

Gesundheitsverhalten



Hamburg

Gesundheitsversorgung



Ressourcen

Gesundheit im jüngeren und mittleren Lebensalter in Hamburg

Berichte und Analysen zur Gesundheit



IMPRESSUM

Gesundheitsbericht

Gesundheit im jüngeren und mittleren
Lebensalter in Hamburg

Herausgeber:

Freie und Hansestadt Hamburg
Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV)
Amt für Gesundheit
Fachabteilung Gesundheitsdaten
und Gesundheitsförderung
Billstraße 80a, 20539 Hamburg

Stand:

Oktober 2014

Berichterstellung und Auswertungen:

Dr. Regina Fertmann (BGV)
Beitrag zu Kapitel 3.5: Dr. Sibylle Reichmann

Mitarbeit bei Auswertungen und
Gestaltung:

Nils Möller (BGV), Katja Blaschke, Ulrike Mühle

Deckblatt:

Fotos:
v. li. o. n. li. u: ©www.hamburg-fotos-
bilder.de/pixelio.de; ©Gabi Schoene-
mann/pixelio.de; Lupo/pixelio.de
v. re. o. n. re. u: ©Andrea Damm/pixelio.de;
©Rainer Sturm/pixelio.de; ©Albrecht E.
Arnold/pixelio.de
© 2014, Alle Rechte vorbehalten

Bezug:

Sie erhalten den Bericht kostenlos unter
(040) 428 37 - 2368

publikationen@bgv.hamburg.de

Im Internet:
Amt für Gesundheit

www.hamburg.de/gesundheit

Druck/Herstellung:

VIG DRUCK & MEDIA GmbH

ISBN:

978-3-9814693-4-9

Anmerkung zur Verteilung:

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Senats der Freien und Hansestadt Hamburg herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerberinnen und Wahlwerbern oder Wahlhelferinnen und Wahlhelfern zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Bürgerschafts-, Bundestags- und Europawahlen sowie die Wahl zur Bezirksversammlung.

Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die Druckschrift nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Landesregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte. Die genannten Beschränkungen gelten unabhängig davon, wann, auf welchem Wege und in welcher Anzahl diese Druckschrift dem Empfänger oder der Empfängerin zugegangen ist. Den Parteien ist es jedoch gestattet, die Druckschrift zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder zu verwenden.

Gesundheit im jüngeren und mittleren Lebensalter in Hamburg



Liebe Leserin und lieber Leser,
sehr geehrte Damen und Herren,

ja, wir wollen wissen, wie es um die Gesundheit der Hamburger Bevölkerung bestellt ist. Und nein, Gesundheit misst sich nicht nur in Krankheitsaufkommen und Sterblichkeitszahlen.

So wie individuell jede und jeder eine eigene und teils schnelle Bilanz zieht, wenn die Frage nach dem persönlichen Wohlergehen gestellt wird - gut geschlafen, die Erkältung im Abklingen, das sensible Knie schmerzt heute nicht - so gehören zur Feststellung der Gesundheit in der Bevölkerung unterschiedlichste Facetten. Dabei geht es auch um das Leben mit einer chronischen Erkrankung oder das Nutzen von medizinischen Angeboten zur Krebsfrüherkennung. Genauso wichtig ist es aber darüber hinaus zu erkunden, wie das Befinden ist und wie gesundheitsrelevante Fragen beantwortet werden. Wir wollen wissen, mit welchen grundsätzlichen Einstellungen zur Gesundheit Männer und Frauen, Jüngere und Ältere ihre ganz persönlichen Entscheidungen, z.B. in puncto riskantes Gesundheitsverhalten, treffen. Und unser Interesse gilt auch den individuellen Ressourcen, die zu einem gesundheitsbewussten Lebensstil beitragen.

Deshalb ist es ein Hauptanliegen dieses Berichtes, zu einem differenzierten Bild der Gesundheit von Hamburgerinnen und Hamburgern zwischen 20 und 59 Jahren beizutragen.

Viele Ergebnisse decken sich mit den bundesweiten Ergebnissen des Robert Koch-Instituts. Aber: Die Hamburger Befragten geben zu einem größeren Anteil an glücklich zu sein, was sicherlich auch

zu einer guten Gesundheit beiträgt! Und es gibt weitere bemerkenswerte Ergebnisse die belegen, wie lohnenswert eine regionale Erhebung sein kann. Von besonderer Bedeutung sind hier die Ergebnisse für die in Hamburg lebenden Migrantinnen und Migranten, eine Bevölkerungsgruppe, die in anderen Erhebungen oft zu kurz kommt.

Leider haben auch wir keine Patentrezepte für die gewonnenen teilweise auch problematischen Erkenntnisse. Wir sind allerdings der Überzeugung, dass bei den vielfältigen Alltagsherausforderungen im jüngeren und mittleren Lebensalter Gesundheitsförderung und Prävention einen hohen Stellenwert haben sollten. Auch deshalb hat sich in Hamburg der Pakt für Prävention etabliert und dieser Überzeugung folgend engagiert sich Hamburg für ein bundesweites Gesundheitsförderungs- und Präventionsgesetz.

Ich möchte an dieser Stelle nur zwei Ergebnisse unserer Analysen herausgreifen: Die Einstellung der Hamburgerinnen und Hamburger sich nur im Krankheitsfall um ihre Gesundheit zu kümmern, ist zum Glück nur wenig verbreitet. Nur jede/r Dritte bei unserer repräsentativen Befragung vertritt diese Einstellung. Und die große Mehrheit der Hamburgerinnen und Hamburger teilt die Überzeugung, dass jede/r selbst viel tun kann, um die eigene Gesundheit zu erhalten oder zu verbessern. Wenn Sie neugierig geworden sind, schauen Sie doch nach, wie diese Einstellungen vom Gesundheitszustand geprägt oder mit den Alltagsgewohnheiten verknüpft sind!

Mein Wunsch ist es, dass die Akteure in Hamburg die Ergebnisse zum Anlass nehmen und im Rahmen ihrer Möglichkeiten schon in naher Zukunft dazu beitragen, die Gesundheit aller in Hamburg lebenden Menschen zu verbessern.

Cornelia Prüfer-Storcks

Senatorin der Behörde für
Gesundheit und Verbraucherschutz

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1. Einleitung.....	9
<i>Kapitelübersicht.....</i>	<i>9</i>
<i>Lesehilfen.....</i>	<i>11</i>
2. Erhebung und Stichprobe.....	12
<i>Erhebung.....</i>	<i>12</i>
<i>Stichprobe.....</i>	<i>14</i>
<i>Migrationshintergrund als ein Merkmal.....</i>	<i>14</i>
<i>Soziodemografische Angaben.....</i>	<i>14</i>
<i>Vergleich Hauptstichprobe und Migrantenstichprobe.....</i>	<i>16</i>
<i>Vergleich von Teilgruppen.....</i>	<i>17</i>
<i>Zusammenfassung.....</i>	<i>18</i>
3. Gesundheit und Krankheit.....	19
3.1 Facetten des Gesundheitszustandes.....	20
<i>„ nur im Krankheitsfall ... “.....</i>	<i>20</i>
<i>Gesundheitszustand.....</i>	<i>20</i>
<i>Medikamenteneinnahme.....</i>	<i>23</i>
3.2 Gewichtsklassen.....	24
<i>Zeitliche und regionale Einordnung der Hamburger Daten.....</i>	<i>25</i>
<i>Übergewichtige im Vergleich zu Normalgewichtigen.....</i>	<i>27</i>
3.3 Befindlichkeit und Stimmung.....	30
<i>Befindlichkeit.....</i>	<i>30</i>
<i>Psychisches Wohlbefinden und Vitalität.....</i>	<i>31</i>
3.4 Angebot und Nachfrage im medizinischem Versorgungssystem.....	33
<i>Versichertenstatus.....</i>	<i>33</i>
<i>Inanspruchnahme des ambulanten medizinischen Versorgungssystems.....</i>	<i>34</i>
<i>Vorsorgeuntersuchungen.....</i>	<i>35</i>
<i>Inanspruchnahme der stationären Versorgung in Hamburg.....</i>	<i>36</i>
<i>Chronisch Kranke.....</i>	<i>37</i>
3.5 Alters- und geschlechtsspezifische Angebote zur Krebsfrüherkennung.....	38
<i>Allgemeine Krebsfrüherkennung.....</i>	<i>39</i>
<i>Früherkennung von Hautkrebs und Darmkrebs.....</i>	<i>41</i>
<i>Krebsfrüherkennung bei Frauen.....</i>	<i>41</i>
<i>Krebsfrüherkennung bei Männern.....</i>	<i>42</i>
3.6 Index zur Nutzungsintensität des medizinischen Versorgungssystems.....	43
<i>Zusammenfassung.....</i>	<i>44</i>
4. Einstellungen zur Gesundheit.....	46
<i>Selbstwirksamkeit.....</i>	<i>47</i>
<i>Achten Sie auf ausreichend Bewegung im Alltag?.....</i>	<i>50</i>
<i>Interesse am Thema Gesundheit.....</i>	<i>50</i>
<i>Interesse an Gesundheitsförderungsmaßnahmen.....</i>	<i>52</i>

<i>Index „Gesundheitsbewusstsein“</i>	55
<i>Zusammenfassung</i>	56
5. Gesundheitsverhalten	57
<i>Ernährung</i>	57
<i>Mahlzeiten</i>	58
<i>Obst und Gemüse</i>	59
<i>Alltagsaktivitäten</i>	61
<i>Sportliche Aktivitäten</i>	63
<i>Zeitintervall für Bewegung - der Maßstab der WHO</i>	64
<i>Alkoholkonsum</i>	64
<i>Rauchen</i>	66
<i>Index „riskantes Gesundheitsverhalten“</i>	68
<i>Zusammenfassung</i>	69
6. Soziale Unterstützung und andere Ressourcen	71
<i>Freizeit</i>	71
<i>Soziale Unterstützung</i>	73
<i>...bei ernsten persönlichen Problemen</i>	73
<i>Praktische Hilfe</i>	74
<i>Versorgung im Notfall</i>	74
<i>Index „Soziale Unterstützung“</i>	74
<i>Index „Ressourcen“</i>	76
<i>Zusammenfassung</i>	77
7. Zusammenfassung und Fazit	78
8. Anhang	84

1. Einleitung

Dieser Bericht beschreibt den **Gesundheitszustand, die gesundheitsrelevanten Einstellungen und Verhaltensweisen im jüngeren und mittleren Lebensalter**. Eine derartige umfassende Beschreibung der Gesundheit der Hamburger Bevölkerung wird hiermit zum ersten Mal vorgelegt. Die Erkenntnisse können für ein breites Spektrum von Gesundheitsakteuren von Nutzen sein und im „Pakt für Prävention - Gemeinsam für ein gesundes Hamburg“¹ weitere, gezielte Schwerpunktsetzungen unterstützen.

Der Bericht beschreibt auf der Grundlage der 2011 erfolgten **telefonischen Befragung einer repräsentativen Hamburger Stichprobe** (1.628 Personen und 206 Personen mit nicht-deutscher Staatsangehörigkeit) den Gesundheitszustand der 20-59 Jährigen. Differenziert beschrieben werden vor allem die Nutzung des Gesundheitssystems, die Einstellungen, also das Gesundheitsbewusstsein der erwachsenen Bevölkerung, sowie die gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen in Bezug auf Ernährung, Bewegung und Genussmittel.

Ohne die Rahmenbedingungen für Gesundheit außer Acht zu lassen, stehen hier die für verhaltenspräventive Maßnahmen wesentlichen Beobachtungen im Mittelpunkt. Sind z.B. die erfragten Einstellungen zur Gesundheit relevant für die Wahrnehmung von Früherkennungsuntersuchungen oder die Teilnahme an Angeboten zur Gesundheitsförderung? Welche Ressourcen spielen für das gesundheitsbezogene Verhalten die Hauptrolle?

Die Ergebnisse der repräsentativen telefonischen Befragung werden - soweit möglich - verglichen mit anderen Hamburger Datenquellen. Darüber hinaus werden

sie in Bezug gesetzt zu den bundesweit repräsentativen Daten des Robert Koch-Instituts (RKI). Ergänzend werden zur Bewertung vergleichbare wissenschaftliche Studien mit weiterführenden Erkenntnissen einbezogen.

Kapitelübersicht

Das zweite Kapitel **Erhebung und Stichprobe** berichtet über die zugrunde liegende Erhebung in Hamburg und liefert eine Stichprobenbeschreibung. Die Zusammensetzung der zufällig befragten Stichprobe ist durch bestimmte Teilgruppen charakterisiert: Männer und Frauen, Altersgruppen, Bildung, Einkommen, bzw. sozioökonomischer Status und Migrationshintergrund. Es wurde auch eine gesonderte Stichprobe von Hamburgerinnen und Hamburgern mit nicht-deutscher Staatsangehörigkeit befragt. Mit ihren Angaben ist es möglich, die Bedeutung des **Migrationsstatus** für die Gesundheit mit zu berücksichtigen. In Bezug auf Berufstätigkeit (Zeit, Belastung, Zufriedenheit) und familiäre Belastung kann auf den 2013 veröffentlichten Bericht Arbeit und Gesundheit verwiesen werden.²

Das dritte Kapitel **Gesundheit und Krankheit** versucht sich an einer Art Ferndiagnose der Hamburger Bevölkerung. Wie ist der Gesundheitszustand, wie ist die medizinische Versorgung? Welche Bedeutung hat die Grundeinstellung „um meine Gesundheit kümmere ich mich nur, wenn ich krank bin ...“?

Gesundheitszustand, chronische Erkrankungen, Behinderung, Medikamenteneinnahme und das körperliche und psychische Befinden werden ausführlich beschrieben. Dabei wird auch die Nutzung des medizinischen Versorgungssystems dargestellt. Die Inanspruchnahme von Früherkennungs-

¹ www.hamburg.de/pakt-fuer-praevention/

² Arbeit und Gesundheit. Gesundheitsbericht. Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz. Hamburg. 2013.

und Gesundheitsvorsorgeuntersuchungen bekommt in diesem Zusammenhang einen besonderen Stellenwert.

Das vierte Kapitel **Einstellungen zur Gesundheit** thematisiert die persönliche Haltung in gesundheitsrelevanten Fragen. Welche Medien werden bei Interesse an Gesundheitsthemen genutzt? Wie werden die eigenen Verhaltensweisen hinsichtlich Bewegung und Ernährung, aber auch Rauchen und Alkoholkonsum eingeschätzt? Wird Verbesserungsbedarf gesehen, wo er auch nötig ist?

Im Mittelpunkt des fünften Kapitels **Gesundheitsverhalten** steht „die Macht der Gewohnheit“. Zwischen Anspruch und Wirklichkeit trifft jede/r im Alltag Entscheidungen in Bezug auf das eigene Gesundheitsverhalten. Dabei geht es um Ernährungsgewohnheiten ebenso wie um Bewegung. Ist Obst und Gemüse unverzichtbarer Bestandteil der täglichen Mahlzeiten? Sind körperliche Aktivitäten in den Alltag integriert, gibt es Bevölkerungsgruppen, bei denen sportliche Aktivitäten besonders selten vorkommen?

Das sechste Kapitel **Soziale Unterstützung und andere Ressourcen** widmet sich den individuellen Ressourcen, den Stärken und Fähigkeiten, die gesunderhaltendes Verhalten begünstigen und bei besonderen Anforderungen - einer chronischen Erkrankung, einer Doppelbelastung durch Arbeit und Familie - günstige Bedingungen darstellen. Dies können soziale Ressourcen (Freunde, Hilfe im Notfall, ...) sein aber auch eine befriedigende Freizeitgestaltung.

Der Bericht folgt in allen Kapiteln einem **dreistufigen Ansatz**. Im ersten Schritt werden die Verteilungen der gesundheitsrelevanten Angaben in Abhängigkeit von den **soziodemografischen Merkmalen** be-

schrieben. Inwieweit unterscheiden sich Männer und Frauen, die Altersgruppen, Teilgruppen nach sozioökonomischem Status, ggf. auch Migrantinnen und Migranten in Bezug auf das jeweilige gesundheitsrelevante Merkmal?

Im zweiten Schritt werden Merkmalskombinationen analysiert. Die meisten **Assoziationen** fallen erwartungsgemäß aus, so dass z.B. bestätigt werden kann, dass chronische Erkrankungen häufiger Einschränkungen im Alltag und ein schlechtes psychisches Befinden mit sich bringen. Andere Assoziationen sind überraschende Beobachtungen und müssen vorsichtig und unter Einbeziehung wissenschaftlicher Erkenntnisse bewertet werden. Oft liegt dabei eine Ursache-Wirkungsbeziehung nahe, die jedoch im Rahmen einer beschreibenden Gesundheitsberichterstattung impliziert, keinesfalls jedoch nachgewiesen werden kann.

Im dritten und zusammenfassenden Schritt geht es darum Zusammenhänge aufzuzeigen, indem **Risikofaktoren und protektive Schutzfaktoren** identifiziert werden. Dabei können ausgewählte statistische Assoziationen heran gezogen werden um Verknüpfungen darzustellen. Hierbei geht es um die Identifikation von Einzelfaktoren, die z.B. ein hohes Gesundheitsbewusstsein, eine angemessene Nutzung des Gesundheitssystems und/oder vorbildhaftes Gesundheitsverhalten erschweren oder auch begünstigen.

So kann die Hamburger Bevölkerung nicht nur in vielen gesundheitsrelevanten Einzelaspekten charakterisiert werden. Die Zusammenhangsanalysen erlauben auch einen Einblick in die komplexe Realität der individuellen Haltung und Entscheidungen zum Thema Gesundheit.

Zum Abschluss werden im siebten Kapitel **die Zusammenfassung und das Fazit** formuliert, um auf dieser Basis auch kurz weitere Perspektiven aufzuzeigen. Patentrezepte gibt es allerdings auch hier nicht. Aber die prioritären Themen für die Gesundheitsförderung und Prävention in Hamburg können zielgruppenspezifisch benannt werden.

Aufmerksamen Leserinnen und Lesern des Berichtes „Arbeit und Gesundheit in Hamburg“ werden Parallelen wahrnehmen, selten aber identische Zahlen. Dies hat damit zu tun, dass erst hier die Gesamtheit der Befragten - mehr als 1.800 Personen - berücksichtigt wird, ohne zwischen Erwerbstätigen und Nicht-Erwerbstätigen zu differenzieren.

Lesehilfen

Methodische Erklärungen, die zur Nachvollziehbarkeit und Transparenz in den Analysen unerlässlich sind, sind im Anhang enthalten.

Quellen und statistische Kennzahlen sind den Fußnoten zu entnehmen.

Zwischenüberschriften, Schlagwörter und neue Aspekte werden durch Fettdruck hervorgehoben.

Wichtige Einzelergebnisse und zusammenfassende Aussagen sind durch rote Balken hervorgehoben.

Zusammenfassungen sind mit einem grauen Kasten hinterlegt.

2. Erhebung und Stichprobe

Warum muss jede/r diesen Abschnitt lesen, obwohl doch jede/r lieber gleich ein paar interessante Ergebnisse erfahren will?

Wir wagen es, Aussagen über die Hamburger Bevölkerung zu treffen. Natürlich wurden nur wenige befragt, um es ganz genau zu sagen 1.800 von ca. 1.8 Millionen, also gerade mal 0,1%. Wenn berücksichtigt wird, dass weder Kinder und Jugendliche noch die über 60 Jährigen einbezogen wurden, sind es ca. 0,2%. Dennoch soll deutlich werden: In Bezug auf Alter und Geschlecht liegt eine **repräsentative Stichprobe** vor, die die Hamburger Bevölkerung angemessen repräsentiert.

In diesem Zusammenhang sind soziodemografische Merkmale wie Alter und Geschlecht, aber auch Haushaltsgröße, Einkommen, Bildung und Migrationshintergrund wichtig. Diese Merkmale stellen die Rahmenbedingungen für den Alltag der Befragten dar und - davon ist auszugehen - auch in vielerlei Hinsicht für die gesundheitsrelevanten Einstellungen und das Verhalten. Von daher liegt der Nutzen dieses Kapitels darin, die Hamburger Bevölkerung wieder zu erkennen bzw. kennen zu lernen. Eine Besonderheit vorweg:

Es ist gelungen, dem Anspruch einer „migrationssensiblen Gesundheitsberichterstattung“ zu entsprechen.

D.h., ausreichende Deutschkenntnisse waren z.B. keine Voraussetzung für die Teilnahme an der Befragung und biografische Hinweise auf einen Migrationshintergrund (nicht-deutsche Muttersprache) wurden berücksichtigt. Wie in vielen anderen wissenschaftlichen Erhebungen, die mit weitaus

größerem Aufwand realisiert wurden¹, gelingt es kaum, Personen mit geringer Bildung, niedrigem Einkommen und/oder niedriger beruflicher Stellung einzubeziehen. Daher ist diese Personengruppe tendenziell unterrepräsentiert.

Die Hamburger Gesundheitsberichterstattung folgt einem Konzept, das sich an den Lebensphasen orientiert. Um den mittleren Lebensabschnitt mit gesundheitlich relevanten Informationen zu beschreiben, mussten **neue Datenquellen** erschlossen werden. Die Routinedaten bieten einen Zugang zum Krankheitsgeschehen oder zur Sterblichkeit. Was die Hamburger Bevölkerung zur Gesunderhaltung tut, wie die eigene Gesundheit eingeschätzt wird, wer sich nur bei akuter Erkrankung um die eigene Gesundheit kümmert, das ist aus Routinestatistiken nicht abzulesen. Eine telefonische Befragung war notwendig um diese und damit zusammenhängende Informationen zum Gesundheitszustand und zum Gesundheitsverhalten zu bekommen.

Erhebung

Im Jahr 2011 hat die BGV die Durchführung einer repräsentativen telefonischen Befragung zur Gesundheit von 1.800 Hamburgerinnen und Hamburgern im Alter von 20 bis 59 Jahren in Auftrag gegeben.

Dazu gehörte, dass das durchführende Institut verpflichtet wurde, die Vorschriften des Hamburgischen Datenschutzgesetzes (HmbDSG) in der jeweils geltenden Fassung zu beachten und sich ggf. der

¹ s. Erhebung/Stichprobenbeschreibung deutscher Studien z.B für das MONICA/KORA -Projekt Augsburg: Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Disease; Kooperative Gesundheitsforschung in der Region Augsburg oder die SHIP-Studie: Study of Health in Pomerania.

Kontrolle durch den Hamburgischen Datenschutzbeauftragten zu unterziehen.

Auf dieser Grundlage hat das Institut approxima in Weimar (approxima Gesellschaft für Markt- und Sozialforschung Weimar mbH) dem Zufallsprinzip (Random-Digit-Dialing) folgend auf Basis eines öffentlichen Telefonverzeichnisses die Interviews realisiert. Das heißt auch: Die Hauptstichprobe beruht auf einer **Zufallsauswahl ohne besondere Berücksichtigung der aktuellen Staatsangehörigkeit**.

Es gab erwartungsgemäß einen relativ hohen Anteil von Haushalten, die kein Interesse hatten und jegliche Auskunft verweigerten (48%). Die Interviews dauerten durchschnittlich 33 Minuten (Spanne 14-85 Minuten). Die Erhebung erfolgte zwischen Ende Mai und Ende Juli 2011.

Zusätzlich wurden 200 Hamburger Einwohnerinnen und Einwohner mit einer nicht-deutschen Staatsangehörigkeit im Alter von 20 bis 59 Jahren befragt.

Ihre personenbezogenen Adressdaten wurden durch eine **Zufallsauswahl des Hamburger Melderegisters** gezogen. Alle zufällig ausgewählten Personen erhielten ein Informationsschreiben in Deutsch mit ergänzenden Hinweisen in Englisch, Türkisch, Polnisch, Russisch oder Farsi. Damit verbunden wurde das Angebot, das telefonische Interview auch in diesen Sprachen durchzuführen.²

Bei den **Migrantinnen und Migranten** gab es einen hohen Anteil von Personen, die eine Teilnahme verweigerten (76%). Gerade zur Einbeziehung von Männern zwischen 20-29 Jahren waren viele Kontaktversuche notwendig. Die Interviews dauerten durchschnittlich 35 Minuten (Spanne

17-117 Minuten). Die Erhebung erfolgte zwischen Mitte Juli und Mitte Oktober 2011.

Der Fragenkatalog des Interviews wurde von der BGV in Anlehnung an die bundesweiten GEDA-Befragungen des Robert Koch-Institutes entwickelt.³ Zusätzlich wurden insbesondere Fragen zur Arbeitswelt integriert, hierzu liegt bereit ein Gesundheitsbericht vor.⁴ Der Fragenkatalog mit insgesamt mehr als 100 Einzelfragen wurde in einem Pretest mit 40 Probandinnen und Probanden überprüft und entsprechend überarbeitet.

Durch den Einsatz eines Fragebogens werden die gesundheitsbezogenen Auskünfte immer mit ihrer individuellen, subjektiven Bewertung erfasst. Einerseits ist dies zur Erhebung von subjektiven Einstellungen und Werten notwendig. Andererseits können subjektive Angaben durch Erinnerungslücken oder soziale Erwünschtheit in ihrem objektiven Wahrheitsgehalt eingeschränkt sein. Mehrere Studien konnten jedoch die **Aussagekraft von Selbstangaben** als ausreichend zuverlässig bestätigen.^{5,6} Beispielsweise wurde die Übereinstimmung von diagnostizierten und selbst gemachten Angaben zu verschiedenen Krankheitsbildern empirisch nachgewiesen.⁷

Die Auswertungen erfolgen uni- und bivariat, d.h. entweder nur in Hinblick auf ein

³ Robert Koch-Institut (Hrsg) (2012) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2010“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin.

⁴ Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (2013). Berichte und Analysen zur Gesundheit: „Arbeit und Gesundheit in Hamburg“. BGV, Hamburg.

⁵ Allgöwer, A. (2002). Gesundheitsförderung an der Universität. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

⁶ RKI. (2006). Gesundheit in Deutschland. Berlin: Robert Koch-Institut.

⁷ Osler, M., & Schroll, M. (1992). The agreement between self-reported data on chronic diseases and a national register of patients. European Journal of Public Health, 2, S. 113-116.

² s. Anhang

Merkmal oder in der Kombination von zwei Merkmalen. In der Beschreibung eines Merkmals wird erst auf die Stichprobe insgesamt Bezug genommen, dann ggf. auf Teilgruppen wie z.B. Männer und Frauen oder Altersgruppen. Ergänzend werden bei vertiefenden multivariaten Analysen komplexere Zusammenhänge in den Blick genommen.⁸

Diese Stichprobe bietet eine ausreichende statistische Grundlage für die Schätzung von Prävalenzen in der Hamburger Bevölkerung.

Dies gilt auch für größere Teilgruppen, z.B. Männer im Vergleich zu Frauen. Aus der Analyse kleinerer Teilgruppen (z.B. Männern von 20-29, Frauen mit mittlerem Bildungsabschluss oder Nicht-Erwerbstätige) werden nur größere prozentuale Differenzen von ca. 10% als Hinweis auf Unterschiede bewertet, da nur in dieser Größenordnung Zufallseffekte mit ausreichender statistischer Sicherheit ausgeschlossen werden können.

Stichprobe

Die Hauptstichprobe setzt sich aus 1.628 Personen zusammen, Männer und Frauen zu jeweils gleichen Anteilen. Und auch jede Altersdekade 20-29 Jahre, 30-39, 40-49 und 50-59 Jahre ist jeweils mit ca. 400 Personen vertreten.⁹ Menschen ab 60 Jahre wurden nicht befragt, da diese bereits in anderen Erhebungen der Hamburger Gesundheitsberichterstattung einbezogen waren.¹⁰

⁸ Alle Auswertungen erfolgten mit dem Statistikprogramm SPSS: <http://www-01.ibm.com/software/de/analytics/spss/>

⁹ In den Auswertungen wird jeweils ein Gewichtungsfaktor mitgeführt, der jede Altersgruppe entsprechend ihres Anteils in der Hamburger Bevölkerung berücksichtigt.

¹⁰ Die Gesundheit älterer Menschen in Hamburg I und II. Gesundheitsberichte der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, Hamburg, 2011 und 2012.

Migrationshintergrund als ein Merkmal

In der Hauptstichprobe wird durch Angaben zur **Muttersprache** oder zur **Staatsangehörigkeit** bei 19% der Befragten ein Migrationshintergrund erkennbar. Dies ist ein erfreuliches Ergebnis, das allerdings nur fast an die für Hamburg geschätzte Zahl in der Gesamtbevölkerung (29% Migrationshintergrund)¹¹ heran kommt. Die Gründe hierfür sind vermutlich vielfältig: Zum einen ist der Anteil von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund vergleichsweise hoch, das lässt auch den Anteil in der Gesamtbevölkerung vergleichsweise höher ausfallen als in der hier berücksichtigten Altersgruppe von 20-59 Jahren. Auch wird der Migrationshintergrund vom Statistischen Amt anders festgelegt (s. Anhang). Zum anderen kann die Teilnehmerate von Personen mit Migrationshintergrund allein aus sprachlichen Gründen nur geringer ausfallen als ihrem Anteil in der Bevölkerung entspricht.

Die Personen mit Migrationshintergrund sind in allen Auswertungen Bestandteil der repräsentativen Hauptstichprobe und werden nicht gesondert beschrieben.

Soziodemografische Angaben

Die meisten Personen sind ledig oder verheiratet und leben mit ihrer/m Ehepartner/in zusammen (s. Tabelle 2.1). Jeweils mehr als die Hälfte der nicht verheirateten Personen gaben an, eine/n feste/n Partner/in zu haben und auch mit ihr bzw. ihm zusammen zu leben.

¹¹ Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, Statistik informiert III/2012 „Bevölkerung mit Migrationshintergrund in den Hamburger Stadtteilen Ende Januar 2012“.

Die Hamburger Befragten sind demnach deutlich häufiger ledig im Vergleich zu den Ergebnissen der bundesweiten Studie des Robert Koch-Instituts¹² (47% vs. 36%). Der Unterschied ist vor allem auf die Angaben der Frauen und der Altersgruppen ab 30 aufwärts zurückzuführen.

Bei der Haushaltsgröße überwiegen die Mehrpersonenhaushalte, gefolgt von den Zwei-Personenhaushalten und den Single-Haushalten.

Wie der hohe Anteil der Ledigen erwarten lässt, leben deutlich **mehr Hamburger Befragte in Einpersonenhaushalten** als die RKI-Zahlen für die 20-59 Jährigen der gesamten Bundesrepublik ausweisen (27% vs. 19%). Diese Differenz ist in allen Altersgruppen deutlich ausgeprägt.

Die Daten des Statistischen Bundesamtes für die **gesamte** Bevölkerung liegen in puncto Einpersonenhaushalt für Hamburg (50%) und bundesweit (41%) erwartungsgemäß deutlich höher, weil hier ja auch der große Bevölkerungsanteil ab 60 Jahren und älter berücksichtigt wird.¹³

Bei denjenigen, die nicht alleine leben (n=1.176), leben fast die Hälfte (47%) in einem Haushalt mit einem Kind oder Jugendlichen unter 18 Jahre. Bundesweit liegt der entsprechende Anteil etwas höher (53%).¹⁴ Unabhängig von der Haushaltsgröße leben rund ein Drittel der Befragten (34%) mit einem oder mehreren Kindern bzw. Jugendlichen gemeinsam in einem Haushalt, bei der bundesweiten Befragung des RKI¹⁵ waren es 43% der 20-59 Jährigen.

Hauptstichprobe (n=1.628)			
Soziodemografische Daten		Sozioökonomische Daten	
Familienstand		Bildung	
ledig	47%	niedrig	35%
verheiratet und zusammenlebend	40%	mittel	28%
geschieden	10%	hoch	37%
getrennt lebend	2%	Einkommensbereich	
verwitwet	1%	niedrig	27%
Haushaltszusammensetzung		mittel	49%
Single-Haushalt	27%	hoch	24%
Zwei-Personen-Haushalt	33%	Sozialer Status	
• davon mit minderjährigem Kind	11%	niedrig	22%
Mehrpersonenhaushalt	40%	mittel	49%
• davon mit einem oder mehreren minderjährigen Kindern	76%	hoch	29%
Migrationshintergrund	19%		

Tabelle 2.1: Soziodemografische und sozioökonomische Beschreibung der Hauptstichprobe; jeweilige Anteile in Prozent (Quelle: Hamburger Befragung).

¹² Robert Koch-Institut (2012). Public USE File zu Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2010“ mit 15.425 Befragten zwischen 20 und 60 Jahren; gewichtet, um der HH-Bevölkerung in der Altersverteilung zu entsprechen; Kurzbezeichnung im weiteren Text: **Datenauszug GEDA 2010**

¹³ Statistisches Bundesamt; Haushalte & Familien; <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/HaushalteFamilien/Tabellen/Haushaltsgroesse.html>; [24.09.2014].

Statistisches Bundesamt; Fachserie 1 Reihe 3; Bevölkerung und Erwerbstätigkeit; Haushalte und Familien – Ergebnisse des Mikrozensus 2012; Wiesbaden 2013; S. 42; <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/HaushalteMikrozensus/HaushalteFamilien.html>; [24.09.2014].

¹⁴ Datenauszug GEDA 2010.

¹⁵ Datenauszug GEDA 2010.

Die Zahlen für die Gesamtbevölkerung des statistischen Bundesamtes liegen in dieser Hinsicht in einer anderen Größenordnung: Hier gibt es in 81% der Haushalte keine Kinder unter 18 Jahren¹⁶, in 11% ein Kind und in den restlichen 8% zwei und mehr Kinder. Hier fallen selbstverständlich wieder die Haushalte der über 60 Jährigen stark ins Gewicht.

Die Angaben der Hamburger Befragten zu ihrer **schulischen Bildung und beruflichen Ausbildung** wurden zu einem achtstufigen Index (vgl. Anhang) und in drei Kategorien zusammengefasst. Ein Drittel der Befragten hat die Schule mit maximal der 10. Klasse und ggfs. einer Ausbildung abgeschlossen (niedriger Bildungsstand). In etwa ein Viertel der Befragten hat das Abitur oder einen abiturähnlichen Abschluss mit einer beruflich-betrieblichen oder beruflich-schulischen Ausbildung kombiniert (mittlerer Bildungsstand). Alle anderen haben an ihren schulischen Abschluss eine berufliche Ausbildung an einer Fachhochschule oder Universität angeschlossen (hoher Bildungsstand).

Die RKI-Befragung¹⁷ konnte feststellen, dass bundesweit 43% der Befragten einen niedrigen, 29% einen mittleren und 28% einen akademischen Bildungsstand erreicht hatten. Die Angaben der Hamburger Befragten entsprechen jedoch den Ergebnisse der Zensus Auswertung 2011. Hier hatte sich gezeigt: Die Hamburgerinnen und Hamburger sind im Bundesvergleich **überdurchschnittlich gut gebildet**.¹⁸

¹⁶ Statistisches Bundesamt; Fachserie 1 Reihe 3; Bevölkerung und Erwerbstätigkeit; Haushalte und Familien – Ergebnisse des Mikrozensus 2012; Wiesbaden 2013; S. 29; <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/HaushalteMikrozensus/HaushalteFamilien.html>; [24.09.2014].

¹⁷ Datenauszug GEDA 2010.

¹⁸ Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, Statistik informiert ... Nr.96/2013.

Allerdings sind in der Hamburger Befragung die wenig gebildeten Personen eher unterrepräsentiert. Dieses Manko in der Repräsentativität der Hamburger Befragung kann durch den Vergleich der Teilgruppen nach Bildung bzw. nach sozialem Status etwas ausgeglichen werden.

Aus den Angaben zum **Einkommen** wurde für jede Person das sogenannte „Äquivalenzeinkommen“ berechnet (vgl. Anhang) und anhand einer „Richtschnur“, dem in der Mitte der Verteilung gelegenen medianen Wert von 1.375 €, eingestuft. Demnach befinden sich im unteren und oberen Einkommensbereich in etwa ein Viertel der Befragten, im mittleren Bereich die andere Hälfte der Befragten.

Der „soziale Status“ wird über die Indikatoren schulische und berufliche Bildung, Einkommen und - soweit vorhanden - berufliche Stellung abgebildet (vgl. Anhang).

Weniger als ein Viertel der Hamburger Befragten sind einem niedrigen, die Hälfte einem mittleren und wiederum ein Viertel einem hohen Sozialstatus zuzuordnen.

Vergleich Hauptstichprobe und Migrantenstichprobe

In der gesondert befragten Migrantenstichprobe von 206 Personen (mit nicht-deutscher Staatsangehörigkeit) sind ebenso Männer und Frauen zu gleichen Anteilen vertreten und die Altersgruppen gleichmäßig besetzt. In anderen soziodemografischen Merkmalen zeigen sich erhebliche **Unterschiede zwischen der Haupt- und der Migrantenstichprobe** (s. Abb. 2.1).

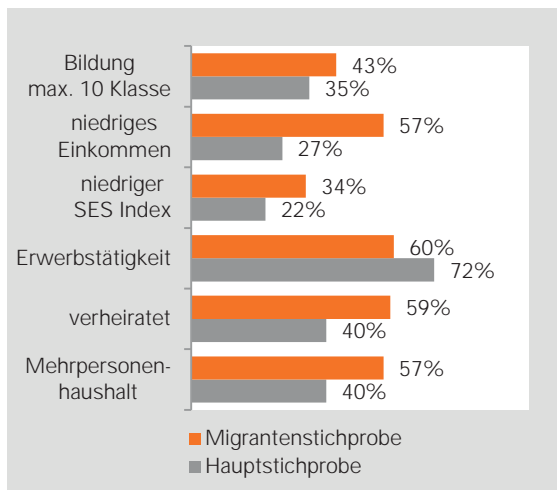


Abbildung 2.1: Soziodemographische und sozioökonomische Unterschiede zwischen Haupt- und Migrantinnenstichprobe; jeweilige Anteile in Prozent (Quelle: Hamburger Befragung).

Ein Drittel der Befragten der Hauptstichprobe verfügt maximal über den Schulabschluss der 10. Klasse, ein Viertel hat ein vergleichsweise niedriges Einkommen. Jede/r Fünfte wird auf dieser Basis einem niedrigen Sozialstatus zugeordnet. Diese klassischen Merkmale kommen in dieser Ausprägung bei den Migrantinnen und Migranten häufiger vor, so dass ein Drittel der Migrantinnen und Migranten einem niedrigen Sozialstatus zugeordnet werden muss.

Auch in den individuellen Lebensumständen zeigen sich Differenzen. Fast jede zweite Person der Hamburger Bevölkerungstichprobe ist ledig, etwas weniger Personen sind verheiratet und leben mit ihrem/r Partner/in zusammen. Bei den Migrantinnen und Migranten bezeichnen sich nur ein Viertel (28%) als ledig und die meisten sind verheiratet (59%). In diesem Zusammenhang ist zu sehen, dass mehr Migrantinnen und Migranten in einem Mehrpersonenhaushalt leben.

Vergleich von Teilgruppen

Männer und Frauen der Hauptstichprobe stimmen in vielen soziodemografischen Merkmalen überein, allerdings verdienen

die Frauen auch in Hamburg typischerweise wesentlich weniger als die Männer; dem entsprechend ergeben sich im Geschlechtervergleich Differenzen.

Männer können wesentlich häufiger einem hohen sozioökonomischen Status zugeordnet werden (33%) als Frauen (24%).

Die befragten Männer leben seltener mit einem Kind im Haushalt als die befragten Frauen (30% vs. 39%).

