ROBERT KOCH INSTITUT

DEZEMBER 2017
AUSGABE 4

GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES
GEMEINSAM GETRAGEN VON RKI UND DESTATIS

Journal of **Health Monitoring**

3	Focus	Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen – Individuelle Determinanten und regionale Unterschiede
24	Focus	Gesundheit von alleinerziehenden Müttern und Vätern in Deutschland
45	Focus	Kinder und Jugendliche mit besonderem Versorgungsbedarf im Follow-up: Ergebnisse der KiGGS-Studie 2003 – 2012
66	Fact sheet	Inanspruchnahme der Grippeschutzimpfung 2013/2014 in Deutschland
74	Fact sheet	Früherkennung von Brustkrebs: Inanspruchnahme der Mammografie in Deutschland

ROBERT KOCH INSTITUT

DEZEMBER 2017
AUSGABE 4

GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES
GEMEINSAM GETRAGEN VON RKI UND DESTATIS

Journal of **Health Monitoring**

81	Fact sheet	Inanspruchnahme der Darmspiegelung in Deutschland
88	Fact sheet	Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Versorgung in Deutschland
95	Fact sheet	Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlungen in Deutschland
101	Fact sheet	Inanspruchnahme physiotherapeutischer Leistungen in Deutschland
109	Fact sheet	Arzneimittelanwendung von Erwachsenen in Deutschland
117	Fact sheet	Soziale Unterstützung als Ressource für Gesundheit in Deutschland
124	Fact sheet	Wahrnehmung gesundheitsgefährdender Arbeitsbedingungen in Deutschland

Journal of Health Monitoring · 2017 2(4)
DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-111.2
Robert Koch-Institut, Berlin

Autorinnen und Autoren:
Alexander Rommel, Julia Bretschneider,
Lars Eric Kroll, Franziska Prütz, Julia Thom

Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen – Individuelle Determinanten und regionale Unterschiede

Abstract

Die Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen wird in Deutschland kontrovers diskutiert. Einerseits bestehen regionale Unterschiede in der Verteilung von Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Andererseits können Patientinnen und Patienten lange Anfahrtswege und Kosten in Kauf nehmen, um auch bei einem geringen Versorgungsangebot eine Behandlung zu nutzen. Die Analyse der Versorgung muss daher neben den Zugangsmöglichkeiten auch die tatsächliche Inanspruchnahme berücksichtigen. Der Beitrag untersucht die Häufigkeit der Inanspruchnahme ambulant psychotherapeutischer und psychiatrischer Leistungen und deren individuelle und regionale Einflussfaktoren.

Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) ist eine bundesweite Befragung der erwachsenen Bevölkerung, die das Robert Koch-Institut im Rahmen des bevölkerungsbezogenen Gesundheitsmonitorings durchführt. Die GEDA 2014/2015-EHIS-Studie (n=24.016) basiert auf einer zweistufig geschichteten Zufallsstichprobe aus den Bevölkerungsregistern von 301 Gemeinden in Deutschland. Zielvariable ist die Inanspruchnahme psychotherapeutischer oder psychiatrischer Leistungen in den letzten 12 Monaten. Neben der Berücksichtigung individueller Determinanten wurden die Daten mit Informationen zur regionalen Verteilung von Leistungserbringern der ambulanten Psychotherapie und Nervenheilkunde zusammengeführt. Die Auswertung erfolgte mittels logistischer Mehrebenenregression.

In Deutschland berichten 11,3 % der Frauen und 8,1 % der Männer, innerhalb eines Jahres psychotherapeutische oder psychiatrische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Unter Befragten mit depressiver Symptomatik sind dies 35,0 % der Frauen bzw. 31,0 % der Männer. Rund zwei Drittel der Personen mit solchen Symptomen haben also keine dieser Berufsgruppen aufgesucht. Neben einer depressiven Symptomatik weisen das Leben ohne Partnerin bzw. Partner sowie eine geringe soziale Unterstützung einen Zusammenhang mit der Inanspruchnahme auf. Außerdem liegt der Anteil der Personen mit depressiver Symptomatik, die psychotherapeutische oder psychiatrische Hilfe nutzen, in gut versorgten Regionen etwa 15 Prozentpunkte höher als in Regionen mit geringer Versorgungsdichte.

Um bessere Bedingungen für die Nutzung der betreffenden Versorgungsangebote zu schaffen, sollten neben der Erhöhung der Zahl an Leistungserbringern auch flankierende Maßnahmen angestrebt werden. Ansätze, die auf einen kurzfristigen und niedrigschwelligen Zugang und eine stärkere Kooperation zwischen haus- und fachärztlich Behandelnden setzen, sollten auf ihre Effekte hinsichtlich einer Weiterentwicklung der Erstversorgung evaluiert werden.

PSYCHISCHE GESUNDHEIT · INANSPRUCHNAHME · ZUGANG ZUR GESUNDHEITSVERSORGUNG · GESUNDHEITSSURVEY

Dieser Artikel wurde korrigiert (siehe Corrigendum Seite 23), Stand 31.01.2019

GEDA 2014/2015-EHIS

Datenhalter: Robert Koch-Institut

Ziele: Bereitstellung zuverlässiger Informationen über den Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten und die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung in Deutschland, mit Möglichkeit zum europäischen Vergleich

Erhebungsmethode: Schriftlich oder online ausgefüllter Fragebogen

Grundgesamtheit: Bevölkerung ab 18 Jahren mit ständigem Wohnsitz in Deutschland

Stichprobenziehung: Einwohnermeldeamt-Stichproben – zufällig ausgewählte Personen aus 301 Gemeinden in Deutschland wurden eingeladen

Teilnehmende: 24.016 Personen (13.144 Frauen und 10.872 Männer)

Responserate: 26,9 %

Untersuchungszeitraum: November 2014 – Juli 2015

Datenschutz: Die Studie unterliegt der strikten Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes und wurde von der Bundesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit in Deutschland genehmigt. Die Teilnahme an der Studie war freiwillig. Die Teilnehmenden wurden über die Ziele und Inhalte der Studie sowie über den Datenschutz informiert und gaben ihre schriftliche Einwilligung (informed consent).

Mehr Informationen unter
www.geda-studie.de

1. Einleitung

Psychische Störungen zählen nach Angaben der Global Burden of Disease Study zu den häufigsten Ursachen von krankheitsbedingten Beeinträchtigungen (years lived with disability) und tragen weltweit entscheidend zur Krankheitslast bei [1, 2]. In Deutschland stehen Depressionen als Ursache für krankheitsbedingte Einschränkungen an dritter Stelle [3]. Grund hierfür ist nicht nur die Häufigkeit depressiver Störungen, sondern auch die Tatsache, dass diese oft früh im Lebensverlauf beginnen, nicht selten episodisch wiederkehren oder chronisch verlaufen und daher mit erheblichen Einbußen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität einhergehen.

Die Verbreitung von Depressionen und ihre Krankheitsfolgen stellen auch das System der Gesundheitsversorgung in Deutschland vor besondere Herausforderungen. Krankenkassen berichten einen stetigen Anstieg ärztlicher Diagnosen psychischer Störungen im Allgemeinen und von Depressionen im Besonderen [4–8]. Auffällig sind auch die Zuwächse der Fehlzeiten am Arbeitsplatz aufgrund von Depressionen: Zwar weist nur ein kleiner Teil der erwerbstätigen Versicherten Fehlzeiten aufgrund von Depressionen auf [8], aufgrund der langen Dauer der Fehlzeiten gehört das Störungsbild aber zu den Erkrankungen mit dem höchsten Arbeitsunfähigkeitsaufkommen. Auch die Zahl der Erwerbsminderungsrenten aufgrund von psychischen Störungen hat zugenommen und sich zwischen 1993 und 2015 in etwa verdoppelt [9, 10]. Was diese Entwicklungen für die Gestaltung der Versorgungslandschaft bedeuten, muss im Interesse der Bevölkerungsgesundheit untersucht werden. Voraussetzung dafür sind differenzierte Kenntnisse der gegenwärtigen Inanspruchnahme bestehender Versorgungsangebote.

Merkmal einer qualitativ hochwertigen Versorgung ist es, dass Menschen mit Behandlungsbedarf aufgrund von Depressionen eine angemessene Diagnose und Therapie erhalten. Dies setzt die Kontaktaufnahme mit dem medizinischen System voraus, die häufig zunächst in der hausärztlichen Praxis stattfindet. Gemäß den Behandlungsleitlinien soll die Versorgung depressiver Patientinnen und Patienten langfristig fachärztlich durch psychotherapeutisch oder psychiatrisch tätige Leistungserbringer erfolgen [11]. Nach Auswertungen von Abrechnungsdaten wird dieser Schritt aber häufig nicht vollzogen: Von allen Patientinnen und Patienten mit ärztlichen Diagnosen einer affektiven Störung werden 82 % in allgemeinmedizinischen oder auf körperliche Erkrankungen (somatisch) ausgerichteten Praxen versorgt, unter denjenigen mit schwerer Depression sind es 40 % [12].

Möglicherweise ist dies teilweise auf einen eingeschränkten Zugang zu geeigneten Versorgungsangeboten zurückzuführen. Inwieweit in Deutschland ambulante Behandlungsangebote bedarfsgerecht bereitgestellt werden, wird kontrovers diskutiert. So kann im Sinne der Bedarfsplanungsrichtlinie nur in wenigen Regionen von einer Unterversorgung durch Nervenärztinnen und Nervenärzte sowie durch Psychotherapeutinnen und -therapeuten gesprochen werden [13]. Üblicherweise wird im Rahmen der herkömmlichen Bedarfsplanung beurteilt, inwiefern die von der Bedarfsplanungsrichtlinie vorgeschriebene Verhältniszahl (Arzt je Einwohner) in einer Region über- oder unterschritten wird. Da diese

Die Versorgungslage von Menschen mit psychischen Störungen wird in Deutschland kontrovers diskutiert.

Verhältniszahlen auf historischen und rein deskriptiven Arzt-Einwohner-Relationen basieren, eignen sie sich nur bedingt, um die tatsächliche Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung einzuschätzen. Empirische Untersuchungen machen zudem deutlich, dass die erheblichen regionalen Unterschiede in der Dichte ambulanter Fachärztinnen und -ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten keine regionalen Unterschiede in der Häufigkeit psychischer Störungen widerspiegeln. Vielmehr stellen sie reale Versorgungsunterschiede dar, die für die Patientinnen und Patienten ein regional unterschiedliches Versorgungsangebot bedeuten [14–19]. Bei der Beurteilung der Versorgungssituation kommt erschwerend hinzu, dass der Behandlungsbedarf von Depressionen – trotz gleicher Diagnose – variieren kann [20], je nach Schweregrad der Symptomatik, den assoziierten Einschränkungen sowie dem erlebten Leiden und dem Behandlungswunsch einer Person.

Eine regional ungleiche Verteilung von Versorgungsstrukturen muss aus verschiedenen Gründen nicht zwangsläufig zu einer geringeren Inanspruchnahme oder schlechteren Versorgung führen. Sie bedeutet zunächst, dass ungleiche Zugangsmöglichkeiten bestehen, die individuell auch als Zugangsbarrieren wahrgenommen werden können. Hiervon zu trennen ist die tatsächliche Nutzung von Gesundheitsleistungen durch Personen, bei denen ein medizinischer Bedarf gegeben ist [21]. Denn Patientinnen und Patienten können mehr oder weniger Aufwand und Kosten in Kauf nehmen, um Zugangsbarrieren zu überwinden und von einem bestimmten Versorgungsangebot zu profitieren. So wurde gezeigt, dass bei Patientinnen und Patienten mit Lungenerkrankungen und Multipler Sklerose Faktoren, die direkt aus einer geringeren Versorgungsdichte resultieren, wie die Entfernung zur Praxis oder die Fahrzeit, keinen Einfluss auf die Nutzung notwendiger ambulant ärztlicher Leistungen haben [22]. Zudem wird die Hypothese vertreten, dass eine hohe Inanspruchnahme in besser versorgten Regionen nicht zwangsläufig einer besseren Versorgung entspricht. Vielmehr kann ebenso eine angebotsinduzierte Nachfrage ohne entsprechenden Behandlungsbedarf vorliegen [16, 20, 23].

Bei der Analyse möglicher Auswirkungen regionaler Versorgungsungleichheiten muss daher neben den Zugangsmöglichkeiten (access) und dem medizinischen Bedarf (need) auch die tatsächliche Inanspruchnahme (realized access) in Betracht gezogen werden. Diese Nutzung von Leistungen ist nicht nur gesteuert von den Gegebenheiten vor Ort, sondern auch von einer Vielzahl an individuellen Faktoren [24–26]. Von diesen sollen einige zentrale soziodemografische und soziale Determinanten in der vorliegenden Untersuchung berücksichtigt werden. Die Auswertungen verfolgen damit das Ziel, Häufigkeit und Einflussfaktoren der Inanspruchnahme von ambulanten psychotherapeutischen und psychiatrischen Leistungen in der Allgemeinbevölkerung zu beschreiben. Ein besonderer Schwerpunkt liegt dabei auf der Frage, wie stark regionale Unterschiede in der Versorgung die Kontaktaufnahme zu den relevanten Berufsgruppen beim Vorliegen einer depressiven Symptomatik beeinflussen. Der Beitrag schließt mit einer Einordnung der Befunde in die aktuelle wissenschaftliche und gesundheitspolitische Diskussion.

2. Methode

2.1 Daten

Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) ist eine bundesweite Befragung der erwachsenen Bevölkerung, die vom Robert Koch-Institut (RKI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit durchgeführt wird. Sie ist Teil des bevölkerungsbezogenen Gesundheitsmonitorings am RKI. In GEDA 2014/2015 wurde erstmals vollständig der Fragebogen des European Health Interview Survey (EHIS, Wave 2) integriert [27]. Die Erhebung erfolgt mittels eines Selbstausfüllfragebogens, der wahlweise als Papier- oder Online-Version bearbeitet wurde. Die GEDA-2014/2015-EHIS-Studie basiert auf einer zweistufig geschichteten Cluster-Stichprobe. Zunächst wurden 301 Gemeinden nach dem Zufallsprinzip ausgewählt. Diese entfallen auf 231 Kreise und kreisfreie Städte und repräsentieren die verschiedenen Gemeindegrößen und Regionen in Deutschland. Aus diesen Gemeinden wurden Personen mit ständigem Wohnsitz in den ausgewählten Orten zufällig aus den lokalen Bevölkerungsregistern gezogen. Eine ausführliche Darstellung der Methodik von GEDA 2014/2015-EHIS findet sich bei Lange et al. 2017 [61] sowie im Beitrag Gesundheit in Deutschland aktuell – neue Daten für Deutschland und Europa in Ausgabe 1/2017 des Journal of Health Monitoring.

Auf Kreisebene wurden die Befragungsdaten mit Informationen aus dem Bundesarztregister zur regionalen ambulanten Versorgung durch Leistungserbringer der fachärztlichen Versorgung für psychische Störungen aus dem Jahr 2013 zusammengeführt [28]. Hierfür waren Angaben zur regionalen Dichte (Behandelnde pro 100.000 Einwohner) der Arztgruppen „Psychotherapeuten“ und „Nervenärzte“ verfügbar, so wie sie in der Bedarfsplanungsrichtlinie definiert werden [29]. Demnach zählen zu den Psychotherapeutinnen und -therapeuten 1.) überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärztinnen und Ärzte, 2.) Fachärztinnen und -ärzte für Psychotherapeutische Medizin, 3.) Fachärztinnen und -ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 4.) Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie 5.) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten. Die Gruppe der „Nervenärzte“ setzt sich zusammen aus Behandelnden mit den Facharzttiteln für 1.) Psychiatrie, 2.) Psychiatrie und Psychotherapie, 3.) Neurologie und Psychiatrie (Nervenheilkunde) sowie 4.) Neurologie.

Um Effekte der Mitversorgung benachbarter Kreise zu berücksichtigen, wurden die Versorgungsdichten anhand der vom Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) zur Verfügung gestellten Mitversorgungsrelationen, basierend auf den abgerechneten Versorgungsleistungen im Jahr 2008, adjustiert [30, 31]. Beispielsweise werden Behandelnde in Kernstädten häufig von Patientinnen und Patienten aus dem Umland (mit geringerer Versorgungsdichte) konsultiert und stehen damit nicht in vollem Maße den Einwohnerinnen und Einwohnern der Kernstadt zur Verfügung. Darum wird die Arztdichte in der Kernstadt entsprechend des Ausmaßes der Mitversorgung des Umlandes nach unten korrigiert und die Arztdichte des Umlandes erhöht. In Kreisen mit großer Fläche können sich die Entfernungen zu Versorgungsangeboten den-

noch erheblich unterscheiden, je nach Lage und Anbindung des einzelnen Wohnortes. Die Durchschnittswerte in Dichte und Mitversorgung bilden diese Unterschiede innerhalb von Kreisen nicht ab.

2.2 Indikatoren

Zielvariable auf Individualebene ist die Inanspruchnahme relevanter fachärztlicher Versorgungsangebote („ja"/„nein"). Hierzu wurden die Teilnehmenden der GEDA-2014/2015-EHIS-Studie gefragt: „Waren Sie in den letzten 12 Monaten bei einem Psychologen, Psychotherapeuten oder Psychiater, um sich selbst beraten, untersuchen oder behandeln zu lassen?". Die Frage ist Teil des Fragenkatalogs der Europäischen Gesundheitsumfrage (European Health Interview Survey, EHIS). Die Durchführung von EHIS ist für alle Mitgliedsstaaten der Europäischen Union (EU) verpflichtend. Dies wurde 2013 in einer EU-Verordnung festgelegt [27, 32].

Als soziale Einflussfaktoren wurden neben Alter, Geschlecht und der Unterscheidung zwischen neuen und alten Bundesländern (mit Berlin) Indikatoren ausgewählt, die einerseits die soziale Zusammensetzung der Bevölkerung widerspiegeln und zum anderen bereits in früheren Untersuchungen Zusammenhänge mit der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen gezeigt haben [33–36]. Der sozioökonomische Status der Befragten wurde in Anlehnung an frühere Wellen der GEDA-Studie konstruiert, indem die drei Dimensionen Bildung, Beruf und Einkommen zu einem Gesamtindex zusammengeführt und in die drei Statusgruppen „niedrig", „mittel" und „hoch" eingeteilt wurden [37]. Der Versichertenstatus der Befragten wurde durch die Kategorien „gesetzlich versichert" und „privat versichert" abgebildet. Mit Partnerschaft und sozialer Unterstützung wurden Indikatoren für die soziale Einbindung der Befragten in die Analyse aufgenommen. Die Partnerschaft wurde über die Frage „Leben Sie mit einer Person aus Ihrem Haushalt in einer Ehe oder eheähnlichen Gemeinschaft?" erfasst. Die wahrgenommene soziale Unterstützung im privaten Umfeld wurde über die Oslo-3 Social Support Scale gemessen [38]. Dabei wurde die Ausprägung „geringe Unterstützung" von den zusammengefassten Kategorien „mittlere" und „starke Unterstützung" unterschieden.

Als Indikator für einen medizinischen Versorgungsbedarf diente das Vorliegen einer depressiven Symptomatik. Diese wurde in GEDA 2014/2015-EHIS durch die Selbstangaben der Befragten in der deutschen Version des 8-Item-Depressionsmoduls des Patient Health Questionnaire (PHQ-8) erfasst [39]. Über acht Einzelitems, die hinsichtlich der Häufigkeit ihres Auftretens in den letzten zwei Wochen beurteilt werden, misst dieses Instrument Symptome einer Major Depression gemäß DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4. Auflage) mit Ausnahme von Suizidalität. Eine depressive Symptomatik besteht bei einem Skalensummenwert von mindestens 10 von maximal 24 Punkten [39]. Dieses Maß unterscheidet sich von der klassifikatorischen Diagnose einer Depression gemäß DSM-IV, welche die Berücksichtigung von Kernsymptomen sowie Ausschlusskriterien erfordert. Dennoch ist der PHQ als reliables und valides Screeninginstrument für die Vorhersage von Depressionen geeignet und in

Personen mit psychischen Störungen finden in Deutschland regional ein sehr unterschiedliches Angebot an Psychotherapeutinnen und -therapeuten vor.

klinischen sowie bevölkerungsbasierten Studien auch international etabliert [40, 41]. Als zusätzlicher Indikator für einen medizinischen Versorgungsbedarf wurde das Vorliegen einer chronischen Erkrankung nach einem auf EU-Ebene standardisierten Instrument mit der Frage: „Haben Sie eine oder mehrere lang andauernde, chronische Erkrankungen?“ erfasst. Dieses ist Teil des Minimum European Health Moduls (MEHM) [42]. Über depressive Störungen hinaus dient dieser Indikator hier vornehmlich der Beschreibung möglicher Komorbiditäten und erfüllt den Zweck, einen Behandlungsbedarf umfänglicher zu berücksichtigen.

2.3 Statistische Analysen

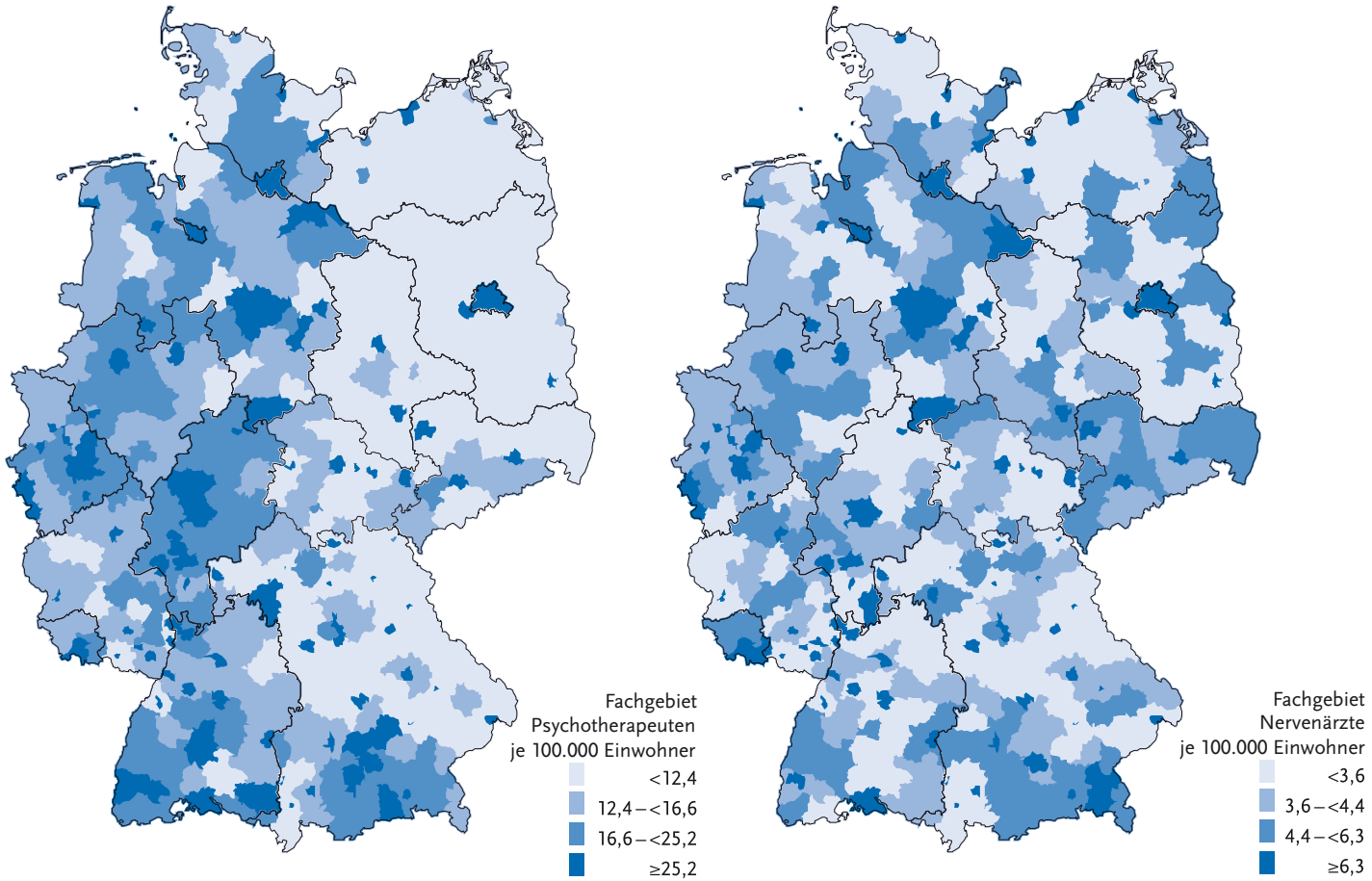
Die Analysen wurden mit dem Programmpaket STATA Version 14.1 durchgeführt. Alle Berechnungen erfolgten mit einem Gewichtungsfaktor, der Abweichungen der Stichprobe von der Bevölkerungsstruktur (Stand: 31.12.2014) hinsichtlich Geschlecht, Alter, Kreistyp und Bildung korrigiert. Der Kreistyp spiegelt den Grad der Urbanisierung und entspricht der regionalen Verteilung in Deutschland. Bei den deskriptiven Analysen kamen die STATA-Prozeduren SVY zur Gewichtung komplexer Stichproben zum Einsatz. Um neben den individuellen Determinanten in der multivariaten Analyse auch Einflussfaktoren auf Kreisebene (Versorgungsdichte) adäquat zu berücksichtigen, wurden unter Verwendung der Prozedur MELOGIT Mehrebenenanalysen durchgeführt (sogenannter Random-Intercept-Regressionsmodelle). In Anlehnung an die Prozedur XTMRHO wurden als Maß für die mittlere Variation in der Inanspruchnahme zwischen den Kreisen Median Odds Ratios berechnet [43]. Zusammenhänge zwischen Determinanten und Inanspruchnahme werden als Odds Ratios berichtet. Die Prozeduren MARGINS bzw. MARGINSPLOT wurden verwendet, um die Inanspruchnahme psychotherapeutischer und psychiatrischer Leistungen in Abhängigkeit von der Versorgungsdichte modellbasiert zu schätzen und zu visualisieren. Dabei wurden mögliche Interaktionen zwischen den dargestellten Variablen zusätzlich im Modell berücksichtigt. Die Gewichtung der Mehrebenenmodelle erfolgte unter Zerlegung der Stichprobengewichte für Kreise und Individuen [44].

3. Ergebnisse

3.1 Versorgungsstrukturen

Die Untersuchung der Frage, inwieweit die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch das regionale Angebot dieser Leistungen beeinflusst wird, setzt voraus, dass eine ungleiche Verteilung tatsächlich besteht. Dies ist in Deutschland der Fall. Insbesondere im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung findet sich eine starke Spannbreite in der Versorgungsdichte (Arztgruppe definiert laut Bedarfsplanungsrichtlinie; siehe Methode). Diese reichte 2013 von nominal 1,7 Leistungserbringern pro 100.000 Einwohner im Kreis Landshut bis zu 129,7 Leistungserbringern pro 100.000 Einwohner in der kreisfreien Stadt Heidelberg [28]. In der regionalen Verteilung zeigen sich dabei zwei Muster: Zum einen sind die Versorgungsdichten insbesondere in den Landkreisen in Ostdeutschland sowie in Bayern deutlich geringer als in weiten Teilen West-

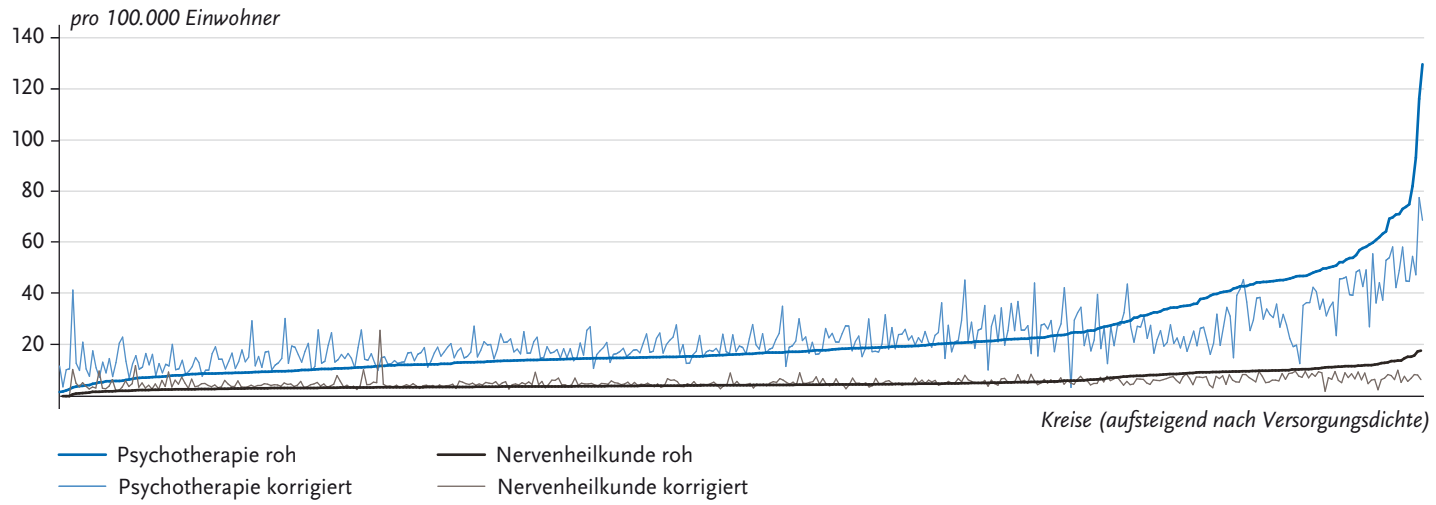
Abbildung 1
Regionale Verteilung niedergelassener Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie von Ärztinnen und Ärzten für Nervenheilkunde im Jahr 2013 (Arztgruppen laut Bedarfsplanungsrichtlinie; rohe Versorgungsdichte)
Quelle: Bundesarztregister [28]



deutschlands. Zum anderen zeigen sich besonders hohe Versorgungsdichten in kreisfreien Städten und Stadtstaaten (Abbildung 1). In Ostdeutschland finden sich zudem besonders viele Landkreise, die nicht von der Mitversorgung durch größere Städte profitieren. Insbesondere im Nordosten Deutschlands gibt es nach Gebietsreformen keine kreisfreien Städte mehr, sodass die niedrigen Versorgungsdichten in den verbliebenen Kreisen bereits eine Mittelung zwischen Kleinstädten und ländlichen Gebieten darstellen.

Anders stellt sich das Bild bei den Ärztinnen und Ärzten für Nervenheilkunde dar (definiert laut Bedarfsplanungsrichtlinie; siehe Methode). Zum einen sind die regionalen Muster wie der Unterschied zwischen Ost- und Westdeutschland weniger ausgeprägt (Abbildung 1). Zum anderen ist die Versorgungsdichte hier deutlich

Abbildung 2
Verteilung niedergelassener Leistungserbringer für Psychotherapie und Nervenheilkunde im Jahr 2013 auf Kreisebene (Arztgruppen laut Bedarfsplanungsrichtlinie; rohe und für Mitversorgung korrigierte Versorgungsdichte)
Quelle: Bundesarztregister [28], Zi [30, 31]



In Deutschland berichten 11,3 % der Frauen und 8,1 % der Männer, innerhalb eines Jahres psychotherapeutische oder psychiatrische Hilfe in Anspruch genommen zu haben.

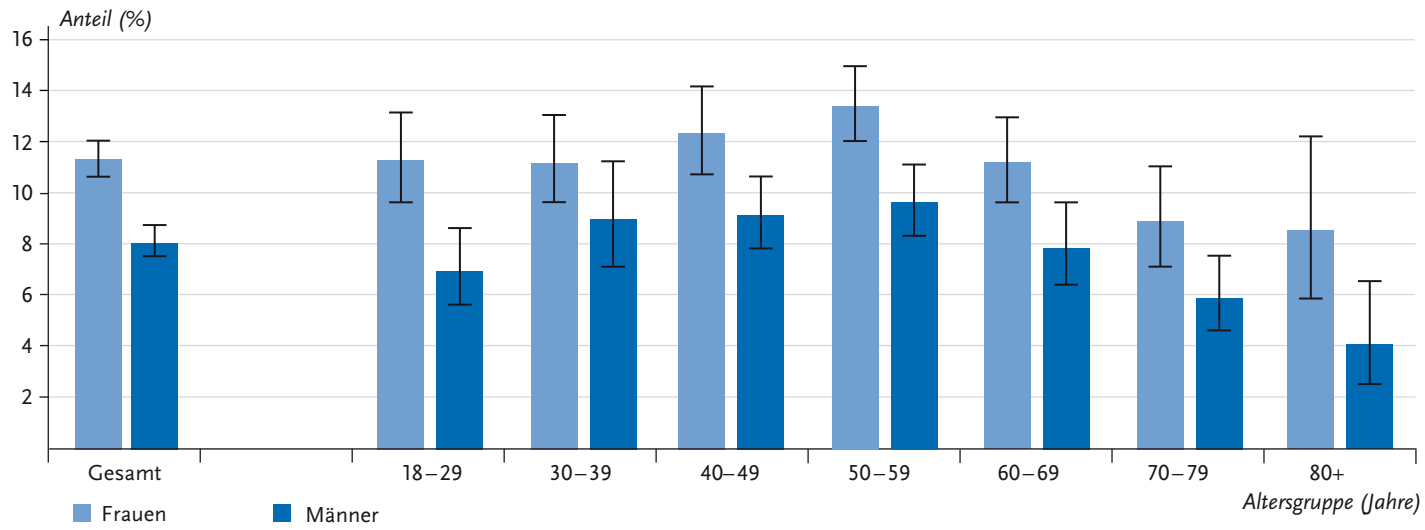
geringer als bei den Psychotherapeutinnen und -therapeuten. So gibt es einige Kreise, wie zum Beispiel der Kreis Schweinfurt, in denen keine Ärztinnen und Ärzte dieser Fachrichtung niedergelassen sind. Andererseits ist die Spannbreite auch deutlich geringer, sodass die höchste Versorgungsdichte in der kreisfreien Stadt Bamberg mit 17,9 Leistungserbringern pro 100.000 Einwohner erreicht wurde.

Die häufig unmittelbare Nähe von weniger gut versorgten Landkreisen und relativ gut versorgten kreisfreien Städten verdeutlicht die Notwendigkeit, die Mitversorgung über Kreisgrenzen hinweg angemessen zu berücksichtigen. Dabei verringern sich die regionalen Versorgungsunterschiede deutlich. So zeigt sich besonders am Beispiel der Psychotherapeutinnen und -therapeuten, dass die Versorgung in Landkreisen mit einer sehr geringen Versorgungsdichte aufgrund der Mitversorgung durch andere Landkreise meist tatsächlich besser ist. In Landkreisen und Städten mit vergleichsweise sehr guter Versorgung ist das Angebot dagegen aufgrund der Mitversorgung, die insbesondere für das Umland geleistet wird, im Ergebnis geringer. Infolgedessen beläuft sich die maximale Zahl an tatsächlich verfügbaren Leistungserbringern nicht mehr auf nahezu 130 pro 100.000 Einwohner, sondern auf etwa 75 (Abbildung 2).

3.2 Inanspruchnahme psychotherapeutischer und psychiatrischer Leistungen

Neben dem Angebot an Leistungserbringern sollte in Analysen zur Versorgungssituation auch die tatsächliche Inanspruchnahme der betreffenden Leistungen berücksichtigt werden. In Deutschland berichten innerhalb eines Jahres 9,7 % (95 %-KI: 9,2 – 10,3) der erwachsenen Bevölkerung von mindestens einem Kontakt zu psychotherapeutischen oder psychiatrischen Leistungserbringern. Frauen suchen die betreffenden Berufsgruppen

Abbildung 3
Inanspruchnahme psychotherapeutischer oder psychiatrischer Leistungen nach Alter und Geschlecht (n = 23.875)
Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS



Rund zwei Drittel der Personen mit depressiver Symptomatik suchen binnen eines Jahres keine psychotherapeutisch oder psychiatrisch tätigen Leistungserbringer auf.

mit 11,3 % (95 %-KI: 10,6 – 12,1) deutlich häufiger auf als Männer mit 8,1 % (95 %-KI: 7,5 – 8,8). Des Weiteren zeigen sich Veränderungen der Nutzung der betreffenden Leistungen im Altersverlauf (Abbildung 3).

Bei beiden Geschlechtern nimmt der Anteil der Personen, die sich bei psychotherapeutischen oder psychiatrischen Leistungserbringern behandeln lassen, mit dem Alter zunächst zu und erreicht mit 13,4 % bei Frauen und 9,7 % bei Männern den höchsten Wert in der Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen. In der Folge geht die selbstberichtete Nutzung der betreffenden Leistungen wieder zurück und erreicht bei beiden Geschlechtern die im Altersgang niedrigsten Werte bei den ab 80-jährigen Befragten (Frauen 8,5 %; Männer 4,1 %) sowie in der Gruppe der 70- bis 79-Jährigen (Frauen 8,9 %; Männer 5,9 %).

Darüber hinaus weisen Personen, die unter einer chronischen Erkrankung leiden, eine deutlich höhere Inanspruchnahme auf (Tabelle 1). Ausgeprägte Unterschiede zeigen sich vor allem bei Personen mit aktueller depressiver Symptomatik im Vergleich zu Personen ohne depressive Symptomatik. 35,0 % der Frauen, bei denen eine depressive Symptomatik besteht, berichten, in den letzten 12 Monaten psychotherapeutisch oder psychiatrisch Behandelnde aufgesucht zu haben. Bei den Männern waren dies 31,0 %. Im Umkehrschluss haben rund zwei Drittel der Personen mit aktueller depressiver Symptomatik in den letzten 12 Monaten keine professionelle Hilfe gesucht oder wurden möglicherweise von allgemeinmedizinisch oder anderen somatisch ausgerichteten Leistungserbringern behandelt.

Des Weiteren zeigen sich einige Unterschiede im Inanspruchnahmeverhalten auch bei Berücksichtigung sozialer und soziodemografischer Merkmale (Tabelle 1). So suchen Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status die betreffenden Berufsgruppen deutlich häufiger

Tabelle 1
Inanspruchnahme psychotherapeutischer oder psychiatrischer Leistungen nach ausgewählten sozialen Merkmalen
Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS

	Frauen		Männer	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
Region	(n = 13.066)		(n = 10.809)	
Alte Bundesländer (inkl. Berlin)	11,3	(10,4 – 12,2)	8,0	(7,3 – 8,7)
Neue Bundesländer	11,8	(10,4 – 13,4)	8,7	(7,3 – 10,3)
SES	(n = 13.041)		(n = 10.782)	
Niedrig	13,7	(11,8 – 15,8)	10,1	(8,6 – 11,9)
Mittel	10,9	(10,1 – 11,8)	8,0	(7,1 – 9,0)
Hoch	9,9	(8,7 – 11,2)	6,5	(5,5 – 7,6)
Krankenversicherung	(n = 12.660)		(n = 10.359)	
Gesetzlich	11,3	(10,5 – 12,1)	8,3	(7,5 – 9,1)
Privat	10,1	(8,6 – 11,8)	7,0	(5,8 – 8,4)
Ehe/eheähnliche Gemeinschaft	(n = 12.909)		(n = 10.648)	
Ja	9,9	(9,1 – 10,8)	7,1	(6,5 – 7,9)
Nein	13,9	(12,6 – 15,4)	10,3	(8,9 – 11,8)
Soziale Unterstützung	(n = 12.851)		(n = 10.638)	
Mittel/stark	9,8	(9,1 – 10,5)	6,8	(6,2 – 7,5)
Gering	18,1	(16,1 – 20,4)	13,3	(11,6 – 15,2)
Depressive Symptomatik	(n = 12.838)		(n = 10.653)	
Ja	35,0	(31,8 – 38,2)	31,0	(27,4 – 35,0)
Nein	8,2	(7,5 – 8,9)	5,9	(5,3 – 6,6)
Chronische Krankheit	(n = 12.960)		(n = 10.743)	
Ja	16,5	(15,3 – 17,9)	13,4	(12,3 – 14,6)
Nein	6,6	(5,8 – 7,4)	3,9	(3,3 – 4,5)

KI = Konfidenzintervall; SES = sozioökonomischer Status

auf als Personen mittlerer oder höherer Statusgruppen. Die Unterschiede zwischen gesetzlich und privat Versicherten wie auch zwischen den alten und neuen Bundesländern sind dagegen schwach ausgeprägt. Angesichts der geringeren Versorgungsdichte in den neuen Bundesländern spricht dieser Befund auf deskriptiver Ebene dafür, dass das vorhandene Versorgungsangebot nicht mit einer tatsächlich geringeren Nutzung einhergeht (Tabelle 1, Abbildung 1).

Dagegen zeigen sich stärkere Zusammenhänge zwischen den Indikatoren der sozialen Einbindung und der Nutzung psychotherapeutischer oder psychiatrischer Leistungen. Befragte, die nicht in einer Ehe oder einer eheähnlichen Gemeinschaft leben und vor allem Personen, die eine geringe soziale Unterstützung erleben, nehmen häufiger als andere eine entsprechende Behandlung in Anspruch.

Tabelle 2
Individuelle und regionale Determinanten der Inanspruchnahme psychotherapeutischer oder psychiatrischer Leistungen; Ergebnisse logistischer Mehrebenenanalysen (Odds Ratios) (n = 21.968)
Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS

Ebene	Merkmal	Kategorie	OR		95 %-KI
Individuen	Geschlecht (Ref. Männer)	Frauen	**1,36**	1,21	1,53
	Alter (metrisch)		**1,0699**	1,0470	1,0933
	Alter² (metrisch)		**0,9993**	0,9990	0,9995
	SES (Ref. niedrig)	mittel	1,00	0,84	1,18
		hoch	0,96	0,76	1,23
	Krankenversicherung (Ref. gesetzlich)	privat	0,95	0,80	1,12
	Ehe/eheähnliche Gemeinschaft (Ref. ja)	nein	**1,48**	1,30	1,69
	Soziale Unterstützung (Ref. mittel/hoch)	gering	**1,34**	1,16	1,54
	Depressive Symptomatik (Ref. nein)	ja	**4,85**	4,11	5,72
	Chronische Erkrankung (Ref. nein)	ja	**2,75**	2,38	3,18
Kreise	Psychotherapeutinnen, -therapeuten/100.000 EW (metrisch)		**1,0071**	1,0014	1,0129
	Nervenärztinnen, -ärzte/100.000 EW (metrisch)		0,9855	0,9607	1,0111
	Variation zwischen den Kreisen (MOR)		**1,3318**		

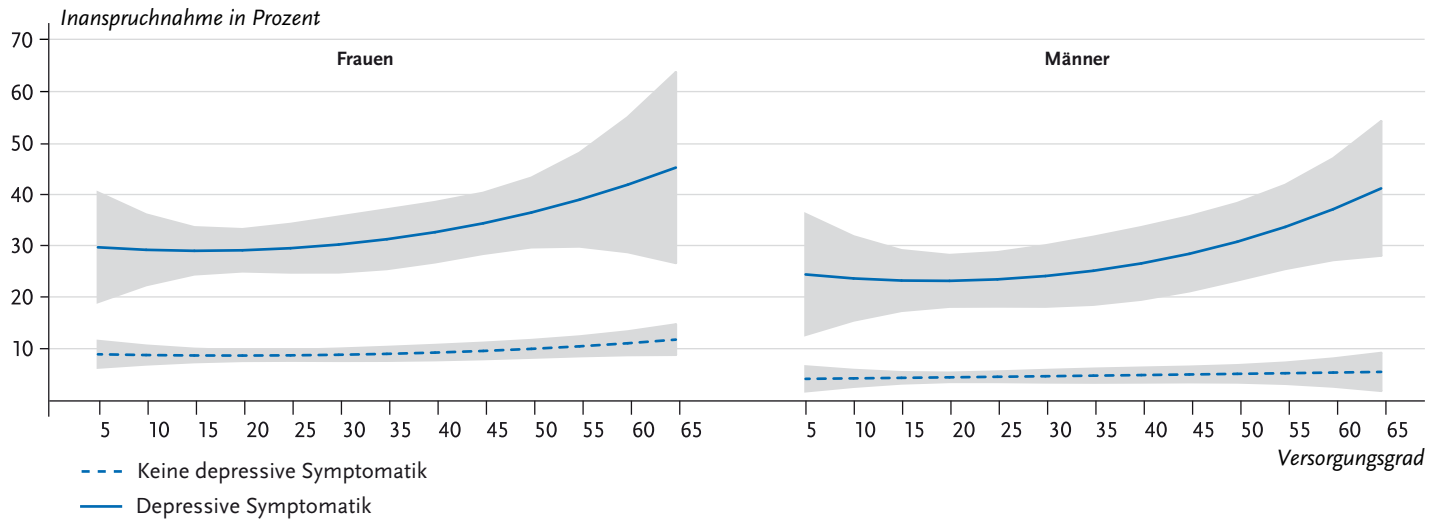
SES = sozioökonomischer Status; OR = Odds Ratio; MOR = Median Odds Ratio; Ref. = Referenzkategorie; 95 %-KI = 95 %-Konfidenzintervall; EW = Einwohner
Psychotherapeutinnen, -therapeuten und Nervenärztinnen, -ärzte (definiert laut Bedarfsplanungsrichtlinie; siehe Methode): korrigiert für Mitversorgungseffekte
Fett gedruckte Werte: Zusammenhang ist statistisch signifikant ($p < 0,05$)

3.3 Individuelle und regionale Einflussfaktoren der Inanspruchnahme

Die Mehrebenenanalyse zeigt, dass zwischen den Kreisen signifikante Unterschiede in der Inanspruchnahme psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlungsangebote bestehen (Median Odds Ratio des Modells ohne Kontrollvariablen: 1,33). Diese Unterschiede sind auch mit der regionalen Verteilung der Leistungserbringer assoziiert: Die um Mitversorgung korrigierte Dichte an Psychotherapeutinnen und -therapeuten auf Kreisebene weist einen signifikanten Zusammenhang mit der individuellen Inanspruchnahme psychotherapeutischer und psychiatrischer Behandlung auf. Die Wahrscheinlichkeit, diese Leistungen zu nutzen, steigt im Mittel mit weiteren zehn Psychotherapeutinnen und -therapeuten pro Landkreis um rund 0,7 % an (Odds Ratio 1,007; Tabelle 2). Ein vergleichbarer Zusammenhang zwischen Inanspruchnahme und regionaler Verteilung der Nervenärztinnen und Nervenärzte besteht dagegen nicht.

Des Weiteren gehen neben den Indikatoren des medizinischen Bedarfs auch Geschlecht und Alter mit Unterschieden in der Inanspruchnahme einher. Frauen haben eine höhere Wahrscheinlichkeit, psychotherapeutische oder psychiatrische Leistungen in Anspruch zu nehmen als Männer. Die signifikanten Odds Ratios des Alters sowie des quadrierten Alters zeigen an, dass die Zunahme der Inanspruchnahme im Altersgang nicht linear ist (Tabelle 2). Das Modell bestätigt damit einen mit dem Alter zunächst ansteigenden und dann abfallenden Verlauf, wie er auch in der deskriptiven Auswertung zu sehen ist (Abbildung 3). Unter den weiteren

Abbildung 4
Inanspruchnahme psychotherapeutischer oder psychiatrischer Leistungen bei Personen mit und ohne depressive Symptomatik; modellbasierte Schätzung mit 95 %-Konfidenzintervallen (n = 21.968)
Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS



nicht-medizinischen Faktoren stehen im multivariaten Modell vor allem soziale Bindungen in Zusammenhang mit der Inanspruchnahme: Personen, die nicht in einer Ehe oder einer eheähnlichen Gemeinschaft leben, sowie Personen mit geringer sozialer Unterstützung nehmen psychotherapeutische und psychiatrische Behandlungsangebote signifikant häufiger in Anspruch. Der sozioökonomische Status wie auch der Versichertenstatus weisen hingegen bei Kontrolle des medizinischen Bedarfs keine nennenswerten Zusammenhänge mit der Inanspruchnahme auf.

Der Zusammenhang zwischen der regionalen Verteilung an Psychotherapeutinnen und -therapeuten und der Inanspruchnahme psychotherapeutischer und psychiatrischer Behandlungsleistungen lässt sich getrennt für Frauen und Männer modellbasiert auch grafisch darstellen. Dabei zeigt sich, dass ein ausgeprägter Zusammenhang vor allem für Personen besteht, die zum Zeitpunkt der Befragung eine depressive Symptomatik aufweisen (Abbildung 4). Bei Personen ohne vorliegende depressive Symptomatik stagniert die Inanspruchnahme mit zunehmender Versorgungsdichte auf einem etwa gleichbleibend niedrigen Niveau. Bei Personen mit depressiver Symptomatik zeigt sich dagegen mit höherer Versorgungsdichte ein Anstieg in der Inanspruchnahme. Der Zusammenhang zwischen der Dichte an Leistungserbringern und der tatsächlichen Inanspruchnahme ist aber im Bereich geringer und mittlerer Versorgungsdichten schwächer ausgeprägt als im Bereich höherer und sehr hoher Versorgungsdichten. Dabei ist zu beachten, dass adjustiert um Mitversorgung, nur etwa 25 % aller Kreise über dem Wert von 35 Psychotherapeutinnen und -therapeuten pro 100.000 Einwohner liegen, oberhalb von 50 Leistungserbringern weniger als 10 %. Insgesamt beträgt der Anstieg etwa 15 Prozentpunkte. Während bei Frauen mit depressiver Symptomatik die

In Regionen mit relativ vielen Psychotherapeutinnen und -therapeuten nehmen Personen mit depressiver Symptomatik deren Hilfe deutlich häufiger in Anspruch.

Inanspruchnahme in Kreisen mit geringer und mittlerer Versorgungsdichte bei knapp 30 % liegt, steigt die Nutzung der betreffenden Leistungen in Regionen mit sehr hoher Versorgungsdichte auf etwa 45 % an. Bei Männern zeigt sich ein vergleichbarer Anstieg, von rund 24 % auf etwa 40 % (Abbildung 4).

4. Diskussion

In Deutschland berichten 11,3 % der Frauen und 8,1 % der Männer von der Inanspruchnahme psychotherapeutischer oder psychiatrischer Leistungen in den vergangenen 12 Monaten. Unter den Frauen und Männern mit aktueller depressiver Symptomatik waren dies 35,0 % bzw. 31,0 %. Im Umkehrschluss haben rund zwei Drittel der Personen mit bestehender depressiver Symptomatik in den letzten 12 Monaten keine professionelle Hilfe gesucht bzw. wurden im Rahmen der primärärztlichen Versorgung oder von somatisch ausgerichteten Leistungserbringern behandelt. Die Verteilung insbesondere der ambulanten psychotherapeutischen Leistungserbringer in Deutschland weist große regionale Unterschiede auf. Dabei zeigt sich zwischen Versorgungsdichte und Inanspruchnahme psychotherapeutischer und psychiatrischer Leistungen ein deutlicher Zusammenhang. In Regionen mit sehr hohen psychotherapeutischen Versorgungsdichten liegt der Anteil der Personen mit depressiver Symptomatik, der sich behandeln lässt, etwa 15 Prozentpunkte höher als in Regionen mit geringer Versorgungsdichte. Daneben weisen vor allem ein Leben ohne Partnerschaft sowie eine geringe soziale Unterstützung einen Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen auf.

Für Menschen mit psychischen Störungen unterscheidet sich der Zugang zum spezialisierten Versorgungssystem deutlich zwischen einzelnen Regionen. Die Dichte der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten schwankt um ein 76,3-Faches, die der Nervenärztinnen und Nervenärzte um ein 17,9-Faches, womit beide Arztgruppen die in der Bedarfsplanung festgeschriebenen Abweichungen zwischen Regionstypen (Schwankungen um den Faktor 2,9 bzw. 2,4) weit übertreffen [45]. Selbst wenn die Häufigkeit psychischer Störungen nicht gravierend regional variiert, so sind möglicherweise doch ihre Folgen in Abhängigkeit von verfügbaren Behandlungsangeboten räumlich ungleich verteilt. Wenn Patientinnen und Patienten in Regionen mit geringer Versorgungsdichte Behandelnde jenseits ihres Wohnortes aufsuchen, spricht man von Mitversorgung. Durch den Einbezug von Mitversorgungsbeziehungen zwischen benachbarten Regionen reduziert sich die Spannbreite der Angebotsdichten wesentlich, aber keinesfalls vollständig. Die Interpretation von Mitversorgungsbeziehungen ist jedoch ambivalent: Zwar mildern sie Versorgungsunterschiede ab und zeigen die für eine effiziente Versorgung notwendigen Serviceleistungen der Zentren für die Peripherie auf. Sie machen aber dadurch Patientenströme sichtbar, die erst durch eine nominelle lokale Unterversorgung ausgelöst werden [46].

Bei der Interpretation des Zusammenhangs zwischen Versorgungsangebot und der Nutzung psychotherapeutischer und psychiatrischer Leistungen ist des Weiteren zu berücksichtigen, dass mit den einbezogenen Indikatoren für die Inanspruchnahme und die regionalen Versorgungsstrukturen die Versorgungsrealität nur nähe-

rungsweise abgebildet wird. So stellt die Inanspruchnahme bei Befragten mit depressiver Symptomatik eher eine konservative Schätzung dar. Die Symptome können erst seit kurzer Zeit bestehen und die Kontaktaufnahme mit psychotherapeutischen und psychiatrischen Leistungserbringern kann zum Erhebungszeitpunkt noch ausstehen. Auch entsprechen die im GEDA-2014/2015-EHIS-Fragebogen erfassten Arztgruppen den gemäß Bedarfsplanungsrichtlinie auf regionaler Ebene abgebildeten Gruppen nicht vollständig (siehe Methoden). So kann mit der GEDA-2014/2015-EHIS-Frage in begrenztem Umfang auch die Inanspruchnahme psychologischer Beratung außerhalb des medizinischen Systems erfasst werden, welche nicht Bestandteil einer leitliniengerechten Behandlung psychischer Störungen ist. Gleichermaßen umfassen die betrachteten Arztdichten in der Gruppe der Nervenärztinnen und -ärzte auch neurologisch tätige Leistungserbringer, da diese in der Bedarfsplanungsrichtlinie dieser Behandlergruppe zugeschlagen werden. Abrechnungsdaten zeigen aber, dass etwa ein Drittel der häufigsten Diagnosen in der nervenärztlichen Versorgung im Bereich der Erkrankungen des Nervensystems liegen (z. B. Parkinson, Epilepsie oder Demenzen) [47]. Diese Arztgruppe steht also nicht ausschließlich für die Versorgung psychischer Störungen zur Verfügung. Das Behandlungsangebot für diese Patientengruppe wird anhand der verwendeten Arztdichten somit tendenziell überschätzt. Hier setzt die Datenverfügbarkeit einer einheitlichen Zuordnung von Arztgruppen aus unterschiedlichen Datenquellen Grenzen.

Eine weitere Unschärfe besteht darin, dass mit den Maßzahlen zur Versorgungsdichte der Umfang der tatsächlich erbrachten Versorgung nur bedingt abgebildet wird. Dieser ist nicht nur von der nominellen Arztdichte, sondern auch von verschiedenen weiteren Faktoren wie dem Anteil an Teilzeitarbeit und der pro Praxis behandelten Patientenzahl und Behandlungsfrequenz abhängig. In diesen Merkmalen unterscheiden sich die betrachteten Arztgruppen zudem deutlich: Abrechnungsdaten aus dem Jahr 2008 zeigen für die Gruppe der nervenärztlichen Leistungserbringer, dass diese eine vielfach höhere Anzahl an Fällen pro Quartal behandeln als ihre psychotherapeutisch tätigen Kolleginnen und Kollegen, je Fall aber einen geringeren Behandlungsumfang (-zeit, -frequenz) abrechnen [47]. Insofern leisten beide Arztgruppen sehr spezifische und schwer vergleichbare Beiträge zur Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen.

Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass die Erhebung einer depressiven Symptomatik über den PHQ-8-Fragebogen nur als Annäherung an die Indikation für eine psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung dienen kann. Aussagen zum Behandlungsbedarf der erfassten depressiven Symptomatik sind nicht direkt ableitbar. So können depressive Symptome als unterschwellige Form einer Depression auftreten und sich häufig auch spontan zurückbilden, so dass kein längerfristiger Behandlungsbedarf vorliegt [48]. Allerdings wird mit der hier verwendeten Zielvariable auch keine Therapie im umfänglichen Sinne, sondern ein Kontakt zum Hilfesystem abgebildet. Passend hierzu wird mit dem PHQ-8-Fragebogen eine Personengruppe erfasst, die einen ersten fachärztlichen Abklärungs- und Beratungsbedarf aufweist und insofern als inanspruchnahme-

Viele Patientinnen und Patienten mit depressiven Störungen werden ausschließlich hausärztlich versorgt.

bedürftig und inanspruchnahmeberechtigt angesehen werden kann.

