



SIS *aktuell*

Statistisches Informationssystem
Oktober 2006

Daten • Fakten • Aktuelles

Ergebnisse der Repräsentativen Bürgerumfrage



Arbeitskreis



KGK
Kommunale
Gesundheitskonferenz
Mülheim an der Ruhr

Gesundheitsberichterstattung der
Kommunalen Gesundheitskonferenz

Herausgegeben im Auftrag
der Oberbürgermeisterin
in Verbindung mit dem
Arbeitskreis Gesundheitsberichterstattung
der Kommunalen Gesundheitskonferenz
der Stadt Mülheim an der Ruhr

Beteiligte Fachbereiche:
Gesundheitsamt / 53-6
Stab Kommunale Entwicklungsplanung
und Stadtforschung / RVI – 68
Heinrich-Melzer-Str. 1
45468 Mülheim an der Ruhr
Tel.: 0208 / 455 6806 oder 455 5362
Fax: 0208 / 455 58 5362
e-Mail:
Harald.Trieb@stadt-mh.de
Erdmuthe.Luhr-Antons@stadt-mh.de
Internet: www.muelheim-ruhr.de

Titelgestaltung:
MST Mülheimer Stadtmarketing und Tourismus GmbH

Ergebnisse der Repräsentativen Bürgerumfrage 2003

Gesundheitsberichterstattung

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Inhaltsverzeichnis	3
Abbildungsverzeichnis	5
1. Einleitung	7
1.1 KonzeptionderUmfrage	7
1.2 Fragestellung	7
1.3 Methodik	8
1.4 RücklaufundRepräsentativität	8
1.5 AuswertungderErgebnisseundVeröffentlichungskonzept	12
2. DerGesundheitsbegriffunddieMessungdesGesundheitszustandes	14
2.1 DeterminantenvonGesundheit	14
2.2 DieMessunggesundheitsbezogenerLebensqualität	15
3. ErgebnissederrepräsentativenBürgerumfrage2003	16
3.1 DersubjektiveGesundheitszustandderMülheimer Bevölkerung	16
3.2 ErfahrungenmiternsthafteErkrankungen	18
3.3 ChronischeErkrankungenundBehinderungen	21
3.4 BeeinträchtigungdersubjektivenGesundheit	22
3.5 DemographischeEinflüsseaufdenGesundheitszustand	25
3.5.1 DasAlterswichtigeDeterminantederGesundheit	25
3.5.2 GeschlechtsspezifischeUnterschiede	26
3.5.3 UnterschiedenachderLebensform(Haushaltszusammenhänge)	29
3.6 SozialstrukturelleEinflüsseaufdenGesundheitszustand	30
3.6.1 EinkommensverhältnisseundGesundheitsempfinden	30
3.6.2 WeitereSozialstatusindikatoren:Erwerbsstatus undBildungsgrad	32
4. GesundheitundWohnumfeld–VergleichderMülheimerStadtteile	33
5. LärmbelästigungenimWohnumfeldundAuswirkungen aufden subjektivenGesundheitszustand	35
5.1 DieLärmsituationindenWohnvierteln	35
5.2 AuswirkungenaufdieGesundheit:Lärmmachtkränke!	37
6. ZusammenfassungundFazit	40
Tabellenanhang	
Literaturverzeichnis	
Fragebogen	

Abbildungsverzeichnis

	Seite
1. RücklaufderFragebögen	8
2. AnteilerderAltersgruppen	9
3. AuswertbareFragebögenausdenStadtteilen	10
4. VergleichderRücklaufquotenbeiderBürgerumfra ge2003mitder WahlbeteiligungbeimderOB-Wahlam23.3.2003inde nKWB	11
5. VerteilungderauswertbarenFragebögenaufdieBe völkerungsgruppen	13
6. Faktoren, dieGesundheitundLebenszeitbeeinflus sen	15
7. SelbsteinschätzungdesallgemeinenGesundheitszus tandes	17
8. „Wohlfühlthermometer“ausFrage35	17
9. Gruppen, die relativhäufigeinenschlechterenG esundheitszustand angeben	18
10. ZusammenhängezwischenErfahrungenmiternsthaf ten ErkrankungenunddemGesundheitszustand	19
11. AuswirkungenderErfahrungernsthafterErkranku ngenbeisich selbstaufdensubjektivenGesundheitszustandnach Altersgruppen	20
12. DerEinflusschronischerErkrankungenundvorli egender BehinderungenaufdensubjektivenGesundheitszustan d	21
13. AnteilechronischErkrankterundBehinderterin denAltersgruppen	22
14. ZusammenhängezwischenchronischenErkrankungen undBehinderungen	23
15. ProblemeaufgrundunterschiedlicherBeeinträchti gungen	24
16. DerZusammenhangzwischen demGesundheitszustan dim AllgemeinenundunterschiedlichenBeeinträchtigunge n	25
17. DieVerschlechterungderSelbsteinschätzungdes allgemeinen GesundheitszustandesmitzunehmendemAlter	26
18. AnteilerderBefragten, dieihrenallgemeinenGes undheitszustandmit „ausgezeichnet“oder„sehrgut“einstufennachAlte rundGeschlecht	27
19. AnteilerderBefragten, dieihrenallgemeinenGes undheitszustandmit „wenigergut“oder„schlecht“einstufennachAlter undGeschlecht	27
20. %-AnteilerderjeweilsBetroffenenendifferenziert nachdemGeschlecht	28
21. AnteilerderBefragten, dieihrenallgemeinenGesu ndheitszustand „besseralsgut“bzw.„schlechteralsgut“eingestu fthabennach derHaushaltsform	29
22. DurchschnittlicheraktuellerGesundheitszustand inFrage35 nachderHaushaltsform	29
23. DerZusammenhangzwischen demHaushaltseinkomme nund derSelbsteinschätzungdesallgemeinenGesundheitsz ustandes	31
24. DurchschnittlicheraktuellerGesundheitszustand ausFrage35 nachdemPro-Kopf-Einkommen	31

25.	Anteil der Befragten, die ihren allgemeinen Gesundheitszustand „besser als gut“ bzw. „schlechter als gut“ eingeschätzt haben, nach der Stellung im Beruf	32
26.	Der Zusammenhang zwischen dem Bildungs-/Ausbildungsstand und der Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes	33
27.	Die unterschiedliche Einschätzung des allgemeinen und des aktuellen Gesundheitszustandes in den Mülheimer Stadtteilen	34
28.	Subjektiv empfundene Lärmbelastung	35
29.	Die Relevanz unterschiedlicher Lärmquellen in den Mülheimer Stadtteilen	36
30.	Allgemeine Beurteilung der Gesundheitsschädlichkeit durch Lärm und die eigene Betroffenheit	37
31.	Personen mit starker bzw. sehr starker Gesundheitsbeeinträchtigung durch Lärm und deren subjektive Einschätzung ihres allgemeinen Gesundheitszustandes	38
32.	Gesundheitsbeeinträchtigung durch Lärm und die subjektive Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes	38
33.	Lärmbelastung und Gesundheitsbeeinträchtigungen durch Lärm in den Stadtteilen von Mülheim an der Ruhr	39

1. Einleitung

1.1 Konzeption der Umfrage

Anfang 2003 plante das Gesundheitsamt - Abteilung Gesundheitsförderung und Gesundheitsberichterstattung – im Auftrag der Kommunalen Gesundheitskonferenz, anhand standardisierter Fragen aus dem internationalen Forschungsprojekt „European Quality of live“ (EuroQol) Daten zur Lebensqualität und zum subjektiven Gesundheitszustand in Mülheim an der Ruhr zu erheben. Zum gleichen Zeitpunkt wollte das Umweltamt im Rahmen der Lärm-minderungsplanung eine Umfrage zum Lärmempfinden der Bevölkerung durchführen. Um sowohl die finanziellen Kosten als auch den Organisationsaufwand zu minimieren und Mehrfachbelastungen (sowohl der Verwaltung als auch der Bürgerschaft) zu vermeiden, wurden die verschiedenen Themenkomplexe vom Stab Kommunale Entwicklungsplanung und Stadtforschung in einer „Mehrthemenbefragung“ zusammengefasst. Dadurch bot sich zusätzlich die Möglichkeit nach Zusammenhängen zwischen diesen Themenfeldern zu forschen.

Auch angesichts der Intention der 2003 neu gewählten Oberbürgermeisterin, die Bürgerinnen und Bürger stärker an den Entscheidungen zur Entwicklung der Stadt zu beteiligen, ist die regelmäßig durchzuführende Repräsentative Mehrthemen-Bürgerumfrage ein geeignetes Instrument, sowohl Erkenntnisse über Erwartungen und Einstellungen der Mülheimerinnen und Mülheimer zu gewinnen als auch relativ schnell und zuverlässig Informationen über die Effektivität kommunalen Handelns zu erhalten. Nicht zuletzt wurde damit auch die Tradition einer repräsentativen Bürgerumfrage, wie sie in Mülheim an der Ruhr Ende der achtziger Jahre begründet wurde, fortgeführt.

1.2 Fragestellung

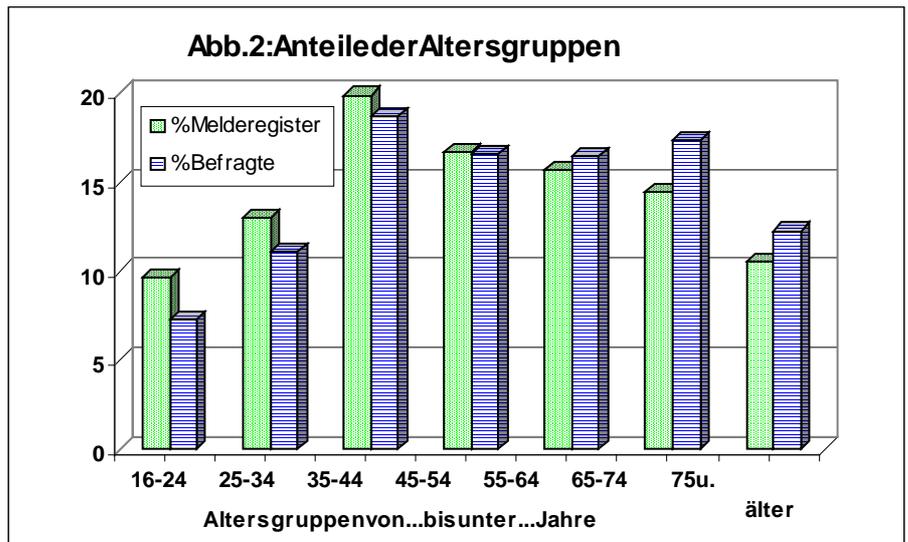
Der Fragebogen wurde mit den beteiligten Verwaltungseinheiten und Gremien abgestimmt. Regelmäßig sollte zukünftig die Wohndauer, die Wohnform, eine eventuelle Umzugsabsicht sowie Gründe dafür abgefragt werden. Eine Einschätzung der aktuellen Lage in der Stadt, und akute Probleme benannt werden. In Zusammenarbeit mit der Stadtkanzlei wurden zentrale Ziele der Stadtentwicklung formuliert. Die Befragten waren aufgefordert, die Wichtigkeit dieser Ziele einzuschätzen und die heutige Situation in Mülheim an der Ruhr diesbezüglich zu bewerten. Für die Lärm-minderungsplanung des Umweltamtes wurde die subjektive Lärmbelastung im Wohnumfeld zu unterschiedlichen Tages- und Wochenzeiten, differenziert nach den Lärmquellen, abgefragt. Daneben wurden Daten zur Verkehrsmobilität erhoben.

Die Kommunale Gesundheitskonferenz fragte sowohl nach dem subjektiven Gesundheitszustand im Allgemeinen als auch nach Erfahrungen mit ernsthaften Erkrankungen. Die im Zusammenhang mit der Gesundheitsreform wichtige Angabe zu chronischen Leiden wurde ebenso erhoben wie das Vorliegen von Behinderungen. Spezifische Beeinträchtigungen, die Aussagen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität ermöglichen, wurden in fünf Dimensionen, die den Items des EuroQol-Projektes entsprechen, abgefragt. Auf einer „Visuellen Analog-Skala“ (VSA), die wie ein Fieberthermometer den Wertebereich von 0 bis 100 anbietet, konnten die Befragten ihren aktuellen Gesundheitszustand markieren. Die Gestaltung der Fragen erfolgte in Anlehnung an die deutsche Version des aus dem EuroQol-Projektes hervorgegangenen Fragebogens EQ-5D, der gegenwärtig die einzige in deutscher Sprache zur Verfügung stehende Gesundheitsfragebogen ist, der eine eindimensionale Maßzahl zur Erfassung der Lebensqualität bereitstellt.

Insgesamt sind 2.893 Fragebögen ausgefüllt zurückgekommen, fast zwei Drittel davon bereits vor der Erinnerung. Im Wesentlichen war der Rücklauf Ende November abgeschlossen. Die „Brutto“-Rücklaufquote liegt bei 41,1%. Bezogen auf die realisierte Stichprobe, die stichprobenneutrale Ausfälle unberücksichtigt lässt, ergibt sich eine Ausschöpfungsquote von 43,5%. Verglichen mit anderen Umfragen (z. Bsp. aus Dresden 2002 (mit 34%) oder Münster 2003 (mit 40%)) eine gute Quote, die annähernd dem Ergebnis beider Mülheimer Zuzugs-/Umzugsbefragung aus dem Jahre 2001 entspricht. Gegenüber dem Anfang der neunziger Jahre ist allerdings ein Rückgang in der Beteiligung an Bürgerumfragen festzustellen. Im Ergebnis liegt somit für jede/-n 50. Einwohner/-in ab 16 Jahren ein auswertbarer Datensatz vor.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Bürgerumfrage entsprechen in ihrer soziodemographischen Struktur weitgehend der Mülheimer Bevölkerung. Die geringen Abweichungen bestätigen Erfahrungen aus zurückliegenden Umfragen sowohl in unserer Stadt als auch in anderen Städten: Frauen sind leicht über-, Männer leicht unterrepräsentiert. Ausländerinnen und Ausländer beteiligen sich deutlich weniger stark als Deutsche, was zum Teil auf deren unzureichende Sprachkompetenz zurückzuführen ist (vgl. hierzu Abb. 5).

Von den Jüngeren unter 35-Jährigen antwortet nicht einmal jede/-r Dritte, von den Älteren ab 55 dagegen jede/-r Zweite. Im Vergleich sind die unter 45-Jährigen unter-, die über 55-Jährigen überrepräsentiert (vgl. Abb. 2).



Frauen beteiligten sich mit einer Rücklaufquote von 44,2% etwas stärker als Männer (42,6%), sodass der Frauenüberschuss in der Erwachsenen-Bevölkerung (52,8%) in der Umfragemit 54,2% noch etwas stärker zum Tragen kommt.

Ausländerinnen und Ausländer erreichten eine Rücklaufquote von 22,5%, sie haben also nur halb so häufig geantwortet wie die Deutschen. Völlig allgemeinere Aussagen für die Gruppe der Nicht-Deutschen sind aufgrund der geringen Anzahl auswertbarer Bögen (120) nur mit großer Vorsicht möglich. Differenziertere Auswertungen für diese Gruppe sind in der Regel nicht möglich.

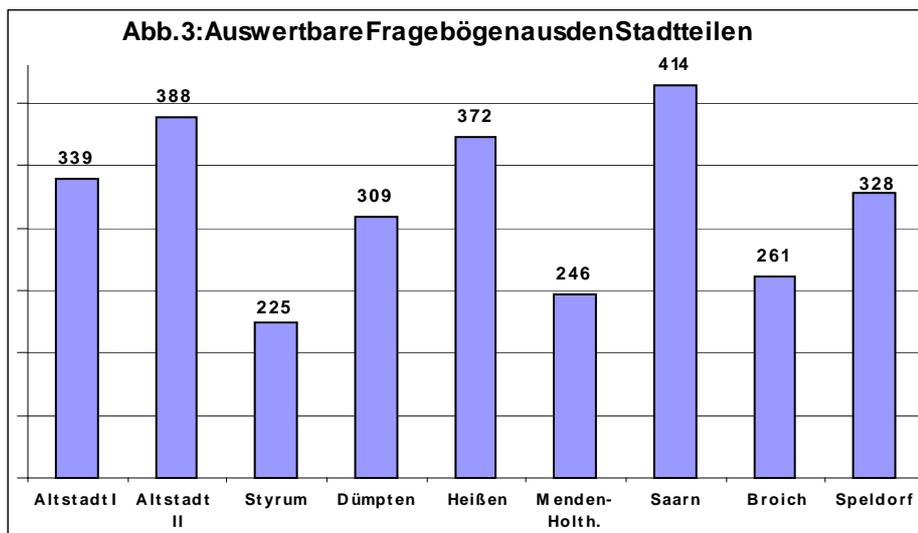
Die Rücklaufquoten sind mit zunehmendem Alter kontinuierlich gestiegen, von 31,2% bei den unter 25-Jährigen bis auf 54,5% bei den 65- bis 74-Jährigen. Erst die Hochbetagten beteiligten sich mit 44,0% wieder durchschnittlich, wobei einige Befragte sich im Amt gemeldet und Altersgründe für ihre Nichtteilnahme angeführt haben. Die Rücklaufquoten der Altersgruppen erinnern, ebenso wie die im Zeitverlauf rückläufige Teilnahmebereitschaft insgesamt, an die unterschiedliche Beteiligung bei Wahlen.

Die Rücklaufquoten sind mit zunehmendem Alter kontinuierlich gestiegen, von 31,2% bei den unter 25-Jährigen bis auf 54,5% bei den 65- bis 74-Jährigen. Erst die Hochbetagten beteiligten sich mit 44,0% wieder durchschnittlich, wobei einige Befragte sich im Amt gemeldet und Altersgründe für ihre Nichtteilnahme angeführt haben. Die Rücklaufquoten der Altersgruppen erinnern, ebenso wie die im Zeitverlauf rückläufige Teilnahmebereitschaft insgesamt, an die unterschiedliche Beteiligung bei Wahlen.

Untersucht man die Beteiligung in verschiedenen städtischen Räumen, erscheint diese auf der Ebene der neun Stadtteile ziemlich gleich verteilt. Abgesehen von einer leichten Überrepräsentanz der Einwohnerinnen und Einwohner von Menden-Holthausen, wo fast jede/r

Abgesehen von einer leichten Überrepräsentanz der Einwohnerinnen und Einwohner von Menden-Holthausen, wo fast jede/r

Zweite der Angeschriebenen geantwortet hat (48,2%), und einer Unterrepräsentanz der Bewohner/-innen von Styrum, die sich nur zu 37,9% beteiligt haben, sind alle anderen Stadtteile annähernd entsprechend ihren Anteilen an der Bevölkerung vertreten. Für alle Stadtteile liegen



mehr als 200 auswertbare Fragebögen vor, differenzierte Auswertungen auf dieser räumlichen Ebene sind als möglich.

erte Auswertungen auf dieser räumlichen Ebene sind als möglich.

Bei einer kleinräumigeren Betrachtung auf der Ebene der 26 Kommunalwahlbezirke (KWB) findet man wieder ähnliche Muster wie bei der Wahlbeteiligung: Wo diese gering ist, fallen auch die Rücklaufquoten der Bürgerumfrage unterdurchschnittlich aus (s. Abb. 4). Insgesamt lag die Ausschöpfungsquote bei der Bürgerumfrage bei der Oberbürgermeisterwahl am 23. März 2003, aber um 8,9 Prozentpunkte unter der Beteiligung an den Kommunalwahlen am 26. September 2004.

Bei einer kleinräumigeren Betrachtung auf der Ebene der 26 Kommunalwahlbezirke (KWB) findet man wieder ähnliche Muster wie bei der Wahlbeteiligung: Wo diese gering ist, fallen auch die Rücklaufquoten der Bürgerumfrage unterdurchschnittlich aus (s. Abb. 4). Insgesamt lag die Ausschöpfungsquote bei der Bürgerumfrage bei der Oberbürgermeisterwahl am 23. März 2003, aber um 8,9 Prozentpunkte unter der Beteiligung an den Kommunalwahlen am 26. September 2004.

In den drei Bezirken mit der höchsten Wahlbeteiligung am Kahlenberg (KWB 05), in Holthausen-Süd (KWB 06) und in Speldorf-Süd (KWB 20) blieb die Antwortbereitschaft allerdings relativ weit hinter der Wahlbeteiligung bei der OB-Wahl zurück. Dagegen lag die Teilnahme an der Umfrage in Gebieten, in denen die Beteiligung bei der OB-Wahl häufiger fern bleiben, teilweise deutlich über der Beteiligung bei der OB-Wahl. Besonders trifft dies auf Heißen-Ost (KWB 10), Mellinghofen (KWB 12), Dümpten-Styrum (KWB 16) und Styrum-Nord (KWB 17) zu (vgl. Abb. 4). Ein Grund dafür könnte sein, dass diese Wohnviertel im Hinblick auf die Themen der Umfrage, zum Beispiel Lärmbelastung, besonders betroffen sind.

In den drei Bezirken mit der höchsten Wahlbeteiligung am Kahlenberg (KWB 05), in Holthausen-Süd (KWB 06) und in Speldorf-Süd (KWB 20) blieb die Antwortbereitschaft allerdings relativ weit hinter der Wahlbeteiligung bei der OB-Wahl zurück. Dagegen lag die Teilnahme an der Umfrage in Gebieten, in denen die Beteiligung bei der OB-Wahl häufiger fern bleiben, teilweise deutlich über der Beteiligung bei der OB-Wahl. Besonders trifft dies auf Heißen-Ost (KWB 10), Mellinghofen (KWB 12), Dümpten-Styrum (KWB 16) und Styrum-Nord (KWB 17) zu (vgl. Abb. 4). Ein Grund dafür könnte sein, dass diese Wohnviertel im Hinblick auf die Themen der Umfrage, zum Beispiel Lärmbelastung, besonders betroffen sind.

Abbildung 5 zeigt die Verteilung der auswertbaren Fragebögen auf die unterschiedlichen Vergleichsgruppen. Rücklaufquoten können nur für die Geschlechter, für Deutsche und Ausländer, für die Altersgruppen und für die Stadtteile ermittelt werden, da andere Merkmale im Melderegister nicht geführt werden.

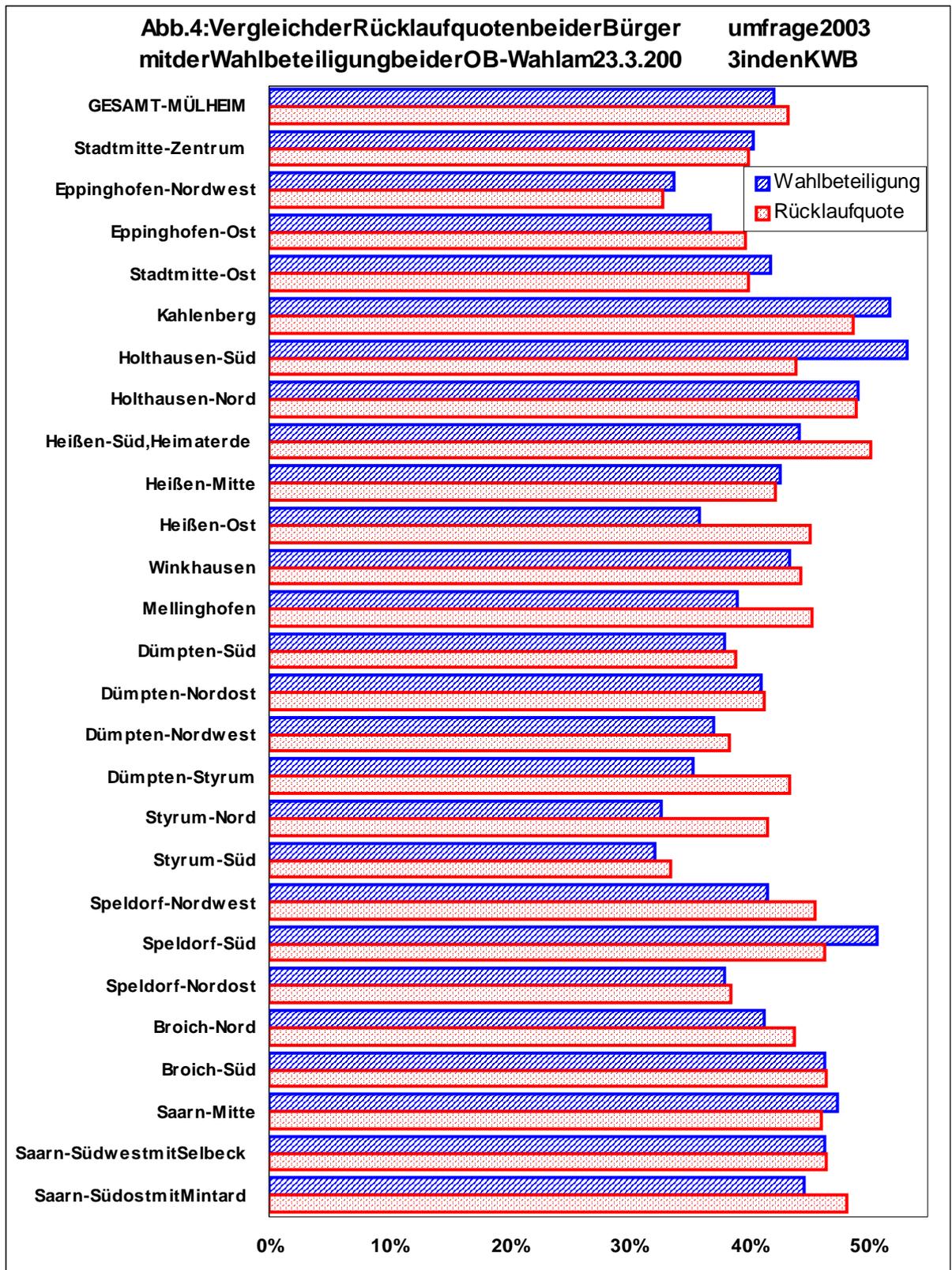
Abbildung 5 zeigt die Verteilung der auswertbaren Fragebögen auf die unterschiedlichen Vergleichsgruppen. Rücklaufquoten können nur für die Geschlechter, für Deutsche und Ausländer, für die Altersgruppen und für die Stadtteile ermittelt werden, da andere Merkmale im Melderegister nicht geführt werden.

