

3.3 Gruppenspezifische Inanspruchnahme von Prävention

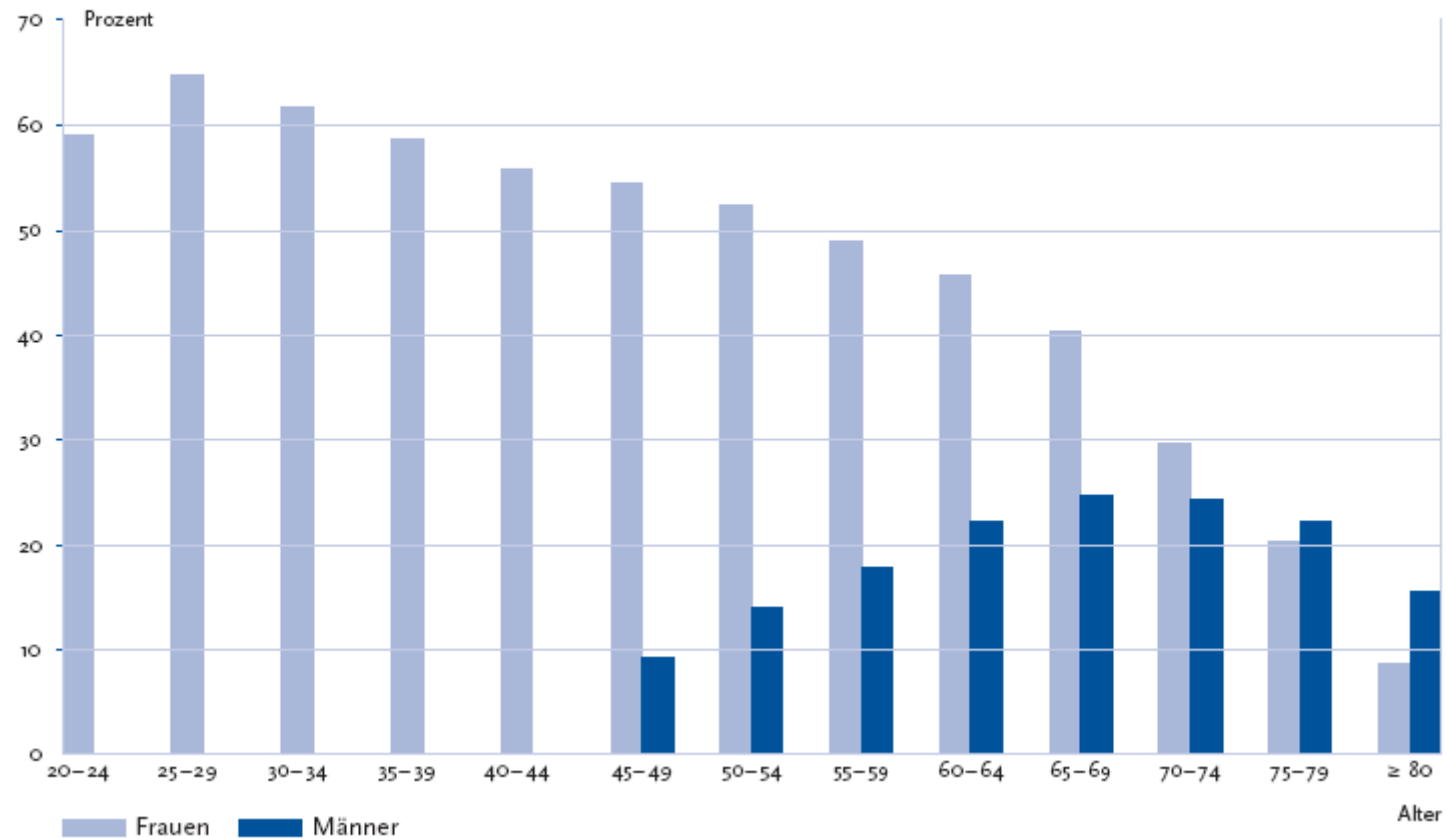
► Zusammenfassung

Die Teilnahme an präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen ist in der deutschen Bevölkerung insgesamt eher gering. Allerdings lassen sich geschlechts-, alters- und schichtspezifische Unterschiede beobachten. So nehmen insbesondere Frauen bis zum Alter von 50 Jahren die Möglichkeiten zur Krebsfrüherkennung zu über 50 Prozent wahr, die Beteiligung erreicht teilweise fast 65 Prozent. Die starke Inanspruchnahme steht in dieser Altersgruppe wahrscheinlich mit den häufigen Besuchen bei der Frauenärztin oder dem Frauenarzt in Zusammenhang. In höheren Altersklassen, in denen insgesamt die meisten Krebsleiden auftreten, sinkt dagegen die Beteiligung der Frauen an der Krebsfrüherkennung. Bei Männern überschreitet die Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsmaßnahmen erst nach dem 60. Lebensjahr die 20-Prozent-Marke. Auch gesundheitsfördernde Maßnahmen wie beispielsweise Präventionskurse der Krankenkassen nehmen Männer weniger wahr als Frauen. Zudem sind sie schlechter über Gesundheitsthemen informiert. Insgesamt lassen sich Männer leichter für Präventionsmaßnahmen gewinnen, wenn diese keinen zusätzlichen Aufwand mit sich bringen und beispielsweise am Arbeitsplatz oder bei ohnehin stattfindenden Arztbesuchen erfolgen. Sozial benachteiligte Männer und Frauen nehmen insbesondere an gesundheitsfördernden und