



Soziale Ungleichheit, Armut und Gesundheit in München

Gesundheitsberichterstattung für
die Landeshauptstadt München

Impressum

Herausgeber: Referat für Gesundheit und Umwelt
der Landeshauptstadt München
Bayerstr. 28a
80335 München

Ansprechpartnerin: Gabriele Spies
RGU-UW11 – Gesundheits- und Umweltberichterstattung
Tel. (089) 233 – 47708
Fax (089) 233 – 47705
e-mail: gbe.rgu@muenchen.de

www.muenchen.de/gbe

November 2006

Berichterstellung: Dr. A. Mielck, Dr. M. Eller und B. Bayerl
GSF – Forschungszentrum für Umwelt und Gesundheit
Institut für Gesundheitsökonomie und Management im
Gesundheitswesen
Postfach 1129, 85758 Neuherberg
e-mail: Mielck@gsf.de
<http://www.gsf.de/igm>

Vorwort

Selbst in einer wohlhabenden Stadt wie München gibt es – und zwar zunehmend – Armut und soziale Ungleichheit. Dies wird auch in der Armutsberichterstattung des Sozialreferates deutlich.

Zahlreiche Untersuchungen haben gezeigt, dass Personen mit niedrigem sozialen Status (d. h. niedriger Bildung, niedriger beruflicher Stellung und/oder niedrigem Einkommen) zu meist einen besonders schlechten Gesundheitszustand aufweisen, dass sie kränker sind und früher sterben als Personen mit höherem sozialen Status.

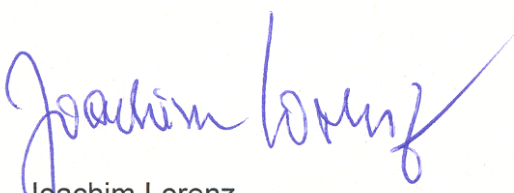
Bereits 2001 fand deshalb in München eine Gesundheitskonferenz speziell zum Thema „Armut und Gesundheit – Chancengleichheit für Kinder und Jugendliche“ statt, auf der die sogenannte ‚Münchener Erklärung‘ verabschiedet wurde. Die Liste der dort vorgeschlagenen Maßnahmen zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit der Zielgruppe zeigt, wie groß der Handlungsbedarf ist und wie vielfältig Interventionsmöglichkeiten sein können.

Eine Grundlage für die Planung und Umsetzung von Maßnahmen ist eine möglichst gut fundierte Datenbasis. Mit dem vorliegenden Bericht stellt das Referat für Gesundheit und Umwelt nun eine erste Zusammenschau der in München verfügbaren Gesundheitsdaten zum Thema vor. Grundlage sind die zwei bisher durchgeführten Gesundheitsmonitorings. Die repräsentativen telefonischen Befragungen der deutschsprachigen erwachsenen (18-79 Jahre) Bevölkerung wurden in den Jahren 1999/2000 und 2004 geführt und beinhalten Fragen zu einer Vielzahl gesundheitsrelevanter Themen. Daneben wurden Angaben zu Geschlecht, Alter, Bildung sowie Einkommen erfasst.

Wir freuen uns ganz besonders, dass wir für die Bearbeitung des Themas den bundesweit anerkannten Experten auf diesem Gebiet, Herrn Dr. Andreas Mielck von der GSF – Forschungszentrum für Umwelt und Gesundheit, Institut für Gesundheitsökonomie und Management im Gesundheitswesen gewinnen konnten. Bei dieser Gelegenheit möchte ich ihm und seinen Ko-Autorinnen meinen Dank für die ausgezeichnete und übersichtliche Arbeit ausdrücken.

Insgesamt zeigten sich auch in München deutliche Zusammenhänge zwischen Sozialstatus und verschiedenen Parametern der Gesundheit wie Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes, Vorhandensein chronischer Erkrankungen, gesundheitsrelevante Verhaltensweisen, Inanspruchnahme sowie Umweltbelastungen in der Wohnumgebung, teilweise unterschiedlich stark ausgeprägt in Abhängigkeit von Alter und/oder Geschlecht. Dem eiligen Leser sei die Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse in Kapitel 7 empfohlen.

Ich bin sicher, mit dem hier vorgelegten Bericht im Rahmen der Münchner Gesundheitsberichterstattung allen im Münchner Gesundheitswesen Tätigen sowie der interessierten Öffentlichkeit aufschlussreiche und nützliche Informationen zur Verfügung stellen zu können.



Joachim Lorenz
Referent für Gesundheit und Umwelt

Inhaltsverzeichnis

1	Forschungsstand und Ausgangslage in München	5
1.1	Stand der Diskussion zum Thema 'soziale Ungleichheit und Gesundheit'	5
1.1.1	Wie groß sind diese Unterschiede im Gesundheitszustand?	5
1.1.2	Wie lassen sich diese gesundheitlichen Ungleichheiten erklären?	6
1.2	Von Armut betroffene Bevölkerungsgruppen in München	8
2	Soziale Ungleichheit, Armut und Gesundheit unter der erwachsenen Bevölkerung in München	12
2.1	Datensätze und Stichprobe	12
2.2	Unterschiede nach Bildung und Einkommen	13
2.2.1	Einführung	13
2.2.2	Morbidität	15
2.2.3	Gesundheitsverhalten	19
2.2.4	Inanspruchnahme der gesundheitlichen Versorgung	23
2.2.5	Auswirkungen der Praxisgebühr	28
2.2.6	Umweltbelastungen am Wohnort	30
3	Gesundheitliche Belastung bei Befragten mit nicht-deutscher Staatsangehörigkeit	35
3.1	Einführung	35
3.2	Morbidität	37
3.3	Gesundheitsverhalten	39
3.4	Inanspruchnahme der gesundheitlichen Versorgung	42
3.5	Auswirkungen der Praxisgebühr	44
3.6	Umweltbelastungen am Wohnort	45
4	Gesundheitliche Belastung bei Allein-Erziehenden	47
4.1	Einführung	47
4.2	Morbidität	48
4.3	Gesundheitsverhalten	48
4.4	Inanspruchnahme der gesundheitlichen Versorgung	49
4.5	Auswirkungen der Praxisgebühr	50
4.6	Umweltbelastungen am Wohnort	50
5	Gesundheitliche Belastung bei Arbeitslosen	51
5.1	Einführung	51
5.2	Morbidität	52
5.3	Gesundheitsverhalten	53
5.4	Inanspruchnahme der gesundheitlichen Versorgung	55
5.5	Auswirkungen der Praxisgebühr	55
5.6	Umweltbelastungen am Wohnort	57
6	Unterschiede nach Stadtbezirken	59
6.1	Einführung	59
6.2	Morbidität	59
6.3	Gesundheitsverhalten	61
6.4	Inanspruchnahme der gesundheitlichen Versorgung	62
6.5	Auswirkungen der Praxisgebühr	64
6.6	Umweltbelastungen am Wohnort	65
7	Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse	67
7.1	Gesundheitliche Belastungen nach Bildung und Einkommen	67
7.2	Gesundheitliche Belastungen nach Alter und Geschlecht	68
7.3	Gesundheitliche Belastungen bei Befragten mit nicht-deutscher Staatsangehörigkeit	68
7.4	Gesundheitliche Belastungen bei Allein-Erziehenden	69
7.5	Gesundheitliche Belastungen bei Arbeitslosen	69
7.6	Gesundheitliche Belastungen nach Stadtbezirken	70
8	Literatur	71
9	Methoden	73
9.1	Berechnung des Pro-Kopf- und Äquivalenz-Einkommens	73
9.2	Bildung der Variablen 'Stadtbezirksgruppe'	76
9.3	Statistische Verfahren:	78
10	Anhang	79

1 Forschungsstand und Ausgangslage in München

1.1 Stand der Diskussion zum Thema 'soziale Ungleichheit und Gesundheit'

In der letzten Zeit häufen sich in Deutschland nicht nur die Armutsberichte, sondern auch die Berichte über den Zusammenhang zwischen der sozialen Ungleichheit einerseits und dem Gesundheitszustand andererseits (z.B. Altgeld/Hofrichter 2000, Grobe/Schwartz 2003, Helmert 2003a, Jungbauer-Gans/Kriwy 2004, Kamensky et al. 2003, Klocke 2001, Mielck 2005, Richter 2005). In einer kaum mehr überschaubaren Vielzahl von Arbeiten ist immer wieder gezeigt worden, dass Personen mit niedrigem sozialen Status (d.h. niedriger Bildung, niedriger beruflicher Stellung und/oder niedrigem Einkommen) zumeist einen besonders schlechten Gesundheitszustand aufweisen, dass sie kränker sind und früher sterben als Personen mit höherem sozialen Status. Auch der 2005 vorgelegte '2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung' (Bundesministerium 2005) - und die in diesem Zusammenhang erstellte Expertise über 'Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit' (Lampert/Ziese 2005) - weisen deutlich darauf hin.

Diese 'gesundheitliche Ungleichheit' ist so oft belegt worden, dass an ihrer Existenz nicht mehr gezweifelt werden kann. Selbstverständlich ist nicht jeder Unterschied im Gesundheitszustand auch gleichzeitig ein gesundheitspolitisches Problem, das Interventionsmaßnahmen erforderlich machen würde. Die status-spezifischen Unterschiede sind jedoch so groß, dass in allen westeuropäischen Staaten versucht wird, diese Ungleichheit zu verringern. Im Jahr 2001 fand in München eine Gesundheitskonferenz speziell zum Thema 'Armut und Gesundheit - Chancengleichheit für Kinder und Jugendliche' statt (Gesundheitsbeirat 2001). Auch in der dort verabschiedeten 'Münchener Erklärung' werden konkrete Maßnahmen zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit gefordert (vgl. Anhang). Einige der dort aufgelisteten Forderungen werden sich vielleicht kaum erfüllen lassen. Die Liste bezeugt jedoch, wie groß der Handlungsbedarf ist und wie vielfältig Interventionsmöglichkeiten sind.

In diesem einführenden Kapitel soll kurz auf zwei Fragen eingegangen werden: Wie groß sind diese Unterschiede im Gesundheitszustand, und wie lassen sie sich erklären? Dabei kann selbstverständlich nur ein knapper, beispielhafter Überblick über die breite und intensive Diskussion zu diesen Fragen gegeben werden. Weiterführende Informationen befinden sich z.B. in der oben angegebenen Literatur.

1.1.1 *Wie groß sind diese Unterschiede im Gesundheitszustand?*

In Bezug auf Todesfälle sind z.B. Daten der Gesetzlichen Krankenkassen ausgewertet worden, weil diese sowohl Angaben zum beruflichen Status als auch zur Mortalität beinhalten. Auf Basis dieser Daten haben z.B. S. Geyer und R. Peter (1999) eine Publikation vorgelegt. Ausgewertet wurden die Daten aus den Jahren 1987 bis 1996 von insgesamt 112.338 AOK-Mitgliedern. Die Analysen zeigen: Der Anteil der Todesfälle nimmt mit zunehmendem beruflichem Status stufenweise ab, sowohl bei Männern als auch bei Frauen. Bei statistischer Kontrolle der Variable 'Alter des Mitglieds' ist das Sterblichkeitsrisiko in der Berufsgruppe 'Arbeiter mit abgeschlossener Lehre' ca. 4,5mal so groß wie in der Berufsgruppe 'höhere Angestellte'. Eine empirische Analyse, mit der sich das Ausmaß der gesundheitlichen Ungleichheit besonders gut illustrieren lässt, ist von A. Reil-Held (2000) durchgeführt worden. In einer Auswertung der Daten aus dem Sozio-ökonomischen Panel berechnete sie die Lebenserwartung für Personen aus unterschiedlichen Einkommensgruppen. Die Analysen zeigen: Die Männer aus dem unteren Viertel der Ein-

kommensverteilung leben ungefähr 10 Jahre kürzer als die Männer aus dem oberen Viertel der Einkommensverteilung; bei Frauen beträgt dieser Unterschied immerhin noch 5 Jahre. Schon diese wenigen Zahlen verdeutlichen, wie groß die gesundheitlichen Ungleichheiten sind.

In Bezug auf die Morbidität sollen hier die Ergebnisse aus einer Studie mit Kindern vorgestellt werden. Sie beruht auf einer 2002 durchgeführten Befragung von 5.650 Schülern zwischen 11 und 15 Jahren in Nordrhein-Westfalen, Hessen, Sachsen und Berlin (Richter 2005). Zur Bestimmung der sozialen Schicht wurden die Schüler danach gefragt, wie viele PKWs ihre Eltern besitzen, wie viele Urlaubsreisen die Familie im letzten Jahr unternommen hat, ob der Schüler (bzw. die Schülerin) ein eigenes Zimmer hat, und wie viele Computer im Haushalt vorhanden sind. Nach Zusammenfassung dieser Angaben wurden drei 'Wohlstandsgruppen' unterschieden. Die Analysen zeigen: Die subjektive Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes hängt stark von dieser 'Wohlstandsgruppe' ab. Ein relativ schlechter Gesundheitszustand ist bei den Mädchen aus der unteren Wohlstandsgruppe (verglichen mit den Mädchen aus der oberen) fast doppelt so häufig; auch bei den Jungen zeigt sich ein ähnlicher Unterschied. Besonders bemerkenswert ist, dass sich diese Abhängigkeit von der Wohlstandsgruppe auch bei psychosomatischen Beschwerden zeigt (Kopfschmerzen, schlechtes Einschlafen etc.), und ebenfalls bei mentalen Symptomen wie Selbstwertgefühl und psychisches Wohlbefinden.

1.1.2 Wie lassen sich diese gesundheitlichen Ungleichheiten erklären?

Die Klärung des Zusammenhangs zwischen Sozialstatus und Gesundheitszustand ist weniger offensichtlich, als dies auf den ersten Blick erscheinen mag. Bei großer materieller Armut oder bei Obdachlosigkeit sind die gesundheitlichen Risiken offensichtlich. Aber warum ist die Sterblichkeit bei jemandem mit niedrigem Einkommen, der aber nicht hungern oder frieren muss, größer als die Sterblichkeit bei jemandem mit höherem Einkommen? Der sozio-ökonomische Status wird nicht nur durch das Einkommen, sondern auch durch die Ausbildung und die berufliche Stellung definiert. Wie wirken sich diese Faktoren auf den Gesundheitszustand aus? Welche Rolle spielt dabei unser Gesundheitssystem, d.h. in welchem Maße können die zwischen den sozialen Gruppen bestehenden Unterschiede in den gesundheitlichen Risiken durch unser Gesundheitssystem kompensiert werden?

Hier wird schon erkennbar, wie komplex die Frage nach den Ursachen der gesundheitlichen Ungleichheit ist. Die Merkmale der vertikalen sozialen Ungleichheit (d.h. Bildung, berufliche Stellung, Einkommen) beeinflussen den Gesundheitszustand nicht direkt wie z.B. das Rauchen. Der Einfluss ist indirekt und wird über andere Faktoren vermittelt, die mit dem sozialen Status zusammenhängen. Über die mit dem Sozialstatus verbundenen Lebensbedingungen und Verhaltensweisen wirken so vielfältige Einflüsse auf den Gesundheitszustand ein, dass es kaum möglich ist, alle Einflüsse zu untersuchen. Die Liste der gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen und Verhaltensweisen ist nahezu unendlich lang, zumal sie sich nicht nur auf die gegenwärtigen Lebensbedingungen beschränken sollte. Die meisten Krankheiten weisen eine lange Entstehungsgeschichte auf, und die Sozialisation übt einen prägenden Einfluss auf das Gesundheitsverhalten aus. Die früheren Lebensbedingungen können daher nicht außer Acht gelassen werden. Da sich die Lebensbedingungen und Verhaltensweisen zudem in vielfältiger Weise gegenseitig beeinflussen, wird das 'Knäuel' der möglichen Ursachen nahezu unentwirrbar.

Eine vollständige Erklärung der status-spezifischen Unterschiede in Morbidität und Mortalität ist daher kaum möglich. Wichtig ist hier jedoch nicht die lückenlose wissenschaftliche Aufklärung komplexer Zusammenhänge, sondern die Beantwortung der eher pragmatischen Fragen nach den wichtigsten Ursachen und danach, wie diese Ursachen beeinflusst werden können. Die wissenschaftliche Diskussion dreht sich dabei vor allem um die beiden folgenden Hypothesen (a) Der sozio-ökonomische Status beeinflusst den Gesund-

heitszustand (plakativ formuliert: 'Armut macht krank'); (b) Der Gesundheitszustand beeinflusst den sozio-ökonomischen Status (plakativ formuliert: 'Krankheit macht arm'). Bei einer Durchsicht der Diskussionsbeiträge aus Deutschland zur Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit fällt auf, dass die zweite Hypothese generell viel weniger Aufmerksamkeit erhält als die erste. Das Problem, dass eine Erkrankung bei den Erkrankten zu Einkommensverlusten, Arbeitslosigkeit und hohen Ausgaben für die gesundheitliche Versorgung führen kann, wird bisher offenbar weitgehend ignoriert.

Entsprechend der ersten Hypothese wird bei uns versucht, mit einer Vielzahl von Variablen den Einfluss des sozio-ökonomischen Status auf den Gesundheitszustand zu erklären. Dabei lassen sich die folgenden Ansätze unterscheiden (Mielck/Helmert 2006):

- Gesundheitsgefährdendes Verhalten (Rauchen, Mangel an sportlicher Betätigung, ungesunde Ernährung, hoher Alkoholkonsum etc.)
- Durch das Gesundheitsverhalten beeinflussbare weitere Risikofaktoren (Übergewicht, Bluthochdruck, Hypercholesterinämie etc.)
- Physische und psychische Arbeitsbelastungen (körperlich schwere Arbeit, Lärm, Eintönigkeit, geringe Möglichkeiten des Mitentscheidens etc.)
- Belastende Wohnbedingungen (Größe und Ausstattung der Wohnung, Umweltbelastung wie Lärm, Luftverschmutzung etc.)
- Soziale Unterstützung
- Vorsorge-Verhalten (Teilnahme an Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen)
- Gesundheitliche Versorgung (gesundheitliche Aufklärung, Besuch von Fachärzten, medikamentöse Kontrolle des hohen Blutdrucks etc.)

Die meisten empirischen Ergebnisse über status-spezifische Unterschiede bei gesundheitlichen Risiken liegen zu den folgenden Themen vor: Rauchen, Übergewicht, Bluthochdruck, Hypercholesterinämie, Mangel an sportlicher Betätigung (Mielck 2005). Die Betonung dieser fünf Risikofaktoren ist vor allem darin begründet, dass sie bei den kardiovaskulären Erkrankungen eine zentrale Rolle spielen. Da die meisten Todesfälle auf kardiovaskuläre Erkrankungen zurückgehen, sind diese Risikofaktoren auch in der Public Health Forschung von überragender Bedeutung. Aus diesem Grund liegen relativ viele Studien zu den fünf Risikofaktoren vor, und damit zumeist auch Daten über ihren Zusammenhang mit dem sozialen Status.

Vor allem zum Rauchen sind relativ viele Studien vorhanden, und die Ergebnisse sind eindeutig: Das Rauchen ist in den unteren Statusgruppen zumeist besonders weit verbreitet, sowohl bei Jugendlichen als auch bei Erwachsenen. Der Risikofaktor 'Übergewicht' zeigt einen ähnlich klaren Zusammenhang mit dem sozialen Status. Bezogen auf Kinder und Jugendliche liegen zwar relativ wenige empirische Analysen vor, aber die Aussagen stimmen weitgehend überein: Die Prävalenz des Übergewichts ist in den unteren Statusgruppen besonders hoch. Bezogen auf Erwachsene sind viele Studien vorhanden, und auch sie bestätigen übereinstimmend diesen Zusammenhang. Der Risikofaktor 'Mangel an sportlicher Betätigung' ist ebenfalls in den unteren Statusgruppen besonders weit verbreitet, sowohl bei Kindern und Jugendlichen als auch bei Erwachsenen. Beim Bluthochdruck wird ebenfalls zumeist eine besonders hohe Prävalenz in den unteren Statusgruppen gefunden. Ein bisher weitgehend vernachlässigter Risikofaktor ist die Belastung durch Lärm und Umweltverschmutzung in der Wohnumgebung. Die vorhandenen Studien weisen jedoch deutlich darauf hin, dass auch diese Belastung in den unteren Statusgruppen besonderes groß ist.

Im vorigen Abschnitt sind vor allem gesundheits-gefährdende Faktoren angesprochen worden. Für gesundheits-fördernde Faktoren liegen aus Deutschland nur vergleichsweise wenige Studien vor. In der Public Health Forschung wird unterschieden zwischen den individuellen und den sozialen Ressourcen. Bei den sozialen Ressourcen steht die Hilfe und Unterstützung durch andere Menschen im Mittelpunkt, d.h. die 'soziale Unterstützung'. Analysen über status-spezifische Unterschiede bei diesen 'Gesundheits-Ressourcen' sind

bisher leider kaum vorhanden. Die vorhandenen deuten jedoch an, dass diese Ressourcen vor allem in den oberen Statusgruppen vorhanden sind.

Insgesamt betrachtet lassen sich bereits heute viele konkrete Ansatzpunkte für Interventionsmaßnahmen zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit ableiten. Angestrebt werden sollte dabei ein Zyklus, der sich in drei Phasen unterteilen lässt: (a) Bestandsaufnahme des Problems und Zieldefinition; (b) Entwicklung und Umsetzung von Interventionsmaßnahmen; (c) Evaluation der Maßnahmen und erneute Zieldefinition. Von einem derart rationalen Vorgehen ist bisher jedoch erst in Ansätzen etwas zu erkennen. Eine klare Zieldefinition fehlt zumeist, und es sind nur wenige Gesundheitsförderungsmaßnahmen ergriffen worden, mit denen gezielt versucht wird, den Gesundheitszustand in den unteren Statusgruppen zu verbessern. Die vorhandenen Maßnahmen sind häufig regional, zeitlich und finanziell sehr begrenzt, und eine fundierte wissenschaftliche Evaluation ist zudem kaum vorhanden.

1.2 Von Armut betroffene Bevölkerungsgruppen in München

Der vorliegende Bericht basiert vor allem auf den Daten, die im Rahmen des 'Münchner Gesundheitsmonitorings' erhoben worden sind. Dieser Abschnitt soll verdeutlichen, dass diese empirischen Ergebnisse nur einen Teil des Problembereichs 'Soziale Ungleichheit und Gesundheit in München' abdecken können. Einige der besonders stark von Armut betroffenen Bevölkerungsgruppen werden vom Gesundheitsmonitoring nicht erfasst. Befragungen geben zudem immer nur Informationen über den Teil der Zielgruppe, der einer Befragung zustimmt. Dies gilt auch für das Gesundheitsmonitoring (Zielgruppe: 18 bis 79 Jahre alt, Hauptwohnsitz in München, gute Deutschkenntnisse). Auch in dieser Gruppe werden die Personen unterrepräsentiert sein, die am unteren bzw. oberen Ende der sozialen Hierarchie stehen. Mit anderen Worten: Die sozialen und gesundheitlichen Unterschiede in München sind vermutlich erheblich größer, als die in den nächsten Kapiteln wiedergegebenen Auswertungen der Gesundheitsmonitoring-Daten zeigen.

Die Münchner Gesundheitsberichterstattung (GBE) orientiert sich an den Vorgaben der GBE, die auf Bundes- und Länderebene gelten. Dabei ist das Ziel eine möglichst ausführliche Beschreibung des Gesundheitszustands der Bevölkerung, die als Grundlage zukünftiger Planungen im Gesundheitswesen dienen kann. Die Stadt München führte nun bereits zum zweiten Mal das so genannte 'Münchner Gesundheitsmonitoring' durch. Das Münchner Gesundheitsmonitoring basiert auf einer telephonischen Befragung der Münchner Bevölkerung zu einer Vielzahl gesundheitsrelevanter Themen. Weiterhin werden umfangreiche soziodemographische Angaben erfasst, um besonders betroffene Bevölkerungsgruppen identifizieren zu können. Weitere Informationen zum Gesundheitsmonitoring sind in Abschnitt 2.1 zu finden. Es ist geplant das Gesundheitsmonitoring im 5 Jahres-Turnus zu wiederholen.

Im Gesundheitsmonitoring können nur die Personen erfasst werden, die über einen Telefonanschluß zu Hause verfügen. Auch wenn der Interviewkontakt hergestellt werden konnte, können nur solche Personen befragt werden, die über genügend Deutschkenntnisse für das Interview verfügen. Damit bleibt das Bild des Gesundheitszustandes der Münchner Bevölkerung lückenhaft. Zum Beispiel können Daten zu Obdachlosen und nicht deutsch sprechenden Migranten und Migrantinnen dem Münchner Gesundheitsmonitoring nicht erhoben werden. Wie bereits oben geschildert (Punkt 1.1) sind aber gerade diese Gruppen häufig von besonders großen gesundheitlichen Problemen betroffen. Bevor die Ergebnisse des Münchner Gesundheitsmonitoring vorgestellt werden, soll daher zuerst ein kurzer Überblick über die gesundheitliche Lage der hier nicht erfassten, aber besonders betroffenen Personengruppen in der Stadt München gegeben werden. Vorweg ist zu sagen, dass die Datengrundlage für eine Berichterstattung über die soziale und gesundheitliche Lage dieser 'Randgruppen' sehr mangelhaft ist.

Personen mit nicht-deutscher Staatsangehörigkeit

Die Gesundheit von Personen mit nicht-deutscher Staatsangehörigkeit ist schon seit einiger Zeit Gegenstand der gesundheitspolitischen Diskussion. Auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene wurden Arbeitskreise implementiert, Tagungen und Gesundheitskonferenzen zu diesem Schwerpunkt durchgeführt. Auch die Stadt München widmete sich auf den Gesundheitskonferenzen 1994 und 1999 dem Thema 'Stadt Gesundheit und Migration'. Seit 1996 existiert ein Arbeitskreis 'Migration und Gesundheit' im Gesundheitsbeirat. 2001 wurde eine Fachstelle 'Migration und Gesundheit' im Referat für Gesundheit und Umwelt gegründet. In München leben derzeit (Stand Dezember 2004) ca. 1,273 Millionen Personen, davon ca. 300.000 (23%) mit einer anderen als der deutschen Nationalität; die Anzahl der Deutschen mit Migrationshintergrund wird auf ca. 80.000 geschätzt (Landeshauptstadt München, Sozialreferat, 2004a).

Auch wenn das Interesse an und die Forschung in dem Bereich 'Gesundheit und Migration' zugenommen haben, wird dennoch zu Recht immer wieder die unzureichende Datenbasis beklagt (Beck 2000, S.176). Auch der 2005 vom Referat für Gesundheit und Umwelt der Landeshauptstadt München veröffentlichte Bericht (Landeshauptstadt München, Referat für Gesundheit und Umwelt, 2005a) musste in seiner Schwerpunktsetzung der verfügbaren Datenlage folgen. Die folgenden Ergebnisse lassen sich hervorheben: Von den ausländischen Schülern sind vor allem griechische (29%), italienische (23%) und türkische (21%) Kinder von *Übergewicht und Adipositas* betroffen. Bei deutschen Kindern ist erhöhtes Körpergewicht dagegen 'nur' bei 9% beobachtet worden.

Nach Angaben von Münchner Ärzten, die in ihrem Patientenklitel einen Migrantenanteil von mindestens 25% aufweisen, leiden Patienten mit nicht-deutscher Staatsangehörigkeit (im Vergleich zu Deutschen) verstärkt unter *psychosomatischen Beschwerden*. Frauen sind auffällig häufig von Depressionen und Ängsten betroffen, Männer von Magen-Darm-Erkrankungen. Als mögliche Ursachen hierfür werden von den Ärzten Einsamkeit und Heimatlosigkeit genannt, sowie psychische und physische Belastungen. Kulturelle Konflikte werden v.a. bei denen genannt, die aus der islamischen Kulturwelt kommen. Die Bereitschaft zur *Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen* wird im Vergleich zur deutschen Bevölkerung als deutlich schlechter eingeschätzt (Landeshauptstadt München, Referat für Gesundheit und Umwelt, 2005a).

Ein weiteres wichtiges Thema bei Personen mit nicht-deutscher Staatsangehörigkeit ist die *Illegalität*. Hier gibt es z.B. die 'Overstayers', d.h. Personen, die zunächst mit einem gültigen Touristenvisum legal einreisen, dann aber ihren Aufenthalt illegal länger als drei Monate ausdehnen. Migranten aus dem kriminellen Milieu stellen nur einen sehr kleinen Teil dieser Gruppe dar. Wichtiger sind die Verwandtschaftsbeziehungen, die nach den offiziellen Beurteilungsmaßstäben keinen längerfristigen Aufenthalt rechtfertigen, für die Familie aber so bedeutsam sind, dass dann die Illegalität als Ausweg gewählt wird. Eine andere Gruppe von 'Illegalen' besteht aus Frauen, die unter Zwang in der Prostitution arbeiten müssen. Asylbewerber, die endgültig abgelehnt worden sind und trotzdem in Deutschland bleiben wollen, sind eine weitere Gruppe.

Eine der größten Schwierigkeiten dieser Menschen ist die unzureichende Gesundheitsversorgung. Die Interviewpartner einer von der Stadt München durchgeführten Studie (Landeshauptstadt München, Sozialreferat, 2003) erklärten, dass es sich die in der Illegalität Lebenden nicht erlauben können, krank zu werden. Denn durch Krankheit besteht die Gefahr, dass ihr Status entdeckt wird, mit der Konsequenz einer Ausweisung oder eines Gefängnisaufenthalts. Krankheiten und Beschwerden werden folglich zumeist nur mit den sehr einfachen zur Verfügung stehenden Mitteln behandelt. Ernst zu nehmende und ansteckende Krankheiten werden so gut wie möglich ignoriert. Dieser Unterversorgung versuchen in vielen großen Städten medizinische Netzwerke zu begegnen. Auch in München wurde das 'Café 104' gegründet, zudem existieren entsprechende Netzwerke unter den Medizinern. Diese Angebote können den Bedarf allerdings nicht decken. Ein Grund liegt

darin, dass die Personen ohne Aufenthaltsgenehmigung so weit von den Versorgungsstrukturen entfernt leben, dass sie über die Existenz solcher Programme häufig überhaupt nicht informiert sind.

Wohnungslose¹

Eine weitere Gruppe von Personen, die mit dem Münchner Gesundheitsmonitoring nicht erfasst werden kann, ist die Gruppe der *wohnungslosen Menschen*. Im Jahr 2000 lebten in München insgesamt über 6.000 Personen ohne Wohnung, der Anteil der Frauen beträgt ca. 13% (Landeshauptstadt München, Sozialreferat, 2000a). Während z.B. in den USA, in Großbritannien und Australien die Gruppe der Wohnungslosen fester Bestandteil der epidemiologischen Untersuchungen geworden ist, steht Deutschland hier noch am Anfang (Landeshauptstadt München, Sozialreferat, 1999). Die Wohnungslosen sind eine Bevölkerungsgruppe mit überdurchschnittlich hoher Morbidität und Mortalität. Um die Prävalenz körperlicher und seelischer Erkrankungen in dieser Gruppe abschätzen zu können führte Fichter (2000) eine repräsentative Studie bei 265 obdachlosen Männern² in München durch. Die Prävalenzraten psychischer Erkrankungen sind im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung sehr hoch; bei ca. 73% der Untersuchten waren die Kriterien für mindestens eine psychiatrische Diagnose erfüllt. Am häufigsten wurden affektive Störungen beobachtet (bei ca. 16% der Untersuchten); ca. 58% waren zum Zeitpunkt der Untersuchung alkoholabhängig. Alkoholabhängige Obdachlose leiden vermehrt unter Leberschäden, Zittern der Extremitäten, Entzündungen der Speiseröhre und epileptischen Anfällen. Ebenso wurde ein erhöhtes Auftreten von chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen beobachtet. Auch ist bei der Gruppe der alkoholabhängigen Obdachlosen häufig ein sehr schlechter Zahnstatus zu beobachten; infolge mangelnder Hygiene leiden sie auch besonders häufig an Hauterkrankungen.

Die Prävalenz des Bluthochdrucks lag in der Gesamtgruppe der Obdachlosen bei ca. 24% und damit nur etwas höher als in der Normalbevölkerung (ca. 18%); wichtiger ist allerdings die Aussage, dass ca. 89% der Obdachlosen mit Bluthochdruck nicht oder nur unzureichend medizinisch behandelt werden.

Wohnungslose haben zudem eine hohe Mortalitätsrate (unter anderem in Folge von Erfrierungen und Unterkühlung, Nierenerkrankungen, Lebererkrankungen und Verletzungen). Schon anhand dieser Daten ist offenkundig, dass eine Verbesserung der ärztlichen Versorgung für obdachlose Menschen dringend geboten ist. Eine Möglichkeit ist, vermehrt medizinische Versorgungsstationen in Übernachtungsheimen anzubieten. In der Stadt München z.B. gibt es eine solche Praxis in dem städtischen Unterkunftsheim an der Pilgersheimer Strasse. Aber auch hier zeigen sich Probleme in der medizinischen Versorgung (Egen 1995): 15% der Patienten haben einen nur einmaligen Arztkontakt, die Hälfte der Patienten hat weniger als alle drei Monate Kontakt zur Arztpraxis. Die Patientendisziplin dieser Gruppe ist nicht sehr ausgeprägt. Wiedereinbestellungen auf Rat des Arztes werden häufig ignoriert; oft haben die Obdachlosen nicht genügend Geduld zu warten bis sie an der Reihe sind und verlassen die Arztpraxis, bevor sie den Arzt konsultiert haben. Es kommt relativ häufig zu Tabletten- und Rezeptverlust.

Weitere Personengruppen

Im Gesundheitsmonitoring werden Personen zwischen 18 und 79 Jahren befragt; Angaben über *Kinder und Jugendliche* bis zum Alter von 17 Jahren sind also nicht enthalten. Der

¹ Als 'wohnungslos' gelten Personen, die nicht über einen eigenen, vertraglich gesicherten Wohnraum verfügen. Der Begriff 'obdachlos' bezeichnet nur die unmittelbar auf der Straße lebenden Menschen. Fichter (2000) verwendet die Begriffe in seiner Untersuchung ohne Bedeutungsunterschied.

² In einer anderen Studie bezieht Fichter (1999) auch obdachlose Frauen in seine Untersuchung mit ein.

