



Gesundheit und Lebensqualität

Eine Studie der Impuls GmbH im Auftrag
der readybank ag

Ergebnisse einer deutschlandweiten
Telefonbefragung mit 1.000 Personen.

Juni 2008

Gesundheit und Lebensqualität

Eine Studie der Impuls GmbH im Auftrag
der readybank ag

Inhalt

| | | |
|-----------|---|-----------|
| | Vorwort Studie „Gesundheit und Lebensqualität“ | 4 |
| 1. | Einleitung | 6 |
| 2. | Hintergrund der Studie | 8 |
| 2.1 | Definitionen | 8 |
| 2.2 | Forschungsergebnisse zu Gesundheit und Lebensqualität | 14 |
| 2.3 | Ein Zwischenfazit | 21 |
| 2.4 | Investitionen in Gesundheit und Lebensqualität | 22 |
| 2.5 | Stichwort Genuss: Ein preiswerter Weg zur Förderung von Gesundheit und Lebensqualität | 26 |
| 3. | Konzeption und Durchführung der Studie | 32 |
| 3.1 | Zielsetzung der Studie | 32 |
| 3.2 | Durchführung der Studie | 32 |
| 3.3 | Spezifische Hypothesen | 33 |
| 4. | Ergebnisse der Studie | 35 |
| 4.1 | Angaben zu den Teilnehmern | 35 |
| 4.2 | Ergebnisbereich 1: Einstellung zur Gesundheit | 37 |
| 4.3 | Ergebnisbereich 2: Lebensqualität | 40 |
| 4.3.1 | Einschätzung der Lebensqualität | 40 |
| 4.3.2 | Einschätzung der Bedeutung von Gesundheit und Lebensqualität | 42 |
| 4.4 | Ergebnisbereich 3: Aktuelle Beschwerden | 42 |
| 4.4.1 | Einschränkung der Lebensqualität durch gesundheitliche Beschwerden | 42 |
| 4.4.2 | Welche gesundheitlichen Beschwerden haben die Bürger im Einzelnen? | 44 |

| | | |
|-----------|---|------------|
| 4.5 | Ergebnisbereich 4: Vorsorge | 48 |
| 4.5.1 | Vorsorgeverhalten | 48 |
| 4.5.2 | Möglichkeiten zur Steigerung des Wohlbefindens | 51 |
| 4.5.3 | Kostenpflichtige Vorsorge | 54 |
| 4.6 | Ergebnisbereich 5: Sport | 57 |
| 4.7 | Ergebnisbereich 6: Bereitschaft zur Eigenfinanzierung | 62 |
| 4.8. | Ergebnisbereich 7: Das deutsche Gesundheitssystem | 71 |
| 4.8.1 | Zufriedenheit mit dem aktuellen Gesundheitssystem | 71 |
| 4.8.2 | Bevorzugtes Gesundheitssystem | 73 |
| 5. | Schlussfolgerungen und Fazit | 75 |
| 6. | Tabellenanhang | 78 |
| 6.1 | Block 1: Gesundheitsverhalten | 78 |
| 6.2 | Block 2: Lebensqualität | 82 |
| 6.3 | Block 3: Aktuelle Beschwerden | 85 |
| 6.4 | Block 4: Vorsorge | 88 |
| 6.5 | Block 5: Sport | 96 |
| 6.6 | Block 6: Bereitschaft zur Eigenfinanzierung | 99 |
| 6.7 | Block 7: Gesundheitssystem | 103 |
| 6.8 | Demografische Angaben | 107 |
| 7. | Fragebogen | 114 |
| 8. | Literaturverzeichnis | 129 |

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Zusammenhang zwischen Krankheit, körperlichem Wohlbefinden, Lebensqualität und persönlicher Lebensführung war bereits Hippokrates, dem großen griechischen Arzt der Antike und „Vater der abendländischen Medizin“, bekannt. Er versuchte vor allem seine Patienten zu einer gesundheitsorientierteren Lebensweise zu bewegen.

Zahlreiche wissenschaftliche Untersuchungen und die Weltgesundheitsorganisation (WHO) haben inzwischen festgestellt, dass die meisten Erkrankungen und Befindlichkeitsstörungen in der westlichen Welt durch einen falschen Lebensstil und eine ungesunde Lebensweise bedingt sind. Ursache dafür sind entweder mangelndes Wissen oder schlechte Gewohnheiten. Daneben spielen aber auch persönliche Prioritätensetzungen sowie die finanziellen Rahmenbedingungen des Einzelnen eine Rolle. Gesundheit, Gesundheitsvorsorge, die Erhaltung und Steigerung der Lebensqualität sowie ganz entscheidend natürlich auch die Finanzierung dieser Ziele, sind zentrale gesellschaftspolitische Fragen unserer Zeit.

Gesundheitsvorsorge beinhaltet nicht nur die körperliche Fitness, sondern auch den bewussten und verantwortungsvollen Umgang mit dem eigenen Körper. Beispielsweise gehört hierzu auch ein selbstverantwortliches Vorsorgeverhalten. Lebensqualität gewinnen und sichern heißt hierbei die Devise. Und dies erfordert bewusste Entscheidungen und Verhaltensweisen eines jeden Einzelnen, denn Gesundheit und Lebensqualität sind vor allem subjektive Zustände und auch Ergebnisse individueller Einstellungen und Verhaltensmuster. Auch ein schwer kranker Mensch kann sich – zumindest in Teilen – als gesund erleben und eine hohe Lebensqualität empfinden. Ebenso können „objektiv“ gesunde Menschen sich beeinträchtigt und schlecht fühlen.

Die vorliegende 2.readyStudie widmet sich intensiv dem Thema Gesundheit und Lebensqualität. Wieder hat die repräsentative Befragung der Bundesbürgerinnen und Bundesbürger zahlreiche spannende und zum Teil auch verblüffende Ergebnisse erbracht.

Mit der vorliegenden 2.readyStudie wird die im vergangenen Jahr begonnene Serie von Studien und Forschungsberichten fortgesetzt, die sich auf der Grundlage empirischer Erhebungen mit interessanten Fragestellungen rund um das Thema Finanzdienstleistungen befassen. Unser Ziel ist es, wissenschaftlich fundiert, aber auch pragmatisch und allgemein verständlich, über unterschiedliche Fragestellungen aus dem Bereich der Finanzdienstleistung zu berichten.

Die 2.readyStudie wurde wiederum von der readybank in Kooperation mit der Beratungsfirma Impuls GmbH, einer Tochterfirma der TÜV Rheinland Group, die gleichzeitig Kooperationspartner des Psychologischen Instituts der Universität Bonn ist, durchgeführt.¹

Wir wünschen Ihnen viel Spaß bei der Lektüre. Haben Sie Themenvorschläge für weitere Studien? Kein Problem, wir freuen uns über Ihre Vorschläge und Anregungen. Schreiben Sie uns, rufen Sie uns an, mailen Sie uns.

Unsere Kontaktdaten finden Sie auf der letzten Seite.

Mit besten Grüßen



Heinz Mayer
Vorstand readybank ag



Dr. Stefan Poppelreuter
Bereichsleiter Impuls GmbH

¹Bei der Vorbereitung, Durchführung und Auswertung der Studie sowie der Berichterlegung haben viele Experten mitgewirkt. An dieser Stelle sei gedankt dem Zentrum für Evaluation und Methoden der Universität Bonn (ZEM) (Herr Dr. Thomas Krüger, Frau Martina Schmitz, Frau Heike Steckhan) sowie Frau Dr. Anne Ohrt. Besonderer Dank gilt Frau cand. psych. Julia Fleischer für das hervorragende Projektmanagement sowie die Zusammenstellung und Auswertung der Ergebnisse.

1. Einleitung

Ein zunehmendes Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung, Fragen der Finanzierbarkeit von Gesundheitsleistungen, das Auftreten neuer Krankheiten, aber auch neuer medizinischer Erkenntnisse sowie Techniken und Möglichkeiten auch jenseits der „Krankheit“ (Stichwort Schönheitsoperationen) haben das Gesundheitswesen in den letzten Jahren zunehmend in den Mittelpunkt des öffentlichen Interesses gerückt.

In den Diskussionen geht es einerseits um Fragen des generellen Gesundheitsstatus der Bevölkerung, aber auch um Fragen der medizinischen Versorgung, des individuellen Vororgeverhaltens und der Kommerzialisierung von medizinischen und quasimedizinischen Dienstleistungen. Oberste Prämisse ist dabei immer, dass es einen engen Zusammenhang zwischen dem erlebten Gesundheitsstatus einer Person und ihrer Lebensqualität gibt. Hinsichtlich beider Begriffe besteht allerdings eine Reihe von Problemen: Lebensqualität wie Gesundheit sind hypothetische Konstrukte, die als solche nicht direkt beobachtbar sind, sondern aus Indikatoren erschlossen werden müssen. Auch handelt es sich um sehr umfassende Begriffe mit einer stark wertenden Komponente. Deshalb ist es schwierig, zu einem allgemeinen Konsens zu kommen, ab wann eigentlich ein Mensch² gesund ist, bzw. ab wann er als krank zu gelten hat. Ebenso ist es kaum möglich, objektive Daten für die Feststellung einer hohen oder weniger hohen Lebensqualität zu finden. Für einen sinnvollen wissenschaftlichen Zugang ist es notwendig, von relativen operationalen Definitionen auszugehen: spezifische Aspekte der Lebensqualität und Gesundheit, die mit spezifischen diagnostischen Methoden erfasst werden. Oder, vereinfacht gesprochen, Gesundheit und Lebensqualität sind vor allem subjektiv erlebte Zustände.

Doch welche Definitionen von Gesundheit und Lebensqualität gibt es und welche Zusammenhänge lassen sich finden? Was tun Menschen, um ihre Gesundheit zu fördern und um ihre Lebensqualität zu steigern? Wenn Gesundheit immer mehr kostet, was sind die Menschen dann bereit an Engagement, Verhaltensänderungen, Zeit und schließlich auch an Geld zu investieren?

²Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Bericht von Menschen, Personen, Teilnehmern, Probanden u.ä. gesprochen. Selbstverständlich sind damit weibliche und männliche Personen gemeint.

Die Ergebnisse der vorliegenden Repräsentativbefragung an N=1.000 Bundesbürgerinnen und Bundesbürgern ab einem Alter von 18 Jahren beleuchten diese Fragen genauer. Zielsetzung der Studie ist es, den Zusammenhang zwischen Gesundheit und Lebensqualität, die materielle und immaterielle Investitionsbereitschaft in die Gesundheit und die Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem zu erfassen. Zusätzlich wird geklärt, ob es bestimmte Gesundheitstypen gibt und ob sich diese in ihrem Gesundheitsverhalten und in ihrer Lebensqualität unterscheiden. Schließlich wird auch die Zufriedenheit mit dem bestehenden Gesundheitssystem erfasst.

Im folgenden, zweiten Kapitel wird zunächst auf den Hintergrund der Studie eingegangen. Es werden einige Definitionen und Konzepte zur Gesundheit und zur Lebensqualität vorgestellt und Ergebnisse bisheriger Forschungen zu diesen Konzepten dargeboten, auf deren Grundlage die vorliegende Befragung durchgeführt wurde. Kapitel 3 beschreibt die Konzeption und Durchführung der Studie. In Kapitel 4 werden die Ergebnisse der Befragung vorgestellt, interpretiert und mögliche Konsequenzen abgeleitet. Der im Rahmen der Studie eingesetzte Fragebogen sowie die vollständige Auflistung der Ergebnistabellen befinden sich im Anhang.

2. Hintergrund der Studie

Die vorliegende Studie beinhaltet die beiden Konzepte Gesundheit und Lebensqualität, welche zunächst veranschaulicht und definiert werden. Darüber hinaus werden holzschnittartig einige Forschungsergebnisse zu Einflussfaktoren des Gesundheitszustandes und der Lebensqualität vorgestellt. Speziell dem Thema Investitionsbereitschaft in Gesundheit und Lebensqualität wird Aufmerksamkeit gewidmet. Schließlich wird auf den Bereich des Genusses, der Genusssensibilität sowie der Genusskompetenz als einem zentralen und zugleich auch preisgünstigen Konzept zur Steigerung von Gesundheit und Lebensqualität eingegangen.

2.1 Definitionen

Gesundheit

Eine viel zitierte Definition von Gesundheit ist diejenige der Verfassung der WHO vom 22. Juli 1946. Sie lautet: „Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht die bloße Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechen.“ („Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“).

Die Stärke dieser Definition ist, dass Gesundheit nicht auf körperliche Gesundheit reduziert wird, sondern auch psychische und geistige Aspekte einbezieht. Kritisch anzumerken an dieser Definition ist, dass Gesundheit als Zustand und nicht als Prozess definiert wird. Auch impliziert die Formulierung des „vollkommenen Wohlbefindens“, dass Unwohlsein (z.B. bei Liebeskummer) die Gesundheit grundsätzlich beeinträchtigt. Problematisch ist darüber hinaus, dass die Definition keine Anhaltspunkte dafür bietet, wie man „Gesundheit“ beobachten kann. Der genannte Zustand des Wohlbefindens alleine reicht jedenfalls nicht aus, denn aus zahlreichen Untersuchungen weiß man, dass auch kranke Menschen über ein subjektiv erlebtes, körperliches Wohlbefinden berichten. Schließlich wurde der WHO auch immer wieder vorgeworfen, durch diese Definition die Glorifizierung der Gesundheit und die Dämonisierung der Krankheit zu befördern.

Inzwischen weiß man aber durchaus auch um den funktionalen Wert von Krankheit. So zeigt eine Krankheit zum Beispiel mögliche Defizite in der Lebensführung an. Deshalb sollten Gesundheit und Krankheit nicht getrennt, sondern als zwei Seiten einer Medaille betrachtet werden, die sich wechselseitig bedingen und beeinflussen.

Für eine umfassende Bestimmung von Gesundheit und Krankheit sind folgende Aspekte von Bedeutung:

- Gesundheit und Krankheit sind subjektive und individuelle Zustände, wobei sich die Beobachtung und Definition von Gesundheit und Krankheit durch Institutionen wie die Medizin oder die Wissenschaft von der Beobachtung durch das einzelne Individuum unterscheiden kann.
- Die Beobachtung von Gesundheit und Krankheit erfolgt ausschließlich anhand von körperlichen, psychischen und sozialen Symptomen.
- Gesundheit und Krankheit sind demnach nicht an sich erfassbar; sie entsprechen Vorstellungen, Modellen und Konzepten, mit denen Symptome erklärt werden.
- Man kann zwischen körperlicher und seelischer Gesundheit/Krankheit unterscheiden.
- Ob ein Mensch „gesund“ oder „krank“ ist, wird primär durch das Vorhandensein oder Fehlen von körperlichen und seelischen Krankheiten bestimmt.
- Ob es zu körperlichen und/oder seelischen Krankheiten kommt, wird unter anderem beeinflusst durch Risikofaktoren (so genannte Stressoren). Das Auftreten bzw. Vorhandensein von Risikofaktoren erhöht die Wahrscheinlichkeit von Krankheiten und Verletzungen. Dagegen gibt es auch Schutzfaktoren, die die Wahrscheinlichkeit von Krankheiten und Verletzungen senken.
- Die Risiko- und Schutzfaktoren können in körperliche, seelische, soziale und physikalisch-materielle Faktoren unterteilt werden.
- Wenn es gelingt, Risikofaktoren zu minimieren und/oder Schutzfaktoren zu fördern, wird die Chance für das Auftreten neuer Krankheiten verringert. Menschen können dadurch gesünder werden oder mindestens so gesund bleiben, wie sie es gerade sind.
- Wenn sich durch die Verminderung von Risikofaktoren und die Förderung von Schutzfaktoren das Wohlbefinden eines Menschen positiv verändert, kann er gesünder werden.

Gesundheit gilt als wichtiger, wenn nicht sogar wichtigster persönlicher und gesellschaftlicher Wert. Gesellschaften und auch einzelnen Individuen wird ihre Bedeutung oft erst bei Krankheit oder mit zunehmendem Alter bewusst. Gerade vor dem Hintergrund einer immer älter werdenden Gesellschaft spielt der Gesundheitsstatus der Bevölkerung eine extrem wichtige Rolle. Welche Einschränkungen mit dem Verlust von Gesundheit verbunden sind, wird oft erst dem alternden Menschen bewusst – durch eigene durchgestandene Krankheiten, gesundheitliche Probleme im Umfeld und das sich nähernde Lebensende. Vorsorgeprogramme für jüngere Altersgruppen werden propagiert, laufen aber oft ins Leere. Nicht zuletzt die vorliegende 2.readyStudie bestätigt diese Erkenntnis erneut.

Im Allgemeinen sind Frauen gesundheitsbewusster als Männer, zumindest wenn man betrachtet, welche gesundheitsförderlichen Möglichkeiten und Instrumente sie nutzen. Nimmt man zum Beispiel die Nutzung von Darmkrebsvorsorgeangeboten, so zeigt sich, dass nur ca. 10–15% der Männer, aber immerhin 30% der Frauen, ein solches Angebot in Anspruch nehmen. Auch hierfür finden sich in der vorliegenden Studie Belege.

Sozioökonomisch besser gestellte Schichten sind gesünder als unterprivilegierte. Dabei ist dieser Abstand in den letzten zwanzig Jahren kontinuierlich gewachsen. Gesundheit hat offensichtlich auch etwas mit finanziellen Möglichkeiten zu tun, auch wenn es sicherlich intervenierende Variablen gibt, die diesen Zusammenhang moderieren. So spielt der Aspekt der Bildung eine Rolle, denn eine höherwertige Ausbildung erhöht die Wahrscheinlichkeit, eine besser dotierte Arbeit zu finden, was wiederum die finanziellen Spielräume auch für gesundheitsförderliche Verhaltensweisen erhöht (Urlaub, gesunde Ernährung, aktiver Sport, Wellness etc.). Privilegierte Schichten sind in Deutschland also eindeutig gesünder und haben eine längere Lebenserwartung als Menschen, die über geringere Bildung, Einkommen und Berufsstatus verfügen.

Mielck (2005, S. 53) führt hierfür die folgenden Gründe an:

- Zwischen privilegierten und nicht-privilegierten Schichten gibt es Unterschiede in den gesundheitlichen Belastungen (z.B. Belastungen am Arbeitsplatz, gesundheitsbewusstes Verhalten, Wohnsituation).
- Es gibt Unterschiede in den Bewältigungsressourcen (z.B. soziale Unterstützung, Aufsuchen von professioneller Hilfe).
- Und es gibt Unterschiede in der gesundheitlichen Versorgung (z. B. Arzt-Patient-Kommunikation).

Daraus resultiert ein unterschiedliches Gesundheits- und Krankheitsverhalten in den unterschiedlichen Schichten. Insgesamt führen diese Faktoren zu einer gesundheitlichen Ungleichheit (Unterschiede in der Lebenserwartung sowie der Betroffenheit von Krankheit). Es zeigt sich einmal mehr, dass ein gesundes Leben auch von sozialpolitischen Variablen maßgeblich beeinflusst wird.

Ohne den ermittelten Ergebnissen vorgreifen zu wollen, zeigt die vorliegende 2.readyStudie aber auch, dass es durchaus möglich ist, Gesundheit und Lebensqualität beispielsweise im Bereich des Sports ohne große finanzielle Aufwendungen positiv zu beeinflussen. Pointiert zusammengefasst könnte man sagen, dass die Förderung und Erhaltung der Gesundheit geringe finanzielle Mittel erfordert. Das Argument, dass sich nicht-privilegierte Schichten einen gesundheitsbewussten Lebensstil nicht leisten können, ist demzufolge nur bedingt zutreffend.

Teuer ist dagegen der Versuch, Gesundheit wiederherzustellen. Prävention ist immer noch eine preiswertere und in vielerlei Hinsicht positivere Maßnahme zur Gesundheitsförderung und -erhaltung als jede Form der kurativen Medizin.

Die Gesundheitspsychologie (Schwarzer, 1997) hat eine Vielzahl von Faktoren ermitteln können, die Auswirkungen auf ein gesundes Leben haben. Diese werden unterschieden in körperlich-physikalisch-materielle und geistig-seelische Faktoren.

Zu den körperlich-physikalisch-materiellen Faktoren gehören:

- Genetische Faktoren
- Gesunde Ernährung
- Gesunde natürliche Umwelt
- Gesicherte geschaffene Umwelt (Kleidung, Unterkunft, Wärme, Schutz vor Gefahren etc.)
- Ausreichende körperliche Betätigung (Sport, Spiel, Arbeit), aber keine extremen Überanstrengungen
- Genug Schlaf, Zeiten der Ruhe und Erholung
- Entspannung und emotionale Ausgeglichenheit
- Erfüllte Sexualität
- Intakte soziale Beziehungen
- Der Gesundheit förderliche Arbeitsbedingungen

Die Gesundheit beeinflussende geistig-seelischen Faktoren sind:

- Akzeptanz und Wertschätzung der eigenen Person, aber auch anderen Menschen gegenüber
- Die Fähigkeit, sich selbst als wertvoll zu empfinden (Selbstachtung, Selbstvertrauen)
- Erfolg und Anerkennung bekommen
- Das Gefühl der Geborgenheit
- Spiritualität bzw. Lebenssinn zu haben
- Freiheit (Gestaltungsmöglichkeiten, auch für das eigene Leben)
- Möglichkeit zur Artikulation, Gedankenfreiheit, Redefreiheit
- Freie Berufs- und Partnerwahl
- Kreativität: schöpferische Betätigung und Spiel

Lebensqualität

Der Begriff Lebensqualität umfasst alle Faktoren, die Einfluss auf die Lebensbedingungen einer Gesellschaft, beziehungsweise auf deren Individuen haben. Operationalisiert wird die Lebensqualität über das Ausmaß des Wohlbefindens eines Menschen oder einer Gruppe von Menschen. Die Lebensqualität beeinflussende Faktoren sind insbesondere der materielle Wohlstand sowie Bildung, Berufschancen, sozialer Status und Gesundheit. Das Thema Lebensqualität wird interdisziplinär in der Philosophie, der Medizin, der Psychologie, der Religion, der Wirtschaft und der Politik behandelt. Die Einschätzung der eigenen Lebensqualität geschieht nach sehr subjektiven Kriterien, wodurch generelle Aussagen zur Lebensqualität in einer Gesellschaft nur bedingt möglich sind.

Der Begriff „Quality of Life“ wurde in der wissenschaftlichen Literatur erstmals in den 1920er-Jahren vom englischen Ökonom Arthur Cecil Pigou verwendet. Der US-Präsident John F. Kennedy benutzte ihn Jahrzehnte später in einer Rede zur Lage der Nation. Erst in den 1970er Jahren wurde der Begriff in der Wissenschaft in bemerkenswertem Ausmaß zum Gegenstand der Forschung. Die Medizin entdeckte in den 1980er-Jahren das Konzept der Lebensqualität für sich. In den USA verband Tibor Scitovsky (1976) die Entwicklung eines steigenden Konsums ohne eine entsprechend zunehmende Zufriedenheit der Menschen in Wohlstandsgesellschaften mit dem Begriff „joyless economy“ (freudlose Wirtschaft). Seine Arbeiten galten vorwiegend der Beziehung zwischen Konsum und Lebensfreude.

Wie lässt sich Lebensqualität nun definieren? Die WHO definiert Lebensqualität als die subjektive Wahrnehmung einer Person über ihre Stellung im Leben in Relation zur Kultur und den Wertesystemen, in denen sie lebt und in Bezug auf ihre Ziele, Erwartungen, Standards und Anliegen.

Zur Messbarkeit von Lebensqualität gibt es unterschiedliche theoretische Ansätze. Ein Ansatz wäre die Annahme von identifizierbaren Grundbedürfnissen, deren Befriedigung das Wohlbefinden bestimmt. Die in einer Gesellschaft beobachtbaren Lebensverhältnisse können von Dritten nach wissenschaftlichen beziehungsweise moralischen Standards bewertet werden (objektivistischer Ansatz). Diese Theorie hat Eingang in die Politik der so genannten Wohlfahrtsstaaten gefunden. Die Subjektivisten betonen dagegen die individuelle Wahrnehmung der eigenen Lebenssituation. Dabei geht die amerikanische „Quality of Life“-Forschung davon aus, dass Lebensqualität im Zuge der gesellschaftlichen Entwicklung zunehmend durch immaterielle Werte bestimmt wird. Da Glück, Zu-

friedenheit und Ängste aber nur durch die Bürger selbst beurteilt werden können, muss auch die Messung der Lebensqualität durch deren Befragung erfolgen.

Ein weiterer Aspekt der Lebensqualität, der Zeitwohlstand im Sinne der zur freien Verfügung stehenden Zeit, wird in diesem Zusammenhang untersucht. Er kann über objektive Faktoren wie die Wochen- und Jahresarbeitszeit und das Ausmaß der familiären Verpflichtungen gemessen werden oder auch durch Befragungen zu subjektiven Faktoren wie dem Empfinden von Zeitnot (Garhammer, 2001). Lebensqualität im Sinne selbst bestimmter Zeit gilt heutzutage für viele Einwohner von Industrienationen als kostbares Gut.

Lebensqualität kann sowohl individuell als auch kollektiv gemessen werden. Dazu müssen die Parameter der Lebensqualität ausreichend definiert sein, wobei es hierüber Kontroversen und Auseinandersetzungen innerhalb der Wissenschaft gibt. Eine Vielzahl unterschiedlicher möglicher Parameter sowie deren Gewichtung machen eine „objektive“ Messung der Lebensqualität nahezu unmöglich.

2.2 Forschungsergebnisse zu Gesundheit und Lebensqualität

Welche Zusammenhänge finden sich nun zwischen den beiden Konstrukten Lebensqualität und Gesundheit? Inwieweit wird die Lebensqualität durch den Gesundheitsstatus beeinflusst? Oder gilt auch die umgekehrte Wirkrichtung, d. h. beeinflusst die Lebensqualität den Gesundheitsstatus? Und welche Rolle spielen sozioökonomische Rahmenbedingungen?

Wie schon betont, gibt es bei der Erfassung von Lebensqualität eine Reihe methodischer Probleme. Je allgemeiner und somit individuell genauer man die Lebensqualität bestimmt, umso aufwendiger ist die Bestimmung, umso größer wird die Streuung in einer Untersuchungsgruppe und umso ungenauer die Aussage für Veränderungen in kleinen Untersuchungsgruppen bei speziellen Fragestellungen. Daher unterscheidet man Instrumente der detaillierten Erfassung der Lebensqualität mit aufwendigen psychologischen Tests, die jedoch praktisch nur bei großen Populationsstudien mit Berücksichtigung der verschiedenen Kulturen eingesetzt werden. Zum Vergleich der Lebensqualität bei verschiedenen Krankheiten gibt es generische, gesundheitsorientierte Fragebögen. Sie beschäftigen sich vor allem mit dem Einfluss von Gesundheit bzw. Krankheit auf die Le-

bensqualität. Noch spezieller gibt es krankheitsorientierte Lebensqualitätsfragebögen, die spezifisch für eine spezielle Krankheit die Lebensqualität erfassen. Bei kritischer Betrachtung stellen sie jedoch nur ein Abfragen der subjektiven Empfindung von verschiedenen Symptomen der Krankheit dar und nicht die eigentliche Lebensqualität, wie sie oben definiert wurde.

Generell ist also festzuhalten, dass es eine Vielzahl von Studien gibt, die sich vor dem Hintergrund unterschiedlicher Krankheiten mit der Frage beschäftigen, wie gesund sich von der Krankheit betroffene Menschen fühlen, bzw. inwieweit eine Krankheit die Lebensqualität dieser Menschen beeinträchtigt. Darüber hinaus gibt es entsprechend vielfältige Empfehlungen und Maßnahmen, um im Rahmen unterschiedlichster Krankheitsbilder die Lebensqualität der betroffenen Patientinnen und Patienten zu erhöhen. Es würde an dieser Stelle viel zu weit führen, einen umfassenden Überblick über diese Studien geben zu wollen. Dazu sind sowohl die Krankheitsbilder als auch die gegebenen präventiven und interventiven Maßnahmen viel zu unterschiedlich. Stattdessen sollen einige generelle Anmerkungen zum Zusammenhang von Gesundheit und Lebensqualität sowie den diesen Zusammenhang beeinflussenden Faktoren gemacht werden.

So konnten Saß und Lampert (2005) zeigen, dass es einen engen Zusammenhang zwischen der Entwicklung der Lebensqualität und auch der subjektiven Wahrnehmung der Gesundheit sowie objektiven Gesundheitsindikatoren einerseits, und sozioökonomischen Faktoren andererseits gibt.

Wie zahlreiche andere Untersuchungen zuvor, bestätigten Saß und Lampert (2005), dass sozioökonomische Ungleichheit im mittleren Lebensalter einen starken Einfluss auf die subjektive Wahrnehmung der Gesundheit, wie auch auf objektive Indikatoren der gesundheitlichen Lage hat. Insbesondere durch Unterschiede im Bildungsniveau, im Berufsstatus und im Einkommen schlägt sich die sozioökonomische Lage auf die Gesundheit nieder. Sozial Schwächere leiden vermehrt unter Krankheiten, wie z. B. Herzinfarkt, Schlaganfall, Hypertonie, Adipositas, chronische Bronchitis und Depressionen. Sie berichten häufiger von starken Schmerzen und gesundheitsbedingten Einschränkungen im Alltagsleben und schätzen ihre Gesundheit auch subjektiv schlechter ein als die besser gestellte Vergleichsgruppe (Lampert & Ziese, 2005).

Als Folge der in den letzten Jahrzehnten kontinuierlichen Zunahme der Lebenserwartung hat der Lebensabschnitt nach der Phase der aktiven Erwerbstätigkeit sowohl gesamtgesellschaftlich als auch persönlich erheblich an Bedeutung gewonnen.

Die Frage nach sozioökonomischen Einflüssen auf Gesundheit und Wohlbefinden, die bisher hauptsächlich für die erwerbstätige Bevölkerung gestellt wurde, stellt sich aufgrund dieser Entwicklung verstärkt auch für Menschen im höheren Lebensalter.

