

Journal of Health Monitoring · 2021 6(3)

DOI 10.25646/8460.2

Robert Koch-Institut, Berlin

Almut Richter, Anja Schienkiewitz,

Anne Starker, Susanne Krug,

Olga Domanska, Ronny Kuhnert,

Julika Loss, Gert B. M. Mensink

Robert Koch-Institut, Berlin

Abteilung für Epidemiologie und Gesundheits-
monitoring

Eingereicht: 18.03.2021

Akzeptiert: 16.06.2021

Veröffentlicht: 15.09.2021

Gesundheitsfördernde Verhaltensweisen bei Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse der Studie GEDA 2019/2020-EHIS

Abstract

Gesundheitsfördernde Verhaltensweisen sind in jedem Alter wichtig zur Vermeidung von Krankheiten und zur Förderung des Wohlbefindens. Mit Informationen der Studie GEDA 2019/2020-EHIS, einer deutschlandweiten, repräsentativen Befragung, wird beschrieben, wie häufig bestimmte Verhaltensweisen aktuell im Alltag der erwachsenen Bevölkerung auftreten. Betrachtet werden Nichtrauchen, risikoarmer Alkoholkonsum, das Erreichen der Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur Ausdaueraktivität und mindestens täglicher Obst- und Gemüsekonsum. Als weiterer Indikator wird das Einhalten eines Körpergewichtes im Normalbereich herangezogen. Für diese Verhaltensweisen wird jeweils der Anteil der Personen, die diese im Alltag umsetzen, differenziert nach Geschlecht, Alters- und Bildungsgruppe dargestellt. Außerdem wird die Anzahl der umgesetzten Verhaltensweisen pro Person und die häufigsten Kombinationen dieser Verhaltensweisen ermittelt.

Jungen Erwachsenen zwischen 18 und 29 Jahren gelingt es am häufigsten, einen gesundheitsförderlichen Lebensstil zu realisieren. Im späteren Erwachsenenalter ist insbesondere der Anteil derjenigen mit mindestens 150 Minuten körperlicher Aktivität pro Woche und einem Körpergewicht im Normalbereich geringer als bei den 18- bis 29-Jährigen. Die Empfehlung, täglich Obst und Gemüse zu verzehren, wird von allen fünf untersuchten Aspekten des Gesundheitsverhaltens am seltensten umgesetzt. Frauen weisen häufiger einen gesundheitsförderlichen Lebensstil auf als Männer.

📌 GESUNDHEITSVERHALTEN · VERHALTENSKOMBINATIONEN · GESUNDHEITSFÖRDERLICHER LEBENSSTIL · ERWACHSENE

1. Einleitung

Bestimmte Verhaltensweisen können dazu beitragen, die eigene Gesundheit zu erhalten oder zu verbessern. Die COVID-19-Pandemie hat dies im Hinblick auf die Eindämmung des Infektionsgeschehens eindrücklich gezeigt: So sind vor allem Verhaltensweisen wie Abstandhalten, Hygieneregeln für richtiges Husten und Niesen und das Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes in der Bevölkerung

entscheidend. Es gibt jedoch neben Maßnahmen zur Prävention übertragbarer Erkrankungen bedeutende Verhaltensweisen, die bei der Entstehung chronischer Erkrankungen eine Rolle spielen. Für das Jahr 2017 wurde geschätzt, dass 11,6 Millionen Lebensjahre in Deutschland durch vorzeitige Sterblichkeit verloren gingen [1]. Von vorzeitiger Sterblichkeit spricht man, wenn Menschen vor ihrer statistischen Lebenserwartung versterben. Hauptverantwortlich für diesen Verlust waren bösartige

GEDA 2019/2020-EHIS

Fünfte Folgerhebung der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell

Datenhalter: Robert Koch-Institut

Ziele: Bereitstellung zuverlässiger Informationen über den Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten und die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung in Deutschland, mit Möglichkeit zum europäischen Vergleich

Studiendesign: Telefonische Querschnitterhebung

Grundgesamtheit: Deutschsprachige Bevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten, die über Festnetz oder Mobilfunk erreichbar sind

Stichprobenziehung: Zufallsstichprobe von Festnetz- und Mobilfunknummern (Dual-Frame-Verfahren) aus dem Stichprobensystem des ADM (Arbeitskreis Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute e. V.)

Stichprobenumfang: 23.001 Teilnehmende

Datenerhebungszeitraum: April 2019 bis September 2020

GEDA-Erhebungswellen:

- ▶ GEDA 2009
- ▶ GEDA 2010
- ▶ GEDA 2012
- ▶ GEDA 2014/2015-EHIS
- ▶ GEDA 2019/2020-EHIS

Mehr Informationen unter www.geda-studie.de

Neubildungen (Anteil 35,2 %) sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Anteil 27,6 %) [1]. Verhaltensweisen, die das Risiko zu erkranken oder frühzeitig zu sterben für diese Krankheiten senken können, sind zum Beispiel der Verzicht auf Rauchen, risikoarmer Alkoholkonsum, regelmäßige körperliche Aktivität, eine gesunde, pflanzenbasierte Ernährung und das Einhalten eines Körpergewichtes im Normalbereich [2]. Insbesondere das Zusammenwirken mehrerer Verhaltensweisen im Rahmen eines insgesamt gesunden Lebensstils, ist für eine möglichst große Risikoreduktion bezüglich bestimmter Todesursachen und auch der Gesamtmortalität entscheidend [3–8]. So ist die Kombination von mindestens vier dieser gesundheitsfördernden Verhaltensweisen laut einer Meta-Analyse bei einer mittleren Beobachtungszeit von 13,2 Jahren mit einer Reduktion der Gesamtmortalität um 66 % assoziiert [7]. Für die Umsetzung von fünf Komponenten eines gesunden Lebensstils wurde in den USA eine Verlängerung der Lebenszeit ab dem Alter von 50 Jahren von 14,0 Jahren bei Frauen und 12,2 Jahren bei Männern ermittelt, gegenüber Personen, die keine der Bestandteile eines gesunden Lebensstils umsetzen [9].

In einer Studie auf Basis des European Social Survey 2014 wurde ermittelt, dass nur 5,8 % der Erwachsenen in Europa die Kombination mehrerer gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen, wie körperlich aktiv zu sein, nicht zu rauchen, nicht übermäßig viel Alkohol zu konsumieren, täglich Obst und Gemüse zu verzehren und auf ausreichende Schlafqualität zu achten, aufweisen [10]. In Deutschland kombinierten laut der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) im Jahr 2009/2010 lediglich 7,1 % der Frauen und 3,2 % der Männer fünf gesunde

Verhaltensweisen miteinander. Mindestens vier von fünf Verhaltensweisen wurden bei 29,1 % der Frauen und 17,8 % der Männer beobachtet [11].

Gesundheitsfördernde Lebensstile werden nicht nur von individuellen Merkmalen, sondern auch von verschiedenen sozialen, ökonomischen und verhältnisbezogenen Faktoren beeinflusst. Dabei werden in verschiedenen Lebensaltern unterschiedliche Faktoren wirksam, wenn sich zum Beispiel das soziale oder familiäre Umfeld wandelt oder sich zeitliche und finanzielle Ressourcen ändern [12].

Mit der Studie GEDA 2019/2020-EHIS liegen aktuelle bevölkerungsweite Daten vor, die eine differenzierte Beschreibung von verschiedenen gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen in Deutschland ermöglichen. Ziel dieser Auswertung ist es, die Häufigkeit von Nichtrauchen, risikoarmem Alkoholkonsum, körperlicher Ausdaueraktivität, täglichem Verzehr von Obst und Gemüse sowie das Einhalten eines Körpergewichtes im Normalbereich in Deutschland zu ermitteln und Unterschiede hinsichtlich Geschlecht, Alter und Bildung zu identifizieren. Dabei werden die Häufigkeiten der genannten Verhaltensweisen jeweils für sich, aber auch ihr Auftreten in verschiedenen Kombinationen betrachtet.

2. Methode

2.1 Studiendesign und Stichprobe

GEDA ist eine bundesweite Querschnittbefragung der in Deutschland lebenden Wohnbevölkerung. Die GEDA-Studie wird seit 2008 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit vom Robert Koch-Institut (RKI) in mehrjährigen Abständen durchgeführt und ist ein Bestandteil des

Gesundheitsmonitorings am RKI [13, 14]. In GEDA werden unterschiedliche Themen wie Gesundheitsstatus, Gesundheitsverhalten, chronische Krankheiten und Inanspruchnahme von Leistungen im Gesundheitswesen erhoben.

Die fünfte Folgerhebung, GEDA 2019/2020-EHIS, fand zwischen April 2019 und September 2020 statt. Wie bereits in der Welle 2014/2015 wurde der Fragebogen des European Health Interview Survey (EHIS) vollständig integriert [15, 16]. Die aktuelle GEDA-Welle wurde als telefonische Befragung mittels eines programmierten, strukturierten Fragebogens durchgeführt (Computer Assisted Telephone Interview, CATI). Sie basierte auf einer Zufallsstichprobe von Festnetz- und Mobilfunknummern (Dual-Frame-Verfahren) [17]. Die Grundgesamtheit umfasste die in privaten Haushalten lebende Bevölkerung ab 15 Jahren, deren üblicher Aufenthaltsort zum Zeitpunkt der Datenerhebung in Deutschland lag. Insgesamt haben 23.001 Personen mit vollständigen Interviews an der Studie GEDA 2019/2020-EHIS teilgenommen. Für die vorliegenden Analysen wurden die Studienteilnehmenden auf 22.708 Personen ab 18 Jahren eingegrenzt. Zur Beschreibung von Geschlechterunterschieden wurde in GEDA 2019/2020-EHIS die Geschlechtsidentität verwendet. Die Befragten konnten angeben, welchem Geschlecht sie sich zugehörig fühlen. Unter den Befragten ab 18 Jahren waren 11.959 Frauen und 10.687 Männer. 62 Befragte gaben eine andere Geschlechtsidentität an oder machten keine Angaben. In den Auswertungen nach Geschlecht werden diese Personen nicht ausgewiesen. Die Responserate betrug nach den Standards der American Association for Public Opinion Research (AAPOR) 21,6 % (RR3) [18].