Krebsfrüherkennungsmaßnahmen seltener teil. Dies weist zum einen auf höhere Zugangsbarrieren in der unteren Sozialschicht hin. Zum anderen könnten Informationsdefizite die geringere Nachfrage von Präventionsangeboten mit bedingen.

Vor allem jüngere Frauen beteiligen sich an der Krebsfrüherkennung. Frauen beteiligen sich insgesamt häufiger an der Krebsfrüherkennung als Männer. Jenseits des 55. Lebensjahrs sinken bei den Frauen jedoch die Teilnahmeraten auf unter 50 Prozent (siehe Abbildung 3.3.1). Gerade ab diesem Alter nimmt beispielsweise die Wahrscheinlichkeit einer Brustkrebserkrankung deutlich zu.

Abbildung 3.3.1

Abbildung 3.3.1: Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen in Prozent der jeweiligen Altersgruppe, 2004. Quelle: Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland



Bei den Männern erhöht sich die Inanspruchnahme der Krebsfrüherkennung ab dem Alter von 45 Jahren, steigt bis zum 70. Lebensjahr, um dann ebenfalls wieder zu sinken. Die relativ hohen Teilnahmeraten unter jüngeren Frauen stehen wahrscheinlich mit den in dieser Altersgruppe häufigen Besuchen bei der Frauenärztin oder dem Frauenarzt in Zusammenhang. Nach der Lebensphase, in der Frauen Kinder bekommen, sinkt offenbar auch die Inanspruchnahme von Gynäkologinnen und Gynäkologen. So erreicht die Zahl der jährlichen Frauenarztbesuche dem Bundes-Gesundheitssurvey 1998 zufolge im Alter von 40 Jahren ihr Maximum, um danach deutlich zu sinken [47].

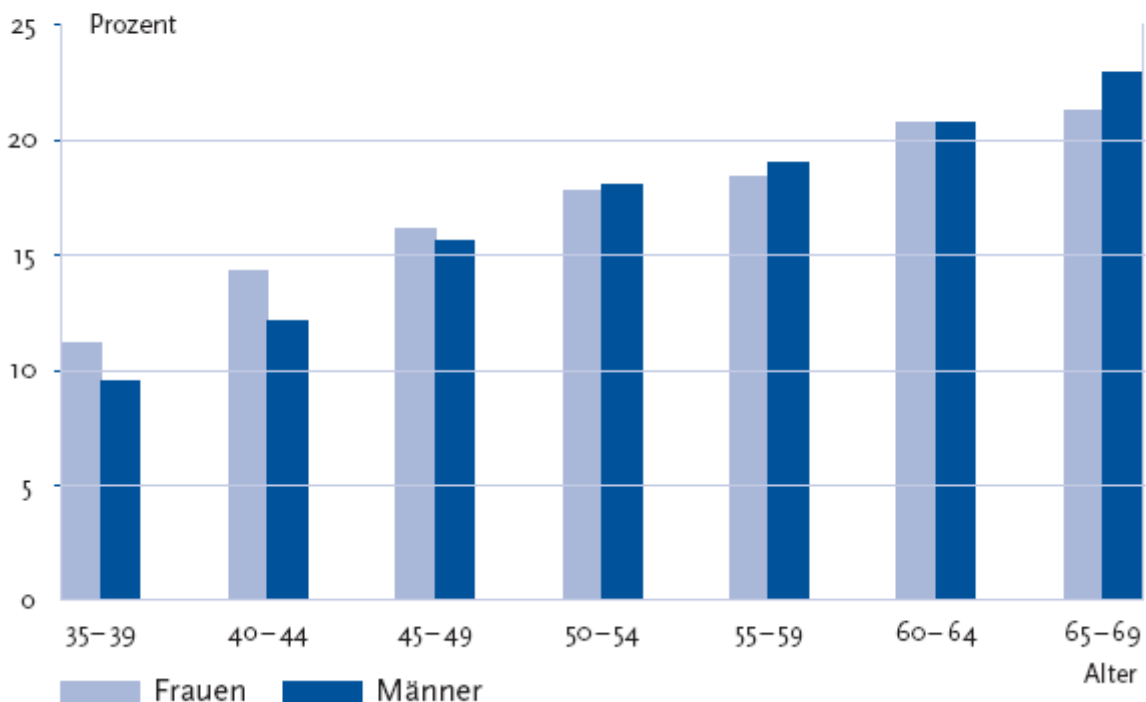
Männer müssen für Krebsfrüherkennungsuntersuchungen gezielt einen Arzt oder eine Ärztin der Fachgebiete Allgemeinmedizin, Innere Medizin oder Urologie aufsuchen. Dies stellt möglicherweise eine Zugangsbarriere für die Krebsfrüherkennung dar. Die Rate der Kontakte zu Urologen nimmt bei Männern ab dem Alter von 60 Jahren zu [47].

Check-ups sind weder bei Frauen noch bei Männern sonderlich beliebt. Auch wenn die Krebsfrüherkennung möglichst gemeinsam mit den Gesundheitsuntersuchungen auf Herz- Kreislauf-Leiden, Nierenkrankheiten und Diabetes angeboten werden sollte (§ 25 SGB V), wird dieses Prinzip in der Praxis nicht durchgängig umgesetzt. Zwar ist die Rate der Kombinationsvorsorge bei Männern vergleichsweise hoch: Nach Angaben des Zentralinstituts der Kassenärztlichen Versorgung wurden im Jahr 2002 etwa 44 Prozent aller Krebsfrüherkennungsuntersuchungen bei Männern in unmittelbarem Zusammenhang mit einer (alle zwei Jahre von den Kassen bezahlten) Gesundheitsuntersuchung durchgeführt. Bei Frauen jedoch war dies nur bei 0,4 Prozent der Krebsfrüherkennungsuntersuchungen der Fall.

Gesundheitsuntersuchungen werden bis zur Altersgruppe der 45- bis 49-Jährigen häufiger von Frauen als von Männern in Anspruch genommen, danach überwiegt leicht der Anteil der Männer (siehe Abbildung 3.3.2). In der Regel führen Ärztinnen und Ärzte der Fachgebiete Allgemeinmedizin und Innere Medizin die Gesundheitsuntersuchungen durch. Auswertungen des Telefonischen Gesundheitssurveys zeigen, dass in jüngeren und mittleren Altersgruppen Frauen häufiger als Männer in ambulanter Behandlung sind (bezogen auf den 3-Monats-Zeitraum vor der Befragung). In der Altersgruppe ab 65 Jahren gehen dagegen Männer öfter zum Arzt oder zur Ärztin. Vergleichbare Ergebnisse, differenziert nach Arztgruppen, lieferte auch der Bundes-Gesundheitssurvey 1998 [47].

Abbildung 3.3.2

Abbildung 3.3.2: Inanspruchnahme von Gesundheitsuntersuchungen in Prozent der jeweiligen Altersgruppe, 2004. Quelle: Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland

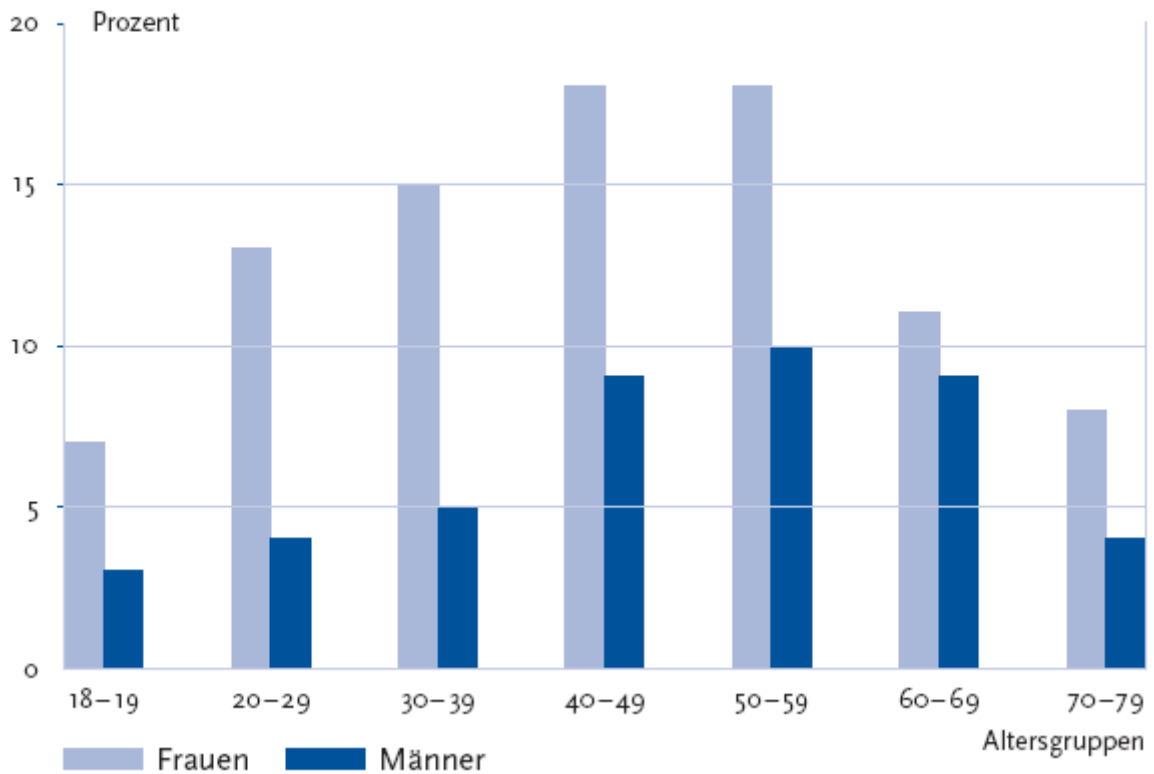


Insgesamt recht niedrig sind auch die Teilnahmeraten bei Gesundheitsförderungsmaßnahmen. Dabei werden individuelle Angebote zur Gesundheitsförderung (beispielsweise Schulungskurse der Krankenkassen) von Frauen eher genutzt als von Männern. So nehmen nach Daten des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 durchschnittlich 13,8 Prozent der Frauen und sieben Prozent der Männer an gesundheitsfördernden Maßnahmen teil [48] (siehe auch den Abschnitt 3.2.1, Primäre Prävention).

Die höchsten Teilnahmeraten finden sich für die Altersgruppen zwischen 40 und 59 Jahren (siehe Abbildung 3.3.3). Bemerkenswert ist, dass 45 Prozent der befragten Frauen und 38 Prozent der befragten Männer prinzipiell bereit wären, die Kosten für Gesundheitsförderungsmaßnahmen selbst zu tragen.

Abbildung 3.3.3 [48]

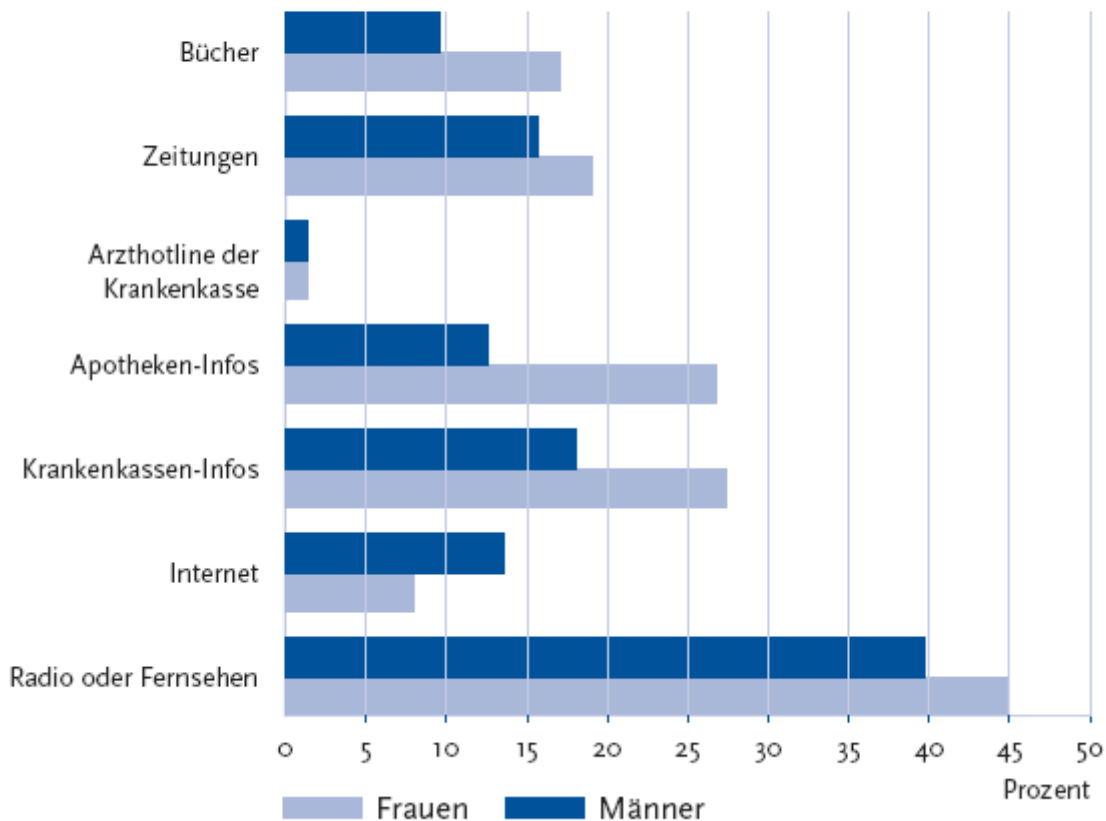
Abbildung 3.3.3: Teilnahme an gesundheitsfördernden Maßnahmen in Prozent der jeweiligen Altersgruppe. Quelle: RKI; BGS98



Frauen informieren sich intensiver über Gesundheitsthemen als Männer. Auswertungen des Telefonischen Gesundheitssurveys 2003 zeigen, dass sich Frauen insgesamt intensiver über Gesundheitsthemen informieren als Männer und dabei im Schnitt ein größeres Spektrum von Informationsquellen nutzen (siehe Abbildung 3.3.4). Mit steigendem Lebensalter nimmt bei beiden Geschlechtern die Nutzung von Gesundheitsinformationen zu [49].

Abbildung 3.3.4 [49]

Abbildung 3.3.4: Häufige Nutzung von Gesundheitsinformationen nach verschiedenen Quellen (Mehrfachnennungen möglich). Quelle: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003



Insgesamt zeigt sich, dass Frauen in größerem Maße als Männer bereit sind, Angebote zu Prävention und Gesundheitsförderung wahrzunehmen. Gleichwohl gibt es verschiedene Bereiche, in denen auch unter Frauen die Inanspruchnahme gesteigert werden müsste. So können insbesondere im höheren Lebensalter fehlende Mobilität und gesundheitliche Einschränkungen den Zugang zu Präventionsangeboten erschweren.

Männer wollen Prävention ohne Aufwand. Häufig sind Frauen schon wegen der kommunikativen Aspekte an gesundheitsfördernden Kursen interessiert. Männer lassen sich dagegen leichter für präventive Maßnahmen gewinnen, wenn sie in bestimmten Settings (beispielsweise am Arbeitsplatz) oder zusammen mit einer ohnehin erfolgenden Behandlung angeboten werden. Die Bereitschaft, Präventionsangebote aktiv zu suchen und wahrzunehmen, ist bei Männern offenbar geringer ausgeprägt als bei Frauen.

Es wäre daher sinnvoll zu prüfen, in welchen Settings und im Rahmen welcher ärztlichen Behandlungen die Präventionsbereitschaft bei Männern gefördert werden kann. Möglicherweise ließe sich die betriebliche Gesundheitsförderung, über die man Männer im Erwerbsleben erreicht, auch für weitere Präventionsmaßnahmen nutzen [50]. Wünschenswert wäre gleichzeitig, dass betriebliche Präventionsmaßnahmen verstärkt in Klein- und Mittelbetrieben mit einem hohen Frauenanteil angeboten werden.

Menschen in sozial benachteiligter Lage fragen Präventionsangebote weniger nach. Nach Daten der Betriebskrankenkassen nehmen vor allem freiwillig versicherte Frauen an Kursen zur individuellen Primärprävention teil. Personen in prekären Lebenslagen dagegen werden durch die bestehenden Angebote nicht genügend erreicht. Auch die Ergebnisse des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 zeigen insbesondere bei Frauen einen deutlichen Sozialschichtgradienten bei der Teilnahme an gesundheitsfördernden Maßnahmen [48]. Zudem findet sich in unteren Sozialschichten eine im Schnitt schlechtere Mundgesundheit und ein schlechteres zahnärztliches Versorgungsniveau.

Bei der Krankheitsfrüherkennung (Sekundärprävention) ist das Bild heterogen: Nach Daten des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 werden Gesundheitsuntersuchungen von Frauen und Männern aus der sozial bevorzugten Schicht seltener wahrgenommen als von Frauen und Männern aus der sozial benachteiligten Schicht. Hinsichtlich der Krebsfrüherkennung jedoch ist das Verhältnis umgekehrt [48]. Diese Ergebnisse legen den Schluss nahe, dass Angehörige der sozial benachteiligten Schicht seltener gezielt Krebsfrüherkennungsuntersuchungen nachfragen oder einen zuständigen Facharzt aufsuchen, während die Zugangsbarrieren bei Gesundheits-Checks, welche eher bei einem ohnehin stattfindenden Arztbesuch erfolgen, möglicherweise geringer sind.

Die Informiertheit über Gesundheitsthemen ist abhängig von den Bildungs- und Informationschancen und könnte ebenfalls Einfluss auf die Inanspruchnahme von Früherkennungsmaßnahmen besitzen. So belegen die Daten des Telefonischen Gesundheitssurveys, dass gut informierte Personen Früherkennungsuntersuchungen häufiger wahrnehmen als schlecht informierte.

In Ost- und Westdeutschland hat Prävention einen unterschiedlichen Stellenwert. Auch zwischen den alten und neuen Bundesländern bestehen Unterschiede. So beteiligen sich 8,6 Prozent der ostdeutschen, dagegen 15,1 Prozent der westdeutschen Frauen an gesundheitsfördernden Maßnahmen. Unter ostdeutschen Männern liegt die Teilnahmequote bei 4 Prozent, unter westdeutschen bei 7,7 Prozent. Auch die prinzipielle Bereitschaft, Gesundheitsförderungsmaßnahmen selbst zu bezahlen, ist in den alten Bundesländern höher als in den neuen Bundesländern.

Bei der Krankheitsfrüherkennung bleibt das Bild dagegen uneinheitlich: Während sich Männer aus den alten Ländern häufiger an Früherkennungsuntersuchungen beteiligen als Männer aus den neuen Ländern, sind ostdeutsche Frauen der Früherkennung offenbar mehr zugetan als westdeutsche [48].

Literatur

- 47 Bergmann E, Kamtsiuris P (1999) *Inanspruchnahme medizinischer Leistungen*. Das Gesundheitswesen 61 (Sonderheft 2): S. 138 bis S. 144
- 48 Kahl H, Hölling H, Kamtsiuris P (1999) *Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung*. Gesundheitswesen 61 (Sonderheft 2): S. 163 bis S. 168
- 49 Horch K, Wirz J (2005) *Nutzung von Gesundheitsinformationen*. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz: 1.437 bis 1.588
- 50 Altgeld T (2004) *Jenseits von Anti-Aging und Work-out? Wo kann Gesundheitsförderung bei Jungen und Männern ansetzen und wie kann sie funktionieren?* In: Altgeld T (Hrsg) *Männergesundheit Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention*, Juventa Weinheim, S. 265 bis 285

Tabellen mit den Werten aus den Abbildungen 3.3.1 bis 3.3.4

Abbildung 3.3.1: Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen in Prozent der jeweiligen Altersgruppe, 2004.

Quelle: Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland

Altersgruppen	Frauen (in Prozent)	Männer (in Prozent)
20 bis 24	59,0	-
25 bis 29	64,6	-
30 bis 34	61,7	-
35 bis 39	58,9	-
40 bis 44	55,7	-
45 bis 49	54,3	9,1
50 bis 54	52,3	14,0
55 bis 59	48,8	17,8
60 bis 64	45,6	22,1
65 bis 69	40,2	24,7
70 bis 74	29,6	24,2
75 bis 79	20,2	22,2
ab 80	8,6	15,5

Abbildung 3.3.2: Inanspruchnahme von Gesundheitsuntersuchungen in Prozent der jeweiligen Altersgruppe, 2004.

Quelle: Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland

Altersgruppen	Frauen (in Prozent)	Männer (in Prozent)
35 bis 39	11,2	9,5
40 bis 44	14,3	12,1
45 bis 49	16,1	15,6
50 bis 54	17,8	18,0
55 bis 59	18,4	19,0
60 bis 64	20,7	20,7
65 bis 69	21,2	22,9

Abbildung 3.3.3: Teilnahme an gesundheitsfördernden Maßnahmen in Prozent der jeweiligen Altersgruppe.
Quelle: RKI; BGS98 [48]

Altersgruppen	Frauen (in Prozent)	Männer (in Prozent)
18 bis 19	7	3
20 bis 29	13	4
30 bis 39	15	5
40 bis 49	18	9
50 bis 59	18	10
60 bis 69	11	9
70 bis 79	8	4

Abbildung 3.3.4: Häufige Nutzung von Gesundheitsinformationen nach verschiedenen Quellen (Mehrfachnennungen möglich) (in Prozent).
Quelle: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003 [49]

Informationsquellen	Frauen (in Prozent)	Männer (in Prozent)
Radio oder Fernsehen	44,9	39,7
Internet	8,0	13,6
Krankenkassen Infos	27,4	18,0
Apotheken Infos	26,8	12,6
Arzthotline der Krankenkasse	1,4	1,3
Zeitungen	19,1	15,7
Bücher	17,1	9,6