
Stadt Nürnberg

Gesundheitsamt

Schriftenreihe zur Gesundheitsförderung

„Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes“

Schwerpunktthema der Wohnungs- und Haushaltserhebung

2006 der Stadt Nürnberg

Mai 2008



zu beziehen über:

Gesundheitsamt der Stadt Nürnberg
Gesundheitsförderung
Gesundheitsberichterstattung
Burgstr. 4

90 403 Nürnberg

Schutzgebühr: 10 Euro

Ansprechpartner:

Ch. Gürtler oder M. Meusel

Tel.: 0911/231-3382

Fax: 0911/ 231-3847

e-mail: monika.meusel@stadt.nuernberg.de

ISSN- 1437-4625

© **Stadt Nürnberg, 2008**

Bildnachweis: Christine Dierenbach

„Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes“
Schwerpunktthema der Wohnungs- und Haushaltserhebung 2006/2007
der Stadt Nürnberg

auf der Grundlage der Wohnungs- und Haushaltserhebung der Stadt Nürnberg,
durchgeführt vom Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth 2006,
bearbeitet durch M. Meusel 2007/08

Mai 2008

Inhaltsverzeichnis

1. Unterschiede in der Gesundheit

- 1.1 Unterschiede im Gesundheitszustand und „vertikale“ soziale Struktur der Gesellschaft
- 1.2 Merkmale der „horizontalen“ Zusammensetzung der Gesellschaft

2. Gesundheitliche Parameter

- 2.1 Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes
- 2.2 Beeinträchtigung durch Beschwerden
- 2.3 Körpergewicht
 - 2.3.1 BMI – Werte
 - 2.3.2 Körpergewicht und Befindlichkeit

3. Lebensstil

- 3.1 Bewegung
 - 3.1.1 Sportbeteiligung
 - 3.1.2 Bewegung im Alltag
- 3.2 Rauchen
- 3.3 Lebensform

4. Die Befindlichkeit von Männern und Frauen

5. Migration und Befindlichkeit

6. Befindlichkeit im Erwerbs- und (Renten-) Alter

7. Befindlichkeit und Erwerbstätigkeit

- 7.1 Umfang der Erwerbstätigkeit und Befindlichkeit
- 7.2 Die Befindlichkeit von Arbeitslosen und Erwerbstätigen

8. Sozioökonomischer Status und Befindlichkeit

- 8.1 Bildung und Befindlichkeit
- 8.2 Position in der Arbeitswelt und Befindlichkeit
- 8.3 Netto-Haushaltseinkommen und Befindlichkeit

9. Zusammenfassende Bewertung

- 9.1 Standortbestimmung im Vergleich
- 9.2 Handlungsempfehlungen für die Gesundheitsförderung

10. Literaturverzeichnis

Vorwort

Angesichts des bundesweiten Defizits in der Datenlage über Beschwerden, für die (noch) keine medizinische Hilfe in Anspruch genommen wird, und über die gesundheitsbezogene Lebensqualität in der Bevölkerung, kommt Erhebungen zur Selbsteinschätzung der eigenen Gesundheit eine große Bedeutung zu.

Umso wichtiger erscheint dies,

- als nicht alle Gruppen gleichermaßen von der allgemeinen Verbesserung des Gesundheitszustandes der bundesdeutschen Bevölkerung im vergangenen Jahrzehnt profitieren konnten und sich dadurch Handlungsfelder für die gesundheitliche Prävention eröffnen,
- als verschiedene Längsschnittstudien gezeigt haben, daß die selbst eingeschätzte Gesundheit die zukünftige Sterblichkeit zumindest teilweise vorhersagt, d.h. ein durchaus realistisches Bild des eigenen Gesundheitszustands zeichnet.¹

Ergebnisse auf Bundesebene legte das Robert-Koch-Institut mit verschiedenen Bundes-Gesundheitssurveys (1984/86 – 2003/04) vor. Es handelt sich dabei um repräsentative Strichproben, die aus Befragungen und ärztlichen Untersuchungen zur Häufigkeit von Krankheiten und Beschwerden, zur subjektiven Gesundheit, zur Lebensqualität und zum Gesundheitsverhalten der Bevölkerung bestehen.²

Auch das Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth hat im Rahmen seiner regelmäßig durchgeführten Wohnungs- und Haushaltserhebungen³ in den Jahren 1995 und 2006 einen Zusatzschwerpunkt „subjektive Gesundheit“ abgefragt. Neben den routinemäßig erhobenen soziodemographischen Strukturdaten wurden als gesundheitliche Parameter die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes, das Auftreten bestimmter Beschwerden sowie das Gewicht und die Körpergröße – Berechnungsgrundlage für den BMI - abgefragt. Diese wurden ergänzt durch Fragen zu einigen gesundheitsrelevanten Aspekten des Lebensstils (Bewegung, Rauchen).

Die Wohnungs- und Haushaltserhebung ist eine repräsentative Stichprobe, die in einem Vierjahreszyklus durchgeführt wird. Dieser sieht im ersten Jahr eine Stichprobe von etwa 10.000 Haushalten vor, der in den drei Folgejahren kleinere repräsentative Teilstichproben folgen. Die Stichprobe des Jahres 2006 war eine schriftliche Befragung und enthält 2.326 Datensätze. Dies entspricht 0,5% der Nürnberger Bevölkerung⁴ am 31.12.2006.

¹ Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Gesundheit in Deutschland, Berlin 2006, S. 17

² vgl. a.a.O. S. 19

³ Die Wohnungs- und Haushaltserhebung hat den Auftrag, „ein aktuelles und wirklichkeitstreuendes Bild über die Wohn-, Lebens- und Arbeitsbedingungen der Nürnberger Bevölkerung zu gewinnen, auf deren Bedürfnisse die städtischen Planungen und Maßnahmen auszurichten sind.“ Unter anderem dient sie der laufenden Wohnungsmarktbeobachtung und der Aufstellung des Mietspiegels. Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth (Hrsg.): Leben in Nürnberg, Ergebnisse der Wohnungs- und Haushaltserhebung 1995, Nürnberg 1998, S. 1

⁴ 493.656 Einwohner; Bevölkerung am Ort der Hauptwohnung nach der amtlichen Bevölkerungsfortschreibung; Quelle: Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth (Hrsg.): Kleinräumige Bevölkerungsprognose 2006-2025 für Nürnberg, Nürnberg, Februar 2007, S. 17

Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes - Schwerpunktthema der Wohnungs- und Haushaltserhebung 2006

Angeichts des bundesweiten Defizits in der Datenlage über Beschwerden, für die (noch) keine medizinische Hilfe in Anspruch genommen wird, und über die gesundheitsbezogene Lebensqualität in der Bevölkerung, kommt Erhebungen zur Selbsteinschätzung der eigenen Gesundheit eine große Bedeutung zu.

Umso wichtiger erscheint dies,

- als nicht alle Gruppen gleichermaßen von der allgemeinen Verbesserung des Gesundheitszustandes der bundesdeutschen Bevölkerung im vergangenen Jahrzehnt profitieren konnten und sich dadurch Handlungsfelder für die gesundheitliche Prävention eröffnen,
- als verschiedene Längsschnittstudien gezeigt haben, daß die selbst eingeschätzte Gesundheit die zukünftige Sterblichkeit zumindest teilweise vorhersagt, d.h. ein durchaus realistisches Bild des eigenen Gesundheitszustands zeichnet.⁵

Ergebnisse auf Bundesebene legte das Robert-Koch-Institut mit verschiedenen Bundes-Gesundheitssurveys (1984/86 – 2003/04) vor. Es handelt sich dabei um repräsentative Strichproben, die aus Befragungen und ärztlichen Untersuchungen zur Häufigkeit von Krankheiten und Beschwerden, zur subjektiven Gesundheit, zur Lebensqualität und zum Gesundheitsverhalten der Bevölkerung bestehen.⁶

Auch das Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth hat im Rahmen seiner regelmäßig durchgeführten Wohnungs- und Haushaltserhebungen⁷ in den Jahren 1995 und 2006 einen Zusatzschwerpunkt „subjektive Gesundheit“ durchgeführt. Neben den routinemäßig erhobenen soziodemographischen Strukturdaten wurden als gesundheitliche Parameter die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes, das Auftreten bestimmter Beschwerden sowie das Gewicht und die Körpergröße – Berechnungsgrundlage für den BMI - abgefragt. Diese wurden ergänzt durch Fragen zu einigen gesundheitsrelevanten Aspekten des Lebensstils (Bewegung, Rauchen). Das Zusatzmodul „Gesundheit“ wurde dem Gesundheitsamt der Stadt Nürnberg zur Auswertung überlassen.

Die Wohnungs- und Haushaltserhebung ist eine repräsentative Stichprobe, die in einem Vierjahreszyklus durchgeführt wird. Dieser sieht im ersten Jahr eine Stichprobe von etwa 10.000 Haushalten vor, der in den drei Folgejahren kleinere repräsentative Teilstichproben folgen. Die Stichprobe des Jahres 2006 war eine schriftliche Befragung von 4.454 Fragebögen und enthält 2.326 Datensätze. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 54,6% und 0,5% der Nürnberger Bevölkerung⁸ am 31.12.2006. Der vorliegende Datensatz wurde gewichtet.⁹ Seine Auswertung orientiert sich an Handlungsfeldern für die gesundheitliche Prävention; sie erfolgte geschlechtsspezifisch, nach verschiedenen Merkmalen der sozialen Schichtung und unter Berücksichtigung des Aspektes der Migration.

Das Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth, Abteilung Statistiken, Umfragen und Prognosen stellte den Datensatz des Zusatzmoduls „subjektive Gesundheit“ zur Verfügung. Herrn Dr.

⁵ Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Gesundheit in Deutschland, Berlin 2006, S. 17

⁶ vgl. a.a.O. S. 19

⁷ Die Wohnungs- und Haushaltserhebung hat den Auftrag, „ein aktuelles und wirklichkeitstreu Bild über die Wohn-, Lebens- und Arbeitsbedingungen der Nürnberger Bevölkerung zu gewinnen, auf deren Bedürfnisse die städtischen Planungen und Maßnahmen auszurichten sind.“ Unter anderem dient sie der laufenden Wohnungsmarktbeobachtung und der Aufstellung des Mietspiegels. Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth (Hrsg.): Leben in Nürnberg, Ergebnisse der Wohnungs- und Haushaltserhebung 1995, Nürnberg 1998, S. 1

⁸ 493.656 Einwohner; Bevölkerung am Ort der Hauptwohnung nach der amtlichen Bevölkerungsfortschreibung; Quelle: Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth (Hrsg.): Kleinräumige Bevölkerungsprognose 2006-2025 für Nürnberg, Nürnberg, Februar 2007, S. 17

⁹ Die Stichprobe wurde gewichtet, um rein rechnerisch ihre Repräsentativität zu gewährleisten, wenn einzelne Bevölkerungsgruppen durch einen unterschiedlichen Rücklauf über- bzw. unterrepräsentiert sind. Die Gewichte wurden vom Amt für Stadtforschung und Statistik festgelegt.

Schirner sei an dieser Stelle für die Überlassung der Daten und Herrn Dr. Burkard für die kritische Durchsicht des Berichts herzlich gedankt.

Wohnungs- und Haushaltserhebung 2006 – Schwerpunktthema Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes

In der Bundesrepublik gibt es nur wenige verfügbare Datenquellen zur gesundheitlichen Situation der Bevölkerung, die flächendeckend erhoben werden und statistisch belastbar sind. Dazu gehören Routinedaten aus Einrichtungen des Gesundheitswesens, der Kranken-, Renten-, Pflege- und Unfallversicherung, die Schuleingangsuntersuchung sowie Krebs- und einzelne Schlaganfallregister. Diese Datenquellen sind nutzer- und zielgruppenbezogen angelegt und geben nur einen sehr eingeschränkten Ausschnitt der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung wieder: **„Beschwerden, für die keine medizinische Hilfe in Anspruch genommen wird, bleiben in den verfügbaren Routinedaten in der Regel verborgen. Ebenso wenig geben diese Auskunft über die eigentliche Lebensqualität der Deutschen oder den Einfluß ungleicher Lebensbedingungen auf die Gesundheit und die gesellschaftlichen Teilhabechancen.“¹ Angesichts dieses Defizits in der Datenlage können nur eigene Erhebungen einen Einblick in die gesundheitliche Situation der Bevölkerung gewähren.**

Informationen zur subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustandes erscheinen umso wichtiger, als verschiedene Längsschnittstudien gezeigt haben, daß die selbst eingeschätzte Gesundheit die zukünftige Sterblichkeit zumindest teilweise vorhersagt, d.h. ein durchaus realistisches Bild des eigenen Gesundheitszustands zeichnet. „Möglicherweise beeinflusst die gesundheitliche Selbsteinschätzung auch die Motivation, riskante Verhaltensweisen zu verändern. Nicht zuletzt entscheidet der erlebte und wahrgenommene Gesundheitszustand mit über die aktive Teilnahme am gesellschaftlichen Leben.“²

Ergebnisse auf Bundesebene legte das Robert-Koch-Institut im Bundes-Gesundheitssurvey 1998 vor. Es handelte sich dabei um eine repräsentative Strichprobe, die aus Befragungen und ärztlichen Untersuchungen bestand, und Informationen zur Häufigkeit von Krankheiten und Beschwerden, zur subjektiven Gesundheit, zur Lebensqualität und zum Gesundheitsverhalten der Bevölkerung geliefert hat. Auf der Grundlage von früheren (1984-86, 1987-89, 1990-91) und folgenden (2002/03 und 2003/04) Surveys lassen sich zeitliche Trends untersuchen.³

Das Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth führt regelmäßig eine Wohnungs- und Haushaltserhebung durch mit dem Auftrag, „ein aktuelles und wirklichkeitsgetreues Bild über die Wohn-, Lebens- und Arbeitsbedingungen der Nürnberger Bevölkerung zu gewinnen, auf deren Bedürfnisse die städtischen Planungen und Maßnahmen auszurichten sind.“⁴

Die Erhebung ist jeweils repräsentativ und ist als schriftliche Mehrthemenbefragung aufgebaut. Mit einem Satz von Standardfragen⁵ werden jeweils wechselnde Themen der Stadtentwicklung gekoppelt. Der Zusatzschwerpunkt der vorliegenden Befragung ist der Bereich „Gesundheit“. Er wiederholt damit das Zusatzmodul „Gesundheit“ in der Wohnungs- und Haushaltserhebung des Jahres 1995. Neben den routinemäßig erhobenen soziodemographischen Strukturdaten wurden als gesundheitliche Parameter die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes, das Auftreten bestimmter Beschwerden sowie das Gewicht und die Körpergröße – Berechnungsgrundlage für den BMI - abgefragt. Diese wurden ergänzt durch Fragen zu einigen gesundheitsrelevanten Aspekten des Lebensstils (Bewegung, Rauchen). Die vorliegende Auswertung erfolgt geschlechtsspezifisch, nach verschiedenen Merkmalen der sozialen Schichtung und unter Berücksichtigung des Aspektes der Migration.

¹ Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Gesundheit in Deutschland, Berlin 2006, S. 19

² a.a.O.: S. 17

³ vgl. a.a.O. S. 19

⁴ Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth (Hrsg.): Leben in Nürnberg, Ergebnisse der Wohnungs- und Haushaltserhebung 1995, Nürnberg 1998, S. 1

⁵ Dieser dient der laufenden Wohnungsmarktbeobachtung und der Aufstellung des Mietspiegels.

Die gewichtete⁶ und repräsentative Teilstichprobe⁷ des Jahres 2006 erhielt 4.250 Haushalte.⁸
2.326 Fragebögen wurden beantwortet und zurückgeschickt. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 54,6% und erfasst 0,55% der Nürnberger Bevölkerung ab 18 Jahren⁹ am 31.12.2006.

1. Unterschiede in der Gesundheit

Der Gesundheitszustand der bundesdeutschen Bevölkerung hat sich im vergangenen Jahrzehnt verbessert: Die Lebenserwartung ist weiter gestiegen, die Sterblichkeit zurückgegangen, und die Sterblichkeitsunterschiede zwischen den alten und neuen Bundesländern haben sich weiter verringert. **„Dennoch profitieren nicht alle Bevölkerungsgruppen gleichermaßen von der günstigen Entwicklung der vergangenen Jahre.“¹⁰** So bestehen weiterhin Unterschiede im Gesundheitszustand verschiedener sozialer Gruppen.¹¹ Auch „stehen Menschen aus schwächeren sozialen Schichten in vieler Hinsicht gesundheitlich schlechter da als der Durchschnitt.“¹² Der Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit ist sehr komplex, und wurde in wissenschaftlichen Studien vielfach beschrieben. Die folgenden Auswertungen der Wohnungs- und Haushaltserhebung sind rein deskriptiv und greifen aus der Fülle sozialer Unterschiede die wichtigsten Merkmale „vertikaler“ und „horizontaler“ gesellschaftlicher Gliederung heraus.

1.1 Unterschiede im Gesundheitszustand und „vertikale“ soziale Struktur der Gesellschaft

Der sozioökonomische Status ist das wichtigste Merkmal der sog. „vertikalen“ sozialen Ungleichheit. „Vertikal“ weist auf eine Unterteilung der Bevölkerung in „oben“ und „unten“ hin: „Mit Hilfe von Angaben zur Bildung, zum Beruf und zum Einkommen läßt sich der „sozio-ökonomische Status einer Person bestimmen; und der Begriff „Status“ impliziert bereits die Einordnung in eine hierarchische Skala.Ein besonderes Gewicht kommt dabei dem Einkommen zu, da die (Einkommens-) Armut häufig als der zentrale Indikator für die vertikale soziale Ungleichheit angesehen wird. **Vor allem von Armut betroffene Bevölkerungskreise sind verstärkt durch Krankheiten und Beschwerden beeinträchtigt, schätzen ihre eigene Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität schlechter ein und unterliegen einem höheren vorzeitigen Sterberisiko. Außerdem neigen sie eher zu gesundheitsriskanten Verhaltensgewohnheiten, was insbesondere beim Tabakkonsum zum Ausdruck kommt, sich aber auch für eine ungesunde Ernährung belegen läßt.“¹³**

Als Merkmale für den sozio-ökonomischen Status wurden in der Wohnungs- und Haushaltserhebung der höchste schulische und berufliche Abschluß, die berufliche Position sowie das Netto-Haushaltseinkommen erhoben. Die Merkmale wurden einzeln – ohne die Berechnung eines Index - ausgewertet.

⁶ Die Gewichtung soll rein rechnerisch die Repräsentativität der Stichprobe gewährleisten, wenn einzelne Bevölkerungsgruppen durch einen unterschiedlichen Rücklauf über- bzw. unterrepräsentiert wären. Die Gewichte wurden vom Amt für Stadtforschung und Statistik festgelegt.

⁷ Die Wohnungs- und Haushaltserhebung durchläuft einen Vierjahreszyklus, der im ersten Jahr eine Stichprobe von etwa 10.000 Haushalten vorsieht, und der in den drei Folgejahren kleinere repräsentative Teilstichproben folgen.

⁸ 200 der ursprünglich 4.450 Fragebögen waren nicht zustellbar.

⁹ 418.503 Einwohner 18 J. u.ä.; Bevölkerung am Ort der Hauptwohnung nach der amtlichen Bevölkerungsfortschreibung; Quelle: Einwohnerstatistik der Stadt Nürnberg, Auskunft des Amtes für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth

¹⁰ Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Gesundheit in Deutschland, a.a.O., S. 13

¹¹ vgl. MIELCK, A.: Soziale Ungleichheit und Gesundheit, Bern/Göttingen/Toronto/Seattle, 2000, S. 12

¹² Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit, Expertise des Robert-Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, Berlin 2005, S. 21

¹³ MIELCK, A.: a.a.O. S. 18

1.2 Merkmale der „horizontalen“ Zusammensetzung der Gesellschaft

Die Bevölkerung läßt sich nach weiteren Merkmalen in Gruppen unterteilen, zwischen denen ebenfalls soziale Ungleichheiten bestehen können, die aber **zunächst keine hierarchische Struktur** beinhalten. Diese werden als „horizontale“ Ungleichheiten bezeichnet: „Die Grenzen zwischen diesen Gruppen verlaufen sozusagen quer zu den Grenzen der vertikalen sozialen Ungleichheit...“¹⁴ Die horizontale Ungleichheit läßt sich durch viele Merkmale beschreiben; die bedeutendsten sind jedoch Alter, Geschlecht und Nationalität.¹⁵

Die vorliegende Auswertung orientiert sich an Handlungsfeldern für die gesundheitliche Prävention. Sie greift daher aus den Merkmalen vertikaler und horizontaler gesellschaftlicher Unterschiede diejenigen heraus, die Zielgruppen für gesundheitsförderliche Maßnahmen kennzeichnen.

ZUSAMMENFASSUNG – Unterschiede in der Gesundheit

- Angesichts des bundesweiten Defizits in der Datenlage über Beschwerden, für die (noch) keine medizinische Hilfe in Anspruch genommen wird, und über die gesundheitsbezogene Lebensqualität in der Bevölkerung, kommt Erhebungen zur Selbsteinschätzung der eigenen Gesundheit eine große Bedeutung zu. Dem versuchte die Stadt Nürnberg in der Wohnungs- und Haushaltserhebung durch ein Zusatzmodul mit Fragen zur subjektiven Gesundheit Rechnung zu tragen. Umso wichtiger erscheint dies, als nicht alle Gruppen gleichermaßen von der allgemeinen Verbesserung des Gesundheitszustandes der bundesdeutschen Bevölkerung im vergangenen Jahrzehnt profitieren konnten und sich dadurch Handlungsfelder für die gesundheitliche Prävention eröffnen.
- Von besonderem Interesse waren Unterschiede zwischen Männern und Frauen, Befragten mit und ohne Migrationshintergrund, im Renten- und Erwerbsalter, zwischen Erwerbs- und Nicht-Erwerbstätigen sowie zwischen Angehörigen unterschiedlicher sozialer Lage.

2. Gesundheitliche Parameter

2.1 Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes

Die persönliche Einschätzung der eigenen Gesundheit ist neben der allgemeinen Sterblichkeit (Mortalität)¹⁶ und den – in der Bundesrepublik lückenhaften Daten zum Krankheitsgeschehen (Morbidität) - einer der wichtigsten Zugänge zum Gesundheitszustand einer Bevölkerung. Sie weist auf den Standort der befragten Person innerhalb einer Befindlichkeitsskala hin, die man zwischen den Extremen „Tod“ und „vollkommenem Wohlbefinden“ ziehen kann. In die momentane Befindlichkeit gehen sowohl chronische und akute Erkrankungen der Befragten ein, als auch die Einflüsse ihrer biographischen Entwicklung und Lebensbedingungen. **„Der subjektive Gesundheitszustand ist ... nicht nur eine Momentaufnahme. Vielmehr belegen verschiedene wissenschaftliche Studien, daß die subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit einen „hohen Vorhersagewert für die Mortalitätsentwicklung besitzt.“**¹⁷

¹⁴ MIELCK, A.: Soziale Ungleichheit und Gesundheit, a.a.O. S. 18

¹⁵ vgl. a.a.O.

¹⁶ Die allgemeine Sterblichkeit stellt die „lebensgeschichtliche Summe und Bewertung aller Einflüsse“ dar, „die das Leben verlängern oder verkürzen können.“ Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales (Hrsg.): Stadt-Diagnose- Gesundheitsbericht Hamburg, Hamburg 1992, S. 77

¹⁷ HELMERT, U.: Subjektive Einschätzung der Gesundheit und Mortalitätsentwicklung, Gesundheitswesen 2003, 65. Jg. Stuttgart/New York, S. 47-54

40,6% der Befragten der Nürnberger Wohnungs- und Haushaltserhebung 2006 schätzten ihren Gesundheitszustand als „gut“ und 12,3% sogar als „sehr gut“ ein. **Damit gaben 52,8% eine durchaus positive¹⁸ Einschätzung ihrer Befindlichkeit wieder.** Zusätzliche 29,6% beurteilten ihre Gesundheit als „zufriedenstellend“. Damit waren insgesamt 82,5% der Befragten mit ihrer Gesundheit im Großen und Ganzen zufrieden. Dieser Anteil lag nur wenig über dem Wert von 1995 (81,5%). **Dennoch verblieben 17,6% der Befragten, die ihren Gesundheitszustand negativ – „weniger gut“, „schlecht“ oder indifferent¹⁹ - einstufen.** (vgl. Tab.1) Dabei handelte es sich um 397 Personen, die sich mehrheitlich (68,3%) aus Frauen zusammensetzten und sich zu 47,4% bereits im Rentenalter befanden. Dementsprechend lebte auch beinahe die Hälfte dieser Befragten (46,9%) in Ein- oder Zwei-Personen-Haushalten ohne Kinder, in denen mindestens ein Haushaltsmitglied 65 Jahre oder älter war.

Tab. 1: Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes 1995 und 2006

Wie sieht es Ihrer Meinung nach mit der Gesundheit aus? Wie fühlen Sie sich ganz allgemein?	Häufigkeit 2006**	Prozente	
		1995	2006
sehr gut	276	13,3	12,3
gut	914	36,8	40,6
zufriedenstellend	666	31,4	29,6
weniger gut	291	12,3	12,9
schlecht	98	5,3	4,4
weiß nicht	8	0,9	0,3
Gesamt*	2.252	100,0	100,0

* abzüglich fehlender Werte ** gewichtet

2.2 Beeinträchtigung durch Beschwerden

Die Probanden wurden nach dem Auftreten bestimmter Beschwerden befragt, die subjektiv empfunden werden, **im Vorfeld ärztlicher Befunde** anzusiedeln und in den letzten drei Monaten vor der Befragung aufgetreten sind.

Tab. 2: Häufigkeit* bestimmter Beschwerden 2006

Es gibt eine Reihe von Beschwerden, unter denen viele Menschen leiden. Bitte sagen Sie mir, ob sie in den letzten drei Monaten von den folgenden Gesundheitsproblemen häufig, manchmal oder nie betroffen waren.			
	manchmal	häufig alle	Pers. m. neg. Selbsteinsch.
Abgespanntheit/Erschöpfung	59,8	21,7	50,4
Rücken-/Kreuzschmerzen	46,2	32,2	55,7
Kopfschmerzen/Migräne	51,8	12,3	24,3
Schlafstörungen	43,7	19,1	46,4
Nervosität	47,2	11,3	29,9
Probleme mit der Konzentration	49,5	8,7	30,3
Antriebslosigkeit	49,0	10,2	33,4
Niedergeschlagenheit	47,1	11,5	39,7
Magen-/ Verdauungsprobleme	39,1	11,4	30,1
Allergie	22,9	8,6	14,8
Appetitlosigkeit	19,9	2,3	8,9

*Mehrfachnennungen

¹⁸ Unter „positiv“ werden „sehr gute“ und „gute“ Einschätzungen zusammengefaßt.

¹⁹ Unter „negativ“ werden „weniger gute“ und „schlechte“ Einschätzungen zusammengefasst. Keine Meinung zum eigenen Gesundheitszustand zu haben, könnte als Hinweis auf eine resignative oder gleichgültige Einstellung gegenüber dem eigenen Befinden verstanden werden oder aber auch als Überforderung, den eigenen Zustand zusammenfassend zu beschreiben. Die Kategorie „weiß nicht“ (8 Pers.) wird daher ebenfalls als negative Bewertung interpretiert.

Die wichtigsten Einzelbeschwerden während der letzten drei Monate vor der Erhebung waren Abgespanntheit und Erschöpfung sowie und Rücken- und Kreuzschmerzen: 81,5% bzw. 78,4% der Befragten fühlten sich zumindest manchmal dadurch beeinträchtigt. Dabei waren Rücken- und Kreuzschmerzen die wichtigsten häufig (32,2%) 32,2%) und Abgespanntheit und Erschöpfung die wichtigsten manchmal (59,8%) auftretenden Beschwerden. Hinzu kam, dass jeweils etwa die Hälfte der Befragten angab, manchmal unter psychischen Beeinträchtigungen wie Antriebslosigkeit und Niedergeschlagenheit zu leiden sowie „Streßsymptomen“ wie Kopfschmerzen und Migräne, Nervosität und Schlaf- bzw. Konzentrationsstörungen. (vgl. Tab. 2)

Die Befragten (397 P.), die ihren Gesundheitszustand negativ beurteilt hatten, fühlten sich im Vergleich zum Durchschnitt etwa dreimal so oft durch Probleme mit der Konzentration, Antriebslosigkeit, Niedergeschlagenheit sowie durch Magen-/ Verdauungsprobleme und Appetitlosigkeit. eingeschränkt. (vgl. Tab. 2)

Tab. 3: Zahl der Beschwerden 2006

Zahl der Beschwerden	Häufigkeit	Prozente
keine	58	2,6
1-2	343	15,3
3-8.	1.412	63,2
9-10	374	16,7
alle	52	2,3
Gesamt*	2.239	100,0

* abzüglich fehlender Werte

Während der zurückliegenden drei Monate hatten nur 2,6% der Befragten keine der genannten Befindlichkeitsstörungen. Zumindest manchmal wurden 15,3% durch 1-2 Beschwerden beeinträchtigt. Insgesamt fühlten sich somit 17,9% der Befragten beschwerdefrei oder nur durch relativ wenige Beschwerden gestört. **Unter einem relativ breiten Spektrum (9-11) von Beeinträchtigungen litten manchmal oder häufig 19,0%, d.h. etwa jeder fünfte Befragte.** (vgl. Tab. 3)

Tab. 4: Angenommene Gründe* für bestimmte Beschwerden 2006

Beschwerden	Gründe : Probleme			
	beruflich	privat	m. d. Wohngegend	sonstige
Kopfschmerzen/Migräne	16,8	14,3	17,0	51,9
Probleme mit der Konzentration	17,7	23,8	12,8	45,7
Abgespanntheit/Erschöpfung	37,0	18,2	6,7	38,2
Magen-/Verdauungsprobleme	13,8	21,0	4,3	60,9
Schlafstörungen	19,0	27,1	22,1	31,8
Appetitlosigkeit	8,9	28,3	3,2	59,6
Rücken-/Kreuzschmerzen	30,4	9,8	1,7	58,0
Niedergeschlagenheit	22,9	34,4	7,4	35,3
Nervosität	25,7	30,1	8,0	36,2
Antriebslosigkeit	19,3	26,7	4,8	49,3
Allergie	3,3	4,1	26,8	65,8

* Mehrfachnennungen

Nach Ansicht der Befragten waren für Abgespanntheit und Erschöpfung sowie für Rücken- und Kreuzschmerzen berufliche Gründe am häufigsten verantwortlich. Private Probleme schienen in erster Linie Niedergeschlagenheit und Nervosität zu verursachen, während Allergien vor allem als wohnumfeldbedingt eingeschätzt wurden. Das Wohnumfeld war ebenfalls als Ursache für Konzentrationsprobleme und Kopfschmerzen/ Migräne, aber auch Schlafstörungen relativ wichtig. Am häufigsten jedoch wurden private Gründe als Ursache für Schlafstörungen angegeben.

In den weitaus meisten Fällen jedoch wurden die Beschwerden auf Gründe zurückgeführt, die außerhalb der beruflichen und privaten Sphäre der Betroffenen und außerhalb ihres Wohnumfeldes lagen. (vgl. Tab. 4)

ZUSAMMENFASSUNG – Subjektive Befindlichkeit und Beschwerden

- Die Mehrheit der Befragten – 82,5% - war im Großen und Ganzen mit ihrer Gesundheit zufrieden; darunter beurteilten 12,3% ihre Gesundheit sogar als „sehr gut“.
- Es verblieben 17,6% der Befragten (397 Personen) mit einer negativen gesundheitsbezogenen Selbsteinschätzung. Diese befanden sich zu 47,4% bereits im Rentenalter und setzten sich mehrheitlich (68,3%) aus Frauen zusammen.
- Unter den während der letzten drei Monate vor der Befragung aufgetretenen Einzelbeschwerden standen Abgespanntheit/ Erschöpfung sowie Rücken-/ Kreuzschmerzen im Vordergrund. Nach Ansicht der Befragten waren hierfür hauptsächlich berufliche Gründe verantwortlich.
- 19,0% der Probanden hat zumindest gelegentlich unter einem relativ großen Spektrum (9-11) subjektiver Beschwerden gelitten. Ein beinahe ebenso großer Teil (17,9%) fühlte sich beschwerdefrei oder nur durch wenige (1-2) Beschwerden beeinträchtigt.
- Diejenigen Personen (397 P.), die ihren Gesundheitszustand negativ beurteilt hatten, litten deutlich öfter unter allen häufig aufgetretenen Einzelbeschwerden als der Durchschnitt der Befragten.

2.3 Körpergewicht

2.3.1 BMI – Werte

Übergewicht steigert das Erkrankungsrisiko und verkürzt die Lebenserwartung:

„Menschen mit zu hohem Körpergewicht leiden vermehrt unter verschiedenen Krankheiten. So besteht bei Übergewichtigen ein erhöhtes Herzinfarktrisiko, insbesondere dann, wenn die Betroffenen körperlich inaktiv sind, rauchen oder hohen Blutdruck haben. Belegt ist zudem, daß bereits geringes Übergewicht das Auftreten eines Typ-II-Diabetes begünstigen kann.....Darüber hinaus steht Übergewicht in Zusammenhang mit Fettstoffwechselstörungen, Gicht, Rückenbeschwerden, Gallenblasenerkrankungen, Schlaganfällen und bestimmten Krebsleiden.“²⁰

Über- und Untergewicht können nur als Abweichung von einer Norm definiert werden.²¹ Die Basis für die Einstufung des Körpergewichts ist in der vorliegenden Auswertung der Body-Mass-Index (BMI). Er wird auf der Grundlage der Körpergröße und des –gewichts berechnet²² und ist ein „häufig verwendeter Indikator dafür, ob eine Person unter-, normal- oder übergewichtig ist. Er korreliert stark mit der Gesamtfettmenge im Körper und läßt sich leicht bestimmen.“²³ Allerdings beeinflussen Körperbau und Muskelmasse den Aussagegehalt des BMI über die Körperfettmasse. Die Grenzwerte verschieben sich zudem geschlechts- und altersspezifisch.²⁴ Dem wurde bei der Einstufung der BMI-Werte in „Gewichtsklassen“ Rechnung getragen. (s. Tab. 1 im Anhang)

²⁰ Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Gesundheit in Deutschland, a.a.O.: S. 113

²¹ Bei der Festlegung von Grenzwerten besteht „Uneinigkeit darüber, ab wann von „zu hohem Körpergewicht“ gesprochen werden kann und ob es generelle Aussagen für ganze Bevölkerungsgruppen ...geben kann oder ob dies nur im Einzelfall, zusammen mit anderen Risikofaktoren zu beurteilen ist.“ Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales der Hansestadt Hamburg (Hrsg.): Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Hamburg, Hamburg 1995, S. 51

²² BMI = Gewicht (kg) / Größe (m²), Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Gesundheit in Deutschland, a.a.O.: S. 113

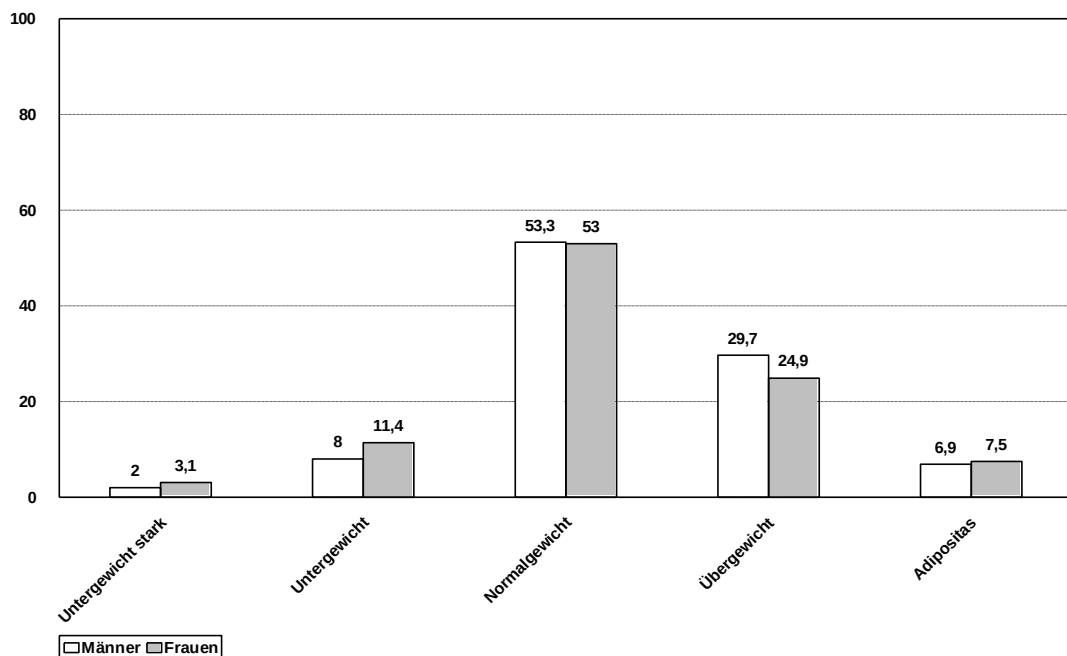
²³ a.a.O.

²⁴ Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Übergewicht und Adipositas; GBE des Bundes, H. 16, Berlin 2003, S. 7-9.

Ein normalgewichtiger Mensch darf einen BMI zwischen 18,5 und 24,9 aufweisen. Ausgehend von den geschlechtsspezifischen Durchschnittswerten der Körpergröße und des – gewichts **ergab sich für alle befragten Nürnberger Männer ein BMI von 26,1 und für die Frauen ein BMI von 25,0.**²⁵ Im Vergleich mit den Ergebnissen des bundesweiten Mikrozensus 2005 **entsprachen die durchschnittlichen BMI-Werte für die Nürnberger Männer dem Bundesdurchschnitt; der BMI für die Nürnberger Frauen lag etwas darüber.**²⁶

Die alters- und geschlechtsspezifische Bewertung der BMI-Werte ergab, dass jeweils etwas mehr als die Hälfte der befragten Männer (53,3%) und Frauen (53,0%) normalgewichtig waren. Weitere 36,6% der Männer und 32,4% der Frauen hatten Übergewicht. Darunter neigten die Frauen eher zu starkem/extremem Übergewicht (Adipositas) als die Männer (7,5% gegenüber 6,9%). Auch unter den 12,5% untergewichtigen Personen waren Frauen häufiger als Männer vertreten (14,5% gegenüber 10,0%). (vgl. Abb. 1)

Abb. 1: „Gewichtsklassen“ auf der Basis des Body-Mass-Index²⁷ bei Männern und Frauen 2006



In der Gruppe der 397 Personen, die ihre Gesundheit negativ beurteilt haben, trat Über- und Untergewicht häufiger auf als im Durchschnitt aller Befragten (Untergewicht: 15,1% gegenüber 12,5%; Übergewicht: 37,4% gegenüber 34,4%).

Nachdem in jungen Jahren – bei den Männern bis unter 25 Jahre und bei den Frauen bis unter 35 Jahre - noch etwa 60% der Befragten Normalgewicht hatten, schrumpfte dieser Anteil mit dem Alter: Bei den Männern geschah dies vor allem zugunsten des „normalen“ Übergewichts, von dem schließlich im „besten Alter“ (45- u. 55 J.) 40,9% betroffen waren, und das in den folgenden Altersgruppen wieder an Bedeutung verlor. Im Alter ab 75 Jahre waren dann nur noch 17,1% der Männer „normal“ übergewichtig. (vgl. Abb. 2) Anders als bei den Männern unterlag Normal- und „normales“ Übergewicht bei den Frauen geringeren Schwankungen mit dem Alter. **Auch bei ihnen gab es jedoch eine kurzzeitige**

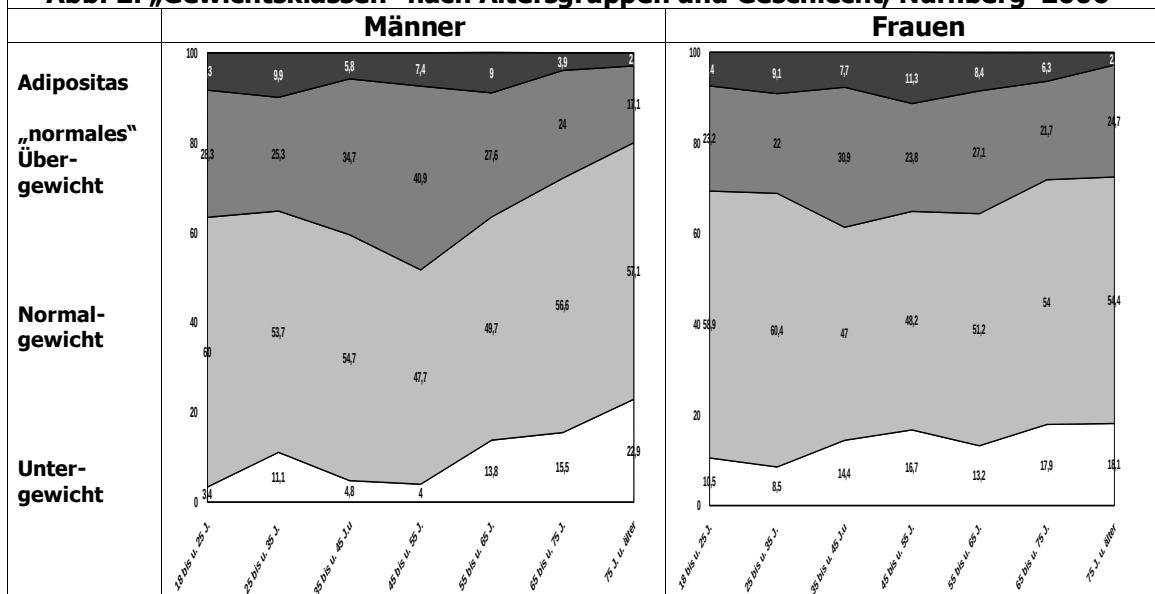
²⁵ Durchschnittliche Körpergröße: 1,78 m für Männer, 1,65 m für Frauen; durchschnittliches Körpergewicht: 83,2 kg für Männer und 68,1 kg für Frauen, Amt für Stadtforschung und Statistik in Nürnberg und Fürth, Statistischer Monatsbericht Januar 2007: Pfundskerle und Wespentailen: Wann ist man und frau eigentlich zu dick?