Auch in Abhängigkeit vom Alter sind erwartungsgemäß einige Unterschiede zu beobachten: So hat zum Beispiel von den Jüngeren (bis unter 30 Jahre) nur jeder Vierte einen akademischen Abschluss. Bei den 30 bis 39 Jährigen ist es jede(r) zweite Befragte (48%), bei den Älteren (ab 40 Jahren) sind es etwas weniger (36-39%). Ebenso bestehen altersabhängige Einkommensunterschiede.

In der jüngsten Altersgruppe haben nur wenige (10%) ein hohes Einkommen, in allen anderen Altersgruppen sind es fast 30%.

In der Zusammenschau spiegeln die Altersgruppen auch in etwa die dominanten biographischen Entwicklungen ab. Von den Jüngsten bezeichnen sich 84% als ledig, ab 40 Jahren ist mindestens die Hälfte der Befragten verheiratet. Bei den 40-49 Jährigen zeugt der hohe Anteil der Mehrpersonenhaushalte von der Familienphase; in der Altersgruppe der 50-59 Jährigen sind wieder Ein-, Zwei- und Mehrpersonenhaushalte in etwa gleich häufig.

Zusammenfassung

Die im Jahr 2011 durchgeführte telefonische Befragung von über 1.800 Hamburgerinnen und Hamburgern zwischen 20 bis 59 Jahren bietet eine repräsentative Datengrundlage.

Auch in soziodemografischer Hinsicht geben die Daten einen zuverlässigen Einblick zum Vorkommen gesundheitsrelevanter Merkmale bei niedriger, mittlerer und hoher Sozialschichtzuordnung.

Fast ein Fünftel der Befragten hat einen Migrationshintergrund; darüber hinaus wurden Migrantinnen und Migranten mit nicht-deutscher Staatsangehörigkeit in einer gesonderten Stichprobe einbezogen.

Die Formulierung der Interviewfragen in Anlehnung an die vom RKI durchgeführte GEDA-Befragung erlaubt Vergleiche zwischen Hamburger und bundesweiten Ergebnissen.

3. Gesundheit und Krankheit

„Um meine Gesundheit kümmere ich mich nur, wenn ich krank bin!“ Dieser Ausdruck spricht von einem starken gesundheitlichen Selbstbewusstsein, immerhin jede/r Dritte in Hamburg teilt diese Meinung. Der Ausdruck impliziert, dass Gesundheit selbstverständlich ist: Nur wenn ich krank bin, also „etwas“ nicht funktioniert, bemühe ich mich um meinen Gesundheitszustand, Sorge für Reparatur und die Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit.

Wer schließt sich dieser Behauptung an, für wen trifft diese Formulierung zu? Und auf der anderen Seite, wer sieht sich ganz anders in der Verantwortung für die eigene Gesundheit, beteiligt sich an vorbeugenden Maßnahmen zur Gesunderhaltung und ggf. Verbesserung des Gesundheitszustandes? Prägt diese Einstellung die Wege und Kontakte im medizinischen Versorgungssystem?

Berichte einzelner Krankenkassen thematisieren Einzelaspekte der Inanspruchnahme jeweils für ihr Klientel¹, ggf. auch speziell für ihr Hamburger Klientel.² Die Zusammensetzung der Patientinnen und Patienten einer Krankenkasse ist allerdings nicht repräsentativ für Hamburg. Deswegen ist von besonderem Interesse, welche Antworten sich zu den oben aufgeführten Fragen in der hier vorliegenden repräsentativen Stichprobe ergeben.

Der Morbiditätsatlas Hamburg³ beschreibt kleinräumig die Inanspruchnahme für Volkskrankheiten und facharztspezifischen Leitdiagnosen. Die Betrachtung basiert auf Abrechnungsdaten. Damit wird erstmalig

¹ Techniker Krankenkasse Gesundheitsreporte, DAK Gesundheitsreport 2014.

² AOK Gesundheitsreport 2013.

³ Erhart, M., Hering, R., Schulz, M., & Graf von Stillfried, D. (2013). Morbiditätsatlas Hamburg. Berlin: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland. Zu finden auf: www.hamburg.de/sozialversicherung.

flächendeckend für Hamburg die ambulante medizinische Inanspruchnahme der gesetzlich Krankenversicherten beschrieben. Hier stehen regionale Verteilungen im Mittelpunkt, Altersgruppen und Geschlecht werden zum Verständnis von Differenzen herangezogen. Darüber hinausgehende Informationen zu den Versicherten, z.B. zu krankheitsbedingten Einschränkungen oder Beschwerden, stehen in diesem Kontext nicht zur Verfügung. Hier können Zusammenhangsanalysen in der repräsentativen Stichprobe wertvolle ergänzende Informationen liefern.

In diesem Kapitel wird die Hamburger Bevölkerung durch die gesundheitliche Beschreibung der repräsentativen Stichprobe charakterisiert: Wie ist der Gesundheitszustand, wie viele Menschen leben mit chronischen Erkrankungen oder einer Behinderung? Welche Beschwerden machen den Menschen zu schaffen, wie viele sind durch Erkrankungen erheblich eingeschränkt? Und wie viele Medikamente werden täglich eingenommen, gibt es da eine stetige Zunahme mit dem Alter? Wie häufig sind im Schnitt Tage mit schlechtem körperlichem oder seelischem Befinden, wer klagt über mangelnde Vitalität oder Einschränkungen im psychischen Wohlbefinden? Welche Rolle spielen dabei die verbreiteten Probleme Übergewicht und Adipositas?

Mit dieser Vielzahl von Merkmalen und vor allem auf der Grundlage von Zusammenhangsanalysen in diesem Kontext lässt sich für die Hamburger Bevölkerung zum Gesundheitszustand eine Art „**Ferndiagnose**“ erstellen. Dies soll wiederum die Basis dafür sein, die Nutzung des medizinischen Versorgungssystems in Hamburg genauer unter die Lupe zu nehmen. Wer nutzt die ärztliche Versorgung mehr oder weniger häufig im Krankheitsfall? Sind es vor allem die Älteren oder die chronisch

Erkrankten, die häufiger die ärztliche Praxis aufsuchen?

In gleichem Maß ist von Interesse wer Gesundheitsvorsorge betreibt, sei es bei präventiven Untersuchungen in der zahnärztlichen oder fachärztlichen Praxis oder beim Check-up durch den Hausarzt/die Hausärztin. Hat die anlassbezogene Inanspruchnahme des medizinischen Versorgungssystems auch Einfluss auf die **Wahrnehmung von Früherkennungsuntersuchungen**? Zusammenfassend wird ein Index zur Inanspruchnahme des Gesundheitssystems abgeleitet und es wird analysiert, welche Teilgruppen sich hierbei als intensive Nutzerinnen und Nutzer erweisen.

3.1 Facetten des Gesundheitszustandes

Im ersten Abschnitt werden Gesundheitszustand und die Prävalenz chronischer Erkrankung in Hamburg beschrieben. In diesem Zusammenhang werden auch häufige Beschwerden und die typische Medikamenteneinnahme skizziert sowie die damit verbundenen Einschränkungen im Alltag. In Abhängigkeit von Geschlecht, Alter und sozioökonomischen Status sowie bei Migrantinnen und Migranten gibt es teilweise sehr deutliche Unterschiede bei den genannten Merkmalen; diese Problematik wird - auch in Bezug zu Vergleichsdaten - beschrieben.

„nur im Krankheitsfall ...“

„Um meine Gesundheit kümmere ich mich nur, wenn ich krank bin!“, dieser Behauptung schließen sich ein Drittel (36%) der Befragten an, fast jede/r Zehnte ist indifferent, und schließlich mehr als jede/r Zweite gibt die (erwünschte) Antwort, dass diese Angabe für den einzelnen eher nicht zutrifft. Diese knappen Mehrheitsverhält-

nisse sind so auch bei den Migrantinnen und Migranten zu finden.

Frauen lehnen die Behauptung etwas häufiger ab als Männer (59% zu 52%), in gleicher Größenordnung trifft die Angabe auch bei den über 40 Jährigen häufiger auf Ablehnung.

Mehr als die Hälfte der Befragten schätzen den Wert guter Gesundheit so hoch ein, dass sie sich unabhängig von vorliegenden Erkrankungen um ihre Gesundheit kümmern.

Sind diese Unterschiede in der persönlichen Bewertung von Gesundheit als Selbstverständlichkeit bzw. als etwas, was besondere Fürsorge bedarf, mit gesundheitsrelevanten Angaben assoziiert? Im Vergleich dieser beiden Gruppen⁴ zeigt sich im Wesentlichen eine Übereinstimmung im Gesundheitszustand. Allerdings haben diejenigen, die sich **nur im Krankheitsfall** um ihre Gesundheit kümmern, tendenziell **mehr Beschwerden** (30% vs. 21%). Gleichzeitig - und das wundert nicht - haben sie in der Vergangenheit seltener an Maßnahmen der Gesundheitsförderung teilgenommen (27% vs. 37%).

Gesundheitszustand

Die große Mehrheit der Befragten beschreibt ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut (83%).⁵ Konform mit den bundesweiten Ergebnissen sind Männer in ihrer Einschätzung etwas positiver.⁶ Familiäre Belastungen durch Haushalt, Betreuung

⁴ n=899 Personen kümmern sich um ihre Gesundheit (56%), n=578 kümmern sich nur im Krankheitsfall (36%) um ihre Gesundheit.

⁵ Dies entspricht n=1352 Personen; im dichotomen Vergleich werden die Personen mit einem „(sehr) guten“ Gesundheitszustand den Personen (n=275) mit „mäßigen“ bis „(sehr) schlechtem“ Gesundheitszustand gegenüber gestellt; die Bezeichnung der zweiten Kategorie wird im Folgenden verkürzt zu (sehr) schlecht.

⁶ Anteil Männer mit (sehr) gutem Gesundheitszustand 85%, Anteil Frauen 81%.

von Kindern und/oder Pflege eines Familienangehörigen, die per se bei Männern und Frauen unterschiedlich häufig auftreten, sind nur bei Frauen mit dem Gesundheitszustand assoziiert.⁷

Frauen mit hoher familiärer Belastung geben mehr als doppelt so häufig einen schlechten Gesundheitszustand an als diejenigen ohne familiäre Belastung.

Mit zunehmendem Alter geht die Häufigkeit des (sehr) guten Gesundheitszustandes leicht, aber stetig zurück⁸ und der Anteil derjenigen wird zunehmend größer, die ihren Gesundheitszustand als schlecht oder sehr schlecht charakterisieren. Dies ist vermutlich auch auf die mit dem Alter zunehmende Häufigkeit von chronischen Erkrankungen zurückzuführen. Insgesamt gesehen berichtet fast jede/r Dritte (30%), dass ein oder mehrere chronische Krankheiten bestehen. Die untenstehende Grafik (s. Abb. 3.1) fasst die altersabhängigen Beobachtungen zusammen.

Einhergehend mit der stetigen Zunahme chronischer Erkrankungen im Alter werden in den höheren Altersgruppen auch häufiger Beschwerden genannt.

Bei den 50-59 Jährigen berichtet bereits jede/r Dritte (31%) über krankheitsbedingte Einschränkungen, jede/r Zehnte (12%) sogar über erhebliche Einschränkungen im Alltag.⁹

⁷ Anteil Männer mit hoher familiärer Belastung 17%, Anteil Frauen 31%; s. auch Gesundheitsbericht Arbeit und Gesundheit, Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, Hamburg 2013, S.64ff.; Zusammenhang Familiäre Belastung und Gesundheitszustand bei Frauen Chi-Quadrat=15,5; df=2; p<=0,0001).

⁸ von 88% bei den 20-29 Jährigen zu 71% bei den 50-59 Jährigen.

⁹ in Übereinstimmung mit den bundesweiten Daten s. Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2012) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2010«. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin, S.71.

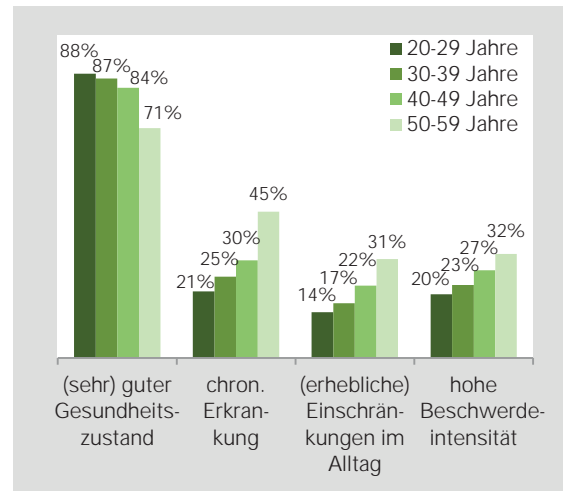


Abbildung 3.1: Gesundheitsrelevante Merkmale im Altersgang von 20-59 Jahren; jeweilige Anteile in Prozent (Quelle: Hamburger Befragung).

Diese gesundheitlichen Veränderungen sind insbesondere für die Erwerbstätigkeit und die Perspektive, die Arbeit bis zum Renteneintrittsalter fortzusetzen, bedeutsam. Im Kontext der Hamburger Daten sind diese Zusammenhänge bereits im Bericht Arbeit und Gesundheit beschrieben worden.¹⁰

Diese Beobachtungen sind schlüssig und erwartungsgemäß. Bekannt sind auch die Ergebnisse wissenschaftlicher Forschung, dass die **Krankheitshäufigkeit**, also die Morbidität, **umgekehrt proportional zur Sozialschichtzugehörigkeit** ist: Je niedriger der Sozialindex, desto mehr und schwerwiegendere Erkrankungen treten in den jeweiligen Bevölkerungsgruppen auf.¹¹ Dieser Zusammenhang lässt sich mit den gesundheitsbezogenen Selbstangaben der Hamburgerinnen und Hamburger nachvollziehen.

Obwohl es hier also nicht um medizinische Diagnosen geht, besteht dasselbe Muster. Z.B. gibt bei niedrigem Sozialindex jede/r dritte Befragte an, im Alltag krank-

¹⁰ Gesundheitsbericht Arbeit und Gesundheit, Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, Hamburg 2013.

¹¹ Lampert T et al. (2013). Sozioökonomischer Status und Gesundheit. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt. 56:814-821.

heitsbedingt eingeschränkt zu sein. Bei mittlerem Sozialindex ist dies nur jede/r Fünfte, bei höherem Sozialindex sind dies über alle Altersgruppen hinweg in etwa nur jede/r Zehnte (s. Abb. 3.2).

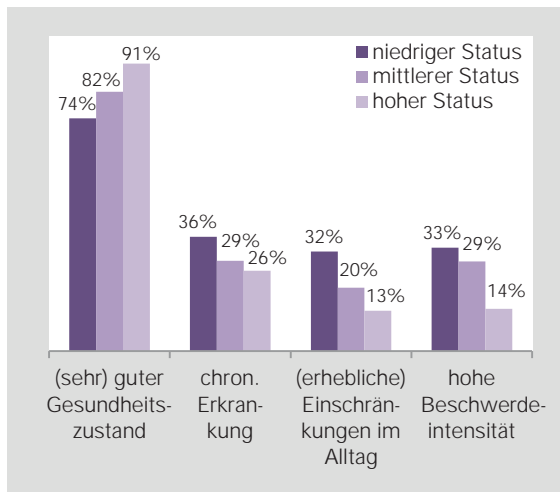


Abbildung 3.2: Gesundheitsrelevante Merkmale in Abhängigkeit vom sozioökonomischen Status; jeweilige Anteile in Prozent (Quelle: Hamburger Befragung).

Gesundheitliche Einschränkungen nehmen im jüngeren und mittleren Lebensalter stetig zu; ebenso deutlich erscheinen sozioökonomisch bedingte Unterschiede.

Wie sieht das Beschwerdepfeil in Hamburg im jüngeren und mittleren Lebensalter aus? Die untenstehende Grafik (s. Abb. 3.3) verdeutlicht die hohe Prävalenz z.B. von Erschöpfung und Schmerzen, aber auch das seltene Vorkommen anderer Beschwerden wie z.B. Atemproblemen oder Angststörungen.

Die Beschwerden, die in den letzten vier Wochen häufig oder manchmal auftraten, sind vor allem Müdigkeit, Abgespanntheit und Erschöpfung, Schmerzen im Schulter-/Nackengebiet und Nervosität/innere Unruhe. Alle Beschwerden wurden in einem Index zusammengefasst, so dass die Intensität der Beschwerden in drei Stufen analysiert werden kann (s. Anhang).

Alle Beschwerden werden von Frauen häufiger angegeben als von Männern.

Das Alter macht sich in der Beschwerdehäufigkeit weniger bemerkbar als vielleicht erwartet. Bei den meisten Beschwerden zeichnen sich, wenn überhaupt, nur schwache Tendenzen ab. Lediglich bei den Rücken- oder Kreuzschmerzen sowie bei

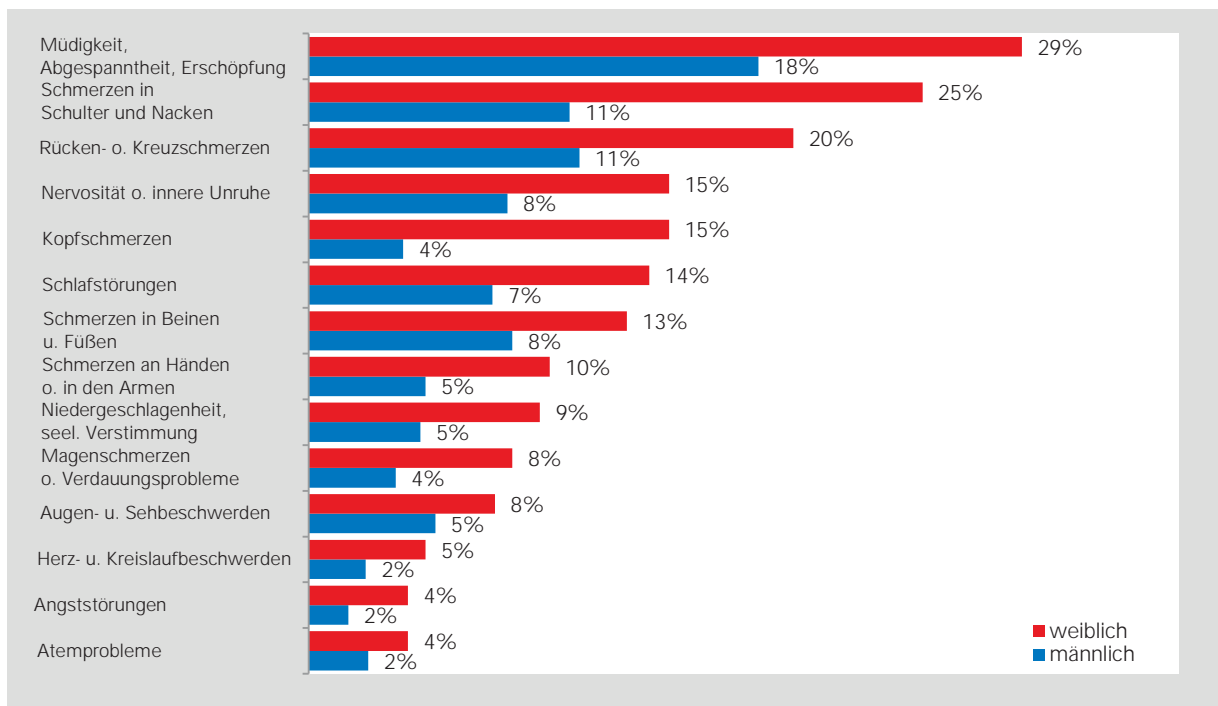


Abbildung 3.3: Beschwerdepfeil der Hamburger Befragten in Abhängigkeit vom Geschlecht, jeweilige Anteile in Prozent (Quelle: Hamburger Befragung).

Schmerzen in Beinen oder Füßen zeigt sich eine altersabhängige Zunahme. So geben beispielsweise die 50-59 Jährigen häufiger Rücken- oder Kreuzschmerzen an als die 20-29 Jährigen (23% vs. 11%).

Erwähnenswert ist eine Beobachtung in der Migrantenstichprobe:¹²

Beschwerden werden von Migrantinnen und Migranten - bis auf wenige Ausnahmen - häufiger angegeben.

Vor allem Kopfschmerzen sowie Nervosität/innere Unruhe treten in der Migrantenstichprobe häufiger auf (16% vs. 9% bzw. 17% vs. 11%).

Manch eine/r mag an diesen Ergebnissen zweifeln, weil es sich ja „nur“ um Selbsteinschätzungen handelt. Angaben dieser Art gelten als „**weiche Merkmale**“, mitgeprägt von soziokulturellen Einflussfaktoren. Doch Studien haben immer wieder gezeigt, dass Selbstangaben, wie beispielsweise zum Gesundheitszustand, in engem Bezug zur Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen und der Sterblichkeit stehen und somit einen geeigneten Gesundheitsindikator darstellen.¹³ Im Vergleich dazu handelt es sich bei der Angabe zur **Schwerbehinderung** allerdings um ein „hartes“ Merkmal, schließlich muss jede Schwerbehinderung medizinisch begutachtet und anerkannt werden. In Hamburg ist für dieses Verfahren das Versorgungsamt zuständig. Das Anerkennungsverfahren ist die Voraussetzung dafür, dass Schwerbehinderte die ihnen zustehenden Rechte nach dem Sozialgesetzbuch und steuerlichen Vorteile in Anspruch nehmen können. Menschen gelten als schwerbe-

hindert, wenn wenigstens ein Grad der Behinderung von 50% vorliegt.

Insgesamt gesehen, haben 6% der Befragten das Vorliegen einer Schwerbehinderung bejaht, etwas mehr als in der bundesweiten Erhebung (4,3%).¹⁴ In Hamburg haben nach offiziellen Daten¹⁵ 7,4% der Gesamtbevölkerung (über alle Altersgruppen hinweg) einen Grad der Behinderung von mindestens 50%; überdurchschnittlich häufig waren davon Personen ab 55 Jahren betroffen. Obwohl diese Befragung nur das jüngere und mittlere Erwachsenenalter einbezieht, steigen auch hier die Zahlen mit zunehmendem Alter.

Innerhalb der Spanne von 20 bis unter 60 Jahren steigt die Prävalenz von Schwerbehinderungen von 2% auf 13%.

In der gleichen Größenordnung bestehen Unterschiede in Abhängigkeit vom sozioökonomischen Status¹⁶, die sich aus den Routinestatistiken nicht erschließen. Die Querschnittsdaten dieser Erhebung erlauben allerdings keinen Rückschluss, ob sich indirekt aus der Zugehörigkeit zur niedrigen sozialen Schicht die größere Betroffenheit von Schwerbehinderung ergibt oder ob die Schwerbehinderung die Zuordnung zur niedrigeren Sozialschicht mitverursacht hat.

Medikamenteneinnahme

Ein weiterer Gradmesser für den Gesundheitszustand bzw. das Krankheitsaufkommen in der Bevölkerung sind die Zahlen zur Medikamenteneinnahme, insbesondere der ärztlich verordneten Medikamente.

¹² Unterschiede in der Größenordnung wie beim Vergleich der Geschlechter.

¹³ z.B. Miilunpalo, S., Vuori, I., Oja, P., et al. (5. Mai 1997). Self-rated health status as a health measure: The predictive value of self-reported health status on the use of physician services and on mortality in the working-age population. *Journal of Clinical Epidemiology*, 50(5), S. 517-528.

¹⁴ Datenauszug GEDA 2010.

¹⁵ Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, Statistisches Jahrbuch Hamburg 2013/2014, Hamburg 2014, S. 61.

¹⁶ niedriger SES 11%, mittlerer SES 6%, hoher SES 2%.

Ein Drittel der Hamburgerinnen und Hamburger zwischen 20-59 Jahren nehmen täglich ärztlich verordnete Medikamente ein.



© I-vista / pixelio.de

Dieser Anteil (36%) ist bei den Migranten ebenso hoch (35%). In Abhängigkeit von Geschlecht und Alter zeigen sich - den bereits beschriebenen Unterschieden im Krank-

heits- und Beschwerdeaufkommen entsprechend - einige Differenzen. Frauen nehmen häufiger ärztlich verordnete Medikamente ein als Männer (44% vs. 27%). Und auch eine andere Erwartung bestätigt sich: Die Einnahme ärztlich verordneter Medikamente nimmt mit dem Alter stetig zu.¹⁷

Zwischen 40-49 Jahren nimmt jede/r Dritte, zwischen 50-59 Jahren jede/r Zweite täglich ärztlich verordnete Medikamente ein.

Weiterführenden Untersuchungen des RKI zufolge liegt der Verbrauch von Arzneimitteln - ob nun ärztlich verordnet oder nicht - bei Frauen auch ohne Schwangerschaftsverhütung deutlich höher als bei Männern. Hormon- und Schilddrüsenpräparate haben dabei einen großen Anteil. Bei den Männern sind blutdrucksenkende Mittel die am häufigsten eingenommenen Medikamente. Abgesehen davon nehmen Männer der unteren Sozialschicht deutlich häufiger Medikamente ein als Männer der oberen Sozialschicht. Diese schichtspezifi-

schen Differenzen bestehen bei Frauen nicht.¹⁸

Zusammenfassend lässt sich festhalten: Die gesundheitsrelevanten Merkmale der Hamburgerinnen und Hamburger entsprechen weitgehend den bundesweiten Vergleichszahlen. Jede/r Zweite kümmert sich nicht nur im Krankheitsfall um die eigene Gesundheit. Frauen und die Migrantens Stichprobe fallen durch eine höhere Beschwerdeintensität auf. Der Gesundheitszustand der 20 bis unter 60 Jährigen unterliegt dem Altersgang ebenso wie der Prägung durch den soziökonomischen Status. Frauen mit einer hohen familiären Belastung geben deutlich häufiger einen schlechten Gesundheitszustand an.

3.2 Gewichtsklassen

Beim Profiboxen gibt es unterschiedliche Namen für die Gewichtsklassen. Begriffe wie Fliegen- und Bantamgewicht, Federgewicht, Leicht- und Weltergewicht sind relativ bekannt. Die Obergrenzen dieser Gewichtsklassen liegen z.B. bei ca. 51, 57, 61 oder 67kg. Problematisch ist, dass sich die große Mehrheit der Allgemeinbevölkerung in den Klassen der Halbschwer- und Schwergewichte (z.B. über 79 oder 91kg) wiederfinden würde. **Übergewicht und Adipositas** sind nach übereinstimmender Einschätzung der Wissenschaft und der Gesundheitspolitik das größte Gesundheitsproblem in unserer Wohlstandsgesellschaft. Die Risiken - Verlust an Lebensqualität, erhöhte Morbidität, geringere Lebenserwartung - sind allen bekannt, dennoch verstetigen sich in den letzten Jahren die zunehmenden Trends sowohl im

¹⁷ 20-29 und 30-39 Jahre: 29%, 40-49 Jahre: 36%, 50-59 Jahre: 52%.

¹⁸ RKI (2003). Bundesgesundheitsurvey: Arzneimittelgebrauch - Konsumverhalten in Deutschland, S.20-24 und S.30-32.

Kindes- und Jugend- als auch im Erwachsenenalter.¹⁹

Zeitliche und regionale Einordnung der Hamburger Daten

Im Rahmen der Hamburger Gesundheitsberichterstattung konnten wiederholt repräsentative Daten für Kinder und Jugendliche veröffentlicht werden.²⁰ Dies ist nun auch - basierend auf der Selbstangabe der Befragten - für die erwachsene Bevölkerung möglich. Dabei wird - wie üblich - das Körpergewicht in Beziehung zur Körpergröße gesetzt und der Body-Mass-Index (BMI) abgeleitet.²¹ Dieser Index wird weltweit als ein einfaches und kostengünstiges Messinstrument in **Bevölkerungsstudien** eingesetzt, um Unter-, Normal-, Übergewicht und Adipositas voneinander abzugrenzen. Maßgeblich ist dafür der relativ enge Zusammenhang zwischen dem BMI und dem Körperfettanteil.²² In Bezug auf das **individuelle gesundheitliche Risiko** ist allerdings zu berücksichtigen, dass der BMI nicht zwischen Körperfett, Muskel- oder Knochenmasse differenziert und eine erste Richtgröße darstellt. Alter oder die körperliche Fitness können das Verhältnis von BMI und Körperfettmasse beeinflussen.²³ Bei gleichem BMI weisen körperlich aktive Personen einen geringe-

ren Fettanteil und somit ein geringeres gesundheitliches Risiko auf.²⁴

Für Hamburg lagen bisher repräsentativ nur Zahlen auf Basis des Mikrozensus²⁵ vor. Im altersstandardisierten Vergleich der Bundesländer schneidet Hamburg demnach sehr gut ab (s. Abb. 3.4).

Die Anteile übergewichtiger Männer und Frauen sind in Hamburg im Vergleich zu den anderen Bundesländern auf relativ niedrigem Niveau stabil.

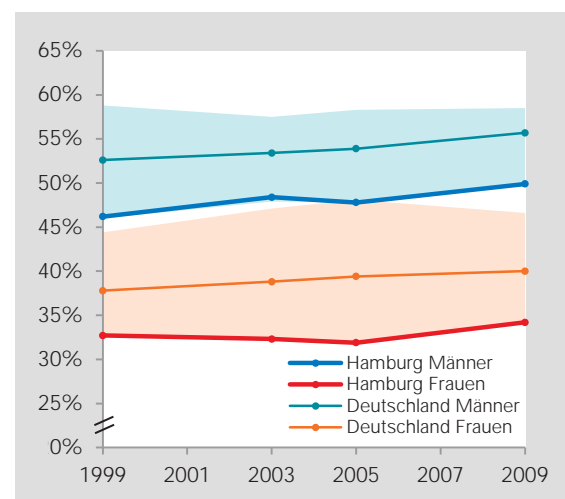


Abbildung 3.4: Daten des Mikrozensus zu Übergewicht. Altersstandardisierter Anteil von Personen mit einem Body-Mass-Index ≥ 25 nach Jahren; Hamburg im Vergleich zum minimalen und maximalen länderspezifischen Wert (Spanne Frauen Deutschland, Spanne Männer Deutschland) und im Vergleich zum deutschlandweiten Kennwert.

Diese Daten erlauben eine Betrachtung des zeitlichen Trends und ergeben eine zuverlässige Gesamteinschätzung für die Verteilung des BMI in der Hamburger Bevölkerung.²⁶ Dies kann mit den hier vorliegenden Befragungsdaten für das jüngere und mittlere Lebensalter bestätigt werden.

¹⁹ DEGS-Symposium: Übergewicht und Adipositas in Deutschland: Werden wir immer dicker? 14.06.2012 und Kurth B.-M., Schaffrath Rosario A. (2007) Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KIGGS). *Bundesgesundheitsblatt*. 50: 736-743.

²⁰ Kindergesundheit in Hamburg. Gesundheitsbericht. Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz, Hamburg 2007; Gesundheits- und Lebenslagen 11 bis 15-jähriger Kinder und Jugendlicher in Hamburg. Gesundheitsbericht. Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, Hamburg 2012.

²¹ Der BMI errechnet sich aus Körpergewicht in kg dividiert durch die Körpergröße in m hoch zwei.

²² BMI-Grenzen: Untergewicht: $< 18,5$; Normalgewicht: $18,5-24,9$; Übergewicht: $25-29,9$; Adipositas: 30 und höher.

²³ CDC. (2011). Body Mass Index: Considerations for Practitioners. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention (CDC).

²⁴ Janssen, I., Katzmarzyk, P. T., Ross, R., et al. (3. März 2004). Fitness Alerts the Associations of BMI and Waist Circumference with Total and Abdominal Fat. *Obesity Research*, 12(3), S. 525-537.

²⁵ Mikrozensus Hamburg. Auskunft durch das Statistikamt Nord, Hamburg, für die Jahre 1999, 2003, 2005 und 2009, in denen Fragen zur Gesundheit erhoben wurden.

²⁶ Anteile mit einem BMI von unter $18,5$ (2,6%), $18,5-25$ (53,4%), $25-30$ (33,5%) und $30 <$ (10,5%) auf Basis des Mikrozensus 2009.

Auf Grundlage von Selbstangaben ist jede/r zehnte Hamburger Befragte adipös (10%) und fast jede/r Dritte übergewichtig (31%).

Etwas mehr als die Hälfte können als normalgewichtig eingeschätzt werden (56%), nur 3% sind untergewichtig.²⁷

Die Informationen aus dem Mikrozensus sind allerdings nicht aussagekräftig für eine einzelne Altersgruppe. Der Grund dafür ist, dass in Hamburg für den Mikrozensus jeweils insgesamt ca. 1.500 Personen befragt werden und ca. 40% die Auskunft zur Körpergewicht und -größe verweigern. Daraus resultiert, dass mit ca. 60 Personen je Geschlecht und Altersdekade bisher keine zuverlässige Aussage zum BMI bzw. Übergewicht für eine Altersgruppe möglich war.

Mit den nun zur Verfügung stehenden Selbstangaben von mehr als 1.600 Personen sowie der zusätzlichen Migrantenstichprobe ist erstmalig eine differenzierte Beschreibung des Problems Übergewicht und Adipositas für Hamburg möglich.

Die nationalen Surveys des RKI haben deutlich gemacht, dass Männer generell häufiger übergewichtig oder adipös sind als Frauen, dass der Anteil der Übergewichtigen und Adipösen mit dem Alter zunimmt und dass ein niedriger sozioökonomischer Status das Auftreten von Übergewicht und Adipositas verstärkt.²⁸ Diese Zusammenhänge gelten selbstverständlich auch für die hier analysierte erwachsene Hamburger Bevölkerung bis unter 60 Jahren, wie die untenstehende Abbildung 3.5 verdeutlicht.

²⁷ in Übereinstimmung mit den bundesweiten Vergleichsdaten bzw. den GEDA-Daten sowie den Ergebnissen der Mikrozensus-Befragung.

²⁸ Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2012) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2010«. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin, S.116.

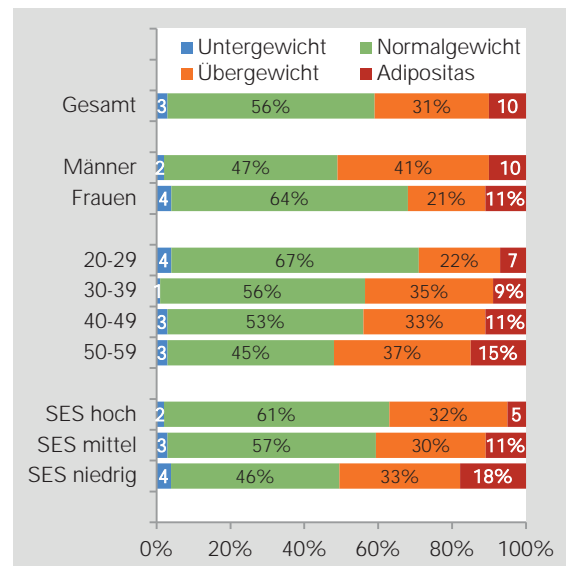


Abbildung 3.5: Unter-, Normal-, Übergewicht und Adipositas gesamt und in Abhängigkeit von Geschlecht, Alter und sozioökonomischem Status (SES), jeweilige Anteile in Prozent ²⁹ (Quelle: Hamburger Befragung).

Mit einem Prozentanteil von 41% sind Hamburger Männer doppelt so häufig übergewichtig wie die Hamburger Frauen. Um 10% niedriger ist der Anteil der Normalgewichtigen zwischen 30 und 39 Jahren als zwischen 20 und 29 Jahren. Und schließlich ist fast jede fünfte Person (18%) mit einem niedrigen Sozialindex adipös.

Männliches Geschlecht, das Alter zwischen 50-59 und ein niedriger Sozialindex sind mit den höchsten Prävalenzen von Übergewicht bzw. Adipositas assoziiert.

Eine weitere Auffälligkeit zeigt sich in der Migrantenstichprobe: Hier liegt die Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas zusammen genommen noch etwas höher (48% vs. 41%). Dies ist ein Unterschied, der eindeutig geschlechtsspezifisch ist.

Männer aus der Migrantenstichprobe sind häufiger übergewichtig oder adipös als die Männer aus der Hauptstichprobe.

²⁹ Durch Rundung der Prozentanteile ergeben sich gelegentlich Prozentangaben unter oder über 100%.

Die hohe Prävalenz heißt jedoch nicht, dass diese Zahlen akzeptiert werden dürfen. Es gibt deutliche Belege dafür, dass Übergewicht die Lebensqualität negativ beeinflusst und die Morbidität, also das Krankheitsaufkommen, und sogar die Sterblichkeit verstärkt.³⁰ Ebenso konnte nachgewiesen werden, dass die **Vermeidung von Übergewicht** durch eine Kombination aus Verhaltens- und Verhältnisprävention wirksam ist. Dies wurde für unterschiedliche Zielgruppen (meist bei Kindern, Jugendlichen) und in unterschiedlichen Settings (z.B. Kindergarten, Schule) in internationalen und deutschen Studien bestätigt.^{31,32} Auf Grund der geringen Datengrundlage zur Langzeitwirkung von Präventionsprogrammen konnte bisher jedoch kaum Aussagen über die Nachhaltigkeit getroffen werden.³³

Programme zur Gewichtsreduktion integrieren Ernährungsumstellung, Bewegungsförderung und psychosoziale Stabilisierung. In Hamburg bieten - wie bundesweit - neben den Krankenkassen, Sportvereinen und Volkshochschulen auch viele kommerzielle Anbieter hierzu Beratung an. Für den einzelnen kann es ggf. schwierig sein, die Qualität des Angebots einzuschätzen. Ein unabhängiger Ernährungs-Informationsservice stellt dazu eine Checkliste zur Verfügung.³⁴

³⁰ Mensink G.B.M., Schienkiewitz, A., Haftenberger, M. et al. (2013). Übergewicht und Adipositas in Deutschland - Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt*. 56:786-794.

³¹ Ehnle-Lossos, M., et al. (2013). Evaluation des Modellvorhabens „Besser essen. Mehr bewegen. KINDERLEICHT-Regionen“: Zentrale Ergebnisse und Empfehlungen für Entscheider, Projektförderer und Projektnehmer. Karlsruhe: Max Rubner-Institut.

³² Fröschl, B., Haas, S., & Wirl, C. (2009). Prävention von Adipositas bei Kindern und Jugendlichen (Verhalten- und Verhältnisprävention). Köln: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information.

³³ Müller, M. (2013). Prävention von Übergewicht und Adipositas. *Adipositas*, 7, S. 141-146.

³⁴ aid infodienst. Spezielle Ernährungsinfos Übergewichtige: <http://www.was-wir-essen.de/infosfuer/uebergewichtige.php> [24.09.2014].

Übergewichtige im Vergleich zu Normalgewichtigen

Da die repräsentative Befragung auch gesundheitliche Einstellungen und Alltagsverhalten abdeckt, ist es möglich die normal- und übergewichtigen Hamburgerinnen und Hamburger miteinander zu vergleichen. Dazu müssen natürlich auch die anderen Merkmale des Gesundheitszustandes berücksichtigt werden. Von daher greift die folgende Darstellung in manchen Aspekten auf Merkmale zu, die im passenden Kontext erst in den Folgekapiteln erläutert werden. Zusätzlich zu den ernährungsrelevanten Angaben und der körperlichen Aktivität sollen auch Besonderheiten in der gesundheitlichen Einstellung berücksichtigt werden. Inwieweit sind sich überhaupt die Übergewichtigen der Problematik bewusst und möchten sie etwas ändern?

