

WIdOmonitor

Die Versicherten-Umfrage des Wissenschaftlichen Instituts der AOK

Ausgabe 2/2007

Subjektive Gesundheit und Gesundheitsrisiken

Ergebnisse einer Repräsentativ-Umfrage unter GKV-Versicherten

Von Klaus Zok

Abstract

Mit den Daten des vorliegenden WIdO-monitors werden Unterschiede im subjektiven Gesundheitszustand und der Verteilung von Gesundheitsrisiken bei Versicherten der GKV aufgezeigt. Die aktuellen empirischen Befunde bestätigen eine sozial ungleiche Verteilung von Gesundheits- und Krankheitsindikatoren zwischen den verschiedenen Versichertengruppen. So sind Versicherte mit niedrigem Einkommen und einfacher Bildung oft häufiger von Krankheiten und Beschwerden betroffen, schätzen ihre eigene Gesundheit schlechter ein und geben vermehrt Gesundheitsrisiken an. Auch zwischen den Geschlechtern zeigen sich deutliche Unterschiede in Bewertung und Verhalten. Frauen beurteilen ihre Gesundheit insgesamt als schlechter, Männer geben häufiger gesundheitsbelastende Verhaltensweisen an. Die Datengrundlage bildet eine bundesweite repräsentative Befragung von 3.000 Versicherten ab 18 Jahren im April/Mai 2007.

The data of the WIdO-monitor at hand reflect differences in the subjective state of health and the distribution of health risks of SHI insurees in Germany. Current empirical findings confirm a socially unequal distribution of health and disease indicators between the different groups of insurees. For instance, insurees with a low income and a low educational level are more frequently affected by diseases and complaints, assess their own health as poorer and are more likely to report health risks. Between the sexes, there are clear differences in assessment and behaviour as well. Women judge their health altogether more critically, whereas men more frequently state a behaviour that is harmful to health. The findings are based on a nationwide representative survey of 3,000 insurees over the age of 18 conducted in April/May 2007.

KOMMENTAR

Bisher haben alle Untersuchungen zur Verteilung von gesundheitlichen Risikofaktoren gezeigt, dass diese nicht zufällig verteilt sind, sondern sich bei den sozial Schwachen häufen. Die Gesundheitsversorgung darf dieses Ergebnis nicht länger ignorieren. Notwendig ist erstens, dass geeignete effektive Präventionsmaßnahmen entwickelt und umgesetzt werden. Zweitens muss der Zugang zu geeigneten Therapien und Fachärzten denjenigen offen stehen, die diese am dringendsten benötigen. Das bedeutet auch, ein Angebot insbesondere in Regionen und Stadtvierteln zu schaffen, in denen die Menschen heute noch benachteiligt sind. Die Bevorzugung von Privatpatienten ist unethisch. Drittens muss der Wettbewerb zwischen Krankenversicherungen diejenige Krankenkasse belohnen, welche eine qualitativ hoch stehende Versorgung anbietet. Die Selektion von Gesunden als Wettbewerbsziel muss überwunden werden. Nur wenn unser Gesundheitssystem auch Gerechtigkeit garantiert, wird es langfristig seine Akzeptanz erhalten können.



Univ.-Prof. Dr. med. Dr. sc. (Harvard)
Karl W. Lauterbach, Direktor des Instituts für Gesundheitsökonomie und klinische Epidemiologie, Mitglied der SPD-Bundestagsfraktion und Mitglied im Gesundheitsausschuss

1 Das Thema

Im Mittelpunkt des aktuellen WIdO-monitors stehen die subjektiven Aspekte von Gesundheit und Gesundheitsstatus.

