



1081505000
040765123
825080078
300380056
4110111080
4328989080
644550900
3476155040



Die Bevölkerungsbefragung zur Gesundheit 2009.

Eine repräsentative Erhebung für NRW.

[LIGA.Fokus 9](#)

Impressum

Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit
des Landes Nordrhein-Westfalen
(LIGA.NRW)
Ulenbergstraße 127 – 131
40225 Düsseldorf
Telefon 0211 3101-0
Telefax 0211 3101-1189
www.liga.nrw.de
poststelle@liga.nrw.de

Autoren

Monika Mensing, LIGA.NRW
Waldemar Streich, LIGA.NRW
Dr. Claudia Terschüren, LIGA.NRW

Redaktion und Bearbeitung

LIGA.NRW

Namensbeiträge geben die Meinung der
Verfasser wieder. Sie entsprechen
nicht unbedingt der Auffassung des
Herausgebers.

Layout und Verlag

LIGA.NRW

Titelbild

© by Angela Parszyk/pixelio.de

Das LIGA.NRW ist eine Einrichtung des
Landes Nordrhein-Westfalen und gehört
zum Geschäftsbereich des Ministeriums
für Arbeit, Integration und Soziales.

Nachdruck und Vervielfältigung, auch
auszugsweise, nur mit Genehmigung
des LIGA.NRW.

Düsseldorf, Oktober 2011

ISBN 978-3-88139-178-8

Die Bevölkerungsbefragung zur Gesundheit 2009.

Eine repräsentative Erhebung für NRW.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	7
2. Subjektive Gesundheit	11
3. Ausgewählte Krankheiten und Beschwerden	13
3.1 Rückenschmerzen.....	14
3.2 Herz-Kreislauf-Risikofaktoren	15
3.2.1 Hypertonie	15
3.2.2 Hypercholesterinämie	16
3.3 Diabetes mellitus.....	18
3.4 Arthrosen	20
3.5 Depressionen.....	20
3.6 Asthma bronchiale.....	21
3.7 Gastritis	21
3.8 Osteoporose	22
4. Gesundheitsrelevantes Verhalten und individuelle Vorsorge	23
4.1 Ernährung und Übergewicht	23
4.2 Sport und Bewegung im Alltag.....	24
4.3 Tabakkonsum und Verhaltensänderung infolge des Rauchverbots	26
4.4 Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen	27
4.5 Teilnahme an Gripeschutzimpfungen.....	28
5. Selbstmedikation – Arzneimittel ohne Arztbesuch	31
5.1 Verbreitung der Selbstmedikation.....	31
5.2 Art der Medikamente	32
5.3 Gründe für Selbstmedikation.....	32
5.4 Informationsquellen.....	32
6. Telemedizin	35
6.1 Bekanntheit telemedizinischer Geräte.....	35
6.2 Informationsquellen und Akzeptanz im Krankheitsfall	36
6.3 Erwartete Vorteile der Nutzung.....	36
6.4 Erwartete Vorteile der Messung in der Arztpraxis	37
Literaturverzeichnis.....	39

1. Einleitung

In den letzten Jahrzehnten haben sich die Anforderungen an unser Gesundheitssystem geändert. Chronische, nicht übertragbare Erkrankungen haben heute gegenüber Infektionskrankheiten einen deutlich höheren Stellenwert, auch wenn immer wieder neue Infektionserkrankungen auftreten, die dann zumindest kurzfristig einen beträchtlichen Aufwand binden. Zudem hat sich unser Gesundheitszustand ständig verbessert, zu erkennen an der stetig steigenden Lebenserwartung. Damit ist die **Lebenslänge** nicht mehr alleiniges Maß für die Gesundheit, und **Lebensqualität** erhält eine sehr viel größere Bedeutung.

Diese Entwicklungen führen dazu, dass neben der Heilung akuter Krankheitszustände die Vermeidung von Erkrankungen und die Unterstützung von Menschen mit eventuell mehreren chronischen Beeinträchtigungen als Aufgaben des Gesundheitssystems immer wichtiger werden. Entsprechend haben sich die Anforderungen an Planungsdaten geändert. Sowohl für die Entwicklung von zielgruppengerechten Präventionsprogrammen als auch für die Planung der Versorgung und Unterstützung von Menschen mit Behinderungen und Einschränkungen brauchen wir heute Informationen über die Gesundheitsrisiken und darüber, wie Betroffene mit Behinderungen umgehen. Und dies ist nicht nur in Form absoluter Zahlen relevant, sondern insbesondere in Verbindung mit der soziodemografischen Situation jedes Einzelnen. Diese Informati-

onen und Verknüpfungen sind indes aus Routinestatistiken nicht abzuleiten. Hierfür benötigt man Angaben direkt von den Bürgern, durch eine Befragung.

Im Einzelnen liefert eine Bevölkerungsbefragung Informationen zu den folgenden Bereichen, die aus anderen Quellen nicht verfügbar sind:

1. Nur eine Befragung kann über Verhaltensweisen und Einstellungen von Bürgern Auskunft geben. Sie liefert wichtige Informationen, welche Risikofaktoren in der Bevölkerung – und auch in welchen Bevölkerungsgruppen – besonders häufig vorhanden sind und deshalb vorrangig bekämpft werden sollten. Im Zeitverlauf kann damit auch eine Evaluation von primärpräventiven Programmen unterstützt werden.
2. Soziale Unterschiede in der Gesundheit, bei gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen und bei der Nutzung von Angeboten zur Gesunderhaltung sind seit langem bekannt, ihre Verringerung eines der Ziele moderner Gesundheitspolitik. Informationen über unterschiedliche Erkrankungshäufigkeiten in verschiedenen sozialen Umfeldern sind ebenfalls nur über Befragungen zu ermitteln. Keine der amtlichen Routinestatistiken erhebt persönliche Daten zur sozialen Lage, diese kann nur in Befragungen ermittelt werden.

3. Subjektive Bewertungen der eigenen Gesundheit geben nicht nur einen parallelen Eindruck zu den vorhandenen Symptomen, sondern enthalten zusätzlich eine Vielzahl von Aspekten aus der Lebensumwelt der Befragten. Je nach Einschätzung der eigenen Gesundheit und zum eigenen Körper und je nach Art und Qualität des sozialen Netzes kann dieselbe Leistungseinschränkung als schwerwiegend oder als verkraftbar angesehen werden. Detaillierte Informationen über diese Aspekte können wichtige Angaben für die Versorgungsplanung liefern. Aus Systemsicht ist auch wichtig, dass die subjektive Bewertung der eigenen Gesundheit ein guter Indikator für die Abschätzung der weiteren Lebenserwartung ist, oft besser als eine ärztliche Diagnose.

Zur Erhebung des subjektiven Gesundheitszustandes existiert ein Set aus drei standardisierten Fragen, die inzwischen auf allen Verwaltungsebenen, von der regionalen über die nationale bis zur EU benutzt werden. Dieses so genannte „Minimum European Health Module“ besteht aus drei Fragen zum subjektiven Gesundheitszustand, chronischen Erkrankungen sowie möglichen Einschränkungen im Alltag, bedingt durch Erkrankung [1].

4. Neben diesen eher mittelfristig angelegten Datenerhebungen für die regelmäßige Beobachtung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung und der daraus abzuleitenden Anforderungen an das Versorgungssystem bieten regelmäßige Bevölkerungsbefragungen auch die Chance, zeitnah Meinungsbilder zu aktuellen gesundheitspolitischen Fragen zu erhalten, die direkt an die Politik gespiegelt werden können. Diese Möglichkeit hat NRW in den letzten Jahren beispielsweise bei folgenden Themen genutzt:

- Impfkampagne gegen die Schweinegrippe,
- Einführung der HPV-Impfung zur Bekämpfung des Gebärmutterhalskrebses,
- Einführung des Rauchverbots in Gaststätten in NRW,
- Hemmschwellen bei der Organspendebereitschaft.

Das Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW) führt repräsentative Bevölkerungsbefragungen bereits seit 2003 jährlich mittels CATI (Computer Assisted Telephone Interviewing) mit jeweils ca. 2000 Teilnehmern durch. Diese Stichprobe bildet die Grundgesamtheit der erwachsenen, deutschsprachigen Bevölkerung mit Wohnsitz in NRW und telefonischem Festnetzanschluss ab. Die Ergebnisse unterstützen die Gesundheitsberichterstattung des Landes Nordrhein-Westfalen und dienen der Politikberatung.

Detaillierte Informationen zur methodischen Vorgehensweise sind auf der Internetseite des LIGA.NRW unter „Gesundheit - Berichte und Daten“ nachzulesen¹. Dort werden u. a. Fragen zum Fragebogenaufbau, zur Stichprobenziehung, zur Datenerhebung und -auswertung, zur Qualitätssicherung und vielem mehr erörtert.

Themen der Bevölkerungsbefragungen NRW sind

- regelmäßige, jährlich wiederholte Fragenblöcke: subjektiver Gesundheitszustand, Vorliegen chronischer Erkrankungen, Einschränkungen im Alltag durch Krankheit, Lebenszeitprävalenz bestimmter häufiger Erkrankungen, das gesundheitliche Verhalten sowie Inanspruchnahme von Präventionsangeboten und ärztlichen Leistungen,
- eine umfangreiche Soziodemographie, die die Demographischen Standards 2004 des Statistischen Bundesamtes zur Grundlage hat. Das Erfassen dieser Daten erlaubt ihre differenzierte Verknüpfung mit den erhobenen Ergebnissen zur Gesundheit bzw. zum gesundheitsrelevanten Verhalten und ermöglicht es so, spezifische Zielgruppen zu eruieren,
- flexible Themenmodule zu aktuellen Fragestellungen der Landesgesundheitspolitik, die nur einmalig oder in großem zeitlichen Abstand erhoben werden.

Eckdaten 2009

Die Erhebung der Bevölkerungsbefragung 2009 wurde vom Telefonlabor der SUZ GmbH in Duisburg durchgeführt. Im Zeitraum vom 18.11.2009 bis zum 14.12.2009 wurden montags bis freitags von 16:30 - 21:00 Uhr, samstags von 12:00 - 18:00 Uhr Interviews durchgeführt. So konnten auch Erwerbstätige gut erreicht werden. Die Ausschöpfungsquote (also der Anteil der Zielpersonen, die sich zur Teilnahme bereit erklärten und das Interview auch vollständig durchführten) lag bei 64,1 %.

Insgesamt beinhaltete der Fragebogen 110 Fragen inkl. Filterfragen. Die Stichprobengröße liegt bei n=2.006 (995 Männer und 1011 Frauen) mit einem Durchschnittsalter von 48,8 Jahren.

In der Datenanalyse werden die Angaben zur Gesundheit und zum Verhalten hinsichtlich Alter, Geschlecht, Bildung (ISCED²) und Sozialschichtindex nach Winkler (berechnet aus Schulbildung, beruflicher Ausbildung, beruflicher Stellung und Einkommen), Wohnregion und Migrationshintergrund ausgewertet.

Dieser Bericht stellt für jeden Themenbereich neben den Gesamtergebnissen auch signifikante Unterschiede zwischen einzelnen Gruppen dar.

¹ http://www.liga.nrw.de/themen/gesundheits_berichte_daten/bevoelkerungsbefragungen/index.html

² ISCED-1997: International Standard Classification of Education

Solche Unterschiede wurden z. B. beim Vergleich verschiedener Altersgruppen, zwischen Männern und Frauen sowie zwischen den Sozialschichtzugehörigkeiten bzw. Bildungsstufen gefunden. Dagegen zeigten sich beim Vergleich der Wohnregionen (Kreise vs. kreisfreie Städte bzw. „Ruhr-City“ vs. übriges NRW) keine statistisch relevanten Unterschiede. Gleiches gilt für das Merkmal Migrationshintergrund. Eine mögliche Ursache hierfür ist in der Tatsache zu sehen, dass die Befragung in deutscher Sprache durchgeführt wurde. Bei den teilnehmenden Personen mit Zuwanderungsgeschichte ist also davon auszuge-

hen, dass sie die deutsche Sprache gut beherrschen und Interesse an einer aktiven Teilnahme am sozialen Leben haben. Dies dürfte für die weniger integrierten Zuwanderer, für die Unterschiede im Gesundheitsverhalten und im Gesundheitsstatus erwartet werden, gerade nicht zutreffen.

2. Subjektive Gesundheit

Es wurde bereits angesprochen, dass sich das subjektive gesundheitliche Befinden in zahlreichen Befragungen und Bevölkerungsstudien als ein zuverlässiges Maß für die Beurteilung des allgemeinen Gesundheitszustandes der Bevölkerung erwiesen hat. Es konnten nicht nur Zusammenhänge zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und zur Sterblichkeit aufgezeigt werden, auch das individuelle Gesundheitsverhalten wird beeinflusst, insbesondere bei nachlassender Gesundheit. Die Zuverlässigkeit der subjektiven Aussagen zeigt sich nicht zuletzt in weit-

gehend konsistenten Ergebnissen über einen längeren Erhebungszeitraum [2].

Die Frage: „Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen?“ wird in den Bevölkerungsbefragungen des Landes NRW seit 2003 jährlich erhoben (mit Ausnahme des Jahres 2006). Seit 2004 ist die Vergleichbarkeit der Ergebnisse durch Verwendung einheitlicher Antwortvorgaben gewährleistet.

Die große Mehrheit der Männer und Frauen fühlt sich gut bis sehr gut. Personen mit „schlechter“ oder gar „sehr schlechter“ Gesundheit machen durchgängig weniger als zehn Prozent aus. Größere geschlechtsspezifische Unterschiede sind nicht zu erkennen (vgl. Abbildung 1).

Über die letzten 6 Jahre ist bei Männern ein positiver Trend zu einer Verbesserung des durchschnittlichen Befindens zu erkennen. Der Anteil von Personen mit sehr guter Gesundheit steigt, mittelmäßige Gesundheit wird seltener berichtet. Die weitere Beobachtung dieser Variablen wird mittelfristig zeigen, ob es zu weiteren stabilen Verschiebungen beim wahrgenommenen Gesundheitszustand kommt.

Unter dem Gesichtspunkt sozialer Gesundheitsrisiken hat das Problem der Armut in den vergangenen Jahren verstärkte Aufmerksamkeit erfahren. Der Sozialbericht NRW 2007 schätzt, dass etwa 15 % der

Abb. 1: NRW-Gesundheitsbarometer 2004 – 2009: Subjektiver Gesundheitszustand nach Geschlecht, Bevölkerungsbefragung 2004-2009 (n jeweils ~ 2.000), LIGA.NRW

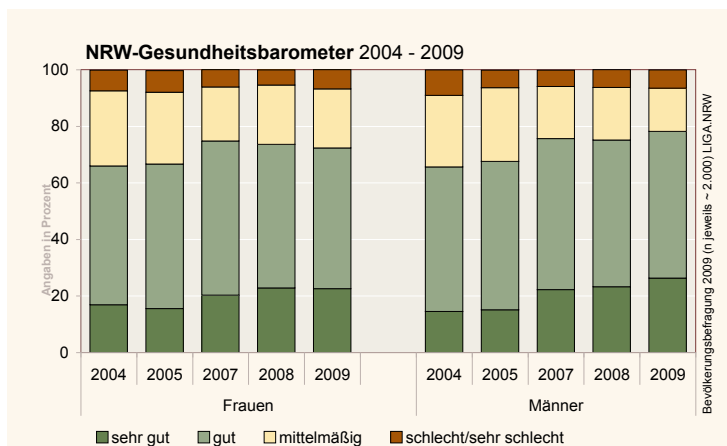
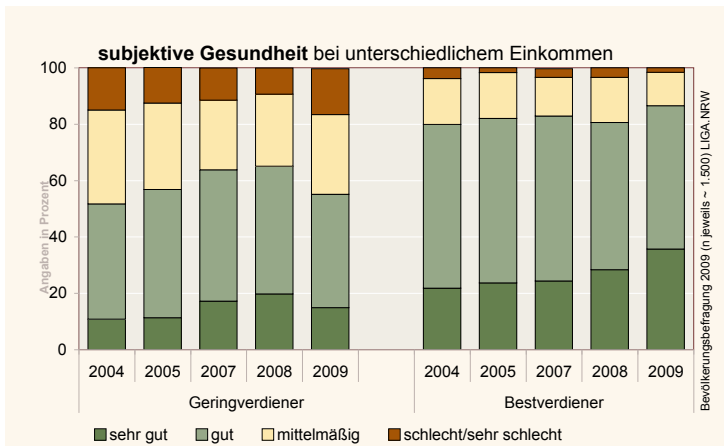


Abb. 2: Gesundheitliches Befinden von Gering- vs. Bestverdienern Nordrhein Westfalen 2004-2009. Bevölkerungsbefragung 2004-2009 (n jeweils ~ 1.500), LIGA.NRW



Bevölkerung von Einkommensarmut betroffen ist. Das Armutsrisiko ist mit dem anhaltend hohen Niveau der Arbeitslosigkeit gestiegen. Besonders hoch ist es bei Familien mit Kindern, wenn beide Elternteile nicht erwerbstätig sind und bei Ein-Eltern-Familien, wenn der allein erziehende Elternteil keine Arbeit hat. Armut tritt aber auch verstärkt in Haushalten mit drei und mehr Kindern auf, wenn die Familie einen Migrationshintergrund aufweist [3].

Aktuelle Daten zum Zusammenhang von Armut und Gesundheit zeigen, dass negative Auswirkungen insbesondere im Alter zwischen 25 und 65 Jahren auftreten [4]. Hier fällt der Anteil positiver Selbsteinschätzungen der Gesundheit („gut oder sehr gut“) in der Gruppe der Armutsgefährdeten deutlich niedriger aus als in der Gruppe der finanziell Abgesicherten. Dieser Zusammenhang lässt sich für NRW auch durch die Bevölkerungsbefragungen beobachten (vgl. Abbildung 2). Hier sind die gesundheitlichen Selbsteinschätzungen zweier Gruppen gegenübergestellt: dem obersten und untersten 20 %-Segment (sog. Quintile) der angegebenen Haushaltseinkommen.³

Es sind deutliche Unterschiede der gesundheitlichen Selbsteinschätzung zu erkennen. Die Anteile der sich „gut bis sehr gut“ fühlenden Personen differieren zwischen den hier kurz als Gering- bzw. Bestverdiener bezeichneten Gruppen um 20 bis 30 Prozentpunkte. Der Anteil derjenigen Personen mit „mittelmäßiger“ oder schlechter Gesundheit ist in der einkommensschwächsten Gruppe zwei- bis dreimal so hoch.

³ Zwischen 20 und 30 % der Befragten haben in den verschiedenen Erhebungen keine Angaben zum Haushaltseinkommen gemacht. Insofern sind die hier dargestellten Stichprobengrößen entsprechend kleiner.