Eine ausführliche Darstellung der Methodik von GEDA 2019/2020-EHIS findet sich bei [Allen et al.](#) in dieser Ausgabe des Journal of Health Monitoring [19].

2.2 Indikatoren

Alle hier betrachteten Aspekte eines gesundheitsfördernden Verhaltens werden mit jeweils einem Indikator abgebildet.

Risikoarmer Alkoholkonsum

In GEDA 2019/2020-EHIS wurde der Alcohol Use Disorder Identification Test – Consumption Questions (AUDIT-C) zur Erfassung von Frequenz und Menge des Alkoholkonsums eingesetzt [20]. Dazu wurden die Teilnehmenden zunächst nach Häufigkeit ihres Alkoholkonsums in den letzten zwölf Monaten gefragt. Anschließend wurde für Personen mit mindestens wöchentlichem Konsum die Menge des Alkoholkonsums auf der Basis von Standardgetränken, differenziert nach Wochentagen (Montag bis Donnerstag) und Wochenenden (Freitag bis Sonntag), erfasst. Aus diesen Angaben kann der mittlere Konsum in Gramm Reinalkohol pro Tag geschätzt werden. Für Erwachsene wird in Deutschland in Anlehnung an evidenzbasierte Richtlinien [21, 22] ein Konsum von ≤ 10 Gramm reinem Alkohol pro Tag bei Frauen und ≤ 20 Gramm pro Tag bei Männern als risikoarm definiert. Der Indikator wird bei denjenigen als erfüllt gewertet, die angeben nie, nicht in den letzten zwölf Monaten, weniger als einmal pro Monat, einmal pro Monat oder an zwei bis drei Tagen pro Monat Alkohol zu trinken. Personen, die zwar mindestens einmal pro Woche Alkohol trinken, aber die oben genannten Grenzwerte nicht überschreiten, erfüllen den Indikator ebenfalls.

Zu einem gesundheitsfördernden Lebensstil gehören Verhaltensweisen wie Nichtrauchen, risikoarmer Alkoholkonsum, täglicher Obst- oder Gemüseverzehr, Einhalten von Bewegungsempfehlungen und eines Körpergewichts im Normalbereich.

Aktuelles Nichtrauchen

Der Rauchstatus wurde mit der Frage erhoben: „Rauchen Sie Tabakprodukte, einschließlich Tabakerhitzer?“ (Antwortkategorien: „ja, täglich“, „ja, gelegentlich“, „nein, nicht mehr“, „habe noch nie geraucht“). Ausgehend von diesen Antwortkategorien wird zwischen aktuell rauchenden (täglich oder gelegentlich) und aktuell nichtrauchenden Personen (nein, nicht mehr oder habe noch nie geraucht) unterschieden. Dargestellt wird der Indikator aktuelles Nichtrauchen.

Ausdaueraktivität

Als Indikator für körperliche Aktivität wurde das Erreichen der Mindestempfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für Ausdaueraktivität herangezogen [23, 24]. Der Indikator wurde anhand der deutschen validierten Version des European Health Interview Survey – Physical Activity Questionnaire (EHIS-PAQ) erfasst [25]. Die Teilnehmenden wurden zu ihrer körperlichen Aktivität in einer typischen Woche während der Arbeit, der Fortbewegung sowie während der Freizeit befragt. Für den Indikator wird die Dauer pro Woche berücksichtigt, in der die Teilnehmenden mindestens mäßig anstrengende körperliche Aktivität in der Freizeit sowie Radfahren zur Fortbewegung ausgeübt haben [25]. Gehen wurde für den Indikator nicht berücksichtigt. Der Indikator „Ausdaueraktivität“ gilt bei einer Dauer von mindestens 150 Minuten pro Woche als erfüllt.

Normalgewicht

Körpergröße und Körpergewicht beruhen auf Selbstangaben der Befragten. Die Frage lautete: „Wie groß sind Sie, wenn Sie keine Schuhe tragen?“ Die Angabe erfolgte in

Zentimetern. Die Frage nach dem Körpergewicht war: „Wie viel wiegen Sie, wenn Sie keine Kleidung und Schuhe tragen? Bitte geben Sie Ihr Körpergewicht in kg an. Schwangere Frauen geben bitte ihr Gewicht vor der Schwangerschaft an“. Aus dem Verhältnis des Körpergewichts einer Person zum Quadrat der Körpergröße (kg/m^2) wird der Body Mass Index (BMI) berechnet. Normalgewicht wird gemäß der WHO-Klassifikation als ein BMI im Bereich zwischen $18,5 \text{ kg}/\text{m}^2$ und weniger als $25 \text{ kg}/\text{m}^2$ definiert [26].

Täglicher Obst- und Gemüseverzehr

Für den Obst- und Gemüseverzehr wurde der Indikator „mindestens täglich Obst und Gemüse“ gebildet. Der Verzehr dieser Lebensmittel wurde mit folgenden Fragen erhoben: „Wie oft essen Sie Obst? Mit einzubeziehen ist ebenfalls getrocknetes, Tiefkühl- und Dosenobst. Nicht gemeint sind hier Obstsaften“. „Wie oft essen Sie Gemüse oder Salat? Mit einzubeziehen ist getrocknetes, Tiefkühl- und Dosengemüse. Zählen Sie Kartoffeln und Gemüsesäfte bitte nicht mit“. Die jeweils fünf Antwortkategorien reichen von „täglich oder mehrmals täglich“ bis „nie“. Nur diejenigen, die bei beiden Fragen einen täglichen oder mehrmals täglichen Verzehr angaben, erhielten bei der Indikatorvariable für den Obst- und Gemüseverzehr ein „Ja“. Wenn eine der Angaben fehlte, wurde die Indikatorvariable als fehlend codiert.

Gesundheitsfördernder Lebensstil

Auf der Basis der fünf Indikatorvariablen wird ein Summenscore für einen gesundheitsfördernden Lebensstil ermittelt. Dazu wird für jeden betrachteten Aspekt des Gesundheitsverhaltens ein Punkt vergeben, wenn der

entsprechende Indikator umgesetzt wird. Je höher der Punktwert ist, desto gesundheitsförderlicher kann der Lebensstil gewertet werden. Außerdem wird eine dichotome Variable auf Basis des Summenscores erstellt (Grenzwert ≥ 4), die abbildet, ob mindestens vier der fünf Indikatoren erreicht werden.

Soziodemografie

Die Ergebnisse werden differenziert nach Geschlecht, Altersgruppe und Bildung dargestellt. Um die Angaben der Studienteilnehmenden zur Bildung zu klassifizieren, wurde die Internationale Standardklassifikation für das Bildungswesen (ISCED) verwendet [27]. ISCED berücksichtigt sowohl schulische als auch berufliche Bildungsabschlüsse und ist besonders geeignet für internationale Vergleiche. Für die Analysen wurden die ISCED-Kategorien 0 bis 2 in eine untere, 3 bis 4 in eine mittlere und 5 bis 8 in eine obere Bildungsgruppe zusammengefasst.

2.3 Statistische Auswertungen

Die Analysen basieren auf Daten von 11.959 Frauen und 10.687 Männern im Alter von 18 bis 99 Jahren. Je Indikator werden Teilnehmende ohne Angaben für die dem Indikator zugrunde liegenden Variablen von den Analysen ausgeschlossen (292 beim Normalgewicht, 31 beim Obst- und Gemüseverzehr, 262 bei Ausdaueraktivität, 314 beim Alkoholkonsum, 9 beim Rauchen). Beim Summenscore für den gesundheitsfördernden Lebensstil werden diejenigen Teilnehmenden mit fehlenden Angaben bei einem oder mehreren Indikatoren von den Analysen ausgeschlossen (840 Teilnehmende). Liegt der Anteil für eine Kategorie

des gesundheitsfördernden Lebensstils bei unter zwei Prozent, wird diese Kategorie aufgrund der geringen Fallzahl und der damit verbundenen ungenauen Schätzung mit der nächsten Kategorie zusammengefasst dargestellt. Die individuellen Kombinationen der einzelnen Verhaltensweisen werden ermittelt und die häufigsten Kombinationen dargestellt.

Die Ergebnisse werden für Frauen und Männer getrennt nach Altersgruppe (18–29 Jahre, 30–44 Jahre, 45–64 Jahre und ≥ 65 Jahre) und nach Bildungsgruppe (ISCED-Klassifikation: untere, mittlere, obere) dargestellt. Um den unabhängigen Einfluss der einzelnen Parameter Geschlecht, Alters- und Bildungsgruppe auf das Gesundheitsverhalten zu prüfen, wird ein logistisches Regressionsmodell mit diesen Variablen als Einflussvariablen berechnet. Outcome-Variable ist die oben genannte dichotome Variable, die abbildet, ob mindestens vier der fünf Empfehlungen erreicht werden.

Um Abweichungen der Stichprobe von der Bevölkerungsstruktur zu korrigieren, werden die Analysen mit einem Gewichtungsfaktor durchgeführt. Im Rahmen der Datengewichtung erfolgt zunächst eine Gewichtung für die unterschiedlichen Auswahlwahrscheinlichkeiten (Mobilfunk und Festnetz). Anschließend erfolgt eine Anpassung an die amtlichen Bevölkerungszahlen bezogen auf Alter, Geschlecht, Bundesland und Kreistyp (Stand: 31.12.2019). Zusätzlich wird an die Bildungsverteilung im Mikrozensus 2017 nach der ISCED-Klassifikation [27] angepasst.

