

Gesundheit in Jena

Ergebnisse einer repräsentativen
Bevölkerungsbefragung 2026



Finanziert von der
Europäischen Union
NextGenerationEU

 **aproxima**
Forschen für eine **neue** Zeit.

Impressum

Jena, März 2026

Herausgeber:

Stadtverwaltung Jena
Fachdienst Gesundheit
Lutherplatz 3
07743 Jena

in Zusammenarbeit mit:

aproxima Gesellschaft für Markt- und Sozialforschung Weimar mbH
Schillerstraße 10
99423 Weimar

verantwortlich: Selina Recke



**Finanziert von der
Europäischen Union**
NextGenerationEU

Die Durchführung und Auswertung der Bevölkerungsbefragung wurde im Rahmen des Verbundprojekts VBP-THUE-23 durch die Europäische Union im Rahmen des Programms NextGenerationEU gefördert. Die gewonnenen Erkenntnisse dienen unter anderem als Informationsgrundlage für die Identifikation weiterer Bedarfe sowie für die Planung und Umsetzung von Maßnahmen zur Modernisierung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in der Stadt Jena.

INHALTSVERZEICHNIS

1 Hintergrund und Zielsetzung der Studie	1
2 Methodik	2
2.1 Studiendesign und Datenerhebung.....	2
2.2 Stichprobenziehung.....	2
2.3 Rücklauf und Teilnahme.....	2
3 Allgemeiner Gesundheitszustand	4
3.1 Subjektive Bewertung des Gesundheitszustands und der Lebenszufriedenheit.....	4
3.2 Belastungen	8
3.3 Gesundheitliche Eckdaten	15
3.4 Gesundheitliche Einschränkungen.....	19
4 Seelische Gesundheit	20
5 Gesundheitsverhalten.....	26
5.1 Rauchen	26
5.2 Alkohol	29
5.3 Ernährung	33
5.4 Schlaf	35
5.5 Bewegung und Sport	37
6 Individuelle Gesundheitsvorsorge	43
7 Gesundheitskompetenz und digitale Gesundheit	49
8 Pflege	56
9 Gesundheitsversorgung und Lebensqualität in Jena	62
10 Hitze und Klima.....	67
Anhang	75
Datenaufbereitung.....	75
Gewichtung.....	76
Beschreibung der Daten	78
Abbildungsverzeichnis	87
Tabellenverzeichnis.....	89
Literatur	90

1 Hintergrund und Zielsetzung der Studie

Die Gesundheit und das Wohlbefinden der Bevölkerung stellen zentrale Voraussetzungen für die Lebensqualität in der Stadt Jena dar. Unsere Gesundheit wird durch eine Vielzahl sozialer, wirtschaftlicher und umweltbezogener Faktoren beeinflusst. Vor dem Hintergrund großer gesellschaftlicher Transformationsprozesse durch Klimawandel, gesundheitliche Herausforderungen, soziale Belange, eine alternde Gesellschaft und dem Fachkräftemangel müssen Prävention und Gesundheitsversorgung konsequent gestärkt werden. Gesundheitsförderung betrachtet den Menschen und seine Gesundheit ganzheitlich und richtet den Blick darauf, was den Menschen gesund erhält. Im Fokus stehen Faktoren, die beeinflusst oder verändert werden können. Auf dieser Basis sollen Maßnahmen geschaffen werden, die die Lebensbedingungen verbessern und gleichzeitig die Gesundheit stärken. Die Grundlage dafür ist eine kontinuierliche Beobachtung der gesundheitlichen Lage der Jenaer Bevölkerung.

Mit der vorliegenden Befragung „Gesundheit in Jena 2026“ verfolgt die Stadt Jena das Ziel, ein umfassendes Bild des aktuellen Gesundheitszustands der Bürgerinnen und Bürger zu gewinnen. Dabei sollen sowohl gesundheitliche Belastungen als auch gesundheitsförderliche Ressourcen sichtbar gemacht werden. Neben dem subjektiven Gesundheitszustand werden insbesondere gesundheitsrelevante Verhaltensweisen, die Inanspruchnahme von Vorsorgeangeboten sowie die Nutzung und Bewertung bestehender Gesundheitsangebote erfasst.

Ein weiterer Fokus liegt darauf, mögliche Versorgungslücken und Bedarfe zu identifizieren, um die Gesundheitsförderung und Prävention gezielt weiterentwickeln zu können. Die Ergebnisse der Befragung fließen in die kommunale Gesundheitsberichterstattung ein und dienen als evidenzbasierte Grundlage für zukünftige Planungen und Maßnahmen der Stadt Jena. Ziel ist es, Angebote und Maßnahmen stärker an den tatsächlichen Bedürfnissen der Bevölkerung auszurichten.

Die Befragung wurde gemeinsam mit der approxima Gesellschaft für Markt- und Sozialforschung Weimar mbH umgesetzt, die die Stadt Jena bei der Datenanalyse sowie der Erstellung des Berichts unterstützt hat.

Die inhaltlichen Schwerpunkte der Befragung umfassen folgende Themenbereiche:

- Allgemeiner Gesundheitszustand
- Seelische Gesundheit
- Gesundheitsverhalten (Rauchen, Alkohol, Schlaf, Ernährung, Bewegung/Sport)
- Individuelle Gesundheitsvorsorge
- Gesundheitskompetenz und digitale Gesundheit
- Einschränkungen und Pflege
- Gesundheitsversorgung und Lebensqualität in Jena
- Hitze und Klima (als spezifisches Schwerpunktthema für Jena)
- Soziodemografische Merkmale

2 Methodik

2.1 Studiendesign und Datenerhebung

Die Befragung „Gesundheit in Jena 2026“ richtet sich an zufällig ausgewählte Bürgerinnen und Bürger der Stadt Jena ab dem Alter von 18 Jahren und älter mit Hauptwohnsitz in der Stadt. Ziel der Studie ist es, ein möglichst umfassendes Bild der gesundheitlichen Lage der erwachsenen Bevölkerung zu gewinnen. Die Teilnahme erfolgte freiwillig und anonym.

Die Datenerhebung fand im Zeitraum von **15.01.2026 bis 28.02.2026** statt. Die ausgewählten Personen wurden postalisch zur Teilnahme eingeladen. Das Anschreiben wurde vom Oberbürgermeister unterzeichnet und informierte über Ziel und Bedeutung der Befragung sowie über die freiwillige Teilnahme. Der Zugang zur Online-Befragung erfolgte über einen personalisierten, anonymisierten Zugangscode, der keine Rückschlüsse auf die teilnehmende Person zuließ, jedoch einen Abgleich von Geschlecht, der Altersgruppe und des Sozialraums ermöglichte.

Die Teilnahme erfolgte primär online über die Plattform LimeSurvey. Ergänzend bestand die Möglichkeit, den Fragebogen in Papierform auszufüllen. Dieses Vorgehen sollte insbesondere Personen ohne oder mit eingeschränktem Internetzugang die Teilnahme ermöglichen. 54 Personen haben von diesem Angebot Gebrauch gemacht.

Der standardisierte Fragebogen umfasste insgesamt 38 Fragen zu zentralen gesundheitsrelevanten Themenbereichen, darunter der allgemeine Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten, die Inanspruchnahme von Vorsorgeangeboten, die Gesundheitsversorgung sowie soziale und umweltbezogene Einflussfaktoren. Die Programmierung und technische Umsetzung des Fragebogens erfolgten durch die Stadt Jena.

Die Studie wurde im Rahmen des Pakts für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD), Teil C, als Verbundprojekt des Fachdienstes Gesundheit umgesetzt.

2.2 Stichprobenziehung

Die Stichprobenziehung erfolgte durch das Team Datenmanagement und Statistik der Stadt Jena auf Grundlage der Einwohnermeldedaten. Es wurde eine Zufallsstichprobe von insgesamt 10.000 Personen ab 18 Jahren gezogen. Um eine differenzierte und aussagekräftige Auswertung zu ermöglichen, wurde die Stichprobe geschichtet nach Alter, Geschlecht und Sozialraum angelegt.

2.3 Rücklauf und Teilnahme

Von den insgesamt 10.000 angeschriebenen Personen wurde der Fragebogen 1.765 Mal aufgerufen. Nach Abzug eines Testzugriffs verbleiben 1.764 gültige Aufrufe, was einer Initialreaktion von 17,6 % entspricht. Unter diesen Aufrufen befanden sich 97 Fälle mit einer Interviewdauer von 0 Sekunden, bei denen keine inhaltlichen Angaben gemacht wurden. Diese Fälle wurden

als reine Aufrufe ohne Teilnahme gewertet und nicht weiter berücksichtigt. Somit nahmen insgesamt 1.667 Personen an der Befragung teil.

Im Rahmen der Datenaufbereitung wurden weitere 118 Fälle von der Auswertung ausgeschlossen. Darunter befanden sich 47 Fälle, bei denen bereits die erste Frage übersprungen wurde oder lediglich der Fragebogen aufgerufen und angeschaut wurde, jedoch keine Angaben gemacht wurden, sowie Fälle ($n = 71$), die nicht eindeutig der Stichprobe zugeordnet werden konnten (siehe auch Kapitel 2.4). Nach Abschluss der Datenbereinigung verblieben 1.549 auswertbare Fälle. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 15,5 % bezogen auf die Bruttostichprobe von 10.000 Personen.

Teilnahme nach Erhebungsart

Die Teilnahme erfolgte überwiegend online. Ergänzend bestand die Möglichkeit, einen Papierfragebogen anzufordern. Insgesamt machten 54 Personen von dieser Option Gebrauch, von denen 42 einen ausgefüllten Fragebogen zurücksendeten. Nach der Datenbereinigung verblieben 41 Papierfragebögen im Datensatz. Der Anteil der schriftlichen Teilnahmen an allen auswertbaren Fällen ist entsprechend gering.

Tab. 1: Verteilung der Erhebungsart (Online/Papier) in der realisierten Stichprobe

Erhebungsart	Stichprobe	
	Absolut	Relativ
Online	1508	97,4
Papier	41	2,6
Gesamt	1.549	100,0

Methodische Einordnung des Rücklaufs

Die erzielte Rücklaufquote liegt im Bereich vergleichbarer kommunaler Gesundheitsbefragungen und ist insgesamt als zufriedenstellend zu bewerten. Gleichwohl ist zu berücksichtigen, dass es sich um eine freiwillige Teilnahme handelt und damit Selektionsprozesse nicht ausgeschlossen werden können.

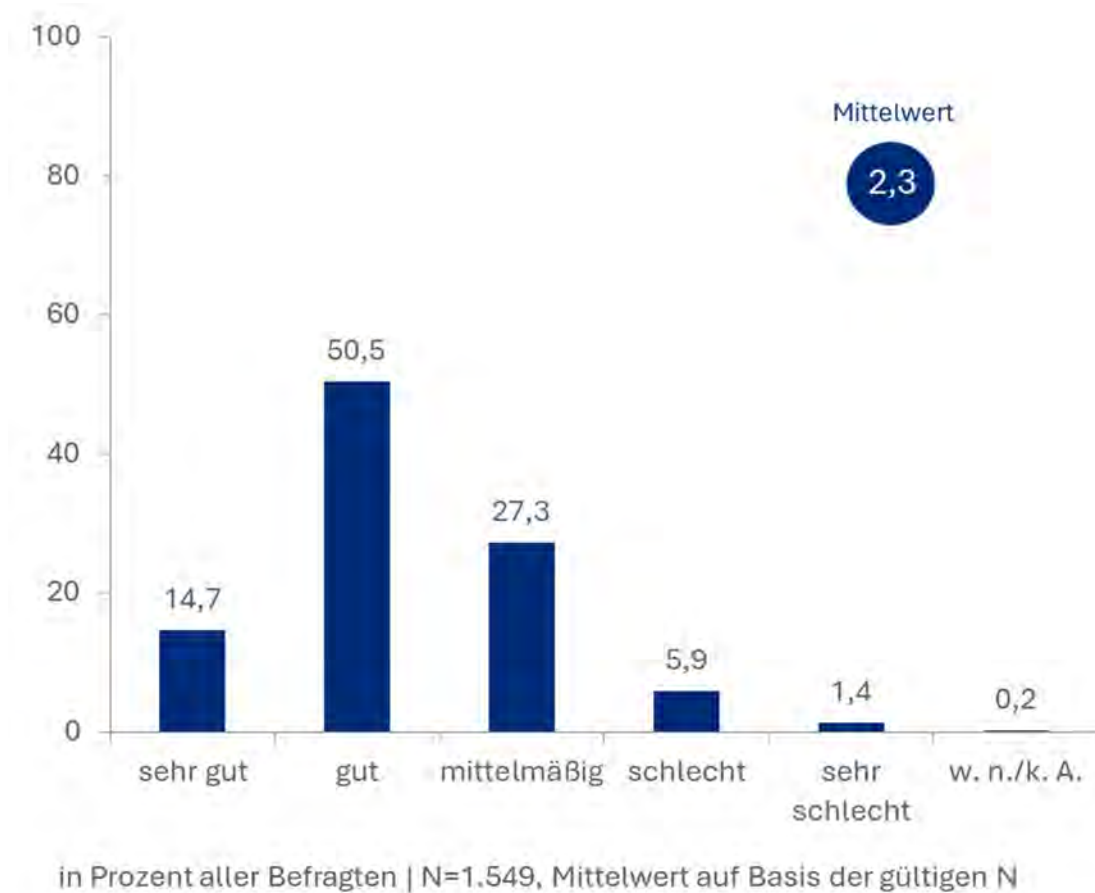
Insbesondere bei überwiegend online durchgeführten Befragungen ist bekannt, dass bestimmte Bevölkerungsgruppen unterschiedlich stark erreicht werden. So nehmen beispielsweise Personen mit höherem Gesundheitsinteresse tendenziell häufiger teil, während andere Gruppen unterrepräsentiert sein können. Durch die ergänzende Möglichkeit einer schriftlichen Teilnahme wurde versucht, Zugangshürden zu reduzieren und die Teilnahmebreite zu erhöhen. Verbleibende Verzerrungen werden im Rahmen der Gewichtung berücksichtigt. Die Datenaufbereitung, Gewichtung und Beschreibung der Daten sind im Anhang.

3 Allgemeiner Gesundheitszustand

Die selbsteingeschätzte allgemeine Gesundheit ist die globale Bewertung des allgemeinen Gesundheitszustands einer Person auf der Grundlage der subjektiven Wahrnehmung, einschließlich der körperlichen, sozialen und emotionalen Funktionsfähigkeit und krankheitsrelevanter Aspekte und Symptome (Cox et al. 2009)¹. Eine negativere Selbsteinschätzung der allgemeinen Gesundheit ist mit einem häufigeren Vorliegen gesundheitlicher Beschwerden und chronischer Krankheiten verbunden und gilt als wichtiger Prädiktor für Funktionseinschränkungen, kognitive Beeinträchtigungen, Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Sterblichkeit.

3.1 Subjektive Bewertung des Gesundheitszustands und der Lebenszufriedenheit

Abb. 1: Subjektive Bewertung des eigenen Gesundheitszustands



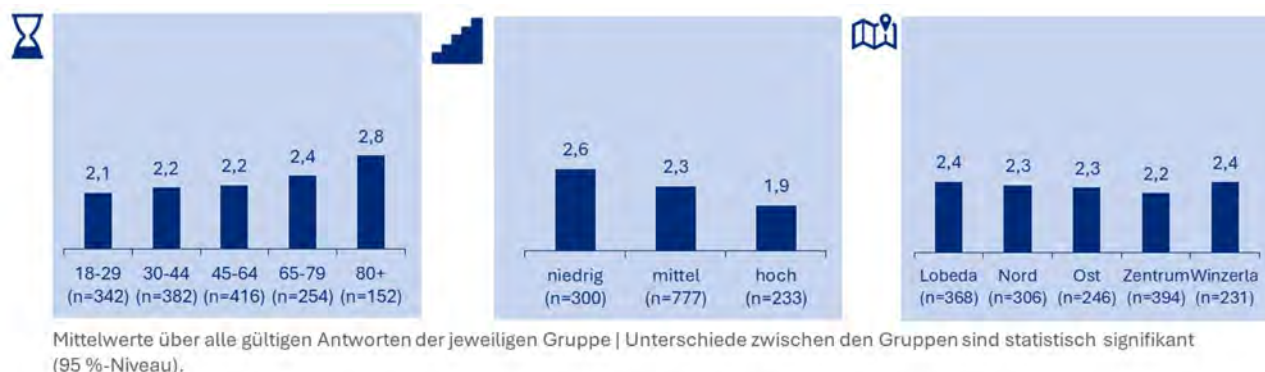
Die Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands in der untersuchten Bevölkerungsgruppe zeigt insgesamt ein überwiegend positives Bild. Mehr als die Hälfte der Befragten bewertet ihren Gesundheitszustand als „gut“ (50,5 %), weitere 14,7 % als „sehr gut“.

¹ Cox, B., Oyen, H.V., Cambois, E. et al. The reliability of the Minimum European Health Module. Int J Public Health 54, 55–60 (2009). <https://doi.org/10.1007/s00038-009-7104-y>

Demgegenüber stehen 27,3 %, die ihren Zustand als „mittelmäßig“ einschätzen, sowie insgesamt 7,3 % mit einer negativen Bewertung („schlecht“ oder „sehr schlecht“).

Im Vergleich zu Deutschland fällt die Bewertung etwas weniger positiv aus: Bundesweit schätzen rund 70 % der Erwachsenen ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut ein und damit etwa 5 Prozentpunkte mehr als in der vorliegenden Untersuchung.²

Abb. 2: Gesundheitszustand nach ausgewählten soziodemografischen Merkmalen
(Mittelwerte auf einer Skala von 1=sehr gut bis 5=schlecht)



Es zeigen sich keine signifikanten geschlechtsspezifischen Unterschiede.

Deutliche Unterschiede zeigen sich hingegen nach Alter: Insgesamt liegt der Durchschnitt bei 2,30 (SD = 0,856), was auf eine überwiegend gute bis mittelmäßige Gesundheit hindeutet. Mit zunehmendem Alter verschlechtert sich die Bewertung des Gesundheitszustands kontinuierlich: Während die jüngste Altersgruppe (18–29 Jahre) mit einem Mittelwert von 2,1 die beste Einschätzung aufweist, steigt dieser Wert über die Altersgruppen hinweg an und erreicht bei den über 80-Jährigen mit 2,8 den höchsten (d. h. ungünstigsten) Wert.

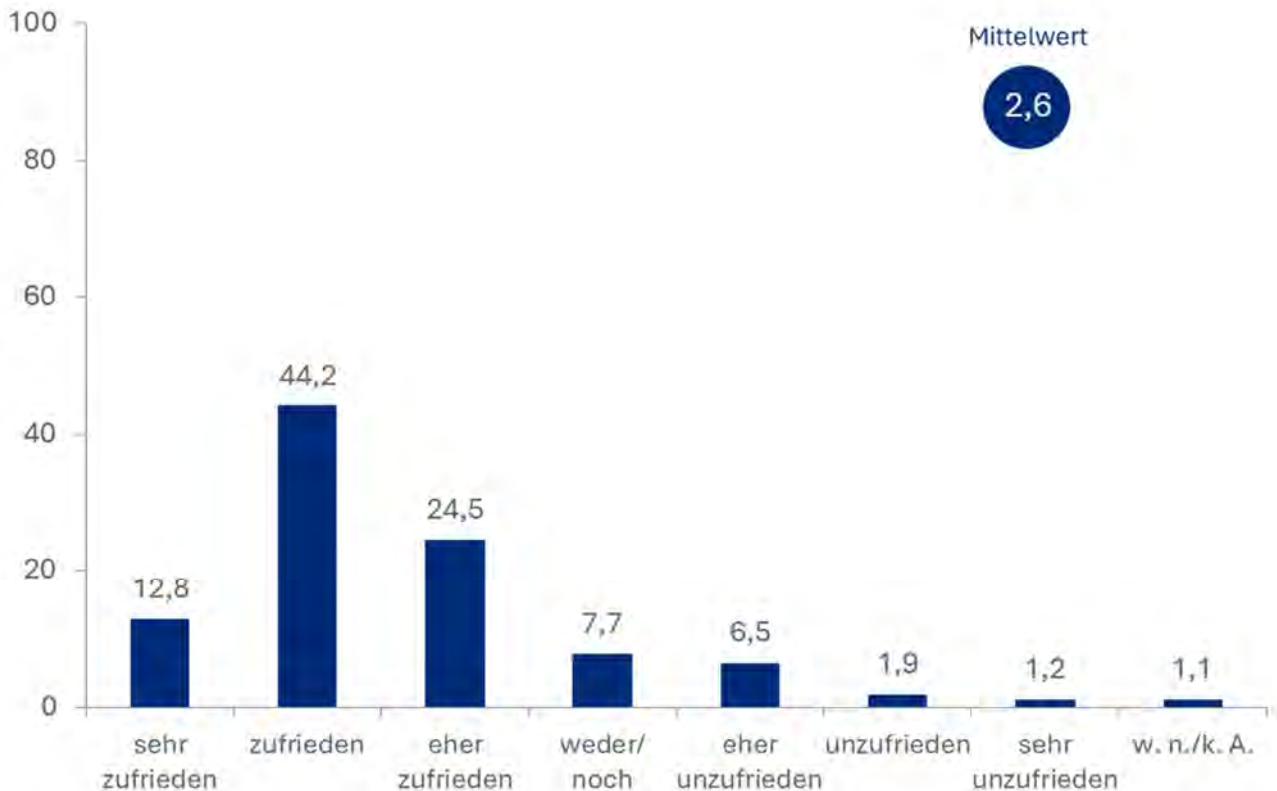
Besonders ausgeprägt ist der Zusammenhang mit dem sozioökonomischen Status (SES): Mit steigendem SES verbessert sich die durchschnittliche Einschätzung des Gesundheitszustands deutlich (niedriger SES: Mittelwert = 2,6; mittlerer SES: Mittelwert = 2,3; hoher SES: Mittelwert = 1,9 auf einer Skala von 1=sehr gut bis 5=sehr schlecht).

Auch sozialräumliche Unterschiede sind erkennbar, fallen jedoch insgesamt gering aus. Die Mittelwerte liegen eng beieinander und bewegen sich zwischen 2,2 in West/Zentrum und 2,4 in Lobeda und Winzerla, während Nord und Ost mit jeweils 2,3 dazwischen liegen. Dies deutet darauf hin, dass sich die Einschätzung des Gesundheitszustands zwischen den Sozialräumen nur gering unterscheidet, wobei in Lobeda und Winzerla tendenziell etwas ungünstigere Bewertungen vorliegen. Diese Unterschiede lassen sich vermutlich durch die jeweilige Altersstruktur sowie die sozioökonomische Zusammensetzung der Bevölkerung erklären.³

² siehe Robert Koch-Institut (2022): Dashboard zu Gesundheit in Deutschland aktuell - GEDA 2019/2020. Berlin. DOI: 10.25646/9362.

³ Siehe hierzu auch: Stadt Jena (Fachdienst Statistik): *Stadtteilübersichten 2024*, Jena 2024.

Abb. 3: Wie zufrieden sind Sie gegenwärtig mit Ihrem Leben im Allgemeinen?



in Prozent aller Befragten | N=1.549; Mittelwert auf Basis der gültigen N

Die Lebenszufriedenheit der Befragten ist insgesamt hoch ausgeprägt. Eine klare Mehrheit von 81,5 % bewertet ihr Leben als (sehr) zufrieden oder eher zufrieden, darunter 12,8 % als „sehr zufrieden“ und 44,2 % als „zufrieden“. Demgegenüber stehen 9,6 % mit einer eher oder deutlich negativen Einschätzung sowie 7,7 % mit neutraler Bewertung. Auf der Skala von 1=sehr zufrieden bis 7=sehr unzufrieden wird ein Mittelwert von 2,6 erreicht.

Abb. 4: Lebenszufriedenheit differenziert nach soziodemografischen Merkmalen (Mittelwerte auf einer Skala von 1=sehr zufrieden bis 7=sehr unzufrieden)



Auch hier treten keine signifikanten Unterschiede nach Geschlecht auf.

Im Altersverlauf zeigen sich differenzierte Muster ohne strikt linearen Trend: Insgesamt liegt die Lebenszufriedenheit bei einem Durchschnitt von $M = 2,6$ ($SD = 1,239$). Die günstigsten Werte zeigen sich in den Altersgruppen 45–64 Jahre ($M = 2,5$) sowie 65–79 Jahre ($M = 2,5$), während die jüngeren (18–29 Jahre: $M = 2,7$; 30–44 Jahre: $M = 2,7$) und die ältesten Befragten (80+: $M = 2,7$) im Durchschnitt etwas geringere Zufriedenheit aufweisen. Die vergleichsweise hohen Standardabweichungen deuten dabei auf eine größere Streuung der Lebenszufriedenheit innerhalb der Altersgruppen hin.

Auch sozialräumliche Unterschiede sind erkennbar: Die geringste Lebenszufriedenheit zeigt sich in Lobeda ($M = 2,8$), gefolgt von Winzerla und Nord ($M = 2,6$), während Ost ($M = 2,5$) sowie West/Zentrum ($M = 2,5$) die günstigsten Werte aufweisen.

Deutliche Unterschiede bestehen wieder nach sozioökonomischem Status (SES): Ein hoher SES geht mit deutlich höherer Lebenszufriedenheit einher (niedriger SES: $M = 3,01$; mittlerer SES: $M = 2,60$; hoher SES: $M = 2,13$).

Fazit

Insgesamt zeigt sich ein überwiegend positives Bild des subjektiven Gesundheitszustands und der Lebenszufriedenheit in der Bevölkerung. Die Mehrheit bewertet die eigene Gesundheit als gut oder sehr gut und ist mit dem eigenen Leben zufrieden. Gleichzeitig liegen die Werte leicht unter dem bundesweiten Durchschnitt.

Deutliche Unterschiede zeigen sich insbesondere nach Alter und sozioökonomischem Status: Mit zunehmendem Alter verschlechtert sich die Gesundheitseinschätzung, während ein höherer sozioökonomischer Status mit besseren Bewertungen sowohl der Gesundheit als auch der Lebenszufriedenheit einhergeht. Sozialräumliche Unterschiede sind vorhanden, fallen jedoch insgesamt gering aus.

3.2 Belastungen

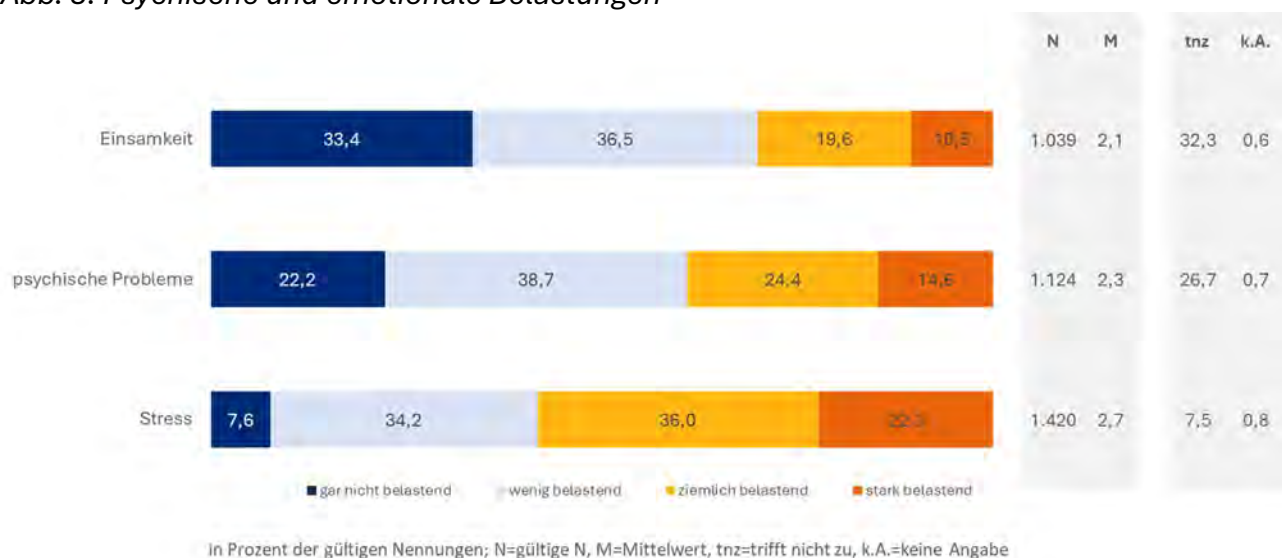
Im Folgenden werden die verschiedenen abgefragten Belastungsfaktoren zunächst einzeln betrachtet, um ein differenziertes Bild der wahrgenommenen Belastungen zu erhalten. Gleichzeitig werden die einzelnen Items inhaltlich zu übergeordneten Bereichen zusammengefasst, um strukturelle Muster besser erkennen zu können. Ein Item ist dabei die kleinste eigenständige Einheit eines Fragebogens zur Messung einer Information, Meinung oder Eigenschaft, meist in Form einer einzelnen Frage oder einer zu bewertenden Aussage.

Diese vier Bereiche sind:

- psychische und emotionale Belastungen
- Lebensstil und Gesundheitsverhalten
- berufliche und finanzielle Situation
- körperliche Gesundheit und medizinische Faktoren

Im nächsten Schritt der Analyse wird ergänzend ein Belastungsindex über alle Items hinweg gebildet, um eine zusammenfassende Bewertung der Gesamtbelastung zu ermöglichen.

Abb. 5: Psychische und emotionale Belastungen



Im Bereich der psychischen und emotionalen Belastungen zeigt sich insgesamt ein vergleichsweise hohes Belastungsniveau. Besonders hervorzuheben ist Stress, der mit dem höchsten Mittelwert ($M = 2,7$) den stärksten Belastungsfaktor in diesem Bereich darstellt. Auch psychische Probleme, familiäre Probleme und Einsamkeit werden von einem relevanten Anteil der Befragten als deutlich belastend wahrgenommen.

Demgegenüber werden soziale Kontakte im Durchschnitt eher selten als belastend empfunden ($M = 1,8$), was darauf hindeutet, dass soziale Interaktionen überwiegend nicht als problematisch erlebt werden. Insgesamt zeigt sich jedoch, dass insbesondere emotional geprägte Belastungen für viele Befragte eine zentrale Rolle spielen.

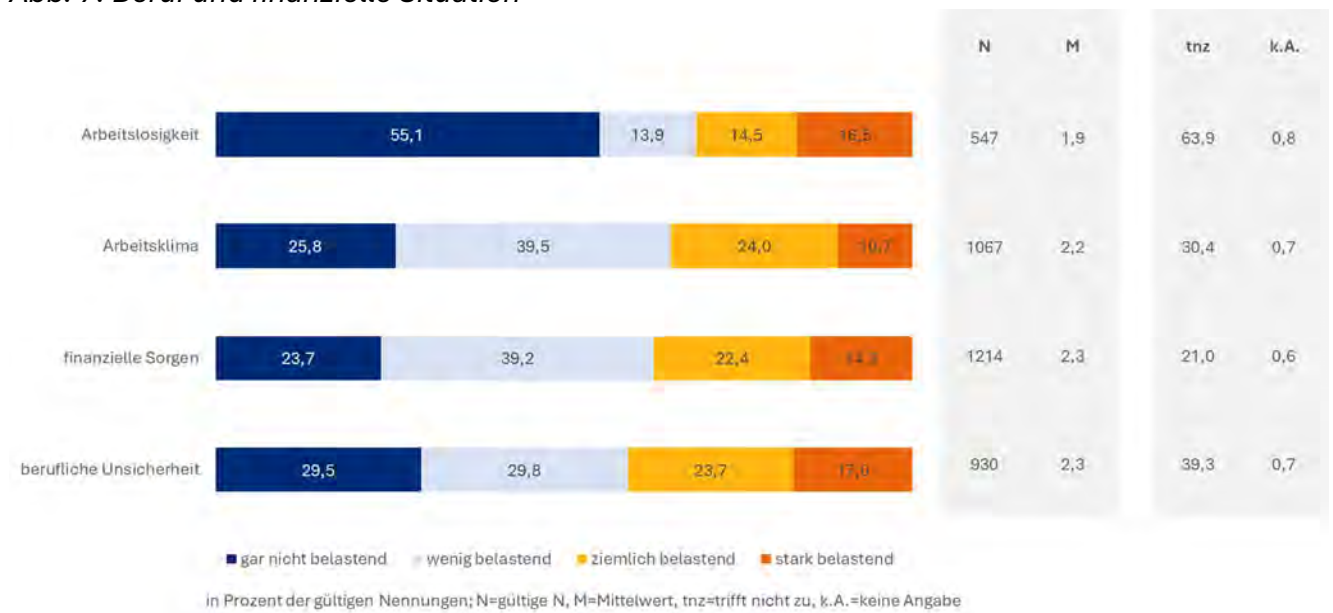
Abb. 6: Lebensstil und Gesundheitsverhalten



Die Belastungen im Bereich Lebensstil und Gesundheitsverhalten fallen insgesamt moderat aus. Alkohol und Rauchen werden mehrheitlich als wenig oder gar nicht belastend eingeschätzt (M = 1,5 bzw. 1,8).

Demgegenüber zeigen sich höhere Belastungswerte bei Bewegungsmangel (M = 2,3), Übergewicht und ungesunder Ernährung, die von einem größeren Teil der Befragten als relevante Belastungsfaktoren wahrgenommen werden. Dies deutet darauf hin, dass insbesondere langfristige gesundheitsbezogene Verhaltensweisen stärker als belastend erlebt werden als einzelne Konsumgewohnheiten.

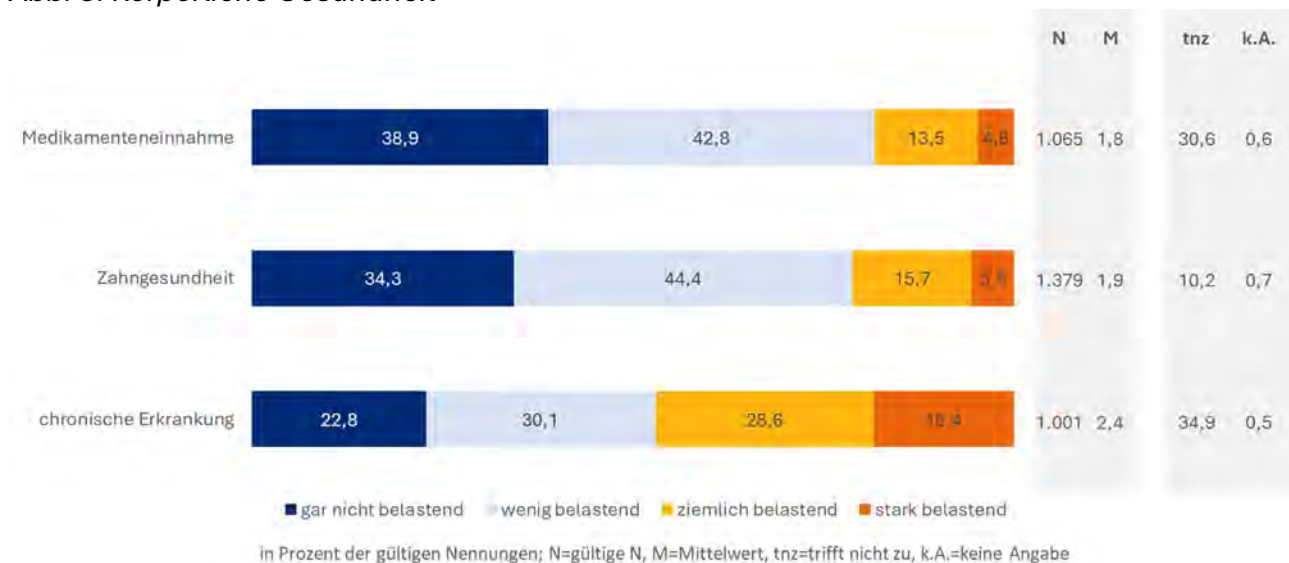
Abb. 7: Beruf und finanzielle Situation



Die Belastungen im beruflichen und finanziellen Kontext liegen insgesamt im mittleren Bereich. Während Arbeitslosigkeit im Durchschnitt vergleichsweise selten als belastend angegeben wird ($M = 1,9$), zeigen sich deutlich höhere Werte bei finanziellen Sorgen und beruflicher Unsicherheit (jeweils $MW \approx 2,3$).

Auch das Arbeitsklima wird von einem Teil der Befragten als belastend erlebt. Insgesamt verdeutlichen die Ergebnisse, dass vor allem subjektive Unsicherheiten und finanzielle Belastungen stärker ins Gewicht fallen als strukturelle Faktoren wie Arbeitslosigkeit.

Abb. 8: Körperliche Gesundheit



Im Bereich körperliche Gesundheit und medizinische Faktoren zeigen sich überwiegend mittlere Belastungswerte. Medikamenteneinnahme und Zahngesundheit werden eher selten als belastend wahrgenommen ($M = 1,8$ bzw. $1,9$).

Höhere Belastungen zeigen sich hingegen bei chronischen Erkrankungen ($M = 2,4$), die häufig mit langfristigen Anforderungen verbunden sind und daher stärker als belastend erlebt werden.

Insgesamt unterscheiden sich die wahrgenommenen Belastungen deutlich zwischen den Bereichen. Besonders stark fallen psychische und emotionale Belastungen ins Gewicht.

Mittlere Belastungen zeigen sich vor allem in den Bereichen berufliche/finanzielle Situation sowie körperliche Gesundheit. Hier sind es weniger einzelne Extremwerte, sondern eher mehrere Faktoren (z. B. finanzielle Sorgen, berufliche Unsicherheit oder chronische Erkrankungen), die zusammen ein erhöhtes Belastungsniveau ergeben. Demgegenüber werden Belastungen im Bereich Lebensstil und Gesundheitsverhalten insgesamt geringer eingeschätzt.

Zusammenfassend deutet sich an, dass vor allem langfristige, schwer beeinflussbare oder emotional geprägte Lebensumstände als besonders belastend wahrgenommen werden, während kontrollierbare Verhaltensweisen tendenziell weniger stark ins Gewicht fallen.

Der im nächsten Schritt gebildete Gesamtindex zeigt, wie sich diese Einzelbefunde in einer übergreifenden Maßzahl bündeln.

Bildung eines Belastungsindex (Mittelwert)

Zur zusammenfassenden Darstellung der subjektiv wahrgenommenen gesundheitlichen Belastungen wurde ein Belastungsindex auf Basis mehrerer Einzelitems gebildet. Die zugrunde liegenden Variablen erfassen unterschiedliche Dimensionen gesundheitlicher und psychosozialer Belastung, darunter unter anderem Stress, finanzielle Sorgen, Einsamkeit, gesundheitliche Probleme sowie gesundheitsrelevante Verhaltensweisen.

Vorgehen

Die Antwortkategorien der einzelnen Items lagen ursprünglich in ordinalskaliert Form vor (1=„gar nicht belastend“ bis 4= „stark belastend“). Für die Analyse wurden diese Kategorien in numerische Werte von 0 bis 3 überführt und als intervallskalierte Näherung behandelt. Dieses Vorgehen ist in der sozial- und gesundheitswissenschaftlichen Forschung etabliert, insbesondere bei der Bildung von Indizes aus mehreren Items, da durch die Aggregation eine Annäherung an ein metrisches Skalenniveau erreicht werden kann. Die Kategorien „trifft nicht zu“ sowie „keine Angabe“ wurden als fehlende Werte behandelt und nicht in die Berechnung einbezogen. Dieses Vorgehen stellt sicher, dass ausschließlich tatsächlich erlebte Belastungen berücksichtigt werden und keine Verzerrung durch nicht zutreffende Lebensumstände entsteht.

Der Belastungsindex wurde als **Mittelwert über alle gültigen Einzelitems** berechnet. Dieses Vorgehen ermöglicht eine bessere Vergleichbarkeit zwischen Personen, da Unterschiede in der Anzahl beantworteter Items berücksichtigt werden und der Index unabhängig von der Itemanzahl auf derselben Skala interpretiert werden kann.

Zur Sicherstellung einer ausreichenden inhaltlichen Abdeckung wurde eine Mindestanzahl gültiger Antworten festgelegt. Der Mittelwertindex wurde nur berechnet, wenn mindestens die Hälfte der Items (≥ 9 von 18) beantwortet wurde. Dadurch wird gewährleistet, dass der Index nicht lediglich einzelne Belastungsaspekte widerspiegelt, sondern die intendierte Breite des Konstrukts „subjektive Belastung“ angemessen abbildet.

Kategorisierung

Zur besseren Verständlichkeit und Darstellung der Ergebnisse wurde der kontinuierliche Mittelwertindex zusätzlich in drei Kategorien unterteilt:

- **0,00 bis unter 1,00:** niedrig belastet
- **1,00 bis unter 2,00:** mittelstark belastet
- **2,00 bis 3,00:** hoch belastet

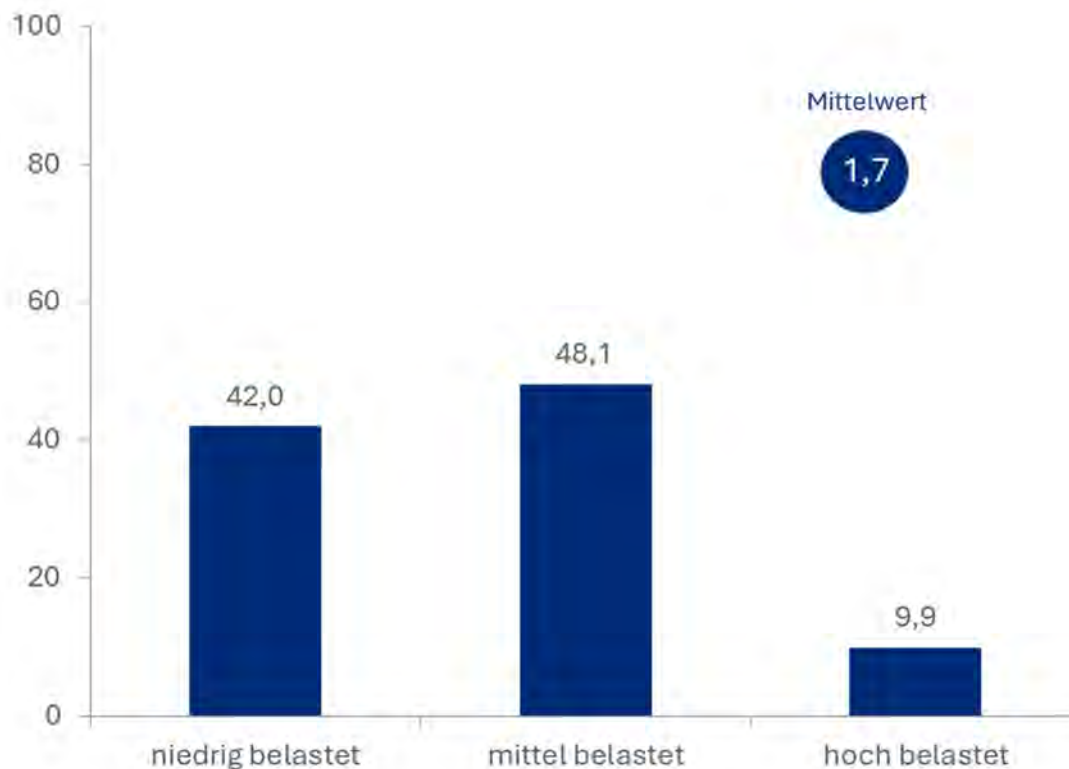
Diese Einteilung orientiert sich an der inhaltlichen Bedeutung der ursprünglichen Antwortskala. Werte unter 1 deuten überwiegend auf geringe Belastung hin, während Werte ab 2 anzeigen, dass Belastungen im Durchschnitt als deutlich ausgeprägt wahrgenommen werden.

Begründung des Vorgehens

Die Verwendung eines Mittelwertindex stellt ein etabliertes Verfahren dar, um mehrere Einzelindikatoren zu einem vergleichbaren Maß zusammenzuführen und gleichzeitig Unterschiede in der Anzahl gültiger Angaben zu berücksichtigen. Im Vergleich zum Summenscore reduziert der Mittelwert die Verzerrung durch fehlende Werte und ermöglicht eine konsistente Interpretation über alle Fälle hinweg. Die Festlegung einer Mindestanzahl gültiger Antworten dient der Sicherung der Konstruktvalidität und Reliabilität des Index.

Die zusätzliche Kategorisierung des Index erleichtert die anschauliche Darstellung der Ergebnisse sowie den Vergleich zwischen Bevölkerungsgruppen (z. B. nach Alter, Geschlecht oder sozialer Lage).

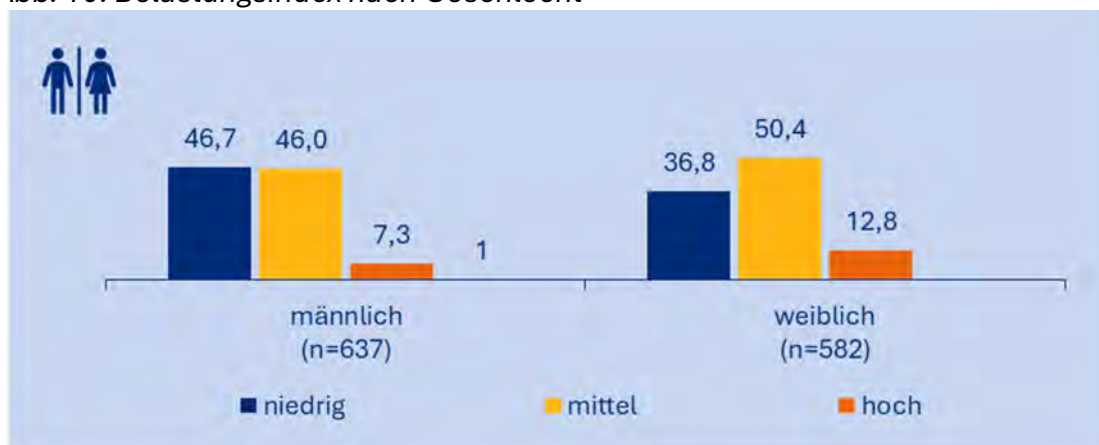
Abb. 9: Belastungsindex



in Prozent aller Befragten, zu denen bei 9 und mehr Lebensumständen eine Antwort vorliegt | N=1.219; Mittelwert auf Basis der gültigen N.

In der Gesamtstichprobe zeigt sich, dass knapp die Hälfte der Befragten eine mittelstarke (moderate) Belastung angibt (48,1 %). Weitere 42,0 % fühlen sich nur gering belastet, während ein vergleichsweise kleiner Anteil von 9,9 % von einer hohen Belastung berichtet.

Abb. 10: Belastungsindex nach Geschlecht

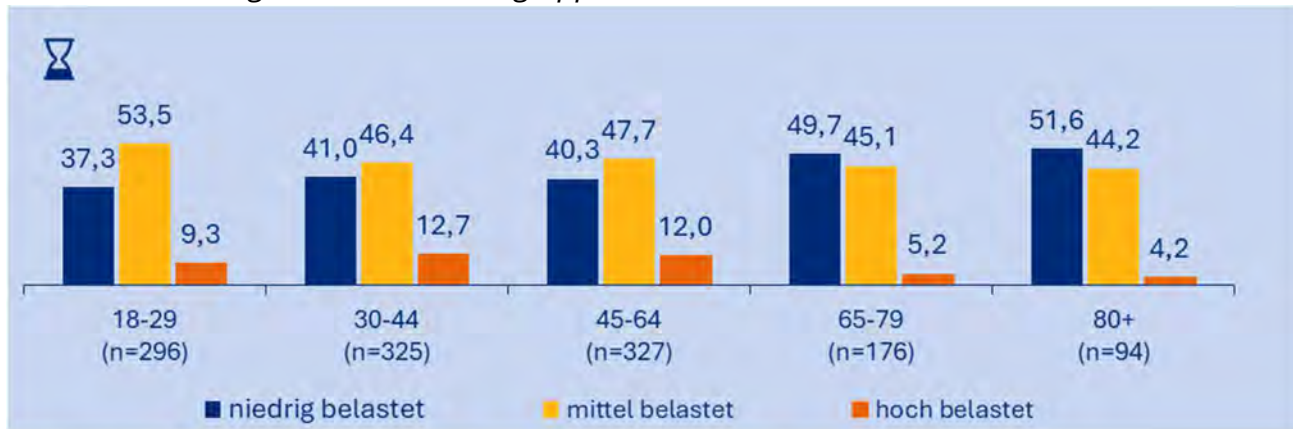


in Prozent aller gültigen Antworten der jeweiligen Gruppe

Im Geschlechtervergleich zeigen sich folgende Unterschiede: Während sich Männer und Frauen in der mittleren Belastung nur geringfügig unterscheiden (46,0 % vs. 50,4 %), fällt auf,

dass Frauen häufiger hohe Belastungswerte berichten (12,8 % gegenüber 7,3 % bei Männern).

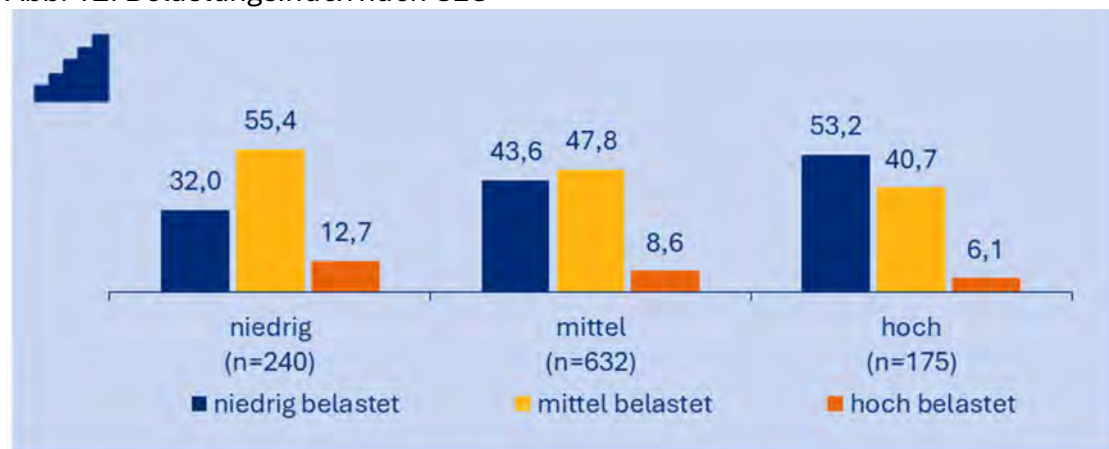
Abb. 11: Belastungsindex nach Altersgruppen



in Prozent aller gültigen Antworten der jeweiligen Gruppe

Die Auswertung zeigt zudem deutliche altersbezogene Unterschiede im Belastungsniveau. Jüngere Altersgruppen berichten tendenziell häufiger von einer hohen Belastung: Bei den 30- bis unter 45-Jährigen ist der Anteil hoch belasteter Personen mit 12,7 % am höchsten, gefolgt von den 45- bis unter 65-Jährigen mit 12,0 %.

Abb. 12: Belastungsindex nach SES



in Prozent aller gültigen Antworten der jeweiligen Gruppe

Ein klarer sozialer Gradient zeigt sich beim sozioökonomischen Status: Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status berichten deutlich häufiger von einer hohen Belastung als Personen mit höherem Status (12,7 % bei niedrigem SES, 8,6 % bei mittlerem SES und 6,1 % bei hohem SES). Gleichzeitig geben Personen mit höherem sozioökonomischem Status deutlich häufiger an, nur gering belastet zu sein (32,0 % im niedrigen SES gegenüber 53,2 % im hohen SES). Entsprechend nimmt der Anteil moderat belasteter Personen mit steigendem sozioökonomischem Status ab.

Fazit

Die Ergebnisse zu den Belastungen verdeutlichen ein differenziertes Bild. Besonders psychische und emotionale Belastungen (vor allem Stress) werden häufig berichtet. Mittlere Belastungen zeigen sich im Bereich der beruflichen und finanziellen Situation sowie bei körperlichen Faktoren. Belastungen im Bereich Lebensstil und Gesundheitsverhalten werden insgesamt geringer eingeschätzt, auch wenn einzelne Aspekte wie Bewegungsmangel relevant sind. Der zusammenfassende Belastungsindex zeigt, dass der Großteil der Jenaer Bevölkerung mittel belastet ist, während rund 10 % eine hohe Belastung aufweisen. Frauen, jüngere Personen sowie Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status sind häufiger stärker belastet.

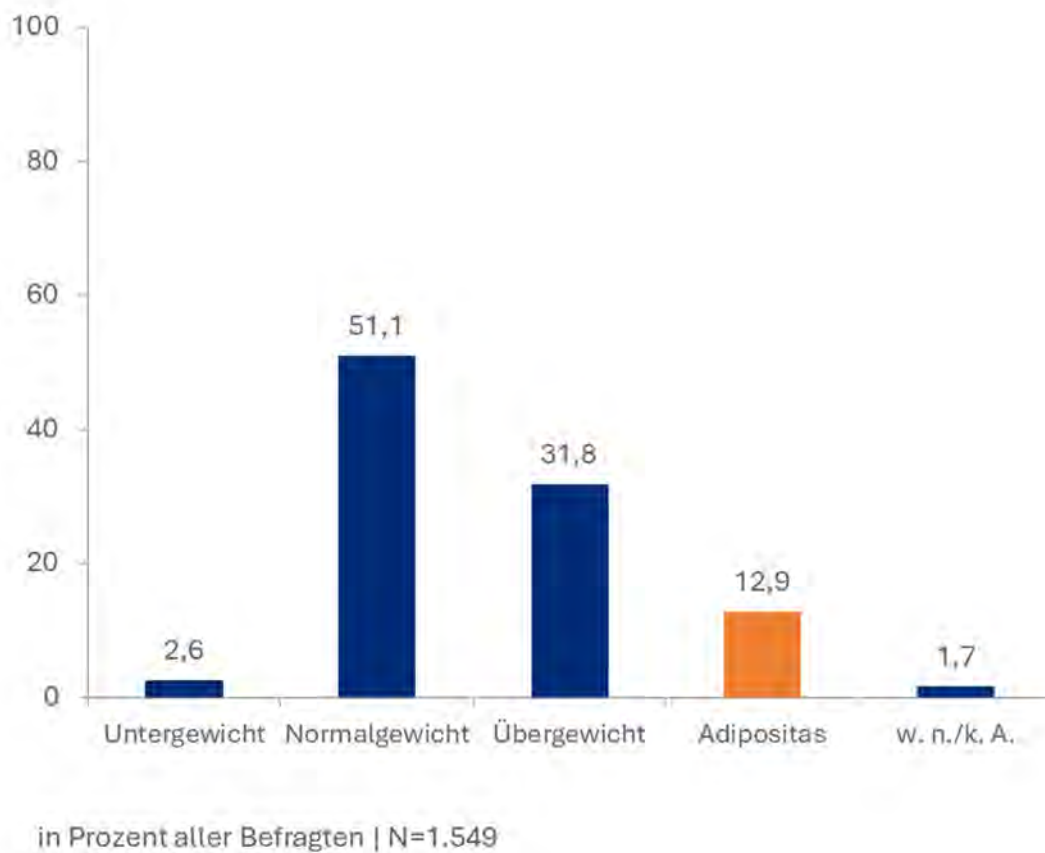
3.3 Gesundheitliche Eckdaten

Zum Standardmodul in Gesundheitsbefragungen gehören die Fragen nach Körpergröße und Körpergewicht. Diese bilden die Grundlage für die anschließende Berechnung und Bewertung des BMI in der Stichprobe. Der Body Mass Index (BMI) gilt als Beurteilungsgrundlage für die Ausprägung von Übergewicht oder Adipositas. Unter Adipositas versteht man die über das Normalmaß hinausgehende Vermehrung des Körperfetts mit einem $\text{BMI} \geq 30$. Übergewicht liegt bei einem BMI von 25,0 bis 29,9 vor. Das Geschlecht und das Alter bleiben bei dieser Einteilung unberücksichtigt.⁴ Übergewicht und Adipositas sind Mitursache für viele Beschwerden und können die Entwicklung chronischer Krankheiten begünstigen. Aufgrund der hohen Prävalenz und den damit verbundenen Folgeerkrankungen entstehen beträchtliche Kosten für das Gesundheits- und Sozialsystem. Übergewicht und Adipositas sind daher Themen von hoher Public-Health-Relevanz.

Bei der Interpretation der im Folgenden dargestellten BMI-Werte ist jedoch zu berücksichtigen, dass diese auf Selbstangaben zu Größe und Gewicht beruhen, die systematischen Verzerrungen unterliegen können, und dass der BMI grundsätzlich nicht zwischen Fett- und Muskelmasse differenziert. Trotz dieser Einschränkungen wird der BMI aufgrund seiner einfachen Erhebbarkeit, internationalen Vergleichbarkeit und seiner Empfehlung durch die WHO als Standardmaß zur Darstellung des Gewichtsstatus in bevölkerungsbezogenen Studien herangezogen.

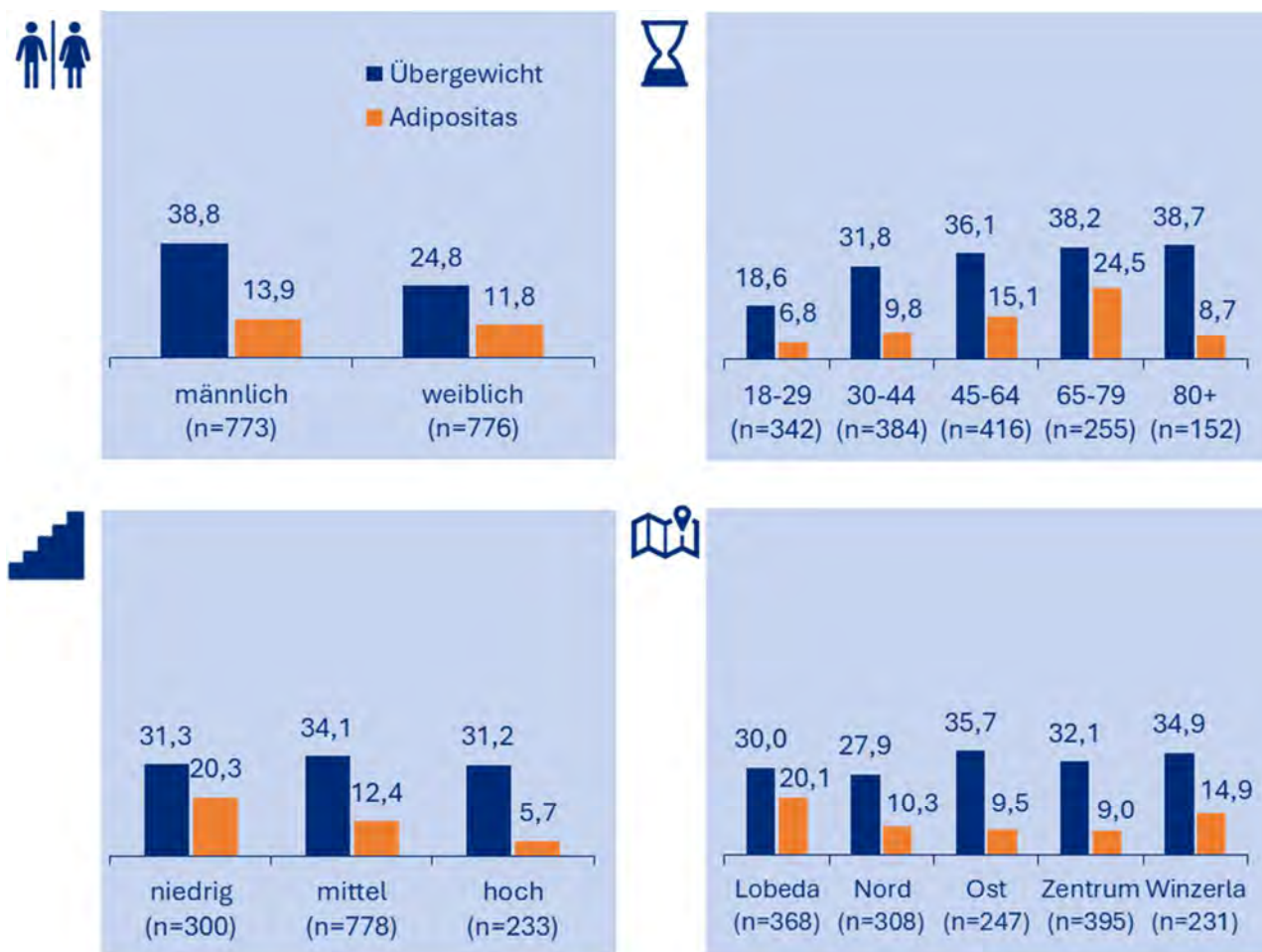
⁴ Statistisches Bundesamt (2006). Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Glossar, Definition: Body-Mass-Index. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Glossar/body-mass-index.html> [zitiert am 27.03.2026].

Abb. 13: BMI (kategorisiert)



Die Auswertung der BMI-Kategorien nach WHO zeigt, dass der größte Anteil der Befragten dem Normalgewicht zuzuordnen ist (51,1 %). Knapp ein Drittel der Personen ist übergewichtig (31,8 %), während 12,9 % adipös sind. Ein vergleichsweise kleiner Anteil der Stichprobe weist Untergewicht auf (2,6 %). Zudem machten 1,7 % der Befragten keine Angabe zu Körpergröße und/oder -gewicht. Insgesamt ergibt sich damit, dass etwas weniger als die Hälfte der Befragten übergewichtig oder adipös ist (44,7 %).

Abb. 14: Übergewicht und Adipositas differenziert nach soziodemografischen Merkmalen



Häufigkeiten der Ausprägungen „Übergewicht“ und „Adipositas“ des BMI |
Unterschiede zwischen den Gruppen sind statistisch signifikant (95 %-Niveau).

Die Auswertung zeigt deutliche Unterschiede in der Verteilung der BMI-Kategorien nach Geschlecht, Alter und sozioökonomischem Status, während sozialräumliche Unterschiede weniger stark ausgeprägt sind. Männer weisen deutlich häufiger Übergewicht auf (38,8 %) als Frauen (24,8 %). Auch der Anteil adipöser Personen ist bei Männern mit 13,9 % höher als bei Frauen (11,8 %). Insgesamt sind Frauen damit seltener von erhöhtem Körpergewicht betroffen als Männer.

Die beobachteten Geschlechtsunterschiede entsprechen den bundesweiten Befunden. Nach Daten des Robert Koch-Instituts (GEDA 2019/2020) waren in Deutschland 2019/2020 insgesamt 60,5 % der Männer und 46,6 % der Frauen von Übergewicht (einschließlich Adipositas) betroffen. In der Jenaer Stichprobe zeigt sich das gleiche Muster, jedoch auf insgesamt niedrigerem Niveau: Der Anteil von Übergewicht und Adipositas liegt bei Männern bei 52,7 % und bei Frauen bei 36,6 %. Auch der Anteil adipöser Personen ist mit 13,9 % (Männer) bzw. 11,8 % (Frauen) geringer als im Bundesdurchschnitt (ca. 19 %). Insgesamt bestätigen die Ergebnisse somit die bekannten Geschlechterunterschiede, weisen jedoch auf eine insgesamt günstigere Verteilung der BMI-Kategorien in der untersuchten Stichprobe hin.

Mit zunehmendem Alter nimmt insbesondere der Anteil übergewichtiger Personen deutlich zu. Während in der jüngsten Altersgruppe (18–29 Jahre) 18,6 % der Befragten übergewichtig und 6,8 % adipös sind, steigen die Werte in den mittleren Altersgruppen kontinuierlich an. Bei den 45- bis 64-Jährigen liegen die Anteile bereits bei 36,1 % (Übergewicht) und 15,1 % (Adipositas). Den höchsten Anteil adipöser Personen weist die Gruppe der 65- bis 79-Jährigen mit 24,5 % auf; zugleich sind hier 38,2 % übergewichtig. In der ältesten Gruppe (80 Jahre und älter) bleibt der Anteil übergewichtiger Personen mit 38,7 % hoch, während der Anteil adipöser Personen wieder deutlich auf 8,7 % sinkt.

Zwischen den Sozialräumen zeigen sich vergleichsweise geringe Unterschiede. Die Anteile übergewichtiger Personen reichen von 27,9 % im Sozialraum Nord bis 35,7 % im Sozialraum Ost. Der Anteil adipöser Personen variiert zwischen 9,0 % im Zentrum und 20,1 % in Lobeda. Insgesamt sind die Unterschiede zwar statistisch signifikant, jedoch in ihrer Ausprägung eher moderat.

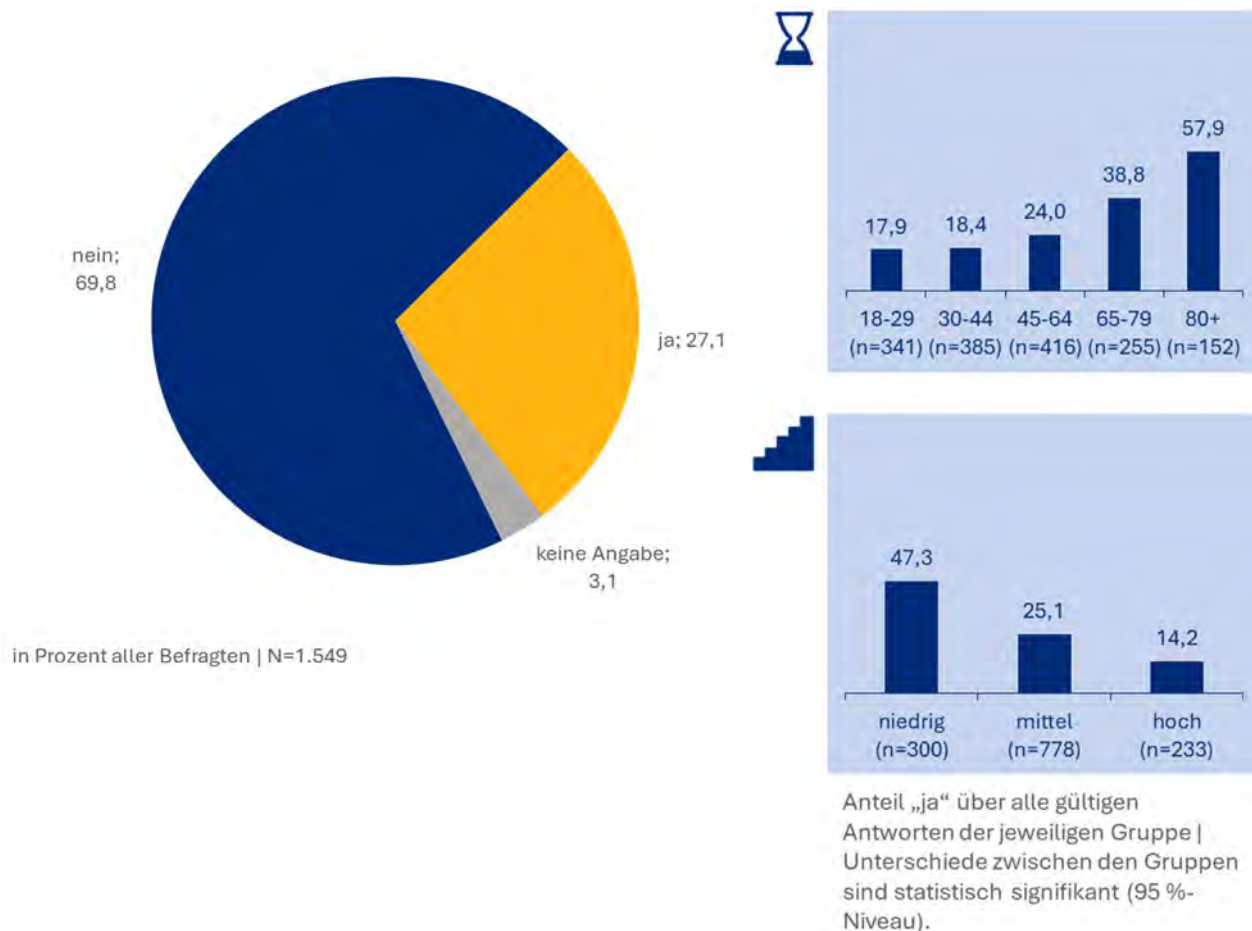
Ein deutlicher sozialer Gradient zeigt sich beim sozioökonomischen Status. Personen mit niedrigem SES weisen mit 20,3 % den höchsten Anteil adipöser Personen auf, verglichen mit 12,4 % bei mittlerem und lediglich 5,7 % bei hohem SES. Die Anteile übergewichtiger Personen unterscheiden sich dagegen nur geringfügig (31,3 % bis 34,1 %). Insgesamt deutet dies darauf hin, dass insbesondere Adipositas eng mit sozialer Ungleichheit verbunden ist.

Fazit

Die Analyse von Größe, Gewicht und BMI zeigt, dass etwa die Hälfte der Befragten übergewichtig oder adipös ist. Der durchschnittliche BMI liegt im Bereich des Übergewichts. Männer sowie ältere Personen weisen höhere BMI-Werte auf. Zudem zeigt sich ein klarer sozialer Gradient, wonach Personen mit niedrigerem sozioökonomischem Status häufiger höhere BMI-Werte aufweisen.

3.4 Gesundheitliche Einschränkungen

Abb. 15: Vorhandensein gesundheitlicher Einschränkungen



Ein Großteil der Befragten berichtet, keine gesundheitlichen Einschränkungen zu haben (69,8 %). Insgesamt zeigen die Ergebnisse einen ausgeprägten sozialen und altersbezogenen Zusammenhang: Gesundheitliche Einschränkungen nehmen sowohl mit zunehmendem Alter als auch mit sinkendem sozioökonomischem Status deutlich zu. Unter den Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen (n = 420) zeigt sich ein differenziertes Bild hinsichtlich der Art der Beeinträchtigung:

- Chronische Erkrankungen stellen die häufigste Form dar: 80,4 % der Betroffenen geben an, an einer chronischen Krankheit zu leiden.
- Eine amtlich festgestellte Behinderung liegt bei 37,8 % der eingeschränkten Personen vor.
- Starke Einschränkungen der Mobilität berichten 26,3 % der Betroffenen.

Die offenen Nennungen zu den **chronischen Erkrankungen** zeigen ein breites Spektrum, wobei insbesondere Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems dominieren. Dazu zählen vor allem rheumatische Erkrankungen wie Rheuma, rheumatoide Arthritis oder Polyarthrit sowie degenerative Gelenkerkrankungen wie Arthrose und Erkrankungen der Wirbelsäule und des

Rückens. Ebenfalls häufig genannt werden Herz-Kreislauf-Erkrankungen, insbesondere Bluthochdruck (Hypertonie), koronare Herzkrankheit und Herzinfarkt sowie Herzinsuffizienz und strukturelle Herzerkrankungen. Darüber hinaus spielen Stoffwechsel- und endokrine Erkrankungen eine wichtige Rolle, insbesondere Diabetes mellitus als dominierende Erkrankung, gefolgt von Schilddrüsenerkrankungen und Gicht. Auch Atemwegserkrankungen werden regelmäßig genannt, wobei Asthma klar im Vordergrund steht, gefolgt von COPD beziehungsweise chronischer Bronchitis sowie Erkrankungen der oberen Atemwege wie Sinusitis. Ein weiterer zentraler Befund ist das häufige Auftreten von Multimorbidität: Viele Befragte berichten mehrere gleichzeitig bestehende Erkrankungen aus unterschiedlichen Krankheitsbereichen, was auf eine komplexe gesundheitliche Belastungssituation hinweist.

Die offenen Nennungen zur **amtlich festgestellten Behinderung** zeigen ein heterogenes Bild. Ein Großteil der Angaben bezieht sich auf formale Merkmale wie den Grad der Behinderung oder das Vorliegen eines Schwerbehindertenausweises sowie auf Pflegegrade. Dies verdeutlicht, dass die Befragten ihre Einschränkungen häufig über den amtlichen Status und weniger über konkrete Diagnosen beschreiben. Inhaltlich treten insbesondere Sinnesbeeinträchtigungen wie Sehbehinderungen und Hörbeeinträchtigungen hervor. Darüber hinaus werden schwere und chronische Erkrankungen genannt, darunter Krebserkrankungen, neurologische Erkrankungen sowie seltene Krankheitsbilder. Auch psychische Erkrankungen und psychosomatische Beschwerden werden berichtet.

Auch die Ursachen von **Mobilitätseinschränkungen** werden überwiegend durch Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems bestimmt. Hierzu zählen insbesondere Arthrose, degenerative Gelenkerkrankungen, Gelenkersatz (z. B. Hüft- oder Knie-TEP) sowie Erkrankungen der Wirbelsäule. Darüber hinaus spielen neurologische Ursachen eine wichtige Rolle, insbesondere Einschränkungen infolge von Schlaganfällen. Ergänzend werden funktionale Einschränkungen genannt, etwa die Nutzung von Gehhilfen, Rollatoren oder die Abhängigkeit von einem Rollstuhl.

Fazit

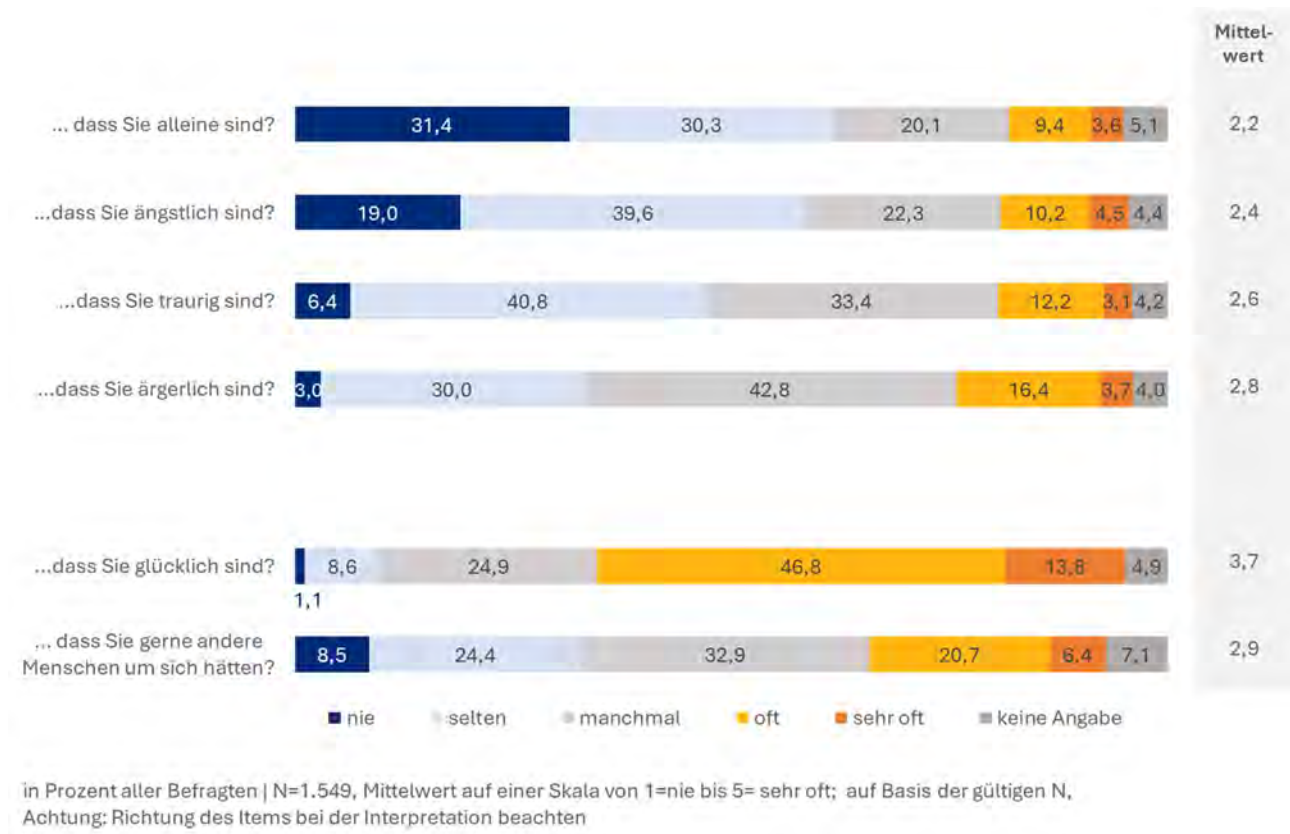
Die Ergebnisse zeigen, dass die Mehrheit der Befragten keine gesundheitlichen Einschränkungen berichtet. Gleichzeitig bestehen deutliche Unterschiede nach Alter und sozioökonomischem Status: Gesundheitliche Einschränkungen treten insbesondere bei älteren Personen sowie bei Menschen mit niedrigerem sozioökonomischem Status häufiger auf. Unter den gesundheitlichen Einschränkungen dominieren chronische Erkrankungen, insbesondere Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems sowie Herz-Kreislauf- und Stoffwechselerkrankungen. Zudem weisen die Ergebnisse auf häufige Mehrfacherkrankungen und komplexe gesundheitliche Belastungssituationen hin.

Die Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung alters- und soziallyagenbezogener Gesundheitsförderung sowie einer bedarfsgerechten Versorgung für Menschen mit chronischen Erkrankungen und gesundheitlichen Einschränkungen.

4 Seelische Gesundheit

Die psychische Gesundheit stellt neben der körperlichen Gesundheit eine zentrale Dimension des allgemeinen Wohlbefindens dar. Die Ergebnisse der Befragung geben einen ersten Einblick in das emotionale Erleben der Bevölkerung und zeigen, in welchem Ausmaß positive und negative Gefühle im Alltag auftreten. Die Items erfassen dabei verschiedene Aspekte emotionaler Befindlichkeit auf einer Skala von „nie“ bis „sehr oft“. Dabei ist zu beachten, dass die Items **nicht einheitlich in ihrer Richtung formuliert sind**: Während Aussagen wie „ängstlich“, „ärgerlich“, „traurig“ oder „alleine“ negative Zustände abbilden (höhere Werte = höhere Belastung), stellt das Item „glücklich“ einen **positiv formulierten Zustand** dar (höhere Werte = geringere Belastung). Auch das Item „gerne andere Menschen um sich haben“ ist in seiner Bedeutung ambivalent und kann sowohl als soziales Bedürfnis als auch als Hinweis auf Einsamkeit interpretiert werden. Diese unterschiedlichen Richtungen sind bei der Interpretation zu berücksichtigen.

Abb. 16: Vorhandensein verschiedener Gefühle in den letzten vier Wochen



Insgesamt zeigt sich ein differenziertes Bild der psychischen Befindlichkeit mit überwiegend positivem subjektivem Wohlbefinden bei gleichzeitig vorhandenen Belastungsanzeichen in einzelnen Bereichen. Ein Großteil der Befragten berichtet selten oder nur gelegentlich negative Gefühle: So geben 62 % an, sich selten oder nie allein zu fühlen, und 59 % berichten, selten oder nie ängstlich zu sein.

Für Traurigkeit ergibt sich hingegen ein ausgeglicheneres Bild: Während 47 % angeben, sich

selten oder nie traurig zu fühlen, berichten gleichzeitig 48 % davon, sich zumindest gelegentlich („manchmal“ bis „sehr oft“) traurig zu fühlen. Dies weist auf eine breitere Verteilung dieses Gefühls im Alltag hin.

Ärger stellt das am häufigsten berichtete negative Gefühl dar. 20 % der Befragten geben an, sich oft oder sehr oft ärgerlich zu fühlen, während 73 % dies zumindest gelegentlich erleben. Dies deutet darauf hin, dass Ärger im Alltag eine vergleichsweise präsente emotionale Beanspruchung darstellt. Der Wunsch nach Gesellschaft ist vergleichsweise weit verbreitet: 27 % äußern diesen häufig oder sehr oft, weitere 33 % zumindest manchmal. Dies kann sowohl als Ausdruck sozialer Bedürfnisse als auch möglicher Einsamkeitstendenzen interpretiert werden.

Hinsichtlich des subjektiven Wohlbefindens zeigt sich insgesamt ein positives Bild: 61 % der Befragten berichten nur selten oder nie Einschränkungen ihres Glücksempfindens, während 9,7 % häufiger („oft“ oder „sehr oft“) von solchen Einschränkungen betroffen sind.

Bei der Interpretation der Abbildung ist zu berücksichtigen, dass einzelne Items – insbesondere „glücklich sein“ sowie der „Wunsch nach Gesellschaft“ – in ihrer inhaltlichen Bedeutung von den übrigen, negativ formulierten Gefühlen abweichen. Dies erfordert eine entsprechend bewusste Interpretation.

Index psychischer Belastung

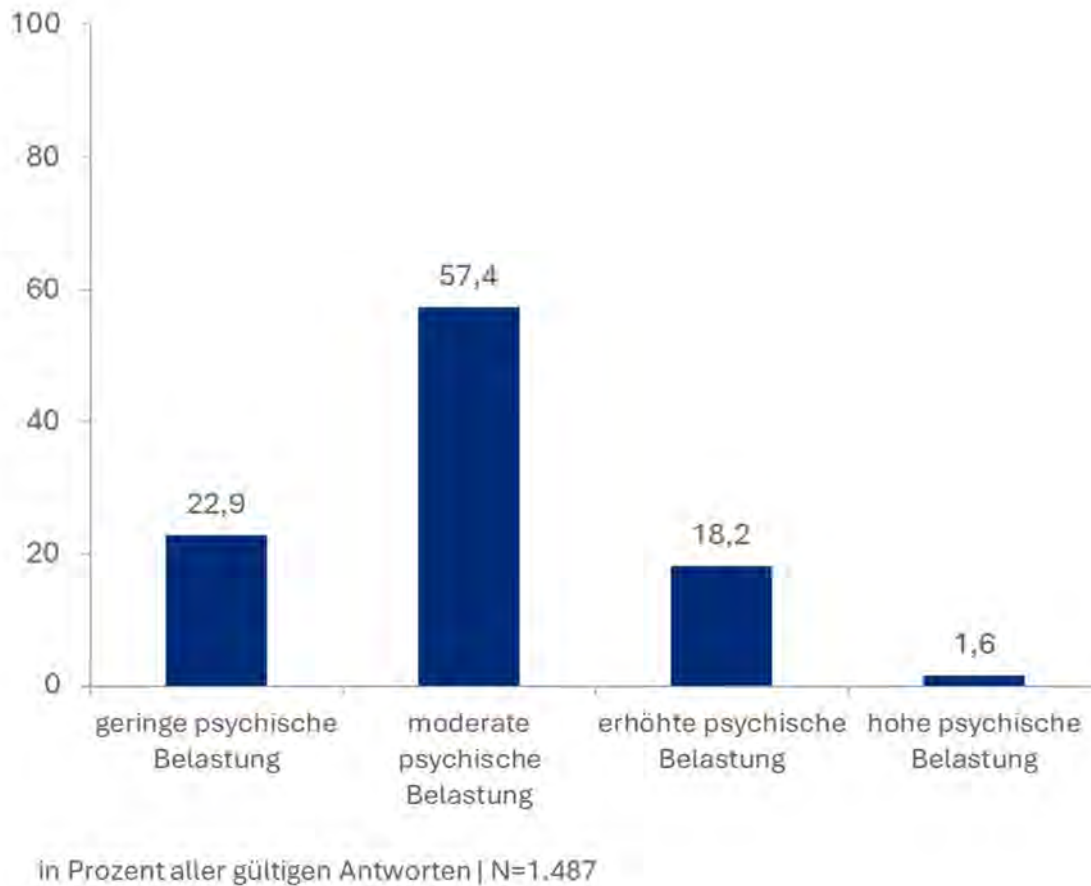
Um die verschiedenen Aspekte des emotionalen Befindens zusammenfassend zu bewerten, wurde ein Index psychischer Belastung gebildet. Ziel war es, die einzelnen Gefühle in einer Kennzahl zu bündeln und Unterschiede im Belastungsniveau übersichtlich darzustellen.

Der Index basiert auf sechs Items zum emotionalen Befinden. Die Antwortkategorien waren ursprünglich von 1 = „sehr oft“ bis 5 = „nie“ codiert. Für die Indexbildung wurden neue Variablen erzeugt und die negativ formulierten Items so umkodiert, dass höhere Werte durchgehend eine höhere psychische Belastung anzeigen. Das positiv formulierte Item „glücklich sein“ entsprach in der vorliegenden Kodierung bereits dieser Belastungsrichtung und wurde daher nicht weiter umkodiert. Die Kategorie „99 = keine Angabe“ wurde als fehlender Wert behandelt. Der Index wurde als Mittelwert der einbezogenen Variablen berechnet und nur dann gebildet, wenn mindestens vier gültige Angaben vorlagen. Er kann Werte zwischen 1 (geringe Belastung) und 5 (hohe Belastung) annehmen. Zur besseren Vergleichbarkeit wurde der Index zusätzlich auf eine Skala von 0 bis 100 transformiert. Zur vereinfachten Interpretation wurden vier Belastungsgruppen unterschieden:

- 0–25: geringe Belastung
- 25–50: moderate Belastung
- 50–75: erhöhte Belastung
- 75–100: hohe Belastung

Höhere Werte bzw. Kategorien weisen auf eine stärkere psychische Belastung hin.

Abb. 17: Kategorisierter Index psychischer Belastung



Die Auswertung des kategorisierten Index psychischer Belastung zeigt, dass die Mehrheit der Befragten eine moderate psychische Belastung aufweist. Mit 57,4 % entfällt der größte Anteil der gültigen Antworten auf diese Kategorie. Weitere 22,9 % der Befragten berichten eine geringe psychische Belastung. Ein kleinerer Anteil zeigt erhöhte Belastungswerte: 18,2 % der Befragten sind der Kategorie erhöhte psychische Belastung zuzuordnen, während 1,6 % eine hohe psychische Belastung aufweisen.

Tab. 2: Index psychischer Belastung (0–100) nach ausgewählten soziodemografischen Merkmalen

Merkmal	Gruppe	Index	Gültige N	Median	Std.-Abw.
Geschlecht	männlich	37,4	742	33,3	16,2
	weiblich	40,2	745	37,5	15,0
Alter	18 bis 29 Jahre	44,9	331	41,7	16,9
	30 bis 44 Jahre	39,8	372	37,5	15,2
	45 bis 64 Jahre	35,9	402	33,3	15,3
	65 bis 79 Jahre	34,9	239	33,3	13,6
	80+ Jahre	37,5	143	37,5	13,4
Sozialraum	Lobeda	41,0	354	37,5	16,5
	Nord	38,3	295	37,5	15,4
	Ost	37,7	238	37,5	14,8
	West/Zentrum	38,7	383	37,5	15,9
	Winzerla	37,5	217	33,3	14,8
SES	niedrig	43,6	297	41,7	17,5
	mittel	38,7	773	37,5	14,7
	hoch	32,4	232	29,2	13,8
Gesamt		38,8	1.487	37,5	15,6

Die Auswertung zeigt Unterschiede in der psychischen Belastung nach verschiedenen soziodemografischen Merkmalen. Frauen weisen im Durchschnitt eine etwas höhere psychische Belastung auf ($M = 40,2$) als Männer ($M = 37,4$). Der gefundene Unterschied ist statistisch signifikant ($p = ,002$), was auf einen systematischen und nicht zufälligen Effekt hindeutet. Die geringe Effektstärke ($\eta^2 = ,008$) zeigt jedoch, dass dieser Unterschied in seiner praktischen Bedeutung eher gering ausfällt und mit Vorsicht zu interpretieren ist.

Auch nach Altersgruppen zeigt sich ein deutlicher Zusammenhang mit der psychischen Belastung. Die höchsten Werte finden sich bei den 18- bis unter 30-Jährigen ($M = 44,9$), gefolgt von den 30- bis unter 45-Jährigen ($M = 39,8$). Mit zunehmendem Alter sinken die Werte: 45- bis unter 65-Jährige erreichen einen Mittelwert von 35,9, 65- bis unter 80-Jährige von 34,9 und Personen ab 80 Jahren von 37,5. Die Unterschiede sind statistisch hoch signifikant ($p < ,001$) und weisen eine mittlere Effektstärke auf ($\eta^2 = ,055$).

Zwischen den Sozialräumen bestehen vergleichsweise geringe Unterschiede. Die höchsten Werte zeigen sich in Lobeda ($M = 41,0$), während Nord ($M = 38,3$), West/Zentrum ($M = 38,7$), Ost ($M = 37,7$) und Winzerla ($M = 37,5$) etwas niedrigere und relativ ähnliche Werte aufweisen. Die Unterschiede sind statistisch signifikant ($p = ,034$), bei sehr geringer Effektstärke ($\eta^2 = ,007$).

Deutliche Unterschiede zeigen sich nach sozioökonomischem Status. Personen mit niedrigem Status weisen die höchste psychische Belastung auf ($M = 43,6$), gefolgt von Personen mit mittlerem Status ($M = 38,7$). Die niedrigsten Werte finden sich bei Personen mit hohem sozioökonomischem Status ($M = 32,4$). Die Unterschiede sind statistisch hoch signifikant ($p < ,001$) und weisen eine mittlere Effektstärke auf ($\eta^2 = ,052$).

Fazit

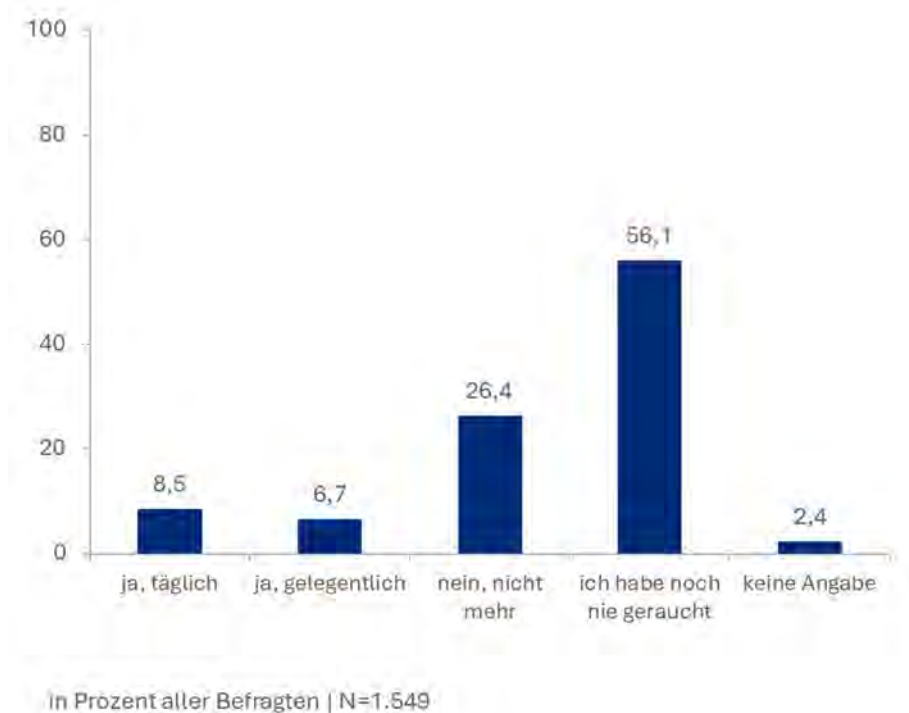
Insgesamt zeigt sich eine überwiegend gute seelische Gesundheit mit hohem subjektivem Wohlbefinden und meist nur gelegentlich auftretenden negativen Gefühlen. Gleichzeitig weist ein relevanter Anteil der Bevölkerung (rund 20 %) erhöhte bis hohe psychische Belastungen auf. Besonders betroffen sind jüngere Menschen im Alter von 18 bis 29 Jahren, bei denen etwa ein Drittel (32 %) erhöhte oder hohe Belastungswerte zeigt, sowie Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status. Geschlecht und Sozialraum spielen demgegenüber eine deutlich geringere Rolle.

5 Gesundheitsverhalten

Das individuelle Gesundheitsverhalten spielt eine zentrale Rolle für die Prävention von Erkrankungen. Die Ergebnisse zeigen Unterschiede im Hinblick auf Bewegung, Ernährungsgewohnheiten sowie den Konsum von Alkohol und Tabak.

5.1 Rauchen

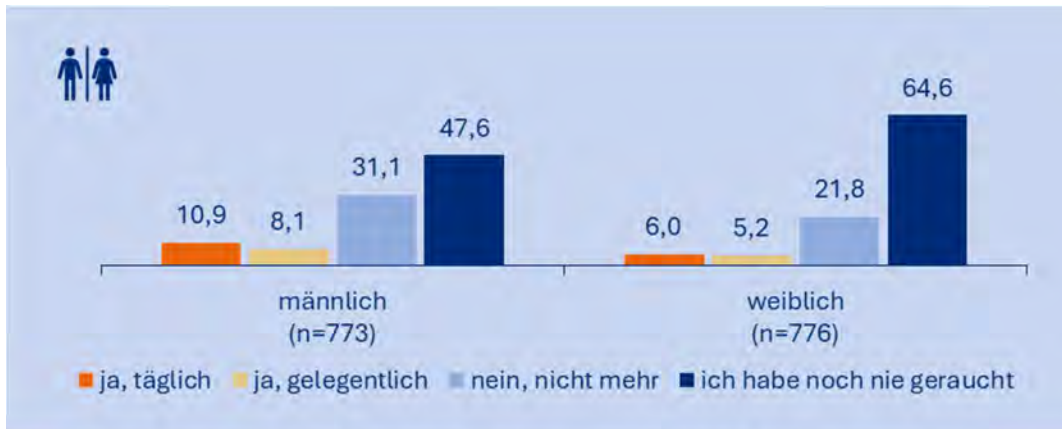
Abb. 18: Häufigkeit Rauchen von Tabakprodukten



Die Mehrheit der Befragten hat noch nie geraucht (56,1 %) oder ist Nichtraucher bzw. Nichtraucherin nach früherem Konsum (26,4 %). Aktuell rauchen 8,5 % täglich und weitere 6,7 % gelegentlich. Insgesamt zeigt sich damit, dass nach eigener Aussage rund 15 % der Jenaer Bevölkerung aktuell Tabak konsumieren.⁵

Abb. 19: Häufigkeit Rauchen nach Geschlecht

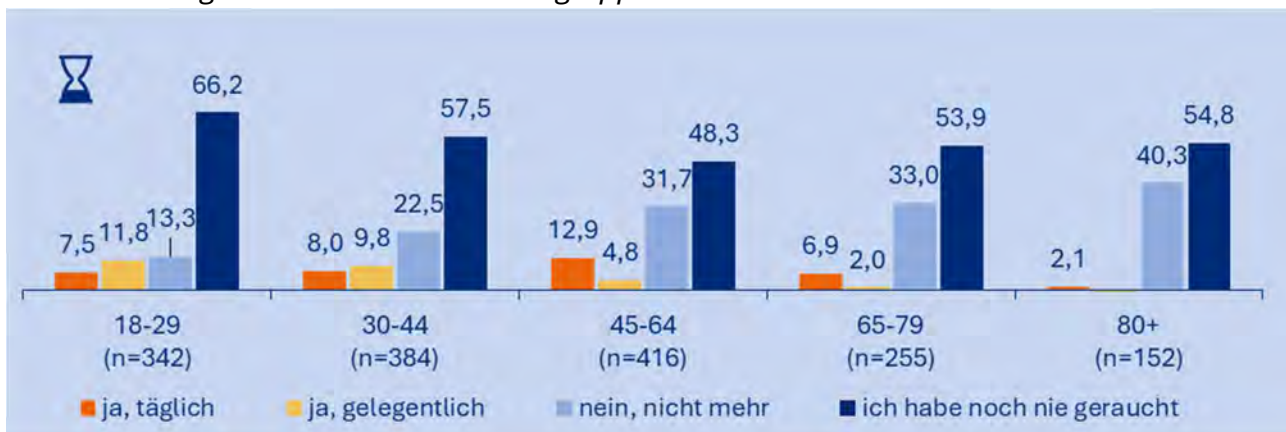
⁵ Laut RKI rauchten in den Jahren 2019/2020 noch insgesamt 29 % der Erwachsenen in Deutschland täglich oder gelegentlich, darunter 24 % der Frauen und 34 % der Männer. Siehe hierzu: Robert Koch-Institut (2022): Dashboard zu Gesundheit in Deutschland aktuell - GEDA 2019/2020. Berlin. DOI:10.25646/9362



in Prozent aller gültigen Antworten der jeweiligen Gruppe, Differenz zu 100 % bildet die Kategorie „keine Angabe“

Zwischen den Geschlechtern zeigen sich folgende Unterschiede: Männer rauchen häufiger als Frauen. So liegt der Anteil täglicher Raucher bei Männern mit 10,9 % deutlich über dem der Frauen (6,0 %). Auch gelegentliches Rauchen ist bei Männern verbreiteter.

Abb. 20: Häufigkeit Rauchen nach Altersgruppen

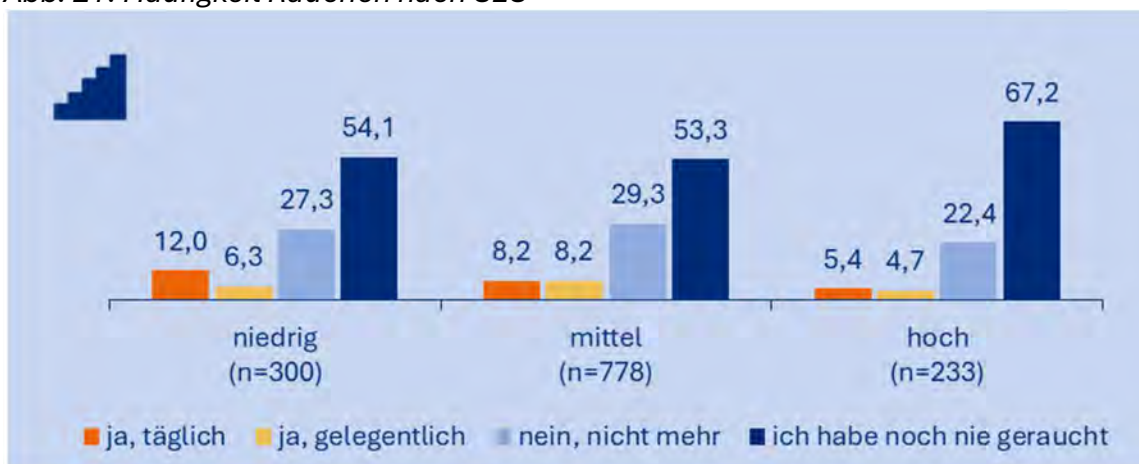


in Prozent aller gültigen Antworten der jeweiligen Gruppe, Differenz zu 100 % bildet die Kategorie „keine Angabe“

Deutliche Unterschiede zeigen sich zudem nach Altersgruppen. Während in den jüngeren Altersgruppen ein größerer Anteil angibt, noch nie geraucht zu haben (z. B. 66,2 % bei den 18- bis unter 30-Jährigen), nimmt dieser Anteil mit zunehmendem Alter ab. Gleichzeitig steigt der Anteil ehemaliger Raucherinnen und Raucher deutlich an und erreicht in den höheren Altersgruppen die höchsten Werte.

Die höchste Prävalenz aktueller Raucherinnen und Raucher (täglich und gelegentlich) zeigt sich in den Altersgruppen der 30- bis 44-Jährigen und der 45- bis 64-Jährigen mit jeweils rund 18 Prozent.

Abb. 21: Häufigkeit Rauchen nach SES



in Prozent aller gültigen Antworten der jeweiligen Gruppe, Differenz zu 100 % bildet die Kategorie „keine Angabe“

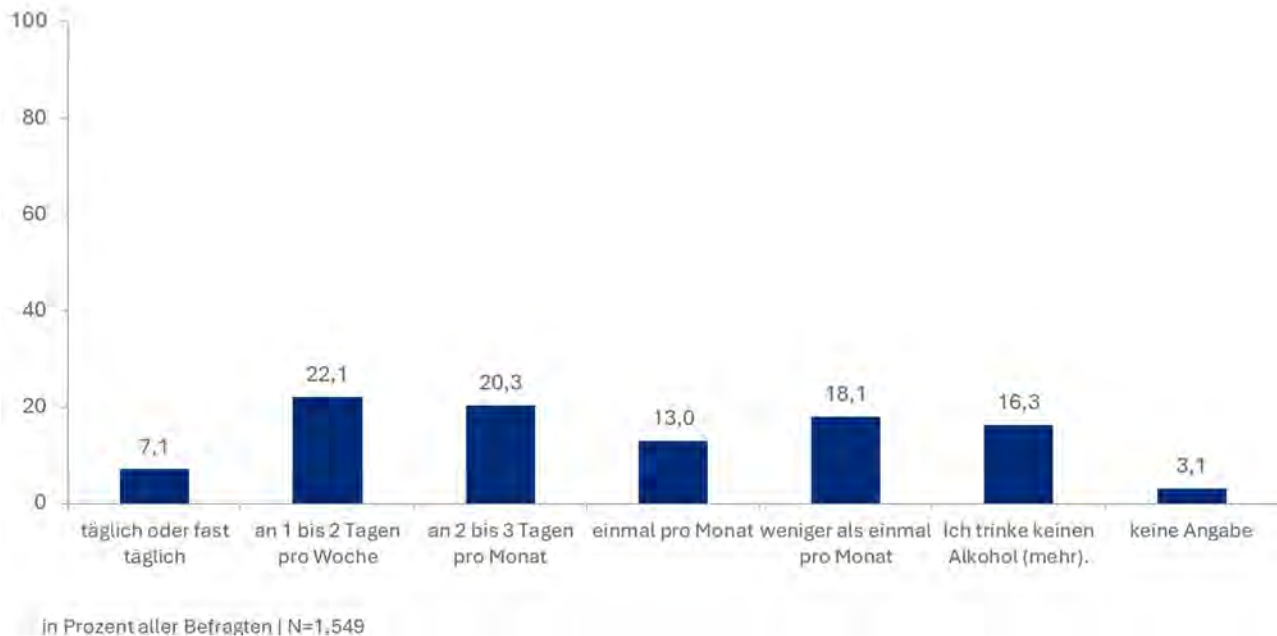
Auch nach sozioökonomischem Status bestehen Unterschiede: Personen mit niedrigem Status weisen höhere Anteile täglicher Raucher (12,0 %) auf als Personen mit hohem Status (5,4 %). Umgekehrt ist der Anteil derjenigen, die noch nie geraucht haben, in der Gruppe mit hohem Status am größten (67,2 %).

Fazit

Der Anteil aktueller Raucherinnen und Raucher ist mit rund 15 % vergleichsweise gering, wobei deutliche Unterschiede nach Geschlecht und sozialem Status bestehen. Männer und Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status rauchen häufiger. Zudem zeigt sich, dass Rauchen vor allem in den mittleren Altersgruppen verbreitet ist, während in höheren Altersgruppen der Anteil ehemaliger Rauchender zunimmt.

5.2 Alkohol

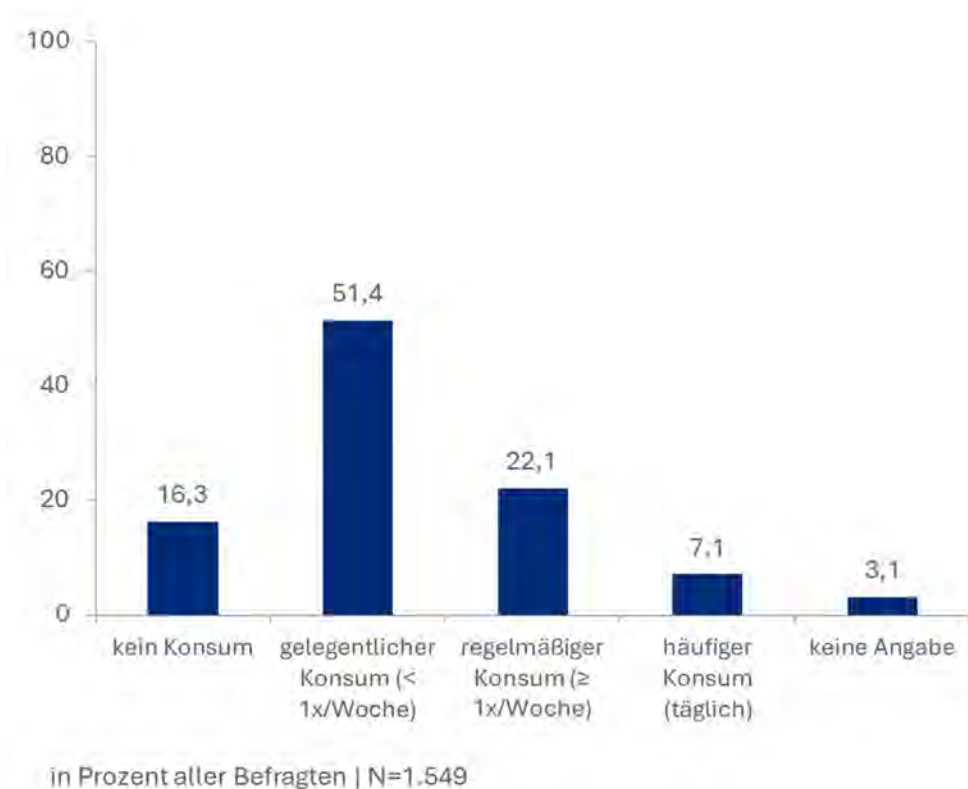
Abb. 22: Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten Alkohol getrunken?



Die Auswertung des Alkoholkonsums zeigt, dass die Mehrheit der Befragten Alkohol zumindest gelegentlich konsumiert. 7,1 % der Befragten trinken täglich oder fast täglich Alkohol, während 22,1 % dies an ein bis zwei Tagen pro Woche tun. Mehr als die Hälfte der Befragten (51,4 %) konsumiert Alkohol gelegentlich, also seltener als einmal pro Woche. Gleichzeitig geben 16,3 % an, keinen Alkohol (mehr) zu trinken.

Um die unterschiedlichen Konsummuster übersichtlicher darzustellen und besser vergleichbar zu machen, wurden die detaillierten Antwortkategorien anschließend zu vier Gruppen zusammengefasst. Die folgende Darstellung zeigt den Alkoholkonsum daher in verdichteter Form nach Konsumintensität.

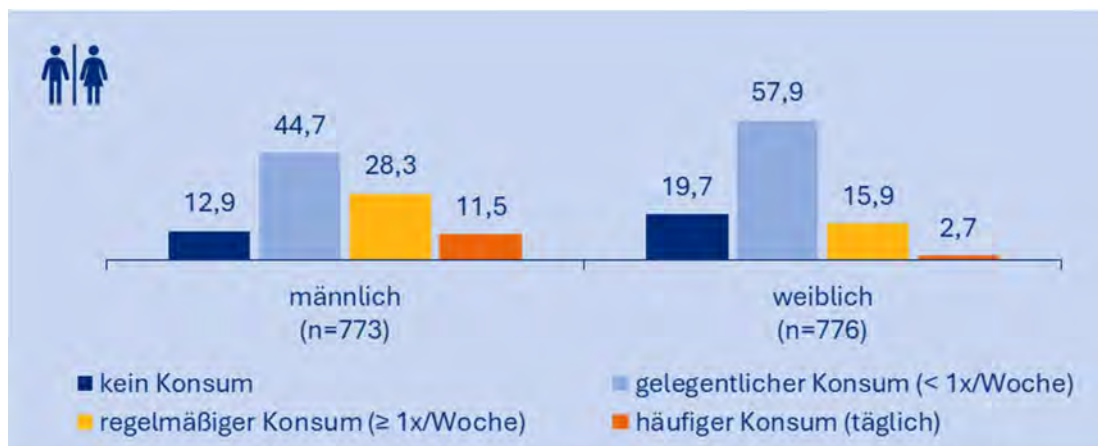
Abb. 23: Alkoholkonsum verdichtet



Die aggregierte Darstellung des Alkoholkonsums fasst die zuvor differenzierten Angaben zu übergeordneten Konsumgruppen zusammen. Mehr als die Hälfte der Befragten konsumiert Alkohol gelegentlich (51,4 %), während 22,1 % regelmäßig (mindestens einmal pro Woche) und 7,1 % täglich Alkohol trinken. 16,3 % geben an, keinen Alkohol zu konsumieren.

Insgesamt zeigt sich, dass Alkoholkonsum für viele Befragte zum Alltag gehört, überwiegend jedoch in moderater Form erfolgt.

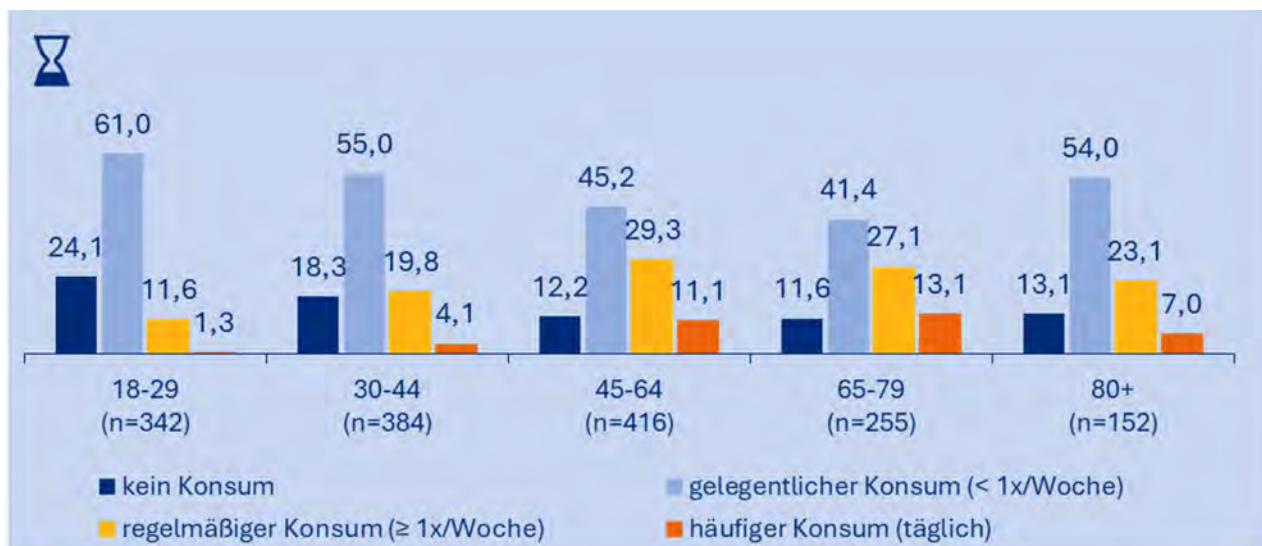
Abb. 24: Alkoholkonsum verdichtet nach Geschlecht



in Prozent aller gültigen Antworten der jeweiligen Gruppe, Differenz zu 100 % bildet die Kategorie „keine Angabe“

Zwischen den Geschlechtern zeigen sich deutliche Unterschiede im Konsumverhalten. Männer weisen höhere Anteile regelmäßigen (28,3 %) und täglichen Konsums (11,5 %) auf als Frauen (15,9 % bzw. 2,7 %). Frauen sind hingegen häufiger in der Gruppe der gelegentlich Konsumierenden vertreten (57,9 % gegenüber 44,7 % bei Männern) und weisen auch einen höheren Anteil abstinent lebender Personen auf (19,7 % gegenüber 12,9 %).

Abb. 25: Alkoholkonsum verdichtet nach Altersgruppen

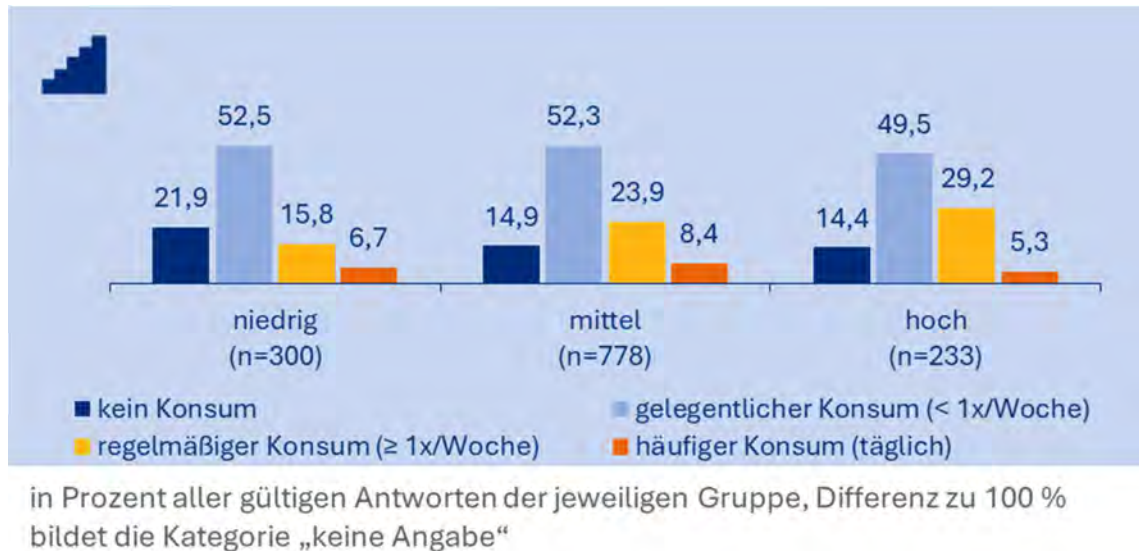


in Prozent aller gültigen Antworten der jeweiligen Gruppe, Differenz zu 100 % bildet die Kategorie „keine Angabe“

Auch nach Altersgruppen variiert das Konsumverhalten deutlich. Jüngere Befragte (18 bis unter 30 Jahre) konsumieren überwiegend gelegentlich (61,0 %) oder verzichten auf Alkohol (24,1 %), während regelmäßiger und täglicher Konsum hier vergleichsweise selten ist. In den mittleren Altersgruppen, insbesondere zwischen 45 und unter 65 Jahren, sind regelmäßiger (29,3 %) und täglicher Konsum (11,1 %) am stärksten verbreitet. In höheren Altersgruppen bleibt der

regelmäßige Konsum ebenfalls vergleichsweise hoch, während der Anteil abstinenter Personen wieder zunimmt.

Abb. 26: Alkoholkonsum verdichtet nach SES



Nach sozioökonomischem Status zeigt sich ein differenziertes Muster: Personen mit niedrigem Status weisen höhere Anteile abstinenter Personen auf (21,9 %), während bei Personen mit mittlerem und hohem Status der regelmäßige Konsum stärker verbreitet ist (23,9 % bzw. 29,2 %). Der tägliche Konsum ist im mittleren Status am höchsten (8,4 %), während er im hohen Status niedriger ausfällt (5,3 %).

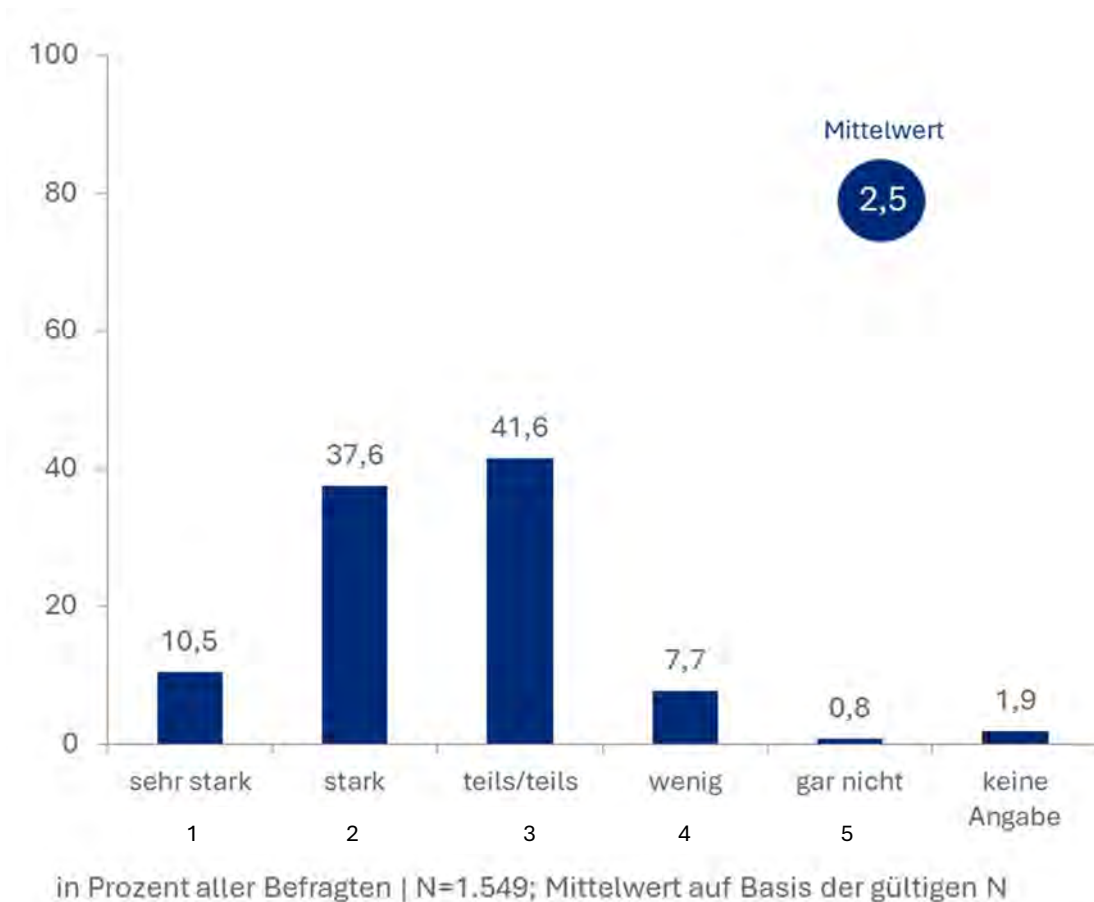
Fazit

Alkoholkonsum ist für die Mehrheit der Befragten Teil des Alltags, erfolgt jedoch überwiegend in moderater Form. Gleichzeitig gibt es relevante Anteile mit regelmäßigem oder täglichem Konsum, insbesondere bei Männern und in mittleren Altersgruppen. Auch nach sozioökonomischem Status zeigen sich Unterschiede im Konsummuster, was auf unterschiedliche Lebensstile und soziale Kontexte hinweist.

5.3 Ernährung

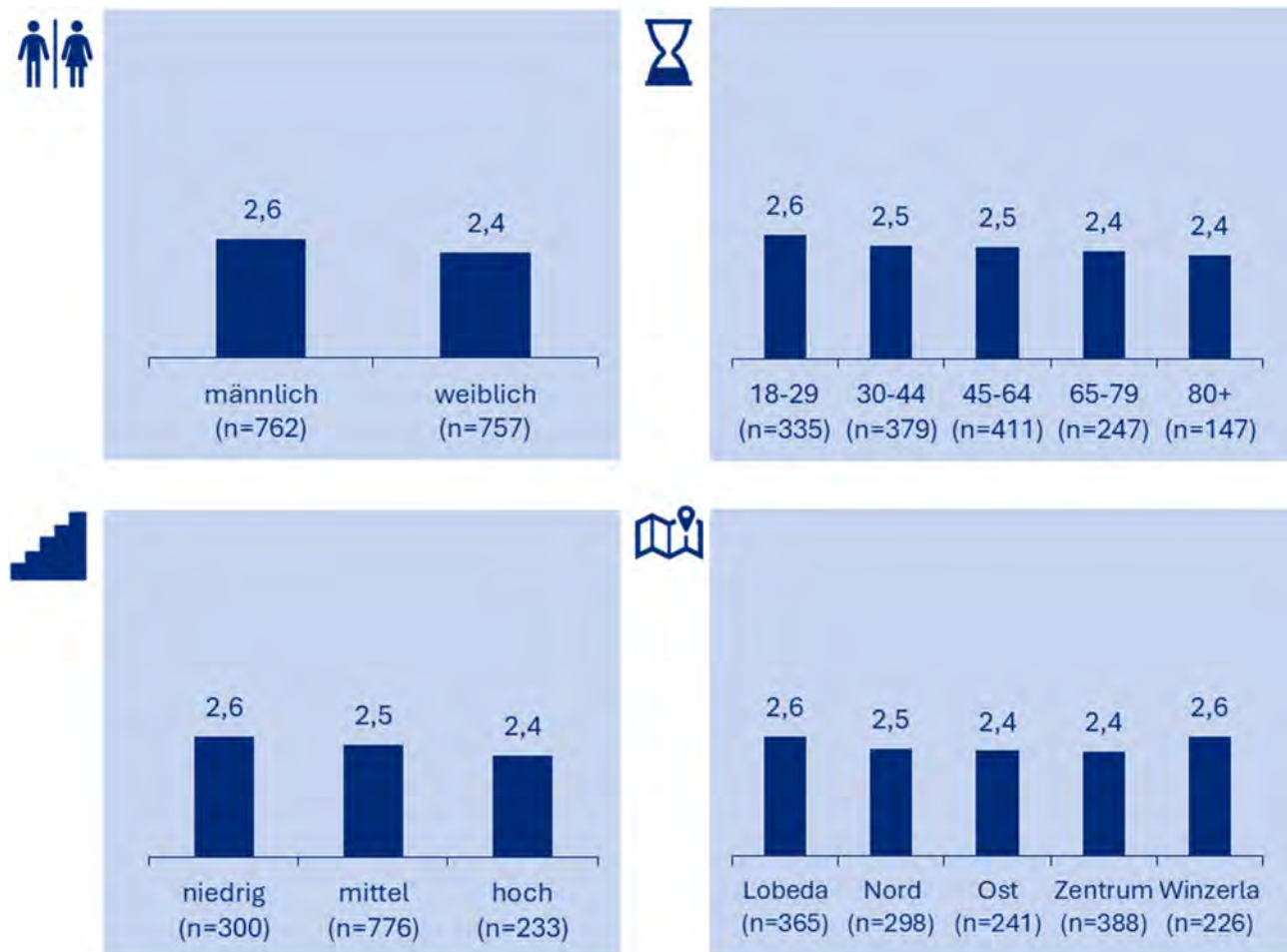
Die Ernährung hat einen wesentlichen Einfluss auf unsere Gesundheit und unser Wohlbefinden. Das, was wir essen und trinken, ist wichtig für die tägliche Nährstoffversorgung und die Aufrechterhaltung der Körperfunktionen. Langfristig spielt eine ausgewogene Ernährung außerdem eine bedeutende Rolle bei der Vermeidung von Krankheiten sowie bei deren Verlauf im Falle einer Erkrankung. Daher ist das Ernährungsverhalten ein wichtiger Ansatzpunkt für Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention.

Abb. 27: Achten auf gesunde Ernährung



Die Ergebnisse zur Ernährung zeigen, dass ein großer Teil der Befragten zumindest in gewissem Maße auf eine gesunde Lebensweise achtet. Insgesamt geben 10,5 % an, sehr stark und weitere 37,6 %, stark auf eine gesunde Ernährung zu achten. Die größte Gruppe (41,6 %) beschreibt ihr Verhalten als „teils/teils“. Nur ein vergleichsweise kleiner Anteil von 7,7 % achtet wenig und 0,8 % gar nicht auf eine gesunde Ernährung. Im Durchschnitt liegt die Selbsteinschätzung, wie stark auf eine gesunde Ernährung geachtet wird, auf einer Skala von 1=sehr stark bis 5=gar nicht 2,5 und damit im mittleren Bereich.

Abb. 28: Achten auf gesunde Ernährung differenziert nach soziodemografischen Merkmalen (Mittelwerte auf einer Skala von 1=sehr stark bis 5=gar nicht stark)



Mittelwerte über alle gültigen Antworten der jeweiligen Gruppe | Unterschiede zwischen den Gruppen sind statistisch signifikant (95 %-Niveau).

Zwischen den Geschlechtern zeigen sich geringe Unterschiede. Männer weisen mit einem Mittelwert von 2,6 etwas höhere Werte auf als Frauen (2,4). Unter Berücksichtigung der Skalenrichtung (von 1=sehr stark bis 5=gar nicht) bedeutet dies, dass Frauen tendenziell etwas stärker auf eine gesunde Ernährung achten als Männer.

Auch nach Altersgruppen zeigen sich nur leichte Unterschiede. Die Mittelwerte liegen zwischen 2,4 und 2,6, wobei die jüngste Altersgruppe (18 bis unter 30 Jahre) mit 2,6 etwas höhere Werte aufweist als die älteren Gruppen und damit etwas weniger auf eine gesunde Ernährung achtet. Zwischen den Sozialräumen sind die Unterschiede ebenfalls gering. Die Mittelwerte bewegen sich zwischen 2,4 und 2,6. Etwas höhere Werte zeigen sich in Lobeda und Winzerla (jeweils 2,6), während in den übrigen Sozialräumen niedrigere Werte berichtet werden (2,4 bis 2,5).

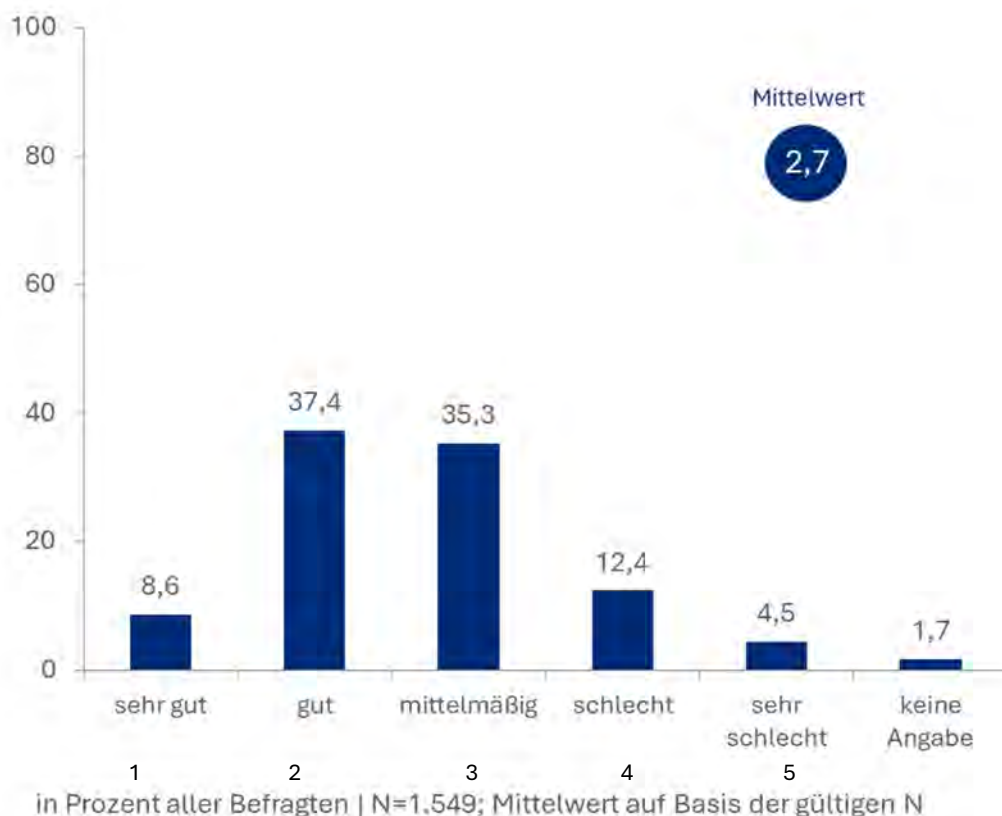
Personen mit niedrigem SES weisen mit 2,6 etwas höhere Werte auf als Personen mit mittlerem (2,5) und hohem SES (2,4). Dies deutet darauf hin, dass mit steigendem sozioökonomischem Status tendenziell stärker auf eine gesunde Ernährung geachtet wird.

Fazit

Das Ernährungsverhalten wird insgesamt überwiegend positiv eingeschätzt, wobei sich die meisten Befragten im mittleren Bereich verorten. Unterschiede nach soziodemografischen Merkmalen sind eher gering, allerdings zeigt sich ein sozialer Gradient: Mit höherem sozioökonomischem Status steigt tendenziell das Achten auf eine gesunde Ernährung.

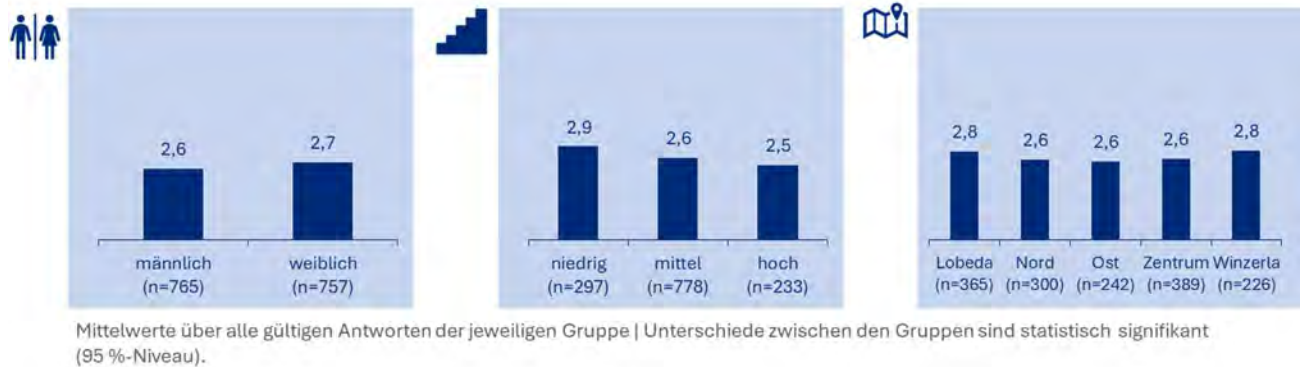
5.4 Schlaf

Abb. 29: Beurteilung der Schlafqualität der letzten vier Wochen



Die Einschätzung der Schlafqualität zeigt insgesamt ein überwiegend positives, jedoch nicht durchgehend unproblematisches Bild. 8,6 % der Befragten bewerten ihren Schlaf als „sehr gut“, weitere 37,4 % als „gut“. Demgegenüber steht ein Anteil von 35,3 %, der die Schlafqualität als „mittelmäßig“ einschätzt. Insgesamt 16,9 % berichten eine schlechte oder sehr schlechte Schlafqualität. Im Durchschnitt wird die Qualität des Schlafes in den letzten vier Wochen auf einer Skala von 1 = sehr gut bis 5 = sehr schlecht mit einem Mittelwert von 2,7 bewertet.

Abb. 30: Beurteilung der Schlafqualität nach soziodemografischen Merkmalen
(Mittelwerte auf einer Skala von 1 = sehr gut bis 5 = sehr schlecht)



Ein relevanter Zusammenhang zeigt sich beim sozioökonomischen Status: Personen mit niedrigem SES berichten mit 2,9 die schlechteste Schlafqualität, während Personen mit mittlerem (2,6) und hohem SES (2,5) bessere Werte aufweisen.

Nach Sozialraum zeigen sich nur geringe Abweichungen. Die Werte bewegen sich zwischen 2,6 und 2,8, wobei in Lobeda (2,8) und Winzerla (2,8) etwas schlechtere Bewertungen auftreten als in den übrigen Sozialräumen.

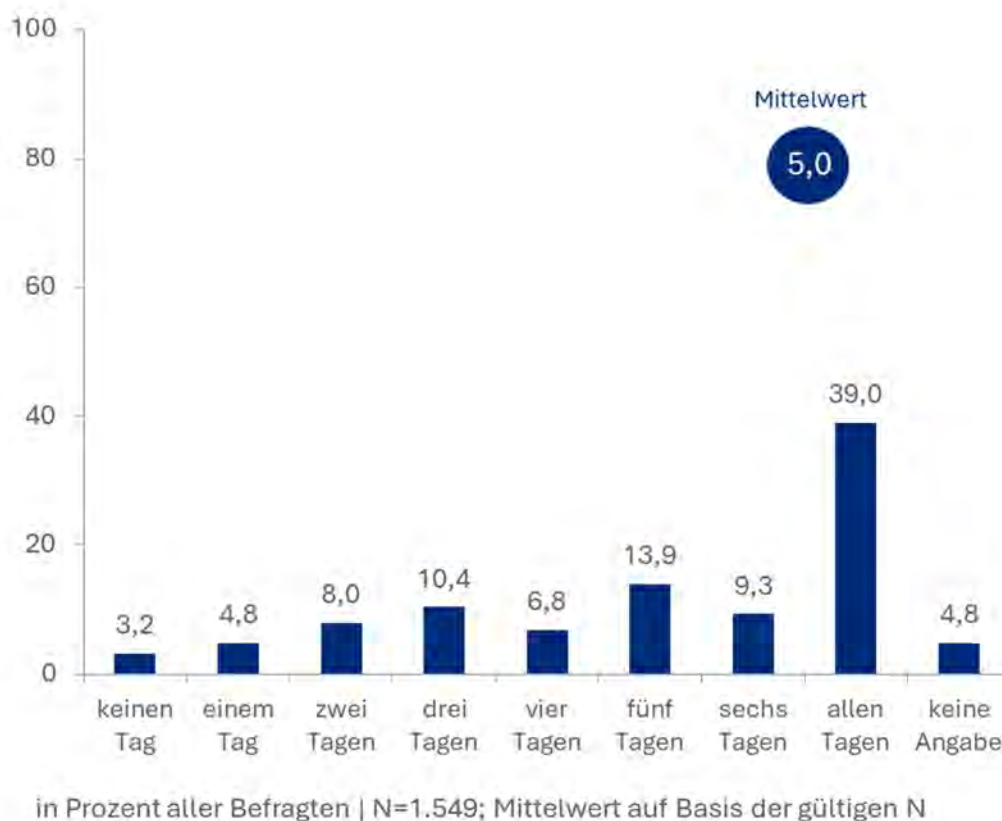
Fazit

Die Schlafqualität wird mehrheitlich als gut oder zumindest mittelmäßig bewertet, jedoch berichtet ein nicht unerheblicher Anteil von Einschränkungen. Unterschiede zwischen den Gruppen sind insgesamt gering, mit leicht schlechteren Werten bei Personen mit niedrigerem sozioökonomischem Status.

5.5 Bewegung und Sport

Regelmäßige körperliche Aktivität stellt einen zentralen Bestandteil der Gesundheitsförderung dar und wird sowohl auf nationaler als auch internationaler Ebene durch klare Empfehlungen gestützt. Für Erwachsene wird empfohlen, sich pro Woche mindestens **150–300 Minuten moderat oder 75–150 Minuten intensiv** körperlich zu betätigen und zusätzlich an mindestens zwei Tagen muskelkräftigende Aktivitäten durchzuführen.⁶ Ein wesentliches Prinzip der Empfehlungen besteht zudem darin, dass bereits geringe Steigerungen der körperlichen Aktivität – insbesondere bei zuvor inaktiven Personen – mit gesundheitlichen Vorteilen verbunden sind. Neben der reinen Bewegungsdauer wird zudem betont, dass Aktivität möglichst regelmäßig über die Woche verteilt und in den Alltag integriert werden sollte.⁷ Vor diesem Hintergrund dienen die nachfolgenden Ergebnisse zur leichten körperlichen Aktivität und sportlichen Betätigung der Jenaer Bevölkerung als wichtige Grundlage, um den aktuellen Stand einzuordnen, Bedarfe zu identifizieren und Ansatzpunkte für eine zielgerichtete kommunale Bewegungsförderung abzuleiten.

Abb. 31: Häufigkeit leichte körperliche Aktivität (Anzahl Tage, an denen an mind. 10 Minuten eine leichte körperliche Aktivität ausgeübt wird)



⁶ Siehe hierzu: Bundesministerium für Gesundheit (2024). Bewegungsförderung bei Erwachsenen in Deutschland. Bestandsaufnahme (Kurzversion). Online verfügbar unter:

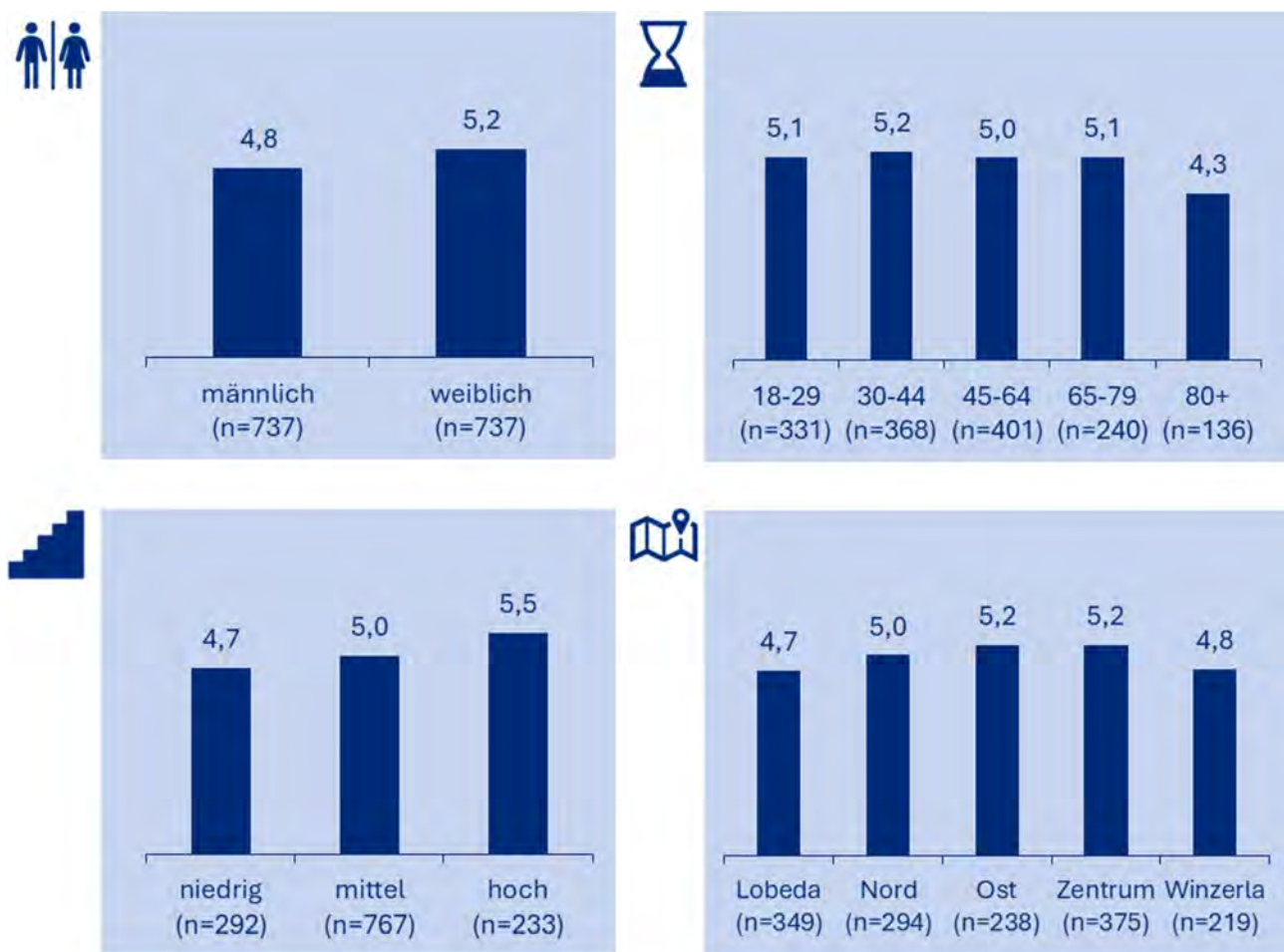
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen.html> [am 24.03.2026].

⁷ Siehe hierzu: Alfred Rütten & Klaus Pfeifer (Hrsg.): Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung. Online verfügbar unter: <https://www.sport.fau.de/files/2016/05/Nationale-Empfehlungen-f%C3%BCr-Bewegung-und-Bewegungsf%C3%B6rderung-2016.pdf> [am 24.03.2026].

Die Ergebnisse zeigen, dass körperliche Aktivität für einen großen Teil der Befragten ein fester Bestandteil des Alltags ist. So geben 39,0 % an, an allen sieben Tagen der Woche mindestens zehn Minuten leichte körperliche Aktivitäten wie Spaziergehen, Radfahren oder ähnliche Bewegungsformen auszuüben. Weitere Anteile verteilen sich auf mehrere Tage pro Woche, sodass insgesamt nur ein kleiner Teil der Befragten (4,8 %) an höchstens einem Tag pro Woche aktiv ist.

Die Häufigkeit leichter körperlicher Aktivität liegt auf einer Skala von 1 = nie bis 7 = täglich im Durchschnitt bei einem Mittelwert von 5,0. Dies deutet darauf hin, dass leichte körperliche Aktivität insgesamt relativ regelmäßig ausgeübt wird. Höhere Werte entsprechen dabei einer höheren Häufigkeit körperlicher Aktivität.

Abb. 32: Häufigkeit leichte körperliche Aktivität nach soziodemografischen Merkmalen



Mittelwerte über alle gültigen Antworten der jeweiligen Gruppe | Unterschiede zwischen den Gruppen sind statistisch signifikant (95 %-Niveau).

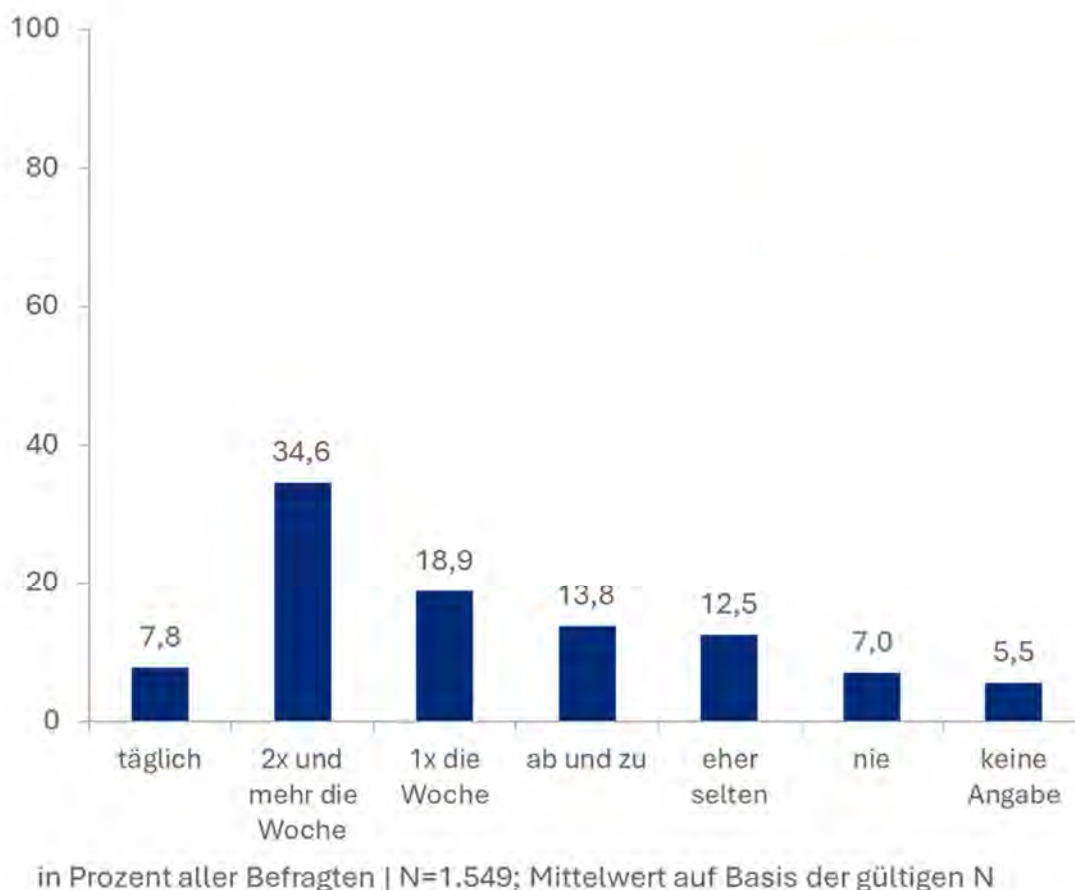
Die differenzierte Betrachtung nach soziodemografischen Merkmalen zeigt zugleich typische Muster, die auch aus nationalen Studien bekannt sind. Zwischen den Geschlechtern zeigen sich leichte Unterschiede: Frauen weisen mit 5,2 höhere Werte auf als Männer (4,8) und üben damit tendenziell häufiger leichte körperliche Aktivität aus.

Auch nach Altersgruppen ist das Niveau insgesamt stabil, mit einer leichten Konzentration höherer Werte im mittleren Erwachsenenalter. Die höchsten Werte zeigen sich bei den 30- bis unter 45-Jährigen (5,2), während in der ältesten Altersgruppe (80 Jahre und älter) mit 4,3 ein deutlich niedrigeres Aktivitätsniveau erkennbar ist.

Nach Sozialraum sind die Unterschiede moderat, aber erkennbar: In Ost und West/Zentrum werden mit jeweils 5,3 die höchsten Werte erreicht, während Lobeda (4,7) und Winzerla (4,8) darunter liegen.

Am deutlichsten zeigt sich ein sozialer Unterschied: Personen mit hohem sozioökonomischem Status erreichen mit 5,5 die höchsten Werte, während Personen mit niedrigem SES mit 4,8 spürbar darunter liegen. Der mittlere SES ordnet sich mit 5,0 dazwischen ein. Dieser soziale Gradient ist auch in nationalen Studien gut belegt und weist darauf hin, dass Bewegungsförderung gezielt sozial benachteiligte Gruppen adressieren sollte.⁸

Abb. 33: Häufigkeit Sport



⁸ Siehe hierzu: Bundesministerium für Gesundheit (2024). Bewegungsförderung bei Erwachsenen in Deutschland. Bestandsaufnahme (Kurzversion). Online verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen.html> [am 24.03.2026].

Auch beim Sport zeigt sich ein aktives Bild. Insgesamt treiben 7,8 % täglich Sport und weitere 34,6 % zwei- oder mehrmals pro Woche. Weitere 18,9 % sind einmal pro Woche aktiv. Demgegenüber stehen 13,8 %, die nur gelegentlich Sport treiben, sowie 19,5 %, die eher selten oder nie sportlich aktiv sind. Die Häufigkeit sportlicher Aktivität liegt auf einer Skala von 1 = täglich bis 6 = nie im Durchschnitt bei einem Mittelwert von 3,1. Dies deutet darauf hin, dass Sport insgesamt relativ regelmäßig ausgeübt wird. Höhere Werte entsprechen dabei einer geringeren Häufigkeit sportlicher Aktivität.

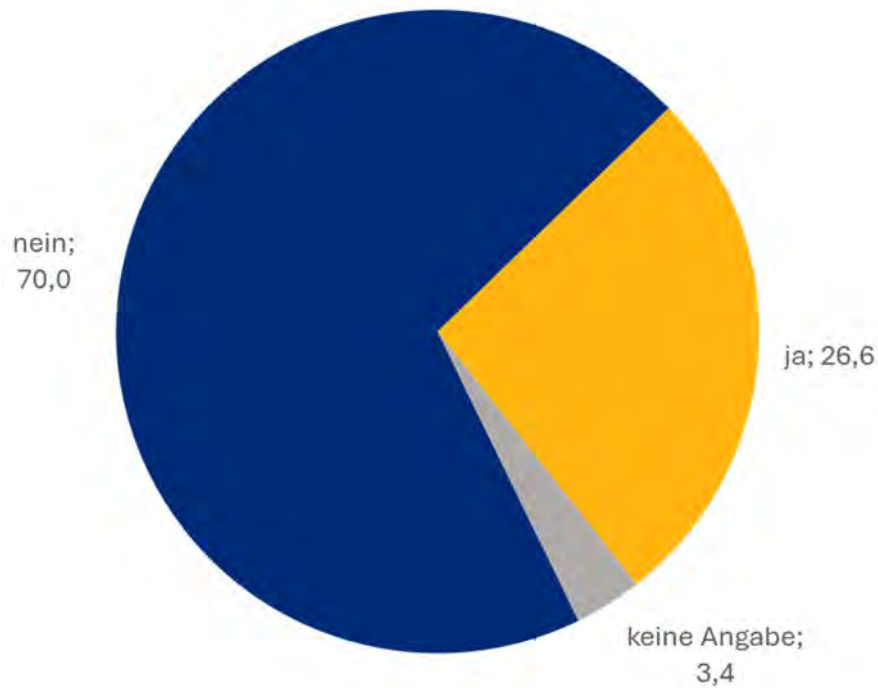
Abb. 34: Häufigkeit Sport nach soziodemografischen Merkmalen

Mittelwerte auf einer Skala von 1 = täglich bis 6 = nie



Die Unterschiede nach Alter und sozioökonomischem Status entsprechen weitgehend den bereits bei der allgemeinen körperlichen Aktivität beobachteten Mustern. Dabei ist zu berücksichtigen, dass niedrigere Mittelwerte auf eine häufigere sportliche Aktivität hinweisen. Personen mit höherem sozioökonomischem Status weisen mit einem Mittelwert von 2,7 die häufigste sportliche Aktivität auf, während bei Personen mit niedrigerem Status höhere Mittelwerte und damit geringere Aktivitätsniveaus zu beobachten sind. Die sozioökonomischen Unterschiede sollten bei der Entwicklung von Maßnahmen zur Bewegungsförderung berücksichtigt werden. Unterschiede zwischen den Sozialräumen bleiben insgesamt gering; in Lobeda wird mit einem Mittelwert von 3,4 auf einer Skala von 1 = täglich bis 6 = nie am seltensten Sport getrieben.

Abb. 35: Mitgliedschaft in einem Sportverein



in Prozent aller Befragten | N=1.549

Eine Mitgliedschaft in einem Sportverein ist hingegen weniger – nur bei etwas mehr als einem Viertel der Befragten – verbreitet.

Tab. 3: Mitgliedschaft in einem Sportverein nach soziodemografischen Merkmalen

Merkmal	Gruppe	Mitgliedschaft „ja“	N
Geschlecht	Männlich	26,7	773
	Weiblich	26,4	776
Alter	18 bis 29 Jahre	25,9	342
	30 bis 44 Jahre	28,3	384
	45 bis 64 Jahre	27,3	416
	65 bis 79 Jahre	26,7	255
	80+ Jahre	21,7	152
Sozialraum	Lobeda	21,6	368
	Nord	26,0	308
	Ost	33,1	247
	West/Zentrum	28,9	395
	Winzerla	24,2	231
Sozioökonomischer Status	Niedrig	25,7	300
	Mittel	25,5	778
	Hoch	35,7	233
Gesamt		26,6	1.549

Zwischen den Geschlechtern zeigen sich in der Befragung keine signifikanten Unterschiede in der Vereinsmitgliedschaft. Dieses Ergebnis steht jedoch in einem gewissen Kontrast zur amtlichen Statistik des Landessportbundes Thüringen, die für Jena im Jahr 2024 einen deutlich höheren Anteil männlicher Mitglieder (17.402) im Vergleich zu weiblichen Mitgliedern (10.165) ausweist.⁹ Während die Befragung somit ein ausgeglichenes Geschlechterverhältnis nahelegt, deutet die Organisationsstatistik weiterhin auf eine stärkere Beteiligung von Männern im Vereinssport hin. Dies kann auf Unterschiede zwischen subjektiver Selbstauskunft und tatsächlicher Vereinsstruktur oder auf ergänzende Bewegungsformen außerhalb klassischer Vereinsbindung zurückzuführen sein.

In den jüngeren und mittleren Altersgruppen liegt der Anteil der Vereinsmitglieder etwas höher, während er in der ältesten Altersgruppe (80 Jahre und älter) mit 21,7 % am niedrigsten ausfällt. Zwischen den Sozialräumen bestehen vereinzelt Unterschiede: In einigen Stadtteilen, etwa Ost (33,1 %), ist die Vereinsmitgliedschaft etwas häufiger, während sie in anderen, wie Lobeda (21,6 %), geringer ausfällt. Nach sozioökonomischem Status zeigen sich ebenfalls Unterschiede. Personen mit höherem Status sind deutlich häufiger Mitglied in einem Sportverein (35,7 %) als Personen mit niedrigem Status (25,7 %).

Insgesamt deutet sich an, dass sportliche Aktivität häufig außerhalb organisierter Vereinsstrukturen stattfindet und die Vereinsbindung insbesondere nach sozialer Lage variiert.

Fazit

Körperliche Aktivität ist für einen großen Teil der Bevölkerung fester Bestandteil des Alltags. Leichte Bewegung wird häufig ausgeübt, während regelmäßiger Sport etwas weniger verbreitet ist. Besonders deutlich sind Unterschiede nach sozialem Status: Personen mit höherem sozioökonomischem Status sind insgesamt aktiver. Die vergleichsweise geringe Vereinsmitgliedschaft zeigt zudem, dass Bewegung häufig außerhalb organisierter Strukturen stattfindet.

Zusammenfassend zeigt sich ein insgesamt günstiges Gesundheitsverhalten mit einzelnen Risikobereichen. Besonders hervorzuheben ist der durchgängige soziale Gradient: Personen mit niedrigerem sozioökonomischem Status weisen häufiger gesundheitlich ungünstigere Verhaltensweisen auf, insbesondere beim Rauchen und bei körperlicher Aktivität. Diese Unterschiede deuten auf bestehende gesundheitliche Ungleichheiten hin und unterstreichen die Bedeutung zielgruppenspezifischer Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen.

⁹ Siehe hierzu: Thüringer Online-Sozialstrukturatlas ThOnSA: Mitglieder in Sportvereinen nach Geschlecht unter: <https://statistikportal.thueringen.de/thonsa/tabanzeige.php?auswahl=tbl&thema=9&auspid=&tabid=919> [am 24.03.2026].

6 Individuelle Gesundheitsvorsorge

Individuelle Gesundheitsvorsorge umfasst eine Vielzahl von Maßnahmen zur Früherkennung und Prävention von Krankheiten und ist ein zentraler Bestandteil der gesundheitlichen Versorgung. Für gesetzlich Krankenversicherte besteht (noch) ein Anspruch auf zahlreiche Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen, die als Regelleistungen von den Krankenkassen übernommen werden. Art, Umfang und zeitliche Abstände dieser Leistungen sind gesetzlich geregelt und orientieren sich an medizinischen Empfehlungen.

Die regelmäßige Inanspruchnahme von Vorsorgeangeboten leistet einen wichtigen Beitrag zur Gesundheit: Sie ermöglicht die frühzeitige Erkennung von Erkrankungen und verbessert damit häufig die Behandlungsmöglichkeiten und Heilungschancen. Der Zugang zu diesen Leistungen ist grundsätzlich für alle gesetzlich Versicherten gegeben, wobei die konkreten Angebote nach Alter und Geschlecht differenziert sind. Dazu zählen unter anderem allgemeine Gesundheits-Check-ups, die Zahnvorsorge sowie verschiedene Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, darunter geschlechtsunabhängige Angebote wie das Hautkrebs- oder Darmkrebsscreening sowie geschlechtsspezifische Untersuchungen für Männer und Frauen. Ergänzt werden diese Angebote durch weitere Untersuchungen für bestimmte Alters- oder Risikogruppen, etwa das Mammographie-Screening oder spezielle Screeningprogramme wie die Früherkennung von Bauchaortenaneurysmen oder – neuerdings – Lungenkrebs bei Hochrisikogruppen.¹⁰

Neben den Vorsorgeuntersuchungen stellen Schutzimpfungen eine weitere zentrale Säule der individuellen Gesundheitsvorsorge dar. Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen die Kosten für alle von der STIKO empfohlenen Impfungen. Dazu gehören sowohl Standardimpfungen und regelmäßige Auffrischungen als auch alters- oder risikospezifische Impfungen.

Zur besseren Einordnung der vorliegenden Befragungsergebnisse wurden die erhobenen Vorsorgemaßnahmen in drei Bereiche gegliedert: allgemeine Vorsorgemaßnahmen, Impfungen sowie Krebsvorsorgeuntersuchungen. Diese Differenzierung ermöglicht es, Nutzungsmuster systematisch zu analysieren und Unterschiede zwischen den Bereichen sowie zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen gezielt herauszuarbeiten. Im Folgenden werden die Ergebnisse entsprechend dieser Struktur dargestellt und bewertet.

Zu den allgemeinen Vorsorgemaßnahmen zählen die allgemeine Gesundheitsvorsorge (Check-up ab 35 Jahren alle drei Jahre), die Zahnvorsorge (ab 18 Jahren halbjährlich) sowie die klassischen Schutz- bzw. Auffrischimpfungen (z. B. Tetanus, Keuchhusten, Masern). Der Bereich der Impfungen umfasst spezifische Impfangebote wie die Grippeimpfung, FSME-Imp-

¹⁰ Siehe hierzu auch: Verbraucherzentrale NRW e.V.: Früherkennung: Diese Vorsorgeuntersuchungen stehen Ihnen zu unter: <https://www.verbraucherzentrale.de/wissen/gesundheit-pflege/krankenversicherung/frueherkennung-diese-vorsorgeuntersuchungen-stehen-ihnen-zu-10429> [am 20.03.2026].

fung, Gürtelrose-Impfung sowie die RSV-Impfung. Die Krebsvorsorgeuntersuchungen beinhalten verschiedene alters- und geschlechtsspezifische Angebote: das Hautkrebsscreening (ab 35 Jahren alle zwei Jahre), die Darmkrebsvorsorge (ab 50 Jahren) sowie geschlechtsspezifische Untersuchungen – für Männer die Prostatakrebsvorsorge (ab 45 Jahren jährlich), für Frauen die Gebärmutterhalskrebsvorsorge (ab 20 Jahren jährlich), die Brustkrebsvorsorge (ab 30 Jahren jährlich) sowie das Mammographie-Screening (zwischen 50 und 75 Jahren alle zwei Jahre).

Abb. 36: Nutzungshäufigkeiten der allgemeinen Vorsorgemaßnahmen



Die Inanspruchnahme der allgemeinen Vorsorgemaßnahmen zeigt insgesamt ein differenziertes Bild: Zahnvorsorge wird am häufigsten regelmäßig wahrgenommen (75,0 %), gefolgt von Schutz- bzw. Auffrischimpfungen gegen Tetanus, Keuchhusten und Masern (71,9 %). Die allgemeine Gesundheitsvorsorge (Check-up 35) wird mehrheitlich, wenn auch in deutlich geringerem Maße (56,9 %) regelmäßig von Personen ab 35 Jahren genutzt.

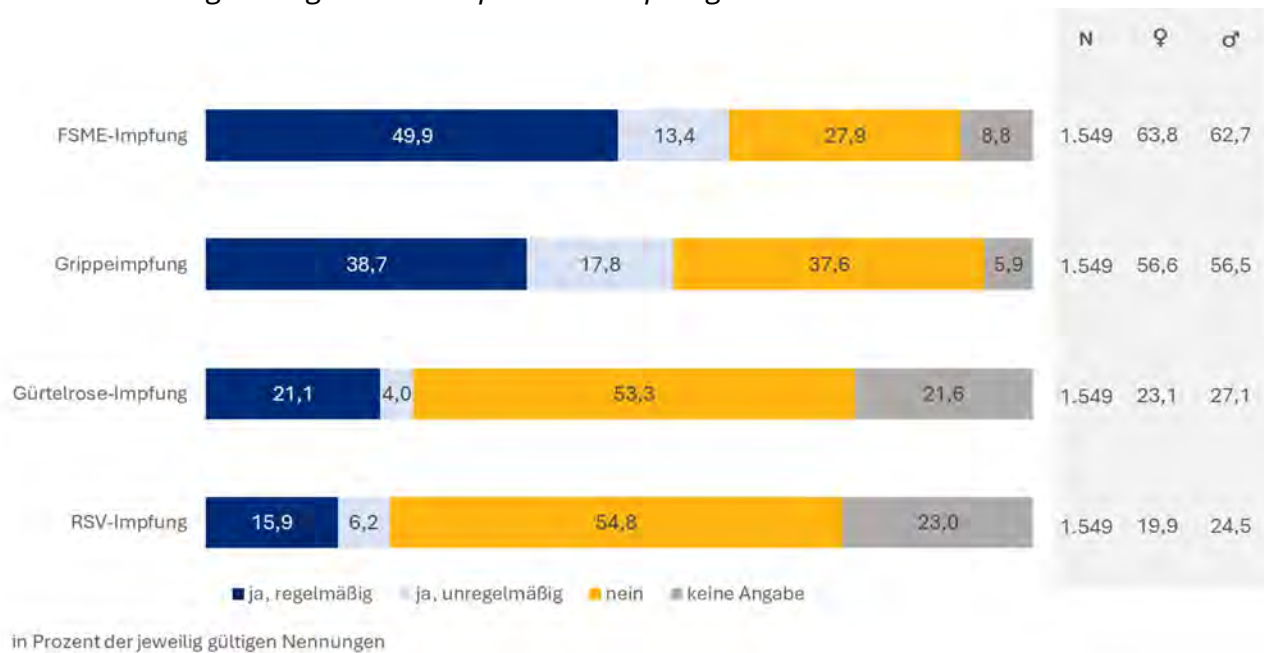
Tab. 4: Allgemeine Vorsorgeuntersuchungen – Unterschiede nach Altersgruppen
(Angaben in Prozent aller Befragten, beim Check-up 35 in Prozent aller Anspruchsberechtigten, Antworten „regelmäßig“ und „unregelmäßig genutzt“ summiert)

Maßnahme	Gesamt		18-29 J.		30-44 J.		45-64 J.		65-79 J.		80+ J.	
	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n
Zahnvorsorge	91,1	1.549	83,8	342	92,4	384	95,6	416	93,6	255	88,3	152
Auffrischimpfungen	87,9	1.549	82,3	342	89,6	384	89,4	416	90,3	255	88,0	152
Check-up 35	81,3	1.082	---	---	73,0	281	81,8	408	89,9	246	81,2	147

Mit Blick auf die Altersgruppen zeigen sich deutliche Unterschiede. Die in Tabelle 4 dargestellten Werte umfassen sowohl die regelmäßige als auch die unregelmäßige Nutzung der jeweiligen Vorsorgemaßnahmen und liegen daher höher als die zuvor berichteten Anteile zur regelmäßigen Nutzung. Die Inanspruchnahme von Auffrischimpfungen ist bei jüngeren

Personen am geringsten (82,3 % bei den 18- bis 29-Jährigen) und liegt in den höheren Altersgruppen durchgehend auf einem höheren Niveau (zwischen 89–90 %). Die Nutzung des Check-up 35 steigt erwartungsgemäß mit dem Alter an: Während 73,0 % der 30- bis 44-Jährigen diese Vorsorge wahrnehmen, liegt der Anteil bei den 65- bis 79-Jährigen bei 89,9 %. In der Altersgruppe 80+ ist die Inanspruchnahme mit 81,2 % wieder etwas geringer. Die Zahnvorsorge wird insgesamt auf einem hohen Niveau genutzt, mit besonders hohen Anteilen in den mittleren Altersgruppen (95,6 % bei den 45- bis 64-Jährigen).

Abb. 37: Nutzungshäufigkeiten der speziellen Impfangebote



Die regelmäßige Inanspruchnahme spezifischer Impfungen variiert deutlich nach Art der Impfung. Die FSME-Impfung weist mit 49,9 % die höchste regelmäßige Inanspruchnahme unter den betrachteten Impfungen auf. Es folgt die Grippeimpfung, die von 38,7 % der Befragten regelmäßig wahrgenommen wird. Deutlich geringer sind die Anteile bei der Gürtelrose-Impfung (21,1 %) sowie bei der RSV-Impfung (15,9 %), die insgesamt die niedrigste regelmäßige Inanspruchnahme aufweist. Bei der Interpretation ist zu berücksichtigen, dass sich die Zielgruppen der Impfungen unterscheiden. Jena liegt in einem FSME-Risikogebiet, sodass die Impfung insbesondere für Personen empfohlen wird, die sich regelmäßig im Freien aufhalten. Die vergleichsweise hohe Impfquote deutet darauf hin, dass diese regionale Risikolage zumindest teilweise in der Bevölkerung berücksichtigt wird.

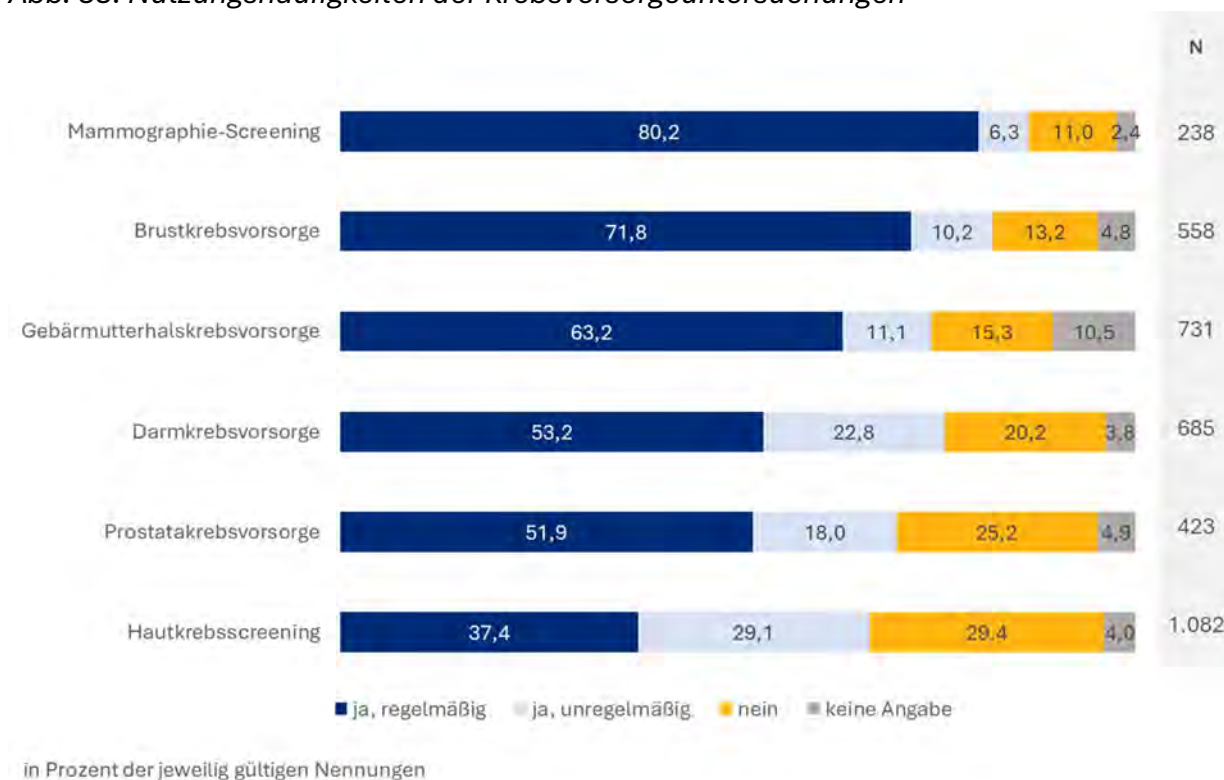
Tab. 5: Spezielle Impfungen – Unterschiede nach Altersgruppen
(Angaben in Prozent, Antworten „regelmäßig“ und „unregelmäßig genutzt“ summiert)

Maßnahme	Gesamt (n=1.549)	18-29 J. (n=342)	30-44 J. (n=384)	45-64 J. (n=416)	65-79 J. (n=255)	80+ J. (n=152)
FSME-Impfung	63,3	61,4	64,5	60,9	65,4	67,3
Grippeimpfung	56,5	42,6	50,4	51,9	76,3	83,2
Gürtelrose-Impfung	25,1	15,4	8,6	16,1	63,2	49,4
RSV-Impfung	22,2	21,2	13,8	11,2	41,0	44,1

Für die Grippe-, RSV- und Gürtelrose-Impfung zeigen sich hingegen klare alters- und risikobezogene Muster. Diese Impfungen werden insbesondere für ältere Menschen sowie für Personen mit bestimmten Vorerkrankungen empfohlen. Umso erfreulicher ist es, dass die Anteile **(un-)regelmäßiger** Impfungen mit zunehmendem Alter deutlich ansteigen. Für die Gürtelrose-Impfung, die vor allem für Personen ab 60 Jahren empfohlen wird, zeigt sich zwar eine erhöhte Inanspruchnahme in den entsprechenden Altersgruppen, jedoch noch keine flächendeckende Nutzung. Ein ähnliches Bild ergibt sich bei der RSV-Impfung, die ebenfalls primär für ältere und gesundheitlich vorbelastete Personen relevant ist und insgesamt noch eine geringe Verbreitung aufweist.

Insgesamt spiegeln die Ergebnisse damit weitgehend die medizinischen Empfehlungen wider, verdeutlichen jedoch zugleich, dass insbesondere bei altersbezogenen Impfungen sowie bei regional relevanten Risiken noch Potenziale zur stärkeren Inanspruchnahme bestehen.

Abb. 38: Nutzungshäufigkeiten der Krebsvorsorgeuntersuchungen



Die Teilnahme an Krebsvorsorgeuntersuchungen ist in den jeweiligen **anspruchsberechtigten** Gruppen insgesamt hoch, variiert jedoch je nach Maßnahme. Am häufigsten werden das Mammographie-Screening (86,5 %) sowie die Brustkrebsvorsorge (82,0 %) in Anspruch genommen. Auch die Darmkrebsvorsorge (76,0 %) und die Gebärmutterhalskrebsvorsorge (74,3 %) erreichen noch hohe Teilnahmequoten. Etwas geringer fällt die Inanspruchnahme bei der Prostatakrebsvorsorge (69,9 %) und dem Hautkrebsscreening (66,5 %) aus. Aus den offenen Nennungen geht hervor, dass dies unter anderem mit eingeschränkten Zugangsmöglichkeiten zusammenhängen könnte: Insbesondere wird der Mangel an verfügbaren Terminen bei Fachärztinnen und Fachärzten – auch für die Hautkrebsvorsorge – als zentrales Hindernis benannt.

*Tab. 6: Krebsvorsorge – Unterschiede nach Altersgruppen
(Angaben in Prozent der jeweils Anspruchsberechtigten, Antworten „regelmäßig“ und „unregelmäßig genutzt“ summiert)*

Maßnahme	Gesamt		18-29 J.		30-44 J.		45-64 J.		65-79 J.		80+ J.	
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Mammographie-Screening	86,5	238	---	---	---	---	86,0	143	87,3	95	---	---
Brustkrebsvorsorge	82,0	558	---	---	85,3	180	89,0	198	84,0	119	45,8	60
Gebärmutterhalskrebs-Vorsorge	74,3	731	79,1	173	83,9	180	82,3	198	59,2	119	35,1	60
Darmkrebsvorsorge	76,0	685	---	---	---	---	75,0	293	81,9	246	68,1	147
Prostatakrebsvorsorge	69,9	423	---	---	---	---	57,9	210	83,7	127	78,7	86
Hautkrebsscreening	66,5	1.082	---	---	57,0	281	68,6	408	73,1	246	68,3	147

Deutliche Unterschiede zeigen sich in der Inanspruchnahme nach Altersgruppen. Insgesamt ist erkennbar, dass viele Vorsorgeangebote mit zunehmendem Alter häufiger genutzt werden. Dies gilt insbesondere für die Darmkrebsvorsorge sowie die Prostatakrebsvorsorge, deren Teilnahmequoten in den höheren Altersgruppen am höchsten sind. Dieses Muster entspricht den geltenden Empfehlungen, da entsprechende Untersuchungen überwiegend erst ab einem höheren Alter vorgesehen sind (Darmkrebsvorsorge ab 50 Jahren (Stuhlttest) bzw. ab 55 Jahren (Darmspiegelung), Prostatakrebsvorsorge ab 45 Jahren). Auch das Hautkrebsscreening, das ab 35 Jahren empfohlen wird, wird im höheren Alter häufiger wahrgenommen.

Demgegenüber zeigen sich bei der Gebärmutterhalskrebsvorsorge rückläufige Teilnahmequoten im höheren Alter. Dies steht im Einklang mit den Empfehlungen, die regelmäßige Untersuchungen bereits ab dem jungen Erwachsenenalter vorsehen. Ein ähnliches Muster ist bei der Brustkrebsvorsorge zu beobachten, die ab 30 Jahren empfohlen wird und insbesondere in den mittleren Altersgruppen häufig genutzt wird. Das Mammographie-Screening richtet sich gezielt an Frauen zwischen 50 und 69 Jahren (teilweise erweitert bis 75 Jahre), was die hohen Teilnahmequoten in diesen Altersgruppen erklärt. Die altersbezogenen Unterschiede in der Inanspruchnahme spiegeln somit teilweise die bestehenden Empfehlungen und Anspruchsregelungen der gesetzlichen Früherkennungsprogramme wider, die sich je nach Krebsart deutlich unterscheiden.

Fazit

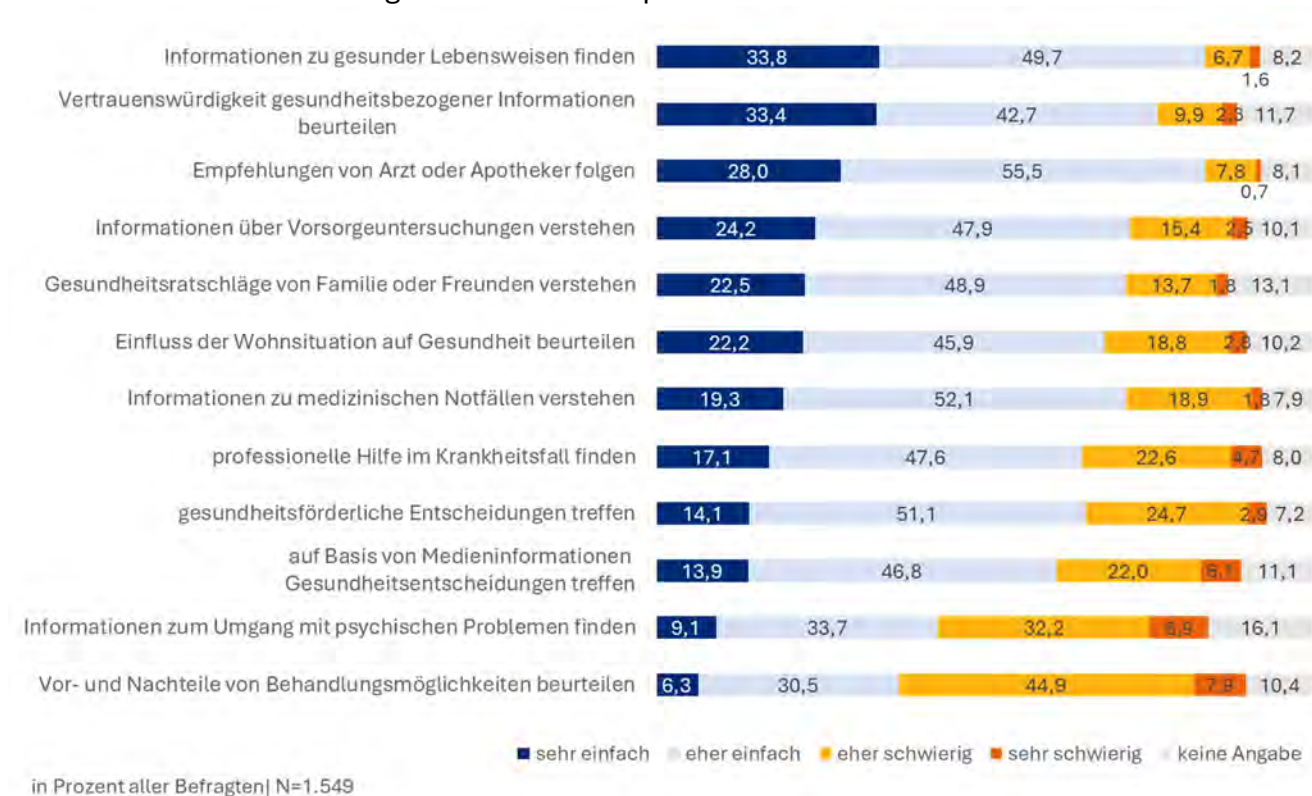
Die Inanspruchnahme von Vorsorge- und Früherkennungsangeboten ist insgesamt hoch, variiert jedoch je nach Maßnahme. Während allgemeine Vorsorgeangebote breit genutzt werden, bestehen bei spezifischen Impfungen und einzelnen Untersuchungen noch Potenziale.

Die Unterschiede nach Altersgruppen entsprechen weitgehend den bestehenden Empfehlungen. So werden altersbezogene Angebote – etwa bestimmte Impfungen oder Krebsvorsorgeuntersuchungen – in den jeweils vorgesehenen Zielgruppen häufiger in Anspruch genommen. Gleichzeitig weisen die Ergebnisse auf bestehende Potenziale hin, insbesondere bei der Nutzung spezifischer Impfangebote sowie einzelner Vorsorgeuntersuchungen. Hinweise auf eingeschränkte Terminverfügbarkeiten deuten zudem auf strukturelle Einflussfaktoren hin.

7 Gesundheitskompetenz und digitale Gesundheit

Gesundheitskompetenz bezeichnet die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu bewerten und für gesundheitsbezogene Entscheidungen anzuwenden. Das Ausmaß der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung hängt jedoch nicht allein von individuellen Voraussetzungen und erworbenen Kompetenzen ab, sondern auch maßgeblich von der Qualität, Verständlichkeit und Verfügbarkeit der bereitgestellten Informationen. Vor diesem Hintergrund ist es wichtig, Lebenswelten so zu gestalten, dass sie gesundheitskompetentes Handeln unterstützen, und eine verständliche sowie zugängliche Kommunikation im Gesundheitswesen sicherzustellen. Eine ausreichende Gesundheitskompetenz ist von zentraler Bedeutung, um gesundheitsförderliches Verhalten zu stärken, die Nutzung des Gesundheitssystems zu verbessern und den eigenen Gesundheitszustand angemessen einschätzen zu können.

Abb. 39: Selbsteinschätzung Gesundheitskompetenz



Die Ergebnisse zur Gesundheitskompetenz zeigen insgesamt ein differenziertes Bild. Besonders gut gelingt es den Befragten, Informationen über gesunde Lebensweisen zu finden: Hier geben über 80 % an, dass ihnen dies (sehr) leichtfällt. Auch die Beurteilung der Vertrauenswürdigkeit von Informationen zu ungesunden Lebensweisen sowie das Befolgen von Empfehlungen durch Ärztinnen, Ärzte oder Apotheken werden mehrheitlich als einfach eingeschätzt. Diese Bereiche weisen zugleich die besten Mittelwerte auf.

Ebenfalls vergleichsweise gut bewältigt werden das Verstehen von Gesundheitsratschlägen aus dem persönlichen Umfeld, das Einordnen von Informationen zu Vorsorgeuntersuchungen

sowie das Verstehen medizinischer Notfallinformationen. In diesen Bereichen überwiegen ebenfalls die Anteile derjenigen, die geringe Schwierigkeiten berichten.

Demgegenüber zeigen sich bei komplexeren Anforderungen der Gesundheitskompetenz deutlich größere Herausforderungen. So wird das Treffen gesundheitsförderlicher Entscheidungen sowie das Finden professioneller Hilfe im Krankheitsfall häufiger als schwierig beschrieben. Ähnliches gilt für die Bewertung des Einflusses der Wohnsituation auf die Gesundheit sowie für gesundheitsbezogene Entscheidungen auf Basis von Medieninformationen.

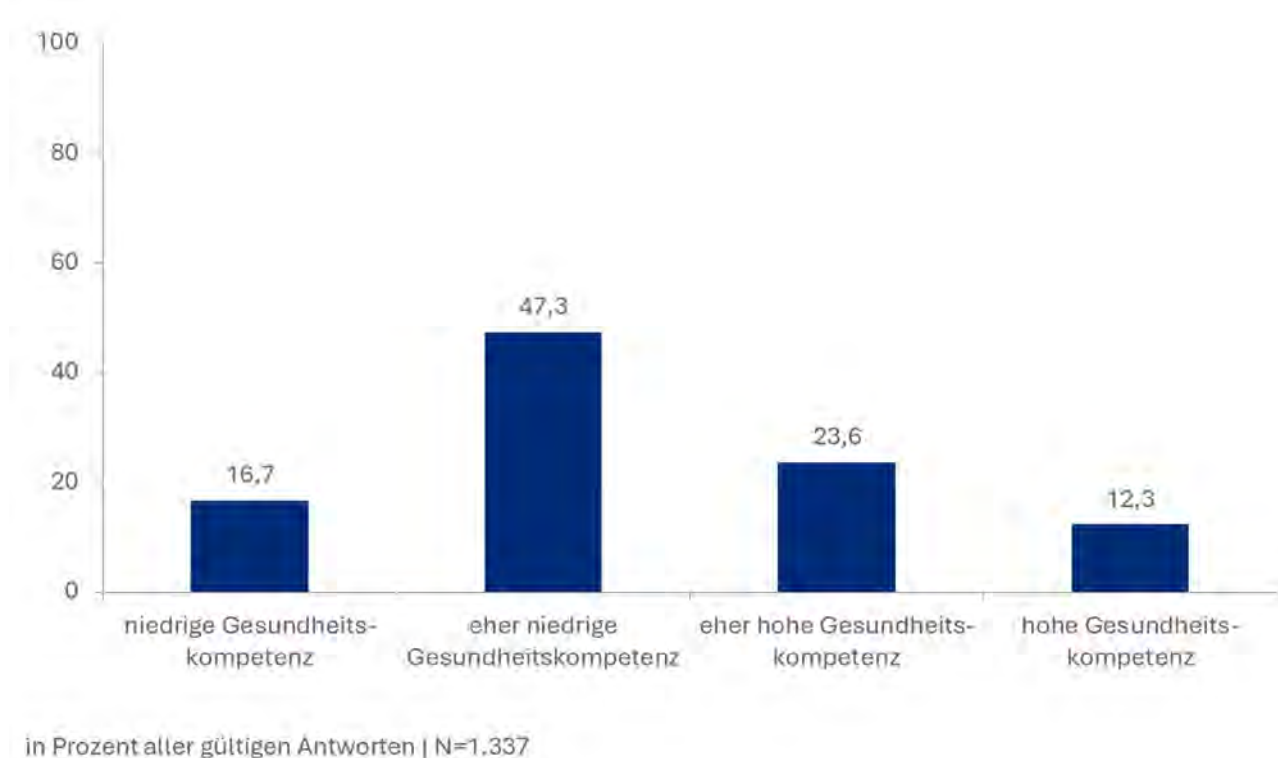
Besonders auffällig ist, dass die größten Schwierigkeiten bei der Beurteilung von Vor- und Nachteilen medizinischer Behandlungsmöglichkeiten bestehen: Hier berichtet die Mehrheit der Befragten von Schwierigkeiten. Auch das Finden von Informationen zum Umgang mit psychischen Problemen stellt für viele eine Herausforderung dar und weist die ungünstigsten Werte insgesamt auf.

Um diese Einzelaspekte zu einer übergreifenden Kennzahl zusammenzuführen und die Ergebnisse zugleich mit nationalen Referenzdaten – insbesondere den Erhebungen des Robert Koch-Instituts (RKI) – vergleichen zu können, wurde ergänzend ein standardisierter Gesamtindex der Gesundheitskompetenz gebildet. Dieser ermöglicht eine zusammenfassende Einordnung des allgemeinen Niveaus der Gesundheitskompetenz innerhalb der untersuchten Stichprobe sowie einen direkten Vergleich mit bundesweiten Befunden.

Die allgemeine Gesundheitskompetenz wurde mit der 12-Item-Kurzfassung des HLS19-Fragebogens (HLS19-Q12) erfasst. Die Antwortkategorien reichten im Datensatz von 1 = „sehr einfach“ bis 4 = „sehr schwierig“. Für die Indexbildung wurden die Items zunächst umgepolt, sodass höhere Werte stets eine höhere Gesundheitskompetenz abbilden (1 = „sehr schwierig“ bis 4 = „sehr einfach“). Anschließend wurde aus den 12 Items ein Gesamtindex gebildet. Dieser basiert auf dem Mittelwert der numerischen Itemwerte und wurde auf eine Skala von 0 bis 100 transformiert. Höhere Werte kennzeichnen damit eine höhere Gesundheitskompetenz. Der Index wurde nur berechnet, wenn für eine Person mindestens 10 der 12 Items gültig beantwortet wurden. Dieses Vorgehen entspricht der im HLS19-Q12-Factsheet beschriebenen Auswertung sowie dem im zugehörigen Bericht dargestellten Verfahren.

Zur inhaltlichen Interpretation wurde der Index anhand etablierter Schwellenwerte in vier Gruppen eingeteilt: niedrige Gesundheitskompetenz (≤ 50 Punkte), eher niedrige Gesundheitskompetenz (> 50 bis 66,67 Punkte), eher hohe Gesundheitskompetenz ($> 66,67$ bis 83,33 Punkte) und hohe Gesundheitskompetenz ($> 83,33$ Punkte).

Abb. 40: Gesundheitskompetenz (Index)



Die Auswertung der 12 Items des HLS19-Q12 zeigt, dass die Gesundheitskompetenz in der untersuchten Stichprobe breit gestreut ist. Die größte Gruppe entfällt auf Personen mit eher niedriger Gesundheitskompetenz (47,3 %). Weitere 16,7 % weisen eine niedrige Gesundheitskompetenz auf. Zusammen ergibt sich damit ein Anteil von 64,0 % der Befragten mit eher geringer Gesundheitskompetenz. Demgegenüber verfügen 23,6 % der Befragten über eine eher hohe Gesundheitskompetenz, während 12,3 % eine hohe Gesundheitskompetenz erreichen. Insgesamt weisen somit 35,9 % der Befragten eine hohe bzw. eher hohe Gesundheitskompetenz auf.

Im Vergleich zu den Ergebnissen des RKI-Panels 2024¹¹ zeigt sich eine deutliche Abweichung. Dort wird berichtet, dass rund 81 % der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland eine geringe Gesundheitskompetenz aufweisen (Zusammenfassung der Kategorien „niedrig“ und „eher niedrig“). Der entsprechende Anteil liegt in der vorliegenden Stichprobe mit 64,0 % deutlich darunter. Gleichzeitig ist der Anteil mit (eher) hoher Gesundheitskompetenz in der eigenen Untersuchung mit 35,9 % deutlich höher als im Bundesdurchschnitt (ca. 19 %).

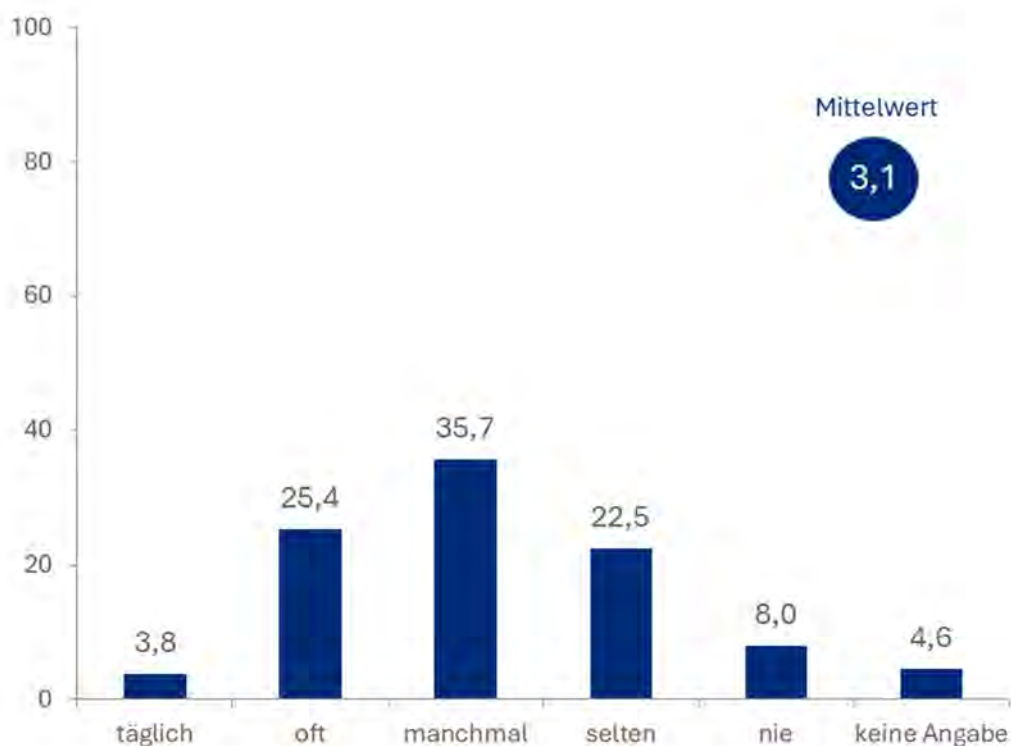
Auch innerhalb der Kategorien zeigen sich Unterschiede: Während im RKI-Datensatz insbesondere die Kategorie „eher niedrige Gesundheitskompetenz“ dominiert und die Kategorie „hohe Gesundheitskompetenz“ nur einen sehr kleinen Anteil ausmacht, ist in der

¹¹ Siehe hierzu: Jordan S, Löbl S. Die allgemeine Gesundheitskompetenz Erwachsener in Deutschland. Ergebnisse des Panels „Gesundheit in Deutschland“ 2024. J Health Monit. 2026;11:04. doi: 10.25646/13820. Online unter: https://www.rki.de/DE/Aktuelles/Publikationen/Journal-of-Health-Monitoring/GBEDownloads/JFactSheets/JHealthMonit_2026_11_04_Gesundheitskompetenz.pdf?__blob=publicationFile&v=3 [am 20.03.2026].

vorliegenden Stichprobe der Anteil hoher Gesundheitskompetenz mit 12,3 % vergleichsweise deutlich ausgeprägt.

Insgesamt deutet der Vergleich darauf hin, dass die untersuchte Stichprobe im Durchschnitt eine höhere Gesundheitskompetenz aufweist als die deutsche Gesamtbevölkerung. Eine mögliche Erklärung für diese Abweichung könnten Stichprobeneffekte sein, etwa eine selektivere Teilnahme gesundheitsaffiner oder höher gebildeter Personen. Darüber hinaus könnten auch regionale oder strukturelle Besonderheiten der untersuchten Population sowie soziale Erwünschtheit eine Rolle spielen.

Abb. 41: Internet als Informationsquelle zu Gesundheitsthemen



in Prozent aller Befragten | N=1.549; Mittelwert auf Basis der gültigen N

Die Nutzung des Internets zur Suche nach gesundheitsbezogenen Informationen ist in der Bevölkerung weit verbreitet. Insgesamt geben 29,2 % der Befragten an, das Internet täglich oder häufig für Informationen zu Gesundheitszustand, Symptomen oder Medikamenten zu nutzen. Weitere 35,7 % nutzen entsprechende Angebote zumindest gelegentlich. Demgegenüber stehen rund 30,5 %, die das Internet hierfür selten oder nie verwenden.

Abb. 42: Internet als Informationsquelle zu Gesundheitsthemen nach soziodemografischen Merkmalen (nur tägliche bzw. häufige Nutzung)

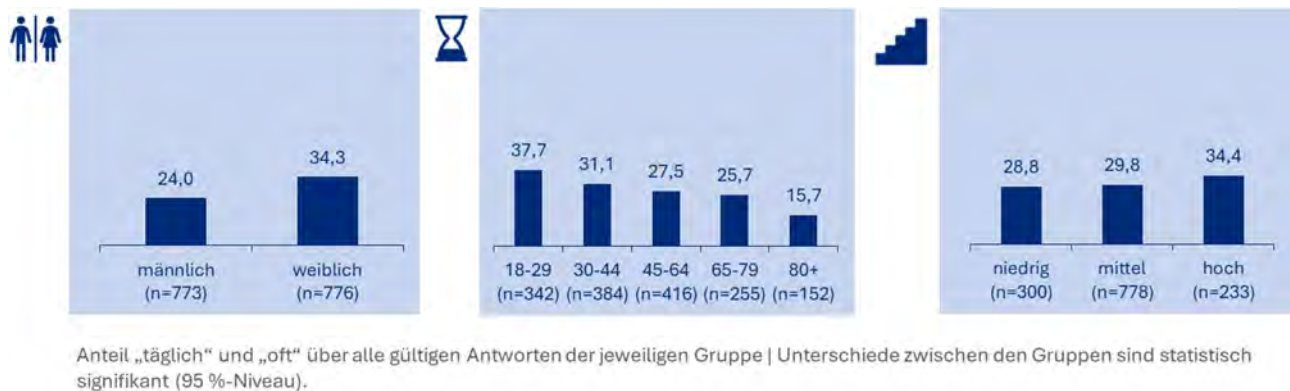


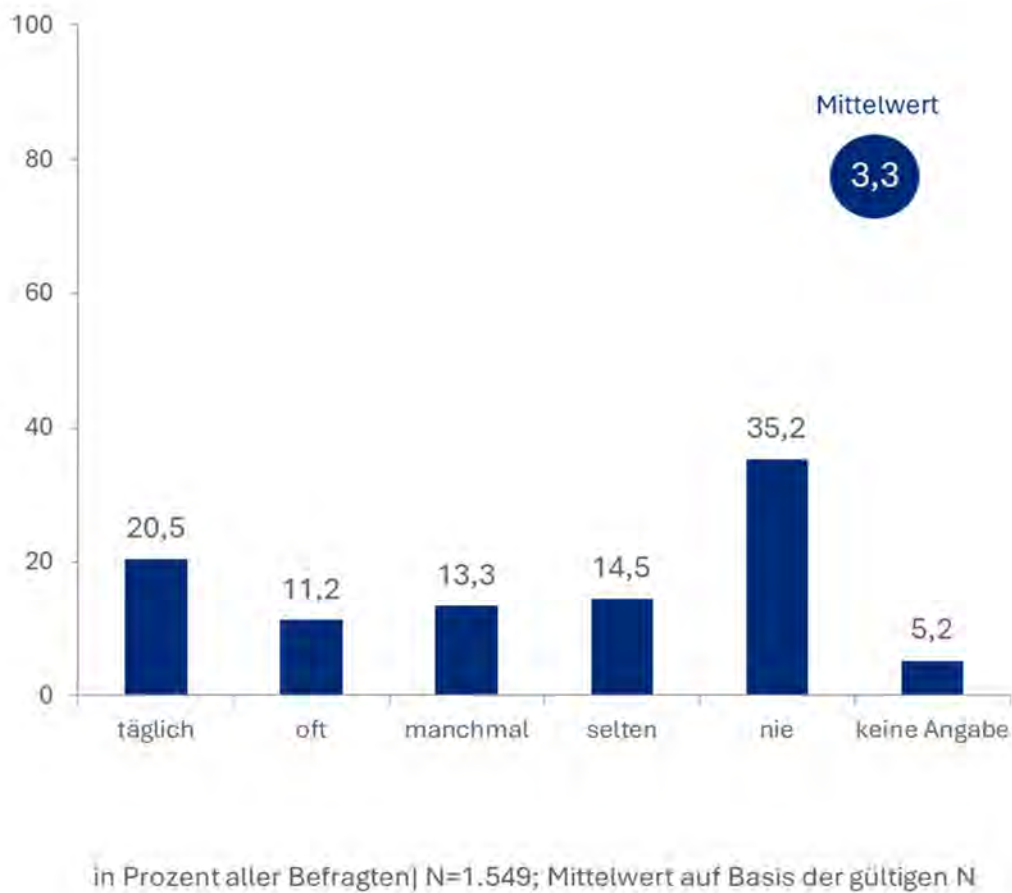
Abb. 50 zeigt den Anteil der Befragten, die das Internet „täglich“ oder „oft“ als Informationsquelle zu Gesundheitszustand, Symptomen oder Medikamenten nutzen, differenziert nach ausgewählten soziodemografischen Merkmalen.

Insgesamt zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den Gruppen. Frauen nutzen das Internet häufiger zur Suche nach Gesundheitsinformationen als Männer: 34,3 % der Frauen geben an, das Internet „täglich“ bzw. „oft“ dafür zu nutzen, bei den Männern sind es 24,0 %.

Besonders ausgeprägt sind die Unterschiede nach Alter. Die Nutzung ist in den jüngeren Altersgruppen am höchsten und nimmt mit zunehmendem Alter kontinuierlich ab. Während 37,7 % der 18- bis 29-Jährigen das Internet häufig für Gesundheitsinformationen nutzen, liegt der Anteil bei den 80-Jährigen und Älteren nur noch bei 15,7 %.

Auch nach sozioökonomischem Status zeigen sich Unterschiede: Personen mit hohem sozioökonomischem Status nutzen das Internet häufiger zur Informationssuche (34,4 %) als Personen mit mittlerem (29,8 %) oder niedrigem sozioökonomischem Status (28,8 %).

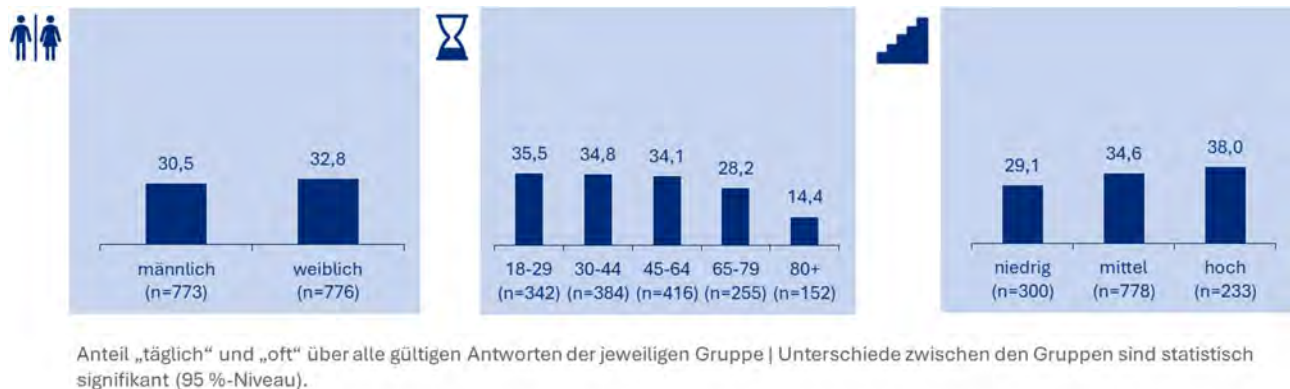
Abb. 43: Nutzung digitaler Geräte und Gesundheitsanwendungen



Die Nutzung digitaler Geräte und Gesundheitsanwendungen zur Beobachtung und Verbesserung des eigenen Gesundheitszustands fällt insgesamt unterschiedlich aus. Rund ein Drittel der Befragten nutzt entsprechende Angebote regelmäßig: 20,5 % geben an, dies täglich, weitere 11,2 % oft zu tun.

Weitere 13,3 % nutzen digitale Anwendungen zumindest gelegentlich („manchmal“). Demgegenüber steht jedoch ein erheblicher Anteil, der solche Angebote nur selten oder gar nicht nutzt: 14,5 % geben an, diese selten, und 35,2 %, sie nie zu verwenden. Der Anteil der fehlenden Angaben liegt bei 5,2 %.

Abb. 44: Nutzung digitaler Geräte und Gesundheitsanwendungen nach soziodemografischen Merkmalen (nur tägliche bzw. häufige Nutzung)



Die Abbildung 44 zeigt den Anteil der Befragten, die digitale Geräte oder Gesundheitsanwendungen „täglich“ oder „oft“ nutzen, differenziert nach ausgewählten soziodemografischen Merkmalen. Dabei zeigt sich: Frauen nutzen digitale Gesundheitsanwendungen etwas häufiger als Männer (32,8 % zu 30,5 %).

Besonders deutlich zeigen sich erneut Unterschiede nach Alter. Die Nutzung digitaler Gesundheitsanwendungen ist in den jüngeren Altersgruppen am stärksten verbreitet und nimmt mit zunehmendem Alter kontinuierlich ab. So nutzen 35,5 % der 18- bis 29-Jährigen entsprechende Anwendungen häufig, während der Anteil bei den 80-Jährigen und Älteren nur noch 14,4 % beträgt.

Auch hinsichtlich des sozioökonomischen Status zeigen sich Unterschiede: Personen mit hohem sozioökonomischem Status nutzen digitale Gesundheitsanwendungen häufiger (38,0 %) als Personen mit mittlerem (34,6 %) oder niedrigem sozioökonomischem Status (29,1 %).

Fazit

Die Gesundheitskompetenz der Befragten zeigt ein differenziertes Bild: Alltagsnahe Fähigkeiten wie das Finden und Verstehen von Gesundheitsinformationen werden überwiegend als leicht eingeschätzt, während komplexere Anforderungen – insbesondere das Bewerten von Behandlungsoptionen oder der Umgang mit psychischen Problemen – häufiger Schwierigkeiten bereiten.

Die Nutzung digitaler Gesundheitsinformationen ist weit verbreitet und erfolgt insgesamt regelmäßig, während aktive digitale Gesundheitsanwendungen deutlich seltener genutzt werden. Deutliche Unterschiede zeigen sich vor allem nach Alter und sozioökonomischem Status: Jüngere und sozial besser gestellte Personen nutzen digitale Angebote häufiger, während die Nutzung im höheren Alter deutlich abnimmt. Geschlechts- und sozialräumliche Unterschiede fallen hingegen gering aus.

8 Pflege

Die Sicherstellung von Pflege und Unterstützung im Falle von Krankheit oder Pflegebedürftigkeit ist ein zentrales Thema für die Bevölkerung und gewinnt vor dem Hintergrund des demografischen Wandels zunehmend an Bedeutung. In Deutschland wird der überwiegende Teil der Pflege im häuslichen Umfeld erbracht. Pflegende Angehörige stellen dabei eine tragende Säule der Versorgung dar und übernehmen einen Großteil der Unterstützung für pflegebedürftige Menschen. Bundesweit werden mehrere Millionen Menschen zu Hause versorgt, häufig ausschließlich durch nahestehende Personen. Auch in Thüringen zeigt sich diese Entwicklung deutlich: Ein Großteil der Pflegebedürftigen wird im häuslichen Umfeld betreut (87,5 Prozent beziehungsweise 170.000 Personen)¹², während die Zahl der Pflegebedürftigen insgesamt weiter steigt.

Pflegende Angehörige sind dabei nicht nur im engeren familiären Sinne zu verstehen, sondern umfassen alle nahestehenden Personen, die regelmäßig und unentgeltlich Unterstützung leisten. Diese reicht von pflegerischen Tätigkeiten im engeren Sinne – etwa Hilfe bei Körperpflege oder Mobilität – bis hin zu organisatorischen, emotionalen und alltagspraktischen Unterstützungsleistungen. Damit leisten sie einen unverzichtbaren Beitrag zur Aufrechterhaltung der Versorgung und ermöglichen vielen Pflegebedürftigen ein Leben im gewohnten Umfeld.¹³

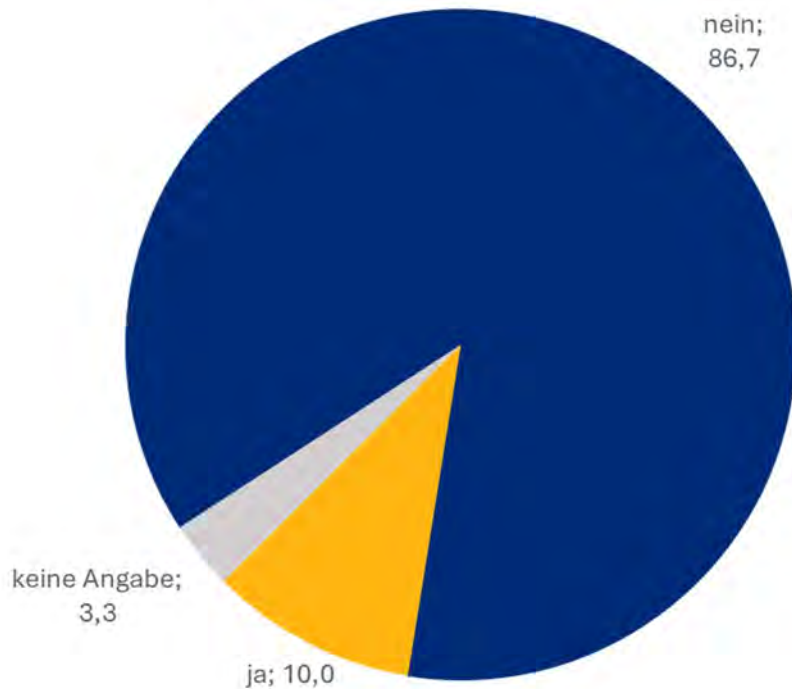
Gleichzeitig ist die Übernahme von Pflegeaufgaben häufig mit erheblichen Belastungen verbunden. Neben körperlichen und psychischen Anforderungen können auch soziale und berufliche Einschränkungen entstehen. Das Wohlbefinden und die Gesundheit der pflegenden Angehörigen sind daher nicht nur für sie selbst von großer Bedeutung, sondern auch entscheidend für die Stabilität der häuslichen Versorgung insgesamt. Vor dem Hintergrund steigender Pflegebedarfe und gleichzeitig begrenzter personeller Ressourcen im professionellen Pflegebereich gewinnt die Unterstützung und Entlastung pflegender Angehöriger zunehmend an Bedeutung.

Im Folgenden werden daher sowohl die Verbreitung von Pflegetätigkeiten als auch die wahrgenommene Belastung und die Präferenzen für die eigene Versorgung im Pflegefall dargestellt.

¹² Demografieportal des Bundes und der Länder: 193.937 Pflegebedürftige lebten Ende 2023 in Thüringen unter: <https://www.demografie-portal.de/DE/Bund-Laender/Thueringen/Teilhabe/zahl-des-monats.html> [am 20.03.2026].

¹³ Zentrum für Qualität in der Pflege: Pflegende Angehörige in Deutschland (Definition) unter: <https://www.zqp.de/schwerpunkt/pflegende-angehoerige/#definition> [am 20.03.2026].

Abb. 45: Pflege Tätigkeit



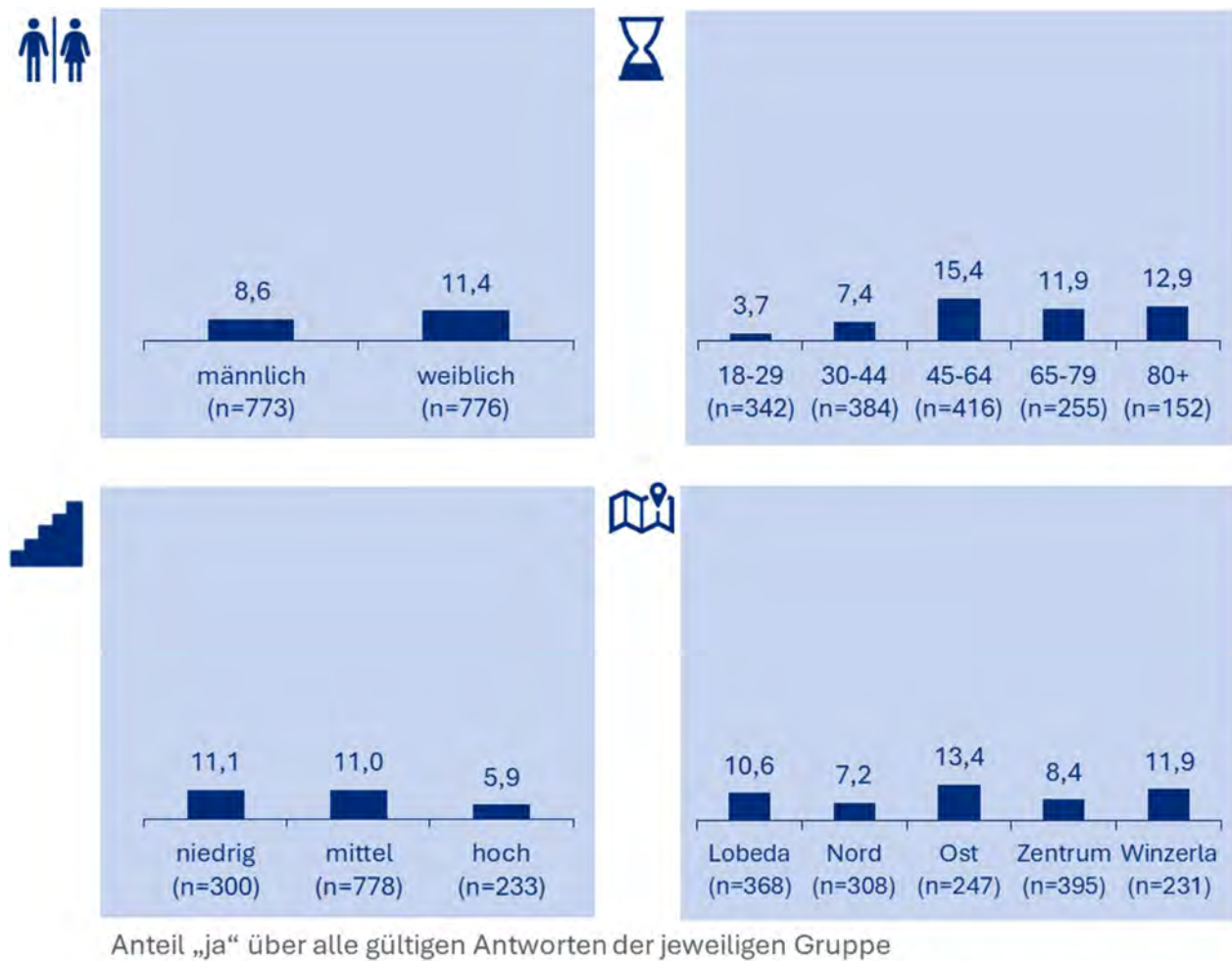
in Prozent aller Befragten | N=1.549

Insgesamt geben 10,0 % der Jenaer Befragten an, derzeit eine pflegebedürftige oder schwer erkrankte Person zu betreuen oder zu pflegen, während die große Mehrheit (86,7 %) keine Pflege Tätigkeit ausübt. Der Anteil der fehlenden Angaben liegt bei 3,3 %.

Dieser Anteil lässt sich insgesamt gut in die bestehende Studienlage einordnen. Je nach Begriffsdefinition und methodischem Vorgehen variieren die Angaben zum Anteil pflegender Angehöriger in Deutschland deutlich und reichen von etwa 9 % bis hin zu 37 %. Der hier ermittelte Wert liegt damit am unteren Rand dieser Spannweite und ist als plausibel zu bewerten. Unterschiede ergeben sich insbesondere daraus, wie weit der Pflegebegriff gefasst wird: Während einige Studien nur intensive und regelmäßige Pflegetätigkeiten berücksichtigen, beziehen andere auch gelegentliche Unterstützungsleistungen oder organisatorische Hilfe mit ein.¹⁴

¹⁴ Siehe hierzu: Zentrum für Qualität in der Pflege: Pflegende Angehörige in Deutschland (Anzahl) unter: <https://www.zqp.de/schwerpunkt/pflegende-angehoerige/#anzahl> [am 20.03.2026].

Abb. 46: Eigene Pflegetätigkeit nach soziodemografischen Merkmalen

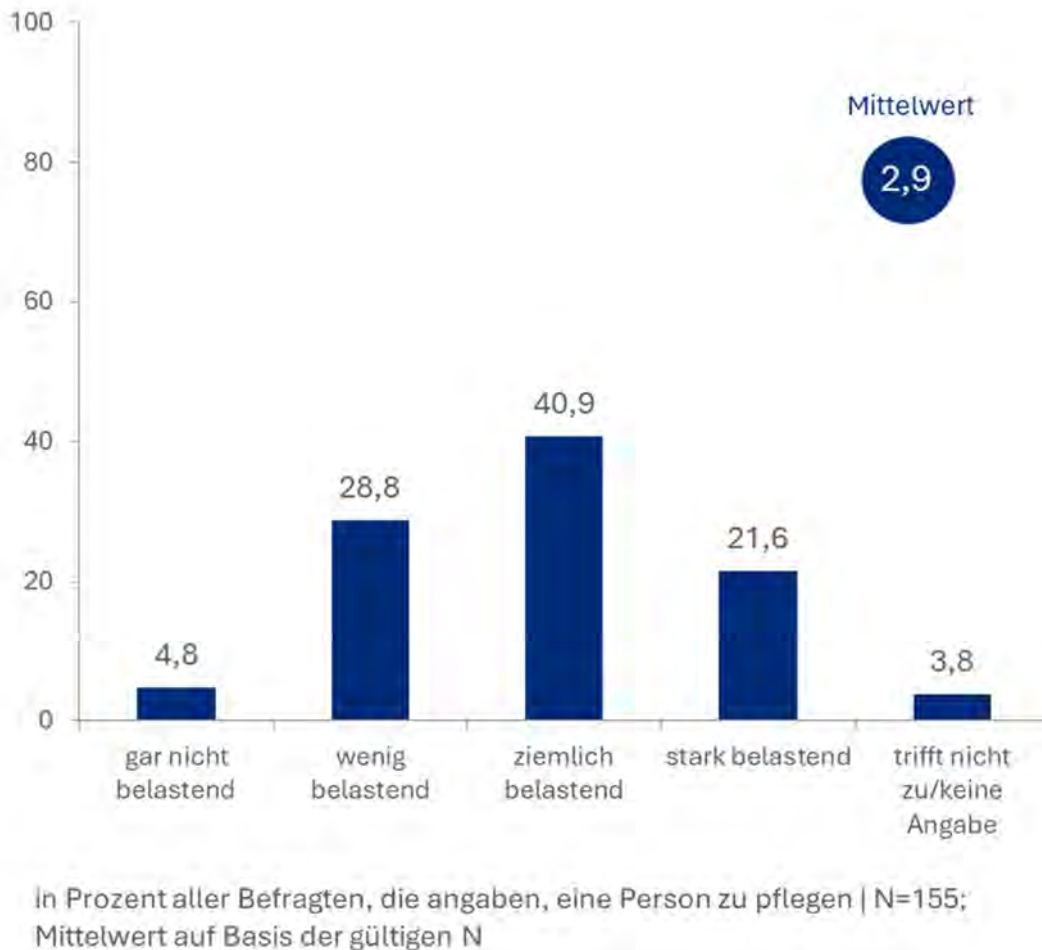


Zwischen den Geschlechtern zeigen sich nur geringe Unterschiede: Frauen übernehmen mit 11,4 % etwas häufiger Pflegetätigkeiten als Männer (8,6 %). Deutliche Unterschiede zeigen sich nach Alter: Während der Anteil pflegender Personen bei den 18- bis unter 30-Jährigen mit 3,7 % noch gering ist, steigt er mit zunehmendem Alter deutlich an und erreicht bei den 45- bis unter 65-Jährigen mit 15,4 % seinen höchsten Wert. In den älteren Altersgruppen bleibt der Anteil auf einem erhöhten Niveau. Dieses Muster ist plausibel, da Pflegeverantwortung typischerweise im mittleren Lebensalter zunimmt. Entsprechend liegt der Schwerpunkt der Pflegetätigkeit vor allem im mittleren bis höheren Erwachsenenalter, insbesondere in der Altersgruppe der 45- bis 64-Jährigen.

Auch zwischen den Sozialräumen zeigen sich Unterschiede: Höhere Anteile pflegender Personen finden sich insbesondere in den Sozialräumen Ost (13,4 %), Winzerla (11,9 %) und Lobeda (10,6 %), während in Nord (7,2 %) sowie West/Zentrum (8,4 %) geringere Werte zu beobachten sind. Dieses Muster ist plausibel, da insbesondere Lobeda und Winzerla – und in Teilen auch Ost – eine vergleichsweise ältere Bevölkerungsstruktur aufweisen, während West/Zentrum durch eine deutlich jüngere, studierend geprägte Bevölkerung gekennzeichnet ist.

Nach sozioökonomischem Status ergibt sich ein starkes Gefälle: Während Personen mit niedrigem und mittlerem Status ähnlich häufig Pflegetätigkeiten übernehmen (11,1 % bzw. 11,0 %), ist der Anteil im hohen sozioökonomischen Status mit 5,9 % deutlich geringer.

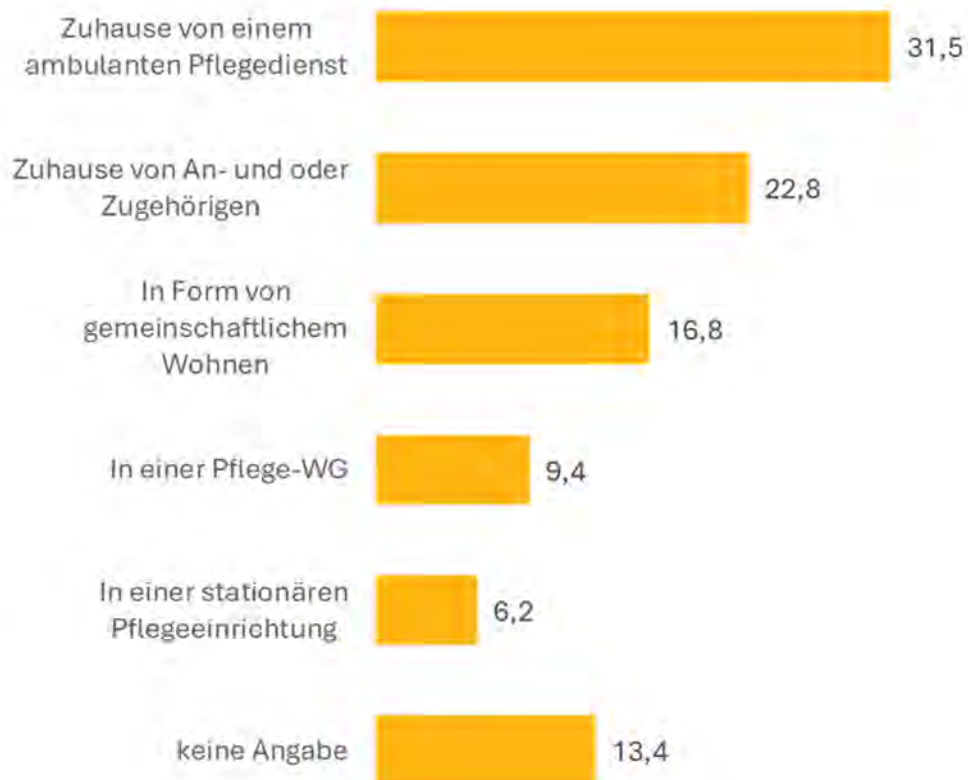
Abb. 47: Belastung durch Pflegetätigkeit



Die Frage zur wahrgenommenen Belastung durch die Pflege von An- oder Zugehörigen wurde grundsätzlich allen Befragten gestellt. Für die Auswertung wurden jedoch ausschließlich diejenigen Personen berücksichtigt, die angegeben haben, eine pflegebedürftige oder schwer erkrankte Person zu betreuen oder zu pflegen. Die Ergebnisse beziehen sich somit auf diese Teilgruppe (N=155) und sind nicht auf die Gesamtbevölkerung übertragbar.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Belastung durch Pflegetätigkeiten überwiegend im mittleren bis höheren Bereich liegt: Der größte Anteil der Befragten beschreibt die Situation als „ziemlich belastend“ (40,9 %). Weitere 21,6 % empfinden die Pflege als stark belastend. Demgegenüber geben 28,8 % an, sich wenig belastet zu fühlen, während nur 4,8 % die Pflegetätigkeit als gar nicht belastend einschätzen.

Abb. 48: Vorstellung von eigener Pflege / Bedeutung Pflege zu Hause



in Prozent aller Befragten | N=1.549

Die Befragten wurden gefragt, auf welche Art sie im Falle einer längerfristigen Erkrankung – etwa bei schwerer Krankheit oder Pflegebedürftigkeit – am liebsten gepflegt werden möchten. Die Ergebnisse zeigen deutlich, dass Pflege im häuslichen Umfeld klar bevorzugt wird. Am häufigsten wird die Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst im eigenen Zuhause genannt (31,5 %). Ebenfalls häufig wünschen sich die Befragten eine Pflege durch An- und Zugehörige (22,8 %). Zusammengenommen entfällt damit mehr als die Hälfte der Nennungen auf Pflegeformen im eigenen Zuhause.

Weitere 16,8 % bevorzugen gemeinschaftliche Wohnformen, die ebenfalls eine eher wohnortnahe und selbstbestimmte Versorgung ermöglichen. Demgegenüber werden stationäre Pflegeeinrichtungen (6,2 %) sowie Pflege-Wohngemeinschaften (9,4 %) deutlich seltener als bevorzugte Versorgungsform genannt.

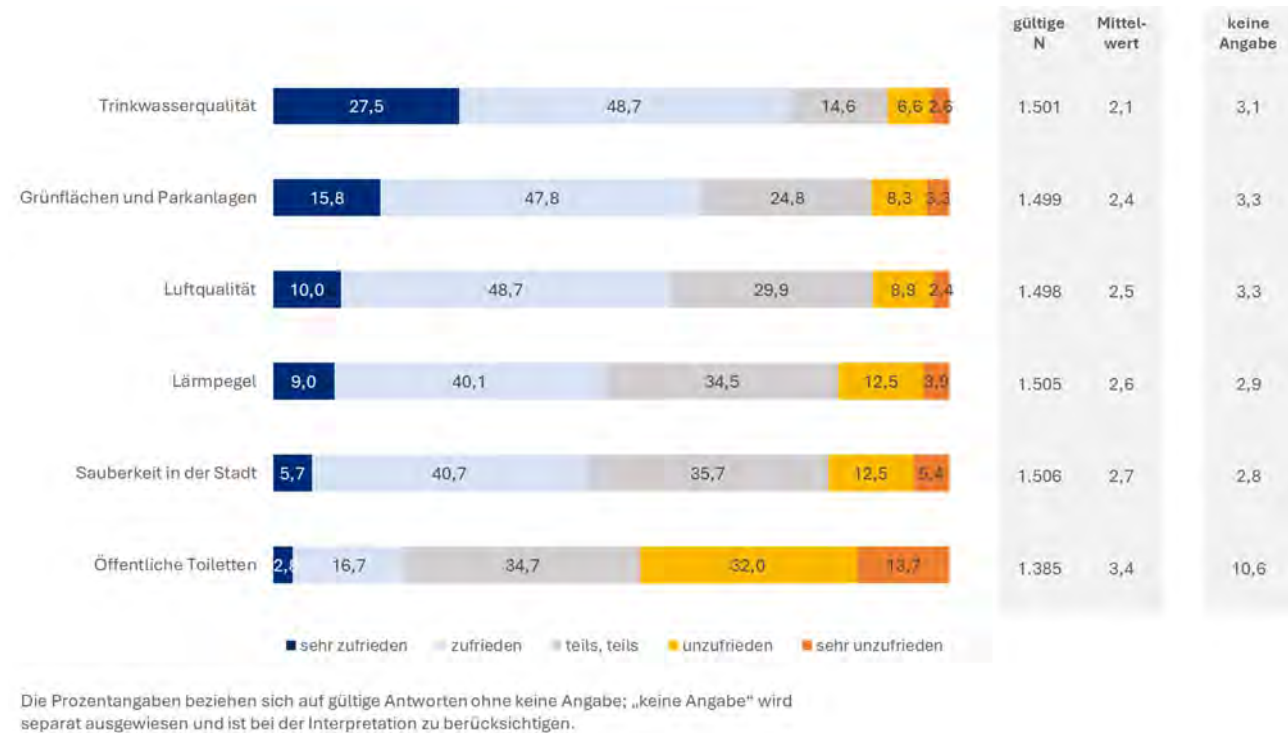
Der Anteil der Befragten ohne Angabe liegt bei 13,4 %.

Fazit

Die Ergebnisse zeigen, dass Pflēgetätigkeiten für einen relevanten Teil der Bevölkerung zum Alltag gehören: Rund jede zehnte Person übernimmt aktuell Verantwortung für die Betreuung oder Pflege von An- oder Zugehörigen. Diese Verantwortung konzentriert sich insbesondere auf das mittlere und höhere Erwachsenenalter ab 45 Jahren. Gleichzeitig wird deutlich, dass Pflēgetätigkeiten häufig mit einer spürbaren Belastung verbunden sind. Rund zwei Drittel der pflegenden Personen (63,4 %) berichten von einer mittleren bis hohen Belastung, was die hohe Relevanz von Unterstützungs- und Entlastungsangeboten unterstreicht. In Bezug auf die eigenen Vorstellungen im Pflegefall zeigt sich ein klares Bild: Die große Mehrheit der Befragten bevorzugt Pflegeformen im häuslichen Umfeld. Sowohl die Unterstützung durch ambulante Dienste als auch durch An- und Zugehörige stehen dabei im Vordergrund, während stationäre Einrichtungen deutlich seltener gewünscht werden.

9 Gesundheitsversorgung und Lebensqualität in Jena

Abb. 49: Zufriedenheit mit verschiedenen Umweltaspekten in Jena



Die Zufriedenheit mit ausgewählten Umweltaspekten in Jena wurde für mehrere zentrale Bereiche differenziert erhoben, um ein umfassendes Bild der wahrgenommenen Umweltqualität zu erhalten.

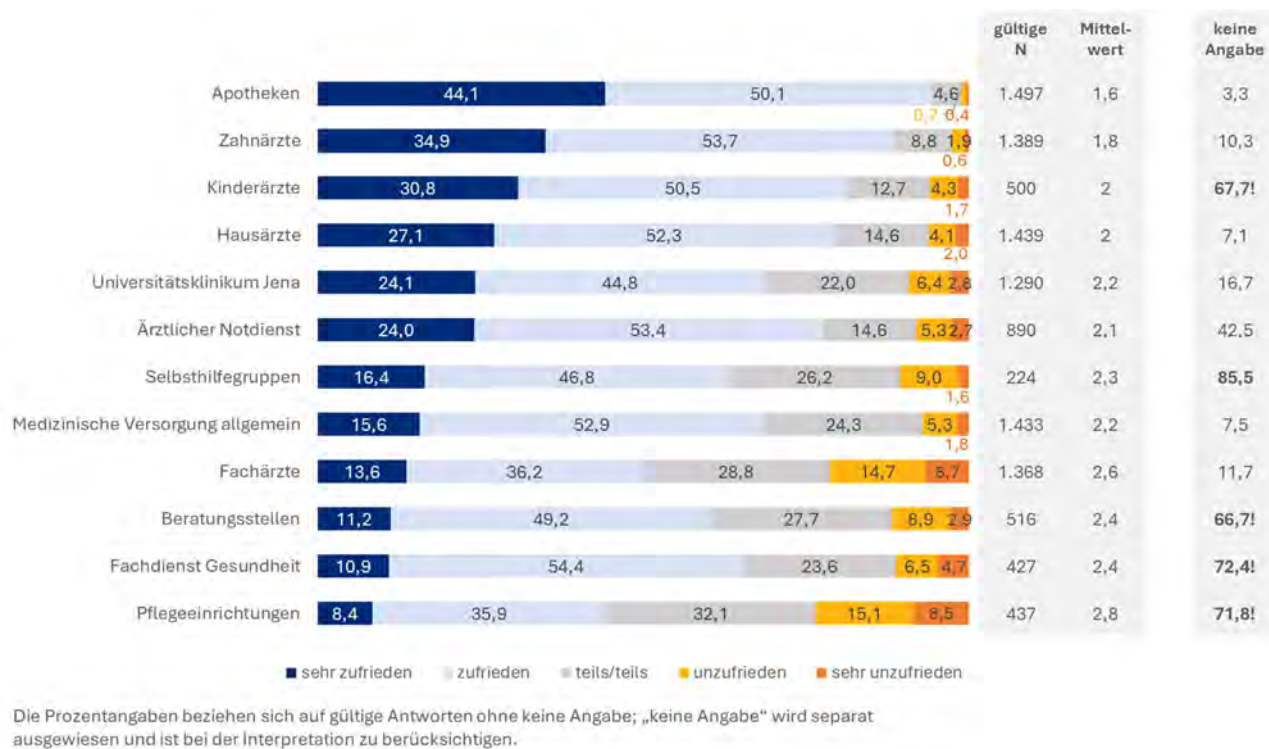
Die Ergebnisse werden in der Abbildung 49 als Prozentverteilungen dargestellt, wobei sich die Prozentwerte jeweils auf die gültigen Antworten beziehen und somit pro Umweltaspekt zu 100 % aufsummieren. Die Kategorie „keine Angabe“ wird nicht in die Prozentverteilung einbezogen, jedoch separat ausgewiesen. Dieses Vorgehen stellt sicher, dass ausschließlich tatsächliche Bewertungen berücksichtigt werden, während gleichzeitig transparent bleibt, in welchem Umfang die Befragten einzelne Aspekte nicht beurteilen konnten.

Insgesamt zeigt sich eine überwiegend positive Bewertung der Umweltaspekte in Jena, wobei deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Bereichen bestehen. Besonders positiv wird die Trinkwasserqualität bewertet, gefolgt von den Grünflächen und Parkanlagen sowie der Luftqualität. Diese Bereiche zeichnen sich durch hohe Anteile zufriedener Bewertungen und vergleichsweise gute Mittelwerte aus.

Im mittleren Bereich liegen die Bewertungen für den Lärmpegel sowie die Sauberkeit in der Stadt, die zwar mehrheitlich positiv eingeschätzt werden, jedoch auch einen höheren Anteil mittlerer und kritischer Bewertungen aufweisen. Deutlich kritischer wird hingegen das Angebot an öffentlichen Toiletten beurteilt. Dieser Bereich weist den niedrigsten Zufriedenheitswert sowie die höchsten Anteile an unzufriedenen Bewertungen auf und hebt sich damit klar von

den übrigen Umweltaspekten ab. Die Anteile an „keine Angabe“ sind insgesamt gering, was darauf hindeutet, dass die meisten Umweltaspekte von einem Großteil der Bevölkerung eingeschätzt werden können. Eine Ausnahme bildet das Angebot an öffentlichen Toiletten, bei dem der Anteil fehlender Angaben etwas höher ausfällt.

Abb. 50: Zufriedenheit mit Gesundheitsversorgung in Jena



Die Zufriedenheit mit verschiedenen Bereichen der gesundheitlichen Versorgung in Jena wurde für zwölf verschiedene Versorgungsbereiche differenziert erfasst, um ein umfassendes Bild der wahrgenommenen Versorgungsqualität zu erhalten.

Die Ergebnisse werden als Prozentverteilungen auf Basis der gültigen Antworten dargestellt („keine Angabe“ ist nicht berücksichtigt). Damit beziehen sich die Bewertungen ausschließlich auf Personen, die die jeweiligen Versorgungsangebote kennen oder genutzt haben. Dieses Vorgehen stellt sicher, dass die Einschätzungen auf eigener Erfahrung beruhen und nicht durch fehlende Kenntnis verzerrt werden. Die Zufriedenheit mit der gesundheitlichen Versorgung in Jena fällt insgesamt überwiegend positiv aus, variiert jedoch deutlich zwischen den einzelnen Versorgungsbereichen.

Besonders hohe Zufriedenheitswerte zeigen sich bei den **Apotheken** (M = 1,6) sowie den **Zahnärzten** (M = 1,8) und **Hausärzten** (M = 2,0). Diese Bereiche weisen nicht nur die besten Mittelwerte auf, sondern werden auch von einem Großteil der Befragten bewertet (jeweils über 85 % gültige Antworten). Entsprechend gering sind hier die Anteile an „keine Angabe“, was auf eine breite Nutzung und gute Zugänglichkeit hindeutet. Eine Sonderstellung nehmen die **Kinderärzte** (M = 2,0) ein: Obwohl sie vergleichsweise gut bewertet werden, liegt der Anteil an „keine Angabe“ bei rund zwei Dritteln (67,7 %), da dieser Versorgungsbereich naturgemäß nur

für einen Teil der Bevölkerung relevant ist.

Auch das **Universitätsklinikum Jena** (M = 2,2), die **medizinische Versorgung insgesamt** (M = 2,3) sowie der **ärztliche Notdienst** (M = 2,1) werden insgesamt positiv bewertet. Gleichzeitig zeigt sich in diesen Bereichen eine etwas größere Streuung der Einschätzungen, mit einem höheren Anteil mittlerer und auch kritischer Bewertungen. Beim ärztlichen Notdienst ist zudem der vergleichsweise hohe Anteil an „keine Angabe“ (42,5 %) zu berücksichtigen, was darauf hindeutet, dass viele Befragte diesen Versorgungsbereich nicht aus eigener Erfahrung beurteilen konnten.

Auch **Selbsthilfegruppen** weisen einen sehr hohen Anteil an „keine Angabe“ (85,5 %) auf. Die vorliegenden Bewertungen fallen zwar insgesamt eher positiv aus (M = 2,3), beruhen jedoch auf einer sehr kleinen Fallzahl und sind daher nur eingeschränkt verallgemeinerbar.

Die vergleichsweise niedrigsten Zufriedenheitswerte zeigen sich bei den **Pflegeeinrichtungen** (M = 2,8), gefolgt von den **Fachärzten** (M = 2,7). Ebenfalls darunter liegen die **Beratungsstellen** sowie der **Fachdienst Gesundheit (Gesundheitsamt)** (jeweils M = 2,4).

Während bei den **Fachärzten** die Bewertungen auf einer breiten Nutzung basieren und sich hier ein erhöhter Anteil unzufriedener Einschätzungen zeigt – was auf mögliche Herausforderungen etwa beim Zugang oder bei Wartezeiten hindeuten könnte –, sind die übrigen genannten Bereiche zugleich durch sehr hohe Anteile an „keine Angabe“ gekennzeichnet (zwischen rund 66 % und über 70 %). Dies deutet darauf hin, dass diese Angebote von einem großen Teil der Bevölkerung nicht genutzt oder nicht beurteilt werden können. Die vorliegenden Bewertungen basieren hier folglich auf vergleichsweise kleinen Fallzahlen und sind entsprechend vorsichtig zu interpretieren.

Abb. 51: Was braucht es Ihrer Meinung nach noch, um in Jena gesund leben zu können



Die Auswertung der offenen Nennungen basiert auf einer Mehrfachcodierung, bei der pro Antwort mehrere thematische Kategorien vergeben werden konnten. Der Anteil in „Prozent der Fälle“ beschreibt, wie viele Befragte ein bestimmtes Thema mindestens einmal genannt haben und ermöglicht somit Aussagen über die Verbreitung eines Themas in der Stichprobe. Für die inhaltliche Interpretation wird im Folgenden ausschließlich dieser Anteil herangezogen.

Die offenen Nennungen zeigen insgesamt ein breites Spektrum an Faktoren, die aus Sicht der Befragten die gesundheitlichen Lebensbedingungen in der Stadt beeinflussen. Insgesamt wurden 1.175 Nennungen codiert, wobei Mehrfachnennungen möglich waren (durchschnittlich 1,57 Nennungen pro Person). Die Ergebnisse zeigen, dass Gesundheit überwiegend im Zusammenhang mit strukturellen und umweltbezogenen Rahmenbedingungen verstanden wird.

Am häufigsten wurden Aspekte der **Infrastruktur und Mobilität** genannt (35,0 % der Fälle). Die Nennungen im Bereich Infrastruktur und Mobilität beziehen sich überwiegend auf die Gestaltung des Verkehrsraums und dessen Auswirkungen auf Sicherheit, Erreichbarkeit und Umweltbelastung. Im Vordergrund stehen der Ausbau und die Verbesserung von Rad- und Fußwegen sowie der Wunsch nach einem leistungsfähigen und bezahlbaren öffentlichen Nahverkehr. Darüber hinaus werden Maßnahmen zur Reduzierung des motorisierten Individualverkehrs, insbesondere in der Innenstadt, häufig genannt. Insgesamt zeigen die Nennungen, dass Mobilität stark mit gesundheitlicher Lebensqualität verknüpft wird, insbesondere im Hinblick auf Sicherheit, Luftqualität und Stressbelastung.

Ebenfalls häufig thematisiert wurde die **Gesundheitsversorgung** (29,8 % der Fälle). Die Nennungen beziehen sich überwiegend auf strukturelle Zugangsprobleme. Im Vordergrund stehen insbesondere der Mangel an Fachärztinnen und Fachärzten sowie lange Wartezeiten und eingeschränkte Erreichbarkeit von Facharztpraxen. Darüber hinaus wird häufig auf Defizite in der psychischen Versorgung hingewiesen, insbesondere auf fehlende Therapieplätze. Spezifische Versorgungslücken werden unter anderem bei einzelnen Fachrichtungen wie Dermatologie oder Gynäkologie genannt. Die hausärztliche Versorgung wird demgegenüber vergleichsweise selten thematisiert, was darauf hindeutet, dass die wahrgenommenen Probleme vor allem im spezialisierten medizinischen Bereich liegen.

Ein weiterer zentraler Themenbereich ist **Umwelt, Natur und Stadtgestaltung** (29,7 % der Fälle). Die Nennungen in dieser Kategorie konzentrieren sich auf die Qualität der physischen Umwelt und deren Einfluss auf das Wohlbefinden. Besonders häufig werden Luftqualität, Lärmbelastung sowie der Mangel an Grünflächen thematisiert. Darüber hinaus finden sich Hinweise auf die zunehmende Bedeutung von Klimaanpassungsmaßnahmen, etwa durch Begrünung, Verschattung oder Maßnahmen zur Reduktion von Hitze in der Innenstadt. Auch Lärmschutz, insbesondere durch Verkehr oder Bahnlinien, spielt eine zentrale Rolle. Insgesamt wird die Umwelt als unmittelbarer Einflussfaktor auf die Gesundheit wahrgenommen.

Bewegungs- und Sportangebote wurden von 19,0 % der Befragten genannt. Die Nennungen beziehen sich vor allem auf den Zugang zu niedrigschwelligen Bewegungsmöglichkeiten. Häufig genannt werden der Ausbau von Sportangeboten, insbesondere für Kinder und Jugendliche, sowie der Wunsch nach mehr öffentlichen Bewegungsräumen wie Fitnessanlagen

oder Schwimmbädern. Auch die Ausstattung und Verfügbarkeit bestehender Angebote wird thematisiert. Insgesamt wird Bewegung vor allem gesundheitsförderlich verstanden, deren Förderung durch geeignete Infrastruktur und Angebote unterstützt werden sollte.

Soziale Angebote und Gemeinschaft werden von 16,4 % der Befragten thematisiert. Diese Kategorie umfasst vor allem Aspekte der sozialen Infrastruktur und alltagsnahen Versorgung. Die Nennungen beziehen sich häufig auf Angebote für Familien, Kinder oder andere spezifische Zielgruppen sowie auf Begegnungsorte und Möglichkeiten des sozialen Austauschs. Darüber hinaus werden konkrete infrastrukturelle Bedarfe wie öffentliche Toiletten, Sitzgelegenheiten oder Trinkwasserspender genannt. Insgesamt wird deutlich, dass soziale Teilhabe und eine funktionierende Alltagsinfrastruktur als wichtige Voraussetzungen für Gesundheit und Lebensqualität wahrgenommen werden.

Die Kategorien **Sicherheit und Lebensqualität** (6,8 % der Fälle), **Beratung und Information** (6,0 % der Fälle) sowie **Ernährung und Lebensmittel** (5,9 % der Fälle) wurden vergleichsweise seltener genannt. Im Bereich Sicherheit stehen Aspekte wie Sauberkeit, Ordnung und Rücksichtnahme im Vordergrund („Mehr Rücksichtnahme“, „Mehr Mülleimer“). Prävention umfasst insbesondere Gesundheitskurse, Aufklärung und Verhaltensregulation („Mehr Präventionskurse“, „Strengere Rauchregelungen“). Unter Ernährung fallen Aspekte wie der Zugang zu gesunden und bezahlbaren Lebensmitteln („Mehr bezahlbares Bioessen“, „Bessere Trinkwasserqualität“).

Noch seltener werden **Wohnen und Lebensbedingungen** (3,3 % der Fälle) sowie **Sonstiges** (4,5 % der Fälle) genannt. Im Bereich Wohnen stehen vor allem bezahlbarer Wohnraum, Wohnqualität und Belastungen im Wohnumfeld im Fokus.

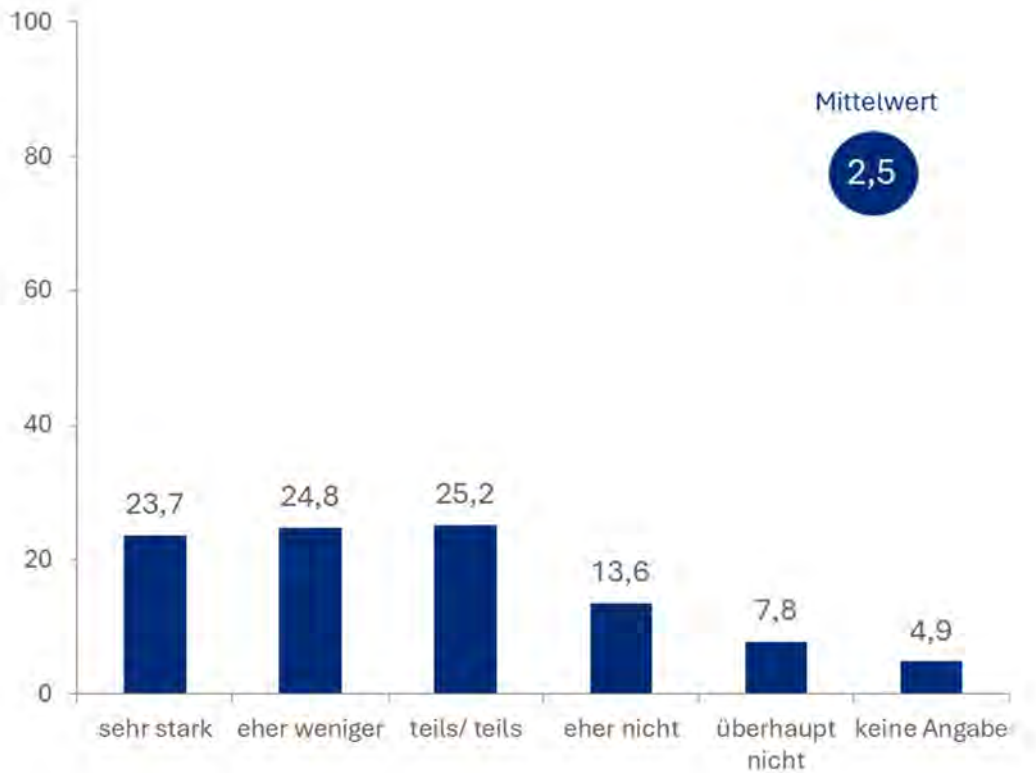
Insgesamt zeigt sich, dass die Befragten Gesundheit vor allem als Ergebnis struktureller und umweltbezogener Bedingungen verstehen. Besonders relevant sind dabei Mobilität, Gesundheitsversorgung und Umweltfaktoren. Aspekte des individuellen Gesundheitsverhaltens (z.B. gesundes Essverhalten) treten demgegenüber in den Hintergrund.

Fazit

Die gesundheitliche Versorgung in Jena wird insgesamt positiv bewertet. Unterschiede zeigen sich jedoch zwischen einzelnen Versorgungsbereichen, insbesondere im Zugang zu Fachärzten und spezialisierten Angeboten.

10 Hitze und Klima

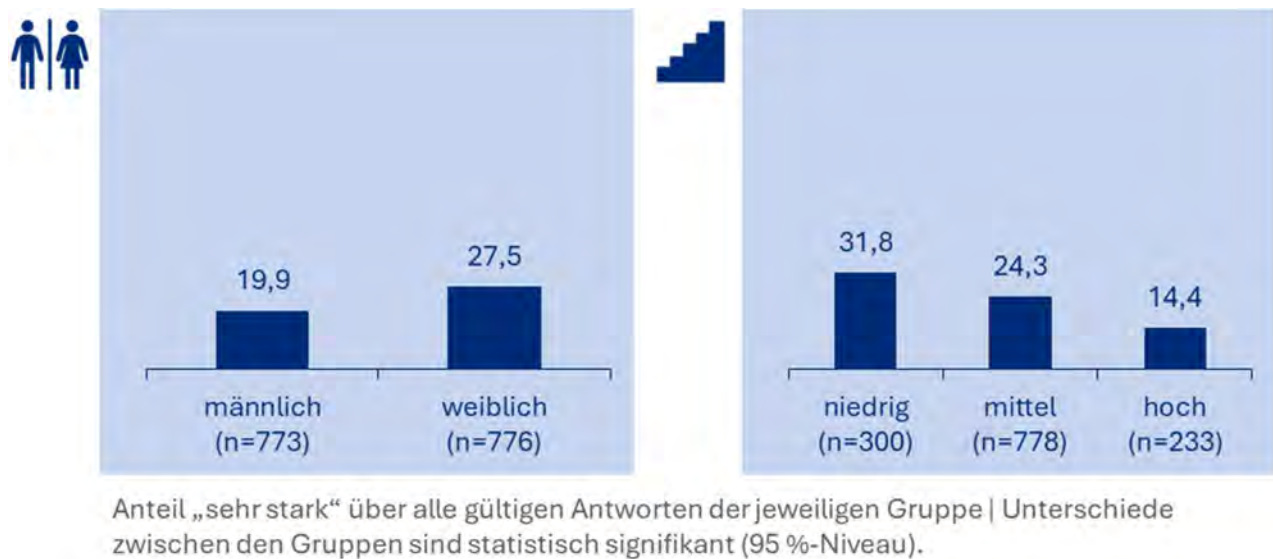
Abb. 52: Beeinträchtigungen durch sommerliche Hitze allgemein



in Prozent aller Befragten | N=1.549; Mittelwert auf Basis der gültigen N

Die Befragten wurden gebeten anzugeben, wie stark sie sich insgesamt durch anhaltende sommerliche Hitze beeinträchtigt fühlen. Die Ergebnisse zeigen, dass Hitze für einen erheblichen Teil der Bevölkerung eine spürbare Belastung darstellt: 23,7 % der Befragten fühlen sich sehr stark beeinträchtigt, gefolgt von 24,8 %, die sich eher wenig beeinträchtigt fühlen. Weitere 25,2 % geben eine mittlere Beeinträchtigung („teils/teils“) an. Demgegenüber berichten 21,4 % (eher nicht bzw. überhaupt nicht), kaum oder keine Beeinträchtigungen wahrzunehmen.

Abb. 53: Beeinträchtigungen durch sommerliche Hitze nach soziodemografischen Merkmalen (nur Antwort „stark belastet“ vergleichend dargestellt)

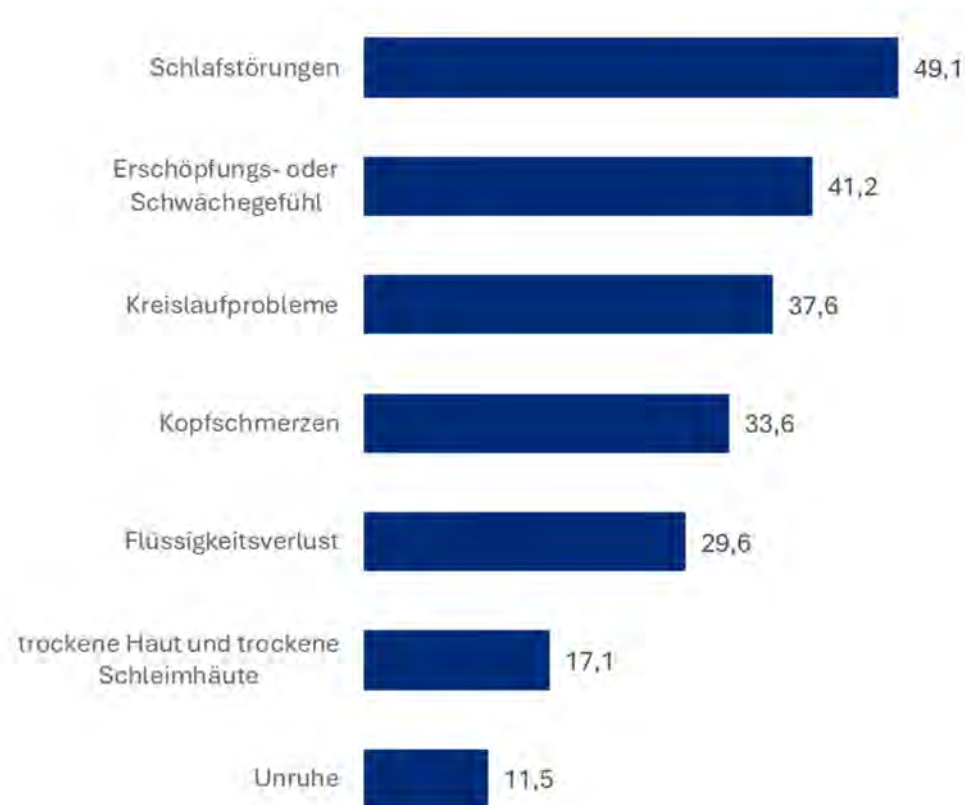


Die Abbildung 53 zeigt den Anteil der Befragten, die sich durch sommerliche Hitze „sehr stark“ belastet fühlen, differenziert nach ausgewählten soziodemografischen Merkmalen. Die dargestellten Unterschiede sind statistisch signifikant (95 %-Niveau). Nach Alter und Sozialraum gibt es keine signifikanten Unterschiede.

Insgesamt zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Frauen berichten deutlich häufiger von einer sehr starken Hitzebelastung als Männer. Während 27,5 % der Frauen angeben, sich „sehr stark“ belastet zu fühlen, liegt der Anteil bei den Männern bei 19,9 %.

Auch nach sozioökonomischem Status zeigt sich ein klarer Zusammenhang. Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status berichten am häufigsten von einer sehr starken Belastung durch sommerliche Hitze (31,8 %). Mit steigendem sozioökonomischem Status nimmt der Anteil deutlich ab: In der mittleren Statusgruppe liegt er bei 24,3 %, in der hohen Statusgruppe bei 14,4 %.

Abb. 54: Hitzebedingte Beschwerden



in Prozent der Befragten | N=1.549 ; Mehrfachnennungen möglich

Neben der allgemeinen Einschätzung der Hitzebelastung wurden die Befragten auch zu konkreten hitzebedingten Beschwerden befragt. Insgesamt zeigt sich, dass ein erheblicher Teil der Bevölkerung von gesundheitlichen Auswirkungen sommerlicher Hitze betroffen ist.

Am häufigsten werden Schlafstörungen genannt: Knapp die Hälfte der Befragten (49,1 %) berichtet, davon betroffen zu sein. Ebenfalls weit verbreitet sind Erschöpfungs- oder Schwächegefühle (41,2 %) sowie Kreislaufprobleme (37,6 %). Rund ein Drittel der Befragten gibt zudem an, bei Hitze unter Kopfschmerzen zu leiden (33,6 %), und knapp ein Drittel berichtet von Flüssigkeitsverlust (29,6 %). Weniger häufig, aber dennoch relevant sind Beschwerden wie trockene Haut und Schleimhäute (17,1 %) sowie Unruhe (11,5 %).

Tab. 7: Hitzebedingte Beschwerden – signifikante Unterschiede nach Altersgruppen

Beschwerden	Gesamt (n=1.549)	18-29 J. (n=342)	30-44 J. (n=384)	45-64 J. (n=416)	65-79 J. (n=255)	80+ J. (n=152)
Schlafstörungen	49,1	56,1	49,0	48,6	50,8	32,4
Flüssigkeitsverlust	29,6	40,6	32,1	25,7	23,0	19,9
Kopfschmerzen	33,6	54,7	40,5	29,1	16,0	10,8
Erschöpfung	41,2	54,7	42,5	37,8	33,8	29,5
Kreislaufprobleme	37,6	43,4	35,3	34,4	35,2	42,6
Trockene Haut	17,1	20,4	12,5	14,0	19,7	24,9
Unruhe	11,5	19,2	12,5	7,5	5,7	12,0

Die deskriptiven Ergebnisse zeigen deutliche Unterschiede in hitzebedingten Beschwerden zwischen den Altersgruppen, die durch die inferenzstatistischen Analysen weitgehend bestätigt werden. Für alle betrachteten Beschwerden ergeben sich signifikante Altersunterschiede, was die zentrale Bedeutung des Alters als Einflussfaktor unterstreicht.

Besonders auffällig ist, dass jüngere Befragte (18–29 Jahre) bei nahezu allen Beschwerden überdurchschnittlich hohe selbstberichtete Prävalenzen aufweisen. Dies gilt insbesondere für Kopfschmerzen (54,7 %), Erschöpfung (54,7 %) und Unruhe (19,2 %), aber auch für Flüssigkeitsverlust und Schlafstörungen, bei denen die Werte deutlich über dem Gesamtdurchschnitt liegen. Mit zunehmendem Alter zeigt sich bei vielen Beschwerden ein klarer Rückgang. Dieser Trend ist besonders ausgeprägt bei Kopfschmerzen, die von 54,7 % (18–29 Jahre) auf 10,8 % (80+ Jahre) deutlich abnehmen, sowie bei Erschöpfung und Unruhe. Ein abweichendes Muster zeigt sich hingegen bei Kreislaufproblemen und trockener Haut: Diese Beschwerden treten in den höheren Altersgruppen teilweise häufiger auf, wobei insbesondere bei den über 80-Jährigen wieder höhere Anteile zu beobachten sind.

Tab. 8: Hitzebedingte Beschwerden – signifikante Unterschiede nach Geschlecht

Beschwerden	Gesamt (n=1.549)	Männlich (n=773)	Weiblich (n=776)
Flüssigkeitsverlust	29,6	33,6	25,6
Kopfschmerzen	33,6	25,9	41,3
Erschöpfung	41,2	35,4	47,1
Kreislaufprobleme	37,6	26,2	48,9

Auch nach Geschlecht zeigen sich signifikante Unterschiede bei ausgewählten hitzebedingten Beschwerden. Frauen berichten deutlich häufiger von Kopfschmerzen (41,3 % vs. 25,9 %), Erschöpfung (47,1 % vs. 35,4 %) und insbesondere von Kreislaufproblemen (48,9 % vs. 26,2 %) als Männer. Eine Ausnahme bildet der Flüssigkeitsverlust, der signifikant häufiger von Männern angegeben wird (33,6 % vs. 25,6 %).

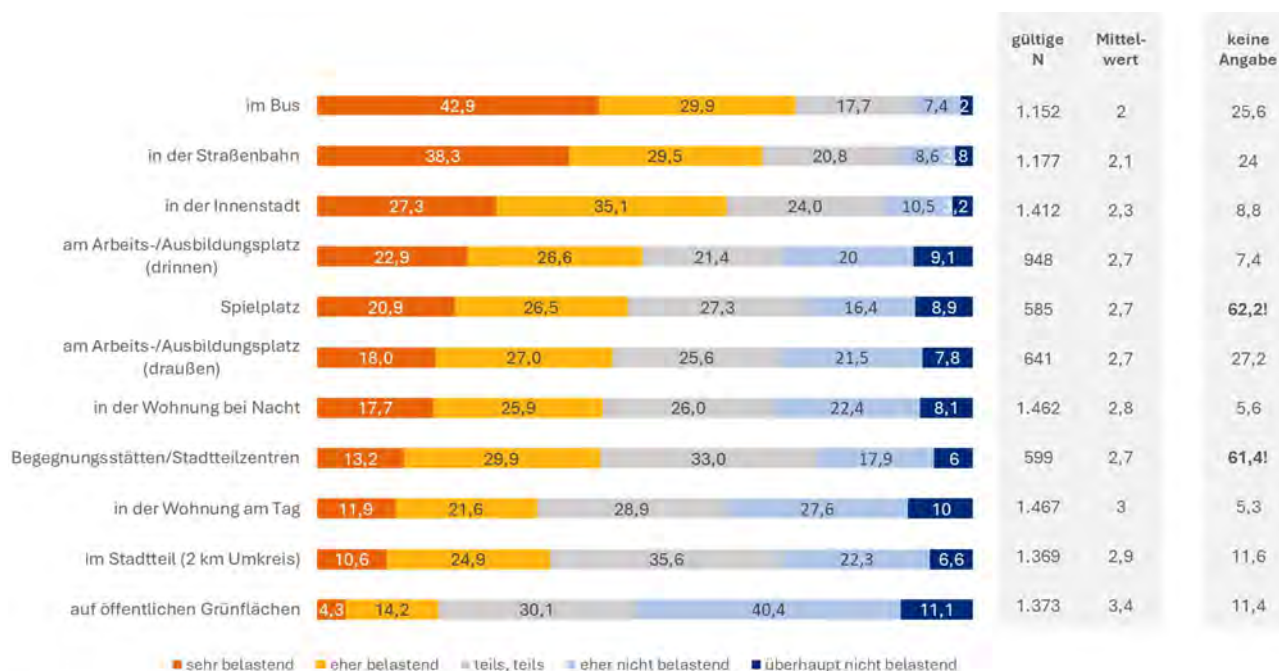
Tab. 9: Hitzebedingte Beschwerden – signifikante Unterschiede nach SES

Beschwerden	Gesamt (n=1.549)	niedriger SES (n=300)	mittlerer SES (n=778)	hoher SES (n=233)
Erschöpfung	41,2	47,8	43,9	36,5
Kreislaufprobleme	37,6	46,8	39,0	29,0
Trockene Haut	17,1	23,8	17,0	11,5
Unruhe	11,5	15,8	11,3	8,7

Auch nach sozioökonomischem Status zeigen sich signifikante Unterschiede in ausgewählten hitzebedingten Beschwerden: Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status berichten durchgängig häufiger von Beschwerden als Personen mit hohem Status. Besonders ausgeprägt ist dieser Unterschied bei Kreislaufproblemen (46,8 % vs. 29,0 %) und trockener Haut (23,8 % vs. 11,5 %). Aber auch bei Erschöpfung (47,8 % vs. 36,5 %) und Unruhe (15,8 % vs. 8,7 %) zeigen sich erhöhte Belastungen in den unteren Statusgruppen.

Hinsichtlich des Sozialraums zeigen sich kaum Unterschiede in den hitzebedingten Beschwerden. Insgesamt spielt der Sozialraum damit eine untergeordnete Rolle.

Abb. 55: Hitzebelastung nach Orten



Die Prozentangaben beziehen sich auf gültige Antworten ohne „keine Angabe“; „keine Angabe“ wird separat ausgewiesen und ist bei der Interpretation zu berücksichtigen.

Die Ergebnisse zeigen deutliche Unterschiede in der wahrgenommenen Hitzebelastung je nach Aufenthaltsort. Besonders stark belastend werden Situationen im öffentlichen Nahverkehr wahrgenommen: Im Bus (42,9 % sehr belastend; Mittelwert 2,0) und in der Straßenbahn (38,3 %; Mittelwert 2,1) berichten die Befragten am häufigsten von hoher Belastung. Auch die Innenstadt wird vergleichsweise stark belastend eingeschätzt (Mittelwert 2,3). Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Mittelwerte auf einer Skala von 1 = „sehr belastend“ bis 5 = „überhaupt nicht belastend“ beruhen, sodass niedrigere Werte eine höhere Belastung anzeigen.

Demgegenüber werden Grünflächen deutlich weniger belastend wahrgenommen. Hier liegt der Mittelwert bei 3,4, und ein großer Anteil der Befragten gibt an, sich dort eher oder überhaupt nicht belastet zu fühlen. Auch das direkte Wohnumfeld (Stadtteil) wird im Vergleich moderat bewertet (Mittelwert 2,9).

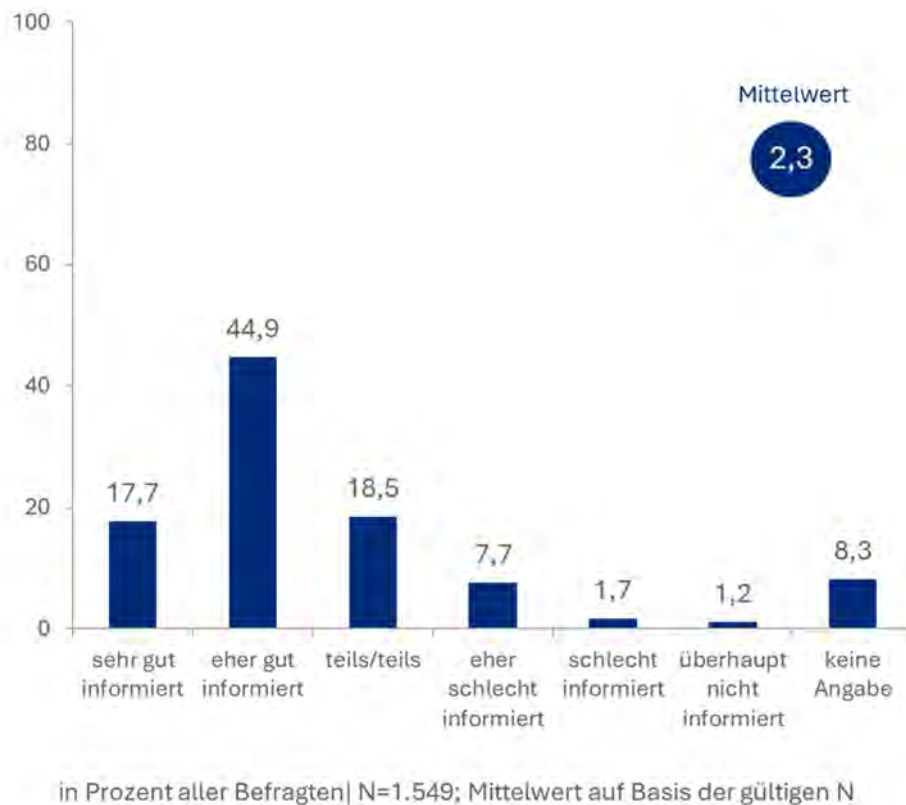
Für die Wohnung zeigt sich ein differenziertes Bild: Während die Belastung am Tag etwas höher eingeschätzt wird (Mittelwert 3,0), fällt sie nachts geringer aus (Mittelwert 2,8).

Bei den Angaben zum Arbeits- bzw. Ausbildungsplatz ist zu beachten, dass diese nur von erwerbstätigen Personen stammen. Hier zeigen sich mittlere Belastungswerte (jeweils Mittelwert 2,7), wobei die fehlenden Angaben insbesondere für Tätigkeiten im Außenbereich sehr hoch sind (27,2 %), was die Interpretierbarkeit einschränkt.

Auffällig sind zudem die hohen Anteile fehlender Angaben bei einzelnen Aufenthaltsorten, insbesondere bei Begegnungsstätten/Stadtteilzentren und Spielplätzen (über 60 %). Dies deutet darauf hin, dass viele Befragte diese Orte nicht regelmäßig nutzen und daher keine Einschätzung abgeben konnten.

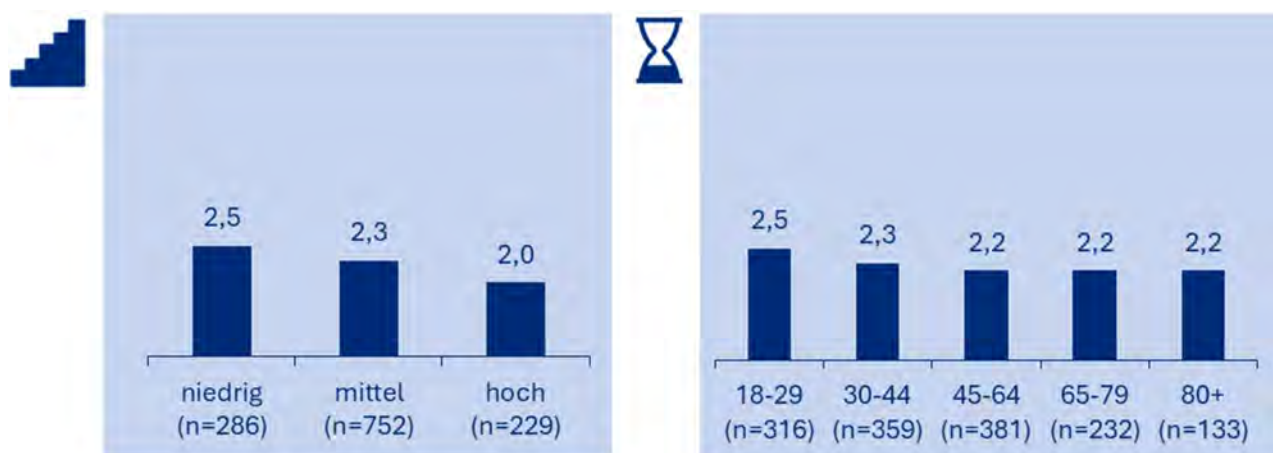
Die Befragten wurden zudem danach gefragt, wie gut sie sich über Hitze und deren gesundheitliche Folgen informiert fühlen.

Abb. 56: Grad der Informiertheit



Insgesamt zeigt sich ein überwiegend positives Bild: Rund zwei Drittel der Befragten schätzen sich als gut informiert ein (17,7 % sehr gut, 44,9 % eher gut). Weitere 18,5 % fühlen sich teilweise informiert. Demgegenüber geben 10,6 % an, eher schlecht, schlecht oder überhaupt nicht informiert zu sein. Auch der Mittelwert von 2,3 (auf einer Skala von 1 = sehr gut informiert bis 5 = überhaupt nicht informiert) weist insgesamt auf eine gute Informiertheit hin.

Abb. 57: Grad der Informiertheit nach soziodemografischen Merkmalen



Mittelwerte auf einer Skala von 1=sehr gut bis 5=überhaupt nicht über alle gültigen Antworten der jeweiligen Gruppe | Unterschiede statistisch signifikant (95 %-Niveau).

Deutlichere Unterschiede zeigen sich nach Alter und sozioökonomischem Status. Jüngere Befragte fühlen sich im Durchschnitt etwas schlechter informiert als Ältere, was sich auch in den Mittelwerten widerspiegelt, auch wenn die Unterschiede insgesamt moderat ausfallen (Abb. 57).

Besonders deutlich ist der Zusammenhang mit dem sozioökonomischen Status: Personen mit hohem SES weisen die niedrigsten Mittelwerte auf und fühlen sich somit am besten informiert, während Personen mit niedrigem SES höhere Mittelwerte und damit eine geringere Informiertheit aufweisen.

Fazit:

Sommerliche Hitze stellt für einen relevanten Teil der Bevölkerung eine spürbare Belastung dar, wobei insbesondere jüngere Personen häufiger von Beschwerden berichten. Alter erweist sich insgesamt als stärkster Einflussfaktor, während der sozioökonomische Status einen moderaten sozialen Gradient aufzeigt und der Sozialraum nur eine untergeordnete Rolle spielt. Frauen sind bei mehreren Beschwerden stärker betroffen als Männer, insbesondere bei Kreislaufproblemen, Kopfschmerzen und Erschöpfung. Die wahrgenommene Hitzebelastung variiert zudem deutlich nach Aufenthaltsort und ist besonders im öffentlichen Nahverkehr sowie in der Innenstadt hoch, während Grünflächen als deutlich entlastender wahrgenommen werden. Gleichzeitig fühlt sich die Mehrheit der Befragten gut über Hitze und deren gesundheitliche Folgen informiert, wobei sich auch hier Unterschiede nach Alter und sozioökonomischem Status zeigen. Die Folgen des Klimawandels verstärken die soziale Ungleichheit. Die Stadt sollte sich daher mit Fragen der Klimagerechtigkeit auseinandersetzen.

Anhang

Datenaufbereitung

Im Anschluss an die Datenerhebung wurde der Datensatz einer systematischen Bereinigung und Plausibilitätsprüfung unterzogen. Im Rahmen der Plausibilitätsprüfung wurden Abweichungen zwischen den Stichprobendaten (Strata-Daten) und den im Fragebogen gemachten Angaben festgestellt. Diese betrafen die Merkmale Alter, Geschlecht und Sozialraum. Abhängig vom Ausmaß und der Kombination dieser Abweichungen wurde unterschiedlich mit den Fällen verfahren.

Fälle, bei denen Unterschiede in den Merkmalen Alter, Geschlecht oder Sozialraum zwischen Stichprobendaten und Befragungsangaben vorlagen, wurden von der Auswertung ausgeschlossen (n = 71). In diesen Fällen wurde mit hoher Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen, dass der Fragebogen nicht von der ursprünglich angeschriebenen Person, sondern von einer anderen Person ausgefüllt wurde.

Im Unterschied dazu wurden Fälle mit partiellen oder plausibel erklärbaren Abweichungen nicht ausgeschlossen, sondern nach definierten Regeln geprüft und – sofern erforderlich – angepasst. Da die Ursachen dieser Diskrepanzen nicht eindeutig nachvollzogen werden konnten, wurde ein differenziertes Vorgehen gewählt, das sowohl die Datenqualität sichert als auch unnötige Fallverluste vermeidet. Unter der Voraussetzung, dass es keine weiteren Merkmalsunterschiede gab, wurden im Datensatz folgende Fälle belassen:

- Fälle mit geringfügigen Abweichungen im Alter, d.h. ± 1 Jahr Abweichung hinsichtlich Unter- bzw. Obergrenze der Altersgruppe (n = 14). In den Stichprobendaten lagen keine exakten Altersangaben oder Geburtsjahre vor, sondern lediglich eine Zuordnung zu Altersgruppen zum Zeitpunkt der Stichprobenziehung. Es ist daher möglich, dass Befragte während der Feldzeit einen Altersgruppenwechsel durch einen Geburtstag vollzogen haben und sich daraus abweichende Angaben ergeben. Vor diesem Hintergrund wurden Abweichungen von bis zu einem Jahr als plausibel eingestuft und akzeptiert.
- Fälle mit Abweichungen ausschließlich im Sozialraum bei übereinstimmenden Angaben zu Alter und Geschlecht (n = 58). Hier wurde davon ausgegangen, dass es sich vermutlich um eine fehlerhafte Zuordnung oder unterschiedliche Interpretation der Sozialraumabgrenzung handelt. In diesen Fällen wurden für die Gewichtung und Auswertung die Angaben aus der Stichprobe übernommen, da diese als verlässlicher gelten.
- Fälle ohne Angaben zu zentralen Strukturmerkmalen, bei denen auf die entsprechenden Informationen aus der Stichprobe zurückgegriffen wurde (n = 73). Dieses Vorgehen ermöglicht es, fehlende Angaben zu ergänzen und die Fälle weiterhin in die Analysen einzubeziehen, ohne zusätzliche Verzerrungen zu erzeugen.
- Fälle mit der Angabe „divers“ beim Geschlecht (n = 4). Hier wurden die im Fragebogen gemachten Angaben übernommen, da davon ausgegangen werden kann, dass es sich um eine bewusste und valide Selbstauskunft der teilnehmenden Person handelt. Auf eine Anpassung anhand der Stichprobendaten wurde in diesen Fällen verzichtet, um die Selbstzuordnung angemessen zu berücksichtigen und eine konsistente Weiterverarbeitung im Datensatz zu gewährleisten.

Dieses Vorgehen stellt eine methodisch fundierte Abwägung zwischen Datenqualität und Fallzahlstabilität dar. Während eindeutig nicht valide Fälle konsequent ausgeschlossen wurden, konnten plausibilisierbare Abweichungen unter klar definierten Annahmen korrigiert werden.

Nach Abschluss der Bereinigung verblieben 1.549 Fälle im auswertbaren Datensatz, wovon sich 146 Fälle den zuvor vier genannten Kriterien zuordnen lassen. Bei 131 Fällen wurden die Angaben der Teilnehmenden teilweise mit den Daten aus der Stichprobe überschrieben, siehe Punkt 2 und 3.

Gewichtung

Zur Sicherstellung der Repräsentativität der Ergebnisse wurde eine Gewichtung der Daten vorgenommen. Die Gewichtungsfaktoren wurden auf Basis der ursprünglichen Stichprobe (N = 10.000) berechnet. Nach der Datenbereinigung wurde die Verteilung der auswertbaren Fälle mit den Strukturdaten der Stichprobe abgeglichen und entsprechende Gewichtungsfaktoren ermittelt. Die Gewichtung erfolgte anhand der Merkmale **Alter, Geschlecht und Sozialraum**.

Grundsätzlich wurden für die Gewichtung die im Fragebogen erhobenen Angaben der Teilnehmenden verwendet. Fehlten diese Angaben, wurde auf die entsprechenden Informationen aus der Stichprobe zurückgegriffen.

Eine Besonderheit ergab sich für Fälle, in denen Alter und Geschlecht mit den Stichprobendaten übereinstimmten, jedoch Abweichungen im Sozialraum vorlagen. In diesen Fällen wurde der Sozialraum auf Basis der Stichprobendaten gesetzt, da davon ausgegangen wurde, dass es sich um fehlerhafte Selbsteinordnungen handelt. Die Stichprobe umfasste insgesamt **10.000 Personen im Alter von 18 Jahren und älter**. Die Auswahl erfolgte disproportional bzw. geschichtet, um eine möglichst gute Abbildung zentraler Bevölkerungsmerkmale (Alter, Geschlecht, Sozialraum) sicherzustellen.

Die Verteilung der Gewichtungsfaktoren wurde geprüft, um mögliche Verzerrungen durch sehr hohe oder sehr niedrige Gewichte auszuschließen. Die Gewichtungsfaktoren lagen zwischen 0,02 und 1,98. Der Mittelwert betrug 1,10, der Median 1,00. Die Standardabweichung lag bei 0,36. Insgesamt zeigt sich eine moderate Verteilung der Gewichtungsfaktoren ohne ausgeprägte Extremwerte, sodass nicht von einer übermäßigen Verzerrung einzelner Fälle durch die Gewichtung auszugehen ist.

Nachfolgend sind die Verteilungen der zentralen Gewichtungsmerkmale Geschlecht, Alter und Sozialraum für die ursprüngliche Stichprobe sowie für die ungewichteten und gewichteten Daten dargestellt (Tab. 10 bis 12). Dadurch wird nachvollziehbar, in welchem Umfang die Gewichtung zu einer Anpassung der Stichprobenverteilung an die Struktur der Ausgangsstichprobe beigetragen hat.

Tab. 10: Verteilung nach Geschlecht in Stichprobe, ungewichteten und gewichteten Daten

Geschlecht	Stichprobe		Daten ungewichtet		Daten gewichtet	
	Absolut	Relativ	Absolut	Relativ	Absolut	Relativ
Männlich	4.989	49,9	743	48,0	773	49,9
Weiblich	5.011	50,1	802	51,8	776	50,1
Divers ¹⁵	0		4	0,3		
Gesamt	10.000	100,0	1.549	100,0	1.549	100,0

Hinweis zu Tab. 10 bis 12: Die Zahlenangaben wurden zur besseren Lesbarkeit gerundet. Dadurch kann es zu geringfügigen Abweichungen kommen, sodass die gerundeten Werte nicht in allen Fällen exakt die Gesamtsumme ergeben.

Tab. 11: Altersverteilung in Stichprobe, ungewichteten und gewichteten Daten

Alter	Stichprobe		Daten ungewichtet		Daten gewichtet	
	Absolut	Relativ	Absolut	Relativ	Absolut	Relativ
18 bis unter 30 Jahre	2.205	22,1	237	15,3	342	22,1
30 bis unter 45 Jahre	2.481	24,8	374	24,1	384	24,8
45 bis unter 65 Jahre	2.687	26,9	492	31,8	416	26,9
65 bis unter 80 Jahre	1.643	16,4	342	22,1	255	16,4
80 Jahre und älter	984	9,8	104	6,7	152	9,8
Gesamt	10.000	100,0	1.549	100,0	1.549	100,0

Tab. 12: Verteilung nach Sozialraum in Stichprobe, ungewichteten und gewichteten Daten

Sozialraum	Stichprobe		Daten ungewichtet		Daten gewichtet	
	Absolut	Relativ	Absolut	Relativ	Absolut	Relativ
Lobeda	2.373	23,7	275	17,8	368	23,7
Nord	1.989	19,9	317	20,5	308	19,9
Ost	1.595	16,0	283	18,3	247	16,0
West/Zentrum	2.550	25,5	458	29,6	395	25,5
Winzerla	1.493	14,9	216	13,9	231	14,9
Gesamt	10.000	100,0	1.549	100,0	1.549	100,0

Ergebnisse der Gewichtung

Die Tabellen 10 bis 12 zeigen die Verteilungen in der Stichprobe sowie in den ungewichteten und gewichteten Daten für die drei Gewichtungsmerkmale Alter, Geschlecht und Sozialraum.

Im Hinblick auf das Geschlecht zeigt sich, dass die Verteilung in den gewichteten Daten exakt an die Ausgangsverteilung angepasst wurde. Während Männer in den ungewichteten Daten leicht unterrepräsentiert sind, wird dieses Ungleichgewicht durch die Gewichtung vollständig ausgeglichen.

¹⁵ Fälle mit der Angabe „divers“ wurden aufgrund der sehr geringen Fallzahl (n = 4) bei der Gewichtung nach Geschlecht nicht berücksichtigt. Dieses Vorgehen war erforderlich, um die Gewichtung durchführen zu können. Aufgrund der geringen Fallzahl ist nicht von einem relevanten Einfluss auf die Ergebnisse auszugehen.

Bezüglich des Alters wird deutlich, dass jüngere Altersgruppen – insbesondere die 18- bis unter 30-Jährigen – in den ungewichteten Daten unterrepräsentiert sind. Demgegenüber sind mittlere und ältere Altersgruppen, insbesondere Personen zwischen 45 und unter 80 Jahren, überrepräsentiert. Dieses Muster entspricht den typischen Teilnahmeverzerrungen in Bevölkerungsbefragungen. Durch die Gewichtung wird die Altersverteilung an die Struktur der Stichprobe angepasst. Hervorzuheben ist, dass die Altersgruppe der 80-Jährigen und Älteren in der vorliegenden Befragung berücksichtigt ist, nachdem sie in früheren Erhebungen der Stadt häufig nicht einbezogen wurde. Die Aufnahme dieser Altersgruppe erfolgte bewusst aufgrund ihrer hohen Relevanz für die Themen der Gesundheitsberichterstattung. Gleichzeitig fällt der Rücklauf in dieser Altersgruppe vergleichsweise gering aus. Dies ist jedoch plausibel erklärbar: Zum einen wurde die Befragung primär als Onlineerhebung durchgeführt, was trotz der Möglichkeit, einen Papierfragebogen anzufordern, mit Zugangshürden für hochaltrige Personen verbunden sein kann. Zum anderen ist in dieser Altersgruppe vermehrt mit gesundheitlichen Einschränkungen zu rechnen, die eine Teilnahme erschweren oder verhindern können.

Die vergleichsweise geringe Beteiligung dieser Altersgruppe wirkt sich zugleich dämpfend auf den Gesamtrücklauf der Erhebung aus.

Im Sozialraumvergleich zeigt sich ebenfalls ein differenziertes Bild: Der Sozialraum Lobeda ist in den ungewichteten Daten unterrepräsentiert, während insbesondere der Sozialraum West/Zentrum eine Überrepräsentation aufweist.

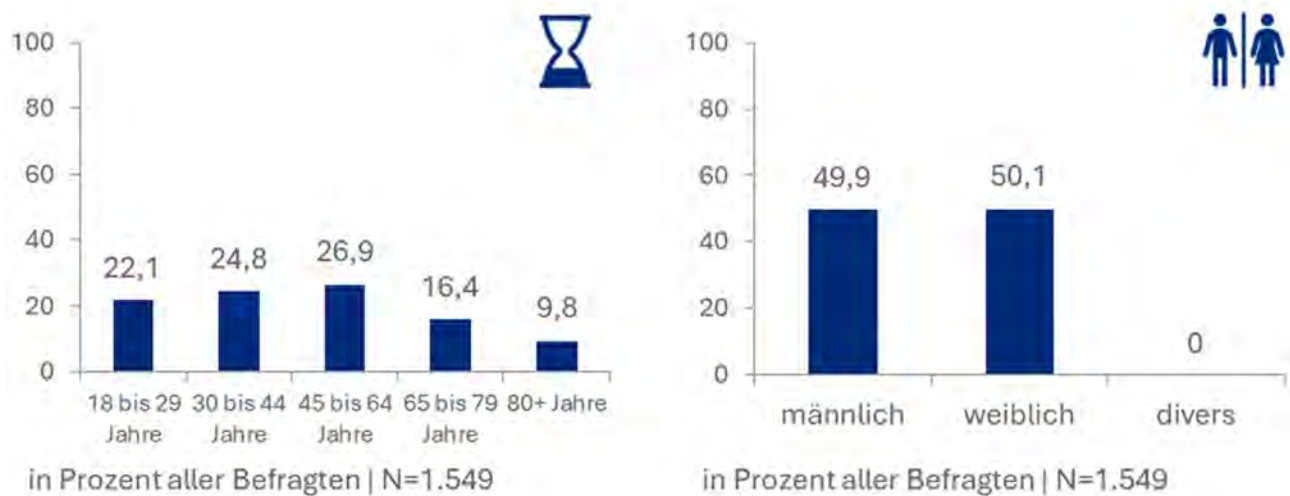
Insgesamt gelingt es durch die angewandte Gewichtung, die Verteilungen der zentralen Strukturmerkmale (Alter, Geschlecht und Sozialraum) an die ursprüngliche Stichprobenstruktur anzupassen. Damit wird eine verbesserte Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die Zielpopulation der erwachsenen Wohnbevölkerung Jenas erreicht.

Beschreibung der Daten

Zur Beschreibung der Stichprobe werden zentrale soziodemografische Merkmale herangezogen, die im Fragebogen erhoben wurden. Im Fokus stehen dabei die Variablen Alter, Geschlecht und Sozialraum, die zugleich als zentrale Strukturmerkmale für die Auswertung und Gewichtung der Daten dienen. Die dargestellten Verteilungen basieren auf den gewichteten Daten und entsprechen damit der Struktur der erwachsenen Wohnbevölkerung der Stadt Jena.

Ergänzend zu den erhobenen Daten wurde ein Indikator zum sozioökonomischen Status gebildet, in den Informationen zu Bildung, Erwerbsstatus und Einkommen einfließen. Ziel dieser Zusammenfassung ist es, soziale Unterschiede in der gesundheitlichen Lage differenzierter abbilden zu können. Nähere Informationen zur Operationalisierung des sozioökonomischen Status (SES) erfolgen in diesem Kapitel an späterer Stelle.

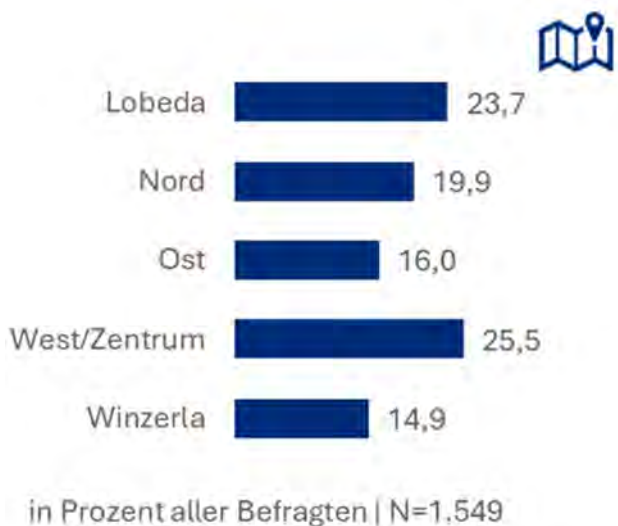
Abb. 58: Alters- und Geschlechterverteilung der Befragten



Hinsichtlich des Geschlechts zeigt sich eine nahezu ausgeglichene Verteilung mit 49,9 % männlichen und 50,1 % weiblichen Befragten.

Die Altersverteilung umfasst alle relevanten Altersgruppen. Der größte Anteil entfällt auf die 45- bis unter 65-Jährigen (26,9 %), gefolgt von den 30- bis unter 45-Jährigen (24,8 %) und den 18- bis unter 30-Jährigen (22,1 %). Die älteren Altersgruppen sind mit 16,4 % (65 bis unter 80 Jahre) bzw. 9,8 % (80 Jahre und älter) vertreten.

Abb. 59: Verteilung der Befragten nach Sozialraum



Neben Altersgruppen und Geschlecht stellt die gewichtete Stichprobe auch die Verteilung der Sozialräume der Stadt Jena repräsentativ dar. Die größten Anteile entfallen auf West/Zentrum (25,5 %) und Lobeda (23,7 %), gefolgt von Nord (19,9 %), Ost (16,0 %) und Winzerla (14,9 %).

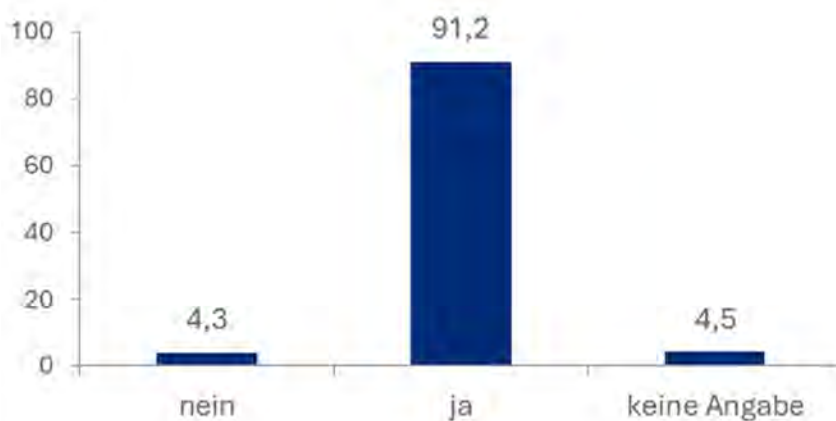
Abb. 60: Familienstand der Befragten



in Prozent aller Befragten | N=1.549

Die Verteilung des Familienstands zeigt eine erwartbare Struktur mit einem Schwerpunkt bei verheirateten bzw. in Partnerschaft lebenden Personen (46,9 %). Ein relevanter Anteil ist ledig (34,8 %), während geschiedene (5,6 %) und verwitwete Personen (5,1 %) in geringerem Umfang vertreten sind. Insgesamt wird damit eine Bandbreite unterschiedlicher Lebenslagen abgebildet.

Abb. 61: Deutsche Staatsbürgerschaft der Befragten



in Prozent aller Befragten | N=1.549

Der überwiegende Teil der Befragten verfügt über die deutsche Staatsbürgerschaft (91,2 %). Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit sind in der Stichprobe mit einem vergleichsweise

geringen Anteil (4,3 %). Weitere 4,5 % der Befragten machten hierzu keine Angaben.¹⁶

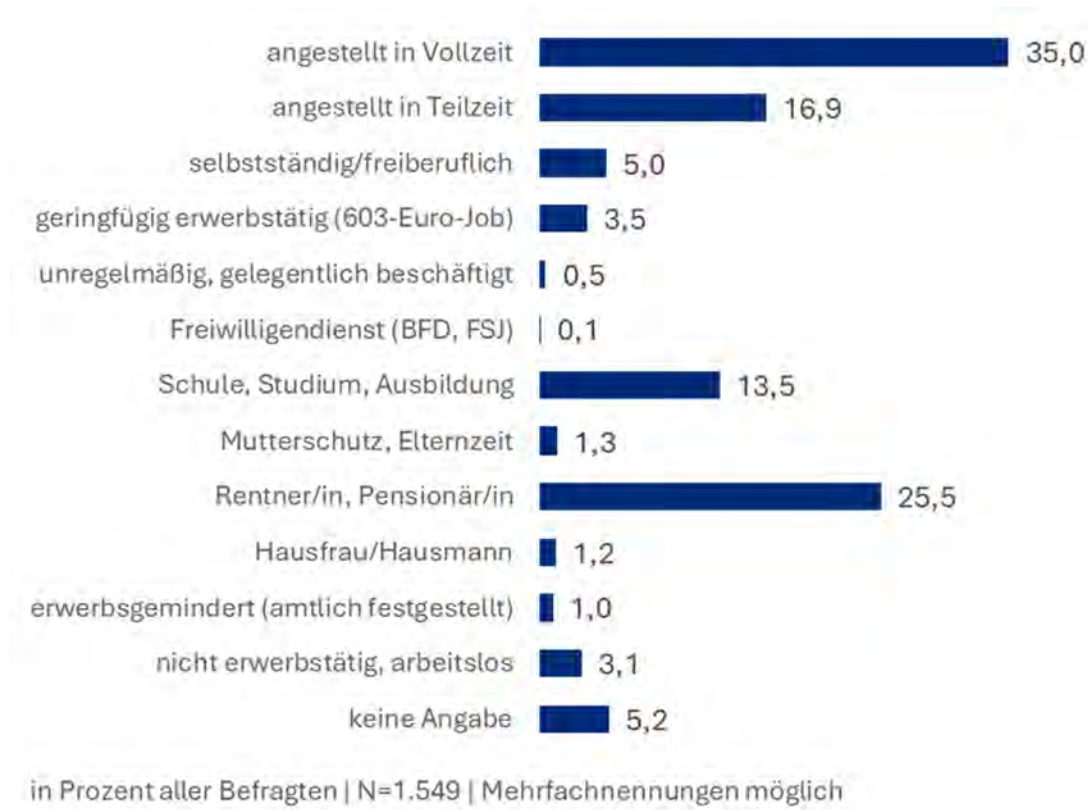
Abb. 62: Höchster Bildungsabschluss der Befragten



Typisch für Befragungen zeigt sich auch hier ein insgesamt hohes Bildungsniveau der Teilnehmenden. Der größte Anteil verfügt über die Hochschulreife (59,7 %), weitere 10,0 % über die Fachhochschulreife. Ein mittlerer Bildungsabschluss liegt bei 19,4 % vor, während niedrigere Schulabschlüsse nur einen geringen Anteil ausmachen (zusammen rund 5 %). 5,5 % der Befragten machten keine Angaben.

¹⁶ Laut Thüringer Landesamt für Statistik, hatten zum Stichtag 31.12.2025 insgesamt 12,5 % der Einwohner*innen Jena keinen deutschen Pass (Ausländeranteil der Stadt unter: <https://statistik.thueringen.de/datenbank/TabAnzeige.asp?tabelle=kr000102%7C%7C> [am 24.03.2026]). Damit ist die Stichprobe zugunsten von Menschen mit deutscher Staatsangehörigkeit verzerrt.

Abb. 63: Erwerbsstatus der Befragten (Mehrfachnennungen)



Die Ergebnisse zum Erwerbsstatus verdeutlichen eine heterogene Zusammensetzung der Stichprobe. 35,0 % der Befragten sind in Vollzeit und 16,9 % in Teilzeit erwerbstätig. Zudem geben 25,5 % an, im Ruhestand zu sein. Weitere 13,5 % befinden sich in Ausbildung, Studium oder Schule. Andere Erwerbssituationen wie Selbstständigkeit (5,0 %) oder Arbeitslosigkeit (3,1 %) treten vergleichsweise seltener auf. Aufgrund der Möglichkeit von Mehrfachnennungen sind Überschneidungen zwischen den Kategorien möglich.

Abb. 64: Haushaltsnettoeinkommen der Befragten



in Prozent aller Befragten | N=1.549

Die Verteilung des Haushaltsnettoeinkommens zeigt eine breite Streuung. Größere Anteile entfallen auf mittlere Einkommensgruppen, insbesondere zwischen 2.001 und 4.000 EUR (zusammen 33,5 %). Auch höhere Einkommen sind vertreten, mit 11,0 % über 6.000 EUR. Niedrigere Einkommen unter 2.000 EUR machen zusammen 19,5 % aus. 12,9 % der Befragten machten keine Angaben zum Einkommen.

Sozioökonomischer Status (SES) und Operationalisierung des SES-Index

Zur Analyse sozialer Ungleichheiten in der Bevölkerung wurde ein Indikator für den sozioökonomischen Status (SES) gebildet. Die Berücksichtigung des SES ist zentral, da zahlreiche Studien zeigen, dass gesundheitliche Belastungen, Erkrankungen und Versorgungsbedarfe systematisch mit der sozialen Lage zusammenhängen. Durch die Zusammenführung mehrerer sozialer Merkmale in einen Index können Zusammenhänge zwischen sozialer Lage und Gesundheit übersichtlich dargestellt und gruppenübergreifend verglichen werden.

Der sozioökonomische Status wurde in Anlehnung an den am Robert Koch-Institut verwendeten SES-Index (Winkler-Index) berechnet.¹⁷ Der Index basiert auf den Dimensionen Bildung, Einkommen und Erwerbssituation, die jeweils in Punktwerte überführt und zu einem

¹⁷ Quelle: Lampert et al. (2013): Messung des sozioökonomischen Status in DEGS1 unter: https://www.gbe-bund.de/pdf/degs1_soziooekonomischen_status.pdf [am 24.03.2026].

Summenscore zusammengefasst wurden. Aufgrund der im Datensatz verfügbaren Variablen wurde eine angepasste Operationalisierung verwendet. Die Dimension Bildung wurde auf Basis des höchsten allgemeinbildenden Schulabschlusses operationalisiert. Die vorhandenen Kategorien wurden entsprechend ihres hierarchischen Niveaus in Punktwerte überführt. Dabei wurde folgende Zuordnung verwendet:

Tab. 13: Operationalisierung der Bildungskomponente im SES-Index (Punktwerte nach Schulabschluss)

Schulabschluss	Punkte
ohne Schulabschluss	1,0
Hauptschulabschluss / Volksschule	2,0
POS (8./9. Klasse)	2,5
Realschulabschluss / Mittlere Reife	3,5
Fachhochschulreife	5,0
Abitur / Hochschulreife	6,5
Schüler*in (noch kein Abschluss)	4,5

Die Kategorie „anderer Schulabschluss“ sowie fehlende Angaben wurden nicht in die Berechnung einbezogen und als fehlend behandelt. Da keine Informationen zur beruflichen Qualifikation vorlagen, bildet die Bildungsdimension ausschließlich den schulischen Abschluss ab. Dies stellt eine vereinfachte Annäherung an das im RKI-Index üblicherweise verwendete kombinierte Bildungsmaß dar.

Das Haushaltsnettoeinkommen wurde direkt aus den vorgegebenen Einkommenskategorien übernommen und linear in eine Skala von 1 bis 7 überführt:

Tab. 14: Operationalisierung der Einkommenskomponente im SES-Index (Punktwerte nach Haushaltsnettoeinkommen)

Einkommen	Punkte
unter 1.000 €	1
1.000–2.000 €	2
2.000–3.000 €	3
3.000–4.000 €	4
4.000–5.000 €	5
5.000–6.000 €	6
über 6.000 €	7

Damit entspricht die Einkommensdimension einer ordinalen, annähernd gleichabständigen Skala, bei der höhere Werte einen höheren sozioökonomischen Status anzeigen.

Die berufliche Dimension wurde über die aktuelle Erwerbssituation approximiert, da keine detaillierten Angaben zur beruflichen Stellung oder Qualifikation vorlagen. Die verschiedenen Erwerbsformen wurden in Punktwerte überführt, die eine grobe Hierarchie sozioökonomischer Positionen abbilden.

Tab. 15: Operationalisierung der Erwerbskomponente im SES-Index (Punktwerte nach Erwerbssituation)

Erwerbssituation	Punkte
arbeitslos / erwerbsgemindert	1,0
geringfügig beschäftigt, unregelmäßig beschäftigt, Hausfrau/-mann, Rentner/in	2,0
Schule, Studium, Ausbildung, Elternzeit, Freiwilligendienst	3,0
angestellt in Teilzeit	4,0
angestellt in Vollzeit	5,0
selbstständig / freiberuflich	7,0

Da Mehrfachnennungen bei der Erwerbssituation möglich waren, wurde pro Person der höchste zutreffende Statuswert verwendet („Maximalwertprinzip“). Dieses Vorgehen basiert auf der Annahme, dass die jeweils höchste ausgeübte Erwerbsposition den sozioökonomischen Status am besten widerspiegelt.

Für Personen im Ruhestand wurde ein mittlerer Punktwert (2,0) angesetzt. Hintergrund ist, dass keine Informationen zum zuletzt ausgeübten Beruf vorlagen. Die gewählte Lösung stellt eine pragmatische Annäherung dar und vermeidet eine systematische Verzerrung nach unten, die bei einer pauschalen Zuordnung zum niedrigen Status entstehen würde.

Für die Berechnung des SES wurden ausschließlich Fälle berücksichtigt, für die vollständige Angaben zu allen drei Dimensionen vorlagen. Fälle mit fehlenden Angaben in mindestens einer Dimension wurden von der Indexbildung ausgeschlossen, um die Vergleichbarkeit und Validität des Index sicherzustellen. Der resultierende SES-Score ergibt sich als Summe der drei Teilkomponenten und kann Werte zwischen 3 und 21 annehmen, wobei höhere Werte einen höheren sozioökonomischen Status anzeigen.

Zur besseren Interpretierbarkeit und Darstellung der Ergebnisse wurde der kontinuierliche SES-Score in drei Gruppen unterteilt. Die Einteilung erfolgte verteilungsbasiert anhand von Quintilen:

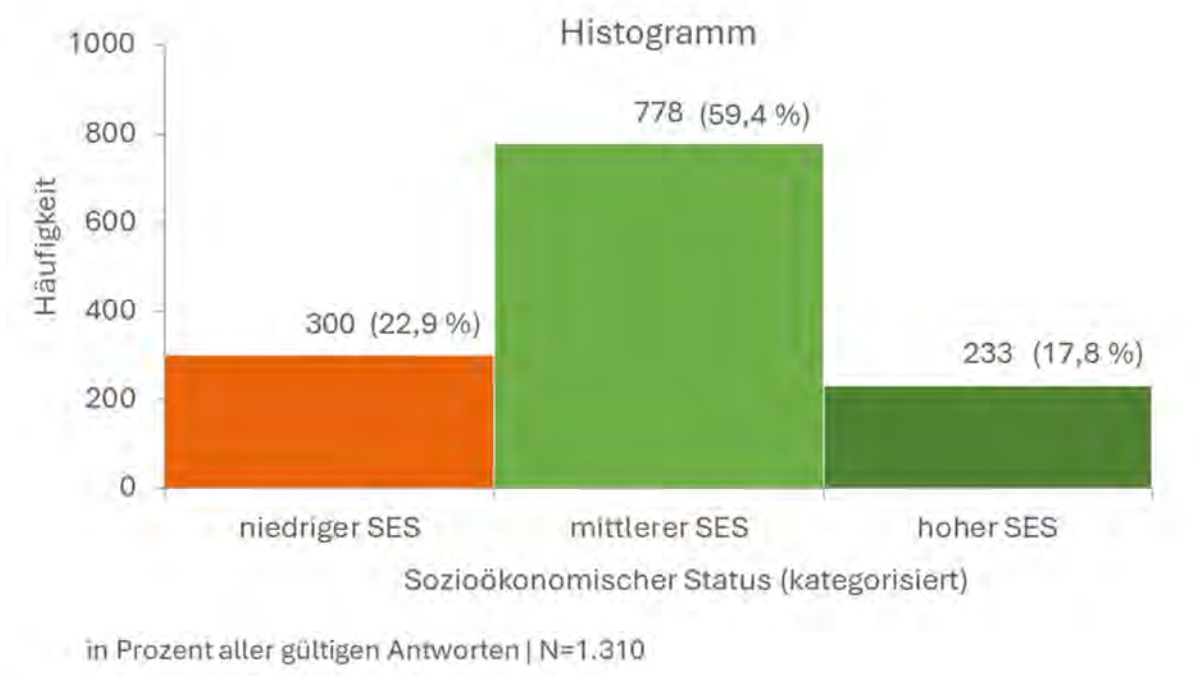
- das unterste Quintil (20 % der niedrigsten Werte) wurde als **niedriger sozioökonomischer Status** definiert,
- die mittleren drei Quintile (60 % der Bevölkerung) als **mittlerer Status**,
- das oberste Quintil (20 % der höchsten Werte) als **hoher Status**.

Einordnung und Limitationen

Die vorliegende Operationalisierung stellt eine datensatzangepasste Annäherung an den etablierten SES-Index dar. Einschränkungen ergeben sich insbesondere daraus, dass keine detaillierten Informationen zur beruflichen Qualifikation oder zum Netto-Äquivalenzeinkommen vorlagen. Zudem basiert die Einordnung der Erwerbssituation auf vereinfachten Annahmen über die soziale Position verschiedener Erwerbsformen. Trotz dieser Einschränkungen ermöglicht der gebildete Index eine robuste und praxisnahe Differenzierung sozialer Lagen und stellt damit

eine geeignete Grundlage für die Analyse sozial bedingter Gesundheitsunterschiede dar.

Abb. 65: Sozioökonomischer Status (kategorisiert) der Befragten



Die Verteilung des sozioökonomischen Status zeigt, dass die Mehrheit der Befragten der mittleren Statusgruppe zuzuordnen ist (59,4 % der gültigen Fälle). Ein niedriger sozioökonomischer Status liegt bei 22,9 % der Befragten vor, während 17,8 % der Gruppe mit hohem sozioökonomischem Status zugeordnet werden können.

Zu berücksichtigen ist, dass für 15,4 % der Befragten keine vollständigen Angaben in allen drei Dimensionen (Bildung, Einkommen und Erwerbssituation) vorlagen und diese daher nicht in die Indexbildung einbezogen werden konnten.

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Alters- und Geschlechterverteilung der Befragten	79
Abb. 2: Verteilung der Befragten nach Sozialraum	79
Abb. 3: Familienstand der Befragten	80
Abb. 4: Deutsche Staatsbürgerschaft der Befragten	80
Abb. 5: Höchster Bildungsabschluss der Befragten	81
Abb. 6: Erwerbsstatus der Befragten (Mehrfachnennungen).....	82
Abb. 7: Haushaltsnettoeinkommen der Befragten	83
Abb. 8: Sozioökonomischer Status (kategorisiert) der Befragten	86
Abb. 9: Subjektive Bewertung des eigenen Gesundheitszustands	4
Abb. 10: Gesundheitszustand nach ausgewählten soziodemografischen Merkmalen	5
Abb. 11: Wie zufrieden sind Sie gegenwärtig mit Ihrem Leben im Allgemeinen?	6
Abb. 12: Lebenszufriedenheit differenziert nach soziodemografischen Merkmalen	6
Abb. 13: Psychische und emotionale Belastungen	8
Abb. 14: Lebensstil und Gesundheitsverhalten	9
Abb. 15: Beruf und finanzielle Situation	10
Abb. 16: Körperliche Gesundheit	10
Abb. 17: Belastungsindex	13
Abb. 18: Belastungsindex nach Geschlecht	13
Abb. 19: Belastungsindex nach Altersgruppen	14
Abb. 20: Belastungsindex nach SES	14
Abb. 21: BMI (kategorisiert).....	16
Abb. 22: Übergewicht und Adipositas differenziert nach soziodemografischen Merkmalen ..	17
Abb. 23: Vorhandensein gesundheitlicher Einschränkungen	19
Abb. 24: Vorhandensein verschiedener Gefühle in den letzten vier Woche	21
Abb. 25: Kategorisierter Index psychischer Belastung	23
Abb. 26: Häufigkeit Rauchen von Tabakprodukten.....	26
Abb. 27: Häufigkeit Rauchen nach Geschlecht	26
Abb. 28: Häufigkeit Rauchen nach Altersgruppen.....	27
Abb. 29: Häufigkeit Rauchen nach SES.....	28
Abb. 30: Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten Alkohol getrunken?.....	29
Abb. 31: Alkoholkonsum verdichtet	30
Abb. 32: Alkoholkonsum verdichtet nach Geschlecht.....	31
Abb. 33: Alkoholkonsum verdichtet nach Altersgruppen	31
Abb. 34: Alkoholkonsum verdichtet nach SES	32
Abb. 35: Achten auf gesunde Ernährung	33
Abb. 36: Achten auf gesunde Ernährung differenziert nach soziodemografischen Merkmale	34
Abb. 37: Beurteilung der Schlafqualität der letzten vier Wochen.....	35
Abb. 38: Beurteilung der Schlafqualität nach soziodemografischen Merkmalen	36
Abb. 39: Häufigkeit leichte körperliche Aktivität	37
Abb. 40: Häufigkeit leichte körperliche Aktivität nach soziodemografischen Merkmalen	38
Abb. 41: Häufigkeit Sport.....	39
Abb. 42: Häufigkeit Sport nach soziodemografischen Merkmalen	40
Abb. 43: Mitgliedschaft in einem Sportverein	41
Abb. 44: Nutzungshäufigkeiten der allgemeinen Vorsorgemaßnahmen.....	44

Abb. 45: Nutzungshäufigkeiten der speziellen Impfangebote	45
Abb. 46: Nutzungshäufigkeiten der Krebsvorsorgeuntersuchungen	46
Abb. 47: Selbsteinschätzung Gesundheitskompetenz	49
Abb. 48: Gesundheitskompetenz (Index)	51
Abb. 49: Internet als Informationsquelle zu Gesundheitsthemen	52
Abb. 50: Internet als Informationsquelle zu Gesundheitsthemen nach soziodemografischen Merkmalen (nur tägliche bzw. häufige Nutzung)	53
Abb. 51: Nutzung digitaler Geräte und Gesundheitsanwendungen	54
Abb. 52: Nutzung digitaler Geräte und Gesundheitsanwendungen nach soziodemografischen Merkmalen (nur tägliche bzw. häufige Nutzung)	55
Abb. 53: Pflegetätigkeit	57
Abb. 54: Eigene Pflegetätigkeit nach soziodemografischen Merkmalen.....	58
Abb. 55: Belastung durch Pflegetätigkeit	59
Abb. 56: Vorstellung von eigener Pflege / Bedeutung Pflege zu Hause	60
Abb. 57: Zufriedenheit mit verschiedenen Umweltaspekten in Jena.....	62
Abb. 58: Zufriedenheit mit Gesundheitsversorgung in Jena	63
Abb. 59: Was braucht es Ihrer Meinung nach noch, um in Jena gesund leben zu können	64
Abb. 60: Beeinträchtigungen durch sommerliche Hitze allgemein	67
Abb. 61: Beeinträchtigungen durch sommerliche Hitze nach soziodemografischen Merkmalen	68
Abb. 62: Hitzebedingte Beschwerden.....	69
Abb. 63: Hitzebelastung nach Orten.....	71
Abb. 64: Grad der Informiertheit	73
Abb. 65: Grad der Informiertheit nach soziodemografischen Merkmalen	73

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Verteilung der Erhebungsart (Online/Papier) in der realisierten Stichprobe	3
Tab. 2: Verteilung nach Geschlecht in Stichprobe, ungewichteten und gewichteten Daten ...	77
Tab. 3: Altersverteilung in Stichprobe, ungewichteten und gewichteten Daten.....	77
Tab. 4: Verteilung nach Sozialraum in Stichprobe, ungewichteten und gewichteten Daten ...	77
Tab. 5: Operationalisierung der Bildungskomponente im SES-Index	84
Tab. 6: Operationalisierung der Einkommenskomponente im SES-Index.....	84
Tab. 7: Operationalisierung der Erwerbskomponente im SES-Index	85
Tab. 8: Index psychischer Belastung (0–100) nach ausgewählten soziodemografischen Merkmalen	24
Tab. 9: Mitgliedschaft in einem Sportverein nach soziodemografischen Merkmalen	41
Tab. 10: Allgemeine Vorsorgeuntersuchungen – Unterschiede nach Altersgruppen	44
Tab. 11: Spezielle Impfungen – Unterschiede nach Altersgruppen	46
Tab. 12: Krebsvorsorge – Unterschiede nach Altersgruppen	47
Tab. 13: Hitzebedingte Beschwerden – signifikante Unterschiede nach Altersgruppen	70
Tab. 14: Hitzebedingte Beschwerden – signifikante Unterschiede nach Geschlecht.....	70
Tab. 15: Hitzebedingte Beschwerden – signifikante Unterschiede nach SES	71

Literatur

Bundesministerium für Gesundheit (2024). Bewegungsförderung bei Erwachsenen in Deutschland. Bestandsaufnahme (Kurzversion). Online verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen.html> [am 24.03.2026].

Cox, B., Oyen, H.V., Cambois, E. et al. The reliability of the Minimum European Health Module. Int J Public Health 54, 55–60 (2009). <https://doi.org/10.1007/s00038-009-7104-y>

Demografieportal des Bundes und der Länder: 193.937 Pflegebedürftige lebten Ende 2023 in Thüringen unter: <https://www.demografie-portal.de/DE/Bund-Laender/Thueringen/Teilhabe/zahl-des-monats.html> [am 20.03.2026].

Jordan S, Löbl S. Die allgemeine Gesundheitskompetenz Erwachsener in Deutschland. Ergebnisse des Panels „Gesundheit in Deutschland“ 2024. J Health Monit. 2026;11:04. doi: 10.25646/13820. Online unter: https://www.rki.de/DE/Aktuelles/Publikationen/Journal-of-Health-Monitoring/GBEDownloadsJ/FactSheets/JHealthMonit_2026_11_04_Gesundheitskompetenz.pdf?__blob=publicationFile&v=3 [am 20.03.2026].

Lampert et al. (2013): Messung des sozioökonomischen Status in DEGS1 unter: https://www.gbe-bund.de/pdf/degs1_soziooekonomischen_status.pdf [am 24.03.2026].

Robert Koch-Institut (2022): Dashboard zu Gesundheit in Deutschland aktuell - GEDA 2019/2020. Berlin. DOI: 10.25646/9362.

Stadt Jena (Fachdienst Statistik): Stadtteilübersichten 2024, Jena 2024. Thüringer Landesamt für Statistik: Ausländeranteil der Stadt unter: <https://statistik.thueringen.de/datenbank/TabAnzeige.asp?tabelle=kr000102%7C%7C> [am 24.03.2026]

Thüringer Online-Sozialstrukturatlas ThOnSA: Mitglieder in Sportvereinen nach Geschlecht unter: <https://statistikportal.thueringen.de/thonsa/tabanzeige.php?auswahl=tbl&thema=9&auspid=&tabid=919> [am 24.03.2026].

Verbraucherzentrale NRW e.V.: Früherkennung: Diese Vorsorgeuntersuchungen stehen Ihnen zu unter: <https://www.verbraucherzentrale.de/wissen/gesundheit-pflege/krankenversicherung/frueherkennung-diese-vorsorgeuntersuchungen-stehen-ihnen-zu-10429> [am 20.03.2026].

Zentrum für Qualität in der Pflege: Pflegende Angehörige in Deutschland (Definition) unter: <https://www.zqp.de/schwerpunkt/pflegende-angehoerige/#definition> [am 20.03.2026].

Zentrum für Qualität in der Pflege: Pflegende Angehörige in Deutschland (Anzahl) unter: <https://www.zqp.de/schwerpunkt/pflegende-angehoerige/#anzahl> [am 20.03.2026].