

### Statistische Kennziffern



Im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung werden neben den bekannten statistischen Maßen der deskriptiven Statistik, wie z. B. relative Häufigkeiten und Mittelwerte, auch so genannte *altersadjustierte Odds Ratios* ausgewiesen. Diese werden zumeist durch binär logistische Regressionen ermittelt und geben an, um welchen Faktor das Risiko eines Gesundheitsproblems oder -ereignisses in der betrachteten Gruppe im Verhältnis zu einer definierten Referenzgruppe erhöht ist, wenn die Gruppen die gleiche Alterszusammensetzung aufweisen würden.

Der Begriff »gesundheitliche Ungleichheit« beschreibt soziale Unterschiede im Gesundheitszustand, im Gesundheitsverhalten und in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Mit der Sozialepidemiologie hat sich in den letzten Jahren eine eigenständige Forschungsdisziplin etabliert, die den Schwerpunkt auf die Analyse der gesundheitlichen Ungleichheit legt. Auch die Gesundheitsberichterstattung präsentiert mittlerweile regelmäßig Daten und Fakten zum Ausmaß und zur Entwicklung der gesundheitlichen Ungleichheit. Im Folgenden wird

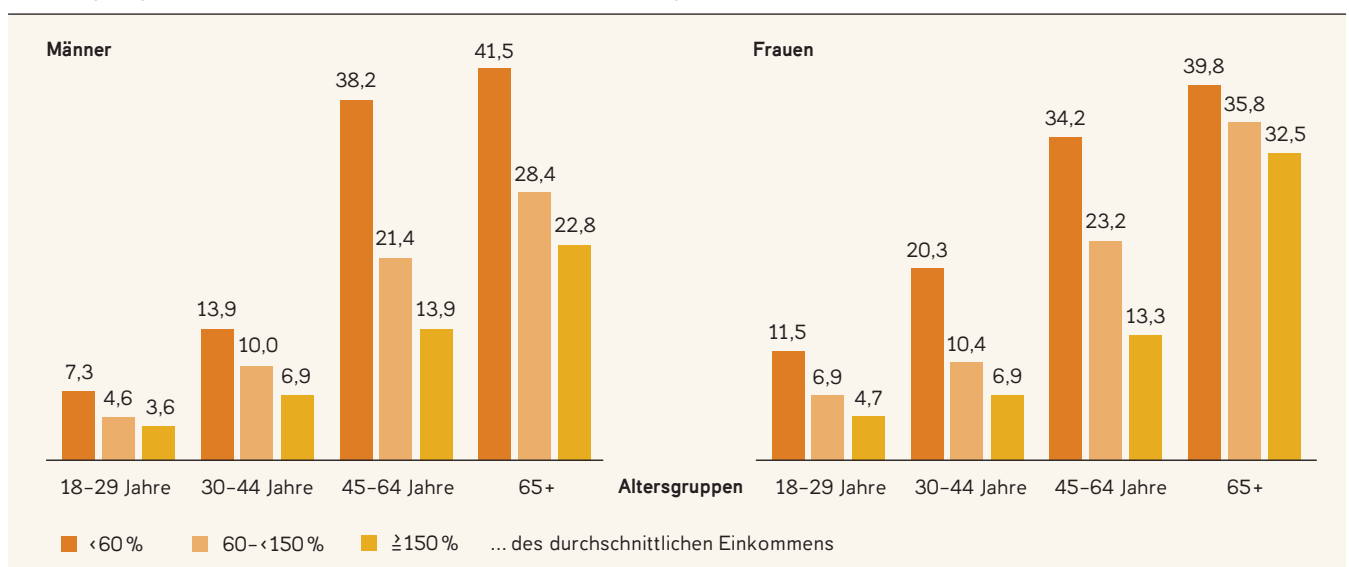
auf verschiedene Datenquellen zurückgegriffen, wie z. B. das Sozio-oekonomische Panel, den Mikrozensus und das Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Institutes, um die gesundheitliche Ungleichheit in Deutschland zu beschreiben.

### 9.3.1 Einkommen und Gesundheit

Das Einkommen vermittelt den Zugang zu den meisten Bedarfs- und Gebrauchsgütern und ist eine wichtige Grundlage der Vermögensbildung, der Vorsorge und

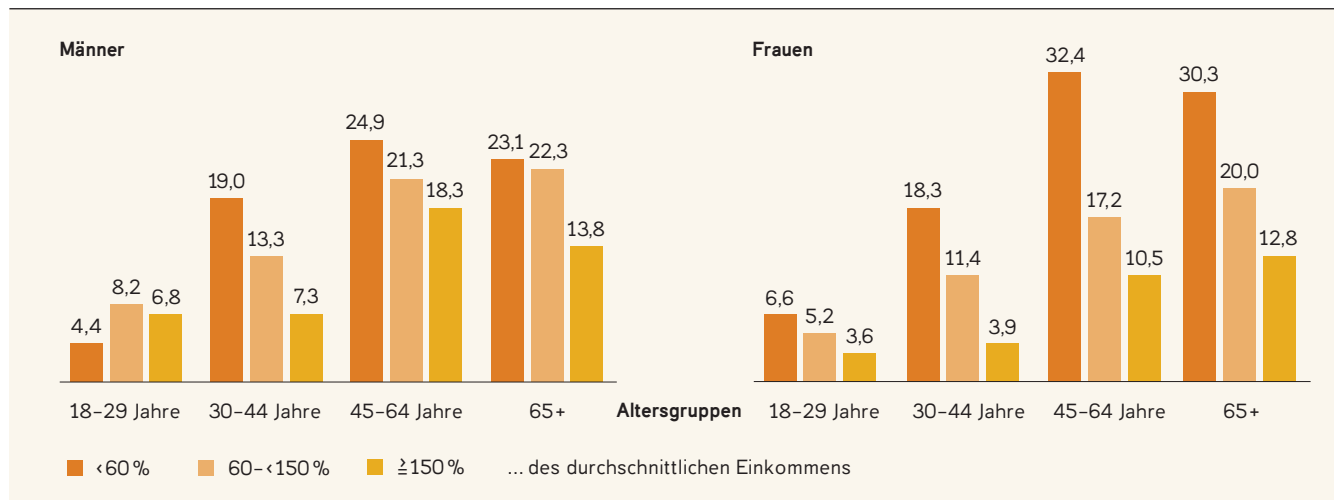
der sozialen Absicherung. Neben den materiellen Aspekten ist aber auch auf die Bedeutung des Einkommens für die soziale Integration und soziokulturelle Teilhabe sowie für das psychosoziale Wohlbefinden und die gesundheitsbezogene Lebensqualität zu verweisen. So lässt sich zeigen, dass Personen, die einem Armutsrisiko (vgl. dazu auch die entsprechenden Abschnitte in Kapitel 6.2 und 6.3 in Band I) ausgesetzt sind, ihren allgemeinen Gesundheitszustand häufiger als weniger gut oder schlecht bewerten. Allerdings bestehen in dieser Hinsicht auch Unterschiede zwischen den Angehörigen der mittleren und höheren Einkommensgruppe. Diese Einkommensabhängigkeit zeichnet sich bei Männern und Frauen in allen betrachteten Altersgruppen deutlich ab. Bei statistischer Kontrolle des Alters-effektes zeigt sich, dass bei Männern aus der armutsgefährdeten Gruppe das Risiko eines weniger guten bis schlechten allgemeinen Gesundheitszustandes im Verhältnis zu Männern aus der hohen Ein-

**Abb. 1: Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes (»weniger gut« oder »schlecht«) nach drei Einkommensgruppen, in %**



Datenbasis: SOEP 2009.

**Abb. 2: Adipositas (BMI $\geq$ 30) nach Einkommen, in %**



Datenbasis: GEDA 2009.

kommensgruppe um den Faktor 2,7 erhöht ist. Bei Frauen beträgt das entsprechende Verhältnis 2,2:1. → [Abb. 1](#)

Bezüglich der Verbreitung chronischer Krankheiten und Beschwerden lässt sich für die Altersspanne ab 45 Jahre festhalten, dass viele Erkrankungen in der Armutsrisikogruppe vermehrt auftreten, so z. B. Herzinfarkt, Schlaganfall, Angina pectoris, Hypertonie, Diabetes, chronische Bronchitis, chronische Lebererkrankung, Osteoporose, Arthrose und Depression. Bei Männern ist außerdem ein Zusammenhang zwischen Armutsrisiko und Herzinsuffizienz, Arthritis sowie chronischer Niereninsuffizienz festzustellen. Bei Frauen in der Armutsrisikogruppe treten neben den zuvor genannten Erkrankungen und Beschwerden auch vermehrt Asthma bronchiale und erhöhte Blutfettwerte auf.