Münchner Armutsbericht aus dem Jahr 2000 zeigt, dass die Alleinerziehenden besonders stark von Armut betroffen sind (Landeshauptstadt München, Sozialreferat, 2000b). Bei den Paaren steigt mit zunehmender Kinderzahl auch das Armutsrisiko. Es kann daher davon ausgegangen werden, dass soziale Benachteiligungen und gesundheitliche Probleme auch und gerade bei den Kindern vorhanden sind, die in diesen Familien leben. Repräsentative Daten über den Gesundheitszustand von Kindern in München liegen z.B. mit den Schuleingangsuntersuchungen vor. Allerdings lassen sich diese Daten nicht mit dem individuellen sozioökonomischen Status der Familien verknüpfen. Deshalb wurde von der Stadt München als Hilfskonstrukt ein stadtteilbezogener Ansatz gewählt, d.h. die untersuchten Kinder werden nach ärmeren bzw. reicheren Stadtbezirken unterschieden. Bei den Schuleingangsuntersuchungen zeigen die Vergleiche z.B., dass die Vorsorgeuntersuchungen U1-U9 in den reicheren Stadtbezirken von 77% der Kinder in Anspruch genommen wurden, aber nur von 70% der Kinder aus den ärmeren Stadtbezirken. Übergewicht findet sich häufiger bei Kindern aus ärmeren Stadtbezirken (6% vs. 4%). Die Mitgliedschaft in einem Sportverein kann als Merkmal für gesundheitsförderliches Verhalten dienen, hier sind die Kinder aus den ärmeren Stadtbezirken ebenfalls im Nachteil (42% vs. 62%). Auch Sprachprobleme (z.B. Laut- und Satzbildungsstörungen und Sprechrhythmusstörungen) treten bei den Schulanfängerinnen und Schulanfängern aus den ärmeren Stadtbezirken häufiger auf (13% vs. 8%). Bei der schulärztlichen Untersuchung der 10-12 Jährigen fällt z.B. auf, dass in den ärmeren Stadtbezirken 17% der Schülerinnen und Schüler eine schlechte Zahngesundheit aufweisen, in den reicheren Stadtbezirken dagegen 'nur' 5% (Landeshauptstadt München, Sozialreferat, 2000b).

2 Soziale Ungleichheit, Armut und Gesundheit unter der erwachsenen Bevölkerung in München

2.1 Datensätze und Stichprobe

Das Münchner Gesundheitsmonitoring wurde sowohl 1999/2000 als auch 2004 mithilfe der Methode der computergestützten Telefonbefragung (CATI: computer assisted telephone interviewing) durchgeführt. Grundgesamtheit der Befragungen ist die deutschsprachige, 18-79-jährige Bevölkerung mit Hauptwohnsitz in München, die über einen Festnetzanschluss erreichbar ist.

Der Erhebungszeitraum des Monitorings von 1999/2000 erstreckte sich von Juni 1999 bis Mai 2000, und 2004 von November bis Dezember. Aus dem Monitoring von 1999/2000 liegen 2.054 auswertbare Interviews vor, was einer Abschlussquote von 57,2% entspricht. 2004 wurden insgesamt 1.012 Interviews realisiert, die Ausschöpfung beträgt damit ca. 40%.

Zu folgenden Themengebieten wurden sowohl 1999 als auch 2004 Fragen gestellt:

- Allgemeiner Gesundheitszustand und gesundheitliche Beeinträchtigungen
- Ausgewählte chronische Krankheiten
- Zugang zu und Inanspruchnahme von gesundheitsbezogenen Leistungen
- Prävention, Früherkennung
- Gesundheitsbezogene Verhaltensweisen
- Gesundheitliche Belastungen durch Luftverschmutzung und Lärm (nur 2004)
- Körpergröße und -gewicht
- Soziodemographie
- Krankenversicherung

Im Monitoring von 2004 wurde in zentralen Fragestellungen eine größtmögliche Vergleichbarkeit mit der Befragung von 1999/2000 angestrebt. Darüber hinaus wurde auf die Vergleichbarkeit mit dem Bundestelefonsurvey von 2003 des Robert-Koch-Instituts geachtet.

Tabelle 1: Alter, Geschlecht und Haushaltsgröße

	Münchener Gesundheitsmonitoring 1999/2000	Münchener Gesundheitsmonitoring 2004	Zusammengefasster Datensatz 1999/2000 und 2004
Stichprobengröße N	2.054	1.012	3.060 ³
Alter (in Jahren)			
- Mittelwert (Median)	47	41	45
- Standardabweichung	16,0	15,5	15,9
- Streubreite	18 - 79	18 - 79	18 - 79
Geschlecht (N, %)			
- Frauen	1.115 (54,2%)	525 (51,2%)	1.640 (53,5%)
Haushaltsgröße (Pers.)			
- Mittelwert	2,0	2,0	2,0
- Standardabweichung	1,2	1,2	1,2
- Streubreite	1 - 7	1 - 9	1 - 9

Datenquelle: Datensätze vom Münchener Gesundheitsmonitoring 1999/2000 und 2004

Tabelle 1 zeigt einige soziodemographische Merkmale der untersuchten Stichproben. Vergleicht man die Verteilungen von Alter und Geschlecht in der Stichprobe des Gesundheitsmonitorings mit der Verteilung in der Münchener Gesamtbevölkerung zwischen 18 und 79 Jahren mit Münchener Hauptwohnsitz, zeigen sich 2004 nur geringe Abweichungen. An der Befragung von 2004 nahmen z.B. 51,2% Frauen teil, der Frauenanteil an der Hauptwohnsitzbevölkerung beträgt 51,0%. 1999/2000 sind die weiblichen Befragten mit 54,2% etwas stärker vertreten.

2.2 Unterschiede nach Bildung und Einkommen

2.2.1 Einführung

Die in der sozial-epidemiologischen Forschung gebräuchlichsten Indikatoren zur Erfassung sozialer Ungleichheit sind die Variablen Schulbildungs-Abschluss, Pro-Kopf- und Äquivalenz-Einkommen. Bei der Schulbildung bezieht man sich auf den höchsten erworbenen Abschluss. Im folgenden Bericht sind folgende Abschlüsse zusammengefasst worden:

- ohne Abschluss oder Hauptschul-Abschluss (im folgenden 'Hauptschule' genannt),
- Realschul- oder Polytechnischer Schul-Abschluss (im folgenden 'Realschule' genannt),
- Abitur und Fachoberschul-Abschluss (im folgenden 'Abitur' genannt).

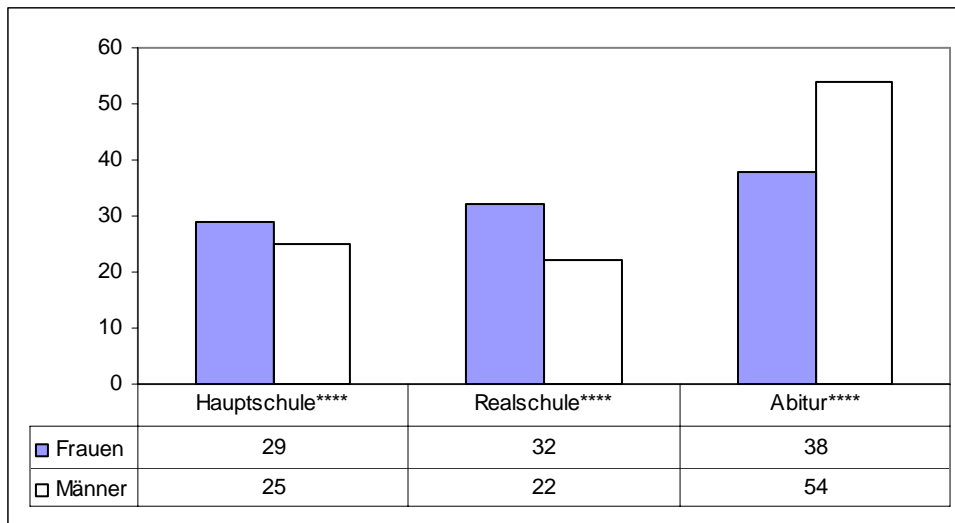
Ausgeschlossen von diesen bildungsbezogenen Analysen sind Personen, die sich zum Zeitpunkt der Befragungen noch in der Schulausbildung befinden und auch die Personen, die bei der Frage nach dem Schulabschluss mit 'weiß nicht' geantwortet haben.

In der Abbildung 1 wurden die Daten zu den Schulbildungs-Abschlüssen aus den Jahren 1999/2000 und 2004 zusammengefasst und nach Frauen und Männern getrennt dargestellt. So haben 57% aller befragten Frauen einen Hauptschulabschluss, während dies bei 43% der Männer der Fall ist. Insgesamt wird deutlich, dass die männlichen Befragten eher höhere

³ 6 Befragte aus dem Datensatz von 1999/2000 wurden aufgrund von fehlenden Werten aus den folgenden Analysen ausgeschlossen.

Abschlüsse haben. Dieser Geschlechterunterschied ist auch signifikant auf dem 99,9%-Niveau.

Abb. 1: Schulbildung und Geschlecht (in %)



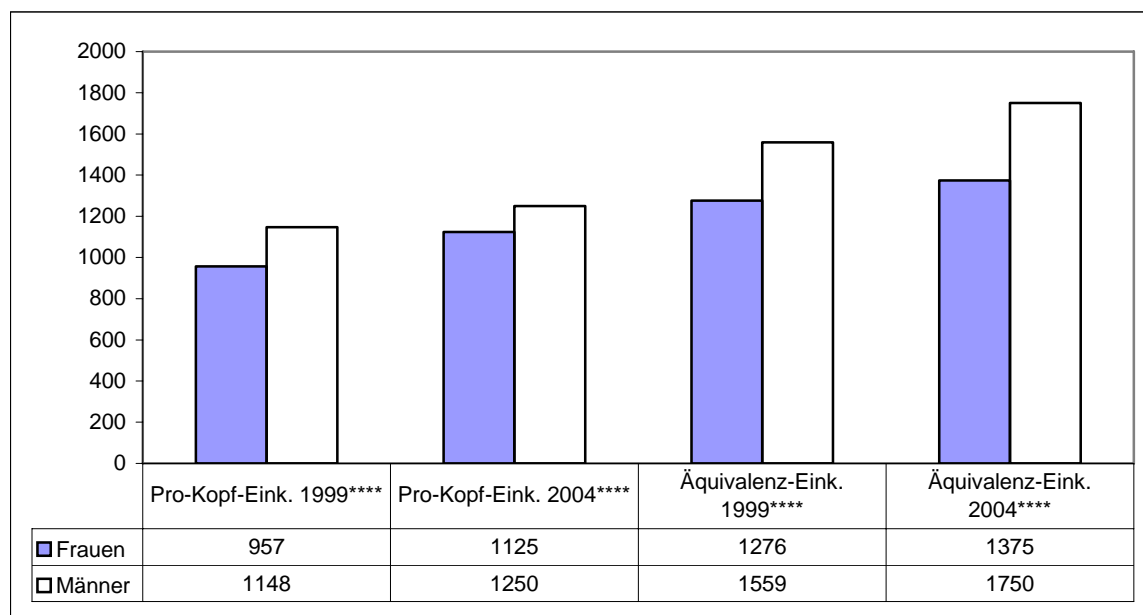
Datenquelle: zusammengefasste Datensätze vom Münchner Gesundheitsmonitoring 1999/2000 und 2004; N = 1.585 Frauen und 1.383 Männer; N (fehlend) = 98 (noch Schüler, weiß nicht, Verweigerung); $p < 0,0001$ (Chi-Quadrat-Test, Vergleich Frauen - Männer); Abweichungen von 100% sind rundungsbedingt.

Das Einkommen lässt sich als Pro-Kopf-Einkommen oder als Äquivalenz-Einkommen berechnen. Die Variable 'Pro-Kopf-Einkommen' wird aus dem Haushaltsnettoeinkommen und der Haushaltsgröße (Zahl der Personen im Haushalt) berechnet und zeigt an, wie viel Euro pro Haushaltsmitglied tatsächlich pro Monat zur Verfügung stehen. Die Variable 'Äquivalenz-Einkommen' bezieht zudem noch das jeweilige Alter der Haushaltsmitglieder in die Berechnung mit ein und berücksichtigt zudem die Kostenvorteile beim gemeinsamen Wirtschaften. Weitere Hinweise zur Berechnung des Pro-Kopf- und Äquivalenz-Einkommens finden sich in Kapitel 9.

Abbildung 2 zeigt die Mittelwerte der Pro-Kopf- und Äquivalenz-Einkommen bei den befragten Frauen und Männern sowie die zeitliche Entwicklung der Einkommensverteilung von 1999/2000 bis 2004.

So geben im Jahr 1999/2000 die weiblichen Befragten an, im Durchschnitt pro Kopf 957 Euro zur Verfügung zu haben, bei den befragten Männern sind dies 1.148 Euro. Man kann erkennen, dass sowohl das Pro-Kopf-Einkommen als auch das Äquivalenz-Einkommen in den 5 Jahren zwischen den beiden Befragungen zunimmt. Dennoch sind die Frauen gegenüber den Männern benachteiligt, in beiden Jahren und sowohl beim Pro-Kopf-Einkommen als auch beim Äquivalenz-Einkommen. Diese Unterschiede lassen sich auch statistisch signifikant nachweisen ($p < 0,0001$).

Abb. 2: Monatliche Pro-Kopf- und Äquivalenz-Einkommen (Median, in Euro)



Datenquelle: Münchner Gesundheitsmonitoring 1999/2000 und 2004;
 N = 1.528 (Äquivalenz-Eink. 1999/2000) bzw. 1.529 (Pro-Kopf-Eink. 1999/2000) und 792 (2004);
 **** = $p < 0,0001$ (T-Tests für die Einkommensunterschiede zwischen Frauen und Männern).

2.2.2 Morbidität

Allgemeiner Gesundheitszustand

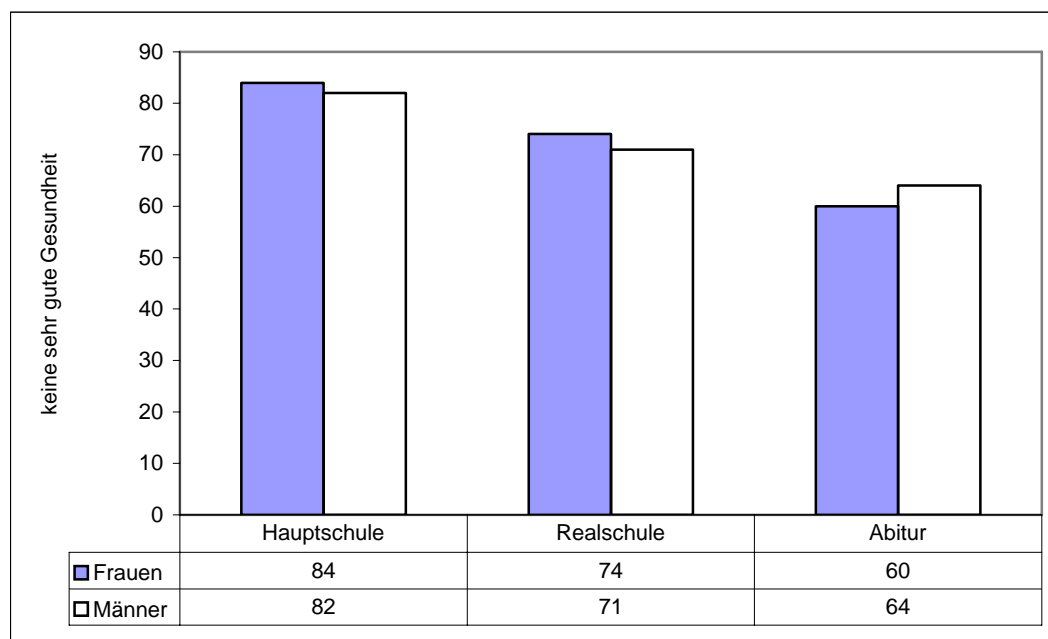
Der selbst eingeschätzte Gesundheitszustand ist ein in der Forschung sehr häufig verwendeter Indikator für das gegenwärtige körperliche Befinden des Befragten (Idler & Benyamini, 1997). Tabelle 2 zeigt die Fragen sowie die Antwortkategorien zum Gesundheitszustand von 1999/2000 und 2004. Für die hier vorgestellten Analysen wurden die Antwortkategorien in zwei Gruppen unterteilt: 'sehr guter' Gesundheitszustand und nicht 'sehr guter' Gesundheitszustand (d.h. Zusammenfassung der restlichen Kategorien). Diese Zweiteilung wurde gewählt, da die Kategorie 'sehr gut' in beiden Befragungen exakt gleich lautet und auch eine ähnliche Häufigkeit aufweist (28% bzw. 33%), und da bei Zusammenfassung der Kategorien 'sehr gut' und 'gut' ca. 74% der Befragten mit 'ja' antworten (was eine trennscharfe Erfassung positiver Gesundheit kaum möglich macht).

Tabelle 2: Fragen und Antwortkategorien zum allgemeinen Gesundheitszustand

	Frage	Kategorien
1999/2000	"Wie geht es Ihnen zur Zeit gesundheitlich?"	Sehr gut Gut Zufrieden stellend Weniger gut Schlecht
2004	"Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen?"	Sehr gut Gut Mittelmäßig Schlecht Sehr schlecht

Abbildung 3 zeigt den Gesundheitszustand der befragten Frauen und Männer in Abhängigkeit von ihrer Schulbildung, zusammengefasst für die Befragungen von 1999/2000 und 2004. So berichten 60% der befragten Frauen mit dem Abschluss Abitur über keine 'sehr gute' Gesundheit, während dies bei 64% der Männer mit Abitur der Fall ist. Insgesamt zeigt sich ein Gradient in der Richtung, dass Personen mit einem niedrigeren Abschluss eher über einen schlechteren Gesundheitszustand berichten. Dies ist sowohl für Männer als auch für Frauen statistisch signifikant ($p < 0,0001$).

Abb. 3: Schulbildung und nicht 'sehr guter' allgemeiner Gesundheitszustand (in %)



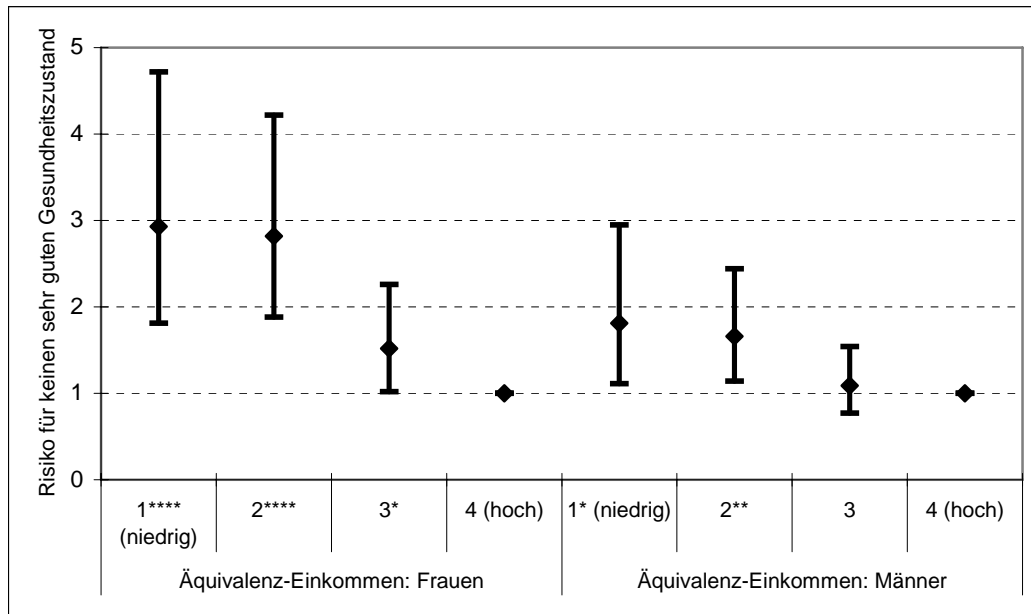
Datenquelle: zusammengefasste Datensätze vom Münchner Gesundheitsmonitoring 1999/2000 und 2004; N (Frauen) = 1.581 (fehlend = 59), N (Männer) = 1.383 (fehlend = 43); $p < 0,0001$ (Unterschiede bei den Frauen) bzw. $p < 0,0001$ (Unterschiede bei den Männern) (Chi-Quadrat-Test).

Weitere bivariate Analysen zeigen, dass der Schulabschluss hochsignifikant mit dem Gesundheitszustand zusammenhängt, während das Geschlecht in diesen Analysen keinen Zusammenhang zeigt. Das Alter der Befragten wiederum ist mit der Gesundheit assoziiert, indem Ältere ein 4,7fach erhöhtes Risiko⁴ für kein 'sehr gutes' Befinden haben als Jüngere (dazu hier keine Abbildung).

Abbildung 4 zeigt das Risiko für eine nicht 'sehr gute' Gesundheit bei niedrigem bzw. hohem Äquivalenz-Einkommen, unterteilt nach Frauen und Männern. Bei den befragten Frauen mit niedrigem Äquivalenz-Einkommen (vgl. Gruppe 1) zeigt sich ein fast 3fach höheres Risiko als bei Frauen mit hohem Einkommen (vgl. Gruppe 4). Bei den Männern gibt es eine solche Tendenz ebenfalls, nur ist diese schwächer ausgeprägt. Auch bei der Analyse des Zusammenhangs zwischen Pro-Kopf-Einkommen und Gesundheitszustand zeigt sich diese Assoziation bei den weiblichen Befragten deutlicher als bei den Männern (dazu hier keine Abbildung). Bei den Frauen scheint die gesundheitliche Ungleichheit demzufolge größer als bei den Männern zu sein. Auch das Alter hängt statistisch signifikant mit der Gesundheit zusammen: Ältere berichten eher über schlechtere Gesundheit als Jüngere (dazu hier keine Abbildung).

⁴ Wenn im folgenden von einem erhöhten Risiko berichtet wird, ist die Berechnung über sogenannte Odds Ratios erfolgt. Odds Ratios werden in logistischen Regressionen ermittelt und geben Auskunft über Stärke und Richtung eines Zusammenhangs (vgl. Kapitel 9.3 über Statistische Auswertungsverfahren).

Abb. 4: Äquivalenz-Einkommen und nicht 'sehr guter' allgemeiner Gesundheitszustand (multivariate Analyse)



Datenquelle: zusammengefasste Datensätze vom Münchner Gesundheitsmonitoring 1999/2000 und 2004; N (Frauen) = 1.213 (fehlend = 427), N (Männer) = 1.102 (fehlend = 324); kontrolliert für: Äquivalenz-Einkommen, Geschlecht, Alter; *p < 0,05, ** p < 0,01, **** p < 0,0001.

Chronische Krankheiten

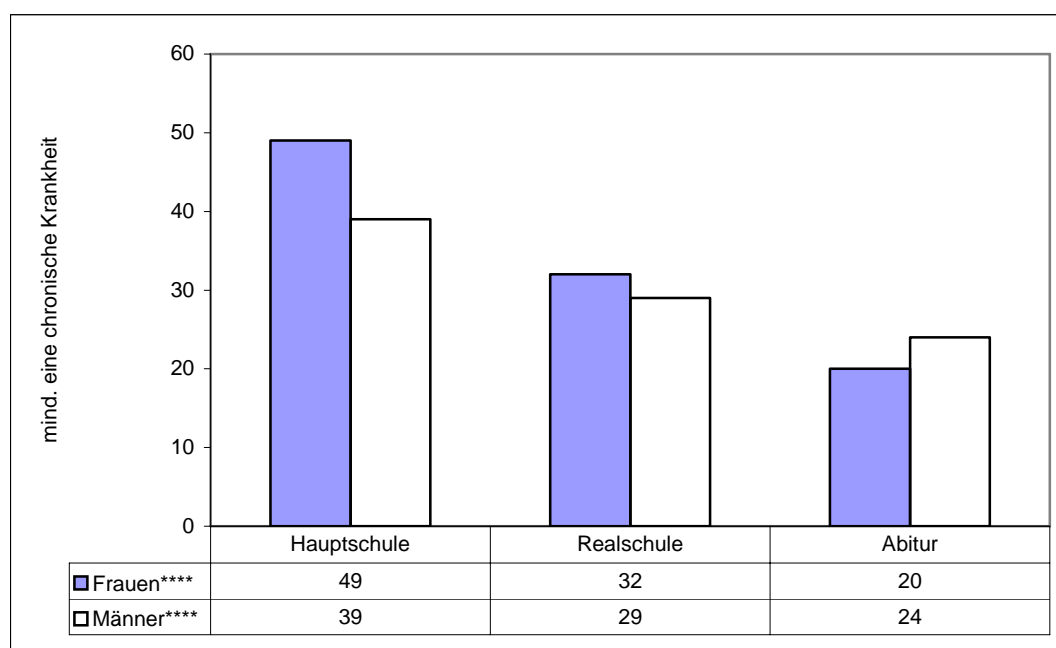
Das Vorhandensein einer oder mehrerer chronischer Krankheiten ist ebenfalls ein sehr häufig verwendeter Morbiditäts-Indikator. Als chronische Krankheiten werden in den folgenden Analysen bezeichnet: Herzinfarkt, Schlaganfall, Asthma, Krebs, Arthrose und Diabetes. Tabelle 3 zeigt die Fragen sowie die Antwortkategorien zu chronischen Krankheiten von 1999/2000 und 2004. Befragte wurden in den folgenden Analysen als chronisch krank bezeichnet, wenn sie bei mindestens einer der genannten Krankheiten und ihrer ärztlichen Diagnose mit ja geantwortet haben.

Tabelle 3: Fragen und Antwortkategorien zu chronischen Krankheiten

	Frage	Kategorien
1999/2000	"Hatten Sie jemals einen Herzinfarkt? Schlaganfall? Asthma? Krebs? Arthrose? Diabetes? Wenn ja, dann Filter: Wurde Ihnen die Diagnose von einem Arzt gestellt?"	Ja Nein
2004	"Bitte sagen Sie mir, ob diese Krankheit bei Ihnen jemals von einem Arzt diagnostiziert wurde. Herzinfarkt? Schlaganfall? Asthma? Diabetes? Krebserkrankung? Arthrose?"	Ja Nein

Abbildung 5 zeigt chronische Erkrankungen in Abhängigkeit von Schulbildung und Geschlecht, zusammengefasst für 1999/2000 und 2004. So haben 49% der befragten Frauen mit Hauptschulabschluss mindestens eine chronische Erkrankung, während dies bei 'nur' 39% der Männer der Fall war. Ein statistisch signifikanter Gradient wird deutlich: Personen mit niedrigeren Abschlüssen sind eher chronisch krank als solche mit einem höheren Abschluss ($p < 0,0001$). Dies gilt sowohl für die männlichen als auch für die weiblichen Befragten. Geschlechterunterschiede in der Erkrankungshäufigkeit sind jedoch nicht einheitlich: In der unteren und mittleren Bildungsgruppe geben Frauen häufiger chronische Krankheiten an, in der höheren sind die Männer eher chronisch krank.

Abb. 5: Schulbildung und chronische Krankheiten (in %)

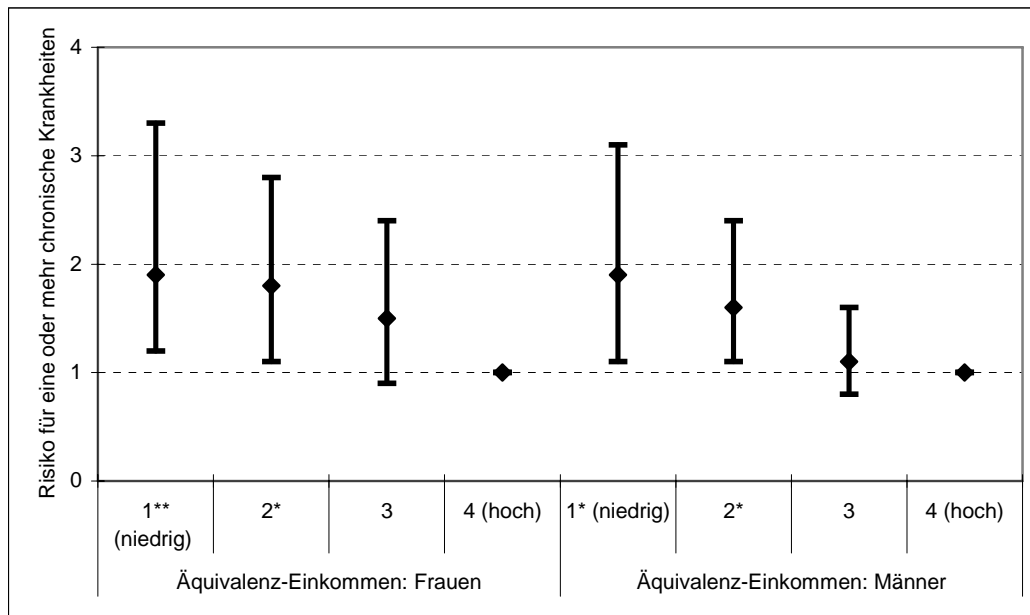


Datenquelle: zusammengefasste Datensätze vom Münchner Gesundheitsmonitoring 1999/2000 und 2004; N (Frauen) = 1.580 (fehlend = 60), N (Männer) = 1.378 (fehlend = 48); $p < 0,0001$ (Unterschiede bei den Frauen) bzw. $p < 0,0001$ (Unterschiede bei den Männern) (Chi-Quadrat-Test).

Wenn man erhöhte Risiken berechnet, bestehen sowohl mit dem Geschlecht (Frauen haben ein 1,2fach erhöhtes Risiko chronisch krank zu sein), als auch mit dem Alter (Personen in der ältesten Gruppe haben ein 9,7fach erhöhtes Risiko einer oder mehrerer chronischer Krankheiten) sowie mit der Schulbildung (Hauptschüler im Vergleich zu Abiturienten: 2,9fach erhöhtes Risiko) statistisch signifikante Assoziationen (dazu hier keine Abbildung). Wenn alle Variablen in einer Analyse zusammengefasst werden, bleiben nur die Schätzer für Alter und Bildung signifikant. Mit anderen Worten: Die erhöhte Morbidität von Frauen lässt sich vor allem durch die geschlechtsspezifische Verteilung der Schulbildung erklären.

Auch die Untersuchung des Zusammenhangs Äquivalenz-Einkommen und chronischen Krankheiten zeigt einen Gradienten sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern: je niedriger das Einkommen, desto eher tritt mindestens eine chronische Krankheit auf (Abbildung 6). Jedoch wirkt sich auch das Alter auf das Vorhandensein einer oder mehrerer chronischer Krankheiten aus: je älter, desto eher wird eine solche Erkrankung angegeben (sowohl bei Frauen als auch bei Männern: $p < 0,0001$) (dazu hier keine Abbildung).

Abb. 6: Äquivalenz-Einkommen und chronische Krankheiten (multivariate Analyse)



Datenquelle: zusammengefasste Datensätze vom Münchner Gesundheitsmonitoring 1999/2000 und 2004; N (Frauen) = 1.211 (fehlend = 429), N (Männer) = 1.098 (fehlend = 328); kontrolliert für: Äquivalenz-Einkommen, Geschlecht, Alter; * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$.

Zusammenfassend lässt sich festhalten: Ältere weisen (wie kaum anders zu erwarten) einen schlechteren Gesundheitszustand auf als Jüngere. Frauen berichten häufiger als Männer über chronische Krankheiten; weitergehende Analysen zeigen, dass hierfür vor allem die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Schulbildung verantwortlich sind. Personen mit einer niedrigen Bildung oder einem geringen Einkommen berichten besonders häufig von einem nicht 'sehr guten' Gesundheitszustand und von chronischen Krankheiten.

2.2.3 Gesundheitsverhalten

Unter dem Begriff 'Gesundheitsverhalten' werden hier zwei Themen zusammengefasst, die entweder direkt ein Verhalten beschreiben (Thema 'Rauchen') oder die sich als Folgen von Verhaltensweisen beschreiben lassen (Thema 'Übergewicht' als Folge von Ernährung und körperlicher Bewegung).

Rauchen

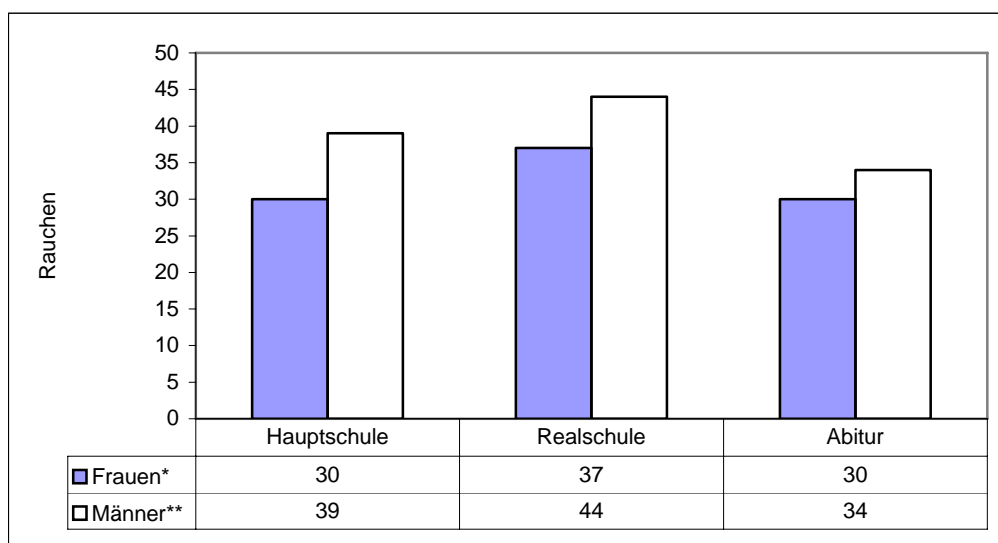
Tabelle 4 zeigt die Fragen sowie die Antwortkategorien zum Thema 'Rauchen' aus den Fragebögen von 1999/2000 und 2004. Befragte wurden in den folgenden Analysen als Raucher eingestuft, wenn sie zur Zeit der Befragung (wenn auch nur gelegentlich) rauchen.

Tabelle 4: Fragen und Antwortkategorien zum Rauchverhalten

	Frage	Kategorien
1999/2000	"Rauchen Sie zur Zeit, wenn auch nur gelegentlich?"	Ja Nein
2004	(wie 1999/2000)	Ja, täglich Ja, gelegentlich Nein, nicht mehr Habe noch nie geraucht

Abbildung 7 zeigt die relative Rauchhäufigkeit in Abhängigkeit von Schulbildung und Geschlecht, zusammengefasst für die Daten von 1999/2000 und 2004. Während z.B. 37% der Frauen mit Realschulabschluss zum Zeitpunkt der Befragung Zigaretten rauchen, tun dies 44% der Männer mit dem gleichen Abschluss. Bei den Frauen mit niedrigem und hohem Abschluss ist der Anteil der Raucherinnen gleich groß (30%). Bei den Männern mit Hauptschulabschluss ist der Anteil mit 39% jedoch höher als bei den Männern mit Abitur (34%), und dieser Unterschied ist auch statistisch signifikant ($p < 0,01$). Deutlich sind auch die Geschlechterunterschiede, in jeder Bildungsgruppe ist der Anteil der Raucher bei Frauen niedriger als bei Männern.

