

5 GESUNDHEITSVERHALTEN

Kapitel 5 auf einen Blick

Kreis Steinburg

Raucher*innen Anteil 2021	24,8 %
Durchschnittlicher BMI 2021	27,2 kg/m ²
Prävalenz Adipositas 2021	12,89 %
Alkoholkonsum	keine Kreis-Daten
Ernährung	keine Kreis-Daten
Bewegung	keine Kreis-Daten

Gesundheitsverhalten²⁷ [121] bewahrt, verbessert und stärkt die Gesundheit von Menschen. Dadurch wird das Risiko einer sich bildenden oder sich verstärkenden Erkrankung belegbar gesenkt. Gesundheitsverhalten umfasst unter anderem die Vermeidung der gut erforschten Risikofaktoren Tabak- und Alkoholkonsum, ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel oder übermäßiges Sonnenbaden. Diese Risikofaktoren haben z. B. hohen Einfluss auf die Entstehung nicht übertragbarer chronischer Krankheiten. Zur Krankheitsvermeidung wird ebenso die Vermeidung von Stress und die Inanspruchnahme von Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen empfohlen [121].

Die nachfolgende Darstellung aus der Schweizer Präventionsstrategie zeigt zusammengefasst auf, welche Risikofaktoren gewichtigen Einfluss auf die Entstehung (ausgewählter) nichtübertragbarer Erkrankungen haben [122]. In Studien wurde häufig darauf hingewiesen, dass Verhalten, welches der Gesundheit wenig zuträglich ist, in sozial schwächeren Bevölkerungsgruppen häufiger verbreitet ist [16].

			Krankheiten				
			Herz- Kreislauf- erkrankungen	Diabetes	Krebs	Chronische Atemwegs- erkrankungen	Muskulo- skelettale Erkrankungen
Einflussfaktoren	Verhaltensbezogene Risiko- und Schutzfaktoren	Tabak	●	●	●	●	●
		Alkohol	●		●		●
		Ernährung	●	●	●		●
		Bewegung	●	●	●		●
	Physiologische Risikofaktoren	Blutdruck	●				
		Blutfettwerte	●				
		Gewicht	●	●	●	●	●
	Sozioökonomischer Status	Sozioökonomischer Status	●	●	●	●	●

Abbildung 39: Nicht übertragbare Erkrankungen und ihre Einflussfaktoren

Quelle: Grafik in Anlehnung an Bundesamt für Gesundheit (BAG) Schweiz ([122], S. 17)

5.1 Gesundheitskompetenz

Eine hinreichende Gesundheitskompetenz ist die Voraussetzung für individuelles gesundheitsförderliches Verhalten [14].

Erhebungen verdeutlichen, dass die Gesundheitskompetenz deutschlandweit in allen Altersklassen der Bevölkerung eher schwach ausgebildet ist [14] [123]. Die Studie „Health Literacy Survey Germany“ (HLS-GER 2) aus dem Jahr 2021 berichtet, dass ca. 60 % der 2.151 befragten deutschsprachigen Personen ab 18 Jahren ihre eigene Gesundheitskompetenz als „problematisch“ oder „inadäquat“ bewerten. Nur 26,5 % verfügen über eine „ausreichende“ Gesundheitskompetenz. In der Altersklasse ab 65 Jahre, die mit dem Gesundheitsziel „Gesund alt werden“ adressiert wird, ist die Gesundheitskompetenz bei 65,1 % als „gering“ zu bewerten.

²⁷ Entgegen der wissenschaftlichen Expertise wird vorliegend Gesundheitsverhalten allgemeiner definiert. Im wissenschaftlichen Kontext wird in Abhängigkeit, ob der gesunde oder bereits erkrankte Mensch Maßnahmen gegen (mögliche) Erkrankung(en) ergreift, zwischen Gesundheitsverhalten, Krankheitsverhalten und Gesundheitshandeln unterschieden [120].