Viele chronische Krankheiten und Beschwerden können auf Risikofaktoren zurückgeführt werden, die mit dem Gesundheitsverhalten in Zusammenhang stehen. Neben dem Tabak- und Alkoholkonsum sowie körperlicher Inaktivität und Fehlernährung gilt dies auch für Übergewicht, insbesondere für Adipositas als starker Ausprägungsform (Body-Mass-Index größer als 30 – siehe dazu auch Kapitel 9.1.5). Wie die Daten deutlich ma-

chen, sind Männer und Frauen, die einem Armutsrisiko ausgesetzt sind, in fast allen Altersgruppen deutlich häufiger adipös als Männer und Frauen aus den höheren Einkommensgruppen. Bei statistischer Kontrolle des Alterseffektes haben Männer aus der niedrigen im Vergleich zu Männern aus der hohen Einkommensgruppe ein um den Faktor 1,6 erhöhtes Risiko adipös zu sein. Bei Frauen aus der niedrigen Einkommensgruppe ist das Risiko sogar um den Faktor 3,3 erhöht.

→ [Abb. 2](#)

Aufschluss über Einkommensunterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung geben Daten des SOEP. Demnach haben Männer und Frauen, deren Einkommen

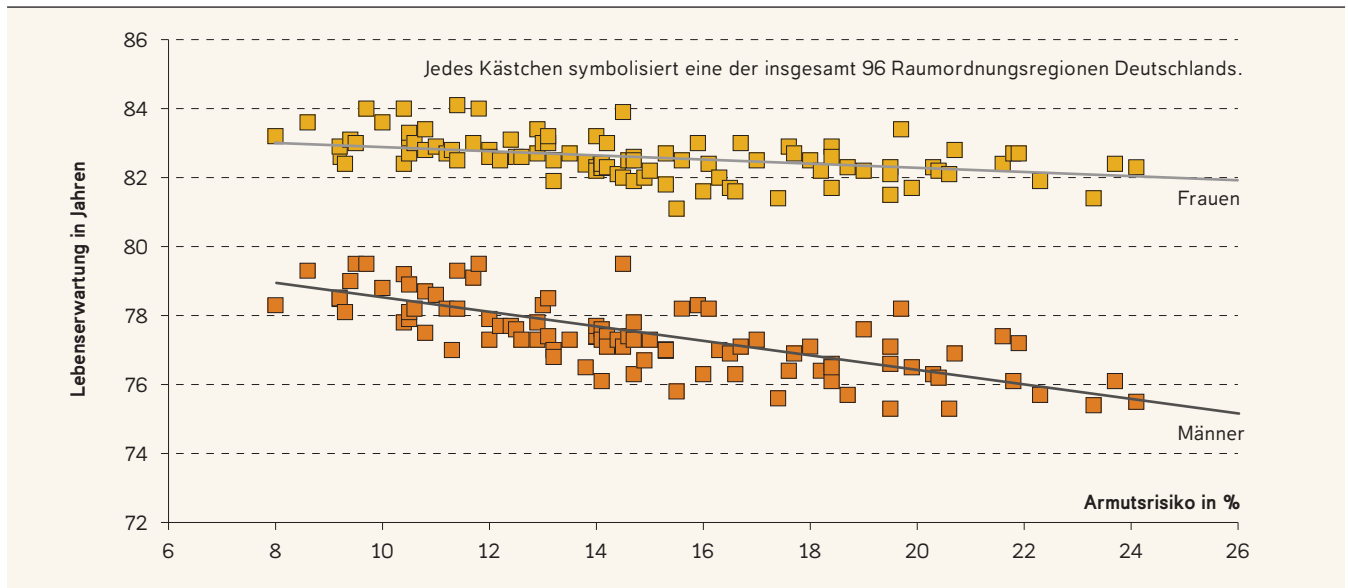
unterhalb der Armutsrisikogrenze liegt, im Verhältnis zur hohen Einkommensgruppe ein um das 2,7- bzw. 2,4-fach erhöhtes Mortalitätsrisiko. Die mittlere Lebenserwartung bei Geburt von Männern der niedrigen Einkommensgruppe liegt fast elf Jahre unter der von Männern der hohen Einkommensgruppe. Bei Frauen beträgt die Differenz rund acht Jahre. Auffallend ist dabei, dass sich auch zwischen den mittleren Einkommensgruppen Unterschiede zeigen, so dass von einer graduellen Abstufung der Lebenserwartung ausgegangen werden kann. In der ferneren Lebenserwartung ab einem Alter von 65 Jahren zeichnen sich die Unterschiede zwischen den Einkommensgruppen ebenfalls deutlich ab. → [Tab. 1](#)

**Tab. 1: Lebenserwartung bei Geburt und ab einem Alter von 65 Jahren nach Einkommen**

Einkommen	Männer		Frauen	
	Bei Geburt	Ab 65 Jahre	Bei Geburt	Ab 65 Jahre
	in Jahren			
< 60 % des durchschn. Einkommens	70,1	12,3	76,9	16,2
60- < 80 % des durchschn. Einkommens	73,4	14,4	81,9	19,8
80- < 100 % des durchschn. Einkommens	75,2	15,6	82,0	19,9
100- < 150 % des durchschn. Einkommens	77,2	17,0	84,4	21,8
$\geq$ 150 % des durchschn. Einkommens	80,9	19,7	85,3	22,5
<b>Insgesamt</b>	<b>75,3</b>	<b>15,7</b>	<b>81,3</b>	<b>19,3</b>

Datenbasis: SOEP und Periodensterbefahrn 1995-2005.

**Abb. 3: Zusammenhang zwischen mittlerer Lebenserwartung bei Geburt und Armutsrisikoquote auf Ebene der Raumordnungsregionen, in %**



Datenbasis: INKAR 2009, Mikrozensus 2009.

Auch auf sozialräumlicher Ebene ist der Zusammenhang zwischen Einkommen und Lebenserwartung zu beobachten. Im Allgemeinen gilt, dass die mittlere Lebenserwartung bei Geburt in den Regionen mit den niedrigsten Armutsrisikoquoten am höchsten ist. Bei Männern beträgt die Differenz in der Lebenserwartung zwischen den Regionen mit den höchsten und niedrigsten Armutsrisikoquoten etwa vier, bei Frauen etwa zwei Jahre. → [Abb. 3](#)

### 9.3.2 Bildung als Ressource für Gesundheit

Neben dem Einkommen besitzt auch die Bildung einen hohen Stellenwert für die Gesundheit. Durch den Zusammenhang zwischen formalen Bildungsabschlüssen und der Stellung in der Arbeitswelt ergeben sich Bezüge zu berufsbezogenen Belastungen und Ressourcen sowie zur Einkommenssituation. Bildung drückt sich außerdem in Wissen und Handlungskompetenzen aus, die eine gesundheitsförderliche Lebensweise und den Umgang mit Belastungen und Gesundheitsproblemen unterstützen. Eine wichtige Rolle spielen dabei Einstellungen, Überzeugun-

gen und Werthaltungen, die sich bereits früh im Leben unter dem Einfluss der elterlichen Erziehung und der Bildungsinstitutionen entwickeln. [i](#)

Gesundheitliche Probleme und Krankheiten, welche die Ausübung alltäglicher Aktivitäten dauerhaft einschränken, sind mit negativen Konsequenzen für die Lebensqualität der Betroffenen verbunden, haben Auswirkungen auf ihr soziales Umfeld und stellen auch die sozialen Sicherungssysteme vor große Herausforderungen. Nach den Daten der GEDA-Studie 2009 geben Personen mit niedriger

Bildung in jedem Alter vermehrt an, aufgrund einer chronischen Krankheit in der Alltagsgestaltung erheblich eingeschränkt zu sein. Im Verhältnis zur hohen Bildungsgruppe drückt sich dies bei Männern mit niedriger Bildung in einem um das 2,4-fache und bei Frauen um das 1,9-fache erhöhten Risiko für funktionelle Einschränkungen aus. → [Abb. 4](#)