Abb. 7: Schulbildung und Rauchen (in %)

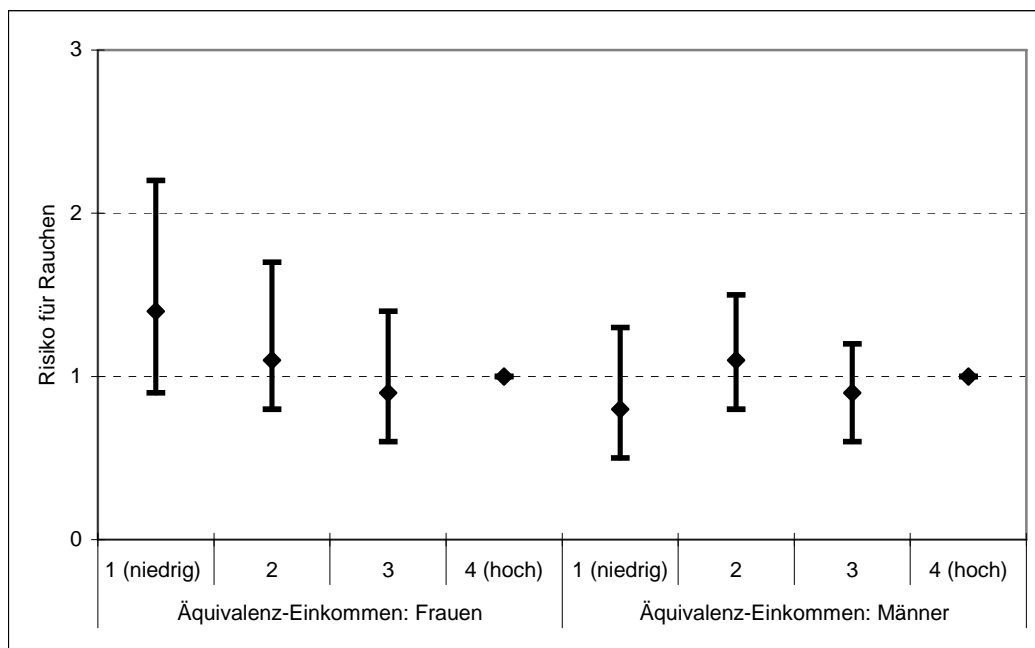


Datenquelle: zusammengefasste Datensätze vom Münchner Gesundheitsmonitoring 1999/2000 und 2004; N (Frauen) = 1.585 (fehlend = 55), N (Männer) = 1.382 (fehlend = 44); $p < 0,05$ (Unterschiede bei den Frauen) bzw. $p < 0,01$ (Unterschiede bei den Männern) (Chi-Quadrat-Test).

Diese Unterschiede werden in weiteren bivariaten Analysen auch statistisch signifikant: Männer haben im Vergleich zu Frauen ein 1,3fach erhöhtes Risiko zu rauchen (dazu hier keine Abbildung). Bivariat zeigen sich auch signifikante Assoziationen vom Rauchverhalten mit dem Alter (erhöhtes Risiko in der jüngsten Altersgruppe = 4,9) und der Schulbildung (erhöhtes Risiko für Hauptschulabgänger = 1,4) (dazu hier keine Abbildung). Wenn alle Variablen in einer Analyse zusammengefasst werden, bleiben diese Schätzer statistisch signifikant erhalten (1,4 bzw. 5,7 bzw. 1,7).

Beim Äquivalenz-Einkommen (Abbildung 8) zeigt sich, dass Frauen mit niedrigem Einkommen (vgl. Gruppe 1) ein 1,4fach höheres Risiko zu Rauchen aufweisen als Frauen mit hohem Einkommen (vgl. Gruppe 4); dieser Unterschied ist allerdings nicht statistisch signifikant. Bei den Männern dagegen ist das Bild uneinheitlich. Auch beim Pro-Kopf-Einkommen ist der Zusammenhang mit dem Zigarettenkonsum nicht eindeutig: Nur bei den weiblichen Befragten zeigt sich wieder die Tendenz, dass niedriges Einkommen mit höherem Tabakkonsum einhergeht ($p < 0,05$) (dazu hier keine Abbildung). Lediglich das Alter der Befragten hängt klar (und statistisch signifikant) mit ihrem Rauchverhalten zusammen ($p < 0,0001$): Jüngere Frauen und Männer rauchen eher als ältere (dazu hier keine Abbildung).

Abb. 8: Äquivalenz-Einkommen und Rauchen (multivariate Analyse)



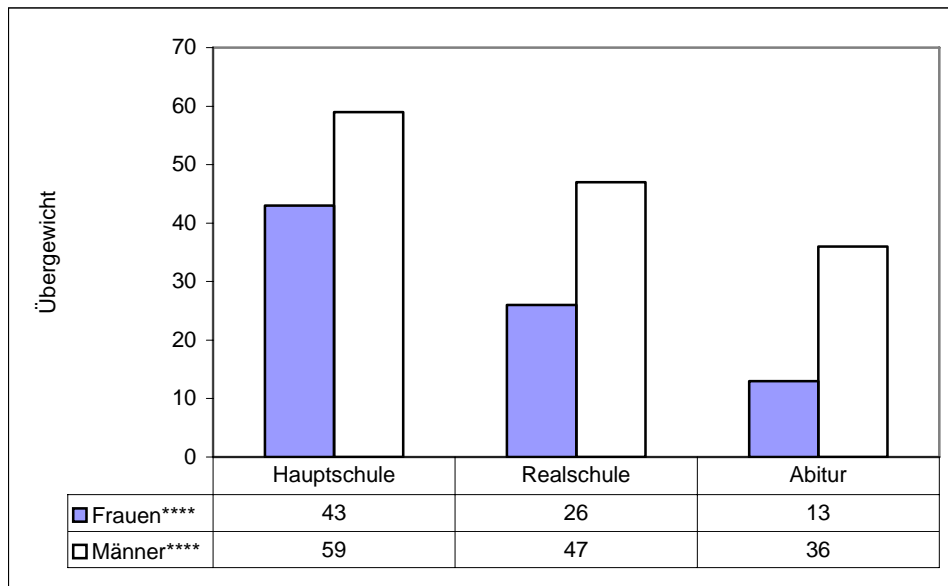
Datenquelle: zusammengefasste Datensätze vom Münchner Gesundheitsmonitoring 1999/2000 und 2004; N (Frauen) = 1.216 (fehlend = 424), N (Männer) = 1.102 (fehlend = 324); kontrolliert für: Äquivalenz-Einkommen, Geschlecht, Alter.

Body-Mass-Index

Der Body-Mass-Index (kurz: BMI) ist ein wichtiger Indikator für das Ernährungsverhalten einer Person und für die Unterteilung in normal- oder übergewichtig. Der BMI berechnet sich aus dem Körpergewicht [kg] dividiert durch das Quadrat der Körpergröße [m²]. Gemäß den Angaben der Deutschen Gesellschaft für Ernährung gelten in unseren Analysen die Personen als übergewichtig, die einen BMI von 25 oder mehr aufweisen.

Abbildung 9 zeigt den Anteil von übergewichtigen Frauen und Männern an den unterschiedlichen Bildungsgruppen, zusammengefasst für die Jahre 1999/2000 und 2004. Demnach müssen z.B. 13% der Frauen und 36% der Männer mit Abitur als übergewichtig bezeichnet werden. Generell ist bei beiden Geschlechtern die deutliche Tendenz zu erkennen, dass niedrigere Bildungsabschlüsse mit einem höheren Gewicht einhergehen ($p < 0,0001$). Außerdem werden Geschlechterunterschiede deutlich: Der Anteil an übergewichtigen Frauen ist bei jedem Bildungsgrad geringer als der Anteil an übergewichtigen Männern.

Abb. 9: Schulbildung und Übergewicht (in %)

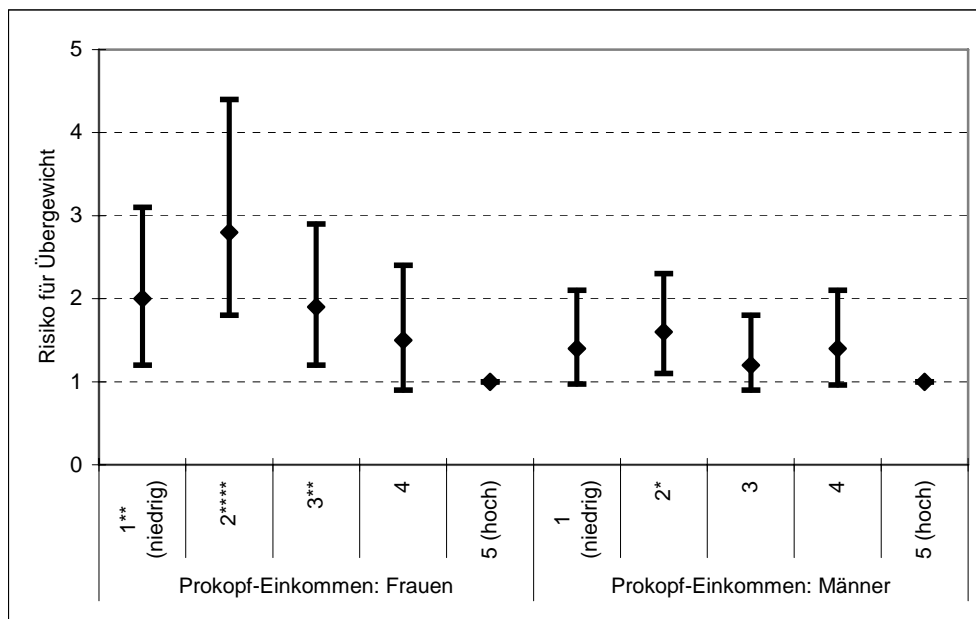


Datenquelle: zusammengefasste Datensätze vom Münchner Gesundheitsmonitoring 1999/2000 und 2004; N (Frauen) = 1.543 (fehlend = 97), N (Männer) = 1.371 (fehlend = 55); $p < 0,0001$ (Unterschiede bei den Frauen) bzw. $p < 0,0001$ (Unterschiede bei den Männern) (Chi-Quadrat-Test).

Bei der Berechnung von erhöhten Risiken zeigt sich, dass das Geschlecht (erhöhtes Risiko für Männer = 2,3), die Schulbildung (erhöhtes Risiko für niedrigen Abschluss = 2,9) sowie das Alter (erhöhtes Risiko für die höchste Altersgruppe = 5,8) mit Übergewicht in statistisch signifikanter Weise assoziiert sind (dazu hier keine Abbildung). Wenn alle Variablen in einer Analyse zusammengefasst werden, bleiben auch diese Schätzer statistisch signifikant.

Wenn alle Variablen in einer Analyse zusammengefasst werden, wird auch beim Pro-Kopf-Einkommen bei den weiblichen Befragten eine ähnliche Tendenz deutlich (Abbildung 10): Frauen mit niedrigem Einkommen (vgl. Gruppe 2) weisen ein 2,8fach höheres Übergewichts-Risiko auf als Frauen mit hohem Einkommen (vgl. Gruppe 4). Bei den männlichen Befragten ist eine vergleichbare Tendenz nicht so deutlich zu erkennen. Beim Äquivalenz-Einkommen zeigt sich ebenfalls, dass ein niedriges Einkommen häufig mit Übergewicht verbunden ist (dazu hier keine Abbildung). Das Alter der Befragten spielt hier ebenfalls eine Rolle: Ältere sind häufiger übergewichtig als Jüngere ($p < 0,0001$) (dazu hier keine Abbildung).

Abb. 10: Pro-Kopf-Einkommen und Übergewicht (multivariate Analyse)



Datenquelle: zusammengefasste Datensätze vom Münchner Gesundheitsmonitoring 1999/2000 und 2004; N (Frauen) = 1.194 (fehlend = 446), N (Männer) = 1.099 (fehlend = 327); kontrolliert für: Pro-Kopf-Einkommen, Geschlecht, Alter; **** $p < 0,0001$, ** $p < 0,01$, * $p < 0,05$.

Zusammenfassend lässt sich festhalten: Während Jüngere mehr rauchen, ist bei den Älteren das Übergewicht mehr verbreitet. Männer rauchen mehr als Frauen, und sie sind auch häufiger übergewichtig. Je niedriger die Schulbildung ist, desto mehr wird geraucht (bei statistischer Kontrolle der Variablen Alter und Geschlecht). Je niedriger der Bildungsabschluss ist, desto höher ist auch das Risiko für Übergewicht. Auch für das Einkommen zeigt sich, dass die unteren Statusgruppen eher übergewichtig sind, aber hier nur bei den Frauen.

2.2.4 Inanspruchnahme der gesundheitlichen Versorgung

In den folgenden Analysen werden Zusammenhänge zwischen den sozio-ökonomischen Variablen einerseits und der Zahl der Arztbesuche bzw. der Teilnahme an Krebsfrüherkennungs-Untersuchungen andererseits dargestellt.

Häufigkeit der Arztbesuche

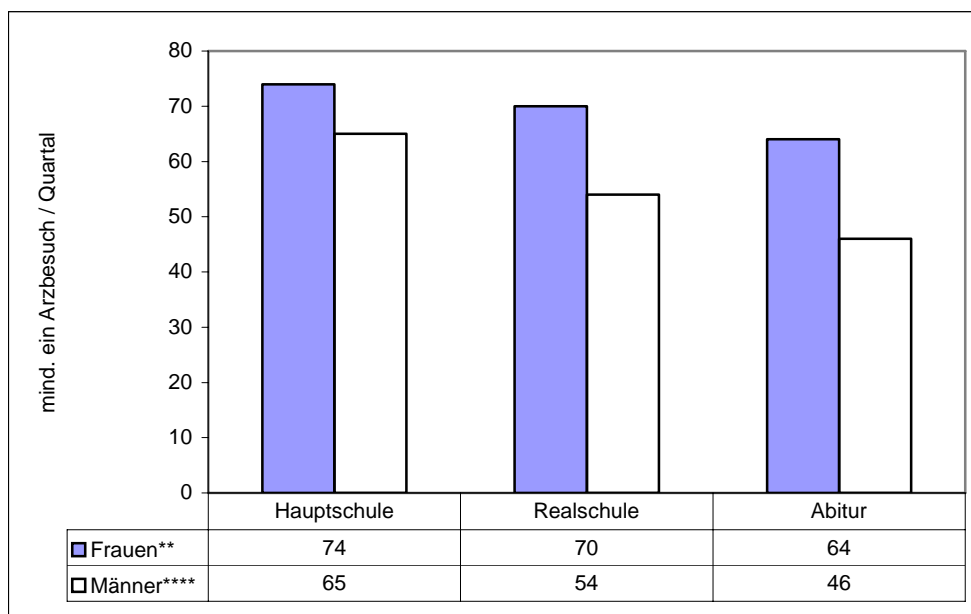
Die Erfassung der Arztbesuch-Häufigkeit in den Befragungen von 1999/2000 und 2004 ist in Tabelle 5 abgebildet. Zur Vereinfachung der Analysen wurden die Kategorien 1 und 2 ('innerhalb der letzten 4 Wochen' und 'vor 1 Monat bis zu 3 Monaten') zusammengefasst zu 'mindestens ein Arztbesuch im letzten Quartal' (und die restlichen Kategorien 3-5 zu 'kein Arztbesuch im letzten Quartal').

Tabelle 5: Fragen und Antwortkategorien zur Häufigkeit der Arztbesuche

	Frage	Kategorien
1999/2000	"Wann haben Sie das letzte Mal für sich die Hilfe eines Arztes außer eines Zahnarztes bzw. dessen Personal in Anspruch genommen?"	Innerhalb der letzten 4 Wochen Vor 1 Monat bis zu 3 Monaten Vor 4 Monaten bis zu 12 Monaten Vor 1 Jahr bis zu 5 Jahren Vor mehr als 5 Jahren
2004	"Wann haben Sie das letzte Mal für sich die Hilfe eines Arztes (außer eines Zahnarztes) in Anspruch genommen?"	Innerhalb der letzten 4 Wochen Vor 1 Monat bis zu 3 Monaten Vor 4 Monaten bis zu 12 Monaten Vor 1 Jahr bis zu 5 Jahren Vor mehr als 5 Jahren

Abbildung 11 stellt den Zusammenhang zwischen Schulbildungs-Abschluss und Häufigkeit der Arztbesuche dar. So waren 64% der Frauen mit Abitur mindestens einmal im letzten Quartal beim Arzt, während dies bei den männlichen Befragten mit gleichwertigem Abschluss 46% waren. Insgesamt zeigt sich sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern die Tendenz, dass mit steigendem Bildungsabschluss die Häufigkeit der Arztbesuche abnimmt ($p < 0,01$ bzw. $p < 0,0001$). Außerdem wird deutlich, dass männliche Befragte seltener pro Quartal zum Arzt gehen als weibliche Befragte, unabhängig vom Bildungsgrad.

Abb. 11: Schulbildung und häufige Arztbesuche (in %)

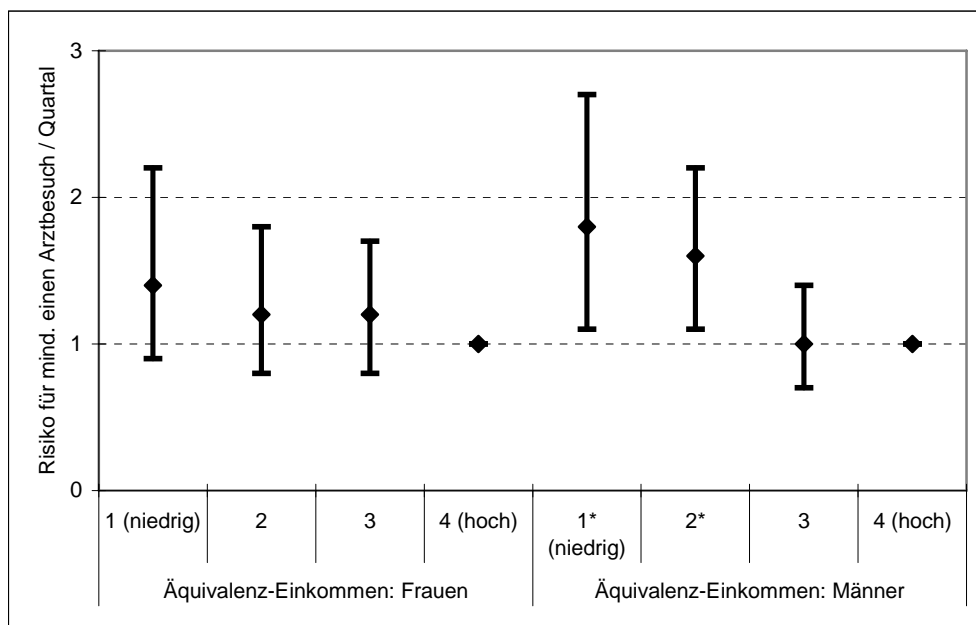


Datenquelle: zusammengefasste Datensätze vom Münchner Gesundheitsmonitoring 1999/2000 und 2004; N (Frauen) = 1.568 (fehlend = 72), N (Männer) = 1.374 (fehlend = 52); $p < 0,01$ (Unterschiede bei den Frauen) bzw. $p < 0,0001$ (Unterschiede bei den Männern) (Chi-Quadrat-Test).

Wenn man erhöhte Risiken berechnet, zeigen sich jeweils statistisch signifikante Schätzer bei Geschlecht (Frauen haben eine 2fach höhere Wahrscheinlichkeit, mindestens einmal im Quartal einen Arzt aufzusuchen), bei Schulbildung (Hauptschüler haben eine 1,9fach höhere Wahrscheinlichkeit) und bei Alter (die Ältesten haben eine 2,5fach höhere Wahrscheinlichkeit) (dazu hier keine Abbildung). Wenn alle Variablen in einer Analyse zusammengefasst werden, bleiben diese Zusammenhänge statistisch signifikant. Mit anderen Worten: Häufige Arztbesuche sind nicht nur eine Frage des Alters, sondern auch des Geschlechts und des Bildungsniveaus.

Bei der Untersuchung dieses Zusammenhangs mit dem Äquivalenz-Einkommen wird ebenfalls deutlich, dass ein niedrigerer Sozialstatus mit häufigeren Arztbesuchen einhergeht (Abbildung 12). Dies ist jedoch bei den männlichen Befragten deutlicher ausgeprägt als bei Frauen: Männer mit niedrigem Einkommen (vgl. Gruppe 1) haben gegenüber solchen mit hohem Einkommen (vgl. Gruppe 4) eine 1,8fach höhere Wahrscheinlichkeit für zumindest einen Arztbesuch pro Quartal. Bei der Analyse dieses Zusammenhangs mit dem Pro-Kopf-Einkommen zeigt sich keine solche Tendenz bei den Männern (dazu hier keine Abbildung). Wie erwartet hat auch das Alter einen deutlichen Einfluss auf die Häufigkeit der Arztbesuche: jüngere Befragte gehen (bei statistischer Kontrolle der Variablen Geschlecht und Einkommen) seltener zum Arzt als ältere (Frauen: $p < 0,05$, Männer: $p < 0,0001$) (dazu hier keine Abbildung).

Abb. 12: Äquivalenz-Einkommen und häufige Arztbesuche (multivariate Analyse)



Datenquelle: zusammengefasste Datensätze vom Münchner Gesundheitsmonitoring 1999/2000 und 2004; N (Frauen) = 1.208 (fehlend = 432), N (Männer) = 1.097 (fehlend = 329); kontrolliert für: Äquivalenz-Einkommen, Geschlecht und Alter; * $p < 0,05$.

Teilnahme an Krebsfrüherkennungs-Untersuchungen

Im Münchner Gesundheitsmonitoring von 1999/2000 wird in drei Fragen die Teilnahme an verschiedenen Krebsfrüherkennungs-Untersuchungen erfragt (siehe Tabelle 6). Die Befragung 2004 enthält dagegen eine allgemeinere Frage zur Teilnahme insgesamt.

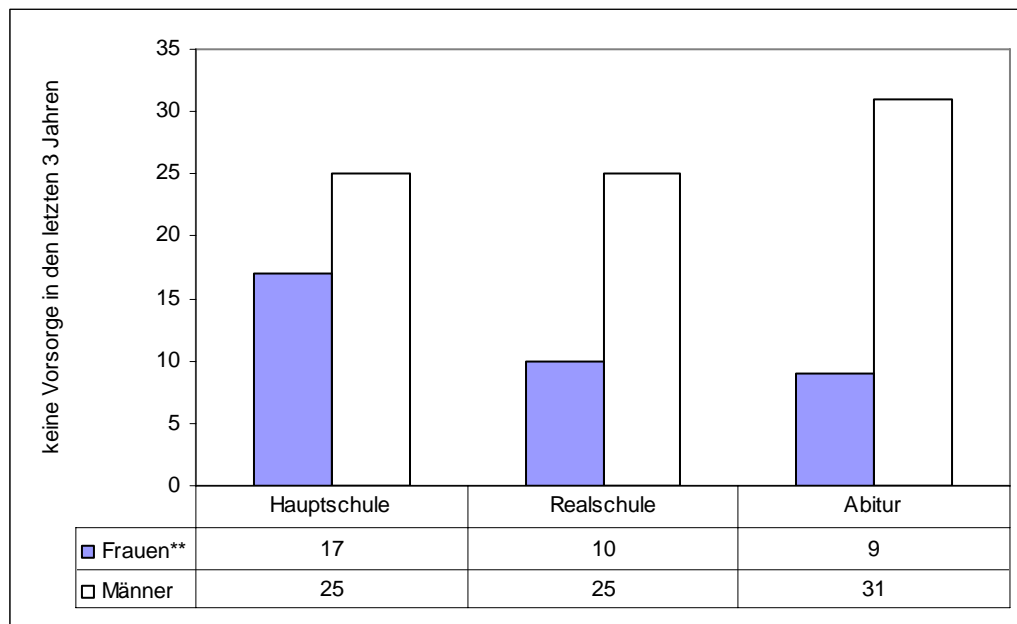
Tabelle 6: Fragen und Antwortkategorien zur Teilnahme an Krebsfrüherkennungs-Untersuchungen

	Frage
1999/2000	"Wie oft waren Sie innerhalb der letzten 3 Jahre zur Krebsfrüherkennungs-Untersuchung bei einem Frauenarzt?" "Wie oft waren Sie innerhalb der letzten 3 Jahre zur Vorsorgeuntersuchung der Prostata?" "Wie oft haben Sie innerhalb der letzten 3 Jahre einen Test auf Blutspuren im Stuhl zur Früherkennung von krankhaften Veränderungen des Darms gemacht?"
2004	"Haben Sie - in den letzten 12 Monaten - an einer Krebsfrüherkennungs-Untersuchung teilgenommen?"

Die Vergleichbarkeit zwischen den Befragungen von 1999/2000 und 2004 wird auch dadurch eingeschränkt, dass in der ersten Befragung nach der Häufigkeit der Untersuchungen gefragt wird, in der zweiten Befragung dagegen danach, ob schon jemals an einer Untersuchung teilgenommen wurde. Für die folgenden Analysen wurden die drei Fragen aus dem Jahr 1999/2000 zusammengefasst: Personen, die an mindestens einer der drei genannten Untersuchungen in den letzten 3 Jahren teilgenommen haben, werden als 'Teilnehmer' bezeichnet (und diejenigen, die keine dieser Untersuchungen in den letzten 3 Jahren wahrgenommen haben, entsprechend als 'Nicht-Teilnehmer'). Außerdem werden – aus Vergleichsgründen – nur Daten von männlichen Befragten, die 44 Jahre und älter sind (N 1999/2000 = 1139, N 2004 = 453) ausgewertet, da Männer erst ab diesem Alter im Rahmen der GKV-Leistungen für Krebsfrüherkennungs-Untersuchungen anspruchsberechtigt sind. Frauen sind bereits ab 19 Jahren anspruchsberechtigt, daher werden alle weiblichen Befragten ab diesem Alter in die Analysen eingeschlossen.

Beispielhaft wird in Abbildung 13 der Zusammenhang zwischen Schulbildungs-Abschluss und fehlender Teilnahme an Krebsfrüherkennungs-Untersuchungen aus der Befragung von 1999/2000 dargestellt. Es wird deutlich, dass 17% der Frauen mit Hauptschulabschluss in den letzten 3 Jahren an keiner Vorsorgeuntersuchung teilgenommen haben, aber 25% der Männer mit Hauptschulabschluss. In jeder der drei Bildungsgruppen waren weniger Männer zur Vorsorge als Frauen. Es zeigen sich zudem gegenläufige Zusammenhänge mit der Bildung: Bei den Frauen nimmt das Vorsorgeverhalten mit höherer Bildung zu, bei den Männern jedoch eher ab.

Abb. 13: Schulbildung und fehlende Teilnahme an Krebsfrüherkennungs-Untersuchungen (in %)



Datenquelle: Münchner Gesundheitsmonitoring 1999/2000 (männliche Befragte ab 44 Jahre, weibliche Befragte ab 19 Jahre); N (Frauen) = 1.064 (fehlend = 41), N (Männer) = 493 (fehlend = 18); ** $p < 0,01$.

Wenn man erhöhte Risiken berechnet, wird deutlich, dass 1999/2000 Männer im Vergleich zu Frauen (erhöhtes Risiko = 2,8) seltener in den letzten 3 Jahren zur Vorsorge gingen (dazu hier keine Abbildung). Auch zeigt sich, dass mit höherem Alter das Risiko einer Nicht-Teilnahme an diesen Untersuchungen um das 2fache steigt. Wenn alle Variablen in einer Analyse zusammengefasst werden, bleibt der Schätzer für Geschlecht in ähnlicher Stärke bestehen.

Der Vergleich mit den Daten aus dem Jahr 2004 zeigt, dass der Geschlechterzusammenhang stabil ist: Hier ergibt sich bei Männern ein ähnliches Bild, d.h. höhere Bildung ist in statistisch signifikanter Weise mit seltenerer Teilnahme an Krebsfrüherkennungs-Untersuchungen verbunden ($p < 0,05$); bei Frauen zeigt sich kein eindeutiger Trend (dazu hier keine Abbildung).

Bei der Berechnung von erhöhten Risiken mit den Daten von 2004 lassen sich statistisch signifikante Zusammenhänge festhalten für das Geschlecht (erhöhtes Risiko bei Männern für fehlende Vorsorge = 2,8) und für das Alter (erhöhtes Risiko für Jüngere = 4,1), jedoch nicht für die Schulbildung (dazu hier keine Abbildung). Wenn man alle Variablen in einer Analyse zusammenfasst, bleiben die Zusammenhänge zwischen fehlender Untersuchungs-Teilnahme und dem Geschlecht bzw. dem Alter bestehen.

Weder beim Pro-Kopf-Einkommen noch beim Äquivalenz-Einkommen lässt sich 1999/2000 oder 2004 eine klare Antwort auf die Frage erkennen, ob Niedrigverdienende häufiger bzw. seltener an Vorsorgeuntersuchungen teilnehmen als Höherverdienende (dazu hier keine Abbildung). Es lässt sich demnach nur festhalten, dass Frauen eher als Männer ($p < 0,0001$) solche Untersuchungen wahrnehmen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten: Ältere Befragte gehen (wie kaum anders zu erwarten) häufiger zum Arzt als jüngere Befragte. Frauen weisen mehr Arztbesuche auf als Männer, und sie nehmen auch die Vorsorgeuntersuchungen häufiger wahr. Männer und Frauen mit niedriger Schulbildung gehen besonders häufig zum Arzt, und Männer mit niedrigem Einkommen häufiger als Männer mit hohem Einkommen. Bei den Vorsorgeuntersuchungen zeigen sich keine klaren Zusammenhänge mit dem Alter, der Schulbildung oder dem Einkommen.

2.2.5 Auswirkungen der Praxisgebühr

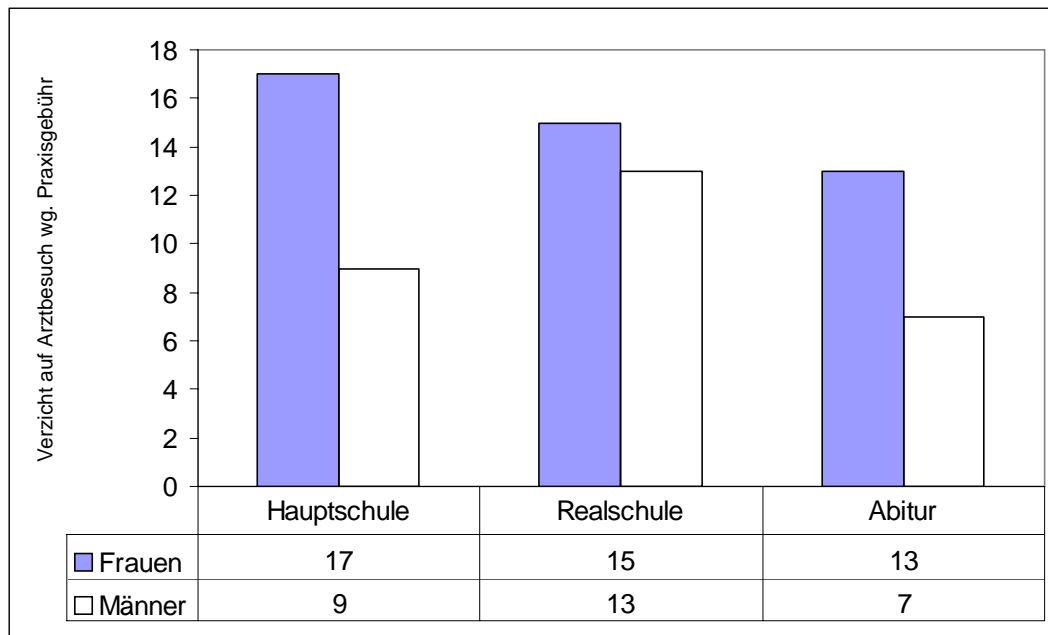
Die seit 2004 erhobene Praxisgebühr von 10 Euro für einen Arztbesuch pro Quartal kann ein Hindernis für einkommensschwache Versicherte sein. Durch die Antworten auf eine Frage aus dem Jahr 2004 lässt sich untersuchen, ob die Praxisgebühr tatsächlich Niedrigverdiener stärker betrifft bzw. ihr Inanspruchnahmeverhalten stärker steuert als andere Personen (Tabelle 7). Dabei wurden diejenigen Befragten in einer Kategorie zusammengefasst, die angaben, ein- oder mehrmals wegen der Praxisgebühr auf einen Arztbesuch verzichtet zu haben; in der anderen Kategorie finden sich die Personen, die (aus irgendeinem der genannten Gründe) nicht auf einen Arztbesuch verzichtet haben.

Tabelle 7: Frage und Antwortkategorien zu Auswirkungen der Praxisgebühr

	Frage	Kategorien
2004	"Haben Sie seit Einführung der Praxisgebühr zu Beginn dieses Jahres einmal oder mehrmals bewusst auf den Besuch eines Arztes verzichtet, um diese Gebühr nicht zahlen zu müssen?"	<ul style="list-style-type: none"> - Ja, mehr als einmal - Ja, genau einmal - Nein (Arztbesuch war trotz Praxisgebühr nicht vermeidbar) - Nein (der Praxisgebühr wird zugestimmt) - Nein, ich brauchte nicht zum Arzt - Nein, denn ich bin privatversichert - Nein, denn ich bin von der Praxisgebühr befreit

Abbildung 14 zeigt den Anteil an Frauen und Männern, die auf einen Arztbesuch wegen der Praxisgebühr verzichtet haben, jeweils pro Schulabschluss-Gruppe. So berichten 17% der weiblichen, aber nur 9% der männlichen Befragten von einem solchen Verzicht. Bei den weiblichen Befragten zeigt sich ein (allerdings nicht statistisch signifikanter) Gradient. Personen mit niedrigerem Schulabschluss verzichteten demnach eher auf einen Arztbesuch als solche mit einem höheren Abschluss.

