildungsunterschiede im mittleren Lebensalter am stärksten ausgeprägt und nehmen im höheren Lebensalter etwas ab, während sich bei Frauen in allen Altersgruppen ein ähnlich stark ausgeprägter Bildungsgradient zum Nachteil von Frauen mit niedriger Schulbildung abzeichnet. Über alle Altersgruppen hinweg kommen Männer mit Abitur mehr als doppelt so häufig zu einer sehr guten oder guten Gesundheitseinschätzung im Vergleich zu Männern mit Volks- oder Hauptschulabschluss (OR: 2,30, 95 %-KI: 1,90-2,80). Bei Frauen ergibt sich ein altersadjustiertes Odds ratio von 2,25 (95 %-KI: 1,86-2,73).
Abbildung 4.4
Anteil der Männer und Frauen mit sehr guter oder guter Einschätzung der allgemeinen Gesundheit nach Schulbildung
Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003

Neben der Selbsteinschätzung der Gesundheit sind Fragen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität ein wichtiger Bestandteil von Erhebungen zur subjektiven Gesundheit. Im Sozio-oekonomischen Panel 2001 wurde in diesem Zusammenhang unter anderem danach gefragt, ob die Studienteilnehmer durch ihren Gesundheitszustand im alltäglichen Leben eingeschränkt sind. Insgesamt gaben 35,3 % der 18-jährigen und älteren Männer und 40,8 % der gleichaltrigen Frauen an, aus gesundheitlichen Gründen in der Alltagsbewältigung beeinträchtigt zu sein. In der Gruppe der 65-Jährigen und Älteren gelangten sogar 66,6 % der Männer und 70,8 % der Frauen zu dieser Einschätzung.

Tabelle 4.4
Gesundheitsbedingte Einschränkungen im alltäglichen Leben nach Alter und Schulbildung
Datenbasis: Sozio-oekonomisches Panel 2001

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Männer</th>
<th></th>
<th>Frauen</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>%</td>
<td>OR</td>
<td>95 %-KI</td>
<td>%</td>
</tr>
<tr>
<td>Volks-/Hauptschule</td>
<td>46,1</td>
<td>2,00</td>
<td>1,70-2,34</td>
<td>51,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Mittlere Reife</td>
<td>29,0</td>
<td>1,52</td>
<td>1,27-1,83</td>
<td>33,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Abitur</td>
<td>23,0</td>
<td>Ref.</td>
<td>--</td>
<td>28,5</td>
</tr>
</tbody>
</table>

% = Häufigkeiten in Prozent; OR = Odds Ratio nach Adjustierung für Alter; 95%-KI = Konfidenzintervalle zu den Odds Ratio; Ref. = Referenzkategorie

4.4 Bedeutung der Bildung für das Gesundheitsverhalten

Für das Gesundheitsverhalten kommt der Bildung ein übergeordneter Stellenwert zu, weil über die Bildung gesundheitsbezogene Einstellungen und Werthaltungen vermittelt werden, die bei der Ausprägung und Stabilisierung gesundheitsrelevanter Verhaltensmuster eine wichtige Rolle spielen. Im Folgenden wird dies im Hinblick auf das Rauchverhalten, die sportliche Aktivität und Übergewicht, als einem auch vom Verhalten abhängigen physiologischen Risikofaktor, verdeutlicht.

Aktuelle Daten zum Rauchen werden wiederum durch den telefonischen Gesundheitssurvey 2003 bereitgestellt. Demnach rauchen in Deutschland 37,3 % der 18-jährigen und älteren Männer und 28,0 % der gleichaltrigen Frauen. Die höchsten Rauchprävalenzen finden sich innerhalb der Altersspanne 20 bis 50 Jahre. Danach nimmt der Anteil der Raucher und Raucherinnen deutlich ab, was neben Änderungen der Lebensbedingungen und Lebensweise auch auf gesundheitliche Gründe und die vorzeitige Sterblichkeit in der Gruppe der regelmäßigen Raucher und Raucherinnen zurückgeführt werden kann (Lampert, Burger 2004).

**Tabelle 4.5**
Rauchprävalenzen nach Alter und Schulbildung (Angaben in %)
Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003 (Lampert, Burger 2005)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Alter</th>
<th>Männer</th>
<th>Frauen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Volks-/ Hauptschule</td>
<td>Mittlere Reife</td>
</tr>
<tr>
<td>18-29 Jahre</td>
<td>67,8</td>
<td>59,9</td>
</tr>
<tr>
<td>30-39 Jahre</td>
<td>58,3</td>
<td>48,4</td>
</tr>
<tr>
<td>40-49 Jahre</td>
<td>45,6</td>
<td>45,6</td>
</tr>
<tr>
<td>50-59 Jahre</td>
<td>33,5</td>
<td>33,5</td>
</tr>
<tr>
<td>60-69 Jahre</td>
<td>22,6</td>
<td>19,6</td>
</tr>
<tr>
<td>70+ Jahre</td>
<td>19,9</td>
<td>12,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamt</td>
<td>37,9</td>
<td>42,1</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Abbildung 4.5
Anteil der starken Raucher/Raucherinnen an den aktuellen täglichen Zigarettenraucher/Zigarettenraucherinnen nach Schulbildung
Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003

<table>
<thead>
<tr>
<th>Schulbildung</th>
<th>Männer</th>
<th>Frauen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Abitur</td>
<td>25,5</td>
<td>20,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Mittlere Reife</td>
<td>21,1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Volks-/Hauptschule</td>
<td>31,1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>42,0</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

1 Als starke Raucher bzw. Raucherinnen werden Personen bezeichnet, die täglich 20 und mehr Zigaretten rauchen


Neben dem Rauchen stellt die körperliche Aktivität ein wichtiges Handlungsfeld für Prävention und Gesundheitsförderung dar. Durch regelmäßige körperliche Aktivität lässt sich in jedem Alter ein Beitrag zur Krankheitsvermeidung und Aufrechterhaltung der Gesundheit er-
zielen (Mensink 2003). Dem Sport ist dabei ein hoher Stellenwert beizumessen, weil sich über Freizeit, Vereine, Schulen oder Betriebe zahlreiche Ansatzpunkte für bewegungsfördernde Angebote eröffnen. Im telefonischen Gesundheitssurvey 2003 gaben insgesamt 37,4 % der Männer und 38,4 % der Frauen an, in den letzten drei Monaten keinen Sport ausgeübt zu haben. 20,9 % der Männer und 28,4 % der Frauen haben sich bis zu zwei Stunden in der Woche sportlich betätigt und 41,7 % der Männer sowie 33,2 % der Frauen waren mehr als zwei Stunden in der Woche aktiv (Lampert et al. 2005). Bildungsdifferenzen treten insbesondere im Anteil der sportlich Inaktiven zutage, der bei Männern wie Frauen mit Volks- oder Hauptschulabschluss in etwa um den Faktor 2 gegenüber den Vergleichsgruppen mit Abitur erhöht ist (Tabelle 4.6).

**Tabelle 4.6**

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Männer</th>
<th>Frauen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>%</td>
<td>OR</td>
</tr>
<tr>
<td>Volks-/Hauptschule</td>
<td>47,7%</td>
<td>2,01</td>
</tr>
<tr>
<td>Mittlere Reife</td>
<td>38,1%</td>
<td>1,57</td>
</tr>
<tr>
<td>Abitur</td>
<td>28,6%</td>
<td>Ref.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

%=Häufigkeiten in Prozent; OR=Odds Ratio nach Adjustierung für Alter; 95%-KI=Konfidenzintervalle zu den Odds Ratio; Ref.=Referenzkategorie

### Tabelle 4.7
**Prävalenzen von Übergewicht und Adipositas nach Alter und Schulbildung (Angaben in %)**
Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003

<table>
<thead>
<tr>
<th>Alter</th>
<th>BMI</th>
<th>Schulbildung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Volks- oder Hauptschule</td>
</tr>
<tr>
<td>Männer</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>18-29 Jahre</td>
<td>25 - &lt; 30</td>
<td>34,7</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>≥ 30</td>
<td>5,1</td>
</tr>
<tr>
<td>30-39 Jahre</td>
<td>25 - &lt; 30</td>
<td>50,3</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>≥ 30</td>
<td>18,3</td>
</tr>
<tr>
<td>40-49 Jahre</td>
<td>25 - &lt; 30</td>
<td>49,5</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>≥ 30</td>
<td>29,4</td>
</tr>
<tr>
<td>50-59 Jahre</td>
<td>25 - &lt; 30</td>
<td>52,0</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>≥ 30</td>
<td>31,7</td>
</tr>
<tr>
<td>60-69 Jahre</td>
<td>25 - &lt; 30</td>
<td>60,1</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>≥ 30</td>
<td>25,8</td>
</tr>
<tr>
<td>70+</td>
<td>25 - &lt; 30</td>
<td>53,1</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>≥ 30</td>
<td>25,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamt</td>
<td>25 - &lt; 30</td>
<td>51,7</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>≥ 30</td>
<td>24,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Frauen</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>18-29 Jahre</td>
<td>25 - &lt; 30</td>
<td>27,6</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>≥ 30</td>
<td>7,9</td>
</tr>
<tr>
<td>30-39 Jahre</td>
<td>25 - &lt; 30</td>
<td>27,7</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>≥ 30</td>
<td>17,7</td>
</tr>
<tr>
<td>40-49 Jahre</td>
<td>25 - &lt; 30</td>
<td>35,1</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>≥ 30</td>
<td>18,7</td>
</tr>
<tr>
<td>50-59 Jahre</td>
<td>25 - &lt; 30</td>
<td>39,1</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>≥ 30</td>
<td>34,3</td>
</tr>
<tr>
<td>60-69 Jahre</td>
<td>25 - &lt; 30</td>
<td>46,5</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>≥ 30</td>
<td>40,1</td>
</tr>
<tr>
<td>70+</td>
<td>25 - &lt; 30</td>
<td>46,4</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>≥ 30</td>
<td>36,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamt</td>
<td>25 - &lt; 30</td>
<td>40,9</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>≥ 30</td>
<td>31,4</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Gemäß Tabelle 4.7 sind etwa drei Viertel der 18-jährigen und älteren Männer mit Volks- oder Hauptschulabschluss übergewichtig oder sogar adipös. Bei Männern mit höherem Schulabschluss stellt sich die Situation etwas günstiger dar, was vor allem in einem geringeren Vorkommen von Adipositas zum Ausdruck kommt. Bei Frauen sind die Unterschiede ähnlich stark ausgeprägt: In jedem Alter ist der Anteil der übergewichtigen und insbesondere der adipösen Frauen in der niedrigsten Bildungsgruppe erhöht. Insgesamt sind von den Frauen...
mit niedrigem Bildungsniveau 40,9 % übergewichtig und 31,4 % adipös im Vergleich zu 28,1 % und 10,1 % bei den Frauen mit hohem Bildungsniveau (vgl. Mensink et al. 2005).

4.5 Bildungsunterschiede in der Inanspruchnahme von Informationsangeboten und präventiven Maßnahmen


Abbildung 4.6
Nutzung von Informationsquellen nach Schulbildung (Männer)
Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003

<table>
<thead>
<tr>
<th>Informationsquelle</th>
<th>Abitur</th>
<th>Mittlere Reife</th>
<th>Volks-/Hauptschule</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Radio und Fernsehen</td>
<td>30,4%</td>
<td>42,2%</td>
<td>48,4%</td>
</tr>
<tr>
<td>Internet</td>
<td>14,5%</td>
<td>17,6%</td>
<td>11,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Krankenkassen</td>
<td>11,0%</td>
<td>7,5%</td>
<td>27,3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Apothekenhefte</td>
<td>8,0%</td>
<td>11,3%</td>
<td>19,9%</td>
</tr>
<tr>
<td>Arzthotline</td>
<td>1,0%</td>
<td>2,3%</td>
<td>1,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Zeitungen</td>
<td>13,1%</td>
<td>16,5%</td>
<td>17,1%</td>
</tr>
<tr>
<td>Bücher</td>
<td>8,4%</td>
<td>13,5%</td>
<td>17,1%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sonstiges</td>
<td>4,6%</td>
<td>5,3%</td>
<td>9,1%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Prozent

**Abbildung 4.7**

*Nutzung von Informationsquellen nach Schulbildung (Frauen)*

Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003

Der Erfolg von Präventionsangeboten hängt entscheidend davon ab, dass diese von der Bevölkerung in Anspruch genommen werden. Gruppenpezsifiche Unterschiede in der Inanspruchnahme können wichtige Hinweise zur Optimierung der Gesundheitsvorsorge liefern. Im telefonischen Gesundheitssurvey 2003 wurde unter anderem die Beteiligung am Gesundheits-Check-up und an der Krebsfrüherkennung erhoben.
Abbildung 4.8
Teilnahme an Gesundheits-Check-up (jemals und in den letzten zwei Jahren) nach Schulbildung
Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003

Der Gesundheits-Check-up, der in erster Linie auf die Feststellung von Herz-Kreislaufr-Serokrankheiten, Stoffwechselstörungen und gesundheitsriskanten Verhaltensmustern zielt, gehört ab dem 35. Lebensjahr zum Leistungsverzeichnis der gesetzlichen Krankenkassen und kann alle zwei Jahre in Anspruch genommen werden. An einem Gesundheits-Check-up haben nach eigener Angabe schon einmal 59,5 % der 35-jährigen und älteren Männer und 52,4 % der gleichaltrigen Frauen teilgenommen. Bezogen auf die letzten zwei Jahre belaufen sich die Teilnahmeraten auf 49,4 % bei Männern und 42,9 % bei Frauen. Die Beteiligung ist entgegen der Erwartung in der niedrigsten Bildungsgruppe höher als in der mittleren und höchsten Bildungsgruppe, was sich bei Männern und Frauen insbesondere im Hinblick auf die letzten zwei Jahre zeigt (Abbildung 4.8).  

3 Bei der Interpretation dieses Ergebnisses ist zu berücksichtigen, dass Personen mit niedriger Bildung wahrscheinlich eher als Personen mit höherer Bildung den Begriff Gesundheits-Check-up missverstehen und fälschlicherweise auf eine normale ärztliche Untersuchung beziehen.
An Krebsfrüherkennungsuntersuchungen haben nach eigener Angabe 62,8 % der ab 45-jährigen Männer und 83,0 % der ab 20-jährigen Frauen jemals teilgenommen. In den zurückliegenden 12 Monaten wurden die alters- und geschlechtsspezifisch variierenden Angebote von 41,4 % der Männer und 60,3 % der Frauen genutzt. Die Bildungsunterschiede in der Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen sind relativ schwach ausgeprägt und deuten wie beim Gesundheits-Check-up darauf hin, dass die Angehörigen der niedrigsten Bildungsgruppe ebenso oder sogar häufiger Vorsorgeangebote nutzen (Abbildung 4.9).

4.6 Gesundheitsrelevanz der beruflichen Ausbildung

Die bisher präsentierten Ergebnisse bezogen sich überwiegend auf den Zusammenhang zwischen der Schulbildung und der gesundheitlichen Situation. Die Schulbildung stellt jedoch nur die erste Stufe des Bildungsprozesses dar. Aus diesem Grund wird im Folgenden gefragt, welche Bedeutung der beruflichen Qualifikation für die Gesundheit zukommt. Dazu wird auf einen Index zurückgegriffen, der neben Angaben zum höchsten allgemein bildenden Schulabschluss auch auf Informationen zum erreichten beruflichen Ausbildungsabschluss
basiert und eine Differenzierung zwischen einfacher, mittlerer und höherer berufsqualifizierender Bildung ermöglicht (CASMIN-Klassifikation; Brauns, Steinmann 1999).

**Tabelle 4.8**
Selbsteingeschätzte Gesundheit (sehr gut), Adipositas (BMI > 30) und aktuelles Rauchen nach berufsqualifizierender Ausbildung
 Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003

<table>
<thead>
<tr>
<th>Männer</th>
<th>Gesundheits-einschätzung: sehr gut</th>
<th>Adipositas (BMI &gt; 30)</th>
<th>Rauchen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Einfache Ausbildung</td>
<td>% 15,7</td>
<td>43,8</td>
<td>24,5</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>OR 0,50</td>
<td>2,14</td>
<td>2,00</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>95 %-KI 0,40-0,62</td>
<td>1,77-2,59</td>
<td>1,59-2,51</td>
</tr>
<tr>
<td>Mittlere Ausbildung</td>
<td>% 22,2</td>
<td>38,2</td>
<td>14,8</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>OR 0,50</td>
<td>1,78</td>
<td>1,40</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>95 %-KI 0,41-0,61</td>
<td>1,49-2,14</td>
<td>1,10-1,77</td>
</tr>
<tr>
<td>Höhere Ausbildung</td>
<td>% 27,3</td>
<td>24,1</td>
<td>13,5</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>OR Ref.</td>
<td>Ref.</td>
<td>Ref.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>95 %-KI --</td>
<td>--</td>
<td>--</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Frauen</th>
<th>Gesundheits-einschätzung: sehr gut</th>
<th>Adipositas (BMI &gt; 30)</th>
<th>Rauchen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Einfache Ausbildung</td>
<td>% 12,1</td>
<td>31,6</td>
<td>31,3</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>OR 0,54</td>
<td>2,54</td>
<td>2,57</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>95 %-KI 0,42-0,70</td>
<td>1,97-3,26</td>
<td>1,93-3,42</td>
</tr>
<tr>
<td>Mittlere Ausbildung</td>
<td>% 24,0</td>
<td>26,1</td>
<td>14,9</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>OR 0,81</td>
<td>1,70</td>
<td>1,47</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>95%-KI 0,65-1,00</td>
<td>1,35-2,15</td>
<td>1,11-1,96</td>
</tr>
<tr>
<td>Höhere Ausbildung</td>
<td>% 25,6</td>
<td>19,1</td>
<td>11,6</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>OR Ref.</td>
<td>Ref.</td>
<td>Ref.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>95 %-KI --</td>
<td>--</td>
<td>--</td>
</tr>
</tbody>
</table>

% = Häufigkeiten in Prozent; OR = Odds Ratio nach Adjustierung für Alter; 95%-KI = Konfidenzintervalle zu den Odds Ratio; Ref. = Referenzkategorie

Aus Tabelle 4.8 lassen sich Bildungsunterschiede in Bezug auf eine sehr gute Gesundheits-einschätzung, Adipositas (BMI ≥ 30) und das aktuelle Rauchverhalten ersehen. Männer wie Frauen mit einfachem beruflichen Qualifikationsniveau beurteilen ihre eigene Gesundheit nur halb so oft als sehr gut im Vergleich zur hochqualifizierten Gruppe. Sie sind außerdem mehr als zweimal so häufig von Adipositas betroffen, und auch der Anteil der Raucher ist unter ihnen etwa um den Faktor 2-2,5 erhöht.
4.7 Diskussion

Die vorliegenden Ergebnisse machen deutlich, dass die Bildung nicht nur für sich gesehen einen zentralen Lebensbereich darstellt, sondern zudem einen erheblichen Einfluss auf die Gesundheitschancen ausübt. Im Allgemeinen lässt sich sagen: Je höher das Bildungsniveau, desto besser ist die Gesundheit und umso geringer ist das Erkrankungs- und Sterberisiko. In der subjektiven Bewertung der eigenen Gesundheit spiegelt sich der Bildungsgradient noch stärker wieder als im Krankheits- und Sterbegeschehen, was darauf hindeutet, dass gesundheitliche Beeinträchtigungen nicht nur ungleich verteilt sind, sondern auch unterschiedlich wahrgenommen und bewertet werden. Der Zusammenhang zwischen Bildung und Gesundheit lässt sich in allen Altersgruppen beobachten, im mittleren Lebensalter ist er aber am stärksten ausgeprägt. Dass die Bildungsgradienten im höheren Lebensalter schwächer zum Ausdruck kommen, ist vor dem Hintergrund der Zunahme altersspezifischer oder zumindest alterskorrelierter Gesundheitsstörungen zu sehen (vgl. Kapitel 9). Außerdem ist zu berücksichtigen, dass die heutigen Alten und Hochbetagten nur zu einem sehr geringen Anteil das Abitur erworben haben.


Die zum Teil großen Bildungsunterschiede im Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten sprechen dafür, dass die mit der Bildung verbundenen Gesundheitspotenziale noch nicht ausreichend ausgeschöpft werden. Investitionen in die Bildung können dazu beitragen, die Kompetenzen im Umgang mit der eigenen Gesundheit deutlich zu erhöhen. Maßnahmen
sollten in allen Bereichen des Bildungswesens ansetzen und nicht nur auf eine allgemeine Verringerung der Chancenungleichheit in der Bildungsbeteiligung zielen, sondern gesundheitsbezogene Themen stärker als bisher zum Gegenstand der Vermittlung von Bildung und Wissen machen. Ebenso wichtig erscheint eine Verbesserung der Rahmenbedingungen, die im Elementarbereich z.B. durch eine günstigere Betreuungsrelation und Anhebung des Qualifikationsniveaus der Betreuenden in Kindereinrichtungen erzielt werden könnte.

Literaturverzeichnis


Brauns H, Steinmann S (1999) Educational Reform in France, West-Germany and the United Kingdom: Updating the CASMIN Educational Classification. ZUMA-Nachrichten 44 (23), S. 7-44


5 Einfluss der Arbeitswelt auf die Gesundheit


Einfluss der Arbeitswelt auf die Gesundheit


Tabelle 5.1
Berufsstatus nach Hoffmeyer-Zlotnik (1993)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Status</th>
<th>Angaben zur beruflichen Stellung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Niedriger Berufsstatus</td>
<td>un- und angeleerte Arbeiter</td>
</tr>
<tr>
<td>Einfacher Berufsstatus</td>
<td>gelernte und Facharbeiter, Angestellte mit einfacher Tätigkeit, Beamte im einfachen Dienst und selbstständige Landwirte</td>
</tr>
<tr>
<td>Mittlerer Berufsstatus</td>
<td>Vorarbeiter und Kolonnenführer, Angestellte mit qualifizierter Tätigkeit, Beamte im mittleren Dienst, akademisch freie Berufe (alleine oder mit einem Mitarbeiter), Selbstständige (alleine oder mit 1 Mitarbeiter), mithelfende Familienangehörige</td>
</tr>
<tr>
<td>Gehobener Berufsstatus</td>
<td>Meister und Poliere, Industrie- und Werkmeister, Angestellte mit hochqualifizierter Tätigkeit, Beamte im gehobenen Dienst, akademisch freie Berufe (2-9 Mitarbeiter), Selbstständige (2-9 Mitarbeiter)</td>
</tr>
<tr>
<td>Hoher Berufsstatus</td>
<td>Angestellte mit umfassenden Führungsaufgaben, Beamte im höheren Dienst und Richter, akademisch freie Berufe (10 und mehr Mitarbeiter), Selbstständige (10 und mehr Mitarbeiter)</td>
</tr>
</tbody>
</table>
5.1 Erwerbsbeteiligung der Bevölkerung

Die grundlegende Struktur der Erwerbstätigkeit der deutschen Wohnbevölkerung in den Jahren 1993, 1998 und 2003 ist Tabelle 5.2 zu entnehmen. Demnach teilt sich die Bevölkerung in Deutschland etwa zur Hälfte auf Erwerbs- und Nichterwerbspersonen auf.¹


Tabelle 5.2
Einwohner, Erwerbstätige und Arbeitnehmer/Arbeitnehmerinnen in Deutschland 1993-2003
Quelle: Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen (Statistisches Bundesamt 2004a)

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>1993</th>
<th>1998</th>
<th>2003</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Einwohner (in 1.000)</td>
<td>81.180</td>
<td>82.030</td>
<td>82.521</td>
</tr>
<tr>
<td>Nichterwerbspersonen</td>
<td>41.491</td>
<td>42.378</td>
<td>40.671</td>
</tr>
<tr>
<td>Erwerbspersonen</td>
<td>39.689</td>
<td>39.645</td>
<td>41.850</td>
</tr>
<tr>
<td>Erwerbslose</td>
<td>3.112</td>
<td>3.710</td>
<td>3.661</td>
</tr>
<tr>
<td>Erwerbstätige (Inländer)</td>
<td>36.577</td>
<td>35.935</td>
<td>38.189</td>
</tr>
<tr>
<td>Selbstständige</td>
<td>3.689</td>
<td>3.998</td>
<td>4.143</td>
</tr>
<tr>
<td>Arbeitnehmer/Arbeitnehmerinnen</td>
<td>32.888</td>
<td>31.937</td>
<td>34.046</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Eine geschlechtsspezifische Betrachtung macht deutlich, dass der Anteil der erwerbstätigen Frauen weiterhin unter dem der Männer liegt. Er ist aber im Zeitverlauf kontinuierlich angestiegen, während der der Männer leicht gesunken ist. 1998 waren 80,5 % der Männer und 61,9 % der Frauen zwischen 15 und 64 Jahren erwerbstätig, 2003 waren es 79,2 % bzw. 65,1 %. Mittlerweile sind fast 45 % aller Erwerbstätigen Frauen. Dabei bestehen deutliche Differenzen bezüglich der Stellung im Beruf: Drei Viertel der mithelfenden Familienangehörigen sind Frauen. Bei den Angestellten sind sie mit 55 % ebenfalls überrepräsentiert, während ihr Anteil bei den Selbstständigen (29 %), Arbeitern (32 %) und Beamten (35 %) deutlich hinter dem von Männern zurückbleibt.