Die relativ geringe Anzahl vorliegender Antworten von Arbeitslosen und Auszubildenden (einschl. Schülern) für diese Gruppen keine weitere differenzierende Ebene sind aber Vergleichsdaten für diese Bevölkerungsgruppen durchaus interessant.

Die relativ geringe Anzahl vorliegender Antworten von Arbeitslosen und Auszubildenden (einschl. Schülern) für diese Gruppen keine weitere differenzierende Ebene sind aber Vergleichsdaten für diese Bevölkerungsgruppen durchaus interessant.

Alles in allem sind die Übereinstimmungen zwischen der Struktur der Befragten und der Mülheimer Bevölkerung so hoch, dass die Ergebnisse der Bürgerumfrage 2003 repräsentativ sind und Rückschlüsse auf die Gesamtheit der Mülheimerinnen und Mülheimer erlauben.

Alles in allem sind die Übereinstimmungen zwischen der Struktur der Befragten und der Mülheimer Bevölkerung so hoch, dass die Ergebnisse der Bürgerumfrage 2003 repräsentativ sind und Rückschlüsse auf die Gesamtheit der Mülheimerinnen und Mülheimer erlauben.



1.5 Auswertung der Ergebnisse und Veröffentlichungskonzept

Die Analyse der Ergebnisse erfolgte zunächst mit dem Ziel, die Anforderungen der „Auftraggeber“ Stadtkanzlei, Gesundheitskonferenz und Umweltschutzamt zu bedienen. Eine Abstimmung des Auswertungskonzeptes war darüber hinaus notwendig, um sicherzustellen, dass die Ergebnisse bei der praktischen Arbeit berücksichtigt werden können. Auf dieser Basis wurden die Ergebnisse ab März 2004 sowohl im Verwaltungsvorstand als auch den jeweils zuständigen Fachausschüssen präsentiert und der Öffentlichkeit zugänglich gemacht. Neben der Information der Medien in Pressekonferenzen wurden die Ergebnisse der Lärmumfrage am Tag des Lärms Ende April 2004 bei einer Podiumsdiskussion in der Alten Post präsentiert.

Die vorliegende Veröffentlichung setzt sich in Kapitel 2 zunächst theoretisch mit dem Gesundheitsbegriff und der Messung gesundheitsbezogener Lebensqualität mit dem Instrument der Bürgerbefragung auseinander. Kapitel 3 fasst in einem mit Grafiken unterstützten Textteil wesentliche Ergebnisse der Mülheimer Umfrage zum subjektiven Gesundheitsempfinden zusammen. Als Schwerpunkt der Analyse wird der Zusammenhang von sozioökonomischen Strukturen sowie von störenden Einflussfaktoren im Wohnumfeld mit dem empfundenen Gesundheitszustand herausgearbeitet. Damit gliedert die Verbindung von Sozial- und Gesundheitsberichterstattung. Weitere Verknüpfungen sind für die Lärmbelastung und daraus resultierende gesundheitliche Beeinträchtigungen auswertbar. Im Anhang sind zunächst in einer Übersicht für die unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen die Antworten auf die Frage 26 nach dem allgemeinen Gesundheitszustand und die durchschnittlichen Werte des aktuellen Gesundheitszustandes aus Frage 35 zusammengestellt. Für die Fragen 19 und 20, die sich explizit auf die Gesundheitsbeeinträchtigung durch den Lärm beziehen, und für die direkt gesundheitsrelevanten Fragen 26 bis 34 sind die Häufigkeitsauszählungen aller Antworten aufgeführt.

Natürlich liegen weit mehr Auswertungen vor, als dieser Bericht umfassen kann. Insbesondere die Zusammenhänge zwischen den unterschiedlichen Themenbereichen können nicht alle dargestellt werden. Bei Bedarf führt der Stab Kommunale Entwicklungsplanung und Stadtforschung auf Anfrage vertiefende Analysen zu einzelnen Fragestellungen durch.

Abb.5: VerteilungderauswertbarenFragebögenauf dieBevölkerungsgruppen

		absolute Anzahl	in%der Guppe	Rücklauffin%		AnteilderGruppenanden BefragtenimVergleichmit derBevölkerungsstruktur
				Brutto	Netto	
Befragteinsgesamt		2.893		41,1	43,5	
jeweils1 Bogennicht zugeordnet	Frauen	1.568	54,2%	42,0	44,2	leichtüberrepräsentiert
	Männer	1.324	45,8%	40,1	42,6	leichtunterrepräsentiert
zugeordnet	Deutsche	2.772	95,9%	43,2	45,3	leichtüberrepräsentiert
	Ausländer	120	4,1%	19,6	22,5	deutlichunterrepräsentiert
Altersgruppen						
alleBögen zugeordnet	16bis24Jahre	212	7,3%	29,3	31,2	leichtunterrepräsentiert
	25bis34Jahre	322	11,1%	31,1	33,9	leichtunterrepräsentiert
	35bis44Jahre	542	18,7%	41,7	43,8	gutrepräsentiert
	45bis54Jahre	480	16,6%	43,2	44,8	gutrepräsentiert
	55bis64Jahre	476	16,5%	46,9	48,8	leichtüberrepräsentiert
	65bis74Jahre	504	17,4%	52,5	54,5	leichtüberrepräsentiert
	75undälter	357	12,3%	40,2	44,0	leichtüberrepräsentiert
Stadtteil						
11Bögen nicht zugeordnet (0,4%)	Altstadtl(Zentrum/Süd)	339	11,8%	39,1	41,3	gutrepräsentiert
	Altstadtl(Nord)	388	13,5%	37,1	39,9	gutrepräsentiert
	Styrum	225	7,8%	35,7	37,9	leichtunterrepräsentiert
	Dümpten	309	10,7%	38,8	41,3	gutrepräsentiert
	Heißen	372	12,9%	44,2	46,4	gutrepräsentiert
	Menden-Holthausen	246	8,5%	45,8	48,2	leichtüberrepräsentiert
	Saarn	414	14,4%	45,0	47,0	gutrepräsentiert
	Broich	261	9,1%	42,8	45,3	gutrepräsentiert
	Speldorf	328	11,4%	41,8	43,9	gutrepräsentiert
Haushaltsform						
249Bögen nicht zugeordnet (8,6%)	Single-Haushalt	770	29,1%			
	MehrpersonenohneKind mitPartnerundKind/ern	1.346	50,9%			
	Alleinerziehend	468	17,7%			
		60	2,3%			
Wohnform						
75Bögen nicht zugeordnet (2,6%)	Mieter(Mehrfamilienhaus)	1.430	50,7%			
	Mieter(1+2-Familienhaus)	309	11,0%			
	Eigentümer(MFH)	377	13,4%			
	Eigentümer1+2F-Haus	702	24,9%			
Erwerbsstatus						
463Bögen nicht zugeordnet (16,0%)	Selbständig/Freiberufler	164	6,7%			
	leitendeAngestellte/B.	296	12,2%			
	einf.Angestellte/Beamte	480	19,8%			
	Arbeiter	201	8,3%			
	Arbeitslose	108	4,4%			
	Hausfrau/-mann	270	11,1%			
	Rentner/Pensionär	818	33,7%			
	Azubi/Schüler/Student	93	3,8%			
Haushalts-Einkommen						
619Bögen nicht zugeordnet (21,4%)	unter1.000 €	292	12,8%			
	1.000bisunter1.500 €	377	16,6%			
	1.500bisunter2.000 €	439	19,3%			
	2.000bisunter2.500 €	342	15,0%			
	2.500bisunter3.000 €	271	11,9%			
	3.000bisunter4.000 €	311	13,7%			
	4.000 €undmehr	242	10,6%			

2. Der Gesundheitsbegriff und die Messung des Gesundheitszustandes

2.1 Determinanten von Gesundheit

Als **objektive Gesundheit** bezeichnet man den Zustand fehlender, körperlicher Funktionsbeeinträchtigungen, die nach medizinisch-diagnostischen Untersuchungsstandards eine Abweichung von einem physiologischen Gleichgewicht oder einer biologischen Regelgröße darstellen.

Die **subjektive Gesundheit** wird dagegen von der persönlichen Wahrnehmung und dem eigenen Erleben bestimmt. Dieses Empfinden wird natürlich stark von den erlebten körperlichen Beschwerden beeinflusst. Von besonderer Bedeutung sind dabei die Prozesse der Interozeption, also der Wahrnehmung von Vorgängen aus dem Körperinneren und der Symptomwahrnehmung.

Im Zusammenhang mit der Zunahme von chronischen Erkrankungen rückt das subjektive Erleben und Befinden der betroffenen Person und dessen Bemühen der Krankheitsbewältigung immer mehr in den Vordergrund (vgl. Robert Koch-Institut - Statistisches Bundesamt Berlin (Hrsg.): Gesundheitsbericht für Deutschland 1998, Kap. 3.5). Die subjektive Gesundheit und daraus resultierend die gesundheitsbezogene Lebensqualität stellen heute wichtiger in Ergänzung zu den geläufigen Indikatoren, die sich eher auf objektive Befunde und das selbst eingeschätzte subjektive Befinden oftmals kontrovers zum medizinisch objektivierbarem Befund.

Personen mit körperlichem Befund, aber ohne subjektive Beschwerden, können unter einer psychologischen Perspektive als „Gesunde“ klassifiziert werden, da sie keine relevanten Beeinträchtigungen ihres subjektiven Wohlbefindens aufweisen. Aus psychologischer Sicht als „Kranke“ werden hingegen Personen erklärt, bei denen kein objektiv organischer Befund nachgewiesen werden kann, die aber unter subjektiven Beschwerden leiden (nach Schuhmacher & Brähler 2002).

Die Weltgesundheitsorganisation WHO definierte 1946 Gesundheit als einen Zustand völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von körperlichen Gebrechen (nach Stich 2004, S. 15). Diese Definition erneuert das medizinische Krankheitsverständnis, weil die Konzentration auf die rein körperlichen, objektiven Aspekte nicht mehr ausreichten, um Gesundheit zu definieren. Gesundheit als mehrdimensionaler Begriff kann in die Komponenten der physischen, psychischen und sozialen Gesundheit unterteilt werden. Der deutsche Arzt tagformulierte 1986:

Gesundheit ist die aus der personalen Einheit von subjektivem Wohlbefinden und objektiver Belastbarkeit erwachsende körperliche, seelische, individuelle und soziale Leistungsfähigkeit der Menschen.

(Definition nach Tietze/Bartholomeyczik 1993, S. 139)

Zur Frage, ob ein schichtspezifisch differierendes Gesundheitsverständnis vorherrscht, liegen widersprüchliche Ergebnisse vor. D'Houtard und Field (1984) zeigen, dass in der manuell arbeitenden Schicht Gesundheit eher negativ definiert wird, als Abwesenheit von Krankheiten, während in der nichtmanuell arbeitenden Schicht positive Definitionen, wie Gesundheit als Fitness, vorherrschen. Zahlreiche epidemiologische Forschungsarbeiten belegen, dass Erkrankungen ebenso wie die Lebensdauer in allen entwickelten Industriegesellschaften ungleich verteilt sind. Bei niedrigem Berufs-, Einkommens- und Ausbildungsniveau besteht eine erhöhte Mortalität und Morbidität.

Eine Betrachtung auf der Bevölkerungsebene zeigt, dass Lebensumstände und Verhaltensweisen die Gesundheit stark beeinflussen. Es gilt sicher, dass Gesundheit und Lebenszeit unter anderem von den in Abbildung 6 aufgeführten Faktoren abhängen.

Abb.6: Faktoren, die Gesundheit und Lebenszeit beeinflussen

-
- Alter, Geschlecht
Kohorte (= Generationszugehörigkeit), Nationalität
Konfession, Wohnort (Stadt/Land, Ost/West),
Familienstand, Form des Zusammenlebens (z. B. Single, Alleinerziehende),
Vereinsamung, soziale Ausgrenzung

 - Erwerbstätigkeit/Arbeitslosigkeit, Einkommen, Beruf, Bildung/Ausbildung (sowie, in Abhängigkeit davon, das Ausmaß an Stress, sozialer Unterstützung oder deren Fehlen)

 - Soziale Sicherheit (Risiken, z. B. drohende Arbeitslosigkeit, und Absicherungen, z. B. Beamtenstellung), Arbeits-, Freizeit-, und Wohnbedingungen, Partizipationschancen, Diskriminierungen und Privilegien im täglichen Umgang mit Mitmenschen

 - Ernährung (Fettkonsum), Drogenkonsum (Rauchen, Alkohol, Medikamentenkonsum) und Inanspruchnahme von Früherkennungsmaßnahmen, Sexualverhalten

 - Bluthochdruck, Hypercholesterinämie und Übergewicht

 - Sport, Bewegungsmangel

 - Straßenverkehrsverhalten und Belastungen im Lebensumfeld durch Verkehr, toxische Einflüsse am Arbeitsplatz, im Wohnumfeld, allgemeine Umweltbelastungen
-

(nach: Schuhmacher & Brähler 2002)

2.2 Die Messung gesundheitsbezogener Lebensqualität

Die Messung gesundheitsbezogener Lebensqualität mit Hilfe von Bevölkerungsumfragen hat in den letzten Jahren zunehmend Aufmerksamkeit auf sich gezogen. Unterschiedliche Studien belegen, dass verschiedene Krankheiten (wie z. B. der Herzinfarkt) von mehreren Faktoren beeinflusst werden, die zum großen Teil Verhaltens- und umweltbedingt sind und damit durch Änderung der Verhaltensweisen und/oder Umweltbedingungen vermeidbar wären.

Vor dem Hintergrund der demographischen Alterung, die eine zunehmende Anzahl von Menschen mit erhöhter Krankheitsanfälligkeit und hoher Prävalenz von Multimorbidität mit sich bringt, hat die Erforschung solcher Zusammenhänge eine politische Fördererhalten. Zahlreiche Studien untersuchen zielgerichtet die Zusammenhänge zwischen der sozialen Einbindung und dem Erhalt, der Wiederherstellung oder dem Verlust von Gesundheit im Rahmen der vielschichtigen Wechselbeziehungen zwischen Individuum und sozialer Umwelt, um (vermeidbare) Krankheiten und (vermeidbare) Sterbenauch tatsächlich zu verhindern (bib-demographie.de/publikat/materialien/heft1_02c.pdf).

Seit den 80iger Jahren werden in internationalen und nationalen Studien Fragebögen zur Erfassung der Lebensqualität entwickelt und überprüft. Unabhängig von der Art vorliegender Erkrankungen sind diese Erfassungsinstrumente als generisches Instrument auf alle Menschen anwendbar. Das am häufigsten national und international verwendete Instrument zur

Messung ist die „Short Form Health Survey 36“ (im folgenden: SF 36). In der Untersuchung des allgemeinen Gesundheitszustandes der deutschen Bevölkerung von 1998 (Bundesgesundheitsurvey) wurde der SF 36 verwendet, der „... als weit verbreitetes, gut etabliertes, standardisiertes Rahmenwerk für die Lebensqualitätsforschung ...“ gilt (Maschewsky-Schneider u. a. 2004).

Bei der Bewertung des Gesundheitszustandes von Patient/-innen wird versucht, in einer einzigen Messgröße alle Aspekte der gesundheitsbezogenen Lebensqualität wie das körperliche, das seelische und das soziale Wohlbefinden zusammenzufassen. In den letzten Jahren sind mehrere Fragebögen entwickelt worden, von denen sich der EUROQOL (vgl. Kap. 1.2, S. 7) national wie international etabliert hat. In den letzten 20 Jahren konnte wiederholt gezeigt werden, dass die mittels einer einzelnen Frage erhobene Selbsteinschätzung der Gesundheit eine statistisch bedeutsame, unabhängige Variable mit hoher Aussagekraft für die Sterblichkeit darstellt. Nachdem von Idler und Benyamini im Jahr 1997 veröffentlichter Übersichtsartikel wurden sich wechselseitig beeinflussende Merkmale (Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status, verschiedene weitere Risikofaktoren) mit statistisch bedeutsamem Einfluss auf das Mortalitätsrisiko nachgewiesen. Demnach haben Personen, die ihre Gesundheit in den letzten 12 Monaten als „weniger gut“ oder „schlecht“ einschätzen ein deutlich höheres Risiko, innerhalb der nächsten fünf Jahre zu versterben (Idler, E. & Benyamini, Y., 1997, S. 21-37).

Die deutsche Version dieses Fragebogens wurde im Rahmen des IQOLA-Projektes (International Quality of Life Assessment) entwickelt und getestet (vom Robert Koch Institut) und fand Eingang in den Bundesgesundheitsurvey, der mit seinen vielfältigen Einschätzungen zur gesundheitlichen Situation der erwachsenen Wohnbevölkerung der Bundesrepublik, deren gesundheitsrelevante Verhaltensweisen und deren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, ein breites Spektrum an Informationenzur Gesundheit abdeckt.

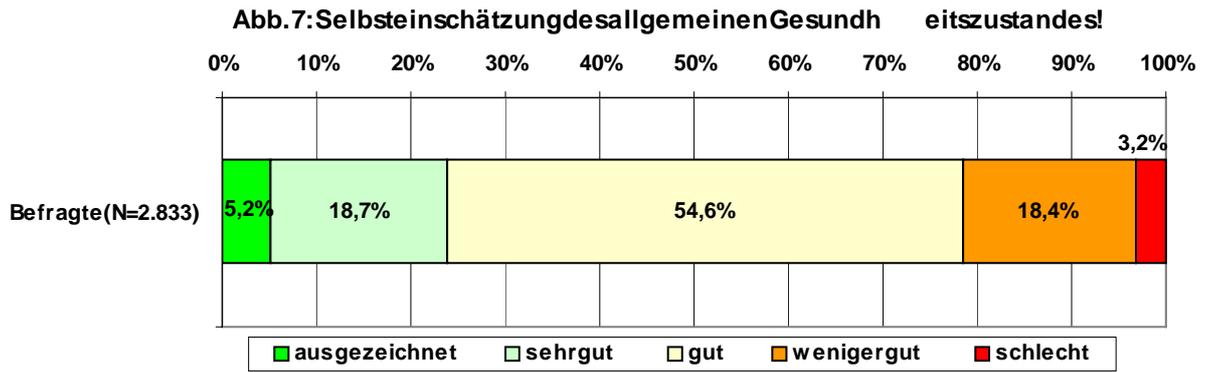
3. Ergebnisse der repräsentativen Bürgerbefragung 2003

3.1 Der subjektive Gesundheitszustand der Mülheimer Bevölkerung

In der Mülheimer Bevölkerungsumfrage 2003 waren die Befragten aufgefordert, zunächst in der Frage 26 ihren **Gesundheitszustand im allgemeinen** einzuschätzen. Die Fragestellung entspricht dem Fragebogen SF 36 aus dem Bundesgesundheitsurvey, der als Instrument zur Messung von gesundheitsbezogener Lebensqualität „mit überwältigendem Erfolg“ (Mueller/Heinzel-Gutenbrunner 2001, S. 208) eingesetzt wird und sicherstellt, dass neben den körperlichen auch die psychischen und sozialen Komponenten der Gesundheit Berücksichtigung finden. Fünf Kategorien zur Einstufung von „ausgezeichnet“ bis „schlecht“ waren vorgegeben.

Die Tatsache, dass mit 97,9% fast alle Befragten in der Lage und willens waren, sich entsprechend einzuordnen, bestätigt die Qualität der Fragestellung, die nicht unwesentlich zur Akzeptanz beiträgt und die Antwortbereitschaft erhöht.

Mehr als die Hälfte der Befragten (54,6%) ordnet sich in der mittleren Kategorie „gut“ ein. 5,2% fühlen sich „ausgezeichnet“, 18,7% sagten „sehr gut“ und fast gleich viele Personen (18,4%) „weniger gut“. Nur 90 von 2.833 Personen (oder 3,2%), die die Frage beantwortet haben, empfanden ihren allgemeinen Gesundheitszustand als „schlecht“. Im Mittel urteilten die Befragten als „gut“.



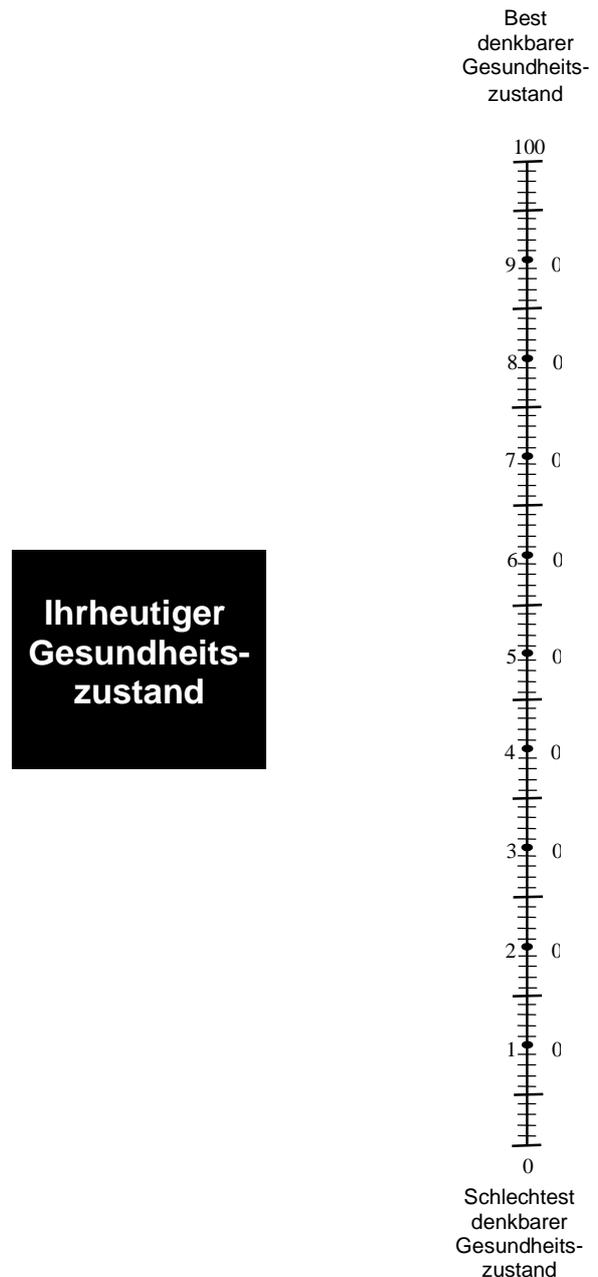
InFrage35gingesumdieEinschätzung des **aktuellen Gesundheitszustandes**. Ähnlich wie auf einem Thermometer war eine Skalierung von 0 bis 100 vorgegeben, auf der der „persönliche heutige Gesundheitszustand“ gekennzeichnet werden sollte (vgl. Abb. 8). Diese Form der Fragestellung wurde nicht ganz so gut angenommen, wie die Frage 26 nach dem allgemeinen Gesundheitszustand, aber immerhin liegen 2.404 Antworten (83,1%) auswertbar vor.

