

## ■ BKK Gesundheitsreport 2013

Der jüngste BKK Gesundheitsreport 2013 „Gesundheit in Bewegung“ widmet sich dem Schwerpunktthema Muskel- und Skeletterkrankungen. Der Report zeigt auf, dass trotz der abnehmenden körperlichen Belastungen im Arbeitsleben Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen in Deutschland am häufigsten wegen Schmerzen im Rücken, den Gelenken und der Wirbelsäule ausfallen. Die Tendenz bei diesen Erkrankungen ist steigend. In den Datenauswertungen, den Sonderanalysen und den Autorenbeiträgen des vorliegenden Reports wenden sich die BKK-Experten dem komplexen Thema Muskel- und Skeletterkrankungen zu. Im Zentrum stehen dabei die Risikofaktoren, die Möglichkeiten der Prävention sowie die Versorgung dieser Erkrankungen.

Statistische Grundlage für den BKK Gesundheitsreport sind die gesundheitlichen Befunde von 4,8 Millionen beschäftigten Pflichtmitgliedern der Betriebskrankenkassen. Die Daten der Betriebskrankenkassen bilden damit ein gutes Abbild über das Krankheitsgeschehen in der deutschen Arbeitswelt.

### MEHR INFOS:

<http://www.bkk-dv.de/gesundheitsreport>

## ■ Einnahmen und Erträge von Kassenpraxen

Nach aktuellen Statistiken des Statistischen Bundesamtes in Wiesbaden (Destatis) erzielen die Praxen von Vertragsärzten in Deutschland im Jahr 2011 Einnahmen von durchschnittlich 486 000 Euro. Der durchschnittliche Reinertrag lag über alle „Kassenpraxen“ hinweg bei 235 000 Euro je Praxis. Nach den Daten des Statistischen Bundesamtes ist die Einnahmesituation stark von dem Anteil der Einnahmen abhängig, der mit der Behandlung von Privatpatienten und den Einnahmen aus Individuellen Gesundheitsleistungen (IGel) für Kassenpatienten erzielt wird. Als Kassenpraxen gelten für Destatis alle Praxen, die Einnahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aus ambulanter und stationärer Tätigkeit erzielen.

Die Statistik-Daten zeigen, dass Kassenpraxen ohne jegliche privatärztliche Tätigkeit im Mittel Einnahmen von

323 000 Euro erwirtschafteten, während die Einnahmen der Kassenpraxen mit zusätzlich privatärztlicher Tätigkeit weitaus höher sind: Kassenpraxen, die bis zu 25 % ihrer Einnahmen aus privatärztlicher Tätigkeit generierten, erzielten Gesamteinnahmen von durchschnittlich 398 000 Euro. Lag der privatärztliche Einnahmeanteil von 50 % bis unter 75 %, nahmen die Kassenpraxen durchschnittlich sogar 781 000 Euro ein. Bei Kassenpraxen mit einem Anteil der Privateinnahmen von 75 % bis unter 100 % lagen die durchschnittlichen Einnahmen mit 710 000 Euro etwas niedriger.

Der Reinertrag ist nicht identisch mit dem Einkommen der Ärzte. Er stellt zwar das Ergebnis des Geschäftsjahres der Praxis dar, berücksichtigt aber unter anderem nicht die Aufwendungen für Praxisübernahme und die Aufwendungen privater Natur für die Alters-, Invaliditäts-, Hinterbliebenen- und Krankenversicherung der Praxisinhaber und deren Familienangehörigen sowie die Beiträge zu Versorgungseinrichtungen der Praxisinhaber.