Dennoch berichtet nur etwa ein Drittel der Personen mit depressiver Symptomatik von einer Kontaktaufnahme zu psychotherapeutischen und psychiatrischen Leistungserbringern. Dies entspricht bisherigen epidemiologischen Befunden zur Inanspruchnahme, wonach auch Personen mit klinisch relevanten depressiven Störungen mehrheitlich unbehandelt bleiben [49]. Abrechnungsdaten von Krankenkassen zeigen überdies, dass bei erfolgter Inanspruchnahme des Versorgungssystems etwa zwei Drittel der Personen mit depressiver Störung keine fachärztliche Abklärung erfahren und ausschließlich durch den Hausarzt versorgt werden [5, 11]. Auch wenn es schwer festzustellen ist, welches ein „angemessenes" Niveau an Inanspruchnahme psychotherapeutischer und psychiatrischer Leistungserbringer auf Bevölkerungsebene darstellt, sind diese Aspekte mit Hinblick auf die Qualität der Versorgung durchaus relevant. Denn es ist wahrscheinlich, dass Depressionen in der Versorgung sowohl unter- als auch überdiagnostiziert und -versorgt werden. Besonders problematisch erscheint in diesem Zusammenhang, dass insgesamt die Hälfte bis zwei Drittel aller Depressionsdiagnosen als unspezifische Diagnosen ohne Schweregradkodierung vergeben werden, in der hausärztlichen Praxis mehr als 80 % [5, 6, 50–53]. Ob in diesen Fällen von einer leitliniengerechten Behandlung ausgegangen werden kann, die eine präzise Schweregradeinstufung und häufig eine fachärztliche Abklärung erfordern würde, ist fraglich und sollte in weiterführenden Studien genauer untersucht werden [11].

Bei der Einordnung weiterer individueller Determinanten fallen zunächst die Unterschiede in der Inanspruchnahme nach Alter und Geschlecht auf. Frauen zeigen unabhängig von den betrachteten Leistungen in der Regel höhere Inanspruchnahmeraten als Männer [33, 34, 36]. Die Inanspruchnahme psychotherapeutischer und psychiatrischer Behandlungen stellen hier keine Ausnahme dar [49]. In Übereinstimmung mit bisherigen Befunden nimmt die Nutzung von psychotherapeutischen Leistungen im Altersgang tendenziell ab [34, 54]. Beim sozioökonomischen Status zeigt sich, dass Angehörige der unteren Statusgruppen anteilig häufiger Kontakt zu psychotherapeutisch und psychiatrisch tätigen Leistungserbringern hatten als Personen mit mittlerem oder hohem Status. Dieser Unterschied bestätigt sich unter Kontrolle einer depressiven Symptomatik im multivariaten Modell nicht. Die deskriptiv höhere Inanspruchnahme bei Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status kann daher auf die höheren Prävalenzen einer depressiven Symptomatik und ggf. depressiver Störungen in dieser Bevölkerungsgruppe zurückgeführt werden [55] (siehe auch die Fact sheets Depression und Depressive Symptomatik in der Ausgabe 3/2017 des Journal of Health Monitoring). Des Weiteren zeigen vor allem eine geringe soziale Unterstützung sowie das Leben außerhalb einer Ehe oder eheähnlichen Gemeinschaft einen unabhängigen Zusammenhang mit einer höheren Inanspruchnahme.

Zentrales Ergebnis der vorliegenden Arbeit in Bezug auf regionale Unterschiede ist, dass zwischen dem regionalen Angebot an psychotherapeutischen Leistungserbringern (Versorgungsdichte) und der Höhe der Inanspruchnahme auf Bevölkerungsebene grundsätzlich ein

Zusammenhang besteht. Dieser ist im Bereich geringer und mittlerer Versorgungsdichten tendenziell schwächer ausgeprägt. Als eine mögliche Erklärung hierfür bietet sich an, dass Patientinnen und Patienten insbesondere aus Gebieten mit einem geringeren Versorgungsangebot diese Situation teilweise kompensieren. Sie können beispielsweise deutlich längere Anfahrtswege in Kauf nehmen oder auf stationäre Versorgungsangebote ausweichen.

Darüber hinaus ist eine Deckelung der Inanspruchnahme durch eine absolute Auslastung nicht auszuschließen. So könnten Leistungserbringer in schlechter versorgten Regionen mehr Patientinnen und Patienten behandeln, diese aber möglicherweise seltener pro Quartal sehen als in besser versorgten Regionen. Dadurch können sie in gewissem Umfang ein geringeres Versorgungsangebot kompensieren. Analysen kassenärztlicher Abrechnungsdaten legen solche regionalen Unterschiede in der Fallzahl pro Leistungserbringer bzw. in der Behandlungsfrequenz im Vergleich zwischen ost- und westdeutschen Bundesländern nahe [56]. Hierzu passt, dass sich die Inanspruchnahmehäufigkeit auf Bevölkerungsebene in den vorliegenden Daten trotz erheblicher Abweichungen im Ausbau der ambulanten Angebotsstruktur zwischen alten und neuen Bundesländern kaum unterscheidet.

Daher sind derzeit besonders Personen mit depressiver Symptomatik, die in den rund 25 % der Regionen mit den höchsten Versorgungsdichten leben, in Bezug auf ihre Zugangsmöglichkeiten zur Versorgung bevorteilt. Die im Bedarfsfall deutlich höhere Inanspruchnahme psychotherapeutischer und psychiatrischer Leistungen in diesen Regionen zeigt, dass die betreffenden Personen diese besseren Möglichkeiten auch nutzen. Personen aus schlechter versorgten Regionen verbleiben hingegen häufiger und länger zunächst ohne Versorgung oder werden häufiger durch somatisch ausgerichtete Fachärztinnen und -ärzte behandelt. Inwieweit sich dies in Versorgungsergebnissen wie einer häufigeren medikamentösen Therapie, häufigeren stationären Einweisungen oder vermehrten Rezidiven äußert, wären Hypothesen für eine zukünftige Forschung. In jedem Fall sprechen diese Befunde jedoch, übereinstimmend mit früheren Analysen, gegen die Hypothese einer angebotsinduzierten Nachfrage der Behandlung durch psychotherapeutische oder psychiatrische Leistungserbringer [19]. Denn während die Inanspruchnahme in gut versorgten Regionen bei vorliegender depressiver Symptomatik zunimmt, verbleibt sie ohne diese Symptome auch bei guter Versorgung auf einem vergleichsweise niedrigen Niveau.

Um eine bedarfsgerechte Nutzung psychotherapeutischer und psychiatrischer Angebote zu erreichen, steht als ein Mittel die Anpassung der Bedarfsplanung und damit die Verbesserung der Angebotsstrukturen zur Verfügung. Nach dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) soll der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ab dem Jahr 2017 die Bedarfsplanung unter Berücksichtigung der Sozial- und Morbiditätsstruktur einer Region anpassen und besonders eine Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung (auch auf kleinräumiger Ebene) realisieren. Auch wenn hinlänglich bekannt ist, dass die Besetzung freier Arztsitze schwierig sein kann und die Planung an sich noch nicht zu einem verbesserten Versorgungsangebot führen muss, sollte dieses Ziel im Sinne der Herstellung einer höhe-

ren Bedarfsgerechtigkeit weiter verfolgt werden. Dies erleichtert den Patientinnen und Patienten den Zugang zur Versorgung, indem die wohnortnahe Versorgung in schlechter versorgten Gebieten ausgebaut wird. Es entlastet die dort tätigen Leistungserbringer und schafft mehr Ressourcen für bedarfsgerechte Behandlungen.

Darüber hinaus sind weitere Angebote zu prüfen, welche die Schwelle insbesondere für einen zügigen Erstkontakt auch zur fachärztlichen Versorgung senken können. Erste Schritte in diese Richtung wurden mit der Novellierung der Psychotherapeutenrichtlinie 2017 bereits vollzogen [57]: So soll mit Elementen wie der psychotherapeutischen Sprechstunde oder der Akutbehandlung im Krisenfall der frühe Zugang zu psychotherapeutischen Maßnahmen im Sinne eines gestuften Vorgehens (stepped care) vereinfacht werden. Dadurch wird eine Anpassung der Maßnahmen an den individuellen Bedarf ermöglicht und lange Wartzeiten, die das Risiko einer Chronifizierung psychischer Störung erhöhen, können reduziert werden. Auch durch den Wegfall aufwendiger Gutachterverfahren für Kurzzeittherapien soll eine schnelle Versorgung der Patientinnen und Patienten erreicht werden. Es wird sich allerdings zeigen müssen, inwiefern diese Neuerungen Ressourcen nur verschieben und ob schließlich aufgrund der größeren Zahl diagnostischer Abklärungen ggf. sogar bei mehr Personen die Indikation für eine Behandlung gestellt wird.

Zugangswege zur spezialisierten Versorgung wie der Stepped-Care-Ansatz sollten neben einer Steigerung der Zahl an Leistungserbringern weiter erprobt werden.

Zudem wird aktuell in verschiedenen Modellvorhaben (nach § 64b SGB V) erprobt, wie die Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen verbessert werden kann. Schwerpunkt ist, neben der stärkeren Ausrichtung auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten, eine stärker gesteuerte Kooperation von Behandelnden der primär- und fachärztlichen Versorgung im ambulanten wie auch im stationären Sektor unter Einbeziehung der Kostenträger (z. B. Krankenkassen). Diese Pilotprojekte beziehen häufig neue Versorgungsformen wie E-Mental-Health mit ein, da app- und internetbasierte Angebote einen niedrigschwelligen Zugang bieten, Wartezeiten überbrücken helfen oder zum Beispiel in der hausärztlichen Versorgung präventiv oder behandlungsfördernd wirken können [58–60]. Menschen in Regionen mit wenigen ambulanten Behandlungskapazitäten oder Personen, die aus Gründen wie Scham oder Zeitmangel vorhandene Angebote nicht in Anspruch nehmen, könnten auf diese Weise Unterstützung erhalten. Diese Verfahren sollten einer eingehenden Erprobung und Evaluation unterzogen werden und können nicht als Ersatz für die persönlich erbrachte Psychotherapie dienen. Sie zeigen aber, dass nicht nur die Zahl der Behandelnden (Kapazitäten) erhöht werden sollte, um eine höhere Bedarfsgerechtigkeit auf Angebotsseite zu erreichen, sondern auch die Formen des Zugangs weiterentwickelt werden können, um die Qualität der Versorgung durch psychotherapeutische und psychiatrische Angebote zu verbessern.

Literatur

1. Vos T, Flaxman AD, Naghavi M et al. (2012) Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet 380(9859):2163-2196
2. Institute for Health Metrics and Evaluation (2017) Global Burden of Disease Study 2015 (GBD 2015) Results. Global, both sexes, all ages, YLDs per 100,000. https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/ (Stand: 20.06.2017)

3. Institute for Health Metrics and Evaluation (2017) Global Burden of Disease Study 2015 (GBD 2015) Results. Germany, both sexes, all ages, YLDs per 100,000. https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/ (Stand: 20.06.2017)

4. Deutsche Angestellten-Krankenkasse (DAK) (2013) DAK-Gesundheitsreport 2013. IGES Institut GmbH, Berlin

5. Gerste B, Roick C (2014) Prävalenz und Inzidenz sowie Versorgung depressiver Erkrankungen in Deutschland – Eine Analyse auf Basis der in Routinedaten dokumentierten Depressionsdiagnosen. In: Klauber J, Günster C, Gerste B et al. (Hrsg) Versorgungs-Report 2013/2014. Schattauer, Stuttgart, S. 21-54

6. Istitut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH (IGES) (2012) Bewertung der Kodierqualität von vertragsärztlichen Diagnosen – Eine Studie im Auftrag des GKV-Spitzenverbands in Kooperation mit der BARMER GEK. IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH, Berlin

7. Kliner K, Rennert D, Richter M (2015) Gesundheit in Regionen – Blickpunkt Psyche. BKK Dachverband, BKK Gesundheitsatlas 2015. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin

8. Techniker Krankenkasse (Hrsg) (2015) Depressionsatlas. Auswertungen zu Arbeitsunfähigkeit und Arzneiverordnungen. AQUA - Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH, Göttingen

9. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2017) Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in der Gesetzlichen Rentenversicherung im Laufe des Berichtsjahres (Anzahl und je 100.000 aktiv Versicherte). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Zugangsalter, Geschlecht, 1. Diagnose (ICD-10). http://www.gbe-bund.de/ (Stand: 20.06.2107)

10. Deutsche Rentenversicherung Bund (2016) Rentenversicherung in Zeitreihen. Ausgabe 2016, DRV-Schriften, Band 22.

11. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, Bundesärztekammer, Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, Bundespsychotherapeutenkammer, Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker, Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen, Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie, Deutsche Gesellschaft für Psychologie, Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (Hrsg) (2015) S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs Leitlinie Unipolare Depression - Langfassung, 1. Auflage. Version 5. 2009, zuletzt verändert: Juni 2015 (AWMF-Register-Nr.: nvl-00). www.depression.versorgungsleitlinien.de (Stand: 20.06.2017)

12. Gaebel W, Kowitz S, Fritze J et al. (2013) Use of health care services by people with mental illness: secondary data from three statutory health insurers and the German Statutory Pension Insurance Scheme. Dtsch Arztebl Int 110(47):799-808

13. Klose J, Rehbein I (2016) Ärzteatlas 2016. Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten. Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), Berlin

14. Albrecht M, Etgeton S, Ochmann R (2015) Faktencheck Gesundheit – Regionale Verteilung von Arztsitzen (Ärztedichte). Bertelsmann Stiftung, Gütersloh

15. Albrecht M, Ochmann R, Jacobi F et al. (2016) Faktencheck Psychotherapeuten. Faktencheck Gesundheit. Bertelsmann Stiftung und Bundespsychotherapeutenkammer, Berlin

16. Melchior H, Schulz H, Härter M (2014) Stellenwert regionaler Variationen in der Prävalenz und Behandlung depressiver Erkrankungen und Implikationen für die Versorgungsforschung. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 57:224-233

17. Thom J, Bretschneider J, Müllender S et al. (2015) Regionale Variationen der ambulanten primär- und fachärztlichen Versorgung psychischer Störungen - Regionale Bedarfsunterschiede oder Versorgungsungerechtigkeit? Psychiatrie 12:247-254

18. Ozegowski S, Sundmacher L (2012) Wie „bedarfsgerecht“ ist die Bedarfsplanung? Eine Analyse der regionalen Verteilung der vertragsärztlichen Versorgung. Gesundheitswesen 74:618-626

19. Jacobi F, Becker M, Bretschneider J et al. (2016) Ambulante fachärztliche Versorgung psychischer Störungen: Kleine regionale Unterschiede im Bedarf, große regionale Unterschiede in der Versorgungsdichte. Nervenarzt 87(11):1211-1221

20. Jacobi F, Barnikol UB (2015) Abschätzung von Prävalenz und Behandlungsbedarf psychischer Störungen: Das Problem diagnostischer Schwellen. Nervenarzt 86(1):42-50

21. Allin S, Hernández-Quevedo C, Masseria C (2009) Measuring equity of access to health care. In: Smith P, Mossialos E, Papanicolas I et al. (Hrsg) Performance Measurement for Health System Improvement: Experiences, Challenges and Prospects. Cambridge University Press, Cambridge, S. 187-221

22. Bock C, Osterkamp N, Schulte C (2012) Fachärztliche Versorgung auf dem Land. Mangel oder fehlender Komfort? Gesundheitsmonitor 04/2012. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh

23. Thode N, Bergmann E, Kamtsiuris P et al. (2005) Einflussfaktoren auf die ambulante Inanspruchnahme in Deutschland. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 48(3):296-306

24. Andersen RM (2008) National health surveys and the behavioral model of health services use. Med Care 46(7):647-653

25. Andersen RM (1995) Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? J Health Soc Behav 36(1):1-10

26. Babitsch B, Gohl D, von Lengerke T (2012) Re-revisiting Andersen's Behavioral Model of Health Services Use: a systematic review of studies from 1998-2011. Psychosoc Med 9:Doc11

27. European Commission, Eurostat (2013) European Health Interview Survey (EHIS wave 2). Methodological manual. European Commission, Luxembourg

28. Schulz M, Schulz M, Bätzing-Feigenbaum J et al. (2015) Vertragsärzte und -psychotherapeuten je 100.000 Einwohner nach Bedarfsplanungsfachgebieten und -regionen im Jahr 2013. Versorgungsatlas-Bericht Nr 15/02. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi), Berlin

29. Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg) (2014) Positionspapier der Deutschen Rentenversicherung zur Bedeutung psychischer Erkrankungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung. Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

30. Czihal T, von Stillfried D, Schallock M (2015) Mitversorgungsbeziehungen in der ambulanten Versorgung (Teil 2) – Mitversorgung durch andere Regionen (2008) Versorgungsatlas-Bericht Nr. 12/05. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi), Berlin

31. Czihal T, von Stillfried D, Schallock M (2015) Mitversorgungsbeziehungen in der ambulanten Versorgung (Teil 1) – Mitversorgung für andere Regionen (2008) Versorgungsatlas-Bericht Nr. 12/04. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi), Berlin

32. Europäische Union (2013) Verordnung (EU) Nr. 141/2013 der Kommission vom 19. Februar 2013 zur Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 1338/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates zu Gemeinschaftsstatistiken über öffentliche Gesundheit und über Gesundheitsschutz und Sicherheit am Arbeitsplatz in Bezug auf Statistiken auf der Grundlage der Europäischen Gesundheitsumfrage (EHIS). In: Europäische Union (Hrsg), ABl. L 47 vom 20.2.2013, S. 20–48

33. Hoebel J, Rattay P, Prütz F et al. (2016) Socioeconomic Status and Use of Outpatient Medical Care: The Case of Germany. PLoS One 11(5):e0155982

34. Rattay P, Butschalowsky H, Rommel A et al. (2013) Inanspruchnahme der ambulanten und stationaren medizinischen Versorgung in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 56(5-6):832-844 http://edoc.rki.de/oa/articles/reNjmYnmVbkxU/PDF/21x19FTPZ-x3io.pdf (Stand: 20.06.2017)

35. Kamtsiuris P, Bergmann E, Rattay P et al. (2007) Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendsurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 50(5-6):836-850

36. Rommel A, Kroll LE (2017) Individual and Regional Determinants for Physical Therapy Utilization in Germany: Multilevel Analysis of National Survey Data. Phys Ther 97(5):512-523

37. Lampert T, Kroll LE, Müters S et al. (2013) Messung des sozioökonomischen Status in der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA). Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 56(1):131-143

38. Dalgard OS, Dowrick C, Lehtinen V et al. (2006) Negative life events, social support and gender difference in depression: a multinational community survey with data from the ODIN study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 41(6):444-451

39. Kroenke K, Strine TW, Spitzer RL et al. (2009) The PHQ-8 as a measure of current depression in the general population. J Affect Disord 114(1-3):163-173

40. Martin A, Rief W, Klaiberg A et al. (2006) Validity of the Brief Patient Health Questionnaire Mood Scale (PHQ-9) in the general population. Gen Hosp Psychiatry 28(1):71-77

41. Lowe B, Spitzer RL, Grafe K et al. (2004) Comparative validity of three screening questionnaires for DSM-IV depressive disorders and physicians' diagnoses. J Affect Disord 78(2):131-140

42. Buratta V, Frova L, Gargiulo L et al. (2003) Development of a common instrument for chronic physical conditions. In: Nosikov A, Gudex C (Hrsg) EUROHIS: developing common instruments for health surveys. IOS press, Amsterdam

43. Kroll L (2007) XTMRHO: Stata module to calculate intra-class correlations after xtmixed. Statistical Software Components with

number S456816. Boston College Department of Economics, Boston

44. Pfeffermann D, Skinner CJ, Holmes DJ et al. (1998) Weighting for unequal selection probabilities in multilevel models. J R Stat Soc Series B Stat Methodol 60(1):23-40

45. Gemeinsamer Bundesausschuss (2016) Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie) in der Neufassung vom 20. Dezember 2012, zuletzt geändert am 15. Dezember 2016. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1408/BPL-RL_2016-12-15_iK-2017-06-01.pdf (Stand: 20.06.2017)

46. Czihal T, Stillfried D, Schallock M (2012) Regionale Mitversorgungsbeziehungen in der ambulanten Versorgung. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi), Berlin

47. Kruse J, Herzog W, Hofmann M et al. (2012) Zwischenbericht zum Gutachten „Zur ambulanten psychosomatischen/psychotherapeutischen Versorgung in der kassenärztlichen Versorgung in Deutschland – Formen der Versorgung und ihre Effizienz". Universitätsklinikum Heidelberg, Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH, Marburg, Heidelberg

48. Whiteford HA, Harris MG, McKeon G et al. (2013) Estimating remission from untreated major depression: a systematic review and meta-analysis. Psychol Med 43(8):1569-1585

49. Mack S, Jacobi F, Gerschler A et al. (2014) Self-reported utilization of mental health services in the adult German population – evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-Mental Health Module (DEGS1-MH). Int J Methods Psychiatr Res 23:289-303

50. Betriebskrankenkassen (BKK) (2015) Gesundheitsatlas 2015. Gesundheit in Regionen – Blickpunkt Psyche. BKK Dachverband, BKK Gesundheitsatlas 2015. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin

51. Erhart M, Stillfried D (2012) Analyse regionaler Unterschiede in der Prävalenz und Versorgung depressiver Störungen auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten – Teil 1 Prävalenz. Versorgungsatlas. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi), Berlin

52. Melchior H, Schulz H, Härter M (2014) Faktencheck Gesundheit – Regionale Unterschiede in der Diagnostik und Behandlung von Depressionen. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh

53. Gaebel W, Kowitz S, Fritze J et al. (2013) Inanspruchnahme des Versorgungssystems bei psychischen Erkrankungen. Dtsch Ärztebl International 110(47):799-808

54. Schmacke N (2012) Häufigkeit seelischer Erkrankungen. Die Frage nach der „wahren" Prävalenz ist kein akademischer Luxus. GGW 12(3):7-15

55. Maske UE, Buttery AK, Beesdo-Baum K et al. (2016) Prevalence and correlates of DSM-IV-TR major depressive disorder, self-reported diagnosed depression and current depressive symptoms among adults in Germany. J Affect Disord 190:167-177

56. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2012) Honorarbericht für das dritte Quartal 2011. Sonderthema: Honorarumsätze im regionalen Vergleich. KBV, Berlin

57. Gemeinsamer Bundesausschuss (2017) Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie. Fassung vom: 19.02.2009 BAnz. Nr. 58 (S. 1399) vom 17.04.2009. Letzte Änderung: 24.11.2016. In Kraft getreten am: 16.02.2017 https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1266/PT-RL_2016-11-24_iK-2017-02-16.pdf (Stand: 20.06.2017)

58. Klein JP, Gerlinger G, Knaevelsrud C et al. (2016) Internetbasierte Interventionen in der Behandlung psychischer Störungen. Nervenarzt 87(11):1185-1193

59. Moessner M, Bauer S (2017) E-Mental-Health und internetbasierte Psychotherapie. Psychotherapeut 62(3):251-266

60. Stein J, Rohr S, Luck T et al. (2017) Indikationen und Evidenz von international entwickelten Online-Coaches zur Intervention bei psychischen Erkrankungen - ein Meta-Review. Psychiatr Prax

61. Lange C, Finger JD, Allen J et al. (2017) Implementation of the European health interview survey (EHIS) into the German health update (GEDA). Archives of Public Health 75(1):40

Corrigendum zu Seite 13

In diesem Focus-Artikel wurde auf Seite 13 zunächst eine fehlerhafte Zahl genannt: „Die Wahrscheinlichkeit, diese Leistungen zu nutzen, steigt im Mittel mit weiteren zehn Psychotherapeutinnen und -therapeuten pro Landkreis um rund sieben Prozent an (Odds Ratio 1,007; Tabelle 2).“
Ursache war ein Dezimalfehler (7 % statt 0,7 %).
Der korrekte Satz lautet: „Die Wahrscheinlichkeit, diese Leistungen zu nutzen, steigt im Mittel mit weiteren zehn Psychotherapeutinnen und -therapeuten pro Landkreis um 0,7 % an (Odds Ratio 1,007; Tabelle 2).“
Der Wortlaut dieses Artikels in Ausgabe 4/2017 wurde entsprechend korrigiert.

Dieses Werk ist lizenziert unter einer Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz.

Impressum

Journal of Health Monitoring

Institution der beteiligten Autorinnen und Autoren
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Berlin

Korrespondenzadresse
Alexander Rommel
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
E-Mail: RommelA@rki.de

Interessenkonflikt
Der korrespondierende Autor gibt für sich, die Koautorinnen und den Koautor an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Förderungshinweis
Die GEDA-Studie wurde mit Mitteln des Robert Koch-Instituts und des Bundesministeriums für Gesundheit finanziert.

Hinweis
Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die Meinung des Robert Koch-Instituts wider.

Herausgeber
Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion
Susanne Bartig, Johanna Gutsche, Dr. Franziska Prütz,
Martina Rabenberg, Alexander Rommel, Dr. Anke-Christine Saß,
Stefanie Seeling, Martin Thißen, Dr. Thomas Ziese
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
Tel.: 030-18 754-3400
E-Mail: healthmonitoring@rki.de
www.rki.de/journalhealthmonitoring

Satz
Gisela Dugnus, Alexander Krönke, Kerstin Möllerke

Zitierweise
Rommel A, Bretschneider J, Kroll LE et al. (2017) Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen. Individuelle Determinanten und regionale Unterschiede. Journal of Health Monitoring 2(4):3–23. DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-111.2

ISSN 2511-2708

Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit

Journal of Health Monitoring · 2017 2(4)
DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-112
Robert Koch-Institut, Berlin

Autorinnen und Autoren:
Petra Rattay, Elena von der Lippe,
Lea-Sophie Borgmann, Thomas Lampert

Gesundheit von alleinerziehenden Müttern und Vätern in Deutschland

Abstract

In jeder fünften Familie in Deutschland lebt ein Elternteil allein mit Kindern im Haushalt. Die Lebenssituation Alleinerziehender ist häufig durch Herausforderungen wie die alleinige Zuständigkeit für die Betreuung und Erziehung der Kinder bei oftmals gleichzeitiger Erwerbstätigkeit und den damit einhergehenden Vereinbarkeitsproblemen gekennzeichnet. Trotz vergleichsweiser hoher Erwerbsbeteiligung sind Alleinerziehende und ihre Kinder in hohem Maße von Armut betroffen.

Der vorliegende Beitrag geht den Fragen nach, wie gesund alleinerziehende Mütter und Väter im Vergleich zu in Partnerschaft lebenden Eltern sind und inwieweit die Gesundheit von Alleinerziehenden mit dem sozioökonomischen Status, dem Erwerbsstatus sowie der sozialen Unterstützung variiert.

Die Fragen wurden unter Rückgriff auf die Daten der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) aus den Jahren 2009, 2010 und 2012 für die selbst als mittelmäßig oder schlecht eingeschätzte allgemeine Gesundheit, Depressionen, Rückenschmerzen, Adipositas, Rauchen, sportliche Inaktivität und die Nicht-Inanspruchnahme der Zahnvorsorgeuntersuchung analysiert. Die Analysen basieren auf Angaben von 9.806 Frauen und 6.279 Männern mit mindestens einem minderjährigen Kind im eigenen Haushalt.

Bei alleinerziehenden Müttern finden sich für alle einbezogenen Indikatoren der gesundheitlichen Lage (außer Adipositas) signifikant höhere Prävalenzen als bei in Partnerschaft lebenden Müttern. Für alleinerziehende Väter trifft dies auf Depressionen, Rauchen und die Nicht-Inanspruchnahme der Zahnvorsorge zu. Bei den Frauen kann der im Mittel niedrigere sozioökonomische Status einen Teil der gesundheitlichen Belastung der Alleinerziehenden erklären, bei den Männern nicht. Auf Unterschiede im Erwerbsstatus oder eine geringere soziale Unterstützung lässt sich die höhere gesundheitliche Beeinträchtigung von Alleinerziehenden jedoch nicht zurückführen. Vielmehr zeigen sich bei einigen Gesundheitsindikatoren kumulative Effekte zwischen dem Alleinerziehenden-Status und den genannten sozialen Faktoren.

Die vorliegenden Ergebnisse ermöglichen eine differenzierte Betrachtung der Zusammenhänge zwischen sozialer und gesundheitlicher Lage von alleinerziehenden Müttern und Vätern. Wichtige Ansatzpunkte für die Gesundheitsförderung von Alleinerziehenden stellen die finanzielle Absicherung von Ein-Eltern-Familien sowie eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf dar.

ALLEINERZIEHENDE · EIN-ELTERN-FAMILIE · PARTNERSCHAFT · GESUNDHEIT · GESUNDHEITSVERHALTEN

1. Einleitung

Ein-Eltern-Familien stellen historisch betrachtet keine neue familiäre Lebensform dar, allerdings haben sich die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen für das Alleinerziehen stark verändert. Die deutliche Zunahme von Ein-Eltern-Familien in Deutschland in den letzten Jahrzehnten ist Ausdruck einer allgemeinen Pluralisierung familiärer Lebensformen [1]. Alleinerziehen ist somit heute eine Lebensform neben anderen und zudem eine zeitlich begrenzte Phase, die oftmals durch eine neue Partnerschaft oder spätestens durch die Verselbstständigung der Kinder endet. Neben gewissen Entscheidungsfreiheiten ist die heutige Lebenssituation Alleinerziehender durch Herausforderungen gekennzeichnet, die sich aus der alleinigen Zuständigkeit für die Haushaltsführung, die Erziehung der Kinder bei oftmals gleichzeitiger Erwerbstätigkeit und geringen finanziellen und zeitlichen Ressourcen ergeben und mit psychosozialen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen einhergehen können.

Der Anteil der Ein-Eltern-Familien an allen Familien in Deutschland hat in den letzten Jahrzehnten deutlich zugenommen und lag im Jahr 2014 bei 20,3 %.

Im Jahr 2014 lebten laut Mikrozensus in Deutschland 1,46 Millionen alleinerziehende Mütter und 180.000 alleinerziehende Väter mit mindestens einem minderjährigen Kind im Haushalt [2, 3]. Der Anteil der Ein-Eltern-Familien an allen Familien mit minderjährigen Kindern lag damit bei 20,3 % [4]. Insgesamt wuchsen im Jahr 2014 2,3 Millionen Kinder unter 18 Jahren in Haushalten mit einem alleinerziehenden Elternteil auf [4]. In neun von zehn Fällen war der alleinerziehende Elternteil die Mutter. 53 % der alleinerziehenden Frauen und 63 % der alleinerziehenden Männer waren im Jahr 2014 geschieden oder lebten in Trennung vom Ehepartner beziehungsweise von der Ehepartnerin. Während nur 4 % der alleinerziehenden Mütter verwitwet waren, traf dies auf jeden zehnten der alleinerziehenden Väter zu [2]. Alleinerziehende Mütter versorgten im Vergleich zu alleinerziehenden Vätern zudem häufiger zwei und mehr sowie jüngere Kinder. So lebten bei etwa einem Drittel der alleinerziehenden Mütter Kinder im Alter von unter sechs Jahren. Dagegen traf dies auf nur 12 % der alleinerziehenden Väter zu [2, 5].

Erwerbstätig waren im Jahr 2014 sowohl 58 % der alleinerziehenden als auch der verheirateten Mütter und 57 % der Mütter aus nichtehelichen Lebensgemeinschaften. Allerdings gingen etwa vier von zehn der alleinerziehenden oder in einer nichtehelichen Lebenspartnerschaft lebenden erwerbstätigen Mütter einer Vollzeitbeschäftigung nach, während dies nur auf knapp ein Viertel der verheirateten Mütter zutraf. Bei den Vätern von Kindern unter 15 Jahren zeigen sich bei der Erwerbsbeteiligung hingegen gegenläufige Muster: Alleinerziehende Väter waren mit einer Quote von 70 % deutlich seltener erwerbstätig als verheiratete (85 %) oder in einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft lebende Väter (80 %). Einer Vollzeiterwerbstätigkeit gingen 95 % der erwerbstätigen verheirateten Väter und 92 % der Väter aus nichtehelichen Lebensgemeinschaften nach, aber nur 86 % der alleinerziehenden Väter [2].

Das Einkommensarmutsrisiko – definiert als ein Einkommen kleiner als 60 % des mittleren Einkommens einer Bevölkerung (bedarfsgewichtetes Medianeinkommen) – betrug bei Familien von Alleinerziehenden im Jahr 2014 laut Mikrozensus 42 % [4]. 38 % der Ein-Eltern-Familien bezogen im Jahr 2015 Leistungen nach

dem Zweiten Sozialgesetzbuch (SGB II); sie sind damit etwa fünfmal häufiger im SGB-II-Bezug als Zwei-Eltern-Familien. Bei Alleinerziehenden mit drei oder mehr Kindern beträgt der Anteil der SGB-II-Bezieher sogar zwei Drittel. 35 % aller alleinerziehenden Eltern im SGB-II-Bezug konnten im Jahresdurchschnitt 2014 trotz Erwerbstätigkeit nicht den Lebensunterhalt für ihre Familie bestreiten. Insgesamt lebten von den 1,92 Millionen Kindern unter 18 Jahren, die SGB-II-Leistungen bezogen, etwa die Hälfte in Ein-Eltern-Haushalten [4].

Das Alleinerziehen geht mit weitreichenden Anforderungen einher, aus denen zum Teil Belastungen für die Gesundheit resultieren können.

Mit Blick auf die gesundheitliche Lage Alleinerziehender findet sich insbesondere in Großbritannien und den USA bereits seit den 1980er Jahren ein eigener Forschungsstrang. In Deutschland steht das Thema hingegen erst seit Anfang der 2000er Jahre verstärkt im Fokus von Wissenschaft und Politik [6]. Publikationen, die sich explizit mit der gesundheitlichen Situation von Alleinerziehenden in Deutschland beschäftigen, beziehen sich bislang fast ausschließlich auf alleinerziehende Mütter [6–14]. Gründe hierfür sind die größere Anzahl von Frauen in Ein-Eltern-Familien und die damit einhergehende sehr kleine Stichprobe von alleinerziehenden Vätern in bevölkerungsbezogenen Surveys. Es gibt dennoch einige Studien insbesondere zur psychischen Gesundheit, die Aussagen zu alleinerziehenden Müttern und Vätern in Deutschland enthalten [15–18].

Trotz erheblicher Unterschiede in den genannten Studien hinsichtlich der Definition von Alleinerziehenden (z. B. mit Blick auf das Alter der Kinder), der Vergleichsgruppe (z. B. verheiratete Mütter oder in Partnerschaft lebende Mütter), des Alters der untersuchten Stichproben und der Methodik (z. B. mit Blick auf die einbezogenen Kontrollvariablen) kommen die Studien zu ähnlichen Ergebnissen.

So schätzen alleinerziehende Mütter ihren allgemeinen Gesundheitszustand häufiger als schlecht ein als in Partnerschaft lebende Mütter [6, 8–10, 12]. Mit Blick auf die psychische Gesundheit wird beispielsweise bei Depressionen oder bei Störungen im Zusammenhang mit dem missbräuchlichen Konsum psychoaktiver Substanzen wie Alkohol oder Drogen ebenfalls eine höhere Belastung von alleinerziehenden gegenüber in Partnerschaft lebenden Müttern berichtet [6–8, 10, 11, 15–17, 19, 20]. Auch die emotionale Grundstimmung [6, 8, 9] sowie die gesundheitsbezogene Lebensqualität [9, 10] fallen bei alleinerziehenden Müttern schlechter aus.

Dagegen zeigen sich in der körperlichen Gesundheit meist nur geringfügige oder keine Unterschiede zwischen alleinerziehenden und in Partnerschaft lebenden Müttern. So finden sich keine signifikanten Unterschiede bezüglich Hypertonie [6, 10], Schwindel [10], Migräne [6, 9], chronischer Bronchitis [10], Allergien [9], Asthma bronchiale [6], Erkrankungen der Gebärmutter, Eierstöcke oder Eileiter [9], Diabetes mellitus [6], Krebserkrankungen [6] und Schlaganfall [6]. Es gibt jedoch Hinweise, dass alleinerziehende Mütter sich häufiger in ihren Alltagstätigkeiten durch Schmerzen beeinträchtigt fühlen [9, 10]. Mit Blick auf chronische Rückenschmerzen finden sich bei Hancioglu 2015 [6] deutliche Unterschiede zwischen alleinerziehenden und in Partnerschaft lebenden Müttern, während diese bei Lange und Saß 2006 [10] sowie Hoffmann und Swart 2002 [8] nicht signifikant ausfallen.

Bezüglich des Gesundheitsverhaltens wurden insbesondere das Rauchen und die sportliche Aktivität untersucht. Für das Rauchen zeigen alle Studien deutlich erhöhte Prävalenzen für alleinerziehende Mütter [9, 10, 12, 21, 22]. Darüber hinaus sprechen die Studien dafür, dass alleinerziehende Mütter häufiger keinen Sport treiben als in Partnerhaushalten lebende Mütter [9, 12]. Bezüglich des durchschnittlichen Body Mass Indexes (BMI) sind hingegen nur geringe Unterschiede zu beobachten [8]. Auch in Hinblick auf die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen zeigen sich für die meisten Facharztgruppen keine oder nur geringe Unterschiede. Allerdings werden Psychotherapeutinnen und -therapeuten häufiger von alleinerziehenden Müttern konsultiert als dies bei Müttern aus Paarhaushalten der Fall ist [8]. Vorsorgeuntersuchungen werden hingegen tendenziell seltener in Anspruch genommen [8, 9]. Psychotrope Medikamente, insbesondere Schlafmittel, werden von alleinerziehenden Frauen häufiger konsumiert als von in Partnerschaft lebenden Müttern [9, 10].

Daten zur Gesundheit alleinerziehender Väter in Deutschland sind bislang rar. Laut dem Bericht des Robert Koch-Instituts zur gesundheitlichen Lage von Männern in Deutschland schätzen alleinerziehende Väter ihre Gesundheit häufiger als schlecht ein, geben häufiger eine ärztlich diagnostizierte Depression an und rauchen häufiger als in Partnerschaft lebende Väter [23]. Studien zur psychischen Gesundheit zeigen zudem, dass alleinerziehende Väter in starkem Maße psychisch belastet sind [17, 18] und sogar höhere Prävalenzen für psychische Störungen aufweisen als alleinerziehende Mütter [15, 16]. Beim Übergewicht sowie bei körperlichen Belastungen finden sich hingegen keine Unterschiede zwischen alleinerziehenden und in Partnerschaft lebenden Vätern [18, 23].

Als Gründe für die teilweise schlechtere gesundheitliche Lage von Alleinerziehenden werden Belastungen diskutiert wie die alleinige Verantwortung für die Betreuung und Erziehung der Kinder, die oftmals prekäre ökonomische Lage, die Doppelbelastung aus Familie und Beruf sowie fehlende soziale und zeitliche Ressourcen. In Studien werden daher in der Regel Ergebnisse zur Gesundheit berichtet, die für verschiedene Parameter der sozialen Lage statistisch kontrolliert sind. So kann analysiert werden, ob das Alleinerziehen an sich mit Beeinträchtigungen der Gesundheit assoziiert ist oder ob diese Beeinträchtigungen eher auf die häufig ungünstigeren sozialen, finanziellen und zeitlichen Ressourcen zurückzuführen sind. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass in Untersuchungen für Deutschland die Kontrolle für soziale und ökonomische Faktoren zwar oftmals zu einer Verringerung der Unterschiede in der Gesundheit zwischen alleinerziehenden und in Partnerschaft lebenden Müttern [10, 12, 17, 18, 22] und Vätern [17, 18] führt, sich die Unterschiede aber nicht gänzlich durch die soziale Lage erklären lassen.

In Analysen, die eine Differenzierung innerhalb der Gruppe der Alleinerziehenden vornehmen, zeigen sich zudem deutliche Unterschiede in der Gesundheit alleinerziehender Frauen in Abhängigkeit vom Grad der sozialen Unterstützung oder der finanziellen Situation [8, 9, 11]. Ferner finden sich für alleinerziehende Mütter Hinweise darauf, dass eine hohe Zufriedenheit mit der erhaltenen sozialen Unterstützung [8, 19] oder der finanziellen Situation [9, 19] in Teilen einen „puffernden“ Effekt ausüben

kann. Danach ist die gesundheitliche Lage umso besser, je stärker die sozialen und finanziellen Ressourcen alleinerziehender Mütter sind. Zu alleinerziehenden Vätern liegen bislang keine derart differenzierten Analysen vor.

Der vorliegende Beitrag beabsichtigt, auf Basis eines großen bevölkerungsbezogenen Gesundheitssurveys, ein aktuelles Bild über ausgewählte Parameter der gesundheitlichen Lage alleinerziehender Mütter und Väter zu geben. Die Daten des Robert Koch-Instituts bieten aufgrund der großen Stichprobe die Möglichkeit, auch Aussagen zur gesundheitlichen Lage alleinerziehender Väter zu treffen. Auf dem nationalen Forschungsstand aufbauend wurden für die Analyse Indikatoren ausgewählt, die für den hier betrachteten Altersbereich von 18 bis 59 Jahren eine hohe Public-Health-Relevanz besitzen. Neben der selbst als mittelmäßig oder schlecht eingeschätzten allgemeinen Gesundheit sind dies Depressionen, Rückenschmerzen, Adipositas, Rauchen, sportliche Inaktivität und die Nicht-Inanspruchnahme der Zahnvorsorgeuntersuchung.

Im Einzelnen geht der Beitrag folgenden Fragen nach:

- Wie gesund sind Alleinerziehende und wie gesund verhalten sie sich im Vergleich zu in Partnerschaft lebenden Eltern?
- Lässt sich eine stärkere gesundheitliche Belastung von Alleinerziehenden durch Unterschiede im sozioökonomischen Status, im Erwerbsstatus oder in der sozialen Unterstützung erklären?
- Stellt sich der Zusammenhang zwischen Alleinerziehenden-Status und Gesundheit beziehungsweise Gesundheitsverhalten für Mütter und Väter unterschiedlich dar?
- Zeigen sich zwischen alleinerziehenden und in Partnerschaft lebenden Müttern Unterschiede hinsichtlich der Zusammenhänge von sozioökonomischem Status, Erwerbsstatus oder sozialer Unterstützung und Gesundheit beziehungsweise Gesundheitsverhalten?

2. Methode

2.1 Daten

Für die Analysen wurden die gepoolten Daten von drei Erhebungswellen der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) aus den Jahren 2009, 2010 und 2012 verwendet, die vom Robert Koch-Institut im Rahmen des Gesundheitsmonitorings durchgeführt wurden [24]. Bei der GEDA-Studie handelt es sich um eine bundesweite Telefonbefragung von deutschsprachigen Erwachsenen, die in Privathaushalten leben und einen Festnetzanschluss haben. Die Daten wurden mittels computergestützter Telefoninterviews (CATI) erhoben. Die Stichprobenziehung erfolgte nach dem Gabler-Häder-Verfahren, bei dem Zufallsstichproben von Telefonnummern im deutschen Festnetz gezogen werden. Die Stichprobe besteht unter Berücksichtigung aller drei Erhebungen aus 62.606 Frauen und Männern im Alter ab 18 Jahren. Die Kooperationsrate auf Zielpersonenebene, d.h. die Anzahl der realisierten Interviews nach Kontakt zur Zielperson, lag bei 51,2 % (2009), 55,8 % (2010) und 76,7 % (2012). Die Kooperationsrate ist ein Maß für den Erfolg der Interviewerinnen und Interviewer bei der Gewinnung von Personen für die Studie. Die Responserate, d.h. der Anteil der abgeschlos-

senen Interviews an der um neutrale Ausfälle bereinigten Bruttostichprobe, betrug 29,1 % (2009), 28,9 % (2010) beziehungsweise 22,1 % (2012) [24]. Die GEDA-Studie wurde vom Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationssicherheit geprüft. Vor Beginn des Interviews wurde eine informierte mündliche Einwilligung der Befragten eingeholt.

Für die vorliegende Analyse wurde die Stichprobe auf den Altersbereich von 18 bis 59 Jahren begrenzt. Es wurden ausschließlich Personen einbezogen, die mit mindestens einem eigenen Kind unter 18 Jahren zusammen in einem Haushalt lebten. Dabei wurde nicht zwischen leiblichen, Stief- und Adoptivkindern unterschieden (soziale Elternschaft). Nach Plausibilitätsprüfungen der Altersangaben der Haushaltsmitglieder wurden 50 Befragte ausgeschlossen, so dass in die Analysen Informationen von 9.806 Frauen und 6.279 Männern mit minderjährigen Kindern im eigenen Haushalt eingingen. Die Beschreibung der Stichprobe findet sich in Tabelle 1.

	Mütter				Väter			
	Alleinerziehend		In Partnerschaft lebend		Alleinerziehend		In Partnerschaft lebend	
n (ungewichtet)	2.057		7.749		235		6.044	
% (gewichtet)	14,0 %		86,0 %		2,3 %		97,7 %	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
Alter								
18–29 Jahre	13,1	(11,1–15,4)	10,5	(9,6–11,4)	7,4	(3,7–14,2)	5,1	(4,4–5,9)
30–39 Jahre	29,9	(27,6–32,3)	42,7	(41,4–44,0)	24,4	(17,5–32,9)	32,8	(31,3–34,3)
40–49 Jahre	46,8	(44,2–49,5)	40,8	(39,6–42,1)	51,9	(43,7–60,0)	48,3	(46,7–49,8)
50–59 Jahre	10,2	(8,7–12,0)	6,0	(5,4–6,7)	16,3	(11,4–22,8)	13,9	(12,8–15,0)
Sozioökonomischer Status								
Niedrig	29,5	(26,8–32,4)	14,6	(13,5–15,9)	20,4	(13,9–28,7)	18,9	(17,4–20,5)
Mittel	59,6	(56,8–62,3)	60,6	(59,3–61,9)	61,1	(52,9–68,8)	55,2	(53,6–56,7)
Hoch	10,9	(9,7–12,2)	24,7	(23,8–25,7)	18,5	(13,7–24,6)	25,9	(24,8–27,1)
Erwerbsstatus								
Nicht erwerbstätig	24,1	(21,7–26,7)	29,8	(28,6–31,1)	11,6	(7,2–18,3)	6,4	(5,6–7,4)
Teilzeit erwerbstätig	46,3	(43,6–48,9)	53,3	(52,0–54,6)	11,0	(7,0–16,9)	5,5	(4,9–6,3)
Vollzeit erwerbstätig	29,6	(27,3–32,1)	16,9	(15,9–17,9)	77,4	(69,8–83,5)	88,0	(86,9–89,1)
Soziale Unterstützung								
Gering	21,9	(19,6–24,4)	13,4	(12,4–14,4)	15,9	(11,0–22,4)	12,9	(11,7–14,1)
Mittel	46,6	(43,9–49,3)	49,6	(48,3–50,9)	52,0	(43,6–60,2)	49,8	(48,2–51,3)
Stark	31,5	(29,1–34,1)	37,1	(35,8–38,3)	32,2	(24,8–40,5)	37,4	(35,9–38,9)

KI = Konfidenzintervall

Tabelle 1
Beschreibung der Stichprobe: Alleinerziehende und in Partnerschaft lebende Mütter und Väter nach Alter, sozioökonomischem Status, Erwerbsstatus und sozialer Unterstützung (Häufigkeiten in %, 95 %-Konfidenzintervalle)
Quelle: GEDA 2009, 2010, 2012 (gepoolt)

2.2 Variablen

Die Variablen zur gesundheitlichen Lage wurden in GEDA wie folgt erfragt: Der selbst eingeschätzte allgemeine Gesundheitszustand wurde mittels der Frage „Wie schätzen Sie Ihre Gesundheit im Allgemeinen ein?" erhoben. Die fünf Antwortkategorien wurden in zwei Gruppen („sehr gut/gut" und „mittelmäßig/schlecht/sehr schlecht") zusammengefasst. Depressionen wurden als ärztlich oder psychotherapeutisch diagnostizierte Depressionen oder depressive Verstimmungen in den letzten 12 Monaten erfasst (12-Monats-Prävalenz). Die 12-Monats-Prävalenz für Rückenschmerzen basiert auf der Frage, ob der oder die Befragte in den letzten 12 Monaten mindestens 3 Monate lang anhaltende Rückenschmerzen hatte. Daten zur Adipositas beruhen auf den Angaben der Befragten zu Körpergröße und -gewicht. Gemäß der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) liegt eine Adipositas vor, wenn der Body Mass Index (BMI) größer als 30 kg/m² ist. Informationen zum Rauchen („ja"/„nein") wurden mit der Frage „Rauchen Sie zur Zeit – wenn auch nur gelegentlich?" erfragt. In der vorliegenden Analyse wurden die Antwortkategorien „täglich" und „gelegentlich" zu „ja" zusammengefasst. Die Daten zur sportlichen Inaktivität („ja"/„nein") basieren auf der Selbstangabe der Befragten, in den letzten 3 Monaten keinerlei Sport getrieben zu haben. Mit Blick auf die Zahnvorsorgeuntersuchung wurden die Studienteilnehmenden nach der Inanspruchnahme der Leistung in den letzten 12 Monaten gefragt („ja"/„nein").

Um zwischen alleinerziehenden und in Partnerschaft lebenden Müttern und Vätern differenzieren zu können, wurde auf die Variable zum Partnerstatus zurückgegriffen. Der Partnerstatus ist über das Zusammenleben mit einer Partnerin oder einem Partner in einem Haushalt („ja"/„nein") unabhängig von deren Familienstand und Geschlecht definiert. Im Datensatz liegen Angaben zu 2.057 alleinerziehenden Müttern und 235 alleinerziehenden Vätern mit minderjährigen Kindern im Haushalt vor.

Alle Analysen erfolgten nach Geschlecht stratifiziert. Darüber hinaus wurden die folgenden Kontrollvariablen einbezogen: Das Alter der Teilnehmenden ging gruppiert in die Analysen ein (18–29 Jahre, 30–39 Jahre, 40–49 Jahre und 50–59 Jahre). Mit Blick auf die Anzahl der Kinder im Haushalt wurde zwischen „1 Kind", „2 Kinder" und „3 und mehr Kinder" unterschieden. Bezüglich des Alters des jüngsten Kindes im Haushalt erfolgte eine Gruppierung in „0–6 Jahre", „7–10 Jahre" und „11–17 Jahre". In Hinblick auf die Wohnregion wurde zwischen „alten Bundesländern" und „neuen Bundesländern (einschließlich Berlin)" differenziert. Der sozioökonomische Status wurde mittels eines Indexes bestimmt, in welchen Angaben zu schulischer und beruflicher Bildung, beruflicher Stellung sowie dem bedarfsgewichteten Haushaltsnettoeinkommen eingingen und der eine Klassifikation in „niedrige", „mittlere" und „hohe" Statusgruppen ermöglicht [25]. Beim Erwerbsstatus wurde zwischen „Vollzeit erwerbstätig", „Teilzeit erwerbstätig" und „nicht erwerbstätig" unterschieden. Die Kategorie „nicht erwerbstätig" umfasst neben Arbeitslosen auch Studierende, Rentnerinnen und Rentner sowie Hausfrauen und -männer. Der Grad der sozialen Unterstützung wurde mittels der Oslo-3-Item-Social-Support-Scale gemessen [26], die eine Dif-

ferenzierung zwischen „geringer", „mittlerer" und „starker" Unterstützung erlaubt.

2.3 Datenanalyse

Für die ausgewählten Gesundheitsindikatoren wurden im ersten Schritt nach Geschlecht stratifizierte Prävalenzen für alleinerziehende und in Paarhaushalten lebende Mütter und Väter berechnet (Forschungsfrage 1).

Im nächsten Schritt wurden mittels binär logistischer Regressionen nach Geschlecht stratifizierte Odds Ratios geschätzt. Das Odds Ratio gibt an, um welchen Faktor die statistische „Chance" einer gesundheitlichen Beeinträchtigung bei Alleinerziehenden erhöht ist im Vergleich zu in Partnerschaft lebenden Müttern und Vätern (Referenzgruppe). Hierbei kann für die unterschiedliche Zusammensetzung der Gruppen der alleinerziehenden und in Partnerschaft lebenden Eltern (siehe Tabelle 1) kontrolliert werden. Durch ein schrittweises Einbeziehen der Kontrollvariablen wird deutlich, welche sozialen Faktoren die gesundheitliche Lage von Alleinerziehenden beeinflussen (Forschungsfrage 2). In Modell 1 wurde für Alter, Anzahl der Kinder im Haushalt, Alter des jüngsten Kindes und Wohnregion adjustiert. In Modell 2a wurde zusätzlich der sozioökonomische Status, in Modell 2b der Erwerbsstatus und in Modell 2c die soziale Unterstützung aufgenommen. In Modell 3 wurden alle Variablen gleichzeitig einbezogen.

Abschließend wurde ein gemeinsames Modell für Frauen und Männer berechnet, in das alle Kontrollvariablen sowie ein Interaktionsterm aus Geschlecht und Partnerstatus aufgenommen wurden. Aus dem adjustierten Wald-Test für den Interaktionsterm lässt sich ableiten, ob die Zusammenhänge zwischen Partnerstatus und gesundheitlicher Lage für Mütter und Väter unterschiedlich sind (Forschungsfrage 3).

In einem weiteren Analyseschritt wurde innerhalb der Gruppe der alleinerziehenden sowie der in Partnerschaft lebenden Mütter nach sozioökonomischem Status, Erwerbsstatus und sozialer Unterstützung stratifiziert (Forschungsfrage 4). Dies erfolgte statistisch über den Einbezug von Interaktionen und die Schätzung von Predictive Margins. Hierbei handelt es sich um die im vollständig adjustierten Modell für die einzelnen Subgruppen vorhergesagten Wahrscheinlichkeiten für die Gesundheitsindikatoren. Die Ergebnisse werden in grafischer Form exemplarisch für Depressionen und das Rauchen präsentiert. Aufgrund der kleinen Fallzahl bei den alleinerziehenden Vätern wurde für diese keine Subgruppenanalyse vorgenommen.

Alle Berechnungen wurden mit einem Gewichtungsfaktor durchgeführt, der Abweichungen der Stichprobe von der Bevölkerungsstruktur (Stand: 31.12.2010) bezüglich Alter, Geschlecht, Bildung und Bundesland korrigiert. Als statistisch signifikant gelten p-Werte kleiner als 0,05. Die Analysen wurden mit der Statistiksoftware StataSE 14 (StataCorp, College Station, TX, USA) berechnet.

3. Ergebnisse

Tabelle 2 stellt für die ausgewählten Parameter der gesundheitlichen Lage die Prävalenzen im Vergleich von alleinerziehenden und in Paarhaushalten lebenden Müttern und Vätern dar (Forschungsfrage 1). Für alleinerzie-

hende Mütter zeigen sich bei allen Indikatoren der gesundheitlichen Lage – bis auf Adipositas – signifikant höhere Prävalenzen als bei in Paarhaushalten lebenden Müttern. Für die alleinerziehenden Väter finden sich bei Depressionen, Rauchen und der Nicht-Inanspruchnahme der Zahnvorsorge signifikant höhere Prävalenzen. Bei der selbst eingeschätzten allgemeinen Gesundheit sowie bei Rückenschmerzen fallen die Unterschiede nach Partnerstatus bei den Vätern geringer aus als bei den Müttern und sind nicht statistisch signifikant. Bei der sportlichen Aktivität zeigt sich bei den Männern ein ähnliches Muster wie bei den Frauen. Aufgrund der kleinen Fallzahl bei den alleinerziehenden Vätern ist der Unterschied aber nicht statistisch abgesichert. Das Vorliegen einer Adipositas variiert weder bei Müttern noch bei Vätern mit dem Partnerstatus.

Inwieweit der sozioökonomische Status, der Erwerbsstatus oder die soziale Unterstützung zwischen Alleinerziehenden-Status und gesundheitlicher Lage vermitteln, zeigt sich in den Tabellen 3 und 4 (Forschungsfrage 2). Zunächst haben bei Kontrolle für Anzahl und Alter der im Haushalt lebenden Kinder sowie die Wohnregion (Modell 1) die deskriptiven Unterschiede zwischen Alleinerziehenden und in Partnerschaft Lebenden Bestand. Bei den Frauen (Tabelle 3) kann der sozioökonomische Status einen gewissen Anteil der höheren gesundheitlichen Belastungen der Alleinerziehenden statistisch erklären. So findet sich nach Einbezug des sozioökonomischen Status (Modell 2a) für die sportliche Inaktivität kein signifikanter Zusammenhang mehr mit dem Partnerstatus. Der Einbezug des Erwerbsstatus (Modell 2b) führt zu keinerlei Verringerung der Odds Ratios, und

Alleinerziehende berichten häufiger von ärztlich diagnostizierten Depressionen und rauchen häufiger als in Paarhaushalten lebende Mütter und Väter.