Die Analysen wurden mit SAS 9.4 durchgeführt. Um die Gewichtung angemessen bei der Berechnung von Konfidenzintervallen (KI) und p-Werten zu berücksichtigen, werden

alle Analysen mit den Surveyprozeduren von SAS berechnet. Es wird von einem statistisch signifikanten Unterschied zwischen Gruppen ausgegangen, wenn der entsprechende p-Wert im Rao-Scott-Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest kleiner als 0,05 ist.

3. Ergebnisse

Im Folgenden wird je Gesundheitsverhalten der Anteil der Bevölkerung dargestellt, der den jeweiligen Indikator in

seinem Alltag umsetzt. Dabei wird zwischen Frauen und Männern, zwischen Alters- und Bildungsgruppen unterschieden (Tabelle 1).

Risikoarmer Alkoholkonsum

Die große Mehrheit der Frauen und Männer trinkt keinen beziehungsweise selten Alkohol oder konsumiert Mengen unterhalb des Grenzwertes für einen riskanten Konsum (Tabelle 1). Mit Blick auf das Alter fällt auf, dass Frauen der Altersgruppe 30 bis 44 Jahre mit 91,4 % den höchsten Anteil

	Risikoarmer Alkoholkonsum ¹		Kein aktuelles Rauchen		Ausdaueraktivität ²		Einhalten des Normalgewichts ³		Täglicher Verzehr von Obst und Gemüse	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
Gesamt										
Frauen	88,9	(88,1–89,7)	76,0	(74,7–77,3)	44,8	(43,5–46,1)	50,0	(48,6–51,4)	45,1	(43,8–46,5)
Männer	83,9	(82,8–85,0)	66,1	(64,6–67,5)	51,2	(49,8–52,7)	38,3	(36,9–39,7)	24,1	(22,9–25,3)
p-Wert ⁴	<0,0001		<0,0001		<0,0001		<0,0001		<0,0001	
Altersgruppe										
Frauen										
18–29 Jahre	86,4	(83,2–89,1)	69,6	(65,4–73,6)	58,9	(54,6–63,0)	66,6	(62,4–70,6)	42,1	(38,0–46,3)
30–44 Jahre	91,4	(89,8–92,8)	70,4	(67,2–73,4)	46,2	(43,1–49,4)	55,1	(51,9–58,3)	44,9	(41,8–48,0)
45–64 Jahre	87,6	(86,3–88,8)	71,8	(69,7–73,7)	47,3	(45,3–49,3)	47,0	(44,9–49,0)	43,7	(41,7–45,7)
≥ 65 Jahre	89,8	(88,5–91,0)	88,7	(87,1–90,2)	33,3	(31,2–35,4)	41,1	(38,8–43,5)	48,7	(46,3–51,1)
p-Wert ⁴	0,0006		<0,0001		<0,0001		<0,0001		0,0108	
Männer										
18–29 Jahre	85,2	(82,2–87,8)	59,5	(55,7–63,3)	69,3	(65,6–72,7)	60,7	(56,9–64,4)	22,7	(19,8–25,8)
30–44 Jahre	86,4	(83,9–88,5)	55,0	(51,6–58,3)	53,5	(50,2–56,8)	40,4	(37,2–43,6)	23,4	(20,8–26,1)
45–64 Jahre	82,4	(80,5–84,2)	63,3	(60,9–65,6)	46,4	(44,1–48,7)	30,4	(28,3–32,5)	22,0	(20,2–24,0)
≥ 65 Jahre	82,7	(80,6–84,7)	86,4	(84,2–88,3)	42,6	(40,0–45,2)	31,4	(29,0–33,9)	28,9	(26,7–31,3)
p-Wert ⁴	0,0350		<0,0001		<0,0001		<0,0001		0,0002	

KI = Konfidenzintervall

¹ Mittlerer Konsum von ≤ 10 Gramm reinem Alkohol pro Tag bei Frauen und ≤ 20 Gramm pro Tag bei Männern

² Erreichen der Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur Ausdaueraktivität von mindestens 150 Minuten pro Woche

³ Gemäß der WHO-Klassifikation ein Body Mass Index im Bereich zwischen 18,5 kg/m² und weniger als 25 kg/m²

⁴ Rao-Scott-Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest

Tabelle 1
Umgesetzte Gesundheitsverhalten nach Geschlecht, Alter und Bildungsstatus (n = 11.959 Frauen, n = 10.687 Männer)

Quelle: GEDA 2019/2020-EHIS

Fortsetzung nächste Seite

Tabelle 1 Fortsetzung
Umgesetzte Gesundheitsverhalten nach
Geschlecht, Alter und Bildungsstatus
(n = 11.959 Frauen, n = 10.687 Männer)

Quelle: GEDA 2019/2020-EHIS

	Risikoarmer Alkoholkonsum ¹		Kein aktuelles Rauchen		Ausdaueraktivität ²		Einhalten des Normalgewichts ³		Täglicher Verzehr von Obst und Gemüse	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
Bildungsstatus										
Frauen										
Untere Bildungsgruppe	92,9	(90,7–94,7)	72,4	(68,6–76,0)	27,4	(24,0–31,0)	42,7	(38,7–46,8)	42,3	(38,4–46,3)
Mittlere Bildungsgruppe	89,1	(88,0–90,1)	74,7	(73,1–76,2)	46,7	(45,0–48,4)	48,8	(47,1–50,5)	42,9	(41,2–44,6)
Obere Bildungsgruppe	84,1	(82,6–85,4)	83,3	(81,7–84,7)	56,6	(54,7–58,4)	60,4	(58,5–62,1)	54,6	(52,7–56,4)
p-Wert ⁴	<0,0001		<0,0001		<0,0001		<0,0001		<0,0001	
Männer										
Untere Bildungsgruppe	88,3	(84,2–91,4)	54,9	(49,5–60,2)	46,0	(40,7–51,4)	35,5	(30,7–40,7)	23,1	(19,0–27,8)
Mittlere Bildungsgruppe	83,7	(82,0–85,2)	62,5	(60,4–64,5)	49,3	(47,3–51,4)	37,6	(35,6–39,6)	21,2	(19,6–22,8)
Obere Bildungsgruppe	82,2	(80,9–83,4)	78,0	(76,6–79,4)	57,3	(55,7–58,8)	40,8	(39,2–42,4)	29,9	(28,5–31,3)
p-Wert ⁴	0,0108		<0,0001		<0,0001		0,0715		<0,0001	

KI = Konfidenzintervall

¹ Mittlerer Konsum von ≤ 10 Gramm reinem Alkohol pro Tag bei Frauen und ≤ 20 Gramm pro Tag bei Männern

² Erreichen der Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur Ausdaueraktivität von mindestens 150 Minuten pro Woche

³ Gemäß der WHO-Klassifikation ein Body Mass Index im Bereich zwischen 18,5 kg/m² und weniger als 25 kg/m²

⁴ Rao-Scott-Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest

Frauen und Männer in der oberen Bildungsgruppe weisen häufiger einen gesundheitsförderlichen Lebensstil auf als diejenigen in der mittleren und unteren Bildungsgruppe.

an risikoarmem Alkoholkonsum aufweisen ([Abbildung 1](#) und [Abbildung 2](#)). Hinsichtlich möglicher Bildungsunterschiede ist zu erkennen, dass der Anteil von Frauen mit risikoarmem Alkoholkonsum in der unteren Bildungsgruppe höher ist als bei denjenigen in der mittleren oder oberen Bildungsgruppe. Bei Männern besteht dieser Gradient ebenfalls, ist aber nur zwischen unterer und oberer Bildungsgruppe signifikant.

Aktuelles Nichtrauchen

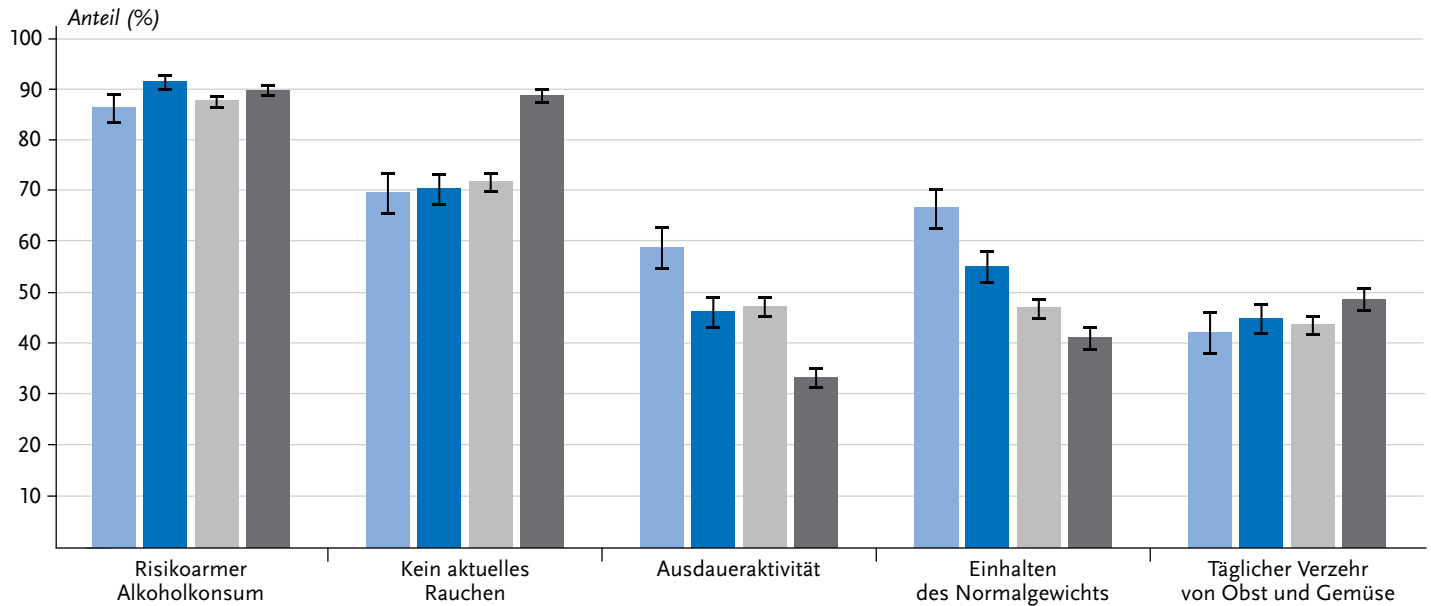
76,0% der Frauen und 66,1% der Männer rauchen aktuell nicht. Der Anteil von aktuell Nichtrauchenden ist bis zum Alter von 65 Jahren relativ stabil. Erst etwa ab dem Renteneintritt ist dieser Anteil gegenüber den jüngeren Altersgruppen signifikant größer. Außerdem besteht ein Gradient zugunsten der Personen mit höherem Bildungsabschluss,