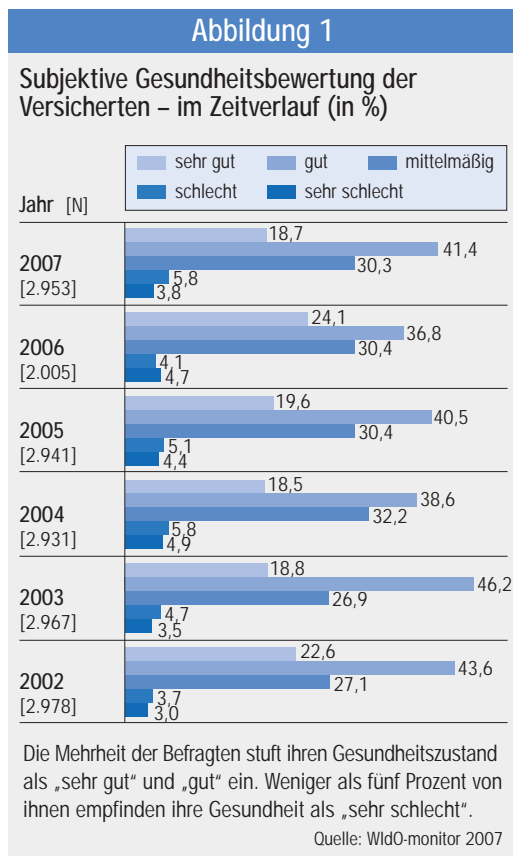
Aus Struktur- und Prozessdaten der amtlichen Statistiken lassen sich Daten und Erkenntnisse zum Krankheitsgeschehen und zur Versorgungssituation der Bevölkerung ableiten. Darüber hinaus ergänzen persönliche Angaben über den Gesundheitsstatus und über das Gesundheitsverhalten – vor dem Hintergrund eines wachsenden Gesundheitsbewusstseins in der Bevölkerung und zunehmender Eigenverantwortung im Umgang mit Krankheit und Gesundheit – die empirische Basis zur Beurteilung der Versorgungssituation.

Die aktuellen Umfragedaten von 3.000 Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) dokumentieren im Folgenden zentrale Indikatoren zur subjektiven Gesundheit und Aspekte des gesundheitlichen Verhaltens, die durch Selbsteinschätzung der Befragten erhoben wurden.

Die Gesundheit hängt nicht nur von objektiven Faktoren, sondern auch von der subjektiven Wahrnehmung ab.

Aussagen zur subjektiven Gesundheit erfassen sowohl persönliche als auch soziale Dimensionen des eigenen Befindens. Für gesundheitspolitische Handlungsempfehlungen sind sie häufig ebenso wichtig wie objektiv messbare Größen. Ihre Aussagekraft als Prädiktor für die Inanspruchnahme von Angeboten und Leistungen des Gesundheitssystems gilt als gut belegt (Robert-Koch-Institut 2005, S. 32). Auch bei den Daten des Statistischen Bundesamtes nehmen Variablen zum „subjektiven Gesundheitszustand“ einen zentralen Stellenwert ein (Ahlstich 1999, S. 168).

Die Ergebnisse aus der Befragung der hier dargestellten Versichertenstichprobe decken sich in der Tendenz mit den Resultaten anderer Erhebungen und Längsschnittstudien (siehe SOEP; Bundesgesundheitsurvey 1998; telefonischer Gesundheitsurvey 2003 des Robert-Koch-Instituts etc.). Die Auswertung fokussiert im Wesentlichen auf deskriptive Subgruppenvergleiche nach Alter, Geschlecht, Haushaltsnettoeinkommen und Schulbildung.



2 Die Umfrageergebnisse

2.1 Subjektiver Gesundheitsstatus

Aussagen von GKV-Versicherten zur Einschätzung ihres subjektiven Gesundheitszustandes lassen sich basierend auf Daten des WIdO-monitors für den Zeitraum 2002 bis 2007 aufzeigen (Abbildung 1). Die Selbsteinschätzung der eigenen Gesundheit wurde dabei mit fünf vorgegebenen Antwort-Kategorien erfasst („sehr gut“ bis „sehr schlecht“). Zu allen Erhebungszeitpunkten stuft die Mehrheit der Befragten den eigenen Gesundheitszustand als „sehr gut“ und „gut“ ein. Der Anteil derjenigen, die ihre Gesundheit als „sehr schlecht“ einstuft, liegt konstant unter der Fünf-Prozent-Marke. Insgesamt betrachtet hat sich die subjektive Beurteilung des Gesundheitszustandes im Zeitverlauf etwas verschlechtert.