Abb. 14: Schulbildung und Verzicht auf Arztbesuch wegen Praxisgebühr (in %)

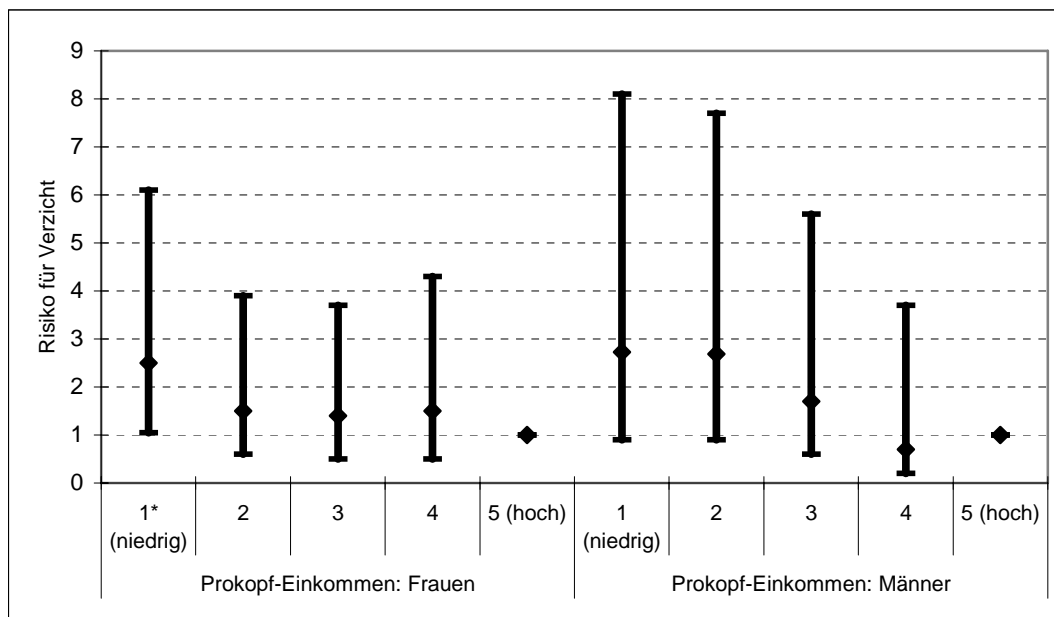


Datenquelle: Münchner Gesundheitsmonitoring 2004;
 N (Frauen) = 506 (fehlend = 19), N (Männer) = 465 (fehlend = 22).

Bei der Berechnung von erhöhten Risiken zeigt sich, dass Jüngere (erhöhtes Risiko = 6,2) und Frauen (erhöhtes Risiko = 2,0) eher wegen der Praxisgebühr auf einen Arztbesuch verzichten (dazu hier keine Abbildung). Wenn man alle Variablen in einer Analyse zusammenfasst, wird auch die Schulbildung zu einem statistisch signifikanten Schätzer, indem Personen mit niedrigerem Abschluss eher auf einen Arztbesuch verzichten. Die Schätzer für Alter und Geschlecht bleiben in nahezu unveränderter Stärke auch multivariat bestehen.

Abbildung 15 zeigt, dass Frauen mit niedrigem Pro-Kopf-Einkommen (vgl. Gruppe 1) 2,5mal häufiger wegen der fälligen Praxisgebühr auf einen Arztbesuch verzichten als Frauen mit einem hohen Einkommen (vgl. Gruppe 5); dieser Unterschied ist auch statistisch signifikant ($p < 0,05$). Bei den Männern ist ein ähnlicher (aber nicht statistisch signifikanter) Zusammenhang zu erkennen. Zudem ist bei den Männern die Tendenz zu sehen, dass mit sinkendem Einkommen der Verzicht auf einen Arztbesuch immer häufiger wird. Eine ähnliche Tendenz ist auch beim Äquivalenz-Einkommen zu erkennen (dazu hier keine Abbildung). Auch das Alter scheint bei den weiblichen Befragten eine Rolle zu spielen: je jünger sie sind, desto eher verzichten sie auf einen Arztbesuch ($p < 0,01$) (dazu hier keine Abbildung).

Abb. 15: Pro-Kopf-Einkommen und Verzicht auf Arztbesuch wegen Praxisgebühr (multivariate Analyse)



Datenquelle: Münchner Gesundheitsmonitoring 2004; N (Frauen) = 408 (fehlend = 117), N (Männer) = 375 (fehlend = 112); kontrolliert für Pro-Kopf-Einkommen, Geschlecht und Alter; * $p < 0,05$.

Zusammenfassend lässt sich festhalten: Die Bereitschaft, wegen der fälligen Praxisgebühr auf einen Arztbesuch zu verzichten, ist bei jüngeren Befragten häufiger zu finden als bei älteren, und bei Frauen häufiger als bei Männern. Die Bereitschaft zum Verzicht ist bei Personen mit niedrigem sozialen Status besonders häufig vorhanden, und zwar unabhängig davon, ob zur Beschreibung des sozialen Status die Schulbildung oder das Einkommen verwendet wird.

2.2.6 Umweltbelastungen am Wohnort

Es ist zu vermuten, dass die unteren sozialen Gruppen in ihrer Wohnumgebung besonders oft Umweltbelastungen wie Luftverschmutzung oder Lärm ausgesetzt sind. Empirisch belegt wurde diese Vermutung bisher jedoch selten.

Luftverschmutzung

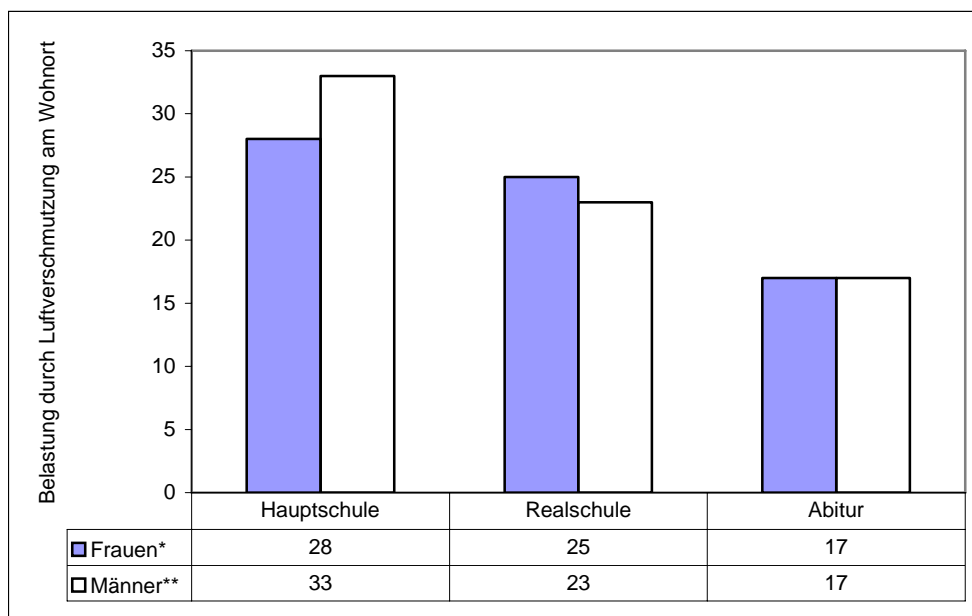
Das Ausmaß der am Wohnort empfundenen Luftverschmutzung wird nur in der Befragung von 2004 erfasst. Tabelle 8 zeigt die entsprechenden Fragen und Antwortkategorien. Dabei werden die ersten beiden Kategorien (gar nicht und gering) zu 'durch Luftverschmutzung nicht (oder gering) belastet' zusammengefasst, und die letzten 3 Kategorien zu 'durch Luftverschmutzung belastet'.

Tabelle 8: Fragen und Antwortkategorien zur Luftverschmutzung

	Frage	Kategorien
2004	"Wie sehr fühlen Sie sich in Ihrer Wohngegend durch Luftverschmutzung, wie z.B. Staub, Abgase oder Gestank beeinträchtigt? Fühlen Sie sich dadurch..."	- gar nicht - gering - gerade erträglich - stark oder - sehr stark belästigt?"

Abbildung 16 zeigt die subjektiv empfundene Belastung durch Luftverschmutzung am Wohnort abhängig von der Schulbildung und vom Geschlecht der Befragten. Demnach fühlen sich 28% der weiblichen Befragten und 33% der männlichen Befragten mit Hauptschulabschluss durch verschmutzte Luft am Wohnort belastet. Mit steigendem Bildungsgrad sinkt diese Belastung deutlich, sowohl bei den Frauen ($p < 0,05$) als auch bei den Männern ($p < 0,01$). Frauen und Männer unterscheiden sich in der Einschätzung dieser Belastung dabei nur gering.

Abb. 16: Schulbildung und Belastung durch Luftverschmutzung am Wohnort (in %)



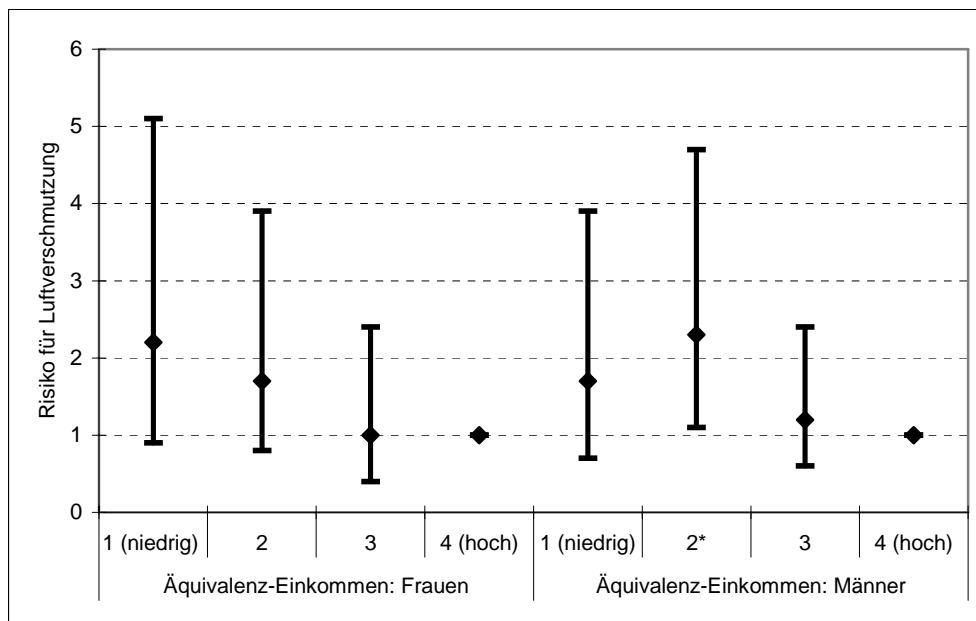
Datenquelle: Münchner Gesundheitsmonitoring 2004;
 N (Frauen) = 510 (fehlend = 15), N (Männer) = 471 (fehlend = 16);
 $p < 0,05$ (Unterschiede bei den Frauen) bzw. $p < 0,01$ (Unterschiede bei den Männern)
 (Chi-Quadrat-Test).

Wenn man erhöhte Risiken berechnet, lässt sich diese Beobachtung bestätigen: Geschlecht sowie Alter sind nicht statistisch signifikant mit der Luftverschmutzung am Wohnort assoziiert, jedoch aber die Schulbildung. So fühlen sich Personen mit einem niedrigeren Abschluss 2,1mal so häufig durch verschmutzte Luft belastet. Wenn man alle Variablen in einer Analyse zusammenfasst, bleibt dieser Zusammenhang, jedoch mit einem schwächeren Schätzer bestehen.

Abbildung 17 zeigt die Belastung durch Luftverschmutzung am Wohnort im Zusammenhang mit dem Äquivalenz-Einkommen, getrennt nach Männern und Frauen. Frauen mit einem

niedrigen Äquivalenz-Einkommen fühlen sich 2,2fach häufiger belastet als Frauen mit einem hohen Einkommen. Bei den Männern zeigt sich erst ab der Einkommensgruppe 2, dass mit steigendem Einkommen der Belastungsgrad sinkt (wobei der Unterschied zwischen den Einkommensgruppen 2 und 4 statistisch signifikant ist). Bei Betrachtung des Pro-Kopf-Einkommens zeigt sich ebenfalls, dass niedriges Einkommen mit höherer Luftbelastung einhergeht (dazu hier keine Abbildung). Das Alter der befragten Personen scheint keinen Einfluss auf die Luftverschmutzung in der Wohngegend zu haben (dazu hier keine Abbildung).

Abb. 17: Äquivalenz-Einkommen und Belastung durch Luftverschmutzung am Wohnort (multivariate Analyse)



Datenquelle: Münchner Gesundheitsmonitoring 2004; N (Frauen) = 411 (fehlend = 114), N (Männer) = 379 (fehlend = 108); kontrolliert für Äquivalenz-Einkommen, Geschlecht und Alter; * $p < 0,05$.

Lärmbelastung

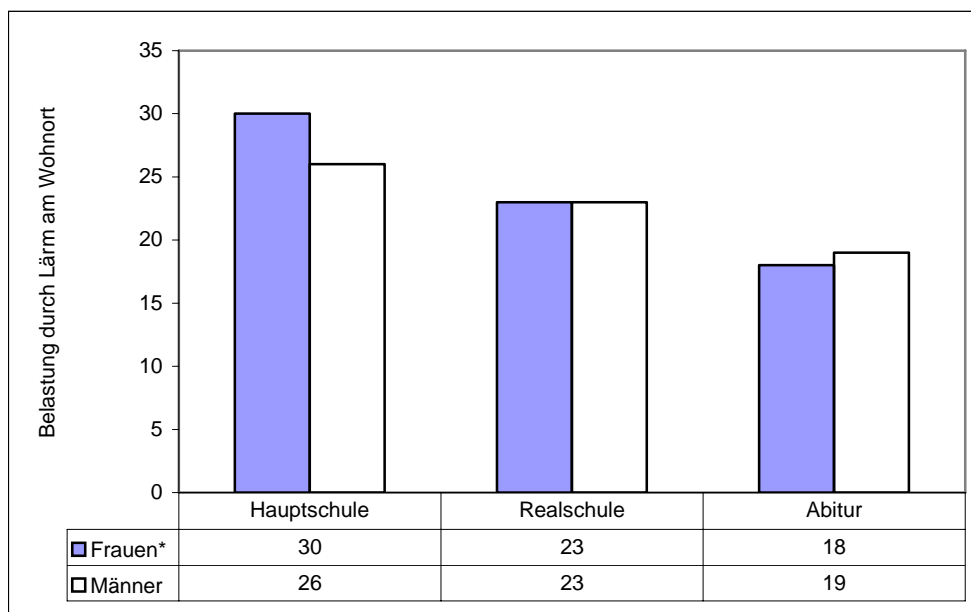
Das Ausmaß der Lärmbelastung in der Wohnumgebung wird nur in der Befragung von 2004 erfasst. Tabelle 9 zeigt die Fragen und Antwortkategorien zur Lärmbelastung tagsüber und nachts. Für die folgenden Analysen sind die beiden Fragen zum Lärm zusammengefasst worden; dabei wurden jeweils die ersten beiden Kategorien (gar nicht und gering) zu einer Kategorie (und die restlichen Antwortmöglichkeiten zu einer zweiten Kategorie) zusammengefasst. In der ersten Kategorie befinden sich dann die Personen, die sich weder tagsüber noch nachts durch Lärm in ihrer Wohngegend erheblich belästigt fühlen, in der zweiten diejenigen, die tagsüber oder nachts bzw. tagsüber und nachts eine gewisse Lärmbelästigung empfinden.

Tabelle 9: Fragen und Antwortkategorien zur Lärmbelastung

	Frage	Kategorien
2004	"Wie sehr fühlen Sie sich in Ihrer Wohngegend tagsüber durch Lärm belästigt? Fühlen Sie sich dadurch... "Und wie sehr fühlen Sie sich in Ihrer Wohngegend nachts durch Lärm belästigt? Fühlen Sie sich dadurch...?"	- gar nicht - gering - gerade erträglich - stark oder - sehr stark belästigt?"

Abbildung 18 zeigt die Lärmbelastung abhängig von dem Bildungsabschluss und dem Geschlecht der Befragten. So berichteten 30% der Frauen mit Hauptschulabschluss über eine erhebliche Lärmbelastung am Wohnort, bei den Männern sind es 26%. Bei Frauen und Männern nimmt die Belastung mit höherer Bildung ab, und bei Frauen sind diese Unterschiede auch statistisch signifikant. Dabei zeigen sich keine deutlichen Geschlechterunterschiede in der Einschätzung der Lärmbelastung.

Abb. 18: Schulbildung und Belastung durch Lärm am Wohnort (in %)



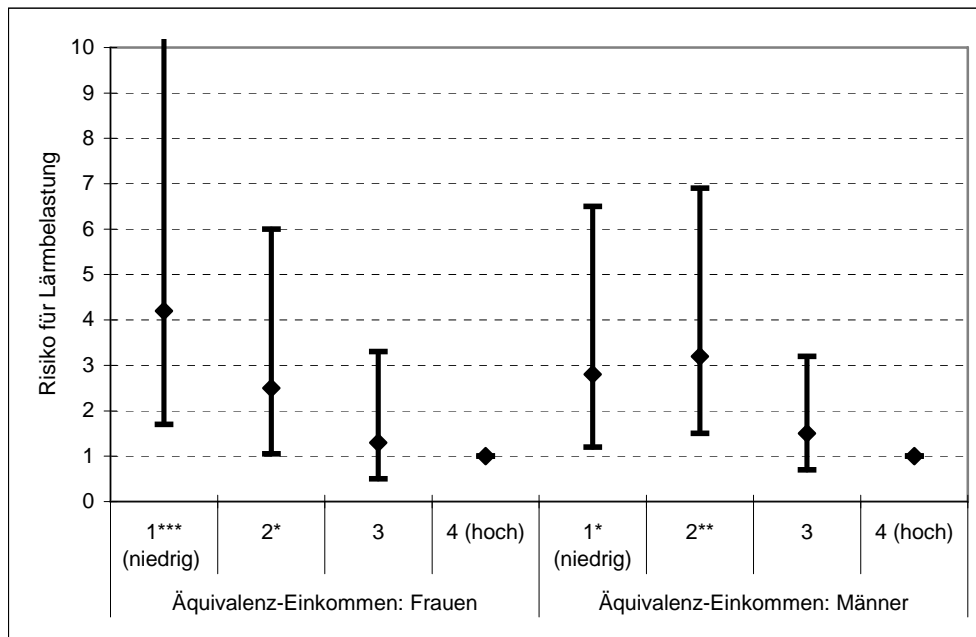
Datenquelle: Münchner Gesundheitsmonitoring 2004; N (Frauen) = 512 (fehlend = 13), N (Männer) = 471 (fehlend = 16); $p < 0,05$ (Unterschiede bei den Frauen) (Chi-Quadrat-Test).

In weiteren bivariaten Analysen zeigt sich ein ähnliches Bild wie bei der Belastung durch Luftverschmutzung: Das Geschlecht sowie das Alter spielen hier keine Rolle, jedoch der Schulabschluss (dazu hier keine Abbildung). So haben Personen mit einem niedrigeren Abschluss ein 1,8fach erhöhtes Risiko für Lärmbelastung am Wohnort. Wenn man alle Variablen in einer Analyse zusammenfasst, bleibt dieser Zusammenhang bestehen.

Abbildung 19 zeigt die Lärmbelastung am Wohnort in Abhängigkeit vom Äquivalenz-Einkommen. Demnach haben Frauen mit einem niedrigen Einkommen (gegenüber solchen

mit einem hohen) ein 4,2fach höheres Risiko für eine lärmbelastete Wohnumgebung. Bei den männlichen Befragten zeigt sich kein einheitlicher Gradient, jedoch besteht auch hier ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen Lärmbelastung und Einkommen; die Belastung ist in den beiden unteren Einkommensgruppen höher als in Gruppe 4. Ein vergleichbarer Zusammenhang zeigt sich auch beim Pro-Kopf-Einkommen (dazu hier keine Abbildung). Das Alter der Befragten dagegen scheint kaum mit der Lärmbelastung am Wohnort zusammenzuhängen (dazu hier keine Abbildung).

Abb. 19: Äquivalenz-Einkommen und Belastung durch Lärm am Wohnort (multivariate Analyse)



Datenquelle: Münchner Gesundheitsmonitoring 2004; N (Frauen) = 413 (fehlend = 112), N (Männer) = 378 (fehlend = 109); kontrolliert für Äquivalenz-Einkommen, Geschlecht und Alter; *** $p < 0,001$, ** $p < 0,01$, * $p < 0,05$.

Zusammenfassend lässt sich festhalten: In Bezug auf die empfundene Belastung durch Luftverschmutzung und Lärm zeigen sich weder zwischen Männern und Frauen noch zwischen Jüngeren und Älteren große Unterschiede. Die unteren Statusgruppen sind von diesen Umweltbelastungen am Wohnort deutlich stärker betroffen als die oberen, und zwar unabhängig davon, ob zur Beschreibung des sozialen Status die Schulbildung oder das Einkommen verwendet wird.

3 Gesundheitliche Belastung bei Befragten mit nicht-deutscher Staatsangehörigkeit

3.1 Einführung

Die Staatsangehörigkeit wird in den Befragungen von 1999/2000 und 2004 anhand folgender Fragen erfasst (Tabelle 10).

Tabelle 10: Fragen und Antwortkategorien zur Staatsangehörigkeit

	Frage	Kategorien
1999/2000	"Welche Staatsangehörigkeit haben Sie?"	Deutsche Andere
2004	"Haben Sie die deutsche Staatsbürgerschaft?"	Ja Nein

Tabelle 11 zeigt die Häufigkeit von Befragten mit und ohne deutsche Staatsangehörigkeit in den Gesamtstichproben von 1999/2000 und 2004. Dabei wird deutlich, dass der Anteil an Befragten mit nicht-deutscher Staatsangehörigkeit 1999/2000 und 2004 relativ konstant bei ca. 10-11% liegt.

Tabelle 11: Verteilung von Befragten mit nicht-deutscher und deutscher Staatsangehörigkeit

	Befragte mit nicht-deutscher Staatsangehörigkeit (N, %)		Befragte mit deutscher Staatsangehörigkeit (N, %)	
1999/2000	225	11,1%	1.796	88,9%
davon Frauen	122	54,2%	972	54,1%
2004	103	10,2%	909	89,8%
davon Frauen	48	46,6%	477	52,5%

Datenquelle: Datensätze vom Münchner Gesundheitsmonitoring 1999/2000 und 2004; N (fehlend 1999/2000): 33.

Festzuhalten bleibt, dass sowohl 1999/2000 als auch 2004 die Anteile der Befragungspopulation und der tatsächlich in München lebenden ausländischen Bevölkerung stark voneinander abweichen. Dies wird auch in einem Vergleich mit Daten aus den statistische Jahrbüchern (herausgegeben vom Statistischen Amt der Landeshauptstadt München) deutlich (dazu hier keine Abbildung).

Daher sollten die Ergebnisse in Bezug auf die Befragten mit nicht-deutscher Staatsangehörigkeit in den folgenden Analysen nur vorsichtig interpretiert werden. Repräsentative Aussagen über alle in München lebenden Personen mit nicht-deutscher Staatsangehörigkeit sind hier nicht möglich.

Tabelle 12 zeigt die Altersverteilung der Befragten mit unterschiedlicher Staatsangehörigkeit. So sind 1999/2000 25,3% der nicht-deutschen Befragten in der Gruppe der 18 bis 29jährigen, während dies bei den deutschen Befragten 12,9% sind. Es wird deutlich, dass in beiden Befragungen der Anteil der Befragten ohne deutsche Staatsbürgerschaft in den beiden jüngeren Altersgruppen (18-29 Jahre sowie 30-44 Jahre) höher ist als bei den deutschen Befragten; in den beiden älteren Altersgruppen dreht sich dieses Verhältnis um.

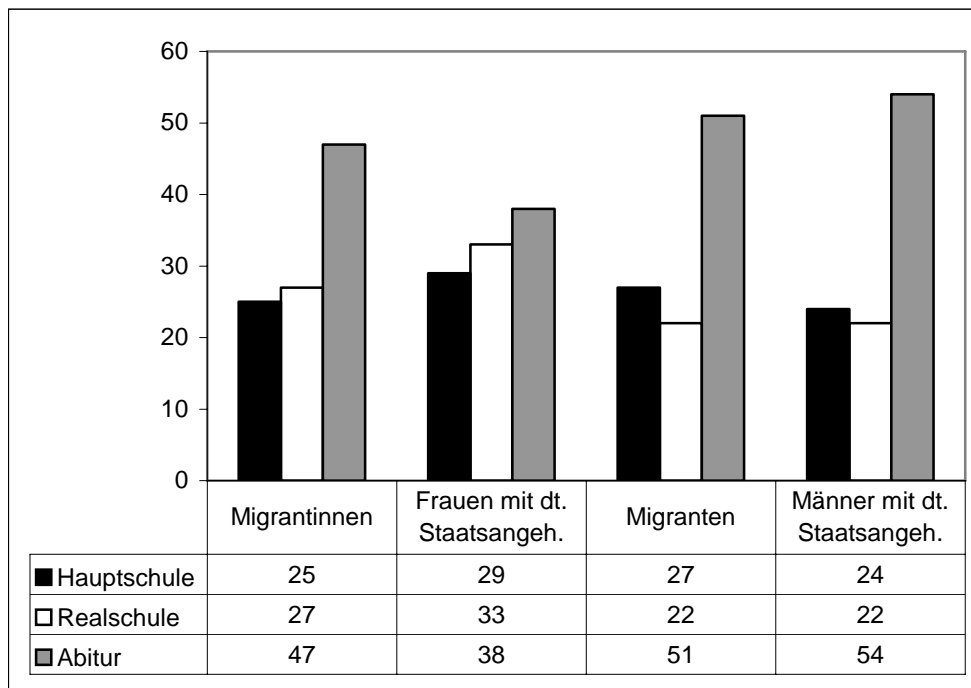
Tabelle 12: Altersverteilung von Befragten mit nicht-deutscher und deutscher Staatsangehörigkeit

Altersgruppen	1999/2000: Befragte mit		2004: Befragte mit	
	nicht-deutscher Staatsang. (N,%)	deutscher Staatsang. (N,%)	nicht-deutscher Staatsang. (N,%)	deutscher Staatsang. (N,%)
18 – 29 Jahre	57 (25,3%)	232 (12,9%)	33 (32,4%)	178 (19,7%)
30 – 44 Jahre	82 (36,4%)	580 (32,3%)	44 (43,1%)	318 (35,1%)
45 – 64 Jahre	68 (30,2%)	643 (35,8%)	22 (21,6%)	280 (30,9%)
65 – 79 Jahre	18 (8%)	339 (18,9%)	3 (2,9%)	130 (14,4%)
Gesamt	225	1794	102	906

Datenquelle: Datensätze vom Münchner Gesundheitsmonitoring 1999/2000 und 2004;N (fehlend 1999/2000): 35, N (fehlend 2004): 4; Abweichungen von 100% sind rundungsbedingt.

Abbildung 20 zeigt die prozentualen Anteile von weiblichen und männlichen Befragten mit nicht-deutscher bzw. mit deutscher Staatsangehörigkeit an den drei verschiedenen Schulbildungs-Abschlüssen aus den Datensätzen 1999/2000 und 2004. So haben 51% der befragten Migranten ein Abitur, während dies bei 54% der befragten Männer mit deutscher Staatsangehörigkeit der Fall ist. Insgesamt zeigt sich ein relativ hoher Bildungsgrad bei den in München lebenden Migranten, die an der Befragung teilgenommen haben. Dies war zu erwarten, da die Teilnahme an der Befragung die Beherrschung der deutschen Sprache erfordert.

Abb. 20: Schulbildung und Nationalität (in %)



Datenquelle: zusammengefasste Datensätze vom Münchner Gesundheitsmonitoring 1999/2000 und 2004; N (Migrantinnen) = 157, N (Frauen mit dt. Staatsbürgerschaft) = 1.428, N (Migranten) = 152, N (Männer mit dt. Staatsangehörigkeit) = 1.231.

Jedoch gibt es sowohl bei dem Pro-Kopf- als auch beim Äquivalenz-Einkommen deutliche Unterschiede zwischen den beiden Gruppen: Befragte mit nicht-deutscher Staatsangehörigkeit verfügen über deutlich geringeres Einkommen als die befragten Frauen und Männer mit deutscher Staatsangehörigkeit ($p < 0,0001$) (dazu hier keine Abbildung).

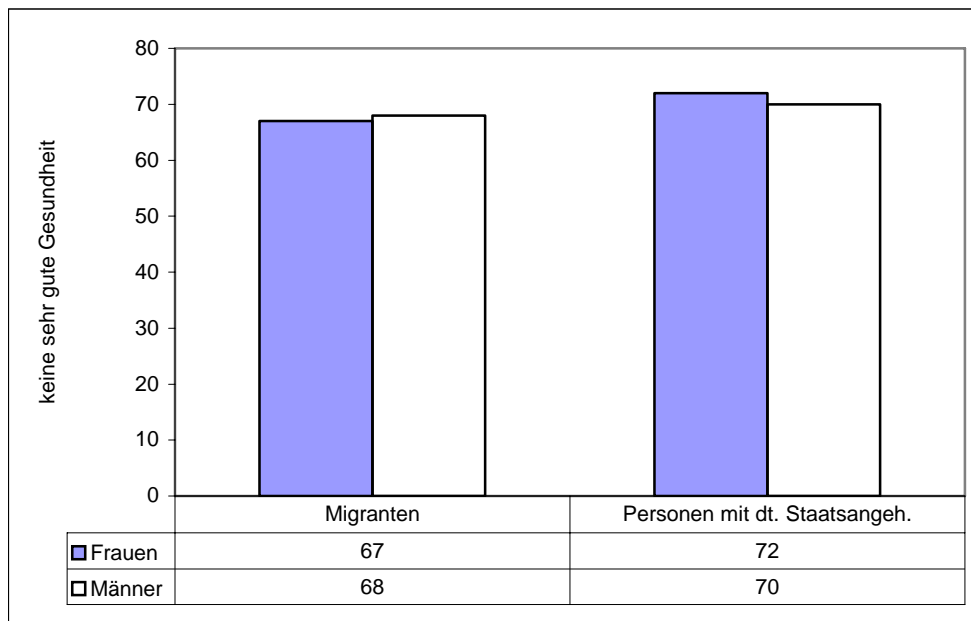
3.2 Morbidität

Allgemeiner Gesundheitszustand

In diesem Abschnitt soll die Unterschiede im Gesundheitszustand⁵ zwischen Befragten mit nicht-deutscher Staatsangehörigkeit und solchen mit deutscher Staatsangehörigkeit beschrieben werden. Abbildung 21 zeigt die Anteile an Befragten mit nicht-deutscher Staatsangehörigkeit und Befragten mit deutscher Staatsangehörigkeit, die ihre Gesundheit als nicht 'sehr gut' einschätzen. Demnach trifft dies auf 67% der Migrantinnen und 68% der Migranten zu. Weder bei den Männern noch bei den Frauen gibt es jedoch größere Unterschiede zwischen den deutschen und nicht-deutschen Befragten.

⁵ Die Bildung der Variablen Gesundheitszustand wird in Kapitel 2.2.2 näher erläutert.

Abb. 21: Nationalität und nicht 'sehr guter' allgemeiner Gesundheitszustand (in %)



Datenquelle: zusammengefasste Datensätze vom Münchner Gesundheitsmonitoring 1999/2000 und 2004; N (Frauen) = 1.615 (fehlend = 25), N (Männer) = 1.414 (fehlend = 12).

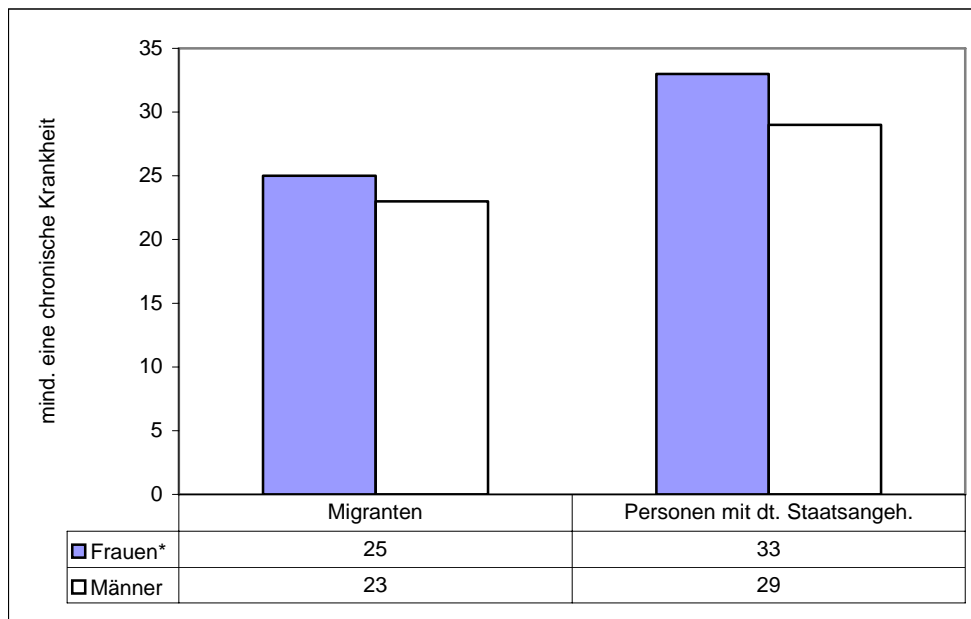
Auch in weiteren bivariaten und den multivariaten Analysen zeigen sich keine statistisch signifikanten Zusammenhänge zwischen Geschlecht bzw. Staatsangehörigkeit und Gesundheit (dazu hier keine Abbildung). Ältere jedoch haben ein 4,7faches Risiko für eine Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes als nicht 'sehr gut'.

Chronische Krankheiten

Abbildung 22 zeigt die Häufigkeiten von mindestens einer chronischen Krankheit⁶ unter weiblichen und männlichen Befragten mit nicht-deutscher Staatsangehörigkeit und Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit. Demnach sind 33% der weiblichen deutschen Befragten chronisch krank, und 29% der Männer. Auch bei den Befragten mit nicht-deutscher Staatsangehörigkeit zeigen sich nur geringe Geschlechterunterschiede. Auffällig ist jedoch, dass die befragten Migranten seltener von einer chronischen Erkrankung berichten als die Befragten mit deutscher Staatsangehörigkeit. Dies kann mit der unterschiedlichen Altersstruktur der nicht-deutschen und deutschen Befragten zusammenhängen (vgl. Tabelle 12).

⁶ Näheres zur Bildung dieser Variable steht in Kapitel 2.2.2.

Abb. 22: Nationalität und chronische Krankheiten (in %)



Datenquelle: zusammengefasste Datensätze vom Münchner Gesundheitsmonitoring 1999/2000 und 2004; N (Frauen) = 1.614 (fehlend = 26), N (Männer) = 1.409 (fehlend = 17); $p < 0,05$ (Unterschiede bei den Frauen) (Chi-Quadrat-Test).