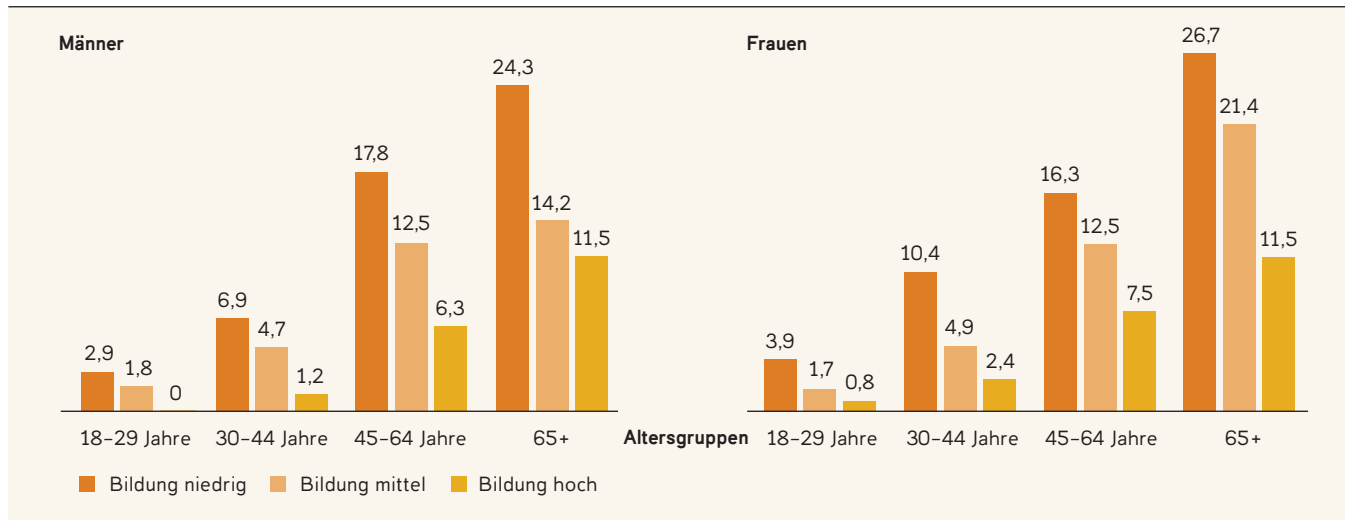
In den letzten vier Wochen immer oder oft unter starken Schmerzen gelitten zu haben, wird von Personen mit niedriger Bildung signifikant häufiger berichtet als von Personen mit mittlerer und hoher

#### Bildungsniveau

Zur Ermittlung des Bildungsniveaus wird im Folgenden auf die CASMIN-Klassifikation (»Comparative Analyses of Social Mobility in Industrial Nations«) zurückgegriffen, die in den 1970er Jahren für international vergleichende Analysen zur sozialen Mobilität entwickelt wurde. Im Jahr 2003 wurde eine überarbeitete Version vorgestellt, die aktuellen Entwicklungen der Bildungssysteme, insbesondere in Großbritannien, Frankreich und Deutschland, Rechnung trägt. Die CASMIN-Klassifikation ist an Bildungszertifikaten orientiert, wobei sowohl schulische als auch berufsbildende Abschlüsse berücksichtigt werden. Die Bildungsabschlüsse werden entsprechend ihrer funktionalen Äquivalenz im Ländervergleich neun Kategorien zugeordnet, von denen ausgehend ein niedriges, mittleres und hohes Bildungsniveau (»primary«, »secondary« und »tertiary« education) abgegrenzt werden kann.



**Abb. 4: Erhebliche krankheitsbedingte Einschränkungen in der Alltagsbewältigung nach Bildung, in %**



Datenbasis: GEDA 2009.

Bildung. Der Zusammenhang zwischen Bildung und Schmerzen ist bei Männern und Frauen in allen Altersgruppen zu beobachten. Kontrolliert man den Alterseinfluss, haben Männer der niedrigen im Vergleich zu denen der hohen Bildungsgruppe ein 2,2-mal so hohes Risiko, von starken körperlichen Schmerzen betroffen zu sein. Bei Frauen beträgt das entsprechende Verhältnis sogar 2,6 : 1. Auch zwischen der mittleren und hohen Bil-

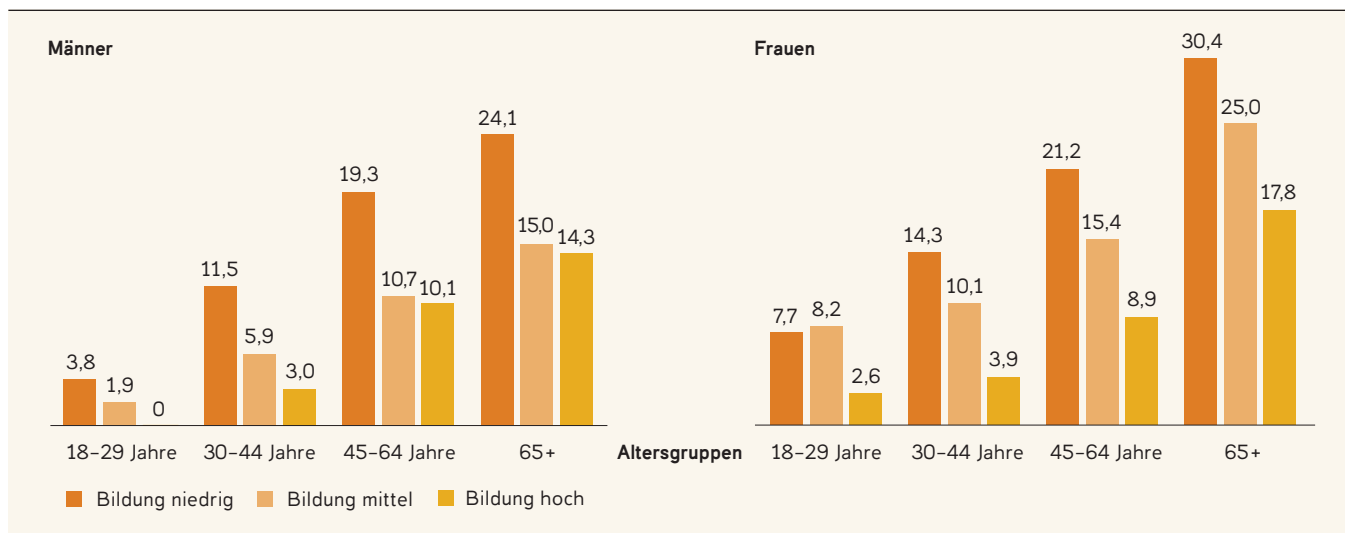
dungsgruppe sind Unterschiede im Vorkommen von Schmerzen festzustellen, die aber nur bei Frauen statistisch signifikant sind. → [Abb. 5](#)

Die Bedeutung der Bildung für das Gesundheitsverhalten lässt sich mit Befunden zum Tabakkonsum verdeutlichen. Personen mit niedriger Bildung rauchen weitaus häufiger als Personen mit mittlerer Bildung und insbesondere als Per-

sonen mit hoher Bildung. Bei statistischer Kontrolle des Alterseffektes ist das Risiko zu rauchen bei Männern und Frauen mit niedriger im Vergleich zu denen mit hoher Bildung um den Faktor 1,9 bzw. 2,3 erhöht. An den Anteilen der ehemaligen Raucher und Raucherinnen kann ersehen werden, dass Personen mit niedriger Bildung zudem seltener bzw. später das Rauchen wieder aufgeben.

→ [Tab. 2](#)

**Abb. 5: Starke körperliche Schmerzen in den letzten vier Wochen (»immer« oder »oft«) nach Bildung, in %**



Datenbasis: SOEP 2008.

**Tab. 2: Rauchverhalten nach Bildung**

	Männer			Frauen		
	Raucher	Exraucher	Nieraucher	Raucherinnen	Exraucherinnen	Nieraucherinnen
	in %					
<b>18-29 Jahre</b>						
Niedrige Bildung	43,9	10,7	45,3	40,0	11,2	48,8
Mittlere Bildung	43,9	14,7	41,4	39,1	14,9	46,0
Hohe Bildung	36,2	16,1	47,8	23,5	17,4	59,1
<b>30-44 Jahre</b>						
Niedrige Bildung	54,3	25,8	19,9	49,5	19,2	31,3
Mittlere Bildung	47,0	22,1	30,9	33,9	21,7	44,4
Hohe Bildung	28,6	25,2	46,2	22,9	21,3	55,8
<b>45-64 Jahre</b>						
Niedrige Bildung	38,7	34,1	27,2	34,6	20,7	44,7
Mittlere Bildung	38,1	36,2	25,6	30,4	26,9	42,7
Hohe Bildung	26,6	37,5	35,9	21,0	29,3	49,8
<b>65+ Jahre</b>						
Niedrige Bildung	16,8	44,0	39,2	8,9	16,2	74,9
Mittlere Bildung	14,3	51,7	34,0	8,3	19,0	72,7
Hohe Bildung	11,0	48,9	40,1	9,4	26,6	64,0