### MEHR INFOS:

[https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2013/12/PD13\\_408\\_525.html?jsessionid=79D8118B1AB806DD64B9E87831AABCA6.cae4](https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2013/12/PD13_408_525.html?jsessionid=79D8118B1AB806DD64B9E87831AABCA6.cae4)

## ■ Präventionsbericht 2013: Krankenkassen stärken Gesundheitsförderung in Kitas, Schulen und Betrieben

Nach Informationen des GKV-Spitzenverbandes haben die gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2012 ihr Engagement für die betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) und für die Prävention in Kindergärten und Schulen weiter verstärkt. Damit setzten die Krankenkassen ihre Strategie fort, insbesondere Menschen mit höheren gesundheitlichen Belastungen in ihrer konkreten Lebenswelt anzusprechen. Das geht aus dem aktuellen Präventionsbericht von GKV-Spitzenverband und Medizinischem Dienst des GKV-Spitzenverbandes (MDS) hervor.

Rund 238 Mio. Euro haben die Krankenkassen im Berichtsjahr 2012 für Prävention und Gesundheitsförderung ausgegeben. Das ist insgesamt weniger als im Vorjahr, allerdings haben sie deutlich mehr als bisher spe-

ziell in die Bereiche BGF und Setting-Maßnahmen investiert. Mit im Schnitt 3,41 Euro pro Versichertem wurde der gesetzlich vorgeschriebene Richtwert von 2,94 Euro deutlich überschritten.

Auch die Ausgaben für BGF steigen weiter an. In rund 8.000 Betrieben wurden Maßnahmen der BGF unterstützt – das sind 20 Prozent mehr als im Jahr 2011. Rund 1,3 Mio. Arbeitnehmer konnten so direkt und indirekt – etwa über Multiplikatoren – erreicht werden. Insgesamt gaben die Krankenkassen 2012 mehr als 46 Mio. Euro für die BGF aus; im Jahr 2011 waren es noch 42 Mio. Euro. Teil der Aktivitäten in diesem Bereich sind Maßnahmen, mit denen man die Zunahme von psychischen Erkrankungen, deren Anteil an den krankheitsbedingten Fehlzeiten sich seit dem Jahr 2000 etwa verdoppelt hat, begegnen will. Dazu zählen Stressmanagement und gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung.

Da Prävention und Gesundheitsförderung möglichst früh ansetzen soll, sind Wohngebiete, Kindertagesstätten und Schulen besonders geeignet, um sozial benachteiligte Menschen mit meist höheren gesundheitlichen Belastungen und geringeren Ressourcen anzusprechen. Mit 28 Mio. Euro haben die Krankenkassen im Jahr 2012 für lebensweltbezogene Projekte 21 Prozent mehr ausgegeben als im Vorjahr und 2,5 Mio. Menschen direkt erreicht. Gezielt wurde der Schwerpunkt auf Bildungseinrichtungen gelegt, um die gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen von Heranwachsenden langfristig positiv zu beeinflussen. Jedes zweite lebensweltbezogene Projekt (52 Prozent) wurde in einer Kindertagesstätte durchgeführt. Insgesamt wurden rund 47 Prozent aller Kitas und Schulen erreicht. Außerdem fand fast jedes dritte lebensweltbezogene Projekt in einem sozialen Brennpunkt statt.

### MEHR INFOS:

[http://www.gkv-spitzenverband.de/presse/pressemitteilungen\\_und\\_statements/pressemitteilung\\_94400.js](http://www.gkv-spitzenverband.de/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_94400.js)

## ■ Sozialausgaben in der EU sinken

Nach den jüngsten Zahlen des EU-Statistikamtes Eurostat sanken die Ausgaben für Sozialschutz EU-weit 2010 und