¹ Nichterwerbspersonen sind alle Personen, die keinerlei auf Erwerb gerichtete Tätigkeit ausüben oder suchen.
² Erwerbslose sind in dem Tabelle 5.2 zu Grunde liegenden Erwerbskonzept anders definiert als Arbeitslose. Während für die Arbeitslosenzahlen in der Regel die Meldungen beim Arbeitsamt herangezogen wird, sind Erwerbslose Personen ohne Arbeitsverhältnis, die sich jedoch um eine Arbeitsstelle bemühen, unabhängig davon, ob sie beim Arbeitsamt als Arbeitslose gemeldet sind.
5.2 Spezielle Datengrundlagen der arbeitsweltbezogenen Gesundheitsberichterstattung


Die Daten der Rentenversicherungsträger, wie der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) und der Landesversicherungsanstalten (LVA), werden vom Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) zusammengefasst. Für das Thema Arbeit und Gesundheit sind insbesondere Renten wegen vermindelter Erwerbsfähigkeit und deren Gründe (Diagnosen nach ICD) sowie Daten zu Rehabilitationsmaßnahmen relevant. Im Gegensatz zu den Daten der Unfallversicherung wird bei den Erwerbsminderungsrenten nicht der kausale Zusammenhang von Arbeit und Erkrankung vorausgesetzt. Bei berufsspezifischen Häufungen bestimmter Diagnosen liefern die Daten jedoch Anhaltspunkte für die Identifizierung „arbeitssassoziipter Krankheiten“ – die ausgeübte Tätigkeit ist dann vermutlich nicht allein für die Erkrankung verantwortlich, kann jedoch zu deren Ausbruch bzw. Verfestigung beitragen.

Daten der gesetzlichen Krankenkassen basieren u.a. auf den Arbeitsunfähigkeitsmeldungen an die Kassen. Ursachen, Häufigkeiten und Dauer der Arbeitsunfähigkeits- und Krankenhausfälle werden in den Arbeitsunfähigkeitsstatistiken mit versicherten- und tätigkeitsbezogenen Merkmalen verknüpft. Einige Kassen, z.B. die AOK, die Gmünder Ersatzkasse, die DAK und die Betriebskrankenkassen, werten diese Daten regelmäßig aus und veröffentlichen die Ergebnisse in eigenen Berichten. Die Krankenkassen erfassen die berufliche Situation und zumindest die Diagnosen vergleichsweise genau. Dennoch bestehen mehrere we-
sentliche Einschränkungen für ihre Aussagekraft:
- Die AU-Daten der gesetzlichen Krankenversicherung sind nicht repräsentativ für die Bevölkerung, weil die Grundgesamtheit die – i.d.R. pflichtversicherten – Mitglieder sind.
- Es werden nur die gemeldeten Ausfallzeiten aufgenommen. Eine Meldepflicht besteht i.d.R. erst ab dem vierten Tag der Erkrankung.
- Aus den Krankenkassendaten lassen sich nur bedingt Rückschlüsse auf die Arbeitsbelastungen ziehen, sie geben keine Hinweise auf gesundheitliche Ressourcen der Beschäftigten, und sie sind für viele betriebliche und gesundheitspolitische Entscheidungen zu unspezifisch (RKI 2002).
- Der Krankenstand ist in erheblichem Maße von den Rahmenbedingungen abhängig. Es gibt deutliche Hinweise darauf, dass vor allem in Zeiten wirtschaftlicher Rezession Krankmeldungen bzw. Krankschreibungen aus Sorge vor dem Verlust des Arbeitsplatzes sinken. Im Rahmen des GKV-Monitors gaben 2003 über zwei Drittel der Befragten (70,8 %) an, im letzten Jahr zur Arbeit gegangen zu sein, obwohl sie sich ernsthaft krank gefühlt haben (Zok 2004).

5.3 Einfluss von Arbeit auf Morbidität und Krankheitsfolgen


Anhand der Daten der Unfallversicherungen lässt sich zeigen, dass die Zahl der gemeldeten Arbeitsunfälle\(^3\) seit mehreren Jahren rückläufig ist. Im Zeitraum von 1998 bis 2003 verringerten sich die Arbeitsunfälle um 29 % von 1,59 Millionen auf etwa 1,14 Millionen Fälle. Die

---

\(^3\)Meldepflichtig ist ein Unfall, wenn er mehr als 3 Tage Arbeitsunfähigkeit oder den Tod zu Folge hat. Wegeunfälle, Unfälle auf dem Weg nach oder von dem Ort der versicherten Tätigkeit, sind dabei den Arbeitsunfällen gleichgestellt.

**Abbildung 5.1**

*Unfallhäufigkeit in Abhängigkeit vom Alter*

Quelle: 10 %-Statistik der gemeldeten Unfälle 2002 (BMWA 2004)

---

\(^4\) Ein Vollarbeiter entspricht der durchschnittlich von einer vollbeschäftigten Person in der gewerblichen Wirtschaft geleisteten Arbeitsstundenzahl. Diese Größe spiegelt die durchschnittliche Exposionszeit gegenüber der Gefahr wider, einen Arbeitsunfall zu erleiden.
Einfluss der Arbeitswelt auf die Gesundheit


Abbildung 5.2
Entwicklung der Verdachtsanzeigen, anerkannter Berufskrankheiten, Rentenfälle und Todesfälle in Folge der Berufskrankheit 1993-2003 (1993=100 %)
Quelle: Geschäftsergebnisse des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften, des Bundesverbandes der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften und des Bundesverbandes der Unfallkassen (BMWA 2005)

Neben den Arbeits- und Wegeunfällen sowie den Berufskrankheiten werden im Zusammenhang mit der Arbeit insbesondere die Folgen von Erkrankungen erfasst. Im Folgenden werden zentrale Ergebnisse zu Arbeitsunfähigkeit und Rehabilitation sowie Frühberentung und Behinderung präsentiert.

Tabelle 5.3
Kranke und Unfallverletzte im Jahr 2003 nach Beteiligung am Erwerbsleben und Geschlecht (Angaben in %)
Datenbasis: Mikrozensus 2003

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kranke und Unfallverletzte</th>
<th>davon Krankheitsdauer &gt; 1 Jahr</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Gesamt</td>
</tr>
<tr>
<td>Erwerbstätige insgesamt</td>
<td>7,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Erwerbslose</td>
<td>9,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Nichterwerbspersonen (15-65 Jahre)</td>
<td>13,1</td>
</tr>
</tbody>
</table>


\(^5\) Die Daten beziehen sich auf die zusammengefassten Angaben der Bundesverbände der Allgemeinen Ortskrankenkassen, der Betriebskrankenkassen, der Innungskrankenkassen, der Landwirtschaftlichen Krankenkassen, der Angestellten-Krankenkassen und der Arbeiter-Ersatzkassen.
Einfluss der Arbeitswelt auf die Gesundheit

Abbildung 5.3
AU-Fälle sowie AU-Tage je Fall und Mitglied im Altersverlauf
Quelle: AOK-Statistik 2001

Abbildung 5.4
Die häufigsten Krankheitsarten der erwerbstätigen Pflichtmitglieder der AOK 2002
Quelle: AOK-Statistik (Badura et al. 2004)

Einfluss der Arbeitswelt auf die Gesundheit

Abbildung 5.5
Verteilung der Rehabilitationsmaßnahmen der Gesetzlichen Rentenversicherung nach erster Diagnose und Geschlecht


Der Krankenstand wird als Anteil der angefallenen Arbeitsunfähigkeitsstage am Kalenderjahr gemessen.
Einfluss der Arbeitswelt auf die Gesundheit

Zwischen den einzelnen Berufsgruppen gibt es ebenfalls erhebliche Unterschiede. So ergab eine Auswertung der krankheitsbedingten Fehlzeiten bei den Angehörigen der so genannten „spanenden Metallberufe“, die im Zusammenhang mit einer Machbarkeits-Studie von der AOK Niedersachsen gemeinsam mit der Norddeutschen Metall BG durchgeführt wurde, einen durchschnittlichen Krankenstand von 6,6 %. Dieser schwankte zwischen den einzelnen Berufen von 3,5 % (Hobler) bis 9,5 % (Stahlbauschlosser). In Tabelle 5.4 sind die Krankenstände einzelner Berufe zusammen gestellt. Insgesamt wird die Tendenz deutlich, dass statushöhere Berufe weniger Ausfallzeiten haben.

Tabelle 5.4
Die fünf Berufe mit den meisten / wenigsten Arbeitsunfähigkeitsstagen
Quelle: BKK-Statistik 2003 (BKK Bundesverband 2005)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Berufsbezeichnung</th>
<th>KldB*-Schlüssel</th>
<th>Fälle je Mitglied</th>
<th>Tage je Mitglied</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Elektroingenieure</td>
<td>602</td>
<td>0,2</td>
<td>1,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Ingenieure des Maschinen- und Fahrzeugbaues</td>
<td>601</td>
<td>0,2</td>
<td>1,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Physiker, Physik-Ingenieure, Mathematiker</td>
<td>612</td>
<td>0,2</td>
<td>1,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Chemiker, Chemieingenieure</td>
<td>611</td>
<td>0,2</td>
<td>2,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Naturwissenschaftler</td>
<td>883</td>
<td>0,3</td>
<td>2,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Kranführer</td>
<td>544</td>
<td>1,3</td>
<td>23,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Maschinen-, Behälterreiniger</td>
<td>937</td>
<td>1,4</td>
<td>24,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Gleisbauer</td>
<td>463</td>
<td>1,4</td>
<td>26,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Straßenreiniger, Abfallbeseitiger</td>
<td>935</td>
<td>1,7</td>
<td>26,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Fahrzeugreiniger, -pfleger</td>
<td>936</td>
<td>1,4</td>
<td>26,7</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* Klassifizierung der Berufe 1992 (StaBA 1992)


**Abbildung 5.6**
Kumulierte Morbiditätsrate für Herzinfarkt für GEK-Mitglieder des Jahres 1990 nach Hauptberufsgruppen und Geschlecht
Quelle: Voges et al. (2004)

Einfluss der Arbeitswelt auf die Gesundheit

Tabelle 5.5
Kranke und unfallverletzte7 Erwerbstätige im Jahr 2003 nach Arbeitszeiten (Angaben in %)
Datenbasis: Mikrozensus 2003

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Kranken-</th>
<th>Unfall-</th>
<th>Krankheit durch Arbeit verursacht / verschlimmert</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>und Unfall-verletzte</td>
<td>krank</td>
<td>Unfall</td>
</tr>
<tr>
<td>Erwerbstätige insgesamt</td>
<td>7,7</td>
<td>6,9</td>
<td>0,8</td>
</tr>
<tr>
<td>mit regelmäßigen Arbeitszeiten</td>
<td>7,6</td>
<td>6,8</td>
<td>0,8</td>
</tr>
<tr>
<td>mit unregelmäßigen Arbeitszeiten und Schichtarbeit</td>
<td>8,4</td>
<td>7,5</td>
<td>0,9</td>
</tr>
</tbody>
</table>


Tabelle 5.6
Kranke und unfallverletzte Erwerbstätige im Jahr 2003 nach Stellung im Beruf (Angaben in %)
Datenbasis: Mikrozensus 2003

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Kranken-</th>
<th>Unfall-</th>
<th>Krankheit durch Arbeit verursacht / verschlimmert</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>und Unfall-verletzte</td>
<td>krank</td>
<td>Unfall</td>
</tr>
<tr>
<td>Selbstständige</td>
<td>5,8</td>
<td>5,2</td>
<td>0,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Beamte/Beamtin nen</td>
<td>8,7</td>
<td>7,8</td>
<td>0,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Angestellte</td>
<td>7,4</td>
<td>6,8</td>
<td>0,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Arbeiter/Arbeiterinnen</td>
<td>8,6</td>
<td>7,6</td>
<td>1,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Auszubildende</td>
<td>7,0</td>
<td>6,1</td>
<td>0,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Erwerbstätige insgesamt</td>
<td>7,7</td>
<td>6,9</td>
<td>0,8</td>
</tr>
</tbody>
</table>

n.a. = nicht ausgewiesen wegen zu geringer Fallzahl

---

7 Eine Krankheit oder Unfallverletzung liegt vor, wenn eine Person sich während des Berichtszeitraums in ihrem Gesundheitszustand so beeinträchtigt gefühlt hat, dass sie ihre übliche Beschäftigung nicht voll ausüben konnte.

**Abbildung 5.7**
**Entwicklung der Zugänge bei den Renten wegen vermindelter Erwerbsfähigkeit 1993-2003**
Quelle: VDR-Statistik 2004
Einfluss der Arbeitswelt auf die Gesundheit


Abbildung 5.8
Ursachen für Erwerbsminderungsrenten: Einzelne Krankheitsbilder
Quelle: VDR-Statistik (VDR 2004)

Einfluss der Arbeitswelt auf die Gesundheit

Abbildung 5.9
Erkrankungen als Grund für Erhalt einer Erwerbsminderungsrente 2003 - relative Bedeutung nach Geschlecht
Quelle: VDR-Statistik (VDR 2004)

Im Gegensatz zu den Renten wegen vermindelter Erwerbsfähigkeit muss für Unfallrenten der eindeutige Auslöser einer anerkannten Invalidität im beruflichen Umfeld liegen. Wie Abbildung 5.10 verdeutlicht, sinkt die Zahl der Unfallrenten seit 1993 kontinuierlich – und das trotz steigender Versichertenzahlen. Während in der Zeit von 1998 bis 2003 die Zahl der Versicherten geringfügig auf 74,8 Millionen gestiegen ist, sank die Zahl der meldepflichtigen Unfälle um 17,9 % auf knapp 2,85 Millionen Fälle. Die Zahl der in einem Jahr neu bewilligten Unfallrenten sank um 20,2 % auf 41.800. Arbeitsunfälle als Ursache für eine Frühberentung sind in dieser Zeit um fast 23,3 % zurückgegangen. Aber auch die Renten, die auf Grund von Wegeunfällen und Berufskrankheiten bewilligt wurden, sind deutlich zurückgegangen, um 15,1 % bzw. 16,8 %. Anhand dieser Zahlen wird noch einmal die große Bedeutung der Wegeunfälle deutlich, die zwar lediglich 12,1 % der gesamten meldepflichtigen Unfälle ausmachen, aber 20,1 % der wegen Unfällen bewilligten Renten verursachen.

8 Die gesetzliche Unfallversicherung (UV) zahlt als Entschädigungsleistung eine Verletztenrente, wenn der Versicherungsfall zu einer Minderung der Erwerbstätigkeit von mindestens 20 % geführt hat und der Verletzte länger als 26 Wochen in seiner Erwerbstätigkeit gemindert ist. Dies gilt auch, wenn die Betroffenen das Rentenalter erreichen. Beim Zusammentreffen einer Verletztenrente aus der UV mit einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung (RV), wird die Verletztenrente der UV immer ungekürzt gezahlt. Die Rente aus der RV wird dagegen ganz oder teilweise nicht geleistet, wenn beide Renten zusammen den so genannten Grenzbetrag übersteigen.
Abbildung 5.10
Neue Unfallrenten nach Auslöser
Quelle: Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der gesetzlichen Unfallversicherung (BMGS 2004a; BMWA 2005)

Behinderungen werden zum großen Teil im Laufe des Lebens erworben. Die Zahl der anerkannten Schwerbehinderungen mit einem Grad von über 50 % ist von 1997 bis 2001 von 1,91 auf 2,0 Millionen gestiegen. Der ganz überwiegende Teil der Schwerbehinderungen ist auf Krankheiten zurückzuführen, Arbeits- und Wegeunfälle sowie Berufskrankheiten spielen mit 1,5 % der Ursachen nur eine untergeordnete Rolle. Dennoch ist zu beachten, dass Männer zum einen erheblich häufiger eine Behinderung erleiden, zum anderen sind sie auch deutlich häufiger als Frauen auf Grund eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit schwer behindert (Abbildung 5.11).
Abbildung 5.11
Arbeitsunfälle (einschl. Wegeunfälle) sowie Berufskrankheiten als Ursache einer Schwerbehinderung (GdB von mind. 50 %) nach Geschlecht
Quelle: Statistik der schwer behinderten Menschen (BMGS 2004b)

5.4 Stellung in der Arbeitswelt als Prädiktor der Mortalität


Im Vergleich zu den Männern ist bei den Frauen der soziale Gradient weniger deutlich. Unter den Frauen weisen diejenigen in gering qualifizierten manuellen Berufen die höchste Mortalität auf. Demgegenüber haben Frauen in technischen Berufen die geringste Sterberate. Frauen mit qualifizierten Berufen, Berufen mit hohem Status und gering qualifizierte weibli-
che Angestellte unterscheiden sich kaum voneinander und liegen bei einem – auf die Gesamtheit der Frauen bezogen – durchschnittlichem Wert.

Insgesamt verdeutlichen die Auswertungen, dass die relative Position in der Arbeitswelt einen erheblichen Einfluss auf die Mortalität hat. Bereits eine frühere Analyse der Daten der Gmünder Ersatzkasse ergab eine um etwa das Doppelte erhöhte Frühsterblichkeit von Angehörigen der niedrigsten von fünf beruflichen Statusgruppen im Vergleich zu den Angehörigen der höchsten Statusgruppe (Helmert 2000).

**Abbildung 5.12**
Kumulierte Mortalitätsrate für GEK-Mitglieder des Jahres 1990 nach Hauptberufsgruppen und Geschlecht
Quelle: Voges et al. (2004)

5.5 Bedeutung der Arbeit für die subjektive Gesundheit und das Gesundheitsverhalten

Einstellungen hinweg lässt sich für Männer wie Frauen ein positiver Zusammenhang zwischen dem Berufsstatus und der subjektiven Gesundheit feststellen.

**Abbildung 5.13**

**Subjektiver Gesundheitszustand nach Berufsstatus, Alter und Geschlecht**

Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003


\(^9\) Angaben beziehen sich auf Männer und Frauen zusammen.
Abbildung 5.15
Anteil der Raucher/Raucherinnen in ausgewählten Berufsgruppen
Datenbasis: Mikrozensus 2003

5.6 Diskussion


Angesichts dieser Ergebnisse ist erstaunlich, dass der Zusammenhang zwischen Arbeitswelt und Gesundheit kaum im Fokus aktueller sozialer Ungleichheitsforschung steht. Zentrale Aspekte der gesundheitlichen Lage wurden zwar in die Programme der sozialwissenschaftlichen Erhebungen, wie z.B. Mikrozensus oder SOEP, aufgenommen. Die Berichte zu gesundheitsrelevanten Fragen, die bisher auf der Basis dieser bevölkerungsbezogenen Datenquellen erstellt wurden, gehen allerdings auf das Thema Arbeit als Einflussgröße der gesundheitlichen Lage nur unzureichend ein.

Literaturverzeichnis


102
Einfluss der Arbeitswelt auf die Gesundheit


Treiman DJ (1977) Occupational Prestige in Comparative Perspective. New York


Folgen der Arbeitslosigkeit für die Gesundheit
der im Jahr 2003 durchgeführte telefonische Gesundheitssurvey des Robert Koch-Instituts
can für Analysen herangezogen werden. Weiteren Aufschluss geben die Datenbestände
der Krankenkassen, die zunehmend für die wissenschaftliche Forschung und Gesundheits-
berichterstattung geöffnet werden. Insbesondere die Daten der Gmünder Ersatzkasse (GEK)
erlauben differenzierte Auswertungen zum Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Ge-
sundheit (Hollederer 2002; RKI 2003).

Im Folgenden werden die im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes vorge-
legten Berichte zur gesundheitlichen Situation von Arbeitslosen unter Berücksichtigung der
Erfordernisse der Armuts- und Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung aufbereitet
und durch aktuelle, bislang nicht publizierte Ergebnisse des telefonischen Gesundheitssur-
veys 2003 ergänzt. Ein besonderes Augenmerk richtet sich dabei auf die Langzeitarbeitslo-
sen, die wahrscheinlich nicht nur in Bezug auf ihre soziale Lage am stärksten benachteiligt
sind, sondern auch das größte Gesundheitsrisiko tragen.

6.1 Definition und Operationalisierung von Arbeitslosigkeit

Die Erfassung von Arbeitslosigkeit in bevölkerungsbezogenen Studien ist mit der Schwierig-
keit verbunden, dass sich die offiziellen, den amtlichen Statistiken zugrunde liegenden Defi-
nitionen nicht umfassend umsetzen lassen. Die Bundesanstalt für Arbeit registriert als Ar-
beitslose im Sinne des § 16 SGB III Arbeitssuchende bis zur Vollendung des 65. Lebensjah-
res, die nicht oder mit weniger als 15 Stunden wöchentlich in einem Beschäftigungsverhält-
nis stehen, sofort eine Arbeit aufnehmen könnten und sich persönlich arbeitslos gemeldet
haben. Nicht als arbeitslos gelten Schüler/Schülerinnen, Studenten/Studentinnen sowie Teil-
nehmer/Teilnehmerinnen an Maßnahmen der beruflichen Weiterbildung. Das Statistische
Bundesamt hingegen spricht in Anlehnung an das international gebräuchliche „Labor-Force“-
Konzept nicht von Arbeitslosigkeit sondern von Erwerbslosigkeit und bezieht diese auf alle
über 15-jährige Personen ohne jedes Arbeitsverhältnis, die – unabhängig von der Meldung
beim Arbeitsamt – aktiv eine Arbeitsstelle suchen und innerhalb eines Zeitraums von zwei
Wochen die Arbeit aufnehmen könnten.

