

Gesundheit, Armut und soziale Ungleichheit

Empirische Arbeiten auf Grundlage der Daten des Mikrozensus

**Uwe Helmert
Zentrum für Sozialpolitik (ZeS)
Universität Bremen**

- 1. Potenziale und Schwächen des Mikrozensus zum Themenbereich Soziale Ungleichheit, Armut und Gesundheit**
- 2. Beispiele für empirische Analysen mit den Gesundheitsdaten des Mikrozensus**
- 3. Vorschläge zur besseren Ausnutzung der Potenziale des Mikrozensus für gesundheitswissenschaftliche Fragestellungen**

Allgemeine Einschätzung

- **Der Mikrozensus bietet auf Grund seiner vielfältigen Merkmale zur materiellen Situation der Bevölkerung eine hervorragende Grundlage, um das Ausmaß von Einkommensarmut in Deutschland zu beschreiben.**
- **Demgegenüber sind die in den Zusatzerhebungen enthaltenen Merkmale zur Beschreibung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung unzureichend.**
- **Die Ernährungssituation wird dabei etwas verwirrend auf Körpergröße und Körpergewicht reduziert.**
- **Positiv zu werten sind die Merkmale zum Rauchverhalten, die es erlauben, sehr differenzierte Analysen zu den aktuellen Rauchgewohnheiten der Bevölkerung zu erstellen.**
- **Die Variablen zu Krankheiten und Unfällen sind zu krankheitsorientiert und blenden wichtige andere Aspekte des Gesundheitsverhaltens und die bedeutsame Selbsteinschätzung des eigenen Gesundheitszustandes aus.**
- **Durch eine sinnvolle Erweiterung/Modifikation der gesundheitsbezogenen Fragen in den Zusatzerhebungen des Mikrozensus könnte das Potenzial dieses wichtigen Instrumentariums für die nationale Gesundheitsberichterstattung und auch für Analysen zum Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit weitaus besser ausgeschöpft werden.**

