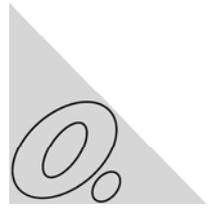


Oberhausener Gesundheitsbericht 2005



**Gesundheitliche Lage
und Gesundheitsverhalten
von Frauen und Männern**



Oberhausener Gesundheitsbericht 2005

**Gesundheitliche Lage und
Gesundheitsverhalten
von Frauen und Männern**

Herausgeber: Stadt Oberhausen, Der Oberbürgermeister
Herstellung & Druck: Oberhausener Gebäudemanagement GmbH
Technisches Rathaus, Bahnhofstraße 66, 46145 Oberhausen

Oberhausener Gesundheitsbericht
- Allgemeiner Teil -

bearbeitet von: Petra Bücher
Grafiken: Christian Hertwig

Zentrale Information:
Stadtverwaltung Oberhausen
Bereich 3-4, Gesundheitswesen
Tannenbergstraße 11- 13, 46045 Oberhausen
Tel.: 0208/825-2147; -2038 Fax: 0208/825-5330

e-mail: christian.hertwig@oberhausen.de

Oberhausener Gesundheitsbericht
- Gesundheitsbefragung -

bearbeitet von: Ulrike Schönfeld-Nastoll
Grafiken: Reiner Rettweiler
Karten: Marion Stahlke

Zentrale Information:
Stadtverwaltung Oberhausen
Bereich 4-5, Statistik und Wahlen
Schwartzstraße 73, 46045 Oberhausen
Tel.: 0208/825-2649, Fax: 0208/825-5120

e-mail: ulrike.schoenfeld@oberhausen.de

Februar 2006, Auflage: 600

ISSN 0940-5607

Schutzgebühr: 10,- EUR zuzügl. 2,50 EUR Versandkostenanteil

Vorwort

Für uns alle ist Gesundheit ein wünschens- und erstrebenswertes Gut. Sie ist ein bestimmender Faktor in der Gestaltung des Lebens, der Lebensumstände und des Lebensumfeldes. Ihr Fehlen bringt den Menschen oft großes Leid und erfordert eine hohe Anpassungsleistung für den Einzelnen und die Gesellschaft.

Den Gesundheitszustand der Bevölkerung verbessern bedeutet zunächst, Potentiale und Defizite im körperlichen, psychischen und sozialen Bereich wahrzunehmen und zu beschreiben. So früh und gezielt wie möglich sollen sowohl Kompetenzen und Stärken wie auch mögliche Schäden und Gefahren erkannt und entsprechende Maßnahmen ergriffen werden.

Der vorliegende Gesundheitsbericht soll dazu einen Beitrag leisten. Er stellt die soziale und gesundheitliche Lage der Oberhausener Bevölkerung im Vergleich zu Duisburg, Mülheim und NRW dar. Besondere Berücksichtigung finden dabei die geschlechtsspezifischen Unterschiede. Der Gesundheitsbericht versteht sich dabei als Ausgangspunkt für weitergehende Diskussionen und Ausführungen zu den angesprochenen Themen. Die gesundheitliche Lage von Kindern findet hier keine Berücksichtigung, da ein Bericht der Stadtverwaltung zur Gesundheit von Kindern bereits vorliegt.

Um die Situation vor Ort konkret zu erfassen und notwendige Planungen entwickeln zu können, werden die Ergebnisse einer repräsentativen Bürgerbefragung vorgestellt. Hierbei steht im Mittelpunkt das gesundheitsrelevante Verhalten der Bürgerinnen und Bürger. Die Befragung stellt gesundheitliche Verhaltensweisen nicht pauschal dar, sondern bietet die Möglichkeit einer Betrachtung im Kontext gesellschaftlicher Rahmenbedingungen und Lebensräumen.

Die gesundheitliche Situation von Migrantinnen und Migranten wird in diesem Bericht nicht differenziert betrachtet. Die Ergebnisse der Gesundheitsbefragung, die Menschen mit Migrationshintergrund betreffen, fließen in den zurzeit in Arbeit befindlichen Integrationsbericht der Stadt Oberhausen ein.

Naturgemäß stellt sich beim „Vermessen der gesundheitlichen Landschaft“ und insbesondere bei der Abbildung bestimmter Krankheiten im Vergleich an vielen Stellen die Frage nach einem „Warum?“. Es ist offen auszusprechen, dass es oft nicht möglich ist, diese Frage zielgenau zu beantworten. Gesundheits- und Krankheitsgeschehen stellen sich außerordentlich komplex dar und ortsbezogene wissenschaftlich fundierte Belege für die eine oder andere Annahme stehen nicht zur Verfügung und sind auch nur durch kosten- und zeitintensive wissenschaftliche Studien zu erbringen. Dies schließt nicht aus, dass die hier vorliegende vergleichende Darstellung im Sinne einer Standortbestimmung die gesundheitliche Landschaft in Oberhausen beleuchtet und damit viele Ansatzpunkte bietet, die in diesem Bericht dazu genutzt werden, um praktische Antworten in Form konkreter Handlungsempfehlungen zu geben.

Die Fortschreibung des vorliegenden Berichtes in seiner „umfassenden“ Form ist ausdrücklich nicht jährlich, sondern in periodischen Abständen von ca. fünf Jahren geplant, um Entwicklungen ausreichend transparent aufzuzeigen. Während dieser Zeiträume werden speziell aufbereitete Themenschwerpunkte wie z.B. Gesundheit und Umwelt feste Bestandteile des Berichtswesens bilden.

Apostolos Tsalastras
Dezernent für Sport, Gesundheit, Kultur

	Seite
1. EINLEITUNG	9
1.1 Annäherung an eine Definition von Krankheit und Gesundheit	9
1.2 Der geschlechtsspezifische Aspekt.....	10
2. SOZIALE LAGE UND GESUNDHEIT	11
2.1 Darstellung der sozioökonomischen Situation in Oberhausen im Vergleich zu Duisburg, Mülheim und NRW	11
2.1.1 Bevölkerungsdichte	12
2.1.2 Verfügbares Einkommen	13
2.1.3 Arbeitslose.....	14
Karte 1: Arbeitslose je 1.000 Personen im erwerbsfähigen Alter 2004.....	16
2.1.4 Sozialhilfebezug	17
2.2 Darstellung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung in Oberhausen im Vergleich zu Duisburg, Mülheim und NRW	17
2.2.1 Sterbefälle	18
2.2.2 Lebenserwartung.....	18
2.2.3 Krankenhausfälle.....	19
2.3 Zusammenfassung	21
3. GESUNDHEITLICHE VERSORGUNG	22
3.1 Medizinische Versorgung im niedergelassenen Bereich – Versorgungsgrad.....	22
3.2 Krankenhausversorgung	24
3.3 Apotheken	26
4. AUSGEWÄHLTE KRANKHEITSBILDER	28
4.1 Diabetes	29
Handlungsempfehlung:	31
4.2 Herz-/Kreislaferkrankungen.....	31
4.2.1 Herzinfarkt	31
4.2.2 Schlaganfall.....	33
Handlungsempfehlung	35

4.3 Krebserkrankungen	36
4.3.1 Brustkrebs	36
4.3.2 Darmkrebs	37
4.3.3 Lungenkrebs (Bronchialkarzinom).....	39
4.3.4 Prostatakrebs	40
Handlungsempfehlung	42
4.4 Depressionen	42
Handlungsempfehlung	44
5. GESUNDHEITSRELEVANTE VERHALTENSWEISEN	45
Handlungsempfehlung	47
ERGEBNISSE DER GESUNDHEITSBEFRAGUNG DER OBERHAUSENER BEVÖLKERUNG	
6. KONZEPT DER BEFRAGUNG	48
7. DEMOGRAFISCHE MERKMALE DER BEFRAGTEN	50
8. ZUFRIEDENHEIT MIT DEM GESUNDHEITSANGEBOT	53
Karte 2: Zufriedenheit mit dem Gesundheitsangebot	54
9. SUBJEKTIVE EINSCHÄTZUNG DES GESUNDHEITZUSTANDES	55
9.1 Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes nach Alter	55
9.2 Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes nach Sozialschicht ..	55
Karte 3: Beurteilung des eigenen Gesundheitszustandes	57
Karte 4: Wie stark achten Sie im Allgemeinen auf Ihren Gesundheitszustand? ..	58
10. AUSGEWÄHLTE KRANKHEITSBILDER	59
10.1 Ausgewählte Krankheitsbilder nach Sozialschicht	60
11. GESUNDHEITSVERHALTEN	61
11.1 Sport und Bewegung	61
11.1.1 Sport und Bewegung nach Alter und Geschlecht	61
11.1.2 Sport und Bewegung nach Sozialschicht und Sozialräumen	63
11.1.3 Wichtigste Gründe, um keinen Sport zu treiben.....	65
Handlungsempfehlung	66

11.2 Rauchen	67
11.2.1 Rauchverhalten nach Geschlecht und Alter	67
11.2.2 Rauchverhalten nach Sozialschicht	69
11.2.3 Passivrauchen nach Geschlecht.....	70
11.2.4 Gründe mit dem Rauchen aufzuhören	71
Handlungsempfehlung	73
11.3 Alkohol	74
11.3.1 Alkoholkonsum nach Geschlecht und Sozialschicht	74
Handlungsempfehlung	76
11.4 Ernährung	77
11.4.1 Ernährungsverhalten nach Geschlecht und Haushaltstyp	77
11.4.2 Essverhalten nach Sozialschicht.....	78
Karte 5: Wie stark achten Sie im Allgemeinen auf Ihre Ernährung?	80
11.5 Body-Mass-Index	81
11.5.1 Übergewicht nach Geschlecht	81
11.5.2 Übergewicht nach sozialer Schicht	82
11.5.3 Untergewicht nach Geschlecht und Alter	83
11.5.4 Body-Mass-Index in Verbindung mit Sport und körperlicher Bewegung ..	83
Handlungsempfehlung	84
12. TEILNAHME AN MAßNAHMEN ZUR GESUNDHEITSFÖRDERUNG	85
Handlungsempfehlung	87
ZUSAMMENFASSUNG DER HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN	88
LITERATUR	90
ANHANG	91
Der Sozialschichtindex nach Scheuch/ Winkler	91
Fragebogen	93

HINWEIS:

Ein Tabellenband zur vertiefenden Darstellung ausgewählter Ergebnisse ist auf Anfrage gesondert erhältlich.

1. Einleitung

1.1 Annäherung an eine Definition von Krankheit und Gesundheit

In Gesundheitsberichten geht es vor allem um Gesundheit und Krankheit. So soll hier der Versuch einer Begriffsklärung an den Anfang gestellt werden.

Auf den ersten Blick scheinen die Begriffe Krankheit und Gesundheit eindeutig definiert. Gesundheit lässt sich mit Wohlbefinden und Abwesenheit von Beschwerden und Symptomen beschreiben. Mit Krankheit verbindet man Beschwerden, Schmerzen und Einschränkungen.

In der bekannten Präambel der Verfassung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wird Gesundheit wie folgt definiert: „Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen. Sich des bestmöglichen Gesundheitszustandes zu erfreuen, ist eines der Grundrechte jedes Menschen, ohne Unterschiede der Rasse, der Religion, der politischen Überzeugung, der wirtschaftlichen und sozialen Stellung.“

Bei genauer Betrachtung zeigt sich jedoch, dass sowohl im privaten wie im gesellschaftlichen Bereich die Begriffe Gesundheit und Krankheit sehr unterschiedlich definiert sein können. Für manche ist Gesundheit gleichbedeutend mit Wohlbefinden und Glück, andere verstehen darunter das Freisein von körperlichen Beschwerden. Wieder andere betrachten Gesundheit als Fähigkeit des Organismus, mit Belastungen fertig zu werden. Diese subjektiven Vorstellungen entwickeln sich in der Sozialisation jedes Einzelnen und in einem spezifischen gesellschaftlichen Kontext und Klima.

Die Wahrnehmung körperlicher Beeinträchtigungen wird durch die soziale und individuelle Einschätzung beeinflusst. Dieser Einschätzungsprozess ist zwar nicht unabhängig von der Schwere der Symptome, doch hat die Wahrnehmung von persönlichen und sozialen Ressourcen großen Einfluss auf die subjektive Befindlichkeit und das gesundheitliche Verhalten des Einzelnen.

Die statistische Norm von Gesundheit wird durch die Auftretenswahrscheinlichkeit einer Eigenschaft des Organismus bestimmt: Was auf die Mehrzahl der Menschen zutrifft, wird als gesund definiert. Abweichungen von diesen Durchschnittswerten sind dagegen als krank zu bezeichnen. Für die Einordnung einer Person als krank oder gesund sind also die Bezugspopulationen und die festgelegten Grenzwerte relevant.

Gesundheit insgesamt ist kein eindeutig definierbares Konstrukt; es besteht im allgemeinen Übereinstimmung darin, dass Gesundheit mehrdimensional betrachtet werden muss. Neben körperlichem und psychischem Wohlbefinden ist Gesundheit auch abhängig vom Vorhandensein, von der Wahrnehmung und dem Umgang mit Belastungen, von Risiken und Gefährdungen sowie von der Wahrnehmung, Erschließung und Inanspruchnahme von Ressourcen.

Große Bedeutung für die gesundheitliche Lage haben sozioökonomische Faktoren wie soziale Schichtzugehörigkeit, Einkommen, Bildungsstand, Arbeitssituation bzw. Arbeitslosigkeit, soziale Sicherheit, Wohnsituation, Familie und soziales Umfeld.

Ebenso große Bedeutung ist den gesundheitsförderlichen bzw. gesundheitsschädigenden Umweltfaktoren zuzumessen. Diese finden hier keine Erwähnung, da sie in ihrer Wichtigkeit in einem eigenen Bericht behandelt werden sollen.

1.2 Der geschlechtsspezifische Aspekt

Gesundheitsberichterstattung informiert über die gesundheitliche Lage der Bevölkerung und ihre gesundheitliche Versorgung; sie bildet die Grundlage für gesundheitspolitische Planungs- und Entscheidungsprozesse. Soll für alle Teile der Bevölkerung eine möglichst gute gesundheitliche Versorgung gewährleistet sein, müssen die unterschiedlichen Bedarfslagen verschiedener Bevölkerungsgruppen betrachtet werden.

Frauen und Männer unterscheiden sich im Gesundheits- und Krankheitsverhalten. Frauen gelten allgemein als das gesundheitsbewusstere Geschlecht. Sie ernähren sich gesünder, rauchen (noch) seltener und nehmen häufiger die Angebote zur Früherkennung wahr.

Einige Krankheiten treten ausschließlich bei Personen jeweils eines Geschlechts auf. Viele Krankheiten treten bei Frauen und Männern unterschiedlich häufig auf.

Die sozialen Rahmen- und Lebensbedingungen, die mittelbar Auswirkungen auf den gesundheitlichen Zustand und Bedarf an gesundheitlicher Betreuung haben, sind für Frauen und Männer nicht identisch.

In den westlichen Industrieländern leben Frauen länger als Männer, sie leiden aber häufiger unter gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Frauen und Männer erleben andere Symptomaten und suchen verschieden oft eine Ärztin oder einen Arzt auf oder nehmen andere medizinische Leistungen in Anspruch. Sie konsumieren unterschiedlich viele und jeweils andere Medikamente. Auch medizinische Diagnosen und Behandlungen variieren geschlechtsspezifisch, auch wenn Krankheitsbilder nicht an ein biologisches Merkmal gebunden sind.

2. Soziale Lage und Gesundheit

Sozioökonomische Faktoren haben wesentlichen Einfluss auf die gesundheitliche Lage der Bevölkerung. Empirische Studien haben in den letzten Jahren belegt, dass Angehörige sozioökonomisch benachteiligter Bevölkerungsgruppen mehr von Krankheiten und schlechter gesundheitlicher Lage betroffen sind als Angehörige sozioökonomisch bessergestellter Gruppen.

In den westlichen Industriestaaten zeigt sich: Je niedriger die soziale Schicht, desto höher ist die Erkrankungswahrscheinlichkeit und desto geringer ist die Lebenserwartung. Soziale Schichten sind dabei definiert durch Einkommen, Bildung und berufliche Stellung.

Ursächliche Faktoren für die ungleiche Verteilung von Krankheit und Sterblichkeit sind schichtspezifische Alltagsbelastungen wie Armut, schlechte Wohnlage, belastungsreiche Beschäftigungsverhältnisse sowie psychische und physische Folgen von Arbeitslosigkeit.

2.1 Darstellung der sozioökonomischen Situation in Oberhausen im Vergleich zu Duisburg, Mülheim und NRW

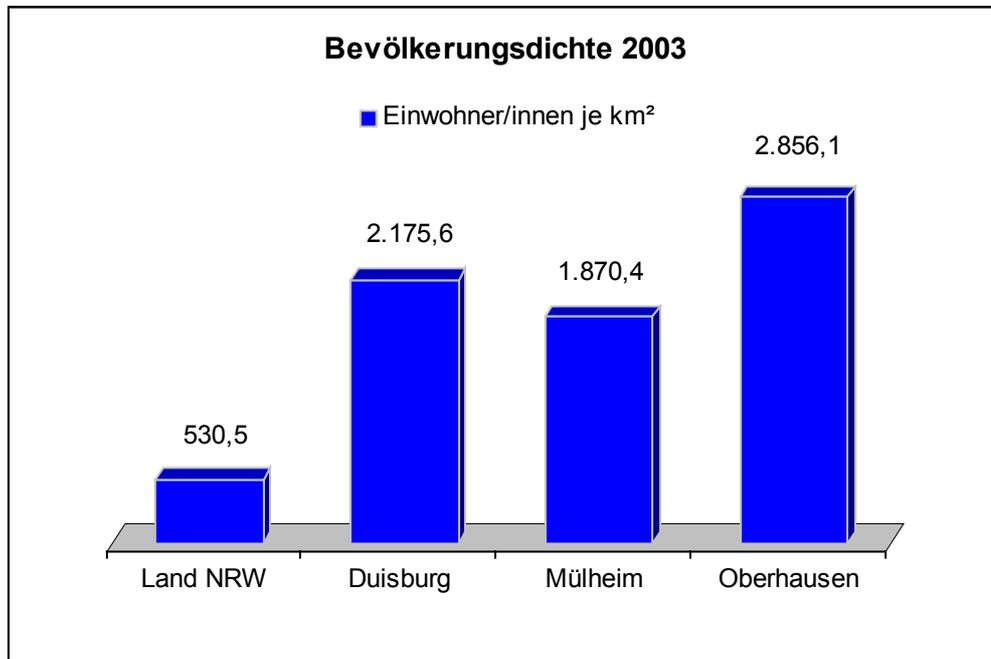
Die im folgenden vorgestellten Daten stammen vom Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst Nordrhein-Westfalen (Iögd) aus den kommunalen Indikatoren der Ländergesundheitsberichterstattung. Die Indikatorendaten setzen sich aus Quellen verschiedener Datenhalter zusammen wie u. a. das Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik.

Um Aussagen zur sozioökonomischen Situation der Oberhausener Bevölkerung treffen und den angestrebten Vergleich anstellen zu können, wurden folgende Indikatoren ausgewählt:

- Bevölkerungsdichte
- Verfügbares Einkommen
- Arbeitslose
- Sozialhilfeempfänger

2.1.1 Bevölkerungsdichte

Der Nachweis der ausgewiesenen Flächen erfolgt nach katasteramtlichen Gesichtspunkten. Zur Bevölkerung gehören alle Personen, die in Deutschland ihren (ständigen) Wohnsitz haben einschließlich der hier gemeldeten Migrantinnen und Migranten sowie Staatenlosen.

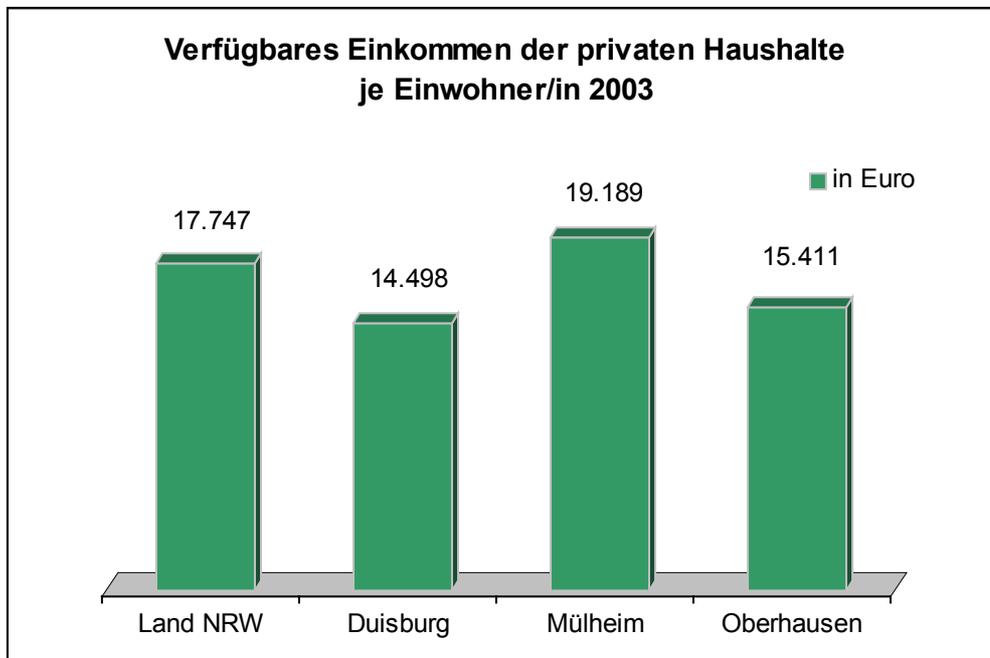


Quelle: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW

Die drei Städte zeigen naturgemäß eine höhere Bevölkerungsdichte im Vergleich zu NRW, da hier ländliche Regionen sich auf den Durchschnitt auswirken. Oberhausen weist aber eine deutlich höhere Bevölkerungsdichte auf als die anderen beiden Städte. Da im Stadtgebiet von Oberhausen die Wohndichte nicht homogen ist, kann davon ausgegangen werden, dass einzelne Quartiere als besonders eng besiedelt angesehen werden können. Ein Zusammenhang von Bevölkerungsdichte und sozialen und gesundheitlichen Problemen wird seit langem angenommen und sollte in der Gesundheitspolitik Berücksichtigung finden.

2.1.2 Verfügbares Einkommen

Das verfügbare Einkommen ist der Betrag, der für den letzten Verbrauch und für die Ersparnisbildung zur Verfügung steht und kann daher als Indikator des materiellen Wohlstandes der Bevölkerung angesehen werden.

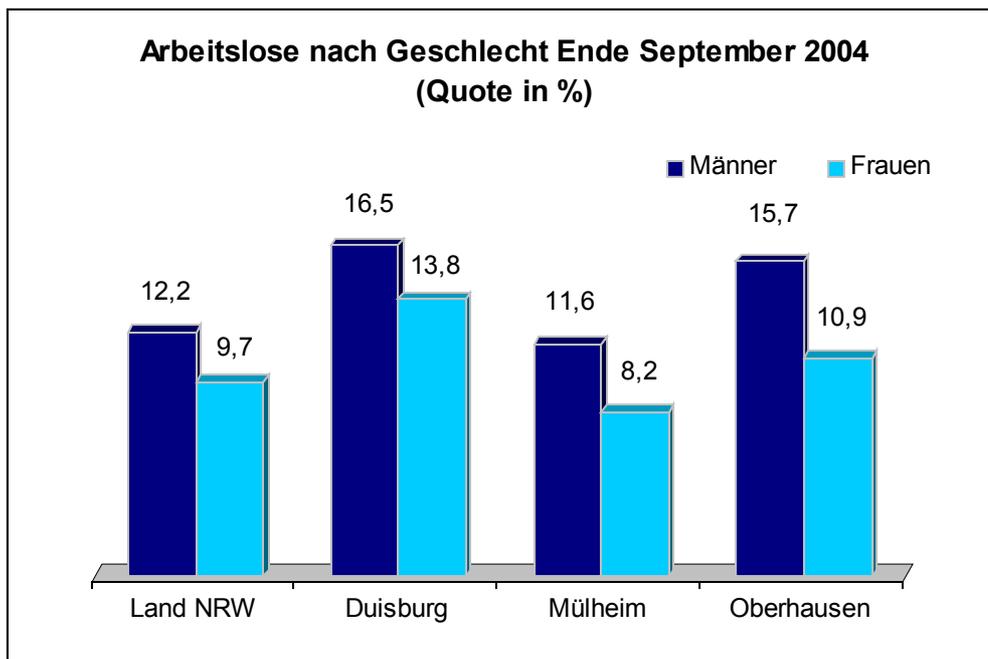


Quelle: LDS / NRW

Das verfügbare Einkommen liegt in Duisburg und Oberhausen deutlich unter und in Mülheim deutlich über dem Landesdurchschnitt. Hier zeigt sich drastisch die unterschiedliche wirtschaftliche Situation der Städte.

2.1.3 Arbeitslose

Indikatoren zur Arbeitslosigkeit werden als grundlegende Aussagen zur sozioökonomischen Lebenssituation genutzt. Zu Arbeitslosen zählen Personen, die ohne Arbeitsverhältnis – abgesehen von einer geringfügigen Beschäftigung – sind, die sich als Arbeitssuchende gemeldet haben, eine Beschäftigung von mindestens 18 und mehr Stunden für mehr als drei Monate suchen, für eine Arbeitsaufnahme sofort zur Verfügung stehen, nicht arbeitsunfähig erkrankt sind und das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.



Quelle: Bundesagentur für Arbeit / Regionaldirektion NRW

Bei der Arbeitslosenquote liegen Duisburg und Oberhausen deutlich über der Quote des Landes, während sich Mülheim nur minimal darunter befindet. In Oberhausen fällt auf, dass im Verhältnis weniger Frauen arbeitslos sind, auch wenn die Quote mit 10,9% nicht niedrig ist. Es zeigt sich, dass der Strukturwandel in Oberhausen zu vermehrten Arbeitsplätzen im Dienstleistungssektor geführt hat, in dem vor allem Frauen tätig sind.¹

Seit 2000 liegen dem Bereich Statistik und Wahlen kleinräumige Arbeitslosenzahlen vor. Dies ermöglicht den Umfang der Arbeitslosigkeit in einzelnen Wohnstandorten im Stadtgebiet zu untersuchen. In einer Analyse dieser Daten konnte im Jahr 2000 festgestellt werden, dass die Last der Arbeitslosigkeit nicht auf das gesamte Stadtgebiet gleichermaßen verteilt ist.²

Um einen quantitativen Vergleich unterschiedlicher Teilräume wie z.B. die Sozialräume und Quartiere zu ermöglichen, werden die Arbeitslosen je 1.000 Personen im erwerbsfähigen Alter (Einwohner/innen im Alter von 15 bis unter 65 Jahren) berechnet.

¹ „Von der Industrieproduktion zur Dienstleistungswirtschaft“, Beiträge zur Stadtentwicklung Nr.73, Stadt Oberhausen, Januar 2003

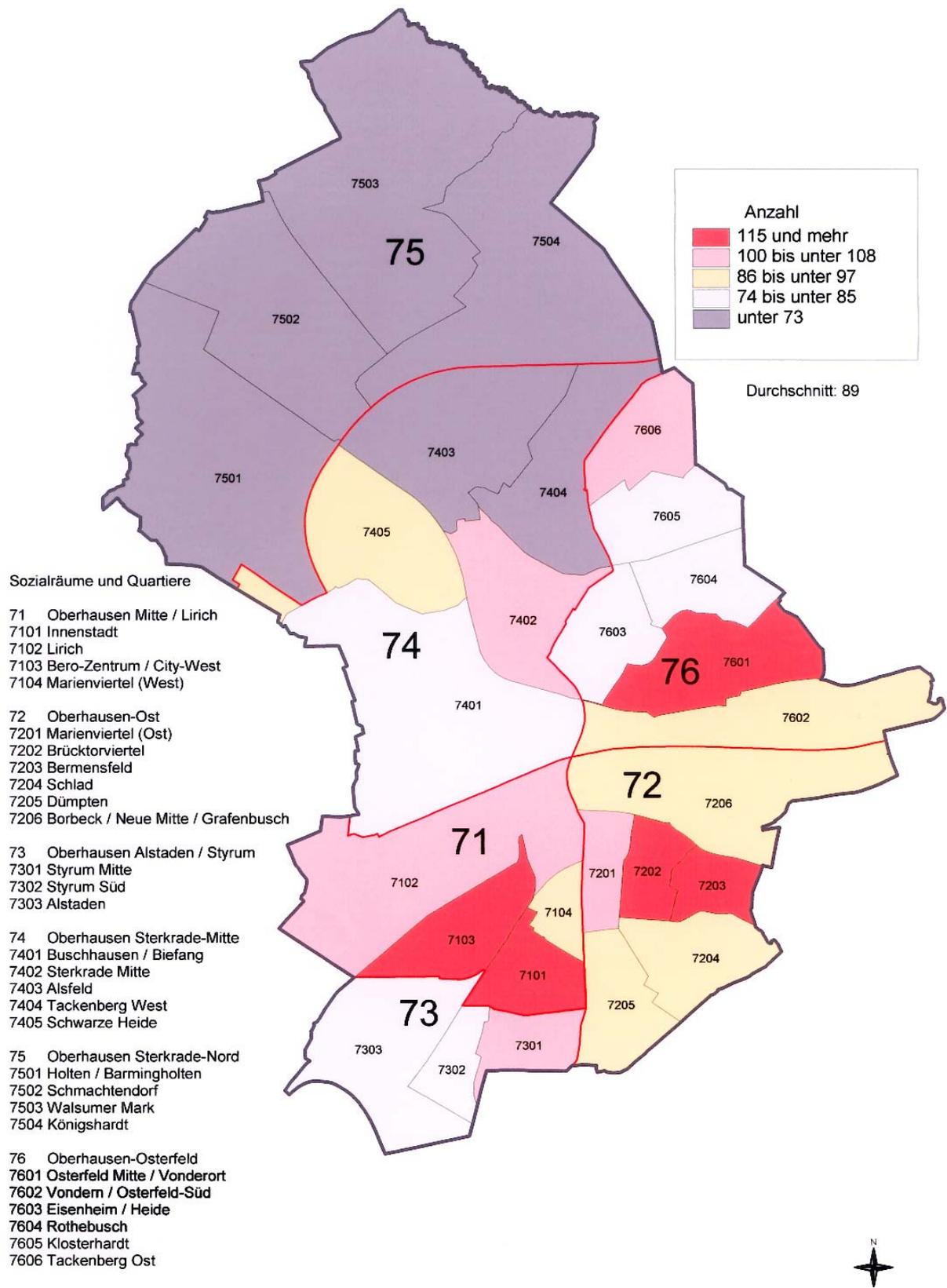
² „Kleinräumige Strukturen der Arbeitslosigkeit in Oberhausen 2000“, Beiträge zur Stadtentwicklung Nr.69, Stadt Oberhausen, Januar 2001

2004 kommen danach durchschnittlich 89 Arbeitslose auf 1.000 erwerbsfähige Einwohnerinnen und Einwohner. Die höchsten Arbeitslosenkonzentrationen pro 1.000 Erwerbsfähige finden sich im Stadtbezirk Alt-Oberhausen (Innenstadt 130 Arbeitslose, Bero-Zentrum/City-West 123, Brücktorviertel 138, Bermensfeld 115) sowie in Osterfeld Mitte mit 120 Arbeitslosen (siehe Karte 1).

Die niedrigste Arbeitslosenzahl pro 1.000 Erwerbsfähige gibt es im Sozialquartier Königshardt mit 42 arbeitslosen Personen pro 1.000 Erwerbsfähige.

Zusammenhänge zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit sind bekannt. In vielen Studien finden sich Belege für einen schlechteren Gesundheitszustand von Arbeitslosen. Zur Zeit ist das Ursachengefüge nicht hinreichend nachgewiesen; es ist davon auszugehen, dass Krankheit zu einem erhöhten Arbeitslosigkeitsrisiko führt (Selektionshypothese) und dass Arbeitslosigkeit ein erhöhtes Krankheitsrisiko zur Folge hat (Kausalitätshypothese).

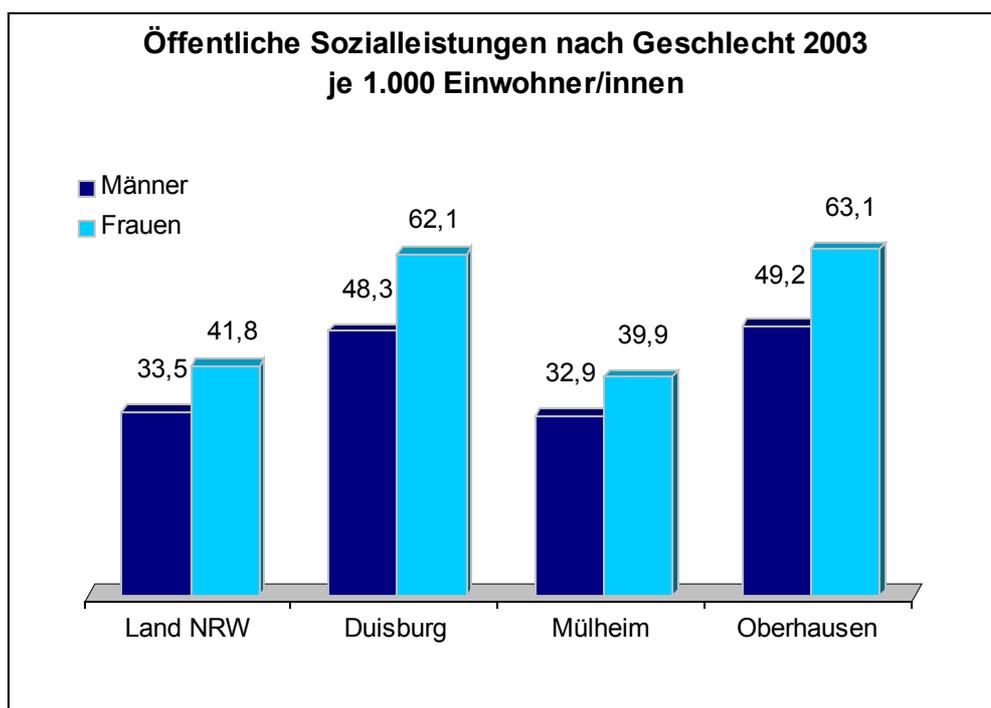
Karte 1 Arbeitslose je 1.000 Personen im erwerbsfähigen Alter 2004



2.1.4 Sozialhilfebezug

Die Indikatoren über Empfängerinnen und Empfänger von ausgewählten öffentlichen Leistungen werden zu Aussagen zur sozioökonomischen Lebenssituation genutzt. Hilfe zum Lebensunterhalt ist den Personen zu gewähren, die ihren notwendigen Lebensunterhalt nicht oder nicht ausreichend aus eigenen Kräften und Mitteln beschaffen können. Sozialhilfe soll nach dem Bundessozialhilfegesetz eine Lebensführung ermöglichen, die der Würde des Menschen entspricht.

Anmerkung: Die neuen Bestimmungen des ALG II finden in der vorliegenden Statistik keine Berücksichtigung aufgrund des Erfassungsjahres.



Quelle: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW / Eigene Berechnungen

In Duisburg und Oberhausen erhalten deutlich mehr Menschen Sozialleistungen als im Landesdurchschnitt, während in Mülheim die Anzahl der Leistungsbezieher/innen nur minimal unter dem Landesdurchschnitt bleibt. In Duisburg und Oberhausen findet sich eine höhere Anzahl von weiblichen Leistungsempfängern sowohl im Vergleich zu Mülheim und NRW als auch im Verhältnis zu den männlichen Leistungsempfängern.

2.2 Darstellung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung in Oberhausen im Vergleich zu Duisburg, Mülheim und NRW

Als Basis der Darstellung wurden folgende Indikatoren ausgewählt:

- Sterbefälle
- Lebenserwartung
- Krankenhausfälle

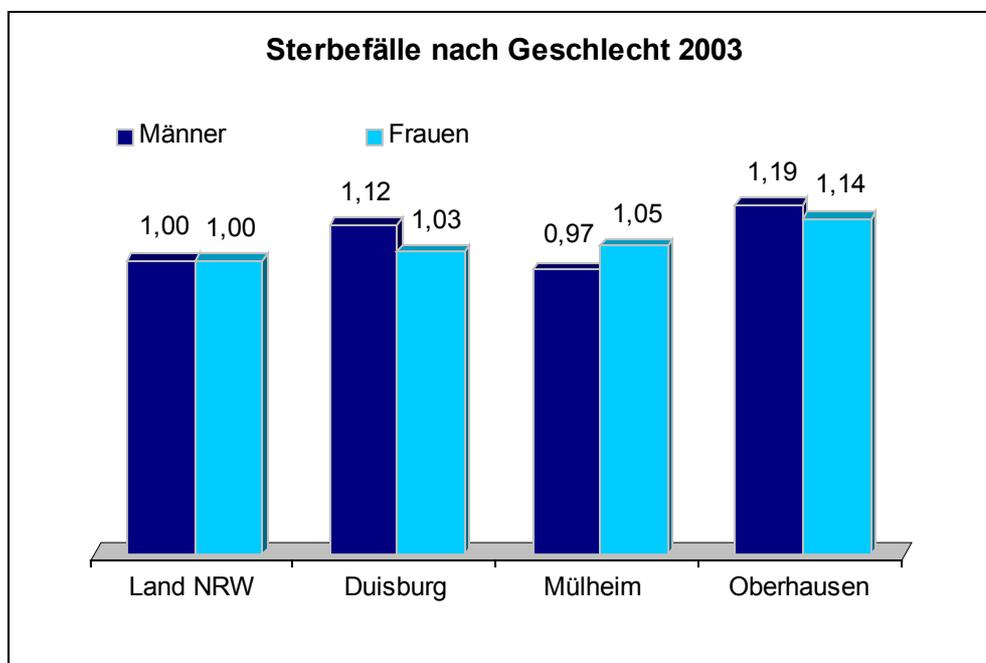
Die Indikatoren zu den vermeidbaren Sterbefällen sind hier nicht aufgenommen worden, da ein Bericht der Stadtverwaltung Oberhausen zu diesem Thema vorliegt: „Verlorene Lebensjahre – Eine Analyse vorzeitiger Todesfälle in Oberhausen“.

2.2.1 Sterbefälle

Alters- und geschlechtsspezifische Sterbeziffern weisen auf geschlechtsbezogene und regionale Unterschiede zwischen Kommunen in der Sterblichkeit hin.

Die absolute Zahl Gestorbener ebenso wie die Sterberate (Zahl der Gestorbenen pro Jahr je 100 000 Einwohner) berücksichtigt nicht die Altersstruktur der Bevölkerung. Diese ist jedoch maßgeblich für eine zwischen den Regionen vergleichbare Sterberate und wird deshalb durch eine Altersstandardisierung ermöglicht. Bei den hier vorliegenden Daten kommt die indirekte Standardisierung zur Anwendung. Der Standardwert des Bundeslandes - hier NRW - ist gleich 1,0 (beobachtete gleich erwartete Fälle), die Ergebnisse der Städte lassen sich als prozentuale Abweichung von diesem Landesdurchschnitt interpretieren.

Es ist zu beachten, dass altersstandardisierte Raten fiktive Kennziffern darstellen, die als Vergleichsgrößen zwischen verschiedenen Populationen dienen.



Quelle: Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW

Während die Sterblichkeit in Mülheim sich kaum von der in NRW unterscheidet, liegen die Werte von Duisburg und Oberhausen bei Männern signifikant über dem Landesdurchschnitt.

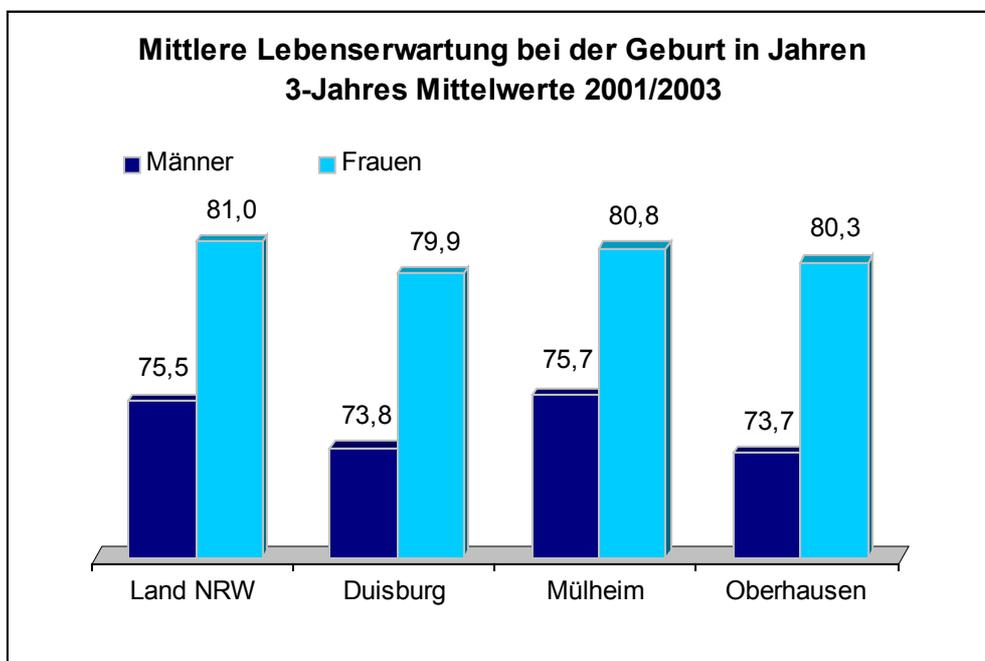
Der Anteil von Sterblichkeit von Frauen liegt in Duisburg ungefähr auf Landesebene, während er in Oberhausen signifikant über dem Landesdurchschnitt liegt.

2.2.2 Lebenserwartung

Die mittlere Lebenserwartung gibt an, wie viele Jahre ein Neugeborenes bei unverändert gegenwärtigen Sterberisiken im Durchschnitt noch leben würde.

Wegen der geringen Bevölkerungszahlen wird die Berechnung grundsätzlich auf der Basis von drei zusammengefassten Jahren vorgenommen.

Wie bekannt haben in den westlichen Industriestaaten die Frauen eine höhere Lebenserwartung. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die durchschnittliche Lebenserwartung von Männern zum Teil gesenkt wird durch erhöhte Sterblichkeit aufgrund von Risikoverhalten im Alter zwischen 15 und 34 Jahren, hier an erster Stelle durch Verkehrsunfälle gefolgt von Suizid und Medikamenten- sowie Drogenabhängigkeit.



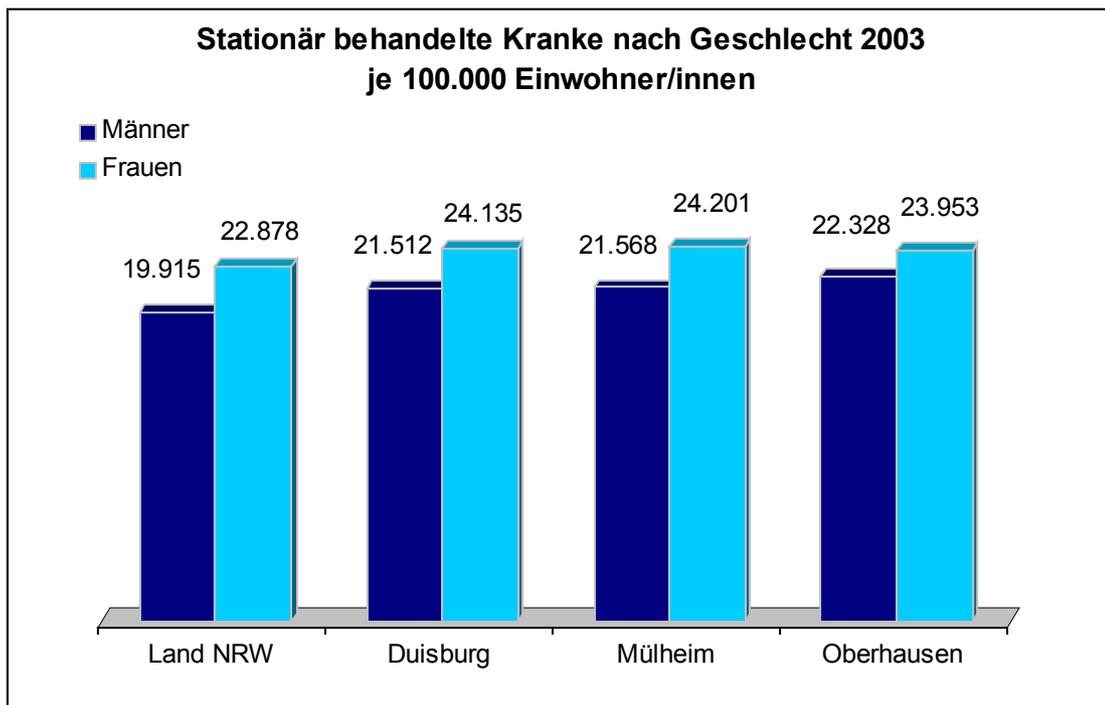
Quelle: LDS / Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (lögD)

In Duisburg ist die Lebenserwartung bei Frauen um 1,10 Jahre und bei den Männern um 1,64 Jahre kürzer als im Landesdurchschnitt, in Oberhausen bei den Frauen um 0,72 Jahre und bei den Männern um 1,79 Jahre kürzer und damit ebenfalls unter dem Landesdurchschnitt. Mülheim bewegt sich hier ungefähr auf Landesebene.

Hier ist zu beachten, dass Daten über die Lebenserwartung keine Aussage möglich machen über die Anzahl der gesunden Lebensjahre. Wenn Menschen ein langes Leben wünschen, und das tun die meisten, meint dies ein gesundes Leben. Eine verlängerte Lebenserwartung kann auch eine Verlängerung von „kranken“ Jahren bedeuten. Die mit der Datenerfassung betrauten Institutionen, insbesondere das Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst in NRW (lögD), arbeiten daran, die Lebenserwartung in gesunden Jahren darstellen zu können. Zur Zeit besteht diese Möglichkeit noch nicht.

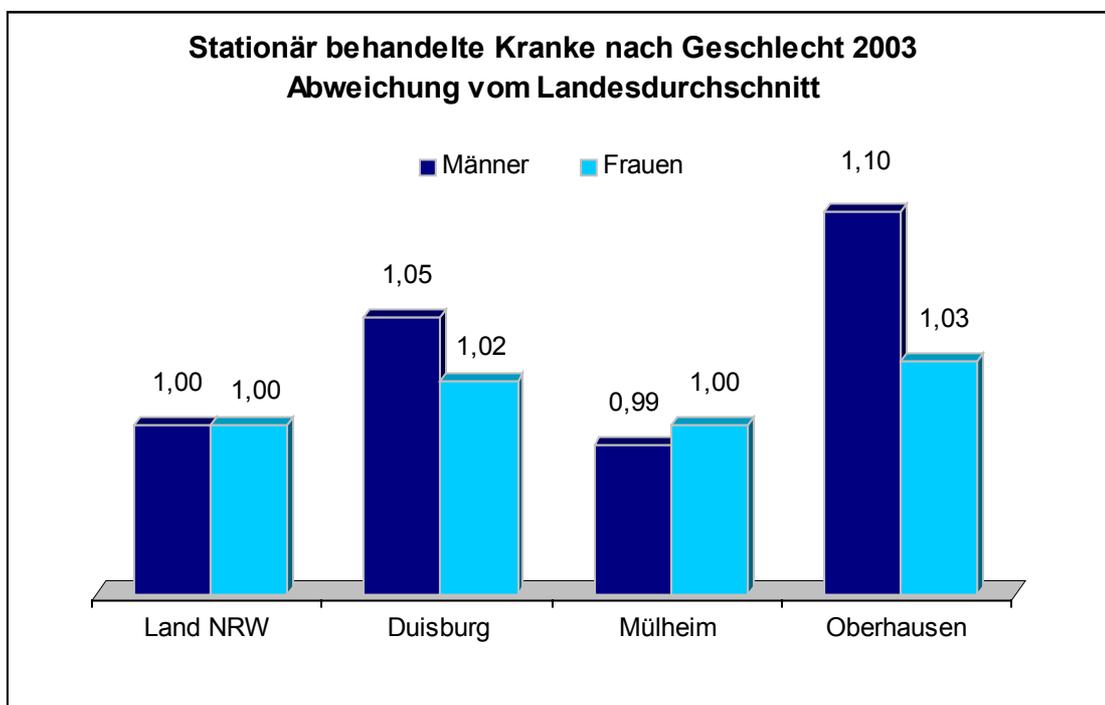
2.2.3 Krankenhausfälle

Die Krankenhausfälle berechnen sich aus der Anzahl der Patientinnen und Patienten, die in ein Krankenhaus aufgenommen und stationär behandelt wurden. Änderungen in der Häufigkeit von Krankenhausfällen können nicht zwangsläufig auf eine Veränderung der Morbidität zurückgeführt werden. Der Frauenanteil erhöht sich zum Teil durch stationäre Entbindungen. Mehrfachbehandlungen zu derselben Krankheit führen insgesamt zu Mehrfachzählungen.



Quelle: LDS NRW / Krankenhausstatistik

Hier zeigt sich, dass tatsächlich bei Frauen mehr Krankenhausfälle zu verzeichnen sind. In Oberhausen werden mehr Krankenhausaufenthalte registriert als in NRW und weniger als in den verglichenen Städten. Auch bei Männern weisen die Städte mehr Krankenhausfälle auf als NRW, dabei werden in Oberhausen die meisten Fälle vermerkt.



Quelle: LDS NRW / Krankenhausstatistik

Werden die Daten an der stationären Behandlungshäufigkeit von NRW standardisiert, sieht das Ergebnis etwa anders aus. Während in Duisburg und Oberhausen sowohl bei Männern als auch bei Frauen eine Abweichung vom Landesdurchschnitt nach oben zu

verzeichnen ist, liegen die Werte von Mülheim fast genau auf Landesebene. Festzuhalten ist, dass im Vergleich zum Landesdurchschnitt und im Städtevergleich bei Männern in Oberhausen die Abweichung nach oben am höchsten ist.

2.3 Zusammenfassung

Die vorgestellten Daten zur sozioökonomischen und gesundheitlichen Lage in Oberhausen zeigen ein durchaus bekanntes Bild. Oberhausen gilt ähnlich wie Duisburg als arme Stadt. Strohmeier und Kersting haben 1997 auf der Basis von Strukturdaten der Kreise und Kreisfreien Städte in Nordrhein-Westfalen sechs „Gebietscluster“ oder Regionstypen unterschieden. Hier werden Oberhausen und Duisburg dem sogenannten Armutspol zugeordnet. Dieser Regionstyp beschreibt homogen arme Städte in NRW. Sie sind gekennzeichnet durch die höchsten Anteilswerte bei alten Menschen, Sozialhilfebeziehern, Arbeitslosen und Migrantinnen/Migranten. Trotz eines deutlichen Bevölkerungsrückganges bleibt die Bevölkerungsdichte sehr hoch. In diesen Städten sind benachteiligt soziale Lagen sehr ausgeprägt.

Aber es gibt keinen Anlass zur Mutlosigkeit. Die sozialen Strukturveränderungen haben Oberhausen wie anderen Ruhrgebietsstädten hart zugesetzt und sind nicht ohne vielfältige Verluste in Hinsicht auf Prosperität und Lebensqualität geblieben. Dennoch hat sich auch Oberhausen den Anforderungen des Strukturwandels gestellt und neue Schwerpunkte im Bereich Einkauf, Dienstleistung und Kultur gesetzt. Darüber hinaus hat es Oberhausen trotz wirtschaftlicher und landschaftlicher Benachteiligungen verstanden, den Bürgerinnen und Bürgern eine Identifikation und Verbundenheit mit der Stadt möglich zu machen. Nicht umsonst sind Begriffe wie Eisenheim und Missfits stellvertretend für Oberhausen überregional und über Landesgrenzen hinaus bekannt geworden.

Dennoch ist es nun doch so, dass Zusammenhänge zwischen Armut und Gesundheit vielfältig belegt sind. Nach wie vor sind Gesundheitsrisiken in Deutschland, in NRW und damit auch in Oberhausen ungleich verteilt. Wenn Menschen mit niedrigem Bildungsstand, schlechterem Berufsstatus und geringerem Einkommen die gleichen gesundheitlichen Chancen haben sollen, muss es vor allem darum gehen, zielgruppenspezifische Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung zu entwickeln und zugleich die gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen und -räume mit zu berücksichtigen.

3. Gesundheitliche Versorgung

Gesundheitliche Versorgung setzt sich aus unterschiedlichen Bausteinen verschiedener Anbieter und Dienstleister in einem koordinierten und aufeinander abgestimmten Gesamtprozess zusammen.

Sie hat die Aufgabe, ein bedarfsgerechtes System gesundheitlicher Für- und Vorsorge unter Berücksichtigung örtlicher und struktureller Bedürfnisse zu gewährleisten.

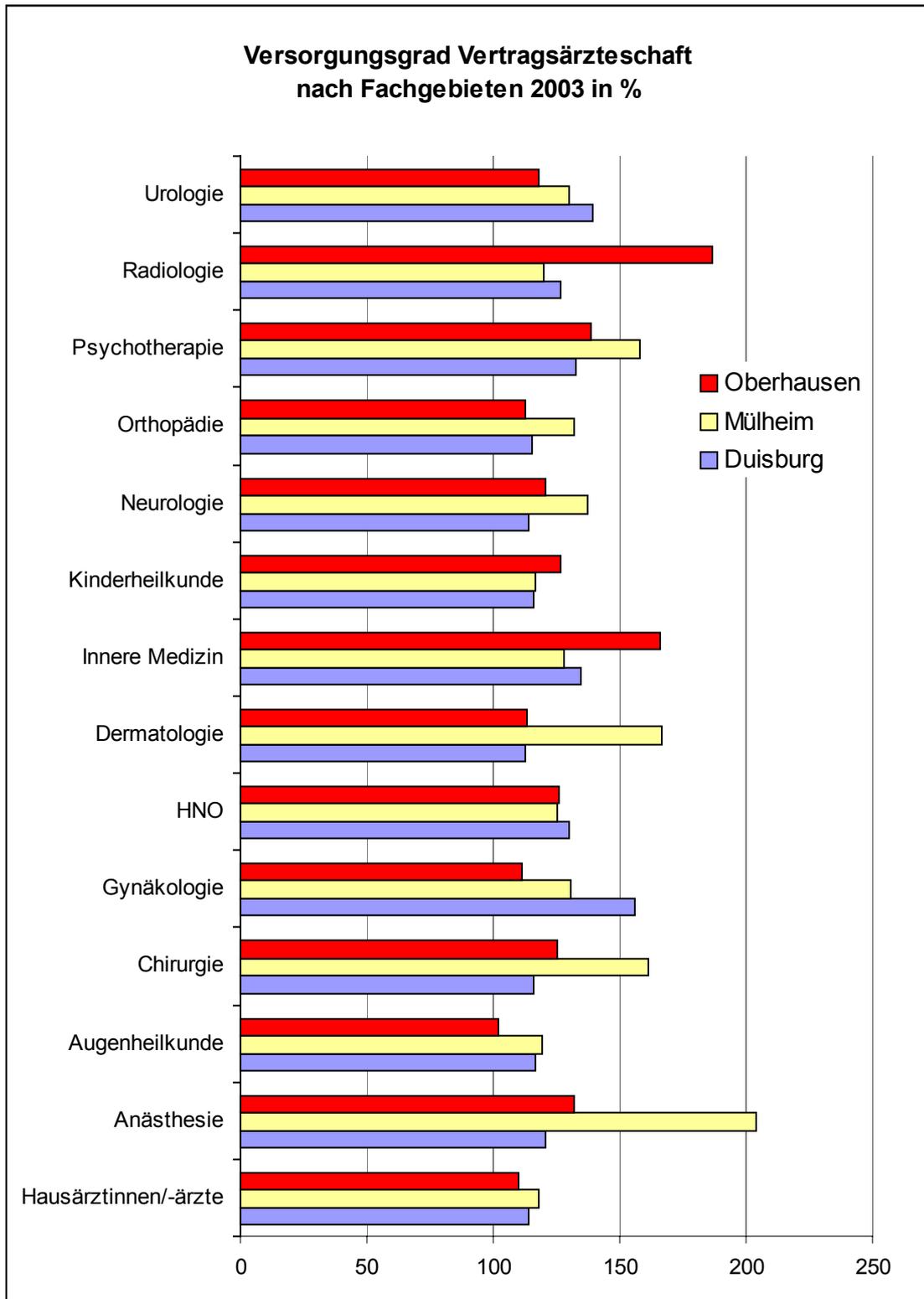
Tragende Säulen dieses Systems sind die gesundheitliche Versorgung durch die niedergelassene Ärzteschaft sowie die stationäre Versorgung in Krankenhäusern. Darüber hinaus spielt auch die reibungslose Versorgung der Bevölkerung mit Medikamenten eine wichtige Rolle.

3.1 Medizinische Versorgung im niedergelassenen Bereich – Versorgungsgrad

Der Versorgungsgrad dient als Maßzahl zur Beschreibung von Ressourcenmengen, die für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung zur Verfügung stehen. Dieser Versorgungsgrad wird anhand der Verhältniszahlen der Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) dargestellt.

Anhand von regional unterschiedlich gegliederten Verdichtungsräumen wird ein differenzierter Versorgungsgrad als Ausgangsrelation für die Feststellung von Überversorgung oder Unterversorgung ermittelt.

Eine Unterversorgung liegt vor, wenn der Stand der hausärztlichen Versorgung den ausgewiesenen Bedarf um mehr als 25 % bzw. denjenigen der fachärztlichen Versorgung um mehr als 50 % unterschreitet. Eine Überversorgung liegt vor, wenn eine Überschreitung der örtlichen Verhältniszahl von mehr als 10 % vorliegt.



Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein und Westfalen-Lippe – Planungsdaten für die ärztliche Versorgung

In Oberhausen wird in allen dargestellten Fachdisziplinen der von der KV definierte Versorgungsgrad erreicht bzw. vielfach sogar mit einer Tendenz der Überversorgung überschritten.

Dieser Sachverhalt trifft auf alle miteinander verglichenen Städte zu.

Jede einzelne der verglichenen Städte zeichnet sich in jeweils unterschiedlichen Fachdisziplinen durch einen Zustand der Überversorgung aus.

Gleichwohl ist anzumerken, dass Tendenzen zur Konzentration gerade auch fachärztlicher Leistungsangebote auf die Innenstadtbereiche entsprechende Mobilität der Patientinnen und Patienten voraussetzen.

3.2 Krankenhausversorgung

Die Krankenhausversorgung ist eine der tragenden Säulen im Gesundheitssystem. Aufgrund medizinisch-technischer Entwicklung und geänderter finanzieller Rahmenbedingungen war (und ist) die Krankenhauslandschaft in Ländern und Kommunen starken Veränderungen ausgesetzt.

Bettenabbau, verkürzte Verweildauer und Konzentration von Angeboten sind nur drei Stichworte aus der Diskussion der letzten Jahre.

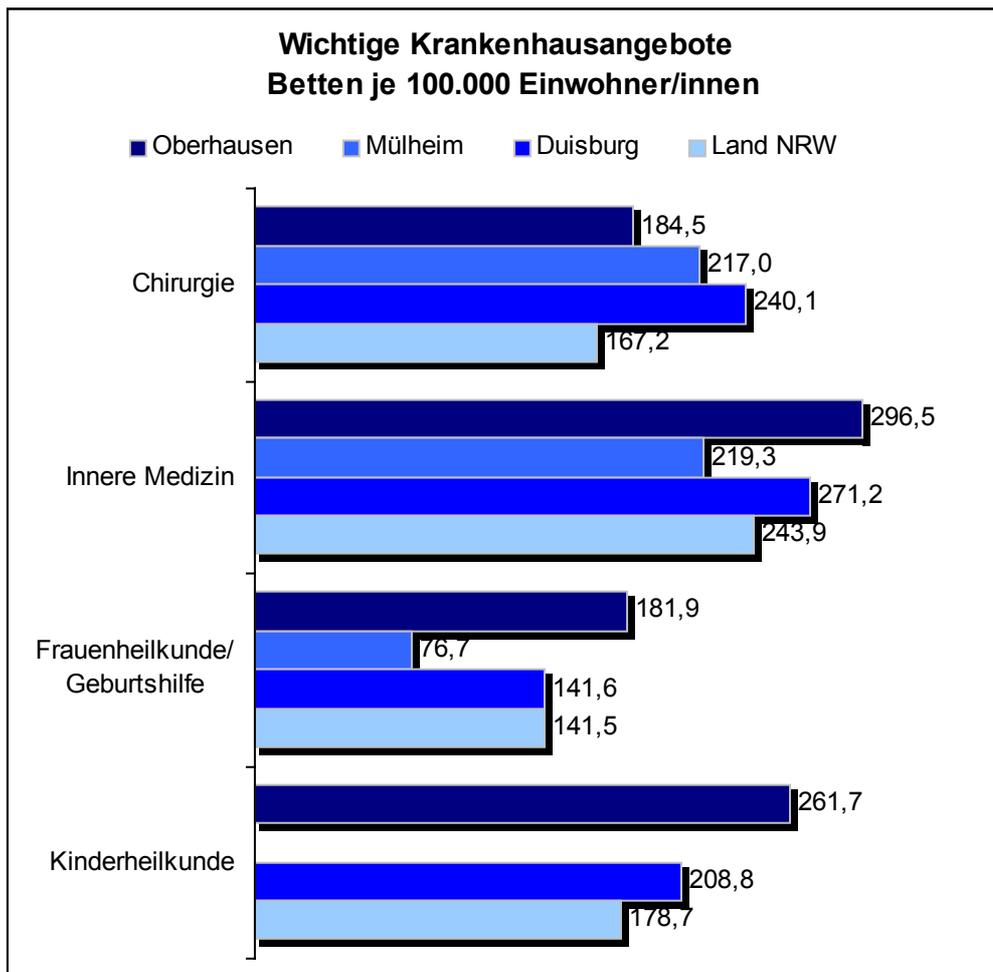
Krankenhausplanung unterliegt den Vorgaben des Krankenhausgesetzes NRW (KHG NRW), das die Entwicklung regionaler Planungskonzepte vorsieht. Hierbei ist eine Region keine vom Gesetzgeber vorgegebene Größe, sondern wird von den beteiligten Krankenhäusern unter möglichst funktionalen Gesichtspunkten selbst definiert und festgelegt.

Zu Verhandlungen über ein regionales Planungskonzept können die Krankenhausträger, die Verbände der Krankenkassen sowie das zuständige Landesministerium auffordern. Verhandlungspartner sind die Krankenhausträger und die Verbände der Krankenkassen.

Einvernehmlich beschlossene Verhandlungen über ein gemeinsames Planungskonzept müssen spätestens 6 Monate nach Verhandlungsbeginn abgeschlossen sein. Wird ein einvernehmliches Planungskonzept nicht vorgelegt, entscheidet das zuständige Ministerium von Amts wegen.

In Oberhausen erfolgte die Einigung auf ein regionales Planungskonzept Anfang 2004.

Verfügbare Daten für einen kommunalen Vergleich der wichtigsten Krankenhausangebote stammen aus dem Jahre 2003.

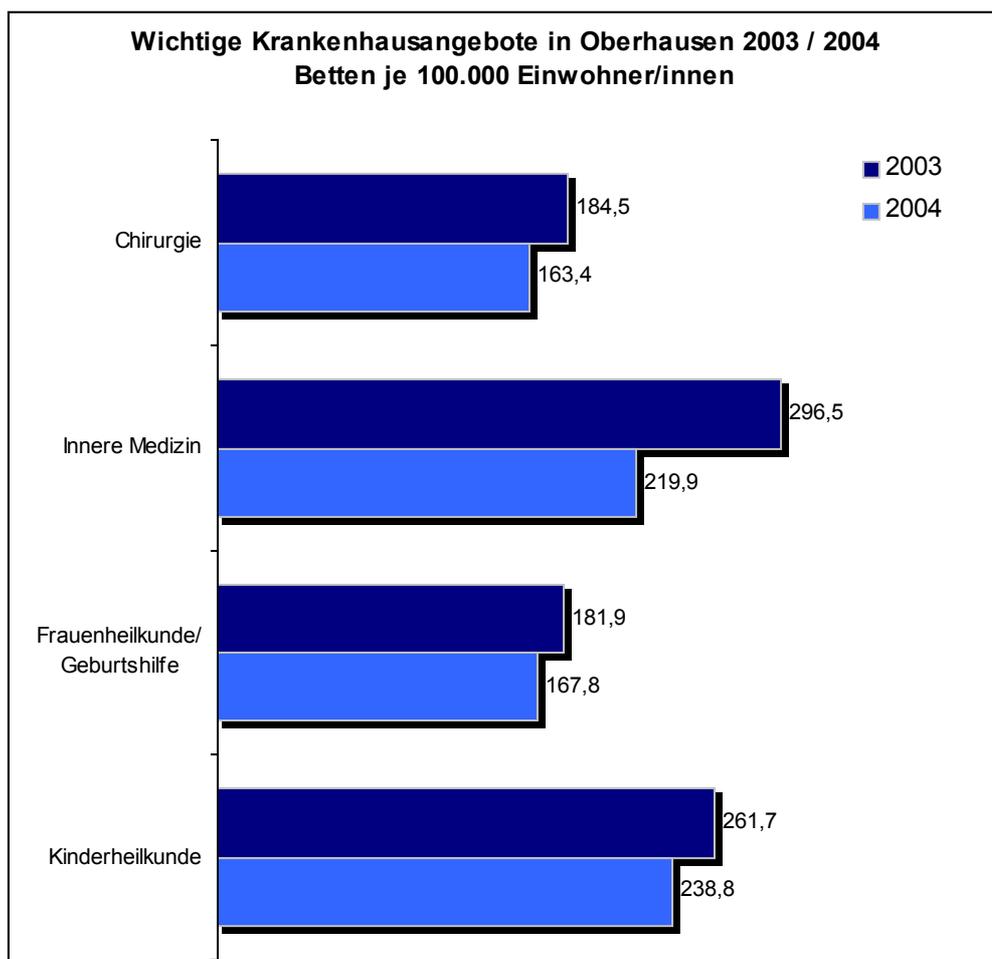


Quelle: LDS/Krankenhausstatistik

Die Bettenzahl der Oberhausener Krankenhäuser in den Fachdisziplinen Chirurgie, Innere Medizin, Frauenheilkunde/Geburtshilfe und Kinderheilkunde liegen nach den Daten aus dem Jahr 2003 z. T. stark über dem Landesdurchschnitt. Nur das Bettenangebot in der Fachdisziplin Chirurgie ist in diesem Vergleich in Duisburg stärker entwickelt als in Oberhausen.

Der in Oberhausen im Jahre 2004 realisierte Anpassungsprozess in Form eines regionalen Planungskonzeptes führte durch Neuausrichtung von Krankenhausstrukturen zu einer Angleichung von Bettenkapazitäten an die Vorgaben des Krankenhausbedarfsplanes.

Der Jahresvergleich 2003 / 2004 der in Oberhausen vorgehaltenen Betten in den o. g. Fachrichtungen zeigt, dass sich dieser Anpassungsprozess in Form einer z. T. deutlichen Reduzierung der Bettenzahl (z.B. Innere Medizin) ausgewirkt hat.



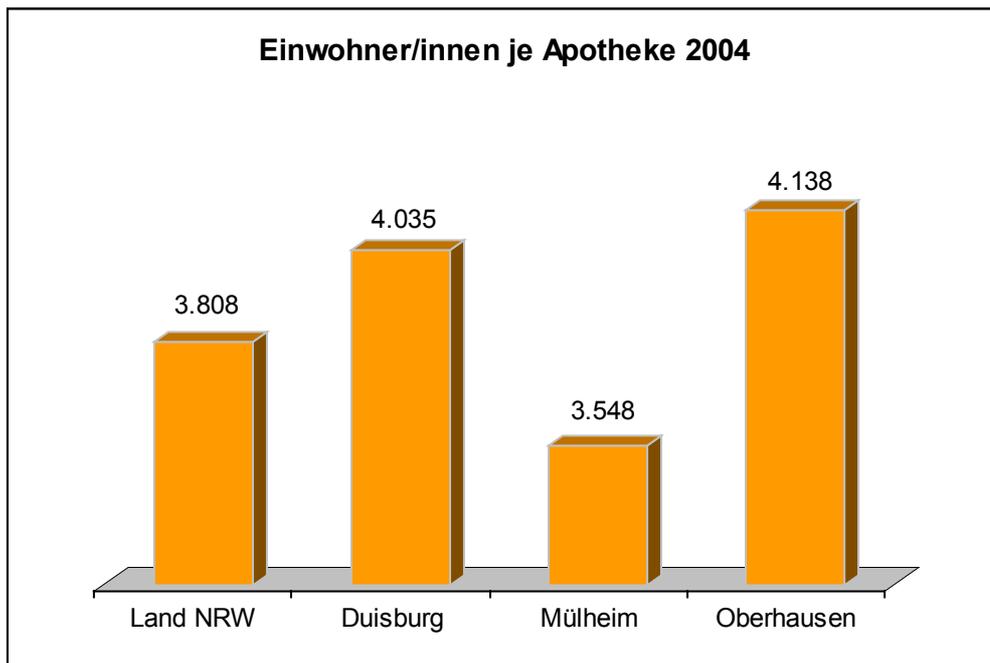
Quelle: Eigene Berechnungen auf der Basis der Feststellungsbescheide Bezirksreg. Düsseldorf gemäß KHG NRW

Eine Darstellung der Situation im Landes-/Städtevergleich ist aufgrund fehlender aktueller überörtlicher Daten hier nicht möglich.

3.3 Apotheken

Den Apotheken obliegt die im öffentlichen Interesse gebotene Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung der Bevölkerung (§1 Apothekengesetz). Apotheken unterliegen den Bestimmungen des Apothekengesetzes und ihr Betrieb bedarf der Erlaubnis durch die zuständige Verwaltungsbehörde.

Die Versorgungsdichte beschreibt in diesem Fall die Zahl der Einwohner pro Apotheke und ist somit Indikator für die allgemeine Versorgungsqualität auf diesem Gebiet. Auch hier ist anzumerken, dass eine Konzentration von Apotheken auf Stadtkerne bzw. ärztliche Versorgungszentren (Ärztelhäuser etc.) zu beobachten ist. Dieser Sachverhalt bedeutet jedoch nicht zwangsläufig eine Unterversorgung in einzelnen Stadtteilen.



Quelle: LDS/Apothekerkammer Nordrhein/Westfalen-Lippe

Während im Landesdurchschnitt eine Apotheke 3808 Einwohner/innen versorgt, liegt die Zahl in Duisburg und Oberhausen über jeweils 4000 Einwohner/innen. Mülheim hat hier eine höhere Apothekendichte vorzuweisen (3548 Einwohner/innen pro Apotheke).

Insgesamt wird die fortschreitende Entwicklung im Gesundheitswesen mit ihren Auswirkungen auf die Verordnungspraxis bei rezeptpflichtigen Medikamenten sowie der sich immer mehr verbreitende Online-Vertrieb von Medikamenten auch Einfluss auf die weitere Entwicklung der „Apothekenlandschaft“ in den Kommunen nehmen. Hier ist in den nächsten Jahren die Marktentwicklung zu beobachten, damit eine reibungslose Versorgung der Bevölkerung mit Medikamenten weiterhin sichergestellt bleibt.

4. Ausgewählte Krankheitsbilder

Die hier vorgestellten Erkrankungen stellen leicht erkennbar nur einen Ausschnitt aus dem heute relevanten Spektrum von Krankheitsbildern dar. Sie wurden einerseits aufgrund ihrer Häufigkeit und Relevanz für das Krankheitsgeschehen in Oberhausen in den Vordergrund gerückt, andererseits aufgrund hier bestehender Wechselwirkungen mit gesundheitsrelevanten Lebensumständen und Verhaltensweisen. In Verbindung mit der Gesundheitsbefragung der Oberhausener Bürgerinnen und Bürger kann so eine vielfältig auszurichtende Betrachtung ermöglicht werden.

Beschreibung des Datenbestandes:

Sterbefälle

Für die Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung werden bei Sterbefällen der Sterbetag, das Geschlecht, Alter, der Familienstand und die Wohngemeinde erfasst. Die Todesursachenstatistik umfasst alle im Berichtsjahr Gestorbenen. Sie stützt sich auf den Leichenschauchein sowie auf die Sterbefallzählkarte. Die Verschlüsselung erfolgt nach den Regeln der geltenden internationalen Klassifikation (ICD) der Todesursachen, unikausal nach dem Grundleiden im zuständigen statistischen Landesamt.³

Krankenhausfälle

Die Krankenhausdiagnose-Statistik ist Bestandteil der amtlichen Krankenhausstatistik. In der hier vorliegenden Diagnose-Statistik werden nur Daten der Krankenhäuser erfasst. Der Datensatz ist nach dem Wohnort organisiert.

Altersstandardisierung

Die vorliegenden Daten wurden einer Altersstandardisierung unterzogen. Dieses statistische Verfahren ermöglicht einen Vergleich unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen, indem verzerrende Alterseinflüsse beseitigt werden. Aufgrund des demographischen Wandels nimmt die Anzahl der 70- bis 80-jährigen Menschen stark zu. Würden z. B. in dieser Altersgruppe unverändert 50% der Personen an einer bestimmten Krankheit leiden, so würde eine größere Absolutzahl an Erkrankten festgestellt werden. Altersstandardisierte Erkrankungs- oder Sterbeziffern stellen dar, wie die Erkrankungshäufigkeit oder Sterblichkeit in der untersuchten Bevölkerung wäre, wenn die Altersstruktur der Standardbevölkerung zugrunde läge. Die standardisierten Ziffern verschiedener Bevölkerungen sind somit vergleichbar, weil sie auf die gleiche Altersstruktur bezogen wurden. Die nichtstandardisierten absoluten Zahlen für Oberhausen liegen im Tabellenband vor.

Anmerkung: Die hier vorliegenden Krankheitsbeschreibungen sind weder umfassend noch in der Darstellung von Symptomen vollständig. Sie erläutern lediglich die der Datengrundlage entsprechenden Krankheiten.

³ Bis 1997 wurden die Todesursachen in Deutschland nach der ICD-9 verschlüsselt, seit 1998 wird die ICD-10 verwendet.

Die ICD (International Classification of Diseases and Related Health Problems) ist eine von der Weltgesundheitsorganisation herausgegebene internationale Klassifikation von Krankheiten und verwandten Gesundheitsproblemen. Die aktuelle Ausgabe wird als ICD-10 bezeichnet. Ziel der ICD ist es, die weltweite Erforschung von Mortalität und Morbidität mit einer international einheitlichen Systematik zu ermöglichen.

4.1 Diabetes

Es werden zwei Haupttypen des Diabetes mellitus unterschieden: Typ 1 und Typ 2. Gemeinsam ist beiden Erscheinungsformen ein erhöhter Blutzuckerspiegel.

Dem Diabetes mellitus Typ 1 liegt ursächlich ein Insulinmangel zugrunde, der durch eine schleichende Zerstörung der Bauchspeicheldrüse durch das eigene Immunsystem hervorgerufen wird. Bei Auftreten der Erkrankung ist bereits der größte Teil der Bauchspeicheldrüse ausgefallen. Zum Diabetes mellitus Typ 2 kommt es dagegen durch einen Wirkungsverlust des Insulins. Dieser wird anfänglich durch eine gesteigerte Insulinproduktion der Bauchspeicheldrüse auszugleichen versucht, letztendlich entwickelt sich eine Insulinresistenz.

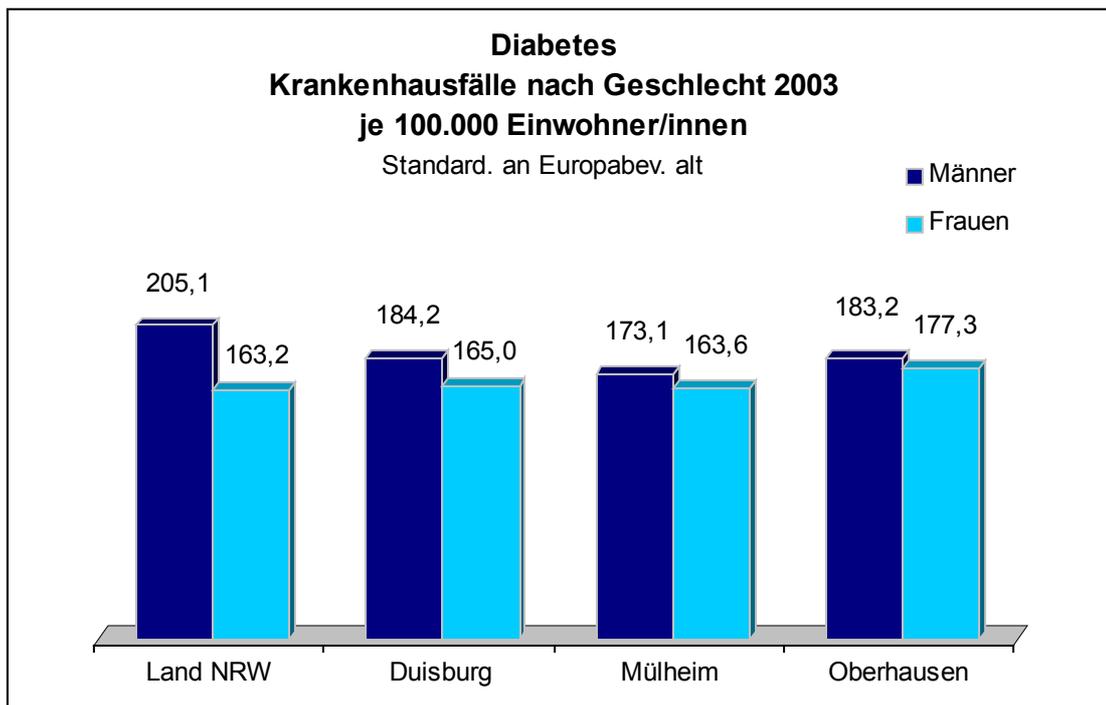
Grundsätzlich können beide Diabetestypen in jedem Lebensalter vorkommen, jedoch ist der Typ 1 überwiegend eine Erkrankung der Kinder und Jugendlichen und der Typ 2 eine typische Alterserkrankung. Von der Häufigkeit überwiegt bei weitem der Typ 2. Eine Rolle spielen sowohl genetische Faktoren als auch Umweltbedingungen, bei Typ 2 insbesondere die Lebensweise und Ernährungsgewohnheiten.

Der Diabetes mellitus Typ 2 tritt häufig in Kombination mit Übergewicht, Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörung und Gicht auf (Metabolisches Syndrom). Die Risikofaktoren addieren sich nicht nur, sondern verstärken sich gegenseitig.

Diabetes mellitus Typ 1 und 2 sind chronische Erkrankungen. Die Patientinnen und Patienten sind durch Nervenfunktionsstörungen (Polyneuropathie) und Durchblutungsstörungen der Arterien gefährdet. Je besser der Blutzucker eingestellt ist und um so frühzeitiger Komplikationen erfasst werden, desto größer ist die Chance auf ein weitgehend unbeschwertes und langes Leben.

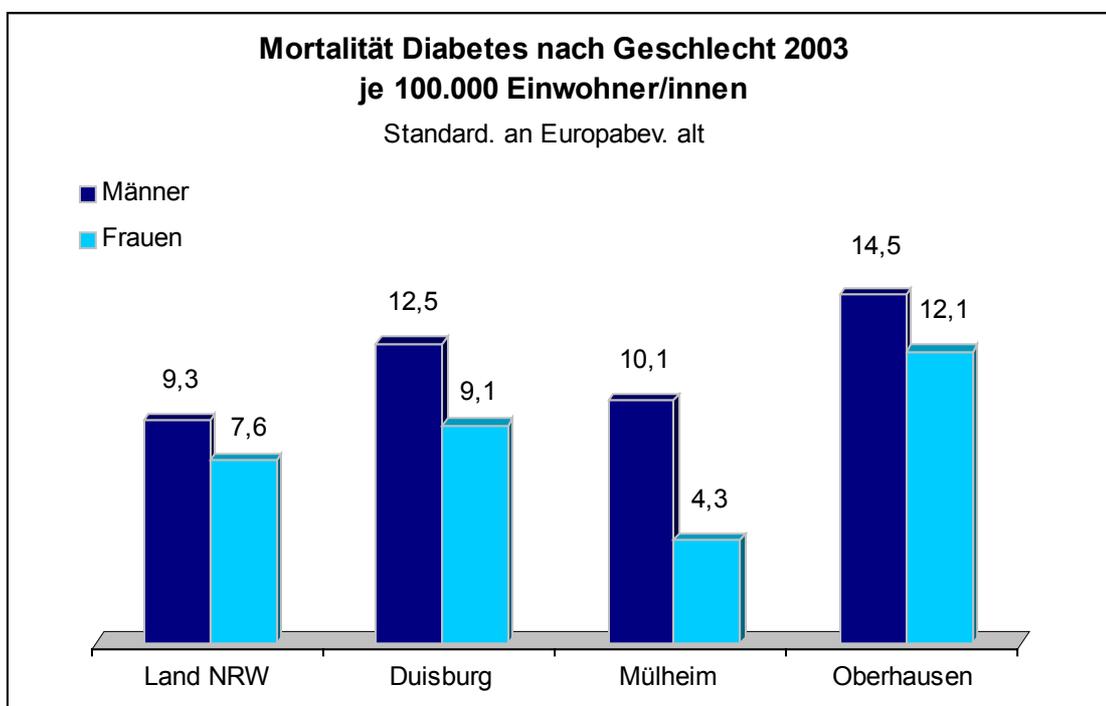
Eine Patientenschulung mit Ernährungsberatung, körperlicher Bewegung und Blutzuckerselbstkontrolle sind ein wesentlicher Schwerpunkt in der Diabetesbehandlung.

Der Diabetes Typ 2 kann durch entsprechende Vorbeugung verhindert oder zumindest viele Jahre hinausgezögert werden. Sowohl bei Typ 1 als auch bei Typ 2 wird durch eine gute ärztliche Versorgung einerseits und Mitwirkung der Patientinnen und Patienten andererseits das Eintreten von Spätfolgen auf einen möglichst späten Zeitpunkt in der Lebensgeschichte verschoben.



Quelle: Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (lögD)

In Oberhausen und Duisburg werden ähnlich viele Krankenhausfälle bei Männern verzeichnet. Alle drei Städte liegen hier unter dem Landesdurchschnitt. Bei Frauen sind mehr Krankenhausaufenthalte registriert worden als in NRW und in den anderen Städten.



Quelle: Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (lögD)

Bei der Mortalität weist Oberhausen im Vergleich höhere Werte bei Männern und Frauen auf, vor allem bei Frauen werden deutlich mehr Sterbefälle bei Diabetes festgestellt. Nur Mülheim liegt bei der Sterblichkeit von Frauen unter dem Landesdurchschnitt.

Wie bei kaum einer anderen Erkrankung spielen Ernährung und Bewegung eine so große Rolle wie bei Diabetes. Es gilt als unumstritten, dass die Prävention von Typ-2-Diabetes mit der Hinführung zu gesunder Ernährung und Anregung zu körperlicher Aktivität möglichst frühzeitig im Kinder- und Jugendalter begonnen werden soll. In Oberhausen wurde im Jahr 2005 eine Projektgruppe „Bewegung, Ernährung und Übergewicht“ gegründet. Die dort entwickelten Aktivitäten bilden auch einen Beitrag im Sinne einer Diabetes-Prävention.

Handlungsempfehlung:

➤ **Fortführung und Weiterentwicklung von Angeboten zur Bewegungsaktivierung und gesunder Ernährung in Kindertagesstätten und Schulen**

Ein gewichtiger Faktor bei der Prävention von Typ-2-Patienten ist die Früherkennung. Es wird vermutet, dass eine Erkrankung teilweise erst bis zu 10 Jahren nach Auftreten diagnostiziert wird. Bereits bei Diabetesdiagnose finden sich daher Zeichen für Spätschäden. Hier sind Maßnahmen notwendig, die Bürgerinnen und Bürger auf Möglichkeiten und Chancen einer Früherkennung aufmerksam machen.

Handlungsempfehlung:

➤ **Etablierung eines Aktionsbündnisses Diabetes-Prävention unter Beteiligung der vor Ort vorhandenen Akteure (z. B. Krankenhäuser, Diabeteszentren, Selbsthilfe)**

➤ **Durchführung eines Aktionstages „Diabetes“**

4.2 Herz-/Kreislaufkrankungen

4.2.1 Herzinfarkt

Beim Herzinfarkt handelt es sich um eine mangelhafte Durchblutung des Herzens bzw. von Teilen des Herzmuskels aufgrund eines akuten Verschlusses eines Herzkranzgefäßes.

Ursachen für eine vorbestehende Verengung sind Veränderungen in Form von Ablagerungen und „Verkalkungen“ in den Gefäßwänden der beiden Herzkranzgefäße.

Durch das Aufbrechen dieser Ablagerungen werden Substanzen frei, die ein Gerinnsel bilden lassen und dadurch zu einem Verschluss des Herzkranzgefäßes führen können. Das über dieses Kranzgefäß mit Blut und Sauerstoff versorgte Gewebe geht zu Grunde, der Herzmuskel ist in Teilen geschädigt.

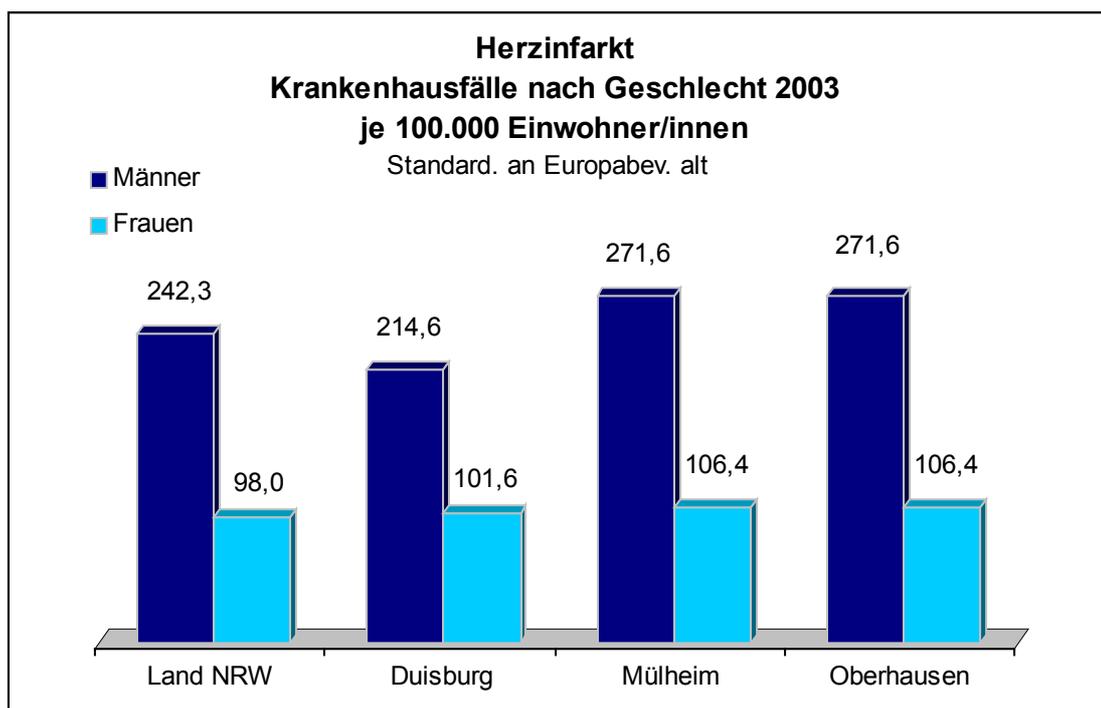
Anders als noch vor einigen Jahren angenommen, kann ein Infarkt auch in solchen Herzkranzgefäßen entstehen, die zwar von Wandveränderungen betroffen, aber vor dem Infarkt nicht wesentlich eingengt sind.

Als Risikofaktoren für das Erleiden eines Herzinfarktes gelten zur Zeit u. a. Rauchen, Übergewicht, Bluthochdruck, Diabetes und erhöhte Blutfette. Ein Zusammenhang mit einer depressiven Erkrankung zeigte sich in neueren Studien. Die einzelnen Risikofaktoren werden in Fachkreisen in ihrer Wichtigkeit unterschiedlich diskutiert, unstrittig sind aber die negativen Auswirkungen durch Rauchen und mangelnde Bewegung.

Männer leiden häufiger als Frauen an Herzkrankheiten, die Unterschiede gleichen sich erst mit sehr fortgeschrittenem Alter an.

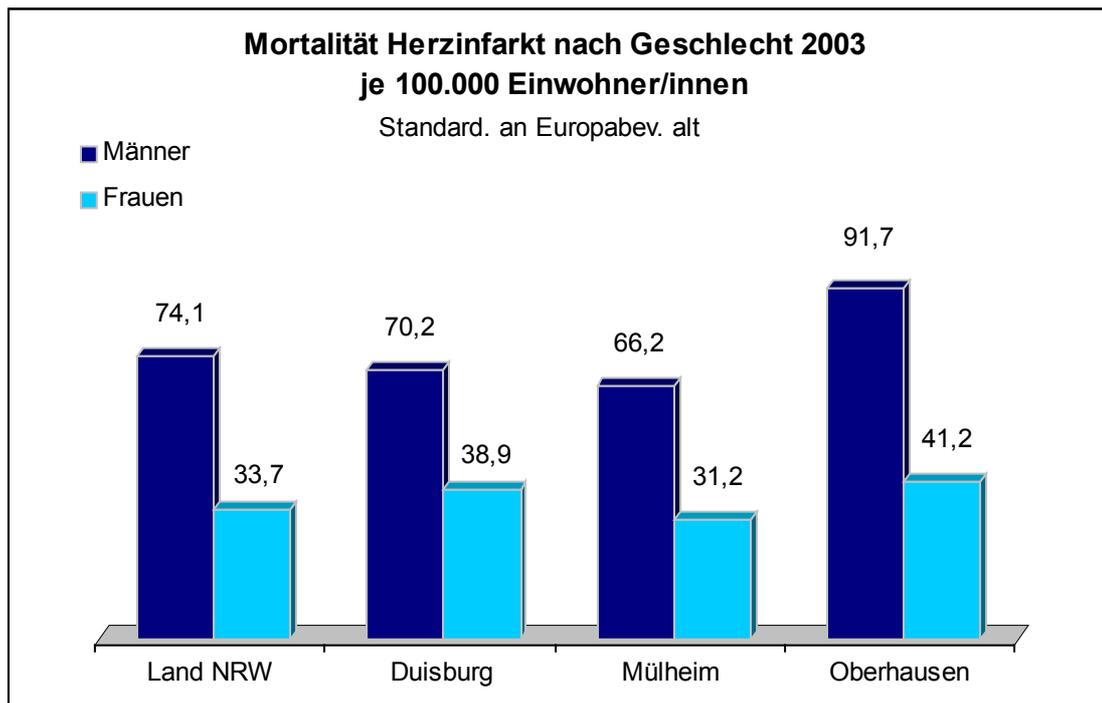
Zunehmend erleiden heute auch junge Menschen einen Herzinfarkt, davon besonders betroffen sind junge Frauen. Dies wird in Fachkreisen darauf zurückgeführt, dass immer mehr Frauen immer früher zu rauchen beginnen. In Verbindung mit der „Antibabypille“ vervierfacht sich das Risiko für Frauen sogar.

Es wird zur Zeit deutlich, dass Frauenherzen tatsächlich „anders schlagen“. Selbst die Symptome eines drohenden oder eingetroffenen Herzinfarktes stellen sich bei Frauen oftmals anders dar als bei Männern und werden deshalb von den Betroffenen und dem Versorgungssystem weniger schnell erkannt. Fast alle Forschungsbefunde zum Krankheitsverlauf, zu Risikofaktoren und zur Wirksamkeit von Medikamenten basieren auf Erfahrungen mit männlichen Probanden und sind nicht immer auf Frauen übertragbar.



Quelle: Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (lögD)

Es werden in allen Städten und in NRW mehr als doppelt so viele Krankenhausfälle bei Männern registriert wie bei Frauen. Oberhausen liegt bei Männern mit Mülheim über dem Landesdurchschnitt, Duisburg darunter. Die verzeichneten Krankenhausaufenthalte bei Frauen unterscheiden sich dagegen nur geringfügig.



Quelle: Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (Iögd)

Die Sterblichkeit bei Herzinfarkt ist bei Männern insgesamt ungefähr doppelt so hoch wie bei Frauen. Hier weist Oberhausen allerdings höhere Werte auf und liegt deutlich über dem Landesdurchschnitt und den anderen Städten. Bei Frauen ist die Sterblichkeit im Vergleich in wesentlich geringerem Maße ebenfalls erhöht.

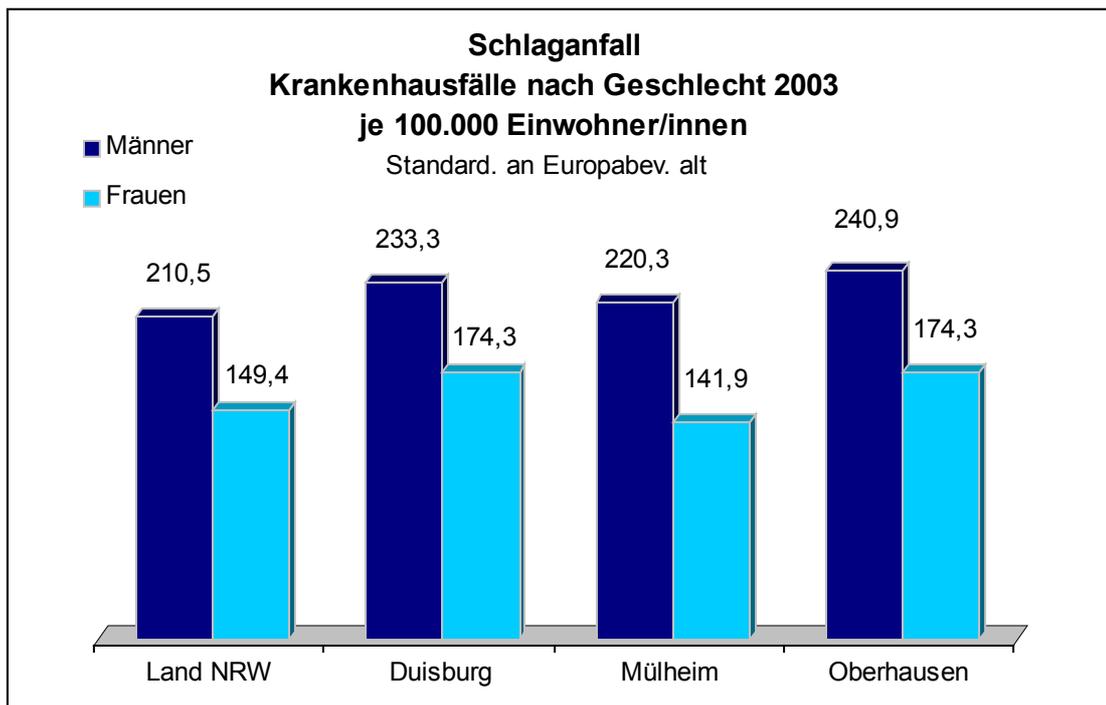
4.2.2 Schlaganfall

Unter dem Begriff Schlaganfall (Hirnschlag) versteht man eine plötzliche Schädigung des Gehirns in einem umschriebenen Bereich. Diese Schädigung kann entweder durch die Unterbrechung der Gehirndurchblutung oder durch eine Blutung im Gehirn entstehen. In beiden Fällen kommt es zu einem Untergang von Hirngewebe.

Der Schlaganfall ist insgesamt die häufigste Einzelursache für Behinderungen. Die Beschwerden können sich komplett zurückbilden. Bei der Mehrzahl der Betroffenen bleiben jedoch dauerhafte neurologische Schäden zurück, die individuell ganz unterschiedlich sein können und von leichten Behinderungen mit normaler Lebenserwartung bis hin zur Pflegebedürftigkeit mit tödlichem Ausgang reichen.

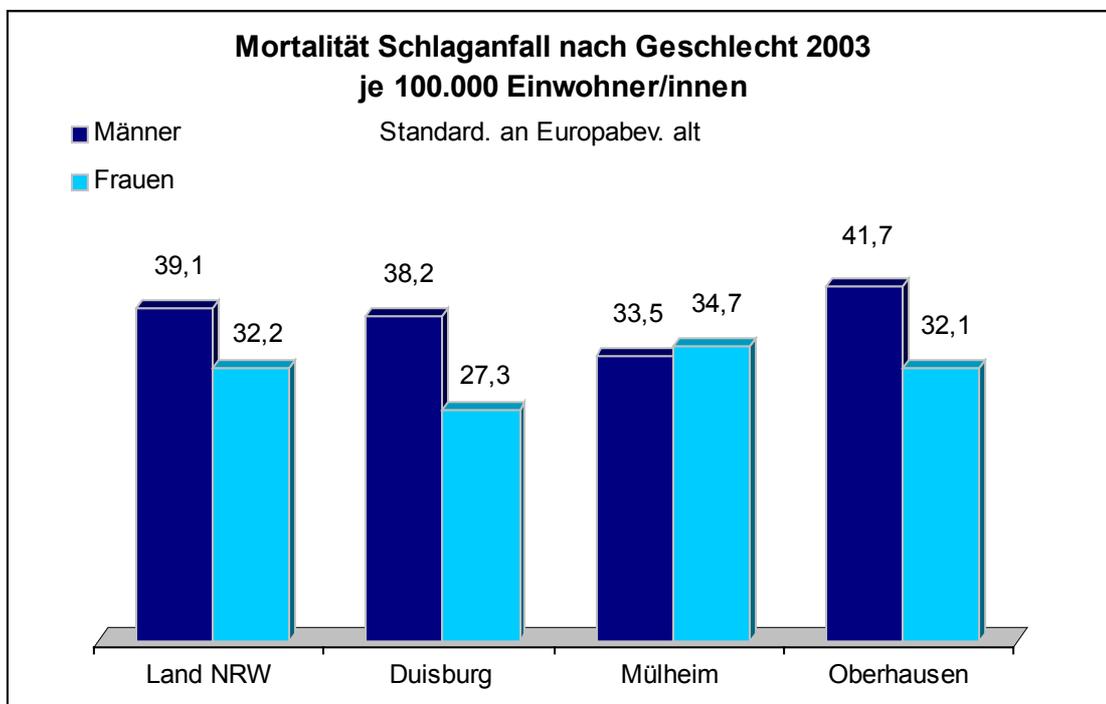
Die Risikofaktoren für einen Schlaganfall sind Bluthochdruck, Rauchen, Diabetes mellitus, Blutfetterhöhung und Herzkrankheiten. Besondere Bedeutung kommt der zu geringen körperlichen Aktivität zu: Amerikanische Ärzte haben in einer Studie einen deutlichen Zusammenhang dahingehend festgestellt, dass Schlaganfälle um so seltener auftraten, je häufiger und intensiver Sport getrieben wurde.

Eine Studie legt als weiteren Risikofaktor einen Zusammenhang mit einer depressiven Erkrankung bei Männern nahe.



Quelle: Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (Iögd)

Insgesamt werden mehr Krankenhausfälle bei Männern registriert. Dabei ist die Anzahl der Krankenhausaufenthalte in Oberhausen höher als in NRW und in den anderen Städten. Bei Frauen liegt Oberhausen mit Duisburg über dem Landesdurchschnitt und Mülheim darunter.



Quelle: Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (Iögd)

Bis auf Mülheim gibt es überall mehr Sterbefälle bei Männern als bei Frauen. Bei der Sterblichkeit von Männern liegt Oberhausen knapp über dem Landesdurchschnitt, Duisburg knapp darunter und Mülheim am weitesten darunter. Bei der Sterblichkeit von Frauen findet sich Oberhausen in etwa auf einer Ebene mit NRW. Mülheim weist hier höhere Werte auf und Duisburg niedrigere.

Im Jahre 2003 wurde in Oberhausen unter Beteiligung vieler Akteure des Gesundheitswesens eine Kampagne gegen den Herztod durchgeführt. Ziele waren:

- Aufklärung und Sensibilisierung der Bürgerinnen und Bürger zum Thema Herzinfarkt und Herzgesundheit
- Verbesserung der Herzgesundheit durch präventive Ansätze
- Einrichtung von „Herznotfallstützpunkten“ mit der Bereithaltung von Automatischen Externen Defibrillatoren (AED) im Oberhausener Stadtgebiet
- Schulung der Ersthelfer für die Bedienung der AED
- Ausbau der Ersthelferausbildung insgesamt und Heranführung an die „Erste Hilfe“ in Grundschulen

Im Oberhausener Stadtgebiet wurden zwischenzeitlich 31 „Herznotfallstützpunkte“ mit insgesamt 50 Defibrillatoren eingerichtet.

Handlungsempfehlung

- **Fortführung der erfolgreich entfaltenen Aktivitäten insbesondere Fortsetzung der Bemühungen um weitere Einrichtungen von „Herznotfallstützpunkten“**
- **Ausweitung der Aktivitäten in Bezug auf den Themenbereich Schlaganfall**

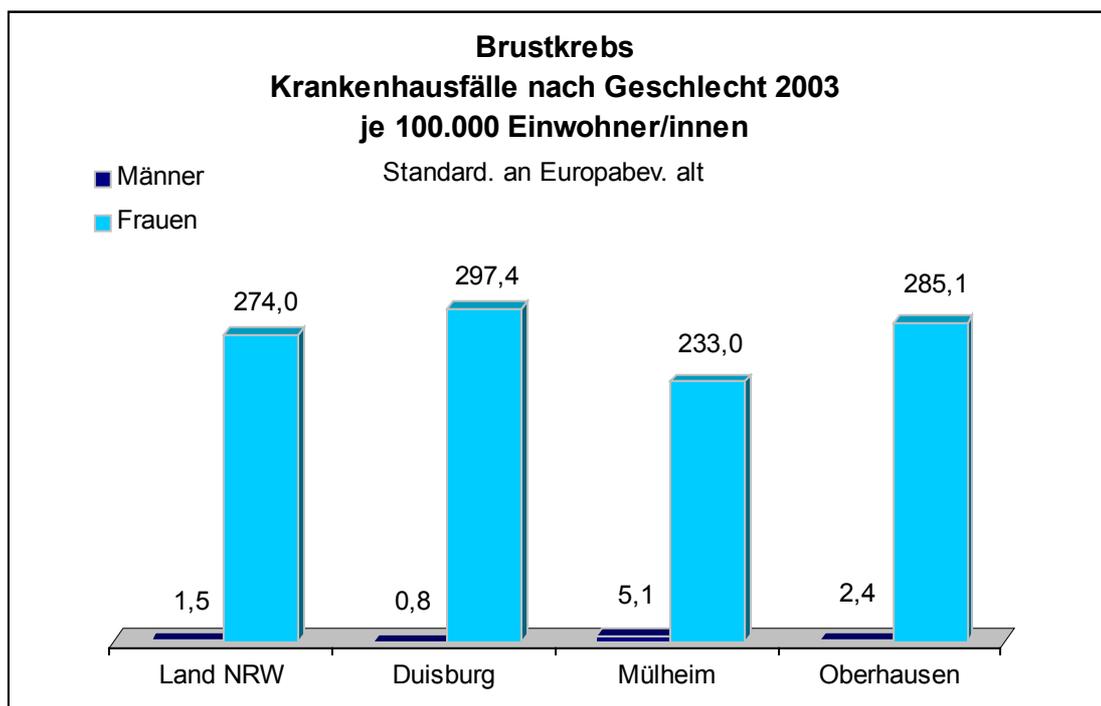
4.3 Krebserkrankungen

4.3.1 Brustkrebs

Brustkrebs ist eine Krebsart, die von den Zellen der Brustdrüse ausgeht. Da die Brustdrüse aus einer Reihe von verschiedenen Zellarten besteht, gibt es verschiedene Formen von Brustkrebs. Sie unterscheiden sich in ihrem biologischen Verhalten, den Diagnosemöglichkeiten und Therapieformen nur unwesentlich voneinander.

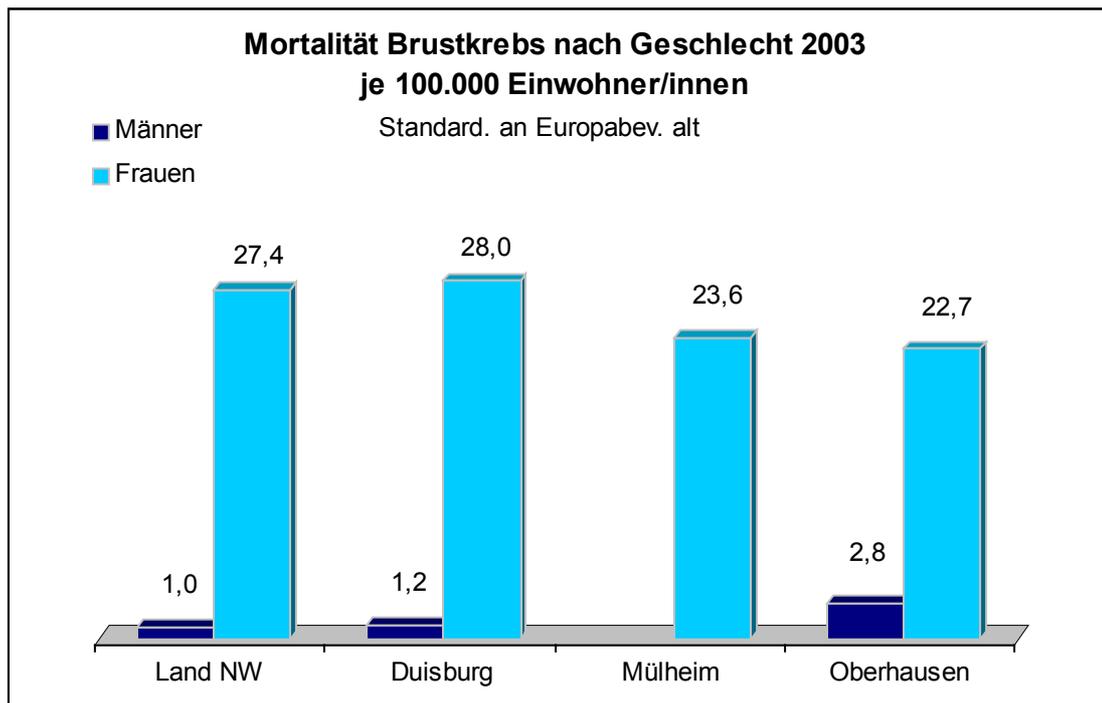
Brustkrebs tritt vor allem bei Frauen auf. Jede 10. Frau erkrankt in Deutschland daran, am häufigsten betrifft es Frauen zwischen dem 50. und 60. Lebensjahr. Wie bei den meisten Krebserkrankungen kennt man nicht die genauen Ursachen, als gesichert gilt ein Zusammenspiel verschiedener Faktoren. Neben Rauchen, Übergewicht, fettreicher Ernährung und übermäßigem Alkoholkonsum werden genetische und hormonelle Risikofaktoren angenommen.

Frauen mit übermäßiger Gewichtszunahme während ihres Lebens zeigen ein erhöhtes Risiko nach der Menopause an Brustkrebs zu erkranken. Ein höherer Bauch- als Hüftumfang geht dabei mit einem noch größeren Risiko einher. Die Ursache des erhöhten Risikos bei einer übermäßigen Gewichtszunahme kann unter anderem an der höheren Östrogenproduktion liegen. Eine Hormonersatztherapie während und nach der Menopause kann die Gewichtszunahme und damit das Brustkrebsrisiko zusätzlich steigern.



Quelle: Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (Iögd)

Bei den Krankenhausaufenthalten bei Frauen liegen Oberhausen und Duisburg über dem Landesdurchschnitt, dabei weist Oberhausen geringfügig geringere Werte auf als Duisburg. Mülheim befindet sich unter dem Landesdurchschnitt. Bei Männern gibt es insgesamt geringe Werte. Oberhausen und Mülheim liegen über dem Landesdurchschnitt, Mülheim verzeichnet ungefähr doppelt so viele Fälle wie Oberhausen.



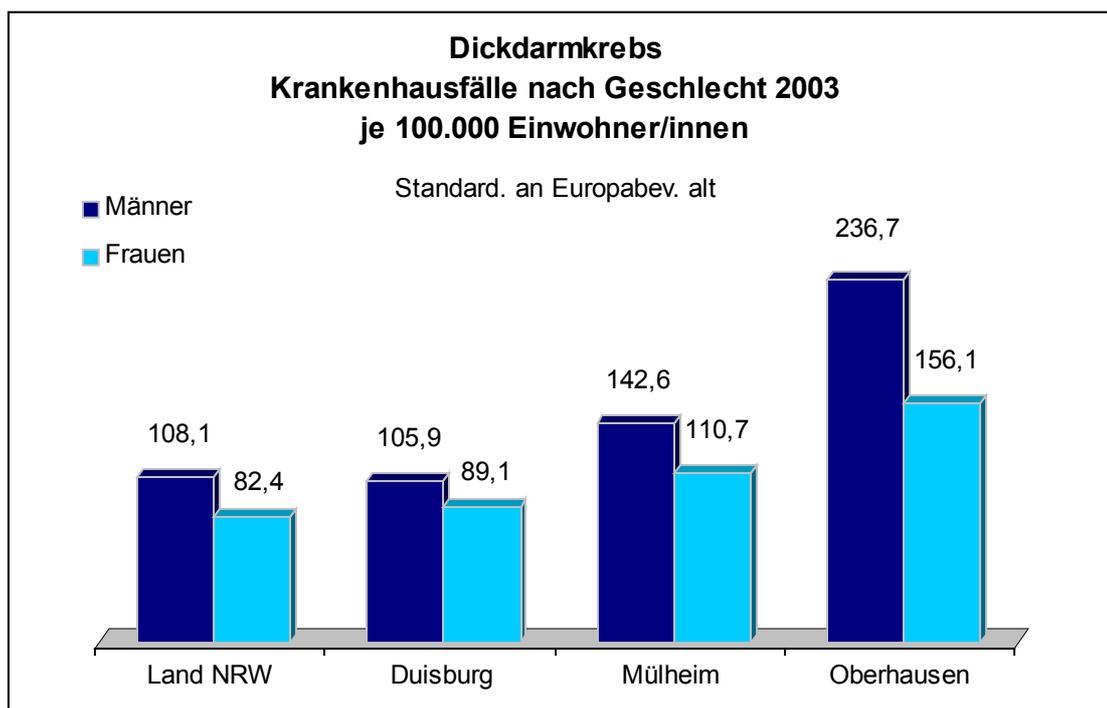
Quelle: Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (Iögd)

In Oberhausen und Mülheim werden bei Frauen weniger Sterbefälle registriert als in NRW, Duisburg befindet sich in etwa auf Landesebene. Auch hier gibt es bei Männern geringe Werte, dabei verzeichnet Oberhausen mehr Fälle als NRW und die anderen Städte. In Mülheim findet sich kein Sterbefall bei Männern.

4.3.2 Darmkrebs

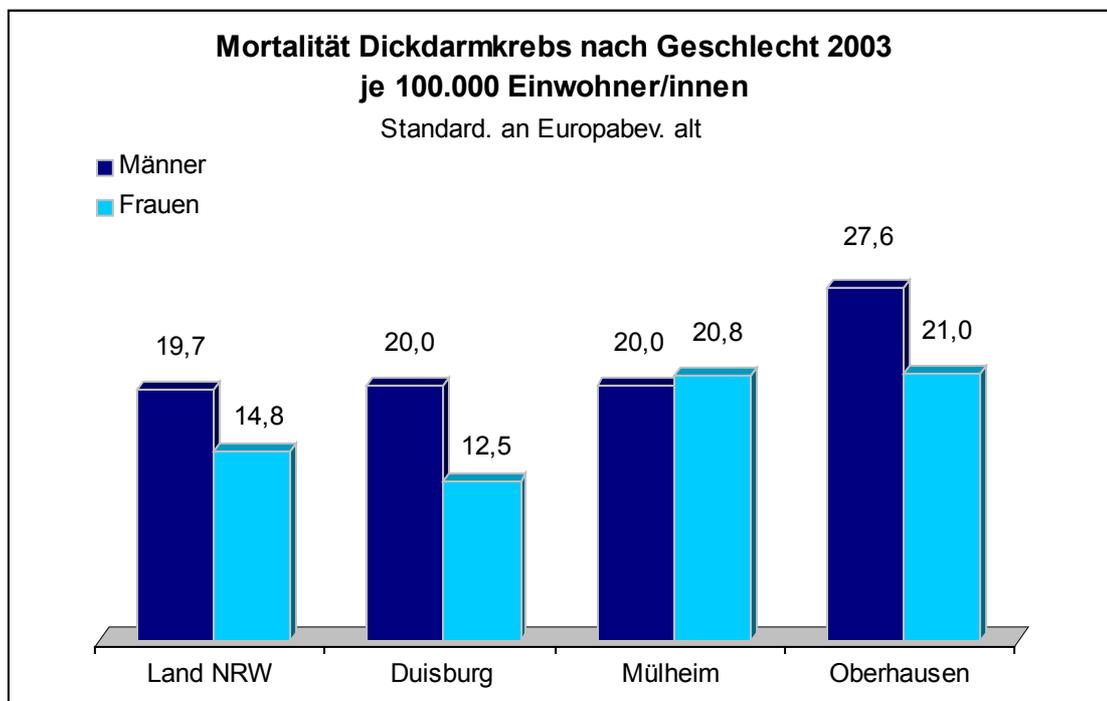
Der Darmkrebs ist eine bösartige Erkrankung der Dickdarmschleimhaut. Er entwickelt sich häufig aus einer gutartigen Schleimhautwucherung. Der Tumor wächst zunächst auf der inneren Oberfläche des Dickdarmes. Die Krebszellen durchwandern später die gesamte Darmwand und besiedeln die Lymphknoten des Bauches. Mit zunehmender Dauer gelangen auch Tochterzellen mit dem Blut in andere Organe, wo sie zu eigenständigen Tochtergeschwülsten heranwachsen können.

Neben einer genetischen Veranlagung sind ernährungsbedingte Einflüsse wie Fleisch- und fettreiche, ballaststoffarme Kost und Übergewicht wesentliche Risikofaktoren. Zusätzlich begünstigt Rauchen die Krebsentstehung.



Quelle: Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (Iögd)

Hier liegen Oberhausen und Mülheim über dem Landesdurchschnitt, dabei hat Oberhausen sowohl bei Männern als auch Frauen eine höhere Anzahl von Krankenhausfällen aufzuweisen als Mülheim. Außerdem ist die Differenz zwischen den Geschlechtern größer, so dass deutlich mehr Krankenhausaufenthalte von Männern festzustellen sind.



Quelle: Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (Iögd)

Bei Männern verzeichnet Oberhausen höhere Fallzahlen, während sich NRW und die anderen Städte auf einer Ebene wiederfinden. Bei Frauen liegt Duisburg unter dem

Landesdurchschnitt, Oberhausen und Mülheim mit ähnlichen Werten über dem Landesdurchschnitt.

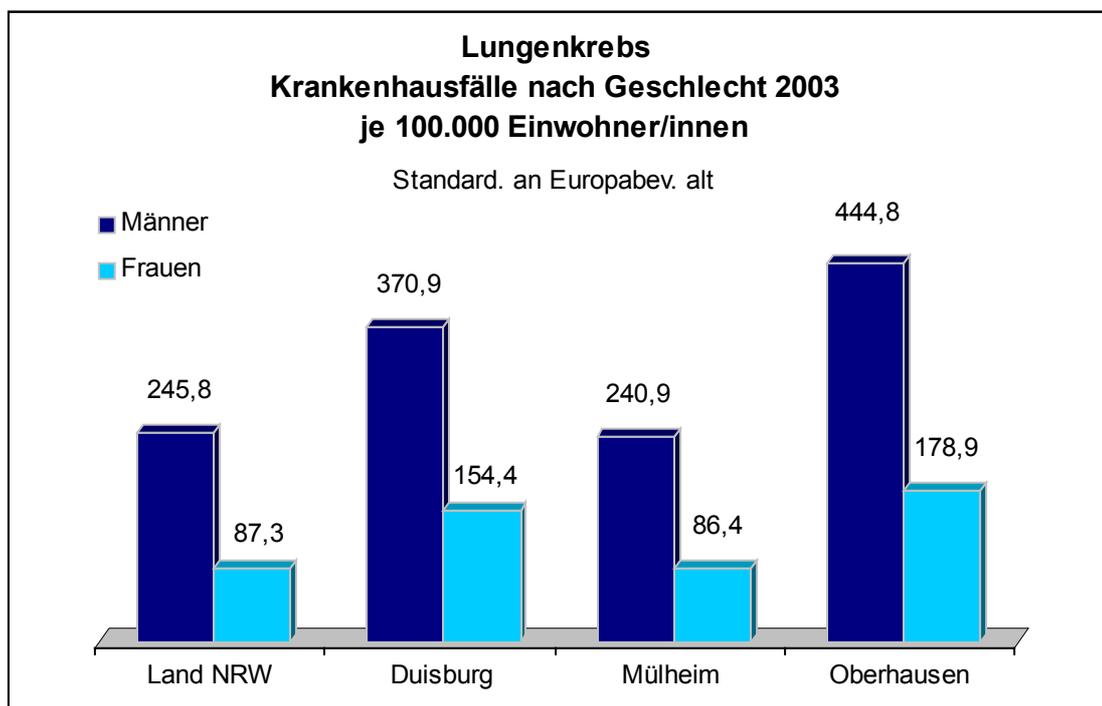
4.3.3 Lungenkrebs (Bronchialkarzinom)

Das Bronchialkarzinom (=Lungenkrebs) ist eine bösartige Erkrankung der Lungen. Die Ursache ist eine Entartung von Schleimhautzellen, die das Innere der Atemwege (Bronchien) in den Lungen auskleiden. Die Zellen teilen sich unkontrolliert, dringen in gesundes Gewebe vor und können über Blut- und Lymphgefäße in andere Organe gelangen und dort Metastasen bilden.

Für die Entstehung des Bronchialkarzinoms gibt es einige als gesichert geltende Risikofaktoren, die die Wahrscheinlichkeit der Zellentartung erhöhen. Allen voran ist hier das Rauchen zu nennen, dabei gilt auch das Passivrauchen als Risikofaktor.

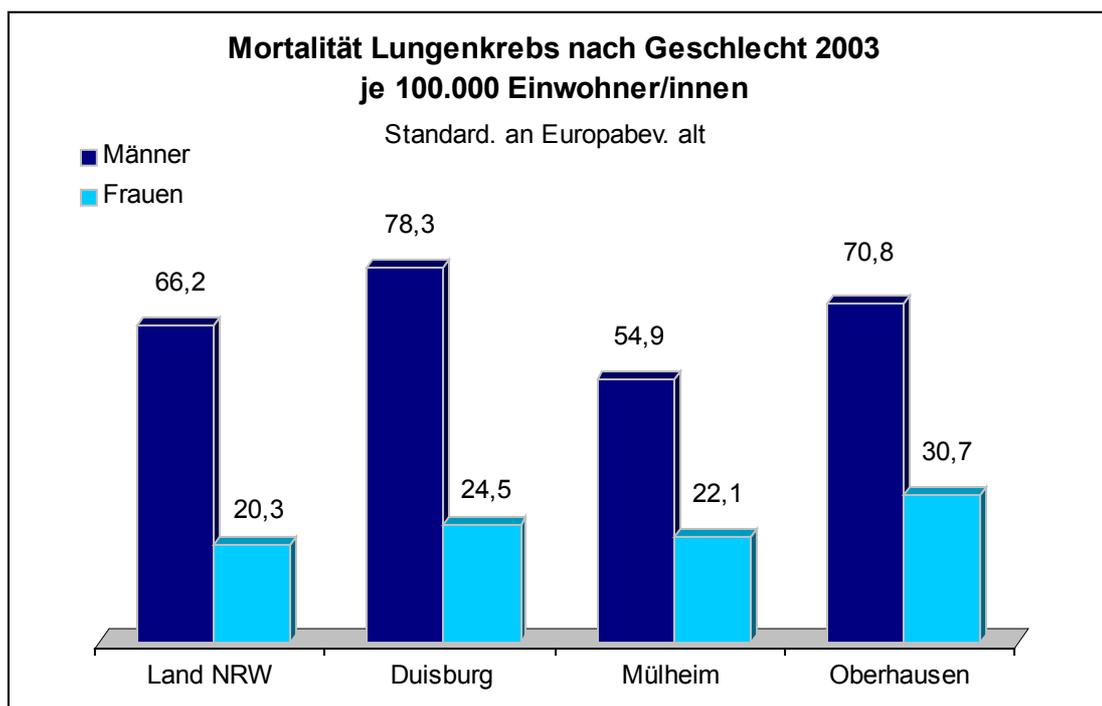
Andere Risikofaktoren sind bestimmte Substanzen (Asbeststaub, radioaktive Stoffe u. a.) und eine genetische Veranlagung.

Ohne Behandlung ist das Bronchialkarzinom eine tödliche Erkrankung. Die Atemwege werden eingengt, häufig entstehen Metastasen in Lymphknoten, Leber, Gehirn und Knochen. Wie schnell die Erkrankung fortschreitet, hängt vor allem von der Art der Tumorzellen ab, und davon, wie früh der Tumor erkannt und behandelt wird.



Quelle: Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (lögD)

Insgesamt werden bei Männern sehr viel mehr Krankenhausfälle verzeichnet als bei Frauen. Oberhausen und Duisburg liegen hier über dem Landesdurchschnitt, Oberhausen weist deutlich höhere Fallzahlen auf. Krankenhausaufenthalte bei Frauen werden in NRW und Mülheim in ähnlicher Höhe registriert. Oberhausen und Duisburg liegen darüber und Oberhausen weist auch bei Frauen die höchsten Werte auf.



Quelle: Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (lögD)

Auch bei der Sterblichkeit werden bei Männern wesentlich mehr Fälle registriert als bei Frauen. Mülheim zeigt Fallzahlen unter dem Landesdurchschnitt. Oberhausen und Duisburg liegen darüber, dabei weist Oberhausen mehr Sterbefälle bei Frauen als Duisburg auf.

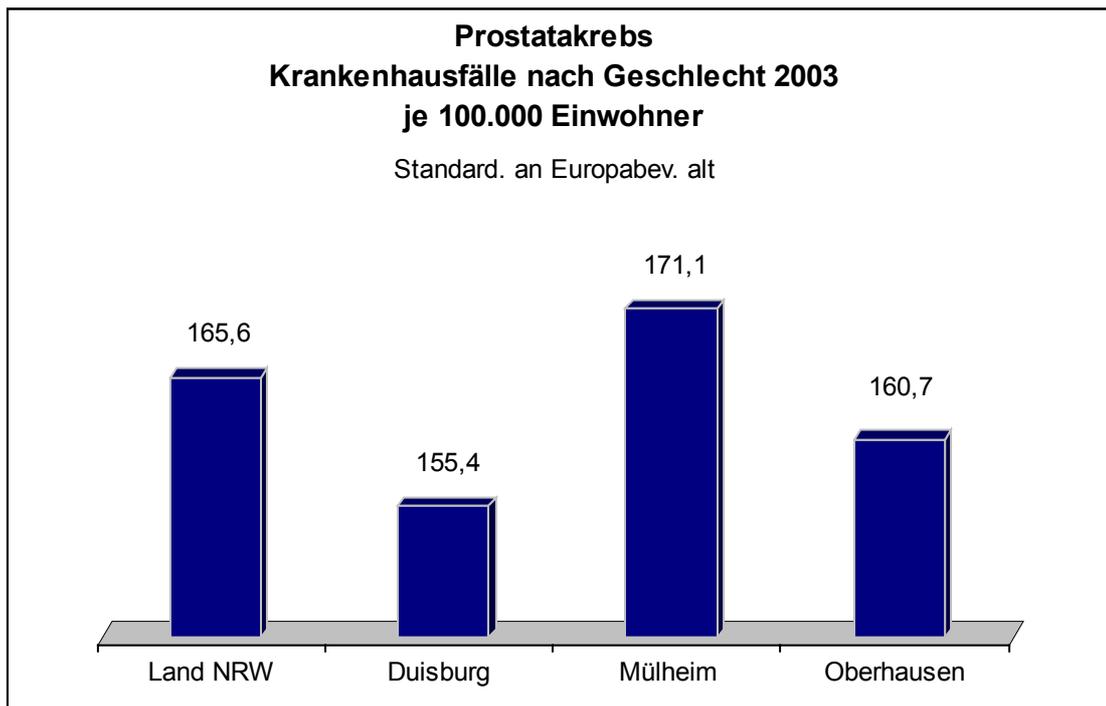
4.3.4 Prostatakrebs

Unter Prostatakrebs versteht man die bösartige Entartung von Zellen der männlichen Vorsteherdrüse (Prostata).

Ein konkreter Auslöser für die Entstehung einer Prostatakreberkrankung ist nicht bekannt. Als ein entscheidender und unstrittiger Faktor steht das Alter fest. Etwa mit 50 Jahren hat einer von vier Männern erste krebsartige Veränderungen in der Prostata. Mit 80 Jahren finden sich solche Veränderungen bei jedem zweiten Mann.

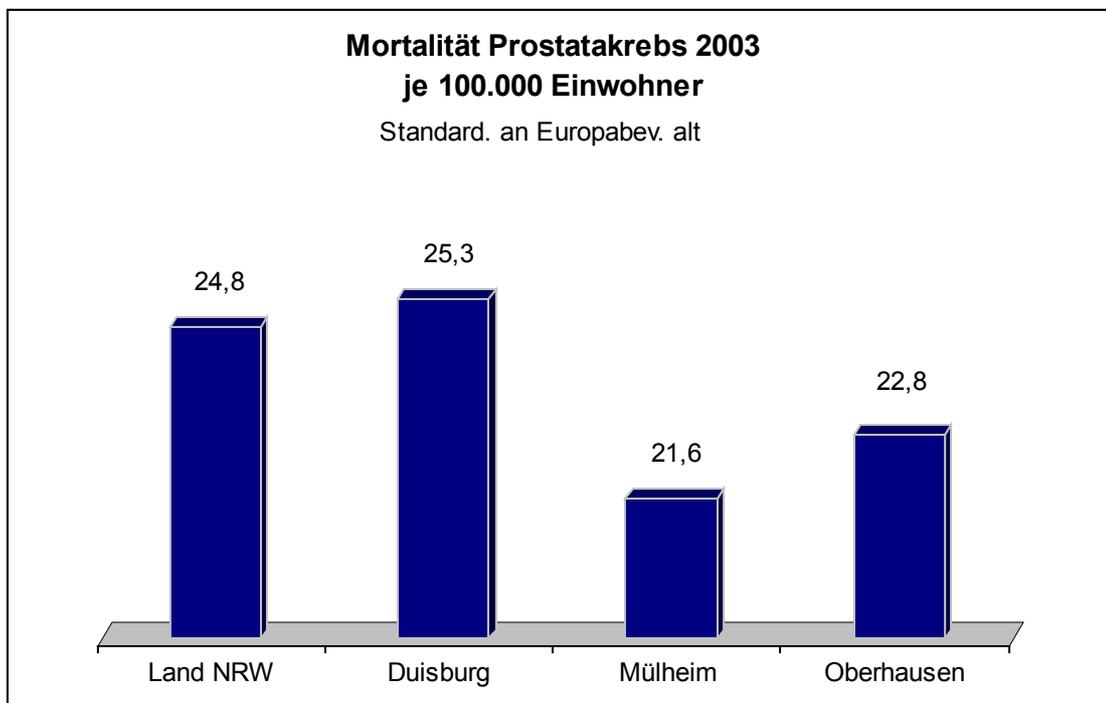
Da Männer in verschiedenen Ländern unterschiedlich häufig erkranken, geht man davon aus, dass Umweltbedingungen und die Lebensführung eine Rolle spielen. Auch das Geschlechtshormon Testosteron, welches Wachstum und Funktion der Prostata steuert, hat einen bedeutsamen Einfluss - ohne Testosteron entwickelt sich kein Karzinom. Des weiteren werden erbliche Faktoren diskutiert, da Prostatakrebs familiär gehäuft auftritt.

Bei vielen Männern wächst die Prostata im Laufe der Jahre, ohne dass eine Krebserkrankung der Grund ist. Das Wachstum wird als gutartig eingestuft und erhöht das Krebsrisiko nicht. Die gutartige Prostatavergrößerung findet sich ab 50 Jahren bei jedem zweiten Mann, mit 80 Jahren bei nahezu allen.



Quelle: Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (Iögd)

Naturgemäß sind hier nur Männer verzeichnet. Hier liegt Mülheim über dem Landesdurchschnitt, Oberhausen und Duisburg unter dem Landesdurchschnitt. Dabei sind in Duisburg weniger Krankenhausaufenthalte registriert worden als in Oberhausen.



Quelle: Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (Iögd)

Auch hier werden aufgrund biologischer Gegebenheiten nur Männer vermerkt. Oberhausen und Mülheim liegen mit ähnlichen Fallzahlen etwas unter dem Landesdurchschnitt, Duisburg etwas über dem Landesdurchschnitt.

Die Oberhausener Gesundheitskonferenz hatte für das Jahr 2004 in Hinblick auf die Bedeutsamkeit der Krebserkrankungen die Durchführung einer Kampagne gegen den Krebs beschlossen. Diese aus einem breiten Bündnis von Akteuren des Oberhausener Gesundheitswesens getragene und durchgeführte Kampagne stand unter dem Motto „Früherkennung = 100%“. Ziele waren:

- Abbau von Informationsdefiziten in der Oberhausener Bevölkerung
- Steigerung der Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger an den Früherkennungsuntersuchungen
- Intensivierung der Vernetzung und Zusammenarbeit in der Krebsbekämpfung vor Ort
- Schaffung von Schulungsangeboten für die Selbstuntersuchung
- Stärkung der Selbsthilfe

Die dort gesetzten Ziele sind weiterhin zu verfolgen. Dabei soll in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit das Vorsorgeverhalten der Oberhausener Bevölkerung gestellt werden.

Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein verzeichnet bei den Früherkennungsuntersuchungen bei Frauen einen Rückgang um 3,3% und bei den Männern um sogar 8,2% und gab gleichzeitig der Befürchtung Ausdruck, dass die Anzahl der Erkrankungen in Folge zunehmen wird.

Eine ähnlich nachteilige Entwicklung lässt sich auch für Oberhausen annehmen.

Handlungsempfehlung

- **Fortführung der erfolgreich entfaltenen Aktivitäten**
- **Durchführung einer Kampagne, um die Bürgerinnen und Bürger über Möglichkeiten der Früherkennung zu informieren.**

4.4 Depressionen

Die typische Depression gehört zum Formenkreis der affektiven Störungen und wird als „unipolare Störung“ bezeichnet. Sie beginnt meist zwischen dem 40. und 50. Lebensjahr, Frauen und Männer erkranken in einem Verhältnis 2:1.

Hauptsymptome der Depression sind eine anhaltende Niedergeschlagenheit mit dem Gefühl der Hoffnungslosigkeit, eine ausgeprägte Schwäche des Antriebs und der Entscheidungsfähigkeit. Die Betroffenen schildern ihre Gemütslage meist als innere Leere, stumme Verzweiflung, Resignation und Apathie. Dabei wird eher die Unfähigkeit, Gefühle zu empfinden, berichtet als nicht enden wollende Traurigkeit.

Treten außer den Symptomen von Niedergeschlagenheit, Antriebsarmut und Interesslosigkeit auch Phasen grundlos und übermäßig gehobener Stimmung auf (Manie) spricht man von einer „bipolaren Störung“. Die reine Manie ohne depressive Phase ist sehr selten.

Eine Depression entsteht aus dem Zusammenwirken mehrerer Faktoren. Hierzu zählen genetische Veranlagung, äußere lebensgeschichtliche Faktoren, persönlichkeitsgebundene kognitive Muster und gehirnganische Störungen. Kritische Lebensereignisse bzw. langfristige Belastungen können zu einer depressiven Verstimmung führen; dabei stehen diese auslösenden Faktoren bevorzugt am Anfang der ersten Episode, während sich anschließend ein zunehmend autonomer Verlauf zeigt, so dass keine kritischen Belastungen für die Auslösung weiterer Krankheitsepisoden nötig werden.

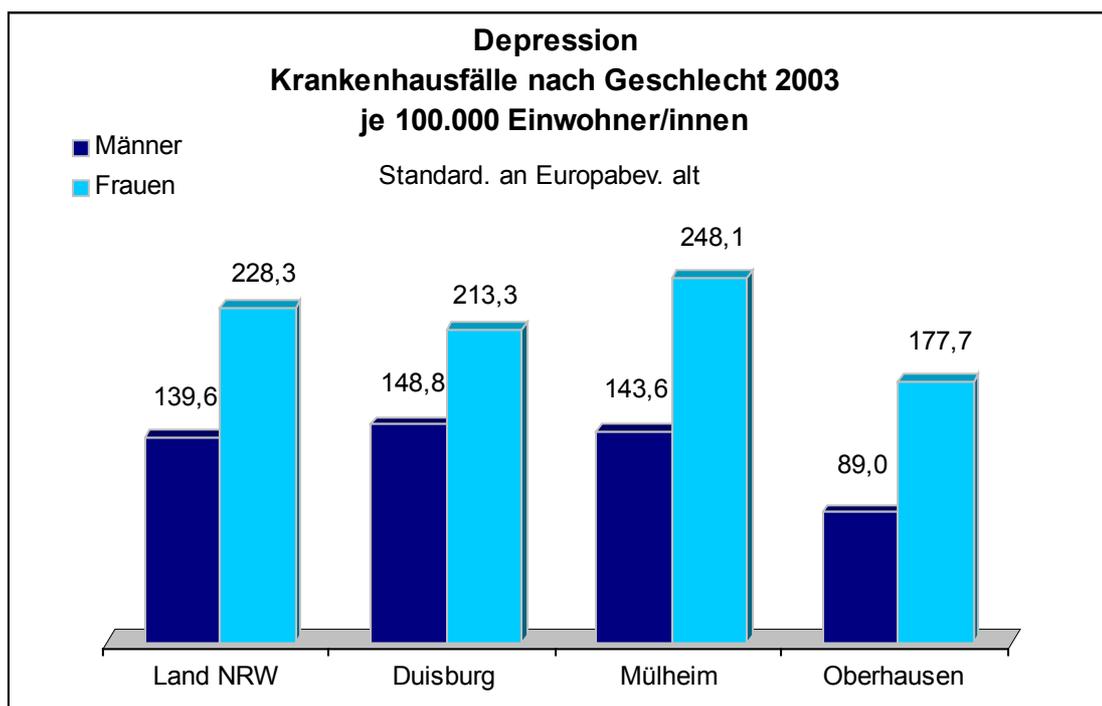
Wechselwirkung bei Depression mit anderen Erkrankungen

Neuere Untersuchungen zeigen einen hohen Zusammenhang zwischen depressiven Erkrankungen und Herzkrankheiten. Viele Herzinfarkt - Patientinnen und Patienten leiden zusätzlich an einer Depression. Das Sterblichkeitsrisiko bei einem Infarkt ist bei einer zusätzlich vorliegenden Depression deutlich erhöht. Studien aus den USA weisen darauf hin, dass eine Depression langfristig das Risiko sowohl hinsichtlich einer koronaren Herzerkrankung als auch bezüglich eines Herzinfarktes um mindestens das Zweifache erhöht. Dabei fällt die Risikoerhöhung für Männer wiederum deutlich höher aus.

Studien in Helsinki wiesen nach, dass das Lungenkrebsrisiko durch eine unbehandelte Depression in gleichem Maße erhöht wurde wie durch Rauchen. Bei den Personen, die an einer unbehandelten Depression litten und rauchten, war das Tumorrisiko um das knapp zwanzigfache erhöht.

Neben anderen belegte eine Studie in den USA den Zusammenhang von Depression und Brustkrebs. Frauen, die zu Beginn der Beobachtung an einer bereits länger dauernden unbehandelten Depression litten, waren 15 Jahre später 14-mal häufiger an Brustkrebs erkrankt.

Depression und Diabetes treten oft gemeinsam auf. Studienergebnissen zufolge geht eine diabetische Stoffwechsellage mit einem doppelt so hohen Risiko einher, an einer Depression zu erkranken. Ebenso stellt das Vorliegen einer Depression einen Risikofaktor für die Entwicklung eines Diabetes dar.



Quelle: Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (lögD)

Bei Krankenhausaufenthalten werden insgesamt mehr Fälle bei Frauen registriert. Mülheim liegt dabei über dem Landesdurchschnitt, Oberhausen und Duisburg darüber. Oberhausen weist dabei weniger Krankenhausfälle auf als Duisburg. Bei Männern finden sich Duisburg und Mülheim über dem Landesdurchschnitt wieder, während Oberhausen weniger Krankenhausfälle als NRW und die anderen Städte verzeichnet.

Daten zur Sterblichkeit liegen nicht vor.

Bei der weiter unten vorgestellten Bürgerbefragung zeigte sich, dass sich an psychischen Störungen erkrankte Menschen weniger gut über ihre Erkrankung informiert fühlen als somatisch erkrankte Menschen. Hier kann die Ursache sowohl in einem generellen Informationsdefizit begründet sein als auch mit einem gewissen Stigma zusammenhängen, das psychischen Störungen noch immer anhaftet. An Depression erkrankte Menschen müssen damit rechnen, von ihrer Umwelt weniger Akzeptanz und Mitgefühl zu erfahren als somatisch Erkrankte. Hier ist es insbesondere notwendig durch entsprechende Maßnahmen die äußere und innere Isolation aufzuheben.

Handlungsempfehlung

- **Schaffung eines Bündnisses gegen Depression (in Anlehnung an das Düsseldorf Modell)**
- **Aufklärung der Öffentlichkeit über das Krankheitsbild Depression**
- **Ausbau der Versorgung und Betreuung depressiver Menschen durch Koordination und Vernetzung vorhandener Einrichtungen**
- **Unterstützung und Ausbau der Selbsthilfe**

„Wir müssen an den freien Willen glauben. Wir haben keine andere Wahl.“

Isaac Bashevis Singer

5. Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen

Gesundheitspolitik zielt nicht nur auf die Senkung der Wahrscheinlichkeit zu erkranken, sondern auf die Erhaltung und Förderung von Gesundheit. Dabei spielen die sozioökonomischen und infrastrukturellen Verhältnisse und das individuelle Verhalten gleichermaßen eine bedeutende Rolle.

Erkrankungshäufigkeit und Sterblichkeit werden maßgeblich auch durch das individuelle Gesundheitsverhalten und seine Rahmenbedingungen bestimmt.

Belegt ist die Abhängigkeit gesundheitsschädlichen Verhaltens von sozialen Faktoren. Einen wesentlichen Anteil an Morbidität und Mortalität hat das Krankheits- und Gesundheitsverhalten der Bevölkerung und ihr Umgang mit Gesundheitsrisiken und -gefährdungen. Hier sind schichtspezifische Einflüsse belegt. Mittel- und Oberschichtangehörige sind informierter und gesundheitsbewusster, rauchen weniger stark, ernähren sich besser und nehmen häufiger an Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen teil als Angehörige unterer Schichten.

Präventionsprogramme müssen diese Fakten berücksichtigen und Maßnahmen vor allem auf besonders gefährdete Zielgruppen ausrichten. Sie sollten über Veränderungen des individuellen Verhaltens hinaus auch auf die Schaffung gesundheitsfördernder Strukturen und Verhältnisse abzielen und in den Lebenswelten der Adressaten stattfinden.

Bei den meisten der oben vorgestellten Krankheitsbilder gibt es Risikofaktoren, die eine Erkrankung begünstigen und ihren Verlauf negativ beeinflussen können. Wie schon angesprochen zählen dazu Übergewicht, Rauchen und vor allem mangelnde Bewegung. Möglichkeiten, den eigenen Gesundheitszustand effektiv zu beeinflussen, bestehen also vor allem beim Rauch-, Ernährungs- und Bewegungsverhalten.

Ergebnisse aus der gesundheitsbezogenen Lebensstilforschung zeigen, dass die Ausübung von Sport- und Bewegungsaktivitäten insgesamt als wichtiges Element eines gesunden Lebensstils angesehen werden kann. Die gesundheitsförderliche Wirkung von moderater sportlicher Betätigung ist hinlänglich belegt, von einer Risikominderung bei vielen Erkrankungen ist auszugehen. Die positiven Auswirkungen auf die Gesundheit umfassen ein breites Spektrum. Sie reichen von einer depressionsmindernden Wirkung bis zur Verringerung von Herz-Kreislauf-Risikofaktoren und Senkung der Sterblichkeit an Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Das Rauchen gilt als das Risikoverhalten mit den deutlichsten Auswirkungen auf die Gesundheit. Kein anderes Verhalten hat einen vergleichbar starken Einfluss auf das Krankheitsgeschehen und die Gesamtsterblichkeit. Das größte Potenzial für eine Risikominderung liegt in einer deutlichen Reduzierung des Rauchens, dies gilt insbesondere sowohl in Hinblick auf Krebserkrankungen als auch Krankheiten des Herz- und Kreislaufsystems. Auch bei depressiven Erkrankungen werden Zusammenhänge mit dem Rauchen angenommen.

Eine ausgewogene und bedarfsgerechte Ernährung erhält die Gesundheit und bietet Schutz vor Erkrankung. Durch Adipositas werden sowohl die Gesundheit als auch die Lebensdauer negativ beeinflusst. Bei Krebserkrankungen, Herz-Kreislaufkrankungen und Diabetes haben Fehlernährung und Übergewicht großen negativen Einfluss. Untergewicht führt ebenfalls zu gesundheitlichen Störungen.

In Studien wurde deutlich, dass bei Kindern weniger die Art der Nahrung, sondern die Gestaltung einer Esskultur oder deren Fehlen Einfluss auf Übergewicht im Erwachsenenalter hat.

Anmerkung: Selbstverständlich gibt es neben dem Gesundheitsverhalten bedeutsame Faktoren, die Gesundheit erhalten und ein Krankheitsrisiko minimieren.

Die vielfältigen Forschungen zum Thema Gesundheitsressourcen zeigen, dass Fähigkeiten und Einstellungen von Personen und Gruppen die Gesundheit positiv beeinflussen können. Soziale Kompetenzen, die gesundheitsförderliche Wirkung zeigen, sind weniger mit Wissen und sehr viel mehr mit Fähigkeiten verknüpft. Selbstverantwortliches Lernen, Kreativität, Spontaneität und Emotionalität sind ebenso gesundheitsförderlich wie Offenheit, Konfliktfähigkeit und Kooperationsfähigkeit.

Bisher standen auf kommunaler Ebene zu den gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen keine Daten zur Verfügung. Aus diesem Grund erfolgte in 2005 eine repräsentative Bürgerbefragung. Die Bürgerinnen und Bürger gaben unter anderem Auskunft über ihr Bewegungsverhalten, ob sie rauchen bzw. nicht rauchen, über ihre Ernährungsgewohnheiten und ihr Gewicht. Die aus den Antworten ermittelten Ergebnisse machen es möglich, Handlungsempfehlungen konkreter formulieren zu können. Hier geht es dann um Lebensstilveränderungen, aber auch um infrastrukturelle Angebote. Es ist unstrittig, dass Prävention und Gesundheitsförderung in erster Linie sinnvollerweise bei Kindern und Jugendlichen ansetzt. Aber auch Erwachsene sollten und können dazu angeregt werden, ihren Lebensstil in gesundheitlicher Hinsicht zu verbessern. Dieses Anliegen soll sich in den weiter unten ausgesprochenen Handlungsempfehlungen und daraus zu entwickelnden Maßnahmen wiederfinden.

In den Ergebnissen der Bürgerbefragung lassen sich im Gesundheitsverhalten der Oberhausener Bevölkerung deutlich geschlechts- und schichtspezifische Unterschiede erkennen. Darüber hinaus sollten die Ergebnisse der Gesundheitsbefragung auch kleinräumig dargestellt werden. Als Auswertungsebene wurden hierfür die 6 Sozialräume mit den 28 Quartieren in Oberhausen gewählt.

Auch hier deutet sich ein unterschiedliches Gesundheitsverhalten an, eine darauf bezogene Auswertung konnte aufgrund der statistischen Komplexität in der zur Verfügung stehenden Zeit nur ansatzweise erfolgen. Gleichwohl sind im Überblick in den Sozialräumen Osterfeld und Oberhausen-Mitte Tendenzen erkennbar, die den Aufbau einer kleinräumig angelegten Struktur von Angeboten gesundheitlicher Hilfen nahe legen (siehe Tabellenband).

Eine Konzentration von Prävention und Gesundheitsförderung auf bestimmte Zielgruppen und Sozialräume ist sinnvoll und in Zeiten knapper Mittel notwendig.

Für Migrantinnen und Migranten sollten in Abstimmung mit den entsprechenden Institutionen und Gremien Präventionsmaßnahmen entwickelt werden, die der besonderen Problemlage dieser Bevölkerungsgruppen Rechnung tragen.

Handlungsempfehlung

- **Zielgruppenorientierte Ausrichtung von Präventionsprogrammen und Maßnahmen**
- **Schaffung gesundheitsfördernder Angebote und Strukturen in den Sozialräumen insbesondere Oberhausen-Mitte und Osterfeld**
- **Berücksichtigung der Problemlage von Migrantinnen und Migranten**

Ergebnisse der Gesundheitsbefragung der Oberhausener Bevölkerung

6. Konzept der Befragung

Im Frühjahr 2005 wurde eine Umfrage vom Bereich Statistik und Wahlen zum Thema Gesundheit und Sport in Form einer mündlichen Befragung durchgeführt. Ein Interviewstab von ca. 100 Personen, der sich aus städtischen wie nichtstädtischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zusammensetzte, besuchte die Bürger/innen vor Ort und befragte diese mit Hilfe eines standardisierten Fragebogens.

Die Befragungsthemen wurden mit dem Bereich Gesundheitswesen der Stadt Oberhausen und dem Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (lögd) in Anlehnung an den Gesundheitssurvey Nordrhein-Westfalen abgestimmt.

Aus der aktuellen Einwohnermeldedatei wurde eine Zufallsstichprobe der 16-bis 80-Jährigen mit erstem Wohnsitz in Oberhausen gezogen. Die Bürger/innen wurden mit einem Anschreiben der Stadtverwaltung von dieser Befragung in Kenntnis gesetzt und auf die Freiwilligkeit bei der Beteiligung und die Einhaltung des Datenschutzes hingewiesen. Die Stichprobengröße umfasste ca. 5.000 Bürgerinnen und Bürger.

Die Themenschwerpunkte dieser Umfrage waren im Einzelnen:

1. Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes
2. Ausgewählte Krankheitsbilder
3. Gesundheitsrelevantes Verhalten und Risikofaktoren:
 - Sport und Bewegung
 - Rauchen
 - Alkohol
 - Ernährung
 - Der Body-Mass-Index
 - Teilnahme an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung

Neben Merkmalen wie Alter und Geschlecht wurde ein breites Spektrum von soziografischen Merkmalen wie z. B. Schulbildung, Erwerbstätigkeit und Einkommen abgefragt, so dass es möglich ist, ein differenziertes Bild in den verschiedenen Gesundheitsthemengebieten zu erstellen. Die Größe der Stichprobe erlaubt darüber hinaus auch eine kleinräumige Auswertung der Daten. Hier sollen in erster Linie die Sozialräume zugrunde gelegt werden.

Tabelle 1: Rücklauf der Befragung

Interview wurde durchgeführt	Gesundheitsbefragung 2005					
	Deutsche		Ausländer		Insgesamt	
	absolut	%	absolut	%	absolut	%
Ja	2.104	49,0	146	34,8	2.250	47,8
Nein	2.188	51,0	273	65,2	2.461	52,2
Nettostichprobe	4.292	100	419	100	4.711	100

Die Beteiligung an dieser Bürgerbefragung betrug wie, in Tabelle 1 zu ersehen ist, insgesamt fast 48 %. Ausländische Bürgerinnen und Bürger beteiligen sich erfahrungsgemäß etwas weniger als deutsche Befragte.

Ein Vergleich von Stichprobe und Grundgesamtheit bei den wichtigsten Merkmalen wie Alter, Geschlecht und Staatsangehörigkeit gibt einen Überblick über ihre Abweichungen und damit über die Qualität der erhobenen Daten.

Tabelle 2: Vergleich Stichprobe und Grundgesamtheit nach ausgewählten Merkmalen

Merkmal	Gesamtbevölkerung (16 - 80 Jahre)		Ins- gesamt	Bürgerbefragung (16 - 80 Jahre)		Ins- gesamt
	Männer	Frauen		Männer	Frauen	
%						
2005						
Staatsangehörigkeit						
Deutsch	43,3	45,8	89,2	44,3	49,0	93,3
Nicht deutsch	5,6	5,2	10,8	3,5	3,2	6,7
Alter						
16 bis 29 Jahre	9,5	9,5	19,0	7,2	7,1	14,3
30 bis 39 Jahre	8,9	8,6	17,5	7,7	9,0	16,7
40 bis 49 Jahre	10,2	10,1	20,3	9,8	11,4	21,2
50 bis 59 Jahre	8,1	8,1	16,1	8,9	8,1	17,0
60 bis 69 Jahre	7,5	8,1	15,6	8,4	9,0	17,4
70 bis 80 Jahre	4,9	6,6	11,5	5,8	7,5	13,3
Insgesamt	49,0	51,0	100	47,8	52,2	100

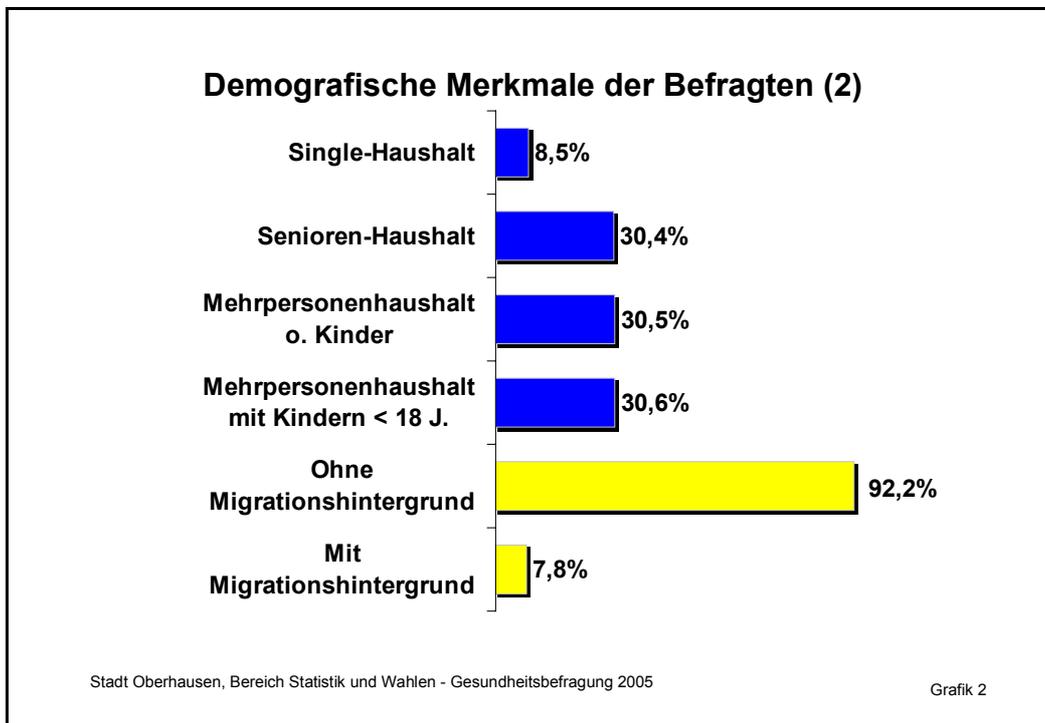
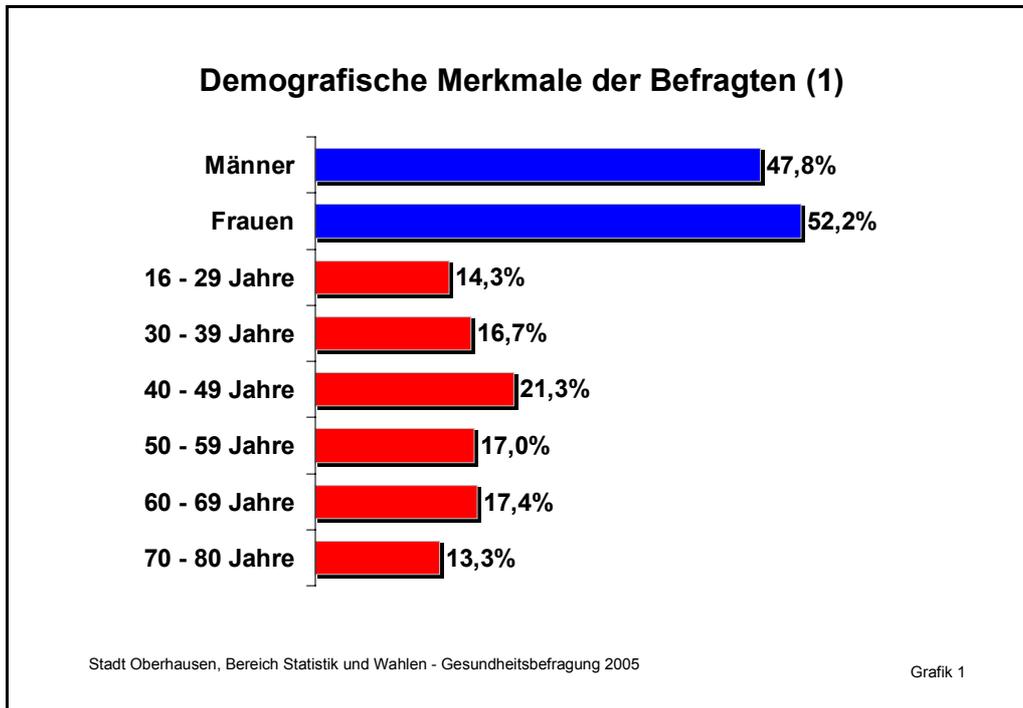
Die Abweichung zwischen Stichprobe und Grundgesamtheit bei dem Merkmal **Geschlecht** ist sehr gering. Das heißt hinsichtlich dieses Merkmals gibt es eine gute Übereinstimmung mit der Bevölkerungsstruktur.

Bei den **Altersgruppen** wird deutlich, dass die jüngeren Befragten etwas unterrepräsentiert sind. Gerade in der Altersgruppe der 16-bis 29-Jährigen fehlt häufig die Bereitschaft, sich an einer solchen Umfrage zu beteiligen oder diese Gruppe ist äußerst schwer von den Interviewer/innen zu Hause zu erreichen. Bei den Gruppen der 60-bis 69-Jährigen und der 70-bis 80-Jährigen dagegen zeigt sich ein gegenteiliger Effekt: In diesen Gruppen sind in der Regel meist die Frauen etwas überrepräsentiert. Die Abweichungen bewegen sich noch in vertretbarem Rahmen, so dass auch hier von einer guten Übereinstimmung bezüglich dieses Merkmals mit der Bevölkerungsstruktur ausgegangen werden kann.

Bei dem Merkmal **Staatsangehörigkeit** liegt der Anteil weit unter der tatsächlichen Bevölkerungsanteil, so dass dieses Merkmal bei der Auswertung zum Gesundheitsverhalten nicht in der Auswertung berücksichtigt werden kann.

In der Befragung haben wir neben der 1. Staatsangehörigkeit auch nach einer möglichen zweiten Staatsangehörigkeit gefragt. Damit erhöht sich der Anteil der Befragten, die einen sog. "Migrationshintergrund" aufweisen (siehe Grafik 2), leicht. Es sind insgesamt 176 Befragte mit einem Migrationshintergrund in der Befragung. Für einige allgemeine Fragen zum Gesundheitsverhalten dieser Befragtengruppe lassen sich vorsichtige Aussagen machen. Es ist daher vorgesehen, diese Ergebnisse in den Integrationsbericht der Stadt Oberhausen einfließen zu lassen.

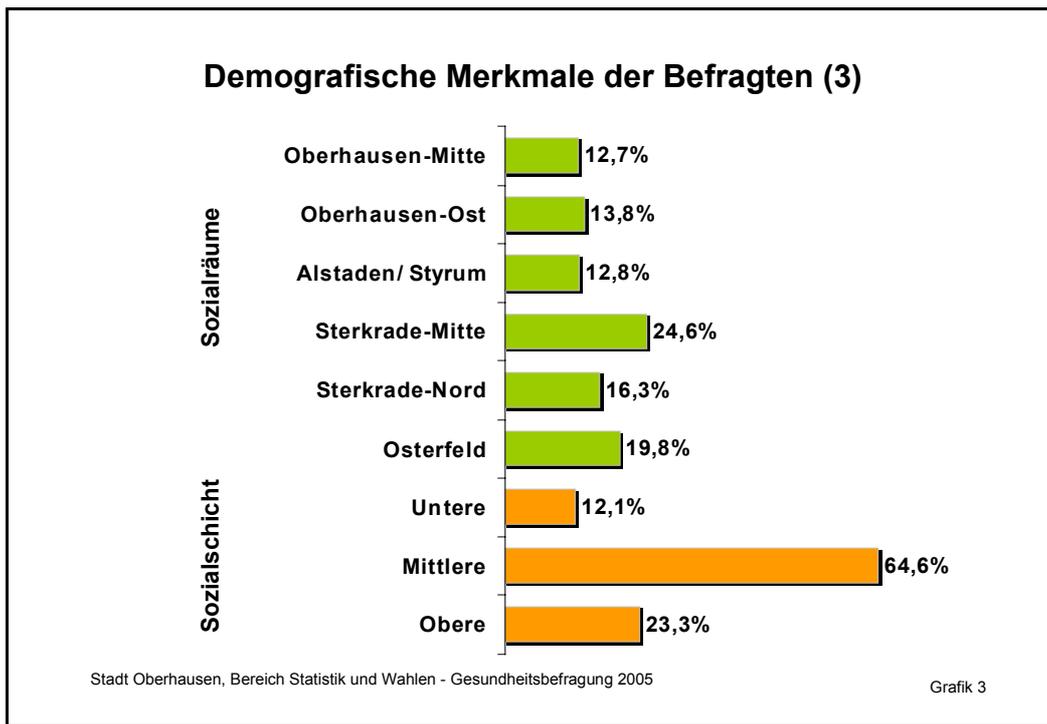
7. Demografische Merkmale der Befragten



Haushaltstypen:

Single-Haushalt: Einpersonenhaushalt im Alter unter 60 Jahren

Senioren-Haushalt: Haushaltsmitglieder sind 60 Jahre und älter



Sozialschicht-Index:

Wird ermittelt unter Verwendung von drei zentralen Indikatoren:

- Bildung
- Berufliche Stellung
- Einkommen

Dieser Index wird ebenso vom Robert-Koch-Institut und beim Bundes-Gesundheits-survey angewandt (Indexberechnung siehe Anhang).

Schichtzugehörigkeit und Gesundheit

Der Einfluss der Schichtzugehörigkeit auf die Gesundheit und Lebenserwartung wird durch epidemiologische Studien regelmäßig bestätigt. Die Angehörigen der unteren Sozialschichten sind vermehrt von körperlichen und psychischen Krankheiten, psychosomatischen Beschwerden, Unfallverletzungen sowie Behinderungen betroffen. Sie schätzen ihre eigene Gesundheit schlechter ein und berichten häufiger von gesundheitsbedingten Einschränkungen in der Alltagsgestaltung. Die Effekte der sozialen Benachteiligung kumulieren im Lebensverlauf.

Das Robert Koch-Institut führt regelmäßig Gesundheitssurveys durch, die epidemiologische Analysen zum Einfluss der Sozialschicht auf die Gesundheit, das Gesundheitsverhalten und die Gesundheitsversorgung ermöglichen. Die Schichtzugehörigkeit wird dabei oftmals über einen mehrdimensionalen aggregierten Index erfasst, der auf Angaben zum Haushaltsnettoeinkommen, Bildungsniveau und zur beruflichen Stellung basiert und eine Differenzierung zwischen Unter-, Mittel- und Oberschicht nahe legt (Winkler-Index). Für bestimmte Fragestellungen wird allerdings die Analyse entlang der Einzeldimensionen empfohlen, um die beobachteten Zusammenhänge präziser beschreiben zu können (siehe Empfehlungen der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Epidemiologie (DAE)).

In den letzten Jahren wurden zahlreiche Arbeiten zum Thema Sozialschicht und Gesundheit publiziert, die auf Daten der Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts basieren. Der Einfluss der Schichtzugehörigkeit wurde dabei u. a. im Zusammenhang mit folgenden Aspekten der Gesundheit betrachtet:

- ◆ Herz-Kreislauf-Krankheiten
- ◆ Hypertonie und Hypercholesterolämie
- ◆ Übergewicht und Adipositas
- ◆ Tabak- und Alkoholkonsum
- ◆ Körperliche Aktivität und Sport
- ◆ Medikamentenkonsum
- ◆ Subjektive Gesundheit und Lebenszufriedenheit
- ◆ Gesundheitsbezogene Lebensqualität
- ◆ Inanspruchnahme des Versorgungssystem

Quelle: Robert Koch-Institut, November 2004

Aus Gründen der Lesbarkeit wird die Auswertung der Ergebnisse bei bedeutsamen Unterschieden nach ausgewählten Merkmalen wie Alter, Geschlecht, Sozialschicht usw. in Form von Grafiken und kurzen Erklärungstexten dargestellt. Die Gesamtergebnisse werden darüber hinaus in einem gesonderten Tabellenband dokumentiert.

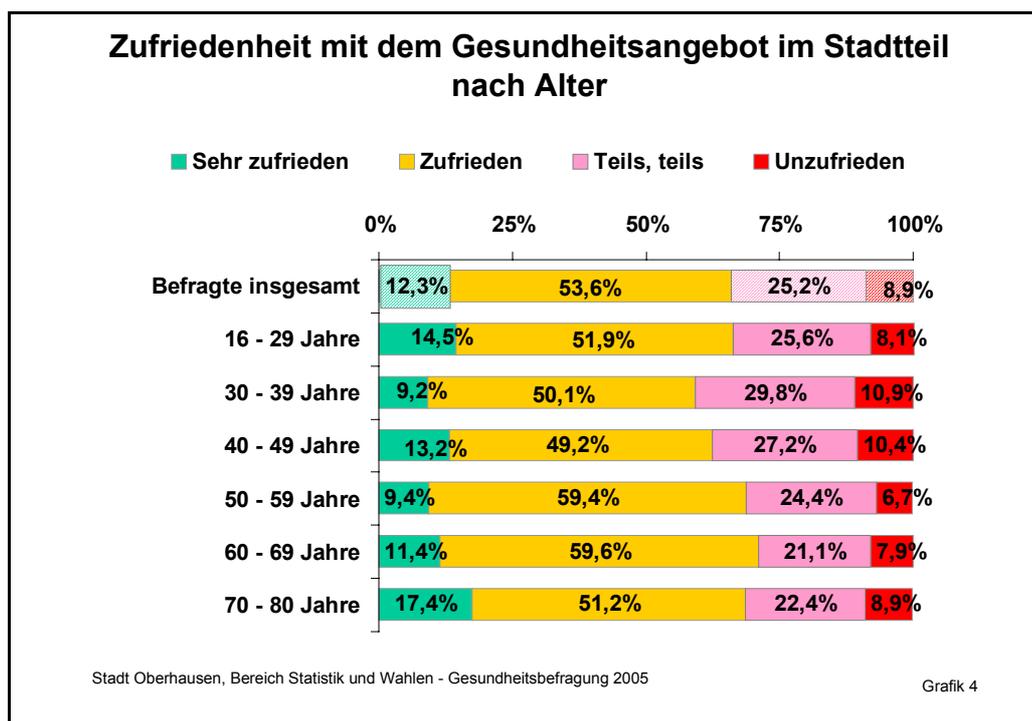
Alle Ergebnisse wurden auf ihre statistische Signifikanz hin überprüft, um systematische Unterschiede von zufälligen Abweichungen eindeutig abgrenzen zu können.⁴

⁴ Neben χ^2 -Tests wurden der Spearman-Rangkorrelationskoeffizient, sowie der Korrelationskoeffizient von Pearson berechnet. Als statistisch signifikant gelten Ergebnisse mit einem $p \leq 0,05$.

8. Zufriedenheit mit dem Gesundheitsangebot

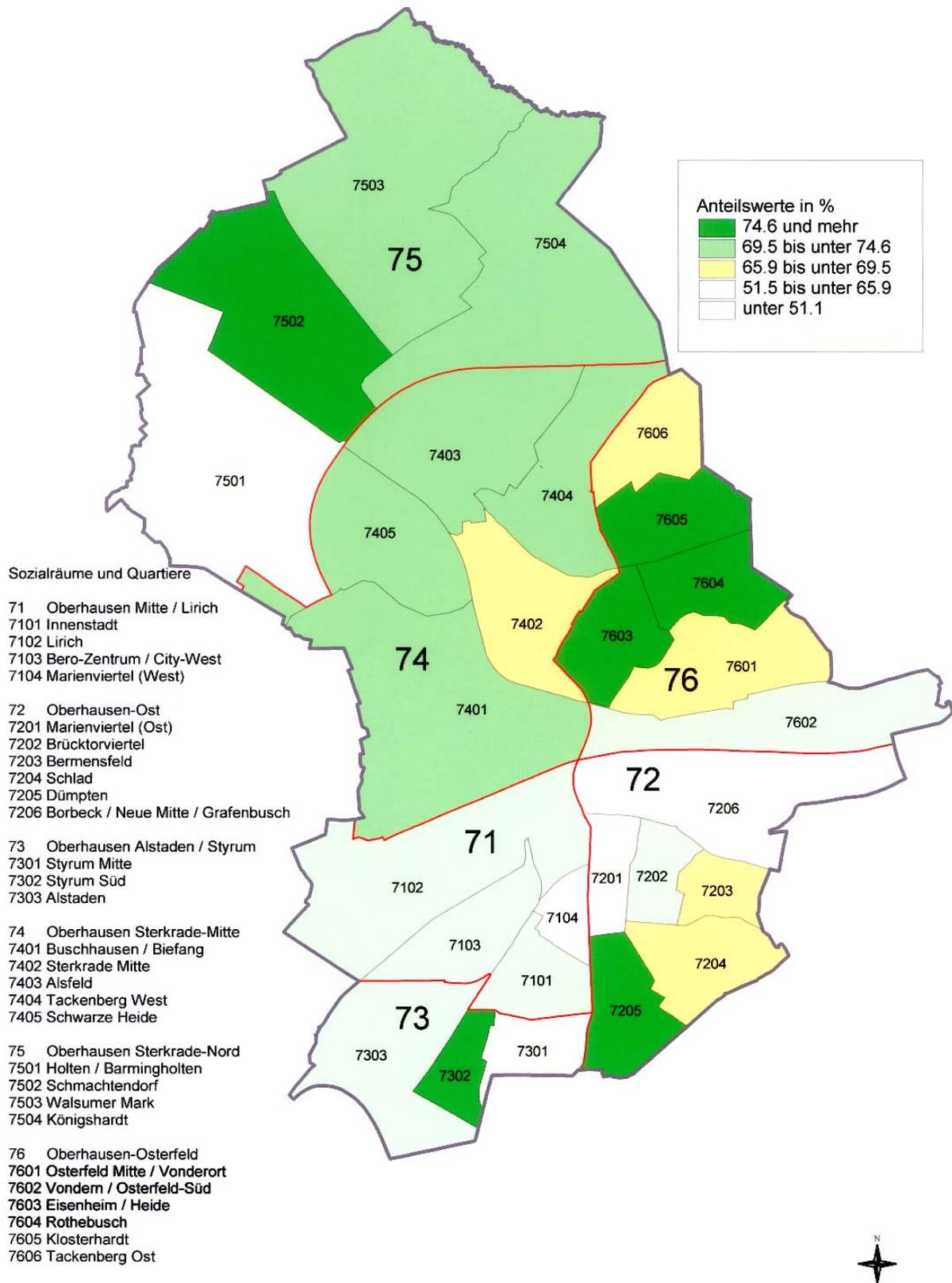
Zwei Drittel der Befragten sind mit dem Gesundheitsangebot in ihrem Stadtteil zufrieden. Sehr zufrieden mit dem Angebot äußern sich 12,3 %. Die Gruppe der Unzufriedenen ist mit knapp 9 % relativ klein.

Die Befragten ab 60 Jahre und älter sind insgesamt mit der Versorgung am zufriedensten. Diese Gruppe nutzt diese Einrichtungen in der Regel auch am stärksten, so dass für sie die Versorgung im Nahbereich von besonderer Bedeutung ist.



Die insgesamt positive Beurteilung des Gesundheitsangebotes von Seiten der befragten Bürgerinnen und Bürger spiegelt die gute gesundheitliche Versorgung durch die niedergelassene Ärzteschaft sowie die stationäre Versorgung in Krankenhäusern und die Arzneimittelversorgung wider (siehe Abschnitt 3).

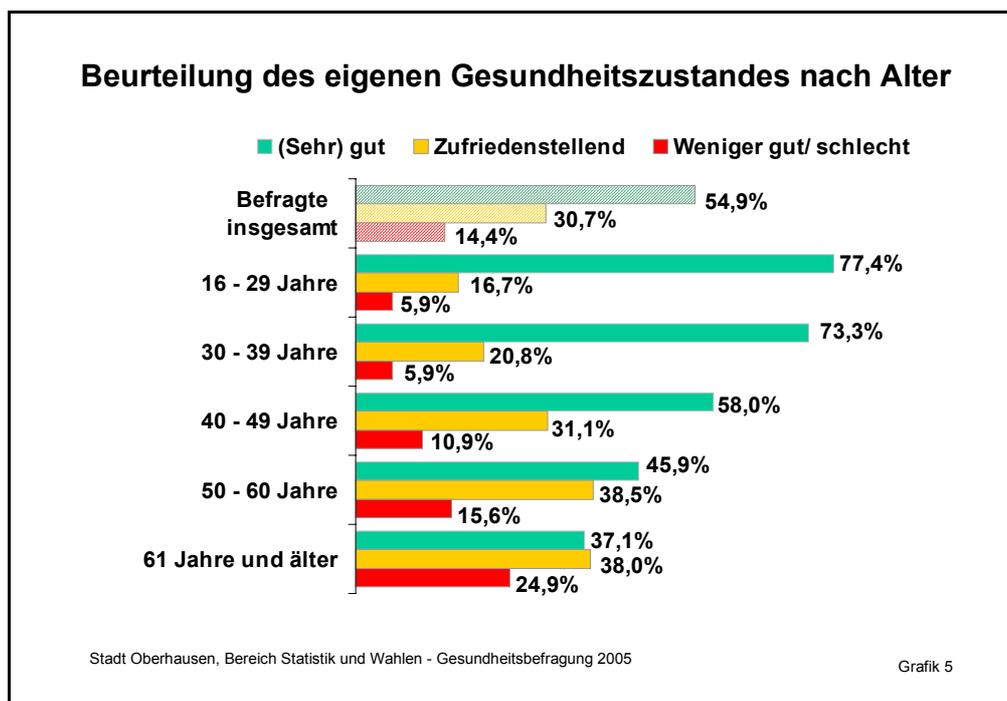
Karte 2: Zufriedenheit mit dem Gesundheitsangebot im Stadtteil
(Antwortkategorien: sehr zufrieden/zufrieden)



9. Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes

9.1 Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes nach Alter

Insgesamt bezeichnen fast 55 % der Oberhausener Bevölkerung ihren Gesundheitszustand als gut bis sehr gut. 30,7 % schätzen ihn als zufriedenstellend ein und 14,4 % als weniger gut bis schlecht.



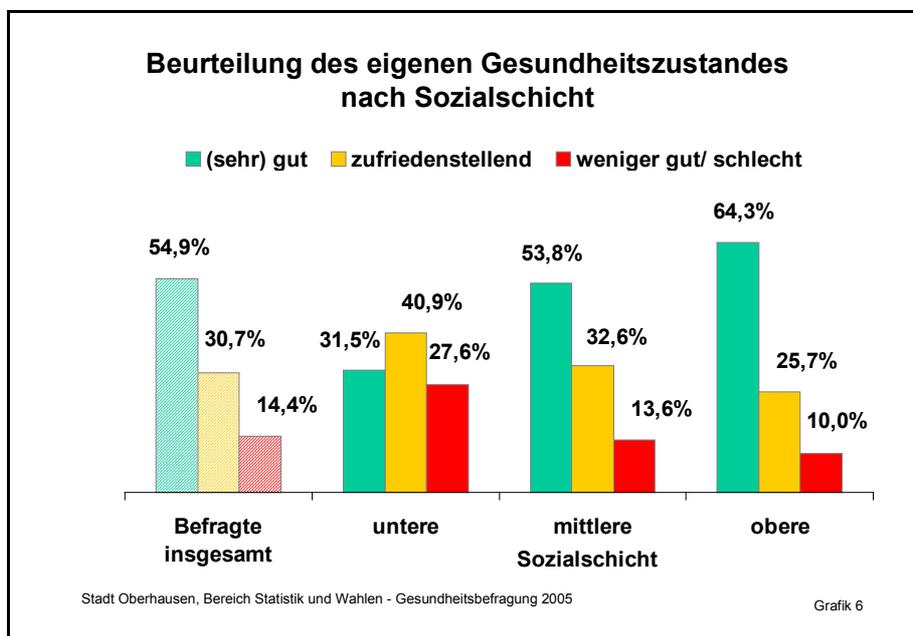
Erwartungsgemäß nimmt mit zunehmendem Alter diese positive Einschätzung ab: D.h. der Anteil derjenigen Befragten, die ihren Gesundheitszustand als "weniger gut" oder gar "schlecht" bezeichnen, nimmt zu.

Beim Geschlecht zeigen sich dagegen kaum Unterschiede in den Zufriedenheitswerten. 55,9 % der Männer schätzen ihren Gesundheitszustand als sehr gut bis gut ein, während es bei den Frauen 54,1 % sind. 29,4 % der Männer und 31,9 % der Frauen äußern sich als zufrieden. Als weniger gut bis schlecht bezeichnen 14,7 % der Männer und 14,0 % der Frauen ihren Gesundheitszustand (siehe Tabellenband).

9.2 Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes nach Sozialschicht

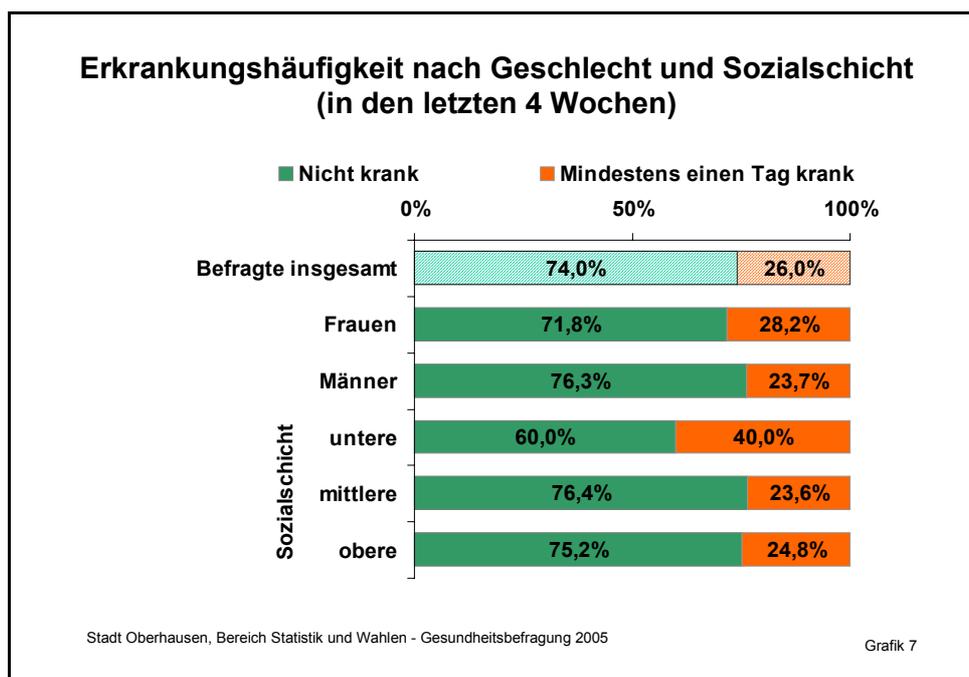
Deutliche Unterschiede in der Beurteilung des subjektiven Gesundheitszustandes zeigen sich bei der Differenzierung nach Sozialschicht: Hier geben nur 31,5 % der Befragten der unteren Sozialschicht an, dass ihr Gesundheitszustand sehr gut bis gut sei, während dies in der mittleren Sozialschicht 53,8 % und in der oberen Sozialschicht dieser Anteil bei 64,3 % liegt (Grafik 6).

In der unteren Sozialschicht (27,6 %) bezeichnen deutlich mehr Befragte ihren Gesundheitszustand als weniger gut bis schlecht als Befragte der mittleren und oberen Sozialschicht mit 13,6 % bzw. 10,0 %.

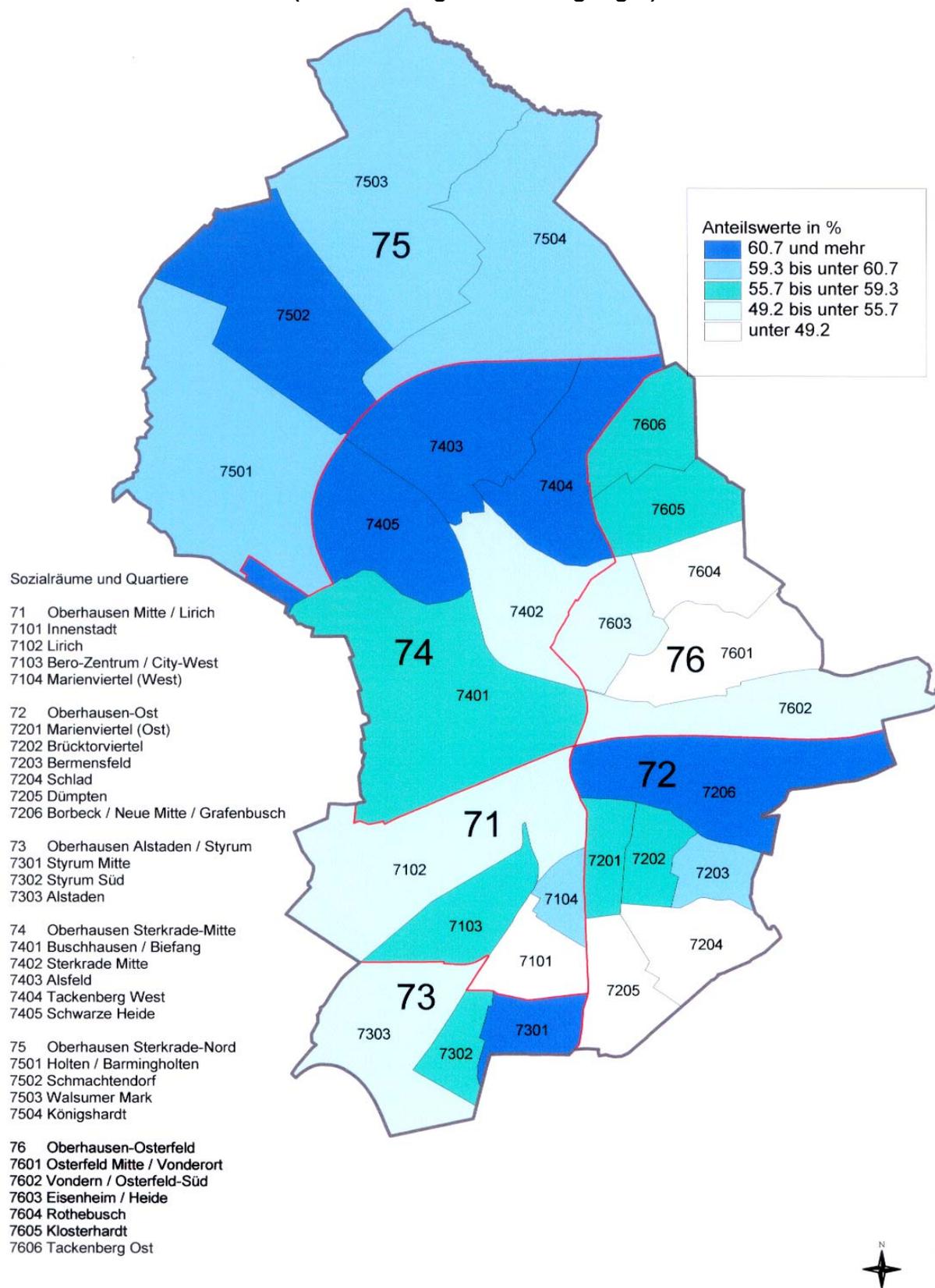


Neben der subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustandes wurde auch nach der Anzahl der Krankentage, in denen den üblichen Tätigkeiten in den zurückliegenden 4 Wochen nicht nachgegangen werden konnte, gefragt: Frauen gaben zu 28,2 % an, mindestens einen Tag krank gewesen zu sein, während der Anteil der Männer bei 23,7 % lag (Grafik 7).

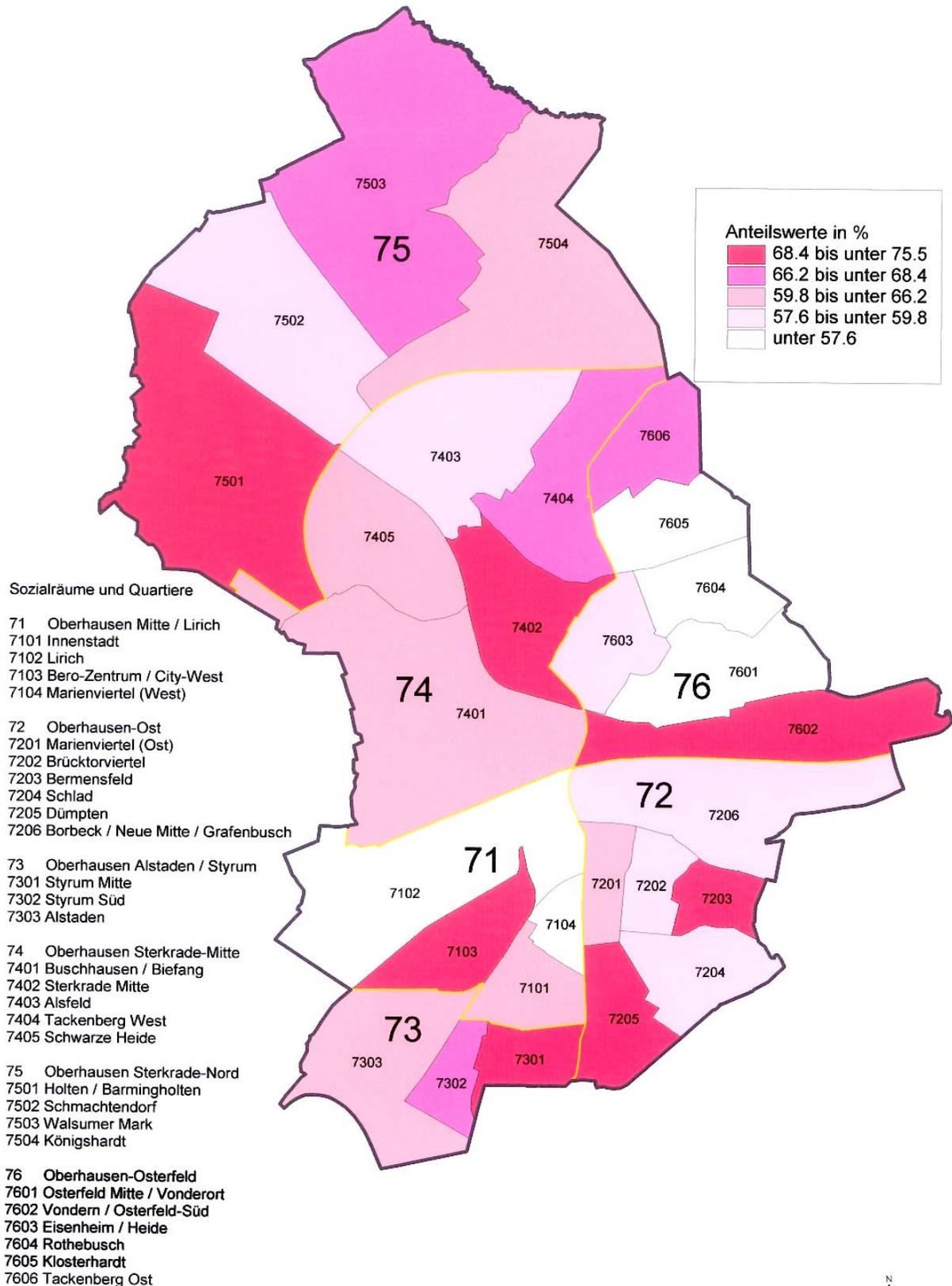
Bei der Differenzierung nach Sozialschicht spiegelt sich die subjektive Einschätzung wider: In der unteren Sozialschicht geben deutlich mehr Befragte, nämlich 40 %, an, in den letzten 4 Wochen mindestens einen Tag krank gewesen zu sein.



Karte 3: Beurteilung des eigenen Gesundheitszustandes
(Antwortkategorien: sehr gut/gut)

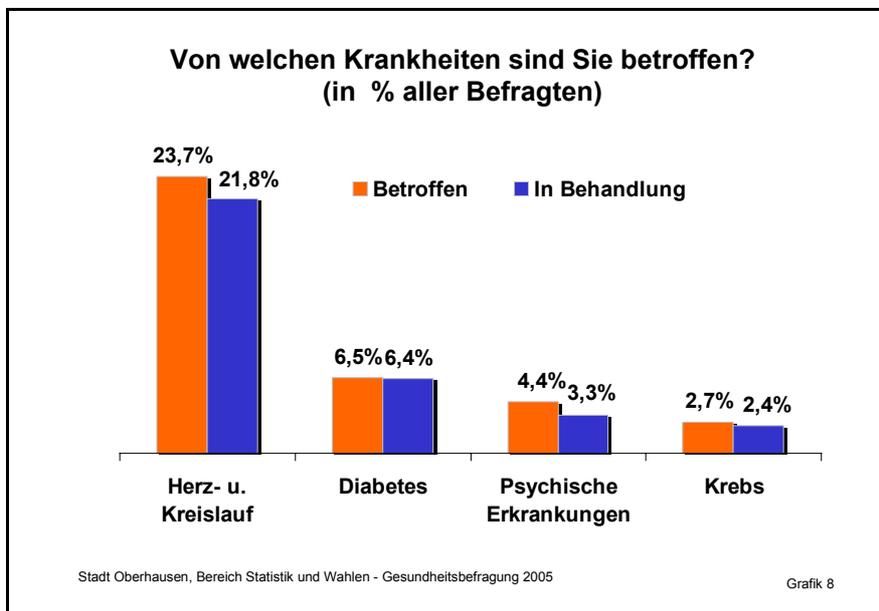


Karte 4: Wie stark achten Sie im Allgemeinen auf Ihren Gesundheitszustand?
 (Antwortkategorien: sehr stark/stark)

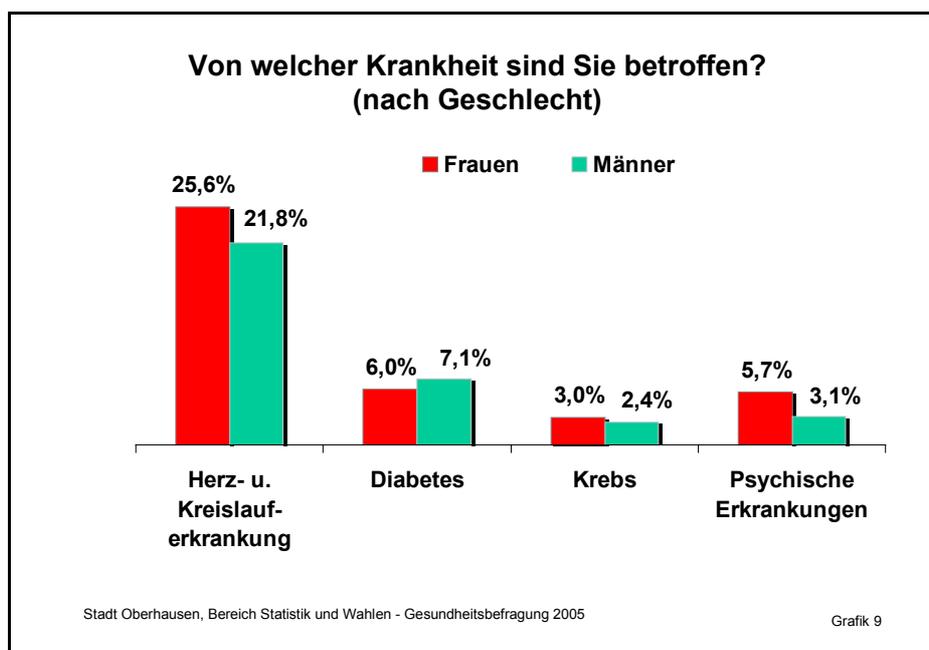


10. Ausgewählte Krankheitsbilder

Entsprechend den im vorderen Teil des Berichtes dargestellten Krankheitsfeldern wurden die Bürgerinnen und Bürger auch befragt, inwieweit sie nach eigener Aussage von diesen Krankheiten betroffen sind.



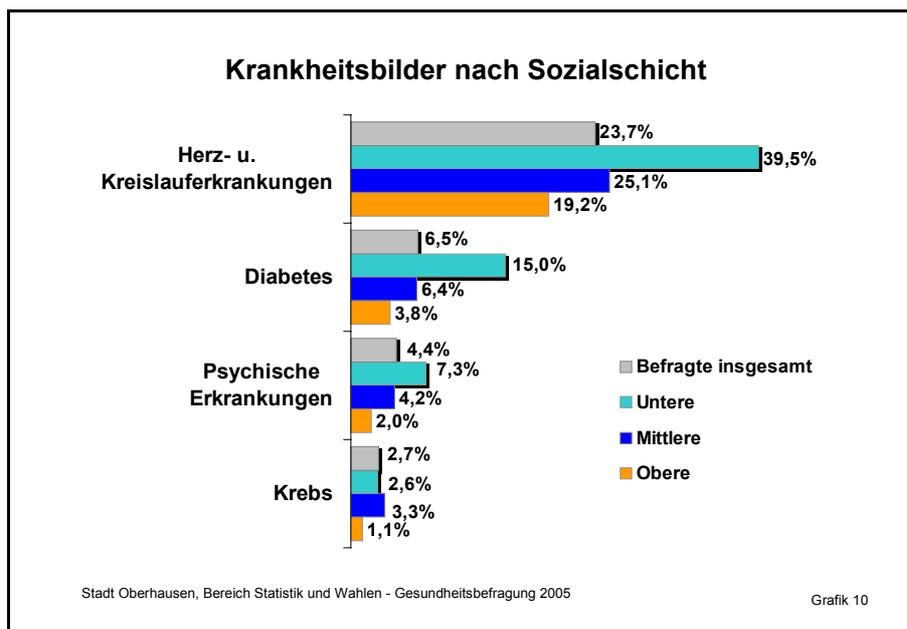
Ein knappes Viertel der 16-bis 80-jährigen Befragten ist danach von **Herz-/Kreislauf-erkrankungen** betroffen. Knapp 7 % leiden an **Diabetes**, mit gut 4 % werden **psychische Erkrankungen** angegeben und fast 3 % geben **Krebserkrankungen** an. In der Regel sind die Erkrankten, wie aus der Grafik 8 zu ersehen ist, auch in ärztlicher Behandlung.



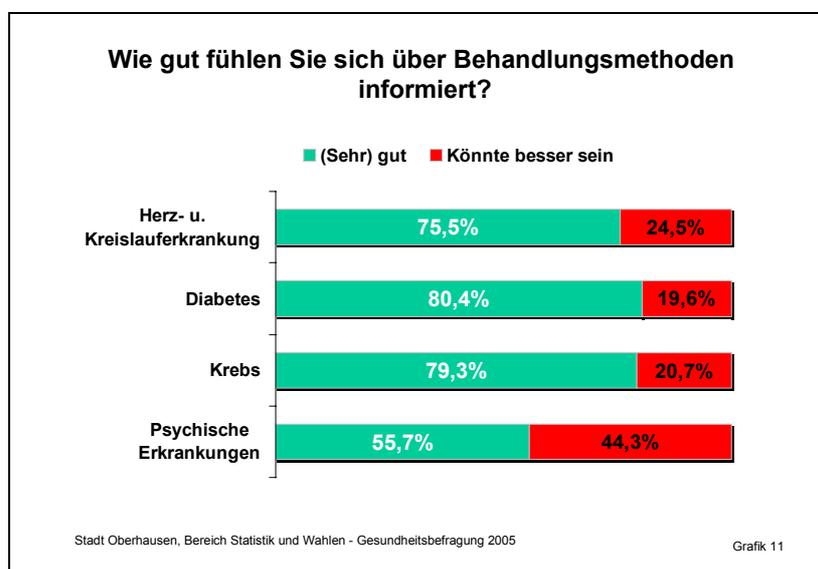
Frauen geben mit 25,6 % häufiger an von Herz-/Kreislauf-erkrankungen betroffen zu sein als Männer (21,8 %). Auch bei den Psychischen Erkrankungen ist der Anteil bei den Frauen höher.

10.1 Ausgewählte Krankheitsbilder nach Sozialschicht

Differenziert nach **sozialer Schicht** ergibt sich folgendes Bild: An Herz-/Kreislauf-erkrankungen Leidende finden sich mit 39,5 % in der unteren, mit 25,1 % in der mittleren und mit 19,2 % in der oberen Sozialschicht. An Diabetes leiden in der unteren Sozialschicht 15,0 %, in der mittleren 6,4 % und in der oberen 3,8 %. Ebenfalls bedeut- same Unterschiede zeigen sich zwischen den Sozialschichten bei den psychischen Störungen: Hier geben 7,3 % der Befragten an, die zur unteren Sozialschicht gehören, davon betroffen zu sein, während nur 4,2 % der mittleren und 2,0 % der oberen Sozial- schicht dies nennen.



Bei der Frage, wie gut sich die Erkrankten über die entsprechenden Behandlungsmethoden informiert fühlen, geben 75,5 % der Befragten, die an Herz-/Kreislauf-erkrankungen, 80,4 % die an Diabetes und 79,3 %, die an Krebserkrankungen leiden, an, sich sehr gut bis gut informiert zu fühlen. Anders sieht es bei den psychischen Erkrankungen aus: Hier fühlen sich nur 55,7 % der Erkrankten sehr gut bis gut informiert, während 44,3 % der Befragten meinen, dies könnte besser sein.

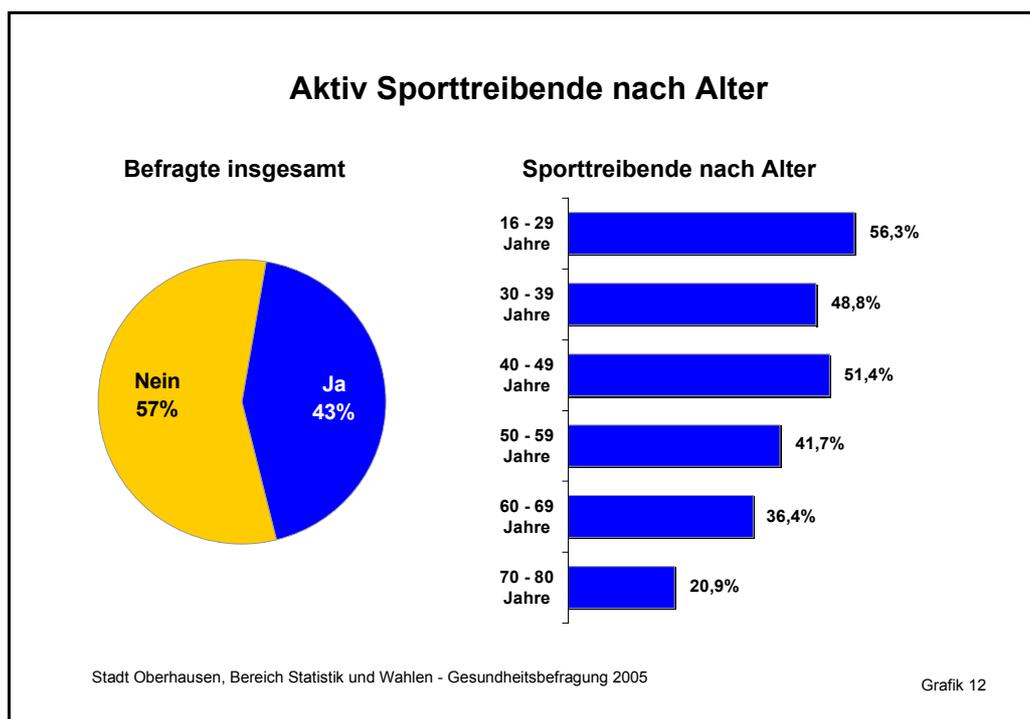


11. Gesundheitsverhalten

Individuelles Gesundheitsverhalten und die konkrete Lebenssituation können die Erkrankungshäufigkeit maßgeblich beeinflussen. Möglichkeiten, den eigenen Gesundheitszustand positiv zu beeinflussen, bestehen vor allem beim Rauch-, Ernährungs- und Bewegungsverhalten.

11.1 Sport und Bewegung

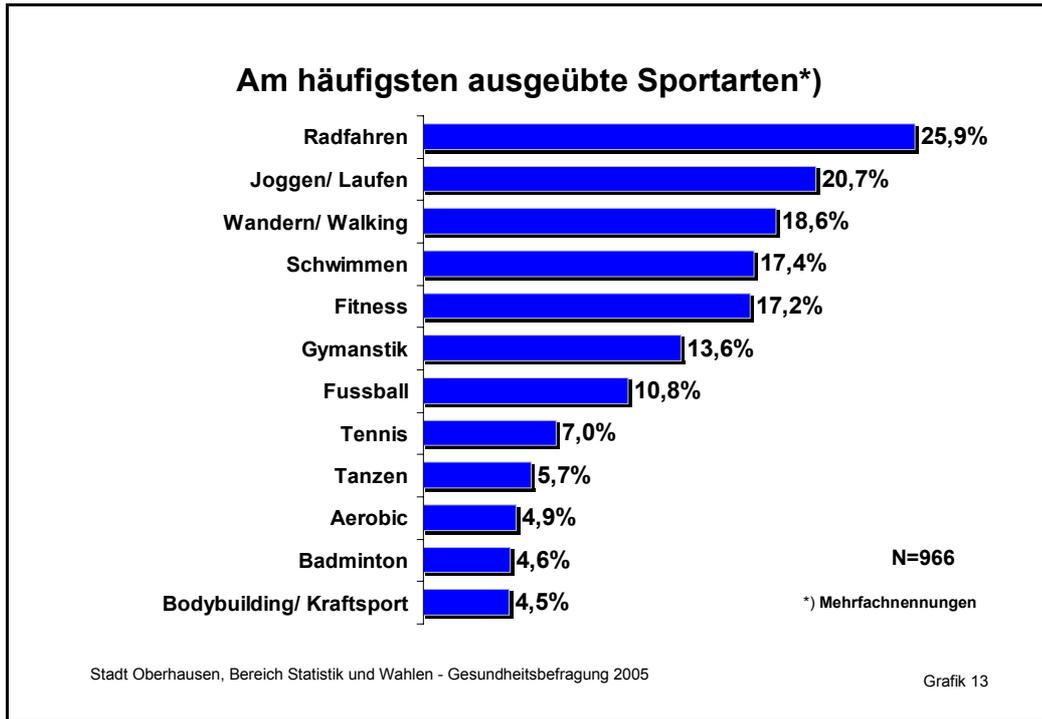
11.1.1 Sport und Bewegung nach Alter und Geschlecht



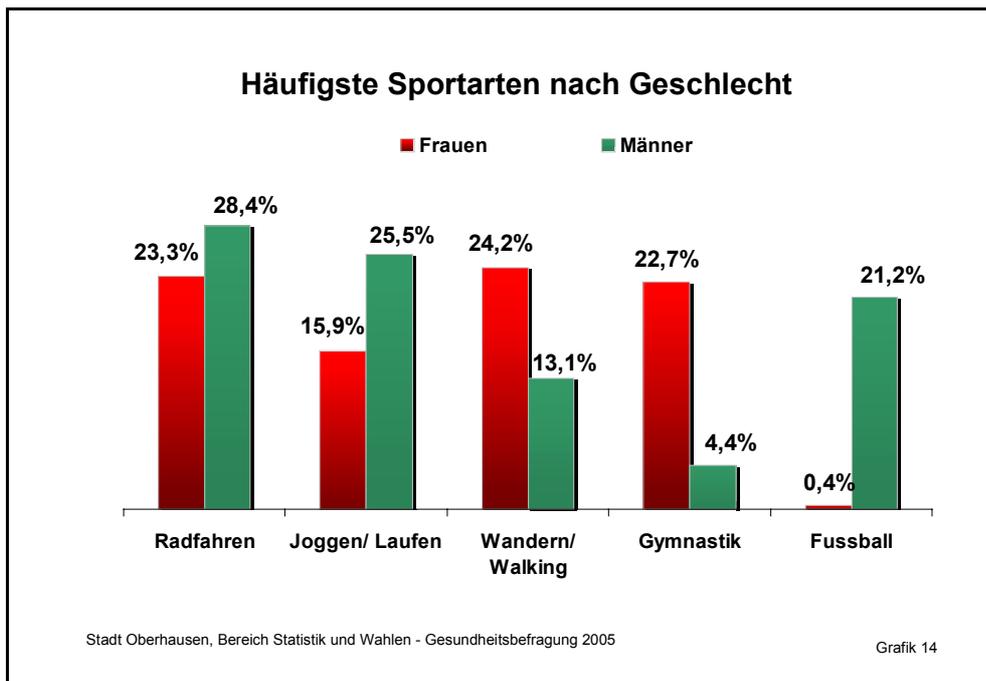
Der Anteil der aktiv Sporttreibenden liegt bei den 16-bis 80-Jährigen insgesamt bei gut 43 %. Bei den 16-bis 29-Jährigen dagegen liegt der Anteil bei knapp 60 %, während die 70-bis 80-Jährigen immerhin noch zu fast 21 % angeben, aktiv Sport zu treiben.

Das sportliche Engagement der Bevölkerung hat sich gegenüber früher stark ausgeweitet. Der Bedeutungszuwachs gerade bei der individuellen Fitness hat insbesondere bei den Altersgruppen der über 40-Jährigen und älteren das Interesse an sportlicher Betätigung stark erhöht. So werden heute Freizeitaktivitäten als Sport eingestuft, die noch vor 20 Jahren nicht als solche gewertet wurden, wie z.B. intensives Spazieren gehen.

Bei den am häufigsten ausgeübten Sportarten stehen derzeit Ausdauer- und Fitness-Sportarten auf den vordersten Plätzen (Grafik 13). Ein Viertel der aktiv Sporttreibenden geben an, regelmäßig Rad zu fahren. Mit gut 20 % folgt dann Joggen/ Laufen und mit fast 19 % steht an dritter Stelle Wandern/ Walking. Diesen Sportarten ist gemeinsam, dass sie sich relativ leicht organisieren lassen und besonders gesundheitsfördernd sind. Erst an siebter Stelle folgen typische Sportsportarten wie Fußball, Tennis, Badminton, die traditionell eher in organisierter Form betrieben werden.

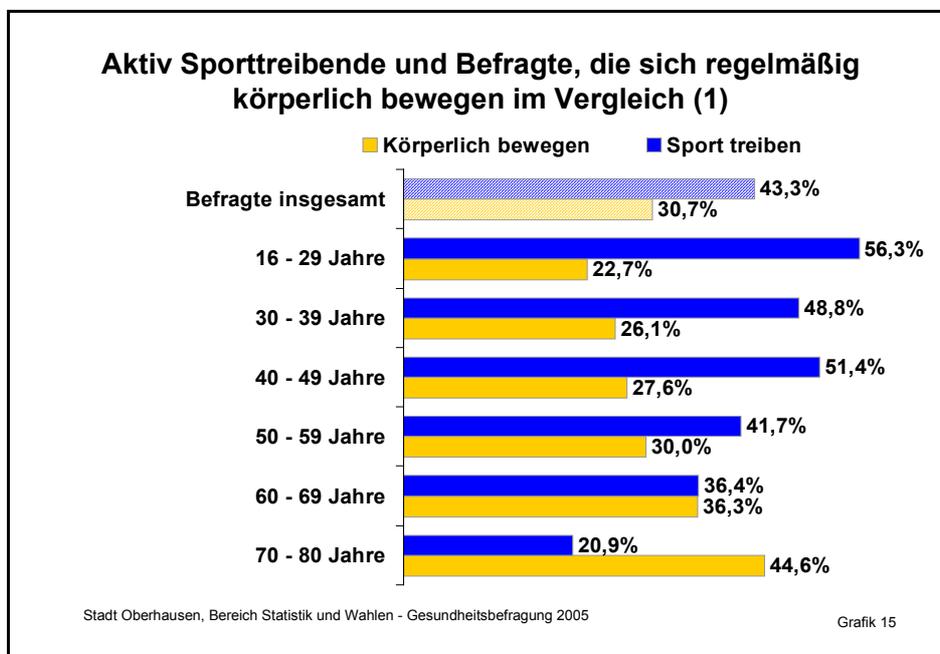


Während sich kaum Unterschiede beim Sportengagement zwischen Männern und Frauen zeigen, gibt es deutliche Unterschiede bei der Wahl der Sportarten zwischen den Geschlechtern. So werden die Sportarten „Gymnastik“ und „Wandern/ Walking“ eindeutig von Frauen bevorzugt, während „Fussball“ aber auch „Joggen/ Laufen“ häufiger von Männern ausgeübt werden. Beim „Radfahren“ liegen die Interessen beider Geschlechter nicht so weit auseinander, dennoch fahren Männer etwas häufiger Rad in ihrer Freizeit als Frauen.



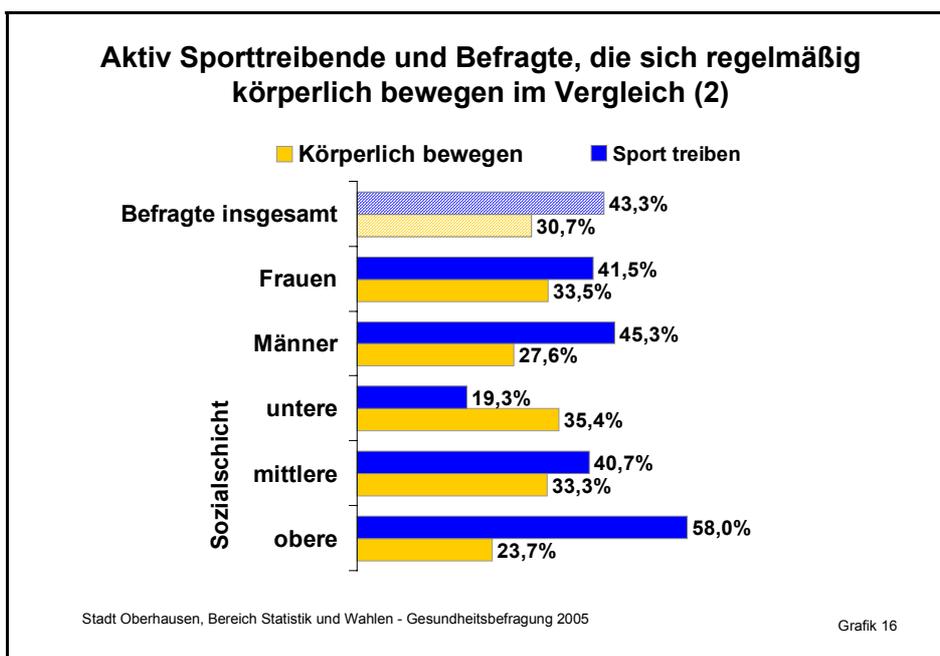
In der Befragung wurde nicht nur nach Sportaktivitäten gefragt, sondern auch nach regelmäßiger körperlicher Bewegung wie Gartenarbeit oder Spaziergehen.

Danach treiben junge Menschen eher regelmäßig Sport in ihrer Freizeit, während bei den Senioren und Seniorinnen zunehmend der aktive Sport durch Bewegungsaktivitäten ersetzt wird (Grafik 15).



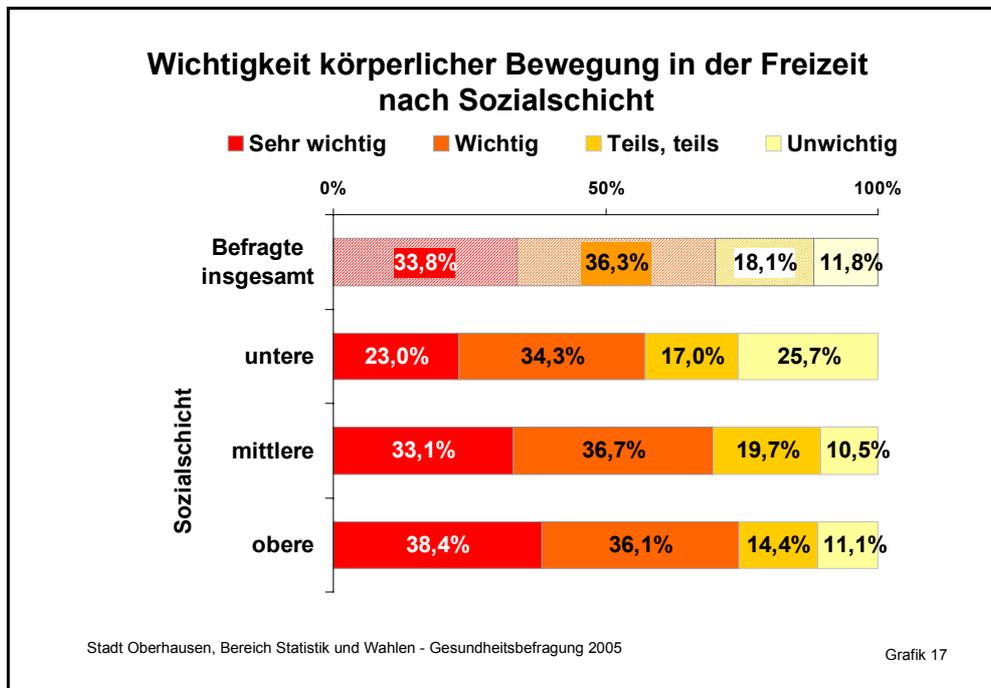
Der Anteil der Sporttreibenden liegt bei den Männern etwas höher als bei den Frauen. Während Frauen mit 41,5 % angeben, regelmäßig Sport zu treiben, liegt der Anteil bei den Männern bei 45,3 %. Umgekehrt geben die Frauen mit 33,5 % etwas stärker gegenüber den Männern mit 27,6 % an, sich täglich körperlich zu bewegen.

11.1.2 Sport und Bewegung nach Sozialschicht und Sozialräumen



Befragte aus der unteren Sozialschicht liegen weit unter dem Anteil der aktiv Sporttreibenden aller Befragten. Nur 19,3 % geben an, regelmäßig Sportaktivitäten nachzugehen, während der Anteil bei der mittleren Sozialschicht bei 40,7 % liegt und bei der oberen Sozialschicht auf 58 % ansteigt (Grafik 16).

Diese Ergebnisse spiegeln sich auch in den Ergebnissen bei der Frage nach der Wichtigkeit von körperlicher Bewegung in der Freizeit wider.



Hier halten gut ein Viertel (25,7 %) der Befragten aus der unteren Sozialschicht körperliche Bewegung für eher unwichtig, während diese Einschätzung in der mittleren 10,5 % und in der oberen 11,1 % teilen. Umgekehrt schätzen in der unteren Sozialschicht 57,3 % körperliche Bewegung als sehr wichtig bis wichtig ein, in der mittleren steigt dieser Anteil auf fast 70 % und in der oberen auf fast 75 % (Grafik 17).

11.1.3 Wichtigste Gründe, um keinen Sport zu treiben

Mit 38,6 % wird als wichtigster Grund angegeben, keine Zeit zu haben, um regelmäßig Sport zu treiben. 30 % geben gesundheitliche Gründe an. Der erste Grund wird um so häufiger genannt je jünger die Befragten sind und die gesundheitlichen Gründe werden am stärksten von den älteren Bürgerinnen und Bürgern angeführt (siehe Tabellenband).

Bei der Gruppe der 16- bis 29-Jährigen fallen zwei Gründe deutlich stärker ins Gewicht als bei den anderen Altersgruppen: Fast 21 % sagen hier, dass sie zu bequem sind, um Sport zu treiben. Fast ebenso hoch ist der Anteil dieser Gruppe bei der Begründung, dass Sie niemanden kennen mit dem sie gemeinsam Sport treiben könnten. Hier sind Ansatzpunkte für Sportvereine oder andere Einrichtungen in den Stadtteilen zu finden, um gerade junge Menschen für Sportaktivitäten zu motivieren.



Die Planung und Umsetzung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung durch Sport und Bewegungsaktivitäten ist Teil einer umfassenden, den örtlichen Bedingungen angepassten Sportentwicklungsplanung. Im Mittelpunkt soll dabei eine stadtteilbezogene Versorgung mit Bewegungs- und Spielflächen stehen. Hier muss auch die Lebensumwelt berücksichtigt werden, die mancherorts in Oberhausen durch dichte Besiedlung weniger zu Bewegungsaktivitäten anregen kann. Eine Sportentwicklungsplanung kann und soll hier ausgleichend wirken. Für Oberhausen bedeutet das, den Sozialräumen Vorrang zu geben, in denen die Bevölkerung nicht in gleichem Maße zu Sport und Bewegung findet wie anderswo.

Handlungsempfehlung

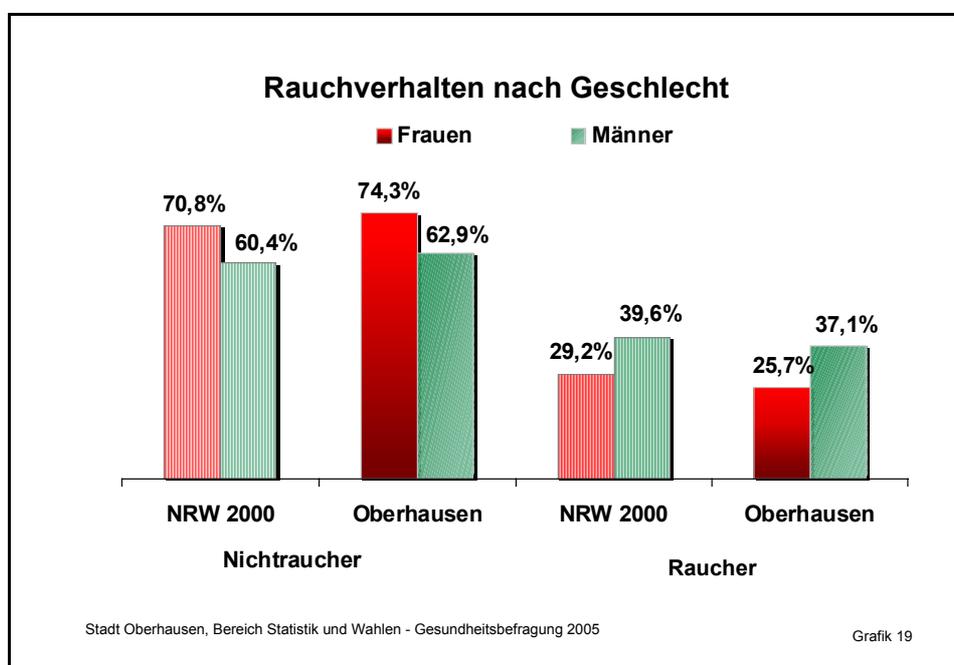
- **Verstärkte Berücksichtigung von strukturell benachteiligten Stadtteilen in der Sportentwicklungsplanung**
- **Etablierung von Angeboten zu bewegungsfördernden Maßnahmen in einzelnen Stadtteilen insbesondere in Oberhausen-Mitte und Osterfeld**
- **Ausbau von Maßnahmen zur Bewegungsförderung in Kindertageseinrichtungen und Schulen unter Beteiligung der Projektgruppe „Bewegungsförderung, Ernährung, Übergewicht“**
- **Information der Bürgerinnen und Bürger über den Nutzen von Sport und Bewegung durch Öffentlichkeits-/Pressearbeit**
- **Motivierung von Jugendlichen zu Bewegung und Sport in Zusammenarbeit mit dem Stadtsportbund (z. B. „Schnupperkurse“)**

11.2 Rauchen

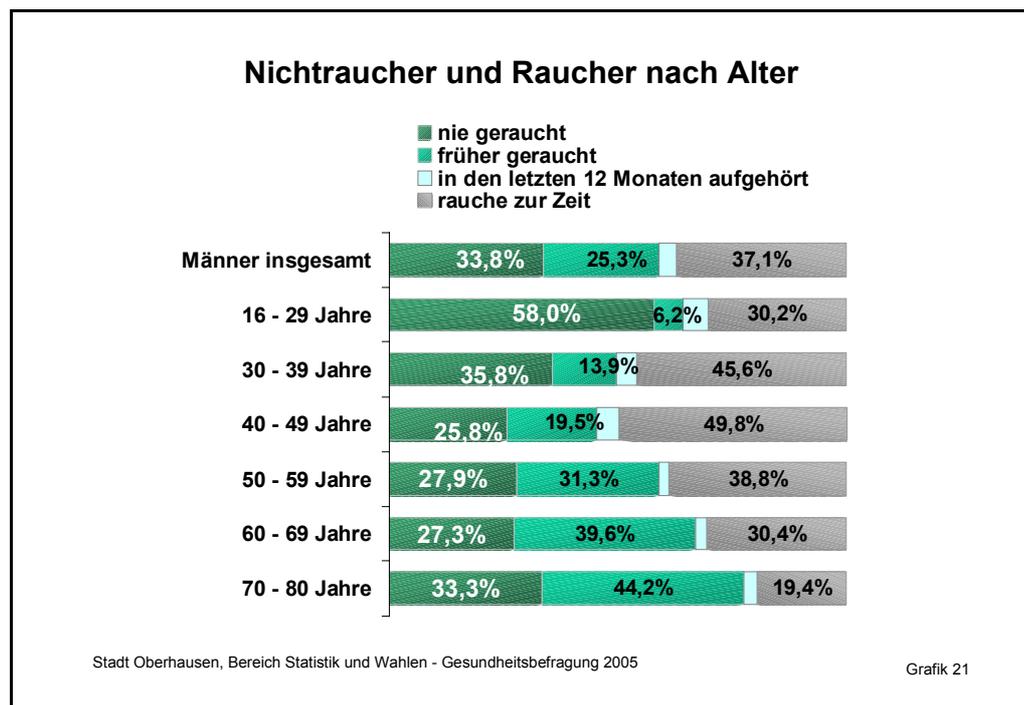
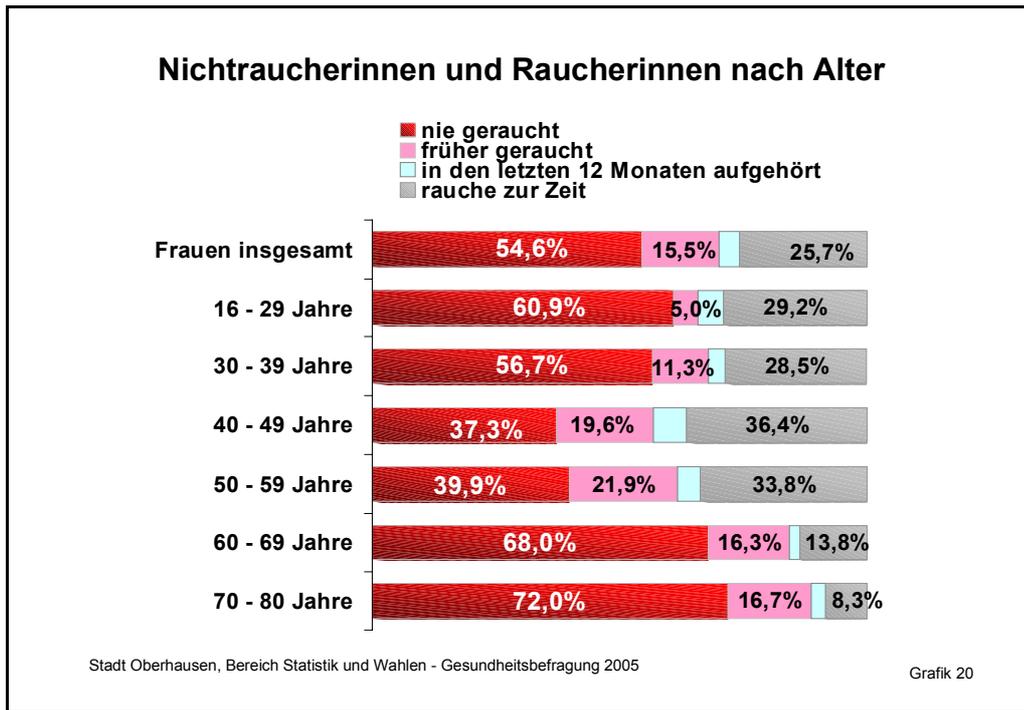
Rauchen, übermäßiger Alkoholkonsum, Bewegungsmangel und Übergewicht gelten als klassische Risikofaktoren für Erkrankungen, wie z. B. Herz-/Kreislaufkrankungen.

11.2.1 Rauchverhalten nach Geschlecht und Alter

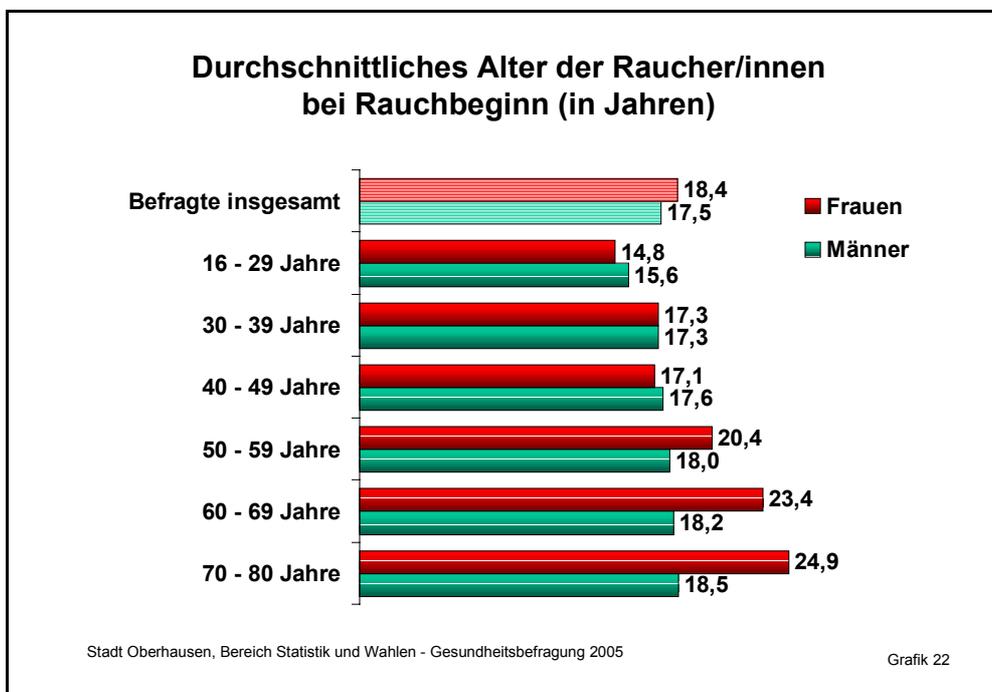
In der Altersgruppe der 16-bis 29-Jährigen rauchen Frauen und Männer etwa gleich viel. In den anderen Altersgruppen rauchen Frauen in der Regel weniger als Männer. So geben 33,8 % der Männer an, nie geraucht zu haben, während es bei den Frauen 54,6 % sind. Als aktuell Nichtraucher bezeichnen sich 62,9 % der Männer und 74,3 % der Frauen. Zum Zeitpunkt der Befragung lag der Anteil der Frauen, die sich als aktive Raucherinnen bezeichneten, bei knapp 26 %, während er bei den Männern gut 10 % höher lag und damit bei 37 %. Die Oberhausener Bevölkerung liegt somit in etwa im Landesdurchschnitt von NRW⁵.



⁵ Datenquelle: Bundes-Gesundheitssurvey 1998
Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie NRW: Zusatzstichprobe
Nordrhein-Westfalen 2000



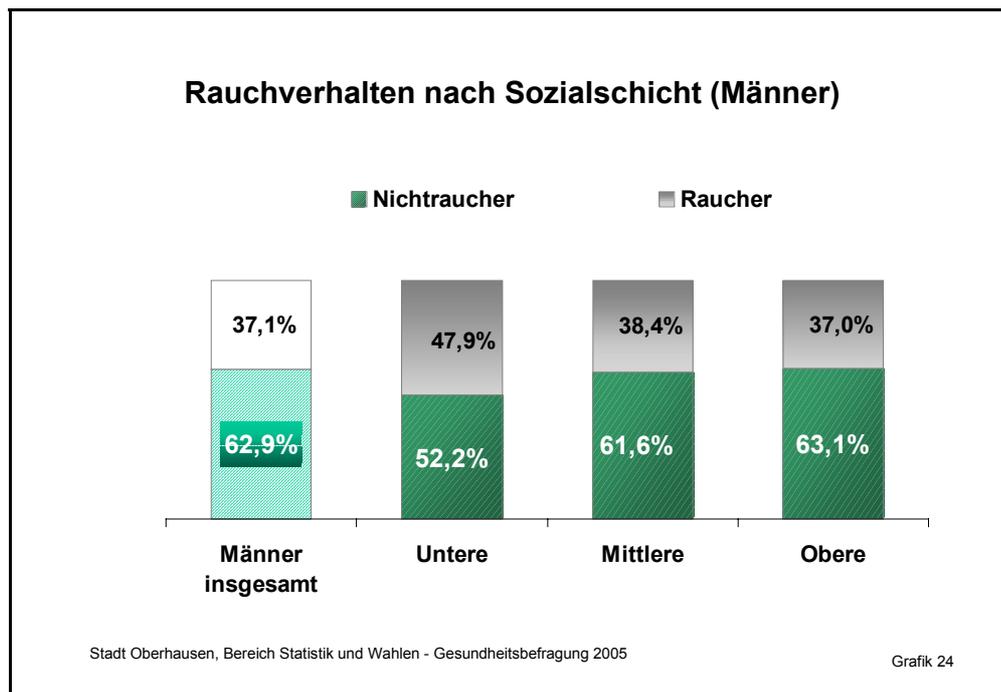
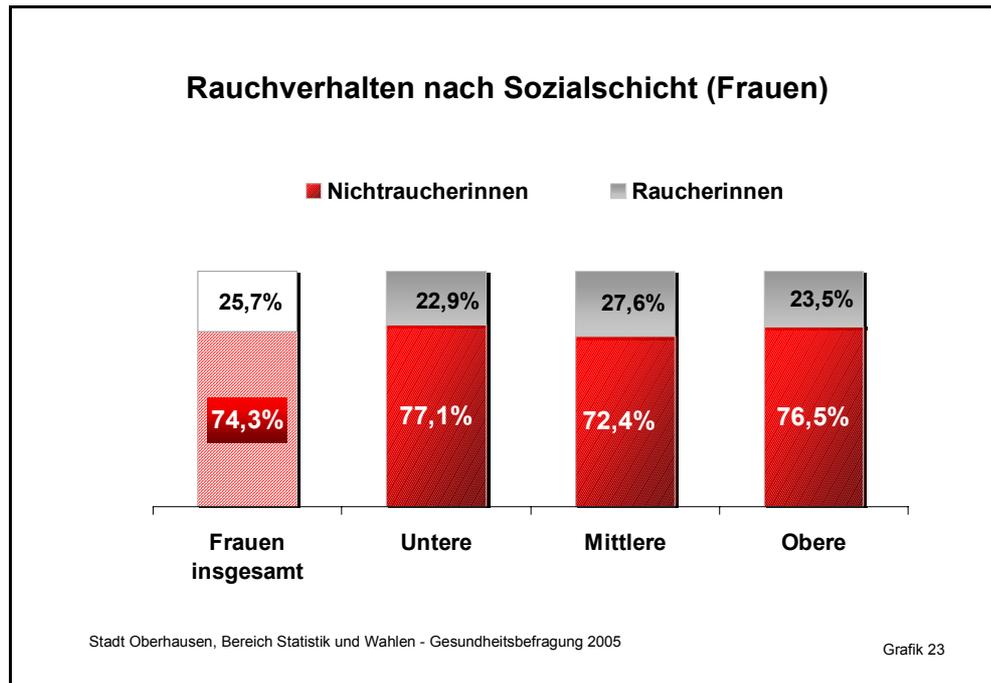
Das durchschnittliche Alter mit dem Rauchen an zu fangen, liegt bei Frauen mit 18,4 Jahren etwas höher als bei Männern (Grafik 22). Allerdings verschiebt sich der Rauchbeginn bei den 16 bis 29-Jährigen deutlich nach vorne. In dieser Altersgruppe beginnen die Frauen mit 14,8 Jahren sogar noch vor den Männern. Der durchschnittliche Beginn in dieser Altersgruppe liegt bei den Männern bei 15,6 Jahren.



11.2.2 Rauchverhalten nach Sozialschicht

Mit 47,9 % ist der Anteil der Raucher bei den Männern in der unteren Sozialschicht am höchsten (Grafik 24). Darüber hinaus gibt diese Gruppe von Rauchern an, dass 44,6 % von ihnen zu den täglichen Rauchern gehören während es in der mittleren Sozialschicht 35,0 % sind und in der oberen 29,9 %. Dieses Verhalten wird noch durch die Tatsache verschärft, dass 32,6 % von ihnen angeben, einen täglichen Zigarettenkonsum von 20 und mehr Zigaretten zu haben (siehe Tabellenband).

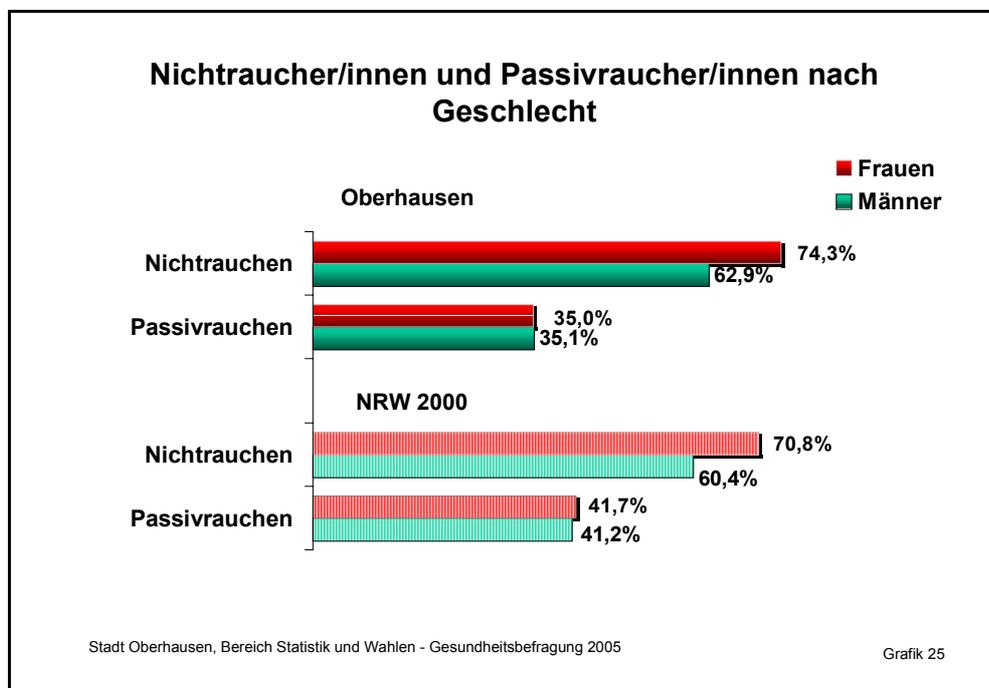
Diese starken Unterschiede nach Sozialschicht sind bei den Frauen nicht fest zu stellen (Grafik 23). Auffällig ist hier, dass 59,3 % der Frauen der unteren Sozialschicht bisher noch nie geraucht haben, während dies bei den Männern aus der unteren Sozialschicht nur 19,6 % angeben. Bei diesem Ergebnis muss allerdings berücksichtigt werden, dass es für Frauen der älteren Jahrgänge früher gesellschaftlich weniger üblich war zu rauchen.



11.2.3 Passivrauchen nach Geschlecht

Für Nichtraucher/innen bedeutet passives Rauchen, dass sie sich in Räumen aufhalten, in denen geraucht wird. Passivrauchen gilt als Kriterium für Luftverschmutzung in Innenräumen und auch hier gilt, dass das Gesundheitsrisiko für Herzerkrankungen und Lungenerkrankungen sowie das Risiko von Asthma und Bronchitis bei Kindern durch Passivrauchen erhöht wird.

Auf die Frage „Halten Sie sich häufiger in Räumen auf, in denen geraucht wird?“, gaben 35 % sowohl der Männer wie der Frauen an, dass sie zur Gruppe der Passivraucher/innen gehören würden. Im Mikrozensus von Nordrhein-Westfalen lag dieser Anteil noch 6 % höher für beide Geschlechter.

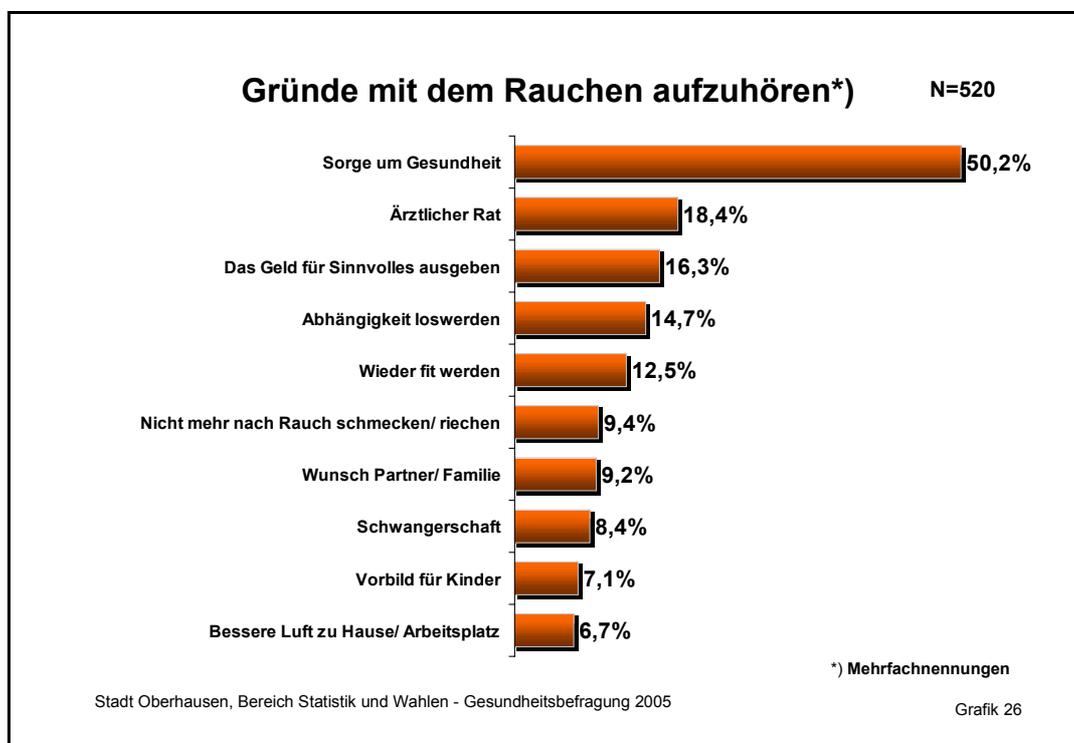


11.2.4 Gründe mit dem Rauchen aufzuhören

Ehemalige Raucherinnen und Raucher wurden gefragt, warum sie mit dem Rauchen aufgehört haben. Sie konnten mehrere Gründe dabei angeben (Grafik 26). Auch hier zeigen sich Unterschiede sowohl in der Altersgruppe als auch in der Sozialschicht. Von der Hälfte der nicht mehr Rauchenden (50,2 %) wurde als wichtigster Grund "die Sorge um die eigene Gesundheit" angegeben. Mit zunehmendem Alter verstärkt sich dieser Grund noch etwas. Während der Grund "sein Geld für etwas Sinnvolleres ausgeben zu wollen" insgesamt an dritter Position steht, gewinnt er für die Gruppe der 16-bis 29-Jährigen stärker an Bedeutung. Auch der Wunsch, wieder fit und leistungsfähig zu werden, ist bei den jüngeren Befragten ein starkes Motiv mit dem Rauchen auf zu hören (siehe Tabellenband).

In der oberen Sozialschicht steht das Motiv "die Abhängigkeit los zu werden" mit 26,5 % deutlich stärker im Vordergrund als bei der mittleren mit 13,9 % und mit 1,9 % in der unteren Sozialschicht. Bei Befragten aus der unteren Sozialschicht geben 32,1 % an, auf ärztlichen Rat mit dem Rauchen aufgehört zu haben, während diesen Grund in den beiden anderen Sozialschichten weniger Bedeutung hat (18,5 % in der mittleren und 11,5 % in der oberen Sozialschicht).

Auch wenn die Gruppe der Antwortenden nicht so groß ist, so wird dennoch eine interessante Tendenz für Prävention und Gesundheitsförderung deutlich: In der unteren Sozialschicht hat demnach der ärztliche Rat großen Einfluss auf eine tatsächliche Verhaltensänderung, während in der mittleren und oberen Sozialschicht das Konzept "Unabhängigkeit" einen hohen Stellenwert hat und Lebensstiländerungen beeinflusst.



In der Befragung wird ein Trend deutlich, der sich auch auf Landes- und Bundesebene zeigt: Mädchen beginnen immer früher mit dem Rauchen. Es zeigte sich auch, dass das Rauchverhalten bei Männern in Zusammenhang mit dem Sozialstatus steht. Präventionsmaßnahmen müssen diese Tendenzen berücksichtigen.

Handlungsempfehlung

- **Fortführung von Präventionsmaßnahmen an Schulen mit dem Ziel, die Einstiegsquote bzw. das Einstiegsalter beim Rauchen zu senken (z. B. „Nicht-rauchen ist cool“ an Grundschulen und „Be smart, don’t start“ an weiterführenden Schulen)**
- **Erarbeitung unterschiedlich ausgerichteter Präventionsmaßnahmen für Mädchen und Jungen**
- **Verstärkt zielgruppenorientierte Gestaltung von Nichtraucher-Trainings**

Aus der Befragung geht hervor, dass der Anteil der Passivraucherinnen und –raucher nicht unerheblich ist. Das heißt, dass in weiten Teilen unserer Lebensumwelt dem Nichtraucherschutz nicht genügend Bedeutung zugemessen wird. Durch die Förderung rauchfreier Lebensräume erhöht sich der Schutz für Passivraucher/innen. Gleichzeitig werden wirkungsvolle Akzente in Richtung einer gesundheitlichen Vorbildfunktion (gerade auch für junge Menschen) gesetzt.

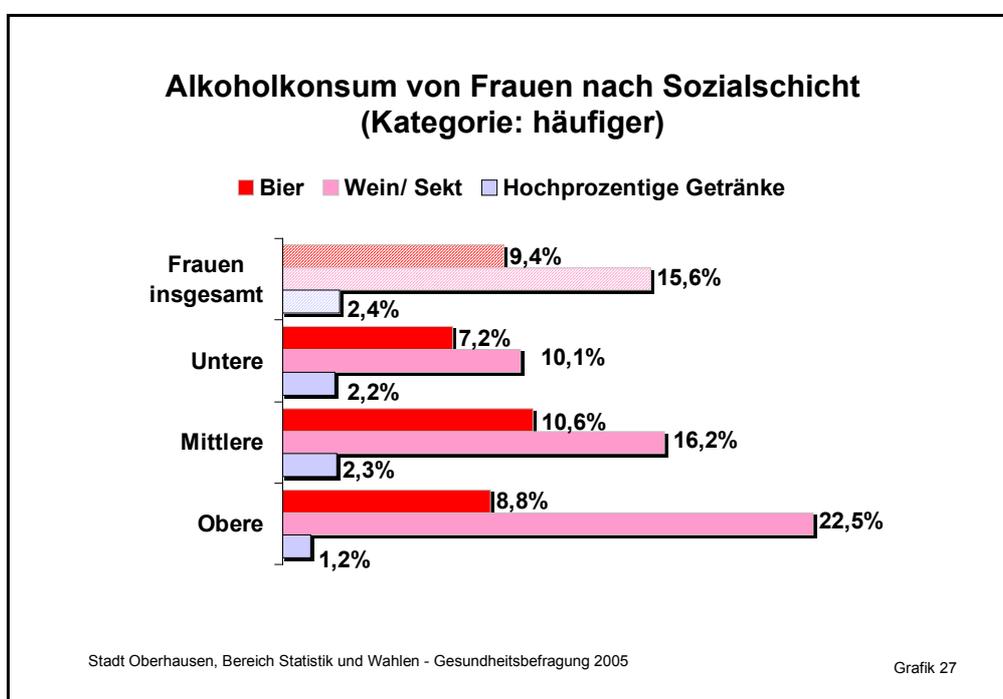
Handlungsempfehlung

- **Realisierung eines Nichtrauchergebotes in öffentlichen Einrichtungen wie z. B. städtischen Behörden, Krankenhäusern, Kindertageseinrichtungen, Schulen**
- **Zulassung von abgegrenzten Zonen für Raucherinnen und Raucher im Sinne einer Zwischenlösung**
- **Verstärkte Verankerung des Nichtraucherschutzes am Arbeitsplatz im Rahmen betrieblicher Gesundheitsförderung**
- **Zusammenarbeit mit dem Hotel- und Gaststättenverband im Hinblick auf Nichtraucherschutz in Gastronomiebetrieben**
- **Informationskampagne zur gesundheitlichen Gefährdung durch Passivrauchen**

11.3 Alkohol

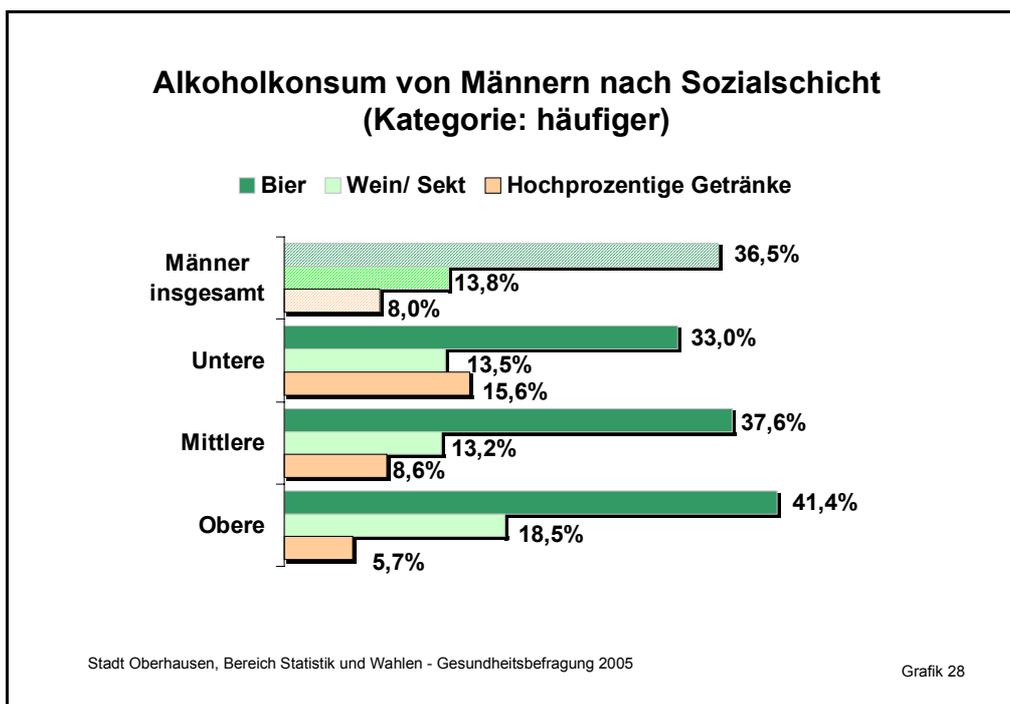
11.3.1 Alkoholkonsum nach Geschlecht und Sozialschicht

Alkoholkonsum ist nicht nur weitverbreitet, sondern er ist auch in das soziale Leben integriert. Der Alkoholkonsum von Männern und Frauen unterscheidet sich weniger in der Menge als vielmehr in den Getränkevorlieben. Während Bier eher ein ausgesprochenes Männergetränk ist, bevorzugen Frauen eher Wein oder Sekt. Auch Spirituosen werden häufiger von Männern getrunken als von Frauen. Bei allen drei unterschiedlichen Alkoholsorten ist der Anteil derjenigen, die überhaupt keinen Alkohol trinken bei den Frauen jeweils am höchsten (siehe Tabellenband). Nur 26,5 % der Männer geben an, überhaupt kein Bier zu trinken. Bei den Frauen sind es 68,8 %. Bei Wein bzw. Sekt sagen 47,9 % der Männer, aber 39,9 % der Frauen, dass sie dieses Getränk nie trinken. Spirituosen lehnen 77,8 % der weiblichen und 60,8 % der männlichen Befragten ab.



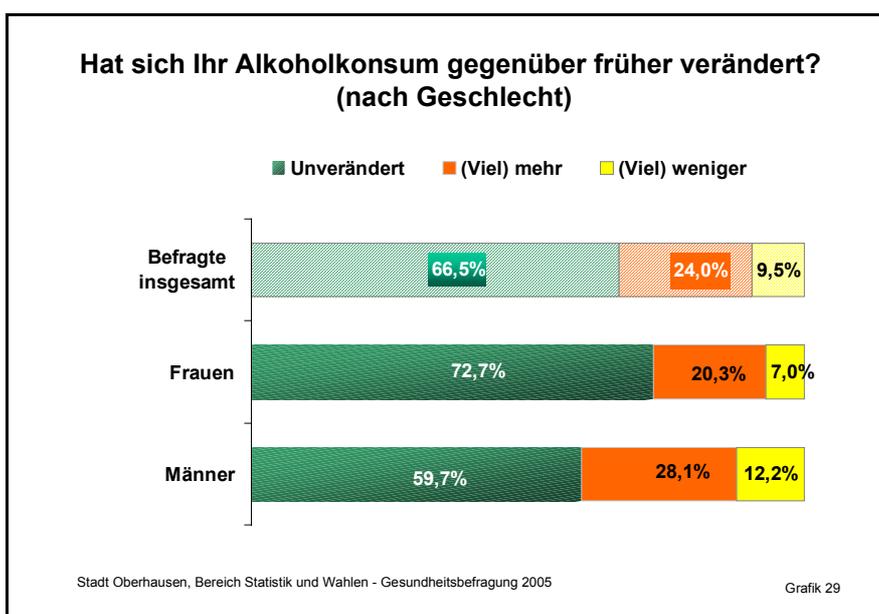
Frauen in der oberen Sozialschicht trinken deutlich häufiger Wein bzw. Sekt als Frauen der anderen Schichten. Aber auch bei Bier und hochprozentigen Getränken trinken die Frauen der unteren Sozialschicht insgesamt weniger, als die Frauen aus den anderen Sozialschichten.

Bei den Männern der oberen Sozialschicht wird Bier, aber auch Wein und Sekt am häufigsten getrunken, während Spirituosen beim Alkoholkonsum weniger von Bedeutung sind (Grafik 28). Dies sieht bei den männlichen Befragten der unteren Sozialschicht anders aus: Hochprozentige Getränke werden hier deutlich häufiger getrunken als von allen anderen Befragtengruppen.



Bei den Frauen hat sich der Alkoholkonsum mit 72,7 % gegenüber früher am wenigsten geändert. 20,3 % trinken deutlich mehr als früher und 7 % trinken inzwischen weniger Alkohol.

Bei den Männern hat sich der Alkoholkonsum stärker verändert. Diese Veränderung bedeutet sowohl eine negative Veränderung, indem 28,1 % deutlich mehr Alkohol zu sich nehmen als auch eine positive Veränderung, indem 12,2 % heute viel weniger Alkohol trinken als früher.



Erhöhter Alkoholkonsum und Alkoholmissbrauch sind gesundheitsschädlich und können zu Abhängigkeit führen. Handlungsfelder sind hier Prävention einerseits und Behandlung und Versorgung abhängigkeiterkrankter Menschen andererseits.

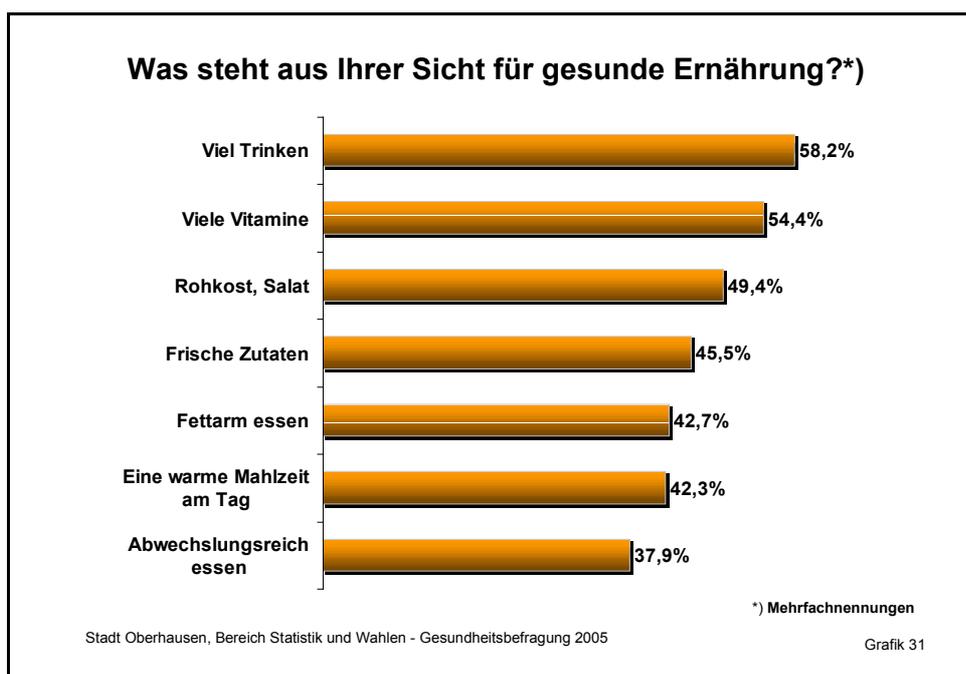
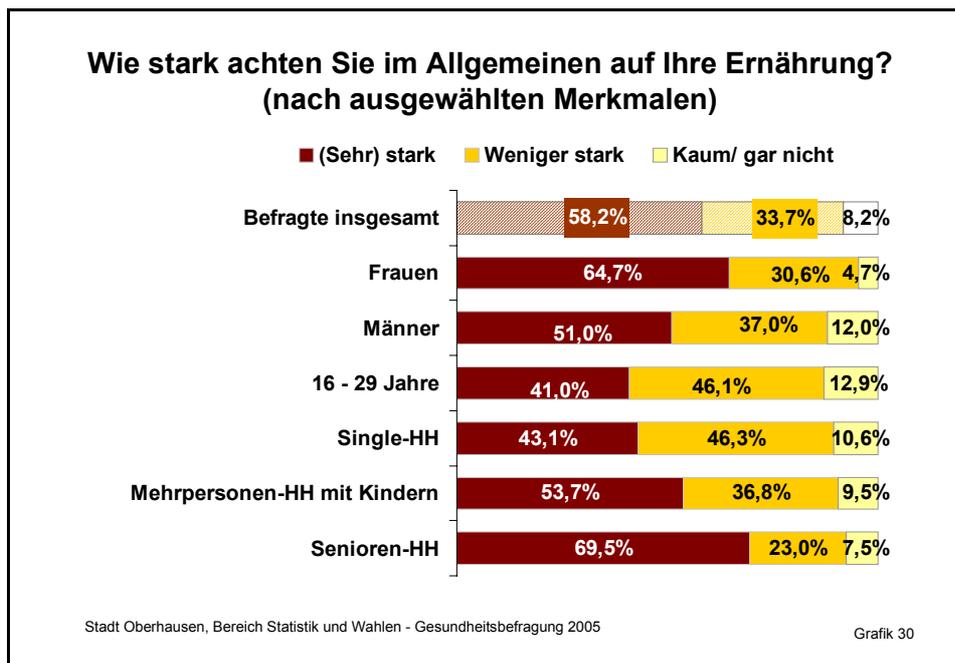
Handlungsempfehlung

- **Weiterführung und Ausbau bestehender geschlechtsspezifischer Präventionsprogramme der Suchtprophylaxe im Jugendbereich**
- **Intensivierung der Zusammenarbeit zwischen niedergelassener Ärzteschaft, Suchtberatungsstellen und Selbsthilfegruppen unter Beteiligung der psychosozialen Arbeitsgemeinschaft/Arbeitskreis Sucht**

11.4 Ernährung

11.4.1 Ernährungsverhalten nach Geschlecht und Haushaltstyp

Knapp 60 % der Befragten gaben an, sehr stark bis stark auf ihre Ernährung zu achten. Das Ernährungsbewusstsein ist bei den Frauen mit fast 65 % gegenüber dem der Männer mit nur 51 % stärker ausgeprägt. Am wenigsten interessieren sich die 16-bis 29-Jährigen und alleinlebende Personen für ihre Ernährung. Aber auch Familien mit Kindern unter 18 Jahren geben nur zu 53,7 % ein starkes Interesse an. Damit liegen diese Gruppen unter dem durchschnittlichen Verhalten aller Befragten.

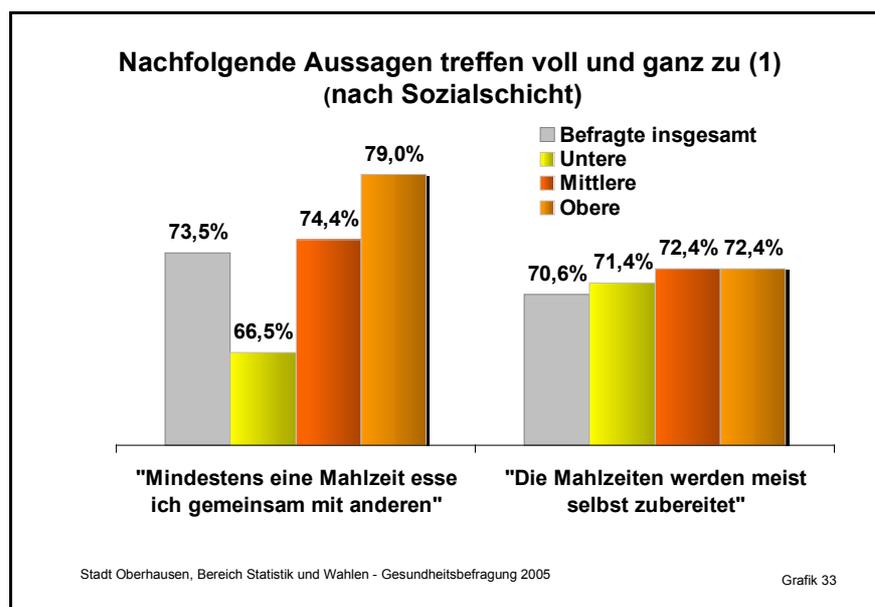


Entsprechend dem unterschiedlichen Ernährungsbewusstsein von Männern und Frauen gibt es dann auch Unterschiede in der Bewertung der Lebensmittel, die für eine gesunde Ernährung stehen. Frauen heben stärker als Männer die Bedeutung von Rohkost, frischen Zutaten und fettarmem Essen hervor. Einigkeit bei den Geschlechtern besteht dagegen, dass zu einer gesunden Ernährung ausreichendes Trinken gehört.

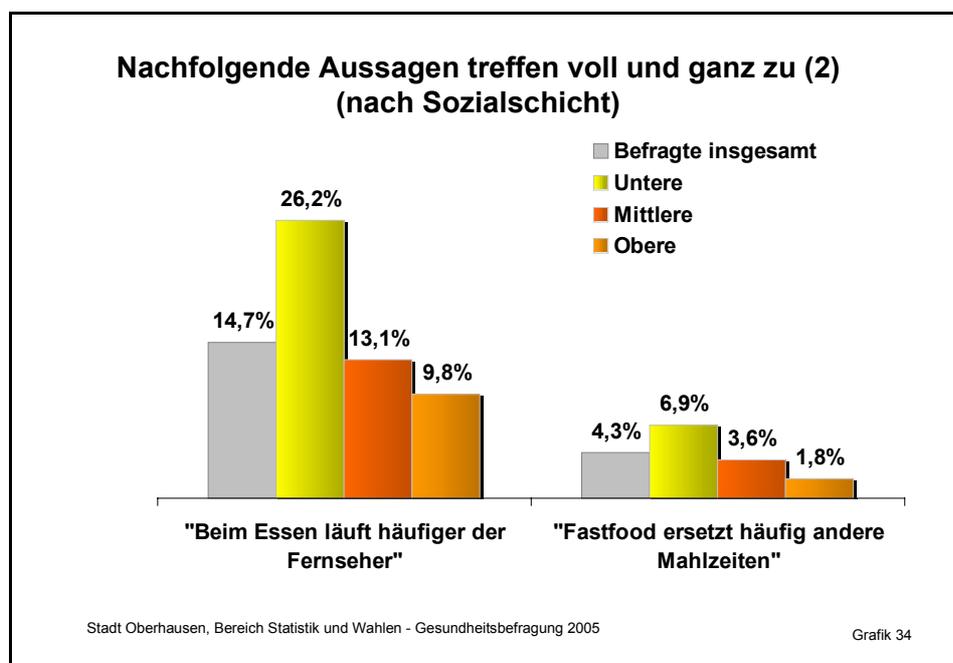


11.4.2 Essverhalten nach Sozialschicht

Nicht nur das Wissen über eine gesunde Ernährung ist für die Gesundheit von besonderer Bedeutung, sondern auch die tatsächlichen Essgewohnheiten spielen eine wichtige Rolle. So wurden in der Befragung bestimmte Essgewohnheiten vorgestellt und die Befragten konnten sagen, inwieweit dieses Verhalten auf sie zutrifft oder auch nicht.



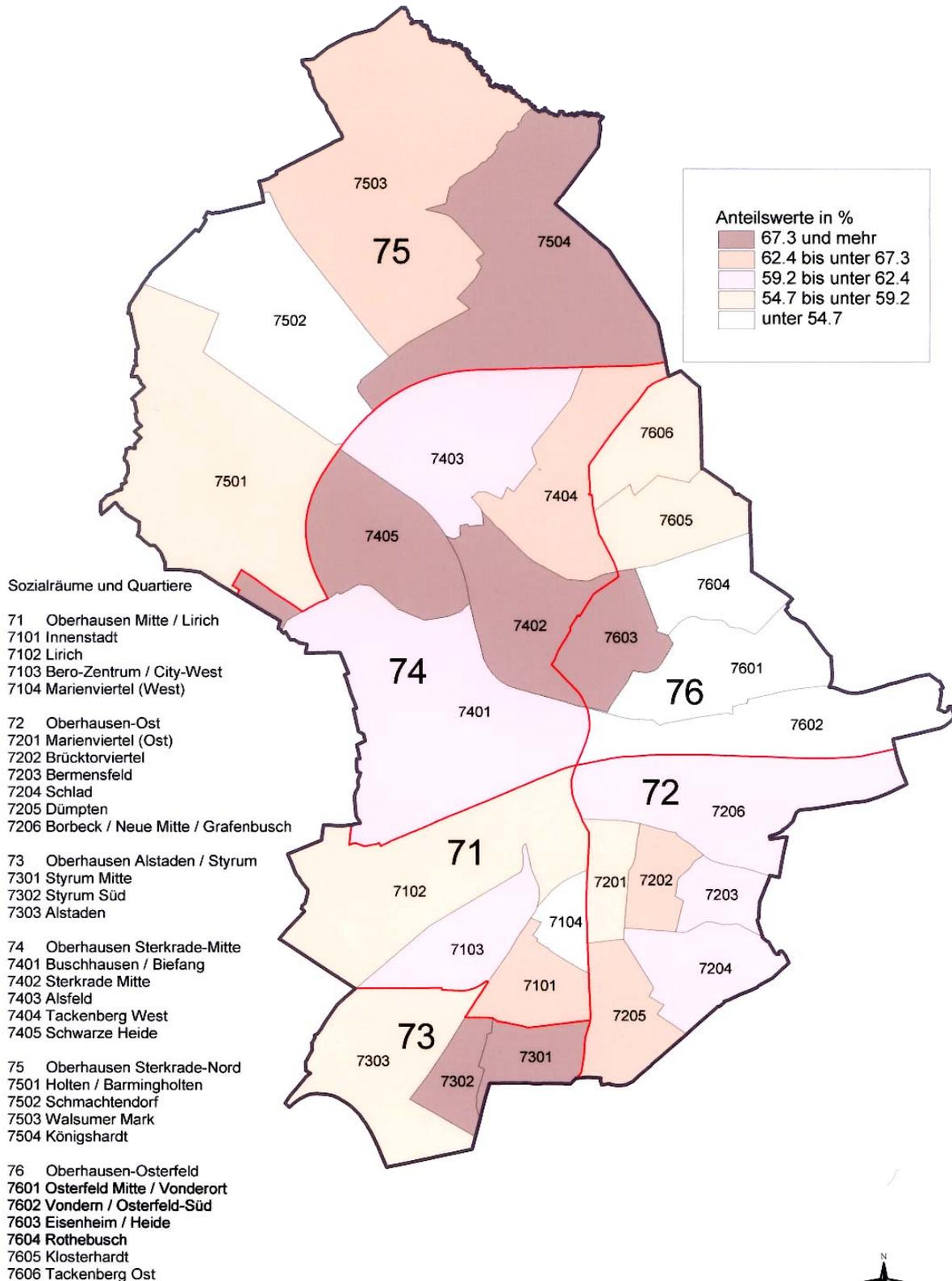
Bei fast drei Viertel der Befragten gehört mindestens eine gemeinsame Mahlzeit mit anderen immer noch zu ihren Essgewohnheiten. Hier zeigen sich allerdings deutliche Unterschiede in den Sozialschichten: Bei der unteren Sozialschicht stimmen nur 66,5 % dieser Aussage zu, während diese Gewohnheit zu 79 % in der oberen Sozialschicht gelebt wird. Bei 70,6 % der 16- bis 80-jährigen Oberhausener ist es üblich, die Mahlzeiten selbst zuzubereiten. Hier gibt es kaum Unterschiede in den Sozialschichten.



14,7 % geben an, dass beim Essen häufiger der Fernseher läuft. Dieser Anteil ist allerdings fast doppelt so hoch in der unteren Sozialschicht und steigt so auf 26,2 % an. Deutlich weniger läuft der Fernseher in der mittleren und der oberen Sozialschicht.

Fastfood als Ersatz für andere Mahlzeiten wählen insgesamt 4,3 % der Befragten. Auch hier ist eine stärkere Tendenz für diese Ernährungsweise in der unteren Sozialschicht zu beobachten. Darüber hinaus nutzen auch gerade die 16- bis 29-Jährigen (11,1 %) und die Single-Haushalte (12,5 %) gerne dieses Nahrungsangebot als Ersatz für eine Mahlzeit (siehe Tabellenband). Auch dies ist ein Hinweis für das geringere Ernährungsbewusstsein dieser Befragtengruppen.

**Karte 5: Wie stark achten Sie im Allgemeinen auf Ihre Ernährung?
(Antwortkategorien: Sehr stark/stark)**



11.5 Body-Mass-Index

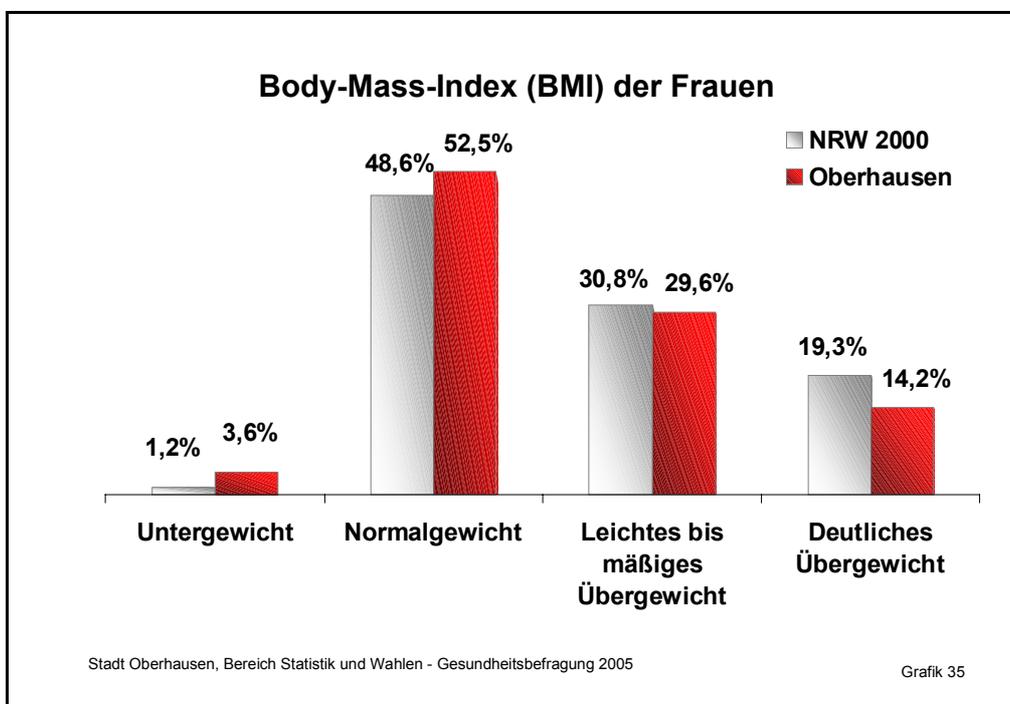
Die an der Bürgerbefragung teilnehmenden Personen wurden gebeten, ihr Gewicht und ihre Körpergröße anzugeben, um daraus den sog. Body-Mass-Index errechnen zu können. 2.165 der Befragten waren bereit, diese Daten anzugeben. Die Angaben zur Berechnung dieses Indexes wurden also nicht tatsächlich gemessen. Der Body-Mass-Index für NRW wird im Mikrozensus ebenso berechnet.

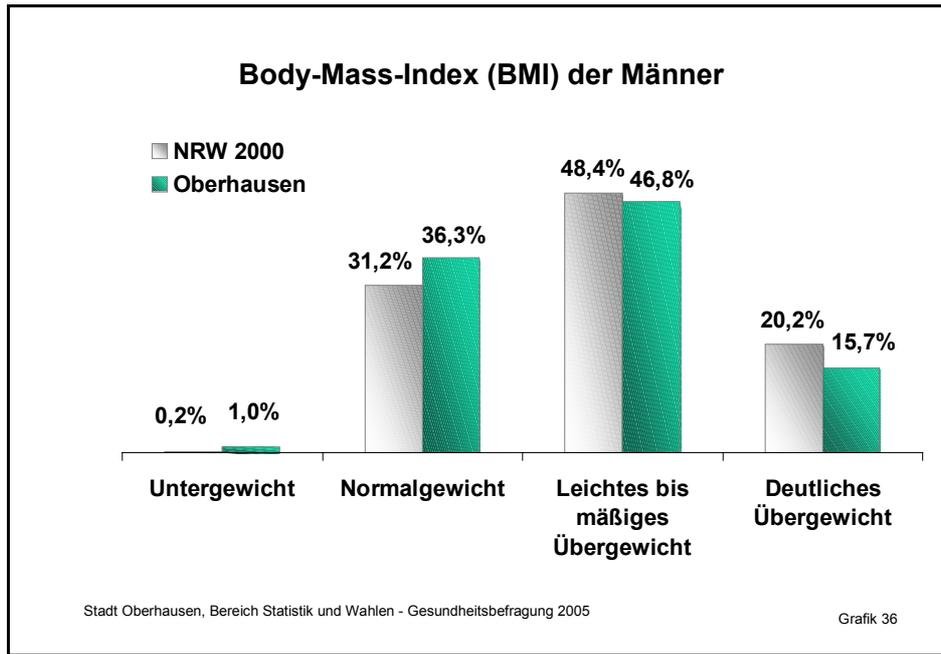
Der **Body-Mass-Index (BMI)** errechnet sich folgendermaßen:
Quotient aus Körpergewicht und Quadrat der Körpergröße in Meter.

Untergewicht:	BMI	bis 18,4
Normalgewicht:	BMI:	18,5 bis 24,9
Leichtes bis mäßiges Übergewicht:	BMI:	25 bis 29,9
Deutliches bis starkes Übergewicht:	BMI:	30 und mehr

11.5.1 Übergewicht nach Geschlecht

Danach sind gut die Hälfte (52,5 %) der weiblichen Befragten in Oberhausen normal gewichtig (Grafik 35). Bei den Männern dagegen liegt dieser Anteil bei 36,3 % (Grafik 36). Zur Gruppe der leicht übergewichtigen Frauen gehören knapp 30 %, aber 46,8 % der Männer. Bei einem BMI von 30 und mehr (starkes Übergewicht) gleichen sich die Geschlechter wieder an: Hier sind die Frauen mit 14,2 % vertreten und die Männer mit 15,7 %.



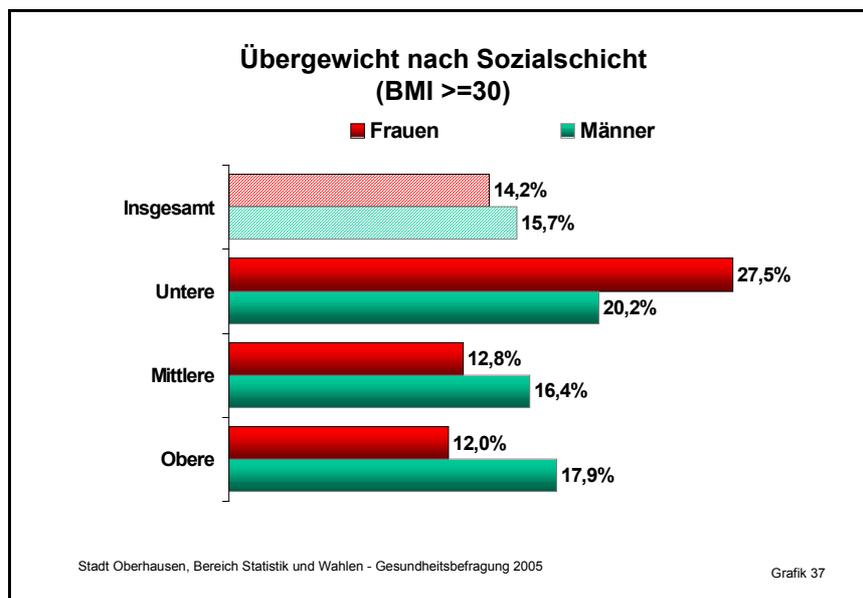


Beim Vergleich mit den Ergebnissen aus dem Gesundheitssurvey NRW liegen die Anteilswerte in allen Gruppen leicht unter dem Landeswert. Dabei ist zu berücksichtigen, dass in Oberhausen auch die 16- bis 17-Jährigen in die Befragung mit einbezogen wurden.

11.5.2 Übergewicht nach sozialer Schicht

Frauen mit Übergewicht (BMI ≥ 30) finden sich mit 27,5 % vermehrt in der unteren Sozialschicht. Der Anteil liegt bei der mittleren bei 12,8 % und bei der oberen bei 12,0 % (Grafik 37).

Bei den Männern ist der Unterschied zwischen den Sozialschichten nicht ganz so stark wie bei den weiblichen Befragten, wobei auch hier mit 20,2 % der Anteil der Männer mit Übergewicht in der unteren Sozialschicht am höchsten ist (Grafik 37).



Auch in Bezug auf eine gesunde und ausgeglichene Ernährung gilt, dass Präventionsmaßnahmen am günstigsten im Kinder- und Jugendbereich stattfinden. Notwendig sind Projekte, die die Förderung eines bewussten Ernährungsverhaltens bei Kindern, Erzieherinnen und Erziehern, Lehrerinnen und Lehrern und Eltern zum Ziel haben. In der Befragung zeigte sich auch, dass Sozialstatus und Ernährungsverhalten in Zusammenhang stehen. Hier muss Prävention sozialkompensatorisch wirken und sozial benachteiligten Kindern Zugang zur Vielfalt von Speisen und gesundheitsfördernder Esskultur verschaffen. Aber auch in der Lebensumwelt der Oberhausener Bevölkerung insgesamt muss es Angebote zur gesunden und ausgeglichenen Ernährung geben.

Handlungsempfehlung

- **Ausbau der Aktivitäten in Bezug auf gesunde Ernährung in Kindertageseinrichtungen und Grundschulen durch die Projektgruppe „Bewegungsförderung, Ernährung, Übergewicht“**
- **Sicherstellung einer bedarfs- und kindgerechten Ernährung in den Kindertageseinrichtungen und Schulen**
- **Einrichtung bzw. Weiterführung von Programmen, die ein gesundheitsförderndes Essverhalten und bedarfsgerechte Ernährung zum Ziel haben**
- **Umstellung vorhandener Kantinen auf vollwertige Ernährung im Rahmen betrieblicher Gesundheitsförderung**

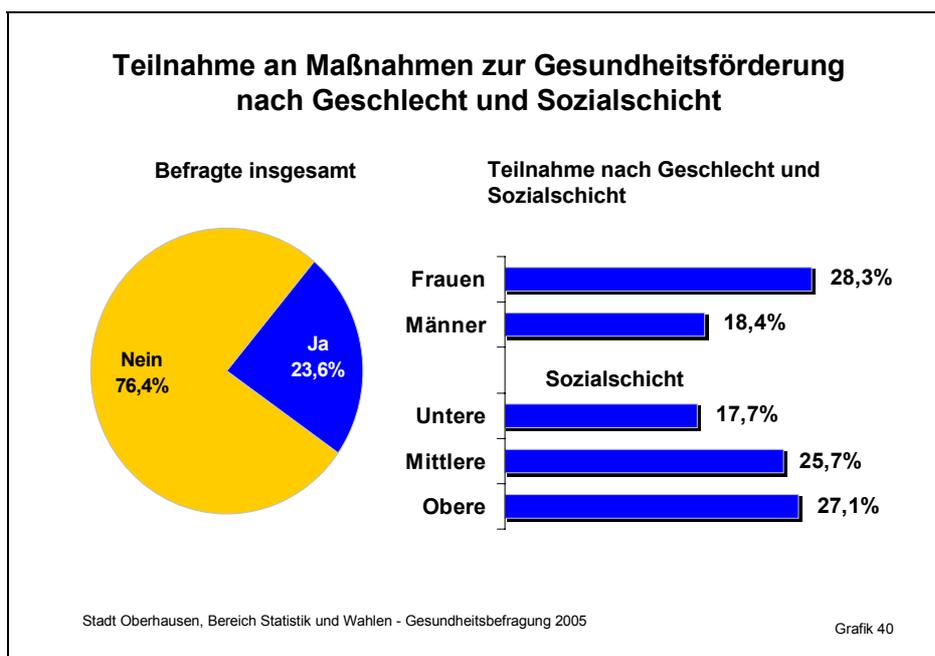
12. Teilnahme an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung

Bei diesem Fragenkomplex wurde sowohl die Teilnahme an bestimmten Maßnahmen bei den Befragten nachgefragt, als auch der Erfolg durch solche Angebote.

Erwartungsgemäß werden Angebote im Zusammenhang mit Rückenproblemen am häufigsten nachgefragt. An zweiter Position stehen Kurse zu gesunder Ernährung, gefolgt von Angeboten zur Gewichtsabnahme.



Auf die Frage nach der Teilnahme an gesundheitsfördernden Maßnahmen gaben 23,6 % an, dass sie eine solche in Anspruch genommen haben.



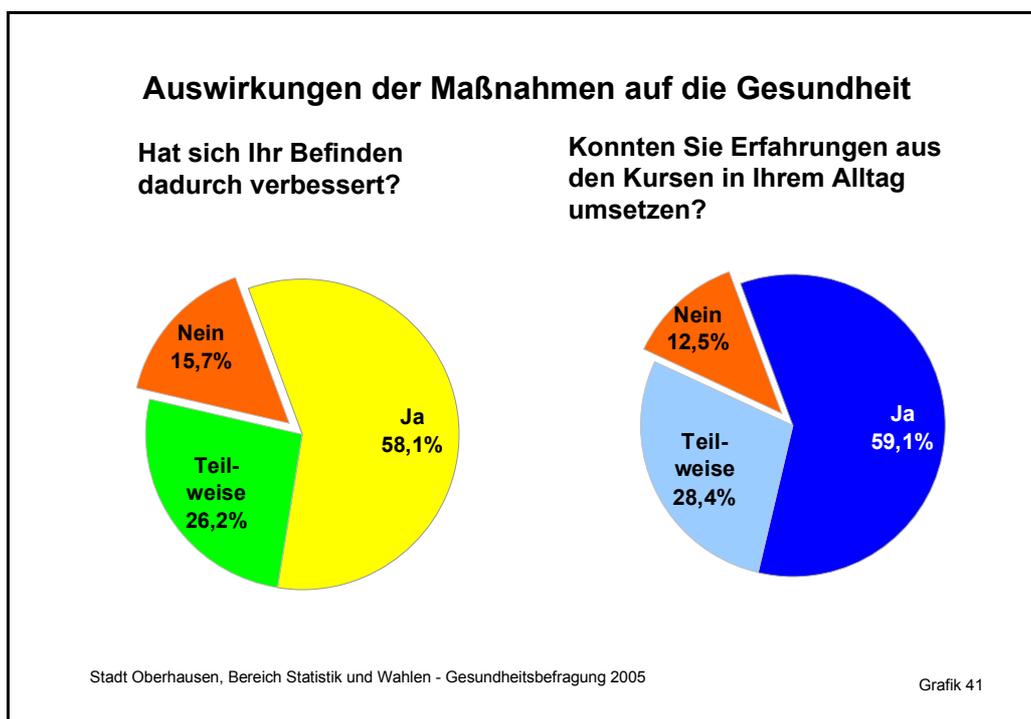
Diese Angebote werden deutlich häufiger von Frauen genutzt als von Männern: 28,3 % der Frauen haben an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung teilgenommen gegenüber 18,4 % der Männer. Auch hier wird deutlich, dass Frauen in der Regel gesundheitsbewusster sind als Männer.

Ebenso werden hier Unterschiede in den Sozialschichten deutlich: Die Befragten aus der mittleren (25,7 %) und der oberen Sozialschicht (27,1 %) nehmen eher eine solche Maßnahme in Anspruch, als die untere Sozialschicht mit 17,7 %. Dies spiegelt eine bekannte Tatsache wider, dass nämlich die höheren Sozialschichten verbunden mit einem besseren Bildungsabschluss häufig auch genauer über solche Gesundheitsangebote informiert sind und diese auch stärker nutzen.

Von entscheidender Bedeutung für den Erfolg solcher Maßnahmen und Angebote ist die Tatsache, inwieweit sie einerseits das Befinden verbessern konnte und andererseits inwiefern Erfahrungen aus den Kursen im Alltag umgesetzt werden konnten.

Bei fast 60 % derjenigen, die Erfahrungen mit solchen Gesundheitsangeboten gemacht haben, konnte sich das gesundheitliche Befinden verbessern. 15,7 % gaben definitiv an, keine Verbesserung erfahren zu haben.

Für "alltagstauglich" wurden von knapp 60 % der Teilnehmer/innen die in den Maßnahmen gelernten Erfahrungen eingestuft.



Die Befragung zeigte den engen Zusammenhang von sozialer Lage und der Inanspruchnahme von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung. Zu entwickelnde Angebote müssen diesem Sachverhalt Rechnung tragen.

Handlungsempfehlung

- **Hineintragen von Angeboten zur Gesundheitsförderung in die entsprechenden Sozialräume**
- **Stadteilnahe Gesundheitsförderung und Prävention als Pilotprojekte der Krankenkassen in Kooperation mit noch zu bestimmenden Partnern**

Es wurde deutlich, dass Angebote zur Rückengymnastik mit Abstand am häufigsten in Anspruch genommen wurden. Dies ist auch folgerichtig, da Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems zu den häufigsten gehören

Handlungsempfehlung

- **Erstellung eines themenspezifischen Gesundheitsberichtes zum Thema „Rückenbeschwerden“**

Zusammenfassung der Handlungsempfehlungen

Diabetes

- Fortführung und Weiterentwicklung von Angeboten zur Bewegungsaktivierung und gesunder Ernährung in Kindertagesstätten und Schulen
- Etablierung eines Aktionsbündnisses Diabetes-Prävention unter Beteiligung der vor Ort vorhandenen Akteure (z. B. Krankenhäuser, Diabeteszentren, Selbsthilfe)
- Durchführung eines Aktionstages „Diabetes“

Herz-/Kreislaufkrankungen und Schlaganfall

- Fortführung der erfolgreich entfalteteten Aktivitäten insbesondere Fortsetzung der Bemühungen um weitere Einrichtungen von „Herznotfallstützpunkten“
- Ausweitung der Aktivitäten in Bezug auf den Themenbereich Schlaganfall

Krebserkrankungen

- Fortführung der in der Kampagne 2004 erfolgreich entfalteteten Aktivitäten
- Durchführung einer Kampagne, um die Bürgerinnen und Bürger über Möglichkeiten der Früherkennung zu informieren

Depression

- Schaffung eines Bündnisses gegen Depression (in Anlehnung an das Düsseldorfer Modell)
- Aufklärung der Öffentlichkeit über das Krankheitsbild Depression
- Ausbau der Versorgung und Betreuung depressiver Menschen durch Koordination und Vernetzung vorhandener Einrichtungen
- Unterstützung und Ausbau der Selbsthilfe

Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen

- Zielgruppenorientierte Ausrichtung von Präventionsprogrammen und Maßnahmen
- Schaffung gesundheitsfördernder Angebote und Strukturen in den Sozialräumen insbesondere Oberhausen-Mitte und Osterfeld
- Berücksichtigung der Problemlage von Migrantinnen und Migranten

Bewegung

- Verstärkte Berücksichtigung von strukturell benachteiligten Stadtteilen in der Sportentwicklungsplanung
- Etablierung von Angeboten zu bewegungsfördernden Maßnahmen in einzelnen Stadtteilen insbesondere in Oberhausen-Mitte und Osterfeld
- Ausbau von Maßnahmen zur Bewegungsförderung in Kindertageseinrichtungen und Schulen unter Beteiligung der Projektgruppe „Bewegungsförderung, Ernährung, Übergewicht“
- Information der Bürgerinnen und Bürger über den Nutzen von Sport und Bewegung durch Öffentlichkeits-/Pressearbeit
- Motivierung von Jugendlichen zu Bewegung und Sport in Zusammenarbeit mit dem Stadtsportbund (z. B. „Schnupperkurse“)

Rauchen

- Fortführung von Präventionsmaßnahmen an Schulen mit dem Ziel, die Einsteigerquote bzw. das Einstiegsalter beim Rauchen zu senken (z. B. „Nichtrauchen ist cool“ an Grundschulen und „Be smart, don't start“ an weiterführenden Schulen)
- Erarbeitung unterschiedlich ausgerichteter Präventionsmaßnahmen für Mädchen und Jungen
- Verstärkt zielgruppenorientierte Gestaltung von Nichtraucher-Trainings
- Realisierung eines Nichtrauchergebotes in öffentlichen Einrichtungen wie z. B. städtischen Behörden, Krankenhäusern, Kindertageseinrichtungen, Schulen
- Zulassung von abgegrenzten Zonen für Raucherinnen und Raucher im Sinne einer Zwischenlösung
- Verstärkte Verankerung des Nichtraucherschutzes am Arbeitsplatz im Rahmen betrieblicher Gesundheitsförderung
- Zusammenarbeit mit dem Hotel- und Gaststättenverband im Hinblick auf Nichtraucherschutz in Gastronomiebetrieben
- Informationskampagne zur gesundheitlichen Gefährdung durch Passivrauchen

Alkohol

- Weiterführung und Ausbau bestehender geschlechtsspezifischer Präventionsprogramme der Suchtprophylaxe im Jugendbereich
- Intensivierung der Zusammenarbeit zwischen niedergelassener Ärzteschaft, Suchtberatungsstellen und Selbsthilfegruppen unter Beteiligung der psychosozialen Arbeitsgemeinschaft/Arbeitskreis Sucht

Ernährung

- Ausbau der Aktivitäten in Bezug auf gesunde Ernährung in Kindertageseinrichtungen und Grundschulen durch die Projektgruppe „Bewegungsförderung, Ernährung, Übergewicht“
- Sicherstellung einer bedarfs- und kindgerechten Ernährung in den Kindertageseinrichtungen und Schulen
- Einrichtung bzw. Weiterführung von Programmen, die ein gesundheitsförderndes Essverhalten und bedarfsgerechte Ernährung zum Ziel haben
- Umstellung vorhandener Kantinen auf vollwertige Ernährung im Rahmen betrieblicher Gesundheitsförderung

Teilnahme an gesundheitsfördernden Maßnahmen

- Hineintragen von Angeboten zur Gesundheitsförderung in die entsprechenden Sozialräume
- Stadteilnahe Gesundheitsförderung und Prävention als Pilotprojekte der Krankenkassen in Kooperation mit noch zu bestimmenden Partnern
- Erstellung eines themenspezifischen Gesundheitsberichtes zum Thema „Rückenbeschwerden“

Literatur

Bauer J

Das Gedächtnis des Körpers

München 2004

Bengel J; Strittmater R; Willmann H

Was erhält Menschen gesund? – Antonovskis Modell der Salutogenese

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA

Forschung und Praxis in der Gesundheitsförderung

Band 6, Köln 2001

Breuer Chr; Rittner V

Berichterstattung und Wissensmanagement im Sportsystem

Köln 2002

Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung

2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung 2005

Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein–Westfalen

Gesundheitsberichte NRW

Gesundheit von Frauen und Männern

lögd, Bielefeld 2000

Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen

Soziale Lage und Gesundheit

Entschließung der 10. Landesgesundheitskonferenz Nordrhein–Westfalen am 31.08.2001

Düsseldorf 2001

Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen

Bundes-Gesundheitssurvey 1998

Zusatzstichprobe Nordrhein-Westfalen 2000

Mielck A

Soziale Ungleichheit und Gesundheit

Bern 2005

Robert Koch Institut

Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Heft 13, Arbeitslosigkeit und Gesundheit

Heft 16, Übergewicht und Adipositas

Heft 24, Diabetes mellitus

Heft 25, Brustkrebs

Band 26, Körperliche Aktivität

Schwartz F W; Badura B; Leidl R; Raspe H; Siegrist J

Das Public Health Buch – Gesundheit und Gesundheitswesen

München – Wien – Baltimore 1998

Trojan A; Legewie H

Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung

Frankfurt 2001

Waller H

Gesundheitswissenschaft

Stuttgart 1995

Anhang

Der Sozialschichtindex nach Scheuch/ Winkler

Der Sozialschichtindex nach Scheuch /Winkler 1. BILDUNG

	Kein Schulabschluss	Volks- /Hauptschule	Mittlere Reife	Fachhochschulreife	Abitur
Keine Ausbildung	1	2	3	5	6
Lehre/Ausbildung	4	4	5	5	6
Fachschule	4	5	5	5	6
Fachhochschule	-	-	7	7	7
Hochschule	-	-	7	7	7

1

Der Sozialschichtindex nach Scheuch /Winkler 2. Berufliche Stellung

- 1 Punkt: ungelernter Arbeiter
- 2 Punkte: angelernter Arbeiter, Facharbeiter, Landwirt, Freiberufler
- 3 Punkte: Vorarbeiter, Kolonnenführer, Meister, Polier, mithelfender Familienangehöriger, Angestellter mit ausführender Tätigkeit, Beamter im einfachen Dienst
- 4 Punkte: Angestellte mit einer Tätigkeit nach Anweisung, Beamte im mittleren Dienst
- 5 Punkte: Selbstständige mit 0 - 4 Mitarbeitern bzw. Partnern.
- 6 Punkte: Angestellte mit selbständiger, eigenverantwortlicher Tätigkeit, Beamte im gehobenen Dienst
- 7 Punkte: Angestellte mit umfassenden Führungsaufgaben und Entscheidungsbefugnissen, Beamte im höheren Dienst, Selbstständige mit 5 und mehr Mitarbeitern bzw. Partnern.

2

Der Sozialschichtindex nach Scheuch /Winkler

3. Das Einkommen

- **Haushaltsnettoeinkommen**
- (Höhe des monatlichen Nettoeinkommens im Haushalt, nach Abzug der Steuern und Sozialabgaben)

- 1 Punkt: Unter 500,- Euro
- 2 Punkte: 500,- bis unter 1.000,- Euro
- 3 Punkte: 1.000,- bis unter 1.500,- Euro
- 4 Punkte: 1.500,- bis unter 2.000,- Euro
- 5 Punkte: 2.000,- bis unter 2.500,- Euro
- 6 Punkte: 2.500,- bis unter 3.000,- Euro
- 7 Punkte: 3.000 Euro und mehr

3

Der Sozialschichtindex nach Scheuch /Winkler

Indexberechnung

- Anschließend werden die Punktzahlen summiert. Liegen nur bei zwei der drei Indikatoren Werte vor, so lässt sich der dritte fehlende Wert als Mittelwert der beiden anderen immer dann valide schätzen, wenn die beiden vorliegenden Werte nicht mehr als zwei Punkte voneinander abweichen.

- Die Gruppierung geschieht nun wie folgt:
- 3-8 Gesamtpunkte -> Zuordnung zur unteren Schicht
- 9-15 Gesamtpunkte -> Zuordnung zur mittleren Schicht
- 16-21 Gesamtpunkte -> Zuordnung zur oberen Schicht

4

1. Seit wann leben Sie in Oberhausen?

Jahr:

2. Seit wann leben Sie in diesem Stadtteil?

Jahr:

LISTE 1

3. Wie zufrieden oder unzufrieden sind Sie mit dem Gesundheits- und Sportangebot hier im Stadtteil?

Sehr Zufrieden	zufrieden	teils, teils	Weniger zufrieden	Sehr unzufrieden
----------------	-----------	--------------	-------------------	------------------

Mit dem Gesundheitsangebot:

1 2 3 4 5

Mit dem Sportangebot:

1 2 3 4 5

4. Wie wichtig ist für Sie körperliche Bewegung in Ihrer Freizeit?

Sehr Wichtig	Wichtig	Teils, teils	Weniger wichtig	Gar nicht wichtig
--------------	---------	--------------	-----------------	-------------------

1 2 3 4 5

5. Wie oft verbringen Sie durchschnittlich Ihre Freizeit mit körperlicher Bewegung? Denken Sie dabei bitte an Aktivitäten wie z.B. Spazierengehen, Radfahren, Gartenarbeit etc.

Täglich	=	1	
3-6mal in der Woche	=	2	
1-2mal in der Woche	=	3	
1-2 im Monat	=	4	
Seltener	=	5	
Nie	=	6	
WN/KA	=	9	<input type="text"/>

6. Geraten Sie (normalerweise) außer Atem, wenn Sie 3 Stockwerke ohne Unterbrechung Treppen steigen?

Ja 1

Nein 2

3 Stockwerke zu steigen ist mir nicht möglich 3

Sport

7. Treiben Sie aktiv Sport oder gehen Sie mehr oder weniger regelmäßig Bewegungsaktivitäten nach?

Ja = 1

Nein = 2

Weiter mit Frage 23

8. Wie häufig betreiben Sie dies in der Woche?

Regelmäßig 1 X pro Woche	=	1
Regelmäßig 2 X pro Woche	=	2
Regelmäßig mind. 3 X pro Woche	=	3
Eher Unregelmäßig	=	4
WN/KA	=	9

9. Welche Sportarten/ Bewegungsaktivitäten üben Sie aus? Bitte nennen Sie diese in der Reihenfolge, der persönlichen Wichtigkeit für Sie. Denken Sie an die Sportarten, die Sie über das ganze Jahr verteilt – nicht saisonbedingt – ausüben. Maximal 5 Nennungen!

Zahlencodes aus der Sportliste eintragen!

1. Nennung:

2. Nennung:

3. Nennung:

4. Nennung:

5. Nennung:

Zahlencodes aus der Sportliste für die jeweilige Sportart eintragen!

10. Welche Sportart/ Bewegungsaktivität üben Sie über das ganze Jahr verteilt und nicht nur saisonbedingt am häufigsten aus? (ohne Schulsport und ohne Sport im Urlaub)

	Häufigste	Sportart/ Bewegungsaktivität	Zweithäufigste	Dritthäufigste
Code eintragen →	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			

11. Betreiben Sie eine der obengenannten Sportarten als Wettkampfsport?

Nein = 1

Ja = 2

Code eintragen →

Sportart/ Bewegungsaktivität

Häufigste

Zweithäufigste

Dritthäufigste

12. In welcher Organisationsform betreiben Sie diesen Sport/ Bewegungsaktivität?			
Im Sportverein	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
In einer kommerziellen Einrichtung (Fitnessstudio, kommerzielle Tennishalle, etc)	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Im Sport- und Gesundheitszentrum (Rehabilitation)	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
In einer Betriebssport-Gruppe	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
In einer Liga (Hobby-Gruppe)	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
Im Universitätssport	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
In keiner dieser Organisationsform	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7
13. Üben Sie Ihre Sportarten/ Bewegungsaktivitäten in Oberhausen oder außerhalb von Oberhausen aus?			
In Oberhausen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Außerhalb von Oberhausen	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
14. Wie häufig haben Sie die jeweiligen Sportarten/ Bewegungsaktivitäten in den letzten 4 Wochen ausgeübt?			
X Mal im Monat:	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
15. Wie lange dauert jeweils eine Übungs- /Trainingsphase für jede der Sportarten/ Bewegungsaktivitäten?			
unter 45 Minuten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
45 Minuten	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
60 Minuten	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
90 Minuten	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
120 Minuten	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
16. Sind zusätzliche Übungszeiten notwendig?			
Ja	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Nein	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
17. Name der Sportanlage:			
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
18. Wie beurteilen Sie den Zustand dieser Sportstätte/ Anlage? Bitte vergeben Sie eine Schulnote von 1 bis 6 für jede genannte Anlage.			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei „kann ich nicht beurteilen“ bitte eine 8 eintragen!			

19. Denken Sie nun einmal an die Sportangebote, die Sportanlagen und die Möglichkeiten insgesamt in Oberhausen Sport zu treiben. Wie beurteilen Sie die nachfolgenden Punkte? Vergeben Sie für jeden Punkt eine Schulnote von 1 bis 6.

Wie bewerten Sie die vorhandenen Sportanlagen hinsichtlich...	Schulnote						Kann ich nicht beurteilen
	1	2	3	4	5	6	
... der Öffnungszeiten?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 8
... des baulichen Zustandes?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 8
... der Erreichbarkeit?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 8
Wie bewerten Sie das Informationsangebot über die Sportangebote?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 8
Wie bewerten Sie die Möglichkeiten, neue, unkonventionelle Sportaktivitäten ausüben zu können?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 8

20. Wünschen Sie sich neue bzw. weitere Sportangebote in Oberhausen?

- Ja = 1
 Nein = 2
 Ist mir egal = 3
- Weiter mit Frage 24
-

21. Welche neuen bzw. weiteren Sportarten wünschen Sie sich?

1. Nennung: _____
2. Nennung: _____
3. Nennung: _____

22. Wieviel Euro wären Sie bereit für das jeweilige Angebot pro Monat auszugeben? D.h. Preise für die Nutzung des Angebotes ohne Ausrüstung.

1. Nennung:
2. Nennung:
3. Nennung:
- weiter mit Frage 24

Nur an Nicht-Sporttreibende:

LISTE 2

23. Aus welchen Gründen treiben Sie keinen Sport? Mehrfachnennungen möglich!

- Ich bin zu alt genannt = 1 **A**
- Ich bevorzuge andere Freizeitbeschäftigung **B**
- Aus gesundheitlichen Gründen **C**
- Ich habe keine Zeit **D**
- Habe auch ohne Sport genügend Bewegung **E**
- Der finanzielle Aufwand ist mir zu hoch **F**
- Die Angebote in Oberhausen entsprechen nicht meinen Interessen **G**
- Die Wege bis zur Sportstätte/ zum Sportanbieter sind in Oberhausen zu weit **H**

Noch LISTE 2

- Ich finde die vorhandenen Sportstätten in Oberhausen unattraktiv **I**
- Ich kenne niemanden, der mitmacht **K**
- Bin zu bequem, um Sport zu treiben **L**
- Fürchte mich vor Verletzungen **M**
- Sonstiges, und zwar _____ **N**

Gesundheit

24. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

- Sehr gut 1 Gut 2 Zufriedenstellend 3 Weniger gut 4 Schlecht 5

25. Im Vergleich zum vergangenen Jahr, wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben?

- Viel besser als vor einem Jahr = 1
 Etwas besser als vor einem Jahr = 2
 Etwa so wie vor einem Jahr = 3
 Etwas schlechter als vor einem Jahr = 4
 Viel schlechter als vor einem Jahr = 5
 WN/KA = 9

26. Wie viele Tage waren Sie in den vergangenen 4 Wochen insgesamt krank, so dass Sie Ihren üblichen Tätigkeiten nicht nachgehen konnten?

Ungefähr _____ Tage

LISTE 3

27. Von welchen der auf der Liste stehenden Krankheiten sind Sie persönlich betroffen?

- Herz- und Kreislauferkrankungen (z.B. Herzinfarkt, Bluthochdruck, Schlaganfall) **A**
- Diabetes **B**
- Krebserkrankungen **C**
- Psychische Störungen (z.B. Angst, Depression, Psychose) **D**

genannt = 1

28. Bei welchen der von Ihnen angegebenen Krankheiten sind Sie aktuell in ärztlicher Behandlung?

- Herz- und Kreislauferkrankungen (z.B. Herzinfarkt, Bluthochdruck, Schlaganfall) **A**
- Diabetes **B**
- Krebserkrankungen **C**
- Psychische Störungen (z.B. Angst, Depression, Psychose) **D**

genannt = 1

29. Wie gut fühlen Sie sich über Behandlungsmöglichkeiten bei den Krankheiten informiert, von denen Sie persönlich betroffen sind?

Sehr gut	Gut	Zufriedenstellend	Weniger gut	Schlecht
1	2	3	4	5

- Herz- und Kreislauferkrankungen **A**
- Diabetes **B**
- Krebserkrankungen **C**
- Psychische Erkrankungen **D**

30. Wie groß sind Sie?

Größe in cm: WN/KA = 999

31. Wie viel wiegen Sie ohne Bekleidung?

Gewicht in KG: WN/KA = 999

Einschätzung durch den Interviewer/in:

Sind die Angaben in Frage 30 und 31 glaubwürdig?

Ja 1 Nein 2

32. Meinen Sie, dass Ihr Gewicht eher zu hoch, gerade richtig oder zu niedrig ist?

- Eher zu hoch 1
- Gerade richtig 2
- Eher zu niedrig 3

33. Hat sich Ihr Körpergewicht in den letzten 3 Jahren verändert?

- Es ist gleich geblieben 1
- Eher zugenommen 2
- Eher abgenommen 3
- WN/KA 9

Um wieviel Kilogramm etwa?

34. Wie stark achten Sie im Allgemeinen auf Ihre Gesundheit?

- Sehr stark 1 Stark 2 Weniger stark 3 Kaum 4 Gar nicht 5

LISTE 4

35. Es gibt eine Reihe von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, die z.B. von Krankenkassen, Volkshochschulen, Gesundheitsämtern, Selbsthilfegruppen, Sportvereinen, etc. durchgeführt werden und sich beispielsweise mit Ernährung, Bewegung, Entspannung befassen. Haben Sie an solchen Maßnahmen (Kurse, Übungen, Beratungen) schon einmal teilgenommen?

Nein 2 **weiter mit Frage 39**

Ja, und zwar:

- Zur Gewichtsabnahme **A** 1
- Zu gesunder Ernährung **B** 1
- Zur Rücken- oder Wirbelsäulengymnastik **C** 1
- Zur Entspannung oder Stressbewältigung **D** 1
- Zur Raucherentwöhnung **E** 1
- Zur Alkoholentwöhnung **F** 1
- Zur Drogenentwöhnung **G** 1
- Sonstiges, und zwar: **H** 1

36. Hat sich Ihr Befinden dadurch verbessert?

Ja 1 Teilweise 2 Nein 3

37. Konnten Sie Ihre Erfahrungen aus diesen Kursen in Ihrem Alltag umsetzen?

Ja 1 Teilweise 2 Nein 3

38. Würden Sie an Kursen zur Gesundheitsförderung teilnehmen, auch wenn Sie die Kosten dafür vollständig selber tragen müssten?

Ja 1 Nein 2

Thema: Rauchen

39. Haben Sie früher geraucht oder rauchen Sie zur Zeit?

- A Habe noch nie geraucht 1
 ↪ weiter mit Frage 44
- B Rauche zur Zeit:
- Täglich 2
- Gelegentlich 3
- C Habe früher geraucht, rauche seit mindestens einem Jahr nicht mehr: 4
 Habe im Alter von _____ Jahren aufgehört
- D Habe in den letzten 12 Monaten aufgehört zu rauchen 5

40. Wie alt waren Sie, als Sie angefangen haben, regelmäßig zu rauchen?

Angabe des Alters in Jahren:

Nur an Raucher/innen

41. Haben Sie während der letzten 12 Monate einen Tag oder mehr nicht geraucht, weil Sie mit dem Rauchen aufhören wollten?

Ja 1 Nein 2

42. Wie viel rauchen Sie zurzeit durchschnittlich am Tag?

Zigaretten Zigarren, Zigarillos Pfeifen

Nur von ehemaligen Raucher/innen zu beantworten:

LISTE 5

43. Welches war Ihr ausschlaggebender Grund mit dem Rauchen aufzuhören?

genannt = 1

- Schwangerschaft **A**
- Auf Wunsch des Partners, Familie usw. **B**
- Nicht mehr nach Rauch zu riechen/ schmecken **C**
- Ärztlicher Rat **D**
- Die Abhängigkeit loswerden **E**
- Das Geld für Sinnvolles ausgeben **F**
- Besseres Vorbild für die Kinder **G**
- Sorge um die eigene Gesundheit **H**
- Bessere Luft zu Hause/ am Arbeitsplatz **I**
- Wieder fit und leistungsfähig werden **K**
- Sonstiger Grund, und zwar: _____ **L**

Wieder an alle Befragten:

44. Halten Sie sich tagsüber oder abends häufiger in Räumen auf, in denen geraucht wird?

Mehrfachnennungen möglich!

Fühlen Sie sich dadurch gestört?

- Am Arbeitsplatz 1 Ja 1 Nein 2
- Zu Hause 1 Ja 1 Nein 2
- An anderen Orten 1 Ja 1 Nein 2

45. Wie viele Personen Sie selbst eingerechnet, rauchen in Ihrem Haushalt?

Anzahl der Personen _____

Thema Ernährung

46. Wie stark achten Sie im Allgemeinen auf Ihre Ernährung?

Sehr stark stark weniger stark kaum gar nicht

1 2 3 4 5

LISTE 6

47. Was bedeutet für Sie persönlich gesunde Ernährung? Bitte nennen Sie mir maximal 5 auf der Liste stehende Aussagen, die für Sie für gesunde Ernährung stehen.

Bitte nummerieren Sie die Aussagen von 1 bis 5 durch, wobei 1 für die wichtigste Nennung steht, 2 für die zweitwichtigste etc.

- Viele frische Zutaten (also wenig Konserven und Fertigprodukte) **A**
- Viele Vitamine **B**
- Viel Rohkost, Salate **C**
- Viel Trinken **D**
- Abwechslungsreich essen **E**
- Fettarm essen **F**
- Viele Ballaststoffe **G**
- Viele Vollkornprodukte **H**
- Mindestens einmal am Tag eine warme Mahlzeit **I**
- Sich Zeit lassen, langsam essen **J**
- Zusammen mit anderen essen **K**
- Wenig Zucker **L**
- Bioprodukte **M**
- Viel Milch, Joghurt **N**
- Auf Cholesterin achten **O**
- Vegetarisch essen **P**
- Sonstiges, und zwar _____ **Q**

48. Ich lese Ihnen einige Aussagen vor und Sie sagen mir doch bitte jeweils, inwieweit die Aussage Ihrer Meinung für Sie zutrifft. Bei 1 trifft sie „voll und ganz zu“ und bei 5 trifft sie „überhaupt nicht zu“.

	Trifft voll und ganz zu	←	→	Trifft überhaupt nicht zu
	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5
A	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5
B	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5
C	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5
D	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5

LISTE 7

49. Welche der folgenden Mahlzeiten nehmen Sie üblicherweise ein? Mehrfachnennungen möglich!

genannt = 1	Mo-Fr	Sa/So
A Frühstück	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B Zweites Frühstück.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C Mittagessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D Zwischenmahlzeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E Abendessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F Spätimbiss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G Esse häufig unregelmäßig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

50. Wie häufig nehmen Sie nachfolgende alkoholische Getränke zu sich?

	Mehrmals Täglich	Täglich/ fast tägl.	Mehrmals pro Woche	Etwa einmal pro Woche	Ab und zu	gar nicht
Bier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wein/ Sekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hochprozentige Getränke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

51. Hat sich Ihr Alkoholkonsum gegenüber früher verändert?

Keine Veränderung	= 1	<input type="checkbox"/>
Habe früher viel mehr Alkohol getrunken	= 2	<input type="checkbox"/>
Habe früher etwas mehr Alkohol getrunken	= 3	<input type="checkbox"/>
Habe früher etwas weniger Alkohol getrunken	= 4	<input type="checkbox"/>
Habe früher viel weniger Alkohol getrunken	= 5	<input type="checkbox"/>

Angaben zur Person:

52. Sind Sie Mitglied in einem Sportverein?

Ja	= 1	<input type="checkbox"/>
Nein	= 2	<input type="checkbox"/>

S 1 Wie viele Personen Sie mitgerechnet leben hier in Ihrem Haushalt?

S 2 Wie viele Personen sind davon...

unter 3 Jahre	<input type="checkbox"/>
3 bis 5 Jahre	<input type="checkbox"/>
6 bis 17 Jahre	<input type="checkbox"/>
18 Jahre und älter	<input type="checkbox"/>

S 3 Geschlecht des Befragten:

Männlich	= 1	<input type="checkbox"/>
Weiblich	= 2	<input type="checkbox"/>

S 4 In welchem Jahr sind Sie geboren?

19

S 5 Welche Staatsangehörigkeit haben Sie?

2. Staatsangehörigkeit

und zwar: _____

S 6 Welchen Familienstand haben Sie?

Verheiratet	= 1	<input type="checkbox"/>
Getrennt lebend	= 2	<input type="checkbox"/>
Verwitwet	= 3	<input type="checkbox"/>
Ledig	= 4	<input type="checkbox"/>
Geschieden	= 5	<input type="checkbox"/>

Weiter mit Frage S 7

S 6b Leben Sie mit einem Partner/ einer Partnerin zusammen?

Ja = 1	<input type="checkbox"/>
Nein = 2	<input type="checkbox"/>

S 7 Welcher Religion gehören Sie an?

Evangelisch	= 1	<input type="checkbox"/>
Römisch-katholisch	= 2	<input type="checkbox"/>
Sonstige Religion (Jude, Muslime, etc.)	= 3	<input type="checkbox"/>
Sonstige Religionsgemeinschaft	= 4	<input type="checkbox"/>
Keiner/ausgetreten	= 5	<input type="checkbox"/>

LISTE S1

S 8 Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?

A Zurzeit Schüler/in	=	0	
B Keinen Abschluss	=	1	
C Volks-, Hauptschulabschluss	=	2	
D Mittlere Reife, Fachoberschulreife, etc.	=	3	
E Fachhochschulreife, etc.	=	4	
F Abitur, allg. Hochschulreife	=	5	
G Anderen Schulabschluss	=	6	<input type="checkbox"/>

Liste S2

S9 Welchen beruflichen Ausbildungsabschluss haben Sie? Was auf der Liste trifft auf Sie zu? Mehrfachnennungen möglich!

genannt = 1

A Noch in Ausbildung, Lehre	<input type="checkbox"/>
B Student/in	<input type="checkbox"/>
C Keinen beruflichen Ausbildungsabschluss	<input type="checkbox"/>
D Anlernzeit, aber keine Lehre	<input type="checkbox"/>
E Berufsschulabschluss ohne Lehre	<input type="checkbox"/>
F Berufliches Praktikum, Volontariat	<input type="checkbox"/>
G Gewerbliche Lehre mit Abschluss	<input type="checkbox"/>
H Kaufmännische Lehre mit Abschluss	<input type="checkbox"/>
I Ausbildung an Schule des Gesundheitswesens	<input type="checkbox"/>
K Berufsfachschule (auch Verwaltungsfachschule, Beamtenausbildung für einfachen u. mittleren Dienst)	<input type="checkbox"/>
L Meister-, Techniker- oder gleichwertiger Fachschulabschluss	<input type="checkbox"/>
M Fachhochschulabschluss (auch Ing., Beamtenausbildung für den gehobenen Dienst)	<input type="checkbox"/>
N Hochschulabschluss	<input type="checkbox"/>
O Anderer beruflicher Ausbildungsabschluss	<input type="checkbox"/>

S10 Sind Sie zurzeit erwerbstätig?

A Vollzeit mit mindestens 35 Stunden pro Woche	=	1	<input type="checkbox"/>
B Teilzeit mit 15 bis 34 Stunden pro Woche	=	2	
C Stundenweise mit unter 15 Stunden pro Woche	=	3	
D Elternzeit oder in sonstiger Beurlaubung	=	4	
E In Ausbildung/ Lehre/ Umschulung	=	5	
F Zurzeit nicht erwerbstätig (einschließlich: Schüler/ Studenten/ Arbeitslose/ Null-Kurzarbeit/ Vorruhestand/ Rentner)	=	6	

Kartenspiel

S 11 Welche berufliche Stellung trifft derzeit auf Sie zu bzw. welche berufliche Stellung hatten Sie zuletzt bei Ihrer früheren Erwerbstätigkeit?

A Selbständige/r Landwirt/in...	
A1 mit einer landwirtschaftl. genutzten Fläche bis unter 10 ha	<input type="checkbox"/> 1
A2 mit einer landwirtschaftl. genutzten Fläche von 10 und mehr ha	<input type="checkbox"/> 2

Noch Kartenspiel!

B Ich bin/ war Akademiker/in in freiem Beruf (Arzt/Ärztin, Rechtsanwalt/-anwältin, Steuerberater/in u.ä.) und habe/ hatte...		
B1	keine weiteren Mitarbeiter/innen, Partner/innen	<input type="radio"/> 3
B2	1 bis 4 Mitarbeiter/innen, Partner/innen	<input type="radio"/> 4
B3	5 und mehr Mitarbeiter/innen	<input type="radio"/> 5
C Ich bin/war selbständig im Handel, Gewerbe, Handwerk, Industrie, Dienstleistung und habe/ hatte...		
C1	keine weiteren Mitarbeiter/innen, Partner/innen	<input type="radio"/> 6
C2	1 bis 4 Mitarbeiter/innen, Partner/innen	<input type="radio"/> 7
C3	5 und mehr Mitarbeiter/innen	<input type="radio"/> 8
D Ich bin/war Beamter/Beamtin, Richter/in, Berufssoldat/in, und zwar...		
D1	Beamter/Beamtin im einfachen Dienst (bis einschl. Oberamtsmeister/in)	<input type="radio"/> 9
D2	Beamter/Beamtin im mittleren Dienst (von Assistent/in bis einschl. Hauptsekretär/in, Amtsinspektor/in)	<input type="radio"/> 10
D3	Beamter/Beamtin im gehobenen Dienst (von Inspektor/in bis einschl. Oberamtsrat/-rätin)	<input type="radio"/> 11
D4	Beamter/Beamtin im höheren Dienst, Richter/in (von Rat/Rätin aufwärts)	<input type="radio"/> 12
E Ich bin/war Angestellte/r, und zwar...		
E1	mit ausführenden Tätigkeiten nach Anweisung (z.B. Verkäufer/in, Kontorist/in, Datentypist/in)	<input type="radio"/> 13
E2	mit einer Tätigkeiten, die ich nach Anweisung erledige (z.B. Sachbearbeiter/in, Buchhalter/in, technische/r Zeichner/in)	<input type="radio"/> 14
E3	mit selbständiger Leistung in verantwortlicher Tätigkeit bzw. mit begrenzter Verantwortung für Personal (z.B. wissenschaftl. Mitarbeiter/in, Prokurist/in, Abteilungsleiter/in bzw. Meister/in im Angestelltenverhältnis)	<input type="radio"/> 15
E4	mit umfassenden Führungsaufgaben und Entscheidungsbefugnissen (z.B. Direktor/in, Geschäftsführer/in, Mitglied des Vorstandes)	<input type="radio"/> 16
F Ich bin/war Arbeiter/in, und zwar...		
F1	ungelernt	<input type="radio"/> 17
F2	angelernt	<input type="radio"/> 18
F3	Facharbeiter/in	<input type="radio"/> 19
F4	Vorarbeiter/in, Kolonnenführer/in	<input type="radio"/> 20
F5	Meister/in, Polier/in, Brigadier/in	<input type="radio"/> 21
G Ich bin in Ausbildung, und zwar...		
G1	als kaufmännisch-technische/r Auszubildende/r	<input type="radio"/> 22
G2	als gewerbliche/r Auszubildende/r	<input type="radio"/> 23
G3	in sonstiger Ausbildungsrichtung	<input type="radio"/> 24
H	Ich bin/ war mithelfende/r Familienangehörige/r	<input type="radio"/> 25

Liste S3

S 12 Bezieht der Haushalt – Sie oder eines der Haushaltsmitglieder - eine oder mehrere der auf der Liste stehenden Leistungen?

Mehrfachnennungen möglich!

- | | | |
|--|---|--------------------------|
| Wohngeld | A | <input type="checkbox"/> |
| Kindergeld | B | <input type="checkbox"/> |
| Sozialhilfe | C | <input type="checkbox"/> |
| Arbeitslosengeld I oder II | D | <input type="checkbox"/> |
| Grundsicherung | E | <input type="checkbox"/> |
| Ausbildungsförderung/Bafög
(auch bei Umschulungs- u. Fortbildungsmaßnahmen) | F | <input type="checkbox"/> |
| Erziehungsgeld | G | <input type="checkbox"/> |
| Pflegegeld | H | <input type="checkbox"/> |

genannt = 1

Liste S4

S 13 Wie hoch ist das durchschnittliche monatliche Nettoeinkommen Ihres Haushaltes, wenn Sie einmal alles zusammenrechnen?

Ich meine dabei die Summe, die sich ergibt aus Lohn, Gehalt, Einkommen aus selbständiger Arbeit, Rente oder Pension, Kindergeld und anderen Einkünften, jeweils nach Abzug der Steuern und Sozialversicherungsbeiträge.

BEI SELBSTÄNDIGEN NACH DEM DURCHSCHNITTLICHEN NETTOEINKOMMEN, ABZÜGLICH DER BETRIEBSKOSTEN, FRAGEN!

Welcher Kennbuchstabe aus der Liste trifft auf Sie zu?

- | | |
|--------|---------|
| A = 01 | G = 07 |
| B = 02 | H = 08 |
| C = 03 | I = 09 |
| D = 04 | K = 10 |
| E = 05 | L = 11 |
| F = 06 | KA = 97 |

Vielen Dank für Ihre Beteiligung!

I.	Dauer des Interviews:	In Minuten:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>								
II.	Datum des Interviews:	Tag:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Monat:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Jahr:	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
III.	III. Interviewerbezirk:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	IV.: Listen-Nr.:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	V.: Interviewer-Nr.:	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ich versichere mit meiner Unterschrift, das Interview entsprechend allen Anweisungen korrekt durchgeführt zu haben.

Datum

Unterschrift