Im Durchschnitt erreichen die Befragten dabei einen Wert von 75,255 der 100 möglichen Punkte. Dies entspricht einer besseren Benotung als die vergleichbare Einordnung der allgemeinen Gesundheit. Das erklärt sich auch daraus, dass von denen, die bei Frage 26 einen „guten“ bzw. „sehr guten“ allgemeinen Gesundheitszustand ankreuzten, fast 90% auch Frage 35 beantworteten, währendes von denen, die ihren allgemeinen Gesundheitszustand als „weniger gut“ oder „schlecht“ bezeichneten, nicht einmal 80% waren.

Der Durchschnittswert 75,3 entspricht bei Einteilung der Skala in ein identisches Notensystem analog der Frage 26 einer "sehr guten" Einschätzung der Befragten. Damit wurde der Zustand der Gesundheit im allgemeinen im Schnitt mit "gut", die aktuelle Gesundheit sogar mit "sehr gut" bewertet.

Allerdings besteht eine eindeutige lineare Zusammenhang der Antworten auf beide Fragen. Das heißt, der aktuelle Gesundheitszustand

Abb.8: „Wohlfühlthermometer“ aus Frage 35



wurde entsprechend besser beurteilt, je

besser die Einstufung beim allgemeinen Gesundheitszustand war. Diejenigen mit einem „ausgezeichneten“ allgemeinen Gesundheitszustand beurteilten ihren aktuellen Gesundheitszustand mit einem Durchschnittswert von 94,9 mit Abstand am besten, diejenigen mit einem „schlechten“ allgemeinen Befinden gaben auf der Skala für den „heutigen Gesundheitszustand“ mit durchschnittlich 36,0 auch den deutlich schwächsten Wert an.

Unter denjenigen mit einem schlechteren subjektiven Gesundheitsempfinden sind die in der Abbildung 9 aufgeführten Gruppen stark überrepräsentiert. Bereits diese erste Übersicht bestätigt also eindrucksvoll den Einfluss einiger in Abbildung 6 aufgeführter Faktoren auf den Gesundheitszustand auch der Mülheimer Bevölkerung.

Abb. 9: Gruppen, die relativ häufig einen schlechten Gesundheitszustand angeben

Gesundheitszustand	allgemein		aktuell	Ø-Punktwert
Ø aller Befragten	„schlecht“	„weniger gut“		
	3,2%	18,4%	75,	255
- Senior/-innen				
„junge Alte“ von 65 bis 74 Jahre	5,0%	30	,8%	66,887
„Hochaltrige“ ab 75 Jahre	6,6%	40,8%		57,326
- Singles	4,0%	25,3%	70,	819
- Arbeitslose	7,6%	22,9%	71,	404
- Rentner/Pensionäre	6,2%	31,5%		64,213
- Haushaltseinkommen unter 1.000 €	8,4%	31,1%	65,	401
- Stadtteilbewohner/-innen von				
Altstadt II (Nord)	4,7%	22,8%	7	1,420
Styrum	4,5%	19,9%	73,	973
- Befragte, die in ihrem Wohnumfeld sehr starke Lärmbelästigungen beklagen!	4,8%	25,2%	71,	196

Das Gesundheitsempfinden verschiedener Bevölkerungsgruppen ist differenziert untersucht worden, die Ergebnisse enthält die Kapitel 3.5, 3.6 und 5. Zunächst soll der Einfluss bestimmter vorhandener Erkrankungen und Einschränkungen sowie der Erfahrungen mit Krankheiten auf das eigene Wohlbefinden und damit auf die Lebensqualität untersucht werden. Grundsätzlich sind dabei die zu erwartenden Zusammenhänge feststellbar.

3.2 Erfahrungen mit ernsthafte(n) Krankheiten

Auch die durchaus sensible Frage nach Erfahrungen mit ernsthafte(n) Krankheiten wurde von fast allen Befragten (97,8%) beantwortet, nur 65 Personen verweigerten hier die Auskunft. Von fünf der Befragten (81,2%) haben bereits Erfahrungen mit ernsthafte(n) Krankheiten gemacht, sei es bei sich selbst, in der Familie oder bei der Pflege anderer. In Abb. 10 wird der Einfluss dieser Erfahrungen auf den allgemeinen bzw. aktuellen Gesundheitszustand anhand der Einordnung der verschiedenen Gruppen in den Fragen 26 und 35 dargestellt.

Zunächst ist festzustellen, dass diejenigen, die bisher keinerlei Erfahrungen mit ernsthaften Krankheiten machen mussten, sich deutlich gesünder fühlen als der Durchschnitt, was nicht allein daraus resultiert, dass die unter 45-Jährigen naturgemäß in dieser Gruppe überrepräsentiert sind. Immerhin 16,1% sind älter als 65, aber niemand bezeichnet seinen allgemeinen Gesundheitszustand als „schlecht“, nur 5,9% stuften ihn als „weniger gut“ ein. Der Durchschnittswert auf dem aktuellen „Wohlfühlthermometer“ liegt mit 83,3 um 8 Punkte, und damit deutlich, über dem der Gesamtbevölkerung.

Abb. 10: Zusammenhänge zwischen Erfahrungen mit ernsthaften Erkrankungen und dem Gesundheitszustand

Anzahl	in%		Gesundheitszustand im Allgemeinen!					durchschnittl. aktueller Gesundheitszustand
			ausgezeichnet	sehr gut	gut	weniger gut	schlecht	
2.893		Befragte insgesamt	5,2	18,7	54,6	18,4	3,2	75,255
Erfahrungen mit ernsthaften Krankheiten bei sich selbst								
1.053	41,5%	ja	1,5	7,1	46,5	36,8	8,0	64,202
1.485	58,5%	nein	8,1	28,4	57,5	5,9	0,0	82,904
Erfahrungen mit ernsthaften Krankheiten in der Familie								
1.714	72,4%	ja	5,1	18,9	55,4	18,2	2,3	75,496
655	27,6%	nein	7,3	26,9	56,9	8,1	0,8	81,567
Erfahrungen mit ernsthaften Krankheiten bei der Pflege anderer								
745	38,4%	ja	5,5	18,0	56,6	18,5	1,3	75,147
1.197	61,6%	nein	6,9	26,6	53,9	11,0	1,6	80,216
ohne jede Erfahrungen mit ernsthaften Krankheiten								
477	16,5%		7,8	29,1	57,2	5,9	0,0	83,257

Am häufigsten werden Erfahrungen mit ernsthaften Erkrankungen in der Familie gemacht, nur die unter 35-Jährigen sind dabei unterrepräsentiert. Derartige Erfahrungen wirken sich jedoch kaum negativ auf das eigene Gesundheitsempfinden aus. Der aktuelle Gesundheitszustand wird von den Betroffenen mit einem Wert von 75,5 im Schnitt sogar etwas besser eingestuft als von allen Befragten. Die noch besseren Werte der Nicht-Betroffenen erklären sich aus der Altersstruktur.

Immerhin mehr als jede/-r Dritte hat Erfahrungen mit der Pflege ernsthafter Krankheiten bei anderen, die nicht zur Familie gehören. In dieser Gruppe sind die 45- bis unter 75-Jährigen deutlich überrepräsentiert. Trotzdem ist auch für diese Gruppe kein direkter Einfluss auf den eigenen Gesundheitszustand feststellbar. Der aktuelle Gesundheitszustand wird von den Betroffenen mit einem Wert von 75,1 ähnlich eingestuft wie im Durchschnitt, die Einstufungen des allgemeinen Gesundheitsempfindens unterscheiden sich ebenfalls kaum von der Allgemeinheit.

Ganz anders sieht das aus, wenn Befragte bereits eigene Erfahrungen mit ernsthaften Erkrankungen bei sich selbst gemacht haben, was für 41,1% der Fälle zutrifft. In dieser Gruppe liegen die Anteile derjenigen, die ihren allgemeinen Gesundheitszustand mit „weniger gut“ oder „schlecht“ beurteilen, jeweils mehr als doppelt so hoch wie im Schnitt, während niemand ohne diese Erfahrung einen „schlechten“ allgemeinen Zustand beklagt. Das aktuelle Wohlfühlthermometer für die Betroffenen einen Durchschnittswert von 64,2 und liegt damit um 18 Punkte unter dem Wert der Nicht-Betroffenen.

Zwar steigt auch hier naturgemäß mit zunehmendem Alter der Anteil derjenigen, die selbst schon Erfahrungen mit eigenen ernsthaften Erkrankungen gemacht haben, von 16,7% bei

den unter 25-Jährigen auf 69,5% bei den 75-Jährigen und Älteren. Aber auch unabhängig vom Alter lässt sich mit Hilfe einer Korrelationsanalyse ein direkter Zusammenhang zur subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustandes nachweisen, wie er in Abbildung 11 anhand der Antwortverteilungen auf die Fragen 26 und 35 beschrieben werden kann.

Abb. 11: Auswirkungen der Erfahrung ernsthafter Erkrankungen bei sich selbst auf den subjektiven Gesundheitszustand nach Altersgruppen

Altersgruppen	Erfahrungen ernsthafter Krankheiten bei sich selbst	Gesundheitszustand im Allgemeinen!					durchschnittl. aktueller Gesundheitszustand
		ausgezeichnet	sehr gut	gut	weniger gut	schlecht	
2.893	Befragte insgesamt	5,2	18,7	54,6	18,4	3,2	75,255
16 bis 24							
31 16,7%	ja	3,2	19,4	58,1	16,1	3,2	76,759
155 83,3%	nein	20,0	45,8	31,6	2,6	0,0	88,135
25 bis 34							
69 24,0%	ja	2,9	17,4	62,3	13,0	4,3	76,652
218 76,0%	nein	12,4	37,2	48,2	2,3	0,0	85,735
35 bis 44							
116 25,8%	ja	1,7	13,8	53,4	25,9	5,2	71,073
334 74,2%	nein	6,3	38,6	50,6	4,5	0,0	85,345
45 bis 54							
156 40,6%	ja	1,3	10,9	54,5	26,9	6,4	71,126
228 59,4%	nein	5,3	28,5	60,1	6,1	0,0	83,490
55 bis 64							
187 51,0%	ja	0,0	5,9	49,7	36,9	7,5	61,064
180 49,0%	nein	3,9	17,8	75,0	3,3	0,0	80,789
65 bis 74							
217 59,5%	ja	1,8	2,3	40,1	46,5	9,2	60,966
148 40,5%	nein	4,1	8,1	75,0	12,8	0,0	74,707
75 und älter							
189 69,5%	ja	0,5	1,6	33,9	54,0	10,1	52,399
83 30,5%	nein	1,2	2,4	78,3	18,1	0,0	67,000

Welchen Einfluss solche Erfahrungen mit eigenen ernsthaften Erkrankungen haben zeigt auch die Tatsache, dass selbst bei den Senior/-innen ab 75 Jahren niemand ohne derartige Erfahrungen seinen allgemeinen Gesundheitszustand als „schlecht“ und nicht einmal jede/r fünfte als „weniger gut“ einstuft. Bei denjenigen, die hochaltrig sind, dies schon ernsthaft erkrankungen hinter sich gebracht haben, beurteilt mehr als die Hälfte den allgemeinen Gesundheitszustand als „weniger gut“ und weitere 10,1% sogar als „schlecht“. Damit bestätigt die Mülheimer Umfrage die Feststellung aus dem Gesundheitsbericht für Deutschland (Robert Koch-Institut in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt (Hrsg.) 1998, Kap. 3.5):

„Personen mit einem subjektiv schlechten Gesundheitszustand leiden (also) nicht nur aus Altersgründen an einem schlechteren Allgemeinzustand, sondern waren häufig von schweren Vorerkrankungen betroffen.“

Erfahrungen mit eigenen ernsthaften Erkrankungen stehen auch häufig im Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen, die im folgenden Kapitel beschrieben werden.

3.3 Chronische Erkrankungen und Behinderungen

Für die Einschätzung der Ergebnisse auf die Fragen vorliegenden Behinderungen ist an dieser Stelle noch hinzuweisen, dass eine Bürgerumfrage nur eigene subjektive medizinisch diagnostizierte Krankheiten haben, lässt sich nicht nachweisen. Aus diesem Grund mit Daten z.B. des medizinischen Dienstes der

nach chronischen Erkrankungen und einmal auf den bedeutsamen Aspekt schätzungen erheben kann. Inwieweit Einfluss auf die Beantwortung gefunden d besteht keine direkte Vergleichbarkeit mit den Krankenkassen.

Zu der Frage nach dem Vorliegen einer Behinderung wurde jeweiligen Grad erbeten worden. Insofern kann hier die Frage des Versorgungsamtes ein objektiver Maßstab an

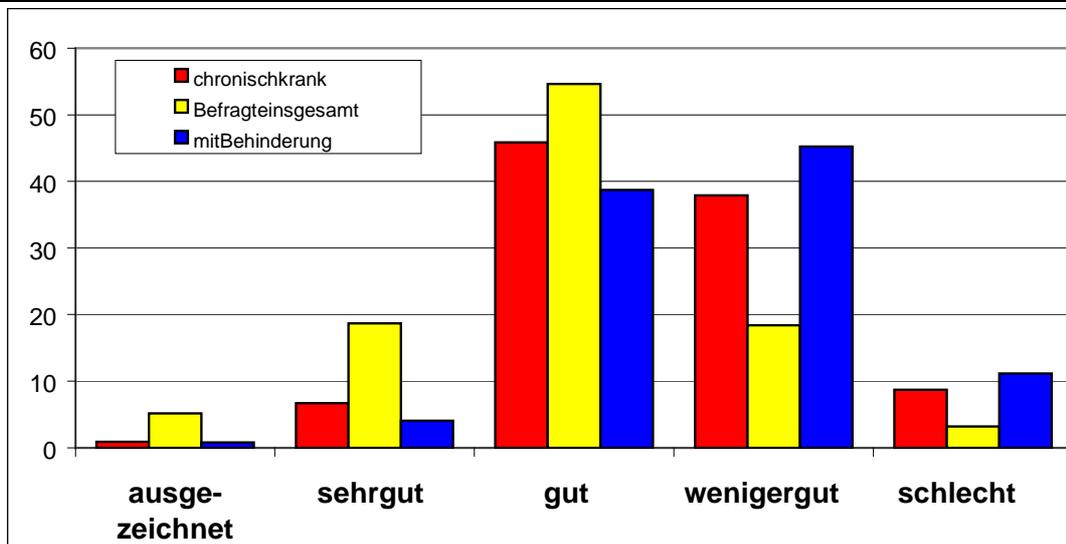
zusätzlich die Angabe nach dem unterstellt werden, dass durch die Prüfungen zu nehmen ist.

Gutein Drittel der Befragten leidet unter chronischen Erkrankungen, mehr als jede/r Fünfte gibt vorliegende Behinderungen an. Derartige Beeinträchtigungen haben naturgemäß einen starken Einfluss auf das subjektive Gesundheitsempfinden.

hen Erkrankungen, mehr als jede/r Fünfte r ächtigungen haben naturgemäß einen inden.

Abb. 12: Der Einfluss chronischer Erkrankungen und vorliegender Behinderungen auf den subjektiven Gesundheitszustand

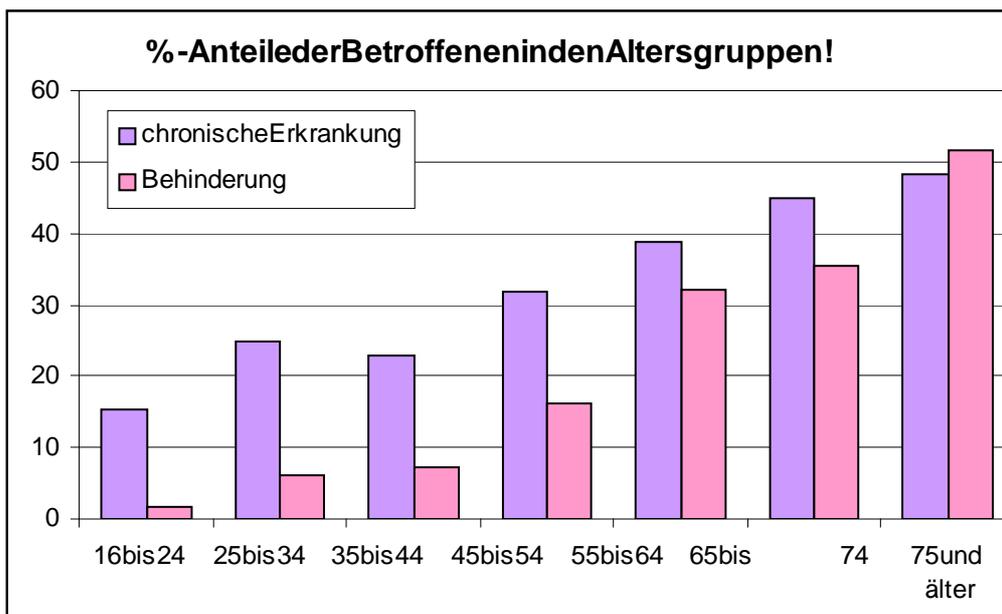
Angaben in Prozent		Gesundheitszustand im Allgemeinen!					durchschnittl. Persönlicher Gesundheitszustand	
abs.	in%	Befragte insgesamt	ausgezeichnet	sehr gut	gut	weniger gut	schlecht	
921	33,2%	chronischkrank	0,9	6,7	45,8	37,9	8,7	63,268
1.850	66,8%	kein chronisches Leiden	7,5	25,2	58,9	8,1	0,3	8 1,379
617	22,2%	mit Behinderung	0,8	4,1	38,7	45,2	11,2	57,611
2.160	77,8%	ohne Behinderung	6,5	23,2	59,1	10,4	0,8	80,227



Den scheinbar etwas stärkeren negativen Einfluss des Alters. Zwar steigt in beiden Fällen die Betroffenheit aber mehr als die Hälfte der „Behinderten“ bereits jede/r Zehnte unter 45, treten chronische Erkrankungen auf. Immerhin jede/r vierte Befragte mit „nur“ 39,6% sind älter als 65 Jahre. In allen Altersgruppen der chronisch Kranken über der der Behinderten (s.

r Behinderungen erklärt einmal mehr die Einheit mit zunehmendem Alter, während 65 Jahre oder älter sind und nicht einmal in den deutlich stärker schon in jüngeren chronischen Erkrankungen ist jünger als 45, in den Gruppen unter 75 Jahren liegt die Quote hierzu Abb. 13).

Abb.13:AnteilechronischErkrankterundBehindert erindenAltersgruppen



Nachdem Geschlecht fällt der Anteil der chronisch Kranken bei den Frauen mit 34,3% zu 32,1% Behinderten etwas höher aus, während die Behinderungsquote bei den Männern höher ist (24,0% Behinderte gegenüber 20,7% chronisch Kranke).

Auf die wachsende Bedeutung der chronischen, nicht heilbaren Erkrankungen und Behinderungen, mit der die „... subjektive Belastung, das subjektive Wohlbefinden und die Lebensqualität in das Blickfeld der Gesundheitsstatistik ...“ rücken, ist schon oben in Kapitel 2.1 hingewiesen worden. Dadurch haben sich auch die Anforderungen an das Gesundheitswesen verändert. „Heute brauchen Patienten verstärkt angemessene Information, Betreuung und Rehabilitation, damit sie ihre Krankheit bewältigen können und trotz gesundheitlicher Einschränkungen in der Lage sind, ein selbstbestimmtes Leben zu führen“ (Robert Koch-Institut-Statistisches Bundesamt 1998, Kap.3.5).

Aus der Tabelle in Abbildung 14 ist zu erkennen, dass chronische Erkrankungen und Behinderungen durchaus zusammen vorkommen, sei es, dass die Befragten zwei verschiedene Leiden beklagen oder dass sie ihre Behinderung gleichzeitig auch als chronische Erkrankung empfinden. Die Verteilung zeigt, dass mehr als zwei Drittel der Behinderten eine chronische Erkrankung angeben, während von den chronisch Kranken weniger als die Hälfte (45,6%) eine Behinderung aufweisen.

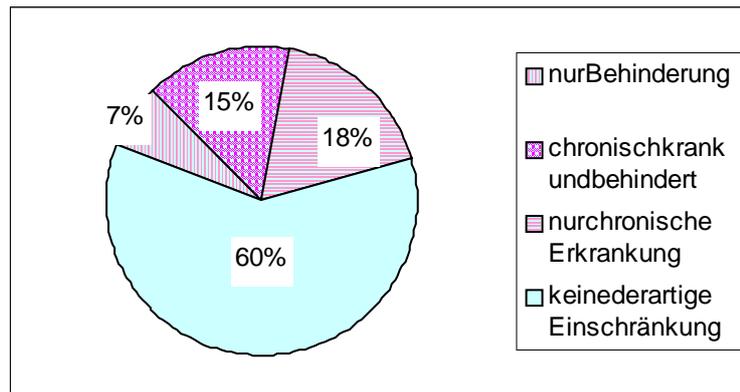
3.4 Beeinträchtigung der subjektiven Gesundheit

Die Fragen 30 bis 34 bitten konkret um die Einstufung verschiedener Beeinträchtigungen des Gesundheitsempfindens im täglichen Leben. Damit sollen analog zu dem EuroQol-Fragebogen mit seinem Konzept der fünf Dimensionen der Lebensqualität die physische Gesundheit (Schmerzen, körperliche Beschwerden, Bewe glichkeit, Selbstversorgung, alltägliche Tätigkeiten) und die psychische Gesundheit (Angst, Niedergeschlagenheit) erfasst werden. Die Angaben auf alle fünf Fragen können in einer Kennziffer zusammengefasst werden, die mit der Einordnung des Gesundheitszustandes auf einer vorgegebenen Skala („Rating Scale“-Verfahren, vgl. Frage 35) verglichen werden kann.

Abb.14:ZusammenhängezwischenchronischenErkrank ungenundBehinderungen

!8.LeidenaneinerchronischenErkrankung*29.Li egteineBehinderung vorKreuztabelle

Anzahl		29.Liegt eine Behinderung vor		Gesamt
		Ja	Nein	
28.Leidenaneiner chronischenErkrankung	Ja	413	493	906
	Nein	188	1659	1847
Gesamt		601	2152	2753



Wieder ist zunächst eine insgesamt hohe Antwortbereitschaft festzustellen. 95% der Befragten konnten und wollten sich zu ihren eigenen aktuellen Einschränkungen im Einzelnen äußern, 93,1% machten sogar Angaben zu allen fünf abgefragten Dimensionen. Dabei fällt allerdings auf, dass zu den beiden Bereichen, in denen die stärkste Betroffenheit vorliegt, etwas weniger Antworten vorliegen. Dabei handelt es sich um die Komplexe, in denen nach „Schmerzen und körperlichen Beschwerden“ sowie nach „Angst und Niedergeschlagenheit“ gefragt wird.

Wieder ist zunächst eine insgesamt hohe Antwortbereitschaft festzustellen. 95% der Befragten konnten und wollten sich zu ihren eigenen aktuellen Einschränkungen im Einzelnen äußern, 93,1% machten sogar Angaben zu allen fünf abgefragten Dimensionen. Dabei fällt allerdings auf, dass zu den beiden Bereichen, in denen die stärkste Betroffenheit vorliegt, etwas weniger Antworten vorliegen. Dabei handelt es sich um die Komplexe, in denen nach „Schmerzen und körperlichen Beschwerden“ sowie nach „Angst und Niedergeschlagenheit“ gefragt wird.

Die Befragten konnten für die fünf Dimensionen den Grad ihrer Einschränkungen in drei Stufen gewichten. Erfreulich viele Befragte (45,8%) gaben an, in keinem Bereich Probleme zu haben. Weitere 23,6% hatten nur in einem der Bereiche leichte Probleme. Damit können fast die Hälfte der Befragten ein von Einschränkungen völlig freies, mehr als zwei Drittel der Befragten ein relativ unbelastetes Leben führen. Große Probleme in mindestens einem Bereich weisen nur 169 Befragte (6,3%) auf, von denen aber fast jede/r vierte (40) sogar in mehreren Bereichen stark beeinträchtigt ist. Die Grafik in der Abbildung 15 vergleicht die Ergebnisse für die verschiedenen Dimensionen.