Die Differenzierung nach Geschlecht, Alter, Einkommen und Schulbildung lässt eine genauere Betrachtung zu (Tabelle 1). Im Vergleich zu anderen Personen ihres Alters stufen Männer und Frauen aktuell ihre eigene Gesundheit als „sehr gut“ beziehungsweise „gut“ (60,1 Prozent; Män-

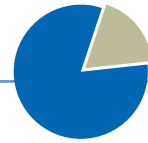


Tabelle 1

Subjektive Gesundheitsbewertung nach Geschlecht und Alter (in %)

N				Altersgruppen [Jahre]									
	insg.	m	w	<30		30-39		40-49		50-64		65	
				m	w	m	w	m	w	m	w	m	w
	3.005	1.317	1.688	186	174	202	239	298	410	342	468	287	391
sehr gut (1)	18,7	18,7	18,7	15,1	15,1	15,4	13,9	18,2	17,0	17,2	19,0	25,6	24,9
gut (2)	41,4	43,3	39,9	49,5	46,5	54,7	44,3	43,2	43,8	41,0	40,9	33,6	28,8
mittel (3)	30,3	29,0	31,3	30,1	30,8	24,4	33,8	28,7	29,3	30,4	29,4	30,3	34,4
schlecht (4)	5,8	5,7	6,0	4,8	5,2	3,5	5,1	4,7	6,2	6,9	6,1	7,2	6,6
sehr schlecht (5)	3,8	3,4	4,0	0,1	2,3	2,0	3,0	5,1	3,7	4,5	4,5	3,2	5,3
1+2	60,1	62,0	58,6	64,6	61,6	70,1	58,2	61,4	60,8	58,2	59,9	59,2	53,7
4+5	9,6	9,1	10,0	4,9	7,5	5,5	8,1	9,8	9,9	11,4	10,6	10,4	11,9

Subjektive Gesundheitsbewertung nach Einkommen und Schulbildung (in %)

N	Haushaltsnettoeinkommen in Euro										Schulbildung					
	<1.000		1.000-1.999		2.000-2.999		3.000-3.999		4.000		einfach		mittel		hoch	
	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w
	116	212	378	482	344	358	140	148	110	101	433	517	364	647	485	486
sehr gut (1)	15,6	18,4	16,1	19,0	17,5	15,0	20,9	25,0	20,2	14,1	20,3	22,2	17,6	16,2	17,3	18,3
gut (2)	34,9	33,3	40,9	36,4	46,9	46,0	47,5	43,9	48,6	58,5	34,9	29,8	46,7	46,4	49,3	42,2
mittel (3)	32,1	31,4	32,8	32,6	28,0	29,1	23,7	28,4	25,7	21,2	33,5	34,6	26,1	28,4	27,0	31,5
schlecht (4)	8,3	7,7	6,7	6,7	4,4	6,8	5,0	1,4	5,5	5,1	6,7	7,4	6,3	5,4	4,3	5,3
sehr schlecht (5)	9,2	9,2	3,5	5,2	3,2	3,1	2,9	1,4	-	1,0	4,6	6,0	3,3	3,6	2,1	2,7
1+2	50,5	51,7	57,0	55,4	64,4	61,0	68,4	68,9	68,8	72,6	55,2	52,0	64,3	62,6	66,6	60,5
4+5	17,5	16,9	10,2	11,9	7,6	9,9	7,9	2,8	5,5	6,1	11,3	13,3	9,6	9,0	6,4	8,0

Männer fühlen sich insgesamt gesünder als Frauen. Mit zunehmendem Alter beurteilen aber sowohl Männer als auch Frauen ihren Gesundheitszustand als schlechter. Je höher das Einkommen, desto gesünder fühlen sich die Befragten. Ein ähnlicher Zusammenhang ergibt sich bei der Schulbildung: Je höher der Abschluss ist, desto besser beurteilen die Befragten ihren Gesundheitszustand.

Quelle: WIdO-monitor 2007

ner: 62,0 Prozent, Frauen: 58,6 Prozent), „mittelmäßig“ (30,3 Prozent; Männer: 29,0 Prozent, Frauen: 31,3 Prozent) und „schlecht“ beziehungsweise „sehr schlecht“ ein (9,6 Prozent; Männer: 9,1 Prozent, Frauen: 10,0 Prozent). Die Angaben zeigen eine deutliche Zunahme der negativen Einschätzung mit dem Alter der Befragten und bestätigen damit den Zusammenhang zwischen der tatsächlichen Gesundheit und der subjektiven Einschätzung durch die Befragten.

Bei der Auswertung nach dem Haushaltsnettoeinkommen und der Schulbildung zeichnet sich gleichfalls ein deutlicher Zusammenhang ab. Der aktuelle Gesundheitsstatus wird mit steigendem Einkommen und zunehmender Schulbildung besser beurteilt, bei Geringverdienern und Versicherten mit einfacher Schulbildung ist der Anteil mit schlechter Gesundheitseinschätzung am höchsten.

