

# Gesundheit in Europa - Soziale Unterschiede und deren Bestimmungsfaktoren:

Ergebnisse der 7. Runde  
des European Social Survey

ESS  
Topline  
Results

Ausgabe

6

# Zugang zu den Daten und Dokumentationen des European Social Survey

Das European Social Survey European Research Infrastructure Consortium (ESS ERIC) bietet kostenlosen Zugang zu all seinen Daten und Dokumentationen. Alle Daten und Informationen - auch zu den teilnehmenden Ländern - können unter [www.europeansocialsurvey.org](http://www.europeansocialsurvey.org) eingesehen und ggf. heruntergeladen werden.

Mit EduNet und NESSTAR wurden zwei spezifische Instrumente zur Erleichterung des Zugangs und der Nutzung des stetig wachsenden ESS-Datenpools entwickelt. Beide sind über die Webseite des ESS frei zugänglich.

## EduNet

Das ESS e-learning tool EduNet wurde für die

Verwendung im Hochschulbereich entwickelt. Es stellt praktische Beispiele und Aufgaben zur Verfügung, um Benutzerinnen und Benutzer ausgehend vom theoretischen Problem bis hin zur Interpretation statistischer Ergebnisse durch den Forschungsprozess zu leiten. Zehn Themen sind aktuell im Rahmen der Verwendung der ESS Daten verfügbar.

## NESSTAR

Das ESS Online Analyseangebot verwendet NESSTAR - ein Online-Werkzeug zur Datenanalyse. Informationen zur Verwendung von NESSTAR sind auf der Webseite des Norwegian Social Science Data Services ([www.nesstar.no](http://www.nesstar.no)) verfügbar.

Der European Social Survey hat sich zum Ziel gesetzt, die Menschen in Europa besser zu verstehen, indem ihre Einstellungen festgehalten und sozialen Verhältnisse genau beleuchtet werden. Dieser Bericht untersucht einen der wichtigsten Aspekte in unserem Leben - unsere Gesundheit - und hebt hier die großen Ungleichheiten hervor, die innerhalb Europas, aber auch innerhalb eines Landes existieren.

Die Aufnahme dieses Moduls als Themenschwerpunkt des ESS hat es ermöglicht, eine der umfassendsten länderübergreifenden Untersuchungen zu (subjektiven) gesundheitlichen Ungleichheiten durchzuführen und diese in einen größeren soziologischen Kontext zu setzen.

Die Ergebnisse sind von größter Relevanz für Wissenschaft und Politik. Das Modul beinhaltet

außerdem methodische Innovationen, wie etwa eine neue Form der vergleichenden Messung von Alkoholkonsum. Gleichzeitig liefert es wichtige Daten sowohl zu länderspezifischen Differenzen hinsichtlich des Gesundheitszustands der Menschen, als auch zu deren Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen und somit zur Gesundheitsversorgung insgesamt.

Ich freue mich darauf, viele weitere Gesundheitsforscherinnen und -forscher in der ESS Daten Community begrüßen zu dürfen und bin gespannt auf die Ergebnisse ihrer Analysen dieses neuen, interessanten Moduls.

## Rory Fitzgerald

Director ESS ERIC

City, University of London (Vereinigtes Königreich)

## Über die Autoren und Autorinnen dieser Ausgabe:

Terje Andreas Eikemo ist Professor für Soziologie an der Norwegian University of Science and Technology (NTNU), Trondheim, Norwegen.

Tim Huijts ist Senior Lecturer für Soziologie an der University of York, Vereinigtes Königreich.

Clare Bamba ist Professorin für Public Health Geography an der Durham University, Vereinigtes Königreich.

Courtney McNamara ist ein Postdoctoral Fellow an der NTNU, Trondheim, Norwegen.

Per Stornes ist Doktorand an der NTNU, Trondheim, Norwegen.

Mirza Balaj ist Doktorandin an der NTNU, Trondheim, Norwegen.

Eikemo, Huijts und Bamba waren Mitglieder des Questionnaire Design Teams (QDT), das das Modul über "Gesundheitliche Ungleichheiten" entwickelt hat. Andere Mitglieder des QDTs waren:

Olle Lundberg, Centre for Health Equity Studies, Stockholm, Schweden;

Johan Mackenbach, Department of Public Health, Erasmus University Medical Center, Rotterdam, Niederlande.

Zusätzlich haben die folgenden Mitglieder des ESS Core Scientific Teams an der Entwicklung des Moduls mitgewirkt:

Rory Fitzgerald, Yvette Prestage, Ana Villar, Sally Widdop und Lizzy Winstone.

# Gesundheit in Europa - Soziale Unterschiede und deren Bestimmungsfaktoren

## Ergebnisse der 7. Runde des European Social Survey

Terje Andreas Eikemo, Tim Huijts, Clare Bambra, Courtney McNamara, Per Stornes und Mirza Balaj

### Einleitung

Es ist hinlänglich bekannt, dass Gesundheit sozial ungleich verteilt ist. Je höher die Bildung, die berufliche Stellung oder das Einkommen, desto geringer fallen Krankheits- und Sterblichkeitsraten aus. Allerdings: Auch wenn soziale Ungleichheiten in der Gesundheit der Menschen weltweit existieren, variiert deren Ausmaß zwischen den Ländern erheblich. Auch innerhalb Europas bestehen teilweise deutliche Unterschiede.

Auf Grundlage der Daten des European Social Survey (ESS) kann die wissenschaftliche Forschung nun substanziiell zum Verständnis sozial bedingter Ungleichheiten in der Gesundheit in den Ländern Europas beitragen (Eikemo et al., 2008a; Eikemo et al., 2008b; Huijts, 2011; Van de Velde, Bracke & Levecque, 2010). Diese Studien berücksichtigen drei zentrale Gesundheitsindikatoren (der selbsteingeschätzte Gesundheitszustand, langfristig einschränkende Krankheit und Depressionen) und eine begrenzte Anzahl sozialer Gesundheitsdeterminanten, zu denen beispielsweise der sozioökonomische Status gehört. Zum einen bestätigt der Ergebnisreport, dass ein niedrigerer sozioökonomischer Status mit einer schlechteren Gesundheit einhergeht. Zum anderen unterscheiden sich die Ungleichheitsmuster in Bezug auf Gesundheit zwischen den Ländern Europas.

Um zu verstehen, wie und warum soziale Ungleichheiten in der Gesundheit bestehen, bedarf es präziser Gesundheitsindikatoren und der Berücksichtigung einer größeren Anzahl sozialer Bestimmungsfaktoren. Während Gesundheits-Surveys häufig eine Vielzahl an Gesundheitsindikatoren und Einflussfaktoren erheben, fehlt es bisher an einer geeigneten

Datengrundlage, die zusätzlich bestehende sozialstrukturelle Unterschiede und detaillierte Informationen über Lebensbedingungen in unterschiedlichen Gesellschaften beinhaltet. Gleichzeitig gibt es keine sozialwissenschaftlichen Surveys, in denen ausreichende Informationen über Verhaltens- und Lebensstilfaktoren sowie über unterschiedliche Krankheitsformen (wie beispielsweise spezifische chronische Erkrankungen) zeitgleich erhoben werden. Aus diesem Grund wurde ein Modul über Gesundheitsungleichheiten in den ESS aufgenommen, der mit seinen Kernmodulen bereits zentrale Variablen zur sozialstrukturellen Lage der Befragten umfasst.

Das neue Wechselmodul in der siebten Welle des ESS über Gesundheit in Europa umfasst ein breites Spektrum an Krankheitsindikatoren, inklusive selbstberichteter physischer und psychosozialer Gesundheitsprobleme (z.B. Herzkrankheiten und Atembeschwerden). Außerdem ist es das erste länderübergreifende Gesundheitsmodul, das eine Vielzahl sozialer Bestimmungsfaktoren von Gesundheit umfasst, so zum Beispiel verhaltensbezogene und psychosoziale Determinanten, Ungleichheiten im Zugang zu Gesundheitsversorgung sowie gesundheitsrelevante Arbeitsbedingungen.

Die Auswahl der Gesundheitsindikatoren und Einflussvariablen im neuen Gesundheitsmodul basiert zum einen auf aktuellen Befunden zu den sozialen Bestimmungsfaktoren von Gesundheit (bspw. Marmot 2008) und zum anderen auf dem Modell von Dahlgren & Whitehead (1991) über die Determinanten der Gesundheit (siehe Abbildung 1). Besonderes Gewicht wurde auf potenziell wichtige Erklärungsfaktoren wie zum Beispiel Wohnbedingungen, Verwendung alternativer Gesundheitsdienste und kostenlose

Pflegeunterstützung gelegt. Unter der Maßgabe, dass das neue Modul maximal 30 Fragen umfassen durfte, erhielten zudem Konzepte den Vorzug, die sich anhand einer begrenzten Anzahl an Items messen lassen. Dafür wurden eine Reihe unterschiedlicher Fragen vorab getestet (Eikemo et al., 2016). Die Indikatoren mit den stärksten empirischen Zusammenhängen zu Gesundheitsvariablen und den besten messtechnischen Eigenschaften wurden schließlich in den Fragebogen aufgenommen. Ein Überblick über alle Items des neuen ESS Gesundheits-Moduls gibt Tabelle 1.