3. Ausgewählte Krankheiten und Beschwerden

Bei der Auswahl der in der Bevölkerungsbefragung abzufragenden Krankheitsbilder und Beschwerden spielen vor allem aktuelle Prävalenzen in der Bevölkerung und auch damit verbundene Krankheitskosten eine Rolle. Bei der Vielzahl von Erkrankungen geht es also darum, jene zu thematisieren,

- die durch einen hohen oder wachsenden Verbreitungsgrad gekennzeichnet sind (volkswirtschaftliche Kosten),
- die eine mittlere bis große Beeinträchtigung darstellen (Krankheitslast des Individuums),
- die sich mit Hilfe validierter und standardisierter Messinstrumente erheben und nach Möglichkeit auch international als aufbereitete Indikatorenwerte vergleichen lassen,
- deren Verbreitung sich durch erfolgreiche Primärprävention mittelfristig reduzieren oder zumindest begrenzen lassen können,
- die sich für die Abfrage am Telefon eignen (Akzeptanz in der Öffentlichkeit, Ethik).

Beschwerden und Krankheiten, die vor diesem Hintergrund turnusmäßig abgefragt werden, sind:

- (chronische) Rückenschmerzen,
- Arthrose,

- erhöhte Blutdruck- und Cholesterinwerte als Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen,
- Diabetes,
- Depressionen und Panikstörungen,
- Asthma,
- Gastritis sowie
- Osteoporose.

Es wird jeweils nach einer ärztlichen Diagnose gefragt (Ausnahme: Rückenschmerzen) - eigene Einschätzungen reichen nicht aus.

Gefragt wird jeweils in zwei Stufen: Zunächst geben die Teilnehmer darüber Auskunft, ob ein Arzt oder eine Ärztin die Krankheit jemals diagnostiziert hat (► Lebenszeitprävalenz). Wird dies bejaht, so wird anschließend gefragt, ob die Erkrankung auch in den letzten 12 Monaten bestand (► 12-Monats-Prävalenz).

Zu den oben genannten sowie zu weiteren Erkrankungen wie z. B. Krebserkrankungen oder HIV/AIDS liefert der Landesgesundheitsbericht 2009 des LIGA. NRW aktuelle Zahlen zu Sterblichkeit, stationären und ambulanten Behandlungsfällen sowie zu den Krankheitskosten [5].

3.1 Rückenschmerzen

Rückenschmerzen stellen heute die Volkskrankheit Nummer 1 dar. Sie zu minimieren gehört daher zu den krankheitsbezogenen Gesundheitszielen in NRW [6].

Die Ergebnisse der Bevölkerungsbefragung 2009 zeigen, dass auch unter den vergleichsweise jungen Menschen bis 40 Jahren viele bereits Erfahrungen mit monatelangen Rückenschmerzperioden haben.

Ein Blick auf die ambulanten Behandlungszahlen in NRW offenbart, dass diese kontinuierlich ansteigen: Im Jahr 2008 hat bereits mehr als jeder vierte Erwachsene ab 20 Jahren mindestens einmal wegen Rückenschmerzen einen Arzt aufsuchen müssen. Dabei waren Frauen (28,4 %) häufiger betroffen als Männer (22,4 %) [7]. Der überwiegende Teil der Rückenschmerzen ist unspezifisch, nur einem Bruchteil liegen identifizierbare physiologische Ursachen zugrunde, was Diagnose und Behandlung häufig langwierig macht.

Befragungsergebnisse

In der aktuellen Studie 2009 geben 29,1 % der Befragten in NRW an, mindestens schon einmal in ihrem Leben unter anhaltenden Rückenschmerzen gelitten zu haben, das heißt, sie hatten über einen längeren Zeitraum (mind. 3 Monate lang) fast jeden Tag Schmerzen (vgl. Abbildung 3). Frauen litten nach eigenen Angaben dabei etwas häufiger unter Rückenschmerzen als Männer (32,7 vs. 25,3 %).

Insgesamt 19,1 % der Befragten hatten in den zurückliegenden 12 Monaten länger anhaltende Rückenschmerzen, Frauen (23,2 %) deutlich häufiger als Männer (14,9 %). Mehr als drei Viertel dieser Betroffenen (77,3 %) mussten aufgrund dieser Beschwerden einen Arzt aufsuchen (vgl. Abbildung 4).

Abb. 3: Lebenszeitprävalenz Rückenschmerzen (tägliche Schmerzen, mind. 3 Monate) nach Geschlecht und Altersgruppen, Nordrhein-Westfalen 2009, Bevölkerungsbefragung 2009 (n = 1.999), LIGA.NRW

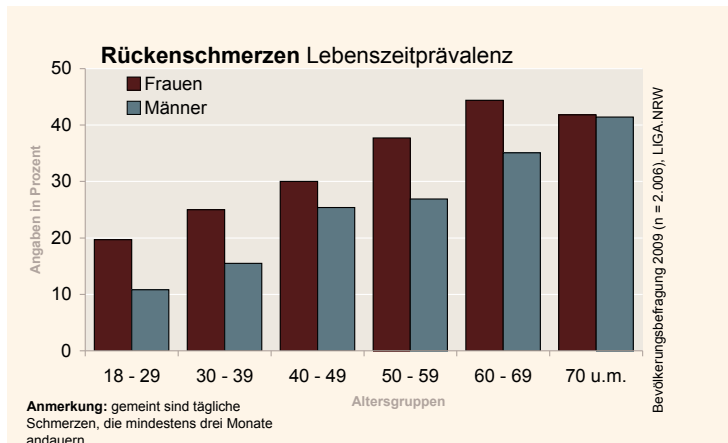
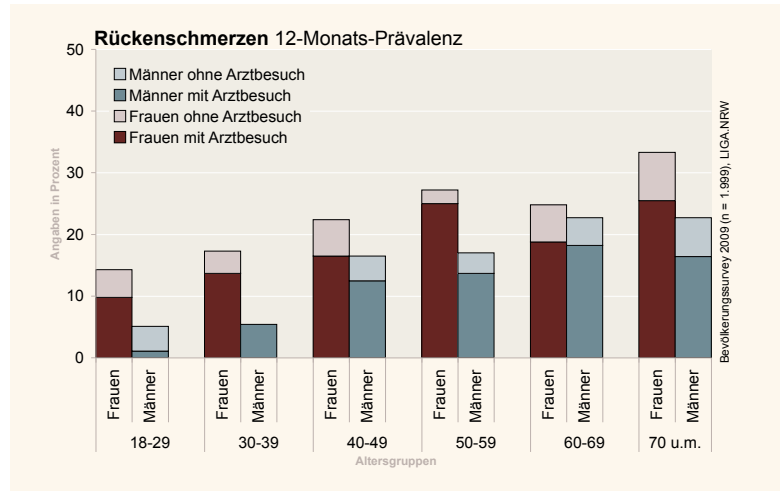


Abb. 4: 12-Monats-Prävalenz Rückenschmerzen (tägliche Schmerzen, mind. 3 Monate) mit und ohne Arztbesuch, nach Geschlecht und Altersgruppen, Nordrhein-Westfalen 2009, Bevölkerungsbefragung 2009 (n = 1.999), LIGA.NRW

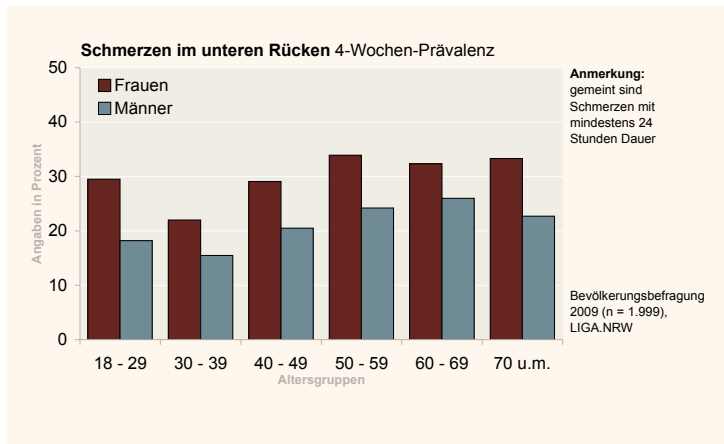


Das bedeutet für Nordrhein-Westfalen: mehr als jeder 10. Mann und beinahe jede 5. Frau haben nach eigenen Angaben im Jahr 2009 einen Arzt wegen andauernder Rückenschmerzen aufgesucht. Die ambulanten Behandlungsdaten für NRW geben sogar eine höhere Zahl von Behandlungen wegen Rückenschmerzen an, da sie auch solche wegen kurzzeitiger Schmerzen beinhalten.

Im Rahmen zukünftiger Vergleichbarkeit mit in Europa erhobenen Daten wurde abschließend noch ermittelt, ob die Teilnehmer in den zurückliegenden 4 Wochen unter Schmerzen im unteren Rückenbereich gelitten haben, die mindestens einen ganzen Tag anhielten. Da der relevante Zeitabschnitt, an den sich der/die Befragte erinnern soll, sehr kurz ist, gilt hier die Genauigkeit der Angaben als besonders hoch.

Über ein Viertel der Studienteilnehmer gibt solche Beschwerden an, insbesondere jene über 50 Jahre (vgl. Abbildung 5). Bei einem Vergleich mit den Ergebnissen in Abbildung 4 muss beachtet werden, dass hier nur nach mindestens 1-tägigen Beschwerden gefragt wird, es fließen also auch sehr kurze Schmerzepisoden mit ein.

Abb. 5: 4-Wochen-Prävalenz Schmerzen im unteren Rückenbereich (mind. 1 ganzen Tag) nach Geschlecht und Altersgruppen, Nordrhein-Westfalen 2009, Bevölkerungsbefragung 2009 (n = 1.999), LIGA.NRW



3.2 Herz-Kreislauf-Risikofaktoren

Herz-Kreislauf-Erkrankungen stellen in Deutschland mit 43 % die häufigste Todesursache dar. Von allen Todesfällen vor Erreichen des 65. Lebensjahres waren im Jahr 2007 fast ein Viertel auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie beispielsweise Herzinfarkt, Herzinsuffizienz oder Schlaganfall zurückzuführen. Sie verursachten anteilig mit 14,9 % (35,2 Milliarden Euro) im Jahr 2006 die höchsten Krankheitskosten in Deutschland [8]. Herz-Kreislauf-Erkrankungen kommt demnach eine hohe Public Health-Relevanz zu. Sie zu reduzieren ist daher ebenfalls ein krankheitsbezogenes Gesundheitsziel in Nordrhein-Westfalen.

Die Verbesserung der Früherkennung und der Logistik bei akuten Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie der Diagnostik und Therapie sind Maßnahmen, die zur Erreichung des Ziels beitragen können. Weiterhin muss auf den Ausbau der Prävention und die verstärkte Nutzung von Rehabilitationschancen gesetzt werden. Es bestehen sowohl soziokulturelle als auch individuelle Ursachen. Die vom Einzelnen zu beeinflussenden Risiken für Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind Rauchen, Fehlernährung und Bewegungsman-

gel und die dadurch begünstigten Erkrankungen wie Hypertonie, Diabetes und Hypercholesterinämie [6]. Aus diesem Grund werden diese drei Erkrankungen im Rahmen der Auswertung der Bevölkerungsbefragung 2009 im Folgenden näher betrachtet. Die Befragungsergebnisse zu den gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen werden an späterer Stelle im Abschnitt 4 dargestellt.

3.2.1 Hypertonie

Die arterielle Hypertonie – auch als Bluthochdruck bezeichnet – gilt als einer der führenden Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen [9]. Die allgemeingültige Definition ist ein systolischer Blutdruck dauerhaft über 140 mmHg oder ein diastolischer Blutdruck dauerhaft über 90 mmHg. Die Definition einer vorliegenden und zu behandelnden Hypertonie sollte anhand flexibler Richtwerte erfolgen, die das gesamte kardiovaskuläre Risiko – also mehrere Risikofaktoren der Patienten – berücksichtigen. Dementsprechend ist bereits ein so genannter hoch normaler Blutdruckwert in Kombination mit einem hohen vaskulären Risiko als Hypertonie zu bewerten [10] (vgl. Abbildung 6).

Hypertonie zählt zu den volkswirtschaftlich bedeutenden Erkrankungen. Im Jahr 2008 wurden in Deutschland über 9 Milliarden Euro Krankheitskosten (5 Mrd. Euro für Frauen und 4 Mrd. Euro für Männer) durch Hypertonie verursacht [11]. Ein Grund für die hohen Kosten ist der Verbreitungsgrad der Hypertonie in Deutschland. So tritt nach Daten des Bundesgesundheits surveys 1998 bei jedem zweiten Erwachsenen (18-79 Jahre) Hypertonie auf, Frauen (44 %) sind etwas seltener betroffen als Männer (51 %). Mit steigendem Alter zeigt sich eine wachsende Prävalenz bei gleichzeitiger Nivellierung zwischen den Geschlechtern, so dass es ab 60 Jahren zu einer Angleichung bei Männern und Frauen kommt [12].

Bei vielen Erkrankten wird Hypertonie nicht oder erst spät erkannt, da erhöhter Blutdruck meist keine Schmerzen verursacht. Daher weichen aktuelle ambu-

Abb. 6: Kardiovaskuläres Gesamtrisiko, Leitlinie der Deutschen Hochdruckliga e. V. DHL

Andere Risikofaktoren und Krankheitsgeschichte	Normal SBD 120-129 oder DBD 80-84 mm Hg	Hoch Normal SBD 130-139 oder DBD 85-89 mm Hg	Grad 1 SBD 140-159 oder DBD 90-99 mm HG	Grad 2 SBD 160-179 oder DBD 100-109 mm Hg	Grad 3 SBD ≥ 180 oder DBD ≥ 110 mm Hg
Keine anderen Risikofaktoren	Durchschnittliches Risiko	Durchschnittliches Risiko	Leicht erhöhtes Risiko	Mäßig erhöhtes Risiko	Stark erhöhtes Risiko
1-2 Risikofaktoren	Leicht erhöhtes Risiko	Leicht erhöhtes Risiko	Mäßig erhöhtes Risiko	Mäßig erhöhtes Risiko	Sehr stark erhöhtes Risiko
3 oder mehr Risikofaktoren oder Endorganschäden oder DM oder MS	Mäßig erhöhtes Risiko	Stark erhöhtes Risiko	Stark erhöhtes Risiko	Stark erhöhtes Risiko	Sehr stark erhöhtes Risiko
Klinisch manifeste kardiovaskuläre Erkrankung	Sehr stark erhöhtes Risiko	Sehr stark erhöhtes Risiko	Sehr stark erhöhtes Risiko	Sehr stark erhöhtes Risiko	Sehr stark erhöhtes Risiko

SBD = systolischer Blutdruck; DBD = diastolischer Blutdruck. Der Begriff „erhöht“ bedeutet, dass das Risiko höher als durchschnittlich ist.
DM = Diabetes mellitus, MS = Metabolisches Syndrom

lante Behandlungsstatistiken auch von den Ergebnissen der Untersuchungssurveys, die unter anderem eine Blutdruckmessung beinhalten, deutlich ab: In 2008 gab es 30.696 Behandlungsfälle je 100.000 Einwohner in NRW, bei Frauen (32,7 %) häufiger als bei Männern (28,5 %). Eine Erklärung hierfür könnten die häufigeren Arztkontakte der Frauen z. B. durch die bessere Wahrnehmung von Früherkennungsuntersuchungen sein, so dass eine Hypertonie eher diagnostiziert werden kann.

Befragungsergebnisse

Für Nordrhein-Westfalen entsprechen die Ergebnisse der Bevölkerungsbefragung von 2009 den ambulanten Behandlungsdiagnosezahlen: Fast ein Drittel der Befragten (30 %) gibt an, dass bei ihnen schon einmal durch einen Arzt Bluthochdruck (Hypertonie) diagnostiziert worden ist. Mit zunehmendem Alter steigt die Prävalenz signifikant an. Unterschiede nach Altersgruppen zeigt Abbildung 7. Bei drei Viertel der Betroffenen lag die Erkrankung auch in den letzten 12 Monaten vor.

Bundesweite telefonische Erhebungen des RKI erreichten vor einigen Jahren ähnliche Raten: In 2003 lag der Anteil in der BRD bei 26 %, ein Jahr später bei 28 % (GSTel03, GSTel04). Die doch erheblichen Abweichungen zur Prävalenz beim Bundesgesundheitsurvey (knapp 50 %) mit dreimaliger Blutdruckmessung machen die hohe Dunkelzifferrate nicht erkannter Betroffener deutlich. Mit 37 % Bekanntheitsgrad der Erkrankung liegt Deutschland in einem internationalen Vergleich auf vorletzter Stelle vor England mit 36 % (zum Vergleich: USA hat 69 %) [13].

Risikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen treten oft gemeinsam auf. Neben nicht zu beeinflussenden Faktoren wie Erbanlagen, Geschlecht und Alter spielen Ernährungs- und Lebensgewohnheiten eine große Rolle. So sind Hypertoniker seltener sportlich aktiv und auch Übergewicht kommt bei ihnen häu-

Abb. 7: Lebenszeitprävalenz Hypertonie nach Geschlecht und Altersgruppen, Nordrhein-Westfalen 2009, Bevölkerungsbefragung 2009 (n = 1.999), LIGA.NRW

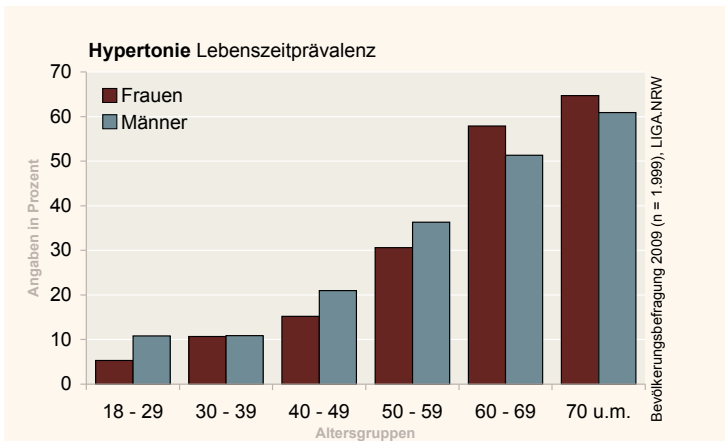
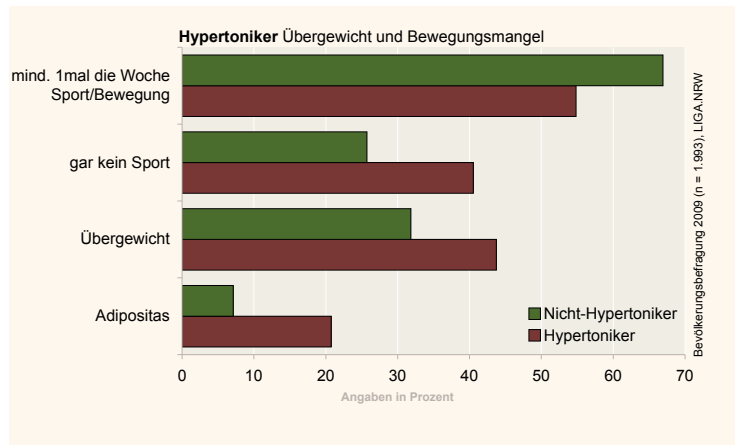


Abb. 8: Übergewicht und Bewegungsmangel bei Befragten mit/ ohne Hypertonie-Diagnose, Nordrhein-Westfalen 2009, Bevölkerungsbefragung 2009 (n =1.993), LIGA.NRW



figer vor (vgl. Abbildung 8). Der Anteil Adipöser liegt fast dreimal so hoch wie bei Personen ohne Bluthochdruck.

Hypertoniker leiden häufig unter weiteren Erkrankungen. So berichten 68 % der Hypertoniker auch von Diabetes und 46 % von ihnen haben erhöhte Cholesterinwerte. Entsprechend schätzen Hypertoniker ihre Gesundheit schlechter ein als Personen mit normalem Blutdruck. Nur 56 % der Hypertoniker schätzen ihren Gesundheitszustand als gut bis sehr gut ein, dafür steigt der Anteil mit mittelmäßiger Gesundheit auf 33 % gegenüber etwa 10 % bei allen Befragten.

3.2.2 Hypercholesterinämie

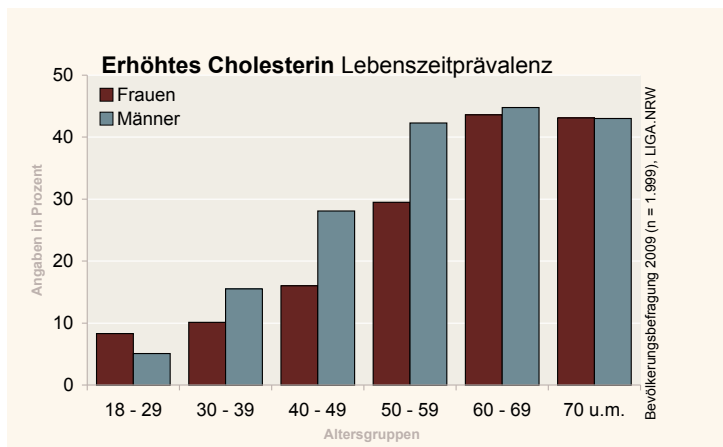
Neben Bluthochdruck stellen erhöhte Cholesterinwerte – auch als erhöhte Blutfettwerte, Hypercholesterinämie oder Fettstoffwechselstörungen bezeichnet – einen Hauptrisikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen dar.

Als normaler Wert gilt allgemein ein Gesamtcholesterinwert, der niedriger ist als 200 mg/dl. Ein Wert ab 240 mg/dl wird als hoch eingeschätzt. Es gibt jedoch keine einheitlichen Zielwerte. In der diagnostischen Praxis findet eine risikoabhängige Bewertung statt [14], das bedeutet, dass verhaltensbedingte Risikofaktoren (wie beispielsweise Übergewicht, fettreiche Ernährung und Rauchen) sowie Geschlecht und Alter (Männer ab 45 Jahren und Frauen ab 55 Jahren), aber auch eventuelle positive Familienanamnesen und Vorerkrankungen (beispielsweise arterielle Hypertonie und Diabetes mellitus) bei der Beurteilung des Risikos einbezogen werden.

Befragungsergebnisse

Im Rahmen der Bevölkerungsbefragung NRW werden die Teilnehmer zunächst gefragt, ob bei ihnen jemals ein Arzt erhöhte Blutfettwerte diagnostiziert hat.

Abb. 9: Lebenszeitprävalenz Hypercholesterinämie nach Geschlecht und Altersgruppen, Nordrhein-Westfalen 2009, Bevölkerungsbefragung 2009 (n = 1.999), LIGA.NRW



Dabei werden allerdings keine Grenzwerte zugrunde gelegt.

Diese Frage wird in 2009 von gut einem Viertel der Befragten (27 %) bejaht. Männer sind mit 30 % der Befragten häufiger betroffen als Frauen (24 %) und die Lebenszeitprävalenz steigt mit zunehmendem Alter erwartungsgemäß stark an, erfährt jedoch einen leichten Rückgang für die höchste Altersgruppe (vgl. Abbildung 9). Jeweils rund 60 % der betroffenen Frauen und Männer hatten auch schon in den 12 Monaten vor der Befragung erhöhte Werte, so dass die 12-Monats-Prävalenz für bekannte erhöhte Blutfettwerte bei 17,4 % für Männer bzw. bei 15,1 % bei Frauen liegt.

Die ambulanten Behandlungsdiagnosen zeigen ein ähnliches Bild für NRW. Im Jahr 2008 wurden 20,5 % der erwachsenen Bevölkerung wegen Hypercholesterinämie behandelt, allerdings etwas weniger Männer (19,6 %) als Frauen (21,4 %).

Da ein erhöhter Cholesterinspiegel ebenso wie erhöhter Blutdruck zunächst einmal keine Beschwerden verursacht, muss davon ausgegangen werden,

Abb. 10: Übergewicht und Bewegungsmangel bei Befragten mit/ ohne Hypercholesterinämie-Diagnose, Nordrhein-Westfalen 2009, Bevölkerungsbefragung 2009 (n = 1.998), LIGA.NRW

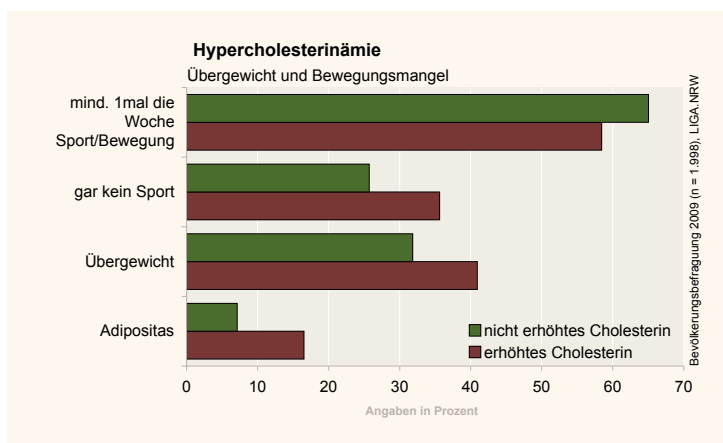
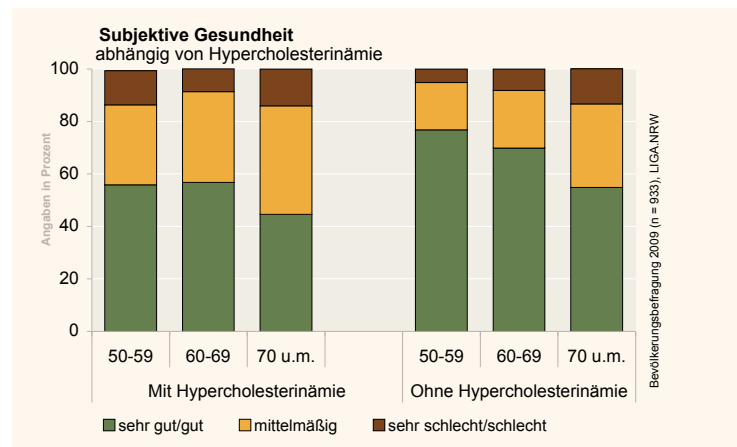


Abb. 11: Subjektiver Gesundheitszustand bei Befragten mit/ohne Hypercholesterinämie-Diagnose, Nordrhein-Westfalen 2009, Bevölkerungsbefragung 2009 (n = 933), LIGA.NRW



dass die tatsächliche Anzahl der Erwachsenen mit erhöhten Cholesterinwerten, die eventuell auch weitere Risikofaktoren für Herz-Kreislaufkrankungen aufweisen, höher liegt.

Es ist bekannt, dass Hypercholesterinämie durch gesunde Ernährung und ausreichende Bewegung verhindert oder abgemildert werden kann. Entsprechend ist der Anteil von Personen mit Bewegungsmangel und Übergewicht auch für Personen mit Hypercholesterinämie gegenüber Personen mit unauffälligen Werten statistisch signifikant erhöht (vgl. Abbildung 10).

Wie Hypertoniker bewerten auch Personen mit erhöhten Cholesterinwerten ihren Gesundheitszustand schlechter als der Durchschnitt aller Befragten. Der Unterschied macht sich signifikant in den 3 höchsten Altersgruppen bemerkbar, da hier die Gruppe der Betroffenen größer ist (vgl. Abbildung 11).

Da bei erhöhtem Cholesterin zunächst wenige Beschwerden auftreten, aber auch andere Erkrankungen eine Rolle bei der Risikoabschätzung spielen [14], interessiert ein Blick auf die Anzahl weiterer Erkrankungen: 17 % gaben eine weitere, fast die Hälfte (49 %) gab gar zwei oder drei weitere Erkrankungen an.

Im Gegensatz zu den meisten Erkrankungen ist ein erhöhter Cholesterinwert eher in höheren sozialen Schichten vertreten. Angehörige der Mittel- (39 %) und Oberschicht (39 %) leiden fast doppelt so oft darunter wie Personen aus der Unterschicht (22 %). Dies gilt auch für Bluthochdruck. Bei den Angaben zu „Häufigkeit des Arztbesuchs“ und „Wahrnehmung der Früherkennungsuntersuchung Check-Up“ waren keine schichtspezifischen Unterschiede zu sehen, häufigere Arztbesuche der Ober- und Mittelschicht können also nicht als Erklärung für häufiger diagnostizierte Hypertonie und Hypercholesterinämie dienen.

Der GSTel04 [15] des RKI zeigt Geschlechtsunterschiede bei der Betrachtung der Schichtabhängigkeit: Bei Frauen ist der Anteil der Personen mit erhöhten Cholesterinwerten in der Unterschicht am höchsten und in der Oberschicht am geringsten, bei männlichen Befragten zeigt sich ein gegenteiliger Verlauf.

3.3 Diabetes mellitus

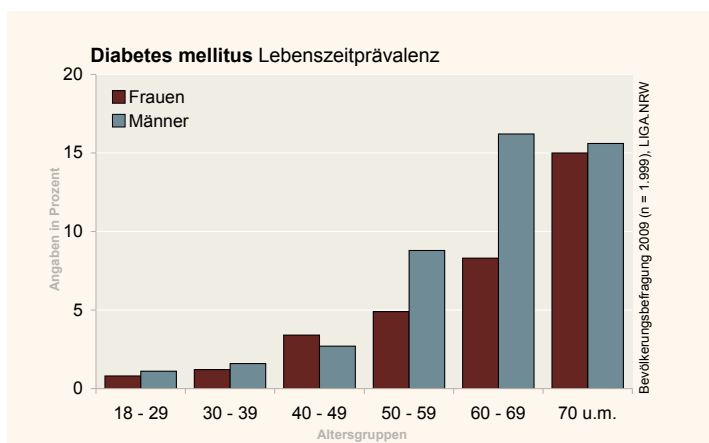
Der Diabetes mellitus wird definiert als ein chronisch erhöhter Blutzucker (Hyperglykämie), wobei hauptsächlich zwischen dem Typ 1- und dem Typ 2-Diabetes unterschieden wird.

Während der Typ 1-Diabetes als Autoimmun-Erkrankung vorwiegend bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen auftritt und in jedem Falle medikamentös behandelt werden muss, leidet die Mehrzahl der Erkrankten (80 – 90 %) am Typ 2-Diabetes, der eher im höheren Lebensalter auftritt, durch das Zusammenwirken von genetischen mit erworbenen Faktoren (insb. Übergewicht) entsteht, schleichend beginnt und oft schon – wenn rechtzeitig erkannt – durch deutliche Verhaltensänderungen des Betroffenen in den Griff bekommen werden kann.

Der Diabetes mellitus ist gesundheitspolitisch und gesellschaftlich sehr relevant, da er das Risiko für schwerwiegende Folgeerkrankungen (Erblindung, Amputation), Herz-Kreislauferkrankungen und vorzeitige Sterblichkeit erhöht. Die Betroffenen sind hochgradig belastet und nehmen Leistungen des Gesundheitssystems vermehrt in Anspruch [16].

Die Krankheitskosten für die Diagnosegruppe E10-E14 (Diabetes mellitus) beliefen sich im Jahr 2008 auf 6,3 Mrd. Euro. Der Diabetes gehört zur Gruppe der endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, die an sechster Stelle der krankheitsbezogenen Kosten stehen [11].

Abb. 12: Lebenszeitprävalenz Diabetes mellitus nach Geschlecht und Alterskategorien, Nordrhein-Westfalen 2009, Bevölkerungsbefragung 2009 (n = 1.999), LIGA.NRW



In Deutschland gibt es etwa 4 Millionen Menschen mit diagnostiziertem Diabetes (circa 5 % der Gesamtbevölkerung), wobei die Prävalenz mit dem Alter zunimmt – insbesondere für den Typ 2-Diabetes. Die Ergebnisse aus dem telefonischen Bundesgesundheitsurvey des RKI aus dem Jahr 2009 bestätigen diese Schätzungen: 8,8 % der Befragten ab 18 Jahre gaben an, jemals Diabetes von einem Arzt diagnostiziert bekommen zu haben. Bei 7,3 % lag die Erkrankung auch in den letzten 12 Monaten vor. Zwischen 50 und 70 Jahren leiden deutlich mehr Männer als Frauen unter Diabetes, in den anderen Altersgruppen sind die Prävalenzen in etwa gleich. Befürchtet wird eine große Dunkelziffer mit bisher unentdecktem Diabetes [2].

Ursachen und Entstehungsmechanismen von Diabetes mellitus sind nicht eindeutig geklärt. Es wird auch hier von einem Zusammenwirken genetischer und exogener Einflüsse ausgegangen [13]. Zu beobachten ist ein enger Zusammenhang des Typ 2-Diabetes mit dem individuellen Ernährungs- und Bewegungsverhalten. Da beginnende Symptome vielfach nicht erkannt oder fehl gedeutet und die Gefahren potentieller Folgeerkrankungen häufig unterschätzt werden, stellt der Typ 2-Diabetes ein wichtiges Feld für die Primär- und Sekundärprävention dar.

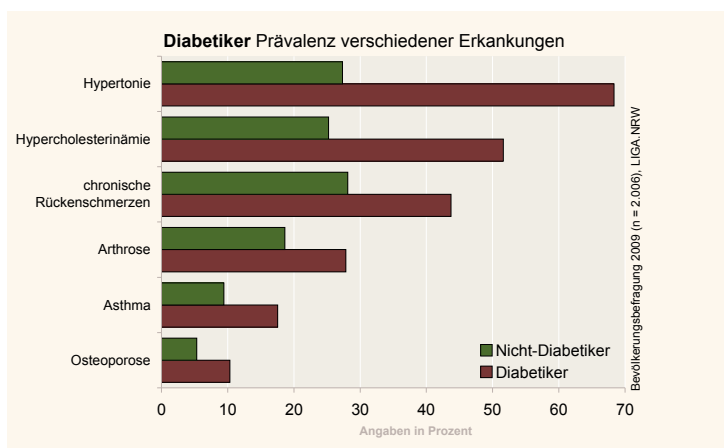
Die ambulanten Behandlungsdiagnosen für den Diabetes mellitus Typ 2 wachsen seit Jahren stetig an. So wurden im Jahr 2005 5,4 % der Bevölkerung NRWs wegen ihres Diabetes behandelt, in 2008 waren es 6 %. Die Behandlungsdiagnosen für den Typ 1-Diabetes hingegen liegen relativ konstant bei 1,2 %.

Befragungsergebnisse

Insgesamt geben 6 % der Teilnehmer der Bevölkerungsbefragung NRW eine jemals von einem Arzt festgestellte Zuckerkrankheit an. Männer sind mit 7,2 % etwas häufiger betroffen als Frauen (5,4 %) und mit steigendem Alter nimmt auch die Erkrankungshäufigkeit zu (vgl. Abbildung 12). Auffallend ist, dass beinahe jeder 5. Erkrankte (18 %) diese Diagnose erstmalig in den letzten 12 Monaten vor Befragung erhalten hat, Frauen (20 %) etwas häufiger als Männer (17 %), besonders aber die mittleren Altersgruppen: Über die Hälfte der Neuerkrankungen fiel auf die Gruppe der 40 – 59 Jährigen.

Insbesondere Bewegungsmangel und Übergewicht werden in der Literatur als Risikofaktoren diskutiert. So verwundert es auch nicht, dass nur gut die Hälfte der Diabetiker in der Bevölkerungsbefragung 2009 angibt, mindestens einmal in der Woche ≥ 30 Minuten Sport treiben, bei dem sie zumindest etwas außer Atmen kommen oder zu Schwitzen beginnen. Fast alle Befragten mit Diabetes bringen zu viel auf die Waage: 42 % sind übergewichtig und 31 % haben Adipositas.

Abb. 13: Prävalenz verschiedener Erkrankungen bei Diabetikern und Nicht-Diabetikern, Nordrhein-Westfalen 2009, Bevölkerungsbefragung 2009 (n = 2.006), LIGA.NRW



Diabetiker schätzen ihren Gesundheitszustand entsprechend schlechter ein als der Durchschnitt. Zwar nennen 42 % ihren allgemeinen Gesundheitszustand „sehr gut“ oder „gut“, doch genauso viele bezeichnen ihn als nur mittelmäßig (41 %). Die übrigen 17 % der Betroffenen empfinden den eigenen Gesundheitszustand sogar als „schlecht“ bzw. „sehr schlecht“.

Die Ergebnisse aus der Bevölkerungsbefragung 2009 bestätigen auch die vermutete Multimorbidität von Diabetikern. Sie leiden häufig unter weiteren Erkrankungen, was aufgrund der steigenden Erkrankungshäufigkeiten mit zunehmendem Alter nicht erstaunlich ist. Nur 8 % leiden bzw. litten in ihrem Leben an keiner weiteren der im Survey erhobenen Erkrankungen und bei 73 % waren es eine bis maximal drei weitere Krankheiten. Jeweils 8 % haben/hatten sogar vier bzw. fünf zusätzliche Erkrankungen (vgl. Abbildung 13).

Wissen über Diabetes

Angesichts der steigenden Zahlen von Diabetes mellitus und der guten Möglichkeiten, das Risiko einer Erkrankung durch entsprechendes Bewegungs- und Ernährungsverhalten zu senken, sollte die Bevölkerung wissen, welche Symptome auf beginnende Diabetes hinweisen und welche Präventionsmöglichkeiten es gibt. In der NRW Bevölkerungsbefragung von 2008 wurden entsprechende Fragen gestellt.

Kenntnis der Symptome

Bei der einleitenden (offenen) Frage, welche Anzeichen für einen Diabetes bekannt sind, werden vor allem „Großer Durst“ (43,9 %) und „Verstärkte Müdigkeit“ (15,6 %) genannt. Andere typischen Symptome wie z. B. „Sehstörungen“ (6,2 %), „Vermehrter Harndrang“ (6,0 %), „Gewichtsverlust“ (5,5 %), „Gemütsschwankungen“ (5,2 %), schlecht heilende Wunden (3,8 %), Juckreiz (1,8 %) oder Harnwegsinfekte (1,2 %) werden deutlich seltener genannt.

37,8 % der Befragten können gar kein Anzeichen für den Diabetes nennen. Besonders häufig ist dies der Fall bei männlichen Befragten (48,9 %), jungen Menschen zwischen 18 und 29 Jahren (52,8 %), Angehörigen der unteren Sozialschicht (45 %) sowie Befragten mit Zuwanderungsgeschichte (45,5 %).

Kenntnis der Risikofaktoren

Auf die Frage nach der Bekanntheit von Risikofaktoren konnten gut 60 % der Befragten eine richtige Nennung abgeben. An erster Stelle wird hier die „falsche Ernährung“ genannt (40,6%), gefolgt von „Übergewicht“ (30,9 %), „Bewegungsmangel“ (20,7%), „genetischer Veranlagung“ (11,7 %) und „übermäßigem Alkoholkonsum“ (10,4 %). Kaum genannt werden das Rauchen, Bluthochdruck, eine Schwangerschaft oder ein hoher Harnsäurespiegel.

Kenntnis der möglichen Folgeerkrankungen

Bekannt sind vor allem „Netzhauterkrankungen und Erblindung“ (30,8 %), „Diabetische Fußkomplikationen/Amputationen“ (29,8 %), „Herzinfarkt bzw. Herzerkrankungen“ (14 %) und „Nierenschäden/Nierenversagen“ (11 %). Weitere Risiken, wie Nervenschädigungen, erektile Dysfunktion, Magenentleerungsstörungen oder Schlaganfall werden dagegen so gut wie gar nicht genannt.

42,3 % der 2.000 Befragten in NRW können keine möglichen Folgeerkrankungen nennen; wiederum ist das Wissen besonders schlecht bei männlichen Befragten (50,3 %), jüngeren Befragten von 18 bis 29 Jahre (62,8 %), Angehörigen der unteren Sozialschicht (54,1 %) und Personen mit Zuwanderungsgeschichte (51,8 %).

Das Risiko für Diabetiker, an einer schwerwiegenden Herz-Kreislaufstörung zu erkranken, ist besonders hoch. Fast 65 % der Befragten schätzen das Risiko für eine Diabetikerin bzw. einen Diabetiker, einen Herzinfarkt zu erleiden, richtigerweise höher ein als für jemanden ohne Diabetes. Nur 11,7 % trauen sich hier keine Einschätzung zu.

Ein aktueller Wissens-Vergleich bei Diabetikern und Nicht-Diabetikern zum Thema Diabetes und Herzinfarkt (Symptome, Risikofaktoren, Prävention) konnte durch eine parallel zur Bevölkerungsbefragung NRW durchgeführte Befragung von 505 Diabetikern gezogen werden. Diese Befragung wurde ebenfalls durch das LIGA.NRW durchgeführt, im Rahmen einer Kooperation mit der Stiftung „Der herzkranken Diabetiker“, einer Tochter der Deutschen Diabetes Stiftung.

Es zeigt sich, dass Diabetiker ein deutlich zu geringes Risikobewusstsein für einen Infarkt sowie hohe Wissensdefizite bezüglich der Risiken ihrer Erkrankung aufzeigen, obwohl sie aufgrund ihrer Erkrankung über

Experten mehr informiert sind. Überdies zeigen sie kaum Interesse, an einer Selbsthilfegruppe für Betroffene teilzunehmen.

Die genauen Ergebnisse dieses Studien-Vergleichs sind auf der LIGA.NRW Homepage und auf den Seiten der Stiftung „Der herzkranke Diabetiker“ einzusehen.

3.4 Arthrosen

Die häufigste Gelenkerkrankung ist Arthrose. Sie verursacht große Schmerzen und Einschränkungen der Bewegungsfähigkeit, hauptsächlich an Knie- und Hüftgelenken, an der Wirbelsäule sowie den Händen und Fingergelenken. Die Arthrose ist volkswirtschaftlich sehr relevant, da sie besonders häufig zu Arbeitsunfähigkeit, Frühberentung, Krankenhausaufenthalten sowie Rehabilitationsmaßnahmen führt.

Als Verschleißerkrankung ist die Arthrose eine typische Erkrankung des Alters. Bei über 60-Jährigen machen Arthrosen mehr als die Hälfte der chronischen Erkrankungen aus. Dabei sind Frauen häufiger und auch intensiver betroffen als Männer. Mit der zunehmenden Lebenserwartung ist daher mit einer Zunahme der Prävalenz mit entsprechend deutlich erhöhtem Versorgungsbedarf zu rechnen.

In der Bevölkerungsbefragung 2009 gibt fast jeder fünfte Erwachsene an, schon einmal von einem Arzt die Diagnose „Arthrose“ erhalten zu haben (vgl. Abbildung 14). Auch in NRW sind Frauen (22,7 %) häufiger betroffen als Männer (15,7 %). Diese Werte entsprechen den bundesweit erhobenen Werten im GSTel des RKI aus dem Jahr 2003 (Frauen 23,3 %, Männer 15,1 %). Und ebenso wie im bundesweiten Survey lässt sich auch in NRW kein Schichtgradient für die männlichen Befragten, wohl aber für weiblichen Befragte feststellen: In der Unterschicht sind 24,2 %, in der

Abb. 14: Lebenszeitprävalenz Arthrose (Arzt diagnose) nach Geschlecht und Altersgruppen, Nordrhein-Westfalen 2009, Bevölkerungsbefragung 2009 (n = 1.999), LIGA.NRW

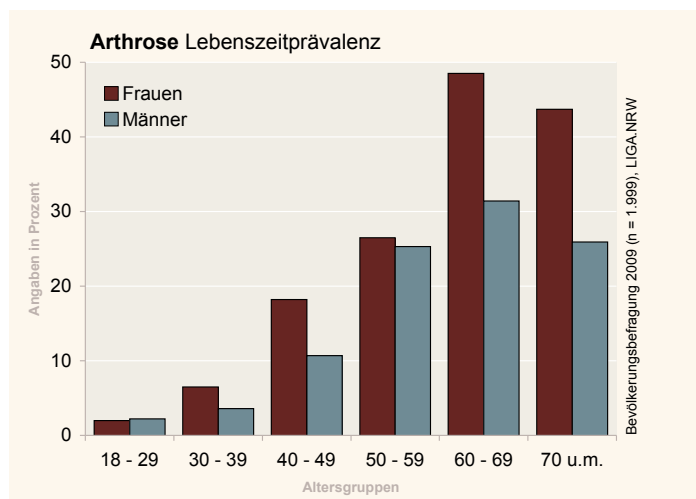
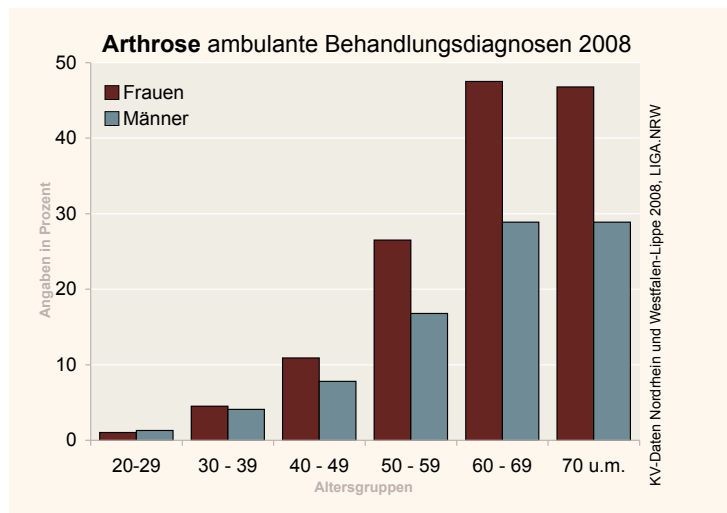


Abb. 15: Ambulante Behandlungsdiagnosen NRW für Arthrose 2008, KV-Daten Nordrhein und Westfalen-Lippe, LIGA.NRW



Mittelschicht 23,2 % und in der Oberschicht nur 19,8 % betroffen.

Bei circa 15 % der betroffenen Befragten wurde die Diagnose erst innerhalb der letzten 12 Monate vor der Befragung gestellt.

Die ambulanten Behandlungsdiagnosen für NRW für das Jahr 2008 lesen sich analog (vgl. Abbildung 15).

3.5 Depressionen

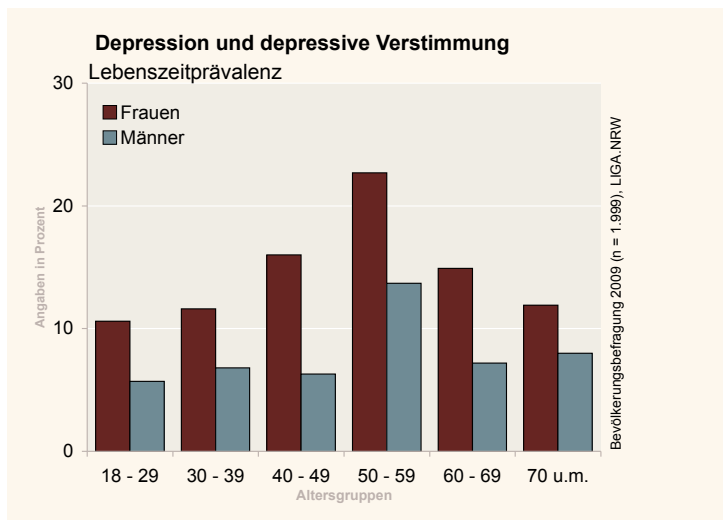
Psychische Erkrankungen, insbesondere Depressionen, sind in entwickelten Ländern innerhalb der letzten ein bis zwei Dekaden stark angestiegen und drohen, zu Volkserkrankungen zu werden. Hochrechnungen der WHO weisen darauf hin, dass psychische Störungen insgesamt und depressive Störungen im Besonderen bereits jetzt zu der Spitzengruppe der kostenintensiven und am meisten beeinträchtigenden Krankheiten gehören und in ihrer gesundheitspolitischen Bedeutung zunehmen.

Depressionen zu erkennen und zu behandeln ist daher von der Landesgesundheitskonferenz NRW als fünftes krankheitsbezogenes Ziel in den Gesundheitsziele-Katalog aufgenommen worden. So sollen konkret die Früherkennung, Diagnostik und Versorgungsstrukturen für Betroffene verbessert, die Erkrankung durch Aufklärung entstigmatisiert und letztlich die Zahl der Suizide und Suizidversuche reduziert werden.

Befragungsergebnisse

Auf die Frage „Hat Ihnen ein Arzt oder ein anderer Therapeut jemals gesagt, dass Sie an einer Depression oder depressiven Verstimmung leiden?“, antworten 8 % der Männer und 14,9 % der Frauen mit „Ja“. Dabei liegt für Frauen ein kurvenförmiger Verlauf vor mit einem Höchstwert von beinahe 23 % für die mittlere Altersgruppe der 50 bis 59-Jährigen. Auch bei

Abb. 16: Lebenszeitprävalenz Depression/depressive Verstimmung nach Geschlecht und Altersgruppen, Nordrhein-Westfalen 2009, Bevölkerungsbefragung 2009 (n = 1.999), LIGA.NRW



den Männern ist diese Altersgruppe die am häufigsten betroffene (vgl. Abbildung 16).

53 % der weiblichen und 58 % der männlichen Befragten mit Depressionserfahrung litten auch in den letzten 12 Monaten unter einer Depression oder depressiven Verstimmungen. Dies entspricht einer 12-Monats-Prävalenz für 2009 von ca. 7,8 % der erwachsenen Frauen und 4,6 % der erwachsenen Männer in NRW. Die ambulanten Behandlungszahlen für 2008 lagen in NRW jedoch deutlich höher: 15,3 % bzw. 6,5 %. Über die Gründe für diese unplausible Situation kann an dieser Stelle nur spekuliert werden. Es ist möglich, dass Betroffene, deren Erkrankung noch nicht lange zurück liegt oder noch anhält, im Rahmen eines Interviews nicht gern über die Erkrankung reden. Denkbar ist auch, dass der behandelnde Arzt die Diagnose nicht in jedem Fall dem Patienten gegenüber konkret beim Namen nennt.

3.6 Asthma bronchiale

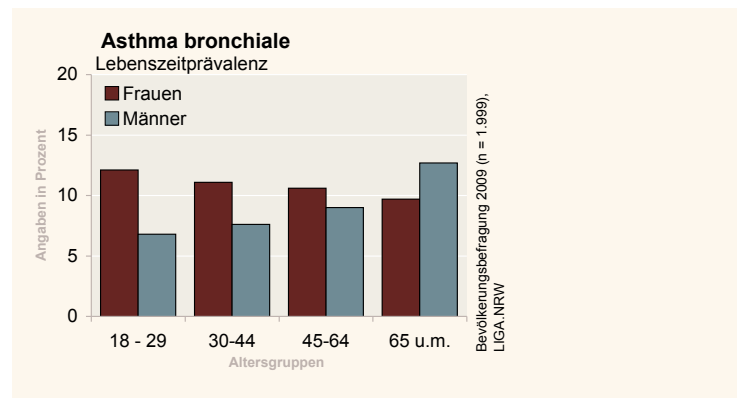
Bei der Frage zur Diagnose Asthma bronchiale wird in der NRW Befragung nicht zwischen allergischem und nicht-allergischem Asthma unterschieden.

Bei Asthma bronchiale handelt es sich um eine chronische Entzündung der Atemwege. Die Global Initiative for Asthma schätzt die Prävalenz für Deutschland im Jahr 2004 auf 6,9 %, wobei etwa 5 % der Erwachsenen und bis zu zehn Prozent der Kinder betroffen sind. Frauen erkranken häufiger an Asthma als Männer.

Befragungsergebnisse

Insgesamt geben 9,9 % der Befragten an, schon jemals eine Asthmadiagnose in ihrem Leben erhalten zu haben (vgl. Abbildung 17). Auch in NRW liegt die-

Abb. 17: Lebenszeitprävalenz Asthma bronchiale nach Geschlecht und Altersgruppen, NRW 2009, Bevölkerungsbefragung 2009 (n = 1.999), LIGA.NRW



ser Wert für Männer mit 9 % etwas niedriger als für Frauen (10,8 %). Beide Werte liegen etwas höher als bei der bundesdeutschen Erhebung des RKI 2004 für die Region NRW: Hier gaben 5,4 % der Männer und 7,4 % der Frauen Asthma an.

Die Bundeswerte der neuesten Befragung des RKI [17] stimmen fast mit den Ergebnissen der NRW Befragung überein (Frauen 10,1 %, Männer 8,3 %).

Die ambulanten Diagnosen 2008 zeigen für NRW Behandlungsquoten für Asthma von 4,2 % der Männer und 5,8 % der Frauen ab 20 Jahre. Insgesamt waren es 5,1 % der Bevölkerung.

3.7 Gastritis

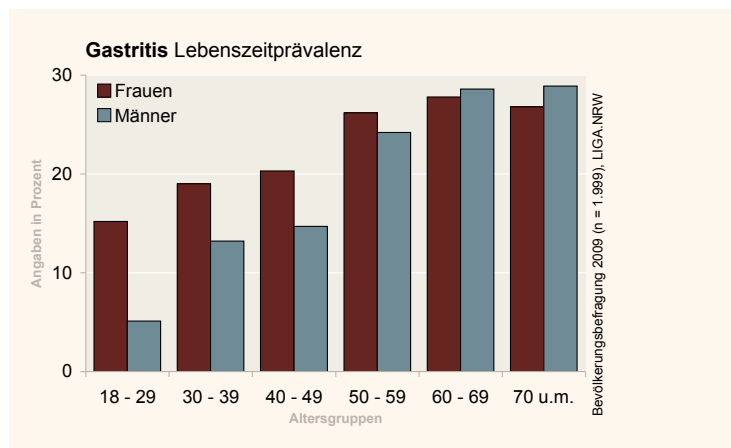
Die Gastritis ist eine entzündliche Erkrankung der Magenschleimhaut. In ihrer chronischen Form unterscheidet man generell zwischen dem Typ A (Autoimmungastritis, 5 % der Erkrankungen), Typ B (bakterielle G., mit 80 – 85 % die häufigsten Form) und Typ C (chemische G., zum Beispiel durch Medikamente, 10 – 15 % der Erkrankungen).

Eine chronische Magenschleimhautentzündung entwickelt sich – im Gegensatz zur akuten Form – sehr langsam und ist größtenteils völlig beschwerdefrei, so dass die Erkrankung meist nur zufällig entdeckt wird. In schweren Fällen können jedoch durch die entstehenden Schleimhautschäden ein Magengeschwür, eine Magenblutung und ein Magendurchbruch entstehen. Auch das Risiko für Magenkrebs ist erhöht. Man schätzt, dass derzeit in den westlichen Ländern die Hälfte aller über 50-Jährigen an einer Typ B-Gastritis erkrankt ist [18].

Befragungsergebnisse

Die Bevölkerungsbefragung NRW hat nicht zwischen chronischer und akuter Gastritis unterschieden. 22,4 % der weiblichen Befragten gaben an, dass ihr Arzt schon einmal eine Gastritis bei ihnen diagnos-

Abb. 18: Lebenszeitprävalenz Gastritis nach Geschlecht und Altersgruppen, Nordrhein-Westfalen 2009, Bevölkerungsbefragung 2009 (n = 1.999), LIGA.NRW



tiziert hat, die männlichen Befragten lagen mit 18,6 % knapp 4 Prozentpunkte unter diesem Wert (vgl. Abbildung 18). Die 12-Monats-Prävalenz lag mit 5 % (Frauen) bzw. 3 % (Männer) deutlich darunter.

3.8 Osteoporose

Osteoporose, im Volksmund auch Knochenschwund genannt, entsteht durch eine unzureichende Knochenbildung in jungen Jahren und/oder einem beschleunigten Abbau der Knochendichte und -substanz in späterer Zeit.