Darüber hinaus bestätigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede: Bei Männern ist der Anteil mit positiver Gesundheitsbewertung durchweg höher als bei Frauen. Inwieweit dieser in allen Erhebungen bislang festgestellte Unterschied reale Morbiditätsdifferenzen zwischen den Geschlechtern widerspiegelt, wird diskutiert (z.B. Statistisches Bundesamt 2006).

Versicherte, die vollzeit erwerbstätig sind, schätzen ihre Gesundheit durchweg positiver ein als nicht Erwerbstätige beziehungsweise Arbeitslose. Das ist einerseits durch das Alter der Erwerbstätigen zu erklären, andererseits schätzen sich Arbeitnehmer im Vergleich zu Arbeitslosen auch seltener als krank ein (Badura et al. 2008).

Mehr als ein Drittel (37,3 Prozent) der GKV-Versicherten gibt an, unter einer chronischen Erkrankung zu leiden, „einer Erkrankung, die regelmäßiger oder wiederkehrender ärztlicher Über-

Frauen beurteilen ihren Gesundheitszustand im Vergleich zu Männern tendenziell als schlechter.

wachung oder Behandlung bedarf (beispielsweise Diabetes, Asthma oder Heuschnupfen)“. Männer zeigen sich weniger betroffen (35,1 Prozent) als Frauen (39,0 Prozent). Der Anteil der chronisch Kranken steigt ebenfalls – sowohl bei Männern als auch bei Frauen – mit steigendem Alter deutlich an.

2.2 Gesundheitsrisiken

Während die Angaben zur Bewertung des aktuellen Gesundheitsstatus eine allgemeine subjektive Einschätzung darstellen, geben Aussagen zum Vorkommen von Indikatoren wie Bluthochdruck, Übergewicht, Rauchen und mangelnde sportliche Aktivität Auskunft über die Verbreitung von Gesundheitsrisiken.

Nach den aktuellen Daten des WIdO-monitors leidet ein Viertel der Befragten (25,4 Prozent) unter Bluthochdruck. Die Angaben nehmen bei beiden Geschlechtern mit dem Alter stetig zu (Tabelle 2). Insgesamt ist Bluthochdruck stärker ein Problem der Männer. Er tritt vor allem bei Menschen mit einfacher Schulbildung und niedrigem Einkommen auf, hier insbesondere bei den Frauen. Bei Männern sind die Unterschiede zwischen den verschiedenen Einkommensgruppen schwächer ausgeprägt.

Der Body-Mass-Index (BMI) ist ein weiterer möglicher Indikator für den Gesundheitszustand. Der Wert wird berechnet, indem das Körpergewicht (in Kilogramm) durch das Quadrat der Kör-

pergröße (in Metern) geteilt wird. Danach kann ermittelt werden, ob Unter-, Normal- oder Übergewicht vorliegt. Laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) gelten Menschen als übergewichtig, wenn sie einen BMI größer als 24,9 und als adipös, wenn sie einen BMI größer als 30 aufweisen.

Die aktuellen Daten ergeben dabei folgenden Befund (Tabelle 3): In Deutschland ist mehr als jeder zweite der über 18-Jährigen (53,8 Prozent) als übergewichtig beziehungsweise adipös einzustufen. Die Gewichtsprobleme nehmen mit steigendem Alter deutlich zu. Ab einem Alter von über 65 Jahren liegen etwa zwei Drittel der Befragten über dem Normalgewicht; bei Männern ist dies schon ab 50 Jahren der Fall. Auch kommen insgesamt bei Männern Übergewicht und Adipositas häufiger vor als bei Frauen. Aktuell sind 57 Prozent der Männer und 51,3 Prozent der Frauen übergewichtig beziehungsweise adipös.

Die Verbreitung von Übergewicht zeigt – in Abhängigkeit von Bildung und Einkommen – große Unterschiede. Versicherte mit einfacher Schulbildung und geringem Einkommen sind deutlich häufiger übergewichtig beziehungsweise adipös als Angehörige höherer Einkommens- und Bildungsgruppen.