Wenn man erhöhte Risiken berechnet, zeigen sich bei den Variablen Staatsangehörigkeit, Geschlecht und Alter statistisch signifikante Zusammenhänge mit dem Vorhandensein von einer oder mehrerer chronischen Krankheiten (dazu hier keine Abbildung). So leiden Personen mit deutscher Nationalität (erhöhtes Risiko = 1,5), Frauen (erhöhtes Risiko = 1,2) und Ältere (erhöhtes Risiko = 9,7) häufiger an chronischen Krankheiten. Wenn man alle Variablen in einer Analyse zusammenfasst, bleibt dieser Zusammenhang nur bei Geschlecht und Alter statistisch signifikant (d.h. in der multivariaten Betrachtung spielt die Unterscheidung zwischen deutscher und nicht-deutscher Staatsangehörigkeit keine Rolle mehr).

Zusammenfassend lässt sich festhalten: In dieser Stichprobe zeigen sich beim selbst eingeschätzten allgemeinen Gesundheitszustand keine größeren Unterschiede zwischen den Befragten mit deutscher bzw. mit nicht-deutscher Staatsangehörigkeit. Der Indikator 'Vorliegen einer chronischen Erkrankung' weist darauf hin, dass die Morbidität bei den Migrantinnen und Migranten etwas niedriger ist als bei den Deutschen; dieser Unterschied ist jedoch vor allem darauf zurückzuführen, dass sie im Durchschnitt jünger sind als die Befragten mit deutscher Staatsangehörigkeit.

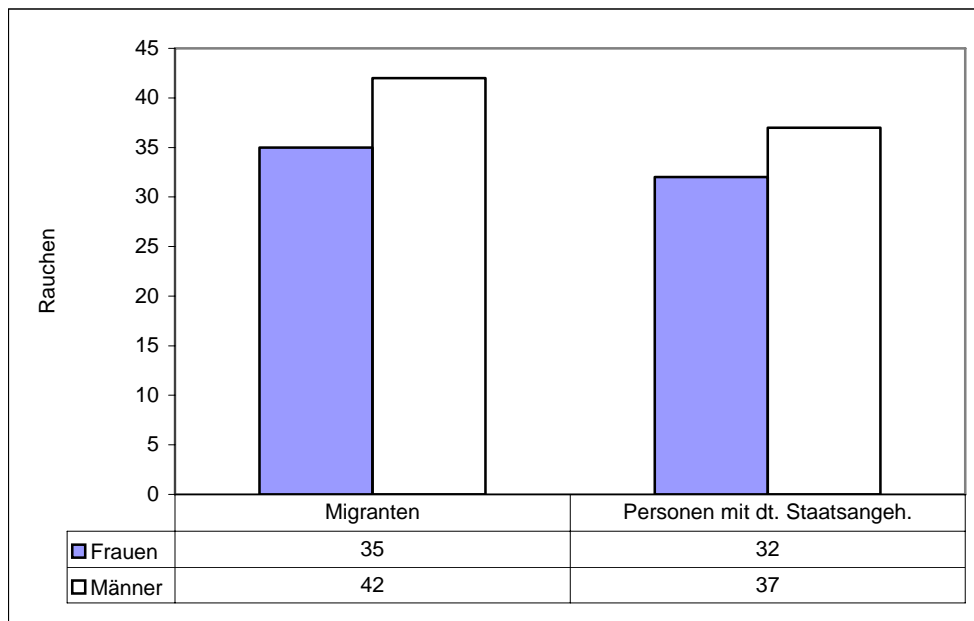
3.3 Gesundheitsverhalten

Rauchen

Im Folgenden sollen die Analysen zum Thema 'Nationalität und Rauchverhalten' vorgestellt werden (Abbildung 23). Dabei zeigt sich, dass 35% der befragten Migrantinnen und 42% der befragten Migranten rauchen⁷. Diese Prävalenzen sind etwas höher als bei den deutschen Frauen und Männern, die Unterschiede sind jedoch nicht statistisch signifikant.

⁷ Zur Bildung der Variable Rauchverhalten siehe Kapitel 2.2.3.

Abb. 23: Nationalität und Rauchen (in %)



Datenquelle: zusammengefasste Datensätze vom Münchner Gesundheitsmonitoring 1999/2000 und 2004; N (Frauen) = 1.619 (fehlend = 21), N (Männer) = 1.413 (fehlend = 13).

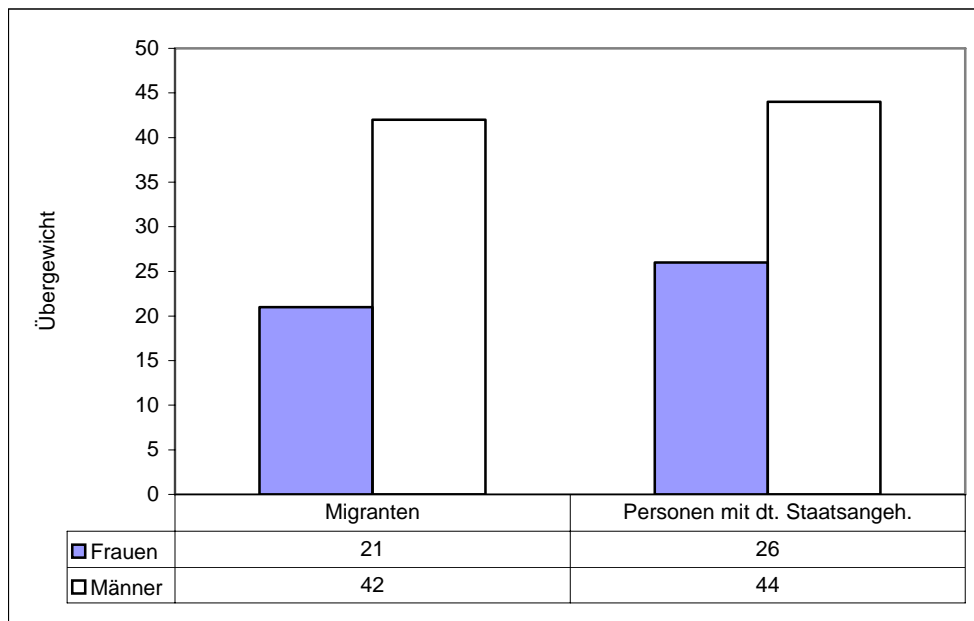
Auch in weiteren bivariaten und in multivariaten Analysen hängt die Nationalität nicht mit dem Rauchverhalten zusammen. Jedoch rauchen Jüngere und Männer eher als Ältere (erhöhtes Risiko = 4,9) und Frauen (erhöhtes Risiko = 1,3).

Body-Mass-Index

Die Analysen zum Body-Mass-Index⁸ zeigen das folgende Bild (Abbildung 24): 21% der befragten Migrantinnen und 42% der befragten Migranten sind übergewichtig. Im Vergleich mit den deutschen Befragten lassen sich aber keine größeren Unterschiede erkennen. Deutlich sind nur die Geschlechterunterschiede, d.h. dass bei Befragten mit nicht-deutscher Staatsangehörigkeit und bei Deutschen die männlichen Befragten häufiger übergewichtig sind als die weiblichen.

⁸ Weitere Erklärungen zum Body-Mass-Index sind in Abschnitt 2.2.3 zu finden.

Abb. 24: Nationalität und Übergewicht (in %)



Datenquelle: zusammengefasste Datensätze vom Münchner Gesundheitsmonitoring 1999/2000 und 2004; N (Frauen) = 1.575 (fehlend = 65), N (Männer) = 1.399 (fehlend = 27).

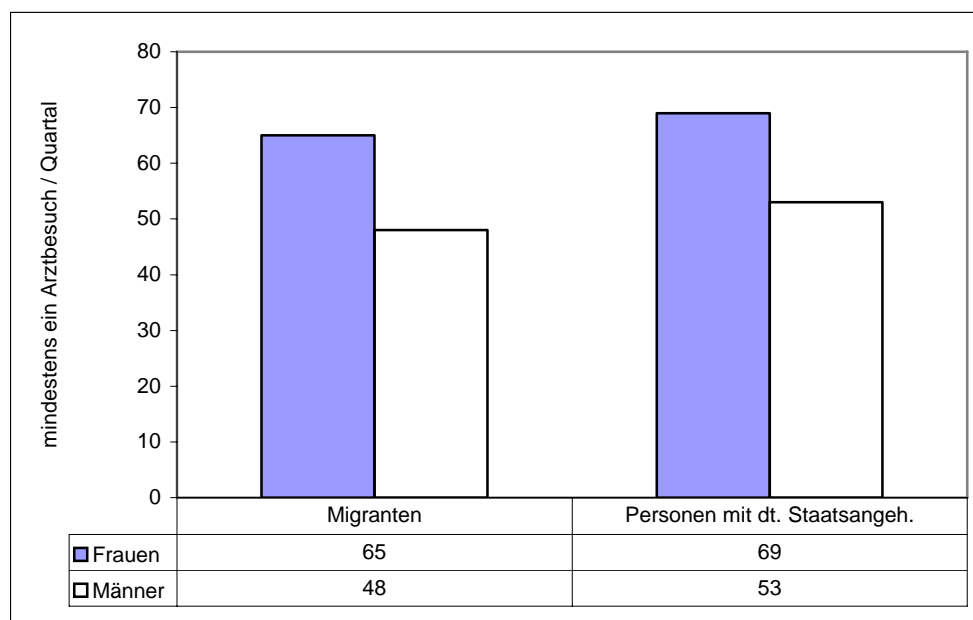
Zusammenfassend lässt sich festhalten: Auch beim Rauchen und beim Übergewicht zeigen sich in dieser Stichprobe keine größeren Unterschiede zwischen den Befragten mit nicht-deutscher bzw. mit deutscher Staatsangehörigkeit.

3.4 Inanspruchnahme der gesundheitlichen Versorgung

Häufigkeit der Arztbesuche

Im folgenden sollen die Zahlen der Arztbesuche⁹ bei den Befragten mit nicht-deutscher bzw. mit deutscher Staatsangehörigkeit miteinander verglichen werden (Abbildung 25). Demnach berichten 65% der weiblichen und 48% der männlichen Befragten mit nicht-deutscher Staatsangehörigkeit über mindestens einen Arztbesuch im letzten Quartal. Befragte mit deutscher Staatsangehörigkeit suchen etwas häufiger einen Arzt auf; dies wird vermutlich mit den Unterschieden in der Altersstruktur zwischen den nicht-deutschen und deutschen Befragten in dieser Stichprobe zusammenhängen (vgl. Tabelle 12). Geschlechterunterschiede lassen sich sowohl bei den Befragten mit nicht-deutscher Staatsangehörigkeit als auch bei den Deutschen erkennen: Männer gehen seltener zum Arzt als Frauen.

Abb. 25: Nationalität und häufige Arztbesuche (in %)



Datenquelle: zusammengefasste Datensätze vom Münchner Gesundheitsmonitoring 1999/2000 und 2004; N (Frauen) = 1.600 (fehlend = 40), N (Männer) = 1.405 (fehlend = 21).

Dieser Zusammenhang bestätigt sich auch in statistisch signifikanter Weise in weiteren bivariaten und multivariaten Analysen (erhöhte Wahrscheinlichkeit jeweils 2,0) (dazu hier keine Abbildung). Auch das Alter hängt mit der Häufigkeit der Arztbesuche zusammen: Ältere haben eine 2,5fach höhere Wahrscheinlichkeit für mindestens einen Arztbesuch im Quartal. Die Nationalität dagegen ist nicht in statistisch signifikanter Weise mit der Zahl der Arztbesuche assoziiert.

Teilnahme an Krebsfrüherkennungs-Untersuchungen

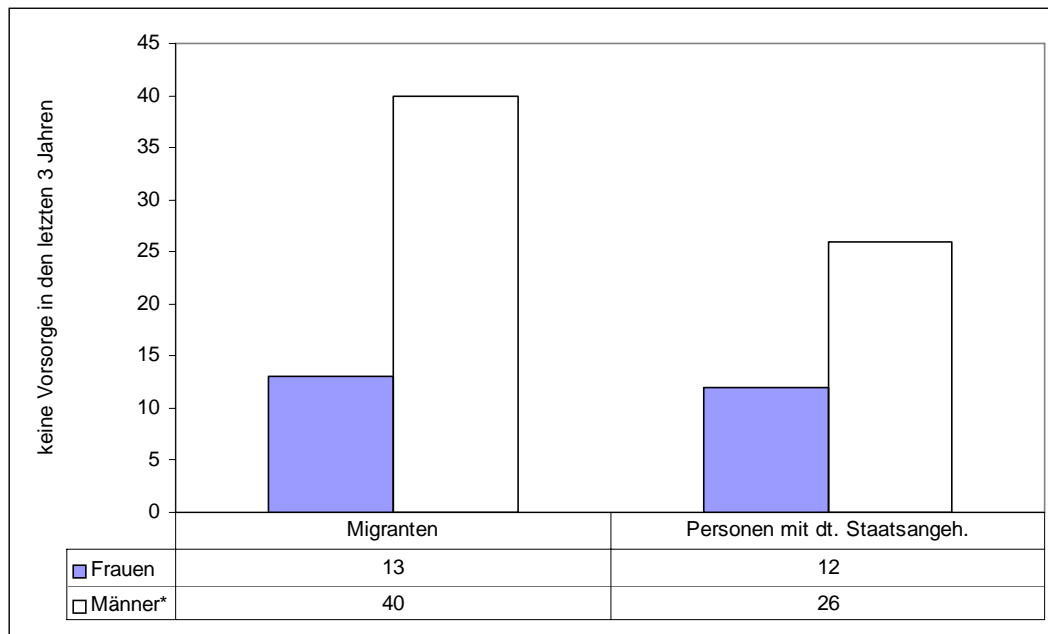
Abbildung 26 zeigt die Unterschiede in der Teilnahme an Krebsfrüherkennungs-Untersuchungen¹⁰ zwischen den Befragten mit nicht-deutscher bzw. mit deutscher Staats-

⁹ Informationen zur Bildung der Variablen Häufigkeit der Arztbesuche sind in Kapitel 2.2.4 zu finden.

¹⁰ Informationen zu der Bildung der Variable Vorsorgeverhalten sind in Abschnitt 2.2.4 zu finden.

angehörigkeit für das Jahr 1999/2000. So waren 13% der weiblichen nicht-deutschen Befragten in den letzten 3 Jahren nicht bei einer Krebsvorsorge-Untersuchung, bei den männlichen Befragten sind dies 40%. Bei den Männern mit deutscher Staatsangehörigkeit ist dieser Anteil deutlich niedriger als bei den Männern mit nicht-deutscher Staatsangehörigkeit (26% vs. 40%, $p < 0,05$).

Abb. 26: Nationalität und fehlende Teilnahme an Krebsfrüherkennungs-Untersuchungen (in %)



Datenquelle: Münchner Gesundheitsmonitoring 1999/2000 (weibliche Befragte ab 19 Jahre, männliche Befragte ab 44 Jahre); N (Frauen) = 1.082 (fehlend = 23), N (Männer) = 499 (fehlend = 12); $p < 0,05$ (Unterschiede bei den Männern) (Chi-Quadrat-Test).

Bei der Berechnung von erhöhten Risiken zeigt sich, dass 1999/2000 Männer im Vergleich zu Frauen (erhöhtes Risiko = 2,8) und Ältere im Vergleich zu Jüngeren (erhöhtes Risiko = 2,0) seltener zur Vorsorge gehen (dazu hier keine Abbildung). Wenn man alle Variablen in einer Analyse zusammenfasst, bleibt der Schätzer für Geschlecht in ähnlicher Stärke bestehen. In Bezug auf die Staatsangehörigkeit zeigt sich kein statistisch signifikanter Zusammenhang unter multivariater Betrachtung.

Mit den Daten von 2004 zeigen sich in weiteren bivariaten Analysen statistisch signifikante Zusammenhänge zwischen Geschlecht und Vorsorge (erhöhtes Risiko für Männer für Nicht-Teilnahme = 2,8) bzw. Alter und Vorsorge (erhöhtes Risiko für Jüngere für Nicht-Teilnahme = 4,1), jedoch nicht für die Staatsangehörigkeit. Wenn man alle Variablen in einer Analyse zusammenfasst, bleiben die Schätzer für Geschlecht und Alter bestehen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten: In dieser Stichprobe sind bei der Inanspruchnahme der gesundheitlichen Versorgung (Häufigkeit der Arztbesuche, Teilnahme an den Krebsfrüherkennungs-Untersuchungen) keine statistisch signifikanten Unterschiede zu erkennen zwischen den Personen mit nicht-deutscher bzw. mit deutscher Staatsangehörigkeit.

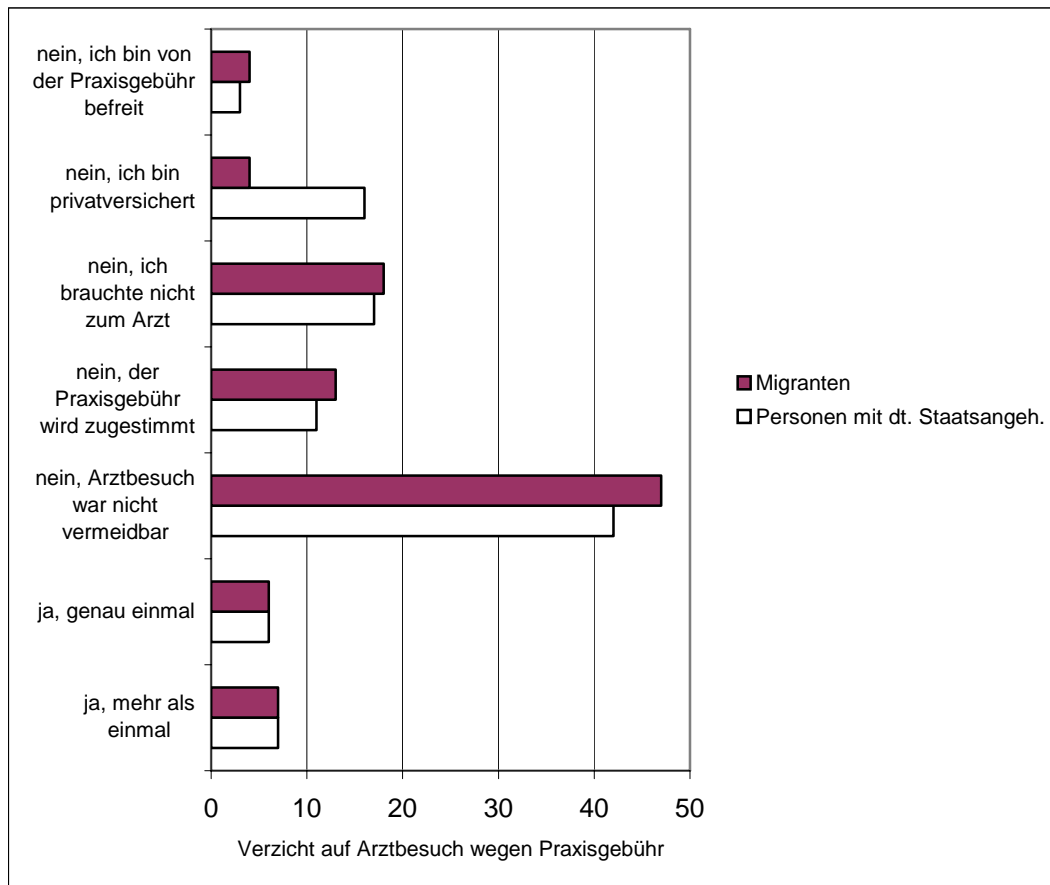
3.5 Auswirkungen der Praxisgebühr

In der Befragung von 2004 wurden auch Daten zur Praxisgebühr erhoben¹¹. Beim Vergleich nach Staatsangehörigkeit ist eine getrennte Auswertung nach Männern und Frauen aufgrund der geringen Fallzahlen nicht mehr interpretierbar. Wenn man Männer und Frauen zusammenfasst, zeigen sich zwischen Befragten mit nicht-deutscher und solchen mit deutscher Staatsangehörigkeit keine größeren Unterschiede in Bezug auf die Frage, ob auf Grund der Praxisgebühren auf einen Arztbesuch verzichtet wurde (dazu hier keine Abbildung). In weiteren bivariaten Analysen zeigt sich, dass Jüngere (erhöhtes Risiko = 6,2) und Frauen (erhöhtes Risiko = 2,0) eher wegen der Praxisgebühr auf einen Arztbesuch verzichten (dazu hier keine Abbildung). Diese Zusammenhänge bleiben auch bestehen, wenn alle Variablen in einer Analyse zusammengefasst werden. Allerdings hat die Nationalität keinen Einfluss auf die Auswirkungen der Praxisgebühr.

Abbildung 27 beschreibt die am häufigsten genannten Gründe, warum auf einen Arztbesuch verzichtet bzw. nicht verzichtet wurde. Als Grund dafür, dass auf einen Arztbesuch nicht verzichtet wurde, wird vor allem genannt, dass ein Arztbesuch nicht vermeidbar war – sowohl bei den Befragten mit nicht-deutscher als auch bei den Befragten mit deutscher Staatsangehörigkeit. Befragte mit deutscher Staatsangehörigkeit haben erheblich häufiger als die befragten Migranten auch deswegen nicht auf den Arztbesuch verzichtet, weil sie in einer privaten Krankenversicherung sind.

¹¹ Der genaue Wortlaut der Frage ist in Kapitel 2.2.5 zu finden.

Abb. 27: Nationalität und Verzicht auf Arztbesuch wegen Praxisgebühr (in %)



Datenquelle: Münchner Gesundheitsmonitoring 2004;
 N (Migranten) = 99, N (Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit) = 893 (fehlend = 20);
 Hinweis: N = 6 (bei Migranten, jeweils bei Antwort 6 und 7).

Zusammenfassend lässt sich festhalten: Bei der Bereitschaft, wegen der fälligen Praxisgebühr auf einen Arztbesuch zu verzichten, zeigen sich keine größeren Unterschiede zwischen den Befragten mit nicht-deutscher bzw. mit deutscher Staatsangehörigkeit. Der wichtigste Grund gegen einen solchen Verzicht ist in beiden Gruppen die Tatsache, dass der Arztbesuch unvermeidbar war.

3.6 Umweltbelastungen am Wohnort

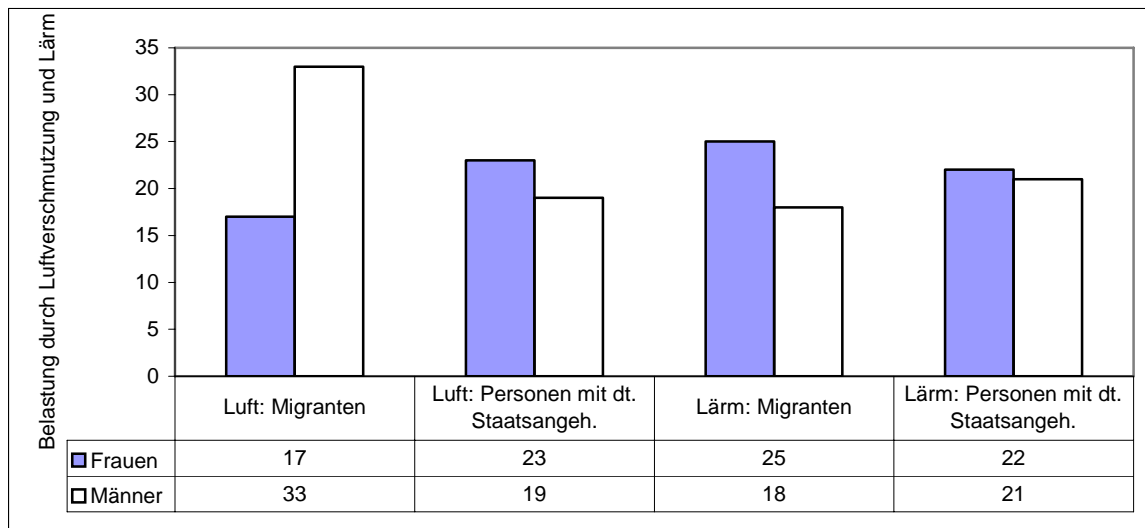
Luftverschmutzung und Lärmbelastung

2004 wurden Daten zur selbst eingeschätzten Belastung durch Luftverschmutzung und Lärm am Wohnort erhoben¹². Beim Vergleich nach Staatsangehörigkeit werden die beiden Variablen in einer Abbildung dargestellt (Abbildung 28). Dort ist zu erkennen, dass 17% der befragten weiblichen Migranten unter der Luftverschmutzung am Wohnort leiden, während dies bei 33% der befragten männlichen Migranten der Fall ist. Männliche Befragte mit nicht-deutscher Staatsangehörigkeit fühlen sich deutlich häufiger durch Luftverschmutzung belastet als männliche Befragte mit deutscher Staatsangehörigkeit (33% vs. 19%; $p < 0,05$).

¹² Zur Bildung der Variablen in Abschnitt 2.2.6.

Die übrigen Unterschiede zwischen Befragte mit nicht-deutscher Staatsangehörigkeit und Deutschen sind wenig auffällig (und statistisch nicht signifikant).

Abb. 28: Nationalität und Belastung durch Luftverschmutzung und Lärm am Wohnort (in %)



Datenquelle: Münchner Gesundheitsmonitoring 2004;
 N (Frauen) = 523 bzw. 525 (bei Luft fehlend = 2), N (Männer) = 487 bzw. 486 (bei Lärm fehlend =1);
 Hinweis: N = 8 (bei Frauen Luft: Migranten); $p < 0,05$ (Luftverschmutzung: Unterschiede bei den Männern) (Chi-Quadrat-Test).

Weder in weiteren bivariaten noch in multivariaten Analysen zeigen sich bei Belastungen durch Luftverschmutzung und Lärm statistisch signifikante Zusammenhänge mit der Nationalität, dem Geschlecht und dem Alter der Befragten (dazu hier keine Abbildung).

Zusammenfassend lässt sich festhalten: Männer mit nicht-deutscher Staatsangehörigkeit leiden erheblich stärker unter Luftverschmutzung als Männer mit deutscher Staatsangehörigkeit; bei Kontrolle der Altersverteilung verschwindet dieser Unterschied jedoch wieder.

4 Gesundheitliche Belastung bei Allein-Erziehenden

4.1 Einführung

Einer Person wurde der Status 'allein-erziehend' zugewiesen, wenn sie zum Zeitpunkt der Befragung mit einem oder mehreren Kindern oder Jugendlichen unter 18 Jahren in einem Haushalt lebte, aber mit keinem weiteren Erwachsenen. Die Vergleichsgruppe bilden in beiden Jahrgängen Haushalte mit Kindern unter 18 Jahre und mit mindestens zwei Erwachsenen ('Zwei-Eltern-Familien')¹³. Ausgeschlossen aus den Analysen sind dagegen Single-Haushalte bzw. Haushalte mit mehreren Erwachsenen ohne Kinder. Auch allein-erziehende Männer wurden aufgrund der geringen Fallzahlen (1999/2000: N = 10, 2004: N = 7) und der daraus folgenden unklaren Interpretierbarkeit der Ergebnisse aus den weiteren Analysen ausgeschlossen.

Tabelle 13 zeigt die Anteile der Allein-Erziehenden und nicht Allein-Erziehenden unter den weiblichen Befragten in den beiden Jahrgängen. So sind im ersten Befragungszeitraum 2,9% und im zweiten 3,8% der Befragten allein-erziehend.

Tabelle 13: Verteilung nach Haushaltstyp/ 1999/2000 und 2004 (nur Frauen)

	Ein-Eltern-Familien		Zwei-Eltern-Familien	
	N	% ¹⁴	N	%
1999/2000	60	2,9%	248	12,07%
2004	39	3,8%	104	10,3%

Datenquelle: Münchner Gesundheitsmonitoring 1999/2000 und 2004;

N (fehlend) 1999/2000 = 23, N (fehlend) 2004 = 10; Abweichungen von 100% sind rundungsbedingt.

Tabelle 14 zeigt die Durchschnittswerte des Äquivalenz- und des Pro-Kopf-Einkommens bei weiblichen Befragten in Ein- bzw. Zwei-Eltern-Familien für das Jahr 2004. Dabei zeigt sich beim Äquivalenz-Einkommen, dass Allein-Erziehende pro Monat 961 Euro, nicht Allein-Erziehende dagegen 1.527 Euro zur Verfügung haben. Auch beim Pro-Kopf-Einkommen wird deutlich, dass Ein-Eltern-Familien deutlich weniger Einkommen zur Verfügung haben als Zwei-Eltern-Familien. Dieser Unterschied ist auch statistisch signifikant ($p < 0,0001$).

¹³ Diese Vorgehensweise erfolgt analog dem Bericht „Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit“ (Lampert et al. 2005), in dem allein-erziehende Mütter in den dargestellten Analysen jeweils mit verheirateten Müttern verglichen werden.

¹⁴ In Prozent bezogen auf die Gesamtstichprobe des Datensatzes

**Tabelle 14: Äquivalenz- und Pro-Kopf-Einkommen (Mediane)
von Ein-Eltern-Familien und Zwei-Eltern-Familien 2004 (nur Frauen)**

Einkommen in Euro (Median)	Ein-Eltern-Familien	Zwei-Eltern-Familien
Äquivalenz 2004	961	1.527
Pro-Kopf 2004	625	916

Datenquelle: Münchner Gesundheitsmonitoring 2004;
N (Ein-Eltern-Familien) = 39, N (Zwei-Eltern-Familien) = 104.

4.2 Morbidität

Allgemeiner Gesundheitszustand

Mit deskriptiven Analysen kann man die Zusammenhänge zwischen dem Allein-Erziehenden-Status und dem Gesundheitszustand¹⁵ beschreiben. Demnach schätzen 69% der allein-erziehenden Frauen ihre Gesundheit als nicht 'sehr gut' ein, bei den Frauen in Zwei-Eltern-Familien dagegen 64%; dieser Unterschied ist allerdings statistisch nicht signifikant ($p < 0,05$) (dazu hier keine Abbildung). Bei bivariater Betrachtung zeigt sich, dass Allein-Erziehende ein 1,3fach höheres Risiko haben, ihren Gesundheitszustand als nicht 'sehr gut' einzuschätzen. Bei Kontrolle der Altersverteilung bleibt dieser Unterschied erhalten.

Chronische Krankheiten

In den deskriptiven Analysen lassen sich bei den chronischen Krankheiten¹⁶ nur relativ kleine Unterschiede zwischen den Frauen in Ein- bzw. in Zwei-Eltern-Familien erkennen (24% der allein erziehenden Frauen, im Gegensatz zu 17% der nicht allein erziehende Frauen, leiden unter chronischen Erkrankungen: dazu hier keine Abbildung). Wenn man erhöhte Risiken berechnet, zeigt sich keine signifikante Erhöhung für den Allein-Erziehenden-Status (und ein 2,16fach erhöhtes Risiko für die ältere verglichen mit der jüngeren Altersgruppe).

Zusammenfassend lässt sich festhalten: Verglichen mit den nicht allein erziehenden Frauen schätzen die allein erziehenden Frauen ihre Gesundheit seltener als 'sehr gut' ein. In Bezug auf das Vorliegen von chronischen Erkrankungen lässt sich kein vergleichbarer Zusammenhang erkennen.

4.3 Gesundheitsverhalten

Rauchen

In den deskriptiven Analysen zeigen sich klare Zusammenhänge zwischen Haushaltstyp und Rauchverhalten¹⁷. Bei den allein erziehenden Frauen rauchen 55%, bei den Frauen in Zwei-Eltern-Familien dagegen 'nur' 30%. Dieser Unterschied ist auch statistisch signifikant ($p < 0,0001$) (dazu hier keine Abbildung). Untersucht man diesen Sachverhalt unter statistischer Kontrolle der Altersverteilung, dann ist das Risiko zu Rauchen bei Allein-Erziehenden 2,8mal

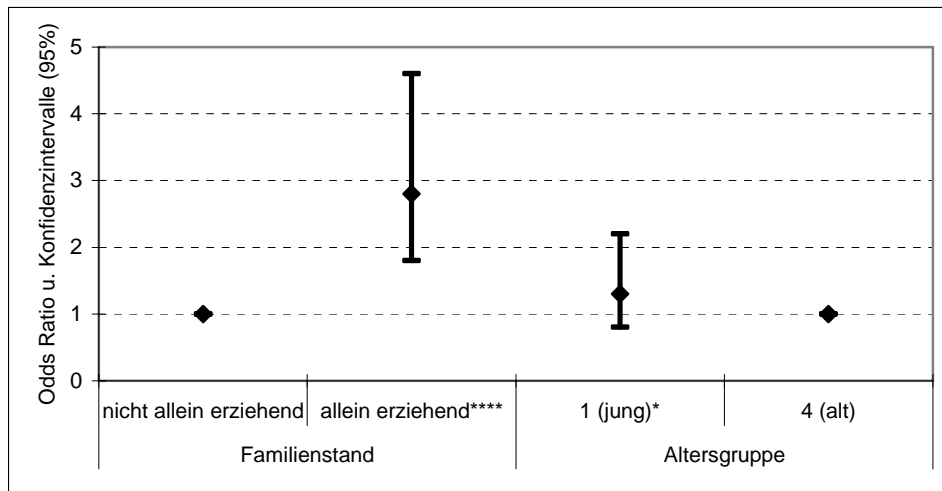
¹⁵ Weitere Informationen zur Bildung der Variablen Gesundheitszustand sind in Abschnitt 2.2.2 zu finden.

¹⁶ Informationen zur Bildung der Variablen chronische Krankheiten in Kapitel 2.2.2.

¹⁷ Zur Bildung der Variablen Rauchverhalten siehe Kapitel 2.2.3.

so hoch wie bei nicht Allein-Erziehenden; während sich für das Alter kein signifikanter Effekt zeigt (Abbildung 29).

Abb. 29: Status 'allein-erziehend' und Rauchen (multivariate Analyse)



Datenquelle: zusammengefasste Datensätze vom Münchner Gesundheitsmonitoring 1999/2000 und 2004; N =837, (ausgeschlossen aufgrund Familienstand = 2229); kontrolliert für: Geschlecht, Familienstand, Alter (18-44, 45-79 Jahre); ****p < 0,0001, **p < 0,01, *p < 0,05.

Body-Mass-Index

Deskriptive Analysen zeigen keine deutlichen Unterschiede zwischen Frauen aus Ein- bzw. aus Zwei-Eltern-Familien in Bezug auf den Body-Mass-Index¹⁸ (dazu hier keine Abbildung). Multivariat zeigt sich nur ein Zusammenhang mit dem Alter: ältere Alleinerziehende haben ein 2,2fach erhöhtes Risiko unter Übergewicht zu leiden.