Während im Mikrozensus die Definition des Statistischen Bundesamtes umgesetzt wird, wird
in anderen Bevölkerungsstudien oftmals nur erhoben, ob die Befragten beim Arbeitsamt als
arbeitslos gemeldet sind. Sofern Informationen zur wöchentlichen Arbeitszeit verfügbar sind,
lässt sich eine Abgrenzung in Annäherung an die Definition der Bundesanstalt für Arbeit vor-
nehmen. Dieser Ausgangspunkt wird im Folgenden für die Auswertungen des Bundes-

105


6.2 Auswirkungen auf gesundheitsrelevante Lebensbedingungen und Teilhabechancen

Arbeitslosigkeit ist mit konkret fassbaren materiellen Einschränkungen verbunden. Im Jahr 2003 lag die Armutsrisikoquote bei Arbeitslosen mit 40,9 % deutlich über den Quoten von z.B. Arbeitnehmern/Arbeitnehmerinnen (7,1 %), Selbstständigen (9,3 %) oder Rentnern/Rentnerinnen und Pensionären/Pensionärinnen (11,8 %). Damit hat das Armutsrisiko von Arbeitslosen innerhalb der letzten fünf Jahre noch einmal deutlich zugenommen (1998: 33,1 %), während in den anderen Gruppen ein vergleichsweise geringer Anstieg (Arbeitnehmer/Arbeitnehmerinnen) oder sogar ein Rückgang (Selbstständige, Rentner/Rentnerinnen und Pensionäre/Pensionärinnen) zu beobachten ist (BMGS 2005). Ein Teil der Einkommensnachteile dürfte allerdings bereits vor Eintritt der Arbeitslosigkeit bestanden haben. So lässt sich anhand von Daten des telefonischen Gesundheitssurveys 2003 zeigen, das vor allem als ungelerte oder angelernte Arbeiter/Arbeiterinnen tätige Personen unter den aktuell Arbeitslosen mit einem Anteil von 22 % gegenüber 7 % bei den Erwerbstätigen deutlich überrepräsentiert sind. Außerdem haben die Arbeitslosen häufiger lediglich einen niedrigen Schulabschluss (nur Volksschul- oder Hauptschulabschluss: 38 % bei Arbeitslosen und 23 % bei Erwerbstätigen) und keinen berufsqualifizierenden Abschluss (14 % bei Arbeitslosen und 5 % bei Erwerbstätigen) aufzuweisen.
Arbeitslose haben auch Nachteile in Bezug auf die Wohnsituation. Im Bundes-Gesundheitssurvey 1998 gaben 8,7 % der Arbeitslosen, aber nur 4,5 % der Erwerbstätigen an, noch eine dezentrale Kohle- oder Holzbeheizung zu haben. Über Lärmbelastungen in der Wohnung berichteten 45 % der Arbeitslosen gegenüber 37 % der Erwerbstätigen. 34 % der Arbeitslosen und 22 % der Erwerbstätigen wohnten an einer stark befahrenen Haupt- oder Durchgangsstraße.

Die mit der Arbeitslosigkeit verbundenen sozialen Nachteile schlagen sich in einer geringeren Lebenszufriedenheit nieder. Zu den von Arbeitslosen schlechter eingestuften Aspekten zählen bei Männern neben der finanziellen Lage auch die familiäre Situation und Beziehungen zu Freunden und Bekannten: 12 % der arbeitslosen Männer geben an, maximal eine Person zu kennen, auf die sie im Notfall verlassen könnten; unter Erwerbstätigen sind es lediglich 5 %. Bei Frauen sind die Unterschiede in der Zufriedenheit mit der sozialen Integration statistisch nicht bedeutsam (RKI 2003).

6.3 Gesundheitliche Situation arbeitsloser Frauen und Männer

Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes


Abbildung 6.1
Sehr gute Einschätzung der allgemeinen Gesundheit in Abhängigkeit von Arbeitslosigkeitserfahrungen
Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003

Anhand von Daten des Bundes-Gesundheitssurvey 1998 lässt sich zudem zeigen, dass bei Männern die Zusammenhänge zwischen Arbeitslosigkeit und allgemeiner Gesundheit mit der Haushaltssituation differieren: Die gesundheitlichen Auswirkungen der Arbeitslosigkeit kommen bei Hauptverdienern stärker zum Tragen als bei Nebenverdienern, und zwar auch schon bei einer Arbeitslosigkeitsdauer unter einem Jahr. Außerdem weisen aktuell erwerbs-
tätige Männer, die in den letzten fünf Jahren längere Zeit arbeitslos gewesen sind, häufiger gesundheitliche Beeinträchtigungen auf als Männer, die durchgehend einer Erwerbsarbeit nachgingen (RKI 2003).

Im telefonischen Gesundheitssurvey 2003 gab mehr als die Hälfte der langzeitarbeitslosen Männer an, in den zurückliegenden sechs Monaten durch ihre gesundheitliche Verfassung in der Alltagsgestaltung beeinträchtigt gewesen zu sein, während dies lediglich von einem Viertel der kurzzeitig arbeitslosen und erwerbstätigen Männer ausgesagt wurde. Bei Frauen unterscheidet sich dieses Zusammenhangsmuster insofern, dass die Kurzzeitarbeitslosen sogar noch häufiger als die Langzeitarbeitslosen von gesundheitsbedingten Einschränkungen im Alltagsleben betroffen waren (Tabelle 6.1).

Tabelle 6.1
Gesundheitsbedingte Einschränkung im Alltag in Abhängigkeit von Arbeitslosigkeitserfahrungen
Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Männer</th>
<th></th>
<th>Frauen</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>%</td>
<td>OR</td>
<td>95 %-KI</td>
<td>%</td>
</tr>
<tr>
<td>Hausfrauen</td>
<td>--</td>
<td>--</td>
<td>--</td>
<td>33,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Erwerbstätige</td>
<td>25,5</td>
<td>Ref.</td>
<td>--</td>
<td>26,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Arbeitslose (&lt;12 Monate)</td>
<td>24,4</td>
<td>1,03</td>
<td>0,63-1,70</td>
<td>50,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Arbeitslose (≥ 12 Monate)</td>
<td>52,0</td>
<td>3,04</td>
<td>1,93-4,81</td>
<td>40,5</td>
</tr>
</tbody>
</table>

%=Häufigkeiten in Prozent; OR=Odds Ratio nach Adjustierung für Alter; 95%-KI=Konfidenzintervalle zu den Odds Ratio; Ref.=Referenzkategorie

Folgen der Arbeitslosigkeit für die Gesundheit

Abbildung 6.2
Angabe einer Erkrankung als Grund für die Arbeitslosigkeit in Abhängigkeit von Arbeitslosigkeitserfahrungen
Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003


Krankheiten und Beschwerden

In der alle vier Jahre durchgeführten Mikrozensus-Zusatzerhebung zur Gesundheit werden die Teilnehmer/Teilnehmerinnen u.a. nach vorliegenden Krankheiten oder Unfallverletzungen gefragt. Im Jahr 1999 gaben 14,3 % der 40- bis 65-jährigen Erwerbslosen an, derzeit krank oder unfallverletzt zu sein, gegenüber 8,4 % der gleichaltrigen Erwerbstätigen (Dittrich 2001). Im telefonischen Gesundheitssurvey 2003 wurden die Befragten um Auskunft darüber gebeten, ob sie gegenwärtig von einer länger andauernden bzw. wiederkehrenden Krankheit oder Gesundheitsstörung betroffen sind. Berücksichtigt werden damit auch Be-
schwerden und Schmerzen, die unabhängig von einer Diagnose von den Befragten als beeinträchtigend angesehen werden. Bei den 20- bis 59-Jährigen bejahten fast 60 % der langzeitarbeitslosen Männer diese Frage, während die entsprechenden Anteile bei den kurzzeitig Arbeitslosen 36 % und bei den Erwerbstätigen 28 % betragen. Bei Frauen zeigt sich erneut, dass die kurzzeitig Arbeitslosen ebenso häufig wie die Langzeitarbeitslosen und beide Gruppen weitaus häufiger als die Erwerbstätigen und Hausfrauen in ihrer Gesundheit eingeschränkt sind (Abbildung 6.3).

**Abbildung 6.3**
Länger andauernde Krankheit oder Gesundheitsstörung in Abhängigkeit von Arbeitslosigkeitserfahrungen

Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003

Aussagen über die ungleiche Verteilung von spezifischen Krankheiten sind auf Basis der in Deutschland durchgeführten Gesundheitssurveys, an denen zuletzt zwischen 7.000 und knapp über 8.000 Personen teilgenommen haben, nur eingeschränkt möglich. Gerade zu im Todesursachenspektrum vorherrschenden Krankheiten wie Herzinfarkt, Schlaganfall oder bösartige Neubildungen lassen sich für die hier betrachtete Altersspanne von 20 bis 59 Jahre keine zuverlässigen Angaben machen, weil sie erst im höheren Lebensalter verstärkt auftreten. Von den im telefonischen Gesundheitssurvey 2003 erfassten Krankheiten und Beschwerden, die bereits in der Bevölkerung im Erwerbsalter weit verbreitet sind, kommen Hypertonie, chronische Bronchitis, Arthrose, Rückenschmerzen, Schwindel und Depression bei arbeitslosen Männern und Frauen häufiger vor als bei erwerbstätigen, während sich im Hin-
blick auf Asthma bronchiale und erhöhte Cholesterinwerte keine signifikanten Unterschiede
beobachten lassen (Tabellen 6.2 und 6.3).

Im Bundes-Gesundheitssurvey 1998, in dem eine umfassendere Krankheits- und Beschwer-
denliste erhoben wurde, zeigten sich bei Männern außerdem Unterschiede im Auftreten von
Durchblutungsstörungen des Gehirns mit Lähmungen oder Gefühlsstörungen, Durchblu-
tungsstörungen der Beine, Leberzirrhose, Epilepsie, psychische Störungen sowie Sucht- und
Abhängigkeitserkrankungen. Von arbeitslosen Frauen werden einzig Durchblutungsstörun-
gen der Beine signifikant häufiger angegeben (RKI 2003).
# Tabelle 6.2
Verbreitung von chronischen Krankheiten und Beschwerden bei arbeitslosen und erwerbstätigen Männern

Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003

<table>
<thead>
<tr>
<th>Krankheit/Be schwerd</th>
<th>Erwerbstätige&lt;br&gt;(Ref.)</th>
<th>Arbeitslose (&lt;12 Monate)</th>
<th>Arbeitslose (12+ Monate)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>%</td>
<td>OR</td>
<td>%</td>
</tr>
<tr>
<td>Chronische Bronchitis</td>
<td>5,6</td>
<td>1,00</td>
<td>9,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Asthma Bronchiale</td>
<td>4,8</td>
<td>1,00</td>
<td>9,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Arthrose</td>
<td>11,3</td>
<td>1,00</td>
<td>16,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Chronischer Rückenschmerz</td>
<td>21,0</td>
<td>1,00</td>
<td>28,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Schwindel</td>
<td>18,2</td>
<td>1,00</td>
<td>32,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Hypertonie</td>
<td>20,3</td>
<td>1,00</td>
<td>25,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Depression</td>
<td>10,5</td>
<td>1,00</td>
<td>20,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Hypercholesterolämie</td>
<td>27,0</td>
<td>1,00</td>
<td>28,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Herzrhythmusstörungen</td>
<td>6,7</td>
<td>1,00</td>
<td>9,5</td>
</tr>
</tbody>
</table>

%=Häufigkeiten in Prozent; OR=Odds Ratio nach Adjustierung für Alter; 95%-KI=Konfidenzintervalle zu den Odds Ratio; Ref.=Referenzkategorie
### Tabelle 6.3
Verbreitung von chronischen Krankheiten und Beschwerden bei arbeitslosen Frauen, erwerbstätigen Frauen und Hausfrauen

Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003

<table>
<thead>
<tr>
<th>Krankheit</th>
<th>Erwerbstätige (Ref.)</th>
<th>Hausfrauen</th>
<th>Arbeitslose (&lt;12 Monate)</th>
<th>Arbeitslose (12+ Monate)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>%</td>
<td>OR</td>
<td>%</td>
<td>OR</td>
</tr>
<tr>
<td>Chronische Bronchitis</td>
<td>8,0</td>
<td>1,00</td>
<td>10,5</td>
<td>1,48</td>
</tr>
<tr>
<td>Asthma Bronchiale</td>
<td>5,8</td>
<td>1,00</td>
<td>7,3</td>
<td>1,36</td>
</tr>
<tr>
<td>Arthrose</td>
<td>12,1</td>
<td>1,00</td>
<td>17,9</td>
<td>1,29</td>
</tr>
<tr>
<td>Chronischer Rückenschmerz</td>
<td>26,5</td>
<td>1,00</td>
<td>29,0</td>
<td>1,16</td>
</tr>
<tr>
<td>Schwindel</td>
<td>33,2</td>
<td>1,00</td>
<td>32,3</td>
<td>1,00</td>
</tr>
<tr>
<td>Hypertonie</td>
<td>16,6</td>
<td>1,00</td>
<td>24,6</td>
<td>1,30</td>
</tr>
<tr>
<td>Depression</td>
<td>17,8</td>
<td>1,00</td>
<td>20,3</td>
<td>1,01</td>
</tr>
<tr>
<td>Hypercholesterolämie</td>
<td>18,4</td>
<td>1,00</td>
<td>13,0</td>
<td>0,95</td>
</tr>
<tr>
<td>Herzrhythmusstörungen</td>
<td>9,2</td>
<td>1,00</td>
<td>11,2</td>
<td>1,08</td>
</tr>
</tbody>
</table>

% = Häufigkeiten in Prozent; OR = Odds Ratio nach Adjustierung für Alter; 95%-KI = Konfidenzintervalle zu den Odds Ratio; Ref. = Referenzkategorie
Inanspruchnahme des Versorgungssystems

Der höheren gesundheitlichen Belastung von Arbeitslosen korrespondiert eine verstärkte Inanspruchnahme der ambulanten und stationären Versorgung. Der Bundes-Gesundheitssurvey 1998 belegt für arbeitslose Männer im Durchschnitt 9,8 Kontakte zu einem niedergelassenen Arzt gegenüber 7,1 Kontakten bei erwerbstätigen Männern. Frauen nehmen häufiger als Männer einen Arzt in Anspruch, aber auch bei ihnen zeigen sich – wenn auch geringere – Unterschiede zwischen Arbeitslosen und Erwerbstätigen (12,7 gegenüber 11,0 Arztkontakte). Noch deutlicher kommen die Unterschiede in der Gruppe der Personen zum Ausdruck, die im vorausgegangenen Jahr 12-mal oder häufiger ambulante ärztliche Dienste in Anspruch genommen haben (Männer: 26 % bei Arbeitslosen vs. 14 % bei Erwerbstätigen; Frauen: 37 % vs. 27 %) (RKI 2003).


1 Da Versicherte innerhalb eines Jahres ihren Versichertenstatus oder die Mitgliedschaft in einer Kasse wechseln können, beziehen sich die Angaben nicht auf Versicherte, sondern auf Versicherungszeiten. Die Angabe einer Inanspruchnahme je 1.000 Versicherungsjahre entspricht der Inanspruchnahme, die bei 1.000 durchgängig versicherten Personen zu erwarten wäre. Dabei wird eine Altersstandardisierung vorgenommen, d.h. eine gleiche Altersstruktur in den Vergleichsgruppen zugrunde gelegt.
Besonders gilt dies bei psychischen und Verhaltensstörungen: Arbeitslose Männer verbringen nahezu siebenmal mehr Tage mit einer entsprechenden Diagnose im Krankenhaus als erwerbstätige Männer; bei Frauen beträgt das Verhältnis 3:1. Deutliche Unterschiede in der Krankenhausverweildauer finden sich zudem bei Infektionserkrankungen, Stoffwechsel-erkrankungen, Krankheiten der Verdauungssorgane, Verletzungen und Vergiftungen und bei Frauen auch in Bezug auf Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.²

Abbildung 6.4
Krankenhaustage bei arbeitslosen und erwerbstätigen Männern nach ICD 10-Diagnosekapiteln
Datenbasis: Gmünder Ersatzkasse 2000 (RKI 2003)

² Bei den längeren Krankenhausverweildauern von Arbeitslosen gegenüber Erwerbstätigen ist zu beachten, dass auch unter den Arbeitslosen nur ein relativ geringer Anteil aus Krankheitsgründen versorgt werden muss. So wurden im Jahr 2002 trotz des deutlich häufigeren relativen Vorkommens weniger als 3 % der bei der GEK versicherten arbeitslosen Männer wegen psychischen Störungen behandelt.
Abbildung 6.5
Krankenhaustage bei arbeitslosen und erwerbstätigen Frauen nach ICD 10-Diagnosekapiteln
Datenbasis: Gmünder Ersatzkasse 2000 (RKI 2003)


**Gesundheitsverhalten**

Folgen der Arbeitslosigkeit für die Gesundheit


| Tabelle 6.4 |
| Anteil der aktuellen Raucher/Raucherinnen in Abhängigkeit von Arbeitslosigkeitserfahrungen |
| Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003 |

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Männer</th>
<th>Frauen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>%</td>
<td>OR</td>
</tr>
<tr>
<td>Hausfrauen</td>
<td>--</td>
<td>--</td>
</tr>
<tr>
<td>Erwerbstätige</td>
<td>42,2</td>
<td>Ref.</td>
</tr>
<tr>
<td>Arbeitslose (&lt;12 Monate)</td>
<td>60,5</td>
<td>1,92</td>
</tr>
<tr>
<td>Arbeitslose (≥ 12 Monate)</td>
<td>64,1</td>
<td>2,74</td>
</tr>
</tbody>
</table>

%-Häufigkeiten in Prozent; OR=Odds Ratio nach Adjustierung für Alter; 95%-KI=Konfidenzintervalle zu den Odds Ratio; Ref.=Referenzkategorie


**Abbildung 6.7**
**Sportliche Inaktivität in Abhängigkeit von Arbeitslosigkeitserfahrungen**
Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003

Ebenso deutliche Unterschiede zwischen Arbeitslosen und Erwerbstätigen belegt der telefonische Gesundheitssurvey 2003 hinsichtlich der **Sportausübung**. Trotz eines vermeintlich höheren Zeitkontingents treiben arbeitslose Männer zur Hälfte überhaupt keinen Sport, bei den erwerbstätigen Männern beläuft sich dieser Anteil lediglich auf ein Drittel. Wenn arbeitslose Männer sportlich aktiv sind, dann üben sie jedoch ebenso intensiv Sport aus wie er-
werbstätige Männer. Bei Frauen zeigen sich in Bezug auf die sportliche Aktivität keine Unterschiede zwischen Arbeitslosen und Erwerbstätigen. Am wenigsten aktiv sind die Hausfrauen, die Unterschiede zu den anderen Gruppen sind aber relativ gering (Abbildung 6.7).

Mortalität


Abbildung 6.8
Sterblichkeit im Zeitraum 1998-2000 nach Arbeitslosigkeitsdauer
Datenbasis: Gmünder Ersatzkasse 2000 (RKI 2003)

Die Ergebnisse sprechen dafür, dass Arbeitslose einem erhöhten Mortalitätsrisiko unterliegen: Während rechnerisch unter 100.000 durchgängig Erwerbstätigen im dreijährigen Beobachtungszeitraum lediglich 277 Personen starben, nahm die Sterblichkeit mit der Dauer der...
Arbeitslosigkeit bis auf 965 Todesfälle unter den Versicherten, die zwei oder mehr Jahre arbeitslos waren, zu (Abbildung 6.8). Werden die unterschiedlichen Alters- und Geschlechtszusammensetzungen der Vergleichsgruppen berücksichtigt, dann errechnet sich für Versicherte mit ein bis unter zwei Jahren Arbeitslosigkeit ein um den Faktor 1,6 und für Versicherte mit zwei oder mehr Jahren Arbeitslosigkeit eine um den Faktor 3,4 erhöhtes Mortalitätsrisiko im Vergleich zu den durchgängig Erwerbstätigen.

6.4 Diskussion


Folgen der Arbeitslosigkeit für die Gesundheit


Literaturverzeichnis


Gesundheit von allein Erziehenden


Eltern, die ihre Kinder allein erziehen, sind zahlreichen Belastungen ausgesetzt, die aus der alleinigen Zuständigkeit für Kindererziehung, Haushaltführung und den Lebensunterhalt erwachsen. Ein-Eltern-Familien sind nicht nur finanziell schlechter ausgestattet als Paar- Familien, sie sind auch zusätzlichen physischen und psychischen Anforderungen ausgesetzt. Die berufliche Situation gestaltet sich durch die Notwendigkeit einer adäquaten Kinderbetreuung schwieriger, die familiäre Situation ist durch die alleinige Verantwortlichkeit für die Entwicklung des Kindes gekennzeichnet. Das aus der Rollenvielfalt erwachsende knappe Zeitbudget belastet zusätzlich.


7.1 Lebenslage allein Erziehender


Eine detaillierte Analyse zur Lebenslage allein Erziehender wurde auf der Basis des Mikrozensus 1999 durchgeführt. Demnach sind 43,7 % der allein erziehenden Frauen geschieden, 18,9 % leben getrennt von ihrem Ehepartner, 7,4 % sind verwitwet und 30,0 % waren nie verheiratet. In den neuen Bundesländern sind mehr allein Erziehende ledig und weniger getrennt lebend oder geschieden. Zwei Drittel der allein erziehenden Frauen sorgen für ein Kind unter 18 Jahren, aber immerhin 7,8 % kümmern sich um drei oder mehr minderjährige Kinder im Haushalt. Einer Erwerbstätigkeit gehen 64,7 % der allein erziehenden Frauen nach im Vergleich zu 79,3 % der allein erziehenden Männer. Zwischen den neuen und alten Bundesländern besteht in dieser Hinsicht kein Unterschied, allerdings sind in den neuen Bundesländern mehr allein erziehende Frauen Vollzeit beschäftigt (47,7 % vs. 26,6 %). Die Erwerbstätigenquote ist abhängig vom Alter der zu betreuenden Kinder: Je jünger die Kinder sind, umso geringer ist die Erwerbsbeteiligung. 57,6 % der allein erziehenden Frauen bestreiten


7.2 Belastungen und Ressourcen allein Erziehender


Inwieweit diese Belastungen bewältigt werden, hängt ganz wesentlich vom Vorhandensein sozialer Netzwerke und Unterstützung ab. Außerdem spielen die Faktoren Kontrollüberzeugung, d.h. das Gefühl, schwierigen Situationen nicht hilflos ausgeliefert zu sein, und das Selbstbewusstsein eine große Rolle (Krüger, Mincus 1999). Wichtigen Einfluss haben auch die finanzielle Lage, die Zahl und das Alter der Kinder, die Dauer der Ein-Elternschaft, die Wahlfreiheit in der Lebensgestaltung, die Geschlechtsrollenorientierung und gegebenenfalls die Verarbeitung des Trennungsprozesses (Hoffmann, Swart 2002).


### 7.3 Gesundheitliche Situation allein erziehender Frauen

Die stärkere Beanspruchung und Belastung im alltäglichen Leben hat Auswirkungen auf die gesundheitliche Situation der allein Erziehenden. Auf Grundlage der verfügbaren Daten lassen sich diese u.a. im Hinblick auf Krankheiten und Beschwerden, die selbst eingeschätzte Gesundheit, das Gesundheitsverhalten sowie die Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems beschreiben.

**Krankheiten und Beschwerden**

psychische Erkrankungen an. Von zwei oder mehr Erkrankungen waren 85,4 % der allein erziehenden und 77,4 % der verheirateten Mütter betroffen (Tabelle 7.1).

Tabelle 7.1
Lebenszeitprävalenz ausgewählter Krankheiten (Angaben in %)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ausgewählte Krankheiten</th>
<th>Allein erziehende Mütter</th>
<th>Verheiratete Mütter</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Chron. Bronchitis*</td>
<td>9,0</td>
<td>3,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Leberentzündung, Hepatitis*</td>
<td>10,2</td>
<td>4,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Nierenbeckenentzündung*</td>
<td>23,6</td>
<td>14,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Nierensteine, Nierenkolik*</td>
<td>15,7</td>
<td>5,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Migräne</td>
<td>36,0</td>
<td>26,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Psych. Erkrankung*</td>
<td>24,7</td>
<td>10,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Kontaktallergien</td>
<td>25,0</td>
<td>34,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Sonst. Allergien</td>
<td>14,9</td>
<td>20,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Erkrankungen der Gebärmutter, Eierstöcke, Eileiter</td>
<td>25,3</td>
<td>17,2</td>
</tr>
</tbody>
</table>

1 Es werden nur die Krankheiten dargestellt, bei denen Gruppenunterschiede von mehr als 5 % auftreten.
* Signifikanz (p<0,05)

Im Mikrozensus 1999 gaben 9,2 % der allein erziehenden und 5,4 % der verheirateten Mütter an, in den letzten vier Wochen krank (oder unfallverletzt) gewesen zu sein. Hinsichtlich der Krankheitsdauer zeigen sich hier keine wesentlichen Unterschiede. Gleiches gilt für die im Bundes-Gesundheitssurvey 1998 erfasste Zahl der Krankheitstage im Jahr: Allein erziehende Mütter sind im Durchschnitt 12,5 Tage im Jahr gesundheitlich so beeinträchtigt, dass sie ihrer üblichen Tätigkeit nicht nachgehen können, verheiratete Mütter 11,2 Tage.


2 Die Interpretation dieser Ergebnisse wird dadurch erschwert, dass keine Informationen darüber vorliegen, ob die jeweilige Krankheit vor oder nach Beginn des allein Erziehens auftrat. Außerdem besteht aufgrund der geringen Fallzahlen keine Möglichkeit, den Einfluss intervenierender Faktoren auf die Krankheitsentstehung angemessen zu berücksichtigen.
Die höhere Schmerzbelastung der allein erziehenden Mütter spiegelt sich auch in der stärkeren Beeinträchtigung bei der Verrichtung von Alltagstätigkeiten wider. Mehr als die Hälfte der verheirateten Mütter fühlen sich überhaupt nicht beeinträchtigt, bei den allein erziehenden sind es nur 38,2 % (Tabelle 7.2).

Tabelle 7.2
Beeinträchtigung der Alltagstätigkeiten wegen Schmerzen (4-Wochen-Prävalenz, Angaben in %)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Grad der Beeinträchtigung</th>
<th>Allein erziehende Mütter</th>
<th>Verheiratete Mütter</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Überhaupt nicht</td>
<td>38,2</td>
<td>53,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Ein bisschen</td>
<td>32,6</td>
<td>29,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Mäßig</td>
<td>21,3</td>
<td>10,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Ziemlich</td>
<td>5,6</td>
<td>5,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Sehr</td>
<td>2,3</td>
<td>1,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Insgesamt</td>
<td>100,0</td>
<td>100,0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Auch von emotionalen und psychischen Befindlichkeitsstörungen sind allein erziehende Frauen verstärkt betroffen. Häufiger nennen sie insbesondere Nervosität, Niedergedankenheit und Traurigkeit. Außerdem fühlen sie sich seltener ruhig und gelassen, glücklich oder voller Energie (Tabelle 7.3).

Tabelle 7.3
Emotionale Grundstimmungen (4-Wochen-Prävalenz, Angaben in %)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Emotionale Grundstimmungen ¹</th>
<th>Allein erziehende Mütter</th>
<th>Verheiratete Mütter</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Sehr nervös</td>
<td>29,5</td>
<td>17,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Niedergedrang</td>
<td>12,5</td>
<td>6,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Entmutigt und traurig</td>
<td>21,6</td>
<td>9,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Ruhig und gelassen</td>
<td>50,6</td>
<td>63,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Voller Energie</td>
<td>42,5</td>
<td>61,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Glücklich</td>
<td>50,5</td>
<td>68,7</td>
</tr>
</tbody>
</table>

¹ Häufigkeit des Auftretens emotionaler Grundstimmungen anhand einer 6-stufigen Antwortskala, angegeben wird der Anteil der Befragten, bei denen die jeweilige Stimmungslage ’immer’, ’meistens’ oder ’ziemlich oft’ auftritt.

kungen wurden Angststörungen von allen befragten Frauen am häufigsten berichtet, aber auch hier gibt es deutlich mehr Betroffene unter den allein Erziehenden (28,2 % vs. 19,4 %). Ein besonders hohes Risiko weisen allein erziehende Frauen hinsichtlich Substanzstörungen auf. Während insgesamt Männer deutlich häufiger als Frauen von Substanzstörungen betroffen sind, ergeben sich innerhalb der Gruppe der Frauen große Unterschiede entlang des familiären Status (verheiratet, mit Kind(ern) vs. allein erziehend). 9,0 % der allein erziehenden Frauen berichteten im BGS98 von einer Substanzstörung, weitaus mehr als verheiratete Mütter (1,0 %) (Abbildung 7.1).

Abbildung 7.1
Vorliegen von psychischen Erkrankungen (12-Monats-Prävalenz)
Datenbasis: Bundes-Gesundheitssurvey 1998 (Helbig et al. 2005)

![Diagramm](image)

Selbsteinschätzung der Gesundheit und Lebensqualität

Während 62,3 % der verheirateten Mütter einen sehr guten bzw. guten Gesundheitszustand angeben, beträgt der entsprechende Anteil bei den allein erziehenden nur 55,9 %. Allerdings variiert die Gesundheitseinschätzung mit der Lebenssituation der Frauen. Die voll erwerbstätigen allein erziehenden Frauen bewerten ihre Gesundheit zu 66,2 % als sehr gut oder gut, die teilzeitbeschäftigten zu 55,8 % und die nicht erwerbstätigen zu 44,4 %. Außerdem beeinflusst die Einkommenszufriedenheit, die hoch mit der tatsächlichen Höhe des Einkommens korreliert, in starkem Maße die Gesundheitsbewertung. Das wird auch beim Vergleich allein erziehender und verheirateter Mütter in entsprechender finanzieller Lage deutlich: Mit ihrem Einkommen hoch zufriedene allein erziehende Mütter bewerten ihre Gesundheit ähnlich positiv wie die hoch zufriedenen verheirateten Mütter. Allerdings ist die Anzahl der finanziell zufriedenen allein erziehenden Mütter deutlich geringer als die der verheirateten.

### Tabelle 7.4
**Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes (Angaben in %)**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Gegenwärtiger Gesundheitszustand</th>
<th>Allein erziehende Mütter</th>
<th>Verheiratete Mütter</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Sehr gut / gut</td>
<td>55,9</td>
<td>62,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Zufrieden stellend</td>
<td>30,3</td>
<td>28,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Weniger gut / schlecht</td>
<td>13,8</td>
<td>8,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Insgesamt</td>
<td>100,0</td>
<td>100,0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Die Daten des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 deuten darauf hin, dass auch soziale Netzwerke, die als wichtige Ressource der Alltagsbewältigung angesehen werden können, in eindeutig positiver Beziehung zum Wohlbefinden stehen. So schätzen 28,6 % der allein erziehenden Frauen, die sich auf mehr als drei Personen verlassen können, ihren Gesundheitszustand als ausgezeichnet oder sehr gut ein, wohingegen dieser Anteil bei der Gruppe mit keiner oder bis zu drei unterstützenden Personen bei 8,5 % liegt.

Auch bezüglich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zeigen sich deutlich Unterschiede zwischen allein erziehenden und verheirateten Müttern. Im Bundes-Gesundheitssurvey 1998 wurde die gesundheitsbezogene Lebensqualität mit dem SF-36-Fragebogen erhoben, der die Auswirkungen von Gesundheit und Krankheit auf die subjektiv erlebte physische und psychische Funktionsfähigkeit auf individueller und sozialer Ebene misst und dabei auch die sozialen Aspekte des Wohlbefindens berücksichtigt (Radoschewski, Bellach 1999). Mit dem SF-36 können die folgenden acht Einzeldimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität gebildet werden:
- körperliche Funktionsfähigkeit (Köfu)
- körperliche Rollenfunktion (Köro)
- Beeinträchtigung durch Schmerzen (Schm)
- allgemeine Gesundheitswahrnehmung (Ages)
- Vitalität und körperliche Energie (Vita)
- soziale Funktionsfähigkeit (Sofu)
- emotionale Rollenfunktion (Emro)
- psychisches Wohlbefinden (Pyc)

(Bullinger, Kirchberger 1998).

Allein Erziehende berichten in allen acht Einzeldimensionen eine schlechtere Lebensqualität als die verheirateten Mütter. Allerdings fällt diese Differenz in den einzelnen Bereichen unterschiedlich stark aus. Die Unterschiede sind bezogen auf körperliche Beeinträchtigungen gering, bezogen auf die allgemeine Gesundheitswahrnehmung, Vitalität und soziale Funktionsfähigkeit deutlicher und statistisch signifikant. Im Hinblick auf die Beeinträchtigungen durch körperliche Schmerzen und emotionale Probleme sowie beim psychischen Wohlbefinden sind sie am größten. In diesen Bereichen geben die allein erziehenden Frauen deutlich stärkere Einschränkungen an (Abbildung 7.2).

Die Unterschiede in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zwischen allein erziehenden und verheirateten Müttern beruhen nicht auf einer anderen Altersverteilung oder sozialen Schichtzugehörigkeit. Innerhalb der unteren Sozialschicht werden die Unterschiede in der Lebensqualität zwischen allein erziehenden und verheirateten Müttern besonders deutlich: Allein erziehende Mütter fühlen sich durch Schmerzen und emotionale Probleme wesentlich stärker beeinträchtigt als verheiratete Mütter. Hier kumulieren offenbar die negativen Effekte des allein Erziehens und die Beeinträchtigungen durch die Zugehörigkeit zur unteren Sozialschicht.
Abbildung 7.2
Gesundheitsbezogene Lebensqualität allein erziehender und verheirateter Mütter (SF-36)

Gesundheitsverhalten

Die soziale Benachteiligung und höhere psychosoziale Belastung allein erziehender Frauen kommt nicht nur in ihrem Gesundheitsstatus zum Ausdruck, sondern spiegelt sich auch in anderen gesundheitsbezogenen Aspekten, z.B. im Gesundheitsverhalten und der Gesundheitsversorgung, wider.

Der Anteil der regelmäßigen Raucherinnen ist, legt man den Mikrozensus 1999 zugrunde, unter den allein erziehenden Müttern mit 45,8 % nahezu doppelt so hoch wie unter verheirateten Müttern (Abbildung 7.3). Die bekannten Zusammenhänge zwischen Schulbildung und Rauchverhalten zeigen sich auch innerhalb der Gruppe der allein erziehenden Mütter: Diejenigen mit Hauptschulabschluss rauchen zu 56,2 % regelmäßig gegenüber 30,5 % in der Vergleichsgruppe verheirateter Mütter, diejenigen mit Abitur nur zu 27,6 % gegenüber 13,5 %.
Unterschiede werden auch im Hinblick auf die **sportliche Betätigung** und die **Ernährung** deutlich. Anhand der Daten des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 lässt sich zeigen, dass verheiratete Mütter zu 55,1 % Sport treiben, allein erziehende Mütter aber nur zu 46,1 %. Allerdings geben 30,3 % der allein erziehenden Mütter versus 27,2 % der Vergleichsgruppe an, dass sie mindestens drei mal pro Woche sportlich so aktiv sind, dass sie dabei „ins Schwitzen oder außer Atem“ geraten. Auf ihre Ernährung achten mit 48,1 % bedeutend weniger allein erziehende als verheiratete Mütter mit 70,7 %. Auch bei den Essgewohnheiten unterscheiden sich die beiden Gruppen signifikant voneinander, was sich z.B. mit den Aktionsgrundlagen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 1995³ verdeutlichen lässt: Allein Erziehende Mütter essen in größerem Maße unregelmäßig und nicht zu festen Zeiten (39,3 % vs. 26,1 %).

Inanspruchnahme des Gesundheitswesens

Im Krankheitsfall suchen laut Mikrozensus 1999 allein erziehende Mütter mit 77,8 % ähnlich häufig einen Arzt auf wie verheiratete mit 76,3 %. Auch im Bundes-Gesundheitssurvey 1998 lässt sich hinsichtlich der Häufigkeit der Arztkontakte kein bedeutsamer Unterschied zwischen den beiden Gruppen nachweisen. 94 % der allein erziehenden Mütter und 92 % der Vergleichsgruppe sind innerhalb des letzten Jahres mindestens einmal zum Arzt gegangen. Dabei konsultieren die allein Erziehenden mit im Durchschnitt 12,8 Kontakten nahezu gleich oft einen Arzt wie die verheirateten Mütter mit 11,9 Arztkontakten.

Bei der Differenzierung nach Fachärzten fällt auf, dass allein Erziehende mit etwa 15,0 % im Verlaufe eines Jahres deutlich häufiger einen Psychotherapeuten aufgesucht haben als verheiratete Mütter mit 3,7 %. Bei der Inanspruchnahme anderer fachärztlicher Leistungen zeigen sich nur geringe Unterschiede. Auch wenn die geringe Fallzahl zu berücksichtigen ist, so steht dieses Ergebnis doch im Einklang mit der weiter oben beschriebenen höheren Belastung durch psychische bzw. emotionale Probleme.

Allein erziehende Mütter nehmen tendenziell seltener an Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen teil als verheiratete Mütter: 22 % versus 29 % (Hoffmann, Swart 2002)\(^4\). Möglicherweise ist dies darauf zurückzuführen, dass ihnen weniger Zeit für ein aktives Gesundheitsverhalten zur Verfügung steht und Betreuungsmöglichkeiten für die Kinder fehlen (Schneider et al. 2001).

Maßnahmen zur Gesundheitsförderung (z.B. Rückenschulen, Kurse zu gesunder Ernährung, Raucherentwöhnung) haben mit ca. 40 % etwa gleich viele allein erziehende wie verheiratete Mütter schon einmal in Anspruch genommen. Vor dem Hintergrund der schwierigen finanziellen Lage der allein erziehenden Mütter ist es nicht erstaunlich, dass nur 37,1 % (versus 51,4 % der Vergleichsgruppe) an gesundheitsfördernden Kursen bei voller individueller Kostenübernahme teilnehmen würden.

Medikamentenkonsum

Der regelmäßige oder tägliche Medikamentenkonsum allein erziehender wie verheirateter Mütter ist insgesamt gesehen gering. Schmerzmittel werden gemäß den Aktionsgrundlagen der BZgA aus dem Jahr 1995 von 56% der allein erziehenden und 53% der verheirateten Mütter eingenommen (bezogen auf einen Zeitraum von drei Monaten und unabhängig von der Häufigkeit). Der relativ hohe, in der Regel jedoch nur zeitweilige Konsum von Schmerzmitteln steht vermutlich im Zusammenhang mit häufig auftretenden frauenpezifischen Schmerzen, z.B. Menstruationsschmerzen. Auch Arzneimittel mit annehmender psychotroper Wirkung (Beruhigungs- und Schlafmittel, Mittel gegen die Folgen von Stressbelastung und gegen Verstimmtheit, Depression) wurden im gleichen Zeitraum von mehr allein erziehenden (23,8%) als verheirateten Müttern (15,2%) angewendet.

7.4 Soziale und gesundheitliche Situation allein erziehender Väter


Allein erziehende Männer befinden sich im Vergleich zu allein erziehenden Frauen in einer günstigeren sozioökonomischen Position. Besonders deutlich wird dies hinsichtlich der Einkommenssituation, die auch für die Kinderbetreuung und Organisation des Alltags von großer Bedeutung ist. Dass allein erziehende gegenüber verheirateten Vätern sozial benachteiligt sind, spiegelt sich in ihrer Lebenszufriedenheit wider. Im Sozio-ökonomischen Panel aus dem Jahr 2000 erklärten lediglich 46,5% der allein erziehenden im Vergleich zu 72,7% der verheirateten Männer, dass sie mit ihrem Leben sehr zufrieden oder zufrieden sind. Ähnlich markante Unterschiede zeigen sich in der Zufriedenheit mit dem Lebensstandard (44,2% gegenüber 69,7% sind sehr zufrieden oder zufrieden) und mit dem Haushaltseinkommen (27,9% gegenüber 52,9%). Im Hinblick auf ihre allgemeine gesundheitliche Situa-
Gesundheit von allein Erziehenden

tion unterscheiden sich allein erziehende und verheiratete Väter nicht wesentlich voneinan-
der: 65,1 % der allein erziehenden und 62,3 % der verheirateten Väter schätzen ihren Ge-
sundheitszustand als sehr gut oder gut ein. Der Anteil der regelmäßigen Raucher liegt bei
den allein erziehenden Männern mit 48,0 % allerdings deutlich über dem Anteil in der Ver-
gleichsgruppe mit 36,2 % (Mikrozensus 1999).

Im Vergleich der Lebenslage allein erziehender Frauen und Männer (unter Berücksi-
chung der Herkunft aus den alten bzw. neuen Bundesländern) zeigt sich, dass insbesondere in den
alten Bundesländern eine große Diskrepanz zwischen der Lebens- und gesundheitlichen
Lage von allein erziehenden Frauen und Männern besteht. In den alten Bundesländern sind
voll berufstätige allein erziehende Väter (mit Kindern über 3 Jahren) hinsichtlich des Belas-
tungserlebens, der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens deutlich besser gestellt als
berufstätige Mütter. Für die neuen Länder wurde hingegen eine hohe Übereinstimmung zwi-
schen Männern und Frauen gefunden (Schneider et al. 2001).

Insgesamt muss aber kritisch angemerkt werden, dass die Datenlage, sowohl zur gesund-
heitlichen Lage allein Erziehender als auch insbesondere zur gesundheitlichen Lage allein
erziehender Väter, unbefriedigend ist. Aktuelle Studien, die durch ausreichend große Fall-
zahlen repräsentative Ergebnisse für allein erziehende Väter liefern, gibt es kaum.

7.5 Diskussion

Der Anteil der Ein-Eltern-Familien hat in den vergangenen Jahrzehnten sukzessive zuge-
nommen. Im Jahr 2003 waren 22,3 % aller Familien in den neuen und 15,8 % aller Familien
in den alten Bundesländern Ein-Eltern-Familien (1999: 19,0 % vs. 14,1 %). Insbesondere
allein erziehende Mütter befinden sich oftmals in einer benachteiligten Lebenslage, was sich
unter anderem an einer geringeren Erwerbsbeteiligung, einer höheren Sozialhilfeabhängi-
gekkeit und einem niedrigeren Einkommen festmachen lässt. Die nachteiligen Lebensbedingun-
gen und daraus resultierenden psychosozialen Belastungen schlagen sich in einer schlech-
teren Gesundheit nieder. So leiden allein erziehende im Vergleich zu verheirateten Müttern
stärker unter Allgemeinbeschwerden und Beeinträchtigungen ihrer psychischen Befindlich-
keit und verhalten sich häufiger gesundheitsrisikant. Allerdings sollten allein erziehende
Frauen nicht generell als besonders „kranke“ Gruppe eingestuft werden, da ihre Lebenssi-
tuation sehr heterogen ist. Allein erziehende Frauen, die über soziale und finanzielle Res-
source verfügen, schätzen ihre Gesundheit nicht schlechter ein als verheiratete Mütter. Al-
lein erziehende Männer weisen zwar auch Nachteile gegenüber verheirateten Vätern auf,
sind aber sozial deutlich besser gestellt als allein erziehende Mütter. Für eine stärkere Beeinträchtigung der Gesundheit allein erziehender Männer finden sich keine empirischen Belege, wohl aber für ein gesundheitsriskanteres Verhalten.


Literaturverzeichnis


8  Sozial ungleiche Gesundheitschancen von Kindern und Jugendlichen


Bislang fehlt jedoch eine umfassend belastbare Handlungsgrundlage. Trotz zahlreicher Datenquellen existieren gerade zu aus Sicht von Prävention und Gesundheitsförderung relevanten Bereichen, wie z.B. chronische Krankheiten, psychische Gesundheit, Ernährung oder Bewegungsverhalten, erhebliche Informationslücken (Kurth et al. 2002a). Dies wird auch durch einen kürzlich vom Robert Koch-Institut veröffentlichten Schwerpunktbericht zur Kinder- und Jugendgesundheit unterstrichen, der eine umfassende Bestandsaufnahme des der-

8.1 Lebenslage von Kindern und Jugendlichen

Seit Anfang der 70er Jahre hat der Bevölkerungsanteil der Heranwachsenden infolge eines anhaltenden Anstiegs der Lebenserwartung und Rückgangs der Geburtenhäufigkeit sukzessive abgenommen. Im Jahr 2001 lebten in Deutschland 15,4 Millionen Kinder und Jugendliche im Alter bis 18 Jahre, was einem Anteil von 19 % an der Gesamtbevölkerung entsprach. Bevölkerungsvorausberechnungen des Statistischen Bundesamtes gehen davon aus, dass der Altersstrukturwandel im Jahr 2050 soweit vorangeschritten sein wird, dass auf jedes Kind und jeden Jugendlichen mindestens zwei Menschen kommen, die 60 Jahre oder älter sind (Statistisches Bundesamt 2000, 2003).


8.2 Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Abhängigkeit von ihrer Lebenslage


Entwicklungsstörungen und Krankheiten


Auch im Jugendalter zählen atopische Erkrankungen zu den am stärksten verbreiteten chronischen Gesundheitsproblemen. In der HBSC-Studie gaben 34,5 % der 11- bis 15-jährigen Jungen und 40,6 % der gleichaltrigen Mädchen an, eine Allergie zu haben. Am häufigsten genannt wurden Hausstauballergie (Jungen: 14,5 %; Mädchen: 13,6 %), Allergie gegen Tierhaare oder Federn (Jungen: 10,6 %; Mädchen: 10,5 %) sowie Allergie gegen bestimmte Nahrungsmittel (Jungen: 5,5 %; Mädchen: 9,8 %). Wie Abbildung 8.2 verdeutlicht, sind Jungen und Mädchen aus sozial besser gestelltem Elternhaus – gemessen über den familiären

---

**Abbildung 8.1**  
**Medizinisch relevante Befunde bei Einschülern und Einschülerinnen nach Sozialstatus**  
Quelle: Brandenburger Einschulungsuntersuchungen 2002 (Böhm et al. 2003)

**Abbildung 8.2**
Einfuss des familiären Wohlstandes auf das Auftreten von Allergien (mindestens eine Allergie)
Datenbasis: HBSC-Studie 2002


---

3 Der familiäre Wohlstand wird über die so genannte „Family Affluence Scale“ ermittelt, die auf Angaben zur Anzahl der Autos in der Familie (0, 1, 2 oder mehr), Anzahl der Urlaubsreisen in den letzten 12 Monaten (0, 1, 2 oder mehr), eigenes Zimmer des Jugendlichen (nein=0, ja=1) sowie der Anzahl der Computer im Haushalt (0, 1, 2 oder mehr) basiert. Aus den Antworten der Jugendlichen wird ein Punktsummenscore errechnet (0 bis 7 Punkte), um anschließend drei Wohlstandsgruppen abzugrenzen: niedriger (0-3 Punkte), mittlerer (4-5 Punkte) und hoher (6-7 Punkte) familiärer Wohlstand (Richter, Hurrelmann 2004; Richter 2005).


**Unfälle und Verletzungen**

Unfälle und daraus resultierende Verletzungen stellen im Kindes- und Jugendalter den häufigsten Einweisungsgrund in ein Krankenhaus und die mit Abstand bedeutendste Todesursache dar. Dass Kinder aus sozial benachteiligten Verhältnissen einem höheren Unfall- und Verletzungsrisiko unterliegen, wird unter anderem durch die Einschulungsuntersuchungen...