2011 auf 29,4 und 29,1 Prozent des Bruttoinlands Produkts (BIP). In Deutschland wurden 29,4 Prozent des BIP 2011 für Sozialleistungen ausgegeben. Die höchsten Ausgaben hatten Dänemark (34,3 %), Frankreich (33,6 %) und die Niederlande (32,3 %). Der Anteil der Alters- und Hinterbliebenenleistungen lag in Deutschland 2011 mit 40,4 Prozent unter dem EU-Durchschnitt von 45,7 Prozent, bei der Gesundheitsversorgung war er mit 41,1 Prozent höher als der EU-Durchschnittswert von 37,1 Prozent. Die aktuellen Auswertungen von Eurostat zeigen, dass es bei den Ausgaben für Sozialschutz weiterhin erhebliche Unterschiede zwischen den EU-Mitgliedstaaten gibt. Während einige Länder Ausgaben für den Sozialschutz in Höhe von 30 Prozent oder mehr des BIP verzeichneten, gaben sieben Länder weniger als 20 Prozent aus: Lettland (15,1%), Estland (16,1%), Rumänien (16,3%), Litauen (17,0%), Bulgarien (17,7%), die Slowakei (18,2%), Malta (18,9%) und Polen (19,2%).

Alters- und Hinterbliebenenleistungen machten mit fast 46 Prozent in nahezu allen Mitgliedstaaten den Großteil der Leistungen für den Sozialschutz aus. Der Anteil der Alters- und Hinterbliebenenleistungen an den Gesamtleistungen war in Italien (61%), Polen (58%), Portugal, Lettland und Malta (je 55%) am höchsten und in Irland (23%), Luxemburg (37%) und Kroatien (38%) am niedrigsten. 37 Prozent der gesamten Sozialleistungen gaben die Mitgliedstaaten 2011 für Leistungen zu Gesundheitsversorgung und Invalidität aus. In Deutschland, Irland, Kroatien und den Niederlanden machten sie den Großteil der Sozialschutzleistungen aus. Leistungen für Familien hatten durchschnittlich einen Anteil von 8 Prozent an den gesamten Sozialleistungen, Leistungen bei Arbeitslosigkeit beliefen sich auf 6 Prozent und für Wohnen und gegen soziale Ausgrenzung auf 4 Prozent.

#### MEHR INFOS:

[http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY\\_PUBLIC/3-21112013-AP/DE/3-21112013-AP-DE.PDF](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_PUBLIC/3-21112013-AP/DE/3-21112013-AP-DE.PDF)

### ■ Krankenhauskosten 2012

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes (Destatis) in Wiesbaden beliefen sich die Gesamtkosten der Krankenhäuser in Deutschland im Jahr 2012 auf 86,8 Milliarden Euro (2011: 83,4 Milliarden Euro). Umgerechnet auf rund 18,6 Millionen Patientinnen und Patienten, die 2012 vollstationär im Krankenhaus behandelt wurden, betrugen die stationären Krankenhauskosten je Fall im Jahr 2012 durchschnittlich 4 060 Euro. Wie Destatis weiter mitteilt, waren das im Bundesdurchschnitt 2,5 % mehr als im Jahr zuvor, als die Kosten je Behandlungsfall noch bei 3 960 Euro gelegen hatten.

Die Kosten der Krankenhäuser setzen sich im Wesentlichen aus den Personalkosten von 51,9 Milliarden Euro (+ 4,8 % gegenüber 2011), den Sachkosten von 32,6 Milliarden Euro (+ 2,9 %) sowie den Aufwendungen für den Ausbildungsfonds von 1,1 Milliarden Euro (+ 2,7 %) zusammen. Weitere 1,3 Milliarden Euro entfielen auf Steuern, Zinsen und ähnliche Aufwendungen und auf Kosten der Ausbildungsstätten. In den Gesamtkosten waren Ausgaben für nichtstationäre Leistungen in Höhe von 11,2 Milliarden Euro enthalten. Dazu gehören unter anderem Kosten für die Ambulanz sowie für wissenschaftliche Forschung und Lehre. Die Kosten der rein stationären Krankenhausversorgung lagen bei rund 75,6 Milliarden Euro (2011: 72,6 Milliarden Euro). Die durchschnittlichen Kosten je Fall waren in Brandenburg mit 3 617 Euro am niedrigsten und in Hamburg mit 4 718 Euro am höchsten. Diese regionalen Unterschiede sind strukturell bedingt: Sie werden vom Versorgungsangebot sowie von der Art und Schwere der behandelten Erkrankungen beeinflusst. Die stärkste Kostensteigerung je Fall im Vergleich zum Vorjahr gab es in Mecklenburg-Vorpommern mit + 5,4 %, den geringsten Anstieg hatte Sachsen-Anhalt mit + 1,2 %.