Zusammenfassend lässt sich festhalten: Allein erziehende Frauen rauchen deutlich häufiger als Frauen aus Zwei-Eltern-Familien.

4.4 Inanspruchnahme der gesundheitlichen Versorgung

Häufigkeit der Arztbesuche

Die Zusammenhänge zwischen der Zahl der Arztbesuche¹⁹ und dem Haushaltstyp wurden zunächst in deskriptiven Analysen untersucht. Demnach suchen 68% der Allein-Erziehenden und 60% der nicht Allein-Erziehenden Frauen mindestens einmal im Quartal einen Arzt auf (dazu hier keine Abbildung). Es ist also eine leichte Tendenz zu erkennen, dass Allein-Erziehende häufiger zum Arzt gehen als nicht Allein-Erziehende. Bei der Berechnung von erhöhten Risiken zeigen sich jedoch weder für die Variable 'Allein-Erziehend' noch für die Variable 'Alter' signifikante Zusammenhänge.

¹⁸ Zur Bildung der Variable Body-Mass-Index siehe Kapitel 2.2.3.

¹⁹ Zur Bildung der Variablen Häufigkeit der Arztbesuche siehe Kapitel 2.2.4.

Teilnahme an Krebsfrüherkennungs-Untersuchungen

Deskriptive Analysen haben wegen der geringen Anzahl allein-erziehender Frauen (und wegen der getrennten Darstellung der beiden Befragungsjahrgänge) in diesem Fall wenig Aussagekraft. Multivariate Analysen können jedoch auch bei geringen Fallzahlen gerechnet werden. Bei statistischer Kontrolle der Altersverteilung zeigen sich in beiden Jahrgängen (d.h. 1999/2000 und 2004) keine signifikanten Zusammenhänge zwischen dem Status 'allein-erziehend' und der Teilnahme an Krebsfrüherkennungs-Untersuchungen²⁰ (dazu hier keine Abbildung).

Zusammenfassend lässt sich festhalten: Zwischen allein-erziehenden und nicht allein-erziehenden Frauen gibt es in Bezug auf die Häufigkeit von Arztbesuchen und die Teilnahme an Krebsfrüherkennungs-Untersuchungen keine größeren Unterschiede.

4.5 Auswirkungen der Praxisgebühr

Die Zusammenhänge zwischen dem Haushaltstyp und dem Verzicht auf einen Arztbesuch auf Grund der 2004 eingeführte Praxisgebühr²¹ können aufgrund der geringen Fallzahlen in deskriptiven Analysen nicht valide dargestellt werden. Wenn man erhöhte Risiken berechnet, zeigen sich keine statistisch signifikante Zusammenhänge mit der Variablen 'Allein-Erziehend' oder mit dem Alter.

Zusammenfassend lässt sich festhalten: Beim Verzicht auf einen Arztbesuch wegen der Praxisgebühr gibt es zwischen den allein-erziehenden und den nicht allein-erziehenden Frauen keine größeren Unterschiede.

4.6 Umweltbelastungen am Wohnort

Luftverschmutzung und Lärmbelastung

Deskriptive Analysen zu dem Zusammenhang zwischen Umweltbelastungen am Wohnort²² und der familiären Situation sind aufgrund der geringen Fallzahl nicht möglich. Bei der Berechnung dieser Zusammenhänge unter statistischer Kontrolle der Altersverteilung zeigt sich für die Variable 'allein-erziehend' kein statistisch signifikanter Zusammenhang mit der Belastung durch Luftverschmutzung oder durch Lärm.

Zusammenfassend lässt sich festhalten: Zwischen allein-erziehenden und nicht allein-erziehenden Frauen gibt es in Bezug auf die Belastung durch Luftverschmutzung oder Lärm keine größeren Unterschiede.

²⁰ Weitere Details zu der Variablen sind in Abschnitt 2.2.4 zu finden.

²¹ Zur Variablen Praxisgebühr siehe Kapitel 2.2.5.

²² Informationen zu den Variablen Belastung durch Luftverschmutzung und Lärm in Kapitel 2.2.6.

5 Gesundheitliche Belastung bei Arbeitslosen

5.1 Einführung

Als 'arbeitslos' werden in beiden Befragungen diejenigen Personen definiert, die angegeben haben, zur Zeit nicht erwerbstätig und zugleich arbeitslos gemeldet zu sein. In der Kategorie 'nicht arbeitslos' sind neben vollzeit-erwerbstätigen Frauen und Männern auch teilzeit- und geringfügig beschäftigte Frauen und Männer zusammengefasst sowie zum Zeitpunkt der Befragung beurlaubte Personen, Schülerinnen und Schüler, Studentinnen und Studenten, Hausfrauen und Hausmänner sowie wehr- bzw. zivildienstleistende Frauen und Männer. Ausgeschlossen aus den folgenden Analysen sind jedoch alle Befragte ab 65 Jahre sowie Rentnerinnen und Rentner.

Tabelle 15 zeigt die absoluten und relativen Häufigkeiten von Arbeitslosigkeit in den Jahren 1999/2000 und 2004. In der Befragung 1999/2000 geben nur 1,2% an arbeitslos zu sein, 2004 waren es 3,5% der Befragten.

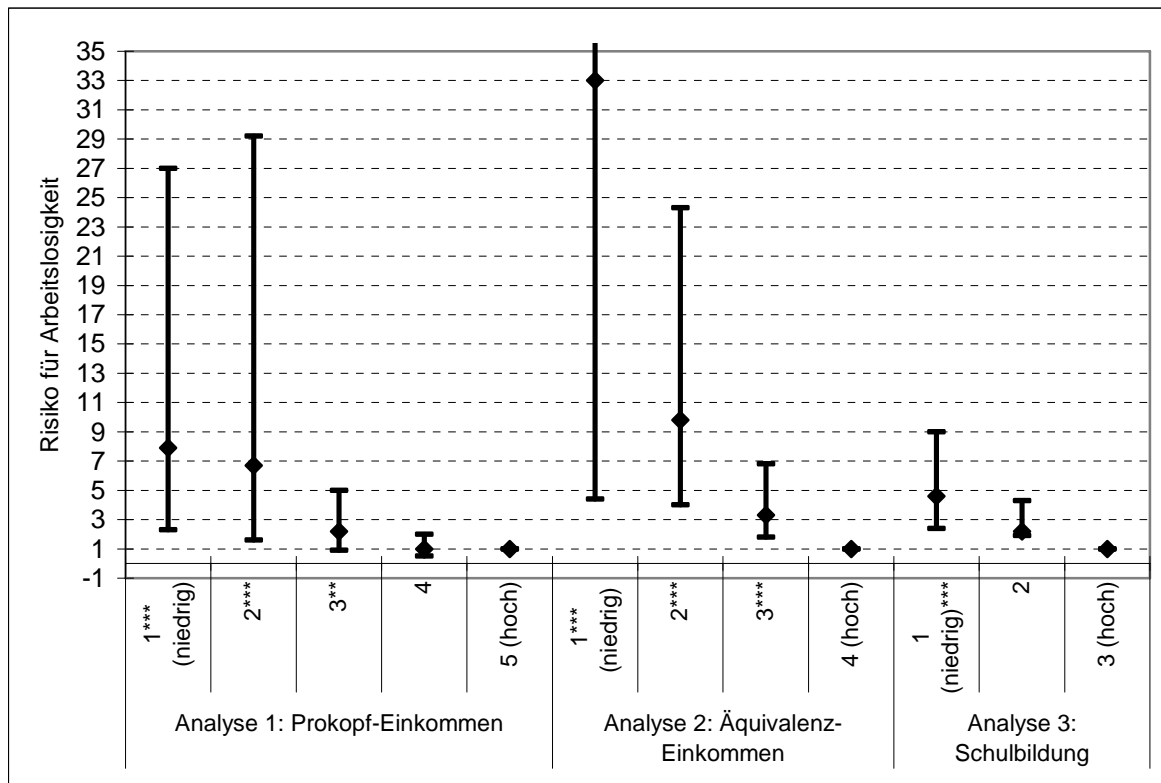
Tabelle 15: Arbeitslose und nicht arbeitslose Befragte 1999/2000 und 2004 (ohne Rentnerinnen und Rentner sowie Befragte ab 65 Jahre)

	Arbeitslos (N, %)		Nicht arbeitslos (N, %)		Rentner, älter als 65 Jahren	
1999/2000	24	1,2%	1555	79,8%	369	18,9%
2004	33	3,5%	771	82,3%	133	14,2%
Zusammengefasster Datensatz	57	2,0%	2326	80,6%	502	17,4%

Datenquelle: Münchner Gesundheitsmonitoring 1999/2000 und 2004
 N (fehlend) 1999/2000 =106, N (fehlend) 2004 = 75;

Abbildung 30 zeigt das Arbeitslosigkeits-Risiko in Abhängigkeit von Einkommen und Schulbildung. Bezogen auf das Pro-Kopf-Einkommen wird zum Beispiel deutlich, dass Arbeitslosigkeit in der unteren Einkommensgruppe ca. 8mal so häufig vorkommt wie in der oberen Einkommensgruppe. Es ist zudem ein klarer Gradient erkennbar: mit jeder Stufe nach oben auf der sozialen Skala (d.h. mit ansteigendem Einkommen bzw. mit zunehmender Schulbildung) nimmt die Arbeitslosigkeit ab.

Abb. 30: Arbeitslosigkeit und Einkommen bzw. Schulbildung (multivariate Analyse)



Datenquelle: zusammengefasste Datensätze vom Münchner Gesundheitsmonitoring 1999/2000 und 2004 (ohne Rentnerinnen und Rentner sowie Befragte ab 65 Jahre); N (Pro-Kopf-Einkommen) = 1.846 (fehlend = 1220), N (Äquivalenz-Einkommen) = 1.845 (fehlend = 1221), N (Schulbildung) = 2.334 (fehlend = 732); jeweils bivariate Analysen (1,2,3) mit dem Outcome Arbeitslosigkeit.

5.2 Morbidität

Allgemeiner Gesundheitszustand

Analysen zum Zusammenhang zwischen Erwerbsstatus und selbst eingeschätztem allgemeinen Gesundheitszustand²³ zeigen, dass Arbeitslose ihre Gesundheit eher schlechter einschätzen (dazu hier keine Abbildung). So berichten 77% der arbeitslosen Befragten - aber 'nur' 66% der Nicht-Arbeitslosen - über eine nicht 'sehr gute' Gesundheit. Unterschiede zwischen den Geschlechtern lassen sich aufgrund der geringen Fallzahlen bei den Arbeitslosen hier nicht erkennen.

Die weitere bivariate und multivariate Analyse zeigt nur für die Variable Alter statistisch signifikante Schätzer für einen schlechteren Gesundheitszustand (bivariat: erhöhtes Risiko für Ältere = 2,5) während weder der Erwerbsstatus noch das Geschlecht in signifikanter Weise mit der Gesundheit zusammenhängen (dazu hier keine Abbildung).

²³ Näheres zur Variable Gesundheitszustand in Kapitel 2.2.2.

Chronische Krankheiten

Der Zusammenhang zwischen dem Erwerbsstatus und chronischen Krankheiten²⁴ wird im folgenden untersucht. Demnach sind 30% der arbeitslosen Befragten von mindestens einer chronischen Krankheit betroffen, während es bei den Nicht-Arbeitslosen 22% sind (dazu hier keine Abbildung). Der Vergleich zeigt also die Tendenz, dass Nicht-Arbeitslose seltener über mindestens eine chronische Krankheit berichten als Arbeitslose. Nach Geschlechtern aufgeteilte deskriptive Analysen sind aufgrund der geringen Fallzahlen nicht möglich.

Wenn man erhöhte Risiken berechnet, zeigt sich nur für das Alter ein signifikanter Zusammenhang (erhöhtes Risiko für Ältere = 3,2), nicht jedoch für den Erwerbsstatus oder für das Geschlecht.

Zusammenfassend lässt sich festhalten: Die Stichprobe enthält nur relativ wenige Arbeitslose, detaillierte Analysen sind daher kaum möglich. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass die Arbeitslosen einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen als die Nicht-Arbeitslosen. Bei statistischer Kontrolle von Alter und Geschlecht ist dieser Zusammenhang jedoch nicht mehr signifikant.

5.3 Gesundheitsverhalten

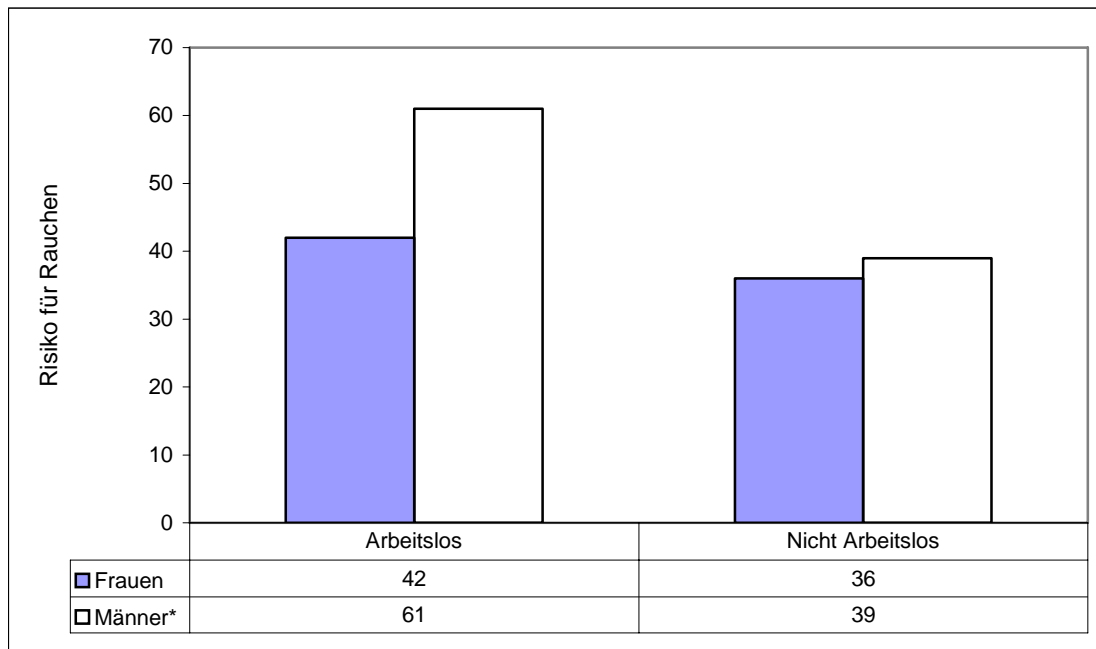
Rauchen

Inwiefern Zigarettenkonsum²⁵ und Erwerbslosigkeit zusammenhängen, wird in Abbildung 31 dargestellt. Während 42% der weiblichen Erwerbslosen zur Zigarette greifen, sind dies bei den erwerbslosen Männern sogar 61%. Der Unterschied zu den nicht erwerbslosen Männern ('nur' 41%) ist signifikant. Auch bei den Frauen zeigt sich, dass die Arbeitslosen mehr rauchen. Die Geschlechterunterschiede werden bei den Erwerbslosen besonders deutlich: Frauen rauchen deutlich weniger als Männer.

²⁴ Zur Bildung der Variablen chronische Krankheiten siehe Kapitel 2.2.2.

²⁵ Weitere Informationen zur Variablen Rauchverhalten sind in Kapitel 2.2.3 zu finden.

Abb. 31: Arbeitslosigkeit und Rauchen (in %)



Datenquelle: zusammengefasste Datensätze vom Münchner Gesundheitsmonitoring 1999/2000 und 2004 (ohne Rentnerinnen und Rentner sowie Befragte ab 65 Jahre); N (Frauen) = 1.259 (fehlend = 381), N (Männer) = 1.123 (fehlend = 303); $p < 0,05$ (Unterschiede bei den Männern) (Chi-Quadrat-Test).

Wenn man erhöhte Risiken berechnet, zeigen sich statistisch signifikante Zusammenhänge mit dem Rauchen: So rauchen Arbeitslose häufiger als Nicht-Arbeitslose (erhöhtes Risiko = 1,8), Männer häufiger als Frauen (erhöhtes Risiko = 1,2) und Jüngere häufiger als Ältere (erhöhtes Risiko = 1,6) (dazu hier keine Abbildung). Wenn man alle Variablen in einer Analyse zusammenfasst, bleiben die Schätzer für diese Variablen statistisch signifikant.

Body-Mass-Index

Die Zusammenhänge zwischen dem Body-Mass-Index²⁶ und dem Erwerbsstatus bei Frauen und Männern werden im folgenden untersucht. Während 40% der arbeitslosen Befragten übergewichtig sind, ist dies bei 30% der nicht arbeitslosen Befragten der Fall (dazu hier keine Abbildung). Von der Tendenz her sind Arbeitslose also häufiger übergewichtig als Nicht-Arbeitslose, diese Unterschiede sind jedoch nicht signifikant. Eine getrennte Auswertung nach Geschlecht ist aufgrund der geringen Fallzahlen nicht möglich.

Wenn man erhöhte Risiken berechnet, zeigt sich, dass Männer und Ältere häufiger an Übergewicht leiden (erhöhtes Risiko = 2,4 bzw. 4,1) als Frauen und Jüngere (dazu hier keine Abbildung). Dieser Zusammenhang zeigt sich jedoch nicht in signifikanter Weise für den Erwerbsstatus. Wenn alle Variablen in einer Analyse zusammengefasst werden, bleiben nur die Assoziationen mit Geschlecht und Alter bestehen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten: Unterschiede sind vor allem beim Rauchen der Männer zu sehen, d.h. arbeitslose Männer rauchen erheblich mehr als nicht arbeitslose Männer.

²⁶ Informationen über die Variable Body-Mass-Index in Kapitel 2.2.3.

5.4 Inanspruchnahme der gesundheitlichen Versorgung

Häufigkeit der Arztbesuche

Im folgenden wird der Zusammenhang zwischen Arztbesuchen²⁷ und dem Erwerbsstatus untersucht. So suchen 66% der arbeitslosen Befragten und 56% Nicht-Arbeitslosen mindestens einmal pro Quartal einen Arzt auf (dazu hier keine Abbildung). Von der Tendenz her haben Arbeitslose also eine höhere Arzt-Inanspruchnahme als Nicht-Arbeitslose. Eine Aufteilung der Analyse nach Geschlecht ist aufgrund der geringen Fallzahl nicht möglich.

Wenn man erhöhte Risiken berechnet, zeigt sich, dass Frauen und Ältere häufiger den Arzt aufsuchen (erhöhtes Risiko = 2,2 bzw. 1,2) als Männer und Jüngere (dazu hier keine Abbildung). Dieser Zusammenhang zeigt sich jedoch nicht in signifikanter Weise für den Erwerbsstatus. Wenn alle Variablen in einer Analyse zusammengefasst werden, bleiben die Assoziationen mit Geschlecht und Alter bestehen.

Teilnahme an Krebsfrüherkennungs-Untersuchungen

Im folgenden wird die Teilnahme an Krebsfrüherkennungs-Untersuchungen nach Erwerbsstatus²⁸ untersucht. Da sich Fragen zur Teilnahme an Krebsfrüherkennungs-Untersuchungen aus dem Jahr 1999/2000 von den Fragen aus dem Jahr 2004 erheblich unterscheiden, werden die Ergebnisse aus beiden Befragungen getrennt voneinander abgebildet. Aufgrund der geringen Fallzahlen sind deskriptive Analysen nicht möglich.

Bei der Berechnung von erhöhten Risiken wird deutlich, dass 1999/2000 bzw. 2004 Männer im Vergleich zu Frauen (erhöhtes Risiko = 5,0 bzw. 7,2) deutlich seltener zu Früherkennungs-Untersuchungen gehen (dazu hier keine Abbildung). Der Erwerbsstatus scheint nicht mit dem Vorsorgeverhalten verbunden zu sein.

Zusammenfassend lässt sich festhalten: Arbeitslose suchen häufiger einen Arzt auf als Nicht-Arbeitslose; bei statistischer Kontrolle von Alter und Geschlecht ist dieser Zusammenhang jedoch nicht mehr signifikant. Bei der Teilnahme an Krebsfrüherkennungs-Untersuchungen zeigt sich kein klarer Zusammenhang mit dem Erwerbsstatus.

5.5 Auswirkungen der Praxisgebühr

Die Auswirkungen der 2004 eingeführten Praxisgebühr²⁹ in Abhängigkeit von dem Erwerbsstatus werden im folgenden vorgestellt. In einer deskriptiven Analyse haben 27% der arbeitslosen Befragten schon einmal wegen der Praxisgebühr auf einen Arztbesuch verzichtet; bei den nicht arbeitslosen Befragten waren es 'nur' 13% (dieser Unterschied ist signifikant auf dem 95%-Niveau). Allgemeingültige Aussagen sind jedoch aufgrund der geringen Fallzahl schwierig.

In Abbildung 32 wird dieser Zusammenhang multivariat unter Kontrolle der Variablen Alter und Geschlecht näher untersucht. Dabei zeigt sich, dass Frauen (im Vergleich zu Männern) 2mal häufiger auf einen Arztbesuch verzichten, Arbeitslose (im Vergleich zu Nicht-Arbeitslosen) sogar fast 3mal häufiger. Beim Alter zeigt sich: Je jünger, desto eher wird

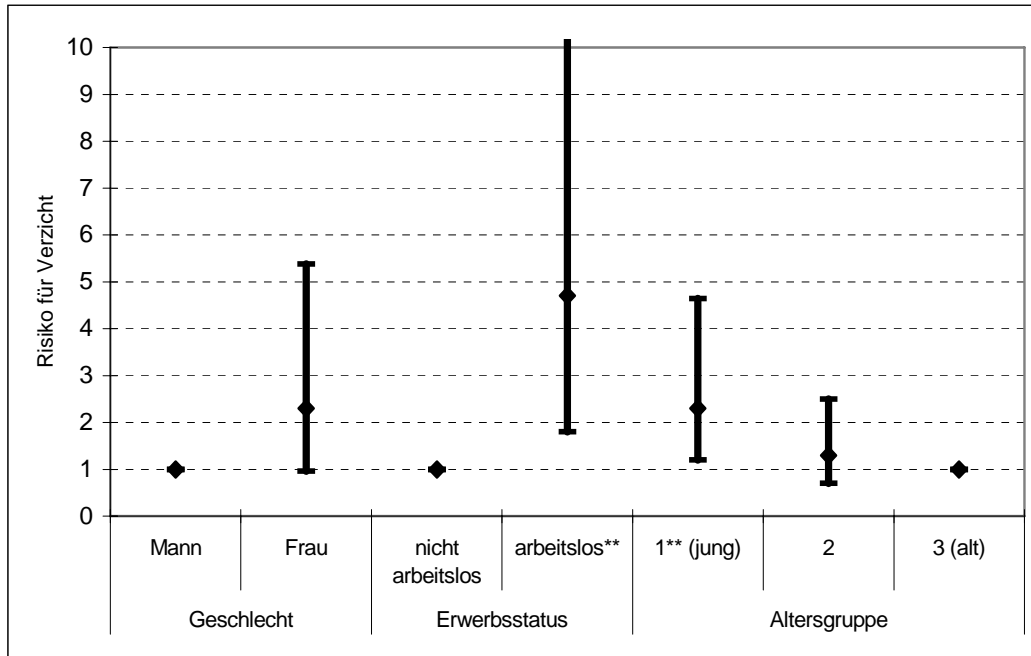
²⁷ Informationen zur Bildung der Variablen Arztbesuche sind in Abschnitt 2.2.4 zu finden.

²⁸ Siehe Kapitel 2.2.4 zur Bildung der Variablen Vorsorgeverhalten.

²⁹ Zur Bildung der Variablen Verzicht auf Arztbesuch wegen Praxisgebühr siehe Kapitel 2.2.5.

wegen der Praxisgebühr auf einen Arztbesuch verzichtet (erhöhtes Risiko für den Vergleich zwischen der unteren und der oberen Altersgruppe: 2,3). Bei der Berechnung von erhöhten Risiken bleiben die Schätzer bestehen.

Abb. 32: Erwerbsstatus und Verzicht auf Arztbesuch wegen Praxisgebühr (multivariate Analyse)



Datenquelle: Münchner Gesundheitsmonitoring 2004 (ohne Rentnerinnen und Rentner sowie Befragte ab 65 Jahre); N = 792 (fehlend = 220); kontrolliert für: Geschlecht, Erwerbsstatus und Alter; **p < 0,01.

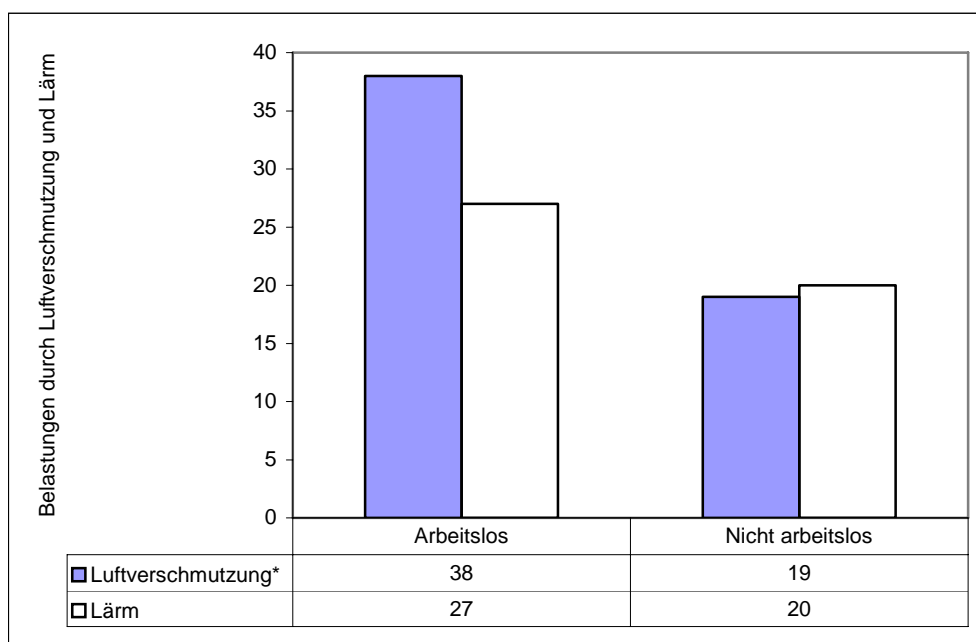
Zusammenfassend lässt sich festhalten: Der Verzicht auf einen Arztbesuch wegen der Praxisgebühr ist bei Arbeitslosen erheblich häufiger als bei Nicht-Arbeitslosen. Dieser Zusammenhang bleibt auch dann bestehen, wenn die Variablen Alter und Geschlecht statisch kontrolliert werden.

5.6 Umweltbelastungen am Wohnort

Luftverschmutzung und Lärmbelastung

Inwiefern Umweltbelastungen am Wohnort³⁰ und der Erwerbsstatus zusammenhängen wird für 2004 in Abbildung 33 gezeigt. Während sich 38% der arbeitslosen Befragten durch Luftverschmutzung in ihrer Wohngegend belastet fühlen, ist dies 'nur' bei 19% der Nicht-Arbeitslosen der Fall (dieser Unterschied ist auch statistisch signifikant). Bei der Belastung durch Lärm in der näheren Umgebung zeigt sich eine ähnliche, jedoch nicht so deutliche Tendenz: Arbeitslose berichten über eine stärkere Belastung.

Abb. 33: Erwerbsstatus und Belastung durch Luftverschmutzung und Lärm am Wohnort (in %)

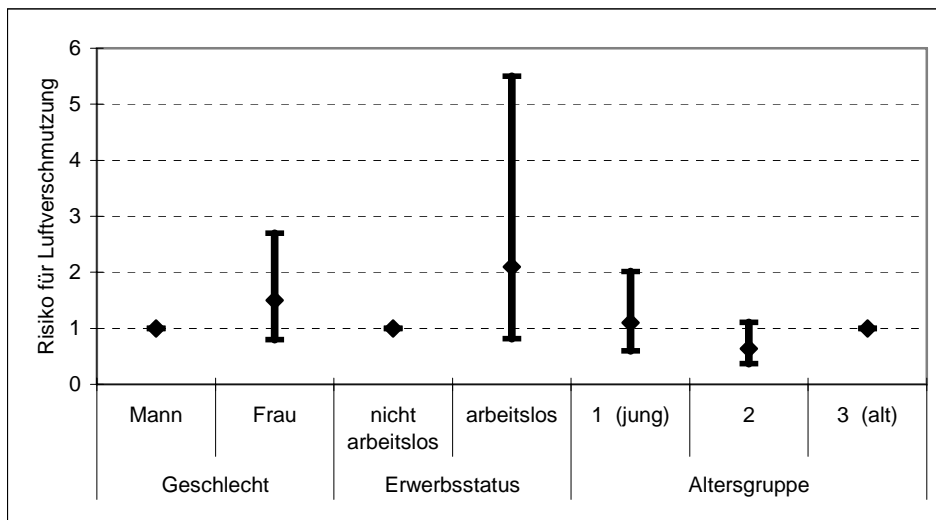


Datenquelle: Münchner Gesundheitsmonitoring 2004 (ohne Rentnerinnen und Rentner sowie Befragte ab 65 Jahre); N (Luftverschmutzung) = 803 (fehlend = 209), N (Lärm) = 804 (fehlend = 208); Hinweis: N = 9 (bei Arbeitslosen, die sich durch Lärm belastet fühlen); eine Aufteilung nach Geschlecht ist wegen der geringen Fallzahlen nicht möglich; $p < 0,05$ (Unterschiede zwischen Arbeitslosen und Nicht-Arbeitslosen bei Luftverschmutzung) (Chi-Quadrat-Test).

Abbildung 34 zeigt den Zusammenhang zwischen dem Erwerbsstatus und der Belastung durch Luftverschmutzung, und zwar multivariat unter Kontrolle der Variablen Geschlecht und Alter. Demnach zeigt sich weder beim Geschlecht noch beim Alter ein Zusammenhang mit der Luftverschmutzung. Verglichen mit Nicht-Arbeitslosen weisen Arbeitslose ein ca. 2,1fach höheres Risiko auf (dieser Unterschied erreicht allerdings nicht ganz das Niveau der statischen Signifikanz).

³⁰ Informationen über die Variablen Luftverschmutzung und Lärmbelastung am Wohnort in Kapitel 2.2.6.

Abb. 34: Erwerbsstatus und Belastung durch Luftverschmutzung (multivariate Analyse)



Datenquelle: Münchner Gesundheitsmonitoring 2004 (ohne Rentnerinnen und Rentner sowie Befragte ab 65 Jahre); N = 802 (fehlend = 210); kontrolliert für: Geschlecht, Erwerbsstatus und Alter; *p < 0,05 (Chi-Quadrat-Test).

Zusammenfassend lässt sich festhalten: Bei den arbeitslosen Befragten ist die Belastung durch verschmutzte Luft deutlich stärker ausgeprägt als bei den Nicht-Arbeitslosen. Ein ähnlicher (aber schwächer ausgeprägter) Zusammenhang zeigt sich auch bei der Lärmbelastung.

6 Unterschiede nach Stadtbezirken

6.1 Einführung

In beiden Erhebungswellen wurde nach dem Stadtbezirk in München gefragt, in dem die Person lebt. 1999/2000 wurden dabei nur 24 Stadtbezirke erfasst³¹, 2004 waren es alle 25. Um eine Zusammenfassung der beiden Befragungen zu ermöglichen, wird daher auch im zusammengefassten Datensatz nach 24 Stadtbezirken getrennt (d.h. 'Schwanthalerhöhe' und 'Laim' wurden zusammengelegt). Für die folgende Analyse wird dieser zusammengelegte Stadtbezirk wie Laim behandelt, da Schwanthalerhöhe über eine geringere Einwohnerzahl verfügt.

Da die Fallzahlen für die Bezirke teilweise zu klein sind, erfolgte eine Zusammenfassung in drei Gruppen: ärmere, mittlere und reichere Stadtbezirke. Die Zuteilung erfolgte dabei anhand der Sozialhilfedichte der einzelnen Stadtbezirke, wie sie in den Münchner Armutsberichten (Landeshauptstadt München, Sozialreferat, 2000b; Landeshauptstadt München, Sozialreferat, 2004b) zu finden sind. Um stabilere Aussagen zu erhalten, wurde stadtbezirksbezogen der Mittelwert aus den beiden Angaben zur Sozialhilfedichte gebildet. Anhand dieses Mittelwertes wurden die Stadtbezirke dann einer der drei Gruppen (ärmer, mittel, reicher) zugeordnet. Die Sozialhilfedichte der einzelnen Gruppen ist (EmpfängerInnen von Hilfen zum Lebensunterhalt pro 1000 EinwohnerInnen): ärmere Stadtbezirke 47-61, mittlere Stadtbezirke 33-46, reichere Stadtbezirke 19-32. Jede dieser Gruppen weist somit die gleiche Spannweite der Sozialhilfedichte auf.

Anhand dieser Einteilung würde man inhaltlich erwarten, dass sich auch stadtbezirksbezogen deutliche soziale Gradienten zeigen. Aber die Einkommensvariabilität innerhalb eines Stadtbezirkes ist größer als die zwischen den Stadtbezirken. Dies führt dazu, dass bei Betrachtung der Durchschnittswerte pro Stadtbezirksgruppe die Unterschiede nicht so deutlich ausfallen.

Weitere Informationen zur Einteilung der Stadtbezirke nach der Sozialhilfedichte sind in Kapitel 9.2 zu finden.

6.2 Morbidität

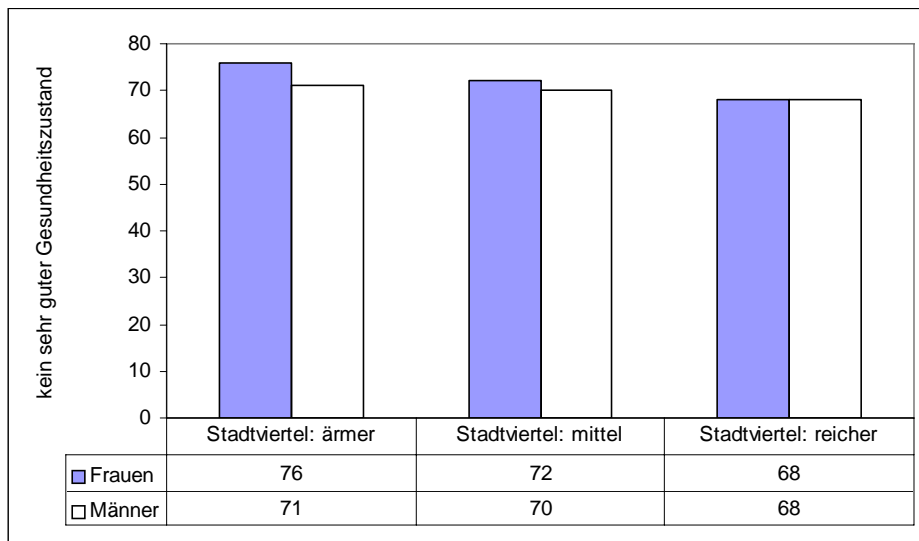
Allgemeiner Gesundheitszustand

Der Zusammenhang zwischen der selbst eingeschätzten Gesundheit³² und dem Stadtbezirk wird in Abbildung 35 wiedergegeben. Demnach berichten 76% der Frauen in ärmeren Stadtbezirken über keinen 'sehr guten' Gesundheitszustand, und 71% der Männer. Es ist ein schwach ausgeprägter Gradient zu erkennen, dass sich der Gesundheitszustand mit größerer Sozialhilfedichte schrittweise verschlechtert.