Auch in der sportlichen Aktivität treten Unterschiede nach dem Bildungsniveau zutage. In den letzten drei Monaten keinen Sport getrieben zu haben, trifft auf Personen mit niedriger Bildung deutlich

häufiger zu als auf Personen mit mittlerer und hoher Bildung. Dies gilt für alle betrachteten Altersgruppen mit Ausnahme der 18- bis 29-jährigen Männer. Unter Berücksichtigung der unterschiedlichen

Alterszusammensetzung der Bildungsgruppen lässt sich feststellen, dass Männer mit niedriger Bildung im Vergleich zu Männern mit hoher Bildung ein 3,1-mal höheres Risiko aufweisen, keinen Sport

**Tab. 3: Sportliche Aktivität in den letzten drei Monaten nach Bildung**

	Männer			Frauen		
	Kein Sport	< 2 Stunden pro Woche	2+ Stunden pro Woche	Kein Sport	< 2 Stunden pro Woche	2+ Stunden pro Woche
	in %					
<b>18-29 Jahre</b>						
Niedrige Bildung	13,9	13,3	72,8	24,1	22,0	53,9
Mittlere Bildung	16,5	14,5	69,0	20,9	23,2	55,9
Hohe Bildung	13,8	18,9	67,3	18,7	28,7	52,6
<b>30-44 Jahre</b>						
Niedrige Bildung	51,5	16,6	31,9	50,6	17,7	31,7
Mittlere Bildung	37,5	20,8	41,7	35,7	23,8	40,5
Hohe Bildung	17,8	24,1	58,1	23,3	31,2	45,5
<b>45-64 Jahre</b>						
Niedrige Bildung	57,6	8,1	34,3	48,2	21,6	30,2
Mittlere Bildung	43,1	17,6	39,3	32,9	22,0	45,1
Hohe Bildung	28,3	20,6	51,1	21,3	24,1	54,6
<b>65+ Jahre</b>						
Niedrige Bildung	65,3	12,1	22,5	54,4	22,2	23,4
Mittlere Bildung	56,7	11,2	32,1	44,5	22,7	32,8
Hohe Bildung	37,9	13,8	48,3	29,0	24,6	46,4

Datenbasis: GEDA 2009.

zu treiben. Frauen in der niedrigen Bildungsgruppe sind 2,7-mal häufiger sportlich inaktiv als Frauen aus der höher gebildeten Vergleichsgruppe. → Tab. 3

Unterschiede zeigen sich darüber hinaus in Bezug auf die Inanspruchnahme von Präventionsangeboten, das Gesundheitswissen und die Krankheitsbewältigung. Beispielsweise nehmen Personen mit niedriger Bildung seltener an den Krebsfrüherkennungsuntersuchungen und anderen Präventionsangeboten teil, die zum größten Teil zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen gehören, also ohne Zuzahlungen in Anspruch genommen werden können. Personen mit niedriger Bil-

dung kennen deutlich weniger typische Symptome für Schlaganfall und Herzinfarkt als Personen mit mittlerer und hoher Bildung. Interessant ist auch, dass Diabetiker mit niedriger Bildung seltener an Diabetikerschulungen teilnehmen und weitaus größere Schwierigkeiten haben, die Behandlung der Erkrankung im Alltag umzusetzen.

Die Relevanz der Bildung für die Gesundheit zeigt sich auch hinsichtlich der Lebenserwartung. Die Ergebnisse eines Vergleichs der Geburtskohorten 1925 und 1955 legen nahe, dass der allgemeine Anstieg der mittleren Lebenserwartung in engem Zusammenhang mit der Aus-

weitung der Bildungsbeteiligung der Bevölkerung zu sehen ist. Männer im Alter von 45 Jahren, die das Abitur oder Fachabitur erworben haben, leben im Durchschnitt 5,3 Jahre länger als gleichaltrige Männer mit Hauptschulabschluss oder ohne Schulabschluss.

### 9.3.3 Arbeitsweltbezogene Einflüsse auf Gesundheit

Krankheits- oder unfallbedingte Fehlzeiten sind ein zentraler Indikator arbeitsweltbezogener Einflüsse auf die Gesundheit. Sie machen auf Gesundheitsrisiken und Belastungen aufmerksam, bevor

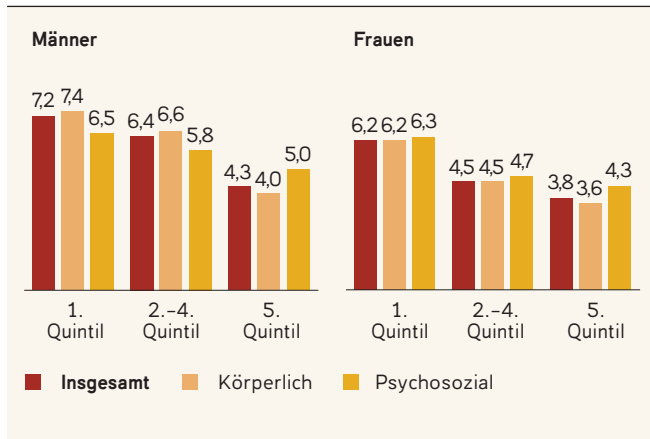
**Tab. 4: Arbeitsunfähigkeitsgeschehen von Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2009 nach Berufsgruppe (Fälle je 100 Versicherte und Tage je Fall)**

Berufsgruppen (KIdB-92)	Männer		Frauen	
	Fälle je 100	Tage je Fall	Fälle je 100	Tage je Fall
Ingenieure, Chemiker, Physiker, Mathematiker	87,0	8,9	91,0	8,4
Schriftwerkschaffende, künstlerische Berufe	75,0	11,2	96,0	9,6
Dienstleistungskaufleute	103,0	9,5	124,0	9,0
Organisations-, Verwaltungs-, Büroberufe	96,0	9,9	115,0	10,0
Warenkaufleute	96,0	10,1	107,0	11,5
Hilfsarbeiter	104,0	11,0	112,0	11,5
Techniker	108,0	11,5	128,0	9,9
Berufe der Land-, Forstwirtschaft, im Gartenbau	104,0	12,3	101,0	12,0
Gesundheitsdienstberufe	98,0	12,4	114,0	11,4
Sozial- und Erziehungsberufe	90,0	11,1	130,0	11,0
Elektroberufe	124,0	10,9	151,0	11,8
Ernährungsberufe	93,0	12,4	122,0	14,2
Maschinisten	109,0	13,7	87,0	10,5
Berufe in der Holz- und Kunststoffverarbeitung	132,0	11,2	163,0	10,0
Ordnungs- und Sicherheitsberufe	102,0	14,9	111,0	14,0
Maler, Lackierer	135,0	11,5	171,0	10,1
Metall- und Maschinenbauberufe	136,0	11,6	140,0	10,9
Berufe in der Lederherstellung, -verarbeitung	123,0	12,1	126,0	13,9
Ausbauberufe, Polsterer	121,0	13,3	131,0	12,0
Bergleute, Mineralgewinner, -aufbereiter, Steinbearbeiter, Baustoffhersteller	119,0	14,0	108,0	11,7
Textil- und Bekleidungsberufe	122,0	13,2	126,0	13,3
Verkehrsberufe	113,0	14,6	133,0	13,7
Hoch-, Tiefbauberufe	116,0	14,5	132,0	12,3
Warenprüfer, Versandfertigmacher	129,0	12,5	142,0	13,9
Berufe in der Papierherstellung und im Druck	138,0	12,6	141,0	13,3
Berufe in der Holzbearbeitung	131,0	13,4	138,0	15,0
Montierer	129,0	13,0	151,0	14,6
Chemie-, Kunststoffberufe	143,0	12,6	159,0	13,4
Keramik-, Glasberufe	131,0	14,1	142,0	14,1
Berufe in der Metallerzeugung, Gießereiberufe	130,0	14,8	137,0	16,5

KIdB-92: Klassifikation der Berufe des Statistischen Bundesamtes aus dem Jahr 1992.

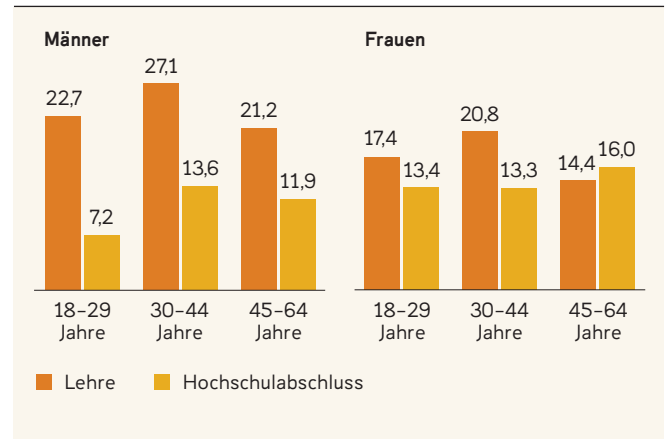
Datenbasis: BAuA, Bericht »Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2009«.