²⁶ Statistisches Bundesamt, Mikrozensus 2005, Fragen zur Gesundheit, www.gbe-bund.de

²⁷ Amt für Stadtforschung und Statistik in Nürnberg und Fürth, Statistischer Monatsbericht Januar 2007: a.a.O. alters- und geschlechtsspezifische Gewichtsklassifizierung auf der Basis des BMI

Zunahme des „normalen“ Übergewichts im Alter zwischen 35 bis unter 45 Jahren auf 30,9%.²⁸

Abb. 2: „Gewichtsklassen“ nach Altersgruppen und Geschlecht, Nürnberg 2006²⁹



Mit zunehmendem Alter verlor die Adipositas bei Männern und Frauen an Bedeutung bei einer gleichzeitigen Zunahme der Anteile untergewichtiger Personen. So nahm der Anteil untergewichtiger Männer zunächst nur vorübergehend im Alter zwischen 25 bis u. 35 zu. Erst ab dem Alter von 55- u. 65 Jahren erfolgte ein neuer und steiler Anstieg. Bei den Frauen stieg die Häufigkeit untergewichtiger Personen ab dem Alter von 25 bis u. 35 Jahren in allen Altersgruppen relativ gleichmäßig an. Letztendlich waren im Alter ab 75 Jahren 22,9% der Männer und 18,1% der Frauen untergewichtig. (vgl. Abb. 2)

2.3.2 Körpergewicht und Befindlichkeit

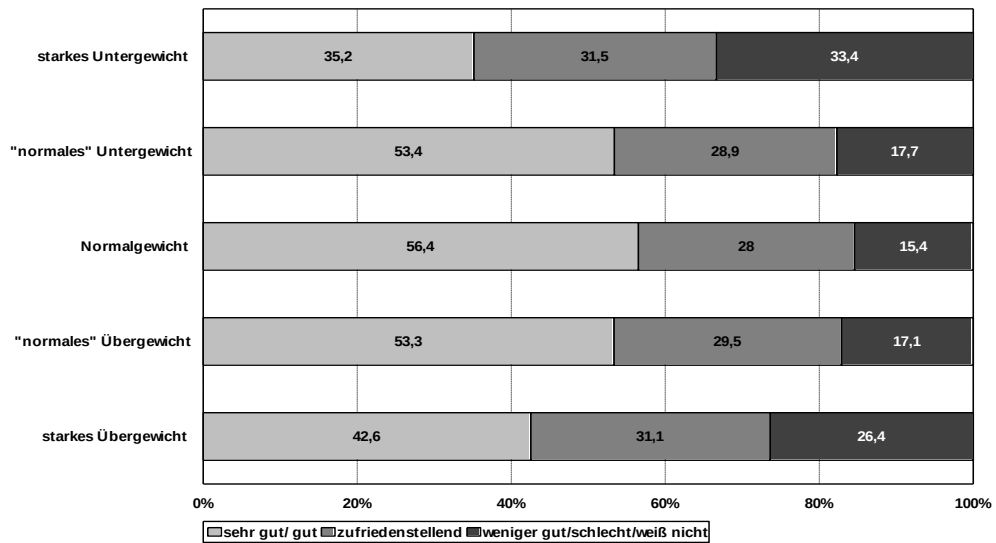
Die „Gewichtssituation“ der Befragten ging sowohl mit Unterschieden in der Einschätzung der eigenen Gesundheit einher als auch mit spezifischen Beschwerden:

Etwas mehr als die Hälfte der Befragten, deren Gewicht sich im „Normbereich“ (Normal-, „normales“ Unter- oder Übergewicht) bewegte, bewerteten ihre Gesundheit positiv. Erwartungsgemäß empfanden stark über- oder untergewichtige Personen ihre Gesundheit weniger oft als „sehr gut“/„gut“ (42,6% und 35,2%). (vgl. Abb. 3)

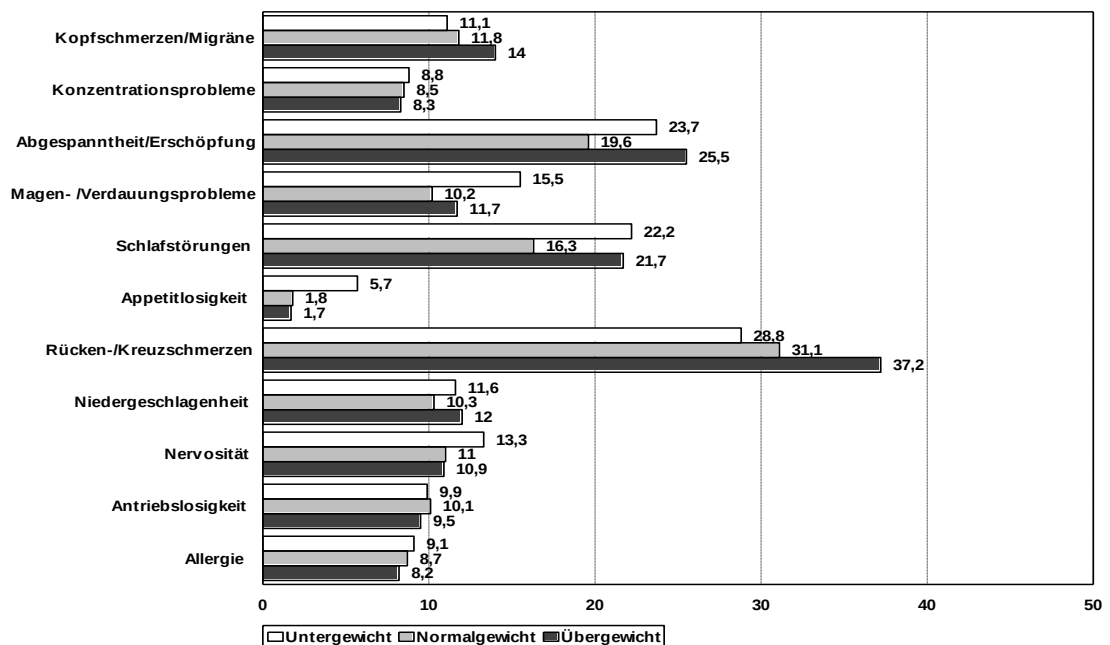
Besonders häufig (33,4%) bewerteten die stark Untergewichtigen ihre Gesundheit negativ. Im Vergleich zu den Befragten mit Normalgewicht (15,7%) war dies mehr als doppelt so oft. (vgl. Abb. 3) 61,9% der stark Untergewichtigen waren bereits 65 Jahre und älter, wodurch auch der eher negative Einfluß des Alterns auf die gesundheitliche Selbsteinschätzung hinzukommt.

²⁸ Auch der Bundes-Gesundheitssurvey 1998 bestätigt, dass bei beiden Geschlechtern der Anteil Normalgewichtiger mit zunehmendem Alter abnimmt, wobei deutlich mehr Männer übergewichtig sind als Frauen. Robert-Koch-Institut: Gesundheit von Männern und Frauen im mittleren Lebensalter Berlin 2005, S. 47

²⁹ Quelle; Amt für Stadtforschung und Statistik in Nürnberg und Fürth, Statistischer Monatsbericht Januar 2007: a.a.O.

Abb. 3: Körpergewicht und Zufriedenheit mit der Gesundheit

Unter den häufig aufgetretenen Beschwerden standen bei den Befragten jeder „Gewichtsklasse“ Rücken- und Kreuzschmerzen im Vordergrund, am seltensten jedoch bei den Untergewichtigen und am häufigsten bei den Übergewichtigen: Auf eine übergewichtige Person mit häufigen Rücken- und Kreuzschmerzen entfielen 1,2 normal- und 1,4 untergewichtige Befragte. Übergewichtige Personen litten im Vergleich zu normal- und untergewichtigen auch öfter häufig unter Abgespanntheit/ Erschöpfung sowie unter Kopfschmerzen/ Migräne. (vgl. Abb. 4)

Abb. 4: Körpergewicht und häufig empfundene Beschwerden 2006

Erwartungsgemäß litten untergewichtige Personen besonders oft unter häufiger Appetitlosigkeit. Die Relation den Normalgewichtigen gegenüber war 3,2:1. Auch wurden sie durch Konzentrations-, Magen- und Verdauungsprobleme, Nervosität, Schlafstörungen und Allergien etwas öfter häufig beeinträchtigt als Personen mit Normal- und Untergewicht. (vgl. Abb. 4)

ZUSAMMENFASSUNG – Körpergewicht

- Die alters- und geschlechtsspezifische Bewertung des Körpergewichts auf der Basis der BMI-Werte ergab, dass sich 53,1% der Befragten im Bereich des Normalgewichts befanden. Weitere 34,4% hatten Über- und 12,5% Untergewicht.
- Frauen neigten eher zu starkem/extremem Übergewicht (Adipositas) als Männer (7,5% gegenüber 6,9%). Auch unter den untergewichtigen Personen waren mehr Frauen als Männer (14,5% gegenüber 10,0%).
- Nachdem in jungen Jahren – bei den Männern bis unter 25 und bei den Frauen bis unter 35 Jahre - noch etwa 60% der Befragten normalgewichtig waren, schrumpfte dieser Anteil mit dem Alter.
- Gleichzeitig nahm bei Männern und Frauen „normales“ Übergewicht zu: Im „besten Alter“ (45- u. 55 J.) waren 40,9% der Männer „normal“ übergewichtig. Auch bei den Frauen ergab sich eine kurzzeitige Zunahme des „normalen“ Übergewichts im Alter zwischen 35 bis unter 45 Jahren auf 30,9%.
- Mit zunehmendem Alter gingen die Anteile adipöser Männer und Frauen zurück. Stattdessen stieg die Häufigkeit untergewichtiger Personen.
- Im Vergleich zu normal- und untergewichtigen litten übergewichtige Personen öfter unter häufiger Abgespanntheit/ Erschöpfung und Kopfschmerzen/ Migräne; untergewichtige Personen litten erwartungsgemäß besonders oft unter häufiger Appetitlosigkeit.
- Bei Befragten jeder „Gewichtsklasse“ waren Rücken- und Kreuzschmerzen die wichtigsten häufig auftretenden Beschwerden, insbesondere bei den Übergewichtigen: Auf eine übergewichtige Person mit häufigen Rücken- und Kreuzschmerzen entfielen 1,2 normal- und 1,4 untergewichtige Befragte.

3. Lebensstil

3.1 Bewegung

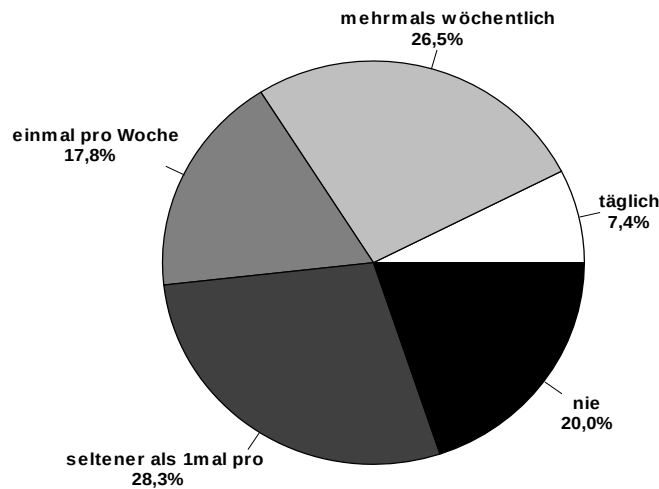
3.1.1 Sportbeteiligung

„Durch regelmäßige körperliche Aktivität lässt sich in jedem Alter ein Beitrag zur Krankheitsvermeidung und Aufrechterhaltung der Gesundheit erzielen. Dem Sport ist dabei ein hoher Stellenwert beizumessen, weil sich über Freizeit, Vereine, Schulen oder Betriebe zahlreiche Ansatzpunkte für bewegungsfördernde Angebote eröffnen.“³⁰

Nach eigenen Angaben trieben 20,0% der Befragten niemals und weitere 28,3% seltener als einmal pro Woche Sport. **Dies bedeutet, dass knapp die Hälfte der Befragten (48,3%) sportlich nicht oder nur wenig aktiv war. Die übrigen Probanden betätigten sich regelmäßig mindestens einmal pro Woche sportlich, darunter 26,5% mehrmals wöchentlich und 7,4% sogar täglich. (vgl. Abb. 5)**

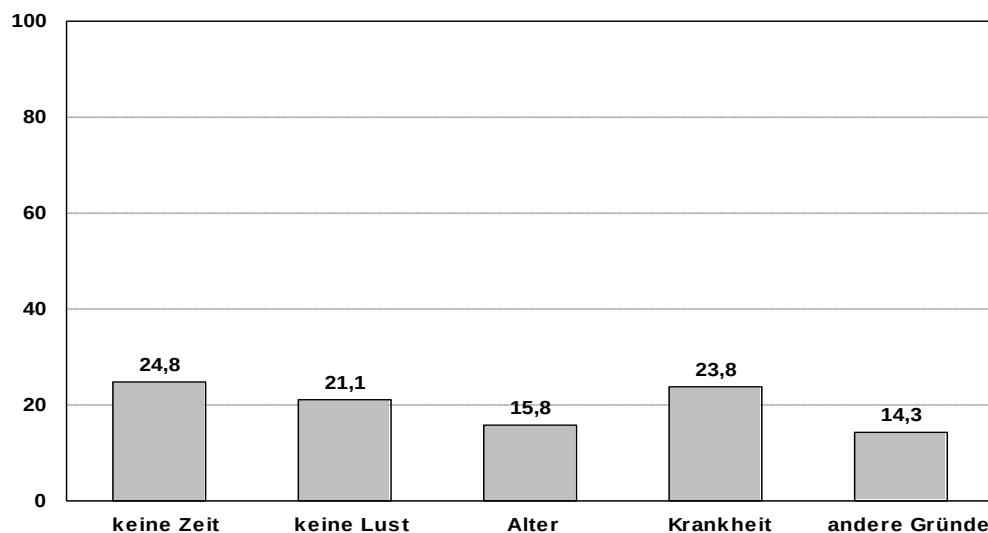
Wurde ein Sport ausgeübt, so war die sportliche Aktivität bei der Mehrzahl der Befragten relativ dauerhaft: 71,1% blieben mindestens 30 Minuten lang „am Ball“.

³⁰ Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit, a.a.O. S. 46

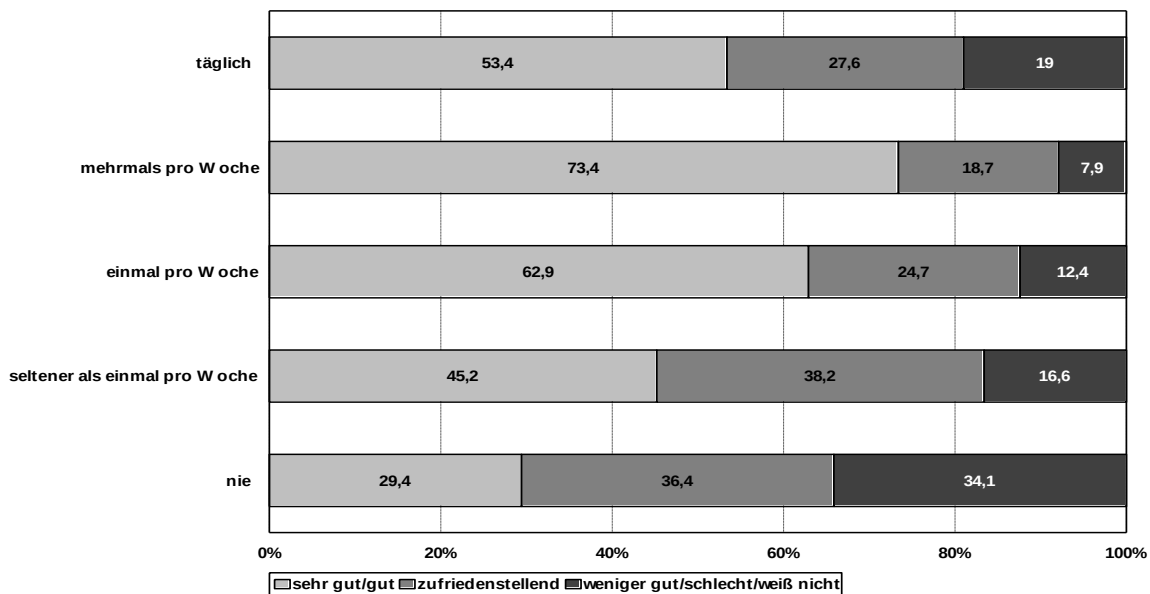
Abb. 5: Häufigkeit sportlicher Aktivität 2006

Die Ausübung von Sport unterblieb am häufigsten aus Mangel an Zeit (24,8%) und Lust (21,1%) sowie wegen Krankheit (23,8%). **Geht man davon aus, dass das persönliche Zeitbudget meist noch einen gewissen Gestaltungsspielraum beinhaltet, war fast die Hälfte der Hinderungsgründe für Sport (45,9%) durch eine fehlende Motivation (Mangel an Zeit und Lust) zumindest mitbedingt.** Körperliche Gebrechlichkeit durch Krankheit und Alter verhinderte in insgesamt 39,6% der Fälle eine sportliche Betätigung. (vgl. Abb. 6)

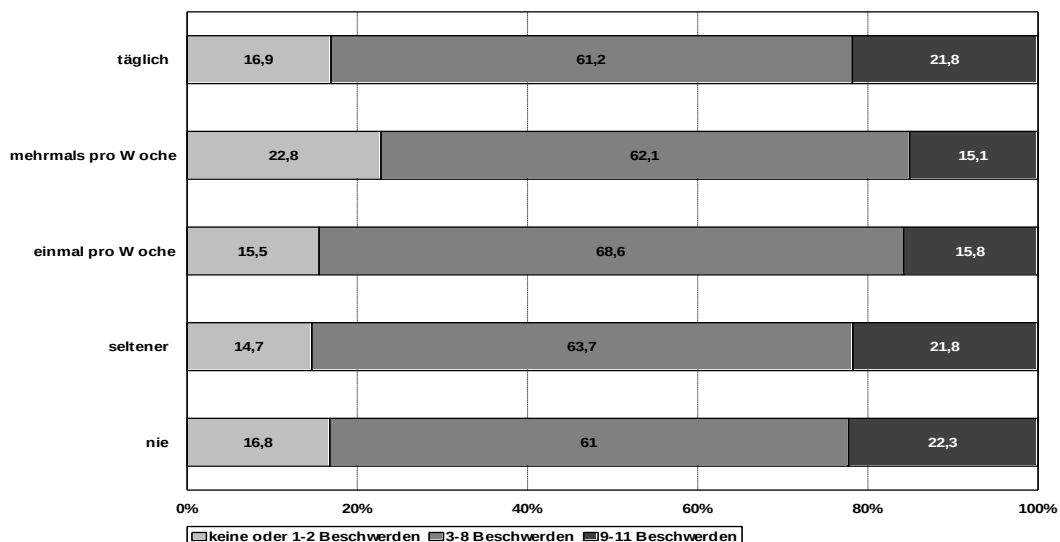
Die Befragten mit einer negativen gesundheitsbezogenen Selbsteinschätzung waren deutlich häufiger sportlich nicht (nie oder seltener als einmal pro Woche) aktiv als der Durchschnitt aller Befragten (67,0% gegenüber 48,3%). Körperliche Gebrechlichkeit (Alter und Krankheit) war bei ihnen mit 72,4% beinahe doppelt so häufig ein Hinderungsgrund für Sport als im Durchschnitt.

Abb. 6: Hinderungsgründe für sportliche Aktivitäten 2006

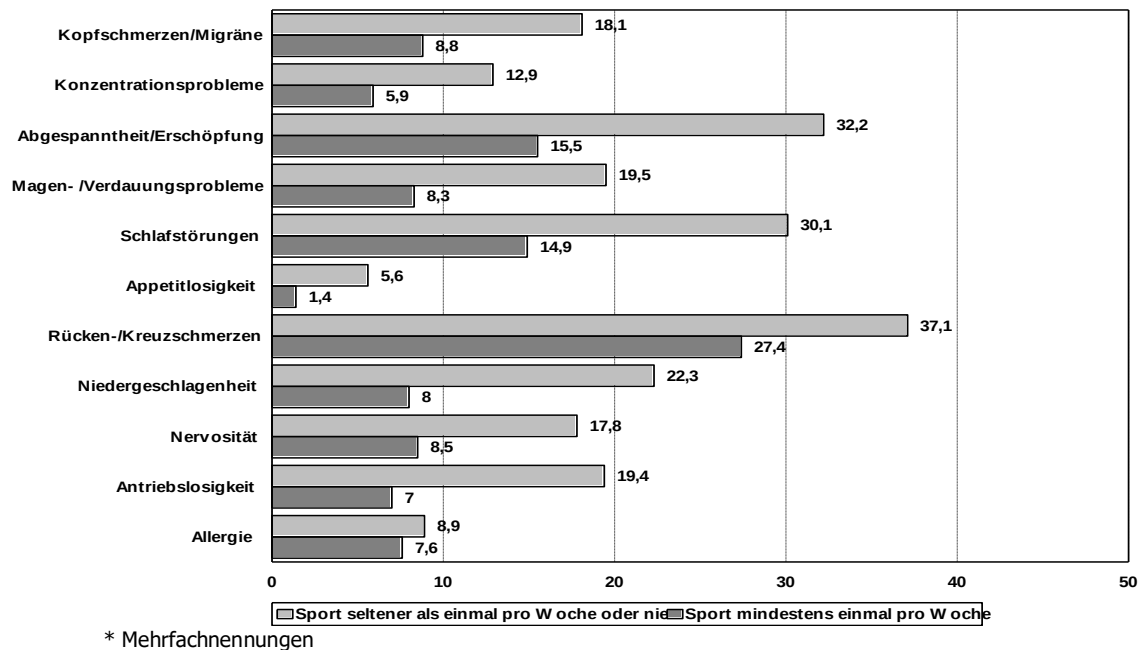
Personen, die regelmäßig Sport betrieben, beurteilten ihren Gesundheitszustand am häufigsten positiv, besonders diejenigen, die mehrmals pro Woche sportlich aktiv waren (73,4%). Dabei fiel auf, daß die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit bei den Personen, die täglich sportlich aktiv waren, wieder geringer wurde (19,0% negative Selbsteinschätzungen). Am häufigsten schätzten Befragte, die nie Sport betrieben, ihre Gesundheit negativ ein (34,1%). (vgl. Abb. 7)

Abb.7: Sportbeteiligung und Zufriedenheit mit der Gesundheit 2006

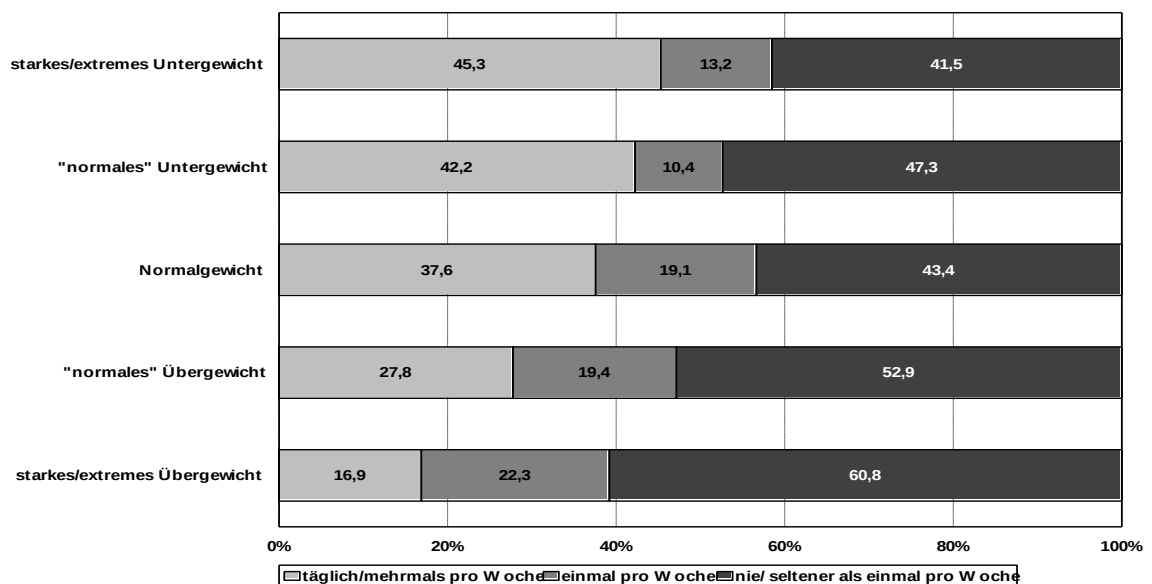
Diejenigen Befragten, die mehrmals wöchentlich sportlich aktiv waren, hatten auch den größten Anteil beschwerdefreier oder -armer Personen (22,8%) unter den Befragten und wurden auch am seltensten (15,1%) durch relativ viele (9-11) häufig auftretende Beschwerden beeinträchtigt. Der Anteil der an 9-11 Beschwerden häufig leidenden Personen stieg an, je seltener die Befragten einen Sport betrieben. Dabei fiel auf, dass sich die täglich sportlich Aktiv dennoch recht häufig (21,8%) durch 9-11 Beschwerden beeinträchtigt fühlten. (vgl. Abb. 8)

Abb. 8: Sportbeteiligung und Zahl der Beschwerden 2006

Die Personen, die seltener als einmal pro Woche oder nie sportlich aktiv waren, fühlten sich von allen abgefragten Einzelbeschwerden öfter häufig betroffen als Personen, die mindestens einmal pro Woche Sport ausübten. Mit Ausnahme von Rücken-/Kreuzschmerzen und Allergien kamen bei ihnen alle häufig auftretenden Beschwerden etwa doppelt so oft, Appetitlosigkeit sogar viermal so oft häufig vor. (vgl. Abb. 9)

Abb. 9: Sportbeteiligung und häufig empfundene Beschwerden* 2006

Die Befragten mit Untergewicht waren am häufigsten sportlich aktiv: 42,2% der „normal“ und sogar 45,3% der stark untergewichtigen Befragten betrieben täglich oder mehrmals wöchentlich einen Sport. Mit zunehmendem Körpergewicht sank die aktive Sportbeteiligung schließlich auf 16,9% bei den Befragten mit starkem Übergewicht. Von diesen betrieben 60,8% nie oder kaum einen Sport. Allerdings übte etwa jeder Vierte Befragte mit Adipositas einmal pro Woche einen Sport aus. Sportliche Aktivität einmal pro Woche wurde so mit steigendem Körpergewicht häufiger. (vgl. Abb. 10)

Abb. 10: Sportbeteiligung und Körpergewicht und 2006

„Keine Zeit zu haben“ stand als Hindernis für sportliche Betätigung bei den Befragten mit Normalgewicht und „normalem“ Untergewicht im Vordergrund. Bei den übergewichtigen Personen verteilten sich die wichtigsten Gründe, keinen Sport zu treiben auf „keine Zeit und keine Lust zu haben“ und Krankheit. Erwartungsgemäß waren für stark oder extrem Untergewichtige Alter und Krankheit die größten Hindernisse für sportliche Betätigung. (vgl. Tab. 5)

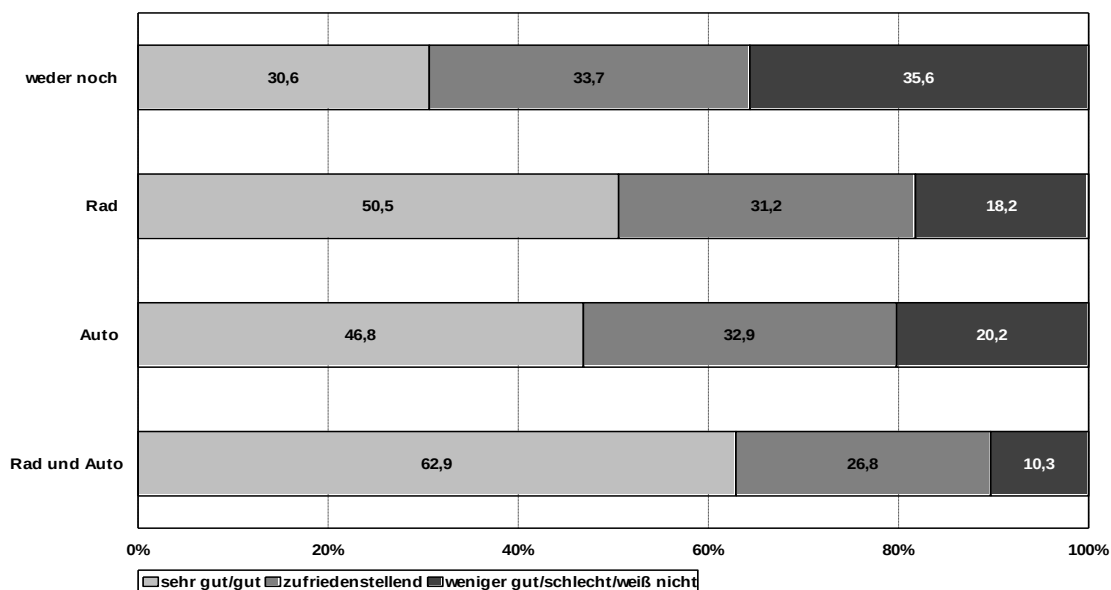
Tab. 5: Körpergewicht und Hinderungsgründe für Sport 2006

	keine Zeit	keine Lust	Alter	Krankheit	andere Gründe	Gesamt
extremes/starkes Untergewicht	11,1	5,6	33,3	44,4	5,6	100,0
„normales“ Untergewicht	29,8	19,3	17,5	24,6	8,8	100,0
Normalgewicht	28,5	16,2	17,8	20,3	17,2	100,0
„normales“ Übergewicht	25,3	24,1	14,3	26,4	9,9	100,0
Adipositas	24,1	37,9	1,7	32,8	3,5	100,0

3.1.2 Bewegung im Alltag

Das Vorhandensein eines Fahrrads bei gleichzeitiger Motorisierung des Haushalts durch ein Auto verweist auf die Möglichkeiten für die Haushaltsangehörigen, sich in der Freizeit, aber auch bei der Bewältigung alltäglicher Wege zu bewegen. Diese Alternative stand 19,4% der Befragten (441 Haushalte) nicht zur Verfügung. Sie besaßen weder ein Auto noch ein Rad. Weitere 16,0% (363 Haushalte) besaßen ein oder mehrere Fahrräder, aber kein Auto und 11,8% der Befragten (268 Haushalte) waren ausschließlich motorisiert durch mindestens ein Auto. **1.197 Haushalte (52,7% der Befragten) verfügten über mindestens 1 Auto und 1 Fahrrad, d.h. sie hatten eine sportliche Alternative zur motorisierten Fortbewegung.**

62,9% der Personen, die gleichzeitig über mindestens ein Auto und ein Fahrrad verfügten und jeweils etwa die Hälfte der Personen, die entweder über ein Rad oder ein Auto verfügten, schätzten ihre Gesundheit als „sehr gut“ / „gut“ ein. Personen ohne Auto oder Rad beurteilten ihre Gesundheit am seltensten (30,6%) positiv. Es bleibt hier zu bedenken, daß die Verkehrsmittelwahl eines Haushalts nicht nur eine Folge persönlicher Prioritäten, sondern auch des Haushaltsbudgets und der Position im Lebenszyklus ist.³¹ (vgl. Abb. 11)

Abb. 11: Motorisierung und Zufriedenheit mit der Gesundheit 2006

³¹ 54,2% der Personen, die weder durch Rad noch Auto mobil waren, befanden sich bereits im Rentenalter.

ZUSAMMENFASSUNG - Lebensstil - Bewegung

- 48,3% der Befragten waren nie oder seltener als einmal pro Woche sportlich aktiv. Die übrigen Probanden betrieben regelmäßig mindestens einmal pro Woche einen Sport, darunter 33,9% täglich oder mehrmals wöchentlich.
- 45,9% der Hinderungsgründe für eine sportliche Betätigung entfielen auf die Gründe, „keine Zeit“ und „keine Lust“ zu haben, d.h. zumindest teilweise auf eine mangelnde Motivation.
- Personen, die mehrmals pro Woche Sport betrieben, beurteilten ihren Gesundheitszustand am häufigsten positiv und klagten am seltensten über häufig auftretende Einzelbeschwerden.
- Es fiel auf, daß Personen, die täglich sportlich aktiv waren, trotzdem einen relativ hohen Anteil negativer Selbsteinschätzungen abgaben und sich relativ häufig durch ein größeres Spektrum von (9-11) Beschwerden beeinträchtigt fühlten.
- 37,6% der Befragten mit Normalgewicht waren täglich/ mehrmals pro Woche sportlich aktiv. Die Sportbeteiligung der Befragten mit „normalem“ und starkem Untergewicht war jeweils noch höher (42,2% bzw. 45,3%), die der Befragten mit „normalem“ und starkem Übergewicht war niedriger (27,8% bzw. 16,9%).
- 1.197 Haushalte (52,7% der Befragten) verfügten über mindestens 1 Auto und 1 Fahrrad, d.h. sie hatten eine sportliche Alternative zur motorisierten Fortbewegung. Ein Großteil dieser Gruppe (62,9%) schätzten ihre Gesundheit als „sehr gut“/ „gut“ ein.

3.2 Rauchen

„Tabakkonsum ist in den Industrieländern der für Gesundheitsschädigungen bedeutendste Einzelfaktor. In Deutschland sterben jedes Jahr zwischen 110.000 und 140.000 Menschen an den Folgen von Erkrankungen, die mit dem Rauchen in Zusammenhang stehen.“³² Bei den Männern ist der Tabakkonsum seit Mitte der 1980er Jahre leicht rückläufig. Bei den Frauen hingegen nimmt er zu, sodaß sich das Rauchverhalten zwischen den Geschlechtern angleicht.³³ Damit steigen auch für Frauen die durch das Rauchen bedingten Gesundheitsrisiken.

Tab. 6: RaucherInnenanteil in Nürnberg 2006

Sind Sie Raucher/-in?	Männer		Frauen		Gesamt	
	Häufigkeit	Prozente	Häufigkeit	Prozente	Häufigkeit	Prozente
ja	309	32,2 33,6*	278	21,9 26,0*	587	26,4
Nein	651	67,8	989	78,1	1.640	73,6
Gesamt**	960	100,0	1.267	100,0	2.227	100,0

* Raucheranteil Wohnungs- und Haushaltserhebung 2004 **Jeweils abzüglich fehlender Werte

26,4% aller Befragten waren RaucherInnen. **Der Raucheranteil der Männer war mit 32,2% höher als der der Frauen (21,9%).**³⁴ Im Vergleich zum Jahr 2004³⁵ ist der Raucheranteil bei den Männern etwas, vor allem aber bei den Frauen zurückgegangen. (vgl. Tab. 6)

³² Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Gesundheit in Deutschland, a.a.O., S. 107

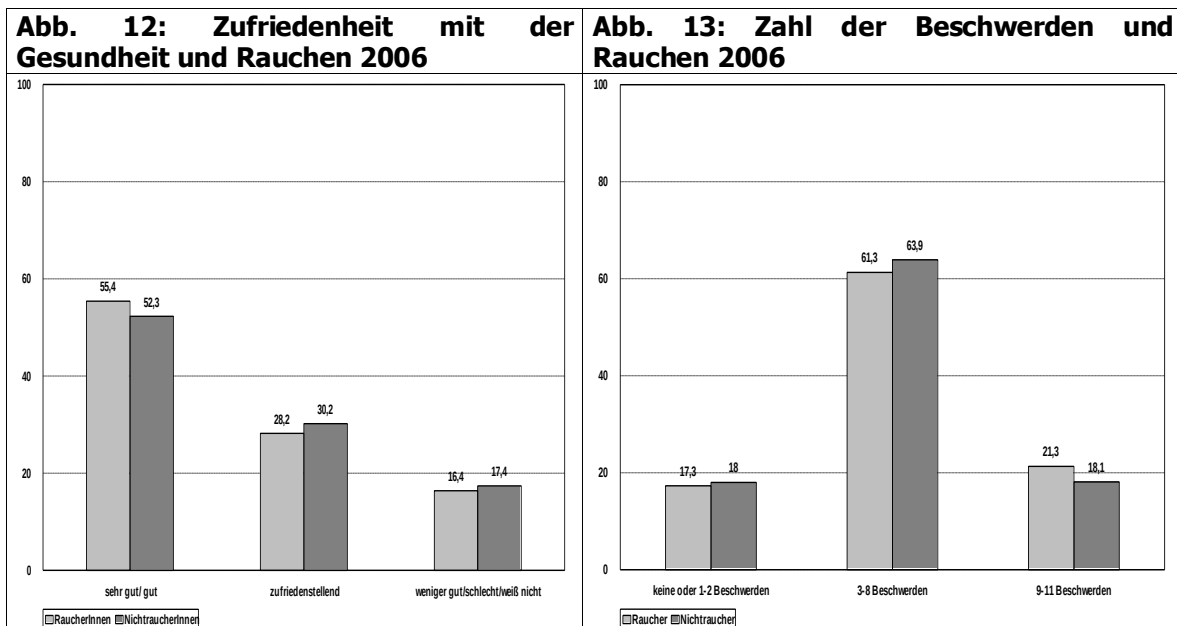
³³ vgl. a.a.O.

³⁴ Bundesgesundheitsurvey 2002/03: Raucheranteil an der männlichen Bevölkerung zwischen 18 und 79 Jahren bundesweit 37,7%; Raucherinnenanteil: 28,9%. Damit waren die bundesdeutschen RaucherInnenanteile höher als die Werte für Nürnberg. Robert-Koch-Institut (RKI) Telefonischer Gesundheitssurvey 2002/03, www. gbe-bund.de Es bleibt zu beachten, dass die Altersgruppierung der Nürnberger Erhebung nach oben offen bleibt und dort nicht zwischen täglichem und gelegentlichem Rauchen unterschieden wird.

³⁵ Wohnungs- und Haushaltserhebung des Jahres 2004, **Quelle:** Stadt Nürnberg (Hrsg.): Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth: „Sind Sie Raucher/-in?“, Monatsbericht Oktober 2004, Tabellenteil

Trotz der dem Rauchen zugeschriebenen Gesundheitsrisiken unterschied sich die subjektive Befindlichkeit von RaucherInnen und Nicht-RaucherInnen nur wenig:

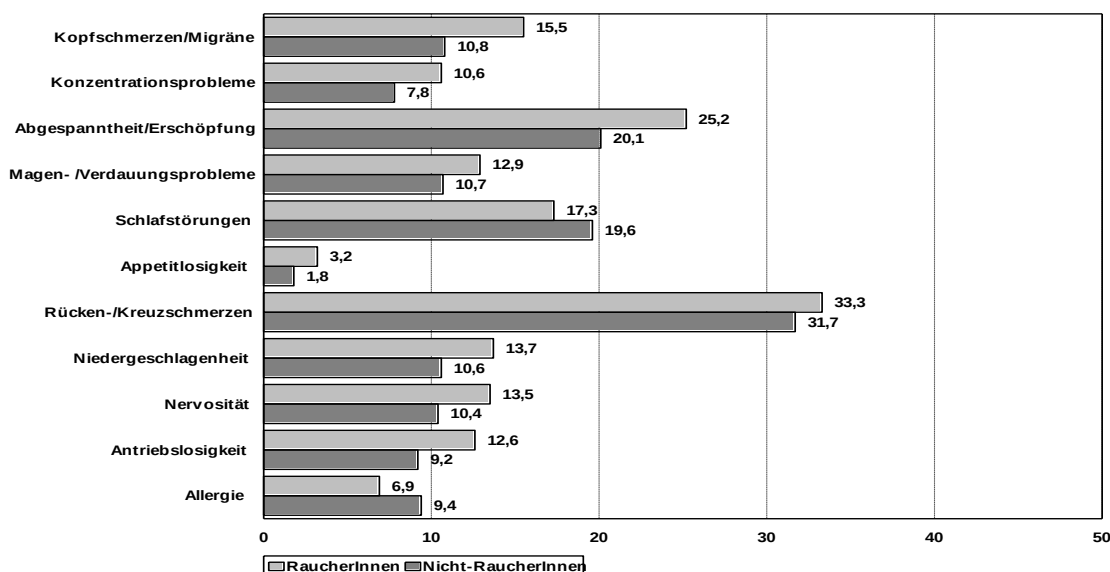
RaucherInnen bewerteten im Vergleich zu den Nicht-RaucherInnen ihr Befinden sogar etwas häufiger als „sehr gut“/ „gut“. Sie fühlten sich andererseits etwas häufiger durch ein größeres Spektrum von (9-11) Beschwerden beeinträchtigt. Umgekehrt hatten Nicht - RaucherInnen etwas häufiger eine negative oder „zufriedenstellende“ Selbsteinschätzung als RaucherInnen. Ebenfalls fühlten sie sich etwas häufiger beschwerdefrei/-arm sowie durch 3-8 Beschwerden beeinträchtigt. (Abb. 12 und Abb. 13)



Trotz ihrer vergleichsweise positiven Selbsteinschätzung litten die RaucherInnen öfter bestimmten häufigen gesundheitliche Beschwerden als die Nicht-RaucherInnen:

Den größten „Vorsprung“ hatten sie bei Appetitlosigkeit. Hier entfielen auf eine(n) Nicht-RaucherIn 1,8 RaucherInnen. Als häufige Beschwerden traten bei ihnen auch Kopfschmerzen/ Migräne, Konzentrationsprobleme sowie Antriebslosigkeit 1,4 mal so oft häufig auf als bei Nicht - RaucherInnen. Allergien und Schlafstörungen waren die einzigen Beschwerden, von denen sich Nicht - RaucherInnen öfter häufig betroffen fühlten als RaucherInnen. (vgl. Abb. 14)

Abb. 14: Häufig empfundene Beschwerden und Rauchen 2006



ZUSAMMENFASSUNG - Lebensstil - Rauchen

- 26,4% aller Nürnberger Befragten rauchten. Dabei war der Raucheranteil der Männer mit 32,2% höher als der der Frauen (21,9%).
- Die subjektive Befindlichkeit von RaucherInnen und Nicht-RaucherInnen unterschied sich nur wenig. In der Tendenz schätzten die RaucherInnen ihre Gesundheit sogar etwas häufiger positiv ein als Nicht-RaucherInnen (55,4% gegenüber 52,3%).
- Trotz ihrer vergleichsweise positiven Selbsteinschätzung fühlten sich die RaucherInnen von beinahe allen abgefragten Einzelbeschwerden öfter häufig betroffen als Nicht-RaucherInnen, vor allem von Appetitlosigkeit, Kopfschmerzen/ Migräne, Konzentrationsproblemen und Antriebslosigkeit.