³¹ Durch ein Versehen wurde in der Befragung von 1999/2000 eine veraltete Liste der Stadtbezirke verwendet, in der Schwanthalerhöhe und Laim noch einen Stadtbezirk bildeten.

³² Näheres zu dieser Variablen in Kapitel 2.2.2.

Abb. 35: Sozialhilfedichte und nicht 'sehr guter' allgemeiner Gesundheitszustand (in %)



Datenquelle: zusammengefasste Datensätze vom Münchner Gesundheitsmonitoring 1999/2000 und 2004; N (Frauen) = 1.484 (fehlend = 156), N (Männer) = 1.280 (fehlend = 146).

In weiteren bivariaten und multivariaten Analysen zeigt nur die Variable Alter statistisch signifikante Schätzer für einen schlechteren als 'sehr guten' Gesundheitszustand (erhöhtes Risiko für Ältere = 4,7), während weder der Wohnort noch das Geschlecht in signifikanter Weise mit der Gesundheit zusammenhängen (dazu hier keine Abbildung).

Chronische Krankheiten

Der Zusammenhang zwischen der Sozialhilfedichte am Wohnort und dem Vorhandensein mindestens einer chronischen Erkrankung³³ ist ebenfalls untersucht worden. Dabei ließen sich jedoch keine größeren Unterschiede zwischen dem Wohnen in ärmeren oder reicheren Gebieten feststellen (dazu hier keine Abbildung). Auch die Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind wieder nur sehr gering. In den weiteren bivariaten und multivariaten Analysen zeigten sich keine auffälligen Zusammenhänge zwischen dem Wohnort und dem Vorliegen von chronischen Krankheiten.

Zusammenfassend lässt sich festhalten: Bei beiden Morbiditätsindikatoren (allgemeiner Gesundheitszustand, chronische Krankheiten) zeigen sich keine deutlichen Zusammenhänge mit der Sozialhilfedichte im Stadtbezirk.

³³ Näheres zu dieser Variablen in Kapitel 2.2.2.

6.3 Gesundheitsverhalten

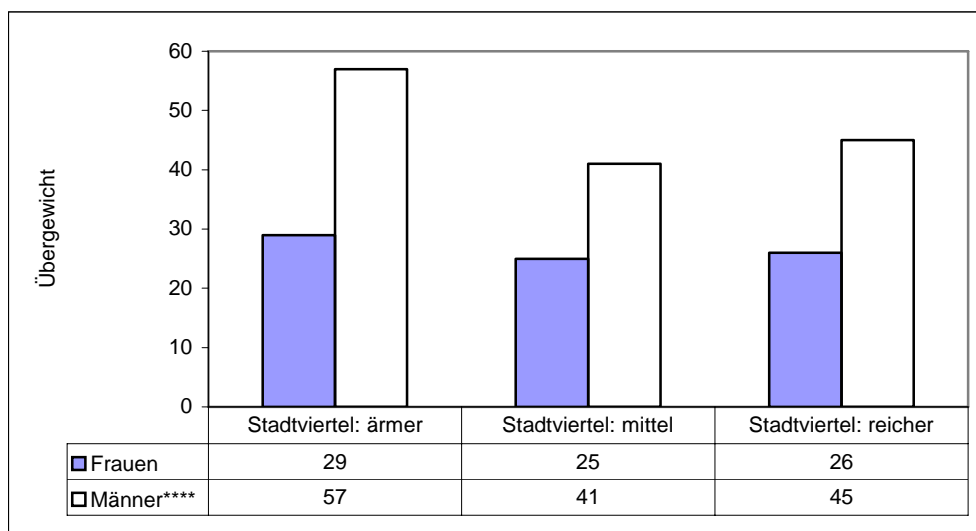
Rauchen

Auch in Bezug auf das Rauchen³⁴ lassen sich keine größeren Unterschiede nach Sozialhilfedichte feststellen (dazu hier keine Abbildung). In den weiteren bivariaten und multivariaten Analysen zeigen sich nur erneut die bereits bekannten Zusammenhänge, dass Jüngere bzw. Männer mehr rauchen als Ältere bzw. Frauen.

Body-Mass-Index

Abbildung 36 zeigt den Zusammenhang zwischen Übergewicht³⁵ und Sozialhilfedichte. Demnach sind in den reicheren Gebieten 26% der weiblichen und 45% der männlichen Befragten übergewichtig. Insgesamt ist die Tendenz zu erkennen, dass mit höherer Sozialhilfedichte die Prävalenz von Übergewicht zunimmt. Bei den Männern ist dieser Zusammenhang besonders stark ausgeprägt ($p < 0,0001$). Deutlich sind auch wieder die Unterschiede zwischen Frauen und Männern: männliche Befragte sind häufiger übergewichtig als weibliche.

Abb. 36: Sozialhilfedichte und Übergewicht (in %)



Datenquelle: zusammengefasste Datensätze vom Münchner Gesundheitsmonitoring 1999/2000 und 2004; N (Frauen) = 1.449 (fehlend = 191), N (Männer) = 1.270 (fehlend = 156); $p < 0,0001$ (Unterschiede bei den Männern) (Chi-Quadrat-Test).

Bei der Berechnung von erhöhten Risiken zeigen sich statistisch signifikante Zusammenhänge zwischen Übergewicht und Stadtbezirk, Geschlecht und Alter (dazu hier keine Abbildung). So leiden Personen in ärmeren Stadtbezirken (erhöhtes Risiko = 1,4), Männer (erhöhtes Risiko = 2,3) sowie Ältere (erhöhtes Risiko = 5,8) eher an Übergewicht als Personen in reicheren Bezirken, Frauen und Jüngere. Wenn alle Variablen in einer Analyse zusammengefasst werden, bleiben diese Zusammenhänge in statistisch signifikanter Weise bestehen.

³⁴ Näheres zu dieser Variablen in Kapitel 2.2.3.

³⁵ Näheres zu dieser Variablen in Kapitel 2.2.3.

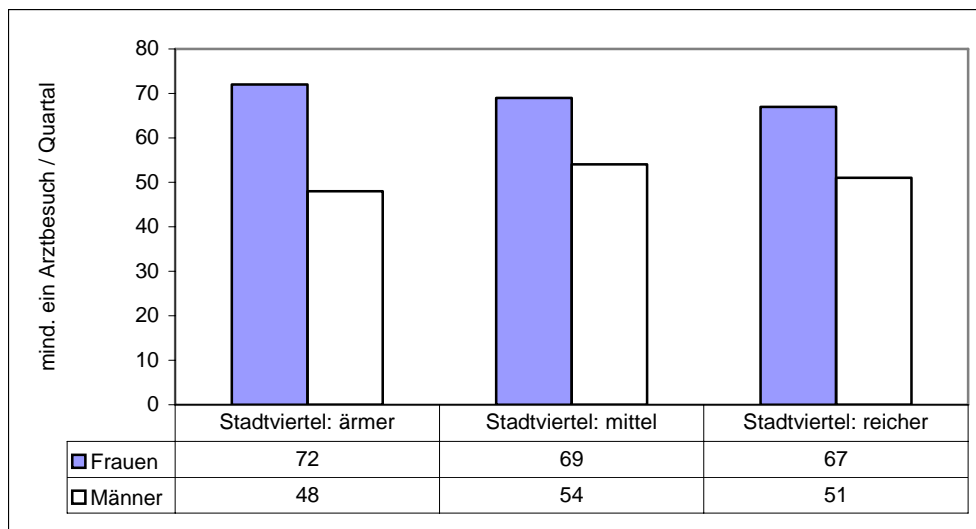
Zusammenfassend lässt sich festhalten: In den ärmeren Stadtbezirken sind die Bewohner häufiger übergewichtig als in den reicheren Stadtbezirken; besonders ausgeprägt ist dieser Zusammenhang bei den Männern.

6.4 Inanspruchnahme der gesundheitlichen Versorgung

Häufigkeit der Arztbesuche

Die Häufigkeit der Arztbesuche³⁶ hängt kaum mit der Sozialhilfedichte zusammen (vgl. Abbildung 37). Demnach haben 72% der Frauen und 48% der Männer aus ärmeren Gebieten mindestens einmal einen Arzt im letzten Quartal vor der Befragung besucht. Bei den weiblichen (aber nicht bei den männlichen Befragten) zeigt sich eine schwache Tendenz, dass mit höherer Sozialhilfedichte auch Arztbesuche häufiger sind. Geschlechterunterschiede werden deutlich, da Frauen unabhängig vom Stadtbezirk im Quartal häufiger zu einem Arzt gehen.

Abb. 37: Sozialhilfedichte und häufige Arztbesuche (in %)



Datenquelle: zusammengefasste Datensätze vom Münchner Gesundheitsmonitoring 1999/2000 und 2004; N (Frauen) = 1.473 (fehlend = 167), N (Männer) = 1.271 (fehlend = 155).

Dieser Zusammenhang bestätigt sich auch in statistisch signifikanter Weise in weiteren bivariaten und multivariaten Analysen (erhöhtes Risiko jeweils 2,0) (dazu hier keine Abbildung). Auch das Alter hängt mit der Häufigkeit der Arztbesuche zusammen: Ältere haben ein 2,5faches Risiko für mindestens einen Arztbesuch im Quartal. Der Stadtbezirk dagegen ist nicht mit der Zahl der Arztbesuche assoziiert.

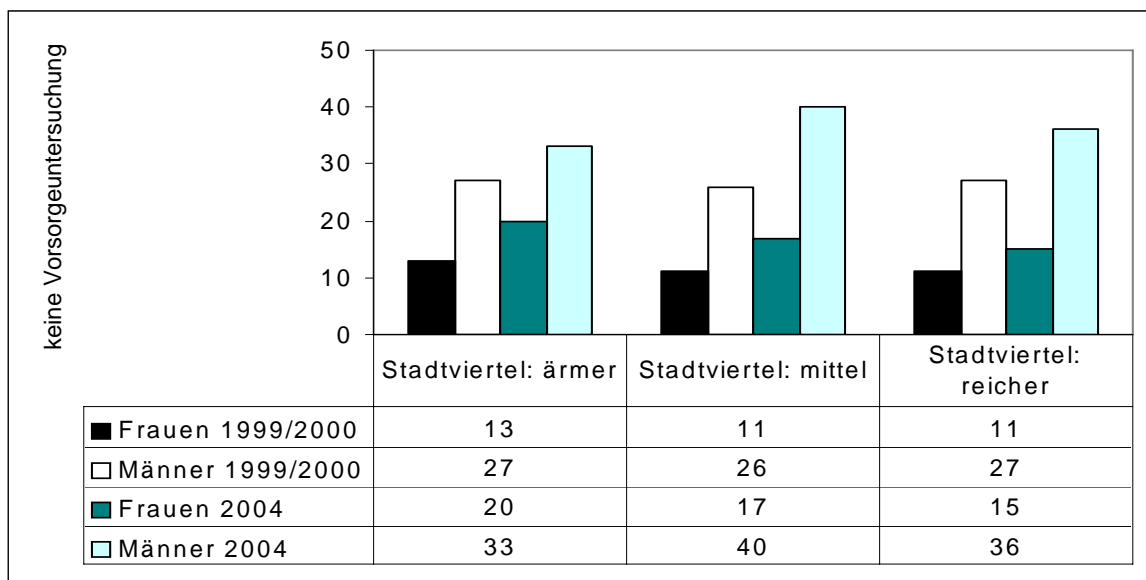
³⁶ Informationen zu der Variablen Häufigkeit der Arztbesuche in Kapitel 2.2.4.

Teilnahme an Krebsfrüherkennungs-Untersuchungen

Der Zusammenhang zwischen Sozialhilfedichte und Teilnahme an Krebsfrüherkennungs-Untersuchungen³⁷ ist in Abbildung 38 dargestellt. Wie bereits bei den oben dargestellten Analysen werden auch hier die Ergebnisse aus den Jahren 1999/2000 und 2004 getrennt voneinander abgebildet, da jeweils eine etwas andere Frage gestellt wurde.

Im Jahr 1999/2000 gaben 13% der befragten Frauen aus einem ärmeren Bezirk an, in den letzten 3 Jahren keine Vorsorgeuntersuchung wahrgenommen zu haben; bei den Männern sind dies sogar 27%. Insgesamt ist weder im Jahr 1999/2000 noch 2004 ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen Sozialhilfedichte und Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen erkennbar. Es zeigen sich in beiden Befragungen deutliche Geschlechterunterschiede, indem Männer sehr viel seltener an Vorsorgeuntersuchungen in den letzten 3 Jahren (1999/2000) bzw. jemals (2004) teilgenommen haben.

Abb. 38: Sozialhilfedichte und fehlende Teilnahme an Krebsfrüherkennungs-Untersuchungen (in %)



Datenquelle: Datensätze vom Münchner Gesundheitsmonitoring 1999/2000 und 2004 (weibliche Befragte ab 19 Jahre, männliche Befragte ab 44 Jahre); N (Frauen 1999/2000) = 969 (fehlend = 136), N (Männer 1999/2000) = 437 (fehlend = 74), N (Frauen 2004) = 501 (fehlend = 20), N (Männer 2004) = 202 (fehlend = 9); Hinweis: 1999/2000 bedeutet 'keine Vorsorgeuntersuchung in den letzten 3 Jahren', 2004 bedeutet das 'niemals eine Vorsorgeuntersuchung'.

Diese Geschlechterunterschiede bleiben auch in statistisch signifikanter Weise sowohl in weiteren bivariaten als auch in multivariaten Analysen bestehen (erhöhtes Risiko 1999/2000 = 2,8; erhöhtes Risiko 2004 = 2,8) (dazu hier keine Abbildung). Auch das Alter spielt eine Rolle beim Vorsorgeverhalten, indem Ältere 1999/2000 ein 2fach erhöhtes Risiko einer Nicht-Teilnahme, Jüngere 2004 ein 4,1faches Risiko haben. Weder in den bivariaten noch in den multivariaten Analysen zeigen sich dagegen statistisch signifikante Zusammenhänge mit dem Wohnort.

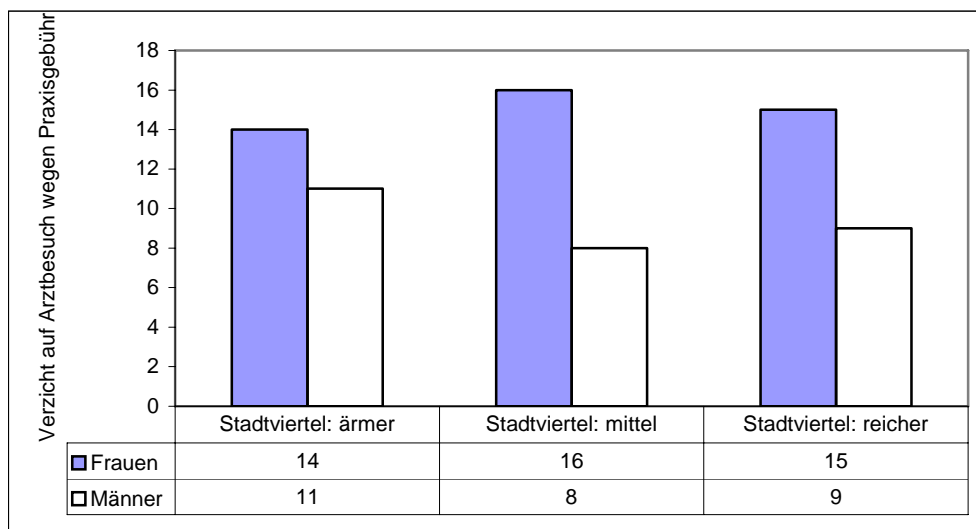
Zusammenfassend lässt sich festhalten: Zwischen der Sozialhilfedichte einerseits und der Anzahl der Arztbesuche bzw. der Teilnahme an Krebsfrüherkennungs-Untersuchungen andererseits ist kein klarer Zusammenhang zu erkennen.

³⁷ Näheres zu dieser Variablen in Kapitel 2.2.4.

6.5 Auswirkungen der Praxisgebühr

Ob es einen Zusammenhang zwischen der Sozialhilfedichte und den Auswirkungen der Praxisgebühr³⁸ gibt, ist in Abbildung 39 zu erkennen. So berichten 14% der Frauen und 11% der Männer aus den ärmeren Stadtbezirken, dass sie schon mindestens einmal wegen der Praxisgebühr auf einen Arztbesuch verzichtet haben. Die Daten zeigen jedoch keine größeren Unterschiede nach Sozialhilfedichte. Lediglich Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen Befragten werden deutlich, indem Frauen eher auf einen Arztbesuch verzichten.

Abb. 39: Sozialhilfedichte und Verzicht auf Arztbesuch wegen Praxisgebühr (in %)



Datenquelle: Datensatz vom Münchner Gesundheitsmonitoring 2004; N (Frauen) = 501 (fehlend = 24), N (Männer) = 461 (fehlend = 26); Hinweis: N = 9 (bei Männern aus ärmeren Stadtbezirken, die auf einen Arztbesuch verzichtet haben).

Bei der Berechnung von erhöhten Risiken zeigen sich statistisch signifikante Zusammenhänge mit den Variablen Geschlecht und Alter, jedoch nicht mit dem Wohnort. So haben Frauen eine 2,0fache Wahrscheinlichkeit und Jüngere eine 6,2fache Wahrscheinlichkeit auf einen Arztbesuch wegen der Praxisgebühr zu verzichten (dazu hier keine Abbildung). Wenn alle Variablen in einer Analyse zusammengefasst werden, bleiben diese Zusammenhänge bestehen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten: Zwischen der Sozialhilfedichte einerseits und dem Verzicht auf einen Arztbesuch wegen der Praxisgebühr andererseits ist kein klarer Zusammenhang zu erkennen.

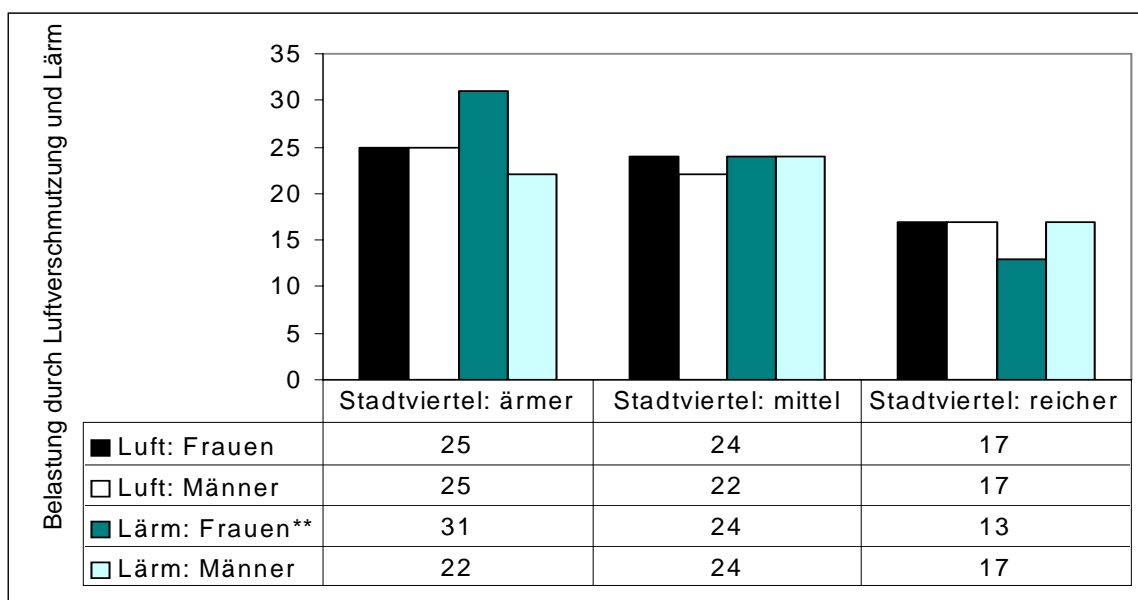
³⁸ Weitere Informationen zu dieser Variablen in Abschnitt 2.2.5.

6.6 Umweltbelastungen am Wohnort

Luftverschmutzung und Lärmbelastung

Die Zusammenhänge zwischen den Umweltbelastungen am Wohnort³⁹ und der Sozialhilfedichte sind in Abbildung 40 aufgezeigt. Während z.B. 25% der Frauen aus den Gebieten mit einer hohen Sozialhilfedichte über eine erhebliche Lärmbelastung berichten, tun dies bei Gebieten mit einer niedrigeren Sozialhilfedichte 17%. Mit einer Ausnahme (Lärmbelastung bei den männlichen Befragten) ist in jeder Reihe ein relativ starker Gradient zu erkennen: demnach sind Personen aus ärmeren Gebieten stärker durch Luftverschmutzung und Lärm belastet als Personen aus reicheren Gebieten. Bei den weiblichen Befragten sind diese Unterschiede bei der Lärmbelastung zwischen den Stadtbezirken sogar statistisch signifikant ($p < 0,01$).

Abb. 40: Sozialhilfedichte und Belastung durch Luftverschmutzung und Lärm am Wohnort (in %)



Datenquelle: Datensatz vom Münchner Gesundheitsmonitoring 2004; N (Luft: Frauen) = 505 (fehlend = 20), N (Luft: Männer) = 465 (fehlend = 22), N (Lärm: Frauen) = 507 (fehlend = 18), N (Lärm: Männer) = 464 (fehlend = 23); $p < 0,01$ (Unterschiede bei den Frauen bei Lärmbelastung) (Chi-Quadrat-Test).

Bei der Berechnung des Zusammenhangs zwischen Umweltbelastung und Sozialhilfedichte unter Kontrolle von Alter und Geschlecht bleibt der Einfluss der Sozialhilfedichte statistisch signifikant (dazu hier keine Abbildung). Dabei zeigt sich wieder der Gradient: je ärmer der Stadtbezirk, desto stärker wird die Belastung durch verschmutzte Luft und Lärm empfunden (erhöhtes Risiko für Luftverschmutzung: 1,6; erhöhtes Risiko für Lärmbelastung: 2,0). Das Alter und das Geschlecht hängen mit dieser Belastung kaum zusammen.

³⁹ Näheres zu den Variablen Luftverschmutzung und Lärmbelastung am Wohnort in Kapitel 2.2.6.

Zusammenfassend lässt sich festhalten: In den ärmeren Stadtbezirken sind die Bewohner erheblich stärker durch Luftverschmutzung und Lärm belastet als in den reicheren Stadtbezirken. Dieser Zusammenhang ist bei Männern und bei Frauen vorhanden und er bleibt auch dann erhalten, wenn der Einfluss von Alter und Geschlecht statistisch kontrolliert wird.

7 Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse

7.1 Gesundheitliche Belastungen nach Bildung und Einkommen

Es konnten deutliche Zusammenhänge zwischen Sozialstatus (Bildung und Einkommen) und der Gesundheit gefunden werden. In Bezug auf die *Morbidität* zeigt sich sowohl bei den weiblichen als auch bei den männlichen Befragten in statistisch signifikanter Weise, dass niedrigere Schulbildungs-Abschlüsse mit einer schlechteren Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes einhergehen. Vor allem bei den weiblichen Befragten wird deutlich, dass der allgemeine Gesundheitszustand auch vom Einkommen abhängig ist: Je niedriger das Äquivalenz-Einkommen, desto eher wird die Gesundheit als nicht 'sehr gut' bezeichnet. Bei beiden Geschlechtern zeigt sich ein Gradient, was das Vorhandensein von mindestens einer chronischen Krankheit betrifft: Je niedriger der Bildungsabschluss und je geringer das Äquivalenz-Einkommen, desto häufiger wird über mindestens eine chronische Krankheit berichtet. Dieser Zusammenhang ist statistisch hochsignifikant.

Für den Bereich der *Gesundheitsverhaltensweisen* lässt sich festhalten, dass es vor allem bei den Schulbildungs-Abschlüssen deutliche Unterschiede gibt. So finden sich unter den Befragten mit niedriger Bildung sehr viel häufiger Raucher als unter solchen mit höherer Bildung. Dieser Zusammenhang ist sowohl bei den weiblichen Befragten als auch bei den männlichen statistisch signifikant. Auch beim Übergewicht zeigt sich, dass Personen mit einem niedrigeren Abschluss eher davon betroffen sind als solche mit einem höheren Abschluss. Bezogen auf das Einkommen zeigt sich nur bei den weiblichen Befragten, dass niedriges Pro-Kopf-Einkommen mit vermehrtem Tabakkonsum und erhöhtem Risiko für Übergewicht einhergeht.

Beim *Inanspruchnahmeverhalten* von Gesundheitsleistungen gibt es vor allem deutliche Unterschiede zwischen den Personen mit niedrigen bzw. höheren Bildungsabschlüssen. So suchen Befragte mit einem niedrigeren Bildungsabschluss häufiger pro Quartal einen Arzt auf als solche mit einem höheren Abschluss. Dies gilt auch (bei den männlichen Befragten) für das Einkommen: Je niedriger das Äquivalenz-Einkommen, desto häufiger finden Arztbesuche statt. In Bezug auf die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen zeigt sich kein einheitliches Bild: Weder bei der Schulbildung noch beim Einkommen gibt es klare Zusammenhänge mit einer Teilnahme an solchen Untersuchungen.

Die *Auswirkungen der Praxisgebühr* hängen (in der Befragung von 2004) in statistisch signifikanter Weise mit dem Sozialstatus zusammen: Je niedriger die Schulbildung und je geringer das Pro-Kopf-Einkommen, desto eher wird wegen der fälligen Praxisgebühr auf einen Arztbesuch verzichtet.

Umweltbelastungen in der Wohnumgebung hängen ebenfalls mit dem Sozialstatus zusammen. Es zeigt sich bei beiden Geschlechtern in statistisch signifikanter Weise, dass Personen mit niedriger Schulbildung häufiger unter verschmutzter Luft leiden als solche mit höherer Bildung. In Bezug auf die empfundene Belastung durch Lärm am Wohnort wird dasselbe Bild sichtbar, in statistisch signifikanter Weise allerdings nur bei den weiblichen Befragten. Auch das Einkommen spielt eine Rolle bei der Belastung durch verschmutzte Luft und Lärm am Wohnort: Je niedriger das Äquivalenz- bzw. das Pro-Kopf-Einkommen, desto häufiger wird in statistisch signifikanter Weise über höhere Umweltbelastungen berichtet.

7.2 Gesundheitliche Belastungen nach Alter und Geschlecht

In Bezug auf die *Morbidität* hat sich erwartungsgemäß in allen Analysen gezeigt, dass ältere Befragte besonders häufig über einen nicht 'sehr guten' Gesundheitszustand sowie über chronische Krankheiten berichten. Diese Zusammenhänge sind auch statistisch signifikant. Bei den *Gesundheitsverhaltensweisen* zeigt sich kein einheitliches Bild: Jüngere rauchen deutlich häufiger als Ältere, Ältere dagegen sind eher von Übergewicht betroffen.

Das Alter der Befragten wirkt sich auch auf den Umgang mit der 2004 eingeführten *Praxisgebühr* aus: So verzichten jüngere Befragte in statistisch signifikanter Weise häufiger auf einen Arztbesuch als ältere Befragte. Dagegen spielt das Alter der Befragten keine größere Rolle bei den *Umweltbelastungen am Wohnort*.

Bei den Analysen zum Geschlecht der Befragten ist zu beachten, dass die weiblichen Befragten gegenüber den männlichen in Bezug auf den Sozialstatus benachteiligt sind: in der Befragung weisen die Frauen (verglichen mit den Männern) niedrigere Bildungsabschlüsse und weniger Pro-Kopf- bzw. Äquivalenz-Einkommen auf. Außerdem berichten Frauen eher als Männer über das Vorhandensein mindestens einer *chronischen Krankheit*. In Bezug auf das *Gesundheitsverhalten* wird deutlich, dass Männer eher gesundheits-schädliche Verhaltensweisen ausüben als Frauen: die männlichen Befragten rauchen deutlich häufiger und leiden eher an Übergewicht. Beim *Inanspruchnahmeverhalten* kann man deutlich sehen, dass die weiblichen Befragten in allen Analysen häufiger als die männlichen einen Arzt aufsuchen und Vorsorgeuntersuchungen wahrnehmen.

Auch die Auswirkungen der 2004 eingeführten *Praxisgebühr* zeigen Zusammenhänge mit dem Geschlecht: Frauen verzichten in statistisch signifikanter Weise häufiger wegen der Praxisgebühr auf einen Arztbesuch als dies Männer tun. Dagegen gibt es keine größeren Geschlechterunterschiede in Bezug auf die *Umweltbelastungen am Wohnort*.

7.3 Gesundheitliche Belastungen bei Befragten mit nicht-deutscher Staatsangehörigkeit

Zunächst ist zu den hier vorgestellten Ergebnissen festzuhalten, dass die Befragten mit nicht-deutscher Staatsangehörigkeit im Vergleich zu den deutschen erheblich jünger sind. Bezogen auf die Bildungsabschlüsse zeigen sich nur relativ geringe Unterschiede zwischen den Deutschen und den in München lebenden Migrantinnen und Migranten, die an der Befragung teilgenommen haben. Im Vergleich zu den Befragten mit deutscher Staatsangehörigkeit ist jedoch sowohl das Pro-Kopf- als auch das Äquivalenz-Einkommen deutlich niedriger.

Die *Morbiditätsvergleiche* zwischen den nicht-deutschen und deutschen Befragten zeigen kaum Unterschiede beim allgemeinen Gesundheitszustand, jedoch statistisch signifikante höhere Prävalenzen chronischer Krankheiten bei den deutschen Befragten. Dies hängt vor allem mit dem höheren Alter der deutschen Befragten zusammen, d.h. bei statistischer Kontrolle der Altersverteilung verschwindet dieser Unterschied zwischen Deutschen und Nicht-Deutschen wieder.

Beim *Gesundheitsverhalten* zeigen sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Personen mit nicht-deutscher bzw. deutscher Staatsbürgerschaft. Bei beiden Befragtengruppen ist der Raucheranteil sowie der Anteil übergewichtiger Personen ähnlich hoch. Auch bei den befragten Migranten zeigt sich, dass die Männer mehr rauchen als die Frauen. Auch in Bezug auf das ärztliche *Inanspruchnahmeverhalten* gibt es keine größeren Unterschiede: Nicht-deutsche und deutsche Befragte gehen in ähnlichem Umfang zum Arzt,

auch zu Krebsfrüherkennungs-Untersuchungen. Beim Thema 'Verzicht auf einen Arztbesuch wegen der *Praxisgebühr*' sind zwischen den beiden Befragtengruppen ebenfalls keine größeren Unterschiede zu erkennen.

Bei den *Umweltbelastungen* am Wohnort gibt es deutliche Unterschiede zwischen männlichen Migranten und männlichen Befragten mit deutscher Staatsangehörigkeit: Die ersteren fühlen sich durch verschmutzte Luft am Wohnort in statistisch signifikanter Weise stärker belastet. Dieser Unterschied zwischen Migranten und Deutschen lässt sich jedoch zu einem großen Teil auf die unterschiedliche Altersverteilung zurückführen. Bei der Belastung durch Lärm zeigen sich keine deutlichen Unterschiede.

Bei allen Vergleichen zwischen den Befragten mit nicht-deutscher bzw. deutscher Staatsbürgerschaft ist zu berücksichtigen, dass vor allem bei den Nicht-Deutschen die Repräsentativität der Befragung eingeschränkt ist.

7.4 Gesundheitliche Belastungen bei Allein-Erziehenden

In den dargestellten Analysen werden weibliche Allein-Erziehende mit weiblichen Befragten in Zwei-Eltern-Familien miteinander verglichen. In Bezug auf die Einkommenssituation wird vor allem sichtbar, dass den Ein-Eltern-Familien besonders wenig Einkommen zur Verfügung steht.

Die allein-erziehenden Frauen berichten häufiger von einem nicht 'sehr guten' Gesundheitszustand als die Frauen in Zwei-Eltern-Familien. In Bezug auf das Vorliegen von chronischen Krankheiten werden keine vergleichbaren Unterschiede gefunden. Jedoch gibt es Unterschiede im *Gesundheitsverhalten*: Allein-Erziehende rauchen deutlich mehr als Nicht-Allein-Erziehende; dieser Zusammenhang ist statistisch hochsignifikant. Beim Übergewicht sind keine größeren Unterschiede zwischen den beiden Gruppen von Frauen erkennbar.

Bei allen anderen hier untersuchten Themen zeigen sich keine größeren Unterschiede zwischen den allein-erziehenden und nicht allein-erziehenden Frauen, d.h. bei der Häufigkeit von Arztbesuchen und der Teilnahme an Krebsfrüherkennungs-Untersuchungen, beim Verzicht auf einen Arztbesuch wegen der fälligen Praxisgebühr, und bei der Umweltbelastungen am Wohnort.

7.5 Gesundheitliche Belastungen bei Arbeitslosen

Die Vergleichsgruppe wird hier aus den Personen gebildet, die keine Rentner und/oder unter 65 Jahre alt sind. Deutliche Unterschiede gibt es bei Schulbildung und Einkommen: Bei den Arbeitslosen sind Bildung und Einkommen zumeist niedriger als bei den Nicht-Arbeitslosen.

Tendenziell berichten arbeitslose Befragte über eine etwas höhere *Morbidität* als nicht-arbeitslose; statistisch signifikante Unterschiede in Bezug auf den allgemeinen Gesundheitszustand und das Vorhandensein chronischer Krankheiten können jedoch nicht gefunden werden. Unterschiede im *Gesundheitsverhalten* zeigen sich vor allem beim Rauchen: arbeitslose Männer rauchen deutlich häufiger als nicht-arbeitslose.