In der Versichertenstichprobe wurde auch nach sportlichen Aktivitäten im vergangenen Jahr gefragt („Haben Sie im letzten Jahr aktiv Sport getrieben? Wenn ja: War dies regelmäßig oder gelegentlich der Fall?“). Hier gibt fast ein Drittel der befragten GKV-Versicherten (32,0 Prozent)

Mehr als 50 Prozent der über 18-jährigen Deutschen ist übergewichtig beziehungsweise adipös.

Tabelle 2

Angabe von Bluthochdruck nach Geschlecht, Alter, Einkommen und Schulbildung

Altersgruppen			<30		30–39		40–49		50–64		65	
insg.	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w
3.005	1.317	1.688	186	174	202	239	298	410	342	468	287	391
25,4%	26,0%	24,9%	4,4%	2,9%	9,7%	5,1%	16,2%	11,7%	35,5%	32,7%	50,4%	51,2%

HH-Nettoeinkommen in Euro			<1.000		1.000–1.999		2.000–2.999		3.000–3.999		4.000	
insg.	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w
3.005	1.317	1.688	116	212	378	482	344	358	140	148	110	101
25,4%	26,0%	24,9%	26,3%	36,5%	29,6%	29,1%	28,8%	19,4%	21,9%	12,3%	23,6%	10,9%

Schulbildung			einfach		mittel		hoch	
insg.	m	w	m	w	m	w	m	w
3.005	1.317	1.688	433	517	364	647	485	486
25,4%	26,0%	24,9%	34,9%	38,3%	21,3%	23,2%	21,9%	12,7%

Ein Viertel aller Befragten (25,4 Prozent) leidet unter Bluthochdruck, Männer häufiger als Frauen.

Quelle: WIdO-monitor 2007

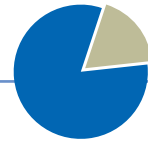


Tabelle 3

Verbreitung von Übergewicht und Adipositas nach Geschlecht, Alter, Einkommen und Schulbildung (in %)

Altersgruppen				<30		30-39		40-49		50-64		65		
	insg.	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	
	BMI	3.005	1.317	1.688	186	174	202	239	298	410	342	468	287	391
N*	18,5-24,9	42,0	40,5	43,3	61,6	59,9	47,0	57,5	40,0	47,0	30,0	37,5	35,2	30,9
Ü*	25-29	41,2	43,5	39,4	27,6	19,8	40,0	30,9	45,2	37,1	48,5	42,6	48,2	51,4
A*	30	12,6	13,5	11,9	2,7	4,2	10,5	6,4	13,4	9,6	19,7	16,2	15,5	15,8

HH-Nettoeinkommen in Euro				<1.000		1.000-1.999		2.000-2.999		3.000-3.999		4.000		
	insg.	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	
	BMI	3.005	1.317	1.688	116	212	378	482	344	358	140	148	110	101
N*	18,5-24,9	41,2	43,5	39,4	38,9	33,3	39,7	37,9	39,8	42,2	42,9	59,3	39,4	66,3
Ü*	25-29	41,2	43,5	39,4	40,7	44,0	44,3	40,2	45,6	41,9	41,4	30,3	45,0	29,6
A*	30	12,6	13,5	11,9	15,9	16,4	14,7	17,2	11,3	10,2	15,7	2,8	13,8	2,0

Schulbildung				einfach		mittel		hoch		
	insg.	m	w	m	w	m	w	m	w	
	BMI	3.005	1.317	1.688	433	517	364	647	485	486
N*	18,5-24,9	42,0	40,5	43,3	28,2	32,1	43,4	45,2	49,6	53,3
Ü*	25-29	41,2	43,5	39,4	50,0	44,6	41,0	39,7	38,8	33,8
A*	30	12,6	13,5	11,9	19,3	19,8	12,3	10,5	9,5	4,9

*N = Normalgewicht
 *Ü = Übergewicht
 *A = Adipositas

Übergewicht und Adipositas nehmen mit dem Alter deutlich zu. Mit steigendem Einkommen nimmt der Anteil der Frauen mit Übergewicht oder Adipositas ab, bei den Männern lässt sich kein Zusammenhang erkennen. Quelle: WIdO-monitor 2007

an, im vergangenen Jahr überhaupt keinen Sport getrieben zu haben, während dies 43,7 Prozent regelmäßig und 24,2 Prozent gelegentlich tun. Frauen ab 30 Jahren geben häufiger an, regelmäßig Sport zu treiben als Männer. Bei den unter 30-Jährigen treiben hingegen die Männer deutlich mehr Sport (Tabelle 4).

