



# **Münchener Gesundheits- monitoring 1999/2000:**

**Die Gesundheit von  
Frauen und Männern  
verschiedener  
Lebensalterstufen**

Erstellt im Rahmen der  
Gesundheitsberichterstattung des  
Referates für Gesundheit und Umwelt  
der Landeshauptstadt München

## **Impressum**

Herausgeber: Referat für Gesundheit und Umwelt  
der Landeshauptstadt München, Dezember 2002

Berichterstellung: Dr. Gabriele Wiedenmayer  
RGU 111 – Gesundheitsberichterstattung

Grafiken, Layout: Stefan Boßhardt

Bezugsadresse: RGU 111 – Gesundheitsberichterstattung  
Referat für Gesundheit und Umwelt der  
Landeshauptstadt München  
Bayerstr. 28a  
80335 München

Tel. (089) 233 – 27 302  
Fax (089) 233 – 28 344

[gbe.rgu@muenchen.de](mailto:gbe.rgu@muenchen.de)

## Vorwort

Gender Mainstreaming hat in die Gesundheitspolitik Eingang gefunden. Gender Mainstreaming heißt, dass Gesundheit für Frauen und Männer nicht dasselbe bedeutet und gesundheitspolitische Maßnahmen vor einem geschlechterdifferenzierten Hintergrund erfolgen sollten. Auch in der Münchner Gesundheitspolitik wird der Gender Mainstreaming-Ansatz verfolgt.

Worin bestehen nun aber die Unterschiede zwischen Frauen und Männern in der Gesundheit? Einige Antworten darauf liefert der vorliegende Bericht aus der Reihe Stadt-Gesundheit der Münchner Gesundheitsberichterstattung.

Grundlage für den Bericht sind die Daten des Münchner Gesundheitsmonitorings 1999/2000. Die Daten wurden über eine repräsentative, telefonische Befragung der 18-79-jährigen, deutschsprachigen Münchner Bevölkerung gewonnen. Fragen wurden zu folgenden Themenbereichen gestellt: Individuelle Aspekte von Gesundheit, Krankheiten und Behinderungen, Inanspruchnahmeverhalten, Vorsorgeverhalten, gesundheitsbezogene Verhaltensweisen und Gesundheitsgefährdungen sowie zur Soziodemografie. Die Auswertung der Daten erfolgte getrennt nach Geschlecht und Altersgruppen.

Geschlechtsspezifische Auswertungen und Interpretation der Ergebnisse sind an sich nichts Neues in der Gesundheitsberichterstattung, ebenso wenig die Auswertung nach verschiedenen Altersgruppen. Neu hingegen sind hier die Darstellung und Interpretation der Ergebnisse als Gesundheitsprofile. Für verschiedene Lebensphasen von Frauen und Männern im Erwachsenenalter wird ein umfassendes Bild über sämtliche der hier untersuchten Aspekte von Gesundheit gezeichnet. Auf diese Weise können alters- und geschlechtstypische Konstellationen von gesundheitsrelevanten Problembereichen erkannt und daraus jeweils spezifische Ansätze zur Prävention und Gesundheitsförderung sowie zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung abgeleitet werden.

Mit vorliegendem Bericht hoffe ich, den im Münchner Gesundheitswesen Tätigen interessante und nützliche Informationen zur Verfügung stellen zu können.



Joachim Lorenz  
Referent für Gesundheit und Umwelt

## Gesundheitsberichterstattung der Landeshauptstadt München

Vorrangiges Ziel der Münchner Gesundheitsberichterstattung ist, eine Planungsgrundlage für gesundheitspolitische Entscheidungen und Maßnahmen bereitzustellen. Dazu gehören:

- ⇒ Erstellen einer fundierten Daten- und Informationsgrundlage zur gesundheitlichen Lage und Versorgung der Münchner Bevölkerung
- ⇒ Herausstellen besonderer Problemlagen und Versorgungsdefizite
- ⇒ Benennen von Handlungsempfehlungen

Die *Basisberichterstattung* ist auf Kontinuität angelegt und als „Nachschlagewerk“ gedacht. Sie deckt eine breite Palette an Themen ab, wobei vorhandene Datenquellen verwendet werden. Folgende Themenfelder werden behandelt:

- Soziodemografie
- Gesundheitszustand
- Ressourcen des Gesundheitswesens
- Inanspruchnahme von Leistungen
- Kosten und Finanzierung

In der *Schwerpunktberichterstattung* werden ausgewählte Themenbereiche vertiefend dargestellt. Zusätzlich zu bereits vorhandenen Datenquellen werden ggf. gesonderte Erhebungen durchgeführt. Zu folgenden Themen wurden bzw. werden demnächst Schwerpunktgesundheitsberichte veröffentlicht:

- Alte Menschen in Privathaushalten und in Alten- und Pflegeheimen
- Kinder
- Jugendliche
- Migration und Gesundheit (im Erscheinen)
- Lebenszufriedenheit, soziale Schicht und Gesundheit (im Erscheinen)
- Gesundheit im Alter: Gesundheitsbezogene Versorgungssituation (in Bearbeitung)

Neben der traditionellen Veröffentlichungsform von ausführlich kommentierten, gedruckten Berichten werden eigens dafür aufbereitete Ergebnisse auch auf den Internet-Seiten des Referats für Gesundheit und Umwelt unter der Rubrik Gesundheitsberichterstattung aktuell bereit gestellt. Dieser Bereich befindet sich im Aufbau und soll sukzessive erweitert werden.

Weitere Informationen zur Münchner Gesundheitsberichterstattung sind im **Internet** unter folgender Adresse verfügbar:

[www.muenchen.de/referat/rgu/frames/gesundat/gbe/Fgbrstart.htm](http://www.muenchen.de/referat/rgu/frames/gesundat/gbe/Fgbrstart.htm)

# Inhaltsverzeichnis

Teil I: Der Bericht im Überblick	
A. Einleitung.....	III
A.1. Fragestellung.....	III
A.2. Daten und Vorgehensweise.....	IV
B. Zusammenfassung der Ergebnisse.....	VII
B.1. Zusammenfassung nach Themenbereichen .....	VII
B.2. Gesundheitsprofile .....	XI
C. Schlussfolgerungen und Ausblick.....	XXIII
Teil II: Berichtsteil	
1. Individuelle Aspekte von Gesundheit .....	3
1.1. Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustands.....	3
1.2. Zufriedenheit mit verschiedenen Bereichen des Lebens .....	4
1.3. Beeinträchtigungen der psychischen oder physischen Gesundheit- und Einschränkungen der Alltagsaktivitäten.....	6
2. Krankheiten und Behinderungen.....	7
2.1. Lebenszeitprävalenzen verschiedener Krankheiten und Risikofaktoren .....	7
2.2. Schwerbehindertenstatus .....	8
3. Inanspruchnahmeverhalten .....	10
3.1. Zeitpunkt des letzten Arztbesuches .....	10
3.2. Art der Inanspruchnahme verschiedener Leistungserbringer.....	11
3.3. Häufigkeit der Inanspruchnahme ausgewählter Leistungserbringer.....	12
3.4. Kauf von verschreibungsfreien Medikamenten in Apotheken .....	14
4. Vorsorgeverhalten.....	15
4.1. Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen.....	15
4.2. Impfungen.....	17
4.3. Zahnärztliche Vorsorge .....	19
5. Gesundheitsverhalten und Gesundheitsgefährdungen .....	20
5.1. Rauchen .....	20
5.2. Alkoholkonsum .....	21
5.3. Sport und Bewegung.....	23
5.4. Body-Mass-Index.....	24
5.5. Sexualverhalten .....	26
5.6. Soziale Unterstützung in Notfällen .....	27
6. Soziodemografie .....	29

6.1. Familienstand .....	29
6.2. Schul- und Berufsausbildung .....	29
6.3. Berufliche Stellung.....	32
6.4. Erwerbstätigkeit.....	32
6.5. Krankenversicherungsstatus .....	33
Teil III	
Anhang: Methodik.....	37
A1. Erhebung .....	37
A1.1 Stichprobenziehung und Quotierung .....	37
A.1.2 Datenerhebung.....	37
A2. Fragebogen .....	38
A3. Erreichbarkeit und Teilnahmebereitschaft (Response).....	38
A4. Auswertung .....	40

**Teil I**

**Der Bericht im Überblick**



## A Einleitung

### A.1 Fragestellung

*Wie steht es um die Gesundheit von Frauen und Männern in München?*

*Welche Veränderungen der Gesundheit und im gesundheitsrelevanten Verhalten zeigen sich in verschiedenen Alters- und Lebensphasen?*

So lauten die leitenden Fragestellungen des vorliegenden Berichts, die mit den Daten des Münchner Gesundheitsmonitorings untersucht werden.

„Gesundheit hat ein Geschlecht“, das heißt, Gesundheit bedeutet für Frauen und Männer nicht das Gleiche. Geschlecht ist nicht nur als ein rein biologisches Kriterium aufzufassen, sondern auch als ein Merkmal, das neben der physischen die psychische und soziale Realität der Menschen beeinflusst. Dementsprechend erfordern geschlechtsspezifische Unterschiede in der Gesundheit auch eine geschlechtsspezifische Gesundheitsversorgung, Prävention und Gesundheitsförderung, wie es z.B. in der Stellungnahme zum Gender Mainstreaming des Fachausschusses Frau und Gesundheit des Münchner Gesundheitsbeirats formuliert ist:<sup>1</sup>

Frauen und Männer unterscheiden sich

- in ihrer durchschnittlichen Lebenserwartung,
- in ihrem Gesundheits- und Krankheitsverhalten,
- im Krankheitsspektrum und in der Krankheitssymptomatik,
- hinsichtlich ihrer individuellen Gesundheitsrisiken (z.B. Osteoporose, koronare Herzerkrankungen, Depression, Essstörungen),
- hinsichtlich ihrer strukturellen sozialen Gesundheitsrisiken (fehlende Gleichstellung, Mehrfachbelastungen von Frauen in Familie und Beruf, sexualisierte Gewalterfahrungen, Armut),
- hinsichtlich der Bedingungen für Selbstbestimmung und Ressourcenzugang.

Gleichzeitig überwiegen nach wie vor ein „männlicher Blick“ und eine Technikorientierung in der Medizin.

Geschlechtsspezifische Auswertungen von Daten sind in der Gesundheitsberichterstattung an sich nichts Neues. Vielmehr handelt es sich um einen Standard in vielen Berichten. Der Ansatz, der hier verfolgt wird, soll aber über eine routinemäßige Betrachtung geschlechtsspezifischer Unterschiede hinausgehen:

*Was bedeuten die Ergebnisse jeweils für die Gesundheit von Frauen und Männern und welche spezifischen Schlussfolgerungen lassen sich daraus ziehen?*

---

<sup>1</sup> Nachfolgende Ausführungen wurden der Stellungnahme zum Gender Mainstreaming in der Gesundheitsversorgung des Fachausschusses Frau und Gesundheit des Münchner Gesundheitsbeirats für den 05.03.2002 entnommen.

„Vorbild“ für den vorliegende Bericht ist der Landesgesundheitsbericht 2000 aus Nordrhein-Westfalen, in dem die Gesundheit von Frauen *und* Männern aus dem Blickwinkel des geschlechtsspezifischen Ansatzes untersucht wird.<sup>1</sup> Gesundheitsberichte aus dem Blickwinkel eines Geschlechts, primär aus Sicht der Frauen, liegen inzwischen mehrere vor. So wurden Frauengesundheitsberichte auf europäischer und Bundesebene und in einigen Kommunen veröffentlicht.<sup>2</sup> Neben einer „Frauengesundheitsberichterstattung“ etabliert sich auch zunehmend eine „Männergesundheitsberichterstattung“.<sup>3</sup> In dem nordrhein-westfälischen Landesgesundheitsbericht 2000 wird ein integrativer Weg beschritten, indem neben allgemeinen, beide Geschlechter betreffende Themen auch geschlechtsspezifische Besonderheiten behandelt werden.

Die geschlechterdifferenzierte Betrachtung von Gesundheit und gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen ist das eine Ziel der vorliegenden Untersuchung. Darüber hinaus werden Veränderungen über verschiedene Alters- und Lebensphasen hinweg untersucht. Letztendliches Ziel dieses Berichts ist die Entwicklung von Gesundheitsprofilen von Frauen und Männern im jungen, mittleren und reiferen Erwachsenenalter bis hin zu Profilen von Seniorinnen und Senioren.

## A.2 Daten und Vorgehensweise

Der Gesundheitsberichterstattung der Landeshauptstadt München stehen mit dem Münchner Gesundheitsmonitoring 1999/2000 aktuelle Surveydaten über den Gesundheitszustand, gesundheitsbezogene Verhaltensweisen und Risiken und über die Inanspruchnahme von Vorsorge- und Versorgungsleistungen der erwachsenen Münchner Bevölkerung zur Verfügung.

Mit Hilfe computergestützter Telefoninterviews wurden zufällig ausgewählte Münchnerinnen und Münchner im Alter von 18 und 79 Jahren befragt. Die Daten gelten als repräsentativ für die telefonisch erreichbare und deutschsprachige 18-79-jährige Münchner Bevölkerung.<sup>4</sup> Die Befragung fand in zwei Phasen statt. Die erste Erhebungsphase erstreckte sich von Juni bis Dezember 1999, die zweite von Januar bis Mai 2000. Insgesamt liegen Angaben für fast 1.900

---

<sup>1</sup> Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.): Gesundheit von Frauen und Männern in Nordrhein-Westfalen – Landesgesundheitsbericht 2000. Bielefeld, 2000.

<sup>2</sup> Europäische Kommission, Generaldirektion Beschäftigung, Arbeitsbeziehungen und soziale Angelegenheiten (Hg.): Die gesundheitliche Lage der Frauen in der Europäischen Gemeinschaft. 1997. Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.): Untersuchung zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland. 2. unveränderte Aufl., Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer 2002.

Kommunale Frauengesundheitsberichte wurden z.B. erstellt von:

Bezirksamt Hohenschönhausen von Berlin (Hg.): ... wie geht's Frau? Gesundheitsbericht 1998. Berlin. Erster Wiener Frauengesundheitsbericht. Erstellt durch das Ludwig-Boltzmann-Institut für Gesundheitspsychologie der Frau im Auftrag der Magistratsabteilung 15 der Stadt Wien – Gesundheitswesen Referat III/1 – Gesundheitsberichterstattung Wien 1996.

Der im deutschen Sprachraum erste Männergesundheitsbericht wurde von der Stadt Wien erstellt: Magistratsabteilung für Angelegenheiten der Landessanitätsdirektion, Dezernat II, Gesundheitsplanung (Hg.): Wiener Männergesundheitsbericht 1999. Wien 1999.

<sup>4</sup> Mit 11% sind ausländische Befragte im Vergleich zum Ausländeranteil in München von ca. 20% unterrepräsentiert. Auch dürften aufgrund der hohen sprachlichen Anforderungen im Telefoninterview die ausländischen Befragten für die hier lebende Migrationsbevölkerung nicht repräsentativ sein.

Befragte vor.<sup>1</sup> Anlage und Durchführung der Studie entsprechen dem Bayernmonitoring, das zeitgleich als Public Health-Forschungsprojekt durchgeführt wurde.<sup>2</sup>

Die Qualität der Daten ist insgesamt als gut einzuschätzen, wie eine vergleichende Untersuchung der telefonisch erfassten Daten des Bayernmonitorings (die Münchner Daten sind ein Teil davon) mit den Daten für Bayern aus dem Bundesgesundheitsurvey zeigte, die schriftlich über einen Fragebogen mit angeschlossener körperlicher Untersuchung und Labordiagnostik erhoben wurden.<sup>3</sup> Eine sehr gute Übereinstimmung zeigte sich bei der subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustands, den Lebenszeitprävalenzen verschiedener Krankheiten, der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und den Rauchgewohnheiten (andere gesundheitsrelevante Verhaltensweisen wurden nicht verglichen). Deutliche Abweichungen zeigten sich hingegen beim Body-Mass-Index. Die erheblich geringeren Anteile der übergewichtigen Frauen und Männer im Bayernmonitoring legen den Schluss nahe, dass in einer telefonischen Befragung die Angaben zum Körpergewicht häufig beschönigt werden.

Die Ergebnisse der ersten Erhebungsphase wurden bereits als Bericht veröffentlicht.<sup>4</sup> Dieser Bericht lieferte einen Überblick über alle erfassten Themenbereiche, wobei die Auswertungen getrennt nach Geschlecht und teilweise auch nach Altersgruppen gegliedert erfolgten. Vergleiche zeigten, dass die Ergebnisse der ersten Phase durchaus repräsentativ für die gesamte Erhebung sind.

Für den vorliegenden Bericht werden die Daten aus beiden Erhebungsphasen zusammen ausgewertet mit dem Ziel, für Frauen und Männer auf verschiedenen Lebensalterstufen ein differenziertes Bild über folgende Themenfelder zu gewinnen:

- Individuelle Aspekte von Gesundheit
- Krankheiten und Behinderungen
- Inanspruchnahmeverhalten
- Vorsorgeverhalten
- Gesundheitsverhalten und Gesundheitsgefährdungen
- Ausgewählte soziodemografische Merkmale.

---

<sup>1</sup> Im Anhang findet sich eine ausführliche Darstellung der Erhebungsmethodik.

<sup>2</sup> Bevölkerungsbezogenes Monitoring von Gesundheitsverhalten und Gesundheit in Bayern mit computer-assistierten Telefoninterviews (CATI). Projektleitung: Prof. Dr. K. Überla, Dr. R. Weitkunat, Institut für Medizinische Informationsverarbeitung, Biometrie und Epidemiologie (IBE) der Ludwig-Maximilians-Universität München.

<sup>3</sup> Meyer, N. et al.: Evaluation des Gesundheitsmonitorings in Bayern mit computer-assistierten Telefoninterviews (CATI) durch den Vergleich mit dem Bundes-Gesundheitssurvey 1998 des Robert Koch-Instituts. Gesundheitswesen 2002, 64: 329 – 335.

<sup>4</sup> Landeshauptstadt München. Referat für Gesundheit und Umwelt (Hg.): Münchner Gesundheitsmonitoring 1999: Bevölkerungsbezogenes Monitoring von Gesundheit und verhaltensbezogenen Gesundheitsrisiken 1999 in der Stadt München – 1. Ergebnisbericht. München. 1999.

Die Lebensaltersstufen werden folgendermaßen abgegrenzt, wobei Kriterien wie Vergleichbarkeit der Ergebnisse mit Ergebnissen aus anderen Untersuchungen oder mit Routinestatistiken, eine genügend große Fallzahl in den einzelnen Gruppen und eine überschaubare Zahl an Alterskategorien eine Rolle spielen:

*Junge Erwachsene:* 18 – 29 Jahre

*Erwachsene im mittleren Alter:* 30 – 44 Jahre

*Erwachsene im reiferen Alter:* 45 – 64 Jahre

*Seniorinnen und Senioren:* 65 – 79 Jahre.

Sämtliche Themenbereiche der Befragung wurden nach Geschlecht und den vier Alterskategorien ausgewertet. Alle Ergebnisse wurden auf ihre statistische Signifikanz hin überprüft, um systematische Unterschiede von zufälligen Abweichungen eindeutig abgrenzen zu können.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Bei Kreuztabellen wurden  $\chi^2$ -Tests jeweils nach Altersgruppen und Geschlecht berechnet. Mittelwertvergleiche wurden mit Hilfe von Varianzanalysen (F-Tests) durchgeführt. Als statistisch signifikant gelten Ergebnisse mit einem  $p \leq 0.05$ .

## B Zusammenfassung der Ergebnisse

### B.1 Zusammenfassung nach Themenbereichen

Die Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse erfolgt hier primär unter dem Gesichtspunkt, ob und welche statistisch signifikante Unterschiede zum einen zwischen Frauen und Männern, zum anderen zwischen den Lebensalterstufen zeigen.

#### Individuelle Aspekte von Gesundheit

Der eigene **Gesundheitszustand** wird auf allen Lebensalterstufen von Frauen wie Männern überwiegend als „sehr gut“ oder „gut“ bezeichnet. Im Vergleich zum Jahr davor hat sich bei den meisten Befragten der Gesundheitszustand nicht verändert.

In der Beurteilung des eigenen Gesundheitszustands zeigen sich keine signifikanten geschlechtsspezifischen Unterschiede. Entgegen gängigen Vorstellungen schätzen Frauen auf allen Lebensalterstufen ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand *nicht* schlechter ein als Männer. Frauen zwischen 30 und 64 Jahren berichten sogar signifikant häufiger als gleichaltrige Männer eine Verbesserung ihres Gesundheitszustands im Vergleich zum Vorjahr.

Erwartungsgemäß steigt mit zunehmendem Lebensalter der Anteil derjenigen Befragten, die ihren Gesundheitszustand als „weniger gut“ oder „schlecht“ bezeichnen. Ebenso wird auf den höheren Lebensalterstufen häufiger eine Verschlechterung im Vergleich zum Vorjahr berichtet.

Zwar nennen Frauen über den Zeitraum der letzten 30 Tage vor dem Interview signifikant mehr Tage mit **Beeinträchtigungen** der psychischen oder physischen Gesundheit als Männer, in der Zahl der Tage mit Einschränkungen der Alltagsaktivitäten unterscheiden sich Männer und Frauen jedoch nicht.

Bei Männern wie Frauen nimmt die durchschnittliche Zahl der Tage mit körperlichen Beeinträchtigungen und mit Einschränkungen der Alltagsaktivitäten mit dem Alter signifikant zu, nicht jedoch bei Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit.

Die Zufriedenheit mit dem Leben insgesamt wie auch mit verschiedenen Bereichen des Lebens ist bei den Münchner Befragten recht hoch. Eine höhere durchschnittliche **Zufriedenheit** besteht mit der Wohnung, dem Wohngebiet, dem Wohnort, der familiären Situation und den Beziehungen zu Freunden. Eine im Vergleich dazu geringere durchschnittliche Zufriedenheit zeigt sich mit der Arbeitssituation, der finanziellen Situation und der Freizeit und im höheren Lebensalter mit der Gesundheit und dem Sexualleben.

Nach Geschlecht zeigen sich kaum Unterschiede in den Zufriedenheitswerten. Ein stringenter Alterstrend ist ebenfalls nicht erkennbar, d.h. jüngere Befragte sind nicht generell unzufriedener als ältere und umgekehrt. Die mittlere Zufriedenheit mit der Gesundheit geht mit dem Alter signifikant zurück.

## Krankheiten und Behinderungen

Bezüglich der **Lebenszeitprävalenzen** von Herzinfarkt, Schlaganfall, Asthma bronchiale, Krebs und Arthrose zeigen sich signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede nur in der Gruppe der 65-79-Jährigen: Männer erlitten bis dahin häufiger einen Herzinfarkt, Frauen haben häufiger Arthrose.

Erwartungsgemäß steigen die Lebenszeitprävalenzen von Herzinfarkt, Schlaganfall, Krebs und Arthrose mit dem Alter signifikant an. Bei Asthma bronchiale zeigt sich kein Alterstrend.

Die Lebenszeitprävalenzen von Bluthochdruck, erhöhter Cholesterinspiegel und Diabetes steigen ebenfalls mit dem Alter signifikant an. Vor allem ab 45 Jahren erhöhen sich die Anteilswerte sprunghaft. Geschlechtsspezifische Unterschiede treten nur bei Diabetes in der Altersgruppe der 45-64-Jährigen mit einem doppelt so hohen Anteil an männlichen Diabetikern auf.

Ein **Schwerbehindertenstatus** wird mit dem Alter erwartungsgemäß zunehmend häufiger berichtet. In der Gruppe der 65-79-Jährigen besitzen signifikant mehr Männer einen Schwerbehindertenstatus. In den jüngeren Altersgruppen gibt es keine geschlechtsspezifischen Unterschiede.

## Inanspruchnahmeverhalten

Erwartungsgemäß hatten ältere Befragte signifikant häufiger mindestens einen **Arztbesuch während der letzten vier Wochen** vor der Befragung. Geschlechtsspezifische Unterschiede gibt es in den Altersgruppen unter 65 Jahren, nicht jedoch bei den 65-79-Jährigen. Frauen zwischen 18 und 65 Jahren waren signifikant häufiger bei einer Ärztin oder einem Arzt.

Die Untersuchung der **Inanspruchnahme verschiedener Leistungserbringer** des Gesundheitswesens während der letzten zwölf Monate vor der Befragung zeigt folgende Ergebnisse:

Am häufigsten wurden Haus- und Fachärztinnen/-ärzte genannt. Die Inanspruchnahme von Hausärztinnen und Hausärzten steigt mit dem Alter signifikant an, zwischen den Geschlechtern ergeben sich keine Unterschiede. Eine Hausärztin oder ein Hausarzt wurde von Frauen nicht häufiger aufgesucht als von Männern.

Mit dem Alter werden Fachärztinnen und Fachärzte von signifikant mehr Männern und von signifikant weniger Frauen aufgesucht. Eine höhere Fachärztinanspruchnahme der Frauen im Vergleich zu den Männern zeigt sich in den Altersgruppen unter 65 Jahren.

Auch Krankenhausaufenthalte nehmen mit dem Alter signifikant zu, wobei 30-44-jährige Frauen, möglicherweise wegen Geburten, häufiger im Krankenhaus waren als gleichaltrige Männer. In den anderen Altersgruppen zeigen sich keine geschlechtsspezifischen, signifikanten Unterschiede.

Vor allem junge Frauen hatten einen hohen Beratungsbedarf in Apotheken, der sich mit zunehmendem Alter verringert. Darin unterscheiden sie sich auch signifikant von gleichaltrigen Männern.

Andere Leistungserbringer wurden relativ selten aufgesucht. Auffallend ist, dass ältere Befragte den ärztlichen Bereitschaftsdienst oder die Notfallambulanz im Krankenhaus *nicht* häufiger als jüngere in Anspruch genommen hatten. Frauen zwischen 18 und 29 Jahren hatten sogar die höchste Inanspruchnahme des ärztlichen Bereitschaftsdienstes. Darin unterscheiden sie sich signifikant von älteren Frauen und von Männern. Ein weiterer geschlechtsspezifischer

scher Unterschied zeigt sich in der häufigeren Inanspruchnahme der Notfallambulanz durch 30-44-jährige Frauen.

Die durchschnittliche **Dauer der Krankenhausaufenthalte**, vorausgesetzt, es gab mindestens einen Krankenhausaufenthalt im letzten Jahr, nimmt mit dem Alter signifikant zu, wobei Männer insgesamt mehr Nächte dort verbrachten als Frauen.

Bezogen auf die Befragten, die im vergangenen Jahr mindestens einmal eine Hausarzt- bzw. Facharztpraxis aufgesucht hatten, steigt die durchschnittliche **Zahl der Hausarztbesuche** mit dem Alter, nicht jedoch die durchschnittliche Zahl der **Facharztbesuche**, wobei keine geschlechtsspezifische Unterschiede bestehen.

**Frei verkäufliche Medikamente** wurden vor allem von Frauen zwischen 30 und 64 Jahren gekauft. Auffallend viele Frauen und Männer zwischen 65 und 79 Jahren gaben an, noch nie ein frei verkäufliches Medikament gekauft zu haben.

### **Vorsorgeverhalten**

Die Bereitschaft, sich einer **gynäkologischen Krebsfrüherkennungsuntersuchung** zu unterziehen, nimmt bei Frauen ab 65 Jahren signifikant ab. Der Anteil der Frauen, bei denen mindestens einmal eine **Mammographie** durchgeführt wurde, steigt ab einem Alter von 45 Jahren sprunghaft an, wobei der Anteil in der Altersgruppe der 65-79-jährigen Frauen wieder etwas niedriger ist.

Einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung der **Prostata** während der letzten drei Jahre haben sich signifikant mehr Männer im Alter von 65-79 Jahren im Vergleich zu den 45-64-Jährigen unterzogen.