Tabelle 2
Gesundheit und Gesundheitsverhalten von alleinerziehenden und in Partnerschaft lebenden Müttern und Vätern (Prävalenzen, 95 %-Konfidenzintervalle)
Quelle: GEDA 2009, 2010, 2012 (gepoolt)

			Mütter		Väter	
	n	Alleinerziehend	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
Selbst eingeschätzte Gesundheit (mittelmäßig – sehr schlecht)	16.075	Ja	**25,5**	**(23,1–28,0)**	23,4	(16,8–31,7)
		Nein	**17,0**	**(16,0–18,1)**	17,5	(16,2–18,8)
Depression	16.051	Ja	**15,0**	**(13,2–16,9)**	**12,4**	**(7,6–19,6)**
		Nein	**6,0**	**(5,4–6,7)**	**4,6**	**(3,9–5,4)**
Rückenschmerzen	16.071	Ja	**24,0**	**(21,7–26,5)**	17,9	(12,1–25,5)
		Nein	**17,7**	**(16,7–18,8)**	14,5	(13,4–15,7)
Adipositas	15.813	Ja	12,6	(10,8–14,6)	16,5	(10,7–24,5)
		Nein	11,9	(10,9–12,9)	14,6	(13,5–15,8)
Rauchen	16.083	Ja	**48,6**	**(45,9–51,3)**	**50,4**	**(42,3–58,5)**
		Nein	**27,6**	**(26,4–28,8)**	**36,8**	**(35,3–38,4)**
Sportliche Inaktivität	16.076	Ja	**37,1**	**(34,4–39,8)**	37,9	(30,2–46,3)
		Nein	**32,8**	**(31,5–34,1)**	32,1	(30,6–33,6)
Nicht-Inanspruchnahme der Zahnvorsorge	16.065	Ja	**19,8**	**(17,5–22,2)**	**40,3**	**(32,3–48,9)**
		Nein	**14,3**	**(13,3–15,4)**	**24,9**	**(23,5–26,3)**

Fettdruck: signifikant ($p < 0{,}05$); KI = Konfidenzintervall

auch bei der sozialen Unterstützung (Modell 2c) zeigen sich keine relevanten Veränderungen. Bei gleichzeitigem Einbezug aller Kontrollvariablen (Modell 3) finden sich weiterhin für die selbst eingeschätzte allgemeine Gesundheit, Depressionen, Rückenschmerzen, Rauchen und die Nicht-Inanspruchnahme der Zahnvorsorge signifikante Unterschiede zwischen alleinerziehenden und in Paarhaushalten lebenden Müttern. Bei den Vätern (Tabelle 4) führt die Berücksichtigung von Unterschieden im sozioökonomischen Status (Modell 2a) zu keinerlei Veränderung der Odds Ratios. Auch nach Einbezug des Erwerbsstatus (Modell 2b) und der sozialen Unterstützung (Modell 2c) ändern sich die Odds Ratios kaum, so dass im vollständig adjustierten Modell (Modell 3) weiterhin signifikante Ergebnisse für Depressionen, Rauchen und die Nicht-Inanspruchnahme der Zahnvorsorge vorliegen.

In den vollständig adjustierten Modellen mit der Interaktion zwischen Partnerstatus und Geschlecht (Forschungsfrage 3) ergibt sich nur für die Inanspruchnahme der Zahnvorsorge ein signifikantes Ergebnis (Ergebnisse nicht gezeigt). Dies ist so zu interpretieren, dass der Zusammenhang zwischen dem Alleinerziehenden-Status und der Nicht-Teilnahme an der Zahnvorsorge bei Vätern deutlich stärker ist als bei Müttern. Bei allen anderen Gesundheits-Outcomes unterscheidet sich der Zusam-

Tabelle 3
Gesundheit und Gesundheitsverhalten von alleinerziehenden Müttern im Vergleich zu in Partnerschaft lebenden Müttern (Ergebnisse binär-logistischer Regressionen; Odds Ratios, 95 %-Konfidenzintervalle)
Quelle: GEDA 2009, 2010, 2012 (gepoolt)

Mütter	Modell 1		Modell 2a (+ SES)		Modell 2b (+ Erwerbsstatus)		Modell 2c (+ soz. Unterstützung)		Modell 3 (vollständig adjustiert)	
	OR	(95 %-KI)	OR	(95 %-KI)	OR	(95 %-KI)	OR	(95 %-KI)	OR	(95 %-KI)
Selbst eingeschätzte Gesundheit (mittelmäßig – sehr schlecht) (n = 9.569)	**1,57**	**(1,34 – 1,83)**	**1,32**	**(1,12 – 1,54)**	**1,58**	**(1,35 – 1,85)**	**1,44**	**(1,23 – 1,69)**	**1,26**	**(1,07 – 1,49)**
Depression (n = 9.549)	**2,77**	**(2,28 – 3,36)**	**2,58**	**(2,10 – 3,18)**	**2,82**	**(2,32 – 3,43)**	**2,59**	**(2,12 – 3,15)**	**2,55**	**(2,06 – 3,15)**
Rückenschmerzen (n = 9.565)	**1,44**	**(1,23 – 1,67)**	**1,27**	**(1,09 – 1,49)**	**1,44**	**(1,23 – 1,67)**	**1,36**	**(1,17 – 1,59)**	**1,23**	**(1,05 – 1,45)**
Adipositas (n = 9.342)	1,10	(0,90 – 1,35)	0,87	(0,70 – 1,08)	1,10	(0,90 – 1,35)	1,06	(0,86 – 1,30)	0,85	(0,69 – 1,05)
Rauchen (n = 9.570)	**2,30**	**(2,02 – 2,62)**	**1,97**	**(1,72 – 2,25)**	**2,27**	**(1,99 – 2,59)**	**2,27**	**(1,99 – 2,59)**	**1,92**	**(1,67 – 2,20)**
Sportliche Inaktivität (n = 9.567)	**1,32**	**(1,15 – 1,51)**	1,07	(0,93 – 1,24)	**1,30**	**(1,14 – 1,50)**	**1,25**	**(1,09 – 1,44)**	1,04	(0,90 – 1,20)
Nicht-Inanspruchnahme der Zahnvorsorge (n = 9.557)	**1,57**	**(1,31 – 1,88)**	**1,32**	**(1,09 – 1,59)**	**1,56**	**(1,30 – 1,87)**	**1,49**	**(1,24 – 1,78)**	**1,28**	**(1,06 – 1,54)**

Fettdruck: signifikant ($p < 0{,}05$) Alle Modelle adjustiert für Alter, Anzahl Kinder, Alter des jüngsten Kindes und Wohnregion.
Referenzgruppe: in Partnerschaft lebende Mütter; KI = Konfidenzintervall, SES = Sozioökonomischer Status

Tabelle 4
Gesundheit und Gesundheitsverhalten von alleinerziehenden Vätern im Vergleich zu in Partnerschaft lebenden Vätern (Ergebnisse binär-logistischer Regressionen; Odds Ratios, 95 %-Konfidenzintervalle)
Quelle: GEDA 2009, 2010, 2012 (gepoolt)

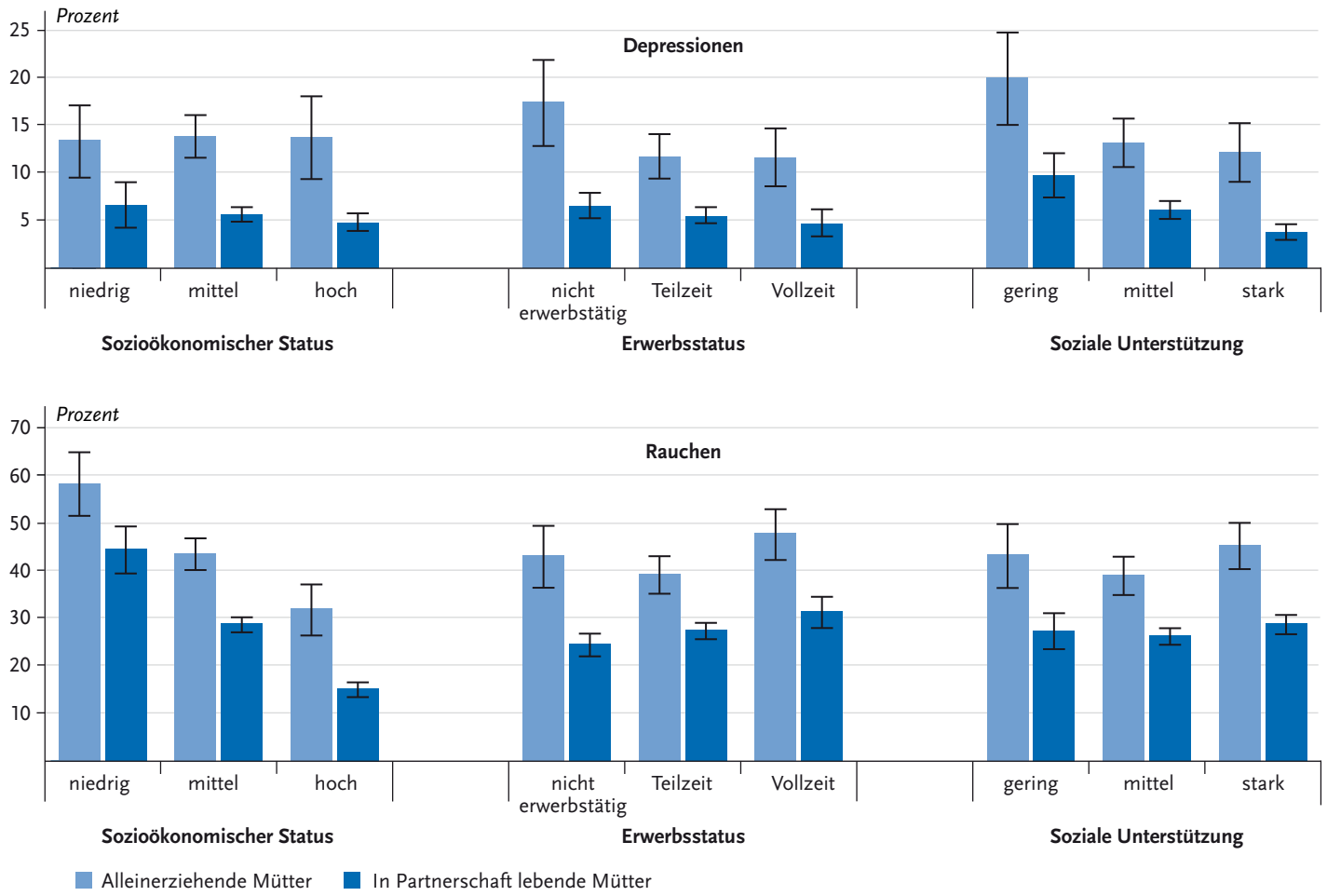
Väter	Modell 1		Modell 2a (+ SES)		Modell 2b (+ Erwerbsstatus)		Modell 2c (+ soz. Unterstützung)		Modell 3 (vollständig adjustiert)	
	OR	(95 %-KI)	OR	(95 %-KI)	OR	(95 %-KI)	OR	(95 %-KI)	OR	(95 %-KI)
Selbst eingeschätzte Gesundheit (mittelmäßig – sehr schlecht) (n = 6.117)	1,33	(0,86 – 2,06)	1,29	(0,82 – 2,04)	1,21	(0,74 – 1,98)	1,28	(0,82 – 2,00)	1,16	(0,69 – 1,94)
Depression (n = 6.115)	**2,65**	**(1,44 – 4,89)**	**2,62**	**(1,43 – 4,80)**	**2,36**	**(1,27 – 4,38)**	**2,54**	**(1,37 – 4,69)**	**2,23**	**(1,20 – 4,16)**
Rückenschmerzen (n = 6.116)	1,26	(0,78 – 2,04)	1,23	(0,76 – 2,00)	1,20	(0,73 – 1,97)	1,22	(0,75 – 2,01)	1,15	(0,69 – 1,92)
Adipositas (n = 6.100)	1,14	(0,67 – 1,93)	1,11	(0,64 – 1,91)	1,14	(0,67 – 1,95)	1,12	(0,65 – 1,92)	1,12	(0,64 – 1,94)
Rauchen (n = 6.122)	**1,67**	**(1,17 – 2,37)**	**1,63**	**(1,14 – 2,31)**	**1,60**	**(1,13 – 2,27)**	**1,66**	**(1,17 – 2,37)**	**1,59**	**(1,12 – 2,26)**
Sportliche Inaktivität (n = 6.120)	1,29	(0,90 – 1,85)	1,24	(0,87 – 1,78)	1,25	(0,88 – 1,79)	1,26	(0,88 – 1,82)	1,21	(0,84 – 1,74)
Nicht-Inanspruchnahme der Zahnvorsorge (n = 6.119)	**2,29**	**(1,58 – 3,31)**	**2,27**	**(1,54 – 3,34)**	**2,28**	**(1,57 – 3,30)**	**2,25**	**(1,55 – 3,27)**	**2,27**	**(1,54 – 3,34)**

Fettdruck: signifikant ($p < 0{,}05$) Alle Modelle adjustiert für Alter, Anzahl Kinder, Alter des jüngsten Kindes und Wohnregion.
Referenzgruppe: in Partnerschaft lebende Väter; KI = Konfidenzintervall, SES = Sozioökonomischer Status

menhang zwischen Partnerstatus und Gesundheit nicht grundsätzlich zwischen Müttern und Vätern – auch wenn bei den Vätern einige Unterschiede in den Prävalenzen zwischen Alleinerziehenden und in Paarhaushalten Lebenden geringer ausfallen beziehungsweise aufgrund der geringen Fallzahl nicht signifikant sind.

Mit Blick auf die Interaktionen zwischen sozioökonomischem Status, Erwerbsstatus oder sozialer Unterstützung und dem Partnerstatus (Forschungsfrage 4) findet sich bei den Müttern für keinen Gesundheitsindikator ein signifikantes Ergebnis. Die Haupteffekte des Partnerstatus sowie des sozioökonomischen Status, des Erwerbsstatus und der sozialen Unterstützung auf die gesundheitlichen Beeinträchtigungen summieren sich somit auf. Zeigen sich für den Alleinerziehenden-Status sowie für die genannten Faktoren der sozialen Lage signifikante Odds Ratios (für die sozialen Faktoren hier nicht im Detail dargestellt), gehen diese mit einer deutlich erhöhten Wahrscheinlichkeit für eine gesundheitliche Beeinträchtigung einher. In Abbildung 1 sind exemplarisch für Depressionen und das Rauchen die vorhergesagten Wahrscheinlichkeiten für alleinerziehende und in Partnerhaushalten lebende Mütter stratifiziert nach sozioökonomischem Status, Erwerbsstatus und sozialer Unterstützung dargestellt. Es zeigt sich, dass innerhalb jeder Subgruppe Alleinerziehende eine höhere Wahr-

Abbildung 1
Vorhergesagte Wahrscheinlichkeiten für Depressionen und Rauchen von alleinerziehenden und in Partnerschaft lebenden Müttern, stratifiziert nach sozioökonomischem Status, Erwerbsstatus und sozialer Unterstützung (Ergebnisse binär-logistischer Regressionen mit Interaktionen)
Quelle: GEDA 2009, 2010, 2012 (gepoolt)



Ist die Lebenssituation durch einen niedrigen sozioökonomischen Status, eine fehlende Erwerbstätigkeit oder eine geringe soziale Unterstützung gekennzeichnet, kann das die gesundheitliche Beeinträchtigung von Alleinerziehenden verstärken.

scheinlichkeit für eine Depression oder das Rauchen aufweisen als in Partnerschaft lebende Mütter. Ferner wird deutlich, dass die Wahrscheinlichkeit einer Depression bei alleinerziehenden Müttern, die nicht erwerbstätig sind oder nur eine geringe soziale Unterstützung erhalten, deutlich höher ist als in den anderen Subgruppen. Ein ähnliches Bild zeigt sich beim Rauchen unter Einbezug des sozioökonomischen Status. Die Wahrscheinlichkeit zu rauchen ist mit knapp 60 % bei alleinerziehenden Müttern mit niedrigem sozioökonomischem Status am höchsten. Gleichzeitig ist die Wahrscheinlichkeit zu rauchen bei alleinerziehenden Müttern der hohen Statusgruppe geringer als bei in Partnerschaft lebenden Müttern der niedrigen Statusgruppe.

4. Diskussion

Für alleinerziehende Mütter finden sich für eine mittelmäßig bis sehr schlecht eingeschätzte allgemeine Gesundheit, Depressionen, Rückenschmerzen, Rauchen, sportliche Inaktivität und die Nicht-Inanspruchnahme der Zahnvorsorge signifikant höhere Prävalenzen als bei Müttern aus Paarhaushalten. Bei den alleinerziehenden Vätern zeigen sich höhere Prävalenzen bei Depressionen, beim Rauchen sowie bei der Nicht-Inanspruchnahme der Zahnvorsorge. Die Prävalenz für Adipositas variiert weder bei Müttern noch bei Vätern mit dem Partnerstatus.

Diese Ergebnisse decken sich weitgehend mit dem nationalen und internationalen Forschungsstand. Mehrere Studien zeigen, dass alleinerziehende Mütter ihre allgemeine Gesundheit schlechter einschätzen als in Partnerschaft lebende Mütter [6, 12, 27–35]. Bei Vätern fallen die Unterschiede bei der selbst eingeschätzten allgemeinen Gesundheit hingegen etwas moderater aus [27, 28, 36]. Auch mit Blick auf die psychische Gesundheit bestätigen zahlreiche Studien die hier berichteten höheren Prävalenzen für alleinerziehende Mütter [11, 37–42] und Väter [15, 16, 40, 42]. Für das Rauchen finden sich ebenfalls mehrere Studien, die für alleinerziehende Mütter [12, 22, 32, 33, 43–45] und Väter [43] höhere Prävalenzen berichten. Ergebnisse zu Rückenschmerzen [6, 29], Adipositas [8, 33], sportlicher Inaktivität [9, 12] und zur Inanspruchnahme der Zahnvorsorge [46] bei alleinerziehenden Müttern gibt es vergleichsweise selten, sie stehen aber weitgehend in Einklang mit den hier berichteten Ergebnissen.

Mit Blick auf die Frage, ob es beim Zusammenhang zwischen dem Alleinerziehen und Gesundheit Unterschiede zwischen Frauen und Männern gibt, fallen bei Klose und Jacobi 2004 [16] sowie Wade et al. 2011 [42] die Interaktionen für Geschlecht und Partnerstatus bezogen auf das Vorliegen einer psychischen Störung nicht signifikant aus. Auch bei Chiu et al. 2017 finden sich weder für die selbst eingeschätzte allgemeine noch mentale Gesundheit Unterschiede zwischen alleinerziehenden Müttern und Vätern [47]. Dies deckt sich weitgehend mit den hier vorgestellten Ergebnissen: Bis auf die Inanspruchnahme der Zahnvorsorge findet sich kein statistisch abgesicherter Hinweis darauf, dass sich der Zusammenhang zwischen Partnerstatus und Gesundheit bei Müttern und Vätern grundsätzlich unterscheidet. Es muss allerdings bedacht werden, dass die statistische Power aufgrund der relativ kleinen Fallzahl bei den alleinerziehenden Vätern begrenzt ist. Dass der Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahme der Zahnvorsorgeuntersuchung und dem Partnerstatus bei Vätern deutlich stärker ausfällt als bei Müttern, könnte damit in Zusammenhang stehen, dass Männer in Partnerschaften von dem höheren Vorsorgebewusstsein ihrer Partnerinnen zu profitieren scheinen [48].

Ferner konnte gezeigt werden, dass die Ergebnisse auch nach Kontrolle für Anzahl der Kinder, Alter des jüngsten Kindes, Wohnregion sowie sozioökonomischen Status, Erwerbsstatus und soziale Unterstützung weitgehend stabil bleiben. Die hier vorgestellten Unterschiede in den Prävalenzen zwischen Eltern mit und ohne Partner oder Partnerin im Haushalt können somit größtenteils nicht auf Unterschiede in der sozialen Lage

zurückgeführt werden. Das Alleinerziehen ist also weitgehend unabhängig von den analysierten sozialen Faktoren mit der gesundheitlichen Lage assoziiert. Der Forschungsstand hierzu ist jedoch heterogen. In einigen Studien können geringe finanzielle Ressourcen und eine geringere soziale Unterstützung Alleinerziehender die höhere Wahrscheinlichkeit einer Depression [38, 41, 42, 49] beziehungsweise einer als schlecht eingeschätzten Gesundheit [34, 50] vollständig statistisch erklären. In anderen Studien hingegen bleiben die Unterschiede auch nach Kontrolle für sozioökonomische Faktoren [28, 30, 43, 44, 51] oder soziale Unterstützung [43, 51] signifikant. Zu einem gewissen Anteil scheint die Heterogenität der Ergebnisse damit zusammenzuhängen, dass subjektiv wahrgenommene finanzielle Belastungen und die subjektive Unzufriedenheit mit der vorhandenen sozialen Unterstützung Unterschiede in der gesundheitlichen Lage von Alleinerziehenden und in Paarhaushalten lebenden Eltern besser erklären können als vergleichsweise objektive Angaben zu Einkommen oder Anzahl der Personen im sozialen Umfeld, wie sie auch in der GEDA-Studie erhoben wurden [19]. In Hinblick auf den Erwerbsstatus kommen mehrere Studien zu dem Ergebnis, dass alleinerziehende Mütter unabhängig von ihrer Erwerbstätigkeit einen signifikant schlechteren Gesundheitszustand aufweisen als Mütter aus Partnerhaushalten [29, 31]. Dies deckt sich mit den hier vorgestellten Ergebnissen.

Eine mögliche alternative Erklärung für die teilweise beeinträchtigte gesundheitliche Lage von Alleinerziehenden könnte sein, dass weniger das Alleinerziehen an sich, als vielmehr eine vorangegangene konflikthafte Paarbeziehung sowie Trennung oder Scheidung einen negativen Effekt auf die Gesundheit haben können [52]. Ferner können Avison et al. 2008 zeigen, dass Depressionen im jungen Erwachsenenalter eine Trennung vom Partner beziehungsweise von der Partnerin begünstigen können [53]. Auch die größere psychosoziale Belastung durch die alleinige Verantwortung für die Familie und die Erziehung der Kinder sowie Konflikte mit dem ehemaligen Partner oder der ehemaligen Partnerin können einen Einfluss auf die Gesundheit Alleinerziehender haben [54]. Des Weiteren könnte sich eine geringe Zeitsouveränität – insbesondere bei erwerbstätigen Alleinerziehenden – ungünstig auf die gesundheitliche Lage auswirken [55]. So können beispielsweise die geringere Inanspruchnahme der Zahnvorsorge oder auch eine geringere sportliche Aktivität in Zusammenhang mit fehlenden zeitlichen Ressourcen stehen. In den genannten Studien wird dieser Aspekt allerdings nicht untersucht.

Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass Alleinerziehende keine homogene Gruppe sind, sondern ihre gesundheitliche Lage mit dem sozioökonomischen Status, dem Erwerbsstatus sowie der erfahrenen sozialen Unterstützung variiert. Diese sozialen Faktoren stellen somit wichtige Ressourcen für die Gesundheit von Alleinerziehenden dar. Allerdings wirken diese sozialen Ressourcen bei Alleinerziehenden nicht grundsätzlich anders als bei Eltern, die in Partnerschaften leben. Wenn das Alleinerziehen mit einem geringen sozioökonomischen Status, einer fehlenden Erwerbstätigkeit oder einer geringen sozialen Unterstützung einhergeht, zeigt sich jedoch bei einigen Aspekten der gesundheitlichen Lage eine kumulative Benachteiligung. Interna-

tional finden sich insbesondere für Mütter Studien zu Interaktionen zwischen dem Alleinerziehenden- und Erwerbsstatus mit variierenden Ergebnissen, die mit unterschiedlichen Sozialsystemen in Verbindung gebracht werden [31, 32, 35].

Insgesamt ist bei der Einordnung der Ergebnisse in den internationalen Forschungsstand zu berücksichtigen, dass die Studien aufgrund variierender Studiendesigns nur eingeschränkt vergleichbar und Ergebnisse internationaler Analysen aufgrund unterschiedlicher Sozialsysteme nur bedingt auf Deutschland übertragbar sind. So zeigen internationale Vergleiche, dass auch in den westlichen Ländern die Ergebnisse teils unterschiedlich ausfallen [56] und sich dies zumindest in Teilen auf sozialpolitische Regelungen zurückführen lässt [50].

4.1 Stärken und Schwächen der Analyse

Eine Stärke der Studie ist, dass sie aufgrund der Größe der Stichprobe Ergebnisse zur Gesundheit alleinerziehender Mütter und Väter ermöglicht. Allerdings sind aufgrund der kleinen Fallzahl bei den alleinerziehenden Vätern Subgruppenanalysen nur begrenzt möglich. Eine weitere Limitation liegt darin, dass es sich bei den GEDA-Studien um Querschnittstudien handelt, die keine Aussage zur Richtung des Zusammenhangs zwischen Partnerstatus und Gesundheit erlauben. Aufgrund des Querschnittsdesigns kann nicht analysiert werden, ob das Alleinerziehen oder vielmehr eine vorangegangene Trennung oder Scheidung mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen assoziiert ist. Da in den GEDA-Daten zudem weder Angaben zu den Gründen des Alleinerziehens noch zum Zeitpunkt der Trennung oder zur Dauer des Ein-Eltern-Status vorliegen, kann ebenfalls nicht untersucht werden, ob und wie sich diese Aspekte kurz- und langfristig auf die Gesundheit im Lebensverlauf auswirken. Darüber hinaus wurden weitere Faktoren, die für die gesundheitliche Lage von Alleinerziehenden von Bedeutung sein könnten, nicht in der Analyse berücksichtigt. Hierzu zählt beispielsweise das Vorhandensein eines Partners oder einer Partnerin, der oder die nicht im Haushalt lebt. Des Weiteren konnte diese Analyse der Vielfalt der heutigen Familienformen von getrennt lebenden Eltern nicht gerecht werden. So können beispielsweise Familien, bei denen die Kinder in zwei oder mehreren getrennten Haushalten leben (sogenannte „Wechselmodelle"), nicht identifiziert werden. Ferner dürfen die hier vorgestellten Unterschiede in der gesundheitlichen Lage von alleinerziehenden und in Partnerschaft lebenden Eltern nicht dahingehend verallgemeinert werden, dass die gesundheitliche Lage von Alleinerziehenden in all ihren Facetten schlechter ist. So fanden beispielweise chronische somatische Erkrankungen, die oftmals im jungen Erwachsenenalter noch keine hohe Verbreitung aufweisen, in dieser Analyse keine Berücksichtigung. Forschungsbedarf besteht daher in Hinblick auf eine möglichst differenzierte Erfassung der Lebenssituation sowie die Analyse weiterer Aspekte der gesundheitlichen Lage Alleinerziehender. Für die Zukunft sind unter anderem differenzierte Analysen zu Zusammenhängen zwischen sozialer und gesundheitlicher Lage von Alleinerziehenden unter Berücksichtigung von Unterschieden in Bildung, Einkommen und beruflicher Stellung geplant.

Die finanzielle Absicherung von Ein-Eltern-Familien sowie eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf stellen wichtige Beiträge zur Gesundheitsförderung von Alleinerziehenden dar.

4.2 Schlussfolgerungen

Auch wenn sich die große Mehrheit der alleinerziehenden Mütter und Väter durch eine gute Gesundheit auszeichnet, kann das Alleinerziehen mit Beeinträchtigungen der gesundheitlichen Lage einhergehen. Auswirkungen auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Alleinerziehenden zeigen sich vor allem dann, wenn zu der alleinigen Verantwortung für die Kinder weitere Benachteiligungen hinzukommen. Hier ist insbesondere das deutlich erhöhte Armutsrisiko von Ein-Eltern-Familien zu nennen, das wiederum selbst in starkem Maße mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen assoziiert ist. Hinzu können psychosoziale Belastungen treten, die sich mitunter aus einer geringeren Zeitsouveränität und fehlenden sozialen Ressourcen ergeben.

In den Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz nach §20d Abs. 3 SGB V werden Alleinerziehende explizit als Zielgruppe benannt: „Insbesondere Alleinerziehende und ihre Kinder sind durch ihre Lebenslage häufig erheblichen psychosozialen und materiellen Belastungen ausgesetzt und sollten bei Präventions- und Gesundheitsförderungsaktivitäten daher besonders berücksichtigt werden“ [57].

Ein wichtiges Element der Gesundheitsförderung für Alleinerziehende ist eine nachhaltige Familienpolitik, die Benachteiligungen, die sich aus der Lebenslage ergeben, auszugleichen und insbesondere das hohe Armutsrisiko sowie psychosoziale Belastungen zu verringern vermag. Laut Bertram et al. 2005 [58] setzt sich eine nachhaltige Familienpolitik aus finanzieller Transfer-, Zeit- und Infrastrukturpolitik zusammen.

In der vom Bundesministerium der Finanzen und vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend beauftragten Gesamtevaluation der ehe- und familienbezogenen Maßnahmen und Leistungen in Deutschland [59] werden als wichtige Elemente einer nachhaltigen Familienpolitik Leistungen wie die Subventionierung der Kinderbetreuung, der Unterhaltsvorschuss, der steuerliche Entlastungsbetrag für Alleinerziehende, der Kinderzuschlag und das Elterngeld genannt. Der Verband alleinerziehender Mütter und Väter merkt allerdings an, dass viele der aktuellen familienpolitischen Leistungen aufgrund des Subsidiaritätsprinzips im Sozialrecht keinen ausreichenden Beitrag zur Verringerung der Armutsbetroffenheit von Alleinerziehenden leisten. So werden beispielsweise sowohl das Eltern- und Kindergeld als auch der Unterhaltsvorschuss bei dem Bezug von Leistungen nach SGB II angerechnet [60]. Verschiedene Akteure diskutieren vor diesem Hintergrund einen Systemwechsel in Richtung einer Kindergrundsicherung [60–64].

Neben finanziellen Transferleistungen spielt für Alleinerziehende auch Zeitpolitik eine wichtige Rolle, da Alleinerziehende durch ihre Doppelrolle als Ernährerin oder Ernährer der Familie und als Erzieherin oder Erzieher der Kinder in besonderem Maße von Problemen der Vereinbarkeit von Familie und Beruf betroffen sind. Hierbei ist zu bedenken, dass eine stärkere Erwerbsbeteiligung Alleinerziehender zwar einerseits das Armutsrisiko verringern kann, in der Regel aber auch mit weniger Zeit für die Familie einhergeht. Sinnvoll erscheint daher eine weitere Flexibilisierung der Arbeits(zeit)modelle über den Lebensverlauf, die auch eine phasenweise Verringerung

der Arbeitszeit oder gar einen temporären Berufsausstieg beinhalten kann und unterschiedlichen Zeitbedürfnissen in unterschiedlichen Lebensphasen Rechnung trägt [61]. Um Erwerbsarbeit und Familie gut vereinbaren zu können, sind insbesondere Alleinerziehende zudem auf eine gute Betreuungsinfrastruktur angewiesen. Der Verband alleinerziehender Mütter und Väter nennt als wichtige Maßnahmen unter anderem die Verbesserung von Quantität und Qualität der Kinderbetreuung, den Ausbau von Ganztagsschulen sowie die Organisation von Randzeitenbetreuung in Kindertagesstätte und Hort [65].

Darüber hinaus könnten familienpolitische Anreize zu einer partnerschaftlichen Arbeitsteilung von Eltern gegebenenfalls auch nach der Trennung oder Scheidung des Paares eine verantwortungsvolle gemeinsame Elternschaft fördern. So finden sich heute neben dem Modell, in dem das Kind seinen Lebensmittelpunkt bei einem Elternteil hat, zunehmend auch Modelle, bei denen ein Kind mit beiden Elternteilen im Wechsel lebt und eine stärkere Aufteilung der Familienarbeit zwischen den getrennt lebenden Elternteilen erfolgt. Allerdings scheint dieser Lebensentwurf insbesondere bei starken Konflikten zwischen den getrennt lebenden Elternteilen wenig praktikabel. Auch sind rechtliche Rahmenbedingungen und familienpolitische Leistungen bislang noch nicht ausreichend auf diese Familienformen zugeschnitten [66].

Nach Geene und Töpritz 2017 können insbesondere integrierte kommunale Aktivitäten im Rahmen sogenannter „Präventionsketten" dazu beitragen, multiprofessionell und intersektoral arbeitende Netzwerke aufzubauen und damit Angebote für soziale benachteiligte Eltern, zu denen oftmals auch Alleinerziehende zählen, transparenter, passgenauer und leichter zugänglich zu machen [67]. Durch kommunale Angebote wie beispielweise die Frühen Hilfen, Familienzentren, Beratungs- und Mediationsangebote sowie Angebote der Jugendhilfe oder Arbeitsagenturen können sowohl alleinerziehende als auch in Partnerschaften lebende Mütter und Väter mit sozial bedingt ungünstigeren Gesundheitschancen ohne Stigmatisierung in ihren alltäglichen Lebenszusammenhängen erreicht werden [57, 67].

Alles in allem ist anzunehmen, dass niedrigschwellige lebensweltorientierte Angebote in Kombination mit einer besseren finanziellen Absicherung von Ein-Eltern-Familien sowie Möglichkeiten der besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf einen wichtigen Beitrag zur Gesundheitsförderung von Alleinerziehenden leisten können.

Literatur

1. Peuckert R (2012) Familienformen im sozialen Wandel. 8. Aufl. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
2. Krack-Roberg E, Rübenach S, Sommer B et al. (2016) Familie, Lebensformen und Kinder. In: Statistisches Bundesamt, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (Hrsg) Datenreport 2016. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn, S. 42-77
3. Bundesagentur für Arbeit (Hrsg) (2014) Analyse des Arbeitsmarktes für Alleinerziehende in Deutschland 2014. Analytikreport der Statistik. Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg
4. Lenze A, Funcke A (2016) Alleinerziehende unter Druck. Rechtliche Rahmenbedingungen, finanzielle Lage und Reformbedarf. Im Auftrag der Bertelsmann Stiftung. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh
5. Statistisches Bundesamt (Hrsg) (2010) Alleinerziehende in Deutschland. Ergebnisse des Mikrozensus 2009. https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressekonferenzen/2010/Alleinerziehende/pressebroschuere_Alleinerziehende2009.pdf?__blob=publicationFile (Stand: 14.06.2017)

6. Hancioglu M (2015) Alleinerziehende und Gesundheit. Die Lebensphase „alleinerziehend“ und ihr Einfluss auf die Gesundheit (Dissertation). Fakultät für Sozialwissenschaft. Ruhr-Universität, Bochum

7. Franz M, Lensche H, Schmitz N (2003) Psychological distress and socioeconomic status in single mothers and their children in a German city. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 38(2):59-68

8. Hoffmann B, Swart E (2002) Selbstwahrnehmung der Gesundheit und ärztliche Inanspruchnahme bei Alleinerziehenden – Ergebnisse des Bundesgesundheitssurveys. Gesundheitswesen 64(04):214-223

9. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2003) Gesundheit alleinerziehender Mütter und Väter. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 14. Robert Koch-Institut, Berlin http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/reUzuR53Jx9JI/PDF/27ZlDyKPODMF_59.pdf (Stand: 14.06.2017)

10. Lange C, Saß AC (2006) Risikolagen und Gesundheitssituation allein erziehender Frauen. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 72(2):121-126

11. Sperlich S, Collatz J (2006) Ein-Elternschaft - eine gesundheitsriskante Lebensform? Reanalyse der Daten aus Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für Mütter und ihre Kinder. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 72(2):127-137

12. Timm A (2008) Die gesundheitliche Lage von alleinerziehenden Müttern. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive der Bevölkerung. Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh. http://gesundheitsmonitor.de/uploads/tx_itaoarticles/200803-Beitrag.pdf (Stand: 14.06.2017)

13. Sperlich S, Maina MN (2014) Are single mothers' higher smoking rates mediated by dysfunctional coping styles? BMC Women's Health 14:124

14. Sperlich S (2014) Gesundheitliche Risiken in unterschiedlichen Lebenslagen von Müttern: Analysen auf der Basis einer Bevölkerungsstudie. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 57(12):1411-1423

15. Helbig S, Lampert T, Klose M et al. (2006) Is parenthood associated with mental health? Findings from an epidemiological community survey. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 41(11):889-896

16. Klose M, Jacobi F (2004) Can gender differences in the prevalence of mental disorders be explained by sociodemographic factors? Arch Womens Ment Health 7(2):133-148

17. Müters S, Hoebel J, Lange C (2013) Diagnose Depression: Unterschiede bei Frauen und Männern. GBE Kompakt 4(2), RKI, Berlin http://edoc.rki.de/series/gbe-kompakt/2013-2/PDF/2.pdf (Stand: 14.06.2017)

18. von der Lippe E, Rattay P (2014) Seelische und körperliche Belastung von Müttern und Vätern in Deutschland. Ergebnisse der GEDA-Studie 2009 und 2010. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 93(1):5-20

19. Köngeter A (2011) Macht Alleinerziehen krank? Der psychische Gesundheitszustand alleinerziehender Mütter unter besonderer Berücksichtigung heterogener Lebenslagen in Deutschland (Bachelorarbeit). GRIN Verlag, München.

20. Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES-Institut) (2014) Belastung durch chronischen Stress. Sonderauswertung der Befragung der DAK-Gesundheit im Rahmen des Schwerpunktthemas 2014 „Rushhour des Lebens“. Im Auftrag der DAK-Gesundheit. https://www.dak.de/dak/download/belastung-durch-chronischen-stress-sonderauswertung-1432950.pdf (Stand: 14.06.2017)

21. Sperlich S, Illiger K, Geyer S (2011) Warum rauchen Mütter? Analyse des Einflusses der Lebenslage und psychischer Faktoren auf den Tabakkonsum von Müttern minderjähriger Kinder. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 54(11):1211–1220

22. Sperlich S, Maina MN, Noeres D (2013) The effect of psychosocial stress on single mothers' smoking. BMC Public Health 13:1125

23. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2014) Bericht zur gesundheitlichen Lage der Männer in Deutschland. Robert Koch-Institut, Berlin http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/retiNCCKWE1D/PDF/25aJ8cibVGnqM.pdf (Stand: 14.06.2017)

24. Lange C, Jentsch F, Allen J et al. (2015) Data resource profile: German Health Update (GEDA) - the health interview survey for adults in Germany. Int J Epidemiol 44(2):442-450

25. Lampert T, Kroll L, Müters S et al. (2013) Messung des sozioökonomischen Status in der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA). Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 56(5/6):131-143 http://edoc.rki.de/oa/articles/rejqMMgfXdpeQ/PDF/22v4qibHmrjBg.pdf (Stand: 14.06.2017)

26. Dalgard OS, Bjork S, Tambs K (1995) Social support, negative life events and mental health. Br J Psychiatry (1):29-34

27. Westin M, Westerling R (2007) Social capital and inequality in health between single and couple parents in Sweden. Scand J Public Health 35(6):609-617
28. Benzeval M (1998) The self-reported health status of lone parents. Soc Sci Med 46(10):1337-1353
29. Baker D, North K (1999) Does employment improve the health of lone mothers? The ALSPAC Study Team. Avon Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood. Soc Sci Med 49(1):121-131
30. Fritzell S, Burstrom B (2006) Economic strain and self-rated health among lone and couple mothers in Sweden during the 1990s compared to the 1980s. Health Policy 79(2-3):253-264
31. Fritzell S, Vannoni F, Whitehead M et al. (2012) Does non-employment contribute to the health disadvantage among lone mothers in Britain, Italy and Sweden? Synergy effects and the meaning of family policy. Health Place 18(2):199-208
32. Burstrom B, Whitehead M, Clayton S et al. (2010) Health inequalities between lone and couple mothers and policy under different welfare regimes - the example of Italy, Sweden and Britain. Soc Sci Med 70(6):912-920
33. Young LE, James AD, Cunningham SL (2004) Lone motherhood and risk for cardiovascular disease: the National Population Health Survey (NPHS), 1998-99. Can J Public Health 95(5):329-335
34. Rousou E, Kouta C, Middleton N et al. (2013) Single mothers' self-assessment of health: a systematic exploration of the literature. Int Nurs Rev 60(4):425-434
35. Struffolino E, Bernardi L, Voorpostel M (2016) Self-reported health among lone mothers in Switzerland: Do employment and education matter? Population-E 71(2):187-213
36. Janzen BL, Green K, Muhajarine N (2006) The health of single fathers: demographic, economic and social correlates. Can J Public Health 97(6):440-444
37. Brown GW, Moran PM (1997) Single mothers, poverty and depression. Psychol Med 27(1):21-33
38. Crosier T, Butterworth P, Rodgers B (2007) Mental health problems among single and partnered mothers. The role of financial hardship and social support. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 42(1):6-13
39. Cairney J, Pevalin DJ, Wade TJ et al. (2006) Twelve-month psychiatric disorder among single and married mothers: the role of marital history. Can J Psychiatry 51(10):671-676
40. Cooper C, Bebbington PE, Meltzer H et al. (2008) Depression and common mental disorders in lone parents: results of the 2000 National Psychiatric Morbidity Survey. Psychol Med 38(3):335-342
41. Targosz S, Bebbington P, Lewis G et al. (2003) Lone mothers, social exclusion and depression. Psychol Med 33(4):715-722
42. Wade TJ, Veldhuizen S, Cairney J (2011) Prevalence of psychiatric disorder in lone fathers and mothers: examining the intersection of gender and family structure on mental health. Can J Psychiatry 56(9):567-573
43. Rahkonen O, Laaksonen M, Karvonen S (2005) The contribution of lone parenthood and economic difficulties to smoking. Soc Sci Med 61(1):211-216
44. Siahpush M (2004) Why is lone-motherhood so strongly associated with smoking? Aust N Z J Public Health 28(1):37-42
45. Jun H-J, Acevedo-Garcia D (2007) The effect of single motherhood on smoking by socioeconomic status and race/ethnicity. Soc Sci Med 65(4):653-666
46. McGrath C, Yeung C, Bedi R (2002) Are single mothers in Britain failing to monitor their oral health? Postgrad Med J 78(918):229-232
47. Chiu M, Rahman F, Kurdyak P et al. (2017) Self-rated health and mental health of lone fathers compared with lone mothers and partnered fathers: a population-based cross-sectional study. J Epidemiol Community Health 71(5):417-423
48. Kotwal AA, Lauderdale DS, Waite LJ et al. (2016) Differences between husbands and wives in colonoscopy use: Results from a national sample of married couples. Prev Med 88:46-52
49. Cairney J, Boyle M, Offord DR et al. (2003) Stress, social support and depression in single and married mothers. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 38(8):442-449
50. Curtis L, Phipps S (2004) Social transfers and the health status of mothers in Norway and Canada. Soc Sci Med 58(12):2499-2507
51. Wang JL (2004) The difference between single and married mothers in the 12-month prevalence of major depressive syndrome, associated factors and mental health service utilization. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 39(1):26-32
52. Amato PR (2010) Research on divorce: Continuing trends and new developments. J Marriage Fam. 72(3):650-666

53. Avison WR, Davies L, Willson A et al. (2008) Family structure and mothers' mental health: A life course perspective on stability and change. Advances in Life Course Research 13:233-255

54. Sperlich S, Arnhold-Kerri S, Geyer S (2011) What accounts for depressive symptoms among mothers? The impact of socioeconomic status, family structure and psychosocial stress. Int J Public Health 56(4):385-396

55. SINUS Institut (2014) AOK-Familienstudie 2014. Teil 1: Repräsentativbefragung von Eltern mit Kindern von 4 bis 14 Jahren. Im Auftrag des AOK-Bundesverbandes. http://aok-bv.de/imperia/md/aokbv/presse/pressemitteilungen/archiv/2014/aok_familienstudie_2014_gesamtbericht_band_1.pdf (Stand: 14.06.2017)

56. Berkman LF, Zheng Y, Glymour MM et al. (2015) Mothering alone: cross-national comparisons of later-life disability and health among women who were single mothers. J Epidemiol Community Health 69(9):865-872

57. Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz nach §20d Abs. 3 SGB V. Verabschiedet am 19.02.2016. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Praevention/160219_Bundesrahmenempfehlungen_.pdf (Stand: 10.10.2017)

58. Bertram H, Rösler W, Ehlert N (2005) Nachhaltige Familienpolitik. Zukunftssicherung durch einen Dreiklang von Zeitpolitik, finanzieller Transferpolitik und Infrastrukturpolitik. https://www.bmfsfj.de/blob/93352/15683b249f2ac820f7e8ed9c59ca6740/bertram-gutachten-nachhaltige-familienpolitik-data.pdf (Stand: 14.06.2017)

59. Prognos AG (2014) Endbericht. Gesamtevaluation der ehe- und familienbezogenen Maßnahmen und Leistungen in Deutschland. Im Auftrag des Bundesministeriums der Finanzen und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. https://www.prognos.com/uploads/tx_atwpubdb/140827_Prognos_Gesamtevaluation_Familienleistungen__Endbericht.pdf (Stand: 14.06.2017)

60. Verband alleinerziehender Mütter und Väter (2014) Stellungnahme des VAMV zur Gesamtevaluation ehe- und familienbezogener Leistungen in Deutschland. https://www.vamv.de/uploads/media/VAMV__Stellungnahme_Gesamtevaluation_Fampol_2014.pdf (Stand: 14.06.2017)

61. Stock G, Bertram H, Fürnkranz-Prskawetz A et al. (Hrsg) (2012) Zukunft mit Kindern. Fertilität und gesellschaftliche Entwicklung in Deutschland, Österreich und der Schweiz. Campus Verlag, Frankfurt/New York

62. Lenze A (2014) Alleinerziehende unter Druck. Rechtliche Rahmenbedingungen, finanzielle Lage und Reformbedarf. Im Auftrag der Bertelsmann Stiftung. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh

63. Bertram H (Hrsg) (2013) Reiche Kinder, kluge Kinder: Glückliche Kinder? Der UNICEF Bericht zur Lage der Kinder in Deutschland. Beltz Verlag, Weinheim/Basel

64. Bündnis Kindergrundsicherung. www.kinderarmut-hat-folgen.de (Stand: 14.06.2017)

65. Verband alleinerziehender Mütter und Väter (2012) Es wird Zeit: Familienpolitik auch für Alleinerziehende! Stellungnahme des VAMV zum Achten Familienbericht „Zeit für Familie". https://www.vamv.de/uploads/media/VAMV_Stellungnahme_8._Familienbericht.pdf (Stand: 14.06.2017)

66. Verband alleinerziehender Mütter und Väter (2016) Stellungnahme des VAMV zur öffentlichen Anhörung am 14. März 2016 im Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend des Bundestages zur Lebenssituation Alleinerziehender und ihren Kindern. https://www.vamv.de/uploads/media/VAMV_Stellungnahme_AE_Anhoerung_BT_FamAuss_Mrz16.pdf (Stand: 14.06.2017)

67. Geene R, Töpritz K (2017) Systematische nationale und internationale Literatur- und Datenbankrecherche zu Gesundheitsförderungs- und Präventionsansätzen bei Alleinerziehenden und Auswertung der vorliegenden Evidenz der Ansätze. Studie im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und des Spitzenverbandes der Gesetzlichen Krankenkassen. Hochschule Magdeburg-Stendal (unveröffentlichter Bericht)

Impressum

Journal of Health Monitoring

Institution der beteiligten Autorinnen und Autoren
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Berlin

Korrespondenzadresse
Petra Rattay
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
E-Mail: RattayP@RKI.de

Interessenkonflikt
Die korrespondierende Autorin gibt für sich, die Koautorinnen und den Koautor an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Förderungshinweis
Die GEDA-Studie wurde mit Mitteln des Robert Koch-Instituts und des Bundesministeriums für Gesundheit finanziert.

Hinweis
Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die Meinung des Robert Koch-Instituts wider.

Herausgeber
Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion
Susanne Bartig, Johanna Gutsche, Dr. Franziska Prütz,
Martina Rabenberg, Alexander Rommel, Dr. Anke-Christine Saß,
Stefanie Seeling, Martin Thißen, Dr. Thomas Ziese
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
Tel.: 030-18 754-3400
E-Mail: healthmonitoring@rki.de
www.rki.de/journalhealthmonitoring

Satz
Gisela Dugnus, Alexander Krönke, Kerstin Möllerke

Zitierweise
Rattay P, von der Lippe E, Borgmann LS et al. (2017) Gesundheit von alleinerziehenden Müttern und Vätern in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2(4): 24–44. DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-112

ISSN 2511-2708

Dieses Werk ist lizenziert unter einer Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz.

Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit

Journal of Health Monitoring · 2017 2(4)
DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-051
Robert Koch-Institut, Berlin

Autorinnen:
Elvira Mauz, Roma Schmitz,
Christina Poethko-Müller

Kinder und Jugendliche mit besonderem Versorgungsbedarf im Follow-up: Ergebnisse der KiGGS-Studie 2003 – 2012

Abstract

Weltweit ist die Häufigkeit chronischer Erkrankungen bei Kindern stark angestiegen. Chronisch kranke Kinder und ihre Familien haben diagnoseübergreifend besondere Herausforderungen zu meistern. Dazu gehört ein erschwerter Übergang in das Erwachsenenalter mit veränderten Versorgungsbedingungen und Zuständigkeiten. An einer Untergruppe der KiGGS-Kohorte wird untersucht, welche Chance chronisch kranke Kinder und Jugendliche haben, im jungen Erwachsenenalter ein Leben zu führen, ohne sich chronisch krank oder gesundheitsbedingt eingeschränkt zu fühlen und zum anderen, welche Faktoren mit einem ungünstigen Verlauf beim Übergang ins junge Erwachsenenalter zusammenhängen.

Die KiGGS-Kohorte ist die Längsschnittkomponente der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) des Robert Koch-Instituts, in der die 0- bis 17-jährigen Teilnehmenden der bevölkerungsbasierten KiGGS-Basiserhebung (2003 – 2006; Untersuchungs- und Befragungssurvey; n = 17.641) nachbeobachtet werden. In die Analyse einbezogen werden alle zum Zeitpunkt der ersten telefonischen Folgebefragung (KiGGS Welle 1, 2009 – 2012) 18- bis 24-jährigen Wiederteilnehmenden (n = 3.243). Die generische (diagnoseübergreifende) Identifizierung chronisch kranker Kinder erfolgte in der KiGGS-Basiserhebung mit der deutschen Übersetzung des CSHCN-Screeners (Children with Special Health Care Needs Screener). Bei den jungen Erwachsenen in KiGGS Welle 1 wurden dafür zwei Fragen des Minimal European Health Modules eingesetzt. Bei 509 von 3.243 der zum Zeitpunkt der Welle 1 jungen Erwachsenen wurde auf der Basis des 2003 – 2006 erhobenen CSHCN-Screeners auf das Vorliegen einer chronischen Erkrankung im Alter von 12 bis 17 Jahren geschlossen. Von diesen gaben die Hälfte (50,6 %; 95 %-KI 44,4 – 56,8) sechs Jahre später an, chronisch krank oder gesundheitsbedingt eingeschränkt zu sein. Von den Teilnehmenden ohne Hinweise auf eine chronische Erkrankung zur KiGGS-Basiserhebung, gaben ein Fünftel (21,1 %; 95 %-KI 18,9 – 23,4) an, chronisch krank oder gesundheitsbedingt eingeschränkt zu sein.

Im Vergleich zu jüngeren Kindern gaben chronisch kranke Jugendliche im jungen Erwachsenenalter häufiger selbst an, chronisch krank zu sein (OR 1,8; 95 %-KI 1,02 – 3,3). Auch Asthma bronchiale ist in der Gruppe der CSHCN-positiven 12- bis 17-Jährigen deutlich mit der späteren Einschätzung assoziiert, chronisch krank oder gesundheitsbedingt eingeschränkt zu sein (OR 3,5; 95 %-KI 1,6 – 7,6). Besondere Risikogruppen für chronische Erkrankung im jungen Erwachsenenalter sind – unabhängig von Alter, Adipositas, einer Asthma- oder ADHS-Diagnose – chronisch kranke Jungen, die Schmerzen angeben, und chronisch kranke Kinder aus Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status, die über geringe personale Ressourcen (Schutzfaktoren) verfügen.

CSHCN · CHRONISCHE ERKRANKUNG · SELBSTEINSCHÄTZUNG · KINDER UND JUGENDLICHE · KOHORTENSTUDIE

Die Hälfte der zur KiGGS-Basiserhebung CSHCN-positiv gescreenten Kinder- und Jugendlichen gaben als junge Erwachsene an, chronisch krank oder gesundheitsbedingt eingeschränkt zu sein.

1. Hintergrund

Die Krankheitslast im Kindes- und Jugendalter hat sich in den vergangenen Jahrzehnten von akuten und Infektionskrankheiten zunehmend zu chronischen Erkrankungen verlagert [1]. Weltweit ist die Häufigkeit chronischer Erkrankungen bei Kindern stark angestiegen [2]. Während sich die Überlebenschancen für Frühgeborene [3] und Kinder mit Krankheiten wie Fehlbildungen, Krebserkrankungen und Mukoviszidose [4] verbesserten, sind Kinder und Jugendliche heute häufiger von allergischen Erkrankungen [5] und Adipositas [2] sowie von psychischen, Verhaltens- und Entwicklungsstörungen [6] betroffen. Die Krankheitslast durch chronische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter betrifft nicht nur gesundheitliche Aspekte im engeren Sinn, sondern drückt sich durch Beeinträchtigung von Bildungserfolgen und erschwerter Teilhabe am gesellschaftlichen Leben aus. Darüber hinaus können zusätzliche Probleme entstehen, wenn Kinder und Jugendliche Stigmatisierungen wegen ihrer Erkrankung ausgesetzt sind. In Deutschland beträgt die Prävalenz von chronischer Erkrankung bei 0- bis 17-Jährigen aktuell 16,2% [7] . Das veränderte Krankheitsspektrum bei Kindern und Jugendlichen wird insgesamt durch den Begriff „neue Morbidität“ beschrieben [8].

Ausgeprägter als bei Erwachsenen sind die Krankheitsbilder chronischer pädiatrischer Erkrankungen inhomogen und umfassen relativ häufig diverse seltene Erkrankungen [9]. Die Gesamtgruppe chronisch kranker Kinder kann deshalb durch die Abfrage einzelner Diagnosen nur schwer umfänglich abgebildet werden. Deshalb bieten sich für die Erfassung von Kindern, die im Zusammenhang mit chronischen Gesundheitsproblemen einem besonderen Risiko für ungünstige körperliche oder psychische Entwicklungen ausgesetzt sind und die besondere gesundheitliche Versorgung, therapeutische oder allgemeine Unterstützung benötigen, sogenannte generische, d. h. krankheitsübergreifende Instrumente an [10, 11]. Ein solches Instrument ist der CSHCN-Screener (Children with Special Health Care Needs Screener), der in der Basiserhebung der Studie zur Gesundheit von Kindern- und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) eingesetzt wurde. Mit diesem diagnoseübergreifenden Instrument können Kinder mit chronischen körperlichen und psychischen Erkrankungen anhand ihrer gemeinsamen Merkmale auf Basis von erhöhtem Bedarf an medizinischer Versorgung, psychosozialer oder pädagogischer Unterstützung und dem Vorliegen von behandlungsbedürftigen Entwicklungs- und Verhaltensproblemen identifiziert werden [12–15]. In der KiGGS-Basiserhebung konnten die Angaben zu chronischem Kranksein über Elternangaben erhoben werden. Damit war der Einsatz des CSHCN-Screeners möglich. Zum Zeitpunkt von KiGGS Welle 1 wurden die nun erwachsenen Teilnehmenden im Rahmen des Telefonsurveys selbst befragt, in der Studie erfolgte die Erfassung (Operationalisierung) chronischer Erkrankung – einem anderen konzeptuellen Ansatz folgend [9] – über die direkte Abfrage der subjektiven Einschätzung chronisch krank oder gesundheitsbedingt eingeschränkt zu sein [16–18].

Über die Spezifika bestimmter chronischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter hinaus bietet eine generische Operationalisierung grundsätzlich die Mög-

lichkeit, Faktoren für günstige aber auch ungünstige individuelle Verläufe zu erforschen. Auf Populationsebene können so besonders vulnerable Bevölkerungsgruppen für ungünstige Verläufe identifiziert werden.

Nur wenigen Studien zum Verlauf von chronischen Erkrankungen bei Kindern lag bisher eine generische Operationalisierung zugrunde [19, 20]. Die Autorinnen und Autoren einer Längsschnittstudie mit solch einem ‚generischen' Ansatz der Operationalisierung aus Australien unterstreichen in der Interpretation ihrer Ergebnisse die Bedeutung von erhöhtem gesundheitsbedingten Versorgungsbedarf, der über einen längeren Zeitraum andauert [20]. Die vorliegende längsschnittliche Analyse mit Daten der KiGGS-Kohorte untersucht zum einen, welche Chance chronisch kranke Kinder und Jugendliche haben, im jungen Erwachsenenalter ein Leben zu führen, ohne sich chronisch krank oder gesundheitsbedingt eingeschränkt zu fühlen und zum anderen, welche Faktoren mit einem ungünstigen Verlauf bei dem Übergang (Transition) ins junge Erwachsenenalter zusammenhängen.

Im Vergleich zu jüngeren Kindern geben chronisch kranke Jugendliche im jungen Erwachsenenalter häufiger selbst an, chronisch krank zu sein.