Im Folgenden werden die Übergewichtigen mit den Normalgewichtigen verglichen.³⁵ **In diesem Teilgruppenvergleich sind die adipösen Personen in die Gruppe der Übergewichtigen eingeschlossen** (s. Abb. 3.7). Beide Gruppen unterscheiden sich deutlich in der grundsätzlichen Einschätzung des Gesundheitszustandes. Nur 77% der Übergewichtigen schätzen ihren Gesundheitszustand als (sehr) gut ein, aber fast 90% der Normalgewichtigen sehen das so positiv (nicht abgebildet). Dies ist vermutlich mit auf den hohen Anteil von chronisch Erkrankten in der Gruppe der Übergewichtigen zurückzuführen.

³⁵ „Übergewichtige“: n=656 incl. 161 adipöse Personen.
„Normalgewichtige“: n=877 Personen.

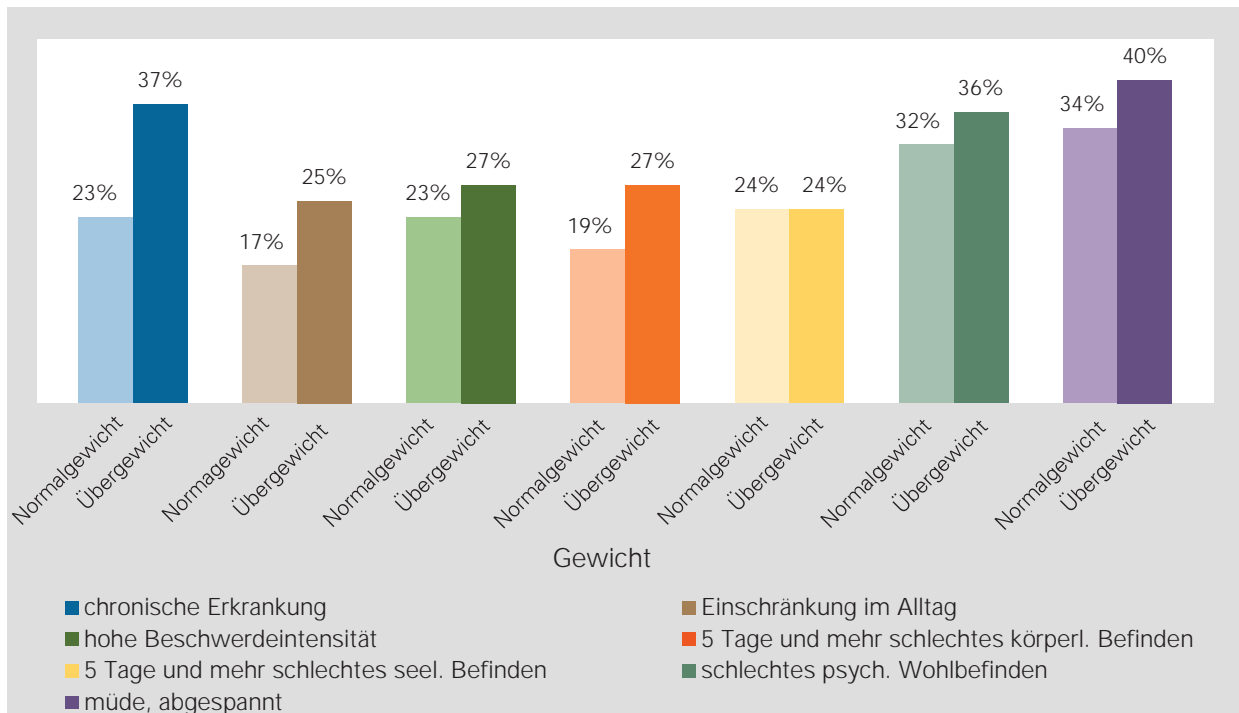


Abbildung 3.6: Gesundheitsrelevante Merkmale der Normal- und Übergewichtigen (inkl. Adipöse) im Vergleich; jeweilige Anteile in Prozent (Quelle: Hamburger Befragung).

Bei genauerer Betrachtung der weiteren Merkmale, die das körperliche und psychische Wohlbefinden charakterisieren, bestätigen die Befragungsdaten tendenziell die oben erwähnten Beobachtungen aus wissenschaftlichen Studien.³⁶ In fast allen erfragten Merkmalen zum Gesundheitszustand schneiden die übergewichtigen Personen häufiger schlecht ab.

Die Einschätzung des körperlichen Befindens fällt bei den Übergewichtigen deutlich häufiger negativ aus.

Wie sieht es bei der persönlichen Einstellung zur Gesundheit aus? Auf den ersten Blick ist bei denjenigen, die übergewichtig sind, seltener ein hohes **Gesundheitsbewusstsein** auszumachen.³⁷ Bei näherer Betrachtung der hier zusammengefassten Merkmale zeigt sich, dass tendenziell Normalgewichtige etwas häufiger davon überzeugt sind, (sehr) viel tun zu können, um die eigene Gesundheit zu erhalten

oder zu verbessern (86% vs. 82%). Dagegen äußern Übergewichtige deutlich häufiger, dass es reicht sich im Krankheitsfall um die eigene Gesundheit zu kümmern.³⁸

Übergewichtige Hamburgerinnen und Hamburger vertreten häufiger die Einstellung, sich nur um ihre Gesundheit zu kümmern, wenn sie krank sind.

Grundsätzlich ist in beiden Teilgruppen die Bereitschaft an Gesundheitsförderungsmaßnahmen teilzunehmen gleich groß (jeweils ca. ein Drittel). Aus den genaueren Angaben zu den Wunschthemen eines solchen Angebots lassen sich Hinweise zum **Problembewusstsein** ablesen. Fast zwei Drittel der Übergewichtigen (59%) wünschen sich an einer Maßnahme zur Gewichtsreduktion teilzunehmen.³⁹

In Bezug auf Gewichtsprobleme sind selbstverständlich das Ernährungs- und Bewe-

³⁶ Mensink, et. al., 2013.

³⁷ 20% vs. 31%; Chi-Quadrat mit $p \leq 0.001$; s. auch Kapitel 4.

³⁸ um die eigene Gesundheit kümmern sich nur im Krankheitsfall 41% der Übergewichtigen vs. 31% der Normalgewichtigen.

³⁹ bei den Normalgewichtigen nur 16%.

gungsverhalten besonders relevant. Studien bei Kindern und Jugendlichen haben gezeigt, dass Normalgewichtige bessere Ernährungsgewohnheiten haben und körperlich aktiver sind.⁴⁰ Sind diese Beobachtungen bei den Hamburger Erwachsenen zu bestätigen?



Im **Obst- und Gemüsekonsum** versorgen sich sowohl die Normalgewichtigen als auch die Übergewichtigen zu fast der Hälfte (48%) mit ein bis zwei Portionen/Tag. Weniger als eine Portion/Tag gibt es allerdings bei den Normalgewichtigen sel-

tener als bei den Übergewichtigen (16% statt 24%). Der häufig formulierte Ratsschlag zur Reduzierung von Übergewicht z.B. mit einem Apfel am Tag eine kalorienreiche Zwischenmahlzeit zu ersetzen, wird hier indirekt bestätigt.

Eine unerwartete Feststellung: **Bewegungsaktivitäten im Alltag**, die den Körper beanspruchen, scheinen häufiger bei Übergewichtigen als bei den Normalgewichtigen vorzukommen (62% vs. 56%). Dahingegen ist es beim Sport umgekehrt. Etwas mehr Normalgewichtige als Übergewichtige (80% vs. 72%) haben in den letzten drei Monaten vor der Befragung Sport gemacht. Dass die Befragten - den WHO-Kriterien entsprechen - schätzungsweise mindestens 150 Minuten/Woche körperlich aktiv waren⁴¹ trifft auf fast drei Viertel zu - und zwar unabhängig vom Körpergewicht.

⁴⁰ Robert Koch-Institut (Hrsg), Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2008) Erkennen - Bewerten - Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. RKI, Berlin, S.41-50.

Haug, E., et. al. (September 2009). Overweight in school-aged children and its relationship with demographic and lifestyle factors: Results from the WHO-Collaborative Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study. International Journal of Public Health, 54(Suppl 2), S. 167-179.

⁴¹ s. Kapitel 5, S.64.

Im Ernährungs- und Bewegungsverhalten sind also nur geringfügige Unterschiede zu beobachten. Man bekommt den Eindruck, dass jeweils nur ein geringes Quantum an mehr Kalorien und/oder weniger sportliche Aktivität zum Übergewicht geführt haben könnten. Im Kapitel 5 werden die gesundheitsrelevanten Alltagsgewohnheiten der Hamburgerinnen und Hamburger noch genauer unter die Lupe genommen.

Aus diesen Ergebnissen bestätigt sich als Quintessenz für die Gesundheitsförderung: Mit unterschiedlichen Maßnahmen muss in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung das Gesundheitsbewusstsein gestärkt werden. Angebote zur Gewichtsreduktion sollten mehr verbreitet werden; eine besonders fokussierte Zielgruppe sollten Männer sein, die bekanntermaßen mit einem setting-orientierten Ansatz und in der betrieblichen Gesundheitsförderung besser zu erreichen sind (s. Kapitel 2 und 4).

Zusammenfassend lässt sich bilanzieren: Übergewicht und Adipositas stellen allein durch ihre hohe Prävalenz im Erwachsenenalter ein allgegenwärtiges Problem dar. Jede/r zehnte Hamburger Befragte ist adipös und jede/r Dritte übergewichtig. In den gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen zeigen sich in den befragten Altersgruppen keine deutlichen Unterschiede zwischen normal- und übergewichtigen Personen. Trotz deutlicher Einschränkungen in gesundheitlicher Hinsicht vertreten die Übergewichtigen eher die Position, dass sie sich nur im Krankheitsfall um die eigene Gesundheit kümmern wollen. Gleichzeitig wünschen sich fast zwei Drittel der Übergewichtigen an einer Maßnahme zur Gewichtsreduktion teilzunehmen.

3.3 Befindlichkeit und Stimmung

Mehrere Fragen zielten in der repräsentativen Erhebung in Hamburg darauf ab, eine aussagekräftige Auskunft zum Befinden zu erhalten. Bezugspunkt waren dabei jeweils die letzten vier Wochen vor der Befragung. Und auch die vorwiegende Stimmungslage hat jede/r Befragte in den unterschiedlichen Angaben charakterisiert. Der vorausgehende Bericht „Arbeit und Gesundheit“ hat diese Merkmale im Zusammenhang mit den Arbeitsbedingungen bereits beschrieben.⁴² Hier stehen die Zusammenhänge mit den soziodemografischen Merkmalen im Mittelpunkt.

Befindlichkeit



© BGV

Die individuelle Befindlichkeit von Einzelpersonen vergleichbar zu erfragen und zu dokumentieren ist kein leichtes Unterfangen. In der psychologischen Forschung gibt es dazu eine

Vielzahl aufwändig entwickelter Tests, die gleichzeitig auch viel Expertise in der Beurteilung bedürfen. Im Rahmen einer bevölkerungsbezogenen Erhebung können nur daraus abgeleitete Kurzfassungen und ausgewählte Fragen (s. Anhang) eingesetzt werden. Diese ermöglichen die Befindlichkeit der Hamburgerinnen und Hamburger vor dem Hintergrund der soziodemografischen wie auch der Gesundheitsdaten zu beschreiben.

Über schlechtes körperliches Befinden an fünf Tagen/Woche oder mehr innerhalb des Monats vor der Befragung berichten ca. ein Viertel der Befragten (23%). Die

⁴² BGV, Arbeit und Gesundheit, Gesundheitsbericht, Hamburg, 2013, s. z.B. S.52, 56 ff.

Anzahl der entsprechenden Nennungen zu schlechtem seelischen Befinden fallen übereinstimmend aus (25%).^{43,44}

Deutliche Unterschiede gibt es in der Altersverteilung: Je älter die Befragten, desto häufiger haben sie sich an mehr als fünf Tagen körperlich schlecht gefühlt. Für das seelische Befinden ist keine Assoziation mit dem Alter festzustellen. Hingegen haben sich die Erwerbslosen - im Gegensatz zu den Erwerbstätigen - häufiger an mindestens fünf Tagen in den letzten vier Wochen körperlich bzw. seelisch schlecht gefühlt.⁴⁵

Erneut ist auch bei den Hamburger Daten zu beobachten, dass sich die Frauen deutlich häufiger als die Männer⁴⁶ an mindestens fünf Tagen in den letzten vier Wochen seelisch schlecht gefühlt haben. Es werden unterschiedliche Ursachen für diese Geschlechterunterschiede diskutiert. Die biologische Disposition spielt anscheinend ebenso eine Rolle wie die geschlechtsspezifische Sozialisation und die Lebensbedingungen.⁴⁷

Gemeinsam haben die Angaben zum körperlichen und seelischen Befinden, dass sie durch die Zuordnung zur sozioökonomischen Schicht geprägt werden: Je niedriger der SES, desto häufiger haben sich die Befragten körperlich und/oder seelisch schlecht gefühlt. Entsprechend waren die Beobachtungen in den bundesweiten Surveys des RKI. Diese Ergebnisse wiederum sind durch viele internationale Studien bestätigt in dem Sinne, dass sozial benach-

⁴³ in Übereinstimmung mit den GEDA Daten.

⁴⁴ in der Migrantentstichprobe übereinstimmende Anteile.

⁴⁵ Körperliches Befinden schlecht an 5 und mehr Tagen: 28% vs. 21%, seelisches Befinden schlecht an 5 und mehr Tagen: 30% vs. 23%.

⁴⁶ Frauen 31% vs. Männer 18% übereinstimmend mit GEDA-Daten (33% vs. 21%).

⁴⁷ Robert-Koch-Institut (2005). Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Alter. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Berlin. S.64.

teiligte Bevölkerungsgruppen anfälliger für psychische Störungen sind.⁴⁸

Eine enge Wechselwirkung zwischen körperlichem und seelischem Befinden ist erwartungsgemäß statistisch zu bestätigen.⁴⁹ Daraus ergibt sich die Frage: Wer sind die Personen, die zum Zeitpunkt der Befragung aktuell in ihrem körperlichen und/oder seelischem Befinden eingeschränkt waren?⁵⁰

Es sind überwiegend Frauen, eher Personen mit einem niedrigen Sozialindex und durch familiäre Verpflichtungen Belastete.⁵¹ Abgesehen von diesen soziodemografischen Merkmalen wird deutlich, dass diese Teilgruppe durch einen schlechten Gesundheitszustand charakterisiert ist.⁵² Dementsprechend hat in etwa jede/r Zweite eine chronische Erkrankung und/oder von vielen Beschwerden berichtet (s. Abb. 3.7).

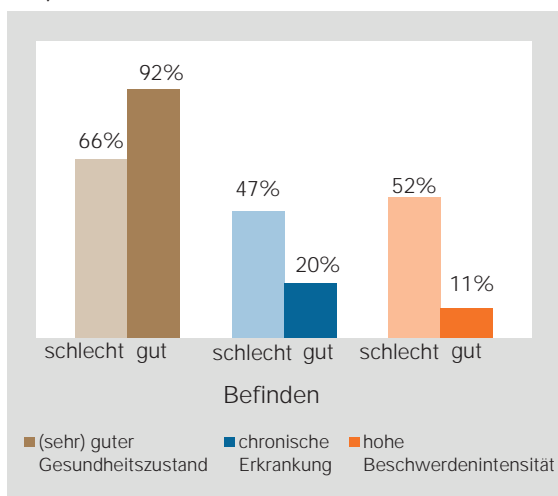


Abbildung 3.7: Gesundheitsrelevante Merkmale in Abhängigkeit von körperlichem und seelischem Befinden; jeweilige Anteile in Prozent (Quelle: Hamburger Befragung).

⁴⁸ RKI (2011). Psychische Gesundheit und gesunde Lebensweise. *GBE-Kompakt*. 7/2011, S.3.

⁴⁹ Chi-Quadrat 258; $p < 0,0001$.

⁵⁰ Teilgruppe $n = 561$ Personen (mit schlechtem seelischem und/oder schlechtem körperlichem Befinden an mind. 5 Tagen) im Vergleich zu allen anderen ($n = 1046$).

⁵¹ Frauenanteil in Teilgruppe 59% vs. 41% bei allen anderen; Anteil mit niedrigem Sozialindex in Teilgruppe 32% vs. 25% bei allen anderen; Anteil familiär Belasteter in Teilgruppe 31% vs. 20% bei allen anderen.

⁵² Nur 66% derjenigen mit schlechtem seelischem und/oder körperlichem Befinden geben einen sehr guten bzw. guten Gesundheitszustand an vs. 92% bei allen anderen.

Abgesehen von Geschlecht, Sozialstatus und familiärer Belastung sind Merkmale des Gesundheitszustandes maßgeblich für die subjektive Einschätzung des körperlichen und seelischen Befindens.

Psychisches Wohlbefinden und Vitalität

Wie ist die Stimmungslage? Psychische Gesundheit ist als eine Voraussetzung von Lebensqualität und Leistungsfähigkeit seit Jahrzehnten anerkannt. Das psychische Wohlbefinden beeinflusst die individuelle Gesundheit ebenso wie die körperlichen und sozialen Aspekte.⁵³

Aus neun Angaben zur Stimmungslage - z.B. voller Leben? sehr nervös? entmutigt und traurig? glücklich? - wurden die beiden Merkmale „psychisches Wohlbefinden“ und „Vitalität“ abgeleitet.⁵⁴

Eins ist vorab klar zu stellen: In der norddeutschen Großstadt Hamburg ist die **Stimmungslage** besser als im Bundesdurchschnitt. Ein gutes psychisches Wohlbefinden ergibt sich für jede/n dritte/n Befragte/n, eine hohe Vitalität ebenfalls für jede/n Dritte/n.⁵⁵

Wie ist das zu erklären? Die allgemeine Zufriedenheit mit dem Leben gilt als die umfassendste Bewertung der persönlichen Lebensverhältnisse. In einem schon etwas länger zurückliegenden bundesweiten Vergleich äußerten die Bürgerinnen und Bürger in Hamburg wie auch in Bremen die höchste Lebenszufriedenheit. Sie

⁵³ WHO Europe - World Health Organization Europe (Hrsg.) (2008) Policies and practices for mental health in Europe - meeting the challenges. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

⁵⁴ s. Anhang: Kurzform der deutsche Fassung des SF-36, Ableitung von drei Kategorien nach statistischer Verteilung; Abgleich mit GEDA-Daten.

⁵⁵ Gutes psych. Wohlbefinden Hamburg 32% vs. 19% GEDA-Daten; (Vitalität - voller Elan Hamburg 33% vs. 31% GEDA-Daten).

schätzten ihre Lebensbedingungen als gut ein und zeichneten sich durch Zukunftsoptimismus aus.⁵⁶ Auch dem „Glücksatlas 2013“ zufolge liegt Hamburg bei der Messung des Glücksindex in der bundesweiten Rangfolge auf Platz 2. Dies wird auf das hohe Einkommensniveau sowie die vielfältigen Freizeit- und Kulturangebote zurückgeführt.⁵⁷

Insgesamt liegen die Hamburger Angaben zum psychischen Wohlbefinden über den bundesweiten Ergebnissen.

Während allerdings in der Hauptstichprobe einem Drittel der Befragten ein schlechtes psychisches Wohlbefinden attestiert wird, sind es in der Migrant*innenstichprobe deutlich mehr Personen (43%). Dies ist vor allem darauf zurückzuführen, dass die Angaben der **Migrant*innen** häufiger auf ein schlechtes psychisches Wohlbefinden schließen lassen.⁵⁸ Auch Erwerbslose haben deutlich häufiger ein schlechtes psychisches Wohlbefinden als Erwerbstätige (44% vs. 30%).

Mit Einkommen und Bildung bestehen übereinstimmende Assoziationen, so dass sich nicht überraschend ein enger Zusammenhang mit dem **sozioökonomischen Status** zeigt: je höher der Status, desto häufiger ein sehr gutes psychisches Wohlbefinden.⁵⁹ Und umgekehrt: je niedriger der Status, desto häufiger ein schlechtes psychisches Wohlbefinden.⁶⁰

Auch in der Vitalität, also der Einstufung zwischen einem entkräfteten Zustand und

einem Zustand „voller Elan“, bestehen geschlechtsspezifische Unterschiede.⁶¹ Ein hohes Einkommen (und demzufolge auch ein hoher sozioökonomischer Status) spiegelt sich deutlich in den Angaben zur Vitalität: Jede/r Zweite mit hohem Einkommen ist voller Elan, nur jede/r Fünfte bezeichnet sich als müde. Bei niedrigem Einkommen liegt das umgekehrte Verhältnis vor: 46% bezeichnen sich als müde, nur jede/r Vierte ist voller Elan.

Im Gegensatz zu den Unterschieden in Abhängigkeit vom sozioökonomischen Status gibt es keine Differenzen zwischen den Altersgruppen.

Mit dem Alter zeigt sich weder beim psychischen Wohlbefinden noch in Bezug auf die Vitalität ein systematischer Zusammenhang.

Wie zu erwarten sind psychisches Wohlbefinden und Vitalität relativ eng miteinander assoziiert.⁶² Zum Abschluss dieses Abschnitts werden die Personen, die sich stimmungsmäßig „im Hoch“ befinden, mit den Personen, die sich „im Tief“ befinden, verglichen.⁶³

Es wundert nicht: Männer befinden sich häufiger „im Hoch“ als Frauen (59% vs. 41%), altersabhängige Unterschiede sind nicht festzustellen. Ein hoher sozialer Status begünstigt das psychische Wohlbefinden und die Vitalität („im Hoch“ 39% vs. 19%).

Die Befragten, die sich in ihrem Wohlbefinden und ihrer Vitalität in einem „Hoch“ befinden, zeigen häufiger ein hohes Gesundheitsbewusstsein, als diejenigen in

⁵⁶ Huschka, D. (2002). Entwicklung der deutschen Lebensqualität- die Bundesländer im Vergleich. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, S. 14, 22 f.

⁵⁷ Deutsche Post. (o.J.). *Regionen-Ranking: So lebenswert sind Deutschlands Regionen*. von Deutsche Post Glücksatlas: http://www.gluecksatlas.de/cms/2013/regionen_2013.jsp [24.09.2014].

⁵⁸ Migrant*innenstichprobe: Frauen 52% vs. Männer 33%; Hauptstichprobe: Frauen 39% vs. Männer 29%.

⁵⁹ niedriger SES 27%, mittlerer SES 29% und hoher SES 41%.

⁶⁰ niedriger SES 44%, mittlerer SES 36% und hoher SES 23%.

⁶¹ hohe Vitalität bei Männern 38%, bei Frauen 28%.

⁶² Kendalls-tau b mit $p < 0,0001$.

⁶³ $n=308$ „im Hoch“, d.h. im oberen Drittel von psychischem Wohlbefinden und Vitalität vs. $n=402$ Personen „im Tief“, d.h. im unteren Drittel bei psychischem Wohlbefinden und Vitalität.

einem „Tief“ (36% vs. 17%). Dementsprechend ist auch ihr Risikoverhalten (s. Anhang) gemäßiger.⁶⁴ Darüber hinaus wird ein solches Stimmungshoch deutlich von guter Gesundheit begünstigt.

Ein (sehr) guter Gesundheitszustand ist positiv, chronische Erkrankungen und Beschwerden eindeutig negativ mit positiver Stimmung assoziiert.⁶⁵

Zusammenfassung

Im bundesdeutschen Vergleich stufen die Hamburgerinnen und Hamburger ihr psychisches Wohlbefinden häufiger positiv ein. Vitalität und psychisches Wohlbefinden sind dabei deutlich geschlechtsabhängig und schichtspezifisch geprägt. Bedenkenswert ist, dass die Angaben jeder zweiten Migrantin auf ein schlechtes psychisches Wohlbefinden schließen lassen. Das Alter spielt allerdings zwischen 20 und 60 Jahren anscheinend keine wesentliche Rolle für das psychische Wohlbefinden und die Vitalität. Zusammenhangsanalysen lassen vermuten, dass ein guter Gesundheitszustand wesentlich zum Wohlbefinden beiträgt.

3.4 Angebot und Nachfrage im medizinischen Versorgungssystem

Der vierte Abschnitt dieses Kapitels beinhaltet repräsentative Zahlen für Hamburg hinsichtlich des Versichertenstatus und der ärztlichen Inanspruchnahme im ambulanten und stationären Bereich. Ein besonderer Schwerpunkt liegt auf der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen. Die zugrundeliegende individuelle Befragung ist hier von Vorteil und erlaubt die Untersuchung von Zusammenhängen. So kann geklärt werden, inwie-

weit chronische Erkrankungen oder auch die persönliche Einstellung zu der eigenen Gesundheit zu einer stärkeren Nutzung von Früherkennungsuntersuchungen beitragen.

Versichertenstatus

Wie zu erwarten, sind die meisten Befragten gesetzlich krankenversichert (84%) und nur zu einem deutlich geringeren Anteil privat versichert (16%).⁶⁶



©Tim Reckmann / pixelio.de

Dies trifft genauso

für die Migrantienstichprobe zu. Die Hamburger Versichertendaten unterscheiden sich von den bundesweiten Zahlen. Der Anteil der gesetzlich Versicherten stimmt in etwa überein (Hamburg 84%, Deutschland 85%); in Hamburg ist allerdings ein deutlich höherer Anteil der gesetzlich Versicherten Mitglied in einer Ersatzkasse (46% vs. 32%).⁶⁷

Bei der bundesweiten Erhebung des RKI⁶⁸ ergaben sich identische Ergebnisse mit einem Verhältnis von 84% gesetzlich Versicherten zu 15% privat Versicherten. Die bundesweite Beobachtung, dass Männer in etwa doppelt so häufig privat versichert sind wie Frauen, trifft auch für die Hamburger Hauptstichprobe zu (21% vs. 11%); davon abgesehen ist eine tendenzielle Zunahme des Anteils der Privatversicherten von Altersgruppe zu Altersgruppe zu be-

⁶⁶ fünf Personen (0,3%) gaben an nicht versichert zu sein.

⁶⁷ Bundesministerium für Gesundheit. (30. Mai 2014). Zahlen und Fakten zur Krankenversicherung: Mitglieder und Versicherte.

<http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/mitglieder-und-versicherte.html> [24.09.2014] (mit Bezug auf die jeweilige Stichtagsbevölkerung vom 31.12.2012).

⁶⁸ Datenauszug GEDA 2010; Anteil privat versicherter Männer 21%, Anteil privat versicherter Frauen 11%.

⁶⁴ geringes Risikoverhalten bei 41% der Personen „im Hoch“ vs. 29% der Personen „im Tief“.

⁶⁵ Chi-Quadrat von 56 - 376, $p < = 0,0001$.

obachten (für die Hamburger Hauptstichprobe von 12% auf 19%).⁶⁹

Inanspruchnahme des ambulanten medizinischen Versorgungssystems

Metropolregionen stehen oft in dem Ruf, allein durch die Dichte des medizinischen Versorgungsangebotes bei der Bevölkerung eine vergleichsweise höhere Inanspruchnahme zu verursachen.⁷⁰ Von daher ist bei den Fragen zur ärztlichen Inanspruchnahme von besonderem Interesse, inwieweit sich die Ergebnisse von den bundesweiten Daten unterscheiden. Die unten stehende Grafik (s. Abb. 3.8) veranschaulicht eine hohe Übereinstimmung der Angaben, die gestaffelt nach den unterschiedlichen Zeitabschnitten den jüngst zurück liegenden Arztbesuch benennen. Es zeigt sich, dass die meisten Befragten im jüngeren und mittleren Lebensalter - ob nun bundesweit oder speziell in Hamburg - innerhalb der letzten vier Wochen eine ärztliche Praxis aufgesucht haben.

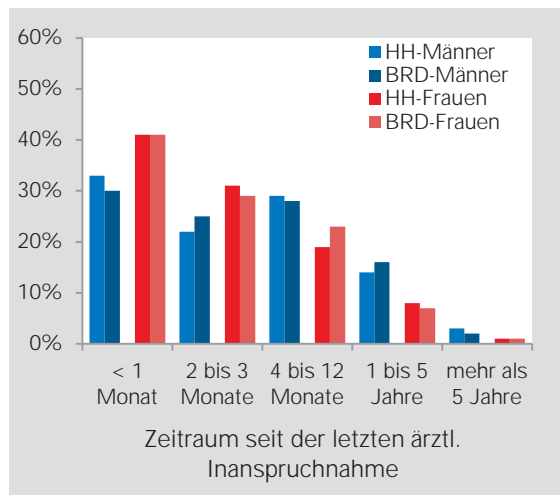


Abbildung 3.8: Zeitraum seit der letzten ärztlichen Inanspruchnahme; Hamburger und bundesweite Angaben im Vergleich in Abhängigkeit vom Geschlecht; jeweilige Anteile in Prozent (Quellen: Datenauszug GEDA 2010, Hamburger Befragung).

⁶⁹ Datenauszug GEDA 2010; Anstieg über die Altersgruppen von 9% auf 19%.

⁷⁰ Thode N., Bergmann E., Kamtsiriris P et. al. (2005). Einflussfaktoren auf die ambulante Inanspruchnahme in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt. 48:296-306.

Arztbesuche sind in der Hamburger Bevölkerung ebenso häufig wie in Deutschland insgesamt.

Frauen haben häufiger innerhalb der letzten vier Wochen eine Ärztin oder einen Arzt in Anspruch genommen (41% vs. 33%). In derselben Größenordnung ist die Inanspruchnahme im letzten Monat auch bei der Altersgruppe der 50-59 Jährigen höher als bei den 20-29 Jährigen. Auch in diesen vielfach beobachteten Differenzen⁷¹ entsprechen die Hamburger Zahlen den bundesweiten Vergleichszahlen.

Dabei ist vor allem auch von Interesse, ob die Hamburger Befragten hausärztliche Versorgung in Anspruch nehmen. Deshalb wurde ihnen zusätzlich die Frage vorgelegt: „Haben Sie einen Hausarzt, eine Hausärztin, zu dem/zu der Sie normalerweise bei gesundheitlichen Problemen zuerst gehen?“. Die große Mehrheit hat diese Frage bejaht (84%). Damit liegen die Hamburgerinnen und Hamburger etwas unter den bundesweiten Vergleichszahlen für die 20-59 Jährigen.⁷²

Nur drei Viertel der unter 40 jährigen Männer haben einen Hausarzt oder eine Hausärztin.⁷³

Wie sieht es bei den chronisch Erkrankten bzw. bei denen aus, die ihren Gesundheitszustand nicht als (sehr) gut bezeichneten? Hier kann festgestellt werden, dass die meisten die hausärztliche Versorgung in Anspruch nehmen. Deutlich über 90% der chronisch Kranken bzw. derjenigen mit einem mittelmäßigen bis schlechten Ge-

⁷¹Bergmann E., Kalcklösch M. & Tiemann F. (2005). Inanspruchnahme des Gesundheitswesens - Erste Ergebnisse des telefonischen Gesundheitssurveys 2003. Bundesgesundheitsblatt. 48: 1365-1373.

⁷² GEDA Daten 90%;Chi-Quadrat p<=0,0001.

⁷³ bei den unter 40 jährigen Frauen sind es 85%.

sundheitszustand gaben an, einen Hausarzt oder eine Hausärztin zu haben.⁷⁴

Die Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung fällt intensiver aus, wenn die Person einen Hausarzt/ eine Hausärztin hat. Weitere Einflussgrößen auf die Häufigkeit des Arztbesuchs sind - einer bundesdeutschen Studie zufolge - Erwerbslosigkeit und das Leben im städtischen Bereich.⁷⁵

Vorsorgeuntersuchungen

Für alle Erwachsenen ist unabhängig von Beschwerden ein Mal pro Halbjahr die zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung durch die gesetzliche Krankenversicherung abgedeckt. Den Nachweis regelmäßig durchgeführter zahnärztlicher Untersuchungen in dem sogenannten Bonus-Heft benötigen gesetzlich Krankenversicherte z.B. für den Anspruch auf einen erhöhten Festzuschuss zur Regelversorgung bei Zahnkronen.

Die große Mehrheit der Befragten (79%) hat im vergangenen Jahr die zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung in Anspruch genommen.

Frauen waren häufiger dabei als Männer (85% vs. 74%), und ab 30 Jahren wird diese Untersuchung auch häufiger in Anspruch genommen (81%) als in der jüngsten Altersgruppe (72%).⁷⁶

Abgesehen von der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung wird ab 35 Jahren im zweijährlichen Turnus von den Krankenkassen die Teilnahme an einem sogenannten „Gesundheits-Check-Up“ empfohlen. Das Angebot zur Vorsorgeuntersuchung gilt allen Versicherten, auch wenn sie kei-

ne Beschwerden haben. Diese Vorsorgeuntersuchung dient zur Früherkennung von chronischen Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Diabetes Mellitus. Zur Untersuchung gehören die Befragung zum aktuellen Gesundheitszustand, eine Ganzkörperuntersuchung einschließlich Blutdruckmessung, eine Blutabnahme und die Untersuchung auf Cholesterin und Blutzucker sowie eine Urinuntersuchung.

Der Sinn und Nutzen dieser Check-Up Untersuchung ist allerdings nicht unumstritten. Z.B. wurde bei einer Analyse von 14 Studien mit mehr als 182.000 Teil-



© Matthias Preisinger / pixello.de

nehmerinnen und Teilnehmern festgestellt, dass die Check-Ups ab 35 weniger nutzen als gedacht. So war bei denjenigen, die an dieser Art Vorsorge teilnahmen, die Sterblichkeit nicht geringer als in der Vergleichsgruppe. Andererseits wurden häufiger Menschen mit hohem Blutdruck und erhöhten Blutfettwerten erkannt. Das wissenschaftliche Team kritisierte auch noch einige Mängel der Studien; speziell für Deutschland fehlen hierzu aussagekräftige Untersuchungen.⁷⁷

Der Vergleich mit den bundesweiten Daten zeigt: Die Hamburgerinnen und Hamburger haben anscheinend den „Gesundheits-Check-Up“ relativ wenig genutzt. Nur 61% der Befragten ab 35 Jahren bis unter 60 Jahren sind dieser Empfehlung innerhalb der letzten zwei Jahre gefolgt, bundesweit waren es 88%.⁷⁸

⁷⁴ s. S.37 Chronisch Erkrankte.

⁷⁵ Thode N., Bergmann E., Kamtsiruris P et. al. (2005). Einflussfaktoren auf die ambulante Inanspruchnahme in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt. 48:296-306.

⁷⁶ in Übereinstimmung mit den GEDA-Daten.

⁷⁷Krogsbøll L., Juhl Jørgensen K., Grønhøj Larsen C. et al. (2012). General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. BMJ. 345: 1-13.

⁷⁸ Datenauszug GEDA 2010.

Hamburger Männer und Frauen nehmen deutlich seltener den Gesundheits-Check-Up in Anspruch.

Allerdings gibt es bei diesen Auskünften auch generell eine große Diskrepanz zu den Abrechnungsdaten. Danach haben innerhalb des vorausgehenden Jahres weniger als ein Viertel der Versicherten am Check-Up teilgenommen.^{79, 80} Das heißt, nach eigener Einschätzung beteiligen sich sehr viel mehr Männer und Frauen an diesen Gesundheitsuntersuchungen, die zur Vermeidung von Krankheiten und Erhaltung der Lebensqualität gedacht sind, als in der Realität abgerechnet werden. Möglicherweise ist die Differenz zwischen den Hamburger und den bundesweiten Zahlen deswegen mit einem besseren Informationsstand zu erklären.

Neben der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung und dem Gesundheits-Check-Up wurde zusätzlich die Teilnahme an verschiedenen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen erfragt. Die diesbezüglichen Ergebnisse folgen in dem gesonderten Abschnitt 3.5.

Inanspruchnahme der stationären Versorgung in Hamburg

„Waren Sie in den letzten 12 Monaten im Krankenhaus?“ Glücklicherweise kann die große Mehrheit der Hamburger Befragten (82%) diese Frage verneinen.⁸¹

Immerhin fast jede/r Fünfte war im vergangenen Jahr im Krankenhaus.

Hierbei zeigen sich keine systematischen Zusammenhänge mit Merkmalen Alter, Geschlecht oder sozioökonomischer Status. Allerdings lässt sich feststellen, dass **Erwerbstätige seltener** als Erwerbslose über einen Krankenhausaufenthalt im vorausgegangenen Jahr berichten (15% vs. 28%).

Gesondert wurde erfragt, ob jemand wegen eines Notfalls in der Notaufnahme im Krankenhaus war. Dies trifft nur auf relativ wenige Befragte zu.⁸²

Von diesen wurden die meisten nur ambulant behandelt (71%), alle anderen zur stationären Behandlung im Krankenhaus aufgenommen. Tendenziell erfolgte die stationäre Behandlung bei den Älteren etwas häufiger, während vor allem bei den Jüngeren (20-39 Jahre) die ambulante Behandlung anscheinend ausreichend war.⁸³ Auch wenn es hier um die Beobachtung bei einer relativ kleinen Gruppe von Befragten geht: Dies könnte mit ein Indiz dafür sein, dass die Notfallambulanz anstelle der hausärztlichen Praxis genutzt wird.



© S.Perkiewicz / pixelio.de

In diesem Zusammenhang ist auf die Ergebnisse des Gutachtens „Morbiditätsatlas Hamburg“ zu verweisen.⁸⁴ Diese sogenannte ökologische Studie beruht auf der Auswertung aggregierter, also zusammengefasster Daten. Hier wurden auf regionaler Ebene Zusammenhänge zwischen der ambulanten Inanspruchnahme der gesetzlich Krankenversicherten und den Behandlungen im Krankenhaus analy-

⁷⁹ Streich W. (2009). Ist die Teilnahme an Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen wirklich zu gering? Zeitschrift für Allgemeinmedizin. 07/2009 S. 284 ff.

⁸⁰ Suermann, T. PatientenInfo: *Gesundheits-Check-up 35+*. (Ärztetkammer Niedersachsen): <https://www.aekn.de/patienteninfo/gesundheitsstipps/gesundheits-check-up-35> [24.09.2014].

⁸¹ im Vergleich dazu das Ergebnis der bundesweiten Befragung: 87% (Datenauszug GEDA 2010).

⁸² 15%; n=236.

⁸³ Stationäre Behandlung nach Notaufnahme wegen eines Notfalls bei den Jüngeren 25%, bei den Älteren 34%.

⁸⁴ Erhart, M., Hering, R., Schulz, M., & Graf von Stillfried, D. (2013). Morbiditätsatlas Hamburg. Berlin: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland. [Zu finden auf: www.hamburg.de/sozialversicherung](http://www.hamburg.de/sozialversicherung).

siert. Alle Erkrankungen wurden zusammengefasst und im Ergebnis zeigte sich: Regionen mit einer erwartbar hohen ambulanten Inanspruchnahme hatten gleichzeitig auch relativ hohe stationäre Fallzahlen. Gleichzeitig war in Stadtteilen mit höherer sozialer Belastung auch die Inanspruchnahme der stationären Versorgung höher. Dies interpretierten die Gutachter nachvollziehbar als Hinweise für eine substitutive Beziehung zwischen den Versorgungssektoren: In Stadtteilen mit hoher Krankheitslast, aber gleichzeitig relativ wenig in Anspruch genommenen ambulanten Leistungen ergeben sich so erhöhte Raten stationärer Inanspruchnahme.⁸⁵

Chronisch Kranke

In der Hamburger Befragung leidet in etwa jeder Dritte (30%) an einer oder mehreren chronischen Erkrankungen. Doch was macht diese Teilgruppe aus? In Bezug auf die soziodemografischen Angaben unterscheiden sich chronisch Kranke nur hinsichtlich ihres Alters von Befragten ohne chronische Leiden. Im Schnitt sind sie vier Jahre älter.⁸⁶

Deutliche Unterschiede zeigen sich bei den gesundheitsbezogenen Angaben. Fast sechs Mal so viele chronisch Kranke bezeichnen ihren allgemeinen Gesundheitszustand als mäßig bis sehr schlecht.⁸⁷ Ebenso geben fast die Hälfte der chronisch Kranken eine hohe Beschwerdeintensität (45% vs. 17%) und ein schlechtes psychisches Wohlbefinden an (47% vs. 28%). Aufgrund dieser schlechteren gesundheitlichen Situation ist anzunehmen, dass chronisch Kranke in Folge dessen auch mehr **Gesundheitsleistungen** in An-

spruch nehmen. Dies wird durch die Angaben der Hamburger Befragten bestätigt.

Erwartungsgemäß nutzen chronisch Kranke das Versorgungssystem häufiger intensiv (80% vs. 62%) (s. Abschnitt 3.6). Wie die untenstehende Abbildung 3.9 zeigt, haben sie häufiger eine Hausärztin oder einen Hausarzt, nahmen häufiger in den letzten vier Wochen eine ärztliche Leistung in Anspruch und waren auch häufiger im Krankenhaus.

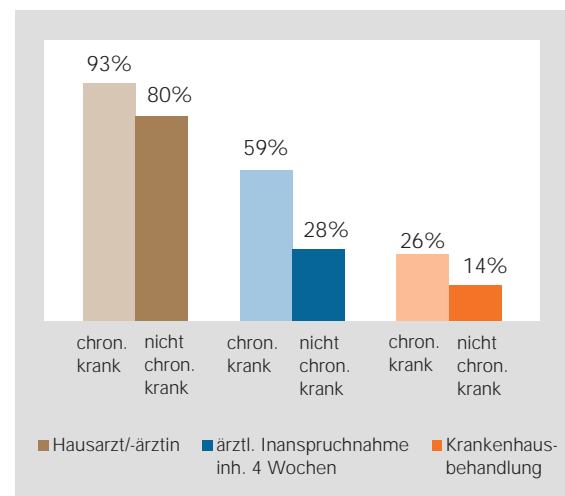


Abbildung 3.9: Inanspruchnahme des medizinischen Versorgungssystems in Abhängigkeit vom Vorliegen einer chronischen Erkrankung ; jeweilige Anteile in Prozent (Quelle: Hamburger Befragung).

In einer speziell an die Gruppe der chronisch Kranken angepassten Auswertung wurden Zusammenhänge mit dem subjektiven Gesundheitszustand näher untersucht.⁸⁸ Hierbei stellten sich vor allem zwei Aspekte als bedeutend heraus. Die Überzeugung, dass jede/r selbst viel zur Gesunderhaltung tun kann, zeigte sich als **protektiver Faktor** für den allgemeinen Gesundheitszustand chronisch Kranker.⁸⁹ Ein hoher Beschwerdeindex war mit dem Gesundheitszustand negativ assoziiert.⁹⁰ D.h., dass eine hohe Anzahl an vorliegen-

⁸⁵ Erhart, et al., 2013, S.7 Zu finden auf: www.hamburg.de/sozialversicherung.

⁸⁶ Anteil 20-29 Jähriger bei chronisch Kranken 17%, bei allen anderen 28%; Anteil 50-59 Jähriger bei chronisch Kranken 31%, bei allen anderen 16%.

⁸⁷ 41%; bei allen anderen 7%.

⁸⁸ Blaschke, K. (2014). Bedingt gesund! Untersuchung des Zusammenhangs zwischen externen und internen Faktoren und dem subjektiven Gesundheitszustand von chronisch Kranken mittleren Lebensalters in Hamburg. Hamburg: Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg. Bachelor-Arbeit.

⁸⁹ OR=0,36 (95%KI 0,20-0,63).

⁹⁰ OR=7,42 (95%KI 3,84-14,35).

den Beschwerden eher dazu führt, dass chronisch Kranke ihren Gesundheitszustand als schlechter einschätzen.

Aus diesen Ergebnissen lässt sich schließen, dass die **Stärkung der Selbstwirksamkeitsüberzeugung** (z.B. durch die Teilnahme an gesundheitsförderlichen Maßnahmen) die gesundheitliche Lage chronisch Kranker verbessern könnte. Diese chronisch Kranken würden von einem selbstständigeren und relativ gesunden Lebensalltag profitieren. Daraus resultierend könnte sich auch eine geringere Inanspruchnahme des Versorgungssystems ergeben.

3.5 Alters- und geschlechtsspezifische Angebote zur Krebsfrüherkennung

Krebsfrüherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen, die zum kostenfreien Leistungsangebot der gesetzlich Versicherten gehören, beinhalten alters- und geschlechtsspezifisch angepasste Maßnahmen für die Allgemeinbevölkerung ohne besondere Risikofaktoren (s. Tabelle 3.1).

Frauen haben ab einem Alter von 20 Jahren Anspruch auf eine jährliche Untersuchung auf **Gebärmutterhalskrebs** (Cervix-Carcinom). Ab 30 Jahren wird den Frauen zusätzlich eine jährliche Tastuntersuchung der Brust zur Früherkennung von **Brustkrebs** (Mamma-Carcinom) angeboten.

Das **Hautkrebsscreening** (im zweijährlichen Turnus) ist seit 2008 ein Untersuchungsangebot für Männern und Frauen ab einem Alter von 35 Jahren. Ab 45 Jahren können Männer zusätzlich an der **Prostatakrebsfrüherkennungsuntersuchung** teilnehmen.

Ab 50 Jahren gibt es für Männer und Frauen das Angebot zur jährlichen Untersuchung zur **Früherkennung von Darm-**

krebs (nicht mit dem Auge sichtbares, sog. okkultes Blut im Stuhl (Papierstreifen-test)). Ab 55 Jahren können die Versicherten wählen zwischen einem in zweijährigem Abstand durchgeführten Papierstreifen-test und alternativ der Durchführung einer Darmspiegelung (Koloskopie), die nach 10 Jahren wiederholt werden kann.

Für Frauen zwischen 50 und 69 gibt es auch in Hamburg seit 2008 ergänzend zur jährlichen Tastuntersuchung der Brust die Möglichkeit am **Mammographie-Screening-Programm** teilzunehmen. Hier wird jede Frau im Abstand von 2 Jahren zu einer Untersuchung eingeladen.

Diese vielfältigen Maßnahmen der Früherkennung sollen mögliche Gefahren für die Gesundheit reduzieren, indem Verdachtsfälle abgeklärt und falls erforderlich rechtzeitig behandelt werden. Die Früherkennung einer Krebserkrankung kann die Chancen auf Heilung oder langjähriges Überleben sowie auf Erhalt der Lebensqualität erhöhen, da sie eine frühzeitige Behandlung ermöglicht. Dies bedeutet in der Regel auch den Einsatz weniger belastender Therapieverfahren als in späteren Erkrankungsphasen.

Der Nutzen von Früherkennungsuntersuchungen und insbesondere von Früherkennungsprogrammen wird in der Regel an der Erreichung dieser Ziele in der Bevölkerung gemessen (**bevölkerungsbezogener Nutzen**). Für die einzelne Person ist dieser Nutzen nur statistisch prognostizierbar; die **individuelle Bewertung** kann deutlich abweichen. Hier ist besonders relevant, dass nicht jede früh entdeckte und früh behandelte Krebsvorstufe oder Krebserkrankung ohne Früherkennung die Le-

Krebsfrüherkennungs- und Krebsvorsorgeuntersuchungen			
Art der Untersuchung	Alter	Männer	Frauen
Cervixuntersuchung	ab 20 Lj.	✗	✓
Brustuntersuchung	ab 30 Lj.	✗	✓
Hautkrebs-Screening	ab 35 Lj.	✓	✓
Prostatauntersuchung	ab 45 Lj.	✓	✗
Darmkrebsuntersuchung - Papierstreifen	ab 50 Lj.	✓	✓
Mammographie-Screening	ab 50 Lj.	✗	✓
Darmkrebsuntersuchung - Koloskopie	ab 55 Lj.	✓	✓

Tabelle 3.1 Krebsfrüherkennungs- und Krebsvorsorgeuntersuchungen nach Alter und Geschlecht, mit Angabe zur Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenversicherung.

benszeit verkürzt hätte oder die Lebensqualität eingeschränkt hätte.⁹¹

Auch um diesem Sachverhalt gerecht zu werden gibt es eine allgemeine **Aufklärungspflicht**⁹² und die Anforderung, dass die Aufklärungsmaterialien eine informierte Entscheidung ermöglichen. Darüber hinaus sind Ärztinnen und Ärzte verpflichtet, Frauen und Männer einmal bzgl. der Früherkennungsuntersuchung zu beraten (sog. **Beratungspflicht**).⁹³ Mit der verpflichtenden Beratung soll sichergestellt werden, dass Versicherte umfassend über Vor- und Nachteile von Früherkennungsuntersuchungen aufgeklärt werden und auf dieser Grundlage eine informierte und ausgewogene Entscheidung treffen können.

Im Rahmen des Nationalen Krebsplans⁹⁴ wird derzeit geprüft, wie zukünftige Früherkennungs- oder Vorsorgeprogramme ge-

staltet werden müssen, um sowohl den bevölkerungsbezogenen Nutzen wie auch den individuellen Nutzen möglichst groß zu halten. Es geht also darum, bei einem möglichst hohen Nutzen für die Bevölkerung den individuellen Schaden gering zu halten. Solche Schäden sind z.B. unnötige Folgeuntersuchungen bei falsch positiven Befunden oder psychische Belastungen auf Grund unklarer Diagnosen.

Die folgenden Abschnitte bieten auf Basis der repräsentativen Befragung **erstmalig** eine Übersicht zu den Selbstangaben von Hamburgerinnen und Hamburgern zur **Inanspruchnahme** von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen.

Allgemeine Krebsfrüherkennung

Die Auswertungen des hamburgischen Krebsregisters zeigen, dass derzeit etwa 46.000 Menschen in Hamburg leben, bei denen innerhalb der letzten 15 Jahre eine Krebsdiagnose gestellt wurde.⁹⁵ Fast 10.000 Menschen erhalten jährlich die Diagnose einer bösartigen Neubildung. Das Hamburgische Krebsregister⁹⁶, das auf eine lange Tradition in der bevölkerungsbezogenen Krebsregistrierung zurückblicken kann, baut aktuell eine flächendeckende

⁹¹ Abholz, H.-H., Lerch, C. (2010): Früherkennung, Screening - Zielsetzung und Gesetzmäßigkeiten, Teil I. CME 1: 39-45. Und: Abholz, H.-H., Lerch, C. (2010): Früherkennung, Screening - Zielsetzung und Gesetzmäßigkeiten, Teil II. CME 2:53-62.

⁹² §630e BGB.

⁹³ §4 Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinie / KFE-RL) zuletzt geändert am 16. Dezember 2010, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2011; Nr. 34: S. 864, in Kraft getreten am 3. März 2011.

⁹⁴ Bundesministerium für Gesundheit. (2014). Nationaler Krebsplan:

<http://www.bmg.bund.de/praevention/nationaler-krebsplan.html> [24.09.2014].

⁹⁵ <http://www.hamburg.de/contentblob/4334532/data/krebsdokumentation.pdf>

⁹⁶ www.hamburg.de/krebsregister/

behandlungsbezogene Registrierung auf. Diese soll sowohl zur Optimierung von Behandlungsverfahren als auch zur Evaluation von organisierten Krebsfrüherkennungsverfahren beitragen. Wie viele Männer und Frauen in Hamburg beteiligen sich an diesen Früherkennungsuntersuchungen?



© Rainer Sturm / pixelio.de

Insgesamt geben 54% der Anspruchsberechtigten an, dass sie in den letzten zwei Jahren an einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung teilgenommen haben. Parallel gibt

es bei Männern und Frauen einen **positiven Trend mit zunehmendem Alter**. Dies ist vor allem durch die Zunahme der Angebote bei höherem Lebensalter zu erklären. Bei 50-59 jährigen Männern, denen vier Untersuchungen angeboten werden, liegt die Beteiligung bei 54%. Bei den 50-59 Jährigen Frauen, denen sechs Untersuchungen angeboten werden, sind es 90%.⁹⁷

Bemerkenswert ist eine Beobachtung bei den jüngeren Männern. Obwohl Krebsfrüherkennungsuntersuchungen für gesetzlich versicherte Männer erst ab 35 vorgesehen sind, gibt jeder zehnte Mann zwischen 20-34 an, an einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung teilgenommen zu haben (n=35).

Zwei weitere wichtige Hinweise zur Inanspruchnahme der Krebsfrüherkennung im Allgemeinen ergeben sich mit den soziodemografischen Daten. **Migrantinnen und Migranten** nutzen die Angebote zur Krebsfrüherkennung etwas seltener (46% statt

54%). In etwa übereinstimmend fallen die Unterschiede beim **Sozialindex** aus: Nur jede zweite Person der niedrigen Sozialschicht gibt an, eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung (45%) genutzt zu haben, in der höheren Sozialschicht sind es mehr (58%). In Abhängigkeit vom Gesundheitsstatus gibt es ähnliche Unterschiede bei der Wahrnehmung von Krebsfrüherkennung. Chronisch Erkrankte haben etwas häufiger daran teilgenommen als alle anderen.⁹⁸

Jede/r zehnte Befragte wird bereits daran erinnert, dass eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung ansteht. Die Meinungen aller anderen sind geteilt: 49% wünschen sich eine **Erinnerung**, 41% lehnen dies ab. Männer und jüngere Personen sind diejenigen, die einer Erinnerung positiv gegenüber stehen. Vor allem Frauen zwischen 50-59 lehnen eine Erinnerung ab (57%).

Auch zu der Frage, von wem diese Erinnerung kommen sollte, ist das Meinungsbild heterogen. Einem Drittel der Befragten ist es egal, ein Drittel würde eine Erinnerung von ärztlicher Seite (behandelnde/r Arzt/Ärztin, Frauenarzt/Frauenärztin, Hausarzt/Hausärztin) bevorzugen und in etwa ein Viertel der Befragten wünscht sich diese Erinnerung von der Krankenkasse.

Erstaunlich ist, dass nur ca. jede zehnte Frau zwischen 50 und 59 Jahre angibt, dass sie an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen bereits erinnert wird. Anscheinend wird das Anschreiben im Rahmen des Mammographie-Screening-Programmes, das an alle Frauen versandt wird, nur von wenigen als Erinnerung aufgefasst.

⁹⁷ Wegen der unterschiedlichen Angebote zur Krebsvorsorge und -früherkennung sind die Zahlen für Männer und Frauen nicht direkt vergleichbar.

⁹⁸ Teilnahmerate chronisch Kranker 60% vs. Teilnahmerate aller anderen 51%.

Früherkennung von Hautkrebs und Darmkrebs

Lohnenswert ist nach diesem ersten Überblick eine genauere Betrachtung der **Hautkrebsfrüherkennungsuntersuchungen**.⁹⁹ Ein Drittel aller Anspruchsberechtigten hat dieses Angebot genutzt. Frauen haben die Untersuchung deutlich häufiger in Anspruch genommen als Männer (38% vs. 27%). Bei der unterschiedlichen Inanspruchnahme von Männern und Frauen könnte eine Rolle spielen, dass das Hautkrebs-Screening für Männer mit 35 die erste angebotene Krebsfrüherkennungsuntersuchung in ihrem Leben ist. Frauen können in diesem Alter schon auf eine 15-jährige Erfahrung mit Krebsfrüherkennungsuntersuchungen zurückblicken.

Das Angebot zur **Darmkrebsfrüherkennung und -vorsorge** gilt allen Personen, die 50 Jahre und älter sind.¹⁰⁰ Ein Drittel aller Anspruchsberechtigten hat in den zurückliegenden zwei Jahren an einer Darmkrebsfrüherkennungsuntersuchung teilgenommen (35%).¹⁰¹ Allerdings wurde in diesem Rahmen nicht gesondert erhoben, auf **welche Untersuchungen** die Befragten sich hierbei beziehen.

In etwa entsprechen die Hamburger Daten den geschätzten **Zwei-Jahres-Teilnahmeraten** an gesetzlichen Früherkennungsuntersuchungen und Beratungen zur Prävention von Darmkrebs des RKI für die Altersgruppe 50-69 in Deutschland, bzw. den Zahlen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland.¹⁰²

⁹⁹ hier n=1.019 Anspruchsberechtigte.

¹⁰⁰ hier n=328 Anspruchsberechtigte.

¹⁰¹ Männer: 30%; Frauen: 39%.

¹⁰² Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (2011). Teilnahme an gesetzlichen Früherkennungsuntersuchungen (fäkaler okkulten Bluttest (FOBT), Koloskopie) und an Beratungen zur Prävention von Darmkrebs. Abgerufen am 15. Juli 2014 von Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Rahmenbedingungen: GKV-Leistungen: Früherkennung von Darmkrebs: www.gbe-bund.de; Schätzwerte durch

Krebsfrüherkennung bei Frauen

Speziell Frauen gilt das Angebot zur Untersuchung auf Gebärmutterhalskrebs (Cervix-Ca). Anspruchsberechtigt ist jede Frau ab 20 Jahren.¹⁰³ Die Teilnahmequoten liegen bei den 20-29-jährigen Frauen bei 54%, in allen anderen drei Altersgruppen bei ca. 72%.¹⁰⁴ Abgesehen vom **Alter** ist das **Bildungsniveau** mit dieser Angabe assoziiert. Gut jede zweite Frau mit niedrigem Bildungsabschluss gibt an sich an der Cervix-Früherkennung zu beteiligen, bei hohem Bildungsniveaus sind es drei Viertel der Frauen.¹⁰⁵ Insgesamt gesehen geben die meisten Frauen an, diese Untersuchung auch jährlich in Anspruch zu nehmen (61%).

Die Hamburger Selbstauskünfte zeigen also eine tendenzielle Zunahme mit dem Alter. Dagegen lassen die Abrechnungsdaten der versicherten Frauen aus ganz Deutschland eher auf eine Abnahme der Inanspruchnahme der Cervix-Ca-Untersuchungen mit zunehmendem Alter schließen.¹⁰⁶ Auch wenn unterschiedliche Intervalle einen gewissen methodischen Vorbehalt darstellen: Junge Frauen berich-

Verdopplung der Einjahresprävalenzen: Teilnehmerate gesamt 34%; bei Männern 18%, bei Frauen 48%.

S. auch: Riens B, Schäfer M, Altenhofen L: Teilnehmeraten zur Beratung über Darmkrebs und zur Früherkennung im regionalen Vergleich - Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland http://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/ID11_bis13_Dok1_Bericht.pdf [24.09.2014].

¹⁰³ n=819 Frauen.

¹⁰⁴ Über alle Altersgruppen nach Selbstangabe insgesamt 67%; Behandlungsprävalenz der Cervix-Ca-Untersuchungen bei 18-64-jährigen gesetzlich versicherten Hamburgerinnen auf Basis der Abrechnungsdaten 51% s. Erhart, M., et al (2013). Morbiditätsatlas Hamburg. Berlin: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland. S. 121.

¹⁰⁵ Beteiligung an Cervix-Früherkennung bei niedrigem Bildungsniveau 58%, bei mittlerem Bildungsniveau 68% und bei hohem Bildungsniveau 77%.

¹⁰⁶ http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_aid=79698862&p_uid=gast&p_sprache=D&p_knoten=FID&p_suchstring=15230#fid15221 [24.09.2014].

Gebärmutterhalskrebs Inanspruchnahme der Gebärmutterhalskrebs (Zervix)-Früherkennung innerhalb eines 3-jährigen Intervalls von 80% bei den 20-29-Jährigen auf 67% bei den 50-59-Jährigen.

ten also seltener, ältere Frauen hingegen häufiger von der Teilnahme an der Gebärmutterhalskrebs-Früherkennung als die Abrechnungsdaten dies erwarten lassen.¹⁰⁷

Wie sind diese Diskrepanzen zwischen Selbstauskunft und Abrechnungsdaten zu erklären? Denkbar ist, dass den jungen Frauen beim Abstrich vom Gebärmutterhals als Routineuntersuchung nicht bewusst ist, dass es sich dabei um eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung handelt. Falls diese Vermutung auch nur zum Teil zutrifft, müsste konstatiert werden, dass hiermit weder der Forderung nach einer informiert getroffenen Entscheidung noch der Beratungspflicht entsprochen würde. Bei den älteren Frauen könnte die rückblickende Unterschätzung von zeitlichen Intervallen seit der letzten Untersuchung eine naheliegende Ursache für die abweichenden Angaben sein.

Etwa jede 10-te Frau (n=94) gibt an, dass sich bei dieser Untersuchung schon einmal ein auffälliger Befund ergeben hat. Erwartungsgemäß ist in den höheren Altersgruppen ein positiver Befund in der Vergangenheit häufiger als in der jüngsten Altersgruppe (ca. 17% vs. 4%). In diesen Fällen wurde meistens der Abstrich wiederholt, deutlich seltener erfolgten operative oder andere Maßnahmen. 30 Frauen (knapp 4% der Befragten) berichten von einer Konisation¹⁰⁸ in Folge eines auffälligen Befundes. Dieser Anteil ist wegen der möglichen Komplikationen (bei Frauen im gebärfähigen Alter auch Schwangerschaftskomplikationen) bedeutsam.

¹⁰⁷ Siehe auch: Streich W. (2009). Ist die Teilnahme an Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen wirklich zu gering? Zeitschrift für Allgemeinmedizin. 07/2009 S. 284 ff. oder: Abgerufen von Deutsches Ärzteblatt <http://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=133643> [24.09.2014].

¹⁰⁸ Konisation: operativer Eingriff am Muttermund, ein Gewebekegel wird aus dem Gebärmutterhals genommen und histologisch untersucht.

Im Rahmen der Befragung waren mehr als 600 Frauen¹⁰⁹ für eine **Brustkrebs-Früherkennungsuntersuchung** anspruchsberechtigt. Hier ist die höchste Teilnahmequote zu verzeichnen: 74% der Frauen haben in den vergangenen zwei Jahren an einer Brustkrebs-Früherkennungsuntersuchung teilgenommen. Mit zunehmender Altersgruppe ist ein entsprechender Anstieg zu verzeichnen (67%, 73% und 84%). In ähnlicher Größenordnung liegen die Differenzen in Abhängigkeit vom Bildungsniveau.

Die Hamburger Teilnehmeraten der Altersgruppe 50-59 im Mammographie-Screening-Programm lagen 2013 bei ca. 53%. Die deutlich höheren Angaben im Rahmen dieser Befragung sind vermutlich auf die Inanspruchnahme der jährlichen Tastuntersuchung in der gynäkologischen Praxis zurückzuführen, ggf. auch auf die Inanspruchnahme von Mammographie-Untersuchungen außerhalb des Screening-Programmes.

Krebsfrüherkennung bei Männern

Zu den gesetzlichen Früherkennungsmaßnahmen gehören die Tastuntersuchung der Prostata und die Abtastung der Genitalien sowie der dazu gehörigen Lymphknoten in der Leiste. Die Durchführung eines PSA-Testes, d.h. die Untersuchung auf das prostataspezifische Antigen im Blut, ist nicht vorgesehen. Der PSA-Test gilt nach wie vor als umstritten: Ob die Durchführung der PSA-Tests Einfluss auf eine frühere Erkennung eines Tumors und damit auf ein längeres Leben hat, ist fraglich.¹¹⁰

Eine Prostata-Früherkennungsuntersuchung ist für gesetzlich Versicherte ab 45 Jahre vorgesehen. Im Rahmen der Befragung

¹⁰⁹ n=620 Frauen.

¹¹⁰ Deutsches Krebsforschungszentrum: <http://www.krebsinformationsdienst.de/tumorarten/prostatakrebs/psa-test-frueherkennung.php> [24.09.2014].

wird von daher nur eine kleine Teilstichprobe anspruchsberechtigter Männer berücksichtigt (n=285). Von den 45-49 Jährigen hat in etwa jeder Dritte (30%) teilgenommen, bei den 50-59 Jährigen sind es bereits 44%. Dabei wurde nicht erfragt, welche Untersuchungen es genau waren.¹¹¹

Zusammenfassung

Jede/r zweite Erwachsene unter 60 nimmt an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen teil, die Beteiligungsraten an den verschiedenen Untersuchungen sind allerdings sehr unterschiedlich. Die Hamburger Ergebnisse bestätigen grundsätzlich bundesweite Zahlen. Die Nutzung der Früherkennung ist deutlich geringer (ca. jede/r Dritte) bei Darmkrebs und Hautkrebs und deutlich höher bei Gebärmutterhals- und Brustkrebs. Auch wenn differenzierte Angaben zur Durchführung der einzelnen Krebsvorsorge- und früherkennungsuntersuchungen nicht vorliegen, gibt es Hinweise, dass in Bezug auf mündige und informierte Entscheidungskompetenz noch Verbesserungsbedarf besteht.

3.6 Index zur Nutzungsintensität des medizinischen Versorgungssystems

Da die vorangehenden Früherkennungsuntersuchungen alters- und geschlechtsspezifisch sind, lassen sich sinnvollerweise nur die **allgemein geltenden Angebote** des medizinischen Versorgungssystems zusammenfassen (s. Anhang). Dementsprechend werden abschließend die individuellen Angaben zur ambulanten und stationären Inanspruchnahme als „**Versorgungsindex**“ integriert.

¹¹¹ Universität Heidelberg: <https://www.psychologie.uni-heidelberg.de/ae/diff/gender/pdf-files/urologe-in-press.pdf> [24.09.2014].

Einem Drittel der Befragten kann ein niedriger Versorgungsindex zugeordnet werden, zwei Drittel ein hoher Versorgungsindex.¹¹² Zugehörigkeit zum weiblichen Geschlecht und zunehmendes Alter sind erwartungsgemäß häufiger mit einer hohen Nutzungsintensität verknüpft.¹¹³ Des Weiteren nutzen diejenigen das medizinische Versorgungssystem intensiver, die sich auch um ihre Gesundheit kümmern, wenn sie nicht krank sind (72% vs. 61%). In allen weiteren Teilgruppenvergleichen sind die Ergebnisse indifferent; demnach scheinen weder Erwerbstätigkeit noch sozioökonomischer Status in dieser Analyse mit der Nutzung des medizinischen Versorgungssystems assoziiert zu sein.

Eine auffällige Beobachtung ergibt sich bei Betrachtung der Migrant*innenstichprobe. Hier können fast der Hälfte der Befragten (43%) eine niedrige Nutzungsintensität zugeordnet werden.

Migrant*innen und Migranten nutzen das medizinische Versorgungssystem deutlich seltener.¹¹⁴

Die geschlechtsspezifischen Unterschiede entsprechen den Differenzen in der Hauptstichprobe, so dass sich demnach für die Teilgruppe der männlichen Migranten die mit Abstand geringste Inanspruchnahme ableiten lässt.¹¹⁵



© RainerSturm / pixelio.de

¹¹² niedriger Versorgungsindex bedeutet z.B. einmal zur Zahnvorsorge und einmal im Krankenhaus im vergangenen Jahr.

¹¹³ Männer 61% hoher Versorgungsindex, Frauen 74%; Alter 20-29 60% hoher Versorgungsindex, 50-59 72%.

¹¹⁴ Migrant*innenstichprobe: Männer 50% hoher bzw. niedriger Versorgungsindex, Frauen 64% hoher, 36% niedriger Versorgungsindex.

¹¹⁵ unter Vorbehalt wegen geringer Stichprobengröße.

Die hier beschriebenen Daten lassen zwei gleichberechtigte Vermutungen zu. Zum einen kommen Krankheiten und Beschwerden in der Migrantentstichprobe genauso häufig vor wie in der Hauptstichprobe. Eine geringe Inanspruchnahme würde bedeuten, dass die Personen sich im Bedarfsfall scheuen, die ambulante und/oder die stationäre Behandlung in Anspruch zu nehmen; ggf. versuchen sie häufiger sich selbst zu helfen oder woanders Beratung und Hilfe einzuholen. Zum anderen kann die geringe Inanspruchnahme auch damit zusammenhängen, dass Vorsorgeangebote wie z.B. Zahnvorsorge oder jährlicher Check-up durch Hausarzt/Hausärztin aus Unkenntnis nicht genutzt werden.

Der derzeitige Forschungsstand bestätigt diese Überlegungen.¹¹⁶ Nach Angaben des RKI sind vor allem Kommunikationsprobleme, kulturspezifische Gesundheitskonzepte, geringe Kenntnisse über das deutsche Gesundheitssystem und schlechte Erfahrungen während des Eingliederungsprozesses in Deutschland für die aufgedeckten Unterschiede bei der Inanspruchnahme des Versorgungssystems verantwortlich.¹¹⁷

Aus Basis dieser Kenntnisse ist einzufordern, dass Migrantinnen und Migranten bei der Entwicklung von Gesundheitskompetenz bestärkt werden. Die BGV unterstützt dazu seit vielen Jahren in Hamburg das Gesundheitsprojekt „Mit Migranten für Migranten“.



Mit MiMi-Hamburg soll der Zugang von Migrantinnen und Migranten zum deutschen Gesundheitssystem verbessert werden. Migrantinnen und Migranten mit guten muttersprachlichen und deutschen Sprachkenntnissen werden zu Mediatorinnen und Mediatoren für Integration und Gesundheit ausgebildet. Diese vermitteln ihren Landsleuten - abseits von sprachlichen und kulturellen Barrieren - wesentliche Bereiche des deutschen Gesundheitssystems.¹¹⁸ Darüber hinaus sind auch die Krankenkassen und andere Akteure des Gesundheitssystems gefordert.

Zusammenfassung

Bei der „ Ferndiagnose“ für die Hamburger Bevölkerung in puncto Gesundheit überwiegen die positiven Eindrücke. Die große Mehrheit schätzt ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut ein, jede/r Zweite kümmert sich um die eigene Gesundheit, auch wenn er oder sie nicht krank ist.

Frauen klagen doppelt so häufig über gesundheitliche Beschwerden wie Männer, dies trifft tendenziell auch für die Migrantentstichprobe zu. Beschwerden und chronische Erkrankungen nehmen im mittleren Lebensalter zu. In übereinstimmender Größenordnung gibt es Unterschiede, die mit dem Sozialindex assoziiert sind. Die Angaben der Personen mit hohem Status lassen deutlich häufiger auf psychisches Wohlbefinden und Vitalität schließen. Da-

¹¹⁶ Razum, O., Zeeb, H., Meesmann, U., Schenk, L., Bredehorst, M., Brzoska, P., et al. (2008). Migration und Gesundheit. Berlin: Robert Koch-Institut.

¹¹⁷ Brandes, I., Gerken, U., & Walter, U. (2009). Einflussfaktoren auf das gesundheitsbezogene Inanspruchnahmeverhalten türkischsprachiger Migranten. Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 18, S. 124-134.

¹¹⁸ <http://www.mimi-hamburg.de/mimi-hamburg.html> [24.09.2014].

gegen scheint die Altersstufe hier keine Rolle zu spielen.

Die Gesundheit jedes dritten Befragten ist durch Übergewicht, die jedes zehnten Befragten durch Adipositas ggf. beeinträchtigt oder gefährdet. Insbesondere Männer zwischen 50-59 Jahre und mit einem niedrigen Sozialindex weisen die höchsten Prävalenzen auf. Eine bemerkenswerte Beobachtung: Übergewichtige (inkl. Adipöse) geben häufiger gesundheitliche Einschränkungen an, gleichzeitig kümmern sie sich eher nur im Krankheitsfall um ihre Gesundheit.

Die Inanspruchnahme des medizinischen Versorgungssystems entspricht den bundesweiten Vergleichsdaten. Selbstverständlich gehen chronisch kranke Personen häufiger zur Ärztin oder zum Arzt, aber auch die grundsätzliche Einstellung zur eigenen Gesundheit spielt eine Rolle. Obwohl per „Ferndiagnose“ Migrantinnen und Migranten sich im Gesundheitszustand nicht wesentlich von der Hauptstichprobe unterscheiden, weisen ihre Angaben auf eine geringere Inanspruchnahme des medizinischen Versorgungssystems hin.

Jede/r zweite Befragte hat an einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung teilgenommen, wobei die Inanspruchnahmen je nach speziellem Untersuchungsangebot sehr unterschiedlich ausfallen. Die Auskünfte der Hamburger Befragten stimmen nicht immer mit anderen Datenquellen überein. Die Gründe für diese Differenzen lassen sich hier nicht erklären, möglicherweise sind z.T. die Befragten nicht ausreichend informiert.

4. Einstellungen zur Gesundheit

Wieviel kann ich selbst tun, um meine Gesundheit zu erhalten - oder zu verbessern? Mit welcher Einstellung gehen die Hamburgerinnen und Hamburger an Gesundheitsthemen heran - und welche Medien nutzen sie dabei?

Im Mittelpunkt dieses Kapitels wird das Gesundheitsbewusstsein stehen - soweit es sich mit gezielten, aber nur wenigen Fragen erkunden lässt. Eine zentrale Rolle spielt dabei unseres Erachtens die **Selbstwirksamkeit**, ein Konzept, das unter anderem in der Gesundheitspsychologie verbreitet ist.¹ Selbstwirksamkeit bezeichnet - im Public Health Kontext - die Überzeugung, die eigene Gesundheit beeinflussen zu können. Bei der Entscheidung, gesundheitsfördernde oder präventive Maßnahmen wahrzunehmen, spielt diese Grundeinstellung eine bedeutende Rolle.²

Darüber hinaus wurde das **Interesse an Informationen zu gesundheitsrelevanten Themen** erfragt. Welche Medien stehen dabei an erster Stelle, welche Unterschiede treten dabei in Abhängigkeit von den soziodemografischen Variablen zutage? Wer beteiligt sich an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung? Und nicht zuletzt: Erweist sich die Angebotsdichte in einer Metropolregion wie Hamburg eventuell als „Trigger“, liegen also die Zahlen über den bundesweiten Vergleichszahlen?

Die Einschätzung der eigenen gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen bzw. eventueller Verbesserungsbedarf speziell in Bezug auf Bewegung, Ernährung, Rauchen und Alkoholkonsum werden im folgenden Ka-

pitel beschrieben. In diesem Kapitel sollen erst einmal die grundlegenden Einstellungen und Interessen dargestellt werden. Zusammenfassend wird ein **Index für das Gesundheitsbewusstsein** (Interesse an gesundheitlichen Themen, von Wirksamkeit überzeugt, Selbstfürsorge etc.) entwickelt und im Zusammenhang mit den anderen Merkmalen beschrieben. Stimmt die Erwartung, dass das Gesundheitsbewusstsein mit zunehmendem Alter (sprich Lebenserfahrung und Vernunft) wächst?

Im vorausgehenden Kapitel sind deutliche Unterschiede zwischen Teilgruppen beschrieben worden. Frauen z.B. haben in der Befragung häufiger gesundheitliche Beschwerden geäußert.³ Ebenso haben sich Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status durch einen schlechteren Gesundheitszustand von anderen abgegrenzt. Finden sich parallel dazu entsprechende Differenzen im Gesundheitsbewusstsein?

Abgesehen von den soziodemografischen Aspekten, in welchem Zusammenhang stehen diese persönlichen Einstellungen mit anderen gesundheitsrelevanten Merkmalen? Gibt es enge Assoziationen zwischen Einstellung und Gesundheitszustand bzw. -verhalten? Und eine weiterführende Frage, die nur mit einem Vorgriff auf Kapitel 6 zu beantworten ist: Spielen die Ressourcen, also die unterstützenden und stärkenden Rahmenbedingungen, für die Ausprägung der persönlichen Einschätzung eine maßgebliche Rolle?

¹ Hinz, A. et al. (2006). Bevölkerungsrepräsentative Normierung der Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung. *Diagnostica*. 52: S. 31.

² Jordan S., von der Lippe E. (2012). Angebote der Prävention - Wer nimmt teil? Hrsg. Robert Koch-Institut, Berlin, GBE kompakt 3(5).

³ Robert Koch-Institut (2005). Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Alter. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Berlin. Mögliche Ursachen für die geschlechtsspezifischen Unterschiede: biologische Disposition, geschlechtsspezifische Sozialisation und die Lebensbedingungen.

Selbstwirksamkeit

Das Konzept der Selbstwirksamkeit (englisch: self-efficacy) wurde 1977 von Bandura entwickelt.⁴ In Deutschland wird es auch oft „Kompetenzerwartung“ genannt. Die Absicht ein Verhalten zu ändern kann nur verwirklicht werden, wenn man/frau sich dafür für kompetent hält. Entweder die Person selbst hat die Erfahrung gemacht oder sie kann dies von anderen Personen/Ereignissen ableiten.⁵

Das Konzept der Selbstwirksamkeit wurde bereits auf verschiedene Handlungsfelder angewandt, darunter auch im Gesundheitsverhalten und in der Stressbewältigung. Viele empirische Studien belegen, dass optimistische Selbstwirksamkeit eine Voraussetzung dafür ist, um Anforderungen aufzunehmen und mit Ausdauer durchzusetzen.⁶ Die sogenannte „allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung“ wurde in vielen Studien erhoben. Es zeigten sich enge Zusammenhänge zur Resilienz (psychische Widerstandsfähigkeit) und Bezüge zu kognitiven Aspekten des Gesundheitsverhaltens wie Gedanken, Meinungen, Einstellungen, Wünschen und Absichten.⁷

In dieser Befragung wurde allerdings mit nur einer Frage ermittelt, welche Grundeinstellung die Hamburger Erwachsenen haben. „Was denken Sie, wieviel kann man selbst tun, um den eigenen Gesundheitszustand zu erhalten oder zu verbessern?“ - so lautete die hier in Anlehnung

an die Survey-Befragung des RKI eingesetzte Frage zu Selbstwirksamkeit.⁸

Erfreulicherweise ist eine große Mehrheit der Hamburger Befragten überzeugt viel oder sehr viel für die eigene Gesundheit tun zu können (84%).

Nur eine kleine Minderheit (16%) glaubt nur einiges oder sehr wenig beitragen zu können. Männer und Frauen sind sich da in ihrer positiven Selbsteinschätzung gleichermaßen sicher, und auch in Abhängigkeit vom Alter zeigen sich hier keine nennenswerten Differenzen.⁹ Anders die Beobachtungen bei einer wissenschaftlichen Studie zur allgemeinen Selbstwirksamkeit: Diese ist bei Männern höher als bei Frauen und nimmt bei beiden Geschlechtern im Erwachsenenalter leicht, aber stetig ab; diese Abnahme wird mit dem verschwindenden „jugendlichen Optimismus“ erklärt.¹⁰

Die **positive gesundheitsrelevante Einschätzung der Selbstwirksamkeit** „ich kann selbst (sehr) viel zur Gesunderhaltung tun“ ist bei Migrantinnen und Migranten nicht ganz so häufig vertreten (77%). Und auch in Abhängigkeit von anderen soziodemografischen Merkmalen zeigen sich bei den Hamburger Befragten weitere Unterschiede.¹¹

⁴ Schwarzer, R., Jerusalem, M. (2002). Das Konzept der Selbstwirksamkeit, in: Selbstwirksamkeit und Motivationsprozesse in Bildungsinstitutionen. Hrsg.: Jerusalem, M., Hopf, D., Weinheim: Beltz, S.28 -53.

⁵ Faltermaier, T. (2005). Gesundheitspsychologie. Stuttgart: Kohlhammer. S. 184.

⁶ Schwarzer, R., Jerusalem, M. (2002). Das Konzept der Selbstwirksamkeit, in: Selbstwirksamkeit und Motivationsprozesse in Bildungsinstitutionen. Hrsg.: Jerusalem, M., Hopf, D., Weinheim: Beltz, S.28 -53.

⁷ Faltermaier, T. (2005). Gesundheitspsychologie. Stuttgart: Kohlhammer. S. 184.

⁸ hier gelegentlich auch als Kontrollüberzeugung bezeichnet, damit entsprechend der GBE kompakt Publikation: Jordan S, von der Lippe E (2012). Angebote der Prävention - Wer nimmt teil? Hrsg. Robert Koch-Institut Berlin, GBE kompakt 3(5), S.4.

⁹ Die Hamburger Daten verweisen eher auf einen „Einbruch“ bei den Älteren: Die positive Einschätzung zur Selbstwirksamkeit ist bei 60-75 Jährigen (77%) und über 75 Jährigen (64%) deutlich geringer (BGV: Gesundheit älterer Menschen II, 2011, S. 47).

¹⁰ Hinz, A. et al. (2006). Bevölkerungsrepräsentative Normierung der Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung. Diagnostica. 52: 26-32.

¹¹ Hohe Selbstwirksamkeit nach sozioökonomischem Status: niedrig (79%), mittel (84%), hoch (88%).

Je höher der soziale Status, desto häufiger geben die Befragten eine positive Einschätzung zur gesundheitsrelevanten Selbstwirksamkeit an.

Einer großen Studie zufolge haben Personen mit einer hohen allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung weniger Beschwerden. „Denkbar ist ein positiver Einfluss von körperlicher Gesundheit auf die Selbstwirksamkeitserwartung wie auch umgekehrt ein langfristig gesunderhaltender Einfluss der Selbstwirksamkeitserwartung auf die Gesundheit“.¹² Sind ähnliche Zusammenhänge auch bei den Hamburger Befragten zu beobachten? Mit dem Vorbehalt kleiner Zahlen kann der für diese Überlegungen ausschlaggebende Befund bestätigt werden: Hamburgerinnen und Hamburger mit geringer Selbstwirksamkeitseinschätzung haben deutlich häufiger viele Gesundheitsbeschwerden (hohe Beschwerdeintensität: 35% vs. 23%).¹³

Die folgende Grafik zeigt weitere Zusammenhänge mit gesundheitsrelevanten Merkmalen. Die Teilgruppen mit geringer bzw. hoher Selbstwirksamkeitsüberzeugung unterscheiden sich nicht in Bezug auf Schwerbehinderung oder chronischer Erkrankung.¹⁴ Aber Personen mit geringer Selbstwirksamkeitsüberzeugung haben nicht nur häufiger viele Beschwerden, sondern auch häufiger einen (sehr) schlechten Gesundheitszustand und sie sind häufiger von krankheitsbedingten Einschränkungen im Alltag betroffen (s. Abb. 4.1). Dann verwundert es auch nicht, dass bei geringer Selbstwirksamkeitsüberzeugung die positiveren Wertebereiche im psychischen

Wohlbefinden und bei der Vitalität¹⁵ seltener erreicht werden.¹⁶

Geringe Selbstwirksamkeit ist häufig assoziiert mit einem schlechten Gesundheitszustand.

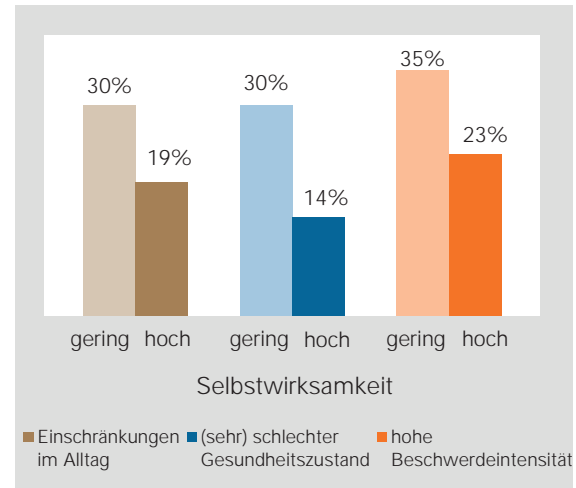


Abbildung 4.1: Gesundheitsrelevante Merkmale in Abhängigkeit von der Einschätzung der Selbstwirksamkeit, jeweilige Anteile in Prozent (Quelle: Hamburger Befragung).

In Ergänzung zu diesen Assoziationen zwischen Selbstwirksamkeit und Aspekten des Gesundheitszustandes sind mögliche Zusammenhänge mit dem Gesundheitsverhalten von Interesse. Eine geringe Selbstwirksamkeit - so kann spekuliert werden - legitimiert eher riskantes Gesundheitsverhalten, nach dem Motto „was ich mache, ist sowieso egal“. Im Gegenzug würde ein hohes Maß an Selbstwirksamkeitsüberzeugung eher erwünschtes Gesundheitsverhalten verstärken. Hier wäre beispielsweise das Motto: „Ich habe es geschafft, regelmäßig Sport zu treiben, dann werde ich es auch schaffen, das Rauchen aufzugeben“.

Ein Vergleich der Personen mit hoher und geringer Selbstwirksamkeit in Bezug auf

¹² Hinz, A. et al. (2006). Bevölkerungsrepräsentative Normierung der Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung. Diagnostica. 52: S. 31.

¹³ Im Vergleich: n=1364 Personen mit hoher gesundheitsrelevanter, n= 260 Personen mit geringer Selbstwirksamkeitseinschätzung, Beschwerdeindex s. Kap. 3, S.22 .

¹⁴ Schwerbehinderung bei geringer vs. hoher Selbstwirksamkeit: 8% vs. 6%; chronische Erkrankung bei geringer vs. hoher Selbstwirksamkeit: 35% vs. 29%.

¹⁵ Erläuterungen zu psychischem Wohlbefinden und Vitalität s. Anhang.

¹⁶ psych. Wohlbefinden bei geringer vs. hoher Selbstwirksamkeit: 22% vs. 34%; Vitalität bei geringer vs. hoher Selbstwirksamkeit 25% vs. 34%; Chi-Quadrat 22 bzw. 23, df=2, p<=0,0001.

das Gesundheitsverhalten ergibt kein eindeutiges Bild. Entsprechend der Erwartung zeigt sich, dass diejenigen mit einer hohen Selbstwirksamkeit Zahnvorsorgeuntersuchungen häufiger in Anspruch nehmen, häufiger sportlich aktiv und Nicht-Raucher sind (s. Abb. 4.2).

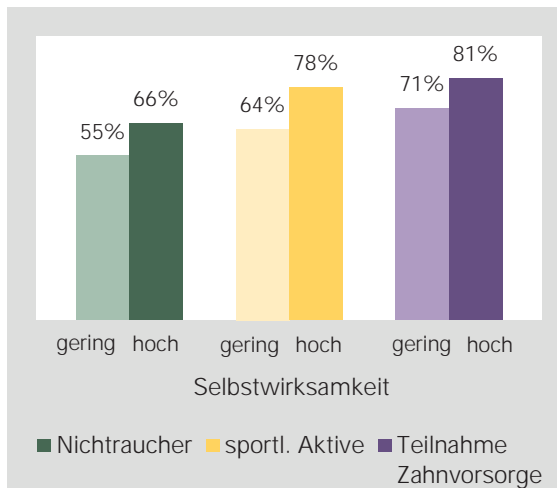


Abbildung 4.2: Gesundheitsverhalten in Abhängigkeit von der Einschätzung zur Selbstwirksamkeit ; jeweilige Anteile in Prozent (Quelle: Hamburger Befragung).

In den Ernährungsgewohnheiten sowie beim Alkoholkonsum sind allerdings keine Unterschiede festzustellen (nicht abgebildet). Diese Ergebnisse bestätigen also nur teilweise die eingangs formulierten Überlegungen.

Insgesamt gesehen zeigt sich hier eine enge Verflechtung der gesundheitsrelevanten Einstellung „ich kann viel oder wenig zur Gesunderhaltung tun“ mit einerseits den anderen Gesundheitsmerkmalen und andererseits den sozioökonomischen Merkmalen. Diese Teilauswertungen mit unterschiedlichen Merkmalskombinationen machen einmal mehr deutlich: **Komplexe Interaktionen** prägen das Gesamtbild. Weder eine einzelne Frage zur Einstellung noch die schichtspezifische Zuordnung bieten eine schlüssige Erklärung als Richtungsweiser für gesundheitsförderliche Interventionen.

Die hier bei der Hamburger Bevölkerung nachgezeichneten Zusammenhänge sind Herausforderungen sowohl für die wissenschaftliche Forschung als auch für die Akteure im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention. Aufklärung und Bewusstseinsveränderung haben keinen guten Ruf, wenn Verhaltensänderung das Ziel ist. Gleichzeitig ist die Einstellung Voraussetzung für das Verhalten. Nur persönlich erfahrene oder von anderen überzeugend vermittelte positive Wirkungen von Verhaltensänderungen können nachhaltig dazu motivieren, das eigene Gesundheitsverhalten an die empfohlenen „Richtwerte“ z.B. in puncto Obst- und Gemüsekonsum oder körperlicher Aktivität anzunähern, bzw. gesundheitsgefährdende „Laster“ zu reduzieren.

Die meisten Hamburger Befragten sind davon überzeugt viel oder sehr viel für die eigene Gesundheit tun zu können. Diese positive Einstellung zur gesundheitsrelevanten Selbstwirksamkeit tritt bei hohem sozialen Status häufiger auf. Personen, die überzeugt sind, nicht viel zur Gesunderhaltung tun zu können, sind vergleichsweise stärker belastet in ihrem körperlichen Gesundheitszustand und in ihrem psychischen Wohlergehen. Gleichzeitig tendieren sie eher zu riskantem Gesundheitsverhalten, beispielsweise beim Rauchen (s. auch Kapitel 4, S. 66).¹⁷

¹⁷ Vgl. Hinz A. et al. (2006): Zusammenhang wurde mit validierten Instrumenten (10 Items für Selbstwirksamkeit; 24 Items Gießener Beschwerdebogen) belegt. Hier nachvollzogen mit einer Frage zur gesundheitsrelevanten Selbstwirksamkeit und einem Beschwerdeindex (8 Items).

Achten Sie auf ausreichende Bewegung im Alltag?

Als weitere Stellungnahme wurde erfragt, ob die Hamburgerinnen und Hamburger auf ausreichend Bewegung achten.

Seit der Installation von „Trimm Dich Pfaden“ in den 80er Jahren gab und gibt es unzählige Slogans und Initiativen auf bundesweiter, bundeslandspezifischer und kommunaler Ebene zur Bewegungsförderung (s. Abb. 4.3).



Abbildung 4.3: Kampagnen und Embleme zur Bewegungsförderung (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Deutscher Olympischer Sportbund, Deutsche Krebshilfe, Verband für Turnen und Freizeit Hamburg).

Von daher spielt bei der Beantwortung dieser Frage vermutlich die soziale Erwünschtheit mit, gesunde Ernährung und Bewegung sind gleichermaßen „angesagt“ und die subjektiven Angaben möglicherweise etwas „geschönt“. Gibt es Personen, die sich dieser Erwartung entziehen und angeben, nicht auf ausreichende Bewegung zu achten?

Es sind nur wenige: Jede/r Zehnte achtet gar nicht auf ausreichend körperliche Bewegung. Im Kontrast dazu ist positiv hervorzuheben:

Jede/r zweite/r Hamburger/in (52%) achtet stark oder sehr stark auf ausreichend körperliche Bewegung.

Dies trifft grundsätzlich für beide Geschlechter, alle Altersgruppen¹⁸ und die Migrantinnen und Migranten zu und ist unabhängig vom Erwerbsstatus. Ein hoher Bildungsstand bzw. ein hoher sozioökonomischer Status tragen dazu bei, dass ausreichende körperliche Bewegung noch häufiger Aufmerksamkeit erhält.¹⁹

Diese Beobachtungen stimmen größtenteils mit den deutschlandweiten Befragungsergebnissen überein.²⁰ Die 50-59-jährigen Hamburgerinnen und Hamburger allerdings fallen positiv auf. Sie geben häufiger an, sehr stark/stark auf ausreichend körperliche Bewegung (57% vs. 52%) zu achten. Bewegen sie sich denn auch tatsächlich mehr als die bundesdeutsche Vergleichsgruppe? Leider nein, in der Umsetzung z.B. bei der sportlichen Betätigung, stimmen die Hamburger mit den bundesweiten Daten vorwiegend überein.²¹

Interesse am Thema Gesundheit

Interessieren sich für das Thema Gesundheit eigentlich nur die Älteren, also hier die 50-59-Jährigen? Stimmt es, dass diese sich überwiegend durch Fernsehsendungen oder die Apothekenzeitschriften informieren? Beide Fragen müssen mit nein beantwortet werden.

Insgesamt gesehen nutzen mehr als 40% der Befragten das Internet als Hauptinformationsquelle für gesundheitsrelevante

¹⁸ Hinweis auf positiven Trend mit dem Alter: Bei den 50-59-Jährigen sind es 57%, das passt zu den Beobachtungen der LUCAS-Studie: Bei den über 60-Jährigen achten fast zwei Drittel der Befragten stark oder sehr stark darauf, sich ausreichend körperlich zu bewegen (62%).

¹⁹ 58% vs. 49% bzw. 48%: Vergl. Kapitel 5, Gesundheitsverhalten, Bewegung.

²⁰ Datenausgang GEDA 2010.

²¹ Vergl. Kapitel 5, Gesundheitsverhalten, Bewegung.

Themen, gefolgt von „Gesprächen im Freundeskreis“ (22%) und Artikeln in käuflichen Zeitschriften (13%).

Das Internet stellt mit Abstand die wichtigste Informationsquelle aus Sicht der Befragten dar.

Dies trifft für Frauen und Männer und alle Altersgruppen gleichermaßen zu. Auch der Austausch unter Freundinnen und Freunden behauptet in allen Altersgruppen seinen zweiten Rangplatz. Bei den über 50 Jährigen werden im Unterschied zu den Jüngeren allerdings auch Fernsehsendungen und Artikel in käuflichen Tageszeitungen und Zeitschriften häufig herangezogen.

Bildungsabhängige Unterschiede in der **Rangfolge der Mediennutzung für Gesundheitsthemen** sind auf den ersten Blick nicht festzustellen. Internet und Freundeskreis stehen in allen drei Bildungsstufen auf Platz 1 und 2. Allein der dritte Rangplatz in der Reihe der „wichtigsten Informationsquellen“ unterscheidet sich: Bei niedrigem Bildungsstand steht das Fernsehen an Platz drei, bei mittlerer und höherer Bildung die Artikel in käuflichen Tageszeitungen und Zeitschriften. Auch bei den Migrantinnen und Migranten steht das Internet an erster Stelle (49%), hier gefolgt von Fernsehsendungen und Gesprächen im Freundeskreis.

Was bedeutet diese Vorrangstellung des Internets im Kontext Gesundheit? Mit dieser Frage beschäftigt sich die Forschung zur Gesundheitskommunikation (GK). Diese umfasst als übergeordneter Begriff die Vermittlung und den Austausch von Informationen zur Gesundheit, zur Gesunderhaltung und zur Gesundheitsförderung. Diese Kommunikation hat nicht nur einen großen Einfluss darauf, wie Krankheiten und/oder Risikoverhalten gesellschaftlich

wahrgenommen werden. Sie beeinflusst auch, ob und wie wir z.B. präventive Angebote wahrnehmen. Zudem können Medien in der Gesundheitsförderung einen Anteil daran haben, die Gesundheit der Bevölkerung durch Befähigung (Empowerment) zu verbessern.²²

Durch die Möglichkeit der **interaktiven Nutzung** hat das Internet einen positiven Effekt auf das Selbstwirksamkeitserleben und die Kontrollüberzeugung und ist somit das wichtigste Medium für Gesundheitsinformationen.²³ Weiterhin hat das Internet einen partizipativen Anteil. Es vermittelt Gesundheitsinformationen nicht nur passiv, sondern auch aktiv: z.B. durch Funktionen wie einen BMI-Rechner, durch Kommunikationsplattformen und Blogs, wo Tipps und Tricks ausgetauscht werden, oder durch Apps, die die eigenen sportlichen Aktivitäten in Konkurrenz zu anderen Nutzerinnen und Nutzer setzen.^{24,25}

Dabei ist das Medium „Internet“ als Hauptinformationsquelle, Beratungsinstanz bzw. „personal trainer“ in Bezug auf gesundheitliche Probleme und das eigene Gesundheitsverhalten nicht unumstritten. Wie entsteht die **Kompetenz**, kommerziell lancierte und nur scheinbar neutrale Informationen von zuverlässigen Seiten zu unterscheiden? Die qualitative Spanne der Angebote im Internet ist groß: evidenz-basierte wissenschaftliche Informationen, Selbsterfahrungen in Foren, Seminarveranstalter und

²² Loss, J., Nagel, E. (2009). Probleme und ethische Herausforderungen bei der bevölkerungsbezogenen Gesundheitskommunikation. *Bundesgesundheitsblatt*, 52: 502-511.

²³ Manske, D. (2013). Das Gesundheitswesen im heutigen Zeitalter - Möglichkeiten der Gesundheitsförderung durch die Kommunikation im Internet. Hamburg: Diplomica.S.28.

²⁴ Hurrelmann, K. & Leppin, A. (2001). Moderne Gesundheitskommunikation – Eine Einführung. In: K. Hurrelmann, A. Leppin (Hrsg.), *Moderne Gesundheitskommunikation. Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health*, S. 9-21.

²⁵ Ernste, P., Merkel, S. & Romanowski, S. (2010). Gesundheit aus der Hosentasche? Chancen und Grenzen gesundheitsbezogener Apps, in: *Forschung aktuell*, No. 13/2010. Leibniz-Informationszentrum Wirtschaft. S.11.

Kursangebote auf ideologischer Grundlage bis zur Produktwerbung, die aber als solche kaum zu erkennen ist. Das Problem: Unzureichende oder falsche Informationen können u.U. gravierende gesundheitliche Folgen haben.²⁶

Einen ersten Hinweis zur Qualität von deutschen, gesundheitsbezogenen Internetseiten bietet die Zertifizierung durch beispielsweise das Aktionsforum Gesundheitsinformationssystem (afgis) oder die Stiftung Health on the Net (HON). Zertifizierte Internetseiten erfüllen bestimmte Qualitätskriterien wie z.B. Transparenz, Aktualität und Evidenz bei der Präsentation der Gesundheitsinformationen. Doch auch nach Ausschluss aller nicht zertifizierten Seiten gibt es eine unübersichtliche Vielzahl von Plattformen, die u.a. von Krankenkassen, Selbsthilfeorganisationen oder wissenschaftliche Einrichtungen gepflegt werden.²⁷



© Corinna Dumat / pixelio.de

Wünschenswert wäre ein einziges qualitätsgesichertes **Laiengesundheitsportal** für Deutschland, wie es in Großbritannien und den USA

bereits vorzufinden ist.²⁸ Das Gesundheitsportal des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) stellt einen solchen Ansatz dar. Hier werden gesundheitsbezogene Themen von A bis Z evidenzbasiert und patientengerecht präsentiert; Interessierte

können weitere Themen vorschlagen. Eine Unterstützung bei der Arztwahl und -suche wie bei den englischsprachigen Pendants fehlt jedoch.²⁹

In der Hamburger Befragung gab es - im Unterschied zu Untersuchungen des Statistischen Bundesamtes³⁰ - kaum Unterschiede zwischen Männern und Frauen in den Angaben zur Mediennutzung bei gesundheitsrelevanten Themen. Vielleicht ist dies - wenn auch nur sehr oberflächlich betrachtet - ein Hinweis auf den aktuellen Trend, dass sich Männer - unterstützt durch Fitness und Wellness Themen - annähernd so intensiv mit gesundheitlichen Themen beschäftigen wie Frauen.³¹

Interesse an Gesundheitsförderungsmaßnahmen

Es gibt einen gesundheitsrelevanten Lebensstil, zu dem u.a. ein typisches Muster von gesundheitsbewussten Orientierungen und unterschiedliche gesundheitsbezogene Verhaltensweisen gehören.³² Ein Beispiel für eine solche Orientierung ist die Teilnahme an gesundheitsfördernden Maßnahmen bzw. das Interesse, an einer solchen Maßnahme teilzunehmen.

Die Befragung älterer Menschen in Hamburg ab 60 Jahren hatte gezeigt, dass in etwa jede/r Dritte an Angeboten zur Gesundheitsförderung teilgenommen hatte.³³ Ist dieses Ergebnis nur typisch für Ältere, die durch chronische Erkrankungen, altersbedingte Beschwerden oder einfach da-

²⁶ Hautzinger, N. (2004). Health Content im Internet - Aspekte der Qualitätssicherung. In: Beck, K. et al. (Hrsg.): Gute Seiten - Schlechte Seiten. Qualität in den computervermittelten Kommunikation (S.257-267), München, 2004.

²⁷ afgis. (14. Juni 2014). Wer hat das afgis-Qualitätslogo?: Logo-Datenbank. Abgerufen am 30. Juli 2014 von Aktionsforum Gesundheitsinformationssystem (afgis) e.V.: <https://www.afgis.de/qualitaetslogo/aqdb/anbieter> [24.09.2014].

²⁸ Robert-Koch-Institut (2006). Bürger- und Patientenorientierung im Gesundheitswesen. Themenheft 32, S.18.

²⁹ <http://www.gesundheitsinformation.de> [24.09.2014].

³⁰ Statistisches Bundesamt (2012): Der Einsatz von Computern und Internet in privaten Haushalten in Deutschland-Ergebnisse der Erhebung 2011, Wiesbaden, S. 420.

³¹ Faltermaier, T. (2004) Männliche Identität und Gesundheit - Warum Gesundheit von Männern? In: Altgelt, T. (Hrsg.), Männergesundheit - Neue Herausforderungen für Prävention und Gesundheitsförderung. S. 29.

³² Ruckstuhl, B. & Abel, T. (2001). Ein Modell zur Typisierung von Ergebnissen der Gesundheitsförderung. Prävention, 24, 35-38.

³³ Gesundheit älterer Menschen in Hamburg II, BGV, Hamburg, 2011, S. 48.

durch, dass sie mehr Zeit haben, motiviert sind, an solchen Angeboten teilzunehmen? Vor diesem Hintergrund wäre zu erwarten, dass im jüngeren und mittleren Lebensalter die Teilnahme an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung eher selten ist. Diese Erwartung bestätigt sich hier nicht.

Fast jede/r Dritte hat innerhalb des letzten Jahres vor der Befragung an einer Maßnahme zur Gesundheitsförderung teilgenommen.

Am häufigsten werden in Hamburg **Angebote zur Verbesserung der körperlichen Fitness oder der Beweglichkeit** genutzt. An zweiter und dritter Stelle stehen Kurse zu Entspannung und Stressbewältigung bzw. Angebote zur Gewichtsreduktion und gesunder Ernährung. Kurse zum Suchtmittelkonsum (Alkohol-, Medikamenten- oder Tabakentwöhnung) werden deutlich seltener in Anspruch genommen.

Diese Ergebnisse entsprechen den Beobachtungen des Präventionsberichts der gesetzlichen Krankenkassen für das Jahr 2012. Die Krankenkassen haben die Teilnehmerdaten individueller Gesundheitsförderungsmaßnahmen ausgewertet.³⁴ Allerdings liegen keine weiteren personenbezogenen Angaben vor, so dass nicht deutlich wird, welche soziodemografischen oder gesundheitsrelevanten Aspekte für die Inanspruchnahmen solcher Maßnahmen eine Rolle spielten. Welche Zusammenhänge lassen sich aus den Hamburger Daten erschließen?

Die Hamburger Frauen berichteten etwas häufiger als Männer von einer Teilnahme (38% vs. 28%). Eine weitere wichtige Be-

obachtung: Alter, Erwerbstätigkeit, Bildung oder Einkommen scheinen nicht mit der Nutzung von Angeboten der Gesundheitsförderung verknüpft zu sein. Auch die Beantwortung der Frage zur Selbstwirksamkeit ist bei den Hamburger Befragten nicht mit der Teilnahme an Gesundheitsförderungsmaßnahmen assoziiert. Dies steht im deutlichen Widerspruch zu den Beobachtungen des RKI. Dort hatte sich gezeigt, dass diejenigen mit hoher Selbstwirksamkeitsüberzeugung häufiger an Maßnahmen teilnahmen.³⁵

Was ist dann ein Prädiktor für die Teilnahme an Gesundheitsförderungsmaßnahmen? Es zeigt sich, dass die Befragten, die ihren allgemeinen Gesundheitszustand als mittelmäßig bis sehr schlecht einschätzen, chronisch krank sind und/oder im Alltag (erheblich) eingeschränkt sind, deutlich häufiger an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung teilnehmen als diejenigen, die ihren Gesundheitszustand als gut bis sehr gut einstufen (41% vs. 31%).

Ein Hauptmotiv für die aktive Teilnahme an Gesundheitsförderungsmaßnahmen sind gesundheitliche Probleme.

Das heißt auch, dass die **Wiederherstellung** der Gesundheit die Mehrheit der Erwachsenen im jüngeren und mittleren Lebensalter aktiviert und zur Nutzung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen motiviert. Das Ziel der Gesunderhaltung scheint nur von nachgeordneter Bedeutung.

Vor diesem Hintergrund wird die Frage interessant, ob und an welchem Angebot die Befragten Interesse hätten, d.h. ob die Menschen an einem solchen oder ähnlichen Kurs in nächster Zukunft teilnehmen

³⁴ Jung, C.; Seidel, J. (2013). Präventionsbericht 2013 - Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung: Berichtsjahr 2012. Essen: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.

³⁵ Jordan S., von der Lippe E. (2012). Angebote der Prävention - Wer nimmt teil? Hrsg. Robert Koch-Institut, Berlin, GBE kompakt 3(5).

wollen. Jede/r Dritte hat diese Frage bejaht.

Diese Personen haben auch Auskunft gegeben, welche Angebote/ welche Maßnahmen dafür in Frage kommen würden. Die Rangfolge in der Themenliste unterscheidet sich nicht von der Hitliste der bereits in Anspruch genommenen Kurse und Angebote. Am häufigsten würden die Hamburger Befragten an einem Kurs zur **Verbesserung der körperlichen Fitness oder Beweglichkeit** teilnehmen, gefolgt von Maßnahmen zur Entspannung oder Stressbewältigung (77% bzw. 68% der Nennungen). Kurse zur gesunden Ernährung bzw. zur Gewichtsreduktion stehen an dritter und vierter Stelle (55% bzw. 36% der Interessenten).

Fast jede/r zweite Raucher/in gibt an, sich für Rauchentwöhnung zu interessieren (44%); von deutlich nachgeordneter Bedeutung sind für die Befragten Alkohol- oder Medikamenten-Entwöhnungskurse, für die nur sehr vereinzelt Angaben erfolgten.

Im Rahmen des „Gesundheitsmonitor 2009“ wurden Teilnehmerinnen und Teilnehmer von Gesundheitsförderungsmaßnahmen gefragt, ob sie sich weitere Präventionsmaßnahmen wünschten. Mehr als die Hälfte sprachen sich dafür aus. Es gab deutliche Hinweise, dass erste, positive Erfahrungen mit solchen Angeboten die Bereitschaft erhöhen, sich auf weitere Handlungsfelder einzulassen.³⁶

Ähnlich lässt sich durch die Angaben der Hamburger Befragten belegen.³⁷

Erfahrungen mit Gesundheitsförderungsmaßnahmen verstärken die Bereitschaft für eine erneute Teilnahme.

Gibt es darüber hinaus Unterschiede zwischen denjenigen, die Interesse an einem Kurs äußern und den anderen? Sind wieder gesundheitliche Probleme ein guter Prädiktor? In Bezug auf die soziodemografischen Merkmale lässt sich feststellen, dass Frauen häufiger als Männer (38% vs. 28%) an einem Kurs zur Gesundheitsförderung teilnehmen würden. In Bezug auf Alter und sozioökonomischer Status zeigen sich keine relevanten Unterschiede.

Bezüglich der gesundheitsrelevanten Merkmale ergibt sich kein klares Bild. So sind diejenigen, die Interesse an einer Maßnahme zur Gesundheitsförderung zeigen, zwar etwas häufiger (erheblich) eingeschränkt (26% vs. 18%) und haben häufiger chronische Erkrankungen (37% vs. 26%). Hinsichtlich Beschwerdeintensität oder allgemeinem Gesundheitszustand gibt es allerdings keine relevanten Unterschiede zwischen denjenigen, die Interesse an gesundheitsförderlichen Maßnahmen äußerten oder eben nicht.

Jede/r dritte Hamburger/in hat an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung teilgenommen. Die Teilnahme scheint vor allem durch das Vorliegen gesundheitlicher Probleme (z.B. eine chronische Erkrankung) motiviert zu sein. Das Interesse für eine zukünftige Teilnahme speist sich aus den bisherigen Erfahrungen und z.T. auch gesundheitlichen Einschränkungen.

³⁶ Marstedt G., Rosenbrock R. (2009). Verhaltensprävention: Guter Wille allein reicht nicht. In: Böcken, J., Braun B., Landmann J.(Hrsg.) Gesundheitsmonitor 2009. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive der Bevölkerung. Gütersloh: Bertelsmann. S. 12-37.

³⁷ Absicht zur Teilnahme 27% bei denjenigen ohne Erfahrung (n=1087); Absicht zur Teilnahme 45% bei denjenigen mit Erfahrung (n=531); Chi-Quadrat 50, df=1, p<=0,0001.

Index „Gesundheitsbewusstsein“

Als zusammenfassende Variable wurde der Index „Gesundheitsbewusstsein“ gebildet (s. Anhang). Hierzu wurden die oben beschriebenen Angaben zur Selbstwirksamkeit und „Achtsamkeit“ sowie Interesse an Gesundheitsförderungsmaßnahmen zusammengefasst. Zusätzlich wurde berücksichtigt, ob die Befragten beim Einkauf vor allem auf gesunde Lebensmittel achten und ob sie eine positive Einstellung zu Vorsorgeuntersuchungen haben.³⁸ Zusammenfassend ergibt sich für zwei Drittel der Befragten ein stark ausgeprägtes Gesundheitsbewusstsein (63%).

Erwartungsgemäß haben Frauen etwas häufiger ein stark ausgeprägtes Gesundheitsbewusstsein als Männer (71% vs. 56%). Im Vergleich der Altersgruppe fallen nur die jüngsten auf; bei ihnen hat nur in etwa jede/r zweite ein ausgeprägtes Gesundheitsbewusstsein. In der gleichen Größenordnung bestehen Assoziationen mit dem sozioökonomischen Status: Je höher, desto häufiger findet sich ein stark ausgeprägtes Gesundheitsbewusstsein (s. Abb. 4.4).

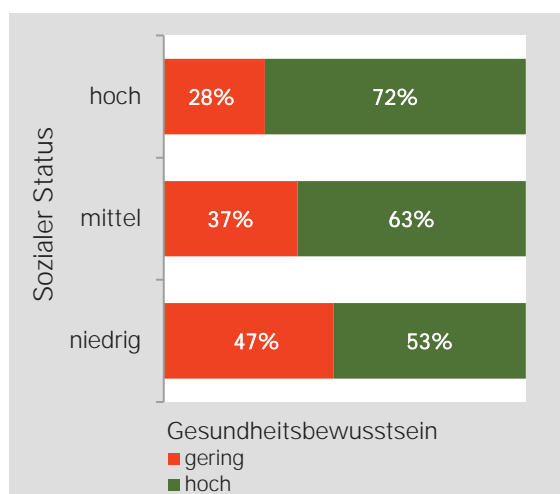


Abbildung 4.4: Index Gesundheitsbewusstsein in Abhängigkeit vom sozioökonomischen Status; jeweilige Anteile in Prozent (Quelle: Hamburger Befragung).

³⁸ Hier: Zahnvorsorge, weil für alle Altersgruppen und beide Geschlechter gleichermaßen relevant.

Das heißt auch:

Bei niedrigem sozioökonomischen Status ist ein gering ausgeprägtes Gesundheitsbewusstsein häufiger.

In welchem Zusammenhang steht das Gesundheitsbewusstsein noch? Können wir Assoziationen feststellen, die dafür sprechen, dass das Bewusstsein das Gesundheitsverhalten prägt? Oder dass der Gesundheitszustand und das Vorhandensein von Ressourcen mit dem Gesundheitsbewusstsein assoziiert sind?

Selbstverständlich sind diese **komplexen Zusammenhänge** Gegenstand umfassender Analysen und kontroverser Diskussionen³⁹ in der Public Health Forschung und durch eine Querschnittsanalyse bei einer telefonischen Befragung nur bedingt zugänglich. Dennoch können diese Fragen mit den vorhandenen hamburgspezifischen Befragungsdaten zumindest ansatzweise beantwortet werden.

Einerseits: Die Hamburgerinnen und Hamburger mit einem **(sehr) guten Gesundheitszustand** haben häufiger ein hohes Gesundheitsbewusstsein als diejenigen mit einem (sehr) schlechten Gesundheitszustand (65% vs. 54%). Und andererseits: Die Befragten mit einem hohen Gesundheitsbewusstsein verhalten sich deutlich häufiger **wenig riskant** (64% vs. 35%) als diejenigen mit einem geringen Gesundheitsbewusstsein. Und: Diejenigen mit einem hohen Gesundheitsbewusstsein verfügen häufiger über **mehr Ressourcen** als diejenigen mit einem niedrigen Gesundheitsbewusstsein (28% vs. 14%).

³⁹ Faltermaier, T. (2011). Gesundheitsverhalten, Krankheitsverhalten, Gesundheitshandeln. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)(Hrsg.). Leitbegriffe der Prävention und Gesundheitsförderung. 2011. BZgA, Köln, S311-314.

Zusammenfassung

Die meisten Hamburger Befragten sind überzeugt, viel oder sehr viel für die eigene Gesundheit tun zu können.

Personen mit einer hohen Selbstwirksamkeitsüberzeugung haben deutlich häufiger einen sehr guten/guten Gesundheitszustand und geben auch häufiger ein gutes psychisches Wohlbefinden an.

Personen mit geringer Selbstwirksamkeitsüberzeugung sind gesundheitlich schlechter gestellt und gleichzeitig gefährden sie häufiger ihre Gesundheit mit riskanten Verhaltensgewohnheiten.

Die Internetnutzung steht bei Interesse an gesundheitsrelevanten Informationen an erster Stelle, unabhängig von Geschlecht, Alter oder sozialem Status.

Jede/r Dritte hat bereits an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung teilgenommen, bzw. interessiert sich für bestimmte Angebote. Kurse zur Verbesserung der körperlichen Fitness oder Beweglichkeit sind am meisten gefragt.

Insgesamt gesehen motivieren anscheinend gesundheitliche Probleme häufiger dazu Angebote der Gesundheitsförderung wahrzunehmen.

Je höher der sozioökonomische Status, desto häufiger findet sich ein stark ausgeprägtes Gesundheitsbewusstsein.

5. Gesundheitsverhalten

„Genuss pur“ - klingt positiv und wird mit etwas Fantasie beispielsweise zur Vorstellung von einem reichhaltig gedeckten Tisch mit verschiedenen Speisen, Wein und Gebäck. Die Kehrseite: auf die Dauer können übermäßiges Essen und zu viel Alkohol gesundheitlich Schaden zufügen, erhöhen deutlich das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Diese Bild ist nur eins von vielen, die zeigen: Positives Gesundheitsverhalten kann zu einem gesundheitlich unbelasteten, beschwerdearmen Leben beitragen. Doch das ist - wie die meisten am eigenen Leibe erfahren - nicht so einfach.

Wie groß ist die Spanne zwischen der Fähigkeit zu Genießen und dem Alkoholmissbrauch, zwischen Ausrutschen in den Alltagsgewohnheiten und beständigem übermäßigem Kalorienkonsum, der ein Risikofaktor für die Volkskrankheit Diabetes darstellt? Wer hat Spaß am Sport und damit einen guten Ausgleich zur sitzenden Berufstätigkeit? Und wer vermeidet konsequent jede körperliche Aktivität im Alltag?

Eine kritische Selbstwahrnehmung, ein Bewusstsein für den eigenen Entscheidungsspielraum und die Kompetenz sich mal dafür und mal dagegen zu entscheiden, diese Aspekte wurden als Grundlage im vorausgehenden Kapitel beleuchtet. Im Folgenden soll darauf aufbauend beschrieben werden, inwieweit im Alltagsablauf gesundheitsrelevante Entscheidungen vollzogen werden. Die Hamburgerinnen und Hamburger wurden aus diesem Grund nicht nur nach ihren Verhaltensgewohnheiten bezüglich Ernährung, Alkohol und Rauchen befragt. Auch die Absicht, gesundheitsbeeinträchtigende Gewohnheiten zu ändern, wurde mit erfragt. Sind überhaupt diejenigen, die beabsichtigen ihr Gesundheitsverhalten zu verbessern, auch die Richtigen, bei denen riskante Gewohnhei-

ten zum Schutz der Gesundheit dringend geändert werden sollten?

Als Ernährungsgewohnheiten werden die Kriterien bei der Nahrungsmittelauswahl, die täglichen Mahlzeiten und der Obst- und Gemüseanteil beschrieben. In puncto Bewegung werden differenziert die „beiläufigen“ Aktivitäten im Alltag beschrieben, abgegrenzt von der sportlichen Aktivität. Als dritter Aspekt wird der Konsum von Suchtmitteln dargestellt, also Rauchen und Alkoholkonsum. Ein zusammenfassender Verhaltensindex lässt sich ableiten, sodass Befragte mit weniger oder mehr vorbildhaften Gesundheitsverhaltensweisen verglichen werden können. Dies kann hilfreich sein, um gesundheitsförderliche Angebote spezifisch an bestimmte Zielgruppen anzupassen. Doch so einfach ist die Sache nicht. Personen mit problematischen Verhaltensmustern sind nicht allein durch Alter und/oder Geschlecht einzugrenzen - auch die Einstellung spielt eine wichtige Rolle für die Gesundheitsförderung!

Ernährung

Die tägliche Ernährung soll vielseitig und frisch zubereitet sein, weil Fertigprodukte tendenziell zu fetthaltig und/oder gesalzen sind und einen zu niedrigen Ballaststoffgehalt¹ haben. Damit entsprechen sie nicht den Empfehlungen für eine ausgewogene Hauptmahlzeit, hierin sind sich alle Ernährungswissenschaftler/innen (und auch die Ernährungsratgeber) relativ einig. Der in Fertigprodukten vielfach verwendete Geschmacksverstärker Glutamat steht zudem im Verdacht zur Steigerung des Verzehrs beizutragen. Der Verzehr über das natürliche Sättigungsgefühl hinaus könnte

¹ Gruber, A. (2008). Bestimmung des Gehalts an Ballaststoffen, Salz und Zucker in Fertiggerichten des europäischen Marktes. Wien: Universität Wien.

dann wiederum sekundär zu Übergewicht führen.²

Vollkornprodukte und ein hoher Obst- und Gemüseanteil sollten hoch im Kurs stehen, weil damit der Ballaststoffanteil der Nahrung höher ausfällt. Ballaststoffe steigern das Sättigungsempfinden und wirken förderlich auf den Verdauungsvorgang. Letztendlich tragen sie dazu bei, dass sowohl Magen- und Darmkrebserkrankungen weniger auftreten als auch das Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen und Diabetes mellitus gesenkt wird.³

Nach welchen Kriterien werden Nahrungsmittel beim Einkauf ausgesucht?

Die Hamburger Befragten achten bei der Nahrungsmittelauswahl in erster Linie auf die geschmackliche Komponente (42%).

Erst an zweiter Stelle folgt der **Gesundheitsaspekt** (31%), wobei allerdings Unterschiede in den Altersgruppen ersichtlich werden. Mit höherem Alter spielt der gesundheitliche Aspekt beim Lebensmitteleinkauf eine immer wichtigere Rolle (von 26% zu 34%). **Abwechslung** bei den Nahrungsmitteln steht als Kriterium bei der Lebensmittelauswahl an dritter Stelle (13% der Befragten). Erwartungsgemäß sind für Befragte mit geringem Einkommen **preisgünstige Angebote** häufiger ein wichtiges Kriterium (10% vs. 1% bei hohem Einkommen).

² Langhans, W. (März 2012). Geschmacksverstärker und Übergewicht. *DGEInfo*, 3.

³ Bingham, S., Day, N., Luben, R., Ferrari, P., Slimani, N., Norat, T., et al. (03. May 2003). Dietary fibre in food and protection against colorectal cancer in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC): an observational study. *The Lancet*, S. 1496-1501.

Boeing, H., Bechthold, A., Bub, A., Ellinger, S., Haller, D., Kroke, A., et al. (2012). Stellungnahme: Gemüse und Obst in der Prävention ausgewählter chronischer Krankheiten. Bonn: Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. .

Seebauer, W. (April 2009). Krebs, Diabetes und Ernährung - Ergebnisse der EPIC-Studie. *Komplement. integr. Med*, S. 19-26.

Mahlzeiten

Mahlzeiten in Ruhe sollen sich positiv auf die Psyche, das Wohlbefinden und letztendlich den Stoffwechsel auswirken. Eine bewusste Wahrnehmung des Sättigungsempfindens soll dem möglichen übermäßigen Essen entgegen wirken. Demnach ist beiläufiges Essen, wie es z.B. bei den „to go“-Varianten der Fall ist, zu vermeiden. Mahlzeiten mit Zeit und Muße sind zu bevorzugen. In dieser Devise stimmen viele Ernährungsratgeber überein, wissenschaftliche Belege gibt es dafür jedoch kaum.

Ebenso selten sind wissenschaftlich fundierte Empfehlungen zu der **Anzahl von Mahlzeiten pro Tag**, die zu einer gesunden Lebensweise und stabilem Körpergewicht beitragen. Die aufgenommene Energiemenge am Tag ist eher entscheidend.⁴ Drei Mahlzeiten am Tag werden für Erwachsene als ausreichend betrachtet; weniger Mahlzeiten sollten es jedoch nicht sein.⁵

Auf individueller Ebene gibt es unzählige Einflussfaktoren: persönliche Vorlieben, die Fähigkeit, sich etwas zuzubereiten, die Verpflichtung, andere zu versorgen, der Arbeitsrhythmus, die Angebote in der näheren Umgebung usw. - was ist typisch für die Hamburgerinnen und Hamburger?

Das Frühstück wirkt nicht nur kurz- und langfristig förderlich auf die „kognitive und mentale Leistungsfähigkeit“ bei Erwachsenen, sondern steht auch in dem Ruf, vor

⁴ DGE. (Juli 2012). Essenshäufigkeit und Gewichtsregulation bei Erwachsenen. *DGEInfo*, 7, S. 98-100.

⁵ Flothkötter, M. (13. Februar 2013). *Artikel zum Thema aid-Ernährungspyramide: Wann esse ich?* http://www.aid.de/ernaehrung/ernaehrungspyramide_esse_n_unterwegs.php [24.09.2014].

Herz-Kreislauferkrankungen zu schützen und ein niedriges Körpergewicht zu fördern.⁶

Das erste oder zweite Frühstück ist für 82% der Hamburgerinnen und Hamburger eine feste Gewohnheit.

Diese Angewohnheit scheint sich im Lebenslauf zu verfestigen, nur 77% der jüngsten Altersgruppe frühstücken, aber 90% der ältesten Altersgruppe. Bei Frauen und Befragten, die in Mehrpersonenhaushalten leben, gibt es ebenfalls eine Tendenz, häufiger regelmäßig zu frühstücken. Unabhängig davon, ob es sich um das erste oder zweite Frühstück handelt: In etwa jede/r Zweite frühstückt allein bzw. mit anderen.

Drei Viertel der Befragten (75%) essen regelmäßig zu Mittag; von diesen nehmen wiederum auch drei Viertel (76%) **das Mittagessen** in Gesellschaft zu sich. Aber mit Abstand ist das **Abendessen** die Mahlzeit, die am häufigsten regelmäßig (88%) eingenommen wird, dies vorwiegend in Gesellschaft (69%). Es wurden auch Fragen zu Snacks und **Zwischenmahlzeiten** gestellt. Die folgende Abbildung 5.1 fasst diese Angaben zusammen.

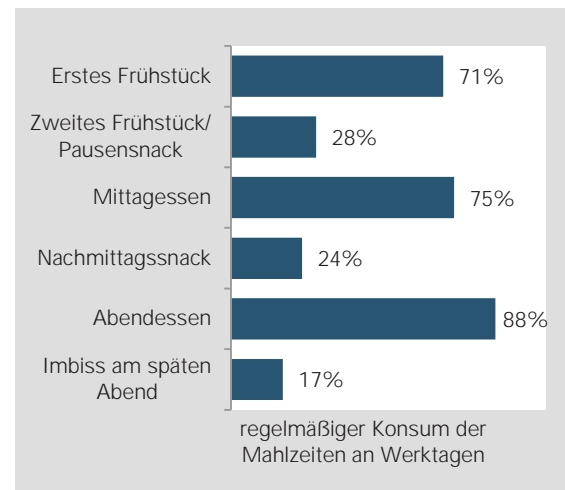


Abbildung 5.1: Regelmäßiger Konsum verschiedener Mahlzeiten an Werktagen; jeweilige Anteile in Prozent (Quelle: Hamburger Befragung).

Es zeigt sich, dass weiterhin die klassischen Hauptmahlzeiten in ihrer Regelmäßigkeit den Alltag strukturieren. Knapp drei Viertel der Befragten (71%) nehmen wochentags regelmäßig mindestens drei oder mehr Mahlzeiten zu sich. Diese Gewohnheit ist häufiger bei Befragten aus Mehrpersonenhaushalten (76%) als bei Singles und Zweipersonenhaushalten (66 bzw. 70%). Auch bei einem mittleren Einkommen und bei einem höheren Bildungsabschluss sind mindestens drei Mahlzeiten/Tag häufiger selbstverständlich.

Die „to go“-Varianten spielen zumindest bei den Hauptmahlzeiten nur eine sehr geringe Rolle. Hier sind es nur 7% der Befragten, die regelmäßig darauf zurückgreifen. Etwas häufiger werden die „to go“-Angebote als Nachmittagssnack oder zur Kaffeepause genutzt (11 %).

Obst und Gemüse

Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) empfiehlt mit ihrer Kampagne „5 am Tag/five a day“ insgesamt **fünf Portionen Obst und Gemüse pro Tag** zu konsumieren. Diese Richtlinie basiert auf dem wissenschaftlichen Kenntnisstand, dass ein erhöhter Obst- und Gemüsekonsum

⁶ Timlin, M., Pereira, M., Story, M., & Neumark-Sztainer, D. (2008). Breakfast Eating and Weight Change in a 5-Year Prospective Analysis of Adolescents: Project EAT (Eating Among Teens). *Pediatrics*, 121(3), S. 638-645.
Herrmann, M.-E., & Hermey, B. (2010). Frühstück - die wichtigste Mahlzeit des Tages? Ergebnisse einer Metaanalyse. *Ernährung im Fokus*, 9, S. 310 - 315.

von mindestens fünf Portionen am Tag das Auftreten von kardiovaskulären und Krebs-erkrankungen reduziert. Weiterhin sind Obst und Gemüse ballaststoffreich und energiearm, wodurch die Adipositasprävention gefördert wird.⁷

Dieser DGE-Empfehlung entsprechen immerhin 10% der Befragten, ein weiteres knappes Viertel (22%) verfehlt das Ziel mit drei bis vier Portionen/Tag nur knapp. Fast die Hälfte der Befragten (48%) konsumieren allerdings nur ein bis zwei Portionen pro Tag und bei jeder/m Fünften steht weniger als eine Portion/Tag auf dem Speiseplan. Dies sind vor allem Männer⁸ und Personen im Alter von 20-29 Jahren. Frauen essen tendenziell mehr Obst und Gemüse, sodass z.B. doppelt so viele der DGE-Empfehlung entsprechen (14% statt 6%).



© Jens Hoffmann - www.GG24.de / pixello.de

Der Konsum von Obst und Gemüse ist auch **bildungsabhängig** (s. Abb. 5.2).⁹ Vor allem Personen mit akademischem Bildungsabschluss entsprechen der DGE-Empfehlung

bzw. erreichen sie fast (41%). Das ist bei niedrigem Bildungsniveau jeweils nur ein halb so großer Anteil (23%). Hier konsumieren fast ein Drittel der Befragten noch nicht mal täglich eine Portion Obst oder Gemüse.

⁷ DGE. (Juli 2001). „5 am Tag“-Kampagne: Wissenschaftliche Begründung:

<http://www.dge.de/modules.php?name=News&file=article&sid=290> [24.09.2014].

DGE. (Februar 2010). *Obst und Gemüse. Die Menge macht's*: <http://www.dge.de/modules.php?name=News&file=article&sid=1020> [24.09.2014].

⁸ Anteil derjenigen, die weniger als 1 Portion Obst und Gemüse/Tag konsumieren bei Männern 27%, bei Frauen 13%.

⁹ (n=1594); abgesehen davon keine Stufung im Obst- und Gemüsekonsum in Bezug auf Einkommensunterschiede.

Befragte mit niedrigem Bildungsstand essen deutlich weniger Obst und Gemüse.

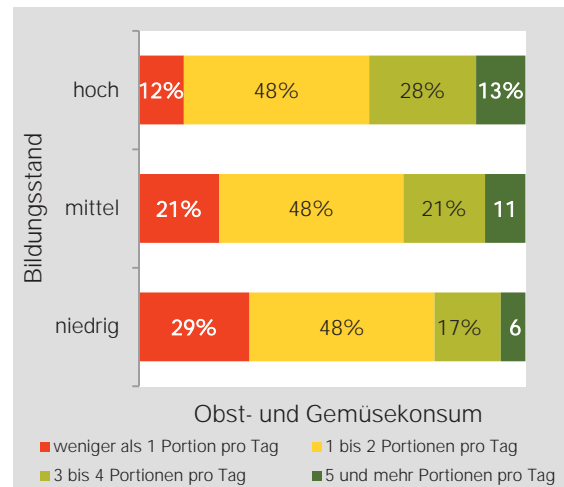


Abbildung 5.2: Täglicher Obst- und Gemüsekonsum in Abhängigkeit vom Bildungsstand, jeweilige Anteile in Prozent (Quelle: Hamburger Befragung).

Fast zwei Drittel (62%) der befragten **Migrantinnen und Migranten** essen mindestens fünf Portionen Obst und Gemüse am Tag. Dieser große Unterschied zur Hauptstichprobe besteht gleichermaßen bei Männern und bei Frauen.¹⁰

Migrantinnen und Migranten gelingt es überwiegend vorbildhaft der Empfehlung „five a day“ zu entsprechen.

Wie steht hinsichtlich des Obst- und Gemüsekonsums die Metropole Hamburg da? Im Vergleich mit den bundesweiten Daten wird deutlich, dass nur halb so viele Hamburgerinnen und Hamburger das Ziel erreichen, mindestens fünf Portionen Gemüse oder Obst am Tag zu essen (10% statt 21% bundesweit). Dieses weniger positive Ergebnis ist auch in allen Altersgruppen und in Abhängigkeit vom Geschlecht konsistent. Worauf sind diese Unterschiede zurückzuführen? Eine gezielte Auswertung der bundesweiten Daten differenziert nach Regionen ergab keinen

¹⁰ Der Empfehlung „five a day“ entsprechend: Migranten 54%; Männer der Hauptstichprobe 6%; Migrantinnen 69%, Frauen der Hauptstichprobe 14%.

Hinweis für einen geringeren täglichen Obst- und Gemüsekonsum in Großstädten gegenüber ländlichen Regionen.¹¹ Somit liegen leider keine erklärenden Hinweise vor. Umso wichtiger ist es vor diesem Hintergrund die Selbsteinschätzung der Befragten zu betrachten.

Wie ist das bei denjenigen, bei denen Obst oder Gemüse nicht ausreichend häufig (nur bis zu zwei Portionen/Tag) auf dem Speiseplan steht?¹² Ein Drittel (34%) denkt darüber nach, mehr Obst und Gemüse zu essen, jede/r Fünfte hat hierzu sehr konkrete Absichten. Die andere Hälfte der Befragten sieht keinen Änderungsbedarf.

Demnach ist jede/r Zweite für Anregungen, den täglichen Obst- und Gemüseanteil zu steigern, zugänglich.

Ein Ansatzpunkt für eine Veränderung ergibt sich möglicherweise aus einer kleinen „Hamburgensie“: Positiv im Vergleich zu den bundesweiten Daten ist, dass die Hamburger Männer und Frauen **Gemüse** häufiger täglich konsumieren (56% statt bundesweit 44%). Bemerkenswert ist auch, dass die Hamburger dabei von Altersgruppe zu Altersgruppe „zulegen“ (von 48% zu 59%); dieser Alterseffekt ist bei den bundesweiten Vergleichsdaten nicht festzustellen.¹³

Alltagsaktivitäten

Im Kontext Bewegung wurde **jegliche Aktivität im Alltag** erfragt, die die Person ins **Schwitzen** oder **außer Atem** kommen lässt. Hierbei waren im ersten Schritt **sportliche Aktivitäten ausgeschlossen**. Dabei geht es also um alle anderen anstrengende und

damit das Herz-Kreislaufsystem fordernde Aktivitäten. Diese können im Rahmen der beruflichen Tätigkeit auftreten, wenn jemand täglich zur Arbeit radelt oder in der Freizeit intensiv den Garten bearbeitet. Die individuellen Angaben zur Häufigkeit und Dauer der körperlichen Aktivität im Alltag wurden zusammengefasst. Erst im zweiten Schritt wurde die Intensität und Dauer von sportlichen Aktivitäten erfragt (s. folgender Abschnitt).

Ein überraschendes Ergebnis: Fast die Hälfte der befragten Erwachsenen (41%) kommt im Alltag nie ins Schwitzen oder außer Atem¹⁴, bei allen anderen ist dies zumindest gelegentlich oder häufiger der Fall (jeweils 29%).



© Peter Freitag / pixelio.de

Körperliche Inaktivität im Alltag prägt den Tagesablauf im beruflichen und privaten Bereich.

Die Männer sind im Alltag noch etwas häufiger inaktiv als die Frauen (44% statt 39%). Bei den Migrantinnen und Migranten zeigen sich keine Unterschiede in Abhängigkeit vom Geschlecht. Wer sind die inaktiven Befragten? Es sind vor allem diejenigen mit hohem Einkommen und einem höheren Bildungsgrad. Dem entsprechend ergibt sich eine eindeutige Stufung in Abhängigkeit vom sozialen Status (s. Abb. 5.3).

¹¹ Anteil an Personen in Großstädten gegenüber ländlichen Regionen in Deutschland, die „five a day“-Kriterien erfüllen: 22% vs 20% (n=6.757, Datenauszug GEDA 2010).

¹² knapp 1.000 Befragte.

¹³ Datenauszug GEDA 2010.

¹⁴ Dies trifft für die Migrantinnen und Migranten genauso zu (41%).

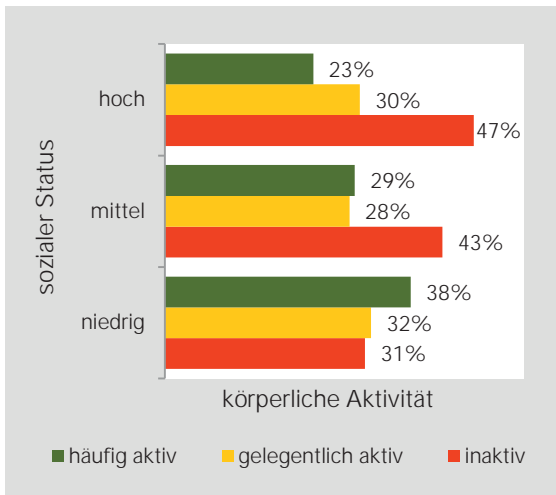


Abbildung 5.3: Körperliche Aktivität im Alltag in Abhängigkeit vom sozioökonomischen Status; jeweilige Anteile in Prozent (Quelle: Hamburger Befragung).

Je höher der sozioökonomische Status, umso häufiger sind die Befragten in der Woche körperlich inaktiv.¹⁵

Unabhängig davon, aber mit passender Tendenz ist auch Erwerbstätigkeit per se häufiger mit Inaktivität im Alltag verknüpft.¹⁶

Wie ist diese Beobachtung zu bewerten? Die positive Wirkung von körperlicher Aktivität ist unumstritten. Körperliche Aktivität vermindert das Risiko für Übergewicht, Bluthochdruck, Schlaganfall, Herzerkrankungen, Diabetes Mellitus Typ II, Knochenschwund (Osteoporose) sowie Darm- und Brustkrebs. Sie fördert das psychische Wohlbefinden und hat nachgewiesenermaßen positive Auswirkung auf die Lebensqualität.¹⁷

Jegliche körperliche Aktivität ist besser als fehlende Aktivität: „Je mehr sich ein Mensch bewegt, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, von einem gesundheit-

¹⁵ vergleichbare Studienergebnisse liegen nicht vor, da Befragungs- und Erhebungsmethoden sehr heterogen sind.
¹⁶ Inaktivität bei Erwerbstätige 43%; bei Erwerbslosen 37%; (Chi-Quadrat 6,3; p<=0.01).
¹⁷ Cavill, N., Kahlmeier, S., & Racioppi, F. (2006). *Physical activity and health in Europe: evidence for action*. Copenhagen: World Health Organization.

lichen Nutzen zu profitieren“¹⁸ (s. Abb. 5.4). Der Übergang von keiner Aktivität zu mehr Bewegung im Alltag entfaltet jedoch „den größten zusätzlichen Nutzen für die Gesundheit“.¹⁹



Abbildung 5.4: „Dosis-Wirkungs-Beziehung - körperliche Aktivität und gesundheitlicher Nutzen“²⁰

Neuesten Erkenntnissen zufolge scheint vor allem **zu langes Sitzen** gesundheitsschädigend zu wirken. Dadurch gewinnen vor allem **regelmäßige, aktive Alltagsunterbrechungen** an Bedeutung.²¹ Diese Bewegungsgewohnheiten im Alltag - ob sie nun im Kontext der Arbeit oder beim Zurücklegen von Wegen entstehen - sind vorteilhaft, weil sie sich stabil verankern lassen. Darüber erfordern solche alltäglichen Bewegungsgewohnheiten keine monatlichen Beiträge für das Fitness-Center oder den Sportverein. Und sie konkurrieren auch nicht mit dem Lieblingsplatz auf dem Sofa.

¹⁸ BASPO, BAG. (2009). *Gesundheitswirksame Bewegung: Grundlagendokument*. Magglingen: Bundesamt für Sport in Bezug auf Haskell, W. L. (Juni 1994). Health consequences of physical activity: understanding and challenges regarding dose-response. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 26(6), S. 649-660.
¹⁹ BASPO & BAG, 2009 in Bezug auf Haskell, 1994.
²⁰ BASPO & BAG, 2009.
²¹ Owen, N., Healy, G. N., Matthews, C. E., & Dunstan, D. W. (2010). Too much sitting: the population-health science of sedentary behavior. *Exercise and Sport Sciences Reviews*, 38(3), S. 105-113.

Diese Art der Fragestellung hat allerdings auch ein Handicap, das nicht verschwiegen werden sollte: Je schlechter die individuelle **Kondition**, desto schneller kommt die Person auch bei Alltagsaktivitäten ins Schwitzen oder wird atemlos. D.h., wenn durchtrainierte Personen im Alltag aktiv sind und dabei nicht ins Schwitzen oder außer Atem geraten, werden sie fälschlicherweise den Inaktiven zugeordnet. Von daher ergibt sich die Notwendigkeit, auch die sportlichen Aktivitäten der Befragten als Einzelmerkmal und im Zusammenhang mit anderen Angaben zu würdigen.

Sportliche Aktivitäten

Nur ein Viertel der Befragten, also eine Minderheit, ist sportlich nicht aktiv (24%), ein weiteres Viertel treibt regelmäßig bis zu zwei Stunden Sport pro Woche.

Die Hälfte der Hamburger Befragten (52%) sind wöchentlich zwei und mehr Stunden sportlich aktiv.



© Gabi Schoenemann / pixelio.de

Dabei sind die Männer deutlich aktiver: Nur 21% der Männer treiben keinen Sport, aber 27% der Frauen.²² Auch die Jüngeren heben sich positiv hervor: Hier ist es nur jede/r Fünfte, die keinen Sport treiben, bei allen anderen Altersgruppen ist es in etwa jede/r Vierte.²³

Im Vergleich zu diesen Zahlen schneiden die Migrantinnen und Migranten schlechter ab. Hier ist ein Drittel der Befragten sportlich nicht aktiv (36%); dies ist vor allem auf die mangelnde Beteiligung der Frauen an sportlichen Aktivitäten zurück-

zuführen.²⁴ So fällt die Gruppe der Migrantinnen „negativ“ auf.

Nur ein Drittel der Migrantinnen (34%) hat angegeben, mindestens zwei Stunden in der Woche Sport zu treiben.

Abgesehen davon sind die sportlich Inaktiven - in Umkehrung der oben beschriebenen Beobachtungen zur Alltagsaktivität - eher diejenigen mit niedrigem Einkommen und geringer Bildung. Dementsprechend zeigt sich eine dem **sozialen Status** folgende Stufung (s. Abb. 5.5).

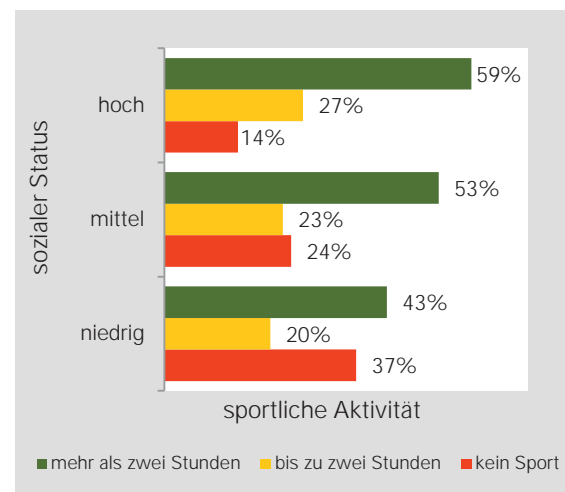


Abbildung 5.5: Sportliche Aktivität in Abhängigkeit vom sozioökonomischen Status; jeweilige Anteile in Prozent (Quelle: Hamburger Befragung).

Ein Drittel der Befragten mit niedrigem sozialem Status sind sportlich nicht aktiv (37%). Umgekehrt sind bei hohem sozialem Status deutlich mehr als die Hälfte der Befragten (59%) mehr als zwei Stunden pro Woche sportlich aktiv.²⁵

Ein Vergleich mit den GEDA-Daten²⁶ zeigt Unterschiede im Sportverhalten zwischen Hamburg und den bundesweiten Daten in Abhängigkeit vom Geschlecht. **Hamburger Männer** waren in den letzten drei Mona-

²² Chi-Quadrat 9; df=1, p<=0,002.

²³ Chi-Quadrat 9; df=3, p<=0,027.

²⁴ Anteil der sportlich nicht aktiven Migranten 29%, Anteil der sportlich nicht aktiven Migrantinnen 43%.

²⁵ Chi-Quadrat 54,5; df=4, p<=0,001.

²⁶ Datenauszug GEDA 2010.

ten etwas häufiger sportlich aktiv (79%) als die Männer in Gesamtdeutschland (73%).

Zeitintervall für Bewegung – der Maßstab der WHO

Anstrengende **körperliche Aktivität im Alltag und sportliche Aktivitäten** haben gemeinsam, dass sie gesunderhaltend sind.^{27, 28} Nach den WHO-Angaben für ein gesundheitsförderliches Maß an körperlicher Aktivität werden **150 Minuten moderate Bewegung pro Woche** oder 75 Minuten Bewegung mit hoher Intensität für die Altersgruppe der 18-64 Jährigen empfohlen.²⁹

Die zeitlichen Angaben zu körperlicher Aktivität im Alltag und zur sportlichen Betätigung der Hamburger Befragten können dafür auch zusammengefasst werden (s. Anhang). Auf Basis dieser zeitlichen Schätzwerte³⁰ ist ein Abgleich mit dem Empfehlungswert der WHO möglich. Im Ergebnis zeigt sich, dass die Hamburger Befragten typischerweise knapp vier Stunden pro Woche körperlich aktiv sind. Allerdings:

Jede/r vierte Hamburger Befragte bewegt sich weniger als die WHO empfiehlt.

Fast drei Viertel (72%) der Hamburger Befragten entsprechen damit der gesundheitsförderlichen Bewegungsempfehlung der WHO, sich mindestens zweieinhalb Stunden pro Woche³¹ (moderat/intensiv) zu

²⁷ Kokkinos, P., & Myers, J. (2010). Exercise and Physical Activity: Clinical Outcomes and Applications. *Circulation*, 122, S. 1637-1648.

²⁸ Powell, K. E., Paluch, A. E., & Blair, S. N. (2011). Physical Activity for Health: What Kind? How Much? How Intense? On Top of What? *Annual Review of Public Health*, 32, S. 349-365.

²⁹ WHO. (2010). Global recommendations on physical activity for health. Genf: World Health Organization.

³⁰ Vorsichtige Schätzung, da intensive vs. moderate Bewegung nicht separat erfragt wurde; methodischer Vorbehalt: für Zeitspannen wurden die Mittenwerte benutzt, ansonsten jeweils die unteren Grenzwerte.

³¹ bzw. rund 20 Min./Tag.

bewegen. Auf den ersten Blick stimmen die Ergebnisse in der Migrantenstichprobe mit den Resultaten der Hauptstichprobe überein. Bei genauerer Betrachtung deuten sich im Geschlechtervergleich Unterschiede an. Frauen aus der Hauptstichprobe bewegen sich etwas häufiger entsprechend der WHO-Empfehlung als die Migrantinnen (70% vs. 61%).

Alkoholkonsum

Mit drei Fragen zum Alkoholkonsum wurde nach Vorgabe des RKI³² (s. Anhang) ein riskantes Konsumverhalten erfasst. Nach dieser Einstufung konsumiert in Hamburg jede/r Dritte/r (32%) Alkohol in gesundheitsriskanter Weise.³³ Diese Ergebnisse stimmen mit den repräsentativen Daten des RKI³⁴ für ganz Deutschland überein. Allerdings zeigt sich bei den Hamburger Frauen etwas häufiger ein riskanter Alkoholkonsum (29%) als bei der bundesweiten Erhebung (25%). Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Hamburger Frauen im jüngeren und mittleren Lebensalter - bei einer typischen Situation - eher drei bis vier alkoholische Getränke zu sich nehmen als die repräsentative Vergleichsgruppe für Deutschland.³⁵

Jede/r dritte Hamburger Befragte zeigt einen riskanten Alkoholkonsum.

Ein moderater Alkoholkonsum liegt bei beiden Geschlechtern bei mehr als jeder zweiten Person vor (53%). Frauen sind

³² Robert Koch-Institut. Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2010“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. S. 140-143. RKI. Berlin.

³³ Zuordnung zur Kategorie „riskanter Alkoholkonsum“ ab 5 Punkten bei Männern (z.B. zwei- bis dreimal pro Woche fünf bis sechs alkoholische Getränke) und vier Punkten bei Frauen (z.B. viermal die Woche oder öfter ein bis zwei alkoholische Getränke).

³⁴ Datenauszug GEDA 2010.

³⁵ Anteil Hamburger Frauen mit üblichen Anzahl von alk. Getränken 1-2: 78%; 3-4 18%; 5 und mehr 4%; Anteil BRD-Frauen mit üblichen Anzahl von alk. Getränken 1-2: 80%; 3-4 16%; 5 und mehr 4%.

etwas häufiger abstinent als Männer (19% vs. 12%) und zeigen etwas seltener einen riskanten Alkoholkonsum (29% vs. 34%). Dieser Unterschied zwischen Männern und Frauen wird auch mit den Ergebnissen des Hamburger Suchtsurveys belegt, wobei allerdings die Gesamtprävalenz von riskantem Alkoholkonsum etwas niedriger (20%) und die Differenz zwischen Frauen und Männern größer eingeschätzt werden.³⁶

Deutlichere Unterschiede beim Alkoholkonsum zeigen sich in Bezug zum Alter. In der jüngsten Altersgruppe der 20-29 Jährigen lassen die Angaben der Befragten bei 42% auf einen riskanten Alkoholkonsum schließen, bei den 50-59 Jährigen sind es „nur noch“ 25%. Die konsistente **Abnahme in Abhängigkeit vom Alter** in Bezug auf den riskanten Alkoholkonsum entspricht den Beobachtungen des RKI in der bundesweiten Befragung.

Die Zusammenhangsanalysen mit den soziodemografischen Merkmalen fallen nicht immer erwartungsgemäß aus. Personen mit niedrigem Bildungsstand weisen z.B. den höchsten Anteil an Abstinenter auf.³⁷ Bei hohem Einkommen ist der Anteil derjenigen mit Risikokonsum am größten.³⁸ Im Ergebnis zeigt sich **unabhängig vom sozioökonomischen Status** ein stabil hoher Anteil von **Risikokonsumenten**. Gleichzeitig steigt abhängig vom sozioökonomischen Status der Anteil der moderaten Alkoholkonsumenten und es sinkt der Anteil der Abstinenter (s. Abb. 5.6).

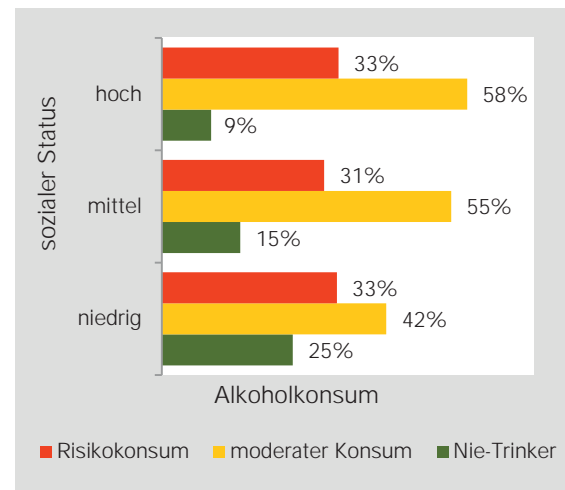


Abbildung 5.6: Alkoholkonsum in Abhängigkeit vom sozioökonomischen Status; jeweilige Anteile in Prozent (Quelle: Hamburger Befragung).

Ein weiterer Aspekt ist auffällig:

Migrantinnen und Migranten sind viel häufiger abstinent (39% statt 16%).

Vor allem Migrantinnen trinken häufiger gar keinen Alkohol im Vergleich zu den weiblichen Befragten der Hauptstichprobe (47% statt 19%). Bei denjenigen, die Alkohol konsumieren, gibt es im Vergleich der beiden Stichproben keine wesentlichen Unterschiede.³⁹ Somit ergibt sich vor allem aus dem höheren Anteil der Abstinenzlerinnen, dass Migrantinnen und Migranten sich deutlich seltener im Bereich des riskanten Alkoholkonsums befinden (16% statt 32%).

Zahlenmäßig in derselben Größenordnung sind Befragte aus einem Mehrpersonenhaushalt häufiger abstinent und seltener im Risikobereich.

Wie ist es beim Alkohol mit der **kritischen Selbstwahrnehmung**? Alle, die sich nicht als abstinent bezeichnet hatten, wurden befragt, ob sie vorhaben ihren Alkoholkonsum in nächster Zeit einzuschränken. Die große Mehrheit der unproblematischen „Genussrinker“ verneinte diese Frage (93%).

³⁶ Gesamtprävalenz „problematischer“ Alkoholkonsum in Hamburg 20%; bei Männern 28%, bei Frauen 13%. Epidemiologischer Suchtsurvey 2009: Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Hamburg; L. Kraus, A. Pabst & S. Müller; IFT Institut für Therapieforchung, München; 03.08.2011; S. 37-47; <http://www.hamburg.de/contentblob/3078458/data/ift-bericht.pdf>; [24.09.2014].

³⁷ (21% vs. 16% und 10%).

³⁸ (41% vs. 30% und 28%).

³⁹ über 90% trinken max. bis zu 3 mal/Woche Alkohol, über 90% trinken max. vier alk. Getränke/Gelegenheit.

Aber auch bei denjenigen, die zu viel oder zu häufig Alkohol trinken, waren es noch drei Viertel der Befragten (76%).

Die große Mehrheit derjenigen mit einem riskanten Alkoholkonsum zeigen kein Problembewusstsein.



© Ute Mulder / pixelio.de

Nur jede/r Zehnte mit einem riskanten Alkoholkonsum denkt über Einschränkungen in nächster Zeit nach oder hat die feste Absicht dazu (13% bzw. 10%). Dies spricht nicht für eine kritische Selbst-

wahrnehmung bzw. eine Zugänglichkeit für Kampagnen etc., ganz im Gegenteil! Auch ein Blick auf die Evaluationen nationaler und internationaler Alkoholkampagnen lässt eher **Akzeptanzprobleme** erkennen.

In der bundesweiten Kampagne der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in Deutschland „Alkohol? Kenn dein Limit“ wird seit 2009 für den verantwortungsbewussten Umgang mit Alkohol geworben.⁴⁰ Diese Kampagne wurde und wird evaluiert; bisher konnten allerdings noch keine Erfolge verzeichnet werden.⁴¹

Von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V. wird seit 2007 im 2-Jahre-Rhythmus eine Aktionswoche „**Alkohol! Weniger ist besser**“ veranstaltet. Das Ziel ist „die Bevölkerung ohne erhobenen Zeigefinger anzusprechen und ins Gespräch zu kommen“⁴² und zu einem „bewussteren und maßvolleren Umgang mit Alkohol

in der Bevölkerung“⁴³ beizutragen. Die Begleitevaluation ist prozessorientiert, von daher können Erfolge auf der Wirkungsebene nicht aufgezeigt werden.

Großbritannien kann zum selben Thema einen erfolgversprechenden Ansatz aufweisen. In einer Sensibilisierungswoche, der „Alcohol Awareness Week“ werden Teilnehmerinnen und Teilnehmer für einen Monat ohne Alkoholkonsum geworben („Dry January“).⁴⁴ Dieser „Dry January“ scheint den ersten Auswertungen zufolge erfolgsversprechend. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer werden durch positive Erfahrungen im alkoholfreien Monat zu Verhaltensänderungen angeregt. Doch gerade die Nachhaltigkeit dieser Wirkung muss noch untersucht werden.

Rauchen

Fast zwei Drittel der Befragten sind Nichtraucher oder Nichtraucherinnen (64%): sie rauchen nicht mehr (24%) oder haben noch nie geraucht (40%). Männer und Frauen unterscheiden sich kaum, im Altersgang zeigt sich keine signifikante Zunahme des Nichtraucheranteils und auch der Migrationshintergrund steht in keinem Zusammenhang mit den Rauchgewohnheiten.

Ein Drittel der Befragten raucht, es gibt keine Unterschiede (mehr) zwischen den Geschlechtern oder den Altersgruppen.

Davon abgesehen bestätigen die Hamburger Befragungsdaten die vielfach beobachteten Zusammenhänge zwischen dem in-

⁴⁰ BZgA. (2009). *Alkoholspiegel*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

⁴¹ Klockgether, K. (30. Juli 2012). *Evaluation der Infotour „Alkohol? Kenn dein Limit.“*: http://www.univation.org/index.php?class=Calimero_Article&id=13593 [24.09.2014].

⁴² DHS. (2013). *Aktionswoche Alkohol 2013: Dokumentation*. Hamm: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS).

⁴³ Soellner, R., Berganski, K., Krieger, J., Stephany, S., & Storm, V. (2013). Aktionswoche Alkohol 2011 – Ergebnisse einer Evaluation. *Sucht*, 59(2), S. 97-104.

⁴⁴ Alcohol Concern. (o.J.a). Campaign: Alcohol Awareness Week.: The charity making sense of alcohol: <http://www.alcoholconcern.org.uk/campaign/alcohol-awareness-week> [24.09.2014].

Alcohol Concern. (o.J.b). Can you stay off the booze for 31 days? <http://www.dryjanuary.org.uk/> [24.09.2014].

dividuellen Gesundheitsverhalten und dem **sozialen Status**. Zum Beispiel rauchen Personen mit niedrigem Sozialstatus (53%) deutlich häufiger und auch mehr Zigaretten als Personen mit mittlerem (37%) und hohem Sozialstatus (28%).⁴⁵

Diese Ergebnisse lassen sich hier spezifisch mit Hamburger Daten des Suchtsurveys 2009 vergleichen.⁴⁶ Im Survey wird noch ein „Vorsprung“ der Männer beschrieben (36% Anteil Raucher bei den Männern vs. 29% bei den Frauen). Dies lässt sich hier nicht mehr bestätigen, es rauchen inzwischen 37% der Männer und 34% der Frauen.

Wie schätzen die Raucherinnen und Raucher⁴⁷ selbst ihr Rauchverhalten ein?

Unabhängig von der Intensität des Rauchens schätzt jede/r Zweite die eigenen Rauchgewohnheiten als „gesundheitlich etwas riskant“ ein.

Jede/r Fünfte hält den eigenen Zigarettenkonsum für gesundheitlich unbedenklich, dagegen stuft jede/r Dritte den eigenen Konsum als sehr gefährlich ein (29%). Tendenziell besteht bei intensiverem Zigarettenkonsum auch häufiger die Einschätzung, dass dieses Verhalten riskant bzw. gefährlich ist, wie die untenstehende Abbildung 5.7 zeigt.

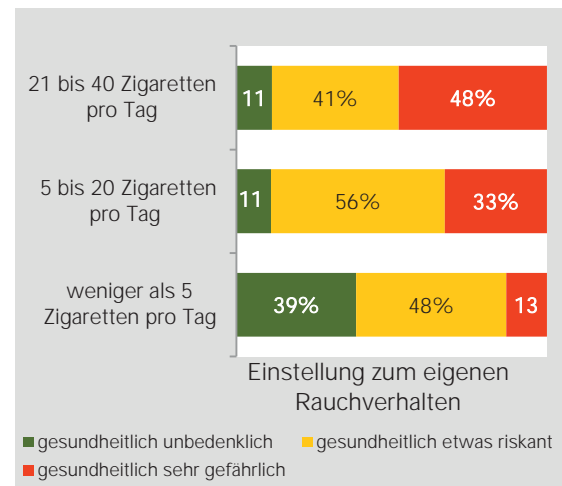


Abbildung 5.7: Einstellung der Raucherinnen und Raucher zum eigenen Rauchverhalten nach Zigarettenanzahl pro Tag; jeweilige Anteile in Prozent (Quelle: Hamburger Befragung).

Fast zwei Drittel der Raucherinnen und Raucher (61%) denken darüber nach oder haben die feste Absicht, das Rauchen aufzugeben (40%, bzw. 21%).



© PeterFranz / pixelio.de

Die relevanten soziodemografischen Merkmale, die das Risiko Raucher/in zu sein erhöhen (Alter, Sozialstatus, ggf. Geschlecht), scheinen allerdings keinen Einfluss darauf zu haben, ob die Absicht besteht, mit dem Rauchen aufzuhören.

Die eigene Gesundheit ist mit Abstand das häufigste Motiv für diejenigen, die mit dem Rauchen aufhören wollen (64%).

Alle anderen Argumente (Kosten, Vorbildcharakter, Partner/Partnerin) sind nur von nachgeordneter Bedeutung.

⁴⁵ Deutsche Krebsgesellschaft; Rauchen – Zahlen und Fakten; 11.06.2010; <http://www.krebsgesellschaft.de/onko-internetportal/basis-informationen-krebs/bewusst-leben/rauchen-zahlen-und-fakten.html>; [24.09.2014].

Deutsche Krankenversicherung; Daten & Fakten zum Rauchen; 20.Januar2011; <http://www.dkv.com/gesundheit-rauchen-daten-fakten-12538.html>; [24.09.2014].

⁴⁶ Epidemiologischer Suchtsurvey 2009: Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Hamburg; L. Kraus, A Pabst & S. Müller; IFT Institut für Therapieforchung, München; 03.08.2011; S. 49-58; <http://www.hamburg.de/contentblob/3078458/data/ift-bericht.pdf>; [24.09.2014].

⁴⁷ n=574 Personen.

Index „Riskantes Gesundheitsverhalten“

Einleitend wurde skizziert, dass so manche genussversprechende Gewohnheiten in gesundheitlicher Sicht riskant sind. Andererseits kann positives Gesundheitsverhalten zu einem gesundheitlich unbelasteten Leben beitragen. Um diese individuelle **Balance zwischen Genuss und Vernunft** abzubilden, werden die beschriebenen Verhaltensweisen der Befragten zusammengefasst. Gesundheitsfördernde Gewohnheiten werden mit null Punkten, riskantes Gesundheitsverhalten mit ein bis zwei Punkten bewertet und über die Bereiche Ernährung, Genussmittel und Bewegung zusammengefasst (s. Anhang). Mit einem **Index zum „riskanten Gesundheitsverhalten“** kann so über verschiedene Aspekte abstrahiert das Gesundheitsverhalten jedes einzelnen dargestellt werden, sei es als vorbildhaftes oder eher als riskantes Gesundheitsverhalten. Auf Basis dieses Indices können - in grober Abschätzung - die Befragten drei gleichgroßen Gruppen mit gering, mittel und hoch ausgeprägtem Risikoverhalten zugeordnet werden.

Dies ist selbstverständlich nur eine Annäherung, denn viele Facetten des Lebens, die die Gesundheit erhalten und fördern (z.B. ausreichend Schlaf, frische Luft, erholsame Wohnumgebung) wurden nicht erfragt, andere Aspekte werden in anderen Kapiteln beschrieben (z.B. soziale Ressourcen, Inanspruchnahme der medizinischen Versorgung) und bleiben hier unberücksichtigt. Maßgeblich für die hier gewählte Zusammenstellung ist, dass diese mehr oder weniger gesundheitsförderlichen Verhaltensgewohnheiten der **Selbststeuerung** unterliegen, gleichzeitig aber auch durch die sozioökonomischen Verhältnisse mitgeprägt werden und dahingehend auch betrachtet werden müssen.

In den Vignetten kommen exemplarisch zwei Personen zu Wort, die in diesem Verhaltensindex gering oder hoch abschneiden.

Ich esse schon viel Obst und Gemüse; da ich auf's Gewicht achte, müssen zwei Mahlzeiten jedoch reichen. In meinem Job bin ich körperlich sehr aktiv, aber auch sehr geschafft am Abend, da komme ich vom Sofa nicht mehr hoch zum Sport. Alkohol trinke ich nur selten und nie viel, das Rauchen habe ich mir letztes Jahr abgewöhnt. (Anm.: 3 Punkte, Risikoverhaltensindex im niedrigen Bereich)

Mein Arbeitsweg ist kurz, die viertel Stunde gehe ich gern zu Fuß. Ich frühstücke nie, meine erste Mahlzeit ist das Mittagessen. Täglich ein/zwei Portionen Obst oder Gemüse – darauf versuche ich schon zu achten. Zum Abendessen gehören ein/zwei Gläser Wein, in Gesellschaft können es auch mal mehr werden. Bei der Arbeit brauch ich auch meine Rauchpausen, abends rauche ich aber nicht. Ein- bis zweimal pro Woche läuft mein Training, das klappt auch meistens. (Anm.: 9 Punkte, Risikoverhaltensindex im hohen Bereich)

Wie erwartet verhalten sich Männer häufiger riskant als Frauen. Die jüngste Altersgruppe der 20-29 Jährigen zeichnet sich ebenfalls durch häufigeres riskantes Verhalten aus.⁴⁸ Migrationshintergrund, Einkommen oder Erwerbstätigkeit spielen hier keine Rolle, Bildung dafür umso mehr: Personen mit max. einem 10. Klasse-Abschluss tendieren in etwa doppelt so

⁴⁸ Anteil mit riskantem Gesundheitsverhalten - bei Männern 37%, bei Frauen 28%; bei 20-29 Jährigen 40%, bei 30-39, 40-49 und 50-59Jährigen ca. 30%.

häufig zu riskantem Gesundheitsverhalten im Vergleich zu Personen mit akademischem Abschluss.⁴⁹ Gleichzeitig hat die Zugehörigkeit zu einem Mehrpersonenhaushalt anscheinend auch einen protektiven Effekt.⁵⁰

Diese Beobachtungen entsprechen den Ergebnissen aus einer Befragung von mehr als 35.000 Personen in Finnland.⁵¹ Als „unhealthy behaviour“, also ungesundes Verhalten, wurde Rauchen, hoher Alkoholkonsum, körperliche Inaktivität und ungesunde Ernährung zusammengefasst. Die soziodemografischen Merkmale Alter, Geschlecht, Bildung und Wohnort wurden gleichzeitig analysiert. Als Risikofaktoren wurden die Zugehörigkeit zur Altersgruppe 20-49 Jahre, Single zu sein und eine geringe Schulbildung identifiziert. Bei Frauen hatte zusätzlich das Leben in der Großstadt einen signifikanten Einfluss.⁵²

Das Forscherteam diskutiert kritisch die Vor- und Nachteile eines additiven Gesundheitsverhaltens-Index. Hiermit werden die Verhaltensweisen ja gleichwertig einbezogen, obwohl sie unterschiedlich stark das Auftreten chronischer Krankheiten beeinflussen. Andererseits **erklären die Gesundheitsverhaltens-Indices erfolgreich die Risiken für Mortalität und Morbidität** und sind somit doch verlässliche Indikatoren.

Lassen sich die finnischen Studienergebnisse hier bestätigen? Und gibt es Hinweise auf Einflussfaktoren, die über die soziodemografischen Merkmale hinaus-

gehen? In einer multivariaten Analyse⁵³ der Hamburger Daten wurde untersucht, welche soziodemografischen und welche gesundheitsrelevanten Variablen ein geringes bzw. hohes Risikoverhalten vorherzusagen. Hierbei erwiesen sich Einkommen und der subjektive Gesundheitszustand als unwichtig; dagegen sind Alter, Geschlecht, Bildung und Selbstwirksamkeit relevante Faktoren: Ein höheres Alter, ein höherer Bildungsabschluss und das weibliche Geschlecht zeigen einen protektiven Effekt, sind also häufiger mit nur geringem riskantem Gesundheitsverhalten assoziiert.

Darüber hinaus ist die Überzeugung, selbst viel zur Gesunderhaltung beitragen zu können, auch ein Schutzfaktor in Bezug auf das Risikoverhalten.

Entsprechend erhöhen alle vier Merkmale signifikant die Chancen, dass das Risikoverhalten der jeweiligen Person nur gering ausgeprägt ist.

Zusammenfassung

Die klassischen drei Mahlzeiten strukturieren für die große Mehrheit der Hamburgerinnen und Hamburger den Alltag. Fast die Hälfte der Befragten konsumieren täglich nur ein bis zwei Portionen Obst und Gemüse. Dieses Ergebnis zeigt, dass noch viel zu tun ist, damit unabhängig von Alter, Bildung und Geschlecht mehr Personen zumindest annähernd der Empfehlung „five a day“ entsprechen. Migrantinnen und Migranten, die zu mehr als der Hälfte dieser Empfehlung entsprechen, zeigen, dass es möglich ist.

Körperliche Inaktivität prägt den Alltag fast bei jedem/r Zweiten/m. Eine mögliche Kompensation durch sportliche Aktivitäten ist allerdings nur bei höherem sozioöko-

⁴⁹ Anteil mit riskantem Gesundheitsverhalten - bei niedriger Bildungsniveau 42%, bei akademischem Abschluss 22%.

⁵⁰ Zugehörigkeit zu 1-2 Personenhaushalten 37% riskantes Gesundheitsverhalten, Zugehörigkeit zu Mehrpersonenhaushalt 27%.

⁵¹ Laaksonen, M., Prättälä, R., & Lahelma, E. (2003). Sociodemographic determinants of multiple unhealthy behaviours. *Scandinavian Journal of Public Health*, S. 37-43.

⁵² Laaksonen et al, S. 39 - 41.

⁵³ Binär logistische Regression zum „Risikoverhalten“ mit n=1080 (s. Anhang).

nomischem Status häufig. Quintessenz ist, dass sich in etwa drei Viertel der Befragten – gemäß der WHO-Vorgabe - 150 Minuten pro Woche zumindest moderat bewegen und damit für ein gesundheitsförderliches Maß an körperlicher Aktivität sorgen. Rund ein Viertel der Befragten entspricht dieser WHO-Vorgabe nicht. Sie bewegen sich schätzungsweise noch nicht einmal 20 Min/Tag.

Ein Drittel der Befragten raucht, ebenso zeigt ein Drittel einen riskanten Alkoholkonsum. Bei den Raucherinnen und Rauchern bestanden überwiegend Problembewusstsein und Änderungsabsichten. Aber bei den Personen, die zu viel und/oder zu häufig Alkohol konsumierten, äußerte nur jede/r Zehnte Änderungsabsichten.

Ein Risikoverhaltensindex integriert die erhobenen Angaben. In der Analyse zeigt sich, dass zusätzlich zu den Merkmalen Alter, Bildung und Geschlecht die persönliche Einstellung zur Gesundheit eine wichtige Rolle spielt. Wer überzeugt ist, viel zur Gesunderhaltung beitragen zu können, verhält sich seltener riskant in Bezug auf Ernährung, Bewegung und Suchtmittelkonsum.

6. Soziale Unterstützung und andere Ressourcen

In den vorausgehenden Kapiteln standen häufig Einschränkungen des Gesundheitszustandes und die Identifikationen von Risikofaktoren im Vordergrund. In dem nun folgenden Kapitel soll eine andere Perspektive im Mittelpunkt stehen: Wie sind die **gesunderhaltenden und unterstützenden Faktoren** in der Hamburger Bevölkerung verteilt? Wer hat viele Ressourcen, wer hat eher wenige? Die Stärkung von Ressourcen ist in der Gesundheitsförderung als „Empowerment-Strategie“ bekannt. Das dahinterstehende Modell der Salutogenese¹ ist auch als „Schatzsuche“ veranschaulicht worden, im Unterschied zur „Fehlerfahndung“ in der Erforschung von Krankheitsursachen und Risikofaktoren.²

Im Rahmen der Befragung konnten nur ausgewählte „Schätze“ erfragt werden, z.B. die Zufriedenheit mit der Freizeit oder die Eckpunkte sozialer Unterstützung. Gleichzeitig werden in einem zusammenfassenden Ressourcen-Index auch soziodemografische Angaben wie Bildung und Einkommen als Ressourcen angesehen. Hier ist mit großer Sicherheit anzunehmen: je höher, desto besser. Andererseits werden z.B. Angaben zu Partnerschaft oder Haushaltsgröße nicht als Ressourcen mit ausgewertet, weil hier die mögliche positive wie auch negative individuelle Wertschätzung nicht erfragt wurde.

Von daher ist der Zugang zur Beschreibung der gesunderhaltenen Ressourcen in der Hamburger Bevölkerung, die hier erst-

malig erfolgt, selektiv, nichtsdestotrotz aber besonders aufschlussreich.

Freizeit

Die Suche nach Glück und Zufriedenheit im Leben ist ein weit verbreitetes Motto. Dass die Zufriedenheit mit bestimmten Lebensbereichen - darunter auch der Bereich Freizeit - für das gesundheitliche Empfinden relevant ist, ist schon länger bekannt.^{3,4} Dementsprechend stellte sich für uns die Frage: Wie zufrieden sind die Hamburgerinnen und Hamburger mit dem Umfang ihrer Freizeit?

Unabhängig von Alter, Geschlecht, sozioökonomischem Status und Erwerbstätigkeit ist die Hälfte der Befragten (54%) damit sehr oder eher zufrieden.

In etwa jede/r Zweite ist zufrieden mit der „Zeit für die Freizeit“.

Fast alle Befragten, die sich unzufrieden äußern, haben weniger Freizeit als sie sich wünschen (89%). Bei der Frage, ob sie an ihrer Freizeitgestaltung grundsätzlich etwas ändern

ggf. verbessern möchten, „scheiden sich die Geister“. Weniger als die Hälfte der Befragten ist rundum zufrieden mit der eigenen Freizeitgestaltung und möchte nichts ändern (43%), ein Drittel (35%) denkt darüber nach und fast jede/r Vierte (22%) äußert die feste Absicht dazu zu haben.



© Bernd Kasper / pixello.de

¹ Salutogenese: Dieser Begriff wurde in der 1970er Jahren von dem amerikanischen Medizinsoziologen Aaron Antonovsky entwickelt. Unter Salutogenese verstand er dynamische Prozesse, die zur Entstehung und Erhaltung von Gesundheit führen. Insbesondere Stress zu bewältigen hat eine motivierende, gesunderhaltende und sogar gesundheitsstärkende Wirkung.

² Schiffer, E. Wie Gesundheit entsteht. Salutogenese - Schatzsuche statt Fehlerfahndung. Beltz, Weinheim 2001.

³ Ellert, U., & Knopf, H. (1999). Zufriedenheit mit Lebensumständen und Gesundheit. Das Gesundheitswesen (Sonderheft 2), S. S.145-S.150.

⁴ Noll, H.-H. (30. Oktober 2013). Lebensqualität - ein Konzept der individuellen und gesellschaftlichen Wohlfahrt: <http://www.bzga.de/leitbegriffe/?id=angebote&idx=206> [24.09.2014].

Mehr als die Hälfte der Befragten denkt darüber nach oder hat die feste Absicht, die Freizeitgestaltung zu verändern bzw. zu verbessern.

In der Migrantentstichprobe sind es zwei Drittel (68%), die etwas ändern oder verbessern wollen. Auch bei den Jüngeren, in der Gruppe der Erwerbslosen und bei denjenigen mit niedrigem Einkommen werden Änderungsabsichten etwas häufiger formuliert.

Bei den meisten Menschen soll die Freizeit einen **Ausgleich zur Berufstätigkeit und/oder Ausbildung** sein. Das gelingt nicht immer, sei es, dass die passenden Angebote mit den eigenen Arbeitszeiten nicht unter einen Hut zu bringen sind, sei es, dass die arbeitsbedingte Erschöpfung oder familiäre Verpflichtungen dem adäquaten Freizeitausgleich im Wege stehen. Die Hamburger Befragten⁵ allerdings sehen das überwiegend positiv.

Für fast zwei Drittel (61%) der Erwerbstätigen ist die Freizeit ein gelungener Ausgleich zur Berufstätigkeit bzw. Ausbildung.

Hinsichtlich Alter und Geschlecht gibt es keine Unterschiede, allerdings scheint wieder einmal das Einkommen eine Rolle zu spielen: Je höher das **Einkommen**, desto häufiger stellt die Freizeit einen geeigneten Ausgleich zur Arbeit bzw. Ausbildung dar.⁶ Wie bei den Personen mit niedrigem Einkommen ist es auch in der Migrantentstichprobe nur knapp die Hälfte der Befragten (53%), für die sich dieser Anspruch befriedigend erfüllt.

Abgesehen von den soziodemografischen Merkmalen ist auch der **Gesundheitszu-**

stand für das Erleben der Freizeit relevant. Bei schlechtem Gesundheitszustand ebenso wie bei einer chronischen Erkrankung stellt die Freizeit seltener einen guten Ausgleich zur Berufstätigkeit dar.⁷ Die untenstehende Abbildung 6.1 verdeutlicht, dass abgesehen vom Gesundheitszustand bzw. dem Vorliegen einer chronischen Erkrankung auch **Beschwerden** das Freizeiterleben einschränken.

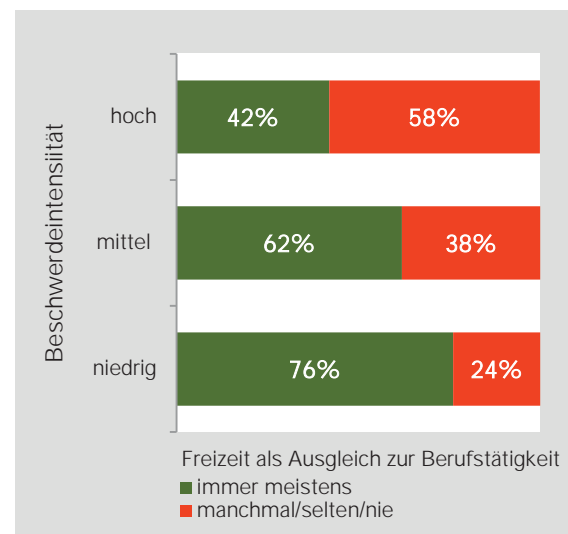


Abbildung 6.1: Freizeit als Ausgleich zur Berufstätigkeit in Abhängigkeit von der Beschwerdeintensität; jeweilige Anteile in Prozent (Quelle: Hamburger Befragung).

Hier fällt eine deutliche Abstufung mit der Anzahl der vorliegenden Beschwerden auf.

Je mehr gesundheitliche Beschwerden vorliegen, desto weniger stellt Freizeit einen zufriedenstellenden Ausgleich zur Berufstätigkeit bzw. Ausbildung dar.

Ein Dilemma: Damit fehlt den gesundheitlich belasteten Personen systematisch eine Ressource, die wichtig für die Gesunderhaltung und die eventuelle Verbesserung des Gesundheitszustandes ist.

⁵ hier Datengrundlage n=1.307 Erwerbstätige.

⁶ niedriges Einkommen 55% vs. mittleres Einkommen 59% vs. hohes Einkommen 68%.

⁷ Anteil derjenigen mit **wenig zufrieden stellender Freizeit** bei schlechter Gesundheit 52%, bei (sehr) guter Gesundheit 47%; Anteil derjenigen mit **wenig zufrieden stellender Freizeit** bei chronisch Erkrankten 43%, bei nicht chronisch Erkrankten 38%.

Soziale Unterstützung

Familie, Freunde, Bekannte, Kolleginnen und Kollegen oder Nachbarn, die beste Freundin, der Kumpel von früher, alle zusammen leisten „soziale Unterstützung“ und tragen dazu bei, „dass die Gesundheit erhalten bzw. die Krankheiten vermieden, psychische oder somatische Belastungen ohne Schaden für die Gesundheit überstanden und die Folgen von Krankheiten bewältigt werden“.⁸

Das Konzept „soziale Unterstützung als individuelle Ressource“ rückte in den wissenschaftlichen Fokus, nachdem festgestellt wurde, dass mit Belastungen allein Unterschiede im Gesundheitszustand nicht zu erklären sind. Viele Studien haben inzwischen die **positiven gesundheitlichen Wirkungen** von sozialer Unterstützung sowohl in körperlicher als auch in psychischer Hinsicht nachgewiesen.⁹ Dass Menschen mit geringer sozialer Unterstützung anfälliger für Krankheiten und Beschwerden sind ist empirisch durch viele Studien belegt.¹⁰ Der genaue Wirkmechanismus ist allerdings bisher nicht bekannt.¹¹

...bei ernststen persönlichen Problemen

braucht jede/r ein paar nahestehende Menschen, auf die man/frau sich verlassen kann. Es sollten auch mehr als ein bis zwei Personen sein. Glücklicherweise haben die meisten Befragten (86%) mindes-

tens drei Personen, auf die sie sich verlassen können.

Vergleichsweise ungünstig ist die Situation bei den Migrantinnen und Migranten: Knapp zwei Drittel (65%) könnten sich mindestens drei Personen anvertrauen, bei allen anderen steht keiner oder ein bis zwei Personen zu Verfügung. Nicht ganz so gravierend, aber ähnlich fallen die Angaben der Erwerbslosen aus. Hier sind es dreiviertel der Befragten (79%), für die bei ernststen Problemen mindestens drei Personen vertrauenswürdig wären.

Eine bedenkliche Beobachtung:

Jede/r dritte Migrant/in und jede/r vierte Erwerbslose hat nur wenig nahestehende Menschen bei persönlichen Problemen.

In der gleichen Größenordnung bestehen auch Unterschiede in Abhängigkeit von Bildung und Einkommen. Zusammengefasst ergibt sich daraus als Assoziation zum sozioökonomischen



© Stephanie Hofschlaeger / pixelio.de

Status: Befragte mit einem hohen Status haben häufiger mehrere Personen, auf die sie sich verlassen können, als diejenigen mit einem niedrigen Status.¹² All diese Beobachtungen bei den Hamburger Daten stimmen mit den deutschlandweit erhobenen Ergebnissen überein.¹³

⁸ Badura, B (Hrsg.)(1981): Soziale Unterstützung und chronische Krankheit. Zum Stand sozialepidemiologischer Forschung. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, S. 157.

⁹ Hartung, S. (2001). Was hält uns gesund? Gesundheitsressourcen: Von der Salutogenese zum Sozialkapital. In: Schott, T. & Hornberg, C. (Hrsg.) Die Gesellschaft und ihre Gesundheit- 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft. S.235-255.

¹⁰ Robert Koch-Institut (Hrsg) (2010) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009“. *Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. RKI, Berlin, S.89.

¹¹ Faltermaier, T. (2005). *Gesundheitspsychologie*. Stuttgart: Kohlhammer. S. 157-164.

¹² Anteil derjenigen mit mindestens drei nahestehenden Personen bei hoher SES 91%, bei mittlerem SES 87% und bei niedrigem SES 79%.

¹³ Datenauszug GEDA 2010.

Praktische Hilfe

Mit dem geschienten Arm lässt sich kein Sixpack Mineralwasser schleppen, bei mangelnder Geduld und/oder fehlendem technischen Verständnis klappt es mit dem Start des W-Lans nicht, bei einer heftigen Erkältung werden die Eltern entlastet, wenn die Nachbarn die Kinder hüten: Jede/r ist froh und dankbar, in solchen und ähnlichen Situationen **praktische Hilfe** von anderen Personen zu erhalten. Und auch wenn der Bedarfsfall nur selten eintritt, ist es beruhigend zu wissen, da ist jemand, den ich unkompliziert fragen kann.

Für drei Viertel der Befragten (76%) ist es (sehr) einfach praktische Hilfe von anderen Personen zu erhalten.

In der Migrantenstichprobe sind es deutlich weniger: nur zwei Drittel der Befragten (67%). Ein ähnliches Ergebnis zeigt sich - leicht nachvollziehbar - nur noch für diejenigen, die in einem 1-Personen-Haushalt leben.

Überraschend ist, dass die Hamburgerinnen und Hamburger diesen einfachen Zugang zur praktischen Hilfe deutlich häufiger angeben als die bundesweiten Zahlen es erwarten lassen. In der Befragung des RKI hatten nur 65% der 20 bis 59 Jährigen angegeben, dass es (sehr) einfach ist, praktische Hilfe zu bekommen. Am deutlichsten ist dieser Unterschied in den beiden jüngeren Altersgruppen.¹⁴

Versorgung im Notfall

Ein ambulanter Eingriff, dem ein paar Tage häusliche Schonung folgen sollen, ein Trauerfall, eine schwere Erkrankung - jede/r kann in die Situation kommen, einige Tage jemanden zur Versorgung zu benötigen.

¹⁴ (sehr) einfach, praktische Hilfe zu bekommen für 20-39 Jährige in Hamburg 80%, bundesweit 62%.

Fast alle haben jemanden, der oder die falls nötig einige Tage für ihn oder sie die Versorgung übernehmen würde.

Dass so viele (94%) diese Sicherheit haben, im Bedarfsfall aufgefangen bzw. versorgt zu werden, ist ein positives Ergebnis.

Tendenziell etwas schlechtere Werte - also Häufigkeitsanteile von weniger als 90% - zeigen sich innerhalb der Altersgruppe der 50-59 Jährigen (89%), bei 1-Personen-Haushalten (86%) und bei den Migrantinnen und Migranten (88%). Das heißt, in diesen Teilgruppen kennt in etwa jede/r Zehnte keine Person, die im Notfall einspringen würde. Auch Erwerbslose und Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status sind etwas häufiger ohne eine solche „Absicherung“.

Index „Soziale Unterstützung“

Soziale Unterstützung gilt seit langem als wichtiger Einflussfaktor für Wohlbefinden und Gesunderhaltung. In anderem Kontext werden gleichbedeutend auch die Begriffe „soziale Integration“ oder „soziales Netzwerk“ benutzt. Viele Studien haben belegt, dass **Menschen mit geringer sozialer Unterstützung anfälliger für Krankheiten und Beschwerden** sind. Allerdings ist der Wirkmechanismus bisher nicht bekannt.^{15,16}

Zusammenfassend wurde aus den oben beschriebenen Angaben der Index „soziale Unterstützung“ gebildet (s. Anhang). Er integriert die Anzahl nahestehender Personen, den Zugang zur praktischen Hilfe und zu einer Person, die im Notfall für ei-

¹⁵ Robert Koch-Institut (Hrsg) (2010) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin, S.89.

¹⁶ Faltermaier, T. (2005). Gesundheitspsychologie. Stuttgart: Kohlhammer. S. 157-164.

nen sorgen könnten.¹⁷ Damit wird z.B. einer Person, die einfach praktische Hilfe bekommen kann, auch im Notfall versorgt würde, aber sich nur ein bis zwei Anderen bei persönlichen Problemen anvertrauen kann, eine geringe soziale Unterstützung zugeordnet. In etwa ein Viertel der Befragten gehören zu dieser Teilgruppe, drei Viertel können der Teilgruppe mit ausreichender/hocher sozialer Unterstützung zugeordnet werden.

Während es in Abhängigkeit vom Geschlecht keine Auffälligkeiten gibt, macht sich das Alter deutlich bemerkbar. Mit **zunehmendem Alter** nimmt der Anteil derjenigen mit **unzureichender sozialer Unterstützung** kontinuierlich zu.¹⁸ Damit ist schon im jüngeren und mittleren Lebensalter ein **Trend** zu beobachten, der sich im höheren Alter fortsetzt. Das hatte sich ebenso deutlich bei der Hamburger Befragung der über 60 Jährigen gezeigt.¹⁹ Die Älteren ab 75 Jahren wiesen deutlich häufiger Lücken im sozialen Netz auf als die jüngeren Seniorinnen und Senioren zwischen 60 und 75 Jahren.

Davon abgesehen haben nicht überraschend die befragten Erwerbstätigen häufiger eine ausreichende soziale Unterstützung als die Erwerbslosen (77% statt 68%). Ebenso gilt, dass Befragte mit niedrigem sozioökonomischen Status häufiger nicht über ausreichende soziale Unterstützung verfügen.²⁰

Eine weitere Beobachtung aus der Befragung der älteren Hamburgerinnen und Ham-

burger wird leider auch für das jüngere und mittlere Lebensalter bestätigt. Das verbreitete Klischee, dass Migrantinnen und Migranten zuverlässig und einfach soziale Unterstützung im ethnisch geprägten Freundes- und/ oder Verwandtschaftskreis in Anspruch nehmen können, trifft nicht zu.

In der Migrantenstichprobe verfügen deutlich mehr Personen über geringe oder unzureichende soziale Unterstützung.²¹

Wird der Index „soziale Unterstützung“ mit weiteren Angaben zusammenhängend betrachtet, so lässt sich feststellen, dass Befragten mit einer ausreichenden bis hohen sozialen Unterstützung ihren Gesundheitszustand deutlich häufiger als sehr gut/gut bezeichnen im Vergleich zu denjenigen mit geringer sozialer Unterstützung (87% vs. 73%). Parallel dazu sind die Äußerungen „voller Elan zu sein“ und/oder „sich psychisch wohl zu fühlen“, deutlich häufiger bei denjenigen zu finden, die eine ausreichend bis hohe soziale Unterstützung angegeben haben (s. Abb. 6.2).

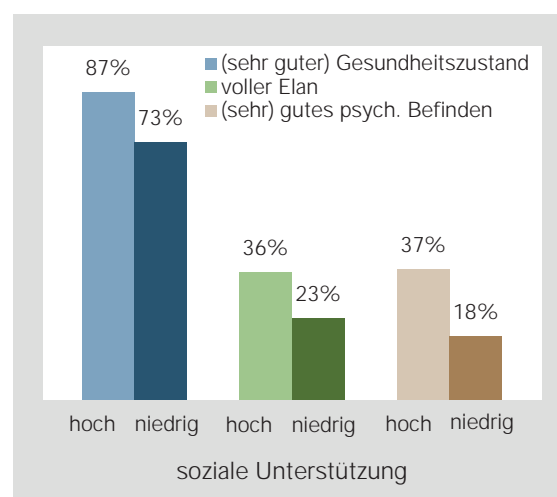


Abbildung 6.2: Gesundheitsrelevante Merkmale in Abhängigkeit von sozialer Unterstützung; jeweilige Anteile in Prozent (Quelle: Hamburger Befragung).

Ohne in die eine oder andere Richtung einen Wirkungszusammenhang zu unterstel-

¹⁷ s. Anhang; Erfassung der sozialen Ressourcen nur in zwei Einzelfragen wie beim RKI; dritte Fragen identisch mit LUCAS-Erhebung; von daher ist ein Vergleich mit dem zusammenfassenden Index („Oslo-Scale“) des RKI nicht möglich.

¹⁸ von 21% bei den 20-29 Jährigen zu 31% bei den 50-59 Jährigen.

¹⁹ Die Gesundheit älterer Menschen in Hamburg II, BGV 2011, Kapitel II.6.5, S.75.

²⁰ niedriger Status 67%, mittlerer Status 77%, hoher Status 78%.

²¹ unzureichende soziale Unterstützung bei Migrantinnen und Migranten 45% vs. 25% in der Hauptstichprobe.

len ist festzuhalten, dass das individuelle Maß an sozialer Unterstützung eng mit **soziodemografischen Merkmalen** und zugleich mit **gesundheitsrelevanten Merkmalen** assoziiert ist.

Die 50-59 Jährigen und die Migrantinnen und Migranten, die häufiger von gesundheitlichen Einschränkungen betroffen sind, weisen gleichzeitig häufiger Lücken in der sozialen Unterstützung durch Andere aus.

Damit fehlt es in diesen Personenkreisen an einer zur Gesunderhaltung wesentlichen Ressource. Im anschließenden Abschnitt wird dieses Merkmal mit anderen gesundheitsförderlichen Aspekten zusammenfassend beschrieben.

Index „Ressourcen“

Soziale Unterstützung stellt einen der Aspekte dar, die als „Ressourcen“ auf individueller Ebene mehr oder weniger stark zur Gesunderhaltung beitragen können. Grundsätzlich sind als Ressourcen Merkmale zu verstehen, die zur Bewältigung von Spannungen beitragen und in verschiedenen Belastungssituationen wirksam werden. Im Salutogenese-Konzept wird ein besonderer Fokus auf Ressourcen gelegt, denn diese beeinflussen die Gesundheit positiv. Die sog. endogenen Ressourcen sind personenbezogene Faktoren, exogene Ressourcen beziehen sich auf soziale Beziehungen, materielle Faktoren und kulturelle Bedingtheiten.²²

Auf der Grundlage der in dieser Befragung eingeschlossenen Angaben können einige, aber selbstverständlich nicht alle, relevanten Aspekte des Konzeptes „Ressour-

cen“ berücksichtigt werden. Diese sind z.B. die Zufriedenheit mit dem Umfang Freizeit, soziale Unterstützung, aber auch Bildung und Einkommen als „materielle Ressourcen“.

Körpergewicht und sportliche Aktivität können einbezogen werden, um angenähert die körperlich-konstitutionellen Ressourcen zu berücksichtigen. Denn regelmäßige körperliche Aktivität stärkt direkt das physische (Ausdauer, Kraft, Fitness) und indirekt das psychische Wohlbefinden (Ausbau sozialer Kontakte, Selbstkonzept).^{23,24}

Und schließlich ist als Ressource zu verstehen die Selbstwirksamkeitsüberzeugung, also die Einstellung wenig oder viel zur Gesunderhaltung beitragen zu können. Denn Menschen mit einem positiven Körpergefühl zeigen häufig ein günstigeres Gesundheitsverhalten und geringeres Risikoverhalten.^{25,26} Auf Basis dieser Merkmale wird der Ressourcen-Index gebildet (s. Anhang).

Bei der Auswertung des Index „Ressourcen“ anhand der soziodemografischen Variablen zeigen sich weder in den geschlechtsspezifischen noch in den Altersgruppen deutliche Unterschiede. Anders stellt sich die Situation für Erwerbslose dar: Sie haben im Vergleich zu den Erwerbstätigen häufiger nur wenige Ressourcen (35% statt 23%). Noch gravierender fällt das Ergebnis beim Vergleich der Migrantenstichprobe mit der Hauptstichprobe aus:

²² Hartung, S. (2001). Was hält uns gesund? Gesundheitsressourcen: Von der Salutogenese zum Sozialkapital. In: Schott, T. & Hornberg, C. (Hrsg.) Die Gesellschaft und ihre Gesundheit - 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft. S.235-255.

²³ Krug S., Jordan S., Mensink G.B.M. (2013). Körperliche Aktivität- Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt*. 56: 765-771.

²⁴ Brehm W., Bös K., Graf, C. et al. (2013). Sport als Mittel in Prävention, Rehabilitation und Gesundheitsförderung. *Bundesgesundheitsblatt*, 56: 1385-1389.

²⁵ Faltermaier, T. (2005). *Gesundheitspsychologie*. Stuttgart: Kohlhammer. S. 157-164.

²⁶ methodische Aspekte zur Bildung des Ressourcenindex s. Anhang.

Fast jede/r zweite Migrant/Migrantin (44%) hat nur wenige Ressourcen zur Gesunderhaltung bzw. zur Verbesserung des Gesundheitszustandes.

Sind denn überhaupt die in wissenschaftlichen Studien postulierten Beziehungen zwischen Ressourcen einerseits und dem Gesundheitszustand andererseits nachzuvollziehen, soweit das in einer Querschnittsstudie möglich ist?

Wie die folgende Grafik verdeutlicht (s. Abb. 6.3) geben diejenigen mit vielen Ressourcen deutlich häufiger einen (sehr) guten subjektiven Gesundheitszustand an, als diejenigen mit weniger Ressourcen (94% vs. 68%). Ebenso haben die Befragten mit einem hohen Ressourcen-Index deutlich häufiger viel Elan und/oder ein gutes psychisches Wohlbefinden und nur wenige Beschwerden.

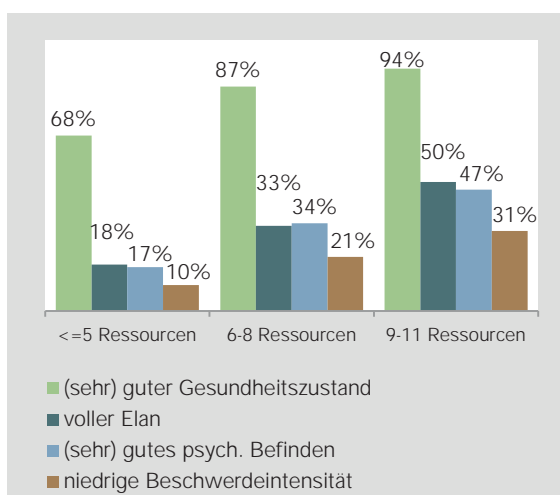


Abbildung 6.3: Gesundheitsrelevante Merkmale in Abhängigkeit vom Ressourcen-Index; jeweilige Anteile in Prozent (Quelle: Hamburger Befragung).

Eine hohe Anzahl von **Ressourcen** steht demnach eindeutig in einem **positiven Zusammenhang mit gesundheitsbezogenen Merkmalen**, auch wenn dabei unberücksichtigt bleibt, ob es sich eher um personenbezogene Faktoren, soziale Beziehungen oder materielle Faktoren handelt.

Zusammenfassung

Die Gestaltung der Freizeit ist für die meisten Hamburger/innen ein Ausgleich zur Berufstätigkeit oder Ausbildung. Abgesehen von soziodemografischen Merkmalen gibt es auch Assoziationen mit gesundheitsbezogenen Merkmalen: Je mehr Beschwerden vorliegen, desto weniger zufriedenstellend ist gleichzeitig die Freizeit.

Soziale Unterstützung - sei es durch nahe-stehende Personen, durch praktische Hilfe oder Versorgung im Notfall - ist als gesunderhaltende Ressource von großer Bedeutung. Die Hamburger Daten bestätigen: Tendenziell mangelt es eher bei Älteren und Personen mit niedrigem sozio-ökonomischen Status an sozialer Unterstützung. Bei Migrantinnen und Migranten liegen fast bei jede/r zweiten Person Lücken im sozialen Netz vor.

Ein zusammenfassender Index von Ressourcen, der abgesehen von Freizeit und sozialer Unterstützung auch soziodemografische Merkmale sowie die Selbstwirksamkeit und körperliche Konstitution berücksichtigt, weist auf potentielle Zielgruppen der Gesundheitsförderung hin: Vor allem viele Erwerbslose und Migrantinnen und Migranten verfügen über wenige Ressourcen. Gleichzeitig sind Ressourcen und der Gesundheitszustand eindeutig positiv assoziiert: Z.B. sind mehr Ressourcen verknüpft mit weniger Beschwerden.

7. Zusammenfassung und Fazit

Abschließend werden kapitelübergreifend **die wichtigsten Ergebnisse** für ausgewählte Bevölkerungsgruppen und Themen zusammengefasst.

Männergesundheit in Hamburg

Den Selbstangaben der Männer zufolge ist ihr Gesundheitszustand besser als bei den Frauen. Männer geben weniger Beschwerden an und nehmen auch seltener ärztlich verordnete Medikamente. Auch überwiegt bei den Männern ein gutes seelisches Befinden; noch nicht mal jeder Fünfte hat sich an fünf Tagen oder mehr schlecht gefühlt. In psychischem Wohlbefinden und Vitalität schneiden die Männer vergleichsweise deutlich besser ab.

Risikofaktoren

Männer tendieren dazu, die Angebote des medizinischen Versorgungssystems zu ignorieren. Beispielsweise hat jeder vierte Mann keine zahnärztliche Untersuchung in Anspruch genommen und jeder fünfte hat keinen Hausarzt/keine Hausärztin. Auch nehmen deutlich weniger Männer an der Hautkrebsfrüherkennung teil.

Männer sind im Vergleich zu den Frauen doppelt so häufig übergewichtig und adipös. Sie zeigen häufiger gesundheitsriskantes Verhalten in Bezug auf Ernährung (wenig Obst und Gemüse) und Alkoholkonsum (zuviel und zuoft).

Schutzfaktoren

Männer sind häufiger einem hohen Sozialindex zuzuordnen; damit verfügen sie über mehr Ressourcen auch zur Gesunderhaltung. Auch sind die meisten Männer sportlich aktiv, in Hamburg liegt dieser Anteil sogar über dem Bundesdurchschnitt.

Frauengesundheit in Hamburg

Der Gesundheitszustand der Hamburgerinnen ist dadurch gekennzeichnet, dass im Vergleich zu den Männern Beschwerden deutlich häufiger auftreten und es mehr Einschränkungen im Wohlbefinden gibt. Frauen geben überwiegend ein gutes seelisches Befinden an; dennoch hat sich jede Dritte an fünf Tagen oder mehr schlecht gefühlt. Deutlich mehr Frauen als Männer waren in ihrem körperlichen und/oder seelischen Befinden an mindestens fünf Tagen eingeschränkt. In psychischem Wohlbefinden und Vitalität liegen die Frauen vergleichsweise seltener im oberen, positiven Bereich.

Risikofaktoren

Frauen sind im Vergleich zu Männern doppelt so häufig in hohem Maße durch familiäre Verpflichtungen belastet. Gleichzeitig steht eine hohe familiäre Belastung häufig im Zusammenhang mit einem schlechteren Gesundheitszustand.

Frauen sind häufiger einem niedrigen Sozialindex zuzuordnen; damit verfügen sie über weniger Ressourcen auch zur Gesunderhaltung.

Schutzfaktoren

Drei Viertel der Frauen nehmen das medizinische Versorgungssystem in vergleichsweise hohem Maß in Anspruch. Dazu gehört beispielsweise die Inanspruchnahme der zahnärztlichen Untersuchung. Zwei Drittel der Frauen sind normalgewichtig, nur jede fünfte Frau ist übergewichtig.

Bei Frauen lässt sich etwas häufiger ein ausgeprägtes Gesundheitsbewusstsein feststellen. Dementsprechend verfügen Frauen auch etwas häufiger über Erfahrungen mit Angeboten der Gesundheitsförderung.

Drei Viertel der Frauen tendieren nicht zum riskanten Gesundheitsverhalten. Beispielsweise im Obst und Gemüsekonsum entsprechen doppelt so viele Frauen der „Fünf am Tag“-Empfehlung.

Gesundheit junger Menschen in Hamburg

Der körperliche Gesundheitszustand **der 20-39 Jährigen** ist vergleichsweise sehr gut: Chronische Erkrankungen und/oder Einschränkung im Alltag sind selten; ebenso gibt es nur wenige Beschwerden.

Risikofaktoren

Insbesondere **die Jüngsten, die 20-29 Jährigen**, verhalten sich häufiger in gesundheitlicher Hinsicht riskant. Ein Viertel der Befragten haben keine zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung in Anspruch genommen. Und nur jede zweite Frau hat - ihres Wissens - eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung auf Gebärmutterhalskrebs in Anspruch genommen.

Die jüngste Altersgruppe weist im Vergleich den höchsten Anteil von Personen mit einem riskanten Alkoholkonsum auf. Auch konsumieren die 20-29-Jährigen ausgesprochen wenig Obst und Gemüse. Insgesamt gesehen zeichnet sich die jüngste Altersgruppe am häufigsten durch riskantes Gesundheitsverhalten aus.

Schutzfaktoren

Sportliche Aktivität ist in der Altersgruppe der 20-39-Jährigen sehr präsent: Vier Fünftel treiben Sport, deutlich mehr als in den beiden älteren Altersgruppen.

Ausreichende soziale Unterstützung bei persönlichen Problemen oder im Bedarfsfall zu Versorgung ist bei der großen Mehrheit gegeben.

Gesundheit im mittleren Lebensalter in Hamburg

Bei den **40-59 Jährigen** treten häufiger chronische Erkrankungen und gesundheitliche Einschränkungen auf. Bei den 50-59 Jährigen ist jede/r Zehnte schwerbehindert und jede/r Dritte berichtet über krankheitsbedingte Einschränkungen. Zwischen 40-49 Jahren nimmt jede/r Dritte, zwischen 50-59 Jahren jede/r Zweite täglich ärztlich verordnete Medikamente ein. Dementsprechend ist auch die ärztliche Inanspruchnahme höher als bei den Jüngeren. Im psychischen Wohlbefinden und Vitalität allerdings stehen die Hamburgerrinnen und Hamburger im mittleren Lebensalter den Jüngeren in nichts nach.

Risikofaktoren

Jede/r Zweite ist übergewichtig oder adipös. Die Altersgruppe der 50-59 Jährigen hat dabei den höchsten Anteil von Personen mit Übergewicht bzw. Adipositas.

Bei einem Drittel der 50-59 Jährigen bestehen Lücken im Netz der sozialen Unterstützung.

Schutzfaktoren

Auch im mittleren Lebensalter dominiert die Überzeugung, (sehr) viel für die eigene Gesundheit tun zu können. Insgesamt gesehen ergibt sich bei den Älteren häufiger ein hohes Gesundheitsbewusstsein.

Beim Lebensmitteleinkauf werden häufiger gesunde Lebensmittel bevorzugt. Die überwiegende Mehrheit frühstückt regelmäßig und der tägliche Gemüsekonsum steht hoch im Kurs.

Nur noch bei jeder/m Vierten zwischen 40-59 Jahren gibt es Hinweise auf einen riskanten Alkoholkonsum. Insgesamt gesehen ist riskantes Gesundheitsverhalten seltener festzustellen.

Gesundheit und sozioökonomischer Status in Hamburg

Die gesundheitsrelevanten Unterschiede in Abhängigkeit vom sozioökonomischen Status sind konsistent. Demnach sind z.B. bei niedrigem Status krankheitsbedingte Einschränkungen und eine Vielzahl von Beschwerden doppelt so häufig verglichen mit hohem sozialen Status. Je niedriger der sozioökonomischen Status, desto häufiger haben sich die Befragten körperlich und/oder seelisch schlecht gefühlt. Je höher der sozioökonomische Status, desto häufiger wird ein sehr gutes psychisches Wohlbefinden angegeben.

Risikofaktoren

Bei niedrigem sozioökonomischem Status nutzt nur jede zweite Person eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung, in der höheren Sozialschicht sind es deutlich mehr.

Fast jede fünfte Person mit einem niedrigen Sozialindex ist adipös. In etwa ein Drittel der Befragten mit niedrigem Bildungsstand konsumieren noch nicht mal täglich eine Portion Obst oder Gemüse. Auch Sport gehört bei jeder dritten Person mit niedrigem sozioökonomischen Status nicht zum Alltag. Jede zweite Person mit einem niedrigem sozioökonomischen Status raucht.

Andererseits: Bei hohem Einkommen ist der Anteil derjenigen mit einem riskanten Alkoholkonsum am größten.

Schutzfaktoren

Je höher der soziale Status, desto häufiger geben die Befragten eine positive Einschätzung zur gesundheitsrelevanten Selbstwirksamkeit an.

Je höher der soziale Status desto höher ist der Anteil von Personen mit ausreichender/hohem sozialer Unterstützung.

Andererseits: Personen mit niedrigem Bildungsstand weisen den höchsten Anteil von Alkohol-Abstinenten auf.

Gesundheit bei Migrantinnen und Migranten in Hamburg

Hier gibt es relevante soziodemografische Unterschiede: Bei Migrantinnen und Migranten leben weniger Personen als Single, die Zuordnung zur niedrigen Sozialschicht ist häufiger.

Die Angaben zur Gesundheit stimmen im Wesentlichen mit der Hauptstichprobe überein, aber es werden tendenziell mehr Beschwerden angegeben.

Risikofaktoren

Die positive gesundheitsrelevante Einschätzung der Selbstwirksamkeit „ich kann selbst (sehr) viel tun zur Gesunderhaltung“ ist bei Migrantinnen und Migranten weniger verbreitet.

In der Migrantenstichprobe ist eine schlechte Stimmungslage häufiger anzutreffen, insbesondere bei Frauen: In etwa jeder zweiten Migrantin ist ein schlechtes psychisches Wohlbefinden zuzuschreiben.

Männer aus der Migrantenstichprobe sind häufiger übergewichtig oder adipös. Migrantinnen und insbesondere Migranten nutzen das medizinische Versorgungssystem, beispielsweise die Angebote zur Krebsfrüherkennung, weniger.

Nur ein Drittel der Migrantinnen ist mindestens zwei Stunden/Woche sportlich aktiv.

In der Migrantenstichprobe mangelt es fast jeder zweiten Person im Bedarfsfall an sozialer Unterstützung. Diese Lücken im sozialen Netz tragen mit dazu bei, dass fast jede/r zweite Migrant/Migrantin ins-

gesamt gesehen nur wenige Ressourcen zur Gesunderhaltung bzw. zur Verbesserung des Gesundheitszustandes zur Verfügung stehen.

Schutzfaktoren

Migrantinnen und Migranten gelingt es deutlich häufiger als den Personen der Hauptstichprobe im Obst und Gemüsekonsum der Empfehlung „Fünf am Tag“ zu folgen“.

Migrantinnen und Migranten zeigen seltener riskanten Alkoholkonsum.

Umgang mit Krankheit - Nutzung des Gesundheitssystems zur Vorsorge, Früherkennung und Inanspruchnahme im Bedarfsfall

Mehr als die Hälfte der Hamburger Befragten kümmern sich um ihre Gesundheit, auch wenn sie nicht krank sind. Auch zeigt sich bei den 20-59 Jährigen eine stetige Zunahme von gesundheitlichen Einschränkungen (Schwerbehinderung, chronische Erkrankung, Beschwerden, etc.) mit zunehmendem Alter. Der **sozioökonomische Status** ist ebenso ein prägender Faktor für das Krankheitsgeschehen. Parallel dazu sind Unterschiede in der Inanspruchnahme der Angebote des medizinischen Versorgungssystems zu beobachten. D.h. mit niedrigem sozioökonomischem Status liegen häufiger gesundheitliche Einschränkungen vor und das medizinische Gesundheitssystem wird häufiger genutzt. Ein anderes Beispiel: **Chronisch Kranke** gaben häufiger in den letzten vier Wochen eine ärztliche Inanspruchnahme an, haben häufiger eine Hausärztin oder einen Hausarzt und waren auch häufiger im Krankenhaus.

Jede/r zehnte Hamburger Befragte ist adipös und jede/r dritte übergewichtig. Ein hohes Interesse an Maßnahmen zur Ge-

wichtsreduktion spricht für ein Problembewusstsein bei den Betroffenen.

Krebsfrüherkennungsuntersuchungen werden in etwa von jeder/m Zweiten in Anspruch genommen, tendenziell eher unabhängig von einer chronischen Erkrankung.

Gesunderhaltung - Gesundheitsrelevante Einstellungen und Gesundheitsverhalten

Erfreulicherweise ist eine große Mehrheit der Hamburger Befragten überzeugt viel oder sehr viel für die eigene Gesundheit tun zu können - unabhängig von Geschlecht und Alter. Abgesehen von Geschlecht und Sozialstatus sind Merkmale des Gesundheitszustandes maßgeblich für die subjektive Einschätzung des körperlichen und seelischen Befindens.

Jede/r zweite/r Hamburger/in achtet stark oder sehr stark auf ausreichend körperliche Bewegung. An der Umsetzung hapert es leider (noch): Jede/r Vierte bewegt sich pro Woche weniger als die WHO empfiehlt.

Die Überzeugung, nicht viel zur Gesunderhaltung beitragen zu können, ist häufig assoziiert mit einem schlechten Gesundheitszustand, mit Beschwerden und Einschränkungen im Alltag. Andererseits scheint eine hohe Beschwerdeintensität beispielweise zufriedenstellende Freizeit-erlebnisse zu begrenzen. Damit ist das Spektrum an Ressourcen, das zur Gesunderhaltung und -wiederherstellung beitragen kann, eingeschränkt. Vor allem viele Erwerbslose und Migrantinnen und Migranten verfügen über wenige Ressourcen.

Das Internet stellt mit Abstand die wichtigste Informationsquelle aus Sicht der Befragten dar. Dies trifft für Frauen und Männer und alle Altersgruppen gleichermaßen zu. Inwieweit elektronisch ermit-

telte Informationen die im medizinischen Versorgungssystem und/oder privat erhaltenen Informationen ergänzen (oder auch nicht) und wie die Hamburgerinnen und Hamburger ihre Bewertungs- und Entscheidungskompetenz in dieser Hinsicht einschätzen - dazu liegen z.Zt. (noch) keine Informationen vor.

Fazit

Diese Zusammenfassung leitet über zu der Frage nach den weiteren Perspektiven. **Perspektiven** im eigentlichen Sinn sind Handlungen und Aktivitäten, die in Hamburg mit den bestehenden Akteuren erfolgen sollten. Es versteht sich von selbst, dass hier an bestehende Strukturen anzuknüpfen ist. Von daher ist ein erstes Ziel, dass die Ergebnisse dieses Berichtes alle relevanten Institutionen und Akteure erreichen.

Das Rahmenprogramm „Gesund leben und arbeiten in Hamburg!“ im Pakt für Prävention³ hat im ersten Schritt Ziele und Maßnahmen für unterschiedliche Zielgruppen erarbeitet, die speziell kleine und mittlere Unternehmen bei der betrieblichen Gesundheitsförderung unterstützen, der Bewegungsförderung dienen (z.B. mit dem Rezept für Bewegung) oder die Gesundheit und Gesundheitskompetenzen bei Menschen stärken, die von Langzeitarbeitslosigkeit betroffen sind. Die Ergebnisse des vorliegenden Berichts werden den vernetzten Akteuren des Paktes für Prävention zur Verfügung gestellt, um in den entsprechenden Foren und Expertengruppen für diejenigen Zielgruppen geeignete Maßnahmen zu entwickeln oder neu auszurichten, die bisher nicht adressiert oder erreicht worden sind.

Auch alle anderen, die sich für Gesunderhaltung, Gesundheitsförderung und Prävention interessieren und engagieren liegt

mit diesem Bericht ein Angebot vor, sich mit den ermittelten Tatbeständen zum Thema Gesundheitsverhalten und Gesundheitseinstellungen auseinanderzusetzen und zu reflektieren, ob das, was getan wird, auf die bestmögliche Weise getan wird. Oder ob mit der dezidierten Beschreibung der Situation in Hamburg nicht auch Beobachtungen vorliegen, denen zufolge das eine oder andere Projekte anders zu akzentuieren ist.

Beispielhaft ist hier auf die Migrantinnen und Migranten zu verweisen. Ihre gesundheitlichen Risiken ergeben sich sowohl aus den soziökonomischen Rahmenbedingungen als auch aus der besonderen Lebenssituation als Migrantin/Migrant. Daher sollte diese Zielgruppe besonders im Fokus gesundheitsfördernder und präventiver Aktivitäten stehen. Partizipative Ansätze wie das MiMi-Projekt (s. Kapitel 3.6) sind in besonderer Weise geeignet diese Zielgruppe zu erreichen. Muttersprachliche Gesundheitsgruppen von MiMi werden insbesondere von Frauen in steigendem Maße nachgefragt. Hierüber können soziale Netze entstehen und z.B. durch Isolation bedingte psychische Einschränkungen des Wohlbefindens abmildern. Gleichzeitig bieten diese Gruppen den Teilnehmerinnen einen geschützten Rahmen, um sich kulturspezifisch mit gesundheitlichen Themen zu befassen. Diese Arbeit muss fortgesetzt und weiterentwickelt werden.

Vergleichbar erfolgreiche Ansätze, mit denen auch männliche Migranten erreicht werden, gibt es bisher nicht. Um diese Zielgruppe insbesondere für Themen wie gesunde Ernährung, Bewegung und Sport besser zu erreichen, sollten auf Basis der bisherigen Erfahrungen des MiMi-Projektes neue Ansätze entwickelt und erprobt werden. Auch eine zielgruppenspezifische und zugleich kultursensible Gesundheitskam-

pagne für männliche Migranten könnte dazu beitragen, Gesunderhaltung und Gesundheitsförderung in dieser Zielgruppe stärker zu etablieren.

Patentrezepte gibt es allerdings auch hier nicht. Aber die **prioritären** Themen für Gesundheitsförderung und Prävention in Hamburg sind **speziell für einzelne Zielgruppen** in diesem Bericht differenziert beschrieben und bewertet worden. Einige Beobachtungen hatten Wiedererkennungswert, d.h. die Ergebnisse haben Bekanntes bestätigt. Andere sind neu und können dazu verhelfen, die Gesundheitsförderung und medizinischen Prävention im Zusammenspiel der Akteure neu auszurichten, besonders dringliche Themen mit neuem Schwung anzugehen und bisher „verdeckte“ Zielgruppen bewusst in den Fokus zu nehmen. Der wiederholte Abgleich mit den im Alltag realisierten Ausprägungen von gesundheitsrelevanten Merkmalen ist ein wichtiges Kriterium der Qualitätsentwicklung für gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen.

Anhang

1. Alkoholkonsum (AUDIT-C)
2. Beschwerdeintensität
3. Bewegungsindex
4. Bildungs-Index
5. Einkommensbereich
6. Index „Gesundheitsbewusstsein“
7. Index „Psychisches Wohlbefinden“
8. Index „Ressourcen“
9. Index „riskantes Gesundheitsverhalten“
10. Index sozioökonomischer Status bzw. „Sozialer Status nach Winkler“
11. Index „Soziale Unterstützung“
12. Index „Vitalität“
13. Methodik: Logistische Regression
14. Migrationshintergrund / Migrantinnen und Migranten
15. Versorgungsindex

1. Alkoholkonsum (AUDIT-C)¹

Mit dem AUDIT-C (Alcohol Use Disorder Identification Test) ist es möglich, eine Einstufung in Bezug auf gesundheitsrisikanten Alkoholkonsum der Befragten vorzunehmen.

Die Grundlage für die Berechnung des AUDIT-C bilden Antworten zu den drei nachfolgenden Fragen des Erhebungsinstrumentes:

- Wie oft trinken Sie Alkohol?
- Wenn Sie an einem Tag Alkohol trinken, wie viele alkoholhaltige Getränke trinken Sie dann typischerweise?
- Wie oft haben Sie an einem Tag mehr als sechs alkoholische Getränke getrunken?

Die Antworten werden rekodiert (0 bis 4 Punkte) und zu einem Summenscore addiert.

Frauen weisen einen moderaten Alkoholkonsum auf, wenn ihr Summenscore zwischen ein bis drei Punkten liegt, bei Männern zwischen ein bis vier Punkten.² Ab fünf Punkten bei Männern und vier Punkten bei Frauen erfolgt die Zuordnung zur Kategorie „riskanter Alkoholkonsum“. 0 Punkte kennzeichnet die Gruppe der Abstinente bzw. Nie-Trinker.

2. Beschwerdeintensität

In Anlehnung an die Kurzform des Gießener Beschwerdebogens (GBB-24)³ wurde die Häufigkeit des Auftretens unterschied-

licher Beschwerden innerhalb der letzten vier Wochen abgefragt. In der Hamburger Erhebung galten die Fragen in erster Linie möglicherweise arbeitsbedingten Beschwerden. Dementsprechend wurden vom GBB-24 vor allem die Kategorien Gliederschmerzen und Erschöpfung einbezogen und Fragen zu Augen-/Sehbeschwerden und Angststörungen ergänzt. Explizit gefragt wurde: „Wie häufig hatten Sie in den letzten vier Wochen...“

- Kopfschmerzen,
- Atemprobleme,
- Augen- o. Sehbeschwerden,
- Schmerzen in Schulter o. Nacken,
- Schmerzen an Händen o. Armen,
- Herz- Kreislaufbeschwerden,
- Magenschmerzen o. Verdauungsprobleme,
- Rücken- o. Kreuzschmerzen,
- Schmerzen in Beinen o. Füßen,
- Schlafstörungen,
- Nervosität o. innere Unruhe,
- Müdigkeit, Abgespanntheit, Erschöpfung,
- Niedergeschlagenheit, seelische Verstimmung,
- Angststörungen?“

Entsprechend der Häufigkeit des Auftretens der Beschwerden wurden Punkte vergeben (häufig: drei Punkte; manchmal: zwei Punkte; selten: einen Punkt; nie: 0 Punkte) und zu einem Summenscore addiert. Im Anschluss erfolgt eine Einteilung in Quartile⁴, wobei das erste Quartil eine niedrige Beschwerdeintensität darstellt, das zweite und dritte Quartil eine mittlere und das vierte Quartil eine hohe Beschwerdeintensität.

¹ Bush K, Kivlahan DR, McDonell MB et al. The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Arch Intern Med. 1998;158:1789-1795.

² Einteilung nach Robert Koch-Institut (Hrsg) (2012) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2010“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin. S. 140; Anm: Ursprünglich ab drei Punkte bei Frauen und vier Punkte bei Männern Risikokonsum.

³ Brähler, E., Schumacher, J., & Scheer, J. W. (27. April 2006). GBB-24, Gießener Beschwerdebogen-Kurzform.

⁴ Die Aufteilung der Rangfolge der Stichprobenwerte in vier gleiche Teile zu jeweils 25%.

3. Bewegungsindex

Die WHO empfiehlt für 18-64 Jährige eine wöchentliche körperliche Aktivität von 150 Minuten in der Woche. Nach WHO-Definition umfasst körperliche Aktivität aktive Freizeitbeschäftigungen, das Zurücklegen von Wegen, Berufs- und Hausarbeit, Spielen, Sport und geplante Übungen.⁵

Zur Berechnung der wöchentlichen Dauer der Aktivität in Minuten wird die Anzahl der aktiven Tage mit der durchschnittlichen Dauer der körperlichen Aktivität multipliziert. Dazu wurden zuvor die einzelnen Kategorien der durchschnittlichen körperlichen Aktivität in durchschnittliche Minuteneinheiten umcodiert (<10 Minuten: 5 Minuten; 10 bis 30 Minuten: 20 Minuten; 30 bis 60 Minuten: 45 Minuten; >60 Minuten: 60 Minuten). Für die Erfassung der Dauer der sportlichen Aktivität wurden die einzelnen Kategorien der Variable ebenfalls in durchschnittliche Minuteneinheiten umcodiert (< 1 Stunde: 30 Minuten; 1 bis 2 Stunden: 90 Minuten; 2 bis 4 Stunden: 180 Minuten; > 4 Stunden: 240 Minuten).

Die Dauer der körperlichen Aktivität und sportlichen Betätigung in Minuten wurden addiert und in folgende drei Kategorien zusammengefasst:

- geringes Bewegungsverhalten: 0-60 Minuten pro Woche,
- mäßiges Bewegungsverhalten: 61-149 Minuten pro Woche,
- hohes Bewegungsverhalten: \geq 150 Minuten pro Woche.

4. Bildungs-Index

Die Angaben zur schulischen und beruflichen (Aus-)bildung wurden zu einem acht-

⁵ WHO. (2010). Global recommendations on physical activity for health. Genf: WHO.

stufigen Index⁶ und in drei Kategorien zusammengefasst (niedriger [maximal 10. Klasse, mit oder ohne Ausbildung], mittlerer [ab 10. Klasse, mit oder ohne Ausbildung] und hoher Bildungsstand [ab 10. Klasse, Fachhochschule/Uni]).

5. Einkommensbereich

Für das Einkommen wurde für jede Person das sogenannte „Äquivalenzeinkommen“ berechnet.⁷ Bei den Hamburger Befragten beträgt der in der Mitte der Verteilung gelegene Wert (Median) des Äquivalenzeinkommens 1.375 €. Dieser Wert stellt die Richtschnur für die Einstufung dar, die Zuordnung selbst erfolgt in Anlehnung der Vorgaben im Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung.⁸ Der untere Einkommensbereich reicht bis zu 70 Prozent vom Medianwert, d. h. weniger als 962,50 €, der obere Bereich beginnt bei 150 Prozent vom Median und umfasst Einkommensbeträge, die höher als 2062,50 € liegen.

6. Index „Gesundheitsbewusstsein“

Der Index zum Gesundheitsbewusstsein wird durch sechs Variablen gebildet:

- wieviel kann man selbst für die Erhaltung seines Gesundheitszustands tun (0 bis zwei Punkte),
- um meine Gesundheit kümmere ich mich nur, wenn ich krank bin (0 bis zwei Punkte),

⁶ Jöckel K-H et al. 1997: Messung und Quantifizierung soziographischer Merkmale in epidemiologischen Studien. Empfehlungen erarbeitet von der Arbeitsgruppe „Epidemiologische Methoden“ in der DAE der GDMS und der DGSMP. Berlin.

⁷ s. Fußnote 6

⁸ Goebel J, Gornig M, et al. 2010: Polarisierung der Einkommen: Die Mittelschicht verliert. Wochenbericht des DIW Berlin Nr. 24/2010.

- Interesse an der Teilnahme bei einem Kurs zur Gesundheitsförderung (0 oder zwei Punkte),
- Achten auf ausreichende körperliche Bewegung (0 oder zwei Punkte),
- Teilnahme an Zahn-Vorsorgeuntersuchung in den letzten zwölf Monaten (0 oder zwei Punkte),
- bei der Nahrungsmittelauswahl auf gesunde Nahrungsmittel achten (0 oder zwei Punkte).

Durch Addition der vergebenen Punkte entsteht ein 12-stufiger Summenscore. Die Verteilung des Summenscores legt eine Dichotomisierung nahe: 1. Tertil⁹ 0 bis sechs Punkte (geringes Gesundheitsbewusstsein), 2. und 3. Tertil sieben bis zwölf Punkte (hohes Gesundheitsbewusstsein).

7. Index „Psychisches Wohlbefinden“

Der Index zum psychischen Wohlbefinden wird in verkürzter Form in Anlehnung an das Befragungsinstrument SF-36 berechnet.¹⁰ Grundlage für die Indexbildung sind die Antworten (nie, selten, manchmal, meistens, häufig) zu folgenden Fragen: Waren Sie in den vergangenen Wochen...

- sehr nervös,
- so niedergeschlagen, dass Sie nichts aufheitern konnte,
- ruhig und gelassen,
- entmutigt und traurig,
- glücklich.

Die einzelnen Items werden rekodiert, wobei Werte zwischen 0 und 100 Punkten

⁹ Die Aufteilung der Rangfolge der Stichprobenwerte in drei gleiche Teile zu jeweils 33,3%.

¹⁰ Ellert U, Bellach, B-M 1999: Der SF-36 im Bundes-Gesundheitssurvey - Beschreibung einer aktuellen Normstichprobe Gesundheitswesen (61). Sonderheft 2. S. 184-190.

vergeben werden. Die Punktwerte werden zu einem Summenscore aufaddiert und durch die Anzahl der Einzelitems zum psychischen Wohlbefinden dividiert. Für die Kategorisierung werden Tertile (0 bis 75 Punkte: niedriges psychisches Wohlbefinden; 76 bis 87 Punkte: mittleres psychisches Wohlbefinden; über 87 Punkte: hohes psychisches Wohlbefinden) gebildet.

8. Index „Ressourcen“

Sechs Merkmale werden als Summenscore zur Bildung des Ressourcen-Indices zusammengeführt:

- wie zufrieden sind die befragten Personen mit dem Umfang ihrer Freizeit (0 bis zwei Punkte),
- wie hoch ist das Maß an „sozialer Unterstützung“ (s. Punkt 11) (0 bis einen Punkt),
- welche Zuordnung erhielt die befragte Person im Bildungs-Index (s.o.) (0 bis zwei Punkte),
- in welchem Einkommensbereich findet sich die Person wieder (0 bis zwei Punkte),
- bewegt sich der BMI der befragten Personen im Normalbereich (ein Punkt), ansonsten 0 Punkte,
- wurde in den letzten drei Monaten Sport betrieben (einen Punkt), ansonsten 0 Punkte,
- wieviel kann man/frau für seine/ihre Gesundheit selbst tun (0 bis zwei Punkte).

Dieser Summenscore wurde in Quartile unterteilt. Im erste Quartil (0 bis fünf Punkte) sind die Befragten mit einem geringen Anteil an Ressourcen, die beiden mittleren Quartile (sechs bis acht Punkte) wurden für die Definition eines mittleren Ressourcenanteils verwendet und die Personen im vierten Quartil (neun bis elf Punkte) weisen einen hohen Anteil an Ressourcen auf.

9. Index „riskantes Gesundheitsverhalten“

Zur Identifizierung von Personen, die ein riskantes Gesundheitsverhalten aufweisen, wurden sechs Merkmale aus dem Bereich Gesundheitsverhalten rekodiert und zu einem Summenindex zusammengefasst. Diese Variablen und Indices sind:

- Alkoholkonsum (Nie-Trinker und moderate Trinker: 0 Punkte; Risikokonsum: zwei Punkte),
- Raucherstatus (Nicht-Raucher: 0 Punkte; Raucher: zwei Punkte),
- Obst- und Gemüseverzehr (weniger als eine Portion pro Tag: zwei Punkte; ein bis zwei Portionen pro Tag: einen Punkt; drei und mehr Portionen pro Tag: 0 Punkte),
- Regelmäßigkeit von Mahlzeiten (weniger als drei Mahlzeiten ohne Frühstück: zwei Punkte; drei oder mehr Mahlzeiten ohne Frühstück oder weniger als drei Mahlzeiten mit Frühstück: einen Punkt; drei oder mehr Mahlzeiten mit Frühstück: zwei Punkte),
- sportliche Betätigung (kein Sport: zwei Punkte; weniger als eine Stunde und bis zu zwei Stunden Sport pro Woche: einen Punkt; vier und mehr Stunden Sport pro Woche: zwei Punkte),
- körperliche Aktivität (keine Aktivität: zwei Punkte, mittlere Aktivität: einen Punkt; hohe körperliche Aktivität: 0 Punkte).

Es konnten insgesamt zwölf Punkte erreicht werden. Die Rangfolge dieses Summenscores wurde zur Einteilung in Tertile genutzt, um die Befragte einem geringen (1. Tertil: 0 bis drei Punkte), mittleren (2. Tertil: vier bis fünf Punkte) und hohen Risikoverhalten (3. Tertil: sechs bis zwölf Punkte) zuzuordnen.

10. Index sozioökonomischer Status bzw. „Sozialer Status nach Winkler“^{11,12}

Für die berufliche Stellung wird jeder Variable (Bildung [Schulbildung und berufliche Qualifikation], Einkommen und berufliche Stellung) ein Wert von 1 bis 7 Punkten zugeordnet. Die einzelnen Werte werden zu einem Summenscore (3-21 Punkte) aufaddiert. Liegen Werte von nur zwei Variablen vor, wird der dritte Wert durch das arithmetische Mittel der beiden anderen Variablen ergänzt. Die Einteilung in niedrigen, mittleren und hohen sozialen Status erfolgt über eine Zuordnung zu drei Gruppen mit etwa gleichverteilter Anzahl der Summenscorewerte (niedrig: 3-8; mittel: 9-14; hoch: 15-21).

Die Einteilung des sozioökonomischen Status im Public Use File der GEDA-Studie 2010 orientiert sich am Konzept von Winkler.¹³ Allerdings wurden dort andere Indikatoren und Berechnungsmethoden angewandt als in der Hamburger Befragung. Ein direkter Vergleich der Ergebnisse der beiden Befragungen in Bezug auf den sozioökonomischen Status ist deswegen nicht möglich.

11. Index „Soziale Unterstützung“

Der Index „Soziale Unterstützung“ wurde gebildet, indem die Angaben zu drei Fragen zur Verfügbarkeit von nahestehenden

¹¹ Winkler J, Stolzenberg H 2009: Adjustierung des Sozialen-Schicht-Index für die Anwendung im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KIGGS) 2003/2006. Wismarer Diskussionspapiere 07-2009.

¹² Lampert T, Kroll L 2009: Die Messung des sozioökonomischen Status in sozialepidemiologischen Studien. Gesundheitliche Ungleichheit 2009, S. 309-334.

¹³ Winkler J (1998) Die Messung des sozialen Status mit Hilfe eines Index in den Gesundheitssurveys der DHP. In: Ahrens W, Bellach B, Jöckel KH (Hrsg). Messung soziodemographischer Merkmale in der Epidemiologie. RKI-Schriften 1. Robert Koch-Institut, Berlin.

Personen bzw. Unterstützung zusammengefasst wurden:

- die Anzahl der nahestehenden Personen, auf die man/frau bei ernststen persönlichen Problemen, zurückgreifen kann (keine Personen vorhanden: 0 Punkte; ein bis zwei Personen: ein Punkt; drei bis fünf Personen: zwei Punkte; mehr als fünf Personen: drei Punkte),
- wie einfach ist es für die befragte Person, im Bedarfsfall Hilfe von anderen Personen zu erhalten (sehr einfach: vier Punkte; einfach: drei Punkte; möglich: zwei Punkte; schwierig: ein Punkt; sehr schwierig: 0 Punkte),
- kennt die Person jemanden, der evtl. einige Tage für sie sorgen kann (ja: einen Punkt; nein: 0 Punkte).

Der Wertebereich des gebildeten Summenindex liegt zwischen 0 Punkten (keine soziale Unterstützung) und 8 Punkten (hohe soziale Unterstützung). Zum Abschluss wurde der Summenindex in Quartile eingeteilt, wobei in den Auswertungen das erste Quartil (0 bis fünf Punkte; geringe soziale Unterstützung) den drei folgenden Quartilen (sechs bis acht Punkte; ausreichende/hohe soziale Unterstützung) gegenübergestellt wurde.

12. Index „Vitalität“

Der Index zur Bestimmung der Vitalität der befragten Person erfolgt in Anlehnung an das Befragungsinstrument SF-36.¹⁴ Waren Sie in den vergangenen Wochen...

- voller Leben,
- voller Energie,
- erschöpft,
- müde.

Entsprechend der Antworten (immer, meistens, manchmal, selten, nie) wurden

zwischen 0 und 100 Punkte vergeben. Die Punktwerte wurden zu einem Summenscore aufaddiert und durch die Anzahl der Einzelitems zur Vitalität dividiert. Die Tertile (1. Tertil: 0 bis 58 Punkte; 2. Tertil: 59 bis 75 Punkte; 3. Tertil: über 75 Punkte) werden zur Kategorisierung herangezogen (niedrige Vitalität, mittlere Vitalität, voller Elan).

13. Methodik: Logistische Regression

Logistische Regressionen gehören zu den statistischen Verfahren, mit denen Wahrscheinlichkeiten geschätzt werden. Hierbei geht es um den Einfluss von mehreren, unabhängigen Faktoren auf ein Merkmal, eine Zielvariable. Die Besonderheit bei der binär logistischen Regression ist, dass die Zielvariable nur zwei Ausprägungen aufweist (z.B. (sehr) guter Gesundheitszustand vs. kein (sehr) guter Gesundheitszustand). Im sog. Regressionsmodell wird die bestmögliche Schätzung entwickelt: Mit welcher Wahrscheinlichkeit (Odds Ratio/ OR) bedingen die unabhängigen Einflussfaktoren das Eintreten des Zielereignisses? Normalerweise zeigen OR-Werte <1 eine protektive Wirkung auf das Zielereignis an, während OR-Werte >1 eine negativen Effekt anzeigen.

In der binär logistischen Regression zum **Risikoverhalten** wurde geringes (n=579) und hohes (n=501) Risikoverhalten in der Zielvariable berücksichtigt. Als unabhängige Faktoren wurden Alter, Geschlecht, Bildung, Einkommen, Selbstwirksamkeit und subjektiver Gesundheitszustand in die Analyse eingeschlossen. Im Endmodell wird ein riskantes Gesundheitsverhalten zu 17% durch die einfließenden Prädiktoren erklärt. Vor allem Alter, Geschlecht, Bildung und Selbstwirksamkeit zeigten sich als relevante Faktoren. Insgesamt konnten in der

¹⁴ s. Fußnote 10

Analyse 66% der Fälle richtig klassifiziert werden (Cut Off Point 0,5).

In der Regressionsanalyse zum Gesundheitszustand **chronisch Kranker** wurde nur die Teilgruppe der chronisch Kranken berücksichtigt (n=480). Der subjektive Gesundheitszustand wurde mit den zwei Ausprägungen „(sehr) gut“ (n=284) und „mäßig bis sehr schlecht“ (n=195) als Zielvariable festgesetzt. Als unabhängige Faktoren flossen folgende Variablen in die Analyse mit ein: Alter, Geschlecht, sozio-ökonomischer Status, soziale Unterstützung, Selbstwirksamkeit, psychisches Wohlbefinden und ein Beschwerdeindex. Ein schlechter Gesundheitszustand bei chronisch Kranken wird im Endmodell zu 31% durch die einfließenden Prädiktoren erklärt. Vor allem Selbstwirksamkeit und der Beschwerdeindex zeigten sich als relevante Faktoren. Insgesamt konnten 72% der Fälle richtig klassifiziert werden (Cut Off Point 0,5).

14. Migrationshintergrund / Migrantinnen und Migranten

Im Rahmen der Hamburger Befragung zur Gesundheit wurden **in der Hauptstichprobe** folgende Merkmale unabhängig voneinander als Hinweis auf einen **Migrationshintergrund** heran gezogen:

- keine deutsche Staatsangehörigkeit,
- Herkunftsland nicht Deutschland,
- Muttersprache nicht deutsch,
- eine weitere Staatsangehörigkeit außer der deutschen.

Der Migrationshintergrund des Statistischen Amtes für Hamburg und Schleswig Holstein wird über folgende Faktoren definiert:

- keine deutsche Staatsangehörigkeit,
- alle ab 1950 nach Deutschland Zugewanderten,
- in Deutschland geborene Ausländer, die mittlerweile eingebürgert wurden,
- Personen, bei denen beide Eltern oder ein Elternteil eine Migrationserfahrung aufweisen.

Als **Migrantinnen und Migranten** werden die Personen als gesonderte Stichprobe ausgewertet, deren Adressdaten - basieren auf einer Zufallsstichprobe von Personen mit einem 2011 **aktuellen Eintrag zu einer nicht-deutschen Staatsangehörigkeit** - zur Kontaktaufnahme dem Feldforschungsinstitut zur Verfügung gestellt wurden und die telefonisch an der Befragung teilgenommen haben.

15. Versorgungsindex

Die Intensität der Nutzung von medizinischen Angeboten wurde aus vier Variablen abgeleitet. Dabei wurde betrachtet, ob die/der Befragte:

- in den letzten zwölf Monaten an einer Zahn-Vorsorgeuntersuchung teilgenommen hat (ja: einen Punkt; nein: 0 Punkte),
- wie lange der Zeitraum zurückliegt, dass die/der Befragte die Hilfe einer/eines Ärztin/Arztes in Anspruch genommen hat (im letzten Jahr: einen Punkt; länger als ein Jahr: 0 Punkte),
- ob die/der Befragte eine/n Hausärztin/-arzt hat (ja: einen Punkt; nein: 0 Punkte),
- und ob die/der Befragte in den letzten zwölf Monaten im Krankenhaus war (ja: einen Punkt; nein: 0 Punkte).

Es wurde ein Summenscore gebildet, der anschließend in Tertile eingeteilt wurde. Das erste Tertil (0 bis zwei Punkte) stellt die Gruppe der Befragten mit einer niedri-

gen Versorgungsintensität dar und wurde der Gruppe mit einer mittleren bis hohen Versorgungsintensität (drei bis vier Punkte) gegenübergestellt (zweites und drittes Tertil).

Freie und Hansestadt Hamburg
Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV)
Amt für Gesundheit
Fachabteilung Gesundheitsdaten und Gesundheitsförderung

Billstraße 80a, 20539 Hamburg
www.hamburg.de/gesundheit

ISBN: 978-3-9814693-4-9



Hamburg

Behörde für Gesundheit
und Verbraucherschutz