Besonders Menschen mit einem niedrigen Bildungsniveau verfügen im Mittel über eine geringere Gesundheitskompetenz. Die Fähigkeit gesundheitsbezogene Informationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und zu nutzen ist für die Befragten im Bereich der Gesundheitsförderung am schwierigsten. 67,7 % weist hier eine geringe Gesundheitskompetenz auf, gefolgt von 54,8 % im Bereich der Prävention [3].

Die in Kapitel 6 vorgestellten Ergebnisse der vom Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Universität zu Lübeck durchgeführten Studie zur „[...] gesundheitliche[n] Lage und Versorgungssituation von Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein [...]“ verweisen darauf, dass in Schleswig-Holstein etwa 60 % der Eltern mit Kindern zwischen 0 und 18 Jahren über eine „ausreichend[e]“ Gesundheitskompetenz verfügen und somit die Fähigkeit haben, gesundheitsrelevante Informationen gezielt zu suchen, zu verstehen und anzuwenden bzw. zielführende Nachfragen zu stellen. Die Werte im [Kreis Steinburg](#) sind auf gleichem Niveau, jedoch wegen einer kleinen Fallzahl mit statistischen Unsicherheiten behaftet [124].

In Bezug auf die Gesundheitskompetenz von Schüler*innen liefert die HBSC-Studie²⁸ aus dem Jahr 2022 Ergebnisse auf Bundesebene. 24,4 % der befragten Schüler*innen haben eine geringe Gesundheitskompetenz, 61,4 % eine moderate und 14,2 % eine hohe Gesundheitskompetenz. Auffällig ist, dass sich für 20,1 % der Gymnasiast*innen eine hohe Gesundheitskompetenz gegenüber 10,7 % der Schüler*innen von Gesamtschulen ableiten lässt. Im Schulformvergleich ist die Ausprägung einer geringen Gesundheitskompetenz bei Gymnasiast*innen (14,9%) am geringsten [125].

5.2 Tabakkonsum

(Indikator 4.1 GBE der Länder)

„Rauchen ist der wichtigste vermeidbare Risikofaktor für chronische, nicht übertragbare Krankheiten [...].“
[80, p. 18]

Durch aktives Rauchen erhöht sich das Risiko an Krebs, Herz-Kreislauferkrankungen oder chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) zu erkranken bzw. vorzeitig an den Folgen des Rauchens zu versterben. Psychische Abhängigkeit und/oder Verhaltensstörungen können sich entwickeln. Selbst Passivrauchen bewirkt gesundheitliche Leiden. 2018 waren 13,3 % aller Todesfälle in Deutschland auf durch Rauchen entstandene Krankheitsfolgen zurückzuführen, in Schleswig-Holstein waren dies 17,0 % [80] [126]

Datengrundlage für Tabakkonsum und Body-Mass-Index (BMI): Mikrozensus

Datenhalter: Statistikamt Nord, Statistisches Bundesamt (Destatis)

Der Mikrozensus ist eine in Deutschland jährliche, auf Basis gesetzlicher Vorgaben und für die ausgewählten Haushalte verpflichtende Befragung zu verschiedenen Themenbereichen. Das Rauchverhalten und die Angaben zu Körpermaßen wird im Vier-Jahres-Rhythmus (die aktuellste Zusatzerhebung erfolgte in 2021) mittels einer freiwilligen Selbstauskunft erfragt.

Die hier vorgestellten Anteile um Rauchverhalten beziehen sich jeweils auf die Anzahl aller Personen ab 15 Jahre, die gültige Angaben zu ihrem Rauchverhalten gemacht haben [127].

Die Anteile zum Body-Mass-Index (BMI) beziehen sich jeweils auf die Anzahl aller Personen ab 18 Jahre, die gültige Angaben zum Körpergewicht und zur Körpergröße gemacht haben [128].

²⁸ Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)“, befragt wurden mittels Fragebogen 6.475 11-, 13- und 15-jährige Schüler*innen in Deutschland.