In der HBSC-Studie wurde untersucht, wie häufig die Jugendlichen in den vorausgegangenen 12 Monaten aufgrund einer Verletzung von einem Arzt oder Sanitäter behandelt worden sind. Fast 60 % der Jungen und 50 % der Mädchen gaben an, wenigstens eine behandlungsbedürftige Verletzung gehabt zu haben. 32 % der Jungen und 26 % der Mädchen mussten zweimal oder häufiger versorgt werden. Zwischen dem Berufsstatus der Eltern und der Unfallhäufigkeit zeigten sich keine bedeutsamen Zusammenhänge. Haupt- oder Realschüler bzw. Haupt- oder Realschülerinnen hatten häufiger zwei oder mehr Unfälle als Gymnasiasten und Gymnasiastinnen (Jungen: 35,6 % gegenüber 27,4 %; Mädchen: 27,6 % gegenüber 22,9 %).  

Mund- und Zahngesundheit


---

4 Da die Schulsysteme in den an der HBSC-Studie beteiligten Ländern (Nordrhein-Westfalen, Hessen, Sachsen und Berlin) unterschiedlich strukturiert sind, lassen sich Schulformvergleiche nur eingeschränkt anstellen. Unterschieden wird zwischen Gymnasium und anderen Schulformen, zu denen neben Haupt- und Realschule auch die Berliner Grundschule und sächsische Mittelschule zählen.

Tabelle 8.1
Kariesbefall bei 12-Jährigen nach Schulbildung der Eltern (Angaben in %)
Quelle: Deutsche Mundgesundheitsstudie 1997 (Schiffner, Reich 1999)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Schulabschluss</th>
<th>niedrig</th>
<th>mittel</th>
<th>hoch</th>
<th>Chi²-Test</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>DMFT = 0</td>
<td>44,7</td>
<td>34,4</td>
<td>50,2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DMFT 1-2</td>
<td>26,2</td>
<td>30,9</td>
<td>26,3</td>
<td>p&lt;0,001</td>
</tr>
<tr>
<td>DMFT &gt;2</td>
<td>29,1</td>
<td>34,7</td>
<td>23,5</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

DMFT-Index = Anzahl der kariös zerstörten (Decayed), wegen Kariesbefall entfernten (Missing) oder gefüllten (Filled) Zähne (Teeth).

Der Vergleich mit den vorangegangenen Mundgesundheitsstudien weist auf eine erhebliche Verbesserung der Zahn- und Mundgesundheit bei Jugendlichen hin. Diese Entwicklung lässt sich für alle Statusgruppen feststellen, am deutlichsten profitiert haben aber offenbar die Jugendlichen der niedrigsten Bildungsgruppen. Im Zuge dessen fallen die sozialen Unterschiede schwächer aus als noch 1989, was sich auch daran festmachen lässt, dass inzwischen die Jugendlichen der mittleren Bildungsgruppe die schlechteste Zahngesundheit aufweisen (Abbildung 8.3; Schiffner, Reich 1999).

---

5 Berichtet werden DMFS- und DMFT-Werte: DMFS = kariös zerstörte Zahnflächen (Decayed), auf Grund von Karies fehlende Zähne (Missing) und gefüllte Zahnflächen (Filled). „S“ (Surfaces) zeigt an, dass der Befund zahnhälfchenbezogen ermittelt wurde. Aus den erhobenen Daten wird der zahnbezogene DMFT-Index (Teeth) ermittelt (Schiffner, Reich 1999).
Die Mund- und Zahngesundheit steht im engen Zusammenhang mit der **Zahnpflege** der Jugendlichen. Die Ergebnisse der HBSC-Studie sprechen dafür, dass sozial benachteiligte Jugendliche häufiger die Zahnpflege vernachlässigen: Mädchen mit niedrigem familiären Wohlstand vernachlässigen im Vergleich zu Mädchen aus der begünstigten Gruppe mehr als doppelt so oft die Zahnpflege (bei statistischer Kontrolle des Alterseffekts). Bei Jungen liegt dieses Verhältnis bei 1,6:1 (Abbildung 8.4). Unterschiede zeigen sich auch im Hinblick auf die von den Jugendlichen besuchte Schulform: Gymnasiasten vernachlässigen im Vergleich zu Haupt- und Realschülern seltener die Zahnpflege (Jungen: 24,1 % gegenüber 32,5 %; Mädchen: 12,9 % gegenüber 19,2 %).

---

6 Da in der HBSC-Studie Jugendliche im Alter zwischen 11 und 15 Jahren befragt werden, empfiehlt es sich, den Einfluss des Alters statistisch zu kontrollieren. Die Angaben beziehen sich deshalb auf altersadjustierte Odds Ratios, die im Rahmen von logistischen Regressionen ermittelt wurden und besagen, um welchen Faktor die Chance für ein Ereignis, z.B. die Vernachlässigung der Zahnpflege, in der betrachteten Gruppe im Verhältnis zur entsprechenden Chance in der Referenzgruppe erhöht ist.
Abbildung 8.4
Einfluss des familiären Wohlstandes auf das regelmäßige Zähneputzen (seltener als zweimal am Tag)
Datenbasis: HBSC-Studie 2002

Psychisches Wohlbefinden

Gerade weil Kinder und Jugendliche eine weitgehend gesunde Bevölkerungsgruppe darstellen und sich nachteilige Lebensbedingungen oftmals erst im höheren Lebensalter in schwerwiegenden Krankheiten und Behinderungen niederschlagen, ist eine Betrachtung des psychischen Wohlbefindens der Heranwachsenden, das auch Aspekte der subjektiven Gesundheitswahrnehmung und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität beinhaltet, angezeigt. Hierzu kann unter anderem auf Daten der HBSC-Studie zur Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes, zur mentalen Gesundheit und zu psychosomatischen Beschwerden zurückgegriffen werden.

Die große Mehrzahl der 11- bis 15-jährigen Jugendlichen beschreibt den eigenen Gesundheitszustand auf einer vierstufigen Skala als ausgezeichnet oder gut. Lediglich 11,6 % der Jungen und 18 % der Mädchen gaben an, dass ihre Gesundheit weniger gut oder schlecht ist. Die Beurteilung der Gesundheit variiert dabei je nach familiärem Wohlstand: Jungen aus der niedrigsten Wohlstandsgruppe gelangen 1,6-mal häufiger als Jungen aus der höchsten Wohlstandsgruppe zu einer eher schlechten Gesundheitseinschätzung. Bei Mädchen beträgt
dieses Verhältnis etwa 2:1. Der Berufsstatus der Eltern spiegelt sich nur bei Mädchen in der Wahrnehmung der eigenen Gesundheit wieder (Tabelle 8.2).

### Tabelle 8.2

| Einfluss des Berufsstatus der Eltern und des familiären Wohlstandes auf die Selbsteinschätzung der allgemeinen Gesundheit als „weniger gut“ oder „schlecht“ |
|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
|                  | Selbsteinschätzung der Gesundheit |                  |                  |                  |                  |
|                  | Jungen            | Mädchen         | Jungen            | Mädchen         |                  |
|                  | ® | OR | 95 %-KI | ® | OR | 95 %-KI |
| **Beruflicher Status der Eltern** |                  |                  |                  |                  |                  |
| hoch (Ref.)      | 9,3 | 1,00 | 13,8 | 1,00 |                  |
| mittel           | 9,5 | 1,03 | 0,68-1,56 | 19,1 | 1,43 | 1,06-2,09 |
| niedrig          | 11,8 | 1,34 | 0,89-2,02 | 21,3 | 1,98 | 1,22-2,43 |
| **Familiärer Wohlstand** |                  |                  |                  |                  |                  |
| hoch (Ref.)      | 9,2 | 1,00 | 15,0 | 1,00 |                  |
| mittel           | 12,0 | 1,37 | 1,00-1,88 | 19,9 | 1,43 | 1,10-1,86 |
| niedrig          | 13,8 | 1,64 | 1,07-2,50 | 25,8 | 1,98 | 1,45-2,71 |

% = Häufigkeiten in Prozent; OR = Odds Ratio nach Adjustierung für Alter; 95%-KI = Konfidenzintervalle zu den Odds Ratio; Ref. = Referenzkategorie

Tabelle 8.3
Der Einfluss des Berufsstatus der Eltern und des familiären Wohlstands auf die mentale Gesundheit von Jugendlichen

Datenbasis: HBSC-Studie 2002

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Mentale Gesundheit</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Jungen</td>
<td>Mädchen</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>%</td>
<td>OR 95 %-KI</td>
</tr>
<tr>
<td>Beruflicher Status der Eltern</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hoch (Ref.)</td>
<td>15,4</td>
<td>1,00</td>
</tr>
<tr>
<td>mittel</td>
<td>12,9</td>
<td>0,81</td>
</tr>
<tr>
<td>niedrig</td>
<td>17,0</td>
<td>1,13</td>
</tr>
<tr>
<td>Familiärer Wohlstand</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hoch (Ref.)</td>
<td>13,5</td>
<td>1,00</td>
</tr>
<tr>
<td>mittel</td>
<td>15,4</td>
<td>1,17</td>
</tr>
<tr>
<td>niedrig</td>
<td>19,4</td>
<td>1,56</td>
</tr>
</tbody>
</table>

% = Häufigkeiten in Prozent; OR = Odds Ratio nach Adjustierung für Alter; 95%-KI = Konfidenzintervalle zu den Odds Ratio; Ref. = Referenzkategorie


Tabelle 8.4
Der Einfluss des Berufsstatus der Eltern und des familiären Wohlstands auf psychosomatische Beschwerden von Jugendlichen (zwei oder mehr wöchentliche Beschwerden)
Datenbasis: HBSC-Studie 2002

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Psychosomatische Beschwerden</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Jungen</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>%</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Beruflicher Status der Eltern</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hoch (Ref.)</td>
<td>14,1</td>
</tr>
<tr>
<td>mittel</td>
<td>11,8</td>
</tr>
<tr>
<td>niedrig</td>
<td>15,2</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Familiärer Wohlstand</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hoch (Ref.)</td>
<td>13,2</td>
</tr>
<tr>
<td>mittel</td>
<td>12,9</td>
</tr>
<tr>
<td>niedrig</td>
<td>19,6</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*=Häufigkeiten in Prozent; OR=Odds Ratio nach Adjustierung für Alter; 95%-KI=Konfidenzintervalle zu den Odds Ratio; Ref.=Referenzkategorie

Teilnahme an Krankheitsfrüherkennung und Prävention


Sozial ungleiche Gesundheitschancen von Kindern und Jugendlichen


8.3 Soziale Unterschiede im Gesundheitsverhalten von Jugendlichen


Tabak- und Alkoholkonsum

Abbildung 8.6
Anteil der regelmäßigen Raucher und Raucherinnen nach Schulform
Datenbasis: HBSC-Studie 2002

Bezogen auf den Alkoholkonsum wurden die Jugendlichen gefragt, wie häufig sie alkoholhaltige Getränke konsumieren, wobei zwischen Bier, Wein oder Sekt, Schnaps oder Likör sowie Mixgetränken und Cocktails differenziert wurde. Von einem regelmäßigen Konsum wird analog zum Rauchen gesprochen, wenn die Jugendlichen angaben, mindestens einmal in der Woche Alkohol zu trinken. In Tabelle 8.5 ist außerdem dargestellt, wie häufig die Jugendlichen bisher alkoholbedingte Rauscherfahrungen gemacht haben. Von allen Befragten gaben 53,2 % der Jungen und 56,9 % der Mädchen an, überhaupt keinen Alkohol zu trinken. Als regelmäßige Konsumenten sind 15,9 % der Jungen und 10,7 % der Mädchen einzustufen. Knapp 30 % der Jungen und Mädchen haben schon einmal so viel getrunken, dass sie stark betrunken waren. Zwei oder mehr alkoholbedingte Rauscherfahrungen werden von 18,8 % der Jungen und 14,4 % der Mädchen angegeben (Richter, Setternobulte 2003).
**Tabelle 8.5**
Regelmäßiger Alkoholkonsum (mindestens einmal in der Woche) und alkoholbedingte Rausch-erfahrungen (zweimal oder häufiger im Leben) nach Berufsstatus der Eltern und familiärem Wohlstand
Datenbasis: HBSC-Studie 2002

<table>
<thead>
<tr>
<th>%</th>
<th>OR</th>
<th>95 %-KI</th>
<th>%</th>
<th>OR</th>
<th>95 %-KI</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Jungen</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Alkoholkonsum</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(wöchentlich)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hoch (Ref.)</td>
<td>16,8</td>
<td>1,00</td>
<td>22,0</td>
<td>1,00</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>mittel</td>
<td>18,8</td>
<td>1,21</td>
<td>22,8</td>
<td>1,10</td>
<td>0,79-1,52</td>
</tr>
<tr>
<td>niedrig</td>
<td>13,1</td>
<td>0,84</td>
<td>16,6</td>
<td>0,78</td>
<td>0,55-1,10</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Rauscherfahrungen</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(mind. zweimal im Leben)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hoch (Ref.)</td>
<td>20,0</td>
<td>1,00</td>
<td>24,7</td>
<td>1,00</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>mittel</td>
<td>14,0</td>
<td>0,66</td>
<td>17,3</td>
<td>0,64</td>
<td>0,49-0,83</td>
</tr>
<tr>
<td>niedrig</td>
<td>11,6</td>
<td>0,53</td>
<td>16,3</td>
<td>0,60</td>
<td>0,40-0,89</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Familiärer Wohlstand</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hoch (Ref.)</td>
<td>12,0</td>
<td>1,00</td>
<td>15,5</td>
<td>1,00</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>mittel</td>
<td>14,7</td>
<td>1,30</td>
<td>18,5</td>
<td>1,30</td>
<td>0,91-1,86</td>
</tr>
<tr>
<td>niedrig</td>
<td>10,2</td>
<td>0,82</td>
<td>15,4</td>
<td>1,01</td>
<td>0,70-1,46</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Schulform</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Gymnasium</td>
<td>15,7</td>
<td>1,00</td>
<td>17,6</td>
<td>1,00</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Haupt- oder Realschule</td>
<td>16,2</td>
<td>1,13</td>
<td>21,4</td>
<td>1,48</td>
<td>1,14-1,92</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Mädchen</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Alkoholkonsum</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(wöchentlich)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hoch (Ref.)</td>
<td>12,8</td>
<td>1,00</td>
<td>16,0</td>
<td>1,00</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>mittel</td>
<td>12,1</td>
<td>0,93</td>
<td>17,6</td>
<td>1,15</td>
<td>0,87-1,53</td>
</tr>
<tr>
<td>niedrig</td>
<td>10,1</td>
<td>0,71</td>
<td>15,0</td>
<td>0,89</td>
<td>0,61-1,30</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Rauscherfahrungen</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(mind. zweimal im Leben)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hoch (Ref.)</td>
<td>11,4</td>
<td>1,00</td>
<td>14,8</td>
<td>1,00</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>mittel</td>
<td>12,4</td>
<td>1,17</td>
<td>17,2</td>
<td>1,32</td>
<td>1,01-1,72</td>
</tr>
</tbody>
</table>

% = Häufigkeiten in Prozent; OR = Odds Ratio nach Adjustierung für Alter; 95%-KI = Konfidenzintervalle zu den Odds Ratio; Ref. = Referenzkategorie

Der Anteil der Jungen, die regelmäßig Alkohol konsumieren und die in ihrem Leben schon zweimal oder häufiger betrunken waren, ist in der niedrigsten und mittleren im Vergleich zur am besten gestellten Wohlstandsgruppe geringer.
Sozial ungleiche Gesundheitschancen von Kindern und Jugendlichen

Hingegen haben Jungen und Mädchen, die eine Haupt- oder Realschule besuchen, häufiger als Gymnasiasten und Gymnasiastinnen alkoholbedingte Rauscherfahrungen gemacht. Der Berufsstatus der Eltern wirkt sich weder auf das Trinkverhalten der Jungen noch auf das der Mädchen aus (Tabelle 8.5).

Ernährung und Übergewicht


Tabelle 8.6
Ernährungsgewohnheiten von 11- bis 15-jährigen Jungen nach Berufsstatus der Eltern, familiärem Wohlstand und Schulform
Datenbasis: HBSC-Studie 2002

<table>
<thead>
<tr>
<th>Jungen</th>
<th>Obst (seltener als täglich)</th>
<th>Gemüse (seltener als täglich)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>%</td>
<td>OR</td>
</tr>
<tr>
<td>Beruflicher Status der Eltern</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hoch (Ref.)</td>
<td>58,9</td>
<td>1,00</td>
</tr>
<tr>
<td>mittel</td>
<td>61,2</td>
<td>1,11</td>
</tr>
<tr>
<td>niedrig</td>
<td>61,8</td>
<td>1,17</td>
</tr>
<tr>
<td>Familiärer Wohlstand</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hoch (Ref.)</td>
<td>58,4</td>
<td>1,00</td>
</tr>
<tr>
<td>mittel</td>
<td>63,2</td>
<td>1,25</td>
</tr>
<tr>
<td>niedrig</td>
<td>62,5</td>
<td>1,23</td>
</tr>
<tr>
<td>Schulform</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Gymnasium</td>
<td>59,3</td>
<td>1,00</td>
</tr>
<tr>
<td>Haupt- oder Realschule</td>
<td>62,1</td>
<td>1,15</td>
</tr>
</tbody>
</table>

% = Häufigkeiten in Prozent; OR=Odds Ratio nach Adjustierung für Alter; 95 %-KI=Konfidenzintervalle zu den Odds Ratio; Ref.=Referenzkategorie
Tabelle 8.6 (Fortsetzung)

Ernährungsgewohnheiten von 11- bis 15-jährigen Jungen nach Berufsstatus der Eltern, familiärem Wohlstand und Schulform

Datenbasis: HBSC-Studie 2002

<table>
<thead>
<tr>
<th>Beruflicher Status der Eltern</th>
<th>Süßigkeiten (täglich)</th>
<th>Softdrinks (täglich)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>hoch (Ref.)</td>
<td>28,3 1,00</td>
<td>27,1 1,00</td>
</tr>
<tr>
<td>mittel</td>
<td>30,1 1,09 0,84-1,42</td>
<td>36,1 1,54 1,18-2,00</td>
</tr>
<tr>
<td>niedrig</td>
<td>24,9 0,85 0,64-1,12</td>
<td>40,1 1,85 1,42-2,43</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Familiärer Wohlstand</th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>hoch (Ref.)</td>
<td>29,2 1,00</td>
<td>33,2 1,00</td>
</tr>
<tr>
<td>mittel</td>
<td>26,5 0,88 0,71-1,09</td>
<td>38,1 1,26 1,03-1,54</td>
</tr>
<tr>
<td>niedrig</td>
<td>28,9 0,99 0,73-1,34</td>
<td>38,9 1,31 0,98-1,75</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Schulform</th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Gymnasium</td>
<td>28,3 1,00</td>
<td>27,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Haupt- oder Realschule</td>
<td>27,6 0,97 0,79-1,19</td>
<td>40,7 1,89 1,54-2,31</td>
</tr>
</tbody>
</table>

% = Häufigkeiten in Prozent; OR=Odds Ratio nach Adjustierung für Alter; 95 %-KI=Konfidenzintervalle zu den Odds Ratio; Ref.=Referenzkategorie


Tabelle 8.7

Ernährungsgewohnheiten von 11- bis 15-jährigen Mädchen nach Berufsstatus der Eltern

Datenbasis: HBSC-Studie 2002

<table>
<thead>
<tr>
<th>Beruflicher Status der Eltern</th>
<th>Obst (seltener als täglich)</th>
<th>Gemüse (seltener als täglich)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>hoch (Ref.)</td>
<td>47,3 1,00</td>
<td>56,7 1,00</td>
</tr>
<tr>
<td>mittel</td>
<td>54,5 1,41 1,15-1,71</td>
<td>63,7 1,34 1,05-1,72</td>
</tr>
<tr>
<td>niedrig</td>
<td>53,3 1,28 1,00-1,64</td>
<td>63,7 1,35 1,05-1,73</td>
</tr>
</tbody>
</table>

% = Häufigkeiten in Prozent; OR=Odds Ratio nach Adjustierung für Alter; 95%-KI=Konfidenzintervalle zu den Odds Ratio; Ref.=Referenzkategorie
### Tabelle 8.7 (Fortsetzung)

Ernährungsgewohnheiten von 11- bis 15-jährigen Mädchen nach Berufsstatus der Eltern

Datenbasis: HBSC-Studie 2002

<table>
<thead>
<tr>
<th>Familiärer Wohlstand</th>
<th>Mädchen</th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>hoch (Ref.)</td>
<td>47,3</td>
<td>1,00</td>
<td>60,5</td>
<td>1,00</td>
<td>0,96-1,43</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>mittel</td>
<td>55,5</td>
<td>1,41</td>
<td>1,15-1,71</td>
<td>64,1</td>
<td>1,17</td>
<td>0,86-1,45</td>
</tr>
<tr>
<td>niedrig</td>
<td>56,6</td>
<td>1,46</td>
<td>1,13-1,88</td>
<td>63,1</td>
<td>1,12</td>
<td>0,86-1,45</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Schulform</th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Gymnasium</td>
<td>47,5</td>
<td>1,00</td>
<td>59,1</td>
<td>1,00</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Haupt- oder Realschule</td>
<td>56,1</td>
<td>1,43</td>
<td>1,19-1,53</td>
<td>64,6</td>
<td>1,27</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Süßigkeiten (täglich)</th>
<th>Softdrinks (täglich)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>%</td>
<td>OR</td>
</tr>
<tr>
<td>---</td>
<td>---</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Beruflicher Status der Eltern</th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>hoch (Ref.)</td>
<td>29,6</td>
<td>1,00</td>
<td>14,2</td>
</tr>
<tr>
<td>mittel</td>
<td>28,4</td>
<td>0,94</td>
<td>0,72-1,23</td>
</tr>
<tr>
<td>niedrig</td>
<td>29,5</td>
<td>0,99</td>
<td>0,76-1,30</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Familiärer Wohlstand</th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>hoch (Ref.)</td>
<td>28,9</td>
<td>1,00</td>
<td>22,0</td>
</tr>
<tr>
<td>mittel</td>
<td>27,4</td>
<td>0,93</td>
<td>0,75-1,15</td>
</tr>
<tr>
<td>niedrig</td>
<td>33,1</td>
<td>1,21</td>
<td>0,92-1,59</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Schulform</th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Gymnasium</td>
<td>29,5</td>
<td>1,00</td>
<td>15,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Haupt- oder Realschule</td>
<td>28,5</td>
<td>0,96</td>
<td>0,79-1,17</td>
</tr>
</tbody>
</table>


Von den 11- bis 15-Jährigen wären demnach 8,4 % der Jungen und 5 % der Mädchen als übergewichtig zu bezeichnen. Von Adipositas sind 2,4 % der Jungen und 1,7 % der Mädchen betroffen (Zubrägel, Settertobulte 2003). In der niedrigsten und mittleren Wohlstandsgruppe ist der Anteil der Übergewichtigen allerdings deutlich erhöht, bei Jungen etwa um den Faktor 2,1 bzw. 1,7, bei Mädchen sogar um den Faktor 2,7 bzw. 2,5 (Abbildung 8.8). Auch
zwischen Jugendlichen, die ein Gymnasium besuchen und denen, die auf eine Haupt- oder Realschule gehen, zeigen sich in dieser Hinsicht deutliche Unterschiede (Jungen: 7,9 % gegenüber 13,3 %; Mädchen: 4,1 % gegenüber 8,6 %).

