

Rüdiger Jacob, Ulrike Geerling (Hrsg.)

Yasemin Mehmet

Regionaler Gesundheitssurvey

für den

Landkreis Cochem-Zell

Februar 2007



 **Universität Trier**

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	IV
Tabellenverzeichnis.....	V
Abkürzungsverzeichnis	VIII
1 Besonderheiten und Bedeutung des Gutes Gesundheit.....	1
1.1 Die Spezifika des Gutes Gesundheit	1
1.2 Die Bedeutung von Krankheitsbildern und Gesundheitsvorstellungen für die Prävention und das Gesundheitsverhalten.....	3
2 Methodische Konzeption des Surveys und Struktur der Stichprobe.....	7
2.1 Grundgesamtheit und Stichprobe	7
2.2 Feldarbeit.....	8
2.3 Struktur der Stichprobe	8
3 Morbidität.....	12
3.1 Schlafdauer.....	12
3.2 Übergewicht	12
3.3 Schmerzen und Beschwerden.....	15
3.4 Herz-Kreislauf-Erkrankungen	18
3.5 Bluthochdruck	19
3.6 Durchblutungsstörungen des Herzens und Angina Pectoris	20
3.7 Folgen von Herzinfarkt oder Schlaganfall	21
3.8 Krampfadern und arterielle Durchblutungsstörungen der Beine	21
3.9 Krebs	22
3.10 Atemwegserkrankungen.....	23
3.11 Diabetes und Gicht	24
3.12 Skeletterkrankungen.....	25
3.13 Allergien.....	25
3.14 Psychiatrische Erkrankungen	26
3.15 Multimorbidität	27
4 Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs	30
4.1 Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen	31
4.2 Risikofaktoren für Krebs.....	37
4.2.1 Rauchen und Lungenkrebs	37
4.2.2 Alkohol.....	42
4.2.3 Krebserkrankungen in der Familie	45
5 Zahngesundheit und Zahnpflege	46
6 Impfungen	48
7 Ernährung	56
7.1 Was ist „gesunde Ernährung“?.....	57
7.2 Die Messung des Ernährungsverhaltens	58
8 Sport und Bewegung	66
9 Nachfrage nach medizinischen Leistungen.....	69
9.1 Früherkennungsuntersuchungen.....	69

9.2	Untersuchungen und Behandlungen aus aktuellem Anlass.....	72
9.3	Medikamentation.....	74
10	Medizinische Versorgung der Bevölkerung: Bewertungen und Erwartungen.....	76
10.1	Pflegebedürftigkeit	78
10.2	Leistungen des Gesundheitsamtes.....	80
10.3	Apotheken	80
10.4	Medizinische Leistungen und Angebote	80
11	Zusammenfassung	82
	Anhang: Fragebogen	85
	Literaturverzeichnis.....	111

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 3-1: Schmerzlokalisationen	16
Abbildung 3-2: Hypertoniker nach Altersklassen	20
Abbildung 3-3: Allergiker nach Altersklassen	26
Abbildung 3-4: Depressionen nach Altersklassen	27
Abbildung 3-5: Multimorbidität: Krankheitsindex	28
Abbildung 4-1: Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Cochem-Zell und Trier	32
Abbildung 4-2: Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Summenindex.....	33
Abbildung 4-3: Passivrauchen nach Altersklassen	37
Abbildung 6-1: Gründe für unvollständigen Impfschutz	53
Abbildung 7-1: Gesunde Ernährung nach Altersklassen	62
Abbildung 8-1: Sportlich Aktive nach Altersklassen.....	67
Abbildung 9-1: Gründe für suboptimale Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen.....	72
Abbildung 9-2: Konsultation von alternativen Anbietern medizinischer Leistungen und Psychotherapeuten	74

Tabellenverzeichnis

Tabelle 2-1: Geschlecht.....	9
Tabelle 2-2: Alter	9
Tabelle 2-3: Bildungsstatus.....	10
Tabelle 2-4: Krankenkasse	10
Tabelle 2-5: Familienstand.....	10
Tabelle 2-6: Unverheiratet zusammen lebende Paare	10
Tabelle 2-7: Bildungsstatus nach Altersklassen in Cochem-Zell.....	10
Tabelle 2-8: Bildungsstatus nach Altersklassen in Trier.....	11
Tabelle 2-9: Berufliche Position	11
Tabelle 3-1: Schlafdauer pro Nacht	12
Tabelle 3-2: Klassifizierung des Body-Mass-Index.....	13
Tabelle 3-3: BMI-Werte nach Geschlecht	14
Tabelle 3-4: BMI-Werte nach Altersklassen.....	14
Tabelle 3-5: BMI-Werte nach formalem Schulabschluss	14
Tabelle 3-6: Anteile übergewichtiger Personen nach Alter und Bildungsstatus.....	15
Tabelle 3-7: Gewichtseinschätzung nach BMI-Klassen	15
Tabelle 3-8: Schmerzen nach Geschlecht	17
Tabelle 3-9: Schmerzlokalisationen nach Altersklassen.....	18
Tabelle 3-10: Prävalenz ausgewählter Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems.....	18
Tabelle 3-11: Durchblutungsstörungen des Herzens und Angina Pectoris nach Altersklassen	21
Tabelle 3-12: Prävalenz ausgewählter Atemwegserkrankungen und Behandlungszahlen	23
Tabelle 3-13: Prävalenz ausgewählter Atemwegserkrankungen nach Altersklassen	24
Tabelle 3-14: Diabetes nach Altersklassen	25
Tabelle 3-15: Gicht nach Altersklassen	25
Tabelle 3-16: Bandscheibenvorfall nach Altersklassen	25
Tabelle 3-17: Multimorbidität nach Altersklassen.....	28
Tabelle 3-18: Multimorbidität: Interaktion von Alter und Bildung	29
Tabelle 4-1: Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen nach Geschlecht.....	33
Tabelle 4-2: Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen nach Altersklassen.....	33
Tabelle 4-3: Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen nach Bildungsstatus.....	33
Tabelle 4-4: Risikoprofile für Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Cochem-Zell und Trier	34
Tabelle 4-5: Übergewicht und Hypertonie nach formalem Schulabschluss	35
Tabelle 4-6: Übergewicht und Durchblutungsstörungen nach formalem Schulabschluss.....	35
Tabelle 4-7: Übergewicht und Rauchen nach formalem Schulabschluss	35
Tabelle 4-8: Schädigungen des Herz-Kreislauf-Systems nach Packungsjahren.....	36
Tabelle 4-9: Rauchen	38
Tabelle 4-10: Rauchen nach Geschlecht	38
Tabelle 4-11: Packungen pro Tag	39
Tabelle 4-12: Packungsjahre	40
Tabelle 4-13: Packungsjahre (Einteilung des Umweltbundesamtes).....	40

Tabelle 4-14: Packungsjahre nach Bildungsstatus	40
Tabelle 4-15: Täglicher Zigarettenkonsum nach Bildungsstatus.....	41
Tabelle 4-16: Anzahl der Orte, an denen man Zigarettenrauch ausgesetzt ist.....	41
Tabelle 4-17: Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen nach Packungsjahren.....	42
Tabelle 4-18: Konsum alkoholischer Getränke.....	43
Tabelle 4-19: Weinkonsum pro Woche	43
Tabelle 4-20: Bierkonsum pro Woche	43
Tabelle 4-21: Konsum alkoholischer Getränke pro Woche in Liter	44
Tabelle 4-22: Konsum alkoholischer Getränke nach Geschlecht	44
Tabelle 4-23: Konsum alkoholischer Getränke pro Woche in Liter nach Geschlecht.....	44
Tabelle 4-24: Konsum alkoholischer Getränke pro Woche in Liter nach Altersklassen	44
Tabelle 4-25: Konsum alkoholischer Getränke pro Woche in Liter nach formalem Bildungsabschluss	45
Tabelle 4-26: Krebserkrankungen in der Familie nach Geschlecht	45
Tabelle 5-1: Zahnarztbesuche	46
Tabelle 5-2: Zahnarztbesuche nach Geschlecht	47
Tabelle 5-3: Zahnarztbesuche nach Altersklassen	47
Tabelle 5-4: Zahnarztbesuche nach formalem Bildungsabschluss	47
Tabelle 6-1: Impfkalender	48
Tabelle 6-2: Impfungen.....	51
Tabelle 6-3: Impfschutz gegen Diphtherie und Tetanus	52
Tabelle 6-4: Impfung gegen Diphtherie nach Altersklassen.....	54
Tabelle 6-5: Impfung gegen Tetanus nach Altersklassen	54
Tabelle 6-6: Impfung gegen Grippe nach Altersklassen.....	54
Tabelle 6-7: Durchimpfungsraten von Kindern unter 18 Jahren.....	55
Tabelle 7-1: Empfehlungen der DGE.....	58
Tabelle 7-2: Verzehr ausgewählter Lebensmittel.....	59
Tabelle 7-3: Ernährungsprofil 1	60
Tabelle 7-4: Ernährungsprofil 2	61
Tabelle 7-5: Ernährungsindex	61
Tabelle 7-6: Konsum von Fertiggerichten nach Altersklassen	63
Tabelle 7-7: Konsum von Fast Food nach Altersklassen.....	63
Tabelle 7-8: Mittelwertvariationen des Ernährungsindex in Abhängigkeit von Altersklassen und Bildungsstatus.....	64
Tabelle 7-9: Gesunde Ernährung nach bestimmten Krankheiten.....	64
Tabelle 8-1: Häufigkeit der sportlichen Aktivität	67
Tabelle 8-2: Dauer der sportlichen Aktivität pro Woche in Stunden.....	68
Tabelle 9-1: Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen nach Geschlecht	70
Tabelle 9-2: Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen nach Bildungsabschluss ...	70
Tabelle 9-3: Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen nach Altersklassen	70
Tabelle 9-4: Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen nach Wichtigkeit der Untersuchung.....	71
Tabelle 9-5: Erfahrungen mit Budgetrestriktionen nach Versichertenstatus	73
Tabelle 9-6: Inanspruchnahme alternativer medizinischer Leistungen nach Geschlecht	74

Tabelle 9-7: Einnahme von Medikamenten in den letzten zwölf Monaten	75
Tabelle 10-1: Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung und den Ärzten.....	77
Tabelle 10-2: Zufriedenheit mit Ärzten nach Erfahrungen mit Budgetrestriktionen.....	77
Tabelle 10-3: Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung im Landkreis Cochem-Zell nach Verweigerung bestimmter Behandlungsmethoden	78
Tabelle 10-4: Zufriedenheit mit der ärztlichen Betreuung im Krankenhaus	78
Tabelle 10-5: Zuständigkeit für die Pflege.....	79
Tabelle 10-6: Einteilung der Pflegebedürftigen nach Pflegestufen	79
Tabelle 10-7: Pflegebedürftige Personen in der Familie nach Alter der Befragten.....	79
Tabelle 10-8: Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitsamtes Cochem-Zell.....	80
Tabelle 11-1: Prävalenz spezifischer Krankheiten.....	82
Tabelle 11-2: Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Lungenkrebs	83

Abkürzungsverzeichnis

BMI	Body-Mass-Index
DGE	Deutsche Gesellschaft für Ernährung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
RKI	Robert Koch-Institut
STIKO	Ständige Impfkommission
ZUMA	Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen

1 Besonderheiten und Bedeutung des Gutes Gesundheit

1.1 Die Spezifika des Gutes Gesundheit

In Arthur Schopenhauers Aphorismen zur Lebensweisheit heißt es: „Überhaupt aber beruhen neun Zehntel unseres Glücks allein auf der Gesundheit. Mit ihr wird alles eine Quelle des Genusses, hingegen ist ohne sie kein äußeres Gut, welcher Art es auch sei, genießbar.“¹

Obwohl Gesundheit von den Menschen sehr hoch geschätzt wird und deren „Glück“, wie Schopenhauer es nennt, von ihr abhängt, gibt es keine klare Vorstellung von dem, was Gesundheit eigentlich ist. Dies ist darauf zurückzuführen, dass Gesundheit, solange sie besteht, selten bewusst wahrgenommen wird und erst an Relevanz gewinnt, wenn sie bedroht oder beeinträchtigt ist.² Gesundheit ist jedoch zweifelsohne ein existentielles Gut bzw. stellt einen Grundwert dar.

Nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges wuchs die Hoffnung auf eine zukünftig friedliche Welt. In dieser Zeit postulierte die Weltgesundheitsorganisation (WHO), dass Gesundheit für alle Menschen auf der ganzen Welt erreichbar sein sollte. Gesundheit wurde als ein „Zustand völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur als das Freisein von Krankheit und Gebrechen“³ bezeichnet. Diese – nicht unumstrittene und teilweise als utopisch angesehene⁴ – Formulierung der WHO verdeutlicht, dass „Gesundheit viele Dimensionen hat, von vielen Determinanten bestimmt ist und unterschiedlichen historischen und kulturellen Interpretationen unterworfen ist.“⁵ Diese Thematik wird genauer in Kapitel 1.2 untersucht.

1977 legte die WHO als wichtigstes Ziel für die Regierungen und sich selbst fest, einen guten Gesundheitszustand für alle Menschen bis zum Jahr 2000 zu erreichen. Diese Vorgabe wurde in die „Einzelziele für Gesundheit 2000“ übernommen.⁶ 1986 wurde in der WHO-Konferenz

¹ Schopenhauer, A. (1976), S. 23.

² Vgl. Braun, H. (1994), S. 247.

³ World Health Organization (1947), S. 29.

⁴ Vgl. Noack, H. (1993), S. 13.

⁵ Kickbusch, I. (1999), S. 275.

⁶ Vgl. World Health Organization (1985), S. 1.

von Ottawa Gesundheit nicht mehr als das höchste Gut bzw. das höchste Ziel, sondern als Voraussetzung für verschiedene Optionen wie beispielsweise für das bereits von Schopenhauer angeführte Glück angesehen.⁷

Für das Individuum ist sein Wohlergehen wichtig, um das eigene Leben zu sichern, sich wohlfühlen sowie leistungsfähig und produktiv zu sein. Für soziale Gemeinschaften liegt die Bedeutung dieses Gutes in der Erfüllung der gemeinsamen Aufgaben.⁸ Vor diesem Hintergrund soll Gesundheit auch kurz im Sinne der Gesundheitsökonomie betrachtet werden. Gesundheit unterscheidet sich hierbei von anderen Gütern insbesondere dadurch, dass sie in erheblichem Maße zufallsbedingt ist und dem Individuum weitgehend Kenntnisse über die Möglichkeiten ihrer (Wieder-)Herstellung fehlen. Weiterhin kann das körperliche Befinden des Einzelnen Auswirkungen auf den Nutzen der übrigen Mitglieder der Gesellschaft haben. Diese Merkmale sind auch hinsichtlich ihrer allokativen Konsequenzen von Bedeutung. Insbesondere die Diskussion um das Marktversagen auf den Märkten für Gesundheitsgüter und die Einordnung Letzterer als öffentliche Güter seien hier erwähnt.⁹

Aber nicht nur die verschiedenen Interpretationen von Gesundheit sind relevant, sondern auch das Verhältnis von Gesundheit zu Krankheit. Eine dichotome Kategorisierung in Gesundheit und Krankheit, in der eine Person entweder der einen oder der anderen Alternative zugeordnet wird, ist nicht unproblematisch. Es stellt sich die Frage, wie der Übergang von dem einen in den anderen Zustand vor sich geht bzw. zu verstehen ist. Aus der dichotomen Sichtweise ergibt sich auch folgender Widerspruch: Eine Person kann sich zum Beispiel gesund fühlen, obwohl sie medizinisch als krank eingeordnet wird, und umgekehrt. Gleichzeitig gesund und krank zu sein ist, zumindest theoretisch, nicht möglich. Im Gegensatz zur dichotomen Sichtweise geht das Salutogenese-Konzept von Antonovsky davon aus, dass der Mensch sich fortwährend auf einem Kontinuum zwischen den Polen Gesundheit und Krankheit bewegt und folglich niemals ganz gesund bzw. ganz krank ist.¹⁰ Diese Perspektive ermöglicht ein besseres Verständnis von Gesundheit in ihrer ganzheitlichen Form auf einer körperlichen, psychischen und sozialen Dimension.¹¹

⁷ Vgl. World Health Organization (1986), S. 1.

⁸ Vgl. Rieländer, M. (1999), S. 133.

⁹ Vgl. Breyer, F. et al. (2003), S. 167ff.

¹⁰ Vgl. Antonovsky, A. (1987), S. 3f.

¹¹ Vgl. Faltermaier, T. (1999), S. 121.

Wesentlich für die vorliegende Arbeit sind aber die sozialen Konstruktionen von Gesundheit. Nicht nur die Frage, wie eine bestimmte Krankheit bewertet wird, sondern auch, was überhaupt als Krankheit gilt, ist von sozialen Festlegungen abhängig und variiert zeitlich und kulturell. Die Rekonstruktion von Alltags- bzw. Laienwissen kann zur Beantwortung der Frage nach sozialen Konstruktionen beitragen, indem sie zeigt, welche Gesundheitsvorstellungen bestehen und welche Wahrnehmungen und Bewertungen einzelner Krankheiten daraus resultieren.¹² Alltagskonzepten von Gesundheit wird hierbei eine Steuerungsfunktion für die Prävention und das Gesundheitsverhalten zugeschrieben.

1.2 Die Bedeutung von Krankheitsbildern und Gesundheitsvorstellungen für die Prävention und das Gesundheitsverhalten

In der Medizin wird häufig von der Annahme ausgegangen, dass Krankheiten objektiver Natur seien und bei entsprechender Fachkenntnis gleichsam automatisch erkannt würden.¹³ Zunehmend wird aber berücksichtigt, dass neben dem professionellen System auch ein so genanntes „Laiengesundheitssystem“ existiert. Laien verfügen über ein eigenständiges (Alltags-)Wissen über Gesundheit und Krankheit, sind sich ihrer gesundheitlichen Lage mehr oder weniger bewusst und ziehen hieraus Konsequenzen für ihre Lebensgestaltung.¹⁴

Unter Alltagswissen werden „komplexe Kognitionssysteme verstanden, mit deren Hilfe Individuen ihrem Handeln, Erleben und Befinden Ursachen zuschreiben. Alltagswissen umfasst dabei nicht nur die subjektive Einschätzung des Verlaufs von Situationen, sondern auch die Analyse der Handlungsmöglichkeiten und die Bewertung der Ergebnisse.“¹⁵ Alltagswissen bezogen auf Gesundheit hat demnach primär eine Orientierungsfunktion, bietet Handlungssicherheit und dient der Sinndeutung von Krankheit. Folgender Satz gibt kurz und prägnant den Grund für das Vorhandensein von Laienwissen wieder: „Will jemand die Krankheit nicht nur als Absurdität auffassen, ist er zur Interpretation gezwungen.“¹⁶ Hierbei wird auf Deutungsmuster der sozialen Umwelt zurückgegriffen. In vielen Gesellschaften finden sich solche Deutungsmuster, die Erkrankungen als Manifestation einer vorher verborgenen Wahrheit ansehen

¹² Vgl. Flick, U. (1991), S. 26.

¹³ Vgl. Jacob, R./Michels, H. (2001), S. 11.

¹⁴ Vgl. Faltermaier, T. (1999), S. 125.

¹⁵ Strittmatter, R. (1995), S. 87.

¹⁶ Lettke, F. et al. (1999), S. 77.

oder Krankheiten mit Moralvorstellungen in Verbindung bringen und oftmals auf persönliche Verfehlungen zurückführen.¹⁷

Wie bereits erwähnt wurde, ist nicht nur die Interpretation einer Erkrankung, sondern auch die Festlegung, was als Krankheit angesehen wird, von sozialen Zuschreibungen bzw. Labeling-Prozessen abhängig. Heutzutage als Paranoia, Schizophrenie oder manisch-depressive Erkrankungen bekannte psychische Krankheiten wurden bis zum 19. Jahrhundert als Besessenheit, Zeichen von Charakterschwäche oder von krimineller Veranlagung interpretiert.¹⁸

Der Sozialpsychologin Herzlich folgend, welche eine der ersten Untersuchungen mit richtungweisender Bedeutung zum Laienverständnis von Gesundheit durchführte, kann zwischen drei Dimensionen von Gesundheit differenziert werden: Gesundheit als Vakuum (negative Dimension), womit die Abwesenheit von Krankheit und Beschwerden gemeint ist, Gesundheit als Reserve (funktionelle Dimension), welche die Fähigkeit meint, mit alltäglichen Anforderungen zurechtzukommen und Gesundheit als Gleichgewicht (positive Dimension), welche Fitness, Wohlbefinden, Lebensfreude und Ausgeglichenheit beinhaltet.¹⁹ Williams fügt noch die Dimension der funktionalen Fitness hinzu, welche für die Erfüllung von Aufgaben und Rollen des Alltagslebens notwendig ist.²⁰

Für die Entscheidung, wer als krank bzw. als gesund anzusehen ist, sind des Weiteren Vorstellungen von Normalität relevant. Braun unterscheidet zwischen zwei verschiedenen Normbegriffen: Die statistische Norm bezeichnet die Eigenschaften des Organismus, die auf die meisten Menschen zutreffen, als gesund, Abweichungen davon als krank. Bei der individuellen Norm spielen sowohl die Erziehung als auch Erfahrungen im Umgang mit Erkrankungen eine Rolle. Es ist auch von Bedeutung, wie ein Mensch sich selber sieht. Es wird deutlich, dass eine Vielzahl von unterschiedlichen räumlichen, zeitlichen, psychischen und sozialen Faktoren auf die Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit Einfluss nehmen.²¹

Lettke et al. verwenden die von Herzlich und Williams eingeführten Dimensionen und zeigen deren Bedeutung für die Prävention und das Gesundheitsverhalten auf. Folgende Bezeichnun-

¹⁷ Vgl. Hahn, A. et al. (1996), S. 49.

¹⁸ Vgl. Ackerknecht, E. H. (1992), S. 142.

¹⁹ Vgl. Herzlich, C. (1973), S. 53ff.

²⁰ Vgl. Williams, R. (1983), S. 193f.

²¹ Vgl. Braun, H. (1992), S. 2.

gen werden von ihnen hierbei verwendet: Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit, Gesundheit als Instrument, Gesundheit als Stärke und Gesundheit als Gleichgewicht. Der wesentliche Unterschied in den vier Abgrenzungen liegt darin, ob es sich um eine positive oder negative Formulierung handelt, das heißt, ob Gesundheit als Wert erkannt wird oder nicht.²² Im Folgenden wird genauer auf die von Lettke et al. verwendeten Konnotationen von Gesundheit eingegangen.

In der Literatur wird Gesundheit häufig mit *Abwesenheit von Krankheit* gleichgesetzt. Hierdurch wird Gesundheit negativ bestimmt und gleichsam als Vakuum dargestellt. Gesundheit wird erst dann relevant, wenn sie nicht mehr vorhanden oder beeinträchtigt ist. Personen mit dieser Auffassung machen sich keinerlei Gedanken um ihr Befinden, solange es ihnen gut geht. Mit dieser Perspektive ist daher eine geringe Wahrnehmung des Körpers verbunden, dieser gewinnt erst an Bedeutung, wenn er zum Problem wird, ansonsten „schweigen die Organe“²³.

Bei der Einordnung von *Gesundheit als Instrument* dient Gesundheit bestimmten Zwecken, wobei sie als positiver Wert angesehen wird. Wohlbefinden ist ein Mittel, um eine Handlung durchführen zu können bzw. um ein bestimmtes Ziel wie beispielsweise die Sicherung der eigenen Existenz zu erreichen. Die Selbstwahrnehmung von Personen mit einem instrumentellen Gesundheitsverständnis konzentriert sich auf die Funktionalität des Körpers. Sobald diese eingeschränkt ist und das Erreichen der gesteckten Ziele unmöglich macht, wird ein Arzt hinzugezogen, um die Funktionalität schnellstmöglich wieder herzustellen.

Gesundheit kann weiterhin als *Stärke* angesehen werden, als Kapital, über welches man verfügt. Diese Stärke schützt vor Krankheiten, begrenzt deren schädliche Auswirkungen oder hilft bei deren Überwindung. So wird zum Beispiel zwischen guter und schlechter Konstitution unterschieden. Wird eine Differenz zwischen dem tatsächlichen Gesundheits- und dem Idealzustand festgestellt, so führt dies zum Einleiten präventiver oder kurativer Schritte.

Bei der Abgrenzung von *Gesundheit als Gleichgewicht* wird Gesundheit als Bestandteil einer umfassenderen Lebens- bzw. Weltanschauung betrachtet. Diese Einordnung kommt durch ihre Abstraktheit der bereits erwähnten begrifflichen Bestimmung der WHO von Gesundheit

²² Vgl. Lettke, F. et al. (1999), S. 67.

²³ Faltermaier, T. (1994), S. 103.

nahe. Das ganzheitliche Verständnis von Leben erfordert ein permanentes Inbeziehungsetzen mit allen anderen Lebensbereichen, wobei ein Gleichgewicht aller Komponenten als Idealzustand gilt. Bei Personen, die diese Perspektive einnehmen, herrschen eine ausgeprägte Körperwahrnehmung und ein an Gesundheit orientierter Lebensstil vor.

Diese unterschiedlichen Auffassungen von Gesundheit verdeutlichen, dass die Bereitschaft, einen Arzt zu konsultieren, sehr verschieden sein kann. Laienkonzepte von Gesundheit bzw. Krankheit sind darüber hinaus die bestimmenden Faktoren für die Compliance und für präventive Verhaltensweisen. Diese Konzepte beinhalten die Ansicht darüber, was überhaupt als Krankheit oder als gesundheitsschädigend gilt sowie die Ursachen und Möglichkeiten, Erkrankungen zu beeinflussen. Von Bedeutung ist hierbei aber auch der soziale Kontext, der als Interpretations- und Interventionsrahmen dient sowie die Verstärkungs-, Verifikations- und Legitimationsfunktion von anderen Mitgliedern der Gesellschaft. Durch ihre (Re-)Aktionen bestärken bzw. bestätigen Angehörige sozialer Netzwerke das Individuum in seinen Urteilen und Sichtweisen. Die nachfolgenden Ergebnisse sind vor dem Hintergrund dieser Ausführungen zu betrachten.

2 Methodische Konzeption des Surveys und Struktur der Stichprobe

Der regionale Gesundheitssurvey 2004 ist Bestandteil der regionalen Gesundheitsberichterstattung, die vom Gesundheitsamt Cochem-Zell in Kooperation mit dem Fach Soziologie der Universität Trier durchgeführt wird.

Die Daten des Surveys wurden im Rahmen eines zweisemestrigen Forschungspraktikums im Sommersemester 2003 und im Wintersemester 2003/04 unter der Leitung von Dr. habil. Rüdiger Jacob (Universität Trier) und Dr. Ulrike Geerling (Gesundheitsamt Cochem-Zell) von 33 Studierenden der Wirtschafts- und Sozialwissenschaften erhoben. Ein Teil dieser Daten wurde schon in dem ersten Gesundheitsbericht für den Landkreis Cochem-Zell analysiert, allerdings standen bei diesem Bericht anderweitig ermittelte Daten im Vordergrund. Eine umfassendere Auswertung der Surveydaten erfolgt im Rahmen dieses Berichtes.

Entsprechend des Stellenwertes, den der Survey für die regionale Gesundheitsberichterstattung hat, wurde auf eine methodisch gesicherte Durchführung großer Wert gelegt. Dies beinhaltete auch einen Pretest des Fragebogens sowie eine Zufallsstichprobe.

2.1 Grundgesamtheit und Stichprobe

Die theoretische Grundgesamtheit der Stichprobe umfasst alle Personen über 18 Jahren, die im Landkreis Cochem-Zell in Privathaushalten leben. Die Datenerhebung mittels Telefoninterviews beschränkt die faktische Grundgesamtheit auf Personen in Haushalten mit Telefonanschluss. Aufgrund einer hohen Anschlussdichte ist diese Einschränkung der Grundgesamtheit aber vertretbar.

Insgesamt belief sich die Stichprobengröße auf 504 Personen. Die Stichprobe wurde vom Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen (ZUMA) in Mannheim mit Hilfe eines von Siegfried Gabler und Sabine Häder speziell für Telefoninterviews in der Bundesrepublik entwickelten Verfahrens gezogen.¹ Bei der telefonischen Kontaktaufnahme mittels der vom ZUMA bereitgestellten Telefonnummern, wurde als Zielperson für das jeweilige Interview das volljährige Haushaltsmitglied ermittelt, welches zuletzt Geburtstag hatte.

¹ Vgl. Gabler, S./Häder, S. (1998), S. 69ff.

2.2 Feldarbeit

Der Pretest, der von den Studierenden durchgeführt wurde, fand in der Zeit vom 24. November bis zum 15. Dezember 2003 statt. Für die Pretestinterviews wurden, entsprechend der Grundgesamtheit, erwachsene Personen aus dem Umfeld der Interviewer befragt, wobei auf eine heterogene Altersstruktur geachtet wurde.

Im Hauptfeld sollten die Studierenden jeweils 15 Interviews realisieren. Für die Interviewdauer waren 20 Minuten vorgesehen. Die Befragung fand im Zeitraum vom 19. Januar bis zum 23. März 2004 statt. Die Interviews wurden an Werktagen zwischen 16:00 und 20:00 Uhr und an Samstagen zwischen 10:00 und 18:00 Uhr durchgeführt. Um die Bevölkerung über die anstehende Befragung zu informieren, wurde diese in der „Rhein-Zeitung“ und den „Nachrichten der Kreisverwaltung“ angekündigt.

2.3 Struktur der Stichprobe

Wie bereits erwähnt, wurden insgesamt 504 Personen befragt. Trotz aller Bemühungen um eine zufällige Auswahl bestand die Stichprobe zu 59,5 % (300) aus weiblichen und zu 40,5 % (204) aus männlichen Personen. Eine Repräsentativität für die Grundgesamtheit ist folglich nicht gegeben. Die schiefe Verteilung liegt in der höheren Verweigerungsquote der Männer begründet. Außerdem haben in einigen Fällen die Frauen als Kontaktperson die Befragungsteilnahme für ihren Mann (Zielperson) abgelehnt. Das Durchschnittsalter der Befragten lag bei 46 Jahren, wobei der jüngste Befragte 18 und der älteste 102 Jahre alt war.

Es ist zu berücksichtigen, dass Surveys auch bei Stichproben, die hinsichtlich der demographischen Merkmale weitgehend unverzerrt sind, die Prävalenz von Krankheiten eher unterschätzen. Dies ist darauf zurückzuführen, dass im Allgemeinen die so genannte Anstaltsbevölkerung wie beispielsweise Krankenhauspatienten und Personen in Alten- und Pflegeheimen bei der Definition der Grundgesamtheit ausgeschlossen ist. Weiterhin führen gesundheitliche Probleme häufig zu einer Teilnahmeverweigerung.²

Die wichtigsten Strukturdaten der Stichprobe werden in den nachfolgenden Tabellen dargestellt. Es zeigt sich, dass beim Bildungsstatus altersspezifische Unterschiede bestehen. In den jüngeren Altersgruppen weisen mehr Befragte Fachhochschulreife, Abitur oder Mittlere Reife

² Vgl. Jacob, R./Michels, H. (2001), S. 6.

auf, während bei den über 60-Jährigen mit 67 % der Hauptschulabschluss dominiert. Aufgrund der niedrigen Fallzahl sind vom Alter unabhängige Bildungseffekte kaum nachweisbar, da die dazu notwendige Gruppengröße von älteren Personen mit Mittlerer Reife oder Abitur nicht erreicht werden konnte.

Die Strukturdaten unterscheiden sich damit nicht von den Resultaten anderer Befragungen. Alterseffekte sind keine regionale Besonderheit, sondern bundesweit beobachtbar. Der Datensatz entspricht mit Ausnahme der Überrepräsentanz der Frauen durchaus den Erwartungen. Eine nicht verzerrte Stichprobe und eine größere Fallzahl wären selbstverständlich wünschenswert.³

Die Ergebnisse der Befragung in Cochem-Zell werden, soweit möglich und sinnvoll, mit denen des regionalen Gesundheitssurveys für die Stadt Trier und den Landkreis Trier-Saarburg aus dem Jahr 2001 und den Daten des Bundes-Gesundheitsberichtes aus dem Jahr 1998 verglichen.⁴

Tabelle 2-1: Geschlecht (Angaben in Prozent)

Geschlecht	Cochem-Zell	Trier
Frauen	59,5	60,2
Männer	40,5	39,8
N	504	507

Tabelle 2-2: Alter (Angaben in Prozent)

Alter	Cochem-Zell	Trier
18 bis unter 30	16,7	19,1
30 bis unter 40	22,1	24,3
40 bis unter 50	23,1	20,5
50 bis unter 60	15,1	12,5
60 oder älter	23,1	23,5
N	503	502

³ Die leicht unterschiedlichen Fallzahlen in den folgenden Tabellen sind auf Antwortverweigerungen bei einigen Fragen zurückzuführen.

⁴ Die Vergleichswerte aus dem Trierer Survey werden aufgrund der gleichen Berichtsstruktur im weiteren Verlauf dieser Arbeit nicht mehr gesondert durch eine Fußnote kenntlich gemacht.

Tabelle 2-3: Bildungsstatus (Angaben in Prozent)

Bildungsstatus	Cochem-Zell	Trier
Kein Abschluss oder Hauptschulabschluss	38,3	38,4
Mittlere Reife	37,5	26,1
Fachhochschulreife oder Abitur	24,2	35,5
N	491	490

Tabelle 2-4: Krankenkasse (Angaben in Prozent)

Krankenkasse	Cochem-Zell	Trier
AOK	28,6	23,4
Ersatzkasse	55,8	67,7
Private Krankenversicherung	15,5	9,0
N	489	501

Tabelle 2-5: Familienstand (Angaben in Prozent)

Familienstand	Cochem-Zell	Trier
Verheiratet	58,6	52,2
Getrennt lebend	2,6	1,4
Geschieden	6,0	6,9
Verwitwet	8,6	7,9
Ledig	24,3	31,6
N	502	506

Tabelle 2-6: Unverheiratet zusammen lebende Paare (Angaben in Prozent)

Partner	Cochem-Zell	Trier
Ja	37,2	24,1
Nein	62,8	75,9
N	239	241

Tabelle 2-7: Bildungsstatus nach Altersklassen in Cochem-Zell (Angaben in Prozent)

Bildungsstatus	18 b. u. 30	30 b. u. 40	40 b. u. 50	50 b. u. 60	60 oder älter
Kein Abschluss oder Hauptschulabschluss	16,0	22,5	33,6	50,0	67,0
Mittlere Reife	59,3	44,1	41,6	24,3	19,6
Fachhochschulreife oder Abitur	24,7	33,3	24,8	25,7	13,4

N = 491, Sig. = .000, Gamma = -.356

Tabelle 2-8: Bildungsstatus nach Altersklassen in Trier (Angaben in Prozent)

Bildungsstatus	18 b. u. 30	30 b. u. 40	40 b. u. 50	50 b. u. 60	60 oder älter
Kein Abschluss oder Hauptschulabschluss	13,7	18,5	42,9	47,5	70,4
Mittlere Reife	20,0	38,7	28,6	28,8	14,8
Fachhochschulreife oder Abitur	66,3	42,9	28,6	23,7	14,8

N = 486, Sig. = .000, Gamma = -.525

Tabelle 2-9: Berufliche Position (Angaben in Prozent)

Berufliche Position	Cochem-Zell	Trier
Arbeiter	13,8	19,7
Angestellter	53,1	54,2
Beamter	10,8	14,4
Freiberufler	2,2	2,6
Landwirt	3,0	1,8
Selbständiger	10,6	9,1
Hausfrau/Hausmann	6,3	k. A.
N	463	340

3 Morbidität

Das Robert Koch-Institut definiert Morbidität als „bevölkerungsbezogene Betrachtung des Auftretens und der Veränderung von Gesundheitsproblemen“.¹ Im Folgenden wird auf einige dieser häufig auftretenden Probleme eingegangen. Hierzu zählen unter anderem Übergewicht, Schmerzen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie Krankheiten der Atemwege.

3.1 Schlafdauer

Die durchschnittliche Schlafdauer pro Nacht ist ein Indikator für den allgemeinen Gesundheitszustand. Es wird davon ausgegangen, dass für Menschen mittleren Alters eine durchschnittliche Schlafdauer von sieben bis acht Stunden pro Nacht angemessen ist. Über 60-Jährige benötigen in etwa sechs Stunden Schlaf. Allerdings ist das Schlafbedürfnis individuell verschieden und wird von weiteren physischen sowie psychischen Faktoren beeinflusst. Es wird als gesundheitlich bedenklich angesehen, wenn Erwachsene längerfristig weniger als fünf Stunden schlafen.² Die Ergebnisse der Befragung zeigen, dass 7,8 % der Interviewten durchschnittlich nur drei bis unter fünf Stunden schlafen (Frage 66). Dieser Prozentsatz variiert altersabhängig und liegt in der Gruppe der 50- bis unter 60-Jährigen bei 13,3 %.

Tabelle 3-1: Schlafdauer pro Nacht (Angaben in Prozent)

Schlafdauer	Cochem-Zell	Trier
3 b. u. 5 Stunden	7,8	6,9
5 b. u. 7 Stunden	45,2	40,7
7 bis 8 Stunden	36,6	42,7
Mehr als 8 Stunden	10,4	9,7
N	500	506

3.2 Übergewicht

„Übergewicht und besonders starkes Übergewicht (Adipositas) sind Schlüsselprobleme der Zivilisationskrankheiten in westlichen Industrienationen. Übergewicht und Adipositas begünstigen die Entwicklung von Hyperinsulinismus und Typ-II-Diabetes, von Bluthochdruck, Hyperlipoproteinämie, kardio- und zerebrovaskulären Erkrankungen, Arthrose und anderen de-

¹ Robert Koch-Institut (2002b).

² Vgl. Jacob, R./Michels, H. (2001), S. 25.

generativen Krankheiten. Adipositas verkürzt die Lebenserwartung, beeinträchtigt die Lebensqualität und kann damit und mit ihren Folgekrankheiten einem langen und erfüllten Leben im Weg stehen.“³

Zur Bestimmung von Übergewicht wird der so genannte Body-Mass-Index (BMI) als Maß für Körperfülle verwendet. Der BMI errechnet sich, indem das Körpergewicht (in Kilogramm) durch das Quadrat der Körpergröße (in Meter) dividiert wird.⁴ Dabei werden folgende Bereiche unterschieden:

Tabelle 3-2: Klassifizierung des Body-Mass-Index

BMI	Bezeichnung
Unter 20	Untergewicht
20 b. u. 25	Normalgewicht
25 b. u. 30	Übergewicht
30 oder mehr	Adipositas

Quelle: Jacob, R./Michels, H. (2001), S. 26.

Die Ergebnisse des Mikrozensus 1999 und des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 zeigen, dass Übergewicht in der bundesdeutschen erwachsenen Bevölkerung stark verbreitet ist. Nur etwa ein Drittel der Männer ist als normalgewichtig zu klassifizieren, bei den Frauen ist es etwas weniger als die Hälfte. Über 50 % der Bevölkerung sind mindestens übergewichtig, ungefähr 20 % sind als adipös zu bezeichnen.⁵

Die Befragung in Cochem-Zell ergab, dass insgesamt 46,2 % der Zielpersonen übergewichtig sind. 33,9 % weisen BMI-Werte zwischen 25 und 30 auf, weitere 12,3 % Werte über 30. Die Ergebnisse des Landkreises fallen somit besser aus als die der bundesweiten Befragung und ähnlich wie die der Region Trier. Hier sind 38,6 % der Bevölkerung übergewichtig und 11 % adipös.

Genau wie in der bundesweiten Erhebung,⁶ hat das Geschlecht auch im Landkreis einen signifikanten Einfluss. Erheblich mehr Männer als Frauen sind übergewichtig.⁷

³ Bergmann, K. E./Mensink, G. B. M. (1999), S. 118. (Hyperlipoproteinämie = Fettstoffwechselstörung).

⁴ Vgl. World Health Organization (1997), S. 1.

⁵ Vgl. Bergmann, K. E./Mensink, G. B. M. (1999), S. 118.

⁶ Vgl. Benecke, A./Vogel, H. (2004), S. 9.

⁷ Da Männer, deren Neigung zu Übergewicht ausgeprägter als bei Frauen ist, in der Stichprobe unterrepräsentiert sind, dürfte mit den vorliegenden Zahlen die Gesamtprävalenz von Übergewicht und Adipositas eher unterschätzt werden.

Tabelle 3-3: BMI-Werte nach Geschlecht (Angaben in Prozent)

BMI-Wertebereich	Frauen	Männer
Unter 20 (Untergewicht)	14,6	3,5
20 b. u. 25 (Normalgewicht)	45,7	41,3
25 b. u. 30 (Übergewicht)	28,2	41,8
30 oder mehr (Adipositas)	11,4	13,4

N = 481, Sig. = .000, Cramer's V = .213

Betrachtet man die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas in den einzelnen Altersgruppen, so zeigt sich, dass die Zahl der Betroffenen sowohl in Cochem-Zell als auch in Trier und im gesamten Bundesgebiet⁸ mit zunehmendem Alter ansteigt.

Tabelle 3-4: BMI-Werte nach Altersklassen (Angaben in Prozent)

BMI-Wertebereich	18 b. u. 30	30 b. u. 40	40 b. u. 50	50 b. u. 60	60 oder älter
Unter 20 (Untergewicht)	24,7	10,3	9,9	2,7	3,7
20 b. u. 25 (Normalgewicht)	60,5	60,7	35,1	36,5	28,7
25 b. u. 30 (Übergewicht)	9,9	24,3	42,3	45,9	44,4
30 oder mehr (Adipositas)	4,9	4,7	12,6	14,9	23,1

N = 481, Sig. = .000, Gamma = .454

Auch der Bildungsabschluss hat Einfluss auf die BMI-Werte. Verwendet man den Bildungsstatus als Indikator für Schichtzugehörigkeit, so zeigt sich, dass der Anteil übergewichtiger bzw. adipöser Personen in der Unterschicht am höchsten ist. Auch dies gilt für alle drei Gesundheitssurveys.⁹

Tabelle 3-5: BMI-Werte nach formalem Schulabschluss (Angaben in Prozent)

BMI-Wertebereich	Kein Abschluss oder Hauptschulabschluss	Mittlere Reife	Fachhochschulreife oder Abitur
Unter 20 (Untergewicht)	6,2	13,1	9,2
20 b. u. 25 (Normalgewicht)	31,1	49,7	55,5
25 b. u. 30 (Übergewicht)	43,5	26,9	31,1
30 oder mehr (Adipositas)	19,2	10,3	4,2

N = 471, Sig. = .000, Gamma = -.311

⁸ Vgl. Thefeld, W. (2000), S. 418.

⁹ Zu den bundesweiten Zahlen vgl. Knopf, H. et al. (1999), S. 171.

Der Schulabschluss korreliert zwar mit dem Alter – der Großteil der älteren Befragten hat einen Hauptschulabschluss, bei den jüngeren Teilnehmern überwiegt die Mittlere Reife – dennoch ist der in Tabelle 3-5 dargestellte Zusammenhang kein versteckter Alterseffekt. In nahezu allen Altersklassen ist der Anteil übergewichtiger Personen in der niedrigsten Bildungs-kategorie am höchsten, wobei die Differenzen bei den Jüngeren besonders groß sind.

Tabelle 3-6: Anteile übergewichtiger Personen nach Alter und Bildungsstatus (Angaben in Prozent)

	Kein Abschluss oder Hauptschulabschluss	Mittlere Reife	Fachhochschulreife oder Abitur
18 b. u. 30	41,7	10,9	10,0
30 b. u. 40	54,2	23,9	18,9
40 b. u. 50	59,5	55,8	50,0
50 b. u. 60	69,4	55,6	47,4
60 oder älter	67,6	68,2	66,7

Bei der Frage, wie die Einwohner des Landkreises ihr Gewicht einschätzen, ergab sich, dass 51 % der Befragten ihr Gewicht als gerade richtig, 43 % als eher zu hoch und 6 % als eher zu niedrig ansehen (Frage 24). 25,2 % der Übergewichtigen und 3,4 % der adipösen Personen beurteilen ihr Gewicht als gerade richtig.

Tabelle 3-7: Gewichtseinschätzung nach BMI-Klassen (Angaben in Prozent)

Einschätzung	Untergewicht	Normalgewicht	Übergewicht	Adipositas
Eher zu hoch	2,1	10,9	74,8	96,6
Gerade richtig	61,7	83,4	25,2	3,4
Eher zu niedrig	36,2	5,7	0,0	0,0

N = 480, Sig. = .000, Gamma = -.929

3.3 Schmerzen und Beschwerden

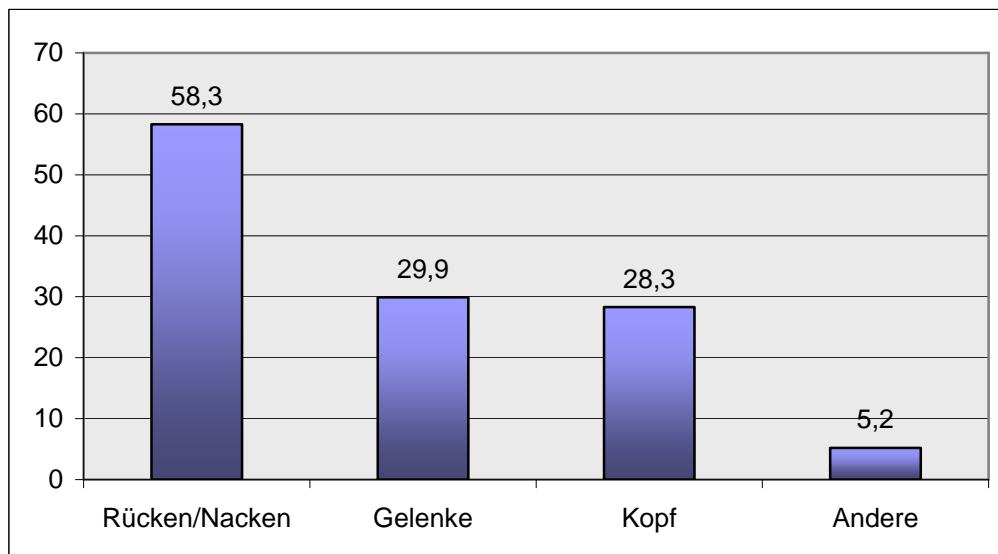
„Schmerzen und Beschwerden fügen sich nur schwer in medizinische Krankheitsklassifikationen, weil sie als häufig unspezifische Symptome Indikatoren für recht unterschiedliche Krankheitsbilder sein können. [...] Für das subjektive Befinden, die körperliche Leistungsfähigkeit und die allgemeine individuelle Lebensqualität sind Beschwerden und insbesondere Schmerzen gleichwohl von großer Bedeutung. Zudem dürften sie in hohem Maße die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und die Selbstmedikation steuern.“¹⁰

¹⁰ Jacob, R./Michels, H. (2001), S. 29.

Die Resultate des Bundes-Gesundheitssurveys zeigen, dass Schmerzen eine weit verbreitete Gesundheitsstörung sind: Nur 9 % der befragten Bundesbürger gaben an, im vorangegangenen Jahr keine Schmerzen gehabt zu haben. Rückenschmerzen stehen bei Frauen wie Männern an erster Stelle. 39,4 % der Frauen und 31,4 % der Männer waren in den letzten sieben Tagen vor der Befragung davon betroffen. Am zweithäufigsten treten Kopfschmerzen auf. 36,2 % der Frauen, aber nur 21,5 % der Männer gaben an, in der Woche vor der Befragung unter Kopfschmerzen gelitten zu haben. Insgesamt ist für Gesamtdeutschland feststellbar, dass über alle Schmerzlokalisationen und Altersgruppen hinweg Frauen durchgängig die größere Prävalenz von Schmerzen aufweisen.¹¹

In Frage 39 des regionalen Gesundheitssurveys wurden die Zielpersonen nach dem Auftreten bestimmter Schmerzen gefragt („Haben Sie öfter folgende Schmerzen?“). Lediglich 27,8 % verneinten diese Frage für jede der angegebenen Schmerzkategorien. Es ergibt sich folgende Verteilung:

Abbildung 3-1: Schmerzlokalisationen (Angaben in Prozent)



Wie auch auf Bundesebene und in Trier leiden in Cochem-Zell mehr Frauen (78,9 %) als Männer (62,4 %) allgemein an Schmerzen. Die Differenzen bei den Kopfschmerzen fallen im Landkreis noch deutlicher aus als in der bundesweiten Befragung: In der Region sind 36,1 % der Frauen, aber nur 16,8 % der Männer betroffen; bundesweit hingegen leiden 36,2 % der

¹¹ Vgl. Bellach, B.-M. et al. (2000), S. 426f.

Frauen und 21,5 % der Männer an Kopfschmerzen.¹² In Trier gaben sogar 44,9 % der Frauen und 27,2 % der Männer an, des Öfteren Kopfschmerzen zu haben. Als mögliche Ursache für diesen Effekt werden physische Faktoren wie das unterschiedliche Hormonsystem und psychische Einflüsse wie eine geschlechtsspezifische Sozialisation, die bei Männern eher zur Verdrängung von Schmerzen führt, gehandelt.¹³ Darüber hinaus haben Frauen ein anderes Körperbewusstsein und achten stärker auf Krankheitssymptome und sonstige Veränderungen des Körpers als Männer.

Tabelle 3-8: Schmerzen nach Geschlecht (Angaben in Prozent)

Schmerzen	Frauen	Männer	Sig.	Cram. V.
Kopf (n = 501)	36,1	16,8	.000	.210
Rücken/Nacken (n = 501)	63,4	50,7	.005	.126
Gelenke (n = 502)	31,4	27,6	.355	.041

Bei allen Schmerzlokalisationen, mit Ausnahme des Kopfes, nimmt die Häufigkeit der Nennungen mit steigendem Alter tendenziell zu. Das vermehrte Auftreten von Kopfschmerzen in den jüngeren Altersgruppen könnte – wie dies auch bei Stress der Fall ist – eine Modeerscheinung sein.

Die Ursachen für Rückenleiden sind sehr vielfältig. Hauptverantwortlich für die Zunahme dieser Beschwerden sind Bewegungsmangel sowie einseitige körperliche Fehlbelastungen. Weitere Faktoren sind insbesondere Übergewicht, organische Veränderungen, psychische Belastungen und angeborene Fehlstellungen der Wirbelsäule oder Abnutzungserscheinungen.¹⁴

Der Anteil an Personen mit Gelenkschmerzen wächst in der höchsten Altersklasse auf 53,9 % an. Hauptgrund dafür sind vermutlich degenerative Verschleißerscheinungen, die erst mit zunehmendem Alter stärkere Beschwerden verursachen.

¹² Vgl. Diemer, W./Burchert, H. (2004), S. 6. Die bundesweiten Zahlen beziehen sich auf das Auftreten von Kopfschmerzen in den letzten sieben Tagen vor der Befragung.

¹³ Vgl. Jacob, R./Michels, H. (2001), S. 31.

¹⁴ Vgl. Sozialministerium (2004).

Tabelle 3-9: Schmerzlokalisationen nach Altersklassen (Angaben in Prozent)

Schmerzlokalisationen	18 b. u. 30	30 b. u. 40	40 b. u. 50	50 b. u. 60	60 oder älter	Sig.	Cram. V.
Kopf (n = 500)	29,8	34,2	32,8	23,0	20,9	.121	.121
Rücken/Nacken (n = 500)	42,9	58,6	60,9	58,7	67,0	.017	.156
Gelenke (n = 501)	13,1	12,6	29,3	38,7	53,9	.000	.350

3.4 Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Bundesweit – wie auch in der Region Cochem-Zell und Trier – stellen Herz-Kreislauf-Erkrankungen die häufigste Todesursache dar.¹⁵ Zu diesen Erkrankungen gehören alle Arten von Herzkrankheiten, Hypertonie, Krankheiten der Arterien und der Venen, Krankheiten des Lungenkreislaufs sowie Krankheiten des zerebrovaskulären Systems.¹⁶ Dabei sind in der Region Cochem-Zell ischämische Krankheiten (168,4 Fälle auf 100.000 Einwohner) am weitesten verbreitet, gefolgt von Erkrankungen des zerebrovaskulären Systems (98,6 Fälle auf 100.000 Einwohner).¹⁷ Nachstehende Übersicht gibt Auskunft über die Verteilung bestimmter Herz-Kreislauf-Erkrankungen, welche in Frage 25 erhoben wurden. Für die Prävalenz dieser Krankheiten spielt das Alter eine große Rolle. Der größte Prozentsatz betroffener Personen tritt jeweils in der höchsten Altersklasse auf. Das Geschlecht hat nicht immer einen signifikanten Einfluss (dies könnte allerdings auch aus der Unterrepräsentanz der Männer resultieren).

Tabelle 3-10: Prävalenz ausgewählter Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems (Angaben in Prozent)

Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems	Cochem-Zell	Trier
Krampfadern (n = 502)	19,9	23,1
Bluthochdruck (n = 503)	17,7	17,4
Arterielle Durchblutungsstörungen der Beine (n = 503)	11,3	15,8
Durchblutungsstörungen des Herzens, Angina Pectoris (n = 502)	6,8	7,3
Folgen eines Herzinfarktes (n = 503)	2,8	3,2
Folgen eines Schlaganfalls (n = 503)	1,4	2,8

Die Anzahl der Interviewten bezieht sich auf die Befragung in Cochem-Zell.

13,1 % aller Befragten in Cochem-Zell waren wegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen im letzten Jahr in ambulanter Behandlung, in Trier hingegen waren es nur 6,3 %.

¹⁵ Vgl. Thefeld, W. (2000), S. 415.

¹⁶ Vgl. Jacob, R./Michels, H. (2001), S. 32.

¹⁷ Vgl. Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz (2004a), S. 17.

3.5 Bluthochdruck

Von einem erhöhten Blutdruck spricht man, wenn der systolische Blutdruck 140 mmHg oder mehr und/oder der diastolische Blutdruck 90 mmHg oder mehr beträgt.¹⁸ Nach dieser Definition leiden bundesweit 47,5 % der Männer und 38,9 % der Frauen unter erhöhtem Blutdruck.¹⁹ Inzwischen wird nach Auswertung zahlreicher epidemiologischer Studien von noch niedrigeren Normwerten ausgegangen: Ein systolischer Wert ab 130 und/oder ein diastolischer Wert ab 85 wird als Bluthochdruck bezeichnet.²⁰

In Cochem-Zell haben nach eigenen Angaben 17,2 % der Männer (Trier: 19,8 %) und 18,1 % der Frauen (Trier: 15,8 %) Bluthochdruck. Es gibt zwei mögliche Ursachen für die Differenzen zwischen den regionalen Befragungen und dem Bundes-Gesundheitssurvey: In der bundesweiten Erhebung wurde der Blutdruck der Probanden von Ärzten nach einer einheitlichen Festlegung gemessen, so dass hier auch alle Personen berücksichtigt werden konnten, die bis zum Zeitpunkt der Untersuchung nicht wussten, dass ihr Blutdruck erhöht ist. In den regionalen Gesundheitssurveys hingegen wurden nur Personen erfasst, die über ihren Blutdruck informiert waren. Des Weiteren ist zu beachten, dass bei den regionalen Befragungen keine Definition von Hypertonie vorgegeben wurde. Unterschiedliche Vorstellungen von Bluthochdruck könnten demnach ebenfalls eine Rolle spielen.²¹ Es ist folglich davon auszugehen, dass der tatsächliche Anteil der Hypertoniker in Cochem-Zell sowie Trier deutlich größer ist. Aus den Ergebnissen der Trierer Befragung ist bekannt, dass 80,5 % der Befragten wegen Bluthochdruck einen Arzt aufsuchen würden.

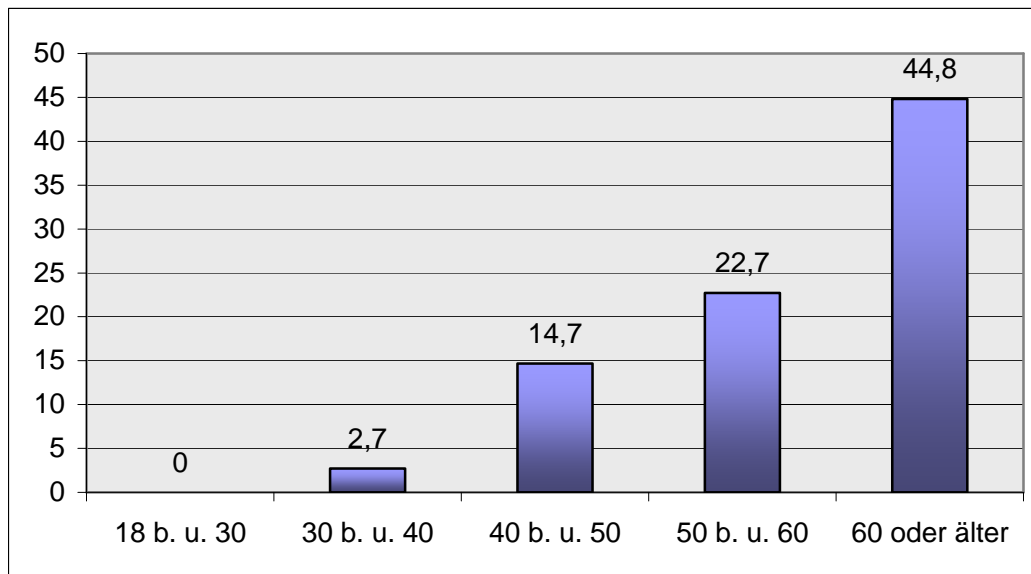
Die Befragung in Cochem-Zell weist trotz der dargestellten Problematik erwartbare Resultate auf: Das Auftreten von Bluthochdruck steigt mit zunehmendem Alter an. Während keiner der Befragten zwischen 18 und 30 an Hypertonie leidet, sind es bei den über 60-Jährigen 44,8 %.

¹⁸ Vgl. Thamm, M. (1999), S. 90.

¹⁹ Vgl. Thefeld, W. (2000), S. 418.

²⁰ Vgl. Krönig, B. (2000), S. 63.

²¹ Vgl. Jacob, R./Michels, H. (2001), S. 32.

Abbildung 3-2: Hypertoniker nach Altersklassen (Angaben in Prozent)

N = 502, Sig. = .000, Cramer's V = .437

Besorgniserregend ist, dass nur 70,8 % (Trier: 67 %) der Hypertoniker in den letzten zwölf Monaten in ambulanter Behandlung waren (Frage 27) und auch nur 84,1 % (Trier: 68,2 %) häufig blutdrucksenkende Mittel einnehmen (Frage 40). 4,5 % der Hypertoniker nehmen solche Medikamente selten und 11,4 % nie ein.

Wie auch die Ergebnisse des Bundes-Gesundheitssurveys gezeigt haben, korreliert Bluthochdruck mit Übergewicht, einem weiteren Risikofaktor für ischämische Krankheiten und Erkrankungen des zerebrovaskulären Systems.²² 46,2 % (Trier: 39,2 %) der Befragungsteilnehmer sind übergewichtig. Davon leiden 29,7 % (Trier: 28,7 %) nach eigenen Angaben unter Bluthochdruck, bei den normalgewichtigen Personen sind dies hingegen nur 6,6 % (Trier: 10,2 %).

3.6 Durchblutungsstörungen des Herzens und Angina Pectoris

6,8 % (Trier: 7,3 %) der Interviewten sind von Durchblutungsstörungen des Herzens bzw. Angina Pectoris betroffen. Während die Prävalenz mit höherem Alter zunimmt, hat das Geschlecht keinen signifikanten Einfluss.

²² Vgl. Thamm, M. (1999), S. 90.

Tabelle 3-11: Durchblutungsstörungen des Herzens und Angina Pectoris nach Altersklassen (Angaben in Prozent)

	18 b. u. 30	30 b. u. 40	40 b. u. 50	50 b. u. 60	60 oder älter
Durchblutungsstörungen	0,0	0,9	0,9	5,4	24,1

N = 501, Sig. = .000, Cramer's V = .384

73,5 % (Trier: 65 %) der Zielpersonen mit dieser Symptomatik sind in den letzten zwölf Monaten in ärztlicher Behandlung gewesen. 65,6 % davon nehmen häufig, 12,5 % gelegentlich und 21,9 % nie Herzmittel ein.

3.7 Folgen von Herzinfarkt oder Schlaganfall

Die für die Region ermittelten Fälle von Herzinfarkt liegen leicht über den Zahlen für Gesamtdeutschland: Bundesweit hatten bereits 2,5 % der 18- bis unter 80-jährigen Wohnbevölkerung einen Herzinfarkt.²³ In Cochem-Zell waren es 2,8 % (Trier: 3,2 %) der Surveyeteilnehmer, die bereits einen Herzinfarkt erlitten haben. An den Folgen eines Schlaganfalls leiden in Deutschland 1,6 %, ²⁴ im Landkreis liegt der Wert mit 1,4 % nur geringfügig niedriger. In Trier hatten hingegen 2,8 % der Befragten bereits einen Schlaganfall.

64,3 % der von einem Herzinfarkt und 71,4 % der von einem Schlaganfall betroffenen Einwohner des Landkreises Cochem-Zell sind in den zwölf Monaten vor der Befragung in ambulanter ärztlicher Behandlung gewesen. Zwar sind mehr Männer als Frauen von Herzinfarkten (4,4 % versus 1,7 %) und Schlaganfällen betroffen (2,0 % versus 1,0 %), diese Differenzen sind aber nicht signifikant. Bei Schlaganfällen könnte dies auch auf die niedrigen Fallzahlen zurückzuführen sein. Es ist daher nicht auszuschließen, dass hier ein geschlechtsspezifischer Zusammenhang besteht.²⁵ Anzumerken ist, dass bei Männern ein Herzinfarkt oder Schlaganfall zur Nichtbeteiligung an der Befragung geführt haben könnte.

3.8 Krampfadern und arterielle Durchblutungsstörungen der Beine

Das Auftreten von Krampfadern bzw. arteriellen Durchblutungsstörungen der Beine ist geschlechtsabhängig: 14 % der Frauen und 7,4 % der Männer (Trier: 20,4 % bzw. 9 %) leiden

²³ Vgl. Wiesner, G. et al. (1999a), S. 74.

²⁴ Vgl. Wiesner, G. et al. (1999b), S. 81.

²⁵ Methodisch ist hierbei anzumerken, dass mit Fishers exaktem Test gearbeitet wurde, wenn mindestens 20 % der Zellen eine erwartete Häufigkeit kleiner als fünf aufwiesen.

nach eigenen Angaben unter arteriellen Durchblutungsstörungen der Beine, 25,2 % der befragten Frauen und 12,3 % der Männer (Trier: 30,6 % bzw. 11,9 %) unter Krampfadern.

Von der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit, die sich in Form von Durchblutungsstörungen an Armen und Beinen darstellt, sind laut dem Bundes-Gesundheitssurvey ungefähr 3,3 Millionen Menschen betroffen, davon 60 % Männer.²⁶ Auffällig ist die Diskrepanz zu den Werten des Landkreises, in dem 73,7 % (Trier: 77,5 %) der betroffenen Personen Frauen sind. Es ist unwahrscheinlich, dass die Situation in Cochem-Zell und Trier dem Bundestrend entgegengesetzt ist, besonders da einer der Hauptrisikofaktoren, nämlich das Rauchen, bei Männern und Frauen annähernd gleich häufig auftritt (29,9 % versus 25,1 %). Außerdem ist der Diabetikeranteil bei den Männern geringfügig höher als bei den Frauen (6,4 % versus 4,7 %). Ursächlich für die genannte Diskrepanz ist die unterschiedliche Erhebungsform der Surveys. Während beim Bundes-Gesundheitssurvey auch medizinische Untersuchungen in die Ergebnisse einfließen, wurden in den regionalen Berichten nur subjektive Angaben der Zielpersonen berücksichtigt. Es ist zu vermuten, dass Frauen ein anderes Körperbewusstsein haben und stärker auf Krankheitssymptome und sonstige Veränderungen des Körpers reagieren als Männer. Die Werte weisen darauf hin, „dass die Morbidität bei Herzinfarkt oder Apoplex bei Männern deshalb ausgeprägter ist, weil diese auf krankheitsbegünstigende Vorerkrankungen und Risikofaktoren wie Bluthochdruck oder Arteriosklerose weniger stark achten, wobei diese Haltung sicherlich dadurch begünstigt wird, dass beide Krankheitsbilder – insbesondere bei mäßig hohem Blutdruck und beginnender Arteriosklerose – im Regelfall nicht mit Schmerzen oder massiven und dauerhaften Beschwerden verbunden sind. Insbesondere Männer stellen damit eine wichtige Zielgruppe für eine möglichst frühzeitige Sekundärprävention dar.“²⁷

3.9 Krebs

Zwölf Befragte leiden an Krebs. Hiervon sind sieben in den letzten zwölf Monaten vor der Erhebung ambulant oder stationär wegen dieser Krankheit behandelt worden (Fragen 27 und 30). Zytostatika werden von einem Betroffenen häufig und von zehn an Krebs Erkrankten nie eingenommen (Frage 40).

²⁶ Vgl. Statistisches Bundesamt (1998), S. 170.

²⁷ Jacob, R./Michels, H. (2001), S. 36.

Bei 59,6 % (Trier: 56,3 %) aller Befragten ist oder war in der Familie oder engeren Verwandtschaft mindestens eine Person an Krebs erkrankt (Frage 26). Wegen der unterschiedlichen Interpretationsmöglichkeiten des Begriffs „Familie“ kann daraus zwar keine valide Häufigkeit ermittelt werden, die Zahl verdeutlicht aber, dass Krebs ein verbreitetes Gesundheitsproblem darstellt, mit dem mehr als die Hälfte der Zielpersonen bereits persönlich konfrontiert wurde. Dabei ist das Auftreten von Krebserkrankungen in der Familie unabhängig vom Alter, Geschlecht oder Bildungsstatus der Interviewten. Im nachfolgenden Kapitel wird nochmals auf Krebserkrankungen in der Familie als Faktor für das persönliche Krebsrisiko eingegangen.

3.10 Atemwegserkrankungen

8,2 % der Bevölkerung in Cochem-Zell sind von einer chronischen Bronchitis betroffen. Ebenfalls 8,2 % waren in den letzten zwölf Monaten an einer durch Impfung vermeidbaren Virusgrippe (Influenza) erkrankt. Bei der Frage nach der Grippeprävalenz (Frage 35) wurde darauf geachtet, diese von anderen viral verursachten Erkältungskrankheiten abzugrenzen, indem die ärztliche Diagnose betont und darauf hingewiesen wurde, dass nur die echte Virusgrippe gemeint sei.

Tabelle 3-12: Prävalenz ausgewählter Atemwegserkrankungen und Behandlungszahlen (Angaben in Prozent)

Atemwegserkrankungen	Cochem-Zell	Trier
Asthma (n = 502)	6,2	2,6
Chronische Bronchitis (n = 503)	8,2	8,1
Influenza in den letzten zwölf Monaten (n = 502)	8,2	9,9
Ambulante Behandlung wegen Atemwegserkrankungen in den letzten zwölf Monaten (n = 504)	11,3	16,8

Die Anzahl der Interviewten bezieht sich auf die Befragung in Cochem-Zell.

Asthma, Bronchitis und Influenza treten unabhängig vom Geschlecht der Interviewten auf. Personen ab 50 Jahren weisen verstärkt Bronchitis auf, von asthmatischen Erkrankungen sind insbesondere über 60-Jährige betroffen. Influenza tritt mit zunehmendem Alter seltener auf. Dies dürfte darauf zurückzuführen sein, dass ältere Menschen Gripeschutzimpfungen vermehrt in Anspruch nehmen. Nur 17,9 % der unter 30-Jährigen, aber 48,7 % der über 60-Jährigen sind gegen Grippe geimpft.

