

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

Zusammenfassung

- I. 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,

- da nicht alle Gruppen gleichermaßen von der allgemeinen Verbesserung des Gesundheitszustandes der bundesdeutschen Bevölkerung im vergangenen Jahrzehnt profitieren konnten und sich dadurch Handlungsfelder für die zielgruppenspezifische gesundheitliche Prävention eröffnen,
- da verschiedene Längsschnittstudien gezeigt haben, dass die selbst eingeschätzte Gesundheit in bestimmten Altersgruppen Hinweise auf das Sterberisiko erlaubt und daher ein durchaus realistisches Bild des tatsächlichen Gesundheitszustandes 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“ 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“ stellt damit eine wichtige Ergänzung der Datenlage der kommunalen Gesundheitsberichterstattung dar und 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 4.250 Personen im Alter ab 18 Jahren⁴ und enthielt 2.326 Datensätze. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 54,6% und 0,5% der Nürnberger Bevölkerung⁵ am 31.12.2006. Der vorliegende Datensatz wurde gewichtet.⁶ Seine Auswertung orientiert sich an Handlungsfeldern für die gesundheitliche Prävention; sie erfolgte

¹ Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Gesundheit in Deutschland, Berlin 2006, S. 17 und ders.: Gesundheitsbericht für Deutschland, Wiesbaden 1998, S. 58

² vgl. a.a.O. S. 19

³ Die Wohnungs- und Haushaltserhebung hat den 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.“ 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 Die Stichprobengröße betrug 4.454 Personen abzüglich 200 nicht zustellbarer Fragebögen.

⁵ 493.656 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

⁶ 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.

geschlechtsspezifisch, nach verschiedenen Merkmalen der sozialen Schichtung und unter Berücksichtigung des Aspektes der Migration.

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.⁷ 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 2002/03⁸ 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 Bundesgesundheitsveys. 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%.⁹

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.¹⁰

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.¹¹

Frauen waren in jeder Altersgruppe seltener beschwerdefrei/ -arm und häufiger stärker durch relativ viele (9-11) Beschwerden gleichzeitig beeinträchtigt als die 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.¹²

⁷ Repräsentativerhebung der Universität Leipzig von 1994-2003, vgl. Robert-Koch-Institut/Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Gesundheit in Deutschland, Berlin 2006, S. 18

⁸ Die Stichproben unterscheiden sich nach der Altersobergrenze der Befragten (bundesweit 79 Jahre, in Nürnberg 75 Jahre und älter) und nach dem Erhebungszeitraum.

⁹ Robert-Koch-Institut (RKI): Telefonischer Gesundheitssurvey (GSTel03) 2002/03, Quelle: www.gbe-bund.de, 11.3.2008

¹⁰ Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Gesundheit in Deutschland, a.a.O. S. 17

¹¹ Landeshauptstadt München, Referat für Gesundheit und Umwelt (Hrsg.): Münchner Gesundheitsmonitoring 2004, München 2007, S. 7

¹² vgl. a.a.O. S. 6

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).¹³

Unter dem Gesichtspunkt potentieller Zielgruppen für die Prävention betrachtet, ergab sich in Nürnberg ein mindestens doppelt so hohes Risiko

- für Frauen gegenüber Männern, häufig unter Schlafstörungen und Niedergeschlagenheit zu leiden,
- für Unter- gegenüber Normalgewichtigen sowie für Personen im Renten- gegenüber Personen im Erwerbsalter¹⁴ unter Appetitlosigkeit zu leiden,
- für ärmere Befragte aus Haushalten mit einem monatlichen Haushaltsbudget unter 1.000 Euro gegenüber Befragten mit einem Budget von 1.000 Euro und mehr, unter Konzentrationsproblemen, Rücken-/ Kreuzschmerzen, Nervosität, Appetit- und Antriebslosigkeit zu leiden,
- für arbeitslose gegenüber erwerbstätigen Befragten, unter Konzentrationsproblemen, Nervosität, Appetit- und Antriebslosigkeit zu leiden,
- für sportlich nicht oder kaum aktive Personen gegenüber sportlich aktiven Personen, unter allen abgefragten Beschwerden zu leiden (Ausnahme: Rücken-/ Kreuzschmerzen und Allergien) zu leiden. (vgl. Tab. 1)