**Abb. 6: Arbeitsbelastung nach Bruttostundenlohn (Quintile) bei 18- bis 64-jährigen Erwerbstätigen, Durchschnitt auf einer Skala 1–10**



Datenbasis: Erwerbstätigenbefragung 2006.

**Abb. 7: Starke gesundheitliche Belastung durch die Arbeit bei Vollzeit-erwerbstätigen nach beruflicher Qualifikation, in %**



Datenbasis: GEDA 2010.

Berufskrankheiten entstehen oder es zu vorzeitigen krankheitsbedingten Renteneintritten kommt. Die Fehlzeiten lassen sich zudem nach Diagnosen differenzieren und geben dadurch einen Überblick über die Krankheitslast in der erwerbstätigen Bevölkerung. Im Jahr 2009 gingen 24 % der krankheitsbedingten Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft auf Muskel- und Skeletterkrankungen zurück, 15 % auf Atemwegserkrankungen, 13 % auf Unfälle und Verletzungen, 8 % auf psychische und Verhaltensstörungen und 6 % auf Herz-Kreislaufkrankungen.

Die Daten zeigen außerdem, dass es im Jahr 2009 pro 100 Versicherte 114,3 Krankheitsfälle gab, die durchschnittlich 12,0 Tage andauerten, wobei Männer und Frauen mit manuellen Tätigkeiten oder in einfachen Dienstleistungsberufen deutlich häufiger und länger krank geschrieben waren als Männer und Frauen in hochqualifizierten und wissensbasierten Berufen. Allerdings ist zu beachten, dass in diese Statistik nur Arbeitsunfähigkeitszeiten von mehr als drei Kalendertagen eingehen, wodurch das tatsächliche Ausmaß der Fehlzeiten unterschätzt wird.

→ Tab. 4

Krankheitsbedingte Fehlzeiten sind in engem Zusammenhang mit Arbeitsbelas-

tungen zu sehen. Beschäftigte mit niedrigem Berufsstatus sind sowohl körperlichen als auch psychosozialen Belastungen häufiger ausgesetzt als Beschäftigte mit höherem Berufsstatus, was u. a. auf ein Ungleichgewicht zwischen Verausgabung und Belohnung bei der Arbeit oder auch zwischen Arbeitsanforderungen und Einflussmöglichkeiten der Erwerbstätigen zurückgeführt wird.

Das Ausmaß der Arbeitsbelastung kann für das Jahr 2006 dem Lohn der Erwerbstätigen gegenübergestellt werden. Verwendet wird ein mehrdimensionaler Index, der Punktwerte zwischen 1 und 10 annehmen kann, wobei ein hoher Wert eine starke Belastung anzeigt. Das Einkommen der Beschäftigten wird über den Bruttostundenlohn erfasst. Die Beschäftigten wurden dabei nach ihrem Lohn in fünf gleich große Gruppen eingeteilt, die jeweils 20 % der Erwerbstätigen umfassen (Quintile). Die Ergebnisse verdeutlichen, dass sowohl die körperliche als auch psychosoziale Arbeitsbelastung bei Männern und Frauen der niedrigen Lohngruppe stärker ist als in der mittleren und hohen Lohngruppe. → Abb. 6

Die wahrgenommene Arbeitsbelastung hängt zudem von der Qualifikation der Beschäftigten ab. Demnach fühlen sich

hoch qualifizierte Erwerbstätige deutlich seltener gesundheitlich stark belastet als Erwerbstätige, die eine Lehre oder Ausbildung an einer Berufs- oder Fachschule abgeschlossen haben. Bei Männern zeigt sich dieser Zusammenhang in allen Altersgruppen, bei Frauen nur bei den Erwerbstätigen im Alter von 18 bis 44 Jahren. Im Alter von 45 bis 64 Jahren berichten hochqualifizierte Frauen sogar etwas häufiger von einer starken Belastung als Frauen, die eine Lehre absolviert haben. → Abb. 7

### 9.3.4 Arbeitslosigkeit und Gesundheit

Der Verlust des Arbeitsplatzes hat nicht nur Konsequenzen für die Einkommenssituation und den Lebensstandard, sondern ist auch mit psychosozialen Belastungen und einer Verminderung des Selbstwerts verbunden. Auswirkungen auf die Gesundheit sind vor allem dann zu erwarten, wenn die Arbeitslosigkeit länger andauert und die Aussichten auf eine Rückkehr in den Arbeitsmarkt nur gering sind. Der Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit ist darüber hinaus unter dem Gesichtspunkt zu sehen, dass gesundheitlich eingeschränkte Personen einem höheren Risiko unter-

**Tab. 5: Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherte nach Diagnose und Versicherungsstatus im Jahr 2009**

Diagnosen	Männer			Frauen		
	Angestellte Tage je 100	Arbeitslose Tage je 100	Verhältnis in %	Angestellte Tage je 100	Arbeitslose Tage je 100	Verhältnis in %
Psychische und Verhaltensstörungen	121	406	335	194	678	350
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	7	23	330	9	21	242
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	202	630	312	223	636	286
Krankheiten des Nervensystems	19	56	290	32	71	227
Krankheiten des Kreislaufsystems	54	125	234	39	80	205
Neubildungen	31	66	212	63	103	163
Krankheiten der Haut und der Unterhaut	14	27	199	12	19	162
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	36	65	181	55	80	146
Verletzungen und Vergiftungen	125	216	181	107	145	146
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen	18	26	173	35	42	136
Krankheiten des Urogenitalsystems	10	16	163	36	40	111
Krankheiten des Auges	8	12	156	7	10	138
Krankheiten des Verdauungssystems	69	90	132	73	93	127
Krankheiten des Ohres	12	16	129	13	14	105
Infektiöse und parasitäre Krankheiten	47	36	78	55	41	75
Krankheiten des Atmungssystems	193	136	70	251	174	69
<b>Insgesamt</b>	<b>967</b>	<b>1953</b>	<b>202</b>	<b>1240</b>	<b>2279</b>	<b>184</b>

Arbeitslos = betrachtet werden Empfänger von ALG I; Verhältnis: Verhältnis von Tagen je 100 Versicherte im Vergleich von Arbeitslosen und Angestellten.

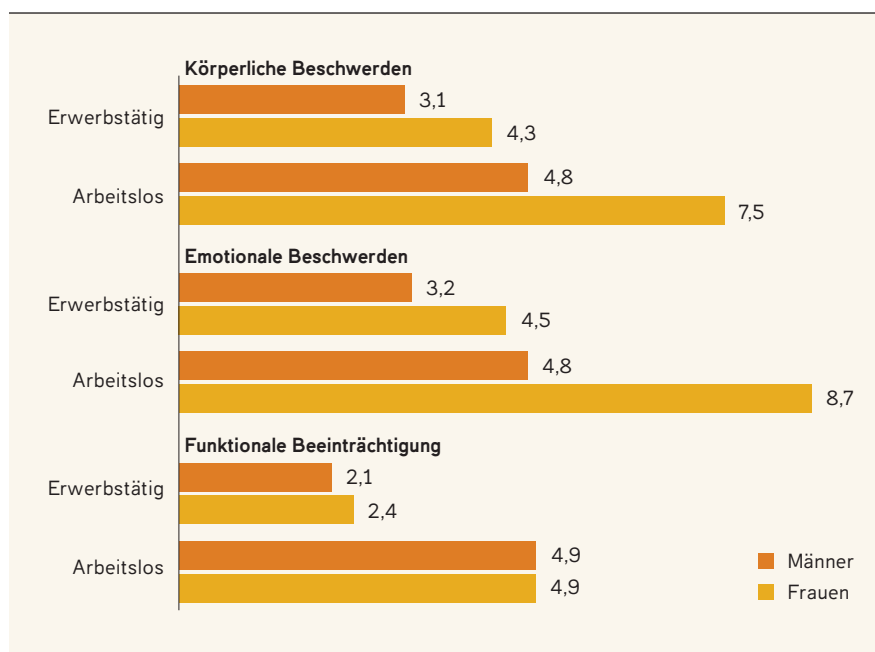
Datenbasis: BKK, »Gesundheitsreport 2010«.

liegen, ihren Arbeitsplatz zu verlieren und sie schlechtere Chancen auf eine berufliche Wiedereingliederung haben.

Hinweise auf Krankheiten und Beschwerden, die bei arbeitslosen Männern und Frauen vermehrt auftreten, liefert die Arbeitsunfähigkeitsstatistik der gesetzlichen Krankenkassen. Dieser kann entnommen werden, dass arbeitslose Versicherte im Jahr 2009 mit durchschnittlich 20,9 Tagen pro Mitglied deutlich häufiger arbeitsunfähig waren als pflicht- und freiwillig versicherte Beschäftigte mit 11,3 bzw. 5,8 Tagen.

Eine diagnosespezifische Betrachtung verdeutlicht, dass die Unterschiede zwischen arbeitslosen und angestellten Versicherten insbesondere bei Arbeitsunfähigkeitstagen infolge von psychischen und Verhaltensstörungen (inklusive Suchterkrankungen), Stoffwechselkrankheiten, Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und

**Abb. 8: Anzahl von Tagen im letzten Monat mit körperlichen, emotionalen und funktionalen Beschwerden bei arbeitslosen und erwerbstätigen Männern und Frauen im Alter von 18-64 Jahren**



Datenbasis: GEDA 2009.



Krankheiten des Nervensystems hervortreten. Die Unterschiede sind bezüglich der meisten Diagnosen bei Männern noch etwas stärker ausgeprägt als bei Frauen, bei denen sie sich aber auch deutlich abzeichnen. Zusammengefasst wurden im Jahr 2009 für arbeitslose Versicherte etwa doppelt so viele Arbeitsunfähigkeitstage verzeichnet wie für angestellte Versicherte. → **Tab. 5**

Arbeitslose sind darüber hinaus deutlich häufiger und länger von körperlichen und emotionalen Beschwerden betroffen als die Vergleichsgruppe der erwerbstätigen Männer und Frauen. Zudem sind arbeitslose Männer und Frauen, wenn sie körperliche oder emotionale Probleme haben, stärker in der Verrichtung alltäglicher Aktivitäten eingeschränkt als die Vergleichsgruppe der Erwerbstätigen.

→ **Abb. 8**

Beim Blick auf das Gesundheitsverhalten und die gesundheitsbezogenen Einstellungen zeigt sich, dass Arbeitslose im Vergleich zu Erwerbstätigen einen insgesamt ungesünderen Lebensstil haben. Dies lässt sich für den Tabakkonsum, die sportliche Inaktivität und Adipositas belegen. Bei statistischer Kontrolle für den Alterseffekt ist das Risiko zu rauchen bei arbeitslosen im Verhältnis zu erwerbstätigen Männern und Frauen um den

Faktor 2,9 bzw. 1,7 erhöht. Bezüglich der sportlichen Inaktivität betragen die entsprechenden Verhältnisse 3,2:1 bei Männern und 3,6:1 bei Frauen und bezüglich Adipositas 1,4:1 bzw. 2,1:1. → **Tab. 6**

Weniger eindeutig sind die Ergebnisse zum Alkoholkonsum. Lediglich die Krankenhausstatistik verweist darauf, dass Arbeitslose häufiger als Erwerbstätige in Folge der Diagnose »Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol« (ICD10: F10) stationär behandelt werden. Somit scheint zumindest der Alkoholmissbrauch bei Arbeitslosen stärker verbreitet zu sein als bei Erwerbstätigen.

Die vorliegenden Studien sprechen darüber hinaus dafür, dass der Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit nicht nur auf gesundheitliche Folgen von Arbeitslosigkeitserfahrungen, sondern auch auf schlechtere Beschäftigungschancen von Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen zurückzuführen ist. Nach den Ergebnissen der GEDA-Studie 2009 gehen 17 % der Männer und 15 % der Frauen mit Arbeitslosigkeitserfahrungen in den letzten fünf Jahren davon aus, dass ihre beeinträchtigte Gesundheit mit ein Grund für den Verlust des Arbeitsplatzes war. Die überwiegende Mehrheit der betroffenen Männer und Frauen berichtet außerdem,

dass sich ihr Gesundheitszustand nach Eintritt in die Arbeitslosigkeit nicht wieder verbessert oder sogar noch weiter verschlechtert hat (74 % der Männer und 71 % der Frauen).

### 9.3.5 Migration und Gesundheit

Menschen mit Migrationshintergrund stellen eine überaus heterogene Gruppe dar, u. a. in Bezug auf Herkunftsland, Migrationserfahrung, Aufenthaltsdauer und soziale Integration (vgl. Kapitel 7.3 und 7.4 in Band I). Wenn nach Besonderheiten der gesundheitlichen Situation von Migranten gefragt wird, sind auch psychosoziale Belastungen, die sich aus der Migrationserfahrung und Schwierigkeiten der sozialen Integration ergeben, zu berücksichtigen. Außerdem spielen kulturelle Unterschiede im Gesundheits- und Krankheitsverständnis sowie die Verbreitung von Erkrankungen und Risikofaktoren im jeweiligen Herkunftsland eine Rolle.

Vergleichende Aussagen zum Krankenstand von Migranten und Nicht-Migranten sind anhand der Daten des Mikrozensus 2009 möglich. Im Alter bis 44 Jahre geben Migranten etwas seltener als die übrige Bevölkerung an, in den letzten vier Wochen krank oder unfallverletzt gewesen zu sein. Bei den 45- bis 64- und den 65-Jährigen und Älteren hingegen sind Männer und Frauen mit Migrationshintergrund etwas häufiger von einer Krankheit oder Unfallverletzung betroffen als die Vergleichsgruppen ohne Migrationshintergrund. → **Abb. 9**

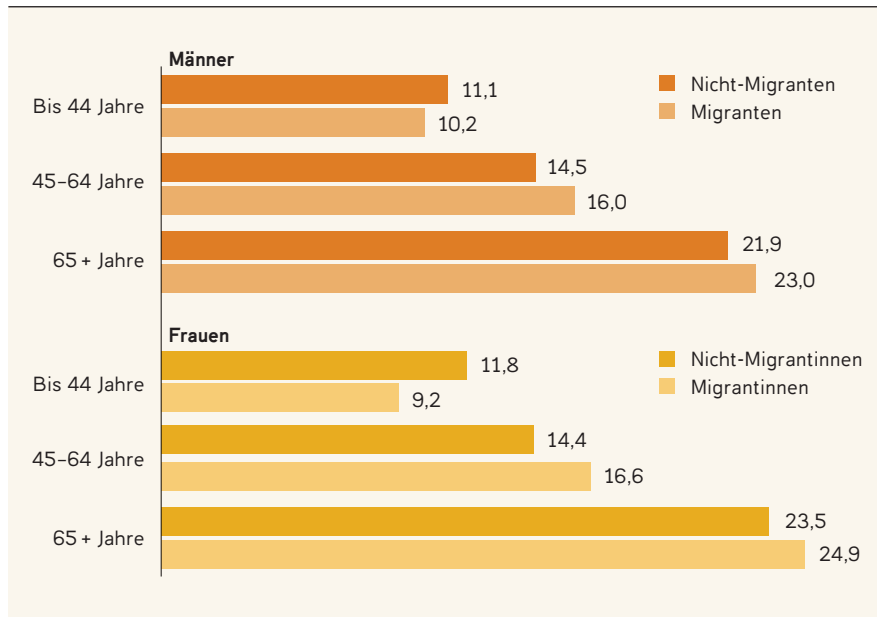
Von körperlichen Schmerzen in den letzten vier Wochen berichten Männer und Frauen mit Migrationshintergrund häufiger als die übrige Bevölkerung. Dies gilt zumindest für die 45-jährige und ältere Bevölkerung. Nach Kontrolle für die unterschiedliche Altersstruktur haben Männer und Frauen mit Migrationshintergrund allerdings ein 1,3- bzw. 1,2-fach erhöhtes Risiko, von körperlichen Schmerzen betroffen zu sein. Bei tür-

**Tab. 6: Verhaltenskorrelierte Risikofaktoren bei arbeitslosen und erwerbstätigen Männern und Frauen**

	Männer			Frauen		
	Rauchen	Kein Sport	Adipositas (BMI ≥ 30)	Rauchen	Kein Sport	Adipositas (BMI ≥ 30)
<b>18–29 Jahre</b>						
Arbeitslos	62,2	41,1	6,6	48,9	50,3	26,4
Erwerbstätig	43,2	17,5	11,1	36,2	17,6	9,7
<b>30–44 Jahre</b>						
Arbeitslos	66,2	47,8	29,6	41,6	49,8	26,9
Erwerbstätig	37,7	22,6	19,9	32,0	26,4	17,6
<b>45–64 Jahre</b>						
Arbeitslos	59,9	63,0	39,8	43,7	65,4	44,3
Erwerbstätig	33,9	34,6	29,6	30,2	33,4	27,9

Datenbasis: SOEP 2008 (Rauchen und Adipositas) und 2009 (Kein Sport).

**Abb. 9: Kranke und Unfallverletzte nach Migrationshintergrund, in %**



Datenbasis: Mikrozensus 2009.

kischstämmigen Männern und Frauen war das Risiko sogar um das 2,0- bzw. 2,1-fache erhöht. → Abb. 10

Unterschiede zwischen Personen mit und ohne Migrationshintergrund lassen sich auch bei verhaltensbedingten Gesundheitsrisiken beobachten. Dabei lässt sich zeigen, dass Migranten und Migrantinnen häufiger adipös sind. Allerdings

treten diese Unterschiede erst ab einem Alter von 45 Jahren und insbesondere bei Frauen zutage. → Abb. 11

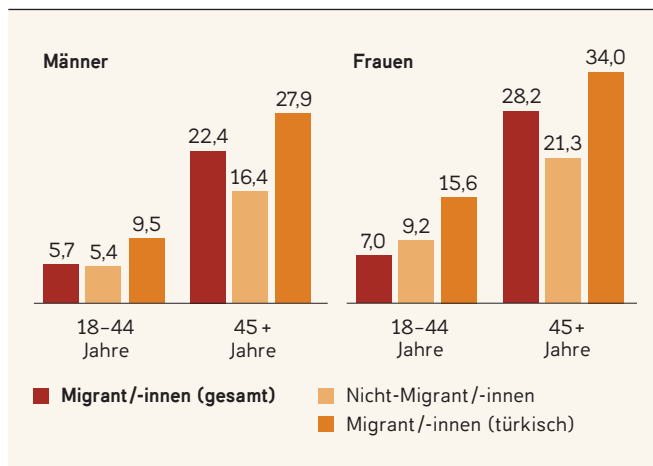
Beim Rauchverhalten von Migranten bestehen ebenfalls ausgeprägte, aber geschlechtsspezifische Unterschiede zur Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. Der Anteil aktueller Raucher liegt bei Männern mit Migrationshintergrund in

allen Altersgruppen deutlich über dem der Männer ohne Migrationshintergrund (36 % gegenüber 29 %). Bei Migrantinnen ist der Anteil dagegen etwas niedriger als bei Frauen ohne Migrationshintergrund (20 % gegenüber 21 %).

Menschen mit Migrationshintergrund stellen eine zunehmend an Bedeutung gewinnende Nutzergruppe des medizinischen und pflegerischen Versorgungssystems dar. Dabei unterscheiden sie sich in ihrem Inanspruchnahmeverhalten und in ihren Bedürfnissen von der Mehrheitsbevölkerung ohne Migrationshintergrund. Die vorliegenden Studien zeigen, dass Migranten und Migrantinnen in bestimmten Situationen häufiger Rettungsstellen als Hausärzte aufsuchen, seltener Vorsorgeleistungen in Anspruch nehmen und im Falle eines in der Familie aufgetretenen Pflegefalls seltener auf ambulante Pflegedienste zurückgreifen. Außerdem ist festzustellen, dass Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit seltener Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation in Anspruch nehmen sowie einen geringeren Rehabilitationserfolg und höhere Frühberentungsquoten aufweisen.

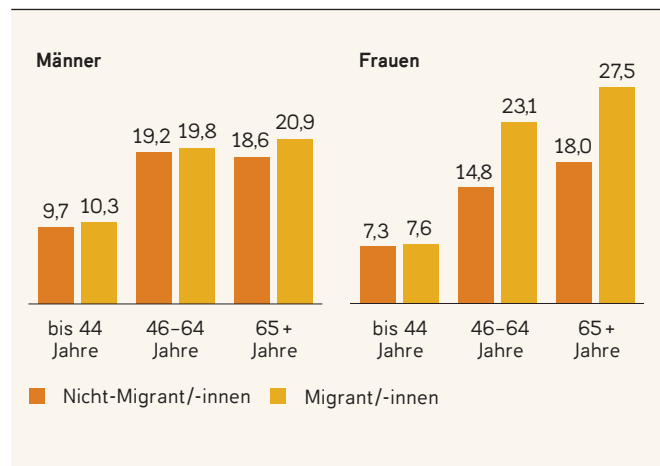
Mit Daten der gesetzlichen Rentenversicherung kann die fernere Lebenserwartung ab einem Alter von 60 Jahren ana-

**Abb. 10: Starke körperliche Schmerzen in den letzten vier Wochen (»immer«/»oft«) nach Migrationshintergrund**



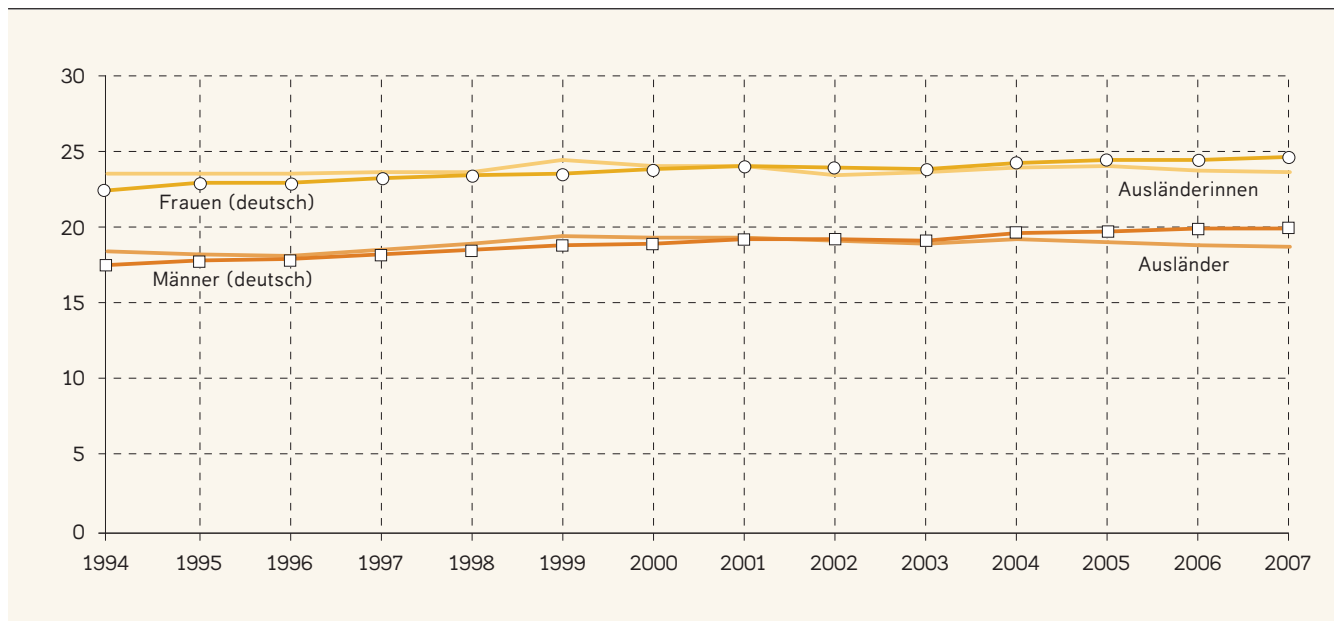
Datenbasis: SOEP 2008.

**Abb. 11: Adipositas (BMI ≥ 30) nach Migrationshintergrund**



Datenbasis: Mikrozensus 2009.

**Abb. 12: Fernere Lebenserwartung ab einem Alter von 60 Jahren bei Deutschen und Ausländern**



Datenbasis: Gesetzliche Rentenversicherung 1994–2007, BAMF-Bericht »Morbidity und Mortalität von Migranten in Deutschland« 2011.

lysiert werden. Im Zeitraum von 1994 bis 2001 lag diese bei ausländischen Rentenempfängern etwas höher als bei deutschen Rentenempfängern. In den Folgejahren hat sich der Trend umgekehrt. Im Jahr 2007 betrug die Differenz 1,2 bzw. 1,0 Jahre zu Ungunsten ausländischer Männer und Frauen. → **Abb. 12**

Eine nach Krankheitsgruppen differenzierende Analyse der häufigsten Todesursachen im Jahr 2008 kommt zu dem Ergebnis, dass in der deutschen Bevölkerung die meisten Sterbefälle auf Herz-Kreislaufkrankungen zurückzuführen sind, während in der ausländischen Bevölkerung der größte Teil der Sterbefälle auf Krebserkrankungen zurückgeht.