Abbildung 8.8
Verbreitung von Übergewicht bei 11- bis 15-jährigen Jungen und Mädchen nach familiärem Wohlstand
Datenbasis: HBSC-Studie 2002

Körperliche Aktivität

Im Hinblick auf Jugendliche lässt sich feststellen, dass die Mehrzahl in der Freizeit körperlich aktiv ist. In der HBSC-Studie gaben nur 11 % der Jungen und 15 % der Mädchen an, dass sie sich an weniger als zwei Tagen in der Woche für insgesamt 60 Minuten sportlich oder andersweitig körperlich betätigen. Tabelle 8.8 kann entnommen werden, dass der familiäre Wohlstand und die Schulform vor allem bei Mädchen einen Einfluss auf das Bewegungsverhalten ausübt: Mädchen aus der niedrigsten Wohlstandsgruppe sind nahezu dreimal häufiger und Mädchen aus der mittleren Wohlstandsgruppe fast zweimal häufiger an weniger als zwei Tagen in der Woche aktiv. Außerdem sind Gymnasiastinnen aktiver als Haupt- und Realschülerinnen. Bei Jungen sind diese Zusammenhänge deutlich schwächer ausgeprägt (familiärer Wohlstand) bzw. nicht vorhanden (Schulform).

Tabelle 8.8
Körperliche Aktivität und Fernsehkonsum von 11- bis 15-jährigen Jugendlichen nach Berufsstatus der Eltern, familiärem Wohlstand und Schulform
Datenbasis: HBSC-Studie 2002

<table>
<thead>
<tr>
<th>Jungen</th>
<th>Körperliche Aktivität (weniger als 2 Tage/Woche)</th>
<th>Fernsehkonsum (mehr als 4 Std. täglich)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>%</td>
<td>OR</td>
</tr>
<tr>
<td>Beruflicher Status der Eltern</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hoch (Ref.)</td>
<td>9,0</td>
<td>1,00</td>
</tr>
<tr>
<td>mittel</td>
<td>8,5</td>
<td>0,95</td>
</tr>
<tr>
<td>niedrig</td>
<td>11,4</td>
<td>1,34</td>
</tr>
<tr>
<td>Familiärer Wohlstand</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hoch (Ref.)</td>
<td>7,7</td>
<td>1,00</td>
</tr>
<tr>
<td>mittel</td>
<td>11,8</td>
<td>1,62</td>
</tr>
<tr>
<td>niedrig</td>
<td>9,8</td>
<td>1,34</td>
</tr>
<tr>
<td>Schulform</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Gymnasium</td>
<td>10,5</td>
<td>1,00</td>
</tr>
<tr>
<td>Haupt- oder Realschule</td>
<td>9,7</td>
<td>0,94</td>
</tr>
</tbody>
</table>

%=Häufigkeiten in Prozent; OR=Odds Ratio nach Adjustierung für Alter; 95%-KI=Konfidenzintervalle zu den Odds Ratio; Ref.=Referenzkategorie
Um das Bewegungsverhalten von Kindern und Jugendlichen umfassend beurteilen zu können, sollte der Blick auf andere Freizeitaktivitäten erweitert werden, zumal diese häufig in Konkurrenz zu Sport- oder Bewegungsangeboten stehen. In erster Linie betrifft dies die Nutzung von medialen Angeboten, die in den letzten Jahren erheblich zugenommen hat (Feierabend, Klingler 2002). In der HBSC-Studie gaben die Jugendlichen unter anderem an, in einer normalen Woche durchschnittlich 2,3 Stunden vor dem Fernseher zu verbringen. Am Wochenende steigt der Fernsehkonsum auf durchschnittlich 3,4 Stunden bei Jungen und 3,0 Stunden bei Mädchen. Insgesamt verbringen die 11- bis 15-Jährigen damit 17,5 Stunden in der Woche vor dem Fernseher (Richter, Settertobulte 2003).

Der Fernsehkonsum variiert dabei erheblich mit dem familiären Wohlstand: Jungen wie Mädchen am unteren Ende des Wohlstandsgefälles sitzen im Vergleich zu den am besten gestellten Gleichaltrigen mehr als doppelt so oft täglich vier und mehr Stunden vor dem Fernseher. Ebenso deutliche Unterschiede lassen sich anhand des Berufsstatus der Eltern und der Schulform feststellen (Tabelle 8.8).
8.4 Soziales Kapital als Gesundheitsressource von Jugendlichen


Tabelle 8.9
Anteil der 11- bis 15-jährigen Jugendlichen mit schlechtem allgemeinen Gesundheitszustand und geringer Sportausübung nach familiärem Wohlstand und soziales Kapital (Angaben in %)
Datenbasis: HBSC-Studie 2002, Daten für das Bundesland Hessen (Klocke, Lampert 2005)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Familiärer Wohlstand¹</th>
<th>Gesundheitszustand einigermaßen/schlecht</th>
<th>Sport in den letzten 7 Tagen: zweimal oder weniger</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Soziales Kapital</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>wenig</td>
<td>viel</td>
</tr>
<tr>
<td>Jungen</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1. Quintil (Armutsgruppe)</td>
<td>16</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Quintil</td>
<td>13</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Quintil</td>
<td>16</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Quintil</td>
<td>19</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>5. Quintil (Wohlstandsgruppe)</td>
<td>18</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>Insgesamt</td>
<td>17</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>Mädchen</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1. Quintil (Armutsgruppe)</td>
<td>30</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Quintil</td>
<td>17</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Quintil</td>
<td>19</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Quintil</td>
<td>22</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>5. Quintil (Wohlstandsgruppe)</td>
<td>19</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>Insgesamt</td>
<td>22</td>
<td>11</td>
</tr>
</tbody>
</table>

¹ Der familiäre Wohlstand wird hier ebenfalls ausgehend von der Family Affluence Scale bestimmt, allerdings werden auf Basis des Punktsummenscores Quintile berechnet und das unterste und oberste Quintil als Armuts- bzw. Wohlstandsgruppe bezeichnet (Klocke 2004).

OR=Die Odds Ratio zeigen hier an, um welchen Faktor das Risiko bei Jugendlichen mit wenig im Vergleich zu denen mit viel sozialem Kapital erhöht ist, den allgemeinen Gesundheitszustand als schlecht zu beurteilen bzw. selten Sport zu treiben

* Zusammenhänge sind signifikant (p < 0,05); n.s. Zusammenhänge sind nicht signifikant
Sozial ungleiche Gesundheitschancen von Kindern und Jugendlichen


8.5 Diskussion


Im Jugendalter zeichnet sich die gesundheitliche Chancenungleichheit etwas schwächer ab. Dies lässt sich zumindest für das Vorkommen körperlicher Erkrankungen, bei Jungen auch für die Selbst Einschätzung der Gesundheit und psychosomatische Beschwerden belegen. Ein möglicher Grund ist, dass in dieser Phase viele Entwicklungsaufgaben weitgehend unabhängig von den Eltern gelöst werden müssen und andere Bezugspersonen, wie z.B. Lehrer und Lehrerinnen, Betreuer und Betreuerinnen in Jugendeinrichtungen und vor allem die Gleichaltrigen, an Bedeutung gewinnen. Andererseits werden im Jugendalter gesundheitsrelevante Einstellungen, die bereits im Kindesalter ausgebildet wurden, stabilisiert, ausdifferenziert und in Verhalten umgesetzt. Insofern verwundert es nicht, dass sich bei Jugendlichen die ungleichen Lebensbedingungen und Teilhabechancen zuvorderst im gesundheits-


Literaturverzeichnis


Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (2001) Lebenslagen in Deutschland – Der erste Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. BMAS, Bonn


Kurth B-M, Bergmann KE, Dippelhofer A, Hölling H, Kamtsiuris P, Thelfed W (2002a) Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Was wir wissen, was wir nicht wissen, was wir wissen werden. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 45 (11), S. 852-858


Lampert T, Schenk L, Stolzenberg H (2002) Konzeptualisierung und Operationalisierung sozialer Ungleichheit im Kinder- und Gesundheitssurvey. Das Gesundheitswesen 64 (Sonderheft 1), S48-S52


Sozial ungleiche Gesundheitschancen von Kindern und Jugendlichen


9 Gesundheit im höheren Lebensalter


9.1 Lebenslage älterer Menschen


Von Einkommensarmut sind im höheren Lebensalter inzwischen weniger Menschen betroffen als in den jüngeren Bevölkerungsgruppen. Das Risiko der Einkommensarmut unter den Älteren ist seit 1998 von 13,3 % auf 11,4 % zurückgegangen. Es ist damit 2003 deutlich geringer als in der Gesamtbevölkerung. Auch liegt der Anteil der Älteren, die Sozialhilfe beziehen, deutlich unter dem gesamtgesellschaftlichen Durchschnitt (1,3 % gegenüber 3,3 % im Jahr 2002). Allerdings spielen hier das Geschlecht und Haushaltsgröße eine stark differen-
zierende Rolle: Beispielsweise lag die Armutsrisikoquote allein lebender Frauen im Alter von 65 bis 74 Jahren bei 29,3 %; im höheren Alter nimmt sie noch bis auf 31,4 % zu (BMGS 2005).

9.2 Körperliche und psychische Erkrankungen im Alter


Abbildung 9.1
Vorliegen mindestens einer selbstberichteten Krankheit oder Gesundheitsstörung nach Alter und Geschlecht
Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003

<table>
<thead>
<tr>
<th>Alter</th>
<th>Männer</th>
<th>Frauen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>40-49</td>
<td>31,6%</td>
<td>37,2%</td>
</tr>
<tr>
<td>50-59</td>
<td>42,3%</td>
<td>47,8%</td>
</tr>
<tr>
<td>60-69</td>
<td>46,7%</td>
<td>53,5%</td>
</tr>
<tr>
<td>70+</td>
<td>51,0%</td>
<td>60,7%</td>
</tr>
</tbody>
</table>


Ein genaueres Bild des Krankheitsgeschehens im Alter lässt sich anhand von Daten der Berliner Altersstudie wiedergeben, da in dieser Studie ein umfassendes geriatrisches Assessment durchgeführt wurde. Demnach sind 96 % der 70-jährigen und älteren Menschen von mindestens einer und rund 30 % von fünf oder mehr behandlungsbedürftigen internistischen, neurologischen oder orthopädischen Erkrankungen betroffen. Zu den häufigsten Krankheiten und Gesundheitsstörungen zählen Hyperlipidämie, Varikosis, Zerebralarteriosklerose, Herzinsuffizienz, Arthrose, Dorsopathie und arterielle Hypertonie – mit Prävalenzen zwischen 45 % und 76 %. Auch Diabetes mellitus Typ 2 (18,5 %), koronare Herzkrankheit (23,3 %), arterielle Verschlusskrankheit (35,6 %) und chronisch obstruktive Lungenkrankung
(25,3 %) sind bei 70-Jährigen und Älteren weit verbreitet (Steinhagen-Thiessen, Borchelt 1996).


Tabelle 9.1
Anzahl vollstationärer Krankenhausbehandlungsfälle im Jahr 2002, pro 100.000 der Bevölkerung nach Diagnosegruppen, Alter und Geschlecht
Quelle: Krankenhausdiagnosestatistik 2002

<table>
<thead>
<tr>
<th>ICD-10</th>
<th>Diagnose/Behandlungsanlass</th>
<th>Männer</th>
<th>Frauen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>65 - 74</td>
<td>75+</td>
</tr>
<tr>
<td>A00-B99</td>
<td>Bestimmte infektiöse u. parasitäre Krankheiten</td>
<td>581</td>
<td>1.090</td>
</tr>
<tr>
<td>C00-D48</td>
<td>Neubildungen</td>
<td>8.086</td>
<td>8.615</td>
</tr>
<tr>
<td>D50-D89</td>
<td>Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestm. Störungen mit Beteiligung des Immunsystems</td>
<td>263</td>
<td>598</td>
</tr>
<tr>
<td>E00-E90</td>
<td>Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten</td>
<td>1.090</td>
<td>1.564</td>
</tr>
<tr>
<td>F00-F99</td>
<td>Psychische und Verhaltensstörungen</td>
<td>789</td>
<td>1.313</td>
</tr>
<tr>
<td>G00-G99</td>
<td>Krankheiten des Nervensystems</td>
<td>1.877</td>
<td>2.390</td>
</tr>
<tr>
<td>H00-H95</td>
<td>Krankheiten des Auges und des Ohres</td>
<td>1.411</td>
<td>2.703</td>
</tr>
<tr>
<td>I00-I99</td>
<td>Krankheiten des Kreislaufsystems</td>
<td>12.389</td>
<td>17.843</td>
</tr>
<tr>
<td>J00-J99</td>
<td>Krankheiten des Atmungssystems</td>
<td>2.332</td>
<td>4.907</td>
</tr>
<tr>
<td>K00-K93</td>
<td>Krankheiten des Verdauungssystems</td>
<td>4.362</td>
<td>6.120</td>
</tr>
<tr>
<td>L00-L99</td>
<td>Krankheiten der Haut und der Unterhaut</td>
<td>383</td>
<td>570</td>
</tr>
<tr>
<td>M00-M99</td>
<td>Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes</td>
<td>2.863</td>
<td>2.627</td>
</tr>
<tr>
<td>N00-N99</td>
<td>Krankheiten des Urogenitalsystems</td>
<td>321</td>
<td>2.121</td>
</tr>
<tr>
<td>R00-R99</td>
<td>Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die a.n.k. sind</td>
<td>520</td>
<td>2.219</td>
</tr>
<tr>
<td>S00-T98</td>
<td>Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen</td>
<td>1.195</td>
<td>14.533</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Aussagen über die Verbreitung von Krebserkrankungen im höheren Lebensalter sind auch anhand von Daten der Dachdokumentation Krebs am Robert Koch-Institut möglich. Für das Jahr 2000 lässt sich zeigen, dass von allen Neuerkrankungen an Krebs bei Frauen 36,0 % und bei Männern 24,9 % auf die 75-Jährigen und Älteren entfallen (Haberland et al. 2001). In dieser Altersgruppe ergibt sich bei Frauen die höchste Inzidenz für Darmkrebs (ICD-9 153-4,


Im Hinblick auf **Depressionen** sind insbesondere Majore Depressionen (nach DSM-IV) und Dysthymien zu beachten. Majore Depressionen zeichnen sich durch eine stark ausgeprägte Symptomatik aus, die wahrscheinlich sowohl durch eine endogene als auch eine erlebnisreaktive Komponente bestimmt ist. Die Symptomatik von Dysthymien ist schwächer ausgeprägt, aber ebenfalls chronifiziert und im Allgemeinen lange anhaltend. Das Risiko einer depressiven Erkrankung ist vor allem bei Partnerverlust, bei subjektiv erlebter Einsamkeit sowie bei körperlichen Erkrankungen und Behinderungen erhöht. In der Berliner Altersstudie wurde bei 3,5 % der 70-jährigen und älteren Männer und 5,9 % der gleichaltrigen Frauen eine Majore Depression festgestellt. Die Prävalenz von Dysthymien lag für beide Geschlechter bei 2,0 %. Daneben sind Störungen mit subdiagnostischer Symptomatik zu beachten, die bei etwa 18 % der 70-Jährigen und Älteren gefunden werden (Helmchen et al. 1996; RKI 2002).

---

1 Da gegenwärtig in Deutschland keine vollständige und flächendeckende Krebsregistrierung existiert, beruhen die Daten zur Inzidenz von Krebserkrankungen auf Schätzungen. Die Schätzung der Inzidenzen für Deutschland ist über ein indirektes Verfahren – auf der Basis der Daten eines Referenzregisters – möglich. Die Datenbasis des Referenzregisters entstammt im Wesentlichen dem saarländischen Krebsregister, ergänzt um Daten weiterer Register, die als ausreichend vollständig erachtet werden (Arbeitsgemeinschaft Bevölkerungsbezogener Krebsregister 2004).

2 Mit diesem Begriff wird eine psychopathologische Symptomatik beschrieben, die zwar für die Lebensqualität und Inanspruchnahme medizinischer Leistungen von Bedeutung ist, die jedoch die Diagnosekriterien der üblicherweise verwendeten Klassifikationen ICD (Internationale Klassifikation der Krankheiten) und DSM (Diagnostisch-statistisches Manual der American Psychiatric Association) nur zum Teil erfüllt.
Gesundheit im höheren Lebensalter


9.3 Hilfebedarfe älterer Menschen und Inanspruchnahme pflegerischer Leistungen


Im Jahr 2002 waren 2,003 Mio. Versicherte der sozialen und privaten Pflegeversicherung als pflegebedürftig anerkannt. Setzt man diese in Relation zur Gesamtbevölkerung, so waren 2,4 % der Menschen in Deutschland pflegebedürftig. In der Verteilung der Pflegebedürftigkeit treten ausgeprägte alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede zutage. Bis zum Alter von 55 Jahren liegt der Anteil der Pflegebedürftigen bei Frauen wie Männern unter 1 % und steigt dann bis zum Alter von 65 Jahren leicht auf 1,4 % bei Frauen und 1,7 % bei Männern an. Danach nimmt die Prävalenz sprunghaft zu, bis auf 62,7 % bei 90-jährigen und älteren

3 Pflegestufe I („erhebliche Pflegebedürftigkeit“): mindestens einmal täglich Hilfebedarf bei wenigstens zwei Verrichtungen aus dem Bereich der Grundpflege; zeitlicher Pflegeaufwand von mindestens 1,5 Stunden am Tag.
Pflegestufe II („Schwerpflegebedürftigkeit“): Hilfebedarf in der Grundpflege, der mindestens dreimal täglich und zu verschiedenen Tageszeiten anfällt; zeitlicher Pflegeaufwand von mindestens drei Stunden am Tag.
Pflegestufe III („Schwerstpflegebedürftigkeit“): Hilfebedarf in der Grundpflege, der rund um die Uhr einschließlich der Nacht besteht; zeitlicher Pflegeaufwand von mindestens fünf Stunden am Tag.

Von den anerkannt Pflegebedürftigen werden 1,368 Millionen zu Hause und 0,635 Millionen in einem Pflegeheim gepflegt. Die zu Hause gepflegten Personen sind zu 56,0 % in die Pflegestufe I eingestuft. Der Anteil der Empfänger der Pflegestufe II liegt in der häuslichen Pflege bei 34,0 % und der Anteil der Pflegestufe III bei 10,0 %. Pflegebedürftige, die zu Hause gepflegt werden, können zwischen den Leistungen eines ambulanten Pflegedienstes (Sachleistung) und dem Pflegegeld wählen. Möglich ist auch, Sach- und Geldleistung dem gewünschten Pflegearrangement entsprechend zu kombinieren (Kombinationsleistung). Bei den Leistungsempfängern in stationären Pflegeeinrichtungen liegt der Anteil der Pflegestufe I bei 37,7 %, während 41,8 % auf die Pflegestufe II und 20,4 % auf die Pflegestufe III entfallen. Erwartungsgemäß werden Pflegebedürftige mit einer höheren Pflegestufe häufiger in einem Pflegeheim gepflegt als solche mit einer niedrigeren Pflegestufe. Versicherte, die in einem Pflegeheim gepflegt werden, haben Anspruch auf vollstationäre Leistungen, die die pflegebedingten Aufwendungen und – im Rahmen einer Übergangsregelung – die Aufwendungen der medizinischen Behandlungspflege und der sozialen Betreuung abdecken. Für die Unter­kunft und Verpflegung müssen die Pflegebedürftigen allerdings selbst aufkommen. Insgesamt lässt sich für die letzten Jahre eine leichte Verschiebung in Richtung auf die professionelle und stationäre Pflege feststellen (RKI 2004).

9.4 Subjektive Gesundheit und Lebensqualität im Alter

Die subjektive Gesundheit wird gerade mit Blick auf ältere Menschen als sensitiver Indikator für die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens und die fernere Lebenserwartung angesehen. Im telefonischen Gesundheitssurvey 2003 schätzten mehr als drei Viertel der befragten Männer und Frauen im Alter von 40 bis 49 Jahre ihren allgemeinen Gesundheitszustand als gut oder sehr gut ein.
Mit zunehmenden Alter ist zwar eine schrittweise Verringerung dieses Anteils zu beobachten, aber auch noch in der Gruppe der 70-Jährigen und Älteren gelangen 50,2 % der Männer und 40,2 % der Frauen zu einer positiven Beurteilung ihrer gesundheitlichen Situation. An- gesichts der weiten Verbreitung von Krankheiten und Funktionseinbußen in dieser Altersgruppe wird deutlich, dass der „objektive“ Gesundheitsstatus und das „subjektive“ Gesundheitsurteil erheblich auseinander fallen können (Abbildung 9.2).

Abbildung 9.2
Anteil der Personen mit sehr guter oder guter selbst eingeschätzter Gesundheit
Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003

9.5 Lebenslage und Gesundheit im Alter


Dass sich die soziale Ungleichheit im höheren Lebensalter im geringeren Maße in der Gesundheit niederschlägt, lässt sich auch mit den Daten des telefonischen Gesundheitssurveys 2003 bestätigen. Abbildungen 9.4 und 9.5 kann entnommen werden, wie sich der Einfluss der Schichtzugehörigkeit auf die Selbsteinschätzung der Gesundheit im Altersgang verändert. Die Sozialschicht wird dabei über einen aggregierten Index erfasst, der auf Angaben...
zum Bildungsniveau, Haushaltsnettoeinkommen und beruflichen Status basiert und zwischen einer Unter-, Mittel- und Oberschicht unterscheidet (Winkler, Stolzenberg 1999).