2021 lag der Anteil an Bürger*innen im Alter ab 15 Jahren, die gelegentlich bis regelmäßig rauchten, laut der freiwilligen Angaben im Mikrozensus im [Kreis Steinburg](#) mit 24,8 % höher als der Durchschnitt in Schleswig-Holstein und in Deutschland [129] [130].

In Schleswig-Holstein rauchten 2021 gelegentlich bis regelmäßig 19,3 % der Bevölkerung ab 15 Jahren. Männer rauchten mit einem Anteil von 22,2 % häufiger als Frauen (16,6 %). Am häufigsten rauchten Frauen im Alter zwischen 55 und 65 Jahren und Männer zwischen 35 und 45 Jahren [129]. Daten zum Rauchverhalten unter Kindern und Jugendlichen im [Kreis Steinburg](#) liegen nicht vor.

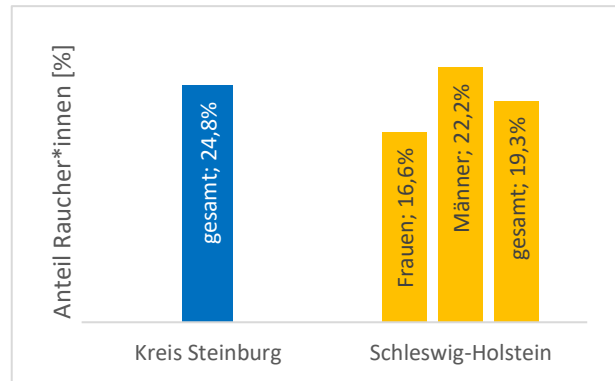


Abbildung 40: Raucher*innen Kreis Steinburg und Schleswig-Holstein [%]
 Anteile in der Bevölkerung ab 15 Jahren
 Aufgrund zu geringer Fallzahlen wurde der Kreis Steinburg statistisch als räumliche Einheit gemeinsam mit Dithmarschen ausgewertet [129]
 Quelle: Statistikamt Nord [129]
 eigene Berechnungen und Darstellung

Detaillierte Informationen sind dem ausführlichen Bericht zum Thema „Tabakkonsum“, abrufbar unter <https://www.steinburg.de/kreisverwaltung/informationen-der-fachaemter/gesundheitsamt/download.html> zu entnehmen.

5.3 Alkoholkonsum

(Indikator 4.7 GBE der Länder)

Alkoholkonsum fördert die Entstehung von Krebs, weiteren (chronischen) Erkrankungen und weist ein gewisses Suchtpotential auf. Dabei ist der Umfang des Konsums bedeutsam. Einen „gesunden“ Alkoholkonsum gibt es nicht [131].

Datengrundlage für Alkoholkonsum, Ernährung und Bewegung: GEDA 2019/2020-EHIS

Datenhalter: Robert Koch-Institut

Die Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (*GEDA*) umfasst regelmäßige Bevölkerungsbefragungen des Robert Koch-Instituts und dient der Bereitstellung von Daten zum Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten und zur Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in Deutschland. Die Basis der Ergebnisse sind telefonische Befragungen von 23.000 Personen ab 15 Jahren von 4/2019 bis 9/2020.

Im Rahmen der Interviews wurden unter anderem Fragen zum Alkoholkonsum, Bewegungs- und Ernährungsverhalten gestellt. Für die Analyse der hier vorgestellten Ergebnisse zu den Indikatoren risikoarmer Alkoholkonsum, Obst- und Gemüsekonsum und Bewegungsintensität wurden die Angaben der Studienteilnehmenden ab 18 Jahren ausgewertet [132].

Das RKI unterscheidet in ihrer Bevölkerungsbefragung GEDA zwischen „riskantem Konsum“ und „Rauschtrinken“. Riskanter Konsum liegt vor, wenn Frauen mehr als 10 Gramm Reinalkohol pro Tag aufnehmen (12 Gramm Reinalkohol entspricht ca. 0,3 Liter Bier oder 0,15 Liter Wein [131]) und Männer mehr als 20 Gramm Reinalkohol pro Tag (24 Gramm Reinalkohol entspricht ca. 0,6 Liter Bier oder 0,3 Liter Wein [131]). Von Rauschtrinken wird gesprochen, wenn sechs oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit mindestens einmal im Monat oder häufiger getrunken werden [133].

In Schleswig-Holstein betrug der Anteil in der weiblichen Bevölkerung ab 18 Jahren mit einem riskanten Alkoholkonsum 10,3 % (Deutschland 11,1 %), bei Männern 13,5 % (Deutschland 16,1 %).

Rauschtrinken wird deutlich häufiger praktiziert. Unter Frauen in Schleswig-Holstein mit einem Anteil von 21,4 % jedoch weniger als von Männern mit einem Anteil von 35,1 %.

Die Anteils-Werte hinsichtlich riskanten Konsums bzw. Rauschtrinkens sind in Schleswig-Holstein niedriger als im Bundesdurchschnitt [133].

Angaben für den [Kreis Steinburg](#) liegen nicht vor.

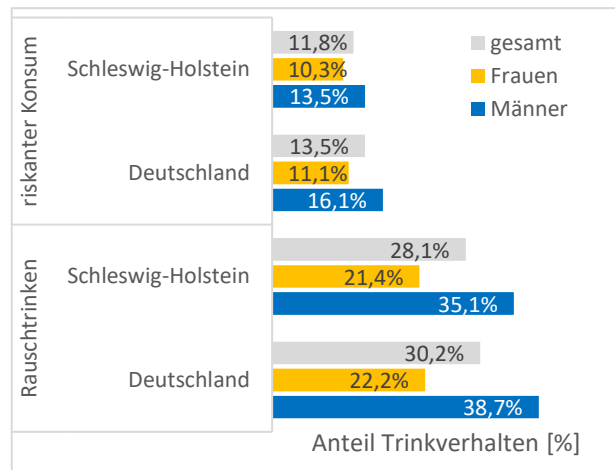


Abbildung 41: Trinkverhalten Schleswig-Holstein und Deutschland [%]
 Anteile in der Bevölkerung ab 18 Jahren
 Quelle: Robert Koch-Institut (GEDA 2019/2020) [133]
 eigene Darstellung

5.4 Ernährung

(Indikator 4.11 GBE der Länder)

Gesunde Ernährung ist ein wesentlicher Baustein für einen gesunden Körper, der durch Veränderungen in der Lebensmittelherstellung und in unserem Konsumverhalten zunehmend aus dem Blick gerät. Eine langfristig überhöhte energiereiche Ernährung kann im Zusammenwirken mit Bewegungsmangel, genetisch geprägten Anfälligkeiten für Erkrankungen, der Einnahme bestimmter Medikamente und umweltbezogenen Einflüssen zu Übergewicht führen, was wiederum die Entstehung nichtübertragbarer Krankheiten begünstigt [134]. Das Ernährungsverhalten wird im Kindesalter geprägt und zeigt sich häufig in den Ernährungsgewohnheiten im weiteren Lebenslauf [135] [136].

Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) bewirbt für Personen von 18 bis 65 Jahre die Beachtung der folgenden elf Empfehlungen [137]:

- *Am besten Wasser trinken* (rund 1,5 Liter jeden Tag, Wasser oder andere kalorienfreie Getränke)
- *Obst und Gemüse – viel und bunt* (mindestens 5 Portionen Obst und Gemüse pro Tag)
- *Hülsenfrüchte und Nüsse regelmäßig essen* (mindestens einmal in der Woche Hülsenfrüchte und täglich eine kleine Handvoll Nüsse)
- *Vollkorn ist die beste Wahl*
- *Pflanzliche Öle bevorzugen*
- *Milch und Milchprodukte jeden Tag*
- *Fisch jede Woche* (ein- bis zweimal Fisch pro Woche)
- *Fleisch und Wurst – weniger ist mehr* (nicht mehr als 300 g pro Woche)
- *Süßes, Salziges und Fettiges – besser stehen lassen*
- *Mahlzeiten genießen*
- *In Bewegung bleiben und auf das Gewicht achten*

5.4.1 Konsum von Obst und Gemüse

Die Hälfte eines gesunden Speiseplans sind Früchte, Gemüse und Salat [137]. Laut den Angaben der Studienteilnehmer*innen der RKI-Studie GEDA 2019/2020 konsumierten 37,3% der Befragten in Schleswig-Holstein täglich Obst und Gemüse, Deutschlandweit waren es 34,8 %²⁹. In Schleswig-Holstein gaben 50 % der Frauen und 23,7 % der Männer an, täglich Obst und Gemüse zu essen. Das Niveau im gesamten Bundesgebiet ist bei den Frauen etwa fünf Prozentpunkte niedriger, bei den Männern nahezu gleich. Auf Bundesebene war der Anteil der Personen, die täglich Obst und Gemüse aßen, in der Gruppe mit dem höchsten Bildungsniveau am größten [133].

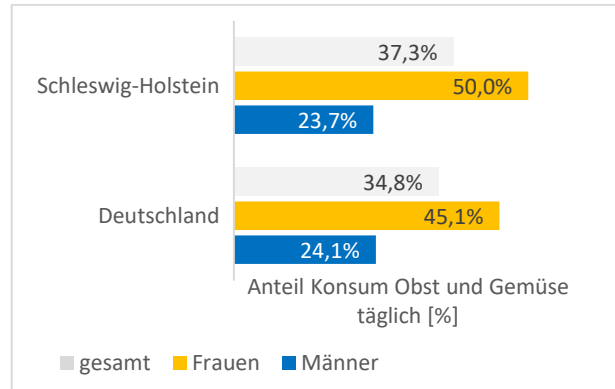


Abbildung 42: Täglicher Obst- und Gemüsekonsum Schleswig-Holstein und Deutschland [%]

Anteile in der Bevölkerung ab 18 Jahren

Quelle: Robert Koch-Institut (GEDA 2019/2020) [133] eigene Darstellung

5.4.2 Konsum zuckerhaltiger Getränke

Die DEG empfiehlt täglich 1,5 Liter Wasser und ungesüßte Getränke zu trinken. Zuckerhaltige Getränke sollten vermieden werden. Forschungsarbeiten zeigen einen Zusammenhang zwischen dem regelmäßigen Konsum zuckerhaltiger Getränke und einer Gewichtszunahme. Mit kontinuierlichem Konsum zuckerhaltiger Getränke wird u. a. die Entstehung von Diabetes mellitus Typ 2, kardiovaskulärer Erkrankungen und Karies assoziiert [135].

14 % der Teilnehmer*innen der GEDA-Studie 2019/2020 aus Schleswig-Holstein gaben an, täglich zuckerhaltige Getränke zu konsumieren³⁰. Auf Bundesebene waren es nur 12,2 %. Männer gaben doppelt so häufig an, täglich Zuckerhaltiges zu trinken, als Frauen. Auf Bundesebene tranken am häufigsten Personen aus der Gruppe mit dem niedrigsten Bildungsniveau täglich zuckerhaltige Getränke. Der Konsum zuckerhaltiger Getränke nimmt mit zunehmendem Alter ab [133].

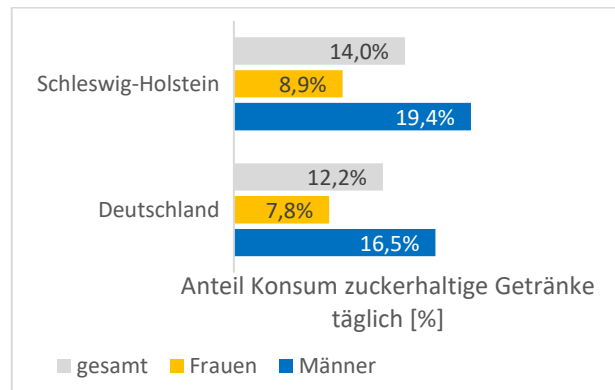


Abbildung 43: Täglicher Konsum zuckerhaltiger Getränke Schleswig-Holstein und Deutschland [%]

Anteile in der Bevölkerung ab 18 Jahren

Quelle: Robert Koch-Institut (GEDA 2019/2020) [133] eigene Darstellung

²⁹ Selbstangabe der Befragten zu folgenden zwei Fragen: „Wie oft essen Sie Obst?“ bzw. „Wie oft essen Sie Gemüse/Salat?“ (auch getrocknetes, Tiefkühl- und Dosenobst bzw. Gemüse, aber keine Obst- und Gemüsesäfte, Kartoffeln). Wenn die Befragten „(mehrmals) täglich“ angaben, wurden sie statistisch erfasst [132].

³⁰ Selbstangabe der Befragten zur Frage, wie oft zuckerhaltige Getränke (gesüßte Fruchtsäfte, Limonade, Cola oder andere zuckerhaltige Erfrischungsgetränke), ohne Light- bzw. Diätgetränke konsumiert werden. Fünf verschiedenen Antwortmöglichkeiten standen zur Auswahl. Wurde „täglich“ oder „mehrmals täglich“ angegeben, wurde die Antwort statistisch erfasst [132].

5.5 Body Mass Index

(Indikator 4.8 GBE der Länder)

Zur Bewertung von Unter-, Normal- oder Übergewicht wird international der Body Mass Index eingesetzt. Der Index berechnet sich aus dem Körpergewicht (Angabe in Kilogramm) dividiert durch die Körpergröße (Angabe in Meter) zum Quadrat [kg/m^2]. Die Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für Erwachsene ist wie folgt gestaffelt (WHO zitiert in [138]):

Untergewicht	BMI $<18,5 \text{ kg/m}^2$
Normalgewicht	BMI $18,5 \leq 25,0 \text{ kg/m}^2$
Übergewicht (inkl. Adipositas)	BMI $\geq 25,0 \text{ kg/m}^2$

Adipositas	BMI $\geq 30,0 \text{ kg/m}^2$
Adipositas mit Schweregrad 1	BMI $30 \leq 35 \text{ kg/m}^2$
Adipositas mit Schweregrad 2	BMI $35 \leq 40 \text{ kg/m}^2$
Adipositas mit Schweregrad 3	BMI $\geq 40,0 \text{ kg/m}^2$

Für Kinder gelten wegen der Veränderungen in der Wachstumsphase andere Werte [138].

Ist die Energieaufnahme langfristig höher als der Energieverbrauch steigt das Körpergewicht an. Bei einem ungünstigen Verlauf kann sich Übergewicht (sogenannte Adipositas) in unterschiedlichen Schweregraden entwickeln. Inwieweit starkes Übergewicht (BMI $\geq 30,0 \text{ kg/m}^2$) als eigenständige Erkrankung oder als zu vermeidender Risikofaktor für Erkrankungen eingestuft werden sollte, ist nicht eindeutig. Die Deutsche Adipositas-Gesellschaft und die Weltgesundheitsorganisation (WHO) werten Adipositas als eigenständige Erkrankung, aber nicht die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM) – für sie ist Adipositas ein Risikofaktor, der immer gemeinsam mit anderen Risikofaktoren eines Menschen betrachtet werden sollte, um den Gesundheitszustand zu beurteilen. Laut RKI haben in Deutschland 24 % der Erwachsenen einen BMI $\geq 30,0 \text{ kg/m}^2$ und 6 % der Kinder und Jugendlichen [134].

5.5.1 Selbstangaben zum Körpergewicht

Aus den Angaben im Mikrozensus 2021 von Bürger*innen ab 18 Jahren, die im **Kreis Steinburg** leben und Angaben zu ihrem Gewicht und ihrer Körpergröße gemacht haben, ist ersichtlich, dass 41,6 % einen BMI unter 25 kg/m^2 hatten und als unter- oder normalgewichtig gelten. 35,9 % sind übergewichtig mit einem BMI zwischen 25 bis unter 30 kg/m^2 . Angaben zu Adipositas ab 30 kg/m^2 liegen wegen zu kleiner Fallzahlen für den **Kreis Steinburg** nicht vor.

In Schleswig-Holstein war der Anteil der Bürger*innen mit Unter-/Normalgewicht mit 45,0 % höher als im **Kreis Steinburg**.

Der durchschnittliche BMI der 18-Jährigen und Älteren lag im Bereich des Übergewichts und war im **Kreis Steinburg** mit $27,2 \text{ kg/m}^2$ leicht höher als in Schleswig-Holstein mit $26,3 \text{ kg/m}^2$ [139].

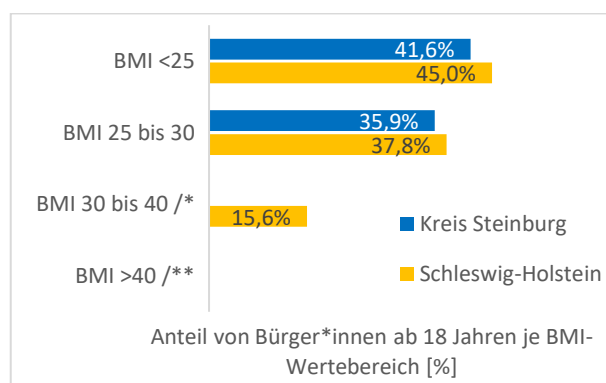


Abbildung 44: Personen je BMI-Wertebereich Kreis Steinburg und Schleswig-Holstein [%]

Anteile in der Bevölkerung ab 18 Jahren

/* fehlende Angaben für den Kreis Steinburg wegen zu geringer Fallzahlen

/** keine Angaben für den Kreis Steinburg und für Schleswig-Holstein wegen zu geringer Fallzahlen

Quelle: Statistikamt Nord [139], eigene Darstellung

5.5.2 Diagnoseprävalenz Adipositas

Das Wissenschaftliche Institut der AOK berichtet auf Grundlage von Krankenkassenroutinedaten (Methodik vgl. S. 40), dass über alle Altersgruppen hinweg im **Kreis Steinburg** 2022 17.500 Bürger*innen an Adipositas (BMI>30 kg/m²) erkrankt waren. 2017 wurden 14.500 adipöse Menschen dokumentiert. Dies entspricht einem Anstieg von 20,7 %. Auf Landesebene erhielten weibliche Personen in allen Altersgruppen (Ausnahme bei den 10- bis 14-Jährigen) häufiger eine Diagnose als männliche Personen [140].

Die standardisierte 1-Jahres-Prävalenz betrug 2022 im **Kreis Steinburg** 12,89 % und damit etwa 2,5 Prozentpunkte höher als in Schleswig-Holstein (10,35 %). Im Zeitverlauf liegen die standardisierten Werte im **Kreis Steinburg** seit 2017 dauerhaft höher als in Schleswig-Holstein [140].

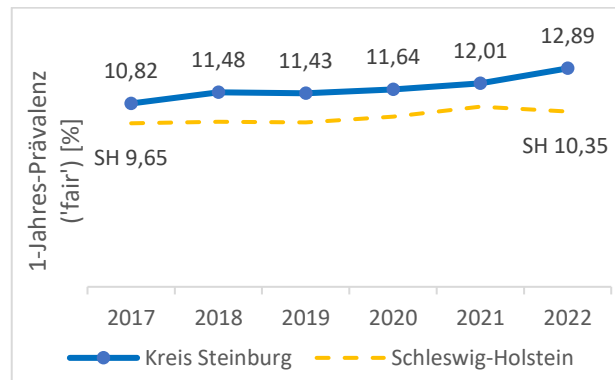


Abbildung 45: Prävalenz Adipositas Kreis Steinburg und Schleswig-Holstein [%]
standardisierte 1-Jahres-Prävalenz, Anteil
Erkrankungsfälle in der Bevölkerung
Quelle: Wissenschaftliches Institut der AOK
(WIdO) [140], eigene Darstellung

5.6 Bewegung

(Indikator 4.12 und 4.13 GBE der Länder)

Bewegung ist zur Vorbeugung von Krankheiten zentral. Besonders langanhaltendes Sitzen gewinnt eine immer größere Bedeutung als Risikofaktor in Bezug auf die Ausbildung chronischer Krankheiten. In Deutschland sitzen 16,7 % der Frauen und 22,3 % der Männer mindestens acht Stunden täglich – die bis 44-Jährigen häufiger als ältere Menschen. Im Gegensatz zu den bekannten Risikofaktoren Rauchen oder ungesunde Ernährung betrifft dieser Risikofaktor eher Personen mit einem höheren sozioökonomischen Status. Personen der oberen Bildungsgruppe verbringen mehr Zeiteinheiten pro Tag sitzend als Personen der unteren Bildungsgruppe [141].

Um negative Gesundheitseffekte auszugleichen empfiehlt die WHO für Kinder und Jugendliche zwischen fünf und 17 Jahren pro Tag mindestens 60 Minuten Bewegung mit moderater bis zu einer hohen Intensität. Erwachsene von 18 bis 64 Jahre sollen mindestens 150 bis 300 Minuten pro Woche moderates Ausdauertraining absolvieren oder alternativ 75 bis 150 Minuten mit hoher Intensität. Menschen ab 65 Jahren sollen an mindestens drei Tagen in der Woche ein Bewegungsprogramm absolvieren, welches den Schwerpunkt auf Gleichgewicht, Koordination und Stärkung der Muskelkraft legt [142].

In Schleswig-Holstein bewegten sich 44 % der im Rahmen der RKI GEDA Studie befragten Menschen³¹ mindestens 150 Minuten pro Woche, deutschlandweit waren dies 48 %. Während der Anteil der Frauen mit 46,8 % in Schleswig-Holstein ca. sechs Prozentpunkte höher war als bei den Männern, ist die geschlechtsspezifische Betrachtung in Deutschland umgekehrt. Mehr als die Hälfte der befragten Männer gaben an, mindestens 150 Minuten Ausdaueraktivität pro Woche zu absolvieren, aber nur 44,8 % der Frauen [133].

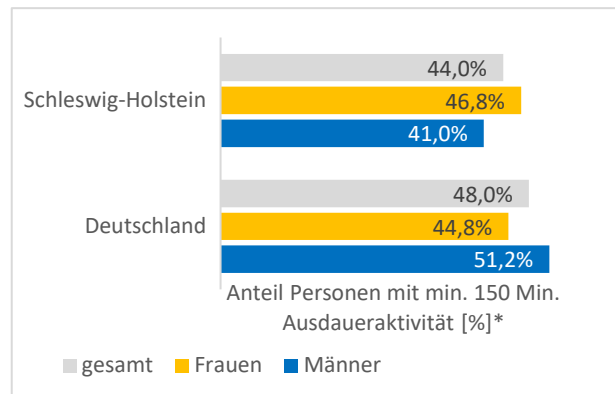


Abbildung 46: Ausdaueraktivität Schleswig-Holstein und Deutschland [%]

Anteile in der Bevölkerung ab 18 Jahren mit mindestens 150 Minuten pro Woche wie von der WHO empfohlenen
 Quelle: Robert Koch-Institut (GEDA 2019/2020) [133]
 eigene Darstellung

³¹ Selbstangaben bezüglich mehrerer Fragen zur körperlichen Aktivität (leichter Anstieg der Atem- und Herzfrequenz) pro Woche in der Freizeit. Die Angaben

wurden aufsummiert und beim Erreichen der von der WHO empfohlenen 150 Minuten statistisch erfasst [133].