der bei Männern besonders stark ausgeprägt ist. So beträgt der Anteil der aktuell Nichtrauchenden bei Männern in der unteren Bildungsgruppe nur etwas mehr als die Hälfte, bei denjenigen in der oberen Bildungsgruppe fast 80%.

Ausdaueraktivität

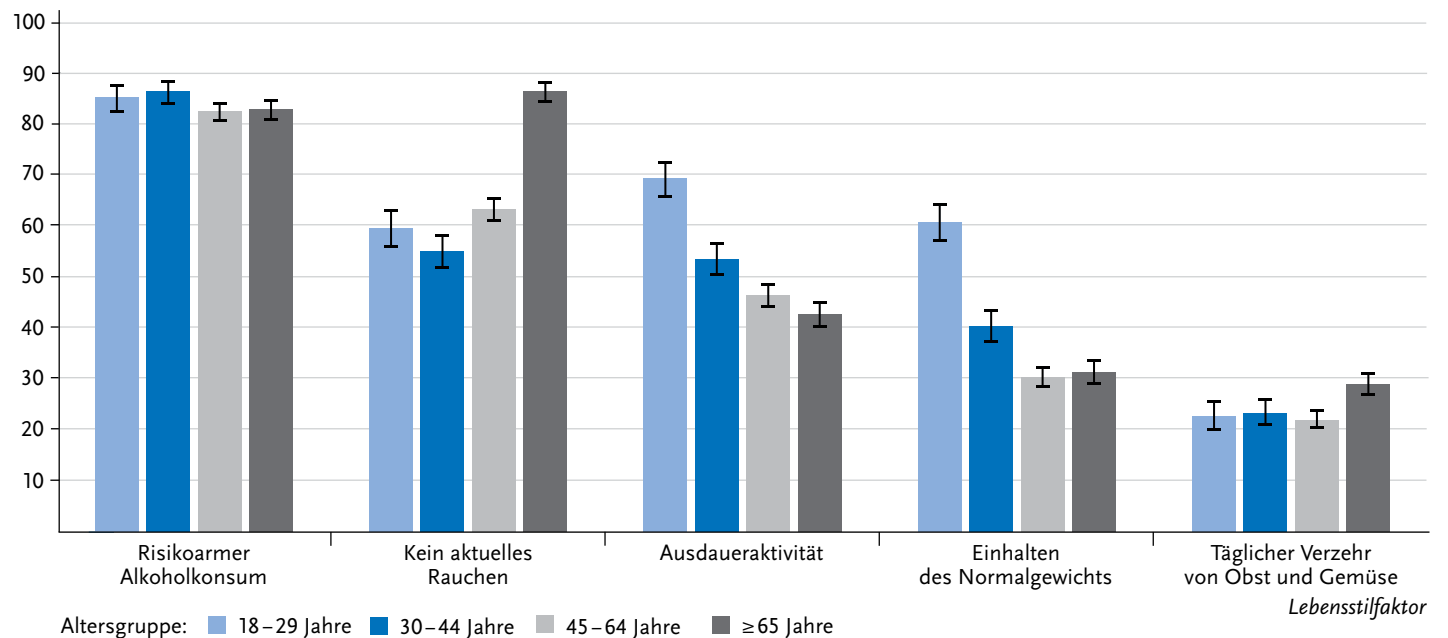
Insgesamt erfüllen 44,8% der Frauen und 51,2% der Männer die WHO-Empfehlung zur Ausdaueraktivität. Der Anteil verringert sich sowohl bei Frauen als auch bei Männern mit zunehmendem Alter. So ist der Anteil derjenigen, die die WHO-Empfehlung zur Ausdaueraktivität erfüllen, in der Altersgruppe der 18- bis 29-jährigen am höchsten und in der Altersgruppe der 65-jährigen und Älteren am niedrigsten. Eine Ausnahme stellen jedoch die Frauen im Alter von 45 bis 64 Jahren dar, die etwa gleich häufig die WHO-Empfehlung zur Ausdaueraktivität erfüllen wie die Frauen

Abbildung 1
 Anteil der Frauen, die den jeweiligen Indikator
 des Gesundheitsverhaltens umsetzen,
 nach Alter (n=11.959)
 Quelle: GEDA 2019/2020-EHIS



Im jungen Erwachsenenalter wird ein gesundheitsförderlicher Lebensstil eher erreicht als in höheren Altersgruppen.

Abbildung 2
 Anteil der Männer, die den jeweiligen Indikator
 des Gesundheitsverhaltens umsetzen,
 nach Alter (n=10.687)
 Quelle: GEDA 2019/2020-EHIS



Die meisten Erwachsenen in Deutschland berichten, zwei oder drei von fünf gesundheitsfördernden Verhaltensweisen umzusetzen (56,2% der Frauen und 62,5% der Männer).

Abbildung 3 (oben)
Erreichte Punktzahl der Frauen beim gesundheitsfördernden Lebensstil nach Alter (n=11.469)

Quelle: GEDA 2019/2020-EHIS

Abbildung 4 (unten)
Erreichte Punktzahl der Männer beim gesundheitsfördernden Lebensstil nach Alter (n=10.337)

Quelle: GEDA 2019/2020-EHIS

im Alter von 30 bis 44 Jahren. Ferner erreichen Frauen und Männer der höchsten Bildungsgruppe die Empfehlung häufiger im Vergleich zur mittleren und unteren Bildungsgruppe. Im Gegensatz zu Männern erreichen auch Frauen der mittleren Bildungsgruppe häufiger die WHO-Empfehlung zur Ausdaueraktivität als Frauen der unteren Bildungsgruppe. Zudem sind die Bildungsunterschiede bei Frauen stärker ausgeprägt als bei Männern.

Normalgewicht

Insgesamt weisen 50,0% der Frauen und 38,3% der Männer einen normalen BMI auf. Der Anteil an Frauen und Männern mit Normalgewicht nimmt im Lebensverlauf stetig ab: während in der Altersgruppe 18 bis 29 Jahre 66,6% der Frauen und 60,7% der Männer ein Normalgewicht aufweisen, sinkt dieser Anteil in der Altersgruppe bei den 65-Jährigen und Älteren auf 41,1% bei den Frauen und auf 31,4% bei den Männern. Zudem liegt ein Normalgewicht deutlich häufiger bei Frauen der oberen Bildungsgruppe im Vergleich zur unteren Bildungsgruppe vor.

Täglicher Obst- und Gemüseverzehr

Einen täglichen Verzehr von Obst und Gemüse gaben mit 45,1% nahezu doppelt so viele Frauen wie Männer (24,1%) an. Vom jungen Erwachsenenalter bis zum Ende des Erwerbslebens ist der Anteil derjenigen, der diesen Indikator erreicht, relativ gleichbleibend. Im Rentenalter gelingt es dagegen etwas mehr Frauen und Männern täglich Obst und Gemüse in ihren Speiseplan zu integrieren. Der deutlich häufigere tägliche Verzehr von Obst und Gemüse bei Frauen gegenüber Männern bleibt jedoch bestehen. Mehr Menschen innerhalb der oberen Bildungsgruppe konsumieren täglich

Obst und Gemüse als Menschen der mittleren oder unteren Bildungsgruppe. Besonders häufig wird der Indikator von Frauen in der oberen Bildungsgruppe erreicht.

Gesundheitsfördernder Lebensstil

Die meisten Erwachsenen in Deutschland setzen zwei oder drei der gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen um (56,2% der Frauen und 62,5% der Männer). Bei mehr Frauen als Männern lagen gleichzeitig vier oder fünf der gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen vor (Abbildung 3, Abbildung 4 und Annex Tabelle 1). Nur eine oder gar keine dieser Verhaltensweisen wird von 8,3% der Frauen und 15,3% der Männer im Alltag realisiert. Da der Anteil an Personen, die keine der genannten gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen ausübt, bei 1% bis 2% liegt, werden diese Kategorien zusammengefasst dargestellt.

Im jungen Erwachsenenalter erreichen 45,8% der Frauen und 33,4% der Männer vier oder fünf gesundheitsrelevante

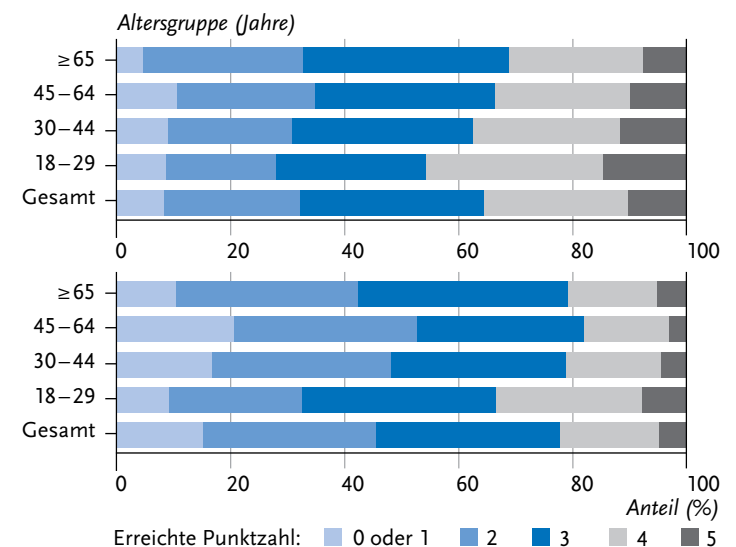


Tabelle 2
Anteile der 15 häufigsten Kombinationen
gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen
nach Geschlecht
(n=11.469 Frauen, n=10.337 Männer)
 Quelle: GEDA 2019/2020-EHIS

Nummer der Kombination	Risikoarmer Alkoholkonsum ¹	Kein aktuelles Rauchen	Ausdaueraktivität ²	Einhalten des Normalgewichts ³	Täglicher Verzehr von Obst und Gemüse	%
Frauen						
1	+	+	-	-	-	12,4
2	+	+	+	+	+	10,5
3	+	+	-	-	+	9,4
4	+	+	-	+	-	8,1
5	+	+	+	+	-	7,9
6	+	+	+	-	+	6,9
7	+	+	-	+	+	6,8
8	+	+	+	-	-	6,3
9	+	-	-	-	-	4,7
10	+	-	-	+	-	4,2
11	+	-	+	+	-	2,5
12	+	-	-	-	+	2,0
13	+	-	+	-	-	2,0
14	+	-	+	+	+	1,9
15	+	-	-	+	+	1,7
Männer						
1	+	+	-	-	-	13,9
2	+	+	+	-	-	13,5
3	+	+	+	+	-	8,7
4	+	-	-	-	-	7,4
5	+	+	-	+	-	5,6
6	+	+	+	-	+	5,1
7	+	-	+	+	-	4,7
8	+	+	+	+	+	4,7
9	+	-	+	-	-	4,6
10	+	+	-	-	+	4,4
11	+	-	-	+	-	4,4
12	-	+	-	-	-	2,2
13	-	+	+	-	-	2,1
14	-	-	-	-	-	2,0
15	+	+	-	+	+	1,9

+ gesundheitsfördernde Verhaltensweise wird umgesetzt, - gesundheitsfördernde Verhaltensweise wird nicht umgesetzt

¹ Mittlerer Konsum von ≤ 10 Gramm reinem Alkohol pro Tag bei Frauen und ≤ 20 Gramm pro Tag bei Männern

² Erreichen der Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur Ausdaueraktivität von mindestens 150 Minuten pro Woche

³ Gemäß der WHO-Klassifikation ein Body Mass Index im Bereich zwischen 18,5 kg/m² und weniger als 25 kg/m²

Deutlich mehr Frauen als Männer setzen mindestens vier ausgewählte gesundheitsfördernde Verhaltensweisen um (35,6 % der Frauen und 22,1 % der Männer).

Verhaltensweisen. Dieser Anteil ist im weiteren Lebensverlauf geringer. Auffallend ist der besonders hohe Anteil derjenigen mit höchstens einer erreichten Verhaltensweise bei Männern im Alter von 45 bis 64 Jahren, wo dies auf jeden fünften Mann zutrifft. Bei den Frauen dieser Altersgruppe trifft das nur auf jede Zehnte zu. In der Gruppe der ab 65-Jährigen ist dagegen der Anteil mit höchstens einer Verhaltensweise bei Frauen und Männern nur etwa halb so groß wie in der vorangegangenen Altersgruppe.

Ob Geschlecht, Alter und Bildungsgruppe unabhängig voneinander mit der Umsetzung eines gesunden Lebensstils assoziiert sind, wurde mittels multivariater Analysen geprüft. Frauen (OR=2,2; 95 %-KI 2,0–2,4) und Personen der hohen (OR=2,8; 95 %-KI 2,4–3,4) oder mittleren (OR=1,5; 95 %-KI 1,3–1,8) Bildungsgruppe setzen mit höherer Wahrscheinlichkeit mindestens vier der gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen um. Das gilt auch für Menschen der Altersgruppe 18 bis 29 Jahre (OR=2,0; 95 %-KI 1,7–2,3) im Vergleich zur Gruppe der 65-Jährigen und Älteren.

Häufigste Kombinationen der gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen

Neben den Punktwerten des gesundheitsfördernden Lebensstils ist die Kombination der einzelnen Verhaltensweisen interessant. Die häufigste Kombination bei Frauen ist diejenige aus Nichtrauchen und risikoarmem Alkoholkonsum (Tabelle 2). Danach folgt das gleichzeitige Erreichen aller fünf Verhaltensweisen. Bei etwas weniger Frauen ist außerdem die gleichzeitige Umsetzung von Nichtrauchen und risikoarmem Trinkverhalten mit dem täglichen Obst- und Gemüseverzehr zu beobachten.

Auch bei Männern ist die häufigste Kombination die aus Nichtrauchen und risikoarmem Trinkverhalten, gefolgt von 13,5 % der Männer, die zusätzlich auch die WHO-Empfehlung zur Ausdaueraktivität im Alltag umsetzen. Deutlich seltener zu beobachten ist die Kombination von allen Indikatoren, außer dem täglichen Obst- und Gemüseverzehr.

4. Diskussion

Für einen gesunden Lebensstil wird empfohlen, sich möglichst pflanzenbasiert und vielfältig zu ernähren, regelmäßig körperlich aktiv zu sein, auf das Körpergewicht zu achten, zurückhaltend mit dem Konsum alkoholischer Getränke zu sein und nicht zu rauchen. Nur ein kleiner Teil der Bevölkerung erfüllt alle fünf dieser gesundheitsfördernden Verhaltensweisen. Die meisten Erwachsenen in Deutschland erreichen zwei oder drei der gesundheitsfördernden Verhaltensweisen. Bei jungen Erwachsenen zwischen 18 und 29 Jahren ist am häufigsten ein gesunder Lebensstil mit vier oder fünf umgesetzten Verhaltensweisen zu beobachten. Frauen weisen häufiger einen gesundheitsförderlichen Lebensstil auf als Männer und Menschen in der oberen Bildungsgruppe häufiger als diejenigen in der mittleren und unteren Bildungsgruppe.

Im späteren Erwachsenenalter ist insbesondere der Anteil derjenigen, die mindestens 150 Minuten pro Woche körperlich aktiv sind oder ein Körpergewicht im Normalbereich haben, geringer. Die Empfehlung, täglich Obst und Gemüse zu verzehren, wird von allen fünf untersuchten Aspekten des Gesundheitsverhaltens am seltensten umgesetzt. Die WHO-Empfehlung zur Ausdaueraktivität erreichen Männer häufiger als Frauen.

Nur wenige Studien beschreiben das Gesundheitsverhalten auf ähnliche Weise in einer bevölkerungsweiten Stichprobe. Diese Studien variieren außerdem in Anzahl und Art der ausgewählten Parameter des Gesundheitsverhaltens sowie deren Bewertungsmaßstäben. Jedoch ist übereinstimmend zu erkennen, dass die Gesamtheit der jeweils betrachteten Verhaltensweisen, ähnlich wie in den vorliegenden Ergebnissen, sowohl zu einem früheren Zeitpunkt in Deutschland [11], als auch europaweit [10] und auch weltweit [28–31] nur von einem geringen Anteil der erwachsenen Bevölkerung erreicht wird.

Frauen weisen häufiger als Männer ein Gesundheitsverhalten auf, das den Empfehlungen entspricht [11, 29–33], aber auch in anderen Erhebungen erreichen Männer die Empfehlungen zu körperlicher Aktivität häufiger als Frauen [11, 31]. Auch wurde in anderen Studien ein besseres Gesundheitsverhalten bei höherer Bildung beobachtet [29–31, 34]. Der Zusammenhang von Alter und Gesundheitsverhalten war weniger eindeutig: Je nach Studie und Land wiesen unterschiedliche Altersgruppen ein besseres Gesundheitsverhalten auf [10, 29, 31, 35].

In einer Meta-Analyse wurde zudem geprüft, ob es bestimmte Muster an verschiedenen gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen gibt, die gehäuft zusammen auftreten (Cluster), und ob sich die Prävalenz dieser Muster zwischen Subgruppen unterscheidet [36]. Die häufigste Kombination der vorliegenden Analyse war bei beiden Geschlechtern die von Nichtrauchen und risikoarmem Alkoholkonsum. Dies wurde auch in anderen Studien bereits beobachtet [36]. Die Kombination von gesunder Ernährung – erfasst als täglicher Obst- oder Gemüseverzehr – und regelmäßiger körperlicher Aktivität war in der

vorliegenden Analyse nur selten, obwohl zum Beispiel zur Prävention von Übergewicht empfohlen wird, sowohl ein günstiges Ernährungsverhalten als auch körperliche Aktivität zu adressieren [37, 38]. Allerdings wird in der vorliegenden Studie das Ernährungsverhalten durch den erfassten Parameter sehr vereinfacht dargestellt, was möglicherweise den geringeren Zusammenhang mit körperlicher Aktivität oder BMI erklärt.