Abbildung 9.4
Anteil der Männer mit sehr guter oder guter selbst eingeschätzter Gesundheit nach Schichtzugehörigkeit
Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003

Bei 50- bis 59-jährigen Männern lässt sich ein stark ausgeprägtes Schichtgefälle beobachten: Fast 80 % der Männer aus der Oberschicht und 63 % der Männer aus der Mittelschicht, aber nur knapp über 40 % der Männer aus der Unterschicht beurteilen ihre eigene Gesundheit als gut oder sehr gut. In der Altersgruppe der 60- bis 69-jährigen zeichen sich diese Unterschiede ähnlich stark ab, während bei den 70-jährigen und älteren Männern nur noch geringe schichtspezifische Variationen ermittelt werden können. Auch für Frauen lässt sich ein mit dem Alter abnehmender Einfluss der Schichtzugehörigkeit auf die Selbsteinschätzung der Gesundheit feststellen.
Abbildung 9.5
Anteil der Frauen mit sehr guter oder guter selbst eingeschätzter Gesundheit nach Schichtzugehörigkeit
Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003

Tabelle 9.2
Verbreitung chronischer Krankheit und gesundheitsbedingter Einschränkungen im Alltag nach Schichtzugehörigkeit (Angaben in %)
Datenbasis: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Männer</th>
<th></th>
<th></th>
<th>Frauen</th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>50-59</td>
<td>60-69</td>
<td>70+</td>
<td>50-59</td>
<td>60-69</td>
<td>70+</td>
</tr>
<tr>
<td>Chronische Krankheit</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Oberschicht</td>
<td>37,1</td>
<td>42,0</td>
<td>54,9</td>
<td>42,3</td>
<td>43,5</td>
<td>53,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Mittelschicht</td>
<td>45,7</td>
<td>49,7</td>
<td>49,5</td>
<td>49,1</td>
<td>53,7</td>
<td>62,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Unterschicht</td>
<td>46,8</td>
<td>47,7</td>
<td>47,3</td>
<td>58,5</td>
<td>60,2</td>
<td>62,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltag</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Oberschicht</td>
<td>28,6</td>
<td>37,7</td>
<td>51,1</td>
<td>32,5</td>
<td>42,1</td>
<td>56,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Mittelschicht</td>
<td>39,4</td>
<td>41,2</td>
<td>53,6</td>
<td>40,1</td>
<td>42,4</td>
<td>53,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Unterschicht</td>
<td>53,2</td>
<td>46,7</td>
<td>49,1</td>
<td>46,2</td>
<td>48,8</td>
<td>59,0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

9.6 Diskussion


Die im mittleren Lebensalter stark ausgeprägte soziale Ungleichheit der Gesundheitsschancen und Krankheitsrisiken findet im höheren Lebensalter ein weitaus schwächeren Ausdruck. Diese Aussage lässt sich auch durch in anderen Ländern durchgeführte Untersuchungen bekräftigen. Sowohl für die Vereinigten Staaten wie auch für Großbritannien und Schweden wird berichtet, dass sich die sozio-ökonomisch bedingten Disparitäten im Gesundheitsstatus und in der Lebenserwartung spätestens ab dem 60. Lebensjahr verringern. Während in den ersten Jahren nach dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben das Erkrankungs- und Sterbe-

Diese Forschungsbefunde bestätigen die Arbeitswelt als zentralen Entstehungsort sozialer Ungleichheit und deren Auswirkungen auf die Gesundheit. Der Übergang in den Ruhestand bringt nicht nur Veränderungen in Bezug auf arbeits- und berufsbezogene Belastungen und Ressourcen mit sich, gleichzeitig erfolgt eine Anpassung der Lebensführung an die veränderten Lebensumstände. Der gesundheitsrelevante Einfluss der sozialen Lage im höheren Lebensalter ist aber auch vor dem Hintergrund der endogenen Alternsprozesse zu sehen, die weitgehend genetisch determiniert sind. Schließlich ist zu bedenken, dass alte Menschen und insbesondere die Hochbetagten eine selektive Gruppe relativ gesunder Überlebender darstellen. Insofern könnten die relativ geringen sozial bedingten Gesundheitsunterschiede in der älteren Bevölkerung auch darauf zurückzuführen sein, dass die am stärksten sozial wie gesundheitlich benachteiligten Personen bereits verstorben sind (Lampert, Maas 2002; Lampert et al. 2004).
Literaturverzeichnis


Robert S, House JS (1996) SES differentials in health by age and alternative indicators of SES. Journals of Aging and Health 8, pp. 359-388


Migration und Gesundheit


Als Migranten und Migrantinnen werden zumeist alle Personen bezeichnet, die selbst oder deren Eltern zugewandert sind. Auch für die dritte Einwanderergeneration kann der Migrationshintergrund eine wichtige Bestimmungsgröße der Lebensumstände sein. Dies gilt insbesondere für Personen, die nicht über die deutsche Staatsangehörigkeit verfügen und sich so durch ihre rechtliche Situation von Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit unterscheiden (Schenk 2002; Schenk, Neuhauser 2005).


10.1 Lebenslage von Migranten und Migrantinnen


Unterschiede in der Lebenslage von Menschen mit und ohne Migrationshintergrund lassen sich unter anderem an der Haushaltsform festmachen. Legt man die Daten des Sozio-oekonomischen Panels aus dem Jahr 2001 zugrunde, dann finden sich unter Migranten und Migrantinnen seltener Singlehaushalte bzw. kinderlose Paarhaushalte (50,6 % gegenüber 69 %), während Familienhaushalte entsprechend häufiger vorkommen (49,4 % gegenüber 31 %). Insbesondere der Anteil der Haushalte älterer, allein lebender Menschen ist bei

---

Migranten und Migrantinnen mit 6,1 % weitaus niedriger als in der Vergleichsgruppe ohne Migrationshintergrund mit 15,8 % (Fuchs et al. 2004).


10.2 Gesundheitliche Situation von Migranten und Migrantinnen

Krankheiten und Krankheitsfolgen

Auskunft über die Verbreitung von Krankheiten und Unfallverletzungen erteilt u.a. die alle vier Jahre durchgeführte Mikrozensus-Zusatzerhebung zur Gesundheit. Anhand der Daten aus dem Jahr 1999 lassen sich nur geringe Unterschiede zwischen Deutschen und Nicht-Deutschen belegen: In der Gruppe der 20- bis 29-Jährigen waren 6,2 % der deutschen und 6,7 % der nicht-deutschen Männer zum Erhebungszeitpunkt (d.h. in der Berichtswoche) krank oder unfallverletzt; bei Frauen betragen die entsprechenden Anteile 6,7 % und 5,7 %.

Im Altersgang nehmen Krankheiten und Unfallverletzungen bei deutschen und ausländischen Männern und Frauen zu (Abbildung 10.1). Bei Frauen treten auch im fortgeschrittenen Alter nur schwache Unterschiede zutage, wohingegen deutsche Männer etwas häufiger als ausländische Männer von Krankheiten und Unfallverletzungen betroffen sind (19,7 % gegenüber 15,6 %).

Abbildung 10.1
Anteil der Kranken und Unfallverletzten bei Deutschen und Nicht-Deutschen nach Alter und Geschlecht
Datenbasis: Mikrozensus 1999

Abbildung 10.2
Arbeitsunfähigkeit durch Arbeitsunfälle im Jahr 1997 bei Versicherten mit deutscher, nicht-deutscher und türkischer Staatsangehörigkeit (AU-Fälle je 100 Versicherter)
Quelle: Bundesverband der Betriebskrankenkassen 1997

Im Unterschied zu Arbeitsunfällen sind Berufskrankheiten eine Spätfolge von gesundheitlich belastenden Arbeitsbedingungen. Die langen Latenzzeiten dieser Krankheiten führen dazu, dass sie vor allem bei langjährig Beschäftigten zu beobachten sind. Fehlende Berufsjahre bestimmter Migrantengruppen könnten ein Grund dafür sein, dass ausländische Arbeitnehmer insgesamt von Berufskrankheiten nicht überproportional betroffen sind und


**Subjektive Gesundheit**


**Abbildung 10.3**
Zufriedenheit mit der Gesundheit (Skala 0 = sehr unzufrieden bis 10 = sehr zufrieden)
Mittelwerte für Deutsche und Zuwanderungsgruppen nach Alter und Befragungsjahren

10.3 Gesundheitsverhalten von Migranten und Migrantinnen

Zur Beschreibung des Gesundheitsverhaltens von Zuwanderern kann erneut auf den Mikrozensus zurückgegriffen werden. Die ersten Auswertungen der Daten aus dem Jahr 2003 zeigen, dass ausländische im Vergleich zu deutschen Männern deutlich öfter **Raucher** sind. In der Gruppe der 20- bis unter 60-Jährigen rauchen 46,8 % der nicht-deutschen gegenüber 39,7 % der deutschen Männer. Bei den Frauen sind die Unterschiede insgesamt schwächer ausgeprägt. In der Tendenz zeigt sich aber, dass deutsche Frauen etwas häufiger als aus-
ländische Frauen rauchen. Im Vergleich zu den Rauchprävalenzen im Jahr 1999 (Abbildung 10.4.) lässt sich feststellen, dass die beobachteten Trends anhalten.

**Abbildung 10.4**

Anteil der aktuellen Raucher/Raucherinnen bei 20- bis 60-jährigen deutschen und nicht-deutschen Männern und Frauen

Datenbasis: Mikrozensus 1999

Auch der **Konsum illegaler Drogen** wird in der Münchner Berufsschulstudie von deutschen Jugendlichen häufiger bejaht als von Jugendlichen mit Migrationshintergrund: Etwa 43,2 % der deutschen Männer und 37,5 % der deutschen Frauen gaben an, Erfahrungen mit illegalen Drogen zu haben. In der Gruppe der Migranten und Migrantinnen traf dies lediglich auf ein Viertel der Männer und knapp ein Fünftel der Frauen zu. Von den Migranten und Migrantinnen, die angaben, regelmäßig illegale Drogen zu konsumieren, ist wiederum der größte Teil in Deutschland geboren und aufgewachsen (Dill et al. 2002).


**Tabelle 10.1**

_Verbreitung von Übergewicht (BMI 25-30) und Adipositas (BMI > 30) bei 20-jährigen und älteren deutschen und nicht-deutschen Männern und Frauen (Angaben in %)_

_Datenbasis: Mikrozensus 1999_

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Deutsche</th>
<th></th>
<th>Nicht-Deutsche</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Männer</td>
<td>Frauen</td>
<td>Männer</td>
<td>Frauen</td>
</tr>
<tr>
<td>20-29 Jahre</td>
<td>26,1</td>
<td>4,7</td>
<td>13,3</td>
<td>4,5</td>
</tr>
<tr>
<td>30-39 Jahre</td>
<td>40,7</td>
<td>8,9</td>
<td>19,3</td>
<td>7,1</td>
</tr>
<tr>
<td>40-49 Jahre</td>
<td>47,4</td>
<td>14,2</td>
<td>26,4</td>
<td>10,5</td>
</tr>
<tr>
<td>50-59 Jahre</td>
<td>51,8</td>
<td>16,4</td>
<td>34,3</td>
<td>13,8</td>
</tr>
<tr>
<td>60+ Jahre</td>
<td>52,1</td>
<td>15,5</td>
<td>38,6</td>
<td>14,6</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Der Mikrozensus erteilt darüber hinaus Auskunft über die Teilnahme an der **Grippeschutzimpfung** als einem wichtigen Indikator für die Inanspruchnahme präventiver Angebote. Im Jahr 2003 wurden in der Altersgruppe der 50-Jährigen und Älteren fast doppelt so viele deutsche Männer und Frauen wie Ausländer und Ausländerinnen geimpft (32,2 % vs. 18,6 %). Bei Kindern stellt sich dieses Verhältnis hingegen umgekehrt dar: 6,7 % (1999: 6,1 %) der deutschen und 9,9 % (1999: 8,3 %) der ausländischen Kinder haben an der Grippeschutzimpfung teilgenommen. Im mittleren Lebensalter zeigen sich diesbezüglich keine

**Abbildung 10.5**

*Teilnahme an der Grippeschutzimpfung bei Kindern und Erwachsenen*

Datenbasis: Mikrozensus 1999

Eine aktuelle Studie zur Teilnahme an **Vorsorgeuntersuchungen**, für die Eltern befragt wurden, die ihre Kinder zu den Schuleingangsuntersuchungen begleitet haben, zeigt bei Männern nur geringe Unterschiede auf, während deutsche Frauen häufiger als nicht-deutsche Frauen insbesondere die Krebsfrüherkennung und die zahnmedizinische Vorsorge in Anspruch nehmen (Zeeb et al. 2004).

10.4 Medizinische und pflegerische Versorgung von Migranten und Migrantinnen

Migranten und Deutsche unterscheiden sich nicht nur in der Inanspruchnahme präventiver Maßnahmen, sondern auch im Hinblick auf die medizinische und pflegerische Versorgung. Da die vorhandenen Routinedaten kaum Rückschlüsse auf die Versorgungssituation von Migranten und Migrantinnen zulassen, wird die Versorgungslage im Folgenden auf der Basis von Ergebnissen einzelner Studien skizziert.

In einer neueren Studie wurden Daten aus drei Berliner Krankenhäusern genutzt, um die Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen und niedergelassener Ärzte durch Migranten/Migrantinnen und deutsche Patienten zu vergleichen. Dabei stellte sich heraus, dass Zuwanderer die Rettungsstellen überproportional frequentieren. Bezüglich der Inanspruchnahme niedergelassener Ärzte zeigten sich keine Unterschiede zwischen deutschen und Patienten türkischer Herkunft. Bei Zuwanderern aus anderen Herkunftsländern deuten die Studienergebnisse aber auf eine geringere Inanspruchnahme niedergelassener Haus- und Fachärzte hin (Borde et al. 2003).


Von Bedeutung ist in diesem Zusammenhang auch die Bereitstellung von Angeboten zur ambulanten und stationären Pflege. Der Umfang der sozialen, pflegerischen und beratерischen Angebote für ausländische Senioren/Seniorinnen muss – trotz der verstärkten Aufmerksamkeit, die diesem Bereich in der jüngsten Vergangenheit gewidmet wurde – noch als defizitär bezeichnet werden (Bericht der Beauftragten der Bundesregierung 2002). Die Einrichtungen der Altenhilfe sind in erster Linie auf deutsche Senioren/Seniorinnen ausgerichtet und werden den spezifischen, zum Teil kulturell geprägten Belangen von Migranten und Migrantinnen nicht ausreichend gerecht. Zu beachten ist ebenfalls, dass die Pflege, wie auch andere Bereiche der gesundheitlichen Versorgung, in Migrantenfamilien einen hohen Stel-
lenwert als familiäre Funktion genießt. Die Schwelle zur Inanspruchnahme institutioneller Hilfen und professioneller Dienste ist vermutlich auch dadurch erhöht (Sachverständigenkommission 6. Familienbericht 2000).

10.5 Diskussion


Im Krankheitsfall werden Angebote der kurativen Medizin – mit Ausnahme der Notfallambulanzen und auch der psychotherapeutischen Versorgung – von Migranten und Migrantinnen ebenso häufig in Anspruch genommen, wie von Männern und Frauen ohne Migrationshintergrund (vgl. BMFSFJ 2000), was allerdings noch nichts über die Bedarfsangemessenheit und Qualität der Versorgung aussagt. Präventive Angebote, z.B. Grippeschutzimpfung, Krebsfrüherkennung oder Zahnarztprophylaxe, erreichen Migranten und Migrantinnen deutlich seltener. Neben kulturellen und sprachlichen Barrieren spielt hierbei auch der rechtliche Status bestimmter Migrantengruppen eine Rolle (Razum, Geiger 2004). Im Sinne einer adäquaten Versorgung von Migranten und Migrantinnen im Rahmen des deutschen Gesund-
heitssystems spricht dies für die Notwendigkeit einer migrationsspezifischen Ausrichtung und flexiblen Anpassung der vorhandenen medizinischen und therapeutischen Infrastruktur an die Bedürfnisse ausländischer Patienten.

Literaturverzeichnis


Migrationsbericht der Beauftragten der Bundesregierung für Ausländerfragen (2001) Bericht über die Lage der Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland gemäß § 91c Abs.2 Ausländergesetz. Berlin Bonn


Migration und Gesundheit


Schenk L (2002) Migrantenspezifische Teilnahmebarrieren und Zugangsmöglichkeiten im Kinder- und Jugendgesundheitssurvey. Das Gesundheitswesen 64 (Sonderheft 1), S59-S68


Tabellenverzeichnis

Tabelle 3.1 Einkommensverteilung in Deutschland 1993-2003 .................................................. 30
Tabelle 3.2 Anteil der Männer, die ihre eigene Gesundheit als „weniger gut“ oder „schlecht“ beurteilen nach Einkommen und Alter .......................................................... 39
Tabelle 3.3 Anteil der Frauen, die ihre eigene Gesundheit als „weniger gut“ oder „schlecht“ beurteilen nach Einkommen und Alter .......................................................... 39
Tabelle 3.4 Anteil der Männer und Frauen, die ihre Gesundheit als „weniger gut“ oder „schlecht“ beurteilen und in den letzten 3 Monaten einen Arzt aufgesucht haben nach Einkommen und Alter ............................................. 45
Tabelle 4.1 Chronische Krankheit oder Gesundheitsstörung in Abhängigkeit von der Schulbildung ..................................................................................................... 56
Tabelle 4.2 Auftretenswahrscheinlichkeit chronischer Krankheiten und Beschwerden in der niedrigsten im Vergleich zur höchsten Bildungsgruppe ........................................... 57
Tabelle 4.3 Starke körperliche Schmerzen in den letzten vier Wochen nach Alter und Schulbildung .............................................................................................................. 59
Tabelle 4.4 Gesundheitsbedingte Einschränkungen im alltäglichen Leben nach Alter und Schulbildung ........................................................................................................ 63
Tabelle 4.5 Rauchprävalenzen nach Alter und Schulbildung .................................................... 64
Tabelle 4.6 Sportliche Inaktivität nach Schulbildung .................................................................. 66
Tabelle 4.7 Prävalenzen von Übergewicht und Adipositas nach Alter und Schulbildung .......... 67
Tabelle 4.8 Selbsteingeschätzte Gesundheit (sehr gut), Adipositas (BMI≥30) und aktuelles Rauchen nach berufsqualifizierender Ausbildung ............................................................ 72
Tabelle 5.1 Berufsstatus nach Hoffmeyer-Zlotnik (1998) ................................................................. 78
Tabelle 5.2 Einwohner, Erwerbstätige und Arbeitnehmer/Arbeitnehmerinnen in Deutschland 1993-2003 .............................................................................................. 79
Tabelle 5.3 Kranke und Unfallverletzte im Jahr 2003 nach Beteiligung am Erwerbsleben und Geschlecht .............................................................................................................. 85
Tabelle 5.4 Die fünf Berufe mit den meisten / wenigsten Arbeitsunfähigkeitsstagen .................. 89
Tabelle 5.5 Kranke und unfallverletzte Erwerbstätige im Jahr 2003 nach Arbeitszeiten .................. 91
Tabelle 5.6 Kranke und Unfallverletzte im Jahr 2003 nach Stellung im Beruf ............................ 91
Tabelle 6.1 Gesundheitsbedingte Einschränkung im Alltag in Abhängigkeit von Arbeitslosigkeitserfahrungen ........................................................................................ 109
Tabelle 6.2 Verbreitung von chronischen Krankheiten und Beschwerden bei arbeitslosen und erwerbstätigen Männern ........................................................................ 113
Tabelle 6.3 Verbreitung von chronischen Krankheiten und Beschwerden bei arbeitslosen Frauen, erwerbstätigen Frauen und Hausfrauen ..................................................... 114
Tabelle 6.4 Anteil der aktuellen Raucher/Raucherinnen in Abhängigkeit von Arbeitslosigkeitserfahrungen .................................................................................. 119
Tabellenverzeichnis

Tabelle 7.1 Lebenszeitprävalenzen ausgewählter Krankheiten ............................................. 130
Tabelle 7.2 Beeinträchtigung der Alltagstätigkeiten wegen Schmerzen (4-Wochen-Prävalenzen) ................................................................................. 131
Tabelle 7.3 Emotionale Grundstimmungen (4-Wochen-Prävalenzen) ................................... 131
Tabelle 7.4 Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes ......................................... 133

Tabelle 8.1 Kariesbefall bei 12-jährigen nach Schulbildung der Eltern .................................. 151
Tabelle 8.2 Einfluss des Berufsstatus der Eltern und des familiären Wohlstands auf die Selbstschätzung der allgemeinen Gesundheit als „weniger gut“ oder „schlecht“ .....................................................................................................154
Tabelle 8.3 Einfluss des Berufsstatus und des familiären Wohlstands auf die mentale Gesundheit von Jugendlichen ............................................................. 155
Tabelle 8.4 Einfluss des Berufsstatus der Eltern und des familiären Wohlstandes auf psychosomatische Beschwerden von Jugendlichen (zwei oder mehrwöchentliche Beschwerden) ................................................................................. 156
Tabelle 8.5 Regelmäßiger Alkoholkonsum (mindestens einmal in der Woche) und alkoholbedingte Rauscherfahrungen (zweimal oder häufiger im Leben nach Berufsstatus der Eltern und familiärem Wohlstand .................................... 160
Tabelle 8.6 Ernährungsgewohnheiten von 11- bis 15-jährigen Jungen nach Berufsstatus der Eltern, familiärem Wohlstand und Schulform .............................................. 161
Tabelle 8.7 Ernährungsgewohnheiten von 11- bis 15-jährigen Mädchen nach Berufsstatus der Eltern, familiärem Wohlstand und Schulform ................................................ 162
Tabelle 8.8 Körperliche Aktivität und Fernsehkonsum von 11- bis 15-jährigen Jugendlichen nach Berufsstatus der Eltern, familiärem Wohlstand und Schulform ......................................................................................................166
Tabelle 8.9 Anteil der 11- bis 15-jährigen Jugendlichen mit schlechtem allgemein Gesundheitszustand und geringer Sportausübung nach familiärem Wohlstand und sozialem Kapital ................................................................. 168

Tabelle 9.1 Anzahl vollstationärer Krankenhausbehandlungsfälle im Jahr 2002, pro 100.000 der Bevölkerung nach Diagnosegruppen, Alter und Geschlecht .............................................................. 180
Tabelle 9.2 Verbreitung chronischer Krankheit und gesundheitsbedingter Einschränkungen im Alter nach Schichtzugehörigkeit ................................................. 189

Tabelle 10.1 Verbreitung von Übergewicht (BMI 25-30) und Adipositas (BMI > 30) bei 20-jährigen und älteren deutschen und nicht-deutschen Männern und Frauen .................................................................................................................. 201
Abbildungsverzeichnis

Abbildung 3.1  Sozialhilfequoten in verschiedenen Bevölkerungsgruppen am Jahresende 2002 ................................................................. 31
Abbildung 3.3  Kumulierte Morbiditätsrate für Lungenkrebs bei 60- bis 69-jährigen GEK-Mitgliedern des Jahres 1990 nach Versichertenstatus und Geschlecht ............................................................................. 33
Abbildung 3.4  Kumulierte Morbiditätsrate für Leberzirrhose bei 60- bis 69-jährigen GEK-Mitgliedern des Jahres 1990 nach Versichertenstatus und Geschlecht ............................................................................. 34
Abbildung 3.5  Schmerzprävalenz bei 18-jährigen und älteren Männern und Frauen nach Einkommen ............................................................... 35
Abbildung 3.6  Gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltagsleben 45-jähriger und älterer Männer und Frauen nach Einkommen ............................................ 36
Abbildung 3.7  Survivorfunktionen für Männer nach Einkommen ................................................................. 37
Abbildung 3.8  Survivorfunktionen für Frauen nach Einkommen ................................................................. 38
Abbildung 3.9  Zufriedenheit mit der Gesundheit nach Einkommen und Geschlecht ................................................................. 40
Abbildung 3.10  Anteil der Raucher und Raucherinnen nach Einkommen und Alter ................................................................. 41
Abbildung 3.11  Anteil der sportlich Inaktiven nach Einkommen, Alter und Geschlecht ................................................................. 42
Abbildung 3.12  Anteil der Männer und Frauen, die in den letzten 3 Monaten einen Arzt aufgesucht haben nach Einkommen und Alter ................................................................. 44
Abbildung 3.13  Zufriedenheit mit der Gesundheit nach Sozialhilfebezug, Alter und Geschlecht ................................................................. 46
Abbildung 3.14  Rauchen und Sport in den letzten 3 Monaten nach Sozialhilfebezug; Alter und Geschlecht ................................................................. 47

Abbildung 4.1  Anteil der Frauen und Männer mit Diabetes Typ 2, die angaben, die Behandlung der Krankheit sehr gut umsetzen zu können ......................................................... 58
Abbildung 4.2  Kumulierte Mortalitätsrate für 40- bis 69-jährige Mitglieder der Gmünder Ersatzkasse nach Berufsausbildung ................................................................. 60
Abbildung 4.3  Selbsteinschätzung der allgemeinen Gesundheit nach Schulbildung ................................................................. 62
Abbildung 4.4  Anteil der Männer und Frauen mit sehr guter oder guter Einschätzung der allgemeinen Gesundheit nach Schulbildung ................................................................. 63
Abbildung 4.5  Anteil der starken Raucher/Raucherinnen an den aktuellen täglichen Zigarettenrauchern/Zigarettenraucherinnen nach Schulbildung ................................................................. 65
Abbildung 4.6  Nutzung von Informationsquellen nach Schulbildung (Männer) ................................................................. 68
Abbildung 4.7  Nutzung von Informationsquellen nach Schulbildung (Frauen) ................................................................. 69
Abbildung 4.8  Teilnahme an Gesundheits-Check-up (jemals und in den letzten zwei Jahren) nach Schulbildung ................................................................. 70
Abbildung 4.9  Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (jemals und in den letzten 12 Monaten) ................................................................. 71
Abbildung 5.1 Unfallhäufigkeit in Abhängigkeit vom Alter ............................................................ 82
Abbildung 5.2 Entwicklung der Verdachtsanzeigen, anerkannter Berufskrankheiten, Rentenfälle und Todesfälle in Folge der Berufskrankheit 1993-2003 (1993=100%) ............................................................. 84
Abbildung 5.3 AU-Fälle sowie AU-Tage je Fall und Mitglied im Altersverlauf .......................... 86
Abbildung 5.4 Die häufigsten Krankheitsarten der erwerbstätigen Pflichtmitglieder der AOK 2002 ................................................................. 87
Abbildung 5.5 Verteilung der Rehabilitationsmaßnahmen der Gesetzlichen Rentenversicherung nach erster Diagnose und Geschlecht .......................... 88
Abbildung 5.6 Kumulierte Morbiditätsrate für Herzinfarkt für GEK-Mitglieder des Jahres 1990 nach Hauptberufsgruppen und Geschlecht ......................... 90
Abbildung 5.7 Entwicklung der Zugänge bei den Renten wegen vermindeter Erwerbstätigkeit 1993-2003 ................................................................. 92
Abbildung 5.8 Ursachen für Erwerbsminderungsrenten: Einzelse Krankheitsbilder .......................... 93
Abbildung 5.9 Erkrankungen als Grund für Erhalt einer Erwerbsminderungsrente 2003 – relative Bedeutung nach Geschlecht ........................................ 94
Abbildung 5.10 Neue Unfallrenten nach Auslöser ................................................................. 95
Abbildung 5.11 Arbeitsunfälle (einschl. Wegeunfälle) sowie Berufskrankheiten als Ursache einer Schwerbehinderung (GdB von mind. 50 %) nach Geschlecht ................................................................. 96
Abbildung 5.12 Kumulierte Mortalitätsrate für GEK-Mitglieder des Jahres 1990 nach Hauptberufsgruppen und Geschlecht ........................................ 97
Abbildung 5.13 Subjektiver Gesundheitszustand nach Berufsstatus, Alter und Geschlecht .......... 98
Abbildung 5.14 Anteil an Rauchern/Raucherinnen nach Beteiligung am Erwerbsleben .......... 99
Abbildung 5.15 Anteil der Raucher/Raucherinnen in ausgewählten Berufsgruppen .......... 100

Abbildung 6.1 Sehr gute Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes .......................... 108
Abbildung 6.2 Angabe einer Erkrankung als Grund für die Arbeitslosigkeit in Abhängigkeit von Arbeitslosigkeitserfahrungen ............................................... 110
Abbildung 6.3 Länger andauernde Krankheit oder Gesundheitsstörung in Abhängigkeit von Arbeitslosigkeitserfahrungen ............................................... 111
Abbildung 6.4 Krankenhaustage bei arbeitslosen und erwerbstätigen Männern nach ICD 10-Diagnosekapiteln ................................................................. 116
Abbildung 6.5 Krankenhaustage bei arbeitslosen und erwerbstätigen Frauen nach ICD 10-Diagnosekapiteln ................................................................. 117
Abbildung 6.6 Relatives Risiko für längerfristige Krankenhausaufenthalte (drei oder mehr Wochen) im Zeitraum 1998-2000 nach Arbeitslosigkeitserfahrungen .......... 118
Abbildung 6.7 Sportliche Inaktivität in Abhängigkeit von Arbeitslosigkeitserfahrungen .......... 120
Abbildung 6.8 Sterblichkeit im Zeitraum 1998-2000 nach Arbeitslosigkeitserfahrung .......... 121

Abbildung 7.1 Vorliegen von psychischen Erkrankungen (12-Monats-Prävalenz) .................. 132
Abbildung 7.2 Gesundheitsbezogene Lebensqualität allein erziehender und verheirateter Mütter (SF-36) ................................................................. 135
Abbildung 7.3 Rauchverhalten allein erziehender und verheirateter Mütter .......................... 136
Abbildungsverzeichnis

Abbildung 8.1 Medizinisch relevante Befunde bei Einschülern und Einschülerinnen nach Sozialstatus ................................................................. 147
Abbildung 8.2 Einfluss des familiären Wohlstandes auf das Auftreten von Allergien (mindestens eine Allergie) ................................................................. 148
Abbildung 8.3 Anteil naturgesunder Gebisse bei 12-Jährigen nach Schulbildung der Eltern ........................................................................... 152
Abbildung 8.4 Einfluss des familiären Wohlstandes auf das regelmäßige Zähneputzen (seltener als zweimal am Tag) ........................................ 153
Abbildung 8.5 Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen in Abhängigkeit vom Sozialstatus ........................................................................ 157
Abbildung 8.6 Anteil der regelmäßigen Raucher und Raucherinnen nach Schulform ............ 159
Abbildung 8.7 Anteil der Jugendlichen, die an Schultagen regelmäßig frühstücken nach familiärem Wohlstand ........................................ 164
Abbildung 8.8 Verbreitung nach Übergewicht bei 11-bis 15-jährigen Jungen und Mädchen nach familiärem Wohlstand ........................ 165

Abbildung 9.1 Vorliegen mindestens einer selbstberichteten Krankheit oder Gesundheitsstörung nach Alter und Geschlecht ................................. 179
Abbildung 9.2 Anteil der Personen mit sehr guter oder guter selbst eingeschätzter Gesundheit ........................................................................ 184
Abbildung 9.3 Durchschnittliche Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit .......... 185
Abbildung 9.4 Anteil der Männer mit sehr guter oder guter selbst eingeschätzter Gesundheit nach Schichtzugehörigkeit ........................................ 187
Abbildung 9.5 Anteil der Frauen mit sehr guter oder guter selbst eingeschätzter Gesundheit nach Schichtzugehörigkeit ......................................... 188

Abbildung 10.1 Anteil der Kranken und Unfallverletzten bei Deutschen und Nicht-Deutschen nach Alter und Geschlecht ........................................ 196
Abbildung 10.2 Arbeitsunfähigkeit durch Arbeitsunfälle im Jahr 1997 bei Versicherten mit deutscher, nicht-deutscher und türkischer Staatsangehörigkeit (AU-Fälle je 100 Versicherte) ........................................ 197
Abbildung 10.3 Zufriedenheit mit der Gesundheit (Skala 0 = sehr unzufrieden bis 10 = sehr zufrieden) Mittelwerte für Deutsche und Zuwanderungsgruppen nach Alter und Befragungsjahren ........................................ 199
Abbildung 10.4 Anteil der aktuellen Raucher/Raucherinnen bei 20- bis 60-jährigen deutschen und nicht-deutschen Männern und Frauen .................... 200
Abbildung 10.5 Teilnahme an der Grippeschutzimpfung bei Kindern und Erwachsenen ................................................................. 202
Abkürzungsverzeichnis

AOK Allgemeine Ortskrankenkassen
ARB Armuts- und Reichtumsberichterstattung
AU Arbeitsunfähigkeit
BA Bundesagentur für Arbeit
BfA Bundesversicherungsanstalt für Angestellte
BGS98 Bundes-Gesundheitssurvey 1998
BiB Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung
BIBB Bundesinstitut für Berufsbildung
BKK Betriebskrankenkassen
BMAS Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung
BMBF Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie
BMFSFJ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG Bundesministerium für Gesundheit
BMGS Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
BMI Body-Mass-Index
BMU Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit
BMWA Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit
BSHG Bundessozialhilfegesetz
BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CASMIN Comparative Analysis of Social Mobility in Industrial Nations
DAK Deutsche Angestellten Krankenkasse
DFG Deutsche Forschungsgemeinschaft
DIW Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung
GBE Gesundheitsberichterstattung
GEK Gmünder Ersatzkasse
GKV Gesetzliche Krankenversicherung
GRV Gesetzliche Rentenversicherungen
GSTel03 Telefonischer Gesundheitssurvey 2003
HBSC-Studie Health Behaviour in School-aged Children-Studie
HLU Hilfe zum Lebensunterhalt
IAB Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung
ICD 10 International Statistical Classification of Diseases, 10. Revision
IKK Innungskrankenkassen
KI Konfidenzintervall
KiGGS Kinder- und Jugendgesundheitssurvey
LVA Landesversicherungsanstalten
MiASGF Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen
MFJFG Ministerium für Gesundheit, Soziales Frauen und Familie
NAP'incl National Action Plans on Social Inclusion
OECD Organisation for Economic Co-operation and Development
OR Odds Ratio
RKI Robert Koch-Institut
RV Rentenversicherung
SGB Sozialgesetzbuch
SOEP Sozi-oekonomisches Panel
StaBA Statistisches Bundesamt
<table>
<thead>
<tr>
<th>Abkürzung</th>
<th>Definition</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>TAG</td>
<td>Tagesbetreuungsausbaugesetz</td>
</tr>
<tr>
<td>UV</td>
<td>Unfallversicherung</td>
</tr>
<tr>
<td>VAMV</td>
<td>Verband alleinerziehender Mütter und Väter</td>
</tr>
<tr>
<td>VDR</td>
<td>Verband Deutscher Rentenversicherungsträger</td>
</tr>
<tr>
<td>WHO</td>
<td>Weltgesundheitsorganisation</td>
</tr>
<tr>
<td>ZeS</td>
<td>Zentrum für Sozialpolitik</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Kurzfassung


- Gesundheitliche Auswirkungen von Einkommensungleichheit
- Stellenwert der Bildung für eine gesundheitsförderliche Lebensweise
- Einfluss der Arbeitswelt auf die Gesundheit
- Folgen der Arbeitslosigkeit für die Gesundheit
- Gesundheit von allein Erziehenden
- Sozial ungleiche Gesundheitschancen von Kindern und Jugendlichen
- Armut und Gesundheit im höheren Lebensalter
- Migration und Gesundheit

Gesundheitliche Auswirkungen von Einkommensungleichheit

Zwar zugenommen, im internationalen Vergleich fallen die Selbstbeteiligungen aber nach wie vor gering aus. Allerdings finden sich Hinweise darauf, dass die Angehörigen der unteren Einkommensgruppen im Bedarfsfall vor allem praktische Ärzte und Allgemeinmediziner aufsuchen und seltener Gebietsärzte konsultieren (Gesundheitsbericht für Deutschland 1998).


Stellenwert der Bildung für eine gesundheitsförderliche Lebensweise

Bildung hat einen zentralen Einfluss auf die Arbeitsmarktchancen und die soziale, kulturelle und politische Teilhabe. Die Bezüge zur Gesundheit ergeben sich u.a. durch arbeitsbezogene körperliche und psychische Belastungen, die mit dem Berufsstatus und dem zu Grunde liegenden beruflichen Qualifikationsniveau variieren, sowie den bildungsabhängigen Möglichkeiten, gesundheitsförderliche Lebensweisen zu realisieren.


**Einfluss der Arbeitswelt auf die Gesundheit**


Im Hinblick auf Fehlzeiten am Arbeitsplatz und Arbeitsunfähigkeit zeigen sich neben Branchenunterschieden auch Zusammenhänge zur beruflichen Stellung. Während im Jahr 2002 pflichtversicherte Arbeiter und Arbeiterinnen durchschnittlich 23,0 Tage fehlten, waren die pflichtversicherten Angestellten 13,3 Tage krankgeschrieben. Auch die Art der Erkrankung wird durch die ausgeübte Tätigkeit beeinflusst. So verursachen Verletzungen und muskuloskelettale Erkrankungen bei Erwerbstätigen im Baugewerbe zusammen 54 % der AU-Tage. Im Vergleich dazu machen diese Diagnosegruppen für das Banken- und Versicherungsgewerbe nur 31 % der Krankheitstage aus. Wird zudem der deutlich geringere durchschnittliche Krankenstand berücksichtigt, so verursachen diese Erkrankungen beim Bau die 2,8-fache Zahl an Fehltagen (AOK-Statistiken).


**Folgen der Arbeitslosigkeit für die Gesundheit**


Der Verlust des Arbeitsplatzes und fortdauernde Arbeitslosigkeit haben nicht nur erhebliche materielle Folgen, sondern gehen zudem mit psychosozialen Belastungen und Einschrän-
kungen anderer Funktionen von Arbeit, z.B. im Hinblick auf Selbstwertgefühl, Identitätsbil-
dung und Sozialbeziehungen, einher. Die Auswirkungen auf die Gesundheit lassen sich u.a.
an einem vermehrten Auftreten von Krankheiten und Beschwerden, wie z.B. bösartigen
Neubildungen, Krankheiten des Verdauungssystems sowie psychischen und Verhaltensauf-
fälligkeiten, festmachen (Gmünder Ersatzkasse 2000). Besonders deutliche Unterschiede
zeigen sich im Auftreten von Depressionen, an denen langzeitarbeitslose Männer 3,4-mal
und langzeitarbeitslose Frauen 2,7-mal häufiger leiden als erwerbstätige Männer und Frauen
(Telefonischer Gesundheitssurvey 2003).

Neben den höheren psychosozialen Belastungen dürfte das verstärkte Auftreten von Krank-
heiten und Beschwerden mit dem riskanteren Gesundheitsverhalten von Arbeitslosen zu-
sammenhängen. Von den langzeitarbeitslosen Männern rauchen 64,1 % im Gegensatz zu
42,2 % der erwerbstätigen Männer. Bei Frauen, die insgesamt etwas seltener rauchen als
Männer, zeichnet sich dieser Unterschied schwächer ab (44,8 % gegenüber 37,1 %). Für ein
unterschiedliches Ernährungsverhalten sprechen das erhöhte Auftreten von Übergewicht
und Adipositas bei Arbeitslosen. Im Jahr 2003 waren von den 20- bis 59-jährigen langzeitar-
beitslosen Frauen 26 % adipös im Vergleich zu erwerbstätigen Frauen gleichen Alters mit
13 %. Bei Männern fielen diese Unterschiede mit 23,7 % gegenüber 16 % etwas geringer
aus (Telefonischer Gesundheitssurvey 2003).

Die vermehrte Krankheitshäufigkeit bei Arbeitslosen kumuliert in einer erhöhten vorzeitigen
Sterblichkeit. Mit der Dauer der Arbeitslosigkeit nimmt das Sterberisiko weiter zu. Unter
männlichen Krankenversicherten betrug sie bei einer Arbeitslosigkeitsdauer von mehr als
zwei Jahren im Zeitraum 1995-97 in den drei darauf folgenden Jahren 965 Todesfälle je
100.000 Personen. Die Betroffenen wiesen damit im Gegensatz zu den durchgängig Er-
werbstätigen ein 3,4-fach erhöhtes Sterberisiko auf (Gmünder Ersatzkasse 1998-2000).

**Gesundheit von allein Erziehenden**

Mit dem Wandel der Familien- und Lebensformen hat die Zahl der Ein-Eltern-Familien stark
zugenommen. Im Jahr 2003 gab es in Deutschland 1,5 Millionen allein erziehende Mütter
und Väter. Bezogen auf alle Familien entsprach dies einem Anteil von 22,3 % in den neuen
und 15,8 % in den alten Bundesländern.

Viele der allein erziehenden Mütter befinden sich in einer schwierigen sozialen Lage. Auf
Sozialhilfe sind 23,7 % der Mütter, die alleine für ihre Kinder sorgen, angewiesen. Mit der

Bezogen auf die gesundheitliche Situation sind allein erziehende Frauen im Gegensatz zu verheirateten Müttern ebenfalls benachteiligt. Sie leiden häufiger an Nieren- und Lebererkrankungen, chronischer Bronchitis und Migräne. Darüber hinaus haben sie doppelt so häufig psychische Erkrankungen und sind verstärkt von Nervosität, Niedergeschlagenheit und Traurigkeit betroffen, was sich auch in einer vermehrten Einnahme von Medikamenten, z.B. Beruhigungs- und Schlafmitteln, widerspiegelt. 23,8 % der allein erziehenden Mütter wenden diese oder andere Arzneimittel mit psychotroper Wirkung an im Vergleich zu 15,2 % der verheirateten Mütter (Bundes-Gesundheitssurvey 1998; Aktionsgrundlagen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 1995).

Der Anteil der Raucherinnen ist unter allein erziehenden Müttern mit 45,8 % im Vergleich zu 23,6 % fast doppelt so hoch wie unter verheirateten Müttern (Mikrozensus 1999). Außerdem sind allein erziehende Frauen zu einem geringeren Anteil sportlich aktiv und achten weniger auf ihre Ernährung (Bundes-Gesundheitssurvey 1998; Aktionsgrundlagen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 1995).

Allein erziehende Väter weisen zwar auch höhere Belastungen auf, sie sind allerdings sozial deutlich besser gestellt als allein erziehende Mütter und die Auswirkungen auf die Gesundheit sind nur gering. Allerdings zeigen sie im Vergleich zu verheirateten Vätern ein riskantereres Gesundheitsverhalten.

Sozial ungleiche Gesundheitschancen von Kindern und Jugendlichen

Kinder und Jugendliche sind in Deutschland die am stärksten von Armut und Sozialhilfeabhängigkeit betroffene Altersgruppe. Die soziale Benachteiligung wirkt sich oftmals auf die gesundheitliche Entwicklung der Heranwachsenden aus. So kommen Entwicklungstefizite und Gesundheitsstörungen, von denen sich ein medizinischer Handlungsbedarf ableiten lässt, häufiger bei Kindern aus sozial schwächeren Familien vor. Hierzu zählen u.a. Sehestörungen, Sprachauffälligkeiten, psychomotorische Defizite, Adipositas, Beeinträchtigungen der geistigen Entwicklung, psychiatrische Erkrankungen sowie emotionale und soziale Störungen. Auch Unfallverletzungen und zahnmedizinische Probleme treten bei ihnen vermehrt auf. Umso schwerer wiegt, dass die Vorsorgeuntersuchungen im Rahmen des Krankheits-
früherkennungsprogramms für Kinder, das zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehört, von den Angehörigen der unteren Sozialschichten seltener wahrgenommen werden (Einschulungsuntersuchungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes).


Auswirkungen auf das Gesundheitsverhalten lassen sich bei Jungen wie Mädchen beobachten. So rauchen 19 % der Jungen und 21,6 % der Mädchen, die eine Haupt- oder Realschule besuchen, während die entsprechenden Anteile bei Gymnasiasten und Gymnasiastinnen 8,1 % bzw. 9,9 % betragen. Auch in der Freizeitgestaltung zeichnen sich Unterschiede ab: Jungen und Mädchen aus der niedrigsten Wohlstandsgruppe sitzen zu 28,7 % bzw. 31,5 % mehr als 4 Stunden täglich vor dem Fernsehen, im Gegensatz zu 15,2 % der Jungen und 17 % der Mädchen aus der höchsten Wohlstandsgruppe. Außerdem treiben die sozial benachteiligten Jugendlichen weniger Sport. Unterschiede im Ernährungsverhalten lassen sich insbesondere am Verzehr von Süßigkeiten und Softdrinks festmachen. Jungen und Mädchen aus ökonomisch schlechter gestellter Familien gehen an Schultagen zudem weitaus häufiger ohne Frühstück aus dem Haus. Zumindest bei Mädchen spiegelt sich das sozial differenzielle Freizeit- und Ernährungsverhalten in der Verbreitung von Übergewicht wider. Im Jahr 2002 waren von den 11- bis 15-jährigen Mädchen aus der niedrigsten Wohlstandsgruppe 9,4 % übergewichtig gegenüber 3,7 % der Mädchen aus Familien mit hohem Wohlstand (HBSC-Studie 2002).

Verlässliche Sozialbeziehungen in der Familie, Nachbarschaft, Schule oder im Freundeskreis wirken sich in allen sozialen Gruppen positiv auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten aus. Die gesundheitlichen Konsequenzen einer benachteiligten Lebenslage kön-
nen durch Unterstützung und Vertrauen im sozialen Umfeld aber nicht vollständig kompen-
siert werden (HBSC-Studie 2002).

**Armut und Gesundheit im höheren Lebensalter**

Im höheren Lebensalter treten Krankheiten und Funktionseinbußen gehäuft auf und können
die Fähigkeit zu einer selbstständigen Lebensführung vermindern. Im Vordergrund des
Krankheitsspektrums stehen chronisch-degenerative Erkrankungen. Im Jahr 2003 gaben
51,0 % der Männer und 60,7 % der Frauen im Alter von über 70 Jahren an, unter mindestens
einer chronischen Krankheit oder Gesundheitsstörung zu leiden (Telefonischer Gesundheits-
survey 2003). Zu den häufigsten Krankheiten und Funktionsstörungen bei älteren Menschen
zählen erhöhte Blutfettwerte, Venenerkrankungen, Arteriosklerose, Herzinsuffizienz, Arthro-
se, Rückenleiden und Bluthochdruck. Auch Diabetes mellitus Typ II und koronare Herz-
krankheiten sind weit verbreitet (Berliner Altersstudie 1990-93). Bei den stationären Behand-
lungen dominieren Krankheiten des Kreislaufsystems, gefolgt von bösartigen Neubildungen.
Im Jahr 2000 entfielen 36 % aller Krebsneuerkrankungen bei Frauen und 24,9 % bei Män-
nern auf die 75-Jährigen und Älteren (Krebsregister 2000). Unter den psychiatrischen Krank-
heiten stellen Demenzen und Depressionen die wichtigsten Krankheitsbilder dar. Schätzun-
gen zu Folge leiden in Deutschland mehr als 950.000 Menschen an Krankheiten des de-
menziellen Formenkreises. Im Zuge der demografischen Alterung könnte ihr Anteil bis zum
Jahr 2040 auf 1,8 Millionen ansteigen. Depressionen in unterschiedlichem Schweregrad so-
wie psychische Störungen, welche die Lebensqualität beeinträchtigen, betreffen bis zu einem
Fünftel der 70-Jährigen und Älteren.

Insbesondere im höheren Alter gehen chronische Krankheiten und Funktionseinbußen mit
einem Hilfe- und Pflegebedarf einher. Über 2 Millionen Versicherte der sozialen und privaten
Pflegeversicherung waren im Jahr 2003 als pflegebedürftig anerkannt. Bis zum Alter von 55
Jahren liegt der Anteil der Pflegebedürftigen bei Frauen und bei Männern unter einem Pro-
zent und steigt bis auf 62,7 % bei 90-jährigen und älteren Frauen bzw. 37,5 % bei gleichaltri-
gen Männern an. Von den anerkannt Pflegebedürftigen werden rund zwei Drittel zu Hause
und ein Drittel in einem Pflegeheim gepflegt. Über die letzten Jahre gesehen, bedeutet dies
eine leichte Verschiebung in Richtung auf die professionelle und stationäre Pflege.

Trotz des häufigen Vorkommens vielfältiger Erkrankungen und Versorgungsbedarfe im höhe-
ren Alter schätzen 50,2 % der 70-jährigen und älteren Männer und 40,2 % der gleichaltrigen
Frauen ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut ein (Telefonischer Gesundheitssur-


**Migration und Gesundheit**


Gemessen an der Arbeitsunfähigkeit (AU) sind nicht-deutsche im Vergleich zu deutschen Arbeitnehmern und Arbeitnehmerinnen häufiger und länger krank. Im Jahr 1997 entfielen auf je 100 deutsche Versicherte 118,9 (auf Vollzeitbeschäftigte standardisierte) AU-Fälle mit durchschnittlich 14,2 AU-Tagen je Fall, während für Nicht-Deutsche 157,7 Fälle mit durchschnittlich 16,7 AU-Tagen je Fall verzeichnet wurden. Bezogen auf die einzelnen Berufe ist sowohl bei den deutschen als auch bei den ausländischen Versicherten ein Qualifikationsgefälle sichtbar, in allen Berufen bleibt jedoch ein Abstand zu Ungunsten der nicht-deutschen Versicherten erhalten (BKK-Bundesverband 1997).