Tab. 1: Häufig auftretende Beschwerden in verschiedenen Bevölkerungsgruppen 2006

Häufig auftretende Beschwerden	Bevölkerungsgruppen								
	Männer : Frauen	Normalgewicht : Übergewicht	Normalgewicht : Untergewicht	erwerbstätig : arbeitslos	Nicht-raucher : Raucher	Eink. über 1.000 Euro : bis zu 1.000 Euro	Sport : kein Sport	kein Migrationshintergrund : Migrationshintergrund	Erwerbsalter : Rentenalter
Kopfschmerzen/ Migräne	1:2,1	1:1,2	1:0,9	1:1,9	1:1,4	1:1,9	1:2,1	1:1,4	1:0,8
Probleme mit der Konzentration	1:1,9	1:1	1:1	1:2,1	1:1,4	1:2,5	1:2,2	1:1,1	1:1
Abgespanntheit/ Erschöpfung	1:1,4	1:1,3	1:1,2	1:1,3	1:1,3	1:1,3	1:2,1	1:1,1	1:0,7
Magen-/ Verdauungsprobleme	1:1,4	1:1,1	1:1,5	1:1,9	1:1,2	1:1,8	1:2,3	1:1,3	1:1,3
Schlafstörungen	1:2,0	1:1,3	1:1,4	1:1,8	1:0,9	1:1,9	1:2	1:1,1	1:1,6
Appetitlosigkeit	1:1,8	1:0,9	1:3,2	1:6,3*	1:1,8	1:2,8	1:4	1:0,9	1:2,7
Rücken-/ Kreuzschmerzen	1:1,4	1:1,2	1:0,9	1:1,5	1:1,1	1:1,4	1:1,4	1:1,1	1:1,3
Niedergeschlagenheit	1:2,0	1:1,2	1:1,1	1:1,5	1:1,3	1:1,6	1:2,3	1:0,9	1:1,1
Nervosität	1:1,7	1:1	1:1,2	1:3,4	1:1,3	1:2,1	1:2,1	1:1,6	1:1
Antriebslosigkeit	1:1,6	1:0,9	1:1	1:2,6	1:1,4	1:2,2	1:2,8	1:0,8	1:1,5
Allergie	1:1,7	1:0,9	1:1	1:1,1	1:1,4	1:1,6	1:1,2	1:0,7	1:0,9

* Aufgrund der geringen Fallzahl kann hier keine statistisch gesicherte Aussage getroffen werden.

¹³ Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Telefonischer Gesundheitssurvey des Robert-Koch-Instituts, Berlin 2006, S. 37

¹⁴ Unter Appetitlosigkeit litten nur insgesamt 45 Befragte, darunter 9 Erwerbstätige. Aufgrund der geringen Fallzahl kann hier keine statistisch gesicherte Aussage getroffen werden.

3. Lebensstil

3.1 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).¹⁵

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

Im Vergleich¹⁶ 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%) und 41,5% übergewichtig (in Nürnberg 32,4%).

Die Nürnberger Männer waren im Vergleich¹⁷ zu den Münchnern seltener „normal“ übergewichtig (29,9% gegenüber 34,9%) und adipös (6,9% gegenüber 9,4%)¹⁸ 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%).¹⁹

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).²⁰ 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.²¹**

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.²² **Im**

¹⁵ Mikrozensus 2005, Verteilung der Bevölkerung auf Body-Mass-Index in Gruppen, Quelle: www.gbe-bund.de, 23.10.2007

¹⁶ 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.

¹⁷ ebenso

¹⁸ 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

¹⁹ vgl. a.a.O.

²⁰ Bundesweite Gesundheitssurveys des RKI 1984-1998 und Bertelsmann Gesundheitsmonitor 2003, Quelle: www.gbe-bund.de, 24.4.08

²¹ vgl. Landeshauptstadt München, Referat für Gesundheit und Umwelt (Hrsg.): Münchner Gesundheitsmonitoring 1999/2000, München 2002, S. 25

²² 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

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.**²³

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. Weniger oft taten dies die stark Übergewichtigen (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%) und 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.

3.2 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 2003²⁴ gaben 37,9% und unter denen des Münchner Gesundheitsmonitorings 2004²⁵ 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 (Sport täglich oder mehrmals wöchentlich) 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%).

Zudem hatten MigrantInnen einen höheren Anteil sportlich nie/ seltener als einmal wöchentlich aktiver Personen als Nicht-MigrantInnen (54,1% gegenüber 46,2%). Besonders hoch war er bei den MigrantInnen türkischer (62,3%) und bei den MigrantInnen außereuropäischer Herkunft (63,6%). Unterschiede zeigten sich vor allem

²³ 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

²⁴ Robert-Koch-Institut (RKI): Telefonischer Gesundheitssurvey (GSTel03) 2002/03, Quelle: www.gbe-bund.de, 24.4.2008

²⁵ vgl. Landeshauptstadt München, Referat für Gesundheit und Umwelt (Hrsg.): Münchner Gesundheitsmonitoring 2004, a.a.O., S. 95

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.²⁶ Demgegenüber fiel in Nürnberg auf, dass Personen, die täglich sportlich aktiv waren, ihre Gesundheit wieder seltener „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. Möglicherweise treiben gerade Personen, die sich weniger gut fühlen, regelmäßig Sport, um das Befinden zu verbessern. Zudem kann bei Personen, die sportlich aktiv sind, auch ein vergleichsweise besseres Körperbewusstsein vorausgesetzt werden.

3.3 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.²⁷ **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.²⁸ Bundesweit gaben im Telefonischen Gesundheitssurvey des Robert-Koch-Instituts 37,7% der Männer und 28,9% der Frauen an, täglich oder gelegentlich zu rauchen.²⁹ Auch im Vergleich dazu waren die Raucheranteile der Nürnberger Männer und Frauen niedriger.

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.

3.4 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.³⁰ Kinder lebten in 15,5% der Haushalte Kinder. Darunter waren 12,6% Haushalte bestehend aus zwei Erwachsenen und mindestens einem Kind - die „klassische“ Kleinfamilie - sowie 1,5% Alleinerziehende.³¹

In der Tendenz³² 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

²⁶ Robert-Koch-Institut (RKI): Telefonischer Gesundheitssurvey (GSTel03) 2002/03, Quelle: www.gbe-bund.de, 24.4.2008

²⁷ Bayer. Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg.): Rauchen und Nichtrauchen in Bayern – Update 2007, Gesundheitsmonitor Bayern 2/2007, S. 2

²⁸ vgl. Landeshauptstadt München, Referat für Gesundheit und Umwelt (Hrsg.): Münchner Gesundheitsmonitoring 2004, a.a.O. S. 88

²⁹ Robert-Koch-Institut (RKI): Telefonischer Gesundheitssurvey (GSTel03) 2002/03, Quelle: www.gbe-bund.de, 24.4.2008

³⁰ In einem kinderlosen Haushalt, bestehend aus 2 und mehr Erwachsenen lebte weitere 37,2% der Befragten.

³¹ 1,4 % der Befragten lebte in einem Haushalt mit mindestens drei Erwachsenen und mindestens einem Kind.

³² eingeschränkt durch die geringe Fallzahl (32 Haushalte)

beschwerdefrei oder –arm (2,0% gegenüber 18,0%) und hatten einen höheren RaucherInnenanteil (39,5% gegenüber 33,3%) als die Mitglieder einer Kleinfamilie. Auch Ergebnisse des sozialökonomischen Panels 2000 wiesen bundesweit eine insgesamt schlechtere gesundheitliche Selbsteinschätzung alleinerziehender gegenüber verheirateten Müttern nach.³³ Weiterhin gaben alleinerziehende Mütter eine höhere Belastung durch allgemeine Befindlichkeitsstörungen und durch negative emotionale Grundstimmungen an,³⁴ hatten einen höheren Raucheranteil,³⁵ und die Lebenszeitprävalenz bestimmter Erkrankungen war bei ihnen höher als bei verheirateten Müttern.³⁶

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%).

3.4 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 als 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 mit einer Relation von 1,8:1 Erwerbstätige gegenüber Arbeitslosen 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 erwartungsgemäß „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.³⁷ 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

³³ Robert-Koch-Institut: SOEP 2000, eigene Berechnungen Quelle: www.gbe-bund.de, 23.4.2008

³⁴ ders.: Bundesgesundheitsurvey 1998, eigene Berechnungen Quelle: www.gbe-bund.de, 29.4.2008

³⁵ Statistisches Bundesamt, Mikrozensus 1999, Quelle: www.gbe-bund.de, 29.4.2008

³⁶ Robert-Koch-Institut: Bundesgesundheitsurvey 1998, eigene Berechnungen Quelle: www.gbe-bund.de, 29.4.2008

³⁷ Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit, Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin 2005, S. 75

Erwerbstätigen nur 25,5% der Männer und 26,2% der Frauen eingeschränkt.³⁸

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 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.³⁹ **(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 GmünderErsatzKasse (GEK) belegen „deutlich erhöhte Risiken für eine Arbeitslosigkeit in Abhängigkeit von Dauer und Art der registrierten Krankschreibungen.“⁴⁰ **„Unabhängig von jedweder Kausalität deutet aber allein die Kumulation von gesundheitlichen Problemen bei Arbeitslosen auf ein gesundheitliches Handlungsproblem hin.“**⁴¹

4. 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.

4.1 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.⁴²

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

³⁸ vgl. a.a.O. S. 76

³⁹ vgl. a.a.O. S. 18/19

⁴⁰ ders. (Hrsg.): Arbeitslosigkeit und Gesundheit, Themenheft 13, Berlin 2003, S. 17

⁴¹ Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit, Expertise des RKI zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, Berlin 2005, S. 75

⁴² vgl. Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Telefonischer Gesundheitssurvey des Robert-Koch-Instituts (2. Welle), a.a.O. S. 33

Personen.⁴³ Ebenso ging der Anteil übergewichtiger und adipöser Personen mit zunehmender schulischer Qualifikation zurück,⁴⁴ ebenso wie der Raucheranteil.⁴⁵

In der Tendenz⁴⁶ 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.

4.2 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.“⁴⁷

In die Kategorie der Befragten mit positiven Arbeitsplatzmerkmalen fielen demnach die 16,3% der Befragten, die als Leitende Angestellte/ Beamte tätig waren. Der Kategorie der Befragten mit negativen Beschäftigungsmerkmalen kann man die an- und ungelerten 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.

Die gesundheitliche Befindlichkeit ging - kausal oder selektiv bedingt - einher mit der Verteilung negativer oder positiver Arbeitsplatzmerkmale. **So befanden sich unter allen Befragten die Leitenden Angestellten/ BeamtInnen beiderlei Geschlechts in der günstigsten 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-/ ungelerten 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 Selbständige/ Freiberuflerinnen bewerteten ihre Gesundheit relativ häufig positiv. Fast jede fünfte von ihnen (22,7%) und auch von den Frauen in leitender Position (18,9%) wiesen „normales“ Untergewicht auf. Betrachtet man „normales“ Untergewicht im Erwerbssalter als Folge

⁴³ vgl. aa.a.O. www.gbe-bund.de, 24.4.2008

⁴⁴Telefonischer Gesundheitssurvey 2003/03, Verbreitung von Übergewicht und Adipositas nach Schulbildung und Geschlecht (%), Quelle: www.gbe-bund.de, 24.4.2008

⁴⁵ vgl. a.a.O.: Rauchverhalten (%) nach Alter, Geschlecht und sozialer Schicht 2002/03, www.gbe-bund.de, 24.4.2008

⁴⁶ Die Aussage wird eingeschränkt durch die geringe Fallzahl der Personen ohne schulischen (45 P.) Abschluß.

⁴⁷ **SIEGRIST, J.:** Medizinische Soziologie, München/Wien/Baltimore, 1995, S. 64

des Lebensstils, kann man bei den Frauen in den genannten beruflichen Positionen besonders häufig einen gesundheitsbewusstes Verhalten voraussetzen.

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

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.

4.3 Netto-Haushaltseinkommen

In der Wohnungs- und Haushaltserhebung wurden keine absoluten Einkommenssummen, sondern Einkommensklassen erhoben. Grundlage der Berechnungen waren daher die Klassenmittel. Das Netto-Haushaltseinkommen⁴⁸ 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.“⁴⁹

5. Belastung durch Risiken

Mit der Zuordnung eines Probanden in die Kategorie der RaucherInnen, der Übergewichtigen und der Personen, die sportlich nicht 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, 2) Geht man davon aus, dass die Stichprobe der Wohnungs- und Haushaltserhebung repräsentativ ist und legt man die Bevölkerung am Ort der Hauptwohnung am 31.12.2006⁵⁰ zugrunde, ergäbe sich für Nürnberg ein Potential von 128.351 risikofreien Personen, von 322.357 Personen, die weniger gesund mit ein bis 2 Risiken leben und von 25.670 Risiko-Personen, auf die alle drei abgefragten Kategorien zutreffen. Die Exposition 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.