Vor diesem Hintergrund haben Dowd und Bengtson (1978) die „Age as a Leveler-These“ formuliert. Sie besagt, dass sich der sozioökonomische Gradient in der Gesundheit mit zunehmendem Alter verringert und im sehr hohen Alter nur noch schwach ausgeprägt ist. Mit anderen Worten: Sozioökonomische Einflussfaktoren wirken sich insbesondere im mittleren Lebensalter auf die Lebensqualität und die subjektive Wahrnehmung der Gesundheit aus. Im höheren Lebensalter spielen Aspekte der Sozioökonomie eine deutlich geringere Rolle.

Für die von Saß und Lampert (2005) durchgeführten Analysen wurde auf Daten der 1998 im Auftrag des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung (BIB) durchgeführten Befragung „Leben + Gesundheit in Deutschland“ (kurz: „Lebenserwartungssurvey“) zurückgegriffen (Gärtner, 2001). Der Gesundheitszustand der Befragten wurde über das Vorliegen gesundheitlicher Einschränkungen erfasst (Selbstangabe der Studienteilnehmer). Der subjektiv erlebte Gesundheitszustand stellt einen Aspekt der gesundheitsbezogenen Lebensqualität dar. Die Lebensqualität stellt einen Bereich der subjektiven Gesundheit dar. Der Einfluss sozioökonomischer Faktoren auf die langfristige Entwicklung der gesundheitlichen Einschränkungen wurde geprüft. Dabei wurden drei Faktoren der sozialen Lage berücksichtigt – das Bildungsniveau, der berufliche Status und das Einkommen.

Insgesamt umfasste die Stichprobe 3.939 Personen (50,7% waren Männer und 49,3% Frauen). Sie wurden entsprechend ihrem Erwerbsstatus den Gruppen Erwerbspersonen (53,9%), Übergänger (33,6%) und Rentner bzw. Pensionär (12,6%) zugeordnet.

Insgesamt zeigt die Untersuchung von Saß und Lampert (2005), dass die gesundheitlichen Einschränkungen der Studienteilnehmer mit wachsendem Lebensalter zunehmen und diese auch als Verschlechterung der Lebensqualität wahrgenommen werden. Die Analysen zeigen aber auch starke Einflüsse der einbezogenen sozioökonomischen Faktoren aus den Bereichen Bildung, Beruf und Einkommen auf die Veränderung der Lebensqualität der Studienteilnehmer. Modifiziert wird der Einfluss durch den Erwerbsstatus, das Alter und das Geschlecht. Bei Erwerbstätigen waren die Einflüsse von Bildung,

Beruf und Einkommen deutlicher ausgeprägt als bei „Übergängern“ (Studienteilnehmer, die im Laufe der Untersuchung aus dem Erwerbsleben ausgeschieden und in den Rentnerstatus gewechselt sind). Bei Rentnern wurden keine Einflüsse auf die langfristige Entwicklung der Lebensqualität festgestellt. Bei Männern zeigten sich durchgängig stärkere Beziehungen zwischen Sozioökonomie und gesundheitlichen Einschränkungen als bei Frauen. Erwerbstätige Männer mit sehr niedrigem Bildungsniveau haben beispielsweise im Vergleich zu Männern mit Hochschulabschluss ein 3,8-faches Risiko, im mittleren Lebensalter eine Verschlechterung der Lebensqualität zu erleiden. Für Männer, die im Beobachtungszeitraum von einer Erwerbstätigkeit in den Ruhestand wechselten, reduziert sich der Faktor auf 3,4. Für Rentner ergibt sich kein erhöhtes Risiko. Bei erwerbstätigen Männern mit sehr niedrigem Einkommen ist das Risiko um 1,7 erhöht im Vergleich zur einkommensstärksten Gruppe. Auch ein niedriger (aktueller oder letzter) Berufsstatus ist assoziiert mit einem größeren Risiko, eine kontinuierlich schlechte oder verschlechterte Lebensqualität zu berichten. Die Ergebnisse der Analysen deuten darauf hin, dass die soziale Ungleichheit der Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken im mittleren Lebensalter stark ausgeprägt ist und insbesondere im Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit zum Ausdruck kommt. Im höheren Lebensalter finden sich weitaus schwächere Auswirkungen.

Den Einfluss des Einkommens auf die Gesundheit und die Lebenserwartung konnten auch Lampert und Kroll (2005) dokumentieren. Das Einkommen ist generell ein wichtiger Bestimmungsgrund des individuellen Lebensstandards und der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Mit Daten des sozioökonomischen Panels zeigen Lampert und Kroll (2005), dass sich die Höhe des Einkommens auch auf die Gesundheit und Lebenserwartung auswirkt. Die Selbsteinschätzung der Gesundheit und die gesundheitsbezogene Lebensqualität hängt dabei deutlich von der Einkommenssituation ab. Je niedriger das Einkommen, desto häufiger treten Beeinträchtigungen der subjektiven Gesundheit auf. Zudem zeichnen sich in der Lebenserwartung Einkommensunterschiede ab, die in erster Linie auf vorzeitige Todesfälle in den einkommensschwächeren Gruppen zurückzuführen sind. Anhaltspunkte für die Erklärung der Einkommensdifferenzen in der Gesundheit und Lebenserwartung liefern Ergebnisse zum Gesundheitsverhalten und der Inanspruchnahme des medizinischen Versorgungssystems. Diese beiden Einflussvariablen sind bei einkommensschwachen Bevölkerungsschichten deutlich weniger wirksam als bei besser gestellten Bevölkerungsteilen.

Einkommensschwächere Bevölkerungsgruppen leben in kleineren und schlechter ausgestatteten Wohnungen, fahren seltener in den Urlaub, nehmen weniger Erholungsangebote wahr, sparen an Kleidung, Lebensmitteln und anderen Gebrauchsgütern und können sich auch ansonsten viele Dinge nicht leisten, die für Gruppen mit mittleren und höheren Einkommen selbstverständlich sind (Böhnke 2001; Böhnke & Delhey, 2001). Nachteilige Wohnbedingungen oder mangelnde Regenerationsmöglichkeiten können sich unmittelbar auf die Gesundheit auswirken. Häufig ist es aber gerade die subjektiv wahrgenommene Diskrepanz zwischen dem eigenen und dem allgemeinen Lebensstandard, die zu Unzufriedenheit und Beeinträchtigungen des Wohlbefindens und der Gesundheit führt. Interessant sind in diesem Zusammenhang die Ergebnisse sozial-ökologischer Studien, die zeigen, dass die Lebenserwartung nicht mehr in den Ländern und Regionen mit dem höchsten Wohlstandsniveau und Pro-Kopf-Einkommen am stärksten ansteigt, sondern in denen mit der geringsten Einkommensungleichheit (Wilkinson 1996; Subramanian & Kawachi 2004).

Das Einkommen wirkt auf die Gesundheit aber nicht nur insofern ein, als dass es die Lebensbedingungen bestimmt. Es nimmt interessanterweise auch Einfluss auf das individuelle Verhalten. Dafür sprechen beispielsweise die von Lampert und Kroll (2005) aufgezeigten Zusammenhänge zwischen der Einkommenssituation und dem Tabakkonsum bzw. der sportlichen Inaktivität. Wie andere gesundheitsriskante Verhaltensmuster, z. B. übermäßiger Alkoholkonsum, können diese als Reaktion auf einen erlebten finanziell-materiellen Mangel verstanden werden. Eine Rolle dürften dabei soziale Vergleichsprozesse und durch diese ausgelöste Frustrationen und Stresserfahrungen spielen. Es ist also nicht so, dass man Menschen mit niedrigem Einkommen durch Appelle begegnen kann, weniger zu rauchen oder zu trinken, weil sie dann auch mehr Geld zur Verfügung haben. Vielmehr dient das (verstärkte) Rauchen und Trinken der Kompensation erlebter Mängel und ist daher, ganz im Sinne eines Suchtmittels, unabdingbar für diese Personen, um mit dem Defizit umzugehen.

Zum Tragen kommt darüber hinaus wahrscheinlich auch eine eher kurzfristige Gesundheitsorientierung, die einen möglichen späteren Gewinn für die Gesundheit der Befriedigung aktueller Bedürfnisse, also z. B. dem Rauchen als Mittel zum Stressabbau, unterordnet. Im Zusammenhang mit dem Gesundheitsverhalten muss das Bildungsniveau und insbesondere die Schulbildung berücksichtigt werden, da diese als ausschlaggebend für zugrunde liegende Einstellungen, Orientierungen und Kompetenzen angesehen werden kann. Beispielsweise lässt sich zeigen, dass Personen mit niedrigem Einkommen vergleichsweise wenig rauchen, wenn sie über eine höhere Schulbildung verfügen. Grün-

de hierfür könnten das Wissen um die Schädlichkeit des Rauchens, die Wertschätzung der eigenen Gesundheit oder aber mit der Bildung assoziierte Ressourcen der Stressbewältigung sein (Lampert & Thamm, 2004).

Besondere Beachtung verdienen nach Lampert und Kroll (2005) die Ergebnisse zur Inanspruchnahme des medizinischen Versorgungssystems. Die einkommenschwächeren Gruppen nehmen bei vorhandenem Behandlungsbedarf seltener ärztliche Hilfe in Anspruch. Die Ergebnisse unterstreichen, dass trotz des durch die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) sicher gestellten allgemeinen Zugangs zum System der medizinischen Versorgung vom Einkommen abhängige Unterschiede im Inanspruchnahmeverhalten bestehen. Wie sich diese angesichts der zunehmenden Ausgliederung von Leistungen aus dem Regelkatalog der GKV und höheren Selbstbeteiligungen, z.B. Arzneimittelzuzahlungen und Praxisgebühr, entwickeln werden, muss abgewartet und auch weiter untersucht werden. In Ländern mit einem Gesundheitssystem, das in größerem Umfang auf Selbstbeteiligungen und direkten Käufen von Gesundheitsleistungen basiert, z.B. Großbritannien, sind die Einkommensunterschiede in der Gesundheit und Lebenserwartung jedenfalls stärker ausgeprägt als in Deutschland.

Die bisher erörterten Erklärungsansätze gehen davon aus, dass sich die Einkommensposition auf die Gesundheit auswirkt und Armut krank macht („Kausationshypothese“). Denkbar ist aber auch, dass Krankheit zu Einkommenseinbußen und im schlimmsten Fall in die Armut führt („Selektionshypothese“). Schon Anfang der 1980er Jahre wurde darauf hingewiesen, dass etwa ein Drittel der Kündigungen aus Krankheitsgründen erfolgt (Zimmermann, 1983; Behrens, Dreyer-Tümmel & Müller, 1993). Im telefonischen Gesundheitssurvey 2003 gab immerhin ein Viertel der gegenwärtig arbeitslosen Männer an, dass der Verlust des Arbeitsplatzes etwas mit ihrer Gesundheit zu tun hatte (Lampert & Ziese, 2005). Besonders schwierig stellt sich die Situation dar, wenn bereits früh im Leben eine lang andauernde Krankheit oder Behinderung aufgetreten ist. Eine gute Gesundheit wird mit Leistungsfähigkeit assoziiert, so dass gesundheitlich eingeschränkte Personen große Schwierigkeiten haben, sich auf dem Arbeitsmarkt zu etablieren. Dass eine Verschlechterung der Gesundheit in den Folgejahren Einkommenseinbußen nach sich zieht, wird auch durch eine Längsschnittstudie auf Basis von Daten des sozioökonomischen Panels aus den Jahren 1992 und 1994 belegt. Die Untersuchung zeigt aber auch, dass der umgekehrte Einfluss, also die Auswirkung von Einkommenseinbußen auf die Gesundheit, deutlich stärker hervor tritt (Thiede & Traub, 1997).

Im Rahmen des Bundesgesundheitsveys werden auch immer wieder Daten zur allgemeinen Lebenszufriedenheit bzw. zur Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit erho-

ben. Hintergrund der Erfassung subjektiver Lebensqualität ist die empirisch ermittelte Tatsache, dass subjektiv wahrgenommene Ressourcen bessere Prädiktoren für Wohlbefinden und Gesundheit sind, als objektiv vorhandene. So ist beispielsweise nicht so sehr das objektive monatliche Einkommen als vielmehr seine subjektive Bewertung und Einschätzung maßgebend für das diesbezügliche Wohlbefinden der Menschen (Perrig-Chiello, Perrig, Stähelin, Krebs-Roubicek & Ehram, 1996). Um Aussagen über die Lebensqualität und den Gesundheitszustand einer Bevölkerung treffen zu können, wird die Zufriedenheit mit verschiedenen Lebensbereichen wie Arbeit, Wohnsituation, finanzielle Lage, Gesundheit, familiäre Situation und mit dem Leben im Allgemeinen als wesentliches Barometer letztlich auch für Gesundheit in dem von der Weltgesundheitsorganisation vorgeschlagenen umfassenden Sinne angesehen (Li Zhan, 1992).

Wie bereits in den vorangegangenen Surveys wurden die Probanden im Rahmen des Bundesgesundheits surveys 1998 (Robert-Koch-Institut, 2004) zu ihrer Zufriedenheit mit den Lebensbereichen Arbeitssituation, Wohnung, Wohngebiet, Wohnort, finanzielle Lage, Freizeit, Gesundheit, familiäre Situation, Beziehungen zu Freunden, Nachbarn und Bekannten sowie zur Zufriedenheit mit dem Leben insgesamt befragt. Dabei war jeweils eine siebenstufige Skala vorgegeben, die von sehr unzufrieden bis sehr zufrieden reichte. Für die Auswertungen wurden dann 6 und 7 zu sehr zufrieden, 3, 4 und 5 zu mittelmäßig zufrieden und 1 und 2 zu sehr unzufrieden zusammengefasst. Zur Beurteilung zeitlicher Veränderungen zwischen 1991 und 1998 wurden die entsprechenden Mittelwerte berechnet.

Betrachtet man die Zufriedenheit mit dem Leben insgesamt, so werden deutliche Unterschiede zwischen den Neuen und Alten Bundesländern offensichtlich. Diese Unterschiede ergeben sich in erster Linie aus den Antwortkategorien „sehr unzufrieden“ und „sehr zufrieden“. In den Neuen Bundesländern wird deutlich häufiger Unzufriedenheit und entsprechend seltener Zufriedenheit mit dem Leben im Allgemeinen geäußert als in den Alten Bundesländern. In beiden Landesteilen Deutschlands sind Frauen mit ihrem Leben zufriedener als Männer.

Die Zufriedenheit mit dem Leben im Allgemeinen unterschied sich zu Beginn der 1990er Jahre deutlich zwischen Ost- und Westdeutschen. Diese Differenz war auch fast zehn Jahre nach der Wiedervereinigung noch vorhanden. Nach wie vor ist die Lebenszufriedenheit in allen Altersklassen im Westen höher als im Osten. Damals wie heute weisen die 40- bis 49-jährigen Frauen aus den Neuen Bundesländern den niedrigsten Anteil derer auf, die mit ihrem Leben zufrieden sind. Im Gegensatz zu 1991 ist bei den 60- bis

69-Jährigen der Anteil der Männer, der mit seinem Leben zufrieden ist (68%), heute höher als der entsprechende Anteil der Frauen (64%).

Dass der Gesundheitszustand einen wichtigen Einfluss auf die Zufriedenheit mit dem Leben im Allgemeinen hat, zeigt sich in vielen Untersuchungen. Als wesentlichster Prädiktor für die Gesundheitszufriedenheit erweist sich in der Untersuchung des Robert-Koch-Instituts (2004) das Alter. In der nächsten Ebene folgt erwartungsgemäß der selbst eingeschätzte Gesundheitszustand. Mit zunehmendem Alter äußern Männer und Frauen häufiger Unzufriedenheit mit ihrem Gesundheitszustand. Am unzufriedensten sind Personen im Vorrentenalter (50–59 Jahre). Mit Erreichen des Rentenalters steigt die Zufriedenheit wieder geringfügig an. Männer sind etwas zufriedener mit ihrem Gesundheitszustand als Frauen. Ein signifikanter Ost-West-Unterschied ist lediglich bei den 70- bis 79-jährigen Männern zu verzeichnen.

Mit ihrer Gesundheit waren die Menschen 1998 zufriedener als noch vor zehn Jahren. Lag 1991 die mittlere Gesundheitszufriedenheit der ostdeutschen Männer noch über der der westdeutschen, so hat sich das Bild 1998 umgekehrt. Bei den Frauen war die Gesundheitszufriedenheit 1998 wie vor fast zehn Jahren im Westen höher als im Osten.

2.3 Ein Zwischenfazit

Betrachtet man die hier nur kursiv und als groben Überblick dargestellten Ergebnisse ausgewählter Studien, so lässt sich festhalten:

- Gesundheit und Lebensqualität sind Konzepte, die immer auch auf der Grundlage subjektiver Einschätzungen erfasst werden müssen. Es lässt sich der Gesundheitsstatus oder auch die Lebensqualität einer Gesellschaft oder auch einzelner Personen nicht nur auf Basis von objektiven Daten beschreiben.
- Wichtige Einflussvariablen der subjektiv erlebten Gesundheit bzw. Lebensqualität stellen das Alter, die Bildung sowie sozioökonomische Rahmenbedingungen dar. Letztlich zeigt sich, dass Gesundheit und Lebensqualität auch etwas mit den zur Verfügung stehenden finanziellen Mitteln zu tun hat.

2.4 Investitionen in Gesundheit und Lebensqualität

Stellt man fest, dass Gesundheit und Lebensqualität zum einen von zur Verfügung stehenden finanziellen Mitteln, aber auch von der Verhaltensbereitschaft des Einzelnen, in seine Gesundheit zu „investieren“ abhängt, so kommt man zu der Frage danach, was die Deutschen denn für ihre Gesundheit ausgeben bzw. was sie tun, um ihre Lebensqualität zu erhalten bzw. zu steigern? Auch hier kann und soll der Bericht nur einen Überblick über aktuelle Erkenntnisse und Ergebnisse liefern. Interessante ergänzende Zahlen zu dieser Frage liefert auch die vorliegende 2.readyStudie.

Gesundheitskosten und Gesundheitsfinanzierung – Einige Blitzlichter

Regelmäßig ist in der gesundheitspolitischen Debatte von der „Kostenexplosion“ die Rede. Gemeint sind damit die stark angestiegenen Ausgaben im Gesundheitssektor. So wurden im Jahr 2002 mit 234,2 Mrd. Euro 71 Mrd. Euro mehr für die Gesundheit ausgegeben als noch 1992.

Vergleicht man diesen Ausgabenzuwachs mit der Entwicklung des Bruttoinlandsprodukts (BIP), relativiert sich diese Zahl allerdings. Die absoluten Gesundheitskosten haben sich nämlich nahezu im Gleichschritt mit dem Zuwachs des BIP bewegt, so dass innerhalb von 10 Jahren die Gesundheitsausgaben als Anteil des BIP weitgehend konstant geblieben sind (Bundeszentrale für politische Bildung, 2005).

Eine repräsentative Bevölkerungsumfrage im Auftrag der Techniker Krankenkasse (TK) (2008) bei ca. 2.000 erwachsenen Deutschen hat eine Reihe von Kritikpunkten der Bevölkerung im Hinblick auf das Gesundheitssystem und beschlossene Reformen zutage gebracht. Bei der Frage, welche Einrichtungen großen Einfluss auf Reformprozesse im Gesundheitswesen haben, wird die Pharmaindustrie am häufigsten genannt (54%), noch weit vor der Bundesregierung (33%), Krankenkassen (19%) oder Ärztenverbänden (15%), wobei Interessenvertretungen der Patienten mit 4% der Nennungen ganz am Schluss liegen. Der als überaus stark wahrgenommene Einfluss von Pharma-Unternehmen steht jedoch in deutlichem Widerspruch zum Vertrauen, das die Bevölkerung in die Arzneimittel-Hersteller hat. Lediglich 10% sagen, „dass diese in der politischen Diskussion um die Gesundheitsreform das Richtige tun.“ Allerdings genießen auch andere Akteure und Einrichtungen nur wenig Vertrauen, noch am häufigsten wird hier die eigene Krankenkasse genannt (26%). Weitere Ergebnisse der Befragung sind:

- Es gibt ein klares Mitgliedervotum für die Krankenkassen, sich aktiv an der Reformdiskussion zu beteiligen. 76% der Bevölkerung wünschen sich eine aktivere Rolle der Krankenkasse bzw. Krankenversicherung, wenn es um die aktuelle Gesundheitsreform geht.
- Gegenüber diesen Reformen besteht eher Skepsis und Kritik. Auf die Frage: „Zur Zeit wird in den Medien viel über die aktuelle Gesundheitsreform berichtet, die seit rund einem Jahr in Kraft ist. Wenn Sie einmal an all das denken, was Sie in der letzten Zeit darüber gehört, gesehen oder gelesen haben, z. B. zum Gesundheitsfonds, Rabatt auf Arzneimittel oder Wahlтарifen: Wie sehr stimmen Sie der Aussage zu: ‚Ich bin davon überzeugt, dass diese Reformen positive Auswirkungen auf das Gesundheitssystem hier in Deutschland haben werden?‘“ antworten 66% mit „stimme eher nicht/stimme überhaupt nicht zu.“
- Fragen zum Gesundheitsfonds erbringen überwiegend negative und ablehnende Antworten, was allerdings teilweise auch an suggestiven Fragenformulierungen der von FORSA durchgeführten Befragung beruhen könnte, wie z. B.: „Wirtschaftlich handelnde Unternehmen können ihre Ein- und Ausgaben üblicherweise selbst steuern. Folge des zentralen Gesundheitsfonds wäre unter anderem, dass die gesetzlichen Krankenkassen keinen Einfluss mehr auf die Höhe ihrer Beitragseinnahmen haben, da ihnen diese ja als Pauschalbetrag vom Gesundheitsfonds zugewiesen würden. Meinen Sie, dass dies ein wirtschaftliches Handeln der Krankenkassen eher fördert oder eher behindert?“ (72% antworten hier mit „eher behindert“).
- Wie es scheint, würde ein größerer Teil der Versicherten auch höhere Beiträge akzeptieren, wenn dies bedeutet, dass die Kassen zukünftig teurere Versorgungsleistungen (durch den medizinischen Fortschritt) übernehmen. 64% sagen „ich möchte auch weiterhin am medizinischen Fortschritt teilhaben und akzeptiere dafür auch höhere Beiträge.“
- Das Solidarprinzip wird nach wie vor positiv bewertet (ca. 80% finden die Idee sehr gut oder gut). Allerdings ist der Anteil der „sehr gut“ Bewertungen seit 2004 zurück gegangen (von 30% auf 19%).
- Bei der Einschätzung der zukünftigen Entwicklungen herrscht unter dem Strich eher Pessimismus: 92% befürchten steigende Beitragssätze, 66% weitere Einschränkungen im GKV-Leistungskatalog, 41% ein Sinken der Versorgungsqualität.
- Das Meinungsbild zu den Rabattverträgen der Kassen mit Arzneimittelherstellern zeigt überwiegend Zustimmung zu den Sparmaßnahmen. 62% sagen: „Ich finde es gut, wenn meine KK solche Rabattverträge abschließt, denn das hilft, die Kosten im Gesundheitssystem zu dämpfen – dafür nehme ich den Wechsel von einem gewohnten zu einem anderen wirkstoffgleichen Arzneimittel in Kauf.“ Nur 37% votieren

dagegen: „Ich bin durchaus dafür, dass die Krankenkassen Kosten einsparen, aber wenn ich deshalb von einem gewohnten Arzneimittel auf ein anderes wechseln müsste, dann ist mir das zu unsicher, auch wenn beide die gleichen Wirkstoffe haben.“

Insgesamt zeigt sich also eine eher skeptische Haltung der Bürger hinsichtlich des Themas Gesundheitsfinanzierung. Besonders interessant erscheint in diesem Zusammenhang eine offensichtlich feststellbare zunehmende Reserviertheit dem Solidarprinzip gegenüber. Die Erkenntnis, dass Gesundheit zunehmend auch privat finanziert werden wird, ist in der Bevölkerung angekommen.

Dies wird auch bestätigt durch eine Umfrage der BIG-Direktkrankenkasse (2003). Insgesamt wurden knapp 1.700 Personen unterschiedlicher Versicherungen über ihre Einstellungen zu Krankenkassen, zur Gesundheitsreform, zur Diskussion um Bonusmodelle und zu ihrer Zufriedenheit mit den Krankenkassen befragt. Hinsichtlich der Bonusmodelle zeigt sich, dass nahezu 90% der Befragten einen Beitragsnachlass bei regelmäßiger gesundheitlicher Vorsorge für gut halten. Mehr als drei Viertel befürworten die Rückerstattung von Beiträgen, wenn Leistungen nicht in Anspruch genommen wurden. Und jeweils ungefähr zwei Drittel halten einen Beitragsnachlass bei langjähriger Mitgliedschaft sowie Boni für eine gesunde Lebensweise für sinnvoll. Eine Eigenbeteiligung wird immerhin von einem Viertel der Befragten begrüßt, immerhin 44% der Befragten können sich einen Selbstbehalt zumindest teilweise vorstellen. Lediglich ein Drittel der Befragten lehnt eine Eigenbeteiligung ab. Auch hier zeigt sich also eine zunehmende Einsicht der Bevölkerung in die Notwendigkeit eigener Aufwendungen im Gesundheitsbereich.

Hinsichtlich der Leistungen, für die eine Zuzahlungsbereitschaft besteht, erbrachte die BIG-Befragung (BIG-Direktkrankenkasse, 2003) folgende Erkenntnisse:

Viele Versicherte lassen sich in die Pflicht nehmen, wenn es um die Finanzierung von Ein- oder Zweibettzimmern in Krankenhäusern, Heilpraktikerbehandlung, Kuren und Naturheilverfahren geht. Die Bereitschaft zur Selbstbeteiligung sinkt tendenziell mit der gesundheitlichen Bedeutung der Leistung im Alltag. Eine Eigenbeteiligung für eine Pflegekraft im Krankheitsfall wird von über 40% der Befragten abgelehnt, genauso wie eine Beteiligung an psychotherapeutischen Kosten. Im letzten Fall ist nicht ausgeschlossen, dass viele für sich persönlich eine Psychotherapie für unwahrscheinlich halten und daher einen Beitrag eher ablehnen.

Lebensqualitätsfinanzierung – Einige Highlights

Es ist nahezu unmöglich, abzuschätzen, wieviel Geld die Bundesbürger pro Jahr pro Kopf für die Verbesserung ihrer Lebensqualität aufwenden, handelt es sich doch beim Konzept der Lebensqualität um ein höchst individuelles und inter- wie intraindividuell variables und flexibles Konstrukt. So kann beispielsweise der Besuch eines Theaters, der Kauf eines Hundes, eine Urlaubsreise, ein Espresso am Mittag oder der Spaziergang durch frische Winterluft zur Steigerung der Lebensqualität beitragen. Insofern müssten im Prinzip alle Waren und Dienstleistungen, die auch nur im entferntesten etwas mit dem Konzept der individuellen Lebensqualität zu tun haben könnten, hier aufgeführt werden. Da dies weder sinnvoll noch möglich ist, soll an dieser Stelle nur auf einige ausgewählte „Lebensqualitätsinvestitionen“ der Bundesbürger eingegangen werden.

So haben die Deutschen rund 75 Milliarden Euro bzw. knapp 1.000 Euro pro Kopf im Jahr 2006 für Wellness ausgegeben. Das waren etwa 3% mehr als im Vorjahr. Der Motor der Entwicklung ist dabei der Gesundheitstourismus mit Health Care, Anti Aging, Wellness und Beauty. Das Interesse an Gesundheitsurlaub hat von 4,1 Millionen Bundesbürgern (2002) auf 7,2 Millionen (2007) zugenommen (Deutscher Wellnessverband, 2008). Im Jahr 2010 wird der Wellnessmarkt die Schallmauer von 100 Milliarden Euro durchbrechen (Deutscher Wellnessverband, 2008a). Niemals zuvor hat Gesundheit einen so hohen Stellenwert eingenommen wie heute. Der Gesundheitsmarkt ist einer der wichtigsten Eckpfeiler der Wirtschaft: In Deutschland umfasste er im Jahr 2007 ein Volumen von 239 Milliarden Euro. Das sind 10,7% des Bruttoinlandsprodukts – fast so viel, wie die Automobilindustrie erwirtschaftet. Bis zum Jahr 2020 wird der Gesundheitsmarkt auf etwa 453 Milliarden Euro anwachsen. Rund um Ernährung, Körper, Sport und Lebensqualität entstehen ausgedehnte Nachfragemärkte. So wird Gesundheit zu einer Schlüsselressource – zu einem bevorzugten Konsumgut und Lifestyle-Produkt.

In keinem europäischen Land liegen die Gesundheitsausgaben – gemessen am prozentualen Anteil aller Konsumausgaben privater Haushalte – so hoch wie in Deutschland. Von 100 Euro, die ein Haushalt hierzulande ausgibt, werden inzwischen 5 Euro in die eigene Gesundheit investiert. Immer mehr Menschen investieren aus eigenem Antrieb in eine optimale Gesundheitsvorsorge. Anfang des Jahrzehnts betonten 24% der deutschen Bevölkerung, dass sie sehr gesundheitsbewusst leben, inzwischen sagen das 33%. Fast jeder zweite Bundesbürger (47%) geht regelmäßig zur Vorsorgeuntersuchung. Bis zum Jahr 2010 werden rund 31% der Bevölkerung im Alter ab 14 Jahren häufig oder zumindest gelegentlich ins Fitnessstudio gehen.

Der Erfolg von Wellness zeigt, dass Gesundheit und Genuss für immer mehr Menschen die richtige Glücksformel darstellt. Nach wie vor lassen sich die Bundesbürger Wellness etwas kosten. Jeder zweite Deutsche ist bereit, bis zu 25 Euro im Monat für Wellness auszugeben. Der Gesamtumsatz des Wellness-Markts wuchs zwischen 1999 und 2005 um knapp 35% auf 72,9 Milliarden Euro. Ein Ende dieser Entwicklung ist nicht abzusehen: Immer mehr Menschen möchten sich ganzheitlich, aber vor allem auch psychisch-mental mit sich selbst und ihrem Leben auseinandersetzen. Diese Selbstverwirklichungs- und Selbstkompetenzmärkte werden für einen zweiten Wohlfühl-Aufschwung sorgen.

Umso mehr wird sich die Frage nach der Finanzierung von Gesundheit und Lebensqualität stellen. Es wird deutlich: Der Wunsch nach Gesundheit und Lebensqualität wächst. Fortschritte in der Medizin sowie soziodemografische Entwicklungen führen zu einem kontinuierlich wachsenden Finanzierungsbedarf im Bereich Gesundheit. Dieser wird zunehmend vom einzelnen Bürger getragen werden müssen. Die Finanzierung durch die Solidargemeinschaft stößt deutlich an ihre Grenzen. Gesundheit wird zu einem Investitions- und in Teilen auch Konsumgut. Der Bürger muss entscheiden, ob er sein Geld beispielsweise in Konsumgüter investiert oder aber ob er seine finanziellen Möglichkeiten und Spielräume für die Erhaltung, Förderung oder Optimierung der eigenen Gesundheit und der damit verbundenen Lebensqualität nutzt.

2.5 Stichwort Genuss: Ein preiswerter Weg zur Förderung von Gesundheit und Lebensqualität

Es gehört zu den grundlegenden Erkenntnissen der Gesundheitsforschung, dass die Basis allen Wohlbefindens und aller Lebensqualität die Harmonie von Gesundheit und Genuss ist. Gesundheit und Wohlbefinden gehören für die Bundesbürger zu den zentralen Säulen einer als hoch empfundenen Lebensqualität. Genuss zu erleben wird nicht nur in den Medien und in der Werbung als erstrebenswertes Ziel verkündet, auch quer durch die Gesellschaft findet sich ein Bedürfnis nach Genuss – und ein Wunsch nach Genuss erleben. Nur: Um Genuss zu erleben, muss man auch eine Genussfähigkeit besitzen. Angesichts von Übergewicht, Komasaufen, Tinnitus und sozialer Isolation erscheint es mehr und mehr zu einem gesellschaftlichen Faktum zu werden, dass Essen und Trinken, Musik hören oder auch moderne Kommunikationsmedien nicht mehr genussorientiert oder auch nur funktional genutzt werden, sondern dass es mehr und mehr zu einem Übermaß, einem Missbrauch, kommt.

Die Gesundheitspsychologie hat immer wieder betont (Bergler & Hoff, 2002), dass ein medizinisch wünschenswertes Gesundheitsverhalten nur dann erreichbar ist, wenn Menschen nicht nur um gesundheitliche Risikofaktoren wissen, sondern dieses Wissen auch zum zentralen Bestandteil eines Lebensstils der genussvollen Gefühle geworden ist.

Gesundheitsverhalten muss nämlich letztlich

- Freude machen
- Erfolgserlebnisse vermitteln
- mit Lust verbunden sein
- Alltagsstressoren verhindern helfen
- Alltagsfreuden fördern
- zentrale Bedürfnisse der Lebensqualität befriedigen

„Gesundheitsverhalten darf nicht asoziale Askese durch genusslose und verkrampfte, strenge Diätzwänge, erzwungenes allabendliches Pflichtjogging oder gar die Forderung des ersatzlosen Verlustes von Genuss sein“ (Bergler & Hoff, 2002, S. 29).

Letztlich sind es die vielen kleinen Alltagsfreuden, die das Leben wirklich erst lebenswert machen. Genussfähigkeit setzt voraus, dass der Mensch in der Lage ist, dem Schönen in der Vielfalt seiner Erscheinungs- und Erlebnisformen sinnlich zu begegnen (Bergler & Hoff, 2002). Sie stellt aber vor allem eine Kompetenz dar. Genuss kann nicht passiv erlebt werden. Genuss setzt auch immer einen Beitrag des Genießers voraus.

Genuss: Definitionen und Bedeutungen

Auch wenn der Begriff des Genusses in unserer Alltagssprache in vielfältiger Form anzutreffen ist – wir genießen Speisen und Getränke, ein Musikstück, einen Sonnenuntergang, eine nette Unterhaltung – finden sich in der (wissenschaftlichen) Literatur nur sehr sporadisch Definitionen oder Bedeutungserklärungen dieses Begriffes. So beschreibt der Brockhaus Genuss als „angenehme Empfindung, die bei der Befriedigung eines materiellen oder geistigen Bedürfnisses auftritt“ (Brockhaus Enzyklopädie, 1997).

Thomas (1989) sieht Genuss als einen positiven, lustvollen emotionalen Zustand. Lutz (1983) versteht Genuss als sinnliches Verhalten, bei dem man sich auf Lustvolles einlässt und sich dessen bewusst ist. Und Schulze (1992) betrachtet Genuss als einen psychophysiologischen Prozess mit positiver Bedeutung, der mit der individuellen Erlebnis-

orientierung verknüpft ist. Ulich und Mayring (1992) zählen neben dem Lustgefühl auch das Genusserleben zu den von ihnen so genannten „Wohlbefindensgefühlen“. Diese sind durch zwei Aspekte gekennzeichnet:

- Lust hat einen Bedürfnisbezug bei Grundbedürfnissen wie Hunger, Durst, Sexualität sowie bei komplexeren Bedürfnissen wie Behaglichkeit, Geborgenheit.
- Lust hat einen starken sinnlichen Bezug zu einem starken Erleben von Sinneseindrücken.

Typische Situationen, in denen Lust erlebt wird, sind Essen, Trinken, Sexualität, aber eben auch sinnliche Situationen, die als „schön“, „behaglich“ oder „warm“ erlebt werden (Bergler & Hoff, 2002). In Lustsituationen kommt zu körperlichem Erleben auch gedankliches Erleben hinzu, zum Beispiel, indem ein Mensch bestimmte positive Erwartungen in einer „Lustsituation“ erfüllen möchte. Ulich und Mayring (1992) postulieren, dass das Empfinden von Lust die Fähigkeit zum genussvollen Handeln und Erleben voraussetzt. Lust stellt demnach nach Bergler und Hoff (2002) einen grundlegenden Regulationsmechanismus des menschlichen Erlebens und Verhaltens dar, während Genuss demgegenüber sowohl entwicklungsgeschichtlich als auch entwicklungspsychologisch auf einer höheren Stufe anzusiedeln ist, weil der Genuss kognitive Prozesse wie zum Beispiel Aufmerksamkeit, Bewusstheit und ähnliches mit einbezieht.

Lutz (1983) charakterisiert Genuss durch lustvolles Erleben, durch Sinnlichkeit und durch das eigene Bewusstsein für den Vorgang des Genießens (Reflexivität). Genuss dient dem Wohlbefinden, er ruft Kreativität und Freude hervor und er unterstützt die seelische und körperliche Gesundheit. Das Erleben von Genuss ist an bestimmte Voraussetzungen und Regeln gebunden. Diese sollen im Folgenden näher beleuchtet werden.

Genuss: Regeln und Voraussetzungen

Genuss ist etwas, das nicht „einfach so passiert“. Um Situationen, Dinge, Erfahrungen als Genuss erleben zu können, müssen sowohl Rahmenbedingungen als auch personelle Voraussetzungen erfüllt sein. Lutz und Koppenhöfer (1983) postulieren sieben „psychologische Voraussetzungen“ von Genuss:

■ „Genuss braucht Zeit“

Dies gilt in zweifacher Hinsicht, denn Genuss kann sich nur entwickeln, wenn in einer aktuellen Situation auch Zeit zur Verfügung steht. „Schneller Genuss“ ist so gesehen ein Widerspruch in sich. Zudem braucht der Mensch (Lebens-)Zeit, um Genussfähigkeit zu erwerben, aber auch um persönliche Genüsse entdecken und erfahren zu können.

■ „Genießen muss erlaubt sein“

In einer Erziehung, die Genuss tabuisiert oder sogar bestraft, kann sich keine Genusskompetenz entwickeln. Dies gilt sowohl für den einzelnen Menschen als auch für gesamte Gesellschaften. Genuss muss erlaubt sein, damit man diesen auf gesunde Art und Weise erleben kann. Wird zum Beispiel Sexualität als Genuss erleben bestraft oder ausgeblendet, entstehen daraus Angst- oder Schuldgefühle, die ein wirkliches Genuss erleben verhindern.

■ „Ohne Erfahrung kein Genuss“

Genuss will erlernt sein. Der Mensch muss lernen, aus der Vielzahl von Reizen und Informationen, die tagtäglich auf ihn einprasseln, diejenigen herauszufiltern, die mit Genussbereichen und -erlebnissen verbunden sind. Der Mensch muss zudem lernen, diese einzuordnen, zu bewerten und differenziert wahrzunehmen.

■ „Genießen geht nicht nebenbei“

Um genießen zu können, muss man sich auf den potenziell genussfördernden Reiz konzentrieren und gleichzeitig genussstörende Randbedingungen ausblenden können.

■ „Genuss: Jedem das Seine“

Genuss ist immer personenspezifisch. Unterschiedliche Menschen präferieren unterschiedliche Genüsse. Auch lassen sich soziodemografische Unterschiede im Genuss erleben feststellen, zum Beispiel in Abhängigkeit vom Alter und/oder Geschlecht.

■ „Genuss ist alltäglich“

Genuss ist durchaus nicht ausschließlich an „besondere“ oder „außergewöhnliche“ Situationen geknüpft. Genussreize können auch und gerade im Alltag auftreten und müssen „nur“ entsprechend wahrgenommen, kategorisiert und verarbeitet werden. Man denke hier beispielsweise an den Espresso, die Zeitung, das Lied und den sozialen Kontakt, den man im Alltag erlebt.

■ „Genuss: Weniger ist mehr“

Wenn ein Überangebot an Genussreizen besteht, wird es immer schwieriger, Genuss zu erleben. Es ist daher empfehlenswert, sich selbst im Genusserleben zu beschränken, aber nicht um sich zu beschneiden, sondern Ziel sollte sein, die Quantität um der Qualität willen zu begrenzen.

Genuss und Gesundheit

Dass Genuss eine wesentliche Gesundheitsbedeutung hat, ergibt sich schon alleine aus der Tatsache, dass viele psychiatrische und auch somatische Erkrankungen mit einem verminderten oder sogar gänzlich fehlenden Genusserleben einhergehen. Bei der Diagnose der Depression stellt die so genannte Anhedonie, also die Genussunfähigkeit, ein zentrales Symptom dar. Depressive suchen seltener angenehme Aktivitäten auf und sprechen diesen auch einen geringeren Genusswert zu. Im Vergleich zu gesunden Menschen erleben Depressive deutlich seltener erfreuliche oder genussvolle Situationen (Bergler & Hoff, 2002).

Frank, Vaitl und Walter (1995) zeigten, dass Genussfreude ein wichtiger Faktor des körperlichen Wohlbefindens ist. Personen, die eine hohe Vitalität und Lebensfreude verspüren, die mit dem eigenen Körperzustand zufrieden sind und die Genussfreude erleben, klagen über wenige bis gar keine Beschwerden. Hingegen findet sich eingeschränktes Genusserleben bei Menschen mit Bluthochdruck, koronaren Erkrankungen, gastrointestinalen Erkrankungen, chronischen Schmerzzuständen oder Schlafstörungen, bei Krebspatienten, bei Patienten mit positivem HIV-Befund und ersten Krankheitssymptomen sowie bei Übergewichtigen. Gerade die Letztgenannten zeigen, dass ein Übermaß an Genuss und die daraus resultierenden negativen Folgen sich stark genussreduzierend auswirken.

Offen ist jedoch bislang noch die Frage der Kausalität. Mit anderen Worten: Ist Genussunfähigkeit ein zusätzlicher prädisponierender Faktor bei der Entstehung von Krankheiten oder resultiert das verminderte Genießen aus bestehenden Krankheiten?

Insgesamt lässt sich festhalten, dass Genuss und Genussfähigkeit zentrale (und durchaus auch preisgünstige) Möglichkeiten zur Erhaltung und Förderung von Gesundheit und Lebensqualität sind. Grundlegend für eine Genusssensibilität sowie den Willen, eine Genussbereitschaft und Genussfähigkeit zu entwickeln, ist jedoch die Etablierung und/oder Weiterentwicklung einer Genusskultur in einer Gesellschaft oder gesellschaftlichen

Gruppierungen. Die zentrale Bedeutung von individuellem Genuss, Genussregeln, Genusswerb und Missbrauchsvermeidung muss kommuniziert, verdeutlicht und trainiert werden. Hieran sollten sich alle Gesellschaftsmitglieder und gesellschaftlichen Gruppierungen und Institutionen gleichermaßen beteiligen.

Doch nun genug der Theorie. Nachfolgend werden der Aufbau und die zentralen Ergebnisse der 2.readyStudie dargestellt. Doch es wird nicht bei der Darstellung belassen. Ebenso werden zentrale Schlussfolgerungen und auch mögliche Handlungsoptionen aus den Ergebnissen abgeleitet und zur Diskussion gestellt.

3. Konzeption und Durchführung der Studie

3.1 Zielsetzung der Studie

Neben der Bedeutung von Gesundheit für die Lebensqualität soll in dieser Studie vor allem das Vorsorgeverhalten der Deutschen beleuchtet werden sowie die Bereitschaft, Geld in die eigene Gesundheit zu investieren. Es wird untersucht, in welchen Bereichen aktiv auch private (finanzielle) Vorsorge in Anspruch genommen wird und wo die Deutschen bereit sind, auch eigene finanzielle Aufwendungen zu tätigen (bis hin zur Aufnahme von Krediten), um sich persönlich bestimmte gesundheits- bzw. lebensqualitätsrelevante Leistungen leisten zu können.

Vor dem Hintergrund einer Klassifikation von fünf Gesundheitstypen, die unterschiedliche Einstellungen und Verhaltensweisen bezüglich der Gesundheit plakativ beschreiben, wird untersucht, inwieweit sich im Vorsorgeverhalten und in der Investitionsbereitschaft für gesundheitliche Leistungen Unterschiede finden lassen. Darüber hinaus wird überprüft, ob es geschlechtsspezifische Einstellungen zur Gesundheit im Allgemeinen und zur Gesundheitsfinanzierung im Besonderen gibt und inwieweit sich in diesen Bereichen Unterschiede zwischen den Neuen und den Alten Bundesländern finden lassen.

In diesem Zusammenhang oft diskutiert ist auch der Stellenwert der finanziellen Möglichkeiten, die jedem Einzelnen in unterschiedlichem Maße zur Verfügung stehen, wenn es um eine gesunde Lebensführung (hochwertige Lebensmittel, kostenpflichtige Vorsorge etc.) geht. Auch diese Frage wird in der Studie beleuchtet werden.

3.2 Durchführung der Studie

Um die Bedeutung von Gesundheit auf die Lebensqualität, das Vorsorgeverhalten und die Bereitschaft für private Gesundheitsfinanzierung zu untersuchen, führte die readybank ag in Zusammenarbeit mit der Impuls GmbH von Februar bis März 2008 eine repräsentative Befragung in deutschen Haushalten durch. Dabei wurden 1.000 Personen (490 Männer und 510 Frauen) ab einem Alter von 18 Jahren mittels eines computergestützten

Telefoninterviews befragt. Die Interviews wurden durch das Zentrum für Evaluation und Methoden (ZEM) der Universität Bonn realisiert. Der dabei verwendete Fragebogen wurde von der Impuls GmbH entwickelt und befindet sich in kompletter Version im Anhang. Er gliedert sich in sieben thematische Bereiche:

- Einstellung zur Gesundheit
- Lebensqualität
- Aktuelle Beschwerden
- Vorsorgeverhalten (Wichtigkeit und tatsächliche Inanspruchnahme)
- Sportliche Aktivitäten
- Bereitschaft zur Eigenfinanzierung von Gesundheitsleistungen
- Demografische Daten (inklusive Einkommen)

Jedem thematischen Bereich sind mehrere Aspekte zugeordnet, die von den Befragten hinsichtlich Zutreffens oder Wichtigkeit eingeschätzt werden sollten. Die Bewertung der Aspekte erfolgte anhand von Ratingskalen durch die Interviewten selbst.

3.3 Spezifische Hypothesen

Grundlegende Prämisse der Untersuchung ist, dass Gesundheit im Allgemeinen einen hohen Stellenwert bei der Beurteilung der Lebensqualität einnimmt. Jedoch kann auch angenommen werden, dass sich Menschen in ihrer Haltung zur Gesundheit und zur Bedeutung der Gesundheit für ihre subjektiv erlebte Lebensqualität unterscheiden. Daher wurden die Befragten zu Beginn des Telefoninterviews gebeten, sich selbst einem von fünf vorgestellten Gesundheitstypen zuzuordnen. Es wurde vermutet, dass je nach Typus unterschiedliche Einstellungen und Verhaltensweisen rund um das Thema Gesundheit feststellbar sein werden.

Die Typen unterscheiden sich in der Tatsache, welcher Stellenwert der Gesundheit und der Gesundheitsvorsorge beigemessen wird. So gibt es den „desinteressierten“, den „informierten“, den „ängstlichen“, den „engagierten“ und den „bequemen“ Gesundheitstypen.

- Der Desinteressierte macht sich keine Gedanken über seine Gesundheit. Ihm geht der Gesundheitswahn auf die Nerven. Er ist gesund und nimmt wenig Vorsorge in Anspruch. Dementsprechend wäre bei diesem Typ auch eine stärkere Präferenz für das vollständig privat finanzierte Gesundheitssystem zu erwarten, in dem jeder nur das bezahlen muss, was er braucht. In seinem Fall: nicht viel!
- Dem informierten Typ ist seine Gesundheit sehr wichtig. Er ist immer auf dem Laufenden, informiert sich an unterschiedlichster Stelle über Krankheiten und deren Heilungsmethoden. Durch die dadurch angehäuften „Expertise“ ist er allerdings auch schnell skeptisch und sucht daher öfter verschiedene Ärzte auf, um Meinungen abzusichern.
- Der ängstliche Typ sucht bei Beschwerden schnell einen Arzt auf und lässt sich behandeln. Allerdings geht seine Angst vor Krankheiten nicht mit entsprechendem Vorsorgeverhalten einher.
- Dem Engagierten ist seine Gesundheit sehr wichtig und für ihre Erhaltung tut er auch einiges. Sport, richtige Ernährung und auch kostenpflichtige Vorsorge stehen auf seinem Programm. Er ist informiert, vertraut der Schulmedizin und ist aber auch alternativen Heilmethoden gegenüber aufgeschlossen.
- Dem Bequemen ist sein nachlässiges Gesundheitsverhalten durchaus bewusst, er kann sich aber nicht aufraffen, es zu ändern. Daher ist auch sein Vorsorgeverhalten eher gering ausgeprägt. Seine Bereitschaft, auch privat in seine Gesundheit zu investieren, befindet sich eher im unteren Bereich.

Die Vorannahmen zu den Gesundheitstypen werden auf der Grundlage der empirisch ermittelten Studienergebnisse auf ihr Zutreffen überprüft. Außerdem werden auch Unterschiede in den Einstellungen, dem Vorsorgeverhalten sowie der Finanzierungsbereitschaft im Ost-West-Vergleich erwartet, verursacht durch das Erleben eines anderen Gesundheitssystems zu DDR-Zeiten. Unterschiedliche Präferenzen im bevorzugten Gesundheitssystem sind hier zu vermuten. Schließlich werden auch Einstellungs- und Verhaltensunterschiede zwischen den Geschlechtern überprüft. Zu erwarten ist eine stärkere Gesundheitsorientierung bei Frauen, die sich in verstärktem Engagement (Vorsorgeverhalten, Bereitschaft selbst Geld in die Hand zu nehmen, Sport etc.) zeigen sollte.

4. Ergebnisse der Studie

Zunächst werden die demografischen Daten der Befragten dargestellt (Kapitel 4.1), bevor ab Kapitel 4.2 auf die einzelnen Themenbereiche und Aspekte des Leitfadens, der den telefonischen Interviews zugrunde lag, eingegangen wird.

4.1 Angaben zu den Teilnehmern

Es haben insgesamt 1.000 Bundesbürger ab einem Alter von 18 Jahren an der telefonischen Befragung teilgenommen.

Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Altersklassen der Befragten. Die Altersverteilung entspricht damit annähernd der Altersverteilung in der gesamtdeutschen Bevölkerung.

Tabelle 1: Altersgruppen der befragten Teilnehmer

| Altersgruppe | Anzahl | Prozent |
|-----------------|--------|---------|
| Bis 20 Jahre | 58 | 6% |
| 21 bis 30 Jahre | 124 | 12% |
| 31 bis 40 Jahre | 191 | 19% |
| 41 bis 50 Jahre | 220 | 22% |
| 51 bis 60 Jahre | 200 | 20% |
| 61 bis 70 Jahre | 147 | 15% |
| Über 70 Jahre | 59 | 6% |

96% der Befragten sind deutsche Staatsbürger, 55% der Befragten sind verheiratet, 28% ledig und 17% verwitwet oder geschieden. Über zwei Drittel der Befragten haben Kinder, wobei fast 80% der Interviewten eines oder zwei Kinder haben (30% bzw. 48%). 15% der Befragten haben 3 Kinder, 6% vier und nur 2% mehr als vier Kinder. 18% der Befragten leben allein, 37% noch mit einer weiteren Person im Haushalt. Mit zwei oder drei weiteren Personen zusammen leben 19% bzw. 18% der Befragten. Nur bei insgesamt 7% der Befragten leben vier oder mehr Personen zusammen.

48% der Befragten verfügen über das Abitur oder einen vergleichbaren Abschluss, 32% haben einen Realschulabschluss und 17% einen Hauptschulabschluss. Keinen Abschluss haben oder noch in der Ausbildung befindlich sind jeweils 1% der Befragten. Die Befragungsstichprobe verfügt somit tendenziell über einen höherwertigen Schulabschluss, was eine in Befragungen immer wieder festzustellende Schwierigkeit zeigt: Hauptsächlich Personen mit höherer Schulbildung sind bereit, an Befragungen teilzunehmen. Beim aktuellen Status der Krankenversicherung zeigt sich, dass 60% der Befragten gesetzlich versichert sind, 22% der Befragten verfügen über eine gesetzliche Krankenversicherung mit Zusatzversicherung. 18% der Befragten sind privat krankenversichert. Nur eine Person gab an, gar nicht krankenversichert zu sein. Nennenswerte Unterschiede im Versicherungsstatus zwischen Männern und Frauen gibt es nicht. Hinsichtlich des monatlichen Nettoeinkommens zeigt sich, dass fast 40% der Befragten über € 1.000 bis € 2.000 monatliches Nettoeinkommen verfügen. Aber auch die so genannten „Vielverdiener“ sind mit 18% stark vertreten. Die detaillierten Einkommensangaben können in Tabelle 2 nachvollzogen werden.

Tabelle 2: Einkommensverteilung

| Einkommen | Anzahl | Prozent |
|-------------------------|--------|---------|
| Kein eigenes Einkommen | 83 | 10% |
| Unter € 500 | 91 | 10% |
| Zw. € 500 und € 1.000 | 111 | 13% |
| Zw. € 1.000 und € 1.500 | 175 | 20% |
| Zw. € 1.500 und € 2.000 | 167 | 19% |
| Zw. € 2.000 und € 2.500 | 89 | 10% |
| Über € 2.500 | 156 | 18% |

4.2 Ergebnisbereich 1: Einstellung zur Gesundheit

Zu Beginn des Interviews sollten sich die Befragten anhand ihrer Zustimmung bzw. Ablehnung gegenüber bestimmter Aussagen einem bestimmten „Gesundheitstypen“ zuordnen. Die Aussagen anhand derer sich zuzuordnen war, waren:

„Bitte entscheiden Sie sich für die Aussage, die am ehesten auf Sie zutrifft“:

- „Über meine Gesundheit mache ich mir keine Gedanken. Nur in wirklich dringenden Fällen gehe ich zum Arzt.“ (Der Desinteressierte)
- „Wenn es um Gesundheit geht, möchte ich gut informiert sein. Deswegen lebe ich nach der Devise: Lieber eine fachliche Meinung mehr eingeholt, als blind vertraut!“ (Der Informierte/Souveräne)
- „Mit Gesundheit ist nicht zu spaßen. Bei Erkrankungen sollte deswegen sofort ein Arzt aufgesucht werden!“ (Der Ängstliche)
- „Meine Gesundheit ist mir sehr wichtig. Ich achte sehr auf meine Gesundheit, indem ich Sport mache, mich ausgewogen ernähre und regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nehme.“ (Der Engagierte)
- „Ich weiß, dass ich eigentlich mehr auf meine Gesundheit achten müsste, aber oftmals bin ich einfach zu bequem.“ (Der Bequeme/Nachlässige)

Es zeigten sich folgende Ergebnisse (siehe Tabellen 3, 4, 5):

Tabelle 3: Einstellung der Befragten zur Gesundheit

| Gesundheitstypen | Prozent |
|---------------------------|---------|
| Der Desinteressierte | 8,8% |
| Der Informierte/Souveräne | 17,3% |
| Der Ängstliche | 16,8% |
| Der Engagierte | 40,6% |
| Der Bequeme/Nachlässige | 14,2% |

Tabelle 4: Einstellung zur Gesundheit. Geschlechtsvergleich

| Gesundheitstypen | Männer | Frauen |
|---------------------------|--------|--------|
| Der Desinteressierte | 9,6% | 8,0% |
| Der Informierte/Souveräne | 16,1% | 18,4% |
| Der Ängstliche | 19,2% | 14,5% |
| Der Engagierte | 34,7% | 46,3% |
| Der Bequeme/Nachlässige | 18,6% | 10,0% |

Tabelle 5: Einstellung zur Gesundheit. Ost-West-Vergleich

| Gesundheitstypen | West | Ost |
|---------------------------|-------|-------|
| Der Desinteressierte | 8,3% | 12,2% |
| Der Informierte/Souveräne | 17,6% | 15,1% |
| Der Ängstliche | 16,1% | 19,4% |
| Der Engagierte | 41,9% | 38,1% |
| Der Bequeme/Nachlässige | 13,8% | 12,9% |

Die Tabellen zeigen anschaulich, dass bei den Deutschen der engagierte Gesundheitstyp am weitesten verbreitet ist, zumindest wenn man den Selbstwahrnehmungen der Befragten vertrauen darf. 40% der Befragten achten auf Ihre Gesundheit, indem sie Sport treiben, sich ausgewogen ernähren und regelmäßig Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nehmen. Nur knapp 9% der Befragten sind nur bedingt an ihrer Gesundheit interessiert, allerdings zählen sich fast 15% der Interviewteilnehmer zu den desinteressierten Typen, was ihre Gesundheit angeht.

Vor allem Frauen leben gesundheitsbewusst. Der Anteil der engagierten Frauen liegt mit 46,3% um 12% höher als bei den Männern. Männer sind hingegen nachlässiger, was ihre Gesundheit betrifft (18,6% der Männer im Vergleich zu 10% der Frauen zählen sich selbst zum bequemen/nachlässigen Typus).

Bei den Männern ist ebenfalls der ängstliche Typus stärker verbreitet. Fast jeder fünfte Mann (19,2%), aber nur jede siebte Frau (14,5%) beschreibt sich selbst als ängstlichen Gesundheitstypen. Ganz so genau wollen es die Männer dann aber doch nicht wissen: Ein informierter Typ zu sein, schreiben sich weniger Männer als Frauen zu.

Im Ost-West-Vergleich zeigt sich ebenfalls, dass der engagierte Gesundheitstyp in beiden Teilstichproben am weitesten verbreitet ist. Allerdings findet sich im Osten häufiger der ängstliche Typ, im Westen hingegen häufiger der Souveräne.

Gesundheitstypen im Altersvergleich

In fast allen Altersgruppen (vgl. Tabelle 6) lässt sich ein verantwortungsvoller Umgang mit der Gesundheit feststellen. Auffällig ist, dass der Anteil der Nachlässigen mit dem Alter abnimmt und dementsprechend gerade in der ganz jungen Altersgruppe (bis 20 bzw. 21–30 Jahre) besonders hoch ist. Mit dem Alter findet offensichtlich eine zunehmende Sensibilisierung für das Thema Gesundheit statt. Obwohl hier nur Daten einer Einmalerhebung (Querschnittsuntersuchung) vorliegen, lässt sich pointiert sagen, dass scheinbar eine Generation von jungen Menschen heranwächst, die trotz besseren Wissens über gesundheitliche Risiken, die Notwendigkeit von Eigeninitiative zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit und den Zustand des Gesundheitssystems in Deutschland zu wenig für ihre Gesundheit tut. Daraus dürften, wenn nicht entsprechend gegen-gesteuert wird, im Alter weitere vermehrte Kosten entstehen, die das ohnehin schon angeschlagene Gesundheitssystem nicht tragen kann und so die Allgemeinheit weiter belasten.

Dass über 60-Jährige immer seltener zum Typus des Desinteressierten gehören, lässt sich durch die voranschreitende und deutlicher spürbare gesundheitliche Belastung mit dem Alter gut erklären. Vor allem bei den Befragten im Alter über 70 Jahren nimmt der Anteil der Informierten und Ängstlichen zu. Informiertheit und Ängstlichkeit sind aber nicht nur positiv zu bewerten. Sie können unter anderem auch der Grund dafür sein, dass es zu vermehrten Arztbesuchen und damit auch zu Mehrkosten für das Gesundheitssystem kommt. Der Altersgruppe der über 70-Jährigen sollte deutlich gemacht werden, dass sich auch in diesem Alter gesundheitliches Engagement durchaus lohnt und sich in verminderten Kosten und höherer Lebensqualität äußert.

Tabelle 6: Gesundheitstypen im Altersvergleich

| Gesundheitstypen | Bis 20 Jahre | 21–30 Jahre | 31–40 Jahre | 41–50 Jahre | 51–60 Jahre | 61–70 Jahre | Über 70 Jahre |
|---------------------------|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|---------------|
| Der Desinteressierte | 6,9% | 10,5% | 10,5% | 8,6% | 9,0% | 8,8% | 1,7% |
| Der Informierte/Souveräne | 8,6% | 12,9% | 17,3% | 18,2% | 21,5% | 15,0% | 23,7% |
| Der Ängstliche | 25,9% | 19,4% | 15,7% | 17,7% | 12,5% | 15,0% | 22,0% |
| Der Engagierte | 24,1% | 33,9% | 41,9% | 43,6% | 38,5% | 49,7% | 39,0% |
| Der Bequeme/Nachlässige | 32,8% | 21,8% | 13,1% | 10,9% | 15,0% | 8,8% | 6,8% |

4.3 Ergebnisbereich 2: Lebensqualität

4.3.1 Einschätzung der Lebensqualität

Um den Zusammenhang zwischen der subjektiv erlebten Lebensqualität und dem eigenen Gesundheitszustand zu ermitteln, wurden die Befragten zunächst gebeten, ihre subjektive Lebensqualität anhand einer vierstufigen Skala von 1 (= gering) bis 4 (= hoch) einzuschätzen.

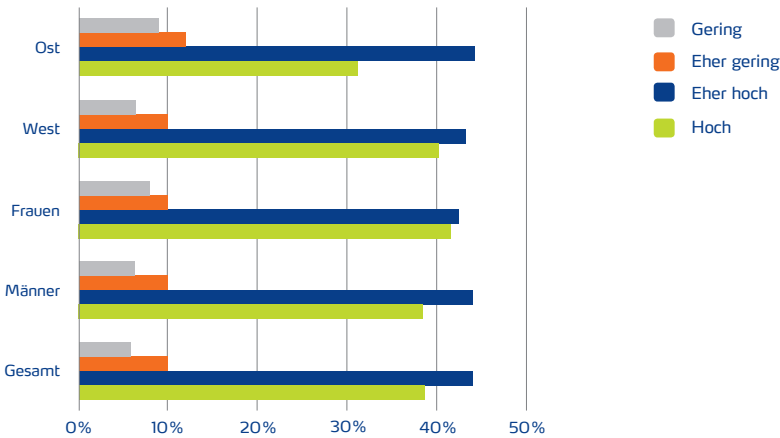
„Wie schätzen Sie ihre aktuelle Lebensqualität ein? Ist sie...“

Die Antworten auf diese Frage sind in Tabelle 7 dargestellt:

Tabelle 7: Einschätzung der Lebensqualität: Gesamtdeutscher Durchschnitt. Geschlechtsvergleich. Ost-West-Unterschied

| Lebensqualität | Gesamt | Männer | Frauen | West | Ost |
|----------------|--------|--------|--------|-------|-------|
| Gering | 6,0% | 5,0% | 7,0% | 5,7% | 9,4% |
| Eher gering | 10,0% | 10,0% | 10,0% | 10,1% | 13,7% |
| Eher hoch | 44,0% | 44,0% | 42,0% | 43,3% | 45,3% |
| Hoch | 39,0% | 38,0% | 41,0% | 40,4% | 31,7% |

Abbildung 1: Einschätzung der Lebensqualität: Gesamtdeutscher Durchschnitt, Geschlechtsvergleich, Ost-West-Unterschied



Über 80% der Deutschen schätzen ihre momentane Lebensqualität als eher hoch oder sogar hoch ein. Im Vergleich zu den Männern bewerten etwas mehr Frauen ihre momentane Lebensqualität als „hoch“ (41% zu 38%), dafür gibt es aber auch mehr Frauen, die sich eine geringe Lebensqualität zuschreiben (7% zu 5%).

Die Lebensqualität im Osten wird ein wenig geringer bewertet als im Westen, dieser Unterschied ist allerdings nicht statistisch bedeutsam.

Interessant an dieser Stelle ist, ob die Beurteilung der Lebensqualität mit dem Einkommen zusammenhängt. Tabelle 8 zeigt die hier gefundenen Ergebnisse:

Tabelle 8: Zusammenhang zwischen Einkommensklassen und der eingeschätzten Lebensqualität

| Lebensqualität | Kein eigenes Einkommen | Unter € 500 | Zw. € 500 und € 1.000 | Zw. € 1.000 und € 1.500 | Zw. € 1.500 und € 2.000 | Zw. € 2.000 und € 2.500 | Über € 2.500 |
|----------------|------------------------|-------------|-----------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|--------------|
| Gering | 6,0% | 11,0% | 9,0% | 8,0% | 4,2% | 2,2% | 3,2% |
| Eher gering | 13,3% | 15,4% | 21,6% | 11,4% | 10,8% | 3,4% | 2,6% |
| Eher hoch | 41,0% | 37,4% | 37,8% | 46,9% | 41,9% | 51,7% | 47,4% |
| Hoch | 39,8% | 36,3% | 31,5% | 33,1% | 42,5% | 42,7% | 46,8% |

Eine Korrelationsanalyse zeigt einen hoch signifikanten Zusammenhang zwischen Einkommen und Lebensqualität [$r=0,144$; $p=0,01$ (zweiseitig); $N=870$]³. Dies könnte bedeuten, dass mit steigendem Einkommen auch die Lebensqualität steigt. Allerdings ist bei Korrelationen die Kausalrichtung nicht geklärt. Es könnte ebenso bedeuten, dass eine hohe Lebensqualität, eventuell vermittelt über ein positiveres Auftreten oder Selbstbewusstsein, zu besser bezahlten beruflichen Tätigkeiten führt.

Bei der Betrachtung der Gesundheitstypen in diesem Bereich (Tabelle siehe Anhang) zeigt sich, dass die höchste Lebensqualität vom „Engagierten“ empfunden wird ($M=3,35$ bei einer Skala von 1=gering bis 4=hoch), gefolgt von den „Desinteressierten“ ($M=3,11$). Die geringste Lebensqualität wird von den „Bequemen“ empfunden ($M=3,00$). Es zeigt sich also, dass offensichtlich ein engagiertes Gesundheitsverhalten auch tatsächlich zu höherem subjektiv empfundenen Wohlbefinden führt.

4.3.2 Einschätzung der Bedeutung von Gesundheit für die Lebensqualität

Die Befragten wurden gebeten anzugeben, welche Bedeutung sie der Gesundheit für die Lebensqualität zumessen. Hier zeigt sich erwartungsgemäß, dass fast 90% der Interviewten ihre Lebensqualität in engen Zusammenhang mit dem gesundheitlichen Befinden bringen („Meine Lebensqualität hängt ‚sehr‘ oder ‚eher‘ von meiner Gesundheit ab“). Unterschiede in der Bewertung zwischen Männern und Frauen oder zwischen Ost und West bestehen nicht (Tabellen siehe Anhang). Es lässt sich also wieder einmal bestätigen, dass die persönliche Gesundheit ein zentraler Einflussfaktor auf die subjektiv empfundene Lebensqualität ist.

4.4 Ergebnisbereich 3: Aktuelle Beschwerden

4.4.1 Einschränkung der Lebensqualität durch gesundheitliche Beschwerden

Die Teilnehmer der Befragung sollten folgende Frage beantworten:

„Ist Ihre Lebensqualität aktuell durch gesundheitliche Beschwerden eingeschränkt?“

³r: Korrelationskoeffizient; p: Signifikanzniveau; N: Anzahl der an der Analyse beteiligten Befragten

69% der Befragten antworteten hier mit „Nein“. Frauen liegen mit 66% Beschwerdefreiheit leicht unter dem Durchschnitt, Männer mit 72% darüber (Tabelle siehe Anhang). Gravierender noch ist der Ost-West-Unterschied. Fast 40% der Ostdeutschen klagen über momentane gesundheitliche Beschwerden. Die Westdeutschen liegen mit knapp 30% im Durchschnitt (vgl. Tabelle 9).

Tabelle 9: Einschränkung der Lebensqualität durch gesundheitliche Beschwerden: Geschlechtervergleich. Ost-West-Unterschiede

| | Männer | Frauen | West | Ost |
|------|--------|--------|-------|-------|
| Ja | 28,0% | 34,0% | 29,8% | 39,6% |
| Nein | 72,0% | 66,0% | 70,1% | 59,7% |

In Tabelle 10 ist die aktuelle Beschwerdelage der fünf Gesundheitstypen dargestellt. Interessanterweise ist es aber hier nicht der „engagierte Typ“, der den besten Gesundheitszustand zeigt, sondern der „Desinteressierte“. Die Annahme, dass der Desinteressierte deswegen wenig Interesse an seiner eigenen Gesundheit zeigt, weil es ihm gesundheitlich gut geht und er sich nicht mit Beschwerden auseinandersetzen muss, liegt nahe. Aus eben diesem Grund verfügt der „Desinteressierte“ wahrscheinlich auch über eine vergleichsweise hohe subjektiv empfundene Lebensqualität.

Obwohl der „bequeme Typ“ den schlechtesten Wert hinsichtlich der subjektiv empfundenen Lebensqualität aufweist, belegt er bei den Einschränkungen durch gesundheitliche Beschwerden den vorletzten Platz, ist also vergleichsweise wenig belastet. Es scheint also so zu sein, dass nicht nur die erlebten gesundheitlichen Beschwerden alleine einen Einfluss auf die individuelle Lebensqualität haben. Mit anderen Worten: Trotz der Tatsache, dass ich gesundheitlich relativ wenig oder gar nicht beeinträchtigt bin, kann ich subjektiv Mängel in der Lebensqualität empfinden.

Tabelle 10: Einschränkung der Lebensqualität. Gesundheitstypen

| Ist Ihre Lebensqualität derzeit durch gesundheitliche Beschwerden eingeschränkt? | Der Desinteressierte | Der Interessierte | Der Ängstliche | Der Engagierte | Der Bequeme |
|--|----------------------|-------------------|----------------|----------------|-------------|
| Ja | 19,3% | 38,7% | 32,7% | 30,5% | 28,9% |
| Nein | 80,7% | 61,3% | 66,7% | 69,2% | 71,1% |

4.4.2 Welche gesundheitlichen Beschwerden haben die Bürger im Einzelnen?

Befragte, die angaben, ihre Gesundheit sei momentan durch gesundheitliche Beschwerden eingeschränkt, wurden nach der Art ihrer Beschwerden befragt. Dabei wurden folgende Bereiche abgefragt:

In welchen Bereichen ist Ihre Lebensqualität im Moment durch Beschwerden eingeschränkt?

- Kopfschmerzen, inkl. Migräne
- Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates
- Erkrankungen des Auges, inkl. Fehlsichtigkeit
- Stoffwechselstörungen wie z. B. Diabetes
- Krankheiten des Ohres, inkl. Schwerhörigkeit
- Übergewicht
- Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes
- Zahnerkrankungen, Zahnfehlstellungen ausgeschlossen
- Depressionen
- Zahnfehlstellungen, Zahnerkrankungen ausgeschlossen
- Hauterkrankungen oder Allergien
- Andere chronische Erkrankungen
- Erkrankungen des Atmungstraktes z. B. Asthma
- Sonstige Beschwerden
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Die Deutschen (siehe Tabelle 11) leiden hauptsächlich an Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates. Frauen sind deutlich häufiger betroffen als Männer. Auf den weiteren Plätzen der Rangfolge der gesundheitlichen Beschwerden folgen Übergewicht (hier leiden Männer deutlich mehr darunter als Frauen), Kopfschmerzen und Erkrankungen des Auges bzw. Fehlsichtigkeit. Im letztgenannten Bereich sind Frauen deutlich stärker belastet als Männer.

Im Ost-West-Vergleich spiegelt sich der geringere Anteil der beschwerdefreien Befragten wider. Vor allem bei Stoffwechselstörungen, Hauterkrankungen oder Allergien, Übergewicht und Zahnerkrankungen „führen“ die Bürger aus der ehemaligen DDR. Und auch psychische Störungen (beispielsweise Depressionen) werden in den Neuen Bundesländern häufiger angegeben als in den Alten Bundesländern.

Tabelle 11: Beschwerdearten im gesamtdeutschen Durchschnitt im Geschlechtervergleich und im Ost-West-Vergleich

| Beschwerdearten | Gesamt | Männer | Frauen | West | Ost |
|---|--------|--------|--------|-------|-------|
| Kopfschmerzen, inkl. Migräne | 29,8% | 28,5% | 30,9% | 31,0% | 27,3% |
| Erkrankungen des Auges inkl. Fehlsichtigkeit | 28,8% | 21,9% | 34,3% | 28,7% | 32,7% |
| Krankheiten des Ohres inkl. Schwerhörigkeit | 13,8% | 13,9% | 13,7% | 13,9% | 14,5% |
| Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes | 26,3% | 26,3% | 26,3% | 25,0% | 30,9% |
| Depressionen | 16,3% | 16,8% | 16,0% | 15,6% | 21,8% |
| Hauterkrankungen oder Allergien | 27,6% | 21,2% | 32,6% | 29,5% | 21,8% |
| Erkrankungen des Atmungstraktes z. B. Asthma | 19,2% | 18,2% | 20,0% | 18,9% | 18,2% |
| Herz-Kreislauf-Erkrankungen | 23,4% | 25,5% | 21,7% | 22,1% | 27,3% |
| Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates | 61,9% | 52,6% | 69,1% | 62,3% | 65,5% |
| Stoffwechselstörungen wie z. B. Diabetes | 14,4% | 17,5% | 12,0% | 12,3% | 23,6% |
| Übergewicht | 32,1% | 38,0% | 27,4% | 29,9% | 43,6% |
| Zahnerkrankungen, Zahnfehlstellungen ausgeschlossen | 18,9% | 26,8% | 20,6% | 20,9% | 10,9% |
| Zahnfehlstellungen, Zahnerkrankungen ausgeschlossen | 14,4% | 10,9% | 16,6% | 14,8% | 12,7% |
| Andere chronische Erkrankungen | 16,7% | 18,2% | 15,4% | 17,2% | 18,2% |
| Sonstige Beschwerden | 22,4% | 26,3% | 19,4% | 23,4% | 21,8% |

Tabelle 12 gibt Auskunft über die Altersverteilung bei den jeweiligen Beschwerdearten. Alarmierend ist das Ergebnis für die Gruppe der 21–30-Jährigen. Nicht nur der hohe Prozentsatz in dieser Altersgruppe, die unter Depressionen, Hauterkrankungen/Allergien und Migräne leiden, ist auffällig, sondern auch die oft auftretende Mehrfachbelastung. Der Körper kann mit auftretendem Stress nicht mehr adäquat umgehen. In dieser Lebensphase werden viele Dinge für das zukünftige Leben entschieden: Berufsausbildung, Arbeitsplatzsuche und Familiengründung sind nur einige davon. Darüber hinaus hat sich diese Altersgruppe im Vergleich zu früher auch noch mit ganz anderen Themen auseinandersetzen, wie zum Beispiel einer instabilen Arbeitsmarktlage sowie der Notwendigkeit, privat für das Alter vorzusorgen. Dies kann Überforderungs- und Insuffizienzgefühle hervorrufen.

Auch Übergewicht tritt in dieser Altersgruppe schon verstärkt auf (nimmt im Alter aber noch mehr zu). Oft wird schon im Kindesalter hierfür der Grundstein gelegt: Mangelnde Bewegung durch vermehrtes Sitzen vor dem Fernseher oder dem Computer sowie ausnahmslos kognitive Förderung in Verbindung mit einer ungesunden Ernährung sind einige der denkbaren Gründe für diese Fehlentwicklung.

Betrachtet man ausgewählte Beschwerdearten, so ergeben sich folgende Ergebnisse:

- Mit wachsendem Alter nimmt die Belastung durch Kopfschmerzen/Migräne ab.
- Mit wachsendem Alter nehmen gesundheitliche Beschwerden im Bereich des Hörens zu.
- Stoffwechselerkrankungen werden mit zunehmendem Alter relevanter.
- Zahnerkrankungen spielen interessanterweise mit zunehmendem Alter eine untergeordnete Rolle.

Tabelle 12: Aktuelle Beschwerden nach Altersklassen

| Beschwerdearten | 21–30 Jahre | 31–40 Jahre | 41–50 Jahre | 51–60 Jahre | 61–70 Jahre | Über 70 Jahre |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|---------------|
| Kopfschmerzen, inkl. Migräne | 48,1% | 51,2% | 36,2% | 20,7% | 14,8% | 9,7% |
| Erkrankungen des Auges, inkl. Fehlsichtigkeit | 37,0% | 23,3% | 26,1% | 28,0% | 29,6% | 29,0% |
| Krankheiten des Ohres, inkl. Schwerhörigkeit | 7,4% | 11,6% | 7,2% | 13,4% | 20,4% | 25,8% |
| Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes | 29,6% | 41,9% | 20,3% | 23,2% | 22,2% | 22,6% |
| Depressionen | 22,2% | 9,3% | 20,3% | 15,9% | 16,7% | 12,9% |
| Hauterkrankungen oder Allergien | 40,7% | 25,6% | 36,2% | 23,2% | 24,1% | 12,9% |
| Erkrankungen des Atmungstraktes z. B. Asthma | 18,5% | 25,6% | 20,3% | 12,2% | 20,4% | 22,6% |
| Herz-Kreislauf-Erkrankungen | 14,8% | 11,6% | 11,6% | 26,8% | 38,9% | 41,9% |
| Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates | 51,9% | 55,8% | 65,2% | 62,2% | 70,4% | 58,1% |
| Stoffwechselstörungen wie z. B. Diabetes | 3,7% | 9,3% | 7,2% | 14,6% | 29,6% | 22,6% |
| Übergewicht | 22,2% | 20,9% | 30,4% | 37,8% | 38,9% | 38,7% |
| Zahnerkrankungen, Zahnfehlstellungen ausgeschlossen | 25,9% | 25,6% | 18,8% | 17,1% | 18,5% | 6,5% |

4.5 Ergebnisbereich 4: Vorsorge

4.5.1 Vorsorgeverhalten

Um das Vorsorgeverhalten der Deutschen näher zu beleuchten, wurden die Teilnehmer zunächst gebeten, folgende Fragen zu beantworten:

„Ich bitte Sie, zu beurteilen, ob Ihnen Vorsorge in diesen Bereichen generell wichtig ist. Der Besuch beim ...“

„Welche Art Vorsorge nehmen Sie regelmäßig in Anspruch?“

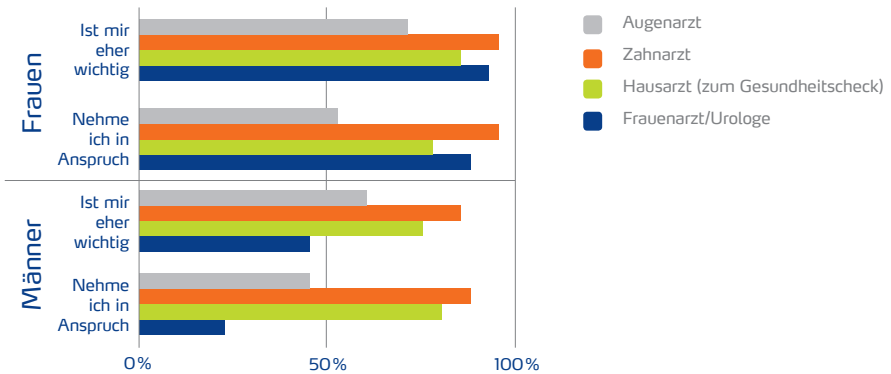
Tabelle 13: Vorsorgeverhalten

| Arzt | Ist mir eher wichtig | Ist mir eher nicht wichtig | Trifft auf mich nicht zu | Nehme ich in Anspruch | Nehme ich nicht in Anspruch | Trifft auf mich nicht zu |
|-----------------------------------|----------------------|----------------------------|--------------------------|-----------------------|-----------------------------|--------------------------|
| Augenarzt | 66,2% | 22,8% | 10,9% | 48,4% | 41,4% | 10,1% |
| Zahnarzt | 90,6% | 6,9% | 2,5% | 90,8% | 7,3% | 1,8% |
| Hausarzt (zum Gesundheitscheck) | 78,4% | 14,8% | 6,8% | 72,9% | 22,0% | 5,0% |
| Frauenarzt oder Urologe | 67,6% | 17,1% | 15,3% | 56,1% | 29,4% | 14,4% |
| HNO-Arzt | 34,6% | 44,4% | 20,9% | 18,7% | 60,6% | 20,5% |
| Gastroenterologen | 32,5% | 33,7% | 31,5% | 10,7% | 57,6% | 29,6% |
| Radiologen z. B. zur Mammographie | 45,0% | 28,5% | 26,3% | 22,0% | 54,3% | 23,6% |
| Kinderarzt | 33,3% | 10,9% | 55,8% | 17,9% | 17,8% | 64,2% |
| Orthopäde | 43,3% | 35,3% | 21,3% | 24,1% | 56,8% | 18,8% |
| Hautarzt | 39,7% | 37,9% | 22,3% | 22,7% | 57,1% | 20,1% |
| Kardiologe | 42,2% | 30,5% | 26,7% | 16,2% | 56,8% | 26,5% |
| Homöopath | 17,6% | 48,5% | 33,0% | 9,8% | 58,7% | 31,0% |

Tabelle 14: Vorsorgeverhalten im Geschlechtervergleich

| Arzt | Männer | | Frauen | |
|---------------------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|
| | Ist mir eher wichtig | Nehme ich in Anspruch | Ist mir eher wichtig | Nehme ich in Anspruch |
| Augenarzt | 61,6% | 42,4% | 70,6% | 54,1% |
| Zahnarzt | 86,9% | 87,8% | 94,1% | 93,7% |
| Hausarzt (zum Gesundheitscheck) | 75,5% | 70,4% | 81,2% | 75,3% |
| Frauenarzt/Urologe | 44,1% | 23,7% | 90,2% | 87,3% |

Abbildung 2: Vorsorgeverhalten im Geschlechtervergleich



Es zeigt sich deutlich, dass vor allem der Bereich der Zähne und dementsprechend auch der Besuch beim Zahnarzt sehr ernst genommen wird. Über 90% der Deutschen halten den regelmäßigen Besuch beim Zahnarzt für wichtig und nehmen ihn auch in Anspruch. Es zeigt sich an dieser Stelle sehr deutlich, dass sich gesamtgesellschaftliches Gesundheitsverhalten auch über die Einführung von Bonussystemen steuern lässt. Gerade im Bereich der Zahnmedizin ist seit vielen Jahren das Instrument des „Bonusheftes“ bekannt, das die finanzielle Beteiligung der Krankenkassen an zahnärztlichen Behandlungen erhöht, wenn eine regelmäßige Inanspruchnahme von Kontrolluntersuchungen dokumentiert werden kann. Die Etablierung solcher Bonussysteme sollte in jedem Fall auch für andere gesundheitlich relevante Bereiche überdacht werden.

Auch der regelmäßige Besuch beim Hausarzt zum Gesundheitscheck ist für einen Großteil obligatorisch. Auffällig ist, dass vielen Befragten der Besuch beim Spezialisten zwar wichtig ist (Hautarzt, Radiologe, Kardiologe), er jedoch nur bei ca. jeweils der Hälfte davon auch wirklich in Anspruch genommen wird. Hier ist das Problembewusstsein zwar vorhanden, wird aber nicht in konkrete Maßnahmen umgesetzt. Möglicherweise besagt das Ergebnis aber auch nur, dass die Befragten eine solche Spezialistenhilfe in Anspruch nehmen würden, wenn es eine entsprechende Notwendigkeit dafür gibt.

Eine Diskrepanz zwischen „Wichtigkeitseinschätzung“ und tatsächlicher Inanspruchnahme zeigt sich zwischen Frauen und Männern im Hinblick auf den Frauenarzt/Urologen. Fast 45% der Männer empfinden den Besuch beim Urologen als wichtig, doch nur knapp 24% „trauen“ sich hin. Im Gegensatz dazu zeigt sich bei den Frauen in Bezug auf den Frauenarzt eine sehr viel höhere Parallelität von Wichtigkeitseinschätzung und Inanspruchnahme. Über 90% der befragten Frauen erachten den Besuch beim Gynäkologen für wichtig. Fast ebenso viele Frauen nehmen den regelmäßigen Besuch dieses Facharztes auch vor.

Im Altersvergleich wird deutlich, dass über alle Altersklassen hinweg der Zahnarztbesuch zu den wichtigsten und am häufigsten in Anspruch genommenen Arztbesuchen zählt (Tabelle siehe Anhang).

4.5.2 Möglichkeiten zur Steigerung des Wohlbefindens

Neben der Konsultation eines Arztes gibt es noch eine Vielzahl anderer Möglichkeiten und Verhaltensweisen, um die persönliche Gesundheit zu erhalten, zu steigern und/oder wieder herzustellen und das eigene Wohlbefinden zu optimieren.

Im Rahmen der Befragung sollten die Teilnehmer angeben, welche der genannten Verhaltensweisen sie zur Erhaltung ihrer Gesundheit praktizieren:

Was tun Sie zur Erhaltung Ihrer Gesundheit?

- Gesunde Ernährung
- Ausreichend nichtalkoholische Getränke
- Höherwertige Lebensmittel
- Ausreichend Schlaf
- Fettarme Ernährung
- Regelmäßige Bewegung
- Zuckerarme Ernährung
- Regelmäßige Saunabesuche
- Nahrungsergänzungsmittel
- Regelmäßige Massagen
- Geringer/kein Alkoholkonsum
- Fastenkuren
- Geringer/kein Nikotinkonsum
- Sonstige Wellnessanwendungen

Tabelle 15 zeigt die Ergebnisse: Die regelmäßige Bewegung wird von 90% der Befragten als praktizierte Möglichkeit zur Steigerung des eigenen Wohlbefindens angegeben. Auf den weiteren Plätzen folgen das ausreichende Trinken nichtalkoholischer Getränke (88,7%), das Achten auf gesunde Ernährung (86,1%) und das ausreichende Schlafen (83,6%). Die Meidung von Alkohol und Nikotin sowie die Berücksichtigung bestimmter Ernährungsgewohnheiten (fettarm, höherwertige Lebensmittel) dienen vielen Befragten ebenfalls als Mittel zur Steigerung des eigenen Wohlbefindens.

Tabelle 15: Möglichkeiten, das Wohlbefinden zu steigern

| | | | |
|------------------------------------|-------|---|-------|
| Gesunde Ernährung | 86,1% | Ausreichend nichtalkoholische Getränke | 88,7% |
| Höherwertige Lebensmittel | 64,4% | Ausreichend Schlaf | 83,6% |
| Fettarme Ernährung | 71,0% | Regelmäßige Bewegung | 90,0% |
| Zuckerarme Ernährung | 54,9% | Regelmäßige Saunabesuche | 20,8% |
| Nahrungsergänzungsmittel | 21,7% | Regelmäßige Massagen | 14,4% |
| Geringer/kein Alkoholkonsum | 79,3% | Fastenkuren | 10,1% |
| Geringer/kein Nikotinkonsum | 73,8% | Sonstige Wellnessanwendungen | 21,4% |

Im Zusammenhang mit unterschiedlichen Möglichkeiten, das eigene Wohlbefinden positiv zu beeinflussen, stellt sich auch immer wieder die Frage, inwieweit einkommensschwächere Bürger sich bestimmte Dinge zur Erhaltung/Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens leisten können. Höherwertige Lebensmittel, fettarme Ernährung und Wellness beispielsweise sind mitunter mit höheren Kosten verbunden.

Tabelle 16 zeigt das Verhalten der Deutschen zur Wohlbefindenssteigerung und Gesundheitserhaltung im Einkommensvergleich.

Tabelle 16: Möglichkeit zur Steigerung des Wohlbefindens, Einkommensvergleich

| Möglichkeiten der Gesundheitserhaltung | Kein eigenes Einkommen | Unter € 500 | Zw. € 500 und € 1.000 | Zw. € 1.000 und € 1.500 | Zw. € 1.500 und € 2.000 | Zw. € 2.000 und € 2.500 | Über € 2.500 |
|--|------------------------|-------------|-----------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|--------------|
| Gesunde Ernährung | 81,9% | 82,4% | 89,2% | 82,9% | 88,6% | 87,6% | 85,9% |
| Höherwertige Lebensmittel | 51,8% | 56,0% | 57,7% | 57,7% | 71,9% | 68,5% | 75,6% |
| Fettarme Ernährung | 62,7% | 65,9% | 73,9% | 68,6% | 71,3% | 73,7% | 76,4% |
| Zuckerarme Ernährung | 47,0% | 45,1% | 61,3% | 55,4% | 50,3% | 50,6% | 64,1% |
| Nahrungsergänzungsmittel | 15,7% | 16,5% | 21,6% | 18,3% | 25,7% | 16,9% | 25,6% |
| Geringer/kein Alkoholkonsum | 84,3% | 74,7% | 76,6% | 84,6% | 79,0% | 76,4% | 73,7% |
| Geringer/kein Nikotinkonsum | 73,5% | 67,0% | 73,0% | 72,0% | 70,7% | 74,2% | 77,6% |
| Ausreichend nichtalkoholische Getränke | 85,5% | 84,6% | 63,8% | 92,0% | 88,6% | 85,4% | 91,7% |
| Ausreichend Schlaf | 86,7% | 76,9% | 85,6% | 85,7% | 83,2% | 84,3% | 80,8% |
| Regelmäßige Bewegung | 91,6% | 86,8% | 91,9% | 89,7% | 91,0% | 91,0% | 89,1% |
| Regelmäßige Saunabesuche | 15,7% | 9,9% | 16,2% | 14,9% | 23,4% | 34,8% | 29,5% |
| Regelmäßige Massagen | 12,0% | 13,2% | 13,5% | 14,9% | 18,6% | 12,4% | 14,1% |
| Fastenkuren | 10,8% | 6,6% | 12,6% | 9,1% | 9,0% | 15,7% | 10,3% |
| Sonstige Wellnessanwendungen | 21,7% | 17,6% | 21,6% | 22,3% | 21,6% | 29,2% | 23,1% |

Es fällt auf, dass die Tendenzen, sich gesund und fettarm zu ernähren, aber vor allem höherwertige Lebensmittel zu kaufen, mit steigendem Einkommen zunehmen. Eingeschränkt trifft dies auch auf den Einsatz von Nahrungsergänzungsmitteln zu, wobei deren gesundheitsprotektiver Effekt differenziert zu betrachten ist. Was andere, mitunter eher kostensensitive Maßnahmen wie zum Beispiel Wellnessanwendungen oder Nahrungsergänzungsmittel angeht, so ist der Einkommenseffekt weit weniger stark als erwartet. Einzig bei den „Saunabesuchen“ als Möglichkeit zur positiven Beeinflussung des eigenen Wohlbefindens zeigt sich noch eine leichte Abhängigkeit vom Einkommen in der erwarteten Richtung.

Auffällig ist, dass Befragte ohne eigenes Einkommen häufiger entsprechende abgefragte Maßnahmen ergreifen als Personen mit einem Einkommen unter € 500. Dies lässt sich möglicherweise dadurch erklären, dass zu erstgenannter Gruppe größtenteils Schüler, Auszubildende oder Studenten gehören, die eventuell noch zu Hause leben. Dort wird verstärkt von den Eltern auf Gesundheit geachtet bzw. über die Eltern werden entsprechende Maßnahmen zur Gesundheitsförderung finanziert.

4.5.3 Kostenpflichtige Vorsorge

Eine Schlüsselfrage in der aktuellen Gesundheitsdiskussion ist die Bereitschaft der Bürger, in diesem Bereich (noch weitere) finanzielle Eigenverantwortung zu übernehmen. Daher wurden die Interviewten gefragt, ob sie auch Vorsorgemaßnahmen in Anspruch nehmen, bei denen sie Zuzahlungen zu leisten haben oder die sie komplett aus eigener Tasche finanzieren müssen. Die Ergebnisse (Tabelle siehe Anhang) zeigen, dass fast 57% der Befragten mit eigenen finanziellen Mitteln in ihre Gesundheit investieren. Frauen sind auch hier erwartungsgemäß die Engagierteren und Gesundheitsbewussteren, sie nehmen zu knapp zwei Drittel private Vorsorge wahr. Dies trifft jedoch nur für 50% der Männer zu. Grund hierfür könnte einerseits die Tatsache sein, dass Frauen Vorsorgemaßnahmen generell für wichtiger erachten als Männer (siehe 4.5.1). Andererseits könnte es jedoch auch sein, dass Frauen im Rahmen ihrer Arztbesuche mit diesem Thema häufiger konfrontiert werden als Männer (zum Beispiel: geschlechtsspezifische Vorsorge beim Frauenarzt).

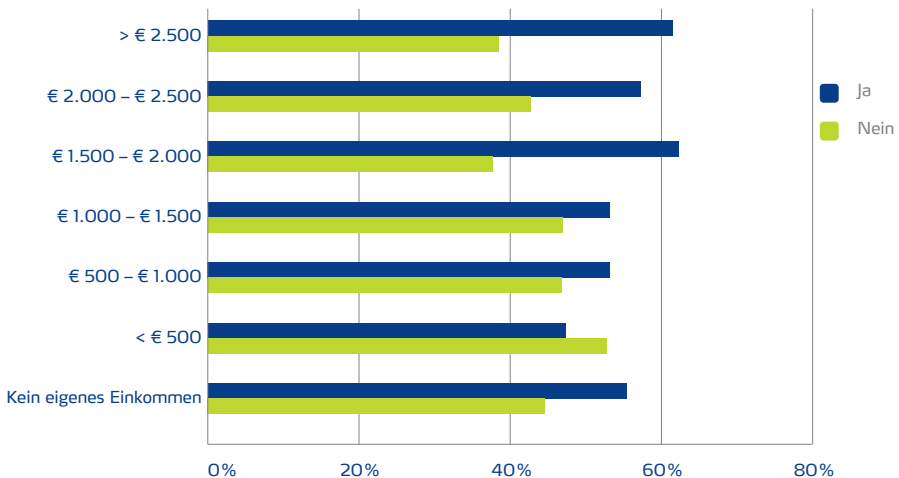
Im Ost-West-Vergleich zeigen sich keine bedeutsamen Unterschiede. 58,1% der Westdeutschen und 54% der Ostdeutschen nehmen Vorsorgemaßnahmen wahr, die sie – zumindest partiell – selbst finanzieren (Tabelle siehe Anhang).

Erneut lässt sich auch hier die Frage stellen, ob die Bereitschaft zur privaten Vorsorge mit der Einkommenshöhe zusammenhängt. Tabelle 17 zeigt eine ausgeprägtere Bereitschaft bei Befragten mit höherem Einkommen auch eher privat vorzusorgen. Allerdings sind auch etwa 45% der Geringverdiener bereit, private Investitionen im Bereich der Gesundheit zu leisten. Offensichtlich spielt das Einkommen also schon eine gewisse Rolle hinsichtlich der Frage, ob ein Bürger sich auch mit eigenen finanziellen Mitteln an Vorsorgemaßnahmen beteiligt. Aber selbst bei geringeren Einkommen gibt es schon noch eine hohe Bereitschaft, für die eigene Gesundheit stützende bzw. fördernde Maßnahmen in Anspruch zu nehmen.

Tabelle 17: Private Vorsorgebereitschaft nach Einkommensklassen

| Eigene Vorsorge | Kein eigenes Einkommen | Unter € 500 | Zw. € 500 und € 1.000 | Zw. € 1.000 und € 1.500 | Zw. € 1.500 und € 2.000 | Zw. € 2.000 und € 2.500 | Über € 2.500 |
|-----------------|------------------------|-------------|-----------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|--------------|
| Ja | 55,4% | 47,3% | 53,2% | 53,1% | 62,3% | 57,3% | 61,5% |
| Nein | 44,6% | 52,7% | 46,8% | 46,9% | 37,7% | 42,7% | 38,5% |

Abbildung 3: Private Vorsorgebereitschaft nach Einkommensklassen



Wie Tabelle 18 zeigt, unterscheiden sich auch die Gesundheitstypen – erwartungsgemäß – in ihrem privaten Vorsorgeverhalten. Während der „engagierte Typ“ in über 64% der Fälle privat Geld in seine Gesundheitsvorsorge investiert, nehmen nur etwa 37% der „Bequemen“ selbst Geld dafür in die Hand und liegen damit weit unter dem Durchschnitt. Eine mögliche Erklärung hierfür könnte sein, dass sich dieser Typ durch momentan geringe gesundheitliche Beschwerden (siehe 4.4) „in Sicherheit wiegt“ und daher die Vorbeugung eher vernachlässigt.

Tabelle 18: Private Vorsorgebereitschaft bei den Gesundheitstypen

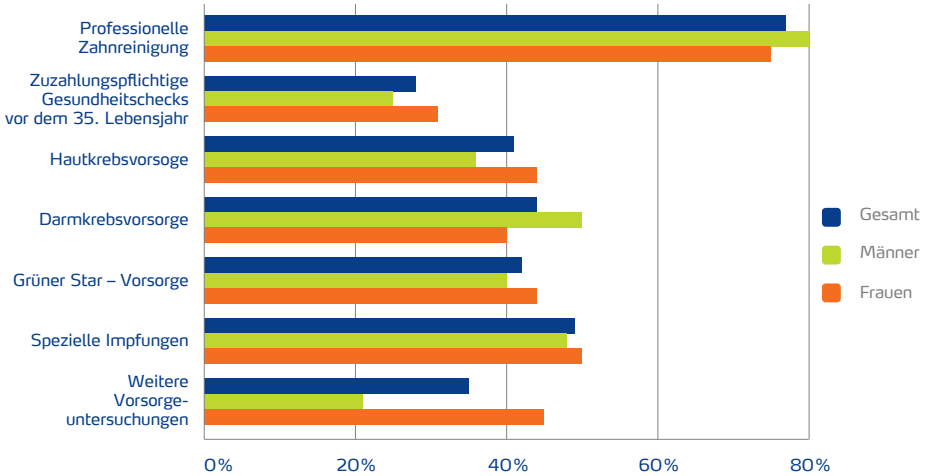
| Nehmen Sie auch kostenpflichtige Arten von Vorsorge in Anspruch? | Der Desinteressierte | Der Interessierte | Der Ängstliche | Der Engagierte | Der Bequeme |
|--|----------------------|-------------------|----------------|----------------|-------------|
| Ja | 55,7% | 61,3% | 51,2% | 64,8% | 37,3% |
| Nein | 44,3% | 38,7% | 48,8% | 35,2% | 62,7% |

Darüber hinaus wurden die Befragten auch gebeten anzugeben, welche Arten von kostenpflichtiger Vorsorge sie in Anspruch nehmen. Tabelle 19 zeigt die Ergebnisse.

Tabelle 19: In Anspruch genommene kostenpflichtige Vorsorge

| Kostenpflichtige Vorsorge | Gesamt | Männer | Frauen |
|---|--------|--------|--------|
| Professionelle Zahnreinigung | 77% | 80% | 75% |
| Zuzahlungspflichtige Gesundheitschecks vor dem 35. Lebensjahr | 28% | 25% | 31% |
| Hautkrebsvorsorge | 41% | 36% | 44% |
| Darmkrebsvorsorge | 44% | 50% | 40% |
| Grüner Star – Vorsorge | 42% | 40% | 44% |
| Spezielle Impfungen | 49% | 48% | 50% |
| Weitere Vorsorgeuntersuchungen | 35% | 21% | 45% |

Abbildung 4: In Anspruch genommene kostenpflichtige Vorsorge



Wieder ist es der zahnmedizinische Bereich, für den am ehesten privat Geld investiert wird. Es zeigt sich erneut, dass durch das Zusammenspiel von Aufklärung einerseits und Anreizsystemen andererseits die Bereitschaft zur privaten Vorsorge gesteigert werden kann. Interessanterweise gibt es bei den kostenpflichtigen Vorsorgemaßnahmen ausgewählte Bereiche, in denen Männer sogar noch eine stärkere Vorsorgebereitschaft haben als Frauen. Speziell das Ergebnis zum Bereich Darmkrebsvorsorge bedarf einer Kommentierung. Hier zeigt sich nämlich, dass die kostenpflichtige Darmkrebsvorsorge von Männern noch eher in Anspruch genommen wird als von Frauen. Dies sollte aber nicht mit der faktisch gesicherten Tatsache verwechselt werden, dass Frauen – unabhängig von der Selbstbeteiligung oder Eigenfinanzierung – (Darmkrebs-) Vorsorgemaßnahmen in größerem Ausmaß wahrnehmen als Männer.

4.6 Ergebnisbereich 5: Sport

Aktive Bewegung und sportliche Betätigung sind nachgewiesener Weise geeignete Mittel, um die eigene Gesundheit zu verbessern, zu erhalten und das Wohlbefinden zu steigern. Deswegen wurde ermittelt, ob und in welchem Ausmaß die Befragten sich bewegen und sportliche Aktivitäten entwickeln. 64% der Befragten gaben an, regelmäßig Sport zu treiben. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass über ein Drittel der Befragten

sich nicht regelmäßig sportlich betätigt. Dieses Ergebnis deckt sich nicht mit der zuvor dargestellten Erkenntnis (4.5.2; Möglichkeiten zur Steigerung des Wohlbefindens), wonach 90% der Befragten angeben, sich regelmäßig zu bewegen. Sport scheint da nur in zwei Drittel der Fälle dazu zu zählen.

Tabelle 20 zeigt, wie häufig diejenigen Befragten Sport treiben, die angegeben hatten, regelmäßig Sport zu treiben.

Tabelle 20: Wie oft wird Sport getrieben?

| Häufigkeit | Gesamt |
|---------------------------|--------|
| Seltener als 1x pro Woche | 4,4% |
| 1x pro Woche | 19,7% |
| 2-3x pro Woche | 52,2% |
| Häufiger als 3x pro Woche | 23,7% |

Die Ergebnisse zeigen, dass über 50% der Befragten zwei- bis dreimal pro Woche Sport treiben. Je etwa ein Viertel treibt häufiger bzw. seltener als zwei- bis dreimal pro Woche Sport.

Weiterhin wurden die Interviewpartner gefragt, welche Sportarten sie ausüben. Es standen dabei folgende Auswahlmöglichkeiten zur Verfügung:

- Ausdauersportarten
- Yoga, Pilates oder Ähnliches
- Gymnastik
- Mannschaftssportarten
- Fitnesstraining im Studio
- Aerobic
- Golf
- Tennis
- Ski
- Leichtathletik
- Tanzen
- Sonstiges

Die Tabellen 21 und 22 zeigen, welche Sportarten am häufigsten ausgeübt werden, sowohl im Geschlechtervergleich als auch in ihrer Verteilung über die Altersklassen.

Tabelle 21: Welche Sportarten werden ausgeübt? Gesamtdeutscher Durchschnitt und Geschlechtervergleich

| Sportarten | Gesamt | Männer | Frauen |
|------------------------------|--------|--------|--------|
| Ausdauersportarten | 82,4% | 80,5% | 84,2% |
| Gymnastik | 37,9% | 26,5% | 48,2% |
| Fitnessstraining im Studio | 30,6% | 31,1% | 30,1% |
| Ski | 23,0% | 25,8% | 20,5% |
| Tanzen | 17,6% | 13,6% | 21,1% |
| Yoga, Pilates oder Ähnliches | 14,6% | 4,3% | 23,8% |
| Mannschaftssportarten | 18,2% | 29,1% | 8,3% |
| Aerobic | 9,6% | 2,3% | 16,1% |
| Tennis | 6,9% | 8,6% | 5,4% |
| Leichtathletik | 4,9% | 7,0% | 3,0% |
| Golf | 3,9% | 5,6% | 2,4% |
| Sonstiges | 24,0% | 27,2% | 21,1% |

Tabelle 22: Welche Sportarten werden ausgeübt? Altersvergleich

| Sportarten | 18–20 Jahre | 21–30 Jahre | 31–40 Jahre | 41–50 Jahre | 51–60 Jahre | 61–70 Jahre | Über 70 Jahre |
|------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|---------------|
| Ausdauersportarten | 77,5% | 73,0% | 86,6% | 83,2% | 85,2% | 85,4% | 76,5% |
| Gymnastik | 22,5% | 16,9% | 29,9% | 39,2% | 41,7% | 57,3% | 73,5% |
| Fitnessstraining im Studio | 37,5% | 47,2% | 27,6% | 28,0% | 33,0% | 19,1% | 23,5% |
| Ski | 27,5% | 20,2% | 26,8% | 22,4% | 23,5% | 22,5% | 11,8% |
| Tanzen | 15,0% | 16,9% | 21,3% | 16,1% | 19,1% | 19,1% | 5,9% |
| Yoga, Pilates oder Ähnliches | 5,0% | 6,7% | 21,3% | 15,4% | 17,4% | 12,4% | 14,7% |
| Mannschaftssportarten | 47,5% | 33,7% | 16,5% | 18,2% | 10,4% | 7,9% | - |
| Aerobic | 12,5% | 9,0% | 15,0% | 7,0% | 9,6% | 7,9% | 2,9% |
| Tennis | 2,5% | 7,9% | 6,3% | 5,5% | 9,6% | 10,1% | - |
| Leichtathletik | 7,5% | 3,4% | 6,3% | 4,9% | 1,7% | 5,6% | 5,9% |
| Golf | 5,0% | 2,2% | 4,7% | 1,4% | 4,3% | 7,9% | 2,9% |
| Sonstiges | 25,0% | 27,0% | 27,6% | 19,6% | 27,0% | 21,3% | 17,6% |

Die Ergebnisse zeigen deutlich: Die Deutschen bevorzugen zur Gesundheitsförderung eher „preiswerte“ Sportarten ohne regelmäßige Investitionen.

Gerade Ausdauersportarten wie Laufen, Radfahren, Nordic Walking, Schwimmen oder Inlineskaten sind sehr beliebt. Die meisten der hier befragten sporttreibenden Deutschen tun so etwas für ihre Ausdauer. Frauen betreiben diese Sportarten noch etwas häufiger als Männer und über die Lebensspanne gesehen, nimmt deren Beliebtheit sogar noch zu. Manche Sportarten sind typische Frauensportarten und werden nur jeweils von wenigen Männern ausgeübt. Hierzu zählt Gymnastik (fast 50% der Frauen, aber nur ca. ein Viertel der Männer) sowie Aerobic, Yoga, Pilates und Tanzen. Männer hingegen favorisieren eher Mannschaftssportarten: Über dreimal soviel Männer wie Frauen geben an, Mannschaftssportarten auszuüben.

Die Beliebtheit von Gymnastik nimmt generell mit dem Alter zu. 73,5% der über 70-Jährigen, die regelmäßig Sport treiben, machen Gymnastik, wohingegen nur ca. ein Viertel der unter 40-Jährigen sich auf diese Weise betätigt.

Mannschaftssportarten hingegen sind eher Sportarten für jüngere Menschen. Hier nimmt die Beliebtheit ab einem Alter von 30 Jahren stetig ab. Ein Grund hierfür könnte die knapper werdende Zeit für regelmäßige Trainingstermine sein. Sportarten, die man allein für sich betreiben kann (wie z. B. Ausdauersportarten), werden beliebter, möglicherweise auch, weil man sie flexibler und unabhängig von anderen praktizieren kann.

Die Beliebtheit von Tennis ist gerade bei den ganz jungen Befragten von Golf verdrängt worden. Die Ergebnisse deuten an, dass Golf sich von einer altmodischen „Alte-Leute-Sportart“ zu einer Trendsportart entwickeln könnte.

Interessante Ergebnisse finden sich auch bei der Frage, ob sich das Sportverhalten zwischen den fünf Gesundheitstypen unterscheidet. Tabelle 23 zeigt, dass sich – wie erwartet – der „Engagierte“ am meisten sportlich betätigt. Er liegt mit 85,5% weit über dem bundesdeutschen Durchschnitt. Der „Bequeme“ hingegen betätigt sich am wenigsten oft. Nur knapp 44% der Befragten dieses Typus geben an, regelmäßig Sport zu treiben. Auch der „ängstliche Typ“ macht verhältnismäßig wenig Sport. Eventuell spielt hier die Angst vor Verletzungen eine Rolle. Dabei ist nachgewiesen, dass der gesundheitliche Nutzen von angemessener Bewegung und Sport die potenziellen Risiken und Schädigungsgefahren um ein Vielfaches übertrifft.

Tabelle 23: Sportverhalten bei den Gesundheitstypen

| Sportliche Betätigung | Der Desinteressierte | Der Interessierte | Der Ängstliche | Der Engagierte | Der Bequeme |
|-----------------------|----------------------|-------------------|----------------|----------------|-------------|
| Ja | 51,1% | 54,3% | 48,8% | 85,5% | 43,7% |
| Nein | 48,9% | 45,7% | 51,2% | 14,5% | 56,3% |

4.7 Ergebnisbereich 6: Bereitschaft zur Eigenfinanzierung

Im vorletzten Abschnitt des Interviews sollte ermittelt werden, ob und in welchem Maße die Deutschen bereit sind, bestimmte gesundheitliche, bzw. dem gesundheitlichen Wohlbefinden dienliche, Leistungen in Anspruch zu nehmen, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden und daher privat finanziert werden müssen. Anders als bei der Frage nach der Bereitschaft zur Zuzahlung, ging es hier um die Frage, ob und inwieweit es eine Bereitschaft gibt, für solche Leistungen einen so genannten Gesundheitskredit aufzunehmen.

Folgende Bereiche wurden abgefragt:

„Können Sie sich vorstellen, diese Leistungen privat zu finanzieren?“

- Zahnersatz – nicht kosmetische Zahnleistungen
- Klassische medikamentöse Therapien
- Krankengerechtes Wohnen
- Kosmetische Zahnleistungen
- Kuren, REHA
- Reproduktionstherapie
- Sehkorrekturen
- Geistige Heilung (z. B. Reiki)
- Alternative Heilmethoden (z. B. Homöopathie)
- Schönheitsoperationen

Die Tabellen 24 und 25 zeigen die Ergebnisse zu dieser Fragestellung im gesamtdeutschen Durchschnitt, im Geschlechter- sowie im Ost-West-Vergleich.

Tabelle 24: Bereitschaft zur Eigenfinanzierung, Gesamtdeutscher Durchschnitt und Geschlechtervergleich

| Leistungen | Gesamt | Männer | Frauen |
|---|--------|--------|--------|
| Zahnersatz – nicht kosmetische Zahnleistungen | 77% | 75% | 79% |
| Krankengerechtes Wohnen | 69% | 66% | 72% |
| Kuren, REHA | 62% | 56% | 67% |
| Sehkorrekturen | 61% | 59% | 63% |
| Alternative Heilmethoden (z. B. Homöopathie) | 51% | 43% | 58% |
| Klassische medikamentöse Therapien | 44% | 43% | 46% |
| Kosmetische Zahnleistungen | 46% | 41% | 50% |
| Reproduktionstherapie | 18% | 17% | 18% |
| Geistige Heilung (z. B. Reiki) | 11% | 7% | 15% |
| Schönheitsoperationen | 7% | 7% | 8% |

Abbildung 5: Bereitschaft zur Eigenfinanzierung, Gesamtdeutscher Durchschnitt und Geschlechtervergleich

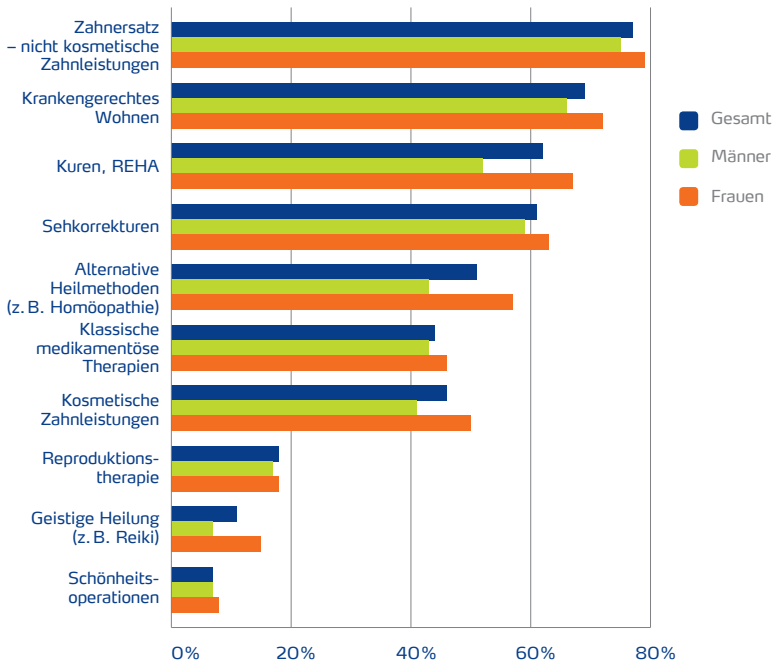


Tabelle 25: Bereitschaft zur Eigenfinanzierung, Ost-West-Vergleich

| Leistungen | West | Ost |
|---|-------------|------------|
| Zahnersatz – nicht kosmetische Zahnleistungen | 77,0% | 76,3% |
| Krankengerechtes Wohnen | 70,3% | 64,0% |
| Kuren, REHA | 61,2% | 65,5% |
| Sehkorrekturen | 62,4% | 51,1% |
| Alternative Heilmethoden (z. B. Homöopathie) | 52,0% | 42,2% |
| Klassische medikamentöse Therapien | 45,3% | 36,7% |
| Kosmetische Zahnleistungen | 46,8% | 39,6% |
| Reproduktionstherapie | 17,7% | 15,1% |
| Geistige Heilung (z. B. Reiki) | 12,1% | 5,8% |
| Schönheitsoperationen | 6,8% | 7,9% |

Offensichtlich besteht bei einer Vielzahl von gesundheitlichen Leistungen eine ausgeprägte Bereitschaft bei den Befragten, diese auch über einen Kredit zu finanzieren. Die höchsten Bereitschaften finden sich beim Zahnersatz (knapp 77% der Befragten könnten sich vorstellen, hierfür einen Kredit aufzunehmen) und beim krankengerechten Wohnen (hierfür könnten sich 69% der Befragten eine Kreditfinanzierung vorstellen). Aber auch Kuren und Rehabilitationsmaßnahmen sowie Sehkorrekturen sind für gut 60% der Befragten Leistungen, die kreditfinanziert in Anspruch genommen werden können. Die geringste Bereitschaft zu einer Kreditfinanzierung besteht im Hinblick auf Schönheitsoperationen (7%).

Auffällig ist, dass Frauen im Allgemeinen finanzierungsbereiter sind als Männer. Für alle abgefragten Leistungen liegen ihre Werte über denen der Männer. So würden auch fast 60% der Frauen für alternative Heilmethoden einen Kredit aufnehmen. Ebenso stehen kosmetische Zahnkorrekturen bei Frauen höher im Kurs.

Der Ost-West-Vergleich zeigt ähnliche Prioritäten im Osten wie im Westen, wenn auch die Werte im Osten meist etwas niedriger liegen als im Westen. Auch in den Neuen Bundesländern ist die Bereitschaft einen Gesundheitskredit aufzunehmen bei Zahnersatz und krankengerechtem Wohnen am höchsten. Eine höhere Bereitschaft zu privater Finanzierung zeigen die Menschen aus den Neuen Bundesländern allerdings bei Kuren und Rehabilitationsmaßnahmen sowie bei Schönheitsoperationen.

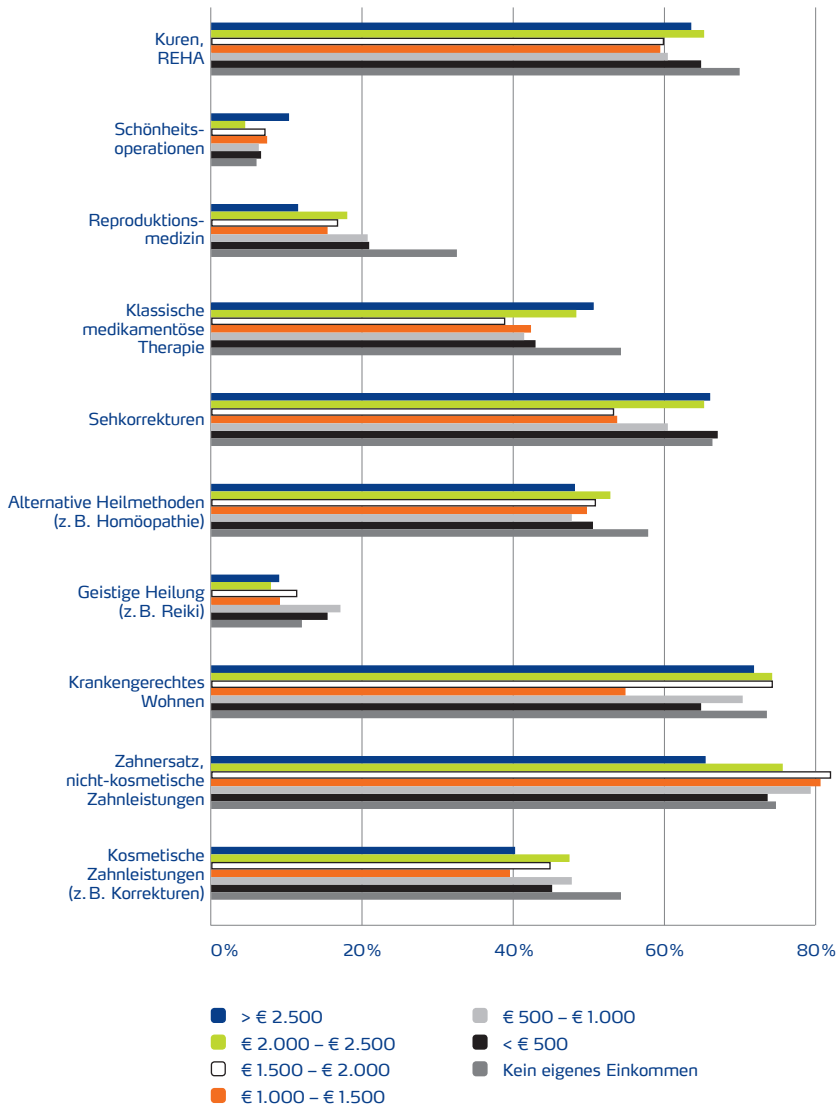
Wiederum lässt sich die Frage stellen, inwieweit die Bereitschaft zur Kreditfinanzierung bestimmter Leistungen vom jeweiligen Einkommen abhängig ist.

Tabelle 26 gibt hierauf eine Antwort.

Tabelle 26: Finanzierungsbereitschaft nach Einkommensklassen

| Leistungen | Kein eigenes Einkommen | Unter € 500 | Zw. € 500 und € 1.000 | Zw. € 1.000 und € 1.500 | Zw. € 1.500 und € 2.000 | Zw. € 2.000 und € 2.500 | Über € 2.500 |
|--|------------------------|-------------|-----------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|--------------|
| Kuren, REHA | 69,9% | 64,8% | 60,4% | 59,4% | 59,9% | 65,2% | 63,5% |
| Schönheitsoperationen | 6,0% | 6,6% | 6,3% | 7,4% | 7,2% | 4,5% | 10,3% |
| Reproduktionsmedizin | 32,5% | 20,9% | 20,7% | 15,4% | 16,8% | 18,0% | 11,5% |
| Klassische medikamentöse Therapie | 54,2% | 42,9% | 41,4% | 42,3% | 38,9% | 48,3% | 50,6% |
| Sehkorrekturen | 66,3% | 67,0% | 60,4% | 53,7% | 53,3% | 65,2% | 66,0% |
| Alternative Heilmethoden | 57,8% | 50,5% | 47,7% | 49,7% | 50,9% | 52,8% | 48,1% |
| Geistige Heilung (z. B. Reiki) | 12,0% | 15,4% | 17,1% | 9,1% | 11,4% | 7,9% | 9,0% |
| Krankengerechtes Wohnen | 73,5% | 64,8% | 70,3% | 54,8% | 74,3% | 74,2% | 71,8% |
| Zahnersatz, nicht-kosmetische Zahnleistungen | 74,7% | 73,6% | 79,3% | 80,6% | 82,0% | 75,6% | 65,4% |
| Kosmetische Zahnleistungen (z. B. Korrekturen) | 54,2% | 45,1% | 47,7% | 39,5% | 44,9% | 47,4% | 40,2% |

Abbildung 6: Finanzierungsbereitschaft nach Einkommensklassen



Die Ergebnisse zeigen deutlich, dass gerade bei Geringverdienern die Bereitschaft zur Finanzierung entsprechender Leistungen über einen Kredit am höchsten ausgeprägt ist. Dies liegt in der Natur der Sache, denn dadurch, dass die finanziellen Mittel bei den Geringverdienern fehlen, besteht eher eine Notwendigkeit zur Finanzierung solcher Leistungen über einen Kredit. Dies kann aber nicht der alleinige Grund sein, denn sonst müsste sich im Gegenschluss zeigen, dass die Besserverdienenden weniger finanzierungsbereit sind, weil sie sich entsprechende Leistungen „einfach so“ erlauben können.

Über alle Einkommensklassen hinweg ist die Bereitschaft, einen Gesundheitskredit aufzunehmen bei Zahnersatzbehandlungen und krankengerechtem Wohnen am größten.

Betrachtet man die unterschiedliche Bereitschaft zur Kreditfinanzierung bei den fünf Gesundheitstypen (siehe Tabelle 27), so ist auf den ersten Blick zu sehen, dass auch hier Zahnersatzbehandlungen und krankengerechtes Wohnen die Vorreiterrolle einnehmen, wobei der „engagierte Typ“ jeweils eine noch etwas höhere Finanzierungsbereitschaft zeigt. Auch bei Sehkorrekturen und kosmetischen Zahnleistungen zeigt er die größte Kreditfinanzierungsbereitschaft. Weiterhin lässt sich feststellen, dass dieser Typ durchaus auch aufgeschlossen gegenüber alternativen Heilmethoden oder geistigen Heilungen ist und auch Bereitschaft zeigt, dafür einen Kredit aufzunehmen.

Auffallend ist ebenso, dass der „ängstliche Typ“ im Vergleich zu den anderen Typen stärker dazu bereit ist, für Kuren und Rehabilitationsmaßnahmen sowie klassische medikamentöse Therapien einen Kredit aufzunehmen. Alternativen Heilmethoden gegenüber ist er hingegen eher skeptisch.

Hinsichtlich der Schönheitsoperationen findet sich das interessante Ergebnis, dass gerade der „Bequeme“, der wenig um seine Gesundheit besorgt ist, am ehesten dazu bereit wäre, für eine Schönheitsoperation einen Kredit aufzunehmen.

Tabelle 27: Bereitschaft zur Gesundheitsfinanzierung bei den Gesundheitstypen

| Leistungen | Der Desinteressierte | Der Interessierte | Der Ängstliche | Der Engagierte | Der Bequeme |
|---|----------------------|-------------------|----------------|----------------|-------------|
| Zahnersatz – nicht kosmetische Zahnleistungen | 77,3% | 78,0% | 72,0% | 80,0% | 76,1% |
| Krankengerechtes Wohnen | 63,6% | 69,4% | 69,0% | 71,7% | 66,9% |
| Kuren, REHA | 58,0% | 61,3% | 67,3% | 60,8% | 60,6% |
| Sehkorrekturen | 54,5% | 35,3% | 61,9% | 63,5% | 55,6% |
| Alternative Heilmethoden (z. B. Homöopathie) | 43,2% | 50,9% | 46,4% | 56,2% | 44,4% |
| Klassische medikamentöse Therapien | 31,8% | 47,4% | 51,2% | 45,3% | 38,7% |
| Kosmetische Zahnleistungen | 43,2% | 46,2% | 46,4% | 48,8% | 41,1% |
| Reproduktionstherapie | 14,8% | 16,2% | 21,4% | 15,8% | 23,9% |
| Geistige Heilung (z. B. Reiki) | 9,1% | 6,9% | 12,5% | 13,1% | 9,9% |
| Schönheitsoperationen | 6,8% | 8,7% | 8,9% | 4,9% | 10,6% |

4.8 Ergebnisbereich 7: Das deutsche Gesundheitssystem

Dieser Fragenkomplex diente der Erfassung der Zufriedenheit der Bundesbürger mit dem aktuellen deutschen Gesundheitssystem sowie dazu, deren Bereitschaft zu erfragen, das deutsche Gesundheitswesen auf ein anderes System umzustellen.

4.8.1 Zufriedenheit mit dem aktuellen Gesundheitssystem

Die Befragten sollten auf einer vierstufigen Skala angeben, wie zufrieden sie mit dem aktuellen deutschen Gesundheitssystem sind.

In den Tabellen 28 und 29 sind die Ergebnisse zusammengestellt:

Tabelle 28: Zufriedenheit mit dem aktuellen Gesundheitssystem

| | Gesamt | Männer | Frauen |
|------------------|--------|--------|--------|
| Unzufrieden | 26% | 25% | 27% |
| Eher unzufrieden | 33% | 28% | 38% |
| Eher zufrieden | 26% | 30% | 23% |
| Zufrieden | 15% | 18% | 13% |

Abbildung 7: Zufriedenheit mit dem aktuellen Gesundheitssystem

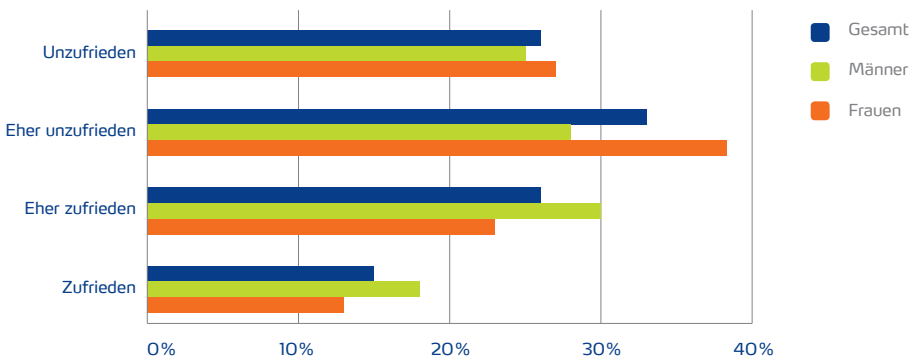


Tabelle 29: Zufriedenheit mit dem aktuellen Gesundheitssystem im Ost-West-Vergleich

| | West | Ost |
|------------------|-------|-------|
| Unzufrieden | 24,9% | 27,3% |
| Eher unzufrieden | 30,5% | 43,9% |
| Eher zufrieden | 27,2% | 19,4% |
| Zufrieden | 16,8% | 9,4% |

Die Ergebnisse zeigen deutlich, dass ein Großteil der Deutschen (fast 60%) mit dem derzeitigen Gesundheitssystem tendenziell unzufrieden ist. Frauen liegen mit 65% der tendenziell Unzufriedenen noch über dem bundesdeutschen Durchschnitt. Signifikante Effekte [$r = -0,097$; $p = 0,01$ (zweiseitig); $N = 989$]⁴ finden sich im Vergleich der Alten mit den Neuen Bundesländern. Hier zeigt sich, dass die ostdeutschen Bürger viel unzufriedener sind. Über 70% geben an, dass sie mit dem aktuellen Gesundheitssystem unzufrieden oder eher unzufrieden sind. Im Westen äußern sich nur ca. 55% der Befragten entsprechend. Möglicherweise findet hier ein Vergleich mit dem früheren System der Staatsmedizin in der ehemaligen DDR statt, das im retrospektiven Vergleich als besser eingeschätzt wird als das bestehende System.

⁴r: Korrelationskoeffizient; p: Signifikanzniveau; N: Anzahl der an der Analyse beteiligten Befragten

4.8.2 Bevorzugtes Gesundheitssystem

Abschließend wurden die Interviewteilnehmer nach ihren Präferenzen für ein bestimmtes Gesundheitssystem gefragt.

„Wenn Sie die Möglichkeit zur Wahl hätten, welches Gesundheitssystem würden Sie bevorzugen?“

- Ein rein staatliches Gesundheitssystem, das komplett, in allen seinen Leistungen durch einen etwas höheren Krankenkassenbeitrag abgedeckt ist.
- Ein vollständig privat finanziertes, bei dem kein gesetzlicher Krankenkassenbeitrag anfällt und jeder für sich entscheidet, welche individuelle medizinische Vorsorge oder Leistung er absichern möchte.
- Eine staatliche Grundversorgung, die eine Grundversorgung bietet und in der jeder entscheiden kann, welche individuelle medizinische Vorsorge oder Leistung er zusätzlich privat absichern möchte.

Es zeigt sich, dass trotz großer Unzufriedenheit mit dem aktuellen System dennoch fast 50% der Befragten wieder das System wählen würden, welches in Deutschland aktuell Bestand hat, also eine staatliche Grundversorgung mit individueller privater Absicherung (Tabelle siehe Anhang). Nur 12% der Befragten würden ein vollständig privat finanziertes Modell wählen. Hingegen wünschen sich 39% der Befragten ein noch stärker staatlich gesteuertes und gefördertes Gesundheitssystem. Frauen bevorzugen ein rein staatliches Modell in stärkerem Maße als Männer (43% der Frauen im Gegensatz zu 35% der Männer). Trotz einer gegebenen Unzufriedenheit mit dem Gesundheitssystem gibt es offensichtlich keine ausgeprägte Bereitschaft, durch eine stärkere Eigenbeteiligung eine Optimierung des Systems zu ermöglichen.

Tabelle 30 zeigt, dass in dieser Frage ein ausgeprägter Ost-West-Unterschied ($r = -0,128$; $p = 0,01$ (zweiseitig), $N = 986$) besteht. Während nur ca. ein Drittel der Befragten aus den Alten Bundesländern ein rein staatliches Gesundheitssystem bevorzugt (und dafür 50% der Befragten das jetzige System beibehalten wollen), kehren sich die Verhältnisse im ehemaligen Ostdeutschland fast um: 54% der Befragten wollen (wieder) ein rein staatliches Gesundheitssystem, ein vollständig privates Gesundheitssystem wird mit nur knapp 6% Befürwortern dort fast völlig abgelehnt.

Tabelle 30: bevorzugtes Gesundheitssystem, Ost-West-Vergleich

| Typen | West | Ost |
|--|-------|-------|
| Typ 1: ... ein rein staatliches Gesundheitssystem bevorzugen, das komplett, in allen seinen Leistungen durch einen etwas höheren Krankenkassenbeitrag abgedeckt ist. | 35,5% | 54,7% |
| Typ 2: ... ein staatliches Gesundheitssystem bevorzugen, das eine Grundversorgung bietet und in der jeder entscheiden kann, welche individuelle medizinische Vorsorge oder Leistung er zusätzlich privat absichern möchte. | 50,1% | 37,4% |
| Typ 3: ... ein vollständig privat finanziertes Gesundheitssystem bevorzugen, bei dem kein gesetzlicher Krankenkassenbeitrag anfällt und jeder für sich entscheidet, welche individuelle medizinische Vorsorge oder Leistung er absichern möchte. | 13,2% | 5,8% |

5. Schlussfolgerungen und Fazit

Was lässt sich zusammenfassend feststellen? Gesundheit ist für die Bundesbürger ein zentrales Gut. Wie vermutet, hat der persönliche Gesundheitsstatus einen sehr großen Einfluss auf die subjektiv wahrgenommene Lebensqualität. Und die meisten Bundesbürger beschreiben ihre aktuelle Lebensqualität als hoch, wenn nicht gar als sehr hoch. Frauen schätzen ihre subjektive Lebensqualität dabei noch höher ein als Männer.

Die Deutschen geben sich gerne als sehr gesundheitsbewusst. Der größte Teil der Befragten beschreibt sich selbst als gesundheitlich engagiert. Zur Erhaltung der Gesundheit bewegen sich die Deutschen eigenen Angaben zufolge ausreichend, sie ernähren sich gesund und trinken auch genügend (und zwar nicht-alkoholhaltige Getränke). Frauen sind gesundheitsbewusster und gesundheitssensibler als Männer.

Vergleicht man die subjektiven Angaben der Deutschen zu ihrem Gesundheitszustand mit faktisch gegebenen Zahlen zur Gesundheit der Deutschen, so zeigen sich gewisse Diskrepanzen. So gesund und so engagiert wie die Deutschen sich geben, scheinen sie nicht immer und überall zu sein. Gegen die in der vorliegenden Studie getätigten Selbstbeschreibungen sprechen die hohen Gesundheitskosten für bestimmte gesundheitliche Risikofaktoren und deren Folgekosten (zum Beispiel Übergewicht, Alkoholmissbrauch). Man könnte pointiert formulieren, dass bei nicht wenigen Deutschen die Selbstbeschreibung vom gesunden und engagierten Bürger eher ein Wunsch- denn ein Realitätsbild ist. Dennoch sollte der offensichtlich hohe Reiz, den die Gesundheit für den Einzelnen hat, genutzt werden, um entsprechendes Vorsorgeverhalten, aber auch die Bereitschaft zur eigenverantwortlichen materiellen wie immateriellen Investition in die eigene Gesundheit zu fördern.

Die Ansatzpunkte für gesundheitliche Maßnahmen sollten vor allem im Bereich der Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, des Übergewichts und des Kopfschmerzes liegen.

In der Studie findet sich vor allem bei jungen Menschen eine erstaunlich hohe Anzahl von Personen, die sich selbst als nachlässig gegenüber der eigenen Gesundheit bezeichnet.

Wenn man berücksichtigt, dass die Grundlagen für eine günstige Gesundheitsentwicklung gerade in jungen Jahren gelegt werden sollte, um spätere Kosten zu vermeiden, an dieser Einstellung unbedingt gearbeitet werden. Die 2.readyStudie zeigt nämlich auch, dass gerade diejenigen der jüngeren Altersgruppe (bis 30 Jahre), deren Lebensqualität durch gesundheitliche Beschwerden eingeschränkt ist, nicht nur ein Leiden zu beklagen haben. Vielmehr zeigt sich eine multiple Belastung mit unterschiedlichen Beschwerden schon in dieser jungen Altersgruppe. Manche Krankheiten wie z. B. Allergien und Hauterkrankungen, aber auch Migräne, kommen hier besonders häufig oder sogar am häufigsten vor. Möglicherweise gelingt es noch nicht in ausreichendem Maße, die jungen Menschen in ihren Sorgen und Ängsten, die nicht zuletzt durch die gesellschaftlichen Entwicklungen im arbeitsmarktpolitischen und gesundheitlichen Bereich entstehen, aufzufangen. Daraus resultieren vielfältige gesundheitliche Belastungen und Beschwerden. Eine alternative Hypothese könnte jedoch sein, dass die älteren Befragten weniger sensibel für gesundheitliche Beeinträchtigungen und Beschwerden sind. Vielleicht haben sie sich mit den bestehenden Beeinträchtigungen auch arrangiert und erwähnen diese – wenn überhaupt – nur noch beiläufig.

Was das Vorsorgeverhalten angeht, so spielt bei den meisten Deutschen die Vorsorge eine große Rolle. Gerade der Zahnarzt wird von fast allen Bundesbürgern regelmäßig aufgesucht. Im Bereich der Zahnpflege/-korrektur finden sich sowohl ein sehr hoch ausgeprägtes Problembewusstsein als auch eine hohe Bereitschaft zur Übernahme von Zuzahlungen. Es gilt genauer zu analysieren, wie auch in anderen Bereichen dieses Bewusstsein geschaffen werden kann, um späteren Kosten nachhaltig vorzubeugen. Möglicherweise kann der Bereich der Zahnmedizin als „Best Practise“-Beispiel herangezogen werden, um auch in anderen Gesundheitsfeldern zu einem ähnlichen Vorsorgeverhalten, aber auch einer Selbstbeteiligungsbereitschaft, zu gelangen.

Für kostenpflichtige Vorsorgeleistungen sind viele Deutsche bereit, Geld zu investieren. Es scheint sich mehr und mehr die Erkenntnis durchzusetzen, dass Gesundheit ebenso wie Wohnen, Reisen, Mode, das Auto usw. ein Gut ist, in das man selbst investieren muss, materiell wie auch immateriell. Frauen sind auch hier um einiges engagierter, sprich investitionsbereiter als Männer. Interessanterweise ist die Frage, ob und in welchem Ausmaß kostenpflichtige Vorsorgeleistungen in Anspruch genommen werden, weniger vom Einkommen abhängig, als das zu erwarten war. Gesundheitsvorsorge scheint also eher vom „Wollen“ als vom „Können“ abzuhängen.

Überraschenderweise ist die Bereitschaft zur Eigenfinanzierung von Gesundheitsleistungen, vor allem für Zahnersatz, Sehkorrekturen, krankengerechtes Wohnen sowie Kuren und Rehabilitationsmaßnahmen, sehr hoch. Hier deutet sich ein zunehmend wachsender Markt für entsprechende Dienstleistungen auch im Bereich der Finanzierung von Gesundheitsmaßnahmen an.

Zu erwarten war eine hohe Unzufriedenheit mit dem derzeitigen deutschen Gesundheitssystem, die sich auch tatsächlich gezeigt hat. Diese Unzufriedenheit hängt zum Teil mit steigenden Krankenkassenbeiträgen einerseits und den im Gegenzug immer stärker eingeschränkten Leistungen andererseits zusammen, die von den Krankenkassen tatsächlich noch übernommen werden. Auch die Paradoxie, dass auf der einen Seite immer mehr wichtige Vorsorgeuntersuchungen oder Vorsorgemaßnahmen privat bezahlt werden müssen, die Kasse auf der anderen Seite aber zahlt, wenn aufgrund von fehlender Vorsorge eine Krankheit zu spät erkannt wird und zu immensen Kosten führt, befördert verständlicherweise den Unmut der Versicherten. Allerdings bewirkt diese Unzufriedenheit im Umkehrschluss nicht, dass eine höhere Eigenverantwortung übernommen wird, denn über die Hälfte aller Deutschen würde wieder ein Gesundheitssystem wählen, das dem jetzigen entspricht.

Letztlich geht es darum, zu verdeutlichen, dass der Bereich der Gesundheit ein Lebensfeld ist, in dem immer mehr Selbstverantwortung und Engagement erforderlich sein wird. Andererseits wird es darauf ankommen, die Bürger für den Gedanken der Prävention weiter zu sensibilisieren, damit sie durch eigenes Handeln eine möglichst tragfähige Basis für ein gesundes und so weitgehend unbeeinträchtigtes Leben schaffen. In diesem Zusammenhang spielen nicht immer große finanzielle Aufwendungen eine Rolle, sondern es kann durchaus gelingen durch die Sensibilisierung und Förderung, beispielsweise einer Genusskultur und Genussfähigkeit, einen essenziellen Beitrag zur Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit und des persönlichen Wohlbefindens eines jeden Einzelnen zu leisten.

6. Tabellenanhang

6.1 Block 1: Gesundheitsverhalten

Tabelle 1:

| | | Ist Ihnen Vorsorge in diesem Bereich eher wichtig und nehmen Sie diese regelmäßig in Anspruch? | | | | | | | |
|--|--------------------------|--|------|----------|------|----------|------|--|--|
| | | Total | | Männlich | | Weiblich | | | |
| | | N | % | N | % | N | % | | |
| Über meine Gesundheit mache ich mir keine Gedanken. Nur in wirklich dringenden Fällen gehe ich zum Arzt. | Total | 990 | 100% | 485 | 100% | 505 | 100% | | |
| | Trifft auf mich nicht zu | 539 | 54% | 252 | 52% | 287 | 57% | | |
| | Trifft auf mich zu | 451 | 46% | 233 | 48% | 218 | 43% | | |
| Wenn es um meine Gesundheit geht, möchte ich gut informiert sein. Deswegen lebe ich nach der Devise: Lieber eine fachliche Meinung mehr eingeholt als blind vertraut! | Total | 994 | 100% | 487 | 100% | 507 | 100% | | |
| | Trifft auf mich nicht zu | 260 | 26% | 142 | 29% | 118 | 23% | | |
| | Trifft auf mich zu | 734 | 74% | 345 | 71% | 389 | 77% | | |
| Mit Gesundheit ist nicht zu spaßen! Bei Erkrankungen sollte deswegen sofort ein Arzt aufgesucht werden. | Total | 991 | 100% | 485 | 100% | 506 | 100% | | |
| | Trifft auf mich nicht zu | 335 | 34% | 161 | 33% | 174 | 34% | | |
| | Trifft auf mich zu | 656 | 66% | 324 | 67% | 332 | 66% | | |
| Meine Gesundheit ist mir sehr wichtig. Ich achte sehr auf meine Gesundheit, indem ich Sport mache, mich ausgewogen ernähre und regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nehme. | Total | 991 | 100% | 481 | 100% | 510 | 100% | | |
| | Trifft auf mich nicht zu | 317 | 32% | 190 | 40% | 127 | 25% | | |
| | Trifft auf mich zu | 674 | 68% | 291 | 60% | 383 | 75% | | |
| Ich weiß, dass ich eigentlich mehr auf meine Gesundheit achten müsste, aber oftmals bin ich einfach zu bequem. | Total | 996 | 100% | 488 | 100% | 508 | 100% | | |
| | Trifft auf mich nicht zu | 484 | 49% | 218 | 45% | 266 | 52% | | |
| | Trifft auf mich zu | 512 | 51% | 270 | 55% | 242 | 48% | | |

Tabelle 2:

| Welcher dieser Typen trifft am ehesten auf Sie zu? | Total | | Männlich | | Weiblich | |
|--|-------|-----|----------|-----|----------|-----|
| | N | % | N | % | N | % |
| Über meine Gesundheit mache ich mir keine Gedanken. Nur in wirklich dringenden Fällen gehe ich zum Arzt. | 89 | 9% | 47 | 10% | 42 | 8% |
| Wenn es um Gesundheit geht, möchte ich gut informiert sein. Deswegen lebe ich nach der Devise: Lieber eine fachliche Meinung mehr eingeholt als blind vertraut! | 173 | 18% | 79 | 16% | 94 | 19% |
| Mit Gesundheit ist nicht zu spaßen. Bei Erkrankungen sollte deswegen sofort ein Arzt aufgesucht werden! | 168 | 17% | 94 | 20% | 74 | 15% |
| Meine Gesundheit ist mir sehr wichtig. Ich achte sehr auf meine Gesundheit, indem ich Sport mache, mich ausgewogen ernähre und regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nehme. | 408 | 42% | 171 | 35% | 237 | 47% |
| Ich weiß, dass ich eigentlich mehr auf meine Gesundheit achten müsste, aber oftmals bin ich einfach zu bequem. | 143 | 15% | 91 | 19% | 52 | 10% |

Tabelle 3:

| Welcher dieser Typen trifft am ehesten auf Sie zu? | West | Ost | Berlin |
|--|-------|-------|--------|
| Über meine Gesundheit mache ich mir keine Gedanken. Nur in wirklich dringenden Fällen gehe ich zum Arzt. | 8,3% | 12,2% | 7,3% |
| Wenn es um Gesundheit geht, möchte ich gut informiert sein. Deswegen lebe ich nach der Devise: Lieber eine fachliche Meinung mehr eingeholt als blind vertraut! | 17,6% | 15,1% | 19,5% |
| Mit Gesundheit ist nicht zu spaßen. Bei Erkrankungen sollte deswegen sofort ein Arzt aufgesucht werden! | 16,1% | 19,4% | 22,0% |
| Meine Gesundheit ist mir sehr wichtig. Ich achte sehr auf meine Gesundheit, indem ich Sport mache, mich ausgewogen ernähre und regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nehme. | 41,9% | 38,1% | 22,0% |
| Ich weiß, dass ich eigentlich mehr auf meine Gesundheit achten müsste, aber oftmals bin ich einfach zu bequem. | 13,8% | 12,9% | 26,8% |

Tabelle 4:

| Welcher dieser Typen trifft am ehesten auf Sie zu? | Bis 20 Jahre | 21–30 Jahre | 31–40 Jahre | 41–50 Jahre | 51–60 Jahre | 61–70 Jahre | Über 70 Jahre |
|--|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|---------------|
| Über meine Gesundheit mache ich mir keine Gedanken. Nur in wirklich dringenden Fällen gehe ich zum Arzt. | 6,9% | 10,5% | 10,5% | 8,6% | 9,0% | 8,8% | 1,7% |
| Wenn es um Gesundheit geht, möchte ich gut informiert sein. Deswegen lebe ich nach der Devise: Lieber eine fachliche Meinung mehr eingeholt als blind vertraut! | 8,6% | 12,9% | 17,3% | 18,2% | 21,5% | 15,0% | 23,7% |
| Mit Gesundheit ist nicht zu spaßen. Bei Erkrankungen sollte deswegen sofort ein Arzt aufgesucht werden! | 25,9% | 19,4% | 15,7% | 17,7% | 12,5% | 15,0% | 22,0% |
| Meine Gesundheit ist mir sehr wichtig. Ich achte sehr auf meine Gesundheit, indem ich Sport mache, mich ausgewogen ernähre und regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nehme. | 24,1% | 33,9% | 41,9% | 43,6% | 38,5% | 49,7% | 39,0% |
| Ich weiß, dass ich eigentlich mehr auf meine Gesundheit achten müsste, aber oftmals bin ich einfach zu bequem. | 32,8% | 21,8% | 13,1% | 10,9% | 15,0% | 8,8% | 6,8% |

6.2 Block 2: Lebensqualität

Einschätzung der Lebensqualität

Tabelle 5:

Wie schätzen Sie Ihre momentane Lebensqualität ein? Ist sie...

| | Gesamt | Männer | Frauen | West | Ost | Berlin |
|-------------|--------|--------|--------|-------|-------|--------|
| Gering | 6,0% | 5,0% | 7,0% | 5,7% | 9,4% | 2,4% |
| Eher gering | 10,0% | 10,0% | 10,0% | 10,1% | 13,7% | 4,9% |
| Eher hoch | 44,0% | 47,0% | 42,0% | 43,3% | 45,3% | 56,1% |
| Hoch | 39,0% | 38,0% | 41,0% | 40,4% | 31,7% | 36,6% |

Tabelle 6:

Wie schätzen Sie Ihre momentane Lebensqualität ein? Ist sie...

| | Kein eigenes Einkommen | Unter € 500 | Zw. € 500 und € 1.000 | Zw. € 1.000 und € 1.500 | Zw. € 1.500 und € 2.000 | Zw. € 2.000 und € 2.500 | Über € 2.500 |
|-------------|------------------------|-------------|-----------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|--------------|
| Gering | 6,0% | 11,0% | 9,0% | 8,0% | 4,2% | 2,2% | 3,2% |
| Eher gering | 13,3% | 15,4% | 21,6% | 11,4% | 10,8% | 3,4% | 2,6% |
| Eher hoch | 41,0% | 37,4% | 37,8% | 46,9% | 41,9% | 51,7% | 47,4% |
| Hoch | 39,8% | 36,3% | 31,5% | 33,1% | 42,5% | 42,7% | 46,8% |

Tabelle 7:

Wie schätzen Sie Ihre momentane Lebensqualität ein? Ist sie...

| | N | Mittelwert |
|--|----------|-------------------|
| Über meine Gesundheit mache ich mir keine Gedanken. Nur in wirklich dringenden Fällen gehe ich zum Arzt. | 88 | 3,11 |
| Wenn es um Gesundheit geht, möchte ich gut informiert sein. Deswegen lebe ich nach der Devise: Lieber eine fachliche Meinung mehr eingeholt als blind vertraut! | 172 | 3,06 |
| Mit Gesundheit ist nicht zu spaßen. Bei Erkrankungen sollte deswegen sofort ein Arzt aufgesucht werden! | 168 | 3,04 |
| Meine Gesundheit ist mir sehr wichtig. Ich achte sehr auf meine Gesundheit, indem ich Sport mache, mich ausgewogen ernähre und regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nehme. | 404 | 3,35 |
| Ich weiß, dass ich eigentlich mehr auf meine Gesundheit achten müsste, aber oftmals bin ich einfach zu bequem. | 142 | 3,00 |

Abhängigkeit der Lebensqualität von der Gesundheit

Tabelle 8:

Inwieweit hängt Ihre Lebensqualität von Ihrer Gesundheit ab?
Meine Lebensqualität hängt ...

| | Total | | Männlich | | Weiblich | |
|--------------------------------------|-------|------|----------|------|----------|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Total | 995 | 100% | 488 | 100% | 507 | 100% |
| sehr von meiner Gesundheit ab. | 474 | 48% | 223 | 46% | 251 | 50% |
| eher von meiner Gesundheit ab. | 403 | 41% | 203 | 42% | 200 | 39% |
| eher nicht von meiner Gesundheit ab. | 84 | 8% | 44 | 9% | 40 | 8% |
| nicht von meiner Gesundheit ab. | 34 | 3% | 18 | 4% | 16 | 3% |

Tabelle 9:

Inwieweit hängt Ihre Lebensqualität von Ihrer Gesundheit ab?
Meine Lebensqualität hängt ...

| | West | Ost | Berlin |
|--------------------------------------|-------|-------|--------|
| sehr von meiner Gesundheit ab. | 47,6% | 46,8% | 46,3% |
| eher von meiner Gesundheit ab. | 39,3% | 43,9% | 46,3% |
| eher nicht von meiner Gesundheit ab. | 9,0% | 5,0% | 7,3% |
| nicht von meiner Gesundheit ab. | 3,4% | 4,3% | - |

6.3 Block 3: Aktuelle Beschwerden

Tabelle 10:

Ist Ihre Lebensqualität im Moment durch gesundheitliche Beschwerden eingeschränkt?

| | Total | | Männlich | | Weiblich | |
|--------------|-------|------|----------|------|----------|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Total | 998 | 100% | 489 | 100% | 509 | 100% |
| Ja | 312 | 31% | 137 | 28% | 175 | 34% |
| Nein | 686 | 69% | 352 | 72% | 334 | 66% |

Tabelle 11:

Ist Ihre Lebensqualität im Moment durch gesundheitliche Beschwerden eingeschränkt?

| | West | Ost | Berlin |
|-------------|-------|-------|--------|
| Ja | 29,8% | 39,6% | 31,7% |
| Nein | 70,1% | 59,7% | 68,3% |

Tabelle 12:

Darf ich fragen, in welchen Bereichen? Ich lese Ihnen dazu einfach einige vor und Sie sagen mir jeweils, ob Sie in diesem Bereich in den letzten 12 Monaten größere Beschwerden hatten, bzw. inwieweit der Bereich auf Sie zutrifft.

| | Gesamt | Männer | Frauen | West | Ost | Berlin |
|---|--------|--------|--------|------|------|--------|
| Kopfschmerzen, inkl. Migräne | 29,8 | 28,5 | 30,9 | 31,0 | 27,3 | 23,1 |
| Erkrankungen des Auges, inkl. Fehlsichtigkeit | 28,8 | 21,9 | 34,3 | 28,7 | 32,7 | 15,4 |
| Krankheiten des Ohres, inkl. Schwerhörigkeit | 13,8 | 13,9 | 13,7 | 13,9 | 14,5 | 7,7 |
| Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes | 26,3 | 26,3 | 26,3 | 25,0 | 30,9 | 30,8 |
| Depressionen | 16,3 | 16,8 | 16,0 | 15,6 | 21,8 | 7,7 |
| Hauterkrankungen oder Allergien | 27,6 | 21,2 | 32,6 | 29,5 | 21,8 | 15,4 |
| Erkrankungen des Atmungstraktes z. B. Asthma | 19,2 | 18,2 | 20,0 | 18,9 | 18,2 | 30,8 |
| Herz-Kreislauf-Erkrankungen | 23,4 | 25,5 | 21,7 | 22,1 | 27,3 | 30,8 |
| Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates | 61,9 | 52,6 | 69,1 | 62,3 | 65,5 | 38,5 |
| Stoffwechselstörungen wie z. B. Diabetes | 14,4 | 17,5 | 12,0 | 12,3 | 23,6 | 15,4 |
| Übergewicht | 32,1 | 38,0 | 27,4 | 29,9 | 43,6 | 23,1 |
| Zahnerkrankungen, Zahnfehlstellungen ausgeschlossen | 18,9 | 16,8 | 20,6 | 20,9 | 10,9 | 15,4 |
| Zahnfehlstellungen, Zahnerkrankungen ausgeschlossen | 14,4 | 10,9 | 16,6 | 14,8 | 12,7 | 7,7 |
| Andere chronische Erkrankungen | 16,7 | 18,2 | 15,4 | 17,2 | 18,2 | - |
| Sonstige Beschwerden | 22,4 | 26,3 | 19,4 | 23,4 | 21,8 | 7,7 |

(Angaben in Prozent)

Tabelle 13:

Darf ich fragen, in welchen Bereichen? Ich lese Ihnen dazu einfach einige vor und Sie sagen mir jeweils, ob Sie in diesem Bereich in den letzten 12 Monaten größere Beschwerden hatten, bzw. inwieweit der Bereich auf Sie zutrifft.

| | 21–30 Jahre | 31–40 Jahre | 41–50 Jahre | 51–60 Jahre | 61–70 Jahre | Über 70 Jahre |
|---|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|------------------|
| Kopfschmerzen, inkl. Migräne | 48,1 | 51,2 | 36,2 | 20,7 | 14,8 | 9,7 |
| Erkrankungen des Auges, inkl. Fehlsichtigkeit | 37,0 | 23,3 | 26,1 | 28,0 | 29,6 | 29,0 |
| Krankheiten des Ohres, inkl. Schwerhörigkeit | 7,4 | 11,6 | 7,2 | 13,4 | 20,4 | 25,8 |
| Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes | 29,6 | 41,9 | 20,3 | 23,2 | 22,2 | 22,6 |
| Depressionen | 22,2 | 9,3 | 20,3 | 15,9 | 16,7 | 12,9 |
| Hauterkrankungen oder Allergien | 40,7 | 25,6 | 36,2 | 23,2 | 24,1 | 12,9 |
| Erkrankungen des Atmungstraktes z. B. Asthma | 18,5 | 25,6 | 20,3 | 12,2 | 20,4 | 22,6 |
| Herz-Kreislauf-Erkrankungen | 14,8 | 11,6 | 11,6 | 26,8 | 38,9 | 41,9 |
| Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates | 51,9 | 55,8 | 65,2 | 62,2 | 70,4 | 58,1 |
| Stoffwechselstörungen wie z. B. Diabetes | 3,7 | 9,3 | 7,2 | 14,6 | 29,6 | 22,6 |
| Übergewicht | 22,2 | 20,9 | 30,4 | 37,8 | 38,9 | 38,7 |
| Zahnerkrankungen, Zahnfehlstellungen ausgeschlossen | 25,9 | 25,6 | 18,8 | 17,1 | 18,5 | 6,5 |
| Zahnfehlstellungen, Zahnerkrankungen ausgeschlossen | 29,6 | 16,3 | 13,0 | 12,2 | 11,1 | 6,5 |
| Andere chronische Erkrankungen | 18,5 | 18,6 | 10,1 | 19,5 | 22,2 | 9,7 |
| Sonstige Beschwerden | 25,9 | 25,6 | 18,8 | 20,7 | 22,2 | 22,6 |

(Angaben in Prozent)

6.4 Block 4: Vorsorge

Tabelle 14:

Ich lese Ihnen nun medizinische Fachbereiche vor, in denen man Vorsorge treffen kann. Ich bitte Sie, zu beurteilen, ob Ihnen Vorsorge in diesen Bereichen generell wichtig ist.

| | Ist mir wichtig | Ist mir eher nicht wichtig | Trifft auf mich nicht zu |
|----------------------------------|-----------------|----------------------------|--------------------------|
| Augenarzt | 66,2 | 22,8 | 10,9 |
| Zahnarzt | 90,6 | 6,9 | 2,5 |
| Hausarzt (zum Gesundheitscheck) | 78,4 | 14,8 | 6,8 |
| Frauenarzt oder Urologe | 67,6 | 17,1 | 15,3 |
| HNO Arzt | 34,6 | 44,4 | 20,9 |
| Gastroenterologe | 32,5 | 33,7 | 31,5 |
| Radiologe z. B. zur Mammographie | 45,0 | 28,5 | 26,3 |
| Kinderarzt | 33,3 | 10,9 | 55,8 |
| Orthopäde | 43,3 | 35,3 | 21,3 |
| Hautarzt | 39,7 | 37,9 | 22,3 |
| Kardiologe | 42,2 | 30,5 | 26,7 |
| Homöopath | 17,6 | 48,5 | 33,0 |

(Angaben in Prozent)

Tabelle 15:

Im Folgenden möchte ich Sie bitten, mir zu sagen, welche Art Vorsorge Sie regelmäßig in Anspruch nehmen.

| | Nehme ich in Anspruch | Nehme ich nicht in Anspruch | Trifft auf mich nicht zu |
|----------------------------------|-----------------------|-----------------------------|--------------------------|
| Augenarzt | 48,4 | 41,4 | 10,1 |
| Zahnarzt | 90,8 | 7,3 | 1,8 |
| Hausarzt (zum Gesundheitscheck) | 72,9 | 22,0 | 5,0 |
| Frauenarzt oder Urologe | 56,1 | 29,4 | 14,4 |
| HNO Arzt | 18,7 | 60,6 | 20,5 |
| Gastroenterologe | 10,7 | 57,6 | 29,6 |
| Radiologe z. B. zur Mammographie | 22,0 | 54,3 | 23,6 |
| Kinderarzt | 17,9 | 17,8 | 64,2 |
| Orthopäde | 24,1 | 56,8 | 18,8 |
| Hautarzt | 22,7 | 57,1 | 20,1 |
| Kardiologe | 16,2 | 56,8 | 26,5 |
| Homöopath | 9,8 | 58,7 | 31,0 |

(Angaben in Prozent)

Tabelle 16:

Ist Ihnen Vorsorge in diesem Bereich eher wichtig und nehmen Sie diese regelmäßig in Anspruch?

| | Männer | | Frauen | |
|---------------------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|
| | Ist mir eher wichtig | Nehme ich in Anspruch | Ist mir eher wichtig | Nehme ich in Anspruch |
| Augenarzt | 61,6 | 42,4 | 70,6 | 54,1 |
| Zahnarzt | 86,9 | 87,8 | 94,1 | 93,7 |
| Hausarzt (zum Gesundheitscheck) | 75,5 | 70,4 | 81,2 | 75,3 |
| Frauenarzt oder Urologe | 44,1 | 23,7 | 90,2 | 87,3 |

(Angaben in Prozent)

Tabelle 17:

Ist Ihnen Vorsorge in diesem Bereich eher wichtig und nehmen Sie diese regelmäßig in Anspruch?

| | | Augenarzt | Zahnarzt | Hausarzt | Frauenarzt oder Urologe | HNO Arzt | Gastroentero- loge | Radiologe z. B. zur Mam- mographie | Kinderarzt | Orthopäde | Hautarzt | Kardiologe | Homöopath |
|---------------------|--------------------------|-----------|----------|----------|----------------------------|----------|-----------------------|--|------------|-----------|----------|------------|-----------|
| 18–20 Jahre | Ist mir eher wichtig | 56,9 | 87,9 | 75,9 | 48,3 | 43,1 | 32,8 | 29,3 | 24,1 | 41,4 | 44,8 | 31,0 | 12,1 |
| | Nehme ich in Anspruch | 46,6 | 94,8 | 67,3 | 39,7 | 29,3 | 6,9 | 10,3 | 1,7 | 31,0 | 31,0 | 5,2 | 3,4 |
| 21–30 Jahre | Ist mir eher wichtig | 58,1 | 92,7 | 71,0 | 58,9 | 37,1 | 19,4 | 32,3 | 33,9 | 33,1 | 37,1 | 29,0 | 13,7 |
| | Nehme ich in Anspruch | 41,9 | 96,8 | 64,5 | 51,6 | 22,6 | 4,8 | 8,1 | 20,2 | 25,8 | 27,4 | 2,4 | 8,1 |
| 31–40 Jahre | Ist mir eher wichtig | 56,0 | 93,2 | 74,3 | 70,2 | 32,5 | 26,2 | 46,1 | 58,1 | 44,5 | 44,0 | 36,1 | 18,8 |
| | Nehme ich in Anspruch | 36,6 | 91,6 | 69,1 | 58,6 | 17,3 | 7,9 | 15,7 | 46,6 | 17,3 | 26,2 | 7,3 | 13,1 |
| 41–50 Jahre | Ist mir eher wichtig | 63,2 | 93,2 | 81,4 | 77,3 | 28,6 | 34,1 | 46,4 | 42,3 | 38,6 | 43,6 | 40,5 | 23,2 |
| | Nehme ich in Anspruch | 44,5 | 92,3 | 70,0 | 62,7 | 12,7 | 8,6 | 23,6 | 24,1 | 20,5 | 21,4 | 11,4 | 11,4 |
| 51–60 Jahre | Ist mir eher wichtig | 76,0 | 90,0 | 81,5 | 65,0 | 35,5 | 39,5 | 55,0 | 21,5 | 46,5 | 37,0 | 46,0 | 17,5 |
| | Nehme ich in Anspruch | 53,5 | 89,5 | 77,5 | 55,0 | 18,5 | 14,0 | 34,0 | 4,5 | 27,5 | 17,0 | 24,0 | 9,0 |
| 61–70 Jahre | Ist mir eher wichtig | 78,9 | 89,8 | 85,7 | 72,1 | 40,8 | 41,5 | 47,6 | 15,6 | 50,3 | 34,7 | 56,5 | 15,0 |
| | Nehme ich in Anspruch | 60,5 | 88,5 | 85,7 | 57,1 | 23,1 | 17,0 | 29,3 | 0,7 | 25,2 | 20,4 | 32,0 | 10,2 |
| Über 70 Jahre | Ist mir eher wichtig | 71,2 | 74,6 | 69,5 | 59,3 | 30,5 | 28,8 | 39,0 | 11,9 | 50,8 | 32,2 | 59,3 | 13,6 |
| | Nehme ich in Anspruch | 67,8 | 76,3 | 71,2 | 50,8 | 15,3 | 16,9 | 18,6 | 1,7 | 35,6 | 22,0 | 37,3 | 5,1 |

(Angaben in Prozent)

Tabelle 18:

Ich lese Ihnen nun einige Beispiele zur Erhaltung der Gesundheit vor und Sie sagen mir jeweils, was Sie tun.

| | Gesamt |
|--|---------------|
| Gesunde Ernährung | 86,1% |
| Höherwertige Lebensmittel | 64,4% |
| Fettarme Ernährung | 71,0% |
| Zuckerarme Ernährung | 54,9% |
| Nahrungsergänzungsmittel | 21,7% |
| Geringer/kein Alkoholkonsum | 21,7% |
| Geringer/kein Nikotinkonsum | 73,8% |
| Ausreichend nichtalkoholische Getränke | 88,7% |
| Ausreichend Schlaf | 83,6% |
| Regelmäßige Bewegung | 90,0% |
| Regelmäßige Saunabesuche | 20,8% |
| Regelmäßige Massagen | 14,4% |
| Fastenkuren | 10,1% |
| Sonstige Wellnessanwendungen | 21,4% |

Tabelle 19:

Ich lese Ihnen nun einige Beispiele zur Erhaltung der Gesundheit vor und Sie sagen mir jeweils, was Sie tun.

| | Kein eigenes Einkommen | Unter € 500 | Zw. € 500 und € 1.000 | Zw. € 1.000 und € 1.500 | Zw. € 1.500 und € 2.000 | Zw. € 2.000 und € 2.500 | Über € 2.500 |
|---|------------------------|-------------|-----------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|--------------|
| Gesunde Ernährung | 81,9 | 82,4 | 89,2 | 82,9 | 88,6 | 87,6 | 85,9 |
| Höherwertige Lebensmittel | 51,8 | 56,0 | 57,7 | 57,7 | 71,9 | 68,5 | 75,6 |
| Fettarme Ernährung | 62,7 | 65,9 | 73,9 | 68,6 | 71,3 | 73,7 | 76,4 |
| Zuckerarme Ernährung | 47,0 | 45,1 | 61,3 | 55,4 | 50,3 | 50,6 | 64,1 |
| Nahrungsergänzungsmittel | 15,7 | 16,5 | 21,6 | 18,3 | 25,7 | 16,9 | 25,6 |
| Geringer/kein Alkoholkonsum | 84,3 | 74,7 | 76,6 | 84,6 | 79,0 | 76,4 | 73,7 |
| Geringer/kein Nikotinkonsum | 73,5 | 67,0 | 73,0 | 72,0 | 70,7 | 74,2 | 77,6 |
| Ausreichend nichtalkoholische Getränke | 85,5 | 84,6 | 63,8 | 92,0 | 88,6 | 85,4 | 91,7 |
| Ausreichend Schlaf | 86,7 | 76,9 | 85,6 | 85,7 | 83,2 | 84,3 | 80,8 |
| Regelmäßige Bewegung | 91,6 | 86,8 | 91,9 | 89,7 | 91,0 | 91,0 | 89,1 |
| Regelmäßige Saunabesuche | 15,7 | 9,9 | 16,2 | 14,9 | 23,4 | 34,8 | 29,5 |
| Regelmäßige Massagen | 12,0 | 13,2 | 13,5 | 14,9 | 18,6 | 12,4 | 14,1 |
| Fastenkuren | 10,8 | 6,6 | 12,6 | 9,1 | 9,0 | 15,7 | 10,3 |
| Sonstige Wellnessanwendungen | 21,7 | 17,6 | 21,6 | 22,3 | 21,6 | 29,2 | 23,1 |

(Angaben in Prozent)

Tabelle 20:

Nehmen Sie auch solche Art Vorsorge in Anspruch, für die Sie selbst bezahlen müssen?

| | Total | Männer | Frauen |
|------|-------|--------|--------|
| Ja | 56,8 | 49,6 | 63,7 |
| Nein | 43,1 | 50,2 | 36,3 |

(Angaben in Prozent)

Tabelle 21:

Nehmen Sie auch solche Art Vorsorge in Anspruch, für die Sie selbst bezahlen müssen?

| | West | Ost | Berlin |
|------|------|------|--------|
| Ja | 58,1 | 54,0 | 41,5 |
| Nein | 41,8 | 46,0 | 58,8 |

(Angaben in Prozent)

Tabelle 22:

Nehmen Sie auch solche Art Vorsorge in Anspruch, für die Sie selbst bezahlen müssen?

| | Kein eigenes Einkommen | Unter € 500 | Zw. € 500 und € 1.000 | Zw. € 1.000 und € 1.500 | Zw. € 1.500 und € 2.000 | Zw. € 2.000 und € 2.500 | Über € 2.500 |
|------|------------------------|-------------|-----------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|--------------|
| Ja | 55,4 | 47,3 | 53,2 | 53,1 | 62,3 | 57,3 | 61,5 |
| Nein | 44,6 | 52,7 | 46,8 | 46,9 | 37,7 | 42,7 | 38,5 |

(Angaben in Prozent)

Tabelle 23:

| Nehmen Sie auch solche Art Vorsorge in Anspruch, für die Sie selbst bezahlen müssen? | | | | | |
|--|----------------------|-------------------|----------------|----------------|-------------|
| | Der Desinteressierte | Der Interessierte | Der Ängstliche | Der Engagierte | Der Bequeme |
| Ja | 55,7 | 61,3 | 51,2 | 64,8 | 37,3 |
| Nein | 44,3 | 38,7 | 48,8 | 35,2 | 62,7 |

(Angaben in Prozent)

Tabelle 24:

| Welche Art von zahlungspflichtigen Vorsorgeuntersuchungen nehmen Sie in Anspruch? | | | |
|---|--------|--------|--------|
| | Gesamt | Männer | Frauen |
| Professionelle Zahnreinigung | 77 | 80 | 75 |
| Zuzahlungspflichtige Gesundheitschecks vor dem 35. Lebensjahr | 28 | 25 | 31 |
| Hautkrebsvorsorge | 41 | 36 | 44 |
| Darmkrebsvorsorge | 44 | 50 | 40 |
| Grüner Star – Vorsorge | 42 | 40 | 44 |
| Spezielle Impfungen | 49 | 48 | 50 |
| Weitere Vorsorgeuntersuchungen | 35 | 21 | 45 |

(Angaben in Prozent)

6.5 Block 5: Sport

Tabelle 25:

| Treiben Sie regelmäßig Sport? | | | |
|-------------------------------|--------|--------|--------|
| | Gesamt | Männer | Frauen |
| Ja | 63,8 | 61,6 | 65,9 |
| Nein | 36,2 | 38,4 | 34,1 |

(Angaben in Prozent)

Tabelle 26:

| Treiben Sie regelmäßig Sport? | | | | | |
|-------------------------------|----------------------|-------------------|----------------|----------------|-------------|
| | Der Desinteressierte | Der Interessierte | Der Ängstliche | Der Engagierte | Der Bequeme |
| Ja | 51,1 | 54,3 | 48,8 | 85,5 | 43,7 |
| Nein | 48,9 | 45,7 | 51,2 | 14,5 | 56,3 |

(Angaben in Prozent)

Tabelle 27:

| Wie oft treiben Sie in der Regel Sport? | |
|---|--------|
| | Gesamt |
| Seltener als 1x pro Woche | 4,4 |
| 1x pro Woche | 19,7 |
| 2–3x pro Woche | 52,2 |
| Häufiger als 3x pro Woche | 23,7 |

(Angaben in Prozent)

Tabelle 28:

| Welche Sportarten praktizieren Sie? | | | |
|-------------------------------------|--------|--------|--------|
| | Gesamt | Männer | Frauen |
| Ausdauersportarten | 82,4 | 80,5 | 84,2 |
| Gymnastik | 37,9 | 26,5 | 48,2 |
| Fitnessstraining im Studio | 30,6 | 31,1 | 30,1 |
| Sonstiges | 24,0 | 27,2 | 21,1 |
| Ski | 23,0 | 25,8 | 20,5 |
| Tanzen | 17,6 | 13,6 | 21,1 |
| Yoga, Pilates oder Ähnliches | 14,6 | 4,3 | 23,8 |
| Mannschaftssportarten | 18,2 | 29,1 | 8,3 |
| Aerobic | 9,6 | 2,3 | 16,1 |
| Tennis | 6,9 | 8,6 | 5,4 |
| Leichtathletik | 4,9 | 7,0 | 3,0 |
| Golf | 3,9 | 5,6 | 2,4 |

(Angaben in Prozent)

Tabelle 29:

Welche Sportarten praktizieren Sie?

| | 18–20 Jahre | 21–30 Jahre | 31–40 Jahre | 41–50 Jahre | 51–60 Jahre | 61–70 Jahre | Über 70 Jahre |
|------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|------------------|
| Ausdauersportarten | 77,5 | 73,0 | 86,6 | 83,2 | 85,2 | 85,4 | 76,5 |
| Gymnastik | 22,5 | 16,9 | 29,9 | 39,2 | 41,7 | 57,3 | 73,5 |
| Fitnessstraining im Studio | 37,5 | 47,2 | 27,6 | 28,0 | 33,0 | 19,1 | 23,5 |
| Sonstiges | 25,0 | 27,0 | 27,6 | 19,6 | 27,0 | 21,3 | 17,6 |
| Ski | 27,5 | 20,2 | 26,8 | 22,4 | 23,5 | 22,5 | 11,8 |
| Tanzen | 15,0 | 16,9 | 21,3 | 16,1 | 19,1 | 19,1 | 5,9 |
| Yoga, Pilates oder Ähnliches | 5,0 | 6,7 | 21,3 | 15,4 | 17,4 | 12,4 | 14,7 |
| Mannschaftssportarten | 47,5 | 33,7 | 16,5 | 18,2 | 10,4 | 7,9 | – |
| Aerobic | 12,5 | 9,0 | 15,0 | 7,0 | 9,6 | 7,9 | 2,9 |
| Tennis | 2,5 | 7,9 | 6,3 | 5,5 | 9,6 | 10,1 | – |
| Leichtathletik | 7,5 | 3,4 | 6,3 | 4,9 | 1,7 | 5,6 | 5,9 |
| Golf | 5,0 | 2,2 | 4,7 | 1,4 | 4,3 | 7,9 | 2,9 |

(Angaben in Prozent)

6.6 Block 6: Bereitschaft zur Eigenfinanzierung

Tabelle 30:

Ich lese Ihnen nun einige Leistungen vor, bei denen höhere Kosten anfallen und Sie sagen mir jeweils, ob Sie sich vorstellen können, diese zu finanzieren.

| | Gesamt | Männer | Frauen |
|---|--------|--------|--------|
| Zahnersatz – nicht kosmetische Zahnleistungen | 77 | 75 | 79 |
| Krankengerechtes Wohnen | 69 | 66 | 72 |
| Kuren, REHA | 62 | 56 | 67 |
| Sehkorrekturen | 61 | 59 | 63 |
| Alternative Heilmethoden (z. B. Homöopathie) | 51 | 43 | 58 |
| Klassische medikamentöse Therapien | 44 | 43 | 46 |
| Kosmetische Zahnleistungen | 46 | 41 | 50 |
| Reproduktionstherapie | 18 | 17 | 18 |
| Geistige Heilung (z. B. Reiki) | 11 | 7 | 15 |
| Schönheitsoperationen | 7 | 7 | 8 |

(Angaben in Prozent)

Tabelle 31:

Ich lese Ihnen nun einige Leistungen vor, bei denen höhere Kosten anfallen und Sie sagen mir jeweils, ob Sie sich vorstellen können, diese zu finanzieren.

| | West | Ost | Berlin |
|--|-------------|------------|---------------|
| Zahnersatz – nicht kosmetische Zahnleistungen | 77,0 | 76,3 | 75,6 |
| Krankengerechtes Wohnen | 70,3 | 64,0 | 53,7 |
| Kuren, REHA | 61,2 | 65,5 | 48,8 |
| Sehkorrekturen | 62,4 | 51,1 | 61,0 |
| Alternative Heilmethoden (z. B. Homöopathie) | 52,0 | 42,4 | 46,3 |
| Klassische medikamentöse Therapien | 45,3 | 36,7 | 36,6 |
| Kosmetische Zahnleistungen | 46,8 | 39,6 | 36,6 |
| Reproduktionstherapie | 17,7 | 15,1 | 19,5 |
| Geistige Heilung (z. B. Reiki) | 12,1 | 5,8 | 9,8 |
| Schönheitsoperationen | 6,8 | 7,9 | 12,2 |

(Angaben in Prozent)

Tabelle 32:

Ich lese Ihnen nun einige Leistungen vor, bei denen höhere Kosten anfallen und Sie sagen mir jeweils, ob Sie sich vorstellen können, diese zu finanzieren.

| | Kein eigenes Einkommen | Unter € 500 | Zw. € 500 und € 1.000 | Zw. € 1.000 und € 1.500 | Zw. € 1.500 und € 2.000 | Zw. € 2.000 und € 2.500 | Über € 2.500 |
|--|------------------------|-------------|-----------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|--------------|
| Kuren, REHA | 69,9 | 64,8 | 60,4 | 59,4 | 59,9 | 65,2 | 63,5 |
| Schönheitsoperationen | 6,0 | 6,6 | 6,3 | 7,4 | 7,2 | 4,5 | 10,3 |
| Reproduktionsmedizin | 32,5 | 20,9 | 20,7 | 15,4 | 16,8 | 18,0 | 11,5 |
| Klassische medikamentöse Therapie | 54,2 | 42,9 | 41,4 | 42,3 | 38,9 | 48,3 | 50,6 |
| Sehkorrekturen | 66,3 | 67,0 | 60,4 | 53,7 | 53,3 | 65,2 | 66,0 |
| Alternative Heilmethoden (z. B. Homöopathie) | 57,8 | 50,5 | 47,7 | 49,7 | 50,9 | 52,8 | 48,1 |
| Geistige Heilung (z. B. Reiki) | 12,0 | 15,4 | 17,1 | 9,1 | 11,4 | 7,9 | 9,0 |
| Krankengerechtes Wohnen | 73,5 | 64,8 | 70,3 | 54,8 | 74,3 | 74,2 | 71,8 |
| Zahnersatz, nicht-kosmetische Zahnleistungen | 74,7 | 73,6 | 79,3 | 80,6 | 82,0 | 75,6 | 65,4 |
| Kosmetische Zahnleistungen (z. B. Korrekturen) | 54,2 | 45,1 | 47,7 | 39,5 | 44,9 | 47,4 | 40,2 |

(Angaben in Prozent)

Tabelle 33:

Ich lese Ihnen nun einige Leistungen vor, bei denen höhere Kosten anfallen und Sie sagen mir jeweils, ob Sie sich vorstellen können, diese zu finanzieren.

| Bereitschaft zur Gesundheitsfinanzierung | Der Desinteressierte | Der Interessierte | Der Ängstliche | Der Engagierte | Der Bequeme |
|---|----------------------|-------------------|----------------|----------------|-------------|
| Zahnersatz – nicht kosmetische Zahnleistungen | 77,3 | 78,0 | 72,0 | 80,0 | 76,1 |
| Krankengerechtes Wohnen | 63,6 | 69,4 | 69,0 | 71,7 | 66,9 |
| Kuren, REHA | 58,0 | 61,3 | 67,3 | 60,8 | 60,6 |
| Sehkorrekturen | 54,5 | 35,5 | 61,9 | 63,5 | 55,6 |
| Alternative Heilmethoden (z. B. Homöopathie) | 43,2 | 50,9 | 46,4 | 56,2 | 44,4 |
| Klassische medikamentöse Therapien | 31,8 | 47,4 | 51,2 | 45,3 | 38,7 |
| Kosmetische Zahnleistungen | 43,2 | 46,2 | 46,4 | 48,8 | 41,1 |
| Reproduktionstherapie | 14,8 | 16,2 | 21,4 | 15,8 | 23,9 |
| Geistige Heilung (z. B. Reiki) | 9,1 | 6,9 | 12,5 | 13,1 | 9,9 |
| Schönheitsoperationen | 6,8 | 8,7 | 8,9 | 4,9 | 10,6 |

(Angaben in Prozent)

6.7 Block 7: Gesundheitssystem

Tabelle 34:

Wie zufrieden sind Sie mit dem aktuellen deutschen Gesundheitssystem?

| | Gesamt | Männer | Frauen |
|-------------------------|---------------|---------------|---------------|
| Unzufrieden | 26 | 25 | 27 |
| Eher unzufrieden | 33 | 28 | 38 |
| Eher zufrieden | 26 | 30 | 23 |
| Zufrieden | 15 | 18 | 13 |

(Angaben in Prozent)

Tabelle 35:

Wie zufrieden sind Sie mit dem aktuellen deutschen Gesundheitssystem?

| | West | Ost | Berlin |
|-------------------------|-------------|------------|---------------|
| Unzufrieden | 24,9 | 27,3 | 36,6 |
| Eher unzufrieden | 30,5 | 43,9 | 31,7 |
| Eher zufrieden | 27,2 | 19,4 | 22,0 |
| Zufrieden | 16,8 | 9,4 | 9,8 |

(Angaben in Prozent)

Tabelle 36:

Wenn Sie die Möglichkeit zur Wahl hätten, welches System würden Sie bevorzugen?

| | Gesamt | Männer | Frauen | West | Ost | Berlin |
|---|--------|--------|--------|------|------|--------|
| Typ 1: ... ein rein staatliches Gesundheitssystem, das komplett, in allen seinen Leistungen, durch einen etwas höheren Krankenkassenbeitrag abgedeckt ist. | 39,0 | 35,0 | 43,0 | 35,5 | 54,7 | 41,5 |
| Typ 2: ... ein staatliches Gesundheitssystem, das eine Grundversorgung bietet und in dem jeder entscheiden kann, welche individuelle medizinische Vorsorge oder Leistung er zusätzlich privat absichern möchte. | 49,0 | 52,0 | 46,0 | 50,1 | 37,4 | 46,3 |
| Typ 3: ... ein vollständig privat finanziertes Gesundheitssystem, bei dem kein gesetzlicher Krankenkassenbeitrag anfällt und jeder für sich entscheidet, welche individuelle medizinische Vorsorge oder Leistung er absichern möchte. | 12,0 | 13,0 | 11,0 | 13,2 | 5,8 | 12,2 |

(Angaben in Prozent)

Tabelle 37:

Wenn Sie die Möglichkeit zur Wahl hätten, welches System würden Sie bevorzugen?

| | West | Ost | Berlin |
|--|------|------|--------|
| Typ 1: ... ein rein staatliches Gesundheitssystem, das komplett, in allen seinen Leistungen, durch einen etwas höheren Krankenkassenbeitrag abgedeckt ist. | 35,5 | 54,7 | 41,5 |
| Typ 2: ... ein staatliches Gesundheitssystem, das eine Grundversorgung bietet und in dem jeder entscheiden kann, welche individuelle medizinische Vorsorge oder Leistung er zusätzlich privat absichern möchte. | 50,1 | 37,4 | 46,3 |
| Typ 3: ... ein vollständig privat finanziertes Gesundheitssystem, bei dem kein gesetzlicher Krankenkassenbeitrag anfällt und jeder für sich entscheidet, welche individuelle medizinische Vorsorge oder Leistung er absichern möchte. | 13,2 | 5,8 | 12,2 |

(Angaben in Prozent)

Tabelle 38:

Wenn Sie die Möglichkeit zur Wahl hätten, welches System würden Sie bevorzugen?

| | Der Desinteressierte | Der Interessierte | Der Ängstliche | Der Engagierte | Der Bequeme |
|---|----------------------|-------------------|----------------|----------------|-------------|
| Typ 1: ... ein rein staatliches Gesundheitssystem, das komplett, in allen seinen Leistungen, durch einen etwas höheren Krankenkassenbeitrag abgedeckt ist. | 35,2 | 39,3 | 42,3 | 36,0 | 42,3 |
| Typ 2: ... ein staatliches Gesundheitssystem, das eine Grundversorgung bietet und in dem jeder entscheiden kann, welche individuelle medizinische Vorsorge oder Leistung er zusätzlich privat absichern möchte. | 47,7 | 45,7 | 47,0 | 51,5 | 43,7 |
| Typ 3: ... ein vollständig privat finanziertes Gesundheitssystem, bei dem kein gesetzlicher Krankenkassenbeitrag anfällt und jeder für sich entscheidet, welche individuelle medizinische Vorsorge oder Leistung er absichern möchte. | 15,9 | 13,9 | 9,5 | 11,6 | 12,0 |

(Angaben in Prozent)

6.8 Demografische Angaben

Tabelle 39:

| Anzahl der Teilnehmer | Häufigkeit | Prozent |
|-----------------------|------------|---------|
| Männlich | 490 | 49,0 |
| Weiblich | 510 | 51,0 |
| Gesamt | 1.000 | 100,0 |

(Angaben in Prozent)

Tabelle 40:

| | Total | | Männlich | | Weiblich | |
|---------------|-------|------|----------|------|----------|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Total | 999 | 100% | 489 | 100% | 510 | 100% |
| Bis 20 Jahre | 58 | 6% | 33 | 7% | 25 | 5% |
| 21–30 Jahre | 124 | 12% | 62 | 13% | 62 | 12% |
| 31–40 Jahre | 191 | 19% | 84 | 17% | 107 | 21% |
| 41–50 Jahre | 220 | 22% | 83 | 17% | 137 | 27% |
| 51–60 Jahre | 200 | 20% | 108 | 22% | 92 | 18% |
| 61–70 Jahre | 147 | 15% | 87 | 18% | 60 | 12% |
| Über 70 Jahre | 59 | 6% | 32 | 7% | 27 | 5% |

Tabelle 41:

| Nationalität | Total | | Männlich | | Weiblich | |
|-----------------------|-------|------|----------|------|----------|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Total | 999 | 100% | 489 | 100% | 510 | 100% |
| Deutsch | 963 | 96% | 469 | 96% | 494 | 97% |
| Türkisch | 8 | 1% | 4 | 1% | 4 | 1% |
| Italienisch | 3 | 0% | 1 | 0% | 2 | 0% |
| Kroatisch | 2 | 0% | 0 | 0% | 2 | 0% |
| Russisch | 3 | 0% | 3 | 1% | 0 | 0% |
| Ungarisch | 1 | 0% | 1 | 0% | 0 | 0% |
| Tunesisch | 1 | 0% | 0 | 0% | 1 | 0% |
| Togoisch | 1 | 0% | 1 | 0% | 0 | 0% |
| Spanisch | 1 | 0% | 1 | 0% | 0 | 0% |
| Schweizerisch | 1 | 0% | 1 | 0% | 0 | 0% |
| Schwedisch | 1 | 0% | 0 | 0% | 1 | 0% |
| Portugiesisch | 1 | 0% | 1 | 0% | 0 | 0% |
| Österreichisch | 2 | 0% | 2 | 0% | 0 | 0% |
| Mazedonisch | 1 | 0% | 1 | 0% | 0 | 0% |
| Marrokanisch | 1 | 0% | 0 | 0% | 1 | 0% |
| Litauisch | 1 | 0% | 0 | 0% | 1 | 0% |
| Kamerunisch | 1 | 0% | 1 | 0% | 0 | 0% |
| Irish | 1 | 0% | 0 | 0% | 1 | 0% |
| Niederländisch | 1 | 0% | 0 | 0% | 1 | 0% |
| Griechisch | 2 | 0% | 1 | 0% | 1 | 0% |
| Französisch | 1 | 0% | 0 | 0% | 1 | 0% |
| Bulgarisch | 1 | 0% | 1 | 0% | 0 | 0% |
| Serbisch | 1 | 0% | 1 | 0% | 0 | 0% |
| No answer | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% |

Tabelle 42:

| Bundesland | Total | | Männlich | | Weiblich | |
|-------------------------------|-------|------|----------|------|----------|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Total | 999 | 100% | 489 | 100% | 510 | 100% |
| Baden-Württemberg | 113 | 11% | 58 | 12% | 55 | 11% |
| Bayern | 159 | 16% | 76 | 16% | 83 | 16% |
| Hessen | 81 | 8% | 48 | 10% | 33 | 6% |
| Rheinland-Pfalz | 55 | 6% | 22 | 4% | 33 | 6% |
| Saarland | 12 | 1% | 8 | 2% | 4 | 1% |
| Nordrhein-Westfalen | 238 | 24% | 123 | 25% | 115 | 23% |
| Niedersachsen | 92 | 9% | 41 | 8% | 51 | 10% |
| Schleswig-Holstein | 34 | 3% | 18 | 4% | 16 | 3% |
| Bremen | 14 | 1% | 7 | 1% | 7 | 1% |
| Mecklenburg-Vorpommern | 13 | 1% | 5 | 1% | 8 | 2% |
| Brandenburg | 27 | 3% | 13 | 3% | 14 | 3% |
| Berlin | 41 | 4% | 25 | 5% | 16 | 3% |
| Sachsen | 39 | 4% | 16 | 3% | 23 | 5% |
| Thüringen | 33 | 3% | 12 | 2% | 21 | 4% |
| Sachsen-Anhalt | 27 | 3% | 10 | 2% | 17 | 3% |
| Hamburg | 21 | 2% | 7 | 1% | 14 | 3% |

Tabelle 43:

| Familienstand | Total | | Männlich | | Weiblich | |
|--------------------|-------|------|----------|------|----------|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Total | 997 | 100% | 488 | 100% | 509 | 100% |
| Ledig | 282 | 28% | 159 | 33% | 123 | 24% |
| Geschieden | 96 | 10% | 39 | 8% | 57 | 11% |
| Verwitwet | 70 | 7% | 18 | 4% | 52 | 10% |
| Verheiratet | 549 | 55% | 272 | 56% | 277 | 54% |

Tabelle 44:

| Haben Sie Kinder? | Total | | Männlich | | Weiblich | |
|-------------------|-------|------|----------|------|----------|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Total | 999 | 100% | 489 | 100% | 510 | 100% |
| Ja | 686 | 69% | 312 | 64% | 374 | 73% |
| Nein | 313 | 31% | 177 | 36% | 136 | 27% |

Tabelle 45:

| Wie viele Kinder haben Sie? | Total | | Männlich | | Weiblich | |
|-----------------------------|-------|------|----------|------|----------|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Total | 685 | 100% | 312 | 100% | 373 | 100% |
| 1 | 205 | 30% | 89 | 29% | 116 | 31% |
| 2 | 329 | 48% | 154 | 49% | 175 | 47% |
| 3 | 103 | 15% | 44 | 14% | 59 | 16% |
| 4 | 39 | 6% | 22 | 7% | 17 | 5% |
| 5 | 4 | 1% | 2 | 1% | 2 | 1% |
| 6 | 5 | 1% | 1 | 0% | 4 | 1% |

Tabelle 46:

| Wie viele Personen leben im Haushalt (Befragter eingeschlossen)? | Total | | Männlich | | Weiblich | |
|--|-------|------|----------|------|----------|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Total | 998 | 100% | 489 | 100% | 509 | 100% |
| 0 | 4 | 0% | 2 | 0% | 2 | 0% |
| 1 | 177 | 18% | 90 | 18% | 87 | 17% |
| 2 | 368 | 37% | 196 | 40% | 172 | 34% |
| 3 | 193 | 19% | 86 | 18% | 107 | 21% |
| 4 | 181 | 18% | 82 | 17% | 99 | 19% |
| 5 | 51 | 5% | 23 | 5% | 28 | 6% |
| 6 | 17 | 2% | 6 | 1% | 11 | 2% |
| 7 | 4 | 0% | 1 | 0% | 3 | 1% |
| 8 | 1 | 0% | 1 | 0% | 0 | 0% |
| 12 | 1 | 0% | 1 | 0% | 0 | 0% |
| 16 | 1 | 0% | 1 | 0% | 0 | 0% |

Tabelle 47:

| Schulabschluss | Total | | Männlich | | Weiblich | |
|---|-------|------|----------|------|----------|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Total | 900 | 100% | 437 | 100% | 463 | 100% |
| Haupt-/Volksschule | 154 | 17% | 75 | 17% | 79 | 17% |
| Realschule/Mittlere Reife bzw. gleichwertige Ausbildung | 290 | 32% | 113 | 26% | 177 | 38% |
| Abitur/Fachabitur | 434 | 48% | 239 | 55% | 195 | 42% |
| Noch in Ausbildung (Schüler) | 13 | 1% | 7 | 2% | 6 | 1% |
| Kein Abschluss | 9 | 1% | 3 | 1% | 6 | 1% |

Tabelle 48:

| Krankenversicherung | Total | | Männlich | | Weiblich | |
|-----------------------------------|-------|------|----------|------|----------|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Total | 994 | 100% | 485 | 100% | 509 | 100% |
| Gesetzlich | 596 | 60% | 280 | 58% | 316 | 62% |
| Gesetzlich mit Zusatzversicherung | 216 | 22% | 93 | 19% | 123 | 24% |
| Privat | 181 | 18% | 111 | 23% | 70 | 14% |
| Gar nicht | 1 | 0% | 1 | 0% | 0 | 0% |

Tabelle 49:

| Verfügbares monatliches Nettoeinkommen | Total | | Männlich | | Weiblich | |
|--|-------|------|----------|------|----------|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Total | 872 | 100% | 433 | 100% | 439 | 100% |
| Kein eigenes Einkommen | 83 | 10% | 23 | 5% | 60 | 14% |
| Unter € 500 | 91 | 10% | 23 | 5% | 68 | 15% |
| Zw. € 500 und € 1.000 | 111 | 13% | 33 | 8% | 78 | 18% |
| Zw. € 1.000 und € 1.500 | 175 | 20% | 84 | 19% | 91 | 21% |
| Zw. € 1.500 und € 2.000 | 167 | 19% | 91 | 21% | 76 | 17% |
| Zw. € 2.000 und € 2.500 | 89 | 10% | 59 | 14% | 30 | 7% |
| Über € 2.500 | 156 | 18% | 120 | 28% | 36 | 8% |

7. Fragebogen

Interviewfragen zum Thema „Gesundheit und Lebensqualität“

Einleitung: Guten Tag, mein Name ist XY. Das Zentrum für Evaluation und Methoden der Universität Bonn führt zurzeit ein kurzes Interview zum Thema Gesundheit und Lebensqualität durch.

Das Interview dauert etwa 15 Minuten. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten, uns interessiert nur Ihre Meinung. Ihre Angaben werden selbstverständlich anonymisiert erfasst und alle Vorschriften des Datenschutzes werden natürlich eingehalten.

Hätten Sie Zeit und Lust zu diesem kurzen Interview?

Block 1: Gesundheitstypen

A) Ich möchte Sie zu allererst bitten, folgende Aussagen zum Gesundheitsverhalten dahingehend zu beurteilen, ob diese jeweils auf Sie zutreffen oder nicht.

| | Trifft auf mich zu | Trifft nicht auf mich zu |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Über meine Gesundheit mache ich mir keine Gedanken. Nur in wirklich dringenden Fällen gehe ich zum Arzt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn es um Gesundheit geht, möchte ich gut informiert sein. Deswegen lebe ich nach der Devise: „Lieber eine fachliche Meinung mehr eingeholt als blind vertraut!“ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mit Gesundheit ist nicht zu spaßen. Bei Erkrankungen sollte deswegen sofort ein Arzt aufgesucht werden! | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Meine Gesundheit ist mir sehr wichtig. Ich achte sehr auf meine Gesundheit, indem ich Sport mache, mich ausgewogen ernähre und regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nehme. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich weiß, dass ich eigentlich mehr auf meine Gesundheit achten müsste, aber oftmals bin ich einfach zu bequem. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

B) Welcher Typ trifft am ehesten auf Sie zu? Anzeige der Typen, die in A) mit „Trifft auf mich zu“ beantwortet wurden.

Block 2: Lebensqualität und Gesundheit

A)

| | Gering | Eher gering | Eher hoch | Hoch |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Wie schätzen Sie Ihre momentane Lebensqualität ein? Ist sie ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

B) Die Lebensqualität kann durch verschiedene Faktoren beeinflusst sein.

Inwieweit hängt Ihre Lebensqualität von Ihrer Gesundheit ab?

Meine Lebensqualität hängt...

- sehr von meiner Gesundheit ab.
- eher von meiner Gesundheit ab.
- eher nicht von meiner Gesundheit ab.
- nicht von meiner Gesundheit ab.

C) Ist Ihre Lebensqualität im Moment durch gesundheitliche Beschwerden eingeschränkt?

Ja Nein

Filter: Wenn C) = „nein“ weiter mit Block 3

D) Darf ich fragen in welchen Bereichen? Ich lese Ihnen dazu einfach einige vor und Sie sagen mir jeweils, ob Sie in diesem Bereich in den letzten 12 Monaten größere Beschwerden hatten, bzw. inwieweit der Bereich auf Sie zutrifft.

| | Trifft auf mich zu/ Damit hatte ich Probleme | Trifft nicht auf mich zu/ Damit hatte ich keine Probleme |
|--|---|---|
| Kopfschmerzen, inkl. Migräne | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Erkrankungen des Auges, inkl. Fehlsichtigkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Krankheiten des Ohres, inkl. Schwerhörigkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Depressionen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hauterkrankungen oder Allergien | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Erkrankungen des Atmungstraktes z. B. Asthma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herz-Kreislauf-Erkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates wie z. B. Rückenschmerzen oder Arthrose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stoffwechselstörungen wie z. B. Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Übergewicht | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zahnerkrankungen, Zahnfehlstellungen ausgeschlossen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zahnfehlstellungen, Zahnerkrankungen ausgeschlossen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Andere chronische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige Beschwerden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Block 3: Vorsorge

A) Ich lese Ihnen nun medizinische Fachbereiche vor, in denen man Vorsorge treffen kann. Ich bitte Sie, zu beurteilen, ob Ihnen Vorsorge in diesen Bereichen generell wichtig ist.

| Der Besuch beim Arzt ... | Ist mir eher wichtig | Ist mir eher nicht wichtig | Trifft nicht auf mich zu |
|----------------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| Augenarzt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zahnarzt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hausarzt (zum Gesundheitscheck) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Frauenarzt oder Urologen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| HNO Arzt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gastroenterologe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Radiologe z. B. zur Mammographie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kinderarzt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Orthopäde | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hautarzt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kardiologe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Homöopath | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Im Folgenden möchte ich Sie bitten mir zu sagen, welche Art Vorsorge Sie regelmäßig in Anspruch nehmen.

| Der regelmäßige (mind. 1x im Jahr) Besuch beim... | Nehme ich in Anspruch | Nehme ich nicht in Anspruch | Trifft nicht auf mich zu |
|---|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| Augenarzt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zahnarzt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hausarzt (zum Gesundheitscheck) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Frauenarzt oder Urologen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| HNO Arzt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gastroenterologen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Radiologen z. B. zur Mammographie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kinderarzt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Orthopäden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hautarzt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kardiologen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Homöopath | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

B) Außer Vorsorgeuntersuchungen beim Arzt wahrzunehmen, kann man auch noch andere Möglichkeiten nutzen, um sein körperliches Wohlbefinden zu steigern. Dabei reicht die Palette von relativ einfachen Dingen wie „fettreiches Essen zu meiden“ bis hin zur Ausübung komplizierter Sportarten oder Nutzung von Wellnessangeboten. Ich lese Ihnen nun einige Beispiele vor und Sie sagen mir jeweils, was Sie zur Erhaltung Ihrer Gesundheit tun.

| | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Gesunde Ernährung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kauf von höherwertigen Lebensmitteln | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fettarme Ernährung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zuckerarme Ernährung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Einnahme von Nahrungsergänzungsmitteln | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Geringer oder kein Alkoholkonsum | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Geringer oder kein Nikotinkonsum | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ausreichend nichtalkoholische Getränke trinken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Auf ausreichenden Schlaf achten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Regelmäßige Bewegung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Regelmäßige Saunabesuche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Regelmäßige Massagen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fastenkuren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige Wellnessanwendungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

C) Treiben Sie regelmäßig Sport?

Ja

Nein

Filter: Bei „nein“ die nächsten beiden Fragen überspringen

C 1) Wie oft treiben Sie in der Regel Sport?

Seltener als 1x pro Woche

1x pro Woche

2–3x pro Woche

Häufiger als 3x pro Woche

C 2) Welche Sportarten praktizieren Sie?

| | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Ausdauersportarten im Freien wie z. B. Laufen, Radfahren, Schwimmen, Walken, Nordic Walking oder Inlineskating | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Mannschaftssportarten, wie z. B. Fußball, Handball oder Volleyball | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Fitnessstraining im Studio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Leichtathletik | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Gymnastik | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Aerobic | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Tanzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Yoga, Pilates oder Ähnliches | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Tennis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Ski | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Golf | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Sonstiges (Nachfrage: offene Angaben) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

D) Viele Vorsorgen, die man in Anspruch nehmen kann, kosten ja jetzt schon Geld oder sind erst ab einem gewissen Alter umsonst, wie z. B. professionelle Zahnreinigung, Hautkrebsvorsorge oder Darmkrebsvorsorge. Nehmen Sie auch solche Art Vorsorge in Anspruch, für die Sie selbst bezahlen müssen?

Ja Nein

Filter: Bei „nein“ die nächste Frage überspringen

D 1) Welche Art von zahlungspflichtigen Vorsorgeuntersuchungen nehmen Sie in Anspruch?

| | Wird in Anspruch genommen |
|---|------------------------------|
| Professionelle Zahnreinigung | <input type="checkbox"/> |
| Zuzahlungspflichtige Gesundheitschecks vor dem 35. Lebensjahr | <input type="checkbox"/> |
| Hautkrebsvorsorge | <input type="checkbox"/> |
| Darmkrebsvorsorge | <input type="checkbox"/> |
| Grüner Star-Vorsorgeuntersuchung | <input type="checkbox"/> |
| Spezielle Impfungen | <input type="checkbox"/> |
| Weitere Vorsorgeuntersuchungen, wenn ja, welche (freie Antwort) | <input type="checkbox"/> |

E) Darüber hinaus gibt es höherpreisige Leistungen, die die Krankenkassen nicht übernehmen und die privat finanziert werden müssen. Einige Banken bieten mittlerweile so genannte Gesundheitskredite an, durch die eine Ratentilgung der Kosten möglich wird. Wie stehen Sie zu diesem Thema?

Ich lese Ihnen nun einige Leistungen vor, bei denen höhere Kosten anfallen und Sie sagen mir jeweils, ob sie sich vorstellen können, diese zu finanzieren.

| | Könnte ich mir vorstellen | Könnte ich mir nicht vorstellen |
|---|---------------------------|---------------------------------|
| Kuren, REHA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schönheitsoperationen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Reproduktionsmedizin, d. h. medizinische Leistungen im Bereich Fortpflanzung oder bei Fortpflanzungsproblemen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| klassische medikamentöse Therapien | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sehkorrekturen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Alternative Heilmethoden wie z. B. homöopathische Behandlungen oder Akupunktur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| geistige Heilungen wie z. B. Handauflegen oder Reiki (durch die Beispiele sollte der Unterschied klar werden) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Krankengerechtes Wohnen wie z. B. Wohnungsumbau oder Anschaffung von speziellen Möbeln oder Geräten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zahnersatz, nicht kosmetische Zahnleistungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kosmetische Zahnleistungen wie z. B. Regulierungen und Korrekturen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Block 4: Gesundheitssystem

Zum Schluss komme ich nun kurz auf das Gesundheitssystem zu sprechen.

A) Zuerst einmal eine allgemeine Frage:

Wie zufrieden sind Sie mit dem aktuellen deutschen Gesundheitssystem?

| | Unzufrieden | Eher unzufrieden | Eher zufrieden | Zufrieden |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Mit dem deutschen Gesundheitssystem bin ich ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

B) In unterschiedlichen Ländern und Gesellschaften sind unterschiedliche Gesundheitssysteme verankert. Diese unterscheiden sich vor allem in der unterschiedlich starken Selbstverantwortung bzw. Eigenbeteiligung der Bürger.

Wenn Sie die Möglichkeit zur Wahl hätten, welches System würden Sie bevorzugen?

Ich würde ...

| | |
|---|--------------------------|
| ... ein rein staatliches Gesundheitssystem bevorzugen, das komplett, in allen seinen Leistungen, durch einen etwas höheren Krankenkassenbeitrag abgedeckt ist. | <input type="checkbox"/> |
| ... ein staatliches Gesundheitssystem bevorzugen, das eine Grundversorgung bietet und in dem jeder entscheiden kann, welche individuelle medizinische Vorsorge oder Leistung er zusätzlich privat absichern möchte. | <input type="checkbox"/> |
| ... ein vollständig privat finanziertes Gesundheitssystem bevorzugen, bei dem kein gesetzlicher Krankenkassenbeitrag anfällt und jeder für sich entscheidet, welche individuelle medizinische Vorsorge oder Leistung er absichern möchte. | <input type="checkbox"/> |

Block 5: Demografische Daten

Geschlecht:

- m/w
- Alter

Erst direkt fragen, wenn keine Auskunft dann Abstufung:

- bis 20 Jahre
- 21 bis 30 Jahre
- 31 bis 40 Jahre
- 41 bis 50 Jahre
- 51 bis 60 Jahre
- 61 bis 70 Jahre
- über 70 Jahre

Nationalität

- Deutsch
- Türkisch
- Italienisch
- Griechisch
- Kroatisch
- Russisch
- andere Staatsangehörigkeit (offene Angaben)

Aus welchem Bundesland kommen Sie?

- Baden-Württemberg
- Bayern
- Hessen
- Rheinland-Pfalz
- Saarland
- Nordrhein-Westfalen
- Niedersachsen

- Schleswig-Holstein
- Bremen
- Bayern
- Mecklenburg-Vorpommern
- Brandenburg
- Berlin
- Sachsen
- Thüringen
- Sachsen-Anhalt

Familienstand

- ledig
- geschieden
- verwitwet
- verheiratet

Haben Sie Kinder? Wenn ja, wie viele?

- ja/nein
- ...

Anzahl der im Haushalt lebenden Personen (außer Ihnen)?

- ...

Höchster Bildungsabschluss

- Haupt-/Volksschule
- Realschule/Mittlere Reife bzw. gleichwertige Ausbildung
- Abitur/Fachabitur
- kein Abschluss
- noch in Ausbildung (Schüler)

Wie sind Sie krankenversichert?

- gesetzlich
- gesetzlich mit Zusatzversicherung(en)
- privat
- gar nicht

Nettoeinkommen monatlich (der befragten Person)

- kein eigenes Einkommen
- unter € 500
- zw. € 500 und € 1.000
- zw. € 1.000 und € 1.500
- zw. € 1.500 und € 2.000
- zw. € 2.000 und € 2.500
- über € 2.500

8. Literaturverzeichnis

Behrens, J., Dreyer-Tümmel, A. & Müller, R. (1993). Überbrückung oder Statuspassage: Krankheitsfolgen als sozialpolitische Indikatoren. In L. Leisering, B. Geissler & U. Mergner (Hrsg.), *Moderne Lebensläufe im Wandel* (S. 201–220). Weinheim.

Bergler, R. & Hoff, T. (2002). *Genuss und Gesundheit*. Köln.

BIG-Direktkrankenkasse (2003). *Umfrage 2003. Die Gesundheitsreform und die Krankenkassen im Urteil der Versicherten*. Dortmund.

Böhnke, P. (2001). Die exklusive Gesellschaft. Empirische Befunde zu Armut und sozialer Ausgrenzung. In S. Sell (Hrsg.), *Armut als Herausforderung. Bestandsaufnahme und Perspektiven der Armutforschung und Armutsberichterstattung* (S. 45–64). Berlin.

Böhnke, P. & Delhey, J. (2001). Lebensstandard und Einkommensarmut. Plädoyer für eine erweiterte Armutforschung. In E. Barlösius & W. Ludwig-Mayerhofer (Hrsg.), *Die Armut der Gesellschaft* (S. 315–335). Opladen.

Brockhaus – Die Enzyklopädie (1997) in 24 Bänden. 20., überarbeitete und aktualisierte Auflage. Leipzig.

Bundeszentrale für politische Bildung (2005). *Entwicklung der Ausgaben im Gesundheitswesen* [www-Dokument http://www.bpb.de/wissen/6G93DG,,0,Entwicklung_der_Ausgaben_im_Gesundheitswesen.html ; abgerufen am 17.05.2008]

Deutscher Wellnessverband (2008). *Wellness Marktdaten*. [www-Dokument http://www.wellnessverband.de/infodienste/marktdaten/080311_zahlen2008.php; abgerufen am 17.05.2008]

Deutscher Wellnessverband (2008a). *Zukunftmarkt Wellness*. [www-Dokument http://www.wellnessverband.de/infodienste/marktdaten/080328_zukunftsmarktwellness.php; abgerufen am 17.05.2008]

- Dowd, J.J. & Bengtson, V.L. (1978).** Aging in minority populations: An examination of the double jeopardy hypothesis. *Journal of Gerontology*, 33, pp. 427–436.
- Frank, R., Vaitl, D. & Walter, B. (1995).** Verdirbt Krankheit den Genuss? In R. Lutz & N. Mark (Hrsg.), *Wie gesund sind Kranke?* (S. 95–112). Göttingen.
- Garhammer, M. (2001).** Arbeitszeit und Zeitwohlstand im internationalen Vergleich. *WSI-Mitteilungen*, 4, S. 231–240.
- Gärtner, K. (2001).** Lebensstile und ihr Einfluss auf Gesundheit und Lebenserwartung – Der Lebenserwartungssurvey des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung. *Materialien zur Bevölkerungswissenschaft*. Heft 102a. Wiesbaden.
- Lampert, T. & Kroll, L.E. (2005).** Einfluss der Einkommensposition auf die Gesundheit und Lebenserwartung. Berlin.
- Lampert, T. & Thamm, M. (2004).** Soziale Ungleichheit des Rauchverhaltens in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 47, S. 1033–1042
- Lampert, T. & Ziese, T. (2005).** Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Bonn.
- Li Zhan, M.S. (1992).** Quality of life: conceptual and measurement issues. *Journal of Advanced Nursing*, 17, pp. 795-800.
- Lutz, R. (1983).** Genuss und Genießen. Weinheim.
- Lutz, R. & Koppenhöfer, E. (1983).** Kleine Schule des Genießens. In R. Lutz (Hrsg.), *Genuss und Genießen* (S. 112–125). Weinheim.
- Mielck, A. (2005).** Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Bern.
- Perrig-Chiello, P., Perrig, W.J., Stähelin, H.B., Krebs-Roubicek, E. & Ehrensam, R. (1996).** Wohlbefinden, Gesundheit und Autonomie im Alter: Die Basler IDA-Studie. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 29, S. 95–109.

Robert-Koch-Institut (2004). Zufriedenheit mit den Lebensumständen und der Gesundheit. [www-Dokument http://www.rki.de/cln_011/nn_196910/DE/Content/GBE/Auswertungsergebnisse/Lebensqualitaet/zufriedenheit_inhalt.html?__nnn=true; abgerufen am 12.05.2008]

Saß, A.C. & Lampert, T. (2005). Einfluss sozioökonomischer Faktoren auf die Entwicklung der subjektiven Gesundheit im höheren Lebensalter. Vortrag Deutsche Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie. 50. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (gmds), 12. Jahrestagung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Epidemiologie. Freiburg im Breisgau, 12.–15.09.2005. Düsseldorf, Köln: German Medical Science; 2005. [www-Dokument: <http://www.egms.de/en/meetings/gmds2005/05gmds050.shtml>; abgerufen am 12.05.2008]

Schulze, G. (1992). Die Erlebnisgesellschaft: Kultursoziologie der Gegenwart. Frankfurt/Main.

Schwarzer, R. (1997). Gesundheitspsychologie: Ein Lehrbuch. Göttingen.

Scitovsky, T. (1976). The Joyless Economy: The Psychology of Human Satisfaction. Oxford.

Subramanian, S.V. & Kawachi, I. (2004). Income inequality and health: what have we learned so far? *Epidemiologic Reviews*, 26, pp. 78–91.

Techniker Krankenkasse (2008). TK Meinungspuls Gesundheit 2008. Ein Jahr GKV-WSG: Eine Bilanz. [www-Dokument: <http://www.forum-gesundheitspolitik.de/dossier/index403.htm>; abgerufen am 17.05.2008]

Thiede, M. & Traub, S. (1997). Mutual influences on health and poverty. Evidence from the German Panel Data. *Social Science and Medicine*, 45, pp. 867–877.

Thomas, G. (1989). Soziotherapeutische und freizeitpädagogische Aspekte in der Therapie Suchtkranker am Beispiel des Lernziels Genussfähigkeit. *Suchtgefahren*, 35, S. 397–401.

Ulich, D. & Mayring, P. (1992). Psychologie der Emotionen. Stuttgart.

Wilkinson, R. G. (1996). Unhealthy societies. The affliction of inequality. London/New York.

Zimmermann, G. (1983). Krankheitskündigungen in der Praxis. In R. Ellermann-Witt, H. Rotleuthner & H. Russig (Hrsg.), *Kündigungspraxis, Kündigungsschutz und Probleme der Arbeitsgerichtsbarkeit*. Opladen.

Notizen

Notizen

Notizen

Notizen