Für die Prävention von Erkrankungen ist sowohl die Anzahl der gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen als auch die Kombinationen, in denen diese auftreten, wichtig [6, 39, 40]. So waren insbesondere Kombinationen, die Rauchen beinhalteten mit einem erhöhten Risiko für die Gesamtmortalität und die Mortalität durch kardiovaskuläre Erkrankungen verbunden [6]. Hingegen waren die Lebensjahre frei von nichtübertragbaren Erkrankungen (u. a. Diabetes mellitus und Herz-Kreislauf-Erkrankungen) besonders hoch bei Lebensstilkombinationen mit Normalgewicht und mindestens zwei der Faktoren Nichtrauchen, moderater Alkoholkonsum und körperliche Aktivität [39].

Die Studie GEDA 2019/2020-EHIS beruht auf einer großen Stichprobe, die repräsentative Aussagen für Deutschland ermöglicht [19]. Die telefonische Befragung wurde mit einer hohen Standardisierung durchgeführt. Eine Limitation der Studie liegt im Erhebungsmodus begründet. Die Selbstangaben aus Befragungen können im Vergleich zu Messwerten zum Beispiel bei Körpergröße und -gewicht zu einer Beeinflussung der Ergebnisse führen, da Menschen dazu tendieren, ihr Körpergewicht zu unterschätzen und ihre Körpergröße zu überschätzen [41]. Mit den vorliegenden Auswertungen wurde außerdem lediglich eine Auswahl an Verhaltensweisen, die als Bestandteile eines

gesundheitsförderlichen Lebensstils gelten, untersucht. Zum Beispiel konnten Schlafverhalten oder der Umgang mit Stress mit den vorliegenden Daten nicht berücksichtigt werden. Analog zu anderen Studien, wurde hier das Einhalten eines Körpergewichts im Normalbereich als eine eigenständige gesundheitsfördernde Verhaltensweise betrachtet [7–9, 11, 29–31], obwohl dieses auch als Resultat des Zusammenspiels von Ernährung und Bewegung gesehen werden kann. Insgesamt gibt es keine einheitlich etablierte Definition für einen gesunden Lebensstil und die Operationalisierungen unterscheiden sich zwischen einzelnen Studien [10, 11, 28–30].

Darüber hinaus beruht der dargestellte gesundheitsfördernde Lebensstil auf einem einfachen Summenscore. Dieser wertet die einzelnen Gesundheitsverhalten gleich, obwohl die präventive Bedeutung unterschiedlich sein kann und je nach Zielvariable (Risiko für bestimmte Erkrankungen, krankheitsspezifische Mortalität oder Gesamtmortalität) auch variiert. Bei einem Summenscore von zwei kann noch nicht von einem allgemein gesunden Lebensstil ausgegangen werden, da dies bedeutet, dass drei der Empfehlungen nicht erreicht werden. Für einen Lebensstil mit mindestens vier gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen wurde jedoch durch viele Studien ein positiver Effekt auf die Gesundheit ermittelt [7].

Die verwendeten Indikatoren basieren auf dem Fragebogen des European Health Interview Survey (EHIS) [15, 16]. Je nach Indikator unterscheiden sich hierbei die Bezugszeiträume (z. B. „im letzten Jahr“ beim Alkoholkonsum oder „aktuell“ beim Rauchen). Das Gesundheitsverhalten wurde im vorliegenden Artikel anhand von Empfehlungen und Grenzwerten bewertet. Die gewählten

Grenzwerte stellen jedoch eine grobe Vereinfachung des Verhaltens dar. Wäre zum Beispiel als Indikator für körperliche Aktivität das Erreichen beider Aspekte der WHO-Empfehlung, nämlich die Empfehlung zur Ausdaueraktivität und die Empfehlung zur Muskelkräftigung (an mindestens zwei Tagen pro Woche) [23, 24] herangezogen worden, würden die gesamten WHO-Empfehlungen lediglich von 23,1 % der Frauen und 29,0 % der Männer erreicht werden. Die gewählten Grenzwerte erlauben darüber hinaus keine weiteren Differenzierungen: So wird ein nichttäglicher Obstverzehr trotz hohem Gemüseverzehr nicht zum Erreichen des Indikators „tägliches Obst- und Gemüseverzehr“ führen. Dies illustriert, dass auch unterhalb des gewählten Grenzwerts eine Verbesserung des individuellen Gesundheitsverhaltens wünschenswert wäre und einen gesundheitlichen Nutzen haben könnte. Beim Alkoholkonsum gibt es im Hinblick auf die Reduktion der Gesamtmortalität darüber hinaus die Einschätzung, möglichst überhaupt keine alkoholischen Getränke zu konsumieren [42]. Außerdem könnten die hier betrachteten Verhaltensweisen noch differenzierter bewertet werden, Ernährung zum Beispiel anhand weiterer Lebensmittel. Dafür stehen in der vorliegenden Befragung jedoch nicht ausreichend Informationen zur Verfügung.

Weitere Informationen zur Studie sind andernorts ausführlich beschrieben [19]. Ein Teil der Datenerhebung von GEDA 2019/2020-EHIS fiel in den Beginn der COVID-19-Pandemie, die ab Mitte März 2020 zu umfangreichen Eindämmungsmaßnahmen, Kontaktbeschränkungen, Schließungen von Schulen, Geschäften, Gastronomie und vieler öffentlicher Einrichtungen führte. Erste Auswertungen zu möglichen Auswirkungen dieser Maßnahmen auf das

Gesundheitsverhalten zeigen ein höheres Körpergewicht und einen höheren BMI im Vergleich zum Vergleichszeitraum 2019, während die Zahl der Tabakrauchenden abgenommen hat [43]. Es zeigt sich, dass die Maßnahmen zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie Veränderungen einzelner Verhaltensweisen zur Folge haben, deren Einfluss auf die zukünftige Gesundheit des Einzelnen und der Bevölkerung noch nicht absehbar sind [44].

Die Ergebnisse belegen, dass sich gesundheitsbezogene Verhaltensweisen zwischen Altersgruppen und zwischen Geschlechtern zum Teil deutlich unterscheiden. Dies verdeutlicht, dass präventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen möglichst den heterogenen Bedarfen, Bedürfnissen und Lebensumständen der Menschen Rechnung tragen sollten. So konsumieren Männer seltener zumindest täglich Obst und Gemüse, während Frauen seltener im empfohlenen Umfang körperlich aktiv sind. Entsprechende geschlechtsbezogene Angebote der Gesundheitsförderung können hier ansetzen. Diese können aber nur dann wirksam sein, wenn sie die spezifischen, geschlechtsbezogenen Ursachen und Barrieren für gesundheitsförderndes beziehungsweise riskantes Verhalten berücksichtigen, wie sie zum Beispiel in Geschlechterrollen oder sozialen Konstrukten von Weiblichkeit oder Männlichkeit begründet sind [45]. Dies gilt nicht nur für die Ansprache [46, 47], sondern auch für verhältnisbezogene Interventionen und strukturelle Änderungen, die unter Umständen Frauen und Männern unterschiedliche Handlungsmöglichkeiten eröffnen. Bislang gibt es wenig Forschung zur geschlechtersensiblen Ausrichtung von Präventionsmaßnahmen, insbesondere auch zu der Frage, wie derartige Maßnahmen die Geschlechterstereotype idealerweise

nicht verfestigen, sondern abbauen (sogenannte gendertransformative Prävention) [48, 49].

Auch Altersgruppen unterscheiden sich in ihren Gesundheitsverhalten. So zeigt sich, dass der Anteil der Nichtraucher mit steigendem Alter zunimmt und in der Altersgruppe derjenigen, die 65 Jahre und älter sind, am höchsten ist; das Einhalten der WHO-Empfehlung zur Ausdaueraktivität nimmt hingegen mit steigendem Alter ab. Die Ursachen für diese Unterschiede können vielfältig sein. So könnte beispielsweise die abnehmende körperliche Fitness und die Zunahme von Gebrechlichkeit gerade in der Gruppe der über 65-Jährigen die altersbezogenen Unterschiede im Bewegungsverhalten erklären. Neben biologischen können aber auch soziale Aspekte eine Rolle spielen. So gibt es Hinweise, dass bestimmte biografische Ereignisse und Veränderungen im Lebenslauf Auswirkungen auf gesundheitsrelevante Verhaltensweisen und BMI haben können, zum Beispiel das Ausscheiden aus der Erwerbstätigkeit oder Veränderungen im Familienstatus (Familiengründung, Scheidung, Verwitwung, Auszug der Kinder) [50–53]. Die beobachteten besonders günstigen Gesundheitsverhalten in der Gruppe der 65-Jährigen und Älteren (z. B. Nichtrauchen) könnten auch durch Selektionseffekte mit beeinflusst sein, da der Anteil von Personen mit starkem Risikoverhalten durch möglicherweise verkürzte Lebenserwartung in hohen Altersgruppen geringer sein kann.

Insgesamt können weder Alter noch Geschlecht allein die unterschiedlichen Prävalenzen von gesundheitsrelevantem Verhalten erklären. Auch sozioökonomische Faktoren spielen eine wichtige Rolle. Über alle Altersgruppen und alle betrachteten Verhaltensweisen hinweg zeigt sich,

dass der Anteil mit günstigem Gesundheitsverhalten bei Menschen mit höherer Bildung signifikant höher ist als bei Menschen mit niedriger Bildung. Ein derartiger Zusammenhang ist in der Literatur bereits beschrieben [34] und verdeutlicht, dass präventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen so geplant werden müssen, dass sie vor allem Menschen mit niedriger Bildung gesundheitsbezogene Handlungsmöglichkeiten eröffnen. Der riskante Alkoholkonsum stellt in diesem Zusammenhang eine Ausnahme dar: Hier zeigen die Ergebnisse, dass Frauen der unteren Bildungsgruppe häufiger einen risikoarmen Alkoholkonsum haben als Frauen in der hohen Bildungsgruppe. Das bestätigen auch andere nationale und internationale Studien [54, 55]. Als Erklärung wird unter anderem diskutiert, dass unterschiedliche Rollenorientierungen von Frauen existieren, wonach höhere Bildung, höhere berufliche Anforderungen und ein höheres Einkommen mit einer eher „männlichen“ Rollenorientierung verbunden sind, was sich auch im riskanten Alkoholkonsum zeigt [56]. Diese Ergebnisse können aber auch im Zusammenhang mit Veränderungen kultureller und sozialer Normen gesehen werden, einschließlich der Veränderungen der sozialen Stellung der Frau in der Gesellschaft [57]. Konsummuster und Produkte sowie Art und Anlass des Alkoholkonsums müssten vor dem Hintergrund geschlechts- und sozialisationsbezogener Unterschiede weiter untersucht werden. Insgesamt ist weitere Forschung dazu notwendig, wie es Interventionen gelingen kann, gesundheitliche Chancengleichheit zu erreichen.