3.3 Lebensform

„Viele Gesundheitsprobleme und –ressourcensind abhängig vom Familienstand, von Formen des Zusammenlebens und von der Kinderzahl. Diese Faktoren beeinflussen Aufgaben, Belastungen und deren Bewältigungsmöglichkeiten und wirken sich beispielsweise auf die psychosoziale Unterstützung und die soziale Netze aus.... Scheidung und Trennungsind für die Gesundheit wichtige Lebensereignisse, die sich wie auch das Alleinleben allgemein sowohl positiv als auch negativ auf Befinden und Gesundheit auswirken können.“³⁶ Im Besonderen scheint die Ehe eine protektive Wirkung auf die Gesundheit auszuüben: „Durch die Ehe wird ein sozialer Kontext geschaffen, in dem die Partner sich wechselseitig im gesundheitsförderlichen Verhalten unterstützen und im Krankheitsfall Hilfe und Unterstützung mobilisieren können.“³⁷

Die vorherrschende Lebensform der Befragten war der kinderlose Ein-Personen-Haushalt im Erwerbsalter (29,9%). Weitere 17,4% der Befragten lebten im Rentenalter allein. **So kann man bei fast der Hälfte der Befragten (47,3%) keine potentiell protektive Funktion einer Partnerschaft voraussetzen.**

In 15,5% der Haushalte lebten Kinder. Darunter lebten in 1,4% der Haushalte 3 oder mehr Personen mit mindestens einem Kind. 12,6% können als „klassische“ Kleinfamilie bezeichnet werden mit zwei Erwachsenen und mindestens einem Kind. 1,5% waren alleinerziehend. (vgl. Tab. 7)

Tab.7: Haushaltstypen 2006

Haushaltstyp	Häufigkeit	Prozente
1- Pers.haushalt im Erwerbsalter bis 64 J.	635	29,9
1- Pers.haushalt im Rentenalter ab 65 J.	371	17,4
2- Pers.haushalt kinderlos im Erwerbsalter	373	17,5
2- Pers.haushalt kinderlos im Rentenalter	266	12,5
3- oder mehr- Pers.haushalt ohne Kinder	154	7,2
1- Pers.haushalt mit mind. einem Kind	32	1,5
2- Pers.haushalt mit mind. einem Kind	267	12,6
3- oder mehr- Pers.haushalte mit mind. einem Kind	29	1,4
Gesamt*	2.127	100,0

* abzüglich fehlender Werte

³⁶ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland, Stuttgart, 2001, S. 58

³⁷ Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter, a.a.O. S. 31

Im Vergleich zur „klassischen“ Kleinfamilie gestalten sich die Lebensverhältnisse Alleinerziehender meist schwieriger: „Eltern, die ihre Kinder allein erziehen, sind zahlreichen Belastungen ausgesetzt, die aus der alleinigen Zuständigkeit für Kindererziehung, Haushaltsführung und den Lebensunterhalt erwachsen. ...Die speziellen Belastungen wirken sich auch auf die Gesundheit und das Wohlbefinden aus. **Alleinerziehende leiden häufiger unter allgemeinen und psychischen Beschwerden und neigen zudem eher zu einem gesundheitsriskanten Verhalten.**“³⁸

Tab. 8: Gesundheitliches Befinden, Beschwerden und Rauchen bei Alleinerziehenden und Kleinfamilien 2006

	1 Erwachsener, mind. 1 Kind (alleinerziehend)	2 Erwachsene, mind. 1 Kind (Kleinfamilie)
Zufriedenheit mit der Gesundheit		
sehr gut/gut	44,6	70,0
zufriedenstellend	18,2	21,6
weniger gut/ schlecht/indifferent	37,1	8,5
Gesamt	100,0	100,0
Zahl der Beschwerden		
0-2	2,0	18,0
3-8	62,4	63,2
9-11	35,5	18,7
Gesamt	100,0	100,0
Rauchen		
ja	39,5	33,2
nein	60,5	66,8
Gesamt	100,0	100,0

In der Tendenz beurteilten Alleinerziehende ihre Gesundheit seltener positiv (44,6% gegenüber 70,0%) und häufiger negativ (37,1% gegenüber 8,5%) als Befragte aus einer Kleinfamilie. Sie waren deutlich weniger oft beschwerdefrei oder –arm (2,0% gegenüber 18,0%) und hatten einen höheren RaucherInnenanteil (39,5% gegenüber 33,3%). Aufgrund der geringen Fallzahlen der Alleinerziehenden (32 Haushalte) sind diese Aussagen jedoch unter Vorbehalt zu sehen. (vgl. Tab. 8)

38,0% - der Befragten waren zum Zeitpunkt der Erhebung verheiratet und fast ebenso viele - 32,8% ledig. Die verbleibenden 29,3% waren geschieden oder verwitwet. Insgesamt waren hiermit 62,1% der Befragten formal alleinstehend. **Tatsächlich alleinstehend, d.h. ohne PartnerIn lebend waren 73,0%.** (vgl. Tab. 9)

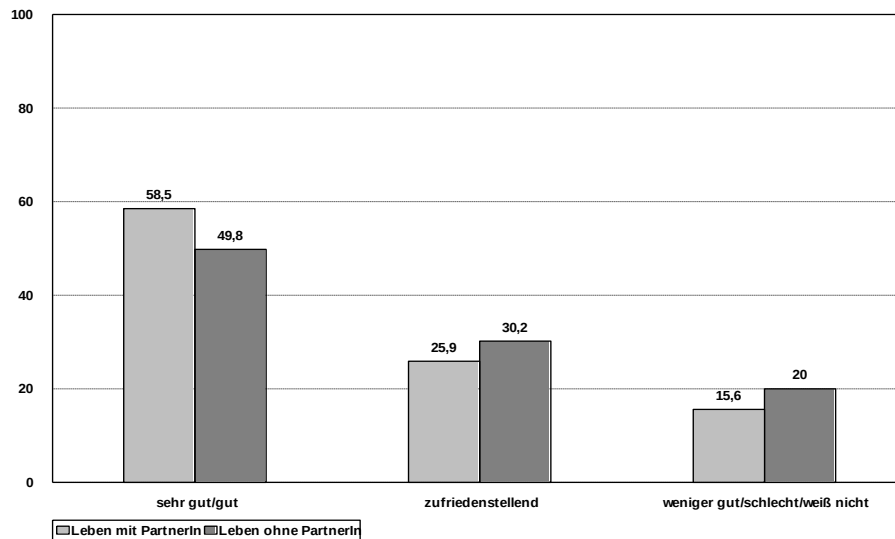
Tab. 9: Familienstand und Lebensform 2006

Familienstand			Lebensform		
	Häufigkeit	Prozente		Häufigkeit	Prozente
ledig	735	32,8	ohne PartnerIn	1.159	73,0
verheiratet	851	38,0	mit PartnerIn	429	27,0
geschieden	300	13,4			
verwitwet	357	15,8			
Gesamt*	2.243	100,0		1.589	100,0

* abzüglich fehlender Werte

Befragte, die in einer Partnerschaft lebten, schätzten ihren Gesundheitszustand im Vergleich mit den alleine Lebenden häufiger positiv ein (58,5% gegenüber 49,8%). Umgekehrt beurteilten alleine lebende Personen ihre Gesundheit seltener zufriedenstellend (25,9% gegenüber 30,2%) und häufiger negativ (20,0% gegenüber 15,6%). (vgl. Abb. 15)

³⁸ des. (Hrsg.): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit, a.a.O. S. 85

Abb. 15: Zufriedenheit mit der Gesundheit und Leben mit oder ohne PartnerIn**ZUSAMMENFASSUNG – Lebensstil – Lebensform**

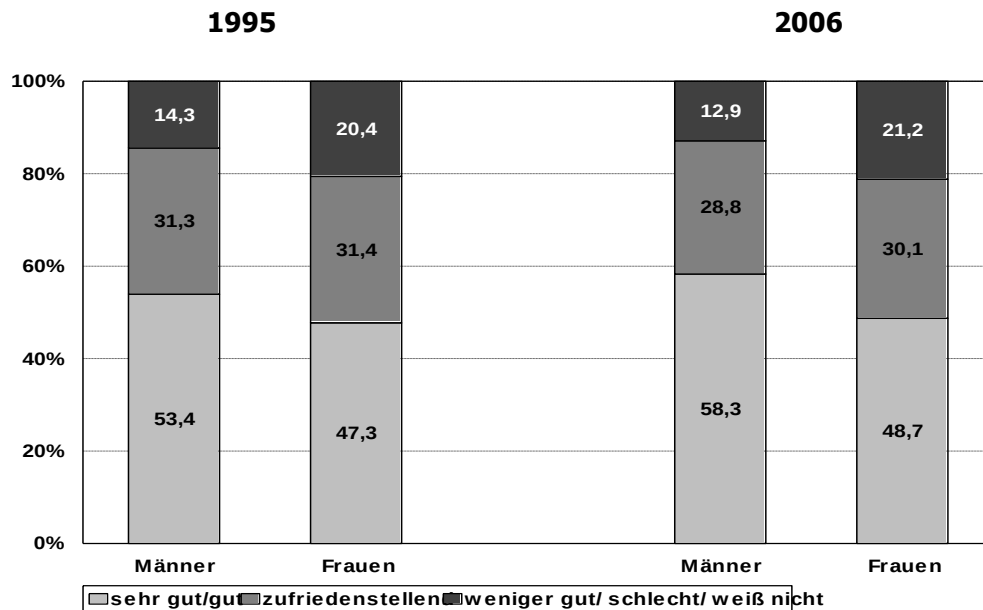
- 47,3% der Befragten lebten in einem Ein-Personen-Haushalt ohne Kinder, d.h. die potentiell protektive Funktion einer Partnerschaft für die Gesundheit kann bei ihnen nicht vorausgesetzt werden. 29,9% von ihnen befanden sich im Erwerbs- und 17,4% im Rentenalter.
- In 12,6% der Haushalte lebten zwei Erwachsene und mindestens ein Kind. Diese können als die „klassische“ Kleinfamilie bezeichnet werden. Weitere 1,5% der Befragten waren alleinerziehend.
- In der Tendenz (eingeschränkt durch die geringe Fallzahl) beurteilten die alleinerziehenden Befragten die eigene Gesundheit seltener positiv als Befragte aus einer Kleinfamilie, waren weniger oft beschwerdefrei oder –arm und hatten einen höheren RaucherInnenanteil.
- Befragte, die in einer Partnerschaft lebten, bewerteten ihren Gesundheitszustand im Vergleich zu den alleine Lebenden häufiger positiv (58,5% gegenüber 49,8%).

4. Die Befindlichkeit von Männern und Frauen

Männer und Frauen unterscheiden sich hinsichtlich der Krankheiten, unter denen sie leiden, zunächst aufgrund ihrer körperlich-biologischen Eigenschaften, sind zudem aber unterschiedlichen Lebens- und Arbeitsbedingungen ausgesetzt, die ihre Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensweise bestimmen, gehen aufgrund unterschiedlicher Sozialisationserfahrungen in verschiedener Weise mit Gesundheit, Krankheit und Belastungen um und nehmen schließlich unterschiedliche Versorgungsbereiche in Anspruch, in denen sie auch verschieden wahrgenommen und behandelt werden.³⁹

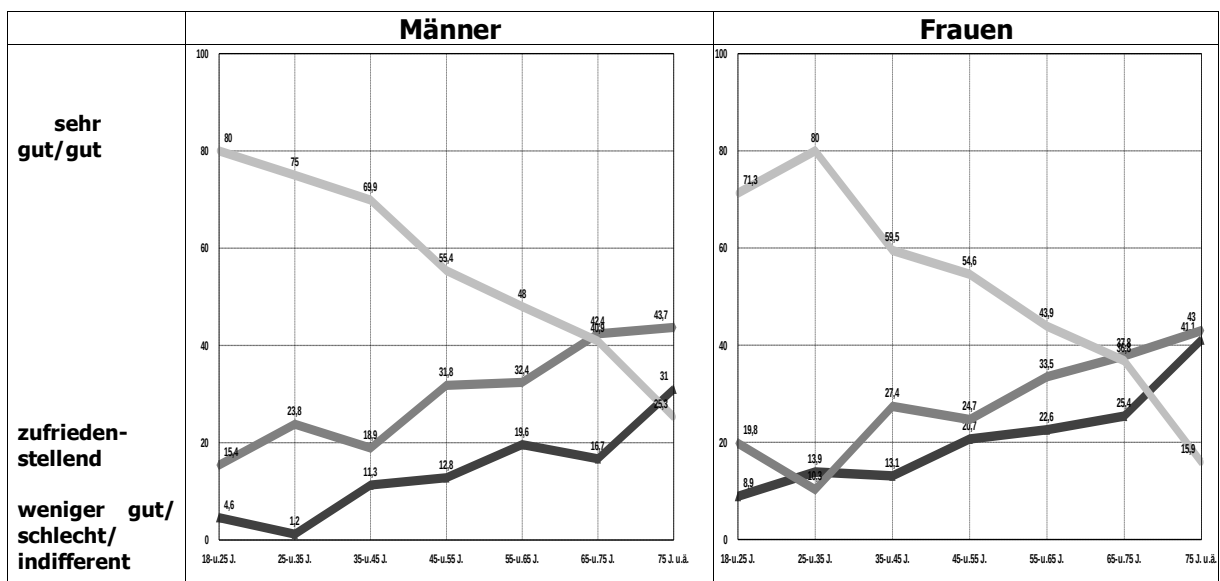
Die Befragten der Wohnungs- und Haushaltserhebung 2006 setzten sich zusammen aus 43,1% Männern und 56,9% Frauen.

³⁹ vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland, a.a.O. S. 7

Abb. 16: Zufriedenheit mit dem Gesundheitszustand bei Männern und Frauen

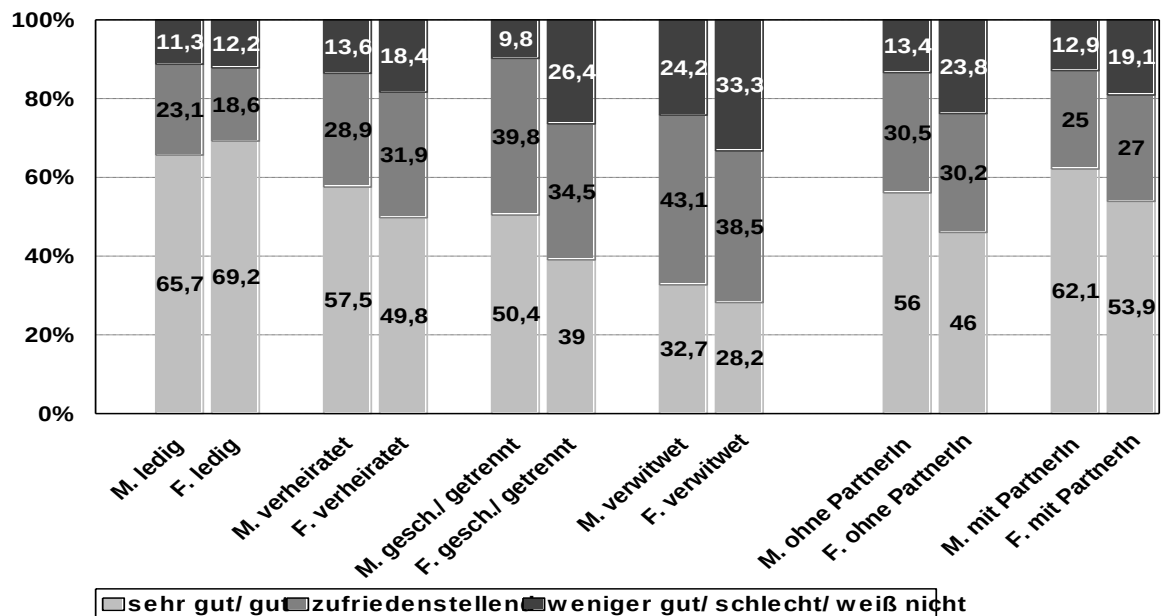
Im Vergleich zur Wohnungs- und Haushaltserhebung des Jahres 1995 hat sich die gesundheitsbezogene Selbsteinschätzung von Männern und Frauen verbessert. Allerdings bestand sowohl 1995 als auch 2006 ein Gefälle in der Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit zwischen Männern und Frauen: 58,3% der Männer und 48,7% der Frauen schätzten ihre Gesundheit als „sehr gut“/ „gut“ ein. 21,2% der Frauen bewerteten ihre Gesundheit negativ gegenüber von 12,9% der Männer. (vgl. Abb. 16)

In allen Altersgruppen, auch in jüngeren Jahren, bewerteten Frauen ihre Gesundheit häufiger negativ als die gleichaltrigen Männer. Erwartungsgemäß nahmen bei Männern und bei Frauen mit dem Alter „sehr gut“/„gut“ bewertete Befindlichkeiten ab, „zufriedenstellende“ und negative Selbsteinschätzungen wurden häufiger. Im Alter ab 75 Jahre beurteilten schließlich nur noch 15,9% der Frauen und 25,3% der gleichaltrigen Männer ihre Gesundheit positiv. (vgl. Abb. 17)

Abb. 17: Alter und Zufriedenheit mit der Gesundheit bei Männern und Frauen 2006

Das Gefälle zwischen Männern und Frauen in der Zufriedenheit mit ihrer Gesundheit blieb im wesentlichen auch bei der Betrachtung des Familienstandes und der Lebensform sichtbar: Nur ledige Frauen schätzten ihre Gesundheit etwas häufiger positiv ein als ledige Männer (69,2% gegenüber 65,7%). Trotz dieses Gefälles profitierten sowohl Männer als auch Frauen von der protektiven Wirkung einer Partnerschaft auf die Zufriedenheit mit ihrer Gesundheit. (vgl. Abb. 18)

Abb. 18: Familienstand und Zufriedenheit mit der Gesundheit bei Männern und Frauen 2006



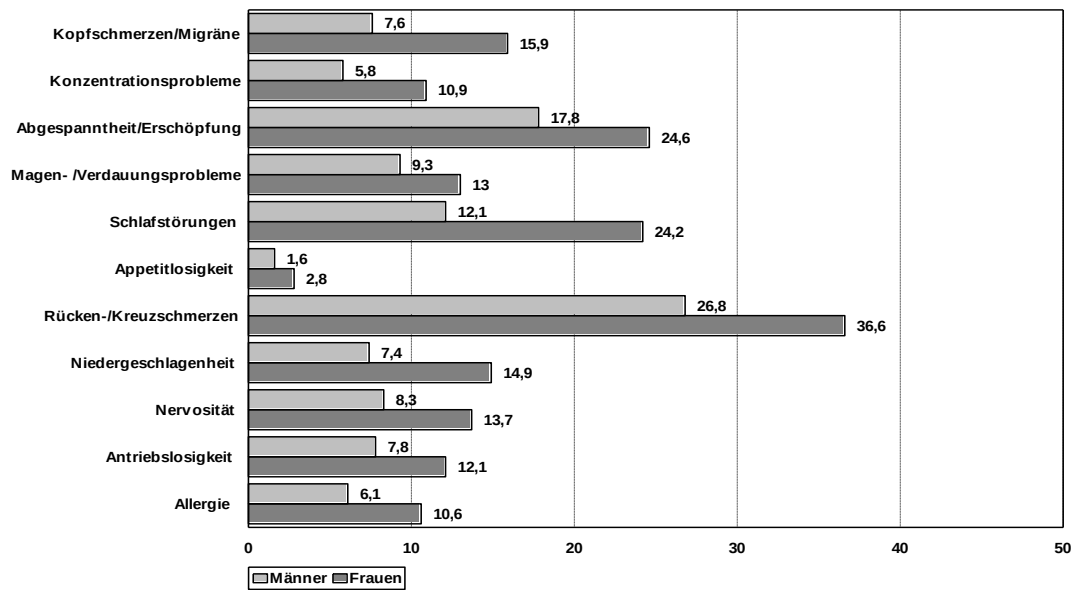
Frauen fühlten sich durch die abgefragten Beschwerden stärker belastet: Mit einer Relation von 1,7 : 1 waren die Männer häufiger beschwerdefrei/ -arm als Frauen. Im gleichen Ausmaß fühlten sich Frauen häufiger als Männer durch ein relativ großes Spektrum (9-11) von Beschwerden beeinträchtigt. (vgl. Tab. 10)

Tab. 10: Häufigkeit von Beschwerden* bei Männern und Frauen 2006

	keine oder 1-2 Beschwerden	3-8 Beschwerden	9-11 Beschwerden	Gesamt
Männer	23,3	62,9	13,8	100,0
Frauen	13,5	63,2	23,3	100,0

* manchmal und häufig während der letzten drei Monate vor der Befragung aufgetreten

Die Frauen litten unter allen abgefragten häufigen Einzelbeschwerden öfter als Männer: Kopfschmerzen/Migräne, Schlafstörungen und Niedergeschlagenheit kamen bei ihnen sogar doppelt so oft häufig vor. (vgl. Abb. 19)

Abb. 19: Häufig empfundene Beschwerden bei Männern und Frauen 2006

In der Sportbeteiligung unterschieden sich Männer und Frauen zunächst nur wenig: Frauen übten etwas häufiger täglich, einmal wöchentlich und etwas seltener als die Männer mehrmals pro Woche und seltener als einmal pro Woche einen Sport aus. Allerdings trieben Frauen deutlich häufiger als Männer nie einen Sport (22,5% gegenüber 16,5%). (vgl. Tab. 11)

Tab. 11: Sportbeteiligung bei Männern und Frauen 2006

Tab. 2: Wie oft treiben Sie Sport?	täglich	mehrmals wöchentlich	einmal pro Woche	seltener als einmal pro Woche	nie	Gesamt*
Männer	7,0	29,4	17,4	29,7	16,5	100,0
Frauen	7,9	24,3	18,1	27,2	22,5	100,0

* abzüglich fehlender Werte

ZUSAMMENFASSUNG – Die Befindlichkeit von Männern und Frauen

- Frauen beurteilten ihre Gesundheit in beinahe allen Altersgruppen seltener positiv als Männer (48,7% gegenüber 58,3%), fühlten sich seltener beschwerdefrei bzw. –arm (13,5% gegenüber 23,3%) und litten außerdem unter allen abgefragten Arten von Beschwerden öfter häufiger als Männer.
- Das Gefälle in der Befindlichkeit war bei Männern und Frauen jeden Familienstandes sichtbar. Nur ledige Frauen schätzten ihre Gesundheit etwas häufiger als „sehr gut“/„gut“ ein als ledige Männer.
- Von der potentiell protektiven Wirkung des Lebens in einer Partnerschaft profitierten Männer wie Frauen: Die in einer Partnerschaft Lebenden bewerteten ihre Gesundheit häufiger positiv als allein Lebende (Männer: 62,1% gegenüber 56,0%; Frauen: 53,9% gegenüber 46,0%).
- Die Sportbeteiligung von Männern und Frauen unterschied sich nur wenig. Allerdings betrieb fast ein Viertel der Frauen nie einen Sport (22,5% gegenüber 16,5% bei den Männern).

5. Migration und Befindlichkeit

Als MigrantInnen gelten „Personen, die selbst oder deren Eltern zugewandert sind. Auch für die dritte Einwanderergeneration kann der Migrationshintergrund eine wichtige Bestimmungsgröße der Lebensumstände sein. Dies gilt insbesondere für Personen, die nicht über die deutsche Staatsangehörigkeit verfügen und sich so durch ihre rechtliche Situation von Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit unterscheiden.“⁴⁰ Auch die gesundheitliche Lage wird durch den Migrationshintergrund einer Person beeinflusst: „**Zunächst spielt die soziale Ungleichheit eine Rolle:** Viele Migranten und Migrantinnen sind den Risiken, die ein niederer Sozialstatus mit sich bringt, ausgesetzt. **Außerdem treten sprachliche Barrieren und kulturelle Unterschiede im Gesundheits- und Krankheitsverständnis auf,** die auch im Zusammenhang mit der gesundheitlichen Versorgung zum Tragen kommen. **Migration ist nicht zuletzt ein Lebensereignis, das die individuelle Biographie sowie die Familienentwicklung über mehrere Generationen prägt,**“ und in deren Verlauf spezielle psychosoziale Belastungen auftreten.⁴¹

Tab. 12: Staatsangehörigkeit 2006

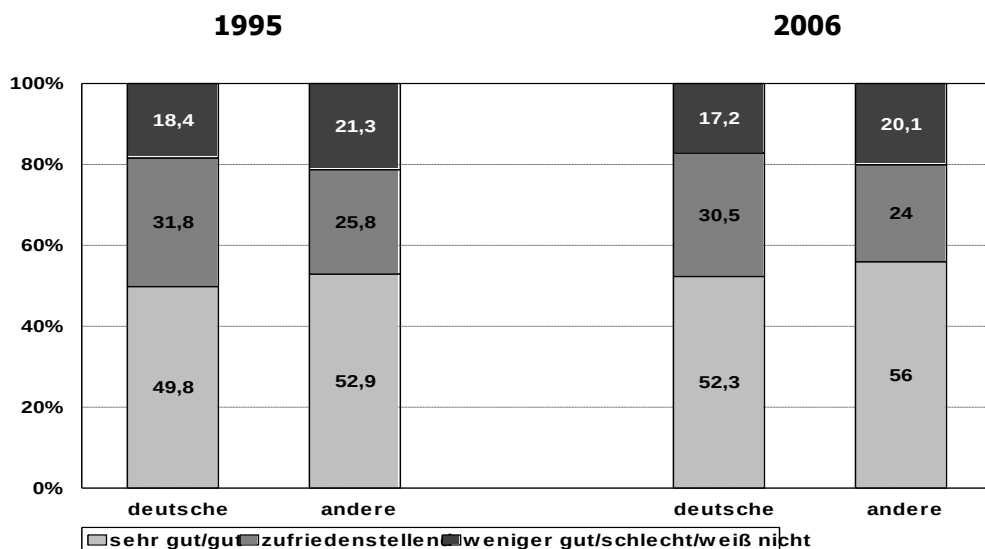
Staatsangehörigkeit	Häufigkeit	Prozente
deutsch	1.881	83,8
andere	363	16,2
Gesamt*	2.244	100,0

* abzüglich fehlender Werte

83,8% der Befragten waren deutscher Herkunft. Der Ausländeranteil betrug 16,2%.⁴² (vgl. Tab. 12)

Im Vergleich zu 1995 hat der Anteil der positiven Einschätzungen der eigenen Gesundheit bei Deutschen und AusländerInnen zugenommen. Es fiel auf, dass AusländerInnen ihre Gesundheit sowohl 1995 als auch 2006 zwar stets häufiger negativ, aber auch häufiger positiv bewertet haben als die deutschen Befragten. Bei diesen war wiederum der Anteil „zufriedenstellender“ Bewertungen höher. (vgl. Abb. 20)

Abb. 20: Staatsangehörigkeit und Zufriedenheit mit der Gesundheit



⁴⁰ Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit, a.a.O. S. 127

⁴¹ a.a.O.: S. 128

⁴² Der Ausländeranteil, berechnet aus den Daten der Wohnungs- und Haushaltserhebung liegt unter dem Ausländeranteil an der Bevölkerung am Ort der Hauptwohnung vom 31.12.2006 (17,8%). Man kann daher trotz bereits gewichteter Daten von einer Unterschätzung des Ausländeranteils ausgehen. Quelle: Einwohnerdaten des Amtes für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth.

75,5% der Befragten des Jahres 2006 waren weder selbst noch in der Elterngeneration aus dem Ausland zugezogen, d.h. sie hatten keinen Migrationshintergrund. Sie setzten sich zusammen aus 29,7% autochthoner Bevölkerung, d.h. gebürtigen NürnbergerInnen, die auch in ihrer Geburtsstadt wohnen geblieben sind, sowie aus weiteren 45,8%, die aus dem Bundesgebiet nach Nürnberg zugezogen sind. Unter diesen lebten 42,3% 10 und mehr Jahre und 18,4% weniger als 10 Jahre in Nürnberg. **24,5% der Befragten hatten einen Migrationshintergrund.** Darunter waren 9,1% deutscher Staatsangehörigkeit. **15,4% waren Ausländer „im engeren Sinne“: Personen mit Migrationshintergrund und einer anderen als der deutschen Staatsangehörigkeit.** (vgl. Tab. 13)

Tab. 13: Migrationshintergrund⁴³ der Befragten 2006

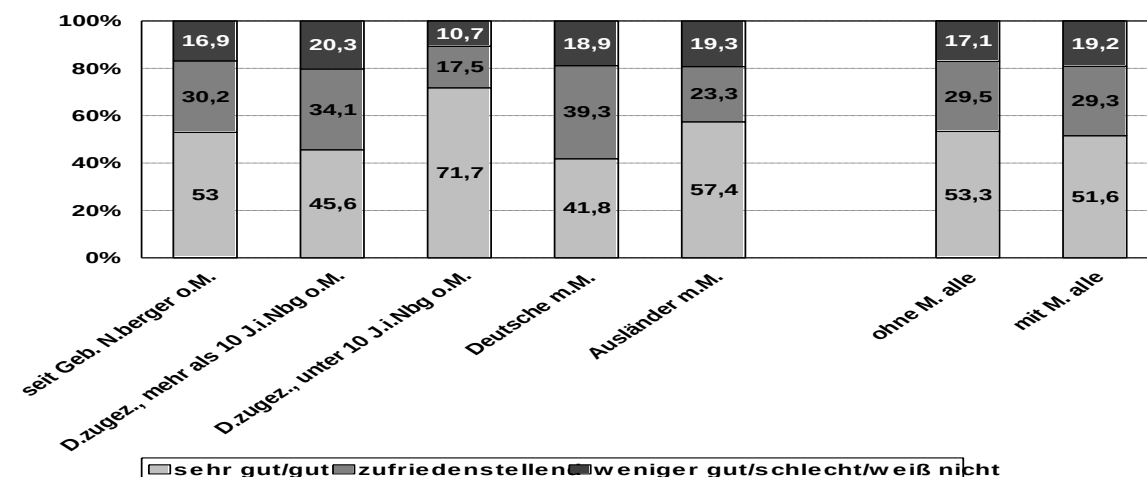
Herkunft	Häufigkeit	Prozente
NürnbergerIn seit Geburt ohne Migrationshintergrund	658	29,7
Deutsche, mehr als 10 Jahre in Nürnberg ohne Migrationshintergrund	708	31,9
Deutsche, weniger als 10 Jahre in Nürnberg ohne Migrationshintergrund	309	13,9
Insgesamt: ohne Migrationshintergrund	1.675	75,5
Deutsche mit Migrationshintergrund	202	9,1
AusländerInnen mit Migrationshintergrund	342	15,4
Insgesamt: mit Migrationshintergrund	544	24,5
Gesamt*	2.219	100,0

* abzüglich fehlender Werte

Die Befragten ohne Migrationshintergrund bewerteten ihre Gesundheit häufiger positiv als diejenigen mit Migrationshintergrund (56,3% gegenüber 50,6%) und schätzten ihre Gesundheit seltener negativ ein (14,7% gegenüber 18,4%). (vgl. Abb. 21)

Die Deutschen ohne Migrationshintergrund, die seit weniger als 10 Jahren in Nürnberg lebten, waren mit Abstand am besten mit ihrer Gesundheit zufrieden: 71,7% von ihnen bewerteten ihren Gesundheitszustand positiv und nur 10,7% negativ. Von den autochthonen NürnbergerInnen und AusländerInnen mit Migrationshintergrund schätzten nur noch 53,0% bzw. 57,4% ihre Gesundheit positiv ein, von den Deutschen ohne Migrationshintergrund, die seit mehr als 10 Jahren in Nürnberg leben, sogar nur 45,6%. **Die schlechteste Selbsteinschätzung zeigten Deutsche ohne Migrationshintergrund, die seit mit Migrationshintergrund:** Nur 41,8% von ihnen beurteilten ihre Gesundheit positiv, 18,9% negativ. (vgl. Abb. 21)

Abb. 21: Migrationshintergrund und Zufriedenheit mit der Gesundheit



⁴³ Nach den Einwohnerdaten des Amtes für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth waren am 31.12. 2006 71,2% der Bevölkerung Nürnbergs am Ort der Hauptwohnung Deutsche ohne und 11,0% Deutsche mit Migrationshintergrund. Demgegenüber wurden die Anteile der Deutschen ohne Migrationshintergrund in der Wohnungs- und Haushaltserhebung rein rechnerisch über-, und die Deutschen mit Migrationshintergrund unterschätzt.

Die Mehrheit (47,0%) der Personen mit Migrationshintergrund stammte aus den Mitgliedsstaaten der EU (Stand 2006). Darüber hinaus sind 21,0% aus Russland/ den GUS-Staaten zugewandert, 12,7% aus der Türkei und weitere 10,7% aus anderen Kontinenten. (vgl. Tab. 14)

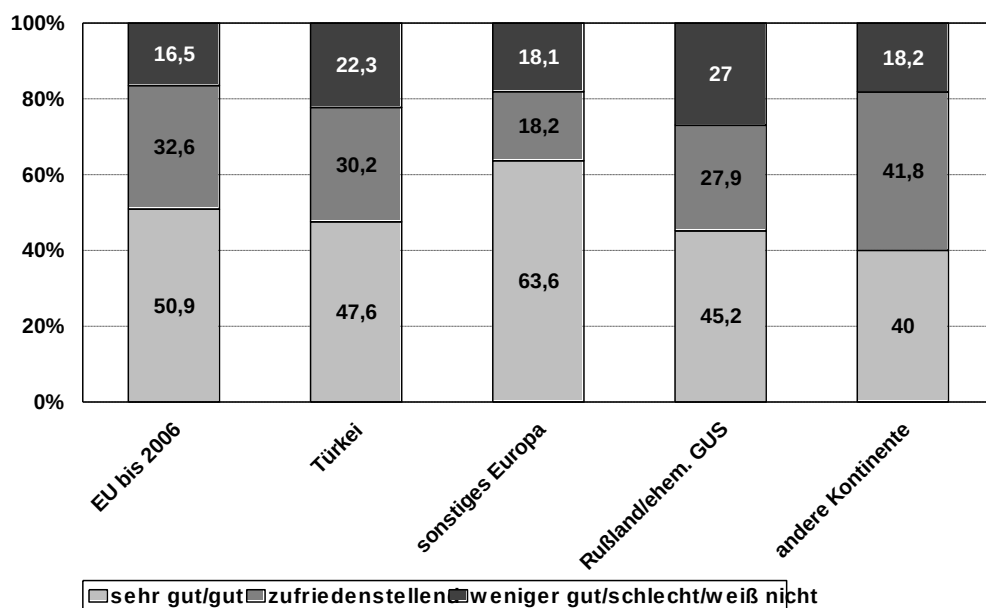
Tab. 14: Regionale Herkunft der Personen mit Migrationshintergrund 2006

Herkunftsregion	Häufigkeit	Prozente
EU (Stand 2006)	227	47,0
Türkei	61	12,7
sonstiges Europa	42	8,6
Rußland/ehem. GUS	102	21,0
Sonstige	52	10,7
Gesamt*	544	100,0

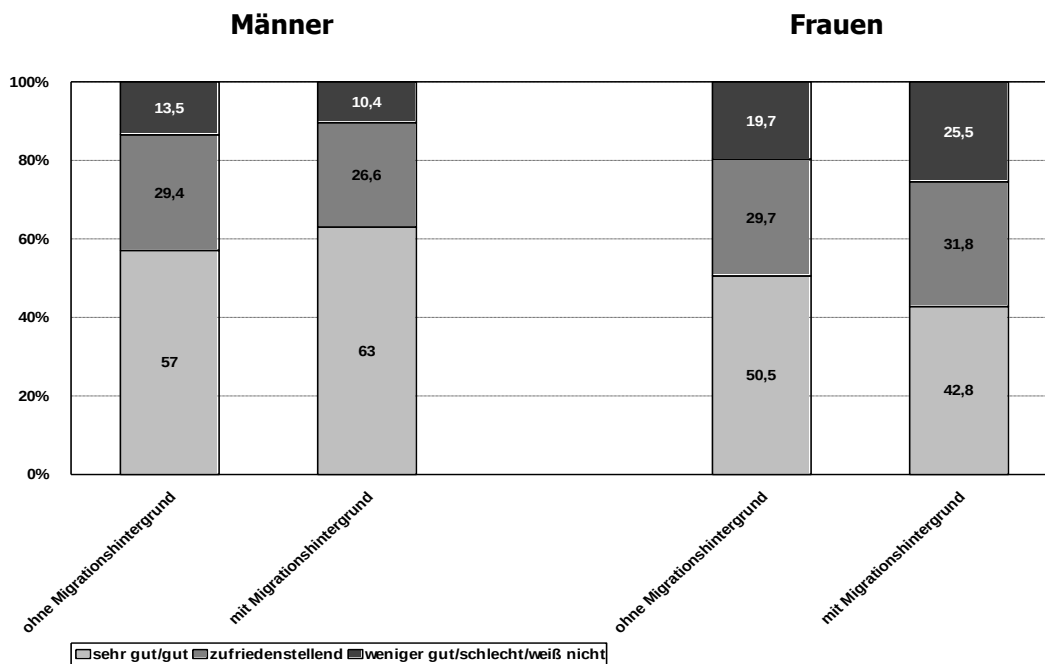
* abzüglich fehlender Werte

EinwandererInnen aus anderen europäischen Staaten beurteilten ihre Gesundheit am häufigsten positiv. Dabei war die Selbsteinschätzung der Einwanderer aus europäischen Nicht-EU-Ländern mit 63,6% besser als die der Einwanderer aus anderen EU-Ländern (50,9%). Indessen äußerten die Einwanderer aus anderen Kontinenten mit einem Anteil von nur 40,0% am seltensten eine „sehr gute“/„gute“ Selbsteinschätzung. **Die häufigsten negativen Bewertungen gaben mit einem Anteil von 27,0% die EinwanderInnen aus Russland/GUS-Staaten und aus der Türkei (22,3%) ab.** (vgl. Abb. 22)

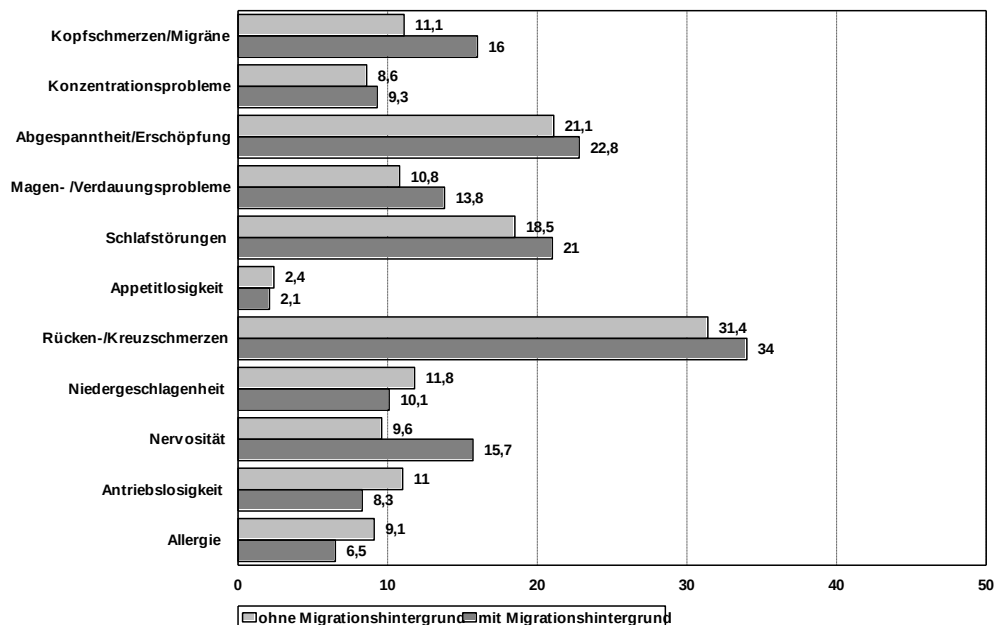
Abb. 22: Regionale Herkunft und Zufriedenheit mit der Gesundheit 2006



Männer mit Migrationshintergrund schätzten im Vergleich zu den Männern ohne Migrationshintergrund und zu den Frauen ihre Gesundheit am häufigsten positiv ein (63,0%) und hatten mit 10,4% den geringsten Anteil negativer Bewertungen. Die Frauen mit Migrationshintergrund bewerteten ihre schlechter als Männer und als die Frauen ohne Migrationshintergrund: Sie fühlten sich seltener gesundheitlich „sehr gut“/„gut“ (42,8% gegenüber 50,5% der Nicht-Migrantinnen) und häufiger „weniger gut“/„schlecht“/indifferent (25,5% gegenüber 19,7% der Nicht-Migrantinnen). (vgl. Abb. 23)

Abb. 23: Herkunft und Zufriedenheit mit der Gesundheit bei Männern und Frauen

Die Befragten ohne Migrationshintergrund klagten etwas öfter unter häufiger Appetitlosigkeit, Niedergeschlagenheit, Antriebslosigkeit und Allergien als die MigrantInnen. Diese fühlten sich öfter von allen anderen häufigen Beschwerden beeinträchtigt, insbesondere durch Nervosität. Die Relation zwischen Befragten mit und ohne Migrationshintergrund, die unter Nervosität litten, betrug hier 1,6 : 1. (vgl. Abb. 24)

Abb. 24: Häufig empfundene Beschwerden und Migrationshintergrund

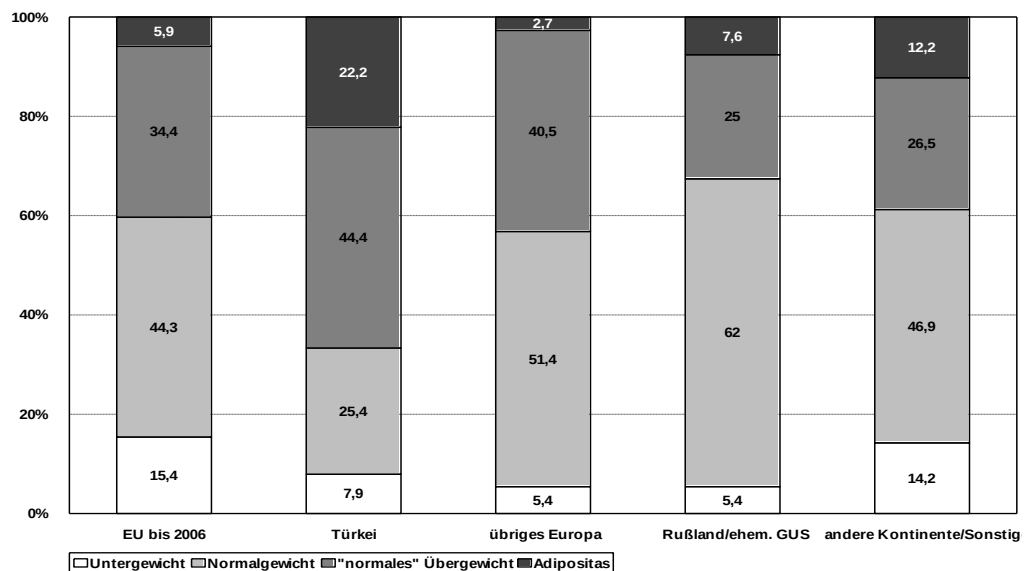
Männer und Frauen mit Migrationshintergrund waren etwas seltener normalgewichtig und stattdessen dahäufiger unter- und übergewichtig als Männer und Frauen mit Migrationshintergrund. (vgl. Tab. 15)

Tab 15: „Gewichtsklassen“ und Migrationshintergrund 2006

	Männer		Frauen	
	mit M.*	ohne M.	mit M.	ohne M.
Untergewicht	11,2	9,8	13,5	15,2
Normalgewicht	45,3	56,0	49,3	54,3
Übergewicht	43,5	34,3	37,1	30,6
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0

* Migrationshintergrund

Unter den MigrantInnen hatten diejenigen türkischer Herkunft den höchsten Anteil „normal“ übergewichtiger (44,4%), darunter auch adipöser Personen (22,2%). Den zweitgrößten Anteil Übergewichtiger – jedoch vor allem aus „normal“ übergewichtigen Personen bestehend – wiesen mit 43,2% die Befragten aus europäischen Ländern auf, die im Jahr 2006 nicht der EU zugehört hatten. Von den MigrantInnen türkischer Herkunft waren außerdem nur 25,4% normalgewichtig. Im Unterschied dazu wiesen die MigrantInnen aus Russland/ den ehemaligen GUS-Staaten mit einem Anteil von 62,0% den höchsten Anteil normalgewichtiger Personen auf. Untergewicht war hingegen am häufigsten bei MigrantInnen aus europäischen Nicht-EU-Staaten (15,2%) und aus anderen Erdteilen (14,2%) verbreitet.(vgl. Abb. 25)

Abb. 25: „Gewichtsklassen“ und regionale Herkunft der MigrantInnen 2006⁴⁴

Insgesamt trieben 35,4% der Befragten ohne Migrationshintergrund und 30,0% der Befragten mit Migrationshintergrund täglich oder mehrmals wöchentlich Sport. **54,1% der MigrantInnen und damit ein größerer Anteil als bei den Befragten ohne Migrationshintergrund (46,2%) – waren sportlich nie oder seltener als einmal pro Woche aktiv.** (vgl. Tab. 16)

Unterschiede in der Sportbeteiligung zeigten sich vor allem bei den Frauen. Frauen mit Migrationshintergrund waren sportlich weniger aktiv: Sie betrieben seltener täglich/ mehrmals wöchentlich (21,4% gegenüber 35,4%) und häufiger nie /seltener als einmal wöchentlich einen Sport (61,6% gegenüber 46,1%) als Frauen ohne Migrationshintergrund. (vgl. Tab. 16)

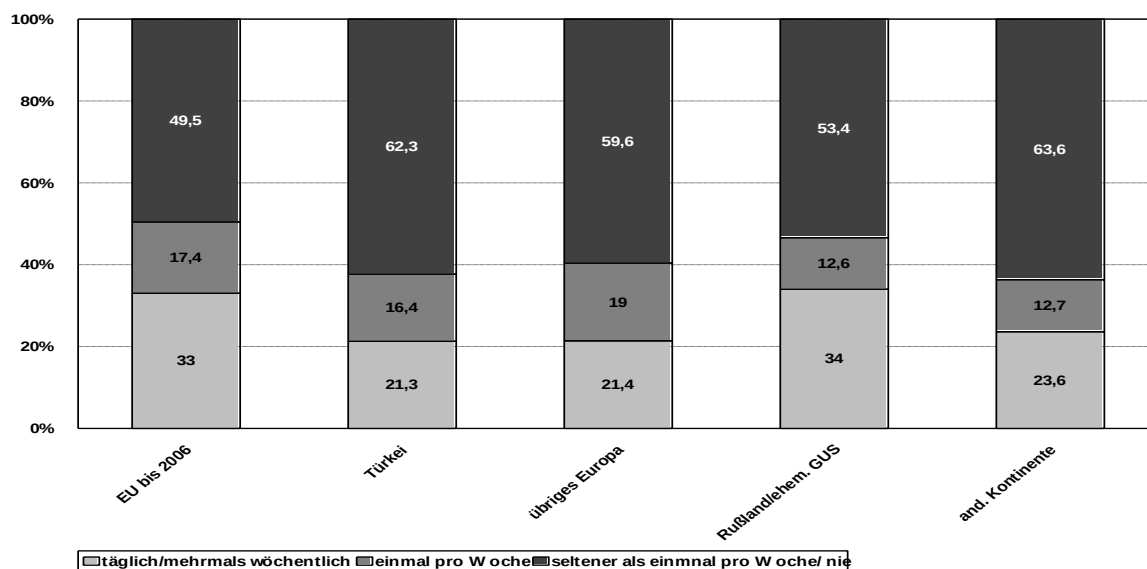
⁴⁴ Aufgrund der geringen Fallzahlen wurde die Herkunftsregion nicht geschlechtsspezifisch ausgewertet und die Kategorien extremes/starkes und normales Untergewicht zusammengefaßt.

Tab. 16: Migrationshintergrund und Sportbeteiligung bei Männern und Frauen 2006

	täglich/mehrmals pro W.	einmal pro Woche	nie/seltener als einmal pro W.
Männer			
mit M.	40,9	14,6	44,6
ohne M.	35,1	18,5	46,5
Frauen			
mit M.*	21,4	17,0	61,6
ohne M.	35,4	18,6	46,0
alle			
mit M.	30,0	15,9	54,1
ohne M.	35,4	18,5	46,2

* Migrationshintergrund

MigrantInnen aus Russland/ den ehemaligen GUS-Staaten sowie aus den EU-Mitgliedsstaaten (Stand 2006) waren mit einer Sportbeteiligung von 34% und 33% sportlich am aktivsten. **Am niedrigsten war sie bei den MigrantInnen aus der Türkei (21,3%) und den europäischen Nicht-EU-Ländern (21,4%).** Die höchsten Anteile sportlich nie oder seltener als einmal pro Woche aktiver Personen wiesen 62,3% der Zuwanderer aus der Türkei und 63,6% der Zuwanderer aus anderen Kontinenten auf. (vgl. Abb. 26)

Abb. 26: Regionale Herkunft und Sportbeteiligung 2006

Es gaben 24,6% der Befragten ohne und 29,4% der Befragten mit Migrationshintergrund an, zu rauchen. **Dabei war der Raucheranteil nicht nur bei den Männern, sondern auch bei den Frauen ausländischer Herkunft etwas höher als bei den deutschen.** (vgl. Tab. 17)

Tab. 17: RaucherInnenanteil (%) und Migrationshintergrund bei Männern und Frauen 2006

	ohne Migrationshintergrund	mit Migrationshintergrund
Männer	30,3	36,0
Frauen	20,4	24,3
alle	24,6	29,4

ZUSAMMENFASSUNG – Migration und Befindlichkeit

- 75,5% der Befragten waren weder selbst noch in ihrer Elterngeneration aus dem Ausland zugewandert, d.h. sie hatten keinen Migrationshintergrund, Unter den verbleibenden 24,5% der Befragten mit Migrationshintergrund waren 9,1% deutscher und 15,4% einer anderen als der deutschen Staatsangehörigkeit.
- Am häufigsten hatten Deutsche ohne Migrationshintergrund, die seit weniger als 10 Jahren in Nürnberg lebten, ein positives Bild von ihrer Gesundheit (71,3%), während Deutsche mit Migrationshintergrund ihre Gesundheit am seltensten (47,2%) positiv beurteilten.
- MigrantInnen fühlten sich weniger oft „sehr gut“/ „gut“ als Nicht-MigrantInnen (50,6% gegenüber 56,3%). Nach der Herkunftsregion betrachtet, hatten ZuwanderInnen aus europäischen Nicht-EU-Ländern am häufigsten (63,6%) und diejenigen aus anderen Kontinenten am seltensten (40,0%) eine positive Selbsteinschätzung.
- Männliche Migranten bewerteten die eigene Gesundheit häufiger positiv als Männer ohne Migrationshintergrund (63,0% gegenüber 57,0%). Umgekehrt fühlten sich Migrantinnen gesundheitlich seltener „sehr gut“/ „gut“ als Frauen ohne Migrationshintergrund (42,8% gegenüber 50,5%). Auch beurteilten sie ihre Gesundheit häufiger negativ (25,5% gegenüber 19,7%).
- Im Vergleich zu den Frauen ohne Migrationshintergrund litten Migrantinnen öfter unter den meisten der abgefragten häufigen Einzelbeschwerden, insbesondere unter Nervosität.
- MigrantInnen waren häufiger über-, aber auch untergewichtig als Nicht-MigrantInnen. Dabei hatten Befragte türkischer Herkunft den höchsten Anteil übergewichtiger (66,6%), darunter auch adipöser Personen (22,2%).
- Nach der regionalen Herkunft betrachtet, hatten MigrantInnen aus Russland/ ehem. GUS-Staaten mit 62,0% den höchsten Anteil von Personen mit Normalgewicht.
- Jeweils etwa ein Drittel der MigrantInnen und der Nicht-MigrantInnen betrieb täglich oder mehrmals wöchentlich einen Sport. Betrachtet nach Herkunftsregionen, wiesen MigrantInnen aus Russland/ den ehemaligen GUS-Staaten und aus den EU-Mitgliedsstaaten (Stand 2006) mit 34,0% und 33,0% die höchste Sportbeteiligung auf. Türkische ZuwanderInnen hingegen hatten mit Abstand die niedrigste Sportbeteiligung mit nur 21,3%.
- Unter den MigrantInnen war allerdings auch ein höherer Anteil sportlich nie oder seltener als einmal wöchentlich aktiver Personen als bei den Befragten ohne Migrationshintergrund (54,1% gegenüber 46,2%). Am höchsten war dieser Anteil mit 62,3% bei den MigrantInnen aus der Türkei.
- Während sich die Sportbeteiligung männlicher Migranten und Nicht-Migranten nur unwesentlich unterschied, waren Frauen mit Migrationshintergrund deutlich häufiger sportlich inaktiv (trieben nie /seltener als einmal wöchentlich Sport) im Vergleich zu den Frauen ohne Migrationshintergrund (61,6% gegenüber 46,1%).
- Es rauchten 24,6% der Befragten ohne und 29,4% der Befragten mit Migrationshintergrund. Dabei war der Raucheranteil nicht nur bei den Männern, sondern auch bei den Frauen ausländischer Herkunft etwas höher als bei den deutschen.

6. Befindlichkeit im Erwerbs- und (Renten-) Alter

„Die Frage nach der Gesundheit im Alter ist von erheblicher individueller wie gesellschaftlicher Bedeutung. Für jeden einzelnen verbindet sich mit der nach wie vor steigenden Lebenserwartung die Hoffnung auf ein langes und gesundes Leben, während sich für die Gesellschaft die Herausforderung stellt, älteren Menschen die Teilhabe am sozialen, kulturellen und politischen Leben zu ermöglichen und im Krankheits- und Pflegefall eine bedarfsgerechte Versorgung zu gewährleisten.“⁴⁵ „Die subjektive Gesundheit wird gerade mit Blick auf ältere Menschen als sensibler Indikator für die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens und die fernere Lebenserwartung angesehen.“⁴⁶

72,4% der Befragten befanden sich im Erwerbsalter zwischen 18 und 65 Jahren; 28,6% waren bereits im Rentenalter ab 65 Jahre. (Tab. 18)

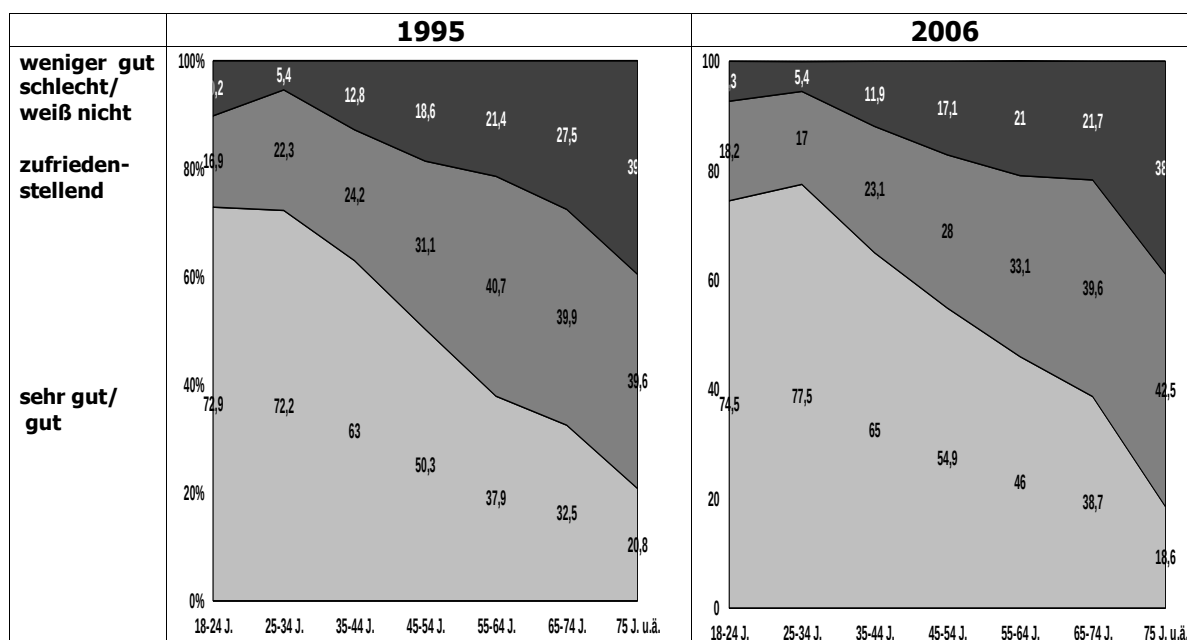
Tab. 18: Altersgruppen 2006

Altersgruppe	Häufigkeit	Prozente
18- u.25 Jahre	164	7,7
25- u.35 J.	330	15,4
35- u.45 J.	387	18,1
45- u. 55 J.	324	15,2
55- u.65 J.	322	15,0
65- u.75 J.	331	15,4
75 J. und älter	283	13,2
Gesamt*	2.141	100,0

* abzüglich fehlender Werte

In den beiden Erhebungen 1995 und 2006 nahm mit zunehmendem Alter,⁴⁷ besonders jedoch in der Zeit zwischen 25 und 34 sowie zwischen 65 und 74 Jahren die Häufigkeit positiver gesundheitsbezogener Selbsteinschätzungen ab. (vgl. Abb. 27)

Abb. 27: Alter und Zufriedenheit mit der Gesundheit



⁴⁵ Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit, a.a.O. S. 117

⁴⁶ a.a.O. S. 122

⁴⁷ Nur die jüngste Altersgruppe zwischen 18 und 24 Jahren beurteilte in beiden Befragungen ihre Gesundheit etwas schlechter als die darauf folgende.

Im Vergleich zu 1995 hat sich die Beurteilung der eigenen Gesundheit in jeder Altersgruppe bis ins hohe Alter hinein verbessert. Nur im Alter ab 75 Jahren wurde die Gesundheit gegenüber 1995 etwas seltener positiv bewertet (20,8% gegenüber 18,6%). (vgl. Abb. 27)

Erwartungsgemäß waren die Personen im Rentenalter mit ihrer Gesundheit weniger zufrieden als die Personen im Erwerbsalter: Sie beurteilten ihre Gesundheit 2,3 mal so oft negativ (29,5% gegenüber 13,1%). Umgekehrt waren Personen im Erwerbsalter doppelt so häufig ihrer Gesundheit gegenüber positiv eingestellt (62,5% gegenüber 29,4%). (vgl. Tab. 19)

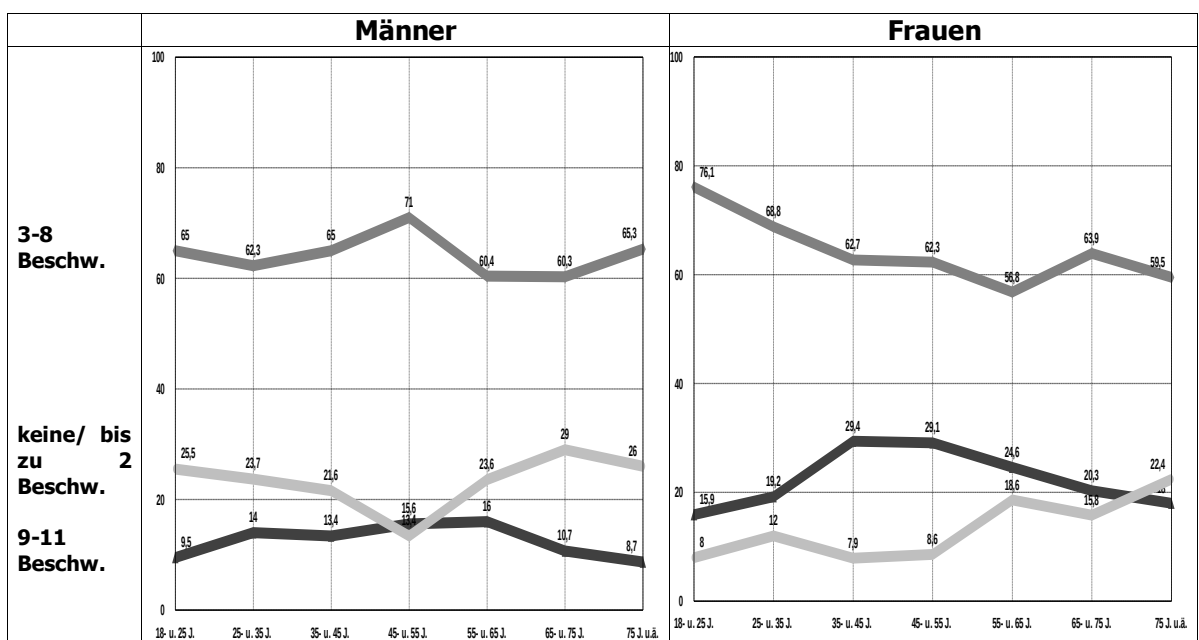
Tab. 19: Zufriedenheit mit der Gesundheit im Erwerbs- und Rentenalter 2006

	Erwerbsalter 18-u.65 J.	Rentenalter ab 65 Jahre
Zufriedenheit mit der Gesundheit		
sehr gut/gut	62,5	29,4
zufriedenstellend	24,4	41,1
weniger gut/schlecht/weiß nicht	13,1	29,5
alle	100,0	100,0

In allen Altersgruppen fühlten sich Frauen häufiger durch ein größeres Spektrum (9 - 11) von Beschwerden beeinträchtigt als Männer. Besonders hoch war die Belastung im Erwachsenenalter zwischen 35 und 54 Jahren (jeweils knapp 30%). Danach wurde sie wieder geringer, bis dann im Alter ab 75 Jahren nur noch 18,0% der Frauen unter 9-11 Beschwerden gleichzeitig litten. Auch bei den Männern zeigte sich die häufigste Beeinträchtigung durch 9-11 Beschwerden im Alter zwischen 25 und 65 Jahren. Allerdings betraf sie in den entsprechenden Altersgruppen nur bis zu 16,0% von ihnen. Auch bei den Männern ging im Rentenalter die Belastung durch Beschwerden wieder zurück auf 8,7% im Alter ab 75 Jahren. (vgl. Abb. 28)

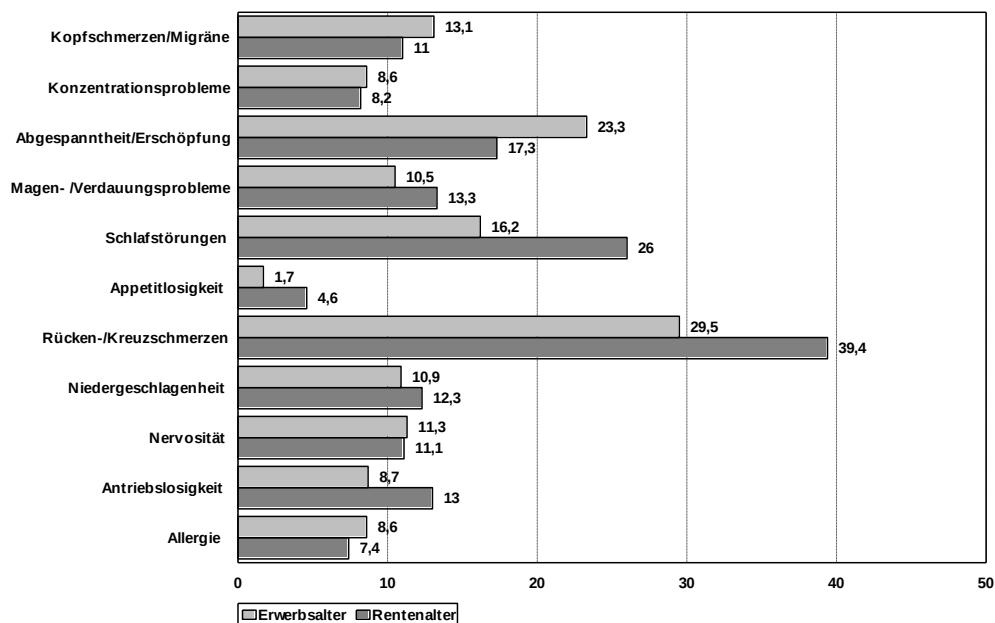
Umgekehrt nahm bei Männern und Frauen die Häufigkeit beschwerdefreier/-armer Personen ab dem Alter von 45 Jahren deutlich zu. Dabei fühlten sich die Männer am häufigsten im Rentenalter zwischen 65 und 74 Jahren (29,0%) und Frauen im Alter ab 75 Jahren (22,4%) beschwerdefrei/-arm. (vgl. Abb. 28)

Abb. 28: Alter und Zahl der Beschwerden 2006



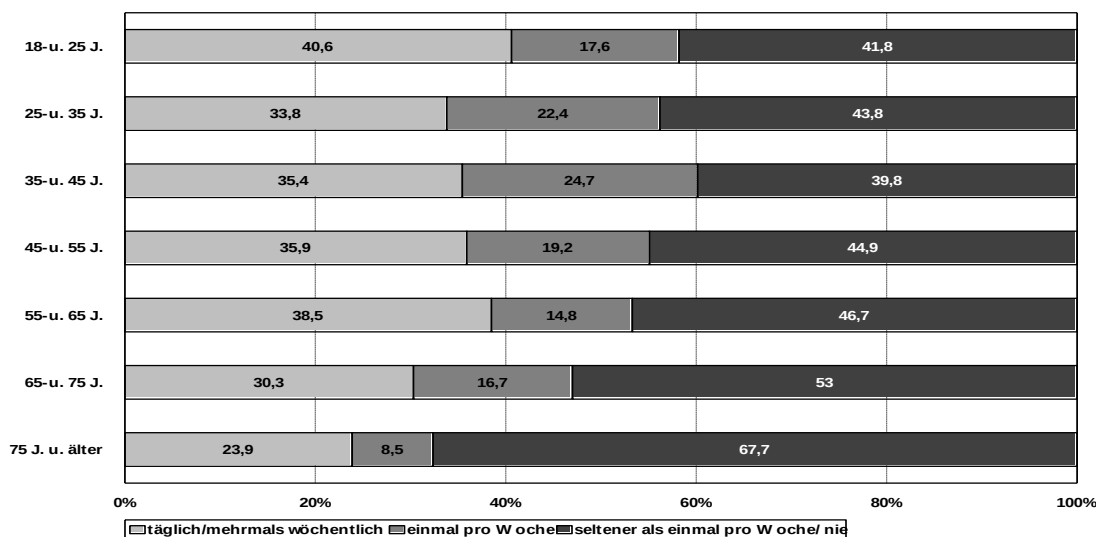
Die Befragten im Rentenalter klagten öfter unter häufigen Magen- und Verdauungsproblemen, Schlafstörungen, Antriebslosigkeit, Niedergeschlagenheit sowie Rücken- und Kreuzschmerzen als diejenigen im Erwerbsalter. Besonders stand bei ihnen jedoch Appetitlosigkeit im Vordergrund: **Auf eine Person im Erwerbsalter entfielen 2,7 Personen im Rentenalter, die unter Appetitlosigkeit litten.** Kopfschmerzen / Migräne, Abgespanntheit/ Erschöpfung sowie Allergien kamen hingegen im erwerbsfähigen Alter öfter häufig vor als im Rentenalter. (vgl. Abb. 29)

Abb. 29: Häufig auftretende Beschwerden im Erwerbs- und Rentenalter 2006



Die jüngste Altersgruppe war erwartungsgemäß am häufigsten sportlich aktiv (40,6%). Während des verbleibenden Erwerbsalters betrieb dann jeweils etwa ein Drittel der Befragten täglich/mehrmals pro Woche einen Sport. Dabei nahm die sportliche Aktivität in den „mittleren“ Jahren zwischen 55 – u. 65 Jahren noch leicht zu. Zu Beginn des Rentenalters ließ die Sportbeteiligung wieder nach bis im Alter ab 75 Jahren nur noch 23,9% der Befragten sportlich aktiv blieben. Korrespondierend dazu nahmen die Anteile der sportlich nicht aktiven Befragten zu. So betrieben im Alter ab 75 Jahre 67,7% der Befragten seltener als einmal pro Woche oder nie (mehr) einen Sport. (vgl. Abb. 30)

Abb. 30: Sportbeteiligung nach Altersgruppen 2006

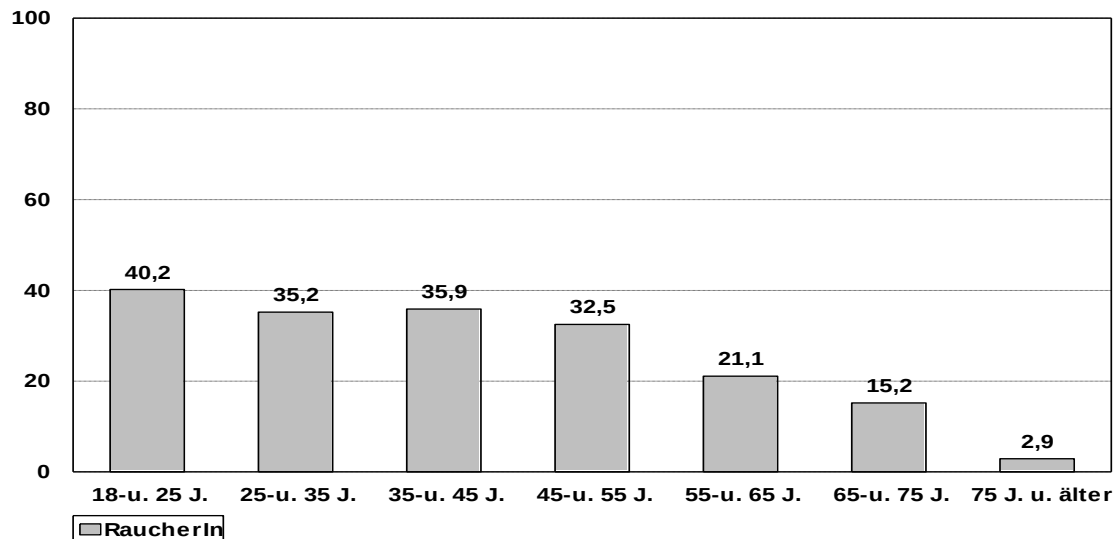


Tab. 20: Hinderungsgründe für Sport im Erwerbs- und Rentenalter 2006

Hinderungsgründe	Erwerbsalter 18-u.65 J.	Rentenalter ab 65 Jahre
keine Zeit	38,6	6,5
keine Lust	25,6	12,6
Alter	0,5	37,9
Krankheit	14,9	36,5
andere Gründe	20,4	6,5
Gesamt*	100,0	100,0

* abzüglich fehlender Werte

Alter und Krankheit waren die vorherrschenden Gründe im Rentenalter, keinen Sport zu betreiben (insgesamt 74,4%). Im Erwerbsalter hingegen stand „keine Zeit zu haben“ im Vordergrund (38,6%). Weitere 25,6% hatten „keine Lust“ zum Sport. (vgl. Tab. 20)

Abb. 31: RaucherInnenanteil in den Altersgruppen 2006

Während des Erwerbsalters betrug der RaucherInnenanteil 32,4%, im Rentenalter ab 65 Jahre nur noch 9,6%. Die jungen Erwachsenen zwischen 18 und 24 Jahren rauchten mit 40,2% am häufigsten.⁴⁸ In den folgenden Altersgruppen wurden die RaucherInnen bereits seltener bis der RaucherInnenanteil dann im Alter zwischen 55 und 64 Jahren erstmals deutlich abnahm auf 21,1%. Im Alter ab 75 Jahre griff kaum jemand mehr (2,9%) zur Zigarette. (vgl. Abb. 32)

ZUSAMMENFASSUNG – Befindlichkeit im Erwerbs- und (Renten-) Alter

- 72,4% der Befragten befanden sich im Erwerbsalter zwischen 18 und 64 Jahren und 28,6% im Rentenalter ab 65 Jahre.
- Die Bewertung der eigenen Gesundheit im Jahr 2006 verbesserte sich im Vergleich zu 1995 in fast allen Altersgruppen. Nur im Alter ab 75 Jahre war der Anteil positiver Selbsteinschätzungen nahm gegenüber 1995 etwas geringer. 1995 wie auch 2006 wurden positive Einschätzungen der eigenen Gesundheit seltener.

⁴⁸ Diese Tendenz ergab auch bereits die Wohnungs- und Haushaltserhebung 2004. Hier rauchten mit 37,7% die 18- 24 Jährigen am häufigsten, jedoch noch seltener als 2006. Stadt Nürnberg (Hrsg.): Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth: „Sind Sie Raucher/-in?“, Monatsbericht Oktober 2004, Tabellenteil

- Personen im Rentenalter beurteilten ihre Gesundheit 2,3 mal so oft negativ (29,5% gegenüber 13,1%) wie Personen im Erwerbsalter. Diese wiederum waren etwa doppelt so oft ihrer Gesundheit gegenüber positiv eingestellt als Personen im Rentenalter (62,5% gegenüber 29,4%).
- Die gleichzeitige Belastung durch ein größeres Spektrum (9-11) von Beschwerden stieg bei Männern und Frauen bis zum Erreichen des Rentenalters ab 65 Jahre an, um im Rentenalter selbst wieder abzunehmen.
- In jeder Altersgruppe waren die Männer häufiger beschwerdefrei/-arm als die Frauen. Ab dem Alter von 45 Jahren nahm die Häufigkeit beschwerdefreier/-armer Männer und Frauen zu bis sie schließlich im Rentenalter am höchsten war.
- Im Vergleich zu den Befragten im Erwerbsalter fühlten sich die Befragten ab 65 Jahre öfter von häufigen Magen-/ Verdauungsproblemen, Rücken-/ Kreuzschmerzen, Schlafstörungen, Antriebslosigkeit, Niedergeschlagenheit, vor allem aber von Appetitlosigkeit beeinträchtigt. Die Befragten im Rentenalter litten hingegen öfter unter häufigen Kopfschmerzen/ Migräne, Abgespanntheit/ Erschöpfung sowie unter Allergien.
- Die höchste Sportbeteiligung hatten mit 40,6% die jungen Erwachsenen zwischen 18 und 24 Jahren. Zu Beginn des Rentenalters ließ die Sportbeteiligung nach bis im Alter ab 75 Jahren nur noch 23,9% der Befragten sportlich aktiv geblieben sind. Erwartungsgemäß waren im Rentenalter Alter und Krankheit (insgesamt 74,4%) die wichtigsten Gründe, keinen Sport auszuüben.
- Im Erwerbsalter rauchten insgesamt 32,4% der Befragten, am häufigsten jedoch junge Erwachsene zwischen 18 und 24 Jahren (40,2%). Im Alter zwischen 55 und 64 Jahren nahm der RaucherInnenanteil erstmals deutlich ab auf 21,1%. Diese Abnahme setzte sich fort, bis im Alter ab 75 Jahre kaum jemand mehr rauchte (2,9%).

7. Befindlichkeit und Erwerbstätigkeit

„...Arbeit ist einerseits als Gesundheitsressource anzusehen, andererseits geht sie mit Belastungen und Gefährdungen einher, wobei das Verhältnis von Ressourcen und Risiken maßgeblich von der jeweiligen Stellung in der Arbeitswelt und der beruflichen Position abhängt... Zusätzlich ist zu berücksichtigen, dass der Gesundheitszustand selbst die Möglichkeiten der Ausübung und die Bedingungen einer Erwerbstätigkeit beeinflussen (kann)...Gesundheitlich beeinträchtigte Beschäftigte sind in stärkerem Maße von betriebsbedingten Entlassungen betroffen oder nehmen Angebote zur Frühberentung oder zum vorzeitigen Ruhestand häufiger in Anspruch. **Die aktiven Erwerbstätigen sind also durch dieses Selektionsprinzip „gesünder“.**⁴⁹

Zum Zeitpunkt der Erhebung waren 50,8% der Befragten erwerbstätig und 49,2% nicht (mehr).

⁴⁹ Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit a.a.O. S. 55

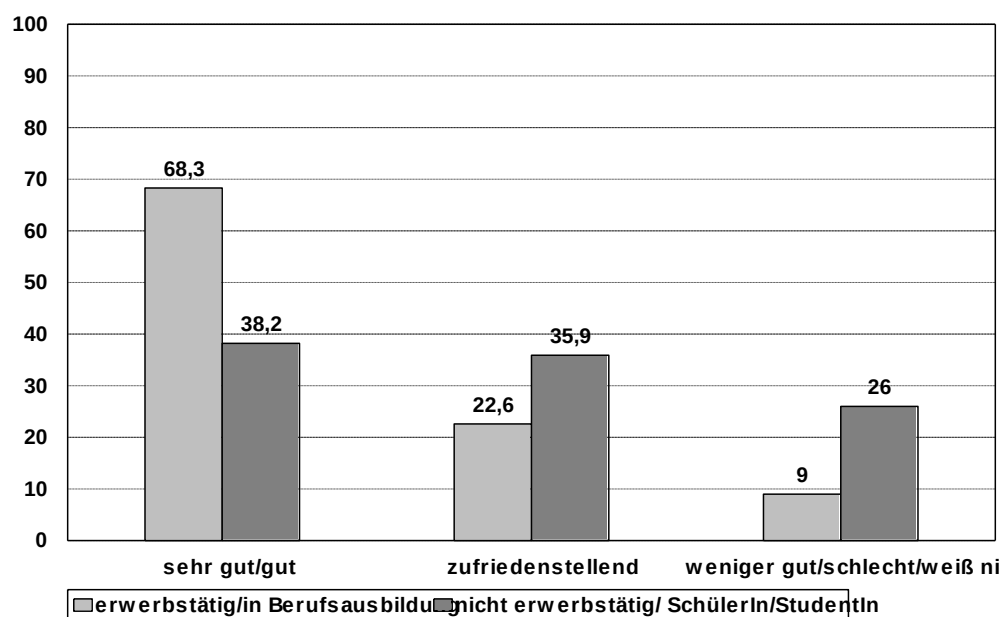
Tab. 21: Erwerbsstatus 2006

Erwerbstätige			Nicht-Erwerbstätige		
	Häufigkeit	Prozente		Häufigkeit	Prozente
geringfügig/stundenweise beschäftigt	101	8,9	RentnerIn/PensionärIn	706	63,8
teilzeitbeschäftigt	176	15,4	SchülerIn/StudentIn	94	8,5
vollzeitbeschäftigt (35 Std und mehr)	829	72,6	arbeitslos/ in Umschulung/ in Weiterbildung	151	13,6
in Ausbildung	36	3,2	Hausfrau/-mann	156	14,1
Gesamt*	1.142	100,0	Gesamt*	1.106	100,0

* abzüglich fehlender Werte

Der größte Teil (72,6%) der Erwerbstätigen war mit 35 und mehr Wochenarbeitsstunden (WAS) vollzeitbeschäftigt. Weitere 15,4% arbeiteten weniger als 35 WAS und 8,9% nur stundenweise. In der Berufsausbildung befanden sich 3,2%.

Die Mehrheit (63,8%) der nicht erwerbstätigen Befragten befand sich im Ruhestand, weitere 14,1% waren Hausfrauen/-Männer, 13,6% waren arbeitslos bzw. an einer Umschulungs- oder Weiterbildungsmaßnahme beteiligt und 8,5% besuchten eine Schule oder Hochschule. (vgl. Tab. 21)

Abb. 32: Erwerbsstatus und Zufriedenheit mit der Gesundheit 2006

Erwerbstätige (einschließlich Auszubildende) waren deutlich zufriedener mit ihrer Gesundheit als Nicht-Erwerbstätige (einschließlich SchülerInnen und StudentInnen): 68,3% von ihnen bewerteten ihre Gesundheit positiv gegenüber 38,2% % der Nicht-Erwerbstätigen. (vgl. Abb. 32)

Umgekehrt waren negative Selbsteinschätzungen bei den Nicht-Erwerbstätigen deutlich häufiger (26,0% gegenüber 9,0% der Erwerbstätigen). Neben Unterschieden in der sozialen Lage zwischen erwerbs- und nicht erwerbstätiger Bevölkerung gehen hier auch Einflüsse des Alters in die Bewertung ein, da sich die nicht Erwerbstätigen mehrheitlich (53,4%) im Rentenalter befanden. (vgl. Abb. 32)

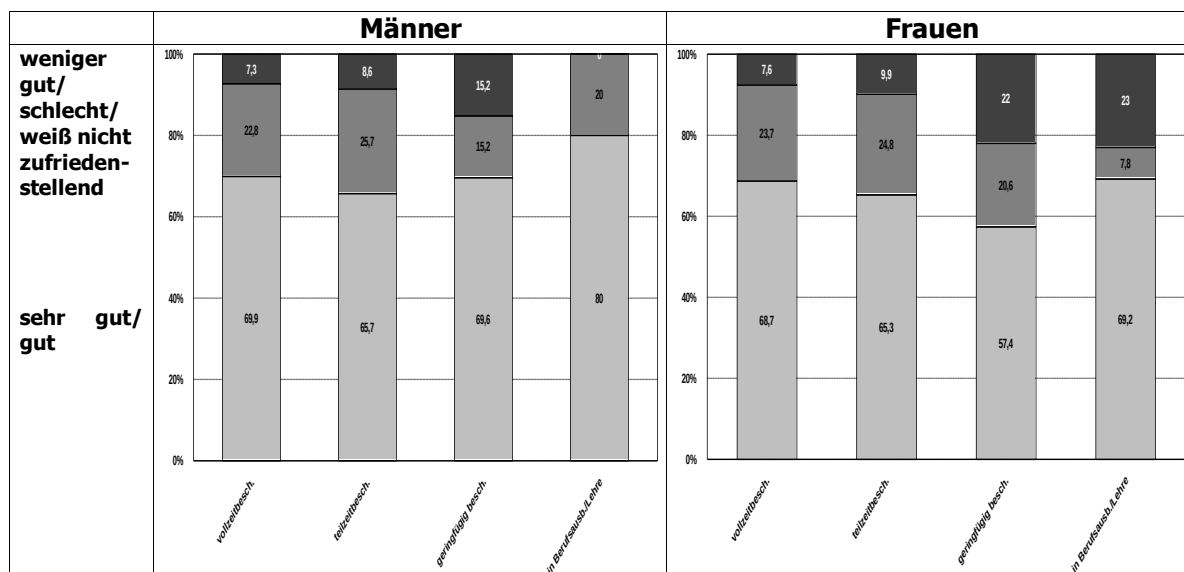
ZUSAMMENFASSUNG – Erwerbstätigkeit und Befindlichkeit

- Zum Zeitpunkt der Befragung waren 50,8% der Befragten erwerbstätig und 49,2% nicht (mehr) erwerbstätig. Die Mehrheit der Erwerbstätigen (72,6%) war vollzeitbeschäftigt (35 WAS und mehr), der größte Teil der Nicht-Erwerbstätigen (63,8%) befand sich im Ruhestand.
- Erwerbstätige einschließlich Auszubildende schätzten ihre Gesundheit etwa doppelt so häufig positiv ein als Nicht-Erwerbstätige einschließlich SchülerInnen und StudentInnen (68,3% gegenüber 38,3%). Neben der sozialen Lage dürfte sich hier auch das Alter sowie das oftmals „gesündere“ Potential der Erwerbstätigen auswirken.

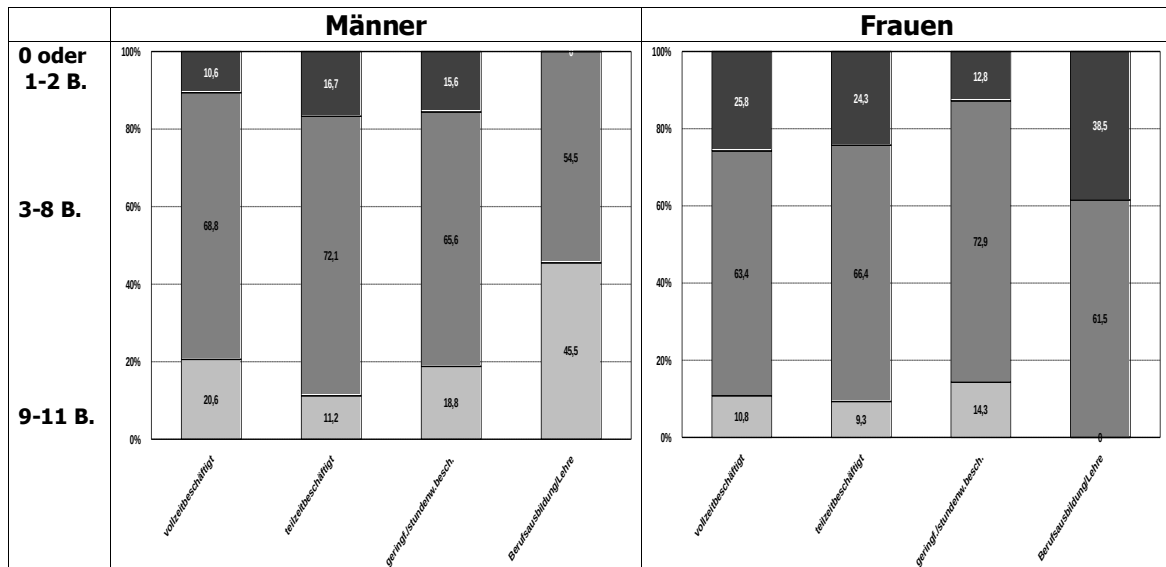
7.1 Umfang der Erwerbstätigkeit und gesundheitliches Befinden

Zu jeweils etwa zwei Dritteln bewerteten die voll- und teilzeitbeschäftigten Männer und Frauen sowie die geringfügig beschäftigten Männer ihre Gesundheit positiv. **Im Vergleich dazu hatten geringfügig/stundenweise beschäftigten Frauen von allen Befragten das schlechteste Bild von ihrer Gesundheit:** Sie bewerteten sie am seltensten positiv (57,4%). Gleichzeitig äußerte fast jede Fünfte (22%) eine negative Bewertung ihres Befindens. (vgl. Abb. 33)

Abb. 33: Umfang der Erwerbstätigkeit und Zufriedenheit mit der Gesundheit bei Männern und Frauen 2006

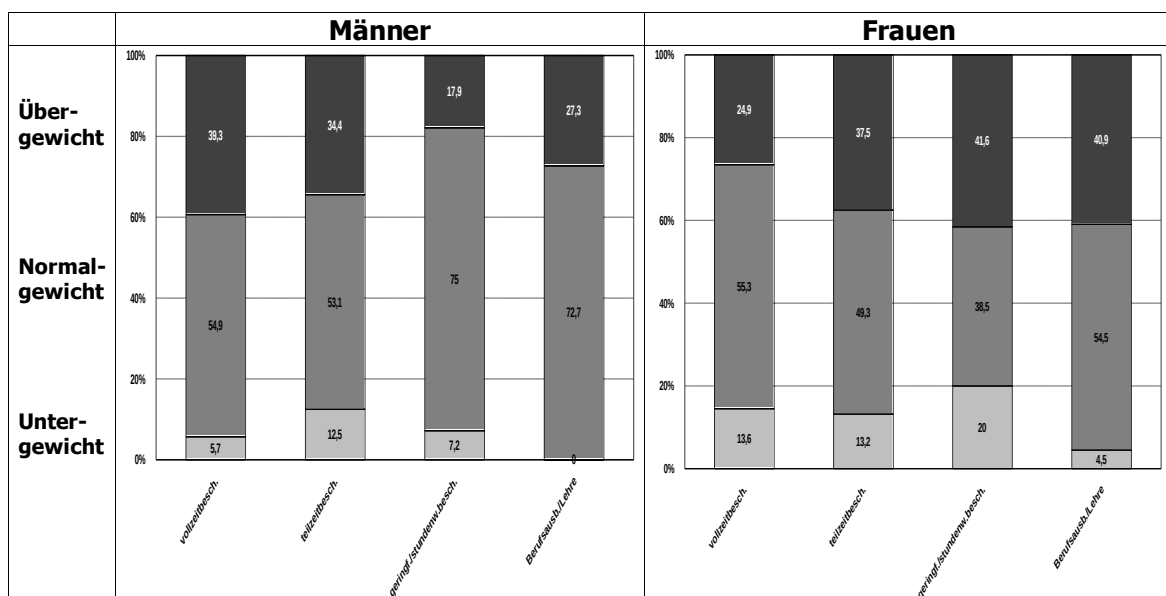


Der Anteil der Frauen, die sich durch relativ viele (9-11) Beschwerden belastet fühlten, stieg mit zunehmender Wochenarbeitszeit an von 12,8% bei den geringfügig/stundenweise Beschäftigten auf das Doppelte bei den Teil- und den Vollzeitkräften (24,3% bzw. 25,8%). Die geringfügig/stundenweise beschäftigten Frauen waren außerdem am häufigsten beschwerdefrei/ -arm (14,3%). (vgl. Abb. 34)

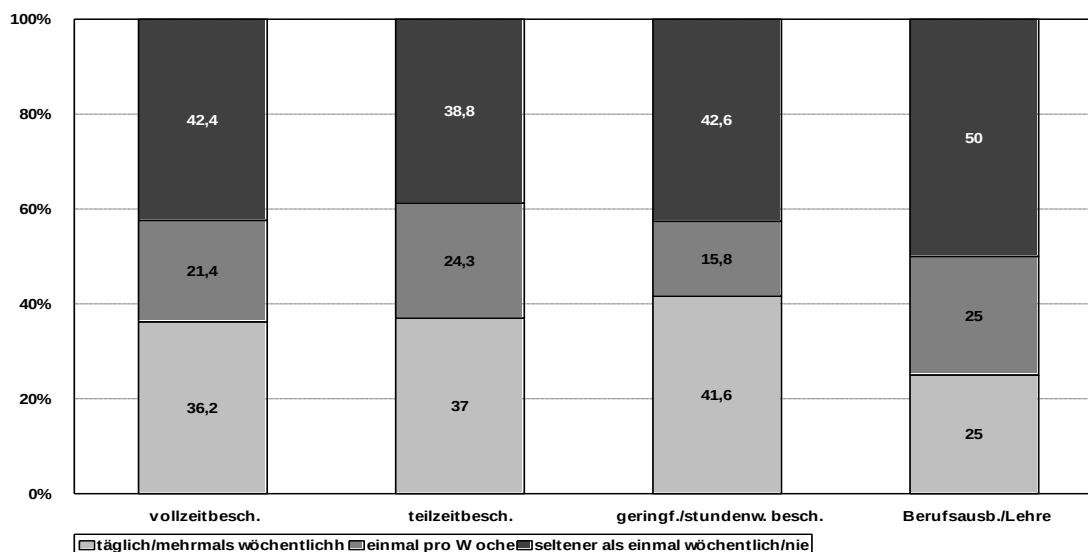
Abb. 34: Umfang der Erwerbstätigkeit und Anzahl der Beschwerden 2006

Unter den Männern fühlten sich die Vollzeitbeschäftigten am geringsten durch Beschwerden belastet: Nur 10,6% klagten über gleichzeitig 9-11 häufige Beschwerden und 20,6% fühlten sich beschwerdefrei/-arm. Die teilzeitbeschäftigten Männer hingegen waren am seltensten beschwerdefrei/-arm (11,2%) und fühlten am häufigsten (16,7%) durch viele (9-11) Beschwerden beeinträchtigt. (vgl. Abb. 34)

Mit zunehmender Wochenarbeitszeit verschlechterte sich die „Gewichtssituation“ der Männer: Waren von den geringfügig/stundenweise Beschäftigten noch 75,0% normalgewichtig, waren es nur noch 54,9% der Vollzeitbeschäftigten. Gleichzeitig stieg der Anteil der Übergewichtigen von 17,9% auf 39,3% an. **Bei den Frauen verhielt es sich umgekehrt:** Nur 38,5% der geringfügig/stundenweise Beschäftigten waren normalgewichtig. Unter den Vollzeitarbeitskräften waren 55,3% normal- und 25,8% übergewichtig. (vgl. Abb. 35)

Abb. 35: Umfang der Erwerbstätigkeit und Körpergewicht 2006

Die höchste Sportbeteiligung mit 41,6% wiesen die geringfügig/stundenweise Beschäftigten auf. Von den Voll- und Teilzeitkräften übten jeweils etwas mehr als ein Drittel täglich oder mehrmals wöchentlich einen Sport aus. (vgl. Abb. 36)

Abb. 36: Umfang der Erwerbstätigkeit und die Ausübung von Sport

Unter den Beschäftigten wiesen die Vollzeitkräfte mit 32,6% - wie auch schon im Jahr 2004 mit 35,8% - den höchsten RaucherInnenanteil auf.⁵⁰ Dieser ging mit dem Umfang der Wochenarbeitszeit etwas zurück auf 27,3%. (vgl. Tab. 22)

Tab. 22: Umfang der Erwerbstätigkeit und RaucherInnenanteil 2006

	geringf./ stundenw. besch.	teilzeitbesch.	vollzeitbesch.	Berufsausb. / Lehre
Raucher-Innenanteil %	27,3	29,1	32,6	43,2

Aussagen über die Situation der Auszubildenden sind aufgrund ihrer geringen Anzahl (36 P.) unter Vorbehalt zu sehen. In der Tendenz zeichnete sich eine deutlich bessere gesundheitsbezogene Selbsteinschätzung und eine seltenere Beeinträchtigung durch Beschwerden bei den männlichen gegenüber den weiblichen Auszubildenden ab. Auch waren männliche weniger oft übergewichtig als weibliche Auszubildende (27,3% gegenüber 40,9%). Andererseits hatten männliche Auszubildende mit nur 25,0% die geringste Sportbeteiligung und mit 43,2% den höchsten RaucherInnenanteil unter den Erwerbstätigen.

ZUSAMMEFASSUNG – Umfang der Erwerbstätigkeit und Befindlichkeit

- Jeweils etwa zwei Drittel der voll- und teilzeitbeschäftigten Männer und Frauen sowie der geringfügig/stundenweise beschäftigten Männer bewerteten ihre Gesundheit positiv. Im Unterschied dazu hatten geringfügig/stundenweise beschäftigte Frauen ein schlechteres Bild von ihrer Gesundheit.
- Frauen fühlten sich mit zunehmender Wochenarbeitszeit stärker durch häufig auftretende Beschwerden beeinträchtigt, Männer hingegen seltener.
- Die „Gewichtssituation“ der Männer verschlechterte sich, die der Frauen verbesserte sich mit zunehmender Wochenarbeitszeit. Der Anteil Übergewichtiger stieg bei den Männern von 17,9% bei den geringfügig beschäftigten Männern auf 39,3% bei den Vollzeitkräften. Umgekehrt nahm der Anteil übergewichtiger Frauen ab von 41,6% auf 24,9%.

⁵⁰ vgl. Stadt Nürnberg (Hrsg.): Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth: „Sind Sie Raucher/-in?“, Monatsbericht Oktober 2004, Tabellenteil

- Geringfügig Beschäftigte wiesen die höchste Sportbeteiligung (täglich oder mehrmals wöchentlich Sport) auf mit 41,6%.
- Den höchsten RaucherInnenanteil (32,6%) unter den Erwerbstätigen hatten die Vollzeitkräfte, den niedrigsten mit 27,3% die geringfügig/ stundenweise Beschäftigten.
- Die Fallzahlen der Auszubildenden waren sehr gering (36 Personen). Daher sind die Aussagen über diese Personengruppe nur eingeschränkt gültig. In der Tendenz waren Auszubildende am seltensten sportlich aktiv (25,0%) und hatten den höchsten Anteil an RaucherInnen (43,2%). Männliche Auszubildende schätzten ihren Gesundheitszustand besser ein, fühlten sich seltener durch häufig auftretende Beschwerden belastet und waren häufiger normalgewichtig als weibliche Auszubildende.

7.2 Gesundheitliches Befinden bei Arbeitslosen und Erwerbstätigen

„...zwischen Arbeitslosigkeit und eingeschränkter Gesundheit (besteht) ein Zusammenhang: Arbeitslose schätzen ihre Gesundheit schlechter ein, sind stärker von Krankheiten und Beschwerden betroffen, nehmen häufiger ambulante und Krankenhausleistungen in Anspruch, verhalten sich in vieler Hinsicht ungesünder und unterliegen außerdem einem höheren Mortalitätsrisiko. Die Frage nach der Verursachung dieses Zusammenhangs lässt sich zwar nicht abschließend beantworten, **viele der Ergebnisse sprechen aber für bedeutsame ursächliche Effekte der Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit**“⁵¹

9,9% (151 P.) der Befragten im Erwerbsalter zwischen 18 und 64 Jahren (1.527 P.) waren arbeitslos oder befanden sich in einer Maßnahme der Umschulung oder Weiterbildung.

Tab. 23: Zufriedenheit mit der Gesundheit bei Arbeitslosen und Erwerbstätigen 2006

	arbeitslos	erwerbstätig
Zufriedenheit mit der Gesundheit		
sehr gut/ gut	37,1	68,3
zufriedenstellend	37,7	22,6
weniger gut/ schlecht/ indifferent	25,2	9,0
Gesamt*	100,0	100,0

* abzüglich fehlender Werte

Mit einer Relation von 1,8:1 schätzten die Erwerbstätigen gegenüber den Arbeitslosen ihre Gesundheit fast doppelt so häufig positiv ein. Umgekehrt entfielen 2,8 Arbeitslose auf einen Erwerbstätigen, die ihre Gesundheit negativ beurteilt haben. (vgl. Tab. 23)

Tab. 24: Zahl der Beschwerden bei Arbeitslosen und Erwerbstätigen 2006

	arbeitslos	erwerbstätig
Zahl der Beschwerden		
0-2	26,7	15,5
3-8	46,3	67,1
9-11	27,0	17,4
Gesamt*	100,0	100,0

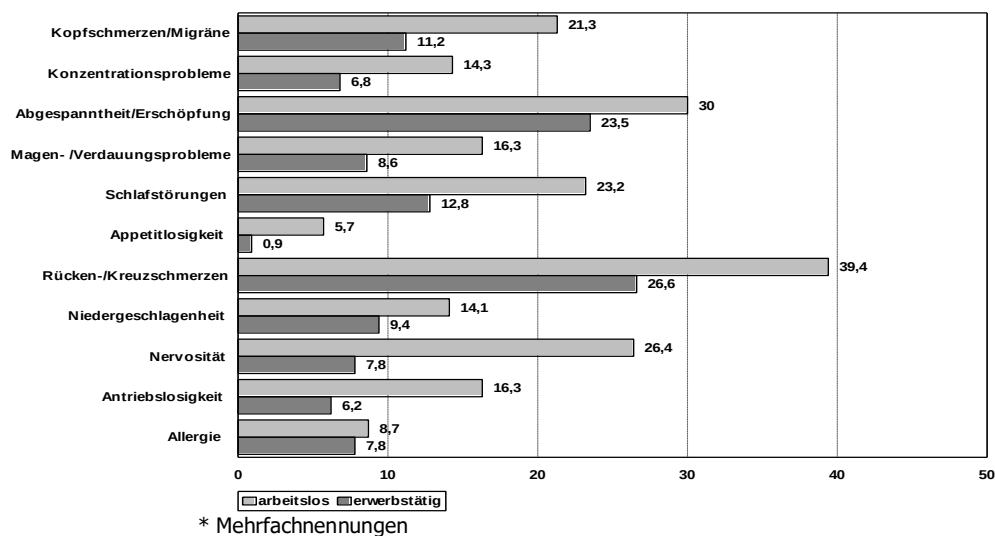
* abzüglich fehlender Werte

⁵¹ Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit: a.a.O. S. 83

Im Vergleich zu den Erwerbstätigen litten die arbeitslosen Befragten beinahe doppelt so häufig unter relativ vielen (9-11) Beschwerden (1,6:1), waren aber auch fast doppelt so häufig beschwerdefrei/-arm (1,7:1). (vgl. Tab. 24)

Alle abgefragten Beschwerden traten bei den arbeitslosen Befragten öfter häufig auf als bei den erwerbstätigen, insbesondere Nervosität und Antriebslosigkeit. Es entfielen hier 3,4 bzw. 2,6 arbeitslose Befragte auf 1 erwerbstätigen. Auch unter Appetitlosigkeit litten die arbeitslosen Befragten häufiger. Allerdings können hierzu aufgrund der geringen Fallzahlen⁵² keine gesicherten Aussagen gemacht werden. (vgl. Abb. 37)

Abb. 37: Häufig auftretende Beschwerden* bei Arbeitslosen und Erwerbstätigen 2006



Tab. 25: Ausübung von Sport bei Arbeitslosen und Erwerbstätigen 2006

	arbeitslos	erwerbstätig
Ausübung von Sport		
täglich/mehrmals wöchentlich	36,2	36,4
einmal pro Woche	12,8	21,5
seltener als einmal wöchentlich/nie	51,0	42,1
Gesamt*	100,0	100,0

*abzüglich fehlender Werte

In der Sportbeteiligung (täglich/ mehrmals wöchentlich Sport) unterschieden sich arbeitslose und erwerbstätige Befragte kaum. Allerdings trieben die Arbeitslosen seltener einmal wöchentlich Sport als die Erwerbstätigen (12,8% gegenüber 21,5%) und häufiger nie/ seltener als einmal pro Woche (51,0% gegenüber 42,1%). (vgl. Tab. 25)

Tab. 26: Wichtige Hinderungsgründe für die Ausübung von Sport 2006

Hinderungsgrund für Sport	arbeitslos	erwerbstätig
keine Zeit	8,1	46,4
keine Lust	59,5	26,1
Alter	0	0,7
Krankheit	29,7	6,5
andere Gründe	2,7	20,3
Gesamt*	100,0	100,0

* abzüglich fehlender Werte

⁵² 45 erwerbstätige und 8 arbeitslose Personen, die häufig unter Appetitlosigkeit litten.

Der wichtigste Grund, keinen Sport auszuüben, war für die arbeitslosen Befragten „keine Lust“ (59,5%) und erwartungsgemäß für die erwerbstätigen Befragten „keine Zeit“ zu haben (46,4%). Auch „Krankheit“ wurde von den Arbeitslosen relativ häufig als Hinderungsgrund angegeben (29,7%).⁵³ (vgl. Tab. 26)

Tab.27: Körpergewicht bei Arbeitslosen und Erwerbstätigen 2006

„Gewichtsklasse“	arbeitslos	erwerbstätig
extremes/starkes und normales Untergewicht	12,3	9,9
Normalgewicht	44,6	53,9
„normales“ Übergewicht und Adipositas	43,1	36,2
Gesamt*	100,0	100,0

* abzüglich fehlender Werte

Die arbeitslosen Befragten hatten seltener Normalgewicht (44,6% gegenüber 53,9%) und waren häufiger übergewichtig als die erwerbstätigen (43,1% gegenüber 36,2%). (Tab. 27)

32,0% der Erwerbstätigen und 47,9% der Arbeitslosen rauchten. Damit war der RaucherInnenanteile der Arbeitslosen 1,5 mal so hoch wie der der Erwerbstätigen und hat im Vergleich zu 2004 (44,1%)⁵⁴ sogar noch zugenommen.

ZUSAMMENFASSUNG – Befindlichkeit von Arbeitslosen und Erwerbstätigen

- 9,9% der Befragten im Erwerbsalter (151 P.) waren arbeitslos oder befanden sich in einer Maßnahme der Umschulung oder Weiterbildung.
- Mit einer Relation von 1,8:1 schätzten Erwerbstätige gegenüber Arbeitslosen ihre Gesundheit häufiger positiv ein, mit einer Relation von 2,8 : 1 bewerteten Arbeitslose ihre Gesundheit häufiger negativ.
- Die arbeitslosen Befragten litten häufiger unter gleichzeitig relativ vielen (9-11) Beschwerden als die erwerbstätigen und fühlten sich durch alle abgefragten häufigen Beschwerden öfter beeinträchtigt, insbesondere durch Nervosität und Antriebslosigkeit.
- In der Sportausübung unterschieden sich Arbeitslose und Erwerbstätige kaum. Allerdings war bei den Arbeitslosen der Anteil nie oder seltener als einmal wöchentlich Sport Treibender höher (51,0% gegenüber 42,1%).
- Der wichtigste Hinderungsgrund, Sport auszuüben, war für die erwerbstätigen Befragten „keine Zeit“, und für die arbeitslosen Befragten „keine Lust“ zu haben.
- Die arbeitslosen Befragten waren häufiger übergewichtig (43,1% gegenüber 36,2%) und seltener normalgewichtig (44,6% gegenüber 53,9%) als die erwerbstätigen.
- 32,0% der Erwerbstätigen und 47,9% der Arbeitslosen rauchten. Damit war der RaucherInnenanteile der Arbeitslosen 1,5 mal so hoch wie der der Erwerbstätigen.

⁵³ Aufgrund der geringen Fallzahlen der Arbeitslosen (37 P.), die Hinderungsgründe für die Sportausübung angegeben hatten, kann der Einfluß des Zufalls auf dieses Ergebnis nicht ausgeschlossen werden.

⁵⁴ Stadt Nürnberg (Hrsg.): Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth: „Sind Sie Raucher/-in?“, Monatsbericht Oktober 2004, Tabellenteil

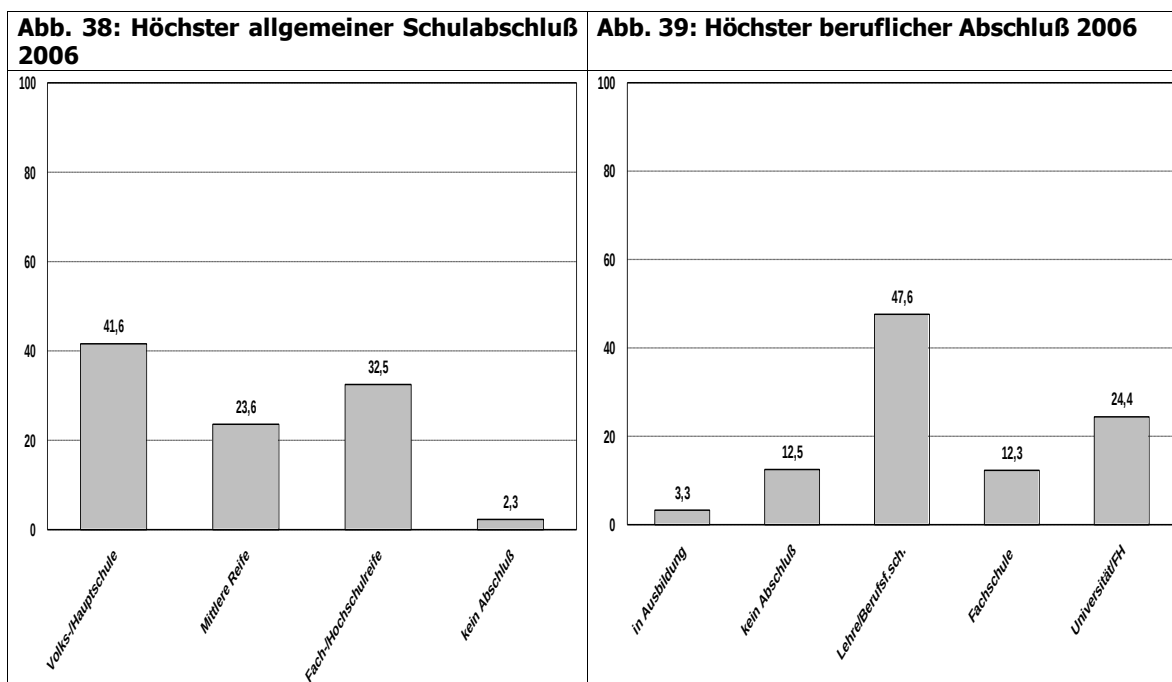
7. Sozioökonomischer Status und subjektive Befindlichkeit

„Die drei Merkmale der vertikalen sozialen Ungleichheit (d.h. Bildung, beruflicher Status und Einkommen)hängen selbstverständlich eng miteinander zusammen. Dennoch ist es sinnvoll, die drei Merkmale getrennt zu untersuchen.....Jedes Merkmal drückt ...einen anderen Aspekt des sozialen Status aus, und wahrscheinlich wird auch der Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand für jedes Merkmal anders aussehen.“⁵⁵

7.1 Bildung und Befindlichkeit

„Bildung ist eine wesentliche Voraussetzung für die Teilhabe am sozialen, kulturellen und politischen Leben.“⁵⁶ Der Bezug zur Gesundheit stellt sich in der Arbeitswelt über arbeitsplatzbezogene körperliche und psychische Belastungen, über das Einkommen und sonstige berufliche Gratifikationen her. Auch außerhalb der Arbeitswelt beeinflusst die Bildung das „Vorhandensein sinnstiftender und Rückhalt gewährender sozialer Beziehungen oder (die) Ausprägung und Stabilisierung einer gesundheitsförderlichen Lebensweise.“⁵⁷ Nicht zuletzt hängt die „Selbsteinschätzung der Gesundheit nicht nur von den vorhandenen Erkrankungen und Beschwerden (ab), sondern auch von gesundheitsbezogenen Einstellungen und Wahrnehmungen, sowie sozialen Vergleichen.“⁵⁸ Bildungsunterschiede können daher in der Beurteilung der eigenen Gesundheit in besonderem Maße zum Tragen kommen.

Der größte Teil der Befragten (41,6%) hatte einen Volks-/Hauptschulabschluß. Weitere 32,5% erlangten die Fachhochschul- und Hochschulreife und 23,6% die Mittlere Reife. Ohne Schulabschluß blieben 2,3%. (vgl. Abb. 38)



Der vorherrschende höchste berufliche Abschluß war eine Lehre oder der Abschluß einer Berufsfachschule (41,9%). Ein Fach-/ Hochschulabschluß war mit 24,4% der zweithäufigste und der Abschluß einer Fachschule (Meister, Fachakademie, Technikerschule) mit 12,3% der dritthäufigste berufliche Abschluß. 3,3% der Befragten befanden sich noch in der Ausbildung und 12,5% hatten keinerlei abgeschlossene Berufsausbildung. (s. Abb. 39)

⁵⁵ MIELCK, QA.: Soziale Ungleichheit und Gesundheit, a.a.O. S. 20

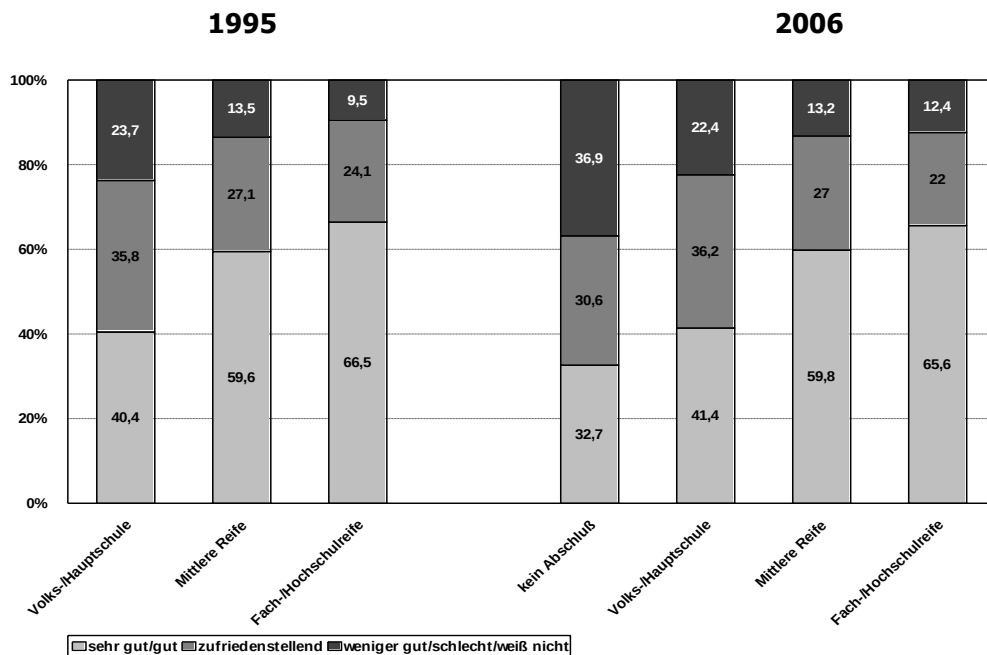
⁵⁶ Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit: a.a.O. S. 37

⁵⁷ a.a.O.

⁵⁸ a.a.O. S. 43

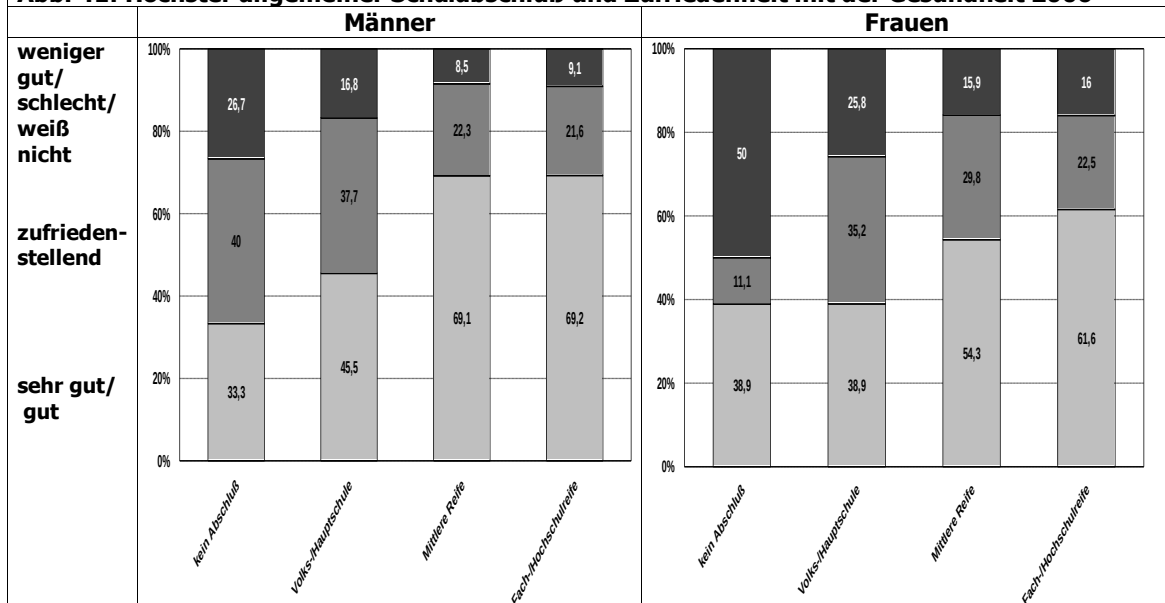
Gegenüber der Wohnungs- und Hauserhebung 1995 hat sich die gesundheitsbezogene Selbsteinschätzung der Volks- und HauptschulabsolventInnen verbessert; die der RealschulabsolventInnen blieb unverändert. (Fach-)AbiturientInnen hingegen schätzten ihre Gesundheit etwas schlechter ein: Der Anteil positiver Bewertungen ist geringfügig zurückgegangen, während der Anteil negativer Beurteilungen von 9,5% 1995 auf 12,4% im Jahr 2006 angestiegen ist. (vgl. Abb. 40)

Abb. 40: Höchster allgemeiner Schulabschluß und Zufriedenheit mit der Gesundheit



Wie auch schon im Jahr 1995, wuchs im Jahr 2006 die Zufriedenheit mit der Gesundheit mit zunehmender schulischer Qualifikation. 41,4% der Befragten mit Volks- und Hauptschulabschluß bewerteten im Jahr 2006 ihre Gesundheit positiv. Bei den Befragten mit Mittlerer Reife taten dies 59,8%, und von den Fach-/AbiturientInnen schließlich 65,6%. Umgekehrt nahm der Anteil negativer Einschätzungen mit zunehmender schulischer Qualifikation ab. (vgl. Abb. 40)

Abb. 41: Höchster allgemeiner Schulabschluß und Zufriedenheit mit der Gesundheit 2006

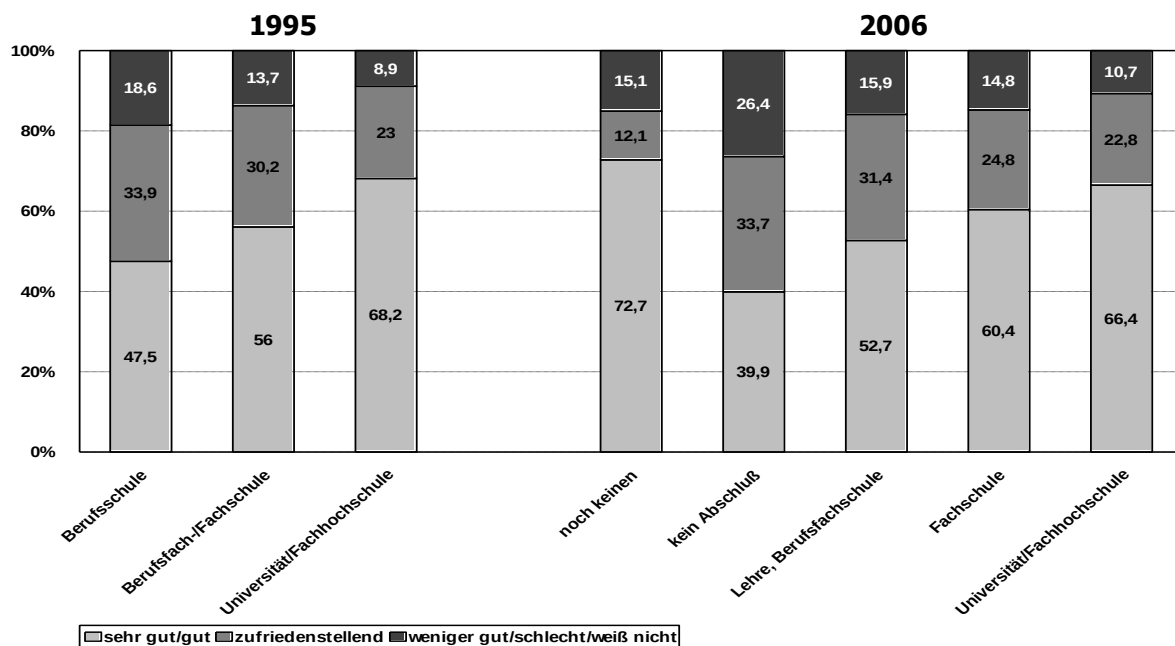


Die Tendenz zur Verbesserung der gesundheitsbezogenen Selbsteinschätzung mit steigender schulischer Qualifikation traf sowohl auf Männer als auch auf Frauen zu.

Allerdings kam es zwischen den Männern mit Mittlerer Reife und Fach-/Abitur nicht mehr zu einer weiteren Verbesserung und der Anteil der negativen Selbsteinschätzungen stagnierte bei Männern und Frauen mit Mittlerer Reife und (Fach-)Abitur. Die Hälfte der Frauen ohne Schulabschluß bewertete ihre Gesundheit negativ – deutlich häufiger als Männer ohne Schulabschluß (26,7%). Geringe Fallzahlen⁵⁹ lassen diese Aussage jedoch nur eingeschränkt gelten. (vgl. Abb. 41)

Auch eine zunehmende berufliche Qualifikation ging im Jahr 2006 - wie schon 1995⁶⁰ - mit einem wachsenden Anteil einer positiver Einschätzungen der eigenen Gesundheit einher: 52,7% der Befragten mit einer abgeschlossenen Lehre oder Berufsfachschule schätzten ihre Gesundheit als „sehr gut“/ „gut“ ein; bei den Fach-/HochschulabsolventInnen betrug dieser Anteil schließlich 66,4%. Umgekehrt nahm der Anteil negativer Selbsteinschätzungen mit zunehmender beruflicher Qualifikation ab und betrug bei den AkademikerInnen nur noch 10,7%. **Die Befragten ohne beruflichen Abschluß bewerteten ihre Gesundheit am schlechtesten:** Etwa jede(r) Vierte (26,4%) schätzte die eigene Gesundheit negativ ein, und nur 39,9% beurteilten sie positiv. Probanden, die **noch keinen** beruflichen Abschluß hatten, waren hingegen am zufriedensten mit ihrer Gesundheit. Hier dürfte sich auch das in der Regel geringe Alter von Personen in der Ausbildung auswirken. (vgl. Abb. 42)

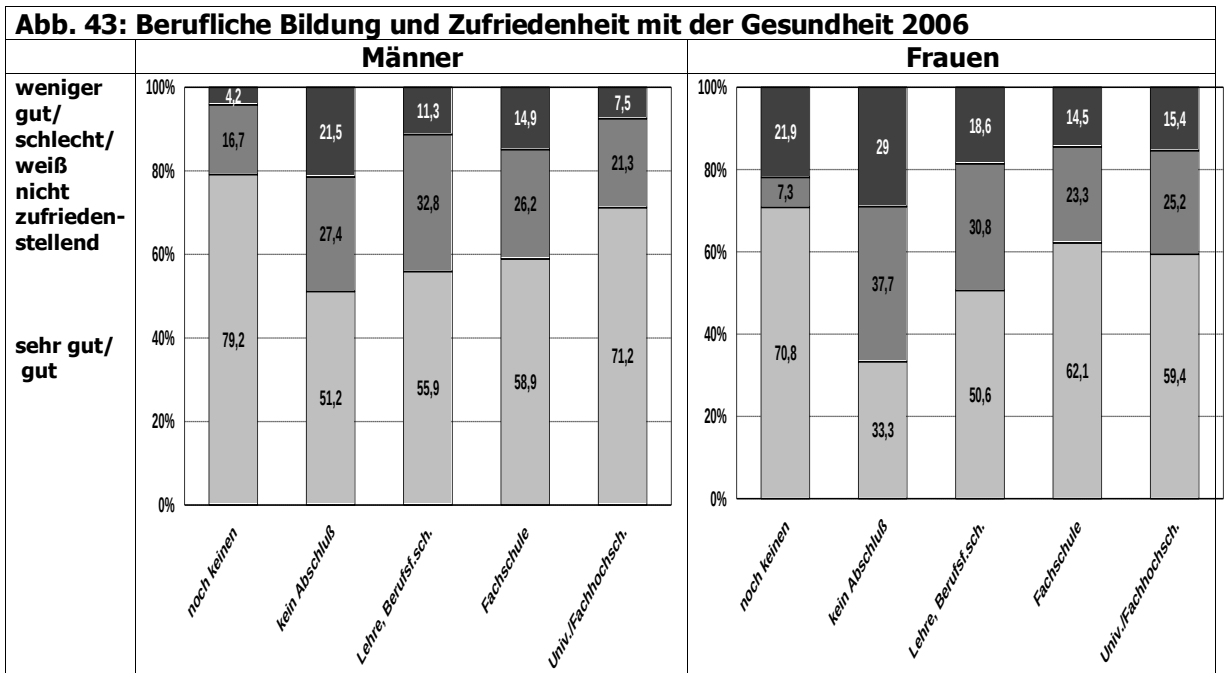
Abb. 42: Berufliche Bildung und Zufriedenheit mit der Gesundheit



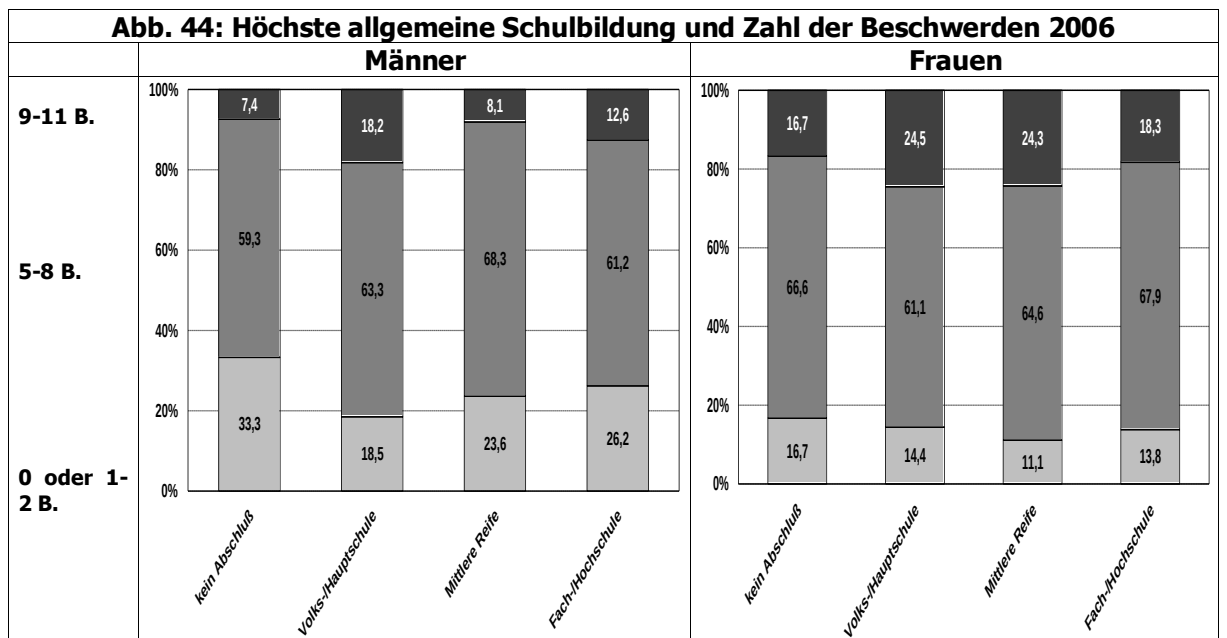
Das bereits bekannte Gefälle in der subjektiven Befindlichkeit zwischen Männern und Frauen galt auch für alle beruflichen Abschlüsse (Ausnahme: AbsolventInnen einer Fachschule). Sehr deutlich wurde dies in der Gruppe ohne Abschluß: Hier fällten nur 33,3% der Frauen ein positives Urteil über ihre Gesundheit gegenüber 51,2% der Männer. (vgl. Abb. 43)

⁵⁹ 49 Befragte ohne schulischen Abschluß

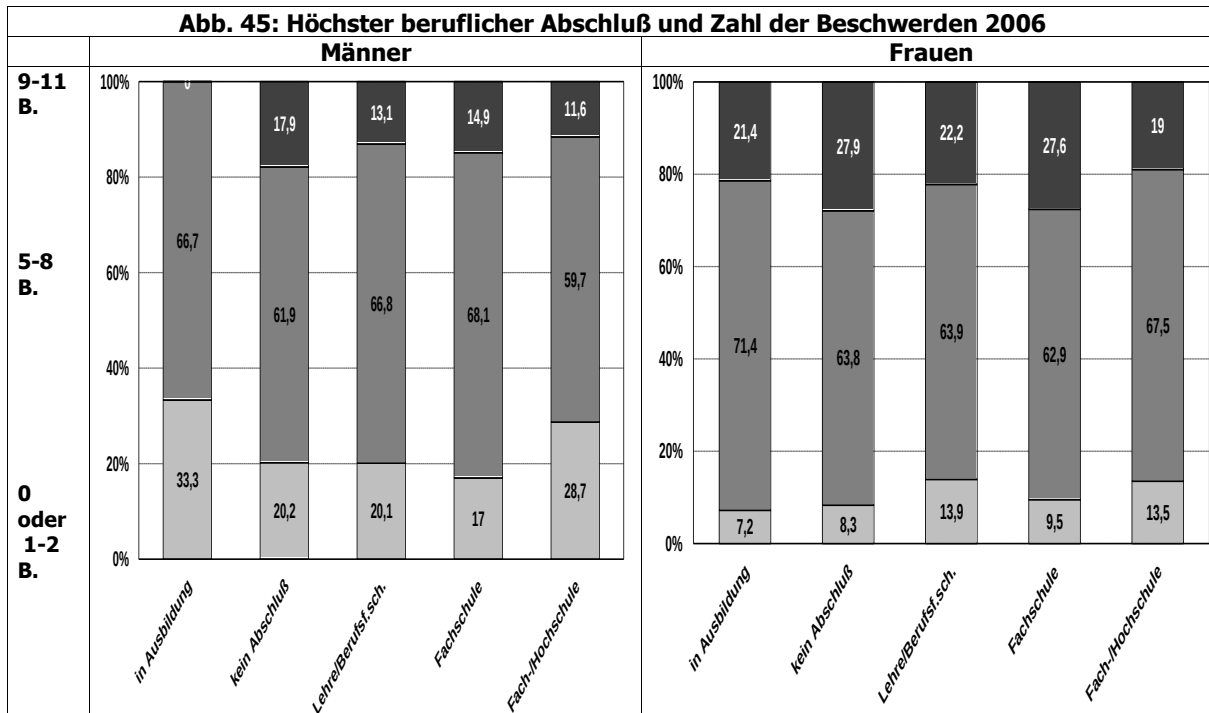
⁶⁰ Die Kategorien des beruflichen Abschlusses sind in den Wohnungs- und Haushaltserhebungen 1995 und 2006 nicht identisch. Die Ergebnisse können daher nur in der Tendenz, nicht aber direkt verglichen werden.