Die Kosten der Krankenhäuser setzen sich im Wesentlichen aus den Personalkosten von 51,9 Milliarden Euro (+ 4,8 % gegenüber 2011), den Sachkosten von 32,6 Milliarden Euro (+ 2,9 %) sowie den Aufwendungen für den Ausbildungsfonds von 1,1 Milliarden Euro (+ 2,7 %) zusammen. Weitere 1,3 Milliarden Euro entfielen auf Steuern, Zinsen und ähnliche Aufwendungen und auf Kosten der Ausbildungsstätten. In den Gesamtkosten waren Ausgaben für nichtstationäre Leistungen in Höhe von 11,2 Milliarden Euro enthalten. Dazu gehören unter anderem Kosten für die Ambulanz sowie für wissenschaftliche Forschung und Lehre. Die Kosten der rein stationären Krankenhausversorgung lagen bei rund 75,6 Milliarden Euro (2011: 72,6 Milliarden Euro). Die durchschnittlichen Kosten je Fall waren in Brandenburg mit 3 617 Euro am niedrigsten und in Hamburg mit 4 718 Euro am höchsten. Diese regionalen Unterschiede sind strukturell bedingt: Sie werden vom Versorgungsangebot sowie von der Art und Schwere der behandelten Erkrankungen beeinflusst. Die stärkste Kostensteigerung je Fall im Vergleich zum Vorjahr gab es in Mecklenburg-Vorpommern mit + 5,4 %, den geringsten Anstieg hatte Sachsen-Anhalt mit + 1,2 %.

#### MEHR INFOS:

[https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2013/11/PD13\\_392\\_23](https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2013/11/PD13_392_23)

### ■ Krankenhaus-Barometer 2013

Das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) hat den Krankenhaus-Barometer 2013 veröffentlicht. Danach hat sich die wirtschaftliche Lage der deutschen Krankenhäuser weiter verschlechtert. So schrieb 2012 nach den Statistiken des DKI jedes

zweite Krankenhaus rote Zahlen (2011: 31%). Die Anzahl der Kliniken mit einem Jahresüberschuss ist auf knapp 43% gesunken (2011: 55%), die Anzahl der Häuser mit einem ausgeglichenen Ergebnis hat sich mit knapp 7% halbiert.

In einem gesonderten Kapitel werden Haftpflichtversicherungen im Krankenhaus thematisiert. Danach wurden bei knapp einem Viertel der Krankenhäuser seit 2010 die Haftpflichtversicherungen durch den Versicherer gekündigt. Ein Neuabschluss konnte vielfach nur unter Schwierigkeiten und zu höheren Prämien erfolgen. Daraus leitet das DKI die Notwendigkeit einer Anpassung des Orientierungswerts ab, da im jetzigen Konzept die beobachteten Steigerungsraten nicht berücksichtigt werden. An der Befragung haben sich zwischen April und Juni 290 Krankenhäuser beteiligt.

#### MEHR INFOS:

[http://portal.bv.aok.de/download/attachments/86064729/DKI\\_Krankenhaus\\_barometer\\_2013.pdf?version=1&modificationDate=1384939292000](http://portal.bv.aok.de/download/attachments/86064729/DKI_Krankenhaus_barometer_2013.pdf?version=1&modificationDate=1384939292000)

### ■ Pflegereport 2013 der BARMER GEK

Die BARMER GEK hat im Dezember ihren jüngsten Pflegereport vorgelegt. Der Report 2013 zeigt u.a., dass von den gesetzlichen Krankenkassen in beträchtlichem Ausmaß Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt worden sind. So erhalten 15 Prozent der über 65-jährigen Pflegebedürftigen im Jahr vor Pflegeeintritt eine medizinische Rehabilitation. Im nachfolgenden Jahr beträgt die Quote immerhin noch 7 Prozent. Damit zeigt sich nach Auffassung der BARMER GEK auch, dass die gesetzlichen Krankenkassen sich am Grundsatz ‚Reha vor Pflege‘ orientieren. Von der Politik wurde in der Vergangenheit immer wieder kritisiert, dass die Krankenkassen zu wenig tun, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Allerdings konnten die Autoren der Studie um Prof. Dr. Heinz Rothgang vom Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen Erfolge von Reha-Maßnahmen – beispielsweise eine verlängerte Lebenszeit – nicht eindeutig nachweisen. Die BARMER GEK sieht darin ein Zeichen dafür, dass die Versorgungsforschung mit Routinedaten an Grenzen stößt.

Der Pflegereport gibt jährlich einen Überblick über aktuelle und langfristige Entwicklungen in der Pflege. Heinz Rothgang erkennt in der aktuellen Entwicklung einen Trend hin zu professioneller Versorgung. Besonders stark sind die ambulanten Pflegedienste gewachsen. Sie haben 2012 fast 23 Prozent der pflegebedürftigen Menschen betreut – so viele wie nie zuvor. Dagegen stagnierte der Anteil der Heimpflege in den letzten Jahren und sank zuletzt leicht auf 28,8 Prozent. Dementsprechend sind die Personalkapazitäten in der ambulanten Pflege zwischen 1999 und 2011 mit 64 Prozent schneller gewachsen als die Zahl der Betten in Pflegeheimen, die um 36 Prozent zugenommen hat. Rothgang sieht darin ein Zeichen, dass der Grundsatz ‚ambulant vor stationär‘ reale Wirkung zu zeigt.

Erneut gestiegen sind nach Berechnungen der Bremer Wissenschaftler die Eigenanteile, die privat zur Finanzierung der Pflege aufgebracht werden müssen. So standen im Jahr 2011 Versicherungsleistungen in der stationären Pflege von 1.023 Euro in Pflegestufe I einem Eigenanteil von insgesamt 1.380 Euro gegenüber. 2009 hatte der Eigenanteil bei gleich hohen Versicherungsleistungen durchschnittlich 1.351 Euro betragen. In der Pflegestufe III fallen die gesamten Eigenanteile mit 1.802 Euro noch höher aus (2009: 1.791 Euro). Die Versicherungsleistungen waren hier allerdings von 1.470 Euro im Jahr 2009 auf 1.510 Euro im Jahr 2011 gestiegen. Im Pflegereport 2012 hatte die BARMER GEK erstmals Zahlen zu lebenslangen Pflegekosten präsentiert. Demnach müssen Frauen mit durchschnittlich 45.000 Euro privaten Kosten rechnen, Männer mit 21.000 Euro.

#### MEHR INFOS:

[https://presse.barmar-gek.de/barmar/web/Portale/Presseportal/Subportal/Presseinformationen/Aktuelle-Pressemitteilungen/131218-Pflegereport/Pflegereport-2013.html?w-cm=CenterColumn\\_tdocid](https://presse.barmar-gek.de/barmar/web/Portale/Presseportal/Subportal/Presseinformationen/Aktuelle-Pressemitteilungen/131218-Pflegereport/Pflegereport-2013.html?w-cm=CenterColumn_tdocid)

### ■ Unfall- und Berufskrankheitsgeschehen 2012

Die Bundesregierung hat im Dezember ihren Bericht über den Stand von Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit

und über das Unfall- und Berufskrankheitsgeschehen in der Bundesrepublik Deutschland im Jahr 2012 vorgelegt. Der aktuelle Bericht schreibt den Bericht aus dem Jahr 2011 fort und gibt einen statistischen Überblick über Arbeitswelt, Arbeitsbedingungen und über Maßnahme zum Arbeits- und Gesundheitsschutz. Neben Daten zur Erwerbsbevölkerung (Geschlecht, Alter, Bundesländer, Wirtschaftszweige) und zu deren vertraglichen Rahmenbedingungen (Arbeitszeit, Befristung) werden auch Daten über psychische und physische Anforderungen an die Erwerbstätigen in diesem Bericht dargestellt. Darüber hinaus bilden das Arbeits- und Wegeunfallgeschehen sowie der Stand und die Entwicklung von Berufskrankheiten wichtige Schwerpunkte des Berichtes. Ergänzt wird der Bericht durch Arbeitsunfähigkeitsdaten verschiedener Krankenkassenverbände und Daten zum Verrentungsgeschehen. Der diesjährige Berichtsschwerpunkt befasst sich mit besonderen Erwerbstätigengruppen, wie Teilzeit- und geringfügig Beschäftigten, befristet Beschäftigten, Zeitarbeitnehmern und Solo-Selbstständigen und stellt deren Arbeitsbedingungen dar.

Nach dem Jahr 2009 haben sich 2012 zum zweiten Mal weniger als 1 Million meldepflichtige Arbeitsunfälle in einem Jahr ereignet (969.860). Der Rückgang im Vergleich zu 2011 schlägt sich auch deutlich bei der Unfallquote je 1.000 Vollarbeiter nieder. Im Jahr 2012 verstarben 677 Personen an den Folgen eines Arbeitsunfalls, das sind 13 mehr als im Jahr 2011. Die Unfallquote bei tödlichen Arbeitsunfällen ist annähernd gleich geblieben. Im Jahr 2012 wurden etwas weniger Anzeigen auf Verdacht einer Berufskrankheit gestellt als im Vorjahr, während die Zahl der Anerkennungen leicht gestiegen ist. Bei den Ursachen für Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit ist ein weiterer Anstieg bei den Psychischen- und Verhaltensstörungen zu konstatieren. Die Gesamtanzahl für Verrentungen aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit bei Frauen ist ebenfalls gestiegen. Durchschnittlich war jeder Arbeitnehmer im Jahr 2012 12,2 Tage arbeitsunfähig. Gegenüber 2011 ist die Dauer damit leicht angestiegen, liegt aber etwa auf dem Niveau von 2010. Die Anzahl der Krankschreibungen je 100 Mitglieder der Gesetzlichen

Krankenversicherung hat sich dagegen kaum verändert.

#### MEHR INFOS:

<http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/18/001/1800179.pdf>

### ■ Pflegearbeit der Zukunft

In diesem im Auftrag der Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) erarbeiteten und im Dezember veröffentlichte Positionspapier skizzieren Pflege-Experten Handlungsspielräume, wie Pflegearbeit in Deutschland neu ausgerichtet und verbessert werden kann. Das Autorenteam stellt in den Mittelpunkt seines Papiers die Bedarfs- und Problemlagen der Pflegebedürftigen sowie der in der Pflege beschäftigten Menschen. Eines der Schwerpunkte des Papiers bildet die Darstellung der drängenden Fragestellungen der Pflegepolitik, die Skizzierung und Analyse der aktuellen Situation der Pflege in Deutschland sowie eine umfassende Bestandsaufnahme. Ein anderes Schwerpunktkapitel widmet sich den Bedarfen der Pflegebedürftigen und der pflegenden Angehörigen. Auch die prekären Arbeitsbedingungen des Berufsfelds Pflege wird von der Arbeitsgruppe in den Blick genommen. Auf Möglichkeiten, wie diese Problemlagen mit Mitteln der Pflegepolitik behoben werden können, gehen die Mitglieder des Autorenteam in einem weiteren Kapitel ein. Neben Maßnahmen im Bereich der Qualifizierung und Ausbildung, der Haltung von und dem Werben um neue Arbeitskräfte, befassen sich die Autoren unter anderem mit der regionalen Ebene als wichtigem Handlungsfeld gelingender Pflegepolitik. Das Autorenteam setzte sich zusammen aus Vertreter/innen aus der Pflegepraxis, der Wissenschaft, Gewerkschaften sowie der FES.