Unterschiede zwischen Bevölkerungsgruppen ergeben sich nicht nur auf Ebene einzelner gesundheitsbezogener Verhaltensweisen, sondern auch, wenn man den Lebensstil

als Summenscore der ausgewählten fünf günstigen Verhaltensweisen betrachtet. Die vorliegenden Ergebnisse zeigen: In der jüngsten befragten Altersgruppe (18 bis 29 Jahre) finden sich die meisten Personen, die vier oder fünf der empfohlenen Verhaltensweisen kombinieren. Doch selbst in dieser Altersgruppe sind dies bei den Männern nur 33,0% der Befragten, bei den Frauen sind es mit 45,3% deutlich mehr. Ein solcher Summenscore ist hilfreich, um die präventive Bedeutung des jeweiligen gesamten Lebensstils einzuschätzen. Je mehr günstige Verhaltensweisen kombiniert werden, desto wahrscheinlicher gilt es, dass das Morbiditätsrisiko für verschiedene chronische Erkrankungen sinkt [8].

Gesellschaftliche Rahmenbedingungen und Lebensverhältnisse erweisen sich oft als Widerstände für gesundheitsförderliches Verhalten, statt dieses zu befördern. Solange die gesunde Entscheidung nicht die leichtere Entscheidung ist [58], wird es für Menschen schwierig bleiben, alle gesundheitsförderlichen Lebensweisen im Alltag regelmäßig zu realisieren. Entsprechende Maßnahmen müssen daher darauf hinwirken, nicht isoliert einzelne Gesundheitsverhalten zu fördern (z. B. nur Bewegung), sondern Voraussetzungen schaffen, dass Menschen ihr größtmögliches Gesundheitspotenzial in verschiedenen Bereichen verwirklichen können. Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch, dass neben den positiven Effekten der untersuchten Verhaltensweisen für den Einzelnen, eine pflanzenbasierte Ernährung mit reichlich Obst und Gemüse oder eine Steigerung der körperlichen Aktivität durch die Bewegung zu Fuß oder mit dem Fahrrad als Ersatz für motorisierten Transport auch einen Beitrag zum Klimaschutz leisten können [59].

Die Daten zeigen, dass Maßnahmen unterstützt werden sollten, die es ermöglichen auch über das junge Erwachsenenalter hinaus gesunde Gewohnheiten beizubehalten und im Alltag zu realisieren. Insgesamt weisen die Daten darauf hin, dass bestimmte gesundheitsfördernde, aber auch bestimmte riskante Verhaltensweisen gemeinsam auftreten. Sie erfordern daher Interventionsansätze, die den interaktiven Charakter von Verhaltensweisen berücksichtigen. Benötigt werden effektive Ansätze, die die Veränderung multipler Gesundheitsverhaltensweisen ermöglichen, geschlechtersensibel ausgerichtet sind und insbesondere für sozial benachteiligte Gruppen konzipiert und zugänglich sein müssen.

Korrespondenzadresse

Dr. Almut Richter
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
E-Mail: RichterA@rki.de

Zitierweise

Richter A, Schienkiewitz A, Starker A, Krug S, Domanska O et al. (2021)
Gesundheitsfördernde Verhaltensweisen bei Erwachsenen
in Deutschland – Ergebnisse der Studie GEDA 2019/2020-EHIS.
Journal of Health Monitoring 6(3): 28–48.
DOI 10.25646/8460.2

Die englische Version des Artikels ist verfügbar unter:
www.rki.de/journalhealthmonitoring-en

Datenschutz und Ethik

GEDA 2019/2020-EHIS unterliegt der strikten Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG). Die Ethikkommission der Charité – Universitätsmedizin Berlin hat die Studie unter ethischen Gesichtspunkten geprüft und der Durchführung des Studienvorhabens zugestimmt (Antragsnummer EA2/070/19). Die Teilnahme an der Studie war freiwillig. Die Teilnehmenden wurden über die Ziele und Inhalte der Studie sowie über den Datenschutz informiert und gaben ihre mündliche Einwilligung (informed consent).

Förderungshinweis

GEDA 2019/2020-EHIS wurde mit Mitteln des Robert Koch-Instituts und des Bundesministeriums für Gesundheit finanziert.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen und Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Danksagung

Unser Dank richtet sich in erster Linie an alle Teilnehmenden der Studie GEDA 2019/2020-EHIS.

Die Autorinnen und Autoren danken darüber hinaus Stefan Damerow, Jennifer Allen, Johannes Lemcke, Franziska Prütz und Alexander Rommel der Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts für die Erstellung von Textbausteinen zur Beschreibung der Studie GEDA 2019/2020-EHIS.

Literatur

1. Wengler A, Rommel A, Plaß D et al. (2021) Verlorene Lebensjahre durch Tod. *Dtsch Arztebl International* 118(9):137–144
2. World Health Organization (2004) Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. WHO, Geneva
3. Ding D, Rogers K, van der Ploeg H et al. (2015) Traditional and Emerging Lifestyle Risk Behaviors and All-Cause Mortality in Middle-Aged and Older Adults: Evidence from a Large Population-Based Australian Cohort. *PLoS Med* 12(12):e1001917
4. Khaw KT, Wareham N, Bingham S et al. (2008) Combined impact of health behaviours and mortality in men and women: the EPIC-Norfolk prospective population study. *PLoS Med* 5(1):e12
5. Kirkegaard H, Johnsen NF, Christensen J et al. (2010) Association of adherence to lifestyle recommendations and risk of colorectal cancer: a prospective Danish cohort study. *BMJ* 341:c5504
6. Krokstad S, Ding D, Grunseit AC et al. (2017) Multiple lifestyle behaviours and mortality, findings from a large population-based Norwegian cohort study – The HUNT Study. *BMC Public Health* 17(1):58
7. Loef M, Walach H (2012) The combined effects of healthy lifestyle behaviors on all cause mortality: a systematic review and meta-analysis. *Prev Med* 55(3):163–170
8. Barbaresko J, Rienks J, Nothlings U (2018) Lifestyle Indices and Cardiovascular Disease Risk: A Meta-analysis. *Am J Prev Med* 55(4):555–564
9. Li Y, Pan A, Wang DD et al. (2018) Impact of Healthy Lifestyle Factors on Life Expectancies in the US Population. *Circulation* 138(4):345–355
10. Marques A, Peralta M, Martins J et al. (2019) Few European Adults are Living a Healthy Lifestyle. *Am J Health Promot* 33(3):391–398
11. Buttery AK, Mensink GBM, Busch MA (2015) Healthy behaviours and mental health: findings from the German Health Update (GEDA). *Eur J Public Health* 25(2):219–225
12. Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg) (2017) Gesundheitliche Ungleichheit in verschiedenen Lebensphasen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin
13. Kurth BM, Lange C, Kamtsiuris P et al. (2009) Gesundheitsmonitoring am Robert Koch-Institut. Sachstand und Perspektiven. *Bundesgesundheitsbl* 52:557–570
14. Lange C, Jentsch F, Allen J et al. (2015) Data Resource Profile: German Health Update (GEDA) – the health interview survey for adults in Germany. *Int J Epidemiol* 44(2):442–450
15. Lange C, Finger JD, Allen J et al. (2017) Implementation of the European health interview survey (EHIS) into the German health update (GEDA). *Arch Public Health* 75:40
16. European Commission, Eurostat (2018) European Health Interview Survey (EHIS wave 3). Methodological manual. European Commission, Luxembourg
17. von der Heyde C (2013) Das ADM-Stichprobensystem für Telefonbefragungen. https://www.gessgroup.de/wp-content/uploads/2016/09/Beschreibung-ADM-Telefonstichproben_DE-2013.pdf (Stand: 16.06.2021)
18. American Association for Public Opinion Research (AAPOR) (2016) Standard definitions – final disposition codes of case codes and outcome rates for surveys. AAPOR, Deerfield
19. Allen J, Born S, Damerow S et al. (2021) Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2019/2020-EHIS) – Hintergrund und Methodik. *Journal of Health Monitoring* 6(3): 72–87. www.rki.de/johm-2021 (Stand: 15.09.2021)
20. Bush K, Kivlahan DR, McDonell MB et al. (1998) The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. *Arch Intern Med* 158(16):1789–1795
21. Burger M, Brönstrup A, Pietrzik K (2004) Derivation of tolerable upper alcohol intake levels in Germany: a systematic review of risks and benefits of moderate alcohol consumption. *Prev Med* 39(1):111–127
22. Seitz H, Bühringer G, Mann K (2007) Empfehlungen des wissenschaftlichen Kuratoriums der DHS zu Grenzwerten für den Konsum alkoholischer Getränke. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS), Hamm
23. World Health Organization (WHO) (2010) Global recommendations on physical activity for health. WHO, Geneva
24. World Health Organization (2020) WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. WHO, Geneva
25. Finger JD, Tafforeau J, Gisle L et al. (2015) Development of the European Health Interview Survey. Physical Activity Questionnaire (EHIS-PAQ) to monitor physical activity in the European Union. *Arch Public Health* 73:59