Empirische Untersuchungen auf der Ebene der Bundesländer

unter Verwendung der Merkmale

Einkommensungleichheit

Arbeitslosigkeit

Lebenserwartung

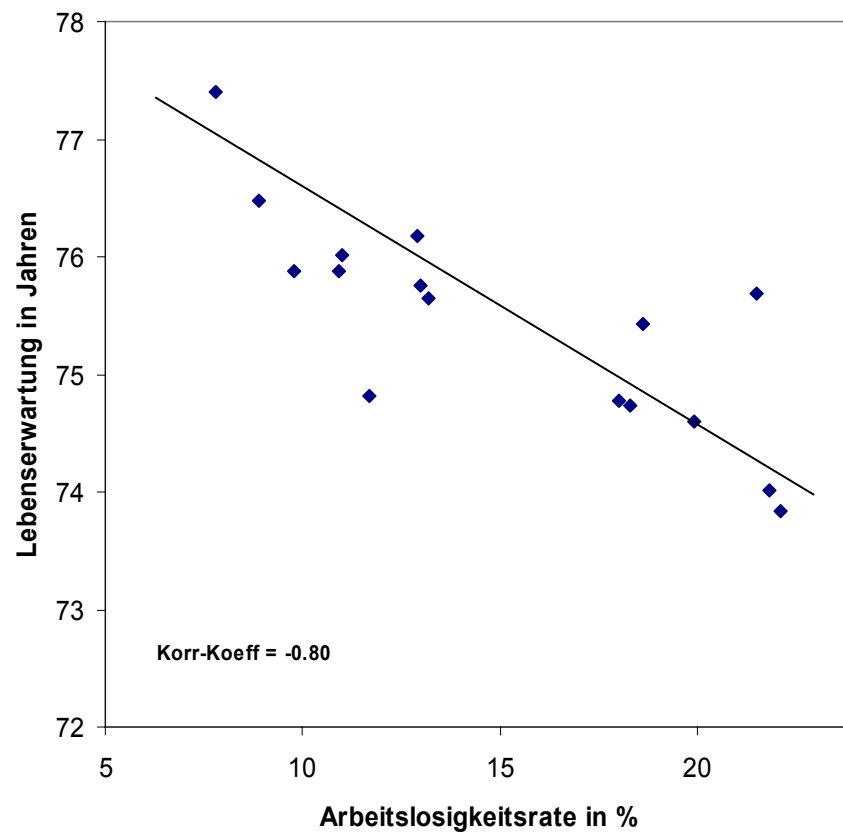
und

Gesundheitszustand

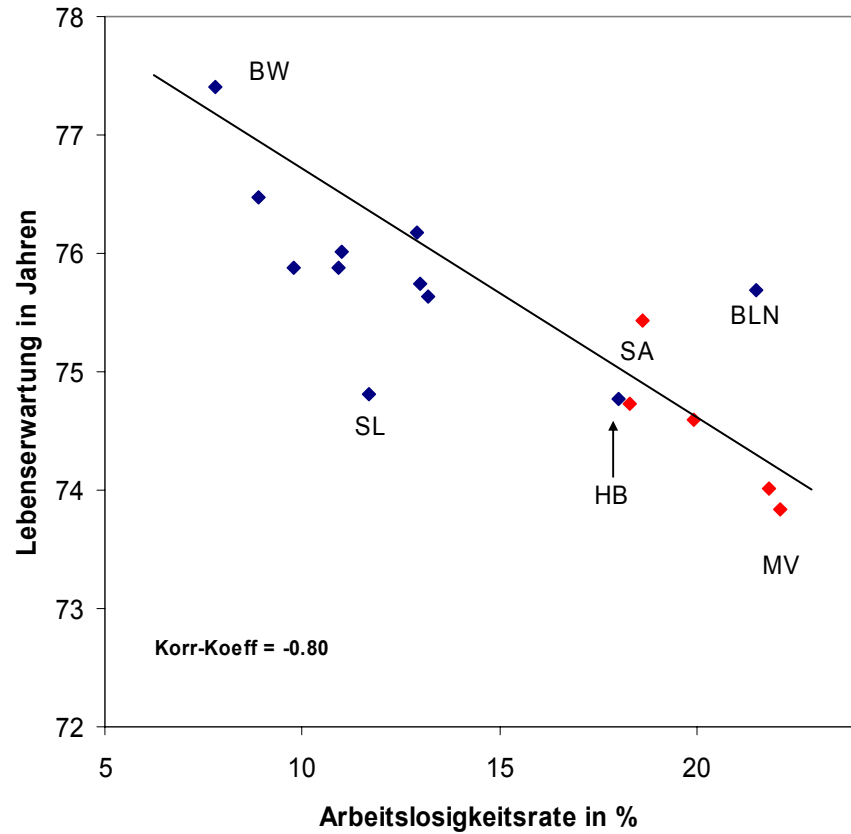
Unteres Quartil des Haushaltsnettoeinkommens in % nach Bundesländern
(MZ 2003, N = 276132, Alter <= 60 Jahre)

	Flächenstaaten West	Flächenstaaten Ost	Stadtstaaten
1.	17.4 Baden-Württemberg		
2.	17.6 Bayern		
3.	19.1 Rheinland-Pfalz		
4.	19.9 Hessen		
5.	22.5 Niedersachsen		
6.	22.8 Schleswig-Holstein		
7.	23.0 Nordrhein-Westfalen		
8.	23.9 Saarland		
9.		29.2 Brandenburg	
10.			30.3 Hamburg
11.		30.5 Thüringen	
12.		30.9 Sachsen	
13.		31.2 Sachsen-Anhalt	
14.			32.9 Bremen
15.		34.1 Mecklenburg-V.	
16.			36.2 Berlin
Mittel	20.7	31.2	33.1

Mittlere Lebenserwartung der Männer 2004 und Arbeitslosigkeitsraten 2004 nach Bundesländern

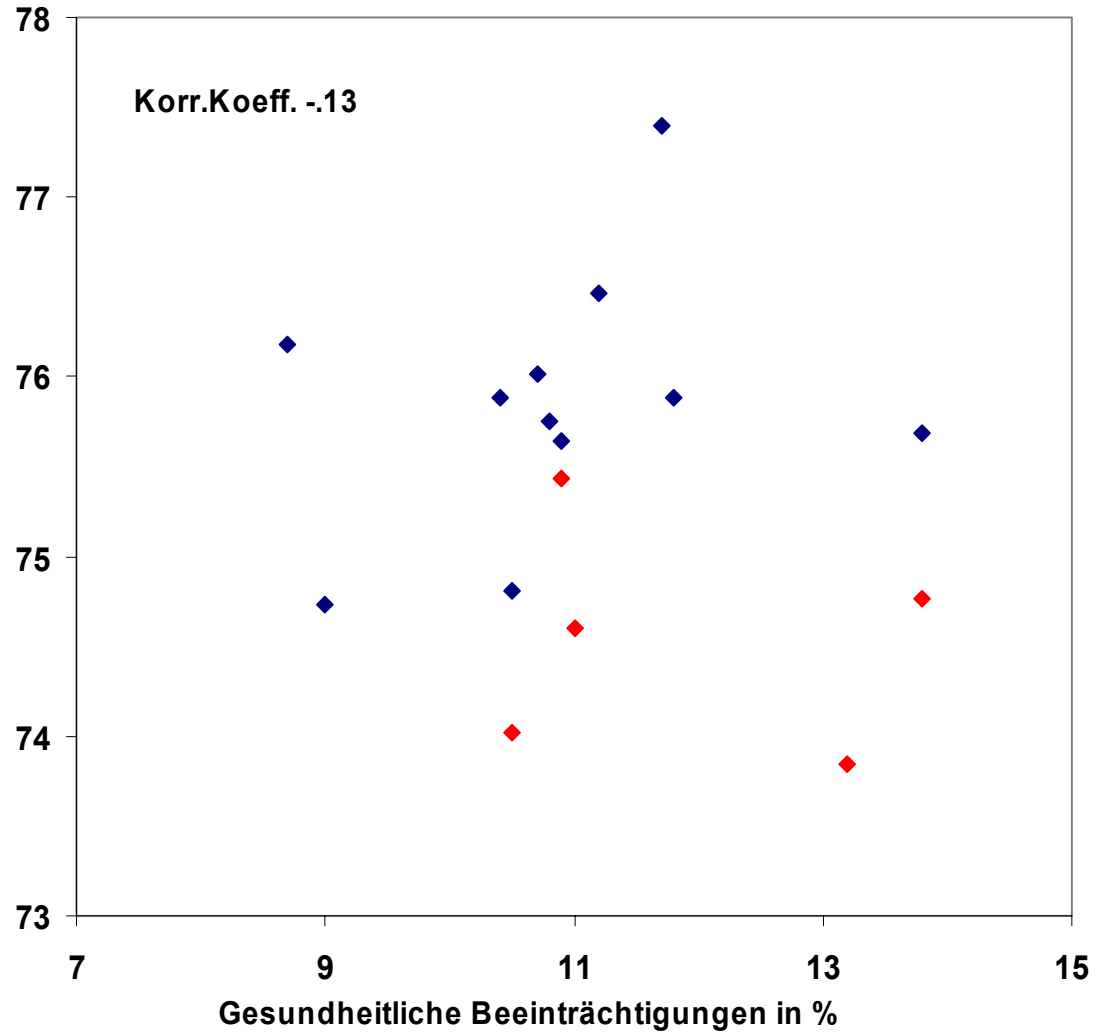


Mittlere Lebenserwartung der Männer 2004 und Arbeitslosigkeitsraten 2004 nach Bundesländern

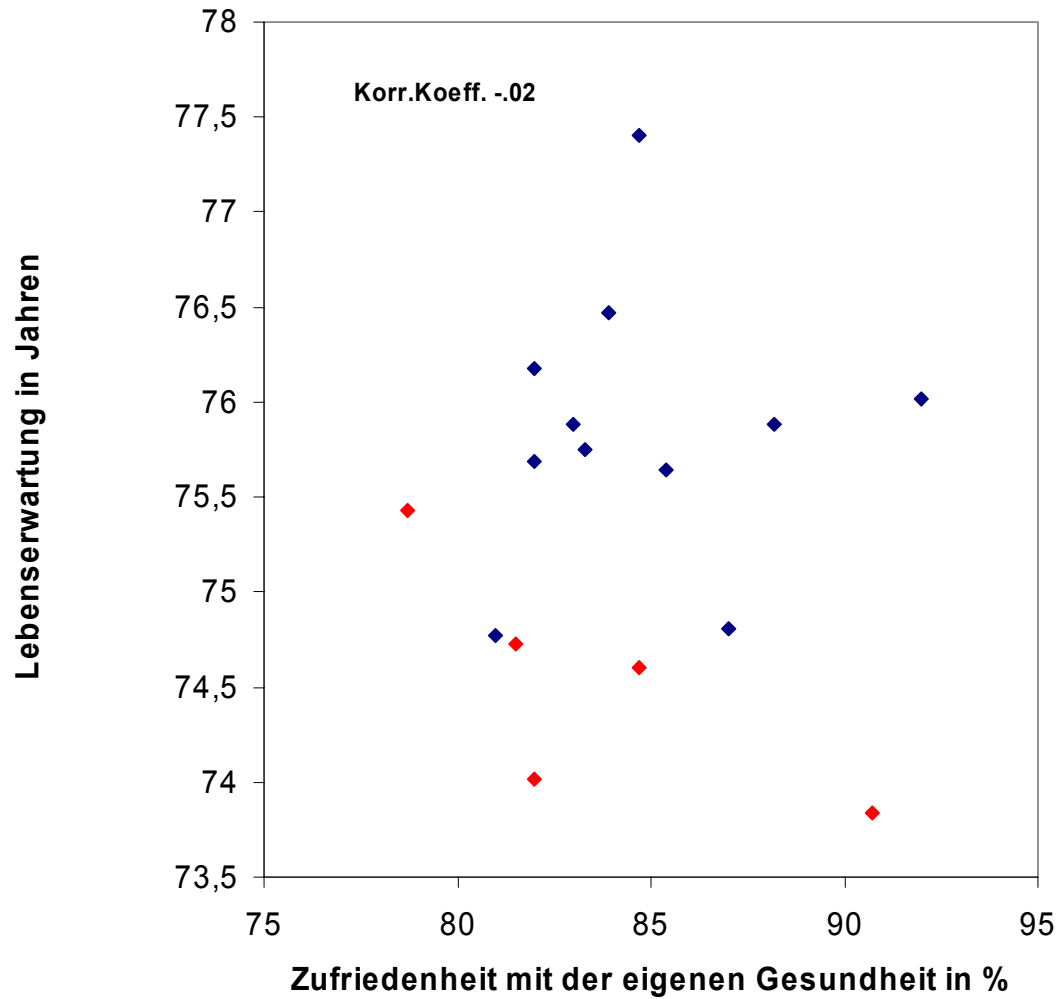


Gesundheitliche Beeinträchtigungen (MZ) in % und Lebenserwartung 2004 der Männer nach Bundesländern

LE in Jahren



Gesundheitszufriedenheit und Lebenserwartung der Männer, nach Bundesländern, Emnid-Studie 2005



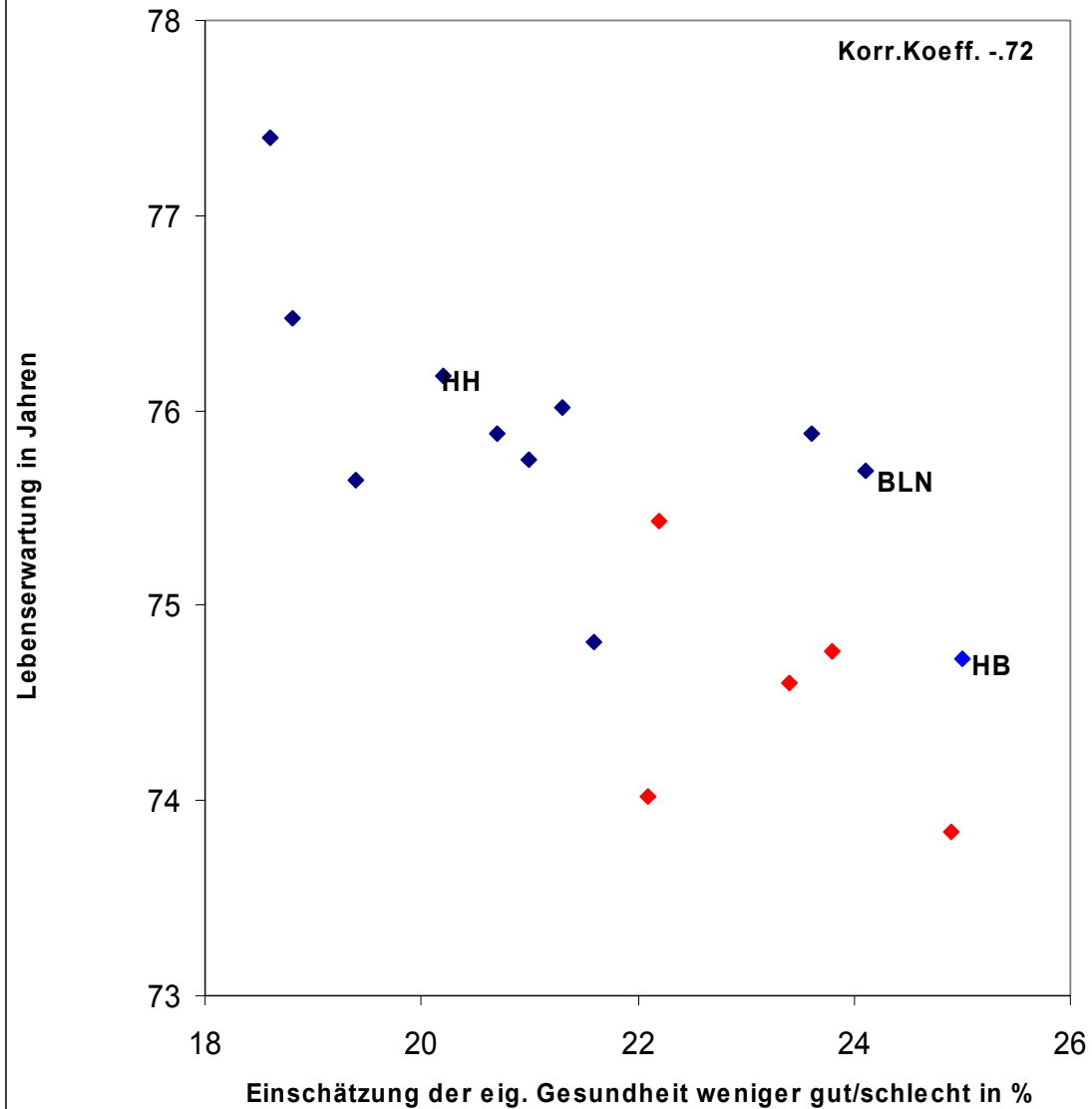
Fragen nach der Zufriedenheit mit der Gesundheit (EMNID-Studie) wie auch die „Standardgesundheitsfrage“ des Mikrozensus nach Krankheit und Unfallverletzung in den letzten zwei Wochenen stellen keine validen Indikatoren für den eigenen Gesundheitszustand dar.

Wie durch viele internationale Studien belegt wurde, dürfte die Frage nach der Selbsteinschätzung der eigenen Gesundheit weitaus geeigneter sein.

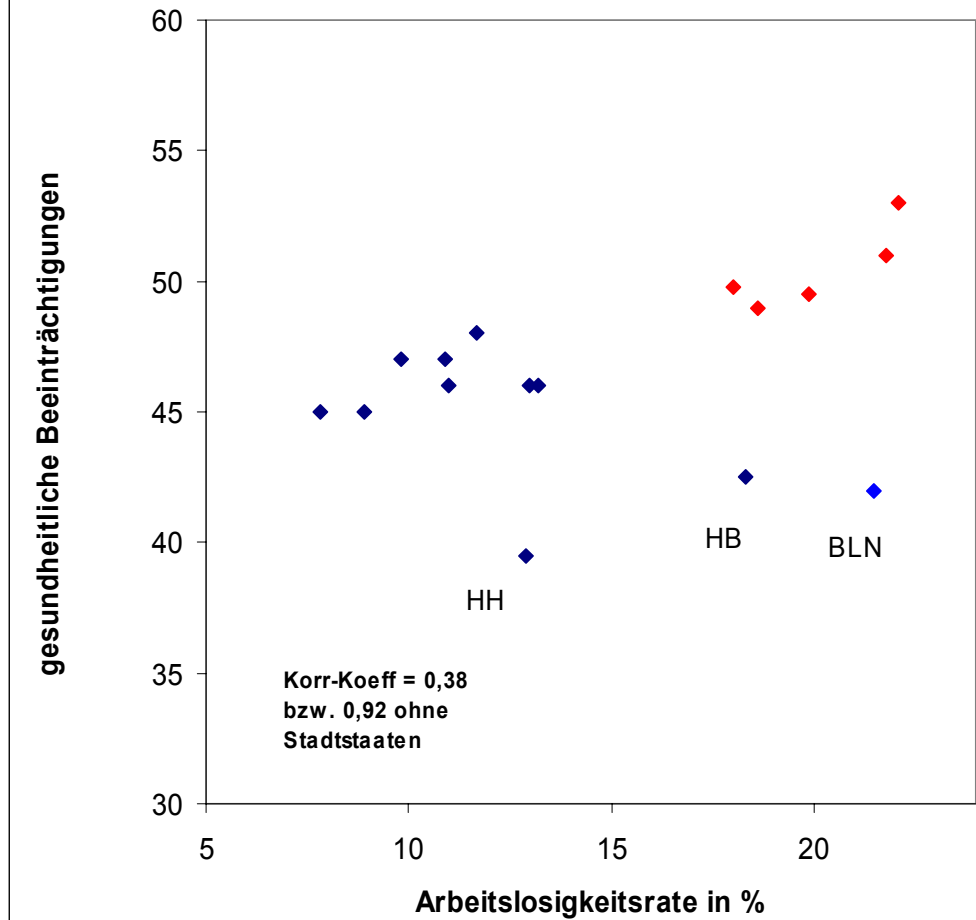
Wie würden Sie ihren Gesundheitszustand im allgemeinen beschreiben?

- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| <i>Ausgezeichnet</i> | <input type="radio"/> |
| <i>Sehr gut</i> | <input type="radio"/> |
| <i>gut</i> | <input type="radio"/> |
| <i>Weniger gut</i> | <input type="radio"/> |
| <i>Schlecht</i> | <input type="radio"/> |

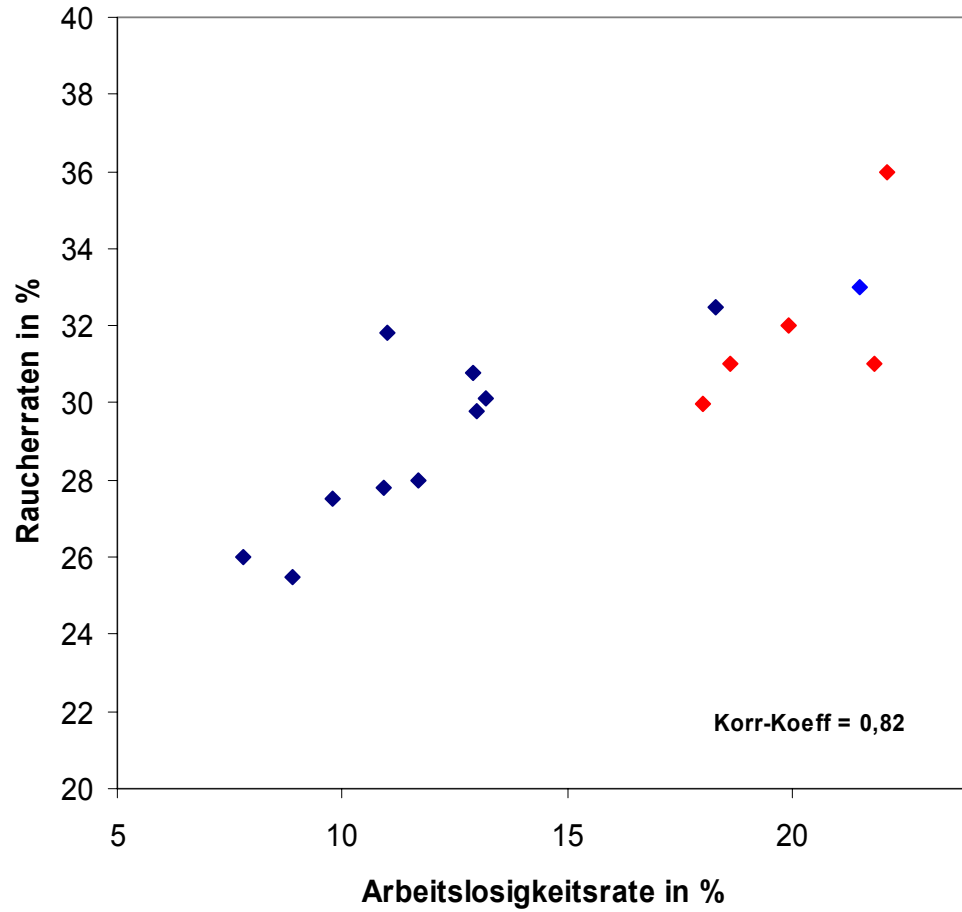
Negative Einschätzung der eigenen Gesundheit Bertelsmann-Gesundheitsmonitor 2001-2005



Übergewicht (MZ 2005) und Arbeitslosigkeitsraten 2004 nach BL



**Rauchen (MZ 2005)
und Arbeitslosigkeitsraten 2004 nach
Bundesländern**

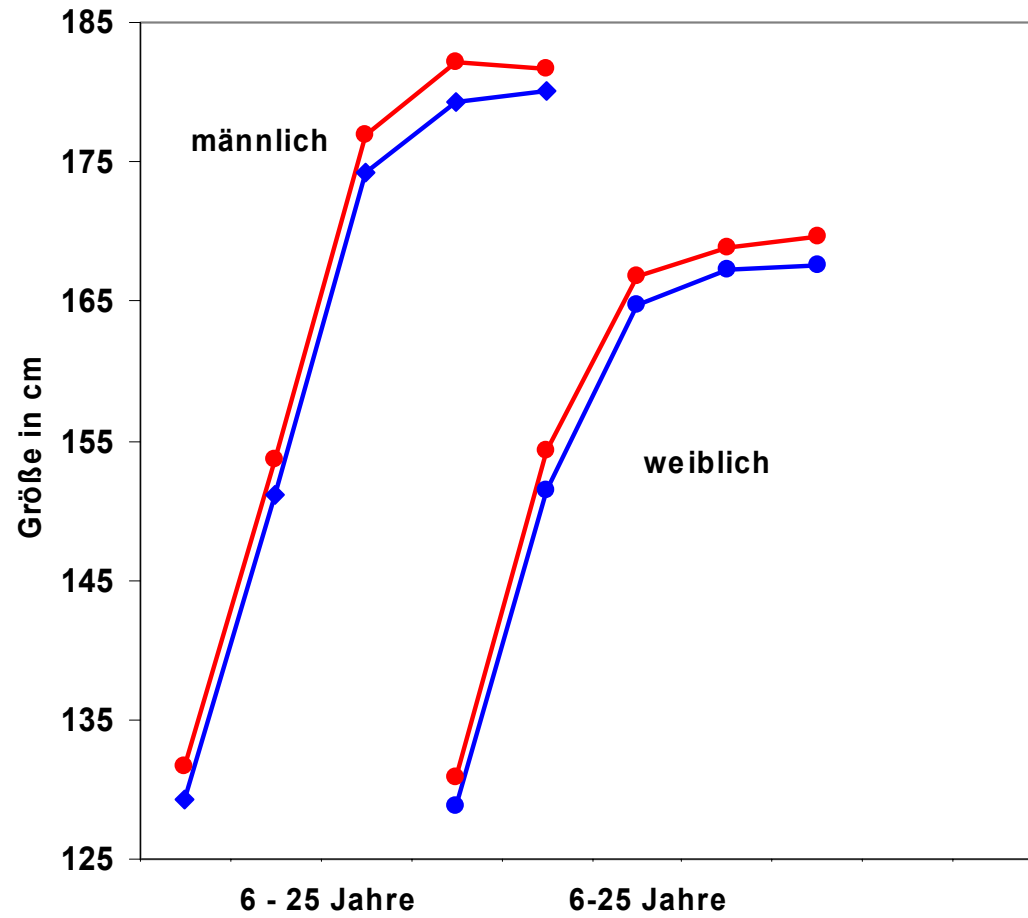


Empirische Untersuchungen mit Individualdaten unter besonderer Berücksichtigung der Zielgruppe der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen

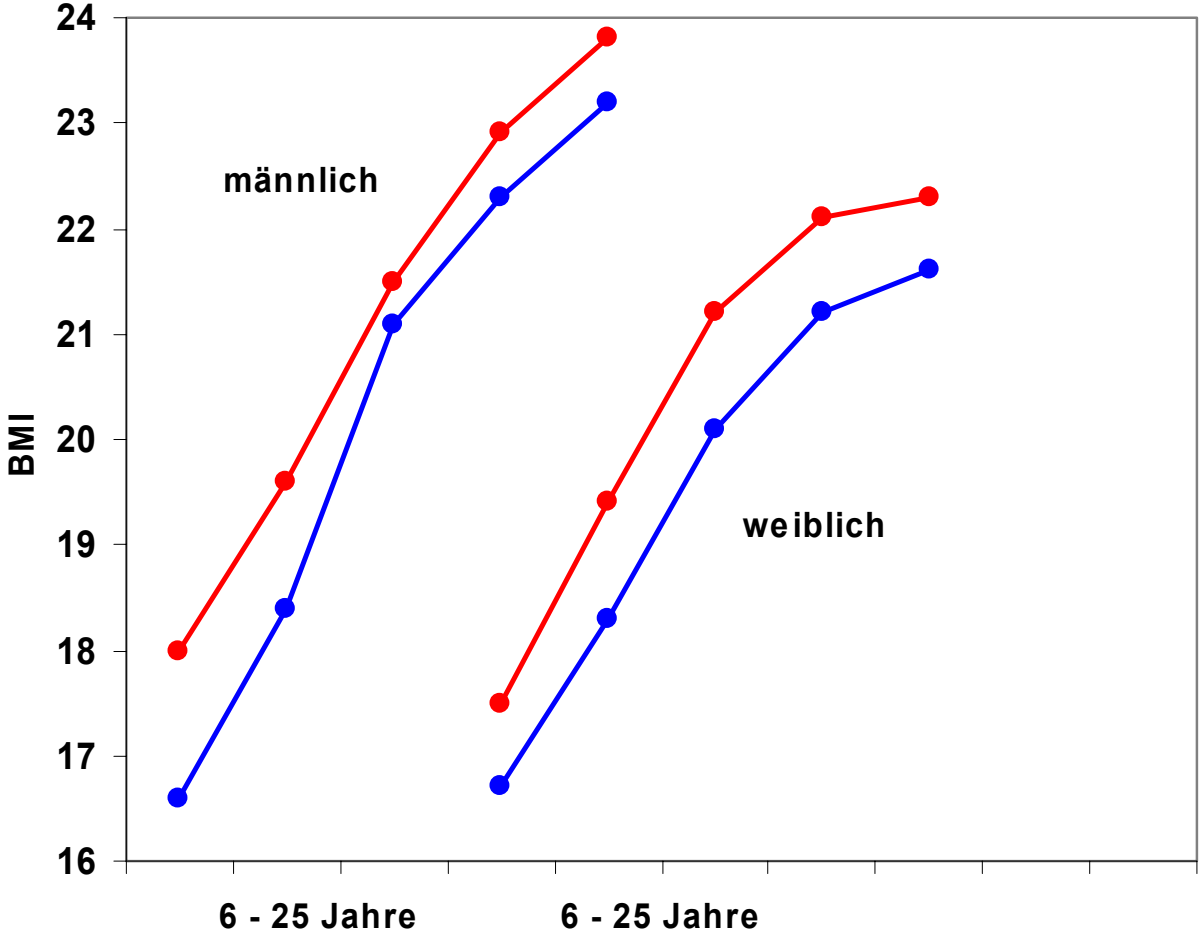
für die Merkmale

**Körpergröße
Körpergewicht
Übergewicht
Adipositas
und
Rauchverhalten**

Körpergröße in cm
1. und 5. Einkommenquartil
Mikrozensus 2003



**Body-Mass-Index
für 1. und 5. Einkommenquintil
Mikrozensus 2003**



**Übergewicht und Adipositas bis zum Alter von 25 Jahren
Odds Ratios 5. versus 1. Einkommensquintil
Mikrozensus 2003**

	Übergewicht		Adipositas	
	männl.	weibl.	männl.	weibl.
6-9 Jahre	2.56	1.87	3.63	1.74
10-13 Jahre	2.60	2.43	4.08	2.29
14-17 Jahre	1.60	3.86	2.18	4.08
18-21 Jahre	1.65	2.40	1.82	2.81
22-25 Jahre	1.50	1.78	2.06	3.57

Rauchen im Alter bis 25 Jahren nach 1. und 5. Einkommensquintil Mikrozensus 2003

	männlich	weiblich
10-13 Jahre		
EQ1	0.5 %	0.0 %
EQ5	1.0 %	1.1 %
14-17 Jahre		
EQ1	10.6 %	6.5 %
EQ5	19.2 %	19.0%
18-21 Jahre		
EQ1	28.0 %	20.7 %
EQ5	41.2 %	37.7 %
22-25 Jahre		
EQ1	28.1 %	22.0 %
EQ5	41.3 %	35.0 %

**Anteil der Exraucher an allen jemals Rauchenden (Quitrate)
nach 1. bis 5. Einkommensquintil für 30-60-Jährige
Mikrozensus 2003**

	Männer	Frauen
EQ1	51.4 %	51.0 %
EQ2	45.2 %	43.2 %
EQ3	36.7 %	37.6 %
EQ4	33.2 %	37.6 %
EQ5	25.6 %	26.2 %

**Risikokumulation Rauchen und Übergewicht
bei Personen bis zum Alter von 25 Jahren
Mikrozensus 2003**

Odds Ratios für EQ2-5, Referenz EQ1

	männlich	weiblich
EQ1	1.00	1.00
EQ2	1.39	1.54
EQ3	1.78	2.26
EQ4	2.30	3.59
EQ5	2.45	4.00

Vorschläge und Anregungen zur besseren Ausnutzung der Potenziale des Mikrozensus für gesundheitswissenschaftliche Fragestellungen

Genereller Vorschlag

Initiierung einer interdisziplinär zusammengesetzten Arbeitsgruppe, die über aktuelle und zukunftsweisende zentrale gesundheitswissenschaftliche Fragestellungen diskutiert und daran anschließend Empfehlungen erarbeitet, wie der allgemeine und der gesundheitsbezogene Teil des MZ umgestaltet und damit besser für die scientific community und gesundheitspolitisch aktive Institutionen genutzt werden könnte.

Anregungen

zum Public Use File

- > Erhöhung der Auslieferungsrate auf 100% der Befragten**
- > Einstellung zusätzlicher Merkmale in den Datensatz, die es ermöglichen,**
 - >> die Daten auch auf Haushaltsebene auszuwerten (z.B. Übergewicht bei Eltern und deren Kindern, Passivrauchen im Haushalt)**
 - >> die Daten im Längsschnitt (4-Jahreszyklus) zu analysieren**
- > Erstellung spezifischer Public-Use-Files für Trendanalysen, die gleichartige Daten für längere Zeiträume beinhalten**
- > zusätzliche Bereitstellung von Aggregatdaten unterhalb der Ebene der Bundesländer mit dem Ziel der Erleichterung der Verknüpfung individueller und ökologischer Analysen**
- > zusätzliche Bereitstellung vergleichbarer Globaldaten auf der Ebene der EU, um international vergleichende Studien schneller voranzubringen**

Anregungen

zum gesundheitsbezogenen Erhebungsteil

- > Aufsplitten des Zusatzprogramms Gesundheit in mehrere unterschiedliche Versionen, weil für die meisten gesundheitlichen Fragestellungen ein derart hohes N wie im MZ nicht erforderlich ist**
- > gründliche Überarbeitung des (veralteten) Fragenprogramms**
- > bessere Abstimmung mit anderen gesundheitsbezogenen Surveys**
- > nicht nur Rauchen und relatives Körpergewicht, sondern auch andere wichtige Gesundheitsparameter berücksichtigen (z.B. körperliche Aktivität, sozialer Zusammenhalt, subjektive Gesundheit, Prävalenz wichtiger Volkskrankheiten)**

