



SACHSEN-ANHALT

Ministerium für
Gesundheit und Soziales

Daten zur Gesundheit

Fünfter Gesundheitsbericht des Landes Sachsen-Anhalt

Gesundheit und Wohlbefinden
Befunde des Bevölkerungssurveys zum
subjektiven Gesundheitsbild und dessen Determinanten

Anmerkung

Diese Publikation wird in gedruckter und in elektronischer Form im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Ministeriums für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt herausgegeben. Sie wird kostenlos abgegeben und ist nicht zum Verkauf bestimmt. Darüber hinaus darf sie weder von Parteien noch von Wahlwerberinnen und Wahlwerbern oder Wahlhelferinnen und Wahlhelfern während eines Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dieses gilt für Europa-, Bundestags-, Landtags- und Kommunalwahlen.

Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben bzw. Einspeichern parteipolitischer Informationen oder Werbemittel.

Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Unabhängig davon, wann, auf welchem Wege und in welcher Anzahl diese Schrift dem Empfänger zugegangen ist, darf sie auch ohne zeitlichen Bezug zu einer Wahl nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Landesregierung zu Gunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte.

Impressum:

Herausgeber: Ministerium für Gesundheit und Soziales
des Landes Sachsen-Anhalt
Referat Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Turmschanzenstraße 25
39114 Magdeburg
Telefon: 0391/567-4607
Fax: 0391/567-4622
E-Mail: MS-Press@ms.lsa-net.de

Redaktionelle
Begleitung: Abteilung Gesundheit und Verbraucherschutz

Bearbeitung
und Gestaltung: Prof. Dr. Barbara Dippelhofer-Stiem
Patricia Döll
Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg
Institut für Soziologie
PSF 41 20
39016 Magdeburg

Druck: Halberstädter Druckhaus GmbH
Osttangente 4
38820 Halberstadt

April 2005

Gedruckt mit umweltschonenden Farben auf Recyclingpapier

Daten zur Gesundheit

Fünfter Gesundheitsbericht des Landes Sachsen-Anhalt

Gesundheit und Wohlbefinden
Befunde des Bevölkerungssurveys zum
subjektiven Gesundheitsbild
und dessen Determinanten

Erarbeitet von Prof. Dr. Barbara Dippelhofer-Stiem
und Patricia Döll
Institut für Soziologie
Otto- von- Guericke- Universität Magdeburg

Ministerium für Gesundheit und Soziales
des Landes Sachsen-Anhalt

Liebe Leserinnen und liebe Leser,

mit der vorliegenden Dokumentation beschreiten wir neue Wege: Erstmals liegt Ihnen ein Gesundheitsbericht vor, dessen Daten und Ergebnisse aus einer landesbezogenen Repräsentativumfrage – einem Landessurvey – stammen.

Als Grundlage dienen persönliche Einschätzungen und Stellungnahmen der Bürgerinnen und Bürger Sachsen-Anhalts, die mit Methoden der soziologischen Forschung objektiviert worden sind. Diese wurden im Frühsommer 2003 mittels Repräsentativbefragungen in fünf ausgewählten Regionen unseres Landes zusammengetragen. Sie ergänzen die bislang verwendeten Bündelungen und Interpretationen traditionell verfügbarer statistischer Informationen auf Grundlage des Indikatorensatzes zur Gesundheitsberichterstattung, die jedoch für verschiedene Auswertungen auch weiter zur Verfügung stehen.



Anliegen dieses Landessurveys ist es, ein möglichst detailreiches Bild von der gesundheitlichen Lage der Menschen zu zeichnen und dieses in die sozialen und individuellen Rahmenbedingungen einzubetten. Die Untersuchung zielt auf die subjektive Erfahrung von Wohlbefinden, Beschwerden und Krankheiten.

Zweifellos sind solche Auskünfte individuell getönt: Sie enthalten Deutungen, die von persönlichen Maßstäben und biografischen Hintergründen geprägt sind – dennoch sind sie keineswegs rein individualistisch. Sie sind immer auch Widerschein der sozialen Lage, der Alterskohorten, der Lebensstile und Handlungspraxen.

Der gewählte Ansatz erlaubt eine umfassende Rekonstruktion der Verflechtung von Gesundheit und Krankheit mit der Lebenswelt einerseits sowie der individuellen sozialen Situation der Menschen andererseits. Einflussgrößen auf diese Verflechtungen werden benannt.

Der „Fünfte Gesundheitsbericht“ verfolgt auch das Ziel, an der Schnittstelle von Wissenschaft und Politik die verfügbaren Daten nicht nur darzustellen, sondern sie interpretierend in die gesellschaftlichen Zusammenhänge einzubetten und Empfehlungen abzuleiten. Ein besonderes Augenmerk widmet er regionalen Ungleichheiten, soweit die vorhandenen Informationen dies gestatten.

Zusammengefasst bedeutet das: Dieser Gesundheitsbericht liest sich sehr spannend, gibt er doch reichlich Anlass zu Diskussionen. Er wendet sich an jede einzelne Bürgerin und jeden einzelnen Bürger, an die Akteure aus dem Gesundheitsbereich und an uns Politiker. Alle sind aufgefordert, sowohl das individuelle Verhalten als auch die Verhältnisse zu hinterfragen und gegebenenfalls zu korrigieren.

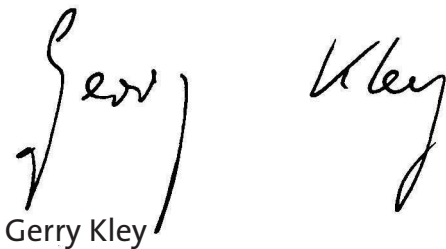
Aus den Ergebnissen gilt es Schlussfolgerungen zu ziehen, die in Handlungsorientierungen münden sollten – auch für den Gesundheitsziele-Prozess in unserem Land. Seit dessen Neuausrichtung im Jahr 2003 zielt dieser Prozess vorrangig auf Gesundheitsförderung und Prävention in den Lebenswelten – auch als Settings bezeichnet – unserer Bürgerinnen und Bürger. Gesundheitsförderung und Prävention sind nach einhelliger Expertenmeinung die

beiden maßgeblichen Strategien zur Verbesserung bzw. Erhaltung der Gesundheit, wobei sich Gesundheitsförderung auf die Erhaltung und Stärkung der Gesundheitsressourcen bezieht und Prävention auf die Reduzierung und Vermeidung von Gesundheitsrisiken.

Die Einflussgrößen „Bewegungsmangel, Ernährung, Tabak- und Alkoholmissbrauch“ unterliegen direkt unserem individuellen Verhalten, welches wiederum von unseren Lebensverhältnissen beeinflusst ist. Zur Einflussnahme über eine lebensstilorientierte Gesundheitsförderung bedarf es ausgewählter Methoden wie Gesundheitsbildung, -aufklärung, -beratung und -erziehung. Ziel ist ein Mehr an Kompetenz als Voraussetzung für eigenverantwortliches, gesundheitsbewusstes Handeln und Einflussnahme auf die eigene Lebenswelt.

Der „Fünfte Gesundheitsbericht des Landes Sachsen-Anhalt“ liegt uns rechtzeitig zu unserer 3. Landesgesundheitskonferenz vor, die sich mit dem neu eingeschlagenen Weg zur Umsetzung der Gesundheitsziele für Sachsen-Anhalt analytisch beschäftigt. Für die Weiterführung dieses Prozesses liefert er zahlreiche Anregungen und Hinweise.

Danken möchte ich der Autorin Frau Prof. Dr. Barbara Dippelhofer-Stiem, Inhaberin des Lehrstuhls für Soziologie an der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, und ihrem Team für die engagierte und kompetente Erstellung des Berichtes. Mein Dank gilt auch allen Bürgerinnen und Bürgern in unserem Land, die sich an dem Survey beteiligt und damit diesen Bericht ermöglicht haben.

The image shows a handwritten signature in black ink. The signature is written in a cursive style and appears to read 'Gerry Kley'. The first part of the signature is more stylized, with a large 'G' and 'K'.

Gerry Kley
Minister für Gesundheit und Soziales
des Landes Sachsen-Anhalt

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|-----|---|-----|
| 1 | Bezugsrahmen und Zielsetzung des Bevölkerungssurveys | 9 |
| 1.1 | Das operationale Modell der Untersuchung | 10 |
| 1.2 | Inhalt und Gliederung des Berichts | 12 |
| 2 | Stichprobe, Feldphase und Erhebungsinstrument | 13 |
| 2.1 | Samplingverfahren, Brutto- und Nettostichprobe | 14 |
| 2.2 | Das Erhebungsinstrument | 16 |
| 3 | Sozialstrukturelle Aspekte, familiale Lage und Wohnumfeld | 17 |
| 3.1 | Bildungs-, Berufs- und Erwerbsstatus | 18 |
| 3.2 | Familialer Hintergrund und soziale Unterstützung | 22 |
| 3.3 | Aspekte von Wohnsituation und Wohnumfeld | 25 |
| 3.4 | Fazit | 27 |
| 4 | Belastungen und allgemeine Lebenshaltungen | 28 |
| 4.1 | Belastungen und Probleme | 28 |
| 4.2 | Wichtigkeit und Interesse an verschiedenen Lebensbereichen | 31 |
| 4.3 | Kontrollüberzeugungen, Zufriedenheit und Zukunftsoptimismus | 34 |
| 4.4 | Fazit | 38 |
| 5 | Gesundheitsbezogene Erfahrungen und Verhaltensweisen | 38 |
| 5.1 | Inanspruchnahme des Medizinsystems | 39 |
| 5.2 | Beeinträchtigungen im Alltag und Reaktionsmuster bei Beschwerden | 41 |
| 5.3 | Gesundheitsbezogene Lebensstile und Verhaltensweisen | 43 |
| 5.4 | Fazit | 50 |
| 6 | Das subjektive Gesundheitsbild: Wohlbefinden, Beschwerden, Erkrankungen und deren Determinanten | 51 |
| 6.1 | Das Spektrum von Gesundheit und Krankheit | 51 |
| 6.2 | Verflechtungen mit dem sozialen und beruflichen Hintergrund | 56 |
| 6.3 | Der Einfluss von sozialer Integration und räumlichem Umfeld | 65 |
| 6.4 | Belastungen und allgemeine Lebenshaltungen als Bedingungsgrößen | 71 |
| 6.5 | Effekte gesundheitsbezogener Erfahrungen und Verhaltensweisen | 76 |
| 6.6 | Zusammenführung und Schlussfolgerungen | 83 |
| 7 | Die spezifische Situation von Behinderten und chronisch Kranken | 91 |
| 7.1 | Art und Ausmaß der gesundheitlichen Schädigung | 91 |
| 7.2 | Behindertenstatus und sozialer Hintergrund | 92 |
| 7.3 | Der Gesundheitszustand der Betroffenen | 94 |
| 7.4 | Gesundheitsförderliche und riskante Verhaltensweisen | 97 |
| 7.5 | Alltagsbelastungen, Zufriedenheit und Optimismus | 98 |
| 7.6 | Fazit | 102 |
| 8 | Die Familie als gesundheitsrelevanter Kontext von Heranwachsenden | 103 |
| 8.1 | Soziale und gesundheitliche Konturen des familialen Umfeldes | 103 |
| 8.2 | Elterliches Gesundheitsverhalten als Vorbild? | 106 |
| 8.3 | Im Spannungsbogen von Belastungen und Zufriedenheit | 107 |
| 8.4 | Fazit | 109 |
| 9 | Anregungen und Wünsche zum Gesundheitssystem | 110 |
| 9.1 | Die Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem | 111 |
| 9.2 | Alternativen im Gesundheitssystem | 113 |
| 9.3 | Das Beitrags- Leistungs- Dilemma | 118 |
| 9.4 | Fazit | 120 |
| 10 | Zusammenfassung und Bilanz | 121 |
| | Anmerkungen | 127 |
| | Literatur | 135 |
| | Verzeichnis der Tabellen und Abbildungen | 142 |
| | Tabellenanhang | 151 |

1 Bezugsrahmen und Zielsetzung des Bevölkerungssurveys

Der gesellschaftliche Diskurs über Gesundheit und Wohlbefinden der Menschen, die Verständigung darüber, was gute Gesundheitspolitik auszeichne und welche sozialen Gruppen und Problemlagen besonders zu berücksichtigen seien, ist auf aktuelle Daten und differenzierte Wissensbestände angewiesen. Hierzu zählen bereits vorhandene Informationen, etwa die von den Statistischen Ämtern und anderen einschlägigen Institutionen regelmässig erfassten Indikatoren und Variablen. Sie dienen als Grundlage für sekundärstatistische Auswertungen und sind Fundament der mittlerweile etablierten Gesundheitsberichterstattung des Bundes, der Länder und der Kommunen; mit Anschlussfähigkeit an europäische Bemühungen (vgl. im Überblick Streich/ Wolters/ Brand 1998). Diesem Forschungszweig steht ein zweiter zur Seite. Gemeint sind Ansätze, die sich der *subjektiven Seite* von Gesundheit und Krankheit zuwenden. Sie eruieren die Befindlichkeiten der Menschen, die gesundheitsbezogenen Situations- und Hintergrundsschilderungen sowie die individuellen Deutungen des Geschehens. Als bevorzugte Erhebungsmethode kommt die *Befragung* zum Einsatz, sei es in gründlichen Einzelfallstudien mit wenigen Probanden, sei es im Rahmen von Studien, die eine Vielzahl von Personen einbeziehen. Insbesondere dann, wenn sich die Untersuchungen an der Schnittstelle von Wissenschaft und Politik ansiedeln, stehen quantifizierende Untersuchungen der Bevölkerung oder ihrer Teilgruppen im Vordergrund. Solche sogenannten *Surveys* sind ein bewährtes Instrument der traditionellen Sozialberichterstattung (im Überblick Noll 1997), deren Anspruch ebenfalls die praxisrelevante Expertise umschliesst.

Historisch gesehen, gründen diese Surveys in der überaus pragmatisch orientierten Sozialforschung im Grossbritannien des frühen 19. Jahrhunderts. Dort war es das Parlament, das angesichts der enormen sozialen Umbrüche, die im Zuge der industriellen Revolution vonstatten gingen, unter anderem wissenschaftliche Befragungen, etwa zur Lage der Proletarier und der Armen, zu Daseinsbedingungen, Hygiene und Krankheiten in Auftrag gab, mit dem Ziel, Wege zur Verbesserung der gesellschaftlichen Verhältnisse zu sondieren. Diese Perspektive hat Jahre später in Deutschland die Erhebungen geleitet, die im Rahmen des „Vereins für Socialpolitik“, zu dessen führenden Köpfen der Soziologe Max Weber zählte, durchgeführt wurden (vgl. Maus 1973; Oberschall 1997). Auch die frühe Arbeiterbewegung hat sich der Befragung von umfangreichen Stichproben bedient, um den sozialen und gesundheitlichen Zustand unterprivilegierter Schichten zu erkunden. Und nicht zuletzt sind die damaligen sozialepidemiologischen Ansätze zu erwähnen, die Arbeiten von Virchow und anderen, die in eine ähnliche Richtung zielten (im Überblick Milles/ Müller 2002).

Erst in jüngster Zeit hat die Gesundheitsforschung des deutschsprachigen Raumes diese Tradition neu belebt und von Erfahrungen in anderen Ländern (etwa King et al. 1996; Kooiker 1998) profitiert. Zu verweisen ist beispielsweise auf die bundesweiten, repräsentativen Erhebungen des Robert Koch- Instituts (Bellach/ Knopf/ Thefeld 1998; Kurth et al. 2002), die Untersuchungen zum Gebrauch von Drogen und psychoaktiven Substanzen (BzG 1998; Kraus/ Augustin 2001), die Erfassung von Angstsyndromen (Margraf/ Poldrack 2000) oder der subjektiven Morbidität in Deutschland (Hessel et al. 1999) sowie auf das international vergleichende Projekt über Jugendliche von Hurrelmann et al. (2003). Desweiteren finden Gesundheitsfragen zunehmende Beachtung in turnusmäßigen Erhebungen, wie etwa dem Sozioökonomischen Panel oder dem Mikrozensus (Christoph 2003); auch die Deutsche Herz- Kreislauf- Präventionsstudie (Hoeltz/ Bormann/ Schroeder 1990) sowie ihre Erweiterung um eine längsschnittliche Perspektive sind in diesem Zusammenhang zu erwähnen (Mueller/ Heinzl- Gutenbrunner 2001). Hinzu tritt eine Reihe von Studien zu spezifischen Inhalten, in denen ebenfalls grössere Stichproben um Stellungnahme gebeten werden (Ahlstich 1999). Damit weiten sich die Möglichkeiten, das Gesundheitsgeschehen gesamthaft zu verstehen und nicht zuletzt solche präventiven Maßnahmen zu entwickeln, die die Lebens- und Vorstellungswelt der Menschen einbeziehen (Faltermaier 1998, S. 85f). Dies entspricht dem Anliegen der modernen Sozialepidemiologie. Sie sucht Aufschluss zu gewinnen über die Morbidität und deren sozialen wie individuellen Ursachen, und diese Erkenntnisse für politisches Handeln fruchtbar zu machen (Borgers/ Steinkamp 1994, S. 133).

Auch der hier präsentierten Abhandlung liegt ein repräsentativer, im Jahr 2003 realisierter Bevölkerungssurvey „Gesundheit und Wohlbefinden in Sachsen- Anhalt“ zugrunde. Ziel der Untersuchung ist es, die bisherigen Gesundheitsreports des Landes, die sich vor allem auf die sekundäranalytische Aufbereitung vorliegender Daten stützen, um die subjektive Seite zu erweitern. Es gilt, den in der Befragung ermittelten Sichtweisen und Interpretationen der Menschen Ausdruck zu verleihen, aus deren Blickwinkel eine Bestandsaufnahme des gesundheitlichen Status‘ und der salutogenen Potenziale vorzulegen sowie Einflussgrößen und Determinanten aufzudecken. Anders als in den grossen Erhebungen, etwa des Robert Koch- Instituts (im Überblick Maschewsky- Schneider 1997) oder vergleichbarer Aktivitäten im Ausland (ISLA 1997) aber, bleiben physiologische Messungen und medizinische Daten aussen vor. Dies mindert den Wert der hier zu präsentierenden Ergebnisse keineswegs. Zwar stimmen medizinische Diagnostik und individuelles Empfinden nur zum Teil überein. Doch entfalten gerade die Selbstdefinitionen eine eigene Ausstrahlung, die verhaltenssteuernd und sogar die Lebenserwartung beeinflussend sein kann (Hessel et al. 1999).

Die doppelte Konzeption – Sekundäranalyse und Befragung – ist wesentlicher Bestandteil des vom Land Sachsen- Anhalt in Auftrag gegebenen und finanziell geförderten Projekts „Gesundheitsberichterstattung“, das am Institut für Soziologie der Otto- von- Guericke Universität Magdeburg angesiedelt ist.¹ Entsprechend dient dem bereits publizierten Vierten Gesundheitsbericht (Dippelhofer- Stiem/ Köhler 2003) ein Indikatorentableau der Länder als Raster, um die vorhandenen, von Dritten gesammelten Daten zu bündeln und zu interpretieren. Der vorliegende Fünfte Gesundheitsbericht fusst hingegen in einer eigens durchgeführten wissenschaftlichen Studie, in deren Zentrum der Bevölkerungssurvey steht.

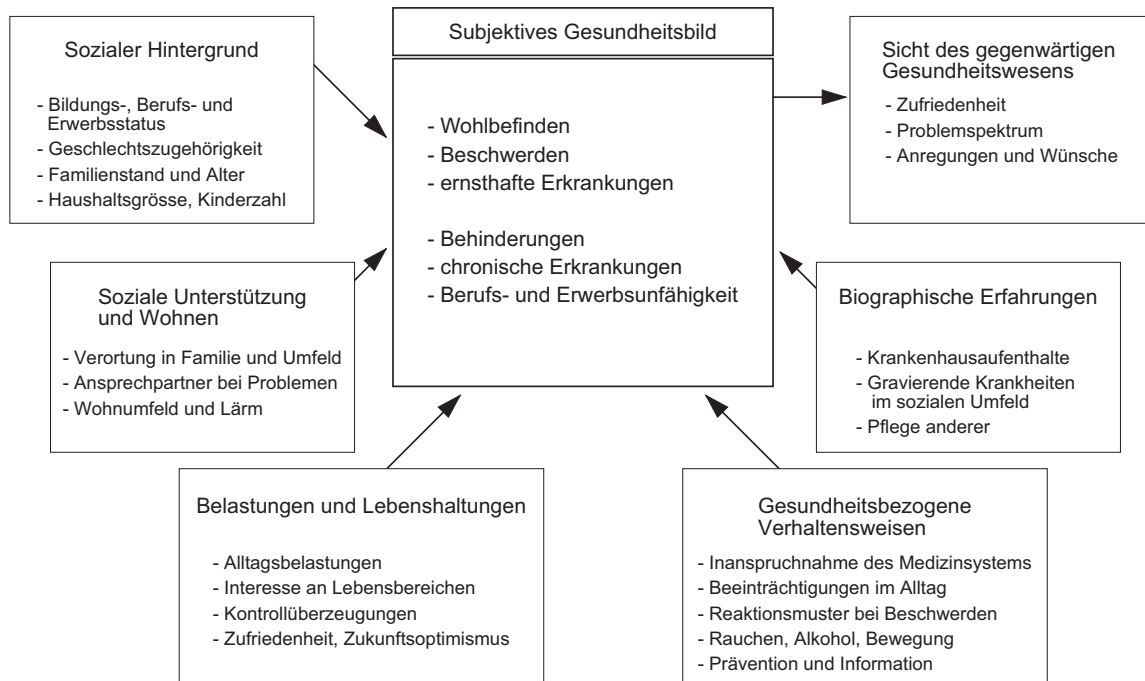
1.1 Das operationale Modell der Untersuchung

Der Survey versteht sich als Beitrag zu einer integrierten Gesundheits- und Sozialberichterstattung, auch wenn die Verzahnung beider Bereiche noch in den Anfängen steckt (Bahrdehle/ Laaser/ Strohmeier 2002). Ihm liegt ein sozialwissenschaftliches Verständnis von Gesundheit und Krankheit zugrunde, das in einem, den Erkenntnisprozess der Studie leitenden, operationalen Modell zusammengebunden ist. Als *theoretische Leitidee* dient die Definition der Weltgesundheitsorganisation WHO, derzufolge Gesundheit und Krankheit nicht als sich ausschliessende Kategorien, sondern als angeordnet in einem Kontinuum zu sehen sind. Gesundheit ist somit nicht nur durch die Abwesenheit von Krankheit indiziert, sondern charakterisiert als umfassendes körperliches, geistiges und soziales Wohlbefinden (vgl. ausführlich Hurrelmann 2000). Der Begriff ist mehrdimensional, mit fließenden Übergängen, die von der Verwobenheit genetischer Voraussetzungen, äusserer Einflüsse und innerer Kapazitäten zur Bewältigung von Problemen und Belastungen ausgehen. Gesundheit und Wohlbefinden erscheinen dabei als dynamische Kategorien, die im Wechselspiel mit endogenen und exogenen Faktoren biografisch verankert und in vorgängigen Sozialisationsprozessen vermittelt worden sind. Dem konvergiert ein komplexes Bild des Menschen als physisch- psychisch- sozialem Wesen, das sich aktiv mit der Umwelt auseinandersetzt und ausgestattet ist mit der Fähigkeit, eigene salutogene Potenziale auszuschöpfen und nutzbar zu machen.

Daran anknüpfend, doch ohne den Anspruch einer umfassenden Operationalisierung erheben zu wollen,² stellt der Bevölkerungssurvey das Konstrukt „*Subjektives Gesundheitsbild*“ (Bengel/ Belz- Merk 1997), über das die Befragten Auskunft geben sollen, in das Zentrum des Erkenntnisinteresses. Methodisch gesprochen repräsentiert es die abhängigen Variablen der Studie und beinhaltet mehrere Indikatoren (vgl. Abbildung 1.1): Zum einen sind in gradueller Abstufung somatische und psychosomatische Aspekte angesprochen - das Wohlbefinden, verstanden als kurze, sozusagen weiche Bilanzierung und subjektives Globalmaß des gegenwärtigen Gesamtzustandes; die Häufigkeit diverser Beschwerden, als Ausdruck von nicht allzu schwerwiegenden Leiden und Unpässlichkeiten; und schliesslich ernsthafte Erkrankungen, die ärztlichen Beistand erfordern. Zum zweiten sind Behinderungen und chroni-

sche Erkrankungen, Berufs- und Erwerbsunfähigkeit als gleichsam medizinisch attestierte Phänomene einbezogen.

Abbildung 1.1
Operationales Modell des Bevölkerungssurveys "Gesundheit und Wohlbefinden in Sachsen-Anhalt".



Daneben gilt es, Aufschluss über das differenzierte Geflecht von internen und externen Wechselbeziehungen zu erhalten. Die vermuteten *Wirkzusammenhänge* sind, wiederum in methodischer Wendung formuliert, durch Hypothesen grundiert und als unabhängige Variablenbereiche im operationalen Modell der Untersuchung eingeführt.³ Die Ausführungen aus der Literatur und bisherige Forschungen aufgreifend (im Überblick Hurrelmann 2000), sind wenigstens vier Merkmalsspektren als Interaktionsgrößen des subjektiven Gesundheitsbildes ins Kalkül zu ziehen:

- Zu nennen sind Merkmale des *sozialen Hintergrunds*, etwa Bildungs-, Berufs- und Erwerbsstatus, Geschlechtszugehörigkeit, Familienstand und Alter, Haushaltgröße und Kinderzahl. Sie indizieren die Stellung in der Gesellschaft, geben Auskunft über soziale Benachteiligung oder aber Privilegierung, die ihrerseits die Einordnung im Kontinuum von Gesundheit und Krankheit determinieren dürften. Es ist anzunehmen, dass diese Variablen in die selbstattribuierte Gesundheit und das Wohlbefinden einfließen.
- In diesen Kontext gehören auch die *soziale Unterstützung* sowie das *Wohnumfeld*. Sie sind qualitative Indikatoren des sozialen Hintergrunds, die die Lebenslage weiter aufzuschlüsseln vermögen. Die Verortung in Familie und Umfeld, die Zahl der Ansprechpartner bei gravierenden Problemen, die Zufriedenheit mit der Wohnsituation sowie die schlafstörende Lärmbelastung sind einzubeziehen. Je besser die soziale Integration ist, je günstiger das materielle Umfeld eingeschätzt wird, desto positiver dürften das gesundheitsbezogene Selbstbild, die Zufriedenheit und die Lebensfreude ausfallen.

- Doch ist nicht allein die Positionierung im sozialen Gefüge ausschlaggebend. Vielmehr dürften jenseits davon *alltägliche Belastungen* und allgemeine *Lebenshaltungen* am Status quo mitweben. Deshalb sind Sorgen im persönlichen, beruflichen oder finanziellen Bereich, aber auch die Aufgeschlossenheit und Reichhaltigkeit von Interessen, Vorstellungen darüber, wovon das eigene Leben bestimmt und kontrolliert ist, Zufriedenheit und Optimismus als Faktoren mit einzubeziehen und auf ihre salutogene Bedeutung zu überprüfen.
- *Gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen* und *Erfahrungen* wird nicht zuletzt im Hinblick auf die Prävention eine herausragende Bedeutung eingeräumt. Die Inanspruchnahme des Medizinsystems, das Erleben von Beeinträchtigungen im Alltag, die Reaktionsmuster bei auftretenden Beschwerden sind Teil des Spektrums. Sie sind arrondiert von Lebensstilbezogenen Ausdrucksformen wie Rauchen, Alkoholkonsum, Bewegung. Und schliesslich dürften auch die unmittelbaren Vorsorge- und Informationsaktivitäten mit dem subjektiven Gesundheitsbild in Beziehung stehen.
- Desweiteren ist die Einschätzung der eigenen Gesundheit durch frühere Erfahrungen beeinflusst; sie ist *lebensgeschichtlich* geprägt und in Sozialisationsprozessen vermittelt. Zu berücksichtigen sind deshalb darauf bezogene eigene Erlebnisse wie Krankenhausaufenthalte und die Pflege anderer Menschen, aber auch entsprechende Vorgänge im sozialen Umfeld, die über Fremdbeobachtung Bestandteil des persönlichen Erfahrungsschatzes werden.

Überdies nutzt die Studie die Gelegenheit, die *Einschätzungen* der Bevölkerung zum gegenwärtigen *Gesundheitssystem* einzuholen, Probleme, Anregungen und Wünsche zu eruieren und im Kontext des jeweiligen Status' von Krankheit und Gesundheit einzuordnen. Diese Stellungnahmen können Auskunft geben über die Akzeptanz von politischen Zielen und Maßnahmen in Abhängigkeit von diversen Interessenslagen und Betroffenheiten. Nicht zuletzt dienen sie der Rückmeldung an die Politik.

Die verschiedenen Teile des Modells sind operationalisiert und in einen schriftlichen, weithin standardisierten Fragebogen überführt worden. 2090 Personen haben das Erhebungsinstrument ausgefüllt. Auf der Grundlage ihrer Angaben ist der vorliegende Bericht entstanden. Die Vorstellung der empirischen Befunde orientiert sich an der theoretischen Strukturierung des Modells, freilich ohne es deckungsgleich wiederzugeben.

1.2 Inhalt und Gliederung des Berichts

Der Fünfte Gesundheitsbericht des Landes Sachsen- Anhalt umfasst zehn Kapitel.⁴ Nach den einführenden Betrachtungen zu Ausgangspunkt und Bezugsrahmen des Bevölkerungssurveys will *Kapitel 2* die Stichprobe, die Feldphase sowie das Erhebungsinstrument erläutern.

Kapitel 3 eröffnet den Reigen der Ergebnispräsentation. Gleichsam die Befragten porträtiert, wird Auskunft erteilt über den Bildungs-, Berufs- und Erwerbsstatus, den familialen Hintergrund und die soziale Eingebundenheit sowie über Aspekte der Wohnsituation und des Wohnumfeldes. Es folgen Einblicke in die alltäglichen Belastungen und Probleme, aber auch in die Offenheit und Hinwendung der Menschen zu diversen Lebensbereichen. Gefragt wird nach allgemeinen Lebenshaltungen, wie Kontrollüberzeugungen, Zufriedenheit und Zukunftsoptimismus, die als salutogene Potenziale verstanden werden (*Kapitel 4*). Die Aufmerksamkeit gilt dann den direkt gesundheitsbezogenen Erfahrungen und Verhaltensweisen. Hierzu gehören die Inanspruchnahme des Medizinsystems, die Beeinträchtigungen im Alltag und die Reaktionsmuster bei Beschwerden, schliesslich Aspekte des Lebensstils, wie Rauchen, Alkoholkonsum und Bewegung, aber auch das auf Vorbeugung und Information gerichtete Verhalten (*Kapitel 5*). Diese Themen werden gleichsam für sich genommen erörtert,

noch ohne sie zum subjektiven Gesundheitsbild in Beziehung zu setzen. Im Sinne der traditionellen Sozialberichterstattung sollen sie die soziale Lage der Befragten erhellen und Aufschluss gewähren über den Alltag, die Sorgen und Hoffnungen, die individuellen Dispositionen und Präferenzen, die im Kontext von Gesundheit und Krankheit potenziell bedeutsam sind. Die Daten werden jeweils aufgeschlüsselt nach Geschlecht und Alter, sozialer und regionaler Herkunft sowie Familienstand.

Kapitel 6 führt in das Zentrum des Reports. Es widmet sich zunächst ausführlich den drei Indikatoren des subjektiven Gesundheitsbildes – Wohlbefinden, Beschwerden, ernsthafte Erkrankungen. Sondiert werden die Häufigkeiten und Rangfolgen, mit denen diverse Unpässlichkeiten und schwere Leiden auftreten ebenso wie die Beziehungsmuster, die zwischen ihnen bestehen. Beabsichtigt ist, das subjektiv erlebte Gesundheits- und Krankheitsgeschehen in Sachsen- Anhalt möglichst plastisch nachzuzeichnen. Die sich anschliessenden Abschnitte wenden sich den Determinanten, den Zusammenhängen und Verflechtungen zu, wohlwissend, dass in Querschnittstudien zwar Beziehungsstärken ermittelbar, nicht aber kausale Aussagen über Ursache und Wirkung möglich sind. Es wird eruiert, inwieweit der berufliche und soziale Hintergrund – Insonderheit Alter und Geschlecht - mit den Aspekten des subjektiven Gesundheitsbildes kovariieren, welchen Einfluss die soziale Integration und das räumliche Umfeld nehmen, ob die Belastungen und allgemeinen Lebenshaltungen mit Gesundheit interagieren und welche salutogenen Effekte sich aus Lebensstil und einschlägigen Verhaltensweisen ergeben.⁵ Die Erörterungen münden in eine Zusammenführung, die darauf zielt, die Korrelationen zwischen dem Gesundheitsstatus und dessen wichtigsten Determinanten gesamthaft herauszuarbeiten, Verweisungszusammenhänge in einem Modell zu bündeln und simultan – mit Hilfe regressionsanalytischer Verfahren – zu testen.

Auch *Kapitel 7* ist unmittelbar mit der Gesundheit der Befragten befasst. Es analysiert die besondere Situation von Behinderten und chronisch Kranken. Erläutert werden der Gesundheitszustand im einzelnen, die soziale Lage, die alltäglichen Belastungen und allgemeinen Lebenshaltungen der Betroffenen. *Kapitel 8* wendet sich ebenfalls einer Sondergruppe zu. Es geht um die nähere Bestimmung von gesundheitsrelevanten Kontexten, in denen Kinder und Jugendliche leben. Da im Survey nur erwachsene Personen einbezogen sind, stützen sich die Auswertungen auf jene Teilgruppen, in deren Haushalt Minderjährige wohnen. Die Eltern werden somit zum einen zu Informanten über die Lage der Familie, die Verhaltensweisen, die im Haushalt gepflegt werden, die salutogenen Ressourcen, die dort bestehen. Zum zweiten werden aus den elterlichen Selbstbeschreibungen indirekte Schlüsse gezogen auf die Umweltbedingungen der Heranwachsenden.

Kapitel 9 wendet die Blickrichtung – das Gesundheitssystem selbst steht auf dem Prüfstand. Die Befragten erhalten Gelegenheit, diesen Bereich einzuschätzen, Zufriedenheit oder Ablehnung zu äussern, Alternativen zu formulieren und Wege aus dem Beitrags- Leistungs-Dilemma zu erwägen. *Kapitel 10* will bilanzieren. Der Bezugsrahmen und der empirische Ansatz des Bevölkerungssurveys werden zusammengefasst, die wichtigsten Befunde aus den einzelnen Kapiteln pointiert skizziert. Vor allem aber dient es dazu, die in den inhaltlichen Abschnitten eingeflochtenen, auf die Gesundheitspolitik abgestellten Überlegungen in Erinnerung zu rufen und zu diskutieren. Vertiefende Anmerkungen, insbesondere für methodisch- statistisch Interessierte und eine Literaturliste, ein Verzeichnis der Tabellen und Abbildungen sowie ein ausführlicher Tabellenanhang schliessen den Fünften Gesundheitsbericht ab.⁶

2 Stichprobe, Feldphase und Erhebungsinstrument

Der Bevölkerungssurvey „Gesundheit und Wohlbefinden in Sachsen- Anhalt“ verfolgt einen repräsentativen Ansatz und weiss zugleich um die Unschärfe und Problematik dieses Begriffs wie um die Vielfalt konkreter, unterschiedlich kostenträchtiger Vorgehensweisen (vgl.

auch Gabler/ Hoffmeyer- Zlotnik 1997; Reuband 1998). Im Rahmen der vorliegenden Studie ging es darum, die Gratwanderung zu meistern zwischen den finanziellen und personellen Ressourcen des Projekts einerseits und der Absicht andererseits, mit der realisierten Stichprobe die sozialstrukturelle Zusammensetzung der erwachsenen Einwohner und Einwohnerinnen des Landes möglichst nahe abzubilden. In den folgenden Abschnitten wird dies näher ausgeführt; Bemerkungen zum Erhebungsinstrument schliessen sich an (für eine ausführliche Darstellung vgl. Dippelhofer- Stiem 2003).

2.1 Samplingverfahren, Brutto- und Nettostichprobe

Der im Gesamtprojekt favorisierte Regionalansatz spiegelt sich in der Stichprobe des Surveys wider. Gewählt wurde ein *mehrstufiges Samplingverfahren* - Multi- Stage nach Coleman (1969) - das der Verschiedenheit von regionalen Bedingungen einen besonderen Stellenwert einräumt, ergänzt um Zufallsauswahlen. Mit anderen Worten – die Samplingstrategie bevorzugt das quotierte Vorgehen und kombiniert es mit Randomisierungen (vgl. auch Hoffmeyer- Zlotnik 1997).¹

Auf der Grundlage der im Vierten Gesundheitsbericht des Landes (Dippelhofer- Stiem/ Köhler 2003) zusammengeführten Informationen wurden in einem *ersten Samplingschritt Landkreise* sowie kreisfreie Städte identifiziert, die sich in bezug auf folgende, sich überlappende Kriterien unterscheiden – Besiedlungsdichte, Stadt- Land- Position, materielle und medizinische Infrastruktur, Altlasten, topographische Belange: Als dichtbesiedelte Gross- und Landeshauptstadt wurde Magdeburg favorisiert, als rurale und wenig frequentierte Region der Landkreis Stendal; dieser auch aufgrund der räumlichen Distanz zu Niedersachsen, der nördlichen Lage und der relativ jungen Bevölkerungsstruktur. Der südlich gelegene Burgenlandkreis zeichnet sich durch eine schwache Infrastruktur, Bevölkerungsrückgang und Zunahme im höheren Alterssegment aus. Als prosperierendes Gebiet bot sich der Saalkreis als bevorteilter „Speckgürtel“ mit Defiziten in der stationären, ambulanten und pharmazeutischen Versorgung an. Die weitere Entscheidung fiel zugunsten des Kreises Bitterfeld als ehemaligem Schwerpunkt der chemischen Industrie, mit erheblichen Umweltbelastungen und sozialen Verwerfungen nach der Wende. Die ausgewählten Gebiete *Magdeburg, Stendal, Saalkreis, Burgenlandkreis* sowie *Bitterfeld* (vgl. Abbildung 2.1) stehen stellvertretend für Sachsen- Anhalt in seiner Gesamtheit, und sie repräsentieren zugleich die drei Regierungsbezirke des Landes.

Im *zweiten Samplingschritt* wurden innerhalb der genannten Landkreise *Gemeinden* bzw. Verwaltungsgemeinschaften unterschiedlicher Grösse bestimmt und per Zufall jeweils drei ermittelt.² In der Stadt Magdeburg entfiel die Unterscheidung nach Wohnbezirken; diese Information wurde über die Befragten selbst erhoben. Im dritten *Samplingschritt* schliesslich, wurde in den ausgewählten Gemeinden – administriert über die Meldebehörden - eine *Zufallsstichprobe* von volljährigen *Personen* deutscher Nationalität im Alter zwischen 18 und 65 Jahren gezogen; pro kommunaler Einheit rund 400 Personen. In Magdeburg beinhaltet die Zufallsauswahl 2000 Adressen.³ Die Entscheidung, nur volljährige Deutsche, die nicht älter als 65 sind, einzubeziehen, speist sich aus der Überlegung, dass ausländische Personen, Kinder und Jugendliche sowie Senioren möglicherweise mit dem Fragebogen überfordert oder aber in ihrer spezifischen Situation zu wenig angesprochen würden. Zweifellos verdienen diese Gruppen aber in einer gesonderten Untersuchung Beachtung. Die auf diesem Wege gewonnene *Brutto- Stichprobe* umfasst insgesamt persönliche 6.798 Anschriften. An sie wurde der Fragebogen geschickt. Die Zahl verringert sich durch Abzug nicht auswertbarer Fragebögen, Enthaltungen und Entschuldigungen der Nicht- Teilnahme durch Umzug und nicht zuletzt durch Aussonderung der nicht verwertbaren oder zu spät eingegangenen Reaktionen. Die *bereinigte Brutto- Stichprobe* umfasst somit 6.749 Personen.

Abbildung 2.1
Regionalisierte Grundgesamtheit, Brutto- und Netto- Stichprobe des Bevölkerungssurveys
Sachsen- Anhalt 2003.^a



^a Die in Klammern gesetzte obere Zahl gibt Aufschluss über die 18-65jährige Wohnbevölkerung am 31. 12. 2001, inklusive ausländischer Personen (vgl. StLA 2002, Teil 2, S. 27). Die mittlere Zahl bezeichnet die jeweilige nicht bereinigte Brutto-Stichprobe, die untere Zahl die Netto-Stichprobe des Surveys

Die Fragebögen wurden *postalisch* versandt, versehen mit einem Anschreiben und einem freigestempelten Rückumschlag. Zwei Wochen später erfolgte ein *Erinnerungsschreiben*. Von weiteren „Mahnaktionen“ wurde Abstand genommen, da - aus den Erfahrungen anderer Studien (Reuband 2001) - das Verhältnis von Aufwand und Nutzen zu ungünstig erschien. Die Versendungen erfolgten zeitlich versetzt, nach Regionen gestaffelt. Die Erhebungsphase dauerte zwölf Wochen, von Anfang April bis Anfang Juli 2003. Bis zum Ende der Feldphase lagen insgesamt 2.090 *verwertbare Fragebögen* vor; 17 nachfolgende wurden aus Zeitgründen dem Datensatz nicht mehr hinzugefügt. Gemessen an der bereinigten Bruttostichprobe beträgt der verwertbare *Rücklauf* 31 Prozent.⁴

Tabelle 2.1

Sozialstrukturelle Merkmale von Netto- Stichprobe und Grundgesamtheit.^a Prozentangaben (N 2090).

| | Netto- Stichprobe | Grundgesamtheit |
|--|-------------------|-----------------|
| Alter | | |
| - 18- 20 Jahre | 5 | 6 |
| - 21- 30 Jahre | 14 | 16 |
| - 31- 40 Jahre | 21 | 23 |
| - 41- 50 Jahre | 27 | 24 |
| - 51- 60 Jahre | 21 | 19 |
| - 61- 65 Jahre | 13 | 12 |
| Familienstand^b | | |
| - ledig | 26 | 30 |
| - verheiratet | 64 | 60 |
| - geschieden | 8 | 8 |
| - verwitwet | 2 | 2 |
| berufliche Stellung^c | | |
| - Selbständige | 7 | 7 |
| - Beamte | 4 | 4 |
| - Angestellte | 51 | 50 |
| - Arbeiter | 38 | 39 |
| Geschlecht | | |
| - weiblich | 55 | 49 |
| - männlich | 45 | 51 |

a Die Vergleichsdaten beziehen sich auf die Wohnbevölkerung Sachsen- Anhalts am 31.12.2001 im Alter zwischen 18 und 65 Jahren, inklusive ausländischer Personen

b Für das Land Sachsen- Anhalt wurden hier die Erwerbspersonen einbezogen

c Für das Land Sachsen- Anhalt wurden hier die Erwerbstätigen einbezogen; Auszubildende sind bereits den Kategorien zugeordnet

Quellen: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003; StLA (2002), Teil 1, S. 50- 52, 73, 164

Ein Vergleich der sozialstrukturellen Merkmale von Nettostichprobe und der 18- 65 jährigen Bevölkerung Sachsen- Anhalts⁵ ergibt eine weitgehende Übereinstimmung in den Aspekten Alter und Familienstand (vgl. Tabelle 2.1), auch wenn im Bevölkerungssurvey Ledige und – damit verbunden - jüngere Personen zugunsten der Verheirateten und Älteren leicht unterrepräsentiert sind. Bezüglich der beruflichen Stellung spiegelt die Anzahl der Selbständigen und Beamten die realen Verhältnisse wider, bei den Arbeitern und Angestellten trifft dies weitgehend zu. Am ehesten treten Differenzen bei den Geschlechtern auf – Frauen sind mit einem Anteil von 55 Prozent in der Stichprobe vertreten; in der Bevölkerung stellen sie 49 Prozent. Diese Relationen replizieren sich weitgehend auch in regionenspezifischer Betrachtung. Es kann deshalb davon ausgegangen werden, dass die Stichprobe - die geringfügigen Abweichungen in Rechnung stellend - im wesentlichen die Bevölkerungsstruktur des Landes Sachsen- Anhalt repliziert.⁶

2.2 Das Erhebungsinstrument

Die Gesamtkonzeption des Bevölkerungssurveys zielt von vorneherein auf eine ausschliesslich schriftliche Befragung ohne direkten Kontakt zwischen Befragten und Forschenden. Eine von Angesicht zu Angesicht durchgeführte Erhebung, mit Einsatz von Interviewern oder eine Telefonumfrage – wie sie mittlerweile in der kommunalen Gesundheitsberichterstattung erprobt wird (Murza et al. 2003) – scheidet schon aufgrund der personellen und materiellen Ressourcen aus. Vor allem aber wäre ein solches Vorgehen möglicherweise der intimen Thematik der Untersuchung und der Zusage völliger Anonymität im Wege gestanden.

Als Erhebungsinstrument des Surveys „Gesundheit und Wohlbefinden in Sachsen- Anhalt“ dient deshalb ein schriftlicher Fragebogen. Er ist das Resultat der Operationalisierung des Modells, das die Studie theoretisch leitet (vgl. Kapitel 1.1). Eine Vorversion wurde in *Pretests* erprobt - im Beisein eines Mitglieds der Forschungsgruppe füllten jeweils 35 Personen den Fragebogen aus und sprachen im Sinne des „lauten Denkens“ über ihren Eindruck, über Unklarheiten, Verständnisschwierigkeiten. Sie benötigten durchschnittlich 30 Minuten zur Bearbeitung. Das *endgültige Instrument* umfasst 37 Fragen mit 147 Variablen. Die Antwortformate sind weitgehend standardisiert. Ein Teil der Fragen und Itembatterien wurde eigens entwickelt, weitere aus validierten Versionen anderer Untersuchungen adaptiert (vgl. ausführlich Dippelhofer- Stiem 2003). Insgesamt scheinen die Befragten mit der Beantwortung des Fragebogens gut zurecht gekommen zu sein. Der Anteil fehlender Angaben beträgt in der Regel zwischen 1 und 3 Prozent, bei Darlegung der schwerwiegenden Erkrankungen in einigen Aspekten bis zu 7 Prozent. Lediglich in der Beurteilung der alternativ gestellten Frage, wie das Finanzdefizit im Gesundheitswesen zu mindern wäre, enthalten sich 13 Prozent einer Aussage (vgl. Kapitel 9).⁷ Von der Möglichkeit, ab und an eigene Formulierungen unter „Sonstiges“ einzubringen, machten bis zu 13 Prozent Gebrauch. Und der am Ende des Instruments formulierten Aufforderung, Kritik, Anregungen und Wünsche zum Fragebogen oder zur Gesundheitsthematik zu äussern, folgte fast jeder Vierte. Dies belegt einmal mehr das rege Interesse der Bevölkerung an der Untersuchung und deren Inhalten.⁸

Den Ergebnissen der Studie liegen bestimmte *Auswertungsstrategien* und statistische Prozeduren zugrunde. Stets folgt der univariaten Analyse⁹ – der Darstellung der Antworten auf die inhaltlichen Vorgaben für sich genommen also – die bivariate. Das heisst, die einzelnen Vorgaben werden nunmehr miteinander verknüpft und mit weiteren Variablen aus dem Fragebogen, etwa dem Geschlecht, dem Alter, Merkmalen des sozialen Hintergrunds, in Beziehung gesetzt.¹⁰ Insoweit das simultane Testen mehrerer Wirkgrössen geboten erscheint, finden multivariate Verfahren Verwendung; dies ist insbesondere in Kapitel 6 der Fall. Auch die nachfolgende Porträtierung der Befragten, die Generierung der Erkenntnisse über ihre soziale Situation, die Sorgen und Lebenshaltungen sowie die gesundheitsbezogenen Orientierungen, folgt dieser Strategie. Die Präsentationen beginnen jeweils mit den Grundverteilungen zu den jeweiligen Fragen und Itembatterien, an geeigneten Stellen ergänzt um die Präsentation interner Beziehungsmuster. Die Relevanz der bivariaten Berechnungen orientiert sich am statistischen *Signifikanzkriterium* – getestet werden die Effekte gegen die Wahrscheinlichkeit, dass (in Abhängigkeit von den Randverteilungen) das Antwortverhalten der jeweils betrachteten Gruppen im Hinblick auf die zu analysierende Variable gleich sei. Nur wenn diese Wahrscheinlichkeit 5 Prozent oder weniger beträgt, wird das Ergebnis als signifikant im statistischen Sinne gewertet, in den Tabellen und Abbildungen vermerkt und im Text ausführlicher gewürdigt. Dies entspricht den bewährten Konventionen der empirischen Sozialforschung. Den Erörterungen vorangestellt sind jeweils kurze Rahmungen, die die theoretischen Erwägungen und Fragestellungen skizzieren, die sich mit den einzelnen Themenkomplexen verbinden.

3 Sozialstrukturelle Aspekte, familiale Lage und Wohnumfeld

Empirische Studien, auch jene im internationalen Vergleich (Europäische Kommission 2003), verweisen auf die hohe Bedeutung, die die soziale Lage der Menschen und ihre Verortung in der gesellschaftlichen Hierarchie für das Gesundheitsgeschehen einnimmt. Bildungs- und Berufsstatus, Erwerbstätigkeit oder aber Arbeitslosigkeit kovariieren deutlich mit Krankheit und Sterblichkeit (vgl. im Überblick Borgers/ Steinkamp 1994; Helmert et al. 2000); sie schlagen sich sogar in Merkmalen wie der Körpergrösse nieder (Kriwy/ Komlos/ Baur 2003). Entsprechend hat auch der Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt solche Merkmale erfasst - den Bildungs-, Berufs- und Erwerbsstatus sowie die berufliche Stellung.¹ Dies wird arrondiert durch zusätzliche Aspekte, etwa die körperliche Art und der Beanspruchungsgrad der Tätigkeit. Doch wäre es verkürzt, die Lebenslage allein durch die professionelle Situation abzubil-

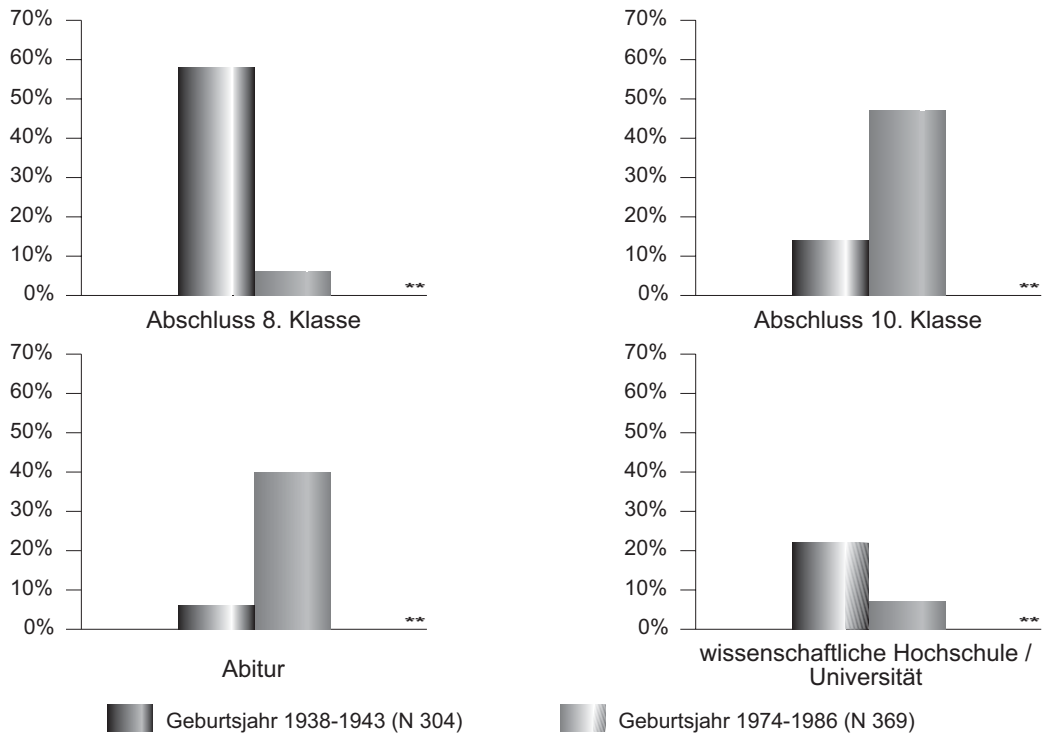
den. Vielmehr spielen für die Befindlichkeit der Menschen auch familiäre Umstände, die Integration in das soziale Umfeld, Unterstützungsleistungen durch andere, eine wichtige Rolle (Schwarzer 1993; Schnabel 2001). Hinzu treten sozial- räumliche Bedingungen - die Wohnzufriedenheit, das Wohnumfeld (Bullinger/ Laaser/ Murza 1997). Es bleibt nun zu berichten, wie die Befragten die genannten Faktoren schildern, wie sich ihre Lebenslage in den diversen Aspekten darstellt und welche Differenzierungen zu verzeichnen sind.

3.1 Bildungs-, Berufs- und Erwerbsstatus

Die Daten lassen erkennen, dass die Befragten mehrheitlich über ein mittleres Bildungsniveau verfügen (vgl. Tabelle A3.1).² Nahezu jeder Zweite kann auf den Abschluss der 10. Klasse bzw. die Mittlere Reife verweisen. Weitere 15 Prozent haben das Abitur als höchste Qualifikation erlangt. Jeder Fünfte gibt an, ein Examen an einer wissenschaftlichen Hochschule oder Universität erfolgreich abgelegt zu haben. Lediglich 15 Prozent weisen einen Abschluss der 8. Klasse bzw. der Hauptschule vor. Dabei zeigen sich die Frauen bei Mittlerer Reife und Abitur zwar leicht überrepräsentiert. Bei den universitären Abschlüssen hingegen sind sie im Nachteil - nur 17 Prozent verfügen hierüber; bei den Männern ist es fast jeder Vierte. Freilich dürfen diese Verteilungen nicht mit der aktuellen Bildungsbeteiligung im Lande verwechselt werden. Denn analog den bundesweiten Trends (StBA 2002), stellen junge Frauen an den hiesigen Hochschulen mittlerweile die knappe Mehrheit (StLA 2002, Teil 1, S. 120). Dass zudem der Trend zur steigenden Bildungsbeteiligung auch in Sachsen- Anhalt gilt, belegen die ausgeprägten Alterseffekte:³ Je jünger die Menschen sind, desto höher ist ihr formaler Bildungsgrad. So begnügten sich nur 5 Prozent der nach 1959 Geborenen, doch 26 Prozent der älteren mit der Beendigung der 8. Klasse. Und umgekehrt erreichten erheblich mehr jüngere als ältere Personen das Abgangszeugnis der 10. Klasse (53 versus 38 Prozent) bzw. das Abitur (21 versus 9 Prozent). Nicht zuletzt lassen diese Abiturquoten erwarten, dass sich die Tendenz auch im Hochschulsektor fortsetzen wird. Noch deutlicher treten die Alterseffekte im Extremgruppenvergleich hervor (vgl. Abbildung 3.1). Die Menschen im sechsten Lebensjahrzehnt verfügen überwiegend über einfache schulische Abschlüsse. Der Erwerb von Mittlerer und hochschulischer Reife ist das Privileg der Befragten aus der heranwachsenden Generation. Wenn sie dennoch weniger häufig die Universität abgeschlossen haben, so ist dies allein dem Umstand geschuldet, dass sie noch grösstenteils in der Studienphase sind.

Danach gefragt, welche *Stellung* sie jetzt oder, falls im Ruhestand oder arbeitslos, im zuletzt ausgeübten *Beruf* innehaben,⁴ benennen die meisten - 46 Prozent - Angestelltenpositionen (vgl. Tabelle A3.1). Von den Magdeburger Probanden ist dies mehr als jeder Zweite. Nurmehr jeder Dritte verortet sich als Arbeiter, in den Regionen Bitterfeld und Burgenlandkreis sind es 40 Prozent. Sowohl innerhalb der Arbeiter- als auch der Angestelltenschaft dominieren Tätigkeitsfelder im nicht- öffentlichen Dienst. Ebenfalls entsprechend der Erwerbsstruktur des Landes (vgl. Dippelhofer- Stiem/ Köhler 2003, S. 16) gehören Beamte und Selbständige zu den Minoritäten. Etwa jeder Zehnte ist in Studium oder Ausbildung, als Hausfrau tätig oder nicht in der Lage, sich zuzuordnen; die Kategorie Sonstiges subsumiert diese Fälle. Insgesamt sehen sich 14 Prozent in leitender Verantwortung, sei es als Meister (3 Prozent), führender Angestellter (8 Prozent) oder Beamter im gehobenen Dienst (1 Prozent). Neben erwartbaren altersspezifischen Charakteristika - ältere Personen sind öfter Arbeiter als jüngere, jeder fünfte junge Mensch wählt die Kategorie Sonstiges - sind vor allem Unterschiede zwischen den Geschlechtern zu vermelden. Frauen sind zumeist als Angestellte erwerbstätig, Männer als Arbeiter.

Abbildung 3.1
 Der höchstqualifizierende Berufsabschluss von jüngeren und älteren Menschen.
 Prozentverteilungen im Extremgruppenvergleich.



** $p \leq 0.01$ (Chi² - Test)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen-Anhalt 2003

Vertiefende Analysen verdeutlichen, in welchem starkem Maße der Schulabschluss die Platzierung im beruflichen System determiniert (vgl. Tabelle 3.1). Personen mit einfachem formalem Bildungsniveau sind überwiegend auf Arbeitertätigkeiten verwiesen. Lediglich ein Fünftel schafft den Sprung in eine andere Position, und wenn, dann sind dies zumeist Frauen; kaum jemand macht sich selbständig. Mittlere schulische Qualifikationen hingegen eröffnen die Chance sowohl auf eine Anstellung als Arbeiter als auch als Angestellter. Allerdings sind es innerhalb dieser Gruppe überwiegend die weiblichen Befragten, die den Angestelltenstatus erwerben; zwei Drittel der männlichen Vergleichsgruppe bleiben als Arbeiter eingestuft. Das Angestelltendasein ist die bevorzugte Sphäre von Höherqualifizierten und zwar unabhängig vom Geschlecht - drei Viertel der Universitätsabsolventen finden sich hier wieder. Zudem spielt der Aufbau einer unabhängigen Existenz für die Akademiker durchaus eine Rolle. 13 Prozent wirken als Selbständige oder Freiberufler. Eine anspruchsvolle schulische oder hochschulische Ausbildung ist zudem der beste Schutz vor Arbeitslosigkeit (vgl. Tabelle 3.2). 78 Prozent der befragten Akademiker sichern den Lebensunterhalt mit einer Vollzeitstelle; 9 Prozent sind ohne Stellung. Ungünstiger ist dies bei Personen mit mittlerem Abschluss - nur zwei Drittel sind ganztätig beschäftigt, jeder Zehnte auf einer Teilzeitstelle und 17 Prozent suchen Arbeit. Besonders betroffen aber sind die Angehörigen der unteren Bildungsschicht. Dies ist der Fall, obgleich - wiederum als Folge der Altersstruktur - die meisten schon im Ruhestand sind. Trotzdem bleibt die Rate der Arbeitslosen überdurchschnittlich. Fast jeder Vierte ordnet sich dieser Gruppe zu.

Tabelle 3.1

Die Beziehung zwischen Bildungs- und Berufsstatus. Prozentverteilungen (N 2090).

| | Bildungsstatus ^a | | | |
|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------|-------------------|-----------------------|
| | 8. Klasse (N 312) | 10. Klasse (N 945) | Abitur (N 301) | Hochschule (N 421) |
| Berufsstatus^b | | | | |
| - Arbeiter | 72 | 44 | 13 | 1 |
| - Angestellte | 18 | 42 | 48 | 74 |
| - Beamte | - | 3 | 5 | 9 |
| - Selbständige | 4 | 4 | 4 | 13 |
| - Sonstiges | 6 | 7 | 30 | 3 ** |

a Höchstqualifizierender Abschluss; ohne keinen Abschluss/ gehe noch zur Schule bzw. Sonstiges

b Stellung im gegenwärtig oder zuletzt ausgeübten Beruf

**p ≤ 0.01 (Chi²- Test)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Insgesamt gesehen, spiegelt sich die Situation auf dem Arbeitsmarkt in Sachsen- Anhalt auch im *Erwerbsstatus* der Befragten wider (vgl. Tabelle A3.1).⁵ Zwar steht die Mehrheit in einem Anstellungsverhältnis - 58 Prozent als Vollzeit-, 10 Prozent als Teilzeitbeschäftigte, in letzterem mehr Frauen als Männer. Immerhin 15 Prozent der Befragten sind arbeitslos. Allerdings darf dieser, gemessen am Landesdurchschnitt, vermeintlich günstige Wert nicht

Tabelle 3.2

Der Zusammenhang zwischen Bildungs- und Erwerbsstatus. Prozentverteilungen (N 2090).

| | Bildungsstatus ^a | | | |
|----------------------------------|-----------------------------|-----------------------|-------------------|-----------------------|
| | 8. Klasse (N 312) | 10. Klasse (N 945) | Abitur (N 301) | Hochschule (N 421) |
| Erwerbsstatus^b | | | | |
| - Vollzeit | 29 | 64 | 52 | 78 |
| - Teilzeit | 4 | 11 | 16 | 7 |
| - arbeitslos | 24 | 17 | 7 | 9 |
| - Ruhestand | 42 | 4 | 4 | 6 |
| - Sonstiges | 1 | 4 | 21 | 1 ** |

a Höchstqualifizierender Abschluss; ohne keinen Abschluss/ gehe noch zur Schule bzw. Sonstiges

b Voll- und Teilzeit inklusive ABM und Altersteilzeit; Sonstiges inklusive Ausbildung, Schule, Studium

**p ≤ 0.01 (Chi²- Test)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

vorschnell hochgerechnet werden. Denn anders als in der Amtsstatistik sind in der genannten Tabelle die Nicht- Erwerbspersonen (Hausfrauen, Rentner) in der Prozentbasis enthalten. Würden sie auspartialisiert, betrüge die Quote 18 Prozent. Von der Beschäftigungslosigkeit sind männliche und weibliche Probanden gleichermaßen betroffen. Variationen zwischen den Altersgruppen entsprechen bezüglich des Ruhestands der Lebensphasentypik und markieren dennoch einmal mehr die höhere Bedrohung durch Arbeitsplatzverlust bei den Älteren.

Exkurs: Merkmale der beruflichen und alltäglichen Arbeit

Die Stellung im beruflichen System sowie der Erwerbsstatus gehen einher mit charakteristischen körperlichen Herausforderungen und Beanspruchungen, die ihrerseits mit dem Gesundheitszustand verwoben sind (vgl. Siegrist 1996). Es scheint deshalb geboten, hierauf gesondert einzugehen. In die Erörterungen einbezogen und vergleichend betrachtet, werden zudem jene Befragte, die nicht erwerbstätig sind. Sie haben über die Anstrengungen durch alltägliche Verrichtungen berichtet.

Die Mehrheit der Befragten (53 Prozent) gibt an, überwiegend in *Bewegung* bei der täglichen Arbeit zu sein, über ein Drittel führt eine sitzende Tätigkeit aus und etwa jeder Zehnte verrichtet die Arbeit hauptsächlich stehend. Dies geht mit einem unterschiedlichen Belastungsgrad einher. 40 Prozent berichten, keiner körperlichen *Anstrengung* ausgesetzt zu sein. 43 Prozent sehen darin eine mäßige, 17 Prozent aber eine schwere physische Anforderung. Am leichtesten haben es jene, die die beruflichen oder alltäglichen Dinge im Sitzen erledigen - vier Fünftel erleben dies als nicht beschwerend (vgl. Tabelle 3.3). Wer hingegen stehen oder sich ständig bewegen muss, nimmt dies als gewisse Beeinträchtigung wahr - jeweils mehr als die Hälfte spricht von einer mäßigen körperlichen Herausforderung. Die Beanspruchung steigt mit dem Bewegungsgrad weiter: Betroffen sind besonders jene, die agil sein müssen. Für über ein Viertel geht damit eine schwere Anstrengung einher. Gleichwohl ist der Zusammenhang nicht bei allen Personen auffindbar. In den Teilgruppen finden sich gegenläufige Beurteilungen - für 2 Prozent der sitzend Tätigen ist dies Schwerarbeit. Für 25 Prozent derer, die stehend und 14 Prozent, die körperlich mobil arbeiten, stellt dies hingegen keine Belastung dar.

Tabelle 3.3
Art der Arbeit und Grad der körperlichen Anstrengung. Prozentverteilungen (N 2090).

| | Art der Arbeit überwiegend ... | | | |
|-------------------------|--------------------------------|--------------------|-------------------------|----|
| | sitzend (N 787) | stehend (N 178) | in Bewegung (N 1090) | |
| körperliche Anstrengung | | | | |
| - keine besondere | 79 | 25 | 14 | |
| - mäßige | 19 | 58 | 58 | |
| - schwere | 2 | 17 | 28 | ** |

**p ≤ 0.01 (Chi²- Test)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Entsprechend der beruflichen und altersspezifischen Segmentierung arbeiten Frauen und jüngere Menschen häufiger im Sitzen, Männer und ältere Personen sind öfter in Bewegung (vgl. Tabelle A3.2), Menschen in Führungspositionen müssen weniger Körpereinsatz an den Tag legen als jene in nachrangigen Stellungen. Dieser Befund coloriert die Entwicklung in der Arbeits- und Berufswelt, die weg von körperlichen und hin zu administrativen Tätigkeiten verläuft und mit zunehmendem Qualifikationsniveau Schreibtischarbeit abverlangt (vgl. Geißler 1996, S. 135f). Nach wie vor sind es die Angehörigen der unteren Bildungsschicht, die motorisch gefordert sind. 78 Prozent von ihnen machen entsprechende Angaben. Mit steigendem Bildungsstatus nehmen sitzende Tätigkeiten zu. Entsprechend verrichten 59 Prozent der Hochschulabsolventen ihre Arbeit im Sitzen, lediglich 32 Prozent bedürfen einer ausgeprägten Motorik. Analog gilt dies für die *berufliche Stellung* - Arbeiter müssen sich mehr als andere körperlich einbringen (79 Prozent), und sie spüren die damit verbundene schwere Anstrengung (32 Prozent). Entsprechend wird in *Arbeiterregionen* wie dem Burgenlandkreis die tägliche Arbeit am anstrengendsten erlebt, am wenigsten ist dies in Magdeburg der Fall. Mit einigem Abstand folgen die Selbständigen. Angestellte und vor allem Beamte

hingegen sind auf das Sitzen am Schreibtisch verwiesen, das nicht per se leicht fällt. Immerhin sieht ein Drittel darin eine gewisse körperliche Belastung.

Augenfällig ist, dass Ruheständler und Arbeitslose überdurchschnittlich körperlich agil sind - jeweils drei Viertel geben an, bei alltäglichen Verrichtungen in Bewegung zu sein. Zugleich schildern sie mehrheitlich mittlere körperliche Anstrengungen. Dies ist der Verschränkung von Alters- und Schichteffekten geschuldet - die Rentner gehören jener Generation an, in der niedrige Bildungsabschlüsse und die Zugehörigkeit zur Arbeiterschaft überwiegen. Die damals erworbenen Verhaltensmuster und Gewohnheiten werden mit der Pensionierung offenbar nicht einfach abgestreift. Auch unter den Arbeitslosen sind zuvorderst Angehörige unterer Sozialschichten zu finden, die ebenfalls den im Arbeitsleben abgeforderten Körpereinsatz weiterhin aufrecht erhalten. Zudem ist zu bedenken, dass sowohl Rentner als auch Arbeitslose andere Bewegungs- und Dispositionsfreiräume haben als Erwerbstätige. Und diese scheinen sie zu nutzen und dabei physische Anstrengungen in Kauf zu nehmen. Nur weniger als ein Drittel von ihnen leidet unter keiner nennenswerten Beanspruchung. Unter den Erwerbstätigen liegt dieser Anteil mit über 40 Prozent deutlich höher.

3.2 Familialer Hintergrund und soziale Unterstützung

Zu dem Bildungs-, Berufs- und Erwerbsstatus treten weitere Bestimmungsgrößen der Lebenssituation und der Integration des einzelnen in die Gesellschaft - Aspekte des familialen Hintergrunds und die Einbindung in soziale Unterstützungsleistungen. Faktoren dieser Art können Erschwernisse und Belastungen des Arbeitslebens abmildern, Raum schaffen für Erholung und Freizeit, salutogene Potenziale stärken. Umgekehrt können sie aber auch Quelle zusätzlicher Sorgen und Bürden sein, die sich auf Gesundheit und Wohlbefinden ungünstig auswirken. Kenntnisse hierüber sind deshalb für die Gesundheitsberichterstattung unerlässlich, zumal dann, wenn sie politische Maßnahmen für bestimmte Zielgruppen entwickeln will.

Gemessen am *Familienstand*, scheint die Mehrheit der Teilnehmer/ -innen am Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt ein sozial integriertes Leben zu führen. Zwei Drittel der Befragten sind verheiratet, rund jeder Vierte ist ledig, knapp jeder Zehnte geschieden oder verwitwet (vgl. Tabelle 3.4). Allerdings treten einige *regionale* Besonderheiten auf, die die Bevölkerungsstruktur widerspiegeln (vgl. dazu Dippelhofer- Stiem/ Köhler 2003): Im Landkreis Stendal wohnen überdurchschnittlich viele junge Leute, entsprechend schlägt sich dies in einer höheren Quote der Ledigen nieder. Der Saalkreis gehört zum Speckgürtel Halles, in dem sich Familien niedergelassen haben; der Anteil der Verheirateten beträgt hier 71 Prozent. Und im grossstädtischen Milieu Magdeburgs leben mehr geschiedene Personen als andernorts (vgl. Tabelle A3.3). Hinzu treten *geschlechts-* und *altersspezifische* Unterschiede, die ebenfalls der Bevölkerungsstruktur folgen - Frauen sind etwas seltener verheiratet als Männer, dafür aber, in Folge ihrer höheren Lebenserwartung, häufiger im Witwenstand. Und erwartungsgemäß ist fast die Hälfte der jüngeren Befragten noch ledig. Unter den Älteren sind 82 Prozent verheiratet, jeder Zehnte ist geschieden. Doch auch der soziale Hintergrund nimmt Einfluss (vgl. Tabelle A3.3). Sowohl Personen mit geringem formalen Bildungsniveau als auch solche mit sehr hohem sind überdurchschnittlich häufig verheiratet; dies gilt analog für Angestellte und Beamte. Arbeitslose indes haben öfter als andere eine Scheidung hinter sich - 14 Prozent geben dies an. In den Vergleichsgruppen verharren diese Anteile deutlich unter 10 Prozent.

Allerdings ist der Familienstand nur ein unzureichender Anhaltspunkt für die tatsächlich gewählte *Lebensform*. Die überwiegende Mehrheit der Befragten (82 Prozent) gibt an, mit einem Partner zusammenzuleben, und zwar Männer und Frauen gleichermaßen. Nur ungefähr jeder Fünfte bestreitet sein Leben alleine, unter ihnen sind die Magdeburger überrepräsentiert (vgl. Tabelle A3.4). Mit zunehmendem Alter steigt die Tendenz zum Zusammenleben. Die Grenze zeichnet sich um das 30. Lebensjahr ab; wer jünger ist, neigt zum Single- Da-

sein. Hinzu treten Unterschiede nach sozialer Herkunft - Hochqualifizierte meiden das Alleinleben eher, Arbeiter und Arbeitslose hingegen sind häufiger auf sich gestellt.

Tabelle 3.4

Familienstand, Lebensform, durchschnittliche Kinderzahl und Haushaltsgrösse der Befragten. Prozentverteilungen und arithmetische Mittelwerte (N 2090).

| | Prozentverteilungen | arithmetische Mittelwerte |
|----------------------|---------------------|---------------------------|
| Familienstand | | |
| - ledig | 26 | |
| - verheiratet | 64 | |
| - geschieden | 8 | |
| - verwitwet | 2 | |
| Lebensform | | |
| - alleine | 18 | |
| - in Partnerschaft | 82 | |
| Kinderzahl | | 1,4 |
| Personen im Haushalt | | 2,8 |

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Die Majorität der Befragten (75 Prozent) hat *Kinder*. Die durchschnittliche Anzahl beträgt 1,4, das Spektrum reicht aber bis zu sieben, wenngleich dies eine Ausnahme darstellt. Traditionell ist die Kinderzahl im ländlichen Raum grösser als im städtischen - durchschnittlich 1,6 im Landkreis Stendal, 1,3 in Magdeburg (vgl. Tabelle A3.5). Gleichwohl wird der Nachwuchs nicht ausreichen, um die demografische Entwicklung in Sachsen- Anhalt zu verändern. Erschwerend kommt hinzu, dass die ab 1959 Geborenen in der Regel nur 1,0 Kinder haben, die Älteren immerhin 1,8. Zugleich ist der Anteil der Jüngeren, die - zumindest noch - keine Kinder haben, überzufällig gross (40 Prozent). Allenfalls die Angehörigen unterer Sozialschichten geben Anlass zu Hoffnung: Bei Volks- und Hauptschulabsolventen ist deutlich mehr Nachwuchs vorhanden als in den anderen Statusgruppen. Und Arbeitslose sind nicht nur öfter geschieden als andere, sie haben auch mehr Kinder. Dies mag einmal mehr die prekäre materielle Situation dieser Befragten aufzeigen. Aber es ist auch nicht auszuschliessen, dass die Kinder eine Quelle von Unterstützung und Hilfe darstellen. Mit zunehmendem Alter wird das Zusammenleben mit den Kindern seltener, die *Haushalte*, insbesondere im städtischen Raum, schrumpfen (vgl. Tabelle A3.6). Mehr als jeder zweite befragte Senior lebt in einem Zwei- Personen- Haushalt. Dies muss nicht unbedingt Einsamkeit indizieren. Vielmehr kommt es darauf an, inwieweit soziale Unterstützung und Hilfe von aussen möglich sind und gegebenenfalls selbst erbracht werden.

Soziale Unterstützung und Hilfeleistung

Die vorliegende Studie hat sich dieser Thematik in zwei Richtungen genähert: Zum einen wurde gefragt, inwieweit in den letzten 5 Jahren hilfs- oder pflegebedürftige Personen betreut wurden. Zum zweiten galt das Interesse der Anzahl jener Personen, auf die im eigenen Notfall unbedingt Verlass wäre. Auch diese Befunde ergeben ein positives Bild. Sie verweisen aber zugleich auf bedeutsame Minderheiten, die sich in der Pflege anderer engagieren, selbst aber keine oder nur wenig Unterstützung aus ihrem Umfeld erhoffen.

Über drei Viertel der in den Bevölkerungssurvey Einbezogenen haben in der zurückliegenden Zeit keine *Betreuungsleistungen* erbringen müssen (vgl. Tabelle 3.5). Jeder zehnte Befragte aber gewährte anderen Menschen tägliche Hilfe. 14 Prozent waren mehrmals im Monat oder in der Woche im Einsatz. Dabei verschränken sich geschlechts- und altersspezifi-

sche Einflüsse (vgl. Tabelle A3.7). Ähnlich dem medizinischen Laienbereich, der von Frauen dominiert ist (Faltermayer 1998), sind auch betreuende Aktivitäten eine eher, wenn auch nicht ausschliessliche, weibliche Domäne. 27 Prozent haben sich entsprechend betätigt, von den Männern sind es 18 Prozent. Noch deutlicher sind die Altersdifferenzierungen. Jeder Dritte der vor 1959 Geborenen war mit einem Pflegefall konfrontiert, darunter wiederum wesentlich mehr Frauen zumeist aus der Altersgruppe der 50- 60 Jährigen. Dem konvergiert, dass verwitwete Personen sowie Angehörige jener Haushalte, in denen keine minderjährigen Kinder (mehr) leben, auffallend oft geholfen haben - 25 Prozent bzw. 6 Prozent sogar täglich. Systematische Differenzierungen nach Schichtzugehörigkeit, der Stellung in der Berufshierarchie oder dem Erwerbsstatus ergeben sich nicht.

Tabelle 3.5

Soziale Unterstützung – gegebene Hilfeleistungen und Zahl der verlässlichen Hilfspersonen im eigenen Notfall. Prozentverteilungen (N 2090).

| | |
|--|----|
| gegebene Hilfeleistungen in den letzten 5 Jahren ^a | |
| - keine | 77 |
| - mehrmals im Monat | 8 |
| - mehrmals wöchentlich | 6 |
| - täglich | 9 |
| Zahl der verlässlichen Hilfspersonen im eigenen Notfall ^b | |
| - keine | 4 |
| - eine | 14 |
| - zwei bis drei | 39 |
| - mehr als drei | 43 |

a Frageformulierung „Haben Sie in den letzten 5 Jahren eine hilfs- oder pflegebedürftige Person betreut?“

b Frageformulierung „Wie viele Personen – einschliesslich Ihrer Familie – kennen Sie, auf deren Hilfe Sie sich in Notfällen auf jeden Fall verlassen können?“

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Den erbrachten Unterstützungsleistungen stehen jene gegenüber, die die Befragten *selbst* erhalten würden, wenn sie einmal in *Not* geraten. Fast alle vertrauen darauf, verlässliche Hilfe von wenigstens einer Person zu bekommen (vgl. Tabelle 3.5). Hierbei meint knapp jeder Zweite, dass er sich auf mehr als drei Personen verlassen kann. 39 Prozent benennen zwei bis 3 Mitmenschen und 14 Prozent mindestens eine Person. Eine Minderheit von 4 Prozent aber, scheint in grosser Isolation zu leben - in ihrem Umfeld steht offenbar niemand bereit, um Beistand zu leisten. Dahinter verbergen sich wiederum deutliche Alterseffekte. Mit zunehmenden Lebensjahren verkleinert sich das personale Unterstützungssystem. Entsprechend berichten Verwitwete und jene, die in kleineren Haushalten sowie ohne Kinder leben, von einem geschrumpften sozialen Netz. 8 Prozent der im sechsten Lebensjahrzehnt Stehenden wissen keinen Menschen zu benennen, der ihnen in schlimmen Situationen helfen würde. Vor allem männliche Senioren äussern sich in dieser Weise. Zudem nimmt die Positionierung im sozialen Gefüge Einfluss (vgl. Tabelle A3.8). Die Position als Arbeiter sowie Arbeitslosigkeit tragen zur Einschränkung des Kreises von zuverlässigen Hilfspersonen bei.

Aus den Befunden ist zu *folgern*, dass die meisten Menschen in Sachsen- Anhalt sozial gut eingebunden sind. Sie sind eher selten mit der Erteilung von Pflege- und Hilfeleistungen für andere konfrontiert. Doch wenn solche notwendig werden, sind zuvorderst die Älteren, die Frauen öfter als die Männer, in der Pflicht. Auf der anderen Seite können fast alle Befragten auf Hilfe vertrauen, wenn diese einmal nötig wäre. Allerdings gilt dies für ältere Männer, Menschen aus unterprivilegierten Milieus sowie Arbeitslose in geringerem Maße. Sie neigen, so ist zu vermuten, zu Abschottung und Isolation und bedürfen deshalb der besonderen Aufmerksamkeit sozialpolitischer Maßnahmen.

3.3 Aspekte von Wohnsituation und Wohnumfeld

Neben der Zugehörigkeit zu Referenzgruppen, sei es als Unterstützungsgebende oder Hilfenehmende, ist die Lebenssituation auch durch die Wohnverhältnisse sowie das nähere räumliche Umfeld charakterisiert. In Sachsen- Anhalt sind seit den 1990er Jahren hier entscheidende Verbesserungen bewirkt worden. Der Anteil von Einfamilienhäusern ist deutlich gestiegen, einhergehend mit hoher Mobilität, zugunsten der in den Speckgürteln gelegenen Dörfer (vgl. Harth/ Herlyn/ Scheller 1998). Aber auch in den Städten wurde vorhandener Wohnbestand renoviert, die Quartiere verschönert. Dennoch hat die vorliegende Untersuchung diese Thematik aufgegriffen und sie ausschnitthaft durch zwei, die Gesundheit potenziell beeinträchtigende Aspekte beleuchtet - die Belastungen, die sich aus der Wohnsituation ergeben sowie die Lärmstörungen aus der Umgebung.

Belastungen durch die Wohnsituation

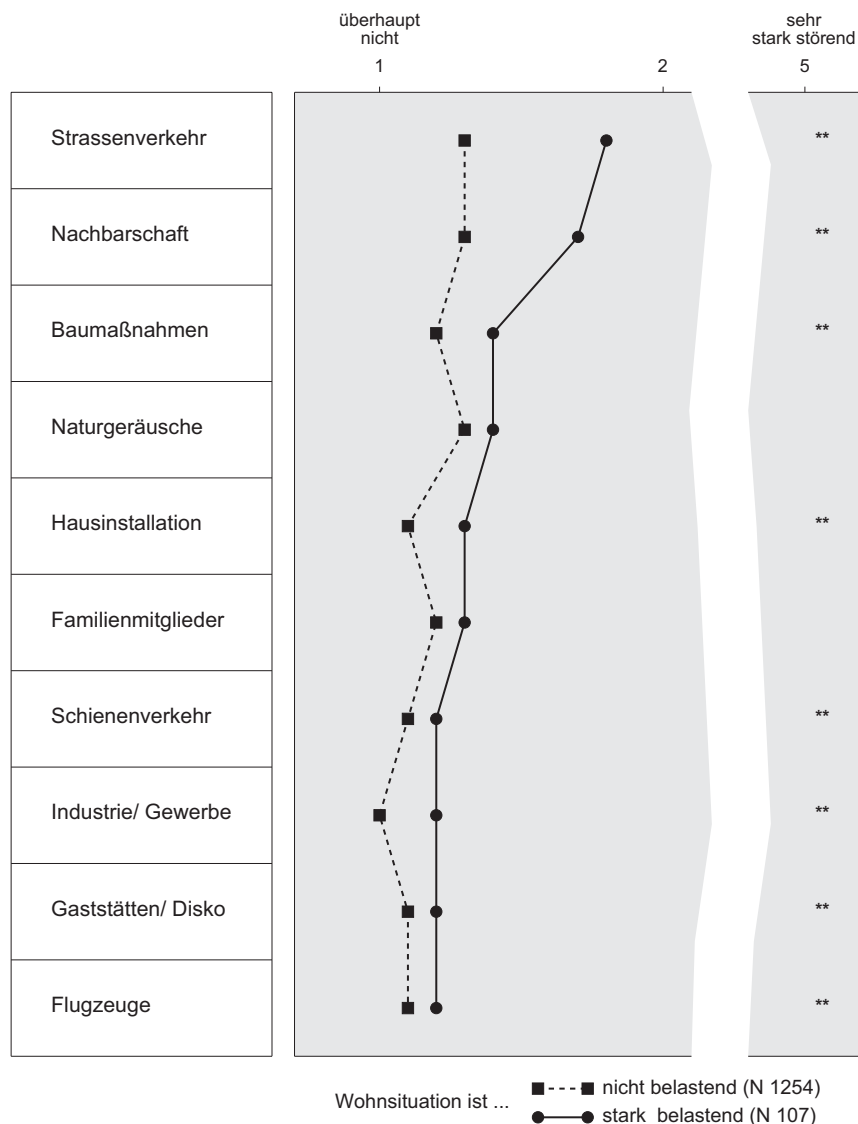
Die meisten der im Survey erfassten Personen sind mit der aktuellen *Wohnsituation* zufrieden. Lediglich 15 Prozent berichten von mehr oder weniger grossen Belastungen in diesem Bereich (vgl. auch Kapitel 4). Unter ihnen sind jüngere Personen überrepräsentiert - und zwar zuvorderst ledige und alleinlebende, in Ausbildung oder Studium stehende. Tendenziell klagen auch Arbeiter und Arbeitslose eher als andere soziale Gruppen. Es handelt sich mithin um solche Menschen, die ein geringes Einkommen haben und deshalb nicht selten auf minderwertigen Wohnraum ausweichen müssen. Möglicherweise treten gestiegene Ansprüche der heranwachsenden Generation hinzu. Sie mögen bereits feste Vorstellungen über gutes Wohnen entwickelt haben und sehen deshalb die eigene Unterkunft mit kritischen Augen. Mit Abschluss der Ausbildung aber, so ist zu vermuten, wird es den meisten von ihnen gelingen, die persönlichen Erwartungen zu realisieren und die Zufriedenheit zu steigern.

Gleichwohl ist das Belastungsempfinden im Wohnbereich nicht ausschliesslich Ausdruck subjektiver Empfindsamkeit oder übersteigerter Ansprüche. Vielmehr spielen äussere Einflussgrössen eine beachtliche Rolle. Hierzu gehören Beeinträchtigungen durch *Lärm*. Je stärker dieser zu Tage tritt und sich als schlafstörend auswirkt, desto belastender wird die gegenwärtige Wohnsituation erlebt (vgl. Abbildung 3.2). Insbesondere die Geräusche des Strassenverkehrs und aus der Nachbarschaft vermindern die Freude an den eigenen vier Wänden. Rund jeder Vierte, der sich hiervon in seiner Nachtruhe gestört sieht, gibt mittlere oder starke Belastungen durch die Wohnsituation an. In den ruhigeren Gegenden ist dies nur etwa jeder Siebte. Andere Lärmquellen sind ebenfalls signifikant negativ, wenngleich sie nicht in diesem hohen Maße Unterschiede zwischen den Teilstichproben erzeugen - Baumaßnahmen, Geräusche der Hausinstallation, Schienenverkehr, Industrie und Gewerbe, Gaststätten und Diskotheken sowie Flugzeuge. Dies veranlasst, die Lärmquellen im einzelnen zu betrachten und sie ausführlicher zu analysieren.

Schlafstörender Lärm in der Wohnumgebung

Wiederum ergibt sich insgesamt gesehen ein eher positives Bild - die Lärmstörungen halten sich in Grenzen. Wenn überhaupt, stört Strassen- und Nachbarschaftslärm. Jeweils etwa jeder Vierte berichtet, hiervon im Schlafverlauf etwas belästigt zu sein; 16 Prozent leiden in starkem Grade. Aber auch Naturgeräusche können zuweilen unangenehm sein; für immerhin 30 Prozent stellen sie eine, wenn auch leichtere Belastung dar, 10 Prozent klagen hierüber ernsthaft. Es folgt der Lärm der Baustellen - 17 Prozent sehen sich etwas gestört, 12 Prozent stärker - und der durch Familienmitglieder in der Wohnung verursachte Krach (21 bzw. 6 Prozent). Störungen durch Flugzeuge, Schienenverkehr, Industrie und Gewerbe, Gaststätten und Diskotheken sowie durch die Hausinstallation sind nur für eine kleine Minderheit bedeutsam.

Abbildung 3.2
Die Beziehung zwischen Belastungen durch die Wohnsituation und Störungen des Schlafs durch Lärmquellen. Extremgruppenvergleich. Mediane.



** $p \leq 0.01$ (Mediantest)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen-Anhalt 2003

Die im Fragebogen erhobenen zehn Lärmquellen wurden in einer Summenskala addiert. Der Wert 10 indiziert, dass alle erfragten Quellen als überhaupt nicht störend eingeschätzt wurden, 50 drückt aus, dass alle mit der Antwortvorgabe 5 (sehr stark störend) bedacht wurden. 50 Prozent der Befragten sind unterhalb des Wertes von 12,7 (Median) positioniert, das heißt, sie sind nur in sehr geringem Ausmaß beeinträchtigt. Oberhalb der theoretischen Skalenmitte sind lediglich 2 Prozent zu finden. Und dennoch verdienen diese erfreulichen Befunde der vertiefenden Darstellung. Denn die Lärmquellen sind miteinander assoziiert. Das heißt, Menschen, die mit einer bestimmten Geräuschursache konfrontiert sind, hören umso wahrscheinlicher auch weitere. Und umgekehrt - wer von gewissen Lärmbeeinträchtigungen verschont ist, hat auch vor anderen überwiegend Ruhe. Die ausgeprägteste Verknüpfung besteht zwischen Baustellen- und Industrielärm (.57). Es folgen Verschmelzungen zwischen Geräuschen von Baustellen und Industrie, von Baustellen und Gaststätten/ Diskotheken (jeweils .54). Ebenso erwähnenswert sind die Verknüpfungen zwischen Flugbetrieb

und Baustellenlärm, Flugbetrieb und Strassenverkehr (je .51). Die weiteren Assoziationen liegen unterhalb dieser Werte, verbleiben aber allesamt im positiven Bereich (vgl. Tabelle A3.9).

Die *regionale* Differenzierung der Daten bestätigt einmal mehr, dass die Wahrnehmungen der Befragten nicht allein persönlichen Empfindlichkeiten geschuldet sind, sondern ein reales Substrat haben. So fühlt sich im Saalkreis - in dessen Einzugsbereich der Flugplatz Leipzig/Halle liegt - jeder Vierte durch Flugzeuglärm gestört. Hinzu kommt der Schienenverkehr, der von ähnlich vielen beanstandet wird. Auch in den Regionen um Bitterfeld ist dies eine monierte Geräuschkulisse. Baustellen sind am ehesten in Magdeburg zu hören, die wenigsten im Kreis Stendal. Naturgeräusche als Lärmstörung werden vor allem in den ländlichen Gebieten des Burgenlandkreises angezeigt, in Magdeburg hingegen am geringsten wahrgenommen. Dennoch sticht in der Summe keiner der in der Untersuchung erfassten Landkreise negativ hervor. Vielmehr bleiben die gefundenen Unterschiede auf einzelne Aspekte beschränkt, in der Summe gibt es keine signifikanten Abweichungen zwischen den Regionen.

Dies ist auch hinsichtlich der weiteren Variablen zu konstatieren. In der Gesamtschau unterscheiden sich Männer und Frauen, Ältere und Jüngere, Alleinlebende und in grossen Haushalten Wohnende nicht systematisch voneinander. Sie hören allenfalls Detailspekte anders: Strassenlärm, Naturgeräusche und Flugzeuge stören beispielsweise die vor 1959 Geborenen eher, die jungen Befragten indes klagen über Lärm aus der eigenen Familie. Am wenigsten betroffen zeigen sich Personen im Alter über 60. Wenn Kinder im Haushalt leben, werden Geräusche aus der Familie öfter als störend benannt und generell wird offenbar, dass mit zunehmender Personenzahl in einem Haushalt eine gesteigerte, wenngleich immer noch moderate, innerfamiliäre Lärmbeeinträchtigung einhergeht. Überdies sind Angestellte und Arbeiter lärmsensibler als Beamte und Selbständige. Gleichwohl sind unter jenen, die höchste Störungen vermelden, gerade die Selbständigen überrepräsentiert (4 Prozent).

3.4 Fazit

Auf den ersten Blick erscheint die Lebenssituation der Menschen in Sachsen-Anhalt in einem recht *günstigen* Licht. Dies ist jedenfalls dann der Fall, wenn die Indikatorenbündel - Bildungs-, Berufs- und Erwerbsstatus, soziale Unterstützung, Wohnen und Wohnumgebung - herangezogen werden: Die Mehrheit verfügt über ein mittleres Bildungs- und Qualifikationsniveau, das beruflich in Angestellten- und Arbeiterpositionen eingebracht wird. Immerhin jeder Fünfte hat ein Hochschulexamen vorzuweisen, in der heranwachsenden Generation zeichnet sich ein weiterer Anstieg des Bildungsniveaus ab. Über zwei Drittel der Befragten sind in das Erwerbsleben integriert, zumeist in einer Vollzeitstelle. Schwere körperliche Arbeit ist selten geworden, insbesondere jüngere Leute verrichten ihre Tätigkeit im Sitzen. Auch die familiäre Eingebundenheit ist überwiegend positiv. Mit anderen zusammen zu leben ist das dominierende Muster, sei es im Status der Ehe oder in freier Partnerschaft. Insbesondere in der älteren Generation zählen Kinder dazu, auch wenn sie - gerade im städtischen Milieu - nicht mehr im Haushalt wohnen. Aktive Betreuungs- und Pflegeleistungen für Angehörige oder Nahestehende hat allerdings nur eine Minorität in den letzten 5 Jahren erbringen müssen. Dies oblag überwiegend, doch nicht ausschliesslich, den älteren Frauen. Insgesamt erweist sich das potenzielle soziale Netzwerk als stabil. Wenn sie selbst in Not gerieten, dürfen die meisten darauf vertrauen, dass ihnen mehrere Personen helfen würden. Die Wohnsituation schliesslich, wird überwiegend positiv beurteilt, grobe Beeinträchtigungen durch Lärm aus dem Umfeld sind eher die Ausnahme. Wenn die Geräuschkulisse als schlafstörend empfunden wird, so ist dies vor allem dem Strassenverkehr und der lauten Nachbarschaft geschuldet.

Auf den zweiten Blick aber, offenbaren sich deutliche schicht- und altersspezifische *Disparitäten*. Vor allem Angehörige der unteren Bildungsschicht verrichten harte körperliche Arbeit, und sie empfinden dies auch so. Sie tragen zudem das höchste Risiko, arbeitslos zu werden.

Zugleich mehren sich die Anzeichen sozialer Desintegration - Arbeiter und Arbeitslose leben häufiger als andere allein und können weniger hoffen, in Notfällen Unterstützung durch andere Menschen zu erlangen. Mit zunehmendem Alter verschlechtert sich dies weiter, wobei mehr Männer als Frauen betroffen sind. Hinzu treten, wohl auch in Folge der finanziellen Einschränkungen, desolater Wohnverhältnisse. Während die schichtspezifischen Ungleichheiten eindeutig sind, gilt dies für die alterstypischen nicht. Junge Menschen sehen sich mit Beeinträchtigungen durch die Wohnverhältnisse, durch den Lärm der Familienmitglieder konfrontiert. Parallel dazu können sie aber auf ein breites Netzwerk von Unterstützungen zurückgreifen, ohne selbst aktiv helfen zu müssen. Mit zunehmendem Alter verringern sich die Haushaltsgrößen und die Zahl jener, die im Notfall hilfreich zur Seite stünden. Dies geht einher mit steigenden Diensten, die die Befragten für pflegebedürftige Personen erbringen. Den Angehörigen unterer Sozialschichten sowie den älteren Menschen sollte mithin das besondere Augenmerk gelten. Für Arbeitslose und Arbeiter käme es darauf an, Angebote zu entwickeln, die ihnen mehr Teilhabe am gesellschaftlichen Leben erlauben, etwa im Bereich von Bewegung und Sport. Auch verbesserte, preisgünstige Angebote im Wohnungssektor wären hilfreich. Für ältere Menschen erscheint es wichtig, zur Aufrechterhaltung sozialer Netzwerke beizutragen, und sie vor allem dann zu unterstützen, wenn Angehörige zu pflegen sind.

4 Belastungen und allgemeine Lebenshaltungen

In der Literatur wird kontrovers darüber diskutiert, inwieweit einzelne kritische Lebensereignisse oder aber dauerhafte alltägliche Belastungen und Probleme Gesundheitsbeeinträchtigungen hervorrufen. Die Forschungslage hierzu ist uneinheitlich, je nach Untersuchungsansatz und erhobenen Variablen wird die eine oder andere Position gestärkt (im Überblick Geyer 1999; Filipp 1995). Unabhängig davon ist jedoch deutlich, dass die psychischen Kapazitäten, die Handlungsstrategien und Lebenshaltungen, über die die Menschen verfügen, entscheidende Relevanz für die Verarbeitung von temporären wie dauerhaften negativen Erlebnissen spielen. Für sich genommen indizieren solche Fähigkeiten und Haltungen ein wichtiges salutogenes Potenzial, auf dessen empirischer Erfassung die Gesundheitsforschung nicht verzichten sollte (im Überblick Hurrelmann 2000). Auch die vorliegende Studie hat Aspekte dieser Art thematisiert und den Befragten zur Selbstauskunft vorgelegt. Wiederum war es nicht möglich, das ganze Spektrum zu berücksichtigen; die Beschränkung auf bestimmte Bereiche war geboten. Erhoben wurden sowohl die Belastungen, denen sich die Menschen in Sachsen-Anhalt gegenübersehen als auch - gleichsam als positives Korrelat - die Aufgeschlossenheit und das Interesse gegenüber bestimmten Lebensbereichen. Einbezogen waren zudem Kontrollüberzeugungen, also Vorstellungen darüber, ob die Gestaltung des eigenen Lebens durch eigenes Engagement oder eher durch äussere Einflüsse bestimmt ist. Und schliesslich wurde bilanzierend nach der Zufriedenheit mit dem bisherigen Dasein sowie dem Zukunftsoptimismus gefragt. Die folgenden Ausführungen präsentieren die Befunde in drei Abschnitten und geben Aufschluss über die innere Kohärenz der diversen Aspekte.

4.1 Belastungen und Probleme

Die Hierarchie der Belastungen wird angeführt von den steigenden Kosten im Gesundheitsbereich (vgl. Tabelle 4.1).¹ Zwei Drittel der Befragten sehen hierin eine mittlere bis starke Sorgenquelle; jeder Vierte wählt die höchste Antwortkategorie 5. Dies ist sicherlich zum einen eine Reminiszenz an die Thematik des Surveys, zum anderen zeugt es von dem Willen, die Gelegenheit zu nutzen, das Unbehagen an den aktuellen Entwicklungen im Gesundheitssektor zum Ausdruck zu bringen.² Merkmale der berufsbezogenen Palette rangieren auf den nachfolgenden Plätzen: Die unsichere Situation auf dem Arbeitsmarkt ist für jeden Dritten ausserordentlich problematisch, ein weiteres Drittel bezeichnet sich als hiervon stark bis

mittelstark bedrückt. Doch auch die Herausforderungen des Berufslebens stellen für 63 Prozent eine beachtliche Quelle des Unbehagens dar. Und zudem gibt die eigene finanzielle Lage Anlass für eine ungünstige Gefühlslage. Mehr als jeder Zweite zeigt sich hierdurch belastet, darunter sind 20 Prozent, die sich für die Ausprägung 5 entscheiden. Im Mittelfeld rangieren Schwierigkeiten mit der eigenen Gesundheit - 40 Prozent ordnen sich hier ein - sowie mit persönlichen oder familialen Belangen; jeweils über ein Viertel der Befragten vermeldet nennenswerte Belastungen in diesen Bereichen.³ Die Wohnverhältnisse indes erscheinen nur für eine Minderheit von 15 Prozent fühlbar negativ. Das *Gesamtmuster* der Antworten offenbart dennoch keine hochdramatische Lage. Kaum jemand schildert durchgängig in allen erfassten 8 Merkmalen schwere Belastungen. Immerhin 7 Prozent leben nahezu völlig unbeschwert, sie nennen in keinem der acht Vorgaben im Fragebogen ernsthaftere Probleme.⁴ Das heisst, die meisten Menschen leiden nicht unter einer Vielzahl von starken Beeinträchtigungen. Jene individuellen Aspekte aber, die sie als schwerwiegend benennen, summieren sich zu einem *Belastungsniveau* von mittlerer Schwere. Jeder Vierte indes positioniert sich jenseits der Mitte und ist damit als Angehöriger einer Problemgruppe zu bezeichnen.⁵

Tabelle 4.1

Profil der Belastungen^a insgesamt sowie nach Geschlechtszugehörigkeit und Geburtsjahr. Prozentverteilungen (N 2090).

| | Insgesamt | Geschlecht | | Geburtsjahr | |
|--|-----------|----------------------|---------------------|----------------------|---------------------|
| | | weiblich (N 1145) | männlich (N 935) | vor 1959 (N 1021) | ab 1959 (N 1054) |
| steigende Kosten im Gesundheitsbereich | 68 | 70 | 66 | 72 | 63 ** |
| unsichere Situation auf dem Arbeitsmarkt | 67 | 69 | 64 | 70 | 64 ** |
| eigene berufliche Tätigkeit | 62 | 56 | 67 ** | 65 | 59 ** |
| eigene finanzielle Lage | 57 | 59 | 55 | 56 | 58 ** |
| gesundheitliche Beeinträchtigungen | 40 | 42 | 38 | 50 | 30 ** |
| persönliche Probleme | 30 | 31 | 27 ** | 27 | 31 ** |
| familiäre Probleme | 26 | 29 | 22 ** | 26 | 26 * |
| eigene Wohnverhältnisse | 15 | 16 | 14 * | 11 | 19 ** |

a Das Antwortformat ist fünfstufig skaliert; 1 „überhaupt nicht“, 5 „stark belastet“; dargestellt sind die zusammengefassten Kategorien 3- 5; die Vorgabe „trifft nicht zu“ wurde auspartialisiert

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$ (Chi²- Test; dichotomisierte Verteilungen)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Die Analyse der *Antwortstrukturen* bestätigt diese Interpretation. Alle Belastungsquellen interagieren miteinander, freilich in zumeist moderatem Grade (vgl. Tabelle A4.1). Eine deutliche Assoziation (.60) besteht zwischen persönlichen und familiären Problemen. Das heisst, je schwieriger die familialen Belange erlebt werden, mit desto höherer Wahrscheinlichkeit schlägt sich dies in der persönlichen Sphäre nieder. Und umgekehrt - geringe Sorgen hier korrespondieren mit allenfalls kleineren Schwierigkeiten im anderen Feld. Auch diese Beeinträchtigungen stehen nicht isoliert. Sie sind, wenngleich nicht in jedem Fall, so doch nicht selten verbunden mit prekären Wohnverhältnissen sowie mit finanziellen Belastungen. Auch aus der Einschätzung der Situation am Arbeitsmarkt erwächst ein besonderes Beziehungsgeflecht. Zuvorderst schwingt sie mit beim Ausmaß der finanziellen Schwierigkeiten, denen sich die Befragten gegenübersehen (.44). Sie findet aber auch gewissen Niederschlag in den

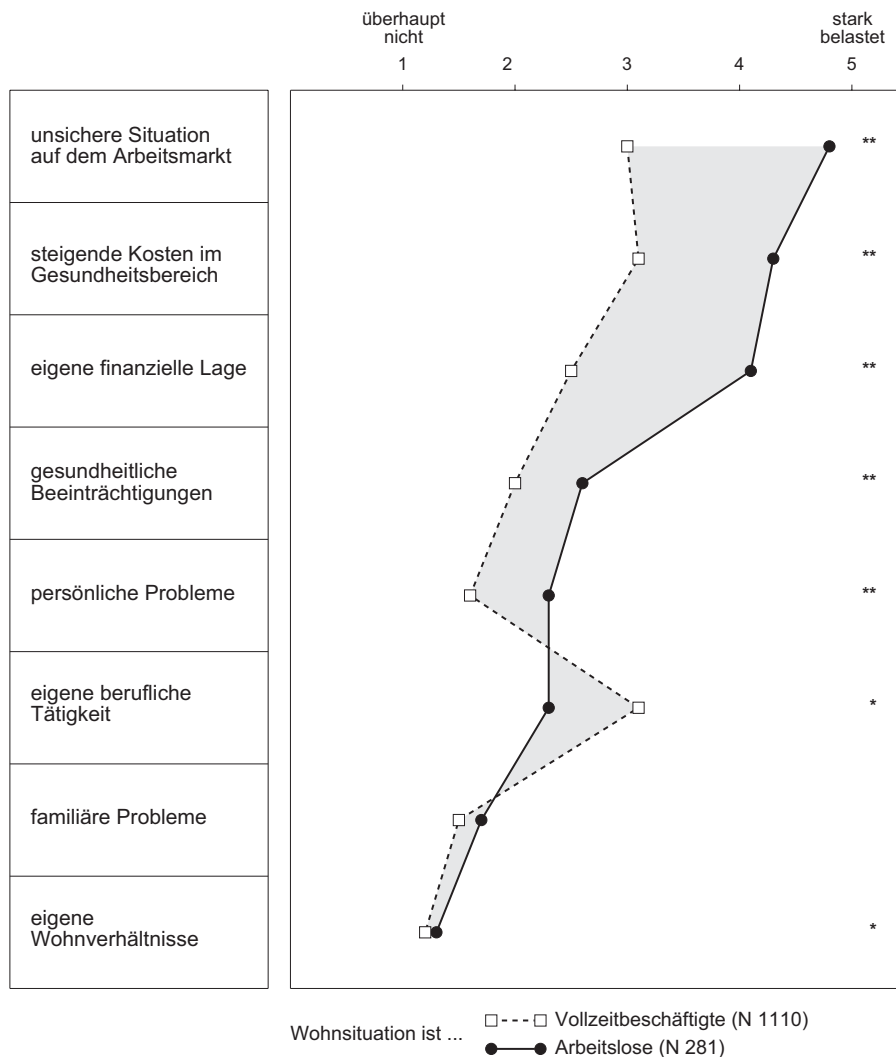
Sorgen um die Kostenentwicklung im Gesundheitssektor (.37), in den persönlichen Problemen (.24) und den Wohnverhältnissen (.23). Die aus der beruflichen Tätigkeit entstehenden Belastungen sind hingegen nur leicht mit den anderen Aspekten konnotiert; am ehesten treten sie zusammen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf (.23).

Das Profil der Belastungen ist *geschlechts-* und *altersspezifisch* akzentuiert und spiegelt durchaus reale Lebenslagen (vgl. Tabellen 4.1 und A4.2). So ist das Sorgenniveau der Frauen ausgeprägter als das der Männer, beschwert von der unsicheren Situation im Erwerbsektor, gesundheitlichen Beeinträchtigungen sowie familiären Problemen. Nur in einem Merkmal heben sich Männer deutlich hervor - 67 Prozent von ihnen fühlen sich durch die berufliche Tätigkeit belastet, unter den weiblichen Befragten sind dies 56 Prozent. Hinzu treten Differenzierungen in Abhängigkeit vom Geburtsjahr. Sie sind am ausgeprägtesten bezüglich des Gesundheitszustands - die Hälfte der älteren Personen, jedoch nur ein Drittel der jüngeren empfindet diesen als belastend. Weitere Abweichungen zuungunsten der über 44 Jährigen ergeben sich im Hinblick auf die Kosten im Gesundheitswesen, die Arbeitsmarktlage, den Beruf. Persönliche Belange sowie die Wohnverhältnisse aber gehören signifikant häufiger zum Problemhorizont der nachwachsenden Generation. Unterschieden nach dem Familienstand sind geschiedene und verwitwete Personen am meisten belastet (vgl. Tabelle A4.2). Dem korrespondiert, dass sich Alleinlebende - ausser im Beruf - stärker beansprucht fühlen als Personen mit einem Partner. Besonders deutlich tritt dies im Zusammenhang mit dem materiellen Hintergrund hervor.

Als pointierte, gleichgerichtete Einflussquellen erweisen sich der *Bildungs-, Berufs- und Erwerbsstatus*. Personen, die anhand dieser Indikatoren der unteren Sozialschicht zuordenbar sind, erleben die unwägbaren Kosten des Gesundheitssystems, die unsichere Situation auf dem Arbeitsmarkt sowie die eigene finanzielle Lage deutlich belastender als die Vergleichsstichproben. Dies tritt eindrücklich im Extremgruppenvergleich - Abgänger der Hauptschule versus Hochschulabsolventen, Arbeiter versus Beamte, Angehörige der unteren Hierarchieebenen versus jener aus leitenden Positionen - hervor. Stets sind für Befragte aus den niedrigeren Sphären die Belastungen in diesen drei Aspekten (aber auch nur in diesen) viel ausgeprägter. Das Muster gilt auch bezüglich der gesundheitlichen Beeinträchtigungen; allerdings heben sich die Differenzierungen in Abhängigkeit von der Stellung in der Berufshierarchie auf. Menschen in ausübender wie führender Position fühlen sich durch dieses Merkmal gleichermaßen beschwert (vgl. Tabelle A4.3).

Während sich die Belastungsprofile der genannten sozialen Gruppen auf spezielle Felder konzentrieren, hebt sich die Situation der *Arbeitslosen* davon ab. Diese Befragten leiden nicht nur unter dem höchsten Problemniveau überhaupt, sondern auch an übermäßigen Beschwerden in fast allen Einzelpunkten. Die beispielhafte Gegenüberstellung zu den Vollzeitbeschäftigten belegt dies in eindrücklicher Weise (vgl. Abbildung 4.1). Zwei Drittel verbinden die Gedanken an die Arbeitsmarktlage im Lande mit der Antwortvorgabe 5, die die grösste negative Ausprägung kennzeichnet; ein weiteres Viertel meldet mittlere bis starke Belastungen. Dies kann als Indiz dafür gewertet werden, dass sich die überwiegende Mehrheit keineswegs in der sozialen Hängematte ausruht, sondern die Ausgeschlossenheit aus der Berufswelt als besorgniserregendes Problem ansieht. Für diese Interpretation sprechen die weiteren Bereiche - die materiellen Entwicklungen im Gesundheitssektor, die eigene finanzielle Lage, die gesundheitlichen Beeinträchtigungen, persönliche Probleme, beeinträchtigende Wohnverhältnisse. So verweisen 45 Prozent der Arbeitslosen auf einen im höchsten Grade angespannten finanziellen Hintergrund; unter den Erwerbstätigen wählen lediglich 13 Prozent die Kategorie 5. Unter starken oder sehr starken Belastungen durch den eigenen Gesundheitszustand leidet mehr als jeder Vierte, durch persönliche Belange jeder Fünfte; von den Ganztagsbeschäftigten gelangt nur jeweils jeder Zehnte zu einer solchen Einschätzung. Auch wenn an dieser Stelle offen bleiben muss, ob manch eine Facette dieses Reigens Folge oder vielleicht Ursache der Arbeitslosigkeit ist, bleibt zu bilanzieren, dass sich

Abbildung 4.1
Belastungen^a in Abhängigkeit vom Erwerbsstatus - Vollzeitbeschäftigte^b und Arbeitslose
im Extremgruppenvergleich.
Mediane.



a Das Antwortformat ist fünfstufig skaliert; die Vorgabe "trifft nicht zu" wurde auspartialisiert

b Inklusive Personen in ABM und Altersteilzeit

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$ (Mediantest)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen-Anhalt 2003

auch in Sachsen- Anhalt Menschen ohne Arbeit in einer auffallend unterprivilegierten Lage befinden. In Rekurs auf die Forschungslage darf hier der Nährboden für Beschwerden und Erkrankungen vermutet werden. Kapitel 6 wird Belege für diese Hypothese suchen.

4.2 Wichtigkeit und Interesse an verschiedenen Lebensbereichen

Die *schichtspezifischen* Differenzierungen replizieren sich im Horizont der Interessensfelder. Die Befragten waren um Stellungnahme darüber gebeten, für wie wichtig sie verschiedene Lebensbereiche für sich persönlich erachten.⁶ Fast durchgängig bekunden Personen mit geringem formalen Bildungsabschluss, Arbeiter sowie in untergeordneter Position Tätige ein engeres Spektrum (vgl. Tabelle A4.2); Selbständige und Freiberufler zeigen sich hingegen

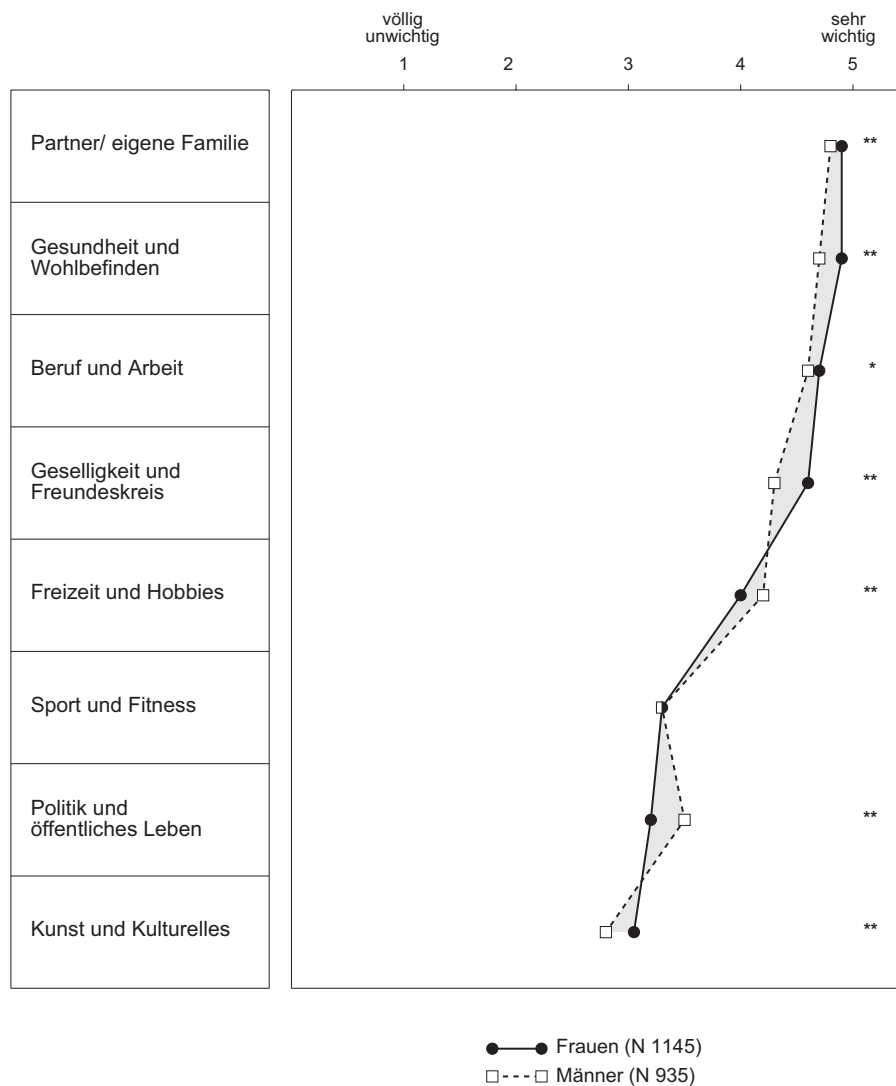
besonders aufgeschlossen. Zumeist werten Menschen aus unteren Sozialschichten auch die einzelnen Aspekte signifikant geringer als die jeweilige Referenzgruppe. Lediglich Gesundheit und Wohlbefinden sowie Geselligkeit und Freundeskreis werden höher positioniert. Als noch zurückhaltender erweisen sich die Arbeitslosen – Partnerschaft und Familie, Geselligkeit und Freundeskreis, Sport und Fitness, Freizeit und Hobbys, Gesundheit und Wohlbefinden oder Kunst und Kulturelles sind zwar nicht unwichtig; die Mehrheit äussert ein zumeist mittleres Interesse. Wohl aber sind ihnen diese Aspekte deutlich weniger relevant als den Berufstätigen oder Rentnern. Menschen im Ruhestand bekunden den öffentlichen Bereichen Politik und Kultur sogar herausragende Aufmerksamkeit. Wenn sie dennoch in der Summenskala niedrigere Werte erreichen, so ist dies allein dem Gebiet Beruf und Arbeit geschuldet, das - verständlicherweise - stark in den Hintergrund getreten ist. Mithin erzeugt die Erwerbslosigkeit differenzierte Effekte. Rentnern ermöglicht sie, Themen und Sachgebiete, die vielleicht vormals dem Beruf zum Opfer fielen, neu zu positionieren und in einem Maße zu entwickeln, das zum Teil den Durchschnitt übersteigt. Jene hingegen, die im Status der Arbeitslosigkeit leben, ziehen sich eher zurück und reduzieren ihr Anspruchsniveau. Nicht alle haben die Kraft (und das Geld), um die freie Zeit über Gebühr für die Entfaltung eigener Interessen zu nutzen. Das heisst nicht, Arbeitslose seien nur teilnahmslos und isoliert; die Mehrheit gewichtet gerade die sozialen Kontakte hoch. Dennoch sind die prozentualen Anteile jener, die in den erhobenen Merkmalen am Leben teilhaben, deutlich geringer als im Durchschnitt aller Antworten.

Insgesamt gesehen geben die Daten Zeugnis davon, dass die Befragten im Leben stehen und aufgeschlossen gegenüber vielfältigen Gebieten sind. Sie geben unterschiedlichen Sphären gleichermaßen den Vorzug, setzen privatistische neben professionelle; eine Doppelung, die für Ostdeutschland typisch ist (StBA 2002, S. 453ff). Im Vordergrund der Lebensbereiche stehen Partnerschaft und eigene Familie, Gesundheit und Wohlbefinden, Beruf und Arbeit, Geselligkeit und Freundeskreis, Freizeit und Hobbys. Die Mediane übersteigen jeweils den Wert 4,1. Allenfalls kleine Minderheiten messen diesen Facetten wenig Belang bei. Etwas weniger relevant erscheinen öffentliche Aktivitäten. Politik und öffentliches Leben, Sport und Fitness nehmen jeweils über 40 Prozent ausdrücklich ins Visier, etwa 20 Prozent können damit aber gar nichts anfangen. Kunst und Kulturelles schliesslich bilden das Schlusslicht in der Hierarchie. Nur rund ein Drittel setzt dieses im persönlichen Wertespektrum sehr hoch an, ein weiteres Drittel hat damit wenig im Sinn.⁷

Frauen und Männer akzentuieren den Horizont der Lebensbereiche verschieden - weibliche Befragte betonen die Vielfalt stärker (vgl. Tabelle A4.2) und nehmen die meisten Felder noch wichtiger. Die gilt sowohl bezüglich der sozialen und gesundheitlichen Belange als auch für Beruf und Arbeit, Kunst und Kultur (vgl. Abbildung 4.2). Freizeit und Hobbys, Politik und öffentliches Leben hingegen bleiben eher maskuline Domänen. Fast jeder zweite Mann und lediglich etwa jede dritte Frau messen der Politik einen wichtigen Platz im eigenen Wertesystem zu. Weitere Differenzierungen werden sichtbar in Abhängigkeit von der Lebensform. Menschen, die einen Partner haben, sind insgesamt offener, zuvorderst für soziale und gesellige Gelegenheiten. Weil die Chancen Alleinstehender, hier zu partizipieren geringer sein dürften, mag die Reduktion der Ansprüche die Folge sein.

Regional- und altersspezifische Unterschiede ergeben sich nicht im Gesamtniveau, sondern nur bezüglich einzelner Aspekte. So richten die Magdeburger das Interesse stärker auf politische und kulturelle Dinge als die Landbewohner. Für *ältere* Personen stehen ebenfalls Politik und Kultur sowie die Gesundheit mehr im Vordergrund als für jüngere. Und umgekehrt legen jüngere Leute mehr Nachdruck auf Geselligkeit, Freizeit und Sport. Mit Blick auf die mittleren Jahrgänge und auf die Schwelle zum Seniorenalter kann somit von Rückzugstendenzen nicht die Rede sein. Vielmehr nehmen diese Menschen genauso Anteil am Geschehen, sie sind aufgeschlossen und interessiert. Dies bestätigt eine gesonderte Analyse der 60- 65 und der unter 30 Jährigen. Die Seniorinnen und Senioren reduzieren den Horizont der Lebensbe-

Abbildung 4.2
Die Wichtigkeit von Lebensbereichen^a - Frauen und Männer im Vergleich.
Mediane (N 2090).



a Das Antwortformat ist fünfstufig skaliert

* $p \leq 0.05$ ** $p \leq 0.01$ (Mediantest)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen-Anhalt 2003

reiche und die Vorlieben für Politik und öffentliches Leben, Kunst und Kulturelles und Gesundheit und Wohlbefinden keineswegs; nach wie vor erreichen sie deutlich höhere Werte als die Generation der Enkel. Das schliesst freilich nicht aus, dass sich dies in späteren Jahren anders gestaltet. Für das öffentliche Leben jedenfalls sind die Menschen im sechsten Lebensjahrzehnt ein wichtiges Potenzial, auf das Sachsen-Anhalt nicht verzichten kann. Gerade mit Blick auf die demografische Entwicklung scheint es geboten, aktiv um diese Jahrgänge zu werben, und sie in die Politik einzubinden.

4.3 Kontrollüberzeugungen, Zufriedenheit und Zukunftsoptimismus

Kontrollüberzeugungen, die Vorstellungen also, wovon das eigene Leben bestimmt ist, sind mögliche Prädiktoren für salutogenes Verhalten (vgl. Faltermaier 1998). Deshalb hat die vorliegende Studie dieses, auf Rotter (1966) zurückgehende Konzept, einbezogen und in vier Aspekten operationalisiert - individuelle Autonomie als Indiz für internale, Erziehung und gesellschaftliche Anforderungen als Hinweis auf sozial- externale und Zufall als Merkmal fatalistisch- externaler Kontrollüberzeugungen.

Die Befunde offenbaren, dass die Befragten nicht eindimensional urteilen. Sie sehen keineswegs einen Faktor als ausschlaggebend an, sondern meinen, die diversen Einflussgrößen wirken allesamt - wenn auch in unterschiedlicher Intensität - auf das Dasein ein (vgl. Tabelle 4.2). Angeführt wird der Reigen von der Vorstellung, das eigene Leben sei bestimmt von dem, was man selbst will und sich vornimmt. Zwei Drittel schildern dies als überaus zutreffend, kaum jemand lehnt diese Aussage explizit ab. An zweiter Stelle stehen jene Eigenschaften, die durch Geburt und Erziehung mitgegeben wurden - 44 Prozent stimmen dieser Quelle nachdrücklich zu, weitere 36 Prozent messen ihr mittlere Wichtigkeit bei. Doch auch die Relevanz der Anforderungen und Zwänge der Gesellschaft für das eigene Leben werden gesehen, wenngleich die Einschätzungen leicht zurückhaltender sind. An letzter Position, und von zumeist mittlerer Relevanz, stehen Zufälle und Einflüsse, die man nicht kontrollieren kann. Die *Antwortmuster*, ermittelt mit einer Konfigurationsfrequenzanalyse, bestätigen diese Facetten. Nur 13 Prozent wissen keinen der erfassten Aspekte als herausragend zu qualifizieren, 5 Prozent sprechen dies allen zu. Jeder Fünfte gibt an, allein die eigene Autonomie stünde im Vordergrund, freilich ohne die anderen Quellen aussen vor zu lassen - sie werden als schwache bis mittelstarke Determinante in die Kombinatorik einbezogen.

Tabelle 4.2

Kontrollüberzeugungen^a insgesamt sowie nach Geschlechtszugehörigkeit und Geburtsjahr. Mediane (N 2090).

| | Insgesamt | Geschlecht | | Geburtsjahr | |
|---|-----------|----------------------|---------------------|----------------------|---------------------|
| | | weiblich (N 1145) | männlich (N 935) | vor 1959 (N 1021) | ab 1959 (N 1054) |
| Das eigene Leben ist bestimmt von... | | | | | |
| - dem, was man selbst will und sich vornimmt | 3,9 | 3,9 | 3,9 | 3,9 | 3,8 |
| - durch Geburt und Erziehung mitgegebene Eigenschaften | 3,3 | 3,4 | 3,3 | 3,4 | 3,3 * |
| - Anforderungen und Zwängen der Gesellschaft | 3,2 | 3,1 | 3,2 | 3,1 | 3,2 |
| - Zufällen und Einflüssen, die kein Mensch kontrollieren kann | 2,6 | 2,7 | 2,5 ** | 2,5 | 2,7 ** |

a Das Antwortformat ist fünfstufig skaliert; 1 „gar nicht“, 5 „völlig“

*p ≤ 0.05; **p ≤ 0.01 (Mediantest)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Im Prinzip gelangen *Männer* und *Frauen* zu einem übereinstimmenden Urteil. Die weiblichen Befragten sind allerdings eher bereit, dem Zufall eine gewisse Macht zuzusprechen (vgl. Tabelle 4.2). Mit steigendem *Lebensalter* gewinnt die Einsicht an Befürwortung, dass Geburt und Erziehung relevanter sind, Zufälle und unkontrollierte Einflüsse hingegen weniger. Ähnlich gelagerte Unterschiede zwischen Ledigen und Verwitweten sind Ausdruck dieser Alterseffekte. Die *bildungsspezifischen* Differenzierungen sind gravierender - Personen mit Volksschulbildung vertreten autonomiebezogene und auf Erziehung gerichtete Konzepte stärker und sehen den Einfluss der Gesellschaft als geringer an (vgl. Tabelle A4.4). Dies spricht - zumindest für die Menschen in Sachsen-Anhalt - gegen die globale These, unterprivilegierte Lebenslagen beförderten Schicksalsergebenheit (im Überblick Helmert et al. 2000). Die Analyse des Berufs- und Erwerbsstatus' weist in die gleiche Richtung. Arbeiter und Angestellte, Beamte und Selbständige, Berufstätige und Arbeitslose gelangen zu ähnlichen Einschätzungen. Es sind die Ruheständler, die sich von den anderen abheben. Nahezu 70 Prozent von ihnen unterstreichen die ausschlaggebende Bedeutung des eigenen Wollens für die Gestaltung des Lebens. Dem Zufall, dem Einfluss der Gesellschaft gar, wird besonders wenig Relevanz eingeräumt. Jeder zweite Rentner weist diesen Gedanken dezidiert zurück. Während die politischen und gesellschaftsbezogenen Werthaltungen von Bürgern der ehemaligen DDR eher von Kollektivorientierungen getragen sind (Meulemann 1996), scheint dies für die persönlichen Kontrollüberzeugungen mithin nicht der Fall zu sein.

Zufriedenheit und Zukunftsoptimismus

Weitere Indikatoren für die subjektive Lebenssituation sind *Zufriedenheit* und *Zukunftsoptimismus*. Sie dienen, gerade in international vergleichenden Studien (Veenhoven 1995), ihrerseits als Anhaltspunkte für die „Lebbarkeit“ einer Gesellschaft. Die Auskünfte der Befragten lassen das Dasein in Sachsen-Anhalt recht günstig erscheinen. Die Mehrheit (56 Prozent) ist ausgesprochen zufrieden mit dem gegenwärtigen Leben, zwei Drittel schauen optimistisch in die eigene Zukunft (vgl. Tabelle 4.3). Trotzdem stimmt das Ergebnis nachdenklich. Denn zum einen wird das Zufriedenheitsniveau der Bundesbürger deutlich unterschritten (Christoph 2003). Zum zweiten machen sich beachtliche Minderheiten die positive Stimmung nicht zu eigen. Jeder Zehnte ist explizit unzufrieden, jeder Dritte blickt pessimistisch auf das Kommende. Und schliesslich verbergen sich hinter diesen Verteilungen spezifische soziale Gruppen: Drei Einflussquellen sind zu konstatieren - *Alleinsein*, *Älterwerden* und die Positionierung im *schichtspezifischen* Gefüge. Es sind vor allem die geschiedenen bzw. verwitweten Personen, die Anlass zu gedrückter Stimmung haben (vgl. Tabelle 4.3). Jeder Fünfte sieht das eigene Leben eher negativ; unter den Verheirateten nur jeder Zehnte. Ähnliche Wirkungen hat die aktuelle Lebensform. Singles äussern sich ungünstiger als Menschen, die einen Partner haben, Angehörige von Haushalten ohne Kinder geben sich negativer als Eltern, die mit Kindern zusammen wohnen. Dies ist arrondiert durch nicht-lineare Alterseffekte. Das fünfte Lebensjahrzehnt erweist sich als besonders belastend. Die Gegenwart wie die Zukunft erscheinen besonders oft schwarz; ein Zustand, der sich ein paar Jahre später wieder revidiert. Im Durchschnitt aber sind Ältere nicht unzufriedener als Jüngere, ein Befund, der sich bundesweit repliziert (Noll/ Weick 2004). Doch mit zunehmenden Jahren wirkt die Zukunft weniger rosig. Fast 40 Prozent der vor 1959 Geborenen bekunden keine Zuversicht; in der Referenzgruppe sind es unterdurchschnittliche 27 Prozent.

Neuerlich – und in Übereinstimmung mit anderen Erhebungen (StBA 2002, S. 433ff) - erweist sich die Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Schicht als wichtige Bestimmungsgrösse für die subjektive Befindlichkeit (vgl. Tabelle A4.4). Der Bildungsabschluss, die Positionierung im Beruf sowie der Erwerbsstatus determinieren gleichermaßen die Lebenszufriedenheit und den Zukunftsoptimismus. Mit zunehmendem Bildungsniveau steigen die günstigen Einschätzungen. So schauen über zwei Drittel der Hochqualifizierten mit Wohlgefallen auf ihr Leben, drei Viertel geben sich für das weitere Dasein optimistisch. Unter den Hauptschulabgängern kann dies nur etwa jeder Zweite tun. Ähnliche Relationen sind hinsichtlich der Stellung in der beruflichen Hierarchie sowie der Einordnung in Berufskategorien

zu vermehren. Vor allem die Beamten erscheinen vom Schicksal bevorzugt. Vier Fünftel sehen sowohl das bisherige Dasein als auch das Kommende in ausgesprochen günstigem Licht. Arbeiter hingegen urteilen am negativsten. Ähnliche Tendenzen fördert der Vergleich zwischen Erwerbstätigen und Arbeitslosen zutage.

Tabelle 4.3

Lebenszufriedenheit und Zukunftsoptimismus insgesamt und nach Familienstand. Prozentverteilungen (N 2090).

| | Insgesamt | Familienstand | | | |
|---|-----------|------------------|-------------------------|-------------------------------------|----|
| | | ledig (N 533) | verheiratet (N 1330) | geschieden/ verwitwet (N 217) | |
| Lebenszufriedenheit^a | | | | | |
| - 1- 2 | 11 | 12 | 9 | 20 | |
| - 3 | 33 | 33 | 33 | 38 | |
| - 4- 5 | 56 | 56 | 59 | 42 | ** |
| Blick in die Zukunft^b | | | | | |
| - eher pessimistisch | 33 | 28 | 34 | 37 | |
| - eher optimistisch | 67 | 72 | 66 | 63 | * |

a Frageformulierung „Alles in allem gesehen, wie zufrieden sind Sie mit Ihrem gegenwärtigen Leben?“, das Antwortformat ist fünfstufig skaliert; 1 „überhaupt nicht“, 5 „voll und ganz“

b Frageformulierung „Wenn Sie einmal in Ihre persönliche Zukunft blicken, sind Sie ...“

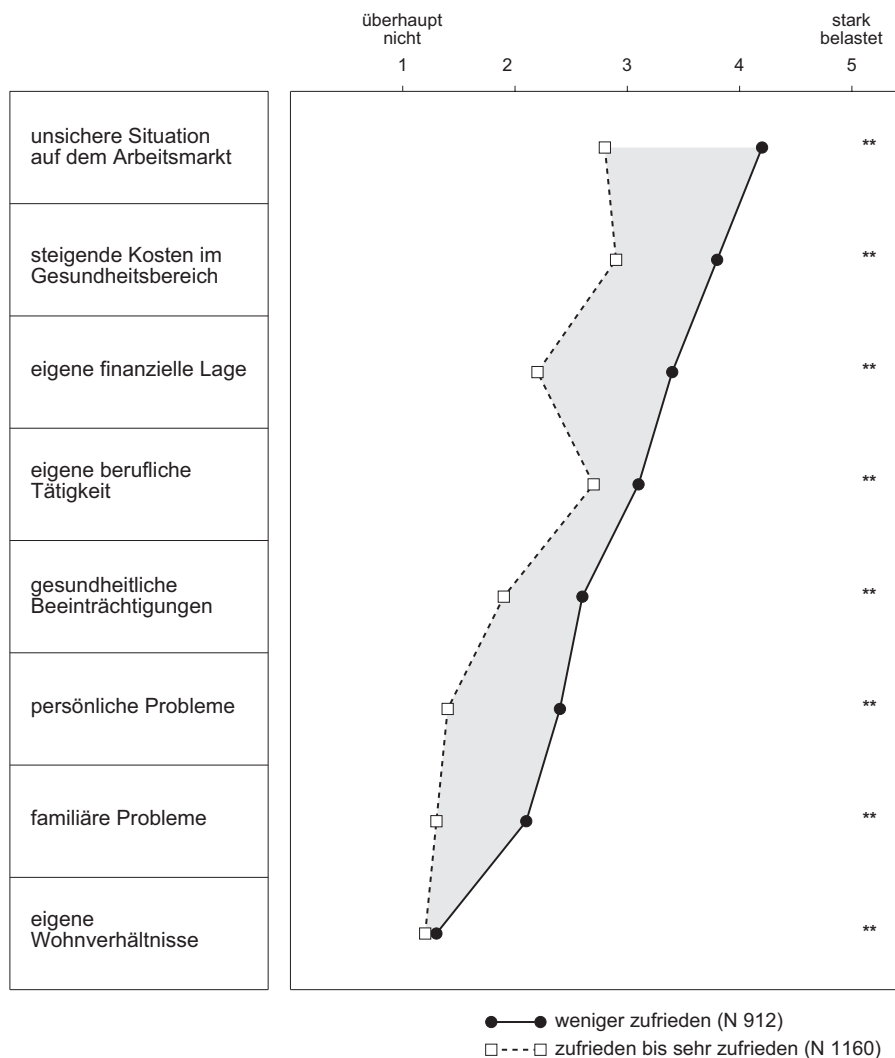
* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$ (Chi²- Test)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Zweifelsohne spiegeln sich in diesen Ergebnissen die sozio- ökonomischen Bedingungen der einzelnen Gruppen, die Situation auf dem Arbeitsmarkt und die schichtspezifischen, privaten Lebensumstände der Menschen in Sachsen- Anhalt. Für sich genommen geben sie Aufschluss darüber, wie differenziert die subjektiven Haltungen und Orientierungen der Befragten sind. Darüberhinaus gewinnen die Erkenntnisse weiteren Wert durch das Beziehungsgeflecht, in dem sie stehen. So ist der Nährboden für die Herausbildung einer optimistischen Haltung die Zufriedenheit mit dem bisherigen Leben (Phi .44), verbunden mit der Vorstellung, das Dasein durch eigenes Wollen beeinflusst zu haben. Je mehr die Menschen über diesen Bezugsrahmen verfügen, desto vertrauensvoller blicken sie dem Künftigen entgegen. Doch auch für die Bewältigung der Gegenwart ist dieses Zusammenwirken von unverzichtbarer Qualität. Befragte, die ihr bisheriges Leben günstig evaluieren und freudig an die nächsten Jahre denken, partizipieren am Leben. Sie interessieren sich stärker für alle Lebensbereiche - mit Ausnahme von Beruf und Arbeit - und haben mit deutlich geringeren Belastungen zu kämpfen (vgl. Abbildung 4.3). Sie unterscheiden sich signifikant in allen im Fragebogen erhobenen Belastungsaspekten von der Vergleichsgruppe. Auch gemessen am Durchschnitt aller Befragten ist das Ausmaß der Sorgen, etwa bezüglich des Arbeitsmarkts, der Kosten im Gesundheitsbereich, der eigenen Finanzen oder der beruflichen Tätigkeit sichtbar geringer und stets unterhalb der theoretischen Skalenmitte (der Kategorie 3) angesiedelt.

Zweifelsohne bedingen sich die Konstrukte. Wer im Alltag selten mit Belastungen und Sorgen konfrontiert ist, hat mehr Grund, zufrieden und zuversichtlich zu sein, mehr innere Freiheit, sich für diverse Inhalts- und Aktivitätsbereiche zu öffnen und an ihnen teilzuhaben. Und umgekehrt wird das dauerhafte Bedrängtsein von Problemen und Schwierigkeiten, die Erkenntnis, zu den sozial Benachteiligten zu gehören, schwerlich Raum bahnen für eine positive Grundhaltung. Dennoch ist das Wirkgeflecht nicht universell. Stets sind Personen identifizierbar, die trotz widriger Umstände den Mut nicht verlieren oder aber vice versa trotz ange-

Abbildung 4.3
 Der Zusammenhang zwischen Lebenszufriedenheit^a und Belastungen.^b
 Mediane (N 2090).



a Dichotomisierung der Antwortvorgaben 1-3 / 4-5

b Das Antwortformat ist fünfstufig skaliert

** $p \leq 0.01$; (Mediantest)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen-Anhalt 2003

nehmer Erfahrungen pessimistisch bleiben. Dies spricht für eine gewisse Beeinflussbarkeit der Zusammenhänge. Unter gesellschaftspolitischer Perspektive sollte es darum gehen, der Bevölkerung - trotz Arbeitslosigkeit und ungünstiger Wirtschaftsentwicklung - langfristige Trends aufzuzeigen, vor Augen zu führen, dass sich insbesondere im Zuge der demografischen Entwicklung neue Chancen am Horizont abzeichnen. Um diese ergreifen zu können, wird es die Anstrengung aller erfordern; die vorfindlichen, auf Autonomie setzenden Kontrollüberzeugungen der Menschen stellen hierfür eine wichtige Ressource dar.

4.4 Fazit

Die Belastungen der Menschen in Sachsen- Anhalt, ihre Aufgeschlossenheit gegenüber verschiedenen Lebensbereichen, die Vorstellungen darüber, wovon das Leben bestimmt ist, und die Frage, ob Anlass zur Zufriedenheit besteht und die Zukunft günstig sein wird, fügen sich zu einer detailreichen Skizze. Die alltäglichen Sorgen und Probleme kreisen zuvorderst um die Kosten im Gesundheitssektor, die unsichere Lage auf dem Arbeitsmarkt, die eigenen Finanzen, die berufliche Tätigkeit. Mit einigem Abstand vervollständigen individuelle gesundheitliche Beeinträchtigungen, persönliche und familiäre Belange sowie die Wohnverhältnisse den Reigen. Für die meisten erreicht das Sorgenniveau ein mittleres Ausmaß. Als Pendant dazu präsentieren sich die Befragten als aufgeschlossen und offen für diverse Lebensbereiche - die Familie, soziale Begegnungen, Beruf und Arbeit sind sehr wichtig. Freizeit und Hobbys, Sport und Wohlbefinden, Politik und Öffentlichkeit erfreuen sich ebenfalls der Aufmerksamkeit; Kunst und Kultur rangieren am Ende der Hierarchie, ohne völlig belanglos zu sein. Das eigene Leben scheinen die meisten Menschen gut im Griff zu haben. Es überwiegt die Vorstellung, das Dasein durch eigenes Wollen zu beeinflussen, auch wenn externe Wirkkräfte nicht völlig verneint werden. Die Mehrheit ist zufrieden mit dem bisherigen Leben und schaut zuversichtlich in die Zukunft. Je ausgeprägter diese positive Grundhaltung ist, desto weniger Belastungen sind zu berichten, und umgekehrt geht ein geringer Sorgenhorizont mit einer freudigen Stimmung einher.

Dieser Eindruck wird freilich getrübt durch Differenzierungen. Zu berichten sind Effekte von Alleinsein und Alter. Alleinlebende, Geschiedene und Verwitwete kämpfen häufiger mit Belastungen, ziehen sich eher zurück und neigen zu düsteren Einschätzungen des Daseins. Obgleich sich die Belastungen mit zunehmendem Alter nicht linear erhöhen, nimmt das positive Grundgefühl insbesondere im fünften Lebensjahrzehnt ab, um freilich später wieder anzusteigen. Vor allem aber sollten die starken schichtspezifischen Variationen der Aufmerksamkeit wert sein. Personen mit geringem formalen Bildungsgrad, Arbeiter und vor allem Arbeitslose erleben ausgeprägte Belastungen, interessieren sich für weniger Lebens- und Aktivitätsbereiche und bewerten das bisherige wie zukünftige Dasein in schwärzerer Tönung. Dies wiegt doppelt schwer, da diese Teilgruppen besonders nachdrücklich meinen, der eigene Lebensentwurf sei vom persönlichen Wollen abhängig. Die Schwierigkeiten und Belastungen, der gewisse Rückzug von bestimmten Lebenssphären, die eher pessimistische Einschätzung des Lebens muss von den Betroffenen umso mehr als Ergebnis verfehlter eigener Anstrengung und persönlichen Versagens interpretiert werden. Dieser Zirkelschluss scheint geeignet, allen voran den Gemütszustand der Arbeitslosen zu verschärfen, die kaum die Mittel und die Kraft haben dürften, Einfluss auf die wirtschaftliche Lage des Landes und die Maßnahmen zur Verbesserung auf dem Arbeitsmarkt nehmen zu können.

5 Gesundheitsbezogene Erfahrungen und Verhaltensweisen

Das Spektrum der Determinanten von Wohlbefinden, Beschwerden und Krankheiten ist zu erweitern um die unmittelbar auf die Gesundheit bezogenen Erfahrungen und Verhaltensweisen (vgl. im Überblick Hurrelmann 2000). Hierzu gehören die biografisch verankerten Ereignisse im Zusammenhang mit den Einrichtungen des Gesundheitssystems, insbesondere ein stationärer Aufenthalt in der Klinik, in der Rehabilitations- oder Kureinrichtung. Aber auch die Inanspruchnahme ambulanter Dienste, das Aufsuchen des Haus- oder Facharztes, des Zahnarztes, die Behandlung bei der Krankengymnastin geben Aufschluss über die Vertrautheit oder Distanz, die die Menschen zum etablierten Medizinbereich haben. Von herausgehobenem Interesse sind dabei die Einschränkungen bei alltäglichen Verrichtungen und die Strategien, mit auftretenden Beschwerden umzugehen. Desweiteren gilt die Aufmerksamkeit den riskanten wie salutogenen Verhaltensweisen. Rauchen und Alkoholkonsum, körperliche Betätigung, Informierung und die Nutzung der Vorsorgeangebote sind vielgenannte Aspekte im Horizont der gesundheitsbezogenen individuellen Lebensführung. Das

vorliegende Kapitel will über dieses Themenspektrum berichten, freilich ohne sie schon mit dem Gesundheitsstatus zu verknüpfen - dies bleibt Kapitel 6 vorbehalten.

5.1 Inanspruchnahme des Medizinsystems

Die Befragten haben vielfältige Erfahrungen mit den Institutionen des Gesundheitswesens; diese konzentrieren sich erwartungsgemäß auf die ambulanten Bereiche. Eher selten werden die Hospitäler zum Ort eigenen Aufenthalts. Darum gebeten, die zurückliegenden zwölf Monate in Augenschein zu nehmen und anzugeben, ob sie sich *selbst* zur *stationären* Behandlung in ein Krankenhaus begeben mussten, bejahen das 16 Prozent – im Bundesdurchschnitt sind dies 14 Prozent (StBA 2002, S. 479) - unter ihnen ging ein Drittel diesen Weg sogar mehrfach. 3 Prozent waren in einer Reha- Klinik, weitere 2 Prozent zur Kur. Etwa jeder zehnte Befragte hat kombinierte Erfahrungen, suchte sowohl das Spital als auch die Rehabilitations- bzw. Kureinrichtung auf. Auch wenn anzunehmen ist, dass ein weiterer Teil der Befragten von entsprechenden Erfahrungen in früheren Jahren zu berichten wüsste, zum aktuellen Lebensbereich gehören diese Einrichtungen nur für eine Minderheit. Gleichwohl sind Krankheiten und Krankenstationen vielen durchaus vertraut. Denn etwa jeder Zweite hatte im vergangenen Jahr eine schwerwiegende Erkrankung im *nahen Umfeld* erlebt sowie eine Einweisung von Angehörigen oder guten Freunden in das Hospital.

Eigen- und Fremderfahrungen mit dem Krankenhaus sind auf unterschiedliche Weise sozial *determiniert* (vgl. Tabelle A5.1). Arbeiter und Arbeitslose gehören überzufällig oft zum Klientel des Krankenhauses - etwa jeder Fünfte berichtet von entsprechenden Erfahrungen. Am günstigsten stellt sich die Situation für Beamte und Selbständige dar. Zweifelsohne spiegeln sich darin die Gefährdungen am Arbeitsplatz wider; Arbeiter verrichten zum Teil schwere körperliche Tätigkeiten, sind häufiger äusseren Risiken und Unfallgefahren ausgesetzt (vgl. Kapitel 3). Arbeitslose, oftmals diesem Milieu zugehörig, teilen diesen Hintergrund. Hinzu treten die spezifischen Belastungen, die sich aus der Erwerbslosigkeit ergeben (vgl. Kapitel 4), und die möglicherweise die Anfälligkeit für schwere Erkrankungen erhöhen. Wenn parallel dazu Arbeitslose - sowie Menschen mit geringem formalen Bildungsniveau - seltener schildern, dass Angehörige und nahe Freunde erkrankten oder gar Zeit in einem Krankenhaus verbringen mussten, so gründet dies auch in deren eingeschränkten sozialen Netzen, die den Anteil der potenziell betroffenen Personen von vorneherein reduzieren.

Tabelle 5.1

Eigen- und Fremderfahrungen mit stationärem Aufenthalt im Krankenhaus, nach Geburtsjahr. Prozentverteilungen (N 2090).

| | Geburtsjahr 19.. | | | | |
|---|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| | 38- 43 (N 304) | 44- 53 (N 448) | 54- 63 (N 554) | 64- 73 (N 400) | 74- 85 (N 369) |
| eigene stationäre Behandlung im Krankenhaus ^a | 21 | 17 | 12 | 14 | 13 ** |
| nahestehende Person als Patient im Krankenhaus ^b | 57 | 53 | 49 | 51 | 39 ** |

a Antwortformat „nein“, „einmal“, „2- 3 mal“, „öfter“; dargestellt ist die Zusammenfassung der letzten drei Kategorien

b Antwortformat „nein“, „ja“; dargestellt ist die Verteilung der zustimmenden Kategorie

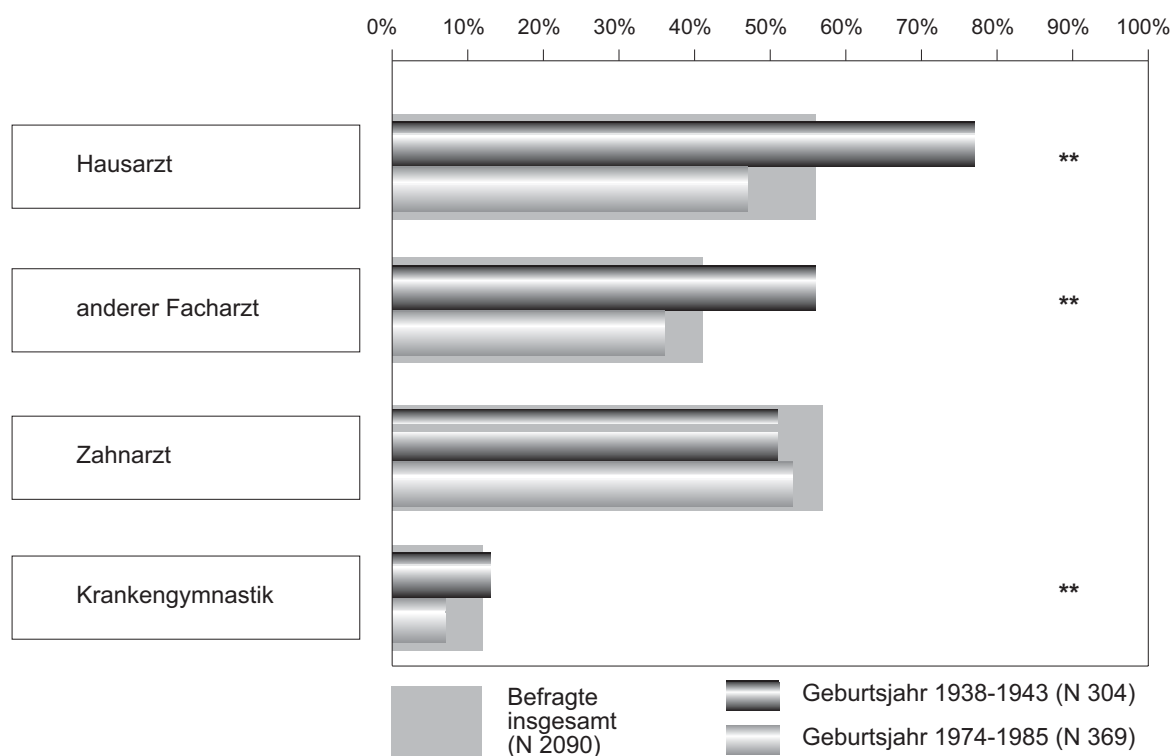
**p ≤ 0.01 (Chi²- Test)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

In erster Linie aber sind Eigen- und Fremderfahrungen eine *Alterssache*, die sich freilich erst bei differenzierter Aufschlüsselung enthüllt (vgl. Tabelle 5.1).¹ Mit dem sechsten Lebensjahrzehnt nehmen sowohl eigene stationäre Behandlungen als auch solche von nahestehenden

Personen sichtbar zu. Jeder Fünfte im Seniorenalter hat dies in den zurückliegenden zwölf Monaten am eigenen Leibe, 57 Prozent aus der Fremdperspektive erfahren. Auch Rehabilitations- und Kurmaßnahmen erhöhen sich leicht. Obgleich sich die meisten nach wie vor eines guten Gesundheitszustands erfreuen (vgl. auch Kapitel 6), markieren und gemahnen diese Geschehnisse an die Schwelle zum Alter. Die Konfrontation mit eigenen schwerwiegenden Erkrankungen sowie mit dem Leiden von Menschen aus dem nahen Umfeld tritt häufiger ein als in jungen Jahren. Und es ist zu vermuten, dass sich diese Tendenz in jenen Altersgruppen fortsetzt und geschlechtsspezifisch akzentuiert, die in der vorliegenden Untersuchung nicht einbezogen waren.

Abbildung 5.1
Inanspruchnahme medizinischer Dienste innerhalb der letzten zwölf Monate^a
- insgesamt sowie ältere und jüngere Befragte im Extremgruppenvergleich.
Prozentverteilungen.



a Antwortformat "überhaupt nicht", "einmal", "mehrmals"; dargestellt sind die Prozentverteilungen der Kategorie "mehrmals"

** $p \leq 0.01$ (Chi² - Test)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen-Anhalt 2003

Die Befunde finden Rückhall in der Inanspruchnahme des *ambulanten Bereiches*. Für die Mehrheit der Bevölkerung sind Hausarzt, Facharzt und Zahnarzt die wichtigsten Ansprechpartner, die innerhalb eines Jahres aufgesucht werden, in der Regel mehrfach (vgl. Abbildung 5.1). In diesem Zeitraum gehen 56 Prozent öfter, 29 Prozent einmal zum Hausarzt, nur 15 Prozent kommen ohne diesen Weg aus. Dies entspricht den Befunden anderer Repräsentativstudien (Coenen et al. 2003). Einem Spezialisten stellen sich 41 häufiger, 32 Prozent einmal vor, jeder Vierte aber verzichtet darauf. Die Dentisten erfreuen sich eines besonders regen Zuspruchs - 56 bzw. 37 Prozent der Befragten kontaktieren sie, lediglich 7 Prozent sehen dafür keine Notwendigkeit. Etwa jeder Fünfte muss die Krankengymnastik in Anspruch nehmen. Im Gegensatz zu den alten Bundesländern (Schulz/ Kahrs 2001) spielen Heilpraktiker sowie Selbsthilfegruppen nahezu keine Rolle; weniger als 5 Prozent der im

Survey einbezogenen Probanden haben diese Bereiche innerhalb der letzten zwölf Monate frequentiert.²

Neuerlich sind signifikante Variationen in Abhängigkeit vom *Geburtsjahr* zu konstatieren, erweitert um *geschlechtsspezifische* Besonderheiten (vgl. Abbildung 5.1; Tabelle A5.1). Mit zunehmendem Alter steigt die Häufigkeit der Besuche bei Haus- und Facharzt, wird die Krankengymnastik wichtiger. Über drei Viertel der Menschen, die in der sechsten Lebensdekade stehen, melden sich mehrfach beim Hausarzt, mehr als jeder Zweite beim Facharzt. Bei den unter Dreissigjährigen hingegen sind dies 47 bzw. 36 Prozent. Innerhalb der Altersgruppen sind Frauen die eifrigeren. Sie erkranken zwar nicht öfter als Männer, empfinden aber - wie noch zu zeigen sein wird - ausgeprägtere Beeinträchtigungen und Beschwerden. Dies erklärt, weshalb nur Minoritäten auf Arztkontakte gänzlich verzichten. Nur jede Zwanzigste hat in den letzten Monaten den Zahnarzt, jede Achte den Hausarzt, jede Fünfte den Facharzt nicht gesehen. Bei den Männern steigen diese Anteile jeweils auf das Doppelte. Die Medizinnahe der Frauen schlägt sich auch in der Familie nieder - verheiratete Männer sind weniger medizinabstinent als ledige, verwitwete oder geschiedene.

Die *schichtspezifischen* Muster replizieren sich bei den Arbeitslosen (vgl. Tabelle A5.1). Sie sind mehr als andere sowohl auf das Spital als auch auf die freien Praxen angewiesen. Arbeiter indes sind trotz häufigerer stationärer Einlieferung bei den Arztbesuchen zurückhaltender. Sie werden darin lediglich von den Selbständigen übertroffen. Offenbar drückt sich hierin das hohe Unfallrisiko der einen Gruppe und der enge Zeithorizont der anderen aus. Angehörige unterer Bildungsschichten schliesslich, sind überdurchschnittlich oft in den Sprechstunden von Haus- wie Facharzt anwesend. Dies mag auch das Ergebnis ihrer grossen Aufgeschlossenheit für die Präsentation gesundheitsrelevanter Themen in den Medien (vgl. Kapitel 5.3), aber auch der damit einhergehenden Verunsicherung sein, die es ratsam erscheinen lässt, die Deutungshoheit über den eigenen Körper an einen Fachmann zu delegieren (vgl. Lachmund 1997).

5.2 Beeinträchtigungen im Alltag und Reaktionsmuster bei Beschwerden

Die Inanspruchnahme des ambulanten Medizinsystems wurzelt nur zum Teil in subjektiv empfundenen Erschwernissen des Alltags; die Summenskalen korrelieren mit einem Wert von $r = .34$ moderat. Nicht alle Menschen, die sich in der Verrichtung täglicher Aufgaben und Aktivitäten eingeschränkt fühlen, kontaktieren die niedergelassenen Mediziner und Medizinerinnen. Auch dies ist den Antworten der Befragten zu entnehmen. Es sei dahingestellt, ob die Frequenz, mit denen einige Personen es tun, angemessen oder überzogen ist. Auch ist an dieser Stelle nicht entscheidbar, ob die Zurückhaltung anderer immer sinnvoll ist. Dennoch ist ein Blick auf solche Einschränkungen aufschlussreich, zumal er die Erkenntnisse über die Lebenslagen der Befragten um eine weitere, nunmehr direkt gesundheitsrelevante Facette erweitert.

Wiederum ergibt sich ein eher günstiges Szenario: In den zurückliegenden sechs Monaten war die Mehrheit der Befragten bei der Realisierung alltäglicher Aktivitäten nicht eingeschränkt; zumindest nicht durch körperliche oder seelische Beschwerden.³ Wenn Probleme auftraten, dann überwiegend auf leichtem Niveau. Gleichwohl ist von Teilgruppen zu berichten, die mit erheblichen Beeinträchtigungen leben müssen. Im Vordergrund stehen Schwierigkeiten, schwere Einkaufstaschen zu tragen oder mehrere Treppen zu steigen. Jeweils ein Viertel sieht sich darin etwas behindert, jeder Zehnte sogar in erheblichem Grade. In der Ausübung der beruflichen Tätigkeit ist ein Drittel beschränkt, wenn auch zumeist in geringer Ausprägung. Es folgen gewisse Probleme bei der Erledigung der Hausarbeit und bei der Ausübung von Hobbys sowie beim Radfahren und Spaziergehen. Jeweils ein Viertel kann diesen Aktivitäten nicht mehr mit voller Kraft nachkommen.

In ihren Alltagsverrichtungen behindert sind also nur Minderheiten, doch diese leiden oftmals mehrfach: Die im Fragebogen erfassten Bereiche kovariieren positiv miteinander (vgl. Tabelle A5.2). Das heisst, je schwerer eine bestimmte Tätigkeit fällt, desto mehr gilt dies auch für die anderen; je leichter zu handhaben ein Bereich erscheint, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass dies auch in den weiteren Aktivitäten der Fall ist. Besonders eindrücklich sind die Beziehungsmuster zwischen Treppensteigen und Spaziergehen (.75), Haushaltsbelangen und dem Tragen von Einkaufstaschen (.72) bzw. dem Treppensteigen (.68). Aber auch die anderen Koeffizienten übersteigen allesamt den Wert von .40. Wenn mithin Beeinträchtigungen im Alltag vorliegen, sind sie in einem relativ engmaschigen Netz miteinander verwoben, die Konstellationen kumulieren und vermögen das Leben der Betroffenen negativ zu färben. So vermag es nicht verwundern, wenn - wie die Daten zeigen - die Lebenszufriedenheit und der Zukunftsoptimismus in dieser Gruppe besonders niedrig sind.

Dem entspricht, dass zuvorderst *ältere* Menschen Grund zur Klage haben; unter ihnen sind Frauen, und insbesondere die Witwen, in allen Aspekten überrepräsentiert (vgl. Tabelle A5.3). Hinzu kommen Auswirkungen des *Alleinseins*. So sehen sich geschiedene oder verwitwete Personen weniger als verheiratete in der Lage, den alltäglichen Herausforderungen gerecht zu werden - die geringen Probleme der Ledigen sind dem Umstand geschuldet, dass diese Teilstichprobe überwiegend der jungen Generation angehört. Desweiteren sind *schichtspezifische* Unterschiede zu vermelden (vgl. Tabelle A5.3). Ein hoher Bildungsstatus, die Tätigkeit als Beamter oder Selbständiger sowie die Integration in das Erwerbsleben erleichtern die diversen Verrichtungen. Beeinträchtigungen sind seltener, und wenn sie auftreten, leichteren Charakters. Einmal mehr spiegeln sich hierin die Anforderungen der Berufswelt, die den Angehörigen unterer Schichten körperliche Belastungen auferlegen, verbunden mit dem Risiko des vorzeitigen Verschleisses. Weitere Faktoren treten hinzu - die geringere soziale Eingebundenheit insbesondere der Arbeitslosen, die psychischen und materiellen Belastungen. Zweifelsohne erhöhen sie insgesamt die objektiv bestehenden und subjektiv empfundenen Hürden für die Bewältigung des Alltags.

Individuelle Reaktionen auf Beschwerden

Das Erleben von Einschränkungen, deren Einordnung als dauerhaft belastend oder vorübergehend, bestimmt die Strategien mit, mit denen die Betroffenen auf ernsthafte Beschwerden reagieren (vgl. Tabelle 5.2). Die meisten - 44 Prozent - versuchen erst einmal, mit Hausmitteln Abhilfe zu schaffen; eine deutschlandweit durchaus übliche Strategie (Himmel/ Bardeck/ Kochen 2003). Ein Viertel aber geht sofort zum Arzt und bittet um ein Rezept. Ein Fünftel bleibt gelassen, wartet ab und hofft auf Selbstheilung. Nur eine Minderheit von 7 Prozent bevorzugt die Apotheke, will sich dort beraten lassen und ein rezeptfreies Arzneimittel kaufen. *Frauen* setzen vorrangig auf Hausmittel, und sie tragen dies gerade dann in die Familien hinein, wenn minderjährige Kinder zu betreuen sind. Auch bei Männern rangiert diese Strategie an erster Stelle, sie findet dennoch deutlich weniger Befürworter - 39 Prozent versus 49 bei den weiblichen Befragten. Stattdessen finden zwei gegensätzliche Verhaltensweisen gleichermaßen männlichen Zuspruch - entweder sofort eine Praxis aufsuchen oder aber nichts tun und auf Selbstheilung hoffen; je ein gutes Viertel der männlichen Probanden schildert dies. Die letztgenannte Strategie findet auch bei der *älteren* Generation Rückhalt. Vermutlich mahnt sie die Erfahrung mit früheren Erkrankungen erst einmal zur Gelassenheit. Allerdings ändert sich dieses Muster für die Ältesten in der Stichprobe - für sie wird das Muster, unverzüglich mit dem Arzt in Kontakt zu treten, zunehmend wichtiger.

Diese generellen Orientierungen manifestieren sich im tatsächlichen *Verhalten*. Es besteht eine deutliche Beziehung zwischen der Strategie, bei ernsthaften Beschwerden sofort den Arzt konsultieren zu wollen und der Häufigkeit, mit der dieses eingelöst wird. 92 Prozent derer, die in ihrem Handlungsrahmen prinzipiell vorsehen, bei Unpässlichkeiten den Arzt zu konsultieren, haben de facto im vergangenen Jahr einmal oder mehrfach den Hausarzt auf-

Tabelle 5.2

Reaktionsweisen bei ernsthaften Beschwerden^a insgesamt sowie nach Geschlechtszugehörigkeit und Geburtsjahr. Prozentverteilungen (N 2090).

| | Insgesamt | Geschlecht | | Geburtsjahr | |
|---|-----------|----------------------|---------------------|----------------------|---------------------|
| | | weiblich (N 1145) | männlich (N 935) | vor 1959 (N 1021) | ab 1959 (N 1054) |
| erst einmal versuchen, mit Hausmitteln Abhilfe zu schaffen | 44 | 49 | 39 | 44 | 45 |
| sofort zum Arzt gehen und um ein Rezept bitten | 27 | 24 | 30 | 31 | 22 |
| abwarten und auf Selbstheilung hoffen | 22 | 18 | 27 | 20 | 24 |
| in der Apotheke beraten lassen und rezeptfreies Arzneimittel kaufen | 7 | 9 | 5 ** | 6 | 9 ** |

a Frageformulierung „Wenn Sie einmal ernsthafte Beschwerden haben, wie reagieren Sie in der Regel?“

**p ≤ 0.01 (Chi²- Test)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

gesucht. Von jenen, die der Vorstellung des Abwartens verhaftet sind hingegen, hat jeder Fünfte auf entsprechende Kontakte völlig verzichtet. Dennoch wäre es verkürzt, anzunehmen, dass eine erhebliche Versorgungslücke bestünde, hat doch in jeder Teilgruppe die Mehrheit wenigstens einmal pro Jahr einen niedergelassenen Mediziner um Hilfe gebeten. Freilich verweisen die Befunde auf gewisse Besonderheiten, die in sozialpolitischen Initiativen zur gesundheitlichen Aufklärung zu berücksichtigen wären. Vielversprechend erscheint die Werbung für die weiblichen Reaktionsweisen, die auf zwei Aktivitäten setzen - die Hausapotheke hat Vorrang, sie wird jedoch gegebenenfalls um das Einholen medizinischer Expertise erweitert. Diese doppelte Orientierung ist auch deshalb sinnvoll, weil, wie eine repräsentative, bundesweite Telefonbefragung erbracht hat, Selbstmedikation zwar als aktiver Beitrag für die eigene Gesundheit verstanden wird, aber auch gewisse Verunsicherungen über Nebenwirkungen in sich birgt (Himmel/ Bardeck/ Kochen 2003).

5.3 Gesundheitsbezogene Lebensstile und Verhaltensweisen

In der Diskussion um Gesundheit und Wohlbefinden werden den individuellen Lebensstilen, dem Risikoverhalten, aber auch der Förderung salutogener Potenziale durch körperliche Bewegung und persönliche Präventionsmaßnahmen, eine hohe Bedeutung eingeräumt (vgl. beispielsweise Fuchs/ Schwarzer 1994; Rütten/ Abu- Omar 2003) und in den Medien entsprechend präsentiert. Auch die vorliegende Studie hat solche Indikatoren einbezogen,⁴ wohlwissend, dass Selbstauskünfte hierüber nicht immer für bare Münze zu nehmen sind. Denn gerade die sogenannten riskanten Verhaltensweisen wie Rauchen und Alkoholkonsum sind - sowie sie die kulturelle Norm des „Gelegentlichen“ überschreiten - sozial wenig akzeptiert. Gleichwohl sind sie milieuspezifisch ausgestaltet. In bestimmten Kreisen sind sie Zeichen für einen herausgehobenen Lebensstil; unter Jugendlichen mögen sie als probates Vehikel der Selbstdarstellung und Abgrenzung von der Erwachsenenwelt dienen. Dennoch werden die Menschen in Umfragen dazu neigen, das tatsächliche Verhalten etwas herunterzuspielen. Umgekehrt gelten körperliche Aktivität, gesundheitliche Prävention und Information als wünschenswert; deshalb ist anzunehmen, dass in den Antworten entsprechende Aktivitäten leicht überbetont werden.

Rauchen und Alkoholkonsum

In der Tat - und erfreulicherweise - scheinen regelmäßig rauchende und trinkende Menschen in Sachsen- Anhalt eine Minderheit zu sein (vgl. Tabelle 5.3). 23 Prozent greifen täglich zur *Zigarette*, 8 Prozent gelegentlich. Noch seltener tritt der Konsum von Zigarren oder Pfeifentabak auf - niemand praktiziert dies jeden Tag, 6 bzw. 1 Prozent allenfalls ab und zu. Auch wenn aufgrund der unterschiedlichen Operationalisierungen die Daten nicht direkt vergleichbar sind, stellt sich die Situation tendenziell günstiger dar als im Bundesdurchschnitt (RKI 1998; StBA 2001, S. 434; Kraus/ Augustin 2001).⁵ Zugleich replizieren sich in Sachsen- Anhalt die andernorts ermittelten Strukturen.

Tabelle 5.3

Zigaretten- und Alkoholkonsum insgesamt und im Extremgruppenvergleich nach Geburtsjahr und Geschlechtszugehörigkeit. Prozentverteilungen.

| | Insgesamt | Geburtsjahr 1938- 1943 | | Geburtsjahr 1974- 1985 | |
|-------------------------|-----------|---------------------------|---------------------|---------------------------|---------------------|
| | | weiblich (N 151) | männlich (N 153) | weiblich (N 200) | männlich (N 168) |
| Zigarettenrauchen | | | | | |
| - gelegentlich | 8 | 4 | 3 | 16 | 14 |
| - täglich | 23 | 2 | 13 | 32 | 34 ** |
| Bier | | | | | |
| - gelegentlich | 49 | 44 | 65 | 35 | 68 |
| - täglich | 10 | - | 25 | 1 | 8 ** |
| Wein, Sekt | | | | | |
| - gelegentlich | 82 | 88 | 79 | 85 | 63 |
| - täglich | 2 | 1 | 3 | 1 | 2 ** |
| Schnaps, Cognac | | | | | |
| - gelegentlich | 42 | 27 | 62 | 22 | 45 |
| - täglich | 1 | - | 1 | - | 1 ** |
| Longdrinks, Mixgetränke | | | | | |
| - gelegentlich | 42 | 32 | 20 | 68 | 61 |
| - täglich | - | - | 1 | - | 1 ** |

**p ≤ 0.01 (Chi²- Test)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Rauchen ist auch in diesem Bundesland eher *Männersache* und zudem eine Angelegenheit *jüngerer* Menschen. Jeder vierte männliche, doch nur jede fünfte weibliche Befragte bezeichnet sich als täglicher Konsument von Zigaretten. Diese Einordnung teilt jeder Dritte, der ab 1959 geboren wurde, von den älteren nur etwa jeder Achte (vgl. Tabelle A5.4). Sowohl die Geschlechtszugehörigkeit als auch das Lebensalter haben je für sich genommen signifikante Effekte, die sich zudem verbinden. Für die Erklärung des Rauchverhaltens ist dennoch die Variable Alter aussagekräftiger als die Geschlechtszugehörigkeit.⁶ Bei den unter 30 Jährigen teilen beide Geschlechter gleichermaßen die Präferenz für Zigaretten - ein Drittel macht entsprechende Angaben und bestätigt den in der Jugendforschung ermittelten Trend (Schmidt/ Kolip 2002; Knothe 2002), der zudem europaweit zu beobachten ist (Hackauf/ Winzen 2004, S. 122). Mit steigendem Alter geht die Vorliebe kontinuierlich zurück; auch die Männer üben Verzicht, freilich ohne die Zurückhaltung der Frauen zu erreichen. Gesundheitspolitische Initiativen wider den Tabakkonsum sollten also gezielt jüngere Leute beiderlei Geschlechts sowie ältere Männer ansprechen. Eine besonders wichtige Gruppe scheint dabei die der 12- 16 Jährigen zu sein. Denn wie eine Langzeitstudie von Fend (2005) darlegt,

entscheidet sich in diesem Alter das weitere Verhalten – 90 Prozent jener, die in solch jungen Jahren auf das Rauchen verzichtet haben, sind zwei Jahrzehnte später immer noch abstinent. Ein weiteres Augenmerk sollte den geschiedenen und verwitweten sowie den *alleinlebenden* Menschen gelten; der höhere Raucheranteil bei den Ledigen ist mit dem Alter konfundiert - sie sind zumeist jung. Gerade die vormals Verheirateten greifen deutlich häufiger zur Zigarette als die durch Ehe oder Partnerschaft gebundenen. Auch bei *Arbeitern* und Personen im unteren Segment der Berufshierarchie ist dieses Muster ebenfalls häufiger anzutreffen. Ihnen mag es als Katalysator dienen für die Bewältigung schwieriger Lebenslagen und geringer Chancen in der Arbeitswelt.

Bezüglich des *Alkoholkonsums* konfiguriert sich das Bild anders (vgl. Tabelle 5.3). Wenn dieser Bestandteil des Alltags ist, dann in Form von Bier. Jeder Zehnte berichtet, hiervon entsprechend Gebrauch zu machen. Wein und Sekt sind in Sachsen- Anhalt Getränke für bestimmte Gelegenheiten, kaum jemand nimmt sie regelmäßig zu sich. Dies gilt auch für Schnaps und Cognac sowie für Longdrinks und Mixgetränke. Zwei Drittel der Befragten verzichten ganz auf sie. Dies ist unterlegt von *geschlechts-* und *altersspezifischen* Entscheidungen. Im Einklang mit bundesweiten Befunden sind Frauen abstinenter als Männer (RKI 1998), ältere Menschen trinken etwas mehr als jüngere. Wenn alkoholische Getränke zur Verfügung stehen, dann bevorzugen Männer und ältere Personen eher Bier und Spirituosen, Frauen neigen zu Wein und Sekt, zu Longdrinks und Mixgetränken. Anders als beim Zigarettenrauchen scheinen Ehestand und Partnerschaft die Neigung zu Alkohol zu befördern. Möglicherweise unterstreicht dies die angenehmen Momente der Zweisamkeit; auch ist zu bedenken, dass diese Gruppe über häufigere Sozialkontakte verfügt und mehr kulturell akzeptierte Anlässe für Alkoholgenuss hat. Auch die *schichtspezifischen* Charakteristika sind anders als bei der Tabaknutzung. Akademiker und Selbständige sind insbesondere dem Bier häufiger zugeneigt als die Referenzgruppen, Inhaber von Führungspositionen ergänzen dies gerne durch Spirituosen. Dies mag mit den finanziellen Ressourcen zusammenhängen, aber auch Vehikel sein, um beruflichen Stress und Anspannung abzubauen. Die befragten Arbeiter und Inhaber unterer Positionen sowie die Arbeitslosen sind leicht zurückhaltender und dem Alkohol eher weniger zugetan als andere; dies steht ebenfalls im Einklang mit bundesweiten Erkenntnissen (RKI 1998).

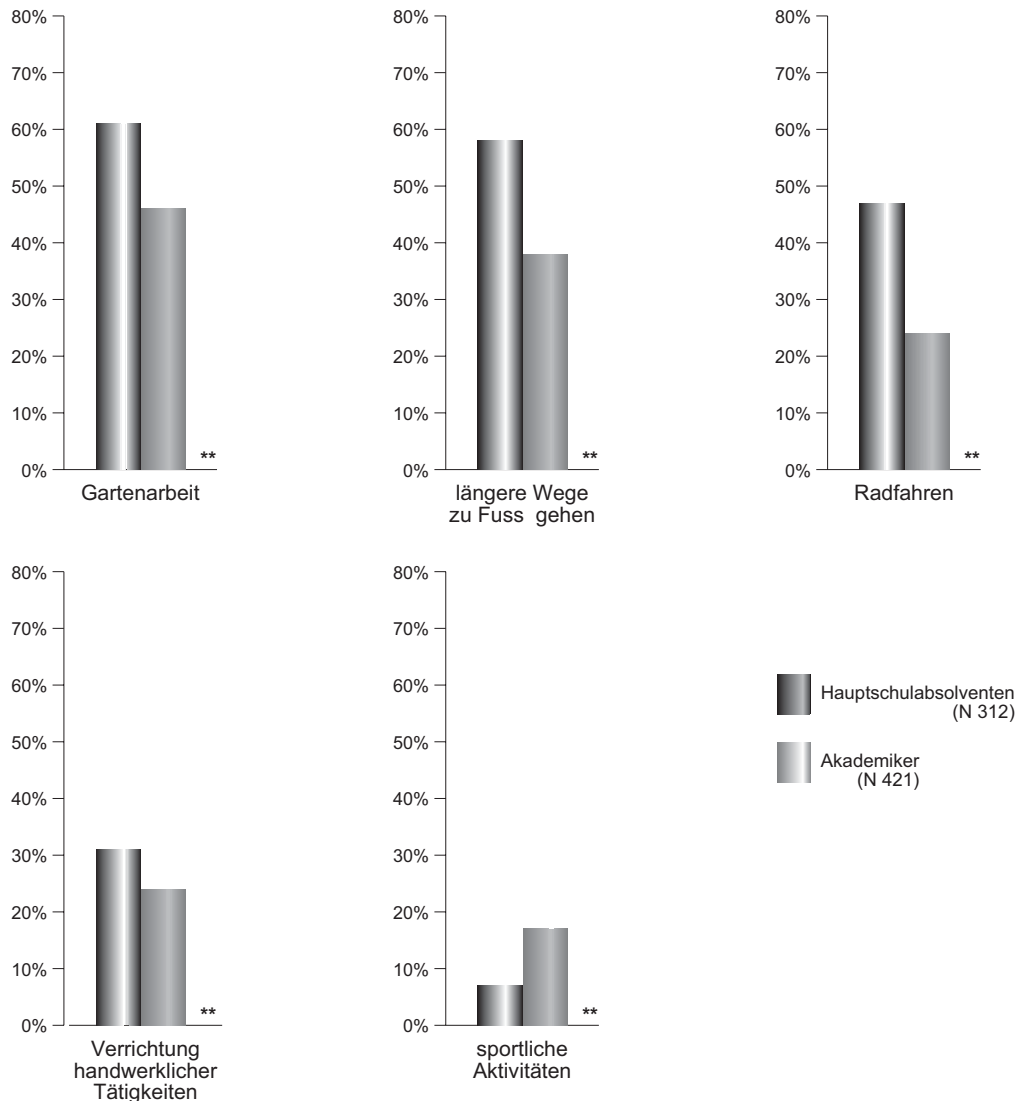
Körperliche Aktivitäten

Obgleich der körperlichen Bewegung und der sportlichen Betätigung eine gesundheitsförderliche Funktion zugeschrieben wird, veranlassen die empirischen Belege zu einer differenzierteren Sicht. Denn die positiven Wirkungen sind abhängig von der Dauerhaftigkeit, dem Niveau, der Art der Bewegung, davon, welche körperliche Verfassung und individuellen Erfahrungen vorliegen. Zudem sind die Effekte nicht linear, auch nicht in Körper und Psyche gleichermaßen nachweisbar (vgl. Raithel 2003; Bös/ Gröben/ Woll 2002). Gleichwohl ist anzunehmen, dass ein den individuellen Voraussetzungen angemessenes Bewegungsspektrum wohltuend und förderlich ist. Im Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt wurden den Teilnehmern der Untersuchung deshalb eine Reihe unterschiedlicher Betätigungen vorgelegt, mit der Bitte um Auskunft, wie häufig diese im allgemeinen realisiert werden.

Im Vordergrund des Aktivitätskranzes der Befragten stehen Fusswege, Gartenarbeit und Fahrradfahren. Längere Wege zu Fuss gehen ist die hauptsächliche Beschäftigung - jeder Fünfte macht dies täglich, ein weiteres Viertel mehrmals in der Woche, 17 Prozent wenigstens einmal wöchentlich. Jeder Zehnte aber verzichtet völlig darauf. Es folgt die Gartenarbeit. Für 41 Prozent ist sie an mehreren Tagen Anlass für körperliche Betätigung. Radfahren gehört für jeden Dritten zum häufigen Aktivitätsfeld; weitere 13 Prozent treten einmal in der Woche in die Pedale. Die anderen Bereiche sind vergleichsweise wenig bedeutsam. Jeder Vierte füllt die Woche mit handwerklichen Beschäftigungen. Es folgen Sport ausserhalb von Vereinen, 14 Prozent befassen sich damit mehrfach, 13 Prozent einmal die Woche, und innerhalb eines Vereins (6 bzw. 12 Prozent) sowie das Wandern. Die Mehrheit der Befragten

aber kann diesen Bewegungsformen nichts abgewinnen. Inwieweit die Häufigkeit, mit der die verschiedenen Möglichkeiten praktiziert werden, hinreichend ist, sei dahin gestellt. Jedenfalls liegen sie - gemessen an der theoretischen Mitte der Summenskala - im unteren Feld (Median 16,0).

Abbildung 5.2
Ausgewählte körperliche Betätigungen^a von Hauptschulabsolventen und Akademikern.
Prozentverteilungen.



a Antwortformat "nie", "1-3 mal im Monat", "1 mal wöchentlich", "mehrmals wöchentlich", "täglich"; dargestellt sind die zusammengefassten Prozentverteilungen der beiden letzten Kategorien
 ** $p \leq 0.01$ (Chi² - Test)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen-Anhalt 2003

Dabei sind *regionale* Variationen zu konstatieren. Bewohner der Grossstadt sind bewegungsärmer (vgl. Tabelle A5.3). Gartenarbeit, Radfahren und Wandern treten seltener auf als in den ländlichen Regionen. Sicherlich ist dies auch Folge der eingeschränkteren räumlichen Möglichkeiten. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede sind allein dem ausgeprägteren handwerklichen Tun der Männer geschuldet; in den anderen Aspekten sind keine signifi-

kanten Abweichungen zu verzeichnen. Anders bei der *Alterstypik* - ältere Personen bewegen sich insgesamt häufiger als jüngere, zudem sind die Aktivitätsarten unterschiedlich pointiert. Vor allem die Gartenarbeit obliegt den reiferen Jahrgängen, auch Radfahren und Wandern sind verbreiteter. Die nachwachsende Generation hingegen präferiert den Sport, sowohl ausserhalb als auch innerhalb des Vereins. Der Vergleich zwischen Ledigen und Verheirateten repliziert diese Orientierungen. Offensichtlich treten die jungen Leute den Angeboten von Sportvereinen aufgeschlossener gegenüber. Diese Offenheit sollte Ausgangspunkt sein für die Motivierung der bislang trägen Altersgenossen, zumal die Vereine eine variantenreiche und kostengünstige Alternative zum kommerziellen Sportbereich darstellen.

Zugleich ist körperliches Tun *schichtspezifisch* geprägt. Angehörige unterer Bildungsschichten und Arbeiter geben sich besonders aktiv, Angestellte und Selbständige hingegen zurückhaltend. Gleichwohl ergeben sich auch hier klare Akzentuierungen. Gartenarbeit, Gehen, Radfahren und Handwerkliches sind das Feld der Menschen mit niedrigem Bildungsabschluss, Wandern und Sport jene der oberen. Diese Typisierung lässt sich am Beispiel des Vergleichs zwischen Absolventen der 8. Klasse und Akademikern verdeutlichen (vgl. Abbildung 5.2). Daraus ist freilich nicht abzuleiten, dass Hochqualifizierte gänzlich auf manche Aktivitäten verzichten. Sie realisieren sie nur signifikant seltener. Die Unterscheidung nach der Stellung in der Berufshierarchie zeigt, dass Personen, die der unteren Ebene angehören, mehr als andere gehen oder radfahren. Inhaber leitender Positionen tun sich neben den sportlichen Betätigungen und dem Wandern in Gartenarbeit und Handwerk besonders hervor. Letzteres ist erklärbar durch die Gruppe der Meister, die entweder einen eigenen Betrieb führen oder innerhalb einer Firma weisungsbefugt sind. In der Summe aber bestehen keine Unterschiede im Bewegungsniveau zwischen Befragten in führender oder nachgeordneter Stellung.

Präventions- und Informationsverhalten

Der Gesundheitsstatus der Bevölkerung hängt auch davon ab, wie sehr sie über einschlägige Informationen verfügt, welche Maßnahmen der Prävention angeboten und vor allem genutzt werden (vgl. Fuchs/ Schwarzer 1994). Auf diesen Feldern kann die Gesundheitspolitik einiges bewirken, etwa durch die Formulierung von Gesundheitszielen und deren öffentlicher Propagierung, durch Aufklärung und Werbung für die Inanspruchnahme von Vorsorgeangeboten. Das Land Sachsen-Anhalt hat hier wichtige Initiativen ergriffen (Land Sachsen-Anhalt 2001). Es ist deshalb von hohem Interesse zu erfahren, wie die Bürgerinnen und Bürger diese Thematik einschätzen und in ihr Verhalten integrieren.

Die Daten lassen einen ausgeprägten Eifer in wenigen Präventionsfeldern erkennen und eine reservierte Haltung in vielen anderen (vgl. Tabelle 5.4). Der grössten Akzeptanz erfreut sich die Kontrolluntersuchung beim Zahnarzt. 82 Prozent lassen sie kontinuierlich vornehmen. Sehr viel zurückhaltender wird das Angebot der gängigen Vorsorgeuntersuchungen sowie der Schutzimpfungen genutzt. Knapp über 40 Prozent suchen sie kontinuierlich auf, jeweils jeder Fünfte aber nie. Noch geringer ist die Relevanz von Kontrollen des Blutdrucks und der Blutwerte - 36 bzw. 30 Prozent tun dies regelmäßig, ein Viertel bzw. ein Drittel gar nicht. Auch bezüglich des arrondierenden Verhaltens im Privatbereich ist eine gewisse Nachlässigkeit zu beobachten. Für ausreichenden Schlaf sorgen weniger als die Hälfte (43 Prozent) und die Qualität der Ernährung ist nur einem Drittel der ständigen Aufmerksamkeit wert. Die Gewinnung von Informationen schliesslich, ist allenfalls eine ab und an auftretende Beschäftigung, über ein Viertel ist daran überhaupt nicht interessiert.

Obgleich der Lebensbereich Gesundheit und Wohlbefinden sehr hoch im Wertesystem angesiedelt ist (vgl. Kapitel 4), findet er im individuellen Handeln nur partiell Niederschlag. Dies kann als Hinweis darauf gewertet werden, dass für viele Menschen Gesundsein gleichsam zu den Normalitäten des Alltags gehört, über die nicht ständig nachgedacht werden muss. Die Handlungsprioritäten sind anders gesetzt (Faltermaier 1998). Erst wenn schwerwiegende

Krankheiten auftreten, rückt der Präventionsgedanke ins Bewusstsein und vernetzt die diversen Facetten. Diese Interpretation wird durch die empirisch auffindbaren Beziehungsmuster nahegelegt (vgl. Tabelle A5.5). Je ausgeprägter die vorsorglichen Verhaltensweisen in einem Bereich sind, desto mehr treten sie auch in den anderen zutage; Desinteresse an bestimmten Angeboten zieht mit grösserer Wahrscheinlichkeit Ignoranz gegenüber weiteren mit sich. Die Assoziationskoeffizienten sind stets positiv. Die deutlichste Verknüpfung besteht zwischen der Kontrolle von Blutdruck und Blutwerten (.78), die ihrerseits mit der Frequentierung von Vorsorgeuntersuchungen kovariieren (.42 bzw. .48) sowie zwischen dem Heranziehen von Lektüre und Fernsehsendungen als Informationsquellen (.63). Wenn es mithin gelänge, die Zurückhaltung in einem Bereich aufzubrechen, würden davon die anderen profitieren.

Tabelle 5.4

Regelmäßiges Präventions- und Informationsverhalten^a insgesamt sowie nach Geschlechtszugehörigkeit und Geburtsjahr. Prozentverteilungen (N 2090).

| | Insgesamt | Geschlecht | | Geburtsjahr | |
|--|-----------|----------------------|---------------------|----------------------|---------------------|
| | | weiblich (N 1145) | männlich (N 935) | vor 1959 (N 1021) | ab 1959 (N 1054) |
| zahnärztliche Kontrolluntersuchung | 82 | 86 | 77 ** | 86 | 79 ** |
| ausreichender Schlaf | 43 | 44 | 41 | 49 | 36 ** |
| Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen | 42 | 54 | 28 ** | 50 | 35 ** |
| Schutzimpfungen | 41 | 46 | 35 ** | 42 | 40 |
| Kontrolle des Blutdrucks | 36 | 37 | 34 | 51 | 21 ** |
| qualitätsvolle Ernährung | 34 | 38 | 29 ** | 39 | 30 ** |
| Kontrolle der Blutwerte | 30 | 29 | 30 | 45 | 15 ** |
| Lektüre zum Thema Gesundheit und Krankheit | 17 | 23 | 10 ** | 21 | 12 ** |
| einschlägige Fernsehsendungen | 10 | 12 | 6 ** | 14 | 6 ** |

a Antwortformat „nie“, „ja, aber nicht regelmäßig“, „regelmäßig“; dargestellt sind die Prozentverteilungen der Kategorie „regelmäßig“

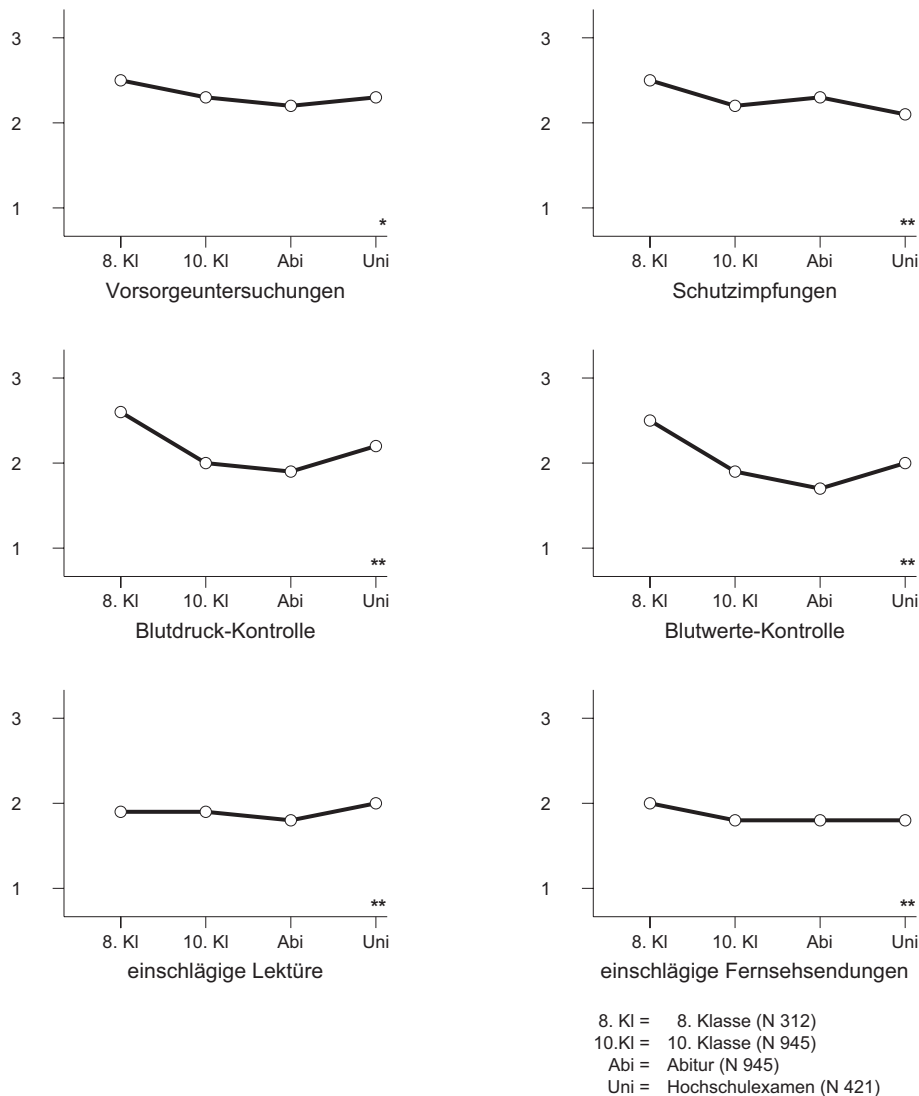
**p ≤ 0.01 (Chi²- Test)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Freilich ist für die Praxis in Erwägung zu ziehen, dass sich unterschiedliche Klientels hinter diesen Beziehungsgeflechten verbergen: Frauen und Ältere heben sich besonders hervor, wengleich auch sie nicht allesamt aufgeschlossen sind (vgl. Tabelle 5.4). In den meisten Aspekten sind die weiblichen Befragten aktiver - der Gang zum Zahnarzt und Schutzimpfungen sind selbstverständlicher. Vor allem suchen sie Vorsorgeuntersuchungen auf. 54 Prozent, doch nur 28 Prozent der Männer konsultieren deswegen regelmäßig den Arzt; ein Befund, der die bekannten Verhältnisse etwas günstiger erscheinen lässt (Dippelhofer- Stiem/ Döll 2004), die Geschlechterrelationen im Prinzip aber bestätigt. Zudem scheint es eher die Angelegenheit von Frauen zu sein, über gesunde Ernährung nachzudenken und sich zu Gesundheitsfragen zu informieren. Dies bestätigt einmal mehr die wichtige Funktion der weiblichen Gesellschaftsmitglieder im Laienbereich (Faltermayer 1998). Allerdings gelingt es dennoch nicht, die Ehemänner zur Prävention zu ermutigen - verheiratete Männer, dies zeigen die Daten, bleiben ähnlich resistent wie die gleichaltrigen, nicht verheirateten.

Abbildung 5.3

Ausgewählte Aspekte des Präventions- und Informationsverhaltens nach Bildungsstatus. Mediane (N 2090).



* $p \leq 0.05$; * * $p \leq 0.01$ (Chi² - Test)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen-Anhalt 2003

Mit zunehmendem Lebensalter nehmen Beeinträchtigungen, Beschwerden und Krankheiten zu. Auch im Alltag wird Gesundheit zu einem wichtigen Thema (vgl. Kapitel 4 und 6). Dies mag erklären, weshalb *ältere* Menschen für präventive Initiativen zu gewinnen sind. Mit Ausnahme der Schutzimpfungen nehmen sie alle Aspekte signifikant ernster (vgl. Tabelle 5.4). 86 Prozent berichten von stetigen Zahnarztkontrollen; jeweils die Hälfte - doch nur ein Drittel bzw. ein Fünftel der Jüngeren - nimmt die Angebote für Blutdruckmessungen und Vorsorgeuntersuchungen kontinuierlich wahr. 45 Prozent lassen die Blutwerte beobachten; in der jüngeren Generation sehen nur 15 Prozent dies als notwendig an. Auch Buchlektüre und Fernsehsendungen gewinnen an Bedeutung - doppelt so viele Menschen jenseits der Lebensmitte als davor sind hiermit befasst. Insgesamt haben sowohl das Alter als auch die Geschlechtszugehörigkeit eigenständige, hochsignifikante Effekte auf das Präventionsverhalten, wobei die Altersvariable schwerer wiegt. Sie erklärt 13 Prozent der Varianz, das Ge-

schlecht 6 Prozent. Zudem entsteigen aus der Interaktion beider Elemente eigene Wirkungen: Männer nähern sich mit den Jahren den weiblichen Mustern an, dennoch bleibt ein Abstand bestehen.⁷

Desweiteren sind *schichtspezifische* Differenzierungen zu vermerken. Sie folgen jedoch keinem linearen Muster. So nimmt mit steigendem Bildungsabschluss das Präventions- und Informationsverhalten keineswegs zu (vgl. Tabelle A5.3). Vielmehr heben sich gerade die Hauptschulabgänger durch die Aktivitäten in den Bereichen zahnärztliche Kontrolle, Vorsorgeuntersuchungen und Impfung, Messung von Blutdruck und Blutwerten, Schlafverhalten und Interesse an einschlägigen Fernsehbeiträgen hervor. Dies erklärt sich zum einen aus der Alterszusammensetzung - ältere Personen sind überzufällig in dieser Teilstichprobe zu finden. Zum zweiten mag es sein, dass diese Befragten – auch geleitet von ihrer grösseren internalen Kontrollüberzeugung (vgl. Kapitel 4) - aus der Befolgung der Appelle von Ärzteschaft und Gesundheitspolitik ein gewisses Verantwortungs- und Sicherheitsgefühl für sich selbst ziehen (vgl. Hessel et al. 1999). Und schliesslich dürfte der eigene Gesundheitszustand, der in dieser Bildungsschicht ungünstiger ist (vgl. Kapitel 6), Anlass sein, Gelegenheiten zur Prävention sorgfältig in Anspruch zu nehmen.

Den Hauptschulabsolventen am ähnlichsten sind Hochqualifizierte sowie Inhaber von leitenden Positionen, die, wengleich mit Abstrichen, bereit sind, entsprechende Untersuchungen und vorbeugende Maßnahmen einzugehen. Personen hingegen, die die Mittlere Reife oder das Abitur erlangt haben, sind nachlässiger (vgl. Abbildung 5.3). Die Motivierung für präventives Handeln sollte sich mithin auf diese Personenkreise richten und auch innerhalb der Betriebe und Verwaltungen ansetzen (vgl. Badura 2002). Einzubeziehen wären dort die Mitarbeiter in unteren Positionen sowie generell das männliche Personal und die Vollzeitbeschäftigten. Denn der Befund, demzufolge Angestellte sowie in Teilzeit Arbeitende aufgeschlossener sind als andere Statusgruppen, ist überwiegend durch die Geschlechtszugehörigkeit erklärbar (vgl. Tabelle A5.3); Frauen dominieren diesen Sektor. Auch Selbständige sind etwas zurückhaltender als die Referenzgruppen. Möglicherweise mangelt es ihnen an Zeit, um diesen Belangen Aufmerksamkeit zu schenken.

5.4 Fazit

Die Daten des Bevölkerungssurveys haben erbracht, dass sich die gesundheitsrelevanten Erfahrungen und Verhaltensweisen unterschiedlich konfigurieren. So haben im vergangenen Jahr nur Minderheiten einen eigenen stationären Aufenthalt absolviert, dennoch erlebte jeder Zweite dies aus der Fremdperspektive. Anders bei der Inanspruchnahme des ambulanten Bereiches - Hausarzt, Facharzt und Zahnarzt werden in der Regel im Jahr mehrmals aufgesucht; Heilpraktiker oder Selbsthilfegruppen spielen nahezu keine Rolle. Doch heisst dies nicht, dass die Arztpraxen vorschnell in Anspruch genommen werden. Denn die meisten Menschen greifen bei auftretenden Beschwerden erst einmal zur Hausapotheke. Gleichwohl sind Beeinträchtigungen bei alltäglichen Verrichtungen eher die Ausnahme; doch wenn sie auftreten, dann auf mehrfache Weise. Ein günstiges Bild ergibt sich auch hinsichtlich des Tabak- und Alkoholkonsums, wengleich hier die Tendenz zur sozialen Erwünschtheit der Antworten einzurechnen ist. Vom täglichen Griff zur Zigarette berichtet jeder Vierte, Bier wird allenfalls von jedem Zehnten täglich getrunken, der Genuss von Wein, Sekt und Spirituosen geschieht zumeist gelegentlich. Körperliche Aktivitäten sind indes vor allem in der Grossstadt unterdurchschnittlich ausgeprägt; am häufigsten werden längere Fusswege, Gartenarbeit und Fahrradfahren genannt. Obgleich der Lebensbereich Gesundheit und Wohlbefinden im Wertehorizont sehr hoch angesiedelt ist, nutzt die Mehrheit Präventions- und Informationsangebote eher verhalten.⁸ Lediglich die zahnärztliche Kontrolle erfreut sich hoher Beliebtheit.

Für die *Gesundheitspolitik* dürften zuvorderst die sozialen Differenzierungen von Interesse sein. Denn weil die Lebenslagen und -stile unterschiedlich sind, weil die Motivation für ein gesundheitsbewusstes Leben ungleich verteilt ist, bergen generelle Appelle das Risiko, ungehört zu verhallen. Nutzbringender erscheinen auf Zielgruppen gerichtete Initiativen. So sollten Hinweise auf die Schädlichkeit des Rauchens Männer aller Altersgruppen erreichen, bevorzugt aber die jüngeren Jahrgänge - und hier zusätzlich die Frauen. Auch Arbeiter wären einzubeziehen. Von Änderungen im Alkoholkonsum müssten ältere Männer sowie Angehörige der oberen Sozialschichten überzeugt werden. Das Werben um körperliche Betätigung scheint bei der heranwachsenden Generation sowie den Akademikern geboten. Die Nutzung von Präventions- und Informationsangeboten schliesslich, ist in erster Linie den männlichen Bewohnern des Landes ans Herz zu legen. Der Ärzteschaft schliesslich müssten gesonderte Kenntnisse über die schichtspezifischen Zusammenhänge vermittelt werden. Denn in den Praxen finden sich vor allem Menschen mit geringem formalen Bildungsabschluss ein; eine Klientel mithin, die sich durch ein starkes Bedürfnis nach Information und Aufklärung auszeichnet. Arbeiter hingegen werden häufiger als andere ins Spital eingeliefert und Arbeitslose sind überzufällig oft auf beide Sektoren angewiesen.

6 Das subjektive Gesundheitsbild: Wohlbefinden, Beschwerden, Erkrankungen und deren Determinanten

Das vorliegende Kapitel wendet sich dem Kernstück des Bevölkerungssurveys zu. Es beleuchtet anhand von drei Fragebündeln den Gesundheitsstatus, den die Menschen sich selbst attribuieren, und analysiert, mit welchen kontextuellen, sozialen und individuellen Faktoren diese Einschätzungen verbunden sind. Die Ausführungen beginnen mit der kurzen Beurteilung des gegenwärtigen *Wohlbefindens* durch die Befragten. Anschliessend kommen diverse *Beschwerden* zur Sprache. Es wird ausgelotet, inwieweit solche in den zurückliegenden sechs Monaten aufgetreten sind, welche davon gehäuft erscheinen, welche marginal bleiben. Die Aufmerksamkeit gilt ebenfalls der Art und den Ausprägungen von ernsthaften *Erkrankungen*, die so schwerwiegend sind, dass sie eine ärztliche Behandlung vonnöten machen (Abschnitt 6.1). Das Interesse richtet sich dann auf die *Determinanten* von Gesundheit und Krankheit. Diese sind in den vorigen Kapiteln gesondert präsentiert worden und werden nunmehr mit den Indikatoren des subjektiven Gesundheitsbildes verknüpft (Abschnitte 6.2 bis 6.5).¹ Die empirische Bearbeitung erfordert zum einen, die Verflochtenheit zu erkunden, die diverse Aspekte des sozialen Hintergrunds und der beruflichen Lage mit dem salutogenen Status aufweisen. Zum zweiten wird der Stellenwert des näheren Wohnumfeldes und der Integration in Familie und mitmenschliche Netzwerke für das Gesundheitsgeschehen beleuchtet. Drittens wird die Frage aufgegriffen, inwieweit alltägliche Belastungen und allgemeine Lebenshaltungen mit dem Gesundheitszustand assoziiert sind. Und viertens geht es um die Relevanz von unmittelbar mit Unwohlsein und Erkrankungen verbundenen Erfahrungen, Verhaltensweisen und Vorstellungen. In bilanzierender Absicht soll abschliessend herausgearbeitet werden, welche Einflussgrössen innerhalb der äusserst komplexen Matrix von Beziehungen herausragen und welche Folgerungen sich daraus für politische Massnahmen ergeben könnten (Abschnitt 6.6).

6.1 Das Spektrum von Gesundheit und Krankheit

Verschiedene Untersuchungen haben darauf hingewiesen, dass das Erleben der eigenen Gesundheit ein vielgestaltiges Phänomen ist, das unterschiedliche psychosoziale Dimensionen umfasst und zudem in hohem Masse individuell variieren kann (Faltermajer 1998; Schulz/Kahrs 2001). Auch die vorliegenden Befunde bestätigen einmal mehr die Differenziertheit des Konstrukts Gesundheit, in Abhängigkeit davon, welcher der drei, im Bevölkerungssurvey Sachsen-Anhalt berücksichtigten Indikatoren – Wohlbefinden, Beschwerden, Krankheiten - zur Diskussion steht.²

Auf den ersten Blick ist Positives zu vermelden: Die überwiegende Mehrheit der in die Erhebung einbezogenen Sachsen-Anhalter erfreut sich des *Wohlbefindens*. Zwei Drittel bezeichnen den gegenwärtigen Gesundheitsstatus als gut, weitere 9 Prozent sogar als ausgezeichnet. In anderen Worten: 75 Prozent der Bevölkerung neigen im Kontinuum von Gesundheit und Krankheit derzeit zum unproblematischen Bereich des Wohlfühlens und der salutogenen Zufriedenheit. Der zweite Blick freilich enthüllt die namhafte Minderheit von einem Viertel, deren persönliche Bilanz deutlich ungünstiger ausfällt. 22 Prozent bewerten ihren Zustand als weniger gut, weitere 3 Prozent als explizit schlecht. Jeder vierte Einwohner stuft sich also ausdrücklich im problematischen Feld ein, gibt dem Unwohlsein bilanzierenden Ausdruck und hat Anlass, den eigenen Zustand zu beklagen. Dieser Anteil vermag zwar den insgesamt positiven Eindruck, der sich aus dem Durchschnittswert ergibt, nicht abzuschwächen. Dennoch ist er bedenkenswert, zumal im bundesweiten Vergleich sich weniger als 20 Prozent auf diese Weise äussern (RKI 1998; StBA 2002, S. 475; auch Noelle-Neumann/ Köcher 2002, S. 233). Erschwerend kommt hinzu, dass die im Bevölkerungssurvey ermittelten Beurteilungen nicht nur als Ausdruck höherer Klagsamkeit zu werten sind. Sie wurzeln in gewissem Grade in realen Beschwerde- und Krankheitserfahrungen. Denn wie die Daten weiter zeigen, fällt das subjektive Globalmaß desto ungünstiger aus, je häufiger von Unpässlichkeiten ($r .47$) und Morbidität ($r .38$) berichtet wird, wenngleich diese Zusammenhänge nicht ausschliesslich sind (vgl. auch Tabelle 6.3).

Aber auch Personen mit ausgeprägtem Wohlbefinden bleiben vor *Beschwerden* nicht bewahrt. Die Befragten insgesamt betrachtend, haben die meisten in den zurückliegenden sechs Monaten nahezu sämtliche, im Fragebogen vorgegebene Formen wenigstens hin und wieder erdulden müssen (vgl. Tabelle 6.1). Weniger als 1 Prozent sind völlig verschont geblieben.³ Eindeutig im Vordergrund des Spektrums und jenseits der theoretischen Skalenmitte gelagert, sind Rückenschmerzen; nur etwa jeder Zehnte war davon im letzten halben Jahr überhaupt nicht betroffen. 15 Prozent schildern diese als sehr häufig, weitere 27 Prozent fühlen dies hin und wieder, ein Fünftel immerhin noch selten. In ähnlicher Weise wird die Müdigkeit gekennzeichnet. Über ein Drittel erfährt sie häufiger, mehr als jeder Zweite wenigstens ab und an. In der Rangreihe folgen Kopfschmerzen und eine gedrückte Stimmung. Etwa jeder fünfte Befragte gibt an, diese Symptome häufiger verspürt zu haben. Auch Konzentrationsschwierigkeiten machen zumindest zeitweise zu schaffen, Schlafprobleme plagen jede fünfte Person extensiv. Vergleichsweise gering ist das Auftreten von Magen- oder Zahnschmerzen; allerdings ist hier die Verteilung bipolar – etwa die Hälfte der Befragten benennt sie gar nicht, die anderen schildern ein mittleres bis seltenes Vorkommen.⁴

Von besonderem Interesse ist, dass die diversen Beschwerden - zumeist moderat - miteinander verknüpft sind, sich aber nicht determinieren. Strukturanalysen zeigen durchgängig positive Assoziationen (vgl. Tabelle A6.1).⁵ Sie kommen am deutlichsten innerhalb des eher psychosomatischen Spektrums zutage. Die Häufigkeit des Erscheinens von Müdigkeit und Konzentrationsschwierigkeiten (.55), verbunden mit gedrückter Stimmung und Schlafproblemen (M jeweils $>.40$) stehen in einem gewissen Wechselverhältnis. Je öfter eines dieser Phänomene auftritt, desto wahrscheinlicher ist dies auch für andere aus diesem Formenkreis. Und umgekehrt – je seltener Menschen mit einer Beeinträchtigung dieser Art zu kämpfen haben, desto weniger werden sie von verwandten Symptomen gequält.⁶ Weniger ausgeprägt, aber dennoch sichtbar, sind die Konnotationen zwischen den anderen Aspekten. So geht die Häufigkeit von Rückenbeschwerden am ehesten mit jener von Magenschmerzen (.31), und Magenschmerzen wiederum mit Konzentrationsproblemen (.30) einher. Die weiteren Koeffizienten pendeln zwischen .13 und .29. Dies lässt zum einen folgern, dass Einzelbeschwerden als nicht völlig losgelöst vom Gesamthorizont der Unpässlichkeiten auftretend interpretiert werden, sondern als mit diesem in – wenigstens – losem Zusammenhang stehend. Zum zweiten findet die klassische Trennung zwischen eher seelischen und eher somatischen Formenkreisen im Erleben der Befragten nur bedingt Widerhall. Für sie erscheinen verschiedenste Beeinträchtigungen durchaus etwas miteinander zu tun zu haben. Dies deutet auf eine, in qualitativen Studien (Frank et al. 1998) gefundene umfassende Konzeption von Gesundheit hin, die neben organischen auch psychosomatische Aspekte einbezieht.

Tabelle 6.1

Auftreten von Beschwerden im letzten halben Jahr. Prozentverteilungen und Mediane (N 2090).^a

| | Prozentverteilungen | | | Mediane |
|-------------------------------|---------------------|------------------------|--------------------|---------|
| | überhaupt nicht | selten, hin und wieder | öfter, sehr häufig | |
| Rückenschmerzen | 14 | 46 | 40 | 3,1 |
| Müdigkeit | 8 | 58 | 35 | 3,1 |
| Kopfschmerzen | 15 | 64 | 21 | 2,4 |
| gedrückte Stimmung | 18 | 65 | 18 | 2,4 |
| Konzentrationsschwierigkeiten | 19 | 69 | 12 | 2,3 |
| Schlafprobleme | 29 | 50 | 21 | 2,2 |
| Magenschmerzen | 48 | 43 | 9 | 1,6 |
| Zahnschmerzen | 53 | 44 | 3 | 1,4 |
| Summenskala ^b | | | | 19,3 |

a Das Antwortformat ist fünfstufig skaliert; 1 „überhaupt nicht“, 2 „selten“, 3 „hin und wieder“, 4 „öfter“, 5 „sehr häufig“; der Median bezieht sich auf den originalen Wertebereich

b Wertebereich 8– 40; 8= in allen Items „überhaupt nicht“, 40= in allen Items „sehr häufig“ genannt

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Auch wenn, gemessen an der Summenskala, die durchschnittliche Häufigkeit im mittleren Bereich verbleibt, mussten sich nahezu alle Befragten in den letzten sechs Monaten zumindest ab und an mit gesundheitlichen Beschwerden auseinandersetzen. Dies ist bezüglich der ernsthaften *Erkrankungen* erfreulicherweise nicht der Fall. Fast ausnahmslos kann die Mehrheit der Untersuchungsteilnehmer/ -innen die im Fragebogen vorgelegte Liste der medizinisch behandelten Krankheiten als „Fehlmeldung“ codieren (vgl. Tabelle 6.2).⁷ Dieser Majorität steht zugleich eine kleinere Gruppe gegenüber, die sich derzeit, im letzten halben Jahr oder vor längerem wegen unterschiedlicher Leiden in Therapie begab. Sie werfen ein Licht auf das Spektrum schwerwiegender Erkrankungen, mit denen sich die Bürgerinnen und Bürger sowie die Ärzteschaft Sachsen- Anhalts auseinandersetzen müssen.⁸

Allen voran, und durchaus im Einklang mit der Spitzenposition, die Rückenleiden im Beschwerdekatalog einnehmen, sind Probleme mit dem Bewegungsapparat Auslöser dafür, medizinische Hilfe zu suchen. 19 Prozent der Befragten sind deswegen aktuell in Behandlung, weitere 15 Prozent konsultierten im letzten halben Jahr und 18 Prozent vor längerer Zeit einen Arzt. Beeinträchtigungen des Bewegungsapparates sind somit in der biografischen Erfahrung jedes zweiten Sachsen- Anhaltlers verankert. Mit deutlichem Abstand nehmen Herz- Kreislauf- Probleme die nächste Position ein; sie betreffen jeden vierten Befragten so stark, dass ärztliche Unterstützung erforderlich ist (10 Prozent) oder war (15 Prozent). In ähnlichem Ausmaß gilt dies für Allergien oder Hauterkrankungen, die bei 13 Prozent im zurückliegenden halben Jahr, bei rund 10 Prozent früher zu diagnostizieren waren. Jeweils knapp ein Fünftel ist wegen nervöser und emotionaler Störungen,⁹ unfallbedingter Verletzungen und Vergiftungen, Problemen des Atmungs- und Verdauungssystems zum Patienten geworden oder derzeit noch in dieser Rolle. Am unteren Ende der Hierarchie ernsthafter Erkrankungen ist Diabetes positioniert – 6 Prozent der Teilnehmer/ -innen am Bevölkerungssurvey sind damit konfrontiert. Unter Krankheiten des Immunsystems und des Blutes sowie an Krebs leiden aktuell jeweils 1 Prozent der Menschen, weitere 3 Prozent haben entsprechende Behandlungen schon durchstehen müssen.

Tabelle 6.2

Ernsthafte Erkrankungen mit ärztlicher Behandlung. Prozentverteilungen und Mediane (N 2090).^a

| | Prozentverteilungen | | | Mediane |
|--|---------------------|----------------------------------|-------------------------|---------|
| | nein | im letzten halben Jahr bis heute | schon vor längerer Zeit | |
| Krankheiten des Bewegungsapparates | 48 | 34 | 18 | 1,6 |
| Herz- Kreislauf- Erkrankungen | 75 | 15 | 10 | 1,2 |
| Allergien | 76 | 13 | 11 | 1,2 |
| Hauterkrankungen | 78 | 13 | 9 | 1,1 |
| nervöse oder emotionale Störungen | 82 | 11 | 7 | 1,1 |
| Verletzungen, Vergiftungen infolge eines Unfalls | 83 | 5 | 12 | 1,1 |
| Krankheiten des Atmungssystems | 83 | 10 | 7 | 1,1 |
| Krankheiten des Verdauungssystems | 84 | 9 | 8 | 1,1 |
| Diabetes | 94 | 5 | 1 | 1,0 |
| Krankheiten des Immunsystems und des Blutes | 96 | 2 | 2 | 1,0 |
| Krebs | 97 | 1 | 2 | 1,0 |
| Summenskala ^b | | | | 12,8 |

a Das Antwortformat ist vierstufig skaliert; 1 „nein“, 2 „ja, derzeit“, 3 „ja im letzten halben Jahr“, 4 „ja, das ist schon länger her“; der Median bezieht sich auf den originalen Wertebereich

b Wertebereich 11– 22; 11= in allen Items „nein“, 22= in allen Items entweder 2, 3 oder 4 genannt

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Unverkennbar entfaltet der Bevölkerungssurvey einen etwas anderen Horizont der schwerwiegenden Erkrankungen als dies die Krankenhausstatistik, die dem Vierten Gesundheitsbericht zugrundeliegt, vermeldet. Während dort Herz- Kreislauf- Symptomaten sowie Neubildungen, gefolgt von Verletzungen und Erkrankungen des Verdauungssystems bei den aus dem Spital entlassenen Patientinnen und Patienten im Vordergrund stehen (vgl. Dippelhofer-Stiem/ Köhler 2003, S. 31), entsprechen die vorliegenden Daten eher den Erkenntnissen der Krankenkassen. So verursachen bundesweit Muskel- und Skeletterkrankungen über ein Viertel der krankheitsbedingten Fehltag von Arbeitnehmern (Bös/ Gröben/ Woll 2002). Auch der Gesundheitsreport der Techniker Krankenkasse (2002) weist als Gründe für Krankmeldungen aus: Probleme des Bewegungsapparates, Verletzungen, Atemwegserkrankungen, psychische Störungen. Analog wurden auf der Grundlage von über 11 Millionen AOK- versicherten Erwerbstätigen Rückenschmerzen als der häufigste Grund für eine Krankmeldung ermittelt (Küsgens/ Rossiyskaya/ Vetter 2003). Im europäischen Vergleich sind Erkrankungen der Skelettmuskulatur ebenfalls von herausragender Relevanz (Europäische Kommission 2003). Inwieweit dieses Gesamtmuster sich auch in Zukunft so darstellen wird, inwieweit etwa Krankheiten wie Diabetes einen vorderen Rang einnehmen werden, muss an dieser Stelle offen bleiben.

Die Diskrepanz zwischen der Krankenhausstatistik und den Surveydaten erklärt sich daraus, dass die meisten Erkrankungen nicht im Hospital, sondern in der ambulanten Praxis kuriert werden. So konsultieren, wie eine Konfigurationsfrequenzanalyse ergibt,¹⁰ 56 Prozent der Befragten mit Krankheitserfahrungen sowohl den Hausarzt als auch den Facharzt. Weitere

16 Prozent suchen allein den Hausarzt, 5 Prozent nur den Spezialisten auf. Die Kombination von Haus- und Fachmediziner sowie stationärer Krankenhausbetreuung wählen 15 Prozent. Dieses allgemeine Muster repliziert sich im wesentlichen für die einzelnen Erkrankungen. Diese bevorzugte Hinwendung zur Allgemein- wie Spezialmedizin mag auch in der Verknüpfung verschiedener Leiden gründen, die die Einbeziehung beider Kompetenzbereiche erfordern. Wie die Assoziationsmaße zeigen (vgl. Tabelle A6.2), tendieren beispielsweise Herz-Kreislauf- Beeinträchtigungen in gewisser Weise dazu, mit Diabetes (.34), Krankheiten des Immunsystems (.24) und Nervosität (.23) aufzutreten. Allergien und Hautkrankheiten stehen in einem gewissen Zusammenhang (.29); ebenso Probleme des Bewegungsapparates mit der Verdauung (.24) und dem Immunsystem (.26).¹¹

Wohlbefinden trotz Beschwerden und Krankheiten?

Die präsentierten Befunde zeugen von verbreitetem subjektiven Wohlbefinden, trotz eines beachtlichen Beschwerdespektrums, mit dem sich die Menschen aber in der Regel nur hin und wieder auseinandersetzen müssen. Diese Befindlichkeit besteht zudem trotz der Konfrontation mit mancher Krankheit, die es aktuell oder in früheren Lebensphasen zu überstehen galt. Dieses Muster wirft die Frage auf nach der Beziehung zwischen Beschwerden und Krankheiten und ihrem Verhältnis zum individuell empfundenen Gesundheitszustand. Geht die Neigung zu Beeinträchtigungen einher mit gravierenderen Krankheiten, und umgekehrt? Wenn Personen sich wohl fühlen, obgleich sie aktuelle gesundheitliche Schwierigkeiten haben, ist dies unabhängig von der Krankheitsart? Schätzen jene, die beschwerdefrei und nicht krank sind, ihren subjektiven Status grundsätzlich positiv ein?

Die Auswertungen lassen durchgängige Beziehungen zwischen der bilanzierenden Einschätzung des gegenwärtigen Zustands und dem Auftreten von Beschwerden und Krankheiten erkennen. Diese Zusammenhänge finden Ausdruck in den Summenskalen (vgl. Tabelle 6.3) sowie in jedem einzelnen, im Fragebogen erfassten Item. Stets korrespondiert ein starkes Gefühl des Wohlbefindens in hochsignifikanter Weise mit keinen oder allenfalls seltenen Beschwerde- und Krankheitserfahrungen. Und umgekehrt gilt – je öfter Personen mit Beeinträchtigungen und Krankheiten konfrontiert sind, desto negativer sehen sie ihre generelle Befindlichkeit. Ähnliche Interaktionen sind bezüglich der Beschwerden einerseits, der ernsthaften Erkrankungen andererseits zu konstatieren (r .43). Bis zu einem gewissen Grade also sind die geschilderten Beschwerden mehr als der Ausdruck erhöhter Symptomaufmerksamkeit; sie indizieren zum Teil Krankheiten (vgl. dazu Geyer 1999, S. 30ff). Dennoch erlaubt die Stärke der Beziehung keinesfalls, von einer weitgehenden Determination zwischen den in die Untersuchung einbezogenen drei Indikatoren des subjektiven Gesundheitsbildes auszugehen. Zwar trifft zu, dass stets rund 80 Prozent jener, die ihren Zustand als ausgezeichnet oder gut schildern, nie oder höchst selten unter Beschwerden und Erkrankungen zu leiden haben. Im Gegenzug sind aber Wohlfühlpotenziale auch in den Vergleichsstichproben zu finden, wenngleich in geringerer Quantität.

So ordnen sich beispielsweise jeweils um die 60 Prozent jener, die über häufige Kopf-, Rücken- oder Zahnschmerzen klagen, der Wohlfühlgruppe zu. Etwas verhaltener ist dies bei den eher psychosomatischen Symptomen der Fall. Etwa jede zweite Person mit ausgeprägten Schlafschwierigkeiten, Magenproblemen, Gedrücktheit und Konzentrationsmangel verortet ihren Gesamtzustand dennoch im positiven Bereich. Und selbst aktuelle schwere Erkrankungen verhindern nicht bei allen eine gesamthaft günstige Einschätzung. Zwischen 40 und 47 Prozent der Befragten, die derzeit wegen Erkrankungen des Bewegungs- oder Herz-Kreislauf- Systems, wegen Diabetes oder Atmungs- bzw. Verdauungsleiden in medizinischer Behandlung sind, wählen diese optimistische Selbstdiagnose. In den Kategorien der Allergien und Hautsymptome steigt dieser Prozentsatz sogar auf über 60 Prozent. Am geringsten ist dieser Zusammenhang bei nervösen und emotionalen Störungen (37 Prozent) sowie bei Krebserkrankungen (29 Prozent). Sofern die ärztliche Behandlung länger zurück liegt, die Erkrankung mithin überwunden ist, nimmt die positive Sicht auf den eigenen gesundheitli-

chen Zustand weiter zu, auch wenn sie das Niveau jener nicht zu erreichen vermag, die noch nie wegen entsprechender Leiden den Arzt konsultiert haben.

Tabelle 6.3

Die Beziehung zwischen subjektivem Wohlbefinden, Beschwerdebhäufigkeit und Krankheitserfahrungen. Mediane (N 2090).

| | subjektives Wohlbefinden ^a | | |
|--|---------------------------------------|-----------------|--------------------------|
| | schlecht, weniger gut (N 503) | gut (N 1347) | ausgezeichnet (N 191) |
| Häufigkeit von Beschwerden im letzten halben Jahr ^b | 23,5 | 18,6 | 15,4 ** |
| ernsthafte, medizinisch behandelte Erkrankungen ^c | 14,0 | 12,5 | 11,7 ** |

a Das Antwortformat ist vierstufig skaliert; 1 „schlecht“, 2 „weniger gut“, 3 „gut“, 4 „ausgezeichnet“; die Frageformulierung zielt auf die bilanzierende Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands

b Summenskala 8– 40; 8 =in allen Items „überhaupt nicht“, 40= in allen Items „sehr häufig“ genannt

c Summenskala 11– 22; 11= in allen Items „nein“, 22= in allen Items entweder „ja, derzeit“, „ja, im letzten halben Jahr“ oder „ja, das ist schon länger her“, genannt

**p ≤ 0.01 (Mediantest)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Diese Ergebnisse lassen einmal mehr darauf schliessen, dass die Befragten Gesundheit und Krankheit als mehrdimensionales Geschehen empfinden. Sich- Wohlfühlen und Beschwerden kovariieren zwar miteinander, schliessen sich aber ebenso wenig zwingend aus, wie die Selbstattribuierung eines positiven Gesundheitszustands, obgleich schwere Krankheiten vorliegen. Entsprechend der älteren Studie von Herzlich in Frankreich, scheint sich ein Teil der Menschen weder gesund noch krank, sondern in einem „Zwischenstadium“ befindlich wahrzunehmen (dazu Faltermaier 1998, S. 79f). In dieser Konstellation mag die Beibehaltung eines optimistischen Blicks auf den eigenen Zustand, auch dann, wenn die Realität dem entgegen steht, als wichtiger Resonanzboden für Heilungsprozesse fungieren. Diese Strategie gilt es, in der ärztlichen Behandlung zu erkennen und zu nutzen. Offenkundig wird zudem eine Variabilität, die es verbietet, Patienten und Patientinnen bei identischer Krankheit über einen Kamm zu scheren. Gleichwohl ist diese Variabilität nicht nur Ausdruck individueller Besonderheiten, sondern sie entsteht im Zusammenspiel von sozialen und persönlichen Faktoren, wie die folgenden Erörterungen zeigen werden.

6.2 Verflechtungen mit dem sozialen und beruflichen Hintergrund

Eine Reihe von Studien haben immer wieder die Bedeutung des sozialen und beruflichen Hintergrunds hervorgehoben – Alter und Geschlecht, Bildungs- und Berufsstatus scheinen die klassischen Variablen zu sein, die mit der Gesundheit der Menschen verwoben sind (im Überblick Mielck/ Bloomfield 2001; Hurrelmann 2000). Von der Relevanz des Lebensalters zeugen Krankenhausstatistiken (Dippelhofer- Stiem/ Köhler 2003), die Erfahrungen von Krankenkassen (Techniker Krankenkasse 2002) sowie einschlägige Befragungen (Kohli/ Kühnemund 2000; RKI 1998; Mueller/ Heinzel- Gutenbrunner 2001; Hoeltz/ Bormann/ Schroeder 1990). Stets sind ältere Menschen hilfälliger und nehmen zudem häufiger medizinische Leistungen in Anspruch als jüngere. Der Erkenntnisstand zur Geschlechtstypik hingegen ist widersprüchlich. Die Frage, ob Frauen kränker oder anders krank seien als Männer hat zu diversen Studien (Maschewsky- Schneider 1997; Sieverding 1998; Kolip 2000) und gesonderten Frauengesundheitsberichten (BMFSFJ 2002; Hinze/ Adam/ Nörenberg 2003) angeregt. Sie wird dennoch – auch eingedenk der längeren Lebenserwartung von Frauen (Eickenberg/ Hurrelmann 1997) - kontrovers beantwortet und in jüngster Zeit von Diskursen

um Männergesundheit erweitert (Altgeld 2004). Einigkeit wiederum ist bezüglich der Positionierung im gesellschaftlichen Gefüge zu beobachten. Unterprivilegierung geht einher mit einem negativen Gesundheitszustand und einer geringeren Lebenserwartung der Betroffenen, auch wenn die Gründe und Verweisungszusammenhänge im einzelnen diskussionswürdig bleiben (vgl. beispielsweise Borgers/ Steinkamp 1994; Helmert et al. 2000; Klein/ Unger 2001). Der Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt vermag eine Reihe dieser Befunde zu replizieren, modifiziert aber Teilaspekte und relativiert deren Bedeutung in der Zusammenschau mit anderen Einflussgrößen, wie etwa dem Familienstand und dem Erwerbsstatus, die ebenfalls Berücksichtigung finden.

Alter, Familienstand und Geschlecht

Auch in Sachsen- Anhalt sinkt mit zunehmendem *Alter* das Wohlbefinden, es steigt das Ausmaß an Beschwerden und schwere Krankheiten nehmen zu. Dies jedenfalls indizieren die durchschnittlichen Werte des subjektiven Gesundheitsbildes (vgl. Tabelle A6.3) und zwar auch dann, wenn die Altersgruppen in feinerer Untergliederung miteinander verglichen werden. So berichten 90 Prozent der unter 30 Jährigen, ihr *Gesundheitszustand* sei gut bis ausgezeichnet; im sechsten Lebensjahrzehnt indes vermögen dies nur 57 Prozent zu sagen. Diese Spanne ist Folge eines linearen Prozesses. Bereits in der Gruppe der 30- 39 Jährigen sinkt der Anteil von Personen, die Wohlbefinden äussern auf 85, bei den 40- 49 Jährigen auf 79, bei den 50- 59 Jährigen auf 62 Prozent. Dieser Trend enthält freilich eine erwähnenswerte Ausnahme – in der Antwortkategorie „ausgezeichnet“ dominieren die Senioren; jeder achte ab 60 Jährige ordnet sich hier ein; in den Vergleichsstichproben sind dies lediglich zwischen 7 und 9 Prozent. Das heisst zum einen, dass Älterwerden im Durchschnitt mit einem Rückgang des subjektiven Gesundheitsniveaus einhergeht. Ältere Menschen müssen mit Befindlichkeitsstörungen rechnen, unabhängig davon, ob sie in Ost- oder Westdeutschland leben (Noll/ Weick 2004). Zum anderen aber ist dies nicht für alle generalisierbar. Denn die – freilich knappe – Mehrheit der Senioren fühlt sich wohl und einige unter jenen, die das aktive Erwerbsleben alsbald abschliessen, erfahren, wie auch in der Studie von Hinze/ Adam/ Nörenberg (2003) berichtet, sogar eine Steigerung. Inwieweit diese günstige Grundstimmung aber im letzten Lebensabschnitt aufrechterhalten wird oder in Depression umschlägt, wie das von Simone de Beauvoir (1980) eindringlich beschrieben wurde, muss offen bleiben, da die Stichprobe nur Personen bis zum 65. Lebensjahr umfasst.

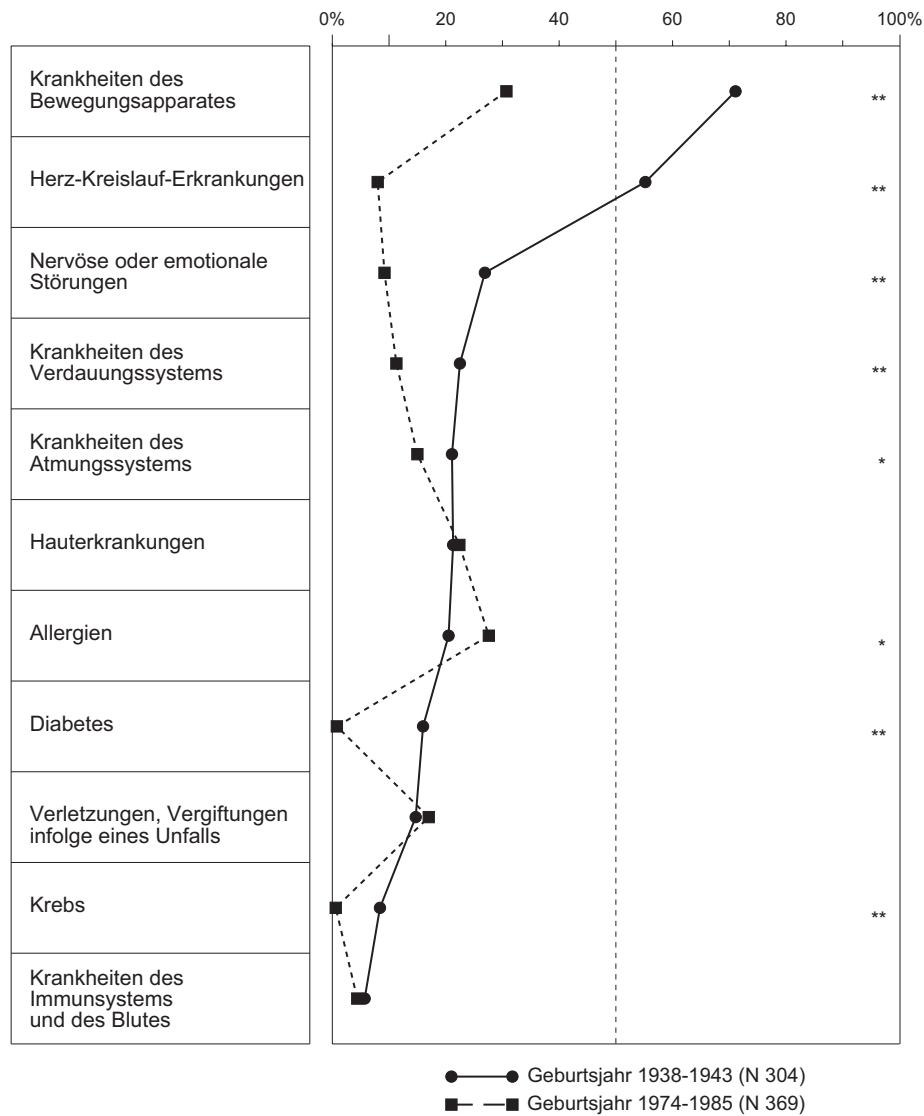
Noch differenzierter zeigt sich die Situation im Hinblick auf *Beschwerden*. Wiederum trifft zu, dass die Gesamthäufigkeit des Auftretens mit den Jahren steigt. Doch ist dies das Resultat von zwei spezifischen Symptomfeldern, in denen die Altersgruppen stark divergieren – Rückenschmerzen und Schlafstörungen. Fast jeder zweite vor 1959 Geborene war im letzten halben Jahr von häufigen Rückenschmerzen geplagt; in der Vergleichsgruppe vermeldet dies ein Drittel. Ein vergleichbares Niveau an Schlafproblemen berichtet etwa jeder Dritte der Älteren und 14 Prozent der Jüngeren. Hinzu treten leicht höhere Ausprägungen an Konzentrationsschwierigkeiten sowie Zahnbeschwerden. Bezüglich der anderen Aspekte – Magenweh, Müdigkeit und gedrückte Stimmung – bestehen keine signifikanten Abweichungen. Bei den Kopfschmerzen schliesslich ist die umgekehrte Tendenz zu konstatieren; sie scheinen ein Leiden in den jüngeren Jahren zu sein. In diesem Lebensabschnitt bleibt nur jeder Zehnte gänzlich von ihnen verschont, in der älteren Vergleichsgruppe ist es immerhin jeder Fünfte. Möglicherweise spielen hierbei die Herausforderungen des frühen Erwachsenenalters eine Rolle – zu bewältigen sind die Etablierung im Beruf sowie die Belastungen, die sich aus der Familiengründung ergeben. In diese Richtung jedenfalls weisen die Äusserungen der Befragten – jene, die noch in Ausbildung oder Studium sind sowie die, die kleine Kinder haben, sind häufiger von Kopfschmerzen, nicht jedoch von anderen Beeinträchtigungen, heimgesucht.

In ähnlicher Weise konfiguriert sich die Altersspezifik der schwerwiegenden *Erkrankungen*. Je reicher die Menschen an Lebensjahren sind, desto häufiger ist die Erfahrung von Krankheit in der Biografie verankert. Aber wiederum gilt diese erhöhte Anfälligkeit nur für ein ausgewähltes Spektrum der im Fragebogen erfassten Leiden – die Differenz zwischen älteren und jüngeren Befragten ist am grössten bezüglich der Leiden des Bewegungsapparates sowie des Herz- Kreislauf- Systems. Die Mehrheit der vor 1959 Geborenen kennt Probleme mit der Bewegung und sucht ärztlichen Beistand. 62 Prozent von ihnen schildern dies, 43 Prozent sind es in der jüngeren Vergleichsgruppe. 38 Prozent sind oder waren wegen Herz- Kreislauf- Schwierigkeiten in Behandlung, von den jüngeren 13 Prozent. Etwas weniger ausgeprägt, doch gleichwohl sichtbar, sind die altersspezifischen Unterschiede im Bereich der nervösen und emotionalen Störungen, von Verdauung und Atmung sowie Diabetes und Krebs. Haut- und Bluterkrankungen weisen keine signifikante Alterstypik auf. Verletzungen oder Vergiftungen infolge eines Unfalls sowie Allergien schliesslich, veranlassen jüngere Personen häufiger zu einem Arztbesuch (vgl. dazu Marstedt et al. 2000); die Betroffenheit junger Menschen von allergischen Symptomen bestätigt sich im internationalen Vergleich (Hackauf/ Winzen 2004, S. 88 ff). Dieses Gesamtmuster tritt auch bei der Bildung von verfeinerten Alterskategorien zutage; es wird besonders anschaulich im Extremgruppenvergleich zwischen den ab 60- und den unter 30 Jährigen (vgl. Abbildung 6.1).

Konfundiert mit dem Lebensalter ist der *Familienstand* – jüngere Befragte sind oftmals unverheiratet und haben keine Kinder. Es ist somit zum Teil ein Alterseffekt, wenn unverheiratete Personen ihr Wohlbefinden besser einschätzen, weniger Beschwerden haben und seltener an Erkrankungen laborieren. Gleichwohl hat der Familienstand auch eigenständige Wirkungen auf den Gesundheitsstatus, diese entfalten sich aber vornehmlich in den früheren Lebensjahren: Innerhalb der Gruppe der unter 40 Jährigen berichten die Verheirateten und jene, die Kinder haben von geringerem Wohlbefinden und höherer Krankheitshäufigkeit – Rücken- und Verdauungsprobleme, nervöse und emotionale Belastungen veranlassen sie signifikant öfter, einen Arzt aufzusuchen als dies bei den ledigen Altersgenossen der Fall ist. Die familialen Herausforderungen – Schaffung der existenziellen Grundlage, die Etablierung und Balancierung des ehelichen Zusammenlebens sowie die Kindererziehung - fordern ihren Tribut. Dabei ist es, im Gegensatz zu gängigen Positionen (im Überblick BMFSFJ 2002) von untergeordneter Bedeutung, ob Kinder alleinerziehend oder in Partnerschaft betreut werden. Abgesehen von einzelnen Aspekten wie Müdigkeit und Kopfschmerzen weisen Alleinerziehende¹² von minderjährigen Kindern keine höheren gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf als andere Personen. Dieser abweichende Befund mag aus der in Ostdeutschland guten Versorgung mit Kinderbetreuungseinrichtungen resultieren, die gerade für Alleinerziehende entlastende Wirkung entfaltet.

Während das Lebensalter also Wiederhall findet in den drei Indikatoren des subjektiven Gesundheitsbildes, ist dies für die *Geschlechtsspezifik* nicht der Fall. Die Befunde erbringen keine signifikanten Unterschiede im subjektiven Wohlbefinden, auch nicht in der Gesamtsumme der ernsthaften Erkrankungen, wohl aber in der Häufigkeit der *Beschwerden* (vgl. Tabelle A6.3). Zahnschmerzen ausgenommen, werden Frauen von allen Aspekten deutlich öfter heimgesucht (vgl. Abbildung 6.2); dies gilt auch innerhalb jeder Altersgruppe. Im Medianvergleich erweisen sich die Divergenzen am stärksten in den Bereichen Kopfschmerzen und Schlafstörungen. Während immerhin ein Viertel der Männer angibt, im letzten halben Jahr nie von Kopfschmerzen behelligt worden zu sein, meinen dies nur 7 Prozent der Frauen. Und fast jede Zehnte wählt die Kategorie „sehr häufig“; ein gleicher Anteil vermeldet dies bezüglich der Schlafprobleme. Mehr als einem Drittel der Männer, aber nur einem Viertel der Frauen bleibt diese Beeinträchtigung völlig erspart.

Abbildung 6.1
 Ernsthafte Erkrankungen im Lebenslauf - Erfahrungen^a von jüngeren und älteren
 Menschen.
 Prozentverteilungen im Extremgruppenvergleich.



a Zusammenfassung der Antwortkategorien "ja, derzeit", "ja, im letzten Jahr", "ja, das ist schon länger her"

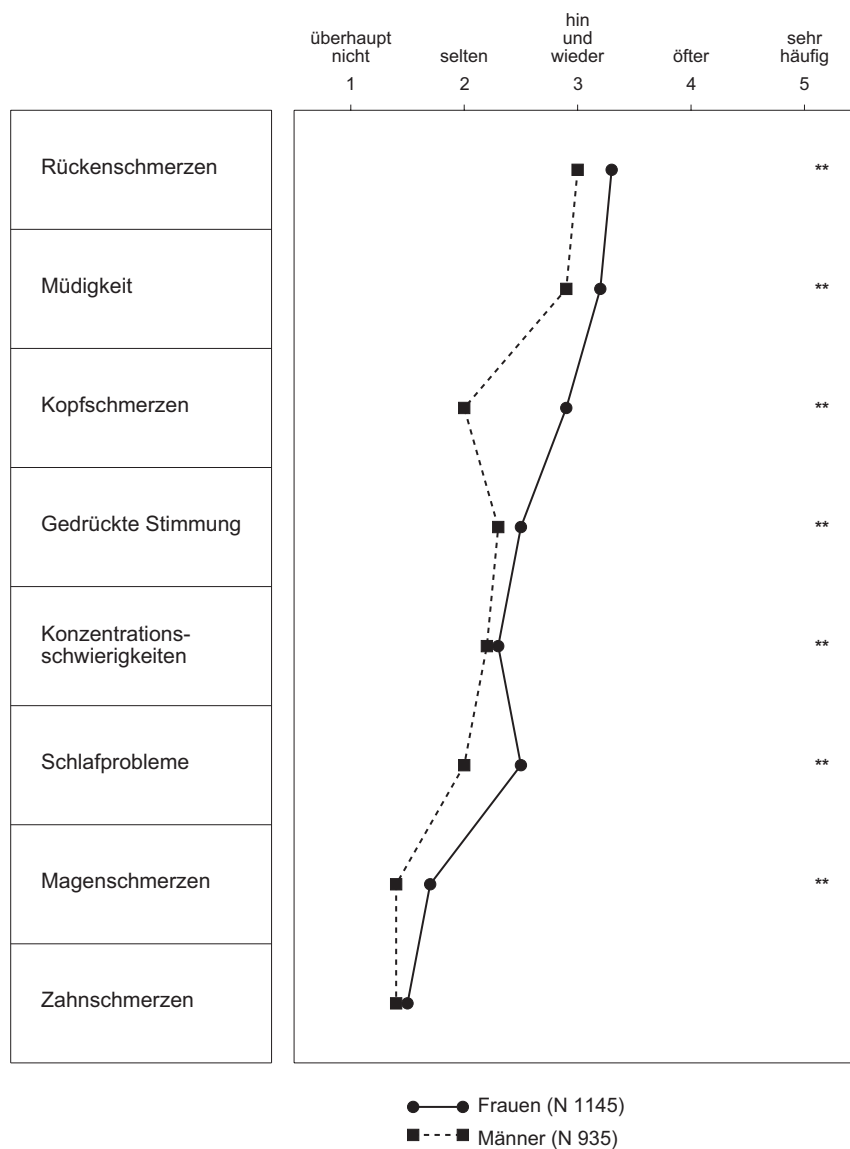
* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$ (Mediantest)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen-Anhalt 2003

Vermutlich gründen diese Resultate in den geschlechtstypischen Selbst- und Fremdwahrnehmungen. Eigenschaften wie Ängstlichkeit und Hilflosigkeit – die interessanterweise jenen der Patientenrolle ähneln (Merbach/ Brähler 2004) - werden eher mit Weiblichkeit verbunden. Für männliche Gesellschaftsmitglieder ist es hingegen unüblich, zu klagen; ein Stereotyp, das, wie Sieverding (1998) berichtet, in Ostdeutschland noch stärker auffindbar sei. Zudem mag die Empfindlichkeit der Frauen mit dem weiblichen Zyklus kovariieren und einer generell grösseren Aufmerksamkeit gegenüber dem eigenen Körper geschuldet sein. Anders als erwartet, scheinen die mit der Mutterrolle verknüpften Normen und Aufgaben indes keine beeinträchtigenden Effekte zu haben. Zwar trifft es zu, dass, wenn minderjährige Kinder im Haushalt leben, Frauen ein insgesamt höheres Beschwerdeniveau schildern als Männer in der gleichen Situation – Kopfschmerzen, Müdigkeit, gedrückte Stimmung stehen im Vorder-

grund. Aber verglichen mit den gleichaltrigen Geschlechtsgenossinnen, in deren Haushalt keine Minderjährigen zu versorgen sind, ergeht es ihnen keineswegs schlechter. In den drei Indikatoren des subjektiven Gesundheitsstatus' ergeben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen diesen Teilnehmerinnen an der Befragung.

Abbildung 6.2
Geschlechtsspezifische Ausprägungen von Beschwerden im letzten halben Jahr.
Mediane (N 2090).



** $p \leq 0.01$ (Mediantest)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen-Anhalt 2003

Jedenfalls ist anzunehmen, dass die Beschwerden – und nicht schwere Erkrankungen - ursächlich mit dem hohen Arzneimittelkonsum der Patientinnen (Techniker Krankenkasse 2002; Hinze/ Adam/ Nörenberg 2003) im Zusammenhang stehen. Denn bezüglich der lebensgeschichtlichen Erfahrungen von Krankheit zeigen sich gegenläufige Entwicklungen, die die Einsichten der Betriebskrankenkassen stützen (Zoike 2002): Männer erleiden eher unfallbedingte Verletzungen oder Vergiftungen und erkranken mit höherer Wahrscheinlichkeit an Diabetes. Frauen haben signifikant öfter nervöse und emotionale Störungen, Atmungs-

probleme und Allergien. Insgesamt gesehen, sind die weiblichen Befragten aus Sachsen-Anhalt aber nicht das „kränkere Geschlecht“. Und wenn sie dennoch in den höheren Altersgruppen das Hauptklientel der Krankenhäuser und Arztpraxen stellen, so deshalb, weil sie in diesem Bundesland ebenfalls länger leben als Männer (vgl. auch Dippelhofer- Stiem/ Döll 2004).¹³

Bildungs-, Berufs- und Erwerbsstatus

Bezüglich der Positionierung in der gesellschaftlichen Hierarchie ergeben sich ebenfalls differenzierte Einsichten. So kovariert auch in Sachsen-Anhalt die Schichtzugehörigkeit mit dem subjektiven Gesundheitsbild, dabei kommt dem erreichten Bildungsstand eine höhere Erklärungskraft als dem Berufsstatus zu.¹⁴ Die Stellung in der beruflichen Hierarchie spielt keine nennenswerte Rolle für das Gesundheitserleben der Befragten, wohl aber die Tatsache, arbeitslos zu sein (vgl. Tabelle A6.3).

Tabelle 6.4

Gesundheitliches Wohlbefinden^a in Abhängigkeit von Bildungs- und Berufsstatus. Prozentverteilungen (N 2090).

| | N | schlecht | weniger gut | gut | ausgezeichnet |
|-----------------------|-------------|----------|-------------|-----------|---------------|
| Bildungsstatus | | | | | |
| - 8. Klasse | 312 | 8 | 39 | 49 | 4 |
| - 10. Klasse | 945 | 3 | 21 | 68 | 8 |
| - Abitur | 301 | 1 | 16 | 65 | 18 |
| - Hochschulexamen | 421 | 1 | 17 | 73 | 9 ** |
| Berufsstatus | | | | | |
| - Arbeiter | 686 | 5 | 29 | 61 | 6 |
| - Angestellte | 929 | 2 | 20 | 70 | 8 |
| - Beamte | 80 | - | 18 | 66 | 16 |
| - Selbständige | 118 | 3 | 15 | 68 | 14 ** |
| Insgesamt | 2090 | 3 | 22 | 65 | 10 |

a Das Antwortformat ist vierstufig skaliert; 1 „schlecht“, 2 „weniger gut“, 3 „gut“, 4 „ausgezeichnet“; die Frageformulierung zielt auf die bilanzierende Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands

**p ≤ 0.01 (Chi²- Test)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen-Anhalt 2003

Die Beziehung zwischen *Bildungsstatus* und gesundheitlicher Lage betrachtend, gehören Personen mit geringem Bildungsniveau eher zu den „Verlierern“, wobei, den Befund von Maschewsky- Schneider (1997) bestätigend, Frauen auch innerhalb der Bildungsgruppen mehr Beschwerden äussern, Frauen aus unteren Schichten sich mithin am prekärsten fühlen. Bezogen auf alle Befragten stufen jene mit dem Abschluss der 8. Klasse bzw. der Hauptschule ihr Wohlbefinden am niedrigsten ein, korrespondierend ist das Ausmaß an Beschwerden und Erkrankungen deutlich höher als in den Vergleichsgruppen. Nur etwa jeder Zweite gibt an, der Gesundheitszustand sei gut oder ausgezeichnet; unter den Personen mit Abitur oder Hochschulabschluss sind dies über 80 Prozent (vgl. Tabelle 6.4). Fast jeder Zehnte aus unteren Bildungsschichten fühlt sich explizit „schlecht“. Dem entspricht ein umfänglicher Kranz von Unpässlichkeiten und Erkrankungen – Rückenschmerzen, gedrückte Stimmung, Schlafprobleme, Magen- und Zahnschmerzen treten häufiger als in anderen Gruppen auf. Vor allem Probleme mit dem Bewegungsapparat sowie Herz- Kreislauf- Symptome erfordern in höherem Grade die Inanspruchnahme ärztlicher Dienste, zudem ist Diabetes verbreiteter (vgl. Tabelle 6.5). Beispielsweise vermeldet jeder Dritte, öfter oder sehr häufig Schlafschwierigkeiten zu haben; unter den Akademikern sind dies 13 Prozent. Zwei Drittel mussten im

Laufe des Lebens schwerwiegende Krankheiten des Bewegungsapparates erfahren, fast jeder Zweite solche von Herz und Kreislauf, an Diabetes leiden 13 Prozent; bei Hochschulgraduierten betragen diese Quoten 48, 24 bzw. 4 Prozent.

Tabelle 6.5

Signifikante Beziehungen zwischen Bildungsstatus und der Häufigkeit von Beschwerden und Erkrankungen. Mediane (N 2090).

| | Abschluss | | | Hochschul- examen (N 421) | |
|--------------------------------|----------------------|-----------------------|-------------------|---------------------------------|----|
| | 8. Klasse (N 312) | 10. Klasse (N 945) | Abitur (N 301) | | |
| Beschwerden^a | | | | | |
| - Rückenschmerzen | 3,7 | 3,2 | 2,8 | 2,9 | ** |
| - Kopfschmerzen | 2,4 | 2,5 | 2,5 | 2,2 | ** |
| - gedrückte Stimmung | 2,6 | 2,5 | 2,4 | 2,3 | ** |
| - Schlafprobleme | 2,8 | 2,2 | 2,1 | 2,1 | ** |
| - Magenschmerzen | 1,8 | 1,5 | 1,6 | 1,6 | * |
| - Zahnschmerzen | 1,6 | 1,4 | 1,3 | 1,5 | ** |
| Krankheiten^b | | | | | |
| - Bewegungsapparat | 2,0 | 1,6 | 1,4 | 1,5 | ** |
| - Herz- Kreislauf | 1,4 | 1,1 | 1,1 | 1,2 | ** |
| - Haut | 1,1 | 1,1 | 1,2 | 1,2 | ** |
| - Verdauungssystem | 1,1 | 1,1 | 1,1 | 1,1 | ** |
| - Diabetes | 1,1 | 1,0 | 1,0 | 1,0 | ** |
| - nervöse Störungen | 1,2 | 1,1 | 1,1 | 1,1 | * |

a Das Antwortformat ist fünfstufig skaliert; 1 „überhaupt nicht“, 2 „selten“, 3 „hin und wieder“, 4 „öfter“, 5 „sehr häufig“

b Das Antwortformat ist vierstufig skaliert; 1 „nein“, 2 „ja, derzeit“, 3 „ja im letzten halben Jahr“, 4 „ja, das ist schon länger her“

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$ (Mediantest)

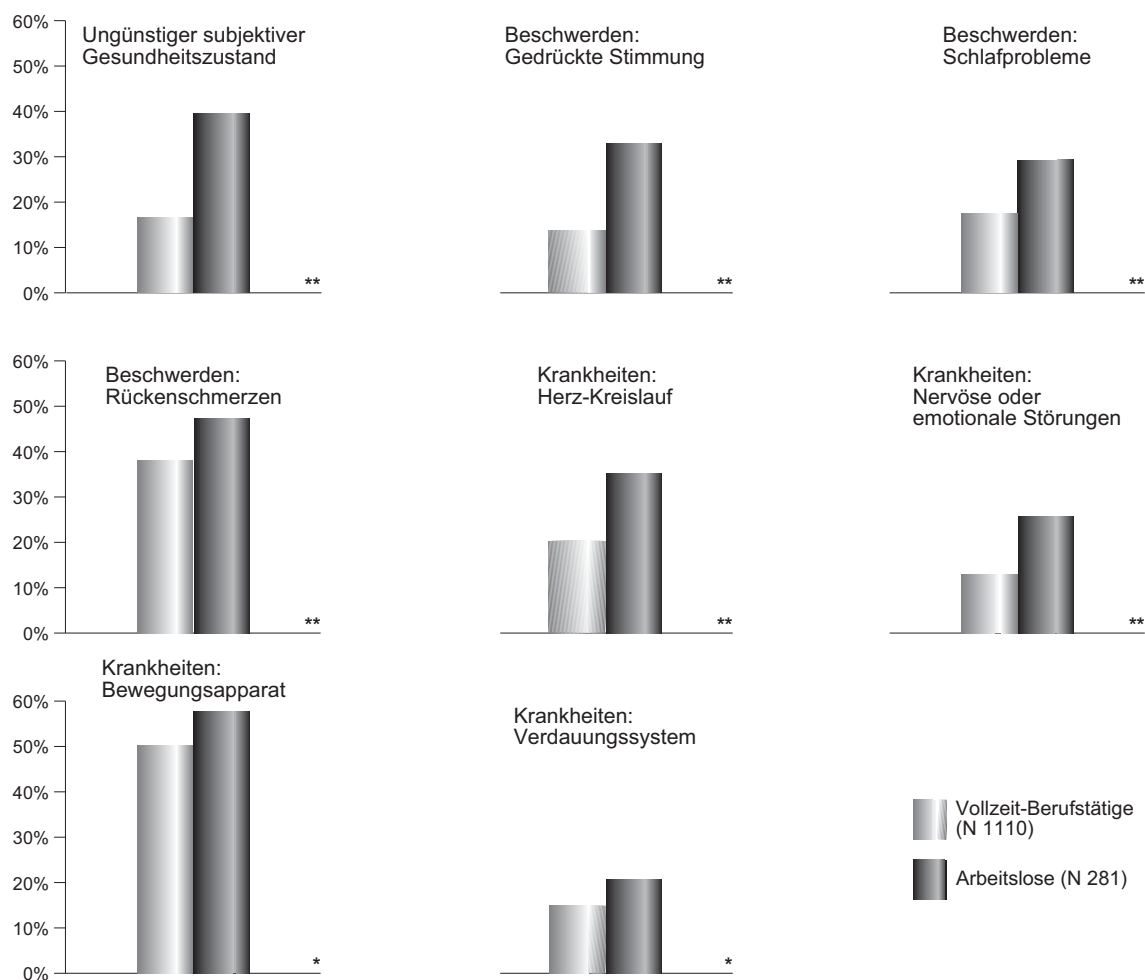
Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Zweifelsohne spiegelt sich in diesen Befunden die mit einem geringen Bildungsstatus gemeinhin verbundene unterprivilegierte Lage der Menschen. Denn wie in den vorigen Kapiteln erörtert, erfolgt ihre berufliche Tätigkeit eher im Bereich der gering Qualifizierten, oftmals verbunden mit körperlicher Belastung und geringem Einkommen. Zudem ist der Interessensradius, das heisst, die Aufgeschlossenheit für vielfältige Lebensbereiche und damit auch die Teilhabe an diversen Aktivitäten, die die Erschwernisse des Erwerbslebens mildern könnten, eingeschränkt. Vor allem aber sind die Alltagsbelastungen in allen, im Fragebogen erfassten Aspekten sehr viel höher als in den anderen Teilstichproben. Diese deutlich geringere Lebensqualität, und nicht wie vermutbar, mangelndes Interesse an gesundheitsbezogenen Themen oder nachlässiges Vorsorgeverhalten ist der Resonanzboden für das gesundheitliche Befinden. Denn, auch dies belegen die Daten, gerade Personen mit geringem Bildungsstatus bemühen sich mehr als andere um ärztliche Vorsorge und Kontrolle und um einschlägige Informationen über Print- und Fernsehmedien (vgl. Kapitel 5.3).

Gleichwohl ist nicht jede Beschwerde oder Erkrankung an soziale Unterprivilegiertheit gebunden. Kopfschmerzen, Krankheiten der Haut oder des Verdauungssystems finden in den anderen Statusgruppen höhere oder zumindest ähnliche Ausprägung. Mehr noch gilt diese Diversität, wenn der *Berufsstatus* – in den Kategorien Arbeiter, Angestellte, Beamte und Selbständige - analysiert wird. Denn Bildungs- und Berufsstatus korrelieren miteinander, sind aber keineswegs deckungsgleich. So zeigt sich zwar ein leicht geringeres Wohlbefinden und ein etwas höheres Beschwerdeniveau der Arbeiter; der Gesamtgrad an Erkrankungen aber ist nicht signifikant ausgeprägter als in anderen Berufsstellungen (vgl. Tabelle A6.3). Auch der Blick auf einzelne Aspekte vermittelt ein differenziertes Bild (vgl. Tabelle A6.4). Rückenbeschwerden und die Nachfrage nach ärztlicher Behandlung aufgrund von Beeinträchtigung-

gen im Bewegungsapparat sind das dominierende Sorgenfeld der Arbeiter. Angestellte hingegen plagen sich eher mit Kopfschmerzen und Allergien, am wenigsten mit unfallbedingten Verletzungen. Sie teilen überdies die Neigung zu Atemwegserkrankungen mit den Arbeitern. Diabetes ist sowohl unter den Arbeitern als auch den Selbständigen überdurchschnittlich häufig verbreitet. Beamte erfreuen sich zwar eines relativ guten gesundheitlichen Zustands, der sich nicht zuletzt in geringen Schlafstörungen dokumentiert. Dennoch erreicht das Niveau der ernsthaften Erkrankungen des Bewegungsapparates fast jenes der handwerklich und körperlich Tätigen.

Abbildung 6.3
Gesundheitszustand,^a ausgewählte Beschwerden^b und Krankheitsbilder^c von Arbeitslosen und Vollzeit-Berufstätigen.
Prozentverteilungen.



a Zusammenfassung der Kategorien "weniger gut", "schlecht".

b Zusammenfassung der Kategorien "öfter", "sehr häufig".

c Zusammenfassung der Kategorien "ja, derzeit", "ja, im letzten halben Jahr" "ja, das ist schon länger her".

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$ (Chi² - Test)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen-Anhalt 2003

Diese Beeinträchtigungen widerspiegeln die spezifischen Anforderungen im beruflichen Feld. Körperliche Arbeit der Arbeiter wie die überwiegend sitzende Tätigkeit der Beamten gehen mit Bewegungsleiden einher. Allerdings ist es nicht die subjektive Einschätzung an sich - ob

die Arbeit eher sitzend oder stehend geleistet wird und ob sie anstrengend sei – die sich im Gesundheitsbild niederschlägt. Zudem kovariert es kaum mit der Stellung der Befragten in der *Berufshierarchie*. Es ist von geringer Bedeutung, ob leitende oder ausübende Funktionen eingenommen werden, ob es sich um angelernte oder qualifizierte Positionen handelt. Dies widerspricht den Befunden von Bergmann/ Richter (2003), derzufolge Führungspositionen auch auf der unteren Ebene positive Effekte auf das Gesundheitserleben haben. Möglicherweise gründet dies darin, dass der Bevölkerungssurvey die Berufswelt nur mit groben Kategorien erfassen konnte und die Anforderungsstrukturen oder Stresserfahrungen in den diversen Hierarchieebenen ausblenden musste.

Wohl aber können die vorliegenden Befunde die vielfach geäußerte These von den gesundheitlichen Folgen des *Erwerbsstatus* (vgl. im Überblick Geyer 1999; RKI 2003; Mueller/ Heinzl- Gutenbrunner 2001; Hoeltz/ Bormann/ Schroeder 1990) bestätigen. Arbeitslosigkeit macht anfällig für Unwohlsein, Beschwerden und Krankheiten – sowohl in der Gesamtsumme (vgl. Tabelle A6.3) als auch in spezifischen Aspekten (vgl. Abbildung 6.3).¹⁵ Im Vergleich mit den Erwerbstätigen wird der subjektive Gesundheitszustand deutlich schlechter geschildert; 39 Prozent der Arbeitslosen, aber nur 17 Prozent der ganztags Beschäftigten wählen die Kategorien „weniger gut“ oder „schlecht“. Besonders deutliche Diskrepanzen ergeben sich desweiteren bezüglich der Klagen über eine gedrückte Stimmung (32 versus 14 Prozent), den Schlafstörungen (29 versus 18 Prozent) sowie den Rückenbeschwerden (47 versus 38 Prozent). Dem korrespondieren häufigere ärztliche Konsultationen der Arbeitslosen wegen nervösen und emotionalen Störungen, Allergien, Krankheiten des Bewegungsapparates und des Verdauungssystems.

Zwischenfazit

Gesundheit und Krankheit sind eingebunden in ein Geflecht von sozialen Hintergründen und sozialen Lagen, von Privilegierung und Benachteiligung. Dem Alter kommt eine herausragende Stellung zu. Mit den Lebensjahren sinkt das Wohlbefinden, steigen Beschwerden und Krankheiten an, wenngleich keineswegs alle befragten Seniorinnen und Senioren anfällig sind. Die Geschlechtszugehörigkeit schlägt sich vor allem in der höheren Empfindsamkeit der Frauen bei Beschwerden nieder. Zweifaktorielle Varianzanalysen (vgl. Tabelle A6.5), die den Anteil beider Variablen simultan testen, belegen diese Strukturierung. Sie erbringen für alle drei Indikatoren des subjektiven Gesundheitsbildes hochsignifikante Effekte des Alters. Nur bei den Beschwerden treten hochsignifikante eigenständige Effekte des Geschlechts hinzu, ein Ergebnis, das den andernorts ermittelten hohen Medikamentenbedarf von Frauen erklären könnte. Doch wäre es verkürzt, wenn gesundheitspolitische Erwägungen allein auf Ältere und Frauen zielten, obgleich es vonnöten scheint, den weiblichen Griff zu Tabletten einerseits, die verletzungsbedingten Erkrankungen und die vorzeitige Sterblichkeit der Männer andererseits, öffentlich zu problematisieren. In das Blickfeld aufgenommen werden sollten auch jüngere Menschen, die eine Familie gegründet und Kinder zu erziehen haben. Verglichen mit ihren jeweiligen Geschlechtsgenossen sind sie häufiger mit Unwohlsein und Beeinträchtigungen konfrontiert. Der Abbau gesellschaftlicher Unterstützungssysteme wie Krippe, Kindergarten und Hort würde ihre Situation möglicherweise weiter verschlechtern.

Desweiteren verlangen die deutlichen Beziehungen zwischen Bildungsstatus und Salutogenese Aufmerksamkeit. Wenn Angehörige bildungsferner Schichten in ihrem Wohlbefinden eingeschränkter sind, stärker als andere vielfältige Beschwerden erleiden und wegen Erkrankungen des Bewegungsapparates, Herz- Kreislauf- Symptomen und Diabetes öfter medizinische Hilfe in Anspruch nehmen, verweist das auf die nachhaltige Relevanz schulischer Sozialisation. Dort werden wichtige Fundamente für die Positionierung im sozialen Gefüge geschaffen, Kompetenzen für die Lebensbewältigung vermittelt, die sich ihrerseits im Gesundheitserleben niederschlagen. Die Steigerung der Beteiligung an höherer Bildung und am Studium könnte deshalb ein indirekter Weg sein, salutogene Potenziale zu steigern. Der Berufsstatus hingegen erbringt weniger eindeutige Muster. Im varianzanalytischen Test bestä-

tigt sich der stets deutlichere Effekt des Bildungsabschlusses (vgl. Tabelle A6.6)¹⁶ - allerdings wäre eine differenziertere Erfassung der Berufswelt im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung erstrebenswert (Kuhn 2002). Vor allem aber ist es die Arbeitslosigkeit, die den Menschen zu schaffen macht. Die in der Literatur beschriebenen Auswirkungen auf den subjektiven Gesundheitszustand finden in den Daten des Bevölkerungssurveys Bestätigung. Dies ist umso besorgniserregender als in Sachsen- Anhalt der Kreis der Betroffenen besonders gross ist. Etwa jeder Fünfte im Erwerbsalter ist von der Teilhabe am Arbeitsmarkt ausgeschlossen, in einigen Regionen des Landes ist dieser Anteil noch höher (vgl. Dippelhofer-Stiem/ Köhler 2003). Für die meisten von ihnen sind Arbeit und Beruf aber Lebensbereiche von zentraler Bedeutung. Die Schaffung von Arbeitsplätzen ist deshalb auch unter gesundheitspolitischer Perspektive ein dringliches Anliegen.

6.3 Der Einfluss von sozialer Integration und räumlichem Umfeld

Neben die Integration in das Erwerbsleben treten weitere Aspekte der sozialen Einbettung und der Zugehörigkeit des einzelnen zur Gesellschaft. Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden diese anhand von vier Indikatoren erfasst, die die eher formalen des Familienstandes und der Kinderzahl ergänzen – Gebundenheit in einer Partnerschaft, Anzahl der Personen, die im Haushalt zusammenleben, soziale Unterstützung durch andere in Notfällen und eigenes Engagement in der Pflege anderer. Integration in die Gesellschaft hat aber nicht nur soziale Komponenten, auch räumliche Aspekte im weitesten Sinne können bedeutsam werden. Das Gefühl der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Region oder einem Landkreis, die Verortung im Wohnumfeld ist auch abhängig davon, welche Gestaltung und Qualität dort vorfindbar sind. Der Umweltpsychologie zufolge (im Überblick Dippelhofer- Stiem 1995), wirken äussere Bedingungen, wie Bebauungsformen, Grünanlagen, Strassenschluchten, aber auch der Zustand der eigenen Wohnung auf das Wohlbefinden und die Lebensgestaltung der Menschen ein. Und zweifelsohne gilt dies ebenfalls für andere Umweltaspekte, wie Verunreinigungen von Luft und Wasser, Temperaturextreme, Verkehrslärm (Bullinger/ Laaser/ Murza 1997). Deshalb hat der Bevölkerungssurvey mehrere Hinweise auf das räumliche Umfeld, in dem die Befragten leben, aufgenommen – zusätzlich zur regionalen Zugehörigkeit, die durch die Stichprobenkriterien erfasst ist, sind dies die Belastungen, die aus den Wohnverhältnissen erwachsen sowie Lärmquellen aus dem Umfeld.

Partnerschaft, Haushaltsgrosse und soziale Unterstützung

Entgegen der ursprünglichen Vermutung bestehen keine systematischen Beziehungen zwischen der Gebundenheit in einer *Partnerschaft* und dem Gesundheitszustand. Die Angaben von Singles und Nicht- Singles unterscheiden sich allenfalls in Einzelheiten – Personen ohne Partner haben weniger Schlafprobleme - nicht aber systematisch voneinander. Alleinsein ist somit nicht gleichzusetzen mit schädigender Einsamkeit. Dies gilt auch bezüglich der *Haushaltsgrosse*. Befragte, die für sich leben, heben sich kaum von jenen aus Zwei- Personen- Haushalten ab; allerdings besteht eine Tendenz zu gedrückter Stimmung und nervösen Erkrankungen. Die Trennlinie verläuft zwischen Kleinhaushalten bis zu zwei Personen einerseits, und solchen mit mehr als zwei Personen andererseits (vgl. Tabelle A6.7). Stets ergeben sich positivere gesundheitsbezogene Werte für die Angehörigen grösserer Wohneinheiten. Eine nähere Analyse indes zeugt von der Verschränkung mit Alterseffekten, analog jenen für den Familienstand (vgl. Kapitel 6.1): Befragte, die vor 1959 geboren wurden und in grösseren Haushalten leben – in der Regel sind dies Ehepaare mit älteren Kindern – berichten von einem besseren Wohlbefinden, weniger Beschwerden und Erkrankungen als die gleichaltrige Vergleichsgruppe, die allein oder zu zweit residiert. Für die älteren Menschen in der Stichprobe ist das Zusammenleben mit anderen offenkundig wohltuend. Anders hingegen für die jüngeren Leute. Teilen die nach 1959 Geborenen die Wohnung mit mehreren anderen – zumeist mit Partner und kleinerem Kind - ist ihr subjektiver Gesundheitszustand eingeschränkter als in der gleichaltrigen Vergleichsgruppe, Beschwerden in einigen Berei-

chen, etwa dem Rücken, nehmen zu. Dies darf einmal mehr als Ausdruck der spezifischen Belastungen junger Familien gewertet werden.

Eindeutiger als partnerschaftliche Gebundenheit und Haushaltsgrösse sind die Effekte, die sich aus der unmittelbaren sozialen *Unterstützung* ergeben. Sie wurde erfasst als die Zahl der Menschen, auf deren Hilfe sich im Notfall die Befragten unbedingt verlassen können. Mit steigender Anzahl geht eine kontinuierliche Erhöhung des Wohlbefindens einher, eine stetige Abnahme der Beschwerde- und Erkrankungshäufigkeiten (vgl. Tabelle A6.7). Dieser generelle Befund konkretisiert sich in spezifischen, nicht in allen, im Fragebogen erfassten Symptomen (vgl. Tabelle 6.6). Eindrücklich kommt die Linearität der Beziehung bezüglich des eigenen Gesundheitszustands zur Geltung – nur jeder Zweite, der auf keine helfende Person bauen kann, schildert diesen als gut oder ausgezeichnet. Immerhin fast zwei Drittel, die einen unterstützenden Menschen haben, gelangen zu einem positiven Urteil; drei Viertel, die sich auf zwei bis drei Personen verlassen und gar 84 Prozent, die mehr als drei angeben, bilanzieren ihr Wohlfühlung günstig.

Tabelle 6.6

Signifikante Beziehungen zwischen sozialer Unterstützung,^a Wohlbefinden sowie der Häufigkeit von Beschwerden und Krankheiten. Prozentverteilungen (N 2090).

| | Zahl der unterstützenden Personen | | | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|-----------------|-----------------------------|-----------------------------|----|
| | keine (N 89) | eine (N 288) | zwei bis drei (N 809) | mehr als drei (N 893) | |
| Wohlbefinden ^b | 53 | 62 | 74 | 84 | ** |
| Beschwerden ^c | | | | | |
| - Rückenschmerzen | 54 | 56 | 40 | 33 | ** |
| - Müdigkeit | 51 | 39 | 33 | 33 | ** |
| - gedrückte Stimmung | 29 | 25 | 18 | 13 | ** |
| - Konzentrationsschwierigkeiten | 24 | 21 | 12 | 9 | ** |
| - Schlafprobleme | 28 | 28 | 24 | 15 | ** |
| - Magenschmerzen | 18 | 13 | 8 | 7 | ** |
| Krankheiten ^d | | | | | |
| - Bewegungsapparat | 57 | 63 | 55 | 46 | ** |
| - Herz- Kreislauf | 41 | 35 | 27 | 19 | ** |
| - nervöse Störungen | 35 | 22 | 19 | 13 | ** |
| - Verdauungssystem | 22 | 22 | 16 | 15 | ** |
| - Diabetes | 8 | 10 | 6 | 4 | ** |

a Operationalisiert als Anzahl der Personen (einschliesslich Familienmitglieder), auf deren Hilfe man sich in Notfällen auf jeden Fall verlassen kann

b Zusammenfassung der Antwortkategorien „gut“ und „ausgezeichnet“

c Zusammenfassung der Antwortkategorien „öfter“ und „sehr häufig“

d Zusammenfassung der Antwortkategorien „ja, derzeit“, „ja, im letzten halben Jahr“, „ja, das ist schon länger her“

**p ≤ 0.01 (Chi²- Test)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

In ähnlicher Weise repliziert sich dies in den Klagen über gedrückte Stimmung, Konzentrationsschwierigkeiten und Magenschmerzen, und etwas abgeschwächt ist sie bezüglich der Rückenschmerzen, der Müdigkeit und den Schlafproblemen ersichtlich. Beispielsweise äussert mehr als jeder Zweite, der in Notfällen auf keine oder nur eine Person vertrauen mag, häufigere Attacken im Rückenbereich. Doch nur ein Drittel derer, die sich eines grösseren Kreises von unterstützenden Mitmenschen gewiss sind, leidet darunter im gleichen Ausmass. Dies spiegelt sich in den schwerwiegenden Erkrankungen des Bewegungsapparates und des Herz- Kreislauf- Systems, bei den nervösen und emotionalen Störungen, im Verdau-

ungstrakt sowie bei Diabetes. Welches Ursache- Wirkungs- Geflecht hinter diesem eindringlichen Muster steht, muss freilich offen bleiben. Zum einen kann Isolation und das Gefühl des Aufsichgeworfenseins Beeinträchtigungen und Krankheiten hervorrufen. Zum anderen mögen Klagsamkeit und schwere Krankheiten Mitmenschen abschrecken, und sie zur Distanz veranlassen, was wiederum die Situation des Erkrankten verschlimmert. Unabhängig davon, welche Deutung die zutreffendere ist, sollte der in der Literatur (im Überblick Schwarzer 1993) betonte Stellenwert, den die soziale Eingebundenheit im Kontinuum von Gesundheit und Krankheit einnimmt, in der ärztlichen Beratung Beachtung finden.

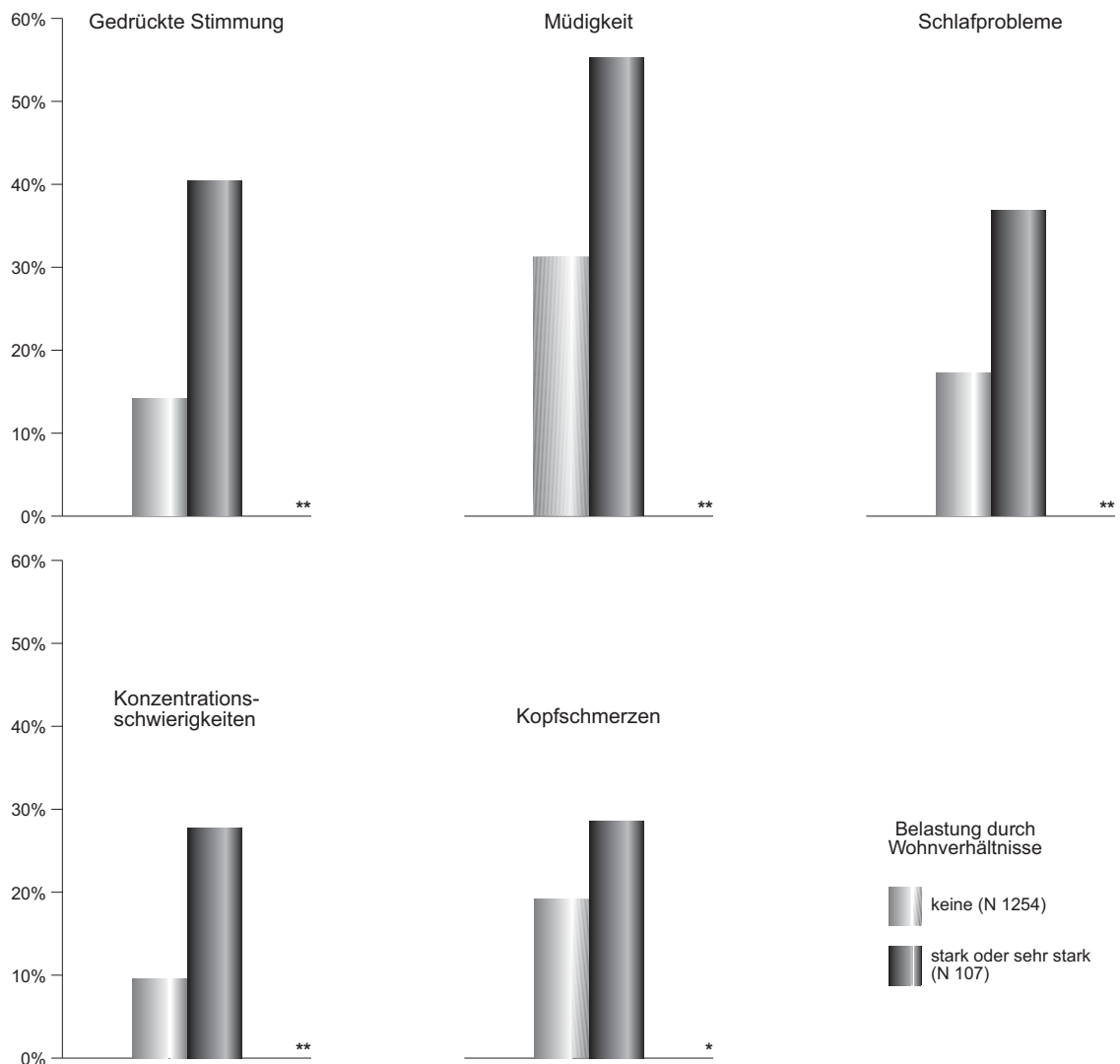
Der vierte Indikator sozialer Integration dreht die Blickrichtung um. Er fragt nach der eigenen Unterstützung, die für hilfs- und *pflegebedürftige Menschen* in den zurückliegenden fünf Jahren erbracht wurde. Solche Zuwendung für andere ist zumeist mit persönlichen Kraftanstrengungen verbunden. Die häusliche Pflege älterer Menschen innerhalb der Familie stösst denn auch in Deutschland eher auf Reserviertheit (Berger- Schmitt 2003). Somit verwundert es nicht, wenn die in Sachsen- Anhalt Befragten, die sich in dieser Richtung engagieren, gesundheitliche Folgen schildern (vgl. Tabelle A6.7). Sie sehen ihren gesamten Gesundheitszustand ungünstiger als Nicht- Pflegende, empfinden häufiger Rücken-, Kopf- und Magenschmerzen, erleben sich in gedrückter Stimmung und leiden unter Schlafproblemen. Vor allem aber weisen sie höhere Krankheitsraten vor. Ernsthafte Erkrankungen von Herz und Kreislauf, des Bewegungsapparates, der Atmung, Verdauung und des Immunsystems sowie Allergien und nervöse Störungen veranlassen sie überdurchschnittlich oft, medizinische Hilfe nachzusuchen. Mehr noch als pflegende Männer leiden die Frauen, die anderen helfen. Verglichen mit den Geschlechtsgenossinnen, die keine Pflegeerfahrung haben, erreichen sie in allen drei Gesundheitsindikatoren signifikant ungünstigere Werte. Anders als im deutschen Alterssurvey ermittelt (Künemund 2002), könnte die „Sandwich- Situation“, die gleichzeitige Versorgung der jüngeren wie der älteren Generation also, eine Rolle spielen. Denn 6 Prozent der Pflegenden in Sachsen- Anhalt haben Kinder unter 6 Jahren, ein weiteres Viertel Heranwachsende im Alter bis 18 Jahren im eigenen Haushalt. Sie sind also von der vorgängigen wie der nachwachsenden Generation in die Pflicht genommen. Freilich bedürfte es zu diesem Thema weiterer Forschung, da die vorliegende Studie Pfllegetätigkeiten nur sehr grob, ohne Nennung des Personenkreises erfasst und etwaige Gleichzeitigkeiten mit der Kinder- aufzucht nur indirekt erschliessen kann.¹⁷

Aspekte des räumlichen Umfeldes: Region, Wohnverhältnisse und Lärm

Auch wenn, wie der Vierte Gesundheitsbericht des Landes konstatiert (Dippelhofer- Stiem/ Köhler 2003, S. 32ff), Krankheiten, die einen Spitalaufenthalt erforderlich machen, regional- spezifisch akzentuiert sind, ergeben sich in den subjektiven Schilderungen der Befragten keine nennenswerten *regionalen* Differenzierungen. Zumindest bezüglich der im Fragebogen erfassten Beeinträchtigungen und Leiden kann von weitgehend gleichen Verhältnissen im Lande ausgegangen werden. Stattdessen erweisen sich Aspekte des unmittelbaren Umfeldes – die Wohnqualität und die Lärmbelästigung - als relevant.

Befragte, die ihre *Wohnverhältnisse* als belastend einstufen, haben ein insgesamt geringeres Wohlbefinden und ein höheres Beschwerde-, nicht aber Krankheitsniveau (vgl. Tabelle A6.9). Sie neigen zuvorderst zu psychosomatischen Reaktionen. 40 Prozent berichten von gedrückter Stimmung, die im zurückliegenden halben Jahr öfter oder sehr häufig auftrat; in der Vergleichsgruppe sind dies 14 Prozent. Ähnliche Diskrepanzen erscheinen bei Müdigkeit und Schlafproblemen und – etwas abgeschwächer – bei Konzentrationsschwierigkeiten und Kopfschmerzen (vgl. Abbildung 6.4). Dies findet Ausdruck in einer ausgeprägteren Neigung zu ernsthaften nervösen und die Haut betreffenden Erkrankungen. Es ist denkbar, dass problematische Wohnverhältnisse die genannten Leiden hervorrufen. Zugleich mag dieser

Abbildung 6.4
Ausgewählte Beschwerdebilder^a in signifikanter Abhängigkeit von den Wohnverhältnissen.
Prozentverteilungen im Extremgruppenvergleich.

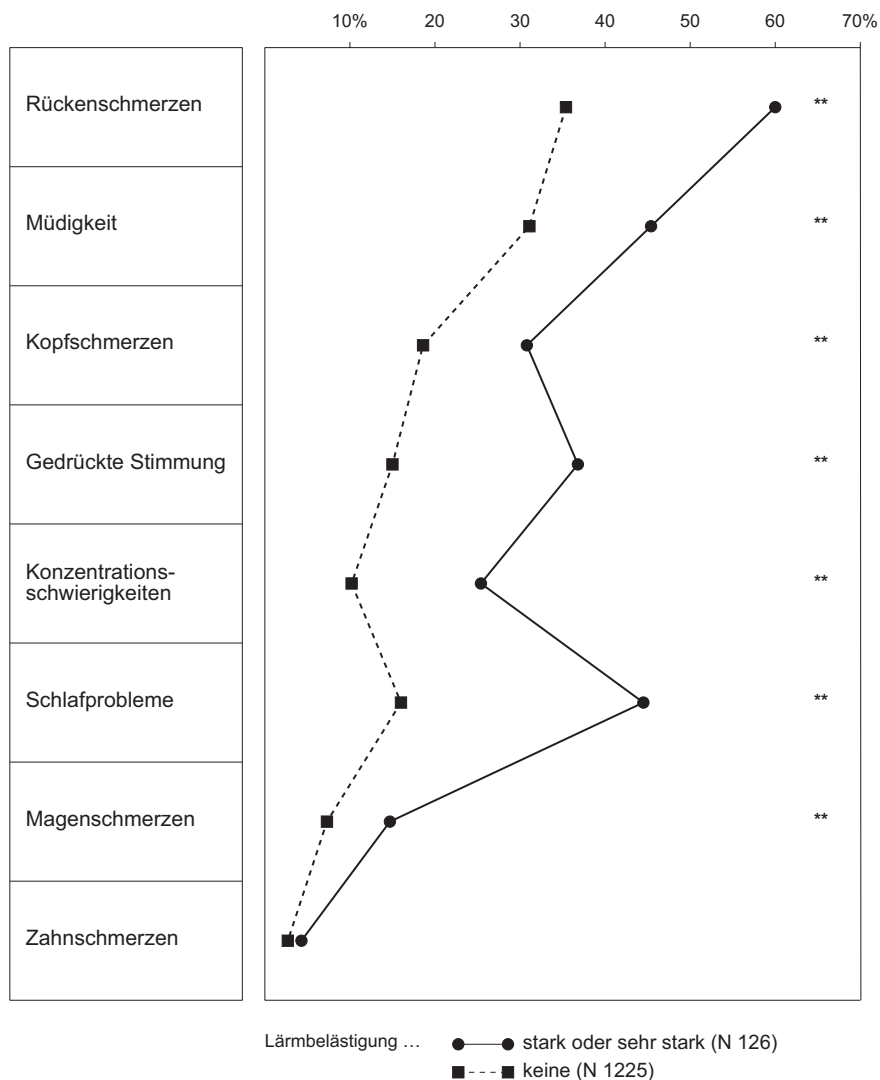


a Zusammenfassung der Kategorien "öfter" und "sehr häufig"
* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$ (Chi² - Test)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen-Anhalt 2003

Personenkreis schon zuvor psychosomatisch beeinträchtigt gewesen sein und nicht die Kraft haben, die Wohnumstände und mit ihnen die gesundheitliche Lage zu verändern. Denn an günstigen Angeboten besteht in Sachsen- Anhalt kein Mangel; auch grosse Wohnungen stehen zur Verfügung (StLA 2002). Zu bedenken ist zudem, dass unter den Unzufriedenen vor allem jüngere Menschen zu finden sind, jene also, die in der Familiengründungsphase stehen und deshalb spezifische Ansprüche an ihre Unterkunft anmelden. Auch wenn erfreulicherweise nur relativ wenige die Wohnverhältnisse als problematisch empfinden, ist dies als Verweis auf die Lage der Jüngeren in Sachsen- Anhalt zu werten.

Abbildung 6.5
Schlafstörender Strassenlärm und Häufigkeit von Beschwerden^a im Extremgruppenvergleich.
Prozentverteilungen.



a Zusammenfassung der Antwortkategorien "öfter" und "sehr häufig"

** $p \leq 0.01$ (Chi² - Test)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen-Anhalt 2003

Ein wesentlicher Anlass, Kritik an den Wohnverhältnissen zu üben, ist die *Lärmbelästigung* aus dem näheren und weiteren Umfeld. Je höher diese empfunden wird, desto beeinträchtiger werden die Wohnverhältnisse erlebt (vgl. Kapitel 3.3). Und vor allem – je stärker die schlafstörende Lärmbelästigung ist, desto unwohler, von Beschwerden und Krankheiten heimgesucht fühlen sich die Befragten (vgl. Tabelle A6.8). Dabei ist es von untergeordneter Bedeutung, aus welcher Quelle der Geräuschpegel entspringt. Jede in der Untersuchung erfasste, ist mit wenigstens einem der drei Indikatoren des subjektiven Gesundheitsbildes konnotiert. Innerhäusige Umtriebe, wie etwa das Rumoren der Hausinstallation oder der Krach, den Familienmitglieder erzeugen, finden ebenso schädigenden Widerhall wie jener aus der Nachbarschaft und der umgebenden Natur. Eine interessante Ausnahme bilden lediglich die an Herz- Kreislauf- Symptomen oder Diabetes Erkrankten – für sie ist von Familienangehörigen erzeugter Lärm positiv besetzt, vermutlich gewertet als Zeichen des sozialen

Eingebundenseins. Die stärksten negativen Effekte bringen Strassen- und Flugverkehr sowie Baumaßnahmen hervor. Sie drücken nicht nur das Wohlbefinden der Anwohner in erheblichem Maße, sie schlagen sich auch nieder in nahezu allen Beschwerdebereichen und – mit Ausnahme von Diabetes, Krebs und Verletzungen – in den Krankheitserscheinungen, die die Konsultation eines Arztes erforderlich machen.

Beispielhaft seien die Wirkungen des Strassenverkehrs anhand eines Extremgruppenvergleichs demonstriert (vgl. Abbildung 6.5). Von Zahnschmerzen abgesehen, kovariieren alle Beschwerdebereiche mit dem Lärmempfinden. Personen, deren Schlaf nicht durch Strassengeräusche gestört wird, sind zwar nicht beschwerdefrei, wohl aber mit geringerer Wahrscheinlichkeit beeinträchtigt. Entsprechend der Frageformulierung differieren die Teilstichproben am stärksten bei den Schlafproblemen. 45 Prozent der Lärmgeplagten, doch nur 16 Prozent der davon Verschonten geben gravierende Schwierigkeiten an. Es folgen Diskrepanzen bezüglich der Rückenbeschwerden (60 versus 35 Prozent) sowie im psychosomatischen Formenkreis – häufigeres Bedrücktsein, Konzentrationsprobleme und Müdigkeit sind mit anbrandendem Verkehr verbunden. Etwas weniger ausgeprägt, doch ebenfalls signifikant, sind die Differenzen bei Kopf- und Magenschmerzen. Dieses Muster bleibt im wesentlichen stabil, wenn eine mittlere Lärmbelastung in die Betrachtung einbezogen wird. Es hat zudem Gültigkeit für andere Lärmquellen, zuvorderst für Geräusche aus den Bereichen Flugverkehr, Bauaktivitäten, Nachbarschaft und Hausinstallation.

Freilich ist nicht auszuschliessen, dass gesundheitlich anfällige Menschen sensibler sind und deshalb auch auf moderate Geräusche negativ reagieren. Zudem könnten ungünstige Rückkoppelungen entstehen: Starker Lärm erzeugt Unwohlsein, Beschwerden und Leiden, die Toleranzschwelle der Betroffenen sinkt im Laufe der Zeit. Sie stören sich bereits an Krach mittleren Niveaus, dies wiederum begünstigt das Auftreten von Krankheiten. Angesichts des prognostizierten Anwachsens der Verkehrsströme, bleibt die Herausforderung, die Lärmflut einzudämmen.

Zwischenfazit

Soziale und räumliche Integration geht einher mit dem Gesundheitsstatus der Menschen. Doch gilt dies nicht für alle Varianten. Die Gebundenheit in einer Partnerschaft und die Haushaltsgrösse sind, ähnlich dem Familienstand und der Kinderzahl, wenig aussagekräftig. Erst die nähere Analyse offenbart Alterseffekte, die gewisse gesundheitliche Belastungen junger Familien und Wohlergehen von solchen mit älteren Kindern offenlegen. Durchgängig darf die soziale Unterstützung, die den Befragten im Notfall durch andere zuteil wird, und die sie selbst anderen geben, als wichtiger, freilich doppelbödiger Hinweis gelten: Je grösser die Zahl der Personen ist, von denen verlässliche Hilfe ausgehen wird, desto günstiger stellt sich der Gesundheitszustand der Betroffenen dar. Umgekehrt aber sind jene, die sich Pflegebedürftigen zugewandt haben, krankheitsanfälliger. Insbesondere weibliche Pflegepersonen leiden unter der Bürde, zumal eine beachtliche Minderheit minderjährige Kinder zu versorgen hat. Vorhandene Entlastungen, etwa im Bereich der öffentlichen Kindertageseinrichtungen, sollten auch deshalb aufrecht erhalten bleiben. Auch wenn Älterwerden nicht unbedingt Hilflosigkeit impliziert und sich die überwiegende Mehrheit der über 80 Jährigen Sachsen-Anhalts im eigenen Haushalt versorgt, bleibt die Tatsache, dass fast zwei Drittel der Pflegegeldempfänger Seniorinnen und Senioren ab 75 Jahren sind (Dippelhofer- Stiem/ Köhler 2003, S. 104f). Die Bevölkerungsprognosen sprechen von einem steigenden Anteil dieser Gruppe, der mit einer Erhöhung der Zahl von Pflegebedürftigen einhergehen wird. Eine vorausschauende Politik muss diesem Phänomen begegnen, etwa durch den Ausbau ambulanter Dienste und die Motivierung junger Leute, Berufe im Pflegebereich zu ergreifen.

Diesen Effekten zugesellt sind jene aus dem räumlichen Umfeld. Ungünstige Wohnverhältnisse – denen sich wiederum die Jüngeren öfter ausgesetzt sehen - und Lärmbelastungen kovariieren mit Unwohlsein, häufigen Beschwerden in nahezu allen Bereichen mit vielerlei

ernsthaften Erkrankungen. Die Folgerungen sind naheliegend: Gesundheitsprävention, soweit sie von Seiten der Politik gewollt ist, heisst, die Belange junger Familien stärker wahrzunehmen und entsprechende Wohnungsangebote zu fördern. Und nicht zuletzt heisst Gesundheitsprävention Schutz vor Lärm. Dies ist eine Aufgabe, die angesichts der zunehmenden Mobilität hohe Priorität geniessen müsste. Die Installierung von Lärmschutzwällen entlang der Autobahnen sollte eine Selbstverständlichkeit werden; über den Ausbau von Flughäfen wäre auch unter Gesundheitsaspekten zu reflektieren, Bauvorschriften, die die Hellhörigkeit der Häuser einschränken, sind wünschenswert.

6.4 Belastungen und allgemeine Lebenshaltungen als Bedingungsgrössen

Neben der sozialen Unterstützung und dem Wohnumfeld können Belastungen und Stress als weiteres Bindeglied zwischen der Schichtzugehörigkeit, die eine eher abstrakte Grösse ist, und dem unmittelbaren Krankheitsstatus begriffen werden. Borgers/ Steinkamp (1994, S. 136) sehen hierin die „Mesoebene“ des salutogenen Kontextes. Es handelt sich um Vulnerabilitätsfaktoren, die die Krankheitsanfälligkeit indirekt erhöhen können, vor allem dann, wenn die Coping- Strategien und Bewältigungskapazitäten eingeschränkt sind. Inwieweit sie negativ wirksam werden, ist auch von weiteren personalen Charakteristika abhängig, etwa dem Interesse an diversen Lebensbereichen, den Kontrollüberzeugungen, von Zufriedenheit und Zukunftsoptimismus (Schwarzer 1993; Siegrist 1996; Geyer 1999). Im folgenden wird untersucht, inwieweit solche Aspekte mit dem subjektiven Gesundheitsstatus der Befragten in Sachsen- Anhalt kovariieren.

Alltägliche Belastungen

In Übereinstimmung mit anderen Studien (Geyer 1999) lassen die Daten konstatieren, dass die Belastungen in der Summe sowie in nahezu allen Einzelaspekten eng und linear verwoben sind mit Wohlbefinden, Beschwerden und Erkrankungen (vgl. Tabelle A6.9). Je bedrückender das Leben in den im Fragebogen erfassten Facetten erscheint, desto unwohler, von Beschwerden ($r .44$) und Leiden ($r .30$) in Mitleidenschaft gezogen, fühlen sich die Menschen. Die Belastungsfaktoren verbinden sich durchgängig mit gesteigertem Unwohlsein und einem breiten Spektrum an Beeinträchtigungen. Von allen im Survey einbezogenen Merkmalen erzeugen sie die grössten Differenzierungen in den gesundheitsrelevanten Variablen. Mehr noch als der Bildungsstatus vermag das alltägliche Belastungsniveau der Menschen zur Aufklärung des subjektiven Gesundheitsbildes beizutragen. Eine Varianzanalyse erbringt zwar für beide Faktoren stets hochsignifikante, eigenständige Beziehungen. Den Belastungen kommt aber eine jeweils höhere Wirkkraft zu als der sozialen Herkunft. Allein 13 Prozent der Varianz im Beschwerdenniveau lassen sich auf das Ausmass der alltäglichen Belastungen zurückführen, auf den Bildungsstatus weitere 2 Prozent. Interaktionseffekte bestehen nicht (vgl. Tabelle A6.10). Das heisst, Sorgen wirken für sich genommen, weithin unabhängig davon, welcher Bildungsstand erreicht wurde.

Zuvorderst beeinträchtigt wird das *Wohlbefinden*, wenn Probleme im persönlichen Bereich, mit der Wohnsituation, mit der Familie sowie im finanziellen Sektor vorliegen. Dies schlägt sich auch in den *Beschwerden* nieder. Wegen ihrer Linearität und der Mischung aus körperlichen und psychosomatischen Unpässlichkeiten ist die Beziehung zwischen der eigenen *finanziellen Lage* und den *Beschwerdebildern* eigens erwähnenswert (vgl. Tabelle 6.7). Rückenschmerzen und Müdigkeit, gedrückte Stimmung und Kopfweg, Schlaf- und Konzentrationsprobleme treten ebenso hervor wie Magen- und Zahnschmerzen. Am deutlichsten sind die Differenzierungen im psychosomatischen Formenkreis. Der Extremgruppenvergleich erbringt, dass 37 Prozent der finanziell stark Belasteten in gedrückter Stimmung leben, bei den materiell Unbeschwerten beträgt dieser Anteil lediglich 8 Prozent. Bezüglich der Müdigkeit sind die Relationen 48 versus 27, bei den Schlafstörungen 12 versus 24 Prozent. Nur etwas mehr als jeder Zweite, den Geldnöte heimsuchen, schildert das eigene Wohlbefinden positiv.

In der Referenzgruppe sind es hingegen vier Fünftel. Analog sinkt mit abnehmenden finanziellen Sorgen das Beschwerdeniveau insgesamt sowie in allen Einzelaspekten.

Tabelle 6.7

Beschwerdebilder in Abhängigkeit von Belastungen durch die eigene finanzielle Situation. Mediane (N 2090).

| | Belastungsgrad durch die finanzielle Situation | | | | |
|-------------------------------|--|--------------|--------------|----------------|--------------|
| | überhaupt nicht | | | stark belastet | |
| | 1 (N 458) | 2 (N 379) | 3 (N 503) | 4 (N 218) | 5 (N 391) |
| Rückenschmerzen | 2,9 | 3,0 | 3,1 | 3,1 | 3,7 ** |
| Müdigkeit | 2,9 | 3,0 | 3,1 | 3,1 | 3,4 ** |
| gedrückte Stimmung | 2,1 | 2,2 | 2,5 | 2,6 | 3,1 ** |
| Kopfschmerzen | 2,2 | 2,4 | 2,5 | 2,5 | 2,8 ** |
| Schlafprobleme | 2,0 | 2,1 | 2,2 | 2,4 | 2,7 ** |
| Konzentrationsschwierigkeiten | 2,1 | 2,2 | 2,3 | 2,4 | 2,6 ** |
| Magenschmerzen | 1,4 | 1,7 | 1,6 | 1,7 | 1,9 ** |
| Zahnschmerzen | 1,4 | 1,3 | 1,5 | 1,6 | 1,6 ** |
| Summenskala ^a | 17,8 | 18,4 | 19,4 | 20,0 | 22,2 ** |

a Summenskala 8- 40; 8= in allen Items „überhaupt nicht“, 40= in allen Items „stark belastet“ genannt

**p ≤ 0.01 (Mediantest)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

In der Beziehung zwischen Belastungen und *Erkrankungen* erweisen sich nahezu alle Wirkgrößen ebenfalls als signifikant (vgl. Tabelle A6.9), doch sind die Unterschiede zwischen den Teilgruppen geringer.¹⁸ Stattdessen werden die Verknüpfungen zwischen speziellen *Problemen* und einzelnen *Krankheitsgruppen* deutlicher: So kovariieren persönliche Belastungen mit Erkrankungen des nervösen Formenkreises, des Bewegungsapparats sowie mit Allergien. Wegen Nervosität ist über ein Viertel der durch persönliche Dinge Belasteten aktuell in Behandlung, weitere 22 Prozent suchten in der zurückliegenden Zeit deswegen einen Arzt auf. Bei jenen, die keine persönlichen Schwierigkeiten nennen, betragen die Anteile 8 bzw. 2 Prozent. Bereitet das familiäre Umfeld Sorgen, erweitert sich das Spektrum um Herz-Kreislauf- Krankheiten. Richten sich die Befürchtungen hingegen auf berufliche Herausforderungen oder den Arbeitsmarkt, sind ernsthafte Beeinträchtigungen im Bewegungsbereich, von Herz und Kreislauf zu verzeichnen. Wegen Rückenschmerzen suchen derzeit 20 Prozent der im Beruf stark Belasteten medizinischen Rat, weitere 19 Prozent mussten dies vor einiger Zeit tun. Von jenen, die solche Sorgen nicht teilen, waren dies 29 bzw. 10 Prozent. Desweiteren kovariieren finanzielle Belastungen mit Rückenleiden, emotionalen Störungen, Herz- Kreislauf- Symptomen.

Auch wenn nicht entscheidbar ist, inwieweit die Problemlagen ursächlich für den salutogenen Zustand sind oder ob aus der schlechten Gesundheit die alltäglichen Sorgen erst erwachsen, lassen die Einschätzungen der Befragten reale Verankerungen erkennen. Denn der Zusammenhang zwischen dem *Belastungsfaktor* „eigene Gesundheit“ und der Ausprägung von Wohlbefinden, Beschwerden und Erkrankungen ist am dichtesten. Und umgekehrt - je mehr Beeinträchtigungen und Leiden vorliegen, desto stärker tritt die persönliche Gesundheit als Sorgenquelle hervor. Dies gilt zuvorderst hinsichtlich der ernsthaften Erkrankungen (vgl. Tabelle 6.8). So mussten 85 Prozent derer, für die ihre Gesundheit höchst belastend ist, wegen Problemen mit dem Bewegungsapparat in ärztliche Behandlung. Etwa jeder Zweite war oder

Tabelle 6.8

Zusammenhänge zwischen Belastungen durch gesundheitliche Beeinträchtigungen und Erkrankungen im Lebensverlauf.^a Prozentverteilungen (N 2090).

| | Belastungsgrad durch gesundheitliche Beeinträchtigungen | | | | |
|-------------------------------|---|--------------|--------------|----------------|--------------|
| | überhaupt nicht | | | stark belastet | |
| | 1 (N 594) | 2 (N 570) | 3 (N 454) | 4 (N 147) | 5 (N 180) |
| Bewegungsapparat | 26 | 55 | 69 | 78 | 85 ** |
| Herz- Kreislauf | 12 | 23 | 34 | 47 | 52 ** |
| nervöse/ emotionale Störungen | 7 | 13 | 23 | 37 | 46 ** |
| Verdauung | 8 | 15 | 22 | 30 | 29 ** |
| Haut | 16 | 25 | 26 | 27 | 27 ** |
| Allergien | 19 | 25 | 29 | 34 | 25 ** |
| Atmung | 11 | 18 | 20 | 29 | 23 ** |
| Verletzungen/ Vergiftungen | 14 | 18 | 18 | 21 | 23 * |
| Diabetes | 2 | 4 | 8 | 15 | 15 ** |
| Immunsystem/ Blut | 2 | 3 | 5 | 8 | 11 ** |
| Krebs | 1 | 2 | 5 | 6 | 11 ** |

a Das Antwortformat ist vierstufig skaliert; 1 „nein“, 2 „ja, derzeit“, 3 „ja im letzten halben Jahr“, 4 „ja, das ist schon länger her“; dargestellt ist die Summe der Kategorien 2- 4

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$ (Chi²- Test)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

ist wegen Herz- Kreislauf- Symptomen oder nervösen Störungen beim Arzt. Jeweils rund ein Fünftel hat Verdauungs- oder Hautprobleme, Allergien, Verletzungen und Vergiftungen, Atemschwierigkeiten. Etwas mehr als 10 Prozent sind Diabetiker, Blut- oder Krebskranke. Mit abnehmender Besorgtheit um die eigene Gesundheit aber, sinkt der Anteil jener, die solche Erkrankungen auf ihrem Lebensweg bislang erfahren haben.

Interessensspektrum, Kontrollüberzeugungen, Zufriedenheit und Optimismus

Der Widerhall von alltäglichen Belastungen im subjektiven Gesundheitsstatus wiegt umso schwerer, als potenziell entlastende Einflüsse nur bedingt als Gegengewicht auftreten (vgl. Tabelle A6.11). So interagieren das Interesse und die Aufgeschlossenheit gegenüber den verschiedenen *Lebensbereichen* wenig mit den gesundheitlichen Belangen. Die überdurchschnittliche hohe Gewichtung der Lebensbereiche ist vorwiegend den Bereichen Freizeit, Geselligkeit und Sport geschuldet, jenen Sphären also, die jüngere Leute bevorzugen. Das damit verknüpfte bessere Wohlbefinden und das geringere Beschwerdeniveau sind somit ein Alterseffekt, der sich vorwiegend bei den nach 1958 Geborenen bemerkbar macht. Desweiteren bestehen keine systematischen Zusammenhänge zwischen den Lebensbereichen insgesamt und den Erkrankungen.

Auch die Relevanz der *Kontrollüberzeugungen* ist nicht sehr ausgeprägt. Zwar deutet sich an, dass mit der Vorstellung, das Leben selbst bestimmen zu können, die gesundheitsbezogenen Variablen günstiger lagern. Und vice versa geht die Idee, das eigene Leben sei von Zufälligkeiten abhängig oder von den Anforderungen und Zwängen der Gesellschaft determiniert, mit mehr Unwohlsein, Beschwerden und Erkrankungen einher. Gleichwohl sind die

Differenzen klein. Beispielsweise bilanzieren 77 Prozent jener, die internale Orientierungen favorisieren, ihren Gesundheitszustand positiv, in der Vergleichsgruppe sind dies 73 Prozent. Die Abweichungen hinsichtlich der Beschwerden bewegen sich in einer vergleichbaren Grössenordnung, bezüglich der ernsthaften Krankheiten sind sie noch geringer. Aus dem Leitbild, das Dasein sei von den durch Geburt und Erziehung mitgegebenen Eigenschaften gestaltet, erwachsen keine signifikanten Wirkungen. Insgesamt scheint die geringe Vorhersagekraft, die diese Variablen für die Formen des Gesundheitsverhaltens haben (im Überblick Faltermaier 1998), auch für den Gesundheitsstatus zu gelten.

Wohl aber erweisen sich – in Übereinstimmung mit der Literatur (Schwarzer 1993) - die *Zufriedenheit* mit dem Dasein und der *Zukunftsoptimismus* als starke salutogene Ressourcen (vgl. Tabelle A6.11). Menschen, die über eine positive Haltung zum gegenwärtigen und künftigen Leben verfügen, sind weniger anfällig für krankheitsbedingte Beeinträchtigungen, nehmen solche vielleicht auch seltener zur Kenntnis. 72 Prozent derer, die ihr jetziges Dasein mit Wohlgefallen sehen, bewerten den Gesundheitszustand als gut, weitere 14 Prozent sogar als ausgezeichnet. Unter den weniger Zufriedenen gelangen 59 bzw. 4 Prozent zu diesem Urteil. Ähnliche Verteilungen ergeben sich in Abhängigkeit vom Zukunftsoptimismus. In sämtlichen, im Fragebogen erfassten Beschwerden, erreichen die Unzufriedenen sowie die Pessimistischen signifikant höhere Werte. Besonders hervorstechend ist dies bei den psychosomatischen Symptomen. Zu konstatieren ist das häufigere Aufscheinen von Müdigkeit (43 versus 28 Prozent), Schlafproblemen (30 versus 14 Prozent), gedrückter Stimmung (31 versus 7 Prozent), arrondiert um vermehrte Rückenschmerzen (50 versus 32 Prozent). Diese Situation setzt sich fort in einigen Krankheitsbildern. In erster Linie erforderten Beeinträchtigungen im Bewegungsapparat, Nervosität oder emotionale Störungen, Herz- Kreislauf-Schwierigkeiten ärztliche Behandlung. Andere Krankheiten wiederum bleiben von Lebenszufriedenheit und Optimismus unberührt – Verletzungen, Diabetes, Haut- oder Bluterkrankungen sind in den Teilstichproben gleichermaßen zu finden.

Es ist nicht auszuschliessen, dass Gesunde eher positive Grundhaltungen entwickeln können. Für diese Einschätzung spräche die Altersgebundenheit, denn ältere Menschen neigen eher zu Beschwerden und Krankheiten. Eine weitere Aufschlüsselung der Daten erbringt interessante Einblicke (vgl. Tabelle 6.9). Sowohl bei den vor 1959 Geborenen als auch bei den Jüngeren kovariiert der positive Einklang mit dem jetzigen Dasein mit den Indikatoren des Gesundheitsbildes in gleicher Richtung. Innerhalb der Altersgruppen geht Zufriedenheit mit dem Leben stets mit günstigeren gesundheitlichen Lagen einher. Zwischen den Generationen aber ergeben sich Abweichungen: Beschwerden treten bei den jüngeren Leuten, die das derzeitige Leben eher ungünstig einschätzen, öfter auf als unter den zufriedenen älter-

Tabelle 6.9

Wohlbefinden, Beschwerden und Erkrankungen in Abhängigkeit von Geburtsjahr^a und Lebenszufriedenheit.^b Mediane (N 2090).

| | Geburtsjahr: | | Zufriedenheit: | | |
|--------------------------|--------------|------------------|----------------------|------------------|----------------------|
| | N: | vor 1959 | nach 1959 | | |
| | | weniger (462) | überwiegend (548) | weniger (445) | überwiegend (603) |
| subjektives Wohlbefinden | | 2,5 | 2,9 | 2,9 | 3,1 ** |
| Ausmaß der Beschwerden | | 22,0 | 18,1 | 20,2 | 17,4 ** |
| ernsthafte Erkrankungen | | 13,5 | 12,8 | 12,8 | 12,3 ** |

a Am Median dichotomisiert

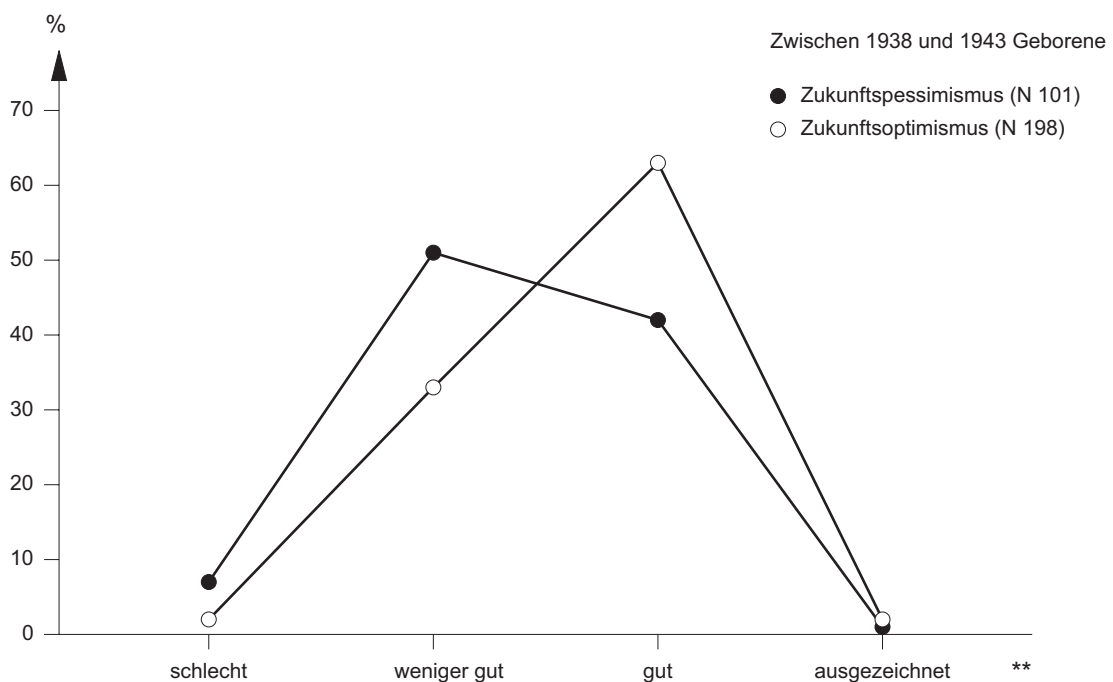
b Das Antwortformat ist fünfstufig skaliert; 1 „überhaupt nicht“, 5 „voll und ganz“; dargestellt ist die Zusammenfassung der Kategorien 1- 3 und 4- 5

**p ≤ 0.01 (Mediantest)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

ren. Bezüglich des subjektiven Wohlbefindens sowie der medizinisch behandelten Krankheiten aber erreichen die zufriedenen Älteren lediglich das Niveau der unzufriedenen Jüngeren. Im Laufe der Zeit vermag der wohlgefällige Blick auf das eigene Leben offenbar die Klagsamkeit, vielleicht auch die Anfälligkeit für Beschwerden zu mindern, nicht aber die durchlittenen Krankheiten sowie die bilanzierende Einschätzung des Gesundheitszustands.

Abbildung 6.6
Das subjektive Wohlbefinden im sechsten Lebensjahrzehnt in Abhängigkeit vom Zukunftsoptimismus.
Prozentverteilungen.



** $p \leq 0.01$ (Chi² - Test)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen-Anhalt 2003

Die Zukunftserwartungen vermögen dieses Beziehungsgeflecht weiter zu konturieren. Neuerlich berichten optimistisch eingestellte Ältere von deutlich weniger Beschwerden, von ähnlicher Krankheitshäufigkeit und gleichem Wohlbefinden als pessimistische Menschen aus der nachfolgenden Kohorte. Wie bedeutsam eine positive Haltung zum Kommenden auch im fortgeschritteneren Alter ist, belegen weitere Berechnungen zum sechsten Lebensjahrzehnt (vgl. Abbildung 6.6). Befragte, die den sechzigsten Geburtstag bereits begangen haben und die der Zukunft aufgeschlossen gegenüber stehen, erfreuen sich mehrheitlich des Wohlbefindens – zwei Drittel von ihnen bezeichnen ihren Gesundheitszustand als gut. Die meisten Angehörigen der gleichen Alterskategorie, die die kommende Zeit aber in dunklen Farben sehen, beschreiben auch ihren Gesundheitszustand negativer. Wiederum ist die Frage nach Ursache und Wirkung nicht entscheidbar. Gleichwohl lassen die Befunde ableiten, dass auch bei schweren Leiden, deren Wahrscheinlichkeit mit den Jahren steigt, dem Lebensmut ein wichtiges Bewältigungspotenzial inne wohnt.

Zwischenfazit

Im bundesdeutschen Vergleich erweisen sich Ostdeutsche in vielfacher Hinsicht als unzufriedener und hoffnungsloser als Westdeutsche, sie sehen sich besonderen Belastungen und Problemen gegenüber, die nicht zuletzt aus der wirtschaftlichen Lage resultieren (McKinsey et al. 2003; Maes/ Schmitt/ Seiler 1999). Dies steht im Kontext mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die ebenfalls in den neuen Bundesländern ausgeprägter sind. Die Daten des vorliegenden Surveys bestätigen und konkretisieren dieses Muster für Sachsen- Anhalt. So erweisen sich alltägliche Sorgen und Belastungen der Menschen als in herausragender Weise verwoben mit Wohlbefinden, Beschwerden und Erkrankungen. Die Erklärungskraft dieses Komplexes hat einen eigenständigen Charakter, und sie übersteigt jene der sozialen Schichtzugehörigkeit. Diesem Potenzial stehen eingeschränkte salutogene Ressourcen gegenüber – die Interessensvielfalt und die Offenheit für Lebensbereiche sowie die Kontrollüberzeugungen zeitigen kaum systematischen Einfluss auf das Gesundheitsgeschehen. Wohl aber erwachsen aus der Zufriedenheit mit dem derzeitigen Leben und aus dem Zukunftsoptimismus wichtige, positive Effekte. Sie sind, wie zweifaktorielle Varianzanalysen ergeben, eigenständige, signifikante Grössen, die in Teilbereichen jene der Belastungen übertreffen und die erwartungsgemäß nicht mit diesen interagieren (vgl. Tabellen A6.12 und A6.13). Mehr als die Belastungen vermag die Lebenszufriedenheit die Variationen in den Indikatoren Wohlbefinden und Beschwerden zu erklären (8,9 bzw. 10,8 Prozent), nicht aber bei den Erkrankungen (2,7 bzw. 3,5 Prozent). Auch der Zukunftsoptimismus erbringt signifikante Effekte, freilich bleibt die Varianzaufklärung bei den Variablen Beschwerden und Krankheiten geringer als die durch den Belastungsgrad.¹⁹

Zweifelsohne unterliegen die in diesem Kapitel diskutierten Wirkgrössen nicht der unmittelbaren Zuständigkeit des gesundheitspolitischen Ressorts. Gefordert wären die Wirtschafts- und Sozialpolitik. Zudem würde niemand ernsthaft vorschlagen wollen, Appelle an die Bevölkerung zu richten, sie möge die Sorgen vergessen und eine positivere Lebenshaltung an den Tag legen. Vielmehr sind die Belastungen und mentalen Charakteristika auch Ausdruck und Ergebnis der gesellschaftlichen Entwicklungen auf der Makroebene, die in Ostdeutschland besonders ungünstig hervortreten. Sie werden ihrerseits in spezifischer Weise auf die Mesoebene des gesundheitsrelevanten Kontextes transformiert und finden Widerhall im Mikrobereich von Gesundheit und Krankheit. Es wird langfristig zu prüfen sein, inwieweit sich in Folge einer verbesserten Konjunktur und abnehmender Arbeitslosigkeit die Belastungen reduzieren, Zufriedenheit und Optimismus steigen, und sich darüber vermittelt, das subjektive Gesundheitsbild der Bevölkerung verbessert.

6.5 Effekte gesundheitsbezogener Erfahrungen und Verhaltensweisen

Nicht zuletzt im Zuge der öffentlichen Diskussionen um die Praxisgebühr sind zwei Argumentationsstränge entwickelt worden: Zum einen wird das Problem ventiliert, ob Patientinnen und Patienten zu häufig – gemeint ist, unnötigerweise - ärztliche Dienste und therapeutische Angebote aufsuchen und dadurch zu den Kostensteigerungen im Gesundheitswesen beitragen. Zum zweiten rückt die Eigenverantwortung des einzelnen ins Blickfeld. Gefragt wird, inwieweit der Lebensstil hinreichend gesundheitsbewusst ist, ob Zurückhaltung bei Rauchen und Alkoholkonsum geübt wird, Bewegung, Sport und qualitätsvolle Ernährung ihr Recht erhalten sowie Vorsorgeuntersuchungen genutzt werden. Die Daten des Bevölkerungssurveys enthalten Informationen zu diesen Kontroversen, ohne sie allerdings entscheiden zu können. Sie erlauben aber zu ermitteln, wie im Erfahrungshorizont der Befragten die Inanspruchnahme ambulanter Dienste mit bestimmten Beschwerden, alltäglichen Beeinträchtigungen und Erkrankungen verkoppelt ist. Desweiteren haben die Teilnehmenden an der Studie ausführlich Stellung genommen zu den genannten Aspekten der individuellen Lebensführung, die sich wiederum mit den – im Fragebogen unabhängig erhobenen – Aspekten des Gesundheitsstatus' verknüpfen lassen.

Der Gesundheitsstatus und die Nutzung medizinischer Dienste

Die Befunde lassen konstatieren, dass der Gang zu *Haus- oder Facharzt* und die Inanspruchnahme von Therapien, etwa der Krankengymnastik, mit abnehmendem Wohlbefinden (r -.34), mit Beschwerden (r .29), alltäglichen Beeinträchtigungen (r .34) und ernsthaften Krankheiten (r .40) kovariiert (vgl. Tabelle A6.14).²⁰ Gleichwohl sind diese Zusammenhänge moderat: So attestieren sich nahezu alle, die im zurückliegenden Jahr ihren Haus- oder Facharzt *nicht* aufgesucht haben, eine gute oder gar ausgezeichnete Gesundheit. Dies sagen aber auch zwei Drittel jener, die mehrfach ambulant behandelt werden mussten. Oder in anderer Formulierung: Fast alle, die ihren Gesundheitszustand ungünstig einschätzen, haben wenigstens einmal den Hausarzt kontaktiert. Von jenen, die sich überwiegend wohl fühlen, sind es immerhin noch vier Fünftel.²¹

In ähnlicher Weise stellt sich diese Situation bezüglich der Beschwerden dar. Menschen, die in den vergangenen zwölf Monaten einen Mediziner aufsuchten, berichten in sämtlichen, im Erhebungsinstrument vorgegebenen Kategorien von einem stärkeren Leidensdruck als die Vergleichsgruppe, die solche Angebote nicht beanspruchte. Und dennoch sind bei allen Beschwerdebildern namhafte Minderheiten identifizierbar, die trotz häufig auftretender Unpässlichkeiten keinen Arzt aufsuchen - etwa 10 Prozent der Befragten verzichten selbst in diesem Fall auf den Allgemeinmediziner, 20 Prozent auf den Spezialisten. Dieses Muster setzt sich fort bei den Beeinträchtigungen, die die alltäglichen Verrichtungen erschweren. Während Beschränkungen beim Spaziergehen oder Treppensteigen, bei Hobbys oder im Beruf am ehesten ohne ärztliche Konsultationen hingenommen werden, fordern Probleme mit eher frauentypischen Aktivitäten wie schwere Einkaufstaschen tragen sowie die Hausarbeit erledigen, den Besuch in der Praxis geradezu heraus. Solche Einschränkungen sind zumeist Folge von aktuellen oder vorgängigen Erkrankungen. Ihnen entspringen nachlassende Fähigkeiten bei der Bewältigung sämtlicher, in der Befragung vorgegebene Aspekte der Alltagspraxis. Dabei kumulieren sich Alterseffekte. Entsprechend geringer sind die Auswirkungen von Hauterkrankungen, Allergien und Verletzungen, mit denen sich eher junge Menschen konfrontiert sehen, diese Symptome minimieren die Alltagsbewältigung lediglich in einzelnen Bereichen.

Die Nutzung medizinischer Angebote wird noch prägnanter, wenn ernsthafte *Erkrankungen* vorliegen, seien sie aktuell auftretend oder einige Zeit zurückliegend. Wie bei den Beschwerden ist der Hausarzt die wichtigste Anlaufstelle. Kaum jemand, der akute, schwere Leiden hat, verzichtet auf eine Beratung bei ihm, aber auch für ehemals Kranke bleibt er eine wichtige Bezugsperson. Dies sei anhand ausgewählter Symptombilder veranschaulicht (vgl. Tabelle 6.10).²² Insbesondere veranlassen Herz- Kreislauf- Erkrankungen dazu, den Hausarzt mehrfach aufzusuchen – 90 Prozent der Betroffenen geben dies an. Es folgen nervöse bzw. emotionale Störungen sowie Krankheiten des Bewegungsapparates. Jeweils über vier Fünftel, die zum Zeitpunkt der Erhebung daran laborieren, werden allgemeinmedizinisch behandelt. Bei Allergien und Hautleiden ist dies bei zwei Dritteln der Fall. Hinzu treten Besuche beim Spezialisten, der bei allen Erkrankungen ebenfalls eine Rolle spielt, auch wenn er weniger oft einbezogen ist. Etwa zwei Drittel der aktuell Erkrankten werden öfter bei ihm vorstellig. Krankengymnastik rundet dieses Feld ab. Erwartungsgemäß wird sie zuvorderst von Personen frequentiert, die über Probleme mit dem Bewegungsapparat klagen; ein Drittel von ihnen bekommt physiotherapeutische Unterstützung.

Die Befunde lassen ableiten, dass im Bewusstsein der Menschen Arztbesuche Ursachen haben – in Unpässlichkeiten, Unwohlsein und vor allem in ernsthaften Erkrankungen. Dies steht in Einklang mit Ergebnissen anderer Studien (Coenen et al. 2003). Ob diese subjektiven empfundenen Gründe einer objektiven Prüfung standhalten, inwieweit sie voreilig sind oder zu häufig die Inanspruchnahme des medizinischen Systems veranlassen, inwieweit sie sich gar in entsprechenden medizinischen Diagnosen niederschlagen, ist hier nicht entscheidbar. Bei anderer Lesart der Daten wird indes deutlich,²³ dass das Klientel in den Praxen Sachsen- Anhalts den Reigen der hauptsächlichen Krankheitsarten der deutschen Be-

Tabelle 6.10

Ausgewählte Krankheitsbilder^a und mehrfache Inanspruchnahme von Haus- und Facharzt im zurückliegenden Jahr. Prozentverteilungen.

| | N | Hausarzt | Facharzt |
|------------------------------------|-----|----------|----------|
| Herz- Kreislauf- Erkrankungen | | | |
| - derzeit | 204 | 90 | 63 |
| - früher | 297 | 73 | 49 |
| nervöse oder emotionale Störungen | | | |
| - derzeit | 111 | 85 | 65 |
| - früher | 238 | 76 | 55 |
| Krankheiten des Bewegungsapparates | | | |
| - derzeit | 378 | 81 | 61 |
| - früher | 668 | 59 | 43 |
| Allergien | | | |
| - derzeit | 184 | 69 | 55 |
| - früher | 292 | 60 | 50 |
| Hauterkrankungen | | | |
| - derzeit | 143 | 68 | 66 |
| - früher | 293 | 54 | 49 |

a Die Frageformulierung zielt auf ernsthafte Erkrankungen, die eine ärztliche Behandlung erfordern

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

völkerung widerspiegelt (vgl. Tabelle A6.15): Über ein Viertel der Befragten, die sich im letzten Jahr mehrfach beim Hausarzt vorgestellt haben, leidet an Krankheiten des Bewegungsapparates, 17 Prozent an Herz- Kreislauf- Problemen, 12 Prozent an Allergien, jeweils 9 Prozent an Störungen der Haut oder auf nervösem Gebiet. Es folgen Diabetes, Verdauungs- und Atemungsleiden. Verletzungen, Immunerkrankungen sowie Krebs beschliessen die Rangreihe.

Rauchen, Alkoholkonsum und Bewegung

Die ermittelten Beziehungen zwischen den Beeinträchtigungen und Erkrankungen der Menschen und der Inanspruchnahme des Medizinsystems sind durchaus plausibel und in Einklang mit dem gängigen Alltagsverständnis. Im Gegensatz dazu überraschen die weiteren Analysen, die sich der Wirkkraft von relevanten Verhaltensweisen zuwenden (vgl. Tabelle A6.14): Denn anders als vermutet, beschreiben Personen, die rauchen und Alkohol konsumieren²⁴ ihren Gesundheitszustand nicht negativer, sondern im Gegenteil etwas günstiger als die abstinenten Vergleichsgruppen. Die Summe der körperlichen Bewegung indes, zeitigt weder bezüglich des Wohlbefindens noch des Beschwerde- und Krankheitsniveaus signifikante Effekte.

Dieses Resultat hat auch bei weiterer Aufschlüsselung der Daten Bestand (vgl. Tabelle 6.11). So bezeichnen 79 Prozent der *Raucher* ihr Wohlbefinden als gut oder ausgezeichnet, bei den Nichtrauchern tun dies nur 73 Prozent. Dieses Muster bleibt auch dann bestehen, wenn sich die Berechnungen ausschliesslich auf den Zigarettenkonsum beziehen. Ein Blick auf die Liste der Beschwerden ergibt keine systematischen Unterschiede im Gesamtmaß; im einzelnen offenbaren sich geringe, doch statistisch gesicherte Abweichungen – Zigarettenraucher erwähnen etwas häufiger Kopfschmerzen und Müdigkeit; Schlafstörungen, Rücken- und Zahnbeschwerden sind bei Nichtrauchern verbreiteter. Zugleich haben Letztere ein umfangreicheres Arsenal von behandlungsfälligen Krankheiten zu ertragen. Zuvorderst gehören hierzu Probleme mit dem Bewegungsapparat sowie Herz- Kreislauf- Symptome. Etwas an-

ders stellt sich das mit *Alkoholkonsum* einhergehende Muster dar. Zwar repliziert sich die Verflechtung mit der Bilanz des subjektiven Gesundheitszustands - von jenen, die öfter Alkohol konsumieren, fühlen sich 80 Prozent wohl, von den Zurückhaltenden konstatieren dies lediglich 71 Prozent. Bezüglich der Beschwerden aber, haben Alkoholtrinker weder in der Summe noch in den einzelnen Aspekten einen höheren Leidensdruck; vielmehr stellt sich ihre Situation durchgängig günstiger dar. Die Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen bezüglich der schweren Erkrankungen sind im Gesamtniveau nicht signifikant. Und wenn sie bestimmte Kategorien betreffen, sind mit Ausnahme der Verletzungen, neuerlich die Abstinenter stärker vertreten. Diese Ergebnisse haben weiterhin Gültigkeit, wenn die Extremgruppen der völlig Abstinenter mit den sehr Trinkfreudigen verglichen werden.

Tabelle 6.11

Das subjektive Wohlbefinden in Abhängigkeit von Rauchwaren- und Alkoholkonsum sowie körperlicher Bewegung.^a Prozentverteilungen (N 2090).

| | N | schlecht | weniger gut | gut | ausgezeichnet |
|-----------------------------|------|----------|-------------|-----|---------------|
| Rauchwarenkonsum | | | | | |
| - unterdurchschnittlich | 1392 | 3 | 24 | 65 | 8 |
| - überdurchschnittlich | 694 | 3 | 19 | 67 | 12 * |
| Alkoholkonsum | | | | | |
| - unterdurchschnittlich | 1078 | 3 | 26 | 61 | 10 |
| - überdurchschnittlich | 1009 | 2 | 18 | 71 | 9 ** |
| körperliche Bewegung | | | | | |
| - unterdurchschnittlich | 1137 | 3 | 22 | 67 | 9 |
| - überdurchschnittlich | 935 | 2 | 22 | 66 | 10 |

a Allen unabhängigen Variablen liegen am Median geteilte Summenskalen zugrunde

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$ (Chi²- Test)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Auch die ausbleibenden Effekte der körperlichen *Bewegung* erhellen sich im Zuge weiterer Berechnungen (vgl. Tabelle A6.16). Der in der Literatur differenziert diskutierten Relevanz von Sport und Bewegung entsprechend (Bös/ Gröben/ Woll 2002; Raithel 2003; Rütten/ Abu-Omar 2003), wird ersichtlich, dass nicht alle Bewegungsarten relevant sind und zudem einzelne Aktivitäten unterschiedlich auf das subjektive Wohlbefinden, die Beschwerden und Krankheiten ausstrahlen. So scheint bereits ein mittleres Maß an bestimmten Bewegungen das Wohlbefinden zu heben. Hierzu gehören zu Fuss gehen, mit dem Rad fahren oder Sporttreiben ausserhalb von Vereinen. Personen, die mehrmals monatlich auf diese Weise tätig sind, erzielen ein günstigeres Wohlfühl als die ganz Passiven und erreichen zugleich den Stand der besonders Aktiven. Lediglich der Vereinssport schlägt sich linear im eigenen Wohlergehen nieder. Hinsichtlich des Beschwerdeniveaus wirken steigende sportliche oder handwerkliche Einsätze linear lindernd - je häufiger Sport getrieben wird, desto weniger treten Kopf- und Rückenschmerzen sowie psychosomatische Erscheinungen auf. Beim Fahrradfahren indes, genügt schon ein mehrmaliges monatliches Tun; es wirkt positiv auf Rückenprobleme und Müdigkeit. Anderen Formen der Motorik – Gehen und Gartenarbeit – entspringen keine signifikanten Wirkungen auf der summativen Beschwerdeskala. Anders gestalten sich die Zusammenhänge mit den schwerwiegenden Krankheiten: Die meisten Bewegungsformen stehen nicht mit ihnen in Beziehung oder sie entfalten gegenläufige Effekte. So geht mit viel Gartenarbeit ein ausgeprägteres Krankheitserleben einher, zuvorderst im Bereich von Herz und Kreislauf und der Bewegungsfähigkeit, auch das Wohlbefinden ist reduziert. Und wer ausserhalb der Vereine sportiv ist, sollte dies öfter in der Woche sein. Nur das wird mit einer geringen Krankheitsanfälligkeit belohnt. Bei Personen, die lediglich mehrmals

im Monat auf diese Weise aktiv werden, erhöht sich das Auftreten von Verletzungen, und insgesamt stellen sich ähnliche gesundheitliche Effekte ein wie bei einem völligen Verzicht.

Es wäre vorschnell, die Beziehungsgeflechte zwischen Rauchen, Alkoholkonsum und Bewegung einerseits, dem subjektiven Gesundheitserleben andererseits, für sich genommen zu interpretieren.²⁵ Denn sie sind – mehr noch als von der Geschlechts- und Schichtzugehörigkeit - von Alterseffekten unterlegt. Mit wachsenden Lebensjahren geht der Anteil der Raucher zurück, zugleich steigt die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Unpässlichkeiten und Leiden (vgl. Kapitel 5.3 und 6.2). Das Spektrum der Beeinträchtigungen und schwerwiegenden Krankheiten von Nichtrauchern gleicht denn auch jenem der vor 1959 Geborenen.²⁶ Inwieweit diese früher dem Hang zur Zigarette fröhnten und dies dann angesichts gesundheitlicher Folgen aufgaben, ist hier nicht klärbar. Auch die mit der Befindlichkeit kovariierenden körperlichen Aktivitäten unterscheiden sich nach Geburtskohorten. Gartenarbeit, Radfahren und Wandern sind unter den älteren Befragten verbreiteter. Das erklärt, weshalb diese Tätigkeiten mit dem gesundheitlichen Gesamtniveau sowie mit einzelnen Erkrankungen korrelieren. Und umgekehrt ist Sport bei Jüngeren beliebter. Sie sind zugleich die gesündere Teilstichprobe und allenfalls mit Verletzungen - deren Ursachen im Rahmen der Untersuchung nicht eruiert werden konnten - häufiger konfrontiert. Selbst wenn ältere Personen es sportlich der Jugend gleich tun, stellt sich, wie die Daten belegen, ihr Gesundheitsstatus nicht positiver dar als der der lethargischen Altersgenossen. Der Genuss von Alkohol schliesslich, hat eine eigenständige Wirkkraft auf die Gesundheit und verbündet sich zugleich mit dem Alter – Menschen jenseits der Lebensmitte, die alkoholische Getränke zu sich nehmen, fühlen sich wohler und sind beschwerdefreier als abstinente Gleichaltrige. Jüngere Menschen hingegen schildern ihren Zustand in gleicher Weise, unabhängig davon, wie oft sie Alkohol trinken.²⁷

Präventions- und Informationsverhalten

Auch die im Bevölkerungssurvey erfassten Aspekte von Prävention und Information sind altersspezifisch konturiert (vgl. Kapitel 5.3). Die Summenskalen zugrundelegend und bezogen auf die Gesamtstichprobe ist entsprechend zu konstatieren, dass das vorsorgliche Verhalten der Befragten nicht mit auftretenden Beschwerden ($r .04$) einhergeht (vgl. Tabelle A6.14); allenfalls veranlassen im einzelnen Rückenschmerzen und Schlafstörungen dazu. Vielmehr kovariert es tendenziell mit einem eingeschränkten Wohlbefinden ($r -.12$) und mit häufigeren Krankheitserfahrungen ($r .21$). Das bedeutet: Aktuelle oder früher aufgetretene Leiden erhöhen die Sensibilität für persönliche Gesundheitsmaßnahmen leicht und motivieren die Menschen zu Prävention und Information. Das Gefühl von Wohlergehen und Gesundheit indes, lenkt die individuelle Aufmerksamkeit eher in die andere Richtung – das Bemühen um Vorsorge und Wissen tritt in den Hintergrund.

So bilanzieren beispielsweise 84 Prozent derer, die den Blutdruck nie kontrollieren, ihren Zustand positiv. Von jenen, die dies regelmäßig tun, fühlen sich lediglich 65 Prozent umfassend wohl. Dieses Beziehungsgeflecht setzt sich fort bei den schwerwiegenden Erkrankungen. Je häufiger die eigene Biografie von ernsthaften, medizinisch behandelten Beeinträchtigungen geprägt ist, desto grösser ist die Bereitschaft, Blutdruck und Blutwerte kontinuierlich zu kontrollieren, an Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen teilzunehmen. Auch einschlägige Beiträge in Printmedien sowie im Fernsehen finden erhöhte Aufmerksamkeit. Keine signifikanten Unterschiede zeigen sich hingegen bei der zahnärztlichen Prävention sowie in jenen Aspekten, die relativ leicht zu bewerkstelligen wären – einer qualitativ hochwertigen Ernährung sowie der Realisierung von ausreichendem Schlaf. Personen, die in hohem Maße von Krankheiten beeinträchtigt sind oder waren, nehmen dies also nicht häufiger als Gesunde zum Anlass, über angemessenes Essen und Schlafen nachzudenken.

Abgesehen von den Vorsorgeuntersuchungen, spielt auch die Art der einzelnen Erkrankung eine gewisse Rolle: Herz- und Kreislauf- Kranke beobachten vor allem den Blutdruck und die Blutwerte, sie sorgen zudem für Impfschutz. Menschen mit Erkrankungen des Bewegungs-

apparats oder des Verdauungssystems arrondieren dies durch Vorsorgeuntersuchungen. Für Allergiker sind Impfungen besonders wichtig. Personen mit nervösen oder emotionalen Störungen ergänzen dieses Spektrum - als einzige Teilstichprobe - um Gedanken an eine gute Ernährung. Für Diabetiker geht es zuvorderst um die Beaufsichtigung des Blutes; Vorsorgediagnosen und Impfungen treten hinzu. Aus Verletzungen oder Hautstörungen hingegen, erwachsen keine differenziellen Effekte. Tabelle 6.12 stellt einige Beispiele für solche Zusammenhänge vor. Wie schon bei der Inanspruchnahme von Haus- und Facharzt wird bei anderer Lesart der Daten ersichtlich, dass das Klientel derer, die Wert auf Vorsorgeuntersuchungen, die Kontrolle von Blutdruck und Blutwerten legen, das Spektrum der hauptsächlichsten Krankheitsarten widerspiegelt (vgl. Tabelle A6.17): Über ein Viertel der Personen, die sich im letzten Jahr mehrfach beim Hausarzt vorgestellt haben, leidet an Krankheiten des Bewegungsapparates, mehr als 20 Prozent an Herz- Kreislauf- Problemen, 10 Prozent an Allergien, etwas weniger an Störungen der Haut oder auf nervösem Gebiet. Es folgen Diabetes, Verdauungs- und Atmungsleiden. Verletzungen, Immunerkrankungen sowie Krebs beschliessen die Abfolge.

Tabelle 6.12
Signifikante Beziehungen zwischen ausgewählten Erkrankungen^a und Präventionsverhalten.^b Mediane (N 2090).

| | nervöse oder emotionale Störungen | | Diabetes | | Krankheiten des Verdauungssystems | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|---------------|------------------|---------------|-----------------------------------|---------------|
| | nein (N 1626) | ja (N 349) | nein (N 1860) | ja (N 116) | nein (N 1645) | ja (N 323) |
| Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen | 2,2 | 2,5 ** | 2,3 | 2,6 * | 2,3 | 2,4 * |
| Teilnahme an Schutzimpfungen | | | 2,2 | 2,5 * | | |
| Kontrolle des Blutdrucks | 2,1 | 2,4 ** | 2,1 | 2,8 ** | 2,1 | 2,3 ** |
| Kontrolle der Blutwerte | 1,9 | 2,3 ** | 1,9 | 2,8 ** | 1,9 | 2,2 ** |
| Beachtung der Qualität der Ernährung | 2,2 | 2,3 * | | | | |
| ausreichender Schlaf | 2,4 | 2,2 * | | | | |

a Das Antwortformat ist vierstufig skaliert; 1 „nein“, 2 „ja“, 3 „ja, im letzten halben Jahr“, 4 „ja, das ist schon länger her“; dargestellt ist die Kategorie 1 und die Summe der Kategorien 2- 4

b Das Antwortformat ist dreistufig skaliert; 1 „nie“, 2 „ja, aber nicht regelmäßig“, 3 „regelmäßig“

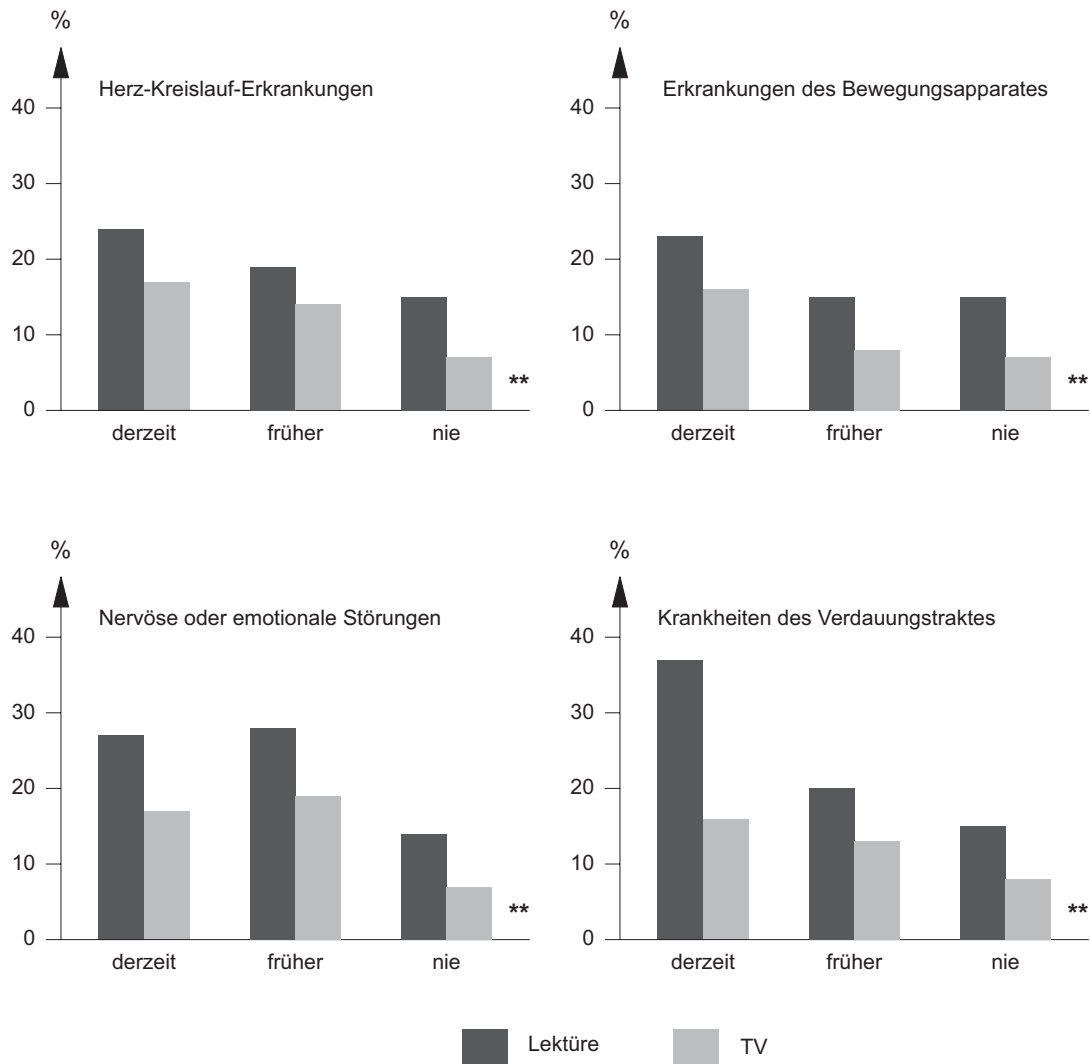
*p ≤ 0.05; **p ≤ 0.01 (Mediantest)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Auch das Interesse an *Informationen* variiert in Abhängigkeit von den Krankheiten sowie dem Zeitpunkt ihres Auftretens. Generell gilt, dass mit steigendem Krankheitsniveau die Neigung ausgeprägter ist, Bücher, Zeitschriften und Fernsehsendungen zu konsultieren. Aktuelle Leiden erhöhen diese Bereitschaft, doch auch länger zurückliegende halten eine gewisse Aufmerksamkeit wach. Wiederum sind die Verflechtungen zwischen Diagnosearten und Informierung spezifisch und in Abbildung 6.7 exemplarisch präsentiert. So gehen mit der Aktualität der Erkrankungen von Herz und Kreislauf, des Bewegungsapparates oder der Verdauungsorgane signifikante Steigerungen der Lektüre- und TV- Bereitschaft einher. Bei nervösen oder emotionalen Störungen bleibt die Aufmerksamkeit auch dann bestehen, wenn diese schon länger zurückliegen. In den anderen Krankheitskategorien sind die Zusammenhänge allenfalls tendenziell. Bei Allergien oder Hauterkrankungen schliesslich, sind hinsichtlich des

Informationsverhaltens keine statistisch systematischen Unterschiede zwischen Erkrankten und Nicht- Erkrankten zu vermerken. Neuerlich ist die Interpretation nicht völlig von der Hand zu weisen, derzufolge mit steigendem Medienkonsum Krankheiten häufiger werden, die Menschen also geradezu angeregt werden, nach etwaigen Leiden bei sich selbst zu suchen.

Abbildung 6.7
Ernsthafte Erkrankungen und gesundheitsrelevantes Informationsverhalten^a - ausgewählte Beispiele.
Prozentverteilungen (N 2090).



a Dargestellt ist die Kategorie "regelmäßig"
** $p \leq 0.01$ (Chi² - Test)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen-Anhalt 2003

In der Gesamtschau bleibt zu klären, inwieweit das subjektive Gesundheitsbild vom Präventions- und Informationsverhalten determiniert ist oder ob Alterseffekte im Vordergrund stehen. Varianzanalytische Berechnungen²⁸ belegen, dass die Indikatoren Wohlbefinden und Beschwerden zuvorderst vom Alter abhängig sind, nicht vom Präventions- und Informationsverhalten. Den schweren Erkrankungen aber unterliegen mehrere Wirkgrößen. Sie sind signifikant sowohl vom Lebensalter als auch dem Präventions- und Informationsverhalten beeinflusst – Menschen jenseits der Lebensmitte sowie solche, die mit Leiden konfrontiert waren,

sind wachsamer. Sie realisieren vorsorgerische Maßnahmen häufiger, und sie sind offener für medial verbreitete Erkenntnisse über Gesundheit und Krankheit. Zugleich gehen beide Variablen – Alterszugehörigkeit und Prävention - eine Verbindung mit eigenen Wirkungen ein. Ältere Befragte, die der Vorbeugung zugetan sind, haben sichtbar häufigere Leidenserfahrungen als die Gleichaltrigen, denen Vorsorge wenig bedeutet. Innerhalb der Gruppe der nach 1959 Geborenen aber, bleibt die Krankheitsrate weithin unberührt davon, ob und wieviel Aufmerksamkeit sie dem Vorbeugen und der Informierung schenken.

Zwischenfazit

Einige der in diesem Teilkapitel erörterten Befunde entsprechen den gängigen Erwartungen, andere sind durchaus überraschend: So gründet die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen in subjektiv empfundenen Beschwerden und mehr noch in schwerwiegenden Krankheiten. Diese kovariieren mit der Häufigkeit der ärztlichen Behandlung und spiegeln die in der Amtsstatistik aufscheinende Rangordnung der wichtigsten Krankheitsarten wider – Störungen von Herz und Kreislauf, im Bewegungsapparat, im nervösen oder emotionalen Bereich. Bei allen Beeinträchtigungen bleibt der Hausarzt der hauptsächliche Ansprechpartner, ergänzend wird eine Facharztpraxis aufgesucht. Die Krankengymnastik kommt zuvorderst bei Rückenleiden zum Einsatz. Doch anders als vermutet, bedürfen eher die Nichtraucher und die dem Alkoholkonsum abgeneigten Befragten der medizinischen Hilfe. Zudem sind Bewegungsarme nicht kränker als Bewegungsaktive, ausschlaggebend ist vielmehr die Art der körperlichen Aktivität. Diese Ergebnisse sind vornehmlich durch Alterseffekte gespeist. Der Griff zur Zigarette ist in der jüngeren – und damit im Durchschnitt gesünderen - Generation verbreiteter. Menschen jenseits der Lebensmitte hingegen bewegen sich mehr, wählen aber einseitige, belastende Tätigkeiten, etwa Gartenarbeit. Sofern sie Alkohol trinken, ist dies für den Gesundheitsstatus eher förderlich, bei den Jüngeren ergeben sich daraus keine Differenzierungen.

Dies wirft ein Licht auf die Barrieren für die, auch politisch gewollte, Aufklärungs- und Präventionsarbeit. Jene, die angesprochen werden sollen, also die Raucher, Alkoholkonsumenten und körperlich Trägen, sind zumeist jung und fühlen sich gesund. Nicht an schwerwiegenden Erkrankungen zu leiden gehört für sie gleichsam zur Normalität des Alltags, über die nicht länger nachgedacht werden muss (vgl. Frank et al. 1998). Deshalb ist es schwierig, Problembewusstsein über Gefährdungen zu initiieren, die dem aktuellen Leben wenig entsprechen, die erst in ferner Zukunft vielleicht zum Tragen kommen. Dies gilt auch bezüglich der Vorsorge- und Kontrolluntersuchungen sowie der Nutzung einschlägiger Medienangebote. Sie sind die Domäne der Älteren, nicht zuletzt deshalb, weil ernsthafte Leiden in ihrem Erfahrungshintergrund verankert sind. Einen Ausweg aus dem „Präventionsparadox“ (Hurrelmann 2000, S. 118), demzufolge gerade jene, die der Aufklärung am meisten bedürften am wenigsten erreicht werden, eröffnet möglicherweise der Vorschlag von Sting (2002). Er plädiert für eine Abkehr des in der Gesundheitserziehung vorherrschenden defizitären Menschenbildes mit seinen stigmatisierenden Implikationen. Stattdessen gehe es um die Einbeziehung einer sozialen Bildungsperspektive, die die lebensbejahende Orientierung an gesunden Lebensweisen als Ausdruck selbstbestimmter Persönlichkeit, als Teil von Geselligkeit, Kultur und Lebensqualität begreift.

6.6 Zusammenführung und Schlussfolgerungen

Die Daten des Bevölkerungssurveys „Gesundheit und Wohlbefinden in Sachsen- Anhalt“ lassen erkennen, dass sich die meisten Menschen in diesem Bundesland eine gute Gesundheit attestieren. Das subjektive Gesundheitsbild, das im Rahmen der Untersuchung anhand von drei Indikatoren erfasst wurde - Wohlbefinden, Beschwerden, Erkrankungen – weist in eine positive Richtung: Drei Viertel der Befragten äussern explizit ihr *Wohlbefinden*. Dies schliesst hin und wieder auftretende *Unpässlichkeiten* keineswegs aus. Fast alle wissen von

solchen zu berichten - Rückenschmerzen und Müdigkeit, Kopfweh und gedrückte Stimmung führen den Reigen an. Etwas geringfügiger treten Konzentrationsschwierigkeiten und Schlafprobleme hinzu; Magen- und Zahnbeschwerden sind am Ende der Rangreihe positioniert. Ernsthafte, eine medizinische Behandlung erfordernde, *Erkrankungen* aber sind deutlich seltener anzutreffen. Von Leiden des Rückens und des Bewegungsapparates abgesehen, mit denen jeder Zweite konfrontiert ist oder schon war, haben drei Viertel noch nie mit schweren Problemen bei Herz und Kreislauf oder der Haut sowie mit Allergien zu tun gehabt. Weniger als ein Fünftel der Befragten hat unfallbedingte Vergiftungen oder Verletzungen, nervöse oder emotionale Störungen, Leiden des Atmungs- und Verdauungssystems aktuell zu ertragen oder in früherer Zeit durchstehen müssen. Diabetes, Krankheiten des Immunsystems, Krebs schliesslich, gehören für weniger als 7 Prozent zum eigenen Erfahrungshorizont.

Dennoch geben die Ergebnisse Anlass zum Nachdenken und zwar aus mehreren Gründen. Zum einen verbleibt das gesundheitliche Wohlbefinden in Sachsen- Anhalt unterhalb des bundesdeutschen Niveaus, während zugleich Krankenhausaufenthalte etwas häufiger zu vermelden sind. Dies sollte für die Politik Anlass sein, die Gesundheitsthematik weiter im öffentlichen Raum zu präsentieren und für Prävention zu werben. Zum zweiten verweisen die Daten auf zum Teil namhafte Minderheiten im Lande, die die individuelle Gesundheit keineswegs zufriedenstellend einschätzen. Es wäre fatal, wenn ihre Situation der Aufmerksamkeit politischer Initiativen entginge. Drittens, und damit zusammenhängend, verbergen sich hinter den Durchschnittswerten soziale Gruppen mit jeweils spezifischen Lebenslagen, die in besonderem Maße von Unwohlsein, Beschwerden und Krankheiten betroffen sind. Sowohl die politisch Verantwortlichen als auch die im Medizinsystem Tätigen sollten hiervon Kenntnis haben und ihr Handeln darauf abstimmen. Deshalb werden die wichtigsten empirischen Befunde hierüber in der gebotenen Kürze zusammenfassend dargelegt.

Von den Variablen des *sozialen Hintergrunds* sind im wesentlichen drei mit Aspekten von Gesundheit und Krankheit verwoben – das Geburtsjahr, der Bildungs- und Erwerbsstatus und, mit Abstrichen, die Geschlechtszugehörigkeit. Zuvorderst sind es die älteren Menschen, die Anlass zu ungünstigen Bilanzierungen haben. Die Daten zeigen eindrücklich, dass mit steigenden Lebensjahren das subjektive Gesundheitsbild schlechter wird und zwar in allen drei Indikatoren. Das Wohlbefinden sinkt, Beschwerden wie ernsthafte Krankheiten aber nehmen linear zu. Diese Alterseffekte unterfüttern zum Teil die schichtspezifischen Beziehungen. Denn ältere Personen verfügen häufiger über formal niedrigere Bildungsabschlüsse, sind eher als Arbeiter tätig oder arbeitslos. Wenn also Befragte mit Hauptschulabschluss sowie Arbeitslose ihre Gesundheit besonders ungünstig schildern, ist dies zum Teil der Alterstypik geschuldet. Gleichwohl bleibt eine eigenständige Wirkkraft des Bildungs- und Erwerbsstatus' erhalten. Unterschiede nach Familienstand und Kinderzahl sind überwiegend durch das Alter erklärbar. Gleichwohl ist gesondert auf die gesundheitliche Lage von jungen Eltern zu verweisen, deren Gesundheitsbild negativer ist als das der kinderlosen Gleichaltrigen. Die doppelte Belastung durch Familie und Beruf scheint ihren Tribut zu fordern. Geschlechtsspezifische Differenzierungen bleiben auf die Beschwerden beschränkt. Weibliche Befragte berichten häufiger von Unpässlichkeiten. Trotzdem bilanzieren sie ihr Wohlbefinden kaum negativer als Männer, auch die Erkrankungsraten sind nicht höher. Regionale Unterschiede schliesslich spielen keine Rolle.

Auch die Beziehung zwischen *sozialer Integration* und subjektivem Gesundheitsbild ist von Alterstypiken unterlegt. Mit steigenden Lebensjahren schrumpft das soziale Netz, auf das in Notfällen Verlass wäre, und es erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, selbst als Pflegeperson für andere zu agieren. Wenn also Menschen, die nur wenige Bezugspersonen haben sowie jene, die andere pflegen, sich gesundheitlich beeinträchtigt fühlen, wurzelt dies zum Teil in den altersspezifischen Einschränkungen. Hinzu treten aber eigenständige Auswirkungen dieser Lebenslage. Innerhalb der Gruppe der älteren Personen heben sich die auf sich Gestellten sowie die Pflegenden durch beeinträchtigtes Wohlbefinden, höhere Beschwerde- und Krankheitsanfälligkeit hervor. Ebenfalls in dieser Weise betroffen sind jene Frauen, die zwischen den Generationen stehen, die sowohl andere pflegen als auch kleinere Kinder im

Haushalt betreuen. In umgekehrter Weise schlägt sich die *räumliche Situation* nieder. In erster Linie zeigen sich jüngere Leute unzufrieden, auch deshalb, weil sie belästigendem Lärm ausgesetzt sind. Die Unzufriedenheit findet Nachhall in Unwohlsein und Beschwerden, die Lärmbelästigung, von der freilich relativ wenige betroffen sind, kovariiert mit nahezu allen Aspekten von Gesundheit und Krankheit.

Gleichwohl sind die bisher genannten Determinanten zwar signifikant mit dem subjektiven Gesundheitsbild verflochten. Das Alter ausgenommen, tragen sie aber allenfalls moderat zur Erklärung der selbstattribuierten Gesundheit bei: Nicht jede Frau äussert Beschwerden, nicht jede Person, die der unteren Sozialschicht angehört, kämpft mit Krankheiten, nicht jeder, der dem Lärm ausgesetzt ist, fühlt sich unwohl. Um die soziale Verwobenheit des Konstrukts Gesundheit möglichst umfassend abzubilden, sind mithin weitere Aspekte einzubeziehen. Hierzu gehören die alltäglichen *Belastungen* der Menschen. Wohlbefinden, Beschwerden und Erkrankungen variieren auf herausgehobene Weise in Abhängigkeit davon, welchen Sorgen sich die Befragten gegenübersehen. Und umgekehrt ist nicht auszuschliessen, dass gesundheitliche Beeinträchtigungen das Gefühl, stark belastet zu sein, erhöhen. Ein saluto- genes Gegengewicht bilden die *Lebenszufriedenheit* sowie der *Zukunftsoptimismus*. Befragte, die hierüber verfügen, werten ihren Gesundheitsstatus besonders positiv. Vielleicht konnten sie auch solche Orientierungen herausbilden, weil sie selten krank waren. Anderen Potenzialen wie der Offenheit gegenüber diversen Lebensbereichen oder bestimmten Kontrollüberzeugungen kommt vergleichsweise wenig Bedeutung zu.

Die *gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen* sind zum einen mit dem Gesundheitserleben positiv konnotiert. Dies gilt etwa für die Inanspruchnahme medizinischer Dienste. Je ausgeprägter die Befragten von Beschwerden und Krankheiten berichten, desto häufiger frequentieren sie die Haus- und Facharztpraxis. Das Aufsuchen der Einrichtungen erfolgt mithin subjektiv begründet, motiviert durch den Leidensdruck. Im Vordergrund stehen Herz- Kreislauf-Symptome, Einschränkungen des Bewegungsapparates sowie nervöse Störungen. Fast alle, die damit ernsthaft konfrontiert sind, holen ärztliche Hilfe ein. Zum anderen aber sind sogenannte riskante Lebensstile anders als erwartet mit der Sicht auf die eigene Gesundheit verknüpft: Menschen, die Alkohol konsumieren und – noch deutlicher – die Raucher entwerfen ein besseres Wohlbefinden, haben weniger Unpässlichkeiten und schwere Erkrankungen als Abstinente. Das Ausmaß körperlicher Aktivität scheint indes keine Wirkung zu haben; Bewegungsaktive gelangen zu ähnlichen Einschätzungen wie Träge. Und schliesslich werden die Angebote für Prävention und Informierung vor allem von jenen wahrgenommen, die bereits gesundheitliche Beeinträchtigungen erfahren mussten. Auch diese Befunde gründen mit in Alterseffekten; Jüngere sind gesünder, rauchen häufiger und bewegen sich weniger als Ältere; vorsorgliche Untersuchungen und Kontrollen sowie die Befassung mit gesundheitlichen Themen sind ihnen fern.

Die Determinanten in simultaner Betrachtung: Regressionsmodelle

Die vorliegende Untersuchung bestätigt einmal mehr die gängige These, dass Gesundheit und Krankheit auf vielschichtige Weise mit sozialen und individuellen Determinanten verwoben sind (vgl. im Überblick Hurrelmann 2000). Es war das Ziel dieses Kapitels, den statistisch gesicherten Stellenwert und die Beziehungsstärken der einzelnen Determinanten herauszuarbeiten. Die gewonnenen, bivariaten Einsichten sind für sich genommen bedeutsam und merken an, auf welche Problem- und Handlungsfelder sich politische Initiativen richten sollten. Trotzdem bleibt der Erkenntnisstand unbefriedigend. Denn die Wirkgrössen sind ihrerseits miteinander verflochten. Es war aber nur im Vergleich zwischen wenigen entscheidbar, welche jeweils die höchste Erklärungskraft für das Wohlbefinden, die Beschwerden und Erkrankungen in sich birgt. Es musste offen bleiben, wie sich das Bild gestaltet, wenn die Matrix viele Determinanten *gleichzeitig* enthält: Wiegen etwa die altersspezifischen Einflüsse mehr für die Einschätzung der subjektiven Gesundheit als die Lebenszufriedenheit, die Beeinträchtigungen, das Vorsorge- und Informationsverhalten zusammengenommen? Sind die

Belastungen ausschlaggebend für den selbstattribuierten Zustand der Befragten oder sind es eher der Bildungsstatus, die Geschlechtszugehörigkeit, der Erwerbsstatus? Welche Wirkfaktoren also heben sich in der Gesamtschau innerhalb des vielschichtigen Geflechts besonders hervor, welche treten in den Hintergrund?²⁹

Um Fragen dieser Art zu beantworten, ist es erforderlich, die diversen Aspekte simultan, multivariat zu testen. Hierzu dienen regressionsanalytische Ansätze.³⁰ Sie erfordern die Formulierung von Modellen, in denen die abhängige Variable (das Kriterium) mit den unabhängigen, sie erklärenden Variablen (Prädiktoren) zusammengeführt sind. Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden solche Konstruktionen in Anlehnung an das operationale Modell des Surveys (vgl. Kapitel 2) stufenweise entwickelt und für jeden Indikator des subjektiven Gesundheitsbildes gesondert berechnet. Ausgewählt wurden solche Prädiktoren, die in den vorhergehenden Auswertungen hohe Differenzierungen hervorbrachten und die zudem verhalfen, die Sättigung des Modells – gemessen an der erreichten Varianzaufklärung R^2 - zu steigern. Modell 1 enthält ausschliesslich Merkmale des sozialen und beruflichen Hintergrunds – Geburtsjahr, Geschlechtszugehörigkeit, Bildungs- und Erwerbsstatus. Modell 2 erweitert diesen Kranz um die Lebenszufriedenheit und die alltäglichen Belastungen. Modell 3 fügt zusätzlich krankheitsnahe Erfahrungen wie die Inanspruchnahme medizinischer Dienste, körperliche Beeinträchtigungen, Vorsorge- und Informationsverhalten ein (vgl. Tabellen A6.18 bis A6.20). Die Befunde zeigen, dass die Erklärungskraft der Modelle mit der steigenden Zahl von Prädiktoren zunimmt. Zugleich aber schwindet mit der Grösse des Modells die Bedeutung einzelner Variablen.³¹

Im folgenden werden nur die Ergebnisse zum dritten Modell präsentiert. Tabelle 6.13 fasst die signifikanten Effekte zusammen, und weist sie getrennt nach den Indikatoren Wohlbefinden, Beschwerden und Erkrankungen aus. In der Zusammenschau wird deutlich, dass das Wohlbefinden, die Beschwerden sowie die ernsthaften Erkrankungen allesamt mit *vier Determinanten* hochsignifikant verwoben sind. Hierzu gehören das Lebensalter, die Belastungen und Sorgen sowie krankheitsnahe Erfahrungen - körperliche Gebrechen, die die Alltagsbewältigung behindern sowie die Inanspruchnahme medizinischer Dienste. In der Einzelbetrachtung ist folgende Bilanz zu ziehen:

Das subjektive *Wohlbefinden* lässt sich am trefflichsten durch die körperlichen Beeinträchtigungen vorhersagen, die den Alltag erschweren (-.29). Weitere Aufklärung erbringen die zurückhaltende Inanspruchnahme medizinischer Dienste (-.19), das Alter (.19), die Zufriedenheit (.20) und die Belastungen (-.14). Dem Vorsorge- und Informationsverhalten kommt kaum Bedeutung zu, der Einfluss von Bildungs- und Erwerbsstatus ist in dieser Variablenkonstellation nicht signifikant. Auch im Hinblick auf die *Beschwerden* erreichen die Prädiktoren Belastungen (.24) und Zufriedenheit (-.21) die höchsten Effektstärken, gefolgt von körperlichen Beeinträchtigungen (.20) und der Geschlechtszugehörigkeit (.19). Die Kenntnis des Geburtsjahres sowie des Bildungs- und Erwerbsstandes taugt indes weniger dazu, die Häufigkeit von Unpässlichkeiten abzuschätzen. Für die Aufklärung der ernsthaften *Erkrankungen* tragen die Belastungen (.11) moderat zur Sättigung des Modells bei. Offenbar wird zugleich, dass die Häufigkeit von schwerwiegenden, im Lebensverlauf aufgetretenen Krankheiten am deutlichsten mit der Inanspruchnahme medizinischer Dienste (.30) sowie mit körperlichen Beeinträchtigungen (.19) kovariert. Damit verglichen ist der Bildungsstatus (.10) zwar nicht unwichtig, aber von geringerer Auswirkung.

Offenbar verschwindet der Einfluss einiger Determinanten des subjektiven Gesundheitsbildes, die sich im bivariaten Vergleich als relevant herausgestellt haben. Dies gilt etwa für den Bildungs- und Erwerbsstatus, denen auch in der Literatur besondere Bedeutung zugemessen wird. Zudem findet sich die zuvor ermittelte hohe Bedeutung, die das Lebensalter für das Auftreten von Krankheiten hat, in den Regressionsanalysen nur partiell wieder. Es ist deshalb anzunehmen, dass indirekte Effekte wirksam sind. So schlägt sich etwa die soziale La-

Tabelle 6.13

Regressionsmodelle für die Kriterien Wohlbefinden, Beschwerden und ernsthafte Erkrankungen.^a Standardisierte Beta- Koeffizienten der statistisch signifikanten Effekte.

| | Wohlbefinden | Beschwerden | Erkrankungen |
|---|--------------|-------------|--------------|
| Prädiktoren | | | |
| - Geburtsjahr | .19 *** | -.08 *** | -.08 *** |
| - Geschlecht | | .19 *** | |
| - Bildungsstatus | | | .10 *** |
| - Erwerbsstatus | | -.08 *** | |
| - Lebenszufriedenheit | .20 *** | -.21 *** | -.06 * |
| - Belastungen | -.14 *** | .24 *** | .11 *** |
| - Inanspruchnahme medizinischer Dienste | -.19 *** | .14 *** | .30 *** |
| - Beeinträchtigungen | -.29 *** | .20 *** | .19 *** |
| - Vorsorge- und Informationsverhalten | .05 * | -.11 *** | |
| Freiheitsgrade | 1427/ 8 | 1445/ 8 | 1420/ 8 |
| Korrigiertes R ² | .38 | .35 | .25 |

a Einbezogen sind jene Befragte, die zu allen Variablen innerhalb eines Modells Angaben machten; die Prädiktoren Geschlecht, Bildungs- und Erwerbsstatus sind dichotomisiert und in Dummy- Variablen transformiert worden

* $p \leq 0.05$; *** $p \leq 0.001$ (t- Test)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

ge – wie die bivariaten Berechnungen gezeigt haben - in den Belastungen und Sorgen nieder. Vermittelt über diese mag sie auf das gesundheitliche Befinden der Menschen einwirken. Ähnlichen Konfundierungen könnten die für die älteren Jahrgänge ermittelten körperlichen Beeinträchtigungen im Alltag oder ihre Aufgeschlossenheit gegenüber gesundheitsrelevanter Vorsorge und Informierung unterliegen. Vielleicht enthalten diese gesundheitsnahen Faktoren implizite Alterseffekte, die das Regressionsmodell nicht abzubilden vermag?

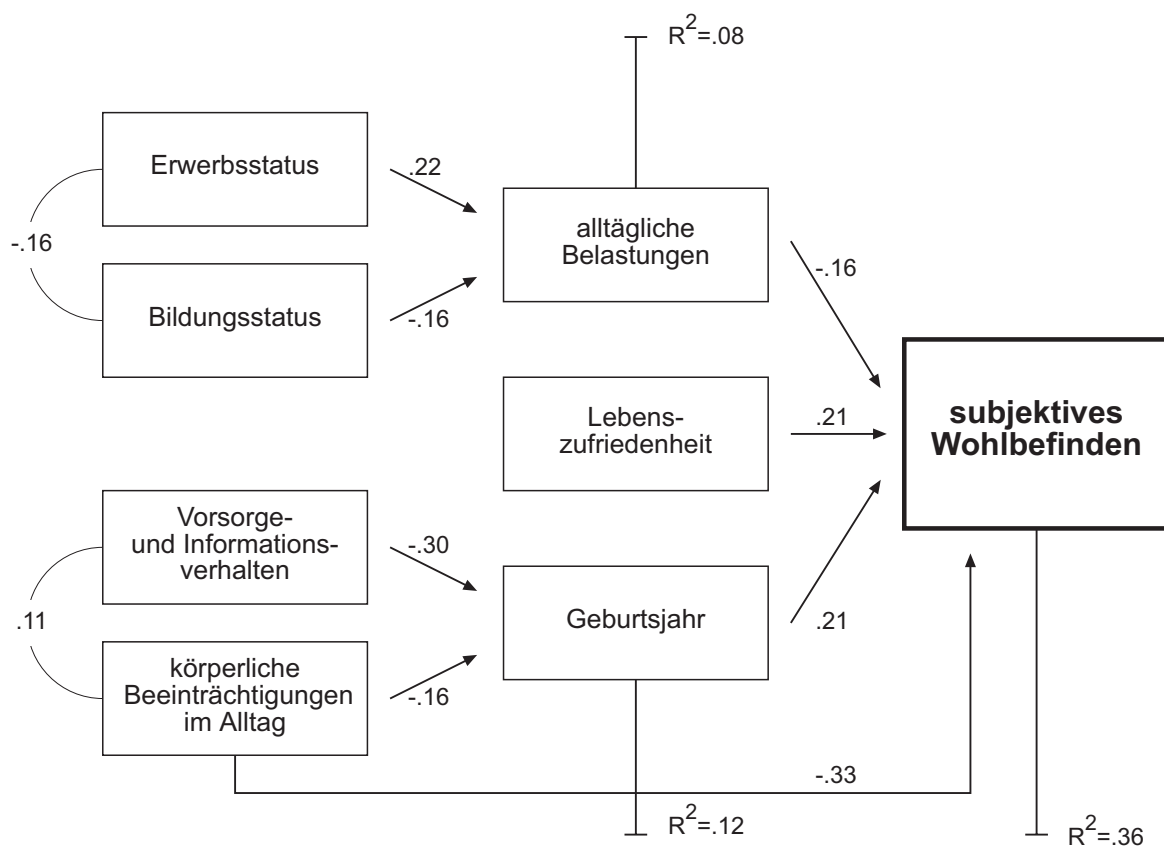
Die Überführung in Pfadmodelle

Mit Hilfe von Pfadanalysen können solche quasi- kausalen Verweisungszusammenhänge näher ergründet werden.³² Auf der Grundlage der Regressionsanalysen wie der bivariaten Ergebnisse wurden diverse Modelle entworfen und getestet. Im folgenden wird jeweils jenes präsentiert, das sich für den herangezogenen Indikator des subjektiven Gesundheitsbildes als das angemessenste erwiesen hat – gemessen an den Effektstärken und der erreichten Varianzaufklärung (R^2). Die Befunde vermögen den bislang gewonnenen Erkenntnisstand weiter zu differenzieren.

Das Pfadmodell zum subjektiven *Wohlbefinden* bestätigt die zuvor gefundene Struktur und ergänzt sie um wichtige Hintergründe (vgl. Abbildung 6.8). Ein spätes Geburtsjahr (.21), die Zufriedenheit mit dem Leben (.21), ein geringes Belastungsniveau (-.16) sind dem gesundheitlichen Befinden gleichermaßen förderlich. Diese Determinanten wirken eigenständig und gleichsam parallel auf den selbstattribuierten Zustand ein. Zugleich sind sie selbst gespeist von vorgelagerten Einflüssen. So kovariieren die alltäglichen Belastungen mit dem Erwerbs- und Bildungsstatus und beide Variablen sind ihrerseits nicht unabhängig voneinander ($r = -.16$). Arbeitslos zu sein bedeutet, sich mit grösseren Sorgen konfrontiert zu sehen als dies

bei Erwerbstätigen der Fall ist (.22). Eine höhere Bildung indes, wirkt mildernd (-.16). Sowohl die Tatsache, von der Berufswelt ausgeschlossen zu sein als auch einen formal geringen Schulabschluss erreicht zu haben, findet mithin Niederschlag in hohen Belastungen, und über sie vermittelt in einem geringeren Wohlbefinden. Auch dem Einfluss des Alters unterliegen indirekte Strömungen. Je später das Geburtsjahr angesiedelt ist, desto weniger interessieren präventive Maßnahmen (-.30), desto seltener treten körperliche Handicaps auf, die den Alltag erschweren (-.16), wobei auch diese Aspekte miteinander konnotiert sind (r .11). Diese körperlichen Beeinträchtigungen färben das gesundheitliche Gefühl negativ sowohl über die Altersvariable vermittelt als auch unabhängig davon (-.33). Im Gesamtgefüge kommt ihnen der stärkste Effekt zu.

Abbildung 6.8
Das subjektive Wohlbefinden und dessen Determinanten im blockrekursiven Pfadmodell.^a



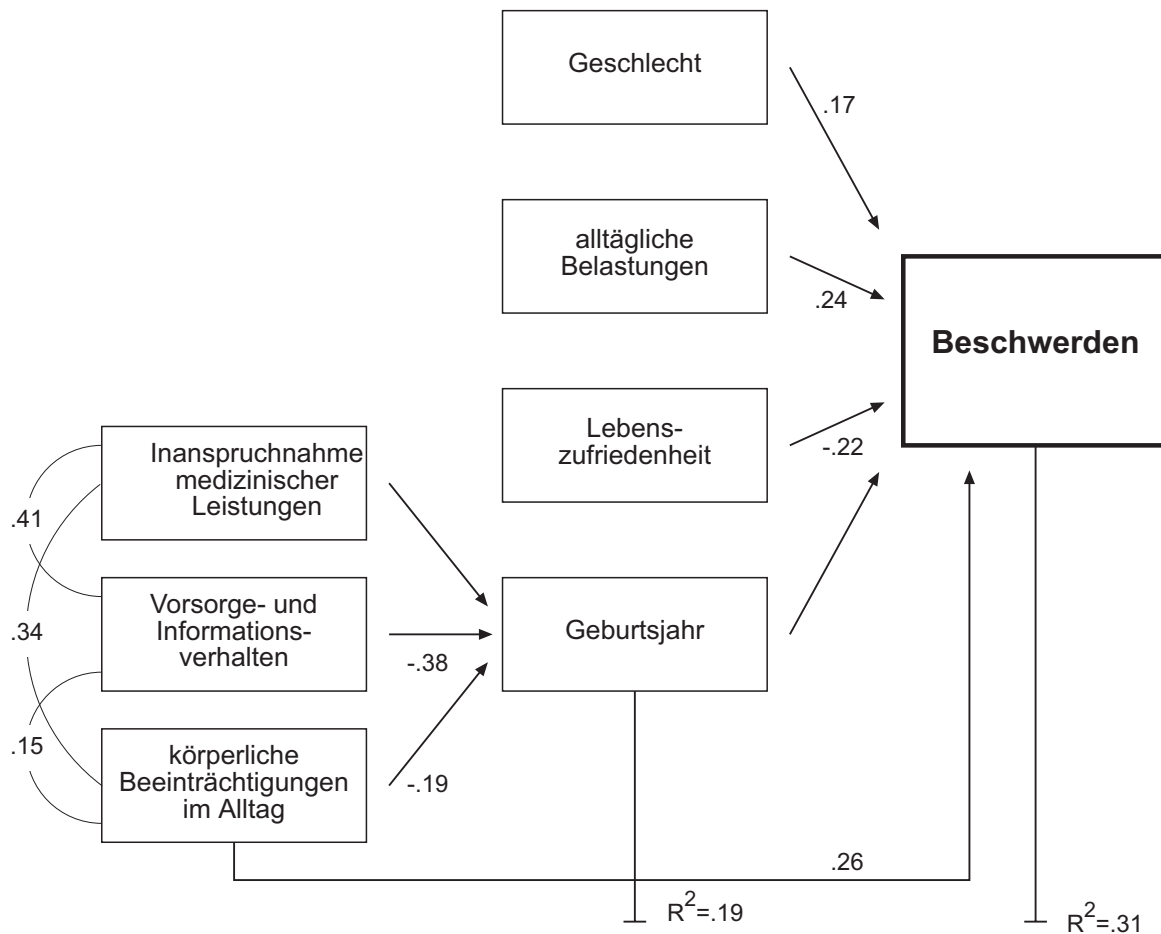
a Dargestellt sind die standardisierten Beta-Koeffizienten der signifikanten Pfade ($p \leq 0.001$). Die Werte an den geschwungenen Klammern sind Produkt-Moment-Korrelationen. R^2 ist um zufällige Korrelationen der Prädiktoren korrigiert

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen-Anhalt 2003

Auch in der modellhaften Erklärung der *Beschwerdehäufigkeit* (vgl. Abbildung 6.9) werden die regressionsanalytisch aufgedeckten Muster bestätigt. Neuerlich sind die alltagsrelevanten Beeinträchtigungen von herausragender Bedeutung (.26). Je mehr sich die Befragten durch sie behindert fühlen, desto ausgeprägter wird von Beschwerden berichtet. Die dahinter stehende Verknüpfung mit dem Vorsorge- und Informationsverhalten (r .15) sowie der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen (.34) bestätigt sich. Auch die Gebundenheit an das Geburtsjahr bleibt sichtbar. Mit zunehmenden Lebensjahren wachsen die Beeinträchtigungen (-.19), und es steigt die Aufgeschlossenheit für Fragen der Prävention (-.38), nicht aber die Konsultationen beim Arzt. Die genannten Aspekte taugen also zur Vorhersage des Al-

ters, dieses wiederum hat für sich genommen aber keine signifikante Erklärungskraft für die Beschwerden. Andere Determinanten treten in den Vordergrund und wirken eigenständig - eine hohe Lebenszufriedenheit vermindert die Unpässlichkeiten (-.22), Belastungen und Sorgen verstärken sie (.24). Und nicht zuletzt erweist sich die Zugehörigkeit zum weiblichen Geschlecht als wichtiger Prädiktor (.17), anhand dessen sich das Auftreten von Beschwerden vorhersagen lässt.

Abbildung 6.9
Die Beschwerdehäufigkeit und deren Determinanten im blockrekursiven Pfadmodell.^a



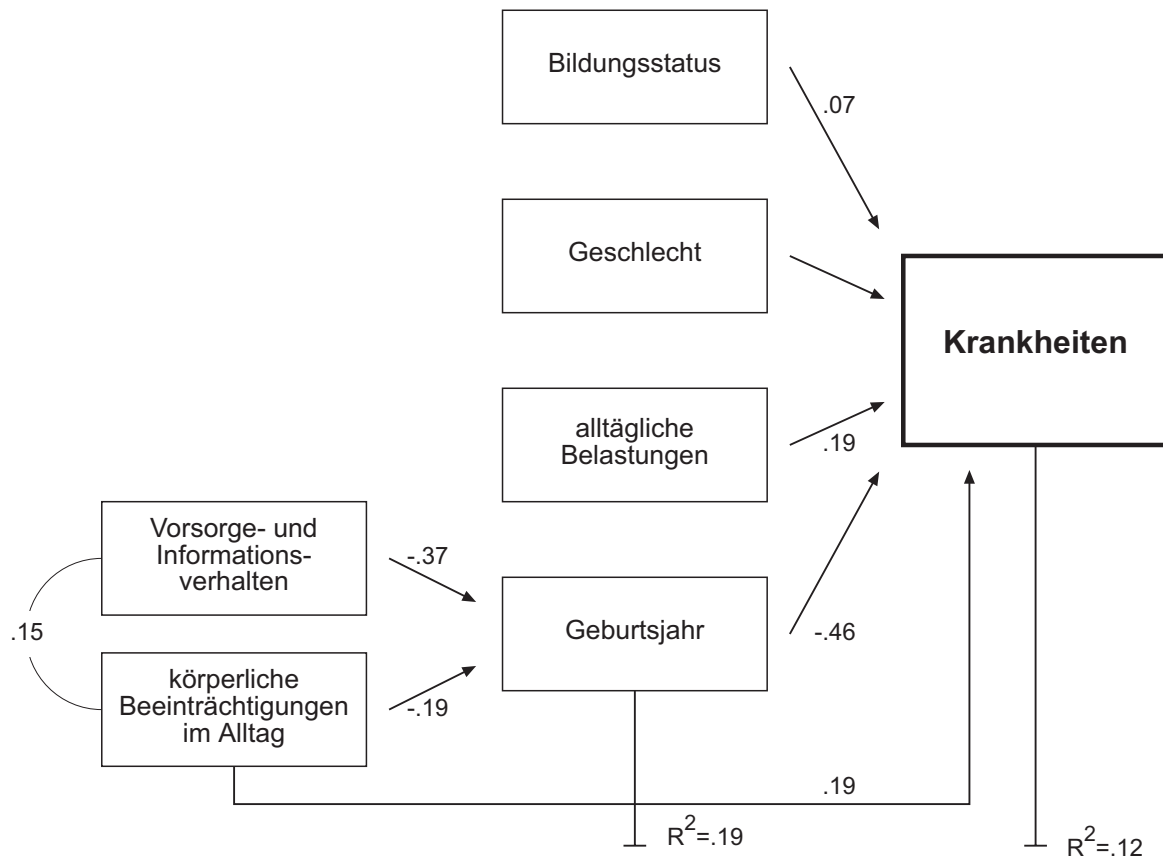
a Dargestellt sind die standardisierten Beta-Koeffizienten der signifikanten Pfade ($p \leq 0.001$). Die Werte an den geschwungenen Klammern sind Produkt-Moment-Korrelationen. R^2 ist um zufällige Korrelationen der Prädiktoren korrigiert

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen-Anhalt 2003

Das Pfadmodell bezüglich der ernsthaften *Erkrankungen* weist in einem wesentlichen Punkt von den Resultaten der Regressionsanalysen ab – die Bedeutung des Lebensalters tritt nunmehr stark hervor (vgl. Abbildung 6.10). Werden die Variablen Beeinträchtigungen, die die Alltagsbewältigung erschweren und Vorsorge- und Informationsverhalten als dem Alter vorgeschaltet in das Modell eingeführt, kumulieren sich die Effekte. Den Lebensjahren selbst erwächst eine herausragende Erklärungskraft für das Vorliegen von schweren Leiden. Je später das Geburtsjahr liegt, desto weniger sind die Befragten mit Krankheiten konfrontiert (-.46) und umgekehrt befördert der nahende Seniorenstatus die aktuelle Anfälligkeit wie die Anzahl von früheren Krankheiten. Zugleich sind körperliche Beeinträchtigungen an sich (.19) ebenso wie Sorgen und Belastungen (.19) eigenständige Einflussquellen. Innerhalb dieses

Modells hat der Bildungsstand nur geringe Wirkung, die Geschlechtszugehörigkeit spielt keine Rolle.

Abbildung 6.10
Die Häufigkeit schwerwiegender Erkrankungen und deren Determinanten im blockrekursiven Pfadmodell.^a



a Dargestellt sind die standardisierten Beta-Koeffizienten der signifikanten Pfade ($p \leq 0.001$). Die Werte an den geschwungenen Klammern sind Produkt-Moment-Korrelationen. R^2 ist um zufällige Korrelationen der Prädiktoren korrigiert

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen-Anhalt 2003

Die in den Pfadmodellen gefundenen Beziehungen werfen ein Licht auf die Schwierigkeiten, praktische Empfehlungen, die der Komplexität von Gesundheit und Krankheit gerecht werden, sozusagen direkt aus wissenschaftlichen Erkenntnissen abzuleiten. Dennoch sind die Ergebnisse hilfreich, um die in diesem Kapitel mehrfach angeklungenen, einzelnen gesundheitspolitischen Erwägungen – die zu Beginn von Abschnitt 6.6 nochmals zusammengestellt sind – zu vertiefen.

Deutlich dürfte geworden sein, dass die drei Indikatoren des subjektiven Gesundheitsbildes zum Teil in verschiedenen, zum Teil in gemeinsamen Beziehungsgeflechten eingebettet sind. Politische Diskurse und Vorhaben sollten also möglichst punktgenau klären, auf welche Aspekte es ihnen ankommt – das allgemeine Wohlbefinden, die Beschwerden und Unpässlichkeiten oder die schweren Leiden. Stehen das Wohlbefinden oder mehr noch schwere Leiden im Mittelpunkt, wäre vorrangig an Menschen jenseits der Lebensmitte zu denken, ihre Aufgeschlossenheit für die Gesundheitsthematik könnte konstruktiv genutzt werden. Richtet sich die Aufmerksamkeit auf die Beschwerden, ist dies vor allem mit der Lebenslage von Frauen in Verbindung zu bringen. Gemeinsam aber ist den drei Indikatoren der Stellenwert,

den körperliche Einschränkungen einnehmen. Gelänge es, diesen – nicht nur älteren - Menschen alltagstaugliche Hilfen und Erleichterungen anzubieten, würde dies zur Verbesserung des subjektiven Gesundheitsbildes insgesamt beitragen. Weitere Adressaten wären jene, die von Sorgen und Unzufriedenheit geplagt sind. Wenn es möglich wäre, ihre Lebensbedingungen zu verbessern und Zukunftsperspektiven aufzuzeigen, wäre dies ein wesentlicher gesundheitspolitischer Beitrag, den zu leisten freilich nicht Aufgabe des zuständigen Ressorts ist.

7 Die spezifische Situation von Behinderten und chronisch Kranken

Die überaus erfreulichen medizinischen Fortschritte der letzten Jahrzehnte haben neben den Verbesserungen des gesundheitlichen Zustands auch negative Aspekte zur Folge. So steigt die Zahl der Personen mit einer chronischen Beeinträchtigung stetig an (vgl. Dippelhofer-Stiem/ Köhler 2003, S. 40). Gerade für Menschen mit Behinderungen oder chronischen Erkrankungen stellen Wohlbefinden und subjektive Gesundheit wichtige Determinanten im Leben dar. Die Betroffenen erfahren körperliche, psychische oder soziale Beeinträchtigungen, welche über einen längeren Zeitraum¹ auftreten bzw. sich verstärken können. Sie müssen sowohl mit ihrer Erkrankung als auch mit den Anforderungen ihrer Umwelt zurechtkommen – nicht selten sehen sich Behinderte mancher Benachteiligung, manchem Spott und Unverständnis ausgesetzt. In diesem Kapitel geht es deshalb nicht nur um die Beschreibung des sozialen Hintergrundes, sondern vor allem auch um den derzeitigen Gesundheitszustand, die Verhaltensweisen der Betroffenen sowie die Frage, welchen Alltagsbelastungen sie ausgeliefert sind. Ein wichtiger Punkt ist ausserdem, wie Menschen mit einer gesundheitlichen Schädigung mit ihrer Situation umgehen, wie sich ihre Lebenszufriedenheit und auch ihr Zukunftsoptimismus gestalten. Die Untersuchung zielt dabei nicht auf das Aufzeigen einzelner Behinderungen oder chronischer Beeinträchtigungen; vielmehr geht es um eine Darstellung der Gesamtsituation dieser Menschen. Deshalb wurde nicht im einzelnen nach der Art der gesundheitlichen Schädigung gefragt, sondern differenziert nach dem Vorhandensein einer Behinderung, chronischen Erkrankung oder beidem.²

7.1 Art und Ausmaß der gesundheitlichen Schädigung

Von allen Befragten³ weist der überwiegende Teil keine *langwierige Gesundheitsschädigung* auf. Jeder Fünfte aber berichtet von einer chronischen Erkrankung, etwa 5 Prozent haben eine körperliche Behinderung und weitere 3 Prozent leiden unter beidem (vgl. Tabelle 7.1). Insgesamt sind somit knapp 28 Prozent der im Rahmen des Bevölkerungssurveys befragten Menschen in Sachsen- Anhalt von einer dauerhaften gesundheitlichen Störung betroffen.⁴ Die Arten der Behinderungen bzw. chronischen Krankheiten wurden zwar nicht erfasst, jedoch kann hier auf den Behindertenreport des Landes Sachsen- Anhalt 2001 verwiesen werden (vgl. Baudisch/ Claus 2001, S. 7). Demnach stehen Lähmungen und Bewegungsstörungen an erster Stelle der Skala. Es schliessen sich Gefäss- und Organerkrankungen sowie Krankheiten des Zentralnervensystems an. Mit deutlich geringerem Anteil folgen Menschen mit Schädigungen der Seh- oder Hörorgane, aber auch mit Mehrfach- und geistigen Behinderungen. Psychische Störungen, Sprach- und Lernbehinderungen treten hingegen eher selten in Sachsen- Anhalt auf.

Wie der Bevölkerungssurvey zeigt, sind die gesundheitlichen Schädigungen bei etwa 5 Prozent aller Behinderten, 1 Prozent der chronisch Kranken sowie 12 Prozent der Befragten mit beiden Formen als *Berufskrankheit* anerkannt. Ebenso weisen häufiger Personen mit einem Behindertenstatus als Chroniker eine anerkannte Erwerbsunfähigkeit auf (20 versus 8 Prozent). Von den Menschen aber, die unter beidem leiden, ist etwa jeder Dritte erwerbsunfähig.

Tabelle 7.1

Der Anteil chronisch Kranker und Behinderter sowie ausgewählte Aspekte im Zusammenhang mit der Beeinträchtigung. Prozentverteilungen.

| | chronisch krank (N 416) | körperbehindert (N 92) | chronisch krank und körperbe- hindert (N 60) | |
|---------------------------------|----------------------------|---------------------------|---|----|
| Anteil an allen Befragten | 20 | 5 | 3 | |
| Berufskrankheit | 1 | 5 | 12 | ** |
| Erwerbsunfähigkeit | 8 | 20 | 31 | ** |
| Besitz Schwerbehindertenausweis | 8 | 32 | 44 | ** |
| Grad der Behinderung | | | | |
| - 50- 100 | 6 | 25 | 31 | |
| - 10- 40 | 2 | 5 | 8 | |
| - 0 | 92 | 70 | 60 | ** |

**p ≤ 0.01 (Chi²- Test)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Ferner sind nur 16 Prozent der Befragten mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung im Besitz eines Schwerbehindertenausweises – 44 Prozent derjenigen mit einer chronischen Krankheit und Behinderung, ein Drittel aller behinderten und 8 Prozent der chronisch erkrankten Personen. Dieser insgesamt kleine Anteil kann zum einen auf eine zu geringe Information der Betroffenen hinsichtlich der Möglichkeiten einer solchen Beantragung zurückgeführt werden. Andererseits ist der Vorgang mit einem sehr hohen Aufwand wie etwa einem Begutachtungsverfahren verbunden (vgl. Felkendorff 2003, S. 31). Diesen scheinen aber die Betroffenen nicht auf sich nehmen zu wollen oder zu können. Auch ist in dem Zusammenhang der Grad der Behinderung (GdB) von großer Bedeutung. Nach dem Neunten Sozialgesetzbuch (SGB IX) gelten Menschen ab einem GdB von 50 Prozent als „schwerbehindert“ und unterliegen somit den weitreichsten Schutz- und Nachteilsausgleichbestimmungen im Bereich der sozialen und beruflichen Teilhabe (Felkendorff 2003, S. 31). Diesen bzw. einen höheren Grad weisen ein Viertel der Behinderten, 6 Prozent der chronisch kranken Befragten sowie fast jede dritte Person mit beiden Formen auf.

7.2 Behindertenstatus und sozialer Hintergrund

Der grösste Teil der Behinderten und Chroniker - mehr als jeder Dritte - wohnt im Raum Magdeburg (vgl. Tabelle 7.2). Die weiteren verteilen sich etwa gleich auf die Regionen Bitterfeld, Stendal, Saalkreis und Burgenlandkreis. Diese Zahlen lassen vermuten, dass behinderte Menschen eher in der Grossstadt wohnen, da sie dort häufig bessere Versorgungsstrukturen vorfinden und bestimmte Gesundheitsangebote leichter zu erreichen sind (vgl. Dippelhofer- Stiem/ Köhler 2003, S. 40). Behinderungen sind in allen Altersgruppen zu finden. 22 Prozent der betroffenen Personen in Sachsen- Anhalt sind zwischen 18 und 39 Jahren alt (vgl. Tabelle 7.2). Über die Hälfte aber befindet sich im mittleren Lebensabschnitt (40- 59 Jahre) und jeder Vierte ist 60 Jahre oder älter. Damit bestätigt sich der Befund aus dem letzten Gesundheitsbericht des Landes Sachsen- Anhalt (vgl. Dippelhofer- Stiem/ Köhler 2003, S. 40). Hinsichtlich der Geschlechterverteilung ist zu sagen, dass mehr Frauen als Männer von einer Behinderung betroffen sind. Dies mag einerseits darin begründet sein, dass Frauen eher über gesundheitliche Probleme berichten. Andererseits aber scheint es auch ein Alterseffekt zu sein. Die Zahl der Behinderungen nimmt mit steigendem Alter zu – und der Grossteil der älteren Menschen ist weiblichen Geschlechts.

Tabelle 7.2

Der soziale Hintergrund von Menschen mit einer gesundheitlichen Schädigung^a in Sachsen-Anhalt. Absolute und relative Häufigkeiten.

| | absolute Häufigkeit | relative Häufigkeit |
|-------------------------|---------------------|---------------------|
| Region | | |
| - Magdeburg | 206 | 36 |
| - Bitterfeld | 98 | 17 |
| - Burgenland | 90 | 16 |
| - Saalkreis | 88 | 16 |
| - Stendal | 86 | 15 |
| Geburtsjahr | | |
| - 1938- 1943 | 137 | 24 |
| - 1944- 1963 | 305 | 54 |
| - 1964- 1985 | 123 | 22 |
| Geschlecht | | |
| - weiblich | 308 | 55 |
| - männlich | 257 | 45 |
| Familienstand | | |
| - ledig | 88 | 16 |
| - verheiratet | 415 | 74 |
| - geschieden, verwitwet | 62 | 11 |
| Lebensform | | |
| - alleine | 80 | 15 |
| - mit Partner | 472 | 86 |
| Kinder | | |
| - nein | 98 | 17 |
| - ja | 466 | 83 |

^a Die Kategorien „chronisch krank“, „behindert“ und „chronisch krank und behindert“ sind zusammengefasst

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Die *familiale* Situation bei Menschen mit gesundheitlichen Schädigungen gestaltet sich etwas anders als bei gesunden Personen. Obgleich die Zahl der Geschiedenen und Verwitweten keine Differenzen erkennen lässt, sind mehr beeinträchtigte als gesunde Befragte verheiratet (74 versus 60 Prozent). Demzufolge ist die Zahl der Ledigen in dieser Gruppe geringer - von ihnen sind es 16 Prozent, unter den gesunden Menschen ist es fast jeder Dritte. Insgesamt leben aber, unabhängig vom Familienstand, 85 Prozent derjenigen mit einer Behinderung und/ oder chronischen Krankheit sowie 81 Prozent der Menschen ohne diese Gesundheitsstörung in einer Partnerbeziehung (vgl. Tabelle 7.2). Ebenfalls höher als bei den gesunden Personen ist die Zahl derjenigen, die Kinder haben - über 80 Prozent der behinderten Befragten sind hier zu finden. Diese Zahlen belegen, wie wichtig es vor allem für Menschen mit einer chronischen Erkrankung oder Behinderung ist, soziale Integration zu erfahren. Besonders die Familie spielt eine wichtige Rolle für die Gesundheit (vgl. Europäische Kommission 2003, S. 16). Und auch der Aspekt der sozialen Unterstützung ist für die Betroffenen von grosser Bedeutung. Die wahrgenommene Unterstützung führt zu einem stärkeren Geborgenheitsgefühl, welches sich positiv auf die seelische Gesundheit auswirken kann. Der chronisch kranke oder behinderte Mensch bewertet Anforderungen aus der sozialen Umwelt somit als weniger belastend (vgl. Schwarzer 1993, S. 59ff).

Das *Bildungsniveau* spielt bei Menschen mit einer langwierigen Gesundheitsstörung eine besondere Rolle. Oft konnten oder durften die Betroffenen aufgrund von Barrieren nicht den von ihnen gewünschten Abschluss machen. Die hiesigen Befunde lassen allerdings nicht nur

Differenzen gegenüber den gesunden Befragten erkennen, sondern auch zwischen behinderten und chronisch kranken. Die überwiegende Mehrheit der gesunden sowie chronisch beeinträchtigten Befragten weist den Abschluss der 10. Klasse auf, 13 bzw. 19 Prozent haben die Schule bereits nach der 8. Klasse verlassen (vgl. Tabelle A7.1). Das Abitur absolvierten 17 bzw. 13 Prozent von ihnen und etwa jeder Fünfte besitzt einen Hochschulabschluss. Anders stellt sich die Situation für diejenigen mit einer Behinderung dar. Auffallend hoch ist bei ihnen der Anteil der Befragten, die den Abschluss der 8. bzw. 10. Klasse aufweisen. Jeweils 39 Prozent der Behinderten in dieser Untersuchung verorten sich hier. Nur etwa jeder Fünfte weist einen höheren Bildungsabschluss vor.

Auch die gegenwärtige *Erwerbstätigkeit* lässt eine klare Tendenz erkennen. Die Hälfte der chronisch Kranken und 44 Prozent der Behinderten üben eine vollberufliche Tätigkeit aus, in Teilzeit sind lediglich 12 bzw. 10 Prozent beschäftigt. Etwa jeder Fünfte hingegen befindet sich im Ruhestand und 17 bzw. 23 Prozent sind derzeit arbeitslos. Im Vergleich dazu: Die Zahl der vollberufstätigen gesunden Menschen in Sachsen- Anhalt ist mit 68 Prozent erheblich grösser, von Arbeitslosigkeit betroffen sind in dieser Gruppe nur 15 Prozent (vgl. Tabelle A7.1; siehe auch Kapitel 3). Einerseits hängen diese Zahlen mit dem Alter der Behinderten zusammen. Andererseits scheint die gesundheitliche Schädigung die Betroffenen davon abzuhalten bzw. es ihnen nicht zu ermöglichen, voll berufstätig zu sein. Offenbar werden viele Behinderte in der Berufswelt nicht ernst genommen und „als Belastung empfunden, da der Umgang mit ihnen ein vom Gewohnten abweichendes Verhalten zu fordern scheint und durch Verhaltensunsicherheiten geprägt ist“ (Abrahamsohn/ Westebbe- Abrahamsohn 1993, S. 107). Obgleich ein behinderter oder chronisch kranker Mensch nicht unbedingt geringer qualifiziert sein muss, indiziert dieser Gesundheitsstatus den Arbeitgebern häufig eine reduzierte Erwerbsfähigkeit (vgl. Maschke 2003, S. 167f). Da aber gerade der Lebensbereich Arbeit eine zentrale Bedeutung für die Integration der Betroffenen darstellt, ihnen ökonomische Unabhängigkeit, Anerkennung und soziale Kontakte ermöglicht, kann dies erhebliche Konsequenzen nach sich ziehen. Andererseits zeigen Untersuchungen, dass gerade Menschen mit Behinderungen eine höhere Leistungsbereitschaft und Arbeitsmotivation im Beruf aufweisen (vgl. Abrahamsohn/ Westebbe- Abrahamsohn 1993, S. 107). Weiterhin stellen Beschäftigung und Arbeitslosigkeit wichtige Effekte für den Gesundheitszustand dar. So berichten - nicht nur in dieser Befragung (vgl. Kapitel 3) - erwerbslose Personen von einem schlechteren Wohlbefinden und weisen häufiger gesundheitliche Probleme auf, welche sich auch in Behinderungen manifestieren können. Arbeitslosigkeit und Behinderung stehen somit in einem positiven Wechselverhältnis zueinander (vgl. Europäische Kommission 2003, S. 16).

Wenn aber die Betroffenen einer *Berufstätigkeit* nachgehen, so hängt diese von der Art der gesundheitlichen Schädigung ab. Die Mehrheit der chronisch kranken Befragten ist, ähnlich wie die gesunden, in einem Angestelltenverhältnis beschäftigt und jeder Dritte von ihnen als Arbeiter tätig (vgl. Tabelle A7.1). Bei den Personen mit einer Behinderung gestaltet es sich umgekehrt: Sie sind überwiegend als Arbeiter aktiv. 8 bzw. 9 Prozent haben sich trotz chronischer Krankheit oder Behinderung selbständig gemacht.

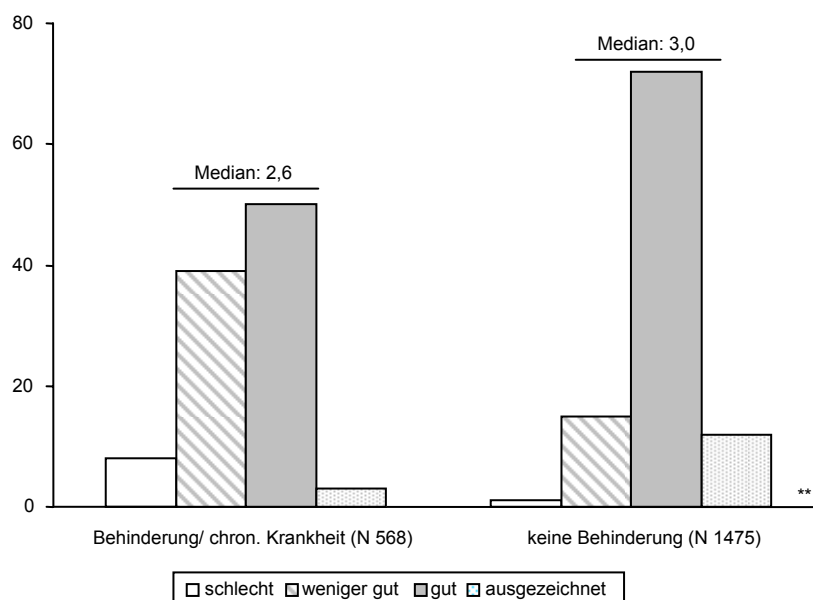
7.3 Der Gesundheitszustand der Betroffenen

Eine Behinderung oder chronische Erkrankung geht oftmals mit Beschwerden einher, die sowohl physischer als auch psychischer Natur sein können. Dabei ist es einerseits die chronische Einschränkung an sich, welche gesundheitliche Probleme hervorruft. Andererseits aber können auch weitere Belastungen neben der Dauererkrankung auftreten. Im folgenden Abschnitt soll deshalb ergründet werden, wie sich eine Behinderung auf das Wohlbefinden, auf körperliche und psychische Probleme, aber auch auf ernsthafte Erkrankungen auswirken kann bzw. diese hervorruft.

39 Prozent der Menschen mit einer Behinderung oder chronischen Erkrankung bewerten ihren *gegenwärtigen Gesundheitszustand* als weniger gut, weitere 8 Prozent sogar als schlecht (vgl. Abbildung 7.1). Das Gros der Betroffenen aber sagt, dass es ihnen gut geht. Für 3 Prozent der Befragten scheint sich ihre Behinderung nicht auf die allgemeine gesundheitliche Verfassung auszuwirken, denn sie berichten von einem ausgezeichneten Wohlbefinden. Personen ohne chronische Krankheiten oder Behindertenstatus beurteilen ihre Verfassung hingegen besser; 85 Prozent fühlen sich zum Zeitpunkt der Befragung gut oder sehr gut, nur 1 Prozent berichtet von einem schlechten gesundheitlichen Zustand. Im weiteren ist zu erkennen, dass auch das Alter die Einschätzungen beeinflusst. Die Mehrheit der Befragten ab 45 Jahren, denen es eher schlecht geht, weist eine körperliche Behinderung oder chronische Erkrankung auf.⁵ Bei den jüngeren Personen ist es dagegen umgekehrt; hier sind es diejenigen ohne langwierige Gesundheitsstörung, welche signifikant häufiger über ein negatives Wohlbefinden klagen.

Abbildung 7.1

Die Einschätzung des Gesundheitszustandes von Menschen mit und ohne Behinderung/chronische Krankheit. Prozentverteilungen und Mediane (N 2090).^a



a Das Antwortformat ist vierstufig skaliert; 1 „schlecht“, 2 „weniger gut“, 3 „gut“, 4 „ausgezeichnet“

**p ≤ 0.01 (Chi²- bzw. Mediantest)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Die Summe der *Beschwerden*, die bei den Betroffenen im letzten halben Jahr zum Vorschein kamen, liegt unterhalb der Skalenmitte. Das heisst zunächst, dass insgesamt relativ wenig gesundheitliche Dissonanzen in der letzten Zeit aufgetreten sind. Dennoch tritt eine Vielzahl von Beschwerden zumindest hin und wieder hervor. Vereinzelt zeigen die Ergebnisse auch Aspekte, die stärker problematisiert werden. Vor allem Rückenschmerzen und Müdigkeit wurden von den Menschen mit einem Behindertenstatus bzw. Chronikern häufiger wahrgenommen (vgl. Tabelle 7.3; Tabelle A7.2). Bei über 90 Prozent von ihnen traten in den letzten sechs Monaten Rückenbeschwerden auf, bei mehr als jedem Zweiten sogar öfter bis sehr häufig. Ferner klagt ein Drittel über Schlafprobleme; gedrückte Stimmung sowie Kopfschmerzen werden von jedem Vierten häufig empfunden.⁶ Zahn- und Magenschmerzen treten hingegen wenig auf, wobei sie dennoch von fast jedem zweiten Befragten mit einer Behinderung bzw. chronischen Erkrankung im letzten halben Jahr zumindest selten oder hin und wieder wahrgenommen wurden. Der Vergleich zu den nichtbehinderten Personen zeigt – bis auf zwei deutliche Unterscheidungen - Ähnlichkeiten in der Rangfolge der gesundheitlichen Probleme (vgl. auch Kapitel 6). Schlafprobleme allerdings werden von den Behinderten

bzw. chronisch Kranken bereits an dritter Stelle genannt, unter den Nichtbehinderten tritt dieser Aspekt an sechster Stelle auf. Kopfschmerzen wiederum sind bei Personen ohne langwierige Gesundheitsstörung in der Hierarchie deutlich früher zu finden als bei den anderen. Trotzdem scheinen Menschen mit einer chronischen Krankheit oder Behinderung ein höheres Maß an gesundheitlichen Problemen aushalten zu müssen - alle Beschwerden sind signifikant häufiger bei dieser Personengruppe aufgetreten (vgl. Tabelle 7.3). Interessant gestaltet sich ausserdem der Alterseffekt. Von den über 45 Jährigen, die häufiger unter Beschwerden leiden, weist etwas mehr als jeder Zweite eine Behinderung auf. Jedoch sind es von den Befragten zwischen 18 und 44 Jahren eher diejenigen ohne eine chronische oder behindertenbedingte Schädigung (73 Prozent!), die über Probleme klagen.

Tabelle 7.3

Signifikante Beziehungen zwischen gesundheitlichen Beschwerden und dem Vorhandensein einer Behinderung und/ oder chronischen Krankheit. Mediane (N 2090).^a

| | keine Behinderung/ chronische Krankheit (N 1475) | Behinderung/ chroni- sche Krankheit ^b (N 568) | |
|-------------------------------|--|--|----|
| Rückenschmerzen | 2,9 | 3,6 | ** |
| Müdigkeit | 3,0 | 3,3 | ** |
| Schlafprobleme | 2,1 | 2,8 | ** |
| gedrückte Stimmung | 2,3 | 2,7 | ** |
| Kopfschmerzen | 2,4 | 2,6 | * |
| Konzentrationsschwierigkeiten | 2,2 | 2,5 | ** |
| Magenschmerzen | 1,5 | 1,9 | ** |
| Zahnschmerzen | 1,4 | 1,6 | ** |

a Das Antwortformat ist fünfstufig skaliert; 1 „überhaupt nicht“, 5 „sehr häufig“

b Die Kategorien „chronisch krank“, „behindert“ und „chronisch krank und behindert“ sind zusammengefasst

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$ (Mediantest)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Wie sieht es im weiteren mit *ernsthaften Erkrankungen* aus? Ein beträchtlicher Teil der behinderten Befragten litt bzw. leidet so stark an Krankheiten des Bewegungsapparates, dass er deshalb in ärztlicher Behandlung ist oder war (vgl. Tabelle A7.3). Bei 39 Prozent von ihnen liegt es länger als sechs Monate zurück, ein Drittel berichtet momentan von diesen Beschwerden. Aber auch Herz- Kreislauf- Probleme stehen weit oben in der Hierarchie. Etwa jede fünfte Person mit einer Behinderung oder chronischen Schädigung ist derzeit davon befallen, weitere 19 Prozent waren in früheren Zeiten daran erkrankt. Es scheint, dass diese Krankheiten unmittelbar mit der Behinderung einhergehen. So nehmen in der Skala der Behinderungen in Sachsen- Anhalt Erkrankungen des Bewegungsapparates einen vorderen Platz ein (vgl. Baudisch/ Claus 2001, S. 7). Krebs sowie Krankheiten des Immunsystems spielen glücklicherweise kaum eine Rolle, wenn auch die Zahl der betroffenen Behinderten bzw. Chroniker etwas grösser ist als die der Nichtbehinderten. Überhaupt ist zu sehen, dass sich zwar die Rangfolge der Erkrankungen bei beiden kaum unterscheidet. Allerdings ist wiederum ein deutlich höheres Krankheitsniveau seitens der Menschen mit einer gesundheitlichen Dauerschädigung zu konstatieren – bei den chronisch beeinträchtigten sogar noch etwas stärker als bei den behinderten Befragten. Auch innerhalb dieser Gruppe werden vereinzelt Differenzen sichtbar. Erkrankungen des Herz- Kreislauf- Systems sowie der Atmungsorgane, aber auch Allergien sind häufiger Probleme der Chroniker; Behinderungen hingegen scheinen eher die Folge von Verletzungen und Krebserkrankungen zu sein. Im altersspezifischen Vergleich wird zudem sichtbar, dass die meisten Befragten ab dem 45.

Lebensjahr, die vermehrt unter ernsthaften Erkrankungen leiden, auch eine chronische oder behindertenbedingte Schädigung aufweisen (75 Prozent). Von den unter 45 Jährigen mit oft auftretenden schwerwiegenden Krankheiten ist hingegen jeder Zweite behindert oder chronisch krank. Dennoch nimmt das Vorhandensein einer langwierigen gesundheitlichen Beeinträchtigung keinen Einfluss auf die Wichtigkeit des *Lebensbereiches* Gesundheit und Wohlbefinden. Sowohl für gesunde als auch für behinderte und/ oder chronisch kranke Menschen ist dieser in gleichem Maße von Bedeutung.

7.4 Gesundheitsförderliche und riskante Verhaltensweisen

Der Lebensstil eines Menschen, die Art und Weise, wie er mit seinem Körper umgeht und welche Dinge er ihm zumutet, wirken sich in erheblichem Maße auf den gesundheitlichen Status aus (vgl. Europäische Kommission 2003, S. 17). Eine Vielzahl von gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen kann chronische Erkrankungen und Behinderungen vermeiden, riskante Verhaltensweisen hingegen können diese hervorrufen. Welche Bedeutung aber hat das Vorhandensein einer Gesundheitsschädigung auf diese Einstellungen? Wenn diese bereits besteht, so kann vermutet werden, dass die Betroffenen bewusster mit ihrem Körper umgehen, Präventivmaßnahmen in Anspruch nehmen und eher die Gesundheit negativ beeinflussende Verhaltensweisen meiden.

Die Vermutungen scheinen sich zu bestätigen. In der Gesamtbetrachtung weisen behinderte und chronisch kranke Menschen ein grösseres *Vorsorgeverhalten* auf als gesunde (vgl. Tabelle A7.4). Besonders deutlich wird der Einfluss der langwierigen Gesundheitsstörung bei der Kontrolle der Blutwerte. Während fast jeder zweite von ihnen diese Maßnahme regelmäßig in Anspruch nimmt, ist es von den gesunden Befragten nicht einmal ein Viertel. Ähnliches ist bei der Blutdrucküberprüfung zu finden. Auch hier lässt gut die Hälfte der Menschen mit einem Behinderten- bzw. Chronikerstatus die Kontrolluntersuchung in regelmäßigen Abständen durchführen, nur 29 Prozent der nichtbehinderten Befragten schliessen sich ihnen an. Bei Schutzimpfungen, allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen und Informationssammlungen zu gesundheitsbezogenen Themen zeigen sich wiederum beeinträchtigte Personen aktiver, wobei Chroniker die beiden letztgenannten Präventivangebote in statistisch signifikanter Weise häufiger in Anspruch nehmen als Behinderte. Wenn es jedoch um zahnärztliche Kontrolluntersuchungen geht, scheint das Vorhandensein einer gesundheitlichen Beeinträchtigung keinen Einfluss zu nehmen. Über 80 Prozent aller Befragten, ob mit oder ohne Behinderung, besuchen regelmäßig den Zahnarzt.

Im Hinblick auf gesundheitsbeeinträchtigende Verhaltensweisen wie *Tabak- und Alkoholkonsum* ist ein Einfluss der Behinderung teilweise erkennbar (vgl. Tabelle A7.5). Es zeigt sich insgesamt ein relativ geringes Raumniveau behinderter und chronisch kranker Befragter. Wenn überhaupt, spielen Zigaretten eine Rolle. Etwa jeder Fünfte raucht täglich und 6 Prozent greifen gelegentlich zur Zigarette. Im Vergleich zu den gesunden Personen ist dies allerdings auch in statistisch gehaltvollem Maße wesentlich geringer. Das Rauchen von Zigaretten oder Pfeifen weist keine signifikanten Unterschiede zwischen Behinderten und Nichtbehinderten auf. Nur ein sehr geringer Teil der Befragten konsumiert diese Formen von Tabak gelegentlich oder täglich. Wenn Alkohol verzehrt wird, so handelt es sich bei den Befragten mit einem chronischen Defizit hauptsächlich um Getränke wie Wein oder Bier (vgl. Tabelle A7.5). Etwa 80 Prozent von ihnen trinken zumindest gelegentlich Wein; 48 Prozent geben an, ab und an Bier zu sich zu nehmen. Hochprozentige Spirituosen wie Schnaps oder Longdrinks werden von knapp 41 Prozent der Behinderten bzw. 33 Prozent der chronisch Erkrankten vereinzelt konsumiert. Ein Vergleich zeigt, dass Getränke wie Wein sowie Longdrinks durchaus häufiger von gesunden Personen verzehrt werden. Unter dem Aspekt, dass Alkohol oft als Mittel zur Problemlösung benutzt wird, hätte eher vermutet werden können, dass gerade kranke Menschen häufiger Alkohol zu sich nehmen. Sie müssen neben alltäglichen Belastungen auch mit Begleiterscheinungen ihrer Gesundheitsschädigung umgehen und werden nicht selten mit Stigmatisierungsprozessen und ähnlichem konfrontiert. Indessen

scheint dies wohl eher einen positiven Einfluss im Sinne eines niedrigen Alkoholkonsums zu haben.

7.5 Alltagsbelastungen, Zufriedenheit und Optimismus

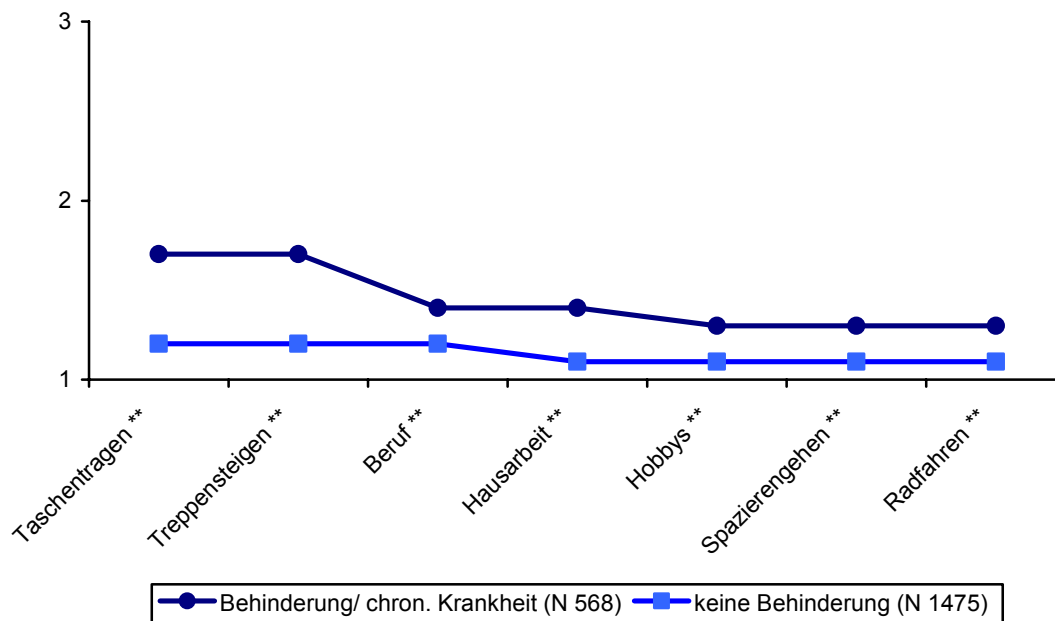
Viele alltägliche Betätigungen setzen voraus, dass der eigene Körper bestimmten Belastungen standhält. Diese können psychischer, physischer, aber auch psychosozialer Natur sein und erfordern individuelle Anpassungsleistungen (vgl. Petermann/ Noeker/ Bode 1987, S. 31). Eine dauerhafte Gesundheitsstörung kann die Bewältigung solcher Anforderungen in unterschiedlichem Maße beeinflussen. In welchen Bereichen und mit welcher Intensität dies geschieht, soll im folgenden Abschnitt thematisiert werden.

Die Werte der zentralen Tendenz zeigen, dass Gartenarbeit sowie sonstige Sportarten unterschiedlich stark ausgeübt werden. In der Gruppe der behinderten und chronisch kranken Befragten steht das Arbeiten im Garten sogar an erster Stelle der Hierarchie. Fast die Hälfte widmet sich mehrmals wöchentlich dieser Betätigung, 14 Prozent davon sogar täglich. Von den gesunden Befragten sind es nur etwa 39 Prozent, die mindestens zwei Mal in der Woche Gartenarbeit verrichten (vgl. Tabelle A7.6). Hinsichtlich anderer Sportarten ist es umgekehrt. Mehr gesunde als kranke Personen üben diese insgesamt häufiger aus. Eine verhältnismäßig hohe Zahl an behinderten Menschen geht längere Wege zu Fuss. Jeder Vierte von ihnen beschäftigt sich mehrmals pro Woche, 20 Prozent täglich mit dieser Aktivität. Etwas geringer ist der Anteil derjenigen Personen mit einer Behinderung oder chronischen Erkrankung, die oft das Fahrrad benutzen. Zwar sind 12 Prozent mehrmals in der Woche oder täglich mit dem Fahrrad aktiv, allerdings übt etwa jeder Dritte diese Beschäftigung nie aus - weder im Alltags- noch im Berufsleben. Von den Befragten ohne eine Gesundheitsschädigung ist die Zahl der Inaktiven mit 25 Prozent etwas kleiner. Aktivitäten wie die Verrichtung handwerklicher Dinge, Wandern oder auch der Vereinssport werden im Durchschnitt weniger intensiv von Behinderten und Chronikern ausgeführt. Diese Ergebnisse weichen aber kaum von denen gesunder Menschen ab (vgl. auch Kapitel 5).

Es ist im weiteren vonnöten, differenzierter nachzufragen, welche Tätigkeiten den Betroffenen besondere Schwierigkeiten bereiten. In der Rangliste der *Beeinträchtigungen*, gemessen am Median, stehen das Tragen schwerer Einkaufstaschen sowie das Steigen mehrerer Treppen ganz oben (vgl. Abbildung 7.2; Tabelle A7.7). 23 bzw. 20 Prozent derjenigen mit einer Behinderung oder chronischen Krankheit hatten in den vergangenen sechs Monaten bei der Ausübung dieser beiden Aktivitäten erhebliche Probleme. Etwa ein Drittel berichtet von einer gemäßigten, doch vorhandenen Beeinträchtigung. Ferner sind die Anstrengungen hinsichtlich der beruflichen Tätigkeit für 16 Prozent dieser Personen sehr hoch, für jeden Dritten immerhin noch teilweise belastend. Aktivitäten wie Spaziergehen, Radfahren oder andere Hobbys werden - sofern überhaupt ausgeübt - von weniger als 10 Prozent der Befragten als erhebliche Belastung empfunden. Die Mehrheit hingegen gibt an, darin gar keine Schwierigkeiten im letzten halben Jahr wahrgenommen zu haben. Gleichwohl kommt in jedem Aspekt deutlich zum Ausdruck, dass eine körperliche Schädigung die Ausübung bestimmter Aktivitäten beeinflusst. Auch wenn die Rangfolge der Einschränkungen bei gesunden wie behinderten Menschen ähnlich ist, empfinden Menschen mit einer Gesundheitsstörung grössere Probleme in allen Bereichen. Besonders stark wird der Einfluss bei körperlich anstrengenden Tätigkeiten wie dem Tragen von Einkaufstaschen und dem Treppensteigen sichtbar. Aber auch innerhalb der Gruppe der kranken Personen sind Differenzen zu erkennen. So weisen die behinderten Befragten insgesamt ein höheres Beeinträchtigungsniveau in der Ausübung der Tätigkeiten auf als Chroniker. Im einzelnen betrifft das die Aspekte Radfahren, Spaziergehen, Treppensteigen sowie die Arbeit im Haushalt.

Abbildung 7.2

Signifikante Beziehungen zwischen ausgewählten Tätigkeitseinschränkungen und dem Vorhandensein einer Behinderung und/ oder chronischen Krankheit. Mediane (N 2090).^a



a Das Antwortformat ist dreistufig skaliert; 1 „überhaupt nicht“, 2 „etwas“, 3 „erheblich“

**p ≤ 0.01 (Mediantest)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Da eine Behinderung in den meisten Fällen physischer Natur ist, also Störungen des Bewegungsapparates, aber auch innerer Organe bedeutet, verwundert es nicht, dass bestimmte Tätigkeiten überhaupt nicht oder weniger häufig ausgeführt werden (können) bzw. erhebliche Schwierigkeiten bereiten. Vor allem Betätigungen, die hohe körperliche Anforderungen an den Menschen stellen, werden von Behinderten seltener ausgeübt. Allerdings bleibt zu fragen, ob diese Aktivitäten nicht schon unattraktiv für die betreffenden Personen waren, bevor die Behinderung eingetreten ist (sofern sie erst im Laufe des Lebens entstanden ist)! Es zeigt sich aber auch, dass der Grad der Anstrengung sowie die Art der Beschäftigung ausschlaggebend für die Einschränkung der Tätigkeitsausübung bei behinderten und chronisch kranken Menschen sind. Bei der Verrichtung von Gartenarbeit oder dem Spazierengehen scheint eine gesundheitliche Schädigung bei vielen Betroffenen jedenfalls kaum eine Hürde darzustellen.

Neben den physischen Aktivitäten, die den Menschen beeinträchtigen können, gibt es weitere *Belastungen*, die eher materielle, psychische und soziale Faktoren betreffen. Sehr grosse Probleme scheinen den Befragten mit einer Behinderung oder chronischen Erkrankung die steigenden Kosten im Gesundheitsbereich zu bereiten (vgl. Tabelle 7.4; Tabelle A7.8). Mehr als jeder Zweite fühlt sich durch diesen Aspekt stark bis sehr stark belastet.⁷ Die Sorge um die unsichere Situation auf dem Arbeitsmarkt ist ebenfalls recht gross, denn auch hier sprechen 52 Prozent der Betroffenen von einer eher starken Besorgnis. Im Mittelfeld der Belastungen liegen, gemessen am Median, die berufliche Tätigkeit, die jetzige finanzielle Situation und gesundheitliche Probleme. Etwas mehr als ein Drittel empfindet diese Bereiche als (sehr) belastend. Hingegen scheint die persönliche sowie familiäre Situation weniger Schwierigkeiten zu bereiten. In diesen Aspekten sind nur 17 bzw. 15 Prozent von einem hohen Belastungsgrad betroffen. Die Mehrheit aber berichtet hier von einer geringen oder gar keiner Beeinträchtigung. Minimal werden auch die Wohnverhältnisse von Behinderten als Belastung wahrgenommen. Für 7 Prozent bereitet dieser Faktor grosse Probleme, über 80 Prozent je-

doch sind kaum bzw. überhaupt nicht davon betroffen. Dieser Punkt ist im weiteren auch der einzige, in dem kein statistisch bedeutsamer Einfluss der gesundheitlichen Schädigung nachweisbar ist - alle anderen Bereiche zeigen signifikante Besonderheiten. So fühlen sich behinderte und chronisch kranke Menschen durchgehend stärker belastet als nichtbehinderte Befragte, was in spezifischer Weise in solchen Aspekten zum Ausdruck kommt, die das Thema Gesundheit aufgreifen.

Tabelle 7.4

Beziehungen zwischen Belastungen und dem Vorhandensein einer Behinderung und/ oder chronischen Krankheit. Mediane (N 2090).^a

| | keine Behinderung/ chronische Krankheit (N 1475) | Behinderung/ chroni- sche Krankheit ^b (N 568) | |
|---|--|--|----|
| Kostenentwicklung im Gesundheitsbereich | 3,0 | 3,8 | ** |
| Arbeitsmarktsituation | 3,3 | 3,7 | ** |
| berufliche Tätigkeit | 2,8 | 3,1 | * |
| persönliche Finanzlage | 2,7 | 3,0 | ** |
| gesundheitliche Beeinträchtigungen | 1,8 | 3,0 | ** |
| persönliche Probleme | 1,6 | 2,0 | ** |
| familiäre Probleme | 1,5 | 1,8 | ** |
| Wohnverhältnisse | 1,2 | 1,2 | |

a Das Antwortformat ist fünfstufig skaliert; 1 „überhaupt nicht“, 5 „sehr häufig“
b Die Kategorien „chronisch krank“, „behindert“ und „chronisch krank und behindert“ sind zusammengefasst
*p ≤ 0.05; **p ≤ 0.01 (Mediantest)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Die Ergebnisse machen deutlich, dass Menschen mit Behinderungen und chronischen Krankheiten sehr wohl eine stärkere Belastungsbewältigung vollziehen müssen, unabhängig von der Art der Gesundheitsbeeinträchtigung. Die Schädigung einerseits, aber auch alltägliche Anforderungen andererseits, verlangen ausgeprägte Bewältigungsressourcen. Weiterhin ist zu erkennen, dass Belastungen vor allem in den Bereichen empfunden werden, die für Behinderte de facto nachteilig sind. Die Reformen im Gesundheitswesen sind kaum auf die spezifische Situation der Betroffenen ausgerichtet, der Arbeitsmarkt bietet wenig Chancen, dies wiederum zieht finanzielle Probleme nach sich und kann sich im weiteren Verlauf in gesundheitlichen Beschwerden manifestieren. Aus diesem Kreislauf herauszutreten scheint für einen behinderten oder chronisch kranken Menschen durchaus schwieriger zu sein als für einen gesunden.

Zufriedenheit und Optimismus

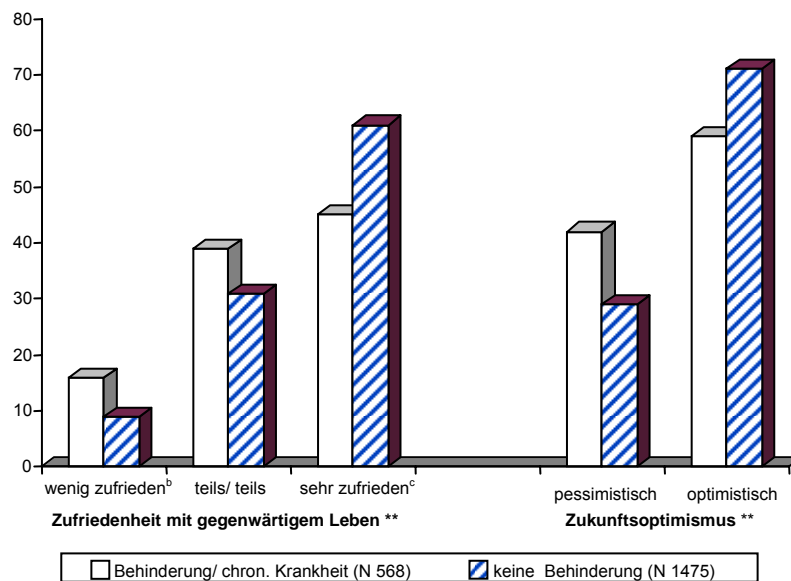
Belastungen, welche mit einer gesundheitlichen Schädigung einhergehen, können - wie in den Abschnitten zuvor herausgefunden - je nach Vorhandensein individueller personaler und sozialer Ressourcen (vgl. Hurrelmann 2000, S. 61) in unterschiedlichem Maße bewältigt werden. Einerseits gibt es Betroffene, die sich trotz ihrer Behinderung nicht beeinträchtigt fühlen, mit den damit einhergehenden Belastungen zurechtkommen und vielleicht gerade deshalb andere Dinge im Leben ebenso bewältigen können (vgl. Lazarus 1995). Andererseits sind viele Behinderte von Stigmatisierung sowie Vorurteilen betroffen und erleben die Krankheit als starke Belastung, für die ein grosser Teil an individuellen Ressourcen in An-

spruch genommen wird. Im folgenden wird deshalb der Frage nachgegangen, wie sich dies auf die Zufriedenheit mit dem gegenwärtigen Leben sowie auf die Einschätzung der persönlichen Zukunft auswirkt.

Die Antworten lassen erkennen, dass die Befragten hinsichtlich der *Zufriedenheit* mit dem Leben eher eine mittlere Haltung einnehmen, die jedoch zum positiven neigt. In differenzierter Betrachtung zeigt sich, dass etwa 45 Prozent der Menschen mit einem Behindertenstatus oder einer chronischen Erkrankung durchaus mit ihrer momentanen Lebenssituation einverstanden ist - etwa jeder Zehnte davon gibt sich sogar voll und ganz zufrieden (vgl. Abbildung 7.3). 39 Prozent hingegen zeigen eine „mittlere“ Zufriedenheit. Es scheint, dass sich diese Personen in einigen Lebensbereichen wohl fühlen, in anderen wiederum Unbehagen verspüren. Für etwa 16 Prozent gestaltet sich die gegenwärtige Lage eher negativ. Sie geben an, überhaupt nicht bzw. kaum mit ihrem Leben zufrieden zu sein. Der Vergleich zu den gesunden Befragten zeigt in hoch signifikanter Weise einen Einfluss des Krankheitszustandes, denn bei den nichtbehinderten Personen sind fast zwei Drittel durchaus mit der momentanen Lebenssituation einverstanden, nicht einmal 10 Prozent äussern sich unzufrieden.

Abbildung 7.3

Die Zufriedenheit mit dem gegenwärtigen Leben und der Zukunftsoptimismus unterschieden nach dem Vorhandensein einer Behinderung und/ oder chronischen Krankheit^a. Prozentverteilungen (N 2090).



a Die Kategorien „chronisch krank“, „behindert“ und „chronisch krank und behindert“ sind zusammengefasst
b Das Antwortformat ist fünfstufig skaliert; 1 „überhaupt nicht“, 5 „voll und ganz zufrieden“; die Antwortmöglichkeiten 1 und 2 sind zusammengefasst
c Die Kategorien 4 und 5 sind zusammengefasst
**p ≤ 0.01 (Chi²- Test)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Der Blick in die *Zukunft* gestaltet sich für das Gros der chronisch kranken oder behinderten Befragten optimistisch (vgl. Abbildung 7.3). 58 Prozent stellen an ihr kommendes Leben positive Erwartungen, 42 Prozent jedoch stehen der bevorstehenden Zeit eher pessimistisch gegenüber. Wiederum ist das Antwortverhalten vom Vorhandensein einer gesundheitlichen Schädigung abhängig, denn die Zahl der gesunden Optimisten ist mit 71 Prozent deutlich grösser. Es scheint, dass hier bestimmte Faktoren besonderen Einfluss darauf nehmen. Unter anderem spielt der berufliche Aspekt eine bedeutende Rolle. Wie der Behindertenreport des Landes Sachsen- Anhalt formuliert, ist etwa ein Drittel der berufstätigen behinderten Be-

fragten mit den beruflichen Zukunftsaussichten unzufrieden (vgl. Baudisch/ Claus 2001, S. 13).⁸

7.6 Fazit

Die Situation behinderter und chronisch kranker Menschen in Sachsen- Anhalt gestaltet sich in einigen Aspekten durchaus positiv, in anderen aber problematisch. Eine langwierige Gesundheitsstörung stellt an den Betroffenen hohe Anforderungen. Es gilt, einerseits alltägliche Herausforderungen zu bewältigen, andererseits aber auch die Beeinträchtigung in den Alltag zu integrieren. Die Ergebnisse zeigen, dass mehr als jeder Vierte der im Bevölkerungssurvey Befragten unter einer gesundheitlichen Dauerschädigung leidet - 20 Prozent von ihnen sind chronisch krank, 5 Prozent behindert und 3 Prozent leiden unter beidem. Als Berufskrankheit anerkannt wurde sie bei 5 Prozent der Personen mit einem Behindertenstatus sowie 1 Prozent der Chroniker; erwerbsunfähig sind 8 bzw. 21 Prozent. Überwiegend wohnen die Betroffenen in der Grossstadt, sind weiblich und befinden sich im mittleren Lebensalter. Außerdem leben über 80 Prozent in einer Partnerbeziehung und haben mindestens ein Kind. Der gegenwärtige Gesundheitszustand zeigt keine Differenzen zwischen Behinderten und chronisch Kranken, wohl aber im Vergleich zu den gesunden Befragten. Er wird von den Nichtbehinderten deutlich besser eingeschätzt als von der Vergleichsgruppe. Ebenso verhält es sich mit den Beschwerden. Wer beeinträchtigt ist, weist auch ein höheres Beschwerdeniveau auf. Die Art der Gesundheitsstörung scheint aber nur beim Auftreten von Magenproblemen Einfluss zu nehmen - chronisch Kranke leiden häufiger daran als Behinderte. Auch ernsthafte Erkrankungen, welche ärztlich behandelt werden müssen, sind bei Personen mit einer langwierigen Beeinträchtigung öfter zu finden als bei Nichtbehinderten. Von Bedeutung ist dabei, ob eine chronische Erkrankung oder Behinderung vorliegt. Chroniker berichten von einem insgesamt höheren Krankheitspotenzial; Herz- Kreislauf- Erkrankungen, Allergien und Probleme mit den Atmungsorganen treten häufiger in ihrer Gruppe auf – Krebs sowie Verletzungen scheinen hingegen eher in eine Behinderung zu münden.

Demzufolge ist es nicht verwunderlich, dass Personen mit Behinderungen oder chronischen Erkrankungen eine stärkere Aktivität bei präventiven Maßnahmen vorweisen. Neben der Kontrolle des Blutes sind es vor allem allgemeine Vorsorgeuntersuchungen sowie Schutzimpfungen, die von ihnen mehr oder weniger regelmäßig durchgeführt werden. Auch gesundheitsbeeinträchtigende Verhaltensweisen sind bei den Betroffenen in geringerem Maße ausgeprägt. Ein Grossteil der Behinderten verzichtet auf den Genuss von Tabak, und auch der Alkohol wird von der überwiegenden Mehrheit nur gelegentlich konsumiert. Das Vorhandensein wie auch die Art einer langwierigen Gesundheitsbeeinträchtigung haben wenig Einfluss auf die Bewegung. Gartenarbeit aber ist häufiger ein Hobby und steht in der Rangliste der Tätigkeiten an erster Stelle. Sonstige sportliche Aktivitäten (ausgenommen Radfahren und Vereinssport) werden hingegen eher von gesunden Personen ausgeführt. Desweiteren fühlen sich die Befragten mit einer Dauerschädigung – Behinderte insgesamt noch etwas stärker als Chroniker – in der Ausübung von alltäglichen Tätigkeiten durchgehend eingeschränkter als die Gesunden. In besonderem Maße zeigt sich dies beim Tragen schwerer Taschen sowie beim Treppensteigen. Zudem weisen Menschen mit einer Dauerschädigung ein höheres Belastungspotenzial auf. Hier sind insbesondere die gesundheitlichen Beeinträchtigungen und die Kosten im Gesundheitswesen zu nennen. Diese Ergebnisse spiegeln sich teilweise in einer geringeren Lebenszufriedenheit wider. Mehr als jeder Zweite ist kaum oder nur partiell mit seinem gegenwärtigen Leben zufrieden. Und auch der Blick in die Zukunft scheint für viele Betroffene nicht beruhigend. Zwar gibt sich die Mehrheit eher zuversichtlich, jedoch ist die Zahl derjenigen, die pessimistisch in ihre persönliche Zukunft blicken, deutlich grösser als bei gesunden Personen.

Für zukünftige politische Bestrebungen wäre es wichtig, auf die spezielle Situation dieser sozialen Gruppe einzugehen. Es sollte versucht werden, soziale und materielle Ressourcen zu verbessern, so dass die empfundenen Belastungen minimiert werden. Dazu gehören ins-

besondere Fortschritte auf arbeitsmarkt- wie gesundheitspolitischer Ebene. Als positives Beispiel kann hier das bereits im Jahr 2000 ins Leben gerufene bundesweite Aktionsprogramm „50.000 Jobs für Schwerbehinderte“ genannt werden. Bestandteil dieser Maßnahme ist das Inkrafttreten des Gesetzes zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit Schwerbehinderter im Oktober 2000, dessen Ziel es war, den Anteil arbeitsloser Menschen mit einer schweren Behinderung zu minimieren (vgl. Maschke 2003, S. 168). So konnten bereits über 45.000 neue Arbeitsplätze für Schwerbehinderte geschaffen werden. Desweiteren hat die Landesregierung als eines der ersten Bundesländer ein Behindertengleichstellungsgesetz verabschiedet, dessen Anliegen es ist, das Diskriminierungs- und Benachteiligungsverbot behinderter Menschen, welches im Grundgesetz verankert ist, auch auf landesrechtlicher Ebene zu sichern (vgl. www.sachsen-anhalt.de).

8 Die Familie als gesundheitsrelevanter Kontext von Heranwachsenden

Die soziale und psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen, die Sozialisations- und Bildungsprozesse, die Erfahrungen und Probleme sind in hohem Maße durch die sozial-räumliche Umwelt beeinflusst. Schule und Freizeiteinrichtungen, Freundeskreis und verwandtschaftliche Beziehungen und allen voran die Familie bilden jenen Kontext, der das Heranwachsen in entscheidender Weise prägt (vgl. im Überblick Dippelhofer- Stiem 1995). In zunehmendem Maße ist eine solche Sichtweise auch für das Verständnis des Wohlergehens und der psychosozialen Gesundheit der jungen Generation fruchtbar gemacht worden. Nicht zuletzt trägt der aktuelle Kinder- und Jugendsurvey des Robert Koch- Instituts (vgl. Kurth et al. 2002) dieser Perspektive Rechnung. Auch der Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt erlaubt einige - wenn auch beschränkte - Einblicke in die gesundheitsrelevanten Gegebenheiten, in denen Heranwachsende leben. Zwar sind Personen unter 18 Jahren nicht eigens befragt worden; wohl aber deren Eltern. Es ist deshalb möglich, gleichsam *indirekt* das familiäre Feld zu rekonstruieren und damit exemplarisch eine Umwelt zu beleuchten, der in der Literatur ein besonderer Stellenwert zugeschrieben wird (Schnabel 2001; Joos 2001; Hurrelmann 1998). Anbindend an die elterlichen Beschreibungen werden Rückschlüsse auf die einschlägigen Bedingungen der Heranwachsenden gezogen. Die Auswertungen sollen verschiedene gesundheitsrelevante Aspekte des familialen Daseins beschreiben und sie den Verhältnissen in kinderlosen Haushalten gegenüberstellen. Nicht thematisiert wird die Anzahl der Kinder, wohl aber geraten die Unterschiede zwischen den familialen Kontexten von Kleinkindern und solchen im Alter zwischen 6 und 17 Jahren in das Blickfeld. Um Alterseffekte zu kontrollieren, nehmen die Ausführungen nur auf jene Befragte Bezug, die ab dem Jahr 1959 geboren wurden. Personen, die älter sind, bleiben bei den folgenden Betrachtungen aussen vor, zumal sie in der Regel keine kleinen Kinder mehr haben.¹

8.1 Soziale und gesundheitliche Konturen des familialen Umfeldes

Die überwiegende Mehrheit der Kinder und Jugendlichen, deren Eltern im Bevölkerungssurvey Auskunft gaben, sind in die traditionelle, und weiterhin auch bundesweit dominierende *Lebensform* der Erwachsenen eingebunden: Drei Viertel der Befragten, in deren Haushalt Kinder wohnen, sind verheiratet. Inwieweit es sich dabei um Erst- oder Zweitehen handelt, und inwieweit die Kinder mit Stief- oder Adoptiveltern zusammenleben, ist hier nicht entscheidbar. Interessant aber ist, dass der Ehestatus mit dem Alter der Kinder korreliert - mit steigendem Alter der Söhne und Töchter erhöht sich auch der Anteil der Verheirateten. Dies lässt vermuten, dass nicht nur der Kinderwunsch an sich, sondern auch bereits vorhandener Nachwuchs dazu motiviert, das Zusammensein in eine rechtlich bindende Form zu überführen (vgl. dazu Nave- Herz 2004). Doch selbst dann, wenn eine Ehe nicht in Frage kommt, sind die Väter und Mütter sehr daran interessiert, eine - zumindest formal gesehen - stabile soziale Umwelt für die Kinder zu schaffen. Anders als Kinderlose oder Eltern mit erwachse-

nen Nachkommen nämlich, leben fast alle „aktiven“ Eltern zumindest in einem partnerschaftlichen Verhältnis (vgl. Tabelle 8.1).

Tabelle 8.1

Soziale Aspekte der ab 1959 Geborenen nach dem Alter der im Haushalt lebenden Kinder. Prozentverteilungen.

| | Kind/er von 0- 5 Jahren (N 123) | Kind/er von 6- 17 Jahren (N 387) | Kind/er von 0- 5 und 6-17 Jahren (N 72) | kein Kind (N 443) | |
|------------------------------|---------------------------------------|--|---|----------------------|----|
| Anteil an allen Befragten | 12 | 38 | 7 | 43 | |
| Familienstand | | | | | |
| - ledig | 42 | 22 | 15 | 73 | |
| - verheiratet | 55 | 67 | 75 | 22 | |
| - geschieden | 3 | 9 | 8 | 5 | |
| - verwitwet | 0 | 1 | 1 | 0 | ** |
| Lebensform | | | | | |
| - alleine | 6 | 15 | 7 | 39 | |
| - in Partnerschaft | 94 | 85 | 93 | 61 | ** |

**p ≤ 0.01 (Chi²- Test)

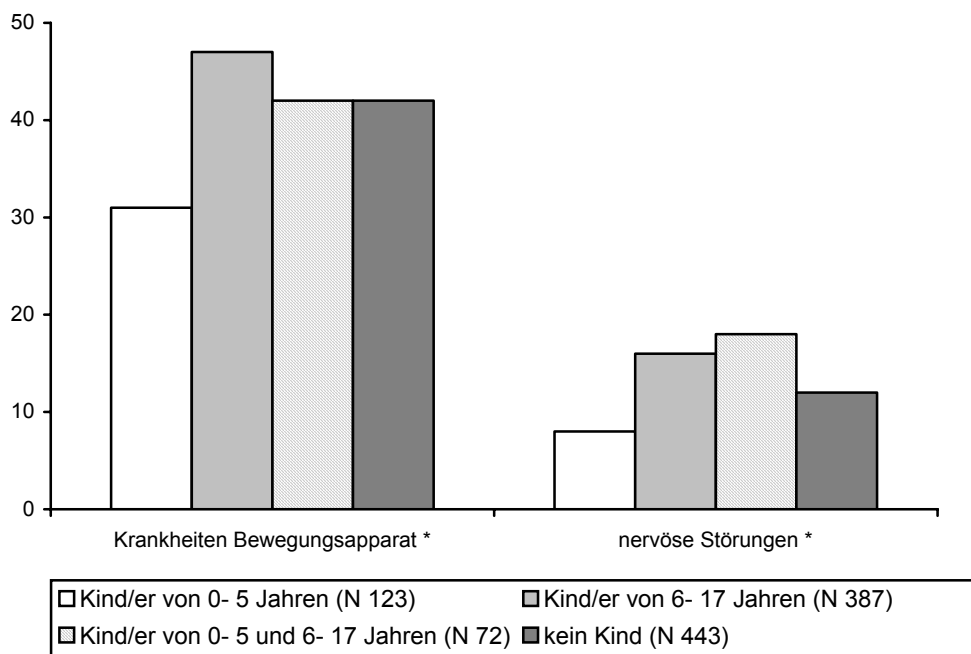
Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Zudem bietet die Mehrzahl der Haushalte den Minderjährigen die notwendige materielle Infrastruktur. Dies jedenfalls lassen die Daten zum *Bildungs-, Berufs- und Erwerbsniveau* folgern (vgl. Tabelle A8.1). Die meisten Befragten, in deren Haushalt Heranwachsende betreut werden, verfügen über einen mittleren Schulabschluss oder das Abitur; jeder Fünfte weist einen akademischen Abschluss auf. Die berufliche Tätigkeit verrichten die Mütter oder Väter vorwiegend in Angestelltenpositionen. Wenn sich hingegen in der Vergleichsgruppe 45 Prozent der Arbeiterschaft zuordnen, ist dies der Tatsache geschuldet, dass in dieser Teilstichprobe auch bei den ab 1959 Geborenen ältere Menschen und kleinere Haushalte überwiegen (vgl. Kapitel 3). Auch sie haben Kinder, doch sind diese in der Regel erwachsen und nicht mehr bei den Eltern wohnend. Ähnliche Effekte wohnen dem Erwerbsstatus inne, der für diese Befragten einen Anteil an Erwerbslosen von 17 Prozent ausweist. Von den Familien indes, die derzeit Heranwachsende versorgen, ist jede zehnte mit Arbeitslosigkeit konfrontiert. Die meisten aber sind voll berufstätig; dies schliesst freilich nicht aus, dass auch hier Sorgen um den Erhalt des Arbeitsplatzes bestehen und den Kindern gegenüber geäußert werden. Jedenfalls haben die in den Survey einbezogenen Familien kein erhöhtes Risiko, ohne geldlichen Verdienst zu sein. Gleichwohl bleibt ein Anteil von zehn Prozent der Kinder und Jugendlichen, die die Arbeitslosigkeit wenigstens eines Elternteils erfahren. Ein weiteres Drittel lebt in Arbeiterfamilien, deren finanzielle Ressourcen ebenfalls nicht selten knapp sind. Dies verdient deshalb der Erwähnung, weil diverse Studien belegen, dass Kinder aus unterprivilegierten Verhältnissen einen schlechteren Gesundheitszustand sowie nachteilige Verhaltensmuster aufweisen (vgl. Hurrelmann 2000; RKI 2001; RKI 2003). Politische Initiativen sollten mithin diese Teilgruppe gesondert beachten und gezielt in Kindergarten, Schule und Freizeit ansprechen. Wünschenswert wären deshalb gesonderte empirische Erhebungen, die sich speziell mit Kindern aus benachteiligten sozialen Schichten befassen.

Insgesamt aber gestaltet sich das soziale Umfeld der meisten Heranwachsenden durchaus positiv. Dies gilt auch bezüglich *des Wohlergehens und der Gesundheit*, die die junge Generation bei ihren Eltern beobachten und erfahren kann. Zwar schätzen die Erwachsenen, die derzeit mit Kindern zusammenleben, ihren Zustand signifikant ungünstiger ein als die Vergleichsgruppe, die keinen Nachwuchs (mehr) aktiv zu betreuen hat (Mediane 2,9 versus 3,0).

Dennoch zeichnen sich weder im Gesamtniveau der Beschwerden noch dem der ernsthaften Erkrankungen systematische Unterschiede ab. Erst eine weitere Aufschlüsselung der Daten hinsichtlich des Alters der Kinder zeigt Besonderheiten. So klagen Eltern von Schulpflichtigen häufiger über depressive Verstimmungen und Schlafprobleme. Das Vorhandensein jüngerer Kinder scheint sich hingegen eher positiv auf diese Aspekte auszuwirken, denn Befragte mit Kindern bis zu 5 Jahren problematisieren dies am wenigsten (vgl. Tabelle A8.2). Zudem müssen oder mussten fast 50 Prozent der Befragten mit älteren Kindern aufgrund von Rückenbeschwerden medizinische Hilfe in Anspruch nehmen. Von den Personen mit jüngem Nachwuchs ist es nur etwa jede dritte. Ein erhöhtes Auftreten von nervösen oder emotionalen Störungen ist bei den Befragten zu erkennen, die sowohl mit jüngeren als auch älteren Kindern im Haushalt leben (vgl. Abbildung 8.1).

Abbildung 8.1
Signifikante Beziehungen zwischen dem Auftreten ernsthafter Erkrankungen bei den ab 1959 Geborenen und dem Alter der im Haushalt lebenden Kinder. Prozentverteilungen.



* $p \leq 0.05$ (Chi²- Test)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Es ist festzuhalten, dass Heranwachsende in der Regel bei Eltern leben, die sich gesund fühlen, eher selten unter Beschwerden leiden und nur wegen vereinzelter Krankheitsbilder den Arzt aufsuchen müssen. Von diesen Befunden profitieren in erster Linie Kinder in den ersten Lebensjahren. Offenbar gelingt es den Eltern, die mit der Geburt des Kindes eintretenden Veränderungen (vgl. Nickel/ Quaiser- Pohl 2001) konstruktiv zu bewältigen. Danach verschlechtert sich die gesundheitliche Lage der Mütter und Väter zumindest in einigen Aspekten. Es ist denkbar, dass diese Eltern öfter mit ihren gesundheitlichen Problemen beschäftigt und somit weniger zugänglich für die Bedürfnisse der Sprösslinge sind. Andererseits könnten die gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf eine spezifische Situation innerhalb der Familie schliessen lassen. Die Phase der Adoleszenz ist geprägt durch zahlreiche Veränderungen biologischer und psychosozialer Natur, welche auch - oder vor allem - im Familiensystem zum Tragen kommen (vgl. Zimbardo/ Gerrig 1999, S. 494f). Das Eltern-Kind- Verhältnis wird auf die Probe gestellt und kann sich auch auf die gesundheitliche Lage beider Seiten auswirken.

8.2 Elterliches Gesundheitsverhalten als Vorbild?

Für die Aufschlüsselung der Umfeldler von Heranwachsenden spielen die elterlichen Lebensstile eine wichtige Rolle. Denn inwieweit Eltern gesundheitsförderliches bzw. riskantes Verhalten im Alltag umsetzen, wirkt sich nicht nur auf den eigenen gesundheitlichen Zustand aus, sondern auch auf die Gesundheitsbiographie der Kinder (Klocke/ Becker 2003, S. 184). Dies gilt in allen Lebensabschnitten (vgl. Bründel/ Hurrelmann 1996, S. 291), wenngleich später der Freundeskreis an Einfluss gewinnt (vgl. Kahl et al. 1994, S. 63). Es kann vermutet werden, dass Mütter und Väter bewusster mit der eigenen Gesundheit umgehen, weniger gesundheitliche Risiken eingehen und vor allem häufiger Präventivmaßnahmen in Anspruch nehmen, da sie nicht nur für sich selbst, sondern auch für den eigenen Nachwuchs Verantwortung tragen und Vorbild sein wollen.

Diese Aussagen können anhand der vorliegenden Daten tendenziell bestätigt werden. Befragte, die Minderjährige im Haushalt haben, geben sich in nahezu allen Aspekten von Prävention und Informierung deutlich aufgeschlossener als die Gleichaltrigen, die den Alltag nicht (mehr) mit der jungen Generation teilen. Dennoch vollziehen sich die einschlägigen Verhaltensweisen in eher unregelmäßigem Rhythmus, namhafte Minderheiten realisieren sie nie. Gleichwohl bleibt die Nutzung der Vorsorgeuntersuchungen den aktiven Eltern ebenso selbstverständlicher wie die Kontrolle von Blutdruck und Blutwerten. Auch die Lektüre sowie das Anschauen entsprechender Fernsehsendungen sind verbreiteter. Nur das Bemühen um ausreichenden Schlaf ist - gerade wenn kleine Kinder zu versorgen sind - vergeblicher. Getrübt wird diese Haltung aber von dem Befund, dass das Achten auf eine qualitativ gute Ernährung in den Familien nicht ausgeprägter ist als in der Vergleichsgruppe. Zugleich aber stehen gerade Familien mit kleinen wie grossen Kindern bezüglich der Vorsorgemaßnahmen und der Beobachtung des Blutes hinter den kinderlos Wohnenden zurück (vgl. Tabelle A8.3). Dies mag auch Beleg für die schwindenden zeitlichen Spielräume bei grösserer Kinderzahl sein.

Bezüglich des Konsums von *Tabak und Alkohol* hat die Tatsache, Nachwuchs im eigenen Haushalt zu haben, partielle Effekte (vgl. Tabelle A8.4). Das Rauchen von Zigarren oder Pfeife spielt kaum eine Rolle. Den regelmäßigen Griff zur Zigarette hingegen realisiert fast jeder dritte Erwachsene mit älteren Kindern und erreicht somit das Niveau der Befragten, die der gleichen Geburtskohorte angehören, aber den Alltag ohne Nachwuchs gestalten. Obgleich in Haushalten mit Kleinkindern am wenigsten geraucht wird, sind immerhin 19 Prozent dieser Eltern tägliche Konsumenten. Das heisst, für jedes fünfte Vorschulkind und jeden dritten Heranwachsenden im schulpflichtigen Alter gehört der Geruch von Tabakqualm mehr oder weniger zur häuslichen Umgebung, auch wenn nicht entscheidbar ist, ob sich die Eltern zum Rauchen in separate Räume oder ins Freie zurückziehen. Auch der zeitweilige Genuss von Alkohol ist Teil der Alltagskultur, die Erwachsene ihren Kindern vorleben. Dabei handelt es sich in erster Linie um niedrigprozentige Formen wie Bier, Wein oder Sekt. Deutliche Unterschiede zwischen Befragten mit und ohne Kinder sind insbesondere beim Bierverbrauch zu finden. Während mehr als jede zweite kinderlose Person gelegentlich Bier zu sich nimmt, sinkt diese Zahl mit steigendem Alter der Kinder. Gleichzeitig steigt aber der Anteil der täglichen Konsumenten. In Haushalten mit kleinen und grossen Kindern ist die Zahl des täglichen Verbrauchs mit 13 Prozent am höchsten – zugleich weist jedoch diese Gruppe auch die grösste Zahl an Abstinenzlern auf. Auch wenn sich im Durchschnitt der Tabak- und Alkoholkonsum der Eltern in Grenzen hält, so gehören solche Verhaltensweisen zum Leben einer Minderheit der Kinder dazu. Inwieweit dies zur Folge hat, dass die Kinder dem elterlichen Vorbild folgen und eher zur Zigarette oder alkoholischen Getränken greifen, müsste gesondert untersucht werden.

Auch die elterlichen *Reaktionen auf gesundheitliche Beschwerden* werden wahrscheinlich die Entwicklung prägen. Die Mehrheit der Befragten mit Familie versucht, bei gesundheitlichen Problemen auf professionelle Hilfe zu verzichten und sich selbst zu helfen (vgl. Tabelle 8.2). 58 Prozent der Familien, in denen jüngere wie ältere Kinder zu Hause sind sowie fast

die Hälfte der Befragten mit Nachwuchs aus einer der Altersgruppen wendet zunächst Hausmittel an. Weiterhin vertraut jeder Vierte mit Kindern unter 6 bzw. jeder Fünfte mit Kindern über 5 Jahren auf eine Selbstheilung. Ebenso gliedern sich die Anteile auf, wenn es darum geht, einen Arzt aufzusuchen. Nur eine Minderheit holt sich bei Beschwerden Rat in der Apotheke. Im Vergleich zu kinderlosen Haushalten zeigt sich, dass eine Elternschaft nicht unbedingt dazu führt, bei Problemen vorrangig medizinische Hilfe zu nutzen. Es scheint, dass gerade Eltern eher auf Hausmittel und die Selbstheilungskräfte des Körpers vertrauen.

Tabelle 8.2

Reaktionen auf ernsthafte Beschwerden der ab 1959 Geborenen nach dem Alter der im Haushalt lebenden Kinder. Prozentverteilungen.

| | Kind/er von 0- 5 Jahren (N 123) | Kind/er von 6- 17 Jah- ren (N 387) | Kind/er von 0- 5 und 6- 17 Jahren (N 72) | kein Kind (N 443) | |
|---|---------------------------------------|---|---|----------------------|---|
| Ich warte ab und hoffe auf Selbstheilung | 24 | 21 | 11 | 29 | |
| Ich versuche erst einmal, mit Hausmitteln Abhilfe zu schaffen | 46 | 48 | 58 | 40 | |
| Ich lasse mich in der Apotheke beraten und kaufe rezeptfreie Arzneimittel | 7 | 9 | 6 | 10 | |
| Ich gehe sofort zum Arzt und bitte um ein Rezept | 24 | 22 | 25 | 21 | * |

* $p \leq 0.05$ (Chi²- Test)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

In Zeiten, in denen immer mehr junge Menschen in Deutschland übergewichtig sind, ist es von Bedeutung aufzuzeigen, inwieweit im unmittelbaren Umfeld die *körperliche Bewegung* eine Rolle spielt. Die Daten zeigen, dass Befragte, die ihr Dasein mit Minderjährigen teilen, insgesamt kein ausgeprägteres Bewegungsniveau an den Tag legen als andere. In der Einzelbetrachtung aber nutzen sie häufiger das Fahrrad und widmen sich der Gartenarbeit; letzteres vor allem dann, wenn mehrere Kinder zu versorgen sind. Auch Befragte mit älteren Kindern bevorzugen dieses Umfeld; 37 Prozent sind mehrmals wöchentlich² hier zu finden (vgl. Abbildung A8.5). Es kann vermutet werden, dass die Kinder dabei partizipieren, sich an der frischen Luft aufhalten und sich hinreichend bewegen. Sportliche Aktivitäten im engeren Sinne sind hingegen eher die Domäne jener Personen, die in kinderlosen Haushalten leben. Gleichwohl schliesst dies nicht aus, dass sich auch die junge Generation in Sachsen- Anhalt in dieser Weise betätigt. Dies wäre wünschenswert, denn Studien belegen, dass sportliche Aktivität ein grösseres subjektives Wohlbefinden wie auch eine geringere Prävalenz psychosomatischer und emotionaler Beschwerden bei den Heranwachsenden bewirkt (vgl. Gogoll 2004, S. 27 ff).

8.3 Im Spannungsbogen von Belastungen und Zufriedenheit

Neben den manifesten Verhaltensweisen der Eltern sind auch eher atmosphärische Aspekte konstituierend für den familialen Kontext. Hierzu gehören die Belastungen, denen sich die Erwachsenen gegenüber sehen, aber auch die Zufriedenheit mit dem Leben und das Ausmaß an Optimismus. Die Daten lassen auf ein ausgewogenes Verhältnis in diesem Span-

nungsbogen schliessen. So sind zwar Erwachsene, die einen Haushalt mit Kindern führen, in Bezug auf berufliche Anforderungen wie familiäre Probleme stärker belastet als die Vergleichsgruppe. Zugleich aber äussern sie sich zufriedener mit ihrem Leben. Auch ist die Summe ihrer alltäglichen Belastungen nicht höher, aber auch der Zukunftsoptimismus nicht ausgeprägter.

Tabelle 8.3

Signifikante Beziehungen zwischen Belastungen der ab 1959 Geborenen und dem Alter der im Haushalt lebenden Kinder. Prozentverteilungen und Mediane.

| | Kind/er von 0- 5 Jahren (N 123) | Kind/er von 6- 17 Jahren (N 387) | Kind/er von 0- 5 und 6- 17 Jahren (N 72) | kein Kind (N 443) | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|--|---|----------------------|---|
| familiäre Probleme | | | | | |
| - gering belastet ^a | 89 | 72 | 73 | 73 | |
| - teilweise belastet | 7 | 17 | 18 | 15 | |
| - stark belastet ^b | 4 | 12 | 9 | 12 | * |
| persönliche Probleme | | | | | |
| - gering belastet | 79 | 73 | 73 | 63 | |
| - teilweise belastet | 10 | 16 | 17 | 21 | |
| - stark belastet | 11 | 12 | 10 | 16 | * |
| Wohnverhältnisse | | | | | |
| - gering belastet | 82 | 85 | 89 | 77 | |
| - teilweise belastet | 11 | 9 | 3 | 15 | |
| - stark belastet | 7 | 7 | 8 | 8 | * |
| Arbeitsmarktsituation | | | | | |
| - gering belastet | 42 | 32 | 45 | 37 | |
| - teilweise belastet | 25 | 23 | 13 | 18 | |
| - stark belastet | 33 | 45 | 42 | 45 | * |
| Summenskala; Mediane ^c | 17,9 | 20,1 | 19,9 | 19,2 | * |

a Das Antwortformat ist fünfstufig skaliert; 1 „überhaupt nicht belastet“, 5 „stark belastet“; die Antwortkategorien 1 und 2 sind zusammengefasst

b Die Antwortkategorien 4 und 5 sind zusammengefasst

c Summenskala 8- 40; 8= in allen Items „überhaupt nicht“, 40= in allen Items „stark belastet“ genannt

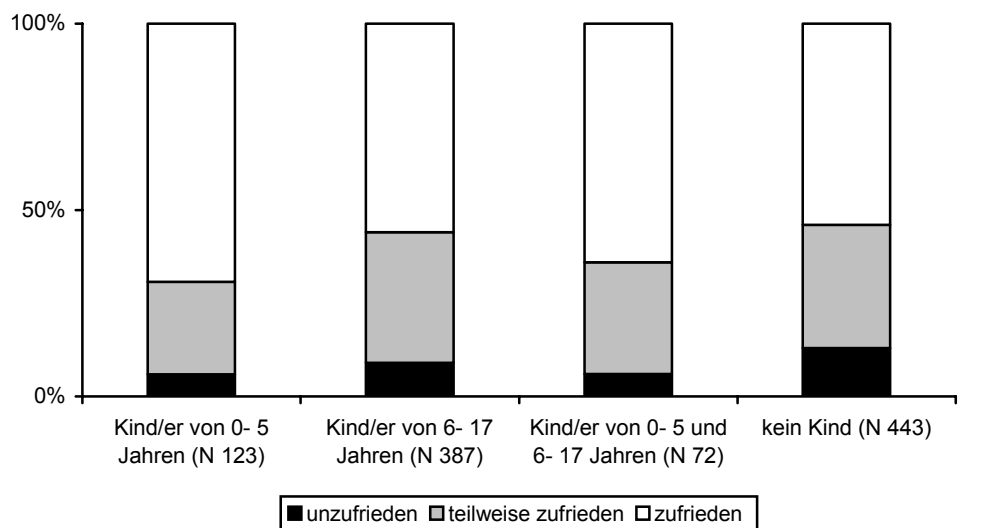
*p ≤ 0.05; **p ≤ 0.01 (Chi²- und Mediantest)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Weitere Differenzierungen ergeben sich freilich in Abhängigkeit vom Alter der Kinder (vgl. Tabelle 8.3): Eltern mit kleinen Kindern berichten am wenigsten, Personen mit Heranwachsenden von 6 bis 17 Jahren hingegen am stärksten von Sorgen. Von familiären Problemen sind eher jene betroffen, die sowohl mit kleinen als auch grossen Kindern zusammenleben. Diese Personen berichten zudem verstärkt von persönlichen Schwierigkeiten. Obgleich sich fast drei Viertel von ihnen nicht überanstrengt sehen, äussern 17 Prozent eine teilweise und immerhin weitere 10 Prozent eine hohe Belastung.³ Ebenso weist die unsichere Situation auf dem Arbeitsmarkt einen statistisch bedeutsamen Unterschied auf. Besonders Eltern mit älteren Kindern sprechen von einer hohen Belastung; diejenigen mit Kleinkindern sind am wenigsten davon betroffen. Bezüglich der Wohnverhältnisse scheint das Alter des Nachwuchses keine Bedeutung zu haben, wohl aber das Fehlen von Kindern. Leben keine Heranwachsenden im Haushalt, berichten die Befragten eher von Problemen. Diese Tendenz könnte dadurch erklärt werden, dass Personen, die eine Familie gründen oder bereits gegründet haben, in eine Umgebung umgezogen sind, die sich durch bestimmte familienfreundliche Faktoren (wie etwa eine gute Infrastruktur) auszeichnet.

Eigenen Nachwuchs zu haben und mit diesem zu leben, geht also keinesfalls mit einem durchgängig höheren Belastungsgrad einher; vielmehr werden die in einigen Bereichen auftretenden Sorgen durch eine höhere *Lebenszufriedenheit* kompensiert (vgl. Abbildung 8.2).

Abbildung 8.2
Lebenszufriedenheit der ab 1959 Geborenen nach dem Alter der im Haushalt lebenden Kinder. Prozentverteilungen.



* $p \leq 0.05$ (Chi²- Test)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Doch wiederum sind Variationen zu verzeichnen. So weisen Befragte, die mit älteren Kindern haushalten, die geringste Lebenszufriedenheit auf, auch wenn die Mehrheit sich positiv äußert. Ihr Urteil ist dem der Kinderlosen ähnlich. Eltern mit Kleinkindern hingegen schätzen ihre gegenwärtige Situation am positivsten ein – 70 Prozent sind damit sehr einverstanden, jeder Vierte verortet sich in einem mittleren Ausmaß und nur 6 Prozent sind unzufrieden. Dies spiegelt sich beim *Blick in die Zukunft*. 83 Prozent der Mütter und Väter mit Kindern bis zum 5. Lebensjahr sehen ihr weiteres Leben in einem positiven Licht und nur 17 Prozent schätzen die kommende Zeit pessimistisch ein. Anders jene, deren Kinder zwischen 6 und 17 Jahren alt sind - fast ein Drittel sieht die kommende Zeit eher schwarz und urteilt damit ähnlich wie die Befragten, in deren Haushalt keine Kinder (mehr) wohnen. Im Spannungsbogen von Belastungen und Zufriedenheit rangieren somit die familialen Umwelten von Kleinkindern am positiven Pol, jene der älteren Kinder hingegen zeigen Ambivalenzen, deren Ausmaß freilich nicht dramatisch ist.

8.4 Fazit

Die Resultate offenbaren, dass die im Haushalt der Befragten lebenden Kinder ein eher günstiges Umfeld vorfinden. 90 Prozent dieser Eltern befinden sich in einer Partnerschaft, ein Grossteil davon ist verheiratet. Nur wenige der Heranwachsenden leben mit einem völlig alleinstehenden Elternteil zusammen. Mittlere und höhere Bildungsabschlüsse überwiegen, nicht wenige erlangten das Abitur oder einen Hochschulabschluss. Der Grossteil der Mütter und Väter geht einer Berufstätigkeit nach, nur eine Minderheit ist von Arbeitslosigkeit betroffen. Zwar schätzen aktive Eltern ihr Wohlbefinden ungünstiger ein als die gleichaltrige Referenzgruppe. Doch schlägt sich dies nicht in der Summe des Beschwerde- und Krankheitsniveaus nieder. Vor allem frischgebackene Eltern nehmen am seltensten Beeinträchtigungen wahr. Mit dem Heranwachsen der Kinder ist aber ein Anstieg von Depressionen und Schlaf-

störungen sowie bei Rückenleiden, nervösen Störungen und Krebs zu beobachten. Mit zunehmendem Alter wird die Erfahrung von Beeinträchtigungen und Leiden somit eher Bestandteil des familialen Umfeldes der Heranwachsenden. Parallel dazu wird der Mehrheit der Kinder und Jugendlichen ein gewisses präventives Verhalten und Interesse an gesundheitsrelevanten Informationen vorgelebt. Dies geschieht in der Regel zwar nicht regelmäßig, doch wenigstens ab und an. Lediglich Ernährungsfragen spielen keine herausgehobene Rolle. Vor allem Personen, die Kleinkinder haben, verzichten auf den Genuss von Tabak und Alkohol. Im Spannungsbogen von Belastungen und Lebenszufriedenheit verorten sich Eltern von Minderjährigen nicht ungünstiger als die Vergleichsgruppe. Obzwar sie eher Probleme in Beruf und Familie sehen, wird dies durch eine höhere Zufriedenheit aufgewogen. Besonders sorgenfrei und optimistisch zeigen sich wiederum die Befragten mit Kleinkindern. Mit dem Heranwachsen des Nachwuchses geht das Wohlfühlgefühl etwas zurück, doch sind die Eltern, die Kinder im Haushalt haben, immer noch zufriedener mit dem eigenen Dasein als andere. Das Älterwerden des Nachwuchses scheint zugleich zu veranlassen, die Zukunft etwas pessimistischer wahrzunehmen.

Alles in allem erweist sich das gesundheitsrelevante familiäre Umfeld von Kindern und Jugendlichen in der Regel als durchaus förderlich. Da das Gros der befragten Eltern sich nicht mit übermäßigen Sorgen und Belastungen konfrontiert sieht, lässt sich ableiten, dass die materielle und emotionale häusliche Umwelt der Minderjährigen positiv strukturiert ist. Dennoch hat eine Minderheit der Kinder eine ungünstigere Ausgangssituation. Diese Gruppe der Heranwachsenden wächst innerhalb eines von finanziellen Sorgen und Zukunftsängsten betroffenen Kontextes auf. Sie erleben ihre Eltern als häufig krank und gesundheitlich belastet. Dass sich dieses allgemeine Unwohlsein und die Unzufriedenheit auf die Kinder übertragen, dürfte naheliegen. In der Gruppe der weniger Privilegierten sollten die Kinder ab 6 Jahren besonders beachtet werden. Damit sie durch die spezifische Situation ihrer Eltern keine Hindernisse bei ihrer gesundheitlichen Entwicklung in Kauf nehmen müssen, sollte auf politischer Ebene über die Schule versucht werden, auf das gesundheitsrelevante Verhalten der Kinder Einfluss auszuüben. Ausserdem wäre es wichtig, die Reduzierung von auserschulischen Betreuungsangeboten zu überdenken, da sich dies gerade für Kinder aus problematischen familialen Konstellationen nachteilig erweisen dürfte.

9 Anregungen und Wünsche zum Gesundheitssystem

Veränderungen im Gesundheitswesen sind derzeit ein wichtiges Thema in der politischen Diskussion. Kosten in Milliardenhöhe erfordern Einsparungen sowie Erhöhungen der Beitragszahlungen, aber auch Reformen. Wie erlebt die Bevölkerung in Sachsen-Anhalt die Situation in der Zeit vor Einführung der Gesundheitsreform? Sind regionale Unterschiede zu vermelden? Inwieweit bestehen Differenzierungen zwischen den Alters- und Geschlechtergruppen? Welche Bedeutung haben die finanzielle Lage, der Bildungs- und Berufsstatus und vor allem der eigene Gesundheitsstatus? Das folgende Kapitel hat zum Ziel, einerseits die Einstellungen gegenüber dem Gesundheitswesen zu beleuchten. Andererseits soll betrachtet werden, ob die Befragten offen für Veränderungen sind, welchen Alternativen sie zustimmen und welche Möglichkeiten nicht akzeptiert werden. Ein dritter Aspekt ist die Bereitschaft der Bevölkerung, zur Reduktion des Finanzdefizits beizutragen. Dabei ist von Interesse, ob die Menschen eher bei gleich bleibendem Beitrag auf Leistungen verzichten oder aber für bestehende Angebote höhere Beiträge in Kauf nehmen würden. Die sozialen Determinanten sind hierbei ein wichtiger Bestandteil dieses Abschnittes.

9.1 Die Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem

Sind die Menschen in Sachsen- Anhalt mit den Leistungen des Gesundheitssystems zufrieden? Die Antworten lassen erkennen, dass die Befragten allenfalls eine mittlere Haltung einnehmen. Hinter diesem Durchschnittswert verbergen sich freilich kontroverse Lagen: So ist jeder Vierte mit den Angeboten des Gesundheitssektors durchaus einverstanden (vgl. Tabelle A9.1). Fast ein Drittel aber äussert sich kaum oder gar nicht zufrieden.¹ Rund die Hälfte verortet sich in einer mittleren Position. Das darf durchaus so interpretiert werden, dass diese Mehrheit sehr wohl einzelne Leistungen schätzt, andererseits auch Defizite bemerkt. Im bundesweiten Vergleich scheint diese Unzufriedenheit jedoch geringer zu sein als in anderen Bundesländern. In einer Umfrage zur Zufriedenheit gesetzlich Krankenversicherter nimmt Sachsen- Anhalt den 5. Platz ein und liegt damit über dem Bundesdurchschnitt (vgl. Continentale Krankenversicherung 2003, S. 13ff).

In *regionalspezifischer* Hinsicht wird deutlich, dass Personen aus ländlichen Gegenden weniger Zufriedenheit äussern als die Befragten aus der Grossstadt (vgl. Tabelle A9.1). Etwa jeder dritte Bewohner ruraler Gebiete ist mit den Angeboten des Gesundheitswesens kaum einverstanden. Von den Magdeburgern schliessen sich nur 25 Prozent dieser Meinung an. Die Befunde scheinen deutlich zu machen, dass auf dem Lande eine schlechtere gesundheitliche Versorgung vorzufinden ist, welche auf die geringere medizinische Infrastruktur zurückgeführt werden kann. Es ist weiterhin anzunehmen, dass das *Alter* auf die Bewertung des Gesundheitswesens Einfluss nimmt. Gleichwohl bestätigt sich die Vermutung nicht, ältere Bürger seien – gerade weil sie krankheitsanfälliger sind (vgl. Kapitel 6) – kritischer. Im Gegenteil: Sichtbar wird eine kontinuierliche Steigerung der Zufriedenheit mit zunehmendem Lebensalter (vgl. Tabelle A9.1). Jede dritte Person ab 60 Jahren entscheidet sich für die Antwortvorgaben 4 und 5. Nur ein Viertel der 40 bis 59 Jährigen sowie knapp ein Fünftel der jüngeren Befragten schliessen sich dieser Meinung an. Umgekehrt sind es gerade Personen im Alter zwischen 18 und 29 Jahren, die signifikant häufiger angeben, kaum bis überhaupt nicht mit den gesundheitspolitischen Leistungen einverstanden zu sein. In Anbetracht dessen, dass gerade ältere Menschen ambulante und stationäre Versorgungsleistungen öfter in Anspruch nehmen (vgl. StBA 2002; Kapitel 5 und 6), indiziert dies eine gewisse Qualität der Angebote. Diese Tendenz kann aber nicht auf den gesamtdeutschen Raum übertragen werden. Denn der Gesundheitssurvey für Trier und Trier- Saarburg beispielsweise weist gegenteilige Ergebnisse auf. Zwar ist auch in dieser Untersuchung ein signifikanter Altersunterschied zu erkennen, jedoch sind es dort vermehrt die jüngeren Befragten, welche sich zufriedener zeigen (vgl. Universität Trier 2002, S. 111).

Ähnlich dem Alter ist die Betrachtung der *geschlechtsspezifischen* Wahrnehmung ein interessanter und wichtiger Aspekt. Denn es bestehen zum Teil erhebliche Diskrepanzen in der Krankheitsbelastung von Männern und Frauen (vgl. Dippelhofer- Stiem/ Döll 2004; siehe auch Kapitel 6). Dennoch unterscheiden sich die Urteile nicht im zu erwartenden Ausmaß. Obgleich sie das Medizinsystem häufiger in Anspruch nehmen, sind weibliche Befragte etwas weniger zufrieden. Auch wenn sich 22 Prozent von ihnen eher positiv äussern, nimmt doch der Grossteil nur eine mittlere Position ein, nahezu ein Drittel ist sogar kaum bzw. überhaupt nicht von den Leistungen des Gesundheitssystems überzeugt (vgl. Tabelle A9.1). Da es Frauen sind, welche die Gesundheitsangebote häufiger nutzen, scheint ein Defizit in der Qualität vorzuliegen. Offenbar sollte in Zukunft stärker beachtet werden, auf die Belange der Patienten und insbesondere der Patientinnen einzugehen. Das Verlangen nach Aufklärung über Krankheitsbilder, aber auch das Bedürfnis, mit den Problemen ernst genommen zu werden, sollten im Rahmen des Arzt- Patienten- Verhältnisses erfüllt werden.

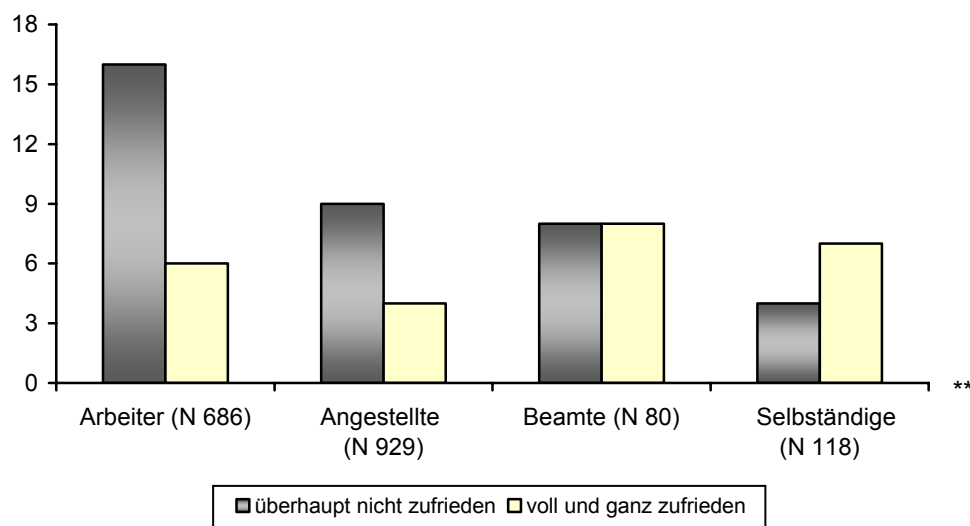
Weiterhin ist zu vermuten, dass die *familiäre* Situation Einfluss auf die Einschätzungen der Bevölkerung Sachsen- Anhalts ausübt. Dennoch ergeben sich hier nur geringe, wenngleich signifikante Abweichungen (vgl. Tabelle A9.1). Im Medianvergleich sind es die Verheirateten – und ihnen ähnlich – jene, die in Partnerschaft leben, welche eher mit den Leistungen des Gesundheitswesens in ihrer derzeitigen Form zufrieden sind. Eine differenziertere Betrachtung

tung zeigt eine gewisse Uneinigkeit in der Gruppe der geschiedenen und verwitweten Menschen. Während mehr als jeder Fünfte von ihnen durchaus und 8 Prozent sogar voll und ganz zufrieden sind, äussern sich 14 Prozent überhaupt nicht und weitere 20 Prozent kaum mit den gesundheitlichen Angeboten einverstanden.² Auch bei den ledigen Befragten und denen, die allein leben, ist die Zahl derer, die sich eher gegen das derzeitige Leistungsangebot im Gesundheitssystem aussprechen, grösser als die der zufriedenen Menschen. Allerdings unterliegt dies Alterseffekten, da eine Vielzahl der ledigen Personen den jüngeren Jahrgängen angehört und diese ohnehin weniger Zuspruch gegenüber den Gesundheitsleistungen äussert. Demgegenüber verteilen sich die verheirateten Bürger recht gleichmässig auf beide Seiten. Die überwiegende Verortung (48 Prozent) dieser Gruppe in der Antwortkategorie 3 zeugt allerdings von einer geringen Entscheidungsfreudigkeit, die sich ebenfalls im Antwortverhalten der ledigen Menschen widerspiegelt (44 Prozent).

Das Gesundheitssystem in Deutschland sieht für *Kinder* ein spezifisches Leistungsangebot vor, wie Vorsorgeuntersuchungen oder die Zuzahlungsbefreiung für Medikamente und Heilmittel. Es ist zu vermuten, dass Befragte mit Kindern die Leistungen anders beurteilen, da sie das Gesundheitswesen wegen der Kinder häufiger in Anspruch nehmen. Diese Hypothese kann teilweise bestätigt werden. Wer Kinder hat, zeigt sich im allgemeinen zufriedener als kinderlose Personen (vgl. Tabelle A9.1). Dies kann unter anderem daran liegen, dass minderjährige Kinder im Gesundheitssystem bevorzugt behandelt werden. Da aber viele Befragte keine minderjährigen Kinder mehr haben, scheinen auch ihre früheren Erfahrungen in die Bewertung einzufließen. Jedoch lässt diese Zufriedenheit Alters- und Geschlechtsdifferenzen erkennen. Unter den Älteren äussern sich diejenigen ohne Kinder zufriedener; unter den Frauen sind es wiederum die Mütter, welche von einer grösseren Zufriedenheit berichten. Das Urteil der jüngeren Befragten wie auch der Männer ist dagegen nicht von der Kinderzahl abhängig.

Abbildung 9.1

Die Beziehung zwischen der Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem und der beruflichen Stellung^a im Extremgruppenvergleich. Prozentverteilungen.



a Stellung im gegenwärtig oder zuletzt ausgeübten Beruf; ohne Sonstiges

**p ≤ 0.01 (Mediantest)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen-Anhalt 2003

Das *Bildungsniveau* sowie der *Berufsstatus* sind weitere wichtige Einflussfaktoren. Es zeigt sich, dass sich die Hochqualifizierten signifikant von den anderen Befragten abheben. Sie weisen insgesamt eine grössere Zufriedenheit auf als der Rest der Bevölkerung (vgl. Tabelle A9.2). Mehr als ein Drittel der Befragten mit Hochschulabschluss, aber nur höchstens ein

Viertel der anderen Personen in Sachsen- Anhalt, äussern sich positiv über die Angebotsleistungen. Auch bei Betrachtung der beruflichen Stellung kristallisieren sich in statistisch gehaltvollem Maße zwei Gruppen heraus. Sowohl die Beamten als auch die Selbständigen tendieren mit einem Median von 3,2 zu einer ausgeprägteren Zufriedenheit. In dieser Rangreihung folgen die Angestellten mit einem Wert von 3,0; die Arbeiter hingegen stellen die Gruppe dar, welche sich eher unzufrieden gibt. Betrachtet man die Extremkategorien, ergeben sich erhebliche Differenzen (vgl. Abbildung 9.1). Während 16 Prozent der Arbeiter und fast jeder zehnte Angestellte die Leistungen als völlig unzureichend beschreiben, sind es von den Beamten knapp 8 Prozent und bei den Selbständigen 4 Prozent. Ausschlaggebend für die recht hohe Akzeptanz seitens der Beamten und Selbständigen kann die Art der Versicherung sein. Diese Berufsgruppen sind in der Regel privat versichert und erhalten somit andere Leistungen als gesetzlich versicherte Personen. Dies bestätigt auch die Studie der Continentale Krankenversicherung. Darin zeigen sich privat Krankenversicherte erheblich zufriedener mit der Versorgung durch das Gesundheitswesen als die Referenzgruppe (vgl. Continentale Krankenversicherung 2003, S. 13).

Entscheidenden Einfluss nimmt die *eigene gesundheitliche Lage*. Je besser die Befragten ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand einschätzen, desto zufriedener sind sie auch mit dem Leistungsangebot (vgl. Tabelle A9.1). Fast jeder Dritte derjenigen, die sich momentan ausgezeichnet fühlen, aber nur 17 Prozent der Personen mit einem schlechten gesundheitlichen Zustand, berichten dies. Auch wer im letzten halben Jahr kaum oder gar nicht von körperlichen oder psychischen Beschwerden betroffen war, beurteilt die Leistungen des Gesundheitssystems positiver.

9.2 Alternativen im Gesundheitssystem

Im Zuge der Reformdiskussionen ist es unerlässlich, auch die einzelnen Wünsche und Vorstellungen der Bevölkerung einzubeziehen. In diesem Abschnitt wird betrachtet, ob die Befragten offen für Veränderungen im Gesundheitssystem sind, welchen Alternativen sie zustimmen und welche Möglichkeiten nicht akzeptiert werden. Zunächst erfolgt eine Analyse der vorgegebenen Optionen im einzelnen, aber auch in ihrer Summe. Danach wird das Beziehungsgeflecht zwischen den verschiedenen Aspekten eruiert. Abschliessend soll erfasst werden, inwieweit spezifische soziale Besonderheiten in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht, familialer sowie beruflicher Lage auftreten.

Alles in allem scheint die Bevölkerung Sachsen- Anhalts *Veränderungen im Gesundheitssystem* zu wünschen, 5 von 8 möglichen Vorschlägen stimmt sie zu (vgl. Tabelle 9.1). Insbesondere wenn es um die Struktur des Gesundheitswesens an sich geht, sehen sie die Notwendigkeit, zu handeln. So erreicht der Median bei der Aussage, die Ärzte sollten enger zusammenarbeiten, um Kosten zu sparen, mit 4,8 den höchsten Wert. 86 Prozent sind von diesem Vorschlag überzeugt. Ähnlich verhält es sich mit dem Aspekt der kostenlosen Mitversicherung von Familienangehörigen. Mehr als drei Viertel der Befragten begrüßen diesen Gedanken, lediglich jeder Zehnte stimmt nicht zu und etwa 12 Prozent können sich zu keiner eindeutigen Meinung entschliessen. Dieses Anliegen scheint jedoch nicht überall gleich stark ausgeprägt zu sein, wie eine Online- Befragung unter Versicherten der BIG- Direktkrankenkasse zeigt. Nahezu jeder Zweite spricht sich darin für eine Einschränkung der beitragsfreien Familienversicherung für kinderlose Ehepaare aus (vgl. BIG 2003).³ Der Wunsch nach Kostentransparenz beim Arztbesuch scheint – wie im weiteren eine Umfrage der Financial Times Deutschland bestätigt - in der Bevölkerung recht gross zu sein (vgl. Financial Times Deutschland 2003). Fast drei Viertel der Sachsen- Anhalter votieren dafür, Einblicke in Arztrechnungen zu erhalten. Auf einem etwas geringeren Niveau wird die Frage nach der finanziellen Unterstützung von Selbsthilfegruppen sowie der höheren Beitragszahlung von ungesund lebenden Versicherten beurteilt. Mit einem Median von 3,5 treffen beide Aspekte durchaus auf die Zustimmung der Bevölkerung. Allerdings ist die Zahl derjenigen, die beiden Empfehlungen nicht zustimmen wollten, grösser als bei den anderen Reformvorschlägen.

Ein Fünftel ist eher gegen eine finanzielle Unterstützung der Selbsthilfegruppen. Mehr als jeder Vierte spricht sich dezidiert dagegen aus, dass Versicherte, die ungesund leben, höhere Beiträge zahlen sollten.

Tabelle 9.1

Die Beurteilung von Veränderungen im Gesundheitswesen. Prozentverteilungen und Mediane (N 2090).

| | keine bis geringe Zustimmung ^a | teils/teils | Zustimmung ^b | Median |
|--|---|-------------|-------------------------|--------|
| engere Kooperation der Ärzte, um Kosten zu sparen | 5 | 9 | 86 | 4,8 |
| kostenlose Krankenversiche- rung von Familienangehörigen | 10 | 12 | 78 | 4,8 |
| Einblicke in Arztrechnungen für Patienten | 12 | 16 | 73 | 4,7 |
| finanzielle Unterstützung von Selbsthilfegruppen durch Kran- kenkassen | 20 | 30 | 50 | 3,5 |
| höhere Beiträge für ungesund lebende Versicherte | 27 | 24 | 49 | 3,5 |
| Bezahlung von Potenz- und Gewichtspräparaten durch Krankenkassen | 67 | 18 | 16 | 1,4 |
| höhere Beitragszahlung für häufig kranke Versicherte | 70 | 17 | 13 | 1,4 |
| eingeschränkte Arztwahl der Versicherten zur Kostenredu- zierung | 77 | 10 | 12 | 1,2 |

a Das Antwortformat ist fünfstufig skaliert; 1 „stimme überhaupt nicht zu“, 5 „stimme voll und ganz zu“; die Antwortkategorien 1 und 2 sind zusammengefasst

b Zusammenfassung der Antwortkategorien 4 und 5

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Allerdings wären die Befragten nicht mit allen Veränderungen einverstanden. Wenn es um eine höhere Beitragszahlung für häufig kranke Versicherte geht, ist die Zustimmung eher gering. 70 Prozent halten von diesem Vorschlag nicht sehr viel. Auch die Idee der Finanzierung von Potenzpräparaten oder Mitteln zum Abnehmen durch die Krankenkassen wird von den Sachsen- Anhaltern nicht geteilt. Zwei Drittel lehnen diesen Vorschlag ab; nur knapp 16 Prozent erachten ihn als wichtig. Dieser Befund bestätigt sich auch in einer Umfrage des Instituts für Demoskopie Allensbach im August 2003. Darin halten es nur 31 Prozent aller Befragten für zumutbar, rezeptfreie Arzneimittel nicht mehr von den Krankenkassen bezahlt zu bekommen (vgl. IFD 2003, S. 2). Noch problematischer verhält es sich mit der Option, Versicherte sollten nur noch zu bestimmten Ärzten gehen dürfen, um so Kosten im Gesundheitswesen einzusparen. Mit einem Median von 1,2 ist hier der geringste Wert innerhalb dieser Fragebatterie erreicht. Mehr als drei Viertel haben sich gegen diesen Reformvorschlag entschieden.

Die Betrachtung der strukturellen Beziehungen zwischen den Optionen untereinander ist hilfreich, um Argumentationsmuster aufzudecken (vgl. Tabelle A9.3).⁴ Das *Assoziations-
tableau* ermittelt keine klaren Polaritäten, das heisst, die Urteile der Befragten sind nicht von

strengen Entweder- Oder- Überlegungen gespeist. Die Zustimmung zu einer bestimmten Reformfacette impliziert weder zwingend die Befürwortung einer inhaltlich verwandten Vorstellung noch die klare Ablehnung einer konträren. Eine leichte Konnotation wird aber deutlich zwischen dem Aspekt der engeren Kooperation der Ärzte und der stärkeren finanziellen Transparenz für die Patienten (.27). Das bedeutet, dass die Befragten, je stärker sie eine grössere Zusammenarbeit der Ärzte wünschen, auch der Idee, Einblicke in Arztrechnungen zu erhalten, zustimmen und umgekehrt. In gleichem Maße assoziiert der Fakt der Kooperation auch mit dem Vorschlag, Selbsthilfegruppen von den Krankenkassen finanziell zu unterstützen (.27). Ein geringer, aber doch auffallender Zusammenhang besteht im weiteren zwischen der Finanzierung bestimmter Medikamente und der Unterstützung von Selbsthilfegruppen (.23). Daneben sind negative Beziehungen zwischen einigen Vorschlägen zu finden: Versicherte, welche die finanzielle Unterstützung von Selbsthilfegruppen befürworten, entscheiden sich eher gegen eine höhere Beitragszahlung für häufig kranke Menschen und umgekehrt (-.15). Wer sich aber für die Bezahlung von Optionalpräparaten ausspricht, lehnt einen höheren Versicherungsbeitrag für ungesund lebende Versicherte ab (-.13). Die anderen Möglichkeiten scheinen kaum miteinander verwoben zu sein.

Effekte der Alters- und Geschlechtszugehörigkeit

Die Bereitschaft, diesen Veränderungen zuzustimmen, ist von spezifischen regionalen und sozialen Faktoren abhängig. Das Meinungsbild gegenüber dem Gesundheitswesen scheint im Grossen und Ganzen *regional* ähnlich zu verlaufen. Deutliche Unterschiede sind im Hinblick auf das *Alter* der Befragten zu finden. Meist sind es die Jüngeren (18- 29 Jahre), die den Reformvorschlägen am wenigsten zustimmen. In statistisch signifikanter Weise tritt insbesondere der Aspekt der höheren Beitragszahlung für ungesund lebende Versicherte hervor (vgl. Tabelle A9.4). Die 60 Jährigen oder älteren weisen die grösste Zustimmung auf – 58 Prozent begrüessen diesen Vorschlag. In den anderen Altersgruppen ist die Zahl wesentlich geringer. Ähnliche Differenzen sind hinsichtlich einer finanziellen Unterstützung von Selbsthilfegruppen zu erkennen. Wieder sind es die Älteren, welche diese Alternative zum grössten Teil befürworten. Fast jeder Zweite der über 59 Jährigen stimmt dieser Möglichkeit voll und ganz zu, der gleichen Ansicht sind aber nur 29 Prozent der Personen im Alter zwischen 18 und 29 Jahren. Diese Tendenzen spiegeln sich ebenso in einer kostenlosen Mitversicherung der Familienangehörigen sowie im Aspekt der engeren Kooperation der Ärzte zur Kosteneinsparung wider. Hier sind es abermals die jungen Befragten, welche sich, zwar nicht unzufrieden, aber doch weniger damit einverstanden äussern als diejenigen anderer Altersgruppen. Umgekehrt erweist sich das Meinungsbild hinsichtlich der Frage nach der höheren Beitragszahlung für häufig kranke Versicherte. Anders als in den vorher beschriebenen Aspekten stimmen Menschen über 59 Jahre am geringsten zu und es sind eher die Jüngeren, welche sich positiver zeigen. Die weiteren angebotenen Alternativen weisen hingegen keinen statistisch bedeutsamen Zusammenhang mit dem Alter auf.

Die Befunde zeigen desweiteren signifikante *geschlechtsspezifische* Differenzen (vgl. Tabelle A9.4). Insgesamt gesehen sind es die Frauen, die den angebotenen Veränderungen eher zustimmen. Am stärksten wird der Geschlechtsunterschied im Aspekt der finanziellen Unterstützung der Selbsthilfegruppen durch die Krankenkassen deutlich. Im Durchschnitt stehen die weiblichen Befragten diesem Vorschlag offener gegenüber als die Männer. Mehr als jede Zweite stimmt dem Wunsch zu, fast 39 Prozent von ihnen ist sogar sehr damit einverstanden. Bei den Männern sind insgesamt 43 Prozent bereit, in dieser Hinsicht Veränderungen einzugehen, davon 29 Prozent voll und ganz. Eine kostenlose Mitversicherung von Familienangehörigen scheinen sich ebenfalls die Frauen stärker zu wünschen als männliche Personen. Daneben werden auch hier Alterseffekte sichtbar. So stimmen die männlichen Befragten ab 44 Jahren beiden Aspekten stärker zu als ihre jüngeren Geschlechtsgenossen. Eine grössere Akzeptanz seitens der Männer ist hingegen in der höheren Beitragszahlung für ungesund lebende Versicherte sowie im Aspekt der eingeschränkten Arztwahl zu erkennen.

Die Bedeutung des familialen Hintergrunds

Die Haltung zu möglichen Veränderungen wird ebenso durch die *familiale* Situation beeinflusst. Tendenziell urteilen die verheirateten und geschiedenen bzw. verwitweten Befragten ähnlich, die Ansichten der Ledigen weichen – zum grossen Teil aufgrund des hohen Anteils junger Menschen in dieser Gruppe - meist etwas ab (vgl. Tabelle A9.5). Insbesondere die Idee, von ungesund lebenden Versicherten höhere Beiträge zu verlangen, weist diese Tendenz auf. Mehr als jeder dritte Verheiratete, Geschiedene oder Verwitwete stimmt diesem Aspekt voll und ganz zu, von den ledigen Personen ist es nur jede Vierte. Ausserdem ist in den Zwei- Personen- Haushalten die Akzeptanz am grössten. Ebenso erfährt die Forderung nach einer engeren Kooperation der Ärzte sowie der Vorschlag, Familienangehörige kostenlos mitzuversichern, wenn auch in geringerem Maße, von den verheirateten und geschiedenen/ verwitweten Befragten mehr Zustimmung als von den Ledigen. Mit steigender Haushaltsgrösse nimmt auch die Anerkennung gegenüber dem zuletzt erwähnten Aspekt zu. Einzig der Gedanke einer höheren Beitragszahlung für häufig kranke Versicherte zeigt eine etwas stärkere Zustimmung seitens der ledigen Personen Sachsen- Anhalts. Hier spielt ausserdem der *Partnerschaftsstatus* eine entscheidende Rolle. Befragte, die in Partnerschaft leben, weisen eine grössere Akzeptanz gegenüber der kostenlosen Versicherung von Familienangehörigen wie auch der höheren Beitragszahlung für ungesund lebende Menschen auf als Alleinlebende.

Neben dem Familienstand und dem Partnerschaftsstatus erweist sich die Zahl der *Kinder* als weiterer Einflussfaktor. In der summierenden Betrachtung ist zu erkennen, dass Personen mit Kindern den Reformvorschlägen deutlicher zustimmen als kinderlose Befragte (vgl. Tabelle A9.5). Im einzelnen bestätigt sich dieses Bild. Einzig der Alternative einer höheren Beitragszahlung für häufig kranke Versicherte stimmen eher kinderlose als andere Befragte zu. Wenn aber Kinder vorhanden sind, so wird dieser Aspekt eher von den Personen befürwortet, deren Kinder noch im Haushalt leben. Die weiteren Vorschläge lassen eine grössere Zustimmung seitens der Bevölkerung mit Kind(ern) erkennen. Daneben treten altersabhängige Unterschiede in der Gruppe der Befragten mit Kindern auf. Den Vorschlag der kostenlosen Versicherung von Familienangehörigen befürworten die jüngeren Eltern etwas häufiger, ungesund lebenden Versicherten höhere Beiträge zu berechnen, wird eher von den Älteren bevorzugt.

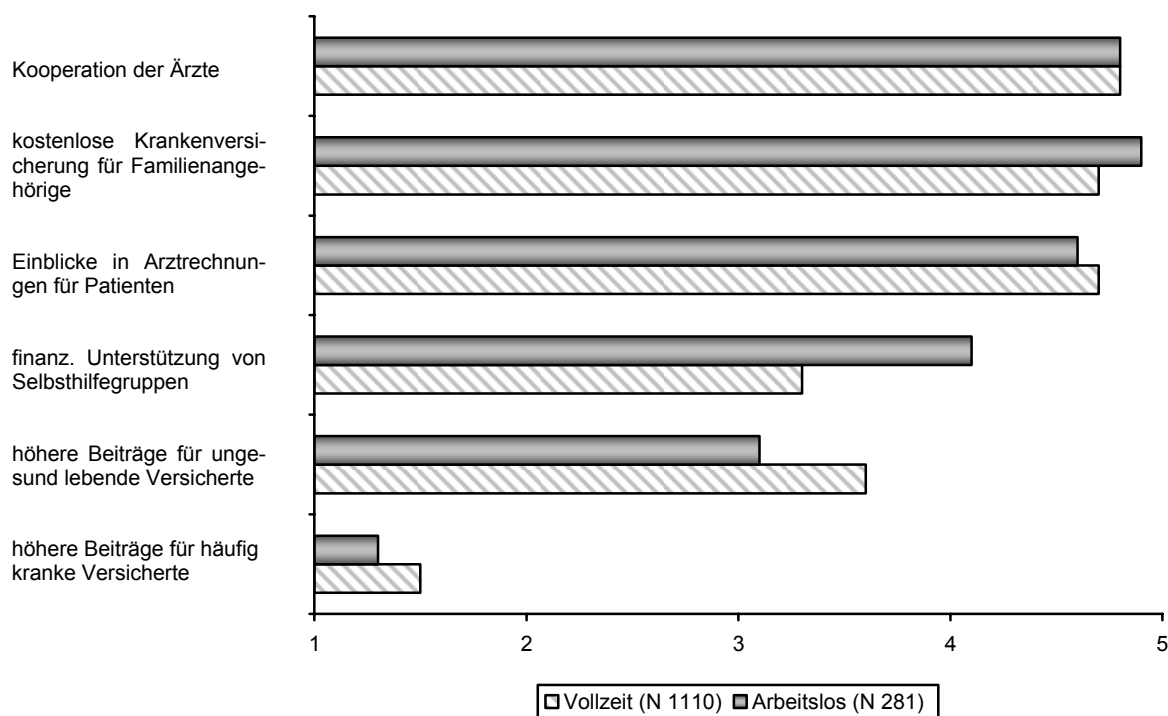
Die Relevanz von Bildungs-, Berufs- und Erwerbsstatus

Gerade weil die Gesundheit der Menschen in hohem Maße vom Bildungs- und Berufsstatus sowie der Beteiligung an der Arbeitswelt abhängig ist (vgl. Kapitel 6), sind entsprechende Differenzierungen in der Beurteilung des Gesundheitswesens zu erkennen. Diese werden unter anderem im Aspekt der finanziellen Unterstützung der Selbsthilfegruppen durch die Krankenkassen deutlich. Je niedriger der *Bildungsabschluss* ist, desto eher ist hier eine Zustimmung zu sehen (vgl. Tabelle A9.4). Und auch die Vorschläge einer stärkeren Kooperation der Ärzte sowie der kostenlosen Krankenversicherung von Familienangehörigen wird von denjenigen mit einem niedrigeren Bildungsniveau eher befürwortet als von höher gebildeten Menschen. Grosse Differenzen zeigt ebenso die Anregung zu einer höheren Beitragszahlung für Versicherte, die ungesunde Verhaltensweisen an den Tag legen. Hier sind es aber die Befragten mit einem Hochschulabschluss, welche diesem Aspekt eher zustimmen. 62 Prozent von ihnen würden seiner Umsetzung durchaus beipflichten. Von den Personen mit einem anderen Bildungsabschluss ist es kaum jeder Zweite, der sich hier verortet. Die weiteren Vorschläge werden nur in geringem Maße unterschiedlich beurteilt.

Es reicht aber nicht aus, nur den Bildungsstatus zu betrachten. Auch die Art der *beruflichen Stellung* muss in diese Betrachtung einbezogen werden. Insgesamt stimmt die Gruppe der Arbeiter Innovationen am stärksten zu. Beamte hingegen scheinen Veränderungen am wenigsten für notwendig zu halten. Einzig der Vorschlag der höheren Beitragszahlung für unge-

sund lebende Versicherte wird von dieser Gruppe am meisten begrüsst (vgl. Tabelle A9.4). Fast jeder Zweite von ihnen stimmt dieser Idee voll und ganz zu, von den Selbständigen und Angestellten ist es etwa ein Drittel. Die Arbeiter dagegen scheinen diese Meinung nicht zu teilen. Zwar beurteilt von ihnen fast ein Drittel den Vorschlag als positiv; jedoch ist hier mit 21 Prozent auch die grösste Zahl an „Verweigerern“ zu finden. In den weiteren Reformvorschlägen zeigt sich die Tendenz, dass einerseits die Arbeiter und Angestellten, andererseits die Beamten und Selbständigen ähnlich urteilen. Die kostenlose Mitversicherung von Familienmitgliedern wie auch die finanzielle Unterstützung von Selbsthilfegruppen sind eher für die Arbeiter und Angestellte von Bedeutung, die Forderung nach einer besseren Transparenz der Arztrechnungen scheint dagegen von den Beamten und Selbständigen etwas stärker befürwortet zu werden.

Abbildung 9.2
Ausgewählte Reformvorschläge in signifikanter Abhängigkeit vom derzeitigen Erwerbsstatus^a im Extremgruppenvergleich. Mediane.^b



a Vollzeit inklusive ABM und Altersteilzeit

b Das Antwortformat ist fünfstufig skaliert; 1 „stimme überhaupt nicht zu“, 5 „stimme voll und ganz zu“

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$ (Mediantest)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Führt man diese Darstellung hinsichtlich des *Erwerbsstatus* fort, so zeigen sich teilweise erhebliche Unterschiede im Antwortverhalten der Befragten (Tabelle A9.4). In 5 von 8 Reformmöglichkeiten sind Divergenzen erkennbar. Die summierende Betrachtung zeigt, dass vor allem Menschen, die nicht (mehr) im Erwerbsleben stehen, Reformen wünschen. Dagegen scheinen vollberufstätige Personen insgesamt den geringsten Bedarf an Veränderungen zu sehen. Der Extremgruppenvergleich weist insbesondere in zwei Aspekten grosse Differenzen auf (vgl. Abbildung 9.2). Dem Wunsch, Selbsthilfegruppen finanziell zu unterstützen, schliessen sich 58 Prozent der arbeitslosen Befragten an - von den Personen mit einer Vollzeittätigkeit sind es nur 44 Prozent. Eine höhere Beitragszahlung für ungesund lebende Versicherte fordern dagegen eher vollberufstätige Menschen, während diejenigen ohne Arbeit diesem Reformvorschlag am wenigsten zustimmen.

Der Einfluss des eigenen Gesundheitsstatus'

In der Gesamtbetrachtung zeigen sich vor allem die Befragten den Reformvorschlägen offen gegenüber, deren gegenwärtiger *Gesundheitszustand*⁶ weniger gut oder schlecht ist (vgl. Tabelle A 9.4). Im einzelnen ist es einerseits der Aspekt der kostenlosen Familienversicherung, andererseits die Finanzierung von Selbsthilfegruppen durch die Krankenkassen, welche signifikant eine grössere Zustimmung seitens dieser Personen aufweisen. Im Gegensatz dazu nimmt die Forderung nach einer höheren Beitragszahlung für häufig kranke Versicherte mit sinkender gesundheitlicher Lage ab. Fast 20 Prozent der Personen mit einem ausgezeichneten, aber nicht einmal jeder Zehnte mit einem schlechten Befinden befürwortet diesen Vorschlag. Auch wer im letzten halben Jahr unter Beschwerden oder ernsthaften Erkrankungen gelitten hat, steht diesen Veränderungen im Gesundheitswesen positiver gegenüber als diejenigen ohne gesundheitliche Probleme.

Es kann weiterhin davon ausgegangen werden, dass *chronisch kranke und behinderte Menschen* die Leistungen des Gesundheitswesens häufiger in Anspruch nehmen als gesunde Personen. Deshalb sind sie in besonderem Maße von Veränderungen betroffen. Es zeigt sich aber, dass kaum signifikante Unterschiede auftreten. Einzig, und das scheint kaum verwunderlich, befürworten Befragte mit einer gesundheitlichen Schädigung die finanzielle Unterstützung von Selbsthilfegruppen durch die Krankenkassen häufiger als gesunde Menschen. Und weiterhin, ebenso verständlich, zeigt sich ihre noch geringere Zustimmung gegenüber der Idee, häufig kranken Menschen höhere Beitragszahlungen abzuverlangen. Mehr als drei Viertel der chronisch Kranken und Behinderten lehnen diesen Vorschlag eindeutig ab, von den gesunden Befragten sind es knapp zwei Drittel. Die weiteren Vorschläge lassen allerdings keine signifikanten Beziehungen zwischen behinderten und gesunden Befragten erkennen.

9.3 Das Beitrags- Leistungs- Dilemma

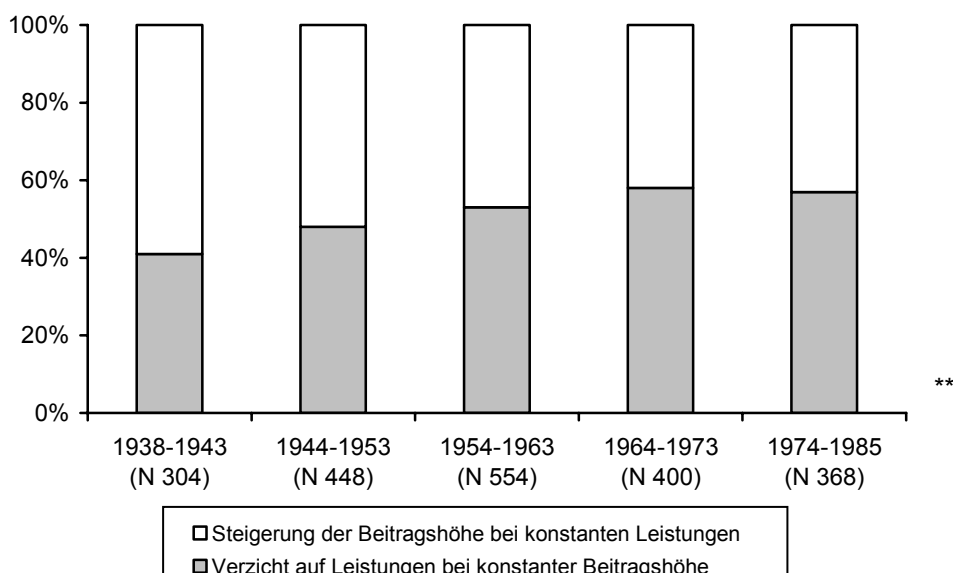
Viele Befragte wünschen sich also Veränderungen im Gesundheitswesen. Doch wie würden sie sich zwischen zwei Möglichkeiten zur Reduzierung des Finanzdefizits entscheiden? Wäre die Bevölkerung in Sachsen- Anhalt eher bereit ist, bei konstantem Beitrag auf Leistungen zu verzichten oder aber für das bestehende Angebot höhere Beiträge in Kauf zu nehmen? Dass sich diese Frage nicht so leicht beantworten lässt, zeigt die hohe Zahl derjenigen, die keine Angabe gemacht haben. Etwa 13 Prozent haben sich entweder gar nicht erst auf diese Frage eingelassen oder wollten bzw. konnten sich für keine der Möglichkeiten entscheiden. Das Meinungsbild derjenigen aber, die geantwortet haben, gestaltet sich eher ambivalent. 52 Prozent sprechen sich dafür aus, bei einem gleich bleibenden Beitrag auf Leistungen zu verzichten, etwas weniger würden bei konstanten Leistungen höhere Beiträge in Kauf nehmen. Diese Tendenz bestätigt sich auch in einer Umfrage der Financial Times Deutschland, in der mehr als jeder Zweite einen höheren Krankenkassenbeitrag ablehnt (vgl. Financial Times Deutschland 2003). Auch Ahlstick (1999) spricht von einer eher negativen Zahlungsbereitschaft für eine bessere medizinische Versorgung sowohl in Ost- als auch in Westdeutschland. Andererseits lässt die Continentale- Studie erkennen, dass die Sachsen- Anhalter vom Bundesdurchschnitt abweichen, denn in dieser Befragung ist ein Grossteil für eine Beitragserhöhung, 31 Prozent erachten Leistungsverkürzungen für die bessere Lösung und etwa jeder Vierte entscheidet sich für keinen der beiden Vorschläge (vgl. Continentale Krankenversicherung 2003, S. 28f).

Die hiesigen Befunde sind mithin gespalten und zudem nach sozialen Zugehörigkeiten der Befragten differenziert.⁶ Wiederum ist das *Alter* ein ausschlaggebender Faktor. Viele jüngere Befragte wären eher bereit, auf Leistungen zu verzichten, wenn dafür die Beiträge konstant blieben (vgl. Abbildung 9.3). Annähernd 60 Prozent der 18 bis 39 Jährigen entscheiden sich dafür. Die meisten älteren Menschen hingegen würden höhere Beiträge zahlen, um das Angebotsspektrum in seiner jetzigen Form zu erhalten. 52 Prozent der Befragten im Alter zwi-

schen 50 und 59 Jahren sowie 59 Prozent der 60 Jährigen oder älteren bevorzugen diese Möglichkeit. Solche Tendenzen werden auch in der Continentale- Studie bestätigt und sind dementsprechend nicht nur in Sachsen- Anhalt, sondern im gesamten Bundesgebiet zu finden (vgl. Continentale Versicherung 2003, S. 28f). Allerdings fließen hier Geschlechtereffekte ein. Vor allem (jüngere) Männer befürworten eher den Verzicht von Leistungen bei einer konstanten Beitragshöhe (vgl. Tabelle A9.6). Dies ist insofern nicht verwunderlich, da sie seltener einen Arzt aufsuchen und Vorsorgeuntersuchungen nutzen (vgl. Kapitel 5 sowie Brandes 2003; StBA 2002), demzufolge die Leistungen weniger häufig in Anspruch nehmen und der Verzicht auf einige dieser Angebote sie nicht in dem Maße betreffen würde wie es bei den Frauen der Fall ist. Mit steigendem Alter aber (ab 45 Jahre) gleichen sich die männlichen Befragten den Frauen an und verteilen sich zu je 50 Prozent auf eine der beiden Antwortvorgaben.

Abbildung 9.3

Der Zusammenhang zwischen dem Geburtsjahr und der Entscheidung zur Reduzierung des Finanzdefizits im Gesundheitswesen. Prozentverteilungen (N 2090).



**p ≤ 0.01 (Chi²- Test)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Im weiteren soll auch hier der *familiale* Hintergrund in die Betrachtung einbezogen werden. Ledige Befragte wie auch Menschen in Ein- Personen- Haushalten neigen tendenziell eher zu der Einstellung, bei konstantem Beitrag auf Leistungen zu verzichten (vgl. Tabelle A9.6). Etwa 60 Prozent von ihnen entscheiden sich für diese Möglichkeit. Diejenigen aber, welche verheiratet, geschieden oder verwitwet sind bzw. Personen, die in Mehrpersonenhaushalten leben, verteilen sich sehr gleichmäßig. Ähnlich den Befragten mit Kindern spricht sich jeweils etwa die Hälfte von ihnen für eine der beiden Varianten aus. Allerdings ist hinsichtlich der Kinderzahl ein Alterseffekt zu erkennen. So würden die jüngeren Befragten mit Kind eher einen Leistungsverzicht bevorzugen, die älteren dagegen eine Beitragserhöhung. Personen, die keine Kinder haben, tendieren zu der Entscheidung, bei gleich bleibender Beitragshöhe eine Angebotsreduktion zu tolerieren - insbesondere die Frauen neigen dazu.

Ferner ist anzunehmen, dass die Entscheidung zur Reduzierung des Finanzdefizits für eine der Möglichkeiten vom sozioökonomischen Status der Person abhängig ist. In Bezug auf den *Bildungs- sowie Erwerbsstatus* werden jedoch keine bedeutsamen Zusammenhänge ersichtlich. Signifikante Unterschiede treten dagegen auf, wenn man die Betrachtung der *beruflichen Stellung* hinzuzieht. Arbeiter und Selbständige antworten ähnlich, 57 Prozent würden

einen konstanten Beitrag vorziehen und dafür auf einige Leistungen verzichten (vgl. Tabelle A9.6). Fast zwei Drittel der Beamten aber möchten nicht auf das Leistungsangebot verzichten und würden dafür höhere Beiträge zahlen. Die Angestellten wiederum sind eher unentschieden. Je 50 Prozent würden sich für die erste, die andere Hälfte für die zweite Variante entscheiden. Auch der *eigene Gesundheitsstatus* beeinflusst diese Entscheidung (vgl. Tabelle A9.6). Personen mit einem eher schlechten gegenwärtigen Befinden, wie auch Befragte, die aufgrund ernsthafter Erkrankungen in ärztlicher Behandlung sind oder waren, würden für die Erhaltung der Leistungen höhere Beiträge tolerieren. Die Mehrheit derjenigen mit einem guten bzw. ausgezeichneten Gesundheitszustand sowie Personen, die nicht unter schwerwiegenden Krankheiten leiden bzw. litten, tendieren hingegen zu einem Leistungsverzicht. Desweiteren wird ein Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit den Leistungen im Gesundheitswesen und der Bereitschaft zu Veränderungen deutlich. Sind die Befragten in Sachsen-Anhalt mit dem Gesundheitssystem zufrieden, möchten sie auch das derzeitige Leistungsangebot erhalten und sind eher bereit, dafür höhere Beiträge zu zahlen sowie weitere Veränderungen einzugehen. Aber auch, wer überhaupt nicht zufrieden ist, verlangt, noch stärker als die anderen, Neuerungen im Gesundheitswesen.

9.4 Fazit

Die Unzufriedenheit mit dem Gesundheitswesen und der Wunsch nach Reformen kommen in der jetzigen Diskussion deutlich zum Ausdruck. Die Mehrheit der im vorliegenden Bevölkerungssurvey Befragten äussert nur eine mittlere Zustimmung gegenüber den Leistungen und Strukturen des Gesundheitssystems. Hier ist es wichtig, zu fragen, in welchen Bereichen sich diese Haltung zeigt und wo Probleme auftreten. Die Befragten stehen manchen Reformen im Grossen und Ganzen positiv gegenüber. Vor allem sehen sie Handlungsbedarf bezüglich der Struktur des Gesundheitswesens, aber auch des Leistungsangebots. Die Bereitschaft, das Finanzdefizit des Gesundheitswesens zu reduzieren, stösst allerdings bei vielen auf Ablehnung. Wenn sich aber die Menschen entscheiden müssten, fällt das Meinungsbild kontrovers aus. So würde die knappe Mehrheit eher in Kauf nehmen, den Beitrag konstant zu halten und dafür das Leistungsangebot zu verkleinern. Es scheint, dass die kontinuierliche Beitragserhöhung der letzten Jahre diese Versicherten irritiert hat. Etwa gleich viele Befragte tendieren zur gegenteiligen Überzeugung. Sie würden für die Beibehaltung des jetzigen Angebots mehr Beiträge bezahlen. Diese kontroversen Positionen sowie die Tatsache, dass ein aussergewöhnlich hoher Anteil sich nicht entscheiden mag, sollten in die gegenwärtige Diskussion einfließen. Dies gilt auch für die regionalen Differenzierungen, denen zufolge die ländlichen Gebiete etwas unzufriedener mit den Angeboten sind.

Gleichwohl wissen insbesondere die älteren Menschen die Vorzüge des Gesundheitssystems zu schätzen. Diese Zufriedenheit scheint sich im weiteren darin zu bestätigen, dass ältere Befragte eher die Möglichkeit wählen würden, höhere Versicherungsbeiträge zu zahlen, um das Gesundheitsangebot in seiner jetzigen Form zu erhalten. Trotzdem, und dies ist erstaunlich, sind es meist die Älteren, die für Veränderungen plädieren. Diese gelten zuvorderst für eine höhere Beitragszahlung ungesund lebender Personen sowie die finanzielle Unterstützung von Selbsthilfegruppen. Dies kann durchaus mit den Erfahrungswerten zusammenhängen, die die Betroffenen gesammelt haben. Von dieser Position aus stehen sie auch Änderungen im Gesundheitssystem mehrheitlich nicht ablehnend gegenüber.

Die Betrachtung der familialen Lage zeigt eine grössere Zufriedenheit seitens der verheirateten und in Partnerschaft gebundenen Befragten wie auch derjenigen mit Kindern. Offenbar bewirkt eine feste Partnerschaft positive Effekte auf Gesundheit und Wohlbefinden (vgl. Busch/ Nave- Herz 1996), welche sich auch in einer Zufriedenheit mit dem Gesundheitswesen äussern kann. Weiterhin sind viele der verheirateten Personen höheren Alters und diese äussern sich insgesamt zufriedener als die Jüngeren. Und es bestätigt sich wieder: Wer zufriedener ist, stimmt den Reformvorschlägen insgesamt stärker zu als die Unzufriedeneren. Weiterhin sprechen insbesondere Beamte und Selbständige von einer Zufriedenheit mit dem

Gesundheitswesen. Ein Grund dafür kann in der Art der Versicherung liegen. Beide Berufsgruppen sind privat versichert und genießen somit mehr Vorteile als gesetzlich Versicherte. Dies zeigt sich auch in den Reformvorschlägen. Hier urteilen die Beamten und Selbständigen in vielen Aspekten ähnlich. Anders sieht es aus, wenn es um die Reduzierung des Finanzdefizits geht. Die Beamten weisen sehr deutlich die Bereitschaft auf, höhere Versicherungsbeiträge zu zahlen und dafür das derzeitige Leistungsangebot, mit dem sie sich ja durchaus zufrieden äussern, zu erhalten.

Zudem ist der Gesundheitsstatus maßgeblich für die Einstellungen der Befragten. Personen mit einer guten gesundheitlichen Verfassung sind zufriedener, sie würden auf Leistungen verzichten, um Kosten zu senken und sehen Reformen als weniger wichtig an. Wer aber ein schlechtes Befinden aufweist bzw. in letzter Zeit unter schweren Erkrankungen litt - und dadurch häufiger die Angebote im Gesundheitswesen nutzt(e) - ist weniger mit den Leistungen einverstanden und verlangt dementsprechend Veränderungen. Ausserdem wären diese mehrheitlich bereit, höhere Beiträge zu zahlen, um das jetzige Leistungsspektrum des Gesundheitssystems zu erhalten.

10 Zusammenfassung und Bilanz

Der hier vorgelegte Fünfte Gesundheitsbericht des Landes Sachsen- Anhalt wählt einen relativ breiten Ansatz. Er zielt darauf, Indikatoren des klassischen Sozialreports mit jenen der Gesundheitsberichterstattung zu verbinden. Dies erlaubt, die Verflochtenheit von Gesundheit und Krankheit mit der Lebenswelt wie der sozialen und individuellen Lage der Menschen umfassend zu rekonstruieren und die Bedeutung von verschiedenen Einflussgrößen zu würdigen. Während der vorgängige Bericht verfügbare statistische Informationen gebündelt und interpretiert hat, stehen nunmehr die subjektiven Einschätzungen und Stellungnahmen der Bevölkerung im Vordergrund der Betrachtung. Sie wurden im Rahmen einer repräsentativen Befragung im Frühsommer 2003 eingeholt. Der theoretische und empirische Rahmen sowie die Befunde werden in insgesamt zehn Kapiteln präsentiert. Diesem Schlusskapitel ist es vorbehalten, den Ertrag der Studie in Kürze wiederzugeben und an einige, im vorigen Text entfaltete Anregungen für die Politik zu erinnern.

Empirische Ergebnisse sind immer auch vom Blick der Forschenden abhängig. Es kommt darauf an, welchem Ausschnitt sozialer Realität die Aufmerksamkeit gilt, welche theoretischen Konzepte und Operationalisierungen gewählt werden. *Kapitel 1* expliziert deshalb den Bezugsrahmen und die Ziele der Studie. Sie verortet sich in der langen Tradition der Surveyforschung, die auf der Grundlage von Befragungen Auskunft geben will über die Situation namhafter Bevölkerungsgruppen. Ausgehend von einer vielschichtigen, interdisziplinären Perspektive dient das „subjektive Gesundheitsbild“ als erkenntnisleitender Begriff, der überführt ist in die drei Indikatoren Wohlbefinden, Beschwerden und ernsthafte Erkrankungen. Arrondierend einbezogen sind Behinderungen, chronische Leiden sowie Berufs- und Erwerbsunfähigkeit. Als potenzielle Einflussgrößen sind diverse Aspekte des sozialen Hintergrunds, der sozialen Unterstützung und des Wohnens, der Belastungen und allgemeinen Lebenshaltungen, der gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen sowie der biografischen Erfahrungen definiert und in das operationale Modell der Untersuchung überführt worden. Zudem bestand die Gelegenheit, die Meinungen der Befragten zum gegenwärtigen Gesundheitswesen zu ergründen. *Kapitel 2* gibt Auskunft über die praktische Vorgehensweise der Untersuchung - Stichprobenziehung, Feldphase und Erhebungsinstrument. Ausgehend von einem mehrstufigen Samplingverfahren, das Quoten- und Zufallselemente kombiniert, wurden in fünf ausgewählten Regionen des Landes deutsche Erwachsene im Alter zwischen 18 und 65 Jahren mit einem geschlossenen, schriftlichen Fragebogen um Auskunft gebeten. 2090 Personen haben sich an der postalisch administrierten, anonymisierten Erhebung beteiligt. Der Rücklauf beträgt rund ein Drittel, die Zusammensetzung der Stichprobe entspricht weitgehend der Sozialstruktur der hiesigen Bevölkerung.

Die *Kapitel 3 und 4* befassen sich mit den sozialen und individuellen Rahmenbedingungen, in deren Kontext sich das gesundheitliche Geschehen vollzieht. Es wird deutlich, dass die Mehrheit der Befragten gut in das Berufs- und Familienleben integriert, zudem eingebunden in nachbarschaftliche und verwandtschaftliche Beziehungen und eine angenehme Wohnumgebung ist. Mit zunehmendem Alter verringern sich allerdings die sozialen Netzwerke; zugleich sind Pflegeleistungen für erkrankte Personen häufiger zu erbringen. Wenn es gelänge, Unterstützung für die – zumeist, aber nicht nur weiblichen - Hilfeleistenden zu organisieren, etwa durch den Ausbau der ambulanten Dienste, wäre Erleichterung zu erwarten. Gleichwohl erhöhen sich die subjektiv empfundenen, alltäglichen Belastungen im Laufe der Jahre nicht. Ältere wie Jüngere teilen sich gleichermaßen einen Kranz von Sorgen, in dessen Mittelpunkt die Kosten im Gesundheitssektor, die unsichere Lage auf dem Arbeitsmarkt, die persönlichen Finanzen und die berufliche Tätigkeit stehen. Dennoch überwiegt die Überzeugung, das Dasein durch eigenes Wollen beeinflussen zu können. Die Mehrheit sieht das bisherige Leben positiv, zeigt sich gegenüber unterschiedlichen Lebensbereichen aufgeschlossen und blickt zuversichtlich in die Zukunft. Ältere Personen sind nicht unzufriedener. Wenn sie aber alleinstehend sind, steigt die Gefahr für Rückzugstendenzen, Unzufriedenheit und Pessimismus.

Innerhalb dieses Szenarios erweist sich die Lage von Angehörigen *unterer sozialer Schichten* als disparat. Sie verrichten zumeist harte körperliche Arbeit und tragen das höchste Risiko, erwerbslos zu werden. Vor allem die Männer unter ihnen leben häufiger allein und können in Notfällen seltener auf Hilfe durch andere hoffen. Hinzu tritt eine weniger befriedigende Wohnsituation. Dies wird verschärft durch eine Vielfalt von Sorgen und Belastungen, einem damit einhergehenden reduzierten Interesse an diversen Lebensbereichen und einer negativeren Bewertung des bisherigen wie des künftigen Lebens. Zweifelsohne findet hier auch die desolante Situation auf dem Arbeitsmarkt Niederschlag. Arbeitslos oder davon bedroht zu sein, erweist sich als negative Determinante des Alltags und der Sicht auf das eigene Dasein. Dennoch sind Personen identifizierbar, die trotz widriger Umstände den Mut nicht verlieren. Öffentlichkeit und Politik wären gut beraten, immer wieder auf das Vorhandensein solcher kraftvollen Orientierungen hinzuweisen und konkrete Beispiele dafür zu präsentieren. Ein weiterer Ansatzpunkt könnten die unter den Befragten verbreiteten Kontrollüberzeugungen sein, die auf Autonomie und eigene Kraft setzen. Hierin steckt ein Potenzial, das tragfähig ist, um Schicksalsschläge und ungünstige Gegebenheiten zu bewältigen. Auf der praktischen Ebene würden Menschen mit geringer formaler Bildung, Arbeiter und Arbeitslose von kostengünstigen Angeboten profitieren, die ihnen die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ermöglichen. Zu denken wäre an die Bereiche Sport und Bewegung, aber auch an gesellige Veranstaltungen. Zudem wären preisgünstige Angebote im Wohnungssektor hilfreich.

Gesundheitsnahe Erfahrungen und Verhaltensweisen stehen in *Kapitel 5* zur Diskussion. Erfreulicherweise mussten sich im Laufe des zurückliegenden Jahres nur Minderheiten stationär in ein Krankenhaus begeben, unter ihnen sind Arbeiter und Arbeitslose überdurchschnittlich oft vertreten. In der privaten Sphäre sind nur wenige Menschen bei der Verrichtung alltäglicher Arbeiten eingeschränkt. Wenn Beschwerden oder Krankheiten auftreten, steht der – vor allem von Frauen favorisierte - Griff zur Hausapotheke im Vordergrund. Daneben wird der ambulante Bereich in der Regel mehrmals im Jahr, und aus der Sicht der Befragten notwendigerweise, frequentiert – Zahnarzt, Haus- und Facharzt sind die wichtigsten Ansprechpartner. In den Praxen finden sich Menschen mit geringem formalem Bildungsabschluss öfter als andere ein; ein Klientel mithin, das sich durch ein starkes Bedürfnis nach Information und Aufklärung auszeichnet. Doch durchdringt die sehr hohe Wertigkeit, die die Befragten dem Lebensbereich Gesundheit und Wohlbefinden attestieren, nicht alle Verhaltensweisen. Jeder Vierte raucht täglich, Insonderheit die Arbeiter. Der gelegentliche Konsum von Alkohol ist verbreitet, körperliche Bewegung eher seltener. Motorisch am aktivsten sind die Landbevölkerung, ältere Menschen sowie Angehörige unterer sozialer Schichten. Gartenarbeit, Fusswege und Radfahren spielen dabei eine wesentliche Rolle. Vorsorgeuntersuchungen sowie Präventions- und Informationsangebote schliesslich, werden, mit Ausnahme

der zahnärztlichen Kontrolle, ebenfalls eher reserviert wahrgenommen; von Männern weit weniger als von Frauen.

Die sich hinter den Befunden verbergenden Differenzierungen, lassen vor allgemeinen Appellen an das Gesundheitsbewusstsein und vor pauschalen Aufklärungsbroschüren über Gefährdungen und Risiken warnen. Notwendig erscheinen stattdessen zielgruppenorientierte Initiativen. So sollten Hinweise auf die Schädlichkeit des Rauchens Männer aller Altersgruppen erreichen, bevorzugt aber die jüngeren Jahrgänge. Ein besonderes Augenmerk sollte zudem den jungen Frauen gelten, die inzwischen auch in Sachsen- Anhalt mit den männlichen Altersgenossen mithalten. Arbeiter wären etwa über betriebliche Initiativen ebenfalls einzubeziehen. Von Änderungen im Alkoholkonsum müssten Angehörige der oberen Sozial-schichten überzeugt werden. Das Werben um körperliche Betätigung scheint bei der heranwachsenden Generation sowie den Akademikern geboten. Der Nutzen von Präventions- und Informationsangeboten schliesslich, ist in erster Linie den männlichen Bewohnern des Landes nahe zu bringen.

Kapitel 6 rückt das subjektive Gesundheitsbild der Befragten und dessen Determinanten in das Zentrum. Auf den ersten Blick sind die empirischen Ergebnisse erfreulich: Drei Viertel der Befragten äussern explizit ihr *Wohlbefinden*. Dies schliesst hin und wieder auftretende *Beschwerden* keineswegs aus. Fast alle wissen von solchen zu berichten - Rückenschmerzen und Müdigkeit, Kopfweg und gedrückte Stimmung führen den Reigen an. Hinzu treten Konzentrationsschwierigkeiten und Schlafprobleme. Vergleichsweise wenig wird von Magen- oder Zahnschmerzen berichtet. Doch stehen alle Aspekte miteinander in Beziehung – eine Unpässlichkeit zieht weitere, somatische wie psychische, nach sich. Ernsthafte *Erkrankungen* aber liegen deutlich seltener vor. Leiden des Bewegungsapparates stehen im Vordergrund, gefolgt von schweren Problemen bei Herz und Kreislauf, der Haut sowie Allergien. Nur Minderheiten sind mit unfallbedingten Verletzungen, nervösen Störungen, Leiden des Atmungs- und Verdauungssystems konfrontiert. Diabetes, Krankheiten des Immunsystems, Krebs schliesslich, gehören nur für ganz wenige zum eigenen Erfahrungshorizont. Auf den zweiten Blick aber wird deutlich, dass der Gesundheitsstatus in Sachsen- Anhalt unterhalb des bundesdeutschen Niveaus verbleibt. Zudem schätzen namhafte Minderheiten die individuelle Gesundheit keineswegs zufriedenstellend ein. Und nicht zuletzt sind die sozialen Gruppen in unterschiedlicher Weise von Unwohlsein, Beschwerden und Krankheiten betroffen. Die Gesundheitspolitik wird also weiterhin gefordert sein. Wiederum sollte es darum gehen, Empfehlungen und praktische Maßnahmen möglichst zielgenau zu entwickeln. Hierzu bedarf es jedoch der Kenntnis jener Determinanten, die in besonderer Weise das Geschehen beeinflussen. Doch ist die Matrix dieser einzelnen Beziehungen überaus facettenreich, die These bestätigend, dass Gesundheit und Krankheit auf vielschichtige Weise mit diversen sozialen und individuellen Determinanten verwoben sind. Deshalb sind die bivariat ermittelten Verflechtungen mit Hilfe regressionsanalytischer Verfahren *simultan* getestet und in Pfadmodelle überführt worden. Dabei zeigen sich je unterschiedliche Korrelationen und Verweisungszusammenhänge, in Abhängigkeit davon, welcher der drei Indikatoren in den Mittelpunkt gerückt wird:

- Bezüglich des *Wohlbefindens* erweist es sich am angemessensten, von vier eigenständigen Wirkfaktoren auszugehen – körperliche Beeinträchtigungen bei alltäglichen Verrichtungen, Lebensalter, Zufriedenheit und Belastungen. Je älter die Menschen sind, desto ungünstiger bilanzieren sie ihren Zustand. Desweiteren sind Unzufriedenheit sowie allgemeine Sorgen dem gesundheitlichen Befinden abträglich. Zugleich sind diese Determinanten gespeist von vorgelagerten Einflüssen. So interessieren sich Ältere häufiger für präventive Maßnahmen, haben eher körperliche Handicaps, die den Alltag erschweren. Auch hierüber vermittelt färbt sich das gesundheitliche Gefühl negativ. Doch wirken die körperlichen Beeinträchtigungen auch unabhängig vom Alter; im Gesamtgefüge kommt ihnen der stärkste Effekt zu. Dem Einfluss der Belastungen unterliegen ebenfalls implizite Strömungen. Sie kovariieren mit dem Erwerbs- und Bildungsstatus und diese miteinander. Arbeitslose gehö-

ren eher der unteren Bildungsschicht an; beide Gruppen sind zugleich mit relativ grossen Alltagsorgen konfrontiert, die ihrerseits den salutogenen Status beeinträchtigen.

- Für die Erklärung der *Beschwerdehäufigkeit* enthält jenes Modell die höchste Erklärungskraft, das ebenfalls vier unabhängige Determinanten einführt – körperliche Beeinträchtigungen bei Alltagsverrichtungen, Zufriedenheit, Belastungen und Geschlecht. Je mehr sich die Befragten im Alltag behindert fühlen, desto ausgeprägter wird von Beschwerden berichtet; neuerlich zeitigt diese Variable den stärksten Effekt. Dies ist indirekt beeinflusst von einem wachen Vorsorge- und Informationsverhalten sowie der häufigen Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Auf unmittelbare Weise vermindert wiederum eine hohe Lebenszufriedenheit die Unpässlichkeiten; Belastungen und Sorgen verstärken sie. Und nicht zuletzt erweist sich die Zugehörigkeit zum weiblichen Geschlecht als wichtiger Prädiktor, anhand dessen sich das Auftreten von Beschwerden vorhersagen lässt. Das heisst, Frauen neigen zu Beschwerden, sie sind aber nicht kränker als Männer, auch bilanzieren sie ihr Wohlbefinden nicht negativer.

- Während das Geburtsjahr kein signifikanter Prädiktor für Beschwerden ist, kommt ihm hinsichtlich der ernsthaften *Erkrankungen* ausschlaggebende Bedeutung zu. Den Lebensjahren erwächst eine herausragende Erklärungskraft für das Vorliegen von schweren Leiden. Je älter die Befragten sind, desto wahrscheinlicher sind sie aktuell mit Krankheiten konfrontiert oder haben solche früher durchgestanden. Werden die Variablen Beeinträchtigungen, die die Alltagsbewältigung erschweren und Vorsorge- und Informationsverhalten als dem Alter vorgeschaltet in das Modell einbezogen, kumulieren sich die Effekte. Zugleich sind körperliche Beeinträchtigungen an sich ebenso wie Sorgen und Belastungen eigenständige Einflussquellen. Der Lebenszufriedenheit kommt kein Effekt zu. Innerhalb dieses Modells hat der Bildungsstand ebenfalls nur geringe Wirkung, die Geschlechtszugehörigkeit spielt keine Rolle.

Gemeinsam ist den drei Indikatoren des subjektiven Gesundheitsbildes der Stellenwert, den körperliche Einschränkungen sowie Sorgen und Belastungen als direkte Wirkfaktoren einnehmen. Gelänge es, diesen – nicht nur älteren - Menschen alltagstaugliche Hilfen und Erleichterungen anzubieten, würde dies zur Verbesserung des Gesamtzustandes beitragen. Weitere Adressaten wären jene, die von Sorgen und Unzufriedenheit geplagt sind, unter ihnen die Angehörigen unterprivilegierter Schichten. Wenn es möglich wäre, ihre Lebensbedingungen zu verbessern und Zukunftsperspektiven aufzuzeigen, wäre dies ein wesentlicher gesundheitspolitischer Beitrag, den zu leisten freilich nicht Aufgabe der ministeriellen Ressorts ist. Bezüglich des Wohlbefindens und der ernsthaften Erkrankungen, ist das Alter eine wichtige, zusätzliche Determinante. Angesichts der Bevölkerungsentwicklung, die eine Stärkung des Anteils älterer Menschen prognostiziert, wird diese soziale Gruppe der kontinuierlichen Beachtung bedürfen. Es gilt, das unter ihnen verbreitete Gesundheitsbewusstsein, das Interesse an Vorsorge und Information als positiven Resonanzboden zu nutzen. Frauen indes, sind lediglich bei den Beschwerden überdurchschnittlich betroffen. Sie greifen in der Regel zur Hausapotheke, dies mag den in anderen Studien gefundenen Medikamentenkonsum erklären. Zugleich aber indiziert dies eine Laienkompetenz, die auch den Familienmitgliedern zugute kommt.

Es bleibt zu fragen, inwieweit andere, gerade im politischen Raum vieldiskutierte Einflüsse obsolet geworden sind. Ist es gleichgültig, ob die Menschen sozial integriert sind und in welchem Umfeld sie wohnen? Haben sogenannte riskante Verhaltensweisen wie Rauchen, Alkoholtrinken, Bewegung an Relevanz verloren? In der Einzelbetrachtung hat sich die Eingebundenheit in Familie und soziale Netzwerke als durchaus gesundheitsförderlich erwiesen. Es ist aber auch deutlich geworden, wie sehr dieses von Alterseffekten unterlegt ist: In allen drei Indikatoren des subjektiven Gesundheitsbildes stellen sich junge Leute erheblich günstiger dar als ältere. Zugleich können sie auf ein breiteres Unterstützungssystem zurückgreifen und müssen selbst selten Hilfe für andere leisten. Zwar berichten sie am ehesten von Unbehagen im Wohnbereich, doch ist dies nur bei Minderheiten der Fall. In simultaner Betrachtung

tung der diversen Einflussquellen ist deshalb das Geburtsjahr ausschlaggebend. Dies schliesst nicht aus, dass sich die Politik den Sondergruppen annimmt, etwa jenen speziell Belasteten, die sowohl Angehörige pflegen als auch Kinder im eigenen Haushalt betreuen. Zu denken wäre hier an den Einsatz von Familienhelferinnen sowie den Ausbau ambulanter Dienste. Paradoxe, gleichwohl ebenfalls von Alterseffekten durchwirkt, zeigen sich die Auswirkungen des allgemeinen Lebensstils. Raucher, Alkoholtrinker, Bewegungsarme sowie an präventiven Verhaltensweisen Desinteressierte fühlen sich gesünder – nicht unwohler, unpässlicher, kränker - als die Referenzgruppen. Und zugleich sind der Konsum von Zigaretten, körperliche Trägheit, Zurückhaltung gegenüber Vorsorgeangeboten charakteristisch für die nachwachsende Generation. Allgemeine Appelle an eine „vernünftigeren“ Lebensführung schon in jungen Jahren dürften allein deshalb verhallen, weil die Angesprochenen kaum unter Leidensdruck stehen und wenig Anlass haben, asketischer zu leben. Möglicherweise könnte es sich als sinnvoll erweisen, Gesundheitserziehung in der Schule unter einer Bildungsperspektive zu konzipieren, die die Orientierung an gesunden Lebensweisen als Ausdruck selbstbestimmter Persönlichkeit, als Teil von Geselligkeit, Kultur und Lebensqualität begreift.

Die Situation von behinderten und chronisch kranken Menschen ist Gegenstand von *Kapitel 7*. Ihr Anteil am Bevölkerungssurvey beträgt 28 Prozent; die Mehrheit ist weiblichen Geschlechts und im mittleren Lebensalter. Es mag nicht verwundern, dass diese Teilstichprobe ihr Wohlbefinden schlechter einschätzt als die anderen Befragten, ein höheres Beschwerde- und Krankheitsniveau aufweist und zudem in der Ausübung alltäglicher Verrichtungen stärker beeinträchtigt ist. Vielen Aktivitäten im Alltags-, Berufs- und Freizeitbereich kann nur reduziert nachgegangen werden, doch widmet sich die Hälfte der Betroffenen der wöchentlichen Gartenarbeit. Die Benachteiligungen spiegeln sich auch in den allgemeinen Sorgen. Sie werden deutlich stärker erlebt als von gesunden Personen; bedrückend sind die unmittelbar gesundheitsrelevanten Aspekte, aber auch die Sorge um den Arbeitsplatz sowie die persönliche Finanzlage. Behinderte und Chroniker sind häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen. Trotz dieser eher negativen Tönung blickt fast jeder Zweite mit Zufriedenheit auf das bisherige Leben und auch die Zukunft erscheint der Mehrheit günstig. Freilich täuscht das nicht darüber hinweg, dass diese Haltung bei den gesunden Befragten sehr viel verbreiteter ist. Bestrebungen auf arbeitsmarkt- und gesundheitspolitischer Ebene könnten sicher zu einer Verbesserung dieser Situation beitragen. Die Bereitstellung von Arbeitsplätzen speziell für die Betroffenen, aber auch Kostensenkungen im Gesundheitsbereich wären ein wichtiger Schritt.

Auch *Kapitel 8* widmet sich einer Sondergruppe, den nach 1958 geborenen Befragten nämlich, in deren Haushalt Minderjährige leben. Diese Teilgruppe wird mit Gleichaltrigen ohne oder mit bereits erwachsenen Kindern verglichen. Das Ziel ist es, gleichsam indirekt, erste Einblicke in den gesundheitsrelevanten Kontext Familie zu gewinnen. Die Daten zeichnen ein durchaus positives Bild. Zwar schätzen junge Familien – im Vergleich zu Kinderlosen – ihr Wohlbefinden etwas ungünstiger ein; Beschwerden bzw. ernsthafte Erkrankungen treten jedoch insgesamt nicht häufiger auf. Vorhandene Belastungen werden durch grössere Lebenszufriedenheit und Zukunftsoptimismus kompensiert. Mit dem Heranwachsen der Kinder verschlechtert sich die gesundheitliche Lage der Eltern etwas. Es treten Depressionen und Schlafstörungen häufiger auf. Möglicherweise machen sich die Befragten Sorgen um die Zukunft der Kinder, auch könnten Erziehungsprobleme mitschwingen. Insgesamt kommt der Gesundheit ein wichtiger Stellenwert zu. Familien legen verstärkten Wert auf gesundheitsförderliches Verhalten, auch wenn dies in der Regel nicht kontinuierlich realisiert wird. Sie informieren sich aber häufiger als Kinderlose und nehmen Vorsorgeuntersuchungen regelmäßiger wahr. In der Regel wird weniger Alkohol und Tabak verbraucht als in der Vergleichsgruppe, wobei in erster Linie die jungen Familien diese gefährdenden Verhaltensweisen meiden. Das familiäre Umfeld der Heranwachsenden präsentiert sich mithin als förderlicher Resonanzboden für die gesundheitliche Entwicklung. Allerdings wäre dieser Befund durch weitere Studien zu überprüfen, die insbesondere die Situation der Kinder in unterprivilegierten Sozialschichten in den Blick nehmen.

In *Kapitel 9* verändert sich die Perspektive. Auf dem Prüfstand steht das Gesundheitssystem in der Sicht der Befragten. Das Meinungsbild ist ambivalent. Hinter einer insgesamt mittleren Zufriedenheit mit den Leistungen stehen Gruppen, die sich reserviert geben – Menschen aus ländlichen Regionen, jüngeren Alters, weiblichen Geschlechts. Zuvorderst wird eine engere Kooperation der Ärzte gewünscht, um Kosten einzusparen sowie die Beibehaltung der kostenlosen Mitversicherung von Familienangehörigen. Ablehnend verhalten sich viele gegenüber dem Vorschlag nach einer eingeschränkten Arztwahl wie auch einer Beitragserhöhung für häufig kranke Menschen. Wenn sich die Bevölkerung zwischen einem Leistungsverzicht bei gleich bleibendem Versicherungsbeitrag zu entscheiden hätte oder einem konstanten Leistungsangebot bei höherer Beitragszahlung, würde sich die Waage zugunsten der ersten Variante neigen. Doch bleibt auch dieses zweischneidig. Denn ältere Menschen, Beamte sowie Personen mit einem schlechteren Gesundheitszustand wären zu höheren Beiträgen bereit. Junge, Ledige, Kinderlose sowie Gesunde indes würden lieber auf Leistungen verzichten als mehr Geld in die Versicherung einzuzahlen. Diese gespaltenen Ansichten sollten in der öffentlichen Diskussion unbedingt Beachtung finden. Die Politik sieht sich zwei Lagern gegenüber - wird man dem einen gerecht, fühlt sich das andere nicht verstanden und umgekehrt. Dieser schwierigen Situation könnte mit Wahlтарifen entgegnet werden. Vielleicht wäre ein Modell sinnvoll, welches grundlegende Leistungen enthält, aber zusätzlich ermöglicht, individuelle Angebote extra zu versichern.

Insgesamt war es die Absicht des Bevölkerungssurveys, im Fünften Gesundheitsbericht des Landes Sachsen- Anhalt ein möglichst detailreiches Bild von der gesundheitlichen Lage der Menschen zu zeichnen und dieses einzubetten in die sozialen und individuellen Rahmenbedingungen. Die Untersuchung zielte nicht auf medizinische Diagnosen und physiologische Messungen. Ihr Gegenstand war vielmehr die subjektive Erfahrung von Wohlbefinden, Beschwerden und Krankheiten. Zweifelsohne sind die Auskünfte der Befragten hierüber individuell getönt; sie enthalten Deutungen, auch in Abhängigkeit von persönlichen Maßstäben und biografischen Hintergründen. Dennoch sind sie keineswegs rein individualistisch. Sie sind immer auch Widerschein der sozialen Lage, der Alterskohorten, der Lebensstile und Handlungspraxen. Auch deshalb sollten die Angaben und Einschätzungen derer, die sich an der Erhebung beteiligt haben, ernst genommen werden. Es wäre wünschenswert, dass die hier präsentierten Ergebnisse auf Resonanz stießen und in die wissenschaftliche wie gesellschaftspolitische Diskussion über Wohlbefinden und Gesundheit in Sachsen- Anhalt, aber auch in anderen Bundesländern, einfließen.

Anmerkungen

Anmerkungen zu Kapitel 1

1 Das Forschungsprojekt hatte eine dreijährige Laufzeit und wurde geleitet von Prof. Dr. Barbara Dippelhofer- Stiem. Wir danken an dieser Stelle dem Ministerium für Soziales und Gesundheit des Landes Sachsen- Anhalt, insbesondere Herrn Dr. Gunkel, für die stets konstruktive Zusammenarbeit, für die vielfältige Unterstützung und Anregung.

2 Die Definition der WHO ist derart umfassend, dass es wohl schwerlich gelingen wird, sie im Rahmen einer einzelnen Studie empirisch abzubilden. Ihre Funktion liegt vielmehr in der Stimulierung von theoretischen Aufmerksamkeitsrichtungen.

3 Die im Modell suggerierten kausalen Ursache- Wirkungs- Zusammenhänge lassen sich in einer Querschnittsuntersuchung nicht verifizieren. Feststellen lässt sich aber die Stärke der vermuteten Beziehungen. Insofern hat das Modell eher heuristischen Charakter; zudem dient es der Strukturierung der Datenauswertung. Die zugrundeliegenden Anregungen aus der Literatur sowie die Hypothesen im einzelnen sind in den jeweiligen Kapiteln dieses Berichts expliziert.

4 Die Kapitel 1 bis 6 sowie 10 sind von Barbara Dippelhofer- Stiem verfasst worden, Kapitel 7 und 9 von Patricia Döll, Kapitel 8 von den Autorinnen gemeinsam. Georg Köhler war maßgeblich an der Stichprobenziehung und der Feldarbeit beteiligt sowie an ersten Vorarbeiten für die Kapitel 3 bis 5. Die studentischen Hilfskräfte Marcel Kabel und Jens Potter haben die Feldphase, die Dateneingabe und –kontrolle tatkräftig und zuverlässig unterstützt. Ihnen oblag zudem die technische Herstellung des vorliegenden Manuskripts. Darüber hinaus war Jens Potter beteiligt an der Auswertung der offenen Kategorien im Fragebogen.

5 Methodisch gesprochen werden die in den Kapiteln 3 bis 5 erörterten Merkmale in Kapitel 6 als unabhängige Variablen eingeführt und bivariat, teils multivariat, mit den abhängigen Variablen des subjektiven Gesundheitsbildes in Beziehung gesetzt. Abschnitt 6.6 dient der multivariaten, regressionsanalytischen Zusammenführung der bedeutendsten unabhängigen Variablen (jener Variablen also, die die grösste Varianzaufklärung bzw. Differenzierung zwischen den Medianwerten in den abhängigen Variablen erzeugten).

6 Um die Lesbarkeit des Berichts zu sichern, wird zum Teil nur die männliche Form von Begriffen (wie Arzt, Patient, der Erkrankte, etc.) benutzt. Aus gleichem Grunde sind Erörterungen, die methodische Details oder statistische Verfahren betreffen, in den Anmerkungen und nicht im Text niedergelegt.

Anmerkungen zu Kapitel 2

1 Die vor allem von kommerziellen Instituten praktizierte Alternative, Wahlkreise zum Ausgangspunkt zu nehmen, Samplingspoints zu bestimmen und Interviewer vor Ort zu positionieren (vgl. Hoffmeyer- Zlotnik 1995; Hessel et al. 1999; Margraf/ Poldrack 2000), wäre zu aufwändig und zu teuer gewesen, zumal am Institut für Soziologie kein geschulter Interviewerstab zur Verfügung steht. Zudem würde dieses Vorgehen dem Regionalansatz der Studie wie dem Ziel, eine – angesichts der intimen Thematik - völlig anonyme und schriftliche Erhebung durchzuführen weniger entsprechen. Nicht zuletzt wäre die explizite Absicht des Projekts, alle Phasen der Erhebung, der Dateneingabe und -auswertung in eigener Kontrolle und Verantwortung zu realisieren, auf diesem Wege nicht einlösbar gewesen.

2 Pro ausgewähltem Landkreis wurde eine den Gemeinden und Verwaltungsgemeinschaften (vgl. StLA 2003) entsprechende Anzahl von Losen gefertigt; und per Zufall wurden drei gezogen. Weil nicht sicher war, ob die jeweiligen Behörden zur Kooperation bereit sind, wurden "Ersatzkandidaten" bestimmt. Auf sie musste aber nicht zurückgegriffen werden. Die einbezogenen Verwaltungsgemeinschaften und Gemeinden bleiben aus Datenschutzgründen in diesem Bericht sowie bei allen anderen Auswertungen ungenannt. Sie sind auch nicht im Datensatz gespeichert. Die den Befragten zugesicherte Anonymität wird strengstens gewahrt; personenbezogene Auswertungen des Datensatzes sind nicht möglich. Sämtliches Adressenmaterial wurde nach Abschluss der Feldphase vernichtet.

3 An dieser Stelle ist den beteiligten Ämtern für ihre Unterstützung zu danken; der überwiegende Teil stellte zudem keine Kostenrechnung. Vor Beginn der Feldphase wurden der Landkreistag Sachsen- Anhalt, die ausgewählten Landkreise sowie der Datenschutzbeauftragte des Landes in Kenntnis gesetzt. Auch erfolgte eine Information an die einbezogenen Meldeämter seitens des Ministeriums für Gesundheit und Soziales.

4 Die Ausschöpfungsrate liegt im mittleren Bereich des für schriftliche Befragungen Erwartbaren. In der Studie zur Gesundheit von Frauen im mittleren Lebensalter (vgl. Hinze/ Adam/ Nörenberg 2003) konnte ein Rücklauf von insgesamt 44 Prozent erreicht werden. Dies gelang vor allem deshalb, weil telefonische und persönliche Kontaktaufnahmen mit den Probandinnen durch Projektmitarbeiterinnen in die „Mahnaktionen“ eingingen. Der Armutsbericht des Landes hingegen (vgl. Land Sachsen- Anhalt 2002), der hinsichtlich des Stichprobenumfangs der vorliegenden Erhebung vergleichbar ist, erreichte eine Ausschöpfungsrate von nur etwa 18 Prozent. Doch letztlich ist nicht die Höhe des Rücklaufs für die Güte der Befunde entscheidend, sondern die Frage, inwieweit es gelungen ist, systematische Verzerrungen möglichst gering zu halten (Schneekloth/ Leven 2003). Bezüglich der sozialstrukturellen Zusammensetzung der Nettostichprobe scheint dies weithin gelungen. Sie spiegelt im wesentlichen die Verteilungen innerhalb der Grundgesamtheit wider.

5 Der Anteil ausländischer Personen liegt in Sachsen- Anhalt unter 3 Prozent; ihr Anteil an der Grundgesamtheit ist somit vernachlässigbar.

6 Auf die Einführung von Gewichtungen der sozialen Gruppen innerhalb des Datensatzes wurde verzichtet.

7 Alle Prozentuierungen und andere Maßzahlen, die in den nachfolgenden Kapiteln präsentiert werden, stützen sich nur auf die tatsächlich vorhandenen Angaben. „Missing data“ sind also auspartialisiert. Von eigens erwähnten Ausnahmen abgesehen, schwankt der Anteil fehlender Angaben zumeist zwischen 1 und 3 Prozent; in nur wenigen Items übersteigen sie die 5- Prozent- Marke. Der besseren Übersicht wegen sind die Werte in den Tabellen und Grafiken gerundet. Die Antworten auf die offenen Kategorien im Fragebogen werden derzeit vercodet. Die von den Befragten gemachten Anmerkungen am Ende des Fragebogens sind Gegenstand einer Magisterarbeit (Potter 2005).

8 Ein weiteres Zeichen für das Interesse der Befragten sind die vielfältigen telefonischen und schriftlichen Nachfragen und zum Teil erschütternden Leidensschilderungen. Diese Reaktionen wurden allesamt von Mitgliedern der Forschungsgruppe beantwortet.

9 Längere Fragebatterien sind in Summenskalen zusammengefasst. Als Mindestkriterium für diese Transformation sind gleichgerichtete Assoziationen zwischen den Variablen - und dort, wo es das Skalenniveau zulässt, Faktorstrukturen - angesetzt worden. Die zentrale Tendenz einer Variable wird im Rahmen des vorliegenden Berichts zumeist anhand des Medians ausgedrückt, nicht zuletzt deshalb, weil die Fragebatterien in der Regel ordinalskaliert sind. Der Median gibt pro Item (bzw. Variable) an, an welcher Stelle der jeweiligen Antwortskala sich die (von den Befragten erzeugte) Verteilung halbiert. Die zentrale Tendenz der Summenskalen wird ebenfalls durch den Median erläutert.

10 Die bivariaten Analysen stützen sich auf den Medianvergleich der jeweiligen Teilstichproben und berichten signifikante Effekte auf der Basis des Mediantests (Lienert/ von Eye 1994). Dies wird angereichert durch Vergleiche von Prozentverteilungen, die Signifikanzen sind auf der gängigen Chi²-Basis ermittelt. T- Tests kommen bei Varianz- und regressionsanalytischen Verfahren zur Anwendung. Aus der Vielzahl der Assoziationsmaße wurde der Koeffizient M ausgewählt. Dieser versucht die Nachteile, die gängige Beziehungsmaße für ordinale Variablen aufweisen, zu minimieren. Anders als Tau überschreitet er die Grenzen von ± 1 nicht, und im Unterschied zu Gamma bildet er die tatsächliche Monotonie eines Zusammenhangs ab. Während Tau Zusammenhänge eher unter-, Gamma sie eher überschätzt, bietet M präzisere Lösungen (vgl. Schulze 1978). Allerdings werden Verknüpfungen, die keine interne Rangreihung zulassen („Ties“), nicht einbezogen. Zusammenhänge zwischen nominal skalierten Variablen werden anhand des Kontingenzmaßes Phi ausgedrückt. Bei (annähernden) Intervallskalierungen wird die Produkt- Moment- Korrelation r berechnet. Alle Auswertungen sind mit dem Statistikprogramm KOSTAS realisiert worden (Nagl/ Walter/ Staud 1986).

Anmerkungen zu Kapitel 3

1 Zur Bestimmung der sozialen Lage werden traditionellerweise die Indikatoren Bildung, berufliche Stellung und Einkommen herangezogen. Insbesondere die Angaben zur monetären Situation gelten als sensibel. Zudem korrelieren sie mit den beiden anderen Indikatoren. In der vorliegenden Studie wurde deshalb auf die Erfassung des Einkommens verzichtet.

2 Der Bildungsstatus wurde anhand des höchstqualifizierenden Abschlusses erhoben, der im allgemeinbildenden Schulsystem erworben wurde. Aus pragmatischen Gründen enthält die Skala ebenfalls Hochschul- und Universitätsexamina.

3 Als Kriterium für die dichotome Einteilung in jüngere und ältere Befragte dient die Altersverteilung in der Stichprobe selbst. Sie geschieht anhand des Geburtsjahres, an dem sich die Gesamtstichprobe in zwei gleich grosse Hälften teilt: Der Median liegt bei 1958,74. Personen, die vor 1959 geboren wurden, werden als „ältere“ bezeichnet, Personen, deren Geburtsjahr ab 1959 liegt, als „jüngere“. Sie waren zum Zeitpunkt der Erhebung zwischen 45 und 65 bzw. zwischen 18 und 44 Jahre alt. Für Feinalysen werden kleinere Altersgruppen gebildet.

4 Auch für die Messung des Berufsstatus' sind diverse Varianten erprobt (Hoffmeyer- Zlotnik/ Geis 2003). Hier erfolgte sie anhand der Grobkategorien Arbeiter, Angestellte, Beamte, Selbständige, Sonstiges. Innerhalb der Kategorien sind hierarchische Abstufungen vorgegeben, die die berufliche Stellung erfassen. Zudem wird zwischen öffentlichem Dienst und anderen Bereichen unterschieden. Personen, die im Ruhestand oder erwerbslos sind, waren aufgefordert, ihre zuletzt ausgeübte Tätigkeit darzulegen. Die leichten Abweichungen der Daten von den in Tabelle 2.1 präsentierten Werten ergeben sich aus der Einbeziehung der Kategorie „Sonstiges“, die in Tabelle 2.1 ausparialisiert wurde.

5 Die vorliegende Studie zielt darauf, die Lebenslage der Bevölkerung Sachsen- Anhalts nachzuzeichnen. Ein wichtiger Indikator dafür ist die Beteiligung am Erwerbsleben. Unterschieden wird zwischen Voll- und Teilzeittätigkeit, unabhängig davon, auf welcher Vertragsbasis dies geschieht (Zeitvertrag, ABM, Vorruhestandsregelungen). Dem gegenübergestellt sind Nicht- Erwerbstätige – das heisst, Arbeitslose, Hausfrauen, Personen, die im Ruhestand oder in Ausbildung sind.

Anmerkungen zu Kapitel 4

1 Die Fragebatterie enthält das Antwortformat „trifft nicht zu“. Dies geschah aus der strategischen Überlegung, dass die Items nicht unbedingt die aktuelle Situation bestimmter Gruppen abbilden. Beispielsweise können Rentner schwerlich über Belastungen wegen der aktuellen Berufstätigkeit berichten oder Alleinstehende über familiäre Probleme. Entsprechend haben zwischen 4 und 22 Prozent „trifft nicht zu“ gewählt. Die in Kapitel 4 präsentierten Belastungsprofile stützen sich nur auf jene, die inhaltlich Stellung bezogen haben.

2 Neben der Tendenz zur sozialen Erwünschtheit mag dieses Antwortverhalten auch in einer Verzerrung der Stichprobe gründen. Es ist anzunehmen, dass Personen, die sich besonders für das Gesundheitswesen interessieren, sich überdurchschnittlich häufig an der Erhebung beteiligt haben.

3 Es ist zu vermuten, dass sich diese Belastungen auch aus den persönlichen Erfahrungen mit der politischen Wende sowie den darauf folgenden Transformationsprozessen speisen (vgl. dazu Frommer 2002).

4 Dies ist das Ergebnis einer deskriptiven Konfigurationsfrequenzanalyse (KFA). Sie erlaubt es, individuelle Antwortmuster, also Verknüpfungen, die die Untersuchungseinheiten selbst vornehmen, im Datensatz zu ermitteln. Ihr besonderer Vorzug liegt darin, zur statistisch fundierten Typenbildung beizutragen (vgl. Krauth/ Lienert 1995). Allerdings beschränkt sich der vorliegende Bericht auf deskriptive Auswertungen.

5 Die theoretische Mitte der Summenskala liegt bei 24; der ermittelte Median erreicht den Wert 19,9. Das heisst, 50 Prozent der Befragten sind überhalb dieses Niveaus verortet.

6 Die Fragebatterie ist in diversen Surveys erprobt worden (vgl. StBA 2002; Mohler/ Bandilla 1992). Sie wurde in der vorliegenden Erhebung in modifizierter Form eingesetzt.

7 Die ausgeprägte Tendenz zur Zustimmung in nahezu allen Items und die damit einhergehende geringe Variabilität lässt eine systematische Analyse der Assoziationsmaße wenig sinnvoll erscheinen.

Anmerkungen zu Kapitel 5

1 Die dichotome Einteilung nach Geburtsjahr ergibt bezüglich der Eigenerfahrung keine signifikanten Unterschiede, bezüglich der Fremderfahrung zeigt sich ein eher umgekehrter Zusammenhang (vgl. Tabelle A5.1). Dies gründet vor allem in den niedrigen Werten der zwischen 1954- 1958 Geborenen.

2 Dennoch sind auch die wenig frequentierten Bereiche in die Summenskala aufgenommen worden. Auf sie wird aber im einzelnen nicht mehr eingegangen.

3 Die Fragebatterie enthält das Antwortformat „trifft nicht zu/ mache ich nicht“. Dies geschah aus der strategischen Überlegung, dass die Items nicht unbedingt die aktuelle Situation bestimmter Gruppen abbilden. Für die weiteren Analysen wurde diese Kategorie ausparialisiert.

4 Die herangezogenen Indikatoren sind wegen der seitenmäßigen Beschränkung des Instruments sowie der vermuteten Tendenz zur sozialen Erwünschtheit der Antworten relativ grob. Anders als etwa der Bundesgesundheitsurvey (RKI 1998) oder Kraus/ Augustin (2001) wurde nur nach der zeitlichen Häufigkeit des Konsums gefragt, nicht aber nach der konsumierten Menge von Rauchwaren oder alkoholischen Getränken.

5 Auch ist nicht auszuschliessen, dass Verzerrungen in der Stichprobe zu diesem etwas günstigeren Bild beitragen. So mag die Thematik des Bevölkerungssurveys Sachsen- Anhalt insbesondere gesundheitsbewusste Menschen, die auf Tabak und Alkohol verzichten, zur Teilnahme motiviert haben.

6 Eine zweifaktorielle, sequenzielle Varianzanalyse mit den Prädiktoren Alter (df 1, F= 105,9, p= 0.000) und Geschlecht (df 1, F= 6,7, p< 0.01) ergibt für den Faktor Alter eine Varianzaufklärung von 5 Prozent, für Geschlecht weitere 0,3 Prozent, für den Interaktionsterm (df 1, F= 5,2, p< 0.05) 0,2 Prozent.

7 Eine zweifaktorielle, sequenzielle Varianzanalyse mit den Prädiktoren Alter (df 1, F= 329, p= 0.000) und Geschlecht (df 1, F= 143, p= 0.000) ergibt jeweils hochsignifikante Effekte, mit einer Varianzaufklärung von 13 Prozent für Alter und weitere 6 Prozent für Geschlecht. Der Interaktionsterm (df 1, F= 16, p= 0.000) ist ebenfalls hochsignifikant, mit einer Varianzaufklärung von 1 Prozent.

8 Wenn die These von Bauch (1996) zutrifft, dass das Gesundheitssystem immer auch Aspekte von staatlicher Gängelung des Bürgers enthält, so mag die gewisse Zurückhaltung der Menschen in Fragen der Prävention auch Ausdruck von Widerständigkeit gegenüber diesem Trend sein. Sie kann zudem als Reserviertheit gegenüber den Versuchen gedeutet werden, die Verantwortlichkeit für Gesundheit und Krankheit zu „individualisieren“ (vgl. ebenfalls Bauch 1996).

Anmerkungen zu Kapitel 6

1 Technisch gesprochen werden die in den vorigen Kapiteln präsentierten Daten nunmehr als unabhängige Variablen eingeführt und im Hinblick auf ihre Beziehung zu den zentralen Indikatoren des subjektiven Gesundheitsstatus' überprüft. Noch einmal sei betont, dass Aussagen über Ursache und Wirkung auf diesem Wege weder möglich noch intendiert sind. Vielmehr geht es um das Herausarbeiten von Kovariationen unterschiedlicher Stärke.

2 Der Indikator Wohlbefinden wird mittel eines Items gemessen, das die Befragten auffordert, den gegenwärtigen Gesundheitszustand bilanzierend zu beschreiben; das Antwortformat ist vierstufig.

Der Indikator Beschwerden ist operationalisiert in 8 Items, mit je fünfstufigem Antwortformat, das jeweils die Häufigkeit des Auftretens innerhalb des letzten halben Jahres erfasst. Der Indikator ernsthafte Erkrankungen orientiert sich zum Teil an den ICD- 10- Klassifikationen (DIMI 2004). Er beinhaltet 11 Items; die Befragten sind gebeten, jeweils anzugeben, inwieweit sie deswegen nie, aktuell, im letzten halben Jahr oder früher in ärztlicher Behandlung waren. Da sowohl die Liste der Beschwerden als auch die der Erkrankungen keineswegs vollständig ist, wurden sie ergänzt um die offene Kategorie „Sonstiges“. Für die Fragebatterien Beschwerden und Erkrankungen wurden jeweils einfache Summenskalen generiert; die Anmerkungen in den Tabellen geben hierüber Aufschluss. Die Summenskalen sind ein formales Maß und zeigen das Niveau oder die Gesamthäufigkeit an, ohne inhaltlichen Aufschluss über die Gewichtung der einzelnen Aspekte zu geben. Im Text werden sie in der Regel mit den inhaltlichen Implikationen, die sich aus den Verteilungen der einzelnen Variablen ergeben, ange-reichert.

3 Dies entspricht dem Prozentanteil der Kategorie 8 der Summenskala „Beschwerden“.

4 Die Liste der im Fragebogen vorgegebenen Beschwerden schliesst mit der offenen Kategorie „Sonstiges“. 149 Befragte (7 Prozent) haben die Gelegenheit genutzt, weitere Ausführungen zu machen, einige Personen berichten mehrere Unpässlichkeiten. Insgesamt wurden 163 Aspekte genannt. Wiederum beziehen sich die meisten Antworten (N 54) auf den Formenkreis des Muskel- Skelett- Systems, darunter 31 auf Gelenk- und Gliederschmerzen. Mit grossem Abstand folgen Präzisierungen zu Beschwerden mit der Atmung (N 17) und mit der Verdauung (N 14). Die weiteren Einlassungen streuen über ein weites Spektrum; auch sie stellen überwiegend Erläuterungen zu den in den Items formulierten Kategorien dar.

5 Dem ordinalen Messniveau entsprechend wird der Assoziationskoeffizient M herangezogen. Die Matrix repliziert sich im wesentlichen bei der Berechnung von P- M- Korrelationen. Die theoretisch mögliche Zweidimensionalität der Fragebatterie – eher psychosomatische versus eher physische Beschwerden – bestätigt sich aber nicht. Die exploratorische Faktorenanalyse (Hauptachsenmethode, orthogonale Rotation, Eigenwertkriterium 1) erbringt eine einfaktorielle, alle Items einbeziehende Lösung, mit einer Varianzaufklärung von 31 Prozent.

6 Nach Berechnungen der Betriebskrankenkassen sind die „psychiatrischen“ Erkrankungen seit den 1970er Jahren um 250 Prozent gestiegen (Zoike 2002). Allein dies würde eine gesonderte Studie angezeigt erscheinen lassen, die klärt, ob dies auch ein Effekt veränderter Diagnoseschlüssel oder des Diagnoseverhaltens der Ärzteschaft ist.

7 In konfigurativer Betrachtung hat jeder Fünfte bislang keine der in der Liste aufgeführten Erkrankungen so schwerwiegend erlitten, dass ein Arztkontakt vonnöten war. Dies entspricht dem Anteil der Kategorie 11 der Summenskala „Erkrankungen“.

8 Diese Liste erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Beispielsweise beinhaltet sie frauenspezifische Erkrankungen nicht, da solche im Auftrag des Landes Sachsen- Anhalt in einer eigens durchgeführten Studie erfasst werden (Hinze/ Adam/ Nörenberg 2003). Auch deshalb wird die Liste der im Fragebogen vorgegebenen Krankheiten von der offenen Kategorie „Sonstiges“ abgerundet. 267 Befragte (13 Prozent) haben weitere Ausführungen gemacht, einige Personen schildern wiederum mehrere Krankheiten. Insgesamt liegen 325 Aspekte vor. Die Antworten betreffen die Bereiche des Muskel- Skelett- Systems (N 54); Herz- Kreislauf (N 54) – 33 davon benennen Bluthochdruck -, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (N 52). Es folgen Nervenerkrankungen (N 26), darunter 14 Migräneerkrankte, sowie psychische und Verhaltensstörungen (N 18). Frauenleiden werden zehnmal angeführt.

9 Es ist anzunehmen, dass sich in dieser Kategorie auch Befragte mit Angstsyndromen eingeordnet haben. Den Befunden von Margraf/ Poldrack (2000) zufolge, haben Menschen in Ostdeutschland hierin eine zweieinhalbmal höhere Erkrankungschance.

10 Die Befunde zur Kombinatorik der drei Variablen Hausarzt, Facharzt, Krankenhaus beruhen auf der Auswertung der Summenskala „Erkrankungen“ und beziehen nur jene Teilstichproben ein, die eine oder mehrere im Fragebogen erfassten Krankheitserfahrungen vorweisen.

11 Es ist zu bedenken, dass die Verteilungen stark linksgipflig sind und deshalb relativ geringe Streuungswerte erzeugen. Die exploratorische Faktorenanalyse (Hauptachsenmethode, orthogonale

Rotation, Eigenwertkriterium 1) erbringt deshalb eine einfaktorielle, alle Items einbeziehende Lösung, mit einer Varianzaufklärung von nur 10 Prozent.

12 Der Status „alleinerziehend“ wurde im Fragebogen nicht direkt erfasst. Die Auswertungen beruhen auf der Kombination der Variablen Familienstand (in den Ausprägungen ledig, verwitwet und geschieden) und im Haushalt lebende Personen (in den Ausprägungen unter 6 Jahren, zwischen 6 bis unter 18 Jahren).

13 Interessante Differenzierungen ergeben die Berechnungen von Felder (2004) anhand eines umfangreichen Datensatzes Schweizer Krankenversicherer: Frauen und Männer, die alleine leben, haben eine höhere Lebenserwartung als die jeweilige Referenzgruppe der Verheirateten. Der Ehestand aber verlängert das Leben der Männer und verringert das der Frauen. Mit zunehmendem Wohlstandsniveau verkleinern sich zudem die geschlechtsspezifischen Disparitäten.

14 Die Berechnungen erfolgen ohne Personen, die sich in Ausbildung und Studium befinden, deren Status unklar ist oder die keinen Abschluss angeben. Befragte, die arbeitslos oder in Ruhestand sind, sind in die Analysen einbezogen; erfragt wurde in diesem Fall der zuletzt ausgeübte Beruf.

15 Hier sowie in anderen Abbildungen, die ausgewählte Aspekte präsentieren, ist das Auswahlkriterium die Grösse der Differenzen zwischen den Teilstichproben, die sie in der abhängigen Variable erzeugen sowie die Signifikanz der Unterschiede (mindestens auf dem 5%- Niveau).

16 Um hinlänglich grosse Zellbesetzungen zu erhalten, liegen den zweifaktoriellen Varianzanalysen dichotomisierte Daten für die Prädiktoren Alter (am Median geteilt), Bildungsstatus (untere und mittlere Abschlüsse versus Abitur und Hochschulabschluss), Berufsstatus (Arbeiter und Selbständige versus Beamte und Angestellte) zugrunde.

17 Obgleich das Alter der zu pflegenden Person nicht erhoben wurde, ist anzunehmen, dass es sich dabei überwiegend um Ältere handelt.