Die Bereitschaft der 45 Jahre alten und älteren Befragten, sich einem **Hämoccult-Test** auf verborgenes Blut im Stuhl zur Darmkrebsfrüherkennung zu unterziehen, nimmt bei den Frauen mit dem Alter etwas ab, bei den Männern etwas zu. Die Veränderungen sind jedoch statistisch nicht signifikant.

Insgesamt liegen die Anteilswerte der jeweils anspruchsberechtigten Befragten, die sich während der letzten drei Jahre an Vorsorgeuntersuchungen beteiligten, zwischen 60% und 80%.

Bei den von der ständigen Impfkommission für alle Erwachsenen empfohlenen **Impfungen** gegen Tetanus, Diphtherie und Polio zeigt sich mit dem Alter ein starker Rückgang des Durchimpfungsgrades, ebenso bei den Indikationsimpfungen gegen Hepatitis A und Hepatitis B. Der relativ beste Impfschutz besteht gegen Tetanus. Ausgenommen der Männer zwischen 18 und 29 Jahren, von denen 93% geimpft sind, ist der Durchimpfungsgrad mit Werten zwischen 50% (65-79-jährige Frauen und Männer) und 80% (18-29-jährige Frauen) trotzdem zu niedrig. Noch viel niedriger liegen die Impfquoten gegen Diphtherie und Polio.

Die mindestens einmal jährliche Teilnahme an **zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen** liegt mit Werten von 70% bis fast 90% auf einem hohen Niveau. Ein signifikanter Rückgang zeigt sich bei den 65-79-Jährigen Frauen und Männern.

## Gesundheitsverhalten und Gesundheitsgefährdungen

Beim **Rauchen** zeigen sich bei Frauen wie bei Männern signifikante Veränderungen mit dem Alter. Bei beiden Geschlechtern nimmt der Anteil der Raucherinnen bzw. Raucher ab, und der Anteil der ehemaligen Raucherinnen bzw. Raucher zu. Während bei den 65-79-jährigen Frauen der Anteil der Nie-Raucherinnen sehr hoch ist, ist bei den Männern der Anteil der Nie-Raucher in jüngeren Jahren höher. Zwischen Männern und Frauen ist in den jüngeren Altersgruppen eine Angleichung der Verhaltensweisen zu beobachten.

Die meisten Befragten trinken alkoholische Getränke, wobei der **Alkoholkonsum** bei den 65-79-jährigen Frauen signifikant niedriger ist. Übermäßiger Alkoholkonsum bei mindestens drei Gelegenheiten während der letzten 30 Tage findet sich signifikant häufiger bei jüngeren Männern.

Insgesamt wird relativ viel **Sport** getrieben, meistens mindestens 30 Minuten lang. Mit dem Alter verringert sich der Anteil derer signifikant, die mindestens einmal pro Woche Sport treiben oder einer anstrengenden Tätigkeit nachgehen.

Gleichzeitig nimmt der Anteil derer mit dem Alter zu, die beim Steigen von drei Stockwerken in **Atemnot** oder ins Schwitzen geraten. In den jüngeren Altersgruppen zwischen 18 und 64 Jahren sind es signifikant mehr Frauen als Männer.

Auch beim **Body-Mass-Index** zur Beurteilung des Körpergewichts zeigen sich signifikante Veränderungen mit dem Alter. Ebenso treten geschlechtsspezifische Unterschiede auf. In allen Altersgruppen ist mindestens die Hälfte der Frauen normalgewichtig. Relativ viele, ca. ein Drittel, der Frauen zwischen 18 und 29 Jahren sind untergewichtig, was in den höheren Altersgruppen jedoch zurückgeht. Der Anteil der Übergewichtigen und der Adipösen steigt vor allem ab 45 Jahren sprunghaft an.

Auf allen Altersstufen sind Männer häufiger übergewichtig oder adipös als Frauen. Bereits ab einem Alter von 30 Jahren wiegen schon fast 40% zuviel. Dieser Anteil steigt in der höchsten Altersgruppe auf fast 60%. Da es sich bei den Angaben zum Körpergewicht um eine telefonische Selbstauskunft handelt, ist zu vermuten, dass der tatsächliche Anteil der Übergewichtigen oder Adipösen vor allem bei den Frauen höher liegt.

Signifikante Alters- und Geschlechtsunterschiede zeigen sich im Bereich des **Sexualverhaltens**. Weniger als die Hälfte der 65-79-jährigen Frauen lebt in einer festen sexuellen Partnerschaft. Bei den Frauen unter 65 Jahren und den Männern in allen Altersgruppen liegt der Anteil bei mindestens 50%. Erwartungsgemäß hatten vor allem jüngere Befragte, Männer mehr als Frauen, während der vergangenen zwölf Monate neue Sexualpartnerinnen bzw. -partner.

Das regelmäßige Benützen von Kondomen bei neuen Sexualpartnern nimmt mit einem Alter ab 45 Jahren signifikant ab, wobei Frauen durchgängig häufiger angaben, Kondome zu benutzen als Männer.

Die meisten Befragten konnten mindestens eine Person aus der Familie oder Verwandtschaft oder aus dem Freundes- und Bekanntenkreis nennen, die sie **in Notfällen unterstützen** würden. Eine mögliche Versorgungslücke zeigt sich bei den 65-79-jährigen Frauen. Fast jede Zehnte kann in Notfällen nicht auf Hilfe aus der Verwandtschaft oder durch Freunde und Bekannte zurückgreifen.

## B.2 Gesundheitsprofile

Im Folgenden werden die Gesundheitsprofile für Frauen und Männer der verschiedenen Altersstufen vorgestellt. Das Profil ist für jede einzelne Gruppe so abgefasst, dass es für sich stehen kann, auch wenn dadurch eine gewisse Redundanz zustande kommt. In jedem Profil werden wichtige Aspekte des sozioökonomischen und sozialen Hintergrunds, des subjektiven Wohlbefindens, des Krankheitsbildes, der Inanspruchnahme, des Vorsorgeverhaltens und der gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen zusammengestellt. Auf diese Weise können unterschiedliche, alters- und geschlechtstypische Konstellationen von gesundheitsrelevanten Problembereichen erkannt werden und daraus jeweils spezifische Ansätze zur Prävention und Gesundheitsförderung und zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung abgeleitet werden.

### Frauen im Alter von 18 bis 29 Jahren:

Die Frauen zwischen 18 und 29 Jahren, die an der Befragung teilnahmen, haben mehrheitlich einen hohen Schulbildungsabschluss erreicht: 60% hatten Abitur oder die Fachhochschulreife. Einen Fachhochschul- oder Universitätsabschluss hatten „erst“ 20%, allerdings befanden sich zum Befragungszeitpunkt fast 30% in Ausbildung (Studium oder Lehre). 70% waren erwerbstätig. 83% waren gesetzlich krankenversichert, signifikant mehr als gleichaltrige Männer.

Nahezu 80% waren zum Befragungszeitpunkt ledig.

Im Großen und Ganzen ist die Zufriedenheit mit dem Leben insgesamt wie auch mit verschiedenen Bereichen des Lebens hoch. Eine vergleichsweise große Unzufriedenheit gibt es mit der finanziellen Situation.

Der eigene Gesundheitszustand wurde von 80% als gut oder sehr gut eingeschätzt. Einen weniger guten oder schlechten Gesundheitszustand gaben 6% an. 20% stellten eine Verbesserung ihres Gesundheitszustands im Vergleich zum Vorjahr fest. Allerdings berichteten 17%, für dieses Alter sind das relativ viele, dass sich ihr Gesundheitszustand im Vergleich zum Vorjahr verschlechtert hatte.

Auffallend ist die hohe durchschnittliche Zahl an Tagen (4,5 Tage), an denen die jungen Frauen aufgrund von psychischen Problemen während der letzten 30 Tage vor dem Interview beeinträchtigt waren. Die Beeinträchtigung durch psychische Probleme ist höher als durch körperliche Probleme (3,4 Tage). Allerdings waren an nur knapp zwei Tagen die Probleme psychischer oder physischer Art so groß, dass daraus eine Einschränkung der Alltagsaktivitäten resultierte.

Schwere chronische Erkrankungen sind in dieser Altersgruppe selten. Die Nennungen zu den Lebenszeitprävalenzen der hier abgefragten Krankheiten sind insgesamt gering. Am häufigsten ist mit 11% Asthma bronchiale. Bereits 10% haben einen zu hohen Cholesterinwert, weitere 7% einen erhöhten Blutdruck. Alle anderen Erkrankungen wurden gar nicht oder nur in Einzelfällen genannt. Einen Schwerbehindertenstatus hatte keine der befragten Frauen.

63% hatten während der letzten drei Monate mindestens einen Arztbesuch. Bezogen auf die letzten zwölf Monate, waren 70% in einer Hausarztpraxis und 74% in einer Facharztpraxis, im Durchschnitt jeweils ca. 4,5mal. 11% waren für durchschnittlich 5 Nächte in einem Krankenhaus. Auffallend hoch ist der Anteil der Frauen, die sich in einer Apotheke beraten ließen (53%). Ebenso zeigt sich eine mit 19% auffallend hohe Inanspruchnahme des ärztlichen Notdienstes, wobei die Gründe dafür nicht bekannt sind. Andere hier abgefragte Leistungserbrin-

ger wurden nur selten in Anspruch genommen.

90% der anspruchsberechtigten Frauen ab 20 Jahre waren während der letzten drei Jahre bei mindestens einer gynäkologischen Krebsfrüherkennungsuntersuchung. Entsprechend dem jungen Lebensalter haben bislang wenige eine Mammographie durchführen lassen (15%).

Der Durchimpfungsgrad gegen Tetanus lag bei 80%. Deutlich geringer war er gegen Diphtherie (59%) und Polio (57%).

Eine zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung im letzten Jahr hatten 86%.

Rund 40% rauchten zum Befragungszeitpunkt. Noch nie geraucht haben 46%, das sind mehr Frauen als in der nächsthöheren Altersgruppe.

Die meisten trinken Alkohol (86%). Einen exzessiven Alkoholkonsum hatten 15% mindestens dreimal während der letzten 30 Tage, weitere 13% ein- bis zweimal.

Rund 70% treiben mindestens einmal die Woche Sport. 6% treiben nie Sport. Fast 20%, bezogen auf das Lebensalter relativ viele, geraten beim Steigen von drei Stockwerken in Atemnot bzw. ins Schwitzen.

Übergewicht (5%) bzw. Adipositas (1%), gemessen über den Body-Mass-Index (BMI), ist in der Altersgruppe eher selten. Umgekehrt hatte ein Drittel aus medizinischer Sicht Untergewicht ( $BMI < 20 \text{ kg/m}^2$ ).

65% lebten in einer festen sexuellen Partnerschaft. Mindestens einen neuen Sexualpartner während der letzten 12 Monate hatten 40%. Davon benutzten 65% jedes Mal Kondome.

Die soziale Unterstützung in Notfällen, sei es durch Verwandte oder Freunde und Bekannte, ist in diesem Alter hoch. Nahezu jede konnte mindestens eine Person benennen.

### **Frauen im Alter von 30 bis 44 Jahren:**

Die Frauen zwischen 30 und 44 Jahren, die befragt wurden, haben ebenfalls mehrheitlich Abitur oder die Fachhochschulreife (52%), einen Fachhochschul- oder Universitätsabschluss haben 32%. Die Erwerbsbeteiligung von fast 80% ist in dieser Altersgruppe bei den Frauen am höchsten. 80%, signifikant mehr als gleichaltrige Männer, waren gesetzlich krankenversichert.

57% waren verheiratet und lebten mit ihrem Partner zusammen. Ein knappes Drittel war ledig.

Die Zufriedenheit mit dem Leben insgesamt wie auch mit den einzelnen Bereichen ist recht hoch. Auffällige Unzufriedenheiten zeigen sich nicht.

Die Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands unterscheidet sich nicht viel von den jüngeren Frauen: 78% bezeichneten ihre Gesundheit als sehr gut oder gut, 7% als weniger

gut oder schlecht. Mit 30% berichteten auffallend viele Frauen eine Verbesserung ihrer Gesundheit im Vergleich zum Vorjahr.

Das psychische Befinden scheint in dieser Altersgruppe im Vergleich zu Frauen anderen Alters etwas, wenngleich nicht signifikant, besser zu sein. Während der letzten 30 Tage waren die befragten Frauen an durchschnittlich 3,3 Tagen durch psychische Probleme beeinträchtigt. Die durchschnittliche Zahl der Tage mit körperlichen Problemen ist im Vergleich zu jüngeren Frauen nicht sehr viel höher (3,6 Tage), ebenso wenig die Zahl der Tage, an denen aus gesundheitlichen Gründen Alltagsaktivitäten nicht wie gewohnt ausgeführt werden konnten (2 Tage).

Im Vergleich zu älteren Frauen sind auch in diesem Alter schwere chronische Erkrankungen noch selten. Knapp 10% haben Asthma bronchiale. Allerdings haben bereits 5% eine Arthrose und 2% Krebs. Der Anteil derer mit einem erhöhten Cholesterinspiegel ist auf 14% angestiegen, 8% haben einen zu hohen Blutdruck. Einige wenige (1%) haben einen Schwerbehindertensstatus.

55% waren in den letzten drei Monaten mindestens einmal in einer Arztpraxis. Das sind weniger als in allen anderen Altersgruppen bei den Frauen. Die Untersuchung der Inanspruchnahme verschiedener Leistungserbringer während der letzten 12 Monate zeigt mit 65% eine unterdurchschnittlich häufige Hausärztinanspruchnahme. 73% hatten Facharztkontakte, 13% einen Krankenhausaufenthalt. Der Beratungsbedarf in Apotheken ist mit 44% geringer als bei den jüngeren Frauen. Vergleichsweise hoch, wenn auch nicht signifikant, sind die Anteile der Frauen, die in psychotherapeutischer Behandlung waren (9%) oder eine Heilpraktikerin bzw. einen Heilpraktiker aufsuchten (11%).

Bei einem Krankenhausaufenthalt wurden dort im Durchschnitt 11 Nächte verbracht, fast dreimal so viel wie bei den jüngeren Frauen. Vorausgesetzt, eine Hausarztpraxis bzw. eine Facharztpraxis wurde aufgesucht, beträgt die durchschnittliche Zahl der Besuche bei einer Hausärztin bzw. einem Hausarzt 3,6 Male, bei einer Fachärztin bzw. einem Facharzt 4 Male, tendenziell, aber nicht signifikant weniger als bei den jüngeren Frauen.

Mindestens eine gynäkologische Krebsfrüherkennungsuntersuchung hatten 91% während der letzten drei Jahre. 44% haben eine Mammographie machen lassen.

Im Vergleich zu den jüngeren Frauen sind die Anteile der Frauen mit einem gültigen Impfschutz gegen Tetanus (73%), Polio (52%) und Diphtherie (42%) zurückgegangen.

91%, so viel wie in keiner anderen Altersgruppe bei Frauen wie bei Männern, waren im letzten Jahr bei einer zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung.

Mit 41% ist der Anteil der aktiven Raucherinnen in dieser Altersgruppe noch genau so hoch wie bei den Frauen in der jüngeren Altersgruppe. Weniger Frauen als in den anderen Altersgruppen gaben an, noch nie geraucht haben (39%).

Fast 90% trinken Alkohol. Übermäßiger Alkoholkonsum ist schon deutlich seltener als bei den jüngeren Frauen: 9% nannten mindestens drei Gelegenheiten während der letzten 30 Tage, 10% ein bis zwei Gelegenheiten.

64% treiben mindestens einmal pro Woche Sport, 13% treiben nie Sport. 20% geraten beim Steigen von drei Stockwerken in Atemnot oder ins Schwitzen.

Einen im Vergleich zu den jüngeren Frauen deutlichen Zuwachs gibt es beim Anteil der Übergewichtigen (11%) und Adipösen (5%). Knapp 20% sind als untergewichtig einzustufen.

80% lebten in einer festen sexuellen Partnerschaft. 18% hatten mindestens einen neuen Sexualpartner während der letzten 12 Monate. 63% benutzten dabei regelmäßig Kondome.

Fast alle Frauen in dieser Altersgruppe haben die Möglichkeit, in Notfällen Unterstützung durch Verwandte oder Freunde und Bekannte zu erhalten.

### **Frauen im Alter von 45 bis 64 Jahren:**

Im Vergleich zu den jüngeren Frauen zeigt sich bei den befragten Frauen zwischen 45 und 64 Jahren ein sehr viel höherer Anteil an Volks- und Hauptschulabsolventinnen (41%). Die Mittlere Reife haben 35%, einen Fachhochschul- oder Hochschulabschluss 23%. 61% waren erwerbstätig. Auch in dieser Altersgruppe waren mit 77% signifikant mehr Frauen gesetzlich krankversichert als Männer.

57% waren verheiratet, 16% geschieden und 10% verwitwet.

Die Zufriedenheit mit dem Leben insgesamt wie mit den einzelnen Bereichen ist auch hier recht hoch. Im Vergleich zu den jüngeren Frauen hat sich die durchschnittliche Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit bereits verschlechtert.

Nur noch 60% bezeichneten ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut. 19% schätzten ihren Gesundheitszustand als weniger gut oder schlecht ein. 19% stellten eine Verschlechterung im Vergleich zum Vorjahr fest, 22% eine Verbesserung.

Beeinträchtigungen durch psychische Probleme während der letzten 30 Tage gab es an durchschnittlich 4,6 Tagen, durch körperliche Probleme an 5,5 Tagen. Die Zahl der Tage mit gesundheitsbedingten Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten ist auf 3,6 gestiegen.

Das Spektrum an chronischen Krankheiten hat sich erweitert. 35% berichteten einen erhöhten Cholesterinwert, 26% einen Bluthochdruck, 25% eine Arthrose, 10% Asthma bronchiale. 7% haben ein Krebsleiden. 4% sind Diabetikerinnen. 10% haben einen Schwerbehindertenausweis.

71% hatten während der letzten drei Monate mindestens einen Arztkontakt, 52% allein während der letzten vier Wochen. Im Laufe der vergangenen 12 Monate waren 73% mindestens einmal bei ihrer Hausärztin bzw. ihrem Hausarzt. In einer Facharztpraxis waren 74%. 13% waren im Krankenhaus. 33% hatten einen Beratungsbedarf in Apotheken.

Vorausgesetzt, es fand eine Inanspruchnahme statt, wurden im Durchschnitt 12,5 Nächte im Krankenhaus verbracht, die Hausarztpraxis wurde durchschnittlich fünfmal, eine Facharztpraxis viermal aufgesucht.

In den letzten drei Jahren ließen 89% mindestens eine gynäkologische Krebsfrüherkennungsuntersuchung, 76% einen Hämoccult-Test zur Darmkrebsfrüherkennung durchführen. Bei 79% der Frauen wurde schon einmal eine Mammographie durchgeführt.

Nochmals stark verringert haben sich die Anteile der Frauen mit einem gültigen Impfschutz gegen Tetanus (66%), Diphtherie (23%) und Polio (28%).

88% waren bei einer zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung.

Zum Befragungszeitpunkt rauchten 32%. Das sind schon deutlich weniger als unter den jüngeren Frauen. 45% haben noch nie geraucht.

86% trinken überhaupt Alkohol. Mindestens dreimaliges exzessiveres Trinken während der letzten 30 Tage gaben 4% an. Bei 8% gab es ein bis zwei Gelegenheiten.

60% treiben mindestens einmal die Woche Sport. Der Anteil derer, die nie –Sport treiben, ist auf 21% angestiegen. 35% berichteten Atemnot oder Schwitzen beim Steigen von drei Stockwerken.

Die Anteile der Übergewichtigen und Adipösen sind stark gestiegen. 29% hatten Übergewicht, 6% waren adipös.

70%, das sind bereits deutlich weniger als bei den 30-44-jährigen Frauen, lebten in einer festen sexuellen Partnerschaft. Ebenfalls viel weniger, 8%, hatten mindestens einen neuen Sexualkontakt im letzten Jahr. Die Neigung, dabei regelmäßig Kondome zu benutzen, ist auf 35% spürbar zurückgegangen.

Die meisten Frauen können im Notfall auf mindestens eine Person aus der Verwandtschaft oder aus dem Freundeskreis zurückgreifen. 3% konnten allerdings niemanden benennen.

### **Frauen im Alter von 65 bis 79 Jahren:**

Die befragten Frauen zwischen 65 und 79 Jahren haben überwiegend einen Volks- und Hauptschulabschluss (56%). Einen Fachoberschulabschluss oder das Abitur konnten nur wenige Frauen aus dieser Generation erlangen (16%). 28% haben nie eine berufliche Ausbildung absolviert. 83% waren gesetzlich krankenversichert, ebenfalls signifikant mehr als bei den Männern.

Die meisten, 42%, waren zum Befragungszeitpunkt verwitwet, weitere 37% verheiratet und mit dem Partner zusammenlebend.

Die Lebenszufriedenheit ist in dem fortgeschrittenen Alter im Großen und Ganzen hoch. Eine relativ große Unzufriedenheit besteht mit der Gesundheit und dem Sexualleben.

Der Gesundheitszustand hat sich im Vergleich zu jüngeren Frauen deutlich verschlechtert: Nur noch 40% bezeichneten ihn als gut oder sehr gut. Dagegen schätzten 26% ihren Gesundheitszustand als weniger gut oder schlecht ein. Im Vergleich zum Vorjahr stellten 12% eine Verbesserung, 24% aber eine Verschlechterung des Gesundheitszustands fest.

Während der vergangenen 30 Tagen waren durchschnittlich 4 Tage von psychischen Problemen überschattet. An 7,7 Tagen, mehr als eine Woche, war das körperliche Befinden beeinträchtigt. An durchschnittlich 4,5 Tagen führten die gesundheitlichen Probleme zu einer Beeinträchtigung der Alltagsaktivitäten.

Frauen im höheren Lebensalter leiden vor allem an Arthrose (43%). Deutlich angestiegen ist der Anteil der Frauen mit Bluthochdruck (41%), während er sich beim erhöhten Cholesterinspiegel kaum verändert hat (34%). Bei bereits 12% wurde eine Krebserkrankung diagnostiziert. 10% haben Asthma bronchiale, 9% sind Diabetikerinnen. 4% erlebten bereits einen Herzinfarkt und 2% einen Schlaganfall.

18%, sehr viel mehr als jüngere Frauen, haben einen Schwerbehindertenausweis.

80% waren mindestens einmal in den letzten drei Monaten bei einer Ärztin oder einem Arzt. Im Vergleich zu jüngeren Frauen fanden in den letzten 12 Monaten sehr viel häufiger Hausarztkontakte (81%) statt, dagegen sehr viel weniger Facharztkontakte (60%). Die Krankenhausinanspruchnahme ist auf 21% angestiegen. 28% ließen sich in Apotheken beraten. Das sind weniger als unter den jüngeren Frauen. Auffallend ist die im Vergleich zu jüngeren Frauen eher geringere Inanspruchnahme des ärztlichen Bereitschaftsdiensts (7%) und der Notfallambulanz im Krankenhaus (9%) trotz des schlechteren Gesundheitszustands.

Die durchschnittliche Zahl der Krankenhausnächte ist auf 16 angestiegen. Die Hausarztpraxis wurde durchschnittlich sechsmal aufgesucht, eine Facharztpraxis fünfmal.

Die Bereitschaft zu Vorsorgeuntersuchungen hat stark abgenommen. Nur noch 64% hatten während der letzten drei Jahre eine gynäkologische Krebsfrüherkennungsuntersuchung. Einen Hämocult-Test ließen 71% durchführen. 73%, weniger als bei den Frauen in der nächstjüngeren Altersgruppe, haben jemals eine Mammographie durchführen lassen.

Der Durchimpfungsgrad ist hier erschreckend niedrig. 51% gaben an, gegen Tetanus geimpft zu sein. Nur 16% hatten einen Impfschutz gegen Diphtherie und 15% gegen Polio.

Auch eine zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung wurde sehr viel seltener in Anspruch genommen (71%).

Die meisten Frauen aus dieser Altersgruppe haben nie geraucht (68%). 11% rauchten zum Befragungszeitpunkt.

Im Vergleich zu den jüngeren Altersgruppen trinken sehr viel weniger Frauen überhaupt Alkohol (73%). Exzessiveres Trinken gab es nur in Einzelfällen.

47% treiben mindestens einmal pro Woche Sport. Fast genau so hoch ist der Anteil derer, die nie Sport treiben (42%).

46% kommen beim Treppensteigen von drei Stockwerken in Atemnot oder ins Schwitzen. 7% können keine drei Etagen mehr steigen.

Die Anteile der Übergewichtigen (31%) und Adipösen (8%) sind nochmals angestiegen.

Nur noch 38% lebten in einer festen sexuellen Partnerschaft. Keine der Frauen hatte während des letzten Jahres einen neuen Sexualkontakt.

8% können keine Person aus ihrer Verwandtschaft oder ihrem Freundeskreis benennen, die sie in Notfällen unterstützen würde und sind somit im Falle einer Krankheit oder Hilfe- und Pflegebedürftigkeit potenziell unterversorgt.

## **Männer im Alter von 18 bis 29 Jahren:**

Unter den 18-29-jährigen befragten Männern haben 52% das Abitur oder die Fachhochschulreife. Mit 17% ist der Anteil der Hauptschulabsolventen fast doppelt so hoch wie bei den Frauen in der selben Altersgruppe. Knapp 17% haben einen Universitäts- oder Fachhochschulabschluss. 34% befanden sich zum Befragungszeitpunkt noch in Ausbildung (Studium oder Lehre). 74% waren erwerbstätig. Fast 28%, signifikant mehr als bei den gleichaltrigen Frauen, waren privat krankenversichert.

87% waren zum Befragungszeitpunkt ledig.

Die Lebenszufriedenheit ist insgesamt hoch. Eine relativ große Unzufriedenheit besteht mit der finanziellen Lage und mit der Freizeit.

Den eigenen Gesundheitszustand schätzten 87% als sehr gut oder gut ein. Nur 3% bezeichnen ihn als weniger gut oder schlecht. Im Vergleich zum Vorjahr berichteten 21% eine Verbesserung und 9% eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustands.

Beeinträchtigungen des Wohlbefindens während der letzten 30 Tage gab es vor allem durch psychische Probleme. Mit fast vier Tagen sind das signifikant mehr Tage als bei Männern in den höheren Altersgruppen. Körperliche Probleme bereiteten in dem Alter kaum Beeinträchtigungen. Mit durchschnittlich 1,8 Tagen wird in dieser Gruppe der überhaupt niedrigste Wert erreicht. An durchschnittlich 1,5 Tagen waren aus gesundheitlichen Gründen die Alltagsaktivitäten eingeschränkt.

6% haben Asthma bronchiale, knapp 9% einen erhöhten Blutdruck und 3% einen erhöhten Cholesterinspiegel. Alle anderen abgefragten Erkrankungen wurden nur in Einzelfällen genannt. Kein einziger der befragten jungen Männer war schwerbehindert.

41% waren während der letzten drei Monate mindestens einmal in einer Arztpraxis. Im Laufe der letzten 12 Monate waren 63% bei ihrer Hausärztin oder ihrem Hausarzt und 47% bei einer Fachärztin oder einem Facharzt. Im Krankenhaus waren 7%. Eine Beratung in Apotheken erhielten 36%. Den ärztlichen Bereitschaftsdienst nahmen 10% in Anspruch, in der Notfallambulanz eines Krankenhauses waren 11%. Alle anderen erfragten Leistungserbringer wurden nur in Einzelfällen aufgesucht.

Fand eine Inanspruchnahme statt, wurde eine Hausarztpraxis im Durchschnitt 2,5 Male und eine Facharztpraxis 2,7 Male aufgesucht. Fast 15 Nächte wurden durchschnittlich im Krankenhaus verbracht. Das sind ca. dreimal so viele Nächte wie bei den gleichaltrigen Frauen.

Junge Männer haben im Vergleich zu älteren Männern und zu Frauen den relativ besten Impfschutz. Während der letzten 10 Jahre ließen sich 93% gegen Tetanus, 74% gegen Polio und 63% gegen Diphtherie impfen.

Zu einer zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung gingen 87% während der letzten 12 Monate.

48% rauchten zum Befragungszeitpunkt. 42% gaben an, noch nie geraucht zu haben. Das sind mehr Männer als in den anderen Altersgruppen.

94% trinken überhaupt alkoholische Getränke. Übermäßiger Alkoholkonsum ist in dieser Gruppe am häufigsten. Während der letzten 30 Tage tranken 27% bei mindestens drei Gelegenheiten zuviel, weitere 27% bei ein bis zwei Gelegenheiten.

Gleichzeitig sind die jungen Männer recht sportlich. 79% treiben mindestens einmal pro Woche Sport. Nur 5% gaben an, nie Sport zu treiben. 5%, so wenig wie in keiner anderen Grup-

pe, kommen beim Steigen von drei Etagen in Atemnot oder ins Schwitzen.

Im Vergleich zu den gleichaltrigen Frauen haben relativ viele junge Männer Übergewicht (18%) oder Adipositas (3%). Das heißt, bereits jeder Fünfte ist zu dick.

52% lebten in einer festen sexuellen Partnerschaft. 54% hatten mindestens einen neuen sexuellen Kontakt während der letzten 12 Monate. Nur jeder Zweite (52%) benutzte dabei jedes Mal Kondome.

Fast jeder kann mindestens eine Person aus der Verwandtschaft oder aus dem Freundes- und Bekanntenkreis benennen, die ihn im Notfall unterstützt.

### **Männer im Alter von 30 bis 44 Jahren:**

Fast zwei Drittel der befragten Männer zwischen 30 und 44 Jahren haben Abitur oder die Fachhochschulreife (63%), 17% haben einen Hauptschulabschluss, 47% einen Fachhochschul- oder Universitätsabschluss. 95% waren erwerbstätig. Ein Drittel, signifikant mehr als bei den gleichaltrigen Frauen, war privat krankenversichert.

50% waren zum Befragungszeitpunkt verheiratet und lebten mit ihrer Partnerin zusammen. 46% waren ledig.

Die Zufriedenheit mit dem Leben insgesamt wie auch mit einzelnen Bereichen ist recht hoch. Auffällige Unzufriedenheiten zeigen sich nicht.

Die Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands unterscheidet sich nicht sehr viel von den jüngeren Männern: 81% bezeichneten ihn als sehr gut oder gut, knapp 5% als weniger gut oder schlecht. Im Vergleich zum Vorjahr stellten knapp 17% eine Verbesserung, knapp 9% eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustands fest.

Während der vergangenen 30 Tage gab es an durchschnittlich 2,8 Tagen Beeinträchtigungen durch psychische Probleme und an durchschnittlich 2,1 Tagen durch körperliche Probleme. An 1,3 Tagen, so wenig wie in keiner anderen Gruppe, kam es aus gesundheitlichen Gründen zu Einschränkungen der Alltagsaktivitäten.

Schwere Erkrankungen sind auch hier noch eher selten. Knapp 7% haben Asthma bronchiale, 5% eine Arthrose. Im Vergleich zu den jüngeren Männern haben sehr viel mehr einen erhöhten Blutdruck (13%) oder einen erhöhten Cholesterinspiegel (15%). Alle anderen erfassten Krankheiten wurden gar nicht oder nur in Einzelfällen genannt. Knapp 2% haben einen Schwerbehindertenausweis.

Knapp 35%, so wenig wie in keiner anderen Gruppe, waren in den letzten drei Monaten mindestens einmal bei einer Ärztin oder einem Arzt. Im Laufe des vergangenen Jahres waren 60% in einer Hausarztpraxis und 48% in einer Facharztpraxis. Im Krankenhaus waren 7%. 35% ließen sich in einer Apotheke beraten. Andere Leistungserbringer wurden nur selten aufgesucht.

Fand ein Krankenhausaufenthalt statt, wurden dort durchschnittlich knapp 7 Nächte verbracht. Die Hausarztpraxis wurde durchschnittlich 2,7 Male, eine Facharztpraxis 3,4 Male aufgesucht, sofern überhaupt mindestens ein Arztkontakt stattfand.

Im Vergleich zu den jüngeren Männern sind die Anteile der Männer mit einem gültigen Impfschutz gegen Tetanus (78%), Polio (47%) und Diphtherie (38%) schon stark zurück gegang-

gen.

Bei einer zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung waren in den letzten 12 Monaten 81%.

44% rauchten zum Befragungszeitpunkt. 38% gaben an, noch nie geraucht zu haben.

90% trinken Alkohol. Exzessiverer Alkoholkonsum ist immer noch recht häufig. 20% nannten mindestens drei Gelegenheiten in den letzten 30 Tagen, weitere 23% ein bis zwei Gelegenheiten.

68%, deutlich weniger als jüngere Männer, treiben mindestens einmal pro Woche Sport. 13% treiben nie Sport. 10% geraten beim Steigen von drei Stockwerken in Atemnot oder ins Schwitzen.

Der Anteil der Übergewichtigen ist auf 35% stark angestiegen. Auch der Anteil der Adipösen hat auf 4% zugenommen.

77% lebten in einer festen sexuellen Partnerschaft. 24% hatten während des letzten Jahres mindestens einen neuen Sexualkontakt. Davon benutzten 53% regelmäßig Kondome.

Nahezu alle können mindestens eine Person aus ihrer näheren sozialen Umgebung benennen, die sie im Notfall unterstützen würde.

### **Männer im Alter von 45 bis 64 Jahren:**

Im Vergleich zu den jüngeren Männern haben mehr Männer zwischen 45 und 64 Jahren einen Volks- oder Hauptschulabschluss (33%) und weniger das Abitur oder die Fachhochschulreife (44%). 40% erreichten einen Hochschul- oder Fachhochschulabschluss. 76% waren zum Befragungszeitpunkt erwerbstätig. Mit 47% ist in dieser Gruppe der Anteil der privat Krankenversicherten am höchsten.

72% waren verheiratet und lebten mit ihrer Partnerin zusammen, 12% waren geschieden und 10% ledig.

Die Zufriedenheit mit dem Leben insgesamt wie mit den einzelnen Bereichen ist hoch. Die durchschnittliche Zufriedenheit mit dem eigenen Gesundheitszustand hat sich im Vergleich zu jüngeren Männern bereits verschlechtert.

61%, sehr viel weniger als bei den jüngeren Männern, bezeichneten ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut. 15% bewerteten ihren Gesundheitszustand als weniger gut oder schlecht. 22% berichteten eine Verbesserung ihres Gesundheitszustands im Vergleich zum Vorjahr, 15% eine Verschlechterung.

Während der letzten 30 Tage gab es an durchschnittlich 3,2 Tagen Beeinträchtigungen durch psychische Probleme. Die durchschnittliche Zahl der Tage mit Beeinträchtigungen durch körperliche Probleme ist auf 4,7 Tage angestiegen, die Zahl der Tage mit gesundheitsbedingten Einschränkungen der Alltagsaktivitäten auf 4,5 Tage.

Das Spektrum an chronischen Krankheiten hat sich erweitert. 20% haben eine Arthrose, 7% Asthma bronchiale. 5% haben bereits einen Herzinfarkt und 2% einen Schlaganfall erlitten. 4% nannten eine Krebserkrankung. 8% haben einen Diabetes mellitus. Die Anteile der Befragten mit Bluthochdruck (32%) und erhöhtem Cholesterinspiegel (36%) haben sich mehr als verdoppelt. Ebenfalls angestiegen ist der Anteil der Inhaber eines Schwerbehindertenauswei-

ses (12%).

Die Arztinanspruchnahme während der letzten drei Monate hat sich auf 60% stark erhöht. Im letzten Jahr waren 72% in einer Hausarztpraxis und 55% in einer Facharztpraxis. 14% waren in einem Krankenhaus. 27% ließen sich in einer Apotheke beraten. Vergleichsweise viele Männer, wenn auch nicht signifikant, waren in einer psychotherapeutischen Behandlung (6%) oder in einer Selbsthilfegruppe (3%).

Die durchschnittliche Zahl der Nächte in einem Krankenhaus, sofern es überhaupt einen Aufenthalt gab, ist auf 20 angestiegen. Die durchschnittliche Zahl der Hausarztbesuche hat sich auf 5,6 Male, die durchschnittliche Zahl der Facharztbesuche auf 4,7 Male erhöht.

Nur 58% der Männer waren während der letzten drei Jahre mindestens einmal bei einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung der Prostata. Im selben Zeitraum ließen 61% einen Hämmocult-Test auf verborgenes Blut im Stuhl zur Darmkrebsfrüherkennung durchführen.

Gegen Tetanus hatten 65% einen gültigen Impfschutz, gegen Polio nur noch 25% und gegen Diphtherie 20%.

82% waren im letzten Jahr bei einer zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung.

Der Anteil der aktiven Raucher ist in dieser Gruppe auf 33% zurückgegangen. 28% gaben an, noch nie geraucht zu haben.

87% trinken überhaupt alkoholische Getränke. 18% gaben an, während der letzten 30 Tage bei mindestens drei Gelegenheiten Alkohol in größeren Mengen getrunken zu haben. 17% nannten ein bis zwei Gelegenheiten.

Der Anteil derer, die mindestens einmal pro Woche Sport treiben, ist auf 55% abgesunken. Dagegen ist der Anteil derer, die nie Sport treiben, auf 33% stark angestiegen. Ebenfalls angestiegen ist der Anteil der Befragten, die beim Steigen von drei Stockwerken in Atemnot oder ins Schwitzen geraten (20%).

Mehr als die Hälfte der Männer in dieser Altersgruppe ist zu dick: 45% sind als übergewichtig einzustufen, weitere 11% gar als adipös.

85%, so viel wie in keiner anderen Gruppe, lebten in einer festen sexuellen Partnerschaft. 10% hatten einen neuen Sexualkontakt während der letzten 12 Monate. Die Bereitschaft, dabei jedes Mal Kondome zu benutzen, ist stark zurückgegangen (34%).

Fast alle, 98%, können im Notfall auf mindestens eine Person aus ihrer Verwandtschaft oder ihrem Freundes- und Bekanntenkreis zurückgreifen.

### **Männer im Alter von 65 bis 79 Jahren:**

Die meisten Männer zwischen 65 und 79 Jahren, die an der Befragung teilnahmen, haben einen Volks- oder Hauptschulabschluss (43%), weitere 37% haben Abitur oder die Fachhochschulreife. 33% können einen Universitäts- oder Fachhochschulabschluss vorweisen. Obwohl das offizielle Rentenalter erreicht ist, waren 11% noch erwerbstätig.

31% waren privat krankenversichert, ein fast doppelt so hoher Anteil wie bei den gleichaltrigen Frauen.

75% waren zum Befragungszeitpunkt verheiratet und lebten mit ihrer Partnerin zusammen. Jeweils 9% waren verwitwet oder geschieden.

Die Zufriedenheit mit dem Leben insgesamt wie mit den einzelnen Bereichen ist recht hoch. Wie bei den gleichaltrigen Frauen besteht eine relativ große Unzufriedenheit mit der Gesundheit und dem Sexualleben.

Der subjektiv wahrgenommene eigene Gesundheitszustand hat sich im Vergleich zu jüngeren Männern stark verschlechtert. Nur noch 40% bezeichneten ihn als sehr gut oder gut, 18% als weniger gut oder schlecht. Im Vergleich zum Vorjahr berichteten 15% eine Verbesserung, aber 23% eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes.

Die durchschnittliche Zahl der Tage mit Beeinträchtigungen durch psychische Probleme während der letzten 30 Tage ist mit 1,3 Tagen auffallend niedrig. An durchschnittlich 5,3 Tagen war das körperliche Befinden beeinträchtigt. An 5,8 Tagen führten die gesundheitlichen Probleme zu Einschränkungen der Alltagsaktivitäten.

Chronische Krankheiten sind bei Männern im höheren Lebensalter viel häufiger: Stark angestiegen ist der Anteil der Männer, die einen Herzinfarkt erlitten (17%). Ebenfalls angestiegen sind die Nennungen zu Arthrose (29%), Diabetes (11%), Krebs (9%) und Schlaganfall (6%). Dass sie an Asthma bronchiale leiden, berichteten knapp 8%. Fast jeder Zweite hat einen erhöhten Blutdruck (46%), einen erhöhten Cholesterinspiegel haben 38%. Fast ein Drittel (32%) hat einen Schwerbehindertenstatus.

Entsprechend dem größeren Krankheitsspektrum sind Arztbesuche in dieser Gruppe häufiger. 75% waren während der letzten drei Monate mindestens einmal bei einer Ärztin oder einem Arzt, allein 60% während der letzten vier Wochen. Bezogen auf die vergangenen 12 Monate, waren 79% in einer Hausarztpraxis, 63% in einer Facharztpraxis und 24% in einem Krankenhaus. Das sind jeweils signifikant mehr als bei jüngeren Männern. 31% ließen sich in einer Apotheke beraten. Andere Leistungserbringer wurden seltener aufgesucht.

Fand eine Inanspruchnahme statt, wurde die Hausärztin bzw. der Hausarzt im Durchschnitt 7,3 Male aufgesucht, eine Fachärztin bzw. ein Facharzt 4,4 Male. Im Krankenhaus wurden fast 23 Nächte verbracht, das sind signifikant mehr als bei den gleichaltrigen Frauen.

Die Bereitschaft zur Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen ist bei den älteren Männern angestiegen. 75% waren während der letzten drei Jahre bei mindestens einer Untersuchung der Prostata, 68% ließen einen Hämoccult-Test durchführen.

Auch unter den älteren Männern haben erschreckend viele keinen ausreichenden Impfschutz. Nur 51% waren gegen Tetanus geimpft. Noch weniger waren gegen Diphtherie (13%) und Polio (12%) geimpft.

Ebenso hat die Bereitschaft zur Teilnahme an einer zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung abgenommen. Nur 71% waren im letzten Jahr deswegen in einer Zahnarztpraxis.

Der Anteil der aktiven Raucher ist auf 19% stark zurückgegangen. Der Anteil derjenigen, die angaben, noch nie geraucht zu haben, ist mit 26% in dieser Gruppe am niedrigsten.

Alkohol wird nach wie vor von den meisten konsumiert (87%). Übermäßiger Alkoholkonsum wird aber im Vergleich zu jüngeren Männern viel seltener berichtet. 7% nannten mindestens drei Gelegenheiten, 13% ein bis zwei Gelegenheiten während der letzten 30 Tage.

Immerhin 55% treiben mindestens einmal pro Woche Sport. Gleichzeitig ist der Anteil derjenigen, die nie Sport treiben, auf 33% stark angestiegen. 43% kommen beim Steigen von drei

Stockwerken in Atemnot oder ins Schwitzen, 4% sind dazu gar nicht mehr in der Lage.

Der Anteil der Übergewichtigen ist auf 53% angestiegen, der Anteil der Adipösen ist auf 6% wieder etwas zurückgegangen.

In einer festen sexuellen Partnerschaft lebten 77%. Mindestens eine neue Sexualpartnerin während der letzten 12 Monate hatten 6%. Fast alle verzichteten dabei auf den Gebrauch von Kondomen.

Anders als bei den gleichaltrigen Frauen können fast alle Männer eine Person aus ihrer Verwandtschaft oder aus ihrem Freundes- und Bekanntenkreis für Notfälle nennen. Knapp 3% können keine Person benennen und sind somit im Notfall potenziell unterversorgt.

## **C Schlussfolgerungen und Ausblick**

Die Münchner Bürgerinnen und Bürger, die am Münchner Gesundheitsmonitoring teilgenommen haben, schätzen ihren Gesundheitszustand überwiegend positiv ein und waren mit dem Leben insgesamt wie mit verschiedenen Bereichen des Lebens im Großen und Ganzen zufrieden. Die meisten waren bislang von schweren Krankheiten und länger anhaltenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen verschont.

### **Früherkennung und Vermeidung von „Volkskrankheiten“**

Bei Frauen wie Männern verschlechtert sich mit zunehmendem Lebensalter der Gesundheitszustand und Krankheiten nehmen zu. Dies ist zum einen eine schicksalhafte Entwicklung, die mit dem normalen Alterungsprozess einhergeht, zum anderen aber auch das Ergebnis einer weniger gesundheitsbewussten Lebensweise. Bei den Lebenszeitprävalenzen der „Volkskrankheiten“ Bluthochdruck, erhöhter Cholesterinspiegel und Diabetes zeigt sich bei Frauen wie Männern ein sprunghafter Anstieg ab 45 Jahren. Dabei ist bei den Angaben zu den Diabetesprävalenzen von einer Unterschätzung auszugehen, da diese Krankheit im Anfangsstadium lange unbemerkt bleibt. Diese Erkrankungen lassen sich bis zu einem gewissen Grade als Manifestationen der Risikofaktoren Übergewicht, falsche Ernährung, Bewegungsmangel und Rauchen interpretieren und sind selbst wiederum Risikofaktoren für folgenschwere Herz-Kreislaufkrankungen wie Herzinfarkt und Schlaganfall.

*Ziel muss deshalb sein, diese weit verbreiteten, beeinflussbaren und behandelbaren Krankheiten möglichst früh zu entdecken bzw. nach Möglichkeit durch entsprechende Präventionsmaßnahmen zu vermeiden. Ein Weg dazu könnte die Durchführung von Früherkennungskampagnen sein mit besonderem Augenmerk auf Frauen und Männer ab 45 Jahren. Vor allem die Gruppe der 45-50-Jährigen sollte durch Aufklärung über Früherkennungsuntersuchungen gezielt angesprochen werden.*

Ein Beispiel für eine erfolgreiche Früherkennungskampagne ist die Diabetes-Kampagne der Landeshauptstadt München, die im Herbst 2001 durchgeführt wurde.

### **Arztpraxen und Apotheken als Orte für die Weitergabe von gesundheitsrelevanten Informationen und für die Durchführung von Maßnahmen**

Die Inanspruchnahme von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und von Apotheken ist bei Frauen generell und bei Männern ab 45 Jahren relativ hoch. Ob der aufgesuchte Leistungserbringer und die Häufigkeit der Inanspruchnahme jeweils angemessen sind, lässt sich auf der Grundlage der vorhandenen Daten nicht klären und ist hier auch nicht das Ziel.

*Die Tatsache, dass die überwiegende Mehrheit mindestens einmal im Jahr, meist öfter, eine Arztpraxis oder eine Apotheke aufsucht, lässt sich insofern zunutze machen, als man dort gesundheitsrelevante Informationen weitergeben und geeignete Maßnahmen durchführen kann (.z.B. Kampagnen zur Alkoholprävention, Diabetesfrüherkennung, Ernährungsempfehlungen).*

## Verbesserung des Vorsorgeverhaltens

Die Ergebnisse zur Teilnahme an gynäkologischen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen zeigen Folgendes: Erstens waren etliche Frauen nicht einmal in dem relativ langen Zeitraum von drei Jahren wenigstens einmal dort. Zweitens lässt die Bereitschaft mit zunehmendem Alter, vor allem ab 65 Jahren, stark nach, obwohl das Risiko einer Krebserkrankung mit dem Alter steigt. Ähnliches zeigt sich bei den Ergebnissen zur Teilnahme an einem Hämocult-Test.

Bei den Männern steigt mit dem Alter die Bereitschaft, sich einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung der Prostata oder einem Hämocult-Test zu unterziehen. Allerdings bewegen sich die Anteile auf einem eher niedrigen Niveau.

*Für Männer ab 45 Jahren und für Frauen ab 20, d.h. ab Beginn ihrer Anspruchsberechtigung, gilt deswegen, die Bereitschaft zur Teilnahme an **Krebsfrüherkennungsuntersuchungen** durch geeignete Maßnahmen zu erhöhen. Als spezielle Zielgruppen sollten ältere Menschen und insbesondere ältere Frauen angesprochen werden.*

Die Anteile der Befragten, die entsprechend den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Instituts (STIKO) einen gültigen Impfschutz gegen Tetanus, Diphtherie und Polio (wie zum Befragungszeitpunkt noch empfohlen wurde) besitzen, sind insgesamt und vor allem unter den Älteren, Frauen wie Männern, viel zu niedrig.

*Ähnlich wie bei der Krebsfrüherkennung gilt auch hier, die Bereitschaft, sich **impfen** zu lassen, durch geeignete Maßnahmen zu erhöhen, ebenso mit besonderem Augenmerk auf die Gruppe der älteren Frauen und Männer ab 65 Jahren.*

Die Bereitschaft zur mindestens einmal jährlichen Teilnahme an einer zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung ist recht groß. Wahrscheinlich wirkt sich darauf die Regelung mit dem Bonus-Heft aus. Aber auch hier lässt sich wieder ein starker Rückgang bei den Älteren beobachten.

*Die Teilnahme an jährlichen **zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen** ist insbesondere älteren Frauen und Männern nahe zu bringen.*

*Als **Fazit** kann man hier festhalten: Neben der allgemeinen Forderung, das Vorsorgeverhalten zu verbessern, ist speziell die Gruppe der Frauen und Männer ab 65 Jahren über gezielte Informationen und Maßnahmen anzusprechen.*

## Bewusstmachen und Verringern riskanter gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen

Hinsichtlich des Vorhandenseins gesundheitlicher Risikofaktoren zeigen sich in Abhängigkeit vom Alter zwei Schwerpunkte: Relativ viele jüngere Befragte, vor allem Männer, rauchten zum Befragungszeitpunkt und hatten häufigeren übermäßigen Alkoholkonsum. Relativ viele ältere Befragte, Frauen wie Männer, waren übergewichtig oder gar adipös und trieben überhaupt nie Sport bzw. gingen einer anstrengenden Tätigkeit nach.

Daraus ergeben sich folgende Konsequenzen:

*Anti-**Raucher**-Kampagnen besitzen nach wie vor eine hohe Relevanz. Um den Einstieg möglichst zu verhindern, sollten bereits Kinder und Jugendliche beiderlei Geschlechts angesprochen werden. Da sich das Rauchen als Symbol der emanzipierten Frau verbreitet hat, sollten sich Maßnahmen gezielt an Mädchen und junge Frauen richten. Dabei ist über das besonde-*

re Gefährdungspotential aufzuklären, das von gleichzeitigem Rauchen und Einnahme der Anti-Baby-Pille ausgeht.

Ähnliches gilt für Kampagnen gegen **Alkoholmissbrauch**. Hier ist neben der Aufklärung über die Gefahr, eine Abhängigkeit zu entwickeln, auf die generell schädliche Wirkung des übermäßigen Alkoholkonsums auf den Organismus hinzuweisen. Neben den Männern, vor allem den jüngeren Männern und männlichen Jugendlichen, sind als besondere Zielgruppe auch die jungen Frauen und weibliche Jugendliche zu nennen, da nicht wenige häufiger zu viel trinken und aufgrund der weiblichen Konstitution schneller gesundheitliche Schäden entwickeln können.

Bei allen Präventionskampagnen sind die geschlechtsspezifischen Motivations- und Bedürfnislagen zu berücksichtigen. Strategien des „erhobenen Zeigefingers“ sollten vermieden werden. Ebenso sind Kampagnen zur bloßen Wissensvermittlung wenig zielführend, da in der Regel die gesundheitliche Gefährdung durch Rauchen und Alkohol hinreichend bekannt ist.

Die besondere Gefährdung des (noch ungeborenen) Kindes durch Alkoholkonsum und Rauchen (wie auch durch illegale Drogen und unkontrolliertem Medikamentenkonsum) während der Schwangerschaft und der Stillzeit ist speziell jüngeren Frauen nahe zu bringen.

Übergewicht bzw. Adipositas ist bereits für viele junge Männer ein Thema und nimmt mit zunehmendem Lebensalter weiter zu. Ein relevanter Anteil an übergewichtigen Frauen zeigt sich in den vorliegenden Ergebnissen erst ab einem Alter von 45 Jahren, was wohl im Zusammenhang mit dem Klimakterium bzw. der Zeit danach zu sehen ist.

Zielgruppen für Maßnahmen gegen **Übergewicht** bzw. Adipositas sind zum einen Männer, zum anderen Frauen ab 45 Jahren.

Auffällig ist, dass ein Drittel der unter 30-jährigen Frauen im medizinischen Sinne untergewichtig ist. Untergewicht und Mangelernährung in diesem Alter, hervorgerufen z.B. durch Diäten und Essstörungen, beeinträchtigen die Bildung optimaler Grundlagen für eine gesunde Körperverfassung für das spätere Leben und begünstigen die Entstehung von Leistungseinschränkungen, Depressionen und Unfruchtbarkeit sowie späterer Osteoporose.

Für die Gruppe der jungen Frauen unter 30 Jahren empfehlen sich deshalb Maßnahmen, die über die Hintergründe Gefahren von **Untergewicht** und Mangelernährung aufklären und zu deren Vermeidung beitragen.

Spezielle Kampagnen für ältere Menschen sollten auf den gesundheitsförderlichen Nutzen einer alters- und konditionsgemäßen **sportlichen Betätigung** aufmerksam machen. Als weitere Zielgruppe sind Frauen anzusprechen, da vergleichsweise viele junge Frauen keinen Sport treiben und bereits konditionelle Schwächen berichten (Atemnot beim Treppen steigen).

Für alle diese gesundheitlichen Gefährdungen gilt, Wege zur professionellen Hilfe wie auch zur Selbsthilfe aufzuzeigen und die Zugangsmöglichkeiten auszubauen.

Der Schutz vor HIV/Aids und anderen übertragbaren Geschlechtskrankheiten scheint bei neuen Sexualkontakten für viele kein Thema zu sein, obwohl die Zahl der Neuinfektionen mit HIV wieder steigt. Die Neigung, Kondome bei neuen Partnerinnen und Partnern zu benutzen, nimmt mit dem Alter stark ab.

Die Kampagnen, die für die Benutzung von **Kondomen** werben, sollten deshalb nicht nur junge Frauen und Männer ansprechen, sondern auch Frauen und vor allem Männer im mittleren und höheren Alter.

Schließlich zeigen die Ergebnisse, dass vor allem ältere Frauen dem Risiko ausgesetzt sind, im Notfall niemanden aus dem persönlichen Umfeld zur Unterstützung zu haben. Bereits fast jede Zehnte zwischen 65 und 79 Jahren konnte niemanden benennen. Noch viel mehr dürften es bei den über 80-Jährigen sein, die in der vorliegenden Studie jedoch nicht zur Zielgruppe der Befragten gehörten.

*Ziel sollte deshalb sein, neben der Förderung entsprechender professioneller Unterstützungssysteme die ältere Bevölkerung mit besonderem Augenmerk auf ältere Frauen gezielt darüber aufzuklären, welche Angebote es für sie gibt und wo sich diese befinden. Auf diese Weise sollte bei Bedarf ein niedrighschwelliger **Zugang zu Hilfen im Notfall** möglich sein.*

## Ausblick

Die Erkenntnisse, die sich aus den vorliegenden Ergebnissen des Münchner Gesundheitsmonitorings gewinnen lassen, unterstreichen die Notwendigkeit von Bevölkerungsbefragungen in der Gesundheitsberichterstattung. Für das Referat für Gesundheit und Umwelt sind die **Daten des Münchner Gesundheitsmonitorings** derzeit die einzige Möglichkeit, Informationen über die Gesundheit der Münchner Bevölkerung zu erhalten. Da es sich um Individualdaten handelt, sind flexible Auswertungsmöglichkeiten und die Untersuchung bestimmter Gruppen möglich. So ist z.B. eine nach Stadtbezirken regionalisierte Untersuchung in Arbeit, ebenso eine Untersuchung nach sozialer Schichtzugehörigkeit.

Es ist deshalb geplant, die Befragung in regelmäßigem Turnus, ca. alle drei bis fünf Jahre, zu wiederholen. Mittel- bis längerfristig sind dann Trendanalysen möglich. Auch sollen die Erfahrungen aus den jetzt vorliegenden Daten in künftige Erhebungen eingebracht werden.

Vorrangig sollen dabei folgende Themenbereiche überarbeitet werden:

Das **abgefragte Krankheits- und Beschwerdespektrum** soll um weit verbreitete Krankheiten und Beschwerden erweitert werden, die in den vorliegenden Daten noch fehlen, z.B. chronische Schmerzen, Erkrankungen des Rückens und des Bewegungsapparates, psychische Erkrankungen und psychische und psychosoziale Befindlichkeiten.

Ein weiterer Aspekt ist die stärkere **Berücksichtigung von frauen- bzw. männerspezifischen Themen**, z.B. gynäkologische oder andrologische Beschwerden und Probleme und deren Bedeutung für die Befindlichkeit oder Beschwerden, die mit dem Klimakterium einhergehen.

Schließlich ist eine Überarbeitung und Ausdifferenzierung des **Inanspruchnahmeverhaltens**, auch unter dem Aspekt des Gender Mainstreamings, geplant.



**Teil II**

**Berichtsteil**



# 1 Individuelle Aspekte von Gesundheit

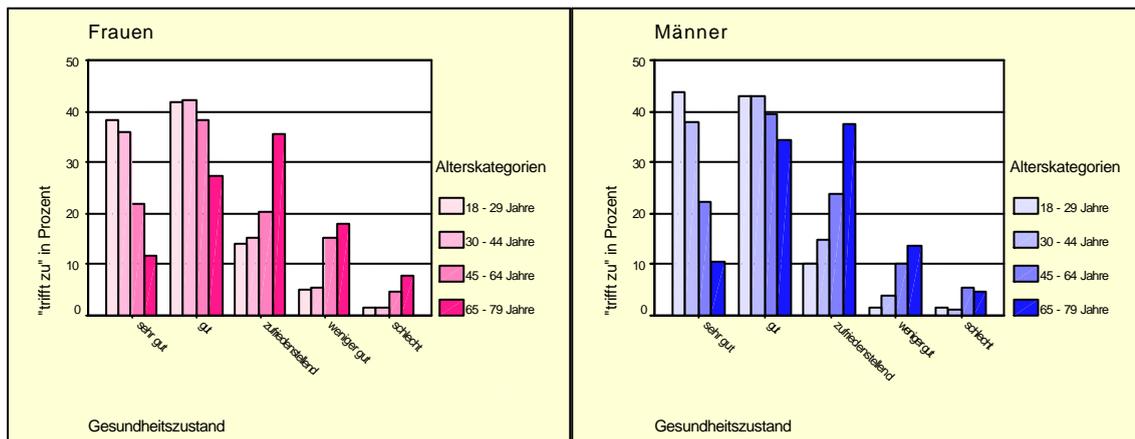
Unter individuellen Aspekten von Gesundheit werden hier subjektive Bewertungen und Wahrnehmungen verstanden. Diese haben oft eine bessere Vorhersagekraft für Gesundheit und Wohlbefinden als sogenannte objektive Kriterien.<sup>1</sup> Im Einzelnen werden folgende Kriterien untersucht:

- Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustands
- Zufriedenheit mit verschiedenen Bereichen des Lebens
- Beeinträchtigungen des psychischen und körperlichen Wohlbefindens und sich daraus ergebende Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten.

## 1.1 Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustands

Auf die Frage „Wie geht es Ihnen zur Zeit gesundheitlich?“ antworteten die meisten Befragten unter 65 Jahren mit „sehr gut“ oder „gut“. Bei den 65-79-jährigen Befragten überwiegt die Antwort „zufriedenstellend“. Eine Beurteilung als „weniger gut“ oder „schlecht“ tritt ab einem Alter von 45 Jahren häufiger auf. Mit zunehmendem Lebensalter ist also eine sowohl bei Frauen als auch bei Männern signifikante Verschlechterung der subjektiv wahrgenommenen Gesundheit verbunden. Statistisch signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede gibt es nicht, auch wenn Frauen ihren Gesundheitszustand tendenziell schlechter beurteilen.

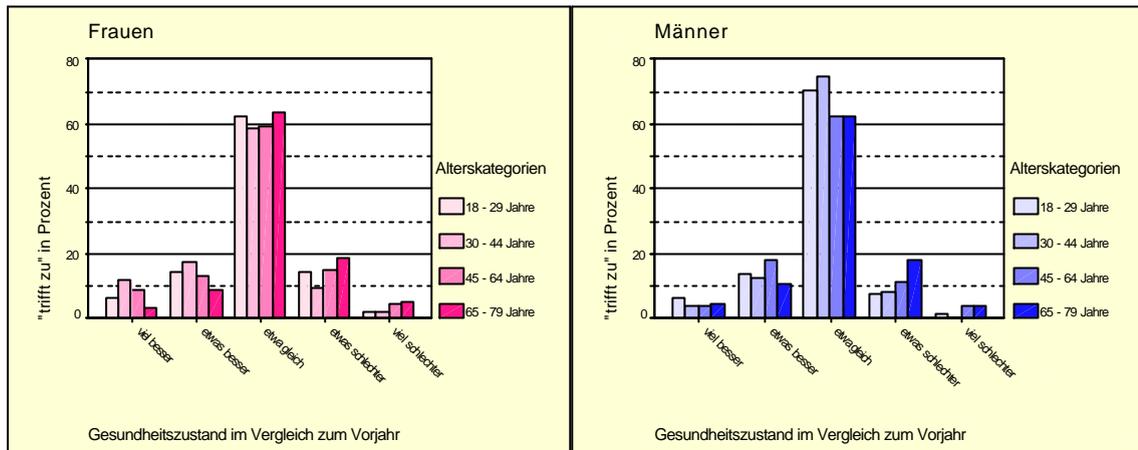
Abb. 1.1.1: Subjektive Einschätzung des derzeitigen Gesundheitszustands (Angaben in Prozent)



Im Vergleich zum Vorjahr schätzen die meisten befragten Frauen und Männer ihren Gesundheitszustand als unverändert ein. Mit zunehmendem Alter wird signifikant häufiger eine Verschlechterung berichtet. Auffallend sind bei den 30-44-jährigen und 45-64-jährigen Frauen die relativ hohen Anteile derer, die eine Verbesserung („viel besser“ und „etwas besser“) ihrer Gesundheit angeben. Darin unterscheiden sie sich signifikant von den gleichaltrigen Männern.

<sup>1</sup> Siehe z.B. Ellert, U., Knopf, H.: Zufriedenheit mit Lebensumständen und Gesundheit. Gesundheitswesen 61 (1999) Sonderheft S145 – S150.

Abb. 1.1.2 Subjektive Einschätzung des derzeitigen Gesundheitszustands im Vergleich zum Vorjahr (Angaben in Prozent)



## 1.2 Zufriedenheit mit verschiedenen Bereichen des Lebens

Die Zufriedenheit mit wichtigen Bereichen des Lebens hat einen entscheidenden Einfluss auf das subjektive Wohlbefinden als Teil der psychischen Gesundheit. Auf einer sechsstufigen Skala sollten die Befragten daher mit Hilfe von Schulnoten (1 = sehr zufrieden bis 6 = sehr unzufrieden) ihre Zufriedenheit mit verschiedenen Aspekten des Lebens beurteilen. Die nachfolgenden Abbildungen zeigen die Mittelwerte bei Frauen und Männern nach Altersgruppen.

Abb. 1.2.1 Mittlere Zufriedenheit mit dem Leben insgesamt (Mittelwert einer sechsstufigen Skala von 1 = sehr zufrieden bis 6 = sehr unzufrieden)

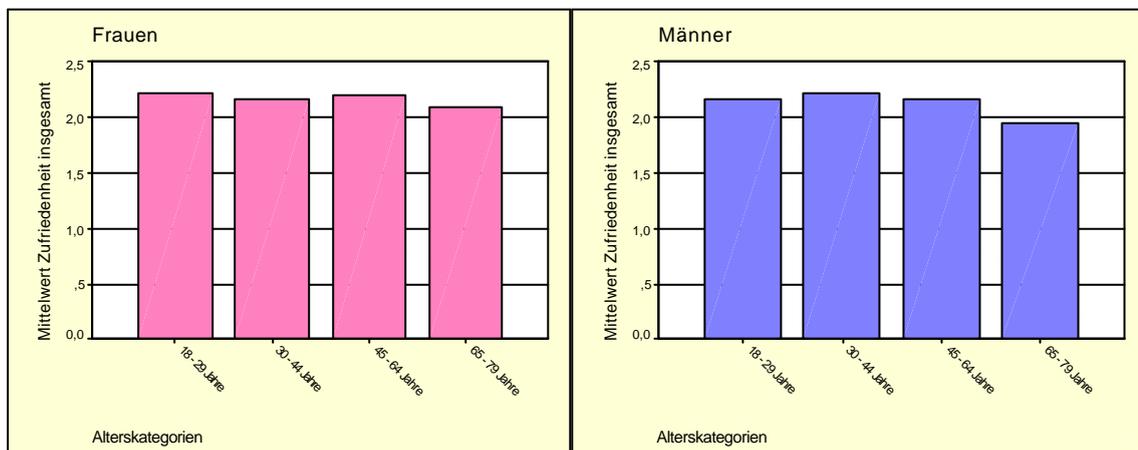


Abb. 1.2.2 Mittlere Zufriedenheit mit den Bereichen Arbeitssituation, Wohnung Wohngebiet, Wohnort, finanzielle Lage (Mittelwerte einer sechsstufigen Skala von 1 = sehr zufrieden bis 6 = sehr unzufrieden)

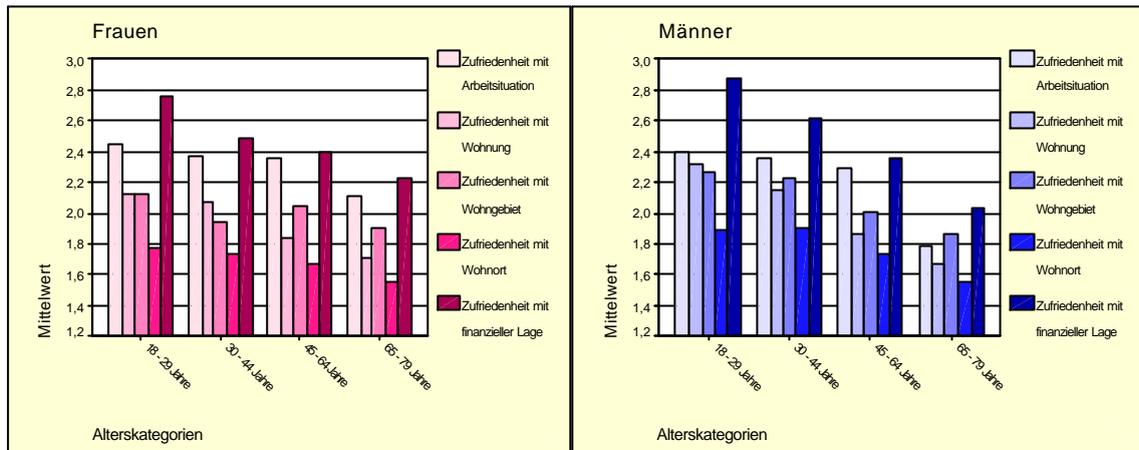
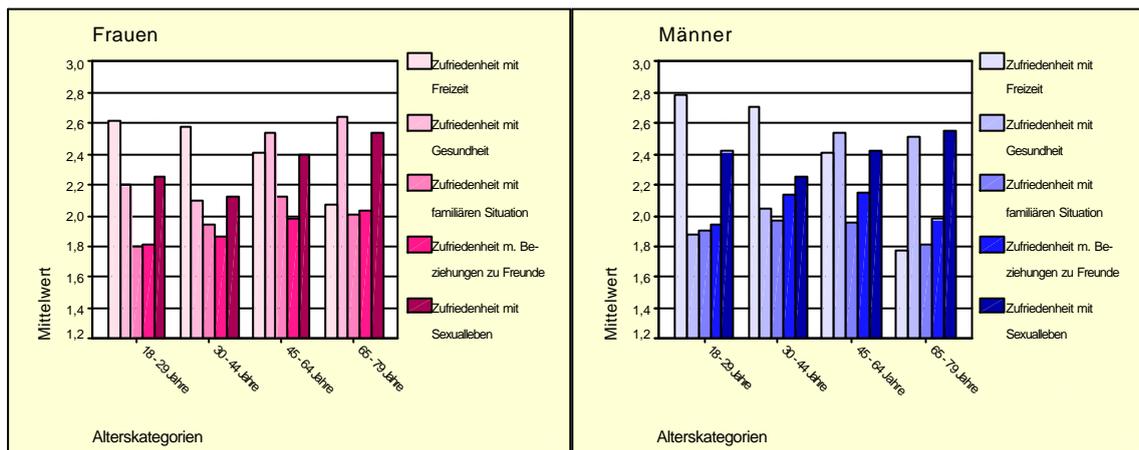


Abb. 1.2.3 Mittlere Zufriedenheit mit den Bereichen Freizeit, Gesundheit, familiäre Situation, Beziehungen zu Freunden, Sexualleben (Mittelwerte einer sechsstufigen Skala von 1 = sehr zufrieden bis 6 = sehr unzufrieden)



Alles in allem sind die befragten Münchnerinnen und Münchner recht zufrieden, worauf die durchschnittliche Bewertung mit der Note 2 verweist. Zwischen den einzelnen Bereichen gibt es jedoch zum Teil erhebliche Unterschiede. So sind z.B. die durchschnittlichen Zufriedenheiten mit der finanziellen Lage, der Freizeit und dem Sexualleben geringer, mit dem Wohnort, der familiären Situation und den Beziehungen im Freundeskreis höher.

In einigen Bereichen lässt sich bei Frauen wie bei Männern mit dem Alter eine signifikante Zunahme der durchschnittlichen Zufriedenheit feststellen: mit der Arbeitssituation, der Wohnung, der finanziellen Lage, der Freizeit, und bei Männern darüber hinaus mit dem Wohngebiet, dem Wohnort und mit dem Leben insgesamt. Eine signifikante Verschlechterung zeigt sich bei beiden Geschlechtern bei der Zufriedenheit mit der Gesundheit, mit den Beziehungen zu Freundinnen und Freunden und bei den Frauen auch mit der familiären Situation und dem Sexualleben.

Signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede gibt es nur in der durchschnittlichen Zufriedenheit mit dem Wohnort und mit den Beziehungen im Freundeskreis, wobei Männer im Durchschnitt unzufriedener sind.

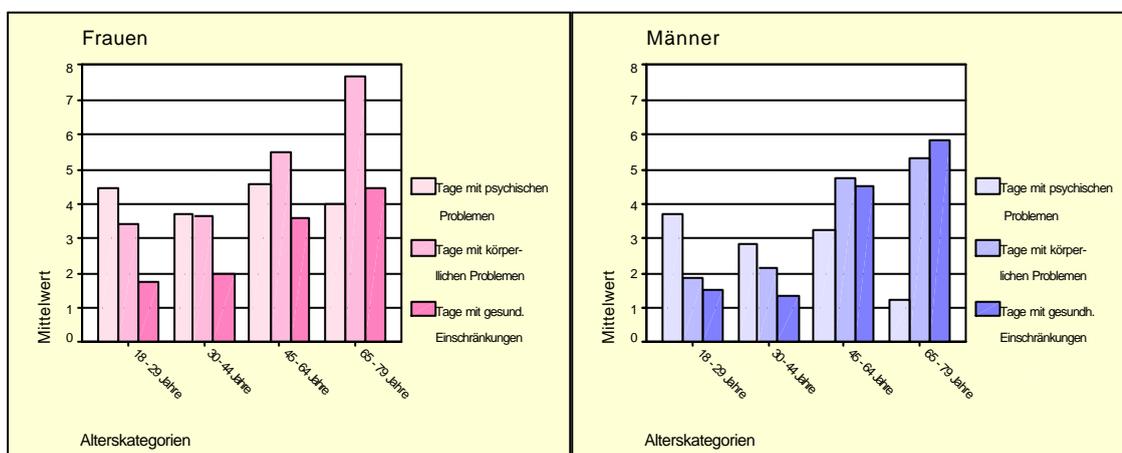
### 1.3 Beeinträchtigungen der psychischen oder physischen Gesundheit und Einschränkungen der Alltagsaktivitäten

Tage mit Beeinträchtigungen der psychischen wie auch der körperlichen Gesundheit werden von Frauen signifikant häufiger berichtet. Während Frauen im Laufe der letzten 30 Tage im Durchschnitt an ca. 4 Tagen z.B. durch Stress, Depressionen oder emotionale Probleme in ihrer psychischen und an ca. 5 Tagen z.B. durch körperliche Erkrankungen und Verletzungen in ihrer körperlichen Gesundheit beeinträchtigt waren, waren es bei den Männern im Durchschnitt ca. 3 bzw. 3,5 Tage. Dies hat aber bei den Frauen keine Auswirkungen auf die Zahl der Tage, an denen sie aufgrund ihrer angeschlagenen körperlichen oder psychischen Gesundheit ihren normalen Alltagsaktivitäten nicht nachgehen konnten. Frauen wie Männer waren durchschnittlich an 3 Tagen während der letzten 30 Tage durch körperliche und/oder psychische Probleme in ihrem Alltagsleben eingeschränkt.

Die durchschnittliche Zahl der Tage mit körperlichen Beeinträchtigungen und mit Einschränkungen der Alltagsaktivitäten nimmt bei Frauen und Männern mit dem Alter signifikant zu. 65-79-jährige Frauen hatten im Durchschnitt sogar an knapp 8 Tagen körperliche Probleme. Das sind über 2 Tage mehr als bei den Männern in der selben Altersgruppe (5 Tage).

Anders ist es bei der mittleren Zahl der Tage mit psychischen Beeinträchtigungen: Bei Frauen zeigen sich keine altersabhängigen Veränderungen, bei Männern geht sie mit dem Alter signifikant zurück. Die im Vergleich zu den jüngeren Männern sehr niedrige Anzahl bei den 65-79-jährigen Männern lässt vermuten, dass bei Männern dieser Generation psychische Probleme und Beeinträchtigungen häufig nicht als solche wahrgenommen und berichtet werden.

Abb. 1.3.1 Mittlere Zahl der Tage mit Beeinträchtigungen der psychischen oder physischen Gesundheit und mit Einschränkungen der Alltagsaktivitäten während der letzten 30 Tage (Mittelwerte)



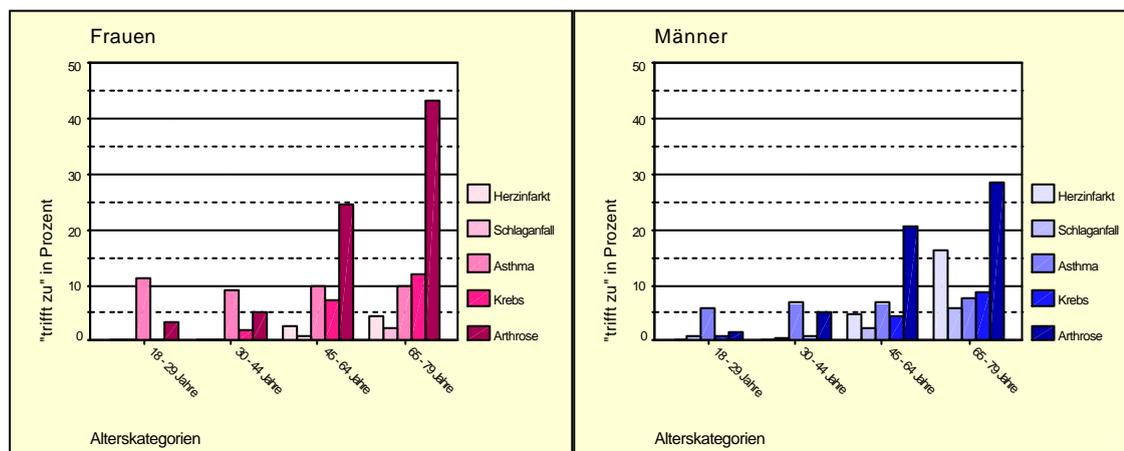
## 2 Krankheiten und Behinderungen

### 2.1 Lebenszeitprävalenzen verschiedener Erkrankungen und Risikofaktoren

Für einige schwerere Erkrankungen und Risikofaktoren wurden die Lebenszeitprävalenzen erfasst. Unter Lebenszeitprävalenz versteht man die Häufigkeit der Fälle, bei denen im Laufe ihres Lebens mindestens einmal eine bestimmte Krankheit aufgetreten ist.<sup>1</sup>

Abbildung 2.1.1 zeigt die Lebenszeitprävalenzen für Herzinfarkt, Schlaganfall, Asthma bronchiale, Krebs und Arthrose. Bis auf Asthma bronchiale nehmen die Lebenszeitprävalenzen bei Frauen und Männern mit dem Alter signifikant zu. Signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede gibt es in der Gruppe der 65-79-Jährigen bei Herzinfarkt und Arthrose. Mit ca. 16% haben Männer bereits rund viermal so häufig einen Herzinfarkt erlitten als gleichaltrige Frauen (4%). Frauen (43%) dagegen leiden sehr viel häufiger als Männer (29%) an einer Arthrose. Bei allen anderen Erkrankungen zeigen sich in den anderen Alterskategorien keine statistisch signifikanten Unterschiede. Dies liegt zum Teil auch an den jeweils geringen Fallzahlen, auf deren Basis statistisch nicht entscheidbar ist, ob ein Unterschied zufällig ist oder systematisch auftritt.

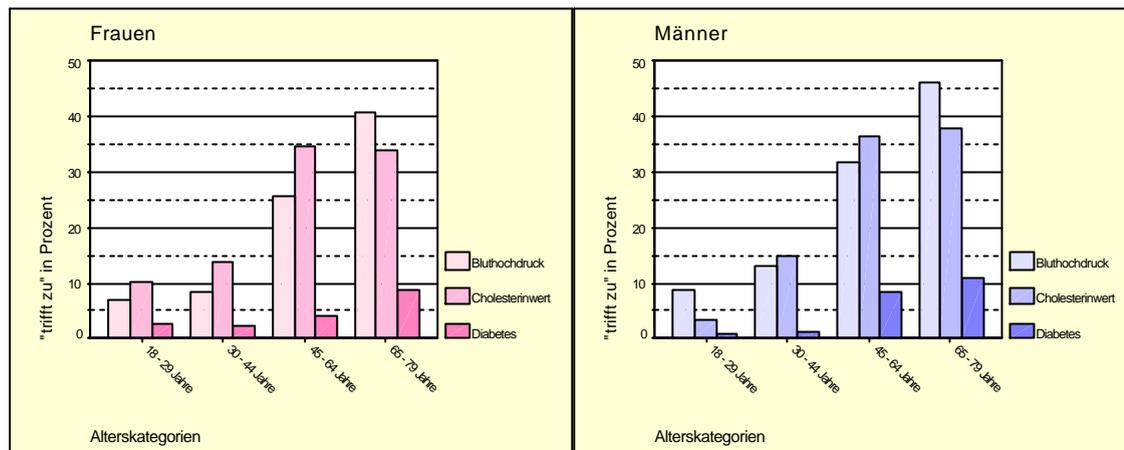
Abb. 2.1.1 Lebenszeitprävalenzen von Herzinfarkt, Schlaganfall, Asthma bronchiale, Krebs und Arthrose (Prozentuale Anteile)



Bei den Lebenszeitprävalenzen für Herzinfarkt, Schlaganfall und Krebs ist zu beachten, dass es sich hier um häufig tödlich verlaufende Krankheiten handelt. Man muss also davon ausgehen, dass die tatsächlichen Lebenszeitprävalenzen in der Bevölkerung höher liegen und nur die Betroffenen an der Befragung teilnehmen konnten, die diese Krankheiten (zunächst) überlebt haben und auch gesundheitlich in der Lage waren, ein Telefoninterview zu führen.

<sup>1</sup> Haisch, J., Weitkunat, R. und Wildner, M. (Hg.): Wörterbuch Public Health Gesundheitswissenschaften. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber. 1999.

Abb. 2.1.2 Lebenszeitprävalenzen von Bluthochdruck, erhöhtem Cholesterinspiegel und Diabetes (Prozentuale Anteile)



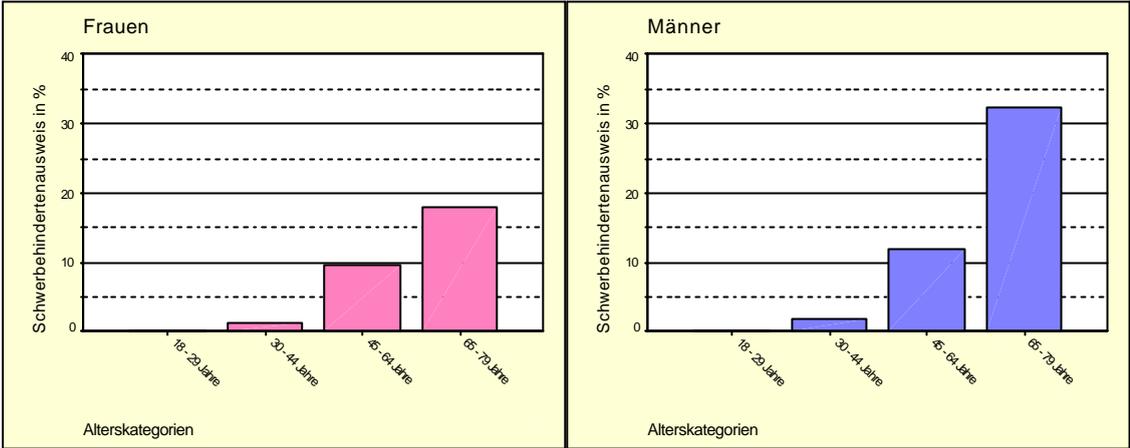
Die Risikofaktoren Bluthochdruck und erhöhter Cholesterinspiegel nehmen mit dem Alter stark und signifikant zu. In der Altersgruppe der 45-64-Jährigen zeigt sich im Vergleich zu den Jüngeren ein sprunghafter Anstieg. In dieser Gruppe hatte jede vierte Frau (26%) und fast jeder dritte Mann (32%) einen Bluthochdruck, mehr als jede dritte Frau (35%) und jeder dritte Mann (36%) gaben einen erhöhten Cholesterinspiegel an. Nochmals höhere Anteile an Frauen (41%) und Männern (46%) mit Bluthochdruck zeigen sich unter den 65-79-Jährigen, während die Anteile mit einem erhöhten Cholesterinspiegel hier im Wesentlichen gleich bleiben.

Auch Diabetes nimmt mit dem Alter signifikant zu. Bereits 8% der 45-64-jährigen Männer, doppelt soviel wie bei den gleichaltrigen Frauen (4%;  $p < 0.05$ ), gaben an zuckerkrank zu sein. Unter den 65-79-Jährigen waren 9% der Frauen und 11% der Männer zuckerkrank. Bei diesen Angaben handelt es sich um die bekannten Diabetikerinnen und Diabetiker. Da diese Krankheit schleichend und lange Zeit ohne auffällige Symptome verläuft, ist von einer hohen Dunkelziffer auszugehen.

## 2.2 Schwerbehindertenstatus

Der Anteil der Befragten mit einem Schwerbehindertenausweis nimmt mit dem Alter signifikant zu. In den Altersgruppen der 45-64-Jährigen und der 65-79-Jährigen gibt es jeweils deutliche Sprünge nach oben. Unter 65 Jahren gibt es keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Ganz anders sieht es bei den 65-79-Jährigen aus: 32% der Männer gegenüber 18% Frauen haben einen Schwerbehindertenausweis. Gründe dafür könnten zum Einen die Kriegsinvaliden aus dem zweiten Weltkrieg sein, zum Anderen der höhere Anteil sozialversicherungspflichtig beschäftigter Männer in dieser Generation, der dazu führte, dass aufgrund von Ansprüchen an Sozialversicherungsträger Männer eher einen Schwerbehindertenausweis beantragt hatten.

Abb. 2.2.1 Anteil der Befragten mit Schwerbehindertenausweis (Angaben in Prozent)



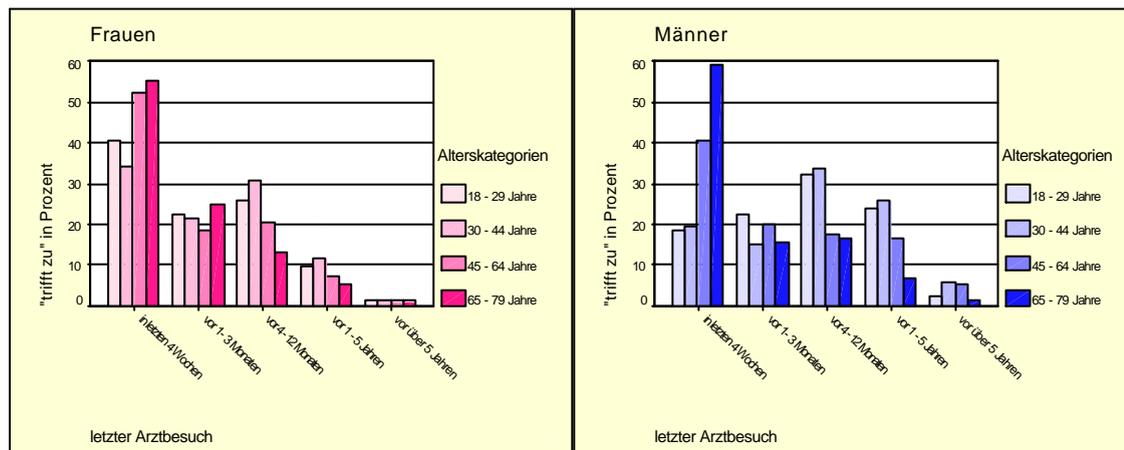
### 3 Inanspruchnahme gesundheitsbezogener Leistungen

Hier wurde untersucht, welche verschiedene Leistungserbringer des Gesundheitswesens im Laufe der letzten zwölf Monate aufgesucht wurden und wie häufig dies war.

#### 3.1 Zeitpunkt des letzten Arztbesuchs

Der Zeitpunkt des letzten Arztbesuches (ausgenommen Zahnärztin/-arzt) hängt stark vom Alter und in den Altersgruppen unter 65 Jahren auch vom Geschlecht der Befragten ab: Ab 45 Jahren nimmt sowohl bei Frauen wie bei Männern der Anteil derer signifikant zu, die mindestens einmal in den letzten vier Wochen bei einer Ärztin oder einem Arzt waren. Während von den jüngeren Frauen unter 45 Jahren relativ viele in den letzten vier Wochen mindestens einen Arztbesuch hatten, waren es bei den Männern in diesem Alter sehr viel weniger. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede in den Altersgruppen unter 65 Jahren sind signifikant. Mit zunehmendem Alter verringern sich die Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Unter den 65-79-Jährigen hatten 55% der Frauen und 59% der Männer mindestens einen Arztkontakt während der vergangenen vier Wochen.

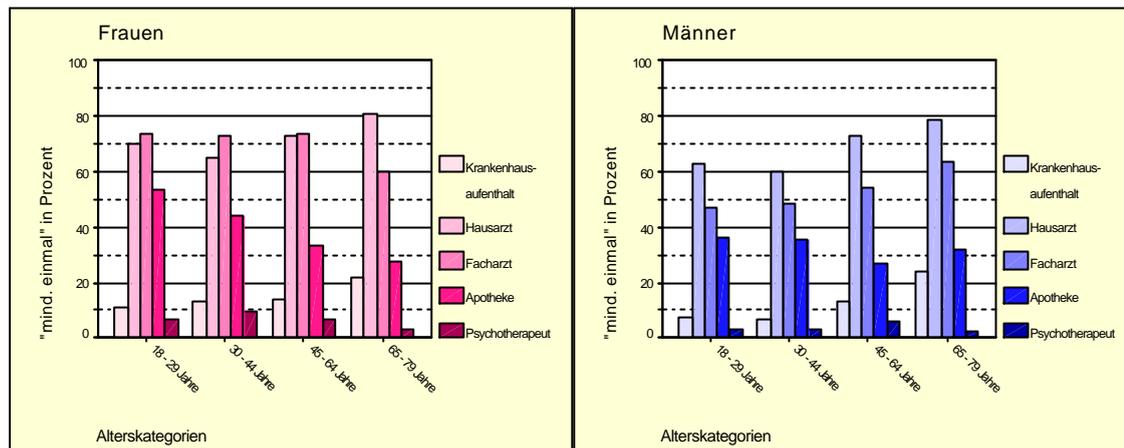
Abb. 3.1.1 Zeitpunkt des letzten Arztbesuchs (Angaben in Prozent)



### 3.2 Art der Inanspruchnahme verschiedener Leistungserbringer

Die mindestens einmalige Inanspruchnahme verschiedener Leistungserbringer des Gesundheitswesens während der letzten zwölf Monate zeigen nachfolgende Grafiken.

Abb. 3.2.1 Mindestens einmalige Inanspruchnahme verschiedener Leistungserbringer des Gesundheitswesens während der letzten 12 Monate: Krankenhaus, Hausarzt, Facharzt, Apotheke, Psychotherapeut (Prozentuale Anteile)



Am häufigsten wurden *Hausärztinnen und Hausärzte* sowie *Fachärztinnen und Fachärzte* genannt. Ausgehend von einem hohen Niveau von ca. 60% steigt die mindestens einmalige Inanspruchnahme von Hausärztinnen/-ärzten in den letzten zwölf Monaten bei Frauen wie bei Männern mit dem Alter auf ca. 80% signifikant an. In allen Altersgruppen gibt es dabei keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern.

Anders sieht es bei der *Facharztinanspruchnahme* aus: Bei Frauen in den Altersgruppen unter 65 Jahren liegt der Anteil bei über 70% und fällt dann signifikant auf ca. 60% ab. Zu vermuten ist ein Zusammenhang mit gynäkologischen Untersuchungen, die Frauen in jüngeren Jahren noch relativ häufig durchführen lassen, nach dem Klimakterium jedoch nicht mehr so oft. Bei den Männern nimmt dagegen die *Facharztinanspruchnahme* mit dem Alter von anfänglich knapp 50% auf über 60% signifikant zu. Signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen sich in den drei jüngeren Altersgruppen. In der höchsten Altersgruppe hat sich das Inanspruchnahmeverhalten zwischen Männern und Frauen angeglichen.

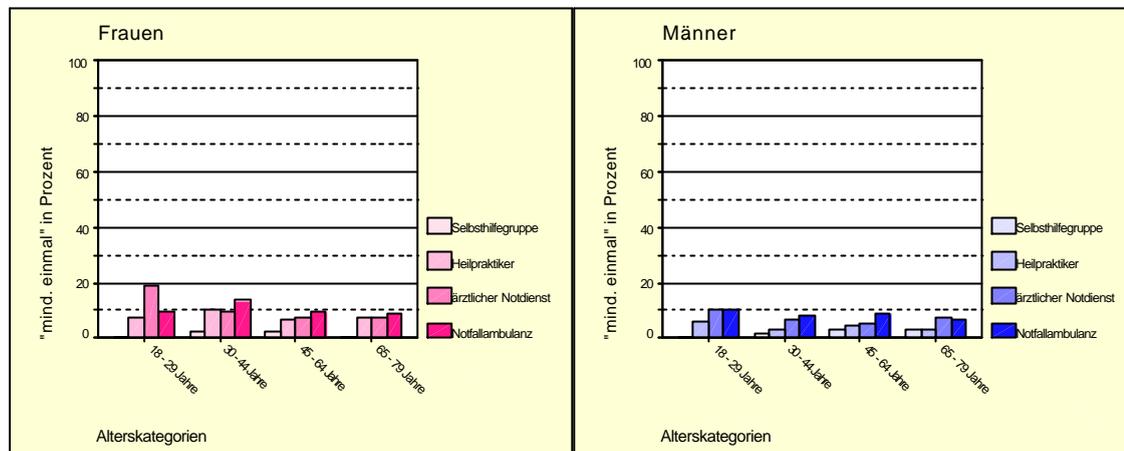
Der Anteil derer mit mindestens einem *Krankenhausaufenthalt* im Laufe des letzten Jahres steigt sowohl bei Frauen wie bei Männern mit dem Alter signifikant an und liegt in der Gruppe der 65-79-Jährigen bei jeweils 20%. Ein signifikanter geschlechtsspezifischer Unterschied tritt nur bei den 30-44-Jährigen auf: Mit 13% waren Frauen fast doppelt so häufig wie Männer im Krankenhaus, möglicherweise im Zusammenhang mit Geburten.

Vor allem junge Frauen zwischen 18 und 29 Jahren ließen sich in den letzten zwölf Monaten in einer *Apotheke* beraten. Mit steigendem Alter verringert sich der Anteil der Frauen, die sich beraten ließen, von anfänglich über 50% auf unter 30%. Bei den Männern zeigt sich keine vergleichbare Tendenz. Auf allen Altersstufen liegt der Anteil um die 30%. In den beiden jüngsten Altersgruppen sind die Unterschiede zwischen den Geschlechtern signifikant.

*Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker* sowie *Selbsthilfegruppen* haben jeweils nur relativ wenige Befragte während der letzten zwölf Monate aufgesucht. Signifikante Unterschiede nach Alter gibt es dabei weder bei den Männern, noch bei den Frauen. Die einzigen geschlechtsspezifischen, signifikanten Unterschiede zeigen sich bei den 30-44-Jährigen: Der Anteil der Frauen, die einen Psychotherapeuten bzw. Heilpraktiker aufgesucht haben, ist mit jeweils ca. 10% ca. dreimal

ker aufgesucht haben, ist mit jeweils ca. 10% ca. dreimal so hoch wie bei den Männern.

Abb. 3.2.2 Mindestens einmalige Inanspruchnahme verschiedener Leistungserbringer des Gesundheitswesens während der letzten 12 Monate: Selbsthilfegruppe, Heilpraktiker, ärztlicher Bereitschaftsdienst, Notfallambulanz (Prozentuale Anteile)



Auffallend viel junge Frauen zwischen 18 und 29 Jahren, fast 20%, hatten den *ärztlichen Bereitschaftsdienst* gerufen. Darin unterscheiden sie sich signifikant von Frauen in den höheren Altersgruppen und von den Männern. Bis auf diese Ausnahme sind die alters- und geschlechtsspezifischen Unterschiede gering. Wider Erwarten ist die Inanspruchnahme unter den älteren Befragten ab 65 Jahre nicht erhöht.

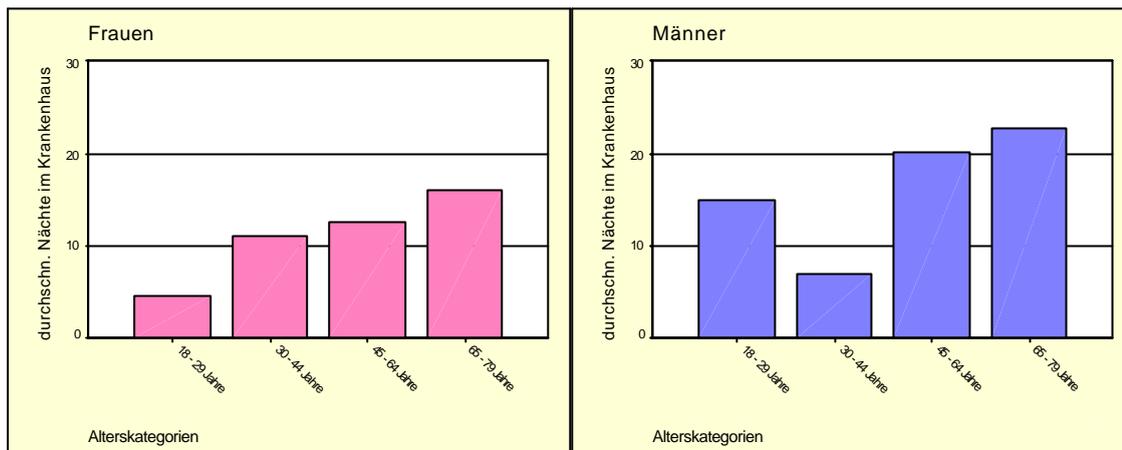
Eine *Notfallambulanz* im Krankenhaus wurde von den 30-44-jährigen Frauen gehäuft aufgesucht (ca. 14%). Darin unterscheiden sie sich signifikant von den gleichaltrigen Männern. Ansonsten zeigt sich ein ähnliches Bild wie bei der Inanspruchnahme des ärztlichen Bereitschaftsdienstes. Auch hier war keine höhere Inanspruchnahme durch ältere Befragte ab 65 Jahren zu verzeichnen.

### 3.3 Häufigkeit der Inanspruchnahme ausgewählter Leistungserbringer

Für diejenigen Befragten, die während des letzten Jahres mindestens einmal in einem Krankenhaus oder in einer hausärztlichen oder fachärztlichen Praxis waren, wurde die Häufigkeit der Inanspruchnahme untersucht.

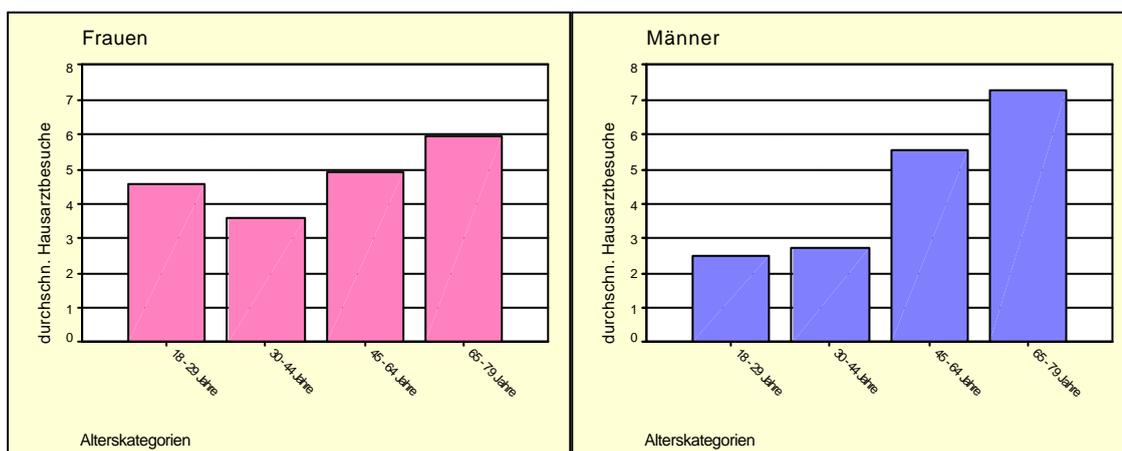
Abbildung 3.3.1 zeigt die durchschnittliche Zahl der Nächte, die insgesamt in einem Krankenhaus verbracht wurden. Frauen wie Männer in einem höheren Lebensalter verbringen signifikant mehr *Nächte im Krankenhaus* als Jüngere. In fast allen Altersgruppen haben Männer eine höhere Zahl an Krankenhausnächten. Aufgrund der hohen Streuung sind die geschlechtsspezifischen Unterschiede in den einzelnen Altersgruppen nicht signifikant. Insgesamt, d.h. bezogen auf alle Befragten mit einem Krankenhausaufenthalt, unabhängig von deren Alter, waren aber Männer (18 Tage) signifikant länger im Krankenhaus als Frauen (12 Tage).

Abb. 3.3.1 Wenn Krankenhausaufenthalt in den letzten 12 Monaten: Durchschnittliche Zahl der Krankenhauspächte



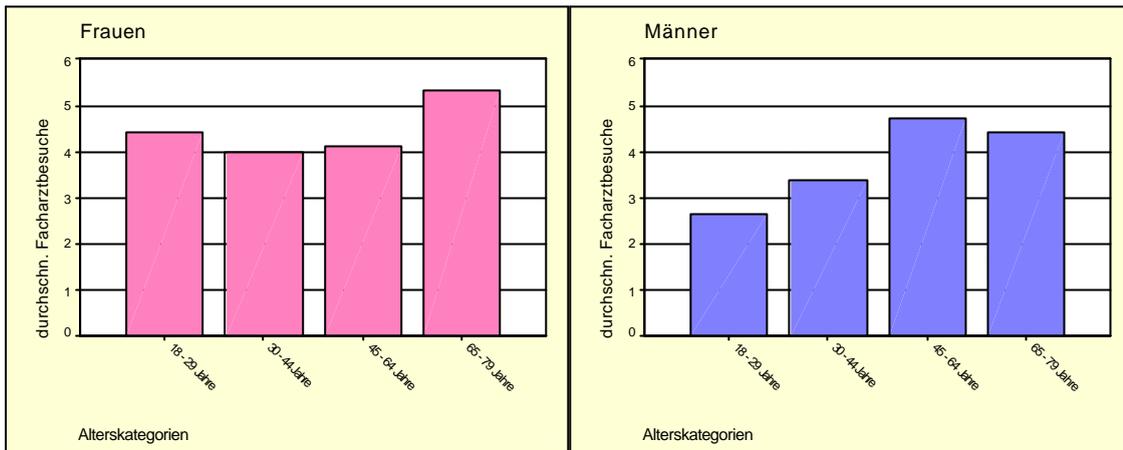
Die durchschnittliche Zahl der *Hausarztbesuche* steigt mit dem Alter signifikant an, vorausgesetzt eine Hausärztin oder ein Hausarzt wurde in den vergangenen zwölf Monaten überhaupt aufgesucht. Die altersabhängige Zunahme fällt bei den Männern ab 45 Jahren wesentlich deutlicher aus. Nur unter den 18-29-Jährigen gibt es signifikante Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Mit durchschnittlich mehr als 7 Besuchen waren 65-79-jährige Männer am häufigsten in einer Hausarztpraxis. Das sind mehr Arztbesuche als bei den Frauen in der selben Altersgruppe (6 Besuche). Der Unterschied ist jedoch nicht signifikant.

Abb. 3.3.2 Wenn Hausarztbesuch in den letzten 12 Monaten: Durchschnittliche Zahl der Besuche bei der Hausärztin/ beim Hausarzt



Weder nach Alter, noch nach Geschlecht zeigen sich signifikante Unterschiede bei der durchschnittlichen Zahl der *Facharztbesuche*. Sofern eine Fachärztin oder ein Facharzt in den letzten zwölf Monaten aufgesucht wurde, gingen Frauen wie Männer im Durchschnitt ca. viermal hin.

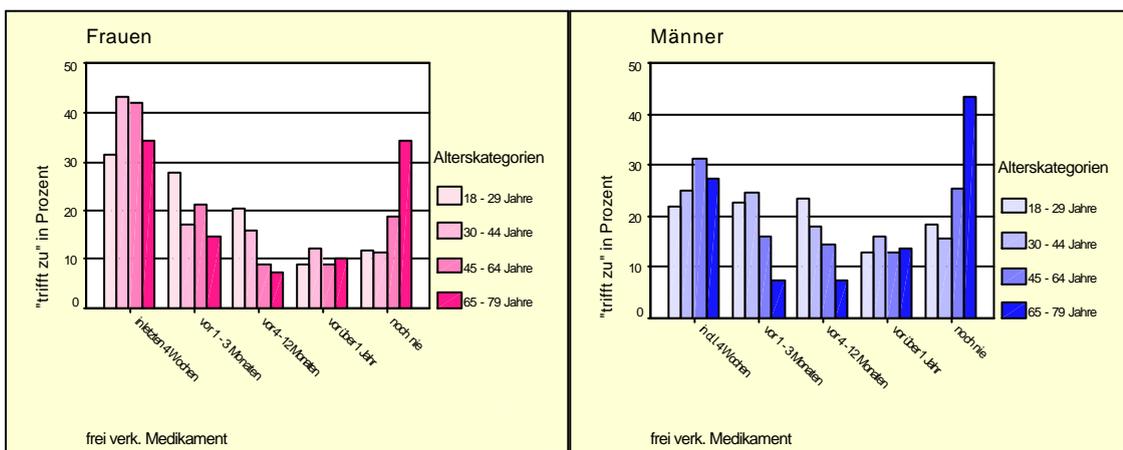
Abb. 3.3.3 Wenn Facharztbesuch in den letzten 12 Monaten: Durchschnittliche Zahl der Besuche bei der Fachärztin/ beim Facharzt



### 3.4 Kauf von verschreibungsfreien Medikamenten in Apotheken

Frei verkäufliche Medikamente werden in relativ kurzen Abständen in Apotheken gekauft. Vor allem Frauen zwischen 30 und 44 Jahren (43%) und 45 und 64 Jahren (42%) gaben an, sich innerhalb der letzten vier Wochen mindestens einmal ein verschreibungsfreies Medikament besorgt zu haben. In diesen beiden Altersgruppen sind die geschlechtsspezifischen Unterschiede signifikant. In der jüngsten und in der ältesten Gruppe gibt es dagegen zwischen Männern und Frauen keine signifikanten Unterschiede. Auffallend ist der hohe Anteil der 65-79-Jährigen (Frauen: 34%, Männer: 44%), die angeblich noch nie ein frei verkäufliches Medikament in einer Apotheke erworben hatten.

Abb. 3.4.1 Letzter Kauf von verschreibungsfreien Medikamenten in der Apotheke (Angaben in Prozent)



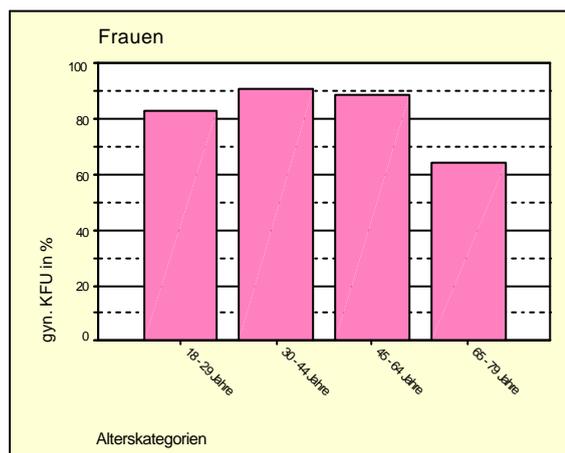
## 4 Vorsorgeverhalten

In diesem Kapitel wird die Teilnahme an medizinischen Vorsorgemaßnahmen wie Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, Impfungen oder zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen untersucht.

### 4.1 Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen

Abbildung 4.1.1 zeigt, wie viele der anspruchsberechtigten Frauen ab 20 Jahren in den letzten drei Jahren an mindestens einer gynäkologischen Krebsfrüherkennungsuntersuchung teilgenommen hatten. Rund 90% der Frauen unter 65 Jahre ließen sich mindestens einmal in diesem Zeitraum untersuchen. Von den 65-79-jährigen Frauen waren es nur noch 64%, obwohl das Risiko mit dem Alter steigt, an Brustkrebs oder an einem Gebärmutterhalskrebs zu sterben.<sup>1</sup>

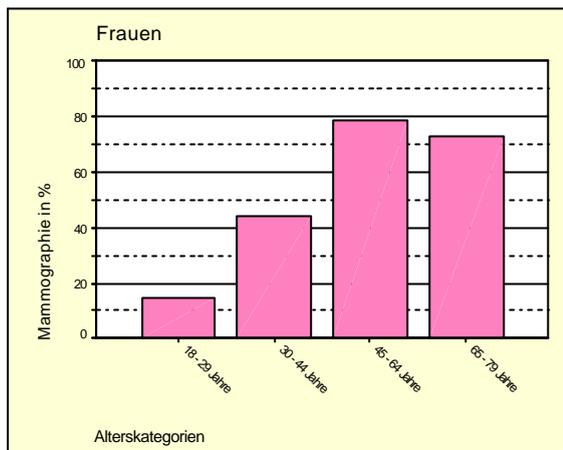
Abb. 4.1.1 *Anspruchsberechtigte Frauen ab 20 Jahre: Teilnahme an mindestens einer gynäkologischen Krebsfrüherkennungsuntersuchung während der letzten drei Jahre (Prozentuale Anteile)*



Die Durchführung mindestens einer Mammographie im Laufe des Lebens steigt entsprechend dem altersbedingten Anstieg des Brustkrebsrisikos mit dem Alter der Frauen signifikant an. Der höchste Anteil liegt mit fast 80% in der Gruppe der 45-64-jährigen Frauen. In der Gruppe der 65-79-jährigen Frauen ist der Anteilswert mit 73% wieder etwas niedriger, obwohl sich das Risiko nicht verringert.

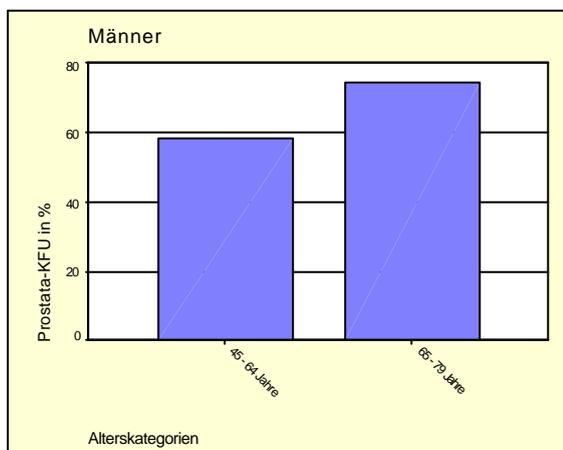
<sup>1</sup> Siehe dazu z.B. Statistisches Bundesamt (Hg.). Gesundheitsbericht für Deutschland. Kap. 5.5 und Kap. 5.7. Wiesbaden. 1998.

Abb. 4.1.2 Lebenszeitbezogene Durchführung mindestens einer Mammographie bei Frauen (Prozentuale Anteile)



Männer sind ab 45 Jahren für eine einmal jährliche Krebsfrüherkennungsuntersuchung der Prostata berechtigt. Es zeigt sich, dass sich 65-79-jährige Männer signifikant häufiger als 45-64-jährige Männer mindestens einmal während der letzten drei Jahre untersuchen ließen. Gleichwohl waren dies gerade mal 75%. Prinzipiell sind die Überlebenschancen bei einem Prostatakarzinom relativ hoch. Voraussetzung dafür ist aber eine frühzeitige Entdeckung.<sup>1</sup>

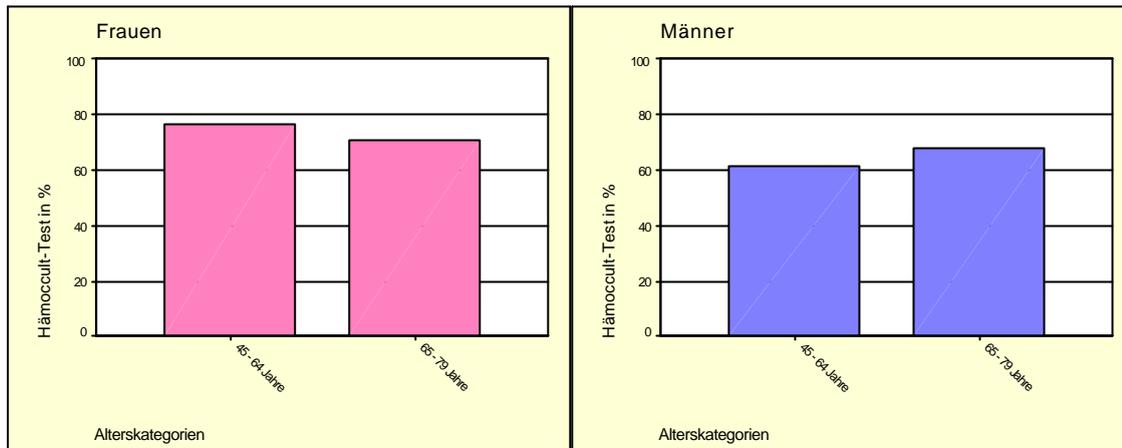
Abb. 4.1.3 Anspruchsberechtigte Männer ab 45 Jahre: Teilnahme an mindestens einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung der Prostata während der letzten drei Jahre (Prozentuale Anteile)



Auch beim Hämoccult-Test auf verborgenes Blut im Stuhl zur Darmkrebsfrüherkennung zeichnet sich ein ähnliches Bild wie bei den anderen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen ab: Bei den anspruchsberechtigten Frauen ab 45 Jahren nimmt die Vorsorgebereitschaft mit dem Alter ab, bei den Männern zu, wenngleich die Veränderungen relativ gering und auch nicht signifikant sind. Insgesamt ist dabei eine Angleichung des Vorsorgeverhaltens zwischen den Geschlechtern erkennbar. Jeweils rund 70% der 65-79-jährigen befragten Frauen und Männer nannten mindestens einen Hämoccult-Test als Vorsorgemaßnahme während der letzten drei Jahre.

<sup>1</sup> Siehe dazu z.B. Statistisches Bundesamt (Hg.). Gesundheitsbericht für Deutschland. Kap. 5.8. Wiesbaden. 1998.

Abb. 4.1.4 Anspruchsberechtigte Frauen und Männer ab 45 Jahre: Durchführung mindestens eines Hämoocult-Tests während der letzten drei Jahre (Prozentuale Anteile)



## 4.2 Impfungen

Gemäß den aktuellen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert-Koch-Institut sollten alle Erwachsene ab 18 Jahre einen gültigen Impfschutz gegen Diphtherie und Tetanus besitzen.<sup>1</sup> Nach der Grundimmunisierung, die meistens im Kindesalter erfolgt, sollten in zehnjährigen Intervallen die Impfungen aufgefrischt werden. Gegen Poliomyelitis (Kinderlähmung) wird eine Grundimmunisierung empfohlen, eine routinemäßige Auffrischimpfung für Erwachsene inzwischen nicht mehr.<sup>2</sup> Im Befragungszeitraum wurde eine regelmäßige Auffrischimpfung gegen Polio im zehnjährigen Abstand für Erwachsene noch empfohlen.

Abbildung 4.2.1 zeigt die Anteilswerte der Befragten, die sich während der letzten 10 Jahre gegen Polio, Diphtherie und Tetanus impfen ließen. Es zeigt sich, dass erhebliche Anteile der Befragten keinen gültigen Impfschutz besitzen.

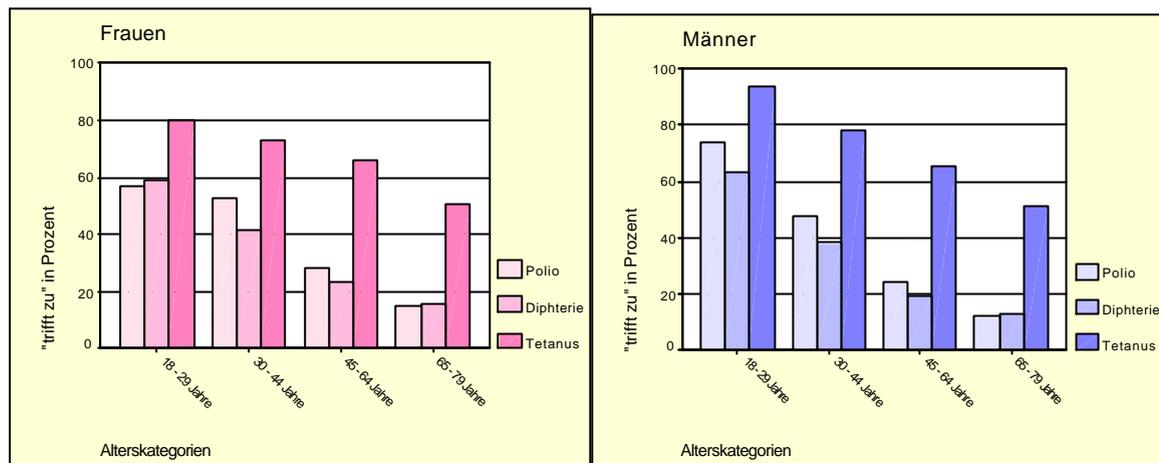
Der relativ beste Impfschutz besteht gegen *Tetanus*. Von den 18-29-Jährigen wurden immerhin 93% der Männer, aber „nur“ 80% der Frauen, das sind signifikant weniger, in den letzten 10 Jahren gegen Tetanus geimpft. Mit zunehmendem Alter gehen bei Frauen wie bei Männern die Anteile von Stufe zu Stufe signifikant zurück, wobei sich die Werte zwischen Frauen und Männern angleichen. Gerade noch 51% der 65-79-jährigen Frauen und Männer besitzen einen gültigen Impfschutz gegen Tetanus.

Sehr viel niedriger sind die Anteile der Befragten mit einem gültigen Impfschutz gegen *Polio* und *Diphtherie*, wobei auch hier eine jeweils starke Altersabhängigkeit zu erkennen ist. Von den 18-29-Jährigen haben 57% der Frauen und 74% der Männer, das sind signifikant mehr, einen Impfschutz gegen Polio, sowie 59% der Frauen und 63% der Männer einen Impfschutz gegen Diphtherie. In der Altersgruppe der 65-79-Jährigen wurden in den letzten 10 Jahren nur noch 15% der Frauen und 12% der Männer gegen Polio und 16% der Frauen und 13% der Männer gegen Diphtherie geimpft.

<sup>1</sup> Impfempfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert-Koch-Institut / Stand: Juli 2001. Epidemiologisches Bulletin. 13. Juli 2001

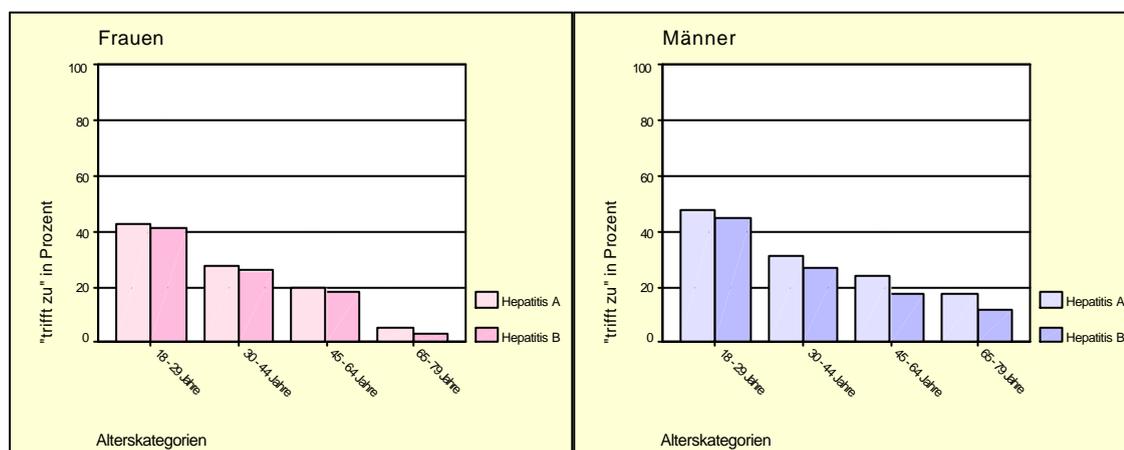
<sup>2</sup> Eine regelmäßige Auffrischimpfung gegen Polio in zehnjährigen Abständen wurde bis vor kurzem von der STIKO für Erwachsene noch empfohlen.

Abb. 4.2.1 Impfungen gegen Polio, Diphtherie und Tetanus während der letzten 10 Jahre (Prozentuale Anteile)



Bei den Impfungen gegen Hepatitis A und Hepatitis B handelt es sich um so genannte Indikationsimpfungen. Eine Impfung wird für Personen mit einer erhöhten Gefährdung oder für Angehörige von Risikopersonen empfohlen.<sup>1</sup> Dementsprechend niedrig sind auch die Impfraten, wobei vor allem jüngere Männer und Frauen geimpft sind. Auffallend sind unter den 65-79-Jährigen die signifikant höheren Impfquoten der Männer im Vergleich zu den Frauen. Da über die näheren Lebensumstände der Befragten nichts bekannt ist, lässt sich nicht beurteilen, ob Personen mit einem erhöhten Risiko für Hepatitis A oder Hepatitis B ausreichend geschützt sind.

Abb. 4.2.2 Impfungen gegen Hepatitis A und Hepatitis B während der letzten 10 Jahre (Prozentuale Anteile)



<sup>1</sup> Siehe Impfempfehlungen der Ständigen Impfkommision (STIKO) am Robert-Koch-Institut / Stand: Juli 2001. Epidemiologisches Bulletin. 13. Juli 2001. S. 207.

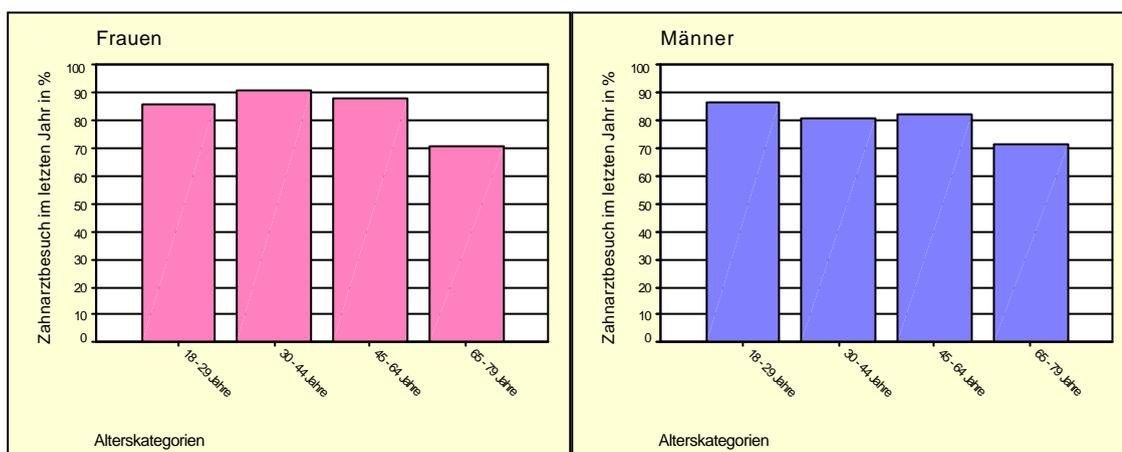
Besonders Hepatitis A- oder Hepatitis B-gefährdet sind z.B. Personal in medizinischen Einrichtungen, Reisende in bestimmte Regionen, Personen mit bestimmten Erkrankungen (z.B. Lebererkrankungen, HIV), bestimmte Risikogruppen (z.B. Drogenabhängige, homosexuelle Männer) und Personen, die selbst wiederum mit Risikopersonen in Kontakt kommen (z.B. Angehörige, Personal in Einrichtungen, Gefängnispersonal, Sozialarbeiter).

### 4.3 Zahnärztliche Vorsorge

Mehr als 80% aller Befragten unter 65 Jahren hatten mindestens eine zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung. Dabei spielt sicherlich die höhere Kostenerstattung der Krankenkassen beim Zahnersatz eine Rolle, wenn der dafür erforderliche, mindestens einmal jährliche Zahnarztbesuch in das Bonusheft eingetragen wird. Vor allem Frauen aus den Altersgruppen der 30-44-Jährigen und der 45-64-Jährigen zeigten sich mit einem Anteil von um die 90% besonders vorsorgebewusst. Darin unterscheiden sie sich signifikant von ihren männlichen Altersgenossen.

Mit ca. 70% waren von den 65-79-jährigen Männern und Frauen signifikant weniger bei einer zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung als in den jüngeren Altersgruppen.

Abb. 4.3.1 Teilnahme an mindestens einer zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung im letzten Jahr (Prozentuale Anteile)



## 5 Gesundheitsverhalten und Gesundheitsgefährdungen

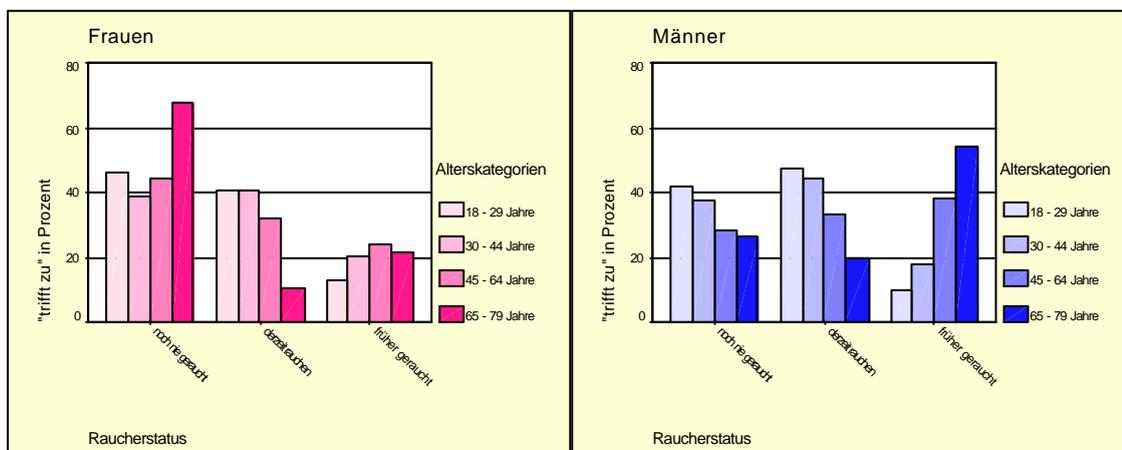
Unter präventiven Gesichtspunkten gelten Rauchen, übermäßiger Alkoholkonsum, Bewegungsmangel und Übergewicht als „klassische“ Risikofaktoren für eine Reihe folgenschwerer Erkrankungen, z.B. Herz-Kreislaufkrankungen oder Krebs. Als gesundheitsgefährdender Faktor im Zusammenhang mit AIDS und HIV-Infektionen wie auch anderen sexuell übertragbaren Geschlechtskrankheiten ist ein riskantes Sexualverhalten mit (häufigem) Partnerwechsel ohne dabei Kondome zu benutzen zu sehen. Das Unterstützungspotenzial aus der Familie und dem Freundeskreis gibt Auskunft, wie viele in Notfällen auf vorhandene soziale Netzwerke zurückgreifen können bzw. wie viele potenziell unterversorgt und auf externe Hilfe angewiesen wären.

### 5.1 Rauchen

Was das Rauchen zum Befragungszeitpunkt angeht, zeigt sich, dass bei Männern wie Frauen der Anteil aktiver Raucherinnen und Raucher mit dem Alter zurückgeht, vor allem von der Altersgruppe der 45-64-Jährigen zur Altersgruppe der 65-79-Jährigen. Unter den älteren Männern gibt es deutlich mehr ehemalige Raucher als unter den jüngeren. Bei den Frauen ist eine solche Entwicklung nur bei den unter 65-Jährigen erkennbar.

An den Anteilen derer, die nie geraucht haben, lassen sich Verschiebungen in den Lebensstilen in den verschiedenen Altersgruppen erkennen: Mehr als zwei Drittel der Frauen in der ältesten Gruppe haben nie geraucht. Das sind sehr viel mehr als bei den jüngeren Frauen. Erfreulicherweise ist bei den jüngsten Frauen zwischen 18 und 29 Jahren der Anteil derer, die nie geraucht haben, im Vergleich zur nächst älteren Altersgruppe wieder etwas höher. Bei den Männern zeigt sich ein anderes Bild: Den höchsten Anteil der Nie-Raucher hat die jüngste Altersgruppe. Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil der Nie-Raucher deutlich ab. Die Unterschiede zwischen den Altersgruppen sind bei beiden Geschlechtern signifikant. Geschlechtsspezifische signifikante Unterschiede gibt es in den beiden höchsten Altersgruppen. Bei den Jüngeren hat sich das Rauchverhalten zwischen Männern und Frauen angeglichen.

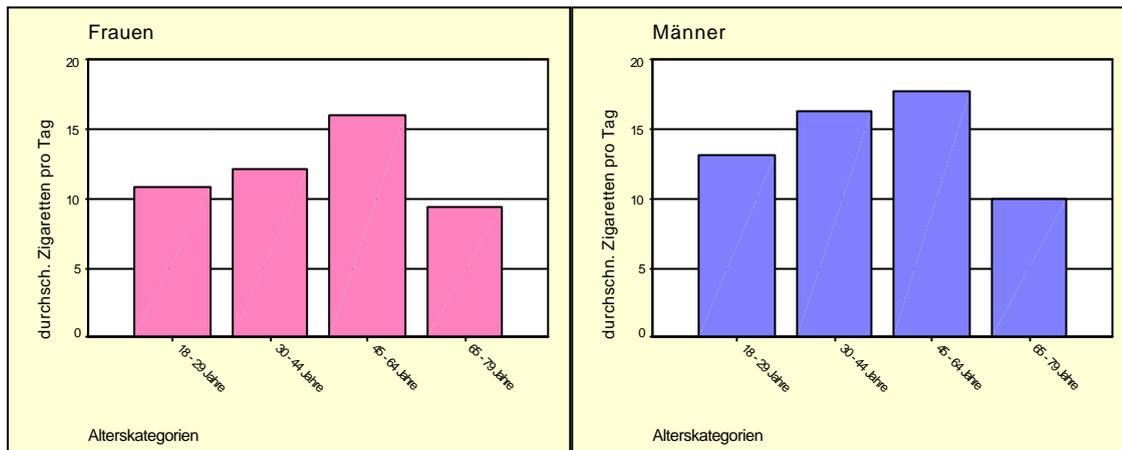
Abb. 5.1.1 Rauchen zum Befragungszeitpunkt (Angaben in Prozent)



Der durchschnittliche Zigarettenkonsum der aktiven Raucherinnen und Raucher steigt bis zur Altersgruppe der 45-64-Jährigen zunächst an und geht in der ältesten Gruppe wieder deutlich zurück. Diese Veränderungen sind bei beiden Geschlechtern signifikant. In allen Altersgrup-

pen rauchen Frauen weniger als die Männer. Diese Unterschiede sind aber nur in der Gruppe der 30-44-Jährigen signifikant.

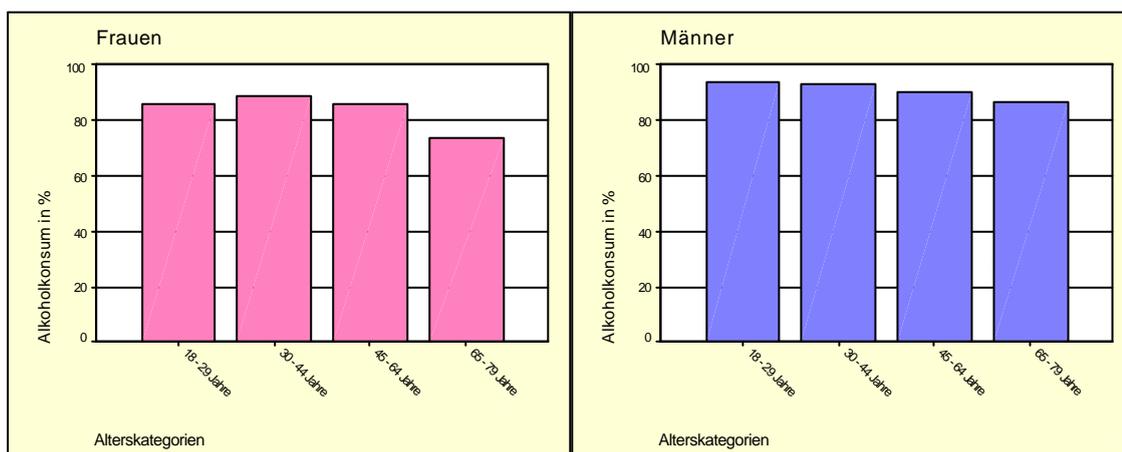
Abb. 5.1.2 Wenn derzeit geraucht wird: Durchschnittliche Zahl der Zigaretten pro Tag



## 5.2 Alkoholkonsum

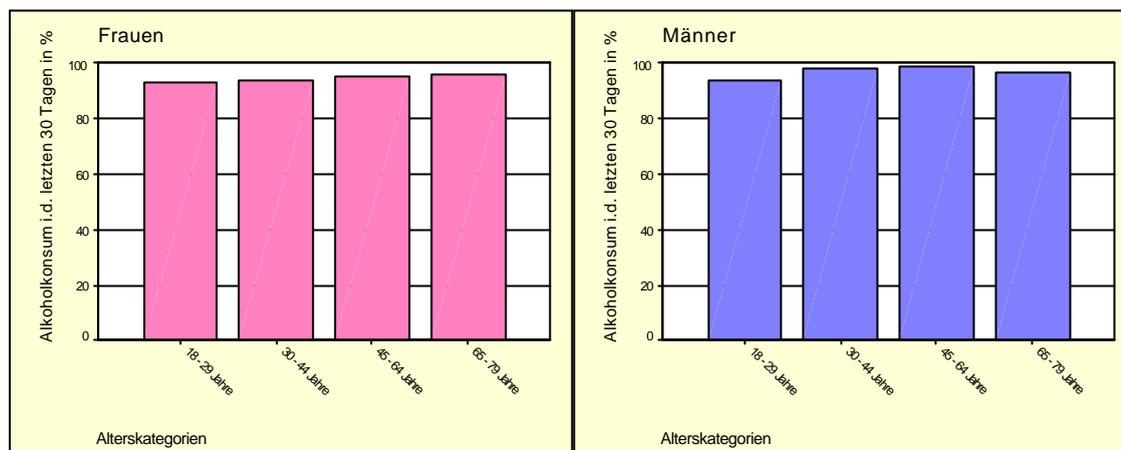
Weitaus die meisten Befragten geben an, Alkohol zu trinken, auch wenn es nur selten oder in kleinen Mengen ist. Den relativ geringsten Anteil haben mit 73% die 65-79-jährigen Frauen. Darin unterscheiden sie sich signifikant von jüngeren Frauen. Männer fast aller Altersgruppen, ausgenommen die Gruppe der 45-64-Jährigen, haben einen signifikant höheren Anteil an Alkoholkonsumenten als Frauen.

Abb. 5.2.1 Konsum von alkoholischen Getränken (auch selten und in kleinen Mengen) (Prozentuale Anteile)



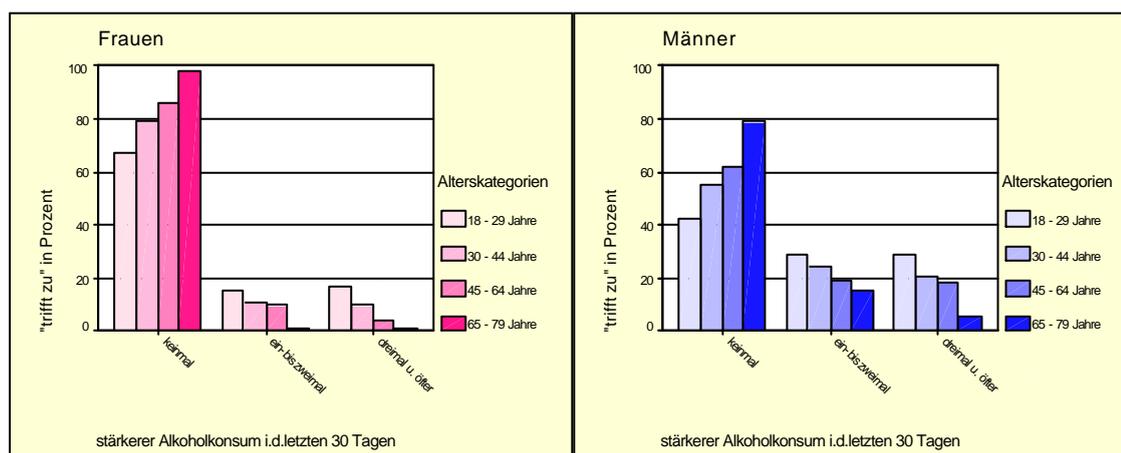
Fast alle Befragten, die überhaupt Alkohol trinken, hatten auch während der letzten 30 Tage alkoholische Getränke konsumiert.

Abb. 5.2.2 Nur Konsumentinnen/Konsumenten: Konsum von alkoholischen Getränken während der letzten 30 Tage (Prozentuale Anteile)



Wie häufig während der vergangenen 30 Tage größere Mengen Alkohol auf einmal konsumiert wurden, wurde über die Zahl der Gelegenheiten erfasst, bei denen die Befragten mehr als drei halbe Bier oder fünf Gläser Wein oder Schnaps getrunken hatten. Sowohl mit dem Alter als auch mit dem Geschlecht bestehen signifikante Zusammenhänge. Bei Männern wie bei Frauen nehmen mit zunehmendem Alter die Gelegenheiten ab, bei denen Alkohol in einem exzessiveren Maße konsumiert wurden. Auf allen Altersstufen tranken Männer häufiger größere Mengen auf einmal als Frauen, wobei die größere Alkoholverträglichkeit von Männern zu berücksichtigen ist. Mindestens drei Gelegenheiten gaben vor allem junge Männer (27%) zwischen 18 und 29 Jahren, aber auch relativ viele junge Frauen (15%) im selben Alter an. Bei den Frauen lässt das bereits in der darauf folgenden Altersgruppe stark nach. Bei den Männern ist ein ausgeprägter Rückgang erst in der höchsten Alterstufe erkennbar.

Abb. 5.2.3 Konsum größerer Mengen von Alkohol bei einer Gelegenheit während der letzten 30 Tage (mehr als drei halbe Bier oder mehr als fünf Gläser Wein oder fünf Gläser Schnaps) (Angaben in Prozent)

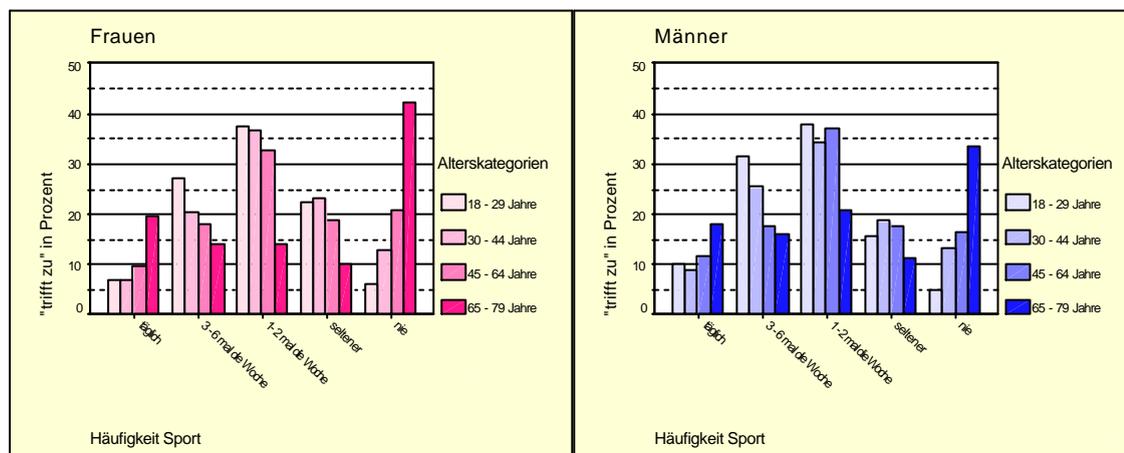


Aus den Daten lässt sich nicht ablesen, ob es sich bei den Personen, die häufiger größere Mengen Alkohol konsumierten, bereits um Alkoholgefährdete oder gar um Abhängige handelt. Bis zu einem gewissen Grad kann ein exzessiveres Trinkverhalten hier als ein jugendtypisches Verhalten interpretiert werden, das sich bei den meisten mit zunehmendem Alter wieder legt. Gleichwohl darf das Gefährdungspotential durch den gewohnheitsmäßigen Konsum größerer Mengen Alkohol nicht unterschätzt werden.

### 5.3 Sport und Bewegung

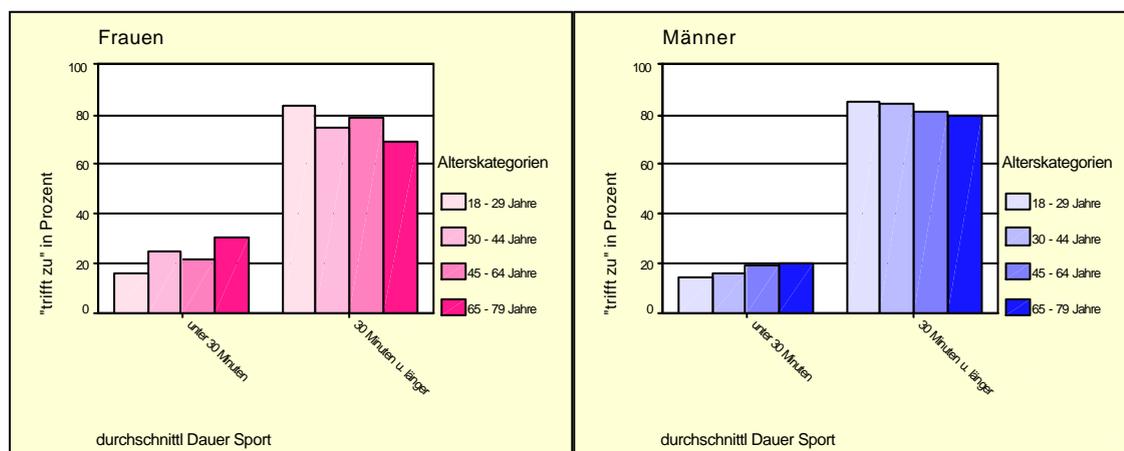
Als „Bewegungsmuffel“ können die Münchner Befragten nicht bezeichnet werden. Insgesamt 71% der jungen Frauen und fast 80% der jungen Männer zwischen 18 und 29 Jahren treiben mindestens einmal pro Woche Sport oder gehen in ihrer Freizeit einer so anstrengenden Tätigkeit nach, dass sie dabei ins Schwitzen kommen. Mit dem Alter lässt das erwartungsgemäß und auch signifikant nach. Immerhin noch 47% der Frauen und 55% der Männer in einem Alter von 65 bis 79 Jahren treiben mindestens einmal pro Woche Sport. Um welche Sportarten es sich handelt und wie intensiv der Sport betrieben wird, ist nicht bekannt. In dieser Altersgruppe gibt es jedoch auch relativ viele, 42% der Frauen und 34% der Männer, die angeben, nie dergleichen zu tun.

Abb. 5.3.1 Durchschnittliche Häufigkeit von Sport und anderen anstrengenden Tätigkeiten in der Freizeit (Angaben in Prozent)



Wenn Sport getrieben wird, dann meistens, unabhängig vom Alter, mindestens eine halbe Stunde lang. Auch zwischen den Geschlechtern, zeigen sich keine signifikanten Unterschiede, ausgenommen in der Altersgruppe der 30-44-Jährigen.

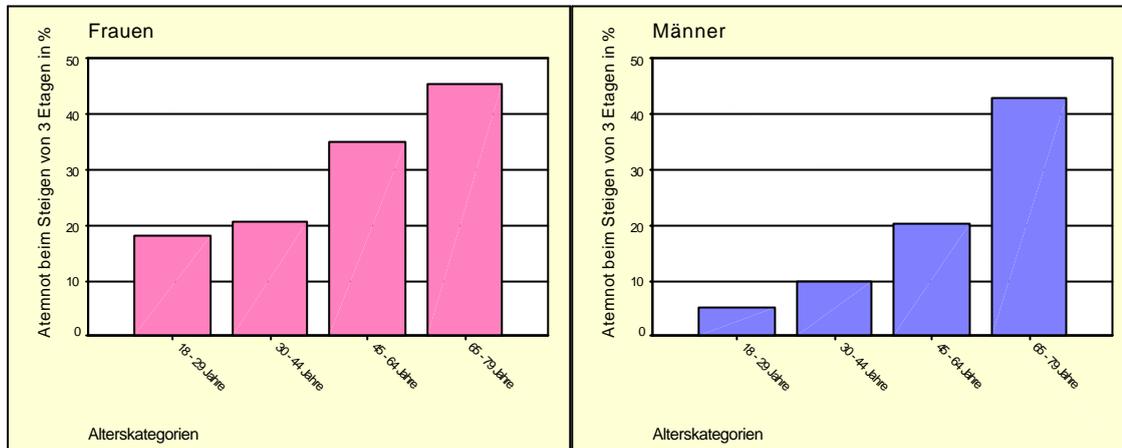
Abb. 5.3.2 Sporttreibende: Durchschnittliche Dauer des Sporttreibens (Angaben in Prozent)



Ein weiteres Kriterium für die körperliche Fitness ist, ob die Befragten in der Lage sind, drei Stockwerke zu steigen, ohne dabei normalerweise außer Atem oder ins Schwitzen zu geraten. Erwartungsgemäß steigt mit zunehmendem Alter der Anteil derer signifikant an, die dazu nicht mehr in der Lage sind. Eine jeweils starke Zunahme ist bei Männern und Frauen von der Altersgruppe der 30-44-Jährigen zur Altersgruppe der 45-64-Jährigen und von dieser zur Al-

tersgruppe der 65-79-Jährigen zu erkennen.<sup>1</sup> In den drei jüngeren Altersgruppen zeigt sich, dass signifikant mehr Frauen als Männer keine drei Stockwerke ohne Atemnot oder Schwitzen steigen können. Das betrifft bereits 20% der 18-29-jährigen Frauen, von den Männern dagegen nur 5%.

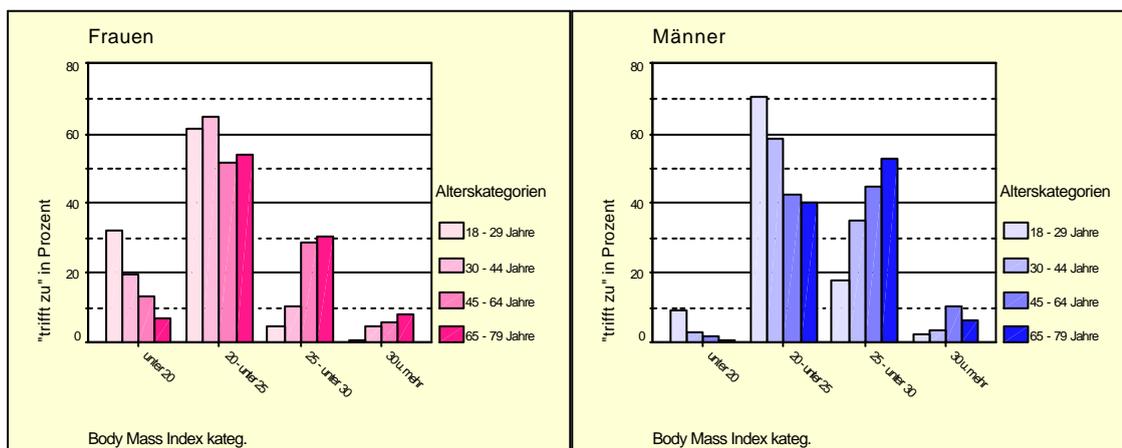
Abb. 5.3.3 Atemnot und/oder Schwitzen nach drei Stockwerken Treppen steigen (Angaben in Prozent)



## 5.4 Body-Mass-Index

Als international etabliertes Maß zur Beurteilung des Körpergewichts gibt der Body-Mass-Index (BMI) das Verhältnis des Körpergewichts in Kilogramm zur quadrierten Körpergröße in Metern an. Aus medizinischer Sicht gelten erwachsene Personen mit einem BMI zwischen 20 kg/m<sup>2</sup> und unter 25 kg/m<sup>2</sup> als normalgewichtig und unter 20 kg/m<sup>2</sup> als untergewichtig. Als leichteres Übergewicht wird ein BMI zwischen 25 kg/m<sup>2</sup> und unter 30 kg/m<sup>2</sup> definiert, als Adipositas, d.h. schweres Übergewicht, ein BMI ab 30 kg/m<sup>2</sup>.

Abb. 5.4.1 Body-Mass-Index (Angaben in Prozent)



In allen Altersgruppen sind demnach mehr als die Hälfte der befragten Frauen normalgewichtig. Relativ viele Frauen sind aus medizinischer Sicht untergewichtig, vor allem die jüngeren:

<sup>1</sup> Der Anteil derer, die angeben, überhaupt keine drei Stockwerke mehr steigen zu können, beträgt bei den 65-79-jährigen Frauen 7%, bei den Männern 4%. Jüngere Befragte gaben nur in Einzelfällen an, keine drei Stockwerke steigen zu können.

Jede Dritte der 18-29-Jährigen und jede Fünfte der 30-44-jährigen hat einen BMI von unter 20 kg/m<sup>2</sup>. Der Anteil der übergewichtigen Frauen steigt ab einem Alter von 45 Jahren deutlich an und liegt in den beiden höchsten Altersgruppen bei ca. 30%. Auch der Anteil der Adipösen steigt mit dem Alter an: 8% der 65-79-jährigen Frauen sind stark übergewichtig.

Bei den Männern zeigt sich ein etwas anderes Bild. In allen Altersgruppen sind Männer häufiger übergewichtig als Frauen. Unter den jüngsten Männern sind bereits 20% übergewichtig oder adipös (Frauen: 6%). In der Gruppe der 30-44-Jährigen sind es mit 40% schon doppelt so viele (Frauen: 15%). In den beiden höchsten Altersgruppen sind es mit ca. 55% mehr als jeder Zweite (Frauen: 34% bzw. 38%). Mit 11% sehr viele Fettleibige gibt es in der Gruppe der 45-64-jährigen Männern. Deutlich weniger Männer als Frauen sind untergewichtig.

Die Unterschiede zwischen den Altersgruppen wie auch die geschlechtsspezifischen Unterschiede sind durchgängig signifikant.

Da es sich bei den Angaben zu Größe und Gewicht um eine telefonische Selbstauskunft handelt, ist zu vermuten, dass einige Befragte, vor allem Frauen, ein viel zu niedriges Gewicht angegeben hatten. Zieht man zum Vergleich die Ergebnisse des Bundes-Gesundheitssurveys heran, sind dort die Anteilswerte der Übergewichtigen bzw. Adipösen sehr viel höher.<sup>1</sup> Nach Altersgruppen zeigt sich folgendes Bild:

**Anteile übergewichtiger bzw. adipöser (BMI  $\geq$  25 kg/m<sup>2</sup>)**

	Frauen		Männer	
	Gesundheitsmonitoring	Bundes-Gesundheitssurvey	Gesundheitsmonitoring	Bundes-Gesundheitssurvey
18 – 29 Jahre	5,3%	22,1%	20,9%	35,2%
30 – 44 Jahre	15,2%	37,5%	38,6%	64,0%
45 – 64 Jahre	35,0%	62,9%	55,2%	77,3%
65 – 79 Jahre	39,7%	76,8%	59,3%	78,2%

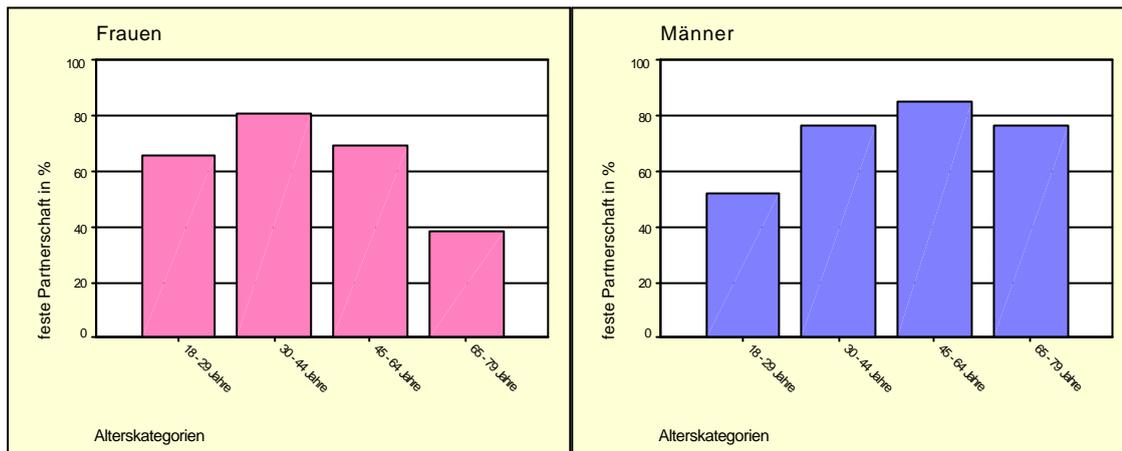
Auch wenn die Anteilswerte im Münchner Gesundheitsmonitoring sehr viel niedriger sind und von einer Unterschätzung des Anteils der Übergewichtigen auszugehen ist, zeigen sich vergleichbare Trends: In beiden Untersuchungen sind in allen Altersgruppen mehr Männer als Frauen übergewichtig und der Anteil der übergewichtigen Frauen steigt erst ab 45 Jahren stärker an, während mehr Männer schon in jüngeren Jahren zu dick sind.

<sup>1</sup> Public Use File BGS98, 2000: Bundes-Gesundheitssurvey 1998. Berlin: Robert-Koch-Institut. Die Auswertungen wurden von Peter Kriwy, Institut für Soziologie der Universität München, durchgeführt. Die für den Bundes-Gesundheitssurvey zufällig ausgewählten Personen wurden vor Ort gemessen und gewogen. Um mögliche Unterschiede aufgrund der Gemeindengrößenklasse zu vermeiden, beziehen sich die hier zitierten Ergebnisse auf die Untersuchten aus Großstädten mit 100.000 und mehr Einwohner/innen.

## 5.5 Sexualverhalten

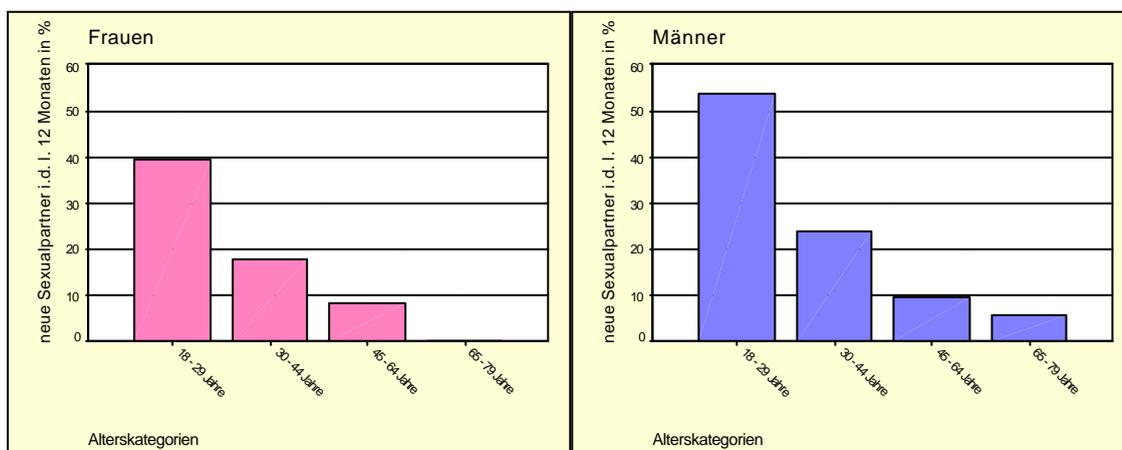
Zum Befragungszeitpunkt lebten die Befragten mehrheitlich in einer festen sexuellen Partnerschaft. Eine Ausnahme bilden die 65-79-jährigen Frauen. In dieser Gruppe waren es nur noch 38%. Jüngere Männer zwischen 18 und 29 Jahren gehen noch nicht so häufig eine feste Bindung ein. Ihr Anteil ist mit 52% vergleichsweise niedrig. Die Unterschiede zwischen den Altersgruppen sind bei beiden Geschlechtern signifikant. Signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen sich bei den 18-29-Jährigen mit einem höheren Anteil an Frauen in fester Partnerschaft und bei den 45-64-Jährigen bzw. 65-79-Jährigen mit einem niedrigeren Anteil an Frauen in fester Partnerschaft.

Abb. 5.5.1 *Leben in einer festen sexuellen Partnerschaft (prozentuale Anteile)*



In allen Altersgruppen hatten Männer häufiger mindestens eine neue Sexualpartnerin bzw. einen neuen Sexualpartner während der letzten zwölf Monate. In der jüngsten und in der höchsten Altersgruppe sind die geschlechtsspezifischen Unterschiede signifikant. Erwartungsgemäß nimmt der Anteil derer mit einem neuen Partner bzw. einer neuen Partnerin mit dem Alter signifikant ab. Von den 65-79-jährigen Frauen hatte keine einzige einen neuen Sexualpartner.

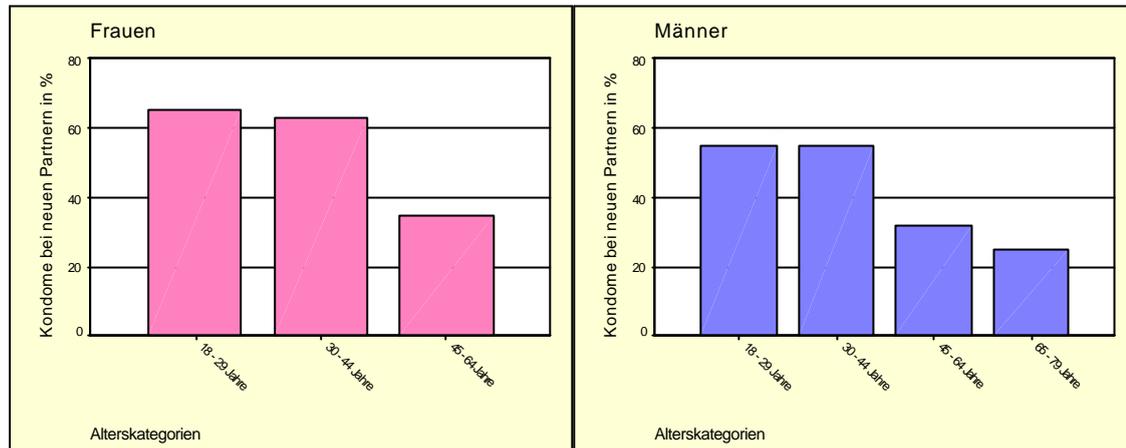
Abb. 5.5.2 *Mindestens ein neuer Sexualpartner/ eine neue Sexualpartnerin in den letzten 12 Monaten (prozentuale Anteile)*



Die Frage, ob sie bei neuen Sexuallkontakten immer ein Kondom benutzen, wird vor allem von älteren Befragten verneint. Bezogen auf die Befragten, die in den letzten zwölf Monaten mindestens einen neuen Kontakt hatten, geben immerhin knapp zwei Drittel der Frauen unter 45 an, dabei immer ein Kondom benutzt zu haben. Frauen zwischen 45 und 64 Jahren tun dies

nur noch zu einem Drittel. Diese altersspezifische Veränderung ist bei den Frauen signifikant. Von den jüngeren Männern unter 45 Jahren benutzt nur jeder Zweite bei Neukontakten immer ein Kondom, noch weniger sind es bei den älteren ab 45 Jahren, wobei dieser Rückgang nicht signifikant ist. Auch zwischen den Geschlechtern sind wohl aufgrund der relativ geringen Fallzahlen die Unterschiede nicht signifikant.

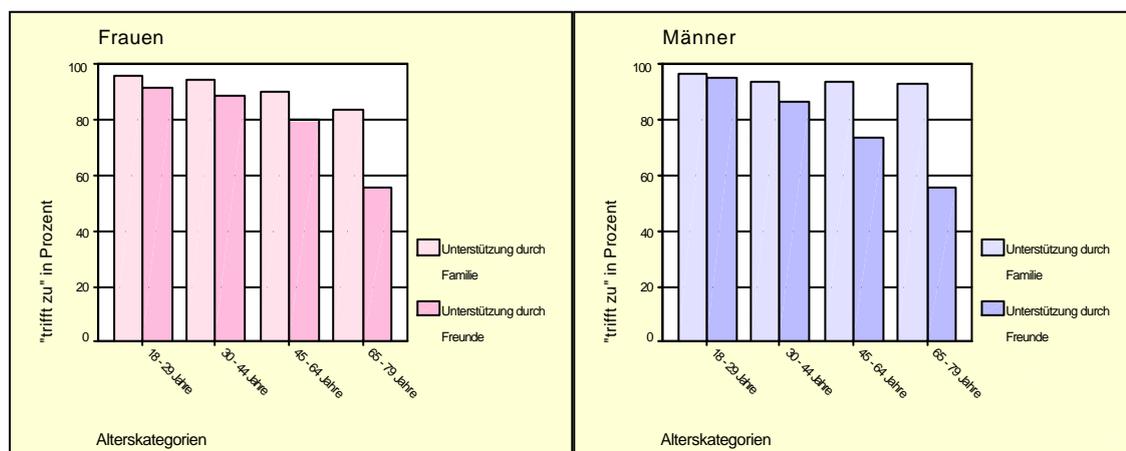
Abb. 5.5.3 Wenn mindestens ein neuer Sexualkontakt in den letzten 12 Monaten: Regelmäßiges Benützen von Kondomen (prozentuale Anteile)



## 5.6 Soziale Unterstützung in Notfällen

Die soziale Unterstützung in Notfällen wurde über die Fragen erfasst, wie viele Personen innerhalb der Familie und Verwandtschaft vorhanden sind, auf deren Hilfe man sich in Notfällen auf jeden Fall verlassen kann, und wie viele Personen dies außerhalb der Familie und Verwandtschaft sind.

Abb. 5.6.1 Unterstützung in Notfällen durch mindestens eine Person aus der Familie oder der Verwandtschaft bzw. aus dem Freundes- und Bekanntenkreis (prozentuale Anteile)



Fast alle Befragten können mindestens eine Person aus der Familie oder Verwandtschaft benennen. Mit 84% sind es aber bei den 65-79-jährigen Frauen signifikant weniger als bei jüngeren Frauen oder bei den gleichaltrigen Männern.

Die Unterstützung aus dem Freundes- und Bekanntenkreis ist besonders in jungen Jahren hoch und geht dann mit zunehmendem Alter deutlich und auch signifikant zurück. Nur noch ca. jede bzw. jeder Zweite der 65-79-Jährigen kann auf seinen Freundeskreis im Notfall zurückgreifen, d.h. die Hälfte hat niemanden.

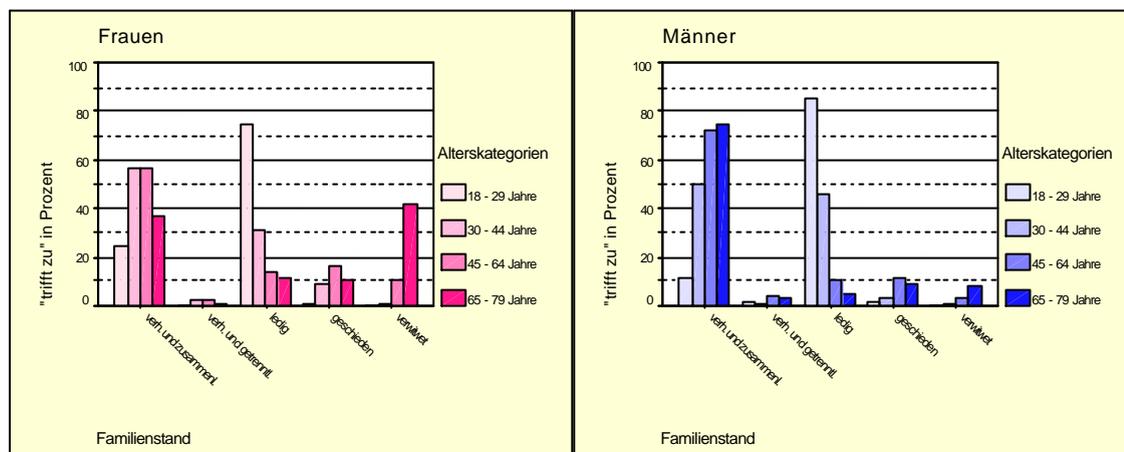
Wie weitere Analysen ergaben, können sich 9% der 65-79-jährigen Frauen in Notfällen weder auf eine Person aus ihrer Verwandtschaft, noch aus ihrem Freundeskreis verlassen. Für diese Gruppe ist die Gefahr, im Krankheitsfalle nicht rechtzeitig und ausreichend Hilfe und Unterstützung zu erhalten, besonders groß. Nur wenige Frauen unter 65 Jahren und Männer aller Altersstufen sind einem solchen Risiko ausgesetzt.

## 6 Soziodemografie

### 6.1 Familienstand

Erwartungsgemäß ist der Anteil der Ledigen in der jüngsten Altersgruppe sehr hoch und geht dann stark zurück, während der Anteil der Verheirateten ansteigt. Die Veränderungen mit dem Alter sind signifikant. In allen Altersgruppen zeigen sich auch signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede: In jüngeren Jahren sind Männer häufiger noch ledig, Frauen häufiger schon verheiratet. In der höchsten Altersgruppe sind bereits über 40% der Frauen verwitwet. Männer in diesem Alter leben meistens, d.h. zu 70%, noch mit ihrer Ehepartnerin zusammen.

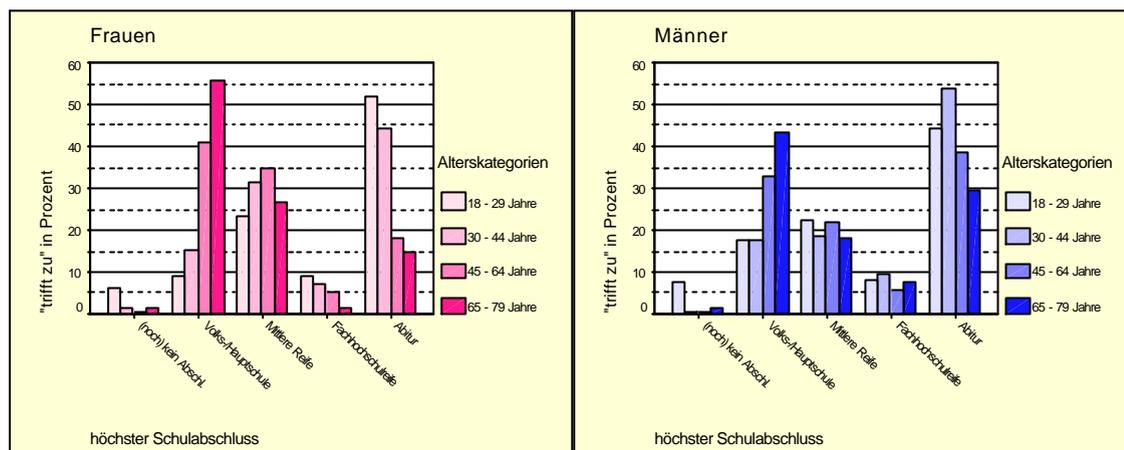
Abb. 6.1.1 Familienstand (Angaben in Prozent)



### 6.2 Schul- und Berufsausbildung

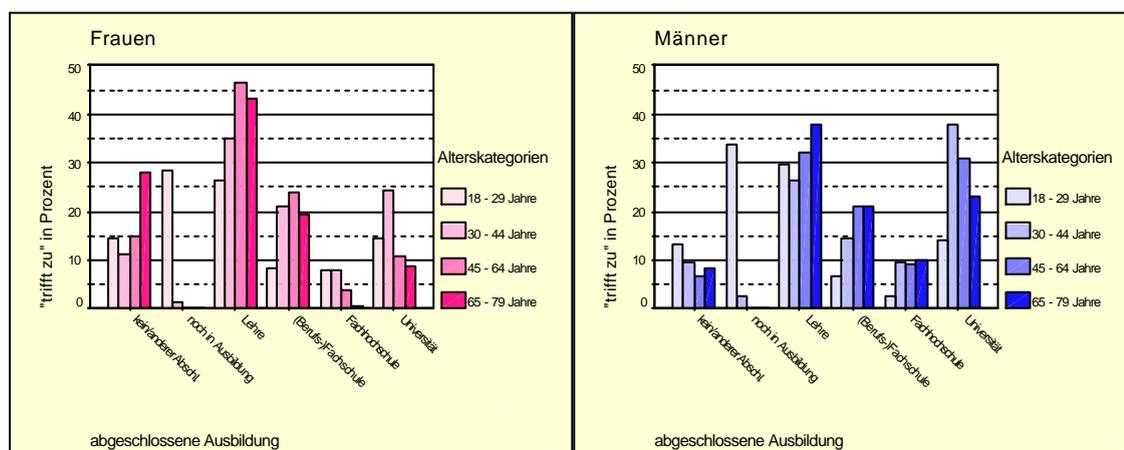
Die veränderte Bildungsbeteiligung während der letzten 30 bis 40 Jahre schlägt sich deutlich in den Angaben zum höchsten Schulbildungsabschluss der Befragten nieder. War ein Volks- bzw. Hauptschulabschluss in der höchsten Altersgruppe noch die Regel, 56% der Frauen und 43% der Männer zwischen 65 und 79 Jahren gaben dies an, haben die meisten jüngeren Befragten Abitur. Vor allem die Frauen haben aufgeholt. Über 50% der 18-29-jährigen Frauen gegenüber 15% der 65-79-jährigen Frauen haben Abitur. Den höchsten Anteil an Abiturienten bei den Männern haben die 30-44-Jährigen (54%), das sind mehr als bei den 18-29-Jährigen (45%), von denen aber einige die Schule noch nicht abgeschlossen haben. Die altersspezifischen Veränderungen sind bei Frauen wie Männern signifikant. Ebenso sind die geschlechtsspezifischen Unterschiede in fast allen Altersgruppen ausgenommen in der jüngsten signifikant.

Abb. 6.2.1 Höchster Schulabschluss (Angaben in Prozent)



Auch bei den Angaben zum höchsten Ausbildungsabschluss zeigen sich mit zunehmendem Alter bei beiden Geschlechtern signifikante Verschiebungen, die mit den Veränderungen des Schulbildungsverhaltens einhergehen. Bei Männern wie Frauen haben jüngere Befragte häufiger einen Universitätsabschluss als ältere. 24% der Frauen und sogar 38% der Männer zwischen 30 und 44 Jahren sind Hochschulabsolventen. Da viele Befragte in der jüngsten Altersgruppe noch in Ausbildung bzw. im Studium sind, ist dieser Anteil hier niedriger.

Abb. 6.2.2 Höchster beruflicher Ausbildungsabschluss (Angaben in Prozent)



In allen Altersgruppen haben mehr Frauen als Männer keine abgeschlossene Berufsausbildung.<sup>1</sup> Dies betrifft vor allem 65-79-jährige Frauen (28%). Auffallend ist der relativ hohe Anteil der 18-29-jährigen Frauen (15%) und Männer (13%), die weder eine abgeschlossene Berufsausbildung haben, noch sich in Ausbildung befinden. Möglicherweise befinden sich einige von ihnen gerade in einer Übergangsphase, z.B. zwischen Schule und Aufnahme eines Studiums oder einer Berufsausbildung.

Wie auch bei der schulischen Ausbildung sind die altersspezifischen Veränderungen bei Frauen und Männern signifikant. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede sind bis auf die jüngste Altersgruppe ebenfalls signifikant.

<sup>1</sup> Eine andere Ausbildung als die hier genannten wurde nur vereinzelt angegeben.

Die Anteile der Befragten mit einem hohen Bildungs- und Ausbildungsstand erscheinen recht hoch. Deshalb stellt sich die Frage, ob die Personen, die am Münchner Gesundheitsmonitoring teilgenommen hatten, die Münchner Gesamtbevölkerung hinsichtlich Bildung und Ausbildung gut repräsentieren oder ob „Höhergebildete“ in den Daten überrepräsentiert sind. Passende Vergleichsdaten liegen nicht vor. Anhaltspunkte liefern Ergebnisse aus dem Mikrozensus von 1998.<sup>1</sup> Für die Münchner Bevölkerung ab 15 Jahren liegen die Bildungs- und Ausbildungsabschlüsse hochgerechnet vor. Die entsprechenden Werte aus dem Münchner Gesundheitsmonitoring, die hier entsprechend der Verteilung der Münchner Bevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht gewichtet sind, stehen daneben.

*Tab. 6.2.1 Vergleich ausgewählter Bildungs- und Ausbildungsabschlüsse für München aus den Ergebnissen des Mikrozensus 1998 und des Münchner Gesundheitsmonitoring 1999/2000*

<b>Bildungs-/ Ausbildungsabschluss</b>	<b>Mikrozensus 1998 (Bevölkerung ab 15 Jahren mit Münchner Hauptwohnsitz)</b>		<b>Gesundheitsmonitoring (Befragte 18 – 79 Jahre mit Haupt- oder Nebenwohnsitz München; Angaben gewichtet)</b>	
	<b>Frauen</b>	<b>Männer</b>	<b>Frauen</b>	<b>Männer</b>
Volks-/ Hauptschule	32%	31%	29%	25%
Fachhochschulreife/ Abitur	22%	31%	40%	53%
Fachhochschul-/ Universitätsabschluss	13%	22%	22%	37%

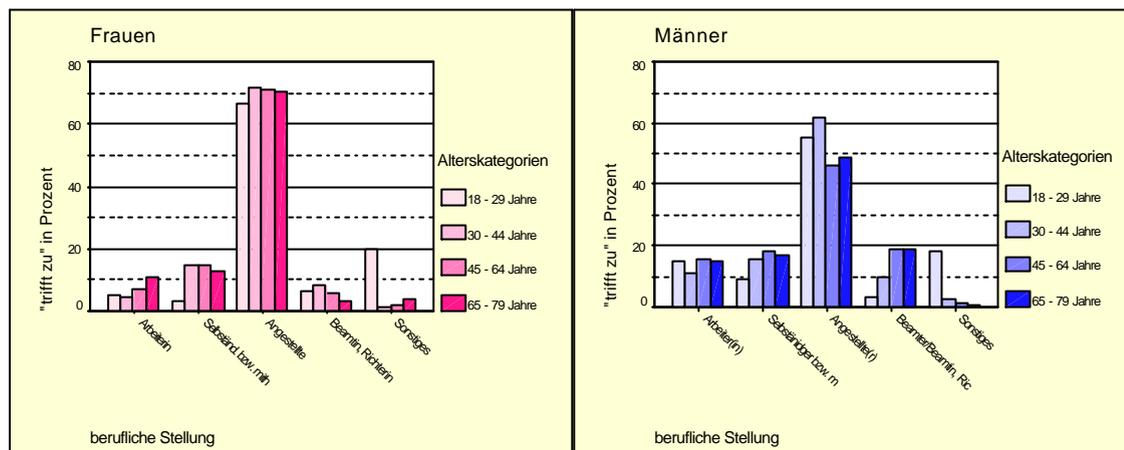
Die Ergebnisse aus Tabelle 6.2.1 zeigen, dass sehr viel mehr Frauen und Männer, die am Münchner Gesundheitsmonitoring teilgenommen hatten, Abitur bzw. die Fachhochschulreife oder einen Universitäts- bzw. Fachhochschulabschluss besitzen, als die Münchnerinnen und Münchner, die im Rahmen der Mikrozensususerhebung befragt wurden. Die Unterschiede beim Volks- bzw. Hauptschulabschluss sind hingegen nicht so groß. Dabei ist allerdings zu beachten, dass sich die Datengrundlagen in einigen Punkten unterscheiden. Für den Mikrozensus wurden nur Personen mit Hauptwohnsitz in München ausgewählt, Im Gesundheitsmonitoring auch Personen mit Nebenwohnsitz (viele Studentinnen und Studenten haben einen Nebenwohnsitz in München). Auch unterscheiden sich die Altersgruppen. Für den Mikrozensus wurden Personen bereits ab 15 Jahren befragt, die meistens noch in der Schulausbildung sind, sowie über 80-jährige Personen, die den damaligen Möglichkeiten entsprechend häufig keinen höheren Bildungsabschluss erwerben konnten. Trotz dieser Einschränkungen bleibt anzunehmen, dass im Gesundheitsmonitoring Befragte mit einem höheren Bildungs- und Ausbildungsabschluss eher überrepräsentiert sind.

<sup>1</sup> Der Mikrozensus wird vom Statistischen Bundesamt durchgeführt. Dabei handelt es sich um eine 1%-Stichprobe der bundesdeutschen Bevölkerung, die zu verschiedenen Themenbereichen befragt werden. Die Teilnahme am Mikrozensus ist Pflicht. So werden systematische Stichprobenausfälle nach bestimmten persönlichen Merkmalen vermieden.

### 6.3 Berufliche Stellung

In allen Altersgruppen sind bzw. waren weitaus die meisten Befragten in ihrer gegenwärtigen oder, falls nicht mehr erwerbstätig, in ihrer letzten beruflichen Stellung als Angestellte tätig, wobei die Anteile der Frauen durchgängig höher sind und bei ungefähr 70% liegen. Männer sind oder waren häufiger als Frauen als Arbeiter beschäftigt oder selbständig. Einen im Vergleich zu den jüngeren Frauen relativ hohen Anteil an Arbeiterinnen gibt es bei den 65-79-jährigen Frauen (11%). Fast 20% der Männer ab 45 Jahren sind bzw. waren als Beamte tätig. Das sind deutlich mehr als in allen anderen Altersgruppen oder bei den Frauen. Die alters- und geschlechtsspezifischen Unterschiede sind signifikant.

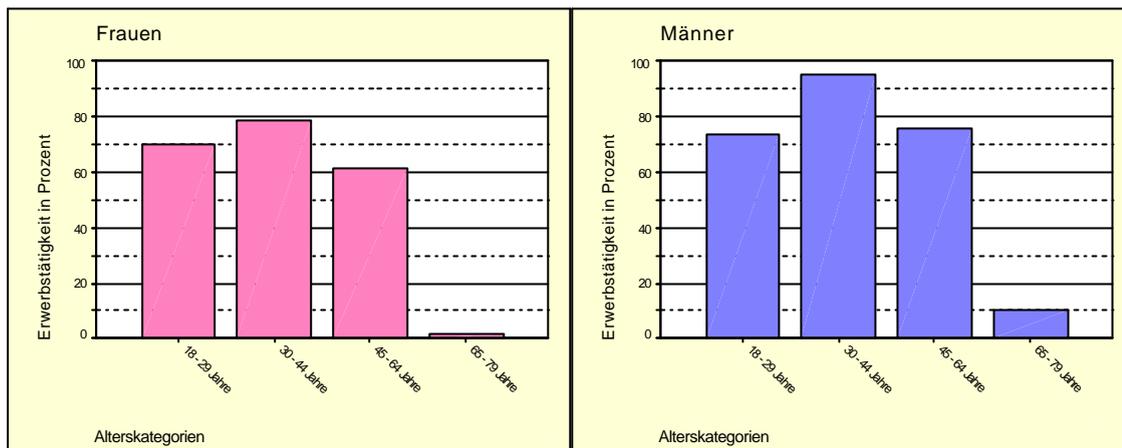
Abb. 6.3.1 Derzeitige bzw. letzte berufliche Stellung (Angaben in Prozent)



### 6.4 Erwerbstätigkeit

Die meisten Frauen und Männer unter 65 Jahren waren zum Befragungszeitpunkt erwerbstätig, wobei Männer durchgängig häufiger erwerbstätig waren als Frauen. Die höchsten Erwerbstätigenquoten werden in der Altersgruppe der 30-44-Jährigen mit fast 80% der Frauen und 95% der Männer erreicht. Vergleichsweise viele Erwerbstätige gibt es noch unter den 65-79-jährigen Männer (11%). Auch hier sind die Unterschiede nach Altersgruppen und bis auf die jüngste Altersgruppe nach Geschlecht signifikant. In der jüngsten Altersgruppe hat sich die Erwerbsbeteiligung der Frauen und Männer weitgehend angeglichen.

Abb. 6.4.1 Anteil der zum Befragungszeitpunkt Erwerbstätigen (Angaben in Prozent)



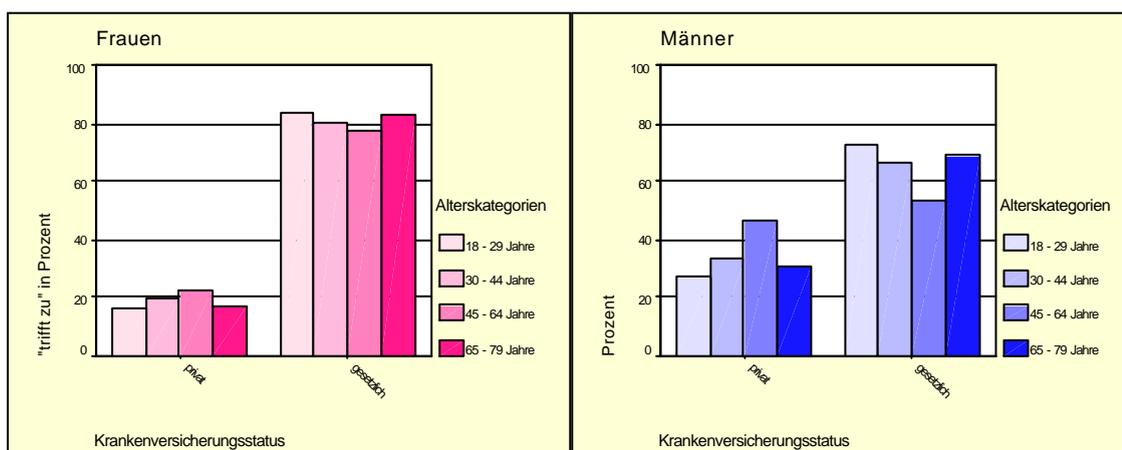
## 6.5 Krankenversicherungsstatus

In allen Altersgruppen sind Männer signifikant häufiger privat krankenversichert als Frauen. Der höchste Anteil wird mit 47% bei den 45-64-jährigen Männern erreicht, ein mehr als doppelt so hoher Anteil wie bei den gleichaltrigen Frauen (22%).

Die meisten der gesetzlich Krankenversicherten sind pflichtversichert (Frauen: 56%; Männer: 53%) oder als Rentnerin (23%) bzw. als Rentner (19%) versichert.

Die geschlechtsspezifischen Unterschiede im Versichertenstatus sind in erster Linie auf die nach wie vor unterschiedlichen Verdienstmöglichkeiten von Männern und Frauen zurückzuführen. Männer liegen häufiger mit ihrem Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze. Auch die ausgeübten Berufe dürften eine Rolle spielen: Männer sind häufiger Beamte oder selbständig, die fast immer privat versichert sind.

Abb. 6.5.1 Krankenversicherungsstatus (Angaben in Prozent)





**Teil III**  
**Anhang: Methodik**



## **ANHANG: Methodik<sup>1</sup>**

### **A1 Erhebung**

Die Erhebung des bevölkerungsbezogenen Monitorings von Gesundheit und verhaltensbezogenen Gesundheitsrisiken in der Stadt München basiert auf der Methode der computergestützten telefonischen Befragung (CATI = Computer-assisted Telephone Interviewing). Befragt wurden Männer und Frauen zwischen 18 und 79 Jahren, wohnhaft in Privathaushalten in der Stadt München.

#### **A1.1 Stichprobenziehung und Quotierung**

Eine Zufallsstichprobe von Münchner Telefonnummern wurde für den ersten Abschnitt der Befragung (Juni 1999 - Dezember 1999) aus der CD-ROM "KlickTel 98" und für den zweiten Abschnitt (Januar 2000 - Mai 2000) aus der CD-ROM „KlickTel 99“ gezogen und – ebenfalls nach dem Zufallsprinzip – auf sieben bzw. fünf Monate verteilt. Durch eine paritätische Quotierung des Geschlechts im ersten Abschnitt der Befragung sollte a priori die etwas höhere Teilnahmebereitschaft von Frauen ausgeglichen werden. Dazu wurde aus technischen Gründen der Stichprobenverwaltung bereits vor einem Telefonat festgelegt, ob ein Mann oder eine Frau befragt werden sollte. Im zweiten Abschnitt der Befragung wurde auf eine Geschlechterquotierung verzichtet, um der im ersten Abschnitt beobachteten Benachteiligung von Single-Haushalten entgegen zu wirken.

#### **A1.2 Datenerhebung**

Über einen Zeitraum von 12 Monaten (Juni 1999 – Mai 2000) wurden kontinuierlich Daten erhoben. Pro Monat wurden ca. 167 Personen interviewt. Bei den Interviewerinnen und Interviewern handelte es sich um Studentinnen und Studenten, die vorab eingehend geschult wurden. Gewählt wurde immer die vom Computer angegebene Telefonnummer. Bei Personenkontakt schloss sich regelmäßig ein standardisiertes Vorgehen mit dem Ziel der Durchführung eines Interviews an.

Damit Berufstätige in der Stichprobe nicht unterrepräsentiert sind, wurden die Interviews zwischen 17.00 und 21.00 Uhr durchgeführt. Es wurde immer diejenige Person des entsprechenden Geschlechts im Haushalt befragt, die als letzte Geburtstag hatte.

Pro Telefonnummer erfolgten maximal fünf Kontaktversuche. Die Interviewdauer betrug ca. 15-20 Minuten. Die Online-Dateneingabe erfolgte während des Interviews entweder als Zahlencode oder in Textform. Mittels programmierter Range- und Crosschecks wurden bereits während der Datenerfassung Plausibilitäts- und Konsistenzüberprüfungen durchgeführt. Eine programmgesteuerte detaillierte Ablaufkontrolle, die den Begrüßungstext, kontextbezogene Erläuterungen bei Nachfragen der Respondenten und insbesondere die Fragensequenz und –formulierung umfasst, minimierte die Variabilität innerhalb einzelner Interviewer bei verschiedenen Interviews ebenso wie die Variabilität zwischen den Interviewern.

---

<sup>1</sup> Der Abschnitt „Methodik“ wurde von Nicole Meyer und Dr. Richela Fischer für den Bericht „Münchner Gesundheitsmonitoring 1999/2000: Soziale Schicht – Lebenszufriedenheit“ (im Erscheinen) im Auftrag des Referats für Gesundheit und Umwelt erstellt, und für den vorliegenden Bericht weitgehend unverändert übernommen.

## **A2 Fragebogen**

Der Fragebogen besteht in Abhängigkeit vom Geschlecht und der Antwort bei Filterfragen aus maximal 160 Fragen. Der Inhalt der gestellten Fragen deckt folgende Bereiche ab:

- Allgemeiner Gesundheitszustand
- Lebenszeitprävalenzen von Herz-Kreislaufkrankungen, Arthrose, Asthma, Krebs, Bluthochdruck, Cholesterin, Diabetes
- Inanspruchnahme gesundheitsbezogener Leistungen
- Vorsorgeverhalten
- Gesundheitsbeeinflussende Verhaltensweisen und Bedingungen wie Tabak- und Alkoholkonsum, körperliche Aktivität, Körperkenngrößen, Sexualverhalten, und soziale Unterstützung
- Zufriedenheit mit verschiedenen Bereichen des Lebens
- Krankenversicherungsstatus
- Soziodemographische Merkmale.

## **A3 Erreichbarkeit und Teilnahmebereitschaft (Response)**

Jede Telefonnummer erhielt nach einem Kontaktversuch einen Dispositionscode. Dieser Code beschreibt, zu welchem Ergebnis der Kontaktversuch geführt hat, z.B. ob der Anschluss besetzt war oder ob ein Interview abgeschlossen werden konnte oder ob es sich gar nicht um einen Privathaushalt gehandelt hat. Es wurde ein möglichst konservatives Verfahren gewählt: Da jede Telefonnummer bis zu fünfmal kontaktiert werden konnte, war es möglich, dass z.B. beim zweiten Kontaktversuch eine weiche Verweigerung angegeben wurde, beim fünften und damit letzten Versuch der Anschluss jedoch besetzt war. In diesem Fall wurde die weiche Verweigerung als Dispositionscode angegeben. Es wurde also immer der Dispositionscode gewählt, der die eindeutigere Aussage über das Teilnahmeverhalten in einem Haushalt angab.

Tabelle A1 zeigt die endgültigen Responsequoten. Von Juni 1999 bis Mai 2001 stand eine Bruttostichprobe von 12.870 Telefonnummern für einen Kontakt zur Verfügung. Davon konnten 5.193 Telefonnummern nicht für die Erhebung genutzt werden, entweder weil die Quote des entsprechenden Geschlechts und Sample Points schon voll war, kein geeigneter Zielpersonenhaushalt erreicht werden konnte oder kein Personenkontakt erfolgen konnte (z.B. kein Anschluss unter dieser Nummer). Von den verbleibenden 7.677 Nummern kam bei 4.515 Nummern ein Personenkontakt zustande, der bei 3.850 Nummern zu einem Zielpersonenkontakt (Person zwischen 18 und 79 Jahren - des in den ersten sieben Erhebungsmonaten a priori festgelegten Geschlechts -, welche in dem Privathaushalt als letzte Geburtstag hatte) führte. Von den Zielpersonen waren 2.081 Personen (54 Prozent) zu einem Interview bereit, 67 Teilnehmer brachen das Interview vor Abschluss jedoch ab. Insgesamt wurden also 2.014 Interviews abgeschlossen.

Tab. A1: Responsequoten (Personenzahlen in der Absolutspalte, Prozentwerte in allen anderen Spalten).

	Absolut	Bruttostich- probe	Nettostich- probe	bereinigte Netto- stichprobe	Personen- kontakt	Zielpersonen- kontakt	Teilnahme- bereit	Abgeschl. Interviews
<b>Bruttostichprobe</b>	<b>12870</b>	<b>100,0</b>						
Nullversuch	9	0,1						
Quote voll	669	5,2						
Keine Zielperson	1147	8,9						
<b>Nettostichprobe</b>	<b>11045</b>	<b>85,8</b>	<b>100,0</b>					
Davon								
K. A. u. d. Nummer	1634	12,7	14,8					
Abgemeldet	36	0,3	0,3					
Fax etc.	487	3,8	4,4					
Sprachproblem	150	1,2	1,4					
Geschäft	807	6,3	7,3					
Sonst. Kommu.- Probl.	80	0,6	0,7					
Dauerhaft erkrankt	76	0,6	0,7					
Telefonproblem	98	0,8	0,9					
<b>Bereinigte Stichpro- be</b>	<b>7677</b>	<b>59,7</b>	<b>69,5</b>	<b>100,0</b>				
Davon								
keine Antwort	1580	12,3	14,3	20,6				
Besetzt	295	2,3	2,7	3,8				
Anrufbeantworter	1287	10,0	11,7	16,8				
<b>Personenkontakt</b>	<b>4515</b>	<b>35,1</b>	<b>40,9</b>	<b>58,8</b>	<b>100,0</b>			
Zielperson existiert	269	2,1	2,4	3,5	6,0			
Verabredung	351	2,7	3,2	4,6	7,8			
Verweigerung durch andere	45	0,3	0,4	0,6	1,0			
<b>Zielpersonen- kontakt</b>	<b>3850</b>	<b>29,9</b>	<b>34,9</b>	<b>50,1</b>	<b>85,3</b>	<b>100,0</b>		
Weiche Verweigerung	437	3,4	4,0	5,7	9,7	11,4		
harte Verweigerung	1132	8,8	10,2	14,7	25,1	29,4		
im Studienzeitraum nicht verfügbar	200	1,6	1,8	2,6	4,4	5,2		
<b>Teilnahmebereit</b>	<b>2081</b>	<b>16,2</b>	<b>18,8</b>	<b>27,1</b>	<b>46,1</b>	<b>54,1</b>	<b>100,0</b>	
Abbruch endgültig	53	0,4	0,5	0,7	1,2	0,4	2,5	
Abbruch, Rückruf möglich	14	0,1	0,1	0,2	0,3	0,4	0,7	
<b>Abgeschlossene Interviews</b>	<b>2014</b>	<b>15,6</b>	<b>18,2</b>	<b>26,2</b>	<b>44,6</b>	<b>52,3</b>	<b>96,8</b>	<b>100,0</b>

## A4 Auswertung

Die Daten wurden in das Datenverarbeitungsprogramm SAS für Windows, Version 8.1, eingelesen, formatiert, gelabelt und auf ihre Plausibilität überprüft.

Für die hier vorgestellten Analysen wurden die Datensätze beider Befragungsabschnitte zusammengelegt und als ein Gesamtdatensatz mit dem Statistikprogramm SPSS 10.0 ausgewertet. 191 Personen, welche als erste beiden Ziffern der Postleitzahl ihres Wohnortes nicht 80 oder 81 (für München) angaben, wurden von der Auswertung ausgeschlossen. Weitere 2 Personen, die keine Altersangabe gemacht haben, wurden ebenfalls von der Analyse ausgeschlossen. Somit wurden 1863 Datensätze in die Analysen einbezogen.

Tab. A2: *Anzahl und relativer Anteil nach Geschlecht und Altersgruppen im Gesundheitsmonitoring 1999/2000 und in der Münchner Bevölkerung<sup>1)</sup>*

Altersgruppe	Gesundheitsmonitoring 1999/2000		Münchner Bevölkerung	
	Anzahl	Anteil in %	Anzahl	Anteil in %
<b>Frauen</b>				
18 – 29 Jahre	144	7,7	114.679	10,6
30 – 44 Jahre	331	17,8	167.866	15,5
45 – 64 Jahre	357	19,2	179.956	16,6
65 – 79 Jahre	184	9,9	88.600	8,2
Gesamt Frauen	1.016	54,5	551.101	50,9
<b>Männer</b>				
18 – 29 Jahre	121	6,5	110.918	10,2
30 – 44 Jahre	282	15,1	187.713	17,3
45 – 64 Jahre	297	15,9	174.205	16,1
65 – 79 Jahre	147	7,9	59.642	5,5
Gesamt Männer	847	45,5	532.478	49,1
<b>Gesamt</b>	1.863	100,0	1.083.579	100,0

Quelle: Statistisches Jahrbuch 2000 der Stadt München. Herausgegeben vom Statistischen Amt der Landeshauptstadt München. Wohnberechtigte Bevölkerung zum 31.12.1999.

Tabelle A2 zeigt die Anzahl und die relativen Anteile nach Geschlecht und Altersgruppen in der Stichprobe des Münchner Gesundheitsmonitorings 1999/2000 und in der wohnberechtigten Bevölkerung Münchens zum 31.12.1999. Im Vergleich zur Münchner Bevölkerung sind in den Daten des Gesundheitsmonitorings Männer insgesamt wie auch in den Altersgruppen von 18 bis 64 Jahre eher unterrepräsentiert. Bei Frauen sind nur die 18-29-Jährigen eher unterrepräsentiert. Frauen der drei höheren Altersgruppen sind eher überrepräsentiert.

Da die Darstellung und Interpretation der Ergebnisse durchgängig nach Geschlecht und Altersgruppen differenziert erfolgt, ist keine Standardisierung nach Alter und Geschlecht erforderlich.