Tabelle 3-13: Prävalenz ausgewählter Atemwegserkrankungen nach Altersklassen (Angaben in Prozent)

Erkrankung	18 b. u. 30	30 b. u. 40	40 b. u. 50	50 b. u. 60	60 oder älter	Sig.	Cram. V.
Bronchitis (n = 502)	4,8	5,4	3,4	8,0	17,2	.001	.195
Influenza (n = 501)	11,9	12,6	7,8	6,8	2,6	.007	.144
Asthma (n = 501)	4,8	5,4	4,3	4,1	11,2	.151	.116

Arztbesuche wegen Atemwegserkrankungen erfolgen unabhängig vom Geschlecht und Alter der Patienten. Nicht jede Erkältungskrankheit erfordert die Konsultation eines Arztes. Es sollte jedoch berücksichtigt werden, dass eine Influenza besonders bei älteren Menschen leicht einen lebensbedrohlichen Verlauf nehmen kann. Als Hauptrisikogruppe für Pneumokokken-Infektionen müssen ältere Patienten relativ häufig stationär behandelt werden.²⁸

Es fällt auf, dass 14,6 % (Trier: 17,1 %) der Interviewten mit chronischer Bronchitis auch eine Influenza hatten, während dies bei den übrigen Befragten nur 7,6 % (Trier: 9,2 %) waren. Auch wenn die Differenz aufgrund der kleinen Fallzahlen nicht signifikant ist, sollte diese Entwicklung beobachtet werden. Die Daten unterstreichen die Wichtigkeit der Influenzaschutzimpfung für die Risikogruppe der Patienten mit chronischer Bronchitis.

3.11 Diabetes und Gicht

Die Krankheit Diabetes bleibt den Betroffenen oftmals verborgen bis sich die Symptome sehr deutlich äußern. Durch die moderne Lebens- und Ernährungsweise in den Industrieländern, die bei Einschränkung der sportlichen Aktivität zu einem deutlichen Anstieg der Übergewichtigen in der Bevölkerung führte, entwickelte sich Diabetes zur Volkskrankheit. Trotz verbesserter diagnostischer und therapeutischer Möglichkeiten bedeutet die Krankheit eine erhebliche Einschränkung der Lebensqualität. Außerdem ist die Lebenserwartung von Diabetikern geringer als die von Nichtbetroffenen.²⁹

Jeweils 5,4 % (Trier: 5,1 %) der befragten Personen leiden an Diabetes bzw. Gicht. Beide Krankheiten treten mit zunehmendem Alter tendenziell häufiger auf.

²⁸ Vgl. Jacob, R./Michels, H. (2001), S. 39.

²⁹ Vgl. Thefeld, W. (1999), S. 85.

Tabelle 3-14: Diabetes nach Altersklassen (Angaben in Prozent)

	18 b. u. 30	30 b. u. 40	40 b. u. 50	50 b. u. 60	60 oder älter
Diabetes	0,0	2,7	1,7	4,0	16,4

N = 501, Sig. = .000, Cramer's V = .272

Tabelle 3-15: Gicht nach Altersklassen (Angaben in Prozent)

	18 b. u. 30	30 b. u. 40	40 b. u. 50	50 b. u. 60	60 oder älter
Gicht	1,2	0,9	3,5	5,3	14,8

N = 500, Sig. = .000, Cramer's V = .236

Von Diabetes bzw. Gicht sind in der Region etwas weniger Frauen (4,7 % bzw. 4,4 %) als Männer (6,4 % bzw. 6,9 %) betroffen, wobei diese Unterschiede aber nicht signifikant sind. Bundesweit leiden 5,6 % der Frauen und 4,7 % der Männer an Diabetes.³⁰

3.12 Skeletterkrankungen

Wegen eines Rückenleidens (Hexenschuss, Probleme im Lendenwirbelbereich, Nackenschmerzen, Probleme im Halswirbelbereich oder Bandscheibenschaden), Rheuma oder Gelenkkrankheiten haben in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung 6,3 % (Trier: 11,6 %) der Teilnehmer einen Arzt aufgesucht. Insgesamt hatten 15,8 % der Interviewten bereits einen Bandscheibenvorfall, wobei mehr Männer (19,8 %) als Frauen (13,1 %) betroffen waren. Mit zunehmendem Alter steigt die Zahl der Bandscheibenvorfälle. Während bei den Selbständigen, Freiberuflern und Landwirten jeweils ca. 30 % betroffen waren, litten bei den Angestellten nur 12,6 %, bei den Beamten 16 % und bei den Arbeitern 18,8 % unter einem Bandscheibenvorfall.

Tabelle 3-16: Bandscheibenvorfall nach Altersklassen (Angaben in Prozent)

	18 b. u. 30	30 b. u. 40	40 b. u. 50	50 b. u. 60	60 oder älter
Bandscheibenvorfall	2,4	11,7	17,4	21,6	23,5

N = 499, Sig. = .000, Cramer's V = .201

3.13 Allergien

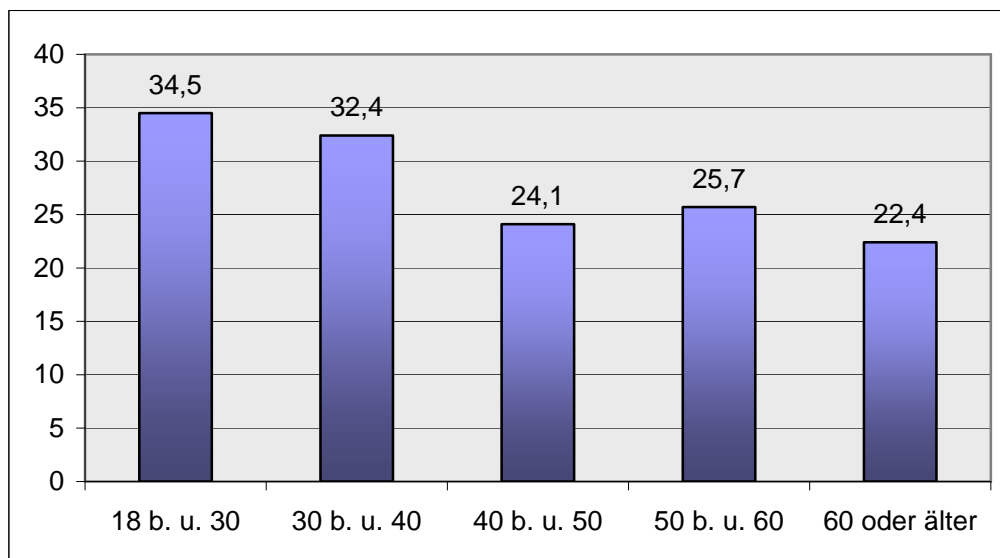
In der Region gibt es eine erhebliche – wenn auch unter dem Bundesdurchschnitt liegende – Prävalenz allergischer Erkrankungen (Frage 38). Dabei ist allerdings zu beachten, dass die Daten auf Bundesebene einem kombinierten Untersuchungs- und Befragungssurvey ent-

³⁰ Vgl. Thefeld, W. (1999), S. 85.

stammen, während in den Gesundheitsberichten für Cochem-Zell und Trier nur subjektive Angaben der Zielpersonen berücksichtigt wurden. 27,7 % (Trier: 31,4 %) der Befragten haben mindestens eine Allergie, bundesweit sind es 40 %.³¹

In der Bundesrepublik leiden erheblich mehr jüngere als ältere Personen an Allergien. Diese zählen mittlerweile zu den „Volkskrankheiten“, die einen Großteil der Bevölkerung betreffen.³² Auch in Cochem-Zell sind mehr jüngere als ältere Menschen betroffen, die Unterschiede fallen jedoch nicht so deutlich aus wie auf Bundesebene. Zwischen den Geschlechtern sind im Landkreis keine klaren Differenzen feststellbar: Frauen haben eine Prävalenz von 28,4 %, Männer von 26,6 %.

Abbildung 3-3: Allergiker nach Altersklassen (Angaben in Prozent)



N = 501, Sig. = .220, Cramer's V = .102

3.14 Psychiatrische Erkrankungen

Depressionen äußern sich durch Verstimmung, Traurigkeit und Niedergeschlagenheit. In Abhängigkeit von Dauer, Intensität und Häufigkeit des Auftretens handelt es sich um eine behandlungsbedürftige Erkrankung. Etwa 10 % der Bevölkerung leiden an einer Depression. Frauen erkranken mehr als doppelt so häufig daran wie Männer. Hierbei ist allerdings anzumerken, dass Frauen eher über ihre Ängste sprechen und als „depressiv“ bezeichnet werden als Männer, bei denen organische Ursachen als wahrscheinlicher angenommen werden.³³ In

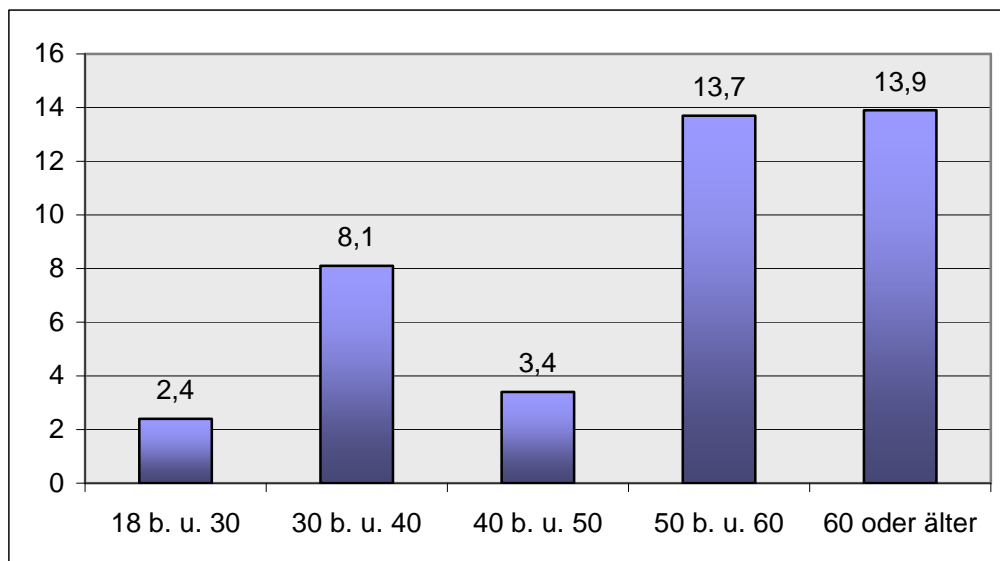
³¹ Vgl. Hermann-Kunz, E. (1999), S. 100.

³² Vgl. Hermann-Kunz, E. (1999), S. 102ff.

³³ Vgl. Statistisches Bundesamt (1998), S. 219f.

Cochem-Zell leiden 8,2 % (Trier: 10,7 %) der Befragten an Depressionen (Frage 36). Dem Bundestrend folgend sind Frauen erheblich stärker betroffen als Männer: 12,1 % der Frauen, aber nur 2,5 % der Männer sind depressiv erkrankt. Ältere Befragte weisen häufiger Depressionen auf als jüngere. Auffällig ist außerdem, dass bei Verwitweten der Prozentsatz Betroffener mit 23,8 % deutlich über dem Wert der Stichprobe insgesamt liegt. Auch Geschiedene (10 %) leiden häufiger als verheiratet und zusammen lebende Personen (7,8 %) an Depressionen.

Abbildung 3-4: Depressionen nach Altersklassen (Angaben in Prozent)

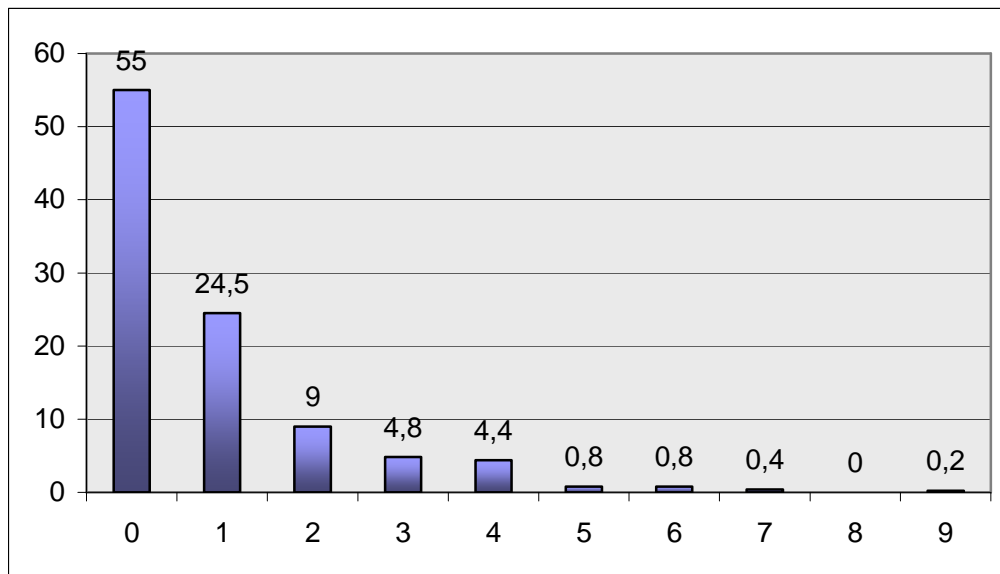


N = 499, Sig. = .009, Cramer's V = .141

3.15 Multimorbidität

Neben der Prävalenz einzelner Krankheiten ist auch die so genannte Multimorbidität, also das „synchrone Vorkommen mehrerer Krankheiten/gesundheitlicher Störungen“,³⁴ von Interesse. Ein Maß hierfür ist ein einfacher Summenindex, der darüber Auskunft gibt, von wie vielen Krankheiten oder Symptomen ein Patient betroffen ist. Zur Berechnung eines solchen Indexes wurden die Angaben aus Frage 25 verwendet, in der danach gefragt wurde, ob man unter Diabetes, chronischer Bronchitis, Bluthochdruck, Durchblutungsstörungen des Herzens, Folgen eines Herzinfarktes oder Schlaganfalls, Durchblutungsstörungen der Beine, Krampfadern, Rheuma und/oder Gicht leiden würde. 45 % (Trier: 44,2 %) der Interviewten weisen mindestens eine der abgefragten Krankheiten oder Symptome auf, insgesamt 6,6 % (Trier: 5 %) mindestens vier Formen dieser Gesundheitsbeeinträchtigungen.

³⁴ Robert Koch-Institut (2002a).

Abbildung 3-5: Multimorbidität: Krankheitsindex (Angaben in Prozent)

N = 498

Erwartungsgemäß ist Multimorbidität altersabhängig und tritt in der höchsten Altersklasse deutlich stärker auf als bei Personen unter 60, während das Geschlecht keinen Einfluss hat.

Tabelle 3-17: Multimorbidität nach Altersklassen (Mittelwerte)

Altersklasse	Krankheitsindex: Mittelwert
18 b. u. 30	0,13
30 b. u. 40	0,41
40 b. u. 50	0,54
50 b. u. 60	0,97
60 oder älter	2,17

N = 496, Sig. von F = .000

Legt man den Bildungsabschluss als Schichtungsindikator zugrunde, lässt sich kein eindeutiger Schichtungseffekt beobachten. Da jedoch in drei der fünf Altersklassen die jeweiligen Mittelwerte bei Personen mit Hauptschulabschluss am höchsten sind, ist eine klare Tendenz erkennbar. Der Interaktionseffekt von Alter und Bildung ist nicht signifikant. Dabei ist aber zu bedenken, dass teilweise mit sehr niedrigen Fallzahlen gearbeitet werden musste.

Eine genauere Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Multimorbidität und Schicht wäre notwendig, denn: „Die Lebenssituation und hierbei insbesondere die soziale Schichtzugehörigkeit wird maßgeblich bestimmen, welches Ausmaß die Multimorbidität bzw. Krankheitsintensität annimmt (Prävalenz multimorbider Zustände) und wie gut man bei Vorhandensein eines multimorbiden Zustandes in der Lage ist, Ressourcen und individuelle Lebensfor-

men einzusetzen beziehungsweise zu entwickeln, um die defizitäre Situation des Organismus zu unterstützen und gesundheitliche Einschränkungen zu kompensieren.“³⁵

Tabelle 3-18: Multimorbidität: Interaktion von Alter und Bildung (Mittelwerte)

	Kein Abschluss oder Hauptschulabschluss	Mittlere Reife	Fachhochschulreife oder Abitur
18 b. u. 30	0,08	0,15	0,10
30 b. u. 40	0,52	0,39	0,38
40 b. u. 50	0,76	0,46	0,21
50 b. u. 60	1,14	1,17	0,53
60 oder älter	2,27	1,86	1,93

Sig. von F. Alter = .000, Bildung = .080, Interaktion Alter und Bildung = .814

³⁵ Wiesner, G. et al. (1998), S. 128.

4 Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs

Bundesweit wie auch in den Regionen Cochem-Zell und Trier sterben die meisten Personen an Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems oder Krebs. „Dabei spielen für die Ätiologie dieser auch unter dem Sammelbegriff der chronisch-degenerativen Krankheiten zusammengefassten Erkrankungen individuelle Verhaltensweisen eine wesentliche Rolle.¹ Zu nennen sind insbesondere Rauchen, Bewegungsmangel, Hypertonie und Übergewicht. Man sollte hier aber beachten, dass es sich nicht um deterministische, sondern um stochastische Beziehungen handelt. Wer raucht, entwickelt mit größerer Wahrscheinlichkeit einen Lungenkrebs als ein Nichtraucher, aber nicht jeder Raucher erkrankt tatsächlich an einem Bronchialkarzinom. Dementsprechend werden potentiell schädigende Einflussfaktoren als Risikofaktoren bezeichnet. Das Vorliegen eines solchen Faktors erhöht das Erkrankungs- und Sterberisiko, ist aber keine zwingende Ursache für das Auftreten einer Krankheit.“²

Prinzipiell kann Übergewicht – als Folge übermäßiger und falscher Ernährung sowie von Bewegungsmangel – durch eine Verhaltensänderung verringert werden. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass auch genetische Veranlagungen eine Rolle spielen können. Diese sind durch eigenes Handeln nur mittelbar beeinflussbar, wie beispielsweise durch Diäten und eine geeignete Medikation. Dasselbe ist auch für Bluthochdruck gültig. Die genaue Ursache der Hypertonie ist bei mehr als 90 % der Betroffenen nicht bekannt. Als vorbeugende Verhaltensweise kann eine regelmäßige Kontrolle des Blutdrucks, die Einnahme blutdrucksenkender Mittel oder körperliche Betätigung dienen. Dementsprechend sollten allgemeine von individuellen Risikofaktoren unterschieden und der Begriff der verhaltensbedingten Risikofaktoren vermieden werden.³

¹ Trotz der Vielzahl pathologischer Einflussfaktoren der natürlichen und sozialen Umwelt, die Krebs oder einen Herzinfarkt verursachen können, werden die verhaltens- und verhältnisbedingten Kausalfaktoren hier nicht erörtert. Solche Faktoren sind durch Befragungen kaum zu erfassen, weshalb eine Beschränkung auf individuelle Risikofaktoren erfolgt.

² Jacob, R./Michels, H. (2001), S. 47.

³ Vgl. Jacob, R./Michels, H. (2001), S. 47.

4.1 Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Nachfolgende Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen werden in dem Survey erfasst:

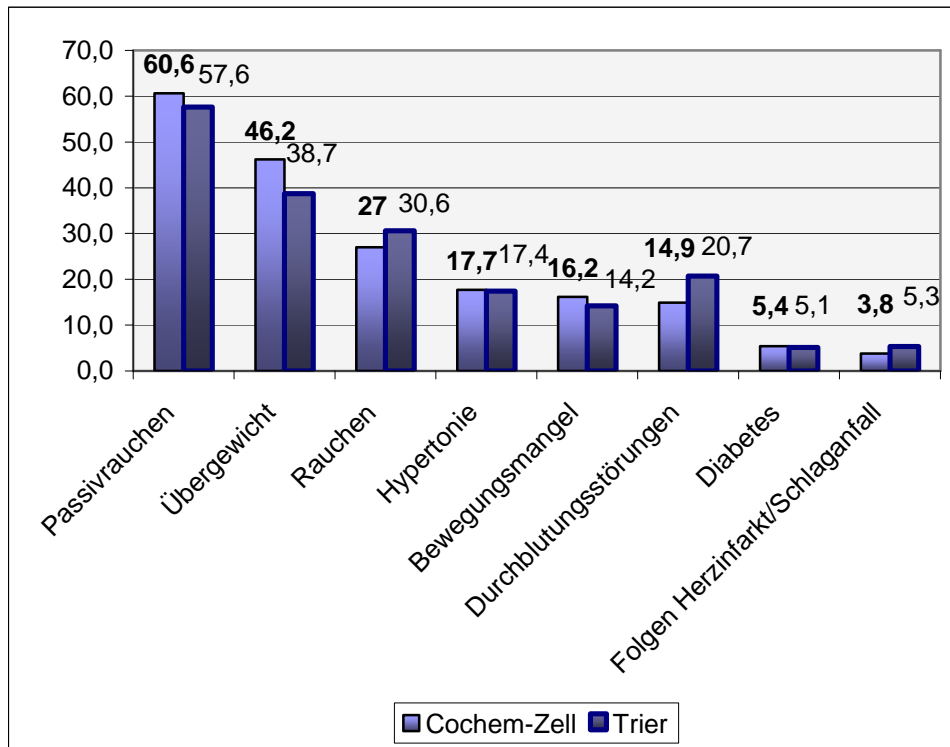
- Bluthochdruck⁴
- Übergewicht und Adipositas
- Rauchen und Passivrauchen
- Durchblutungsstörungen
- Bewegungsmangel
- Folgen eines Herzinfarktes oder Schlaganfalls
- Diabetes

Der Großteil dieser Risikofaktoren wurde bereits im Kapitel „Morbidität“ behandelt. Erklärungsbedürftig sind die Variablen Passivrauchen, Durchblutungsstörungen sowie Bewegungsmangel. Zu den Passivrauchern zählen alle Personen, die entweder zu Hause oder am Arbeitsplatz Rauch ausgesetzt sind (Frage 58). An Durchblutungsstörungen leiden alle Befragten, die Durchblutungsstörungen des Herzens, Angina Pectoris und/oder arterielle Durchblutungsstörungen der Beine aufweisen (Fragen 25). Bewegungsmangel wurde allen Personen bescheinigt, die keinen Sport treiben (Frage 63) und die im Beruf viel sitzen müssen oder mussten (Frage 76).

Die Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen weisen nachstehende Verteilung auf:

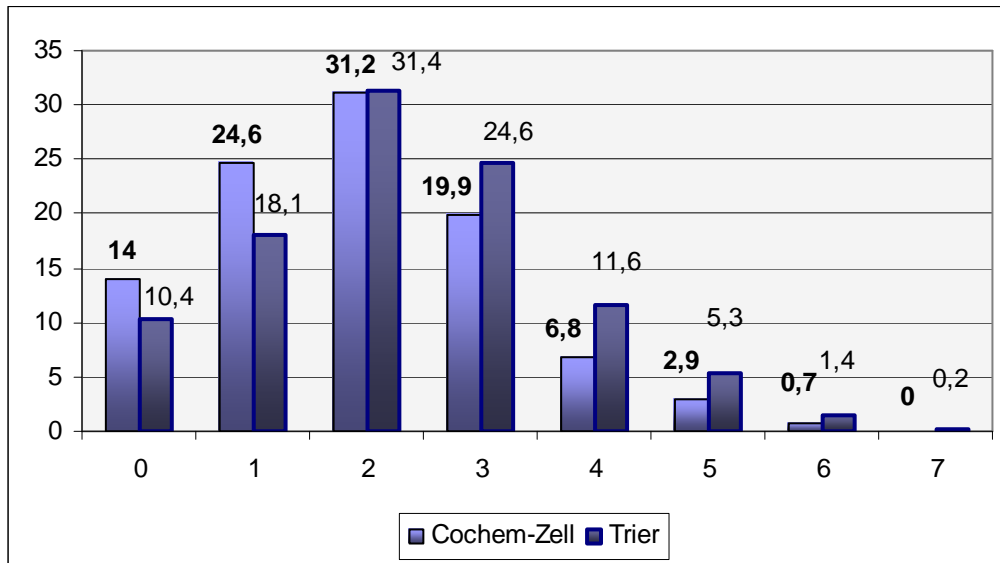
⁴ Bluthochdruck stellt, wie bereits erwähnt, eine Krankheit des Herz-Kreislauf-Systems dar. Da diese Erkrankung aber das Auftreten eines Herzinfarktes oder Schlaganfalls begünstigt, wird Hypertonie in diesem Kapitel ebenfalls unter dem Begriff der Risikofaktoren aufgeführt.

Abbildung 4-1: Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Cochem-Zell und Trier (Angaben in Prozent)



Diese Variablen lassen sich in einem Summenindex zusammenfassen, der angibt, wie vielen Risikofaktoren der Einzelne gleichzeitig ausgesetzt ist. Nur 14 % (Trier: 10,4 %) der Befragten weisen keinen der genannten Aspekte für Herz-Kreislauf-Erkrankungen auf. 30,3 % (Trier: 43,1 %) sind mit drei oder mehr Faktoren konfrontiert. Bedenklich ist, dass insgesamt 3,6 % mit fünf bis sechs (Trier: mit fünf bis sieben) Risikofaktoren für einen Herzinfarkt oder einen Schlaganfall leben, wobei dieser Wert in Cochem-Zell in etwa halb so hoch ist wie in Trier (6,9 %).

Abbildung 4-2: Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Summenindex (Angaben in Prozent)



Mittelwertvergleiche nach Geschlecht, Alter und Bildungsstatus waren jeweils signifikant.

Tabelle 4-1: Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen nach Geschlecht (Mittelwerte)

Geschlecht	Risikofaktoren: Mittelwert
Frauen	1,75
Männer	2,15

N = 443, Sig. von F = .001

Tabelle 4-2: Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen nach Altersklassen (Mittelwerte)

Altersklasse	Risikofaktoren: Mittelwert
18 b. u. 30	1,40
30 b. u. 40	1,68
40 b. u. 50	1,96
50 b. u. 60	2,14
60 oder älter	2,28

N = 443, Sig. von F = .000

Tabelle 4-3: Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen nach Bildungsstatus (Mittelwerte)

Bildungsstatus	Risikofaktoren: Mittelwert
Kein Abschluss oder Hauptschulabschluss	2,23
Mittlere Reife	1,74
Fachhochschulreife oder Abitur	1,67

N = 436, Sig. von F = .000

Die erhobenen Risikofaktoren und Einflüsse haben natürlich unterschiedliche Bedeutungen für die Krankheitsentstehung. Daher sind nicht nur einfache Summenindizes, sondern insbesondere auch Risikoprofile von Bedeutung. Zur Erstellung dieser Risikoprofile wurden die Variablen Übergewicht, Rauchen und Hypertonie sowie das Merkmal Vorschädigung (Personen, die an Durchblutungsstörungen und/oder den Folgen eines Herzinfarktes oder Schlaganfalls leiden) herangezogen.⁵

Tabelle 4-4: Risikoprofile für Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Cochem-Zell und Trier (Angaben in Prozent)

Rauchen	Übergewicht	Hypertonie	Vorschädigung	Cochem-Zell	Trier
	X	X		13,7	11,0
	X		X	11,7	12,6
X	X			11,0	9,7
		X	X	7,2	8,5
	X	X	X	6,5	4,7
X			X	3,4	4,9
X	X	X		2,1	2,0
X	X		X	1,9	2,6
X	X	X	X	0,8	0,4

Wie aus der Darstellung ersichtlich wird, treten einige bedenkliche Risikoprofile vergleichsweise häufig auf. 13,7 % der Befragten aus Cochem-Zell haben Übergewicht und leiden außerdem an Hypertonie, 11,7 % sind übergewichtig und weisen Durchblutungsstörungen auf, 11 % rauchen und haben Übergewicht und 6,5 % sind übergewichtig, haben eine Hypertonie und leiden an Durchblutungsstörungen.

Aufgrund der niedrigen Fallzahlen des Surveys konnten nur die ersten drei Risikoprofile eingehender analysiert werden. Die Prävalenz dieser Risikoprofile ist altersabhängig und nimmt bei den ersten beiden Profilen mit steigendem Alter zu. Die Kombination von Rauchen und Übergewicht steigt bis zum Alter von 50 Jahren an und sinkt danach wieder ab. Das Geschlecht spielt bei den Risikoprofilen 1 und 2 keine Rolle, das Risikoprofil 3 weisen mehr Männer (15,9 %) als Frauen (7,5 %) auf. Für die ersten beiden Profile lässt sich ein Schichtungseffekt nachweisen. 20,3 % (Trier: 20,2 %) der Personen, die maximal über einen Hauptschulabschluss verfügen, haben Übergewicht und Hypertonie, 21,6 % (Trier: 17,6 %) sind übergewichtig und leiden an Durchblutungsstörungen. Auch die Kombination von Übergewicht und Rauchen tritt bei den Befragten mit dem formal niedrigsten Bildungsstatus am häu-

⁵ Das Merkmal Diabetes wurde aufgrund zu geringer Fallzahlen nicht verwendet.

figsten auf, allerdings ist der Unterschied, verglichen mit den anderen Abschlüssen, nicht signifikant.

Tabelle 4-5: Übergewicht und Hypertonie nach formalem Schulabschluss (Angaben in Prozent)

	Kein Abschluss oder Hauptschulabschluss	Mittlere Reife	Fachhochschulreife oder Abitur
Übergewicht und Hypertonie	20,3	11,4	6,7

N = 471, Sig. = .002, Cramer's V = .162

Tabelle 4-6: Übergewicht und Durchblutungsstörungen nach formalem Schulabschluss (Angaben in Prozent)

	Kein Abschluss oder Hauptschulabschluss	Mittlere Reife	Fachhochschulreife oder Abitur
Übergewicht und Durchblutungsstörungen	21,6	4,6	6,7

N = 470, Sig. = .000, Cramer's V = .246

Tabelle 4-7: Übergewicht und Rauchen nach formalem Schulabschluss (Angaben in Prozent)

	Kein Abschluss oder Hauptschulabschluss	Mittlere Reife	Fachhochschulreife oder Abitur
Übergewicht und Rauchen	13,6	8,6	10,1

N = 471, Sig. = .307, Cramer's V = .071

Während der Zusammenhang zwischen Rauchverhalten und Lungenkrebsrisiko später noch detaillierter betrachtet wird, soll an dieser Stelle hervorgehoben werden, „dass Rauchen auch das Herzinfarkttrisiko deutlich erhöht, weil die schädlichen Inhaltsstoffe des Zigarettenrauches die Funktion eines Enzyms der Gefäßinnenhaut, die sog. NO-Synthase, verändert. Im Normalzustand bildet dieses Enzym Stickstoffmonoxid (NO). Stickstoffmonoxid sorgt in den Gefäßen für eine bessere Durchblutung, verhindert das Verklumpen von Blutplättchen und schützt Gefäßwände vor Entzündungen. Unter dem Einfluss von Zigarettenrauch stellt die NO-Synthase die Produktion von NO um auf die Produktion freier Radikale. Der Prozess der Gefäßverkalkung wird hier zum einen also dadurch gefördert, dass das für die Gefäßerweiterung nötige Stickstoffmonoxid ausfällt, zum anderen greifen freie Radikale die Gefäßwände an.“⁶

⁶ Jacob, R./Michels, H. (2001), S. 51f.

Auch Vorschädigungen von Organen des Herz-Kreislauf-Systems führen nicht immer dazu, dass die Betroffenen das Rauchen aufgeben. 12,6 % (Trier: 23 %) der Befragten, die an den Folgen eines Herzinfarktes oder Schlaganfalls, Angina Pectoris oder arteriellen Durchblutungsstörungen der Beine leiden, rauchen. Wie aus den nachfolgenden Daten ersichtlich wird, steigt die Prävalenz dieser Erkrankungen mit zunehmender Exposition. Um diese zu messen, werden so genannte Packungsjahre verwendet.

Die Berechnung der Packungsjahre erfolgt aus der Multiplikation der durchschnittlich gerauchten Zigaretten pro Tag und der Rauchdauer in Jahren. Raucht eine Person ein Jahr lang täglich eine Packung Zigaretten (= 20 Zigaretten), so nennt man dies Packungsjahr. Bei 40 Zigaretten pro Tag weist diese Person bereits zwei Packungsjahre auf. 1988 wurde das Konzept der Packungsjahre vom Umweltbundesamt erstmals zur Analyse des Lungenkrebsrisikos verwendet. Dabei wurde eine Einordnung in schwache (weniger als 20 Packungsjahre), mittlere (20 bis 40 Packungsjahre) und starke (mehr als 40 Packungsjahre) Raucher vorgenommen.⁷ Laut der Befragung leiden schwache Raucher zu 8,1 % (Trier: 8,9 %) an Krankheiten und Schädigungen des Herz-Kreislauf-Systems, starke Raucher zu 44,4 % (Trier: 28,3 %).

Tabelle 4-8: Schädigungen des Herz-Kreislauf-Systems nach Packungsjahren (Angaben in Prozent)

	Bis zu 20 Packungsjahre	21 bis 40 Packungsjahre	41 Packungsjahre oder mehr
Schädigungen des Herz-Kreislauf-Systems	8,1	17,5	44,4

N = 135, Sig. = .006, Cramer's V = .274

Auch Passivrauchen steigert das Arterioskleroserisiko und somit das Risiko ischämischer Krankheiten, zu denen unter anderem Herz- und Hirninfarkte zählen.⁸ So ist das Herzinfarktrisiko bei Passivraucherinnen laut einer Kohortenstudie von Kawachi mehr als doppelt so hoch als bei nicht betroffenen Frauen, wobei dieses Risiko von der Stärke der Exposition abhängt.⁹ Bei Nichtraucherinnen, in deren häuslichem oder beruflichem Umfeld ständig geraucht wurde, lag das Herzinfarktrisiko um bis zu 91 % und bei einer gelegentlichen Exposition noch immer um 58 % höher als bei Frauen, die nie Zigarettenrauch ausgesetzt waren.¹⁰

⁷ Vgl. Umweltbundesamt (1998), zitiert nach Jacob, R./Michels, H. (2001), S. 52.

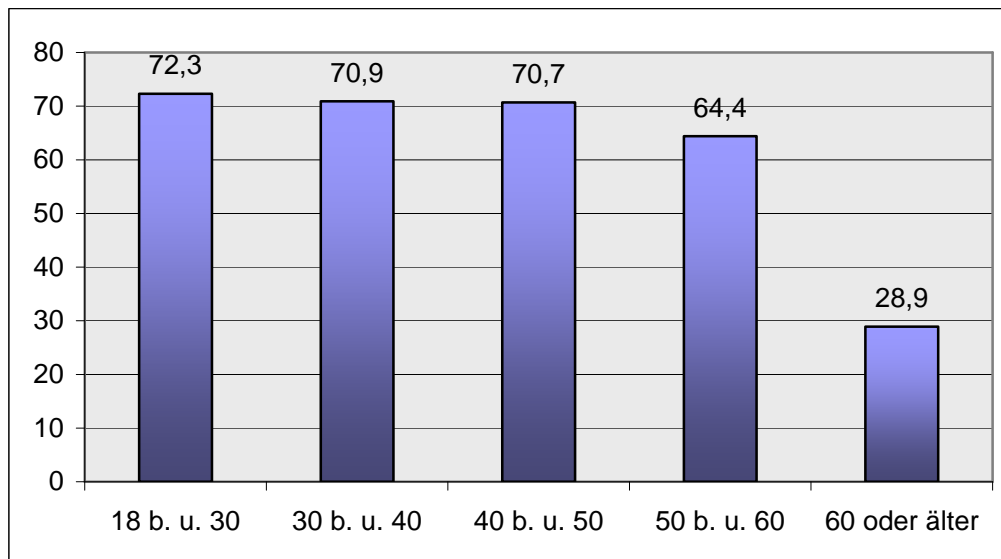
⁸ Vgl. Hense, H. W. (1997), S. 37.

⁹ In einem Zeitraum von zehn Jahren wurden 32.000 Krankenschwestern untersucht.

¹⁰ Vgl. Kawachi, I. et al. (1997), S. 2376.

In Cochem-Zell liegt der Anteil der Passivraucher, wie schon in Abbildung 4-1 dargestellt, bei 60,6 % (Trier: 57,6 %). Mit 72,3 % sind Befragte zwischen 18 und 30 Jahren am häufigsten Passivraucher (56,1 % davon sind ausschließlich Passivraucher, während 43,9 % außerdem rauchen). Da bereits bei jungen Passivrauchern Störungen der Schlagaderfunktion – wie zum Beispiel Arteriosklerose – auftreten können, ist dies besonders bedenklich.¹¹

Abbildung 4-3: Passivrauchen nach Altersklassen (Angaben in Prozent)



N = 496, Sig. = .000, Cramer's V = .356

4.2 Risikofaktoren für Krebs

In der Umfrage wurden verschiedene Risikofaktoren für Krebs erhoben. Hierzu zählen Rauchen für Krebserkrankungen der Atemwegsorgane, Alkoholkonsum für bestimmte Krebserkrankungen der Verdauungsorgane im weiteren Sinne und die Prävalenz von Krebserkrankungen in der Familie als Indikator für eine genetisch bedingte Disposition.¹²

4.2.1 Rauchen und Lungenkrebs

Die altersstandardisierte Mortalitätsrate für Lungenkrebs betrug bei Männern in Rheinland-Pfalz für die Jahre 1986 bis 1990 52,86 und für Frauen 7,26 Fälle bezogen auf 100.000 Personen. Die entsprechenden Werte beliefen sich in Cochem-Zell auf 50,49 für Männer und 6,70 für Frauen. In Trier lagen die Zahlen sowohl bei den Männern (61,55) als auch bei den Frauen

¹¹ Vgl. Celermajer, D. S. et al. (1996), S. 151.

¹² Vgl. Jacob, R./Michels, H. (2001), S. 54.

(11,85) deutlich höher. Für das Bundesgebiet insgesamt wurde für Männer eine Mortalitätsrate von 48,54 und für Frauen von 7,39 ermittelt.¹³

27 % (Trier: 30,6 %) der Befragten in Cochem-Zell gaben an, gegenwärtig zu rauchen. Fast die Hälfte der Zielpersonen (Trier: 45,5 %) hat noch nie geraucht und ungefähr ein Viertel (Trier: 23,9 %) hat das Rauchen aufgegeben (Frage 59).

Tabelle 4-9: Rauchen (Angaben in Prozent)

Rauchen	Cochem-Zell	Trier
Nie-Raucher	48,3	45,5
Ehemalige Raucher	24,7	23,9
Raucher	27,0	30,6
N	503	506

Geringfügig mehr Männer als Frauen rauchen Zigaretten. Der Raucheranteil ist bei den Frauen in den letzten Jahren bundesweit gestiegen, während er bei den Männern abgenommen hat.¹⁴

Tabelle 4-10: Rauchen nach Geschlecht (Angaben in Prozent)

Rauchen	Frauen	Männer
Nie-Raucher	53,8	40,2
Ehemalige Raucher	21,1	29,9
Raucher	25,1	29,9

N = 503, Sig. = .008, Cramer's V = .138

Der Bildungsabschluss hat keinen signifikanten Einfluss darauf, ob jemand raucht oder nicht, und genauso wenig – dies wird weiter unten noch genauer dargestellt – auf die Menge der konsumierten Zigaretten.

Für die tatsächliche Schadstoffexposition werden die beiden Indikatoren Rauchdauer und das Konzept der Packungsjahre eingesetzt. Das Umweltbundesamt kommt unter anderem zu dem Resultat, dass das Lungenkrebsrisiko von Rauchern gegenüber Nichtrauchern um den Faktor 10 erhöht ist und mit steigender Anzahl von Packungsjahren zunimmt. Bei unter 20 Pa-

¹³ Vgl. Becker, N./Wahrendorf, J. (1998), S. 318ff.

¹⁴ Vgl. Thefeld, W. (2000), S. 419.

ckungsjahren ist das Risiko um den Faktor 18 erhöht, bei 20 bis 40 Packungsjahren um den Faktor 22 und bei mehr als 40 Packungsjahren um den Faktor 28.¹⁵

In Frage 60 sollten die Zielpersonen angeben, wie viele Zigaretten sie ungefähr an einem gewöhnlichen Tag rauchen. Der Mittelwert liegt bei 14,9 (Trier: 15,6) Zigaretten pro Tag. Allerdings unterliegt die retrospektive Ermittlung des Zigarettenkonsums gewissen Unschärfen. Viele Personen gaben Mengen wie „5“, „10“, „15“, „20“ oder „25“ an, was darauf schließen lässt, dass die Befragten die Anzahl der Zigaretten geschätzt haben. Die so ermittelten Werte sind vermutlich niedriger als die Zahl der tatsächlich gerauchten Zigaretten. Man kann hier von einem Fall kognitiver Dissonanzvermeidung sprechen, da sich die meisten Raucher durchaus bewusst sind, dass ihr Verhalten gesundheitsschädigend ist.¹⁶

Umgerechnet in Packungen lässt sich bei 20 Zigaretten pro Packung nachstehende Verteilung feststellen:

Tabelle 4-11: Packungen pro Tag (Angaben in Prozent)

Packungen	Cochem-Zell	Trier
Weniger als eine	63,0	63,2
Eine b. u. zwei	34,8	32,2
Zwei oder mehr	2,2	4,6
N	138	152

Im Durchschnitt haben die Befragten mit 17,1 (Trier: 17,6) Jahren angefangen zu rauchen (Frage 62). Die durchschnittliche Rauchdauer beläuft sich auf 27 (Trier: 27,2) Jahre. Durch die Kombination von Rauchdauer und Menge der täglich gerauchten Zigaretten lässt sich die Zahl der Packungsjahre errechnen. Folgende Übersicht ergibt sich:

¹⁵ Vgl. Umweltbundesamt (1998), zitiert nach Jacob, R./Michels, H. (2001), S. 56.

¹⁶ Vgl. Jacob, R./Michels, H. (2001), S. 57.

Tabelle 4-12: Packungsjahre (Angaben in Prozent)

Packungsjahre	Cochem-Zell	Trier
Bis 10	39,3	18,0
11 bis 20	23,7	19,3
21 bis 30	17,8	21,3
31 bis 40	12,6	10,7
41 bis 50	3,7	4,7
51 bis 60	0,7	8,0
61 oder mehr	2,2	18,0
N	135	150

Mit einem Mittelwert von 17,8 Packungsjahren liegt Cochem-Zell deutlich unter dem vom Umweltbundesamt ermittelten Durchschnitt von 30 Packungsjahren¹⁷ und dem für Trier berechneten Wert von 37,8 Packungsjahren. Unter Verwendung der vom Umweltbundesamt aufgestellten Drei-Klassen-Variante ergibt sich folgende Tabelle:

Tabelle 4-13: Packungsjahre (Einteilung des Umweltbundesamtes, Angaben in Prozent)

Packungsjahre	Cochem-Zell	Trier
Bis 20	63,2	37,3
21 bis 40	30,1	32,0
41 oder mehr	6,6	30,7
N	136	150

6,6 % der Befragten in Cochem-Zell zählen zur Gruppe hoch exponierter Personen mit deutlich erhöhtem Lungenkrebsrisiko. In Trier gehören 30,7 % zu dieser Kategorie. Das Geschlecht und der Bildungsabschluss – hierbei sind allerdings die geringen Fallzahlen zu berücksichtigen – haben keinen signifikanten Einfluss. Packungsjahre als Funktion von Menge und Rauchdauer sind natürlich altersabhängig.

Tabelle 4-14: Packungsjahre nach Bildungsstatus (Angaben in Prozent)

Packungsjahre	Kein Abschluss oder Hauptschulabschluss	Mittlere Reife	Fachhochschulreife oder Abitur
Bis 20	60,0	61,4	73,3
21 bis 40	31,1	35,1	20,0
41 oder mehr	8,9	3,5	6,7

N = 132, Sig. = .269, Gamma = -.156

Auch die Untersuchung, ob Personen mit niedriger Formalbildung einen höheren Tabakkonsum pro Tag aufweisen als Personen mit höheren Abschlüssen, ergab keine signifikanten Er-

¹⁷ Vgl. Umweltbundesamt (1998), zitiert nach Jacob, R./Michels, H. (2001), S. 58.

gebnisse. Eine Tendenz ist allerdings erkennbar: Personen mit Hauptschulabschluss bzw. ohne Abschluss rauchen im Durchschnitt 16,2 Zigaretten am Tag, Befragte mit Fachhochschulreife oder Abitur hingegen nur zwölf. Eine ähnliche Verteilung zeigt sich in Trier, wobei die Ergebnisse dort aber signifikant sind.

Tabelle 4-15: Täglicher Zigarettenkonsum nach Bildungsstatus (Mittelwerte)

Bildungsabschluss	Täglicher Zigarettenkonsum
Kein Abschluss oder Hauptschulabschluss	16,2
Mittlere Reife	14,9
Fachhochschulreife oder Abitur	12,0

N = 134, Sig. von F = .076

Wie bereits dargestellt, ist nicht nur die selbst verursachte Exposition durch Rauchen zu berücksichtigen, sondern auch das Passivrauchen. Jeweils ein Drittel der Befragten ist in der Familie (Trier: 41,5 %) bzw. am Arbeitsplatz (Trier: 38,2 %) Rauch ausgesetzt. Summiert ergibt dies nachstehende Verteilung:

Tabelle 4-16: Anzahl der Orte, an denen man Zigarettenrauch ausgesetzt ist (Passivrauchen, Angaben in Prozent)

Orte/Passivrauchen	Cochem-Zell	Trier
0	50,6	23,3
1	33,3	31,7
2	16,1	51,8 (2 bzw. 3 Orte)
N	498	502

Über die Hälfte der Zielpersonen in Cochem-Zell bleibt gänzlich von Zigarettenrauch verschont, in Trier sind es hingegen nur 23,3 %.

Das Risiko der befragten Raucher an Lungenkrebs zu erkranken, erhöht sich nochmals deutlich durch die Tatsache, dass knapp 50 % in fast allen Situationen des täglichen Lebens, das heißt zu Hause und am Arbeitsplatz, Zigarettenrauch ausgesetzt sind. „Dies hängt damit zusammen, dass im sog. Nebenstrom – dem Rauch, der von glimmenden Zigaretten emittiert wird – die Konzentration von kanzerogenen Stoffen höher ist, als in dem Rauch, den Raucher durch die Zigarette inhalieren (Nitrosamine sind um den Faktor 100, Amino-Biphenyle um den Faktor 30 erhöht).“¹⁸

¹⁸ Jacob, R./Michels, H. (2001), S. 59.

Raucher neigen im Sinn kognitiver Dissonanzvermeidung dazu, ihr persönliches Krebsrisiko zu verdrängen bzw. zu unterschätzen. Gerade die starken Raucher weisen – wie aus folgender Tabelle ersichtlich wird – die anteilig niedrigste regelmäßige Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen auf. Obwohl das Ergebnis aufgrund der geringen Fallzahlen nicht signifikant ist, lässt es dennoch auf eine mögliche (und bedenkliche) Tendenz schließen, die zu beachten ist.

Tabelle 4-17: Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen nach Packungsjahren (nur anspruchsberechtigte Befragte, das heißt Frauen ab dem 20. und Männer ab dem 45. Lebensjahr, Angaben in Prozent)

Teilnahme an Krebsfrüherkennung	Bis zu 20 Packungsjahre	21 bis 40 Packungsjahre	41 Packungsjahre oder mehr
Regelmäßig	68,0	67,9	44,4
Unregelmäßig	10,0	21,4	44,4
Gar nicht	22,0	10,7	11,1

N = 87, Sig. = .090, Cramer's V = .213

80 % der befragten Raucher aus Cochem-Zell kaufen ihre Zigaretten hauptsächlich in Deutschland (Frage 6). Der Anreiz niedrigerer Zigarettenpreise in Luxemburg kommt aufgrund der räumlichen Distanz weder bei schwachen noch bei starken Rauchern zum Tragen. In Trier hingegen ist die Preiselastizität der Nachfrage deutlich erkennbar: Hier kaufen 66,7 % der schwachen und 91,3 % der starken Raucher ihre Zigaretten im benachbarten Ausland.

Zu bedenken ist, dass Rauchen nicht nur das Lungenkrebsrisiko signifikant erhöht, sondern – insbesondere in Kombination mit Vorerkrankungen wie Bluthochdruck und anderen Risikofaktoren wie beispielsweise Übergewicht und Passivrauchen – auch zu einer deutlichen Erhöhung des Risikos von Herz-Kreislauf-Erkrankungen führt.¹⁹

4.2.2 Alkohol

Alkoholkonsum trägt zur Entstehung von bestimmten Krebserkrankungen sowie Krankheiten des Herzens und des Kreislaufs bei. Übermäßiger Alkoholgenuss kann außerdem eine alkoholische Leberzirrhose, alkoholische Hepatitis, eine alkoholische Fettleber oder eine alkoholische Polyneuropathie zur Folge haben.²⁰

¹⁹ Vgl. Jacob, R./Michels, H. (2001), S. 62.

²⁰ Vgl. Statistisches Bundesamt (1998), S. 95.

Während 76,3 % (Trier: 82,8 %) der Interviewten – zumindest gelegentlich – Alkohol trinken, nehmen 23,7 % (Trier: 17,2 %) ausschließlich alkoholfreie Getränke zu sich (Frage 53). Bundesweit trinken 22 % keinen Alkohol.²¹ Der Alkoholkonsum wurde in den Anschlussfragen (54 bis 57) differenziert nach Wein oder Sekt und Bier erfasst. Erstere sind die mit Abstand am häufigsten konsumierten alkoholischen Getränke im Landkreis.

Tabelle 4-18: Konsum alkoholischer Getränke (Angaben in Prozent)

Alkoholische Getränke	Cochem-Zell	Trier
Wein/Sekt (n = 387)	81,7	87,4
Bier (n = 388)	58,0	68,7

Die Fallzahlen beziehen sich auf die Befragung in Cochem-Zell.

Bei Wein oder Sekt und Bier sollte die pro Woche konsumierte Menge in Flaschen mitgeteilt werden (Fragen 55 und 57). Die Angaben in Flaschen wurden für die Datenauswertung in Literzahlen umgerechnet. Bei Wein und Sekt wurde mit 0,7 Litern je Flasche gerechnet, ein Weinkonsum von weniger als einer Flasche pro Woche mit 0,5 Litern festgelegt. Bei Bier wurde von 0,5 Litern je Flasche ausgegangen, ein niedrigerer Wochenkonsum wurde mit 0,3 Litern codiert. Damit ergeben sich nachstehende Verteilungen:

Tabelle 4-19: Weinkonsum pro Woche

Weinkonsum								
Liter	0,5	0,7	1,4	2,1	2,8	3,5	4,2	4,9
Prozent	21,0	58,8	15,1	2,6	1,5	0,0	0,0	1,1

N = 272, Mittelwert: 0,83 Liter

Tabelle 4-20: Bierkonsum pro Woche

Bierkonsum												
Liter	0,3	0,5	1,0	1,5	2,0	2,5	3,0	3,5	4,0	4,5	5,0	5,5 bis 30
Prozent	5,4	36,1	14,9	13,9	5,0	9,9	2,5	1,5	1,5	0,0	5,0	4,5

N = 202, Mittelwert: 1,75 Liter

Fasst man diese beiden Datenreihen zu einer Gesamtliterzahl der wöchentlich konsumierten alkoholischen Getränke zusammen, so erhält man folgendes Ergebnis:

²¹ Vgl. Statistisches Bundesamt (1998), S. 94.

Tabelle 4-21: Konsum alkoholischer Getränke pro Woche in Liter (Angaben in Prozent)

Alkoholische Getränke	Cochem-Zell	Trier
Unter 1	42,2	30,8
1 b. u. 2	30,4	28,0
2 b. u. 3	14,7	15,9
3 b. u. 4	4,4	9,4
4 b. u. 7	6,2	11,8
7 bis 30	2,1	4,1 (7 bis 12)
N	339	415

Mittelwert: 1,73 Liter

Bei einer Differenzierung nach Geschlecht, Alter und Bildung zeigen sich zum Teil deutliche Unterschiede. Wein wird anteilig häufiger von Frauen als von Männern getrunken, Bier hingegen wird von Männern bevorzugt.

Tabelle 4-22: Konsum alkoholischer Getränke nach Geschlecht (Angaben in Prozent)

Alkoholische Getränke	Frauen	Männer	Sig.	Phi
Wein/Sekt (n = 387)	86,1	76,4	.014	.125
Bier (n = 388)	42,9	75,8	.000	.333

Männer nehmen sowohl mehr Bier als auch mehr Wein zu sich. Dies schlägt sich auch in der Gesamtliterzahl nieder. Entsprechende Mittelwertvergleiche waren jeweils signifikant.

Tabelle 4-23: Konsum alkoholischer Getränke pro Woche in Liter nach Geschlecht (Mittelwerte)

Alkoholische Getränke	Frauen	Männer	Sig. von F
Wein/Sekt	0,72	0,97	.001
Bier	0,74	2,31	.000
Insgesamt	0,96	2,48	.000

Alter und Bildungsabschluss haben keinen signifikanten Einfluss auf die pro Woche konsumierte Menge an Wein oder Sekt und Bier.

Tabelle 4-24: Konsum alkoholischer Getränke pro Woche in Liter nach Altersklassen (Mittelwerte)

Alkoholische Getränke	18 b. u. 30	30 b. u. 40	40 b. u. 50	50 b. u. 60	60 oder älter	Sig. von F
Wein/Sekt	0,68	0,74	0,81	0,87	1,01	.082
Bier	2,55	1,45	1,70	1,63	1,30	.210
Insgesamt	2,21	1,57	1,73	1,63	1,53	.388

Tabelle 4-25: Konsum alkoholischer Getränke pro Woche in Liter nach formalem Bildungsabschluss (Mittelwerte)

Alkoholische Getränke	Kein Abschluss oder Hauptschulabschluss	Mittlere Reife	Fachhochschulreife oder Abitur	Sig. von F
Wein/Sekt	0,80	0,83	0,87	.755
Bier	1,29	1,80	1,85	.083
Insgesamt	1,44	1,75	1,84	.119

4.2.3 Krebserkrankungen in der Familie

Wie bereits im vorhergehenden Kapitel dargestellt, gaben 59,6 % der Befragten an, dass ein Familienmitglied an Krebs erkrankt sei oder in der Vergangenheit erkrankt gewesen wäre (Frage 26). Aufgrund der Frage-Formulierung ist zu beachten, dass bei diesen Werten auch bereits verstorbene Personen enthalten sein können. Darüber hinaus könnten die vergleichsweise kleine Grundgesamtheit des Surveys und verwandtschaftlichen Verbindungen in der Region dazu geführt haben, dass an Krebs erkrankte Personen mehrfach erfasst wurden.²² Dennoch zeigt das Resultat die Ubiquität dieser Krankheit, welche als familiäre Disposition einen Risikofaktor für die eigene Gesundheit darstellt.

Etwas mehr Frauen (62,1 %) als Männer (55,9 %) haben die Frage nach Betroffenen in der engeren Verwandtschaft bejaht, was sozial bedingte Kommunikationsstrukturen widerspiegeln könnte. Die Unterschiede sind allerdings nicht signifikant.

Tabelle 4-26: Krebserkrankungen in der Familie nach Geschlecht (Angaben in Prozent)

	Frauen	Männer
Krebserkrankung	62,7	56,2

N = 498, Sig. = .163, Phi = .066

²² Vgl. Jacob, R./Michels, H. (2001), S. 66.

5 Zahngesundheit und Zahnpflege

Von den Krankenkassen werden jährliche Routineuntersuchungen bei Zahnärzten empfohlen. So können Erkrankungen der Zähne und des Zahnfleisches frühzeitig erkannt und gegebenenfalls behandelt werden. Seit einigen Jahren erfolgt bei Zahnersatzbehandlungen nur noch dann eine Kostenübernahme durch die Krankenkassen, wenn die jährliche Routineuntersuchung auch tatsächlich in Anspruch genommen wurde. Dies sollte eine doppelte Motivation für die Patienten sein, einmal jährlich einen Zahnarzt aufzusuchen: Zum einen erhöht sich die Wahrscheinlichkeit Zähne zu erhalten, zum anderen wird ein Großteil der Kosten für notwendigen Zahnersatz von den Krankenkassen übernommen.¹

Dessen ungeachtet geht – wie folgende Tabelle zeigt – über ein Viertel der Befragten seltener als einmal pro Jahr oder nur bei akuten Zahnproblemen zum Zahnarzt (Frage 41).

Tabelle 5-1: Zahnarztbesuche (Angaben in Prozent)

Zahnarztbesuche	Cochem-Zell	Trier
Jährlich oder öfter	73,4	72,5
Seltener als jährlich	10,9	11,5
Nur bei akuten Zahnproblemen	15,7	16,0
N	497	505

Signifikante Unterschiede hinsichtlich des Geschlechts und Alters sind in Cochem-Zell nicht feststellbar. Etwas mehr Frauen (76,5 %) als Männer (69 %) gehen mindestens einmal jährlich zum Zahnarzt. Umgekehrt ist der Anteil der Männer, der nur bei akuten Zahnproblemen einen Zahnarzt aufsucht, mit 19,2 % höher als der der Frauen (13,3 %). Die Gruppe der 40- bis 50-Jährigen geht mit 78,9 % am häufigsten zur regelmäßigen Kontrolluntersuchung. Im Vergleich dazu gehen in Trier signifikant mehr Frauen als Männer mindestens einmal jährlich zum Zahnarzt und mit zunehmendem Alter nimmt der Prozentsatz der Personen, der regelmäßig eine Untersuchung nachfragt, deutlich ab.

¹ Vgl. Jacob, R./Michels, H. (2001), S. 68.

Tabelle 5-2: Zahnarztbesuche nach Geschlecht (Angaben in Prozent)

Zahnarztbesuche	Frauen	Männer
Jährlich oder öfter	76,5	69,0
Seltener als jährlich	10,2	11,8
Nur bei akuten Zahnproblemen	13,3	19,2

N = 497, Sig. = .140, Cramer's V = .089

Tabelle 5-3: Zahnarztbesuche nach Altersklassen (Angaben in Prozent)

Zahnarztbesuche	18 b. u. 30	30 b. u. 40	40 b. u. 50	50 b. u. 60	60 oder älter
Jährlich	73,5	71,2	78,9	74,7	69,0
Seltener	9,6	14,4	10,5	12,0	8,0
Bei akuten Problemen	16,9	14,4	10,5	13,3	23,0

N = 496, Sig. = .304, Cramer's V = .098

Auch ein signifikanter Bildungseffekt kann statistisch nicht nachgewiesen werden. Es zeigt sich, dass ein Fünftel der Befragten mit Hauptschulabschluss nur in akuten Fällen einen Zahnarzt aufsucht, bei den beiden formal höheren Abschlüssen ist dieser Anteil zwar geringer, beträgt aber noch immer 11,5 % bzw. 15,3 %. Auch in Trier konsultieren über 20 % der Interviewten mit Hauptschulabschluss nur bei akuten Problemen einen Arzt, von den Personen mit höherer Bildung weisen allerdings nur rund 5 % dieses Verhalten auf.

Tabelle 5-4: Zahnarztbesuche nach formalem Bildungsabschluss (Angaben in Prozent)

Zahnarztbesuche	Kein Abschluss oder Hauptschulabschluss	Mittlere Reife	Fachhochschulreife oder Abitur
Jährlich oder öfter	70,3	79,7	70,3
Seltener als jährlich	9,7	8,8	14,4
Nur bei akuten Zahnproblemen	20,0	11,5	15,3

N = 485, Sig. = .096, Cramer's V = .090

Insgesamt ist die Zahnprophylaxe in der Region noch verbesserungswürdig. Nicht einmal drei Viertel der Befragten gehen einmal jährlich zur zahnärztlichen Kontrolluntersuchung. Hierbei zeigen sich keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich des Geschlechts, Alters oder Bildungsabschlusses der Interviewten.

6 Impfungen

„Schutzimpfungen erzeugen Immunität. Sie schützen vor Infektionskrankheiten und zählen zu den effektivsten und kostengünstigsten präventiven Maßnahmen der modernen Medizin.“¹ In Deutschland ist die Ständige Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut (RKI) in Berlin für Impfempfehlungen zuständig. Diese veröffentlicht regelmäßig einen Impfkalender, der für die Bundesländer die Grundlage für öffentlich empfohlene Impfungen darstellt.

Im aktuellen Impfkalender (Stand: Juli 2006) werden Impfungen zum Schutz vor Diphtherie (D/d), Pertussis (Keuchhusten, aP/ap), Tetanus (Wundstarrkrampf, T), Haemophilus influenzae Typ b (Hib), Hepatitis B (HB), Poliomyelitis (IPV), Pneumokokken, Meningokokken, Masern, Mumps und Röteln (MMR) sowie gegen Varizellen (Windpocken) und für über 60-Jährige bzw. spezielle Risikogruppen zusätzlich gegen Influenza empfohlen. Um die Zahl der Injektionen möglichst gering zu halten, sollten bevorzugt Kombinationsimpfstoffe verwendet werden.²

Nachfolgende Übersicht stellt diese empfohlenen Impfungen und die jeweiligen Impftermine dar. Unabhängig von den genannten Terminen sollten bei jedem Arztbesuch die Impfdokumentation überprüft und fehlende Impfungen nachgeholt werden.³

Tabelle 6-1: Impfkalender (Standardimpfungen) für Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene, empfohlenes Impfalter und Mindestabstände zwischen den Impfungen

Impfstoff/Antigen-Kombinationen	Alter in vollendeten Monaten						Alter in vollendeten Jahren			
	Geburt	2	3	4	11-14	15-23	5-6	9-17	ab 18	≥ 60
T		1.	2.	3.	4.		A	A	A	
D/d		1.	2.	3.	4.		A	A	A	
aP/ap		1.	2.	3.	4.		A	A		
Hib		1.	2.	3.	4.					
IPV		1.	2.	3.	4.			A		
HB		1.	2.	3.	4.			G		
Pneumokokken		1.	2.	3.	4.					S
Meningokokken					ab 12. Monat					
MMR					1.	2.				
Varizellen					1.					
Influenza										S

Quelle: Robert Koch-Institut (2006), S. 236.

¹ Reiter, S./Rasch, G. (2004), S. 7.

² Vgl. Robert Koch-Institut (2006), S. 236.

³ Vgl. Robert Koch-Institut (2006), S. 235.

- A** Auffrischung: Diese sollte möglichst nicht früher als fünf Jahre nach der vorhergehenden Dosis erfolgen.
- G** Grundimmunisierung aller noch nicht geimpften Jugendlichen bzw. Komplettierung eines unvollständigen Impfschutzes.
- S** Standardimpfungen mit allgemeiner Anwendung = Regelimpfungen.

Alle zehn Jahre sollten Erwachsene ihren Impfschutz gegen Diphtherie und Tetanus erneuern lassen. Bei Polio erfolgt nach der Grundimmunisierung nur noch eine Auffrischung. Für Risikopopulationen wird zusätzlich die Hepatitis B-Impfung empfohlen (beispielsweise bei medizinischem Personal). Eine jährliche Grippeimpfung sollten darüber hinaus ältere Menschen und Berufstätige, die viel mit anderen Personen zu tun haben sowie Personen mit erhöhter Gefährdung durch direkten Kontakt zu Geflügel und Wildvögeln wahrnehmen. Menschen, die in so genannten Endemiegebieten leben, sollten sich auch gegen FSME, eine durch Viren verursachte und von Zecken übertragene Entzündung des Gehirns, impfen lassen.⁴

Für manche der im Impfkalender ausgewiesenen Krankheiten gibt es bisher keine kausale Therapie. So können zum Beispiel durch Viren verursachte Krankheiten wie Grippe (Influenza), Hepatitis B oder Masern nicht mit Antibiotika behandelt werden.⁵ Dies verstärkt die Bedeutung von Impfungen, insbesondere da Impfschäden und -unverträglichkeiten bei den heute verwendeten Impfstoffen nur noch selten auftreten.⁶

Impfungen sind darüber hinaus von ökonomischer Relevanz. Sie weisen neben dem Individual- und Kollektivschutz auch einen hohen Kosten-Nutzen-Effekt auf und tragen damit zu einer beträchtlichen Kostensenkung im Gesundheitswesen bei.⁷

Diese Vorzüge von Impfungen führen regelmäßig zur Formulierung anspruchsvoller Ziele. Aus dem europäischen WHO-Programm „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ beispielsweise kann man folgende Vorgabe entnehmen: die Beseitigung der einheimischen Erkrankungen an Poliomyelitis, Diphtherie, Masern, angeborenen Röteln und Tetanus bei Neugeborenen bis zum Jahr 2000.⁸ Diese Zielvorstellung war – bis auf Polio und Neugeborenen-

⁴ Vgl. Robert Koch-Institut (2006), S. 240ff.

⁵ Vgl. Jacob, R./Michels, H. (2001), S. 72.

⁶ Vgl. Reiter, S./Rasch, G. (2004), S. 13.

⁷ Vgl. Reiter, S./Rasch, G. (2004), S. 8.

⁸ Vgl. World Health Organization (1985), S. 48.

Tetanus – allerdings nicht realistisch.⁹ „Deutschland unterstützt die WHO-Ziele, ist aber von ihrer Realisierung teilweise noch weit entfernt. So gehört die Bundesrepublik gegenwärtig noch zu den Ländern mit unzureichenden Durchimpfungsraten gegen Masern, Mumps, Röteln sowie einem noch nicht optimalen Surveillance-System für einige impfpräventable Erkrankungen.“¹⁰

Für die Region liegen Daten über den Impfstatus der einzuschulenden Kinder, der Viertklässler und der Erwachsenen vor. Der Impfstatus der erstgenannten Gruppe wird für jeden Jahrgang jährlich durch den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes Cochem-Zell vollständig erfasst. Darüber hinaus werden auch alle Schüler der vierten Klassen untersucht. Eine ausführliche Darstellung zu den Durchimpfungsraten bei Kindern findet sich in dem ersten Gesundheitsbericht für den Landkreis Cochem-Zell. Eine systematische Untersuchung des Impfstatus von Erwachsenen wurde erstmals im Rahmen des vorliegenden Gesundheitssurveys durchgeführt.

Bevor auf die Ergebnisse der Befragung eingegangen wird, sind einige methodische Vorbemerkungen notwendig: Um den tatsächlichen Immunstatus einer Population festzustellen, sind Laboruntersuchungen erforderlich. Nur mit ihrer Hilfe können Impfversager, also geimpfte Personen, bei denen sich jedoch keine Antikörper oder spezifischen Abwehrzellen gebildet haben, festgestellt werden. Auch der – krankheitsbedingt und altersabhängig jedoch unterschiedlich hohe – Anteil von Personen, der aufgrund einer durchlebten Erkrankung oder stillen Feiung Immunität entwickelt hat, kann nur so identifiziert werden.¹¹

Für eine Ermittlung der Durchimpfungsraten wäre eine Kontrolle der Impfausweise der Zielpersonen am besten geeignet, da hierdurch eine exakte Bestimmung der zuletzt durchgeführten Impfungen möglich wäre. Eine solche Vorgehensweise ist unter anderem aus Zeitgründen bei telefonischen Interviews nicht möglich, hier kann die Impfbeteiligung nur erfragt werden. Da die Zielpersonen in diesem Fall aber leider nur sehr verschwommene Erinnerungen aufweisen, stellen die so ermittelten Daten nur Schätzwerte für die tatsächlichen Durchimpfungsraten dar und weisen Validitätsprobleme auf.¹²

⁹ Vgl. Reiter, S./Rasch, G. (2004), S. 9.

¹⁰ Reiter, S./Rasch, G. (2004), S. 9.

¹¹ Vgl. Jacob, R./Michels, H. (2001), S. 74.

¹² Vgl. Jacob, R./Michels, H. (2001), S. 74.

In Frage 14 wurden die empfohlenen Impfungen und die dazugehörigen Impfzeitpunkte abgefragt. Impfungen gegen Diphtherie, Tetanus, Polio, Grippe und Hepatitis B wurden von den Interviewern explizit genannt, weitere Impfungen durch eine offene Frage erfasst.

Bei Diphtherie (49,1 %) und Polio (52,1 %) ist man in Cochem-Zell wie auch in Trier weit von einem Populationsschutz entfernt. Ein Populationsschutz ist gegeben, wenn eine Krankheit sich nicht mehr zu einer Epidemie entwickeln kann, weil zwischen 85 % und 95 %¹³ der Personen in einer Population gegen diese Krankheit geimpft sind. Hierdurch werden Infektionsketten schnell unterbrochen bzw. entstehen erst gar nicht. Dies schließt allerdings eine mögliche Ansteckung ungeimpfter Personen nicht aus. Deren Erkrankungsrisiko wird durch die Reduktion potentieller Überträger stark minimiert – allerdings nicht auf Null – wenn sie sich in einer insgesamt geschützten Bevölkerung bewegen. Das Risiko steigt aber, wenn sie in Gebiete mit höherer Erregerprävalenz reisen. Eine Impfung ist folglich die beste individuelle Prophylaxe gegen impfpräventable Krankheiten. Bei Tetanus ist ein Populationsschutz nicht sinnvoll anwendbar, da diese Krankheit nicht von Mensch zu Mensch übertragen wird. Der Tetanus-Erreger ist ein Bakterium, welches endemisch im Boden lebt und durch kleinste Verletzungen in den Körper gelangen kann, daher wird bei Tetanus eine hundertprozentige Durchimpfungsrate angestrebt.¹⁴

Tabelle 6-2: Impfungen (Angaben in Prozent)

Impfung gegen:	Cochem-Zell	Trier
Diphtherie (n = 495)	49,1	49,7
Tetanus (n = 497)	77,7	83,0
Polio (n = 495)	52,1	58,7
Grippe (n = 494)	27,5	20,1
Hepatitis B (n = 493)	33,5	21,1
Hepatitis A (n = 504)	2,0	1,8
Röteln (n = 504)	1,0	0,8 (MMR)
Pocken (n = 504)	0,8	1,2
Gelbfieber/Typhus (n = 504)	1,0	1,4
Zeckenimpfung (n = 504)	1,8	0,2
Pertussis (n = 504)	0,2	0,2
Tuberkulose (n = 504)	0,4	0,0
Tollwut (n = 504)	0,2	0,4
Meningokokken (n = 504)	0,2	0,0
Lungenentzündung (n = 504)	0,2	0,0

Die Fallzahlen beziehen sich auf die Befragung in Cochem-Zell.

¹³ Für unterschiedliche Krankheiten werden unterschiedliche Werte angegeben. Bei Masern zum Beispiel ist laut WHO (2004, S. 7) ein Populationsschutz gegeben, wenn 95 % der Bevölkerung geimpft sind.

¹⁴ Vgl. Jacob, R./Michels, H. (2001), S. 75.

Noch ungünstiger stellt sich die Situation dar, wenn man auch den Zeitpunkt der letzten Impfung berücksichtigt. Es wurde davon ausgegangen, dass ein nachgewiesener Impfschutz gegen Tetanus und Diphtherie nur bei Personen besteht, die innerhalb der letzten zehn Jahre geimpft wurden. In die Kategorie „Impfschutz nicht nachgewiesen“ fallen alle Personen, die gar nicht oder vor mehr als zehn Jahren geimpft wurden. Unklarheit über den Impfschutz besteht bei allen Interviewten, die entweder nicht wussten, ob sie überhaupt geimpft sind oder die nicht mehr angeben konnten, wie lange die letzte Impfung zurückliegt. Hierbei kann auch unterstellt werden, dass der Impfschutz unzureichend ist. Die nachstehende Tabelle verdeutlicht nochmals, dass ein Populationsschutz in Cochem-Zell bei weitem nicht gegeben ist. Der Impfschutz gegen Diphtherie und Tetanus wurde auch schon im ersten Gesundheitsbericht für den Landkreis Cochem-Zell dargestellt. Die Ergebnisse mussten allerdings leicht modifiziert werden.

Tabelle 6-3: Impfschutz gegen Diphtherie und Tetanus (Angaben in Prozent)

Impfschutz	Diphtherie		Tetanus	
	Cochem-Zell	Trier	Cochem-Zell	Trier
Impfschutz nachgewiesen	15,9	20,7	36,9	52,1
Impfschutz nicht nachgewiesen	27,0	33,9	16,9	22,1
Impfschutz unklar	57,1	45,4	46,2	25,8

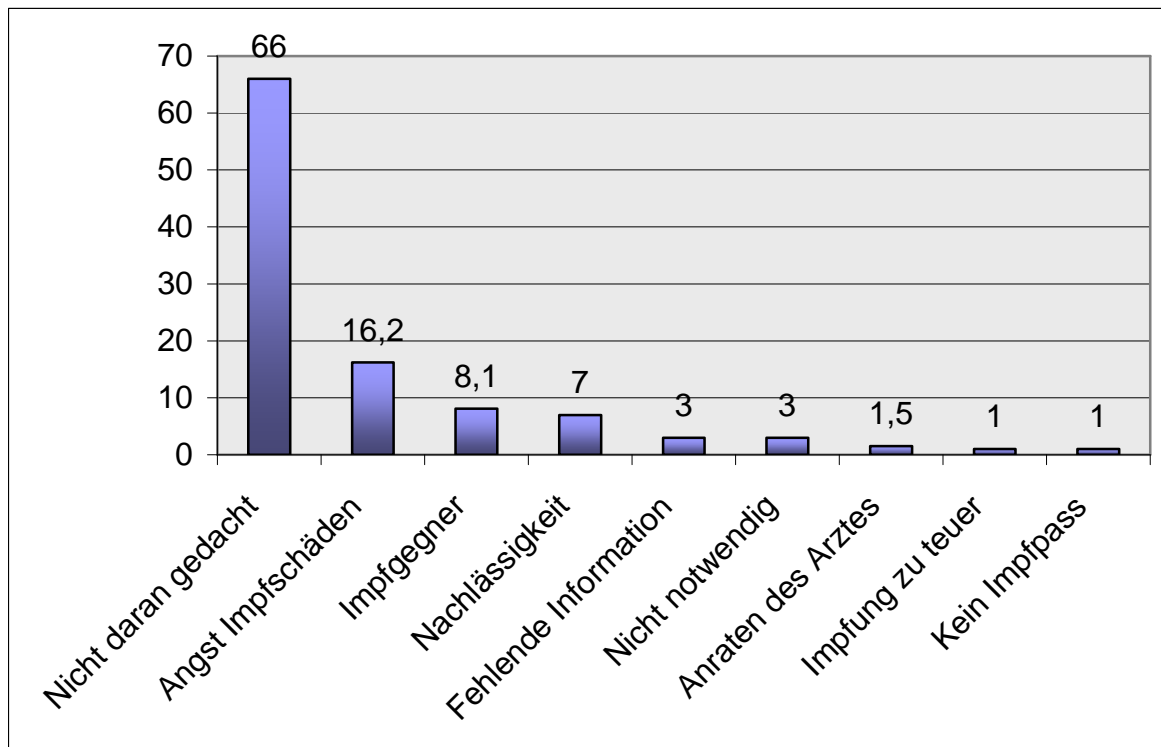
N = 504

Nur 14,1 % (Trier: 13 % einschließlich Polio¹⁵) aller Befragten verfügen über einen nachgewiesenen Impfschutz gegen Diphtherie und Tetanus und entsprechen damit den STIKO-Empfehlungen für Erwachsene.

Immerhin sind sich 40,2 % der Zielpersonen der Tatsache bewusst, dass ihr Impfschutz vermutlich nicht vollständig ist (Frage 15). Hauptgrund für die unzureichende Impfbeteiligung (Frage 16) ist mit 66 % die Vergesslichkeit der zu impfenden Personen. 16,2 % haben Angst vor Impfschäden und 8,1 % der Befragten sind explizite Impfgegner. Das Robert Koch-Institut geht davon aus, dass weniger als 2 % der bundesdeutschen Bevölkerung erklärte Impfgegner sind.¹⁶

¹⁵ Als die Befragung 2001 in Trier durchgeführt wurde, beinhaltete die STIKO-Empfehlung noch eine regelmäßige Auffrischung der Polio-Impfung.

¹⁶ Vgl. Reiter, S./Rasch, G. (2004), S. 16.

Abbildung 6-1: Gründe für unvollständigen Impfschutz (Angaben in Prozent)

Auch die Antworten auf Frage 17 verdeutlichen, dass Vergesslichkeit die primäre Ursache für die unzureichenden Durchimpfungsraten ist. 63,9 % der Befragten fänden es gut, wenn sie regelmäßig – zum Beispiel durch Ärzte – per Post an Impftermine erinnert werden würden. Außerdem wurden nur 49,2 % schon einmal von ihrem Hausarzt auf Impfungen angesprochen (Frage 13). Hier wäre ein verstärktes Engagement der Hausärzte wünschenswert.

Wie schon erwähnt, weisen nur 14,1 % der Befragten einen dokumentierten Impfschutz auf, der den STIKO-Empfehlungen für Erwachsene entspricht. Wie ebenfalls schon dargestellt, glauben aber 52,2 % der Befragten, dass ihr Impfschutz vollständig ist. Davon sind tatsächlich aber nur 21,5 % gemäß der STIKO-Empfehlungen geimpft, 78,5 % hingegen nicht.

Der Impfstatus ist in Cochem-Zell wie auch in Trier unabhängig vom Geschlecht, der Anteil ausreichend geimpfter Personen nimmt aber mit zunehmendem Alter stark ab, wobei angesichts der potentiellen Ubiquität des Tetanus-Erregers besonders die niedrigen Durchimpfungsraten bei Tetanus in allen Altersgruppen bedenklich sind.

Tabelle 6-4: Impfung gegen Diphtherie nach Altersklassen (Angaben in Prozent)

Diphtherie	18 b. u. 30	30 b. u. 40	40 b. u. 50	50 b. u. 60	60 oder älter
Impfschutz nachg.	22,6	24,3	13,8	14,5	6,0
Impfschutz nicht nachg.	10,7	26,1	35,3	26,3	31,9
Impfschutz unklar	66,7	49,5	50,9	59,2	62,1

N = 503, Sig. = .001, Cramer's V = .175

Tabelle 6-5: Impfung gegen Tetanus nach Altersklassen (Angaben in Prozent)

Tetanus	18 b. u. 30	30 b. u. 40	40 b. u. 50	50 b. u. 60	60 oder älter
Impfschutz nachg.	41,7	49,5	36,2	35,5	23,3
Impfschutz nicht nachg.	6,0	13,5	17,2	21,1	25,0
Impfschutz unklar	52,4	36,9	46,6	43,4	51,7

N = 503, Sig. = .001, Cramer's V = .163

Der Trend bei der Grippe-Impfung ist dagegen positiv zu bewerten. Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil der gegen Grippe geimpften Personen. Die Impfbeteiligung bei den über 60-jährigen Männern und Frauen von jeweils knapp 50 % liegt über dem Bundesdurchschnitt (44,4 % bzw. 42,9 %).¹⁷ Dieser Wert ist allerdings weiter verbesserungsbedürftig. Es zeigt sich, dass den STIKO-Empfehlungen dann Folge geleistet wird, wenn sie durch entsprechende Kampagnen publik gemacht werden.

Tabelle 6-6: Impfung gegen Grippe nach Altersklassen (Angaben in Prozent)

Grippe	18 b. u. 30	30 b. u. 40	40 b. u. 50	50 b. u. 60	60 oder älter
Ja	17,9	19,1	17,5	34,7	48,7
Nein	77,4	70,0	76,3	54,2	38,1
Weiß nicht	4,8	10,9	6,1	11,1	13,3

N = 493, Sig. = .000, Cramer's V = .234

Positiv ist auch zu bewerten, dass deutlich mehr Personen, die an den Folgen eines Herzinfarktes, Schlaganfalls oder an Diabetes leiden, eine Grippe-Impfung aufweisen als in den jeweiligen Vergleichsgruppen. In diesen Risikogruppen bewegt sich die Durchimpfungsrate zwischen 45 % und 70 % und ist damit aber noch weiter verbesserungswürdig. Zu steigern ist auch die Durchimpfungsrate gegen Grippe bei Patienten mit chronischer Bronchitis, die sich auf 42,1 % beläuft.

¹⁷ Vgl. Reiter, S./Rasch, G. (2004), S. 15f.

Neben dem Impfstatus der Interviewten war auch die Durchimpfungsrate von Kindern unter 18 Jahren von Interesse. 38,7 % der Befragten hatten Kinder in diesem Alter (Frage 18). 93,9 % geimpften Kindern stehen 4,1 % nicht geimpfte Minderjährige gegenüber. 2 % der Interviewten konnten hierzu keine Angaben machen (Frage 19). Die berichteten Durchimpfungsraten gegen Polio (84,2 %), Tetanus und Diphtherie (85,8 %) liegen knapp unter dem Bundesdurchschnitt von 90 %.¹⁸ Bedauerlich ist auch die Tatsache, dass bis zu 13,6 % der Befragten nicht über den Impfstatus ihrer Kinder bei Diphtherie, Polio und Tetanus informiert sind. Wie auch in Trier ist der Anteil der Männer, der den Impfstatus der Kinder nicht kennt, höher als der Anteil der Frauen.

Bei der Erhebung wurde deutlich, dass Impfungen gegen Polio, Diphtherie und Tetanus sowie gegen Masern, Mumps und Röteln insgesamt recht gut nachgefragt werden. Große Defizite treten hingegen bei den anderen öffentlich empfohlenen Impfungen auf.

Tabelle 6-7: Durchimpfungsraten von Kindern unter 18 Jahren (Angaben in Prozent)

Impfung gegen:	Impfschutz		
	Ja	Nein	Weiß nicht
Polio (n = 184)	84,2	2,2	13,6
Tetanus, Diphtherie (n = 183)	85,8	1,6	12,6
Masern, Mumps, Röteln (n = 184)	82,6	5,4	12,0
Grippe (n = 183)	23,5	61,7	14,8
Keuchhusten (n = 184)	65,8	15,8	18,5
Hepatitis B (n = 183)	55,7	22,4	21,9
Hib (n = 183)	34,4	27,3	38,3

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Durchimpfungsraten in der erwachsenen Bevölkerung in Cochem-Zell bei allen von der STIKO empfohlenen Impfungen unzureichend sind. Ausschlaggebend dafür ist allerdings nicht eine grundsätzliche Ablehnung von Impfungen, sondern in den meisten Fällen schlichte Vergesslichkeit. Wie sich zeigte, würde die Mehrheit ein postalisches Erinnerungssystem begrüßen. Dies dürfte aufgrund der Verwaltung von Patientendaten durch EDV und mit Hilfe von Chipkarten organisatorisch ohne großen Aufwand möglich sein. Besteht ernsthaftes Interesse an der Beseitigung gefährlicher Infektionskrankheiten und möglichst hohen Durchimpfungsraten, so sollte diese Möglichkeit der Patienteninformation genauer geprüft und schnellstmöglich umgesetzt werden.¹⁹

¹⁸ Vgl. Reiter, S./Rasch, G. (2004), S. 14.

¹⁹ Vgl. Jacob, R./Michels, H. (2001), S. 82.

7 Ernährung

Ernährungsgewohnheiten beeinflussen nicht nur das Wohlbefinden, sondern auch den Gesundheitszustand des Menschen in entscheidendem Maße. Allerdings sind diese beiden Aspekte nicht immer problemlos miteinander vereinbar – ganz im Gegenteil: Ernährungsverhalten kann eine Entlastungsfunktion haben und damit wesentlich zur Steigerung der psychischen Befindlichkeit beitragen, sie kann aber auch negative gesundheitliche Auswirkungen zur Folge haben. In der Bundesrepublik sind ernährungsbedingte Krankheiten in der Regel keine Mangelkrankungen mehr, sondern resultieren aus einer Fehlernährung.¹ Zu diesen Krankheiten zählen unter anderem Diabetes mellitus, Gicht, Fettstoffwechselstörungen, Struma, Karies, Osteoporose, Hypertonie, ischämische Herzkrankheiten, Hirn- und Gefäßerkrankungen sowie bösartige Neubildungen der Speiseröhre, der Leber, des Darms, des Magens und anderer Organe.² Zu berücksichtigen ist natürlich, dass die genannten Krankheiten andere Ursachen haben können, auch genetische Faktoren, Bewegungsmangel, Zigarettenrauch und andere Schadstoffe spielen eine Rolle. Damit eine Krankheit als ernährungsbedingt gilt, wird unter anderem eine Mitverursachung durch Ernährungsgewohnheiten, die Möglichkeit der Vorbeugung durch Vermeiden von Fehlernährung und/oder die Möglichkeit der Behandlung durch Ernährungsmaßnahmen vorausgesetzt.³

Zwei Aspekte von Gesundheit sind zu berücksichtigen: Während falsche Ernährung die Entstehung bestimmter Krankheiten begünstigt, hat gesunde Ernährung eine protektive, gesundheitsfördernde Wirkung.⁴ Dabei unterstützt eine adäquate Ernährung nicht nur die Gesundheit des Einzelnen, sondern ist auch aus ökonomischer Sicht zweckmäßig: 24,7 % aller ambulanten Behandlungen entfielen 1991 bei Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auf ernährungsbedingte Krankheiten. Weiterhin waren 23,5 % aller Krankenhaustage bei der stationären Behandlung von in der GKV versicherten Personen auf ernährungsbedingte Erkrankungen zurückzuführen. 1990 führte die gesetzliche Rentenversicherung 169.594 medizinische Rehabilitationsmaßnahmen bei diesen Krankheiten durch. Dies waren 24,4 % aller medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen.⁵ Fehlernährung stellt somit nach wie vor ein

¹ Vgl. Jacob, R./Michels, H. (2001), S. 83.

² Vgl. Kohlmeier, L. et al. (1993), S. 7.

³ Vgl. Henke, K.-D. et al. (1986), S. 123.

⁴ Vgl. Jacob, R./Michels, H. (2001), S. 83.

⁵ Vgl. Kohlmeier, L. et al. (1993), S. 227ff.

bedeutendes Gesundheitsproblem dar. Dies haben auch die Ergebnisse des Ernährungssurveys 1998 (als Ergänzung zum Bundes-Gesundheitssurvey) gezeigt: „Die Ernährung in Deutschland ist immer noch gekennzeichnet durch eine Überversorgung und einen zu hohen Anteil an Fett und Alkohol. Dies führt zusammen mit einer zu geringen körperlichen Aktivität dazu, daß Übergewicht immer noch ein großes gesundheitliches Problem darstellt. Über 50 % der Frauen und sogar fast 70 % der Männer haben einen Body-Mass-Index (BMI) über 25, was als leichtes Übergewicht betrachtet wird. Um die 20 % der Männer und Frauen sind stark übergewichtig (BMI \geq 30).“⁶ Auf Übergewicht und Alkoholkonsum wurde schon in den Kapiteln 3 und 4 eingegangen. Bevor nun die Ergebnisse des regionalen Gesundheitssurveys bezüglich der Ernährung erörtert werden, sind zwei Vorbemerkungen erforderlich.

7.1 Was ist „gesunde Ernährung“?

Die Einordnung als gesunde Ernährung ist davon abhängig, mit welchem Modell des Ernährungsverhaltens die Daten der Befragung verglichen werden. Als Orientierung dienen hierbei insbesondere die Informationen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE).

Die DGE rät dazu, täglich ca. 200 Gramm gekochtes und 100 Gramm rohes Gemüse sowie 75 Gramm Salat zu verzehren. Würde man dieser Empfehlung folgen, ergäbe dies einen Jahres-Pro-Kopf-Verbrauch an Gemüse von 140 Kilogramm. Fett sollte sparsam verwendet werden, pflanzliche Öle mit einem hohen Anteil an mehrfach ungesättigten Fettsäuren sind tierischen Fetten vorzuziehen. Darüber hinaus befürwortet die DGE den täglichen Verzehr von Getreideprodukten, vorzugsweise aus Vollkorn und den häufigen Konsum von Kartoffeln. Milch bzw. Milchprodukte sollten ebenfalls täglich zu sich genommen werden. Mit Fleisch und Wurst sollte man dagegen sparsamer umgehen und dann fettarme Produkte (beispielsweise Geflügelfleisch) bevorzugen. Außerdem sollte auf einen niedrigen Zuckerverbrauch geachtet werden. In Jodmangelgebieten sollten zur Prävention der Struma (Kropf) Jodsalz verwendet und mindestens einmal pro Woche Fisch gegessen werden. Trinken sollte man pro Tag mindestens 1,5 Liter, am besten in Form von Mineralwasser.⁷

Aus diesen Empfehlungen resultiert folgendes Profil für eine gesundheitsförderliche Ernährung:

⁶ Mensink, G. B. M. et al. (1999), S. 205.

⁷ Vgl. Deutsche Gesellschaft für Ernährung (1991, 2004), zitiert nach Jacob, R./Michels, H. (2001), S. 85.

Tabelle 7-1: Empfehlungen der DGE

	Täglich	Mehrmals in der Woche	Seltener
Obst und Gemüse	X		
Vollkornprodukte	X		
Milch/Milchprodukte	X		
Mineralwasser oder zuckerfreie Säfte	X		
Kartoffeln		X	
Fettarme Fleischprodukte		X	
Fisch		X	
Süßwaren/zuckerhaltige Produkte			X
Außerdem: sparsame Verwendung von pflanzlichen Ölen, Meidung tierischer Fette, Verwendung von Jodsalz			

7.2 Die Messung des Ernährungsverhaltens

Die Messung des Ernährungsverhaltens in Befragungen weist zwei grundlegende methodische Probleme auf. Erstens wird ein kontinuierliches Verhalten gemessen, welches aber größere Variationsbreiten aufweisen kann (zum Beispiel unregelmäßiger, aber zu bestimmten Zeiten erhöhter Konsum stark zuckerhaltiger Produkte). Die Messung erfolgt retrospektiv, das heißt, die Befragten müssen sich erinnern und die so ermittelten Angaben gegebenenfalls vorgegebenen Antwortformaten anpassen. Erinnerungen sind oftmals ungenau, insbesondere beständiges Verhalten wird in seiner Häufigkeit eher geschätzt als tatsächlich gezählt. Zudem kann der als Orientierung dienende Referenzzeitraum individuell sehr verschieden sein. Dieses Problem wird bei Ernährungsfragen auch nicht dadurch gelöst, indem man generalisierende Begriffe wie „gewöhnlich“ oder „normalerweise“ benutzt, um zu verdeutlichen, dass langfristige Verhaltensmuster von Interesse sind, da für viele Befragte Zeiträume von einer bis vier Wochen die Basis für ihre Einschätzungen darstellen. Weiterhin wird das Antwortverhalten durch die Kategorien, die bei quantitativen Befragungen aus Gründen der Vergleichbarkeit zwingend vorgegeben sind, beeinflusst, da diese Hinweise darauf geben, was als „normal“ oder „üblich“ angesehen wird.⁸

Dies leitet zu dem zweiten methodischen Problem über, welches auch schon in Zusammenhang mit Alkohol- und Nikotinkonsum aufgetreten ist. Gesunde Ernährung gehört zu den sozial wünschenswerten Verhaltensweisen, was dazu führt, dass das eigene Essverhalten oftmals positiver dargestellt wird, als es tatsächlich ist. Was als gesunde Ernährung bezeichnet

⁸ Vgl. Jacob, R./Michels, H. (2001), S. 86.

wird, dürfte den meisten Bundesbürgern angesichts einer breit angelegten Ernährungsaufklärung zumindest als lexikalisches Wissen bekannt sein. Mit lexikalischem Wissen sind Kognitionen gemeint, die bei Bedarf – zum Beispiel wenn man danach gefragt wird – abgerufen werden, die aber nicht handlungsrelevant sind. So ist der Großteil der Raucher natürlich darüber informiert, dass Rauchen der Gesundheit schadet, und die meisten Menschen wissen auch, dass der tägliche Verzehr von Obst und Gemüse gesund ist. Bei Fragen nach dem Ernährungsverhalten ist insofern immer ein nicht genau bestimmbarer Anteil von Antworten an sozial wünschenswerten Normen orientiert.⁹

Bei der Messung von gesundem Ernährungsverhalten führen diese beiden Probleme zu Verzerrungen durch Befragungen. Der Prozentsatz von Personen, der sich gesund (orientiert an oben dargestelltem Profil) ernährt, wird durch Befragungsdaten überschätzt. Dies bedeutet umgekehrt, dass die im Folgenden vorgestellten Ergebnisse zu ungesunden Ernährungsgewohnheiten das tatsächliche Ausmaß des Problems wahrscheinlich verkennen.¹⁰ In Frage 50 wurde die Häufigkeit des Verzehrs bestimmter Lebensmittel erhoben.

Tabelle 7-2: Verzehr ausgewählter Lebensmittel (Angaben in Prozent)

Lebensmittel	Täglich		Mehrals pro Woche		Seltener		Nie	
	C-Z	Trier	C-Z	Trier	C-Z	Trier	C-Z	Trier
Fleisch/Wurstwaren	33,9	27,5	44,4	44,6	19,1	25,3	2,6	2,6
Fisch	1,6	0,4	36,5	35,2	56,2	57,0	5,8	7,3
Fertiggerichte	1,6	1,2	11,2	8,5	47,7	47,3	39,5	43,0
Frisches Obst u. Gemüse	62,2	62,8	31,2	29,1	6,4	7,5	0,2	0,6
Nudeln	6,2	4,4	66,3	63,8	26,1	30,9	1,4	1,0
Vollkornbrot	42,5	38,0	26,7	30,9	22,6	23,6	8,2	7,5
Milchprodukte	57,7	60,0	30,3	27,3	9,4	10,1	2,6	2,6
Fast Food	0,6	0,2	2,2	4,2	52,9	47,1	44,3	48,5
Kartoffeln	29,1	27,9	58,1	58,0	11,8	12,7	1,0	1,4

26,9 % der befragten Personen nehmen eine unzureichende Menge Flüssigkeit, das heißt weniger als 1,5 Liter pro Tag, in Form von Wasser, ungesüßten Säften, Früchte- oder Kräutertees zu sich. Im Durchschnitt gaben die Teilnehmer der Befragung an, täglich 1,9 Liter zu trinken.

60,4 % (Trier: 62,6 %) der Befragten achten bei ihrer Ernährung auf fettarme Nahrungsmittel, 75,8 % (Trier: 74,1 %) verwenden Jodsalz.

⁹ Vgl. Jacob, R./Michels, H. (2001), S. 86.

¹⁰ Vgl. Jacob, R./Michels, H. (2001), S. 86f.

Erstellt man aus den Empfehlungen der DGE ein dichotomes Ernährungsprofil, so erhält man nachstehende Verteilung. Zu beachten ist hierbei, dass der Kategorie „suboptimale Ernährung“ alle Fälle zugeordnet wurden, die in irgendeiner Form dem Idealtypus vollwertiger, gesunder Ernährung nicht entsprechen.

Tabelle 7-3: Ernährungsprofil 1: Vollwertige, gesunde Ernährung versus suboptimale Ernährung

	Vollwertige, gesunde Ernährung	Suboptimale Ernährung
Obst und Gemüse	Täglich	
Vollkornprodukte	Täglich	
Milch/Milchprodukte	Täglich	
Mineralwasser, zuckerfreie Säfte, Früchte- oder Kräutertee	Täglich	Vom Typ vollwertiger, gesunder Ernährung in mindestens einem Punkt abweichend
Kartoffeln	Täglich oder mehrmals in der Woche	
Fleischprodukte	Mehrmals in der Woche oder seltener	
Fisch	Täglich oder mehrmals in der Woche	
Jodsalz	Ja	
Fettarme Ernährung	Ja	
N	28 = 5,6 %	476 = 94,4 %

Lediglich 5,6 % (Trier: 3 %) der Befragten weisen ein nach eigenen Angaben optimales Ernährungsverhalten auf, welches den Empfehlungen der DGE entspricht. Deshalb wurde ein zweites, weniger strenges Profil erstellt, welches in Abgrenzung zum vorhergehenden Idealtypus als „gesunde Ernährung“ bezeichnet wird.

Tabelle 7-4: Ernährungsprofil 2: Gesunde Ernährung versus suboptimale Ernährung

	Gesunde Ernährung	Suboptimale Ernährung
Obst und Gemüse	Täglich	
Vollkornprodukte	Täglich oder mehrmals pro Woche	
Milch/Milchprodukte	Täglich	Vom Typ gesunder Ernährung in mindestens einem Punkt abweichend
Wasser, ungesüßte Säfte, Früchte- oder Kräutertee	Täglich	
Kartoffeln	Täglich oder mehrmals pro Woche	
Jodsalz	Ja	
Fettarme Ernährung	Ja	
N	95 = 18,8 %	409 = 81,2 %

Legt man diese weniger strengen Anforderungen zu Grunde, so genügen diesem Ernährungsprofil 18,8 % (Trier: 20,1 %) der befragten Personen.

Dichotomisiert man die Daten des strengeren Ernährungsprofils,¹¹ so lässt sich ein Ernährungsindex erstellen, der darüber informiert, wie viele der insgesamt neun Kriterien vollwertiger, gesunder Ernährung umgesetzt werden. Danach ergibt sich folgende Verteilung:

Tabelle 7-5: Ernährungsindex (Angaben in Prozent)

Aspekte vollwertiger, gesunder Ernährung	Cochem-Zell	Trier
0	0,2	0,0
1	0,4	1,4
2	3,4	1,8
3	6,3	4,8
4	12,9	12,7
5	18,1	15,0
6	19,6	14,7
7	20,4	20,4
8	13,1	15,2
9	5,6	14,0 (9 und 10)
N	504	505

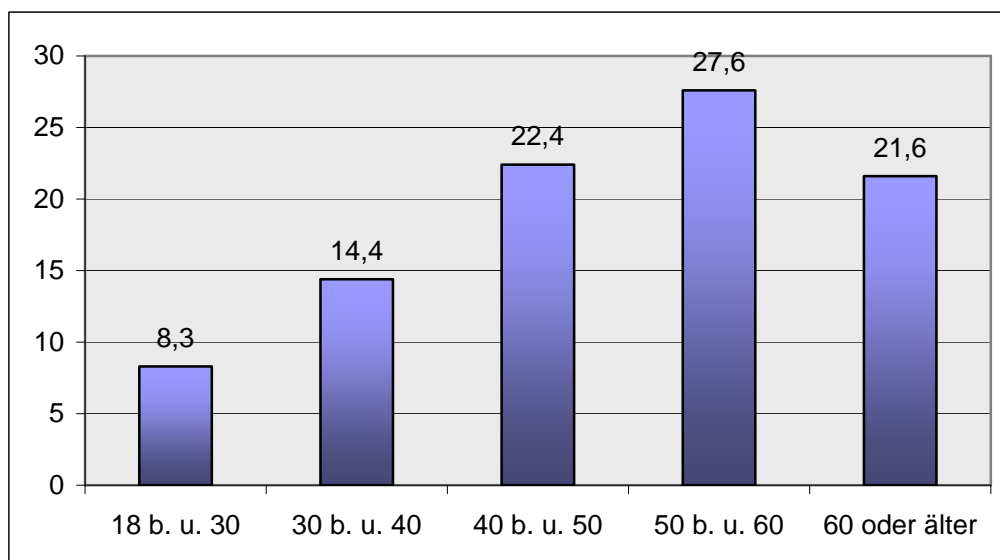
Mittelwert: 5,8

¹¹ Der tägliche Konsum von Obst und Gemüse wird mit einer Eins codiert, ein weniger häufiger mit Null, ebenso wird bei Vollkornprodukten verfahren. Der Verzehr von Süßigkeiten täglich oder mehrmals in der Woche erhält eine Null, seltenerer Konsum eine Eins, etc.

Das Ernährungsverhalten ist eindeutig vom Geschlecht abhängig. 23,7 % (Trier: 25,9 %) der Frauen, aber nur 11,8 % (Trier: 11,4 %) der Männer ernähren sich entsprechend den Vorgaben des Ernährungsprofils 2 gesund.

Der Mittelwert des Ernährungsindex beträgt bei den Frauen 5,3 und bei den Männern 4,7. Gesunde Ernährung liegt ab einem Wert von sieben vor. Zudem wird das Ernährungsverhalten vom Alter beeinflusst. Besonders bedenkenlos gehen die 18- bis unter 30-Jährigen mit ihrer Ernährung um, nur 8,3 % ernähren sich hier gesund. Am höchsten ist dieser Anteil mit 27,6 % dagegen bei den 50- bis unter 60-Jährigen.

Abbildung 7-1: Gesunde Ernährung (Ernährungsprofil 2) nach Altersklassen (Angaben in Prozent)



N = 503, Sig. = .012, Cramer's V = .177

Dass die jüngsten Befragten weniger auf gesunde Ernährung achten, zeigt sich auch bei einem Vergleich der Mittelwerte des Ernährungsindex. Bei den 18- bis unter 30-Jährigen beläuft sich der Mittelwert auf 4,4 und liegt damit signifikant unter den Mittelwerten aller anderen Altersgruppen. Hier betragen die Mittelwerte zwischen 5,1 und 5,4. Zwei Gründe könnten hierbei eine wesentliche Rolle spielen: „Ernährungs- und Nahrungszubereitungsverhalten ist ein in der primären und frühen sekundären Sozialisation, also in der Kinder- und Jugendphase erlerntes und habitualisiertes Verhalten und gehört zu den im späteren Leben nur schwer änderbaren Verhaltensmustern.“¹² Nicht nur das Elternhaus spielt bei der Entwicklung solcher Verhaltensmuster eine Rolle, sondern auch Gruppen von Gleichaltrigen – so genannte „Peer-Groups“ – sowie entsprechende Gelegenheits- und Angebotsstrukturen. Die Generation der

¹² Jacob, R./Michels, H. (2001), S. 90.

jetzt 18- bis unter 30-Jährigen ist mit der (zumindest zeitweisen) Berufstätigkeit beider Elternteile aufgewachsen, unter anderem mit der Konsequenz, dass es ein täglich frisch zubereitetes Mittagessen schon aus Zeitgründen nicht gab. Stattdessen ist insbesondere diese Altersgruppe mit einer Bandbreite von Ernährungsalternativen aufgewachsen, welche von Tiefkühl- und Fertiggerichten bis zu Fast Food reicht. Die aus der späteren eigenen Berufstätigkeit resultierende subjektive Zeitknappheit dürfte diese Gewohnheiten verfestigt haben.¹³ Deutlich wird dies bei Betrachtung der altersabhängigen Verteilung des Konsums von Fertiggerichten und Fast Food.

Tabelle 7-6: Konsum von Fertiggerichten nach Altersklassen (Angaben in Prozent)

Fertiggerichte	18 b. u. 30	30 b. u. 40	40 b. u. 50	50 b. u. 60	60 oder älter
Täglich/mehrmals wöchentlich	21,4	18,0	12,2	6,7	6,1
Seltener	58,3	53,2	52,2	48,0	29,6
Nie	20,2	28,8	35,7	45,3	64,3

N = 500, Sig. = .000, Gamma = .389

Tabelle 7-7: Konsum von Fast Food nach Altersklassen (Angaben in Prozent)

Fast Food	18 b. u. 30	30 b. u. 40	40 b. u. 50	50 b. u. 60	60 oder älter
Täglich/mehrmals wöchentlich	7,1	2,7	0,9	1,3	2,6
Seltener	81,0	76,6	60,9	37,3	12,2
Nie	11,9	20,7	38,3	61,3	85,2

N = 500, Sig. = .000, Gamma = .681

Gegenüber diesem Effekt ist der Einfluss des Bildungsstatus nicht signifikant und in der Richtung auch nicht eindeutig, wie die Resultate einer zweifaktoriellen Varianzanalyse zeigen. Dabei wurde geprüft, welchen Einfluss Alter und Bildungsstatus auf den Mittelwert des Ernährungsindex haben. Tabelle 7-8 zeigt die Mittelwerte der jeweiligen kombinierten Alters- und Bildungsgruppen. Unabhängig vom Bildungsabschluss ist das Ernährungsverhalten in der jüngsten Altersgruppe – wie schon dargestellt – problematisch. Uneinheitlich ist die Situation in den anderen Altersklassen: Bei den 50- bis unter 60-Jährigen weisen die Personen mit Mittlerer Reife das beste, in der darunter liegenden Altersklasse dagegen das schlechteste Ernährungsverhalten auf. Bildungseffekte spielen bei dem Ernährungsverhalten in der Region somit keine Rolle.

¹³ Vgl. Jacob, R./Michels, H. (2001), S. 91.

Tabelle 7-8: Mittelwertvariationen des Ernährungsindex (vollwertige, gesunde Ernährung) in Abhängigkeit von Altersklassen und Bildungsstatus

	Kein Abschluss oder Hauptschulabschluss	Mittlere Reife	Fachhochschulreife oder Abitur
18 b. u. 30	5,2	4,8	5,0
30 b. u. 40	5,5	5,9	5,5
40 b. u. 50	6,2	5,6	6,0
50 b. u. 60	5,9	6,9	5,9
60 oder älter	6,5	6,7	6,5

N = 491, Sig. von F Alter = .000, Bildung = .649

Auch die nur geringen Differenzen des Ernährungsverhaltens bei übergewichtigen und nicht-übergewichtigen Personen sind nicht signifikant. Von den Befragten, die sich gesund ernähren (Ernährungsprofil 2), sind 4,3 % untergewichtig, 45,7 % normalgewichtig und 50 % übergewichtig. In der Vergleichsgruppe der Personen mit suboptimaler Ernährung haben 45,2 % Übergewicht. Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, dass die Daten zum Ernährungsverhalten die aktuelle Situation widerspiegeln, während Übergewicht, sofern es auf Fehlernährung zurückzuführen ist, das Ergebnis eines längeren Prozesses ist. Es ist daher möglich, dass übergewichtige Personen als Reaktion auf diesen gesundheitlichen Risikofaktor ihre Ernährungsgewohnheiten geändert haben. Für diese Vermutung spricht die Tatsache, dass 63,5 % der übergewichtigen Befragten auf fettarme Nahrungsmittel achten, während dies bei den übrigen Personen nur 57,5 % tun.

Die Mehrheit der Personen, die an Gicht, Diabetes oder einer Erkrankung bzw. Schädigung von Organen des kardiovaskulären Systems leidet (Folgen von Herzinfarkt oder Schlaganfall, arterielle Durchblutungsstörungen der Beine, Angina Pectoris), folgt nicht den Empfehlungen der DGE zu gesunder Ernährung.

Tabelle 7-9: Gesunde Ernährung (Ernährungsprofil 2) nach bestimmten Krankheiten (Angaben in Prozent)

	Schädigungen Herz- Kreislauf-System	Diabetes	Gicht
Gesunde Ernährung	15,8	14,8	11,1
N	95	27	27

Zwar essen, wie bereits dargestellt, 62,2 % der Befragten nach eigenen Angaben täglich frisches Obst und Gemüse, dies bedeutet aber umgekehrt auch, dass nahezu 40 % einer zentralen Empfehlung der DGE nicht nachkommen und mit den protektiven Nährstoffen pflanzlicher Ernährung unterversorgt sind. Eine ausgewogene, gesunde Ernährung, durch die der Körper

kontinuierlich mit allen notwendigen Nährstoffen versorgt wird, kann darüber hinaus nur einer Minderheit von höchstens 20 % bescheinigt werden. Das Ernährungsverhalten wird im Wesentlichen beeinflusst durch das Geschlecht sowie das Alter. Ob es sich bei den Korrelationen des Ernährungsverhaltens und dem Alter der Befragten um einen Alters- oder um einen Kohorteneffekt handelt, bleibt offen. Ein Alterseffekt liegt vor, wenn sich bestimmte Einstellungen bzw. Verhaltensweisen in Abhängigkeit vom Lebensalter ändern. Hinter vermuteten Alterseffekten stehen Lebensphasenmodelle. Bei diesen wird davon ausgegangen, dass Mitglieder verschiedener Generationen in gleichen Lebensphasen auch gleiche bzw. vergleichbare Entwicklungen durchlaufen. Dies würde bedeuten, dass suboptimales Ernährungsverhalten besonders im Jugend- und frühen Erwachsenenalter besteht und sich mit fortschreitendem Alter ändert. Für diese These spricht, dass Gesundheit und alle damit verbundenen Größen dann an Bedeutung gewinnen, wenn körperliches Wohlbefinden zu einem knappen und bedrohten Gut wird.¹⁴

Ist eine Generation Faktoren ausgesetzt, die die Persönlichkeit prägen und zu beständigen Einstellungen und Verhaltensweisen führen, so nennt man dies Kohorten- oder Generationeneffekt. Wenn das suboptimale Ernährungsverhalten der 18- bis unter 30-Jährigen auf einen Kohorteneffekt zurückzuführen ist, so liegen zwei Probleme vor: Ernährungsbedingte Krankheiten nehmen in dieser Generation mit fortschreitendem Alter sehr wahrscheinlich überdurchschnittlich zu. Außerdem wird suboptimales Ernährungsverhalten an die nächsten Generationen weitergegeben und damit zu einem normalen bzw. weit verbreiteten Modell. Die Möglichkeit, im täglichen Leben mit anderen Ernährungstypen konfrontiert zu werden und das eigene Verhalten zu überdenken und gegebenenfalls zu modifizieren, wird damit sukzessive geringer.¹⁵

Diese Risiken sind groß genug, um entsprechende Gegenmaßnahmen zu ergreifen. Hierzu zählt eine gezielte und dauerhafte Ernährungsberatung und -schulung, die möglichst früh einsetzen sollte. Dies könnte schon in der Grundschule über die Etablierung eines Faches zum Thema „Gesundheitserziehung“ geschehen. Sinnvoll scheint auch ein flächendeckendes Angebot an gesundem Essen in Kindergärten und Schulen zu sein. Hier bestehen bislang noch große Defizite.¹⁶

¹⁴ Vgl. Jacob, R./Michels, H. (2001), S. 93.

¹⁵ Vgl. Jacob, R./Michels, H. (2001), S. 93f.

¹⁶ Vgl. Jacob, R./Michels, H. (2001), S. 94.

8 Sport und Bewegung

Ausreichende Bewegung und körperliches Training leisten neben einer angemessenen Ernährung einen wesentlichen Beitrag zur Aufrechterhaltung von Gesundheit und Wohlbefinden und stellen somit wichtige Protektivfaktoren dar. „Regelmäßige körperliche Aktivität verringert sowohl die Risikofaktoren als auch das Mortalitätsrisiko von Herz-Kreislauf-Krankheiten. Ein körperlich aktiver Lebensstil kann Übergewicht, Osteoporose und Wirbelsäulenproblemen vorbeugen und kann sich auch positiv auf den Krankheitsverlauf von Diabetes mellitus und Kolon-Krebs auswirken. Selbst im hohen Alter ist regelmäßige Bewegung zu empfehlen, damit Gelenkbeweglichkeit, Muskelkraft und Leistungsfähigkeit erhalten bleiben.“¹

52 % (Trier: 61,9 %) der Befragten in Cochem-Zell treiben Sport (Frage 63). 55,7 % der Frauen und 46,6 % der Männer betätigen sich sportlich. Bundesweit sind mehr Männer (56,2 %) als Frauen (50,5 %) aktiv.²

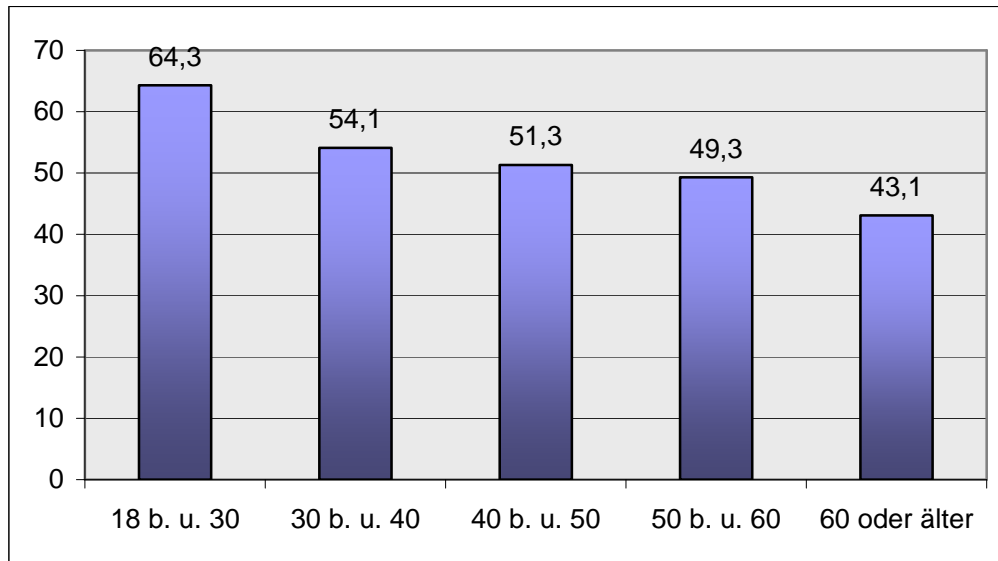
In der Region – wie auch in Trier und der Bundesrepublik³ – nimmt der Anteil der Inaktiven mit steigendem Alter zu. Zwar liegt das Signifikanzniveau knapp oberhalb von 5 %, eine klare Tendenz ist aber erkennbar. Auch in höheren Altersklassen ist die Ausübung von Sport förderlich für die Gesundheit und sollte nicht vernachlässigt werden. Sportangebote speziell für ältere Menschen könnten dabei helfen.

¹ Mensink, G. B. M. (1999), S. 126.

² Vgl. Mensink, G. B. M. (1999), S. 128.

³ Vgl. Mensink, G. (2003), S. 7.

Abbildung 8-1: Sportlich Aktive nach Altersklassen (Angaben in Prozent)



N = 501, Sig. = .057, Cramer's V = .135

Ein Drittel der sportlich Aktiven treibt einmal pro Woche Sport, ein Viertel zweimal (Frage 64).

Tabelle 8-1: Häufigkeit der sportlichen Aktivität

Sportliche Aktivität	Prozent
1	30,5
2	25,1
3	19,7
4	5,8
5	5,4
6	2,7
7	10,8
N	259

6,4 % der Zielpersonen widmen sich bis zu einer Stunde wöchentlich dem Sport. Dabei ist ein Trainingseffekt allerdings auszuschließen, von „Sport“ im eigentlichen Sinne kann man hier kaum ausgehen. Diese Kategorie wurde möglicherweise auch von Personen gewählt, die regelmäßig einen Rückenschulkurs besuchen oder in physiotherapeutischer Behandlung sind. Bei diesen Befragten besteht aber immerhin die Motivation für sportliche Aktivität, so dass eine gezielte Einflussnahme hier durchaus Wirkung zeigen könnte. Jeweils ein Drittel der Zielpersonen trainieren zwischen einer und zwei bzw. zwei und vier Stunden wöchentlich. Die jeweilige Dauer der sportlichen Aktivität beträgt im Durchschnitt 71 Minuten.

Tabelle 8-2: Dauer der sportlichen Aktivität pro Woche in Stunden

Dauer	Prozent
Unter 1	6,4
1 b. u. 2	31,6
2 b. u. 4	36,4
4 b. u. 6	12,0
6 b. u. 10	6,8
10 b. u. 15	5,6
15 b. u. 20	0,4
Mehr als 20	0,8
N	250

Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen der zeitlichen Intensität sportlicher Betätigung und dem Alter der Interviewten. Mit zunehmendem Alter steigt der Prozentsatz der Personen, die nur eine Stunde Sport pro Woche treiben von 1,9 % (Trier: 4,1 %) in der niedrigsten auf 16,3 % (Trier: 14,1 %) in der höchsten Altersklasse. 76,9 % (Trier: 64,9 %) der jüngsten und 41,8 % (Trier: 52,7 %) der ältesten Befragten sind wöchentlich mindestens zwei Stunden sportlich aktiv. Des Weiteren ist die Intensität sportlicher Betätigung vom Geschlecht abhängig. Erheblich mehr Männer (76,2 %) als Frauen (54,3 %) treiben pro Woche mindestens zwei Stunden Sport. Umgekehrt ist der Prozentsatz der Frauen, die zwischen einer und zwei Stunden Zeit für Sport aufwenden mit 39,5 % signifikant höher als der der Männer (17 %). Dabei spielt es keine Rolle, ob die Befragten minderjährige Kinder haben oder nicht. In Trier widmen sich 59,5 % der Männer und 44,9 % der Frauen wöchentlich mindestens zwei Stunden der körperlichen Aktivität. 38,2 % (Trier: 52,6 %) der Interviewten haben oder hatten einen Beruf, der überwiegend im Sitzen ausgeübt wird bzw. wurde (Frage 76). Davon treiben 76 Personen (42,5 %) keinen Sport und weisen damit, wie schon in Kapitel 4 dargestellt, einen wichtigen Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen auf.

Obwohl die Situation in der Region in etwa den bundesweiten Zahlen entspricht, ist der aktuelle Zustand keineswegs zufriedenstellend. Besonders in einer von Bewegungsmangel geprägten Gesellschaft müssten alle Personen, bei denen keine medizinischen Einwände bestehen, zum Ausgleich regelmäßig Sport betreiben. In den USA wird diesbezüglich derzeit empfohlen, „daß jeder Erwachsene mindestens eine halbe Stunde an den meisten Tagen, idealerweise an allen Tagen der Woche, moderat körperlich aktiv sein sollte (wobei man leicht ins Schwitzen geraten soll).“⁴

⁴ Mensink, G. B. M. (1999), S. 130.

9 Nachfrage nach medizinischen Leistungen

Die steigenden Ausgaben im Gesundheitswesen werden maßgeblich durch die Nachfrage nach medizinischen Leistungen durch die Patienten gesteuert. Diese Nachfrage ist wiederum vor allem von den jeweiligen Morbiditätsstrukturen abhängig. Normalerweise gehen die meisten Menschen nur bei akuten Beschwerden zum Arzt. Der Großteil der Kosten wird daher für kurative Maßnahmen aufgewendet. Da eine erfolgreiche Behandlung einiger chronisch-degenerativer Krankheiten – insbesondere Krebserkrankungen – in einem fortgeschrittenen Stadium kaum noch möglich ist, haben alle Frauen ab dem 20. und alle Männer ab dem 45. Lebensjahr Anspruch auf eine jährliche Früherkennungsuntersuchung. Hierzu ist anzumerken, dass der umgangssprachlich verwendete Begriff der „Vorsorgeuntersuchung“ sachlich nicht richtig ist. „Diese Untersuchungen stellen keine primärpräventive Maßnahme dar, die zur Verhinderung einer Krebserkrankung beiträgt, vielmehr soll Krebs frühzeitig diagnostiziert werden, um so die Heilungschancen zu maximieren. Da der im Vergleich eindeutig positiver besetzte Begriff der „Vorsorgeuntersuchung“ aber offenbar dazu beiträgt, mentale Schwellenängste abzubauen, wird er in der Praxis gleichwohl häufig verwendet.“¹

Im Folgenden wird näher auf Früherkennungsuntersuchungen, Untersuchungen aus aktuellem Anlass und auf die Medikation eingegangen.

9.1 Früherkennungsuntersuchungen

Früherkennungsuntersuchungen dienen dem Aufdecken von Fehlentwicklungen und Krankheiten, um ohne größere Zeitverluste die erforderlichen medizinischen Behandlungen vornehmen zu können. Trotz der Wichtigkeit dieser Maßnahme ist die Beteiligung an ihnen gering. 1995 nahmen in Deutschland nur 14 % der berechtigten Männer und 48 % der Frauen an einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung teil.² In Cochem-Zell wie auch in Trier ist der Anteil der regelmäßigen Untersuchungsteilnehmer mit 54,5 % bzw. 56,3 % deutlich höher (Frage 22). Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass die bundesweiten Zahlen auf Abrechnungsdaten basieren und somit objektiver sind. Die Daten für Cochem-Zell und Trier hingegen stammen aus einer Befragung und werden durch sozial wünschenswertes Antwortverhalten beeinflusst.

¹ Jacob, R./Michels, H. (2001), S. 98.

² Vgl. Statistisches Bundesamt (1998), S. 392ff.

Bei der Teilnahme an dieser Maßnahme lässt sich – wie nachfolgende Tabelle zeigt – ein eindeutiger Geschlechtseffekt feststellen.

Tabelle 9-1: Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen nach Geschlecht (nur anspruchsberechtigte Personen, Angaben in Prozent)

Teilnahme	Frauen	Männer
Regelmäßig	69,2	53,3
Unregelmäßig	15,6	23,9
Gar nicht	15,3	22,8

N = 387, Sig. = .020, Cramer's V = .142

Die weitaus meisten Befragten in Cochem-Zell (92,8 %) und Trier (90,5 %) halten Krebsfrüherkennungsuntersuchungen grundsätzlich für wichtig (Frage 21). Trotzdem sind die Beteiligungsraten – auch wenn man das Problem sozial wünschenswerten Antwortverhaltens nicht berücksichtigt – suboptimal, insbesondere bei den Männern.

Sowohl das Alter als auch der Bildungsstatus haben Einfluss auf die Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen. Es zeigt sich, dass Befragte mit niedrigerer Formalbildung diese Maßnahme deutlich seltener in Anspruch nehmen als Personen mit höheren Bildungsabschlüssen. Jüngere Personen nehmen häufiger regelmäßig an den Untersuchungen teil als ältere.

Tabelle 9-2: Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen nach Bildungsabschluss (nur anspruchsberechtigte Personen, Angaben in Prozent)

Teilnahme	Kein Abschluss oder Hauptschulabschluss	Mittlere Reife	Fachhochschulreife oder Abitur
Regelmäßig	60,0	66,7	72,7
Unregelmäßig	18,1	20,0	12,5
Gar nicht	21,9	13,3	14,8

N = 378, Sig. = .034, Gamma = -.174

Tabelle 9-3: Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen nach Altersklassen (nur anspruchsberechtigte Personen, Angaben in Prozent)

Teilnahme	18 b. u. 30	30 b. u. 40	40 b. u. 50	50 b. u. 60	60 oder älter
Regelmäßig	76,9	79,7	63,9	70,7	50,0
Unregelmäßig	0,0	10,8	18,1	21,3	25,0
Gar nicht	23,1	9,5	18,1	8,0	25,0

N = 387, Sig. = .000, Gamma = .267

Eine wichtige Motivation zur Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen ist die Bedeutung, die dieser sekundärpräventiven Maßnahme beigemessen wird. Personen, die diese Un-

tersuchungen als wichtig einstufen, gehen signifikant häufiger regelmäßig zu Früherkennungsuntersuchungen als andere Befragte.

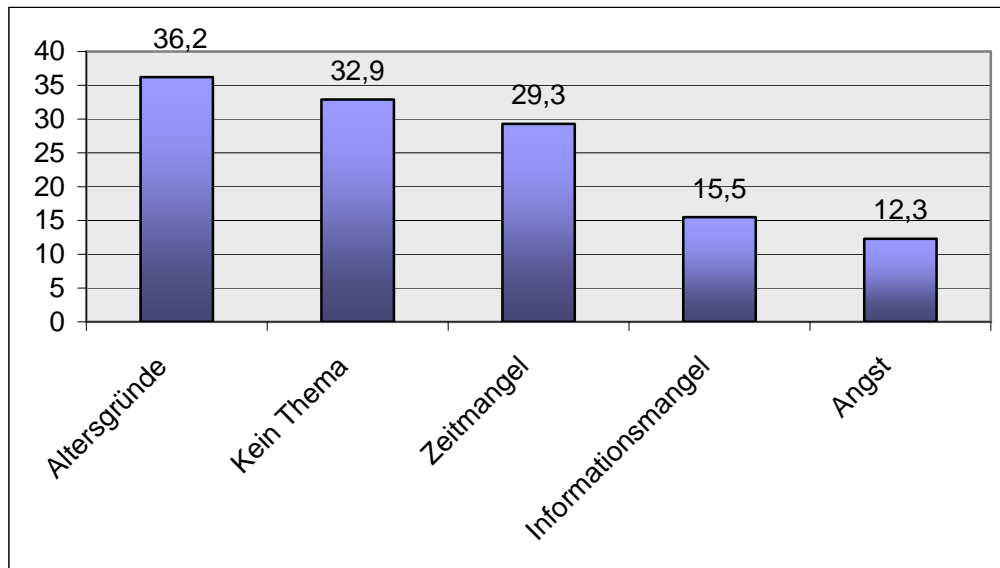
Tabelle 9-4: Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen nach Wichtigkeit der Untersuchung (nur anspruchsberechtigte Personen, Angaben in Prozent)

Teilnahme	Früherkennungsuntersuchungen sind:		
	Wichtig	Weniger wichtig	Nicht wichtig
Regelmäßig	70,3	9,5	0,0
Unregelmäßig	17,6	23,8	0,0
Gar nicht	12,0	66,7	100,0

N = 386, Sig. = .000, Gamma = .901

Die suboptimale Teilnahme liegt primär in fehlender Information und in einem Mangel an Beschäftigung mit dem Thema begründet (Frage 16). Die Existenz von Informationsdefiziten zeigt sich nicht nur in der Angabe der entsprechenden Kategorie, sondern auch in dem vergleichsweise hohen Anteil von anspruchsberechtigten Personen, der glaubt, aus Altersgründen nicht betroffen zu sein. Sowohl das Eingeständnis, sich bislang nicht mit dem Thema auseinander gesetzt zu haben, als auch die Erklärung, man habe die im Regelfall nur einmal jährlich durchzuführende Untersuchung bisher aus Zeitmangel nicht (regelmäßig) in Anspruch nehmen können, deuten auf eine Verdrängung eines unangenehmen und teilweise noch immer tabuisierten Themas hin. Diese Reaktion ist angesichts der mit der Untersuchung verbundenen Aspekte – hierzu zählen die Vereinbarung eines Arzttermins, der Anfahrtsweg und die Wartezeit, eine unangenehme Untersuchung und möglicherweise die Diagnose Krebs – durchaus verständlich. Der eigenen Gesundheit ist dies jedoch nicht förderlich, da ein zu spät erkannter Krebs kaum noch therapierbar ist.³ Auch Angst vor der Diagnose Krebs spielt eine bedeutende Rolle. 12,3 % der Befragten – hierunter signifikant mehr Frauen – haben dies ausdrücklich genannt. Daher sollten Informationen über Früherkennungsuntersuchungen die Heilungschancen von Krebs in Abhängigkeit vom Zeitpunkt der Diagnose stärker hervorheben und sich auch mit den Ängsten der Patienten auseinandersetzen.

³ Vgl. Jacob, R./Michels, H. (2001), S. 101f.

Abbildung 9-1: Gründe für suboptimale Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen (Angaben in Prozent)

9.2 Untersuchungen und Behandlungen aus aktuellem Anlass

52,3 % (Trier: 57,4 %) der Befragten waren in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung in ambulanter Behandlung (Frage 27). Die am häufigsten genannten Gründe für den Arztbesuch (Frage 28) waren grippaler Infekt (15,5 %), Rückenleiden (13,1 %) sowie Beschwerden des Herz-Kreislauf-Systems (13,1 %).⁴

17,5 % (Trier: 19,5 %) der Zielpersonen wurden in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung stationär behandelt (Frage 30). Dabei hat das Alter keinen Einfluss auf die Inanspruchnahme einer stationären Behandlung. Die meisten Patienten wurden im Marienkrankenhaus in Cochem behandelt (30,4 %), gefolgt vom St. Josef-Krankenhaus in Zell-Barl mit 24,1 % (Frage 31). Dies dürfte primär mit dem jeweiligen Angebot der Krankenhäuser zusammenhängen: Sowohl das Marienkrankenhaus als auch das St. Josef-Krankenhaus dienen der Grund- und Regelversorgung der Bevölkerung.

⁴ Vgl. dazu auch das Kapitel „Morbidität“.

93,1 % der Befragungsteilnehmer haben einen Hausarzt (Frage 10). Dieser Wert entspricht damit den bundesweiten Zahlen. Im Bundes-Gesundheitssurvey – wie auch im Trierer Survey – haben ca. 90 % der Versicherten angegeben, einen Hausarzt zu haben.⁵ Diesen konsultieren 90,8 % der Einwohner von Cochem-Zell bei gesundheitlichen Problemen im Regelfall zuerst.

Bei 93,6 % der Zielpersonen hat der Hausarzt seine Praxis innerhalb des Landkreises (Frage 12). Abgesehen von dem Hausarzt praktizieren die Ärzte, die die Befragten normalerweise bei gesundheitlichen Problemen aufsuchen, zu 51,3 % im Landkreis, zu 17,2 % außerhalb und zu 31,5 % sowohl im Landkreis als auch auswärts (Frage 29).

14,7 % (Trier: 18 %) der Befragten berichteten, dass Ärzte mit Hinweis auf Einsparungserfordernisse im Gesundheitswesen bei ihnen bestimmte Behandlungen nicht durchgeführt hätten (Frage 5). Darunter gab es sicherlich auch Behandlungen, die von Patienten gewünscht wurden, die aus medizinischer Sicht aber nicht notwendig waren. Da ein Siebtel der Patienten entsprechende Erfahrungen gemacht hat, ist allerdings davon auszugehen, dass Budgetrestriktionen zu einem zurückhaltenden Umgang mit medizinisch erforderlichen Behandlungen und Medikamenten führen – mit einer möglicherweise suboptimalen medizinischen Versorgung der Betroffenen. Eine deutliche Differenzierung der Behandlungsverweigerungen abhängig vom Versichertenstatus stützt diese Interpretation. Während überdurchschnittlich viele gesetzlich versicherte Patienten – sowohl in Cochem-Zell als auch in Trier – bereits entsprechende Erfahrungen gemacht haben, sind privat versicherte Patienten davon kaum betroffen. Aus diesem Grund sollte über die gegenwärtige Handhabung von Budgets kritisch nachgedacht werden. Eine Revision dieses Konzeptes ist spätestens dann geboten, wenn deutlich wird, dass Budgets in der derzeitigen Form nicht zu einer effizienteren Mittelverwendung beitragen.⁶

Tabelle 9-5: Erfahrungen mit Budgetrestriktionen nach Versichertenstatus (Angaben in Prozent)

	AOK	Ersatzkasse	Private Krankenversicherung
Verweigerung bestimmter Behandlungsmethoden	16,5	16,9	5,3

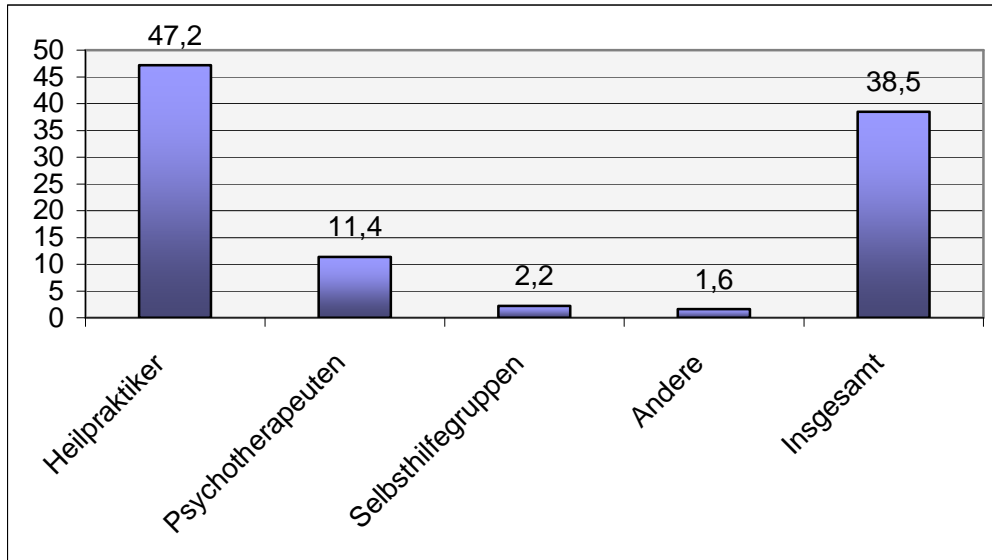
N = 487, Sig. = .035, Cramer's V = .117

⁵ Vgl. Bergmann, E./Kamtsiuris, P. (1999), S. 143.

⁶ Vgl. Jacob, R./Michels, H. (2001), S. 105.

38,5 % (Trier: 37,1 %) der Befragten gaben an, wegen einer Krankheit nicht nur Ärzte, sondern auch schon andere Vertreter von Heilberufen aufgesucht zu haben. Dabei dominieren Heilpraktiker, gefolgt von Psychotherapeuten (Frage 42).

Abbildung 9-2: Konsultation von alternativen Anbietern medizinischer Leistungen und Psychotherapeuten (Angaben in Prozent)



Die Inanspruchnahme von homöopathischen oder psychotherapeutischen Leistungen (im Folgenden nicht ganz korrekt als „alternative medizinische Leistungen“ zusammengefasst) ist abhängig vom Geschlecht, nicht aber vom Alter, der Formalbildung oder dem Versichertenstatus der Befragten. Deutlich mehr Frauen als Männer haben schon einmal Behandlungen bei Heilpraktikern oder Psychotherapeuten nachgefragt.

Tabelle 9-6: Inanspruchnahme alternativer medizinischer Leistungen nach Geschlecht (Angaben in Prozent)

	Frauen	Männer
Alternative medizinische Leistungen	45,0	29,1

N = 501, Sig. = .000, Phi = .160

9.3 Medikamentation

In Frage 40 wurde danach gefragt, welche Medikamente die Befragten in den letzten zwölf Monaten eingenommen haben. Dabei stehen Schmerzmittel und Arzneien gegen Erkältungs-

krankheiten – sowohl in Cochem-Zell und Trier wie auch bundesweit⁷ – an erster Stelle, gefolgt von Mitteln gegen Magenbeschwerden und Sodbrennen. Da alle drei Medikamentengruppen Mittel beinhalten, die frei verkäuflich sind und teilweise nicht auf Kassenrezept verordnet werden, ist der Bereich der Selbstmedikation nicht zu unterschätzen.

Tabelle 9-7: Einnahme von Medikamenten in den letzten zwölf Monaten (Angaben in Prozent)

Medikamente	Cochem-Zell	Trier
Schmerzmittel (n = 501)	64,3	64,2
Mittel gegen Erkältungskrankheiten (n = 499)	61,1	57,5
Mittel gegen Magenbeschwerden/Sodbrennen (n = 499)	24,6	22,8
Mittel gegen Bluthochdruck (n = 501)	17,8	15,0
Herzmittel (n = 500)	12,6	10,9
Beruhigungsmittel (n = 501)	9,4	11,1
Schlafmittel (n = 500)	9,2	8,3
Abführmittel (n = 500)	5,4	6,7
Mittel gegen Leberbeschwerden (n = 499)	0,8	0,6
Zytostatika (n = 500)	0,6	1,2

Die Anzahl der Interviewten bezieht sich auf die Befragung in Cochem-Zell.

Bei der Einnahme von Medikamenten lässt sich in Cochem-Zell nur bei den Schmerzmitteln ein Geschlechtseffekt beobachten. So nehmen mehr Frauen (73 %) als Männer (51,5 %) solche Medikamente ein, was auf eine erhöhte Schmerzprävalenz bei den Frauen zurückzuführen ist. Dieser Einfluss des Geschlechts zeigte sich auch im Bundes-Gesundheitssurvey.⁸

Alterseffekte treten hingegen häufiger auf. 76,2 % der jüngsten Interviewten greifen beispielsweise auf Mittel gegen Erkältungskrankheiten zurück, aber nur 48,7 % der ältesten Personen. Auch auf die Einnahme von Schlaf-, Beruhigungs- und Herzmitteln sowie Arzneien gegen Bluthochdruck und Magenbeschwerden hat das Alter Einfluss. Mit Ausnahme der Medikamente gegen Magenbeschwerden, bei denen die niedrigste und die höchste Altersklasse die größten Werte aufweisen, steigt die Einnahme mit zunehmendem Alter an.

Durchschnittlich geben die Befragten 11,30 Euro pro Monat an Zuzahlungen für Medikamente aus.

⁷ Vgl. Knopf, H./Melchert, H.-U. (2003), S. 20.

⁸ Vgl. Knopf, H./Melchert, H.-U. (2003), S. 20.

10 Medizinische Versorgung der Bevölkerung: Bewertungen und Erwartungen

Der Markt ist der bedeutendste Steuerungsmechanismus in einer Marktwirtschaft. Die Koordination der Aktivitäten der Teilnehmer vollzieht sich dezentral über den Preis, der durch Angebot und Nachfrage bestimmt wird. Das gilt in dieser Form jedoch nicht für das Gesundheitssystem, welches durch ein Zusammenspiel von Staat, Gesetzlicher Krankenversicherung, Kassenärztlichen Vereinigungen, Leistungserbringern sowie Patienten gekennzeichnet ist.¹ In diesem System setzt sich das Bewusstsein, dass Patienten auch Kunden sind, erst allmählich durch, wobei deren Erwartungshaltung mittlerweile ein höherer Stellenwert beigemessen wird.² Diese Kunden sind jedoch nicht immer mit den angebotenen Leistungen zufrieden.

Im Folgenden wird zwischen der Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung im Landkreis Cochem-Zell allgemein und der Zufriedenheit mit der medizinischen Betreuung durch die Ärzte unterschieden (Fragen 43 und 4). Mit den Ärzten sind 11,5 % der Interviewten weniger zufrieden oder unzufrieden, mit der medizinischen Versorgung 11 %. Zwar liegen in beiden Fällen mehrheitlich positive Bewertungen vor, jedoch ist zu berücksichtigen, dass in Deutschland bei Befragungen die Tendenz besteht, Unzufriedenheitsurteile zu vermeiden. Nur wenn großer „Leidensdruck“ besteht, wird Unzufriedenheit deutlich zum Ausdruck gebracht.³ Die erhobenen Werte könnten somit zu einer Unterschätzung des vorhandenen Unzufriedenheitspotentials in Cochem-Zell führen. Hierbei ist auch zu bedenken, dass der Landkreis bei der Zufriedenheit mit Ärzten vom Bundestrend deutlich nach unten abweicht. Während laut den Daten des Bundes-Gesundheitssurveys 95 % der Teilnehmer mit den Ärzten zufrieden sind, trifft dies in der Region nur auf 88,5 %, in Trier sogar nur auf 83,5 % zu. Der zeitliche Abstand zwischen den Befragungen und die in dieser Zeit eingeführten Einschränkungen im Gesundheitswesen könnten allerdings zu dieser Differenz beigetragen haben.

¹ Vgl. Ribhegge, H. (2004), S. 212ff.

² Vgl. Jacob, R./Michels, H. (2001), S. 110.

³ Vgl. Jacob, R./Michels, H. (2001), S. 110.

Tabelle 10-1: Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung und den Ärzten (Angaben in Prozent)

Zufriedenheit	Medizinische Versorgung	Ärzte
Sehr zufrieden oder zufrieden	89,0	88,5
Weniger zufrieden oder unzufrieden	11,0	11,5
N	499	503

Die Gesundheitsreform, verbunden mit der Diskussion um Leistungskürzungen und um vielfältige Zuzahlungen, könnte bei der Unzufriedenheit mit der medizinischen Versorgung eine entscheidende Rolle spielen. Laut einer Studie der Continentale Krankenversicherung sind 81 % der gesetzlich Versicherten der Ansicht, dass eine ausreichende medizinische Versorgung durch die Gesetzliche Krankenversicherung nicht mehr sichergestellt ist oder dies zumindest zukünftig nicht mehr der Fall sein wird.⁴ Hieraus folgt eine erhebliche Unzufriedenheit mit dem Gesundheitssystem.

Die Zufriedenheit mit den Ärzten ist unabhängig vom Alter, jedoch nicht vom Geschlecht der Befragten. 92,3 % der Männer, aber nur 86 % der Frauen bewerten die medizinische Betreuung durch die Ärzte als zufriedenstellend. Dieser Unterschied könnte auf die höhere Anspruchshaltung der Frauen gegenüber Ärzten zurückzuführen sein. Bei der Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung in Cochem-Zell lässt sich weder ein Alters- noch ein Geschlechtseffekt beobachten.

Vergleicht man die Zufriedenheit der Personen, denen bestimmte Behandlungen mit Verweis auf knappe Mittel verweigert wurden (Frage 5), mit der von Befragten ohne solche Erfahrungen, so wird deutlich, dass Leistungskürzungen zu erhöhter Unzufriedenheit führen. Eine negative Beurteilung der Ärzte bzw. der medizinischen Versorgung ist in erstgenannter Gruppe mit 24,3 % bzw. 18,3 % deutlich höher als in der Gruppe der Nichtbetroffenen.

Tabelle 10-2: Zufriedenheit mit Ärzten nach Erfahrungen mit Budgetrestriktionen (Angaben in Prozent)

Zufriedenheit	Erfahrungen mit Budgetrestriktionen	
	Ja	Nein
Sehr zufrieden oder zufrieden	75,7	90,8
Weniger zufrieden oder unzufrieden	24,3	9,2

N = 486, Sig. = .000, Phi = .170

⁴ Vgl. Continentale Krankenversicherung (2004), S. 8.

Tabelle 10-3: Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung im Landkreis Cochem-Zell nach Verweigerung bestimmter Behandlungsmethoden (Angaben in Prozent)

Zufriedenheit	Verweigerung bestimmter Behandlungsmethoden	
	Ja	Nein
Sehr zufrieden oder zufrieden	81,7	90,3
Weniger zufrieden oder unzufrieden	18,3	9,7

N = 472, Sig. = .033, Phi = .098

In den letzten zwölf Monaten vor der Befragung waren 88 Befragte (17,5 %) in stationärer Behandlung. Mit 87,2 % beurteilen die meisten davon die Betreuung im Krankenhaus als zufriedenstellend, nur 12,8 % waren weniger zufrieden oder unzufrieden (Frage 33).

Tabelle 10-4: Zufriedenheit mit der ärztlichen Betreuung im Krankenhaus (Angaben in Prozent)

Zufriedenheit	Cochem-Zell	Trier
Sehr zufrieden oder zufrieden	87,2	83,5
Weniger zufrieden oder unzufrieden	12,8	16,5
N	86	97

10.1 Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftigkeit wird in Deutschland bedingt durch den demographischen Wandel sowie die Zunahme chronischer Krankheiten vermehrt auftreten.⁵

15,3 % der Interviewten gaben an, pflegebedürftige Familienmitglieder zu haben (Frage 45). In 91 % der Fälle war es eine pflegebedürftige Person, bei 9 % der Befragten waren es sogar zwei (Frage 46). Im Jahr 2004 erhielten ca. zwei Millionen pflegebedürftige Menschen Pflegeversicherungsleistungen, rund 1,37 Millionen im ambulanten und rund 0,64 Millionen im stationären Bereich.⁶

Die nachstehende Tabelle zeigt, wer für die Pflege dieser Personen zuständig ist (Frage 47). Bei der Beantwortung dieser Frage waren Mehrfachnennungen möglich. In mehr als drei Viertel der Fälle übernehmen Angehörige die Betreuung.

⁵ Vgl. Statistisches Bundesamt (1998), S. 75.

⁶ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2004).

Tabelle 10-5: Zuständigkeit für die Pflege

Zuständigkeit	Absolut	Prozent
Familienangehörige	59	77,6
Ambulanter Pflegedienst	17	22,7
Pflegeheim	15	20,3
Tagespflege	6	8,0

Bundesweit benötigen 40 % bzw. 43 % der Pflegebedürftigen Leistungen nach den Pflegestufen I bzw. II, das heißt, sie sind ein- bis dreimal täglich auf Hilfe in Bereichen wie Körperpflege, Ernährung oder Mobilität angewiesen. 17 % der Pflegebedürftigen müssen ständig versorgt werden und sind somit der Pflegestufe III zuzuordnen.⁷ In der Region Cochem-Zell zeichnet sich folgende Verteilung auf die verschiedenen Pflegestufen ab:

Tabelle 10-6: Einteilung der Pflegebedürftigen nach Pflegestufen (Angaben in Prozent)

Pflegestufe	Prozent
Pflegestufe I	33,3
Pflegestufe II	45,0
Pflegestufe III	21,7
N	60

Mit der Einordnung der Pflegestufe sind 78 % der Befragungsteilnehmer zufrieden. 22 % sind hingegen unzufrieden und wünschen sich weitergehende Unterstützungsleistungen.

Ob es in der Familie eine pflegebedürftige Person gibt, hängt nicht von dem Geschlecht oder dem Bildungsstatus, jedoch – wie nicht anders zu erwarten – von dem Alter der Zielpersonen ab. Bei jedem Vierten der 50- bis 60-Jährigen liegt ein Pflegefall in der Familie vor.

Tabelle 10-7: Pflegebedürftige Personen in der Familie nach Alter der Befragten (Angaben in Prozent)

	18 b. u. 30	30 b. u. 40	40 b. u. 50	50 b. u. 60	60 oder älter
Pflegebedürftige Personen	13,1	9,9	19,0	25,3	12,1

N = 502, Sig. = .030, Cramer's V = .146

⁷ Vgl. Statistisches Bundesamt (1998), S. 75f.

10.2 Leistungen des Gesundheitsamtes

29,3 % der Zielpersonen haben schon einmal Leistungen des Gesundheitsamtes Cochem-Zell in Anspruch genommen. Hierzu zählen insbesondere Impfungen und Impfberatungen, amtsärztliche Untersuchungen und die Ausstellung von Gesundheitszeugnissen.

Tabelle 10-8: Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitsamtes Cochem-Zell

Leistungen des Gesundheitsamtes	Absolut	Prozent
Gesundheitszeugnis	52	36,4
Amtsärztliche Untersuchung	51	35,4
Impfung/Impfberatung	50	34,7
Beratung und Betreuung	12	8,3
Sonstiges	24	15,3

10.3 Apotheken

Seit 1999 gibt es in Cochem-Zell konstant 20 Apotheken.⁸ Legt man die Einwohnerzahl des Landkreises zu Grunde, welche sich auf 65.965 beläuft,⁹ so erhält man eine Apothekendichte von 30,3 Apotheken je 100.000 Einwohner. Diese Zahl liegt deutlich über dem Bundesdurchschnitt, welcher bei 25,8 Apotheken je 100.000 Einwohner liegt.¹⁰

70,4 % der Befragten ist bekannt, dass die Apotheken in der Region einen Medikamente-Bringdienst anbieten (Frage 8). Hiervon haben 44,1 % diesen Bringdienst schon einmal in Anspruch genommen (Frage 9). Hinsichtlich des Geschlechts oder Bildungsabschlusses lassen sich dabei keine Unterschiede feststellen. Es zeigt sich, dass deutlich mehr ältere als jüngere Befragte den Bringdienst nutzen.

10.4 Medizinische Leistungen und Angebote

In Frage 44 wurde nach zusätzlichen medizinischen Leistungen und Angeboten gefragt, die sich die Surveyeteilnehmer wünschen. Häufig genannte Vorschläge sollen im Folgenden kurz aufgegriffen werden.

⁸ Vgl. Jacob, R./Geerling, U. (2004), S. 231.

⁹ Vgl. Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz (2004b).

¹⁰ Vgl. Statistisches Bundesamt (1998), S. 311.

Die Anzahl der Fachärzte wird von vielen Befragten als unzureichend eingeschätzt. Dabei wird besonders ein Mangel an Hautärzten und Orthopäden kritisiert. Nach Ansicht der Interviewten sollte auch das Angebot an so genannter alternativer Medizin bzw. Heilmethoden ausgeweitet werden. Weiterhin wird gewünscht, dass Ärzte sich mehr Zeit für ihre Patienten nehmen. Auch die Kompetenz der Ärzte wird des Öfteren in Frage gestellt. Einige Patienten fühlen sich von ihren Ärzten nicht ernst genommen und erhoffen sich eine Änderung dieses Zustandes. Darüber hinaus kritisieren 19 Befragte – und damit fast 15 % der Personen, die Verbesserungsvorschläge gemacht haben – die unzureichende Notfallversorgung. Insbesondere die langen Anfahrtszeiten und die schlechte Erreichbarkeit bieten Anlass zur Verbesserung.

Seit 2003 gibt es im Landkreis Cochem-Zell einen Notarztstandort in Senheim, der vom Deutschen Roten Kreuz - Landesverband Rheinland-Pfalz im Auftrag der Kreisverwaltung Main-Koblenz als Rettungsdienstbehörde betrieben wird. Dies scheint Teilen der Bevölkerung jedoch noch nicht bekannt zu sein.

11 Zusammenfassung

Stichprobe (Kapitel 2)

504 zufällig ausgewählte Personen aus dem Landkreis Cochem-Zell wurden telefonisch befragt. Frauen sind in der Stichprobe überrepräsentiert.

Morbidität (Kapitel 3)

Folgende Tabelle informiert über die Prävalenz spezifischer Krankheiten, Beschwerden und Symptome:

Tabelle 11-1: Prävalenz spezifischer Krankheiten (Angaben in Prozent)

Morbidität	C-Z	Trier
Schmerzen	72,2	77,3
Übergewicht	46,2	38,6
Allergien	27,7	31,4
Hypertonie	17,7	17,4
Behandlung wegen Atemwegserkrankungen in den letzten zwölf Monaten	11,3	16,8
Durchblutungsstörungen der Beine	11,3	15,8
Bandscheibenvorfall	15,8	11,0
Depressionen	8,2	10,7
Influenza in den letzten zwölf Monaten	8,2	9,9
Chronische Bronchitis	8,2	8,1
Durchblutungsstörungen des Herzens	6,8	7,3
Diabetes	5,4	5,1
Folgen eines Herzinfarktes	2,8	3,2
Folgen eines Schlaganfalls	1,4	2,8

Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs (Kapitel 4)

Die nachstehende Übersicht fasst die wesentlichen Ergebnisse von Kapitel 4 zusammen:

Tabelle 11-2: Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Lungenkrebs (Angaben in Prozent)

Risikofaktoren	C-Z	Trier
Passivrauchen	60,6	57,6
Übergewicht	46,2	38,6
Rauchen	27,0	30,6
Durchblutungsstörungen (Beine, Herz)	14,9	20,7
Hypertonie	17,7	17,4
Bewegungsmangel	16,2	14,2
Folgen von Herzinfarkt oder Schlaganfall	3,8	5,3
Diabetes	5,4	5,1

Zahnpflege (Kapitel 5)

Die Zahnprophylaxe ist in der Region noch verbesserungswürdig. Weniger als drei Viertel der Befragten gehen einmal jährlich zur zahnärztlichen Kontrolluntersuchung. Hierbei zeigen sich keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich des Geschlechts, Alters oder Bildungsabschlusses der Interviewten.

Impfungen (Kapitel 6)

Die Durchimpfungsraten gegen Diphtherie und Tetanus sind suboptimal. Einen nachgewiesenen Impfschutz gegen Diphtherie haben 15,9 % (Trier: 20,7 %) und gegen Tetanus 36,9 % (Trier: 52,1 %) der Surveyeteilnehmer. Hauptgrund für die unzureichenden Durchimpfungsraten ist die Vergesslichkeit der Patienten bedingt durch lange Impfabstände.

Ernährung (Kapitel 7)

Die Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung werden von nur 18,8 % (Trier: 20 %) der Befragten umgesetzt, bei strenger Anwendung der Empfehlungen sind dies sogar nur noch 5,6 % (Trier: 3 %).

Sport und Bewegung (Kapitel 8)

52 % (Trier: 61,9 %) der Befragten betätigen sich sportlich, davon 62 % (Trier: 50 %) mindestens zwei Stunden wöchentlich.

Nachfrage nach medizinischen Leistungen (Kapitel 9)

An Krebsfrüherkennungsuntersuchungen nehmen 69,2 % (Trier: 71,8 %) der anspruchsberechtigten Frauen und 53,3 % (Trier: 48,5 %) der Männer regelmäßig teil.

52,3 % (Trier: 57,4 %) der Surveyteilnehmer waren in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung in ambulanter Behandlung. 17,5 % (Trier: 19,5 %) wurden in diesem Zeitraum stationär behandelt.

64,3 % (Trier: 64 %) der Befragten haben in den letzten zwölf Monaten Schmerzmittel eingenommen, 61,1 % (Trier: 57,5 %) Mittel gegen Erkältungskrankheiten.

Bewertungen und Erwartungen der Bevölkerung (Kapitel 10)

Mit der medizinischen Versorgung sind 89 % der Interviewten zufrieden, mit ihren behandelnden Ärzten 88,5 % (Trier: 84 %). 87,2 % (Trier: 83,5 %) der Zielpersonen beurteilen die ärztliche Betreuung im Krankenhaus als zufriedenstellend, nur 12,8 % (Trier: 16,5 %) waren weniger zufrieden oder unzufrieden.

Anhang: Fragebogen

Gesundheitssurvey für den Landkreis Cochem-Zell

Guten Tag,

mein Name ist XX. Wie Sie vielleicht schon in der Zeitung gelesen haben, führt die Universität Trier in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt eine Befragung zum Thema Gesundheit und Krankheit für den Kreis Cochem-Zell durch. Das Interview wird ungefähr 20 Minuten dauern. Selbstverständlich ist die Teilnahme freiwillig.

Ihre Telefonnummer ist durch ein statistisches Zufallsverfahren in die Stichprobe gelangt.

ID	Tragen Sie bitte die Nummer der Zielperson (Interviewtennummer) ein:			ID
	Interviewtennummer			
	k. A.		999	

1.	Um eine wirkliche Zufallsauswahl sicherzustellen, die repräsentativ für die Bevölkerung der Region ist, darf nicht automatisch die Person befragt werden, die ans Telefon geht. Befragt werden soll diejenige Person des ausgewählten Haushalts, die als letzte Geburtstag hatte. Sagen Sie mir deshalb bitte: Wie viele Personen leben insgesamt in Ihrem Haushalt?			V1 n = 504
	Anzahl der Personen			
	k. A.	2,8	99	

Wer davon ist über 18 Jahre alt und hatte als letzter Geburtstag? Mit dieser Person würde ich gerne das Interview führen. [Wenn diese Person nicht anwesend ist, Termin für erneuten Anruf ausmachen.]

Alle Angaben werden anonym behandelt, d. h. die Antworten werden ohne Namen ausgewertet. Die Forschungsarbeit unterliegt den Regelungen der Datenschutzgesetzgebung.

Falls Sie weitere Fragen zu diesem Thema haben, können Sie sich an Herrn Dr. Jacob von der Universität Trier (Tel.: 0651/201-2658) oder an Frau Dr. Geerling vom Gesundheitsamt (Tel.: 02671/61474) wenden.

Fragen an die Zielperson:

2.	Geschlecht eintragen: (<i>Interviewer</i> : Frage nicht stellen, sondern im Gesprächsverlauf herausfinden)			V2 n = 504
1	Weiblich	59,5	1	
2	Männlich	40,5	2	
	k. A.		9	

3.	Nennen Sie mir bitte die Postleitzahl Ihres Wohnortes.			V3 n = 489
1	PLZ: _____			
	k. A.		9	

PLZ	%	PLZ	%
54538	0,2	56825	3,9
56253	1,8	56826	1,8
56254	1,6	56828	1,8
56288	2,2	56829	1,2
56290	3,1	56856	9,6
56754	2,5	56858	8,0
56759	4,7	56859	5,3
56761	11,7	56861	0,4
56812	12,5	56862	1,8
56814	10,2	56864	1,8
56818	1,8	56865	4,3
56820	2,9	56867	1,4
56821	1,0	56869	1,4
56823	0,8		

4.	Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der medizinischen Betreuung durch Ihre Ärzte?			V4 n = 503
1	Sehr zufrieden	27,6	1	
2	Zufrieden	58,3	2	
3	Weniger zufrieden	8,7	3	
4	Unzufrieden	2,4	4	
5	Weiß nicht (<i>Interviewer</i> : nicht vorlesen)	3,0	8	
	k. A.		9	

5.	Ist es schon mal vorgekommen, dass Ihr Arzt mit dem Hinweis auf Einsparungen im Gesundheitswesen eine bestimmte Behandlungsmethode bei Ihnen nicht durchgeführt hat?			V5 n = 502
1	Ja	14,7	1	
2	Nein	85,3	0	
	k. A.		9	

6.	Haben Sie schon einmal Leistungen des Gesundheitsamtes Cochem-Zell in Anspruch genommen?			V6 n = 501
1	Ja	29,3	1	
2	Nein (→ weiter mit Frage 8)	70,7	0	
	k. A.		9	

7.	Welche Leistungen waren das? (Mehrfachnennungen möglich)			V7
		Ja	Nein	
1	Impfung/Impfberatung (n = 144)	34,7	65,3	1, 0 V7.1
2	Beratung und Betreuung (Hausbesuch) (n = 144)	8,3	91,7	1, 0 V7.2
3	Gesundheitszeugnis ausstellen lassen (n = 143)	36,4	63,6	1, 0 V7.3
4	Amtsärztliche Untersuchung (n = 144)	35,4	64,6	1, 0 V7.4
5	Sonstiges (n = 147)	14,3	85,7	1 V7.5
	Filter		7	
	k. A.		9	

8.	Ist Ihnen bekannt, dass Apotheken im Landkreis Cochem-Zell einen Medikamente-Bringdienst anbieten?			V8 n = 500
1	Ja	70,4	1	
2	Nein (→ weiter mit Frage 10)	29,6	0	
	k. A.		9	

9.	Haben Sie diesen Medikamente-Bringdienst schon einmal in Anspruch genommen?			V9 n = 365
1	Ja	44,1	1	
2	Nein	55,9	0	
	Filter		7	
	k. A.		9	

10.	Haben Sie einen Hausarzt?			V10 n = 504
1	Ja	93,1	1	
2	Nein (→ weiter mit Frage 14)	6,9	0	
	k. A.		9	

11.	Konsultieren Sie im Regelfall bei gesundheitlichen Problemen zuerst Ihren Hausarzt?				V11 n = 466
1	Ja	90,8	1		
2	Nein	9,2	0		
		Filter	7		
		k. A.	9		

12.	Wo hat Ihr Hausarzt seine Praxis?				V12 n = 467
1	Im Landkreis Cochem-Zell	93,6	1		
2	Außerhalb des Landkreises Cochem Zell	6,4	2		
		Filter	7		
		k. A.	9		

13.	Hat Ihr Hausarzt Sie schon einmal auf Impfungen angesprochen?				V13 n = 465
1	Ja	49,2	1		
2	Nein	50,8	0		
		Filter	7		
		k. A.	9		

14.	Wogegen sind Sie geimpft? (<i>Interviewer:</i> bitte Jahr eintragen z. B. bei 1975 eine 75)					V14
		Ja	Nein	Weiß nicht	Weiß nicht	
1	Diphtherie (n = 495)	49,1	24,0	26,9	wann zuletzt: <input type="checkbox"/>	1,0,8 V14.1.1 V14.1.2
					Filter	7
					k. A.	9
2	Tetanus (n = 497)	77,7	11,5	10,9	wann zuletzt: <input type="checkbox"/>	1,0,8 V14.2.1 V14.2.2
					Filter	7
					k. A.	9
3	Polio (n = 495)	52,1	25,1	22,8	wann zuletzt: <input type="checkbox"/>	1,0,8 V14.3.1 V14.3.2
					Filter	7
					k. A.	9
4	Grippe (n = 494)	27,5	63,2	9,3	wann zuletzt: <input type="checkbox"/>	1,0,8 V14.4.1 V14.4.2
					Filter	7
					k. A.	9

5	Hepatitis B (n = 493)	33,5	49,3	17,2	wann zuletzt: <input type="checkbox"/>	1,0,8	V14.5.1 V14.5.2
					Filter	7	
					k. A.	9	
6.1	Hepatitis A (n = 504)	2,0	98,0	/	wann zuletzt: <input type="checkbox"/>		V14.6.1.1 V14.6.1.2
					Filter	7	
					k. A.	9	
6.2	Röteln (n = 504)	1,0	99,0	/	wann zuletzt: <input type="checkbox"/>		V14.6.2.1 V14.6.2.2
					Filter	7	
					k. A.	9	
6.3	Pocken (n = 504)	0,8	99,2	/	wann zuletzt: <input type="checkbox"/>		V14.6.3.1 V14.6.3.2
					Filter	7	
					k. A.	9	
6.4	Gelbfieber/Typhus (n = 504)	1,0	99,0	/	wann zuletzt: <input type="checkbox"/>		V14.6.4.1 V14.6.4.2
					Filter	7	
					k. A.	9	
6.5	Zeckenimpfung (n = 504)	1,8	98,2	/	wann zuletzt: <input type="checkbox"/>		V14.6.5.1 V14.6.5.2
					Filter	7	
					k. A.	9	
6.6	Pertussis (n = 504)	0,2	99,8	/	wann zuletzt: <input type="checkbox"/>		V14.6.6.1 V14.6.6.2
					Filter	7	
					k. A.	9	
6.7	Tuberkulose (n = 504)	0,4	99,6	/	wann zuletzt: <input type="checkbox"/>		V14.6.7.1 V14.6.7.2
					Filter	7	
					k. A.	9	
6.8	Tollwut (n = 504)	0,2	99,8	/	wann zuletzt: <input type="checkbox"/>		V14.6.8.1 V14.6.8.2
					Filter	7	
					k. A.	9	

6.9	Meningokokken (n = 504)	0,2	99,8	/	wann zuletzt: <input type="checkbox"/>			V14.6.9.1 V14.6.9.2
					Filter	7		
					k. A.	9		
6.10	Lungenentzündung (n = 504)	0,2	99,8	/	wann zuletzt: <input type="checkbox"/>			V14.6.10.1 V14.6.10.2
					Filter	7		
					k. A.	9		

15.	Würden Sie Ihren Impfschutz als vollständig einschätzen?						V15 n = 500
1	Ja (→ weiter mit Frage 17)				52,2	1	
2	Nein				40,2	0	
3	Weiß nicht (<i>Interviewer</i> : nicht vorlesen → weiter mit Frage 17)				7,6	8	
					k. A.	9	

16.	Warum ist Ihr Impfschutz nicht vollständig?						V16
				Ja	Nein		
1	Nicht an Impfung gedacht (n = 197)			66,0	34,0	1,0,7,9	V16.1
2	Lehne Impfungen generell ab (n = 197)			8,1	91,9	1,0,7,9	V16.2
3	Angst vor Impfschäden (n = 198)			16,2	83,8	1,0,7,9	V16.3
4.1	Nachlässigkeit (n = 201)			7,0	93,0	1,7,9	V16.4.1
4.2	Fehlende Information (n = 201)			3,0	97,0	1,7,9	V16.4.2
4.3	Nicht notwendig (n = 201)			3,0	97,0	1,7,9	V16.4.3
4.4	Impfung zu teuer (n = 201)			1,0	99,0	1,7,9	V16.4.4
4.5	Kein Impfpass (n = 201)			1,0	99,0	1,7,9	V16.4.5
4.6	Anraten des Arztes (n = 201)			1,5	98,5	1,7,9	V16.4.6

17.	Fänden Sie es gut, wenn Sie regelmäßig (z. B. durch Ärzte) per Post an Impfungen erinnert würden?						V17 n = 501
1	Ja				63,9	1	
2	Nein				31,9	0	
3	Weiß nicht (<i>Interviewer</i> : nicht vorlesen)				4,2	8	
					k. A.	9	

Neben dem Impfstatus von Erwachsenen interessiert uns außerdem der Impfstatus von Kindern und Jugendlichen.

18.	Haben Sie selbst Kinder unter 18 Jahren?			V18 n = 504
1	Ja	38,7	1	
2	Nein (→ weiter mit Frage 21)	61,3	0	
	k. A.		9	

19.	Sind Ihre Kinder geimpft worden?			V19 n = 197
1	Ja	93,9	1	
2	Nein (→ weiter mit Frage 21)	4,1	0	
3	Weiß nicht (<i>Interviewer</i> : nicht vorlesen → weiter mit Frage 21)	2,0	8	
	Filter		7	
	k. A.		9	

20.	Gegen welche der folgenden Infektionskrankheiten sind Ihre Kinder geimpft? (Mehrfachnennungen möglich)				V20
		Ja	Nein	Weiß nicht	
1	Polio (n = 184)	84,2	2,2	13,6	1,0,8 V20.1
2	Tetanus, Diphtherie (n = 183)	85,8	1,6	12,6	1,0,8 V20.2
3	Masern, Mumps, Röteln (n = 184)	82,6	5,4	12,0	1,0,8 V20.3
4	Grippe (n = 183)	23,5	61,7	14,8	1,0,8 V20.4
5	Keuchhusten (n = 184)	65,8	15,8	18,5	1,0,8 V20.5
6	Hepatitis B (n = 183)	55,7	22,4	21,9	1,0,8 V20.6
7	Hib (n = 183)	34,4	27,3	38,3	1,0,8 V20.7
8	Sonstige (n = 185)	3,8	96,2	/	1 V20.8
	Filter			7	
	k. A.			9	

21.	Wie wichtig sind Ihrer Meinung nach Krebsvorsorgeuntersuchungen?			V21 n = 503
1	Wichtig	92,8	1	
2	Weniger wichtig	5,4	2	
3	Überhaupt nicht wichtig	1,4	3	
4	Weiß nicht (<i>Interviewer</i> : nicht vorlesen)	0,4	8	
	k. A.		9	

22.	Nehmen Sie selbst an Krebsvorsorgeuntersuchungen teil? Ist das regelmäßig, unregelmäßig oder überhaupt nicht der Fall?			V22 n = 503
1	Regelmäßig (→ weiter mit Frage 24)	54,5	1	
2	Unregelmäßig	17,7	2	
3	Überhaupt nicht	27,8	3	
	k. A.		9	

23.	Warum haben Sie bisher Vorsorgeuntersuchungen nicht oder nicht regelmäßig in Anspruch genommen?			V23
		Ja	Nein	
1	Aus Zeitmangel (n = 222)	29,3	70,7	1, 0
2	Habe mich bisher nicht mit dem Thema auseinander gesetzt (n = 222)	32,9	67,1	1, 0
3	Wegen fehlender Information (n = 220)	15,5	84,5	1, 0
4	Aus Angst (n = 220)	12,3	87,7	1, 0
5	Bin aus Altersgründen nicht betroffen (n = 221)	36,2	63,8	1, 0
	Filter			7
	k. A.			9

24.	Wie würden Sie Ihr Gewicht einschätzen?			V24 n = 500
1	Eher zu hoch	43,0	1	
2	Gerade richtig	51,0	2	
3	Eher zu niedrig	6,0	3	
	k. A.		9	

25.	Leiden Sie unter folgenden Krankheiten bzw. Symptomen?			V.25
		Ja	Nein	
1	Diabetes (n = 502)	5,4	94,6	1, 0
2	Chronische Bronchitis (n = 503)	8,2	91,8	1, 0
3	Bluthochdruck (n = 503)	17,7	82,3	1, 0
4	Durchblutungsstörungen des Herzens, Angina Pectoris (n = 502)	6,8	93,2	1, 0
5	Folgen eines Herzinfarktes (n = 503)	2,8	97,2	1, 0
6	Folgen eines Schlaganfalls (n = 503)	1,4	98,6	1, 0
7	Arterielle Durchblutungsstörungen der Beine (n = 503)	11,3	88,7	1, 0
8	Krampfadern (n = 502)	19,9	80,1	1, 0
9	Krebs (n = 502)	2,4	94,6	1, 0
10	Rheuma (n = 503)	10,3	89,7	1, 0
11	Gicht (n = 501)	5,4	94,6	1, 0
	k. A.			9

26.	Ist oder war jemand in Ihrer Familie oder engeren Verwandtschaft an Krebs erkrankt?			V26 n = 502
1	Ja	59,6	1	
2	Nein	39,6	0	
3	Weiß nicht (<u>Interviewer</u> : nicht vorlesen)	0,8	8	
	k. A.		9	

27.	Sind Sie zurzeit oder waren Sie in den letzten zwölf Monaten wegen einer Krankheit in ambulanter Behandlung?			V27 n = 503
1	Ja	52,3	1	
2	Nein (→ weiter mit Frage 29)	47,7	0	
	k. A.		9	

28.	Wegen welcher Krankheiten sind Sie oder waren Sie in ambulanter Behandlung?			V28 n = 206
<hr/>				
<i>(Interviewer</i> : wenn möglich Feldverschlüsselung in der Liste, ansonsten Klartexteingabe)				
1	Allergische Hautkrankheiten	4,9		V28.1
2	Andauernde Schlafstörungen	0,5		V28.2
3	Andere Hautkrankheiten	1,0		V28.3
4	Anhaltende Kopfschmerzen, Migräne	2,9		V28.4
5	Arbeitsunfall	3,4		V28.5
6	Asthma (Lungenasthma, Bronchialasthma)	3,9		V28.6
7	Augentränen, Bindehautentzündung	1,5		V28.7
8	Beschwerden/Durchblutungsstörungen der Arme	1,5		V28.8
9	Beschwerden/Durchblutungsstörungen der Beine	3,9		
10	Erschöpfungszustände, ständige Müdigkeit	/		
11	Freizeitunfall	3,4		
12	Herzkrankheiten (Herzschwäche, Rhythmusstörungen)	5,3		
13	Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z. B. Bluthochdruck)	13,1		
14	Hexenschuss, Probleme im Lendenwirbelbereich	0,5		
15	Krebserkrankung	4,4		
16	Krebsvorsorge	2,4		
17	Lang andauernder Husten, Bronchitis	7,3		
18	Lang andauernder Schnupfen	2,4		
19	Leber-, Gallenerkrankungen	1,9		
20	Magen-, Darmerkrankungen	7,8		
21	Menstruationsbeschwerden	1,0		
22	Nackenschmerzen, Probleme im Halswirbelbereich	1,9		

23	Nasenbeschwerden	1,9		
24	Nieren-, Blasenleiden	4,9		
25	„Normale“ Erkältung, grippaler Infekt	15,5		
26	Psychische Erkrankungen	3,4		
27	Rheuma, Gelenkkrankheiten	10,7		
28	Rückenleiden, Bandscheibenschaden	13,1		
29	Schwangerschaft	1,5		
30	Schwerhörigkeit, Ohrensausen	1,0		
31	Sehnenscheidenentzündung	1,0		
32	Sehstörungen	0,5		
33	Wechseljahresbeschwerden	1,0		
34	Zuckerkrankheit (Diabetes)	4,4		
	Filter		77	
	k. A.		99	

29.	Abgesehen von Ihrem Hausarzt: Wo praktizieren die Ärzte, die Sie normalerweise bei gesundheitlichen Problemen aufsuchen?			V29 n = 495
1	Im Landkreis Cochem-Zell	51,3	1	
2	Außerhalb des Landkreises Cochem Zell	17,2	2	
3	Sowohl als auch	31,5	3	
	k. A.		9	

30.	Sind Sie innerhalb der letzten zwölf Monate stationär im Krankenhaus behandelt worden?			V30 n = 503
1	Ja	17,5	1	
2	Nein (→ weiter mit Frage 34)	82,5	0	
	k. A.		9	

31.	In welchem Krankenhaus wurden Sie behandelt? (Mehrfachnennungen möglich)			V31
	<i>(Interviewer: nicht vorlesen)</i>			n = 79
1	Marienkrankenhaus Cochem	30,4		V31.1
2	St. Josef-Krankenhaus Zell-Barl	24,1		V31.2
3	Mosel-Eifel-Klinik Bad Bertrich	3,8		V31.3
4	Brüderkrankenhaus Trier	2,5		V31.4
5	Herz-Jesu-Krankenhaus Trier	/		V31.5
6	Marienkrankenhaus Trier-Ehrang	/		V31.6
7	Mutterhaus Trier	/		V31.7
8	Elisabeth-Krankenhaus Trier	/		V31.8
9	St.-Elisabeth-Krankenhaus Wittlich	3,8		
10	Krankenhaus Bernkastel-Kues	1,3		
11	Krankenhaus Traben-Trarbach	/		
12	Kreiskrankenhaus Simmern	1,3		
13	Brüderkrankenhaus St. Josef Koblenz	/		
14	St. Martin Stift Koblenz	/		
15	Krankenhaus Marienhof Koblenz	2,5		
16	Städtisches Klinikum Kemperhof Koblenz	2,5		
17	Bundeswehrzentral Krankenhaus Koblenz	3,8		
18	Daun, Mayen	15,2		
19	Sonstiges Krankenhaus	12,7		
			1	
	Filter		77	
	k. A.		99	

32.	Wegen welcher Krankheiten wurden Sie im Krankenhaus behandelt?			V32
				n = 206
	<i>(Interviewer: wenn möglich Feldverschlüsselung in der Liste, ansonsten Klartexteingabe)</i>			
1	Allergische Hautkrankheiten	3,2		V32.1
2	Andauernde Schlafstörungen	/		V32.2
3	Andere Hautkrankheiten	/		V32.3
4	Anhaltende Kopfschmerzen, Migräne	4,8		V32.4
5	Arbeitsunfall	4,8		V32.5
6	Asthma (Lungenasthma, Bronchialasthma)	3,2		V32.6

7	Augentränen, Bindehautentzündung	/		V32.7
8	Beschwerden/Durchblutungsstörungen der Arme	/		V32.8
9	Beschwerden/Durchblutungsstörungen der Beine	4,8		
10	Erkrankung der Brust	1,6		
11	Erkrankung des Unterleibs	8,1		
12	Erschöpfungszustände, ständige Müdigkeit	/		
13	Freizeitunfall	8,1		
14	Herzkrankheiten (Herzschwäche, Rhythmusstörungen)	8,1		
15	Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z. B. Bluthochdruck)	8,1		
16	Hexenschuss, Probleme im Lendenwirbelbereich	/		
17	Krebserkrankung	6,5		
18	Lang andauernder Husten, Bronchitis	1,6		
19	Lang andauernder Schnupfen	/		
20	Leber-, Gallenerkrankungen	4,8		
21	Magen-, Darmerkrankungen	8,1		
22	Nackenschmerzen, Probleme im Halswirbelbereich	/		
23	Nasenbeschwerden	/		
24	Nieren-, Blasenleiden	4,8		
25	„Normale“ Erkältung, grippaler Infekt	/		
26	Psychische Erkrankungen	1,6		
27	Rheuma, Gelenkkrankheiten	1,6		
28	Rückenleiden, Bandscheibenschaden	9,7		
29	Schwangerschaft/Entbindung	11,3		
30	Schwerhörigkeit, Ohrensausen	/		
31	Sehnenscheidenentzündung	/		
32	Sehstörungen	/		
33	Zuckerkrankheit (Diabetes)	/		
		Filter	77	
		k. A.	99	

33.	Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit der ärztlichen Betreuung im Krankenhaus?			V33 n = 86
1	Sehr zufrieden	60,5	1	
2	Zufrieden	26,7	2	
3	Weniger zufrieden	8,1	3	
4	Unzufrieden	4,7	4	
	Filter		7	
	k. A.		9	

Im Folgenden geht es um Erkrankungen, über deren Verbreitung in der Region statistisch bisher nur wenig bekannt ist. Sagen Sie mir bitte, was auf Sie zutrifft.

34.	Hatten Sie schon einen Bandscheibenvorfall?			V34 n = 500
1	Ja	15,8	1	
2	Nein	84,2	0	
	k. A.		9	

35.	Hatten Sie in den letzten zwölf Monaten nach ärztlicher Diagnose eine echte Virusgrippe (Influenza)?			V35 n = 502
1	Ja	8,2	1	
2	Nein	90,4	0	
3	Weiß nicht (<i>Interviewer</i> : nicht vorlesen)	1,4	8	
	k. A.		9	

36.	Leiden Sie unter Depressionen?			V36 n = 500
1	Ja	8,2	1	
2	Nein	91,2	0	
3	Weiß nicht (<i>Interviewer</i> : nicht vorlesen)	0,6	8	
	k. A.		9	

37.	Leiden Sie an Asthma?			V37 n = 502
1	Ja	6,2	1	
2	Nein	93,8	0	
3	Weiß nicht (<i>Interviewer</i> : nicht vorlesen)	/	8	
	k. A.		9	

38.	Leiden Sie an einer Allergie?				V38 n = 502
1	Ja	27,7	1		
2	Nein	71,7	0		
3	Weiß nicht (<i>Interviewer</i> : nicht vorlesen)	0,6	8		
	k. A.		9		

39.	Haben Sie öfter folgende Schmerzen?				V39
		Ja	Nein		
1	Kopfschmerzen (n = 501)	28,3	71,7	1, 0	V39.1
2	Rücken-/Nackenschmerzen (n = 501)	58,3	41,7	1, 0	V39.2
3	Gelenkschmerzen (n = 502)	29,9	70,1	1, 0	V39.3
4	Andere Schmerzen (n = 504)	5,6	94,4	1	V39.4
	k. A.			9	

40.	Geben Sie bitte an, wie oft Sie die hier aufgeführten Medikamente im letzten Jahr eingenommen haben. War das häufig, selten oder nie der Fall?				V40
		Häufig	Selten	Nie	
1	Schmerzmittel (n = 501)	13,6	50,7	35,7	1-3 V40.1
2	Mittel gegen Magenbeschwerden, Sodbrennen (n = 499)	6,2	18,4	75,4	1-3 V40.2
3	Mittel gegen Erkältungskrankheiten (n = 499)	8,2	52,9	38,9	1-3 V40.3
4	Schlafmittel (n = 500)	2,2	7,0	90,8	1-3 V40.4
5	Beruhigungsmittel (n = 501)	2,4	7,0	90,6	1-3 V40.5
6	Abführmittel (n = 500)	1,0	4,4	94,6	1-3 V40.6
7	Herzmittel (n = 500)	9,8	2,8	87,4	1-3 V40.7
8	Mittel gegen Leberbeschwerden (n = 499)	/	0,8	99,2	1-3 V40.8
9	Zytostatika (n = 500)	0,2	0,4	99,4	1-3 V40.9
10	Mittel gegen Bluthochdruck (n = 501)	15,8	2,0	82,2	1-3 V40.10
	k. A.			9	

41.	Wie oft gehen Sie wegen Kontrolluntersuchungen zum Zahnarzt?				V41 n = 497
1	Jährlich oder öfter	73,4	1		
2	Seltener als jährlich	10,9	2		
3	Nur bei akuten Zahnproblemen	15,7	3		
	k. A.		9		

47.	Wer ist für deren Pflege zuständig? (Mehrfachnennungen möglich)			V47
		Ja	Nein	
1	Familienangehörige (n = 76)	77,6	22,4	1, 0
2	Ambulanter Pflegedienst (n = 75)	22,7	77,3	1, 0
3	Tagespflege (n = 75)	8,0	92,0	1, 0
4	Pflegebedürftige Person ist im Pflegeheim (n = 74)	20,3	79,7	1, 0
5	Sonstiges (n = 77)	/	100,0	1
	Filter			7
	k. A.			9

48.	Welche Pflegestufe hat die pflegebedürftige Person? (<i>Interviewer</i> : bei mehr als einer: Welche Pflegestufen haben die pflegebedürftigen Personen?)			V48
1	Person 1 (n = 54)			1-3
	Stufe 1		31,5	
	Stufe 2		46,3	
	Stufe 3		22,2	
2	Person 2 (n = 6)			1-3
	Stufe 1		50,0	
	Stufe 2		33,3	
	Stufe 3		16,7	
	Filter			7
	k. A.			9

49.	Sind Sie mit der Einstufung der Pflegestufe(n) zufrieden?			V49
				n = 50
1	Ja		78,0	1
2	Nein		22,0	0
	Filter			7
	k. A.			9

Wir gehen jetzt über zum Thema Ernährung.

50.	Welche der folgenden Lebensmittel essen Sie? Essen Sie diese täglich, mehrmals in der Woche, seltener oder nie?					V50	
		Täglich	Mehrmals in der Woche	Seltener	Nie		
1	Fleisch/Wurstwaren (n = 502)	33,9	44,4	19,1	2,6	1-4	V50.1
2	Fisch (n = 502)	1,6	36,5	56,2	5,8	1-4	V50.2
3	Fertiggerichte (n = 501)	1,6	11,2	47,7	39,5	1-4	V50.3
4	Frisches Obst u. Gemüse (n = 500)	62,2	31,2	6,4	0,2	1-4	V50.4
5	Nudeln (n = 501)	6,2	66,3	26,1	1,4	1-4	V50.5
6	Vollkornbrot (n = 501)	42,5	26,7	22,6	8,2	1-4	V50.6
7	Milchprodukte (n = 501)	57,7	30,3	9,4	2,6	1-4	V50.7
8	Fast Food (n = 501)	0,6	2,2	52,8	44,3	1-4	V50.8
9	Kartoffeln (n = 501)	29,1	58,1	11,8	1,0	1-4	V50.9
	k. A.					9	

51.	Wie viel Liter Flüssigkeit in Form von Wasser, ungesüßten Säften, Früchte- oder Kräutertees trinken Sie täglich? Geben Sie bitte die ungefähre Gesamtmenge in Liter an.	V51 n = 502
	1,86 Liter im Durchschnitt	
	k. A.	9

52.	Achten Sie bei Ihrer Ernährung auf...				V52
		Ja	Nein		
1	... fettarme Nahrungsmittel? (n = 501)	60,4	39,6	1, 0	V52.1
2	... die Verwendung von Jodsalz? (n = 501)	75,8	24,2	1, 0	V52.2
	k. A.			9	

53.	Trinken Sie hin und wieder Alkohol?	V53 n = 503	
1	Ja	76,3	1
2	Nein (→ weiter mit Frage 58)	23,7	0
	k. A.		9

54.	Trinken Sie Wein oder Sekt?			V54 n = 387
1	Ja	81,7	1	
2	Nein (→ weiter mit Frage 56)	18,3	0	
	Filter k. A.		7 9	

55.	Wie viele Flaschen Wein oder Sekt trinken Sie ungefähr pro Woche? (<i>Interviewer</i> : offene Frage, Antwortkategorien nicht vorlesen)			V55 n = 272
	Weniger als 1 Flasche	21,1		
	1 Flasche	58,8		
	2 Flaschen	15,0		
	3 Flaschen	2,6		
	4 Flaschen	1,5		
	5 Flaschen	/		
	6 Flaschen	/		
	7 Flaschen	1,1		
	Filter		77	
	k. A.		99	

56.	Trinken Sie Bier?			V56 n = 388
1	Ja	58,0	1	
2	Nein (→ weiter mit Frage 58)	42,0	0	
	Filter k. A.		7 9	

57.	Wie viele Flaschen Bier trinken Sie ungefähr pro Woche? (<i>Interviewer</i> : offene Frage, Antwortkategorien nicht vorlesen, 20 Flaschen = ein Kasten)			V57 n = 206
	Weniger als 1 Flasche		5,4	
	1 Flasche		35,4	
	2 Flaschen		14,6	
	3 Flaschen		15,1	
	4 Flaschen		4,9	
	5 Flaschen		9,7	
	6 Flaschen		2,9	
	7 Flaschen		1,5	
	8 Flaschen		1,5	
	9 Flaschen		/	
	10 Flaschen		4,9	
	11 Flaschen		0,5	
	12 Flaschen		1,5	
	13 Flaschen		/	
	14 Flaschen		/	
	15 Flaschen		1,0	
	16 Flaschen		/	
	17 Flaschen		0,5	
	18 Flaschen		/	
	19 Flaschen		/	
	20 Flaschen		0,5	
	60 Flaschen		0,5	
		Filter		77
		k. A.		99

58.	Wo wird in Ihrer direkten Umgebung geraucht?			V58
		Ja	Nein	
1	In der Familie/zu Hause (n = 501)	34,1	65,9	1,0
2	Am Arbeitsplatz (n = 498)	31,5	68,5	1,0
3	Gar nicht (n = 487)	41,3	58,7	1,0
	k. A.			9
				V58.1
				V58.2
				V58.3

59.	Rauchen Sie zurzeit oder haben Sie früher einmal geraucht?			V59 n = 503
1	Ich bin Raucher	27,0	1	
2	Ich war früher Raucher, habe aber damit aufgehört (→ weiter mit Frage 62)	24,7	2	
3	Ich war noch nie Raucher (→ weiter mit Frage 63)	48,3	3	
	k. A.		9	

60.	Wie viele Zigaretten rauchen Sie ungefähr an einem gewöhnlichen Tag?			V60 n = 138
	Durchschnittliche Anzahl der Zigaretten	14,9		
	Filter		777	
	k. A.		999	

61.	Kaufen Sie Ihre Zigaretten hauptsächlich in Deutschland oder in Luxemburg?			V61 n = 135
1	Deutschland	80,0	1	
2	Luxemburg	20,0	2	
	Filter		7	
	k. A.		9	

62.	Wie alt waren Sie, als Sie mit dem Rauchen angefangen haben?			V62 n = 250
	Durchschnittsalter	17,1		
	Weiß nicht (<i>Interviewer</i> : nicht vorlesen)	0,4	888	
	Filter k. A.		777 999	

63.	Treiben Sie Sport?			V63 n = 502
1	Ja	52,0	1	
2	Nein (→ weiter mit Frage 66)	48,0	0	
	k. A.		9	

64.	Wie oft treiben Sie durchschnittlich Sport in der Woche?	V64 n = 259
	Durchschnittlich 2,8 mal pro Woche	Filter 77 k. A. 99

65.	Wie lange sind Sie jeweils im Durchschnitt sportlich aktiv?	V65 n = 253
	Durchschnittlich jeweils 70,6 Minuten	Filter 7 k. A. 9

66.	Wie viele Stunden schlafen Sie durchschnittlich pro Nacht?	V66 n = 500
1	3 b. u. 5 Stunden	7,8 1
2	5 b. u. 7 Stunden	45,2 2
3	7 bis 8 Stunden	36,6 3
4	Mehr als 8 Stunden	10,4 4
	k. A.	9

Zum Abschluss habe ich nun noch einige Fragen zur Statistik.

67.	In welchem Jahr sind Sie geboren?	V67 n = 503
	Jahr (Durchschnittsalter: 46,3)	19 99
	k. A.	

68.	Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert?	V68 n = 494
1	Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK)	28,3 1
2	Ersatzkasse wie Barmer, DAK, Techniker usw.	35,2 2
3	Betriebskrankenkasse/Innungskrankenkasse	13,8 3
4	Andere gesetzliche Krankenkasse wie z. B. See-, Landwirtschaftliche KK	6,3 4
5	Private Krankenversicherung	15,4 5
6	Habe keine Krankenversicherung	1,0 6
	k. A.	9

69.	Wie hoch sind Ihre monatlichen Zuzahlungen für Medikamente ungefähr?			V69 n = 340
	Durchschnittlich 11,30 Euro pro Monat	k. A.	999	

70.	Wie viel wiegen Sie?			V70 n = 484
	Durchschnittsgewicht in kg	k. A.	75,2 999	

71.	Wie groß sind Sie? (<i>Interviewer</i> : Angaben von m in cm umrechnen)			V71 n = 496
	Durchschnittsgröße in cm	k. A.	172,3 999	

72.	Welchen Familienstand haben Sie?			V72 n = 502
1	Ich bin verheiratet und lebe mit meinem Ehepartner zusammen (→ weiter mit Frage 74)		58,6	1
2	Ich bin verheiratet und lebe von meinem Ehepartner getrennt		2,6	2
3	Ich bin ledig		24,3	3
4	Ich bin geschieden		6,0	4
5	Ich bin verwitwet		8,6	5
		k. A.		9

73.	Leben Sie mit einem Partner zusammen?			V73 n = 239
1	Ja		37,2	1
2	Nein		62,8	0
		Filter		7
		k. A.		9

74.	Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?			V74 n = 497
1	Schule beendet ohne Abschluss	1,0	1	
2	Volks-, Hauptschulabschluss	36,8	2	
3	Mittlere Reife	37,0	3	
4	Fachhochschulreife, Abitur	23,9	4	
5	Sonstiger Abschluss	1,2	5	
	k. A.		9	

75.	Welchen Beruf üben Sie zurzeit aus oder haben Sie zuletzt ausgeübt?			V75 n = 504
			1	
	(Bei Rentnern, Pensionären, Arbeitslosen bei Anschlussfragen Vergangenheitsform, bei Schülern und Studenten → weiter mit Frage 79)			
	k. A.		9	

76.	Müssen Sie oder mussten Sie in Ihrem Beruf überwiegend sitzen?			V76 n = 469
1	Ja	38,2	1	
2	Nein	61,8	0	
	Filter		7	
	k. A.		9	

77.	Arbeiten bzw. arbeiteten Sie im Landkreis Cochem Zell?			V77 n = 468
1	Ja	66,2	1	
2	Nein	33,8	0	
	Filter		7	
	k. A.		9	

78.	Welche berufliche Position trifft bzw. traf zuletzt auf Sie zu?			V78 n = 463
1	Arbeiter	13,8	1	
2	Angestellter	53,1	2	
3	Beamter	10,8	3	
4	Freiberufler	2,2	4	
5	Landwirt	3,0	5	
6	Selbständiger	10,6	6	
7	Hausfrau/Hausmann	6,3	7	
	Filter		77	
	k. A.		9	

79.	Sind Sie in Ihrem Haushalt Hauptverdiener?			V79 n = 500
1	Ja (ENDE)	47,8	1	
2	Nein	44,6	0	
3	Es gibt keinen Hauptverdiener (<i>Interviewer</i> : nicht vorlesen/ENDE)	7,6	2	
	k. A.		9	

80.	Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss hat der Hauptverdiener?			V80 n = 224
1	Schule beendet ohne Abschluss	1,3	1	
2	Volks-, Hauptschulabschluss	43,3	2	
3	Mittlere Reife	25,9	3	
4	Fachhochschulreife, Abitur	27,2	4	
5	Sonstiger Abschluss	2,2	5	
	Filter		7	
	k. A.		9	

81.	Welchen Beruf übt der Hauptverdiener zurzeit aus oder welchen Beruf hat er früher ausgeübt?			V81 n = 504
			1	
			7	
	Filter		9	
	k. A.		9	

Interviewer: Vielen Dank für Ihre Mitarbeit und dafür, dass Sie sich Zeit genommen haben.

Die weiteren Fragen sind von dem Interviewer nach Beendigung des Interviews auszufüllen:

ZV1	Tragen Sie bitte die Anzahl der Kontaktversuche mit der Zielperson ein:			ZV1 n = 504
	Durchschnittliche Anzahl der Kontaktversuche	1,9		

ZV2	Tragen Sie bitte die Dauer des Interviews ein:			ZV2 n = 504
	Durchschnittsdauer (in Minuten)	17,1		

ZV3	Tragen Sie bitte ein, um das wievielte Interview es sich handelt:			ZV3 n = 504
	Anzahl der geführten Interviews			

ZV4	Wie bereitwillig hat die Zielperson geantwortet?			ZV4 n = 504	
	1	Sehr bereitwillig	66,3		1
	2	Bereitwillig	30,6		2
	3	Weniger bereitwillig	3,0		3
	4	Überhaupt nicht bereitwillig	0,2		4

ZV5	Wie zuverlässig schätzen Sie die Angaben der Zielperson ein?			ZV5 n = 504	
	1	Sehr zuverlässig	58,7		1
	2	Zuverlässig	36,5		2
	3	Weniger zuverlässig	4,2		3
	4	Unzuverlässig	0,6		4

Literaturverzeichnis

Ackerknecht, E. H. (1992):

Geschichte der Medizin, Stuttgart 1992.

Antonovsky, A. (1987):

Unraveling the mystery of health, London 1987.

Becker, N./Wahrendorf, J. (1998):

Krebsatlas der Bundesrepublik Deutschland 1981-1990, Berlin 1998.

Bellach, B.-M./Ellert, U./Radoschewski, M. (2000):

Epidemiologie des Schmerzes – Ergebnisse des Bundes-Gesundheitssurveys 1998, in:
Bundesgesundheitsblatt, 43/6, S. 424-431.

Benecke, A./Vogel, H. (2004):

Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 16: Übergewicht und Adipositas, Berlin
2004.

Bergmann, E./Kamtsiuris, P. (1999):

Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, in: Das Gesundheitswesen, 61/Sonderheft 2,
S. 138-144.

Bergmann, K. E./Mensink, G. B. M. (1999):

Körpermaße und Übergewicht, in: Das Gesundheitswesen, 61/Sonderheft 2, S. 115-120.

Braun, H. (1992):

Andauernde gesundheitliche Beeinträchtigung als Herausforderung an die Sozialpolitik,
in: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.): Sozialpolitik und Wis-
senschaft. Positionen zur Theorie und Praxis der sozialen Hilfen, Frankfurt am Main
1992, S. 1-18.

Braun, H. (1994):

Gesundheitssysteme und Sozialstaat, in: Schwenkmezger, P./Schmidt, L. R. (Hrsg.):
Lehrbuch der Gesundheitspsychologie, Stuttgart 1994, S. 247-262.

Breyer, F./Zweifel, P. S./Kifmann, M. (2003):

Gesundheitsökonomie, Berlin u. a. 2003.

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.) (2004):

Ulla Schmidt: Die Pflegeversicherung hat sich bewährt und ist ein unverzichtbarer Zweig
der sozialen Sicherung, Online im Internet:

URL: <http://www.bmgs.bund.de/deu/gra/aktuelles/pm/bmgs04/5150_5370.cfm>.

(Stand: 26.05.2004, Abfrage: 11.12.2004).

Celermajer, D. S./Adams, M. S./Clarkson, P./Robinson, J./McCredie, R./Donald, A./
Deanfield, J. E. (1996):

Passive smoking and impaired endothelium-dependent arterial dilatation in healthy young
adults, in: New England Journal of Medicine, 334/3, S. 150-154.

Continentale Krankenversicherung (Hrsg.) (2004):

Continentale-Studie 2004: Die Deutschen und ihr Gesundheitssystem: Unzufriedenheit
und Ängste, Dortmund 2004.

Deutsche Gesellschaft für Ernährung (Hrsg.) (1991):

Empfehlungen für die Nährstoffzufuhr, Frankfurt am Main 1991.

Deutsche Gesellschaft für Ernährung (Hrsg.) (2004):

Vollwertig essen und trinken nach den 10 Regeln der DGE, Online im Internet:

URL: <http://www.dge.de/pdf/10_Regeln_der_DGE.pdf>.

(Stand: 2004, Abfrage: 16.12.2004).

Diemer, W./Burchert, H. (2004):

Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 7: Chronische Schmerzen – Kopf- und
Rückenschmerzen, Tumorschmerzen, Berlin 2004.

Faltermaier, T. (1994):

Subjektive Konzepte von Gesundheit in einer salutogenetischen Perspektive, in: Kolip, P. (Hrsg.): Lebenslust und Wohlbefinden. Beiträge zur geschlechtsspezifischen Jugendgesundheitsforschung, Weinheim 1994, S. 103-119.

Faltermaier, T. (1999):

Die Salutogenese als neue Perspektive in der Gesundheitspsychologie, in: Rieländer, M./Brücher-Albers, C. (Hrsg.): Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert. Neue Ziele der Weltgesundheitsorganisation mit psychologischen Perspektiven erreichen, Bonn 1999, S. 116-131.

Flick, U. (1991):

Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit, in: Flick, U. (Hrsg.): Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen, Heidelberg 1991, S. 9-27.

Gabler, S./Häder, S. (1998):

Ein neues Stichprobendesign für telefonische Umfragen in Deutschland, in: Gabler, S./Häder, S./Hoffmeyer-Zlotnik, J. H. P. (Hrsg.): Telefonstichproben in Deutschland, Opladen 1998, S. 69-88.

Hahn, A./Eirmbter, W. H./Jacob, R. (1996):

Krankheitsvorstellungen in Deutschland. Das Beispiel AIDS, Opladen 1996.

Henke, K.-D./Behrens, C./Arab, L./Schlierf, G. (1986):

Die Kosten ernährungsbedingter Krankheiten, Stuttgart 1986.

Hense, H. W. (1997):

Passivrauchen begünstigt die KHK-Genese. Das Infarkttrisiko ist durch häufige Rauchexposition erhöht, in: MMW – Fortschritte der Medizin, 115, S. 35-40.

Hermann-Kunz, E. (1999):

Häufigkeit allergischer Krankheiten in Ost- und Westdeutschland, in: Das Gesundheitswesen, 61/Sonderheft 2, S. 100-105.

Herzlich, C. (1973):

Health and illness. A social psychological analysis, London 1973.

Jacob, R./Geerling, U. (Hrsg.) (2004):

Erster Gesundheitsbericht für den Landkreis Cochem-Zell, Cochem 2004.

Jacob, R./Michels, H. (Hrsg.) (2001):

Regionaler Gesundheitssurvey für die Stadt Trier und den Landkreis Trier-Saarburg, Trier 2001.

Kawachi, I./Colditz, G. A./Speizer, F. E./Manson, J. E./Stampfer, M. J./Willett, W. C./

Hennekens, C. H. (1997):

A prospective study of passive smoking and coronary heart disease, in: *Circulation*, 95/10, S. 2374-2379.

Kickbusch, I. (1999):

Der Gesundheitsbegriff der Weltgesundheitsorganisation, in: Häfner, H. (Hrsg.): *Gesundheit – unser höchstes Gut?*, Berlin u. a. 1999, S. 275-279.

Knopf, H./Ellert, U./Melchert, H.-U. (1999):

Sozialschicht und Gesundheit, in: *Das Gesundheitswesen*, 61/Sonderheft 2, S. 169-177.

Knopf, H./Melchert, H.-U. (2003):

Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Bundes-Gesundheitssurvey: Arzneimittelgebrauch. Konsumverhalten in Deutschland, Berlin 2003.

Kohlmeier, L./Kroke, A./Pöttsch, J./Kohlmeier, M./Martin, K. (1993):

Ernährungsabhängige Krankheiten und ihre Kosten, Baden-Baden 1993.

Krönig, B. (2000):

24-Stunden-Blutdruckmessung. Ambulantes Blutdruckmonitoring (ABDM). Folge 1: Referenzwerte verschiedener Messungen, in: *MMW – Fortschritte der Medizin*, 142, S. 63-64.

Lettke, F./Eirmbter, W. H./Hahn, A./Hennes, C./Jacob, R. (1999):

Krankheit und Gesellschaft. Zur Bedeutung von Krankheitsbildern und Gesundheitsvorstellungen für die Prävention, Konstanz 1999.

Mensink, G. (2003):

Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Bundes-Gesundheitssurvey: Körperliche Aktivität. Aktive Freizeitgestaltung in Deutschland, Berlin 2003.

Mensink, G. B. M. (1999):

Körperliche Aktivität, in: Das Gesundheitswesen, 61/Sonderheft 2, S. 126-131.

Mensink, G. B. M./Thamm, M./Haas, K. (1999):

Die Ernährung in Deutschland 1998, in: Das Gesundheitswesen, 61/Sonderheft 2, S. 200-206.

Noack, H. (1993):

Gesundheit: Medizinische, psychologische und soziologische Konzepte, in: Gawatz, R./Novak, P. (Hrsg.): Soziale Konstruktionen von Gesundheit. Wissenschaftliche und alltagspraktische Gesundheitskonzepte, Ulm 1993, S. 13-32.

Reiter, S./Rasch, G. (2004):

Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 1: Schutzimpfungen, Berlin 2004.

Ribhegge, H. (2004):

Sozialpolitik, München 2004.

Rieländer, M. (1999):

Mehr an Gesundheit als an Krankheit denken – Plädoyer für eine positive Gesundheitsorientierung, in: Rieländer, M./Brücher-Albers, C. (Hrsg.): Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert. Neue Ziele der Weltgesundheitsorganisation mit psychologischen Perspektiven erreichen, Bonn 1999, S. 132-157.

Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2002a):

Multimorbidität, Online im Internet:

URL: <<http://www.rki.de/GESUND/KRANK/MULTI/MULTI.HTM>>.

(Stand: 2002, Abfrage: 14.11.2004).

Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2002b):

Morbidität, Online im Internet:

URL: <<http://www.rki.de/GBE/GLOSSAR/GLOSSAR.HTM?/GBE/GLOSSAR-/MO002.HTM&1>>.

(Stand: 2002, Abfrage: 15.11.2004).

Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2006):

Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am RKI, in: Epidemiologisches Bulletin, 30, S. 235-254.

Schopenhauer, A. (1976):

Aphorismen zur Lebensweisheit, Frankfurt am Main 1976.

Sozialministerium Baden-Württemberg (Hrsg.) (2004):

Sozialminister Repnik besorgt über Zunahme von Rückenleiden, Online im Internet:

URL: <<http://www.baden-wuerttemberg.de/de/Meldungen/49409.html>>.

(Stand: 09.02.2004, Abfrage: 28.11.2004).

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (1998):

Gesundheitsbericht für Deutschland: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Stuttgart 1998.

Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz (Hrsg.) (2004a):

Statistische Berichte. Sterbefälle nach Todesursachen und Verwaltungsbezirken 2002, Bad Ems 2004.

Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz (Hrsg.) (2004b):

Einwohnerzahl sank im ersten Halbjahr 2004 leicht, Online im Internet:

URL: <<http://www.statistik.rlp.de/pm/pm133-04.html>>.

(Stand: 21.10.2004, Abfrage: 12.12.2004).

Strittmatter, R. (1995):

Alltagswissen über Gesundheit und gesundheitliche Protektivfaktoren, Frankfurt am Main 1995.

Thamm, M. (1999):

Blutdruck in Deutschland – Zustandsbeschreibung und Trends, in: Das Gesundheitswesen, 61/Sonderheft 2, S. 90-93.

Thefeld, W. (1999):

Prävalenz der Diabetes mellitus in der erwachsenen Bevölkerung Deutschlands, in: Das Gesundheitswesen, 61/Sonderheft 2, S. 85-89.

Thefeld, W. (2000):

Verbreitung der Herz-Kreislauf-Risikofaktoren Hypercholesterinämie, Übergewicht, Hypertonie und Rauchen in der Bevölkerung, in: Bundesgesundheitsblatt, 43/6, S. 415-423.

Umweltbundesamt (Hrsg.) (1998):

Luftverschmutzung und Lungenkrebsrisiko – Untersuchung zu Risikofaktoren des Bronchialkarzinoms, Berlin 1998.

Wiesner, G./Grimm, J./Bittner, E. (1999a):

Zum Herzinfarktgeschehen in der Bundesrepublik Deutschland: Prävalenz, Inzidenz, Trend, Ost-West-Vergleich, in: Das Gesundheitswesen, 61/Sonderheft 2, S. 72-78.

Wiesner, G./Grimm, J./Bittner, E. (1999b):

Schlaganfall: Prävalenz, Inzidenz, Trend, Ost-West-Vergleich, in: Das Gesundheitswesen, 61/Sonderheft 2, S. 79-84.

Wiesner, G./Todzy-Wolff, I./Grimm, J. (1998):

Multimorbidität und soziale Schicht, in: Ahrens, W./Bellach, B.-M./Jöckel, K.-H. (Hrsg.):
Krankheit und soziale Schicht: Messung soziodemographischer Merkmale in der Epidemiologie, München 1998, S. 127-140.

Williams, R. (1983):

Concepts of health: An analysis of lay logic, in: *Sociology*, 17/2, S. 185-205.

World Health Organization (Hrsg.) (1947):

Chronicle of the World Health Organization, 1, Genf 1947.

World Health Organization (Hrsg.) (1985):

Einzelziele für „Gesundheit 2000“, Kopenhagen 1985.

World Health Organization (Hrsg.) (1986):

Ottawa Charter for Health Promotion. Charter endorsed at the first International Conference on Health Promotion, Online im Internet:

URL: <http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf>.

(Stand: 21.11.1986, Abfrage: 28.12.2004).

World Health Organization (Hrsg.) (1997):

Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity. Executive summary. Online im Internet:

URL: <http://www.who.int/nutrition/publications/obesity_executive_summary.pdf>.

(Stand: 05.06.1997, Abfrage: 03.10.2006).

World Health Organization (Hrsg.) (2004):

Field guidelines for measles elimination, Online im Internet:

URL: <http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/0F24B92E-AE2C-4C9B-B73B-E16ACB833C35/0/FieldGuidelines_for_MeaslesElimination.pdf>.

(Stand: 2004, Abfrage: 17.12.2004).