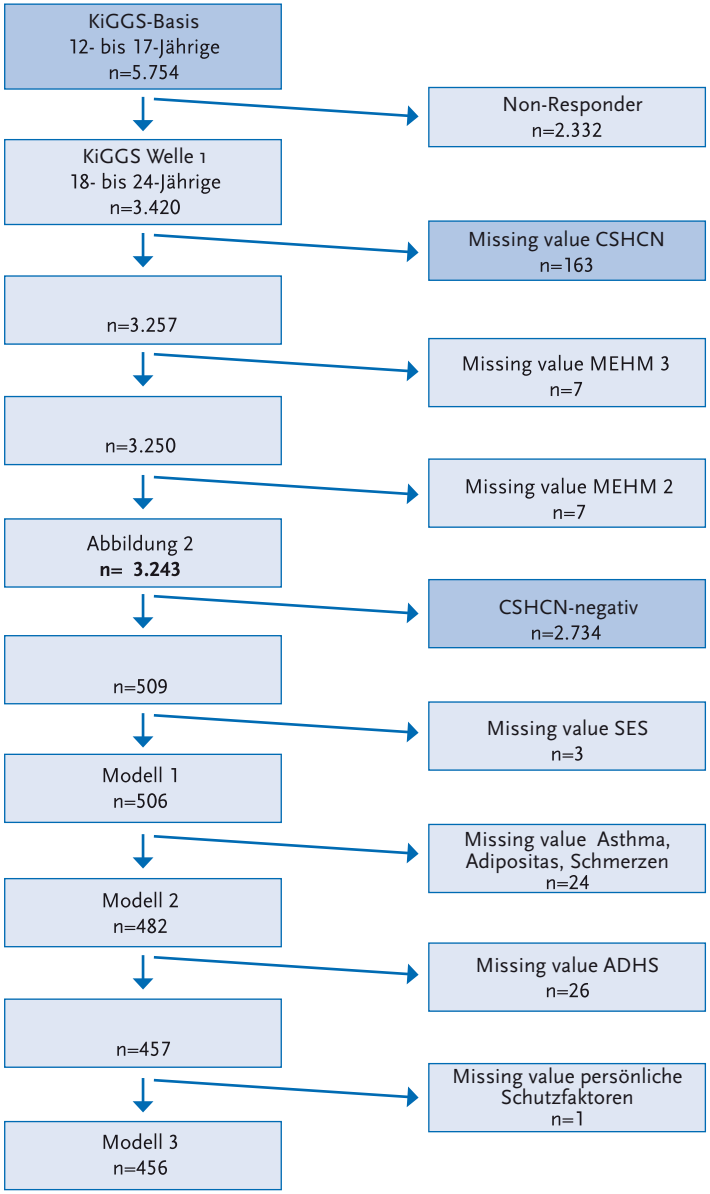
2. Methode

2.1 Studienpopulation

Die Analyse basiert auf einer Untergruppe der ersten beiden Erhebungswellen der KiGGS-Kohorte. Diese ist die Längsschnittkomponente der KiGGS-Studie [21], die vom Robert Koch-Institut im Rahmen des Gesundheitsmonitorings durchgeführt wird. Die bevölkerungsbasierte KiGGS-Basiserhebung wurde in den Jahren 2003 bis 2006 in 167 Untersuchungsorten (Sample Points) als kombinierter Untersuchungs- und Befragungssurvey bei 0- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen durchgeführt (n = 17.641, Response = 66,6 %) [22, 23]. Zur Gewährleistung repräsentativer Aussagen wurde ein Gewichtungsfaktor berechnet, der die Stichprobe an die Bevölkerungsstruktur (vom 31.12.2004) nach Alter, Geschlecht, Region, Staatsangehörigkeit und elterlicher Bildung anpasst [22]. Im Rahmen der KiGGS-Kohorte werden die Teilnehmenden der Basiserhebung kontinuierlich bis ins Erwachsenenalter weiter beobachtet. Das erste Follow-up fand im Rahmen der KiGGS Welle 1 (2009–2012) als telefonische Befragung statt, zu der alle wiederbefragungsbereiten Teilnehmenden der Basiserhebung, nunmehr im Alter von 6 bis 24 Jahren, erneut zur Teilnahme eingeladen wurden [24]. Ab dem Alter von 11 Jahren wurden die Teilnehmenden selbst befragt, für diejenigen unter 18 Jahren wurden zudem die Eltern befragt. Die Response betrug insgesamt 68,5 % (n = 11.992), sie war bei Kindern und Jugendlichen höher (72,7 %) als bei den volljährigen Teilnehmenden (59,9 %). Um trotz der sogenannten Dropouts (Studienteilnehmende, die bei späteren Wellen nicht mehr teilnehmen) die Vorteile der an die Bevölkerungsstruktur angepassten Stichprobe von KiGGS weiterhin nutzen zu können, wurde ein Längsschnittgewicht berechnet, das den Datensatz zusätzlich zur Bevölkerungszusammensetzung zum Zeitpunkt der KiGGS-Basiserhebung für die unterschiedliche Wiederteilnahmewahrscheinlichkeit korrigiert [24].

Einschlusskriterium für die vorliegenden Analysen waren Volljährigkeit zum Zeitpunkt von KiGGS Welle 1 sowie ein Alter von mindestens 12 Jahren zum Zeitpunkt der KiGGS-Basiserhebung. Die letztgenannte Altersein-

Abbildung 1
Entwicklung der Analysestichprobe
Quelle: KiGGS-Basiserhebung 2003–2006 und KiGGS Welle 1 2009–2012; eigene Darstellung



Missing values = fehlende Werte
CSHCN = Children with Special Health Care Needs
ADHS = Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung

schränkung stellt sicher, dass jeweils vollständige Altersjahrgänge in die Analysen eingehen. Teilnehmende mit fehlenden Antworten zu den untersuchten Variablen wurden von den Analysen ausgeschlossen (Abbildung 1).

2.2 Operationalisierung chronischer Erkrankung

Zur Identifizierung chronisch kranker Kinder wurde in der KiGGS-Basiserhebung im schriftlichen Elternfragebogen die deutsche Übersetzung des CSHCN-Screeners als diagnoseübergreifender, generischer Ansatz eingesetzt [12, 13, 25]. Das aus fünf Hauptfragen bestehende Instrument fragt die Inanspruchnahme bzw. den Bedarf von speziellen medizinischen oder nicht medizinischen Leistungen (ärztlich verordnete Arzneimittel; ärztliche, psychologische oder pädagogische Behandlung bzw. Beratung oder Förderung) sowie das Vorliegen von Funktionseinschränkungen im Alltag und von behandlungsbedürftigen emotionalen, Entwicklungs- oder Verhaltensproblemen ab. In jeweils zwei Unterfragen wird danach gefragt, ob Gesundheits- oder Entwicklungsprobleme der Grund für die angegebenen Bedarfe oder Einschränkungen sind, und ob diese seit mindestens 12 Monaten andauern oder ein solcher Zeitraum absehbar ist. Als positiv gescreent galten Kinder, für die Eltern mindestens eine Hauptfrage einschließlich der zugehörigen Unterfragen bejaht hatten. Der CSHCN-Screener hat in klinischen Stichproben eine Sensitivität von etwa 80 % [9, 12]. In einer Validierungsstudie zum CSHCN-Screener, die im Kontext der europäischen DISABKIDS-Studie zu chronischen Erkrankungen im Kindesalter durchgeführt wurde, konnte gezeigt werden, dass 80 % aller Kin-

der, die in primär-kinderärztlichen Praxen als chronisch krank diagnostiziert wurden, auch tatsächlich einen Versorgungsbedarf im Sinne der Klassifikation des CSHCN-Screeninginstruments aufweisen [9, 15].

In der KiGGS-Basiserhebung konnten für 91 % der Studienteilnehmenden vollständige Antworten zu allen Haupt- und Unterfragen erhoben werden. Fehlende Angaben betrafen vor allem Studienteilnehmende ohne ausreichende deutsche Sprachkenntnisse [26].

In KiGGS Welle 1 erfolgte die generische Abfrage chronischer Erkrankungen über zwei Fragen des Minimal European Health Modules (MEHM) durch die Befragung der nunmehr Volljährigen selbst. Bei der Auswahl des Instruments für die jungen Erwachsenen stand die Vergleichbarkeit der Ergebnisse mit anderen nationalen [27] und internationalen Surveys [16] im Vordergrund. Die Fragen lauteten: „Haben Sie eine oder mehrere lang andauernde, chronische Krankheiten oder Gesundheitsprobleme?“ (MEHM 3). Diese Frage konnte mit ja oder nein beantwortet werden und wurde durch folgenden Hinweis ergänzt: „Chronische Krankheiten sind lang andauernde Erkrankungen, die regelmäßiger Behandlung und Kontrolle bedürfen, z. B. Asthma, Epilepsie, Diabetes oder Herzerkrankungen“. Krankheitsbedingte Einschränkungen wurden durch die Frage „In welchem Ausmaß sind Sie durch Krankheit in der Ausübung Ihrer alltäglichen Tätigkeiten dauerhaft eingeschränkt? Wir meinen damit seit mindestens einem halben Jahr.“ (MEHM 2) erfasst. Dabei wurden für die vorliegende Analyse die Kategorien „Erheblich eingeschränkt“ und „Eingeschränkt, aber nicht erheblich“ zusammengefasst und der Kategorie „Nicht eingeschränkt“ gegenüber gestellt. Für die Untersuchung des Verlaufs chronischer Erkrankung sowie für die logistischen Regressionsanalysen wurde aus den beiden Items (Fragenkomplexen) die Variable „chronisch krank oder gesundheitsbedingt eingeschränkt“ gebildet. Dieses Vorgehen wurde gewählt, um die Operationalisierung von KiGGS Welle 1 bestmöglich dem in der KiGGS-Basiserhebung eingesetzten CSHCN-Screener anzugleichen, bei dem auch dann ein positives CSHCN-Screeningergebnis vorlag, wenn nur die Frage danach, ob das Kind in irgendeiner Art und Weise eingeschränkt oder daran gehindert ist, Dinge zu tun, die die meisten gleichaltrigen Kinder tun können, bejaht wurde und angegeben wurde, dass die Einschränkungen gesundheitsbedingt waren und über mindestens 12 Monate andauerten oder eine Dauer von 12 Monaten zu erwarten war. Die beiden Instrumente unterscheiden sich damit grundsätzlich im konzeptuellen Herangehen. Während die Klassifikation über den CSHCN-Screener explizit die lange Dauer der angegebenen Kriterien erfordert und auf der Basis von Krankheitsfolgen wie Funktions- und Teilhabestörung sowie einer erhöhten Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen erfolgt, basieren die Fragen des MEHM ausschließlich auf der subjektiven Einschätzung von vorliegenden Krankheiten bzw. Gesundheitsproblemen als chronisch. Bei der Interpretation der folgenden Ergebnisse muss beachtet werden, dass diese nicht im Sinne von Persistenz (Andauern) oder Inzidenz (Neuauftreten) chronischer Erkrankung gewertet werden dürfen, sondern Aussagen darüber liefern, ob sich junge Erwachsene subjektiv als chronisch krank einschätzen.

Die Merkmale, die bei der späteren Selbsteinschätzung häufiger mit chronischem Kranksein assoziiert sind, unterscheiden sich zwischen den beiden Geschlechtern und nach dem Sozialstatus der Herkunftsfamilie.

In der Gruppe positiv CSHCN-gescreenter Kinder schätzen sich als junge Erwachsene insbesondere zwei Gruppen selbst als chronisch krank ein: Jungen, die Schmerzen angeben und Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus, die über geringe personale Schutzfaktoren verfügen.

Im Folgenden wird wegen einer in der deutschen Sprache fehlenden passenden Terminologie für den angloamerikanischen Begriff ‚chronic condition' von chronischer Erkrankung gesprochen, wenn für den Zeitpunkt der KiGGS-Basiserhebung der CSHCN-Screener positiv war oder wenn für den Zeitpunkt der KiGGS Welle 1 das Vorliegen einer chronischen Erkrankung oder einer gesundheitsbedingten Einschränkung angegeben wurde.

2.3 Determinanten für die Angabe chronischer Erkrankung im jungen Erwachsenenalter

Die Auswahl der auf Zusammenhänge zur Angabe chronischer Erkrankung im jungen Erwachsenenalter untersuchten Faktoren (Determinanten) aus der KiGGS-Basiserhebung erfolgte explorativ und mit dem Ziel, sowohl häufige körperliche und psychische Erkrankungen als auch mögliche Risikofaktoren einzuschließen. Analog zu der Validierungsstichprobe des CSHCN-Screeners [12] waren in der KiGGS-Basiserhebung Asthma bronchiale und die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung ADHS – neben Allergischer Rhinitis (Heuschnupfen) und Neurodermitis – die am häufigsten angegebenen ärztlichen bzw. psychologischen Diagnosen von CSHCN positiv gescreenten 11-bis 17-jährigen Teilnehmenden (Daten nicht gezeigt). Deshalb wurden diese beiden im Kindesalter häufig vorkommenden körperlichen Erkrankungen (Asthma bronchiale) bzw. psychische Störungen (ADHS) in die Modellierung einbezogen. Ebenfalls im Sinne einer explorativen Analyse erfolgte die Untersuchung, ob chronisch kranke Kinder und Jugendliche mit erhöhter Körperfettmasse (Adipositas) ein höheres Risiko haben, sich im Erwachsenenalter als chronisch krank wahrzunehmen, und ob die Angabe von (akuten oder chronischen) Schmerzen (als möglicher Hinweis auf die Schwere einer Erkrankung) mit der Wahrnehmung chronischer Erkrankung assoziiert ist. Dem Verständnis folgend, dass Schutzfaktoren die Auswirkungen von Risikofaktoren abmildern können und weil ein Zusammenhang mit dem Vorliegen bestimmter chronischen Erkrankungen wie ADHS und Adipositas aus den Daten der KiGGS-Basiserhebung bekannt ist [28], wurden zudem Zusammenhänge mit personalen Schutzfaktoren untersucht. Als weitere mögliche Einflussfaktoren wurden Alter, Geschlecht sowie die soziale Lage des Elternhauses als wichtige soziodemografische Merkmale der Teilnehmenden in die Analysen aufgenommen. Im Folgenden werden die in die Analysen aufgenommen Variablen aus der KiGGS-Basiserhebung im Detail beschrieben.

2.3.1 Diagnose eines Asthma bronchiale als körperliche Erkrankung

Asthma in den letzten 12 Monaten und/oder Medikamenteneinnahme gegen Asthma wurde im computerassistierten ärztlichen Interview erhoben und beruht auf Elternangaben zu Kindern, für die schon einmal ein Asthma ärztlich festgestellt wurde [29].

2.3.2 Diagnose einer ADHS als psychische Störung

Für Kinder ab 3 Jahre wurde Eltern die Frage nach einer ADHS-Diagnose mit dem Wortlaut: „Wurde bei Ihrem Kind jemals eine Aufmerksamkeitsstörung/Hyperaktivität festgestellt?" gestellt. Die ärztliche oder psychologische

Diagnosestellung wurde durch die Frage: „Wenn ja, durch wen wurde diese Störung festgestellt?“ abgesichert [30].

2.3.3 Schmerzen als möglicher Hinweis für die Schwere einer Erkrankung

Die Frage zur 3-Monats-Schmerzprävalenz („Hattest du in den letzten 3 Monaten Schmerzen?“) wurde von 11- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen im schriftlichen Fragebogen selbst bejaht oder verneint (Selbsteinschätzung) [31].

2.3.4 Adipositas als physiologischer Risikofaktor

Körpergröße und -gewicht wurden im Untersuchungszentrum standardisiert gemessen [32]. Als Grundlage für die Beurteilung von Übergewicht und Adipositas wird der Body Mass Index (BMI) (Körpergewicht in kg/Quadrat der Körpergröße in m) herangezogen. Kinder und Jugendliche werden in der vorliegenden Arbeit als adipös (fettleibig) klassifiziert, wenn ihr BMI-Wert oberhalb des 97. alters- und geschlechtsspezifischen Perzentils der Referenzpopulation liegt. Für die vorliegenden Auswertungen werden die Referenzwerte nach Kromeyer-Hauschild et al. 2001 herangezogen [33, 34].

2.3.5 Personale Ressourcen als Schutzfaktor

Personale Schutzfaktoren sind Merkmale der Kinder und Jugendlichen selbst. Beispiele sind der Kohärenzsinn als Vertrauen darauf, dass die Anforderungen des Lebens zu verstehen, zu bewältigen und sinnhaft sind; der sogenannte dispositionelle Optimismus als generelle Zuversicht, dass sich die Dinge positiv entwickeln; oder die allgemeine Selbstwirksamkeitserfahrung als Überzeugung, selbst über die notwendige Kompetenz zu verfügen, um mit verschiedenen Anforderungen umgehen zu können. Personale Schutzfaktoren wurden in der KiGGS-Studie bei den 11- bis 17-Jährigen über eine im Pretest entwickelte, aus fünf Items bestehende Skala erfragt [35]. Die Befragten konnten auf 4-stufigen Antwortvorgaben von „stimmt nicht“ bis „stimmt genau“ auf die Fragen antworten [36]. Die Werte der Antworten wurden so kodiert, dass höhere Werte für eine bessere Ausstattung mit den entsprechenden Ressourcen stehen. Sie wurden summiert und in Werte zwischen 0 und 100 transformiert. Unter Berücksichtigung der in der KiGGS-Stichprobe ermittelten Antwortverteilungen wurden Cut-off-Werte (Toleranzwerte) bestimmt und die Skalenwerte in die Kategorien „unauffällig bzw. normal“, „unterdurchschnittlich bzw. grenzwertig“ und „deutliche Defizite“ eingeteilt (personale Ressourcen: 0–50,0 = deutliche Defizite; 50,1–62,5 = grenzwertig; 62,6–100 = unauffällig). Für die in dieser Arbeit durchgeführten Zusammenhangsanalysen wurden die Kategorien deutliche Defizite und unterdurchschnittlich bzw. grenzwertig zusammengefasst [36].

2.3.6 Sozioökonomischer Status des Elternhauses (SES)

Die soziale Herkunft wird über den sozioökonomischen Status (SES) des Elternhauses zum Zeitpunkt der KiGGS-Basiserhebung einbezogen. Der SES im Elternhaus wird anhand eines mehrdimensionalen, aggregierten Index erfasst, der als Punktsummenscore auf der Basis der Angaben der Eltern zu ihrer Schulbildung und beruflichen Qualifikation, zu ihrer beruflichen Stellung sowie zum bedarfsgewichteten Haushaltsnettoeinkom-

Eine generische Operationalisierung bietet unabhängig von den Besonderheiten der verschiedenen chronischen Erkrankungen die Möglichkeit, den Verlauf chronisch erkrankter Kinder in Längsschnittstudien zu verfolgen. Ein Wechsel des Befragungsinstruments – wie in KiGGS Welle 1 vorgenommen – beeinträchtigt dabei jedoch die Interpretation der Ergebnisse.

men basiert. Der Index erlaubt die Einteilung in eine niedrige, mittlere und hohe Sozialstatusgruppe [37].

2.4 Statistische Auswertung

Im ersten Schritt wurde für die fokussierte Stichprobe geprüft, ob in dieser Gruppe die möglicherweise systematische Non-Response (Nichtwiederteilnahme) für alle in die Analyse einbezogenen Variablen durch die Längsschnittgewichtung ausgeglichen werden kann. Eine systematische Selbstselektion könnte zu verzerrten Ergebnissen führen, wenn zum Beispiel Kinder mit chronischen Erkrankungen oder mit Risikofaktoren für andauernde Gesundheitsstörungen weniger häufig an der Folgeuntersuchung teilgenommen hätten. Der Anteil von Kindern und Jugendlichen, die sich im jungen Erwachsenenalter als chronisch krank erleben, würde dann unterschätzt werden. Um solche Verzerrungen weitgehend ausschließen zu können, müssen sich mit der reduzierten Fallzahl, also der Gruppe der Wiederteilnehmenden an der KiGGS Welle 1, mittels längsschnittlicher Gewichtung die mit dem Querschnittgewicht erhaltenen Häufigkeiten der Gesamtgruppe der 12- bis 17-Jährigen der Basiserhebung reproduzieren lassen. Die jeweiligen Prävalenzen wurden mit 95 %-Konfidenzintervallen (95 %-KI) berechnet und tabellarisch gegenübergestellt (Tabelle 1). Als Kriterium für die Feststellung eines bedeutsamen Unterschieds wurde eine fehlende Überlappung der jeweiligen 95 %-KI definiert.

Zusammenhangsanalysen möglicher Determinanten für die Angabe chronischer Erkrankung im jungen Erwachsenenalter fanden mittels multivariater logistischer Regressionsmodelle statt. Berechnet wurden gewichtete Odds Ratios (OR) und die zugehörigen 95 %-KI, die als Chancenverhältnisse zu interpretieren sind. Sie geben an, um welchen Faktor die Chance einer Gruppe im Verhältnis zur Gruppe, die als Referenzkategorie definiert wurde, erhöht oder erniedrigt ist. Zum besseren Verständnis wird im Folgenden anstelle der Chance, chronisch krank oder gesundheitsbedingt eingeschränkt zu sein, von dem Risiko oder der Wahrscheinlichkeit dafür gesprochen, obwohl dies statistisch gesehen nicht präzise ist.

Die Berechnung von 95 %-Konfidenzintervallen und p-Werten wurde in gewichteten Analysen unter Anwendung der Survey-Prozedur in STATA 14.1 SE (StataCorp LP, College Station, TX) durchgeführt.

3. Ergebnisse

Von 5.754 12- bis 17-Jährigen der KiGGS-Basiserhebung nahmen insgesamt 3.420 erneut teil (59,4 %). 163 Teilnehmende mussten von den Analysen ausgeschlossen werden, da die Eltern keine Angaben zum CSHCN-Screener gemacht hatten (Abbildung 1). Die Wiederteilnehmenden waren häufiger weiblich, kamen eher aus Familien mit hohem sozioökonomischen Status und waren seltener adipös oder mit einer ADHS diagnostiziert als die Gesamtstichprobe der KiGGS-Basiserhebung. Diese Unterschiede wurden durch die angewendete Gewichtung weitgehend ausgeglichen (Tabelle 1). Bezüglich der Verteilung der Lebenszeitprävalenz einer ärztlich diagnostizierten ADHS bestanden nicht vollständig durch die Längsschnittgewichtung ausgeglichene Unterschiede, allerdings mit überlappenden Konfidenzintervallen:

Tabelle 1
Beschreibung der Stichproben
Quelle: KiGGS-Basiserhebung 2003–2006 und KiGGS Welle 1 2009–2012; eigene Darstellung

Variablen	KiGGS-Basiserhebung (2003–2006) 12- bis 17-Jährige n=5.298*	KiGGS Welle 1 (2009–2012) 18- bis 24-Jährige Analysestichprobe n=3.243**
	% (95 %-KI)	% (95 %-KI)
KiGGS-Basiserhebung		
Geschlecht		
Weiblich	49,4 (48,6–50,2)	50,9 (49,2–52,6)
Männlich	50,6 (49,8–51,4)	49,1 (47,4–50,8)
Mittleres Alter (Jahre)	14,6 (14,5–14,6)	14,6 (14,5–14,6)
Altersgruppe		
12–13 Jahre	30,6 (29,5–31,7)	29,8 (28,2–31,5)
14–17 Jahre	69,4 (68,4–70,5)	70,2 (68,5–71,8)
Sozioökonomischer Status		
Hoch	16,5 (15,0–18,1)	17,9 (15,8–20,2)
Mittel	63,5 (61,8–65,2)	62,5 (60,3–64,7)
Niedrig	20,0 (18,4–21,7)	19,6 (17,8–21,5)
CSHCN-Screener		
Positiv	15,2 (14,1–16,3)	14,3 (12,8–15,9)
Negativ	84,8 (83,7–85,9)	85,7 (84,1–87,2)
Gesundheitsbedingt eingeschränkt für mind. 12 Monate		
Ja	4,2 (3,7–4,8)	4,0 (3,2–5,0)
Nein	95,8 (95,2–96,4)	96,0 (95,0–96,8)
Asthma		
Ja	4,5 (3,8–5,3)	4,1 (3,4–5,1)
Nein	95,6 (94,8–96,2)	95,9 (94,9–96,7)

Variablen	KiGGS-Basiserhebung (2003–2006) 12- bis 17-Jährige n=5.298*	KiGGS Welle 1 (2009–2012) 18- bis 24-Jährige Analysestichprobe n=3.243**
	% (95 %-KI)	% (95 %-KI)
KiGGS-Basiserhebung		
Adipositas		
Ja	8,7 (7,8–9,8)	8,1 (6,7–9,6)
Nein	91,3 (90,2–92,2)	92,0 (90,4–93,3)
Schmerzen in den letzten 3 Monaten		
Ja	79,5 (78,1–80,9)	79,5 (77,5–81,4)
Nein	20,5 (19,1–21,9)	20,5 (18,6–22,5)
ADHS-Diagnose jemals		
Ja	6,5 (5,7–7,5)	5,0 (4,0–6,2)
Nein	93,5 (92,6–94,3)	95,0 (93,9–96,0)
KiGGS Welle 1		
Chronisch krank (MEHM 3)		
Ja		21,2 (19,1–23,5)
Nein		78,8 (76,6–80,9)
Gesundheitsbedingt eingeschränkt (MEHM 2)		
Ja		12,3 (10,7–14,0)
Nein		87,7 (86,0–89,3)
Chronisch krank o. gesundheitsbedingt eingeschränkt		
Ja		25,3 (23,1–27,6)
Nein		74,7 (72,4–76,9)

KI = Konfidenzintervall
CSHCN = Children with Special Health Care Needs
ADHS = Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung
MEHM = Minimal European Health Module
* Gesamtgruppe der zu dem Zeitpunkt 12- bis 17-Jährigen mit Elternangaben zum CSHCN, gewichtet mit Gewichtungsfaktor der Basiserhebung (gewichtet auf Bevölkerungsstand vom 31.12.2004)
** Gruppe der Wiederteilnehmenden der ehemals 12- bis 17-Jährigen an KiGGS Welle 1; gewichtet mit dem Längsschnittgewicht zum Ausgleich unterschiedlicher Wiederteilnahmewahrscheinlichkeit und Adjustierung auf den Bevölkerungsstand zum Zeitpunkt der Basiserhebung (31.12.2004)

Die Prävalenz in der KiGGS-Basisstichprobe betrug bei 12- bis 17-Jährigen 6,5 % (95 %-KI 5,7–7,5), bei den wiederteilnehmenden 12- bis 17-Jährigen betrug die Prävalenz zu KiGGS-Basis 5,0 % (95 %-KI 4,0–6,2) (Tabelle 1). In der in die Analysen einbezogenen Stichprobe betrug der Anteil der Mädchen 49,4 % (95 %-KI 48,6–50,2). Der Altersdurchschnitt lag insgesamt bei 14,6 Jahren (95 %-KI 14,5–14,6). 15,2 % (95 %-KI 14,1–16,3) der zum Zeitpunkt der Basiserhebung 12- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen wurden mit dem CSHCN als chronisch krank gescreent; für 4,2 % (95 %-KI 3,7–4,8) lagen gesundheitsbedingte Einschränkungen vor (Tabelle 1).

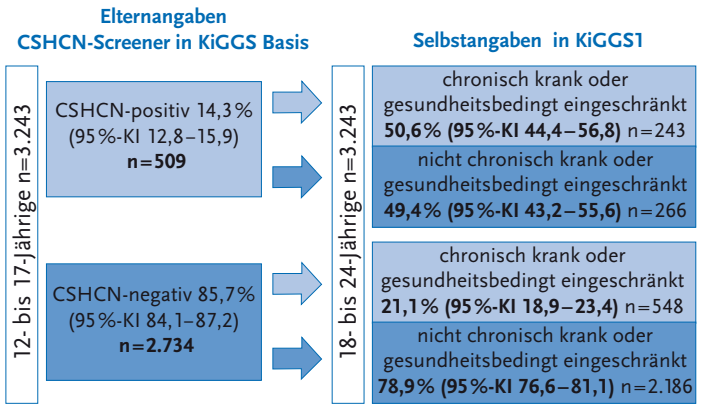


Abbildung 2
Verlaufsbeobachtung chronisch kranker Kinder und Jugendlicher im jungen Erwachsenenalter
Quelle: KiGGS-Basiserhebung 2003–2006 und KiGGS Welle 1 2009–2012; eigene Darstellung

3.1 Längsschnittliche Verlaufsbeobachtung chronisch kranker Kinder und Jugendlicher

Die Hälfte der 509 zur KiGGS-Basiserhebung CSHCN-positiv gescreenten Kinder und Jugendlichen (50,6 %; 44,4–56,8) gab sechs Jahre später im Alter von 18 bis 24 Jahren an, chronisch krank oder gesundheitsbedingt eingeschränkt zu sein. Von den 2.734 Kindern und Jugendlichen, für die zu KiGGS-Basis weder ein positiver CSHCN-Screener, noch die Angabe einer gesundheitsbedingten Einschränkung auf eine chronische Erkrankung hingewiesen haben, gaben ein Fünftel (21,1 %; 95 %-KI 18,9–23,4) an, chronisch krank oder gesundheitsbedingt eingeschränkt zu sein (Abbildung 2).

3.2 Determinanten für die Angabe chronischer Erkrankung im jungen Erwachsenenalter

Das Risiko für junge Erwachsene, selbst von einer chronischen Krankheit zu berichten, nachdem sie sechs Jahre früher auf der Basis der Angaben ihrer Eltern als chronisch krank gescreent worden sind, ist für Jugendliche im Alter von 14 bis 17 Jahren annähernd doppelt so hoch wie für Kinder im Alter von 12 bis 13 Jahren (OR 1,8 (95 %-KI 1,02–3,3), Tabelle 2). Ein signifikanter Unterschied nach Geschlecht zeigt sich im multivariaten Modell nicht. Bei beiden Geschlechtern ist die Diagnose einer ADHS mit einem reduzierten Risiko verbunden, im jungen Erwachsenenalter selbst eine chronische Erkrankung anzugeben. Ein signifikanter Zusammenhang besteht zwischen einem aktuell bestehenden Asthma bei 12- bis 17-Jährigen und einer sechs Jahre später angegebenen chronischen Erkrankung (OR 3,49 (95 %-KI 1,6–7,6), Tabelle 2). Geschlechtsgetrennte Modelle (Tabelle 2) zeigen, dass dieser Zusammenhang bei Jungen deutlich ausgeprägter ist als bei Mädchen. Bei Jungen, nicht aber bei Mädchen, besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Angabe von Schmerzen in den der Erstbefragung vorangegangenen drei Monaten und der Angabe chronischer Erkrankung

Tabelle 2
Logistische Regressionsmodelle für die Chance, dass chronisch erkrankte 12- bis 17-Jährige im Alter von 18 bis 24 Jahren selbst angeben, chronisch krank zu sein. Längsschnittanalysen KiGGS-Basiserhebung zu KiGGS Welle 1 – Multivariates Modell gesamt und stratifiziert nach Geschlecht
Quelle: KiGGS-Basiserhebung 2003–2006 und KiGGS Welle 1 2009–2012; eigene Darstellung

Variablen	Gesamt n=456			Mädchen n=237			Jungen n=219		
	OR	(95 %-KI)	p-Wert	OR	(95 %-KI)	p-Wert	OR	(95 %-KI)	p-Wert
Geschlecht									
Männlich									
Weiblich	1,2	(0,69–2,0)	0,541						
Alter									
12–13 Jahre									
14–17 Jahre	**1,8**	(1,02–3,3)	0,042	1,7	(0,75–3,8)	0,205	2,3	(0,92–5,6)	0,075
Sozioökonomischer Status									
Hoch									
Mittel	1,6	(0,9–2,7)	0,081	0,95	(0,49–1,9)	0,883	**2,9**	(1,4–6,3)	0,006
Niedrig	1,3	(0,5–3,7)	0,610	1,1	(0,28–4,1)	0,923	1,7	(0,38–7,7)	0,486
Asthma									
Nein									
Ja	**3,5**	(1,6–7,6)	0,002	2,8	(0,93–8,6)	0,068	**4,8**	(1.7–13.5)	0,003
Adipositas									
Nein									
Ja	0,9	(0,36–2,03)	0,719	1,3	(0,3–4,9)	0,734	0,81	(0,28–2,4)	0,698
Schmerzen									
Nein									
Ja	1,9	(0,97–3,8)	0,058	0,5	(0,19–1,5)	0,231	**4,3**	(1,7–10,7)	0,002
ADHS-Diagnose									
Nein									
Ja	**0,46**	(0,23–0,94)	0,033	0,39	(0,10–1,5)	0,166	0,47	(0,21–1,03)	0,058
Personale Ressourcen									
unauffällig									
unterdurchschnittlich oder deutliche Defizite	1,3	(0,71–2,3)	0,400	1,34	(0,58–3,04)	0,495	1,2	(0,51–3,03)	0,634

OR = Odds Ratio
KI = Konfidenzintervall
ADHS = Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung

im jungen Erwachsenenalter. Eine signifikante Interaktion (p=0,033) weist den familiären sozioökonomischen Status als ‚Effektmodifier' für den Zusammenhang zwischen personalen Schutzfaktoren und der Angabe chronischer Erkrankung aus, d. h. die Wirkung eines Risikofaktors (geringe personale Schutzfaktoren) hängt vom Vorliegen des anderen Risikofaktors (niedriger sozialer Status) ab: Während für die gesamte Stichprobe kein protektiver Zusammenhang zwischen personalen Schutzfaktoren und dem Risiko, als junge Erwachsene von chronischer Erkrankung zu berichten, nachzuweisen ist (OR 1,3 (p = 0,4); Tabelle 2) sind geringe personale Ressourcen bei chronisch kranken Kindern aus Familien mit niedrigem sozialen Status ein relevanter Prädiktor für die Angabe chronischer Erkrankung im jungen Erwachsenenalter (Abbildung 3).

4. Diskussion

4.1 Kernaussagen

Jedes zweite im Alter von 12- bis 17-Jahren als chronisch krank gescreente Kind gibt im jungen Erwachsenenalter selbst an, chronisch krank zu sein. In der Gruppe der negativ gescreenten Kinder und Jugendlichen ist dies nur bei jedem Fünften der Fall. Im jungen Erwachsenenalter lässt sich also der Beginn chronischer Erkrankungen häufig bereits in die Kindheit zurückverfolgen, und chronisch kranke Kinder und Jugendliche haben im Vergleich zu dem Risiko ihrer gesunden Altersgenossen ein höheres Risiko für eine spätere chronische Krankheit und gesundheitsbedingte Einschränkung. Wird für 12- bis 17-Jährige auf Basis der Elternangaben ein chronisches Kranksein erkannt, so ist für 14- bis 17-jährige Jugendliche das Risiko höher, dass sie sich als junge Erwachsene selbst chronisch krank einschätzen als für 12- und 13-Jährige. Ein erhöhtes Risiko besteht zudem beim Vorliegen eines Asthmas bronchiale, während sich ehemals als chronisch krank gescreente Kinder und Jugendliche mit einer ADHS-Diagnose als junge Erwachsene seltener als chronisch krank oder eingeschränkt erleben.

Geschlechtsgetrennte Modellierungen zeigen sowohl für Alter als auch für Asthma bronchiale bei Jungen deutlichere Zusammenhänge; darüber hinaus sind nur bei Jungen, nicht aber bei Mädchen, angegebene Schmerzen sowie die Herkunft aus einer Familie der mittleren sozialen Statusgruppe mit einem höheren Risiko für chronische Erkrankung im Erwachsenenalter assoziiert.

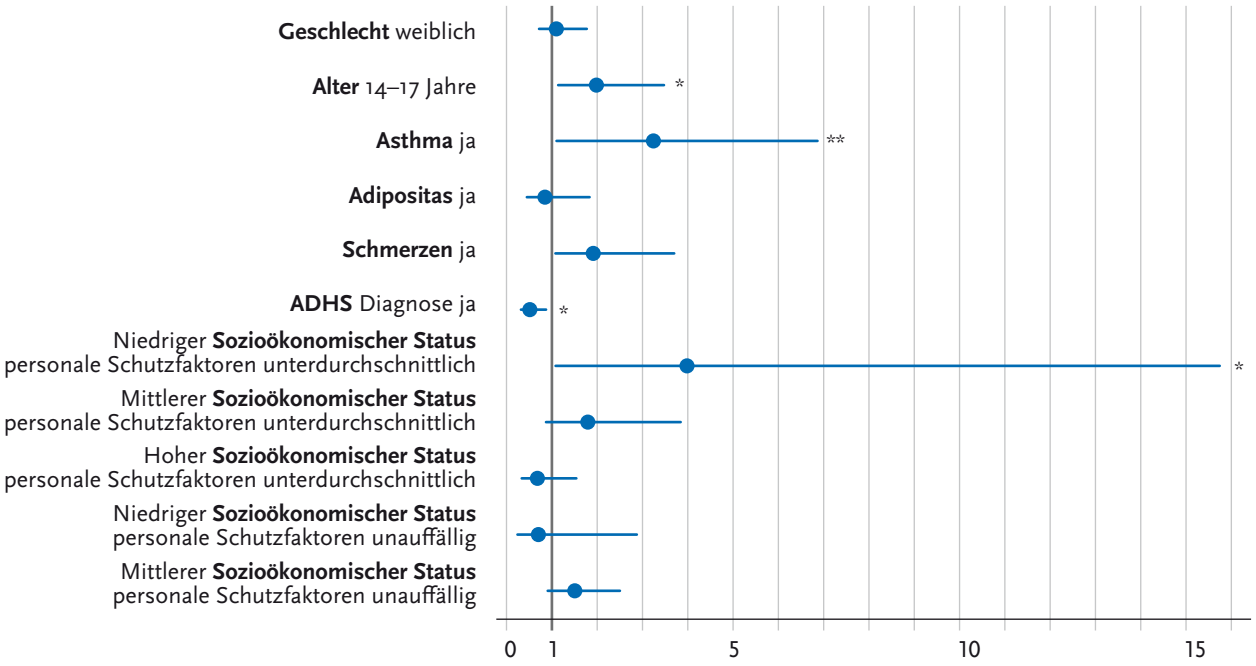
Die Risikofaktoren für chronische Erkrankung unterscheiden sich in der Gruppe chronisch kranker 12- bis 17-Jähriger nicht nur zwischen den beiden Geschlechtern, sondern auch nach dem Sozialstatus der Herkunftsfamilie. Nur bei Kindern und Jugendlichen aus Familien der niedrigen sozialen Statusgruppe sind geringe personale Schutzfaktoren mit dem Risiko selbstberichteter chronischer Erkrankung assoziiert.

4.2 Diskussion einzelner Zusammenhänge

4.2.1 ADHS

Das Risiko, dass als chronisch krank gescreente Kinder und Jugendliche mit einer diagnostizierten Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung als junge Erwachsene selbst eine chronische Erkrankung angeben, ist in unserer Untersuchung niedriger als bei denjenigen ohne eine solche Diagnose. Dieser Zusammenhang kann unter

Abbildung 3
Logistisches Regressionsmodell für die Chance, dass chronisch erkrankte 12- bis 17-Jährige im Alter von 18 bis 24 Jahren selbst angeben, chronisch krank zu sein. Interaktion von Sozialstatus und personalen Schutzfaktoren; Darstellung von Odds-Ratios mit 95%-Konfidenzintervall
Quelle: KiGGS-Basiserhebung 2003–2006 und KiGGS Welle 1 2009–2012



ADHS = Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung
* = p<0,05
** = p<0,01

verschiedenen Gesichtspunkten betrachtet werden. Die Prävalenz diagnostizierter ADHS ist bei den untersuchten chronisch kranken Jungen im Vergleich zu chronisch kranken Mädchen viermal höher (Daten nicht gezeigt: Jungen: 33,1 % (95 %-KI 24,6–42,8); Mädchen 8,1 % (95 %-KI 4,2–14,8)). Um verzerrte Schätzer für die Variable Geschlecht zu vermeiden, ist es deshalb wichtig, ADHS in die Modellrechnung aufzunehmen. ADHS galt früher als ausschließliche Störung des Kindes- und Jugendalters, eine Remission findet aber nur bei ungefähr einem Drittel der Betroffenen statt [38]. Die ADHS wird mittlerweile als lebenslang persistierende psychische Störung [38] angesehen, bei der die Ausprägung der Symptomatik im Zuge des Erwachsenwerdens bei den Betroffenen meist abnimmt [39]. Zudem findet häufig eine Verschiebung von Hyperaktivität und mangelnder Impulskontrolle hin zu Aufmerksamkeitsdefiziten (Tagträumerei, Konzentrationsstörung, mangelnder Fähigkeit zur Selbstorganisation) statt [40]. Während von ADHS betroffene Kinder meist motorisch unruhig sind, ist die Komponente der Hyperaktivität im Erwachsenenalter häufig nur noch als eine Form der inneren Unruhe vorhanden. Durch eine solche Verschiebung der Symptomatik könnte eine geringere Selbstwahrnehmung der Betroffenen als „chronisch krank“ oder „gesundheitlich eingeschränkt“ einhergehen.

Insbesondere sind bei der Ergebnisinterpretation jedoch zwei methodische Gegebenheiten zu berücksichtigen, die dazu beigetragen haben könnten, dass beim Vorliegen einer ADHS-Diagnose ein geringeres Risiko für die Angabe chronischer Erkrankung im Erwachsenenalter zu beobachten war. So wird im CSHCN-Screener ausdrücklich nach emotionalen, Entwicklungs- oder Verhaltensproblemen gefragt. Die Frage des Minimal European Health Modules nach chronischen Erkrankungen oder Gesundheitsproblemen für die jungen Erwachsenen in der KiGGS Welle 1 fragt nicht explizit nach psychischen Gesundheitsproblemen und bezieht sich in den aufgelisteten Beispielen ausschließlich auf körperliche Erkrankungen („... z. B. Asthma, Epilepsie, Diabetes oder Herzerkrankungen"), weshalb in diesem Fragekontext eine chronische Erkrankung möglicherweise überwiegend mit körperlichen Erkrankungen assoziiert wird und so zu einer Untererfassung psychischer Störungen führen kann.

Zudem haben Kinder und Jugendliche, für die in KiGGS-Basis eine ADHS-Diagnose angegeben wurde, als Erwachsene häufiger nicht an der Wiederbefragung (KiGGS Welle 1) teilgenommen. Obwohl die Gewichtung für diese Non-Response weitgehend korrigiert, ist es denkbar, dass gerade schwerere ADHS-Fälle mit einem höheren Risiko zu einem progredienten Verlauf [39] nicht wieder an der Studie teilgenommen haben. Ein überproportionaler Anteil leichterer ADHS-Fälle (mit höherer Chance auf Remission) in der Stichprobe könnte zu einer Überschätzung des „protektiven" Zusammenhangs von ADHS auf das spätere Bestehen chronischer Erkrankung geführt haben.

4.2.2 Asthma

Kindliches Asthma bronchiale gehört zu den Erkrankungen, die häufig reversibel sind, für die aber auch chronische Verläufe typisch sind. Die Remissionsraten von kindlichem Asthma schwanken in epidemiologischen Studien stark in Abhängigkeit von der Nachverfolgungsdauer, dem Alter bei Asthmabeginn, den Erhebungs- bzw. Diagnosemethoden und der Schwere des Asthmas [41]. Unsere Analysen ergaben ein 3,5-fach erhöhtes Risiko, dass sich Asthma-diagnostizierte Kinder und Jugendliche als Erwachsene chronisch krank einschätzen. Das Konfidenzintervall für diesen Schätzer ist relativ breit. Im Kontext der Ergebnisse von spezifischen Längsschnittstudien zur Asthmapersistenz [42] ist dieses Ergebnis insbesondere dann plausibel, wenn berücksichtigt wird, dass die Gruppe der in KiGGS nachverfolgten Kinder mit Asthmadiagnose unterschiedliche Schweregrade umfasst, für die sich die Remissionsraten sehr deutlich unterscheiden [41].

4.2.3 Schmerzen

Für die Selbstangabe von Schmerzen in den letzten 3 Monaten konnte in der Gesamtgruppe kein erhöhtes Risiko von chronischer Erkrankung im jungen Erwachsenenalter festgestellt werden. Allerdings zeigte sich bei der systematischen Prüfung auf Interaktionseffekte (Wechselwirkungen) ein signifikanter, effektmodifizierender Einfluss des Geschlechts auf den Zusammenhang mit Schmerzen (d. h. die Wirkung des einen Risikofaktors hängt vom Vorliegen des anderen Faktors ab). Dieser lässt sich in der geschlechtsstratifizierten Analyse deutlich nachvollziehen: Während bei Mädchen kein Zusam-

menhang zwischen Schmerzen und der späteren Angabe chronisch krank zu sein besteht, war die Angabe von Schmerzen bei Jungen mit einem vierfachen Risiko verbunden, dass sie sich als junge Erwachsene selbst als chronisch krank einschätzten. Verschiedene Erklärungsansätze können für dieses Ergebnis diskutiert werden. Grundsätzlich geben Mädchen deutlich häufiger als Jungen Schmerzen an. 17 % der 11- bis 17- jährigen Mädchen geben allerdings Regelschmerzen als Hauptschmerzen an [31]. Möglicherweise erklärt der hohe Anteil von Regelschmerzen den schwächeren Zusammenhang zwischen Schmerzangaben und späterer chronischer Erkrankung bei Mädchen. Ein weiterer Grund könnte in einer eventuell sensibleren Symptomwahrnehmung von Mädchen liegen, die dann häufiger als Jungen auch weniger schwere oder auch kurze Schmerzepisoden berichten würden. Jungen wären dann bei gleicher Symptomatik stärker betroffen als Mädchen. Sensitivitätsanalysen zeigen, dass die Zusammenhänge bestehen bleiben, wenn man die Definition einer positiven Schmerzangabe auf Schmerzen eingrenzt, die seit mehr als 3 Monaten bestanden.

4.2.4 Personale Schutzfaktoren

Für personale Schutzfaktoren konnte in der Gesamtgruppe chronisch kranker Kinder und Jugendlicher kein signifikanter Zusammenhang mit der späteren Angabe chronischer Erkrankung gezeigt werden. Allerdings zeigt die Analyse auf Interaktionseffekte mit dem sozioökonomischen Status auf, dass defizitäre personale Ressourcen in der Gruppe von chronisch kranken Kindern aus Familien mit niedrigem Sozialstatus im Erwachsenenalter mit einem erhöhten Risiko für die Angabe chronischer Erkrankung einhergehen. Trotz der relativ geringen Fallzahl zeigt sich hier ein deutlicher und signifikanter Zusammenhang. Damit erweisen sich bei chronisch kranken Kindern aus Familien mit niedrigem Sozialstatus personale Ressourcen als ein wichtiger Schutzfaktor.

Die gezielte Förderung von Lebenskompetenz und personalen Ressourcen in der Gruppe chronisch kranker Kinder stellt eine wichtige Maßnahme dar, um Handlungs- und Bewältigungsmöglichkeiten auch im Kontext einer chronischen Erkrankung zu fördern. Persönlichkeitseigenschaften wie Optimismus, Selbstwirksamkeit und Kohärenzsinn [43] sowie gelingende Bewältigungsstrategien [44] sind verbunden mit besserer Therapietreue und besserem Gesundheitsstatus [45]. Schließt man von hohen personalen Ressourcen auf eine effektivere Fähigkeit zum Selbstmanagement [46–48], so stehen die Ergebnisse im Einklang mit Arbeiten, die die Bedeutung von gutem Selbstmanagement mit besserem Krankheitsverlauf/Krankheitskontrolle zeigen konnten [49] und zeigen mögliche Ansatzpunkte für Interventionen [45]. Die Bedeutung geringer personaler Ressourcen für das mögliche Andauern chronischer Erkrankung bis ins junge Erwachsenenalter, insbesondere für Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien, steht in Übereinstimmung mit der Erkenntnis, dass Maßnahmen zur Stärkung von Fähigkeiten der Selbstregulation besonders für bestimmte Gruppen chronisch kranker Jugendlicher wichtig sind [50]. Im nationalen Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen“ wird die Förderung von Lebenskompetenz (Entwicklung psychischer Stärken und Ressourcen) neben Ernährung und Bewegung grundsätzlich

als zentrale Säule für ein gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen definiert [51].

4.3 Stärken und Limitationen

Im Rahmen der Nachverfolgung der ersten bevölkerungsbasierten Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen stellt die KiGGS-Kohorte eine der wenigen Längsschnittstudien dar, die die Gesamtgruppe chronisch kranker Kinder in einer Bevölkerung nachverfolgt. Der breite Altersbereich der KiGGS-Kohorte erlaubt bereits mit den Daten der ersten Wiederbefragung bei einer Unterstichprobe Aussagen über die Entwicklung chronischer Erkrankung und gesundheitsbedingter Funktionseinschränkungen in der Übergangsphase ins Erwachsenenalter und ermöglicht die Identifikation von Risikogruppen innerhalb der über das Screeninginstrument CSHCN erfassten Gruppe.

Das im Verlauf dargestellte und untersuchte Outcome war das Vorliegen einer chronischen Erkrankung. Die Operationalisierung unterschied sich zwischen der KiGGS-Basiserhebung und KiGGS Welle 1. In der KiGGS-Basiserhebung konnten die Angaben zu einer möglicherweise vorliegenden Erkrankung über Elternangaben erhoben werden. Damit war der Einsatz des CSHCN-Screeners möglich. Zum Zeitpunkt von KiGGS Welle 1 wurden die nun erwachsenen Teilnehmenden im Rahmen des Telefonsurveys selbst befragt, und die Operationalisierung erfolgte über ein anderes Instrument. Aus methodischen Arbeiten zur Operationalisierung chronischer Erkrankung ist bekannt, dass sich sowohl die Prävalenzen an sich, als auch die Gruppen der mit unterschiedlichen Instrumenten erfassten chronisch Erkrankten zum Teil deutlich unterscheiden [52–55]. Es ist naheliegend, dass durch die ausdrückliche Erhebung von emotionalen, Entwicklungs- und Verhaltensproblemen die Gruppe psychisch kranker Kinder und Jugendlicher über den CSHCN-Screener besser erfasst wird als über die in KiGGS Welle 1 gestellte Frage des Minimal European Health Modules nach lang andauernden chronischen Erkrankungen oder Gesundheitsproblemen. Es ist darüber hinaus wahrscheinlich, dass die Fragen des MEHM bevorzugt chronisch Kranke abbilden, die an einer in den ergänzenden Hinweisen als Beispiel genannten Erkrankung leiden, während andere Erkrankungen oder Gesundheitsstörungen wie ADHS oder Adipositas von den Befragten eher nicht als chronische Krankheit erkannt und berichtet werden.

Mit den vorgelegten Auswertungen werden daher nicht Einflussfaktoren für die Persistenz chronischer Erkrankung beschrieben, sondern dafür, dass sich Kinder und Jugendliche, die auf Basis des CSHCN-Screeners als chronisch krank identifiziert wurden, als junge Erwachsene chronisch krank wahrnehmen. Die subjektive Einschätzung von allgemeiner Gesundheit und chronischer Erkrankung sind etablierte und wichtige Indikatoren in Gesundheitssurveys auch für Jugendliche und junge Erwachsene [56]. Auswirkungen auf die Analysen zu den Risikofaktoren hätte ein Instrumentenwechsel dann, wenn sich die Sensitivität und Spezifität der beiden Instrumente zwischen den untersuchten Determinanten unterscheiden würde. Diese Frage sollte Gegenstand weiterer Analysen sein.

Beide Screeninginstrumente, CSHCN und die Fragen des MEHM, differenzieren nicht zwischen Betroffenen,

deren chronische Erkrankung hohe bzw. niedrige Chancen auf vorübergehende Besserung (Remission) oder sogar Heilung haben, auch kann nicht nach der Schwere einer Erkrankung unterschieden werden [57]. Es finden weder Besonderheiten von Verläufen bei Kindern mit Multimorbidität (Mehrfacherkrankung) noch die von Komorbidität (Begleiterkrankungen) Berücksichtigung. Analysen von Lebensverläufen bei chronisch kranken Kindern und Jugendlichen mittels generischer Instrumente können deshalb Verlaufsstudien zu spezifischen Erkrankungen oder Erkrankungsgruppen nicht ersetzen.

5. Fazit

Ein großer Teil junger Erwachsener mit chronischen gesundheitlichen Problemen kann schon in der Kindheit oder im jugendlichen Alter identifiziert werden. Das Risiko von auch im Erwachsenenalter bestehenden chronischen Gesundheitsproblemen ist für chronisch kranke Jugendliche höher als für chronisch kranke Kinder; unabhängig vom Alter besteht ein hohes Risiko für Betroffene von Asthma bronchiale. Besondere Risikogruppen für chronische Erkrankung im Erwachsenenalter sind unabhängig von Alter, Adipositas, einer Asthma- oder einer ADHS-Diagnose

- chronisch kranke Jungen, die Schmerzen angeben und
- chronisch kranke Kinder aus Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status, die über geringe personale Ressourcen verfügen.

Die von den Eltern als chronisch krank eingeschätzten Kinder und Jugendlichen mit ADHS-Diagnose sehen sich als junge Erwachsene seltener als chronisch krank an. Hier sind vertiefende Untersuchungen nötig, um zwischen möglicherweise methodenbedingten Effekten, Remissionen oder fehlender Selbstwahrnehmung der ADHS-bedingten Symptome als eine chronische Krankheit differenzieren zu können.