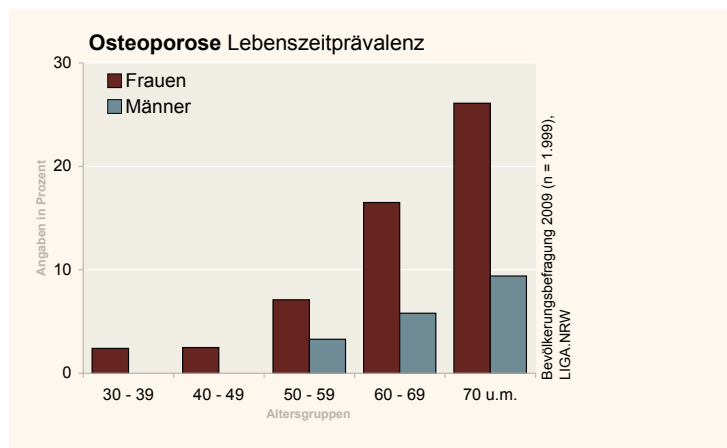
Die Osteoporose ist ein Gesundheitsproblem von gesellschaftlicher und ökonomischer Bedeutung. Osteoporotische Frakturen führen nicht nur zu irreversiblen Einbußen an Lebensqualität und zu Behinderungen, sondern sie verursachen auch direkte und indirekte Kosten für das Gesundheitssystem in Deutschland von schon jetzt jährlich etwa 2,5 bis 3 Mrd. Euro. In den kommenden Jahrzehnten wird diese Summe – bedingt durch die demographische Entwicklung in der BRD – stark anwachsen. Die WHO hat die Osteoporose auf die Liste der zehn wichtigsten Erkrankungen gesetzt.

Derzeit leidet etwa jeder vierte Bundesbürger über 50 Jahren an Osteoporose, einer Erkrankung, die hauptsächlich Frauen betrifft (83 %). Mit zunehmendem Lebensalter steigt der Anteil der Betroffenen in der Gesamtbevölkerung: jenseits des 75. Lebensjahres liegt er augenblicklich bei 60 % [19]. Sowohl die Befragungs- als auch die Behandlungszahlen liegen jedoch deutlich unter diesen Werten, dies zeigen die folgenden beiden Abbildungen.

Befragungsergebnisse

Insgesamt geben 5,6 % der erwachsenen Bevölkerung in NRW an, schon einmal eine ärztliche Osteoporose-Diagnose erhalten zu haben. Berücksichtigt man lediglich die besonders gefährdete Altersgruppe ab 50 Jahren, so sind es 11 % (5,8 % der Männer,

Abb. 19: Lebenszeitprävalenz Osteoporose nach Geschlecht und Alterskategorien, Nordrhein-Westfalen 2009, Bevölkerungsbefragung 2009 (n = 1.999), LIGA.NRW

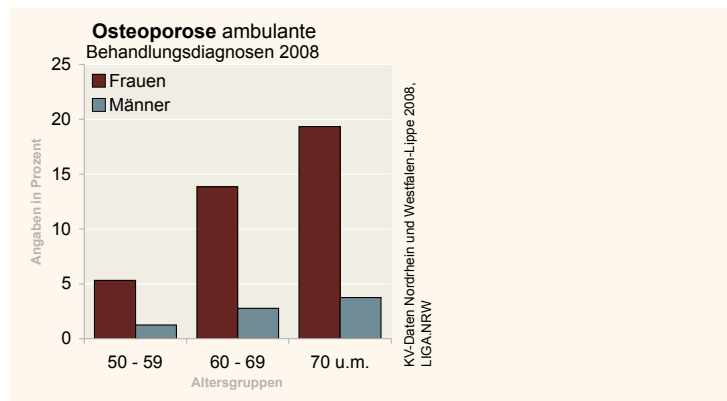


16 % der Frauen) (vgl. Abbildung 19). Bei jedem fünften Erkrankten erfolgte die Diagnose innerhalb der letzten 12 Monate. Die vom RKI 2009 erhobene Lebenszeitprävalenz in der BRD für Befragte ab 50 Jahre ist mit 11,9 % (Frauen 17,6 %, Männer 5,2%) beinahe identisch.

Bei den ambulanten Behandlungsdiagnosen M80-M82 (Osteoporosen mit und ohne pathologische/r Fraktur) wurden 2008 in NRW entsprechend deutlich mehr weibliche als männliche Patienten behandelt (vgl. Abbildung 20).

Die Tatsache, dass sowohl die Befragungs- als auch die Behandlungszahlen geringer ausfallen als Schätzungen für die Prävalenz der Erkrankung unterstreicht, dass ein Gefahrenpotential durch unerkannte Osteoporose anzunehmen ist (und die Diagnose oft erst bei Vorliegen einer Folgeerkrankung gestellt wird).

Abb. 20: Ambulante Behandlungsdiagnosen Osteoporose nach Geschlecht und Altersgruppen, Nordrhein-Westfalen 2008, KV-Daten Nordrhein und Westfalen-Lippe 2008, LIGA.NRW



4. Gesundheitsrelevantes Verhalten und individuelle Vorsorge

4.1 Ernährung und Übergewicht

Das Ernährungsverhalten hat sich nach den Ausführungen des Bundesgesundheitsberichts 2006 seit dem Ende der 80er Jahre allgemein verbessert. Inzwischen werden mehr frisches Obst und Gemüse sowie mehr ballaststoff- und kohlenhydratreiche Kost verzehrt. Auch der Konsum nichtalkoholischer Getränke hat zugenommen. Gleichwohl nehmen weiterhin nur etwa die Hälfte der Männer und Frauen die empfohlene Tagesmindestmenge von 400 Gramm Obst und Gemüse zu sich. In den jüngeren Altersgruppen bestehen dabei die größten Defizite. Problematisch ist weiterhin der deutlich gestiegene Verzehr von Fast Food und Fertiggerichten. Im Trend liegen auch funktionelle Lebensmittel wie ACE-Drinks und probiotische Joghurts sowie Nahrungsergänzungspräparate, obwohl diese für einen Großteil der Bevölkerung nicht notwendig sind [2].

Das Ernährungsverhalten trägt maßgeblich dazu bei, dass ein großer Teil der Bevölkerung an Übergewicht leidet. Laut Gesundheitsbericht für Deutschland des Jahres 2006 sind etwa zwei Drittel der Männer und 55 % der Frauen zu dick, 17 % aller Männer und 20 % aller Frauen leiden sogar an Adipositas, der extremen Form von Übergewicht. Insbesondere die letzte Gruppe ist in den letzten Jahren größer geworden [2].

Befragungsergebnisse

Eine starke, mit dem Alter zunehmende Verbreitung von Übergewicht und Adipositas wird auch für NRW bestätigt (vgl. Abbildung 21). Rund 43 % der Männer und 27 % der Frauen haben aufgrund ihrer Selbstauskünfte zu Körpergröße und -gewicht eine Körpermasse, die den Grenzwert für „Normalgewicht“ (BMI 24,9) überschreitet. Bei 12 % der Männer und 10 % der Frauen erreicht das Übergewicht eine Größenordnung, die mit Fettsucht (Adipositas) bezeichnet wird (BMI > 29,9).

Abb. 21: Gewichtsverteilung nach Body-Mass-Index, nach Geschlecht und Altersgruppen, Nordrhein-Westfalen 2009, Bevölkerungsbefragung 2009 (n = 1.947), LIGA.NRW

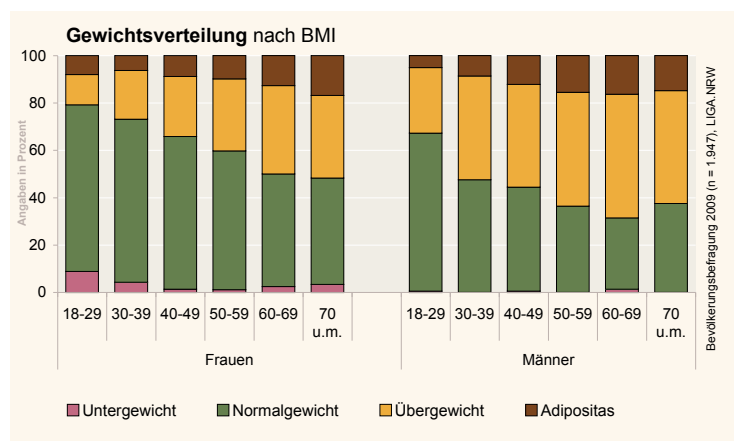
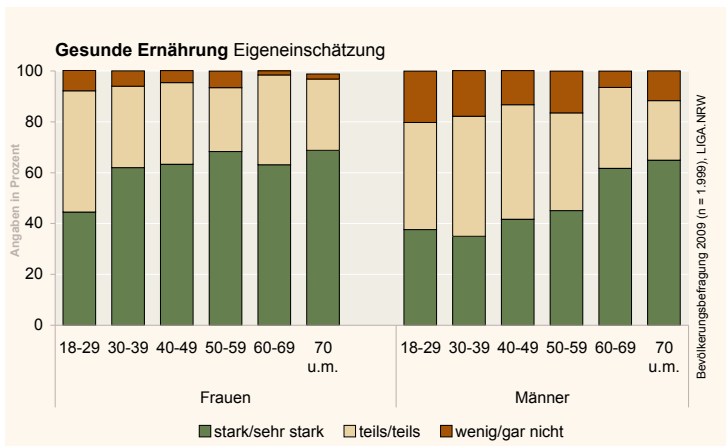


Abb. 22: "Wie stark achten Sie auf eine gesunde Ernährung?" nach Geschlecht und Altersgruppen, Nordrhein-Westfalen 2009, Bevölkerungsbefragung 2009 (n = 1.999), LIGA.NRW



Untergewichtigkeit ist nach den vorliegenden Ergebnissen ein marginales, insbesondere jüngere Frauen betreffendes Problem – auch dies ist eine Bestätigung bekannter Befunde.

Die Teilnehmer der Bevölkerungsbefragung 2009 wurden gebeten einzuschätzen, „wie stark sie im Allgemeinen auf eine gesunde Ernährung achten“. Die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten werden in der Abbildung 22 zusammengefasst. Die Darstellung lässt eine außerordentlich breite Verankerung des Themas in der Bevölkerung erkennen, besonders bei den weiblichen Befragten. Die gesundheitliche Relevanz des Ernährungsverhaltens ist schließlich nicht nur eine zentrale Botschaft von Akteuren der Prävention und Gesundheitsförderung, sie ist darüber hinaus zu einem zentralen Inhalt der Werbung für zahlreiche Lebensmittel geworden.

Nicht alle, die laut eigener Einschätzung auf eine gesunde Ernährung achten, tun dies jedoch auch in einer Form, die den wissenschaftlichen Empfehlungen entspricht. Dies spiegelt sich in den Antworten zur Häufigkeit, mit der Obst oder Gemüse gegessen wird.

Betrachtet man die gesamte Stichprobe, so geben 76 % der Befragten täglichen Obstkonsum und 80 % täglichen Gemüse-/Salat-Konsum an. Es zeigen sich Unterschiede hinsichtlich Geschlecht und Alter bei der Frage, wie viele Befragte nicht täglich oder gar nicht diese Nahrungsmittel zu sich nehmen. In dieser Negativbilanz sind Männer stärker vertreten als Frauen (vgl. Abbildungen 23 und 24).

Sowohl Obst als auch Gemüse oder Salat täglich zu essen (gemäß der Kampagne „5 am Tag“) gaben 72 % der weiblichen und nur 57 % der männlichen Befragten an.

Abb. 23: Verzehr von Gemüse oder Salat; Anteil der Befragten, die nicht täglich oder gar nicht Gemüse oder Salat konsumieren, nach Geschlecht und Altersgruppen, Nordrhein-Westfalen 2009, Bevölkerungsbefragung 2009 (n = 1.999), LIGA.NRW

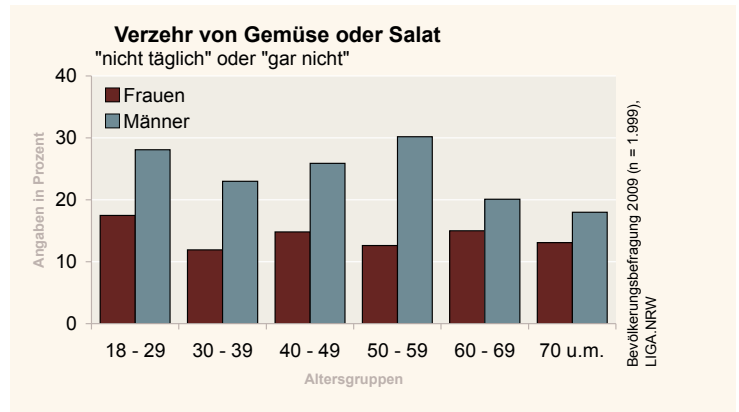
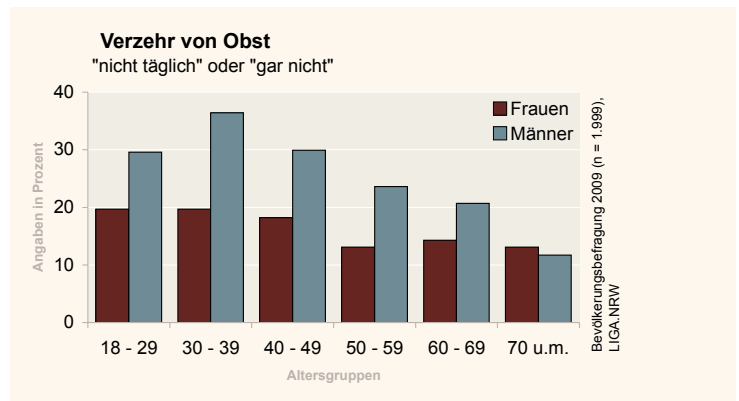


Abb. 24: Verzehr von Obst; Anteil der Befragten, die nicht täglich oder gar nicht Obst konsumieren, nach Geschlecht und Altersgruppen, Nordrhein-Westfalen 2009, Bevölkerungsbefragung 2009 (n = 1.999), LIGA.NRW



4.2 Sport und Bewegung im Alltag

Körperliche Bewegung und sportliche Betätigung sind Kernelemente der Prävention von Übergewicht und damit assoziierten chronischen Krankheiten. Die beruflichen Tätigkeiten werden immer bewegungsärmer, im privaten Bereich sind körperliche Anstrengungen immer weniger nötig und die soziale und räumliche Umgebung animiert häufig nicht gerade zu körperlichen Aktivitäten. Die Mechanisierung und Automatisierung der meisten Tätigkeiten im Privathaushalt und im beruflichen Leben, die Motorisierung des Verkehrs und die Zunahme passiver Formen der Freizeitgestaltung durch das Angebot der Unterhaltungsmedien lädt ein zum bewegungsarmen Leben. Um das gesundheitlich erforderliche Maß an Bewegung zu erhalten, müssen Gelegenheiten für körperliche Aktivität bewusst wahrgenommen werden. Die Prävention versucht gezielt, Bewegungsanlässe zu kreieren. Dies kann nicht nur durch Sport im Verein geschehen, sondern auch durch den Versuch, sich im Alltag mehr zu bewegen. Der Verzicht auf Fahrstuhl, Rolltreppe, Auto oder Bus zugunsten von Treppen-

nutzung, Spaziergang oder Radfahren sind Beispiele hierfür.

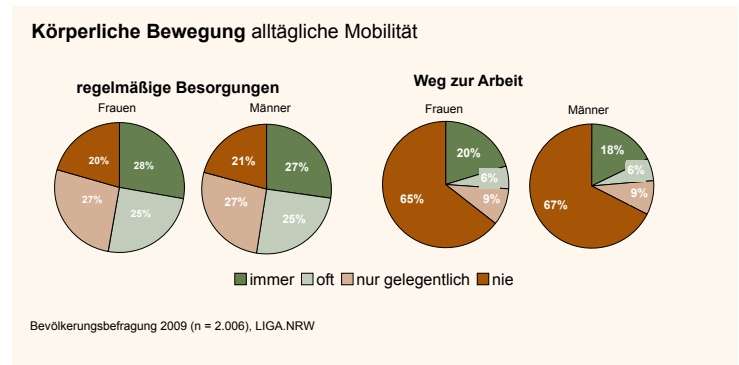
Über das tatsächliche Ausmaß an körperlicher Bewegung in verschiedenen Altersgruppen oder sozialen Kontexten ist wenig bekannt. Die Bevölkerungsbefragung NRW versucht, in mehreren aufeinander aufbauenden Fragen die verschiedenen Komponenten körperlicher Aktivität zu erheben:

- Zunächst wurde nach sportlicher Betätigung in den letzten 3 Monaten gefragt.
- Anschließend wurden die Teilnehmer gebeten anzugeben, wie häufig sie grundsätzlich Bewegung in ihren Alltag bringen, indem Wege z. B. zur Arbeit, zum Einkauf, für Erledigungen zu Fuß oder per Rad zurück gelegt werden.
- Es folgte eine Frage zu weiteren Aktivitäten, bei denen die Teilnehmer sich körperlich anstrengen.
- Abschließend wurden die Teilnehmer gebeten zusammenfassend einzuschätzen, wie häufig sie sehr anstrengende Tätigkeiten ausüben, bei denen sie deutlich schwerer atmen müssen als es normalerweise der Fall ist.

Befragungsergebnisse

Experten empfehlen, dreimal wöchentlich mindestens eine halbe Stunde körperlich aktiv zu sein. Aufgrund der Fragestellung kann nicht exakt angegeben werden, wie viele Befragte diese Empfehlung durch sportliche Betätigung umsetzen. Zumindest diejenigen, die mehr als zwei Stunden in der Woche Sport treiben, dürften in den meisten Fällen die Empfehlung erfüllen. Dies ist immerhin für knapp 50 % der Befragten der Fall (vgl. Abbildung 25). Selbst wenn man das Antwortverhalten im Sinne sozialer Erwünschtheit interpretiert und die Angaben folglich etwas nach unten korrigiert, bleibt doch ein hohes Niveau sportlicher Betätigung erkennbar. Der vielfach beklagte Rück-

Abb. 26: Körperliche Bewegung (zu Fuß, per Rad) im Rahmen alltäglicher Mobilität, nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen 2009, Bevölkerungsbefragung 2009 (n = 2.006), LIGA.NRW



gang sportlicher Betätigung im frühen Erwachsenenalter ist nur bei Männern ausgeprägt, der Rückgang im Seniorenalter besonders bei den Frauen.

Auf die Frage, wie oft „der Weg zur Arbeit oder zur Ausbildungsstätte regelmäßig mit dem Rad oder zu Fuß“ zurückgelegt wird, antworteten nur 17 bzw. 22 % der infrage kommenden Männer und Frauen mit „immer“ (vgl. Abbildung 26). Für den Weg zum „Lebensmittelgeschäft, zur Post, Bank oder zum Friseur“ wird demgegenüber zwar noch häufiger auf die Nutzung motorisierter Verkehrsmittel verzichtet. Diese Wege fallen allerdings in der Regel auch kürzer aus und sind von geringerer Bedeutung für eine Förderung von körperlicher Fitness im Rahmen des Mobilitätsverhaltens.

Die Antworthäufigkeiten auf die Frage nach sonstigen körperlich anstrengenden Tätigkeiten zeigt Abbildung 27. Am häufigsten haben Männer die Gartenarbeit genannt, ohne dass genauer nachgefragt werden konnte, welche Tätigkeiten dabei auf welche Weise (z. B. Rasenschneiden mit Hand- oder Motormäher) ausgeführt werden. Frauen strengen sich vorzugsweise bei Spaziergängen oder bei häufigem Treppensteigen an.

Abb. 25: Ausmaß sportlicher Betätigung im letzten Quartal, nach Geschlecht und Altersgruppen, Nordrhein-Westfalen 2009, Bevölkerungsbefragung 2009 (n = 1.999), LIGA.NRW

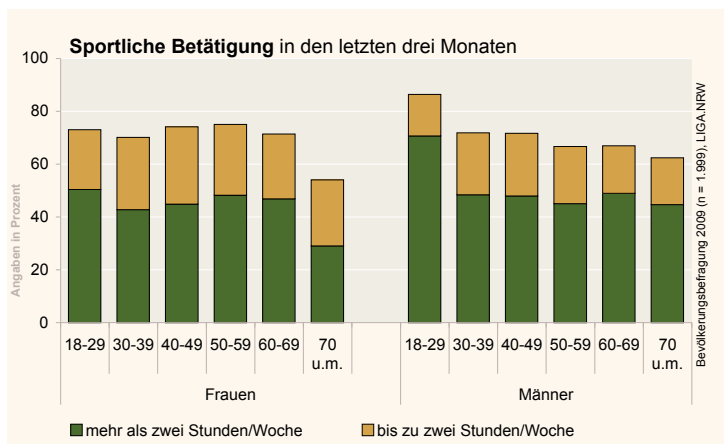


Abb. 27: Regelmäßige anstrengende Aktivitäten im Alltag nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen 2009, Bevölkerungsbefragung 2009 (n = 2.006), LIGA.NRW

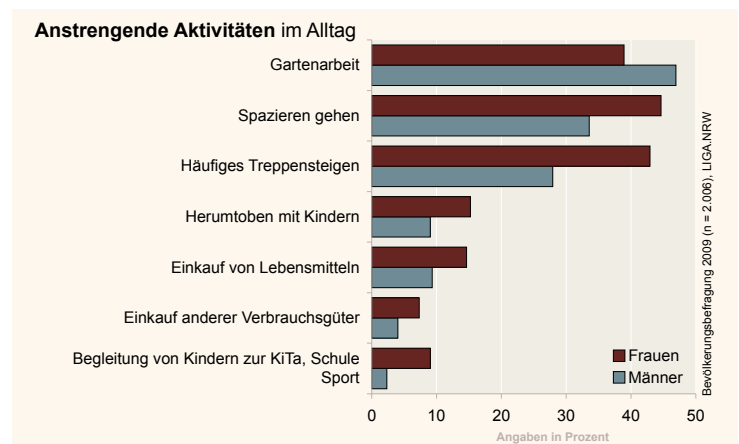
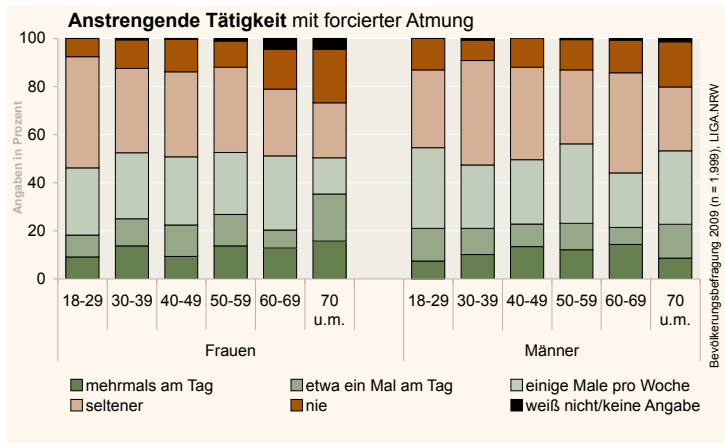


Abb. 28: Häufigkeit anstrengender Tätigkeit mit forciertem Atmung, nach Geschlecht und Altersgruppen, Nordrhein-Westfalen 2009, Bevölkerungsbefragung 2009 (n = 1.999), LIGA.NRW



Bei der abschließenden Frage an die Interviewteilnehmer, wie oft sie, alle Gelegenheiten zusammenfassend, körperlich anstrengende Tätigkeiten ausüben, gab nur etwa jeder Zehnte an, dies käme „mehrmals am Tag“ vor (vgl. Abbildung 28).

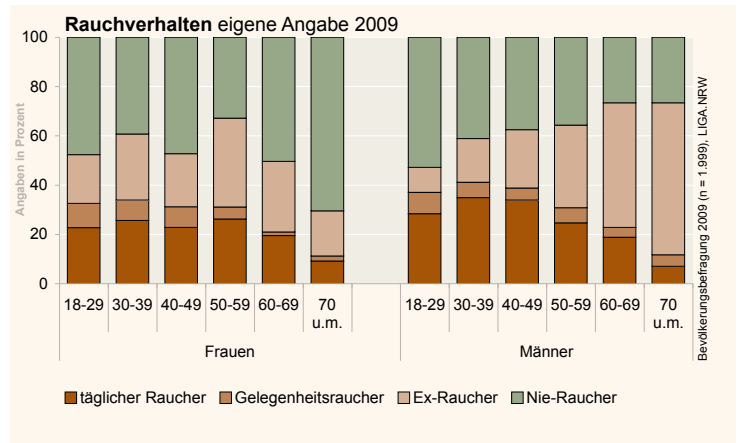
In etwa gleicher Größenordnung tritt eine solche Anstrengung „etwa einmal am Tag“ auf. Mit anderen Worten: Für drei Viertel der erwachsenen Bevölkerung ist körperliche Anstrengung ein eher seltenes Ereignis.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse einen Mangel an alltagsintegrierter körperlicher Bewegung. Dies ist nur schwer allein durch sportliche Betätigung in der Freizeit zu kompensieren. Die Kampagne „Jeden Tag 3000 Schritte extra“ des Bundesgesundheitsministeriums versteht sich als eine Reaktion auf dieses Problem.

4.3 Tabakkonsum und Verhaltensänderung infolge des Rauchverbots

Das Rauchen wird wie kein anderes Gesundheitsrisiko seit Jahren intensiv mittels Aufklärungskampagnen, Werbeverboten sowie der Preisgestaltung bekämpft. Seit Beginn des Jahres 2008 verbietet außerdem das Nichtraucherschutzgesetz (NiSchG NRW) das Rauchen in öffentlichen Einrichtungen wie Verwaltungsgebäuden, Schulen, Krankenhäusern und – von wenigen Ausnahmen abgesehen – in Gaststätten. Mit den genannten Maßnahmen ist eine massive soziale Ächtung des Rauchens verbunden, welche nach allgemeinem Erkenntnisstand zu einem bemerkenswerten Rückgang der Raucherquote geführt hat. Insbesondere unter Jugendlichen ist sie innerhalb eines Jahrzehnts von 1997 bis 2007 um fast ein Drittel gesunken und hat mit 18 % einen historischen Tiefstand erreicht (s. DKFZ 2008).

Abb. 29: Rauchverhalten, nach Geschlecht und Altersgruppen, Nordrhein-Westfalen 2009, Bevölkerungsbefragung 2009 (n = 1.999), LIGA.NRW



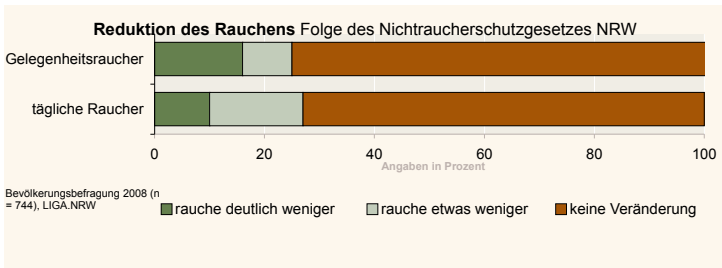
Befragungsergebnisse

Unter den jungen Erwachsenen (< 30 Jahren) in der Bevölkerungsbefragung NRW liegt der Anteil derjenigen, die „täglich rauchen“, bei Frauen nahe dem o. g. Wert von 18 % (vgl. Abbildung 29). Bei den Männern ist das Rauchen in dieser Altersgruppe immer noch stärker verbreitet. Positiv hervorzuheben ist die Tatsache, dass die Verbreitung in allen folgenden Altersgruppen – mit Ausnahme der Männer zwischen 30 und 50 Jahren – deutlich unter der Marke von 30 % bleibt.

Ab einem Alter von 50 Jahren übersteigt der Anteil derjenigen, die das Rauchen (irgendwann) aufgegeben haben die Anzahl derer, die (immer noch) täglich rauchen. Bei Männern ab 60 Jahren überragen die Anteile der ehemaligen diejenigen der aktuellen Raucher besonders deutlich. Das kann auf die vorherige stärkere Verbreitung des Rauchens in dieser Generation zurückgeführt werden.

Einen ersten Eindruck zur Wirkung des Rauchverbots in NRW können Ergebnisse der Befragung aus dem Jahre 2008 geben. Das Gesetz war zum Zeitpunkt der Durchführung der Interviews (November 2008) ein knappes Jahr in Kraft. „Regelmäßige“ und „gelegentliche“ Raucher sollten Auskunft darüber geben, ob sich „ihr eigenes Rauchverhalten seit der Einführung des Rauchverbots in NRW verändert“ habe. Das wurde von durchschnittlich 10 % der Raucher bestätigt. In 80 – 90 % der Fälle bestanden die Verhaltensänderungen – wie durch eine Nachfrage ermittelt wurde – in einer Reduktion des Zigarettenkonsums. In Abbildung 30 wird im Hinblick auf das Maß dieser Reduktion zwischen „etwas“ und „deutlich weniger“ unterschieden, ohne dass diese Kategorien exakt definiert wurden. Regelmäßige Raucher haben ihren Konsum nach eigenem Bekunden häufiger nur etwas reduziert, bei gelegentlichen Rauchern fiel die Reduktion häufiger deutlich aus. Abschließend stellt sich natürlich die Frage der Dauerhaftigkeit dieser Verhal-

Abb. 30: Rauchreduktion infolge des NiSchG NRW, Nordrhein-Westfalen 2008, Bevölkerungsbefragung 2008 (n = 744), LIGA.NRW



tenänderungen. Eine Antwort können allein fortgesetzte Befragungen und Beobachtungen geben.

4.4 Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen

Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen sind Angebote zur Gesundheitsvorsorge, deren erhobene Inanspruchnahmeraten seit vielen Jahren unterschiedlich bewertet und kontrovers diskutiert werden, da nicht selten die bei Befragten erhobenen Teilnahmen signifikant von Abrechnungsdaten der Ärzteschaft abweichen [20].

Befragungsergebnisse

In der Bevölkerungsbefragung NRW wurden die jeweils anspruchsberechtigten Teilnehmer gefragt, ob sie schon einmal an einem Gesundheits-Check-up bzw. einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung teilgenommen haben und ob dies auch für den engeren Zeitraum „innerhalb der letzten 2 Jahre“ bzw. „letzte 12 Monate“ der Fall war.

In Abbildung 31 werden die Ergebnisse zur Teilnahme an der Gesundheitsuntersuchung (so genannter Check-up) aus den letzten drei Erhebungsjahren der Bevölkerungsbefragung (2007 – 2009) verglichen. Da diese Untersuchung alle zwei Jahre zur Durchführung empfohlen und von den Krankenkassen erstattet wird, legen die Befragungen einen entsprechenden Zeitraum retrospektiv zugrunde. Die Angaben haben also keinen Jahresbezug. Sie zeigen aber, ob sich der Anteil derjenigen Personen verändert hat, die nach eigenen Angaben an einem Check-up „auch in den zurückliegenden zwei Jahren“ teilgenommen haben.

Es fällt auf, dass die in der Befragung 2009 angegebenen Teilnahme-Quoten höher liegen als in den Vorjahren. Ob diese Steigerungen von langfristiger Natur sind und welche Gründe hierfür ausschlaggebend sein können (zu denken ist beispielsweise an die neu eingeführten Bonusprogramme der Krankenkassen), werden zukünftige Erhebungen zeigen können, bei denen die hier noch sichtbaren Schwankungen durch

Abb. 31: Teilnahme am Gesundheits-Check-up in den letzten 2 Jahren, Nordrhein-Westfalen 2007 - 2009, Bevölkerungsbefragungen 2007 – 2009 (n jeweils ~ 1.500), LIGA.NRW

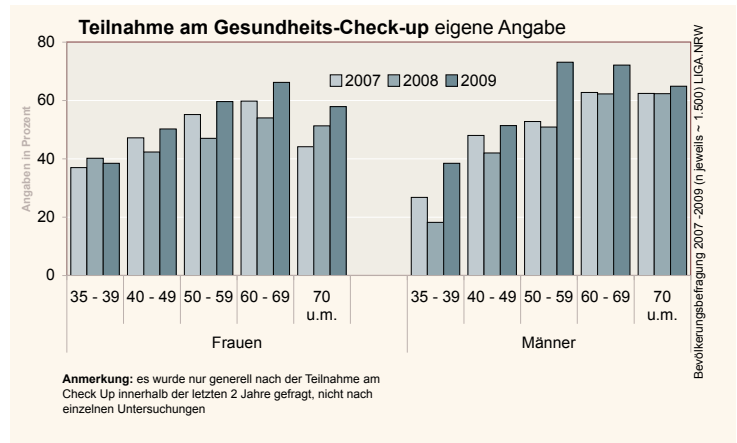
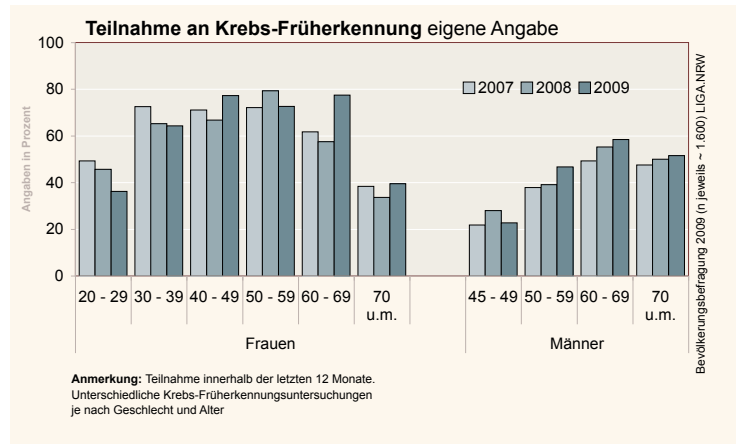


Abb. 32: Teilnahme an einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung in den letzten 12 Monaten, Nordrhein-Westfalen 2007 - 2009, Bevölkerungsbefragungen 2007 - 2009 (n jeweils ~ 1.600), LIGA.NRW



gleitende Mehr-Jahres-Durchschnitte zu nivellieren sind.

Die Teilnahme an Untersuchungen zur Krebs-Früherkennung wird, je nach Krebsart für Männer ab 45 und Frauen ab 20 Jahren in unterschiedlichen Zeitabständen empfohlen. Für eine summarische Betrachtung des Teilnahmeverhaltens während der Jahre von 2007 bis 2009 wird in Abbildung 32 die Inanspruchnahme „auch in den letzten zwölf Monaten“ zugrunde gelegt. Diese Zahlen sind also im Gegensatz zu denen des Gesundheits-Check-up als Jahreszahlen interpretierbar.

Auch hier zeigen sich insgesamt uneinheitliche Verläufe, die zum jetzigen Zeitpunkt noch keine Trendaussage zulassen. Der Rückgang der Untersuchungsteilnahme bei jüngeren Frauen mag einer längerfristigen Verhaltensänderung auf dem Gebiet der Empfängnisverhütung (Abkehr von der verschreibungspflichtigen Anti-Baby-Pille) geschuldet sein, die durchgängige Steigerung der Teilnahmequoten bei Männern ab 50 Jahre auf ein gestiegenes Risikobewusstsein hindeuten. Ob das so ist, muss durch wei-

tere Erhebungen und von Jahresschwankungen bereinigte Trendanalysen evaluiert werden.

4.5 Teilnahme an Gripeschutzimpfungen

Kein anderes Gesundheitsthema hat die Öffentlichkeit 2009 so beschäftigt wie die als Schweinegrippe bezeichnete Influenza H1N1. Dies galt insbesondere, nachdem die WHO der Seuche im Juni 2009 den Status einer Pandemie der höchsten Risiko-Stufe 6 zuerkannt hatte und für Deutschland schlimmstenfalls bis zu 80.000 Todesfälle erwartet wurden. In einer beispiellosen Medienkampagne wurde allenthalben für die Teilnahme an Impfungen geworben. Zugleich sorgten kritische Berichte über den Impfstoff sowie über individuelle Unverträglichkeiten immer wieder für Verunsicherung. Rückblickend hat der Verlauf der Pandemie die Befürchtungen nicht bestätigt. Was bleibt, ist unter anderem aber die Sorge, dass das Vertrauen der Bevölkerung in die Warnungen der Infektionsepidemiologen einen ernststen Schaden genommen hat und dass künftig mit einer geringeren Impfbereitschaft gerechnet werden muss.

Die hier dargestellten Befragungsergebnisse spiegeln das Impfverhalten der Bevölkerung und damit zusammenhängende Fragen zu einem Zeitpunkt wider, da die Impfkationen erst angelaufen waren, der eher harmlose Verlauf der Pandemie sich aber bereits abzuzeichnen begann (November 2009). Abbildung 33 zeigt die angegebenen Impfteilnahmen – sowohl gegen die saisonale Grippe wie auch gegen die Schweinegrippe.

Gegen Schweinegrippe hatten sich bis zum Zeitraum der Befragung lediglich 9,1 % impfen lassen (Frauen 7,4 %, Männer 11,9 %). Weitere 5 % der Befragten hatten es vor (Frauen 3,9 %, Männer 6,2 %).

Abb. 33: Teilnahme an verschiedenen Gripeschutzimpfungen nach Geschlecht und Altersgruppen, Nordrhein-Westfalen 2009, Bevölkerungsbefragung 2009 (n = 1.999), LIGA.NRW

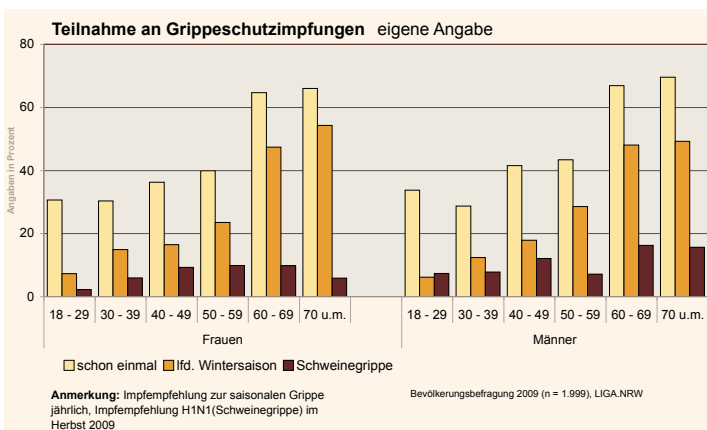
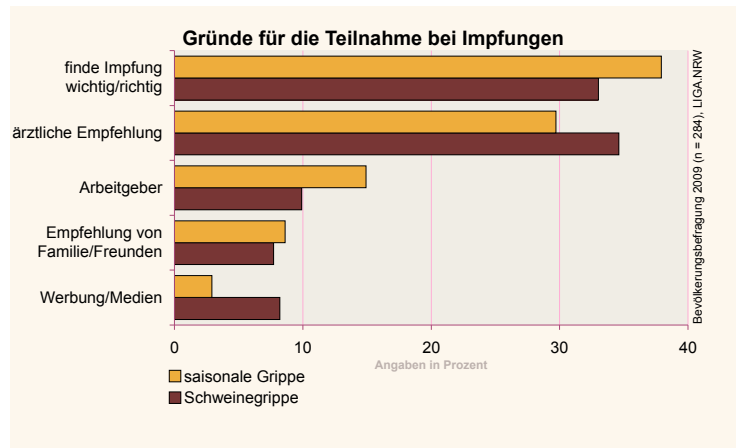


Abb. 34: Gründe für die Teilnahme an Gripeschutzimpfungen, Nordrhein-Westfalen 2009, Bevölkerungsbefragung 2009 (n = 284), LIGA.NRW

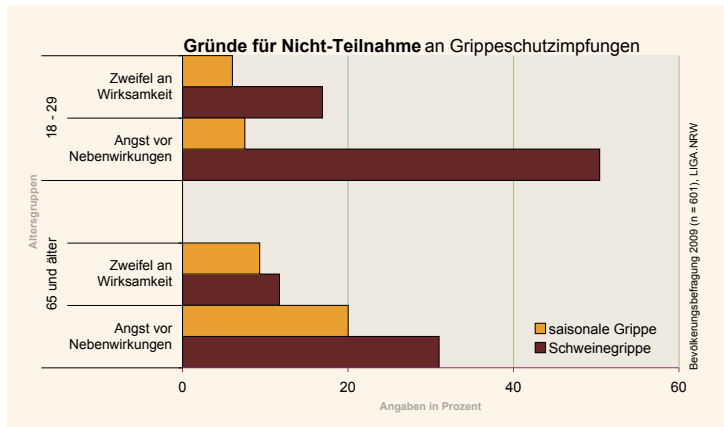


Für die schon seit langem angebotene Impfung gegen die saisonale Grippe wurde, wie in früheren Erhebungen, sowohl eine „jemals“ erfolgte Teilnahme, als auch die Teilnahme „für die laufende Wintersaison“ erfasst. Insgesamt haben sich 44,9 % der Befragten (43,4 % der Frauen, 46,3 % der Männer) schon einmal gegen die saisonale Grippe impfen lassen, die Mehrheit von ihnen auch nach dem 01. September 2009, also in der laufenden Wintersaison (26 % Frauen, 25,7 % der Männer). Die Differenzen zwischen den Teilnahmequoten der beiden Impfungen fallen also drastisch aus. An der geringen Quote bzgl. der Schweinegrippe hat der weitere Verlauf der Impfkation anderen Quellen zufolge nicht mehr viel geändert [21].

Welche Gründe für dieses unterschiedliche Teilnahmeverhalten verantwortlich waren, ist den Abbildungen 34 und 35 zu entnehmen. Die Gegenüberstellung der positiven Beweggründe für die Impfteilnahme zeigt nur wenige Unterschiede. Wenn es also darum geht, sich von Notwendigkeit und Nutzen einer Impfung überzeugen zu lassen, haben die verschiedenen Ratgeber und Informationsquellen ein vergleichbares Gewicht. Von besonderer Bedeutung ist der ärztliche Rat, der allerdings auch deshalb eine Sonderstellung genießt, weil hier Ratgeber und Ausführer oft in Personalunion agieren. Die Medien haben demgegenüber eine geringere Wirkungskraft.

Anders sieht es bei den genannten Gründen für die Nicht-Teilnahme aus. Hier scheint die Darstellung in den Medien für viel Verunsicherung gesorgt zu haben. Abbildung 35 konzentriert sich auf zwei Altersgruppen, die in unterschiedlicher Weise vom erhöhten Risiko eines kritischen Krankheitsverlaufs betroffen waren. Für die saisonale Grippe stellt ein höheres Alter bekanntlich ein erhöhtes Risiko dar, bei der Schweinegrippe gab es dagegen eine auffällige Häufung kritischer Verläufe bei Infizierten jüngerer Alters. Die Angst vor den Nebenwirkungen der Schweinegrippe-

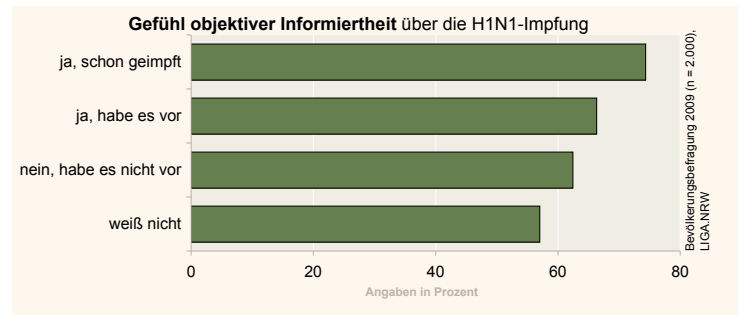
Abb. 35: Gründe (Auswahl) für die Nicht-Teilnahme an Grippe-schutzimpfungen, Altersgruppen 18-29 und 65+, Nordrhein-Westfalen 2009, Bevölkerungsbefragung 2009 (n = 601), LIGA.NRW



Impfung hat aber gerade diese Altersgruppe besonders von der Teilnahme abgehalten.

Trotz der zum Teil sehr widersprüchlichen Berichterstattung in den Medien wird eine direkte Kritik an der Bevölkerungsinformation über die H1N1-Impfung weniger häufig geübt als zu erwarten gewesen wäre. Die Frage, ob man „sich aktuell über die Risiken der Schweinegrippe und über die Impfung gegen diese Erkrankung ausreichend objektiv informiert“ fühle, beantworteten rund 60 % (62 % der Männer und 64 % der Frauen) mit „ja/eher ja“. Abbildung 36 zeigt, dass diese Einschätzung auch bei den noch Unentschiedenen und Impfgegnern vorliegt, wenn auch etwas geringer ausgeprägt.

Abb. 36: Gefühl ausreichend objektiver Informiertheit zu den Risiken der H1N1-Erkrankung und -Impfung, Nordrhein-Westfalen 2009, Bevölkerungsbefragung 2009 (n = 2.006), LIGA.NRW



5. Selbstmedikation – Arzneimittel ohne Arztbesuch

Angesichts langer Wartezeiten in den Arztpraxen, der Einführung der Praxisgebühr, reduzierter Verschreibungspraxis aufgrund von Sparverpflichtungen der Ärzte und nicht zuletzt wegen höherer Zuzahlungsbeträge entscheiden sich gesetzlich Versicherte, insbesondere bei Bagatellerkrankungen, auf den Arztbesuch zu verzichten und versorgen sich in der Apotheke direkt selbst mit rezeptfreien Arzneimitteln, die die Beschwerden lindern sollen [22].

„Rezeptfrei“ heißt indes nicht frei von Nebenwirkungen, dies gilt besonders dann, wenn mehrere Medikamente gleichzeitig eingenommen werden, darunter vielleicht auch eines, das der Arzt verschrieben hat. Eine Selbstmedikation ohne Beratungsgespräch mit Apothekern oder Ärzten ist somit alles andere als risikolos.

Erstmals hat das LIGA.NRW daher im Dezember 2008 Fragen zur „Selbstmedikation in den letzten 4 Wochen“ in die Bevölkerungsbefragung aufgenommen. Dabei interessierten uns folgende Fragestellungen:

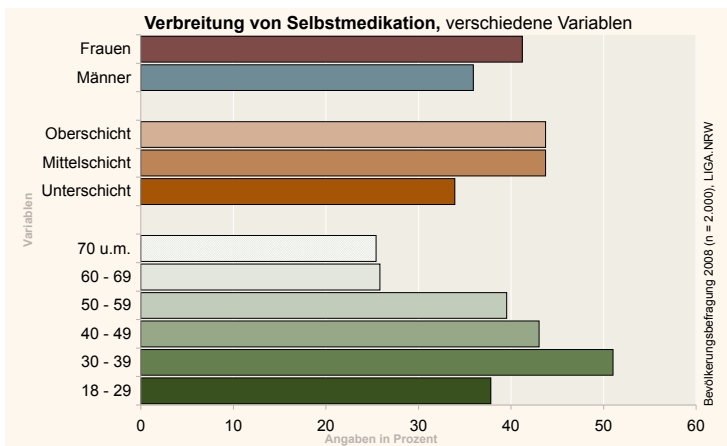
- Wie verbreitet ist Selbstmedikation in NRW bei Erwachsenen, gibt es besondere Nutzerstrukturen?
- Welche Medikamente werden gekauft?

- Welches sind die Gründe für die Selbstmedikation?
- Wo werden die Medikamente bezogen?
- Welche Informationsquellen werden vorrangig genutzt?
- Wird die Selbstmedikation beim behandelnden Arzt thematisiert?

5.1 Verbreitung der Selbstmedikation

Von den 2000 Interviewten gaben 773 (38,7 %) an, in den letzten 4 Wochen ein Medikament genommen zu haben, ohne dass es ihnen vom Arzt verordnet worden war. Dabei zeigten sich deutliche, zu erwartende Zusammenhänge mit verschiedenen soziodemographischen Variablen (vgl. Abbildung 37). Ältere Personen, die häufiger an Erkrankungen leiden und mit verschreibungspflichtigen Medikamenten behandelt werden müssen, suchen häufiger den Arzt auf. Da in den Sozialstatus unter anderem die höchste Schulbildung und das verfügbare Einkommen einfließen, werden ältere (weibliche Personen) häufiger als jüngere der unteren Sozialschicht zugeordnet.

Abb. 37: Verbreitung von Selbstmedikation in den letzten 4 Wochen nach Geschlecht, Sozialschicht und Altersgruppen, Nordrhein-Westfalen 2008, Bevölkerungsbefragung 2008 (n = 2.000), LIGA.NRW



5.2 Art der Medikamente

Am häufigsten wurden rezeptfreie Schmerzmittel gekauft, gefolgt von Husten- bzw. Erkältungsmitteln (vgl. Abbildung 38). Mit großem Abstand folgen die Gruppe der Vitamine/Mineralstoffe/Stärkungsmittel, Medikamente zur besseren Durchblutung und Beruhigungs- bzw. Schlafmittel. Rezeptfreie Arzneimittel wurden primär in Apotheken bezogen (86,3 %). Die Bedeutung von Drogerien, Reformhäusern und Internet beim Kauf rezeptfreier Arzneimittel war dagegen gering (je 2,8 %).

5.3 Gründe für Selbstmedikation

Welches sind nun die Gründe für Selbstmedikation? Für die meisten Befragten waren die Beschwerden nicht stark genug, um einen Arztbesuch zu rechtfertigen. 25 % äußerten, sie hatten keine Zeit zum Arzt zu gehen und gut 20 % gaben an, dass ihr Arzt das gewünschte Medikament nicht oder nicht mehr verschreiben darf. Jeder Zehnte wollte die Zahlung der Praxisgebühr vermeiden (vgl. Abbildung 39).

Abb. 38: Art des zuletzt gekauften rezeptfreien Medikamentes, Nordrhein-Westfalen 2008, Bevölkerungsbefragung 2008 (n = 773/2000), LIGA.NRW

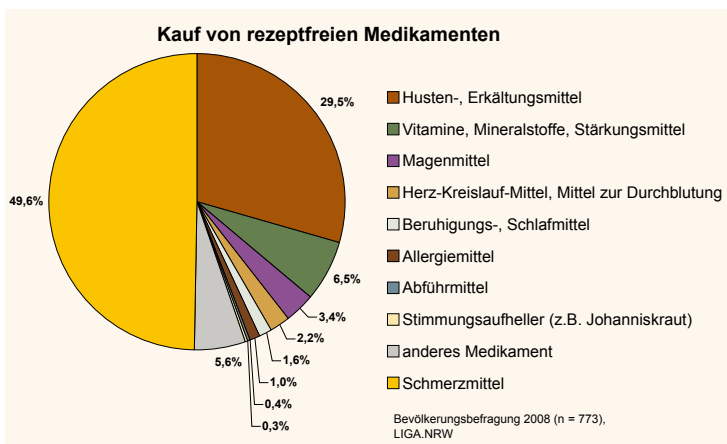
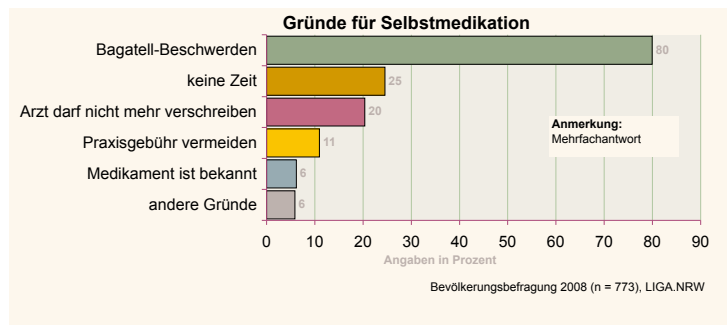


Abb. 39: Gründe für Einnahme eines rezeptfreien Medikamentes ohne vorherigen Arztbesuch (Mehrfachantwort), Nordrhein-Westfalen 2008, Bevölkerungsbefragung 2008 (n = 773/2000), LIGA.NRW



5.4 Informationsquellen

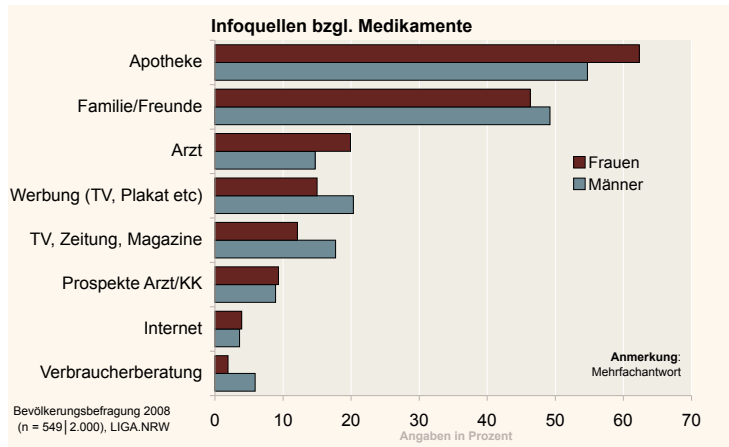
Abschließend wurden die Teilnehmer noch gebeten anzugeben, ob sie sich vor dem Kauf bzw. der Anwendung mit dem Medikament auseinander gesetzt haben. Immerhin ca. 70 % (n = 549) informierten sich im Vorfeld aktiv über das gewünschte Präparat, oder sie erhielten vorab die notwendigen Hinweise. Die hierfür genutzten Informationsquellen differieren deutlich zwischen Männern und Frauen, aber natürlich steht die Apotheke jeweils an erster Stelle (vgl. Abbildung 40), gefolgt von Ratschlägen aus der Familie oder von Freunden. Weibliche Befragte informierten sich etwas häufiger als Männer in der Apotheke und bei ihrem Arzt, Männer bezogen Informationen zum Medikament signifikant häufiger aus Werbung (TV, Radio, Plakate, Werbezettel) sowie nicht-kommerziellen TV-Sendungen und Zeitungsberichten.

Übrigens: In der Apotheke erfolgte die Beratung bei 46 % der Befragten unaufgefordert, 48 % der Kunden hatten in der Apotheke aktiv um eine Beratung gebeten.

Die gleichzeitige Anwendung mehrerer Medikamente ohne Rücksprache mit dem Arzt kann zu für den Patienten unkalkulierbaren Gesundheitsrisiken führen. Die Befragung ergab, dass 40 % der Teilnehmer mit Selbstmedikation in den letzten vier Wochen gleichzeitig ein rezeptpflichtiges Arzneimittel einnahmen, doch nur die Hälfte dieser Personen hat diese Selbstmedikation mit dem behandelnden Arzt besprochen.

Fazit: Selbstmedikation ist angesichts der Ausgrenzung nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel aus der Erstattungsfähigkeit und neuer Vertriebswege für rezeptfreie Medikamente relativ weit verbreitet und wird möglicherweise zunehmen. Nur jeder Zweite informiert seinen Arzt darüber, dass neben den verschriebenen auch rezeptfreie Medikamente eingenommen werden. Die Arzneimittelsicherheit bei Selbstmedikation ist nur gesichert, wenn Arzt und Apotheker über die Gesamtmedikation von Patienten informiert sind.

Abb. 40: Genutzte Informationsquellen über das rezeptfreie Medikament (Mehrfachantwort) nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen 2008, Bevölkerungsbefragung 2008 (n = 549/2000), LIGA.NRW



6. Telemedizin

Die Telemedizin bietet seit geraumer Zeit eine direkte Verbindung zwischen dem Zuhause des Patienten und seinem behandelnden Arzt. Patienten, die mit einer Herzerkrankung oder einem Diabetes leben, messen dabei die Vitalwerte wie z. B. Blutdruckwerte, Blutzuckerwerte oder Herzfrequenz mittels eines telemedizinischen Messgerätes selbstständig zu Hause. Dieses Messgerät ist mit einem Computer ausgestattet, der die Werte speichert. Im Anschluss an die Messung werden die Werte z. B. über die Telefonleitung in die Arztpraxis oder das Krankenhaus übermittelt. Der Arzt erhält so täglich oder noch häufiger die Werte, die er zur Kontrolle des Gesundheitszustandes seines Patienten benötigt.

In Deutschland werden in vielen verschiedenen Projekten die technischen Möglichkeiten erprobt. Doch wie viele Menschen in NRW wissen eigentlich heute schon von diesen technischen Möglichkeiten, auch wenn sie selbst keine Herz- oder Diabetespatienten sind? Wie bekannt sind telemedizinische Geräte? Wie wurden die informierten Befragten auf dieses Thema aufmerksam? Diese Fragestellungen wurden in die Bevölkerungsbefragung 2009 aufgenommen und dabei nicht nur der Bekanntheitsgrad, sondern auch die persönliche Einstellung zu dieser medizinisch-technischen Entwicklung erfragt.

In einer kurzen Einführung wurde denjenigen Befragten, die bis dahin noch nichts von Telemedizin gehört hatten, beschrieben, was diese Geräte leisten und wo sie in der medizinischen Versorgung zum Einsatz kommen können.

6.1 Bekanntheit telemedizinischer Geräte

Befragungsergebnisse

Der Mehrheit der Befragten waren telemedizinische Geräte unbekannt. Nur etwas mehr als ein Drittel der Teilnehmer (37 %) bejahte die Frage, ob ihnen telemedizinische Geräte bekannt seien. Bei Männern lag der Anteil mit 42 % mit zehn Prozentpunkten deutlich höher als bei Frauen (32 %).

Wie zu erwarten steigt der Bekanntheitsgrad telemedizinischer Geräte in den höheren Altersgruppen deutlich an (vgl. Abbildung 41), da hier auch eher chronisch Erkrankte zu finden sind. Während in der Altersgruppe der 18 bis 29-Jährigen 24 % die Frage „Sind Ihnen telemedizinische Geräte bekannt?“ mit „Ja“ beantworten, sind es in der höchsten Altersgruppe (65+) 45 %.

Abb. 41: Bekanntheit telemedizinischer Geräte nach Geschlecht und Alterskategorien, Nordrhein-Westfalen 2009, Bevölkerungsbefragung 2009 (n = 1.999), LIGA.NRW

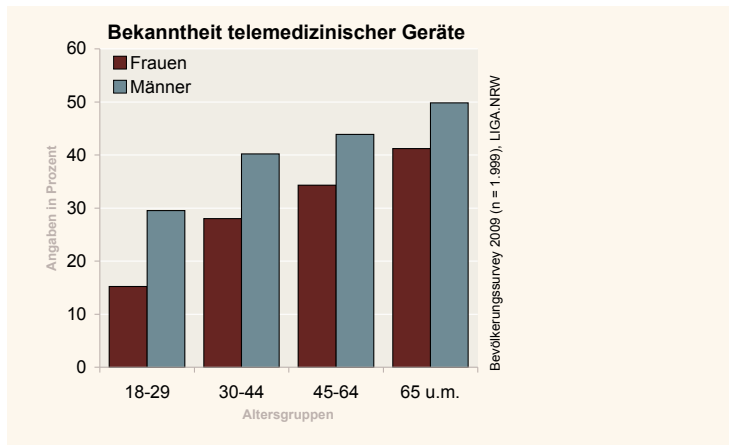
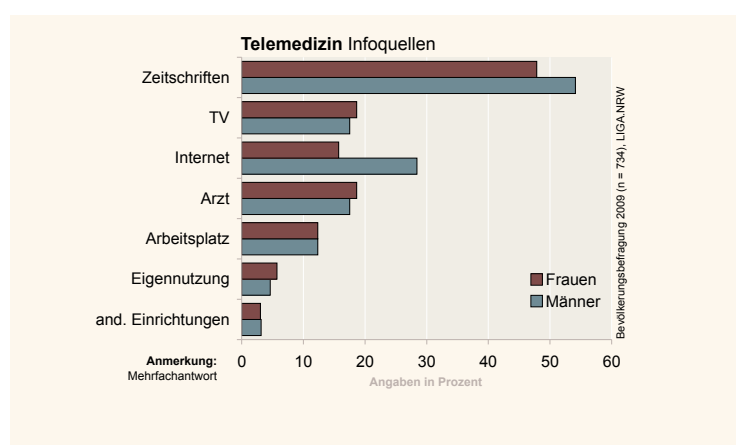


Abb. 42: Informationsquellen zu telemedizinischen Geräten (Mehrfachantwort) nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen 2009, Bevölkerungsbefragung 2009 (n = 734), LIGA.NRW



6.2 Informationsquellen und Akzeptanz im Krankheitsfall

Diejenigen, die telemedizinische Geräte kennen, hatten zumeist in Zeitschriften darüber gelesen oder durch Fernsehsendungen davon erfahren. Frauen berichteten etwas häufiger als Männer, dass sie die telemedizinischen Geräte bei Verwandten oder Bekannten kennen gelernt haben, die solche Geräte bereits benutzten. Männer dagegen berichteten deutlich häufiger als Frauen, dass sie ihre Informationen zu telemedizinischen Geräten im Internet gefunden hatten.

Vielen sind die Geräte zur Datenübertragung medizinischer Parameter auch durch ihre Arbeit oder ihren behandelnden Arzt bekannt geworden (vgl. Abbildung 42).

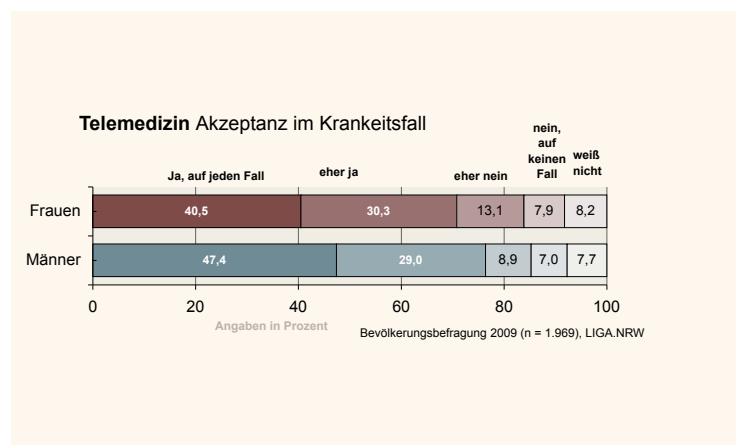
Von allen Teilnehmern der Bevölkerungsbefragung (n=2.006) hatten zum Zeitpunkt der Erhebung lediglich 37 Personen bereits eigene persönliche Erfahrungen mit dem Einsatz von telemedizinischen Messgeräten zur Übertragung von Vitalwerten gemacht. Der überwiegende Teil der übrigen Befragten (ca. 70 %) konnte sich jedoch vorstellen, im Falle einer Erkrankung ein solches Gerät einzusetzen (vgl. Abbildung 43). Im Vergleich konnten sich etwas mehr Männer als Frauen „auf jeden Fall“ vorstellen, im Krankheitsfall Telemedizininteknik anzuwenden (Männer: 47 %, Frauen: 41 %).

Abbildung 44 macht deutlich, dass die Bereitschaft, Telemedizin bei Krankheit einzusetzen, bei den Befragten über 65 Jahre deutlich geringer ist als in den jüngeren Altersgruppen.

6.3 Erwartete Vorteile der Nutzung

Um die näheren Beweggründe der Befürworter telemedizinischer Geräte zu erfahren, wurden ihnen verschiedene Aussagen zur Bewertung vorgelesen:

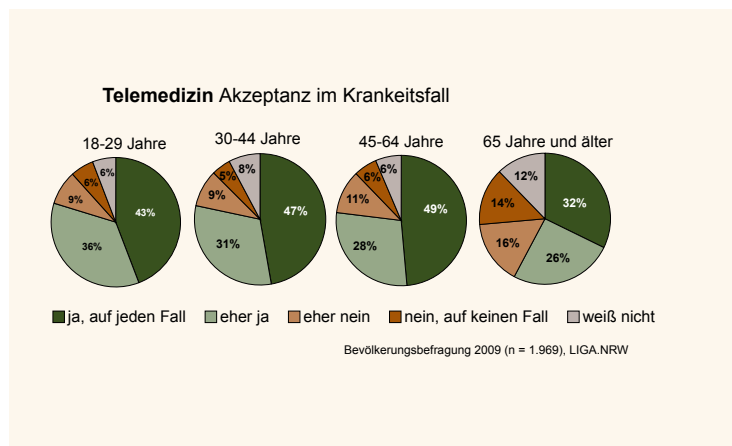
Abb. 43: Akzeptanz der Nutzung telemedizinischer Geräte im Krankheitsfall nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen 2009, Bevölkerungsbefragung 2009 (n = 1.969), LIGA.NRW



- „Durch die häufige Datenübertragung der Messwerte bemerkt mein Arzt es schneller, falls sich meine Vitalwerte verschlechtern.“
- „Ich muss nicht so oft in die Arztpraxis gehen.“
- „Ich kann selbst besser erkennen, wie gut es mir geht bzw. dass es mir wieder besser geht.“
- „Jeden Tag meine Werte zu messen und an meinen Arzt weiterzuleiten, spornst mich an, einen möglichst gesunden Lebensstil einzuhalten.“

Dargestellt in Abbildung 45 ist der Anteil der Befragten, die mit „trifft voll und ganz zu“ oder „trifft eher zu“ antworten. Danach versprechen sich die Befragten vom Einsatz telemedizinischer Geräte vor allem, dass der behandelnde Arzt schneller feststellt, wenn sich Vitalwerte (und damit der körperliche Zustand) verschlechtern, die Arztpraxis weniger häufig aufgesucht werden muss und auch die Eigenkontrolle erleichtert wird. Nur gut die Hälfte der Befürworter würde sich jedoch zu einem gesünderen Lebensstil angespornt fühlen. Besonders die Gruppe der Über-65-Jährigen sieht hierin keinen überzeugenden Grund für die Nutzung der Geräte.

Abb. 44: Akzeptanz der Nutzung telemedizinischer Geräte im Krankheitsfall nach Altersgruppen, Nordrhein-Westfalen 2009, Bevölkerungsbefragung 2009 (n = 1.969), LIGA.NRW



Männer und Frauen unterscheiden sich hingegen kaum in Hinblick auf die Bewertung der Aussagen.

6.4 Erwartete Vorteile der Messung in der Arztpraxis

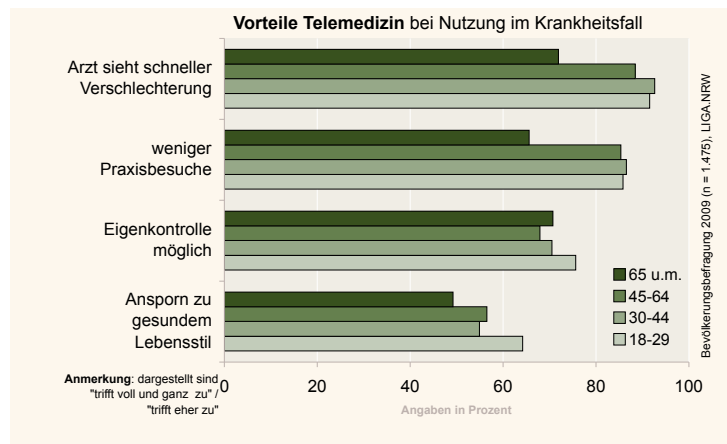
Nur gut 18 % aller Befragten hatten so starke Vorbehalte und Bedenken, dass sie eine persönliche Nutzung der Telemedizin im Krankheitsfall ausschließen oder zumindest als unwahrscheinlich ansehen. Um ihre Motive zu erfahren, wurden auch hier verschiedene zu bewertende Aussagen vorgelesen, die sich mit den Vorteilen der Messung in der Praxis beschäftigen (vgl. Abbildung 46):

- „Ich fühle mich sicherer, wenn die Messung vom behandelnden Arzt selbst oder einer Mitarbeiterin direkt in seiner Praxis durchgeführt wird und ich sie nicht alleine zu Hause selbst machen muss.“
- „Ich hätte Angst vor zusätzlichen Kosten.“
- „Ich will mit dem Arzt direkt nach einer Messung persönlich über das Ergebnis sprechen können.“
- „Ich habe aus Datenschutzgründen Bedenken.“

Noch hat die Mehrheit der Befragten keine persönlichen Erfahrungen in der Anwendung von telemedizinischen Geräten. In der Gruppe der Befragten im Alter von 65+ berichteten mehr Personen, telemedizinische Geräte zu kennen als in den jüngeren Altersgruppen. Personen über 65 Jahre sind häufiger von chronischen Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Diabetes mellitus betroffen. Durch die eigene Krankheit oder erkrankte Personen im Umfeld steigen das Interesse und die Aufmerksamkeit für mögliche Diagnose- und Behandlungsmethoden, für die telemedizinische Geräte eingesetzt werden können.

Jedoch ist die Bereitschaft, im Falle einer Erkrankung die Telemedizintechnik zu nutzen, in der Altersgruppe 65+ weniger ausgeprägt als in den jüngeren Alters-

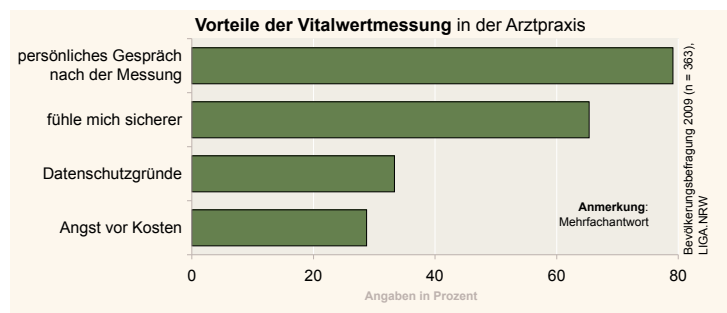
Abb. 45: Subjektive Vorteile bei der Nutzung telemedizinischer Geräte im Krankheitsfall nach Altersgruppen, Nordrhein-Westfalen 2009, Bevölkerungsbefragung 2009 (n = 1.475), LIGA.NRW



gruppen. Außerdem sind mehr Männer bereit, die Technik bei einer Erkrankung zu Hause zu nutzen, um den Gesundheitszustand durch den Arzt telemedizinisch kontrollieren zu lassen. Diese Beobachtungen sind möglicherweise darauf zurückzuführen, dass in der Altersgruppe der über 65jährigen der (Arbeits-) Alltag der Männer technischer geprägt ist als der der gleichaltrigen Frauen. Heute sind sowohl aus dem Arbeitsalltag als auch dem privaten Bereich die Nutzung von Computern und Handy zur Übertragung von Daten und Informationen nicht mehr weg zu denken. Das Statistische Bundesamt teilte in seinem Jahresbericht 2009 mit, dass in 2008 in der Altersgruppe 25 bis 54 Jahre 91 % einen Computer nutzten. In der Altersgruppe 55+ lag die Computernutzung bei 41 %.

Die Mehrheit der Befragungsteilnehmer erkannte einen Nutzen in der Anwendung telemedizinischer Geräte, da der Arzt schneller über den aktuellen Gesundheitszustand informiert werden kann und Patienten nicht so häufig in die Praxis kommen müssen. Für die 20 % der Personen mit ablehnenden Bedenken spielt vor allem der Wunsch eine Rolle, mit den erhobenen Werten nicht alleine gelassen werden, sondern eine unmittelbare Rückmeldung zu erhalten, was diese Angaben für sie und ihre Gesundheit bedeuten.

Abb. 46: Subjektive Vorteile der Vitalwertmessung in der Arztpraxis, Nordrhein-Westfalen 2009, Bevölkerungsbefragung 2009 (n = 363), LIGA.NRW



Literaturverzeichnis

1. European Health Expectancy Monitoring Unit (Hrsg.): The Minimum European Health Module, 2010
2. Robert Koch-Institut (Hrsg.): Gesundheit in Deutschland. Berlin: Oktoberdruck 2006, S. 17
3. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW (Hrsg.): Sozialbericht NRW. Düsseldorf 2007
4. Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Armut und Lebensbedingungen – Ergebnisse aus LEBEN IN EUROPA für Deutschland 2005. Wiesbaden 2006
5. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW (Hrsg.): Landesgesundheitsbericht 2009. Information zur Entwicklung von Gesundheit und Krankheit in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf 2009
6. Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie (Hrsg.): Gesundheitsziele NRW – 2005 bis 2010. Grundlagen für die Nordrheinwestfälische Gesundheitspolitik. Bielefeld: Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst 2005
7. GBE-Stat: Ambulante Behandlungsdiagnosen der Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe. Düsseldorf und Dortmund 2008
8. Robert Koch-Institut (Hrsg.): Krankheitskosten. Berlin: Oktoberdruck 2009
9. Robert Koch-Institut (Hrsg.): Hypertonie. Berlin: Oktoberdruck 2008
10. Deutsche Hochdruckliga e.V.: Leitlinie zur Behandlung der arteriellen Hypertonie. 2008. Online im Internet: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/046-001.html> (Datum der Einsichtnahme 15.10.2011)
11. Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Gesundheit – Krankheitskosten 2002, 2004, 2006 und 2008, Wiesbaden 2010
12. Robert Koch Institut (Hrsg.): Der Bundes-Gesundheitssurvey, Berlin: Muk GmbH 2002
13. Wolf-Maier K. et al (2004): Hypertension Treatment and Control in Five European Countries, Canada, and the United States. Hypertension. 43 (2004)
14. Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung von Fettstoffwechselstörungen und ihren Folgeerkrankungen DGFF (Lipid-Liga) e.V. (Hrsg.): Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie von Fettstoffwechselstörungen in der Ärztlichen Praxis, München 2009
15. Robert Koch-Institut (Hrsg.): Telefonischer Gesundheitssurvey des Robert-Koch-Instituts (2. Welle). Deskriptiver Ergebnisbericht. Berlin: Oktoberdruck 2006
16. Robert Koch-Institut (Hrsg.): Diabetes mellitus. Berlin: Oktoberdruck 2005
17. Robert Koch-Institut (Hrsg.): Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009“. Berlin: Oktoberdruck 2011
18. Deutsche Gastro-Liga e.V. (Hrsg.): Entzündungen (Gastritis) und Geschwüre des Magens und Zwölffingerdarms. Gießen 2009
19. Häussler B, Gothe H, Mangiapane S et al.: Versorgung von Osteoporosepatienten in Deutschland: Ergebnisse der Bone EVA Studie. Deutsches Ärzteblatt 39 (2006) S. 2542 - 2548
20. Streich W, Hellmeier W: Teilnahme an Vorsorge- und Früherkennungs-untersuchungen. Bielefeld: Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW 2009 (NRW Kurz und informativ)
21. Robert Koch-Institut (Hrsg.): Epidemiologisches Bulletin 13 (2010) S. 113 ff
22. Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e.V. (Hrsg.): Der Arzneimittelmarkt in Deutschland in Zahlen 2008. Bonn 2008

Landesinstitut für
Gesundheit und Arbeit
des Landes Nordrhein-Westfalen

Ulenbergstraße 127-131, 40225 Düsseldorf
Fax 0211 3101-1189
poststelle@liga.nrw.de

www.liga.nrw.de