Bei der Zahl der *Arztbesuche* bzw. bei der Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen lassen sich keine größeren Unterschiede feststellen. In Bezug auf die *Praxisgebühr* fällt jedoch auf, dass Arbeitslose wegen der fälligen Praxisgebühr häufiger auf einen Arztbesuch verzichten als Nicht-Arbeitslose. Auch bei den *Umweltbelastungen* am Wohnort konnten deutliche Unterschiede gefunden werden: arbeitslose Befragte berichten deutlich häufiger über verschmutzte Luft und Lärm in der Wohnumgebung als nicht-arbeitslose.

Bei allen Vergleichen zwischen Arbeitslosen und Nicht-Arbeitslosen ist zu berücksichtigen, dass die Stichprobe nur relativ wenige Arbeitslose enthält, und dass detaillierte Analysen daher kaum möglich sind.

7.6 Gesundheitliche Belastungen nach Stadtbezirken

Die Aufteilung in ärmere, mittlere und reichere Bezirke erfolgt anhand der jeweiligen Sozialhilfedichte. Dabei muss beachtet werden, dass die Repräsentativität der Befragung bei einer Betrachtung auf Ebene der Stadtbezirke erheblich eingeschränkt ist.

Bezogen auf die *Morbidität* (allgemeiner Gesundheitszustand und chronische Krankheiten) berichten die Befragten aus den unterschiedlichen Bezirken über ähnlich hohe Prävalenzen. Auch beim *Rauchen* zeigen sich keine größeren Unterschiede zwischen den Befragten aus den ärmeren, mittleren oder reicheren Bezirken. Die Befragten aus den ärmeren Bezirken sind jedoch deutlich häufiger übergewichtig als die Befragten aus den anderen Bezirken.

Bei den folgenden Themen sind keine größeren Unterschiede zwischen den drei Bezirksgruppen gefunden worden: Häufigkeit der Arztbesuche, Teilnahme an den Krebsfrüherkennungs-Untersuchungen, Verzicht auf einen Arztbesuch wegen der Praxisgebühr. In Bezug auf die *Umweltbelastungen* sind jedoch Zusammenhänge mit der Sozialhilfedichte im Stadtbezirk vorhanden. Demnach sind Personen aus ärmeren Gebieten erheblich stärker durch Luftverschmutzung und Lärm belastet als Personen aus reicheren Gebieten.

Inhaltlich gesehen ist es nicht erstaunlich, dass sich auf Stadtbezirksebene ein nachweisbarer Zusammenhang zwischen Sozialhilfedichte und Umweltbelastung zeigt. Aus methodischer Sicht muss jedoch angemerkt werden, dass die individuellen Unterschiede im Einkommen erheblich größer sind als die Unterschiede zwischen den Stadtbezirken. In jedem Stadtbezirk leben Personen mit ganz verschieden hohem individuellem Einkommen. Wenn der Durchschnitt aller Personen pro Stadtbezirk betrachtet wird, werden diese individuellen Unterschiede zum Teil eingeebnet. Aus diesem Grund werden z.B. bei Morbidität und Gesundheitsverhalten nur relativ kleine Unterschiede zwischen den Stadtbezirken gefunden. Die Unterschiede in der Umweltbelastung sind jedoch offenbar so groß, dass sie sogar beim Vergleich zwischen den Stadtbezirken zu erkennen sind.

8 Literatur

- Altgeld T, Hofrichter P (Hrsg.) [2000]: Reiches Land - Kranke Kinder? Gesundheitliche Folgen von Armut bei Kindern und Jugendlichen. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main.
- Altman D [1992]: Practical Statistics for Medical Research. Chapman & Hall, London.
- Ausländerbeauftragte Beck M [2000]: Bericht zur Lage der Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland.
- Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (BMGS) (Hrsg.) [2005]: 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung.
- Egen V [1998]: Krankheitsspektrum und Arzneimitteltherapie von Wohnungslosen in München. Gesundheitswesen 60: 47-51.
- Fichter M [2000]: Prävalenz körperlicher und seelischer Erkrankungen. Daten einer repräsentativen Stichprobe obdachloser Männer. Deutsches Ärzteblatt 97 (Heft 17): 1148-1154.
- Fichter M et al. [1999]: Psychische Erkrankungen bei Männern und Frauen in München. Psychiatrische Praxis 26: 76-84.
- Fischer R et al [2001]: Bevölkerungsbezogenes Gesundheitsmonitoring in Bayern mit computerassistierten Telefoninterviews. Gesundheitswesen 62 (Heft 2): 123-129.
- Gesundheitsbeirat der Landeshauptstadt München [2001] (Hrsg.): Armut und Gesundheit. Chancengleichheit für Kinder und Jugendliche. Dokumentation der Gesundheitskonferenz am 7. Februar 2001. München.
- Geyer S, Peter R [1999]: Occupational status and all-cause mortality. A study with health insurance data from Nordrhein-Westfalen, Germany. Eur. J. Publ. Health 9: 114-118.
- Grobe TG, Schwartz FW [2003]: Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 13, Robert Koch - Institut, Berlin.
- Helmert U [2003a]: Soziale Ungleichheit und Krankheitsrisiken. Maro Verlag, Augsburg.
- Idler E, Benyamini Y [1997]: Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. J Health Soc Behav. 38 (Heft 1): 21-37.
- Jungbauer-Gans M, Kriwy P (Hrsg.) [2004]: Soziale Benachteiligung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Kamensky J et al. [2003]: Gesunde Kinder - gleiche Chancen für alle? Ein Leitfaden für den Öffentlichen Gesundheitsdienst zur Förderung gesundheitlicher Teilhabe. Herausgegeben vom Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg und dem Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (Iögd), Bielefeld.
- Klocke A [2001]: Armut bei Kindern und Jugendlichen und die Auswirkungen auf die Gesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 4, Robert Koch - Institut, Berlin.
- Lampert T, Saß A-C, Häfeling M, Ziese T. [2005]: Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung).
- Landeshauptstadt München, Sozialreferat [1999]: Psychische Erkrankungen bei (vormals obdachlosen) Bewohnern von Pensionen in München. Eine epidemiologische Untersuchung.
- Landeshauptstadt München. Sozialreferat [2000a]: Soziale Leistungen in Zahlen.
- Landeshauptstadt München. Sozialreferat [2000b]: Münchner Armutsbericht 2000.

- Landeshauptstadt München. Sozialreferat [2002]: Münchner Armutsbericht – Fortschreibung 2002.
- Landeshauptstadt München. Sozialreferat. [2003]: 'dass sie uns nicht vergessen...' Menschen in der Illegalität in München.
- Landeshauptstadt München. Sozialreferat [2004a]: München Sozial - Entwicklungen 1995 bis 2004.
- Landeshauptstadt München. Sozialreferat [2004b]: Münchner Armutsbericht 2004.
- Landeshauptstadt München, Referat für Gesundheit und Umwelt [2000]: Münchner Gesundheitsmonitoring 1999. Bevölkerungsbezogenes Monitoring von Gesundheit und Verhaltensbezogenen Gesundheitsrisiken 1999 in der Stadt München. 1. Ergebnisbericht.
- Landeshauptstadt München, Referat für Gesundheit und Umwelt [2002]: Münchner Gesundheitsmonitoring 1999/2000: Die Gesundheit von Frauen und Männern verschiedener Lebensaltersstufen.
- Landeshauptstadt München. Referat für Gesundheit und Umwelt [2005a]: Gesundheit von Migrantinnen und Migranten in München.
- Landeshauptstadt München. Referat für Gesundheit und Umwelt [2005b]: Erster Münchner Männergesundheitsbericht 2005. Fakten und Daten aus aktuellen Untersuchungen der Münchner Gesundheitsberichterstattung.
- Meller I et al. [2000]: Die Inanspruchnahme medizinischer und psychosozialer Dienste durch psychisch erkrankte Obdachlose. Der Nervenarzt 71: 543-551.
- Mielck A [2005]: Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Verlag Hans Huber, Bern.
- Mielck A, Helmert U [2006]: Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Hurrelmann K, Laaser U, Razum O (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften (4. vollständig überarbeitete Auflage), im Druck.
- Reil-Held A [2000]: Einkommen und Sterblichkeit in Deutschland: Leben Reiche länger? Institut für Volkswirtschaftslehre und Statistik, Universität Mannheim, Beiträge zur angewandten Wirtschaftsforschung, Nr. 580-00.
- Richter M [2005]: Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Jugendalter. Der Einfluss sozialer Ungleichheit. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden.
- Wright RE [1995]: Logistic regression. Grimm LG, Yarnold PR (Hrsg.): Reading and understanding multivariate statistics. APA, Washington.

9 Methoden

9.1 Berechnung des Pro-Kopf- und Äquivalenz-Einkommens

1999/2000 wurde zur Erfassung des Haushalteinkommens folgende Frage gestellt:

- "Wie hoch etwa ist das monatliche Haushaltseinkommen, d.h. das Nettoeinkommen, das Sie alle zusammen nach Abzug der Steuern und Sozialabgaben haben?" mit den Antwortkategorien "Ist das weniger als 1000 DM?" "Ist das weniger als 1500 DM?" usw.

2004 wurde folgende Frage gestellt:

- "Wie hoch etwa ist das monatliche Nettoeinkommen in Ihrem Haushalt, also das Einkommen, das Sie (alle zusammen) nach Abzug der Steuern und Sozialabgaben zur Verfügung haben? Gemeint ist hier nicht nur das Erwerbseinkommen, sondern alle Einkommensarten, z.B. auch eventuelles Einkommen durch Transferleistungen." Die Angaben wurden dabei über Kategorien erfasst.⁴⁰

Da die Variable Einkommen haushaltsbezogen erfasst wurde, gibt es zwei Möglichkeiten der Analyse, das Pro-Kopf-Einkommen und das Äquivalenz-Einkommen.

Das *Pro-Kopf-Einkommen* wird ermittelt, indem Haushaltsnettoeinkommen durch die Anzahl der Personen im Haushalt geteilt wird.

Beim *Äquivalenz-Einkommen* werden für jedes einzelne Haushaltsmitglied je nach Lebensalter so genannte 'Bedarfs-Gewichte' einbezogen, um Kostenvorteile durch gemeinsames Wirtschaften zu berücksichtigen. Entsprechend der Empfehlung der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) werden hier die folgenden Gewichtungsfaktoren verwendet: der Haupteinkommensbezieher erhält das Gewicht 1,0; alle übrigen Haushaltsmitglieder im Alter von 14 Jahren oder mehr erhalten den Gewichtungsfaktor 0,5 und die Personen unter 14 Jahren den Gewichtungsfaktor 0,3. Diese ist die für die Äquivalenzierung derzeit am meisten verwendete Äquivalenzskala (vgl. Glossar zum 2. Armutsbericht der Bundesregierung 'Lebenslagen in Deutschland', 2005).

Einige wichtige Angaben zur Verteilung des Pro-Kopf- und des Äquivalenz-Einkommens werden in Tabelle 16 dargestellt. So beträgt der Durchschnitt (Mean) des Pro-Kopf-Einkommens 1999/2000 1.238,9 Euro, beim Äquivalenz-Einkommens sind es im gleichen Zeitraum 1.582,9 Euro. Insgesamt ist bei Einkommensberechnungen eine Zunahme im Lauf der 5 Jahre zu verzeichnen. Wie erwartet, ist das (bedarfsgewichtete) Äquivalenz-Einkommen dabei immer höher als das Pro-Kopf-Einkommen.

⁴⁰ Um metrische Angaben zu erhalten, wurde sowohl 1999/2000 als auch 2004 aus den oberen und unteren Kategoriengrenzen das jeweilige Kategorienmittel verwendet. So wurde 2004 z.B. die Angabe "über 500 bis 1.000 Euro" in 750 Euro umgerechnet. Bei den nach unten bzw. nach oben offenen Angaben "bis 500 Euro" bzw. "über 3.500 Euro" von 2004 wurde mit zwei Drittel bzw. vier Drittel der jeweiligen Kategoriengrenze weiter gerechnet.

Tabelle 16: Verteilung des Pro-Kopf- und des Äquivalenz-Einkommens (in Euro)

	Pro-Kopf-Einkommen 1999/2000	Pro-Kopf-Einkommen 2004	Äquivalenz-Einkommen 1999/2000	Äquivalenz-Einkommen 2004
Mean	1.238,9	1.328,2	1.582,9	1.677,8
Median	1.084,3	1.167,0	1.403,5	1.529,1
Modus	1.403	1.750	1.870,7	1.250
Standardabweichung	823,7	779,0	910,2	845,8
N	1.529	792	1.528	792
Missings	525 (25.6%)	220 (21.7%)	526 (25,6%)	220 (21,7%)

Datenquelle: Datensätze vom Münchner Gesundheitsmonitoring 1999/2000 und 2004

Tabelle 17 zeigt die Höhe des Armutsrisikos aus der Befragung 1999/200 mit Angaben aus anderen Befragungen. Das Armutsrisiko wird dabei - gemäß dem 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung - als 60% des Medians des verfügbaren Äquivalenz-Einkommens definiert (vgl. Tabelle 19). 1999/2000 entspricht die Größe der Armutsgruppe mit 11,7% in etwa dem berechneten Prozentsatz aus der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS) von Deutschland von 1998 (12,1%).

Tabelle 17: Vergleich der Armutsrisikoquote mit anderen Datenquellen

Münchner Gesundheitsmonitoring 1999/2000	11,7%
Deutschland 1998 (EVS)*	12,1%
Deutschland 2003 (EVS)*	13,5%

*zitiert aus dem 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung „Lebenslagen in Deutschland“, 2005, Tabelle I.2. EVS = Einkommens- und Verbrauchsstichprobe.

Tabelle 18 und Tabelle 19 zeigen die Einteilung der Einkommen in bestimmte Gruppen für die weiteren Analysen. So wurde das Pro-Kopf-Einkommen sowohl 1999/2000 als auch 2004 in 5 gleichgroße Gruppen (Quintile) aufgeteilt. Das Äquivalenz-Einkommen wurde analog dem vom 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung beschriebenen Vorgehen in vier Gruppen eingeteilt, die jeweils abhängig von ihrem Abstand zum Median des Äquivalenz-Einkommens sind. In den logistischen Regressionen, die für die Berechnung der erhöhten Risiken nötig sind, wurden für die Quintile bzw. Armutsgruppen jeweils dichotome Variablen gebildet.

Tabelle 18: Einteilung des Pro-Kopf-Einkommens in 5 Quintile und ihre Häufigkeiten

Einteilung Pro-Kopf-Einkommen	Pro-Kopf-Einkommen 1999/2000 (in Euro)	Häufigkeit 1999/2000 (N, %)	Pro-Kopf-Einkommen 2004 (in Euro)	Häufigkeit 2004 (N, %)
1. Quintil	0 - 638	305, 19,9%	0 - 667	151, 19,1%
2. Quintil	639 – 892,5	282, 18,4%	668 - 934	165, 20,8%
3. Quintil	892,6 - 1191	329, 21,5%	935 - 1251	147, 18,6%
4. Quintil	1192 - 1404	252, 16,5%	1252 - 1626	106, 13,4%
5. Quintil	1405 - 6803	361, 23,6%	1627 - 4667	223, 28,2%
fehlend		525		220

Datenquelle: Datensätze vom Münchner Gesundheitsmonitoring 1999/2000 und 2004, Abweichungen von 100% sind rundungsbedingt.

Tabelle 19: Einteilung des Äquivalenz-Einkommens in 5 Gruppen und ihre Häufigkeiten

Einteilung Äquivalenz-Einkommen	Äquivalenz-Einkommen 1999/2000 (in Euro)	Häufigkeit 1999/2000 (N, %)	Äquivalenz-Einkommen 2004 (in Euro)	Häufigkeit 2004 (N, %)
1. bis 60% vom Median ⁴¹	0 - 842	179, 11,7%	0 – 928,5	161, 20,3%
2. 60% - 99% vom Median	842,1 – 1403,4	573, 37,5%	928,6 – 1547,5	235, 29,7%
3. 100% - 150% vom Median	1403,5 – 2105,2	515, 33,7%	1547,6 – 2321,3	244, 30,8%
4. ab 150% vom Median)	2105,3 - 6803	261, 17,1%	2321,4 - 4668	152, 19,2%
fehlend		526		220

Datenquelle: Datensätze vom Münchner Gesundheitsmonitoring 1999/2000 und 2004, Abweichungen von 100% sind rundungsbedingt.

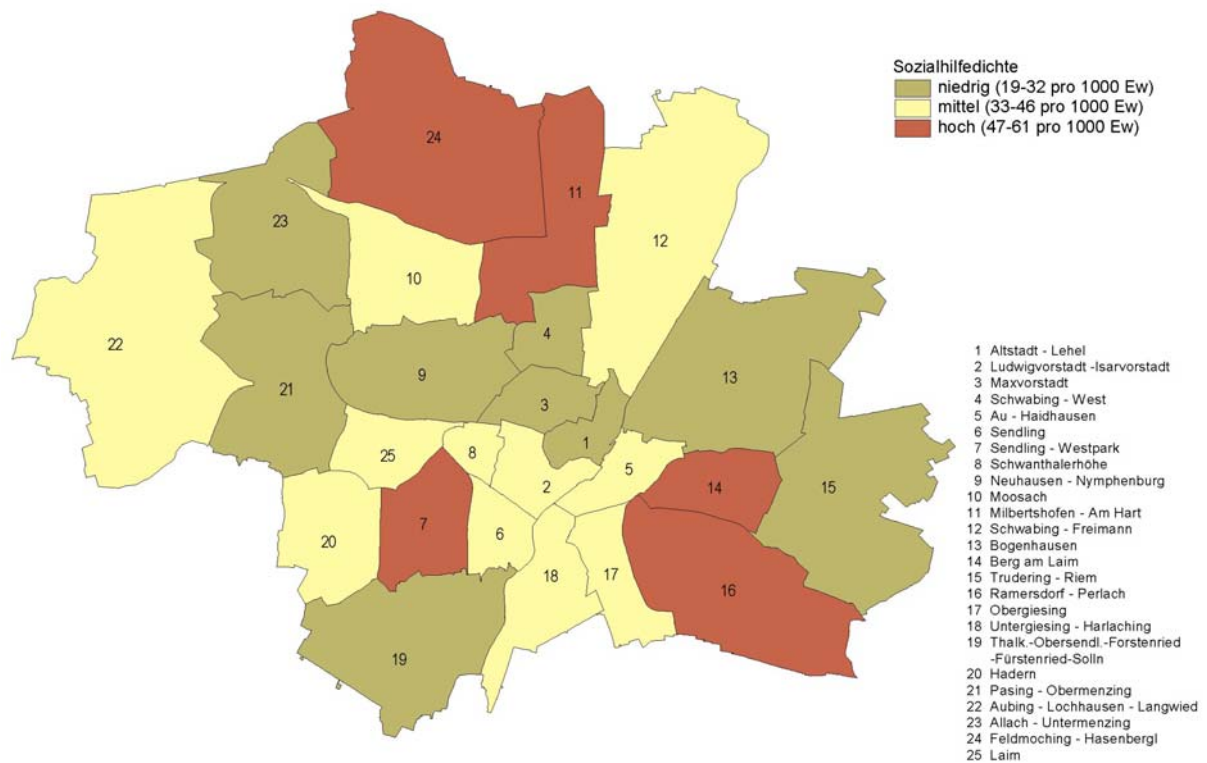
⁴¹ Diese Gruppe entspricht der Armutsrisikoquote.

9.2 Bildung der Variablen 'Stadtbezirksgruppe'

Die Stadtbezirke wurden anhand der Sozialhilfedichte, die in den Armutsberichten der Stadt München berichtet werden, in drei Gruppen eingeteilt. In einem ersten Schritt sind dafür die beiden Datensätze aus den Befragungsjahrgängen des Münchner Gesundheitsmonitorings (1999/2000 und 2004) kombiniert worden. Dann wurden die Sozialhilfedichte-Zahlen des Münchner Armutsberichts von 2000 und von 2004 pro Stadtbezirk addiert und anschließend ist der jeweils Mittelwert aus beiden Zahlen gebildet worden.

Da im Befragungsjahrgang 1999/2000 'Schwanthalerhöhe' und 'Laim' nur zusammen erfasst wurden, musste diese Zusammenlegung auch für die übrigen Datensätze erfolgen. Aufgrund der geringeren Einwohnerzahl der Schwanthalerhöhe, wird der zusammengefasste Stadtbezirk 'Schwanthalerhöhe - Laim' wie Laim behandelt. Aus der gemittelten Sozialhilfedichte sind dann im letzten Schritt drei Gruppen gebildet worden: reichere, mittlere und ärmere Stadtbezirke mit jeweils niedriger, mittlerer und hoher Sozialhilfedichte (siehe Abbildung 41).

Abbildung 41: Einteilung der Stadtbezirke nach Sozialhilfedichte



Datenquelle: Sozialhilfedichte aus den Münchner Armutsberichten (Landeshauptstadt München, Sozialreferat, 2000b; Landeshauptstadt München, Sozialreferat, 2004b)

Tabelle 20 gibt einen Überblick über die Verteilung der Stichprobe nach Stadtbezirk und Geschlecht. In der prozentualen Verteilung sind keine großen Unterschiede zwischen Männern und Frauen zu erkennen.

Tabelle 20: Verteilung nach Geschlecht in den drei Stadtbezirken

	N (gesamt = 2767)		%	
	weiblich	männlich	weiblich	männlich
hohe Sozialhilfedichte	239	219	16,07	17,11
mittlere Sozialhilfedichte	889	748	59,79	58,44
niedrige Sozialhilfedichte	359	313	24,14	24,45
Summe	1487	1280	100,00	100,00

Datenquelle: zusammengefasste Datensätze vom Münchner Gesundheitsmonitoring 1999/2000 und 2004; N (fehlend) = 299; Abweichungen von 100% sind rundungsbedingt.

Tabelle 21 zeigt die Einkommens-Mediane in Abhängigkeit von der Sozialhilfedichte des Stadtbezirkes, zusammengefasst für die Datensätze von 1999/2000 und 2004. So liegt der Median des Äquivalenz-Einkommens beim Stadtbezirk mit hoher Armutsdichte bei 1.276 Euro, beim Stadtbezirk mit niedriger Armutsdichte jedoch bei 1.488 Euro. Auch beim Pro-Kopf-Einkommen ist zu erkennen, dass eine niedrige Sozialhilfedichte mit einem höheren Einkommen der befragten Personen verbunden ist.

Tabelle 21: Durchschnittliches Pro-Kopf- und Äquivalenz-Einkommen pro Stadtbezirk

Stadtbezirk mit	Median des Pro-Kopf-Einkommens [€]	Median des Äquivalenz-Einkommens [€]
hoher Sozialhilfedichte	935,33	1.275,66
mittlerer Sozialhilfedichte	1.148,00	1.428,60
niedrige Sozialhilfedichte	1.148,00	1.488,13
(fehlende Angaben, N)	932	933

Datenquelle: zusammengefasste Datensätze vom Münchner Gesundheitsmonitoring 1999/2000 und 2004

9.3 Statistische Verfahren

Will man untersuchen, ob zwischen zwei Merkmalen (z.B. Geschlecht und Einkommen) ein Zusammenhang besteht, kann man in Kreuztabellen den *Chi-Quadrat-Test* verwenden. Dieser untersucht, ob sich die in der Stichprobe gezeigten Unterschiede (z.B. Frauen verdienen weniger als Männer) von den zu erwartenden Häufigkeiten, die sich ergäben, wenn kein Zusammenhang zwischen diesen beiden Variablen existieren würde (Männer und Frauen verdienen gleich viel) unterscheiden. Das Signifikanzniveau des Tests gibt an, mit welcher Wahrscheinlichkeit ein beobachteter Unterschied zufällig entsteht. Dieser Test zeigt aber nur, dass tatsächlich ein Unterschied besteht; er sagt aber noch nichts über die Stärke des gefundenen Zusammenhangs (vgl. Altmann 1992; S. 250ff).

Wenn der Zusammenhang zwischen Einkommen und Gesundheitszustand untersucht wird, dann sollte immer geprüft werden, welchen Einfluss die Variablen Alter und Geschlecht auf diesen Zusammenhang ausüben (zum Beispiel, wie in diesem Bericht, mit Hilfe von logistischen Regressionen). Dabei steht z.B. die folgende Frage im Vordergrund: Wenn die untere Einkommensgruppe die gleiche Zusammensetzung von Männern und Frauen aufweisen würde wie die obere Einkommensgruppe und auch die gleiche Altersverteilung, wie groß wäre dann der Unterschied in der Morbidität? Die verbleibenden Unterschiede werden als '*Odds Ratio*' oder – wie in diesem Bericht – als '*erhöhtes Risiko*' bezeichnet (vgl. Wright, 1995). Ein Odds Ratio von 3,0 würde z.B. besagen, dass (nach dieser 'statistischen Kontrolle' von Alter und Geschlecht) die Morbidität in der unteren Einkommensgruppe 3mal so hoch ist wie in der oberen. Etwas einfacher formuliert kann auch von einem '3fach erhöhten Morbiditätsrisiko' gesprochen werden. Ein Odds Ratio von 1,0 dagegen bedeutet, dass es keinen Unterschied zwischen den beiden Einkommensgruppen gibt.

Das 95%-Konfidenzintervall dient der Charakterisierung des Stichprobenfehlers und bezeichnet den Wertebereich, in den das "wahre" OR mit 95%-Wahrscheinlichkeit fallen würde, d.h. die Irrtumswahrscheinlichkeit ist nicht größer als 5%.

Im Gegensatz zu Korrelationsanalysen wird hier eine eindeutige Richtung der Beziehung zwischen den Variablen angenommen, was die Beschreibung von "Je-Desto-Beziehungen" erlaubt.

10 Anhang

Die 'Münchener Erklärung' aus dem Jahr 2001

Armut gibt es auch in München. Die Gesundheitschancen und damit die Entwicklungschancen von Kindern und Jugendlichen sind davon besonders betroffen. Zum Thema 'Armut und Gesundheit - Chancengleichheit für Kinder und Jugendliche' fand am 07.02.2001 eine Gesundheitskonferenz in München statt. Die 'Münchener Erklärung' basiert auf der Entschließung der Gesundheitsministerkonferenz 2000, der Kölner Entschließung der 'Gesunden Städte' 1999 und der Münchener Gesundheitskonferenz.

Alle müssen etwas tun: Armut ist ein gravierendes Gesundheitsrisiko.

Die Verbesserung der Chancengleichheit von Kindern und Jugendlichen bedarf einer ressortübergreifenden gesundheitsförderlichen Stadtentwicklungspolitik. Die Gesundheitskonferenz stimmt mit der Kölner Entschließung darin überein: "Alle müssen etwas tun. Gesamtgesellschaftliche Strategien auf kommunaler, Landes- und Bundesebene zur Bewältigung dieser Problematik sind notwendig." Die Ursachen der Armut müssen bekämpft werden. Kinder dürfen kein Armutsrisiko sein, Erziehungsleistung muss neu bewertet und bezahlt werden.

1. Armut und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen zum Thema machen!

Der Gesundheitsbeirat hat das Thema 'Armut und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen' zum Jahresthema 2001 gemacht. Der Gesundheitsbeirat bietet an, die vorgeschlagenen Maßnahmen in seinen Arbeitskreisen fachlich zu beraten und eine Empfehlung zu verabschieden.

Es ist notwendig, das Thema vor Ort mit Bürgerinnen und Bürgern, Initiativen, Diensten und Einrichtungen sowie dem Bezirksausschuss zu bearbeiten und in konkreten Maßnahmen umzusetzen. Damit einhergehend sind verstärkte Anstrengungen zur besseren Kooperation und Vernetzung vor Ort zwischen Gesundheitsbereich, Schule, Jugendhilfe/Jugendarbeit und Sozialbereich notwendig. Dazu bietet sich z.B. das Netzwerk REGSAM (Regionalisierung der sozialen Arbeit in München) an. Ziel ist es unter anderem, ein wirksames Frühwarnsystem zu entwickeln. Sozial- und Gesundheitsberichterstattung sind zu vernetzen und ggf. zu regionalisieren. Eine Verbesserung der Datengrundlagen soll erfolgen, zusätzlich sollen Sozialmerkmale in die Dokumentation der schulärztlichen Untersuchungen aufgenommen werden.

2. Verbesserung der Arbeit durch Fortbildungen und strukturelle Maßnahmen

Zur Verbesserung der Chancengleichheit von benachteiligten Kindern und Jugendlichen ist es wichtig, dass diese mehr als bisher von den vorhandenen gesundheitlichen und sozialen Diensten und Angeboten profitieren. Spezielle Fortbildungen sollen dazu beitragen:

- dass alle Akteure die Zusammenhänge und Symptome von Armut und Krankheit - auch geschlechts- und kulturspezifisch - frühzeitig erkennen und darin geschult sind, die Kompetenzen der benachteiligten Mädchen und Jungen sowie ihrer Eltern zu entdecken, zu respektieren und zu stärken (Salutogenese bzw. Primärprävention);
- dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte für Kinder- und Jugendmedizin und andere Fachgruppen das regionale Hilfesystem der Sozial-, Kinder- und Jugendhilfe kennen, es

zum Wohle der benachteiligten Kinder besser nutzen können und sich im Bedarfsfall mit MitarbeiterInnen dieser Institutionen besser rückkoppeln;

- dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Kinder-, Jugend- und der Sozialarbeit sowie der Schulen über medizinische Vorsorgemöglichkeiten und gesundheitsförderliche Angebote und Hilfen informiert sind, um entsprechende Wegweisung geben zu können;
- dass Erzieherinnen/Erzieher und Lehrerinnen/Lehrer sowie die Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und der offenen Kinder- und Jugendarbeit die Ansätze und Themen der Gesundheitsförderung speziell im Hinblick auf Benachteiligte verstärkt berücksichtigen und altersgemäß, geschlechts- und kulturspezifisch aufgreifen können.

In diesem Sinne fordert die Gesundheitskonferenz:

- Das Personal- und Organisationsreferat soll in Absprache mit dem Referat für Gesundheit und Umwelt, dem Sozialreferat und dem Schulreferat adäquate Fortbildungen konzipieren und diese in das städtische Fortbildungsangebot aufnehmen.
- Referatsinterne Fortbildungen sollten - je nach Eignung - für die jeweils anderen Referate und die Einrichtungen der Freien Wohlfahrtspflege geöffnet werden.
- Die Wohlfahrtsverbände und freien Träger sollen analog im Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereich Fortbildungen für ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anbieten.
- Die Ärztekammer bzw. der Ärztliche Kreis- und Bezirksverband sollen ihre Mitglieder über die vorhandenen Hilfsmöglichkeiten verstärkt informieren.
- Die gesundheitlichen und sozialen Dienstleistungen sollen auf ihre Erreichbarkeit und Nutzbarkeit durch Benachteiligte überprüft werden. Nötige inhaltliche, methodische und organisatorische Veränderungen (z.B. Hausbesuche/Gehstruktur) sollen vorgenommen werden, um diese Zielgruppe besser zu erreichen.

3. Gesundheitsförderung muss zielgenau und konkret sein

Viele Münchner Projekte und Einrichtungen leisten bereits einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Chancengleichheit von Kindern und Jugendlichen. Einige Projekte wurden als gute Beispiele auf der Gesundheitskonferenz vorgestellt (wie z. B. die Gesundheitsberatungsstelle Hasenberg).

Die Gesundheitskonferenz fordert:

- Sozial- und Gesundheitswegweiser müssen stadtteilbezogen erstellt werden. Die Auflistung der gesundheitlichen und sozialen Einrichtungen und Dienste, Initiativen und Selbsthilfegruppen müssen Fachleuten und Bürgerinnen und Bürgern zur Verfügung stehen.
- Öffentlich geförderte kinder- und jugendspezifische Freizeit- und Ferienangebote müssen ausgeweitet werden und für finanziell schwache Familien attraktiv bleiben.
- "Öffentliche Räume" für Kinder und Jugendliche, die diese sich aneignen können, müssen weiter ausgebaut werden. Fehlende Freizeiteinrichtungen sind zu ergänzen.
- An allen Schultypen muss Halbtagsbetreuung und Mittagstisch garantiert sein. Die Ganztageschule muss sukzessive als Standard flächendeckend eingeführt werden.
- Gesundheitsförderung an den Schulen muss ausgebaut werden, Gesundheitsbildung zum Pflichtfach werden; Kompetenzen der Kinder und Jugendlichen sind dabei einzubeziehen und zu fördern.
- Zugang zum Schul- und Bildungssystem und zur medizinischen Versorgung für alle Flüchtlinge und deren Kinder, unabhängig vom Aufenthaltsstatus, ist zu garantieren.
- Die Lebensbedingungen in den Sammelunterkünften müssen verbessert werden, z.B. durch aufsuchende Gesundheitshilfen, Abschaffung der Essenspakete. Begleitende Dolmetscherdienste müssen selbstverständlich sein.
- Aufsuchende Gesundheitsvorsorge vom Säuglings- bis zum Jugendalter muss eingerichtet werden. Hausbesuche der Kinderkrankenschwestern müssen ausgebaut werden.

- Die medizinische Betreuung muss multidisziplinär und vor allem präventiv ausgerichtet sein.
- Niederschwellige Angebote (wie z.B. Gesundheitsberatungsstelle Hasenberg) müssen ausgeweitet werden und in allen Stadtteilen mit besonderem Bedarf angeboten werden.

Die Münchner Erklärung wurde erarbeitet von: Martin Eichner (Sozialamt), Rita Fehrmann-Brunskill (Referat für Gesundheit und Umwelt), Elly Geiger (Kreisjugendring München-Stadt), Dr. Hermann Gloning (Ärztlicher Kreis- und Bezirksverband), Christian Groffik (Referat für Gesundheit und Umwelt), Klaus Hehl (Referat für Gesundheit und Umwelt), Natascha Hermann, M.P.H. (Public Health - Studiengang), Paul A. Hirschauer (Stadtjugendamt) Dr. Erwin Hirschmann (Vorstand Gesundheitsbeirat), Dr. Waltraud Knipping (Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte), Ute Kratzer (Allgemeiner Sozialdienst), Ursula Latka-Kiel (Münchner Aktionswerkstatt G'sundheit), Dr. Andreas Mielck, M.P.H. (GSF - Institut für Medizinische Informatik und Systemforschung), Rolf Romaus (Gruppe für Sozialforschung), Gabriele Spies (Referat für Gesundheit und Umwelt), Karin Spörl (Schulreferat), Willibald Strobel-Wintergerst (Arbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrtspflege), Prof. Dr. Dr. h.c. Hubertus von Voss (Kinderzentrum München).

Quelle:

Gesundheitsbeirat der Landeshauptstadt München (Hrsg.): Armut und Gesundheit. Chancengleichheit für Kinder und Jugendliche. Dokumentation der Gesundheitskonferenz am 7. Februar 2001. München 2001, S. 87-89.