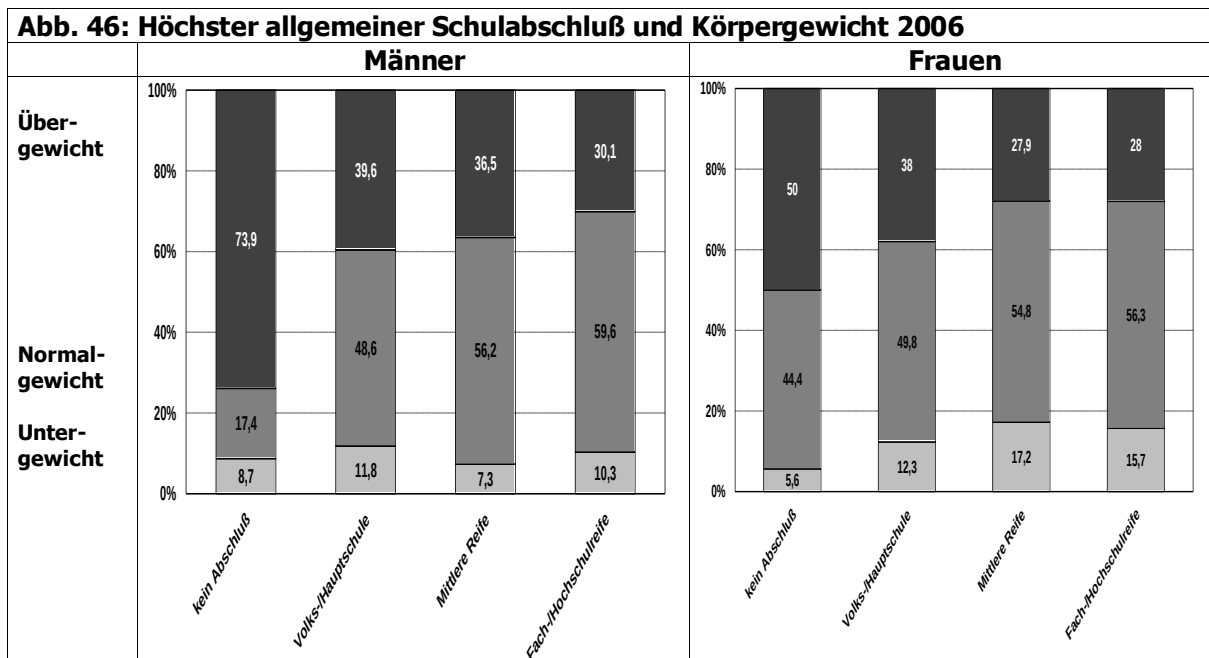
Auch mit zunehmender beruflicher Bildung stieg die Häufigkeit positiver Selbsteinschätzungen bei Männern und Frauen. Allerdings war bei den Frauen zwischen den Absolventinnen einer Fachschule und den Akademikerinnen keine weitere Zunahme positiver und keine weitere Abnahme negativer Bewertungen festzustellen. Männer und Frauen, die sich noch in der Berufsausbildung befanden, äußerten – wohl auch aufgrund ihres meist geringen Alters – am häufigsten eine positive Bewertung ihrer Gesundheit. (vgl. Abb. 43)



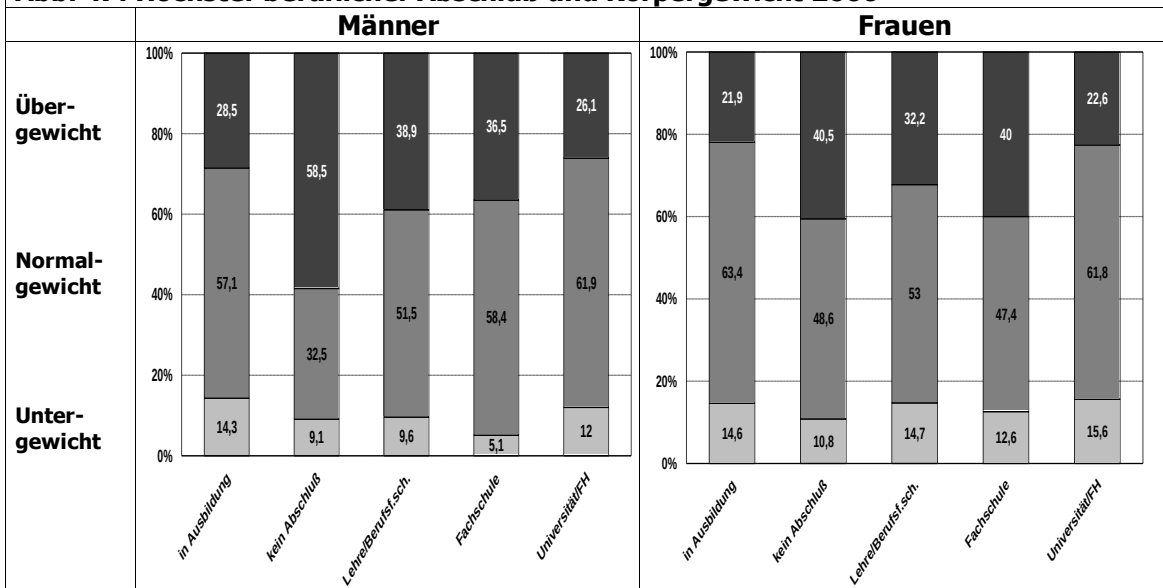
Männliche Volks- und Hauptschulabsolventen sowie Absolventinnen einer Volks-/Haupt- oder Realschule fühlten sich am häufigsten durch ein größeres Spektrum (9-11) Beschwerden beeinträchtigt. **Der Anteil beschwerdefreier/-armer Personen stieg nur bei den Männern mit zunehmender schulischer Qualifikation; während er bei den Frauen tendenziell geringer wurde.** Am seltensten beschwerdefreie/-arm waren Frauen mit Mittlerer Reife (11,1%). (vgl. Abb. 44)



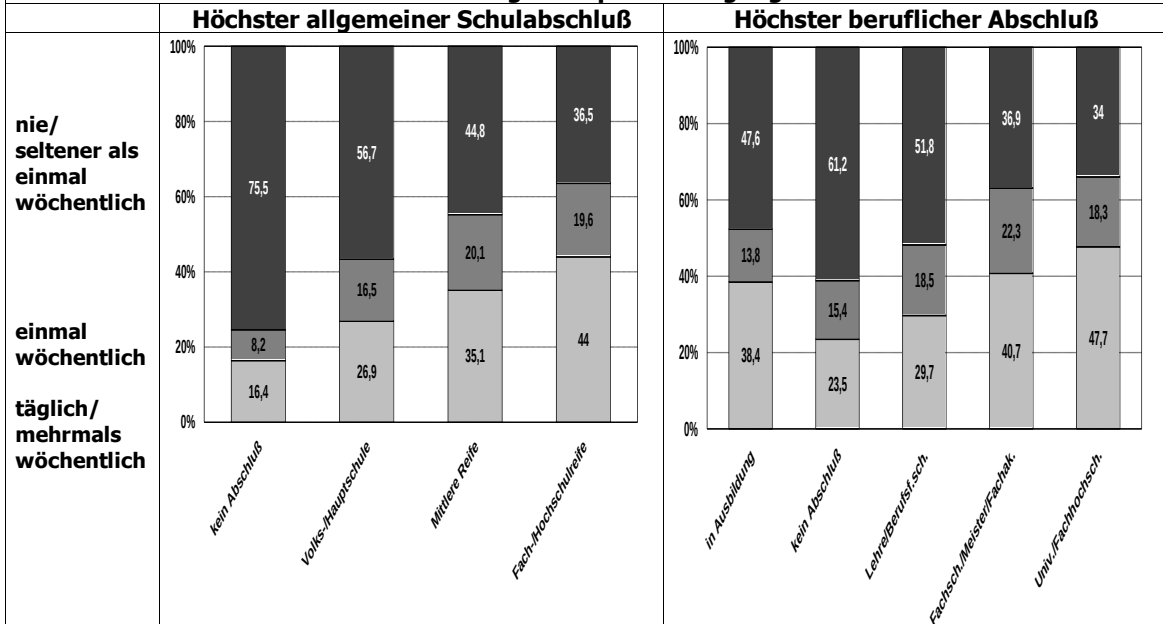
Unter den Männern und Frauen mit einer Berufsausbildung wiesen die AkademikerInnen den jeweils höchsten Anteil beschwerdefreier/-armer Personen auf, aber auch Frauen mit einer abgeschlossenen Lehre/ Berufsfachschule. Die günstigste Situation zeigte sich hingegen – wohl auch aufgrund ihres geringen Alters – vor allem bei den männlichen Auszubildenden. (vgl. Abb. 45)



Mit steigender schulischer Bildung stieg der Anteil von normalgewichtigen Männern und Frauen an den Befragten an. Im Gegenzug schrumpften die Anteile der übergewichtigen Personen. So waren insgesamt 39,6% der männlichen und 38% der weiblichen Volks- und Hauptschulabsolventen zu dick; bei den (Fach-) AbiturientInnen waren es nur noch 30,1% bzw. 28,0%. Vorbehaltlich der geringen Fallzahlen waren die Befragten ohne Schulabschuß mit 73,9% der Männer und 50,0% der Frauen am häufigsten übergewichtig. (vgl. Abb. 46)

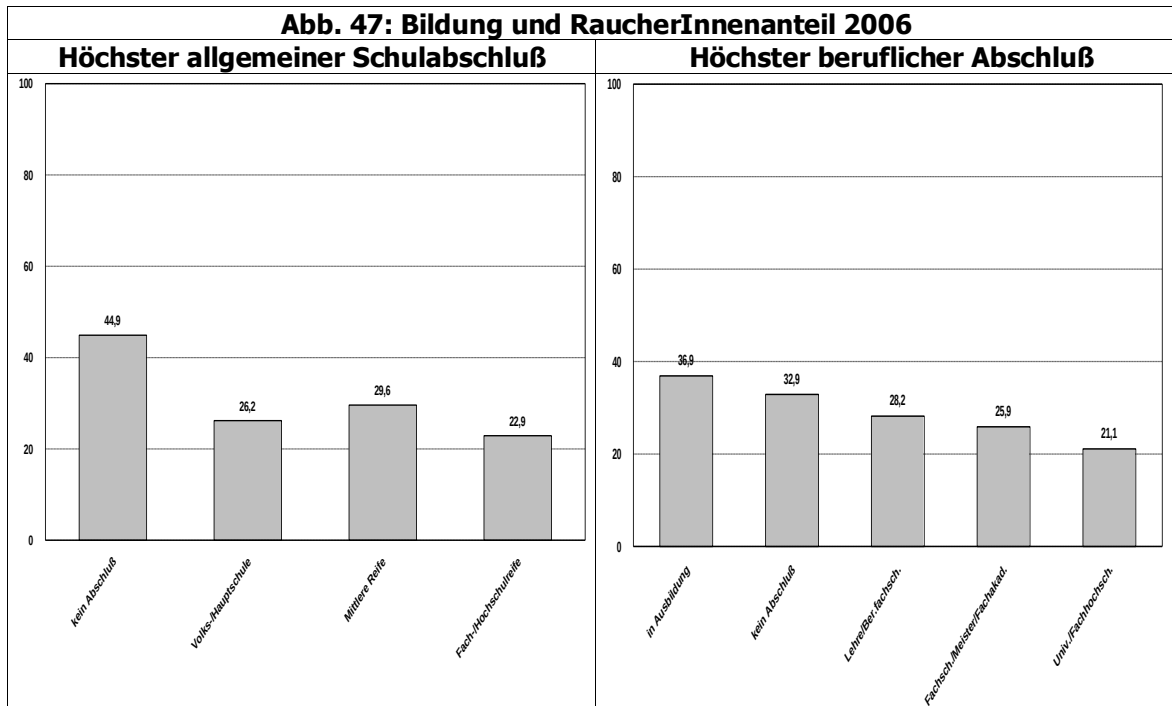
Abb. 47: Höchster beruflicher Abschluß und Körpergewicht 2006

Die (Fach-)HochschulabsolventInnen beiderlei Geschlechts hatten die beste „Gewichtssituation“: Jeweils knapp zwei Drittel von ihnen war normal- und etwa ein Viertel übergewichtig. Bei den Männern verschlechterte die Situation mit abnehmender beruflicher Bildung: Unter den Absolventen einer Volks- und Hauptschule waren nur noch ein etwa halb so großer Anteil normalgewichtig wie bei den (Fach-) Hochschulabsolventen (32,5% gegenüber 61,9%). Umgekehrt hat sich der Anteil Übergewichtiger zwischen Volks-/Hauptschulabschluß und Abitur etwa halbiert (26,1% gegenüber 58,5%). Bei den Frauen verlief diese Entwicklung weniger deutlich. (vgl. Abb. 47)

Abb. 46: Bildung und Sportbeteiligung 2006

Mit zunehmender allgemeiner schulischer und beruflicher Bildung war – abgesehen von den Auszubildenden – eine Verbesserung der Sportbeteiligung festzustellen: 44% der Befragten mit (Fach-) Abitur und 47,7% der Befragten mit einem abgeschlossenen (Fach-) Hochschulstudium übten täglich oder mehrmals pro Woche einen Sport aus. Bei den Befragten ohne Schulabschluß waren es nur 26,9% und bei den Befragten ohne beruflichen Abschluß

23,5%. Umgekehrt betätigten sich 56,7% der Befragten ohne Schul- und 61,2% der Befragten ohne beruflichen Abschluß nie oder seltener als einmal wöchentlich sportlich. (vgl. Abb. 46)



Die RaucherInnenanteile gingen mit zunehmender beruflicher Bildung der Befragten zurück. So rauchten unter den Probanden mit einem beruflichen Abschluß die AbsolventInnen einer Lehre/ Berufsfachschule am häufigsten (28,2%) und am seltensten die AkademikerInnen (21,1%). Auch unter den Befragten mit einem allgemeinen Schulabschluß rauchten diejenigen mit dem höchsten Abschluß – dem (Fach-) Abitur am seltensten (22,9%). Am häufigsten rauchten jedoch die RealschulabsolventInnen (29,6%).⁶¹ Insgesamt betrug die Relation Nicht-RaucherIn zu RaucherIn bei den AbiturientInnen 3,4:1 und bei den AkademikerInnen sogar 3,7:1. Die Befragten ohne allgemeinen Schulabschluß (44,9%) und diejenigen ohne Berufsausbildung (32,9%) rauchten am häufigsten (44,9% bzw. 32,9%). (vgl. Abb. 47)

ZUSAMMENFASSUNG – Bildung und Befindlichkeit

- Der häufigste höchste allgemeine Schulabschluß war der einer Volks- und Hauptschule (41,6%) und der häufigste höchste berufliche Abschluß eine Lehre/ Abschluß einer Berufsfachschule (41,9%). Ohne Schulabschluß blieben 2,3% und ohne abgeschlossene Berufsausbildung 12,5%.
- Die Zufriedenheit mit der Gesundheit wuchs mit zunehmender Qualifikation der schulischen und der beruflichen Bildung. Dabei schätzten die Männer in allen schulischen und weitgehend allen beruflichen Abschlüssen ihre Gesundheit häufiger positiv ein als die Frauen gleicher Ausbildung.
- Zunehmende schulische Bildung – bei den Männern auch berufliche Bildung - ging bei Männern und Frauen einher mit einer Abnahme der Belastung durch relativ viele (9-11) Beschwerden und einer Zunahme des Anteils beschwerdefreier/ -armer Personen.

⁶¹ Auch in der Wohnungs- und Haushaltserhebung 2004 gab es ein Gefälle der RaucherInnenanteile mit zunehmender beruflicher und schulischer Qualifikation mit dem Unterschied zu 2006, dass dies hier auch zwischen Volks-/ HauptschülerInnen (33,1%) und RealschülerInnen (30,2%) bestand. vgl. Stadt Nürnberg (Hrsg.): Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth: „Sind Sie Raucher/-in?“, Monatsbericht Oktober 2004, Tabellenteil

- Die Bedeutung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils schien mit zunehmender schulischer und beruflicher Bildung zu wachsen: Es verbesserte sich die Sportbeteiligung und der RaucherInnenanteil nahm ab (Ausnahme: RealschulabsolventInnen). Die „Gewichtssituation“ verbesserte sich mit steigender beruflicher Qualifikation allerdings nur bei den Männern
- Die Befragten ohne schulischen und/ oder beruflichen Abschluß befanden sich stets in der ungünstigsten Situation: Sie bewerteten ihre Gesundheit am seltensten positiv, wiesen die geringste Sportbeteiligung und am häufigsten Übergewicht auf. Für Befragte ohne Schulabschluß erwies sich, dass sie am häufigsten durch ein relativ breites Spektrum an Beschwerden beeinträchtigt wurden und am häufigsten rauchten.

7.2 Position in der Arbeitswelt und Zufriedenheit mit der Gesundheit

„Zwischen der arbeitsweltlichen und der gesundheitlichen Situation besteht ein enger Zusammenhang. ... Dabei ist unter der arbeitsweltlichen Situation nicht nur die Stellung im Beruf oder die ausgeübte Tätigkeit zu verstehen. Ebenso spielen z.B. die Dauer und Lage der Arbeitszeit nachweislich eine Rolle für die Gesundheit.“⁶² Die Zuordnung der beruflichen Tätigkeit zu bestimmten Berufsgruppen verhilft dazu, den Standort des ausgeübten bzw. erlernten Berufs innerhalb einer hierarchischen Ordnung beruflicher Positionen zu finden. Durch die Höhe des Einkommens, das gesellschaftliche Prestige der Berufsgruppe und den Grad der Autonomie am Arbeitsplatz wirkt die Stellung im Beruf auf das gesundheitliche Befinden ein.“⁶³

Tab. 28: Stellung im Beruf 2006

Stellung im Beruf	Häufigkeit	Prozente
Selbständige/FreiberuflerInnen	186	11,1
Leitende Angestellte/BeamteInnen	273	16,3
Mittlere Angestellte/BeamteInnen/MeisterInnen	524	31,3
FacharbeiterInnen	474	28,3
An-/ungelernte ArbeiterInnen	216	12,9
Gesamt*	1.674	100,0

* abzüglich fehlender Werte

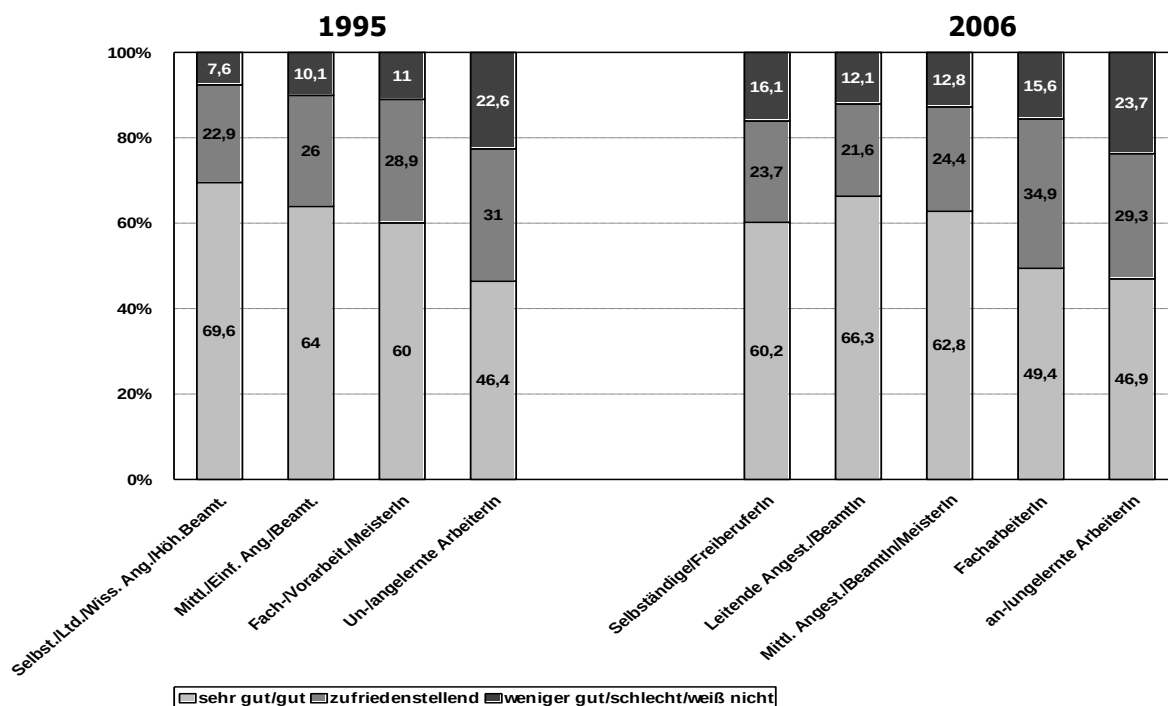
Die Mehrzahl der Befragten (31,8%) bekleidete eine berufliche Stellung als Mittlere Angestellte/BeamteIn oder MeisterIn. Die zweitstärkste Gruppe waren mit 28,3% FacharbeiterInnen. **Damit hatten insgesamt 60,1% der Probanden beruflich eine „mittlere“ Position inne. (vgl. Tab. 28)**

Die Wohnungs- und Haushaltserhebung 1995 zeigte eine fortlaufende Verbesserung der Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes mit der „Höhe“ der beruflichen Position der Befragten.⁶⁴ Im Jahr 2006 bewerteten Selbständige/ FreiberuflerInnen, Leitende und Mittlere Angestellte/BeamteInnen und MeisterInnen zu jeweils etwa zwei Dritteln ihre Gesundheit positiv, darunter Leitende Angestellte/BeamteInnen mit 66,3% am häufigsten. **Im Vergleich dazu beurteilten die FacharbeiterInnen mit 49,4% und die an-/ ungelernten ArbeiterInnen mit 46,9% ihre Gesundheit deutlich seltener „sehr gut“/ „gut“.** Un-/ angelernte ArbeiterInnen gaben auch am häufigsten (21,3%) – und damit doppelt so oft wie Leitende Angestellte/BeamteInnen (12,1%) eine negative Beurteilung ihrer Gesundheit ab. (vgl. Abb. 48)

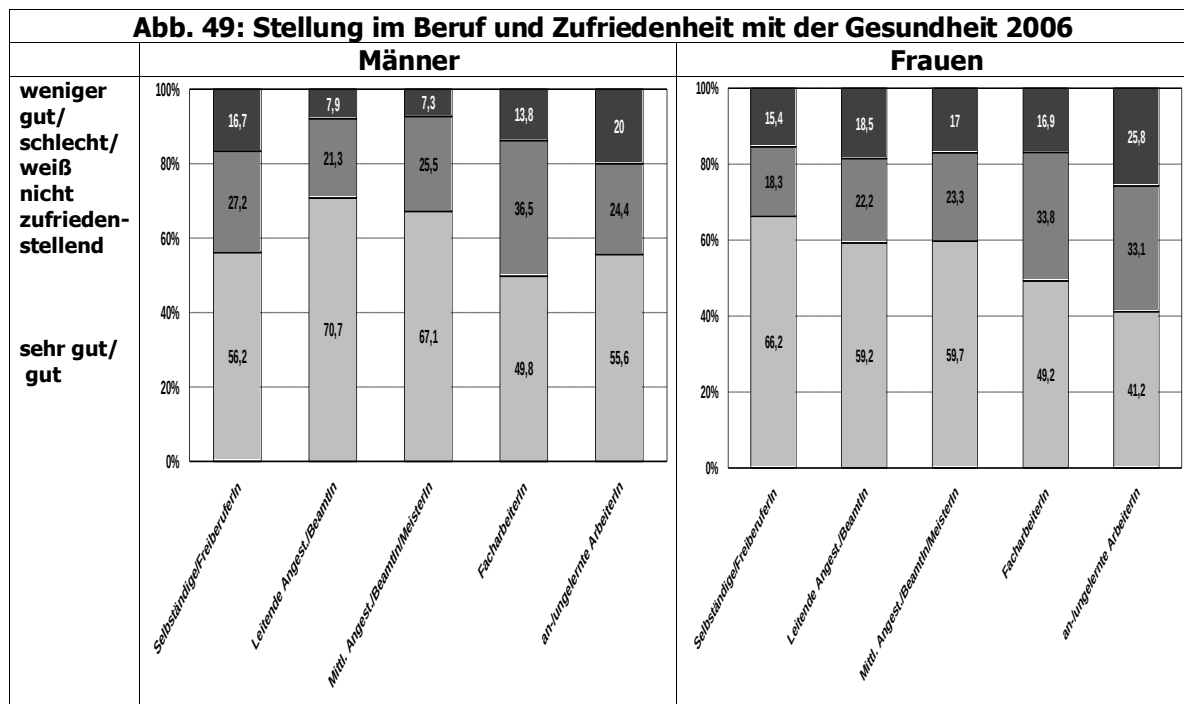
⁶² Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit: a.a.O. S. 70

⁶³ vgl. a.a.O. : 55

⁶⁴ Die Kategorien der Stellung im Beruf sind in den Wohnungs- und Haushaltserhebungen 1995 und 2006 nicht identisch. Die Ergebnisse können daher nur in der Tendenz, nicht aber direkt verglichen werden.

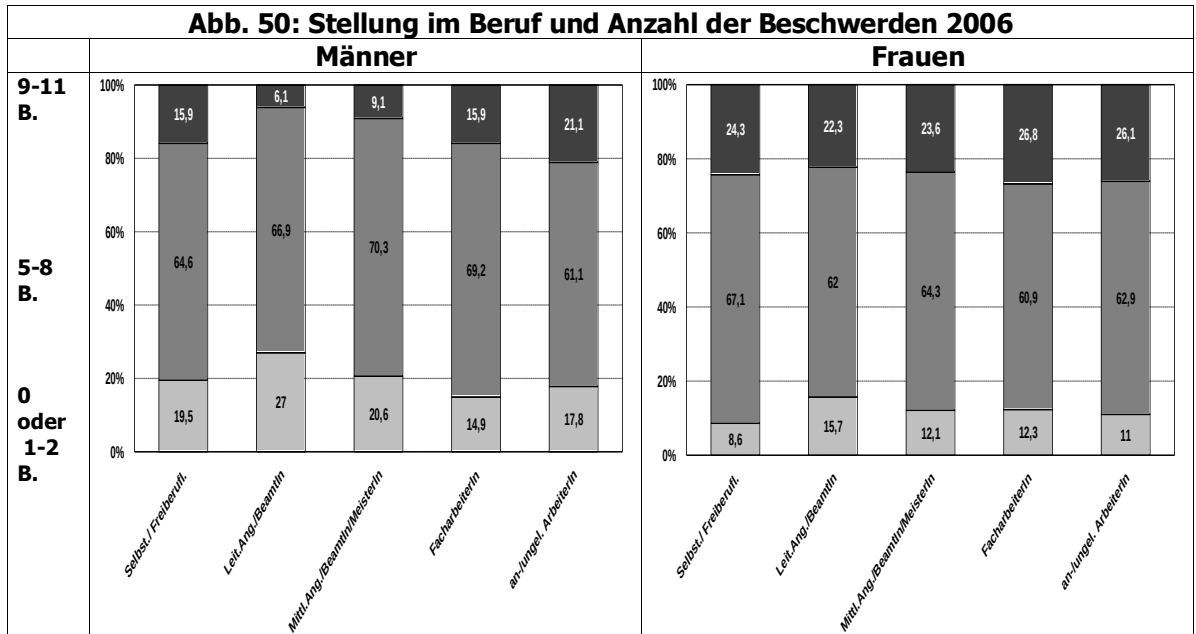
Abb. 48: Stellung im Beruf und Zufriedenheit mit der Gesundheit

Bei den Frauen nahm die Zufriedenheit mit der Gesundheit von der beruflichen Position als an-/ungelernte Arbeiterin bis hin zur selbständig/ freiberuflich Tätigen fortlaufend zu. Unter den Männern herrschte eine vergleichbare Tendenz; nur äußerten die selbständig/freiberuflich tätigen Männer seltener eine positive Meinung über ihre Gesundheit als Frauen gleicher Position und als Leitende und Mittlere Angestellte/Beamte und Meister. (vgl. Abb. 49)

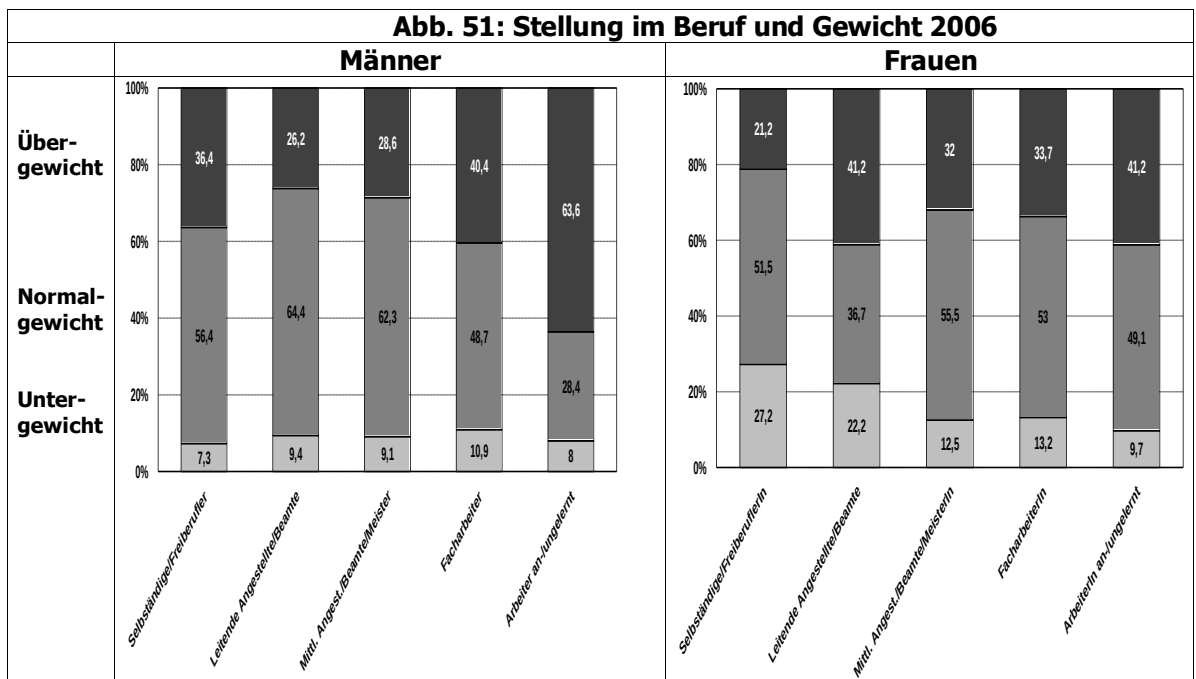


Leitende männliche und weibliche Angestellte/Beamte waren am wenigsten durch (9-11) Beschwerden belastet und am häufigsten beschwerdefrei/-arm. Dabei erwiesen sich Frauen aller beruflichen Positionen stärker beeinträchtigt als Männer. Am stärksten durch

Beschwerden belastet zeigten sich die un/ -angelernten Arbeiter (21,1%) und Arbeiterinnen (21,6%) und Facharbeiterinnen (26,8%). Relativ oft äußerten auch die selbständig/ freiberuflich tätigen Frauen eine Beeinträchtigung durch Beschwerden: Sie waren mit 8,6% am seltensten beschwerdefrei/-arm und noch relativ häufig durch 9-11 Beschwerden beeinträchtigt (24,3%). (vgl. Abb. 50)



Männliche Leitende und Mittlere Beamte/Angestellte/Meister wiesen die günstigste „Gewichtssituation“ unter den Männern auf: Etwas mehr als zwei Drittel von ihnen waren normal- und etwas mehr als ein Viertel übergewichtig. Im Vergleich dazu war die Situation bei den Facharbeitern und Selbständigen/ Freiberuflern schlechter. **Die schlechteste Situation fand sich bei den un- und angelernten Arbeitern, von denen 63,6% Über- und nur 28,4% Normalgewicht hatten.** (vgl. Abb. 51)



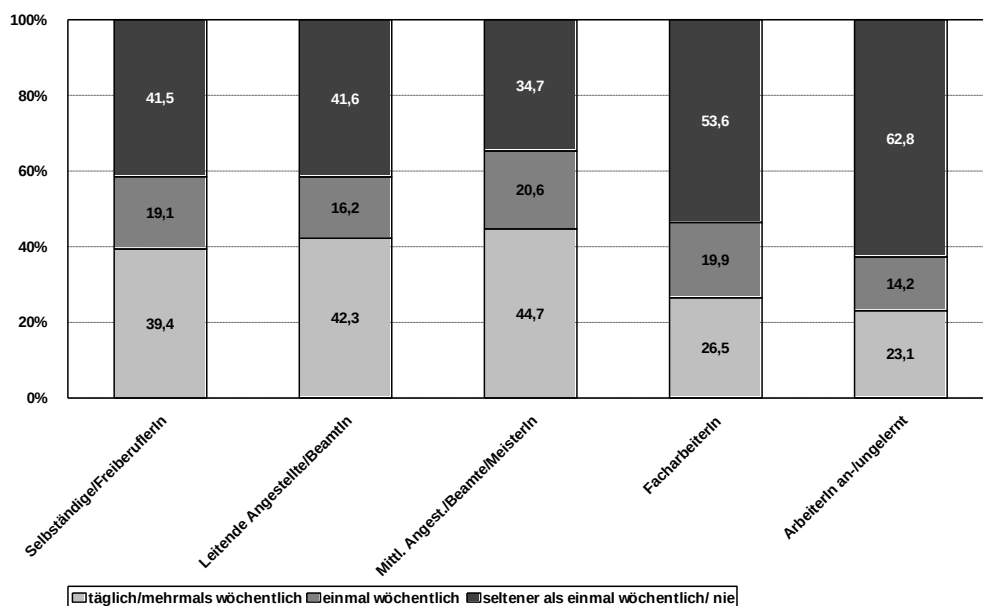
Auch bei den Frauen hatten un-/ angelernte ArbeiterInnen mit 41,2% am häufigsten Übergewicht. Im Gegensatz zu den Männern waren hier jedoch auch Leitende Angestellte/

Beamtinnen – gleich häufig wie die Arbeiterinnen – zu dick. Allerdings setzte sich das Übergewicht bei den Frauen in leitender Position günstiger zusammen. Es enthielt nur 5,6% adipöse Frauen; bei den Arbeiterinnen enthielt es 15,8%. Unter den Frauen in leitender Position befand sich auch ein relativ großer Teil untergewichtiger Personen (22,2%). **Die günstigste „Gewichtssituation“ unter den Frauen hatten die freiberuflich/ selbständig Tätigen:** den höchsten Anteil von Personen mit „normalem“ Unter- (22,7%) und den niedrigsten Anteil von Frauen mit Übergewicht (21,1%). (vgl. Abb. 55 und Tab. 29)

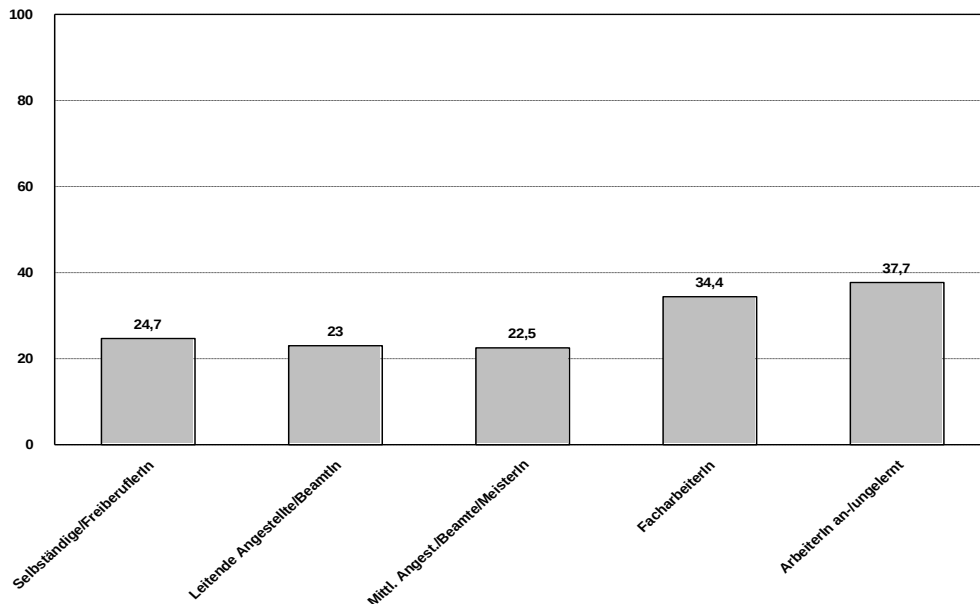
Tab. 29: Häufigkeit von Adipositas und „normalem“ Untergewicht (% der Befragten)				
Stellung im Beruf	Männer		Frauen	
	Adipositas	„normales“ Untergewicht	Adipositas	„normales“ Untergewicht
Selbständige/FreiberuflerInnen	9,1	6,4	3	22,7
Leitende Angestellte/BeamtInnen	2,7	7,4	5,6	18,9
Mittlere Angestellte/BeamtInnen/MeisterInnen	2,7	8,2	6,6	10,2
FacharbeiterInnen	6,7	8,3	8,4	11,2
An-/ungelernte ArbeiterInnen	10,2	8,0	15,8	8,8

Betrachtet man „normales“ Untergewicht als eine Folge gesundheitsbewußten Verhaltens und Adipositas als Folge von dessen Gegenteil, lässt sich bei den selbständig/freiberuflich und bei den in Leitender Position tätigen Frauen sowie bei Männern in Leitender und Mittlerer beruflicher Position vergleichsweise häufiger ein gesundheitsbewußte Lebensstil voraussetzen. (vgl. Tab. 29)

Abb. 52: Stellung im Beruf und Sportbeteiligung 2006



Mit 44,7% wiesen die Mittleren Angestellten/BeamtInnen/MeisterInnen die höchste Sportbeteiligung auf. Auch die selbständig/ freiberuflich und in leitender Position als Angestellte/ BeamteInnen/ MeisterInnen Tätigen übten noch relativ häufig täglich oder mehrmals pro Woche einen Sport (jeweils etwa 40%) aus. **Im Vergleich dazu war die Sportbeteiligung der Fach- und an-/ungelernten ArbeiterInnen mit jeweils nur etwa 25% deutlich geringer.** Mehr als die Hälfte der Fach- und fast zwei Drittel der un-/ angelernten ArbeiterInnen trieben nie oder nur seltener als einmal wöchentlich Sport. (vgl. Abb. 52)

Abb. 53: Stellung im Beruf und RaucherInnenanteil 2006

Es rauchte etwa jeder Vierte der Selbständigen/FreiberuflerInnen sowie etwa jeder Fünfte der Leitenden und Mittleren BeamtInnen/Angestellten/MeisterInnen. **In der Gruppe der ArbeiterInnen war der Tabakkonsum wesentlich weiter verbreitet: Der RaucherInnenanteil betrug bei den FacharbeiterInnen 34,4% und 37,7% bei den un-/ angelernten ArbeiterInnen.**⁶⁵ (vgl. Abb. 53).

ZUSAMMENFASSUNG – Stellung im Beruf und Befindlichkeit

- Die meisten der Befragten bekleideten die beruflichen Position Mittlerer Angestellter/BeamteInnen/MeisterInnen (31,8%) und von FacharbeiterInnen (28,3%).
- Am häufigsten – zu jeweils etwa zwei Dritteln - beurteilten männliche Angestellte/Beamte in leitender und mittlerer Position ihre Gesundheit positiv. Bei den Frauen waren es die selbständig/ freiberuflich Tätigen. Arbeiter beiderlei Geschlechts beurteilten ihr Befinden deutlich schlechter: Nur 49,4% der FacharbeiterInnen und 46,9% der un-/ angelernten ArbeiterInnen schätzten ihre Gesundheit „sehr gut“/„gut“ ein. Un- und angelernte ArbeiterInnen beurteilten ihr Befinden außerdem am häufigsten negativ (21,3%) – und damit doppelt so oft wie Leitende Angestellte/BeamteInnen.
- Leitende Angestellte/BeamteInnen beiderlei Geschlechts fühlten sich am seltensten stärker durch (9-11) Beschwerden belastet und waren am häufigsten beschwerdefrei/ -arm.
- Angestellte/Beamte in Leitender und Mittlerer Position wiesen auch zumindest bei den Männern die günstigste „Gewichtssituation“ auf mit etwa zwei Dritteln normalgewichtigen und etwas mehr als einem Viertel übergewichtiger Personen. Die schlechteste Situation fand sich auch hier bei den un- und angelernten Arbeitern, von denen 63,6% Über- und nur 28,4% Normalgewicht aufwiesen.
- Auch unter den Frauen waren die un-/angelernten Arbeitskräfte am häufigsten übergewichtig (41,2%). Gleich häufig traf dies jedoch auch auf die Leitenden

⁶⁵ Auch im Jahr 2004 rauchten Leitende Angestellte/BeamteInnen mit 23,6% am seltensten und FacharbeiterInnen sowie un-/ angelernte ArbeiterInnen am häufigsten (34,6% bzw.37,9%) am häufigsten. Stadt Nürnberg (Hrsg.): Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth: „Sind Sie Raucher/-in?“, Monatsbericht Oktober 2004, Tabellenteil

Angestellten/ Beamtinnen zu. Der Anteil des Übergewichts setzte sich jedoch bei den Frauen in leitender Position günstiger zusammen als bei den Arbeiterinnen: Er enthielt nur 5,6% adipöse Personen gegenüber 15,8% bei den Arbeiterinnen. Freiberuflich/ selbständig und in leitender Position Tätige hatten einen relativ hohen Anteil von Personen mit „normalem“ Untergewicht. Dies weist in der Regel nicht auf ein krankhaftes Geschehen hin, sondern auf gesundheitsbewusstes Verhalten.

- Mit 44,7% war die Sportbeteiligung bei den Mittleren Angestellten/ BeamtInnen/ MeisterInnen am höchsten, während sie bei den Fach-) ArbeiterInnen waren mit nur etwa einem Viertel am niedrigsten war. 53,6% der Fach- und 62,8% der un-/angelernten ArbeiterInnen übten seltener als einmal pro Woche oder nie einen Sport aus.
- Der RaucherInnenanteil überstieg bei den Selbständigen/FreiberuflerInnen und den Leitenden und Mittleren BeamtInnen/ Angestellten/ MeisterInnen 25,0% nicht. In der Gruppe der ArbeiterInnen war der Tabakkonsum am weitesten verbreitet: Es rauchten 34,4% der FacharbeiterInnen und 37,7% der un-/ angelernten ArbeiterInnen.

7.3 Netto-Haushaltseinkommen und Befindlichkeit

„Das Einkommen eröffnet den Zugang zu den meisten Bedarfs- und Gebrauchsgütern und stellt damit eine wesentliche Voraussetzung für die Befriedigung individueller Grundbedürfnisse dar..... **Einkommensnachteile verringern die Konsummöglichkeiten und gehen oftmals mit einer Unterversorgung in anderen Bereichen** wie z.B. der Wohnsituation, der sozialen Integration und der kulturellen Teilhabe **einher**. Zusammenhänge zwischen Einkommen und Gesundheit werden durch zahlreiche Studien bestätigt. **Vor allem von Armut betroffene Bevölkerungskreise sind verstärkt durch Krankheiten und Beschwerden beeinträchtigt, schätzen ihre eigene Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität schlechter ein und unterliegen einem höheren vorzeitigen Sterberisiko.... Außerdem neigen sie eher zu gesundheitsriskanten Verhaltensweisen.**“⁶⁶

Das Netto-Haushaltseinkommen⁶⁷ gibt einen Anhaltspunkt für die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit eines Haushalts. **88,5% der Haushalte verfügte über ein monatliches Budget bis unter 2.500 Euro.** Die stärkste Einkommensgruppe war mit 22,1% die zwischen 1.000 und 1.500 Euro. Weitere 5,3% der Haushalte hatten ein monatliches Einkommen von 4.000 Euro und mehr, während 5,6% der Haushalte mit einem marginalen Budget von weniger als 500 Euro auskommen mussten. (vgl. Tab. 30)

Tab. 30: Netto-Haushaltseinkommen 2006

Netto-Haushalts-einkommen (Euro)	Klassenmittel (Euro)	Haushalte	Prozente	Pro-Kopf-Einkommen (% der Haushalte)
unter 500	300	120	5,6	14,4
500-u. 1.000	750	345	16,0	32,1
1.000-u. 1.500	1.250	476	22,1	27,2
1.500-u. 2.000	1.750	410	19,0	14,8
2.000-u. 2.500	2.250	312	14,5	7,0
2.500-u. 3.000	2.750	199	9,2	2,6
3.000-u. 3.500	3.250	119	5,5	0,8
3.500-u. 4.000	3.750	62	2,9	0,2
4.000 und mehr	4.750	115	5,3	1,0
Gesamt*		2.159	100,0	100,0

* abzüglich fehlender Werte

⁶⁶ Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit, a.a.O. S. 21

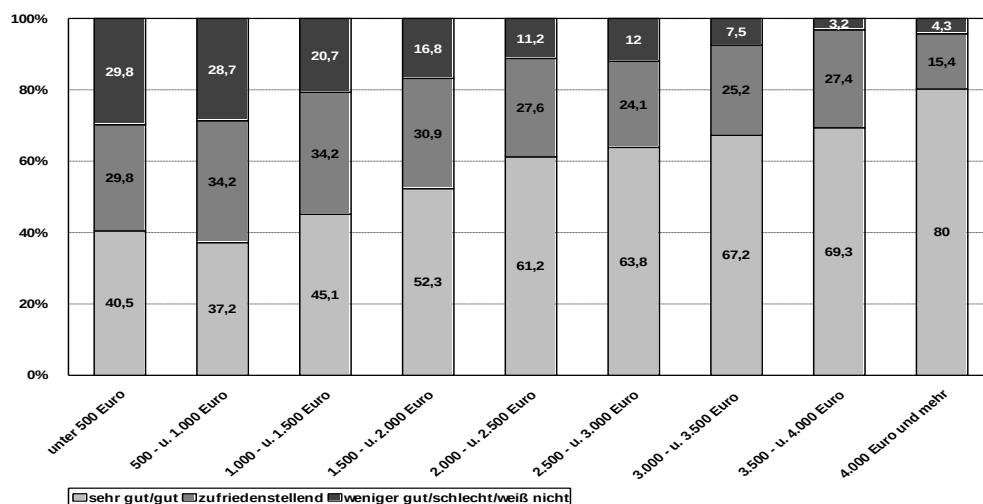
⁶⁷Einkommen aus Erwerbstätigkeit, Rente, Pension und Transfereinkommen, Lebensversicherung, Vermietung/ Verpachtung, Kapitaleinkünfte, abzüglich Steuern und Sozialversicherung.. vgl.: Stadt Nürnberg, Ref. für Jugend, Familie und Soziales (Hrsg.): Sozialbericht der Stadt Nürnberg Bd. 1, S. 17

Um das Wohlstandsniveau eines Haushalts realistisch zu beurteilen, wird normalerweise das sog. „Äquivalenzeinkommen“ verwendet. Es handelt sich dabei um ein nach Alter und Anzahl der Haushaltsmitglieder gewichtetes, und damit bedarfsorientiertes Pro-Kopf-Einkommen. Das durchschnittliche Äquivalenzeinkommen (Median⁶⁸) dient als Maßstab zur Definition „einkommensarmer“ Haushalte. In der Regel wird als „Einkommensarmut“ ein Einkommen bezeichnet, das geringer ist als 50% oder 60% des jeweiligen Äquivalents.⁶⁹ Da der ausgewertete Datensatz keine absoluten Einkommenssummen enthielt, beruhen die folgenden Berechnungen auf dem Klassenmittel und sind daher Näherungswerte. Diese lassen keine Definition von Armutsgrenzen zu.

Im Durchschnitt⁷⁰ stand jedem der befragten Haushalte monatlich ein Budget von 1.864,4 Euro zur Verfügung. Nach eigenen Berechnungen betrug das durchschnittliche Pro-Kopf-Einkommen der Stichprobe 1.188 Euro; der Median betrug 1.125 Euro.⁷¹ „Armutsnahe“ Einkommen betragen weniger als 60% dieses Einkommens (Median) und lagen nach dieser Berechnung unter 675 Euro pro Person und Monat. **Nimmt man als Schwellenwert für Armutsnähe das entsprechende Klassenmittel von 750 Euro, würden sich 21,6% der befragten Haushalte in Armutsnähe bewegen.**⁷²

Mit der Höhe des Netto-Haushaltseinkommens steigerte sich auch die subjektive Befindlichkeit: In der höchsten Einkommensgruppe ab 4.000 Euro beurteilten 80,0% der Befragten ihre Gesundheit positiv. Dies war mehr als doppelt so häufig wie in der Einkommensgruppe zwischen 500 bis u. 1.000 Euro (37,2%). **Umgekehrt ging der Anteil negativer Beurteilungen mit zunehmender Höhe des Einkommens zurück** von 29,8% der Befragten aus der untersten auf 4,3% der Befragten aus der höchsten Einkommensgruppe. Es fiel auf, daß die Befragten mit einem marginalen Netto-Haushaltseinkommen von weniger als 500 Euro pro Monat ihren Gesundheitszustand häufiger positiv beurteilten als die nachfolgende Einkommensgruppe, und dass in der höchsten Einkommensgruppe ab 4.000 Euro der Anteil negativer Bewertungen im Vergleich zur vorhergehenden Einkommensgruppe wieder etwas zugenommen hat. (vgl. Abb. 54)

Abb. 55: Monatliches Netto-Haushaltseinkommen und Zufriedenheit mit der Gesundheit 2006



⁶⁸ Der Median ist der Wert, über und unter dem gerade die Hälfte der Messwerte liegen. vgl.: Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf (Hrsg.): Praxishandbuch Gesundheitsberichterstattung, Düsseldorf 1996, S. 178

⁶⁹ Stadt Nürnberg, Ref. für Jugend, Familie und Soziales (Hrsg.): Sozialbericht der Stadt Nürnberg, a.a.O. S. 17-19, 67

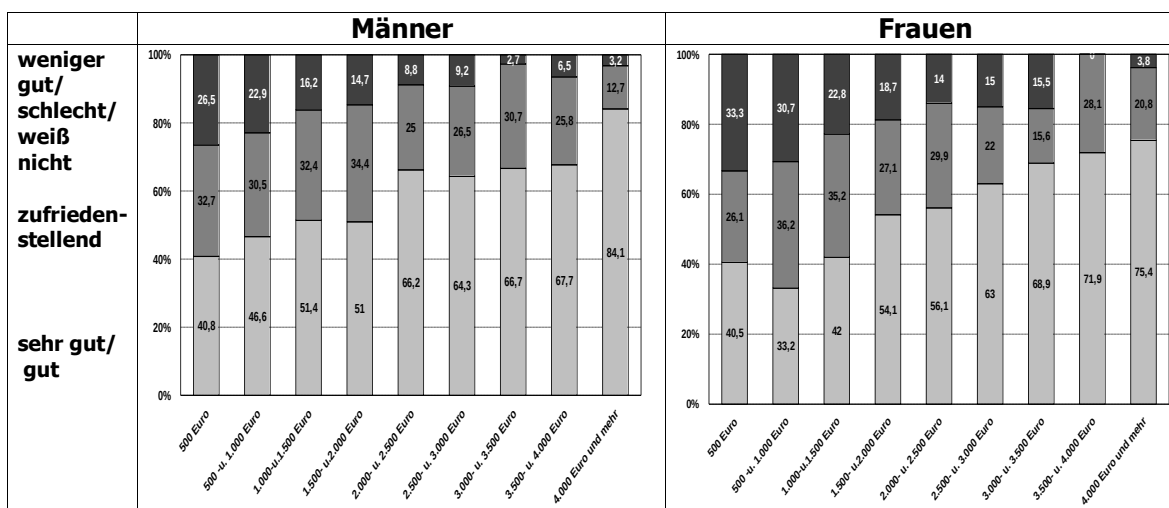
⁷⁰ bezogen auf die Klassenmittel

⁷¹ Das durchschnittliche Pro-Kopf-Einkommen und somit auch der Median stellen wahrscheinlich eine Unterschätzung dar, da die Befragten oft nicht ausreichend informiert sind über die Zusammensetzung des Einkommens oder einzelne Leistungen vergessen. vgl.: Stadt Nürnberg (Hrsg.): Sozialbericht der Stadt Nürnberg, a.a.O. S. 17

⁷² Im Jahr 2001 wurden 22,3% der Einwohner Nürnbergs am Ort der Hauptwohnung als Bezieher von Niedrigeinkommen (60%-Schwelle) ermittelt. vgl.: a.a.O. S. 21

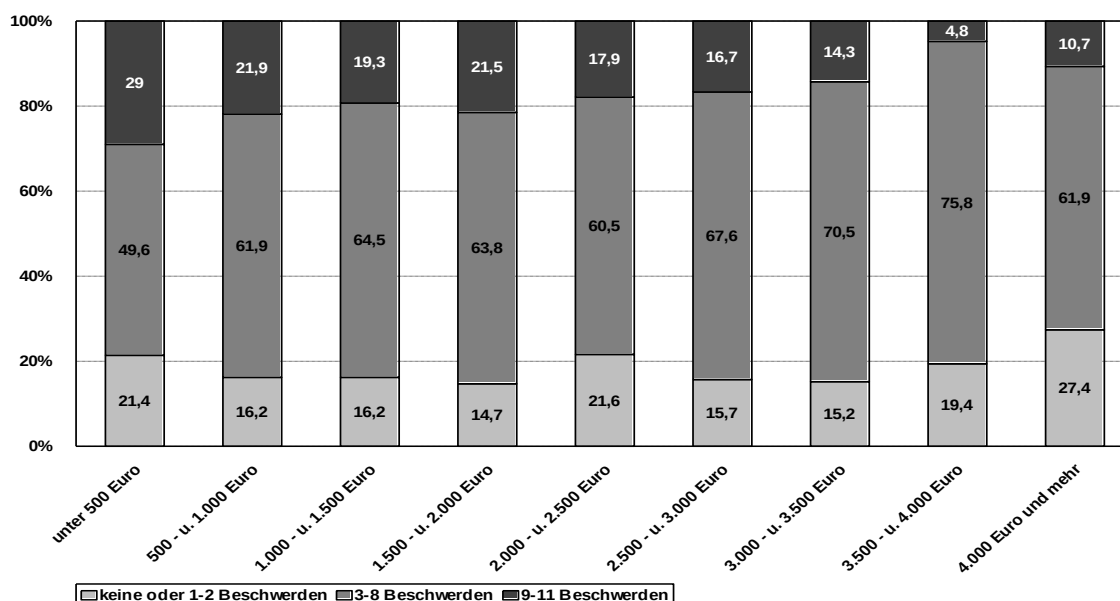
Die gesundheitsbezogene Selbsteinschätzung der Frauen verbesserte sich fortlaufend von der niedrigsten zur höchsten Einkommensgruppe (von 40,5% auf 75,4% positive Einschätzungen). Bei den Männern verlief die Verbesserung der Selbsteinschätzung eher in Stufen: Ab einem Einkommen zwischen 1.000 und 1.500 Euro bewertete etwa die Hälfte, ab 2.000 bis unter 2.500 zwei Drittel und ab einem Haushaltseinkommen von 4.000 und mehr Euro schließlich 84,1% ihre Gesundheit positiv. (vgl. Abb. 55)

Abb. 55: Netto-Haushaltseinkommen und Zufriedenheit mit der Gesundheit bei Männern und Frauen 2006



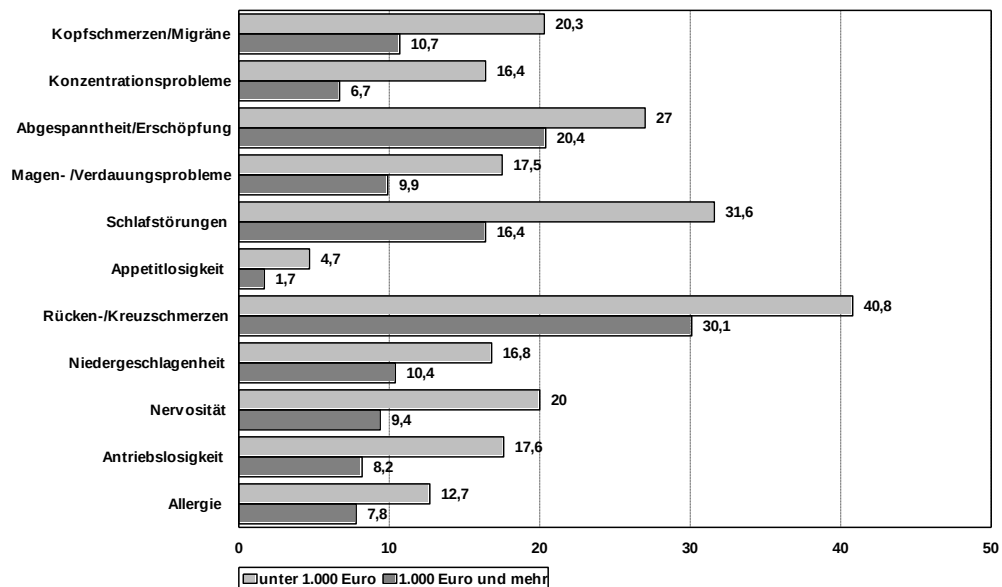
Mit der Höhe des Netto-Haushaltseinkommens nahm die Belastung der Befragten durch Beschwerden ab: Fühlten sich noch 29,0% der Angehörigen eines Haushalts, dem unter 500 Euro im Monat zur Verfügung standen, durch 9-11 Beschwerden belastet, waren es nur 4,8% bei Angehörigen eines Haushalts mit einem Budget zwischen 3.500 und 4.000 Euro. In der höchsten Einkommensgruppe ab 4.000 und mehr Euro fühlte man sich wieder häufiger stärker belastet (10,7%), allerdings auch am häufigsten (27,4%) beschwerdefrei/-arm. Das Ausmaß der Beschwerdefreiheit/-armut reduzierte sich im übrigen nicht fortlaufend mit der Höhe des Netto-Haushaltseinkommens zu. (vgl. Abb. 56)

Abb. 56: Netto-Haushaltseinkommen und Zahl der Beschwerden 2006



Die Befragten mit einem Netto-Haushaltseinkommen unter 1.000 Euro (bezogen auf das Klassenmittel: 750 Euro), d.h. nach eigenen Berechnungen arme und in Armutsnähe lebende Haushalte, fühlten sich im Vergleich zu den Angehörigen von Haushalten, deren monatliches Einkommen 1.000 Euro überstieg, öfter durch alle abgefragten häufigen Beschwerden beeinträchtigt, vor allem durch Konzentrationsprobleme, Appetitlosigkeit, Nervosität und Antriebslosigkeit. (vgl. Abb.57)

Abb. 57: Netto-Haushaltseinkommen und Art der Beschwerden 2006

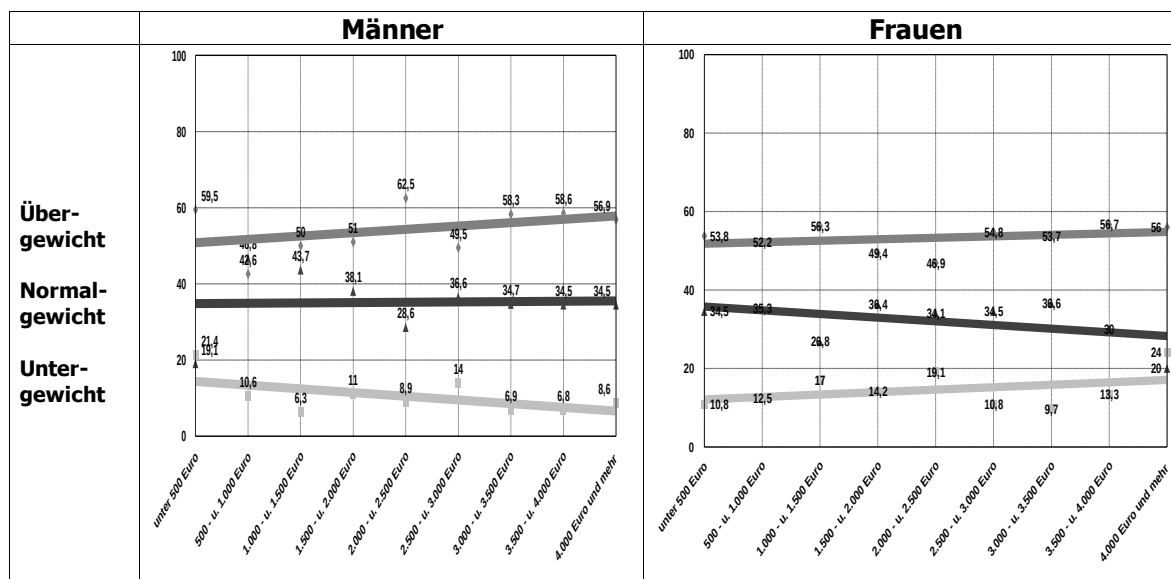


Übergewicht war am häufigsten in der Einkommensgruppe 500 – u. 1.000 Euro verbreitet mit einem Anteil von 38,9%, der auch mit 10,8% den höchsten Anteil adipöser Personen beinhaltete. Gleichzeitig waren in dieser Gruppe nur 49,0% der Befragten normalgewichtig. Demgegenüber wies die Einkommensgruppe 3.500 – u. 4.000 Euro mit 59,3% den höchsten Anteil normalgewichtiger Personen auf. Untergewicht war am weitesten in der höchsten Einkommensgruppe ab 4.000 Euro monatlich verbreitet (15,5%). Auch dies kann als Hinweis auf ein lebensstilbedingtes Untergewicht gelten. (vgl. Tab. 31)

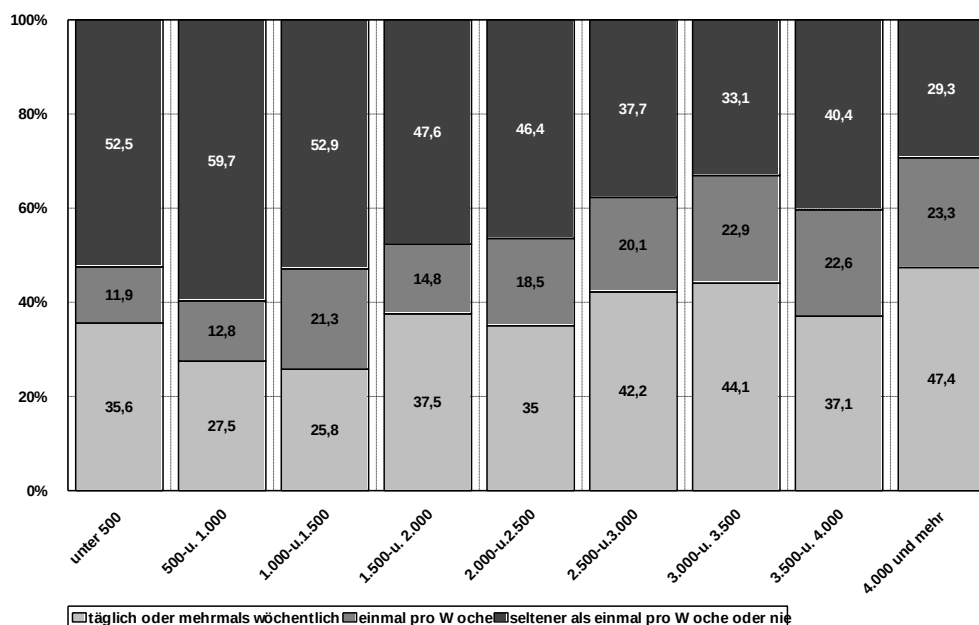
Tab. 31: Netto-Haushaltseinkommen und Körpergewicht (BMI) in Prozent 2006

Netto-Haushalts-einkommen (Euro)	Untergewicht	Normalgewicht	„normales“ Übergewicht	dar. Adipositas	Gesamt
unter 500	14,9	56,1	28,9	9,3	100
500-u. 1.000	11,5	49,5	38,9	10,8	100
1.000-u. 1.500	13,3	54,6	32,1	7,3	100
1.500-u. 2.000	12,5	50,4	37,1	6,2	100
2.000-u. 2.500	14,4	54,0	31,6	5,6	100
2.500-u. 3.000	12,9	51,9	35,3	5,9	100
3.000-u. 3.500	8,0	56,6	35,3	8,8	100
3.500-u. 4.000	10,2	59,3	30,5	6,8	100
4.000 und mehr	15,5	56,4	28,5	5,5	100

Die Tendenz zur Verbesserung der „Gewichtssituation“ mit steigendem Haushaltseinkommen war bei den Frauen in stärkerem Ausmaß zu beobachten als bei den Männern. Bei diesen war der Anteil untergewichtiger Personen mit zunehmender Höhe des Netto-Haushaltseinkommen rückläufig, während sich bei den Frauen eine Zunahme abzeichnete. Dies ist unter Umständen ein weiterer Hinweis auf einen weniger gesundheitsbewussten Lebensstil der Männer in den entsprechenden Einkommensgruppen. (vgl. Abb. 58)

Abb. 58: Haushaltsnettoeinkommen und Körpergewicht (BMI) 2006 bei Männern und Frauen 2006

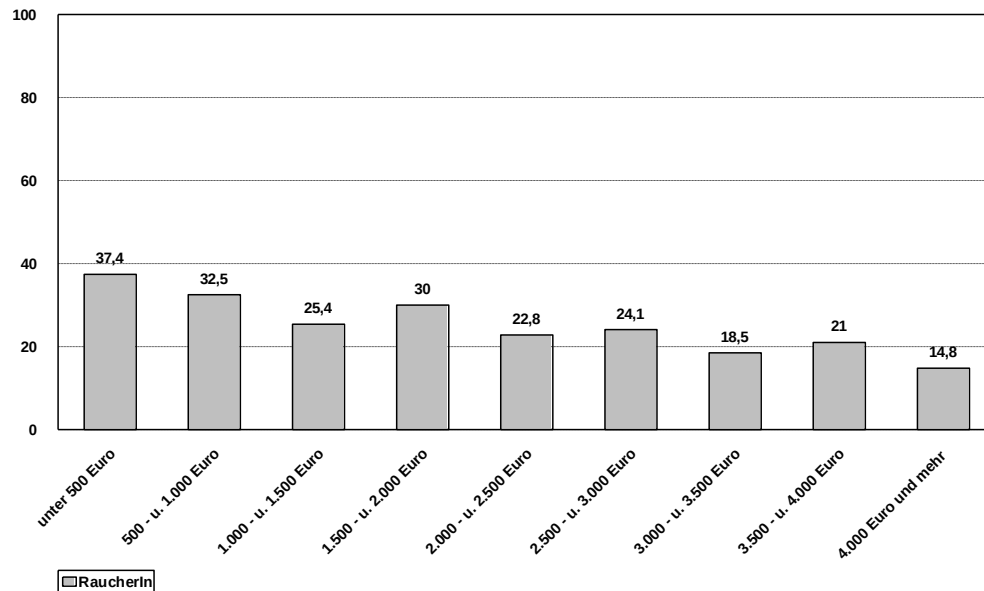
Tendenziell stieg die Sportbeteiligung mit dem monatlichem Haushaltsbudget der Befragten. So übten in der höchsten Einkommensgruppe ab 4.000 Euro 70,7% der Befragten mindestens einmal wöchentlich, darunter 47,2% sogar täglich/ mehrmals wöchentlich einen Sport aus. Die niedrigste Sportbeteiligung war in der zweitniedrigsten Einkommensgruppe zwischen 500 und 1.000 Euro zu finden. Hier waren nur 27,5% der Befragten täglich oder mehrmals pro Woche sportlich aktiv. (vgl. Abb. 59)

Abb. 59: Netto-Haushaltseinkommen und die Ausübung von Sport 2006

Der RaucherInnenanteil an den Befragten ging mit zunehmender Höhe des monatlichen Netto-Haushaltseinkommens zurück: Rauchten in den ärmeren Haushalten der niedrigsten und zweitniedrigsten Einkommensklasse noch 37,4% bzw. 32,5%, war dies bei

nur noch 14,8% der Befragten aus einem Haushalt der höchsten Einkommensklasse der Fall.⁷³ (vgl. Abb. 60)

Abb. 60: Netto-Haushaltseinkommen und RaucherInnenanteil 2006



ZUSAMMENFASSUNG – Netto-Haushaltseinkommen und Befindlichkeit

- Die Wohnungs- und Haushaltserhebung erfasst keine absoluten Einkommenssummen. Dadurch waren die Berechnung des Pro-Kopf-Einkommens und von Armutsgrenzen nur als Näherungswert möglich. Dennoch gibt das Netto-Haushaltseinkommen einen Anhaltspunkt für die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit eines Haushalts.
- Tendenziell nahm mit steigendem Netto-Haushaltseinkommen der Anteil positiver Einschätzungen der eigenen Gesundheit, der Anteil normalgewichtiger Personen und die Sportbeteiligung zu; es ging der Anteil der durch viele (9-11) häufige Beschwerden beeinträchtigten und der Anteil übergewichtiger Personen sowie der RaucherInnenanteil an den Befragten zurück.
- Angehörige ärmerer Haushalte, denen im Monat weniger als 1.000 Euro zur Verfügung stand, wurden durch alle der abgefragten häufigen Beschwerden öfter beeinträchtigt als Angehörige von Haushalten mit einem monatlichen Einkommen von 1.000 Euro und mehr.
- Bei den Frauen zeigte sich eine Zunahme des Anteils untergewichtiger Frauen mit der Höhe des Einkommens, was auf einen eher gesundheitsförderlichen Lebensstil höherer Einkommensgruppen hinweist.

⁷³ Im Jahr 2004 nahm der RaucherInnenanteil ebenfalls mit der Höhe des Netto-Haushaltseinkommens ab. Der höchste RaucherInnenanteil befand sich auch hier in der Einkommensgruppe unter 1.000 Euro. Stadt Nürnberg (Hrsg.): Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth: „Sind Sie Raucher/-in?“, Monatsbericht Oktober 2004, Tabellenteil

9. Zusammenfassende Bewertung

9.1 Belastung durch Risiken

9.1.1 subjektive Befindlichkeit

Der Anstieg der Lebenserwartung und der Rückgang der Sterblichkeit in den vergangenen Jahrzehnten können als **Beleg für die allgemeine Verbesserung des Gesundheitszustandes der bundesdeutschen Bevölkerung** angesehen werden. **Auch in der subjektiven Einschätzung der eigenen Gesundheit herrschen bundesweit positive Bewertungen vor:** So beurteilten nach dem Bundesgesundheitsbericht 2006 langfristig (1994-2003) 15%-20% der Bevölkerung ihre Gesundheit als „sehr gut“, 40%-45% als „gut“ und etwa 30% als „zufriedenstellend“. Der Anteil „weniger guter“ und „schlechter“ Bewertungen überschritt 10% bzw. 3% nicht.⁷⁴ Auch in Nürnberg hat sich zwischen 1995 und 2006 die gesundheitsbezogene Selbsteinschätzung in der Tendenz verbessert.

Obwohl die Nürnberger Wohnungs- und Haushaltserhebung 2006 nicht direkt mit dem Telefonischen Gesundheitssurvey des Robert-Koch-Instituts des Jahres 2002/03⁷⁵ vergleichbar ist, deutet sich dennoch eine etwas schlechtere Situation in Nürnberg an: 12,3% der Nürnberger Befragten beurteilten ihre Gesundheit als „sehr gut“ gegenüber 19,6% der Befragten des Bundesgesundheits surveys. Im Bereich „guter“ und mittelmäßiger Einschätzungen zeigten die befragten NürnbergerInnen keine großen Unterschiede zum bundesweiten Wert. Weitere 12,9% der Nürnberger Befragten hatten ein „weniger gutes“ Bild von ihrer Gesundheit gegenüber 8,8% im Bundesgebiet und 4,4% ein „schlechtes“ Bild gegenüber bundesweit 2,4%.⁷⁶

Mit steigendem Alter schwand bei Männern und Frauen die positive Einschätzung ihrer Gesundheit. Dies traf sowohl für die NürnbergerInnen als auch bundesweit zu. **Dabei beurteilten die Männer ihre Gesundheit stets etwas häufiger positiv als Frauen.** So bestand in Nürnberg eine Relation von 1,2 Mann : 1 Frau, die ihre Gesundheit positiv einschätzten. In ähnlicher Weise ergab sich bundesweit eine Relation von 1,1 Männern : 1 Frau. Eine repräsentative Umfrage des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung zeigt, daß auch langfristig – in den Jahren 1990-2001 – Männer im Durchschnitt zufriedener mit ihrer Gesundheit waren als Frauen und daß in diesem Zeitraum sowohl der Grad der Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit als auch der Unterschied in der gesundheitsbezogenen Selbsteinschätzung zwischen Männern und Frauen stabil geblieben ist.⁷⁷

9.1.2 gesundheitliche Beschwerden

Nach bestimmten gesundheitlichen Beschwerden befragt, die in den letzten drei Monaten vor der Befragung aufgetreten sind, gaben 19,0% der Befragten an, zumindest gelegentlich unter einem relativ großen Spektrum (9-11) subjektiver Beschwerden gelitten zu haben. Dieser Anteil stieg bis zum Erreichen des Rentenalters ab 65 Jahre an, um dann wieder abzunehmen. Auch das Gesundheitsmonitoring in München zeigte im Jahr 2004 – bezogen auf mindestens 5 Beschwerden gleichzeitig in den letzten 12 Monaten – eine Tendenz zu geringerer Betroffenheit im Rentenalter im Vergleich zu den jüngeren Altersgruppen.⁷⁸

Frauen waren in jeder Altersgruppe seltener beschwerdefrei/ -arm und häufiger stärker durch relativ viele (9-11) Beschwerden gleichzeitig beeinträchtigt als die

⁷⁴ Repräsentativerhebung der Universität Leipzig von 1994-2003, vgl. Robert-Koch-Institut/Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Gesundheit in Deutschland, Berlin 2006, S. 18

⁷⁵ Die Stichproben unterscheiden sich nach der Altersobergrenze der Befragten (bundesweit 79 Jahre, in Nürnberg 75 Jahre und älter) und nach dem Erhebungszeitraum.

⁷⁶ Robert-Koch-Institut (RKI): Telefonischer Gesundheitssurvey (GSTel03) 2002/03, Quelle: www.qbe-bund.de, 11.3.2008

⁷⁷ Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Gesundheit in Deutschland, a.a.O. S. 17

⁷⁸ Landeshauptstadt München, Referat für Gesundheit und Umwelt (Hrsg.): Münchner Gesundheitsmonitoring 2004, München 2007, S. 7

Männer. Auch im Münchner Gesundheitsmonitoring gaben die Frauen häufiger als die Männer an, an mindestens einer der abgefragten Befindlichkeitsstörungen während der vergangenen zwölf Monate gelitten zu haben.⁷⁹

In Nürnberg fühlten sich zumindest manchmal während der letzten drei Monate vor der Befragung 81,5% der Befragten durch Abgespanntheit/ Erschöpfung und 78,4% durch Rücken-/ Kreuzschmerzen beeinträchtigt. Die Betroffenen machten hierfür am häufigsten berufliche Gründe (37,0% bzw. 30,4%) verantwortlich.

Auch wenn man nur die häufig aufgetretenen Störungen betrachtet, standen Rücken-/Kreuzschmerzen bei den Männern mit 26,8% und bei den Frauen mit einem Anteil von 36,6% im Vordergrund. Bundesweit waren Rückenschmerzen ohne deutlichen Alterstrend ebenfalls weit verbreitet: Nach dem telefonischen Gesundheitssurvey (2. Phase 2004) litten 65,5% der befragten Frauen und 57,5% der Männer während der letzten zwölf Monate vor der Befragung an Rückenschmerzen, darunter 21,6% der Frauen und 14,8% der Männer chronisch (mindestens drei Monate lang und fast täglich).⁸⁰

Unter dem Gesichtspunkt potentieller Zielgruppen für die Prävention betrachtet, ergab sich in Nürnberg ein mindestens doppelt so hohes Risiko, häufig unter bestimmten Beschwerden zu leiden:

- für Frauen gegenüber Männern unter Schlafstörungen und Niedergeschlagenheit,
- für Untergewichtige gegenüber Normalgewichtigen, für Personen im Renten- gegenüber Personen im Erwerbsalter⁸¹ unter Appetitlosigkeit ,
- für ärmere Befragte (monatliches Haushaltsbudget unter 1.000 Euro) gegenüber Befragten mit einem Budget von 1.000 Euro und mehr, unter Konzentrationsproblemen, Rücken-/ Kreuzschmerzen, Nervosität, Appetit- und Antriebslosigkeit,
 - für Arbeitslose gegenüber Erwerbstätigen, unter Konzentrationsproblemen, Nervosität, Appetit- und Antriebslosigkeit,
 - für sportlich nie/ seltener als einmal wöchentlich aktive Personen gegenüber sportlich aktiven Personen, unter allen abgefragten Beschwerden (Ausnahme: Rücken-/ Kreuzschmerzen und Allergien) zu leiden. (vgl. Tab. 2 im Anhang)

9.1.3 Lebensstil

• Körpergewicht

Der durchschnittliche BMI-Wert der Nürnberger Männer entsprach mit 26,1 dem bundesdeutschen Durchschnitt (Mikrozensus 2005), der der Frauen lag mit 25 geringfügig über diesem (24,8).⁸²

Die alters- und geschlechtsspezifische Bewertung des Körpergewichts auf der Basis der BMI-Werte ergab, dass sich jeweils etwas mehr als die Hälfte der befragten Männer (53,3%) und Frauen (53,0%) im Bereich des Normalgewichts befanden. Ein weiteres Drittel (36,6% der Männer und 32,4% der Frauen) war übergewichtig. **Dabei neigten die Frauen eher zu**

⁷⁹ Landeshauptstadt München, Referat für Gesundheit und Umwelt (Hrsg.): Münchner Gesundheitsmonitoring 2004, a.a.O. S. 6

⁸⁰ Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Telefonischer Gesundheitssurvey des Robert-Koch-Instituts, Berlin 2006, S. 37

⁸¹ Unter Appetitlosigkeit litten nur insgesamt 45 Befragte, darunter 9 Erwerbstätige. Aufgrund der geringen Fallzahl kann hier keine statistisch gesicherte Aussage getroffen werden.

⁸² Mikrozensus 2005, Verteilung der Bevölkerung auf Body-Mass-Index in Gruppen, Quelle: www.gbe-bund.de, 23.10.2007

Adipositas (starkem Übergewicht) als die Männer (7,5% gegenüber 6,9%) und eher zum Untergewicht (14,5% gegenüber 10,0%).

Im Vergleich⁸³ mit den Ergebnissen des Münchner Gesundheitsmonitorings 2004 tendierten die Nürnberger Frauen eher zu mehr Gewicht - zu „normalem“ Übergewicht (24,9% gegenüber 21,1%) und Adipositas (7,5% gegenüber 7,0%). Im Vergleich zu den Ergebnissen des Mikrozensus 2005 auf Bundesebene neigten sie hingegen eher zu weniger Gewicht: Bundesweit waren 54,7% der Frauen normalgewichtig, in Nürnberg 53,0%; bundesweit hatten 41,5% der Frauen Übergewicht gegenüber 32,4% in Nürnberg.

Die Nürnberger Männer waren im Vergleich⁸⁴ zu den Münchnern seltener „normal“ übergewichtig (29,9% gegenüber 34,9%) und adipös (6,9% gegenüber 9,4%)⁸⁵ und neigten auch im Vergleich zu den bundesweiten Ergebnissen des Mikrozensus 2005 zu weniger Gewicht: Sie hatten häufiger Normal- (53,3% gegenüber 41,2%) und seltener Übergewicht (36,6% gegenüber 57,9%).⁸⁶

Erhebungen des Robert-Koch-Instituts zeigten im längerfristigen bundesweiten Trend 1984-2003 bei Männern und Frauen eine steigende Häufigkeit übergewichtiger und vor allem adipöser Personen (+ 9,1 und +10,7 Prozentpunkte bei Männern und Frauen).⁸⁷ Für Nürnberg konnte kein Trend ermittelt werden, da die Wohnungs- und Haushaltserhebung 1995 keinen BMI ermittelt hat.

Es bleibt zu bemerken, dass die Berechnungen des BMI auf individuellen Auskünften und nicht auf Messergebnissen beruhen. Vor allem Frauen neigen dazu, Übergewicht und Adipositas zu unterschätzen. **In der Tendenz sind Messergebnisse und Selbstauskünfte allerdings durchaus vergleichbar.⁸⁸**

Nachdem in jungen Jahren – bei den Männern bis unter 25 und bei den Frauen bis unter 35 Jahre - noch etwa 60% der Befragten Normalgewicht hatten, schrumpfte dieser Anteil mit dem Alter. Bei den Männern geschah dies vor allem zugunsten des „normalen“ Übergewichts. So waren im „besten Alter“ zwischen 45 und 54 Jahren 40,9% der Männer „normal“ übergewichtig. Auch bei den Frauen stieg das „normale“ Übergewicht kurzzeitig im Alter zwischen 35 bis unter 45 Jahre auf 30,9% an.⁸⁹ **Im Altersgang nahm dann die Bedeutung des Übergewichts wieder ab, während die Anteile an untergewichtigen Personen anstiegen.** So waren im Alter ab 75 Jahren schließlich 22,6% der Männer und 18,2% der Frauen untergewichtig. Untergewicht bedeutet in den westlichen Industrienationen nicht zwangsläufig auch Unterernährung. Vielmehr entsteht es in den jüngeren Altersgruppen oft lebensstilbedingt. In fortgeschrittenem Alter jedoch lässt der Appetit häufig nach, erschweren Kau- und Schluckbeschwerden das Essen und ist das soziale Umfeld und die Nahrungsmittelauswahl oft eintönig. **Vor allem SeniorInnen in Alten- und Pflegeheimen sind besonders häufig untergewichtig und / oder mangelernährt.⁹⁰**

Jeweils etwa die Hälfte der Probanden mit Normalgewicht sowie mit einem Gewicht, das sich im Bereich des „normalen“ Unter- oder Übergewichts bewegt, bewertete ihre Gesundheit positiv.

⁸³ Ein direkter Vergleich der Wohnungs- und Haushaltserhebung mit den Ergebnissen des Münchner Gesundheitsmonitorings 2004 ist nicht möglich, da sich der Erhebungszeitraum unterscheidet und die Altersabgrenzung in München mit 79 J. endet, während sie in Nürnberg nach oben offen bleibt.

⁸⁴ ebenso

⁸⁵ vgl. Landeshauptstadt München, Referat für Gesundheit und Umwelt (Hrsg.): Münchner Gesundheitsmonitoring 2004, a.a.O., S. 97 und Mikrozensus 2005, Verteilung der Bevölkerung auf Body-Mass-Index in Gruppen, Quelle: www.gbe-bund.de, 23.10.2007

⁸⁶ vgl. a.a.O.

⁸⁷ Bundesweite Gesundheitssurveys des RKI 1984-1998 und Bertelsmann Gesundheitsmonitor 2003, Quelle: www.gbe-bund.de, 24.4.08

⁸⁸ vgl. Landeshauptstadt München, Referat für Gesundheit und Umwelt (Hrsg.): Münchner Gesundheitsmonitoring 1999/2000, München 2002, S. 25

⁸⁹ Auch der Bundes-Gesundheitssurvey 1998 bestätigt, dass bei beiden Geschlechtern der Anteil Normalgewichtiger mit zunehmendem Alter abnimmt, wobei deutlich mehr Männer übergewichtig sind als Frauen. Robert-Koch-Institut: Gesundheit von Männern und Frauen im mittleren Lebensalter Berlin 2005, S. 47

⁹⁰ Während für die allgemeine ältere Bevölkerung Prävalenzen von 5-10% angenommen werden, sind in der Geriatrie bis zu 60% der Patienten von Mangelernährung betroffen www.allianz-gegen-mangelernaehrung.de, 28.5.2008

Weniger oft taten dies die stark Über- (42,6%) und die stark Untergewichtigen (35,2%). 61,9% der stark Untergewichtigen war 65 Jahre und älter.

Männer und Frauen mit Migrationshintergrund waren häufiger übergewichtig als Männer und Frauen ohne Migrationshintergrund. Dabei hatten die Befragten türkischer Herkunft den höchsten Anteil übergewichtiger Personen insgesamt (66,6%), darunter auch adipöser Menschen (22,2%). Die günstigste „Gewichtssituation“ wiesen hingegen die MigrantInnen aus Russland bzw. den ehemaligen GUS-Staaten auf: Sie hatten mit 62,0% den höchsten Anteil normal- und mit 32,6% den niedrigsten Anteil übergewichtiger Personen.

- **Sportbeteiligung (tägliche oder mehrmals wöchentliche Ausübung von Sport)**

33,9% der Nürnberger Befragten waren täglich oder mehrmals pro Woche sportlich aktiv. Dabei unterschied sich die Sportbeteiligung von Männern und Frauen nur wenig. In jungen Jahren zwischen 18 und 24 Jahren war sie mit 40,6% erwartungsgemäß am höchsten und ließ dann mit dem Alter nach. Schließlich betätigten sich im Alter ab 75 Jahre nur noch 23,9% der Befragten sportlich.

20% der Probanden trieben nie einen Sport. Darunter waren häufiger Frauen (22,5%) als Männer (16,5%) zu finden. Zählt man die weiteren 28,3% der Befragten hinzu, die seltener als einmal pro Woche sportlich aktiv waren, kann man 48,3% der Befragten als nicht sportlich aktiv bezeichnen. Unter den Probanden des Telefonischen Bundesgesundheits surveys 2003⁹¹ gaben 37,9% und unter denen des Münchner Gesundheitsmonitorings 2004⁹² 33,5% an, in den letzten drei Monaten vor der Befragung, keinen Sport betrieben zu haben.

Die Ausübung von Sport unterblieb am häufigsten aus Mangel an Zeit (24,8%) und Lust (21,1%) sowie wegen Krankheit (23,8%). Geht man davon aus, dass das persönliche Zeitbudget meist noch einen gewissen Gestaltungsspielraum beinhaltet, war fast die Hälfte der Hinderungsgründe für Sport (45,9%) durch eine fehlende Motivation (Mangel an Zeit und Lust) zumindest mitbedingt.

Die Befragten mit Migrationshintergrund hatten eine geringere Sportbeteiligung als diejenigen ohne Migrationshintergrund (30,0% gegenüber 35,4%). Unter den MigrantInnen wiesen diejenigen aus der Türkei und den europäischen Nicht-EU-Ländern das geringste sportliche Engagement auf (21,3% bzw. 21,4%), während Befragte aus Russland/ den ehemaligen GUS-Staaten und aus den EU-Mitgliedsstaaten (Stand 2006) am häufigsten sportlich aktiv waren (34% und 33%).

Der Anteil sportlich nie/ seltener als einmal wöchentlich aktiver Personen war unter den MigrantInnen höher als unter den Nicht-MigrantInnen (54,1% gegenüber 46,2%), besonders hoch jedoch war er bei den MigrantInnen türkischer (62,3%) und außereuropäischer Herkunft (63,6%). Unterschiede zeigten sich vor allem bei den Frauen: 61,6% der Frauen mit Migrationshintergrund betrieben nie/ seltener als einmal wöchentlich einen Sport gegenüber 46,1% der Frauen ohne Migrationshintergrund.

Personen, die mehrmals pro Woche Sport trieben, beurteilten ihren Gesundheitszustand am häufigsten (73,4%) positiv. Der Telefonische Gesundheitssurvey des Robert-Koch-Instituts 2003 zeigte bundesweit einen Anstieg „sehr guter“ Bewertungen der eigenen Gesundheit mit steigendem sportlichen Aktivitätsniveau.⁹³ Demgegenüber fiel in Nürnberg auf, dass Personen, die täglich sportlich aktiv waren, ihre Gesundheit wieder seltener

⁹¹ Robert-Koch-Institut (RKI): Telefonischer Gesundheitssurvey (GSTel03) 2002/03, Quelle: www.gbe-bund.de, 24.4.2008

⁹² vgl. Landeshauptstadt München, Referat für Gesundheit und Umwelt (Hrsg.): Münchner Gesundheitsmonitoring 2004, a.a.O., S. 95

⁹³ Robert-Koch-Institut (RKI): Telefonischer Gesundheitssurvey (GSTel03) 2002/03, Quelle: www.gbe-bund.de, 24.4.2008

„sehr gut“/ „gut“ bewerteten im Vergleich zu denen, die mehrmals wöchentlich Sport ausübten. Auch gaben sie einen relativ hohen Anteil negativer Bewertungen ab und fühlten sich relativ häufig durch ein größeres Spektrum von 9-11 Beschwerden gleichzeitig beeinträchtigt. Es kann an dieser Stelle nicht geklärt werden, ob es sich dabei um Personen handelt, die regelmäßig Sport treiben, um ihr Befinden zu verbessern oder ob Personen, die sportlich aktiv sind, auch über ein vergleichsweise besseres Körperbewusstsein verfügen.

- **Rauchen**

26,4% der 2006 befragten NürnbergerInnen bezeichneten sich als RaucherInnen. Der Mikrozensus 2005 ergab einen bundesweiten RaucherInnenanteil von 27,2% und für Bayern von 24,2%. - den im Ländervergleich niedrigsten Anteil.⁹⁴ **Der RaucherInnenanteil Nürnbergs lag somit etwas über dem bayerischen und etwas unter dem bundesdeutschen Wert.**

Im Alter zwischen 18 und 24 Jahren war das Rauchen am beliebtesten (40,2%). Ein erster deutlicher Rückgang fand erst im Alter zwischen 55 und 64 Jahren statt (auf 21,1%) und setzte sich dann fort, bis im Alter ab 75 Jahre kaum jemand mehr rauchte (2,9%).

Der Raucheranteil der Nürnberger Männer war mit 32,2% höher als der der Frauen (21,9%). Das Münchner Gesundheitsmonitoring 2004 wies für die Männer einen Raucheranteil von 37,9% und für Frauen einen Anteil von 30,7% aus. Damit rauchten die Münchner Männer und Frauen häufiger als die NürnbergerInnen.⁹⁵ Bundesweit gaben im Telefonischen Gesundheitssurvey des Robert-Koch-Instituts 37,7% der Männer und 28,9% der Frauen an, täglich oder gelegentlich zu rauchen.⁹⁶ Auch im Vergleich dazu waren die Raucheranteile der Nürnberger Männer und Frauen niedriger. (vgl. Tab. 32)

Befragte mit Migrationshintergrund rauchten etwas häufiger als diejenigen ohne Migrationshintergrund (29,4% gegenüber 24,6%). Dabei war der Raucheranteil nicht nur der Männer, sondern auch der Frauen ausländischer Herkunft etwas höher.

- **Lebensform**

Die meisten der Nürnberger Befragten lebten in einem Ein-Personen-Haushalt ohne Kinder (47,3%). Darunter befanden sich 29,9% im Erwerbs- und 17,4% im Rentenalter.⁹⁷ Kinder lebten in 15,5% der Haushalte. Darunter waren 12,6% Haushalte bestehend aus zwei Erwachsenen und mindestens einem Kind - die „klassische“ Kleinfamilie - sowie 1,5% Alleinerziehende.⁹⁸

In der Tendenz⁹⁹ beurteilten die alleinerziehenden Nürnberger Befragten ihre Gesundheit schlechter als Mitglieder einer Kleinfamilie: Sie bewerten ihre Gesundheit seltener positiv (44,6% gegenüber 70,0%), häufiger negativ (37,1% gegenüber 8,5%), waren weniger oft beschwerdefrei oder -arm (2,0% gegenüber 18,0%) und hatten einen höheren RaucherInnenanteil (39,5% gegenüber 33,3%). Auch Ergebnisse des sozialökonomischen Panels 2000 wiesen bundesweit eine insgesamt schlechtere gesundheitliche Selbsteinschätzung alleinerziehender gegenüber verheirateten Müttern nach.¹⁰⁰ Weiterhin gaben alleinerziehende Mütter eine höhere Belastung durch allgemeine Befindlichkeitsstörungen und durch negative emotionale Grundstimmungen an,¹⁰¹ hatten einen höheren Raucheranteil,¹⁰² und die

⁹⁴ Bayer. Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg.): Rauchen und Nichtrauchen in Bayern – Update 2007, Gesundheitsmonitor Bayern 2/2007, S. 2

⁹⁵ vgl. Landeshauptstadt München, Referat für Gesundheit und Umwelt (Hrsg.): Münchner Gesundheitsmonitoring 2004, a.a.O. S. 88

⁹⁶ Robert-Koch-Institut (RKI): Telefonischer Gesundheitssurvey (GSTel03) 2002/03, Quelle: www.gbe-bund.de, 24.4.2008

⁹⁷ In einem kinderlosen Haushalt, bestehend aus 2 und mehr Erwachsenen lebte weitere 37,2% der Befragten.

⁹⁸ 1,4 % der Befragten lebte in einem Haushalt mit mindestens drei Erwachsenen und mindestens einem Kind.

⁹⁹ eingeschränkt durch die geringe Fallzahl (32 Haushalte)

¹⁰⁰ Robert-Koch-Institut: SOEP 2000, eigene Berechnungen Quelle: www.gbe-bund.de, 23.4.2008

¹⁰¹ ders.: Bundesgesundheitsurvey 1998, eigene Berechnungen Quelle: www.gbe-bund.de, 29.4.2008

¹⁰² Statistisches Bundesamt, Mikrozensus 1999, Quelle: www.gbe-bund.de, 29.4.2008

Lebenszeitprävalenz bestimmter Erkrankungen war bei ihnen höher als bei verheirateten Müttern.¹⁰³

Von der potentiell protektiven Wirkung des Lebens in einer Partnerschaft profitierten sowohl die Männer als auch die Frauen: Die in einer Partnerschaft Lebenden schätzten ihre Gesundheit häufiger positiv ein als allein Lebende (Männer: 62,1% gegenüber 56,0%; Frauen: 53,9% gegenüber 46,0%).

9.1.4 Erwerbsstatus

72,4% der Befragten befanden sich im Erwerbsalter zwischen 18 und 64 Jahren und 28,6% im Rentenalter ab 65 Jahre. **Im Vergleich zu den Personen im Erwerbs- waren die Befragten im Rentenalter mit ihrer Gesundheit weniger zufrieden:** Sie beurteilten sie 2,3 mal so oft negativ (29,5% gegenüber 13,1%). Umgekehrt waren Personen im Erwerbsalter doppelt so häufig ihrer Gesundheit gegenüber positiv eingestellt gegenüber der Personen im Rentenalter (62,5% gegenüber 29,4%).

Unter den Befragten im Erwerbsalter befanden sich 151 Personen (9,9% der Befragten), die arbeitslos waren oder sich in einer Maßnahme der Umschulung oder Weiterbildung befanden. Viele wissenschaftliche Studien sprechen für bedeutsame Zusammenhänge zwischen Arbeitslosigkeit und schlechter gesundheitlicher Situation. **Auch in Nürnberg schätzten Erwerbstätige gegenüber Arbeitslosen mit einer Relation von 1,8:1 ihre Gesundheit häufiger positiv ein, und mit einer Relation von 2,8 : 1 bewerteten Arbeitslose ihre Gesundheit häufiger negativ.** Arbeitslose litten auch 1,6 mal so häufig unter relativ vielen (9-11) Beschwerden als die Erwerbstätigen.

Die arbeitslosen Befragten zeigten auch eine etwas weniger gesundheitsförderliche Lebensführung als die erwerbstätigen: Zwar übten sie etwa gleich häufig täglich/ mehrmals wöchentlich einen Sport aus (ca. ein Drittel), trieben aber seltener einmal wöchentlich (12,8% gegenüber 21,5%) und häufiger nie/ seltener als einmal wöchentlich einen Sport (51,0% gegenüber 42,1%). Als wichtigster Grund, keinen Sport zu betreiben, stand für die erwerbstätigen Befragten „keine Zeit“ zu haben im Vordergrund (46,4%) und für die arbeitslosen „keine Lust“ zu haben (59,5%). Die arbeitslosen Befragten waren außerdem häufiger übergewichtig (43,1% gegenüber 36,2%), seltener normalgewichtig (44,6% gegenüber 53,9%) und hatten einen 1,5 mal so hohen RaucherInnenanteil (47,9% gegenüber 32,0%) im Vergleich zu den Erwerbstätigen.

Ergebnisse des telefonischen Gesundheitssurveys 2003 zeigten, daß Arbeitslose, vor allem aber Langzeitarbeitslose, ihren allgemeinen Gesundheitszustand schlechter einschätzen als Erwerbstätige: Nur „9% der seit mehr als einem Jahr arbeitslosen Männer bewerteten ihre Gesundheit als sehr gut, während mehr als ein Viertel der erwerbstätigen und der kurzzeitig arbeitslosen Männer zu dieser Einschätzung gelangten. Auch langzeitarbeitslose Frauen beurteilten ihre Gesundheit weitaus schlechter.“ In einer Relation von 1:3 schätzten langzeitarbeitslose Männer und in einer Relation von 1:2 langzeitarbeitslose Frauen ihre Gesundheit gegenüber den erwerbstätigen Männern und Frauen als „sehr gut“ ein.¹⁰⁴ Ferner wurden gesundheitsbedingte Einschränkungen im Alltagsleben von 52,0% der langzeitarbeitslosen Männer beklagt sowie von 40,5% der langzeitarbeitslosen Frauen. Im Vergleich dazu fühlten sich unter den Erwerbstätigen nur 25,5% der Männer und 26,2% der Frauen eingeschränkt.¹⁰⁵

Die einschneidenden Veränderungen in den Lebensbedingungen und Teilhabechancen legen zwar nahe, daß Arbeitslosigkeit gesundheitliche Beeinträchtigungen hervorruft oder den Verlauf bereits bestehender Krankheiten und Gesundheitsstörungen beschleunigt. Obwohl sich bevölkerungsbezogen ursächliche Effekte der Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit schwierig

¹⁰³ Robert-Koch-Institut: Bundesgesundheitssurvey 1998, eigene Berechnungen Quelle: www.gbe-bund.de, 29.4.2008

¹⁰⁴ Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit, Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin 2005, S. 75

¹⁰⁵ vgl. a.a.O. S. 76

nachweisen lassen, deutet eine Vielfalt wissenschaftlicher Ergebnisse auf einen eigenständigen, negativen kausalen Effekt der Arbeitslosigkeit nicht nur auf die Gesundheit des Arbeitslosen selbst, sondern auch auf sein soziales Umfeld hin.¹⁰⁶ **(Kausalitätshypothese)** Zugleich liegt „unter den Bedingungen einer freien Marktwirtschaft ... bei einem gleichzeitig bestehenden Überangebot von Arbeitskräften die Annahme von Selektionseffekten nahe: Kränkere Arbeitnehmer sind häufig weniger wettbewerbsfähig, werden demnach eher entlassen und seltener wieder eingestellt.“ **(Selektionshypothese)**. Auch Selektionseffekte wurden in einer Reihe von Längsschnittstudien deutlich. Aktuelle Daten der Gmünder Ersatz Kasse (GEK) belegen „deutlich erhöhte Risiken für eine Arbeitslosigkeit in Abhängigkeit von Dauer und Art der registrierten Krankschreibungen.“¹⁰⁷ **„Unabhängig von jedweder Kausalität deutet aber allein die Kumulation von gesundheitlichen Problemen bei Arbeitslosen auf ein gesundheitliches Handlungsproblem hin.“**¹⁰⁸

9.1.5 Merkmale sozialer Schichtung

Als Merkmale sozialer Schichtung wurden in der Wohnungs- und Haushaltserhebung die schulische und berufliche Bildung, die berufliche Position und das Netto-Haushaltseinkommen erhoben. Die Merkmale wurden einzeln ausgewertet und nicht zu einem Index verknüpft. Dennoch ließen sich in der Tendenz Zusammenhänge zwischen gesundheitlichem Befinden und sozialer Lage erkennen.

- **schulische und berufliche Bildung**

Der häufigste höchste allgemeine schulische Abschluß der Nürnberger Probanden war der Volks- und Hauptschulabschluß (41,6%) und der häufigste höchste berufliche Abschluß eine Lehre oder Berufsfachschule (41,9%). Die (Fach-) AbiturientInnenquote betrug 32,5% und 24,4% die AkademikerInnenquote. Ohne Schulabschluß blieben 2,3% und ohne abgeschlossene Berufsausbildung 12,5%.

Ein wachsender Anteil von Männern und Frauen, die ihre Gesundheit positiv bewerten, ging mit zunehmender schulischer und beruflicher Qualifikation einher (Ausnahme: Zwischen Absolventinnen einer Fachschule und Akademikerinnen zeigte sich keine weitere Verbesserung.) sowie mit einer Zunahme des Anteils beschwerdefreier/ -armer Personen (nur bei den Männern). Bezogen auf die Schichtzugehörigkeit ergab auch der Telefonische Gesundheitssurvey des Robert-Koch-Instituts (2. Welle) einen wachsenden Anteil „sehr guter“/„guter“ Selbsteinschätzungen bei Männern und Frauen von der Unter- hin zur Oberschicht sowie einen sinkenden Anteil „schlechter“/ „sehr schlechter“ Bewertungen.¹⁰⁹

Weiterhin schien mit wachsender schulischer und beruflicher Qualifikation die Bedeutung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils anzuwachsen: Bei Männern und Frauen schrumpfte der Anteil der Personen, die nie/ seltener als einmal pro Woche sportlich aktiv waren, der Raucheranteil, es verbesserte sich die „Gewichtssituation“ (Abnahme des Anteils übergewichtiger und Zunahme des Anteils normalgewichtiger Personen), und es stieg bei den Männern in kontinuierlicher Weise die Sportbeteiligung. Auch bundesweit zeigte sich im Telefonischen Gesundheitssurvey des Robert-Koch-Instituts 2003 bei Männern und Frauen eine von der Unter- zur Oberschicht zunehmende Sportbeteiligung (2 und mehr Stunden pro Woche) und eine Abnahme der sportlich nicht aktiven Personen.¹¹⁰ Ebenso ging der Anteil übergewichtiger und adipöser Befragter mit zunehmender schulischer Qualifikation zurück,¹¹¹ ebenso wie der Raucheranteil.¹¹²

¹⁰⁶ vgl. a.a.O. S. 18/19

¹⁰⁷ ders. (Hrsg.): Arbeitslosigkeit und Gesundheit, Themenheft 13, Berlin 2003, S. 17

¹⁰⁸ Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit, Expertise des RKI zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, Berlin 2005, S. 75

¹⁰⁹ vgl. Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Telefonischer Gesundheitssurvey des Robert-Koch-Instituts (2. Welle), a.a.O. S. 33

¹¹⁰ vgl. aa.a.O. www.gbe-bund.de, 24.4.2008

¹¹¹ Telefonischer Gesundheitssurvey 2003/03, Verbreitung von Übergewicht und Adipositas nach Schulbildung und Geschlecht (%), Quelle: www.gbe-bund.de, 24.4.2008

¹¹² vgl. a.a.O.: Rauchverhalten (%) nach Alter, Geschlecht und sozialer Schicht 2002/03, www.gbe-bund.de, 24.4.2008

In der Tendenz¹¹³ befanden sich die Befragten ohne schulischen und/ oder beruflichen Abschluß stets in der ungünstigsten Situation: Sie bewerteten ihre Gesundheit am seltensten positiv, wiesen die geringste Sportbeteiligung und am häufigsten Übergewicht auf. Befragte ohne Schulabschluß waren am häufigsten durch relativ viele (9-11) Beschwerden beeinträchtigt und hatten auch den höchsten RaucherInnenanteil.

- **Stellung im Beruf**

„Es sind insbesondere die Arbeitertätigkeiten unterhalb der Facharbeiterebene, auf die sich negative Beschäftigungsmerkmale wie geringe Arbeitsplatzsicherheit, niedrige, oft an die unmittelbare Leistung gekoppelte Bezahlung, hohe Belastung, Unfallgefahr, Schichtarbeit, starre Arbeitszeiten und niedriges Prestige konzentrieren. Positive Beschäftigungsmerkmale sammeln sich in den gehobenen und höheren Angestellten- bzw. Beamten-tätigkeiten.“¹¹⁴

In diesem Sinne fielen 16,3% der Befragten in die Kategorie der Leitenden Angestellten/ Beamten mit positiven Arbeitsplatzmerkmalen. Der Kategorie der Befragten mit negativen Beschäftigungsmerkmalen kann man die an- und ungelernten ArbeiterInnen zuordnen, die 12,9% der Befragten ausmachten. 31,8% der Probanden bekleidete eine berufliche Stellung als Mittlere Angestellte/ BeamtIn oder MeisterIn und 28,3% waren FacharbeiterInnen. Die Arbeitsplatzmerkmale und das gesellschaftliche Prestige der Selbständigen und freiberuflich Tätigen lassen sich nicht einheitlich beurteilen.

Unter allen Befragten befanden sich die Leitenden Angestellten/ BeamtInnen beiderlei Geschlechts in der günstigsten gesundheitlichen Situation: Mit 66,3% wiesen sie den höchsten Anteil positiver Einschätzungen der eigenen Gesundheit auf, hatten die geringsten Anteile stärker durch (9-11) Beschwerden belasteter und die größten Anteile beschwerdefreier/ -armer Personen. Unter den Männern hatten sie – gemeinsam mit den Beamten/ Angestellten Mittlerer Position und Meistern auch die günstigste „Gewichtssituation“ mit etwas mehr als zwei Dritteln Normal- und nur etwas mehr als einem Viertel Übergewichtiger.

Demgegenüber schätzten die ArbeiterInnen ihre gesundheitliche Lage weit schlechter ein: Nur 49,4% der FacharbeiterInnen und 46,9% der an-/ ungelernten ArbeiterInnen gaben eine positive Selbsteinschätzung ab. Letztere bewerteten ihr Befinden auch am häufigsten - doppelt so oft wie Leitende Angestellte/ BeamtInnen - negativ (21,3% gegenüber 12,1%). **Auch hatten un- und angelernte ArbeiterInnen die schlechteste „Gewichtssituation“:** 63,6% der Männer und 41,2% der Frauen hatten Übergewicht; darin waren 10,2% adipöse Männer und 15,8% adipöse Frauen enthalten.

Es fiel auf, dass Frauen in leitender Position (Angestellte/ Beamte) mit 41,2% einen gleich hohen Anteil übergewichtiger Personen aufwiesen wie die un-/ angelernten Arbeiterinnen. Im Unterschied dazu waren bei ihnen starkes Übergewicht jedoch weit seltener (5,6% gegenüber 15,8%).

Auch selbständig/ freiberuflich tätige Frauen bewerteten ihre Gesundheit relativ häufig positiv. Zudem wies etwa jede fünfte von ihnen (22,7%) und auch von den Frauen in leitender Position (18,9%) „normales“ Untergewicht auf. Betrachtet man „normales“ Untergewicht im Erwerbsalter als Folge des Lebensstils, kann man bei den Frauen in den genannten beruflichen Positionen besonders häufig gesundheitsbewusstes Verhalten voraussetzen.

Die Mittleren Angestellten/ BeamtInnen/ MeisterInnen wiesen mit 44,7% die höchste Sportbeteiligung auf. **Deutlich geringer war sie mit nur etwa jeweils 25% bei den Fach- und an-/ungelernten ArbeiterInnen. Mehr als die Hälfte der Fach- und fast zwei Drittel der un-/angelernten ArbeiterInnen betätigten sich nie/ seltener als einmal pro Woche sportlich.**

¹¹³ Die Aussage wird eingeschränkt durch die geringe Fallzahl der Personen ohne schulischen (45 P.) Abschluß.

¹¹⁴ **SIEGRIST, J.:** Medizinische Soziologie, München/Wien/Baltimore, 1995, S. 64

Der RaucherInnenanteil überstieg Bei den Selbständigen/ FreiberuflerInnen, den Leitenden und Mittleren BeamtInnen/ Angestellten/ MeisterInnen 25,0% nicht. **In der Gruppe der ArbeiterInnen war der Tabakkonsum wesentlich weiter verbreitet:** Es rauchten 34,4% der Fach- und 37,7% der un-/ angelernten ArbeiterInnen.

Der Umfang der Erwerbstätigkeit schien sich auf Männer und Frauen unterschiedlich auszuwirken: Frauen fühlten sich mit zunehmender Wochenarbeitszeit stärker durch häufig auftretende Beschwerden beeinträchtigt, Männer hingegen seltener. Ferner verschlechterte sich die „Gewichtssituation“ der Männer mit zunehmender Wochenarbeitszeit, während sich die der Frauen verbesserte: Der Anteil Übergewichtiger stieg bei den Männern von 17,9% bei den geringfügig Beschäftigten auf 39,3% bei den Vollzeitkräften. Umgekehrt nahm der Anteil übergewichtiger Frauen ab von 41,6% auf 24,9%. Geringfügig Beschäftigte wiesen außerdem die höchste Sportbeteiligung (täglich oder mehrmals wöchentlich Sport) auf mit 41,6% und den niedrigsten RaucherInnenanteil (27,3%) gegenüber den Vollzeitbeschäftigten (32,6%).

- **Netto-Haushaltseinkommen**

In der Wohnungs- und Haushaltserhebung wurden keine absoluten Einkommenssummen, sondern Einkommensklassen erhoben. Grundlage der Berechnungen waren daher die Klassenmittel. Das Netto-Haushaltseinkommen¹¹⁵ gibt einen Anhaltspunkt für die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit eines Haushalts.

Tendenziell verbesserte sich mit steigendem Netto-Haushaltseinkommen die gesundheitliche Situation der Befragten: Die Anteile positiver Einschätzungen der Gesundheit und normalgewichtiger Personen sowie die Sportbeteiligung nahmen zu; zugleich ging der Anteil übergewichtiger, durch Beschwerden häufig beeinträchtigter Personen und der RaucherInnenanteil zurück. Es fiel auch hier auf, dass bei den Frauen der Anteil „normal“ untergewichtiger Frauen mit der Höhe des Einkommens zunahm – ein weiterer Hinweis auf einen gesundheitsförderlicheren Lebensstil „höherer“ sozialer Schichten.

Bundesweit bestätigte auch das sozio-ökonomische Panel 2003 eine schlechtere Bewertung der eigenen Gesundheit in den unteren Einkommensgruppen, die vor allem im mittleren Lebensalter, bei den Frauen jedoch auch in jüngeren Jahren (18-29 J.) zutage tritt. „Dies könnte ein Hinweis darauf sein, daß die gesundheitliche Benachteiligung der unteren Einkommensgruppen insbesondere auf ein früheres Auftreten von Krankheiten und Beschwerden zurückzuführen ist.“

¹¹⁶

9.2 Summe der Risiken

Mit der Zuordnung eines Probanden in die Kategorie der RaucherInnen, der Übergewichtigen und der Personen, die sportlich nie/ seltener als einmal wöchentlich aktiv sind, formulieren sich **personenbezogene – in der Regel lebensstilbedingte – Gesundheitsrisiken.**

In diesem Sinne waren 26,0% der Befragten risikofrei. 38,7% von ihnen lebte mit einem und 26,6% mit zwei dieser Risiken. Alle drei Gesundheitsrisiken vereinten 5,2% der Befragten auf sich (104 Personen). (vgl. Tab. 33) Geht man davon aus, dass die Stichprobe der Wohnungs- und Haushaltserhebung repräsentativ ist, und legt man die Bevölkerung am Ort der Hauptwohnung ab 18 Jahre am 31.12.2006¹¹⁷ zugrunde, ergäbe sich für Nürnberg ein Potential von 123.458 risikofreien Personen, von 273.281 Personen, die weniger gesund mit ein bis 2 Risiken leben und von 21.762 Risiko-Personen, auf die alle drei abgefragten Kategorien zutreffen. Die Exposition

¹¹⁵ Einkommen aus Erwerbstätigkeit, Rente, Pension und Transfereinkommen, Lebensversicherung, Vermietung/ Verpachtung, Kapitaleinkünfte, abzüglich Steuern und Sozialversicherung. Quelle; Stadt Nürnberg, Ref. für Jugend, Familie und Soziales (Hrsg.): Sozialbericht der Stadt Nürnberg, Bd. 1, S. 17-

¹¹⁶ Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit, a.a.O. S. 28/29

¹¹⁷ 418.503 Einwohner 18 J. u.ä.; Bevölkerung am Ort der Hauptwohnung nach der amtlichen Bevölkerungsfortschreibung; Quelle: Einwohnerstatistik der Stadt Nürnberg, Auskunft des Amtes für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth

gegenüber Risiken wird hier wahrscheinlich unterschätzt, da oft in den „Lebenswelten“ der Betroffenen und ihrer Biographie oft ein noch größeres Potential an Gesundheitsrisiken vorhanden ist.

Tab. 33: Verteilung von Risiken unter den Probanden der Wohnungs- und Haushaltserhebung, Nürnberg 2006

Zahl der Risiken	Personen	Prozent
0	591	29,5
1	774	38,7
2	533	26,6
3	104	5,2
Gesamt*	2.002	100,0

*abzüglich fehlender Werte

Die Gruppe mit drei Risiken zugleich setzte sich mehrheitlich zusammen aus **Männern** (62,0%), **Alleinlebenden** (61,4%), **autochthoner Nürnberger Bevölkerung** (30,3%), **Deutschen** (75,4%), **AbsolventInnen einer Volks- und Hauptschule** (52,9%), **einer Lehre und Berufsfachschule** (58,6%), **Facharbeitern** (38,8%), **mit mittlerem monatlichem Haushalts-Netto-Einkommen von 1.750 Euro** (24,1%) und **im Alter zwischen 25 und 34 Jahren** (28,0%).

9.3 Handlungsfelder für die Prävention

Für die gesundheitliche Prävention lassen sich eine Reihe von Handlungsfeldern abstecken:

1. Beschwerden thematisieren:

Bei der Durchführung gesundheitsfördernder Maßnahmen sollte unanhängig von der Zielgruppe in erster Linie auf Beschwerden wie Abgespanntheit/ Erschöpfung und Rücken-/ Kreuzschmerzen geachtet werden.

2. Abnehmen:

Die Männer waren im „besten“ Alter zwischen 45 und 54 Jahren und die Frauen im Alter zwischen 35 und 44 Jahren besonders häufig zu dick. MigrantInnen, vor allem türkischer Herkunft wiesen häufiger Übergewicht und Adipositas auf als Befragte ohne Migrationshintergrund. Insgesamt tendierten die Nürnberger Frauen mehr zu starkem Übergewicht als die Männer.

3. Zunehmen:

Im höheren Alter ab 75 Jahren war etwa ein Viertel der Männer und Frauen untergewichtig. Inwieweit sich die Folgen des Untergewichts im Alter als problematisch für die Gesundheit erweisen, sollte, auch im Hinblick auf die alleinlebenden älteren Menschen und vor allem in Einrichtungen der stationären Altenpflege näher betrachtet werden.

4. mehr Sport und Bewegung:

Fast die Hälfte der Befragten war sportlich nicht aktiv. Darunter waren besonders häufig MigrantInnen - vor allem türkischer und außereuropäischer Herkunft -, Frauen - besonders diejenigen mit Migrationshintergrund - und ArbeiterInnen vertreten. Um regelmäßig Sport zu treiben, fehlte es vor allem an Zeit und an Motivation. Gerade auch unter dem Gesichtspunkt des Wohlbefindens gilt es, die Motivation, Sport zu treiben zu stärken. Über zwei Drittel der älteren

Personen ab 75 Jahren trieben keinen Sport (mehr), vornehmlich aus Alters- und Krankheitsgründen. Möglichst lange beweglich zu bleiben, ist auch für kranke und altersbedingt behinderte SeniorInnen wichtig. Hieran angepasste Bewegungsmöglichkeiten sollten vermittelt werden können.

5. Rauchen einschränken:

Um die RaucherInnenquote senken zu können, müssten in erster Linie junge Erwachsene (zwischen 18 und 24 Jahren), Arbeitslose, Alleinerziehende, MigrantInnen und ArbeiterInnen angesprochen werden.

6. Setting Alleinerziehender und alleine lebender Personen verbessern:

Alleine lebende, vor allem aber alleinerziehende Personen wiesen eine schlechtere gesundheitliche Befindlichkeit auf als in einer Partnerschaft Lebende und in einer Kleinfamilie Erziehende. Die protektive Funktion und vielfach auch bessere materielle Absicherung einer Lebensgemeinschaft lassen sich durch Maßnahmen der Gesundheitsförderung nicht ersetzen. Dennoch wäre zu überprüfen, inwieweit Netzwerkbildung, die gemeinschaftliche Nutzung von Einrichtungen und arbeitsteilige Organisation des Alltagslebens die Lebenshaltungskosten senken und eine praktische wie auch emotionale Unterstützung für alleine Lebende gewähren könnten.

7. Nicht erwerbstätige Bevölkerung ansprechen:

Personen im Rentenalter und Arbeitslose, vor allem Langzeitarbeitslose haben ein schlechteres gesundheitliches Befinden und zum Teil auch eine weniger gesundheitsförderliche Lebensweise im Vergleich zur erwerbstätigen Bevölkerung. Teilweise fallen hierbei bereits bestehende Erkrankungen ins Gewicht. Andererseits stehen diesen Personengruppen die Zeit und vielfach auch die Mittel zu einer kostengünstigen Gesundheitspflege zur Verfügung. Hierzu fehlt oft die entsprechende Motivation, die zumindest teilweise durch eine soziale Einbindung in Form passender Angebote zu verbessern sein könnte.

8. Angehörige der Unterschicht ansprechen:

Gesundheitsförderung kann die materiellen Ursachen gesundheitlicher Benachteiligung von Angehörigen der Unterschicht (Zugang zu gesundheitsförderlichen und materiellen Ressourcen, Eigenschaften des Arbeitsplatzes, des sozialen und des Wohnumfeldes) zunächst nicht beheben. Es verbleiben kompensatorische Möglichkeiten, die sich richten sollten vor allem an BürgerInnen ohne schulischen und/ oder beruflichen Abschluß, an Volks- und HauptschulabsolventInnen, vor allem aber an Fach- und un-/ angelernte ArbeiterInnen. Das Befinden vor allem der un- und angelernten Kräfte erwies sich als vergleichsweise schlecht. Es wäre zu überprüfen, welche Möglichkeiten zur betrieblichen Gesundheitsförderung, zur Förderung der Arbeits- und Arbeitsplatzsicherheit bestünden. Ein Teil dieser Möglichkeiten wird ohne politisches und gewerkschaftliches Engagement nicht zu realisieren sein. Setzt man die originären Mittel der Gesundheitsförderung ein, sollten diese in der Arbeiterschaft speziell auf eine Steigerung der Sportbeteiligung zielen sowie auf die Herabsetzung der Anteile übergewichtiger und rauchender Personen gerichtet sein.

Die Ergebnisse der Wohnungs- und Haushaltserhebung decken sich mit den vielfachen Ergebnisse anderer Untersuchungen, wonach sozial benachteiligte Personen, z.B. Arbeitslose und Alleinerziehende, in besonderer Weise gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt sind, was sich im wesentlichen auch in der subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustandes bestätigt.

Dementsprechend sollen künftig verstärkt Aktionen und Angebote im Bereich der gesundheitlichen Prävention sich auf diese Personengruppen konzentrieren. Es wird hierzu auf den im Rahmen der Armutskonferenz im Entstehen begriffenen Aktionsplan „Netz gegen Armut“ verwiesen. Zur Bewegungsförderung bei Frauen und MigrantInnen existieren bereits spezielle Programme des Sport Service zur Einbindung dieser Zielgruppen in den Vereinssport. Das Gleiche gilt für Sport- und Bewegungsangebote für ältere Menschen.

Die Ergebnisse der Wohnungs- und Haushaltserhebung decken sich mit den vielfachen Erfahrungen anderer Untersuchungen, wonach sozial benachteiligte Personen, Arbeitslose und Alleinerziehende in besonderer Weise gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt sind, was sich im wesentlichen auch in der subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustandes zeigt. Dementsprechend sollen künftig verstärkt Aktionen und Angebote auch im Bereich der gesundheitlichen Prävention für diese Personengruppen angeboten werden. Es wird hierzu auf den im Rahmen der Armutskonferenz im Entstehen begriffenen Aktionsplan „Netz gegen Armut“ verwiesen. Zur Bewegungsförderung von Frauen und Migranten/Migrantinnen wird beispielsweise auf spezielle Programme des Sport Service zur Einbindung dieser Zielgruppen in den Vereinssport verwiesen.