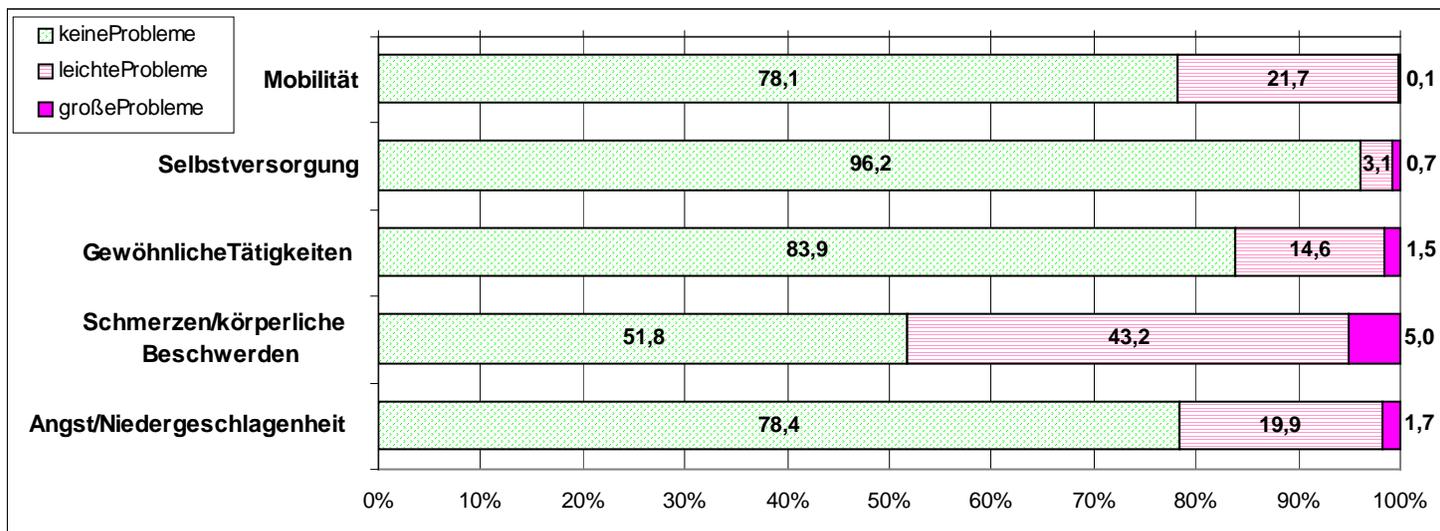
Die Befragten konnten für die fünf Dimensionen den Grad ihrer Einschränkungen in drei Stufen gewichten. Erfreulich viele Befragte (45,8%) gaben an, in keinem Bereich Probleme zu haben. Weitere 23,6% hatten nur in einem der Bereiche leichte Probleme. Damit können fast die Hälfte der Befragten ein von Einschränkungen völlig freies, mehr als zwei Drittel der Befragten ein relativ unbelastetes Leben führen. Große Probleme in mindestens einem Bereich weisen nur 169 Befragte (6,3%) auf, von denen aber fast jede/r vierte (40) sogar in mehreren Bereichen stark beeinträchtigt ist. Die Grafik in der Abbildung 15 vergleicht die Ergebnisse für die verschiedenen Dimensionen.

Schmerzen und körperliche Beschwerden spielen im täglichen Leben eine vergleichsweise große Rolle. „Schmerzen können als Warnsignal auf eine Gesundheitsgefährdung oder Gesundheitsstörung aufmerksam machen, als länger anhaltende Schmerzzustände das Wohlbefinden und die Lebensqualität beeinträchtigen oder sich zu eigenständigen Krankheitsbildern oder Schmerzsyndromen entwickeln“ (Robert Koch-Institut (Hrsg.): Gesundheitsberichterstattung des Bundes-Themenhefte, Heft 7 (2002), Einleitung).

Fast die Hälfte der Befragten ist davon betroffen, jede/r Zwanzigste beklagt sogar extreme Schmerzen. Sie beeinflussen auch am stärksten sowohl den allgemeinen als auch den aktuellen Gesundheitszustand, wie das Ergebnis einer Korrelationsanalyse zeigt. Dies belegen auch die Vergleichsdaten in den Kreuztabellen der Abbildung 16: Während mit 96,9% fast

alle Befragten ohne derartige Probleme ihren allgem einen Gesundheitszustand als „gut“ oder besser bezeichnen, beurteilen 91,2% dervonS chmerzenBetroffenendenallgemeinen Gesundheitszustand als „weniger gut“ oder „schlecht“.

Abb.15: Probleme aufgrund unterschiedlicher Beeinträchtigungen



Fast drei Viertel (73,7%) derjenigen, die in Frage 27 angegeben haben, Erfahrungen mit ernsthaften Erkrankungen bei sich selbst gemacht zu haben, klagen auch aktuell über Schmerzen und Beschwerden, in der Gruppe ohne derartige Erfahrungen sind das nur 29,0%. Damit bestätigt sich eine weitere Feststellung aus dem Gesundheitsbericht für Deutschland 1998 (ebda.) , „... daß sich vorliegend e Beschwerden auch als unmittelbare Krankheitsfolge bewerten lassen“. Noch etwas stärker fällt der Zusammenhang bei vorliegenden chronischen Erkrankungen aus (78,1% zu 32,9%).

Schmerzen und körperliche Beschwerden beeinträchtigen in besonderer Weise sowohl die Fähigkeit, sich selbst zu versorgen, als auch die Ausübung gewöhnlicher Tätigkeiten wie die Arbeit oder Hausarbeit sowie Familien- und Freizeitaktivitäten. Zwar sind dabei auch Jüngere in Einzelfällen betroffen, mit zunehmendem Alter zu. Von den 65- bis unter 75-Jährigen lebt nur noch jede/-r Dritte völlig schmerzfrei, von den ab 75-Jährigen nicht einmal mehr jede/-r Fünfte.

Noch stärker sind die **Mobilitätsbeschränkungen** vom Alter bestimmt, die allerdings „nur“ von 21,8% der Befragten als Problem empfunden werden. Zwar kommt „Bettlägerigkeit“ bei denen, die an der Umfrage teilgenommen haben, soweit sie gar nicht vor, leichte Probleme beim Gehen haben aber ca. 4% der unter 45-jährigen gegenüber 61,5% der Ältesten. Derartige Problemewirkensich auf das aktuelle Gesundheitsempfinden stark negativ aus.

Ängste und Niedergeschlagenheit (Depressionen) beeinflussen das Wohlbefinden von 21,6% der Befragten, wobei diese häufiger auch als extrem problematisch wahrgenommen werden. Dies betrifft auch die jüngeren und die mittleren Altersjahrgänge. Allerdings wirken sich derartige Probleme nicht so stark auf die Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes aus wie andere krankheitsbedingte Einschränkungen.

Die Vergleichsdaten der Kreuztabellen in Abbildung 16 belegen, dass von denjenigen, die extreme Ängste oder Depressionen empfinden, Einzelfälle trotzdem einen „ausgezeichneten“ oder „sehr guten“ allgemeinen Gesundheitszustand angeben, „nur“ ein Viertel dieser Gruppe bezeichnen den allgemeinen Gesundheitszustand explizit als „schlecht“. Bei allen

anderen als extrem empfundenen Beeinträchtigen fühlt sich niemand „ausgezeichnet“ und dieschlechtenEinstufungenvariierenzwischenmehr als40und75%.

Abb. 16: Der Zusammenhang zwischen dem Gesundheitszustand im Allgemeinen und unterschiedlichen Beeinträchtigungen

Anzahl	in%		Gesundheitszustand im Allgemeinen!					durchschnittl. aktueller Gesundheitszustand
			ausgezeichnet	sehr gut	gut	weniger gut	schlecht	
2.893		Befragte insgesamt	5,2	18,7	54,6	18,4	3,2	75,255
Mobilitätseinschränkungen								
2.175	78,3%	keine	6,5	23,9	59,4	9,6	0,6	80,347
598	21,5%	leichte	0,3	1,3	37,1	48,8	12,4	55,886
4	0,1%	extreme	0,0	0,0	0,0	25,0	75,0	23,333
Probleme sich selbst zu versorgen								
2.682	96,3%	keine	5,4	19,5	56,2	17,2	1,8	76,478
85	3,1%	leichte	0,0	2,4	14,1	50,6	32,9	42,288
19	0,7%	extreme	0,0	5,3	15,8	21,1	57,9	31,071
Probleme bei alltäglichen Tätigkeiten								
2.349	84,0%	keine	6,1	22,1	60,3	10,9	0,6	79,537
406	14,5%	leichte	0,5	2,0	25,6	59,1	12,8	53,058
42	1,5%	extreme	0,0	0,0	4,8	38,1	57,1	28,179
Schmerzen/körperliche Beschwerden								
1.445	52,1%	keine	9,5	31,6	55,8	3,0	0,1	84,756
1.189	42,9%	leichte	0,7	6,0	57,7	32,9	2,8	67,328
137	4,9%	extreme	0,0	0,0	8,8	51,1	40,1	41,802
Ängste/Niedergeschlagenheit								
2.148	78,3%	keine	6,3	22,4	56,0	14,2	1,2	78,426
548	20,0%	leichte	1,5	8,2	51,6	30,5	8,2	66,026
47	1,7%	extreme	2,1	2,1	21,3	46,8	27,7	44,889

Vergleicht man die Daten der Abbildungen 10 und 16, bestätigt sich eine weitere Aussage aus dem Gesundheitsbericht für Deutschland:

„Beeinträchtigungen des Gesundheitszustandes gehen eher von alltäglichen Behinderungen aus als von Vorerkrankungen.“

3.5 Demographische Einflüsse auf den Gesundheitszustand

Mueller/Heinzel-Gutenbrunner (2001, S. 201) unterscheidet beiden Indikatoren der horizontalen und der vertikalen Ungleichheit, die zu Faktoren zusammengefasst auch als demographische bzw. sozialstrukturelle Variablen bezeichnet werden können.

3.5.1 Das Alter als wichtige Determinante der Gesundheit

„Als wichtigste Determinante von Gesundheit wird im Allgemeinen das Alter betrachtet ...“ (ebda., S. 123). Dies bestätigt auch die Mülheimer Befragung (vgl. hierzu oben die Abb. 9, 11 und 13 sowie die entsprechenden Ausführungen in den Kapiteln 3.2 bis 3.4). Entsprechend den Erwartungen aufgrund vorliegender Ergebnisse aus anderen Studien (nicht nur für die deutsche Bevölkerung) nehmen auch in Mülheim am Ruhr fast alle Gesundheitsindikatoren mit zunehmendem Alter tendenziell schlechtere Werte an. „Beschwerden, funktionale Beeinträchtigungen und chronische Erkrankungen nehmen zu. Die selbsteinge-

schätzte Gesundheit wird schlechter...“ (Mueller/H einzel-Gutenbrunner 2001, S. 123; siehe hierzu auch oben, Abb. 13).

Abb. 17: Die Verschlechterung der Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes mit zunehmendem Alter

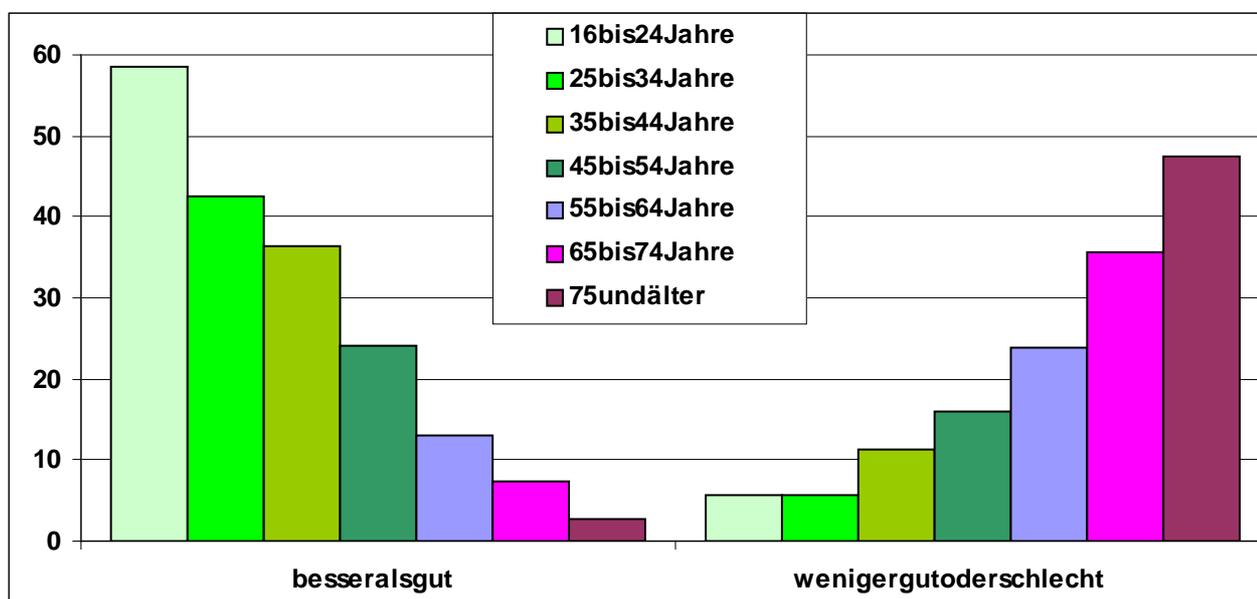


Abbildung 17 zeigt eindrucksvoll diese fast kontinuierliche Verschlechterung der subjektiven Gesundheitseinschätzung mit zunehmendem Alter anhand der Auswertung der Antworten auf die Frage 26: „Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen bezeichnen?“. Zusammengefasst sind für die unterschiedlichen Altersgruppen jeweils die Prozentanteile derjenigen, die die beiden besten beziehungsweise die beiden schlechtesten Einstufungen gewählt haben. Die mittlere Einstufung auf der Fünfer-Skala ist dabei nicht abgebildet.

Gesundheitlich „besser als gut“ fühlen sich deutlich mehr als die Hälfte der unter 25-Jährigen, mehr als ein Drittel der 25- bis unter 45- und fast ein Viertel der 45- bis unter 55-Jährigen. Alle diese Altersgruppen liegen im Schnitt über dem Durchschnitt der Befragten, alle Gruppen ab 55 Jahren fühlen sich im Schnitt gesundheitlich schlechter. So bezeichnet fast jede/r Vierte 55- bis unter 65-Jährige den allgemeinen Gesundheitszustand als „weniger gut“ oder „schlecht“, bei den 65- bis 74-Jährigen fast jede/r Dritte und bei den ab 75-Jährigen fast jede/r Zweite.

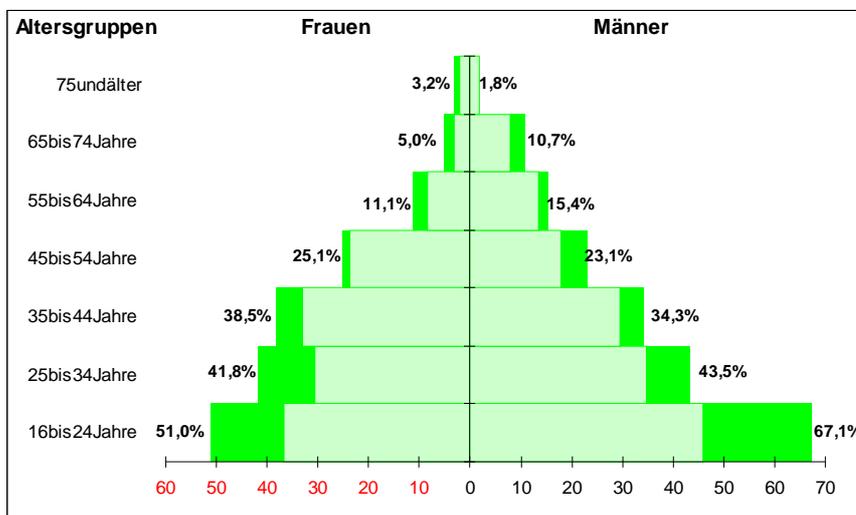
3.5.2 Geschlechtsspezifische Unterschiede

Die zweite demographische Variable, die auf den ersten Blick das subjektive Gesundheitsempfinden entscheidend zu beeinflussen scheint, ist das Geschlecht. Denn der Anteil der Befragten, die bei der Frage 26 ihren allgemeinen Gesundheitszustand als „weniger gut“ oder „schlecht“ einstufen, liegt mit 23,5% deutlich über dem der Männer (19,3%), von denen sich wiederum 26,0% besser als gut fühlen, gegenüber 22,4% bei den Frauen. Auch das aktuelle Gesundheitsempfinden der Frauen fällt bei der Bewertung aus Frage 35 (vgl. oben, Abb. 8) im Schnitt mit einem Wert von 74,83 um einen Punkt geringer aus als bei den Männern (Ø=75,82). Dies würde auch den von Mueller / Heinzl-Gutenbrunner (2001, S. 123) für Ost- und Westdeutschland veröffentlichten Ergebnissen entsprechen. In dieser Studie „... weisen Frauen in Bezug auf alle ... betrachteten Gesundheitsindikatoren schlechtere Werte auf.“ (ebd. a.) Da aus den Daten zur Bevölkerungsstruktur bekannt ist, dass die Frauen in MülheimanderRuhr mit durchschnittlich 45,8

Jahren im Schnitt ca. 3½ Jahre älter sind als die männlichen Einwohner der Stadt, ist zu prüfen, ob die Unterschiede im Gesundheitsempfinden der Geschlechter sich nicht alleine aus dieser Altersstruktur erklären. Denn im Gesundheitsbericht für Deutschland ergaben sich „Bis zum Alter von 40 Jahren... zwischen Männern und Frauen kaum Unterschiede. Ab dann bezeichnen Frauen ihren Gesundheitszustand generell schlechter als gleichaltrige Männer“ (Robert Koch-Institut in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt (Hrsg.) 1998, Kap. 3.5; vgl. auch Stich 2004, S. 19).

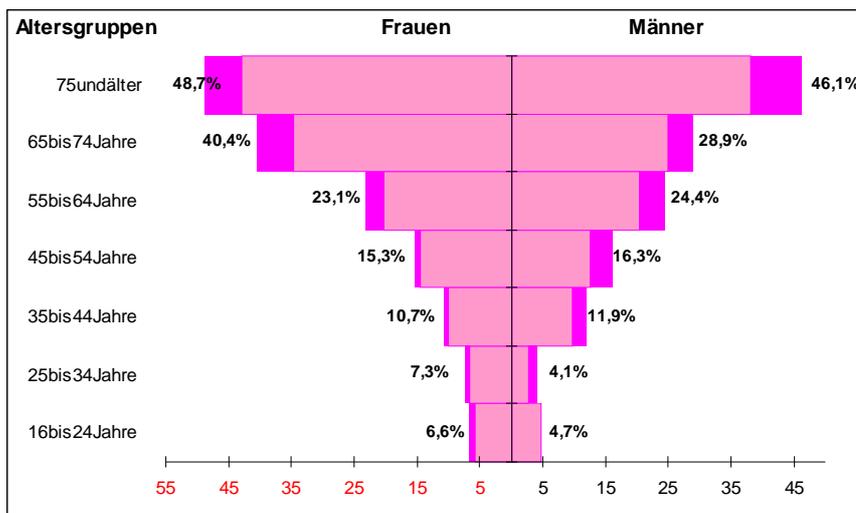
Das Ergebnis der Prüfung für die Mülheimer Bevölkerung ist in den beiden folgenden Abbildungen in „Pyramidenform“ dargestellt. Gegenübergestellt sind jeweils die Anteile derjenigen Frauen und Männer, die ihren allgemeinen Gesundheitszustand mit „besser als gut“ (in Abb. 18) bzw. mit „schlechter als gut“ bewerten (in Abb. 19), und zwar differenziert für 10-Jahres-Altersgruppen.

Abb. 18: Anteil der Befragten, die ihren allgemeinen Gesundheitszustand mit „ausgezeichnet“ oder „sehr gut“ einstufen nach Alter und Geschlecht



Beiden jüngsten Befragten unter 25 Jahren fühlt sich Männer deutlich häufiger „besser als gut“ als Frauen. Etwas weniger ausgeprägt gilt das auch für die 25- bis unter 35-Jährigen. Gleichzeitig stufen von diesen jüngeren Befragten auch mehr Frauen als Männer ihren Gesundheitszustand als „weniger gut“ oder „schlecht“ ein. Für die unter 35-Jährigen bestätigt sich also zunächst die These vom schlechteren Gesundheitsempfinden der weiblichen Bevölkerung.

Abb. 19: Anteil der Befragten, die ihren allgemeinen Gesundheitszustand mit „weniger gut“ oder „schlecht“ einstufen nach Alter und Geschlecht



Völlig gegensätzlich fällt der Geschlechtervergleich dagegen in den mittleren Altersjahrgängen aus. Bei den 35- bis unter 55-Jährigen bewerten mehr Frauen als Männer ihren Gesundheitszustand „besser als gut“. Und auch der Anteil derjenigen, die sich schlechter fühlen, fällt bei den Frauen geringer aus als bei den Männern dieser Altersgruppe.

Von den 55- bis unter 65-Jährigen, die sich zwischen Arbeit und Ruhestand befinden, beurteilen

63,2% ihren allgemeinen Gesundheitszustand als „gut“, mehr als in allen anderen Alters-

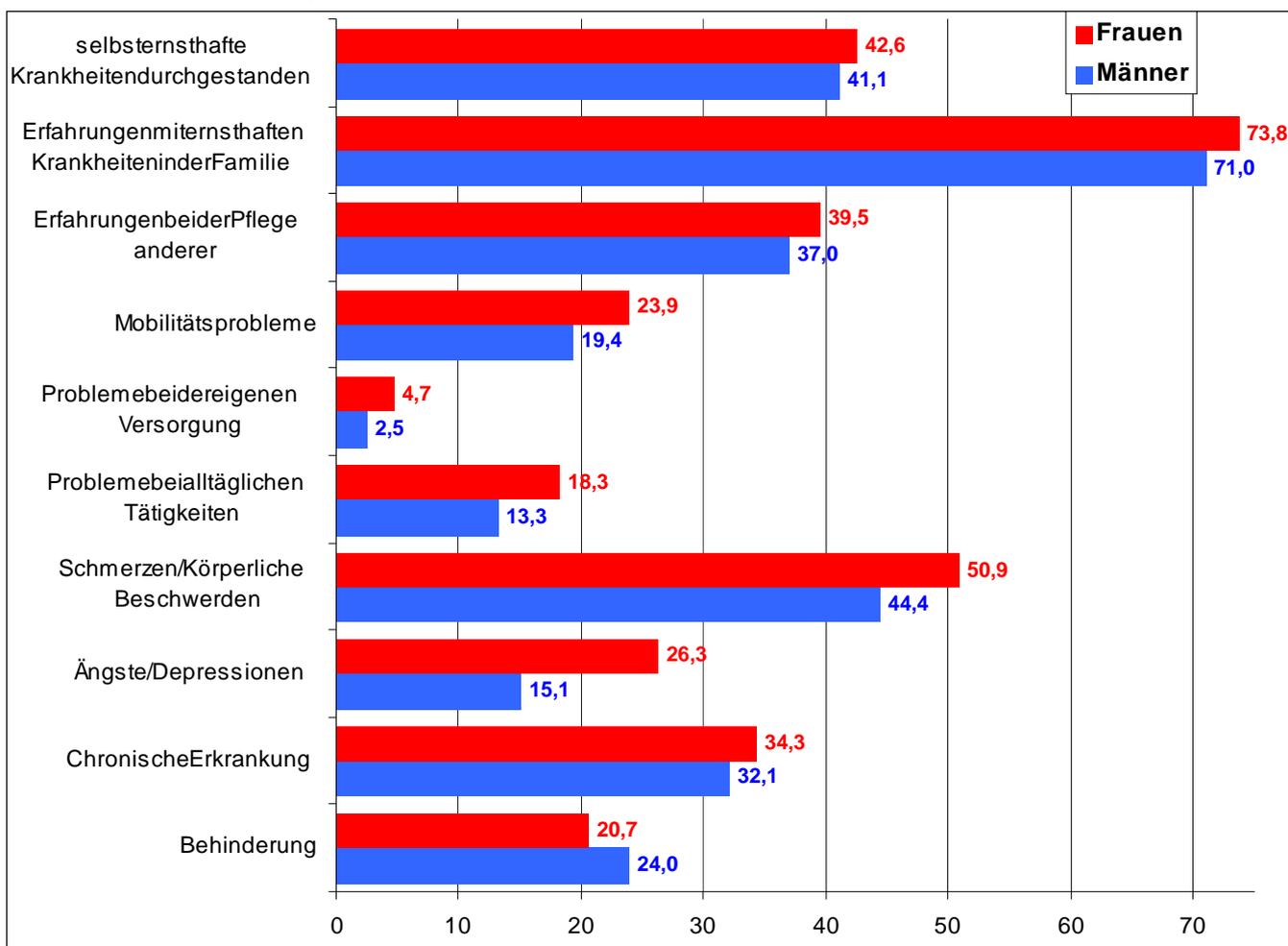
gruppen. Sowohl besser als auch schlechter fühlen sich als Frauen. Erst ab 65 Jahren empfinden wieder deutlich schlechter als gut. Bei den Hochaltrigen zwischen den Geschlechtern wieder an, wobei sich etw

ich in dieser Lebensphase eher Männer als Frauen empfinden. Bei den Hochaltrigen ab 75 gleichen sich die Werte an, wobei sich etw

Damit bestätigen die Mülheimer Daten nur bedingt die Ergebnisse für Deutschland (Robert Koch-Institut in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt, Hrsg., 1998), der für die unter 40-Jährigen keine geschlechtsspezifischen Unterschiede feststellt. Allerdings kommt die Auswertung der Frauenzustand der Mülheimer in allen Altersgruppen ab 45 Jahren für die Frauen auf schwächere Durchschnittswerte als für die Männer.

e Ergebnisse des Gesundheitsberichtes bestätigen die Ergebnisse des Statistischen Bundesamtes für die Frauen ab 35 Jahren für die Frauen auf schwächere Durchschnittswerte als für die Männer.

Abb. 20: %-Anteile der jeweils Betroffenen differenziert nach dem Geschlecht



Etwas überraschend lassen sich bei der Frage nach Einschränkungen - am eigenen Leib, in der Familie oder bei der geschlechtsspezifische Unterschiede feststellen. Da bedingter Einschränkungen von Frauen deutlich stärker nicht alleine auf das höhere Durchschnittsalter der spricht der Feststellung von Müller/Heinzel-Gutenbrüglich aller Gesundheitsindikatoren schlechtere Werte (Stich 2004, S. 19).

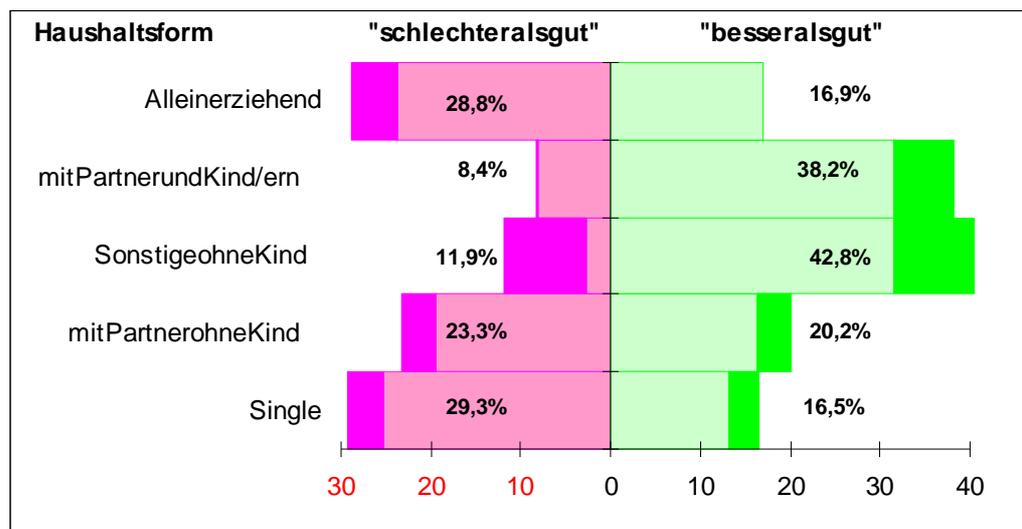
Erfahrungen mit ernsthafte Krankheiten in der Familie - nur sehr geringfügige gegenüber werden alle Formen krankheitsempfinden als von Männern, was Frauen zurückzuführen ist. Dies entspricht der Feststellung von Müller/Heinzel-Gutenbrüglich (2001, S. 123), dass Frauen bedingter Einschränkungen aufweisen als Männer (ähnlich auch Stich 2004, S. 19).

DassFrauenetwashäufigerunterchronischenErkrankungenleiden,MännerdafürhäufigerunterBehinderungen,wurdeinKapitel3.3bereitsbeschrieben.AllerdingsfälltderGradderBehinderungbeidenbetroffenenMännernnichthöerausalsbeidenbetroffenenFrauen.

3.5.3UnterschiedenachderLebensform(Haushaltszusammehänge)

Als dritter vertikaler Gesundheitsindikator kann aus der Mülheimer Bürgerumfrage die Form des Zusammenlebens mit anderen Personen in einem Haushalt untersucht werden. Dabei werden fünf Haushaltsgruppen verglichen, die aufgrund unterschiedlicher Angaben im Fragebogen zusammengefasst wurden und die in der Abbildung 21 hinsichtlich der Einstufung ihres allgemeinen Gesundheitsempfindens (Frage 26) vorgestellt werden.

Abb. 21: Anteil der Befragten, die ihren allgemeinen Gesundheitszustand „besser als gut“ bzw. „schlechter als gut“ eingestuft haben nach der Haushaltsform



„Die Literatur berichtet überwiegend, dass Personen, die mit einem Partner zusammenleben, eine bessere Gesundheit ... haben als Personen ohne Partner ...“, wobei als bekannt beschrieben wird, „... dass dieser Zusammenhang eher Folge eines Selektionseffektes und nicht einer direkt protektiven Wirkung von Partnerschaft ist“ (Mueller/Heinzel-Gutenbrunner 2001, S.202). Diese allgemeine Aussage bestätigt sich auch für MülheimanderRuhr, denn Singles und Alleinerziehende bewerten ihren allgemeinen Gesundheitszustand nach der Auswertung der Frage 26 signifikant häufiger schlechter als gut und entsprechend weniger häufig besser als gut als die in Partnerschaft lebenden Befragten (vgl. Abb. 21).

Abb. 22: Durchschnittlicher aktueller Gesundheitszustand in Frage 35 nach der Haushaltsform

Befragten nach der Lebensform	durchschnittl. aktueller Gesundheitszustand	Durchschnittsalter in Jahren
Single	70,819	57,9
mit Partner ohne Kind	73,465	56,7
Sonstige ohne Kind	82,521	35,1
mit Partner und Kind/ern	83,819	38,3
Alleinerziehend	75,019	38,6
zum Vgl.: Alle Befragten	75,255	52,1

Vergleicht man die Durchschnittswerte der Angaben auf dem „Aktuellen Wohlfühlthermometer“ aus Frage 35 (s. oben, Kap. 3.1) für diese Lebensformen und gibt jeweils noch das Durchschnittsalter dieser Gruppen an, so zeigt sich, dass besonders die Singles mit den in Partnerschaftshaushalten ohne Kinder Lebenden sowie die Allein-

erziehenden mit den in Zwei-Eltern-Familien mit Kindern Lebenden aufgrund der jeweils ähnlichen Altersstruktur gut vergleichbar sind.

Es zeigt sich, dass Singles mit Abstand den schlechtesten Durchschnittswert erreichen, sie fühlen sich in allen Altersgruppen im Schnitt schlechter als Befragte, die in kinderlosen Paarhaushalten leben. Alleinerziehende beurteilen ihren aktuellen Gesundheitszustand insgesamt sogar schlechter als die Gesamtheit der Befragten, auch wenn sie im Schnitt sehr viel jünger sind. In den Altersgruppen der unter 45-Jährigen, in denen die Alleinerziehenden stark vertreten sind, weisen sie verglichen mit allen anderen Lebensformen jeweils den schlechtesten subjektiven Gesundheitszustand auf. Insgesamt am besten stufen sich die jüngeren Befragten ein, die mit Partner und Kindern unter 18 Jahren in einem Haushalt leben. Dabei ordnen sich bei den unter 35-Jährigen die kinderlosen Paarbeziehungen im Schnitt noch etwas besser ein, erst in den Altersgruppen zwischen 35 und unter 65 Jahren stufen sie sich im Paarhaushalt mit Kindern lebenden Befragten besser ein als alle, die in anderen Haushaltsformen leben.

Die insgesamt bessere durchschnittliche Einstufung der Sonstigen, die ohne Partner und Kinder in Mehrpersonenhaushalten leben, erklärt sich vor allem daraus, dass es sich dabei in fast der Hälfte der Fälle um unter 25-Jährige handelt.

3.6 Sozialstrukturelle Einflüsse auf den Gesundheitszustand

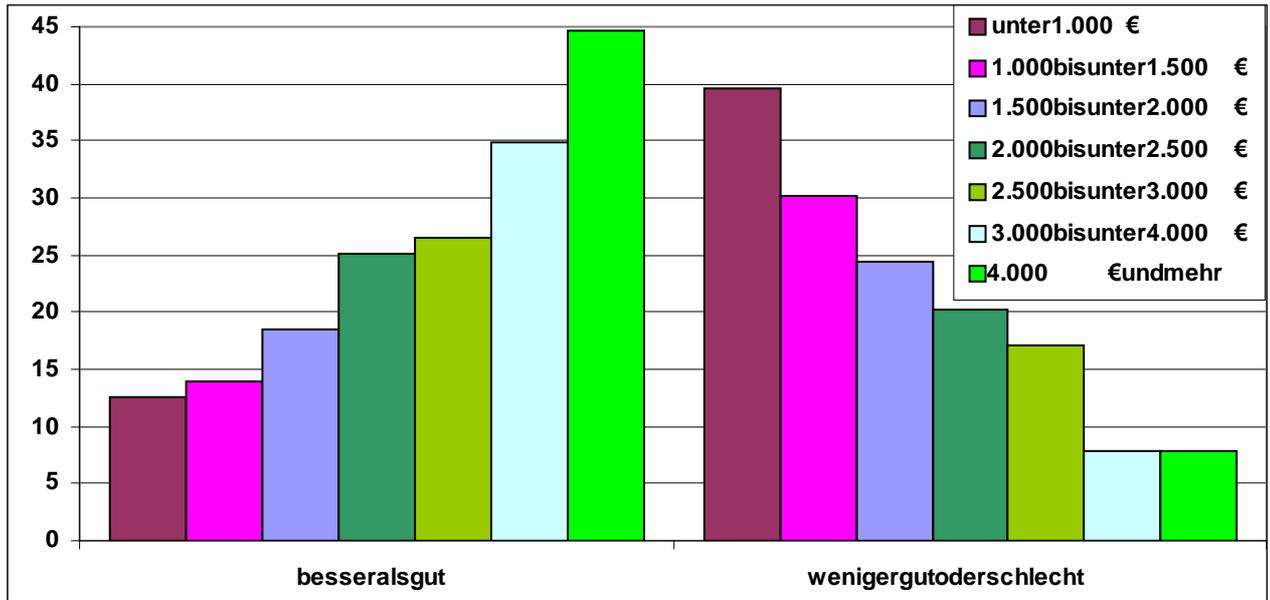
Während die demographischen Variablen als vertikale Indikatoren bezeichnet werden - so bleibt beispielsweise die Differenzierung der Variable Geschlecht nach männlich/weiblich wertneutral -, beschreiben die sozialstrukturellen Variablen als Indikatoren horizontale Ungleichheiten. Das heißt, dass auch soziale Unterschiede, unabhängig von Alter, Geschlecht oder Lebensform, Auswirkungen auf den Gesundheitszustand der Befragten haben können. Aus der Mülheimer Bürgerumfrage lassen sich hierin erste Einkommensunterschiede auswerten, die nach Mueller/Heinzel-Gutenbrunner (2001, S. 158) „... von den ... Sozialstatusindikatoren ... deutlich ... den stärksten Einfluss auf die selbsteingeschätzte Gesundheit ...“ haben.

3.6.1 Einkommensverhältnisse und Gesundheitsempfinden

Sowohl bei den demographischen Indikatoren für das Alter als wichtigster Determinante ein klarer Zusammenhang mit dem Gesundheitsempfinden festzustellen ist (vgl. Kapitel 3.5.1, Abb. 17), lässt sich anhand der Antworten bei der Mülheimer Bürgerumfrage 2003 bei den sozialstrukturellen Indikatoren für die Variable Einkommen ein eindeutiger Zusammenhang feststellen. Damit bestätigt sich der „wesentliche Befund“ der Studie von Mueller/Heinzel-Gutenbrunner (2001) „... dass von den ... Sozialstatusindikatoren das Einkommen deutlich ... den stärksten Einfluss auf die selbsteingeschätzte Gesundheit hat“ (ebda., S. 158).

Abbildung 23 zeigt, wie mit zunehmendem Haushaltseinkommen der Befragten der Anteil derjenigen, die ihren allgemeinen Gesundheitszustand besser als gut einschätzen, ansteigt. Vor allem in den beiden höchsten Einkommensgruppen fällt der Zuwachs deutlich aus. Gleichzeitig sinkt der Anteil derjenigen, die ihre Gesundheit mit schlechter als gut bewerten, wobei die deutlichsten Rückgänge für die Einkommensgrenzen von unter 1.000 € oder mehr und bei der Grenze von unter 3.000 € oder mehr festzustellen sind. Im Gegensatz zum anhaltenden Anstieg der sich besser Einstufenden in der höchsten Einkommensgruppe ab 4.000 € sinkt der Anteil der sich schlechter Einstufenden in dieser Gruppe nicht mehr. Das ist in erster Linie darauf zurückzuführen, dass Befragte mit den höchsten Haushaltseinkommen meist den mittleren Altersgruppen zuzuordnen sind, die mit ihren Partnern im Haushalt zusammenleben, sei es mit Kindern oder ohne Kinder.

Abb.23: Der Zusammenhang zwischen dem Haushaltseinkommen und der Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes



Um diesen Effekt abzumildern, wurde das Haushaltseinkommen unter Berücksichtigung der Anzahl der Personen im Haushalt in ein Pro-Kopf-Einkommen umgerechnet. Dieses Einkommen kann nicht als Wert angegeben werden, weil der Berechnung keine genauen Euro – Beträge zugrunde liegen. Deshalb wurden sechs verschiedene Einkommensgruppen gebildet. Die nebenstehende Abb. 24 stellt für diese Gruppen die Durchschnittswerte auf dem „Aktuellen Wohlfühlthermometer“ aus Frage 35 (s. oben, Kap. 3.1) und das jeweilige Durchschnittsalter nebeneinander.

Abb.24: Durchschnittlicher aktueller Gesundheitszustand aus Frage 35 nach dem Pro-Kopf-Einkommen

Befragten nach dem berechneten Pro-Kopf-Einkommen	durchschnittl. aktueller Gesundheitszustand	Durchschnittsalter in Jahren
sehr niedrig	73,989	43,2
niedrig	71,106	52,7
unterdurchschnittlich	73,676	54,3
durchschnittlich	76,396	52,1
überdurchschnittlich	78,709	50,7
hoch	79,767	51,3
zum Vgl.: Alle Befragten	75,255	52,1

Dabei zeigt sich zunächst, dass alle Gruppen mit einem niedrigerem Pro-Kopf-Einkommen auch ihren aktuellen Gesundheitszustand schlechter bewerten. Den schlechtesten Gesundheitszustand geben diejenigen an, die über ein geringeres Pro-Kopf-Einkommen verfügen, sind die Alleinerziehenden, die in der Regel überrepräsentiert, was das etw. bessere aktuelle Gesundheitsgefühl gegenüber denjenigen mit niedrigem Einkommen relativiert. Diejenigen, deren Pro-Kopf-Einkommen nur leicht unter dem Durchschnitt liegt, fragten. Die besten Einstufungen des aktuellen Gesundheitszustandes lassen sich für die Befragten mit überdurchschnittlichen und mit noch höheren Einkommen feststellen. In diesen beiden Gruppen sind Personen, die mit ihrem jeweiligen Haushalt bilden, deutlich überrepräsentiert.

terdurchschnittlichem Pro-Kopf-Einkommen im Schnitt nur unterdurchschnittlich im Schnitt die Befragten mit niedrigerem Pro-Kopf-Einkommen als der Durchschnitt sind, stark überrepräsentiert, was das etw. bessere aktuelle Gesundheitsgefühl dieser Gruppe relativiert. Diejenigen, deren Pro-Kopf-Einkommen im Schnitt etwas höher als das Durchschnittsalter feststellen. In diesen beiden Gruppen sind Personen, die mit ihrem jeweiligen Haushalt bilden, deutlich überrepräsentiert.

Die Antworten aus der Bürgerumfrage 2003 lassen den der Ruhr Personen mit höheren Einkommensgesundheit über geringere Einkommen verfügen. Eine Korrelation Frauen etwas stärker zutrifft als auf die Männer, für die der Erwerbsstatus dafür etwas ge- wichtiger ist. Damit werden die Ergebnisse anderer Mueller/Heinzel-Gutenbrunner 2001, S. 203) zwar bes überregionaler Studien (vgl. z. Bsp. tigt, eine Antwort auf die Frage, ob Armut krank macht (Kausalhypothese) oder ob gesund eitliche Einschränkungen den Be- betroffenen den Zugang zu besser bezahlten Berufsgrup pen erschweren (Selektionshypothese) nicht möglich. Für Mueller/Heinzel- se), ist mit den Ergebnissen der Bürgerumfrage aber guteitliche Einschränkungen den Be- umgekehrten Effekt (Kausation)... Es gilt also eher, Krankheit macht arm', als, Armut macht getroffen den Zugang zu besser bezahlten Berufsgrup pen erschweren (Selektion) den heitaufdas Einkommen (Selektion) den nicht möglich. Für Mueller/Heinzel- umgekehrten Effekt (Kausation)... Es gilt also eher, Krankheit macht arm', als, Armut macht r, Krankheit macht arm', als, Armut macht getroffen den Zugang zu besser bezahlten Berufsgrup pen erschweren (Selektion) den ökonomischen Panels gefunden wurden, wird verwiesen).

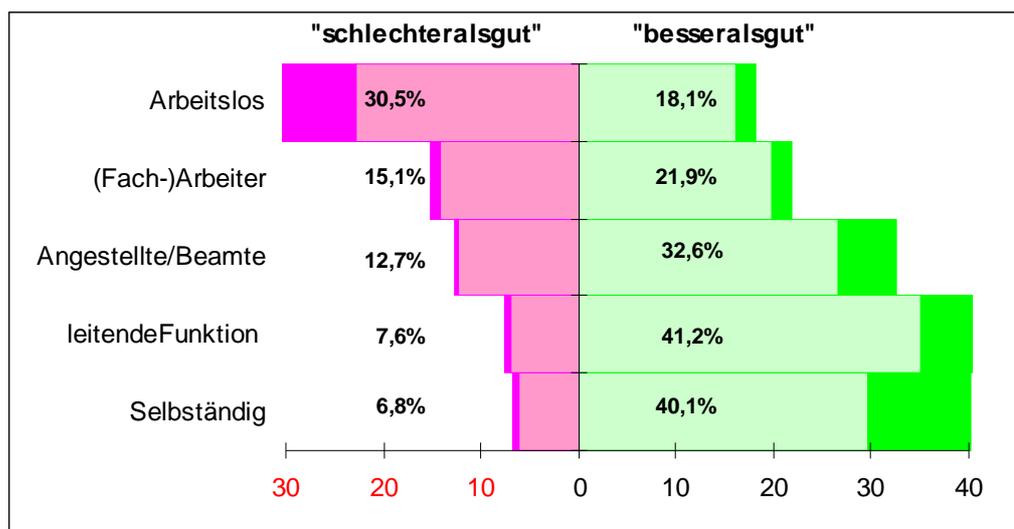
Schluss zu, dass sich in Mülheim an der Ruhr Personen mit höheren Einkommensgesundheit über geringere Einkommen verfügen. Eine Korrelation Frauen etwas stärker zutrifft als auf die Männer, für die der Erwerbsstatus dafür etwas ge- wichtiger ist. Damit werden die Ergebnisse anderer Mueller/Heinzel-Gutenbrunner 2001, S. 203) zwar bes überregionaler Studien (vgl. z. Bsp. tigt, eine Antwort auf die Frage, ob Armut krank macht (Kausalhypothese) oder ob gesund eitliche Einschränkungen den Be- betroffenen den Zugang zu besser bezahlten Berufsgrup pen erschweren (Selektionshypothese) nicht möglich. Für Mueller/Heinzel- se), ist mit den Ergebnissen der Bürgerumfrage aber guteitliche Einschränkungen den Be- umgekehrten Effekt (Kausation)... Es gilt also eher, Krankheit macht arm', als, Armut macht getroffen den Zugang zu besser bezahlten Berufsgrup pen erschweren (Selektion) den heitaufdas Einkommen (Selektion) den nicht möglich. Für Mueller/Heinzel- umgekehrten Effekt (Kausation)... Es gilt also eher, Krankheit macht arm', als, Armut macht r, Krankheit macht arm', als, Armut macht getroffen den Zugang zu besser bezahlten Berufsgrup pen erschweren (Selektion) den ökonomischen Panels gefunden wurden, wird verwiesen).

3.6.2 Weitere Sozialstatusindikatoren: Erwerbsstatus und Bildungsgrad

Als weitere Sozialstatusindikatoren wurden in der Bürgerumfrage 2003 der Bildungsstand und der Erwerbsstatus erhoben, die sowohl mit der Einkommensvariablen als auch untereinander stark positiv korrelieren. Beim Erwerbsstatus ist die berufliche Positionierung für die vielen Rentner und Pensionäre und für die Hausfrauen nicht möglich.

Als weitere Sozialstatusindikatoren wurden in der Bürgerumfrage 2003 der Bildungsstand und der Erwerbsstatus erhoben, die sowohl mit der Einkommensvariablen als auch untereinander stark positiv korrelieren. Beim Erwerbsstatus ist die berufliche Positionierung für die vielen Rentner und Pensionäre und für die Hausfrauen nicht möglich.

Abb. 25: Anteil der Befragten, die ihren allgemeinen Gesundheitszustand „besser als gut“ bzw. „schlechter als gut“ eingestuft haben, nach der Stellung im Beruf

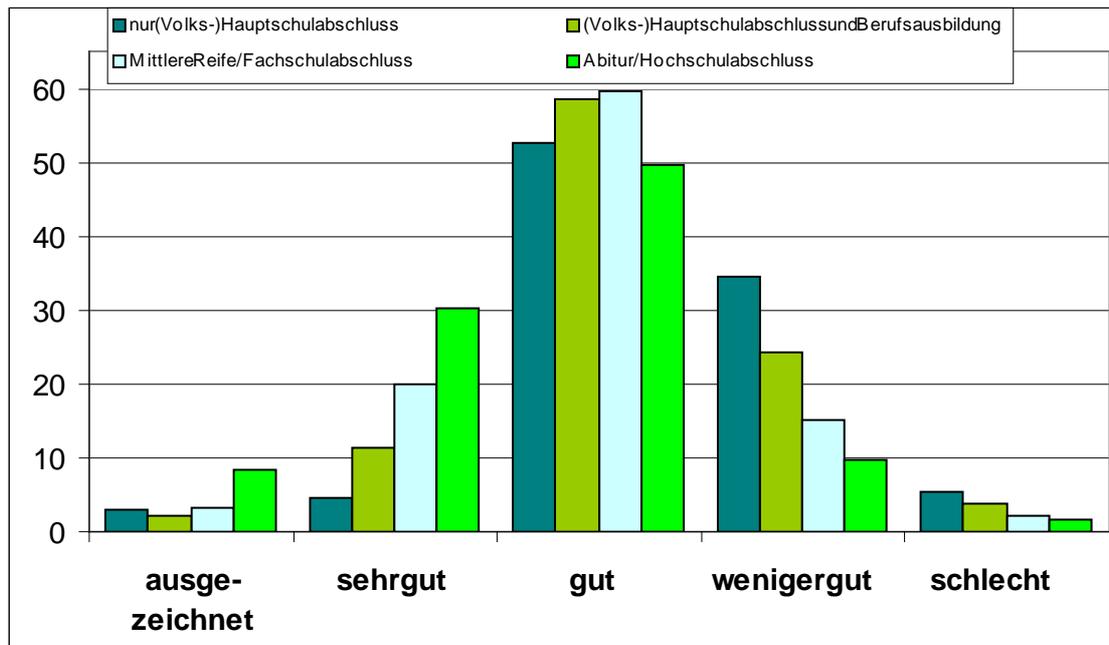


Es kann aber festgestellt werden, dass das subjektive mit zunehmendem beruflichen Status besser ausfällt. Der Einfluss bei Männern etwas stärker ist als bei Frauen, deren subjektives Gesundheitsempfinden dafür stärker vom Haushaltseinkommen beeinflusst wird (s. oben). Am unteren Ende der Skala stehen - wie aus anderen Studien bekannt (vgl. z. Bsp. Stich 2004) - auch in Mülheim an der Ruhr die Arbeitslosen; wobei erneut „... sowohl Selektions- als auch Kausaleffekte zugleich für die schlechtere gesundheitliche Situation Arbeitsloser verantwortlich sind“ (ebda., S. 15; s. auch oben, Kap. 3.6.1). Am oberen Ende der Skala stufen sich die Selbständigen sowie die Angestellten und Beamten mit Führungsfunktionen, die in der Regel auch über bessere Einkommen und Bildungsabschlüsse verfügen, sehr ähnlich positiv ein. Einfache Angestellte und Beamte fühlen sich gesundheitlich im Schnitt noch etwas besser als Arbeiter, die in ihrem beruflichen Einsatz häufiger „ungesunden“ Arbeitsbedingungen ausgesetzt sind.

Es kann aber festgestellt werden, dass das subjektive mit zunehmendem beruflichen Status besser ausfällt. Der Einfluss bei Männern etwas stärker ist als bei Frauen, deren subjektives Gesundheitsempfinden dafür stärker vom Haushaltseinkommen beeinflusst wird (s. oben). Am unteren Ende der Skala stehen - wie aus anderen Studien bekannt (vgl. z. Bsp. Stich 2004) - auch in Mülheim an der Ruhr die Arbeitslosen; wobei erneut „... sowohl Selektions- als auch Kausaleffekte zugleich für die schlechtere gesundheitliche Situation Arbeitsloser verantwortlich sind“ (ebda., S. 15; s. auch oben, Kap. 3.6.1). Am oberen Ende der Skala stufen sich die Selbständigen sowie die Angestellten und Beamten mit Führungsfunktionen, die in der Regel auch über bessere Einkommen und Bildungsabschlüsse verfügen, sehr ähnlich positiv ein. Einfache Angestellte und Beamte fühlen sich gesundheitlich im Schnitt noch etwas besser als Arbeiter, die in ihrem beruflichen Einsatz häufiger „ungesunden“ Arbeitsbedingungen ausgesetzt sind.

„Je höher der Bildungsgrad, desto besser wird der eigene Gesundheitszustand eingeschätzt (Eurostat 2003)“, (zitiert nach Stich 2004, S. 19). Auch dieses Ergebnis internationaler Untersuchungen bestätigt sich anhand der Bürgerumfrage 2003 für die Stadt Mülheim an der Ruhr (vgl. Abb. 26). Inwieweit sich dabei gesundes/gesundheitsförderndes Verhalten besser gebildeter Bevölkerungsgruppen auswirkt, ist aus den Umfragedaten nicht festzustellen. Allerdings lässt die Korrelationsanalyse vermuten, dass der Zusammenhang zwischen Bildungsgrad und subjektivem Gesundheitsempfinden bei Frauen noch stärker positiv ausfällt als bei Männern.

Abb. 26: Der Zusammenhang zwischen dem Bildungs-/Aufbildungsstand und der Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes



Insgesamt lässt sich festhalten, dass die hier untersuchten sozialstrukturellen Indikatoren Einkommen, Erwerbsstatus und Bildungsgrad hoch miteinander in der Stadt Mülheim an der Ruhr korrelieren und Einfluss auf die Einschätzung sowohl des allgemeinen als auch des subjektiven Gesundheitsempfindens haben. Am stärksten scheint dabei für alle Befragten der Einfluss des Haushaltseinkommens zu sein. Bei den Frauen nimmt der Bildungsgrad aber fast den gleichen Stellenwert ein. Die Stellung im Beruf wirkt sich insgesamt etwas schwächer heraus, insbesondere für die Männer hat der Erwerbsstatus aber durchaus Einfluss auf den subjektiven Gesundheitszustand.

4. Gesundheit und Wohnumfeld – Vergleich der Mülheimer Stadtteile

Wie im vorigen Kapitel beschrieben, besteht, ... zwischen Armut und (fehlender) Gesundheit ein enger Zusammenhang. ... Auch zwischen Armut und Stadtentwicklung besteht wieder ein wachsender Zusammenhang“ (Löhr 2003, S. 2). Die Stadtentwicklung besteht wieder in der Segregation von Wohnvierteln, die auf zurückgeführte, dass die sozialräumliche Segregation in „arme“ und „reiche“ Wohnviertel zunimmt. Auch in Mülheim an der Ruhr unterscheiden sich die Bewohner/-innen der Stadtteile deutlich voneinander, wenn es um die Einschätzung ihres Gesundheitszustandes geht. Eine noch kleinräumigere Auswertung, z. Bsp. auf der Ebene von Wohnquartieren, ist wegen der dann doch sehr geringen Anzahl von auswertbaren Fragebögen kaum möglich. Für die neun Stadtteile liegen dagegen ausreichend Rückmeldungen vor (vgl. oben, Abb. 3).

Zusätzlich zu diesen Gebieten wurden nachrichtlich auch noch der Bereich Eppinghofen ausgewertet, der ein Teilgebiet des Stadtteils Altstadt II - Nord bildet (Statistische Bezirke 21 und 24). Diesem Bereich können 172 Fragebögen zugeordnet werden. Eppinghofen wurde in die Untersuchungen einbezogen, weil dieser sozial besonders belastete „Stadtteil“ 2005 als einer von landesweit drei Stadtteilen neu in das ressortübergreifende Handlungsprogramm „Soziale Stadt NRW“ aufgenommen worden ist. Für die Einrichtung eines Stadtteilmanagements ist eine dreijährige Förderung beantragt, für die die ministerielle Genehmigung bereits vorliegt. In diesem Zusammenhang wurde Eppinghofen vom Ministerium für Umwelt und Naturschutz, Landwirtschaft und Verbraucherschutz NRW als exemplarischer Stadtteil für das APUG-Projekt (Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit Nordrhein-Westfalen): Umwelt und Gesundheit im Wohnumfeld – Bestandsaufnahme der Umwelt- und Gesundheitssituation in zwei Stadtteilen des Programms „Soziale Stadt NRW“ neben Remscheid-Rosenhügel ausgewählt.

Die Unterschiede in der Beurteilung des Gesundheitszustandes der Befragten entsprechen, wenig überraschend aufgrund der aus anderen Zusammenhängen bekannten Informationen über die Einwohnerstrukturen der Stadtteile, in der Regel den Erwartungen. In allen neun Stadtteilen stufen mehr als die Hälfte der Bewohner/-innen ihren allgemeinen Gesundheitszustand in der mittleren Kategorie als "gut" ein. In Eppinghofen trifft das nur für 48,8% der Befragten zu. In Altstadt I, in Styrum, in Altstadt II- und hier vor allem in Eppinghofen - gibt es daneben eine klare Tendenz zu den "schlechter als gut"-Einstufungen. In Menden-Holthausen, Saarn, Speldorf, Dümpten und Heißen geht der Trend dagegen teilweise deutlich in Richtung „besser als gut“. Ausgeglichen fallen die besseren und schlechteren Bewertungen in Broich aus.

Abb.27: Die unterschiedliche Einschätzung des allgemeinen und des aktuellen Gesundheitszustandes in den Mülheimer Stadtteilen

Differenz zwischen "besser als gut"- und "schlechter als gut"- Einstufungen in %-Punkten	Gesundheitszustand im Allgemeinen!					durchschnittl. aktueller Gesundheitszustand
	ausgezeichnet	sehr gut	gut	weniger gut	schlecht	
Befragte insgesamt +2,3	5,2	18,7	54,6	18,4	3,2	75,255
Altstadt I (Zentrum/Süd) -2,8	4,9	15,0	57,5	19,6	3,1	76,7 59
Altstadt II (Nord) -6,3	4,2	17,0	51,3	22,8	4,7	88,135
Styrum -4,5	5,4	14,5	55,7	19,9	4,5	76,652
Dümpten +5,2	3,9	20,5	56,4	15,6	3,6	85,735
Heißen +1,4	5,2	18,2	54,4	19,3	2,8	71,073
Menden-Holthausen +13,4	5,4	22,2	58,2	11,7	2,5	85,345
Saarn +8,2	7,5	19,4	54,5	17,2	1,5	71,126
Broich -0,4	3,1	20,4	52,5	20,0	3,9	83,490
Speldorf +6,8	6,2	20,7	53,1	17,6	2,5	61,064
zusätzlich: Eppinghofen -8,8	4,1	17,1	48,8	24,1	5,9	80,78 9

Etwas anders stellt sich die Bewertung des aktuellen Gesundheitszustandes auf dem „Wohlfühlthermometer“ aus Frage 35 dar (vgl. oben, Abb.8). Vergleicht man hier die durchschnittliche Einstufung der Befragten nach Stadtteilen, so bleiben die Beurteilungen in Speldorf, Menden-Holthausen, Heißen und Dümpten besser als im gesamtstädtischen Schnitt, aber der Saarer Durchschnittswert fällt auf den 6. Rang unter den 9 Stadtteilen und auch unter den städtischen Schnitt. Dagegen klettert Broich mit einem überdurchschnittlichen Wert auf den 3. Rang. Am schlechtesten wird aber auch der aktuelle Gesundheitszustand in

den Stadtteilen Styrum, Altstadt I und Altstadt II, hier wieder insbesondere in Eppinghofen, eingestuft.

Gründe für diese unterschiedlichen Einschätzungen in den verschiedenen Stadtteilen lassen sich aus den differierenden Bevölkerungs- und Sozialstrukturen erklären. Hinzu kommen auch Belastungen im Wohnumfeld. Zur Stützung dieser These ist es möglich, exemplarisch die Lärmsituation im Wohnumfeld in den Blick zu nehmen. Denn in der Mülheimer Bevölkerungsumfrage 2003 wurden nicht nur Fragen zum Gesundheitszustand, sondern auch Fragen zur Lärmbelastung gestellt (vgl. oben, Kap. 1.1 und 1.2).

5. Lärmbelastungen im Wohnumfeld und Auswirkungen auf den subjektiven Gesundheitszustand

Im Auftrag des Umweltamtes wurden in die repräsentative Bürgerumfrage 2003 Fragen zum subjektiven Lärmempfinden der Mülheimerinnen und Mülheimer aufgenommen. Die Fragen 12 bis 18 beziehen sich direkt auf die Lärmsituation in den Wohnvierteln. Die Fragen 19 und 20 erheben die Gesundheitsbeeinträchtigung durch Lärm.

Als wichtiges Ergebnis der Auswertungen, die für das Umweltamt vorgenommen und im Internet veröffentlicht wurden, lässt sich feststellen: Lärm ist die wesentliche akute Umweltbelastung in den Stadtteilen und Wohnvierteln von Mülheim an der Ruhr. Auf der gesamtstädtischen Ebene und bezogen auf die Stadtteile rangiert der Fluglärm vor dem Straßenverkehrs-lärm, in den Wohnvierteln dagegen liegt der Verkehrslärm deutlich vor der Belästigung durch Nachbarn und Festlichkeiten, erst danach folgt der Fluglärm (Stadt Mülheim an der Ruhr 2003, S. 10).

5.1 Die Lärmsituation in den Wohnvierteln

Abb. 28: Subjektiv empfundene Lärmbelastung

Die Lärmbelastigung im Wohnumfeld wird empfunden als:	Antwortverhalten Frage 12		
	Anzahl	in % derjenigen, die geantwortet haben	in % von allen Befragten
sehr stark	295	10,8%	10,2%
stark	588	21,6%	20,3%
nicht so stark	747	27,4%	25,8%
kaum	753	27,6%	26,0%
gar nicht	344	12,6%	11,9%
geantwortet haben:	2.727	100,0%	94,3%
nicht geantwortet haben:	166	x	5,7%

Annähernd 90% der Mülheimer/innen fühlen sich in ihren Wohnvierteln in irgendeiner Form vom Lärm belästigt. Und auch ein Drittel derjenigen, die sich zunächst gar nicht durch Lärm betroffen fühlen, geben an anderer Stelle (Frage 13) bei konkreter Nachfrage mindestens eine Lärmquelle an, von der sie sich dann doch gestört fühlen.

Im Mittel wird die Belästigung allerdings als „nicht so stark“ empfunden. Gut ein Viertel der Befragten hat sich bei der allgemein gehaltenen Frage 12 für diese mittlere Antwortkategorie entschieden. Ein weiteres Viertel fühlt sich sogar nur „kaum“ belastet. Aber immerhin jede/r zehnte Befragte ist auch „sehr stark“, weitere 21,6% sind „stark“ betroffen. Insgesamt ein knappes Drittel fühlt sich folglich in seinem direkten Wohnumfeld durch den Lärm spürbar gestört. Das sind häufiger als im Durchschnitt jüngere Senior/-innen im Alter zwischen 55 und 74 Jahren. Dagegen empfinden die „Hochaltrigen“ (ab 75) ebenso wie die jüngsten Be-

fragten (unter 25) Lärmbelastigungen seltener als sennendabeinichtnureine, sondern mehrere Lärmquellen. Fast zwei Drittel aller Befragten empfinden sie als stark oder sehr stark.

Deutliche Unterschiede im Hinblick auf das Ausmaß der Lärmbelastigungen sind zwischen den Stadtteilen festzustellen. Relativ wenige Bewohner/-innen von Menden-Holthausen (24,9%) und Broich (27,3%) fühlen sich stark oder sehr stark gestört. Am günstigsten fällt die Beurteilung der Lärmsituation in Menden-Holthausen aus, wo nicht einmal jede/r Vierte starken oder sehr starken Lärmbelastigungen ausgesetzt ist. Dabei überrascht, dass die Mehrzahl der Lärmquellen hier anteilmäßig mehr Menschen stört, als im Stadtgebiet insgesamt. Besonders gilt das für den Flugverkehr. Es ergibt sich wohl daraus, dass die wichtigste Lärmquelle, der Straßenverkehr, in Menden-Holthausen nur von gut einem Drittel der Befragten als starke Belastung empfunden wird. Und die Störung durch Nachbarn wird weniger häufig angegeben als in allen anderen Stadtteilen.

Abb. 29: Die Relevanz unterschiedlicher Lärmquellen in den Mülheimer Stadtteilen

Frage 12: Lärmbelastigung		Frage 13: als sehr stark und stark empfundene Lärmquellen!							
Angaben in Prozent	sehr stark/ stark	Straßen- verkehr	Flug- verkehr	Nach- barn	Schienen- verkehr	Bau- stellen	Industrie/ Gewerbe	Gastro- nomie	Sport/ Freizeit
Befragte insgesamt	32,4	39,8	20,7	15,0	12,3	8,4	4,7	4,1	3,1
Stadtteil	Rang MH	1	2	3	4	5	6	7	8
Altstadt I (Zentrum/Süd)	34,9	45,6	12,7	17,8	16,6	17,9	4,0	7,0	4,0
Rang		1	5	3	4	2	7	6	7
Altstadt II (Nord)	33,4	40,3	5,7	19,6	18,9	6,1	4,9	8,2	6,7
Rang		1	7	2	3	6	8	4	5
Styrum	41,0	51,3	5,1	19,1	24,0	8,4	9,7	5,2	3,9
Rang		1	7	3	2	5	4	6	8
Dümpten	31,7	43,1	10,6	12,0	8,9	6,0	5,5	2,3	2,8
Rang		1	3	2	4	5	6	8	7
Heißen	32,9	40,1	15,2	15,2	6,0	6,8	6,3	3,2	1,6
Rang		1	2	2	6	4	5	7	8
Menden-Holthausen	24,9	34,7	31,8	10,9	11,8	9,5	5,4	4,8	3,6
Rang		1	2	2	6	4	5	7	8
Saarn	33,4	35,3	40,9	12,0	1,5	10,4	4,6	1,9	3,0
Rang		2	1	3	8	4	5	7	6
Broich	27,3	30,5	33,2	14,3	14,2	3,0	5,3	5,9	4,7
Rang		2	1	3	4	8	6	5	7
Speldorf	30,2	37,1	23,4	14,5	13,1	6,5	5,5	2,3	4,1
Rang		1	2	3	4	5	6	8	7
zusätzlich Eppinghofen	49,7	52,5	8,0	26,4	27,6	9,1	9,1	16,8	1,9
Rang		1	7	3	2	5	6	4	8

Mit Abstand am ungünstigsten erscheint die Situation in Styrum, wo 41,0% der Befragten stark oder sehr stark belastet werden. Alle Lärmquellen in Styrum häufiger als im Durchschnitt. Berücksichtigt man allerdings auch den Vergleich mit Eppinghofen, zeigt sich selbst im Vergleich mit Styrum noch einmal eine deutliche Steigerung der Belastung. Annähernd die Hälfte der Befragten gibt insgesamt sehr starke oder starke Lärmbelastigungen im Wohnumfeld an. Neben dem Straßenverkehrslärm fallen in Eppinghofen besonders der Schienenverkehr, der Nachbarschaftslärm und die Gastronomie als Lärmquellen verglichen mit den Mülheimer Anteilswerten extrem ins Gewicht.

Der Straßenverkehrslärm ist - wie in vielen anderen Städten auch - in Mülheim an der Ruhr ein Bevölkerungssogruppenfaktor Nummer 1. Er wird in allen Altersgruppen als „starke“ bzw. „sehr starke“ Belästigung wahrgenommen und auch in allen Stadtteilen stellt der Straßenverkehr die überdurchschnittliche Belastung in der Umgebung dar; wobei die überdurchschnittliche Belastung in der Umgebung der A 40 im Zusammenhang steht. Die Betroffenheit ist stark und doppelt so hoch wie beim Flugverkehr, der insgesamt die zweitgrößte Lärmquelle darstellt. Immerhin jede/r fünfte Mülheimer/-in leidet mittlerweile unter Fluglärm.

Städten auch - in Mülheim an der Ruhr - in allen Bevölkerungssogruppen ein Faktor Nummer 1. Er wird in allen Altersgruppen als „starke“ bzw. „sehr starke“ Belästigung wahrgenommen und auch in allen Stadtteilen stellt der Straßenverkehr die überdurchschnittliche Belastung in der Umgebung dar; wobei die überdurchschnittliche Belastung in der Umgebung der A 40 im Zusammenhang steht. Die Betroffenheit ist stark und doppelt so hoch wie beim Flugverkehr, der insgesamt die zweitgrößte Lärmquelle darstellt. Immerhin jede/r fünfte Mülheimer/-in leidet mittlerweile unter Fluglärm.

5.2 Auswirkungen auf die Gesundheit: Lärm macht krank!

Die Mülheimer Bürgerumfrage 2003 belegt einmal mehr: Lärmbelastungen im Wohnumfeld führen eindeutig zu Gesundheitsbeeinträchtigungen, dies sowohl auf den allgemeinen Gesundheitszustand negativ auswirken. Und dies wird von den Befragten, insbesondere von den Betroffenen, auch so wahrgenommen.

Abb. 30: Allgemeine Beurteilung der Gesundheitsschädlichkeit durch Lärm und die eigene Betroffenheit

Frage 19: Bereits durch Lärm in der Gesundheit beeinträchtigt?	Frage 20: Allgemeine Beurteilung der Gesundheitsschädlichkeit von Lärmbelastungen!					
	sehr stark	stark	nicht so stark	kaum	gar nicht	insgesamt
sehr stark	70 76,1%	19 20,7%	2 2,2%	1 1,1%	0 0,0%	92 3,4%
stark	111 44,4%	132 52,8%	6 2,4%	1 0,4%	0 0,0%	250 9,3%
nicht so stark	171 29,1%	310 52,7%	95 16,2%	12 2,0%	0 0,0%	588 21,9%
kaum	110 16,6%	384 57,9%	99 14,9%	65 9,8%	5 0,8%	663 24,6%
gar nicht	181 16,5%	517 47,1%	193 17,6%	97 8,8%	110 10,0%	1098 40,8%
Gesamt	643 23,9%	1.362 50,6%	395 14,7%	176 6,5%	115 4,3%	2.691 100%

Die Kreuztabelle in Abbildung 30 stellt das Antwortverhalten auf die Fragen 19 und 20 dar. Fast alle sehen eine Gesundheitsschädlichkeit des Lärms. Mit zunehmender Betroffenheit steigt natürlich die Sensibilität, aber auch insgesamt schätzen drei Viertel der Befragten die allgemeine Gesundheitsschädlichkeit des Lärms als „stark“ oder „sehr stark“ ein. Allein in der Gruppe derjenigen, die selbst noch gar keine Gesundheitsbeeinträchtigung durch den Lärm verspüren, immerhin 40,8% der Befragten, wird dies von jedem Zehnten nicht so gesehen.

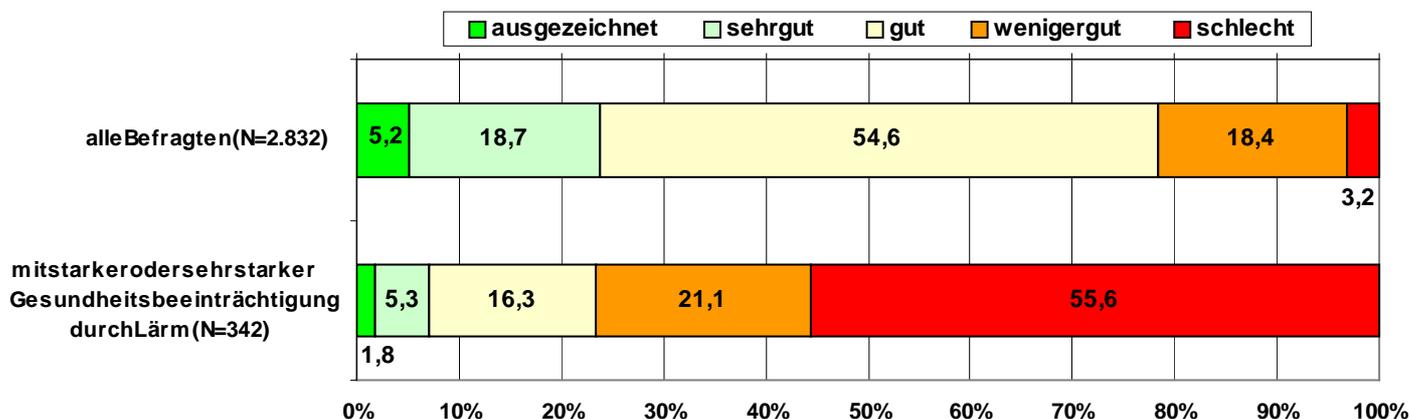
Städten auch - in Mülheim an der Ruhr - in allen Bevölkerungssogruppen ein Faktor Nummer 1. Er wird in allen Altersgruppen als „starke“ bzw. „sehr starke“ Belästigung wahrgenommen und auch in allen Stadtteilen stellt der Straßenverkehr die überdurchschnittliche Belastung in der Umgebung dar; wobei die überdurchschnittliche Belastung in der Umgebung der A 40 im Zusammenhang steht. Die Betroffenheit ist stark und doppelt so hoch wie beim Flugverkehr, der insgesamt die zweitgrößte Lärmquelle darstellt. Immerhin jede/r fünfte Mülheimer/-in leidet mittlerweile unter Fluglärm.

Drei Viertel der Befragten halten den Lärm also im allgemeinen für „stark“ oder „sehr stark“ gesundheitsschädlich. Aber glücklicherweise „nur“ 2,5% fühlen sich in der eigenen Gesundheit durch den Lärm bereits „stark“ oder „sehr stark“ beeinträchtigt, das ist insgesamt jede/r Achte. Diese „gefühlte“ Beeinträchtigung ist extrem abhängig von der Belastung im Wohnumfeld. So beklagt bereits fast jede/r Zweite derjenigen, die sich „starken“ Lärmbelastungen ausgesetzt sehen, entsprechende gesundheitliche Beeinträchtigungen, in der

Städten auch - in Mülheim an der Ruhr - in allen Bevölkerungssogruppen ein Faktor Nummer 1. Er wird in allen Altersgruppen als „starke“ bzw. „sehr starke“ Belästigung wahrgenommen und auch in allen Stadtteilen stellt der Straßenverkehr die überdurchschnittliche Belastung in der Umgebung dar; wobei die überdurchschnittliche Belastung in der Umgebung der A 40 im Zusammenhang steht. Die Betroffenheit ist stark und doppelt so hoch wie beim Flugverkehr, der insgesamt die zweitgrößte Lärmquelle darstellt. Immerhin jede/r fünfte Mülheimer/-in leidet mittlerweile unter Fluglärm.

Gruppe mit „sehr starken“ Lärmbelastungen fühlen sich sogar zwei von drei Betroffenen krank vom Lärm. Die Grafik in Abbildung 31 vergleicht die subjektive Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes bei allen Befragten mit denjenigen, die angeben, durch den Lärm bereits „starke“ oder sogar „sehr starke“ Gesundheitsbeeinträchtigungen zu verspüren. Die Unterschiedesindex extrem:

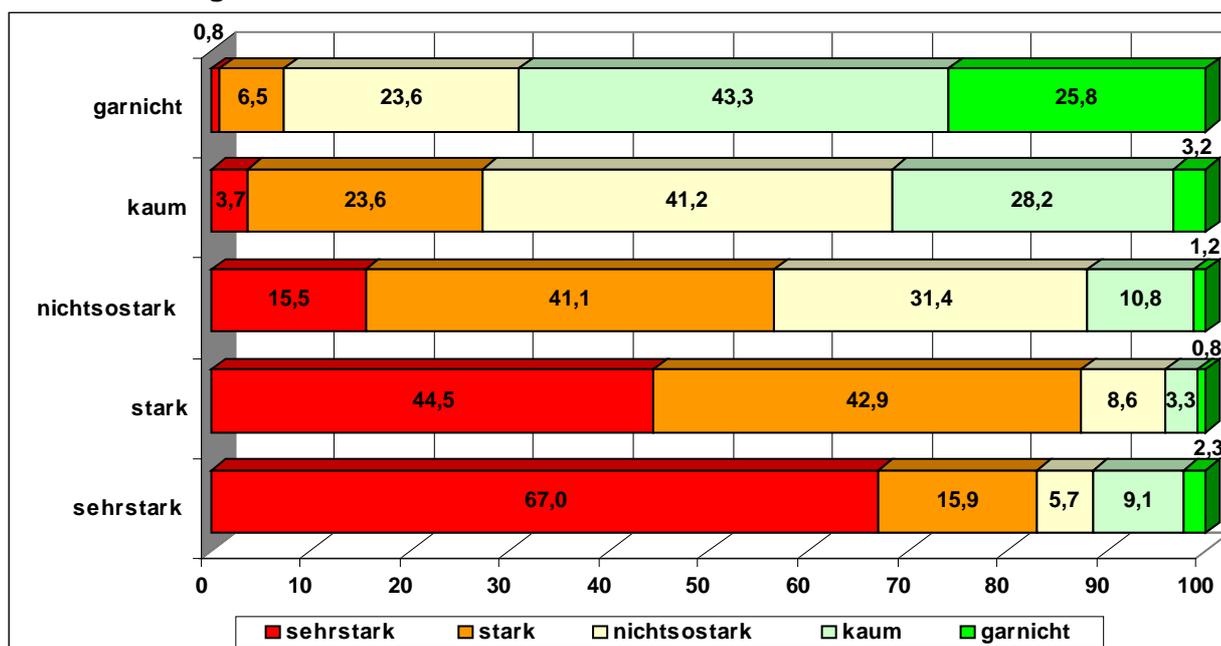
Abb. 31: Personen mit starker bzw. sehr starker Gesundheitsbeeinträchtigung durch Lärm und deren subjektive Einschätzung ihres allgemeinen Gesundheitszustandes



Während sich von allen Befragten 5,2% im allgemeinen „ausgezeichnet“ und nur 3,2% „schlecht“ fühlen, beurteilen von denen, die sich durch Lärmbelastungen bereits „stark“ oder „sehr stark“ gesundheitlich beeinträchtigt fühlen, mehr als die Hälfte auch ihren allgemeinen Gesundheitszustand als schlecht.

Dass diese „gefühlten“ Gesundheitsbeeinträchtigungen durch den Lärm auch mit den festgestellten Lärmbelastungen im Wohnumfeld einhergehen, belegt die folgende Grafik (in Abb. 32), die den Zusammenhang zwischen den Antworten auf die Fragen 12: „Empfundene Lärmbelastung im Wohnumfeld?“ und 19: „Durch den Lärm in der Gesundheit bereits selbstbeeinträchtigt?“ darstellt:

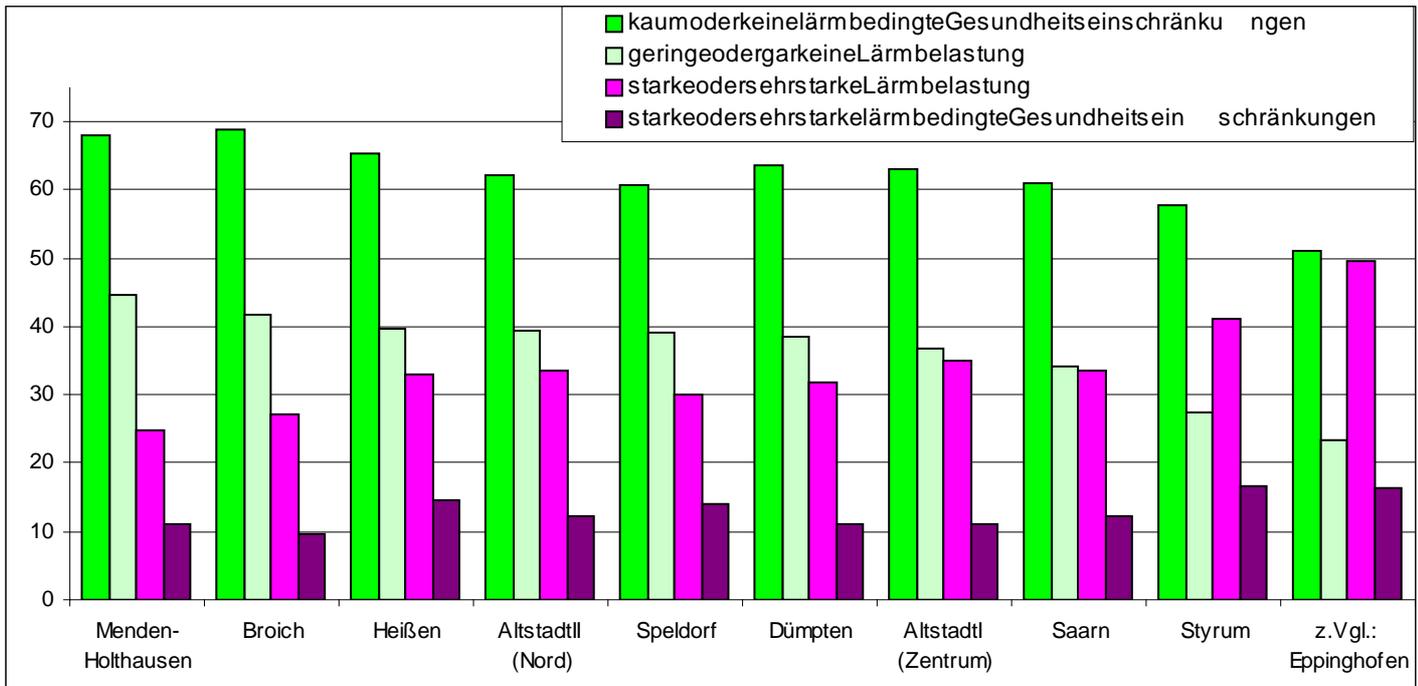
Abb. 32: Gesundheitsbeeinträchtigung durch Lärm und die subjektive Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes



Von denjenigen, die im Wohnumfeld sehr starke Lärmbeeinträchtigungen beklagen, fühlen sich mehr als zwei Drittel durch den Lärm in der Gesundheit stark beeinträchtigt. So gut wie niemand in dieser Gruppe (2,3%) verspürt gar keine lärmbedingten Gesundheitsschäden. Mit zurückgehender Lärmbelastung sinken auch die Anteile der Geschädigten. Von denen, die im Wohnumfeld gar keinen Lärmstörungen ausgesetzt sind, beklagen nur noch 0,8% sehr starke und nur 6,5% starke lärmbedingte gesundheitliche Beeinträchtigung, jede/-r Vierte hat dies bezüglich gar keine und weitere 43,3% so gut wie keine Klagen.

Angesichts der in Kapitel 5.1 beschriebenen unterschiedlichen Lärmbelastungen in den Stadtteilen überrascht es nicht, dass auch die gesundheitlichen Folgen im Stadtgebiet ungleichmäßig verteilt sind. Die Zusammenhänge werden durch die grafische Darstellung in der Abbildung 33 deutlich. Je höher der Anteil der Befragten mit starker oder sehr starker Lärmbelastung im Wohnumfeld (dargestellt jeweils durch die dritte, hell-violette Säule) ansteigt, umso mehr Befragte leiden unter starken oder sehr starken lärmbedingten Gesundheitseinschränkungen (dargestellt durch die ganz rechten dunklen Säulen). Gegenläufig entwickeln sich die Anteile der Befragten mit geringer Lärmbelastung (hellgrüne Säulen).

Abb.33: Lärmbelastung und Gesundheitsbeeinträchtigung durch Lärm in den Stadtteilen von Mülheim an der Ruhr



Am günstigsten fallen sowohl die Beurteilung der lärmbedingten gesundheitlichen Folgen in Menden-Holthausen und Broich aus, als auch die geringe oder gar keine Lärmbelastung allein in Styrum. Für alle anderen Mülheimer Stadtteile lässt sich eine mittlere Belastung konstatieren; dabei überrascht insbesondere die relativ schwache Positionierung von Saarn, dessen Bewohner/-innen vergleichsweise häufig den für die Lärm als große Belastung empfinden (vgl. oben, Abb. 29).

6. Zusammenfassung und Fazit

Die Repräsentative Bürgerumfrage 2003 setzt die Tradition der Mehrthemenbefragung in Mülheim an der Ruhr fort. Durch die Aufnahme gesundheitspezifischer Fragestellungen gelingt damit die Verbindung von Sozial- und Gesundheitsberichterstattung. Darüber hinaus erlauben die ebenfalls enthaltenen Fragen zur Lärmbelastung im Wohnumfeld Rückschlüsse auf die gesundheitlichen Auswirkungen des Lärms.

Insgesamt basieren die Auswertungen auf 2.893 ausgefüllten Fragebögen, die Rücklaufquote erreicht 43,5%. Die Beteiligung der Frauen war etwas größer als die der Männer; sie stieg mit zunehmendem Alter. Alles in allem sind die Übereinstimmungen zwischen der Struktur der Befragten und der (deutschen) Bevölkerung in Mülheim allerdings so hoch, dass die Ergebnisse der Bürgerumfrage 2003 für diesen Personenkreis repräsentativ sind und Rückschlüsse auf die Gesamtheit der (deutschen) Mülheimerinnen und Mülheimer erlauben. Dagegen fiel die Beteiligung der ausländischen Mitbürger/-innen nur halb so hoch aus, wie bei den Deutschen, sodass Auswertungen für diesen Personenkreis nicht möglich sind.

Erste Ergebnisse der Befragung wurden bereits im ersten Halbjahr 2004 vorgestellt. Die Schwerpunkte dieser Veröffentlichung konzentrieren sich auf

diesubjektive Gesundheitseinschätzung

im Zusammenhang mit demographischen und sozialstrukturellen Strukturen und störenden Einflussfaktoren im Wohnumfeld, insbesondere dem Lärm.

Fast alle Befragten haben die Frage zum **allgemeinen Gesundheitszustand** beantwortet, mehr als die Hälfte bezeichnen diesen als **gut**. Der **aktuelle Gesundheitszustand** wird im Durchschnitt so gar mit **sehr gut** beurteilt.

Wer selbst bereits ernsthaft erkrankt war (oder ist), beurteilt seinen allgemeinen Gesundheitszustand schlechter als derjenige, der ernsthafte Krankheiten nur bei anderen Personen oder in der Familie erfahren hat. Dies trifft für alle Altersgruppen zu und bestätigt die These, dass **schwere Vorerkrankungen**, unabhängig von der zeitlichen Dauer, **Einfluss auf den aktuellen Gesundheitszustand** haben.

Jede/-r Dritte leidet an einer chronischen Erkrankung, jede/-r Fünfte an einer Behinderung. Dabei **sind Männer eher von einer Behinderung betroffen, Frauen häufiger chronisch krank**. Der Grad der Behinderungen ist allerdings nicht geschlechtsspezifisch bestimmt.

Mehr als drei Viertel der chronisch Erkrankten klagten über ständige Schmerzen oder ernsthafte körperliche Beschwerden, so dass **vorliegende Beschwerden häufig als Krankheitsfolge** gewertet werden können.

Sowohl der **allgemeine** als auch der **aktuelle Gesundheitszustand wird von Schmerzen stark negativ beeinträchtigt**. 91,2% der von Schmerzen Betroffenen fühlen sich weniger gut oder sogar schlecht. Mit zunehmendem Alter nehmen die Beschwerden zu, so dass nur noch jede/-r Dritte zwischen 65 und 75 Jahren völlig schmerzfrei lebt.

Angst und Niedergeschlagenheit werden **auch in jüngeren und mittleren Altersjahren** häufig als **extrem problematisch** wahrgenommen, ohne sich stark auf die Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes auszuwirken.

Mobilitätseinschränkungen sind am stärksten vom (zunehmenden) **Alter bestimmt** und wirken sich stark negativ auf das allgemeine Wohlbefinden aus.

Das Alter ist mit Abstand der wichtigste Einflussfaktor auf die Gesundheit.

Ausnahmslos alle untersuchten Indikatoren nehmen im Altersschlechte Wertean.

Nicht ganz so eindeutig fallen die geschlechtsspezifischen Unterschiede aus, auch wenn **alle Formen krankheitsbedingter Einschränkungen von Frauen deutlich stärker empfunden werden als von Männern**. Dagegen lassen sich bei der Frage nach Erfahrungen mit ernsthaften Krankheiten - am eigenen Leib, in der Familie oder bei der Pflege anderer - entgegen der Erwartung nur geringfügige geschlechtsspezifische Unterschiede feststellen.

In Partnerschaft lebende Personen fühlen sich **gesünder** als Singles und Alleinerziehende. Gesundheitlich gut fühlen sich **auch Paare mit Kindern**, wobei das Alter der Paare - und damit in der Regel auch das ihrer Kinder - eine Rolle spielt. Das ist ein besseres Ergebnis, erreichendieälterenPaaremitKindern.

Von den sozialstrukturellen Variablen hat das Einkommen den stärksten Einfluss auf das Gesundheitsempfinden. Mit zunehmendem Haushaltseinkommen steigt der Anteil der Befragten, die sich gut und besser fühlen; gegenläufig verschlechtert sich die Einschätzung der Gesundheit bei niedrigerem Einkommen. In der Literatur wird diese Wechselwirkung unterschiedlich gedeutet. Während eine Berliner Studie die Armut als „Krankmacher“ bezeichnet (Stich 2004, so auch Mattern 2005), beurteilen andere Wissenschaftler den Zusammenhang differenzierter. Für sie **bleibt offen, ob „Armut krank macht“ oder eher „Krankheit arm“**.

Insbesondere für die Männer wirkt sich der Erwerbssstatus auf die Einschätzung der Gesundheit aus. **Je höher die berufliche Positionierung, umso besser fällt die Bewertung des Gesundheitszustandes aus**. Befragte in leitender Funktion - in der Regel in besseren Einkommensgruppen und mit höherem Bildungsgrad - erreichen die beste Einschätzung.

Auf eine differenzierte Untersuchung der Hausfrauen/-männer wurde zunächst verzichtet, da die Abgrenzung zu anderen Angaben zum Erwerbsstatus nicht eindeutig war. 271 Personen ordneten sich der Kategorie „Hausfrau/-mann“ zu. Sollte eine Analyse für diesen Personenzusammensetzung gewünscht sein, wären konkrete Fragestellungen zu formulieren.

(Auch) in Mülheim an der Ruhr **unterscheiden sich die Bewohner/-innen der Stadtteile deutlich voneinander, wenn es um die Einschätzung ihres Gesundheitszustandes geht**. Die **Unterschiede entsprechen**, wenig überraschend aufgrund der aus anderen Zusammenhängen **bekanntem Informationen über die Einwohnerstrukturen** der Stadtteile, in der Regel den Erwartungen. **In Altstadt I, in Styrum, in Altstadt II** - und hier **vor allem in Eppinghofen** - fallen die Einstufungen **unterdurchschnittlich**, **in Menden-Holthausen, Saarn, Speldorf, Dümpten und Heißen überdurchschnittlich** aus. Die Bewertung in Broichentspricht dem Mülheimer Schnitt.

Der **Lärm** wird als **wesentliche akute Umweltbelastung in den Stadtteilen** wahrgenommen. Der **Straßenverkehrslärm** ist dabei **in den Wohnvierteln mit Abstand der stärkste Faktor**, er stört doppelt so viele Befragte wie der Flugverkehr, der gesamtstädtisch bereits die zweite Position unter den störenden Lärmquellen einnimmt. **Immerhin jede/-r Fünfte Mülheimer/-in leidet mittlerweile auch unter Fluglärm**, besonders ausgeprägt erscheint diese Belastung in Saarn.

Lärmbelastungen im Wohnumfeld führen eindeutig zu Gesundheitsbeeinträchtigungen. Und dies wird von den Befragten auch wahrgenommen. **Von denjenigen, die im Wohnumfeld sehr starke Lärmbelastungen beklagen, fühlen sich fast alle (82,9%) durch den Lärm in der Gesundheit bereits sehr stark oder stark beeinträchtigt**.

Tabellenanhang

Der Anhang enthält zunächst eine Übersicht für die unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen die Antworten auf die Frage 26 nach dem allgemeinen Gesundheitszustand und die durchschnittlichen Werte des aktuellen Gesundheitszustandes aus Frage 35. Für die Fragen 19 und 20, die sich explizit auf die Gesundheitsbeeinträchtigung durch den Lärm beziehen, und für die direkt gesundheitsrelevanten Fragen 26 bis 34 sind die Häufigkeitsauszählungen aller Antworten aufgeführt.

Übersicht: Antworten auf die Frage 26 nach dem allgemeinen Gesundheitszustand und Durchschnittswerte der Einstufungen des aktuellen Gesundheitszustandes auf dem „Wohlfühlthermometer“ der Frage 35 nach Bevölkerungsgruppen

Fragen 26 und 35: Angaben in Prozent	Gesundheitszustand im Allgemeinen!					durchschnittl. aktueller Gesundheits- zustand
	ausgezeichnet	sehr gut	gut	weniger gut	schlecht	
Befragte insgesamt	5,2	18,7	54,6	18,4	3,2	75,255
Frauen	4,5	17,8	54,2	20,7	2,8	74,834
Männer	5,4	20,6	54,7	16,0	3,3	75,819
Altersgruppen						
16 bis 24 Jahre	17,1	41,5	35,8	5,2	0,5	86,147
25 bis 34 Jahre	10,1	32,6	51,7	4,7	1,0	83,695
35 bis 44 Jahre	5,1	31,3	52,4	9,8	1,4	81,673
45 bis 54 Jahre	3,3	20,7	60,0	13,6	2,4	78,677
55 bis 64 Jahre	2,3	10,7	63,2	20,3	3,5	71,195
65 bis 74 Jahre	2,3	5,0	56,9	30,8	5,0	66,887
75 und älter	0,7	2,0	50,0	40,8	6,6	57,326
Haushaltsform						
Single-Haushalt	3,3	13,2	54,1	25,3	4,0	70,819
mit Partner ohne Kinder	4,0	16,2	56,4	19,6	3,7	73,465
Sonstige ohne Kinder	11,4	31,4	45,4	9,2	2,7	82,521
mit Partner und Kind/ern	6,7	31,5	53,3	8,0	0,4	83,819
Alleinerziehend	5,1	23,7	54,2	16,9	0,0	75,019
Wohnform						
Mieter	5,0	17,7	53,1	20,5	3,7	74,726
Eigentümer	5,4	19,9	57,3	15,2	2,1	75,979
Erwerbsstatus						
Selbständig/Freiberufler	10,5	29,6	53,1	6,2	0,6	82,483
leitende Angestellte/Beamte	6,2	35,1	51,2	6,9	0,7	83,094
einf. Angestellte/Beamte	6,0	26,6	54,6	12,3	0,4	80,511
Arbeiter	2,1	19,8	63,0	14,1	1,0	79,167
Arbeitlose	1,9	16,2	51,4	22,9	7,6	71,404
Hausfrau/-mann	2,6	13,2	60,8	20,4	3,0	74,353
Rentner/Pensionär	1,5	5,1	55,8	31,5	6,2	64,213
Azubi/Schüler/Student	20,0	36,7	35,0	8,3	0,0	84,815
Haushalts-Einkommen						
unter 1.000 €	2,4	10,1	47,9	31,1	8,4	65,401
1.000 bis unter 1.500 €	3,0	11,0	55,9	26,9	3,2	70,359
1.500 bis unter 2.000 €	3,5	15,0	57,1	21,9	2,5	73,735
2.000 bis unter 2.500 €	3,6	21,5	54,6	17,6	2,7	76,361
2.500 bis unter 3.000 €	4,1	22,4	56,3	14,2	3,0	76,416
3.000 bis unter 4.000 €	6,5	28,3	57,3	6,5	1,3	81,784
4.000 € und mehr	12,0	32,6	47,5	7,0	0,8	82,920
Stadtteil						
Altstadt I (Zentrum/Süd)	4,9	15,0	57,5	19,6	3,1	73,833
Altstadt II (Nord)	4,2	17,0	51,3	22,8	4,7	71,420
Styrum	5,4	14,5	55,7	19,9	4,5	73,973
Dümpten	3,9	20,5	56,4	15,6	3,6	75,761
Heißen	5,2	18,2	54,4	19,3	2,8	75,987
Menden-Holthausen	5,4	22,2	58,2	11,7	2,5	77,903
Saarn	7,5	19,4	54,5	17,2	1,5	75,170
Broich	3,1	20,4	52,5	20,0	3,9	76,080
Speldorf	6,2	20,7	53,1	17,6	2,5	78,110
nachrichtlich: Eppinghofen	4,1	17,1	48,8	24,1	5,9	69,769

Frage19: FühlenSiesichselbstdurchLärminIhrer Gesundheitbereitsbeeinträchtigt?

19.DurchLärminderGesundheitbereitsbeeinträchtigt

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig sehrstark	94	3,2	3,4	3,4
stark	252	8,7	9,1	12,5
nichtso stark	600	20,7	21,6	34,1
kaum	683	23,6	24,6	58,7
garnicht	1144	39,5	41,3	100,0
Gesamt	2773	95,9	100,0	
Fehlend System	120	4,1		
Gesamt	2893	100,0		

Frage20: WiebeurteilenSieimAllgemeinendieGesundheitsschädlichkeitvonLärm?

20.BeurteilungderGesundheitsschädlichkeitvonLärm

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig sehrstark	652	22,5	24,0	24,0
stark	1373	47,5	50,6	74,6
nichtso stark	398	13,8	14,7	89,2
kaum	176	6,1	6,5	95,7
garnicht	116	4,0	4,3	100,0
Gesamt	2715	93,8	100,0	
Fehlend System	178	6,2		
Gesamt	2893	100,0		

Frage26: WiewürdenSieihrenGesundheitszustandimAllgemeinenbezeichnen?

26.GesundheitszustandimAllgemeinen

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig Ausgezeichnet	146	5,0	5,2	5,2
Sehrgut	530	18,3	18,7	23,9
Gut	1547	53,5	54,6	78,5
Wenigergut	520	18,0	18,4	96,8
Schlecht	90	3,1	3,2	100,0
Gesamt	2833	97,9	100,0	
Fehlend System	60	2,1		
Gesamt	2893	100,0		

Frage27: HabenSieErfahrungenmiternsthafteErkr ankungengemacht?

1Beisichselbst?

27.1ErfahrungenmiternsthafteKrankheitenbeisi chselbst

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig Ja	1065	36,8	41,6	41,6
Nein	1495	51,7	58,4	100,0
Gesamt	2560	88,5	100,0	
Fehlend System	333	11,5		
Gesamt	2893	100,0		

2InIhrerFamilie?

27.2ErfahrungenmiternsthafteKrankheiteninder Familie

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig Ja	1726	59,7	72,3	72,3
Nein	660	22,8	27,7	100,0
Gesamt	2386	82,5	100,0	
Fehlend System	507	17,5		
Gesamt	2893	100,0		

3BeiderPflegeanderer?

27.3ErfahrungenmiternsthafteKrankheitenbeide rPflegeanderer

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig Ja	752	26,0	38,4	38,4
Nein	1204	41,6	61,6	100,0
Gesamt	1956	67,6	100,0	
Fehlend System	937	32,4		
Gesamt	2893	100,0		

Frage28: LeidenSieaneinerchronischeErkrankung?

28.LeidenaneinerchronischenErkrankung

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig Ja	930	32,1	33,3	33,3
Nein	1866	64,5	66,7	100,0
Gesamt	2796	96,6	100,0	
Fehlend System	97	3,4		
Gesamt	2893	100,0		

Frage29: LiegteineBehinderungvor?

29.LiegteineBehinderungvor

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	629	21,7	22,4	22,4
	Nein	2180	75,4	77,6	100,0
	Gesamt	2809	97,1	100,0	
Fehlend	System	84	2,9		
Gesamt		2893	100,0		

Fragen30bis34: BittegebenSiean,welcheAussage inIhrenheutigen Gesundheitszustandambestenbeschreiben.

30.Mobilität

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	keineProblemebeim Gehen	2195	75,9	78,1	78,1
	ProblemebeimGehen bettlägerig	611	21,1	21,7	99,9
		4	,1	,1	100,0
	Gesamt	2810	97,1	100,0	
Fehlend	System	83	2,9		
Gesamt		2893	100,0		

31.Selbstversorgung

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	keineProblemesich selbstzuversorgen	2712	93,7	96,2	96,2
	einigeProblemesich selbstzuwaschen oderanzuziehen	88	3,0	3,1	99,3
	nichtinderLagesich selbstzuwaschen oderanzuziehen	19	,7	,7	100,0
	Gesamt	2819	97,4	100,0	
Fehlend	System	74	2,6		
Gesamt		2893	100,0		

Fragen30bis34: BittegebenSiean,welcheAussage nIhrenheutigen Gesundheitszustandambestenbeschreiben.

32.GewöhnlicheTätigkeiten

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	keineProbleme alltäglicheTätigkeiten nachzugehen	2371	82,0	83,9	83,9
	einigeProbleme alltäglicheTätigkeiten nachzugehen	413	14,3	14,6	98,5
	nichtinderLage alltäglicheTätigkeiten nachzugehen	42	1,5	1,5	100,0
	Gesamt	2826	97,7	100,0	
Fehlend	System	67	2,3		
Gesamt		2893	100,0		

33.Schmerzen/körperlicheBeschwerden

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	keineSchmerzen oderBeschwerden	1453	50,2	51,8	51,8
	mäßigeSchmerzen oderBeschwerden	1210	41,8	43,2	95,0
	extremeSchmerzen oderBeschwerden	140	4,8	5,0	100,0
	Gesamt	2803	96,9	100,0	
Fehlend	System	90	3,1		
Gesamt		2893	100,0		

34.Angst/Niedergeschlagenheit

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nichtängstlich oderdeprimiert	2172	75,1	78,4	78,4
	mäßigängstlich oderdeprimiert	551	19,0	19,9	98,3
	extremängstlich oderdeprimiert	47	1,6	1,7	100,0
	Gesamt	2770	95,7	100,0	
Fehlend	System	123	4,3		
Gesamt		2893	100,0		

Literaturverzeichnis

Bullinger, Monika, Dr. Phil.:

Untersuchung der Auswirkungen unterschiedlicher Umweltbedingungen am Institut für medizinische Psychologie, München, Münchener Forschungsbund Projekt D 4 Umwelt und subjektive Gesundheit,

www.bfv.med.uni-muenchen.de

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
Bericht zur gesundheitlichen Lage in Deutschland: Auswirkungen auf Gesundheit, Kapitel 7 Arbeit und Gesundheit,

www.bmfsfj.de

Jugend(2001):

aus- und Familienarbeit und ihre Auswirkung, Berlin 2001

Claussen, Wiebke (2005):

Gesundheit vor Ort – ein Thema für die Raumplanung? , in: Raumplanung, Heft 123 Dezember 2005, hrsg. vom Informationskreis für Raumplanung

, in: Raumplanung, Heft 123 Dezember 2005, hrsg. vom Informationskreis für Raumplanung, S. 264-268

D`Houtard, A.; Field, M. G. (1984):

The image of Health: variations in perception of social class in a French population. Sociology of Health and Illness, London

Deutsches Zentrum für Altersfragen (2005):

Alterssurvey – allgemeine Einführung, gefördert durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Gesundheit und Gesundheitsvorsorge, Berlin 2002 und 2005

www.dza.de/forschung/forsch-alterssurvey.html

www.bmfsfj.de

Frauengesundheitsbericht Bremen (2001):

Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales

Grünheid, Evelyn (2004):

Einflüsse der Einkommenslage auf Gesundheit und Gesundheitsverhalten, Heft 102 f der Materialien zu Bevölkerungswissenschaft des Bundesinstitutes für Bevölkerungsforschung (BiB), Wiesbaden 2004

www.bib-demographie.de/publikat/materialien/heft102f.pdf

Idler, E.; Benyamini, Y. (1997):

A review of twenty-seven community studies, in: Journal of Health and Social Behaviour 34, S. 21-37

Löhr, Rolf-Peter (2003):

Durch Städtebau Gesundheit fördern und Armut verringern, in: Difu-Berichte 2/2003, S. 2

Maschewsky-Schneider, Ulrike (2004):

Objektive und subjektive Gesundheit in Deutschland, 2. Förderphase (Januar 2003 – Dezember 2004), Berlin

www.ifg-gs.tu-berlin.de/projekte/osgd

Mattern, Philipp (2005):

Armut macht krank. Geld oder Leben, in: www.jungewelt.de – 28.07.2005

Müller, Ulrich;Heinzel-Gutenbrunner, Monika(2001) :
Krankheiten und Beschwerden (subjektive Gesundheit) unter Bewertung der eigenen Gesundheit, Heft 102 c der Materialien zu Bevölkerungswissenschaft des Bundesinstitutes für Bevölkerungsforschung (BiB), Wiesbaden 2001

www.bib-demographie.de/publikat/materialien/heft102c.pdf

RobertKochInstitutinZusammenarbeitmitdemStatistischenBundesamt,
GesundheitsberichterstattungdesBundes,verschiedeneVeröffentlichungen:
GesundheitinDeutschland,Berlin2006

Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit, Berlin 2005

Heft 21 (2004): Angststörungen

Heft 14 (2003): Gesundheit alleinerziehender Mütter und Väter

Heft 13 (2003): Arbeitslosigkeit und Gesundheit

Heft 10 (2002): Gesundheit im Alter

Heft 7 (2002): Chronische Schmerzen

Gesundheitsbericht für Deutschland, Berlin 1998

www.gbe-rki.de

Schuhmacher, Jörg; Brähler, Elmar (2002):

Befinden und Befund - Psychologische Aspekte körperlicher Beschwerden, Göttingen 2002

Stich, Anne Kathrin (2004):

Arbeitslosigkeit und subjektive Gesundheit, Magisterarbeit am Institut für Gesundheitswissenschaft der Technischen Universität Berlin

<http://www.ifg-gs.tu-berlin.de/projekte/osgd/maganne.pdf>

Thiele, W. (1981):

Schichtenspezifische Inanspruchnahme medizinischer Leistungen in der Bundesrepublik Deutschland - ein Literaturüberblick, in: Hauß, F.; Naschold, F.; Rosenbrock, R. (eds.): Schichtenspezifische Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen. Forschungsbericht des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung Bd. 55, Gesundheitsforschung, Bonn

Tietze, W.; Bartholomeycik, S. (1993):

Epidemiologie von Gesundheit und Krankheit, in: Müller, U.; Heinzel-Gutenbrunner, M.: Krankheiten und Beschwerden der eigenen Gesundheit. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung im Statistischen Bundesamt, Wiesbaden

Liebe Mitbürgerin, lieber Mitbürger,

alle Ihre Angaben sind freiwillig. Der Fragebogen wird in der sog. „abgeschotteten Statistikstelle“, deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in besonderer Weise dem Datenschutz verpflichtet sind, entgegengenommen. Die anonymisierten Datensätze werden nur dort ausgewertet. Die fortlaufende Nummer unten auf dem Fragebogen dient allein der Rücklaufkontrolle und der räumlichen Zuordnung. Sie wird nicht mit Ihrem Namen oder mit Ihren Angaben verknüpft. Ihre Anonymität ist also jederzeit vollkommen sichergestellt.

Bei Rückfragen helfen Ihnen Herr Pickert (Tel.: 02 08 / 4 55 68 00) oder Herr Trieb (Tel.: 02 08 / 4 55 68 06) gerne weiter.

Mit der herzlichen Bitte um Ihre Mitwirkung

Dagmar Mühlenfeld

Dagmar Mühlenfeld

Oberbürgermeisterin der Stadt Mülheim an der Ruhr

1. a) Wie gefällt Ihnen Ihr Wohnort?

Bitte vergeben Sie jeweils eine Schulnote von „1 = sehr gut“ bis „6 = ungenügend“

- für die Stadt Mülheim an der Ruhr >>
 für Ihren Stadtteil >>
 für Ihr Wohnviertel >>

b) Falls es in diesen Bereichen ein akutes Problem gibt, das aus Ihrer Sicht dringend angegangen werden muss, nennen Sie dieses bitte mit einem Stichwort!

2. Seit wann (Jahr) wohnen Sie ununterbrochen in...?

- ... Mülheim an der Ruhr
 ... dieser Wohnung

3. Ich wohne hier als... (Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an!)

- ... Mieter/in dieser Wohnung ... Eigentümer/in dieser Wohnung
 ... Mieter/in dieses Hauses ... Eigentümer/in dieses Hauses

4. Mit wieviel Parteien wohnen Sie im Haus?

- Ich / Wir wohne/n hier alleine
 Es wohnt noch eine Partei im Haus
 Es wohnen noch zwei bis fünf Parteien im Haus
 Es wohnen noch mehr als fünf Parteien im Haus

5. Ist Ihre Wohnung nach Ihrer Auffassung ausreichend schallgedämmt (Wände, Fassaden, Fenster)?

- Ja
 Nein

6. Welche Fenster sind in Ihrer Wohnung eingebaut?

- einfache Verglasung
 Isolierverglasung in allen Räumen

7. Planen Sie einen Umzug?

- Nein >> direkt zu Frage 11
 Ja, innerhalb von zwei Jahren
 Ja, in mehr als zwei Jahren

8. Wo wollen Sie dann hinziehen?

- Ich bleibe hier im Stadtteil
 In einen anderen Mülheimer Stadtteil, nämlich _____
 Ich werde Mülheim verlassen
 Weiß ich noch nicht

9. Wie möchten Sie dann wohnen? Als...

- ... Mieter/in einer Wohnung ... Eigentümer/in einer Wohnung
 ... Mieter/in eines Hauses ... Eigentümer/in eines Hauses
 Das weiß ich noch nicht

10. Falls es einen Hauptgrund für Ihren Umzug gibt, nennen Sie diesen bitte mit einem Stichwort!

11.

Wie wichtig sind Ihnen die nachfolgend aufgeführten Ziele der Stadtentwicklung?

Beurteilen Sie bitte auch die heutige Lage in Mülheim an der Ruhr in Bezug auf das entsprechende Ziel mittels einer Schulnote!

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile den Grad der Wichtigkeit an und vergeben Sie in der letzten Spalte **zusätzlich** Ihre Note.

	sehr wichtig	wichtig	weniger wichtig	unwichtig	Note
Attraktiver Wohnstandort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Ausreichendes Angebot an Ausbildungsplätzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Ausreichendes Arbeitsplatzangebot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Besucherfreundliche Stadt mit touristischen Angeboten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Beteiligung der Bürger/innen an der Entwicklung der Stadt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Busse und Bahnen gewährleisten die Erreichbarkeit in der Stadt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Die Innenstadt als Zentrum für alle Mülheimer/innen mit hoher Aufenthaltsqualität und guten Einkaufsmöglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Freiwilliges Engagement der Bürger/innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
In den Wohnvierteln Heimat bieten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Integration zugewanderter Bevölkerungsgruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Kinder- und familienfreundliche Stadt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Kundenorientierte Verwaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Mobilität im Straßenverkehr sichern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Mülheim soll seinen Charakter bewahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Raum für sportliche Aktivitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Schulden abbauen, Haushalt ausgleichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Selbstbewusster Partner in der (Städte-)Region(Rhein-Ruhr)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Seniorenrechtliche Stadt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Sicherheit und Sauberkeit gewährleisten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Sicherstellung gesunder Lebensverhältnisse durch Umwelt- und Naturschutz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Stadt für alle Generationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Stadt mit allgemein zugänglichen, umfassenden Bildungsangeboten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Stadt mit attraktiven Naherholungsmöglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Stadt mit lebendiger Kunst- und Kulturszene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Wissenschafts- und Technologiestandort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Zukunftsfähiger Wirtschaftsstandort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Sollten wir in dieser Liste ein für Sie zentrales stadtentwicklungspolitisches Ziel vergessen haben, ergänzen Sie dieses bitte und beurteilen Sie auch diesbezüglich die heutige Situation in Mülheim an der Ruhr:

Beurteilen Sie die Lärmsituation in Ihrem Wohnumfeld!

Kreuzen Sie bitte bei den folgenden Fragen jeweils an, wie stark Sie die Störung empfinden!

	sehr stark	stark	nicht so stark	kaum	gar nicht
--	------------	-------	----------------	------	-----------

12. Fühlen Sie sich in Ihrem Wohnumfeld durch Lärm belästigt?

13. Welche Lärmquellen stören Sie dort besonders?

Straßenverkehr	<input type="checkbox"/>				
Schienenverkehr	<input type="checkbox"/>				
Flugverkehr	<input type="checkbox"/>				
Industrie / Gewerbe	<input type="checkbox"/>				
Baustellen	<input type="checkbox"/>				
Nachbarn	<input type="checkbox"/>				
Sport- und Freizeitanlagen	<input type="checkbox"/>				
Kneipen / Discos / Gaststätten	<input type="checkbox"/>				

14. Wo fühlen Sie sich durch Lärm gestört?

In der Wohnung bei geschlossenen Fenstern	<input type="checkbox"/>				
In der Wohnung bei geöffneten Fenstern	<input type="checkbox"/>				
Außerhalb der Wohnung (Balkon, Terrasse, Garten)	<input type="checkbox"/>				

15. Wobei fühlen Sie sich durch Lärm im Wohnumfeld gestört?

Bei der Kommunikation	<input type="checkbox"/>				
In der Erholung	<input type="checkbox"/>				
Im Schlaf	<input type="checkbox"/>				

16. a) Zu welchen Zeiten fühlen Sie sich durch Lärm an Wochenenden / Feiertagen gestört?

Früh morgens (von 6 bis 9 Uhr)	<input type="checkbox"/>				
In der Mittagszeit (zwischen 13 und 15 Uhr)	<input type="checkbox"/>				
Tagsüber außerhalb der Mittagszeit	<input type="checkbox"/>				
Abends (zwischen 20 und 22 Uhr)	<input type="checkbox"/>				
Nachts (von 22 bis 6 Uhr)	<input type="checkbox"/>				

b) Zu welchen Zeiten fühlen Sie sich durch Lärm in der Woche gestört?

Früh morgens (von 6 bis 9 Uhr)	<input type="checkbox"/>				
In der Mittagszeit (zwischen 13 und 15 Uhr)	<input type="checkbox"/>				
Tagsüber außerhalb der Mittagszeit	<input type="checkbox"/>				
Abends (zwischen 20 und 22 Uhr)	<input type="checkbox"/>				
Nachts (von 22 bis 6 Uhr)	<input type="checkbox"/>				

17. a) Hat sich die Lärmbelästigung in Ihrem Wohnumfeld in den letzten drei Jahren verändert?

- Ja, sie hat sich stark erhöht Ja, sie ist zurückgegangen
 Ja, sie hat sich leicht erhöht Nein

b) Falls sich die Lärmbelästigung stark oder sehr stark erhöht hat, worauf führen Sie das in erster Linie zurück?

18. Sind Sie schon einmal wegen Lärmbelästigung aktiv geworden?

- Nein
 Ja, und zwar gegen (Art der Lärmbelästigung) _____ durch (Form der Aktivität) _____

19. Fühlen Sie sich selbst durch Lärm in Ihrer Gesundheit bereits beeinträchtigt?

sehr stark stark nicht so stark kaum gar nicht

20. Wie beurteilen Sie im Allgemeinen die Gesundheitsschädlichkeit von Lärm?

21. Welche Lärmschutzmaßnahmen halten Sie generell an folgenden Straßen für sinnvoll?

	Autobahnen	innerstädtische Hauptverkehrsstraßen	Wohnstraßen
Lärmschutzwände / -wälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einbau von Schallschutzfenstern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschwindigkeitsbegrenzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lärmschluckender Fahrbahnbelag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verkehrsaufkommen mindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwerlastverkehr zeitlich begrenzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LKW-Fahrverbote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fahrbahnschwellen, Einbuchtungen etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gibt es Ihrer Ansicht nach bestimmte Stellen in Mülheim, an denen diese Maßnahmen eingesetzt werden sollten? Nennen Sie max. 3 Straßennamen!

22. Verfügen Sie über ein Kraftfahrzeug (einschließlich Motorräder)?

- Nein >> direkt zu Frage 15
- Ja, ich nutze es...

- ... alleine
- ... regelmäßig in Absprache mit anderen
- ... unregelmäßig in Absprache mit anderen
- Ich nutze Car-Sharing

23. Wieviele Kraftfahrzeuge, einschließlich Motorräder, gibt es in Ihrem Haushalt?

24. Wie weit ist es von Ihrer Wohnung bis zu...

a) ... der nächsten ÖPNV-Haltestelle?

- weniger als 200 m
- 200 bis 500 m
- 500 bis 1.000 m
- 1.000 bis 2.000 m
- 2.000 m und mehr

b) ... Ihrer Arbeits- oder Ausbildungsstelle?

- weniger als 2 km
- 2 bis unter 5 km
- 5 bis unter 30km
- 30 bis unter 100 km
- 100 km und mehr

25. a) Wie kommen Sie normalerweise zu Ihrer Arbeits- oder Ausbildungsstelle?

Mehrfachnennungen sind möglich!

- mit Bus, Bahn oder Zug
- mit dem PKW
- mit dem Motorrad / Motorroller / Mofa
- mit dem Fahrrad
- zu Fuß

b) Und welche dieser Verkehrsmittel benutzen Sie regelmäßig in Ihrer Freizeit?

Mehrfachnennungen sind möglich!

- Bus, Bahn oder Zug
- den PKW
- Motorrad / Motorroller / Mofa
- das Fahrrad
- Ich gehe zu Fuß

26. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen bezeichnen?

- Ausgezeichnet
 Sehr gut
 Gut
 Weniger gut
 Schlecht

27. Haben Sie Erfahrungen mit ernsthaften Krankheiten gemacht?

- Bei sich selbst Ja Nein
 In Ihrer Familie Ja Nein
 Bei der Pflege anderer Ja Nein

28. Leiden Sie an einer chronischen Erkrankung?

- Ja Nein

29. Liegt eine Behinderung vor?

- Ja Nein

Falls ja, geben Sie bitte den Grad der Behinderung an: _____ %

35. Um Sie bei der Einschätzung, wie gut oder wie schlecht Ihr Gesundheitszustand ist, zu unterstützen, haben wir eine Skala gezeichnet, ähnlich einem Thermometer. Der am besten denkbare Gesundheitszustand ist mit einer „100“ gekennzeichnet, der schlechtest denkbare Gesundheitszustand mit einer „0“.

Wir möchten Sie nun bitten, auf dieser Skala zu kennzeichnen, wie gut oder wie schlecht Ihrer Ansicht nach Ihr persönlicher Gesundheitszustand heute ist.

Bitte verbinden Sie dazu den untenstehenden schwarzen Kasten mit dem Punkt auf der Skala, der Ihren heutigen Gesundheitszustand am besten wiedergibt.

Bitte geben Sie an, welche Aussagen Ihren heutigen Gesundheitszustand am besten beschreiben.

Bitte kreuzen Sie in jeder Frage ein Kästchen an!

30. Mobilität

- Ich habe keine Probleme beim Gehen
 Ich habe Probleme beim Gehen
 Ich bin bettlägerig

31. Selbstversorgung

- Ich habe keine Probleme, mich selbst zu versorgen
 Ich habe einige Probleme, mich selbst zu waschen oder mich anzuziehen
 Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder mich anzuziehen

32. Gewöhnliche Tätigkeiten (z.B. Arbeit, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten)

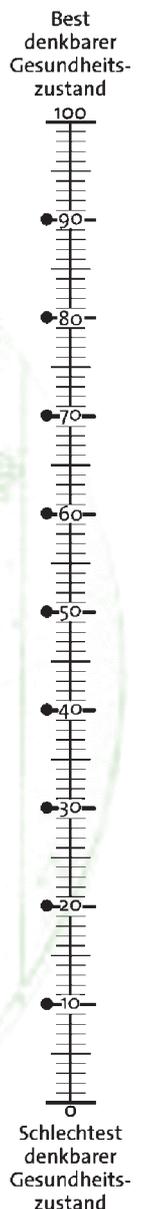
- Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
 Ich habe einige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
 Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen

33. Schmerzen / körperliche Beschwerden

- Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden
 Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden
 Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden

34. Angst / Niedergeschlagenheit

- Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert
 Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert
 Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert



Bitte nicht ausfüllen!

Zum Schluss bitten wir Sie noch um einige statistische Angaben, die Auswertungen für unterschiedliche Haushalts- und Personengruppen ermöglichen:

1.

Tragen Sie bitte in die folgende Liste das Geschlecht und das Alter aller Personen ein, die heute zu Ihrem Haushalt gehören.

	männlich	weiblich	Alter
1. Sie selbst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> Jahre
2. Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> Jahre
3. Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> Jahre
4. Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> Jahre
5. Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> Jahre
6. Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> Jahre
7. Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> Jahre

Anzahl weiterer Personen

2.

Gehört Ihr/e Lebensgefährte/in zu Ihrem Haushalt? Ja Nein

3.

Besitzen Sie die deutsche Staatsangehörigkeit? Ja Nein

4.

In welchem Land sind Sie geboren!

Geben Sie bitte das entsprechende internationale Kraftfahrzeugkennzeichen an

5.

Kreuzen Sie bitte Ihren höchsten Ausbildungsabschluss an!

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Volks-/Hauptschule ohne abgeschl. Berufsausbildung | <input type="checkbox"/> Abitur |
| <input type="checkbox"/> Volks-/Hauptschule mit abgeschl. Berufsausbildung | <input type="checkbox"/> Universität, Fachhochschule |
| <input type="checkbox"/> Realschule, Mittlere Reife, Fachschule | <input type="checkbox"/> Kein Abschluss |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar _____ | <input type="checkbox"/> Zur Zeit noch in Ausbildung |

6.

Falls Sie nicht mehr in der Ausbildung sind, sind Sie zur Zeit...

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ... selbständig oder freiberuflich tätig | <input type="checkbox"/> ... arbeitslos |
| <input type="checkbox"/> ... Angestellte(r)/Beamter/Beamtin in einfacher oder mittlerer Position | <input type="checkbox"/> ... Hausfrau/-mann |
| <input type="checkbox"/> ... Angestellte(r)/Beamter/Beamtin in gehobener oder leitender Position | <input type="checkbox"/> ... Rentner(in)/Pensionär(in) |
| <input type="checkbox"/> ... Facharbeiter(in) | <input type="checkbox"/> ... Sonstiges, und zwar _____ |
| <input type="checkbox"/> ... un-/angelernte(r) Arbeiter(in) | |

7.

Wie viele Personen Ihres Haushalts sind berufstätig oder haben einen Ausbildungsplatz?

Tragen Sie bitte die jeweilige Anzahl differenziert nach Voll- und Teilzeitbeschäftigten und nach dem Arbeitsort ein!

Vollzeit in Mülheim Person(en) Vollzeit außerhalb Person(en)
 Teilzeit in Mülheim Person(en) Teilzeit außerhalb Person(en)

8.

Wie hoch ist das monatliche Nettoeinkommen aller Haushaltsmitglieder zusammen?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> unter 500 € | <input type="checkbox"/> 1.500 bis unter 2.000 € | <input type="checkbox"/> 3.000 bis unter 3.500 € |
| <input type="checkbox"/> 500 bis unter 1.000 € | <input type="checkbox"/> 2.000 bis unter 2.500 € | <input type="checkbox"/> 3.500 bis unter 4.000 € |
| <input type="checkbox"/> 1.000 bis unter 1.500 € | <input type="checkbox"/> 2.500 bis unter 3.000 € | <input type="checkbox"/> 4.000 € und mehr |

Soweit unsere Fragen. Vielen Dank fürs Mitmachen!