⁴⁸ 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-

⁴⁹ Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit, a.a.O. S. 28/29

⁵⁰ 493.656 Einwohner am Ort der Hauptwohnung am 31.12.2006

Tab. 2: 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

*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%), **Rentnern/Arbeitslosen** (31,7%), **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%).

6. Handlungsfelder für die Prävention

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

1. Beschwerden thematisieren:

Bei der Durchführung gesundheitsfördernder Maßnahmen sollte unabhängig von der Zielgruppe in erster Linie auf die Linderung von Beschwerden wie Abgespanntheit/ Erschöpfung und Rücken-/ Kreuzschmerzen geachtet werden. Besonderes Augenmerk sollte bei Maßnahmen mit Frauen, Arbeitslosen und Angehörigen von Haushalten mit einem monatlichen Budget von weniger als 1.000 Euro auf **nervöse und psychische Beschwerden** gerichtet sein, bei Maßnahmen mit Arbeitslosen, Personen im Rentenalter, sportlich nicht aktiven Personen, Haushalten mit einem monatlichen Budget von weniger als 1.000 Euro und natürlich bei Untergewichtigen auf **Appetitlosigkeit**.

2. Abnehmen:

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

3. Zunehmen:

Im höheren Alter ab 75 Jahren war etwa ein Viertel der Männer und Frauen untergewichtig. Untergewichtige fühlten sich gesundheitlich schlechter als Normal- und auch als Übergewichtige. Inwieweit sich jedoch die Folgen des Untergewichts im Alter als problematisch für die Gesundheit erweisen, sollte, auch im Hinblick auf die alleinlebenden älteren Menschen und vor allem unter dem Aspekt der Ernährung in Einrichtungen der stationären Altenpflege näher betrachtet werden. Ansprechpartner hierfür ist die Heimaufsicht am Gesundheitsamt.

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.**

Über zwei Drittel der **älteren Personen ab 75 Jahren** trieben keinen Sport (mehr), vornehmlich aus **Alters- und Krankheitsgründen**. Es wäre an dieser Stelle zu überprüfen, ob auch kranken und altersbedingt behinderten SeniorInnen Bewegungsmöglichkeiten vermittelt werden können, die ihren Bedürfnissen hinsichtlich der Altersgruppe besser angepasst sind.

Befragte, die nie oder kaum Sport trieben, wurden im Vergleich zu den sportlich aktiven Personen stärker durch gesundheitliche Beschwerden belastet. Sind Beschwerden die Ursache für ein unsportliches Leben, müssten Bewegungsformen gefunden werden, die sich trotz gesundheitlicher Vorschädigungen durchführen lassen. In den anderen Fälle müsste die Motivation, Sport zu treiben gestärkt werden, gerade auch unter dem Gesichtspunkt einer Verbesserung des Wohlbefindens.

5. Rauchen einschränken:

Um die RaucherInnenquote – vor allem im Alter zwischen 18 und 24 Jahren, in dem das Rauchen am beliebtesten war - senken zu können, müssten in erster Linie **junge Erwachsene, 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. Diese Entlastung sollte auch eine gesunde Lebensweise fördern können.

7. Nicht erwerbstätige Bevölkerung ansprechen:

Personen im Rentenalter und Arbeitslose, vor allem Langzeitarbeitslose hatten 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 Gruppenangebote 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 von ArbeiterInnen, vor allem aber un- und angelernten Kräften erwies sich als vergleichsweise schlecht. Es wäre zu überprüfen, welche noch nicht ausgeschöpften Möglichkeiten zur betrieblichen Gesundheitsförderung, aber auch 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 sowie auf die Herabsetzung der Anteile übergewichtiger und rauchender Personen zielen.

Die Ergebnisse der Wohnungs- und Haushaltserhebung decken sich mit den vielfachen Ergebnissen 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.

II. GF, Herrn Gürtler

III. Gh/L, Herrn Dr. Beier

IV. Herrn Ref. III zur Vorlage im Gesundheitsausschuss

Nürnberg, 26.05.2008

Gh/GF-GBE

Monika Meusel

- 3382 -