Auch lässt sich ein klarer Zusammenhang mit dem sozialen Status feststellen: Am stärksten verbreitet ist sportliche Inaktivität bei Männern und Frauen mit einem Haushaltsnettoeinkommen von unter 1.000 Euro im Monat und einfacher Schulbildung. Sportliche Betätigung nimmt mit dem Einkommen und Bildungsstand stetig zu.

Tabelle 4

Sportliche Aktivität nach Geschlecht, Alter, Einkommen und Schulbildung (in %)

Altersgruppen				<30		30-39		40-49		50-64		65		
	insg.	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	
	N	3.005	1.317	1.688	186	174	202	239	298	410	342	468	287	391
	nie	32,0%	33,7%	30,7%	15,6%	30,5%	26,2%	25,1%	32,6%	24,4%	41,5%	28,2%	42,5%	44,0%
	regelmäßig	43,7%	41,1%	45,8%	55,9%	45,4%	46,0%	47,3%	40,3%	47,6%	33,9%	47,9%	37,3%	40,7%

HH-Nettoeinkommen in Euro				<1.000		1.000-1.999		2.000-2.999		3.000-3.999		4.000		
	insg.	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	
	N	3.005	1.317	1.688	116	212	378	482	344	358	140	148	110	101
	nie	32,0%	33,7%	30,7%	47,4%	42,5%	39,9%	34,6%	32,6%	26,5%	28,6%	21,6%	22,7%	24,8%
	regelmäßig	43,7%	41,1%	45,8%	27,6%	34,4%	37,6%	43,6%	39,0%	46,6%	45,0%	53,4%	53,6%	53,5%

Schulbildung				einfach		mittel		hoch		
	insg.	m	w	m	w	m	w	m	w	
	N	3.005	1.317	1.688	433	517	364	647	485	486
	nie	32,0%	33,7%	30,7%	24,2%	20,1%	26,6%	25,5%	24,9%	23,7%
	regelmäßig	43,7%	41,1%	45,8%	30,3%	38,7%	40,8%	45,6%	51,8%	54,0%

Jeder dritte GKV-Versicherte treibt überhaupt keinen Sport. Die sportliche Aktivität der Befragten steigt jedoch mit zunehmendem Einkommen und höherer Schulbildung an. Quelle: WIdO-monitor 2007

Tabelle 5

Anteil der Raucher nach Geschlecht, Alter, Einkommen und Schulbildung

Altersgruppen			<30		30-39		40-49		50-64		65	
insg.	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w
3.005	1.317	1.688	186	174	202	239	298	410	342	468	287	391
30,3%	34,6%	26,4%	45,7%	38,5%	44,1%	37,2%	40,6%	29,5%	36,0%	23,9%	13,2%	13,8%

HH-Nettoeinkommen in Euro			<1.000		1.000-1.999		2.000-2.999		3.000-3.999		4.000	
insg.	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w
3.005	1.317	1.688	116	212	378	482	344	358	140	148	110	101
30,3%	34,6%	26,4%	45,7%	30,7%	32,0%	30,5%	33,1%	27,1%	32,1%	27,7%	29,1%	16,8%

Schulbildung			einfach		mittel		hoch	
insg.	m	w	m	w	m	w	m	w
3.005	1.317	1.688	433	517	364	647	485	486
30,3%	34,6%	26,4%	34,3%	26,9%	39,7%	28,3%	31,6%	23,3%

Rauchen ist vor allem bei jungen Versicherten verbreitet. Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil der Raucher jedoch insgesamt ab. Auch finden sich unter den Geringverdienern mehr Raucher als unter den Befragten mit höherem Einkommen.

Quelle: WIdO-monitor 2007

Im Zusammenhang mit dem Gesundheitsverhalten wurde auch nach dem Rauchen gefragt („Rauchen Sie regelmäßig, gelegentlich oder nie?“). Aktuell rauchen 34,6 Prozent der Männer und 26,4 Prozent der Frauen. Am stärksten ist das Rauchen unter jungen Erwachsenen verbreitet und nimmt mit steigendem Alter deutlich ab (Tabelle 5).