Die Daten der siebten Welle des ESS<sup>i</sup> wurden durch etwa einstündige, persönliche Befragungen von knapp unter 40 200 Personen ab 15 Jahren in 21 europäischen Ländern<sup>ii</sup> erhoben. Die Befragten wurden durch ein striktes Zufallsauswahlverfahren mit einer angestrebten Rücklaufquote von mindestens 70 % ausgewählt, um die Repräsentativität der Stichproben auf Länderebene bestmöglich zu gewährleisten<sup>iii</sup>. Das

qualitativ anspruchsvolle Übersetzungsverfahren der Fragen<sup>iv</sup> im ESS steigert zusammen mit der sorgfältigen Stichprobenziehung und -realisierung die Zuverlässigkeit von Ländervergleichen.

Diese Broschüre beschreibt die Kernergebnisse erster Analysen der Daten<sup>v</sup> des neuen Moduls unter dem Gesichtspunkt, wie stark Gesundheit und Krankheit innerhalb von Europa variieren. Außerdem wird untersucht, wie verschiedene soziale Bestimmungsfaktoren von Gesundheit, bezogen auf individuelles Verhalten, berufliche Betätigung und allgemeine Lebensbedingungen, zur Erklärung von Ungleichheiten hinsichtlich der selbsteingeschätzten Gesundheit beitragen. Diese Analysen vermitteln einen Eindruck über das Potenzial für weiterreichende Untersuchungen, die mit den neuen ESS-Daten vorgenommen werden können. Sie erlauben außerdem erste Aussagen darüber, welche Faktoren für die Erklärung der beobachteten Ungleichheiten des subjektiven Gesundheitszustandes der Menschen in Europa neben Bildung bedeutsam sind.

Abbildung 1. Dahlgrens und Whiteheads (1991) Modell zu Determinanten von Gesundheit

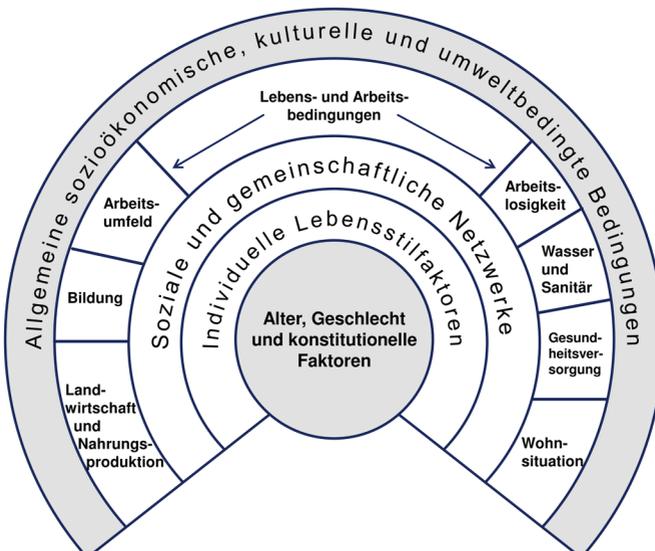


Tabelle 1. Indikatoren des neuen ESS-Wechselmoduls zu Gesundheit und Wohlbefinden

Konzepte	Items
Obst- und Gemüseverzehr	Wie häufig Obst gegessen (Fruchtsäfte ausgeschlossen).
	Wie häufig Gemüse oder Salat gegessen (Kartoffeln ausgeschlossen).
Körperliche Aktivität	Tage an denen die Befragten innerhalb der letzten 7 Tage mindestens 30 Minuten schnell zu Fuß gegangen sind oder sich auf eine andere Art körperlich oder sportlich betätigt haben.
Rauchen	Selbsteinstufung: ich rauche täglich; ich rauche, aber nicht täglich; ich rauche nicht mehr, habe aber früher geraucht; ich habe nur ein paar wenige Male geraucht; ich habe nie geraucht (selbst gedrehte Zigaretten mitzählen, aber Pfeifen, Zigarren und elektronische Zigaretten nicht).
	Anzahl Zigaretten, die normalerweise an einem Tag geraucht werden.
Alkoholkonsum	Häufigkeit von Alkoholkonsum innerhalb der letzten 12 Monate.
	Anzahl an Getränken (s. Liste), die das letzte Mal an einem Montag, Dienstag, Mittwoch oder Donnerstag getrunken wurden.
	Anzahl an Getränken (s. Liste), die das letzte Mal an einem Freitag, Samstag oder Sonntag getrunken wurden.
	Häufigkeit von Rauschtrinken innerhalb der letzten 12 Monate.
BMI	Körpergröße bzw. Gewicht ohne Schuhe.
Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung	Mit Hausärzt/innen über Gesundheit gesprochen (letzte 12 Monate).
	Mit Fachärzt/innen über Gesundheit gesprochen (letzte 12 Monate).
	Keinen Arzttermin oder medizinische Behandlung bekommen (letzte 12 Monate).
	Gründe, keinen Arzttermin oder keine medizinische Behandlung bekommen zu haben (letzte 12 Monate).
Unentgeltliche Betreuung oder Hilfe	Alternative Behandlungsmethoden in Anspruch genommen (letzte 12 Monate, Liste).
	Familienmitglieder, Freunde, Nachbarn oder andere Menschen wegen langfristig körperlicher/psychischer Erkrankung/Behinderung oder altersbedingter Probleme betreut oder ihnen geholfen; bezahlte Tätigkeit ausgeschlossen.
Psychisches Wohlbefinden	Anzahl geleisteter Stunden an unbezahlter Betreuung oder Hilfe.
	Deprimiert/ Niedergeschlagen gefühlt; alles war anstrengend; unruhig geschlafen; glücklich gewesen; einsam gefühlt; Leben genossen; traurig gefühlt; konnte sich zu nichts aufraffen (8 einzelne Items).
Krankheiten	Gesundheitliche Probleme: Herz- oder Kreislaufprobleme; Hoher Blutdruck; Atembeschwerden wie Asthmaanfälle, Kurzatmigkeit oder pfeifende Atemgeräusche; Allergien; Rücken- oder Nackenschmerzen; Muskel- oder Gelenkschmerzen an Händen oder Armen; Muskel- oder Gelenkschmerzen an Füßen oder Beinen; Magen- oder Verdauungsbeschwerden; Hautprobleme; Starke Kopfschmerzen; Diabetes (letzte 12 Monate, Liste).
	Eingeschränkt im Alltag durch gesundheitliche Probleme (letzte 12 Monate, Liste).
	Leide derzeit oder litt früher unter einer Krebserkrankung.
Kindheit und Jugend	Ernsthafte Konflikte zu Hause in Kindheit und Jugend.
	Ernsthafte finanzielle Schwierigkeiten in Kindheit und Jugend.
Wohnung und Haus	Probleme mit der Wohnung oder dem Haus (Liste).
Arbeitsbedingungen	Je im Beruf ausgesetzt: Vibrationen von Werkzeugen oder Maschinen; Ermüdende oder schmerzhaft Körperhaltungen; Manuelles Heben oder Bewegen von Menschen; Manuelles Tragen oder Bewegen von schweren Lasten.
	Je im Beruf ausgesetzt: Sehr starkem Lärm; Sehr hohen Temperaturen; Sehr tiefen Temperaturen; Strahlen wie z. B. Röntgenstrahlen; Handhabung, Einatmen oder Berühren von chemischen Produkten, Dämpfen oder Substanzen; Einatmen von anderen Arten von Rauch, Gas, Pulver oder Staub.

Anmerkung: Die genauen Formulierungen sind im ESS7-Fragebogen verfügbar, der auf den ESS-Seiten im Internet heruntergeladen werden kann.

## Wie ist Gesundheit in Europa verteilt?

Für jeden Gesundheitsindikator des neuen Moduls wurden altersstandardisierte Prävalenzraten berechnet<sup>vi</sup>. Altersgruppen wurden entsprechend der europäischen Standardbevölkerung aus dem Jahr 2013 gewichtet und Länder in größere geographische Regionen<sup>vii</sup> eingeteilt, um regionale Zusammenhänge hervorzuheben, die für einige Indikatoren festgestellt werden können.

Tabelle 2 zeigt darauf basierend länderübergreifende Unterschiede bei selbstberichteten chronischen Erkrankungen. Insgesamt wird deutlich, dass alle Erkrankungen substantielle Bevölkerungsanteile der meisten Länder betreffen, aber dennoch für die meisten Erkrankungen bedeutende länderspezifische Unterschiede bestehen. Der Anteil der Befragten, der von Herz- und Blutkreislaufproblemen berichtet, ist bspw. in Nordeuropa (mit der Ausnahme von Finnland) geringer, während er in Litauen und Polen besonders hoch ausfällt. Von hohem Blutdruck berichten insbesondere Befragte in Deutschland, Ungarn, Litauen und Slowenien. Atembeschwerden sind in Zentral- und Osteuropa besonders gering verbreitet, während Allergien besonders häufig in Nordeuropa auftreten. Bei Arm-, Bein- und vor allem Rückenschmerzen sind wiederum keine eindeutigen regionalen Muster feststellbar: In allen Ländern wiesen große Bevölkerungsteile diese Erkrankungen auf. In ähnlicher Weise berichtet eine hohe Anzahl an Befragten von Magenbeschwerden, ohne dass sich jedoch besondere regionale Muster erkennen lassen.

Hautprobleme wiederum treten besonders häufig in Finnland und relativ selten in Zentral- und Osteuropa auf. Bei starken Kopfschmerzen lassen sich vor allem geschlechtsspezifische Unterschiede feststellen; Frauen sind mit einer sehr viel höheren Wahrscheinlichkeit davon betroffen als Männer. Außerdem sind die prozentualen Anteile von Befragten mit Kopfschmerzen in Deutschland, Frankreich und Portugal mehr als drei Mal so hoch wie bspw. in Irland. Für Diabetes gibt es kein eindeutiges Muster länderübergreifender Unterschiede, auch wenn die Werte in Israel etwas höher sind als in den restlichen Ländern der Studie. Betrachtet man die Informationen über alle Erkrankungen und Beschwerden, die wir in fast

allen Ländern und sowohl unter Männern als auch unter Frauen beobachten können, gemeinsam, so berichtet mehr als die Hälfte der Befragten von mindestens einer dieser Erkrankungen innerhalb der letzten 12 Monate betroffen gewesen zu sein. Für Frauen in Finnland, Frankreich und Deutschland liegt der Anteil bei nahezu 90 %, weshalb folglich nur eine kleine Minderheit frei von jeglichen Erkrankungen und Beschwerden war. Für Krebserkrankungen wiederum konnten keine eindeutigen Muster länderübergreifender Unterschiede festgestellt werden. Während Norwegen und Schweden die niedrigsten Prozentsätze aktueller Krebserkrankungen aufweisen, so ist in diesen Ländern gleichzeitig der Anteil an Frauen am größten, welche bereits eine Krebserkrankung erfolgreich bewältigt hat.

In Tabelle 3 werden Ergebnisse für eine Reihe weiterer, in den Daten enthaltener Gesundheitsindikatoren dargestellt. Die Werte für einen schlechten oder sehr schlechten subjektiven Gesundheitszustand entsprechen dabei den Ergebnissen aus früheren Wellen des ESS. Irland und die Schweiz weisen die niedrigsten, Estland, Ungarn und Litauen die höchsten Werte auf. Gleiches gilt für den Prozentsatz an Befragten, die zumindest in bedingtem Ausmaß an Krankheiten leiden. Auch hier weisen Litauen und Slowenien die höchsten Anteilswerte auf. Bezüglich depressiver Symptome<sup>viii</sup> sind wieder eindeutige Geschlechterunterschiede zu konstatieren (Frauen sind deutlich stärker betroffen). Dieses Ergebnis deckt sich mit Befunden aus früheren Studien über die psychische Gesundheit in Europa auf Basis des ESS.

Bemerkenswerte Ausnahmen bilden Norwegen und Finnland die diesbezüglich praktisch keine Geschlechterunterschiede aufweisen. Die niedrigen Prozentsätze der Befragten mit ersten depressiven Symptomen in Finnland, Norwegen und der Schweiz und das hohe Risiko ernsthafter depressiver Symptome in Süd-, Zentral-, und Osteuropa stützen ebenfalls frühere Befunde auf Grundlage des ESS. Schließlich zeigt sich, dass Männer mit höherer Wahrscheinlichkeit von Übergewicht und Fettleibigkeit berichten als Frauen. Dabei ist der Anteil an selbst eingeschätztem Übergewicht bzw. Fettleibigkeit unter Frauen in Zentral- und Osteuropa besonders hoch.

Tabelle 2. Gesundheitliche Probleme in 21 europäischen Ländern (für Männer und Frauen getrennt, Prozent)

		Herz, Kreislauf	Blutdruck	Atem	Allergien	Rücken, Nacken	Arme, Hände	Füße, Beine	Magen	Haut	Kopfschmerzen	Diabetes	1 davon	2 oder mehr	Krebs (akt.)	Krebs (früher)
Norden																
Dänemark	M	8,4	20,3	9,5	16,2	45,7	21,8	23,9	14	10	7,6	6,7	30,6	52,5	2,8	7
	W	8,2	19,5	10,5	17,5	50,5	28,4	32,7	22,2	14,4	17,2	5,3	22,9	60,2	4,5	9,6
Finnland	M	11,6	20,1	10,8	14,7	47,4	26	31,8	16,5	13,8	13,9	7,8	28,4	58,2	2,8	4,6
	W	9,9	21,8	13,5	19	57,8	27,7	34,3	27,2	20,3	23,4	5,4	21,2	70,4	2,1	5,7
Norwegen	M	8,6	15,5	10,5	15,7	36,5	23,2	22,2	14,1	10,5	5,1	4	32,3	45,9	2,2	5,1
	W	7,3	15,1	14,6	23,3	50,4	32,1	33,3	20,7	10,2	15,4	3,7	24,3	60,8	0,7	10,2
Schweden	M	7,1	17,1	7,8	15,1	42,3	22,9	25	16,2	7,7	6,9	5	29,3	49,6	2,5	5,4
	W	8,5	18,9	10,9	20,5	51,3	30,1	27,9	27,1	10,5	16,5	4,8	25,2	59,5	2,4	10,2
Westen																
Österreich	M	11,1	16,9	5,3	6,9	30,5	13,6	17,8	8,2	6,3	8,5	3,9	22,5	34,9	3,3	8,1
	W	10,8	15,7	6,7	9,7	34,3	17,3	16,4	12,9	9,6	15	3	18,9	41	3,4	8,7
Belgien	M	9,1	13,5	9,1	10,6	48	24,7	27,6	15,3	6,8	8,8	5,3	29,2	51,3	2,8	4,4
	W	8,9	18,7	10	17,1	53,7	31	28,4	24,9	8,3	22,6	4	24	61,6	3,3	6,4
Frankreich	M	9,3	11,7	11,8	11	43,1	27,5	28	17,2	8,7	14,7	6	29,2	50,8	3,5	4,7
	W	9,3	16	12	15	52	33	28,5	19	8,2	30,2	5,8	21,1	64	4	6,4
Deutschland	M	11,5	22	10,9	14,1	49	22	24,8	18,1	12,3	15,6	6,6	26,4	56,7	2,6	6,1
	W	15,6	23,7	12,2	16,7	59,5	27,2	29,4	25,4	13,7	27,1	6,5	19,7	69	2,9	7,5
Irland	M	5,8	12,8	6,9	4,4	21,5	9,9	14,2	7,8	5,2	3,8	3,1	21,7	26,5	5,2	3,5
	W	5,2	11,3	7,4	6,2	22,1	13,2	13,8	9,8	6,4	7,3	2,7	24,9	26,6	3,9	5,1
Niederlande	M	12,8	17,5	8,7	11,1	33,7	18	22,1	11,2	9,2	8,2	7,4	30,9	44,5	4	5,8
	W	8,5	18,5	11,3	14,1	44,9	21,2	24,5	16	10	17,7	4,8	31,7	49,4	3	8,1
Schweiz	M	8,7	14,5	5,7	9,5	37	18,2	24,9	12,9	8,4	11,8	3,8	31,3	44,3	7,5	7,2
	W	7	13,5	7,3	14,9	44,6	22,2	23,5	17,8	10,1	20	3	29,9	49,9	10,1	9
Vereinigtes Königreich	M	7,6	18,5	13,1	8,8	35,3	22,8	26,3	16,4	10	8,2	6,5	30,3	44,8	3,3	5,2
	W	6,9	18,1	13,7	15	36,2	20,3	27,6	18,2	14,2	15,8	4,6	27,4	51,5	3,2	7,4
Zentral/Ost																
Tsch. Rep.	M	6,6	17,2	4,8	6,1	20	10,4	13,8	7,8	3,8	5,9	6,3	25,9	26,2	-	-
	W	7,7	16,1	7	10,1	26,6	13,6	16,1	9,2	4,3	12,5	5,4	23,9	33	-	-
Estland	M	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6,5	5,8
	W	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5,6	6,3
Ungarn	M	11,3	21,2	6,1	5,3	16,9	11,6	14,8	6,5	1,7	6,7	4,4	17,8	27,4	15,3	5,2
	W	12,9	22,8	5,4	8,4	17,7	15,9	18,7	8	4,8	14,1	6,5	14,7	33,6	15,4	6,8
Litauen	M	16,5	18,8	3,7	2	24,9	9,1	12	11,1	0,6	4,8	2,5	23	29,8	5,9	6,8
	W	21,4	25,8	5,1	5	27,2	11,7	16,3	15,6	3,6	14,8	3,5	21,3	41,1	11,1	9,2
Polen	M	16,3	17,7	5	8,4	29,5	22,3	22	10,4	4	9	4,9	26,3	39,7	5,2	3,4
	W	20	20,3	7	11,8	38,7	29,6	25,6	17,1	5,1	18,1	6,4	22,8	51,8	6,1	5
Slowenien	M	9,4	20,8	7,4	8,6	36,4	19,5	19,4	12,1	3,7	7,7	5	35,9	38,6	3	4,5
	W	13,7	24,5	9,6	11,7	46,8	24,3	26,2	20,2	4,1	17,8	7,4	27,6	54,1	2,8	5,6
Süden																
Israel	M	10,7	15,3	7,1	5,7	20,6	12,9	14	7	4,9	8,9	10,6	18,6	30,1	8,4	5,7
	W	8,6	15,6	7	6,3	24	13,1	19	11,1	5,1	10,3	9,2	19,5	33	9,4	4,5
Portugal	M	8,3	20,8	6,9	13,7	45,1	24,9	27,8	16,2	6,9	16,3	8,5	25,7	51,6	1,6	3,9
	W	15	22,1	12,6	20,6	49,4	41,9	39,3	18	5,3	29,6	9,1	17,5	65,8	2,8	5,9
Spanien	M	9,1	15	7,9	11	33,9	20,3	23,6	12,8	5,5	9	5,5	31,4	39,8	1,9	4,8
	W	9,8	17	8,3	12,2	46,5	33,9	31,6	17,1	9,5	22,2	5,2	24,8	53,4	2	4,2

Quelle: European Social Survey Welle 7, 2014.

Tabelle 3. Subjektiver Gesundheitszustand, einschränkende Gesundheitsprobleme, psychische Gesundheit und Übergewicht/ Fettleibigkeit in 21 europäischen Ländern (getrennt für Männer und Frauen, Prozent)

		(Sehr/) Schlechte Gesundheit	Eingeschränkt durch Krankheit	Depressive Symptome	Übergewicht/ Fettleibigkeit
Norden					
Dänemark	M	6.1	26.4	8.1	52
	W	6	33.5	12.6	38.9
Finnland	M	4.6	29.9	6.7	59.1
	W	5.3	34.8	8.2	47.9
Norwegen	M	4.6	26.4	6.2	57.4
	W	9.6	32.6	8.9	42.4
Schweden	M	2.8	26.8	6	56.8
	W	6	35.3	14.6	43.5
Westen					
Österreich	M	4.1	21.5	8.5	57.5
	W	4.7	21.9	13.6	38.9
Belgien	M	5	25.3	8.6	51.1
	W	5.8	29.5	14.3	39.5
Frankreich	M	6.4	21.9	8.2	52.8
	W	9.3	27.1	16.5	40.9
Deutschland	M	7.6	29.5	9	60.2
	W	12.4	33.3	20.2	44.4
Irland	M	2	17.3	6.2	56.3
	W	2.7	18.4	9.1	41
Niederlande	M	4.1	27.3	8.3	51.4
	W	6.1	33.7	10.8	44.5
Schweiz	M	2.3	20.4	4.7	52.5
	W	3.9	22.3	9.3	29.9
Vereinigtes Königreich	M	6.7	24	10.6	58.5
	W	7.5	27	14.7	47.7
Zentral/Ost					
Tsch. Rep.	M	4.9	27.5	19.1	67.4
	W	8.3	29.8	28.6	49.4
Estland	M	11.2	28.7	14.8	56.4
	W	12.4	26.6	20.8	48.1
Ungarn	M	13.5	29.5	21.5	63.8
	W	13.8	31.8	27.5	52.8
Litauen	M	12.1	33.3	16.1	60.7
	W	12.8	35.2	22.7	50.8
Polen	M	8.3	27.8	11.3	60.8
	W	12.5	32.3	25.3	44.1
Slowenien	M	9.8	31.2	8.7	61.2
	W	12.2	38.5	15.6	50.6
Süden					
Israel	M	9.2	25	12	55.9
	W	11.3	25.5	19.1	47.8
Portugal	M	8.3	17.4	15.8	56
	W	12.1	21.9	30.9	49.8
Spanien	M	8.8	14.8	12.8	60.4
	W	14.9	19.3	24.7	43.3

Quelle: European Social Survey Welle 7, 2014.

## Wie sind soziale und verhaltensbezogene Einflussfaktoren auf die Gesundheit in Europa verteilt?

Zur Beantwortung dieser Frage wurden altersstandardisierte Prävalenzraten für jeden der sozialen und verhaltensbezogenen Einflussfaktoren auf Gesundheit aus den Daten berechnet. Das Ausmaß, zu dem die Menschen in Europa solchen sozialen und verhaltensbezogenen Faktoren ausgesetzt sind, variiert dabei über die Länder hinweg.

In Tabelle 4 werden Informationen über den Zugang zu und die Inanspruchnahme von der Gesundheitsversorgung je Land aufgeführt. Das Ausmaß an Versorgungsdefiziten unterscheidet sich deutlich zwischen den Ländern; besonders hohe Prozentsätze mit berichteten Versorgungsdefiziten finden sich in Finnland, Frankreich, Deutschland, Estland, Polen, Israel und Portugal. Besonders in Estland, Polen und Israel werden lange Wartelisten als Grund für die ungedeckte Versorgungsnachfrage genannt. In Finnland, Polen und Israel scheint ein Mangel an verfügbaren Terminen am problematischsten zu sein. In Bezug auf die Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung lässt sich feststellen, dass in der Mehrheit der Länder etwa drei Viertel der Befragten innerhalb der letzten 12 Monate mit Hausärztinnen und Hausärzten über ihre Gesundheit gesprochen haben. Jedoch zeigen sich auch geringere Anteile - z.B. in Schweden. Der Prozentsatz der Befragten, die Fachärztinnen und Fachärzte bzw. Spezialistinnen und Spezialisten konsultierten oder eine alternative Behandlungsmethode wählten, ist allgemein niedriger, jedoch für Frauen höher als für Männer. In manchen Ländern könnten hohe Anteile darauf zurückzuführen sein, dass sich die Personen direkt ohne vorherige Überweisung an Fachärztinnen und Fachärzte wenden. In einigen Ländern ähnelt der Prozentsatz für alternative Behandlungsmethoden interessanterweise dem Prozentsatz für die Konsultierung von Fachärztinnen und Fachärzten

oder liegt sogar darüber. Es zeigen sich keine klaren Muster regionaler Unterschiede und es muss für diese Indikatoren beachtet werden, dass sie keine gesundheitlichen Probleme oder den sich daraus ergebenden Bedarf an Gesundheitsversorgung berücksichtigen.

Tabelle 5 fasst länderübergreifende Unterschiede im Risikoverhalten zusammen, wie z.B. Rauchverhalten, Alkoholkonsum, körperliche Betätigung und Ernährung. Ausgehend von den Daten zu Rauchgewohnheiten zeigt sich, dass die Anteile derzeit rauchender Befragter in Nordeuropa, dem Vereinigten Königreich und Irland viel niedriger sind. Erheblich höhere Anteile finden sich für Männer in Zentral- und Osteuropa, wo (wie in Südeuropa) gleichzeitig große Geschlechterunterschiede deutlich werden. Unter den aktuell rauchenden Personen ist der Anteil derer, die normalerweise 20 oder mehr Zigaretten an einem Tag rauchen, besonders hoch in Österreich, Polen und Israel. Über die Länder hinweg variiert der Prozentsatz derer stark, die einen häufigen Alkoholkonsum angeben, mit besonders niedrigen Prozentsätzen in Israel sowie Zentral- und Osteuropa (besonders unter Frauen). Der Prozentsatz ehemaliger Raucherinnen und Raucher ist wiederum in Nordeuropa besonders hoch.

Der Blick auf den Alkoholkonsum in den teilnehmenden Ländern der siebten ESS-Welle zeigt, dass Männer fast zweimal so viele Alkoholeinheiten konsumieren wie Frauen. Gleichzeitig ist der Wochenendkonsum beinahe doppelt so hoch wie der Alkoholkonsum unter der Woche. Im Ländervergleich ist die Anzahl an konsumierten Alkoholeinheiten in Irland besonders hoch. Rauschtrinken berichten Befragte besonders oft im Vereinigten Königreich sowie in Portugal, besonders selten dagegen in Nordeuropa sowie unter Frauen in Zentral- und Osteuropa. In Bezug auf sportliche oder andere körperliche Betätigungen können keine eindeutigen regionalen Muster oder Geschlechterunterschiede festgestellt werden. Schließlich ist der tägliche Verzehr an

Tabelle 4. Zugang zu und Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung in 21 europäischen Ländern (getrennt für Männer und Frauen, Prozent)

		Ungedeckter Bedarf insg.	Unged. Bedarf: Warteliste	Unged. Bedarf: kein Termin	Hausarzttermin	Facharzttermin	Alternative Behandlungsmethode
<b>Norden</b>							
Dänemark	M	5,8	2	2,2	75,9	35,6	35,3
	W	8	2,9	1,8	83,2	41,4	44,8
Finnland	M	16,9	6,5	5,9	68,1	35	39,3
	W	22	7,5	9,7	71,5	44,6	51,8
Norwegen	M	11,3	4,6	4,1	75	24,8	33,7
	W	16,1	5,9	4,8	85	30	42,9
Schweden	M	8,2	1,6	2	51,6	27,6	36,2
	W	12,9	2,8	3	63,1	37,4	45,9
<b>Westen</b>							
Österreich	M	4,1	1,8	2,3	72,4	41,5	35,4
	W	6	1,8	3,1	82	55,1	44,7
Belgien	M	9	2,3	2	77,4	38,3	30
	W	11,5	4	1,5	85,7	51	37,2
Frankreich	M	15	4,1	3,7	80,2	40,1	35,9
	W	21,7	5,2	5,8	85,9	51,1	46,9
Deutschland	M	13,4	4,3	4,6	80,1	55,3	38,9
	W	19	5,9	7,4	83,3	69,3	54,7
Irland	M	5,6	1,9	1,5	61,7	18,4	21,9
	W	7,8	3,4	2,2	74,2	20	29,7
Niederlande	M	3,8	1,1	0,5	65,2	39,3	34,1
	W	4	0,7	0,6	76,1	46,7	39
Schweiz	M	4,8	0,4	0,9	66,4	36,2	39,7
	W	8,1	1,3	1,8	74,9	45,7	56,7
Vereinigtes Königreich	M	10,9	2,2	4,9	72,8	29,9	24,3
	W	14,9	3,2	10,3	78,9	33,9	32,1
<b>Zentral/Ost</b>							
Tsch. Rep.	M	6,2	1,3	1,5	70	31,8	24,9
	W	6,3	2,2	1,1	76,5	39	33,4
Estland	M	15,4	9,7	4,6	65,6	39,7	29,8
	W	19,9	10,7	8,3	77,6	57	46,3
Ungarn	M	4,6	1,6	1,6	59	26,7	10,3
	W	6,7	3,2	2,2	69,6	33,3	14,6
Litauen	M	11,3	5,2	5,1	52,4	21,1	29
	W	15,1	6	7,6	71,7	29,4	45
Polen	M	18,6	10,1	7,2	63,6	40,7	16,3
	W	25,8	10,3	12	77,2	48,4	19,7
Slowenien	M	7,9	4,5	0,2	75	37,3	27,9
	W	8,4	4	0,8	79,9	42	32,6
<b>Süden</b>							
Israel	M	15,9	10,8	7,5	76,3	55,1	22,3
	W	22,2	13,1	11,1	85,2	64,3	27,8
Portugal	M	18,7	6,9	4,7	77,9	35,1	22,9
	W	18,6	3,2	7,1	83,4	38,2	19,8
Spanien	M	11,7	4,1	3	74,5	42,2	22,3
	W	13,1	5,1	3,8	83,9	52,7	29,9

Tabelle 5. Risikoverhalten in 21 europäischen Ländern (getrennt für Männer und Frauen, Prozent)

		Rauchen (aktuell %)	Rauchen (ehemals %)	mind. 20 Zigaretten/ Tag (%)	Alkohol > einmal/ Woche (%)	Einheiten, Wochentag (Mittelwert)	Einheiten, Wochen- ende (Mittelwert)	Rausch- trinken, wöchentlich (%)	Körperlich aktiv 3-4 Tage (%)	Obst/ Gemüse mind. einmal täglich (%)
<b>Norden</b>										
Dänemark	M	27,1	61,4	37	38,6	4,5	9,3	3,3	20,9	53,5
	W	22,4	64,7	19,1	22,4	3,1	6,2	1,4	25,7	74,2
Finnland	M	28,6	61,8	29,3	16,9	3,9	9,3	1,4	28,9	56,9
	W	22,9	62,3	20,4	6,1	2,4	5,8	0,4	25,9	72,5
Norwegen	M	22,1	66,4	20,6	20	4,7	9,7	1,1	25,8	58,9
	W	19	71,6	18,8	8,9	2,9	5,9	0,4	25,9	73,5
Schweden	M	15,1	77,8	18,5	22	4	8,4	2,2	24,4	49,8
	W	14,8	76,2	10,7	10,6	2,7	5,4	0,8	25,9	70,4
<b>Westen</b>										
Österreich	M	33,1	46	56,8	37,8	4,2	6,7	9,2	23,8	44,1
	W	28,3	44,7	41,7	13,4	2,6	4,3	2,4	24,6	56,9
Belgien	M	28,2	55,6	33,6	38,9	3,7	6,5	3,1	19,4	58,3
	W	23,9	52,1	33	23,6	2	3,8	2,1	18,2	68,9
Frankreich	M	31	54,6	32,8	41,7	2,6	5,1	2,9	18,7	59,2
	W	26,5	53,4	18,7	17,4	1,6	2,9	0,9	14,7	71,7
Deutschland	M	34,2	52,9	38,4	36,9	3,2	6,1	4,4	23,5	49,9
	W	29,2	52,5	19,4	15,1	1,9	3,6	1,7	23,1	65,9
Irland	M	24,6	51,5	40	22,8	6,3	12,5	5,1	25,9	67
	W	21,5	52,8	27,3	10,7	4	8	2,4	25,4	76,9
Niederlande	M	31,4	52,9	22,1	44,8	3,1	6,1	4,9	24	55,7
	W	22,3	61,5	23,7	29,2	1,8	3,4	5,1	24,4	68,6
Schweiz	M	28,5	52,5	37,6	39,8	3,3	5,3	5,5	22,1	62,6
	W	24,9	53,8	16,7	20,8	1,9	3,2	1,8	23,3	81,2
Vereinigtes Königreich	M	22,9	60,4	24,7	38,3	5,7	9,5	11,2	18,9	65,3
	W	20,4	59,7	18,1	25,3	3,6	6,4	4	22,1	74,1
<b>Zentral/Ost</b>										
Tsch. Rep.	M	34,8	41	25,4	24,8	6,4	10	4,6	21,2	33,3
	W	20,2	47,5	13,8	6,7	4,3	6,3	0,6	21,8	50,8
Estland	M	37,4	50,2	38,3	17,4	3,9	8,7	3,4	21,2	52,1
	W	21	57,6	14	3,7	2,1	4,1	1,1	17,9	65,6
Ungarn	M	41,3	34,2	47,9	22,1	6	11,6	7,2	14,7	28,3
	W	26,2	41,7	20,7	2,4	3	6,9	1,6	10,5	31,6
Litauen	M	45,8	42,3	32,7	19,7	7	13,4	7,5	20,8	45,9
	W	16,7	57,9	11,2	3,3	3,5	5,9	1,1	20,5	58,7
Polen	M	34,2	52,9	48,5	17,4	4,9	8,5	3,1	15	55,8
	W	21,7	52,3	29,2	3,5	2	4,3	2,5	15,6	69,6
Slowenien	M	29,7	51,5	50,6	27,1	3,4	4,7	3	16,5	66
	W	26,8	46,1	20,9	9,5	2	2,5	1,6	19,9	78,2
<b>Süden</b>										
Israel	M	31,5	36	51,9	10,2	4,3	5,3	4,5	20,3	66,8
	W	17,7	38,2	32,1	3,1	3,2	3,8	1,3	17,8	72
Portugal	M	33	53,6	41,4	47,5	3,8	5	17,5	13,1	76,2
	W	14,7	51,1	14,5	15,3	1,9	2,9	5,2	11,5	82,7
Spanien	M	31,3	51,7	30	40,1	2,2	4,9	6,5	17,8	56,2
	W	26,3	48,6	22,5	16,7	1,2	2,9	3,2	14,7	69,1

Quelle: European Social Survey Welle 7, 2014.

**Tabelle 6. Soziale Gesundheitsdeterminanten in 21 europäischen Ländern: Arbeitsbedingungen, Kindheit und Jugend, Wohnsituation und unentgeltliche Pflegeleistung (getrennt für Männer und Frauen, Prozent)**

		Ergonomische Risiken	Materielle Risiken	Oft/immer Konflikte, Jugend/ Kindheit	Oft/immer finanzielle Schwierigkeiten, Kindheit/Jugend	Probleme Wohnsituation	Unentgeltliche Pflege	>10 Stunden unentgeltliche Pflege/Woche
<b>Norden</b>								
Dänemark	M	68,4	63,3	12,2	11,8	12,4	40	16,2
	W	60,6	48	19,1	13,7	19,5	46,1	16,6
Finnland	M	80,8	77,3	7,3	14,5	10,4	39,7	10,5
	W	75	56,7	15,3	20	12,8	45,5	12,6
Norwegen	M	64,3	62,8	5,6	6,2	10,2	34,9	8,2
	W	54,4	40,9	11,2	10	11,6	45,1	11,8
Schweden	M	72,4	69,8	9,6	11,7	9,3	39,5	7,1
	W	66,6	48,9	16	14,7	10,1	39,4	16,5
<b>Westen</b>								
Österreich	M	62,9	55,2	7,1	13,6	8,9	18,1	22
	W	41,8	27,4	13,2	15,7	9,4	25,4	31
Belgien	M	65,1	63,6	11,6	13,7	17	36,3	15,7
	W	49,8	33,4	15,4	13,8	17,5	39,4	21,1
Frankreich	M	72,7	68,4	12,7	15,7	19	37,4	14,6
	W	58,6	40,4	19,4	23,4	24	39,8	20,4
Deutschland	M	70,5	66,6	12,3	12,8	13	32,1	15,2
	W	56,5	39,2	19	16,6	16,8	37,1	19,9
Irland	M	51	44,5	6,2	18,4	8,4	21,7	29
	W	28,2	25,6	7,6	15,8	9,4	30,1	41,3
Niederlande	M	58,4	55,6	10,3	14,4	13,3	31,9	20,8
	W	46,8	29,2	15,1	13,2	14,8	38,1	18,2
Schweiz	M	54,7	51,8	10,2	11,9	8,3	32,8	13
	W	41,1	29,7	15,3	13,4	11,7	41,8	16,9
Vereinigtes Königreich	M	60,9	60,5	11,8	16,2	18,2	29,4	33
	W	38,9	29,6	14,5	20,7	18,3	31	30,1
<b>Zentral/Ost</b>								
Tsch. Rep.	M	46,7	44,8	7	15,1	9	31,6	16,5
	W	33,1	25,3	6,5	17,8	9,7	37,1	37,7
Estland	M	71,7	64	8,7	25	16,2	26,5	25,1
	W	53,8	45,6	15	24,9	20,7	35,8	39,1
Ungarn	M	60,3	44,9	12,3	24,6	15,2	5,4	28,6
	W	40	30,7	11,9	24,4	15	9,9	38,4
Litauen	M	67	48,3	11,9	22,9	18	16,7	27,8
	W	45,9	36,9	9,7	26,4	19,9	25,1	46,5
Polen	M	69,7	72,3	6,3	17,2	12,1	32,8	18,2
	W	55,4	44,7	7	19,1	11,1	38,5	37,6
Slowenien	M	67,4	68,7	5,7	15,5	16	30	18
	W	56,2	46	12,9	25,6	19,3	34,6	18,7
<b>Süden</b>								
Israel	M	45,2	44,7	10,3	18,4	16,2	35,5	19,2
	W	31,3	23	11,1	24,6	17,6	38,7	31,4
Portugal	M	71,7	70,2	7,2	25,7	13,3	35	33,1
	W	66,1	45,2	11,9	24,2	16,2	33,1	43,3
Spanien	M	72	66,2	4,4	15,4	16,9	23,3	29,4
	W	58,6	43,1	6,1	14,7	21,5	32,5	42,2

Obst und Gemüse bei Frauen deutlich höher als bei Männern, besonders in Nordeuropa.

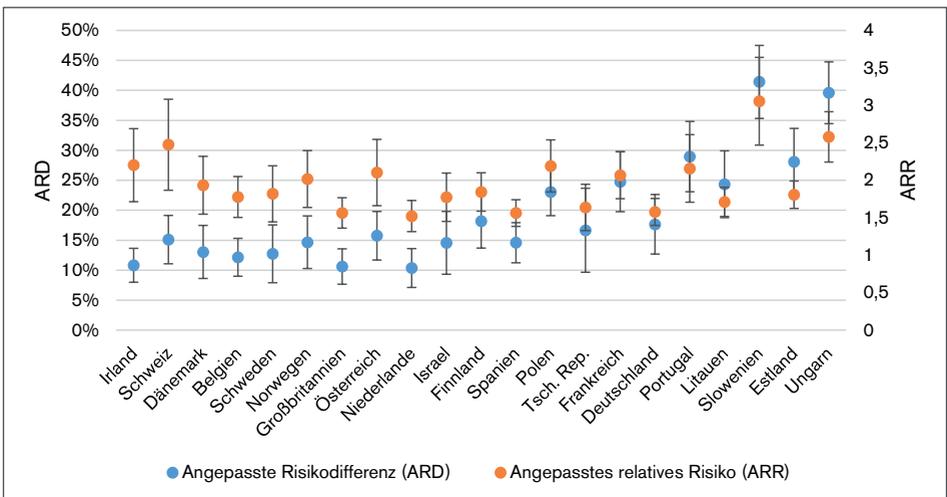
Tabelle 6 zeigt die ermittelten Werte der weiteren, in diesem Modul behandelten Einflussfaktoren auf den Gesundheitszustand. Der Anteil derer, die bei allen beruflichen Tätigkeiten, die sie je ausgeübt haben, ergonomischen oder materiellen Risiken ausgesetzt waren, ist in der Tschechischen Republik und Israel am niedrigsten. In allen Ländern haben Männer ein signifikant höheres Risiko, einer dieser Gefahren ausgesetzt zu sein, als Frauen. In Bezug auf die Lebensumstände während der eigenen Kindheit und Jugend zeigt sich, dass Konflikte im Haushalt seltener in Spanien sowie Zentral- und Osteuropa genannt werden, während ernsthafte finanzielle Schwierigkeiten besonders häufig in Südeuropa sowie in Zentral- und Osteuropa angegeben werden. Für Probleme bezüglich der Wohnsituation zeigen sich keine klaren Muster regionaler Unterschiede, obwohl es einen beträchtlichen Anteil der Befragten betrifft. Der

Prozentsatz der Befragten, die unentgeltlich andere Menschen betreuen oder ihnen helfen, ist allgemein höher in Nordeuropa. Der Anteil derer, die zehn Stunden oder mehr pro Woche andere betreuen, ist hingegen in Südeuropa besonders hoch.

### Was sind die Hauptmechanismen zur Erklärung bildungsbedingter Gesundheitsungleichheiten innerhalb Europas?

Das neue ESS-Wechselmodul über gesundheitliche Ungleichheiten in Europa bietet die seltene Gelegenheit, den Beitrag verschiedener Faktoren zu sozioökonomischen Ungleichheiten in der Gesundheit ländervergleichend zu untersuchen und zu erklären. Bisher wurde deutlich, dass Gesundheit erheblich zwischen sozioökonomischen Gruppen variiert. Aber wie können diese Gruppenunterschiede erklärt werden? Die Mehrheit bestehender

Abbildung 2. Absolute und relative Bildungsungleichheiten in 21 europäischen Ländern



Quelle: European Social Survey Welle 7, 2014. ARD und ARR Messwerte basieren auf einem Modell, das auf Alter, Geschlecht und chronische Krankheit/Behinderung angepasst wurde. Alle Werte sind signifikant mit  $p < 0,01$ .

Studien zur Erklärung sozialer Ungleichheiten in Bezug auf Gesundheit in europäischen Ländern berücksichtigt hauptsächlich verhaltensbezogene Risikofaktoren. Es wird der Schluss gezogen, dass sozioökonomische Differenzen im Rauchverhalten und körperliche Inaktivität die Hauptursachen für gesundheitliche Ungleichheiten und die Ausprägungen räumlicher Unterschiede sind. Dabei gibt es natürlich gute Gründe für die häufige Wahl dieses Ansatzes: Diese Risikofaktoren sind relativ leicht messbar, ihr kausaler Effekt auf die Sterblichkeit ist gut dokumentiert und sie können über geeignete Maßnahmen durch die Politik beeinflusst werden. Diese Perspektive vernachlässigt jedoch einerseits die zugrundeliegenden individuellen, kollektiven und strukturellen Mechanismen, die zu solchem Risikoverhalten führen, sowie andererseits nicht-verhaltensbezogene Faktoren (wie Wohnsituation, Arbeitsbedingungen und Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen), die die Verbreitung von Gesundheitsproblemen beeinflussen. Mit der großen Bandbreite sozialer und verhaltensbezogener Bestimmungsfaktoren von Gesundheit, die in diesem ESS-Modul erhoben wurden, ist es möglich, die Bedeutung verhaltensbezogener und nicht-verhaltensbezogener Risikofaktoren für die Erklärung sozialer Ungleichheit und Gesundheit genau zu vergleichen.

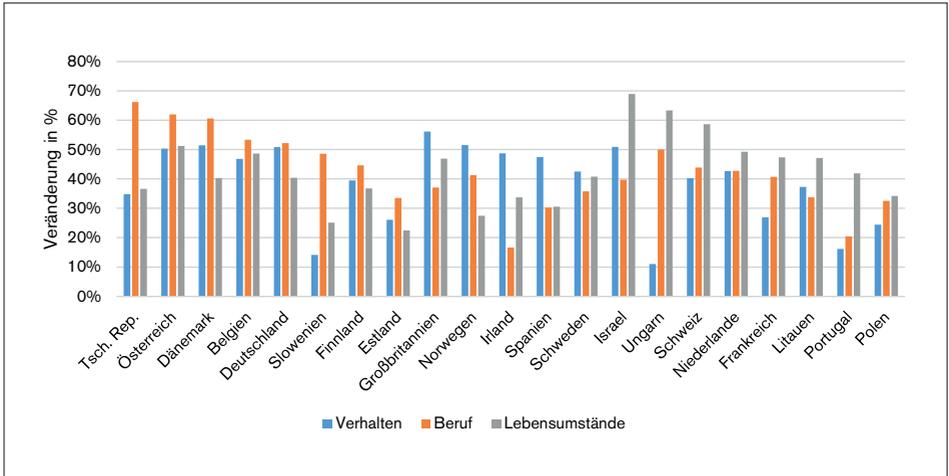
Der letzte Teil dieser Broschüre nimmt die Hauptgruppen der Mechanismen zur Erklärung bildungsbedingter Ungleichheiten in Gesundheit in Europa in den Fokus. Dies soll das Erklärungspotenzial dieses Ansatzes beispielhaft erläutern.

Als erstes wurden Bildungsungleichheiten unter solchen Befragten untersucht, die ihren gesundheitlichen Zustand selbst als schlecht einstufen. Für alle Teilnehmerländer des

ESS fanden sich signifikante Unterschiede zwischen Gruppen mit hoher und niedriger Bildung. Diese Differenzen werden in Abbildung 2 sowohl als absolute als auch als relative Bildungsungleichheiten dargestellt, gemessen anhand von Risikodifferenzen (RD) und relativen Risiken (RR). Es wurden die Wahrscheinlichkeiten berechnet, mit der die Gruppe mit niedriger Bildung einen Gesundheitszustand schlechter als „gut“ angab und die Länder entsprechend dieser Wahrscheinlichkeit absteigend angeordnet. Diese zugrundeliegenden Ungleichheitsmaße wurden auf Basis eines logistischen Regressionsmodells mit Berechnung marginaler Effekte zur Vorhersage von Wahrscheinlichkeiten berechnet. Im Einklang mit vorherigen ESS-basierten Auswertungen (z.B. Eikemo et al. 2008a) zeigte sich eine beachtliche Spannbreite gesundheitlicher Ungleichheiten über die Länder hinweg, sowohl absolut als auch relativ. Während absolute Ungleichheiten bei der Selbsteinschätzung der eigenen Gesundheit zwischen Bildungsgruppen am stärksten in Zentral- und Osteuropa ausgeprägt sind (insbesondere in Ungarn und Slowenien), konnten keine eindeutigen regionalen Muster zu relativen Ungleichheiten festgestellt werden.

Im nächsten Schritt wurde der Beitrag unterschiedlicher sozialer Einflussfaktoren auf Gesundheit zur Erklärung von Ungleichheiten untersucht. Für jedes Land wurden nur solche sozialen Faktoren im Modell belassen, die relative Ungleichheiten um mehr als fünf Prozent abschwächten. Im Anschluss wurden die sozialen Determinanten von Gesundheit innerhalb der Module in drei Kategorien aufgeteilt: Risikoverhalten, Arbeitsbedingungen und Lebensumstände (siehe Übersicht 1). Die getrennte Berücksichtigung der so zu drei Kategorien zusammengefassten Faktoren reduzierte die beobachteten Ungleichheiten in der Selbsteinschätzung der eigenen Gesundheit zwischen Bildungsgruppen signifikant (siehe Abbildung 3). Dies ist ein Hinweis darauf, dass diese drei Kategorien

**Abbildung 3. Prozentuale Veränderung (als Erklärung) von Bildungsungleichheiten bzgl. Gesundheit durch die einzelnen Beiträge durch Verhaltens-, Arbeits- und Lebensbedingungsfaktoren.**



Quelle: European Social Survey Welle 7, 2014. Alle Messwerte, die für die Berechnung der prozentualen Veränderungen genutzt wurden, sind signifikant mit  $p < 0,1$ .

### Übersicht 1. Soziale Bestimmungsfaktoren: Verhalten, Beruf, Lebensumstände

#### Verhalten

- BMI
- Körperliche Aktivität
- Obst- & Gemüseverzehr
- Rauchen
- Alkoholkonsum

#### Beruf

- Materielle Risiken
- Ergonomische Risiken
- Einflussmöglichkeiten
- Erwerbsstatus

#### Lebensumstände

- Finanzielle Schwierigkeiten (Kindheit/Jugend)
- Konflikte im Haushalt (Kindheit/ Jugend)
- Wohnsituation
- Finanzielle Belastung
- Soziales Netzwerk

von Einflussfaktoren Hauptursachen für gesundheitliche Ungleichheit zwischen den Bildungsgruppen sind.

Genauer gesagt erklären Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen den größten Anteil bildungsbedingter Ungleichheiten in der Gesundheit in acht von 21 Ländern. In der Tschechischen Republik, Österreich, Dänemark, Belgien und Deutschland sind Arbeit und Beschäftigung nicht nur die größte Hauptursache, sondern sie erklären auch mehr als die Hälfte der bildungsbedingten Ungleichheiten in der Gesundheit. Die Haupterklärungs-faktoren im Bereich von Arbeit und Beschäftigung waren ergonomische Risiken und Einflussmöglichkeiten im Job, die jeweils zu rund 30 Prozent zu bildungsbedingten Ungleichheiten beitragen.

Die Lebensbedingungen erwiesen sich in acht von 21 Ländern ebenfalls als Teil der wesentlichen Faktoren zum Abschwächen von Bildungsungleichheiten in Bezug auf Gesundheit. Über diese Länder hinweg zeigten finanzielle Belastungen den größten Einfluss, der ca. 50 Prozent der Bildungsungleichheiten in der Schweiz, Ungarn und Israel erklärt. Im Vergleich dazu sind verhaltensbezogene Determinanten mit einem Erklärungsbeitrag zwischen 43 und 56 Prozent die bedeutendsten Ursachen für Bildungsungleichheiten in Irland, dem Vereinigten Königreich, Norwegen, Schweden sowie Spanien. In diesen Ländern werden Gesundheitsungleichheiten am stärksten durch unterschiedliche Faktoren des Risikoverhaltens bedingt.

In den meisten Ländern wurden relative bildungsbedingte Ungleichheiten entweder substanziiell reduziert oder waren nicht mehr signifikant, wenn eine Kombination aus zwei dieser Kategorien ins Modell aufgenommen wurde. Verhaltensbezogene Faktoren sind damit in den meisten Ländern weniger bedeutend in der Erklärung von gesundheitlichen Ungleichheiten als Arbeitsbedingungen und allgemeine Lebensumstände. Dies verdeutlicht, dass individuelles Risikoverhalten allein unzureichend ist, um zu erklären, warum höhere Bildungsgruppen eine bessere Gesundheit angeben als niedrigere Bildungsgruppen. Alles in allem deuten die Ergebnisse darauf hin, dass es nicht möglich ist, die Prävalenz chronischer Krankheiten - und deren soziale Strukturierung - allein dadurch maßgeblich zu reduzieren, indem Tabakpreise erhöht oder körperliche Aktivitäten beworben werden: Gesundheit und gesundheitliche Ungleichheiten sind tief in der sozialen Struktur moderner Gesellschaften verwurzelt. Einkommensumverteilungen oder Maßnahmen zur Reduzierung körperlicher Arbeitsbelastungen in manuellen Berufen können mindestens genauso wirksam sein, um die individuelle Gesundheit zu fördern.

## Fazit

Das neue ESS-Modul „Gesundheit in Europa - Soziale Unterschiede und deren Bestimmungsfaktoren“ und die daraus resultierenden, länderübergreifenden Vergleichsmöglichkeiten bieten ein großes Potenzial, um unser Verständnis sozialer Ungleichheiten und deren Verhältnis zu Gesundheit zu erweitern. Dieser Bericht bietet eine Auswahl erster Ergebnisse basierend auf dem neuen Datensatz, der gleichzeitig eine Basis für weit darüberhinausgehende Analysen bietet.

Die hier berichteten Ergebnisse zeigen, dass die physische und psychische Gesundheit eines wesentlichen Anteils der Menschen in Europa beeinträchtigt ist. Es wird ebenso klar, dass eine erhebliche Anzahl von Personen sozialen und verhaltensbezogenen Risikofaktoren ausgesetzt ist, die mit solchen gesundheitlichen Problemen in Verbindung gebracht werden. Das Ausmaß, in dem Personen über Gesundheitsprobleme und deren Abhängigkeit von sozialen Einflussfaktoren berichten, unterscheidet sich jedoch deutlich zwischen den untersuchten Ländern. Zukünftige Forschung sollte die Zusammenhänge zwischen diesen gesundheitlichen Umständen und den sozialen Risikofaktoren stärker untersuchen und Erklärungen für länderübergreifende Unterschiede

entwickeln und testen. Dies könnte einen wichtigen Beitrag bei der Entwicklung adäquater politischer Maßnahmen in Europa leisten, um gesundheitliche Belastungen durch nicht übertragbare Krankheiten und deren Wurzeln in sozialbedingten Gesundheitsungleichheiten zu reduzieren.

Die Untersuchung bildungsbezogener Gesundheitsungleichheiten legt nahe, dass die Mechanismen, die den Zusammenhang zwischen sozioökonomischer Position und Gesundheit bestimmen, über die Länder hinweg variieren und dass gesundheitliche Ungleichheiten das Resultat aus einem komplexen Zusammenspiel länderspezifischer, verhaltensbezogener, beruflicher und materieller Bedingungen sind. Ausschließlich gesündere Lebensstile zu bewerben scheint allein keine ausreichende Strategie zu sein, um gesundheitliche Ungleichheit bei bestehenden Ungleichheiten in den Lebensstandards der Menschen zu reduzieren.

Das ESS-Modul zu sozialen Ungleichheiten in der Gesundheit und deren Bestimmungsfaktoren ermöglicht es, diese komplexen Zusammenhänge auf eine Art zu erhellen, wie es bisher durch bestehende Studien noch nicht möglich war.

## Endnoten

<sup>i</sup> ESS7-2014 Ausgabe 2.0, veröffentlicht am 26. Mai 2016, siehe [www.europeansocialsurvey.org](http://www.europeansocialsurvey.org).

<sup>ii</sup> Österreich, Belgien, Tschechische Republik, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Deutschland, Ungarn, Irland, Israel, Litauen, Niederlande, Norwegen, Polen, Portugal, Slowenien, Spanien, Schweden, Schweiz, Vereinigtes Königreich. Die ESS7 Feldarbeit hat ebenfalls in Lettland stattgefunden, doch aufgrund von Verzögerungen in der Erhebung und Bereitstellung, konnten die Daten nicht in dieser Arbeit verwendet werden.

<sup>iii</sup> Weitere methodologische Informationen über den European Social Survey sind unter [www.europeansocialsurvey.org](http://www.europeansocialsurvey.org) verfügbar.

<sup>iv</sup> Erreicht durch standardisierte Prozeduren innerhalb eines Übersetzungs-Komitees, die von dem ESS Core Scientific Team spezifiziert wurden.

<sup>v</sup> Soweit nicht anders erwähnt, basieren die Analysen auf der gesamten Stichprobe mit etwa 40 200 Befragten. Es wurden ESS Post-Stratifikationsgewichtungen für die Analysen auf der Länderebene angewendet. Sowohl Post-Stratifikations- als auch Populationsgewichte wurden verwendet, um Daten verschiedener Länder zusammenzulegen oder nach Regionen gruppieren zu können, sodass Länder proportional zu ihrer Bevölkerungsgröße in Analysen gewichtet werden.

<sup>vi</sup> Um die Ergebnisse vergleichen zu können, ist es notwendig zu wissen, wie die Ergebnisse aussehen würden, wenn die Altersverteilung in allen Ländern Europas identisch wäre. Dafür wurde das in der Epidemiologie übliche Verfahren der direkten Altersstandardisierung angewendet, bei der unstandardisierte Prävalenzraten für jeweils fünf Jahre umfassende Altersgruppen in jedem Land entsprechend gewichtet werden. Die Altersgruppen wurden entsprechend der Europäischen Standard Population (ESP) von 2013 (Eurostat 2013) gewichtet.

<sup>vii</sup> Nordeuropa umschließt Dänemark, Finnland, Norwegen und Schweden. Westeuropa beinhaltet Österreich, Belgien, Frankreich, Deutschland, Irland, Niederlande, Schweiz und das Vereinigte Königreich. Zentral- und Osteuropa umfasst die Tschechische Republik, Estland, Ungarn, Litauen, Polen und Slowenien. Südeuropa beinhaltet Israel, Portugal und Spanien.

<sup>viii</sup> Wenn Befragte 10 oder mehr von insgesamt 24 Punkten auf der Depressionsskala aufwiesen, wurde dies als ernsthafte, depressive Symptomatik definiert. Die Skala wurde aus acht Items konstruiert, die mentales Wohlbefinden messen (siehe Tabelle 1; die Wertkategorien jeder dieser acht Items reichen von 0 bis 3).

<sup>ix</sup> Diese statistische Methode hat mehrere Vorteile: Sie spiegelt angemessen die Verteilung von Drittvariablen innerhalb der untersuchten Population wider und erlaubt eine Inferenz zur Grundgesamtheit; in Kombination mit dem Post-Stratifikations-Gewicht sind zuverlässige Vergleiche zwischen Modellen, Stichproben sowie Gruppen möglich und es ist im Vergleich zu auf vorhergesagten Wahrscheinlichkeiten beruhenden Odds-Ratio-Messwerten verlässlicher, besonders für nicht seltene Ergebnisse. Für jedes Land wurde ein Basismodell erstellt, um die Beziehung zwischen sozio-ökonomischem Status und selbst berichteter Gesundheit unter Berücksichtigung des Geschlechts, Alters und dauerhafter Krankheit/Behinderungen zu analysieren.

## Literatur

Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Futures Studies.

Eikemo, T.A., Bambra, C., Huijts, T. & Fitzgerald, R. (2016). The first pan-European sociological health inequalities survey of the general population: the European Social Survey rotating module on the social determinants of health. *European Sociological Review*, Advance Access online: doi: 10.1093/esr/jcw019.

Eikemo, T. A., Huisman, M., Bambra, C., & Kunst, A. E. (2008a). Health inequalities according to educational level in different welfare regimes: a comparison of 23 European countries. *Sociology of Health & Illness*, 30(4), 565-582.

Eikemo, T. A., Kunst, A. E., Judge, K., & Mackenbach, J. P. (2008b). Class-related health inequalities are not larger in the East: a comparison of four European regions using the new European socioeconomic classification. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62(12), 1072-1078.

Huijts, T. (2011). Social ties and health in Europe. Individual associations, cross-national variations, and contextual explanations. Radboud University Nijmegen / ICS, Nijmegen.

Marmot, M. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organisation Commission on Social Determinants of Health.

Van de Velde, S., Bracke, P., & Levecque, K. (2010). Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression. *Social Science & Medicine*, 71, 35-313.

# Über den ESS

Der European Social Survey ist ein European Research Infrastructure Consortium (ESS ERIC), das länderübergreifende Daten zu Einstellungen und Verhaltensmerkmalen der europäischen Bevölkerung frei zur Verfügung stellt.

Der ESS ist eine wissenschaftliche Studie, die seit 2001 europaweit erhoben wird. Die Studie misst Einstellungen, Werteorientierungen und Verhaltensmuster unterschiedlicher Bevölkerungen in mehr als 30 Ländern. Die Datensätze des ESS enthalten Antworten aus fast 350 000 Interviews, die alle zwei Jahre mit neu ausgewählten Stichproben im Querschnitt durchgeführt werden.

## Themen im ESS:

- Vertrauen in Institutionen
- Politisches Engagement
- Politische Einstellungen
- Moralische und soziale Werte
- Soziales Kapital
- Soziale Exklusion
- Nationale, ethnische und religiöse Identität
- Wohlbefinden, Gesundheit und Sicherheit
- Demografische Zusammensetzung
- Bildung und Beruf

- Finanzielle Umstände
- Haushaltsbezogene Umstände
- Einstellungen zum Wohlfahrtsstaat
- Vertrauen in Strafjustiz und Polizei
- Altersdiskriminierung
- Staatsangehörigkeit, Partizipation und Demokratie
- Immigration
- Familie, Arbeit und Wohlbefinden
- Wirtschaftsmoral
- Lebensplanung und -führung

Weitere Informationen über den ESS ERIC und den Zugang zu den Daten finden Sie hier: [www.europeansocialsurvey.org](http://www.europeansocialsurvey.org)

Vergleichende Ergebnisse zum Wohlbefinden in Europa sind hier interaktiv aufbereitet: [www.esswellbeingmatters.org](http://www.esswellbeingmatters.org)

Folgen Sie dem ESS auch auf Twitter @ESS\_Survey



Diese Veröffentlichung wurde durch das Rahmenprogramm für Forschung und Innovation Horizont 2020 der Europäischen Union unter der Finanzhilfvereinbarung Nr. 676166 finanziell gefördert.

Veröffentlicht durch den European Social Survey ERIC  
City, University of London  
Northampton Square  
London EC1V 0HB  
United Kingdom

Deutsche Übersetzung: ESS Team Deutschland  
Mai 2017  
Design by Rapidity

Der ESS wurde 2013 mit dem Status als European Social Survey Research Infrastructure Consortium (ERIC) ausgezeichnet. Während der siebten Welle hatte der ESS ERIC 14 Mitgliedsländer sowie zwei Länder mit Gaststatus.

## Mitgliedsländer:

Österreich, Belgien, Tschechische Republik, Estland, Frankreich, Deutschland, Irland, Litauen, Niederlande, Polen, Portugal, Slowenien, Schweden, Vereinigtes Königreich.

## Länder mit Gaststatus:

Norwegen, Schweiz.

## Weitere teilnehmende Länder:

Dänemark, Finnland, Ungarn, Israel, Lettland, Slowakei und Spanien.

Internationale Beratergremien der ESS ERIC Generalversammlung sind der Methodenbeirat (Methods Advisory Board - MAB), der wissenschaftliche Beirat (Scientific Advisory Board - SAB) und das Finanzkomitee (FINCOM).

Der ESS ERIC und sein Direktor (Rory Fitzgerald) sind an der City University of London angesiedelt.

Das ESS ERIC Core Scientific Team besteht aus: GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften (Deutschland); Katholieke Universiteit Leuven (Belgien); NSD - Norwegian Centre for Research Data (Norwegen); SCP - Niederlande Institute for Social Research (Niederlande); Universität Pompeu Fabra (Spanien); University of Ljubljana (Slowenien).

Das National Coordinators' (NC) Forum setzte sich aus nationalen Koordinatoren aller Teilnehmerländer zusammen.