#### MEHR INFOS:

<http://library.fes.de/pdf-files/wiso/10414.pdf>

### ■ Arme und Arbeitslose politisch weniger interessiert

Das Deutsche Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) in Berlin hat in seinem Wochenbericht Nr. 42/2013 eine Studie veröffentlicht, die zum Ergebnis kommt,



dass Menschen mit geringem Einkommen und Arbeitsuchende politisch weniger interessiert und aktiv sind als Personen oberhalb der Armutsrisikoschwelle sowie Erwerbstätige. Die sich auf Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) stützende Untersuchung zeigt darüber hinaus, dass die Ungleichheit in der politischen Beteiligung in Deutschland im Vergleich zu anderen europäischen Demokratien leicht überdurchschnittlich ist und sich in den vergangenen drei Jahrzehnten tendenziell erhöht hat. Im Vergleich zu direkten Nachbarländer, wie z.B. die Niederlande und Frankreich, ist das Ungleichheitsniveau relativ hoch. Für die Autoren zeigen die SOEP-Daten jedoch auch, dass Arbeitslose nicht erst als Folge des Jobverlusts und von Armut betroffene Menschen nicht erst nach Einkommensrückgang ihre politische Beteiligung reduzieren, sondern dass die geringere politische Teilhabe bereits vor diesen Ereignissen bestand. Daraus kann die Schlussfolgerung gezogen werden, dass die geringere politische Aktivität stärker auf die soziale Herkunft dieser Menschen und weniger auf die wirtschaftlich prekäre Lage zurückzuführen ist. Um dieser Entwicklung entgegenzuwirken, sollten nach Auffassung der Autoren Maßnahmen ergriffen werden, mit denen die Bildungsunterschiede verringert werden können.

#### MEHR INFOS:

[http://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw\\_o1.c.429633.de/13-42-1.pdf](http://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_o1.c.429633.de/13-42-1.pdf)

Autor von TRENDS & FACTS ist Erwin Dehlinger

## Gesundheitskommunikation aus psychologischer Perspektive



### Gesundheitskommunikation

Psychologische und interdisziplinäre Perspektiven

Herausgegeben von Angela Schorr

2014, 535 S., brosch., 39,- €

ISBN 978-3-8487-0930-4

[www.nomos-shop.de/21717](http://www.nomos-shop.de/21717)

Gesundheitskommunikation ist ein Offspring der psychologischen, soziologischen und kommunikationswissenschaftlichen Gesundheitsforschung. Erstmals steht das menschliche Kommunikationsverhalten im Mittelpunkt des Interesses. Der Beitrag von Kommunikation zur Vorbeugung und Heilung von Krankheiten wird umfassend neu bewertet. Dabei gewinnen die digitalen Medien zunehmend an Bedeutung. Sie haben das Potenzial, die Kommunikationsprozesse im Gesundheitswesen völlig zu verändern. Ihr systematischer Einsatz ermöglicht Innovationen in der Prävention und Behandlung, die weit in den Alltag der Menschen hineinreichen.

Dieser Reader gibt aus psychologischer Sicht Einblick in die Vielfalt der Gesundheitskommunikationsforschung und ihre Anwendungen. Im Mittelpunkt steht dabei das Individuum, der einzelne Mensch, der sich mit dem Thema Gesundheit befasst.

Bestellen Sie jetzt telefonisch unter 07221/2104-37.  
Portofreie Buch-Bestellungen unter [www.nomos-shop.de](http://www.nomos-shop.de)



## Nomos