Literatur

1. Perrin JM, Anderson LE, Van Cleave J (2014) The rise in chronic conditions among infants, children, and youth can be met with continued health system innovations. Health Aff (Millwood) 33(12):2099-2105
2. Van Cleave J, Gortmaker SL, Perrin JM (2010) Dynamics of obesity and chronic health conditions among children and youth. Jama 303(7):623-630
3. Stoelhorst GM, Rijken M, Martens SE et al. (2005) Changes in neonatology: comparison of two cohorts of very preterm infants (gestational age <32 weeks): the Project On Preterm and Small for Gestational Age Infants 1983 and the Leiden Follow-Up Project on Prematurity 1996–1997. Pediatrics 115(2):396-405
4. Gortmaker SL, Sappenfield W (1984) Chronic childhood disorders: prevalence and impact. Pediatr Clin North Am 31(1):3-18
5. Akinbami L (2006) The state of childhood asthma, United States, 1980–2005. Adv Data (381):1-24
6. Perou R, Bitsko RH, Blumberg SJ et al. (2013) Mental health surveillance among children–United States, 2005–2011. MMWR Suppl 62(2):1-35
7. Neuhauser H, Poethko-Müller C (2014) Chronische Erkrankungen und impfpräventable Infektionserkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 57(7):779-788 http://edoc.rki.de/oa/articles/reBlxUhP7MqEw/PDF/24LVbJkhx-4JU.pdf (Stand: 17.11.2017)

8. Pediatrics AAo (2001) The New Morbidity Revisited: A Renewed Commitment to the Psychosocial Aspects of Pediatric Care. Pediatrics 108(5):1227-1230
9. Schmidt S, Thyen U (2008) Was sind chronisch kranke Kinder? Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 51(6):585-591
10. Davidoff AJ (2004) Identifying children with special health care needs in the National Health Interview Survey: a new resource for policy analysis. Health Serv Res 39(1):53-71
11. Inkelas M, Garro N (2005) A picture of needs for children with special health-care needs: what we are learning from the national survey. J Pediatr Nurs 20(3):207-210
12. Bethell C, Read D, Sharp V et al. (2002) Approaches to Identifying Children and Adults with Special Health Care Needs A Resource Manual for State Medicaid Agencies and Managed Care Organizations. Initiative C-TCaAHM, CMS Report.
13. Bethell CD, Blumberg SJ, Stein RE et al. (2015) Taking stock of the CSHCN screener: a review of common questions and current reflections. Acad Pediatr 15(2):165-176
14. McPherson M, Arango P, Fox H et al. (1998) A New Definition of Children With Special Health Care Needs. Pediatrics 102(1):137-139
15. Schmidt S, Thyen U, Petersen C et al. (2004) The performance of the screener to identify children with special health care needs in a European sample of children with chronic conditions. Eur J Pediatr 163(9):517-523
16. Cox B, van Oyen H, Cambois E et al. (2009) The reliability of the Minimum European Health Module. Int J Public Health 54(2):55-60
17. Eurostat (2013) European Health Interview Survey (EHIS wave 2) Methodological manual.
18. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2014) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012«. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/recJuHnzacx8A/PDF/28GsWuNtFjVqY.pdf (Stand: 17.11.2017)
19. Sawyer SM, Drew S, Yeo MS et al. (2007) Adolescents with a chronic condition: challenges living, challenges treating. The Lancet 369(9571):1481-1489
20. Quach J, Jansen PW, Mensah FK et al. (2015) Trajectories and Outcomes Among Children With Special Health Care Needs. Pediatrics 135(4):e842-e850
21. Kurth BM, Kamtsiuris P, Hölling H et al. (2016) Strategien des Robert Koch-Instituts zum Monitoring der Gesundheit von in Deutschland lebenden Kindern und Jugendlichen. Kinder- und Jugendmedizin 16(3):176-173
22. Kamtsiuris P, Lange M, Schaffrath Rosario A (2007) Der Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS): Stichprobendesign, Response und Nonresponse-Analyse. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 50(5-6):547-556 http://edoc.rki.de/oa/articles/reeMwKaQj7lM/PDF/24z8sbCKoMy3s.pdf (Stand: 17.11.2017)
23. Kurth B-M, Kamtsiuris P, Hölling H et al. (2008) The challenge of comprehensively mapping children's health in a nation-wide health survey: design and first results of the German KiGGS-Study. BioMed Central Public Health 8:196
24. Lange M, Butschalowsky HG, Jentsch F et al. (2014) Die erste KiGGS-Folgebefragung (KiGGS Welle 1): Studiendurchführung, Stichprobendesign und Response Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 57(7):747-761 http://edoc.rki.de/oa/articles/re5weWnRsXRSw/PDF/20B6fVTPFIdw.pdf (Stand: 17.11.2017)
25. Bethell CD, Read D, Brockwood K (2004) Using existing population-based data sets to measure the American Academy of Pediatrics definition of medical home for all children and children with special health care needs. Pediatrics 113(5 Suppl):1529-1537
26. Scheidt-Nave C, Ellert U, Thyen U et al. (2007) Prävalenz und Charakteristika von Kindern und Jugendlichen mit speziellem Versorgungsbedarf im Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) in Deutschland. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 50(5-6):750-756 http://edoc.rki.de/oa/articles/reryPJPcmUGw/PDF/27spHjgFt6gZE.pdf (Stand: 17.11.2017)
27. Robert Koch-Institut (2009) DEGS – Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland Projektbeschreibung. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut, Berlin http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/reouo6qZcW7eI/PDF/28AGUAv8kuupjwo.pdf (Stand: 17.11.2017)
28. Hölling H, Schlack R, Dippelhofer A et al. (2008) Personale, familiäre und soziale Schutzfaktoren und gesundheitsbezogene Lebensqualität chronisch kranker Kinder und Jugendlicher. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 51(6):606-620 http://edoc.rki.de/oa/articles/rejTCnDvkbAo/PDF/22RjItv36zPo.pdf (Stand: 17.11.2017)

29. Schlaud M, Atzpodien K, Thierfelder W (2007) Allergische Erkrankungen: Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS).Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 50(5-6):701-710 https://edoc.rki.de/oa/articles/reRhnrND9xOGA/PDF/27KpokRUqJI.pdf (Stand: 17.11.2017)

30. Schlack R, Hölling H, Kurth BM et al. (2007) Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 50(5-6):827-835 http://edoc.rki.de/oa/articles/reuPv4KL2czE/PDF/227Ar6DRSOXo.pdf (Stand: 17.11.2017)

31. Ellert U, Neuhauser H, Roth-Isigkeit A (2007) Schmerzen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Prävalenz und Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 50(5-6):711-717 http://edoc.rki.de/oa/articles/reU2rEVweO5E/PDF/25vNtxIzuapO.pdf (Stand: 17.11.2017)

32. Stolzenberg H, Kahl H, Bergmann KE (2007) Körpermaße bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 50(5-6):659-669 http://edoc.rki.de/oa/articles/refJdNvy1146/PDF/23a6P5aAcd06.pdf (Stand: 17.11.2017)

33. Kromeyer-Hauschild K, Wabitsch M, Kunze D et al. (2001) Perzentile für den Body-mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. Monatsschrift Kinderheilkunde 149(8):807-818

34. Kurth BM, Schaffrath Rosario A (2007) Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 50(5-6):736-743 http://edoc.rki.de/oa/articles/reryPJPcmUGw/PDF/20pyWvIPNYV52.pdf (Stand: 17.11.2017)

35. Bettge S, Ravens-Sieberer U (2003) Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen – empirische Ergebnisse zur Validierung eines Konzepts. Gesundheitswesen 65(3):167-172

36. Erhart M, Hölling H, Bettge S et al. (2007) Der Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS): Risiken und Ressourcen für die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 50(5-6):800-809 http://edoc.rki.de/oa/articles/rerM8bmtIrK62/PDF/22xpAcokmvBw.pdf (Stand: 17.11.2017)

37. Lampert T, Müters S, Stolzenberg H et al. (2014) Messung des sozioökonomischen Status in der KiGGS-Studie : Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 57(7):762-770 http://edoc.rki.de/oa/articles/reXPIrLy4LMJM/PDF/28B0RAYr9XdWs.pdf (Stand: 17.11.2017)

38. Turgay A, Goodman DW, Asherson P et al. (2012) Lifespan persistence of ADHD: the life transition model and its application. The Journal of clinical psychiatry 73(2):192-201

39. Döpfner M, Hautmann C, Görtz-Dorten A et al. (2014) Long-term course of ADHD symptoms from childhood to early adulthood in a community sample. European Child & Adolescent Psychiatry:1-9

40. Döpfner M, Hautmann C, Gortz-Dorten A et al. (2015) Long-term course of ADHD symptoms from childhood to early adulthood in a community sample. Eur Child Adolesc Psychiatry 24(6):665-673

41. Tai A (2016) Strengths, Pitfalls, and Lessons from Longitudinal Childhood Asthma Cohorts of Children Followed Up into Adult Life. Biomed Res Int 2016:2694060

42. To T, Gershon A, Wang C et al. (2007) Persistence and remission in childhood asthma: a population-based asthma birth cohort study. Arch Pediatr Adolesc Med 161(12):1197-1204

43. Gudas LJ, Koocher GP, Wypij D (1991) Perceptions of medical compliance in children and adolescents with cystic fibrosis. J Dev Behav Pediatr 12(4):236-242

44. Grey M, Boland EA, Davidson M et al. (1998) Short-term effects of coping skills training as adjunct to intensive therapy in adolescents. Diabetes Care 21(6):902-908

45. Modi AC, Pai AL, Hommel KA et al. (2012) Pediatric self-management: a framework for research, practice, and policy. Pediatrics 129(2):e473-485

46. Buck D, Jacoby A, Baker GA et al. (1997) Factors influencing compliance with antiepileptic drug regimes. Seizure 6(2):87-93

47. Burkhart PV, Rayens MK, Bowman RK (2005) An evaluation of children's metered-dose inhaler technique for asthma medications. Nurs Clin North Am 40(1):167-182

48. Helgeson VS, Escobar O, Siminerio L et al. (2010) Relation of stressful life events to metabolic control among adolescents with diabetes: 5-year longitudinal study. Health Psychol 29(2):153-159

49. Guevara JP, Wolf FM, Grum CM et al. (2003) Effects of educational interventions for self management of asthma in children and adolescents: systematic review and meta-analysis. Bmj 326(7402):1308-1309

50. Sattoe JN, Bal MI, Roelofs PD et al. (2015) Self-management interventions for young people with chronic conditions: A systematic overview. Patient Educ Couns 98(6):704-715

51. Bundesministerium für Gesundheit (2010) Nationales Gesundheitsziel Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung. Bundesministerium für Gesundheit, Berlin

52. Bethell CD, Read D, Blumberg SJ et al. (2008) What is the prevalence of children with special health care needs? Toward an understanding of variations in findings and methods across three national surveys. Matern Child Health J 12(1):1-14

53. Jessop DJ, Stein RE (1995) Consistent but not the same. Effect of method on chronic condition rates. Arch Pediatr Adolesc Med 149(10):1105-1110

54. Scheidt-Nave C, Ellert U, Thyen U et al. (2008) Versorgungsbedarf chronisch kranker Kinder und Jugendlicher. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 51(6):592-601

55. Stein RE, Hurlburt MS, Heneghan AM et al. (2013) Chronic conditions among children investigated by child welfare: a national sample. Pediatrics 131(3):455-462

56. Manor O, Matthews S, Power C (2001) Self-rated health and limiting longstanding illness: inter-relationships with morbidity in early adulthood. International Journal of Epidemiology 30(3):600-607

57. van der Lee JH, Mokkink LB, Grootenhuis MA et al. (2007) Definitions and measurement of chronic health conditions in childhood: a systematic review. JAMA 297(24):2741-2751

Impressum

Journal of Health Monitoring

Institution der beteiligten Autorinnen und Autoren
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Berlin

Korrespondenzadresse
Elvira Mauz
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
E-Mail: MauzE@rki.de

Interessenkonflikt
Die korrespondierende Autorin gibt für sich und die Koautorinnen an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Finanzierungshinweis
Die KiGGS-Studie wird mit Mitteln des Robert Koch-Instituts und des Bundesministeriums für Gesundheit finanziert.

Hinweis
Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die Meinung des Robert Koch-Instituts wider.

Herausgeber
Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion
Susanne Bartig, Johanna Gutsche, Dr. Franziska Prütz,
Martina Rabenberg, Alexander Rommel, Dr. Anke-Christine Saß,
Stefanie Seeling, Martin Thißen, Dr. Thomas Ziese
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
Tel.: 030-18 754-3400
E-Mail: healthmonitoring@rki.de
www.rki.de/journalhealthmonitoring

Satz
Gisela Dugnus, Alexander Krönke, Kerstin Möllerke

Zitierweise
Mauz E, Schmitz R, Poethko-Müller C (2017) Kinder und Jugendliche mit besonderem Versorgungsbedarf im Follow-up: Ergebnisse der KiGGS-Studie 2003 – 2012. Journal of Health Monitoring 2(4):45–65
DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-051

ISSN 2511-2708

Dieses Werk ist lizenziert unter einer Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz.

Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit

Journal of Health Monitoring · 2017 2(4)
DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-113
Robert Koch-Institut, Berlin

Autorinnen:
Christina Poethko-Müller, Birte Bödeker

Inanspruchnahme der Grippeschutzimpfung 2013/2014 in Deutschland

Abstract

Die saisonale Influenza (Grippe) ist eine akute Viruserkrankung, die in Deutschland in jedem Winterhalbjahr als so genannte Grippewelle auftritt. Die Ständige Impfkommission am Robert Koch-Institut (STIKO) empfiehlt für Personengruppen, bei denen das Risiko eines komplikationsreichen Krankheitsverlaufs erhöht ist, u. a. für Menschen ab 60 Jahren, eine jährliche Grippeimpfung. In dieser Zielgruppe gaben in der Studie GEDA 2014/2015-EHIS 48,1 % der Frauen und 48,7 % der Männer eine Grippeimpfung in der Wintersaison 2013/2014 an, regional zeigen sich deutliche Unterschiede. Im zeitlichen Trend zeigt sich ein Rückgang der Impfquoten. Es ist fraglich, inwiefern die bereits bis zur Wintersaison 2014/2015 von der Europäischen Kommission geforderte Impfquote von mindestens 75 % bei älteren Menschen zukünftig erreicht werden kann. Ärztliche Aufklärung und ärztliche Impfempfehlungen können zur Steigerung der Impfquoten genutzt werden.

SAISONALE INFLUENZA · IMPFUNG · WINTERSAISON 2013/2014 · GESUNDHEITSMONITORING · DEUTSCHLAND

Einleitung

Die saisonale Influenza (Grippe) ist eine akute Viruserkrankung, die in der Bevölkerung der nördlichen Erdhalbkugel in fast jedem Winterhalbjahr als mehrere Wochen andauernde Häufung, die so genannte Influenza-Welle, auftritt. Die influenzatypische Erkrankung ist gekennzeichnet durch plötzlichen Erkrankungsbeginn mit hohem Fieber, trockenem Husten und Hals-, Muskel- und/oder Gliederschmerzen [1]. In Abhängigkeit vom Virus bzw. einer vorbestehenden Immunität erkrankt allerdings häufig ein großer Teil der Infizierten mit milderen Symptomen oder die Krankheit verläuft ganz ohne Symptome [2]. Die Krankheitsdauer liegt durchschnittlich bei fünf bis sieben Tagen; allerdings kann die Krankheit, insbesondere beim Vorliegen von bestimmten Risikofaktoren, länger andauern. Bei schweren Krankheitsverläufen stehen die Lunge betreffende Komplikationen wie Lungenentzündungen im Vordergrund [1, 3]. Eine Erkältung, die oft als „grippaler Infekt“ bezeichnet wird, hat nichts mit der saisonalen Influenza zu tun. Im Vergleich zur Influenzaerkrankung geht eine Erkältung mit sehr viel milderen Symptomen einher. Auch werden beide Erkrankungen durch verschiedene Erreger verursacht. Während die Grippe durch Influenzaviren ausgelöst wird, werden Erkältungen von mehr als 30 verschiedenen Erregern (z. B. dem Humanen Respiratorischen Synzytial-Virus (RSV), Rhino- und Coronaviren) hervorgerufen. Als saisonale Grippeviren zirkulieren Influenza A(H3N2)-,

GEDA 2014/2015-EHIS

Datenhalter: Robert Koch-Institut

Ziele: Bereitstellung zuverlässiger Informationen über den Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten und die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung in Deutschland, mit Möglichkeit zum europäischen Vergleich

Erhebungsmethode: Schriftlich oder online ausgefüllter Fragebogen

Grundgesamtheit: Bevölkerung ab 18 Jahren mit ständigem Wohnsitz in Deutschland

Stichprobenziehung: Einwohnermeldeamt-Stichproben – zufällig ausgewählte Personen aus 301 Gemeinden in Deutschland wurden eingeladen

Teilnehmende: 24.016 Personen (13.144 Frauen und 10.872 Männer)

Responserate: 26,9 %

Untersuchungszeitraum: November 2014 – Juli 2015

Datenschutz: Die Studie unterliegt der strikten Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes und wurde von der Bundesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit in Deutschland genehmigt. Die Teilnahme an der Studie war freiwillig. Die Teilnehmenden wurden über die Ziele und Inhalte der Studie sowie über den Datenschutz informiert und gaben ihre schriftliche Einwilligung (informed consent).

Mehr Informationen unter
www.geda-studie.de

Influenza A(H1N1)pdm09- und Influenza B-Viren. Von Saison zu Saison unterscheidet sich, welches Virus am häufigsten vorkommt. Die Stärke der Grippewellen schwankt von Jahr zu Jahr erheblich. Die Berechnungen der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI) des Robert Koch-Instituts (RKI) zeigen zwischen einer und fünf Millionen Influenza-bedingten Arztbesuche pro Jahr, in Jahren mit starker Grippewelle auch deutlich mehr (siehe dazu auch den Focus-Beitrag zu Atemwegs- und Lungenerkrankungen in der Ausgabe 3/2017 des Journal of Health Monitoring). Bei einer schweren Grippewelle wie in der Wintersaison 2012/2013 wurden rund 30.000 Influenza-bedingte Krankenhauseinweisungen und 20.000 Todesfälle geschätzt. Die Grippewelle in der Wintersaison 2013/2014 wird mit nur rund 3.000 Krankenhauseinweisungen und keiner Influenza-assoziierten Übersterblichkeit als vergleichsweise milde Grippesaison betrachtet [4, 5].

Da Influenzaviren sehr veränderlich sind, ist eine einmalige Grippeimpfung nicht ausreichend. Durch die Impfung sollen Influenzaerkrankungen sowie dadurch verursachte Komplikationen und mögliche Todesfälle vermieden werden. Die Ständige Impfkommission am Robert Koch-Institut (STIKO) empfiehlt zum Schutz von Personen, bei denen das Risiko eines komplikationsreichen Krankheitsverlaufs erhöht ist, jährlich eine Influenza-Impfung mit einem an die aktuell zirkulierenden Viren angepassten Impfstoff. Zu diesen Personengruppen gehören insbesondere Menschen ab dem Alter von 60 Jahren, Personen mit chronischen Erkrankungen, Schwangere ab dem zweiten Schwangerschaftsdrittel, bei erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge eines Grundleidens ab Beginn der Schwangerschaft, sowie Personen mit erhöhter Gefährdung aufgrund beruflicher Exposition wie medizinisches Personal [6]. Neben dem Eigenschutz steht bei medizinischem Personal insbesondere auch der Schutz der von ihnen behandelten bzw. betreuten Personen im Vordergrund. Da Influenza in der Bevölkerung eine erhebliche Krankheitslast verursacht, wurde von der Europäischen Kommission bis zur Wintersaison 2014/2015 eine Influenzaimpfquote von mindestens 75 % bei älteren Menschen angestrebt [7].

Indikator

Die Inanspruchnahme einer Grippeimpfung in der Wintersaison 2013/2014 wurde in der Studie GEDA 2014/2015-EHIS durch die Selbstangabe der Befragten in einem schriftlich oder online ausgefüllten Fragebogen erfasst. Darin wurde die Frage gestellt „Haben Sie sich zur Wintersaison 2013/2014 gegen Grippe impfen lassen?“. Der Erinnerungszeitraum betrug – je nach Zeitpunkt der Befragung – acht bis 23 Monate.

Die Analysen basieren auf Daten von 23.339 teilnehmenden Personen ab 18 Jahren (12.815 Frauen, 10.524 Männer) mit gültigen Angaben zur Inanspruchnahme einer Grippeimpfung in der Wintersaison 2013/2014. Die Berechnungen wurden mit einem Gewichtungsfaktor durchgeführt, der Abweichungen der Stichprobe von der Bevölkerungsstruktur (Stand: 31.12.2014) hinsichtlich Geschlecht, Alter, Kreistyp und Bildung korrigiert. Der Kreistyp spiegelt den Grad der Urbanisierung und entspricht der regionalen Verteilung in Deutschland. Die Internationale Standardklassifikation für das Bildungswesen (ISCED) wurde verwendet, um die schulischen

Tabelle 1
Impfquote gegen saisonale Influenza (Grippe) in der Wintersaison 2013/2014 nach Geschlecht, Alter und Bildungsstatus (n = 12.815 Frauen; n = 10.524 Männer)
Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS

Frauen	%	(95 %-KI)
Frauen (gesamt)	**25,6**	**(24,3 – 26,9)**
18 – 29 Jahre	9,5	(8,0 – 11,3)
Untere Bildungsgruppe	10,7	(7,2 – 15,6)
Mittlere Bildungsgruppe	9,4	(7,7 – 11,5)
Obere Bildungsgruppe	7,0	(4,8 – 10,2)
30 – 44 Jahre	11,6	(10,2 – 13,3)
Untere Bildungsgruppe	7,3	(4,5 – 11,7)
Mittlere Bildungsgruppe	12,1	(10,2 – 14,4)
Obere Bildungsgruppe	13,0	(10,7 – 15,8)
45 – 59 Jahre	19,4	(17,8 – 21,2)
Untere Bildungsgruppe	20,6	(16,5 – 25,4)
Mittlere Bildungsgruppe	18,8	(16,9 – 20,9)
Obere Bildungsgruppe	20,4	(17,8 – 23,3)
≥ 60 Jahre	48,1	(45,8 – 50,4)
Untere Bildungsgruppe	51,1	(47,5 – 54,6)
Mittlere Bildungsgruppe	46,4	(43,4 – 49,5)
Obere Bildungsgruppe	46,0	(41,8 – 50,3)
Gesamt (Frauen und Männer)	**25,0**	**(24,0 – 26,1)**

Männer	%	(95 %-KI)
Männer (gesamt)	**24,5**	**(23,3 – 25,7)**
18 – 29 Jahre	9,9	(8,2 – 12,0)
Untere Bildungsgruppe	16,4	(11,9 – 22,1)
Mittlere Bildungsgruppe	7,7	(6,0 – 9,9)
Obere Bildungsgruppe	7,9	(5,2 – 11,8)
30 – 44 Jahre	11,7	(10,3 – 13,4)
Untere Bildungsgruppe	9,9	(6,1 – 15,8)
Mittlere Bildungsgruppe	12,1	(10,0 – 14,5)
Obere Bildungsgruppe	11,5	(9,4 – 14,0)
45 – 59 Jahre	19,7	(17,9 – 21,7)
Untere Bildungsgruppe	19,9	(15,2 – 25,5)
Mittlere Bildungsgruppe	20,2	(17,8 – 22,9)
Obere Bildungsgruppe	18,7	(16,2 – 21,4)
≥ 60 Jahre	48,7	(46,6 – 50,8)
Untere Bildungsgruppe	46,5	(41,5 – 51,7)
Mittlere Bildungsgruppe	50,5	(47,4 – 53,7)
Obere Bildungsgruppe	46,4	(43,4 – 49,4)
Gesamt (Frauen und Männer)	**25,0**	**(24,0 – 26,1)**

KI = Konfidenzintervall

Weniger als 50 % der Menschen ab 60 Jahren sind gegen Grippe geimpft.

und beruflichen Bildungsabschlüsse der Teilnehmenden zu klassifizieren [8]. Es wird von einem statistisch signifikanten Unterschied zwischen Gruppen ausgegangen, wenn sich die 95 %-Konfidenzintervalle nicht überlappen. Eine ausführliche Darstellung der Methodik von GEDA 2014/2015-EHIS findet sich bei Lange et al. 2017 [9] und im Beitrag Gesundheit in Deutschland aktuell – neue Daten für Deutschland und Europa in Ausgabe 1/2017 des Journal of Health Monitoring.

Ergebnisse und Einordnung

25,0 % der über 18-jährigen Teilnehmenden an der GEDA-Studie berichteten von einer Grippeimpfung in der Wintersaison 2013/2014. In der Gesamtgruppe waren Frauen (25,6 %) und Männer (24,5 %) etwa gleich häufig gegen Grippe geimpft. In der Gruppe der ab 60-Jährigen, für die eine jährliche Impfquote von 75 % angestrebt wird, gaben 48,1 % der Frauen und 48,7 % der Männer eine Grippeimpfung in der Wintersaison 2013/2014 an; Zusammenhänge mit dem Bildungsstatus zeigen sich nicht (Tabelle 1).

Für die Zielgruppe der ab 60 Jahre alten Personen in Deutschland zeigt sich über die vergangenen Jahre ein Rückgang der Impfquoten für die Grippeimpfung. Im Vergleich zu den Ergebnissen der GEDA-Studien 2009, 2010 und 2012 gingen die Impfquoten von Personen, die

60 Jahre oder älter waren, von insgesamt 57 % in der Saison 2008/2009 auf jetzt 48 % in der Wintersaison 2013/2014 zurück [10]. Ein Rückgang der Impfquoten ist auch sehr deutlich in den Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung zu sehen [11]. In Deutschland liegen die jährlichen Impfquoten mit unter 50 % bei den ab 60 Jahre alten Personen noch deutlich unter der von der Europäischen Kommission empfohlenen Impfquote von 75 % [7], ohne dass sich eine verbesserte Inanspruchnahme von Grippeimpfungen abzeichnet [10, 11].

Bei der Inanspruchnahme der Grippeimpfung zeigen sich deutliche regionale Unterschiede. Die höchsten Impfquoten in der Altersgruppe der ab 60-Jährigen finden sich wie in den Vorjahren in den ostdeutschen

Die für das Jahr 2014/2015 von der Europäischen Kommission angestrebte Impfquote von 75 % bei älteren Menschen wird bisher nicht erreicht.

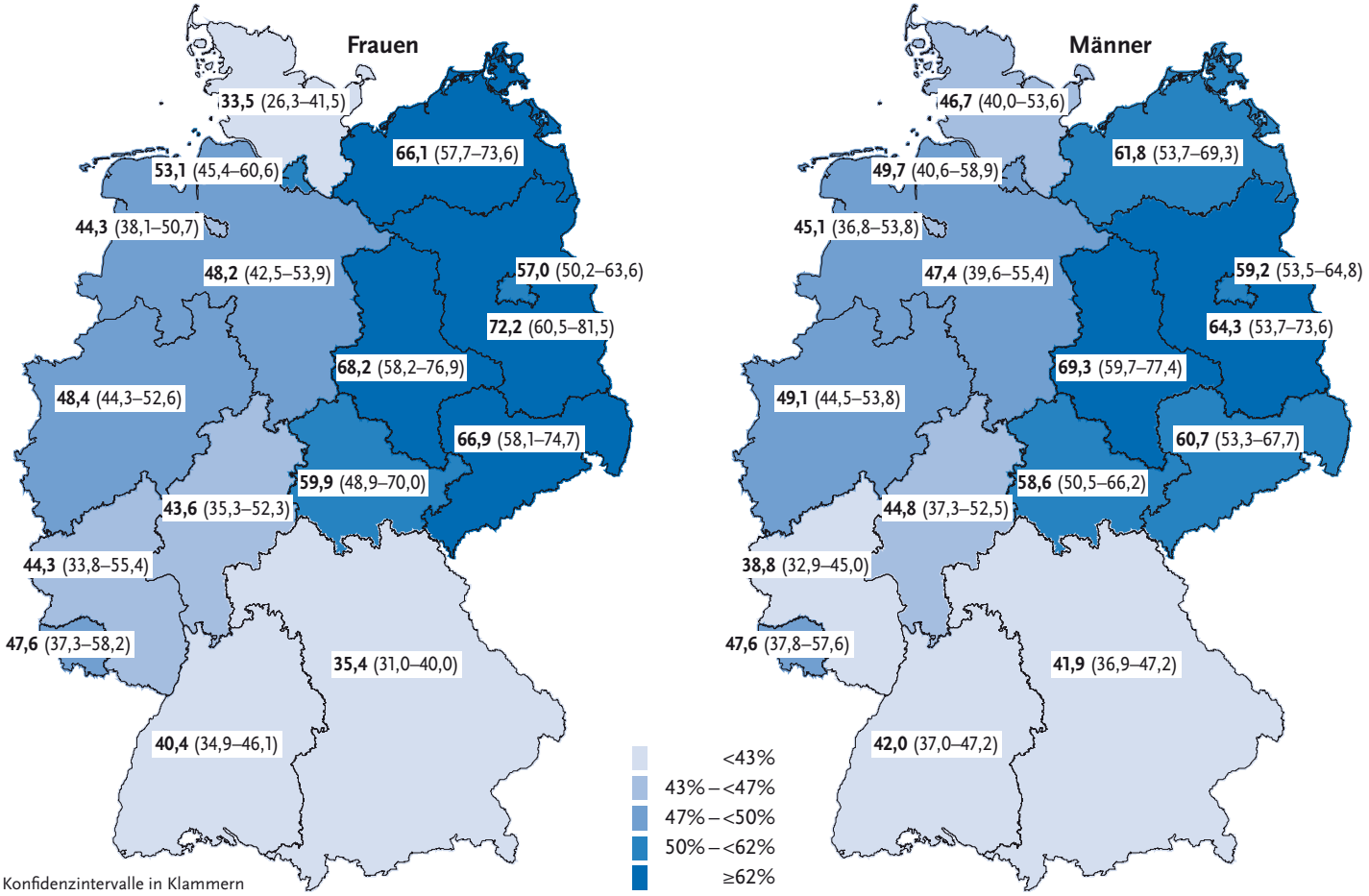


Abbildung 1
Impfquote gegen saisonale Influenza (Grippe) in der Wintersaison 2013/2014 bei Frauen und Männern ab 60 Jahren nach Bundesland (n = 1.706 Frauen; n = 1.743 Männer)
Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS

Die Grippeimpfung wird regional sehr unterschiedlich in Anspruch genommen.

Bundesländern und zeigen damit eine anhaltend größere Impfakzeptanz im Osten Deutschlands [13]. In der Zielaltersgruppe der ab 60-Jährigen erzielten Brandenburg, Sachsen-Anhalt, Sachsen und Mecklenburg-Vorpommern die höchsten Impfquoten in der Saison 2013/2014. Die Bundesländer mit den niedrigsten Impfquoten befinden sich mit einer Impfquote von 38,4 % bzw. 39,8 % im äußersten Süden (Bayern) und äußersten Norden (Schleswig-Holstein) Deutschlands (siehe Abbildung 1). Daten auf Basis der Abrechnungsdaten der kassenärztlichen Vereinigungen zeigen, dass sich regional unterschiedliche Impfquoten gegen Grippe nicht nur auf Bundeslandunterschiede beschränken, sondern insbesondere auch auf Kreisebene zu beobachten sind. Hier zeigen die Abrechnungsdaten extreme Unterschiede auf: 2013/2014 lagen die Impfquoten zwischen 13,5 % und 65 % [12].

Die GEDA-Daten und die kassenärztlichen Abrechnungsdaten zur Veränderung der Impfquoten über die Zeit sowie zu den Unterschieden zwischen den Bundesländern zeigen weitgehend übereinstimmende Ergebnisse. Mit einer Impfquote von 48 % wird die Durchimpfung gegen Grippe bei Älteren in der Saison 2013/2014 in der GEDA-Studie jedoch deutlich höher geschätzt als aus den kassenärztlichen Versorgungsdaten (38 %) [11, 12], während eine weitere Befragungsstudie, die telefonisch durchgeführt wurde, mit 49,4 % (95 %-Kl 44,6 – 54,2) für die Saison 2013/2014 ähnlich hohe Impfquoten zeigt wie GEDA 2014/2015-EHIS [14]. Eine möglicherweise geringere Bereitschaft zur Teilnahme an Gesundheitsstudien bei Personen mit niedrigerem Gesundheitsbewusstsein und ein Antwortverhalten im Sinne der sozialen Erwünschtheit können zu dem höheren Ergebnis der Befragungsstudien beigetragen haben.

Zu den wichtigen Gründen für nicht durchgeführte Grippeimpfungen gehört, dass eine Grippeerkrankung von vielen Menschen nicht als schwere, gesundheitsbedrohliche Erkrankungen wahrgenommen wird oder Zweifel an der Sicherheit und Wirksamkeit der Impfung bestehen und dass eine Impfung zwar nicht abgelehnt, sondern vergessen oder aus anderen Gründen nicht durchgeführt wird [14 – 17]. Da in der aktuellen GEDA 2014/2015-EHIS-Studie nur etwa ein Viertel der Personen ab 60 Jahren angaben, noch nie gegen Grippe geimpft worden zu sein, scheint ein großer Teil der in der Saison 2013/2014 Ungeimpften einer Grippeimpfung nicht prinzipiell abgeneigt zu sein. Sowohl in Deutschland als auch in anderen Ländern nehmen Ärztinnen und Ärzte eine wichtige Rolle im Entscheidungsprozess für eine Impfung ein [14, 18, 19]. Allerdings zeigt eine im Jahr 2009 durchgeführte Befragung von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, dass diese nicht alle besonders gefährdeten Patientengruppen gleichermaßen zur Influenza-Impfung motivieren [20]. Auch die Influenza-Impfquoten bei medizinischem Personal liegen noch auf einem zu niedrigen Niveau und schwanken je nach Erhebung und Saison in Deutschland zwischen 26 % und 73 % [20, 21]. Die hier dargestellten Ergebnisse weisen auf ein großes Potenzial zur Steigerung der jährlichen Influenza-Impfquote bei älteren Menschen hin. In diesem Zusammenhang sollten zielgruppenspezifische Maßnahmen für die impfende Ärzteschaft erfolgen wie z. B. die verstärkte inhaltliche Auseinandersetzung mit dem Thema in Aus- und Fortbildungen, bessere

Honorierung der Impfleistung und -beratung sowie einfache und einheitliche Abrechnungsorganisation. Auch für Menschen ab 60 Jahren sollten weitere Anstrengungen unternommen werden, um auf die Wichtigkeit der Grippeimpfung hinzuweisen und die Impfquoten zu steigern. Dies könnte zum Beispiel in Form von Einführung eines standesrechtlich abgesicherten Wiedereinbestellsystems für Impfungen im Rahmen der aktiven Patientenbetreuung geschehen, durch Bonussysteme, die offensive Vermittlung des individuellen und gesellschaftlichen Nutzens von Schutzimpfungen sowie durch Information über mögliche schwere Komplikationen impfpräventabler Krankheiten bei fehlendem Impfschutz.

Für eine Steigerung der Impfquoten sind ärztliche Beratung und die ärztliche Impfempfehlung wichtig.

Literatur

1. Mandell GL, Bennett JE, Dolin R (2010) Principles and Practice of Infectious Diseases. Churchill Livingstone, Philadelphia
2. Leung NH, Xu C, Ip DK et al. (2015) Review Article: The Fraction of Influenza Virus Infections That Are Asymptomatic: A Systematic Review and Meta-analysis. Epidemiology 26(6):862-872
3. Remschmidt C, Harder T, Wichmann O et al. (2016) Hintergrundpapier der STIKO: Evaluation der bestehenden Influenzaimpfempfehlung für Indikationsgruppen und für Senioren (Standardimpfung ab 60 Jahren). Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 59(12):1606-1622
4. Arbeitsgemeinschaft Influenza (2014) Bericht zur Epidemiologie der Influenza in Deutschland Saison 2013/14. RKI, Berlin
5. Arbeitsgemeinschaft Influenza (2016) Bericht zur Epidemiologie der Influenza in Deutschland Saison 2015/16. RKI, Berlin
6. Ständige Impfkommission (2013) Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut/Stand: August 2013. Epid Bull 34:313-335
7. Council of the European Union (2009) Council Recommendation of 22 December 2009 on seasonal influenza vaccination (2009/1019/EU). Off J Eur Union, S. 71–2
8. Statistisches Amt der Europäischen Union (Eurostat) (2016) Internationale Standardklassifikation für das Bildungswesen (ISCED). http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Glossary:International_standard_classification_of_education_%28ISCED%29/de (Stand: 13.01.2017)
9. Lange C, Finger JD, Allen J et al. (2017) Implementation of the European health interview survey (EHIS) into the German health update (GEDA). Archives of Public Health 75(1):40
10. Bödeker B, Remschmidt C, Müters S et al. (2015) Impfquoten unter Erwachsenen in Deutschland für die Impfungen gegen saisonale Influenza, Tetanus und Pertussis Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 58(2):174–181
11. Rieck T, Feig M, Wichmann O et al. (2017) Impfquoten der Rotavirus-, Masern-, HPV- und Influenza- Impfung in Deutschland. Epidemiol Bull 1: 1-12
12. versorgungsatlas.de (2015) Grippe: Sinkflug der Impfraten in Deutschland gestoppt – Handlungsbedarf vor allem in den alten Bundesländern http://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/pdf/15-11-03-PM_INFLUENZA-final.pdf (Stand: 24.08.2017)
13. Poethko-Müller C, Schmitz R (2013) Impfstatus von Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 56(5-6):845-857 http://edoc.rki.de/oa/articles/reb7vPK7TXrvs/PDF/28zSzwwnY-ZBs.pdf (Stand: 24.08.2017)
14. Bödeker B, Remschmidt C, Schmich P et al. (2015) Why are older adults and individuals with underlying chronic diseases in Germany not vaccinated against flu? A population-based study. BMC Public Health 15:618
15 Holm MV, Blank PR, Szucs TD (2007) Trends in influenza vaccination coverage rates in Germany over five seasons from 2001 to 2006. BMC Infect Dis 7:144
16. Schmid P, Rauber D, Betsch C et al. (2017) Barriers of Influenza Vaccination Intention and Behavior – A Systematic Review of Influenza Vaccine Hesitancy, 2005-2016. PLoS One 12(1):e0170550
17. Böhmer MM, Walter D, Krause G et al. (2011) Determinants of tetanus and seasonal influenza vaccine uptake in adults living in Germany. Hum Vaccin 7(12):1317-1325
18. Boes L, Boedeker B, Schmich P et al. (2017) Factors associated with parental acceptance of seasonal influenza vaccination for their children – A telephone survey in the adult population in Germany. Vaccine 35(30):3789-3796

19. Blank PR, Schwenkglenks M, Szucs TD (2008) Influenza vaccination coverage rates in five European countries during season 2006/07 and trends over six consecutive seasons. BMC Public Health 8:272

20. Wortberg S, Walter D, Knesebeck M et al. (2009) Niedergelassene Ärzte als Multiplikatoren der Influenzaimpfung bei älteren Menschen, chronisch Kranken und medizinischem Personal. Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativbefragung im Rahmen der nationalen Influenza-Impfkampagne. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 52(10):945-952

21. Böhmer MM, Walter D, Falkenhorst G et al. (2012) Barriers to pandemic influenza vaccination and uptake of seasonal influenza vaccine in the post-pandemic season in Germany. BMC Public Health2012; 12:938

Impressum

Journal of Health Monitoring

Institution der beteiligten Autorinnen und Autoren
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Berlin
Abteilung für Infektionsepidemiologie, Berlin

Korrespondenzadresse
Dr. Christina Poethko-Müller
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
E-Mail: Poethko-MuellerC@rki.de

Interessenkonflikt
Die korrespondierende Autorin gibt für sich und die Koautorin an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Förderungshinweis
Die GEDA-Studie wurde mit Mitteln des Robert Koch-Instituts und des Bundesministeriums für Gesundheit finanziert.

Hinweis
Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die Meinung des Robert Koch-Instituts wider.

Herausgeber
Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion
Susanne Bartig, Johanna Gutsche, Dr. Franziska Prütz,
Martina Rabenberg, Alexander Rommel, Dr. Anke-Christine Saß,
Stefanie Seeling, Martin Thißen, Dr. Thomas Ziese
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
Tel.: 030-18 754-3400
E-Mail: healthmonitoring@rki.de
www.rki.de/journalhealthmonitoring

Satz
Gisela Dugnus, Alexander Krönke, Kerstin Möllerke

Zitierweise
Poethko-Müller C, Bödeker B (2017) Inanspruchnahme der Grippeschutzimpfung 2013/2014 in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2(4): 66–73. DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-113

ISSN 2511-2708

Dieses Werk ist lizenziert unter einer Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz.

Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit

Journal of Health Monitoring · 2017 2(4)
DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-114
Robert Koch-Institut, Berlin

Autorin und Autoren:
Anne Starker, Klaus Kraywinkel,
Ronny Kuhnert

Früherkennung von Brustkrebs: Inanspruchnahme der Mammografie in Deutschland

Abstract

Brustkrebs ist die häufigste Krebserkrankung von Frauen in Deutschland. Zur Früherkennung wird Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren neben der Tastuntersuchung alle zwei Jahre eine Mammografie im Rahmen des Mammographie-Screening-Programms angeboten. Dazu werden die Frauen schriftlich eingeladen und erhalten ein Merkblatt mit Informationen über Hintergründe, Ziele, Vorgehensweise sowie über Nutzen und mögliche Nachteile des Früherkennungsprogramms. Das Einladungsschreiben und das Merkblatt zum Mammographie-Screening-Programm wurden im Jahr 2015 überarbeitet, um die eingeladenen Frauen noch besser zu unterstützen, eine informierte Entscheidung zu treffen. In der Studie GEDA 2014/2015-EHIS wurden der Zeitpunkt der letzten Mammografie und der Grund für diese Untersuchung durch die Selbstangabe der Befragten erfasst. Bei 74,2 % der Frauen zwischen 50 und 69 Jahren wurde innerhalb der letzten zwei Jahre eine Mammografie durchgeführt. 80,7 % dieser Frauen geben als Grund dafür die Einladung im Rahmen des nationalen Screening-Programms an.

BRUSTKREBS · MAMMOGRAFIE · KREBSFRÜHERKENNUNG · GESUNDHEITSMONITORING · DEUTSCHLAND

Einleitung

Brustkrebs ist die häufigste Krebserkrankung von Frauen in Deutschland. Aktuell erkrankt eine von acht Frauen im Laufe ihres Lebens an Brustkrebs, wobei das mittlere Erkrankungsalter bei 64 Jahren liegt [1]. Die Maßnahmen der Früherkennung zielen darauf ab, Brustkrebs möglichst in einem frühen Stadium zu erkennen, um ihn schonender und besser behandeln zu können und so die Lebensqualität der Brustkrebspatientinnen sowie die Heilungschancen zu erhöhen. Früherkennungsuntersuchungen können jedoch nicht verhindern, dass sich Brustkrebs entwickelt und die dabei eingesetzten Testverfahren können ihrerseits mit Nachteilen oder Risiken verbunden sein.

Ab einem Alter von 30 Jahren haben Frauen, die in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind, Anspruch auf eine jährliche Tastuntersuchung der Brust und der lokalen Lymphknoten durch eine Frauenärztin bzw. einen Frauenarzt. Ziel dieser Untersuchungen ist es, tastbare Veränderungen (Knoten) festzustellen, die dann durch bildgebende Verfahren (Mammografie, Ultraschall) und ggf. durch histologische Begutachtung von Gewebeproben weiter abgeklärt werden sollten. Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren können neben der Tastuntersuchung alle zwei Jahre eine Mammografie, eine Röntgenuntersuchung der Brust im Rahmen des Mammographie-Screening-Programms, durchführen lassen [2]. Dazu werden alle anspruchsberechtigten Frauen auf Basis von

GEDA 2014/2015-EHIS

Datenhalter: Robert Koch-Institut

Ziele: Bereitstellung zuverlässiger Informationen über den Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten und die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung in Deutschland, mit Möglichkeit zum europäischen Vergleich

Erhebungsmethode: Schriftlich oder online ausgefüllter Fragebogen

Grundgesamtheit: Bevölkerung ab 18 Jahren mit ständigem Wohnsitz in Deutschland

Stichprobenziehung: Einwohnermeldeamt-Stichproben – zufällig ausgewählte Personen aus 301 Gemeinden in Deutschland wurden eingeladen

Teilnehmende: 24.016 Personen (13.144 Frauen und 10.872 Männer)

Responserate: 26,9 %

Untersuchungszeitraum: November 2014 – Juli 2015

Datenschutz: Die Studie unterliegt der strikten Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes und wurde von der Bundesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit in Deutschland genehmigt. Die Teilnahme an der Studie war freiwillig. Die Teilnehmenden wurden über die Ziele und Inhalte der Studie sowie über den Datenschutz informiert und gaben ihre schriftliche Einwilligung (informed consent).

Mehr Informationen unter
www.geda-studie.de

Einwohnermeldeamtsdaten schriftlich zu der Untersuchung eingeladen. Sie erhalten zusammen mit dem Einladungsschreiben ein Merkblatt, welches über Hintergrund, Ziele, Inhalt und Vorgehensweise sowie über Nutzen und mögliche Nachteile des Früherkennungsprogramms informiert. Ziel des Programms ist es, bei den eingeladenen Frauen Brustkrebs möglichst im Frühstadium zu entdecken und behandeln zu können und die Brustkrebssterblichkeit auf Bevölkerungsebene zu senken. Als mögliche Nachteile des Mammographie-Screening-Programms gelten Überdiagnosen. Das bedeutet, dass durch diese Untersuchung auch Tumoren entdeckt werden, die ohne Screening erst später oder gar nicht aufgefallen wären, und zu Lebzeiten der Betroffenen deren Lebensqualität nicht beeinträchtigt hätten.

Mammografien werden aber auch außerhalb des Screening-Programms durchgeführt. So gibt es medizinische Gründe für diese Untersuchung, z. B. aufgrund eines auffälligen Tastbefundes. Darüber hinaus gibt es das sogenannte graue oder opportunistische Screening. Hierunter werden Mammografien verstanden, die aufgrund einer ärztlichen Empfehlung, zum Beispiel wegen einer anderen Erkrankung oder wegen eines erhöhten Brustkrebsrisikos in der Familie, veranlasst werden und zu denen keine systematische Untersuchungseinladung und keine systematische Qualitätssicherung erfolgt.

Im Jahr 2013 erkrankten 71.640 Frauen neu an Brustkrebs, 17.853 starben daran [3]. Ab dem Jahr 2005 kam es infolge der Einführung des Mammographie-Screening-Programms und der Entdeckung von Tumoren, die sonst ohne Screening erst später diagnostiziert worden wären, zu einem Anstieg bei den Erkrankungsraten, die seit 2009 wieder rückläufig sind. Außerdem sinkt die Zahl der entdeckten Brustkrebsfälle im fortgeschrittenen Stadium. Es werden in der Altersgruppe der 50- bis 69-jährigen Frauen also mehr Fälle im Frühstadium entdeckt, die besser zu behandeln sind und deren Heilungschancen höher sind. Das kann als erster Hinweis für einen Erfolg des Screening-Programms gewertet werden. Wesentliches Ziel des Mammographie-Screening-Programms ist die Senkung der Brustkrebssterblichkeit. Bereits seit Mitte der 1990er Jahre, also vor Einführung des Programms, sinkt die Brustkrebssterblichkeit in der Gruppe der 50- bis 69-jährigen Frauen, was am ehesten durch Fortschritte in der Therapie beeinflusst ist [3]. Inwieweit das Mammographie-Screening-Programm zur weiteren Reduzierung der Brustkrebssterblichkeit beitragen kann, ist aufgrund der kurzen Laufzeit derzeit noch nicht abschätzbar.

Indikator

In der Studie GEDA 2014/2015-EHIS wurde die Inanspruchnahme der letzten Mammografie durch die Selbstangabe der befragten Frauen in einem schriftlich oder online auszufüllenden Fragebogen erfasst. Darin wurde die Frage gestellt „Wann wurde bei Ihnen zuletzt eine Mammografie durchgeführt?“. Die Antwortvorgaben waren „Innerhalb der letzten 12 Monate“, „Vor 1 bis weniger als 2 Jahren“, „Vor 2 bis weniger als 3 Jahren“, „Vor 3 Jahren oder mehr“, „Nie“. Darauf folgte die Frage „Was war der Grund für die letzte Mammografie?“ mit den Antwortvorgaben „Einladung im Rahmen des nationalen Screeningprogramms“ und „Andere Gründe, z. B. Überweisung durch den Frauenarzt“.

Für das Fact sheet wurde die Inanspruchnahme der letzten Mammografie innerhalb der letzten zwei Jahre für Frauen im Alter zwischen 50 und 69 Jahren ausgewertet. Die Antwortkategorien „Innerhalb der letzten 12 Monate" und „Vor 1 bis weniger als 2 Jahren" wurden als neue Kategorie „Innerhalb der letzten zwei Jahre" zusammengefasst, da Frauen dieser Altersgruppe alle zwei Jahre zur Mammografie im Rahmen des Screening-Programms eingeladen werden [2]. Somit kann eingeschätzt werden, ob die letzte Mammografie im empfohlenen Untersuchungsintervall lag. Um einzuschätzen, ob diese Untersuchung im Rahmen des nationalen Screening-Programms oder aus einem anderen Anlass bzw. als graues Screening (s. o.) durchgeführt wurde, werden in einem zweiten Schritt die Angaben zum Grund für diese Untersuchung herangezogen. Die Ergebnisse werden nach Alters- und Bildungsgruppen stratifiziert dargestellt. Es wird von einem statistisch signifikanten Unterschied zwischen Gruppen ausgegangen, wenn sich die Konfidenzintervalle nicht überlappen.

Die Analysen basieren auf Daten von Frauen im Alter zwischen 50 und 69 Jahren mit gültigen Angaben zum Zeitpunkt der letzten Mammografie (n = 4.301). Der Grund für die letzte Mammografie wird für die Frauen dargestellt, welche in den letzten zwei Jahren eine Mammografie hatten (n = 3.143). Die Berechnungen wurden mit einem Gewichtungsfaktor durchgeführt, der Abweichungen der Stichprobe von der Bevölkerungsstruktur (Stand: 31.12.2014) hinsichtlich Alter, Kreistyp und Bildung korrigiert. Der Kreistyp spiegelt den Grad der Urbanisierung wider und entspricht der regionalen Verteilung in Deutschland. Die Internationale Standardklassifikation für das Bildungswesen (ISCED) wurde verwendet, um die schulischen und beruflichen Bildungsabschlüsse der Studienteilnehmenden zu klassifizieren [4]. Eine ausführliche Darstellung der Methodik von GEDA 2014/2015-EHIS findet sich bei Lange et al. 2017 [5] sowie im Beitrag Gesundheit in Deutschland aktuell – neue Daten für Deutschland und Europa in Ausgabe 1/2017 des Journal of Health Monitoring.

Ergebnisse und Einordnung

Nach Auswertungen der GEDA 2014/2015-EHIS-Daten geben 74,2 % der Frauen im Alter zwischen 50 und 69 Jahren an, dass bei ihnen innerhalb der letzten zwei Jahre eine Mammografie durchgeführt wurde (Tabelle 1).

Bei 74,2 % der Frauen im Alter zwischen 50 und 69 Jahren wurde innerhalb der letzten zwei Jahre eine Mammografie durchgeführt.

Tabelle 1
Inanspruchnahme der letzten Mammografie innerhalb der letzten zwei Jahre, unabhängig vom Grund der Untersuchung, bei Frauen zwischen 50 und 69 Jahren nach Alter und Bildungsstatus (n = 4.301)
Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS

Frauen	%	(95 %-KI)
Frauen (gesamt)	**74,2**	**(72,4 – 76,0)**
50 – 54 Jahre	**68,5**	**(65,5 – 71,4)**
Untere Bildungsgruppe	67,7	(59,7 – 74,8)
Mittlere Bildungsgruppe	69,6	(65,7 – 73,2)
Obere Bildungsgruppe	66,1	(61,0 – 70,8)
55 – 59 Jahre	**77,4**	**(74,3 – 80,3)**
Untere Bildungsgruppe	75,1	(66,9 – 81,9)
Mittlere Bildungsgruppe	79,4	(75,0 – 83,2)
Obere Bildungsgruppe	72,9	(67,2 – 78,0)
60 – 64 Jahre	**77,8**	**(74,5 – 80,8)**
Untere Bildungsgruppe	73,3	(65,8 – 79,6)
Mittlere Bildungsgruppe	80,3	(76,1 – 83,9)
Obere Bildungsgruppe	74,8	(68,0 – 80,7)
65 – 69 Jahre	**75,1**	**(71,3 – 78,5)**
Untere Bildungsgruppe	72,7	(65,2 – 79,1)
Mittlere Bildungsgruppe	76,4	(71,2 – 80,9)
Obere Bildungsgruppe	73,8	(66,0 – 80,3)

KI = Konfidenzintervall

Dabei fällt auf, dass dieser Anteil in der Gruppe der 50- bis 54-Jährigen kleiner ist als in den höheren Altersgruppen. Aus anderen Studien ist bekannt, dass die Inanspruchnahme von (Krebs-)Früherkennungsuntersuchungen mit dem Bildungsstand variiert [6]. Innerhalb der einzelnen Altersgruppen zeigen sich bei der Inanspruchnahme der Mammografie keine signifikanten Unterschiede zwischen den Bildungsgruppen. Allerdings fällt auf, dass Frauen der mittleren Bildungsgruppe häufiger eine Mammografie in den letzten zwei Jahren hatten als Frauen aus der unteren oder oberen Bildungsgruppe.

Von den Frauen, die eine Mammografie innerhalb der letzten zwei Jahre hatten, gibt die Mehrheit (80,7 %) an, dass die letzte Mammografie auf Einladung im Rahmen des nationalen Screening-Programms erfolgte (Tabelle 2). In der Gruppe der Frauen im Alter von 50 bis 54 Jahren wird dieser Grund seltener angegeben als bei den anderen Altersgruppen. Hier geben fast ein Viertel der Frauen andere Gründe für die letzte Mammografie an.

Eine grundsätzliche Einschränkung der in GEDA 2014/2015-EHIS eingesetzten Frage ist, dass nur nach dem Grund für die letzte Mammografie gefragt wurde und somit nicht eingeschätzt werden kann, ob Frauen mit der Angabe „Andere Gründe" bereits früher am Screening-Programm teilgenommen haben, sich aber zwischenzeitlich erneut einer Untersuchung außerhalb

50- bis 54-Jährige berichten seltener von einer Mammografie in den letzten zwei Jahren als ältere Frauen.

	Einladung im Rahmen des nationalen Screeningprogramms		Andere Gründe	
Frauen	Anteil (%)	(95 %-KI)	Anteil (%)	(95 %-KI)
Frauen (gesamt)	**80,7**	**(79,0–82,4)**	**19,3**	**(17,6–21,0)**
50–54 Jahre	**77,5**	**(74,3–80,5)**	**22,5**	**(19,5–25,7)**
Untere Bildungsgruppe	83,5	(75,4–89,3)	16,5	(10,7–24,6)
Mittlere Bildungsgruppe	76,9	(72,6–80,8)	23,1	(19,2–27,4)
Obere Bildungsgruppe	74,5	(68,7–79,6)	25,5	(20,4–31,3)
55–59 Jahre	**84,6**	**(81,5–87,3)**	**15,4**	**(12,7–18,5)**
Untere Bildungsgruppe	82,2	(73,2–88,6)	17,8	(11,4–26,8)
Mittlere Bildungsgruppe	87,0	(83,1–90,0)	13,0	(10,0–16,9)
Obere Bildungsgruppe	78,2	(72,2–83,2)	21,8	(16,8–27,8)
60–64 Jahre	**80,3**	**(76,7–83,4)**	**19,7**	**(16,6–23,3)**
Untere Bildungsgruppe	82,0	(73,0–88,4)	18,0	(11,6–27,0)
Mittlere Bildungsgruppe	82,5	(77,7–86,4)	17,5	(13,6–22,3)
Obere Bildungsgruppe	70,1	(61,6–77,4)	29,9	(22,6–38,4)
65–69 Jahre	**80,8**	**(77,0–84,2)**	**19,2**	**(15,8–23,0)**
Untere Bildungsgruppe	75,5	(66,3–82,9)	24,5	(17,1–33,7)
Mittlere Bildungsgruppe	84,1	(79,0–88,2)	15,9	(11,8–21,0)
Obere Bildungsgruppe	76,6	(67,7–83,6)	23,4	(16,4–32,3)

KI = Konfidenzintervall

Tabelle 2
Grund für die letzte Mammografie innerhalb der letzten zwei Jahre bei Frauen zwischen 50 und 69 Jahren nach Alter und Bildungsstatus (n = 3.143)
Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS

des Screenings unterzogen haben, etwa zur Abklärung eines Tastbefundes. Somit kann zusammenfassend anhand der GEDA 2014/2015-EHIS-Daten eingeschätzt werden, dass das Mammographie-Screening-Programm viele Frauen erreicht, Mammografien außerhalb des Programms aber nach wie vor von Bedeutung sind.

Für die Einordnung dieser Ergebnisse können die Daten der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1, 2008–2011) und die Ergebnisse der jährlichen Evaluierung des Mammographie-Screening-Programms der Kooperationsgemeinschaft Mammographie herangezogen werden.

Als Grund für die letzte Mammografie in den letzten zwei Jahren geben 80,7 % der Frauen die Einladung im Rahmen des nationalen Screening-Programms an.

Im Vergleich zu DEGS1 hat sich die Inanspruchnahme der Mammografie nicht wesentlich erhöht. Damals gaben 71,3 % der Frauen im Alter zwischen 50 und 69 Jahren an, dass bei ihnen innerhalb der letzten zwei Jahre eine Mammografie durchgeführt wurde [7], ältere Frauen etwas häufiger als jüngere. In DEGS1 wurde auch nach dem Grund für die letzte Mammografie gefragt, allerdings war es hier möglich, mehrere Gründe anzugeben (Mehrfachantwort). Damals gaben 65,4 % der 50- bis 69-jährigen Frauen mit einer Mammografie innerhalb der letzten zwei Jahre an, dass die Untersuchung auf Einladung zum Screening-Programm erfolgte. Auch wenn die Ergebnisse aus DEGS1 aufgrund der Möglichkeit der Mehrfachantwort nur bedingt mit denen aus GEDA 2014/2015-EHIS vergleichbar sind, deuten die Daten auf eine Zunahme der Beteiligung am Mammographie-Screening-Programm hin.

Im Vergleich mit den Ergebnissen der anderen Teilnehmerländer der Europäischen Gesundheitsumfrage (EHIS) wurde eine Mammografie in den letzten zwei Jahren in Deutschland etwas häufiger angegeben als im Durchschnitt von 28 EU-Ländern (73,5 % vs. 68,8 %) [8]. In einigen Ländern, die ebenfalls ein Mammographie-Screening-Programm etabliert haben, lag der Anteil allerdings deutlich höher (ca. 90 %), die Spannweite zwischen diesen Ländern ist jedoch insgesamt sehr hoch (51,4 %-Punkte) [9].

Der jährliche Evaluationsbericht zum Mammographie-Screening-Programm wertet die Teilnahme bezogen auf die zum Screening eingeladenen Frauen aus, weswegen die Ergebnisse mit DEGS1 und GEDA 2014/2015-EHIS nicht vergleichbar sind. Seit Einführung des Programms wird eine zunehmende Teilnahme am Programm berichtet, für das Berichtsjahr 2014 wird dagegen erstmalig ein leichter Rückgang festgestellt. Die Teilnahmerate bezogen auf alle eingeladenen Frauen lag im Jahr 2014 bei 54,2 % [10] und liegt damit niedriger als die gemäß EU-Leitlinien anzustrebende Teilnahmerate von mindestens 70 % [11]. Ein relevanter Teil der anspruchsberechtigten Frauen nimmt somit das Screening-Angebot nicht wahr und eine Steigerung der Teilnahme am Programm ist möglich.

Wie bei allen Früherkennungsuntersuchungen können mit einer Mammografie zur Krebsfrüherkennung neben den Vorteilen auch Nachteile verbunden sein. So können Überdiagnosen oder nicht bestätigte (falsch positive) Verdachtsfälle im Screening zu psychischer Belastung und unnötigen diagnostischen Eingriffen führen. Für die eingeladenen Frauen kann es daher schwierig sein, den persönlichen Nutzen des Mammografie-Screenings eindeutig einzuschätzen. Im Juli 2015 wurde durch den Gemeinsamen Bundesausschuss eine

Änderung der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie beschlossen, die eine Anpassung von Einladungsschreiben und Merkblatt vorsah, um die Frauen noch besser dabei zu unterstützen, eine informierte Entscheidung bezüglich der Teilnahme am Mammographie-Screening-Programm zu treffen. Die Änderungen sind seit 2016 in Kraft.

Literatur

1. Robert Koch-Institut (Hrsg) und die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (Hrsg) (2015) Krebs in Deutschland 2011/2012. 10. Ausgabe. RKI, Berlin http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/reC4OftzrdIts/PDF/228lO-1Z2uKVg.pdf (Stand: 13.10.2017)
2. Gemeinsamer Bundesausschuss (2017) Richtlinie über die Früherkennung von Krebserkrankungen. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1292/KFE-RL_2016-04-21_iK-2017-01-01_AT-08-07-2016-B2.pdf (Stand: 13.10.2017)
3. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2016) Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland 2016. RKI, Berlin http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/renGkGzAqwKc2/PDF/28oaKVmifowDk.pdf (Stand: 13.10.2017)
4. Statistisches Amt der Europäischen Union (Eurostat) (2016) Internationale Standardklassifikation für das Bildungswesen (ISCED). http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Glossary:International_standard_classification_of_education_%28ISCED%29/de (Stand: 13.01.2017)
5. Lange C, Finger JD, Allen J et al. (2017) Implementation of the European health interview survey (EHIS) into the German health update (GEDA). Archives of Public Health 75(1):40
6. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2017) Gesundheitliche Ungleichheit in verschiedenen Lebensphasen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/releGa5LqOxGE/PDF/25xIYiGiDQ6x2w.pdf (Stand: 13.10.2017)
7. Starker A, Saß AC (2013) Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 56(5-6):858-867 http://edoc.rki.de/oa/articles/reN2csaSrITI/PDF/24hsjHBMqEB-Nc.pdf (Stand: 13.10.2017)
8. Statistisches Amt der Europäischen Union (Eurostat) (2017) Eigene Angaben zur letzten Teilnahme an einer Röntgenuntersuchung der Brust bei Frauen, nach Alter und Bildungsabschluss. http://ec.europa.eu/eurostat/web/health/health-care/data/database# (Stand: 11.08.2017)
9. International Agency for Research on Cancer (2017) Cancer Screening in the European Union. Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening. IARC, Lyon
10. Malek D, Kääb-Sanyal V (2016) Jahresbericht Evaluation 2014. Deutsches Mammographie-Screening-Programm. Kooperationsgemeinschaft Mammographie, Berlin
11. Perry N, Broeders M, de Wolf C et al. (Hrsg) (2006) European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. Fourth Edition. European Communities, Luxembourg

Impressum

Journal of Health Monitoring

Institution der beteiligten Autorinnen und Autoren
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Berlin

Korrespondenzadresse
Anne Starker
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
E-Mail: StarkerA@rki.de

Interessenkonflikt
Die korrespondierende Autorin gibt für sich und die Koautoren an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Förderungshinweis
Die GEDA-Studie wurde mit Mitteln des Robert Koch-Instituts und des Bundesministeriums für Gesundheit finanziert.

Hinweis
Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die Meinung des Robert Koch-Instituts wider.

Herausgeber
Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion
Susanne Bartig, Johanna Gutsche, Dr. Franziska Prütz,
Martina Rabenberg, Alexander Rommel, Dr. Anke-Christine Saß,
Stefanie Seeling, Martin Thißen, Dr. Thomas Ziese
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
Tel.: 030-18 754-3400
E-Mail: healthmonitoring@rki.de
www.rki.de/journalhealthmonitoring

Satz
Gisela Dugnus, Alexander Krönke, Kerstin Möllerke

Zitierweise
Starker A, Kraywinkel K, Kuhnert R (2017) Früherkennung von Brustkrebs: Inanspruchnahme der Mammografie in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2(4): 74–80.
DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-114

ISSN 2511-2708

Dieses Werk ist lizenziert unter einer Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz.

Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit

Journal of Health Monitoring · 2017 2(4)
DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-115
Robert Koch-Institut, Berlin

Autorinnen und Autoren:
Anne Starker, Nina Buttmann-Schweiger, Klaus Kraywinkel, Ronny Kuhnert

Inanspruchnahme der Darmspiegelung in Deutschland

Abstract

Darmkrebs gehört zu den drei häufigsten Krebserkrankungen bei Frauen und Männern in Deutschland. Es existieren verschiedene gesetzlich verankerte Untersuchungen zur Früherkennung von Darmkrebs. Personen im Alter von 50 bis 54 Jahren können jährlich einen Test auf verstecktes Blut im Stuhl durchführen lassen. Ab 55 Jahren wird angeboten, diesen Test alle zwei Jahre im Rahmen der Krebsfrüherkennung zu wiederholen oder alternativ an einer Früherkennungskoloskopie (präventive Darmspiegelung) teilzunehmen, die bei unauffälligem Befund nach zehn Jahren wiederholt werden kann. Eine Koloskopie wird aber auch durchgeführt, um Beschwerden oder andere Erkrankungen abzuklären (kurative Darmspiegelung). In der Studie GEDA 2014/2015-EHIS wurde der Zeitpunkt der letzten Darmspiegelung durch die Selbstangabe der Befragten erfasst. Der Grund für diese Untersuchung wurde aber nicht erfragt. 57 % der Frauen und 61 % der Männer im Alter ab 55 Jahren gaben an, dass bei ihnen innerhalb der letzten 10 Jahre eine Darmspiegelung durchgeführt wurde. Neue gesetzliche Regelungen sehen den Ausbau der bestehenden Früherkennungsuntersuchungen für Darmkrebs zu einem organisierten und qualitätsgesicherten Früherkennungsprogramm vor.

DARMKREBS · KOLOSKOPIE · KREBSFRÜHERKENNUNG · GESUNDHEITSMONITORING · DEUTSCHLAND

Einleitung

Darmkrebs gehört zu den drei häufigsten Krebserkrankungen bei Frauen und Männern in Deutschland und circa jede achte Krebsneuerkrankung betrifft den Darm. Das Erkrankungsrisiko steigt mit dem Alter stetig an, die Mehrzahl der Betroffenen erhält die Diagnose jenseits des 70. Lebensjahres [1]. Im Jahr 2015 war jeder neunte Krebssterbefall bei Frauen und Männern auf eine Krebserkrankung des Darms zurückzuführen und ist damit unter den Krebserkrankungen bei beiden Geschlechtern die dritthäufigste Todesursache [2].

Zur Früherkennung von Darmkrebs stehen verschiedene gesetzlich verankerte Untersuchungen zur Verfügung. Gemäß der Krebsfrüherkennungsrichtlinie können Personen im Alter von 50 bis 54 Jahren jährlich einen Test auf verstecktes Blut im Stuhl durchführen lassen. Blut im Stuhl kann ein Hinweis auf Darmpolypen oder Krebs sein, was durch eine Darmspiegelung abgeklärt werden muss. Bei einem unauffälligen Ergebnis können Personen ab 55 Jahren den Test auf verstecktes Blut im Rahmen der Krebsfrüherkennung alle zwei Jahren wiederholen [3]. Alternativ hierzu wird Personen ab 55 Jahren die Teilnahme an einer Früherkennungskoloskopie (präventive Darmspiegelung) angeboten, die bei unauffälligem Befund nach zehn Jahren wiederholt werden kann.

GEDA 2014/2015-EHIS

Datenhalter: Robert Koch-Institut

Ziele: Bereitstellung zuverlässiger Informationen über den Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten und die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung in Deutschland, mit Möglichkeit zum europäischen Vergleich

Erhebungsmethode: Schriftlich oder online ausgefüllter Fragebogen

Grundgesamtheit: Bevölkerung ab 18 Jahren mit ständigem Wohnsitz in Deutschland

Stichprobenziehung: Einwohnermeldeamt-Stichproben – zufällig ausgewählte Personen aus 301 Gemeinden in Deutschland wurden eingeladen

Teilnehmende: 24.016 Personen (13.144 Frauen und 10.872 Männer)

Responserate: 26,9 %

Untersuchungszeitraum: November 2014 – Juli 2015

Datenschutz: Die Studie unterliegt der strikten Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes und wurde von der Bundesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit in Deutschland genehmigt. Die Teilnahme an der Studie war freiwillig. Die Teilnehmenden wurden über die Ziele und Inhalte der Studie sowie über den Datenschutz informiert und gaben ihre schriftliche Einwilligung (informed consent).

Mehr Informationen unter
www.geda-studie.de

Das allgemeine Ziel von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen ist, Krebserkrankungen und deren Vorstufen möglichst frühzeitig zu entdecken, und damit die Heilungschancen und die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern. Dadurch sollen vor allem die krebsspezifische Krankheitshäufigkeit und Sterblichkeit gesenkt werden. Bei der Darmspiegelung wird der ganze Dickdarm auf Wucherungen der Darmschleimhaut, sogenannte Darmpolypen, und krebsverdächtiges Gewebe untersucht. Die Darmpolypen, aus denen Darmkrebs entstehen kann, können meist während der Untersuchung entfernt werden. Somit besteht neben der frühzeitigen Entdeckung bösartiger Tumoren die Möglichkeit, zu verhindern, dass Darmkrebs überhaupt entsteht. Eine Koloskopie wird aber auch durchgeführt, um Symptomen und Befunden nachzugehen, wie z. B. sichtbares Blut im Stuhl, Veränderung des Stuhlgangs über mehrere Wochen oder Bauchschmerzen und Krämpfe im Unterleib, die auf eine bereits bestehende (andere) Darmerkrankung hinweisen. Die Koloskopie ist eine aufwändige und oftmals als unangenehm empfundene Untersuchung. Behandlungsbedürftige Komplikationen treten insgesamt selten auf [4]. In den meisten Fällen sind das Blutungen nach der Entfernung von Darmpolypen, die ambulant behandelt werden können.

In Deutschland ist etwa seit 2003 ein Rückgang der Neuerkrankungen an Darmkrebs zu verzeichnen. So sank die altersstandardisierte Neuerkrankungsrate, welche die zunehmende Alterung der Bevölkerung berücksichtigt, bei Frauen um ca. 18 %, bei Männern um ca. 16 % [5]. Diese Entwicklung wird auch als positive Folge der Früherkennungskoloskopie gewertet, die im Jahr 2002 eingeführt wurde. Dennoch erkrankten im Jahr 2013 noch immer 28.360 Frauen und 34.050 Männer neu an Darmkrebs und 12.085 Frauen und 13.608 Männer starben daran [6].

Indikator

In der Studie GEDA 2014/2015-EHIS wurde die Inanspruchnahme der letzten Darmspiegelung durch die Selbstangabe der Befragten in einem schriftlich oder online auszufüllenden Fragebogen erfasst. Darin wurde die folgende Frage gestellt „Wann wurde bei Ihnen zuletzt eine Darmspiegelung/Koloskopie durchgeführt?“ Die Antwortvorgaben waren „Innerhalb der letzten 12 Monate“, „Vor 1 bis weniger als 5 Jahren“, „Vor 5 bis weniger als 10 Jahren“, „Vor 10 Jahren oder mehr“, „Nie“.

Die vorliegende Auswertung weist die Inanspruchnahme der letzten Koloskopie innerhalb der letzten 10 Jahre für Frauen und Männer ab 55 Jahren aus. Sie orientiert sich damit an der Empfehlung für die Durchführung von Früherkennungskoloskopien, die in der Krebsfrüherkennungsrichtlinie festgeschrieben ist [3]. Die Ergebnisse werden nach Geschlecht, Alters- und Bildungsgruppen stratifiziert dargestellt.

Die Analysen basieren auf Daten von 9.489 teilnehmenden Personen mit gültigen Angaben zur Inanspruchnahme der letzten Darmspiegelung, die zum Zeitpunkt der Befragung 55 Jahre oder älter waren (4.878 Frauen, 4.611 Männer). Die Berechnungen wurden mit einem Gewichtungsfaktor durchgeführt, der Abweichungen der Stichprobe von der Bevölkerungsstruktur (Stand: 31.12.2014) hinsichtlich Geschlecht, Alter, Kreistyp und Bildung korrigiert. Der Kreistyp spiegelt den Grad der

Bei 57 % der Frauen und 61 % der Männer ab 55 Jahren wurde in den letzten 10 Jahren eine Darmspiegelung durchgeführt.

Darmspiegelungen werden von Frauen und Männern unter 60 Jahren seltener berichtet als in höheren Altersgruppen.

Urbanisierung wider und entspricht der regionalen Verteilung in Deutschland. Die Internationale Standardklassifikation für das Bildungswesen (ISCED) wurde verwendet, um die schulischen und beruflichen Bildungsabschlüsse der Studienteilnehmenden zu klassifizieren [7]. Eine ausführliche Darstellung der Methodik von GEDA 2014/2015-EHIS findet sich bei Lange et al. 2017 [8] sowie im Beitrag Gesundheit in Deutschland aktuell – neue Daten für Deutschland und Europa in Ausgabe 1/2017 des Journal of Health Monitoring.

Ergebnisse und Einordnung

In Deutschland geben laut GEDA 2014/2015-EHIS-Daten 56,5 % der Frauen und 60,8 % der Männer ab 55 Jahren an, dass bei ihnen innerhalb der letzten 10 Jahre eine Darmspiegelung durchgeführt wurde (Tabelle 1). Weniger als die Hälfte der Frauen und Männer zwischen 55 und 59 Jahren berichten von einer Darmspiegelung in den letzten 10 Jahren. Hinsichtlich der Bildungsgruppen zeigen sich weder bei Frauen noch bei Männern Unterschiede. Im Geschlechtervergleich fällt auf, dass in der Altersgruppe der 70-Jährigen und Älteren der Anteil der Männer, bei denen innerhalb der letzten 10 Jahre eine Darmspiegelung durchgeführt wurde, größer ist als bei den Frauen.

Der Anteil der selbst berichteten Inanspruchnahme unterscheidet sich zwischen den Bundesländern nicht wesentlich. Die Daten sind im Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes abrufbar (www.gbe-bund.de).

Im Vergleich zu den Ergebnissen der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1, 2008–2011) hat sich die Inanspruchnahme nicht wesentlich verändert. Damals hatten 58,6 % der Frauen und 56,7 % der Männer im Alter von 55 bis 79 Jahren angegeben, sich in den letzten 10 Jahren einer Koloskopie unterzogen zu haben [9]. Auch in DEGS1 zeigten sich keine Unterschiede für die Inanspruchnahme der Koloskopien nach sozioökonomischem Status; ebenso wie in GEDA 2014/2015-EHIS wurde der Grund der Untersuchung nicht erfragt.

Aussagen zum Anlass der Untersuchung, ob im Rahmen der Krebsfrüherkennung oder aufgrund von Symptomen, können ebenso wenig gemacht werden wie die Unterscheidung, ob diese ambulant oder im Zuge eines Krankenhausaufenthalts durchgeführt wurden. Um einschätzen zu können, wie häufig die Früherkennungskoloskopie in Deutschland in Anspruch genommen wird, sind daher andere Datenquellen einzubeziehen. Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) ist seit Einführung der Früherkennungskoloskopie in Deutschland im Jahr 2002 mit der wissenschaftlichen Begleitforschung beauftragt. Das Institut schätzt die Inanspruchnahme und beurteilt die Untersuchungsqualität sowie die Untersuchungsbefunde. Datenbasis sind die Routinedokumentationen der Ärztinnen und Ärzte über erbrachte Früherkennungskoloskopien, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen an das Zi übermittelt werden. Auf Grundlage dieser Daten wird für den Zeitraum von 2003 bis 2014 eine kumulierte Teilnahme an der Früherkennungskoloskopie für die Anspruchsberechtigten in der Altersgruppe der 55-Jährigen und Älteren für Frauen und Männer von jeweils 20,8 % ausgewiesen [10]. Der Umstand, dass hier ausdrücklich nur ambulant durchgeführte Früherkennungskoloskopien berichtet

Tabelle 1
Inanspruchnahme der letzten Darmspiegelung innerhalb der letzten 10 Jahre nach Geschlecht, Alter (ab 55 Jahren) und Bildungsstatus (n = 4.878 Frauen; n = 4.611 Männer)
Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS

Frauen	%	(95 %-KI)
Frauen (gesamt)	**56,5**	**(54,7 – 58,2)**
55 – 59 Jahre	42,8	(39,5 – 46,2)
Untere Bildungsgruppe	43,6	(35,1 – 52,4)
Mittlere Bildungsgruppe	41,9	(37,4 – 46,5)
Obere Bildungsgruppe	45,5	(39,3 – 51,5)
60 – 64 Jahre	57,4	(53,9 – 60,9)
Untere Bildungsgruppe	54,6	(46,6 – 62,3)
Mittlere Bildungsgruppe	56,9	(52,0 – 61,6)
Obere Bildungsgruppe	62,7	(56,2 – 68,9)
65 – 69 Jahre	64,6	(60,6 – 68,4)
Untere Bildungsgruppe	56,2	(48,3 – 63,8)
Mittlere Bildungsgruppe	68,1	(62,6 – 73,1)
Obere Bildungsgruppe	65,3	(57,4 – 72,5)
≥ 70 Jahre	59,1	(56,6 – 61,6)
Untere Bildungsgruppe	55,7	(51,7 – 59,7)
Mittlere Bildungsgruppe	61,8	(58,3 – 65,2)
Obere Bildungsgruppe	64,0	(57,1 – 70,3)
Gesamt (Frauen und Männer)	**58,5**	**(57,3 – 59,7)**

Männer	%	(95 %-KI)
Männer (gesamt)	**60,8**	**(59,1 – 62,5)**
55 – 59 Jahre	48,5	(44,7 – 52,2)
Untere Bildungsgruppe	52,5	(41,6 – 63,2)
Mittlere Bildungsgruppe	48,2	(42,6 – 53,8)
Obere Bildungsgruppe	46,8	(41,5 – 52,2)
60 – 64 Jahre	58,5	(54,7 – 62,2)
Untere Bildungsgruppe	60,6	(48,7 – 71,3)
Mittlere Bildungsgruppe	55,3	(49,3 – 61,1)
Obere Bildungsgruppe	63,3	(57,8 – 68,8)
65 – 69 Jahre	63,1	(59,0 – 66,9)
Untere Bildungsgruppe	61,3	(50,5 – 71,0)
Mittlere Bildungsgruppe	60,7	(54,5 – 66,5)
Obere Bildungsgruppe	67,8	(62,5 – 72,6)
≥ 70 Jahre	67,5	(65,0 – 70,0)
Untere Bildungsgruppe	69,1	(64,0 – 73,7)
Mittlere Bildungsgruppe	66,3	(62,5 – 69,9)
Obere Bildungsgruppe	68,7	(64,5 – 72,6)
Gesamt (Frauen und Männer)	**58,5**	**(57,3 – 59,7)**

KI = Konfidenzintervall

In der Altersgruppe der 70-Jährigen und Älteren berichten deutlich mehr Männer als Frauen über eine Darmspiegelung.

werden, erklärt die deutlich niedrigeren Zahlen im Vergleich zu den Ergebnissen von GEDA 2014/2015-EHIS.

Die vorliegenden Daten aus GEDA 2014/2015-EHIS zeigen die Inanspruchnahme der Darmspiegelung für Deutschland insgesamt. Es handelt sich sowohl bei der symptom-induzierten (kurativen) Koloskopie als auch bei der Früherkennungskoloskopie um den gleichen Untersuchungsvorgang, bei dem etwaige Polypen (Adenome) entfernt werden und damit das Darmkrebsrisiko potentiell gesenkt werden kann. Daraus lässt sich ableiten, dass auch die relativ hohe Verbreitung der Darmspiegelung als Abklärungsuntersuchung zur Senkung der Darmkrebsinzidenz in Deutschland beigetragen hat, auch wenn der Effekt noch nicht genau beziffert werden kann.

Als wesentliche erkrankungsrelevante Risikofaktoren für Darmkrebs gelten Rauchen und Übergewicht, aber auch wer sich wenig bewegt, sich ballaststoffarm ernährt und viel rotes Fleisch bzw. daraus verarbeitete Produkte isst, erkrankt häufiger [4, 11]. Inwieweit das Darmkrebsrisiko durch Änderung des Lebensstils gesenkt werden kann, ist jedoch nicht sicher zu beantworten [4].

Ausgehend vom Nationalen Krebsplan [12] gab es in Deutschland seit 2008 eine gesundheitspolitische Neuorientierung der Krebsfrüherkennung. Und mit dem Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz aus dem Jahr 2013

wurde die rechtliche Grundlage dafür geschaffen, die Früherkennung von Darmkrebs konzeptionell zu einem organisierten und qualitätsgesicherten Screening-Programm weiterzuentwickeln [13]. Dabei sollen insbesondere die Anspruchsvoraussetzungen, das Einladungsverfahren sowie die Information der Versicherten neu geregelt werden. Die persönliche Einladung und die bereitgestellten Informationen sollen die Anspruchsberechtigten zukünftig bei der Entscheidung unterstützen, ob sie dieses Angebot nutzen wollen. Ausdrückliches Ziel ist es, umfassender über die Früherkennung von Darmkrebs zu informieren und die Bildung einer informierten Entscheidung bezüglich der Teilnahme zu fördern [14]. Bereits umgesetzt wurde, dass der Blutnachweis im Stuhl seit Januar 2017 mit einem quantitativen immunologischen Test (i-FOBT) erfolgt [3]. Die für das Screening-Programm angestrebte systematische Erfassung, Überwachung und Verbesserung der Qualität der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Darmkrebsfrüherkennung lässt eine genauere Abschätzung des Effekts der Früherkennungskoloskopie auf die Darmkrebsinzidenz und -mortalität erwarten.

Literatur

1. Robert Koch-Institut (Hrsg) und die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (Hrsg) (2015) Krebs in Deutschland 2011/2012. 10. Ausgabe. RKI, Berlin http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/reC4OftzrdIts/PDF/228lO-1Z2uKVg.pdf (Stand: 13.10.2017)
2. Statistisches Bundesamt (2017) Todesursachenstatistik, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes: Sterbefälle, Sterbeziffern (je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert) (ab 1998). www.gbe-bund.de (Stand: 11.08.2017)
3. Gemeinsamer Bundesausschuss (2017) Richtlinie über die Früherkennung von Krebserkrankungen. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1292/KFE-RL_2016-04-21_iK-2017-01-01_AT-08-07-2016-B2.pdf (Stand: 13.10.2017)
4. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2017) gesundheitsinformation.de - Thema: Darmkrebs. www.gesundheitsinformation.de/darmkrebs.2069.de.html#fruehherkennung (Stand: 24.07.2017)
5. Zentrum für Krebsregisterdaten im Robert Koch-Institut (2016) Datenbankabfrage: Altersstandardisierte Neuerkrankungsrate Darmkrebs (ICD-10: C18-C2). www.krebsdaten.de/abfrage (Stand: 24.07.2017)
6. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2016) Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland 2016. RKI, Berlin http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/renGkGzAqwKc2/PDF/28oaKVmifowDk.pdf (Stand: 13.10.2017)
7. Statistisches Amt der Europäischen Union (Eurostat) (2016) Internationale Standardklassifikation für das Bildungswesen (ISCED). http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Glossary:International_standard_classification_of_education_%28ISCED%29/de (Stand: 13.01.2017)
8. Lange C, Finger JD, Allen J et al. (2017) Implementation of the European Health Interview Survey (EHIS) in Germany. Further development of the German Health Update (GEDA). Archives of Public Health 75(1):40
9. Starker A, Saß AC (2013) Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 56(5-6):858-867 http://edoc.rki.de/oa/articles/reN2csaSrITI/PDF/24hsjHBMqEB-Nc.pdf (Stand: 13.10.2017)
10. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (2016) Teilnahme an gesetzlichen Früherkennungsuntersuchungen (fäkaler okkulter Bluttest (FOBT), Koloskopie) und an Beratungen zur Prävention von Darmkrebs. www.gbe-bund.de (Stand: 11.02.2016)
11. Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF) (2014) S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom, Langversion 1.1, AWMF Registrierungsnummer: 021-007OL. http://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/kolorektales-karzinom/ (Stand: 24.10.2017)
12. Bundesministerium für Gesundheit (2012) Nationaler Krebsplan. Handlungsfelder, Ziele und Umsetzungsempfehlungen. BMG, Berlin
13. Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz - KFRG (2013) Gesetz zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und zur Quali-

tätssicherung durch klinische Krebsregister, Bundesgesetzblatt, Jahrgang 2013, Teil I Nr. 16 vom 08.04.2013, S. 617-623

14. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2015) Berichtsplan. Einladungsschreiben und Entscheidungshilfen zum Darmkrebs-Screening. IQWiG, Köln

Impressum

Journal of Health Monitoring

Institution der beteiligten Autorinnen und Autoren
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Berlin

Korrespondenzadresse
Anne Starker
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
E-Mail: StarkerA@rki.de

Interessenkonflikt
Die korrespondierende Autorin gibt für sich, die Koautorin und die Koautoren an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Förderungshinweis
Die GEDA-Studie wurde mit Mitteln des Robert Koch-Instituts und des Bundesministeriums für Gesundheit finanziert.

Hinweis
Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die Meinung des Robert Koch-Instituts wider.

Herausgeber
Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion
Susanne Bartig, Johanna Gutsche, Dr. Franziska Prütz,
Martina Rabenberg, Alexander Rommel, Dr. Anke-Christine Saß,
Stefanie Seeling, Martin Thißen, Dr. Thomas Ziese
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
Tel.: 030-18 754-3400
E-Mail: healthmonitoring@rki.de
www.rki.de/journalhealthmonitoring

Satz
Gisela Dugnus, Alexander Krönke, Kerstin Möllerke

Zitierweise
Starker A, Buttmann-Schweiger N, Kraywinkel K et al. (2017) Inanspruchnahme der Darmspiegelung in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2(4): 81–87. DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-115

ISSN 2511-2708

Dieses Werk ist lizenziert unter einer Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz.

Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit

Journal of Health Monitoring · 2017 2(4)
DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-116
Robert Koch-Institut, Berlin

Autorin und Autor:
Franziska Prütz, Alexander Rommel

Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Versorgung in Deutschland

Abstract

Die ambulante Versorgung findet in Deutschland vor allem bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten statt. Daten aus Gesundheitssurveys ermöglichen die Darstellung der ambulanten Inanspruchnahme aus der Sicht der Patientinnen und Patienten sowie die Verknüpfung mit sozialen und anderen Einflussfaktoren. In der Studie GEDA 2014/2015-EHIS wurde der Indikator „Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Versorgung in den letzten 12 Monaten" bei Erwachsenen erhoben. 90,9 % der Frauen und 84,1 % der Männer nehmen innerhalb eines Jahres ambulante ärztliche Leistungen in Anspruch. Die Inanspruchnahme steigt mit dem Alter an: Von den über 65-Jährigen wurden rund 94 % in den letzten 12 Monaten ambulant ärztlich versorgt. Die im jüngeren Alter deutlichen Unterschiede in der Inanspruchnahme zwischen Frauen und Männern gleichen sich im Altersverlauf an. Unterschiede nach Bildungsstatus oder nach Bundesländern zeigen sich nicht.

AMBULANTE VERSORGUNG · INANSPRUCHNAHME · ERWACHSENE · GESUNDHEITSMONITORING · DEUTSCHLAND

Einleitung

Die ambulante Versorgung umfasst alle Behandlungsleistungen, die außerhalb von Kliniken erbracht werden. Den größten Bereich bildet die ambulante ärztliche Versorgung. Sie findet in Deutschland vor allem bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten statt. Bei gesundheitlichen Beschwerden sind diese meist die erste Anlaufstelle im professionellen Versorgungssystem. Sie diagnostizieren Gesundheitsprobleme und stellen Behandlungsbedarf fest, führen Untersuchungen und Behandlungen durch und veranlassen bei Bedarf weitere Leistungen im Gesundheits- und Sozialwesen [1]. 2015 wurden in Deutschland von allen Ausgabenträgern 172,3 Milliarden Euro für die ambulante Versorgung aufgewendet. Dies entspricht etwa der Hälfte der Gesundheitsausgaben insgesamt. Zur ambulanten Versorgung gehören neben Arzt- und Zahnarztpraxen auch Praxen anderer medizinischer Berufe, Apotheken, Gesundheitshandwerk bzw. -einzelhandel sowie die ambulante Pflege. Die Ausgaben für die Gesundheitsversorgung in Arztpraxen betrugen 51,6 Milliarden Euro [2].

Für die Analyse der Inanspruchnahme niedergelassener Ärztinnen und Ärzte können Daten aus der amtlichen Statistik, aus Abrechnungsdaten von Krankenkassen und von kassenärztlichen Vereinigungen sowie Daten aus Bevölkerungsbefragungen (Surveydaten) herangezogen werden. Nachdem 2008 die sogenannte pauschalisierte Vergütung eingeführt wurde, erlauben Abrechnungsdaten jedoch nur noch Aussagen zu Behandlungsfällen pro Quartal und Arztpraxis und nicht

GEDA 2014/2015-EHIS

Datenhalter: Robert Koch-Institut

Ziele: Bereitstellung zuverlässiger Informationen über den Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten und die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung in Deutschland, mit Möglichkeit zum europäischen Vergleich

Erhebungsmethode: Schriftlich oder online ausgefüllter Fragebogen

Grundgesamtheit: Bevölkerung ab 18 Jahren mit ständigem Wohnsitz in Deutschland

Stichprobenziehung: Einwohnermeldeamt-Stichproben – zufällig ausgewählte Personen aus 301 Gemeinden in Deutschland wurden eingeladen

Teilnehmende: 24.016 Personen (13.144 Frauen und 10.872 Männer)

Responserate: 26,9 %

Untersuchungszeitraum: November 2014 – Juli 2015

Datenschutz: Die Studie unterliegt der strikten Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes und wurde von der Bundesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit in Deutschland genehmigt. Die Teilnahme an der Studie war freiwillig. Die Teilnehmenden wurden über die Ziele und Inhalte der Studie sowie über den Datenschutz informiert und gaben ihre schriftliche Einwilligung (informed consent).

Mehr Informationen unter www.geda-studie.de

mehr zu einzelnen Kontakten innerhalb eines Quartals. Zudem ermöglichen sie häufig nur Aussagen zu bestimmten Versichertengruppen [3, 4]. Dagegen können mit Surveydaten Aussagen zur Inanspruchnahme aus der Sicht der Patientinnen und Patienten getroffen und mit sozialen und anderen Einflussfaktoren verknüpft werden [5]. Damit sind diese Daten auch für die Bedarfsplanung der ambulanten Versorgung von großem Interesse.

Aktuelle Daten zur Inanspruchnahme der ambulanten ärztlichen Versorgung sind aus der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2014/2015-EHIS) verfügbar. Die Studie ist Teil des Gesundheitsmonitorings des Robert Koch-Instituts (RKI) sowie des europäischen Gesundheitsmonitorings; die Fragen der Europäischen Gesundheitsbefragung (European Health Interview Survey, EHIS) wurden in die GEDA-Studie integriert.

Indikator

Der Indikator „Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Versorgung in den letzten 12 Monaten“ wurde in der Studie GEDA 2014/2015-EHIS durch die Selbstangabe der Befragten in einem schriftlich oder online ausgefüllten Fragebogen erfasst. Darin wurden folgende Fragen gestellt: „Wann haben Sie zuletzt einen Allgemeinmediziner oder Hausarzt konsultiert, um sich selbst beraten, untersuchen oder behandeln zu lassen? Bitte beziehen Sie Besuche in der Praxis, Hausbesuche und Beratungen am Telefon mit ein“ und „In der nächsten Frage geht es um ambulante Untersuchungen und Behandlungen bei Fachärzten. Nicht gemeint sich Besuche beim Zahnarzt. Wann waren Sie zuletzt bei einem Facharzt, um sich selbst beraten, untersuchen oder behandeln zu lassen?“ Für beide Fragen waren die Antwortmöglichkeiten: „Vor weniger als 12 Monaten“, „Vor 12 Monaten oder länger“ und „Nie“ vorgegeben. Um die gesamte ambulante ärztliche Inanspruchnahme abzubilden, wurden bei der Auswertung die Antworten für beide Fragen zusammengefasst. Als Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Versorgung in den letzten 12 Monaten wurde gewertet, wenn mindestens eine der beiden Fragen mit „Vor weniger als 12 Monaten“ beantwortet wurde.

Die Analysen basieren auf Daten von 23.921 teilnehmenden Personen ab 18 Jahren (13.092 Frauen, 10.829 Männer) mit gültigen Angaben zur Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Versorgung. Die Berechnungen wurden mit einem Gewichtungsfaktor durchgeführt, der Abweichungen der Stichprobe von der Bevölkerungsstruktur (Stand: 31.12.2014) hinsichtlich Geschlecht, Alter, Kreistyp und Bildung korrigiert. Der Kreistyp spiegelt den Grad der Urbanisierung und entspricht der regionalen Verteilung in Deutschland. Die Internationale Standardklassifikation für das Bildungswesen (ISCED) wurde verwendet, um die schulischen und beruflichen Bildungsabschlüsse der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer zu klassifizieren [6]. Es wird von einem statistisch signifikanten Unterschied zwischen Gruppen ausgegangen, wenn sich die Konfidenzintervalle nicht überlappen.

Eine ausführliche Darstellung der Methodik von GEDA 2014/2015-EHIS findet sich bei Lange et al. 2017 [7] sowie im Beitrag Gesundheit in Deutschland aktuell – neue Daten für Deutschland und Europa in Ausgabe 1/2017 des Journal of Health Monitoring.

Ergebnisse und Einordnung

Die meisten Erwachsenen – knapp 9 von 10 – nehmen innerhalb eines Jahres mindestens einmal ambulante ärztliche Versorgung in Anspruch. Dabei weisen Frauen mit 90,9 % eine signifikant höhere Inanspruchnahme auf als Männer mit 84,1 % (Tabelle 1).

Betrachtet man die einzelnen Altersgruppen, so zeigt sich ein Anstieg der Inanspruchnahme ab der Altersgruppe 45 bis 64 Jahre. Die Unterschiede zwischen Frauen und Männern zeigen sich am deutlichsten im jungen Erwachsenenalter: Von den 18- bis 29-Jährigen nahmen 90,4 % der Frauen und 78,4 % der Männer in den letzten 12 Monaten ambulante ärztliche Leistungen in Anspruch. Bei den 30- bis 45-Jährigen sind es 87,8 % bzw. 77,6 %. Im Altersverlauf findet eine Angleichung der Inanspruchnahme zwischen Frauen und Männern statt. Bei den 65-Jährigen und Älteren sind schließlich keine Unterschiede mehr feststellbar: Der Anteil der Frauen, die in den letzten 12 Monaten mindestens einmal ärztliche Hilfe in Anspruch nahmen, beträgt in dieser Altersgruppe 94,0 %. Bei den Männern sind es 93,7 %. Die Inanspruchnahme von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten unterscheidet sich nicht signifikant zwischen den Bildungsgruppen. Auch finden sich keine signifikanten Unterschiede der Inanspruchnahme in den einzelnen Bundesländern im Vergleich zum Bundesdurchschnitt.

Fast 90 % der erwachsenen Bevölkerung nimmt innerhalb eines Jahres ambulante ärztliche Leistungen in Anspruch.

Frauen	%	(95 %-KI)
Frauen (gesamt)	**90,9**	**(90,2–91,6)**
18–29 Jahre	90,4	(88,7–91,9)
Untere Bildungsgruppe	90,9	(86,2–94,1)
Mittlere Bildungsgruppe	90,2	(88,0–92,1)
Obere Bildungsgruppe	90,4	(87,0–92,9)
30–44 Jahre	87,8	(86,2–89,3)
Untere Bildungsgruppe	87,1	(81,6–91,1)
Mittlere Bildungsgruppe	87,1	(85,0–89,0)
Obere Bildungsgruppe	90,1	(87,7–92,1)
45–64 Jahre	90,8	(89,7–91,8)
Untere Bildungsgruppe	90,3	(87,3–92,6)
Mittlere Bildungsgruppe	90,6	(89,3–91,8)
Obere Bildungsgruppe	91,7	(90,1–93,0)
≥ 65 Jahre	94,0	(92,8–95,0)
Untere Bildungsgruppe	94,1	(92,3–95,5)
Mittlere Bildungsgruppe	93,7	(91,9–95,2)
Obere Bildungsgruppe	94,7	(92,1–96,4)
Gesamt (Frauen und Männer)	**87,6**	**(87,0–88,2)**

Männer	%	(95 %-KI)
Männer (gesamt)	**84,1**	**(83,1–85,0)**
18–29 Jahre	78,4	(75,7–80,8)
Untere Bildungsgruppe	79,3	(73,4–84,2)
Mittlere Bildungsgruppe	79,1	(75,7–82,1)
Obere Bildungsgruppe	72,7	(66,7–78,0)
30–44 Jahre	77,6	(75,2–79,9)
Untere Bildungsgruppe	77,1	(68,8–83,6)
Mittlere Bildungsgruppe	79,1	(75,7–82,2)
Obere Bildungsgruppe	75,3	(71,9–78,4)
45–64 Jahre	85,0	(83,6–86,4)
Untere Bildungsgruppe	84,9	(80,5–88,4)
Mittlere Bildungsgruppe	86,3	(84,1–88,2)
Obere Bildungsgruppe	82,7	(80,7–84,6)
≥ 65 Jahre	93,7	(92,5–94,6)
Untere Bildungsgruppe	93,1	(89,9–95,3)
Mittlere Bildungsgruppe	93,9	(92,2–95,3)
Obere Bildungsgruppe	93,5	(91,7–94,9)
Gesamt (Frauen und Männer)	**87,6**	**(87,0–88,2)**

KI = Konfidenzintervall

Tabelle 1
12-Monats-Prävalenz der ambulanten ärztlichen Inanspruchnahme nach Geschlecht, Alter und Bildungsstatus (n = 13.092 Frauen; n = 10.829 Männer)
Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS

Insbesondere Frauen unter 45 Jahren suchen ambulante Ärztinnen und Ärzte häufiger auf als Männer; dies dürfte zu einem großen Teil auf die Inanspruchnahme gynäkologischer Leistungen zurückzuführen sein.

Die Inanspruchnahme steigt mit dem Alter an: Von den 65-Jährigen und Älteren wurden rund 94 % in den letzten 12 Monaten ambulant ärztlich versorgt.

Ähnliche Ergebnisse wie in der aktuellen Studie zeigten sich in GEDA 2012. Dort gaben 90,5 % der Frauen und 83,6 % der Männer mindestens einen Arztbesuch in den letzten 12 Monaten an [8]. Allerdings wurde in GEDA 2012 und früheren GEDA-Wellen, anders als in GEDA 2014/2015-EHIS, nur eine Frage zur Inanspruchnahme einer niedergelassenen Ärztin bzw. eines niedergelassenen Arztes gestellt. Außerdem fand ein Wechsel des Erhebungsmodus von einer telefonischen zu einer schriftlichen bzw. internetbasierten Erhebung statt. Daher sind zuverlässige Aussagen zu zeitlichen Trends nicht möglich. Die GEDA-Wellen 2009 bis 2012 hatten einen statistisch signifikanten Anstieg der ambulanten ärztlichen Inanspruchnahme von 84,9 % auf 87,1 % ergeben [8]. Analysen auf der Basis von Abrechnungsdaten der BARMER Krankenkasse zeigen für die Jahre 2014 und 2015 mit rund 93 % etwas höhere Anteile von Versicherten mit Inanspruchnahme niedergelassener Ärztinnen und Ärzte [9, 10]. Denkbar ist, dass es bei Selbstangaben zur ärztlichen Inanspruchnahme zu Unter- oder Fehlerfassungen kommt, beispielsweise aufgrund von Erinnerungslücken (Recall Bias) oder, weil sehr alte bzw. schwer erkrankte Personen nicht an Befragungen teilnehmen können [4, 11]. Insbesondere im höheren Alter scheint es eher vorzukommen, dass Arztbesuche unterschätzt werden [12]. Dies trifft aber stärker auf die Anzahl der Kontakte zu und weniger auf die Frage, ob niedergelassene Ärztinnen und Ärzte aufgesucht wurden. Auch ist ein Recall Bias wahrscheinlicher, wenn ein längerer Zeitraum als die letzten 12 Monate erfasst wird [13]. Behandlungsanlässe wurden in GEDA 2014/2015-EHIS nicht erhoben.

Dass Frauen der jüngeren Altersgruppen häufiger niedergelassene Ärztinnen und Ärzte in Anspruch nehmen, war auch in früheren GEDA-Studien zu beobachten [8, 14, 15]. Die Unterschiede dürften zu einem großen Teil auf Besuche in gynäkologischen Praxen (z. B. zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs, Verhütungsberatung oder Schwangerenvorsorge) zurückzuführen sein. Außerdem wird für Frauen eine höhere Sensibilität im Hinblick auf Körper und Gesundheit berichtet sowie eine höhere Bereitschaft, ärztliche Hilfe anzunehmen [16]. Dagegen führt bei Männern häufig erst die Manifestation einer Krankheit dazu, dass sie ärztliche Leistungen im gleichen Umfang wie Frauen in Anspruch nehmen [17]. Daraus resultiert auch, dass sich die ärztliche Inanspruchnahme von Frauen und Männern ab einem Alter von 65 Jahren nicht mehr wesentlich unterscheidet [12] – ein Befund, der sich auch aus GEDA 2014/2015-EHIS ergibt.

Die vorliegende Analyse von GEDA 2014/2015-EHIS zeigt, wie schon die Auswertungen aus GEDA 2012, keine Unterschiede in der ambulanten Inanspruchnahme nach Bildungsgruppen. Bei einer differenzierten Betrachtung der Inanspruchnahme von haus- und fachärztlicher Versorgung lassen sich allerdings Unterschiede nach sozialer Lage feststellen [18–20]: Danach neigen Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status stärker zur Nutzung von allgemeinmedizinischen bzw. hausärztlichen Leistungen. Personen mit hohem sozioökonomischen Status suchen dagegen häufiger Fachärztinnen und Fachärzte auf. Weiterführende Analysen, die zwischen hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung differenzieren und die Kontakthäufigkeit mit einbeziehen, sind auch mit den Daten aus GEDA 2014/2015-EHIS

möglich, ebenso wie Analysen zu regionalen Unterschieden. Diese sollten nicht nur zwischen ländlichen und städtischen Regionen differenzieren, sondern auch (Fach-)Arztdichten und die Erreichbarkeit von Arztpraxen einschließen [21].

Der Indikator „Anteil der Befragten, die in den letzten 12 Monaten mindestens einmal ambulante ärztliche Versorgung in Anspruch genommen haben" stellt die Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Leistungen aus Sicht der Patientinnen und Patienten dar. Damit kann er die Indikatoren aus der amtlichen Statistik und aus Abrechnungsdaten, zum Beispiel für Zwecke der ambulanten Bedarfsplanung, sinnvoll ergänzen. Gemeinsam mit anderen Beiträgen dieser Ausgabe (Fact sheets zur Inanspruchnahme stationärer Versorgung, Inanspruchnahme von Physiotherapie, Einnahme ärztlich verordneter Medikamente und Selbstmedikation, Focus zur Inanspruchnahme psychotherapeutischer und psychiatrischer Behandlung) ergibt das vorliegende Fact sheet einen Überblick über wesentliche Teile der Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgung durch Erwachsene in Deutschland.

Es lassen sich bei der Nutzung ambulanter ärztlicher Leistungen keine Unterschiede nach Bildungsgruppen feststellen.

Literatur

1. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2015) Ambulante Versorgung. In: Robert Koch-Institut (Hrsg) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/refNzCggQ8fNw/PDF/29PIbXnI56Jfc.pdf (Stand: 06.11.2017)
2. Statistisches Bundesamt (2017) Gesundheitsausgaben in Deutschland in Mio. €. Gliederungsmerkmale: Jahre, Art der Einrichtung, Art der Leistung, Ausgabenträger. Gesundheitsausgabenrechnung. www.gbe-bund.de (Stand: 11.07.2017)
3. Schubert I, Köster I, Küpper-Nybelen J et al. (2008) Versorgungsforschung mit GKV-Routinedaten. Nutzungsmöglichkeiten versichertenbezogener Krankenkassendaten für Fragestellungen der Versorgungsforschung. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 51(10):1095-1105
4. Ohlmeier C, Frick J, Prütz F et al. (2014) Nutzungsmöglichkeiten von Routinedaten der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 57(4):464-472 http://edoc.rki.de/oa/articles/re8DcZWoznMY/PDF/25BfJmkdbUNG6.pdf (Stand: 06.11.2017)
5. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2009) DEGS – Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland. Projektbeschreibung. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/reouo6qZcW7eI/PDF/28AGUAv8kuupjwo.pdf (Stand: 06.11.2017)
6. Statistisches Amt der Europäischen Union (Eurostat) (2016) Internationale Standardklassifikation für das Bildungswesen (ISCED). http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Glossary:International_standard_classification_of_education_%28ISCED%29/de (Stand: 13.01.2017)
7. Lange C, Finger JD, Allen J et al. (2017) Implementation of the European health interview survey (EHIS) into the German health update (GEDA). Arch Public Health 75:40
8. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2014) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012". Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/recJuHnzacx8A/PDF/28GsWuNtFjVqY.pdf (Stand: 06.11.2017)
9. Barmer GEK (Hrsg) (2016) Barmer GEK Arztreport 2016. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 37. Asgard Verlagsservice GmbH, Siegburg
10. Barmer (Hrsg) (2017) Arztreport 2017. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 1. Asgard Verlagsservice GmbH, Siegburg
11. Swart E (2012) The prevalence of medical services use. How comparable are the results of large-scale population surveys in Germany? Psychosoc Med 9:Doc10
12. Hessel A, Gunzelmann T, Geyer M et al. (2000) Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und Medikamenteneinnahme bei über 60jährigen in Deutschland – gesundheitliche, sozialstruktu-

relle, sozio-demographische und subjektive Faktoren. Z Gerontol Geriatr 33(4):289-299

13. Bhandari A, Wagner T (2006) Self-reported utilization of health care services: improving measurement and accuracy. Med Care Res Rev 63(2):217-235

14. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2011) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009". Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut, Berlin http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/reQXTR7OSGFRg/PDF/20dqmVRMM57G6.pdf (Stand: 06.11.2017)

15. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2012) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2010". Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut, Berlin http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/remDCCtjOJxI/PDF/21TgK-GZEOWNCY.pdf (Stand: 06.11.2017)

16. Hurrelmann K, Kolip P (Hrsg) (2002) Geschlecht, Gesundheit und Krankheit: Männer und Frauen im Vergleich. Hans Huber, Bern

17. Grunow D, Grunow-Lutter V (2002) Geschlechtsspezifische Formen von Selbstvorsorge und Selbsthilfe. In: Hurrelmann K, Kolip P (Hrsg) Geschlecht, Gesundheit und Krankheit: Männer und Frauen im Vergleich. Hans Huber, Bern, S. 548-564

18. Bremer P, Wübker A (2013) Sozioökonomische Unterschiede in der Inanspruchnahme von Haus- und Facharztleistungen in Deutschland. Eine empirische Analyse. Prävention und Gesundheitsförderung 8(1):15–21

19. Rattay P, Butschalowsky H, Rommel A et al. (2013) Inanspruchnahme der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 56(5-6):832-844 http://edoc.rki.de/oa/articles/reNjmYnmVbkxU/PDF/21x19FTPZ-x3io.pdf (Stand: 06.11.2017)

20. Hoebel J, Rattay P, Prütz F et al. (2016) Socioeconomic Status and Use of Outpatient Medical Care: The Case of Germany. PLoS One 11(5):e0155982 http://edoc.rki.de/oa/articles/reM7r24yWAGoE/PDF/2306gYto7-UAPE.pdf (Stand: 06.11.2017)

21. Bock C, Osterkamp N, Schulte C (2012) Fachärztliche Versorgung auf dem Land - Mangel oder fehlender Komfort? In: Böcken J, Braun B, Repschläger U (Hrsg) Gesundheitsmonitor 2012 Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der BARMER/GEK. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, S. 160-181

Impressum

Journal of Health Monitoring

Institution der beteiligten Autorinnen und Autoren
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Berlin

Korrespondenzadresse
Dr. Franziska Prütz
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
E-Mail: PruetzF@rki.de

Interessenkonflikt
Die korrespondierende Autorin gibt für sich und den Koautor an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Förderungshinweis
Die GEDA-Studie wurde mit Mitteln des Robert Koch-Instituts und des Bundesministeriums für Gesundheit finanziert.

Hinweis
Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die Meinung des Robert Koch-Instituts wider.

Herausgeber
Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion
Susanne Bartig, Johanna Gutsche, Dr. Franziska Prütz,
Martina Rabenberg, Alexander Rommel, Dr. Anke-Christine Saß,
Stefanie Seeling, Martin Thißen, Dr. Thomas Ziese
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
Tel.: 030-18 754-3400
E-Mail: healthmonitoring@rki.de
www.rki.de/journalhealthmonitoring

Satz
Gisela Dugnus, Alexander Krönke, Kerstin Möllerke

Zitierweise
Prütz F, Rommel A (2017) Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Versorgung in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2(4): 88–94. DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-116

ISSN 2511-2708

Dieses Werk ist lizenziert unter einer Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz.

Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit

Journal of Health Monitoring · 2017 2(4)
DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-117
Robert Koch-Institut, Berlin

Autorin und Autor:
Franziska Prütz, Alexander Rommel

Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlungen in Deutschland

Abstract

Die stationäre Versorgung ist eine wichtige Säule des Gesundheitssystems. Daten aus Gesundheitssurveys ermöglichen die Darstellung der stationären Inanspruchnahme aus Sicht der Patientinnen und Patienten sowie die Verknüpfung mit sozialen und anderen Einflussfaktoren. In der Studie GEDA 2014/2015-EHIS wurde der Indikator „Krankenhausaufenthalt in den letzten 12 Monaten" bei Erwachsenen erhoben. 16,9 % der Frauen und 15,3 % der Männer waren mindestens einmal in den letzten 12 Monaten im Krankenhaus. Die Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlungen ist altersabhängig: Im Alter ab 65 Jahren hatten 25,9 % der Frauen und 25,8 % der Männer mindestens einen Krankenhausaufenthalt in den letzten 12 Monaten. Es zeigen sich im Hinblick auf die Inanspruchnahme stationärer Behandlung keine wesentlichen Geschlechterunterschiede, außer in der Altersgruppe 18 bis 29 Jahre: hier war ein Krankenhausaufenthalt bei Frauen häufiger als bei Männern. Eine höhere stationäre Inanspruchnahme in der unteren Bildungsgruppe besteht vor allem im mittleren Lebensalter.

KRANKENHAUS · INANSPRUCHNAHME · ERWACHSENE · GESUNDHEITSMONITORING · DEUTSCHLAND

Einleitung

Die stationäre Versorgung in Krankenhäusern ist eine wichtige Säule des Gesundheitssystems. Neben der Versorgung von Patientinnen und Patienten gehören zu den Aufgaben der Krankenhäuser auch die klinische Forschung, die Ausbildung in Gesundheitsberufen und die Lehre. Von den Gesundheitsausgaben wird über ein Viertel für Leistungen der Krankenhäuser aufgewendet. 2015 waren dies 89,5 Milliarden Euro [1]. Laut Krankenhausstatistik wurden 2015 rund 19,8 Millionen Krankenhausfälle registriert [2].

Daten zu Krankenhausbehandlungen stehen u. a. in der amtlichen Statistik (Krankenhausstatistik, Krankenhausdiagnosestatistik und fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik)) zur Verfügung. Diese weisen allerdings nur Krankenhausfälle aus. Wird eine Person innerhalb eines Jahres mehrfach im Krankenhaus behandelt, werden mehrere Fälle in der Statistik registriert. Abrechnungsdaten der Krankenkassen ermöglichen zwar Aussagen zum individuellen Inanspruchnahmeverhalten, sind jedoch häufig nur eingeschränkt verfügbar. Dagegen ermöglichen Daten aus Gesundheitssurveys eine personenbezogene Darstellung der Inanspruchnahme unabhängig vom Versichertenstatus sowie die Verknüpfung mit sozialen und anderen Einflussfaktoren. Zudem enthalten sie auch Leistungen, die

GEDA 2014/2015-EHIS

Datenhalter: Robert Koch-Institut

Ziele: Bereitstellung zuverlässiger Informationen über den Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten und die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung in Deutschland, mit Möglichkeit zum europäischen Vergleich

Erhebungsmethode: Schriftlich oder online ausgefüllter Fragebogen

Grundgesamtheit: Bevölkerung ab 18 Jahren mit ständigem Wohnsitz in Deutschland

Stichprobenziehung: Einwohnermeldeamt-Stichproben – zufällig ausgewählte Personen aus 301 Gemeinden in Deutschland wurden eingeladen

Teilnehmende: 24.016 Personen (13.144 Frauen und 10.872 Männer)

Responserate: 26,9 %

Untersuchungszeitraum: November 2014 – Juli 2015

Datenschutz: Die Studie unterliegt der strikten Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes und wurde von der Bundesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit in Deutschland genehmigt. Die Teilnahme an der Studie war freiwillig. Die Teilnehmenden wurden über die Ziele und Inhalte der Studie sowie über den Datenschutz informiert und gaben ihre schriftliche Einwilligung (informed consent).

Mehr Informationen unter
www.geda-studie.de

nicht von den Krankenkassen erstattet werden und somit in offiziellen Datenquellen nicht enthalten sind [3-5].

Aktuelle Daten zur selbstberichteten Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlungen sind aus der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2014/2015-EHIS) verfügbar. GEDA 2014/2015 ist Teil des Gesundheitsmonitorings des Robert Koch-Instituts (RKI) sowie des europäischen Gesundheitsmonitorings: die Fragen der Europäischen Gesundheitsbefragung (European Health Interview Survey, EHIS) wurden in die GEDA-Studie integriert.

Indikator

Der Indikator „Krankenhausaufenthalt in den letzten 12 Monaten“ wurde in der Studie GEDA 2014/2015-EHIS durch die Selbstangabe der Befragten in einem schriftlich oder online ausgefüllten Fragebogen erfasst. Darin wurde folgende Frage gestellt: „Haben Sie in den letzten 12 Monaten als stationärer Patient, das heißt über Nacht oder länger, im Krankenhaus gelegen? Nicht gemeint sind Aufenthalte in Notfallstationen oder als ambulanter Patient ohne Übernachtung.“

Die Analysen basieren auf Daten von 23.901 teilnehmenden Personen ab 18 Jahren (13.076 Frauen, 10.825 Männer) mit gültigen Angaben zur Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlungen in den letzten 12 Monaten. Die Berechnungen wurden mit einem Gewichtungsfaktor durchgeführt, der Abweichungen der Stichprobe von der Bevölkerungsstruktur (Stand: 31.12.2014) hinsichtlich Geschlecht, Alter, Kreistyp und Bildung korrigiert. Der Kreistyp spiegelt den Grad der Urbanisierung und entspricht der regionalen Verteilung in Deutschland. Die Internationale Standardklassifikation für das Bildungswesen (ISCED) wurde verwendet, um die schulischen und beruflichen Bildungsabschlüsse der Studienteilnehmenden zu klassifizieren [6]. Es wird von einem statistisch signifikanten Unterschied zwischen Gruppen ausgegangen, wenn sich die Konfidenzintervalle nicht überlappen.

Eine ausführliche Darstellung der Methodik von GEDA 2014/2015-EHIS findet sich bei Lange et al. 2017 [7] sowie im Beitrag Gesundheit in Deutschland aktuell – neue Daten für Deutschland und Europa in Ausgabe 1/2017 des Journal of Health Monitoring.

Ergebnisse und Einordnung

Rund ein Sechstel der erwachsenen Bevölkerung (16,9 % der Frauen und 15,3 % der Männer) war mindestens einmal in den letzten 12 Monaten für eine Nacht oder länger im Krankenhaus (Tabelle 1). Dabei ist die Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlungen stark altersabhängig: Im Alter ab 65 Jahren hatte rund ein Viertel (25,9 % der Frauen und 25,8 % der Männer) in den letzten 12 Monaten mindestens einen stationären Aufenthalt, ein fast doppelt so hoher Anteil wie in der Altersgruppe der 45- bis 64-Jährigen.

Frauen und Männer unterscheiden sich im Hinblick auf die Inanspruchnahme stationärer Behandlungen nicht wesentlich. Der einzige auffällige Unterschied betrifft die Altersgruppe 18 bis 29 Jahre. Hier gaben deutlich mehr Frauen als Männer mindestens einen stationären Aufenthalt in den letzten 12 Monaten an (15,1 % im Vergleich zu 8,7 % der Männer). Die höhere Inanspruchnahme bei den Frauen ist auf Krankenhausaufenthalte aufgrund von

Schwangerschaft und Geburt zurückzuführen, wie auch anhand der Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes gezeigt werden kann [8]. Dazu passt auch die niedrigere Inanspruchnahme in den höheren Bildungsgruppen, da Akademikerinnen häufiger kinderlos bleiben und die Familiengründung in einem späteren Alter stattfindet [9].

Unterschiede nach Bildungsstatus zeigen sich vor allem in den mittleren Altersgruppen (30 bis 44 Jahre und 45 bis 64 Jahre): Die Anteile derer mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt in den letzten 12 Monaten waren in der unteren Bildungsgruppe höher als in der oberen (Tabelle 1). Dies erklärt sich dadurch, dass viele chronische Erkrankungen, zum Beispiel Herz-Kreislauf-Erkrankungen, psychische Erkrankungen oder Muskel-Skelett-Erkrankungen, in unteren Bildungsgruppen häufiger auftreten [10]. In der Folge führt dies unter anderem auch zu mehr Krankenhausaufenthalten. Bei den Frauen zeigen sich auch in der jüngsten Altersgruppe (18 bis 29 Jahre) signifikante Unterschiede zwischen der unteren bzw. mittleren (22,0 % bzw. 15,9 %) gegenüber der oberen Bildungsgruppe (5,7 %).

Zwischen den Bundesländern zeigen sich keine wesentlichen Unterschiede in der stationären Inanspruchnahme. Einzig in Baden-Württemberg liegt der Anteil der Frauen mit einem Krankenhausaufenthalt in

17 % der Frauen und 15 % der Männer hatten mindestens einen Krankenhausaufenthalt in den letzten 12 Monaten.

Tabelle 1
12-Monats-Prävalenz der Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlung nach Geschlecht, Alter und Bildungsstatus (n = 13.076 Frauen; n = 10.825 Männer)
Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS

Frauen	%	(95 %-KI)
Frauen (gesamt)	**16,9**	**(16,1 – 17,8)**
18 – 29 Jahre	15,1	(13,1 – 17,3)
Untere Bildungsgruppe	22,0	(16,8 – 28,4)
Mittlere Bildungsgruppe	14,9	(12,6 – 17,4)
Obere Bildungsgruppe	5,7	(10,1 – 12,9)
30 – 44 Jahre	11,4	(10,1 – 12,9)
Untere Bildungsgruppe	19,0	(13,6 – 25,9)
Mittlere Bildungsgruppe	9,9	(8,4 – 11,7)
Obere Bildungsgruppe	10,6	(8,6 – 12,9)
45 – 64 Jahre	14,4	(13,3 – 15,7)
Untere Bildungsgruppe	18,5	(15,2 – 22,2)
Mittlere Bildungsgruppe	14,1	(12,6 – 15,8)
Obere Bildungsgruppe	11,8	(10,0 – 13,8)
≥ 65 Jahre	25,9	(23,9 – 27,9)
Untere Bildungsgruppe	27,9	(24,9 – 31,1)
Mittlere Bildungsgruppe	24,8	(22,1 – 27,7)
Obere Bildungsgruppe	21,5	(17,2 – 26,5)
Gesamt (Frauen und Männer)	**16,2**	**(15,6 – 16,7)**

Männer	%	(95 %-KI)
Männer (gesamt)	**15,3**	**(14,5 – 16,2)**
18 – 29 Jahre	8,7	(7,0 – 10,6)
Untere Bildungsgruppe	11,5	(7,9 – 16,5)
Mittlere Bildungsgruppe	7,0	(5,2 – 9,5)
Obere Bildungsgruppe	9,6	(6,2 – 14,8)
30 – 44 Jahre	9,5	(8,0 – 11,3)
Untere Bildungsgruppe	13,1	(8,5 – 19,7)
Mittlere Bildungsgruppe	10,4	(8,2 – 13,2)
Obere Bildungsgruppe	5,9	(4,5 – 7,8)
45 – 64 Jahre	15,9	(14,7 – 17,3)
Untere Bildungsgruppe	19,2	(15,4 – 23,5)
Mittlere Bildungsgruppe	17,5	(15,6 – 19,5)
Obere Bildungsgruppe	11,9	(10,3 – 13,7)
≥ 65 Jahre	25,8	(23,7 – 28,0)
Untere Bildungsgruppe	26,5	(22,5 – 31,0)
Mittlere Bildungsgruppe	26,3	(23,3 – 29,5)
Obere Bildungsgruppe	24,7	(21,9 – 27,7)
Gesamt (Frauen und Männer)	**16,2**	**(15,6 – 16,7)**

KI = Konfidenzintervall

Von den 18- bis 29-Jährigen waren 15 % der Frauen und 9 % der Männer in den letzten 12 Monaten im Krankenhaus, von den 65-Jährigen und Älteren rund ein Viertel.

Bedingt durch Schwangerschaft und Geburt ist der Anteil der Frauen mit stationärem Aufenthalt in der Altersgruppe 18 bis 29 Jahre deutlich höher als bei den Männern.

den letzten 12 Monaten signifikant unter dem Bundesdurchschnitt. Gleiches gilt für die Männer in Bremen. Die Daten zur regionalen Verteilung der Inanspruchnahme stationärer Versorgung nach Bundesländern stehen im Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (www.gbe-bund.de) zur Verfügung.

Im Vergleich mit der vorherigen GEDA-Erhebung aus dem Jahr 2012 ist der Anteil der Frauen und Männer, die in den letzten 12 Monaten mindestens einen Krankenhausaufenthalt angaben, fast gleich geblieben. Er betrug 2012 für Frauen 15,9 %, für Männer 15,8 % [11]. Zwischen GEDA 2012 und GEDA 2014/2015-EHIS fand ein Wechsel des Erhebungsmodus von einer telefonischen zu einer schriftlichen bzw. internetbasierten Erhebung statt. Bei Indikatoren der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen spielt die Art der Erhebung jedoch keine wesentliche Rolle [12].

Allerdings gibt es andere Gründe für eine mögliche Fehl- oder Untererfassung von Krankenhausaufenthalten in Gesundheitssurveys. So können sehr alte bzw. schwer erkrankte Personen häufiger nicht an Befragungen teilnehmen. Da diese aber besonders häufig eine Krankenhausbehandlung in Anspruch nehmen, stellen die hier vorgestellten Zahlen eher vorsichtige Schätzungen dar. Auch Erinnerungslücken (Recall Bias) können eine Fehlerquelle sein. Da Krankenhausaufenthalte einschneidende Ereignisse sind, werden sie jedoch meist gut erinnert. Auch ist ein Recall Bias vor allem dann zu erwarten, wenn ein längerer Zeitraum als die letzten 12 Monate erfasst wird [13]. Darüber hinaus ist als Limitation des vorliegenden Indikators zu nennen, dass Gründe für den Krankenhausaufenthalt in GEDA 2014/2015-EHIS nicht mit erfragt werden, so dass diagnose- bzw. indikationsspezifische Analysen nicht möglich sind.

Ein Vergleich der Ergebnisse aus GEDA 2014/2015-EHIS mit der amtlichen Statistik ist nur eingeschränkt möglich. Die Entwicklungen der Fallzahlen in der Krankenhausstatistik werden nur bedingt widergespiegelt, auch, weil in der Krankenhausstatistik nicht erfasst wird, ob dieselbe Person mehrere Krankenhausaufenthalte hatte. Die Krankenhausstatistik zeigt für das Jahr 2015 eine Fallzahl von rund 23 Fällen pro 100 Einwohner [2]. Diese Zahl schließt auch die unter 18-Jährigen ein, die in den GEDA-Auswertungen nicht enthalten sind. Vergleicht man einzelne Altersgruppen, lässt sich bei jüngeren Frauen und Männern eine gewisse Übereinstimmung finden: So weist die Statistik für 15- bis unter 25-jährige Frauen rund 15, für Männer dieser Altersgruppe rund 9 Krankenhausfälle pro 100 Einwohner aus. Große Unterschiede zeigen sich im höheren Alter: Für die Gruppe der 65-Jährigen und Älteren sind bei Frauen rund 46, bei Männern rund 53 Krankenhausfälle pro 100 Einwohner dokumentiert. Als Gründe für diesen Unterschied können vor allem die größere Wahrscheinlichkeit mehrfacher Krankenhausaufenthalte bei Älteren und die mögliche Untererfassung der Krankenhausaufenthalte in Surveys angeführt werden.

Der Indikator „Anteil der Befragten, die in den letzten 12 Monaten mindestens eine Nacht im Krankenhaus verbracht haben“ stellt die Inanspruchnahme stationärer medizinischer Leistungen verknüpft mit soziodemografischen Merkmalen dar. Damit ist er eine sinnvolle Ergänzung der Indikatoren aus der amtlichen Statistik und aus

Abrechnungsdaten, zum Beispiel für Zwecke der Krankenhausplanung. Für diese spielen noch weitere Rahmenbedingungen eine Rolle, die Einfluss auf die Inanspruchnahme haben, wie die demografische Entwicklung, der medizinisch-technische Fortschritt, Änderungen im Krankheitsspektrum sowie Leistungsverlagerungen aus dem stationären in den ambulanten Sektor [14].

Gemeinsam mit anderen Beiträgen dieser Ausgabe (Fact sheets zur Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Versorgung, Inanspruchnahme von Physiotherapie, Einnahme ärztlich verordneter Medikamente und Selbstmedikation, Focus zur Inanspruchnahme psychotherapeutischer und psychiatrischer Behandlung) ergibt das vorliegende Fact sheet einen Überblick über wesentliche Teile der Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgung durch Erwachsene in Deutschland.

Im mittleren Lebensalter ist der Anteil der Frauen und Männer mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt in den letzten 12 Monaten in der unteren Bildungsgruppe höher als in der oberen.

Literatur

1. Statistisches Bundesamt (2017) Gesundheitsausgaben in Deutschland in Mio. €. Gliederungsmerkmale: Jahre, Art der Einrichtung, Art der Leistung, Ausgabenträger. Gesundheitsausgabenrechnung. www.gbe-bund.de (Stand: 11.07.2017)
2. Statistisches Bundesamt (2016) Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000 (Fälle, Berechnungs- und Belegungstage, durchschnittliche Verweildauer). Krankenhausstatistik – Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern. www.gbe-bund.de (Stand: 10.07.2017)
3. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2009) DEGS – Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland. Projektbeschreibung. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/reouo6qZcW7eI/PDF/28AGUAv8kuupjwo.pdf (Stand: 10.07.2017)
4. Schubert I, Köster I, Küpper-Nybelen J et al. (2008) Versorgungsforschung mit GKV-Routinedaten. Nutzungsmöglichkeiten versichertenbezogener Krankenkassendaten für Fragestellungen der Versorgungsforschung. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 51(10):1095-1105
5. Grobe TG, Nimptsch U, Friedrich J (2014) Krankenhausbehandlung. In: Swart E, Ihle P, Gothe H et al. (Hrsg) Routinedaten im Gesundheitswesen Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven. Verlag Hans Huber, Bern, S. 121-145
6. Statistisches Amt der Europäischen Union (Eurostat) (2016) Internationale Standardklassifikation für das Bildungswesen (ISCED). http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Glossary:International_standard_classification_of_education_%28ISCED%29/de (Stand: 13.01.2017)
7. Lange C, Finger JD, Allen J et al. (2017) Implementation of the European Health Interview Survey (EHIS) in Germany. Further development of the German Health Update (GEDA). Arch Public Health 75:40
8. Statistisches Bundesamt (2016) Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000, alle Fälle und ICD-10 :O00-O99. Krankenhausstatistik – Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern. www.gbe-bund.de (Stand: 04.10.2017)
9. Statistisches Bundesamt (Hrsg) (2012) Geburten in Deutschland. Ausgabe 2012. Destatis, Wiesbaden
10. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2017) Gesundheitliche Ungleichheit in verschiedenen Lebensphasen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/releGa5LqOxGE/PDF/25xIYiGiDQ6x2w.pdf (Stand: 10.07.2017)
11. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2014) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012". Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/recJuHnzacx8A/PDF/28GsWuNtFjVqY.pdf (Stand: 10.07.2017)
12. Christensen AI, Ekholm O, Glumer C et al. (2014) Effect of survey mode on response patterns: comparison of face-to-face and self-administered modes in health surveys. Eur J Public Health 24(2):327-332
13. Bhandari A, Wagner T (2006) Self-reported utilization of health care services: improving measurement and accuracy. Med Care Res Rev 63(2):217-235
14. Nowossadeck E, Prütz F (submitted) Regionale Unterschiede der Entwicklung der Krankenhausbehandlungen – Effekt unterschiedlicher demografischer Trends? Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz

Impressum

Journal of Health Monitoring

Institution der beteiligten Autorinnen und Autoren
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Berlin

Korrespondenzadresse
Dr. Franziska Prütz
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
E-Mail: PruetzF@rki.de

Interessenkonflikt
Die korrespondierende Autorin gibt für sich und den Koautor an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Förderungshinweis
Die GEDA-Studie wurde mit Mitteln des Robert Koch-Instituts und des Bundesministeriums für Gesundheit finanziert.

Hinweis
Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die Meinung des Robert Koch-Instituts wider.

Herausgeber
Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion
Susanne Bartig, Johanna Gutsche, Dr. Franziska Prütz,
Martina Rabenberg, Alexander Rommel, Dr. Anke-Christine Saß,
Stefanie Seeling, Martin Thißen, Dr. Thomas Ziese
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
Tel.: 030-18 754-3400
E-Mail: healthmonitoring@rki.de
www.rki.de/journalhealthmonitoring

Satz
Gisela Dugnus, Alexander Krönke, Kerstin Möllerke

Zitierweise
Prütz F, Rommel A (2017) Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlungen in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2(4): 95–100.
DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-117

ISSN 2511-2708

Dieses Werk ist lizenziert unter einer Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz.

Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit

Journal of Health Monitoring · 2017 2(4)
DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-118
Robert Koch-Institut, Berlin

Autor und Autorin:
Alexander Rommel, Franziska Prütz

Inanspruchnahme physiotherapeutischer Leistungen in Deutschland

Abstract

Physiotherapie ist ein wichtiger Teil der gesundheitlichen Versorgung und hat Eingang in viele klinische Leitlinien gefunden. Im Abrechnungsgeschehen der Gesetzlichen Krankenversicherung hat die Physiotherapie unter allen Heilmitteln einen Umsatzanteil von über 70 %. Dies entspricht Ausgaben von etwa 4,4 Milliarden Euro jährlich. Nach Auswertung der Selbstangaben zur Inanspruchnahme physiotherapeutischer Leistungen aus den Daten von GEDA 2014/2015-EHIS nehmen 25,5 % der Frauen und 17,7 % der Männer innerhalb von 12 Monaten physiotherapeutische Leistungen in Anspruch. Im Altersverlauf nimmt die Inanspruchnahme deutlich zu und erreicht ihren Höhepunkt in der Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen mit 30,7 % bei den Frauen und 20,1 % bei den Männern. Angehörige der oberen Bildungsgruppe und Privatversicherte nehmen physiotherapeutische Leistungen häufiger in Anspruch. Ebenso nutzen Personen aus den neuen Bundesländern physiotherapeutische Angebote häufiger als Personen aus den alten Bundesländern.

PHYSIOTHERAPIE · INANSPRUCHNAHME · VERSORGUNG · GESUNDHEITSMONITORING · DEUTSCHLAND

Einleitung

Als übergreifendes Konzept umfasst Physiotherapie sowohl aktive Bewegungstherapien (z. B. Krankengymnastik) als auch passive Behandlungsformen (z. B. Wärmebehandlungen, Massagen). Beide zielen darauf ab, im Rahmen der Prävention und Therapie von Erkrankungen die körperliche Funktionsfähigkeit und die Bewegungsabläufe der Patientinnen und Patienten zu fördern, zu erhalten und wiederherzustellen. Ein weiteres wichtiges Anwendungsfeld liegt in der Linderung von Symptomen im Rahmen der palliativmedizinischen Versorgung.

Der Anspruch auf Versorgung mit Heilmitteln, zu denen neben der Physiotherapie auch die Ergotherapie, die Logopädie und die Podologie zählen, ist für die ambulante vertragsärztliche Versorgung gesetzlich Versicherter im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) festgeschrieben. Auch Privatversicherte haben in unterschiedlichem Umfang Anspruch auf physiotherapeutische Leistungen. Des Weiteren wird Physiotherapie auch im Rahmen der stationären Versorgung in Krankenhäusern und der medizinischen Rehabilitation nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) erbracht.

Die Leistungserbringung im ambulanten Bereich wird für gesetzlich Versicherte durch den Gemeinsamen Bundesausschuss in der Heilmittelrichtlinie sowie im Heilmittelkatalog genauer geregelt. Danach wird Physiotherapie auf ärztliche Verordnung hin durchgeführt und von

GEDA 2014/2015-EHIS

Datenhalter: Robert Koch-Institut

Ziele: Bereitstellung zuverlässiger Informationen über den Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten und die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung in Deutschland, mit Möglichkeit zum europäischen Vergleich

Erhebungsmethode: Schriftlich oder online ausgefüllter Fragebogen

Grundgesamtheit: Bevölkerung ab 18 Jahren mit ständigem Wohnsitz in Deutschland

Stichprobenziehung: Einwohnermeldeamt-Stichproben – zufällig ausgewählte Personen aus 301 Gemeinden in Deutschland wurden eingeladen

Teilnehmende: 24.016 Personen (13.144 Frauen und 10.872 Männer)

Responserate: 26,9 %

Untersuchungszeitraum: November 2014 – Juli 2015

Datenschutz: Die Studie unterliegt der strikten Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes und wurde von der Bundesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit in Deutschland genehmigt. Die Teilnahme an der Studie war freiwillig. Die Teilnehmenden wurden über die Ziele und Inhalte der Studie sowie über den Datenschutz informiert und gaben ihre schriftliche Einwilligung (informed consent).

Mehr Informationen unter
www.geda-studie.de

den gesetzlichen Krankenkassen abzüglich festgelegter Zuzahlungen übernommen. In begrenztem Umfang werden auch ohne ärztliche Verordnung privat zu finanzierende physiotherapeutische Leistungen durch so genannte sektorale Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker erbracht. Im Abrechnungsgeschehen der Gesetzlichen Krankenversicherung hat die Physiotherapie unter allen Heilmitteln einen Umsatzanteil von über 70 %. Dies entspricht Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung von 4,4 Milliarden Euro im Jahr 2015 [1].

Im Therapiespektrum der Physiotherapie dominieren die aktiven Verfahren. So erhalten fast zwei Drittel der Patientinnen und Patienten mit physiotherapeutischen Verordnungen Krankengymnastik [1]. Unter den Indikationen für physiotherapeutische Behandlungen überwiegen die Muskel-Skelett-Erkrankungen. Nach Angaben der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) ist die Diagnose Rückenschmerzen (ICD-10: M54) im Jahr 2015 bei etwa einem Drittel aller physiotherapeutischen Patientinnen und Patienten der Grund für die Behandlung. Nahezu zehn Prozent litten an einer Arthrose mit unterschiedlichen Lokalisationen (ICD-10: M16, M17, M19). Weitere Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie neurologische Erkrankungen (z. B. Schlaganfall) sind ebenfalls wichtige Anlässe für eine Behandlung [1].

Auch weit über die genannten Indikationen hinaus haben physiotherapeutische Verfahren Eingang in eine Vielzahl medizinischer Leitlinien gefunden. Hierzu zählen Leitlinien zu Erkrankungen wie bösartige Neubildungen oder Lungenerkrankungen [2, 3]. Die Physiotherapie stellt damit einen wichtigen und integralen Bestandteil der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland dar. Kosten und erbrachte Leistungen werden bislang überwiegend durch Abrechnungsdaten der Gesetzlichen Krankenversicherung abgebildet [1, 4–7]. Die Daten des Gesundheitsmonitorings des Robert Koch-Instituts bieten darüber hinaus die Möglichkeit, die Inanspruchnahme bevölkerungsbezogen darzustellen und soziale Einflussfaktoren zu identifizieren [8]. Aktuelle Daten zur Inanspruchnahme von Physiotherapie sind aus der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2014/2015-EHIS) verfügbar.

Indikator

Die Inanspruchnahme physiotherapeutischer Leistungen wurde in der Studie GEDA 2014/2015-EHIS durch die Selbstangabe der Befragten in einem schriftlich oder online ausgefüllten Fragebogen erfasst. Darin wurde die Frage gestellt „Waren Sie in den letzten 12 Monaten bei einem Physiotherapeuten, um sich selbst beraten, untersuchen oder behandeln zu lassen?“. Die Befragten konnten mit „ja“ oder „nein“ antworten. Die Frage ist Teil des Fragenkatalogs des European Health Interview Surveys (EHIS), der per Verordnung der Europäischen Union (EU) als verpflichtendes Erhebungsprogramm für alle EU-Mitgliedsstaaten verabschiedet wurde [9, 10].

Die Analysen basieren auf Daten von 23.917 teilnehmenden Personen ab 18 Jahren (13.095 Frauen, 10.822 Männer) mit gültigen Angaben zur Inanspruchnahme physiotherapeutischer Leistungen. Die Berechnungen wurden mit einem Gewichtungsfaktor durchgeführt, der Abweichungen der Stichprobe von der Bevölkerungsstruktur (Stand: 31.12.2014) hinsichtlich Geschlecht, Alter, Kreistyp und Bildung korrigiert. Der Kreistyp

spiegelt den Grad der Urbanisierung und entspricht der regionalen Verteilung in Deutschland. Die Internationale Standardklassifikation für das Bildungswesen (ISCED) wurde verwendet, um die Angaben der Studienteilnehmenden zur Bildung zu klassifizieren [11]. Es wird von einem statistisch signifikanten Unterschied zwischen Gruppen ausgegangen, wenn sich die Konfidenzintervalle nicht überlappen.

Eine ausführliche Darstellung der Methodik von GEDA 2014/2015-EHIS findet sich bei Lange et al. 2017 [12] sowie im Beitrag Gesundheit in Deutschland aktuell – neue Daten für Deutschland und Europa in Ausgabe 1/2017 des Journal of Health Monitoring.

26 % der Frauen und 18 % der Männer nehmen innerhalb von 12 Monaten physiotherapeutische Leistungen in Anspruch.

Ergebnisse und Einordnung

Mehr als ein Fünftel der deutschen Bevölkerung (21,7 %) berichtet, innerhalb von 12 Monaten physiotherapeutische Leistungen in Anspruch genommen zu haben. Bei Frauen liegt dieser Anteil mit 25,5 % deutlich höher als bei Männern mit 17,7 %. Diese Angaben sind etwas höher als die entsprechenden Kennziffern aus den Abrechnungsdaten der gesetzlichen Krankenkassen [1, 13]. Dies liegt darin begründet, dass in den GEDA 2014/2015-EHIS-Daten auch die Angaben Privatversicherter enthalten sind, die generell häufiger Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen [14]. Zudem bilden Befragungsdaten in begrenztem Umfang auch physiotherapeutische Maßnahmen ab, die ohne ärztliche Verordnung selbst bezahlt werden, im Krankenhaus erbracht werden oder Teil einer Maßnahme zur medizinischen Rehabilitation sind.

Im Altersgang nimmt die Inanspruchnahme physiotherapeutischer Leistungen deutlich zu und erreicht ihren Höhepunkt in der Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen mit 30,7 % bei den Frauen und 20,1 % bei den Männern (Abbildung 1). Auch der Unterschied zwischen den Geschlechtern ist in den mittleren Altersgruppen besonders ausgeprägt. Im höheren Alter ist bei der Nutzung

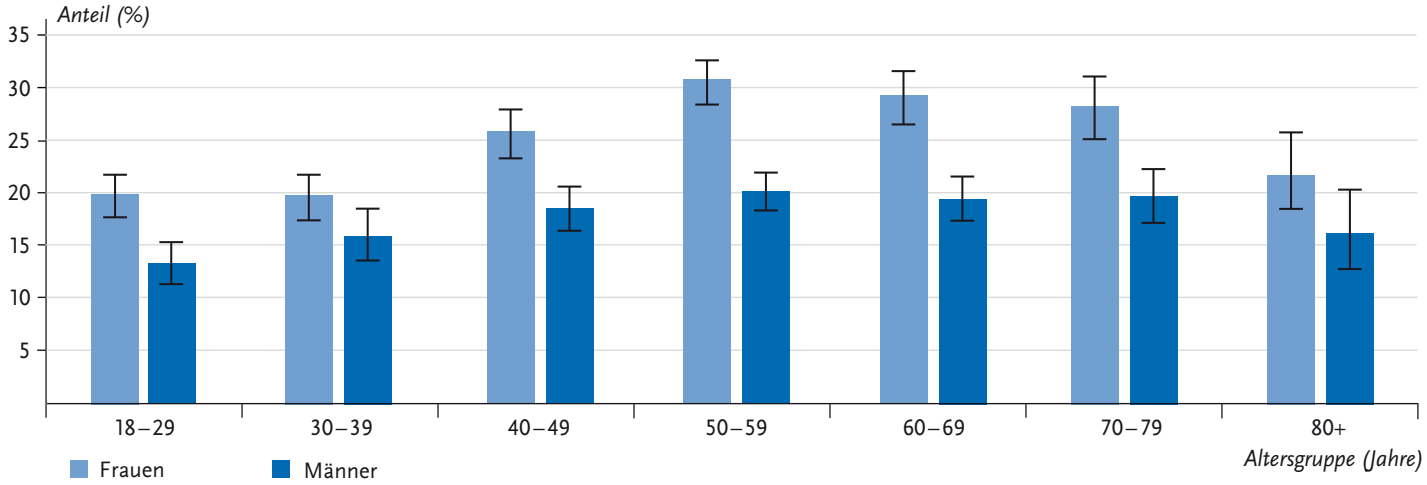


Abbildung 1
Inanspruchnahme physiotherapeutischer Leistungen nach Geschlecht und Alter (n = 13.095 Frauen; n = 10.822 Männer)
Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS

Tabelle 1
Inanspruchnahme physiotherapeutischer Leistungen nach Geschlecht, Bildungs- und Versichertenstatus
(n = 13.095 Frauen; n = 10.822 Männer)
Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS

Frauen	%	(95 %-KI)
Frauen (gesamt)	**25,5**	**(24,5 – 26,5)**
Bildung		
Untere Bildungsgruppe	23,5	(21,5 – 25,5)
Mittlere Bildungsgruppe	25,7	(24,5 – 26,9)
Obere Bildungsgruppe	27,6	(25,9 – 29,4)
Versichtenstatus		
Gesetzliche Krankenversicherung	24,5	(23,5 – 25,6)
Private Krankenversicherung/Beihilfe	30,4	(28,0 – 33,3)
Gesamt (Frauen und Männer)	**21,7**	**(20,9 – 22,4)**

Männer	%	(95 %-KI)
Männer (gesamt)	**17,7**	**(16,8 – 18,6)**
Bildung		
Untere Bildungsgruppe	15,1	(13,2 – 17,3)
Mittlere Bildungsgruppe	17,7	(16,4 – 18,9)
Obere Bildungsgruppe	19,2	(17,8 – 20,7)
Versichtenstatus		
Gesetzliche Krankenversicherung	16,8	(15,8 – 17,7)
Private Krankenversicherung/Beihilfe	20,3	(18,5 – 22,3)
Gesamt (Frauen und Männer)	**21,7**	**(20,9 – 22,4)**

KI = Konfidenzintervall

Am häufigsten wird Physiotherapie in der Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen genutzt.

physiotherapeutischer Leistungen ein statistisch nicht signifikanter Rückgang festzustellen (Abbildung 1). Diese soziodemografischen Unterschiede stehen in Einklang mit Befunden, die für die Nutzung von Gesundheitsleistungen im Allgemeinen und von Physiotherapie im Besonderen eine häufigere Nutzung bei Frauen festgestellt haben [1, 7, 8, 13, 14]. In weiteren Analysen hat sich zudem auch die im Altersgang ansteigende und dann wieder abnehmende Inanspruchnahme bestätigt [7, 8].

Neben Alter und Geschlecht zeigen sich signifikante Unterschiede in der Inanspruchnahme physiotherapeutischer Leistungen auch nach Bildungsgruppen (Tabelle 1). Der Anteil der Nutzerinnen und Nutzer ist in der oberen Bildungsgruppe höher als unter Personen mit geringer Bildung. Bei der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen ist bekannt, dass sozial bessergestellte Personen zu einer häufigeren Nutzung sowohl stärker spezialisierter als auch präventiv ausgerichteter Angebote neigen [14–16]. Die Nutzung physiotherapeutischer Leistungen folgt diesem Muster ebenfalls. Die Unterschiede zwischen den Bildungsgruppen bestätigen sich zudem in Untersuchungen, in denen der medizinische Bedarf (Morbidität) statistisch kontrolliert wird [8, 17]. Die Unterschiede in der Inanspruchnahme sind mithin nicht allein durch eine ungleiche Verteilung der Krankheitslast zwischen den Bildungsgruppen zu erklären.

Auch unter privat versicherten Personen fällt die Inanspruchnahme physiotherapeutischer Leistungen höher aus als unter gesetzlich Versicherten (Tabelle 1). Hier gilt ebenfalls, dass die gefundenen Unterschiede bei Kontrolle des medizinischen Bedarfs bestehen bleiben. Ein Erklärungsansatz für die Unterschiede in der Inanspruchnahme liegt darin, dass Privatversicherte im Mittel ein höheres Einkommens- und Bildungsniveau aufweisen als gesetzlich Versicherte. Zudem werden einige alternative Behandlungsverfahren, die auch von Physiotherapeutinnen und -therapeuten erbracht werden, wie zum Beispiel die Osteopathie, nur in Ausnahmefällen von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet. Bei den privaten Krankenkassen ist die Kostenerstattung dieser Verfahren weiter verbreitet, was ebenfalls eine tendenziell höhere Inanspruchnahme

der Leistungen von Physiotherapeutinnen und -therapeuten begründet. Auch gibt es in der privaten Krankenversicherung die Option zuzahlungsfreier Versicherungstarife. Bei gesetzlich Versicherten besteht dagegen eine finanzielle Hürde für die Nutzung physiotherapeutischer Leistungen: Laut SGB V sind zehn Euro pro Verordnung und zehn Prozent der Behandlungskosten von den Versicherten selbst zu tragen.

Schlussendlich bestehen in der Nutzung physiotherapeutischer Leistungen regionale Unterschiede (Abbildung 2). Die Spannweite der höchsten und niedrigsten Inanspruchnahme in den Bundesländern umfasst über zehn Prozentpunkte. Während in Sachsen 29,2 % der Bevölkerung in den letzten 12 Monaten physiotherapeutische Leistungen in Anspruch genommen haben, werden die niedrigsten Anteile in Hessen

Angehörige der oberen Bildungsgruppe und Privatversicherte nutzen physiotherapeutische Leistungen häufiger.

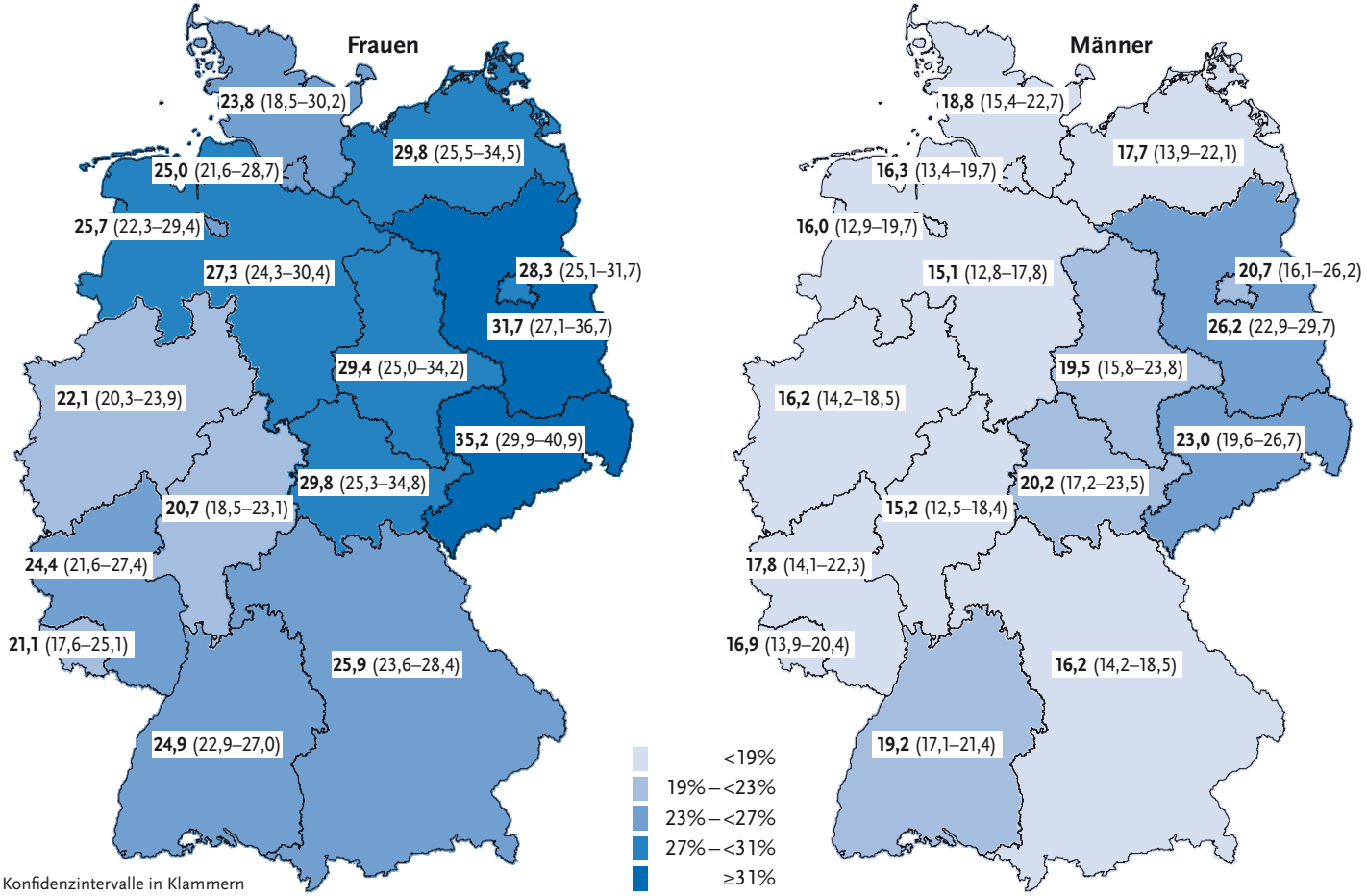


Abbildung 2
Inanspruchnahme physiotherapeutischer Leistungen nach Geschlecht und Bundesland (n = 13.095 Frauen; n = 10.822 Männer)
Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS

Personen aus den neuen Bundesländern nutzen die Hilfe von Physiotherapeutinnen und -therapeuten häufiger als Personen aus den alten Bundesländern.

mit 18,0 % erreicht. Insgesamt werden physiotherapeutische Leistungen in den neuen Bundesländern und Berlin tendenziell häufiger genutzt als in den alten Bundesländern. Die Unterschiede sind bei den Frauen ausgeprägter als bei den Männern (Abbildung 2). Die regionale Verteilung in der Inanspruchnahme physiotherapeutischer Leistungen deckt sich weitgehend mit den Abrechnungsdaten der gesetzlichen Krankenkassen [6]. Ein möglicher Erklärungsansatz bezieht sich auf das regional unterschiedliche Verordnungsverhalten der behandelnden Ärztinnen und Ärzte: So liegt der Anteil der Versicherten, die bei Vorliegen einer relevanten Indikation von ihren Ärztinnen und Ärzten tatsächlich eine Verordnung für Physiotherapie erhalten, nach Angaben der Krankenkasse Barmer GEK in den neuen Bundesländern deutlich höher als in den alten Bundesländern (z. B. Sachsen 57,0 % vs. Hessen 38,1 %) [7]. Darüber hinaus wäre in weiteren Studien zu klären, inwieweit auch regionale Unterschiede in der Krankheitslast für die unterschiedliche Inanspruchnahme physiotherapeutischer Leistungen verantwortlich sein könnten.

Die Physiotherapie stellt eine der am häufigsten in Anspruch genommenen Gesundheitsleistungen in Deutschland dar. Ihre Nutzung hängt dabei nicht nur von medizinischen, sondern auch von soziodemografischen und versorgungsbezogenen Faktoren ab (siehe auch [15]). Damit im Bedarfsfall alle Bevölkerungsgruppen gleichermaßen von Gesundheitsleistungen profitieren, sollte der Einfluss dieser Faktoren auf die Inanspruchnahme begrenzt bleiben. Die Forschung sollte versuchen, die Gründe für die betreffenden Versorgungsunterschiede zu identifizieren und in Empfehlungen für die Praxis zu berücksichtigen. Weiterführen könnten dabei auch stärker indikationsspezifische Untersuchungen. Nicht-medizinische Faktoren der Inanspruchnahme könnten so weiter aufgeklärt und Empfehlungen stärker auf den Versorgungsalltag zugeschnitten werden.

Die Daten des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut können zu einer Analyse des Versorgungsgeschehens beitragen, indem sie grundlegende Zusammenhänge dieser Art aufdecken und spezifischere Forschungs- und Handlungsbedarfe aufzeigen. Gemeinsam mit anderen Beiträgen dieser Ausgabe (Fact sheets zur Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Versorgung, Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlungen, Einnahme ärztlich verordneter Medikamente und Selbstmedikation, Focus zur Inanspruchnahme psychotherapeutischer und psychiatrischer Behandlung) ergibt das vorliegende Fact sheet einen Überblick über wesentliche Teile der Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgung durch Erwachsene in Deutschland.

Literatur

1. Waltersbacher A (2015) Heilmittelbericht 2016. Wissenschaftliches Institut der AOK, Berlin
2. Agency for Health Care Research and Quality (2017) National Guideline Clearing House. https://www.guideline.gov/search?q=physical+therapy (Stand: 28.06.2017)
3. Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) e.V. (2017) Leitlinien. https://www.physio-deutschland.de/fachkreise/beruf-und-bildung/leitlinien.html (Stand: 28.06.2017)
4. Kemper C (2011) Heil- und Hilfsmittelerbringer. In: Pfaff H, Neugebauer E, Glaeske G et al. (Hrsg) Lehrbuch Versorgungsforschung. Schattauer, Stuttgart, S. 96-101

5. Kemper C, Deitermann B, Kuhlmann E et al. (2008) Qualitätssicherung in der physiotherapeutischen Versorgung: eine geschlechterbezogene Analyse von Krankenkassendaten. Gesundheitswesen 70(8):552-558

6. Kopkow C, Lange T, Schmitt J et al. (2017) Physiotherapeutische Versorgungssituation in Deutschland von 2004 bis 2014. Analyse des Verordnungsverhaltens bei Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung. Gesundheitswesen 79(3):153-160

7. Brechtel B, Kossack N, Grandt D (2016) Barmer GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2016. Asgard, Siegburg

8. Rommel A, Kroll LE (2017) Individual and Regional Determinants for Physical Therapy Utilization in Germany: Multilevel Analysis of National Survey Data. Phys Ther 97(5):512-523

9. Europäische Union (2013) Verordnung (EU) Nr. 141/2013 der Kommission vom 19. Februar 2013 zur Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 1338/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates zu Gemeinschaftsstatistiken über öffentliche Gesundheit und über Gesundheitsschutz und Sicherheit am Arbeitsplatz in Bezug auf Statistiken auf der Grundlage der Europäischen Gesundheitsumfrage (EHIS). In: Europäische Union (Hrsg), ABl. L 47 vom 20.2.2013, S. 20–48

10. European Commission, Eurostat (2013) European Health Interview Survey (EHIS wave 2). Methodological manual. European Commission, Luxembourg

11. Statistisches Amt der Europäischen Union (Eurostat) (2016) Internationale Standardklassifikation für das Bildungswesen (ISCED). http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Glossary:International_standard_classification_of_education_%28ISCED%29/de (Stand: 13.01.2017)

12. Lange C, Finger JD, Allen J et al. (2017) Implementation of the European health interview survey (EHIS) into the German health update (GEDA). Archives of Public Health 75(1):40

13. Müller R, Rothgang H, Glaeske G (2015) Barmer GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2015. Asgard, Siegburg

14. Rattay P, Butschalowsky H, Rommel A et al. (2013) Inanspruchnahme der ambulanten und stationaren medizinischen Versorgung in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 56(5-6):832-844 http://edoc.rki.de/oa/articles/reNjmYnmVbkxU/PDF/21x19FTPZ-x3io.pdf (Stand: 25.09.2017)

15. Hoebel J, Rattay P, Prütz F et al. (2016) Socioeconomic Status and Use of Outpatient Medical Care: The Case of Germany. PLoS One 11(5):e0155982

16. Hoebel J, Starker A, Jordan S et al. (2014) Determinants of health check attendance in adults: Findings from the cross-sectional German Health Update (GEDA) study. BMC Public Health 14(1)

17. Thieme H, Borgetto B (2014) Utilization of Physiotherapy by Patients with Rheumatic Diseases. In: Janssen C, Swart E, von Lengerke T (Hrsg) Health Care Utilization in Germany Theory, Methodology, and Results. Springer, New York, S. 237-256

Impressum

Journal of Health Monitoring

Institution der beteiligten Autorinnen und Autoren
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Berlin

Korrespondenzadresse
Alexander Rommel
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
E-Mail: RommelA@rki.de

Interessenkonflikt
Der korrespondierende Autor gibt für sich und die Koautorin an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Förderungshinweis
Die GEDA-Studie wurde mit Mitteln des Robert Koch-Instituts und des Bundesministeriums für Gesundheit finanziert.

Hinweis
Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die Meinung des Robert Koch-Instituts wider.

Herausgeber
Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion
Susanne Bartig, Johanna Gutsche, Dr. Franziska Prütz,
Martina Rabenberg, Alexander Rommel, Dr. Anke-Christine Saß,
Stefanie Seeling, Martin Thißen, Dr. Thomas Ziese
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
Tel.: 030-18 754-3400
E-Mail: healthmonitoring@rki.de
www.rki.de/journalhealthmonitoring

Satz
Gisela Dugnus, Alexander Krönke, Kerstin Möllerke

Zitierweise
Rommel A, Prütz F (2017) Inanspruchnahme physiotherapeutischer Leistungen in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2(4):101–108.
DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-118

ISSN 2511-2708

Dieses Werk ist lizenziert unter einer Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz.

Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit

Journal of Health Monitoring · 2017 2(4)
DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-119
Robert Koch-Institut, Berlin

Autorinnen und Autor:
Hildtraud Knopf, Franziska Prütz, Yong Du

Arzneimittelanwendung von Erwachsenen in Deutschland

Abstract

Der Einsatz von Arzneimitteln ist ein wesentlicher Bestandteil der Behandlung von Krankheiten. Daher sind Erhebungen, die das Anwendungsverhalten in der Bevölkerung abbilden, von besonderem Interesse. In der Studie GEDA 2014/2015-EHIS wurde die Anwendung von ärztlich verordneten und in Selbstmedikation eingesetzten Medikamenten in den letzten zwei Wochen vor der Befragung erhoben. 58,9 % der Frauen und 52,0 % der Männer gaben an, in den letzten zwei Wochen ärztlich verordnete Medikamente eingenommen zu haben. 48,5 % der Frauen und 35,4 % der Männer gaben an, in den letzten zwei Wochen Medikamente eingenommen zu haben, die nicht ärztlich verordnet waren. Die Anwendungsprävalenzen der Frauen bei ärztlich verordneter und Selbstmedikation lagen über denen der Männer. Während die Anwendungsprävalenz ärztlich verordneter Arzneimittel mit dem Alter deutlich anstieg, nahm die Anwendungsprävalenz von Selbstmedikation mit dem Alter eher ab.

ARZNEIMITTEL · SELBSTMEDIKATION · ERWACHSENE · GESUNDHEITSMONITORING · DEUTSCHLAND

Einleitung

Der Einsatz von Arzneimitteln ist eine wesentliche Komponente in der Therapie von gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Störungen und Erkrankungen. Neben Ausgaben für ambulante und stationäre Leistungen gehören die Arzneimittelausgaben zu den wichtigsten Kosten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Im Jahr 2016 wurden 38,5 Milliarden Euro von der GKV für die Arzneimitteltherapie ausgegeben [1]. Hinzu kommen Kosten für Arzneimittel, die von den Versicherten im Rahmen der Selbstmedikation getragen werden (ca. 6,4 Milliarden Euro im Jahr 2015) [2]. Eine valide Einschätzung des Arzneimittelverbrauchs (verkaufte Menge an Arzneimitteln) und -gebrauchs (angewendete Menge an Arzneimitteln) ist nicht nur aus ökonomischer Sicht wichtig. Sie ist auch bei der Beurteilung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung und bei der Quantifizierung der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen zu berücksichtigen.

Da nicht alle ärztlich verordneten Arzneimittel auch tatsächlich angewendet werden [3] und nur verordnete Medikamente in die Statistiken der GKV eingehen [4], sind Erhebungen, die das Anwendungsverhalten einschließlich der Selbstmedikation in der Bevölkerung abbilden, von besonderem Interesse. Die Daten der Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts (RKI), die im Rahmen des Gesundheitsmonitorings erhoben werden, können dazu beitragen, diese Informationslücke zu schließen. Die europäische Gesundheitsbefragung (European Health Interview Survey, EHIS) stellt harmonisierte und zwischen den Mitgliedstaaten der Europäischen Union (EU, einschließlich Norwegen und Island)

GEDA 2014/2015-EHIS

Datenhalter: Robert Koch-Institut

Ziele: Bereitstellung zuverlässiger Informationen über den Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten und die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung in Deutschland, mit Möglichkeit zum europäischen Vergleich

Erhebungsmethode: Schriftlich oder online ausgefüllter Fragebogen

Grundgesamtheit: Bevölkerung ab 18 Jahren mit ständigem Wohnsitz in Deutschland

Stichprobenziehung: Einwohnermeldeamt-Stichproben – zufällig ausgewählte Personen aus 301 Gemeinden in Deutschland wurden eingeladen

Teilnehmende: 24.016 Personen (13.144 Frauen und 10.872 Männer)

Responserate: 26,9 %

Untersuchungszeitraum: November 2014 – Juli 2015

Datenschutz: Die Studie unterliegt der strikten Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes und wurde von der Bundesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit in Deutschland genehmigt. Die Teilnahme an der Studie war freiwillig. Die Teilnehmenden wurden über die Ziele und Inhalte der Studie sowie über den Datenschutz informiert und gaben ihre schriftliche Einwilligung (informed consent).

Mehr Informationen unter
www.geda-studie.de

vergleichbare Gesundheitsdaten bereit. In Deutschland wurden die Fragen des EHIS zur Anwendung von ärztlich verordneten Arzneimitteln und rezeptfreien, apothekenpflichtigen bzw. in Drogerie und Supermärkten frei verkäuflichen Präparaten in die Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2014/2015) des RKI integriert. Damit sind aktuelle Daten zur Inanspruchnahme der Arzneimittelversorgung aus der Studie GEDA 2014/2015-EHIS verfügbar.

Indikator

Die Anwendung von Medikamenten in den letzten zwei Wochen vor der Befragung bildet die Prävalenz des aktuellen Gebrauchs ab. Dabei wird unterschieden zwischen der Anwendung ärztlich verordneter Arzneimittel und der Anwendung frei verkäuflicher Präparate. Diese beiden Indikatoren wurden in der Studie GEDA 2014/2015-EHIS durch die Selbstangabe der Befragten in einem schriftlich oder online ausgefüllten Fragebogen erfasst. Es wurden die folgenden Fragen gestellt: 1. „Haben Sie in den letzten 2 Wochen Medikamente eingenommen, die Ihnen von einem Arzt verschrieben wurden? Nicht gemeint sind die Pille oder andere Hormonpräparate zur Empfängnisverhütung." 2. „Haben Sie in den letzten 2 Wochen Medikamente, pflanzliche Heilmittel oder Vitamine eingenommen, die Ihnen nicht von einem Arzt verschrieben wurden? Nicht gemeint sind die Pille oder andere Hormonpräparate zur Empfängnisverhütung."

Die Analysen zu ärztlich verordneten Arzneimitteln basieren auf Daten von 23.898 teilnehmenden Personen ab 18 Jahren (13.087 Frauen, 10.811 Männer) mit gültigen Angaben zum Indikator. Den Analysen zur Selbstmedikation liegen die Daten von 23.848 Personen (13.063 Frauen, 10.785 Männer) zugrunde. Die Berechnungen wurden mit einem Gewichtungsfaktor durchgeführt, der Abweichungen der Stichprobe von der Bevölkerungsstruktur (Stand: 31.12.2014) hinsichtlich Geschlecht, Alter, Kreistyp und Bildung korrigiert. Der Kreistyp spiegelt den Grad der Urbanisierung und entspricht der regionalen Verteilung in Deutschland. Die Internationale Standardklassifikation für das Bildungswesen (ISCED) wurde verwendet, um die schulischen und beruflichen Bildungsabschlüsse der Studienteilnehmenden zu klassifizieren [5]. Eine ausführliche Darstellung der Methodik von GEDA 2014/2015-EHIS findet sich bei Lange et al. 2017 [6] sowie im Beitrag Gesundheit in Deutschland aktuell – neue Daten für Deutschland und Europa in Ausgabe 1/2017 des Journal of Health Monitoring. In der vorliegenden Studie wurden die Anwendungsprävalenzen mit 95%-Konfidenzintervallen (95%-KI) berichtet. Es wird von einem statistisch signifikanten Unterschied zwischen Gruppen ausgegangen, wenn der unter Berücksichtigung der Gewichtung und des Surveydesigns berechnete p-Wert kleiner als 0,05 ist. Die hier dargestellten Ergebnisse sind rein deskriptiv und erlauben keine Aussage darüber, ob andere Faktoren die beobachteten Unterschiede zwischen den Gruppen erklären können.

Ergebnisse und Einordnung

Über die Hälfte (55,5 %) aller Studienteilnehmenden (58,9 % der Frauen und 52,0 % der Männer) gaben an, in den letzten zwei Wochen ärztlich verordnete Medikamente eingenommen zu haben (Tabelle 1).

Tabelle 1
Prävalenz der Anwendung ärztlich verschriebener Medikamente in den letzten 2 Wochen nach Geschlecht, Alter und Bildungsstatus (n = 13.087 Frauen; n = 10.811 Männer)
Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS

Frauen	%	(95 %-KI)
Frauen (gesamt)	**58,9**	**(57,8 – 60,0)**
18 – 29 Jahre	33,8	(31,4 – 36,4)
Untere Bildungsgruppe	40,5	(34,3 – 46,9)
Mittlere Bildungsgruppe	33,1	(29,9 – 36,5)
Obere Bildungsgruppe	27,5	(23,3 – 32,2)
30 – 44 Jahre	38,7	(36,6 – 40,8)
Untere Bildungsgruppe	41,7	(34,9 – 48,9)
Mittlere Bildungsgruppe	39,3	(36,5 – 42,1)
Obere Bildungsgruppe	35,4	(32,1 – 38,8)
45 – 64 Jahre	61,4	(59,8 – 63,1)
Untere Bildungsgruppe	67,0	(62,5 – 71,3)
Mittlere Bildungsgruppe	61,5	(59,4 – 63,5)
Obere Bildungsgruppe	56,2	(53,4 – 58,8)
≥ 65 Jahre	87,1	(85,5 – 88,5)
Untere Bildungsgruppe	88,7	(86,5 – 90,7)
Mittlere Bildungsgruppe	85,9	(83,4 – 88,0)
Obere Bildungsgruppe	85,9	(82,7 – 88,7)
Gesamt (Frauen und Männer)	**55,5**	**(54,7 – 56,4)**

Männer	%	(95 %-KI)
Männer (gesamt)	**52,0**	**(50,8 – 53,2)**
18 – 29 Jahre	21,3	(18,8 – 24,1)
Untere Bildungsgruppe	25,6	(20,1 – 32,1)
Mittlere Bildungsgruppe	20,1	(17,1 – 23,5)
Obere Bildungsgruppe	19,0	(14,2 – 24,9)
30 – 44 Jahre	31,9	(29,4 – 34,4)
Untere Bildungsgruppe	36,9	(29,2 – 45,4)
Mittlere Bildungsgruppe	35,3	(32,1 – 38,7)
Obere Bildungsgruppe	22,9	(20,2 – 25,9)
45 – 64 Jahre	58,5	(56,6 – 60,4)
Untere Bildungsgruppe	67,0	(62,2 – 71,5)
Mittlere Bildungsgruppe	59,7	(56,9 – 62,5)
Obere Bildungsgruppe	53,5	(50,9 – 56,0)
≥ 65 Jahre	86,3	(84,9 – 87,7)
Untere Bildungsgruppe	86,3	(82,6 – 89,3)
Mittlere Bildungsgruppe	87,0	(84,7 – 89,1)
Obere Bildungsgruppe	85,2	(82,7 – 87,4)
Gesamt (Frauen und Männer)	**55,5**	**(54,7 – 56,4)**

KI = Konfidenzintervall

Mehr als die Hälfte der befragten Frauen und Männer nimmt innerhalb von zwei Wochen ärztlich verordnete Medikamente ein.

Obwohl der Beobachtungszeitraum in GEDA 2014/2015-EHIS länger war als in der von 2008 bis 2011 durchgeführten Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) – zwei Wochen statt einer Woche –, waren die Anwendungsprävalenzen bei den Frauen deutlich niedriger als in DEGS1 (58,9 % vs. 71,3 %) [6]. Bei den Männern waren sie dagegen höher als in DEGS1 (52,0 % vs. 46,1 %) [6]. Die Unterschiede bei den Frauen sind wahrscheinlich der Tatsache geschuldet, dass in GEDA 2014/2015-EHIS die Pille oder andere Hormonpräparate zur Empfängnisverhütung ausgeschlossen waren. Die Unterschiede bei den Männern sind wahrscheinlich auf das längere Beobachtungszeitfenster zurückzuführen: Ein längeres Beobachtungszeitfenster kann mehr Anwendungen von Medikamenten erfassen. Vor allem unterschieden sich aber die Altersgrenzen der Studienpopulation (18 bis 79 Jahre vs. 18 Jahre und älter) und die Methoden zur Datenerhebung zwischen DEGS1 und GEDA 2014/2015-EHIS.

Die Einnahme ärztlich verordneter Medikamente nimmt im Altersverlauf zu: So nahmen in der jüngsten Altersgruppe (18 bis 29 Jahre) 33,8 % der Frauen und 21,3 % der Männer in den letzten zwei Wochen Arzneimittel, während die Anwendungsprävalenzen bei den 65-Jährigen und Älteren mit 87,1 % bei Frauen und 86,3 % bei Männern weit höher lagen (Tabelle 1). Dieser Anstieg

Fast die Hälfte aller Frauen und mehr als ein Drittel aller Männer nimmt innerhalb von zwei Wochen Medikamente ein, die nicht ärztlich verordnet waren.

Während die Anwendungsprävalenz ärztlich verordneter Arzneimittel mit dem Alter deutlich ansteigt, nimmt die Anwendungsprävalenz von Selbstmedikation mit dem Alter eher ab.

zeigte sich auch in früheren Studien [7] und ist auf die im Altersverlauf steigenden Prävalenzen von (chronischen) Erkrankungen zurückzuführen. Die Anzahl der angewendeten Präparate wurde in GEDA 2014/2015-EHIS nicht erhoben. Aus DEGS1 ist jedoch bekannt, dass über 40 % der 70- bis 79-jährigen Frauen und Männer in den letzten sieben Tagen vor der Befragung mindestens fünf ärztlich verordnete Arzneimittel eingenommen hatten [7] – eine Tatsache, die vor dem Hintergrund potenzieller Risiken der Polypharmazie [8-11] erhöhte Aufmerksamkeit verdient. Ein unmittelbarer Vergleich der altersspezifischen Anwendungsprävalenzen zwischen GEDA 2014/2015-EHIS und DEGS1 ist nicht möglich, da unterschiedliche Altersgruppen in den Analysen verwendet wurden [7].

Signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede in der Anwendung ärztlich verschriebener Medikamente waren in GEDA 2014/2015-EHIS in den Altersgruppen 18 bis 29, 30 bis 44 und 45 bis 64 Jahre zu verzeichnen: hier lagen die Anwendungsprävalenzen bei Frauen höher als bei Männern. Danach glichen sich die Prävalenzraten an. Ein Angleichen geschlechtsspezifischer Unterschiede im höheren Lebensalter zeigte sich auch in der DEGS1-Studie [7].

Abgesehen von der Gruppe älterer Menschen ab 65 Jahren wiesen Frauen und Männer aus der unteren Bildungsgruppe höhere Prävalenzen der Anwendung ärztlich verordneter Medikamente auf als Personen aus der hohen Bildungsgruppe (Tabelle 1). Signifikant waren die Unterschiede bei Frauen im Alter von 18 bis 29 und 45 bis 64 Jahren sowie bei Männern im Alter von 30 bis 44 und 45 bis 64 Jahren. Entsprechend war bereits in DEGS1 eine höhere Arzneimittelanwendung in Zusammenhang mit niedrigem sozioökonomischem Status vor allem bei Frauen zu verzeichnen [7].

Fast die Hälfte (48,5 %) der Frauen und mehr als ein Drittel (35,4 %) der Männer gaben an, in den letzten zwei Wochen Medikamente eingenommen zu haben, die nicht ärztlich verordnet waren, also in Selbstmedikation eingesetzt wurden (Tabelle 2). Wie bei der ärztlich verordneten Medikation lagen die Anwendungsprävalenzen der Selbstmedikation bei Frauen deutlich über denen der Männer. Dieser Unterschied ist in allen Altersgruppen zu beobachten. Im Gegensatz zur altersspezifischen Zunahme der Anwendung ärztlich verordneter Arzneimittel zeigt sich für die Selbstmedikation eher eine Abnahme der Anwendung mit dem Alter. Unter Frauen und Männern ab 45 Jahren war Selbstmedikation deutlich seltener als bei denjenigen unter 45 Jahren. Mit Blick auf den Bildungsstatus waren die Anwendungsprävalenzen in der oberen Bildungsgruppe höher als in der unteren. Allerdings sind die Unterschiede bei Frauen erst in den Altersgruppen ab 30 Jahren und bei Männern nur bei den 45- bis 64-Jährigen signifikant. Die Zunahme von Selbstmedikation mit steigendem Bildungsniveau, das häufig assoziiert ist mit einem höheren beruflichen Status und einem höheren Einkommen, zeigte sich bereits in DEGS1 und im BGS98 (Bundes-Gesundheitssurvey 1998, 1997-1999). Bei beiden Geschlechtern war die Selbstmedikation assoziiert mit einem hohen Sozialstatus [7, 12, 13]. Zu ähnlichen Ergebnissen kam eine bevölkerungsrepräsentative Studie aus Spanien, in der Selbstmedikation bei akuten Erkrankungen mit höherer Bildung assoziiert war [14].

Tabelle 2
Prävalenz der Anwendung nicht ärztlich verschriebener Medikamente (Selbstmedikation) in den letzten 2 Wochen nach Geschlecht, Alter und Bildungsstatus (n = 13.063 Frauen; n = 10.785 Männer)
Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS

Frauen	%	(95 %-KI)
Frauen (gesamt)	**48,5**	**(47,3–49,6)**
18–29 Jahre	51,3	(48,7–53,8)
Untere Bildungsgruppe	48,5	(42,1–55,0)
Mittlere Bildungsgruppe	51,5	(48,3–54,8)
Obere Bildungsgruppe	53,7	(48,7–58,7)
30–44 Jahre	53,1	(51,1–55,1)
Untere Bildungsgruppe	42,5	(35,8–49,5)
Mittlere Bildungsgruppe	54,5	(51,8–57,2)
Obere Bildungsgruppe	56,2	(53,0–59,3)
45–64 Jahre	48,7	(46,8–50,6)
Untere Bildungsgruppe	43,0	(38,6–47,6)
Mittlere Bildungsgruppe	48,8	(46,5–51,2)
Obere Bildungsgruppe	53,4	(50,6–56,2)
≥ 65 Jahre	42,7	(40,5–44,9)
Untere Bildungsgruppe	39,7	(36,2–43,3)
Mittlere Bildungsgruppe	43,8	(40,5–47,2)
Obere Bildungsgruppe	49,9	(44,3–55,5)
Gesamt (Frauen und Männer)	**42,1**	**(41,2–43,0)**

Männer	%	(95 %-KI)
Männer (gesamt)	**35,4**	**(34,2–36,6)**
18–29 Jahre	36,1	(33,1–39,3)
Untere Bildungsgruppe	37,0	(30,5–44,0)
Mittlere Bildungsgruppe	34,4	(30,7–38,3)
Obere Bildungsgruppe	42,1	(36,0–48,4)
30–44 Jahre	39,5	(36,9–42,2)
Untere Bildungsgruppe	37,4	(29,5–46,1)
Mittlere Bildungsgruppe	38,9	(35,4–42,6)
Obere Bildungsgruppe	41,3	(37,6–45,1)
45–64 Jahre	33,7	(31,9–35,4)
Untere Bildungsgruppe	27,4	(23,3–31,9)
Mittlere Bildungsgruppe	32,3	(29,9–34,7)
Obere Bildungsgruppe	38,3	(35,8–40,9)
≥ 65 Jahre	33,5	(31,6–35,6)
Untere Bildungsgruppe	31,5	(27,0–36,4)
Mittlere Bildungsgruppe	32,1	(29,2–35,1)
Obere Bildungsgruppe	37,5	(34,0–41,1)
Gesamt (Frauen und Männer)	**42,1**	**(41,2–43,0)**

KI = Konfidenzintervall

Mit Ausnahme der Altersgruppe ab 65 Jahren ist die Anwendungsprävalenz ärztlich verordneter Medikamente bei Frauen höher als bei Männern, für Selbstmedikation sind die Anwendungsprävalenzen bei Frauen in allen Altersgruppen höher.

Die Unterschiede zwischen den Bundesländern in der Einnahme von Arzneimitteln sind gering (Daten nicht gezeigt). Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt zeigen sich signifikant niedrigere Anwendungsprävalenzen ärztlich verschriebener Medikamente bei Frauen in Hamburg, Bayern und Baden-Württemberg sowie bei Männern in Bremen und Berlin. Höhere Prävalenzen gab es sowohl bei Frauen als auch Männern im Saarland sowie außerdem in Brandenburg bei Frauen und Sachsen-Anhalt bei Männern. Für die Selbstmedikation waren in Thüringen und Sachsen-Anhalt bei beiden Geschlechtern, bei Frauen zusätzlich in Mecklenburg-Vorpommern, bei Männern in Baden-Württemberg signifikant niedrigere Anwendungsprävalenzen zu beobachten, höhere nur bei Frauen in Bayern, Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg. Die Daten zur regionalen Verteilung der Arzneimittelanwendung nach Bundesländern stehen im Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (www.gbe-bund.de) zur Verfügung. Als wesentliche, aber nicht alleinige Gründe für regionale Unterschiede in der Arzneimittelverordnung gelten demografische Faktoren wie Alter und Geschlecht, die soziale Lage und das Morbiditätsspektrum in den einzelnen Bundesländern [15–17]. Nach Bundesländern differenzierte Daten zur Selbstmedikation mit nicht ärztlich verordneten Medikamenten liegen bislang nur in GEDA

2014/2015-EHIS vor. Bei einer Differenzierung nach West (alte) und Ost (neue Bundesländer) zeigte sich im BGS98 eine deutlich niedrigere Selbstmedikation in den neuen Bundesländern [13].

Arzneimittel sind ein wichtiger Bestandteil der gesundheitlichen Versorgung. Damit gibt das vorliegende Fact sheet gemeinsam mit anderen Beiträgen dieser Ausgabe (Fact sheets zur Inanspruchnahme ambulanter und stationärer ärztlicher Versorgung sowie von Physiotherapie, Focus zur Inanspruchnahme psychotherapeutischer und psychiatrischer Behandlung) einen Überblick über wesentliche Teile der Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgung durch Erwachsene in Deutschland. Ein kontinuierliches Monitoring des Arzneimittelverbrauchs und der Arzneimittelanwendung ist vor dem Hintergrund der Kostenentwicklung, aber auch der gesundheitlichen Lage von besonderer Relevanz für die öffentliche Gesundheit. Dabei sollten nicht nur ärztlich verschriebene Medikamente Berücksichtigung finden, sondern auch alles, was über den Weg der Selbstmedikation eingesetzt wird. Die Bedeutung von Selbstmedikation wird durch den internationalen Vergleich unterstrichen, bei dem Deutschland eine Spitzenposition einnimmt [18].

Literatur

1. Schwabe U, Ludwig WD (2017) Arzneiverordnungverordnungen 2016 im Überblick. In: Schwabe U, Paffrath D, Ludwig WD et al. (Hrsg) Arzneiverordnungs-Report 2017. Springer Medizin Verlag, Heidelberg, S. 3-32
2. Bundesverband der Arzneimittelhersteller e.V. (B.A.H.) (2016) Selbstmedikation. Der Arzneimittelmarkt in Deutschland Zahlen und Fakten. Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e.V. https://www.bah-bonn.de/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=9614&token=394afca21e7e9be87ac0bd646f3daacd5fb53032 (Stand: 28.08.2017)
3. Osterloh F (2012) Therapietreue: Verweigerer und Kalkulierer. Dtsch Arztebl 109(17):A-848 / B728 / C-724
4. Schaufler J, Telschow C (2013) Arzneiverordnungen nach Alter und Geschlecht. In: Schwabe U, Paffrath D (Hrsg) Arzneiverordnungsreport 2013. Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, S. 967-981
5. Statistisches Amt der Europäischen Union (Eurostat) (2016) Internationale Standardklassifikation für das Bildungswesen (ISCED). http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Glossary:International_standard_classification_of_education_%28ISCED%29/de (Stand: 13.01.2017)
6. Lange C, Finger JD, Allen J et al. (2017) Implementation of the European health interview survey (EHIS) into the German health update (GEDA). Arch Public Health 75:40
7. Knopf H, Grams D (2013) Arzneimittelanwendung von Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 56(5-6):868-877 http://edoc.rki.de/oa/articles/re51lY1dG43W2/PDF/25aJbv6pgItSk.pdf (Stand: 28.08.2017)
8. Lai SW, Liao KF, Liao CC et al. (2010) Polypharmacy correlates with increased risk for hip fracture in the elderly: a population-based study. Medicine (Baltimore) 89(5):295-299
9. Haider SI, Johnell K, Thorslund M et al. (2007) Trends in polypharmacy and potential drug-drug interactions across educational groups in elderly patients in Sweden for the period 1992-2002. Int J Clin Pharmacol Ther 45(12):643-653
10. Ziere G, Dieleman JP, Hofman A et al. (2006) Polypharmacy and falls in the middle age and elderly population. Br J Clin Pharmacol 61(2):218-223

11. Venturini CD, Engroff P, Ely LS et al. (2011) Gender differences, polypharmacy, and potential pharmacological interactions in the elderly. Clinics (Sao Paulo) 66(11):1867-1872

12. Beitz R, Dören M, Knopf H et al. (2004) Selbstmedikation mit Over-the-Counter-(OTC-)Präparaten in Deutschland. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 47(11):1043-1050

13. Knopf H, Melchert H, Robert Koch-Institut (Hrsg) (2003) Bundes-Gesundheitssurvey: Arzneimittelgebrauch - Konsumverhalten in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin

14. Figueiras A, Caamano F, Gestal-Otero JJ (2000) Sociodemographic factors related to self-medication in Spain. Eur J Epidemiol 16(1):19-26

15. Gerlach F, Greiner W, Haubitz M et al. (2014) Regionale Unterschiede hinsichtlich Arzneimittelausgaben und -verbrauch. Gutachten 2014 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Kapitel 2.2. http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=480 (Stand: 28.08.2017)

16. De Milas C (2014) Regionale Entwicklung von Ausgaben und Verbrauch. In: Häussler B, Hörer A, Hempel E (Hrsg) Arzneimittel-Atlas 2014 - Der Arzneimittelverbrauch in der GKV. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, S. 377-382

17. Grandt D, Schubert I (2016) BARMER GEK Arzneimittelreport 2016. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Band 39. https://www.barmer.de/blob/36730/5d1b2964c4fe2dc-9de815c357fda7dc8/data/pdf-arzneimittelreport-2016.pdf (Stand: 28.08.2017)

18. Kroth E (2017) Switch – Wie steht Deutschland im internationalen Vergleich da? Gesundh ökon Qual manag 22:3-11

Impressum

Journal of Health Monitoring

Institution der beteiligten Autorinnen und Autoren
Robert Koch-Institut, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Berlin

Korrespondenzadresse
Dr. Hildtraud Knopf
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
E-Mail: KnopfH@rki.de

Interessenkonflikt
Die korrespondierende Autorin gibt für sich, die Koautorin und den Koautor an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Förderungshinweis
Die GEDA-Studie wurde mit Mitteln des Robert Koch-Instituts und des Bundesministeriums für Gesundheit finanziert.

Hinweis
Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die Meinung des Robert Koch-Instituts wider.

Herausgeber
Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion
Susanne Bartig, Johanna Gutsche, Dr. Franziska Prütz,
Martina Rabenberg, Alexander Rommel, Dr. Anke-Christine Saß,
Stefanie Seeling, Martin Thißen, Dr. Thomas Ziese
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
Tel.: 030-18 754-3400
E-Mail: healthmonitoring@rki.de
www.rki.de/journalhealthmonitoring

Satz
Gisela Dugnus, Alexander Krönke, Kerstin Möllerke

Zitierweise
Knopf H, Prütz F, Du Y (2017) Arzneimittelanwendung von Erwachsenen in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2(4): 109–116.
DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-119

ISSN 2511-2708

Dieses Werk ist lizenziert unter einer Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz.

Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit

Journal of Health Monitoring · 2017 2(4)
DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-120
Robert Koch-Institut, Berlin

Autorinnen und Autor:
Lea-Sophie Borgmann, Petra Rattay, Thomas Lampert

Soziale Unterstützung als Ressource für Gesundheit in Deutschland

Abstract

Soziale Unterstützung resultiert aus sozialen Bindungen und Netzwerken. Als psychosoziale Ressource hat soziale Unterstützung einen wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit. Sie kann u. a. das psychische Wohlbefinden verbessern, Stress reduzieren und die Auswirkung ungünstiger Lebensbedingungen verringern. Auf Basis der Erhebung GEDA 2014/2015-EHIS des Robert Koch-Instituts (RKI) wird das Ausmaß und die Verteilung wahrgenommener sozialer Unterstützung in der erwachsenen Bevölkerung Deutschlands untersucht (n=23.617). Die Ergebnisse zeigen, dass sich Frauen und Männer zu einem großen Teil durch nahestehende Personen oder Nachbarn unterstützt fühlen. Soziale Unterstützung ist jedoch nicht in allen Bevölkerungsgruppen gleich verteilt: Ältere Personen, gering gebildete sowie nicht erwerbstätige Frauen und Männer berichten vergleichsweise häufig von geringer sozialer Unterstützung. Damit können insbesondere diejenigen Bevölkerungsgruppen, die häufiger von gesundheitlichen Problemen betroffen sind, seltener auf diese Ressource zurückgreifen.

SOZIALE UNTERSTÜTZUNG · RESSOURCEN · SOZIALE LAGE · GESUNDHEITSMONITORING · DEUTSCHLAND

Einleitung

Soziale Unterstützung entsteht unter anderem aus sozialen Bindungen und Netzwerken und ist eine wichtige Ressource für die Gesundheit. Dabei kann soziale Unterstützung verschiedene, sich teilweise überlagernde Funktionen haben. Einerseits umfasst sie emotionale Unterstützung, die durch Gefühle von Zuneigung und Fürsorge sowie ein wahrgenommenes Verständnis durch andere gekennzeichnet ist. Andererseits bietet soziale Unterstützung auch instrumentelle Unterstützung. Diese zeigt sich in Form von Hilfe bei der Bewältigung konkreter Aufgaben des Alltags, etwa finanzieller Unterstützung oder unentgeltlicher Arbeit. Damit sind beispielweise Hilfe bei Einkäufen oder die Bezahlung von Rechnungen gemeint. Weitere Aspekte sozialer Unterstützung sind Hilfe bei Entscheidungsfindungen, Feedback zu eigenen Entschlüssen sowie durch die Bereitstellung von Informationen (informationelle Unterstützung) [1, 2]. In der Forschung kann soziale Unterstützung auf verschiedene Arten erfasst werden. Vornehmlich unterschieden wird die Erhebung von wahrgenommener bzw. erwarteter sozialer Unterstützung sowie tatsächlich erhaltener sozialer Unterstützung [3].

Empirisch konnte gezeigt werden, dass insbesondere die wahrgenommene soziale Unterstützung als psychosoziale Ressource einen Einfluss auf verschiedene

GEDA 2014/2015-EHIS

Datenhalter: Robert Koch-Institut

Ziele: Bereitstellung zuverlässiger Informationen über den Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten und die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung in Deutschland, mit Möglichkeit zum europäischen Vergleich

Erhebungsmethode: Schriftlich oder online ausgefüllter Fragebogen

Grundgesamtheit: Bevölkerung ab 18 Jahren mit ständigem Wohnsitz in Deutschland

Stichprobenziehung: Einwohnermeldeamt-Stichproben – zufällig ausgewählte Personen aus 301 Gemeinden in Deutschland wurden eingeladen

Teilnehmende: 24.016 Personen (13.144 Frauen und 10.872 Männer)

Responserate: 26,9 %

Untersuchungszeitraum: November 2014 – Juli 2015

Datenschutz: Die Studie unterliegt der strikten Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes und wurde von der Bundesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit in Deutschland genehmigt. Die Teilnahme an der Studie war freiwillig. Die Teilnehmenden wurden über die Ziele und Inhalte der Studie sowie über den Datenschutz informiert und gaben ihre schriftliche Einwilligung (informed consent).

Mehr Informationen unter
www.geda-studie.de

Aspekte von Gesundheit haben kann [2, 4–7]. Dabei wurden insbesondere Zusammenhänge mit dem psychischen Wohlbefinden, dem Selbstbewusstsein und der Selbstwirksamkeitswahrnehmung, aber auch mit dem Gesundheitsverhalten in Bezug auf körperliche Bewegung, Tabak- und Alkoholkonsum beobachtet [1]. Menschen, die sich nicht ausreichend sozial unterstützt fühlen, sind häufiger durch chronischen Stress belastet, leiden häufiger unter körperlichen Beschwerden und Krankheiten und haben zudem ein erhöhtes Mortalitätsrisiko [1, 2, 8, 9]. Für die in Deutschland lebende Erwachsenenbevölkerung konnte darüber hinaus gezeigt werden, dass eine geringe wahrgenommene soziale Unterstützung bei Frauen und Männern in allen Altersgruppen mit einer deutlich erhöhten Prävalenz von Depressionen einhergeht [10].

Indikator

Der Indikator soziale Unterstützung wurde in der Studie GEDA 2014/2015-EHIS durch die Selbstangabe der Befragten in einem schriftlichen oder Online-Fragebogen erfasst. Der Grad der wahrgenommenen sozialen Unterstützung wurde mittels der Oslo-3-Items-Social-Support Scale (Oslo-3-Skala) erhoben [11]. Konkret wurden folgende Fragen gestellt: „Wie viele Menschen stehen Ihnen so nahe, dass Sie sich auf sie verlassen können, wenn Sie ernste persönliche Probleme haben?“ (Antwortvorgaben: keine, 1 bis 2, 3 bis 5, 6 oder mehr), „Wie viel Anteilnahme und Interesse zeigen andere Menschen an dem, was Sie tun?“ (Antwortvorgaben: sehr viel, viel, weder viel noch wenig, wenig, keine) und „Wie einfach ist es für Sie, praktische Hilfe von Nachbarn zu erhalten, wenn Sie diese benötigen?“ (Antwortvorgaben: sehr einfach, einfach, möglich, schwierig, sehr schwierig). Mit der Skala wird somit die subjektiv wahrgenommene Verfügbarkeit sozialer Unterstützung gemessen. Durch Addition der Einzelpunktwerte aus den drei Fragen wurde ein Index gebildet, der Werte zwischen 3 und 14 Punkten annehmen kann. Der Bereich von 3 bis 8 Punkten wird als geringe Unterstützung, von 9 bis 11 Punkten als mittlere Unterstützung und von 12 bis 14 Punkten als starke Unterstützung klassifiziert [12].

Die Analysen basieren auf Daten von 23.617 teilnehmenden Personen ab 18 Jahren (12.921 Frauen, 10.696 Männer) mit gültigen Angaben zu sozialer Unterstützung. Analysen zum (selbstdefinierten) Erwerbsstatus wurden auf das erwerbsfähige Alter (bis 64 Jahre) begrenzt.

Die Berechnungen wurden mit einem Gewichtungsfaktor durchgeführt, der Abweichungen der Stichprobe von der Bevölkerungsstruktur (Stand: 31.12.2014) hinsichtlich Geschlecht, Alter, Kreistyp und Bildung korrigiert. Der Kreistyp spiegelt den Grad der Urbanisierung und entspricht der regionalen Verteilung in Deutschland. Die Internationale Standardklassifikation für das Bildungswesen (ISCED) wurde verwendet, um die Angaben der Studienteilnehmenden zur Bildung zu klassifizieren [13]. Es wird von einem statistisch signifikanten Unterschied zwischen Gruppen ausgegangen, wenn sich die Konfidenzintervalle nicht überlappen.

Eine ausführliche Darstellung der Methodik von GEDA 2014/2015-EHIS findet sich bei Lange et al. 2017 [14] sowie im Beitrag Gesundheit in Deutschland aktuell

Mehr als ein Viertel der Frauen und Männer in Deutschland nehmen ihre soziale Unterstützung als stark wahr.

17,6 % der Frauen und 19,0 % der Männer geben an, dass sie nur geringe soziale Unterstützung erhalten.

– neue Daten für Deutschland und Europa in Ausgabe 1/2017 des Journal of Health Monitoring.

Ergebnisse und Einordnung

In Deutschland berichten 29,2 % der Frauen und 25,4 % der Männer, dass sie starke soziale Unterstützung erfahren (Tabelle 1 und Tabelle 2). Weitere 53,2 % der Frauen und 55,7 % der Männer erhalten eine mittelstarke soziale Unterstützung. Eine geringe soziale Unterstützung wird nur von 17,6 % der Frauen und 19,0 % der Männer wahrgenommen. Bei Frauen steigt der Anteil derjenigen, die nur geringe soziale Unterstützung erhalten, mit dem Alter leicht an. Weder die Unterschiede nach Alter noch nach Geschlecht sind statistisch signifikant.

Die Daten zeigen darüber hinaus, dass der Grad der sozialen Unterstützung mit dem Bildungsstatus zusammenhängt: So ist der Anteil der Frauen und Männer mit geringer sozialer Unterstützung in der oberen Bildungsgruppe am geringsten. Bei Frauen ist dieser Unterschied für alle Befragten im Alter bis 64 Jahre signifikant.

Frauen	Geringe Unterstützung		Mittlere Unterstützung		Starke Unterstützung	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
Frauen (gesamt)	**17,6**	**(16,6–18,6)**	**53,2**	**(52,1–54,3)**	**29,2**	**(28,1–30,3)**
Untere Bildungsgruppe	23,0	(21,0–25,2)	51,7	(49,4–54,0)	25,2	(23,1–27,5)
Mittlere Bildungsgruppe	17,0	(15,8–18,2)	54,2	(52,9–55,6)	28,8	(27,4–30,2)
Obere Bildungsgruppe	12,3	(11,0–13,7)	51,6	(49,8–53,4)	36,1	(34,3–37,9)
18–29 Jahre	16,7	(14,5–19,2)	55,1	(52,5–57,6)	28,2	(25,9–30,5)
Untere Bildungsgruppe	23,4	(18,2–29,5)	53,2	(47,0–59,3)	23,4	(18,5–29,1)
Mittlere Bildungsgruppe	16,1	(13,7–18,9)	54,9	(51,8–58,0)	29,0	(26,0–32,1)
Obere Bildungsgruppe	9,5	(6,9–13,1)	57,9	(53,3–62,4)	32,6	(28,6–36,9)
30–44 Jahre	17,9	(16,1–19,7)	52,5	(50,0–55,1)	29,6	(27,3–32,0)
Untere Bildungsgruppe	29,3	(23,4–36,1)	45,8	(38,2–53,5)	24,9	(18,8–32,2)
Mittlere Bildungsgruppe	17,7	(15,5–20,0)	54,9	(51,8–58,0)	27,4	(24,6–30,4)
Obere Bildungsgruppe	12,2	(10,1–14,7)	50,4	(46,6–54,1)	37,5	(33,9–41,2)
45–64 Jahre	15,9	(14,6–17,3)	53,4	(51,7–55,0)	30,7	(29,1–32,4)
Untere Bildungsgruppe	20,5	(17,1–24,4)	55,4	(50,9–59,7)	24,1	(20,6–28,0)
Mittlere Bildungsgruppe	15,9	(14,3–17,7)	53,4	(51,2–55,7)	30,7	(28,6–32,8)
Obere Bildungsgruppe	11,7	(9,9–13,7)	51,4	(48,4–54,4)	36,9	(34,1–39,8)
≥ 65 Jahre	20,2	(18,3–22,3)	52,3	(49,9–54,7)	27,4	(25,3–29,6)
Untere Bildungsgruppe	22,6	(19,7–25,7)	50,8	(47,0–54,5)	26,7	(23,3–30,3)
Mittlere Bildungsgruppe	18,8	(16,2–21,6)	54,5	(51,3–57,7)	26,8	(24,0–29,7)
Obere Bildungsgruppe	17,0	(13,8–20,8)	48,5	(43,5–53,5)	34,5	(29,9–39,4)
Gesamt (Frauen und Männer)	**18,3**	**(17,6–19,0)**	**54,4**	**(53,6–55,2)**	**27,3**	**(26,6–28,1)**

KI = Konfidenzintervall

Tabelle 1
Soziale Unterstützung (Oslo-3-Items-Social-Support Scale) bei Frauen nach Alter und Bildungsstatus (n = 12.921)
Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS

Tabelle 2
Soziale Unterstützung (Oslo-3-Items-Social-Support Scale) bei Männern nach Alter und Bildungsstatus (n = 10.696)
Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS

Männer	Geringe Unterstützung		Mittlere Unterstützung		Starke Unterstützung	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
Männer (gesamt)	**19,0**	**(18,0–20,0)**	**55,7**	**(54,5–56,8)**	**25,4**	**(24,4–26,4)**
Untere Bildungsgruppe	26,2	(23,4–29,2)	52,6	(49,3–55,9)	21,2	(18,5–24,2)
Mittlere Bildungsgruppe	19,4	(18,1–20,7)	56,0	(54,4–57,6)	24,6	(23,2–26,1)
Obere Bildungsgruppe	14,1	(12,9–15,4)	56,8	(55,1–58,5)	29,1	(27,6–30,6)
18–29 Jahre	18,9	(16,5–21,6)	55,0	(52,0–57,9)	26,1	(23,5–28,9)
Untere Bildungsgruppe	23,4	(18,0–29,9)	51,0	(44,3–57,6)	25,6	(20,0–32,1)
Mittlere Bildungsgruppe	17,7	(14,8–21,0)	57,4	(53,3–61,4)	24,9	(21,7–28,4)
Obere Bildungsgruppe	15,2	(10,8–21,0)	51,8	(46,1–57,4)	33,1	(27,6–39,0)
30–44 Jahre	19,2	(17,1–21,4)	55,6	(52,9–58,2)	25,3	(23,2–27,4)
Untere Bildungsgruppe	34,4	(27,0–42,7)	49,9	(42,0–57,9)	15,6	(10,3–23,1)
Mittlere Bildungsgruppe	18,5	(15,8–21,6)	58,0	(54,2–61,6)	23,5	(20,7–26,6)
Obere Bildungsgruppe	13,3	(10,7–16,4)	54,3	(50,5–58,0)	32,4	(29,2–35,8)
45–64 Jahre	18,9	(17,5–20,4)	55,9	(53,9–57,8)	25,2	(23,7–26,8)
Untere Bildungsgruppe	24,4	(20,0–29,5)	54,0	(48,1–59,8)	21,5	(17,5–26,3)
Mittlere Bildungsgruppe	20,6	(18,5–22,9)	54,8	(52,0–57,6)	24,6	(22,3–27,0)
Obere Bildungsgruppe	13,7	(12,1–15,6)	58,5	(56,0–60,9)	27,8	(25,6–30,1)
≥ 65 Jahre	19,0	(17,2–20,9)	56,0	(53,7–58,2)	25,1	(23,0–27,3)
Untere Bildungsgruppe	24,8	(20,3–29,9)	55,9	(49,9–61,6)	19,3	(15,4–23,9)
Mittlere Bildungsgruppe	19,6	(16,8–22,7)	54,7	(51,4–58,0)	25,7	(22,6–29,1)
Obere Bildungsgruppe	15,2	(13,1–17,5)	58,5	(55,2–61,8)	26,3	(23,4–29,5)
Gesamt (Frauen und Männer)	**18,3**	**(17,6–19,0)**	**54,4**	**(53,6–55,2)**	**27,3**	**(26,6–28,1)**

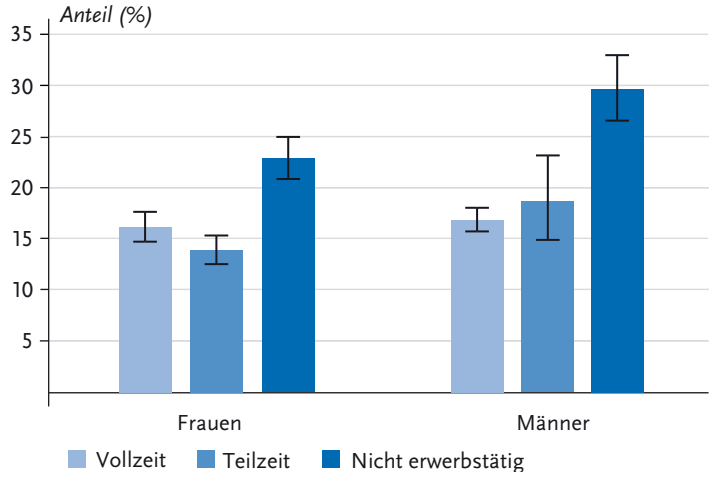
KI = Konfidenzintervall

Frauen und Männer der unteren Bildungsgruppe berichten häufiger von geringer sozialer Unterstützung als Frauen und Männer der hohen Bildungsgruppe.

Bei Männern trifft dies auf die Altersgruppen ab 30 Jahren zu. Starke soziale Unterstützung wird vor allem im mittleren Lebensalter von 30 bis 64 Jahren deutlich häufiger von Frauen der oberen Bildungsgruppe (im Vergleich zur unteren Bildungsgruppe) wahrgenommen. Bei Männern trifft dies auf die 30- bis 44-Jährigen zu.

In Bezug auf den Erwerbsstatus ist zu sehen, dass der Anteil geringer sozialer Unterstützung unter den nicht erwerbstätigen Frauen und Männern zwischen 18 und 64 Jahren deutlich höher ausfällt als bei den Voll- und Teilzeiterwerbstätigen (Abbildung 1). Bei beiden Geschlechtern ist der Anteil unter den Nicht-Erwerbstätigen mit geringer sozialer Unterstützung im mittleren Lebensalter zwischen 30 und 64 Jahren besonders hoch. Starke soziale Unterstützung hingegen wird bei Männern ab 30 Jahren signifikant häufiger von Vollzeiterwerbstätigen im Vergleich zu nicht erwerbstätigen Personen wahrgenommen. Bei Frauen trifft dies auf die Altersgruppe zwischen 45 und 64 Jahren zu (Daten nicht gezeigt).

Abbildung 1
Anteil geringer sozialer Unterstützung (Oslo-3-Items-Social-Support Scale) nach Geschlecht und Erwerbsstatus (n = 10.140 Frauen; n = 7.847 Männer)
Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS



Der Anteil an Personen mit geringer sozialer Unterstützung fällt unter nicht erwerbstätigen Frauen und Männern deutlich höher aus.

Die Ergebnisse der GEDA 2014/2015-EHIS Studie zeigen somit, dass mehr als vier Fünftel der Erwachsenenbevölkerung Deutschlands nach eigener Wahrnehmung über soziale Bindungen und Netzwerke verfügen, von denen sie eine mittlere bis starke Unterstützung erhalten. Andererseits nehmen vor allem Frauen und Männer mit niedriger Bildung häufiger eine geringe soziale Unterstützung durch ihr soziales Umfeld wahr. Zudem berichten nicht erwerbstätige Frauen und Männer besonders häufig von einer geringen sozialen Unterstützung. Insbesondere Gruppen, die auch stärker von gesundheitlichen Problemen betroffen sind, können somit in geringerem Ausmaß auf diese Ressource zurückgreifen. Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit Daten aus früheren GEDA-Studien und einer Untersuchung zum Zusammenhang von sozialer Unterstützung und Gesundheit auf Basis des Sozio-oekonomischen Panels [4, 6].

Literatur

1. Berkman LF, Glass T (2000) Social integration, social networks, social support, and health. Social Epidemiology 1:137-173
2. Uchino BN, Cacioppo JT, Kiecolt-Glaser JK (1996) The relationship between social support and physiological processes: a review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. Psychological Bulletin 119(3):488
3. Schwarzer R, Knoll N (2007) Functional roles of social support within the stress and coping process: A theoretical and empirical overview. International journal of psychology 42(4):243-252
4. Kroll LE, Lampert T (2011) Unemployment, social support and health problems: results of the GEDA study in Germany, 2009. Deutsches Ärzteblatt International 108(4):47
5. Uchino BN (2006) Social support and health: a review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. Journal of Behavioral Medicine 29(4):377-387
6. Kroll LE, Lampert T (2007) Sozialkapital und Gesundheit in Deutschland. Das Gesundheitswesen 69(03):120-127
7. Taylor SE (2011) Social support: A review. The handbook of health psychology 189:214
8. Hapke U, Maske U, Scheidt-Nave C et al. (2013) Chronischer Stress bei Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 56(5/6):749-754 http://edoc.rki.de/oa/articles/re4jxGWhL5gE/PDF/21xYyCjlzhA-zM.pdf (Stand: 28.09.2017)
9. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB (2010) Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. PLoS medicine 7(7):e1000316
10. Müters S, Hoebel J, Lange C (2013) Diagnose Depression: Unterschiede bei Frauen und Männern. GBE kompakt 4(2):1-10 http://edoc.rki.de/series/gbe-kompakt/2013-2/PDF/2.pdf (Stand: 28.09.2017)
11. Dalgard OS, Tambs K (1995) Social support, negative life events and mental health. The British Journal of Psychiatry 166(1):29-34
12. Kilpeläinen K, Aromaa A (2008) European health indicators: development and initial implementation: final report of the ECHIM project. Helsinki University Press, Helsinki

13. Statistisches Amt der Europäischen Union (Eurostat) (2016) Internationale Standardklassifikation für das Bildungswesen (ISCED). http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Main_Page/de (Stand: 13.01.2017)

14. Lange C, Finger JD, Allen J et al. (2017) Implementation of the European health interview survey (EHIS) into the German health update (GEDA). Archives of Public Health 75(1):40

Impressum

Journal of Health Monitoring

Institution der beteiligten Autorinnen und Autoren
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Berlin

Korrespondenzadresse
Lea-Sophie Borgmann
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
E-Mail: BorgmannL@rki.de

Interessenkonflikt
Die korrespondierende Autorin gibt für sich, die Koautorin und den Koautor an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Förderungshinweis
Die GEDA-Studie wurde mit Mitteln des Robert Koch-Instituts und des Bundesministeriums für Gesundheit finanziert.

Hinweis
Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die Meinung des Robert Koch-Instituts wider.

Herausgeber
Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion
Susanne Bartig, Johanna Gutsche, Dr. Franziska Prütz,
Martina Rabenberg, Alexander Rommel, Dr. Anke-Christine Saß,
Stefanie Seeling, Martin Thißen, Dr. Thomas Ziese
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
Tel.: 030-18 754-3400
E-Mail: healthmonitoring@rki.de
www.rki.de/journalhealthmonitoring

Satz
Gisela Dugnus, Alexander Krönke, Kerstin Möllerke

Zitierweise
Borgmann LS, Rattay P, Lampert T (2017) Soziale Unterstützung als Ressource für Gesundheit in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2(4): 117–123. DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-120

ISSN 2511-2708

Dieses Werk ist lizenziert unter einer Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz.

Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit

Journal of Health Monitoring · 2017 2(4)
DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-121
Robert Koch-Institut, Berlin

Autorin und Autoren:
Lars Eric Kroll, Stephan Müters,
Maria Schumann, Thomas Lampert

Wahrnehmung gesundheitsgefährdender Arbeitsbedingungen in Deutschland

Abstract

Die Prävalenz der Wahrnehmung gesundheitsgefährdender Arbeitsbedingungen wurde in der Studie GEDA 2014/2015-EHIS über eine einfache abgestufte Frage erfasst. Rund ein Fünftel der erwerbstätigen Bevölkerung nimmt starke oder sehr starke Gesundheitsgefahren am Arbeitsplatz wahr, Frauen mit 18,6 % deutlich seltener als Männer mit 27,0 %. Unterschiede zwischen Frauen und Männern erklären sich durch das unterschiedliche Ausmaß der Erwerbstätigkeit, aber auch durch die anhaltende geschlechtsspezifische Aufteilung des Arbeitsmarktes (Segregation). Mit Blick auf die schulische und berufliche Qualifikation zeigen sich zudem bei Männern ausgeprägte Unterschiede zuungunsten der unteren Bildungsgruppen, während bei Frauen keine ausgeprägten Unterschiede festzustellen sind. Die wahrgenommene Gesundheitsgefährdung ist bei Frauen und Männern in der Branche Personen- und Güterverkehr am höchsten. Die Ergebnisse weisen auf die Bedeutung von Arbeitsschutz und betrieblicher Gesundheitsförderung hin.

GESUNDHEIT AM ARBEITSPLATZ · ARBEITSBEDINGUNGEN · SOZIALE UNGLEICHHEIT · GESUNDHEITSMONITORING

Einleitung

Risiken der Erwerbsarbeit resultieren aus körperlichen oder psychischen Beanspruchungen durch die Arbeit sowie aus Unfall- und Verletzungsrisiken am Arbeitsplatz oder auf dem Weg zur Arbeit [1, 2]. Der technische Fortschritt und die wirtschaftliche Globalisierung fördern zudem Prozesse einer weiteren Intensivierung der Erwerbsarbeit: Fertigungs-, Dienstleistungs- und Kommunikationsprozesse beschleunigen sich, dauerhafte Beschäftigungsformen werden seltener, Anforderungen an die Mobilität und Erreichbarkeit steigen [3, 4].

In den Arbeitswissenschaften hat sich das sogenannte Belastungs-/Beanspruchungskonzept durchgesetzt, um die Entstehung von gesundheitlichen Belastungen durch die Arbeit zu beschreiben [4, 5]. Ihm zufolge können Arbeitsbelastungen zu einer gesundheitlichen Beanspruchung von Erwerbstätigen führen. Dies geschieht insbesondere dann, wenn die Stärke der Belastungen bzw. die zeitliche Dauer, über welche die Betroffenen diesen Belastungen ausgesetzt sind (Exposition), deren körperliche oder psychische Leistungsfähigkeit übersteigt und dies nicht durch technische oder organisatorische Maßnahmen ausgeglichen werden kann. Insgesamt zeigt sich, dass niedrig qualifizierte Beschäftigte häufiger und auch stärkeren Belastungen bei der Arbeit ausgesetzt sind [6].

GEDA 2014/2015-EHIS

Datenhalter: Robert Koch-Institut

Ziele: Bereitstellung zuverlässiger Informationen über den Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten und die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung in Deutschland, mit Möglichkeit zum europäischen Vergleich

Erhebungsmethode: Schriftlich oder online ausgefüllter Fragebogen

Grundgesamtheit: Bevölkerung ab 18 Jahren mit ständigem Wohnsitz in Deutschland

Stichprobenziehung: Einwohnermeldeamt-Stichproben – zufällig ausgewählte Personen aus 301 Gemeinden in Deutschland wurden eingeladen

Teilnehmende: 24.016 Personen (13.144 Frauen und 10.872 Männer)

Responserate: 26,9 %

Untersuchungszeitraum: November 2014 – Juli 2015

Datenschutz: Die Studie unterliegt der strikten Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes und wurde von der Bundesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit in Deutschland genehmigt. Die Teilnahme an der Studie war freiwillig. Die Teilnehmenden wurden über die Ziele und Inhalte der Studie sowie über den Datenschutz informiert und gaben ihre schriftliche Einwilligung (informed consent).

Mehr Informationen unter
www.geda-studie.de

Viele Studien verweisen auf komplexe Wechselwirkungen zwischen Arbeitsbedingungen, Erwerbstätigkeit und Gesundheit [7]. Körperliche und psychische Belastungen bei der Arbeit stehen in engem Zusammenhang mit dem Auftreten von Krankheiten und Beschwerden [4, 8-10], Arbeitsunfällen [11], Arbeitsunfähigkeit [12, 13] und Frühberentungen [14, 15] und wirken sich auch auf das Mortalitätsrisiko aus [16, 17]. Der Zusammenhang zwischen Arbeitsbelastungen und Gesundheit zeigt sich dabei in allen europäischen Staaten und ist weitgehend unabhängig von Aufbau und Strukturen des Sozialstaats [18]. Aufgrund ihrer gesundheitlichen Folgen, Fehlzeiten bei der Arbeit und den damit verbundenen wirtschaftlichen Kosten [19] wird der Verbesserung der Arbeitsbedingungen im Rahmen des Arbeitsschutzes und des betrieblichen Gesundheitsmanagements eine erhebliche Bedeutung beigemessen.

Indikator

Der Indikator „Wahrnehmung gesundheitsgefährdender Arbeitsbedingungen“ wurde in der Studie GEDA 2014/2015-EHIS durch die Selbstangabe der Befragten in einem schriftlich oder online auszufüllenden Fragebogen erfasst. Zur Messung von gesundheitsgefährdenden Arbeitsbedingungen stehen viele verschiedene Indikatoren zur Verfügung, die häufig zu umfangreich sind, um sie in einem Gesundheitssurvey zu berücksichtigen. In der Studie GEDA 2014/2015-EHIS wurden die erwerbstätigen Befragten daher um ihre Selbsteinschätzung zu den gesundheitlichen Folgen ihrer Erwerbstätigkeit gebeten. Die Frageformulierung lautete: „Glauben Sie, dass Ihre Gesundheit durch Ihre Arbeit gefährdet ist?“. Die Antwortmöglichkeiten waren „sehr stark“, „stark“, „mäßig“ und „gar nicht“ gefährdet. Für die Auswertung wurden die ersten beiden Antwortmöglichkeiten zusammengefasst. Die folgenden Darstellungen bilden demnach eine subjektiv wahrgenommene starke oder sehr starke Gesundheitsgefährdung durch die Arbeit ab.

Die Analysen basieren auf Daten von 14.265 teilnehmenden erwerbstätigen Personen zwischen 18 und 64 Jahren (7.761 Frauen, 6.504 Männer) mit gültigen Angaben zu gesundheitsgefährdenden Arbeitsbedingungen. Die Berechnungen wurden mit einem Gewichtungsfaktor durchgeführt, der Abweichungen der Stichprobe von der Bevölkerungsstruktur (Stand: 31.12.2014) hinsichtlich Geschlecht, Alter, Kreistyp und Bildung korrigiert. Der Kreistyp spiegelt den Grad der Urbanisierung und entspricht der regionalen Verteilung in Deutschland. Die Internationale Standardklassifikation für das Bildungswesen (ISCED) wurde verwendet, um die schulischen und beruflichen Bildungsabschlüsse der Studienteilnehmenden zu klassifizieren [20]. Eine ausführliche Darstellung der Methodik von GEDA 2014/2015-EHIS findet sich bei Lange et al. 2017 [21] sowie im Beitrag Gesundheit in Deutschland aktuell – neue Daten für Deutschland und Europa in Ausgabe 1/2017 des Journal of Health Monitoring.

Ergebnisse und Einordnung

Nach den Ergebnissen der Studie GEDA 2014/2015-EHIS nehmen 23,0 % der Erwerbstätigen starke oder sehr starke Gesundheitsgefährdungen am Arbeitsplatz wahr. Dieser Anteil lag in früheren GEDA-Studien mit knapp 16,8 % im Jahr 2010 bzw. 20,9 % im Jahr 2012 niedriger als im

Tabelle 1
Prävalenz der wahrgenommenen Gesundheitsgefährdung durch die Arbeit (stark/sehr stark) nach Geschlecht, Alter und Bildungsstatus (n = 7.761 Frauen; n = 6.504 Männer)
Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS

Frauen	%	(95 %-KI)
Frauen (gesamt)	**18,6**	**(17,5 – 19,7)**
18 – 29 Jahre	19,9	(17,5 – 22,6)
Untere Bildungsgruppe	18,0	(11,5 – 27,0)
Mittlere Bildungsgruppe	21,1	(18,0 – 24,6)
Obere Bildungsgruppe	17,4	(13,4 – 22,2)
30 – 44 Jahre	17,3	(15,6 – 19,3)
Untere Bildungsgruppe	12,2	(7,6 – 19,1)
Mittlere Bildungsgruppe	18,1	(15,7 – 20,8)
Obere Bildungsgruppe	17,6	(14,9 – 20,8)
45 – 64 Jahre	18,8	(17,3 – 20,4)
Untere Bildungsgruppe	18,0	(14,2 – 22,5)
Mittlere Bildungsgruppe	18,5	(16,7 – 20,5)
Obere Bildungsgruppe	20,4	(17,9 – 23,1)
Gesamt (Frauen und Männer)	**23,0**	**(22,1 – 24,0)**

Männer	%	(95 %-KI)
Männer (gesamt)	**27,0**	**(25,6 – 28,5)**
18 – 29 Jahre	22,9	(19,8 – 26,2)
Untere Bildungsgruppe	20,4	(14,1 – 28,6)
Mittlere Bildungsgruppe	26,6	(22,5 – 31,1)
Obere Bildungsgruppe	10,8	(7,3 – 15,5)
30 – 44 Jahre	28,3	(25,9 – 30,9)
Untere Bildungsgruppe	41,1	(32,1 – 50,7)
Mittlere Bildungsgruppe	31,4	(28,0 – 35,0)
Obere Bildungsgruppe	18,4	(15,8 – 21,4)
45 – 64 Jahre	27,9	(26,1 – 29,8)
Untere Bildungsgruppe	34,5	(29,5 – 39,7)
Mittlere Bildungsgruppe	31,9	(29,2 – 34,8)
Obere Bildungsgruppe	19,2	(17,2 – 21,4)
Gesamt (Frauen und Männer)	**23,0**	**(22,1 – 24,0)**

KI = Konfidenzintervall

Rund ein Fünftel der erwerbstätigen Erwachsenen nimmt starke oder sehr starke Gesundheitsgefahren am Arbeitsplatz wahr, Frauen deutlich seltener als Männer.

Wahrgenommene Gesundheitsgefährdungen durch die Arbeit sind von 16,8 % im Jahr 2010 auf 23,0 % im Jahr 2014 gestiegen.

Jahr 2014. Bei Frauen liegen die Werte dabei in allen Jahren niedriger als bei Männern. Im Jahr 2014 betrugen sie bei Frauen 18,6 % und bei Männern 27,0 % (Tabelle 1). Auch nach Kontrolle für Altersunterschiede und Unterschiede im Beschäftigungsumfang zeigt sich zwischen 2010 bis 2014 für Frauen und Männer eine signifikante Zunahme der Wahrnehmung gesundheitsgefährdender Arbeitsbedingungen.

Im Altersgang bleibt der Anteil der Erwerbstätigen, die eine starke oder sehr starke Gesundheitsgefährdung am Arbeitsplatz wahrnehmen, bei Frauen relativ stabil. Männer berichten im Alter zwischen 18 und 29 Jahren deutlich niedrigere Anteilswerte als in den beiden höheren Altersgruppen (Tabelle 1). Mit Blick auf die schulische und berufliche Qualifikation zeigen sich bei Männern ausgeprägte Unterschiede zuungunsten der unteren Bildungsgruppen, während bei Frauen keine deutlichen Unterschiede bestehen. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass der Wirtschaftsbereich sowie Art und der Umfang der ausgeübten Tätigkeiten (z. B. Teilzeitarbeit) von besonderer Bedeutung dafür sind, wie stark Erwerbstätige gesundheitsgefährdenden Arbeitsbelastungen ausgesetzt sind [6]. Männer mit niedriger Qualifikation arbeiten öfter unter physisch belastenden Arbeitsbedingungen, bei Frauen ist dies nicht gleichermaßen der Fall [6].

Um die Altersstruktur und den Beschäftigungsumfang bei Betrachtung der Wahrnehmung gesundheitsschädigender Arbeitsbedingungen im Branchenvergleich statistisch zu kontrollieren, werden die Anteilswerte exemplarisch für 40-jährige Vollzeitbeschäftige (39 h/Woche) modellbasiert geschätzt (vorhergesagte Prävalenz, Tabelle 2). Für Wirtschaftsbereiche mit einer Stichprobengröße von weniger als 50 Frauen oder Männern werden keine Ergebnisse dargestellt. Frauen im Personen- und

Tabelle 2
Wahrgenommene Gesundheitsgefährdung durch die Arbeit nach Geschlecht und Branche; vorhergesagte Prävalenz für Vollzeitbeschäftigte im Alter von 40 Jahren (n = 7.276 Frauen; n = 6.138 Männer)
Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS

Wirtschaftsbereiche	Frauen		Männer	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
Land- und Forstwirtschaft, Fischerei	34,9	(20,1 – 49,6)	31,8	(20,5 – 43,1)
Verarbeitendes Gewerbe/Herstellung von Waren	19,3	(15,1 – 23,6)	30,8	(27,5 – 34,1)
Energieversorgung	5,6	(0,0 – 12,4)	28,6	(19,0 – 38,1)
Baugewerbe	10,7	(3,7 – 17,8)	45,1	(39,7 – 50,5)
Groß- und Einzelhandel; Kfz-Instandhaltung	21,1	(16,5 – 25,6)	24,1	(19,3 – 28,9)
Personen- und Güterverkehr; Lagerei, Kurierdienst	36,9	(25,6 – 48,2)	46,0	(39,0 – 53,1)
Gastgewerbe, Gastronomie	33,9	(25,4 – 42,3)	31,2	(18,7 – 43,6)
Information und Kommunikation	13,4	(8,4 – 18,3)	17,0	(12,6 – 21,5)
Banken/Finanz- und Versicherungsdienstleister	16,1	(11,6 – 20,6)	21,8	(15,3 – 28,3)
Grundstücks- und Wohnungswesen	18,0	(6,2 – 29,9)	17,1	(5,2 – 29,0)
Freiberufliche Dienstleistungen	16,3	(10,8 – 21,8)	22,2	(16,0 – 28,4)
Sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen	16,7	(9,5 – 23,9)	30,3	(19,9 – 40,8)
Verwaltung	19,3	(15,0 – 23,7)	25,1	(20,7 – 29,6)
Erziehung und Unterricht	28,8	(24,8 – 32,8)	18,3	(12,8 – 23,7)
Gesundheits- und Sozialwesen	36,6	(33,1 – 40,2)	35,1	(28,8 – 41,5)
Sonstige personenbezogene Dienstleistungen	24,4	(15,3 – 33,6)	32,9	(22,0 – 43,8)
Kunst, Unterhaltung, Sport und Erholung	15,2	(5,0 – 25,4)	17,8	(7,3 – 28,2)

KI = Konfidenzintervall
Ergebnisse für Branchen mit weniger als n = 50 Frauen oder Männern in der Stichprobe werden nicht dargestellt

Bei Frauen und Männern ist unabhängig von Alter und Beschäftigungsumfang die wahrgenommene Gesundheitsgefährdung im Personen- und Güterverkehr am höchsten.

Die hohe Zahl subjektiv belasteter Beschäftigter macht auf die anhaltend hohe Bedeutung von Arbeitsschutz und betrieblicher Gesundheitsförderung aufmerksam.

Güterverkehr sowie im Gesundheits- und Sozialwesen nehmen demnach besonders häufig eine starke Gesundheitsgefährdung durch die eigene Arbeit wahr. Männer berichten die höchsten Werte ebenfalls im Personen- und Güterverkehr sowie im Baugewerbe. Erwerbstätige im Bereich der Dienstleistungen – wie etwa im Finanzsektor oder in den freiberuflichen Tätigkeiten – nehmen dagegen deutlich seltener gesundheitsschädigende Arbeitsbedingungen wahr. Die vorgefundenen Unterschiede nach Branchen korrespondieren mit Daten aus der Gesetzlichen Krankenversicherung. Diese weisen krankheitsbedingte Fehlzeiten ebenfalls verstärkt in den Wirtschaftsbereichen Verkehr und Transport aus [19].

Im Rahmen des Arbeitsschutzes in Deutschland ist es die gesetzliche Aufgabe der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber die Sicherheit und den Gesundheitsschutz der Beschäftigten bei der Arbeit zu gewährleisten. Die Gesundheitsförderung im Setting Betrieb wird zudem auch durch das im Jahr 2015 verabschiedete Präventionsgesetz als ein Fokus der Aktivitäten der Krankenkassen festgeschrieben. Mit zunehmender Tendenz nimmt dennoch fast ein Viertel der Erwerbstätigen ihre Arbeit als Gefährdung für die eigene Gesundheit wahr. Dieser Befund verdeutlicht die anhaltende Bedeutung von Arbeitsschutz und betrieblicher Gesundheitsförderung für die Gesundheit der Bevölkerung.

Literatur

1. Schlick C, Bruder R, Luczak H (2010) Arbeitswissenschaft. Springer, Heidelberg
2. Griefahn B (1996) Arbeitsmedizin. Thieme, Stuttgart
3. Lenhardt U, Ertel M, Morschhäuser M (2010) Psychische Arbeitsbelastungen in Deutschland: Schwerpunkte – Trends – betriebliche Umgangsweisen. WSI-Mitteilungen 63(7):335 –342
4. Lohmann-Haislah (2012) Stressreport Deutschland 2012. BAuA, Dortmund
5. Rohmert W (1984) Das Belastungs-Beanspruchungs-Konzept. Zeitschrift für Arbeitswissenschaft 38(10):196-200
6. Dragano N, Wahrendorf M, Muller K et al. (2016) Arbeit und gesundheitliche Ungleichheit: Die ungleiche Verteilung von Arbeitsbelastungen in Deutschland und Europa. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 59(2):217-227
7. Barnay T (2014) Health, Work and Working Conditions. OECD Economics Department Working Papers 1148:3-32
8. Kivimäki M, Nyberg ST, Batty GD et al. (2012) Job strain as a risk factor for coronary heart disease: a collaborative meta-analysis of individual participant data. The Lancet 380(9852):1491-1497
9. Siegrist J, Dragano N (2006) Berufliche Belastungen und Gesundheit. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie Sonderheft 46:109-124
10. Backé E-M, Seidler A, Latza U et al. (2012) The role of psychosocial stress at work for the development of cardiovascular diseases: a systematic review. International Archives of Occupational and Environmental Health 85(1):67-79
11. Rommel A, Varnaccia G, Lahmann N et al. (2016) Occupational Injuries in Germany: Population-Wide National Survey Data Emphasize the Importance of Work-Related Factors. PLOS ONE 11(2):e0148798
12. Bödeker W (2000) Der Einfluss arbeitsbedingter Belastungen auf das diagnosenspezifische Arbeitsunfähigkeitsgeschehen. Sozial- und Praventivmedizin 45:25-34
13. Michie S, Williams S (2003) Reducing work related psychological ill health and sickness absence: a systematic literature review. Occupational and Environmental Medicine 60(1):3-9
14. Brussig M (2014) Arbeitsbelastungen und Flexibilisierung des Renteneintritts. In: Badura B, Ducki A, Schröder H et al. (Hrsg) Fehlzeiten-Report 2014. Springer Berlin Heidelberg, S. 201-210
15. Dragano N (2007) Arbeit, Stress und krankheitsbedingte Frührenten: Zusammenhänge aus theoretischer und empirischer Sicht. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
16. Kroh M, Neiss H, Kroll L et al. (2012) Menschen mit hohen Einkommen leben länger. DIW Wochenbericht 38
17. Kivimäki M, Leino-Arjas P, Luukkonen R et al. (2002) Work stress and risk of cardiovascular mortality: prospective cohort study of industrial employees. 325
18. Bambra C, Lunau T, Van der Wel KA et al. (2014) Work, Health, and Welfare: The Association between Working Conditions, Welfare States, and Self-Reported General Health in Europe. International Journal of Health Services 44(1):113-136
19. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (2014) Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2012. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Berlin
20. Statistisches Amt der Europäischen Union (Eurostat) (2016) Internationale Standardklassifikation für das Bildungswesen (ISCED). http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Glossary:International_standard_classification_of_education_%28ISCED%29/de (Stand: 13.01.2017)
21. Lange C, Finger JD, Allen J et al. (2017) Implementation of the European health interview survey (EHIS) into the German health update (GEDA). Archives of Public Health 75(1):40

Impressum

Journal of Health Monitoring

Institution der beteiligten Autorinnen und Autoren
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Berlin

Korrespondenzadresse
Dr. Lars Eric Kroll
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
E-Mail: KrollL@rki.de

Interessenkonflikt
Der korrespondierende Autor gibt für sich, die Koautorin und Koautoren an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Förderungshinweis
Die GEDA-Studie wurde mit Mitteln des Robert Koch-Instituts und des Bundesministeriums für Gesundheit finanziert.

Hinweis
Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die Meinung des Robert Koch-Instituts wider.

Herausgeber
Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion
Susanne Bartig, Johanna Gutsche, Dr. Franziska Prütz,
Martina Rabenberg, Alexander Rommel, Dr. Anke-Christine Saß,
Stefanie Seeling, Martin Thißen, Dr. Thomas Ziese
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
Tel.: 030-18 754-3400
E-Mail: healthmonitoring@rki.de
www.rki.de/journalhealthmonitoring

Satz
Gisela Dugnus, Alexander Krönke, Kerstin Möllerke

Zitierweise
Kroll LE, Müters S, Schumann M et al. (2017) Wahrnehmung gesundheitsgefährdender Arbeitsbedingungen in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2(4): 124–129. DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-121

ISSN 2511-2708

Dieses Werk ist lizenziert unter einer Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz.

Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit