

Zeitschrift für

Gerontologie + Geriatric



Organ der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie und
des Bundesverbandes Geriatrie e.V.

Elektronischer Sonderdruck für U. Dapp et al.

Ein Service von Springer Medizin

Z Gerontol Geriat 2011 · 44:55–72 · DOI 10.1007/s00391-011-0244-8

© Springer-Verlag 2011

zur nichtkommerziellen Nutzung auf der
privaten Homepage und Institutssite des Autors

U. Dapp · R. Fertmann · J. Anders · S. Schmidt · F. Pröfener · C. Deneke · C. Minder · J. Hasford · W. von Renteln-Kruse

Die Longitudinal-Urban-Cohort-Ageing-Studie (LUCAS)

LUCAS-Teilprojekt 2: Befragung „Gesundheit älterer Menschen in Hamburg“³

R. Fertmann, T. Kröpelin

Hintergrund und Fragestellung

Ziel dieses Projektes war die Erhebung, Beschreibung und Bewertung von Informationen zur Gesundheit bei einer altersrepräsentativen Stichprobe von Hamburger Senioren ab 60 Jahren. Von Interesse waren Gesundheitszustand, Lebensqualität, Ressourcen und die Kompetenz bezüglich gesundheitlich relevanter Themen. Auf dieser Grundlage sollen gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen für Senioren zielgerecht verbessert werden. Darüber hinaus ermöglicht der Datenbestand einen Vergleich mit den in der LUCAS-Kohorte und in Teilgruppen erhobenen Daten.

Studiendesign und Methoden

Der gewählte Ansatz wurde vorab mit dem Hamburgischen Datenschutzbeauftragten und der Ethik-Kommission der Ärztekammer Hamburg abgestimmt. In einem persönlichen Anschreiben mit Informationen über die geplante Befragung wurden Hamburger ab 60 Jahren (Zufallsauswahl des Amtes für zentrale Meldeangelegenheit) schriftlich kontaktiert und informiert, dann angerufen und um Teilnahme gebeten. Wenn kein Telefonkontakt hergestellt werden konnte, wurden die potenziellen Teilnehmer erneut schriftlich eingeladen, sich zu beteiligen. Diesem Schreiben war ein kurzer schriftlicher Fragebogen beigelegt.

Die Interviewbefragung wurde in Anlehnung an die telefonischen Umfragen des Robert Koch-Instituts und den schriftlichen Fragebogen („minimal data set“) der Langzeiterhebung (LUCAS-Teilprojekt 1) entwickelt und auf Deutsch, Englisch, Französisch, Türkisch und Polnisch angeboten. Insgesamt wurden fast 8000 Hamburger Senioren angeschrieben. Für das Telefoninterview wurde in der Zufallsstichprobe eine vergleichsweise gute Response von 37% erreicht, in der

Tab. 1 Gesundheitsmerkmale differenziert nach sozioökonomischem Status und Geschlecht (n=1094)

Anteile [%]	Sozioökonomischer Status		
	Gering n=450 Gesamt (m/w)	Mittel n=296 Gesamt (m/w)	Hoch n=348 Gesamt (m/w)
Mit gutem/sehr gutem Gesundheitszustand	55 (46/61)	61 (58/63)	76 (82/68)
Mit chronischen Erkrankungen	69 (75/66)	64 (65/64)	52 (52/55)
Mit Schmerzen	44 (37/48)	40 (32/45)	26 (24/30)
Mit Einschränkungen im Alltag	58 (61/51)	49 (44/51)	37 (33/43)

m männlich; w weiblich.

Tab. 2 Gesundheitsmerkmale differenziert nach der Teilnahme an gesundheitsfördernden Maßnahmen (n=1094)

Anteile [%]	Gesundheitsförderung	
	Teilnahme (n=392)	Keine Teilnahme (n=702)
Mit gutem/sehr gutem Gesundheitszustand	61%	65%
Mit chronischen Erkrankungen	67%	59%
Mit Schmerzen	45%	33%
Mit Einschränkungen im Alltag	54%	44%

Telefonische Befragung in Hamburg.

Stichprobe mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit lag diese bei 28%. Der Abgleich mit den Daten der Nonresponder bzw. den Angaben in den Kurzfragebögen lässt darauf schließen, dass eine valide Datengrundlage besteht. Die Zielstichprobe der Interviewten umfasst geschlechterproportional in allen 5-Jahresaltersgruppen jeweils mindestens 200 Personen. Die altersrepräsentativen Ergebnisse beruhen auf der gewichteten Analyse.

Die Auswertung erfolgte überwiegend uni- und bivariat für die mehr als 100 Einzelitems und die abgeleiteten Indizes. Die Darstellung und Bewertung der Ergebnisse erfolgt im Rahmen der Hamburger Gesundheitsberichterstattung. Beispielhaft werden im Folgenden die Zusammenhänge zwischen soziodemografischen Merkmalen und dem Gesundheitszustand beschrieben sowie in diesem Kontext die Angaben zur Teilnahme an der Gesundheitsförderung.

Ergebnisse

Die altersrepräsentative Stichprobe enthielt etwas mehr Frauen (57%) als Männer (43%). Der reelle Altersdurchschnitt

lag bei 71 ± 7 Jahren, das gefühlte Alter mit einem Mittelwert von 61 ± 11 Jahren (nicht tabelliert) deutlich darunter. Aufgrund der Auskünfte zur Schulbildung, beruflichen Ausbildung und zum Nettoeinkommen waren 41% der Älteren einem geringen sozioökonomischen Status zuzuordnen, 27% einem mittleren und 32% einem höheren sozioökonomischen Status (in Anlehnung an [1]). Die kleine Gruppe von gesondert befragten Migranten (hier: Personen nichtdeutscher Staatsangehörigkeit) war im Schnitt etwas jünger (Mittelwert: 67 ± 7 Jahre) und in sozioökonomischer Hinsicht höher als erwartet einzuordnen.

Gesundheitszustand

Getrennt nach sozioökonomischem Status und Geschlecht fasst **Tab. 1** die Angaben zum Gesundheitszustand zusammen.

Ein sehr guter oder guter Gesundheitszustand war bei höherem sozioökonomischem Status häufiger. Dementsprechend ist die Prävalenz von chronischen Erkrankungen, ständigen Schmerzen und gesundheitlich bedingten Einschränkungen im Alltag bei geringem

³ BMBF-Förderkennzeichen: 01ET0709

und mittlerem sozioökonomischem Status häufiger. Migranten (Personen mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit) gaben zu 64% einen guten oder sehr guten Gesundheitszustand an; mehr als die Hälfte der Migranten hatte chronische Erkrankungen (57%), ein etwas geringerer Anteil ständige Schmerzen (40%). Mit diesen Prävalenzen entsprachen Migranten etwa dem mittleren sozioökonomischen Status.

Gesundheitsförderung

Etwa ein Drittel der Befragten hatte Erfahrungen mit Maßnahmen zur Gesundheitsförderung (36%), zwei Drittel hingegen bislang nicht. Maßnahmen zur Verbesserung der Fitness und Beweglichkeit waren die beliebtesten (28%), gefolgt von Ernährung und Abnehmen (14%) sowie Stressbewältigung (11%). Auch ein Drittel der Migranten (30%) hatte bereits Erfahrungen mit gesundheitsfördernden Maßnahmen.

Personen, die bereits Erfahrungen mit der Gesundheitsförderung gemacht hatten, stimmten in Alter und Geschlecht mit den restlichen Personen überein; der mittlere sozioökonomische Status war gleich häufig vertreten, der höhere Status etwas häufiger bei denjenigen mit Erfahrung (36% vs. 29%; nicht tabelliert). Die Teilgruppen ähnelten sich in Hinblick auf den Gesundheitszustand. Chronische Erkrankungen, Schmerzen und die Erfahrung, im Alltag eingeschränkt zu sein, waren jedoch häufiger in der Gruppe der Teilnehmer an Gesundheitsförderungsmaßnahmen vertreten (■ Tab. 2).

Unter dem Vorbehalt kleiner Zahlen lassen sich diese Beobachtungen in der Stichprobe der Migranten bestätigen.

Diskussion

Die Hamburger Daten bestätigen den aus anderen Studien (beispielsweise [2]) bekannten Sozialgradienten in gesundheitsrelevanten Merkmalen: je höher der sozioökonomische Status, desto besser der Gesundheitszustand. In der Hamburger Befragung waren die Personen der höheren sozioökonomischen Schicht durchschnittlich 3 Jahre jünger (69 statt 72 Jahre). Dieses Artefakt ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass das Nettoeinkommen bei noch bestehender Berufstätigkeit

höher ausfällt; dies hat die Einordnung jüngerer Personen in die höhere sozioökonomische Stufe begünstigt. Eine Bewertung der gesundheitsrelevanten Differenzen in Zusammenhang mit dem sozioökonomischen Status muss diesen Altersunterschied berücksichtigen.

In Bezug auf den allgemeinen Gesundheitszustand profitieren Männer scheinbar noch stärker von den sozioökonomischen Unterschieden als Frauen; alle Differenzen sind größer als bei Frauen. Unter den befragten Migranten sind höhere Ausbildungsabschlüsse überproportional vertreten; hier war die Erhebung selektiv und nicht repräsentativ.

Ältere Personen, die Erfahrungen mit Gesundheitsförderungsmaßnahmen gemacht haben, zeichnen sich insgesamt durch mehr gesundheitliche Einschränkungen aus. Sie sind möglicherweise durch eine höhere Präsenz von Krankheiten oder Beschwerden motiviert worden, sich an gesundheitsfördernden Angeboten zu beteiligen. Gleichzeitig gaben diese Personen an, überzeugt zu sein, (sehr) viel zur eigenen Gesundheit beitragen zu können (79% vs. 68%). Es lässt sich nur vermuten, dass diese Beobachtungen auch auf die Migranten übertragbar sind.

Schlussfolgerungen

Der Zugang durch eine schriftliche Vorabinformation und die Transparenz im Erhebungsverfahren haben unseres Erachtens zu einer guten Response beigetragen, sodass für die Hamburger Gesundheitsberichterstattung eine solide Datenbasis besteht. Zugleich konnten mittels fremdsprachiger Informationen und Interviewangeboten Migranten mit geringen Deutschkenntnissen in die Auswertung einbezogen werden. Komplementär zum ersten Bericht zur Gesundheit im Alter werden im zweiten Bericht (<http://www.hamburg.de/gesundheitsberichte/>) weitere Ergebnisse der telefonischen Befragung beschrieben. Diese und weitere Ergebnisse, auch aus dem LUCAS-Verbund, fließen in den Pakt für Prävention (<http://www.hamburg.de/pakt-fuer-praevention>) ein.

Korrespondenzadresse

Dr. R. Fertmann
BGV – Behörde für Gesundheit
und Verbraucherschutz
Abteilung Gesundheit,
Gesundheitsberichterstattung
und Gesundheitsförderung
Billstrasse 80a
20539 Hamburg
regina.fertmann@
bgv.hamburg.de

Literatur

1. Jöckel KH, Babitsch B, Bellach BM et al (1998) Messung und Quantifizierung soziodemographischer Merkmale in epidemiologischen Studien. In: Ahrens W (Hrsg) Messung soziodemographischer Merkmale in der Epidemiologie. Robert Koch-Institut. MMV Medizin, München, S 7–38
2. Lampert T, Ziese T (2005) Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Robert Koch-Institut, Berlin