26. World Health Organization (2000) Obesity: preventing and managing the global epidemic. Technical Report Series 894. WHO, Geneva
27. UNESCO Institute for Statistics (2012) International Standard Classification of Education ISCED 2011. <http://uis.unesco.org/sites/default/files/documents/international-standard-classification-of-education-isced-2011-en.pdf> (Stand: 15.03.2021)
28. Adams ML, Katz DL, Shenson D (2016) A healthy lifestyle composite measure: Significance and potential uses. *Prev Med* 84:41–47
29. Reeves MJ, Rafferty AP (2005) Healthy lifestyle characteristics among adults in the United States, 2000. *Arch Intern Med* 165(8):854–857
30. Lee Y, Back JH, Kim J et al. (2012) Clustering of multiple healthy lifestyles among older Korean adults living in the community. *Geriatr Gerontol Int* 12(3):515–523
31. Ryu S, Park J, Choi S et al. (2014) Associations between socio-demographic characteristics and healthy lifestyles in Korean Adults: the result of the 2010 Community Health Survey. *J Prev Med Public Health* 47(2):113–123
32. Manz K, Mensink GBM, Finger JD et al. (2019) Associations between Physical Activity and Food Intake among Children and Adolescents: Results of KiGGS Wave 2. *Nutrients* 11:1060
33. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2020) Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin
34. Finger JD, Hoebel J, Kuntz B et al. (2019) Bildungsunterschiede in der Prävalenz verhaltensbezogener Risikofaktoren in Deutschland und der EU – Ergebnisse des European Health Interview Survey (EHIS) 2. *Journal of Health Monitoring* 4(4):31–51. <https://edoc.rki.de/handle/176904/6240> (Stand: 16.06.2021)
35. Finger JD, Busch MA, Heidemann C et al. (2019) Time trends in healthy lifestyle among adults in Germany: Results from three national health interview and examination surveys between 1990 and 2011. *Plos One* 14(9):e0222218
36. Noble N, Paul C, Turon H et al. (2015) Which modifiable health risk behaviours are related? A systematic review of the clustering of Smoking, Nutrition, Alcohol and Physical activity ('SNAP') health risk factors. *Prev Med* 81:16–41
37. MacArthur G, Caldwell DM, Redmore J et al. (2018) Individual-, family-, and school-level interventions targeting multiple risk behaviours in young people. *Cochrane Database Syst Rev* 10:CD009927
38. Deutsche Adipositas-Gesellschaft (DAG) e. V., Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG), Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) e. V., Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) e. V. (2014) Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur „Prävention und Therapie der Adipositas“. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/050-001_S3_Adipositas_Pr%C3%A4vention_Therapie_2014-11-abgelaufen.pdf (Stand: 16.06.2021)
39. Nyberg ST, Singh-Manoux A, Pentti J et al. (2020) Association of Healthy Lifestyle With Years Lived Without Major Chronic Diseases. *JAMA Intern Med* 180(5):760–768
40. May AM, Struijk EA, Fransen HP et al. (2015) The impact of a healthy lifestyle on Disability-Adjusted Life Years: a prospective cohort study. *BMC Med* 13:39
41. Connor Gorber S, Tremblay M, Moher D et al. (2007) A comparison of direct vs. self-report measures for assessing height, weight and body mass index: a systematic review. *Obes Rev* 8(4):307–326
42. Degenhardt L, Charlson F, Ferrari A et al. (2018) The global burden of disease attributable to alcohol and drug use in 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Psychiatry* 5(12):987–1012
43. Damerow S, Rommel A, Prütz F et al. (2020) Die gesundheitliche Lage in Deutschland in der Anfangsphase der COVID-19-Pandemie. Zeitliche Entwicklung ausgewählter Indikatoren der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. *Journal of Health Monitoring* 5(4): 3–22. <https://edoc.rki.de/handle/176904/7548.2> (Stand: 16.06.2021)
44. Jordan S, Starker A, Krug S et al. (2020) Gesundheitsverhalten und COVID-19: Erste Erkenntnisse zur Pandemie. *Journal of Health Monitoring* 5(S8):2–16. <https://edoc.rki.de/handle/176904/6993> (Stand: 16.06.2021)
45. Courtenay WH (2000) Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Soc Sci Med* 50(10):1385–1401
46. Deitermann B, Patzelt C, Heim S et al. (2011) Erfolgreiche Prävention braucht eine geschlechtergerechte Ansprache. *Public Health Forum* 19(2):9.e1–9.e3
47. Reifegerste D (2019) Geschlechtersensible Gesundheitskommunikation. *Public Health Forum* 27(2):154–156
48. Fleming PJ, Lee JG, Dworkin SL (2014) “Real men don’t”: constructions of masculinity and inadvertent harm in public health interventions. *Am J Public Health* 104(6):1029–1035

49. Brandt T, Gencer H, Jahn I (2019) Gendertransformative Prävention und Gesundheitsförderung. *Public Health Forum* 27(2):126–128
50. Bourassa KJ, Ruiz JM, Sbarra DA (2019) Smoking and Physical Activity Explain the Increased Mortality Risk Following Marital Separation and Divorce: Evidence From the English Longitudinal Study of Ageing. *Ann Behav Med* 53(3):255–266
51. Dinour L, Leung MM, Tripicchio G et al. (2012) The Association between Marital Transitions, Body Mass Index, and Weight: A Review of the Literature. *J Obes* 2012:294974
52. Sauter A, Curbach J, Rueter J et al. (2019) German senior citizens' capabilities for physical activity: a qualitative study. *Health Promot Int* 34(6):1117–1129
53. Rueter J, Brandstetter S, Curbach J et al. (2020) How Older Citizens in Germany Perceive and Handle Their Food Environment – A Qualitative Exploratory Study. *Int J Environ Res Public Health* 17(19)
54. Grittner U, Kuntsche S, Gmel G et al. (2013) Alcohol consumption and social inequality at the individual and country levels – results from an international study. *Eur J Public Health* 23(2):332–339
55. Bloomfield K, Grittner U, Kramer S et al. (2006) Social inequalities in alcohol consumption and alcohol-related problems in the study countries of the EU concerted action 'Gender, Culture and Alcohol Problems: a Multi-national Study'. *Alcohol and alcoholism* 41(suppl_1):i26–i36
56. Schnuerer I, Gaertner B, Baumann S et al. (2013) Gender-specific predictors of risky alcohol use among general hospital inpatients. *Gen Hosp Psychiatry* 35(1):9–15
57. Devaux M, Sassi F (2015) Alcohol consumption and harmful drinking: Trends and social disparities across OECD countries", OECD Health Working Papers, No. 79. OECD Publishing, Paris. <https://www.oecd-ilibrary.org/content/paper/5js1qwkz2p9s-en> (Stand: 10.03.2021)
58. World Health Organization (1986) Ottawa Charter on Health Promotion. WHO, Kopenhagen
59. Bundesministerium für Umwelt Naturschutz und nukleare Sicherheit (Hrsg) (2020) Fakten, Trends und Impulse deutscher Klimapolitik. Ausgabe 2020. https://www.bmu.de/fileadmin/Daten_BMU/Pools/Broschueren/klimaschutz_zahlen_2020_broschuere_bf.pdf (Stand: 16.06.2021)

Annex Tabelle 1
Verteilung der erreichten Punktzahl
beim gesundheitsfördernden Lebensstil
nach Geschlecht und Alter
(n=11.469 Frauen, n=10.337 Männer)
 Quelle: GEDA 2019/2020-EHIS

Erreichte Punktzahl	Altersgruppe				
	Gesamt	18–29 Jahre	30–44 Jahre	45–64 Jahre	≥ 65 Jahre
Frauen					
0 oder 1	8,3 %	8,6 %	9,0 %	10,6 %	4,7 %
2	24,0 %	19,3 %	21,8 %	24,2 %	28,0 %
3	32,2 %	26,4 %	31,7 %	31,7 %	36,2 %
4	25,1 %	31,0 %	25,8 %	23,5 %	23,4 %
5	10,5 %	14,8 %	11,7 %	10,0 %	7,7 %
Männer					
0 oder 1	15,3 %	9,2 %	16,8 %	20,6 %	10,4 %
2	30,3 %	23,3 %	31,4 %	32,1 %	31,9 %
3	32,2 %	34,1 %	30,6 %	29,4 %	37,0 %
4	17,4 %	25,7 %	16,7 %	14,9 %	15,5 %
5	4,7 %	7,7 %	4,6 %	3,0 %	5,2 %

Impressum

Journal of Health Monitoring

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion

Johanna Gutsche, Dr. Birte Hintzpeter, Dr. Franziska Prütz,
Dr. Martina Rabenberg, Dr. Alexander Rommel, Dr. Livia Ryl,
Dr. Anke-Christine Saß, Stefanie Seeling, Dr. Thomas Ziese
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
Fachgebiet Gesundheitsberichterstattung
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
Tel.: 030-18 754-3400
E-Mail: healthmonitoring@rki.de
www.rki.de/journalhealthmonitoring

Satz

Kerstin Möllerke, Alexander Krönke

ISSN 2511-2708

Hinweis

Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die
Meinung des Robert Koch-Instituts wider.

Erratum zu Seite 47

In der Tabelle „Annex Tabelle 1“ auf Seite 47 wurde die
Benennung der fünf Ergebnisspalten (vier Altersgruppen
plus Gesamtangabe) versehentlich verschoben, sodass über
den korrekten Prozentzahlen falsche Überschriften standen.
Der Beitrag wurde korrigiert.



Dieses Werk ist lizenziert unter einer
Creative Commons Namensnennung 4.0
International Lizenz.



Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im
Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit