



Beiträge zur  
Gesundheitsberichterstattung  
des Bundes

**Telefonischer Gesundheitssurvey  
des Robert Koch-Instituts  
zu chronischen Krankheiten und ihren Bedingungen**

*Deskriptiver Ergebnisbericht*



Beiträge zur  
Gesundheitsberichterstattung  
des Bundes

**Telefonischer Gesundheitssurvey  
des Robert Koch-Instituts  
zu chronischen Krankheiten und ihren Bedingungen**

Deskriptiver Ergebnisbericht

*Martin Kohler, Thomas Ziese*

## Einleitung

Die wesentliche Datenquelle in Deutschland für die Veränderung der Prävalenz bzw. Inzidenz von Krankheiten in Abhängigkeit von der sozialen Lage und der gesundheitsbezogenen Lebensweise sind die bundesweiten Gesundheitssurveys. Die Feldphase des letzten Bundes-Gesundheitssurveys wurde im Frühjahr 1999 abgeschlossen [1]. Für wissenschaftliche Zwecke, für die Gesundheitsberichterstattung sowie für Informationsnetzwerke der EU besteht großer Bedarf an einer aktuellen Fortschreibung der Survey-Daten, besonders im Hinblick auf chronische Krankheiten bei der älteren Bevölkerung (demographischer Wandel).

Während im europäischen Raum telefonische Gesundheitssurveys noch selten sind, führt das National Center for Health Statistics der Centers for Disease Control (CDC) seit über 20 Jahren derartige Erhebungen im Rahmen des Behavioural Risk Factor Surveillance System (BRFSS) durch, deren Validität gut untersucht ist. Jährlich werden dort, verteilt über die Bundesstaaten, ca. 120 000 Telefon-Interviews durchgeführt, die Daten besonders über gesundheitsrelevante Verhaltensänderungen (Rauchen, körperliche Aktivität, Ernährung etc.) liefern. Die Telefonsurveys der CDC spielen in den Vereinigten Staaten beim Monitoring und der Evaluation der Umsetzung von Gesundheitszielen eine wichtige Rolle [2].

Die Zielsetzung des telefonischen Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts, der vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung finanziert wurde, entspricht der des anfangs erwähnten Bundes-Gesundheitssurveys: Er liefert aktuelle Daten für Politik und Wissenschaft zur Verbreitung ausgewählter Erkrankungen sowie Informationen zur Verbreitung wichtiger Risikofaktoren und zu gesundheitsbezogenem Verhalten in der bundesdeutschen Bevölkerung. Ein wichtiger Aspekt bei der Konzeption des Telefonsurveys war daher die Fortschreibung von zentralen Themen, die bereits in den vorhergehenden Gesundheitssurveys erhoben wurden, um Entwicklungen im Krankheitsgeschehen identifizieren zu können. Bei der Konzeption des Fragebogens wurde auf viele

Instrumente zurückgegriffen, die sich im Bundes-Gesundheitssurvey 1998 (BGS98) bewährt hatten.

Neben diesem Kern gleich bleibender Themenbereiche wurden in den telefonischen Surveys zusätzliche Module in den Fragenkanon integriert, um aktuelle gesundheitspolitische bzw. public-health-relevante Fragestellungen zu berücksichtigen. So wurden beispielsweise erstmalig empfohlene Fragenkomplexe der zukünftig geplanten Gesundheitssurveys der Europäischen Union mit aufgenommen. Weiter wurde das Fragenspektrum im Hinblick auf das Gesundheitszielprogramm auf Bundesebene »gesundheitsziele.de« ausgebaut, um so die Datengrundlage vor dem Beginn des Programms zu verbessern.

Durch das Instrument der Telefon-Interviews ist die Möglichkeit gegeben, zeitnäher als durch die großen Untersuchungssurveys, die in mehrjährigem Abstand durchgeführt werden, Informationen zu Veränderungen von Morbidität und Inanspruchnahme zu erfassen. Darüber hinaus können zusätzliche Aspekte, wie beispielsweise Prävalenz und Inzidenz von anderen Krankheiten, die bisher nicht oder nicht in der erforderlichen Tiefenschärfe untersucht wurden, zeitnah ermittelt werden. Ebenso können die Auswirkungen von gesundheitspolitischen Maßnahmen, etwa die Inanspruchnahme von neuen Präventionsangeboten oder Verschiebungen im Arzneimittelkonsum zeitnah quantifiziert werden. Trotz dieser Vorteile können Telefonsurveys als zwar günstige und schnelle Erhebungsmethode die aufwendigeren und teureren, dafür aber auch differenzierteren und tiefer gehenden Untersuchungssurveys nicht ersetzen. Die Verzahnung beider Erhebungsinstrumente sollte letztendlich das Ziel sein.

Der hier vorliegende Bericht stellt einige Ergebnisse der ersten bundesweiten telefonischen Gesundheitserhebung des Robert Koch-Institutes im Überblick vor und startet damit eine Reihe von Veröffentlichungen, die ausführlich die Ziele, Inhalte und Ergebnisse der inzwischen durchgeführten bzw. zurzeit laufenden Telefongesundheitssurveys beschreiben.



## 1 Vorbemerkung

Mit dem vorliegenden Bericht werden Ergebnisse des ersten Abschnitts des telefonischen Gesundheitssurveys (GSTelo3) präsentiert. Er ist in erster Linie ergebnisorientiert und stellt tabellarisches Material auf Basis der gewichteten und bereinigten Rohdaten dar. Methodische Aspekte, insbesondere bezüglich Rücklauf, Ausschöpfung und Gewichtung sowie Betrachtungen zur Non-Response bleiben einem weiteren Berichtsteil vorbehalten (GSTelo3 – Methodischer Bericht). Inhaltlich werden vor allem Themenkomplexe behandelt, die einen Vergleich zu den Daten des BGS98 oder anderen bundesweit angelegten Referenzstudien ermöglichen. Detaillierte Untersuchungen zu spezifischen Fragestellungen, die in der Konzeption des Erhebungsinstrumentes des GSTelo3 enthalten sind, werden im Rahmen dieses Berichtes nicht behandelt, sondern werden zurzeit für gesonderte Veröffentlichungen vorbereitet.

Im Vordergrund dieser Darstellung steht das Morbiditätsgeschehen. Die Gliederung orientiert

sich, soweit möglich, am Aufbau der Themenhefte der Gesundheitsberichterstattung des Bundes für Deutschland sowie dem Indikatorensystem der Gesundheitsberichterstattung.

Die Anteile der einzelnen Krankheiten in den dargestellten Tabellen geben immer die »positiv« definierten Fälle wieder. Das heißt, die Prozentangaben beziehen sich immer auf die Ausgangsbasis der 8.318 Befragten. Sofern filterbedingt eine andere Prozentbasis zugrunde liegt, wird dies in den Tabellen gesondert ausgewiesen.

In der Regel liegen den Zahlen Lebenszeitprävalenzen mit ärztlicher Diagnose zugrunde, wie sie von den Befragten berichtet wurden. Sofern bei einzelnen Fragen Abweichungen bezüglich des Prävalenzzeitraums oder der Diagnostik (z.B. Selbsteinschätzungen der Befragten) auftreten, wird darauf im Einzelnen verwiesen.

Bei den in den Tabellen wiedergegeben Zahlen handelt es sich darüber hinaus um gewichtete Angaben.

## 2 Der telefonische Gesundheitssurvey – Durchführung, Stichprobe, Ausschöpfung und Gewichtung

Der erste telefonische Gesundheitssurvey (GSTelo3) wurde im Zeitraum September 2002 bis März 2003 durchgeführt. Die Datenerhebung erfolgte im eigens am Robert Koch-Institut eingerichteten Telefonstudio unter Einsatz von Honorarkräften, die mehrheitlich über Aushänge in verschiedenen Instituten der Berliner Universitäten gewonnen wurden. Alle Interviewer wurden in einer dreitägigen Schulung auf ihre Tätigkeit vorbereitet und während der Feldarbeit durch den Einsatz von besonders geschulten Supervisionskräften kontinuierlich auf die Einhaltung der während der Schulung vermittelten Qualitätsstandards überprüft. Insgesamt waren im Feldverlauf 80 Interviewer an 112 Tagen im Einsatz. Finanziert wurde diese Erhebung vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung.

Die Datenerfassung erfolgte mittels des Programmes Interviewer-Suite 4.3 der Firma VOXCO während der Interviews direkt am Computer. Dieses Programm bietet gegenüber vergleichbaren auf dem Markt erhältlicher CATI-Programme einige Vorteile hinsichtlich der Bildschirmgestaltung, die eine optimale Umsetzung von Administrationsanweisungen an die Interviewer ermöglicht und damit eine zusätzliche Unterstützung der Qualitätsstandards gewährleistet. Das Interviewer-Suite Programm übernimmt auch die Anrufverwaltung und die Steuerung der »Call-backs«, d. h. der Anrufe, bei denen noch kein abschließender Kontakt mit der Zielperson im Haushalt stattfinden konnte. In diesem Zusammenhang zeigt sich mit der Fähigkeit zum »auto-dialing«, d. h. der automatischen Anwahl der eingespielten Rufnummern, ein weiterer Vorteil des eingesetzten Software-Programms. Fehlanrufe bei Wahlwiederholung sind damit nahezu ausgeschlossen und eine methodisch saubere Stichprobenrealisierung ist dadurch gewahrt.

Das Stichprobendesign des GSTelo3 bildet die volljährige, deutschsprachige Wohnbevölkerung in Privathaushalten der Bundesrepublik ab, sofern sie über Festnetzanschlüsse erreichbar

ist. Stichprobenbasis bildet ein nach dem Gabler-Häder-Design [3] aus dem Gesamtbestand der über 35 Millionen privaten Telefonanschlüsse in der Bundesrepublik gezogenes und von ZUMA-Mannheim [4] zur Verfügung gestelltes Sample von ca. 45.000 zufallsgenerierten Rufnummern. Das Gabler-Häder-Verfahren gewährleistet auch das Erreichen von Haushalten, die sich nicht in öffentlich zugänglichen Telefonverzeichnissen eintragen lassen, und ermöglicht damit eine bundesweit repräsentative Zufallsauswahl aller Privathaushalte. Die Repräsentativität auf Personenebene wird durch eine zweite Auswahlstufe erreicht. Dabei wird in Mehrpersonenhaushalten nur diejenige volljährige Person als Zielperson ermittelt oder befragt, die beim ersten Kontakt des entsprechenden Haushalts als nächste Geburtstag hatte (next-birthday-Methode).

Gegenüber registerbasierten Auswahlverfahren ermöglichen zufallsgenerierte Nummernsample keine Bestimmung einer Rücklaufquote im herkömmlichen Sinn, da sich die Stichprobenbasis erst im Vollzug der Feldarbeit realisiert. In der Literatur zu Telefonsurveys [5] wird daher auch empfohlen, von Ausschöpfung anstelle von Rücklauf zu sprechen. Werden die ca. 9.500 beantworteten Fragebögen auf die ca. 16.000 Zielpersonenkontakte bezogen, ergibt sich mit etwas über 59 Prozent eine sehr gute Ausschöpfungsquote (näheres zu Feldverlauf und Ausschöpfung folgt im methodischen Berichtsteil) [6].

Nach Bereinigung des Rohdatensatzes um unplausible oder inkonsistente Fälle und nach Abzug der beantworteten Kurzfragebögen verbleiben 8.318 auswertbare Vollinterviews. Die Gewichtung erfolgte in einem zweistufigen Verfahren. Nach Adjustierung um einen Designfaktor aus Haushaltsgröße und der Anzahl der Festnetzanschlüsse im Haushalt wurden 72 Schichten auf Basis der dreidimensionalen Verteilung der Merkmale Geschlecht (2 Ausprägungen), Alter (6 Ausprägungen) und Region (6 Ausprägungen) gebildet. Diese wurden mittels eines Redressmentgewichts an die entsprechende Verteilung der amtlichen Bevölkerungsstatistik des statistischen Bundesamtes mit Stand vom 31.12.2001 angepasst.

Das Ergebnis zur Güte der Gewichtung zeigt die nachfolgende Tabelle (Gewichtungsvariable w03). Zum Vergleich werden die Gewichtungser-

### Güte der Gewichtung

Faktor	w03	w98
Fälle	8.318	7.124
Effektivität	87,1 %	84,1 %
Min. Faktor	0,482	0,275
Max. Faktor	1,669	4,150

gebnisse des BGS98 mit aufgeführt (Gewichtungsvariable w98).

Die Effektivität ist das Maß für die Varianz der Gewichtungsfaktoren. Im optimalen Fall, also bei völliger Gleichheit der Eingangs- und Ausgangsmatrizen nimmt sie den Wert 100 Prozent an. In der Literatur werden Maßzahlen ab 80 Prozent als gute Anpassung gewertet [7]. Im Vergleich zum BGS98 liegt die Anpassungsgüte bei allen Maßzahlen deutlich besser.

## 3 Personenbezogene Faktoren

Unter der Bezeichnung »personenbezogene Faktoren« werden Einflussfaktoren zusammengefasst, die eine Sonderstellung bei der Beschreibung des Krankheitsgeschehens einnehmen. Sowohl in ihrer isolierten Bedeutung als auch mit ihren Wechselwirkungen untereinander haben sie einen Einfluss auf das Krankheitsgeschehen. Sie haben darüber hinaus auch zusätzliche erklärende Funktion für die Existenz, Art und Wirkungsweise anderer Einflussgrößen wie Risikoexposition oder Risikoverhalten, sowie für krankheitsbezogene intervenierende Faktoren der Inanspruchnahme und Teilhabe an Präventionsmaßnahmen oder -programmen.

Neben Geschlecht, Alter und sozialer Schicht werden in diesem Abschnitt ergänzende, die jeweilige Lebenssituation beschreibende Merkmale behandelt. Migrationshintergrund und die nach wie vor bestehenden Unterschiede in den Lebensverhältnissen zwischen der ehemaligen Bundesrepublik und den fünf neuen Ländern bilden einen weiteren Bezugsrahmen zur Erklärung von Krankheitsgeschehen und gesundheitsbezogenem Verhalten.

Die genannten Merkmale werden in den weiteren Abschnitten als Stratifizierungsvariablen bei der Beschreibung von Risikoverhalten, Krankheitsgeschehen und Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems verwendet, um eine differenziertere Darstellung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung im Jahr 2003 zu gewinnen.

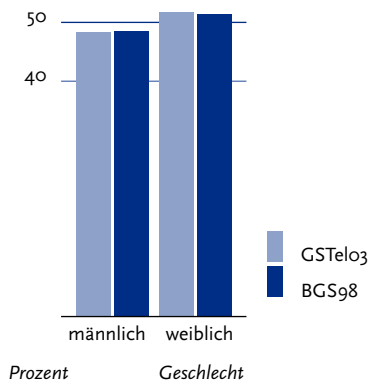
Sowohl die zeitliche Distanz als auch die thematisch-inhaltliche Ausrichtung des GSTelo3 legen einen Vergleich mit den Ergebnissen des BGS98 nahe. Um die dabei auftretenden Unterschiede nicht vorschnell als zeitliche Veränderung zu interpretieren, wird daher zunächst die Zusammensetzung beider Erhebungen hinsichtlich der vorab beschriebenen Basismerkmale dargestellt.

### 3.1 Alter und Geschlecht

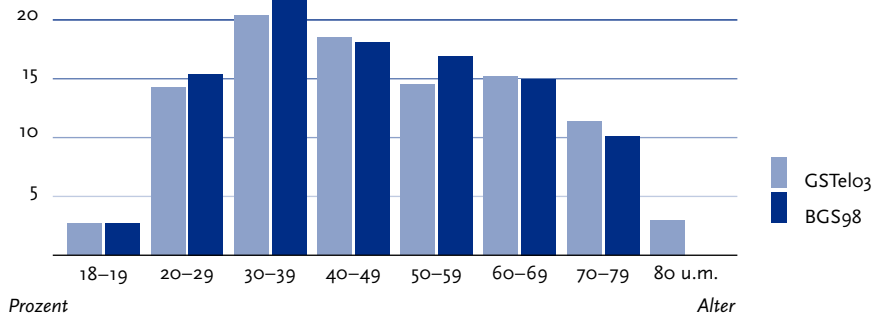
Sowohl der BGS98 als auch der GSTelo3 wurden durch Anpassungsgewichtung nach den Merkmalen Alter, Geschlecht und Region an die Bevölkerung der Bundesrepublik angeglichen. Abweichungen in der Alters- und Geschlechtsverteilung spiegeln daher reale Veränderungen zwischen den beiden Basisjahren 1996 bzw. 2001 wider. Entsprechend fallen die Differenzen gering aus. Die folgende Darstellung der Ergebnisse dient daher vor allem dem Zweck der Dokumentation.

Es soll allerdings an dieser Stelle noch auf eine Besonderheit zwischen beiden Erhebungen eingegangen werden. Während der BGS98 auf die

#### Verteilung nach Geschlecht – Vergleich GSTelo3 – BGS98



### Altersverteilung in Dekaden – Vergleich GSTelo3 – BGS98

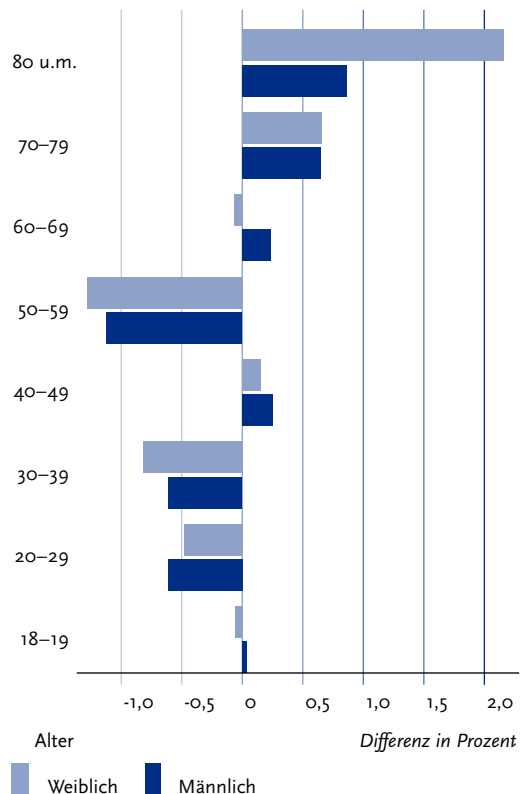


Bevölkerung zwischen 18 und 79 Jahren beschränkt ist, erfasst der GSTelo3 die erwachsene Bevölkerung ohne Altersbegrenzung. So erklärt sich auch die zugunsten der älteren Bevölkerung verschobene Altersverteilung im GSTelo3.

Bedeutsamer als die Verteilung der Einzelmerkmale, die durch Anpassungsgewicht an die Bevölkerung angeglichen wurden, ist im Hinblick auf Ergebnisvergleiche zwischen den beiden Surveys die kombinierte Verteilung der Merkmale.

Die Abbildung rechts zeigt bezüglich der Alters-Geschlechtsverteilung, dass der Zuwachs in der Altersgruppe über 79 Jahre beim GSTelo3 überwiegend durch eine stärkere Beteiligung der Frauen erzielt wird. Der Zuwachs in der Altersgruppe 70 bis 79 Jahre verteilt sich dagegen zu gleichen Teilen auf beide Geschlechter. Die übrigen Abweichungen, bei denen der BGS98 höhere Anteile in der jeweiligen Altersgruppe verzeichnet (negative Skalenwerte), zeigen zumeist keine signifikanten Unterschiede im Hinblick auf die Zusammensetzung nach dem Geschlecht.

### Unterschiede in der Alters- und Geschlechtsverteilung zwischen GSTelo3 – BGS98





### 3.2 Sozialschicht

Soziale Faktoren werden im Kontext der folgenden Darstellung durch den sozioökonomischen Status beschrieben. Andere in diesem Zusammenhang bedeutsame Aspekte wie Partizipationschancen, prekäre Lebenslagen, soziale Unterstützung u. a. bleiben weiteren Untersuchungen vorbehalten. In Analogie zum BGS98 wurden zur Beschreibung des sozioökonomischen Status im GSTelo3 die Merkmale Bildung, Berufsposition sowie das Haushaltseinkommen herangezogen. Die Indexbildung erfolgte nach dem bereits andernorts beschriebenen Sozialschicht-Index nach Winkler [8].

Eine Anpassung der Indexbildung an die sich im Laufe der fünf Jahre zwischen 1998 und 2003 geänderte Einkommensverteilung, ist zurzeit in Vorbereitung. Für den hier vorliegenden Bericht wird daher der 1998 entwickelte Index verwendet. Dies erklärt zumindest teilweise die höheren Anteile der mittleren und oberen Schichten im GSTelo3. Es ist allerdings auch nicht auszuschließen, dass sich darin ein bereits in der Literatur festgestellter Bias zu Lasten der unteren Schichten in Telefonbefragungen niederschlägt [9].

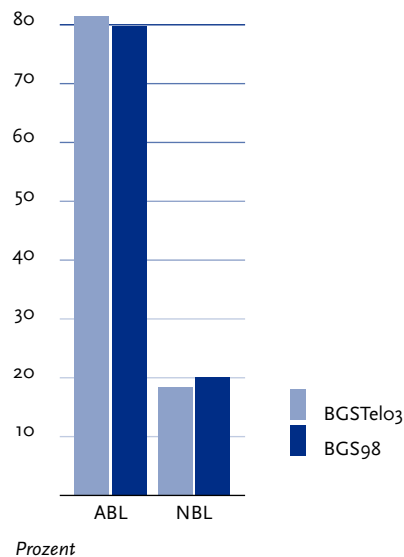
### 3.3 Ost-West-Vergleich und Migrationsstatus

Für den Vergleich nach dem Kriterium »Wohnort Ost-West« – im Folgenden auch mit neue und alte Bundesländer bezeichnet (NBL bzw. ABL) – zwischen den beiden Surveys gilt im Grundsatz das bereits für die Vergleiche von Geschlecht und Alter ausgeführte. In beiden Surveys wurden regionale Gesichtspunkte in die Gewichtung einbezogen.

Migrationsbezogene Betrachtungen stellten einen weiteren Schwerpunkt bei der Entwicklung des GSTelo3 dar. Jedoch wurde beim GSTelo3 ein gegenüber dem BGS98 verfeinertes Erhebungskonzept verwendet. Im Unterschied zum BGS98, bei dem eine Identifikation des Migrationsstatus nur über die Merkmale Staatsangehörigkeit (deutsch vs. nicht deutsch), Geburtsland (Deutschland vs. nicht Deutschland) und der Aufenthaltsdauer in Deutschland möglich ist, erlaubt der GSTelo3 eine differenziertere Darstellung des Migrationsstatus [10].

Ergänzend zu den genannten Merkmalen erlaubt der GSTelo3 durch die Einbeziehung des Herkunftslandes sowie dem Zeitpunkt der Einbürgerung in Deutschland auch eine Typisierung der Migranten nach (Spät-)Aussiedlern und Eingebürgerten sowie nach Angehörigen der ersten und zweiten Generation, also der in Deutschland geborenen Ausländer. Eine diesbezügliche Auswertung der Daten ist derzeit in Vorbereitung. Nachfolgend wird daher nur eine vergrößerte, am Vorgehen des BGS98 angelehnte Aufbereitung des Migrationshintergrundes dargestellt. Dabei werden alle, die nicht in Deutschland geboren wurden oder nicht von Geburt an die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen, als Personen mit Migrationshintergrund denen gegenüber gestellt, die von Geburt an die deutsche Staatsangehörigkeit haben und in Deutschland geboren wurden.

Wohnort ABL-NBL-Vergleich GSTelo3 – BGS98



### Migrationshintergrund nach Geschlecht, Wohnort, Sozialschicht und Alter

Anteile in Prozent, gewichtet

Quelle: GSTel03

Teilgruppe	Migrationshintergrund	Deutsch	Anzahl Teilgruppe
Migrationsstatus	9,3	90,7	
Anzahl	775	7.543	8.318
davon			
Männlich	53,0	47,8	4.016
Weiblich	47,0	52,2	4.302
ABL	93,5	80,2	6.778
NBL	6,5	19,8	1.540
Unterschicht	22,2	12,8	1.117
Mittelschicht	52,2	49,3	4.035
Oberschicht	25,6	37,9	2.988
18–19 Jahre	4,5	2,5	225
20–29 Jahre	22,7	13,4	1.187
30–39 Jahre	23,2	20,1	1.697
40–49 Jahre	18,8	18,4	1.536
50–59 Jahre	12,8	14,7	1.208
60–69 Jahre	8,8	15,9	1.263
70–79 Jahre	6,5	11,9	950
80 u.m. Jahre	2,7	3,1	252
<b>Insgesamt</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Es zeigen sich hinsichtlich aller demographischen Merkmale deutliche Unterschiede zwischen der deutschen und der Migrantenpopulation. Letztere enthält überproportional jüngere, männliche Personen aus der Unterschicht. Darüber hinaus ist der Anteil der in den neuen Ländern lebenden Personen mit Migrationshintergrund deutlich niedriger.

Die Abweichungen bei Alter und Geschlecht lassen erwarten, dass die Bevölkerung mit Migrationshintergrund im Vergleich zur deutschen Bevölkerung bei einer Betrachtung ohne Differenzierung nach Alter und Geschlecht gesünder erscheint als sie tatsächlich ist. Es sei daher bereits an dieser Stelle auf die Einleitung des Abschnitts zum Morbiditätsgeschehen und den tabellarischen Anhang hingewiesen.

## 4 Gesundheitsverhalten und Risikotypologie

Im Folgenden werden Aspekte des Gesundheitsverhaltens behandelt, deren Auswirkungen auf das Krankheitsgeschehen unstrittig sind und daher häufig mit dem Begriff »Risikofaktoren« beschrieben werden. Die diesem Terminus inhärente Problematik der Abgrenzung zwischen Risiko und Krankheit einerseits, aber auch die Spezifik der jeweiligen Faktoren im Hinblick auf die zu erklärende(n) Krankheit(en) andererseits lässt es ratsam erscheinen, im gegebenen Kontext von dieser Bezeichnung Abstand zu nehmen. Stattdessen werden für die Darstellung des Gesundheitsverhaltens zwei Ebenen unterschieden, die sich im Hinblick auf den darin enthaltenen Verhaltensbezug unterscheiden.

Zum einen werden Faktoren gemeinsam betrachtet, die unmittelbar durch das individuelle Verhalten beeinflussbar sind und damit »aus eigener Kraft«, also direkt veränderbar sind. Darunter werden sportliche Aktivität, Alkoholkonsum und Rauchen gefasst.

Zum anderen werden Faktoren gemeinsam behandelt, die zwar durch eigenes Verhalten beeinflussbar sind, aber auch einen im Einzelfall näher zu bestimmenden Anteil an nicht unmittelbar verhaltensabhängigen Komponenten enthalten. Darüber hinaus bedürfen diese Faktoren in der Regel auch systemischer Interventionen, um (1) entdeckt und (2) in ihrem Verlauf kontrolliert werden zu können. Diese im Folgenden als »indirekt beeinflussbar« bezeichneten Faktoren umfassen Adipositas, Hypertonie und erhöhte Cholesterinwerte. Die sich in dieser Auswahl niederschlagende Orientierung auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist den konzeptionellen Restriktionen des Erhebungsinstrumentes geschuldet.

### 4.1 Direkt beeinflussbare Risikofaktoren

Über 60 Prozent der Erwachsenen geben an, mindestens 1 Stunde in der Woche Sport zu treiben. Dabei zeigen sich vor allem schichtspezifische Einflüsse. Während in der Unterschicht nur etwas mehr als die Hälfte sportlich aktiv ist, steigt der Anteil in der Oberschicht auf über zwei Drit-

### Sportliche Aktivität, Rauchen und Alkoholkonsum nach Geschlecht, Altersgruppen, Wohnort, Sozialschicht und Migrationshintergrund

Anteile in Prozent, gewichtet

Quelle: GSTelo3

Teilgruppe	Sportl. aktiv in den letzten 3 Monaten		Raucher – einschl. Gelegenheitsraucher			Alkoholkonsum – konservativ: (1–3=0, übrige =1)		Gesamt
	Kein Sport	Sportl. Aktiv	Nicht-Raucher	Raucher	Ex-Raucher	Kein – wenig	Mäßig – sehr viel	
Männlich	37,2	62,8	30,9	37,3	31,8	68,8	31,2	100,0
18–29 Jahre	25,2	74,8	31,6	53,7	14,7	67,3	32,7	100,0
30–39 Jahre	35,2	64,8	31,2	44,6	24,2	69,8	30,2	100,0
40–65 Jahre	40,6	59,4	29,8	31,1	39,1	65,4	34,6	100,0
über 65 Jahre	48,7	51,3	31,9	15,2	52,8	74,7	25,3	100,0
Weiblich	38,3	61,7	49,7	28,0	22,3	85,9	14,1	100,0
18–29 Jahre	28,2	71,8	40,9	44,6	14,5	88,1	11,9	100,0
30–39 Jahre	36,1	63,9	38,8	36,8	24,4	85,0	15,0	100,0
40–65 Jahre	35,2	64,8	49,6	25,4	25,0	81,9	18,1	100,0
über 65 Jahre	53,0	47,0	71,4	7,4	21,2	90,9	9,1	100,0
ABL	37,2	62,8	40,7	32,8	26,5	77,2	22,8	100,0
NBL	40,4	59,6	40,3	31,3	28,4	79,3	20,7	100,0
Unterschicht	46,2	53,8	44,1	35,7	20,1	82,6	17,4	100,0
Mittelschicht	40,2	59,8	37,3	36,6	26,2	79,3	20,7	100,0
Oberschicht	31,2	68,8	42,8	26,3	30,8	73,3	26,7	100,0
Deutsch	37,5	62,5	40,9	31,9	27,2	77,1	22,9	100,0
Migrationshintergrund	40,9	59,1	38,5	38,3	23,2	83,0	17,0	100,0
<b>Insgesamt</b>	<b>37,8</b>	<b>62,2</b>	<b>40,6</b>	<b>32,5</b>	<b>26,9</b>	<b>77,6</b>	<b>22,4</b>	<b>100,0</b>
Anzahl	3.144	5.174	3.381	2.703	2.234	6.456	1.862	8.318

tel an. Weiterhin zeigt die sportliche Aktivität einen deutlichen Alterseffekt. In der Altersgruppe bis 30 Jahre ist die sportliche Aktivität am höchsten und nimmt mit zunehmenden Alter deutlich ab. Wie bereits im BGS98 festgestellt [11], zeigen sich bei der sportlichen Betätigung auch Differenzen im Ost-West-Vergleich. In den neuen Bundesländern liegt der Anteil der sportlich Aktiven um ca. 3 Prozent unter dem Anteil in den alten Ländern.

Der Alkoholkonsum wurde im GSTelo3 als subjektive Selbsteinschätzung erhoben, mit den Abstufungen »trinke gar keinen Alkohol«, »sehr wenig«, »wenig«, »mäßig«, »viel« bzw. »sehr viel«. Für die komprimierte Darstellung in der obigen Tabelle wurden die ersten drei Kategorien zusammengefasst und als moderat eingestuft.

Männer und Frauen unterscheiden sich im altersspezifischen Trinkverhalten. Bei Frauen ist mit zunehmenden Alter zunächst ein kontinuierliches Ansteigen der Rate mäßig bis sehr viel Trinkender zu verzeichnen, die dann allerdings in der Altersgruppe über 65 Jahren wieder deutlich abfällt. Bei Männern fällt der Alkoholkonsum ab 30 Jahren dagegen etwas ab und hat in der Gruppe der 40- bis 65-jährigen mit über einem Drittel mäßig bis sehr viel Trinkender den höchsten Stand. Auch bei den Männern ist im hohen Alter ein deutlicher Abfall auf 25 Prozent zu verzeichnen. Die Rate liegt damit aber immer noch deutlich über dem Anteil bei den Frauen dieser Altersgruppe.

Weiterhin zeigen sich auch deutliche schichtspezifische Muster. Es nimmt der Anteil der Personen mit hohem Alkoholkonsum in den höheren

Schichten zu und liegt bei Angehörigen der oberen Schicht bei über 26 Prozent, gegenüber 17 Prozent in der unteren Sozialschicht. Gleichermaßen ergeben sich Unterschiede im Ost-West-Vergleich und hinsichtlich des Migrationsstatus. Die Selbsteinschätzung bezüglich des Alkoholkonsums liegt in den neuen Ländern etwa 2 Prozent unter dem Anteil in den alten Ländern. Dagegen weist die Bevölkerung mit Migrationshintergrund einen mit 17 Prozent gegenüber 23 Prozent deutlich geringeren Anteil von Konsumenten mit hohem Alkoholkonsum auf.

Hinsichtlich des Raucheranteils haben sich auf den ersten Blick gegenüber dem BGS98 kaum Veränderungen ergeben. Damals betrug der Anteil rauchender Männer wie im GSTelo3 37,3 Prozent gegenüber 27,9 Prozent bei den Frauen [12]. Hier ist im GSTelo3 ein minimaler Anstieg auf 28 Prozent zu verzeichnen. Erfreulicherweise ist aber

gegenüber 1998 der Anteil der ehemaligen Raucher deutlich gestiegen. Er beträgt nahezu 32 Prozent bei den Männern und liegt bei den Frauen bei etwas über einem Fünftel. Im BGS98 lagen die Anteile bei Männern noch bei 28 Prozent und bei den Frauen bei 15 Prozent. Unabhängig vom Geschlecht sind es vor allem Personen ab 40 Jahren, die mit dem Rauchen aufgehört haben. Das Rauchverhalten zeigt darüber hinaus altersbezogen deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Während der Anteil der Nie-Raucher bei Männern über die verschiedenen Altersgruppen nahezu konstant bleibt, gibt es bei Frauen deutliche Unterschiede zwischen den Altersgruppen. Der Anteil nie rauchender Frauen liegt in der Gruppe der über 65-Jährigen bei nahezu drei Viertel. Er fällt dann deutlich ab und liegt in der Gruppe der 30 bis 39 Jahre alten Frauen mit nur noch knapp 40 Prozent am niedrigsten.

#### Alter des Rauchbeginns nach Geschlecht, Alter, Sozialschicht, Wohnort und Migrationshintergrund

Angaben gewichtet

Quelle: GSTelo3

Teilgruppe	Raucher		Ex-Raucher		Insgesamt*	
	Jahre	Anzahl	Jahre	Anzahl	Jahre	Anzahl
Männlich	17,4	1.474	17,6	1.255	17,5	2.728
Weiblich	18,0	1.186	18,9	927	18,4	2.113
18–19 Jahre	14,8	119	13,9	28	14,6	147
20–29 Jahre	16,3	566	16,1	175	16,3	741
30–39 Jahre	17,0	695	16,6	376	16,9	1.071
40–49 Jahre	17,5	602	16,8	427	17,2	1.029
50–59 Jahre	19,0	358	18,0	383	18,5	741
60–69 Jahre	20,2	213	20,0	398	20,0	611
70–79 Jahre	21,6	85	20,5	324	20,7	410
80 u.m. Jahre	29,7	21	21,1	72	23,0	92
Unterschicht	17,0	393	18,6	219	17,6	612
Mittelschicht	17,6	1.448	18,1	1.031	17,8	2.479
Oberschicht	18,1	779	18,1	902	18,1	1.682
ABL	17,7	2.186	18,1	1.754	17,9	3.940
NBL	17,6	473	18,2	429	17,9	902
Deutsch	17,6	2.367	18,1	2.004	17,8	4.371
Migrationshintergrund	17,9	303	18,3	176	18,1	471
<b>Insgesamt</b>	<b>17,6</b>	<b>2.660</b>	<b>18,2</b>	<b>2.182</b>	<b>17,9</b>	<b>4.842</b>

\* ohne filterbedingt fehlende Werte

Das Rauchverhalten unterliegt auch deutlichen schichtspezifischen Einflüssen. So liegt der Anteil der ehemaligen Raucher in der Oberschicht mit 30 Prozent fast 10 Prozent über dem Anteil der ehemaligen Raucher der Unterschicht. Letztere hat aber einen deutlich höheren Anteil an Nie-Rauchern. Ost-West Unterschiede sind in Bezug auf das Rauchverhalten offensichtlich von untergeordneter Bedeutung.

Wie auch aus anderen Veröffentlichungen bekannt, sinkt das Alter des Rauchbeginns stetig und liegt in der Gruppe der unter 20-Jährigen mittlerweile bei knapp 15 Jahren. Frauen fangen mit durchschnittlich 18 Jahren etwas später mit dem

Rauchen an. Darüber hinaus gibt es einen eindeutigen Schichtgradienten beim durchschnittlichen Alter des Rauchbeginns. Dagegen zeigen sich nur geringe Unterschiede im Ost-West-Vergleich sowie dem Migrationsstatus hinsichtlich des Durchschnittsalters des Rauchbeginns.

#### 4.2 Indirekt beeinflussbare Risikofaktoren

Unter indirekt beeinflussbaren Risikofaktoren werden, wie eingangs dieses Abschnitts erwähnt, Aspekte behandelt, auf die der Einzelne je nach den spezifischen Gegebenheiten nur einge-

#### Body-Mass-Index, Hypertonie und Cholesterin nach Geschlecht, Alter, Wohnort, Sozialschicht und Migrationshintergrund

Anteile in Prozent, gewichtet

Quelle: GSTeloz

Teilgruppe	Body-Mass-Index gruppiert*					Hypertonie	Erhöhtes Cholesterin	Gesamt
	Unter-gewicht	Normal-gewicht	Leichtes Übergewicht	Mittleres Übergewicht	Adipositas	ja	ja (... auch grenzwertig erhöht)	
	<19	19–<25	25–<27,5	27,5–<30	30 u. mehr			
Männlich	0,5	32,6	29,0	19,7	17,1	26,1	30,3	100
18–29 Jahre	2,0	64,5	19,5	9,0	3,7	9,4	5,2	100
30–39 Jahre	0,2	35,9	30,7	17,3	15,4	17,6	24,2	100
40–65 Jahre	0,3	18,8	30,6	25,6	23,8	33,8	46,5	100
über 65 Jahre	0,2	16,6	33,1	25,3	22,7	48,3	40,4	100
Weiblich	1,8	42,5	19,4	13,7	19,0	28,0	27,6	100
18–29 Jahre	6,5	71,6	11,8	4,0	3,8	6,8	7,1	100
30–39 Jahre	1,7	56,4	18,6	9,0	11,1	13,4	14,5	100
40–65 Jahre	0,5	30,3	22,8	17,1	27,2	36,2	36,8	100
über 65 Jahre	0,5	19,2	21,4	22,6	29,4	52,3	48,0	100
ABL	1,1	38,8	24,4	16,5	16,9	25,8	29,6	100
NBL	1,6	33,0	22,7	17,3	23,4	33,0	26,0	100
Unterschicht	2,5	37,5	19,9	13,2	23,5	29,2	27,9	100
Mittelschicht	1,3	36,5	23,0	17,2	20,1	26,8	29,0	100
Oberschicht	0,7	39,9	27,4	16,7	13,5	26,6	29,0	100
Deutsch	0,9	41,1	24,2	15,8	16,6	28,1	29,8	100
Migrationshintergrund	1,2	37,4	24,1	16,7	18,2	17,2	20,2	100
<b>Insgesamt</b>	<b>1,2</b>	<b>37,7</b>	<b>24,1</b>	<b>16,6</b>	<b>18,1</b>	<b>27,1</b>	<b>28,9</b>	<b>100</b>
Anzahl	99	3.140	2.002	1.381	1.503	2.255	2.406	8.318

\* Fehlende Angaben sind in der Tabelle nicht ausgewiesen, daher summieren sich die Anteile nicht immer auf 100 Prozent.

schränkte Einflussmöglichkeiten hat. Darunter fallen der Body-Mass-Index (BMI), Hypertonie und erhöhte Cholesterinwerte.

Der Body-Mass-Index beruht auf den Angaben der Befragten zu Körpergröße und Gewicht. Wie bereits 1990 festgestellt, weichen Befragungsdaten zu Körpergröße und Gewicht in systematischer Weise von durch Messung gewonnenen Daten ab und ergeben tendenziell niedriger Werte bei der Berechnung des BMI [13]. Die Berechnung des BMI erfolgte daher unter Berücksichtigung des empfohlenen Korrekturfaktors und wurde anschließend, wie in den Empfehlungen zum Public Use File des BGS98 beschrieben, in fünf Gruppen eingeteilt [14]. Die Tabelle (Seite 15) weist die einzelnen Gruppen einschließlich der Klassengrenzen aus. Für sich später anschließende weitergehende Datenaufbereitungen wurde der BMI dichotomisiert und die beiden oberen Klassen ab einem Wert von 27,5 als übergewichtig eingestuft. Hypertonie und erhöhtes Cholesterin beruhen auf Selbstangaben der Befragten, denen eine ärztliche Diagnose zugrunde liegt.

Frauen sind häufiger adipös als Männer. In beiden Gruppen wächst der Anteil mit zunehmendem Alter, nimmt aber bei den Frauen in der höchsten Altersklasse wieder etwas ab. Trotzdem haben noch über ein Fünftel aller Frauen im hohen Alter starkes Übergewicht.

Während in den alten Bundesländern nur knapp 17 Prozent unter starkem Übergewicht leidet, liegt der Anteil Übergewichtiger in den neuen Ländern bei über 23 Prozent. Weiterhin handelt es sich bei Übergewicht um ein schichtspezifisches Problem. Der Anteil Adipöser fällt mit steigender Schichtzugehörigkeit von nahezu 23 Prozent auf 13,5 Prozent.

Aber nicht nur Übergewichtigkeit stellt ein Problem dar. Es sei an dieser Stelle noch auf den extrem hohen Anteil an untergewichtigen jungen

Frauen hingewiesen. Über 6 Prozent der Frauen im Alter bis 30 Jahre fällt in diese Kategorie.

Etwa jeder vierte Deutsche gibt an, dass ihm schon einmal Hypertonie durch eine ärztliche Diagnose mitgeteilt wurde. Dabei zeigt sich unabhängig vom Geschlecht eine deutliche Zunahme mit wachsendem Alter. Fast jede zweite Frau über 65 Jahre berichtet über Hypertonie, dagegen sind Männer derselben Altersgruppe nicht ganz so stark belastet. Jedoch gibt auch bei Männern über 65 Jahren fast die Hälfte an, dass ihnen ein Arzt schon einmal zu hohen Blutdruck mitgeteilt hat. Es zeigen sich darüber hinaus deutliche Unterschiede im Ost-West-Vergleich. Sehr deutlich fallen auch die Unterschiede zwischen Deutschen und Personen mit Migrationshintergrund aus. Bei Letzteren liegt der Anteil derjenigen, bei denen schon einmal durch einen Arzt zu hoher Blutdruck festgestellt wurde um ca. 10 Prozentpunkte unter dem Wert bei Deutschen.

Ein erhöhter Cholesterinspiegel wird häufiger von Männern berichtet. Vor allem Männer der Altersgruppe zwischen 40 und 65 Jahren geben zu über 46 Prozent erhöhte Cholesterinwerte an. In höherem Alter nimmt der Anteil dagegen wieder ab. Bei Frauen ergibt sich eine kontinuierliche Steigerung mit zunehmendem Alter. Nahezu die Hälfte aller Frauen über 65 Jahre geben an, erhöhte Cholesterinwerte zu haben. Anders als beim Bluthochdruck ergeben sich nur geringe Unterschiede in der Betroffenheit durch erhöhtes Cholesterin im Ost-West-Vergleich, mit einer tendenziell stärkeren Belastung der Bevölkerung in den alten Bundesländern. Der Anteil der Personen, die erhöhte Cholesterinwerte berichten, liegt in der Unterschicht etwas niedriger als in den anderen Sozialschichten. Personen mit Migrationshintergrund weisen mit knapp 17 Prozent einen deutlich niedrigeren Anteil aus als Deutsche, bei denen 27 Prozent erhöhte Cholesterinwerte angeben.

### 4.3 Risikotypologie

Die bisherige Darstellung hat die Risiken einzeln behandelt. Im Folgenden wird ein Vorschlag vorgestellt, die Risiken in ihrem Zusammenwirken darzustellen. Grundsätzlich bieten sich dabei zwei Zugangswege an. Zum einen kann die Belastung durch mehrere Risiken rein additiv behandelt werden. Eine derartige Indexbildung kann zwar eine größere oder geringere Belastung durch Risiken zum Ausdruck bringen. Es werden damit aber die, gerade unter präventionsbezogenen Gesichtspunkten wichtigen, verhaltensabhängigen Aspekte der gemeinsam behandelten Risiken ausgeblendet. Demgegenüber ermöglicht die Unterscheidung zwischen direkt und indirekt verhal-

tensbeeinflussbaren Risiken eine andere Art der Operationalisierung, die gezieltere präventionspolitische Strategien ermöglicht.

Zu diesem Zweck wurden die zuvor einzeln in den Abschnitten 4.1 und 4.2 behandelten Risiken dichotomisiert und für jede Teildimension aufsummiert. Im weiteren wurden Gruppen gebildet, bei denen weder Risiken der einen noch der anderen Dimension vorliegen und denen gegenüber gestellt, die Risiken auf beiden Dimensionen aufweisen. Daneben gibt es die Gruppe derjenigen, die nur direkt verhaltensabhängige Risiken aufweisen und diejenige, deren Risikoprofil nur indirekt verhaltensbeeinflussbar ist. Die Ergebnisse dieser Typisierung werden im Folgenden vorgestellt.

#### Risikotypologie nach Geschlecht, Alter, Wohnort, Sozialschicht und Migrationsstatus

Anteile in Prozent, gewichtet

Quelle: GSTeloz

Teilgruppe	Typologie – Risikofaktoren				Gesamt
	keine Risiken	Direkt verhaltensabhängig	Indirekt verhaltensabhängig	Beide Dimensionen	
Männlich	14,1	15,0	32,4	38,5	100
18–29 Jahre	22,7	5,2	58,4	13,7	100
30–39 Jahre	17,7	11,0	36,7	34,6	100
40–65 Jahre	8,1	20,6	20,6	50,7	100
über 65 Jahre	8,6	23,7	16,6	51,2	100
Weiblich	19,3	20,1	30,5	30,0	100
18–29 Jahre	32,4	6,5	50,2	10,8	100
30–39 Jahre	25,2	12,6	41,4	20,8	100
40–65 Jahre	14,5	27,1	21,7	36,7	100
über 65 Jahre	8,5	30,6	13,5	47,4	100
ABL	16,9	17,4	32,0	33,7	100
NBL	16,3	18,8	29,0	35,9	100
Unterschicht	13,6	16,0	35,5	34,9	100
Mittelschicht	14,5	17,8	32,3	35,4	100
Oberschicht	21,1	18,4	28,7	31,8	100
Deutsch	16,8	18,0	30,7	34,5	100
Migrationshintergrund	17,3	13,8	38,1	30,9	100
<b>Insgesamt</b>	<b>16,8</b>	<b>17,6</b>	<b>31,4</b>	<b>34,1</b>	<b>100</b>
Anzahl	1.399	1.467	2.612	2.839	8.318

## 5 Krankheitsgeschehen – Morbidität

Während die Informationen zu gesundheitsbezogenem Verhalten in erster Linie durch Surveys erhoben wird und diese die primäre Datenquelle für diesen Bereich darstellen, wird das Geschehen im Bereich der Morbidität durch unterschiedliche Datenquellen mit verschiedenen Zugängen analysiert und für die Gesundheitsberichterstattung aufbereitet. So fließen neben Surveydaten auch die Daten von Registern (u.a. Krebserkrankungen, Herzinfarkt, Schlaganfall), der amtlichen Statistik (wie beispielsweise die Krankenhausdiagnosestatistik) sowie der Leistungsanbieter oder der Sozialversicherungsträger mit in die Berechnungen zu Art und Umfang des Krankheitsgeschehens ein. Die im Folgenden überblicksartig dargestellten Ergebnisse erheben daher nicht den Anspruch, das Morbiditätsgeschehen vollständig abzubilden, sondern beschreiben den Teil der Erkenntnisse, den Surveys im Verbund der verschiedenen Datenquellen liefern können.

Nachfolgend werden die wichtigsten Krankheiten dargestellt, die im Rahmen des GSTel03 erhoben wurden. Die tabellarischen Übersichten sind dabei so aufgebaut, dass in knapper Form ein erster Überblick zum Morbiditätsgeschehen der erwachsenen Bevölkerung möglich wird, gegliedert nach den Merkmalen Geschlecht, Alter, Wohnort, Sozialschicht und Migrationshintergrund. Diese, dem besseren Überblick dienende Darstellung kann jedoch auch in einzelnen Fällen zu Fehlinterpretationen führen, da das Morbiditätsgeschehen starke geschlechts- und altersspezifische Effekte aufweist. In einem tabellarischen Anhang werden daher die in diesem Abschnitt behandelten Tabellen noch differenziert nach Geschlecht und Alter stratifiziert dargestellt. Sie sollten zusätzlich zu den hier vorgestellten herangezogen werden, bevor gruppenspezifische Unterschiede bei einzelnen Erkrankungen interpretiert werden.

### 5.1 Einzelne Erkrankungen

#### 5.1.1 Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Die Angaben zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen beruhen auf Selbstauskünften der Befragten. Den

wiedergegebenen Zahlen liegen Lebenszeitprävalenzen mit ärztlicher Diagnose zugrunde, wie sie von den Befragten berichtet wurden. Im Einzelnen wurde erhoben:

- ▶ Wurde bei Ihnen jemals von einem Arzt ein Herzinfarkt festgestellt?
- ▶ Wurden bei Ihnen jemals von einem Arzt Durchblutungsstörungen am Herzen oder Verengungen der Herzkranzgefäße, also eine Angina pectoris festgestellt?  
Hinweis an die Interviewer: nur ärztliche Diagnose; keine weiteren Erklärungen geben, wenn nicht bekannt »weiß nicht« ankreuzen
- ▶ Wurde bei Ihnen jemals von einem Arzt Herzmuskelschwäche oder Herzinsuffizienz festgestellt?  
Hinweis an die Interviewer: medizinisch definierte Minderleistung des Herzens; nur ärztliche Diagnose mit »ja« festhalten
- ▶ Wurden bei Ihnen jemals von einem Arzt Herzrhythmusstörungen festgestellt?  
Hinweis an die Interviewer: nur ärztliche Diagnose mit »ja« festhalten

Bei Herzinfarkt und Schlaganfall wurde zusätzlich nach dem Jahr des Erstereignisses gefragt, bei mehreren Herzinfarkten wurde auch das Jahr des letzten Infarkts erhoben.

Die auf den Angaben der Befragten beruhende Lebenszeitprävalenz bei Herzinfarkt liegt im Jahr 2003 bei 2,7 Prozent der erwachsenen Bevölkerung der Bundesrepublik. Nicht darin enthalten sind selbstverständlich u. a. die Fälle, die den Herzinfarkt nicht überlebt haben, d. h. das Geschehen wird im Rahmen eines Surveys unterschätzt. Die gegenüber den Zahlen des BGS98 um 0,3 Prozent leicht gestiegene Rate lässt sich vermutlich auch dadurch erklären, dass der BGS98 nur Personen bis 79 Jahre abdeckt [15].

Das berichtete Herzinfarktgeschehen weist deutliche geschlechts- und altersspezifische Unterschiede auf. Männer sind häufiger und schon in jüngeren Jahren betroffen als Frauen. Angehörige der Unterschicht sind mit 3,8 Prozent mehr von Herzinfarkten betroffen, als die Angehörigen höherer Schichten.



### Herz-Kreislauf-Erkrankungen nach Geschlecht, Alter, Wohnort, Sozialschicht und Migrationsstatus

Anteile in Prozent, gewichtet

Quelle: GSTelo3

Teilgruppe	Herzinfarkt	Herzinsuffizienz	Angina Pectoris	Herzrhythmusstörungen	Gesamt
Männlich	3,3	3,7	6,3	11,6	100
18–29 Jahre	0,0	0,7	0,8	3,2	100
30–39 Jahre	0,8	0,4	1,8	6,2	100
40–65 Jahre	3,9	4,3	7,2	11,3	100
über 65 Jahre	11,1	13,0	20,3	32,9	100
Weiblich	2,1	4,6	5,4	14,7	100
18–29 Jahre	0,0	0,9	0,6	3,9	100
30–39 Jahre	0,0	0,7	0,7	7,7	100
40–65 Jahre	1,8	2,5	5,3	16,8	100
über 65 Jahre	7,0	15,7	15,7	29,4	100
ABL	2,7	4,3	5,4	13,0	100
NBL	2,7	3,7	7,5	14,0	100
Unterschicht	3,8	6,6	9,4	14,4	100
Mittelschicht	2,7	3,6	5,5	12,5	100
Oberschicht	2,0	4,1	4,6	13,4	100
Deutsch	2,7	4,3	6,0	13,6	100
Migrationshintergrund	2,4	3,2	4,4	9,6	100
<b>Insgesamt</b>	<b>2,7</b>	<b>4,2</b>	<b>5,8</b>	<b>13,2</b>	<b>100</b>
Anzahl	223	348	485	1.098	8.318

### 5.1.2 Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes

Die Angaben zu Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes beruhen auf Selbstauskünften der Befragten. Den Zahlen liegen selbstberichtete Lebenszeitprävalenzen mit ärztlicher Diagnose zugrunde, mit Ausnahme der Angaben zu den Rückenschmerzen, die auf Selbsteinschätzungen beruhen. Im Einzelnen wurde gefragt:

- ▶ Wurde bei Ihnen jemals von einem Arzt eine Arthrose oder degenerative Gelenkerkrankung festgestellt?  
Hinweis an die Interviewer: keine Erläuterung geben, bei Unsicherheit: »weiß nicht« wählen
- ▶ Wurde bei Ihnen jemals von einem Arzt eine Arthritis, rheumatische Arthritis oder chronische Polyarthritits festgestellt?

Hinweis an die Interviewer: weitere Synonyme: Rheumatoid-Arthritis, chronisch-progressive Polyarthritits; nicht gemeint ist, was im Volksmund unter »Rheuma« verstanden wird. Keine zusätzlichen Erläuterungen geben, bei Unsicherheit »weiß nicht« wählen

- ▶ Hatten Sie schon einmal drei Monate oder länger anhaltende Rückenschmerzen, und zwar fast täglich?  
Hinweis an die Interviewer: falls Unklarheiten auftreten sollten, gemeint ist: 3 Monate am Stück, fast täglich auftretende Rückenschmerzen. Rückenschmerzen sind Schmerzen im Kreuz, Nacken oder an anderen Stellen des Rückens – auch leichte Rückenschmerzen, wenn Befragte es als Rückenschmerzen definieren.
- ▶ War das auch in den letzten 12 Monaten der Fall?

Hinweis an die Interviewer: auch »ja« wählen, wenn von dem mindestens dreimonatigen Zeitraum mit Rückenschmerzen nur ein Teil in die letzten 12 Monate fällt

- ▶ Hatten Sie denn in den letzten 12 Monaten überhaupt Rückenschmerzen?

Hinweis an die Interviewer: gemeint ist, unabhängig von der Dauer der Rückenschmerzen

- ▶ Und wenn Sie an gestern denken, hatten Sie da auch Rückenschmerzen?

Hinweis an die Interviewer: Rückenschmerzen am Tag vor der Befragung, unabhängig von der Dauer

- ▶ Hat Ihr Arzt bei Ihnen eine Osteoporose festgestellt?

Eines der Schwerpunktthemen des GSTelo3 war den Rückenbeschwerden und deren Behandlung gewidmet. An dieser Stelle kann jedoch nur in knapper Form darauf eingegangen werden. Eine differenziertere Analyse wird zurzeit durchgeführt. Zum einen werden die Angaben zur Lebenszeitprävalenz chronischer Rückenschmerzen berichtet, definiert als Rückenschmerzen, die länger als 3 Monate am Stück anhalten. Davon waren über ein Viertel der Bevölkerung schon mindestens einmal im Leben betroffen, deutlich mehr Frauen als Männer. Chronische Rückenbeschwerden werden von Angehörigen der Unterschicht deutlich häufiger berichtet, aber auch die Mittelschicht weist mit 29,2 Prozent überdurchschnittliche Anteile aus. Der Stellenwert der Rückenschmerzen wird zusätzlich dadurch unterstrichen, dass 62 Prozent der Bevölkerung im letzten Jahr Rückenschmerzen angeben, unabhängig von deren Chronifizierung.

#### Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes nach Geschlecht, Alter, Wohnort, Sozialschicht und Migrationsstatus

Anteile in Prozent, gewichtet

Quelle: GSTelo3

Teilgruppe	Arthrose	Arthritis	Chron. Rückenschmerz – Lebenszeitprävalenz	Rückenschmerz Jahresprävalenz	Osteoporose*	Gesamt
Männlich	15,3	3,3	24,3	57,4	–	100
18–29 Jahre	3,8	0,5	12,7	52,4	–	100
30–39 Jahre	9,0	1,4	20,8	59,2	–	100
40–65 Jahre	21,9	4,5	32,1	59,2	–	100
über 65 Jahre	29,4	8,3	30,1	55,9	–	100
Weiblich	21,9	5,3	30,0	65,8	14,8	100
18–29 Jahre	2,6	0,2	20,8	65,4	–	100
30–39 Jahre	7,9	2,4	26,3	68,3	–	100
40–65 Jahre	29,8	6,0	33,9	66,8	8,1	100
über 65 Jahre	44,2	11,9	36,1	61,5	25,3	100
ABL	19,1	4,5	27,8	61,8	15,3	100
NBL	16,9	3,8	24,9	61,8	13,1	100
Unterschicht	21,4	4,4	30,4	65,6	19,9	100
Mittelschicht	19,3	4,8	29,2	63,3	15,2	100
Oberschicht	16,9	3,7	23,9	58,7	11,6	100
Deutsch	19,3	4,5	27,7	62,1	14,5	100
Migrationshintergrund	13,0	3,1	23,1	59,1	19,6	100
<b>Insgesamt</b>	<b>18,7</b>	<b>4,3</b>	<b>27,2</b>	<b>61,8</b>	<b>14,8</b>	<b>100</b>
Anzahl	1.557	361	2.266	5.139	352	8.318

\* nur bei Frauen über 45 Jahren erhoben (Prozentuierungsbasis: n=2.371)

In der Tabelle (Seite 20) werden die Angaben der Frage nach drei Monaten oder länger anhaltenden Rückenschmerzen in der Spalte »chronische Rückenschmerzen« ausgewiesen. Die Spalte mit der Bezeichnung »Rückenschmerz, Jahresprävalenz« fasst die Angaben auf die Frage nach chronischen Rückenschmerzen in den letzten zwölf Monaten mit denjenigen zusammen, die angaben, in den letzten zwölf Monaten überhaupt Rückenschmerzen gehabt zu haben.

Bei den Angaben zu Arthrose und Arthritis zeigen sich neben einem starken Altersgradienten deutliche geschlechtspezifische Unterschiede. Arthrose und Arthritis treten nach den vorliegenden Angaben bei Frauen häufiger auf. Arthrose scheint darüber hinaus in der Unterschicht verbreiteter zu sein, während Arthritis nach den vorliegenden Ergebnissen etwas häufiger in der Mittelschicht auftritt. Wie auch bei anderen Erkrankungen, liegen die berichteten Prävalenzraten bei Personen mit Migrationshintergrund unter denen der deutschen Bevölkerung.

Die Fragen zur Osteoporose wurden im GSTelo3 in Zusammenhang mit der Einnahme von Mitteln gegen Osteoporose und der Menopause behandelt. Daher erfolgte eine Beschränkung auf Frauen über 45 Jahren. Über 14 Prozent der Frauen über 45 berichten über Osteoporose. Mit einer deutlichen Zunahme auf ein Viertel in der Altersgruppe über 65 Jahren. Wie auch bei anderen Erkrankun-

gen ist ein deutlich höherer Anteil bei Angehörigen der Unterschicht zu konstatieren. Darüber hinaus zeigen sich bei Osteoporose deutlich höhere Anteile bei Personen mit Migrationshintergrund.

### 5.1.3 Erkrankungen der Atmungsorgane

Erkrankungen der Atmungsorgane wurden im GSTelo3 durch folgende Fragen erhoben:

- ▶ Wurde bei Ihnen jemals von einem Arzt eine chronische Bronchitis festgestellt?  
Hinweis an die Interviewer: Nur wenn chronische Bronchitis ärztlich diagnostiziert wurde mit »ja« ankreuzen
- ▶ Wurde bei Ihnen jemals Asthma bronchiale von einem Arzt festgestellt?  
Hinweis an die Interviewer: Synonyme für Asthma bronchiale: Bronchialasthma, Lungenasthma, allergisches Asthma

Atemwegserkrankungen nehmen mit einer berichteten Lebenszeitprävalenz von 5,7 bei Asthma bzw. 8,2 Prozent bei chronischer Bronchitis eine mittlere Stellung im Krankheitsgeschehen ein. Im Vergleich zu den Ergebnissen des BGS98 zeigt sich im GSTelo3 ein geringerer Anteil bei Asthma bronchiale, während die Rate bei chronischer Bronchitis nahezu gleich ist. Atemwegserkrankungen tre-

**Erkrankungen der Atmungsorgane nach Geschlecht, Wohnort, Sozialschicht und Migrationsstatus**  
*Anteile in Prozent, gewichtet*  
Quelle: GSTelo3

Teilgruppe	Asthma	chron. Bronchitis	Gesamt
Männlich	5,3	6,7	100
Weiblich	6,1	9,5	100
ABL	5,9	8,2	100
NBL	4,6	8,0	100
Unterschicht	6,3	10,1	100
Mittelschicht	5,8	8,5	100
Oberschicht	5,3	7,0	100
Deutsch	5,7	8,1	100
Migrationshintergrund	5,0	8,8	100
<b>Insgesamt</b>	<b>5,7</b>	<b>8,2</b>	<b>100</b>
Anzahl	473	679	8.318

ten nach den Auskünften der Befragten bei Frauen häufiger auf als bei Männern. Auch in diesem Zusammenhang ist eine stärkere Betroffenheit von Unterschichtangehörigen zu konstatieren.

#### 5.1.4 Diabetes mellitus

Diabetes und dessen Behandlung bildeten einen weiteren Schwerpunkt bei der Konzeption des GSTelo3. Wie auch bei den anderen Schwerpunktthemen wird im Folgenden nur auszugsweise berichtet. Differenziertere Auswertungen sind derzeit in Bearbeitung.

Die nachfolgende Übersicht gibt die Angaben der Befragten auf die folgenden Fragen wieder:

- ▶ Wurde bei Ihnen jemals von einem Arzt eine Zuckerkrankheit oder Diabetes festgestellt?
- ▶ Wie alt waren Sie, als die Zuckerkrankheit erstmals aufgetreten ist?
- ▶ Welchen Typ des Diabetes haben Sie? Haben Sie Typ 1 oder Typ 2?  
Hinweis an die Interviewer: Typ 1: so genannter Insulinmangel-Diabetes oder juveniler Diabetes Typ 2: so genannter Erwachsenen- oder Altersdiabetes
- ▶ Wie wird die Zuckerkrankheit zurzeit behandelt?

#### Diabetes nach Geschlecht, Wohnort, Sozialschicht und Migrationsstatus

Anteile in Prozent, gewichtet

Quelle: GSTelo3

Teilgruppe	Diabetes*	Diabetes mit Insulin	Diabetes ohne Insulin	Typ1	Typ2	Gesamt
Männlich	5,4	1,8	3,6	0,7	3,7	100
Weiblich	6,1	2,0	4,7	0,8	4,0	100
ABL	5,2	1,6	3,9	0,7	3,6	100
NBL	8,2	3,2	5,2	1,0	5,3	100
Unterschicht	8,2	2,7	5,5	1,1	5,2	100
Mittelschicht	5,6	1,7	4,2	0,9	3,6	100
Oberschicht	4,9	1,8	3,5	0,5	3,8	100
Deutsch	6,0	2,0	4,2	0,8	4,1	100
Migrationshintergrund	3,5	0,6	3,1	0,3	2,1	100
<b>Insgesamt</b>	<b>5,8</b>	<b>1,9</b>	<b>4,1</b>	<b>0,8</b>	<b>3,9</b>	<b>100</b>
Anzahl	479	157	344	64	324	8.318

\* ohne Schwangerschaftsdiabetes

Nach den Ergebnissen des GSTelo3 geben 5,8 Prozent der erwachsenen Bevölkerung an, Diabetes zu haben. Im BGS98 wurde dagegen noch eine Prävalenz von 4,7 Prozent auf Basis der Selbstauskünfte ermittelt [15].

Der Anteil der Personen die angeben Diabetes zu haben, liegt in den neuen Bundesländern mit 8,2 Prozent deutlich höher als in den alten Ländern, wo der Anteil nur bei 5,2 Prozent liegt. Angehörige der Unterschicht liegen auch bei dieser Erkrankung mit einer Rate von 8,2 Prozent deutlich über dem Bevölkerungsdurchschnitt.

Insulinabhängig sind nach den vorliegenden Ergebnissen 1,9 Prozent der Deutschen, und damit nahezu jeder Dritte Diabetiker. Auch in diesem Zusammenhang ist eine höhere Rate in den neuen Bundesländern und bei Angehörigen der Unterschicht zu verzeichnen.

Diabetes tritt im Durchschnitt der Bevölkerung nach den Angaben der Befragten mit knapp 53 Jahren auf. Bei Frauen im Durchschnitt fünf Jahre später als bei Männern. Zum Bereich Diabetes sind weitere Informationen zur Therapie und Inanspruchnahme erhoben worden, die zurzeit ausgewertet werden.

**Auftreten des Diabetes im Alter von ...**

Angaben gewichtet

Quelle: GSTelo3

Teilgruppe	Durchschnitt	Anzahl*	Median
Männlich	50,4	209	50
Weiblich	55,0	255	58
ABL	53,7	342	55
NBL	50,8	122	53
Unterschicht	54,6	87	57
Mittelschicht	51,6	224	53
Oberschicht	53,1	138	54
Deutsch	53,1	438	55
Migrationshintergrund	51,2	26	59
<b>Insgesamt</b>	<b>53,0</b>	<b>464</b>	<b>55</b>

\* ohne Schwangerschaftsdiabetes

**5.1.5 Sonstige Erkrankungen**

Unter der Bezeichnung »sonstige Erkrankungen« werden alle übrigen im GSTelo3 erhobenen Krankheiten subsummiert. Dabei handelt es sich überwiegend um Erkrankungen der Sinne, insbesondere der Augen und des Gehörs.

**5.1.5.1 Gehör**

Im Einzelnen wurden im GSTelo3 die Angaben der Befragten auf folgende Fragen erhoben:

- ▶ Benutzen Sie ein Hörgerät?
- ▶ Hatten Sie in den letzten sieben Tagen Ohrgeräusche, die Sie beeinträchtigt haben?  
Hinweis an die Interviewer: gemeint ist nicht ein Ohrensausen nach Hören von lauter Musik z.B. nach einem Rockkonzert (Fachbegriff für Ohrgeräusche: Tinnitus)
- ▶ Waren Sie deshalb in ärztlicher Behandlung?
- ▶ Wann haben die derzeitigen Ohrgeräusche begonnen?

**Erkrankungen des Gehörs nach Geschlecht, Alter, Wohnort, Sozialschicht und Migrationsstatus**

Anteile in Prozent, gewichtet

Quelle: GSTelo3

Teilgruppe	Tinnitus	Wegen Ohrgeräuschen beim Arzt*	Hörgerätenutzung	Gesamt
Männlich	10,3	51,6	2,5	100
Weiblich	10,1	52,5	2,2	100
18–29 Jahre	5,1	36,2	0,3	100
30–39 Jahre	6,6	39,2	0,2	100
40–65 Jahre	12,6	55,5	1,7	100
über 65 Jahre	16,6	60,8	9,0	100
ABL	10,3	51,3	2,3	100
NBL	9,6	55,5	2,4	100
Unterschicht	11,7	55,1	3,8	100
Mittelschicht	10,9	51,9	2,4	100
Oberschicht	8,6	51,8	1,6	100
Deutsch	10,2	51,8	2,6	100
Migrationshintergrund	10,2	54,2	2,3	100
<b>Insgesamt</b>	<b>10,2</b>	<b>52,0</b>	<b>2,4</b>	<b>100</b>
Anzahl	845	440	196	8.318

\* nur wenn Ohrgeräusche vorhanden (Prozentuierungsbasis: n=845)

Jeder Zehnte gibt an, schon einmal störende Ohrgeräusche gehabt zu haben und mehr als die Hälfte war deshalb auch schon einmal in ärztlicher Behandlung. Ohrgeräusche betreffen nach den vorliegenden Ergebnissen beide Geschlechter gleichermaßen, werden aber in der Unterschicht etwas häufiger genannt. Es ist eine deutliche Zunahme der Anteile mit wachsendem Alter festzustellen.

Etwas mehr als 2 Prozent geben an, ein Hörgerät zu nutzen. Darüber berichten überwiegend ältere Personen ab 65 Jahren. Auch in bezug auf die Hörgerätenutzung zeigen sich, wie bei den Ohrgeräuschen, keine geschlechtsspezifischen Unterschiede. Jedoch zeigt sich auch in diesem Zusammenhang eine deutliche Schichtabhängigkeit zu Lasten der Unterschicht.

#### Erkrankungen der Augen nach Geschlecht, Alter, Wohnort, Sozialschicht und Migrationsstatus

Anteile in Prozent, gewichtet

Quelle: GSTel03

Teilgruppe	Star, grau	Star, grün	Gesamt
männlich	3,8	1,3	100
weiblich	7,9	2,1	100
18–29 Jahre	0,1	0,1	100
30–39 Jahre	0,4	0,5	100
40–65 Jahre	3,3	2,3	100
über 65 Jahre	24,7	4,3	100
ABL	6,0	1,4	100
NBL	5,8	2,9	100
Unterschicht	8,2	3,1	100
Mittelschicht	6,4	1,6	100
Oberschicht	3,9	1,4	100
Deutsch	6,1	1,8	100
Migrationshintergrund	4,4	1,2	100
<b>Insgesamt</b>	<b>5,9</b>	<b>1,7</b>	<b>100</b>
Anzahl	493	142	8.318

#### 5.1.5.2 Erkrankungen der Augen und Fehlsichtigkeit

Bei den Fragen zu Augenerkrankungen wurde keine ärztliche Diagnose vorausgesetzt. Den Wortlaut der Fragen zeigt die folgende Auflistung:

- ▶ Hatten Sie jemals einen grauen Star, auch Katarakt genannt?
- ▶ Hatten Sie jemals einen grünen Star, auch Glaukom genannt?

Ungefähr 6 Prozent der Befragten geben an, grauen Star zu haben. Frauen sind nahezu doppelt so häufig betroffen wie Männer. In der älteren Bevölkerung über 65 Jahren berichtet nahezu jeder Vierte über grauen Star. Mit über 8 Prozent liegt der Anteil in der Unterschicht deutlich über dem Bundesdurchschnitt.

Grüner Star ist dagegen mit 1,7 Prozent deutlich weniger verbreitet. Auch hier zeigt sich eine stärkere Betroffenheit der Frauen sowie in der Altersgruppe über 65 Jahren. Im Unterschied zum grauen Star, der in beiden Teilen Deutschland ähnlich verbreitet ist, liegt die Prävalenz des grünen Stars in den neuen Ländern deutlich über der Rate in den alten Bundesländern. In der Unterschicht liegt die Prävalenz des grünen Stars nach Angaben der Befragten nahezu doppelt so hoch wie im Bevölkerungsdurchschnitt.

Unter »Fehlsichtigkeit« wurden die Angaben der Befragten auf die folgenden Fragen subsumiert:

- ▶ Sind Sie kurzsichtig, können also nicht so gut in die Ferne sehen?
- ▶ Sind Sie weitsichtig oder alterssichtig, können also nah nicht so gut sehen?
- ▶ Haben Sie eine Brille oder Kontaktlinsen, also eine Sehhilfe?

Hinweis an die Interviewer: Frage erscheint auch, wenn keine Kurz- oder Weitsichtigkeit vorliegt, weil Sehhilfen auch für andere Augenkrankheiten nötig sind

### Fehlsichtigkeit und Sehhilfenutzung nach Geschlecht, Alter, Wohnort, Sozialschicht und Migrationsstatus

Anteile in Prozent, gewichtet

Quelle: GSTelo3

Teilgruppe	Fehlsichtig	Kurzsichtig	Weitsichtig	Sehhilfe	Brille	Kontaktlinsen	Gesamt
Männlich	60,7	35,1	38,0	64,5	63,6	4,2	100
Weiblich	71,1	44,0	45,4	74,2	72,3	6,9	100
18–29 Jahre	41,5	35,4	7,2	40,3	37,1	12,0	100
30–39 Jahre	47,2	37,7	13,4	48,5	46,5	8,2	100
40–65 Jahre	87,0	42,3	70,2	90,8	90,2	2,5	100
über 65 Jahre	86,3	42,7	75,0	96,9	96,6	0,7	100
ABL	66,4	39,9	42,2	69,6	68,1	6,1	100
NBL	64,5	39,0	40,2	69,2	68,2	3,6	100
Unterschicht	64,9	39,6	43,0	67,7	66,3	4,8	100
Mittelschicht	64,9	38,4	41,0	68,3	67,1	5,3	100
Oberschicht	61,1	41,8	42,0	71,7	69,9	6,7	100
Deutsch	56,6	34,5	33,0	57,5	55,8	6,2	100
Migrationshintergrund	67,1	40,3	42,7	70,8	69,4	5,6	100
<b>Insgesamt</b>	<b>66,1</b>	<b>39,7</b>	<b>41,8</b>	<b>69,5</b>	<b>68,1</b>	<b>5,6</b>	<b>100</b>
Anzahl	5.497	3.305	3.478	5.784	5.666	468	8.318

In der Übersicht werden die Angaben der Befragten zu Kurz- und Weitsichtigkeit unter der Bezeichnung »Fehlsichtigkeit« zusammengefasst und in der ersten Spalte ausgewiesen. Bei der Nutzung von Sehhilfen waren mehrere Nennungen zulässig. Die Summe der Anteile von Brillenträgern und Kontaktlinsennutzern kann daher über dem Anteil derjenigen liegen, die überhaupt eine Sehhilfe benutzten. Die Differenz ergibt damit den Anteil derjenigen, die sowohl Kontaktlinsen als auch eine Brille benutzen.

Nahezu zwei Drittel der erwachsenen Bevölkerung gibt an, fehlsichtig zu sein. Erwartungsgemäß nimmt der Anteil mit wachsendem Alter zu, liegt aber auch noch in der Gruppe der bis 30-Jährigen mit 41,5 Prozent sehr hoch. Weitsichtigkeit ist etwas stärker verbreitet als Kurzsichtigkeit und zeigt erwartungsgemäß eine deutlich ausgeprägtere Altersabhängigkeit. Frauen sind bezogen auf beiden Formen der Fehlsichtigkeit stärker betroffen, jedoch mit größeren Unterschieden bei der Kurzsichtigkeit.

## 5.2 Morbiditätsindex

Der Begriff Multimorbidität wurde bisher im Bereich der Epidemiologie nicht konsensual operationalisiert. In der Literatur finden sich verschiedene ad-hoc-Lösungen, die jeweils den Anforderungen der jeweiligen Fragestellung der Erhebung oder Studie folgen [16]. Damit steht zurzeit kein Ansatz zur Verfügung, um die Frage nach der Häufigkeit von Multimorbidität so zu beantworten, dass die verschiedenen Sichtweisen alle umfassend berücksichtigt werden. Um dennoch einen Überblick über die Verteilung von Mehrfacherkrankungen in den verschiedenen Bevölkerungsgruppen zu geben, wird in diesem Bericht ein summarischer Ansatz dargestellt. Im hier verfolgten Ansatz werden zunächst die zuvor im Einzelnen aufgeführten Krankheiten nach Bereichen gruppiert und dann in einen Gesamtpunktwert zusammengefasst.

Folgende Krankheiten wurden zu Krankheitsbereichen zusammengefasst:

- ▶ Schlaganfall
- ▶ Herz-Kreislaufkrankheiten (Herzinfarkt, Herzinsuffizienz, Herzrhythmusstörungen, Angina pectoris)
- ▶ Atemwegserkrankungen (Asthma, chronische Bronchitis)
- ▶ Krebserkrankung
- ▶ Rückenbeschwerden (unabhängig von Chronifizierung)
- ▶ Depression (unabhängig vom Prävalenzzeitraum)
- ▶ Diabetes
- ▶ alle Formen der Hepatitis
- ▶ Hauterkrankungen (Psoriasis)
- ▶ Erkrankungen der Sinne (Schwindel, Ohrgeräusche)

- ▶ und Augenerkrankungen (grauer und grüner Star, Makuladegeneration).

Im nächsten Schritt wurde für jeden Probanden die Summe der Bereiche gebildet, in denen mindestens eine der diesen Bereichen zugeordneten Krankheiten genannt wurde. Die so gebildete Summe variiert also zwischen 0 und maximal 11. Aus Darstellungsgründen wurde die Bereichssumme für die nachfolgende Übersicht in Klassen eingeteilt mit den Grenzen: Krankheiten aus keinem Bereich, Krankheiten in einem bis zwei Bereichen, Krankheiten in drei bis vier Bereichen und in mehr als vier Bereichen.

Der so entwickelte Index geht damit über eine reine Häufigkeitsauszählung hinaus und bezieht auch das Spektrum der gesundheitlichen Beeinträchtigungen ein. Er trägt damit auch qualitativen Ansprüchen Rechnung. Ebenso fallen Erkrankungen mit hoher Prävalenz gegenüber Krankheiten mit nur geringer Verbreitung nicht mehr so stark ins Gewicht.

#### Morbiditätsindex gruppiert nach Geschlecht, Alter, Wohnort, Sozialschicht und Migrationsstatus

Anteile in Prozent, gewichtet

Quelle: GSTelo3

Teilgruppe	Krankheiten in ... Bereichen				Gesamt
	Keinem	1–2	3–4	>4	
Männlich	20,0	58,6	18,8	2,6	100
18–29 Jahre	27,9	59,6	12,5	–	100
30–39 Jahre	24,0	63,1	12,4	0,6	100
40–65 Jahre	16,4	59,8	20,7	3,1	100
über 65 Jahre	9,4	45,5	36,2	8,9	100
Weiblich	13,8	54,3	25,7	6,2	100
18–29 Jahre	18,2	63,7	17,1	1,0	100
30–39 Jahre	16,8	61,7	19,5	2,0	100
40–65 Jahre	13,2	54,5	26,5	5,8	100
über 65 Jahre	7,1	37,1	39,3	16,4	100
ABL	16,6	56,6	22,5	4,3	100
NBL	17,4	55,7	21,7	5,1	100
Unterschicht	14,2	52,1	27,1	6,7	100
Mittelschicht	15,8	56,5	23,3	4,4	100
Oberschicht	19,3	57,8	19,3	3,5	100
Deutsch	16,4	56,7	22,5	4,4	100
Migrationshintergrund	20,7	54,5	20,3	4,5	100
<b>Insgesamt</b>	<b>16,8</b>	<b>56,4</b>	<b>22,4</b>	<b>4,5</b>	<b>100</b>
Anzahl	1.396	4.691	1.860	371	8.318



Der so gebildete Morbiditätsindex zeigt die zuvor bei den einzelnen Erkrankungen bereits mehrfach festgestellten Zusammenhänge deutlicher.

- ▶ Frauen sind durchschnittlich wesentlich stärker gesundheitlich belastet als Männer. In beiden Gruppen ist wie zu erwarten, ein Anstieg von Mehrfacherkrankungen mit zunehmendem Alter feststellbar.
- ▶ Es gibt keine signifikanten Unterschiede im Hinblick auf das Morbiditätsgeschehen im Ost-West-Vergleich.
- ▶ Ein Drittel der Personen aus der Unterschicht hat Erkrankungen in mehr als zwei der aufgezählten Bereiche. In der Oberschicht ist das nur bei einem Viertel der Befragten der Fall. Gleichzeitig liegt der Anteil derjenigen, die in keinem Bereich eine Erkrankung aufweisen in der Oberschicht deutlich höher.
- ▶ Personen mit Migrationshintergrund liegen bei Nichtbetroffenheit durch Krankheiten etwas über dem Durchschnitt.

## 6 Subjektiver Gesundheitszustand und Gesundheitswahrnehmung

Im Folgenden wird der Frage nachgegangen, wie sich das Krankheitsgeschehen auf die subjektive Gesundheitswahrnehmung auswirkt. Dazu werden für den vorliegenden Überblick die Fragen des European Health Moduls herangezogen. Eine Darstellung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität anhand der Kurzform des SF36 [17] bleibt weiteren Untersuchungen vorbehalten und ist derzeit in Bearbeitung.

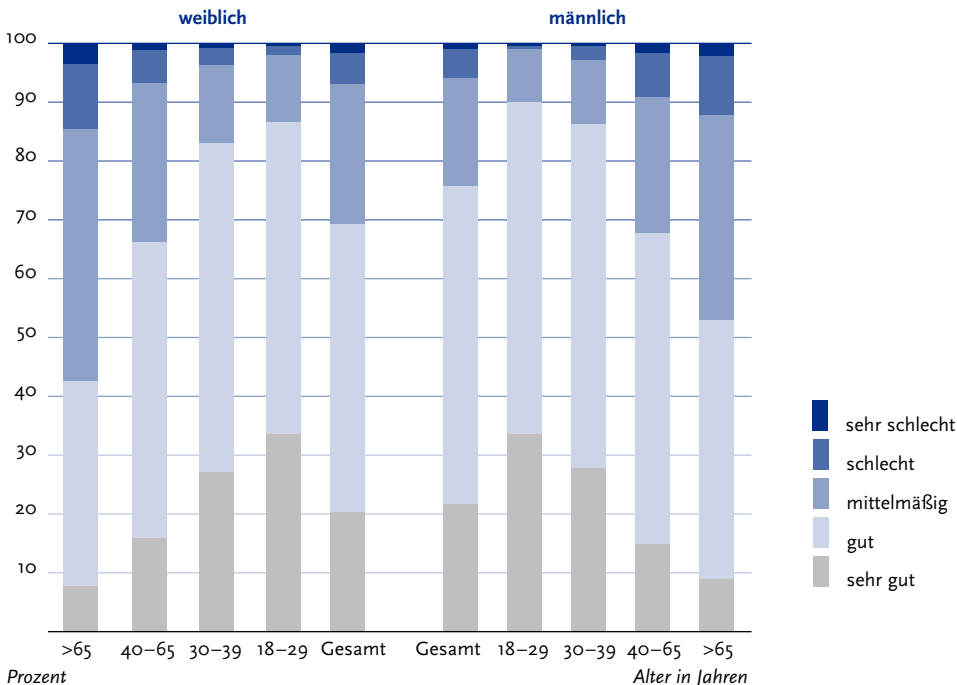
### 6.1 Gesundheitszustand

Männer beschreiben ihren Gesundheitszustand insgesamt als etwas besser gegenüber Frauen. Die deutlichsten Unterschiede bestehen zwischen Männern und Frauen in der Altersgruppe über 65 Jahre. Nur etwas über 40 Prozent der Frauen be-

#### Gesundheitszustand nach Alter und Geschlecht

Angaben gewichtet

Quelle: GSTel03



### Subjektiver Gesundheitszustand nach Wohnort, Sozialschicht und Migrationsstatus

Anteile in Prozent, gewichtet

Quelle: GSTelo3

Teilgruppe	Gesundheitszustand im Allgemeinen*					Gesamt
	Sehr gut	Gut	Mittelmäßig	Schlecht	Sehr schlecht	
ABL	21,6	51,7	20,6	4,9	1,2	100
NBL	18,7	50,3	23,5	6,2	1,4	100
Unterschicht	16,3	42,1	30,3	8,0	3,1	100
Mittelschicht	18,7	52,6	21,7	5,8	1,2	100
Oberschicht	26,2	53,9	16,4	2,9	0,6	100
Deutsch	20,8	51,6	21,0	5,2	1,3	100
Migrationshintergrund	23,4	50,3	21,6	4,1	0,6	100
<b>Insgesamt</b>	<b>21,1</b>	<b>51,5</b>	<b>21,1</b>	<b>5,1</b>	<b>1,2</b>	<b>100</b>
Anzahl	1.753	4.279	1.754	426	102	8.318

\* fehlende Angaben sind in der Tabelle nicht ausgewiesen

zeichnen ihren Gesundheitszustand mit gut oder sehr gut, bei Männern derselben Altersgruppen liegt der Anteil deutlich über 50 Prozent. In beiden Gruppen wächst mit zunehmendem Alter der Anteil derjenigen an, die über schlechte bzw. sehr schlechte Gesundheit klagen.

In den neuen Ländern bezeichnet fast jeder Dritte seinen Gesundheitszustand als mäßig bis sehr schlecht. In den alten Ländern ist das dagegen nur bei einem Viertel der Bevölkerung der Fall. Personen mit Migrationshintergrund schätzen ihren Gesundheitszustand als etwas besser ein.

Die bereits bei vielen der zuvor im Einzelnen diskutierten Erkrankungen konstatierte stärkere Betroffenheit der Unterschicht, spiegelt sich auch in deren Gesundheitswahrnehmung wieder. Nur 16 Prozent bezeichnen ihre Gesundheit als sehr gut, während das in der Oberschicht immerhin über 26 Prozent tun.

## 6.2 Gesundheitliche Einschränkungen

Der Gesundheitszustand der Bevölkerung lässt sich neben der subjektiven Gesundheitswahrnehmung, auch noch über die Selbsteinschätzung hinsichtlich gesundheitlicher Einschränkungen beschreiben. Dabei zeigen sich ähnliche Ergebnisse, wie bereits zuvor beschrieben. Stark durch ihre Gesundheit eingeschränkt sehen sich vor allem

Angehörige der Mittelschicht und Personen aus den neuen Bundesländern. Angehörige der Unterschicht bilden die höchste Rate derjenigen, die sich zwar durch ihre Gesundheit eingeschränkt sehen, wenn auch nicht stark (siehe Tabelle Seite 29).

## 6.3 Behinderung

Der Bereich der Behinderung wurde im GSTelo3 an mehreren Stellen behandelt. Neben Schlaganfallfolgen und den Einschränkungen in unterschiedlichen Bereichen des alltäglichen Lebens, die jeweils nur für Teilgruppen von Befragten vorliegen, werden im vorliegenden Bericht die Selbstauskünfte auf die folgenden Fragen behandelt, die an alle Befragungsteilnehmer gerichtet waren:

- ▶ Sind Sie schwerbehindert?
- ▶ Welcher Grad der Behinderung ist anerkannt?
- ▶ Besteht bei Ihnen eine anerkannte Minderung der Erwerbsfähigkeit?
- ▶ Welcher Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit ist bei Ihnen anerkannt?

Schwerbehinderung liegt nach Angaben der Befragten bei 7,6 Prozent der Erwachsenen vor. Aber nur 5,6 Prozent haben eine amtlich anerkannte Behinderung mit einem Grad von über 50 Prozent. Eine geminderte Erwerbsfähigkeit liegt nach Aus-

### Gesundheitliche Einschränkungen und chronische Erkrankung nach Geschlecht, Alter, Wohnort, Sozialschicht und Migrationsstatus

Anteile in Prozent, gewichtet

Quelle: GSTelo3

Teilgruppe	Gesundheitliche Einschränkungen*			Gesamt
	ja, stark eingeschränkt	ja, eingeschränkt	nein, nicht eingeschränkt	
Männlich	9,0	23,1	67,9	100
Weiblich	9,6	26,3	64,1	100
18–29 Jahre	4,2	19,1	76,7	100
30–39 Jahre	6,9	19,5	73,6	100
40–65 Jahre	10,6	26,9	62,5	100
über 65 Jahre	15,8	35,4	48,8	100
ABL	9,1	24,7	66,3	100
NBL	10,4	25,3	64,3	100
Unterschicht	9,6	30,3	60,1	100
Mittelschicht	10,5	24,3	65,2	100
Oberschicht	7,7	23,4	68,9	100
Deutsch	9,7	25,0	65,3	100
Migrationshintergrund	5,5	22,8	71,7	100
<b>Insgesamt</b>	<b>9,3</b>	<b>24,8</b>	<b>65,9</b>	<b>100</b>
Anzahl	773	2.057	5.474	8.318

\* fehlende Angaben sind in der Tabelle nicht ausgewiesen

### Behinderung und Minderung der Erwerbsfähigkeit nach Geschlecht, Wohnort, Sozialschicht und Migrationsstatus

Anteile in Prozent, gewichtet

Quelle: GSTelo3

Teilgruppe	Schwerbehindert	nur mit GDB > 50 %	MdE	nur mit MdE > 20 %	Schwerbehindert oder MdE	Gesamt
Weiblich	7,7	5,4	5,3	3,1	11,8	100
ABL	7,9	5,8	6,9	4,8	13,6	100
NBL	6,5	4,9	6,4	3,2	11,2	100
Unterschicht	9,5	7,0	8,6	4,9	15,8	100
Mittelschicht	8,3	6,3	7,5	5,1	14,5	100
Oberschicht	5,9	4,3	5,1	3,5	10,2	100
Deutsch	7,8	5,7	6,9	4,5	13,3	100
Migrationshintergrund	6,4	4,9	5,5	4,1	10,9	100
<b>Insgesamt</b>	<b>7,6</b>	<b>5,6</b>	<b>6,8</b>	<b>4,5</b>	<b>13,1</b>	<b>100</b>
Anzahl	633	466	565	374	1.089	8.318

kunft der Befragten bei 6,8 Prozent vor. Hier beträgt der Anteil derjenigen, die angeben über einen Grad der Minderung von 20 Prozent oder mehr zu verfügen bei 4,5 Prozent. Der Anteil behinderter oder eingeschränkt erwerbsfähiger Erwachsener summiert sich insgesamt auf 13,1 Prozent, wenn Doppelnennungen nicht berücksichtigt werden. Diese Zahl liegt etwas über der im BGS98 berichteten Zahl von 12,4 Prozent [18].

#### 6.4 Morbiditätsgeschehen und Gesundheitswahrnehmung

Im Folgenden wird der Frage nachgegangen inwieweit sich eine größere gesundheitliche Beeinträchtigung in der subjektiven Gesundheitswahrnehmung niederschlägt.

Dabei wird die oben dargestellte Mehrfachbeeinträchtigung (s. o. Morbiditätsindex) in Extremgruppen mit Krankheiten aus keinem Bereich derjenigen Gruppe von Befragten gegenüber gestellt, die Krankheiten in mindestens vier Bereichen genannt haben.

Es zeigt sich über alle Teilgruppen hinweg eine deutlich schlechtere Beurteilung des subjektiven Gesundheitszustandes bei den stärker gesundheitlich beeinträchtigten Personen. Dies kann einerseits als Indiz dafür gewertet werden, dass die subjektive gesundheitliche Beeinträchtigung durchaus mit »objektivierbaren« Beeinträchtigungen übereinstimmt und die Angaben der Befragten insgesamt als zuverlässig eingestuft werden können. Andererseits zeigt sich auch die Brauchbarkeit des oben dargestellten Morbiditätsindex als Maß für die Stärke der gesundheitlichen Beeinträchtigung.

### Morbiditätsgeschehen und Gesundheitswahrnehmung nach Geschlecht, Alter, Wohnort, Sozialschicht und Migrationsstatus

Anteile in Prozent, gewichtet

Quelle: GSTel03

Teilgruppe	Morbiditäts- index: Extreme	Gesundheitszustand im Allgemeinen				
		sehr gut	gut	mittelmäßig	schlecht	sehr schlecht
Männlich	Kein	44,2	49,7	6,0	–	0,1
	> 4	3,6	22,7	33,9	25,0	14,7
Weiblich	Kein	43,6	50,8	3,6	1,7	0,4
	> 4	2,6	17,2	54,6	19,9	5,7
18–19 Jahre	Kein	71,4	25,9	2,7	–	–
	> 4	–	–	–	–	–
20–29 Jahre	Kein	52,8	41,4	4,9	0,5	0,4
	> 4	7,2	50,0	42,8	–	–
30–39 Jahre	Kein	46,7	50,1	2,6	0,3	0,2
	> 4	9,2	57,5	23,6	4,3	5,3
40–49 Jahre	Kein	38,9	54,2	6,0	0,6	0,3
	> 4	11,8	21,8	35,1	25,4	5,8
50–59 Jahre	Kein	36,1	56,3	7,2	0,5	–
	> 4	5,2	18,1	44,5	26,6	5,5
60–69 Jahre	Kein	40,0	56,8	3,3	–	–
	> 4	2,9	18,7	47,2	21,0	10,2
70–79 Jahre	Kein	32,1	53,3	8,4	6,2	–
	> 4	–	16,0	52,4	21,6	10,1
80 u.m. Jahre	Kein	33,3	54,7	12,1	–	–
	> 4	–	8,6	63,3	21,9	6,2
ABL	Kein	45,1	49,5	4,6	0,6	0,2
	> 4	2,9	17,4	50,3	21,3	8,2
NBL	Kein	38,9	52,9	6,5	1,4	0,3
	> 4	3,0	24,0	43,4	21,3	8,3
Unterschicht	Kein	40,9	48,5	8,8	1,1	0,8
	> 4	0,8	14,7	41,7	27,2	15,5
Mittelschicht	Kein	41,0	52,8	5,2	0,7	0,3
	> 4	2,4	19,4	51,3	20,7	6,2
Oberschicht	Kein	47,8	47,6	3,8	0,7	–
	> 4	5,6	21,6	53,8	13,9	5,1
Deutsch	Kein	43,5	50,7	4,9	0,7	0,2
	> 4	3,0	17,5	47,9	22,6	9,0
Migrationshintergrund	Kein	47,5	45,6	5,6	0,6	0,6
	> 4	2,9	28,6	57,1	11,4	0,0

## 7 Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens

Daten zur Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens werden im GSTelo3 an verschiedenen Stellen erhoben. Neben allgemeinen Fragen zu Krankenhausnächten, Arztbesuchen, Inanspruchnahme von Rehabilitation und Selbsthilfegruppenteilnahme, die an alle Befragten gerichtet wurden, gibt es noch zusätzlich Fragen zur Inanspruchnahme und Versorgung in den Schwerpunktthemenbereichen Diabetes und Rückenbeschwerden. Im Folgenden werden nur die Aspekte behandelt, die an alle gerichtet wurden. Differenziertere Auswertungen zu den Teilbereichen befinden sich derzeit in Vorbereitung.

### 7.1 Arztbesuche, hausärztliche Versorgung und stationäre Krankenhausaufenthalte

Über 63 Prozent der Erwachsenen geben an, in den letzten 3 Monaten mindestens einmal einen niedergelassenen Arzt aufgesucht zu haben, Frauen mit über 68 Prozent deutlich mehr als Männer. Die Inanspruchnahme nimmt mit wachsendem Alter zu und liegt bei Personen über 65 Jahren bei fast 80 Prozent. Es zeigen sich keine Unterschiede in der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen im Ost-West-Vergleich.

Am geringsten ist die Inanspruchnahme von Leistungen niedergelassener Ärzte in der Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Hiervon haben nur 54 Prozent in den letzten drei Monaten einen Arzt aufgesucht. Neben dem bereits an anderer Stelle festgestellten Alterseffekt kann dies ein weiterer Grund dafür sein, dass die Migrantenpopulation gesünder erscheint, da die meisten erhobenen Krankheiten eine ärztliche Diagnose voraussetzen.

#### Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen nach Geschlecht, Alter, Wohnort, Sozialschicht und Migrationsstatus

Anteile in Prozent, gewichtet

Quelle: GSTelo3

Teilgruppe	Arztbesuch in den letzten 3 Monaten	Haben Sie einen Hausarzt	Stationär im Krankenhaus in den letzten 12 Monate	Gesamt
Männlich	58,5	90,4	12,9	100
Weiblich	68,6	93,0	16,3	100
18–29 Jahre	56,6	88,0	11,7	100
30–39 Jahre	56,8	90,2	11,3	100
40–65 Jahre	66,2	93,1	14,3	100
über 65 Jahre	79,2	95,6	23,6	100
ABL	63,2	91,7	14,6	100
NBL	65,7	92,0	15,1	100
Unterschicht	63,1	94,5	17,7	100
Mittelschicht	64,7	93,5	15,2	100
Oberschicht	62,6	88,6	12,8	100
Deutsch	64,9	92,2	14,7	100
Migrationshintergrund	52,2	87,8	14,0	100
<b>Insgesamt</b>	<b>63,7</b>	<b>91,8</b>	<b>14,6</b>	<b>100</b>
Anzahl	5.299	7.634	1.219	8.318

Fast 92 Prozent geben an, einen Hausarzt zu haben, zu dem sie normalerweise bei gesundheitlichen Problemen zuerst gehen, Frauen mit 93 Prozent etwas häufiger als Männer. Diese Ergebnisse decken sich mit den Resultaten des BGS98 [19]. Allerdings scheint der Versorgungsgrad bei Männern in den letzten Jahren etwas gestiegen zu sein. Die hausärztliche Versorgung zeigt noch einen deutlicheren Zusammenhang mit dem Alter als die ärztliche Inanspruchnahme, und erreicht in der ältesten Population mit 96 Prozent fast eine vollständige Abdeckung dieser Teilpopulation. Bei der hausärztlichen Versorgung lassen sich keine Unterschiede im Ost-West-Vergleich erkennen.

Fast 15 Prozent geben an, in den letzten zwölf Monaten mindestens einmal stationär im Krankenhaus gelegen zu haben. Es zeigen sich wiederum die bereits bei den zuvor beschriebenen Versorgungsformen dargestellten Zusammenhänge zwischen den Subpopulationen, mit Ausnahme der Migranten. Personen mit Migrationshintergrund sind gleich häufig in stationärer Krankenhausbehandlung wie die Bevölkerung insgesamt.

## 7.2 Inanspruchnahme von Rehabilitation und Selbsthilfegruppen

Fast 29 Prozent der Erwachsenen hat nach Aussage der Befragten schon einmal an einer Rehabilitationsmaßnahme teilgenommen. Im Zeitraum der letzten zwölf Monate waren es knapp 4 Prozent der Bevölkerung. Frauen nehmen etwas häufiger Maßnahmen zur Rehabilitation in Anspruch, obgleich sich bezogen auf die letzten 12 Monate eine geringere Inanspruchnahme gegenüber Männern zeigt. Es ist wiederum ein deutlicher Altersgradient festzustellen. Im Hinblick auf die Versorgung mit Rehabilitationsleistungen lässt sich auch ein Defizit in den neuen Ländern feststellen, das sich allerdings zugunsten einer besseren Versorgung verschoben hat, wenn die Teilnehmerate der letzten zwölf Monate berücksichtigt wird. Einen geringeren Versorgungsgrad weisen außerdem Personen mit Migrationshintergrund auf, was teilweise durch die sozialversicherungsrechtlichen Regelungen erklärbar ist.

### Inanspruchnahme von Rehabilitation nach Geschlecht, Alter, Wohnort, Sozialschicht und Migrationsstatus

Anteile in Prozent, gewichtet

Quelle: GSTelo3

Teilgruppe	Reha-Teilnahme im Jahr			Kostenträger letzte Reha*			Gesamt
	2002/03	vor 2002	Noch nie	GKV	ArV/AnV	Anderer	
Männlich	3,9	23,6	72,5	47,6	41,2	11,2	100
Weiblich	3,4	26,2	70,3	55,0	35,2	9,8	100
18–29 Jahre	0,9	7,3	91,7	62,2	7,4	30,4	100
30–39 Jahre	3,0	15,6	81,4	55,0	32,4	12,6	100
40–65 Jahre	4,5	32,5	63,0	41,1	51,5	7,4	100
über 65 Jahre	5,8	44,4	49,8	60,3	30,0	9,8	100
ABL	3,6	25,7	70,7	49,3	40,8	9,9	100
NBL	4,0	21,8	74,1	62,9	23,9	13,2	100
Unterschicht	3,0	24,1	72,8	53,5	35,7	10,8	100
Mittelschicht	4,3	27,1	68,6	48,6	42,9	8,5	100
Oberschicht	3,1	22,6	74,2	55,1	31,6	13,4	100
Deutsch	3,8	26,0	70,2	51,7	38,0	10,3	100
Migrationshintergrund	2,1	15,2	82,6	50,3	36,7	13,0	100
<b>Insgesamt</b>	<b>3,7</b>	<b>25,0</b>	<b>71,4</b>	<b>51,6</b>	<b>38,0</b>	<b>10,4</b>	<b>100</b>
Anzahl	304	2.077	5.937	1.228	904	249	8.318

\* nur wenn jemals an Rehabilitation teilgenommen (Prozentuierungsbasis: n = 2.381)

Vor dem Hintergrund des Morbiditätsgeschehens, bei dem deutliche schichtspezifische Effekte zu beobachten sind, können die nur geringen Unterschiede in der schichtspezifischen Teilnahmequote an Rehabilitationsmaßnahmen als Unterversorgung der unteren Sozialschicht interpretiert werden.

Knapp 9 Prozent der Erwachsenen haben nach Angaben der Befragten schon einmal an einer gesundheitlichen Selbsthilfegruppe teilgenommen. Zum überwiegenden Teil erfolgt die Inanspruchnahme von Selbsthilfegruppen wegen der eigenen Gesundheit. Aber knapp 4 Prozent suchen Selbsthilfegruppen ausschließlich wegen der Gesundheit eines Angehörigen auf.

Die Teilnahme an Selbsthilfegruppen ist in der Altersgruppe der 40 bis 65-Jährigen am höchsten. Frauen nehmen etwas häufiger an Selbsthilfegruppen teil als Männer. Die Inanspruchnahme ist in den alten Bundesländern etwas größer als in den Neuen. Personen mit Migrationshintergrund nehmen Selbsthilfegruppen in etwas geringerem Umfang wahr als im Bevölkerungsdurchschnitt. Hier überwiegt allerdings als Teilnahmegrund die Gesundheit eines Angehörigen. Letzteres trifft auch auf jüngere Personen unter 40 Jahren und Angehörige der Oberschicht zu.

#### Inanspruchnahme von Selbsthilfe nach Geschlecht, Alter, Wohnort, Sozialschicht und Migrationsstatus

Anteile in Prozent, gewichtet

Quelle: GSTelo3

Teilgruppe	Teilnahme an Selbsthilfegruppen wegen ...				Gesamt
	... Angehörigem	... eigener Gesundheit	... Abgehörigem und eigener Gesundheit	Noch nie teilgenommen	
Männlich	2,7	4,5	0,4	92,3	100
Weiblich	4,8	4,5	0,6	90,1	100
18–29 Jahre	2,1	1,9	0,0	95,9	100
30–39 Jahre	4,1	3,4	0,3	92,1	100
40–65 Jahre	5,0	6,8	0,9	87,3	100
über 65 Jahre	2,8	5,0	0,7	91,5	100
ABL	3,8	4,7	0,6	90,9	100
NBL	3,6	3,9	0,2	92,3	100
Unterschicht	2,5	4,3	0,4	92,8	100
Mittelschicht	3,6	4,8	0,5	91,0	100
Oberschicht	4,6	4,2	0,6	90,5	100
Deutsch	3,8	4,6	0,5	91,0	100
Migrationshintergrund	3,7	3,3	0,5	92,5	100
<b>Insgesamt</b>	<b>3,8</b>	<b>4,5</b>	<b>0,5</b>	<b>91,2</b>	<b>100</b>
Anzahl	316	376	43	7.583	8.318



## 8 Prävention

Die Inanspruchnahme von Gripeschutzimpfungen liegt nach Angaben der Befragten bei 41 Prozent. Die Wiederholungsquote, also der Anteil derjenigen, die angeben auch im letzten Jahr gegen Grippe geimpft worden zu sein, liegt bei 22,5 Prozent. Allerdings ist der Deckungsgrad und die Wiederholungsrate in der Risikogruppe über

65 Jahre deutlich höher. Immerhin haben sich fast 51 Prozent der Männer und 47 Prozent der Frauen dieser Altersgruppe in den letzten zwölf Monaten gegen Grippe impfen lassen. Die Beteiligung an den jährlichen Impfungen liegt in den neuen Bundesländern höher als in den alten Ländern. Die Impfbeteiligung ist in der Unterschicht höher als in der Mittel- und Oberschicht. Personen mit Migrationshintergrund nehmen Gripeschutzimpfungen weniger in Anspruch als der Bundesdurchschnitt.

### Inanspruchnahme der Gripeschutzimpfung nach Geschlecht, Alter, Wohnort, Sozialschicht und Migrationsstatus

Anteile in Prozent, gewichtet

Quelle: GSTel03

Teilgruppe	Gripeschutzimpfung			Gesamt
	In den letzten 12 Monaten	Davor	Noch nie	
Männlich	22,7	21,4	56,0	100
18–29 Jahre	16,3	22,5	61,3	100
30–39 Jahre	11,0	21,7	67,4	100
40–65 Jahre	24,9	22,5	52,6	100
über 65 Jahre	50,8	17,2	32,0	100
Weiblich	22,4	16,0	61,6	100
18–29 Jahre	7,0	17,0	76,0	100
30–39 Jahre	9,5	15,3	75,3	100
40–65 Jahre	25,6	16,2	58,2	100
über 65 Jahre	46,8	16,2	37,0	100
ABL	19,3	17,5	63,2	100
NBL	36,6	23,7	39,8	100
Unterschicht	26,6	20,1	53,2	100
Mittelschicht	22,6	18,6	58,8	100
Oberschicht	20,9	18,2	60,9	100
Deutsch	22,7	18,9	58,5	100
Migrationshintergrund	21,0	16,1	62,9	100
<b>Insgesamt</b>	<b>22,5</b>	<b>18,6</b>	<b>58,9</b>	<b>100</b>
Anzahl	1.872	1.548	4.898	8.318

## 9 Confounder

Bei der Interpretation der Ergebnisse des GSTelo3 und insbesondere für tiefergehende Analysen sind folgende Merkmale als mögliche Confounder in Betracht zu ziehen, die bei den vorliegenden Darstellungen nicht ausführlicher berücksichtigt wurden.

Neben den im Einzelnen aufgeführten Erkrankungen wurden die Befragungsteilnehmer noch zum Vorliegen anderer, bisher nicht erfragter Krankheiten der letzten vier Wochen befragt. Darunter waren alle Krankheiten, auch akute oder vorübergehende Beeinträchtigung gemeint. Der Zeitrahmen wurde bewusst dem Recall-Zeitraum der im GSTelo3 benutzten Version des SF8 [17] angepasst.

Weiterhin wurde bereits eingangs der Befragung aus erhebungstechnischen Gründen nach dem Vorliegen einer Schwangerschaft gefragt. Beide Merkmale können Ergebnisse in uner-

wünschter Weise beeinträchtigen und werden daher hier in Kürze deskriptiv behandelt.

Eine andere, bisher nicht erfragte Erkrankung in den letzten vier Wochen liegt bei fast zwei Fünfteln der Bevölkerung vor. Bei Frauen häufiger als bei Männern und bei jüngeren Erwachsenen erwartungsgemäß mit über 43 Prozent am Häufigsten. Auch hier treten die bekannten Schichteffekte zu Lasten der unteren Sozialschicht zu Tage. Die Bevölkerung in den neuen Ländern weist auch in diesem Zusammenhang tendenziell geringere Anteile aus.

Schwangerschaft als möglicher Confounder stellt dagegen mit 0,9 Prozent der Frauen, die aktuell schwanger sind, ein vernachlässigbares Problem dar. Jedoch steigt dieser Anteil selbstverständlich in den jüngeren Altersgruppen deutlich an. In der Altersgruppe der Frauen im gebärfähigen Alter steigt der Anteil von Frauen, die zum Zeitpunkt der Befragung schwanger waren, auf immerhin 4,5 Prozent. Diese Zahlen werden in der nachfolgenden Tabelle nicht wiedergegeben.

### Mögliche Confounder

Anteile in Prozent, gewichtet

Quelle: GSTelo3

Teilgruppe	Schwangerschaft	and. Erkrankung (in den letzten 4 Wochen)	and. Erkrankung und Schwangerschaft	Gesamt
Männlich	–	35,3	–	100
Weiblich	0,9	38,1	0,6	100
18–29 Jahre	1,2	43,2	0,9	100
30–39 Jahre	0,8	39,3	0,5	100
40–65 Jahre	0,0	34,6	0,0	100
über 65 Jahre	–	30,1	–	100
ABL	0,5	37,4	0,4	100
NBL	0,4	33,6	0,1	100
Unterschicht	0,2	40,1	0,1	100
Mittelschicht	0,4	37,0	0,3	100
Oberschicht	0,6	35,5	0,4	100
Deutsch	0,4	36,8	0,3	100
Migrationshintergrund	1,0	35,9	0,6	100
<b>Insgesamt</b>	<b>0,4</b>	<b>36,7</b>	<b>0,3</b>	<b>100</b>
Anzahl	37	3.055	27	8.318

## Literatur

1. Bellach BM (1999) Der Bundes-Gesundheits-survey 1998. Erfahrungen, Ergebnisse, Perspektiven. In: Das Gesundheitswesen 61, Sonderheft 2: 55–56
2. CDC (1988) Behavioral Risk Factor Surveillance System. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention
3. Häder S, Gabler S (1998) Ein neues Stichprobendesign für telefonische Umfragen in Deutschland. In: Gabler S, Häder S, Hoffmeyer-Zlotnik J (1998) Telefonstichproben in Deutschland, S 68–88
4. Gabler S, Häder S (1999) Generierung von Telefonstichproben mit TelSuSa ZUMA-Nachrichten 44, Jahrgang 23
5. Von der Heyde C (2002) Das ADM-Telefonstichproben-Modell. In: Gabler S, Häder S. Telefonstichproben – Methodische Innovationen und Anwendungen, S 32–45
6. Kohler M, Rieck A (in Vorbereitung) Methodenbericht zum 1. telefonischen Bundes-Gesundheitssurvey. Robert Koch-Institut
7. Rösch G (1994) Kriterien der Gewichtung einer nationalen Bevölkerungsstichprobe. In: Gabler S, Hoffmeyer-Zlotnik J, Kerbs D. Gewichtungen in der Umfragepraxis, S 7–26
8. Winkler J, Stolzenberg H (1999) Der Sozialschichtindex im Bundes-Gesundheitssurvey. In: Das Gesundheitswesen 61, Sonderheft 2: 178–183
9. Schulte W (1997) Telefon- und Face-to-Face Umfragen. In: Gabler S, Hoffmeyer-Zlotnik H. Stichproben in der Umfragepraxis, S 165
10. Borch S (2001) Verbesserung der Erfassung von Migranten in künftigen Bundes-Gesundheitssurveys, Diplomarbeit am Institut für Soziologie an der Freien Universität Berlin
11. Mensink G (1999) Körperliche Aktivität. In: Das Gesundheitswesen 61, Sonderheft 2: 128
12. Junge B, Nagel M (1999) Das Rauchverhalten in Deutschland. In: Das Gesundheitswesen 61, Sonderheft 2: 122ff
13. Bergmann E, Menzel R, Bergmann KE et al. (1990) Verbreitung von Übergewicht in der Bundesrepublik Deutschland. In: Tätigkeitsbericht 1990 des Bundesgesundheitsamtes, S 223f
14. Stolzenberg H (2000) Public Use File BGS98 Dokumentation des Datensatzes. Robert Koch-Institut, Berlin
15. Thefeld W, Stolzenberg H, Bellach BM (1999) Bundesgesundheitsurvey: Response, Zusammensetzung der Teilnehmer und Non-Responder-Analyse. In: Das Gesundheitswesen 61, Sonderheft 2: 57ff
16. Wiesner G, Grimm J, Bittner E (2003) Multimorbidität in Deutschland. Robert Koch-Institut, Berlin
17. SF-8 4-Weeks – Germany 1999, Quality Metric Incorporated
18. Bergmann E, Ellert U. Sehhilfen, Hörhilfen und Schwerbehinderung. In: Bundesgesundheitsblatt 6 2002, S 436
19. Kahl H, Hölling H, Kamtsiuris P (1999) Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung in: Das Gesundheitswesen 61, Sonderheft 2: 163f



## Tabellenanhang

### Geschlechts- und altersstratifizierte Tabellen zum Morbiditätsgeschehen

- ▶ Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- ▶ Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes
- ▶ Erkrankungen der Atmungsorgane
- ▶ Diabetes
- ▶ Erkrankungen des Gehörs
- ▶ Erkrankungen der Augen
- ▶ Augen – Hilfsmittelgebrauch und Fehlsichtigkeit

### Herz-Kreislauf-Erkrankungen – Männer altersstratifiziert nach Wohnort, Sozialschicht und Migrationshintergrund

Anteile in Prozent, gewichtet

Quelle: GSTelo3

Teilgruppe		Herz- insuffizienz	Angina Pectoris	Herz- rhythmus- störungen	Gesamt	Anzahl
Männlich	18–29 Jahre	0,7	0,8	3,2	100	720
	30–39 Jahre	0,4	1,8	6,2	100	1.406
	40–65 Jahre	4,3	7,2	11,3	100	1.242
	über 65 Jahre	13,0	20,3	32,9	100	649
	Gesamt	3,7	6,3	11,6	100	4.016
ABL	18–29 Jahre	0,7	1,0	2,9	100	579
	30–39 Jahre	0,4	1,6	5,9	100	1.165
	40–65 Jahre	4,5	6,8	11,3	100	1.019
	über 65 Jahre	13,4	19,5	32,2	100	520
	Gesamt	3,8	6,0	11,2	100	3.282
NBL	18–29 Jahre	0,6		4,3	100	141
	30–39 Jahre	0,5	2,8	7,9	100	241
	40–65 Jahre	3,3	8,8	11,4	100	224
	über 65 Jahre	11,4	23,4	35,5	100	128
	Gesamt	3,3	7,7	13,1	100	734
Unterschicht	18–29 Jahre	1,1	0,8	1,8	100	207
	30–39 Jahre	2,9	0,8	6,3	100	83
	40–65 Jahre	6,1	13,5	16,7	100	90
	über 65 Jahre	17,8	25,2	27,6	100	69
	Gesamt	5,0	7,1	9,6	100	448
Mittelschicht	18–29 Jahre	0,8	0,7	2,5	100	373
	30–39 Jahre	0,2	2,6	5,9	100	690
	40–65 Jahre	4,6	7,8	9,8	100	524
	über 65 Jahre	7,5	17,6	32,1	100	304
	Gesamt	2,7	6,1	10,5	100	1.892
Oberschicht	18–29 Jahre			6,9	100	114
	30–39 Jahre	0,4	1,1	6,5	100	620
	40–65 Jahre	3,8	5,8	11,8	100	617
	über 65 Jahre	17,4	22,6	34,4	100	264
	Gesamt	4,5	6,3	13,1	100	1.614
Deutsch	18–29 Jahre	0,7	0,7	3,7	100	603
	30–39 Jahre	0,3	2,0	6,7	100	1.246
	40–65 Jahre	4,4	7,5	11,8	100	1.158
	über 65 Jahre	13,0	20,2	33,0	100	598
	Gesamt	3,8	6,6	12,2	100	3.605
Migrationshintergrund	18–29 Jahre	1,0	1,5	0,5	100	117
	30–39 Jahre	1,4	0,4	2,5	100	159
	40–65 Jahre	2,7	2,7	5,4	100	84
	über 65 Jahre	12,6	21,7	31,1	100	51
	Gesamt	2,9	3,8	6,0	100	411

### Herz-Kreislauf-Erkrankungen – Frauen altersstratifiziert nach Wohnort, Sozialschicht und Migrationshintergrund

Anteile in Prozent, gewichtet

Quelle: GSTelo3

Teilgruppe		Herz- insuffizienz	Angina Pectoris	Herz- rhythmus- störungen	Gesamt	Anzahl
Weiblich	18–29 Jahre	0,9	0,6	3,9	100	692
	30–39 Jahre	0,7	0,7	7,7	100	1.321
	40–65 Jahre	2,5	5,3	16,8	100	1.333
	über 65 Jahre	15,7	15,7	29,4	100	956
	Gesamt	4,6	5,4	14,7	100	4.302
ABL	18–29 Jahre	1,0	0,5	4,2	100	569
	30–39 Jahre	0,6	0,5	8,1	100	1.093
	40–65 Jahre	2,3	4,6	16,4	100	1.058
	über 65 Jahre	16,6	15,0	29,5	100	775
	Gesamt	4,7	4,9	14,7	100	3.495
NBL	18–29 Jahre	0,8	0,8	2,5	100	123
	30–39 Jahre	0,9	1,6	6,0	100	228
	40–65 Jahre	3,2	7,9	18,1	100	275
	über 65 Jahre	11,9	18,5	29,1	100	181
	Gesamt	4,1	7,4	14,8	100	806
Unterschicht	18–29 Jahre	0,6	0,5	3,3	100	198
	30–39 Jahre	2,2	0,9	9,6	100	63
	40–65 Jahre	3,0	13,1	19,3	100	162
	über 65 Jahre	18,1	20,5	30,2	100	246
	Gesamt	7,8	10,9	17,6	100	668
Mittelschicht	18–29 Jahre	1,1	0,4	4,3	100	347
	30–39 Jahre	0,6	0,7	7,2	100	670
	40–65 Jahre	2,3	5,6	16,4	100	674
	über 65 Jahre	15,4	14,3	29,4	100	452
	Gesamt	4,3	5,1	14,3	100	2.143
Oberschicht	18–29 Jahre	1,2	1,2	4,7	100	127
	30–39 Jahre	0,7	0,6	8,3	100	572
	40–65 Jahre	2,7	2,2	16,5	100	474
	über 65 Jahre	16,2	10,0	28,2	100	202
	Gesamt	3,7	2,6	13,7	100	1.374
Deutsch	18–29 Jahre	0,7	0,5	2,9	100	597
	30–39 Jahre	0,7	0,5	7,9	100	1.195
	40–65 Jahre	2,6	5,4	16,7	100	1.234
	über 65 Jahre	15,6	15,2	29,2	100	911
	Gesamt	4,7	5,4	14,8	100	3.938
Migrationshintergrund	18–29 Jahre	2,4	1,0	10,2	100	95
	30–39 Jahre	0,8	1,9	6,4	100	125
	40–65 Jahre	1,6	4,3	17,4	100	99
	über 65 Jahre	18,2	24,5	32,3	100	45
	Gesamt	3,6	5,1	13,6	100	364

**Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes – Männer  
altersstratifiziert nach Wohnort, Sozialschicht und Migrationshintergrund**
*Anteile in Prozent, gewichtet*

Quelle: GSTelo3

Teilgruppe		Arthrose	Arthritis	Chron. Rückenschmerzen	Rückenschmerzen – Jahresprävalenz	Osteoporose*	Gesamt	Anzahl
Männlich	18–29 Jahre	3,8	0,5	12,7	52,4		100	720
	30–39 Jahre	9,0	1,4	20,8	59,2		100	1.406
	40–65 Jahre	21,9	4,5	32,1	59,2		100	1.242
	über 65 Jahre	29,4	8,3	30,1	55,9		100	649
	Gesamt	15,3	3,3	24,3	57,4		100	4.016
ABL	18–29 Jahre	3,6		13,6	54,5		100	579
	30–39 Jahre	9,5	1,5	22,1	59,4		100	1.165
	40–65 Jahre	23,0	4,7	32,4	58,8		100	1.019
	über 65 Jahre	30,1	8,8	30,9	54,7		100	520
	Gesamt	15,9	3,4	25,2	57,6		100	3.282
NBL	18–29 Jahre	4,4	2,7	9,0	44,1		100	141
	30–39 Jahre	6,2	0,8	14,3	58,0		100	241
	40–65 Jahre	16,6	3,3	30,7	60,8		100	224
	über 65 Jahre	26,3	6,1	26,8	60,6		100	128
	Gesamt	12,5	2,9	20,5	56,6		100	734
Unterschicht	18–29 Jahre	1,0	0,9	12,5	52,3		100	207
	30–39 Jahre	8,3	1,2	33,2	63,5		100	83
	40–65 Jahre	27,6	2,9	37,7	72,6		100	90
	über 65 Jahre	31,3	10,2	24,1	58,1		100	69
	Gesamt	12,3	2,8	23,1	59,3		100	448
Mittelschicht	18–29 Jahre	5,4	0,5	13,2	54,5		100	373
	30–39 Jahre	8,6	1,7	24,1	63,4		100	690
	40–65 Jahre	27,2	6,6	38,1	63,6		100	524
	über 65 Jahre	25,7	7,7	31,6	56,0		100	304
	Gesamt	15,9	3,8	27,0	60,5		100	1.892
Oberschicht	18–29 Jahre	4,2		12,8	43,9		100	114
	30–39 Jahre	9,6	1,1	15,7	53,7		100	620
	40–65 Jahre	16,7	2,9	25,7	53,4		100	617
	über 65 Jahre	33,5	8,9	30,2	56,1		100	264
	Gesamt	15,8	3,0	21,7	53,3		100	1.614
Deutsch	18–29 Jahre	4,0	0,6	12,5	53,3		100	603
	30–39 Jahre	9,6	1,5	21,4	59,3		100	1.246
	40–65 Jahre	22,3	4,6	32,4	59,5		100	1.158
	über 65 Jahre	28,6	8,1	30,3	56,1		100	598
	Gesamt	15,9	3,4	24,9	57,8		100	3.605
Migrationshintergrund	18–29 Jahre	2,6		13,6	48,0		100	117
	30–39 Jahre	4,3	0,4	16,0	58,3		100	159
	40–65 Jahre	15,9	3,2	27,4	54,6		100	84
	über 65 Jahre	38,4	10,4	27,7	52,7		100	51
	Gesamt	10,4	2,1	19,1	54,0		100	411

\* nur bei Frauen ab 45 Jahren erhoben



**Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes – Frauen  
altersstratifiziert nach Wohnort, Sozialschicht und Migrationshintergrund**
*Anteile in Prozent, gewichtet*

Quelle: GSTelo3

Teilgruppe		Arthrose	Arthritis	Chron. Rückenschmerzen	Rückenschmerzen – Jahresprävalenz	Osteoporose*	Gesamt	Anzahl
Weiblich	18–29 Jahre	2,6	0,2	20,8	65,4		100	692
	30–39 Jahre	7,9	2,4	26,3	68,3	2,9	100	1.321
	40–65 Jahre	29,8	6,0	33,9	66,8	8,1	100	1.333
	über 65 Jahre	44,2	11,9	36,1	61,5	25,3	100	956
	Gesamt	21,9	5,3	30,0	65,8	14,8	100	4.302
ABL	18–29 Jahre	2,6	0,3	20,5	64,7		100	569
	30–39 Jahre	8,0	2,6	27,3	69,9	3,5	100	1.093
	40–65 Jahre	30,8	6,1	34,0	66,6	7,8	100	1.058
	über 65 Jahre	44,6	12,6	36,2	59,2	26,4	100	775
	Gesamt	22,1	5,5	30,2	65,7	15,3	100	3.495
NBL	18–29 Jahre	2,3		22,2	68,5		100	123
	30–39 Jahre	7,6	1,8	21,6	60,5		100	228
	40–65 Jahre	26,0	5,9	33,5	67,6	9,0	100	275
	über 65 Jahre	42,4	9,1	35,7	71,2	20,5	100	181
	Gesamt	20,9	4,6	28,9	66,5	13,1	100	806
Unterschicht	18–29 Jahre	2,6		18,3	66,6		100	198
	30–39 Jahre	13,0	1,3	35,7	66,3	27,3	100	63
	40–65 Jahre	38,3	6,9	43,5	74,8	10,6	100	162
	über 65 Jahre	44,3	10,0	43,4	70,1	25,9	100	246
	Gesamt	27,6	5,5	35,3	69,8	19,9	100	668
Mittelschicht	18–29 Jahre	2,5	0,5	24,1	65,3		100	347
	30–39 Jahre	7,9	3,0	27,7	68,2		100	670
	40–65 Jahre	32,4	6,3	35,3	66,7	9,2	100	674
	über 65 Jahre	43,9	12,4	35,3	60,9	25,6	100	452
	Gesamt	22,3	5,6	31,1	65,7	15,2	100	2.143
Oberschicht	18–29 Jahre	3,0		16,7	64,9		100	127
	30–39 Jahre	7,2	2,0	23,8	68,7	4,7	100	572
	40–65 Jahre	23,7	5,3	29,6	64,4	5,8	100	474
	über 65 Jahre	45,5	13,4	32,8	56,4	26,4	100	202
	Gesamt	18,1	4,6	26,5	65,1	11,6	100	1.374
Deutsch	18–29 Jahre	2,5	0,3	20,4	65,6		100	597
	30–39 Jahre	8,1	2,5	26,8	68,3	1,6	100	1.195
	40–65 Jahre	29,9	6,0	33,8	67,3	7,9	100	1.234
	über 65 Jahre	44,1	11,8	36,2	61,2	24,5	100	911
	Gesamt	22,4	5,4	30,2	65,9	14,5	100	3.938
Migrationshintergrund	18–29 Jahre	2,9		23,7	63,7		100	95
	30–39 Jahre	5,5	2,0	22,3	68,8	14,0	100	125
	40–65 Jahre	28,2	6,0	35,3	60,1	10,1	100	99
	über 65 Jahre	45,0	14,9	33,0	67,6	41,4	100	45
	Gesamt	15,9	4,2	27,5	65,0	19,6	100	364

\* nur bei Frauen ab 45 Jahren erhoben

### Erkrankungen der Atmungsorgane – Männer altersstratifiziert nach Wohnort, Sozialschicht und Migrationshintergrund

Anteile in Prozent, gewichtet

Quelle: GSTelo3

Teilgruppe		Asthma	Chron. Bronchitis	Gesamt	Anzahl
Männlich	18–29 Jahre	7,3	5,4	100	720
	30–39 Jahre	4,0	5,9	100	1.406
	40–65 Jahre	5,4	7,5	100	1.242
	über 65 Jahre	5,5	8,4	100	649
	Gesamt	5,3	6,7	100	4.016
ABL	18–29 Jahre	7,0	4,1	100	579
	30–39 Jahre	4,2	5,9	100	1.165
	40–65 Jahre	5,8	8,2	100	1.019
	über 65 Jahre	5,3	8,5	100	520
	Gesamt	5,4	6,7	100	3.282
NBL	18–29 Jahre	8,5	10,8	100	141
	30–39 Jahre	2,8	5,8	100	241
	40–65 Jahre	3,5	4,3	100	224
	über 65 Jahre	6,1	8,1	100	128
	Gesamt	4,7	6,7	100	734
Unterschicht	18–29 Jahre	5,1	3,5	100	207
	30–39 Jahre	7,1	12,3	100	83
	40–65 Jahre	5,4	10,8	100	90
	über 65 Jahre	7,7	18,2	100	69
	Gesamt	5,9	8,8	100	448
Mittelschicht	18–29 Jahre	8,1	5,1	100	373
	30–39 Jahre	3,6	5,9	100	690
	40–65 Jahre	6,6	8,8	100	524
	über 65 Jahre	6,0	7,1	100	304
	Gesamt	5,7	6,7	100	1.892
Oberschicht	18–29 Jahre	6,7	6,7	100	114
	30–39 Jahre	4,1	5,2	100	620
	40–65 Jahre	4,4	6,1	100	617
	über 65 Jahre	4,0	7,8	100	264
	Gesamt	4,4	6,1	100	1.614
Deutsch	18–29 Jahre	7,8	5,6	100	603
	30–39 Jahre	4,4	6,1	100	1.246
	40–65 Jahre	5,4	7,3	100	1.158
	über 65 Jahre	5,6	8,4	100	598
	Gesamt	5,5	6,8	100	3.605
Migrationshintergrund	18–29 Jahre	4,8	4,2	100	117
	30–39 Jahre	0,5	4,5	100	159
	40–65 Jahre	5,0	10,0	100	84
	über 65 Jahre	4,4	8,7	100	51
	Gesamt	3,1	6,1	100	411

### Erkrankungen der Atmungsorgane – Frauen altersstratifiziert nach Wohnort, Sozialschicht und Migrationshintergrund

Anteile in Prozent, gewichtet

Quelle: GSTelo3

Teilgruppe		Asthma	Chron. Bronchitis	Gesamt	Anzahl
Weiblich	18–29 Jahre	8,1	7,5	100	692
	30–39 Jahre	6,7	7,7	100	1.321
	40–65 Jahre	5,3	10,3	100	1.333
	über 65 Jahre	4,9	12,4	100	956
	Gesamt	6,1	9,5	100	4.302
ABL	18–29 Jahre	8,3	8,3	100	569
	30–39 Jahre	7,4	8,3	100	1.093
	40–65 Jahre	5,8	9,9	100	1.058
	über 65 Jahre	4,5	11,8	100	775
	Gesamt	6,4	9,6	100	3.495
NBL	18–29 Jahre	7,0	4,1	100	123
	30–39 Jahre	3,3	5,0	100	228
	40–65 Jahre	3,2	11,6	100	275
	über 65 Jahre	6,7	14,7	100	181
	Gesamt	4,6	9,3	100	806
Unterschicht	18–29 Jahre	8,7	9,7	100	198
	30–39 Jahre	9,0	11,8	100	63
	40–65 Jahre	5,2	9,9	100	162
	über 65 Jahre	4,9	12,2	100	246
	Gesamt	6,5	10,9	100	668
Mittelschicht	18–29 Jahre	7,3	7,7	100	347
	30–39 Jahre	6,8	7,9	100	670
	40–65 Jahre	4,7	11,0	100	674
	über 65 Jahre	4,9	13,6	100	452
	Gesamt	5,8	10,0	100	2.143
Oberschicht	18–29 Jahre	9,7	3,9	100	127
	30–39 Jahre	6,2	6,9	100	572
	40–65 Jahre	6,3	9,9	100	474
	über 65 Jahre	5,5	9,2	100	202
	Gesamt	6,5	8,0	100	1.374
Deutsch	18–29 Jahre	7,7	5,7	100	597
	30–39 Jahre	6,7	7,7	100	1.195
	40–65 Jahre	5,1	10,1	100	1.234
	über 65 Jahre	5,0	12,6	100	911
	Gesamt	6,0	9,3	100	3.938
Migrationshintergrund	18–29 Jahre	10,9	18,9	100	95
	30–39 Jahre	6,0	7,6	100	125
	40–65 Jahre	6,9	13,0	100	99
	über 65 Jahre	3,1	7,1	100	45
	Gesamt	7,2	11,9	100	364

### Diabetes – Männer altersstratifiziert nach Wohnort, Sozialschicht und Migrationshintergrund

Anteile in Prozent, gewichtet

Quelle: GSTelo3

Teilgruppe		Diabetes	Diabetes mit Insulin	Diabetes ohne Insulin	Typ1	Typ2	Gesamt	Anzahl
Männlich	18–29 Jahre						100	720
	30–39 Jahre	1,1	0,5	0,6	0,3	0,7	100	1.406
	40–65 Jahre	8,1	2,9	5,2	1,8	4,8	100	1.242
	über 65 Jahre	15,3	4,6	10,8	0,5	12,5	100	649
	Gesamt	5,4	1,8	3,6	0,7	3,7	100	4.016
ABL	18–29 Jahre						100	579
	30–39 Jahre	1,1	0,6	0,5	0,3	0,5	100	1.165
	40–65 Jahre	7,4	2,5	4,9	2,0	4,2	100	1.019
	über 65 Jahre	14,3	3,5	10,8	0,4	11,4	100	520
	Gesamt	4,9	1,5	3,4	0,8	3,3	100	3.282
NBL	18–29 Jahre						100	141
	30–39 Jahre	1,4		1,4		1,4	100	241
	40–65 Jahre	11,1	4,8	6,3	0,9	7,4	100	224
	über 65 Jahre	19,5	8,7	10,8	0,9	17,1	100	128
	Gesamt	7,2	3,0	4,3	0,4	5,7	100	734
Unterschicht	18–29 Jahre						100	207
	30–39 Jahre	1,1		1,1			100	83
	40–65 Jahre	12,0	6,6	5,4	1,1	6,1	100	90
	über 65 Jahre	15,6	5,2	10,4	3,4	4,9	100	69
	Gesamt	5,0	2,1	2,9	0,7	2,0	100	448
Mittelschicht	18–29 Jahre						100	373
	30–39 Jahre	1,3	0,3	1,0	0,3	0,9	100	690
	40–65 Jahre	8,1	2,1	6,0	2,1	4,3	100	524
	über 65 Jahre	13,1	3,5	9,6	0,4	10,3	100	304
	Gesamt	4,8	1,3	3,6	0,8	3,2	100	1.892
Oberschicht	18–29 Jahre						100	114
	30–39 Jahre	1,0	0,7	0,2	0,3	0,6	100	620
	40–65 Jahre	7,5	3,0	4,4	1,6	5,0	100	617
	über 65 Jahre	17,9	5,2	12,7		16,9	100	264
	Gesamt	6,2	2,3	3,9	0,7	4,9	100	1.614
Deutsch	18–29 Jahre						100	603
	30–39 Jahre	1,0	0,4	0,6	0,2	0,6	100	1.246
	40–65 Jahre	8,4	3,1	5,3	1,8	5,1	100	1.158
	über 65 Jahre	15,1	4,6	10,5	0,6	12,6	100	598
	Gesamt	5,5	1,9	3,6	0,8	3,9	100	3.605
Migrationshintergrund	18–29 Jahre						100	117
	30–39 Jahre	1,8	0,8	1,0	0,8	1,0	100	159
	40–65 Jahre	3,8		3,8	1,1	1,3	100	84
	über 65 Jahre	18,7	4,6	14,1		11,9	100	51
	Gesamt	3,8	0,9	2,9	0,5	2,1	100	411

### Diabetes – Frauen altersstratifiziert nach Wohnort, Sozialschicht und Migrationshintergrund

Anteile in Prozent, gewichtet

Quelle: GSTelo3

Teilgruppe		Diabetes*	Diabetes mit Insulin	Diabetes ohne Insulin	Typ1	Typ2	Gesamt	Anzahl
Weiblich	18–29 Jahre	0,5	0,3	0,4	0,3		100	692
	30–39 Jahre	1,6	0,6	2,1	0,7	0,6	100	1.321
	40–65 Jahre	6,4	2,3	4,3	0,8	4,2	100	1.333
	über 65 Jahre	16,0	4,6	11,7	1,2	11,5	100	956
	Gesamt	6,1	2,0	4,7	0,8	4,0	100	4.302
ABL	18–29 Jahre	0,3		0,5			100	569
	30–39 Jahre	1,1	0,4	1,8	0,2	0,6	100	1.093
	40–65 Jahre	6,4	2,2	4,5	0,8	4,2	100	1.058
	über 65 Jahre	14,1	3,7	10,7	1,4	10,6	100	775
	Gesamt	5,4	1,6	4,4	0,6	3,8	100	3.495
NBL	18–29 Jahre	1,6	1,6		1,6		100	123
	30–39 Jahre	3,9	1,8	3,5	3,1	0,4	100	228
	40–65 Jahre	6,6	2,8	3,8	0,8	4,2	100	275
	über 65 Jahre	24,4	8,1	16,3	0,7	15,4	100	181
	Gesamt	9,0	3,5	6,0	1,5	5,0	100	806
Unterschicht	18–29 Jahre						100	198
	30–39 Jahre	5,2	4,3	0,9	4,2		100	63
	40–65 Jahre	13,6	2,1	11,5	1,5	8,3	100	162
	über 65 Jahre	17,8	5,8	12,0	1,4	14,6	100	246
	Gesamt	10,3	3,1	7,3	1,3	7,4	100	668
Mittelschicht	18–29 Jahre	1,1	0,6	0,9	0,6		100	347
	30–39 Jahre	1,8	0,7	2,0	0,8	0,8	100	670
	40–65 Jahre	6,7	2,4	4,8	1,1	3,9	100	674
	über 65 Jahre	16,3	4,7	11,6	1,4	11,5	100	452
	Gesamt	6,3	2,0	4,7	1,0	3,9	100	2.143
Oberschicht	18–29 Jahre						100	127
	30–39 Jahre	0,9	0,2	2,3	0,3	0,4	100	572
	40–65 Jahre	3,3	2,4	1,1	0,2	3,1	100	474
	über 65 Jahre	12,8	2,0	12,0		8,4	100	202
	Gesamt	3,4	1,2	3,1	0,2	2,5	100	1.374
Deutsch	18–29 Jahre	0,6	0,3	0,5	0,3		100	597
	30–39 Jahre	1,6	0,7	2,1	0,8	0,5	100	1.195
	40–65 Jahre	6,6	2,5	4,4	0,9	4,3	100	1.234
	über 65 Jahre	16,1	4,8	11,6	1,3	11,7	100	911
	Gesamt	6,4	2,1	4,8	0,9	4,2	100	3.938
Migrationshintergrund	18–29 Jahre						100	95
	30–39 Jahre	0,8		2,2		0,8	100	125
	40–65 Jahre	4,3	0,9	3,4		3,4	100	99
	über 65 Jahre	14,0		14,0		6,9	100	45
	Gesamt	3,2	0,2	3,4		2,1	100	364

\* ohne Schwangerschaftsdiabetes

### Erkrankungen des Gehörs – Männer altersstratifiziert nach Wohnort, Sozialschicht und Migrationshintergrund

Anteile in Prozent, gewichtet

Quelle: GSTelo3

Teilgruppe		Hörgerät	Tinnitus	Wegen Ohrgeräuschen beim Arzt*	Gesamt	Anzahl
Männlich	18–29 Jahre	0,2	4,5	24,2	100	720
	30–39 Jahre	0,2	5,9	42,3	100	1.406
	40–65 Jahre	2,5	14,8	56,5	100	1.242
	über 65 Jahre	10,2	17,2	58,4	100	649
	Gesamt	2,5	10,3	51,6	100	4.016
ABL	18–29 Jahre		4,6	22,2	100	579
	30–39 Jahre	0,2	5,9	42,8	100	1.165
	40–65 Jahre	2,7	14,9	57,9	100	1.019
	über 65 Jahre	10,1	17,7	56,4	100	520
	Gesamt	2,5	10,3	51,7	100	3.282
NBL	18–29 Jahre	0,8	4,4	32,7	100	141
	30–39 Jahre		6,3	39,6	100	241
	40–65 Jahre	1,8	14,4	49,9	100	224
	über 65 Jahre	10,6	15,2	67,5	100	128
	Gesamt	2,5	10,0	51,0	100	734
Unterschicht	18–29 Jahre	0,5	7,0	35,5	100	207
	30–39 Jahre		7,0	28,6	100	83
	40–65 Jahre	3,2	19,0	56,8	100	90
	über 65 Jahre	6,9	16,9	58,1	100	69
	Gesamt	1,9	10,9	47,4	100	448
Mittelschicht	18–29 Jahre		3,8	12,6	100	373
	30–39 Jahre	0,4	6,0	32,5	100	690
	40–65 Jahre	3,4	17,4	59,0	100	524
	über 65 Jahre	10,0	19,4	53,4	100	304
	Gesamt	2,7	10,9	48,8	100	1.892
Oberschicht	18–29 Jahre		3,3	24,0	100	114
	30–39 Jahre		5,3	55,0	100	620
	40–65 Jahre	1,7	12,3	53,5	100	617
	über 65 Jahre	10,1	15,6	65,5	100	264
	Gesamt	2,3	9,5	56,3	100	1.614
Deutsch	18–29 Jahre	0,2	4,3	18,8	100	603
	30–39 Jahre	0,1	6,1	39,9	100	1.246
	40–65 Jahre	2,4	15,0	56,2	100	1.158
	über 65 Jahre	10,8	16,9	54,8	100	598
	Gesamt	2,6	10,4	49,9	100	3.605
Migrationshintergrund	18–29 Jahre		5,8	44,4	100	117
	30–39 Jahre	0,6	4,4	68,0	100	159
	40–65 Jahre	4,6	13,0	61,4	100	84
	über 65 Jahre	2,5	21,5	91,7	100	51
	Gesamt	1,5	8,7	68,8	100	411

\* nur wenn Ohrgeräusche vorhanden (Prozentuierungsbasis: n=845)

### Erkrankungen des Gehörs – Frauen altersstratifiziert nach Wohnort, Sozialschicht und Migrationshintergrund

Anteile in Prozent, gewichtet

Quelle: GSTelo3

Teilgruppe		Hörgerät	Tinnitus	Wegen Ohrgeräuschen beim Arzt*	Gesamt	Anzahl
Weiblich	18–29 Jahre	0,4	5,8	46,0	100	692
	30–39 Jahre	0,1	7,4	36,5	100	1.321
	40–65 Jahre	1,0	10,5	54,1	100	1.333
	über 65 Jahre	8,1	16,2	62,6	100	956
	Gesamt	2,2	10,1	52,5	100	4.302
ABL	18–29 Jahre	0,5	6,2	41,2	100	569
	30–39 Jahre	0,2	7,5	39,2	100	1.093
	40–65 Jahre	0,8	10,8	54,8	100	1.058
	über 65 Jahre	8,1	16,4	57,6	100	775
	Gesamt	2,2	10,2	50,9	100	3.495
NBL	18–29 Jahre		4,0	80,6	100	123
	30–39 Jahre		6,9	22,8	100	228
	40–65 Jahre	1,6	9,5	51,4	100	275
	über 65 Jahre	8,0	15,4	85,4	100	181
	Gesamt	2,3	9,3	60,0	100	806
Unterschicht	18–29 Jahre		6,7	32,1	100	198
	30–39 Jahre		10,9	57,8	100	63
	40–65 Jahre	0,8	13,2	55,2	100	162
	über 65 Jahre	13,0	16,3	71,4	100	246
	Gesamt	5,0	12,2	59,7	100	668
Mittelschicht	18–29 Jahre	0,9	5,6	46,3	100	347
	30–39 Jahre	0,2	8,2	35,8	100	670
	40–65 Jahre	1,2	10,9	57,5	100	674
	über 65 Jahre	7,4	19,3	65,7	100	452
	Gesamt	2,1	11,0	54,6	100	2.143
Oberschicht	18–29 Jahre		3,3	48,1	100	127
	30–39 Jahre	0,1	6,3	33,5	100	572
	40–65 Jahre	0,8	9,4	47,1	100	474
	über 65 Jahre	4,2	8,7	61,6	100	202
	Gesamt	0,9	7,4	44,8	100	1.374
Deutsch	18–29 Jahre	0,5	5,3	48,1	100	597
	30–39 Jahre	0,1	7,4	36,3	100	1.195
	40–65 Jahre	0,9	10,0	53,7	100	1.234
	über 65 Jahre	7,2	15,9	65,3	100	911
	Gesamt	2,1	9,9	53,6	100	3.938
Migrationshintergrund	18–29 Jahre		8,6	37,9	100	95
	30–39 Jahre	0,7	7,0	38,9	100	125
	40–65 Jahre	1,2	16,3	57,7	100	99
	über 65 Jahre	27,2	22,2	23,3	100	45
	Gesamt	3,9	11,8	42,1	100	364

\* nur wenn Ohrgeräusche vorhanden (Prozentuierungsbasis: n=845)

### Erkrankungen der Augen – Männer altersstratifiziert nach Wohnort, Sozialschicht und Migrationshintergrund

Anteile in Prozent, gewichtet

Quelle: GSTelo3

Teilgruppe		Star, grau	Star, grün	Makula- degenera- tion*	Gesamt	Anzahl
Weiblich	18–29 Jahre	0,2	0,1		100	720
	30–39 Jahre	0,3	0,3		100	1.406
	40–65 Jahre	2,6	1,8	2,7	100	1.242
	über 65 Jahre	17,8	3,7	3,5	100	649
	Gesamt	3,8	1,3	3,0	100	4.016
ABL	18–29 Jahre		0,1		100	579
	30–39 Jahre	0,4	0,4		100	1.165
	40–65 Jahre	2,5	1,3	2,8	100	1.019
	über 65 Jahre	18,8	3,3	2,8	100	520
	Gesamt	3,9	1,1	2,8	100	3.282
NBL	18–29 Jahre	0,8			100	141
	30–39 Jahre				100	241
	40–65 Jahre	3,0	3,8	2,3	100	224
	über 65 Jahre	14,1	5,4	6,5	100	128
	Gesamt	3,5	2,1	4,0	100	734
Unterschicht	18–29 Jahre	0,5			100	207
	30–39 Jahre	1,2	1,0		100	83
	40–65 Jahre	5,9	2,7	1,9	100	90
	über 65 Jahre	14,0	4,7	2,3	100	69
	Gesamt	3,8	1,4	2,1	100	448
Mittelschicht	18–29 Jahre		0,2		100	373
	30–39 Jahre	0,2	0,2		100	690
	40–65 Jahre	3,1	1,4	2,9	100	524
	über 65 Jahre	19,4	3,7	3,1	100	304
	Gesamt	4,1	1,1	3,0	100	1.892
Oberschicht	18–29 Jahre				100	114
	30–39 Jahre	0,3	0,4		100	620
	40–65 Jahre	1,6	2,0	2,7	100	617
	über 65 Jahre	16,2	3,6	3,7	100	264
	Gesamt	3,4	1,5	3,1	100	1.614
Deutsch	18–29 Jahre	0,2	0,1		100	603
	30–39 Jahre	0,4	0,4		100	1.246
	40–65 Jahre	2,8	1,8	2,9	100	1.158
	über 65 Jahre	18	4,0	3,1	100	598
	Gesamt	4,0	1,4	3,0	100	3.605
Migrationshintergrund	18–29 Jahre				100	117
	30–39 Jahre				100	159
	40–65 Jahre	0,6	1,3		100	84
	über 65 Jahre	16,3		8,4	100	51
	Gesamt	2,1	0,3	3,7	100	411

\* nur ab 50 Jahren erhoben



### Erkrankungen der Augen – Frauen altersstratifiziert nach Wohnort, Sozialschicht und Migrationshintergrund

Anteile in Prozent, gewichtet

Quelle: GSTelo3

Teilgruppe		Star, grau	Star, grün	Makula-degeneration <sup>2</sup>	Gesamt	Anzahl
Weiblich	18–29 Jahre	0,1			100	692
	30–39 Jahre	0,4	0,6		100	1.321
	40–65 Jahre	3,9	2,8	1,8	100	1.333
	über 65 Jahre	29,4	4,7	3,9	100	956
	Gesamt	7,9	2,1	2,8	100	4.302
ABL	18–29 Jahre	0,2			100	569
	30–39 Jahre	0,4	0,6		100	1.093
	40–65 Jahre	3,9	2,9	2,0	100	1.058
	über 65 Jahre	29,6	3,0	2,7	100	775
	Gesamt	7,9	1,7	2,3	100	3.495
NBL	18–29 Jahre				100	123
	30–39 Jahre	0,3	0,6		100	228
	40–65 Jahre	4,1	2,5	1,0	100	275
	über 65 Jahre	28,5	12,1	9,2	100	181
	Gesamt	7,9	3,7	4,7	100	806
Unterschicht	18–29 Jahre				100	198
	30–39 Jahre	0,7	6,3		100	63
	40–65 Jahre	4,6	6,0	2,9	100	162
	über 65 Jahre	26,9	6,0	3,3	100	246
	Gesamt	11,1	4,3	3,2	100	668
Mittelschicht	18–29 Jahre	0,3			100	347
	30–39 Jahre	0,4	0,4		100	670
	40–65 Jahre	4,6	2,9	1,4	100	674
	über 65 Jahre	32,1	4,5	4,3	100	452
	Gesamt	8,4	2,0	2,7	100	2.143
Oberschicht	18–29 Jahre				100	127
	30–39 Jahre	0,3	0,2		100	572
	40–65 Jahre	2,5	1,6	2,0	100	474
	über 65 Jahre	23,4	4,8	4,0	100	202
	Gesamt	4,5	1,3	2,7	100	1.374
Deutsch	18–29 Jahre	0,1			100	597
	30–39 Jahre	0,4	0,6		100	1.195
	40–65 Jahre	3,9	2,7	1,8	100	1.234
	über 65 Jahre	28,5	4,5	4,1	100	911
	Gesamt	8,0	2,1	2,9	100	3.938
Migrationshintergrund	18–29 Jahre				100	95
	30–39 Jahre	0,5	1,0		100	125
	40–65 Jahre	4,0	3,2	1,7	100	99
	über 65 Jahre	46,8	8,1		100	45
	Gesamt	7,0	2,2	1,1	100	364

\* nur ab 50 Jahren erhoben

### Augen – Hilfsmittelgebrauch und Fehlsichtigkeit – Männer altersstratifiziert nach Wohnort, Sozialschicht und Migrationshintergrund

Anteile in Prozent, gewichtet

Quelle: GSTelo3

Teilgruppe		Fehl- sichtig	Kurz- sichtig	Weit- sichtig	Sehhilfe	Brille	Kontakt- linsen	Gesamt	Anzahl
Männlich	18–29 Jahre	38,1	31,3	7,6	36,8	35,3	9,5	100	720
	30–39 Jahre	41,9	32,8	12,3	43,4	42,0	5,9	100	1.406
	40–65 Jahre	82,9	38,2	66,4	87,7	87,4	1,1	100	1.242
	über 65 Jahre	84,3	38,6	73,1	96,5	96,4	0,8	100	649
	Gesamt	60,7	35,1	38,0	64,5	63,6	4,2	100	4.016
ABL	18–29 Jahre	38,1	30,8	8,3	37,0	35,1	10,0	100	579
	30–39 Jahre	42,9	33,3	12,4	44,1	42,7	6,4	100	1.165
	40–65 Jahre	84,4	39,5	68,0	88,1	87,7	1,3	100	1.019
	über 65 Jahre	84,3	40,0	71,9	97,0	96,8	1,0	100	520
	Gesamt	61,5	35,9	38,4	64,9	63,9	4,6	100	3.282
NBL	18–29 Jahre	38,0	33,1	4,9	36,0	36,0	7,7	100	141
	30–39 Jahre	36,7	29,9	11,4	40,2	38,7	3,2	100	241
	40–65 Jahre	76,2	32,3	59,4	86,1	86,1		100	224
	über 65 Jahre	84,2	33,1	78,0	94,7	94,7		100	128
	Gesamt	57,3	31,8	36,4	62,9	62,4	2,5	100	734
Unterschicht	18–29 Jahre	36,0	26,9	10,0	30,2	26,5	10,4	100	207
	30–39 Jahre	36,2	26,3	15,5	36,8	36,8	2,7	100	83
	40–65 Jahre	84,3	38,5	68,2	88,6	87,6	1,0	100	90
	über 65 Jahre	84,8	37,5	74,9	96,3	96,3	2,6	100	69
	Gesamt	53,2	30,7	32,6	53,2	51,3	5,9	100	448
Mittelschicht	18–29 Jahre	41,2	35,4	6,4	40,6	39,9	9,8	100	373
	30–39 Jahre	39,3	29,1	14,2	39,7	38,3	4,8	100	690
	40–65 Jahre	82,1	35,0	67,3	86,9	86,9	0,7	100	524
	über 65 Jahre	81,1	34,4	73,1	95,6	95,6		100	304
	Gesamt	58,3	32,8	36,8	61,9	61,3	3,9	100	1.892
Oberschicht	18–29 Jahre	34,4	28,1	8,1	39,1	38,3	9,4	100	114
	30–39 Jahre	45,5	37,7	9,8	48,3	46,7	7,5	100	620
	40–65 Jahre	83,4	41,0	65,5	88,2	87,7	1,5	100	617
	über 65 Jahre	87,2	43,7	71,6	97,5	97,5	1,0	100	264
	Gesamt	66,0	39,3	41,1	71,0	70,1	4,3	100	1.614
Deutsch	18–29 Jahre	37,5	31,9	6,6	37,2	36,1	8,9	100	603
	30–39 Jahre	42,8	33,6	12,3	44,6	43,3	6,0	100	1.246
	40–65 Jahre	83,0	38,6	66,4	87,9	87,5	1,2	100	1.158
	über 65 Jahre	84,2	38,9	73,1	96,4	96,3	0,9	100	598
	Gesamt	61,7	35,8	38,8	65,9	65,1	4,1	100	3.605
Migrationshintergrund	18–29 Jahre	41,0	28,2	12,8	34,9	31,1	12,9	100	117
	30–39 Jahre	34,6	26,3	11,9	33,9	32,0	5,0	100	159
	40–65 Jahre	81,4	33,2	66,7	85,9	85,9		100	84
	über 65 Jahre	85,2	36,0	73,6	97,8	97,8		100	51
	Gesamt	52,3	29,4	31,0	52,7	50,9	5,6	100	411

### Augen – Hilfsmittelgebrauch und Fehlsichtigkeit – Frauen altersstratifiziert nach Wohnort, Sozialschicht und Migrationshintergrund

Anteile in Prozent, gewichtet

Quelle: GSTelo3

Teilgruppe		Fehl- sichtig	Kurz- sichtig	Weit- sichtig	Sehhilfe	Brille	Kontakt- linsen	Gesamt	Anzahl
Weiblich	18–29 Jahre	45,0	39,7	6,8	43,9	39,0	14,6	100	692
	30–39 Jahre	53,0	43,0	14,5	53,8	51,3	10,6	100	1.321
	40–65 Jahre	90,7	46,2	73,7	93,7	92,8	3,9	100	1.333
	über 65 Jahre	87,6	45,5	76,3	97,1	96,8	0,6	100	956
	Gesamt	71,1	44,0	45,4	74,2	72,3	6,9	100	4.302
ABL	18–29 Jahre	43,6	38,8	6,2	43,1	37,8	16,1	100	569
	30–39 Jahre	53,7	42,7	15,5	54,5	51,9	11,0	100	1.093
	40–65 Jahre	91,7	46,3	75,4	94,0	93,0	4,2	100	1.058
	über 65 Jahre	87,5	44,9	77,0	97,2	96,8	0,6	100	775
	Gesamt	71,1	43,6	45,7	74,1	72,0	7,5	100	3.495
NBL	18–29 Jahre	51,3	43,6	9,2	47,6	44,8	7,9	100	123
	30–39 Jahre	49,4	44,4	9,8	50,7	48,1	8,6	100	228
	40–65 Jahre	87,0	45,7	67,4	92,9	92,2	2,7	100	275
	über 65 Jahre	87,8	48,4	73,6	96,8	96,8	0,3	100	181
	Gesamt	71,2	45,6	43,7	74,9	73,5	4,6	100	806
Unterschicht	18–29 Jahre	40,7	35,9	6,8	40,5	37,3	10,3	100	198
	30–39 Jahre	54,2	44,9	14,1	59,5	59,5	4,1	100	63
	40–65 Jahre	91,9	46,4	77,0	97,7	97,3	1,3	100	162
	über 65 Jahre	90,7	52,9	76,4	98,5	98,5	0,8	100	246
	Gesamt	72,8	45,5	50,1	77,5	76,4	4,1	100	668
Mittelschicht	18–29 Jahre	45,7	41,6	5,8	45,7	41,5	16,0	100	347
	30–39 Jahre	53,2	42,9	15,5	53,5	51,1	9,5	100	670
	40–65 Jahre	90,0	45,6	72,9	93,1	92,2	3,1	100	674
	über 65 Jahre	87,7	42,0	75,4	97,4	97,4	0,2	100	452
	Gesamt	70,8	43,4	44,6	73,9	72,2	6,6	100	2.143
Oberschicht	18–29 Jahre	52,4	43,0	9,5	46,8	36,6	19,9	100	127
	30–39 Jahre	52,7	42,9	13,6	53,6	50,6	12,8	100	572
	40–65 Jahre	91,4	47,3	73,8	93,4	92,2	6,1	100	474
	über 65 Jahre	84,1	44,9	76,0	93,9	92,5	1,4	100	202
	Gesamt	70,6	44,7	43,1	72,6	69,8	9,5	100	1.374
Deutsch	18–29 Jahre	45,7	40,4	7,0	45,3	40,3	15,4	100	597
	30–39 Jahre	53,5	43,6	14,5	54,5	51,7	10,8	100	1.195
	40–65 Jahre	90,5	45,7	73,5	93,7	92,8	3,8	100	1.234
	über 65 Jahre	88,2	46,1	76,9	97,2	96,9	0,6	100	911
	Gesamt	72,0	44,4	46,3	75,3	73,3	6,9	100	3.938
Migrationshintergrund	18–29 Jahre	40,6	35,5	5,2	34,9	30,7	9,7	100	95
	30–39 Jahre	47,4	37,4	15,2	47,7	47,2	8,6	100	125
	40–65 Jahre	93,2	51,5	76,6	93,9	92,5	5,2	100	99
	über 65 Jahre	75,1	33,3	63,9	95,6	95,6		100	45
	Gesamt	61,5	40,2	35,3	62,9	61,2	6,9	100	364

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek  
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation  
in der Deutschen Nationalbibliografie.

#### Herausgeber

Robert Koch-Institut  
Nordufer 20  
13353 Berlin

#### Redaktion

Robert Koch-Institut  
Gesundheitsberichterstattung  
Seestraße 10  
13353 Berlin

#### Autoren

Martin Kohler  
Dr. Thomas Ziese  
Gesundheitsberichterstattung  
Robert Koch-Institut

E-Mail: [gbe@rki.de](mailto:gbe@rki.de)  
[www.rki.de](http://www.rki.de)  
Tel.: 018 88. 754-34 00  
Fax: 018 88. 754-35 13

#### Satz

Gisela Winter  
Robert Koch-Institut

#### Druck

Oktoberdruck Berlin  
gedruckt auf PROFIsilk, tcf

#### ISBN

3-89606-150-x

*Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung*  
Robert Koch-Institut

**Telefonischer Gesundheitssurvey  
des Robert Koch-Instituts  
zu chronischen Krankheiten und ihren Bedingungen**

Dezember 2004

**Berlin: Robert Koch-Institut**  
ISBN 3-89606-150-x