### 9.3.6 Zeitliche Entwicklungen und Trends

Zeitliche Entwicklungen und Trends der gesundheitlichen Ungleichheit in Deutschland sind bislang nur vereinzelt untersucht worden. Mit den Daten des SOEP lassen sich Veränderungen in der Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesund-

heitszustandes im Zeitraum von 1994 bis 2009 untersuchen. Für die 18- bis 64-jährige Bevölkerung zeigt sich im Vergleich von drei Beobachtungszeiträumen (1994 bis 1999, 2000 bis 2005 und 2006 bis 2009), dass in der niedrigen Einkommensgruppe der Anteil der Männer und Frauen, die ihren allgemeinen Gesundheitszustand als weniger gut oder schlecht beurteilen, im Verlauf der letzten 15 Jahre zugenommen hat. In der hohen Ein-

kommensgruppe und bei Frauen auch in der mittleren Einkommensgruppe ist eine gegenläufige Entwicklung zu beobachten. Bezüglich des Risikos eines weniger guten oder schlechten allgemeinen Gesundheitszustandes lässt sich nach Kontrolle des Alterseinflusses die Aussage treffen, dass die Differenz zwischen der niedrigen und hohen Einkommensgruppe bei Männern um 46 % und bei Frauen um 39 % zugenommen hat. → **Tab. 7**

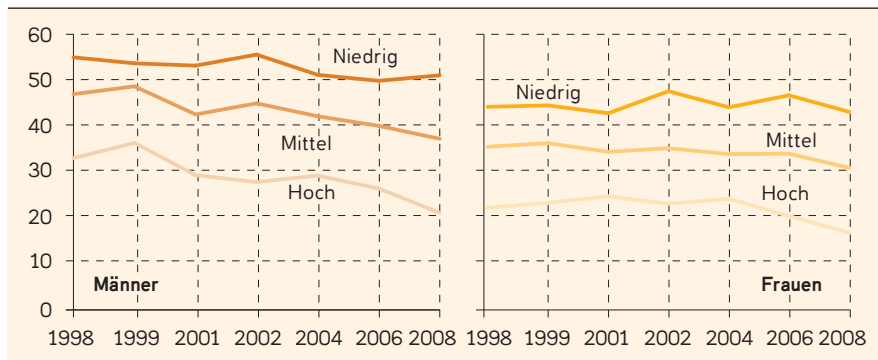
**Tab. 7: Entwicklung der Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes (»weniger gut« oder »schlecht«) bei 18- bis 64-jährigen Männern und Frauen nach drei Einkommensgruppen**

	Einkommen		
	1994-1999	2000-2005	2006-2009
	in %		
<b>Männer</b>			
< 60 % des durchschn. Einkommens	20,0	22,8	22,3
60- < 150 % des durchschn. Einkommens	13,4	13,7	13,8
≥ 150 % des durchschn. Einkommens	10,7	9,7	9,8
<b>Frauen</b>			
< 60 % des durchschn. Einkommens	21,5	20,8	22,8
60- < 150 % des durchschn. Einkommens	16,0	14,4	14,8
≥ 150 % des durchschn. Einkommens	12,9	11,7	11,6

Datenbasis: SOEP 1994–2009.

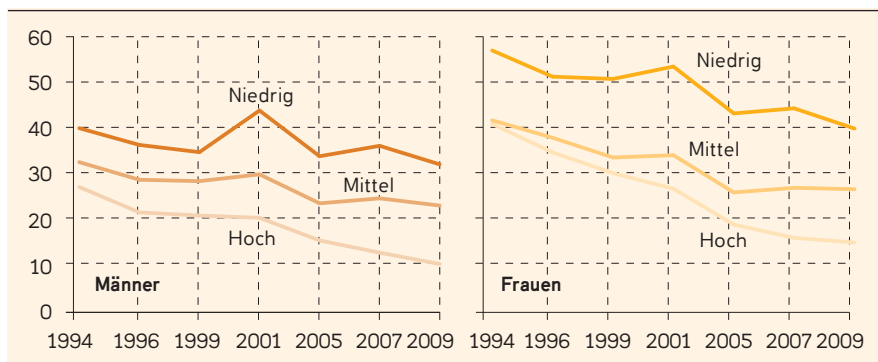


**Abb. 13: Entwicklung des Rauchens bei 18- bis 44-jährigen Männern und Frauen nach Bildung, in %**



Datenbasis: SOEP 1998-2008.

**Abb. 14: Entwicklung der sportlichen Inaktivität bei 18- bis 44-jährigen Männern und Frauen nach Bildung, in %**



Nie aktiv vs. wöchentlich, monatlich, seltener.

Datenbasis: SOEP 1994-2009.

Darüber hinaus können zeitliche Entwicklungen und Trends im Rauchverhalten und in der sportlichen Aktivität untersucht werden. Für den Zeitraum 1998 bis 2008 weisen die Daten auf einen deutlichen Rückgang des Rauchens hin, und zwar insbesondere in den jüngeren Altersgruppen. Dabei zeigt sich, dass dieser Rückgang bei Männern und Frauen mit höherer Bildung früher einsetzte und auch stärker ausfiel als bei Männern und Frauen mit niedriger Bildung. Infolgedessen haben die Unterschiede im Rauchverhalten der Bildungsgruppen weiter zugenommen, bezogen auf das alterskontrollierte Risiko um 50 % bei Männern und um 40 % bei Frauen. → Abb. 13

Für die Sportbeteiligung ist im Zeitraum 1994 bis 2009 eine deutliche Zunahme festzustellen. Dabei fällt auf, dass in der Altersspanne von 18 bis 44 Jahren der Anteil der Männer und Frauen, die in

den letzten vier Wochen keinen Sport getrieben haben, in allen Bildungsgruppen abgenommen hat. Bei Personen mit hoher Bildung zeichnet sich diese Entwicklung aber noch deutlicher ab als bei Personen mit mittlerer und niedriger Bildung. Nach Kontrolle des Alterseffektes kann die Zunahme des Risikos für sportliche Inaktivität im Vergleich der niedrigen zur hohen Bildungsgruppe bei Männern mit 61 % und bei Frauen mit 72 % beziffert werden. → Abb. 14

### 9.3.7 Zusammenfassung

In den letzten Jahren ist die gesundheitliche Ungleichheit zu einem zentralen Thema der Forschung, Berichterstattung und Politik geworden. Die präsentierten Ergebnisse zeigen eindrücklich, dass viele Krankheiten und Beschwerden bei Personen mit geringem Einkommen, un-

zureichender Bildung und niedriger beruflicher Stellung vermehrt vorkommen. Darüber hinaus schätzen sie ihren allgemeinen Gesundheitszustand und ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität schlechter ein. Ein Grund hierfür dürften die beobachteten Unterschiede im Gesundheitsverhalten sein, z. B. in Bezug auf den Tabak- und Alkoholkonsum, die Ernährung und körperlich-sportliche Aktivität sowie zum Teil auch der Inanspruchnahme von Präventions- und Versorgungsangeboten. Die stärkere Verbreitung von Krankheiten, Gesundheitsproblemen und Risikofaktoren findet letztlich in einer höheren vorzeitigen Sterblichkeit und geringeren Lebenserwartung der benachteiligten Einkommens-, Bildungs- und Berufsgruppen einen markanten Ausdruck. Darüber hinaus ist Arbeitslosigkeit mit einer schlechteren Gesundheit assoziiert. Die Auswirkungen der Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit sind zum einen unter materiellen Aspekten zu sehen, z. B. dem engeren finanziellen Handlungsspielraum und dem geringeren Lebensstandard. Zum anderen sind psychosoziale Belastungen von Bedeutung, die z. B. aus Zukunftssorgen oder Ausgrenzungserfahrungen resultieren können.

Menschen mit Migrationshintergrund weisen in einigen Bereichen eine schlechtere Gesundheit als die übrige Bevölkerung auf. Auch in Bezug auf die Prävention und die medizinische und pflegerische Versorgung stellt sich die Situation von Migranten und Migrantinnen zum Teil ungünstiger dar als in der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. Von einer generellen gesundheitlichen Benachteiligung von Migranten und Migrantinnen kann aber nicht gesprochen werden. Die vorliegenden Forschungsergebnisse legen eine differenzierte Bewertung nahe, wobei neben den jeweiligen Lebensbedingungen und Teilhabechancen auch kulturelle Besonderheiten, die Migrationserfahrungen sowie die soziale und gesundheitliche Lage im Herkunftsland berücksichtigt werden sollten.