Geringverdiener rauchen wesentlich häufiger als Menschen mit höherem Einkommen. Bei den Männern raucht fast jeder zweite mit einem Einkommen unter 1.000 Euro im Monat. Bei Besserverdienern mit einem Einkommen von über 4.000 Euro im Monat beträgt der Anteil der Raucher nur noch 29,1 Prozent. Bei den Frauen sind die Unterschiede nicht so stark ausgeprägt: Der Anteil der Raucherinnen schwankt zwischen 27 und 30 Prozent. Erst ab einem Einkommen über 4.000 Euro monatlich geht der Anteil der Raucherinnen deutlich zurück (auf 16,8 Prozent).

Rauchen und Bildungsstand zeigen keinen eindeutigen Zusammenhang: Der Anteil der Raucher ist bei Versicherten mit mittlerer Schulbildung am höchsten.

Insgesamt belegen die aktuellen Daten das Ausmaß und die Verbreitung von gesundheitlichen Risikofaktoren bei GKV-Versicherten in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht, Einkommen und Bildung.

Niedrigverdiener und Menschen mit geringer Schulbildung weisen deutlich mehr gesundheitliche Risikofaktoren auf.

2.3 Ärztliche Inanspruchnahme

Um die Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen zu erfassen, wurde der Anteil der Versicherten erhoben, die im vergangenen Jahr einen Arzt aufgesucht haben. Zudem wurde die Häufigkeit der Arztkontakte pro Patient erfasst.

Die Mehrheit der Versicherten (91,2 Prozent) hat im Laufe der vergangenen zwölf Monate (vor der Befragung) einen Arzt (ohne Zahnarzt) aufgesucht. Bei Frauen ist der Anteil in allen Altersgruppen durchweg höher als bei Männern. Erwartungsgemäß steigen die Inanspruchnahme und die Häufigkeit der Arztkontakte mit dem

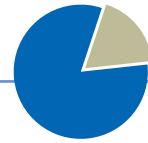
Tabelle 6

Durchschnittliche Anzahl der Arztbesuche bei Versicherten mit Versorgungsbedarf – nach Einkommen

Jahr	insg.	HH-Nettoeinkommen in Euro			
		<1.000	1.000-1.999	2.000-2.999	3.000
2007	10,6	13,5	11,4	8,6	9,3
2006	9,1	10,4	10,5	9,6	6,1
2005	9,7	11,1	9,9	9,7	7,9

Versicherte mit schlechter Gesundheit und geringem Einkommen haben deutlich mehr Arztkontakte als Versicherte mit hohem Einkommen.

Quelle: WIdO-monitor 2007



Alter. Dabei ist die Anzahl der Arztkontakte in den unteren Einkommensgruppen deutlich höher als bei Besserverdienenden.

Auch bei Berücksichtigung derjenigen Versicherten mit Versorgungsbedarf (Menschen, die ihre eigene Gesundheit lediglich als mittelmäßig, schlecht beziehungsweise sehr schlecht eingestuft haben) zeichnet sich ab, dass bei einkommensschwächeren Versicherten die durchschnittliche Anzahl der Arztkontakte im Schnitt größer ist als bei Menschen, die über ein höheres Einkommen verfügen (Tabelle 6).

3 Fazit

Die aktuellen Zahlen der hier vorgestellten repräsentativen Versichertenstichprobe zeigen ausgeprägte Unterschiede bei der subjektiven Gesundheit und der Verbreitung von gesundheitlichen Risiken.

Insgesamt wird ein deutlicher Zusammenhang zwischen Schichtungsmerkmalen wie Einkommen und Bildung und dem Vorliegen von Gesundheitsrisiken deutlich: Risikofaktoren, die mit dem Verhalten des Einzelnen zusammenhängen wie Rauchen, Bewegungsmangel und Übergewicht treten verstärkt bei Versicherten mit niedrigem Einkommen und einfacher Schulbildung auf. Mit steigendem Einkommen nehmen die Risikofaktoren ab. Auch gibt es deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede: Während Frauen im Vergleich zu Männern ihre Gesundheit oft als schlechter einschätzen, geben Männer häufiger das Vorliegen „objektiver“ gesundheitlicher Risikofaktoren wie Übergewicht, Bewegungsmangel, Rauchen und Bluthochdruck an.

Die Ergebnisse bestätigen frühere Erhebungen und unterstreichen die Notwendigkeit sozial- und gesundheitspolitischer Interventionen im Bereich der Verhältnisprävention.



Klaus Zok, Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO),
Telefon: 0228 843-134
E-Mail: klaus.zok@wido.bv.aok.de

4 Literatur / Quellen

- Ahlrich, K. (1999): Gesundheitspolitische Einstellungen, Gesundheitsverhalten und Wertewandel, Wiesbaden
- Badura, B./Schröder, H./Vetter, C. (2008): Fehlzeiten-Report 2007, Heidelberg
- Bellach, B.M. (1999): Der Bundes-Gesundheitssurvey 1998 – Erfahrungen, Ergebnisse, Perspektiven, in: *Das Gesundheitswesen* 61 (Sonderheft 2), S. 55–56
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2005): Gender-Datenreport. Datenreport zur Gleichstellung von Frauen und Männern in der Bundesrepublik Deutschland, München, S. 471–523
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2005): Lebenslagen in Deutschland. Der 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, Bonn
- Helmert, U. (2003): Soziale Ungleichheit und Krankheitsrisiken, Augsburg
- Lampert, T. (2005): Schichtspezifische Unterschiede im Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten, Berlin
- Lungen, M./Potthof, P./Lauterbach, K.W. et al. (2005): Unterschiede in der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und der Morbidität zwischen Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung und Privaten Krankenversicherung, in: *Gesundheits- und Sozialpolitik* 3–4, S. 25–30
- Mielck, A. (2001): Soziale Ungleichheit und Gesundheit – Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle
- Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2005): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, Berlin
- Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2006): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2006): Datenreport 2006. Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland, Bonn, S. 463 ff.

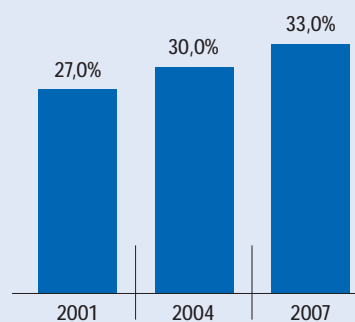
VORSCHAU

Im nächsten WidO-monitor geht es um die Wahrnehmung und Akzeptanz zentraler GKV-Früherkennungsuntersuchungen.

Umfrage Das Gesundheitsbewusstsein steigt

Die Zahl der Menschen, die angeben, sehr auf ihre Gesundheit zu achten, ist nach einer Umfrage des Allensbacher Instituts für Demoskopie in den letzten Jahren Schritt für Schritt größer geworden. Anfang des Jahrzehnts betonten 27 Prozent, dass sie sehr gesundheitsbewusst leben, inzwischen sagen das 33 Prozent. Darüber hinaus ist dem Institut zufolge eine verstärkte Tendenz zu mehr Selbstverantwortung und Selbstständigkeit zu beobachten.

Anteil derjenigen, die sehr auf ihre Gesundheit achten



Quelle: Institut für Demoskopie
Allensbach; AWA 2007

In den Umfragen zur Allensbacher Markt- und Werbeträgeranalyse werden in regelmäßigen Abständen mehr als 20.000 Personen befragt, repräsentativ für die Bevölkerung ab 14 Jahre.

Forschungsprojekt Eurobarometer: Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem deutlich gesunken

In den meisten Ländern der Europäischen Union (EU) ist die Zufriedenheit der Bürgerinnen und Bürger mit ihrem jeweiligen Gesundheitssystem seit Mitte der 1990er Jahre drastisch gesunken. In Deutschland fiel der Rückgang überdurchschnittlich aus. Die Eurobarometer-Umfragen zeigen, dass die Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem im Durchschnitt der (alten) 15 EU-Länder von 56 Prozent im Jahr 1996 auf knapp 36 Prozent im Jahr 2002 zurückgegangen ist. In Deutschland schrumpfte der Anteil der Zufriedenen von knapp 64 auf 31 Prozent. Kranke Befragte waren in Deutschland noch unzufriedener als gesunde. Für das von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) geförderte Projekt des Mannheimer Zentrums für Europäische Sozialforschung (MZES) „Wohlfahrtsstaatliche Institutionen und sozialpolitische Einstellungen – neue Perspektiven für die vergleichende Wohlfahrtsstaatenanalyse“ wurden Daten der Eurobarometer-Umfragen der EU-Kommission vergleichend ausgewertet.

Weitere Informationen: www.mzes.uni-mannheim.de