18 Dies ist auch der schiefen Verteilung innerhalb der Items geschuldet, die Varianzen zwischen Gruppen minimiert.

19 Allerdings ist einzuräumen, dass die Prädiktoren miteinander korreliert sind und deshalb bei (im Rechenlauf) geänderter Reihenfolge den Belastungen ein grösserer Stellenwert zukommt. Die Signifikanzen verändern sich aber nicht.

20 Die Produkt- Moment- Korrelationen beziehen sich auf die Summenskalen. Die gefundenen Beziehungsmuster zwischen Symptombildern und der Nutzung ambulanter Angebote gelten in ähnlicher Weise für den Hausarzt- wie den Facharztbesuch. Die Analysen unterscheiden deshalb nicht durchgängig zwischen beiden Berufsgruppen. Anders die Inanspruchnahme des Zahnarztes. Diese kovariiert erwartungsgemäß zuvorderst mit Zahnschmerzen. Wegen der geringen Bedeutung von Heilpraktikern und Selbsthilfegruppen wird auf sie nicht eigens eingegangen.

21 Die hier präsentierten Ergebnisse sind Näherungen. Es muss offen bleiben, ob die Arztbesuche tatsächlich wegen der benannten Beschwerden und Krankheiten erfolgten oder ob andere Anlässe dafür vorliegen. Im Fragebogen wurden die Merkmale des Gesundheitsstatus‘ unabhängig von der Inanspruchnahme medizinischer Dienste gemessen. Es sei daran erinnert, dass – wie bei allen Zusammenhangsanalysen - die Verknüpfung zwischen diesen beiden Variablenkomplexen nicht durch die Befragten, sondern auf statistischem Wege post hoc erfolgte.

22 Die Zellbesetzungen bei einigen aktuellen Erkrankungen (etwa bei Krebs oder Verletzungen) sind zu gering, um differenziertere Berechnungen durchzuführen.

23 Technisch gesprochen wird die Inanspruchnahme des Hausarztes oder anderer medizinischer Dienste nunmehr als unabhängige Variable gesetzt, die Erkrankungen als abhängige. Die Tabellen A6.14 und A6.15 folgen dieser Logik.

24 Da die Präferenz für spezielle Rauchwaren und einzelne Alkoholarten geschlechtsspezifisch differenziert, wurden die Summenskalen herangezogen. Im Falle des Rauchkonsums ist die Kategorie „unterdurchschnittlich“ identisch mit Abstinenz gegenüber allen Rauchwaren.

25 Es sei eingeräumt, dass möglicherweise die im Bevölkerungssurvey vorgenommene Messung der Rauch-, Trink- und Bewegungsgewohnheiten zu grob ist, um die Zusammenhänge mit dem subjektiven Gesundheitszustand hinlänglich abzubilden. Zudem dürften Süchtige oder sehr schwer beeinträchtigte Menschen kaum an der vorliegenden Befragung teilgenommen haben. Problematische Gruppen, wie sie die Arztpraxen und Kliniken kennen, spiegeln sich also in den Daten unzureichend wider. Auch ist nicht auszuschliessen, dass Menschen, die einen riskanteren Lebensstil favorisieren, ihrem Körper gegenüber wenig sensibel sind, Beschwerden und Erkrankungen nicht immer als solche wahrnehmen (wollen) und deshalb die Angaben im Fragebogen eher untertreiben.

26 Entsprechend erbringt eine zweifaktorielle Varianzanalyse mit den Prädiktoren Alter und Rauchwarenkonsum nur für den Prädiktor Alter signifikante Effekte.

27 Eine zweifaktorielle, sequenzielle Varianzanalyse für das Kriterium Wohlbefinden mit den Prädiktoren Alter (df 1, F= 188, p= 0.000) und Alkoholkonsum (df 1, F= 16, p= 0.000) ergibt jeweils hochsignifikante Effekte; der Interaktionsterm (df 1, F= 13; p= 0.000) ist ebenfalls hochsignifikant. Für die Summenskala Beschwerden ergibt sich – Alter (df 1, F= 21; p= 0.000); Alkoholkonsum (df 1, F= 7; p= 0.01), Interaktion (df 1, F= 8; p= 0.01). Für die Summenskala Erkrankungen – Alter (df 1, F= 72; p= 0.000); Alkoholkonsum (df 1, F= 8; p= 0.01).

28 Zweifaktorielle, sequenzielle Varianzanalysen für die Kriterien Wohlbefinden und Beschwerden mit den Prädiktoren Alter und Präventions- und Informationsverhalten ergibt nur für das Alter hochsignifikante Effekte (df 1, F= 187, p= 0.000 bzw. df 1, F= 22, p= 0.000). Bezüglich der Summenskala Erkrankungen sind beide Prädiktoren hochsignifikant (Alter df 1, F= 72, p= 0.000; Präventions- und Informationsverhalten df 1, F= 19, p= 0.000). Der Interaktionsterm (df 1, F= 6; $p \leq 0.05$) ist ebenfalls signifikant.

29 Die bislang präsentierten Varianzanalysen gehen bereits in diese Richtung. Allerdings bleiben sie auf die Einbeziehung weniger Prädiktoren beschränkt. Auf ihre Überführung in multivariate Varianzanalysen wird aus Gründen der Anschaulichkeit sowie wegen zum Teil zu kleiner Zellbesetzungen hier nicht eingegangen.

30 Ziel regressionsanalytischer Verfahren ist es, lineare Beziehungen zwischen Variablen simultan zu testen und dabei den Wert einer bestimmten Variable (Kriterium) durch andere (Prädiktoren) „vorherzusagen“. Diese Beziehungen werden – im vorliegenden Fall – durch standardisierte Beta-Koeffizienten ausgedrückt, die Werte zwischen ± 1 annehmen können. R^2 gibt an, welcher Varianzanteil im Kriterium durch die im jeweiligen Modell berücksichtigten Prädiktoren aufgeklärt wird. Vertiefende Ausführungen zu Logik, Voraussetzungen und Problemen der hier verwendeten multivariaten Verfahren sind beispielsweise in Backhaus et al. (1994) zu finden.

31 Nominalskalierte Variablen wurden in dichotome Dummys transformiert, mit folgenden inhaltlichen Ausrichtungen - Geschlecht weiblich, Bildungsstatus Universität, Erwerbsstatus arbeitslos. Die Originalvariablen subjektives Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit werden wie intervallskalierte behandelt, alle anderen Variablen sind Summenskalen. Hier wie im folgenden beziehen sich die Berechnungen ausschliesslich auf jene Befragte, die zu allen, im Modell eingeführten Variablen Angaben machten.

32 Die hier verwendete blockrekursive Pfadanalyse ist eine regressionsanalytische Variante. Sie erlaubt, Modelle in zwei oder mehrere Teilblöcke zu zerlegen. Die endogenen Variablen des kausal vorhergehenden Blocks werden als prädeterminierende Grössen im nachfolgenden eingeführt und mittels der Two- Stage- Least- Square- Methode (2 SLS) geschätzt. Die Gleichungssysteme der im Text präsentierten Modelle sind identifiziert. Dargestellt werden nur die signifikanten, standardisierten (geschätzten) Beta- Koeffizienten sowie das korrigierte R^2 .

Anmerkungen zu Kapitel 7

1 Die Behinderung unterscheidet sich von einer Krankheit unter anderem durch ihre Dauerhaftigkeit. Damit wird auch ein Grossteil von chronischen Erkrankungen den Behinderungen zugeordnet (vgl. Cloerkes 2001, S. 7).

2 Behinderung kann hier nicht „objektiv“ gemessen werden, die Zuordnungen basieren auf den Angaben der Befragten. Zugleich ist darauf hinzuweisen, dass die Kategorien „behindert“ nicht mit „krank“, „nicht behindert“ nicht mit „gesund“ gleichzusetzen sind.

3 Nicht alle Befragten haben Angaben zum (Nicht-) Vorhandensein einer körperlichen Behinderung oder chronischen Krankheit gemacht. Daher basieren die weiteren Berechnungen auf N = 2043.

4 Im weiteren Verlauf werden, soweit nicht extra erwähnt, chronische Erkrankung, körperliche Behinderung sowie das Vorhandensein beider zusammengefasst.

5 Die Kategorien „schlecht“ und „weniger gut“ werden hier als „eher schlecht“ zusammengefasst.

6 Die Kategorien „öfter“ und „sehr häufig“ sind hier zusammengefasst.

7 Das Antwortniveau ist fünfstufig skaliert. Die Kategorien 4 und 5 werden als „stark bis sehr stark belastet“, die Kategorien 1 und 2 als „überhaupt nicht bis wenig belastet“ zusammengefasst.

8 Im Behindertenreport des Landes Sachsen- Anhalt wurden die Betroffenen explizit nach ihren beruflichen Zukunftsaussichten befragt. Drei Viertel der nicht berufstätigen Behinderten konnte diese Frage nicht beantworten, da sie entweder nicht mehr arbeiten können oder sich bereits im Ruhestand befinden (vgl. Baudisch/ Claus 2001, S. 14).

Anmerkungen zu Kapitel 8

1 Betrachtet wird mithin die Teilstichprobe der nach 1958 Geborenen. Sie wird unterschieden danach, ob Minderjährige im Haushalt leben oder nicht. Ob es sich dabei um leibliche Kinder handelt, wurde nicht erfragt.

2 Die Kategorien „täglich“ und „mehrmals wöchentlich“ sowie „1 mal wöchentlich“ und „1 bis 3 mal im Monat“ sind zusammengefasst.

3 Erstaunlicherweise fühlen sich auch Menschen durch diesen Lebensbereich belastet, die nicht mit Kindern zusammen leben, wobei vermutlich Probleme in der Herkunftsfamilie oder auch ein nicht erfüllter Kinderwunsch als mögliche Ursachen angesehen werden können. Von diesen Befragten ist sogar jeder Fünfte auf einem mittleren Niveau und 16 Prozent stark überfordert.

Anmerkungen zu Kapitel 9

1 Das Antwortformat ist fünfstufig skaliert (1 „überhaupt nicht zufrieden“ bis 5 „voll und ganz zufrieden“). Die Ausprägungen 4 und 5 werden hier zusammengefasst als „zufrieden bis sehr zufrieden“, die Ausprägungen 1 und 2 als „kaum bis überhaupt nicht zufrieden“.

2 Allerdings ist die Zahl der Menschen dieser Gruppe erheblich geringer als die der anderen Gruppen.

3 Diese Daten basieren auf einer Auswertung von 15000 Versicherten der BIG- Direktkrankenversicherung, welche postalisch und online befragt wurden.

4 Grundlage ist die Berechnung des Assoziationskoeffizienten Schulzes M.

5 Gefragt wurde nach dem gegenwärtigen Gesundheitszustand, gesundheitlichen Beschwerden in den letzten 6 Monaten sowie dem Vorhandensein einer chronischen Erkrankung und/ oder Behinderung.

6 In der weiteren Betrachtung werden diejenigen, die keine Angabe gemacht haben, nicht explizit berücksichtigt.

Literatur

- Abrahamsohn, M./ Westebbe- Abrahamsohn, P. (1993) Kommunikationsbarrieren: Behinder- te im Beruf. München: Profil.
- Ahlstich, K. (1999) Gesundheitspolitische Einstellungen, Gesundheitsverhalten und Werte- wandel. Wiesbaden: Deutscher Universitäts- Verlag.
- Altgeld, T. (Hrsg) (2004) Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförde- rung und Prävention. Weinheim: Juventa.
- Backhaus, K./ Erichson, B./ Plinke, W./ Weiber, R. (1994) Multivariate Analysemethoden. Eine anwendungsorientierte Einführung. Berlin: Springer.
- Badura, B. (2002) Betriebliches Gesundheitsmanagement - ein neues Forschungs- und Pra- xisfeld für Gesundheitswissenschaftler. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften/ Journal of Public Health, 10, 2, 14- 163.
- Bahrdehle, D./ Laaser, U./ Strohmeier, K. (2002) Health and social reporting in Germany. Compatibility as a prerequisite for the national, efficient and publicly effective implementa- tion of health and social policy. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften/ Journal of Pub- lic Health, 10, 4, 326- 344.
- Bauch, J. (1996) Gesundheit als sozialer Code. Von der Vergesellschaftung des Gesund- heitswesens zur Medikalisierung der Gesellschaft. Weinheim: Juventa.
- Baudisch, W./ Claus, T. (2001) Behindertenreport des Landes Sachsen- Anhalt 2001. Empi- rische Untersuchung über die aktuelle Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen im Land Sachsen- Anhalt. Berichtsband. (Herausgegeben vom Ministerium für Gesund- heit und Soziales des Landes Sachsen- Anhalt). Magdeburg. www.integrationsnetz.de.
- Bellach, B. M./ Knopf, H./ Thefeld, W. (1998) Der Bundesgesundheitsurvey 1997/ 98. Ge- sundheitswesen, 60, Sonderheft 2, 59- 68.
- Bengel, J./ Belz- Merk, M. (1997) Subjektive Gesundheitsvorstellungen. In: Schwarzer, R. (Hrsg) Gesundheitspsychologie: Eine Einführung. 23- 41. Göttingen: Hogrefe.
- Berger- Schmitt, R. (2003) Geringere familiäre Pflegebereitschaft bei jüngeren Generationen. Analysen zur Betreuung und Pflege alter Menschen in den Ländern der Europäischen U- nion. ISI (Informationsdienst Soziale Indikatoren), 29, 12- 15.
- Bergmann, B./ Richter, F. (2003) Führungsfunktion auf der unteren Ebene - Stressor oder Instrument zum Erhalten der Beschäftigungsfähigkeit. Zeitschrift für Gesundheitswissen- schaften/ Journal of Public Health, 10, 2, 144- 163.
- BIG- Die Direktkrankenkasse (2003) Umfrage 2003. Die Gesundheitsreform und die Kran- kenkassen im Urteil der Versicherten. www.big-direkt.de.
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (Hrsg) (2002) Be- richt zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland. Berlin.
- Bös, K./ Gröben, F./ Woll, A. (2002) Gesundheitsförderung im Betrieb - Was kann die Sport- wissenschaft beitragen? Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften/ Journal of Public Health, 10, 2, 144- 163.
- Borgers, D./ Steinkamp, G. (1994) Sozialepidemiologie: Gesundheitsforschung zu Krankheit, Sozialstruktur und gesundheitsrelevanter Handlungsfähigkeit. In: Schwenkmezger, P./ Schmidt, L. (Hrsg) Lehrbuch der Gesundheitspsychologie. 133- 148. Stuttgart: Enke.
- Brandes, H. (2003) Männlicher Habitus und Gesundheit. In: Der Mann. Wissenschaftliches Journal für Männergesundheit, 1, 2, 10- 13.
- Bründel, H./ Hurrelmann, K. (1996) Einführung in die Kindheitsforschung. Weinheim: Beltz.
- Bullinger, M./ Laaser, U./ Murza, G. (Hrsg) (1997) Umwelt und Gesundheit. 3. Beiheft zur Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften/ Journal of Public Health.
- Busch, F. W./ Nave- Herz, R. (Hrsg) (1996) Ehe und Familie in Krisensituationen. Oldenburg: Isensee.
- BzgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (Hrsg) (1998) Die Drogenaffinität Ju- gendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 1997. Eine Wiederholungsbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln.

- Christoph, B. (2003) Soziale Sicherheit im Krankheitsfall. Objektive Charakteristika und subjektive Einstellungen zur Gesundheit von Personen mit zusätzlicher privater Absicherung gegen Gesundheitsrisiken. In: Allmendinger, J. (Hrsg) Entstaatlichung und Soziale Sicherheit, Verhandlungen des 31. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Leipzig 2002. Opladen: Leske + Budrich. (CD- Rom).
- Cloerkes, G. (2001) Soziologie der Behinderten. Eine Einführung. Heidelberg: Universitätsverlag Winter.
- Coenen, M./ Meyer, N./ Fischer, R./ Weitkunat, R./ Crispin, A./ Überla, K. (2003) Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Leistungen in Bayern. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften/ Journal of Public Health, 11, 4, 348- 364.
- Coleman, J. (1969) Relational analysis: The study of social organizations with survey methods. In: Etzioni, A. (Ed) A sociological reader on complex organizations. 441- 453. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Continental Krankenversicherung A.G. (2003) Continentale- Studie 2003. Zusatzversicherung: Leistungen im Mittelpunkt. www.continentale.de.
- De Beauvoir, S. (1980) Das Alter. Reinbek: Rowohlt.
- DIMI (2004) ICD-10- GM 2004. Systematisches Verzeichnis für die Zwecke des SGB V. Bern: Huber.
- Dippelhofer- Stiem, B. (1995) Sozialisation in ökologischer Perspektive. Eine Standortbestimmung am Beispiel der frühen Kindheit. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Dippelhofer- Stiem, B., unter Mitarbeit von Köhler, G. (2003) Fragestellung und Stichprobe, Feldphase und Erhebungsinstrument des Bevölkerungssurveys „Gesundheit und Wohlbefinden in Sachsen- Anhalt“. Arbeitsbericht 2 des Forschungsprojekts Gesundheitsberichterstattung. Institut für Soziologie der Otto- von- Guericke- Universität Magdeburg.
- Dippelhofer- Stiem, B./ Köhler, G. (2003) Vierter Gesundheitsbericht des Landes Sachsen- Anhalt. Sozialstatistische Daten, Informationen und Hinweise. (Herausgegeben vom Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen- Anhalt). Magdeburg.
Im Internet unter: <http://www.sachsen-anhalt.de/rcs/LSA/345552/gesundhbericht02.pdf>
- Dippelhofer- Stiem, B./ Döll, P. (2004) Gesundheitsstatus und Gesundheitssystem in geschlechtsspezifischer Perspektive. In: Claus, T. (Hrsg) Gender- Report Sachsen- Anhalt 2003. 119- 136. Oschersleben: Ziethen.
- Eickenberg, H.- U./ Hurrelmann, K. (1997) Warum fällt die Lebenserwartung von Männern immer stärker hinter die der Frauen zurück? Medizinische und soziologische Erklärungsansätze. Zeitschrift für Sozialisationsforschung und Erziehungssoziologie, 17, 2, 118- 134.
- Europäische Kommission (2003) Die soziale Lage in der Europäischen Union 2003. Kurzfassung. Brüssel.
- Faltermaier, T. (1998) Subjektive Konzepte und Theorien von Gesundheit. Begründung, Stand und Praxisrelevanz eines gesundheitswissenschaftlichen Forschungsfelds. In: Flick, U. (Hrsg) Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. 70- 86. Weinheim: Juventa.
- Felder, S. (2004) The gender longevity gap: Explaining the difference between singles and couples. FEMM Working Paper Series No. 1. Faculty of Economics and Management Magdeburg. Otto- von- Guericke- Universität Magdeburg.
- Felkendorff, K. (2003) Ausweitung der Behindertenzone: Neue Behinderungsbegriffe und ihre Folgen. In: Cloerkes, G. (Hrsg) Wie man behindert wird. Texte zur Konstruktion einer sozialen Rolle und zur Lebenssituation betroffener Menschen. 25- 52. Heidelberg: Universitätsverlag Winter.
- Fend, H. (2005) Rauchen als Risiko- Indikator für jugendliche Lebensstile: Stabilität und Folgen für soziale Übergänge ins Erwachsenenalter. Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation, 25, 1, 82- 94.
- Filipp, S.- H. (Hrsg) (1995) Kritische Lebensereignisse. München: Psychologie- Verlags- Union.
- Financial Times Deutschland vom 28.02.2003 www.ftd.de.

- Frank, U./ Belz- Merk, M./ Bengel, J./ Strittmatter, R. (1998) Subjektive Gesundheitsvorstellungen gesunder Erwachsener. In: Flick, U. (Hrsg) Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. 57- 69. Weinheim: Juventa.
- Frommer, J. (2002) Psychische Störungen durch globale gesellschaftliche Veränderungen. Zur politischen Traumatisierung der Bevölkerung in den neuen Bundesländern. Fortschritte der Neurologie- Psychiatrie, 70, 418- 428.
- Fuchs, R./ Schwarzer, R. (1994) Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung. In: Schneewind, K. (Hrsg) Psychologie der Erziehung und Sozialisation (Enzyklopädie der Psychologie). 403- 432. Göttingen: Hogrefe.
- Gabler, S./ Hoffmeyer- Zlotnik, J. (Hrsg) (1997) Stichproben in der Umfragepraxis. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Geißler, R. (1996) Die Sozialstruktur Deutschlands. Zur gesellschaftlichen Entwicklung mit einer Zwischenbilanz zur Vereinigung. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Geyer, S. (1999) Macht Unglück krank? Lebenskrisen und die Entwicklung von Krankheiten. Weinheim: Juventa.
- Gogoll, A. (2004) Belasteter Geist – Gefährdeter Körper. Sport, Stress und Gesundheit im Kindes- und Jugendalter. Schorndorf: Hofmann.
- Hackauf, H./ Winzen, G. (2004) Gesundheit und soziale Lage von jungen Menschen in Europa. Wiesbaden: VS.
- Harth, A./ Herlyn, U./ Scheller, G. (1998) Segregation in ostdeutschen Städten. Eine empirische Studie. Opladen: Leske + Budrich.
- Helmert, U./ Bammann, K./ Voges, W./ Müller, R. (Hrsg) (2000) Müssen Arme früher sterben? Soziale Ungleichheit und Gesundheit in Deutschland. Weinheim: Juventa.
- Hessel, A./ Geyer, M./ Plöttner, G./ Schmidt, B./ Brähler, E. (1999) Subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit und subjektive Morbidität in Deutschland. Ergebnisse einer bevölkerungsrepräsentativen Befragung. Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, 49, 264- 274.
- Himmel, W./ Bardeck, M.- A./ Kochen, M. (2003) Selbstmedikation und die Rolle des Hausarztes - eine Telefonbefragung. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften/ Journal of Public Health, 11, 4, 325- 336.
- Hinze, L./ Adam, I./ Nörenberg, L., unter Mitarbeit von Brandt, U. (2003) Lebenslagen, Risiken und Gesundheit von Frauen im mittleren Lebensalter. (Herausgegeben vom Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen- Anhalt). Magdeburg.
- Hoeltz, J./ Bormann, C./ Schroeder, E. (1990) Subjektive Morbidität, Gesundheitsrisiken, Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Gesundheitsberichterstattung auf der Basis des 1. Nationalen Gesundheitssurvey der Deutschen Herz- Kreislauf- Präventionsstudie. Band 1: Bericht. München: Infratest Gesundheitsforschung.
- Hoffmeyer- Zlotnik, J. (1995) KSPW- Repräsentativumfrage 1993: Methodische Anlage und Durchführung. In: Bertram, H. (Hrsg) Ostdeutschland im Wandel: Lebensverhältnisse – politische Einstellungen. 287- 309. Opladen: Leske + Budrich.
- Hoffmeyer- Zlotnik, J. (1997) Quoten versus Random- Route. Vergleich Shell- und DJI- Jugendstudie. In: Gabler, S./ Hoffmeyer- Zlotnik, J. (Hrsg) Stichproben in der Umfragepraxis. 68- 80. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Hoffmeyer- Zlotnik, J./ Geis, A. (2003) Berufsklassifikation und Messung des beruflichen Status/ Prestige. ZUMA- Nachrichten, 52, 27, 125- 138.
- Hurrelmann, K. (1998) Einführung in die Sozialisationstheorie. Über den Zusammenhang von Sozialstruktur und Persönlichkeit. Weinheim: Beltz.
- Hurrelmann, K. (2000) Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Weinheim: Juventa.
- Hurrelmann, K./ Klocke, A./ Melzer, W./ Ravens- Sieberer, U. (Hrsg) (2003) Jugendgesundheitsurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Weinheim: Juventa.

- IFD (Institut für Demoskopie Allensbach) (2003) Allensbacher Berichte. Vorschläge zur Reform des Gesundheitssystems, 20/ 2003. www.ifd-allensbach.de.
- ISLA- Working Group (1997) Prevalence of chronic diseases in older Italians: Comparing self-reported and clinical diagnoses. *International Journal of Epidemiology*, 26, 5, 995-1002.
- Joos, M. (2001) Die soziale Lage der Kinder. Sozialberichterstattung über die Lebensverhältnisse von Kindern in Deutschland. Weinheim: Juventa.
- Kahl, H./ Fuchs, R./ Semmer, N./ Tietze, K. (1994) Einflussfaktoren auf die Entwicklung gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen bei Jungen und Mädchen: Ergebnisse aus der Berlin- Bremen- Studie. In: Kolip, P. (Hrsg) *Lebenslust und Wohlbefinden. Beiträge zur geschlechtsspezifischen Jugendgesundheitsforschung*. 63- 82. Weinheim: Juventa.
- King, A./ Wold, B./ Tudor- Smith, C./ Harel, Y. (1996) *The health of youth: A cross national survey*. WHO regional publications. Europeans Series No. 69 (WHO Regional Office for Europe). Copenhagen.
- Klein, T./ Unger, R. (2001) Einkommen, Gesundheit und Mortalität in Deutschland, Grossbritannien und den USA. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 53, 1, 96-110.
- Klocke, A./ Becker, U. (2003) Die Lebenswelt Familie und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit von Jugendlichen. In: Hurrelmann, K./ Klocke, A./ Melzer, W./ Ravens- Sieberer, U. (Hrsg) *Jugendgesundheitssurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO*. 183- 242. Weinheim: Juventa.
- Knothe, H. (2002) Zum Gesundheitsstatus junger Männer und Frauen. In: Cornelißen, W./ Gille, M./ Knothe, H./ Meier, P./ Queisser, H./ Stürzer, M., *Junge Frauen - junge Männer. Daten zur Lebensführung und Chancengleichheit*. 257- 308. Opladen: Leske + Budrich.
- Kohli, M./ Kühnemund, H. (Hrsg) (2000) *Die zweite Lebenshälfte. Gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alters- Surveys*. Opladen: Leske + Budrich.
- Kolip, P. (Hrsg) (2000) *Weiblichkeit ist keine Krankheit. Die Medikalisierung körperlicher Umbruchphasen im Leben von Frauen*. Weinheim: Juventa.
- Kooiker, S. (1998) Die Rolle von Surveys als Instrument der Gesundheitsberichterstattung - das Beispiel der Niederlande. In: Streich, W./ Wolters, P./ Brand, H. (Hrsg) *Berichterstattung im Gesundheitswesen. Analysen zur Entwicklung und Perspektiven für einen Neubeginn*. 127- 140. Weinheim: Juventa.
- Kraus, L./ Augustin, R. (2001) *Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000*. Sucht, 47, Sonderheft 1.
- Krauth, J./ Lienert, G. A. (1995) *Die Konfigurationsfrequenzanalyse (KFA) und ihre Anwendung in Psychologie und Medizin. Ein multivariates nichtparametrisches Verfahren zur Aufdeckung von Typen und Syndromen*. Weinheim: Beltz.
- Kriwy, P./ Komlos, J./ Baur, M. (2003) Soziale Schicht und Körpergröße in Ost- und Westdeutschland. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 55, 3, 543- 556.
- Kühnemund, H. (2002) Die „Sandwich- Generation“ - typische Belastungskonstellation oder nur gelegentliche Kumulation von Erwerbstätigkeit, Pflege und Kinderbetreuung? *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation*, 22, 4, 344- 361.
- Küsgens, I./ Rossiyskaya, N./ Vetter, C. (2003) Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft. In: Badura, B./ Schellschmidt, H./ Vetter, C. (Hrsg) *Fehlzeiten- Report 2002. Demographischer Wandel: Herausforderung für die betriebliche Personal- und Gesundheitspolitik*. 277- 475. Berlin: Springer.
- Kuhn, J. (2002) Die arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung der Länder. In: RKI (Robert Koch- Institut) (Hrsg) *Arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung in Deutschland. Stand und Perspektiven*. 119- 126. Berlin.
- Kurth, B.- M./ Bergmann, K./ Hölling, H./ Kahl, H./ Kamtsiuris, P./ Thefeld, W. (2002) *Der bundesweite Kinder- und Jugendgesundheitssurvey. Das Gesamtkonzept. Gesundheitswesen. Sonderheft 1*, 64, 3- 11.

- Lachmund, J. (1997) Der abgehorchte Körper. Zur historischen Soziologie der medizinischen Untersuchung. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Land Sachsen- Anhalt, Ministerium für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales (Hrsg) (2001) Die 6 Gesundheitsziele. Gesundheit für alle. Zwischenbericht zur 2. Landesgesundheitskonferenz. Magdeburg.
- Land Sachsen- Anhalt, Ministerium für Gesundheit und Soziales (Hrsg) (2002) Armut und Reichtum in Sachsen- Anhalt. Erarbeitet durch empirica Wirtschaftsforschung und Beratung GmbH. Berlin.
- Lazarus, R. S. (1995) Stress und Stressbewältigung - Ein Paradigma. In: Filip, S. H. (Hrsg) Kritische Lebensereignisse. 198- 232. Weinheim: Juventa.
- Lienert, G. A./ von Eye, A. (1994) Erziehungswissenschaftliche Statistik. Eine elementare Einführung für pädagogische Berufe. Weinheim: Beltz.
- Maes, J./ Schmitt, M./ Seiler, U. (1999) Ungerechtigkeit im wiedervereinigten Deutschland und psychosomatisches Wohlbefinden. In: Hessel, A./ Geyer, M./ Brähler, E. (Hrsg) Gewinne und Verluste sozialen Wandels. Globalisierung und deutsche Wiedervereinigung aus psychosozialer Sicht. 182- 199. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Margraf, J./ Poldrack, A. (2000) Angstsyndrome in Ost- und Westdeutschland: Eine repräsentative Bevölkerungserhebung. Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie, 29, 3, 157- 169.
- Marstedt, G./ Müller, R./ Hebel, D./ Müller, H. (2000) Young is beautiful? Zukunftsperspektiven, Belastungen und Gesundheit im Jugendalter. Ergebnisbericht zu einer Studie über Belastungen und Probleme, Gesundheitsbeschwerden und Wertorientierungen 14- 25 jähriger GEK- Versicherter. Bremen, Schwäbisch- Gmünd.
- Maschewsky- Schneider, U. (1997) Frauen sind anders krank. Zur gesundheitlichen Lage der Frauen in Deutschland. Weinheim: Juventa.
- Maschke, M. (2003) Die sozioökonomische Lage behinderter Menschen in Deutschland. In: Cloerkes, G. (Hrsg) Wie man behindert wird. Texte zur Konstruktion einer sozialen Rolle und zur Lebenssituation betroffener Menschen. 165- 181. Heidelberg: Universitätsverlag Winter.
- Maus, H. (1973) Zur Vorgeschichte der empirischen Sozialforschung. In: König, R. (Hrsg) Handbuch der empirischen Sozialforschung, Band 1: Geschichte und Grundprobleme. 21- 56. Stuttgart: Enke.
- McKinsey/ Stern/ T- Online/ ZDF (2003) Perspektive Deutschland. Kurzbericht 2003. www.Perspektive-Deutschland.de.
- Merbach, M./ Brähler, E. (2004) Daten zu Krankheiten und Sterblichkeit von Jungen und Männern. In: Altgeld, T. (Hrsg) Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention. 67- 84. Weinheim: Juventa.
- Meulemann, H. (1996) Werte und Wertewandel. Zur Identität einer geteilten und wieder vereinten Nation. Weinheim: Juventa.
- Mielck, A./ Bloomfield, K. (Hrsg) (2001) Sozial- Epidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten. Weinheim: Juventa.
- Milles, D./ Müller, R. (2002) Gewerbemedizinale Statistik in Deutschland. Zur Geschichte der Berichterstattung über die industrielle Pathologie. In: RKI (Robert Koch- Institut) (Hrsg) Arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung in Deutschland. Stand und Perspektiven. 17- 26. Berlin.
- Mohler, P./ Bandilla, W. (Hrsg) (1992) Blickpunkt Gesellschaft 2. Einstellungen und Verhalten der Bundesbürger in Ost und West. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Mueller, U./ Heinzl- Gutenbrunner, M. (2001) Krankheiten und Beschwerden (subjektive Gesundheit) unter Bewertung der eigenen Gesundheit. BiB (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung), Heft 102c. Wiesbaden.
- Murza, G./ Faulbaum, F./ Deutschmann, M./ Dietmar, I./ Simon, K. (2003) Telefonische Bevölkerungsbefragungen als Instrument kommunaler Gesundheitsberichterstattung. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften/ Journal of Public Health, 11, 2, 131- 145.

- Nagl, W./ Walter, H.- G./ Staud, J. (Hrsg) (1986) Statistische Verfahren der empirischen Sozialforschung in einem Programmpaket. Das Konstanzer Statistische Analysesystem KOSTAS. Forschungsbericht 47 des Zentrum I/ SFB 23 der Universität Konstanz.
- Nave- Herz, R. (2004) Ehe- und Familiensoziologie. Eine Einführung in Geschichte, theoretische Ansätze und empirische Befunde. Weinheim: Juventa.
- Nickel, H./ Quaiser- Pohl, C. (Hrsg) (2001) Junge Eltern im kulturellen Wandel. Untersuchungen zur Familiengründung im internationalen Vergleich. Weinheim: Juventa.
- Noelle- Neumann, E./ Köcher, R. (Hrsg) (2002) Allensbacher Jahrbuch der Demoskopie 1998- 2002. Band 11. München: Saur.
- Noll, H.- H. (Hrsg) (1997) Sozialberichterstattung in Deutschland. Konzepte, Methoden und Ergebnisse für Lebensbereiche und Bevölkerungsgruppen. Weinheim: Juventa.
- Noll, H.- H./ Weick, S. (2004) Verluste an Lebensqualität im Alter vor allem immaterieller Art. Indikatoren zur Lebenssituation der älteren Bevölkerung. ISI (Informationsdienst Soziale Indikatoren), 31, 7- 11.
- Oberschall, A. (1997) Empirische Sozialforschung in Deutschland 1848- 1914. Freiburg: Alber.
- Petermann, F./ Noeker, M./ Bode, U. (1987) Psychologie chronischer Krankheiten im Kindes- und Jugendalter. München: Psychologie- Verlags- Union.
- Potter, J. (2005) Werthaltungen und Wünsche der Bevölkerung im Spiegel ihrer Kritik am deutschen Gesundheitssystem – Eine empirisch quantitative Studie im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Landes Sachsen- Anhalt. Magisterarbeit. Institut für Soziologie der Otto- von- Guericke- Universität Magdeburg.
- Raithel, J. (2003) Sportpartizipation vs. Sportabstinenz und Gesundheit im Jugendalter. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften/ Journal of Public Health, 11, 2, 146- 164.
- Reuband, K.- H. (1998) Quoten- und Randomstichproben in der Praxis der Sozialforschung. Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der sozialen Zusammensetzung und den Antwortmustern der Befragten. Zentralarchiv für Empirische Sozialforschung an der Universität zu Köln. ZA- Information 43, 48- 80.
- Reuband, K.- H. (2001) Möglichkeiten und Probleme des Einsatzes postalischer Befragungen. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 53, 2, 307- 333.
- RKI (Robert Koch- Institut) (1998) Daten aus dem Bundesgesundheitsurvey. Tabellensammlung, geordnet nach dem neuen Indikatorenansatz.
- RKI (Robert Koch- Institut) (Hrsg) (2001) Armut bei Kindern und Jugendlichen und deren Auswirkungen auf die Gesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 4. Berlin.
- RKI (Robert Koch- Institut) (Hrsg) (2003) Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 13. Berlin.
- Rotter, J. (1966) General expectancies for internal versus external control of reinforcement. Psychological Monographs, 30, 1- 26.
- Rütten, A./ Abu- Omar, K. (2003) Prävention durch Bewegung. Zur Evidenzbasierung von Interventionen zur Förderung körperlicher Aktivität. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften/ Journal of Public Health, 11, 3, 229- 246.
- Schmidt, B./ Kolip, P. (2002) Schulische Tabakpolitik und Geschlechtsunterschiede bei tabakbezogenen Einstellungen und Verhaltensweisen. Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation, 22, 1, 64- 78.
- Schnabel, P.- E. (2001) Familie und Gesundheit. Bedingungen, Möglichkeiten und Konzepte der Gesundheitsförderung. Weinheim: Juventa.
- Schneekloth, U./ Leven, I. (2003) Woran bemisst sich eine ‚gute‘ allgemeine Bevölkerungsumfrage? Analysen zu Ausmaß, Bedeutung und zu den Hintergründen von Nonresponse in zufallsbasierten Stichprobenerhebungen am Beispiel des ALLBUS. ZUMA- Nachrichten, 53, 27, 16- 57.

- Schulz, T./ Kahrs, M. (2001) Selbststeuerung im Gesundheitssystem. Individualisierungsprozesse in der Lebenssphäre Gesundheit - Krankheit. In: Leisering, L./ Müller, R./ Schumann, K. (Hrsg) Institutionen und Lebensläufe im Wandel. Institutionelle Regulierungen von Lebensläufen. 189- 214. Weinheim: Juventa.
- Schulze, G. (1978) Rangkorrelation bei soziologischen Normaldaten - Ein Ansatz zur Überwindung der Schwächen von Tau und Gamma. Zeitschrift für Soziologie, 7, 3, 267- 272.
- Schwarzer, R. (1993) Streß, Angst und Handlungsregulation. Stuttgart: Kohlhammer.
- Siegrist, J. (1996) Soziale Krisen und Gesundheit. Eine Theorie der Gesundheitsförderung am Beispiel von Herz- Kreislauf- Risiken im Erwerbsleben. Göttingen: Verlag für Psychologie.
- Sieverding, M. (1998) Sind Frauen weniger gesund als Männer? Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 50, 3, 471- 489.
- StBA (Statistisches Bundesamt) (Hrsg) (2001) Statistisches Jahrbuch 2001 für die Bundesrepublik Deutschland. Wiesbaden.
- StBA (Statistisches Bundesamt) (Hrsg) (2002) Datenreport 2002. Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland. In Zusammenarbeit mit WZB und ZUMA. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.
- Sting, S. (2002) Prävention statt Bildung? Sozialpädagogische Bildungsperspektiven am Beispiel einer gesundheitsbezogenen sozialen Bildung. In: Liegle, L./ Treptow, R. (Hrsg) Welten der Bildung in der Pädagogik der frühen Kindheit und in der Sozialpädagogik. 92- 103. Freiburg: Lambertus.
- StLA (Statistisches Landesamt Sachsen- Anhalt) (Hrsg) (2002) Statistisches Jahrbuch (Teil 1 und 2). Halle.
- StLA (Statistisches Landesamt Sachsen- Anhalt) (Hrsg) (2003) Statistische Berichte: Bevölkerung der Gemeinden und Verwaltungsgemeinschaften. Stand: 31.12.2002. Halle.
- Streich, W./ Wolters, P./ Brand, H. (Hrsg) (1998) Berichterstattung im Gesundheitswesen. Analysen zur Entwicklung und Perspektiven für einen Neubeginn. Weinheim: Juventa.
- Techniker Krankenkasse (2002) Gesundheitsreport. Auswertungen 2000- 2001. Arbeitsunfähigkeiten und Arzneimittelverordnungen. www.tk-online.de.
- Universität Trier FB IV- Soziologie (2002) Regionaler Gesundheitssurvey 2000. www.uni-trier.de.
- Veenhoven, R. (1995) World database of happiness. Social Indicators Research, 34, 299- 313.
- Zimbardo, P. G./ Gerrig, R.J. (1999) Psychologie. Berlin: Springer.
- Zoike, E. (2002) Daten der gesetzlichen Krankenkassen in der Gesundheitsberichterstattung: Aussagemöglichkeiten und Grenzen. In: RKI (Robert Koch- Institut) (Hrsg) Arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung in Deutschland. Stand und Perspektiven. 27- 35. Berlin.

www.sachsen-anhalt.de

Verzeichnis der Tabellen und Abbildungen im Text

| | |
|--|----|
| Tabelle 2.1 Sozialstrukturelle Merkmale von Netto- Stichprobe und Grundgesamtheit | 16 |
| Tabelle 3.1 Die Beziehung zwischen Bildungs- und Berufsstatus | 20 |
| Tabelle 3.2 Der Zusammenhang zwischen Bildungs- und Erwerbsstatus | 20 |
| Tabelle 3.3 Art der Arbeit und Grad der körperlichen Anstrengung | 21 |
| Tabelle 3.4 Familienstand, Lebensform, durchschnittliche Kinderzahl und Haushaltsgröße der Befragten | 23 |
| Tabelle 3.5 Soziale Unterstützung – gegebene Hilfeleistungen und Zahl der verlässlichen Hilfspersonen im eigenen Notfall | 24 |
| Tabelle 4.1 Profil der Belastungen insgesamt sowie nach Geschlechtszugehörigkeit und Geburtsjahr | 29 |
| Tabelle 4.2 Kontrollüberzeugungen insgesamt sowie nach Geschlechtszugehörigkeit und Geburtsjahr | 34 |
| Tabelle 4.3 Lebenszufriedenheit und Zukunftsoptimismus insgesamt und nach Familienstand | 36 |
| Tabelle 5.1 Eigen- und Fremderfahrungen mit stationärem Aufenthalt im Krankenhaus, nach Geburtsjahr | 39 |
| Tabelle 5.2 Reaktionsweisen bei ernsthaften Beschwerden insgesamt sowie nach Geschlechtszugehörigkeit und Geburtsjahr | 43 |
| Tabelle 5.3 Zigaretten- und Alkoholkonsum insgesamt und im Extremgruppenvergleich nach Geburtsjahr und Geschlechtszugehörigkeit | 44 |
| Tabelle 5.4 Regelmäßiges Präventions- und Informationsverhalten insgesamt sowie nach Geschlechtszugehörigkeit und Geburtsjahr | 48 |
| Tabelle 6.1 Auftreten von Beschwerden im letzten halben Jahr | 53 |
| Tabelle 6.2 Ernsthafte Erkrankungen mit ärztlicher Behandlung | 54 |

| | |
|---|----|
| Tabelle 6.3 Die Beziehung zwischen subjektivem Wohlbefinden, Beschwerdehäufigkeit und Krankheitserfahrungen | 56 |
| Tabelle 6.4 Gesundheitliches Wohlbefinden in Abhängigkeit von Bildungs- und Berufsstatus | 61 |
| Tabelle 6.5 Signifikante Beziehungen zwischen Bildungsstatus und der Häufigkeit von Beschwerden und Erkrankungen | 62 |
| Tabelle 6.6 Signifikante Beziehungen zwischen sozialer Unterstützung, Wohlbefinden sowie der Häufigkeit von Beschwerden und Krankheiten | 66 |
| Tabelle 6.7 Beschwerdebilder in Abhängigkeit von Belastungen durch die eigene finanzielle Situation | 72 |
| Tabelle 6.8 Zusammenhänge zwischen Belastungen durch gesundheitliche Beeinträchtigungen und Erkrankungen im Lebensverlauf | 73 |
| Tabelle 6.9 Wohlbefinden, Beschwerden und Erkrankungen in Abhängigkeit von Geburtsjahr und Lebenszufriedenheit | 74 |
| Tabelle 6.10 Ausgewählte Krankheitsbilder und mehrfache Inanspruchnahme von Haus- und Facharzt im zurückliegenden Jahr | 78 |
| Tabelle 6.11 Das subjektive Wohlbefinden in Abhängigkeit von Rauchwaren- und Alkoholkonsum sowie körperlicher Bewegung | 79 |
| Tabelle 6.12 Signifikante Beziehungen zwischen ausgewählten Erkrankungen und Präventionsverhalten | 81 |
| Tabelle 6.13 Regressionsmodelle für die Kriterien Wohlbefinden, Beschwerden und ernsthafte Erkrankungen. | 87 |
| Tabelle 7.1 Der Anteil chronisch Kranker und Behinderter sowie ausgewählte Aspekte im Zusammenhang mit der Beeinträchtigung | 92 |
| Tabelle 7.2 Der soziale Hintergrund von Menschen mit einer gesundheitlichen Schädigung in Sachsen- Anhalt | 93 |
| Tabelle 7.3 Signifikante Beziehungen zwischen gesundheitlichen Beschwerden und dem Vorhandensein einer Behinderung und/ oder chronischen Krankheit | 96 |

| | |
|---|-----|
| Tabelle 7.4 Beziehungen zwischen Belastungen und dem Vorhandensein einer Behinderung und/ oder chronischen Krankheit | 100 |
| Tabelle 8.1 Soziale Aspekte der ab 1959 Geborenen nach dem Alter der im Haushalt lebenden Kinder | 104 |
| Tabelle 8.2 Reaktionen auf ernsthafte Beschwerden der ab 1959 Geborenen nach dem Alter der im Haushalt lebenden Kinder | 107 |
| Tabelle 8.3 Signifikante Beziehungen zwischen Belastungen der ab 1959 Geborenen und dem Alter der im Haushalt lebenden Kinder | 108 |
| Tabelle 9.1 Die Beurteilung von Veränderungen im Gesundheitswesen | 114 |
| Abbildung 1.1 Operationales Modell des Bevölkerungssurveys „Gesundheit und Wohlbefinden in Sachsen- Anhalt“ | 11 |
| Abbildung 2.1 Regionalisierte Grundgesamtheit, Brutto- und Netto- Stichprobe des Bevölkerungssurveys Sachsen- Anhalt 2003 | 15 |
| Abbildung 3.1 Der höchstqualifizierende Berufsabschluss von jüngeren und älteren Menschen | 19 |
| Abbildung 3.2 Die Beziehung zwischen Belastungen durch die Wohnsituation und Störungen des Schlafs durch Lärmquellen | 26 |
| Abbildung 4.1 Belastungen in Abhängigkeit vom Erwerbsstatus – Vollzeitbeschäftigte und Arbeitslose im Extremgruppenvergleich | 31 |
| Abbildung 4.2 Die Wichtigkeit von Lebensbereichen - Frauen und Männer im Vergleich | 33 |
| Abbildung 4.3 Der Zusammenhang zwischen Lebenszufriedenheit und Belastungen | 37 |
| Abbildung 5.1 Inanspruchnahme medizinischer Dienste innerhalb der letzten zwölf Monate - insgesamt sowie ältere und jüngere Befragte im Extremgruppenvergleich | 40 |
| Abbildung 5.2 Ausgewählte körperliche Betätigungen von Hauptschulabsolventen und Akademikern | 46 |

| | |
|--|-----|
| Abbildung 5.3 Ausgewählte Aspekte des Präventions- und Informationsverhaltens nach Bildungsstatus | 49 |
| Abbildung 6.1 Ernsthafte Erkrankungen im Lebenslauf - Erfahrungen von jüngeren und älteren Menschen | 59 |
| Abbildung 6.2 Geschlechtsspezifische Ausprägungen von Beschwerden im letzten halben Jahr | 60 |
| Abbildung 6.3 Gesundheitszustand, ausgewählte Beschwerden und Krankheitsbilder von Arbeitslosen und Vollzeit- Berufstätigen | 63 |
| Abbildung 6.4 Ausgewählte Beschwerdebilder in signifikanter Abhängigkeit von den Wohnverhältnissen | 68 |
| Abbildung 6.5 Schlafstörender Straßenlärm und Häufigkeit von Beschwerden im Extremgruppenvergleich | 69 |
| Abbildung 6.6 Das subjektive Wohlbefinden im sechsten Lebensjahrzehnt in Abhängigkeit vom Zukunftsoptimismus | 75 |
| Abbildung 6.7 Ernsthafte Erkrankungen und gesundheitsrelevantes Informationsverhalten | 82 |
| Abbildung 6.8 Das subjektive Wohlbefinden und dessen Determinanten im blockrekursiven Pfadmodell | 88 |
| Abbildung 6.9 Die Beschwerdehäufigkeit und deren Determinanten im blockrekursiven Pfadmodell | 89 |
| Abbildung 6.10 Die Häufigkeit schwerwiegender Erkrankungen und deren Determinanten im blockrekursiven Pfadmodell | 90 |
| Abbildung 7.1 Die Einschätzung des Gesundheitszustandes von Menschen mit und ohne Behinderung/ chronische Krankheit | 95 |
| Abbildung 7.2 Signifikante Beziehungen zwischen ausgewählten Tätigkeitseinschränkungen und dem Vorhandensein einer Behinderung und/ oder chronische Krankheit | 99 |
| Abbildung 7.3 Die Zufriedenheit mit dem gegenwärtigen Leben und der Zukunftsoptimismus unterschieden nach dem Vorhandensein einer Behinderung und/ oder chronischen Krankheit | 101 |

| | |
|---|-----|
| Abbildung 8.1 Signifikante Beziehungen zwischen dem Auftreten ernsthafter Erkrankungen bei den ab 1959 Geborenen und dem Alter der im Haushalt lebenden Kinder | 105 |
| Abbildung 8.2 Lebenszufriedenheit der ab 1959 Geborenen nach dem Alter der im Haushalt lebenden Kinder | 109 |
| Abbildung 9.1 Die Beziehung zwischen der Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem und der beruflichen Stellung im Extremgruppenvergleich | 112 |
| Abbildung 9.2 Ausgewählte Reformvorschläge in signifikanter Abhängigkeit vom derzeitigen Erwerbsstatus im Extremgruppenvergleich | 117 |
| Abbildung 9.3 Der Zusammenhang zwischen dem Geburtsjahr und der Entscheidung zur Reduzierung des Finanzdefizits im Gesundheitswesen | 119 |

Verzeichnis der Tabellen im Anhang

| | |
|--|-----|
| Tabelle A3.1 Bildungs-, Berufs- und Erwerbsstatus der Befragten, nach Geschlechtszugehörigkeit und Geburtsjahr | 151 |
| Tabelle A3.2 Art der Arbeit und Grad der körperlichen Anstrengung, nach Geschlechtszugehörigkeit, Geburtsjahr, Bildungs-, Berufs- und Erwerbsstatus | 152 |
| Tabelle A3.3 Familienstand nach Region, Geschlechtszugehörigkeit, Geburtsjahr, Bildungs-, Berufs- und Erwerbsstatus | 153 |
| Tabelle A3.4 Allein und in Partnerschaft Lebende nach Region, Geschlechtszugehörigkeit, Geburtsjahr, Bildungs-, Berufs- und Erwerbsstatus | 154 |
| Tabelle A3.5 Kinderzahl der Befragten, nach Region, Geschlechtszugehörigkeit, Geburtsjahr, Bildungs-, Berufs- und Erwerbsstatus | 155 |
| Tabelle A3.6 Haushaltsgrösse nach Region, Geschlechtszugehörigkeit, Geburtsjahr, Bildungs-, Berufs- und Erwerbsstatus | 156 |
| Tabelle A3.7 Signifikante Beziehungen zwischen sozialer Unterstützung und Geschlechtszugehörigkeit, Geburtsjahr und Aspekten der familialen Situation | 157 |
| Tabelle A3.8 Signifikante Beziehungen zwischen sozialer Unterstützung und Bildungs-, Berufs- und Erwerbsstatus | 158 |

| | |
|--|-----|
| Tabelle A3.9 | |
| Strukturelle Zusammenhänge zwischen den einzelnen Lärmquellen | 158 |
| Tabelle A4.1 | |
| Strukturelle Zusammenhänge zwischen den Belastungsbereichen | 159 |
| Tabelle A4.2 | |
| Gesamtbelastungen sowie Wichtigkeit von Lebensbereichen in diversen sozialen Gruppen – signifikante Unterschiede | 160 |
| Tabelle A4.3 | |
| Belastungen in Abhängigkeit von Bildungs- und Berufsstatus – Signifikante Unterschiede der Extremgruppenvergleiche | 161 |
| Tabelle A4.4 | |
| Autonome Kontrollüberzeugung, Lebenszufriedenheit und Zukunftsoptimismus nach sozialer Schichtzugehörigkeit | 161 |
| Tabelle A5.1 | |
| Eigen- und Fremderfahrungen mit dem Gesundheitssystem; signifikante Unterschiede zwischen diversen sozialen Gruppen | 162 |
| Tabelle A5.2 | |
| Strukturelle Zusammenhänge zwischen den diversen Beeinträchtigungen im Alltag | 162 |
| Tabelle A5.3 | |
| Alltägliche Beeinträchtigungen, körperliche Betätigung, gesundheitsbezogenes Vorsorge- und Informationsverhalten – signifikante Unterschiede zwischen sozialen Gruppen | 163 |
| Tabelle A5.4 | |
| Täglicher Zigaretten- und durchschnittlicher Alkoholkonsum – signifikante Unterschiede zwischen sozialen Gruppen | 164 |
| Tabelle A5.5 | |
| Strukturelle Zusammenhänge zwischen den Aspekten von Prävention und Information | 165 |
| Tabelle A6.1 | |
| Strukturelle Zusammenhänge zwischen den diversen Beschwerden | 165 |
| Tabelle A6.2 | |
| Strukturelle Zusammenhänge zwischen den diversen Erkrankungen | 166 |
| Tabelle A6.3 | |
| Signifikante Beziehungen zwischen Aspekten des sozialen und beruflichen Hintergrunds und dem subjektiven Gesundheitsstatus | 166 |
| Tabelle A6.4 | |
| Signifikante Beziehungen zwischen Berufsstatus und der Häufigkeit von Beschwerden und Erkrankungen | 167 |
| Tabelle A6.5 | |
| Zweifaktorielle Varianzanalysen des subjektiven Gesundheitsstatus‘ mit den Faktoren Alter und Geschlecht | 167 |

| | |
|---|-----|
| Tabelle A6.6 Zweifaktorielle Varianzanalysen des subjektiven Gesundheitsstatus' mit den Faktoren Bildungs- und Berufsstatus | 168 |
| Tabelle A6.7 Signifikante Beziehungen zwischen Aspekten der sozialen Integration und dem subjektiven Gesundheitsstatus | 168 |
| Tabelle A6.8 Signifikante Beziehungen zwischen schlafstörenden Lärmquellen und dem subjektiven Gesundheitsstatus | 169 |
| Tabelle A6.9 Signifikante Beziehungen zwischen Alltagsbelastungen und dem subjektiven Gesundheitsstatus | 170 |
| Tabelle A6.10 Zweifaktorielle Varianzanalysen des subjektiven Gesundheitsstatus' mit den Faktoren Bildungsstatus und Belastungen | 171 |
| Tabelle A6.11 Der subjektive Gesundheitsstatus in Abhängigkeit von Interessenspektrum, Kontrollüberzeugungen, Lebenszufriedenheit und Zukunftsoptimismus | 171 |
| Tabelle A6.12 Zweifaktorielle Varianzanalysen des subjektiven Gesundheitsstatus' mit den Faktoren Lebenszufriedenheit und Belastungen | 172 |
| Tabelle A6.13 Zweifaktorielle Varianzanalysen des subjektiven Gesundheitsstatus' mit den Faktoren Zukunftsoptimismus und Belastungen | 172 |
| Tabelle A6.14 Wohlbefinden, Beschwerde- und Krankheitshäufigkeiten in Abhängigkeit von gesundheits-relevanten Erfahrungen und Verhaltensweisen | 173 |
| Tabelle A6.15 Inanspruchnahme des Hausarztes im zurückliegenden Jahr und aktuelle Krankheitsbilder der Befragten | 173 |
| Tabelle A6.16 Signifikante Beziehungen zwischen körperlicher Bewegung und dem subjektiven Gesundheitsstatus | 174 |
| Tabelle A6.17 Ausgewählte Aspekte des Präventionsverhaltens und aktuelle Krankheitsbilder der Befragten | 175 |
| Tabelle A6.18 Regressionsmodelle für das Kriterium Wohlbefinden | 176 |
| Tabelle A6.19 Regressionsmodelle für das Kriterium Beschwerden | 177 |
| Tabelle A6.20 Regressionsmodelle für das Kriterium ernsthafte Erkrankungen | 178 |

| | |
|--|-----|
| Tabelle A7.1 Signifikante Beziehungen zwischen beruflichem Hintergrund und dem Vorhandensein einer Behinderung bzw. chronischen Krankheit | 179 |
| Tabelle A7.2 Signifikante Beziehungen zwischen gesundheitlichen Beschwerden und dem Vorhandensein einer Behinderung und/ oder chronischen Krankheit | 180 |
| Tabelle A7.3 Signifikante Beziehungen zwischen dem Auftreten ernsthafter Erkrankungen und dem Vorhandensein einer Behinderung und/ oder chronischen Krankheit | 181 |
| Tabelle A7.4 Beziehungen zwischen Präventionsmaßnahmen und dem Vorhandensein einer Behinderung und/ oder chronischen Krankheit | 182 |
| Tabelle A7.5 Beziehungen zwischen dem Rauch- und Trinkniveau sowie dem Vorhandensein einer Behinderung und/ oder chronischen Krankheit | 183 |
| Tabelle A7.6 Beziehungen zwischen alltäglichen Betätigungen und dem Vorhandensein einer Behinderung und/ oder chronischen Krankheit | 184 |
| Tabelle A7.7 Signifikante Beziehungen zwischen einer Einschränkung von Tätigkeiten und dem Vorhandensein einer Behinderung und/ oder chronischen Krankheit | 185 |
| Tabelle A7.8 Beziehungen zwischen ausgewählten Belastungsaspekten und dem Vorhandensein einer Behinderung und/ oder chronischen Krankheit | 186 |
| Tabelle A8.1 Bildungs-, Berufs- und Erwerbsstatus der ab 1959 Geborenen: Befragte mit und ohne minderjährige Kinder im Haushalt | 187 |
| Tabelle A8.2 Gesundheitliche Beschwerden der ab 1959 Geborenen nach dem Alter der im Haushalt lebenden Kinder | 187 |
| Tabelle A8.3 Signifikante Beziehungen zwischen Präventionsmaßnahmen der ab 1959 Geborenen und dem Alter der im Haushalt lebenden Kinder | 188 |
| Tabelle A8.4 Beziehungen zwischen dem Tabak- bzw. Alkoholkonsum der ab 1959 Geborenen und dem Alter der im Haushalt lebenden Kinder | 189 |
| Tabelle A8.5 Alltägliche Aktivitäten der ab 1959 Geborenen nach dem Alter der im Haushalt lebenden Kinder | 190 |
| Tabelle A9.1 Signifikante Beziehungen zwischen Aspekten des sozialen Hintergrunds und der Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem | 191 |

| | |
|--|-----|
| Tabelle A9.2 | |
| Signifikante Beziehungen zwischen Aspekten des beruflichen Hintergrunds und der Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem | 192 |
| Tabelle A9.3 | |
| Strukturelle Zusammenhänge zwischen den einzelnen Reformvorschlägen | 192 |
| Tabelle A9.4 | |
| Signifikante Beziehungen zwischen der sozialen Lage und der Beurteilung der Reformvorschläge | 193 |
| Tabelle A9.5 | |
| Signifikante Beziehungen zwischen der Beurteilung der Reformvorschläge und der familialen Lage | 195 |
| Tabelle A9.6 | |
| Signifikante Beziehungen zwischen Aspekten der sozialen und gesundheitlichen Lage und der Entscheidung für eine Möglichkeit zur Reduzierung des Finanzdefizits im Gesundheitswesen | 196 |

Tabelle A3.1

Bildungs-, Berufs- und Erwerbsstatus der Befragten, nach Geschlechtszugehörigkeit und Geburtsjahr.
Angaben in Prozent (N 2090).

| | Insgesamt | Geschlecht | | Geburtsjahr | |
|-----------------------------------|-----------|----------------------|---------------------|----------------------|---------------------|
| | | weiblich (N 1145) | männlich (N 935) | vor 1959 (N 1021) | ab 1959 (N 1054) |
| Bildungsstatus^a | | | | | |
| - Abschluss 8. Klasse | 15 | 14 | 16 | 26 | 5 |
| - Abschluss 10. Klasse | 46 | 48 | 44 | 38 | 53 |
| - Abitur | 15 | 16 | 13 | 9 | 21 |
| - Hochschulexamen | 20 | 17 | 24 | 25 | 16 |
| - keinen/ in Schule, Ausbildung | 2 | 2 | 1 | - | 2 |
| - Sonstiges | 3 | 3 | 2 ** | 2 | 3 ** |
| Berufsstatus^b | | | | | |
| - Arbeiter | 34 | 23 | 47 | 36 | 31 |
| - Angestellte | 46 | 58 | 30 | 51 | 41 |
| - Beamte | 4 | 3 | 5 | 3 | 5 |
| - Selbständige | 6 | 4 | 8 | 7 | 5 |
| - Sonstiges | 11 | 12 | 9 ** | 3 | 19 ** |
| Erwerbsstatus^c | | | | | |
| - Vollzeit | 58 | 51 | 68 | 54 | 63 |
| - Teilzeit | 10 | 16 | 2 | 7 | 12 |
| - arbeitslos | 15 | 15 | 15 | 18 | 12 |
| - Ruhestand | 10 | 11 | 10 | 21 | - |
| - Sonstiges | 7 | 8 | 6 ** | - | 13 ** |

a Höchstqualifizierender Abschluss

b Stellung im gegenwärtig oder zuletzt ausgeübten Beruf

c Voll- und Teilzeit inklusive ABM und Altersteilzeit; Sonstiges inklusive Ausbildung, Schule, Studium

**p ≤ 0.01 (Chi²- Test)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Tabelle A3.2

Art der Arbeit und Grad der körperlichen Anstrengung, nach Geschlechtszugehörigkeit, Geburtsjahr, Bildungs-, Berufs- und Erwerbsstatus. Prozentverteilungen (N 2090).

| | N | Art der Arbeit ^a | | | körperliche Anstrengung | | |
|-----------------------------------|------|-----------------------------|---------|-------------|-------------------------|--------|---------|
| | | sitzend | stehend | In Bewegung | keine | mäßige | schwere |
| Geschlecht | | | | | | | |
| - weiblich | 1145 | 41 | 10 | 49 | 43 | 45 | 13 |
| - männlich | 935 | 35 | 7 | 58 ** | 36 | 42 | 22 ** |
| Geburtsjahr | | | | | | | |
| - vor 1959 | 1021 | 32 | 9 | 59 | 38 | 48 | 14 |
| - ab 1959 | 1054 | 44 | 9 | 47 ** | 42 | 39 | 19 ** |
| Bildungsstatus^b | | | | | | | |
| - Abschluss 8. Klasse | 312 | 12 | 11 | 78 | 18 | 64 | 18 |
| - Abschluss 10. Klasse | 945 | 29 | 10 | 61 | 31 | 45 | 25 |
| - Abitur | 301 | 60 | 4 | 36 | 55 | 34 | 12 |
| - Hochschulexamen | 421 | 59 | 9 | 32 ** | 64 | 33 | 3 ** |
| Berufsstatus^c | | | | | | | |
| - Arbeiter | 686 | 10 | 11 | 79 | 15 | 53 | 32 |
| - Angestellte | 929 | 51 | 9 | 40 | 55 | 37 | 7 |
| - Beamte | 80 | 61 | 4 | 35 | 55 | 39 | 6 |
| - Selbständige | 118 | 41 | 3 | 57 ** | 34 | 48 | 18 ** |
| Erwerbsstatus^d | | | | | | | |
| - Vollzeit | 1110 | 44 | 9 | 47 | 44 | 34 | 22 |
| - Teilzeit | 185 | 37 | 9 | 54 | 42 | 44 | 14 |
| - arbeitslos | 281 | 18 | 10 | 72 | 23 | 66 | 11 |
| - Ruhestand | 199 | 12 | 10 | 79 ** | 31 | 65 | 4 ** |

a Nicht- Erwerbstätige beziehen sich auf die alltägliche Arbeit

b Höchstqualifizierender Abschluss

c Stellung im gegenwärtig oder zuletzt ausgeübten Beruf

d Voll- und Teilzeit inklusive ABM und Altersteilzeit

**p ≤ 0.01 (Chi²- Test)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Tabelle A3.3

Familienstand nach Region, Geschlechtszugehörigkeit, Geburtsjahr, Bildungs-, Berufs- und Erwerbsstatus. Prozentverteilungen (N 2090).

| | N | ledig | verheiratet | geschieden | verwitwet |
|-----------------------------------|------|-------|-------------|------------|-----------|
| Region | | | | | |
| - Magdeburg | 650 | 27 | 60 | 11 | 3 |
| - Bitterfeld | 392 | 25 | 65 | 8 | 2 |
| - Burgenland | 326 | 25 | 64 | 8 | 3 |
| - Saalkreis | 361 | 21 | 71 | 6 | 1 |
| - Stendal | 355 | 30 | 62 | 6 | 2 * |
| Geschlecht | | | | | |
| - weiblich | 1145 | 25 | 63 | 9 | 3 |
| - männlich | 935 | 27 | 66 | 7 | 1 ** |
| Geburtsjahr | | | | | |
| - vor 1959 | 1021 | 4 | 82 | 10 | 4 |
| - ab 1959 | 1054 | 46 | 47 | 7 | 1 ** |
| Bildungsstatus^a | | | | | |
| - Abschluss 8. Klasse | 312 | 11 | 74 | 9 | 7 |
| - Abschluss 10. Klasse | 945 | 26 | 64 | 9 | 2 |
| - Abitur | 301 | 51 | 45 | 4 | - |
| - Hochschulexamen | 421 | 13 | 76 | 10 | 2 ** |
| Berufsstatus^b | | | | | |
| - Arbeiter | 686 | 22 | 66 | 8 | 3 |
| - Angestellte | 929 | 17 | 72 | 9 | 2 |
| - Beamte | 80 | 21 | 68 | 10 | 1 |
| - Selbständige | 118 | 15 | 75 | 10 | - * |
| Erwerbsstatus^c | | | | | |
| - Vollzeit | 1110 | 22 | 69 | 8 | 1 |
| - Teilzeit | 185 | 25 | 65 | 7 | 3 |
| - arbeitslos | 281 | 26 | 57 | 14 | 3 |
| - Ruhestand | 199 | 3 | 83 | 6 | 9 ** |

a Höchstqualifizierender Abschluss

b Stellung im gegenwärtig oder zuletzt ausgeübten Beruf

c Voll- und Teilzeit inklusive ABM und Altersteilzeit

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$ (Chi²- Test)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Tabelle A3.4

Allein und in Partnerschaft Lebende nach Region, Geschlechtszugehörigkeit, Geburtsjahr, Bildungs-, Berufs- und Erwerbsstatus. Prozentverteilungen (N 2090).

| | N | alleinlebend | in Partnerschaft | |
|-----------------------------------|------|--------------|------------------|----|
| Region | | | | |
| - Magdeburg | 650 | 22 | 78 | |
| - Bitterfeld | 392 | 19 | 81 | |
| - Burgenland | 326 | 19 | 81 | |
| - Saalkreis | 361 | 14 | 86 | |
| - Stendal | 355 | 14 | 86 | ** |
| Geschlecht | | | | |
| - weiblich | 1145 | 18 | 82 | |
| - männlich | 935 | 18 | 82 | |
| Geburtsjahr | | | | |
| - vor 1959 | 1021 | 12 | 88 | |
| - ab 1959 | 1054 | 24 | 76 | ** |
| Bildungsstatus^a | | | | |
| - Abschluss 8. Klasse | 312 | 21 | 79 | |
| - Abschluss 10. Klasse | 945 | 17 | 83 | |
| - Abitur | 301 | 25 | 75 | |
| - Hochschulexamen | 421 | 10 | 90 | ** |
| Berufsstatus^b | | | | |
| - Arbeiter | 686 | 20 | 80 | |
| - Angestellte | 929 | 12 | 88 | |
| - Beamte | 80 | 8 | 92 | |
| - Selbständige | 118 | 11 | 89 | ** |
| Erwerbsstatus^c | | | | |
| - Vollzeit | 1110 | 13 | 87 | |
| - Teilzeit | 185 | 16 | 84 | |
| - arbeitslos | 281 | 27 | 73 | |
| - Ruhestand | 199 | 13 | 87 | ** |

a Höchstqualifizierender Abschluss

b Stellung im gegenwärtig oder zuletzt ausgeübten Beruf

c Voll- und Teilzeit inklusive ABM und Altersteilzeit

**p ≤ 0.01 (Chi²- Test)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Tabelle A3.5

Kinderzahl der Befragten, nach Region, Geschlechtszugehörigkeit, Geburtsjahr, Bildungs-, Berufs- und Erwerbsstatus. Prozentverteilungen und arithmetische Mittelwerte (N 2090).

| | N | Kinderzahl | | | | | arithmetische Mittelwerte |
|-----------------------------------|------|------------|----|----|----|-------------|---------------------------|
| | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 oder mehr | |
| Region | | | | | | | |
| - Magdeburg | 650 | 26 | 31 | 35 | 6 | 2 | 1,3 |
| - Bitterfeld | 392 | 24 | 28 | 35 | 10 | 3 | 1,4 |
| - Burgenland | 326 | 23 | 27 | 37 | 9 | 4 | 1,5 |
| - Saalkreis | 361 | 21 | 27 | 42 | 9 | 2 | 1,5 |
| - Stendal | 355 | 25 | 23 | 37 | 9 | 5 | 1,5 * |
| Geschlecht | | | | | | | |
| - weiblich | 1145 | 21 | 29 | 38 | 9 | 4 | 1,5 |
| - männlich | 935 | 28 | 27 | 35 | 8 | 3 | 1,3 * |
| Geburtsjahr | | | | | | | |
| - vor 1959 | 1021 | 7 | 28 | 48 | 12 | 5 | 1,8 |
| - ab 1959 | 1054 | 40 | 28 | 26 | 5 | 2 | 1,0 ** |
| Bildungsstatus^a | | | | | | | |
| - Abschluss 8. Klasse | 312 | 17 | 26 | 35 | 13 | 10 | 1,8 |
| - Abschluss 10. Klasse | 945 | 22 | 31 | 38 | 7 | 2 | 1,4 |
| - Abitur | 301 | 48 | 20 | 25 | 6 | 1 | 0,9 |
| - Hochschulexamen | 421 | 12 | 30 | 48 | 8 | 1 | 1,6 ** |
| Berufsstatus^b | | | | | | | |
| - Arbeiter | 686 | 22 | 29 | 36 | 9 | 4 | 1,5 |
| - Angestellte | 929 | 14 | 31 | 45 | 8 | 2 | 1,5 |
| - Beamte | 80 | 24 | 28 | 38 | 9 | 3 | 1,4 |
| - Selbständige | 118 | 17 | 31 | 31 | 14 | 7 | 1,6 |
| Erwerbsstatus^c | | | | | | | |
| - Vollzeit | 1110 | 20 | 29 | 43 | 7 | 2 | 1,4 |
| - Teilzeit | 185 | 18 | 35 | 37 | 10 | - | 1,4 |
| - arbeitslos | 281 | 25 | 25 | 30 | 13 | 7 | 1,5 |
| - Ruhestand | 199 | 8 | 29 | 42 | 13 | 8 | 1,9 ** |

a Höchstqualifizierender Abschluss

b Stellung im gegenwärtig oder zuletzt ausgeübten Beruf

c Voll- und Teilzeit inklusive ABM und Altersteilzeit

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$ (t-Test)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Tabelle A3.6

Haushaltsgrösse nach Region, Geschlechtszugehörigkeit, Geburtsjahr, Bildungs-, Berufs- und Erwerbsstatus. Prozentverteilungen und arithmetische Mittelwerte (N 2090).

| | N | Haushaltsgrösse nach Personenzahl | | | | | arithmetische Mittelwerte | |
|-----------------------------------|------|-----------------------------------|----|----|----|-------------|---------------------------|----|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 oder mehr | | |
| Region | | | | | | | | |
| - Magdeburg | 650 | 13 | 44 | 27 | 14 | 3 | 2,5 | |
| - Bitterfeld | 392 | 9 | 34 | 28 | 23 | 6 | 2,9 | |
| - Burgenland | 326 | 6 | 40 | 30 | 19 | 5 | 2,8 | |
| - Saalkreis | 361 | 7 | 32 | 33 | 23 | 6 | 2,9 | |
| - Stendal | 355 | 5 | 33 | 31 | 22 | 10 | 3,1 | ** |
| Geschlecht | | | | | | | | |
| - weiblich | 1145 | 9 | 38 | 27 | 20 | 6 | 2,8 | |
| - männlich | 935 | 9 | 36 | 31 | 19 | 5 | 2,7 | |
| Geburtsjahr | | | | | | | | |
| - vor 1959 | 1021 | 9 | 55 | 23 | 10 | 3 | 2,5 | |
| - ab 1959 | 1054 | 9 | 20 | 35 | 28 | 8 | 3,1 | ** |
| Bildungsstatus^a | | | | | | | | |
| - Abschluss 8. Klasse | 312 | 14 | 57 | 18 | 7 | 4 | 2,3 | |
| - Abschluss 10. Klasse | 945 | 7 | 32 | 33 | 23 | 6 | 2,9 | |
| - Abitur | 301 | 11 | 37 | 24 | 22 | 6 | 2,8 | |
| - Hochschulexamen | 421 | 8 | 37 | 32 | 19 | 5 | 2,8 | ** |
| Berufsstatus^b | | | | | | | | |
| - Arbeiter | 686 | 10 | 38 | 29 | 18 | 5 | 2,7 | |
| - Angestellte | 929 | 7 | 39 | 29 | 20 | 4 | 2,8 | |
| - Beamte | 80 | 9 | 36 | 31 | 21 | 3 | 2,7 | |
| - Selbständige | 118 | 5 | 40 | 31 | 16 | 8 | 2,9 | |
| Erwerbsstatus^c | | | | | | | | |
| - Vollzeit | 1110 | 7 | 32 | 33 | 23 | 5 | 2,9 | |
| - Teilzeit | 185 | 7 | 35 | 30 | 22 | 6 | 2,9 | |
| - arbeitslos | 281 | 16 | 37 | 28 | 14 | 6 | 2,6 | |
| - Ruhestand | 199 | 10 | 76 | 9 | 4 | 2 | 2,1 | ** |

a Höchstqualifizierender Abschluss

b Stellung im gegenwärtig oder zuletzt ausgeübten Beruf

c Voll- und Teilzeit inklusive ABM und Altersteilzeit

** $p \leq 0.01$ (t- Test)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Tabelle A3.7

Signifikante Beziehungen zwischen sozialer Unterstützung und Geschlechtszugehörigkeit, Geburtsjahr und Aspekten der familialen Situation. Prozentverteilungen und Mediane (N 2090).

| | N | gegebene Hilfeleistungen ^a | | | Hilfspersonen im eigenen Notfall ^b | Mediane |
|-----------------------------------|------|---------------------------------------|----------|---------|---|---------|
| | | keine | mehrmals | täglich | | |
| Geschlecht | | | | | | |
| - weiblich | 1145 | 73 | 15 | 12 | | |
| - männlich | 935 | 82 | 12 | 6 | ** | |
| Geburtsjahr | | | | | | |
| - vor 1959 | 1021 | 70 | 17 | 13 | | 3,0 |
| - ab 1959 | 1054 | 84 | 10 | 6 | ** | 3,4 ** |
| Familienstand | | | | | | |
| - ledig | 533 | 82 | 12 | 6 | | 3,5 |
| - verheiratet | 1330 | 77 | 14 | 10 | | 3,2 |
| - geschieden | 169 | 77 | 12 | 11 | | 3,0 |
| - verwitwet | 48 | 50 | 25 | 25 | ** | 2,8 ** |
| Haushaltsgrösse | | | | | | |
| - 1 Person | 184 | 75 | 14 | 10 | | 3,0 |
| - 2 Personen | 771 | 73 | 17 | 11 | | 3,1 |
| - 3 Personen | 603 | 82 | 11 | 7 | | 3,3 |
| - 4 Personen | 400 | 82 | 12 | 6 | | 3,4 |
| - 5 Personen oder mehr | 114 | 76 | 7 | 17 | ** | 3,3 ** |
| Im Haushalt lebende Kinder | | | | | | |
| - nein | 1321 | 75 | 15 | 11 | | 3,1 |
| - ja | 720 | 83 | 11 | 6 | ** | 3,3 ** |

a Frageformulierung „Haben Sie in den letzten 5 Jahren eine hilfs- oder pflegebedürftige Person betreut?“ Die Antwortvorgaben „mehrmals im Monat“ und „mehrmals wöchentlich“ sind hier zusammengefasst worden

b Frageformulierung „Wie viele Personen – einschliesslich Ihrer Familie – kennen Sie, auf deren Hilfe Sie sich in Notfällen auf jeden Fall verlassen können?“ Antwortvorgaben 1 „keine“, 2 „eine“, 3 „zwei bis drei“, 4 „mehr als drei“ Personen

**p ≤ 0.01 (Chi²- bzw. Mediantest)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Tabelle A3.8

Signifikante Beziehungen zwischen sozialer Unterstützung und Bildungs-, Berufs- und Erwerbsstatus. Prozentverteilungen und Mediane (N 2090).

| | N | gegebene Hilfeleistungen ^a | | | Hilfspersonen im eigenen Notfall ^b | |
|------------------------|------|---------------------------------------|----------|---------|---|----|
| | | keine | mehrmals | täglich | Mediane | |
| Bildungsstatus | | | | | | |
| - Abschluss 8. Klasse | 312 | 77 | 11 | 12 | 2,8 | |
| - Abschluss 10. Klasse | 945 | 78 | 12 | 10 | 3,3 | |
| - Abitur | 301 | 80 | 15 | 5 | 3,4 | |
| - Hochschulexamen | 421 | 75 | 17 | 8 * | 3,2 | ** |
| Berufsstatus | | | | | | |
| - Arbeiter | 686 | 82 | 10 | 9 | | |
| - Angestellte | 921 | 73 | 16 | 11 | | |
| - Beamte | 80 | 79 | 13 | 9 | | |
| - Selbständige | 118 | 80 | 13 | 8 ** | | |
| Erwerbsstatus | | | | | | |
| - Vollzeit | 1110 | | | | 3,3 | |
| - Teilzeit | 185 | | | | 3,4 | |
| - arbeitslos | 281 | | | | 3,0 | ** |

a Frageformulierung „Haben Sie in den letzten 5 Jahren eine hilfs- oder pflegebedürftige Person betreut?“ Die Antwortvorgaben „mehrmals im Monat“ und „mehrmals wöchentlich“ sind hier zusammengefasst worden

b Frageformulierung „Wie viele Personen – einschliesslich Ihrer Familie – kennen Sie, auf deren Hilfe Sie sich in Notfällen auf jeden Fall verlassen können?“ Antwortvorgaben 1 „keine“, 2 „eine“, 3 „zwei bis drei“, 4 „mehr als drei“ Personen

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$ (Chi²- bzw. Mediantest)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Tabelle A3.9

Strukturelle Zusammenhänge zwischen den einzelnen Lärmquellen. Assoziationskoeffizienten M (N 2090).^a

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|--------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Strassenverkehr | 1.00 | | | | | | | | | |
| Flugzeuge | .51 | 1.00 | | | | | | | | |
| Schienenverkehr | .46 | .46 | 1.00 | | | | | | | |
| Baumaßnahmen | .45 | .51 | .37 | 1.00 | | | | | | |
| Nachbarschaft | .33 | .33 | .26 | .48 | 1.00 | | | | | |
| Industrie/ Gewerbe | .44 | .39 | .41 | .57 | .49 | 1.00 | | | | |
| Gaststätten/ Diskotheken | .40 | .37 | .37 | .54 | .43 | .54 | 1.00 | | | |
| Naturgeräusche | .19 | .21 | .15 | .12 | .23 | .13 | .10 | 1.00 | | |
| Hausinstallation | .30 | .21 | .17 | .28 | .34 | .24 | .30 | .36 | 1.00 | |
| Familienmitglieder | .15 | .19 | .16 | .21 | .28 | .27 | .29 | .18 | .25 | 1.00 |

a Die in der ersten Zeile angeführten Nummern entsprechen den in der Vertikalen benannten Variablen

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Tabelle A4.1

Strukturelle Zusammenhänge zwischen den Belastungsbereichen. Assoziationskoeffizienten M (N 2090).^a

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|---|------|------|------|------|------|------|------|------|
| berufliche Tätigkeit | 1.00 | | | | | | | |
| Arbeitsmarktsituation | .18 | 1.00 | | | | | | |
| Wohnverhältnisse | .12 | .23 | 1.00 | | | | | |
| persönliche Finanzlage | .12 | .44 | .39 | 1.00 | | | | |
| familiäre Probleme | .12 | .18 | .34 | .29 | 1.00 | | | |
| persönliche Probleme | .17 | .24 | .38 | .37 | .60 | 1.00 | | |
| gesundheitliche Beeinträchtigungen | .23 | .20 | .21 | .26 | .23 | .34 | 1.00 | |
| Kostenentwicklung im Gesundheitsbereich | .12 | .37 | .17 | .37 | .16 | .19 | .37 | 1.00 |

a Die in der ersten Zeile angeführten Nummern entsprechen den in der Vertikalen benannten Variablen

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Tabelle A4.2

Gesamtbelastungen sowie Wichtigkeit von Lebensbereichen in diversen sozialen Gruppen – signifikante Unterschiede. Mediane der Summenskalen (N 2090).

| | N | Belastungen ^a | Lebensbereiche ^b |
|---|------|--------------------------|-----------------------------|
| Geschlecht | | | |
| - weiblich | 1145 | 20,3 | 32,1 |
| - männlich | 935 | 19,4 * | 31,6 ** |
| Geburtsjahr | | | |
| - vor 1959 | 1021 | 20,4 | |
| - ab 1959 | 1054 | 19,5 * | |
| Familienstand | | | |
| - ledig | 533 | 19,5 | |
| - verheiratet | 1330 | 19,7 | |
| - geschieden, verwitwet | 217 | 22,8 ** | |
| Lebensform | | | |
| - alleine | 370 | 21,7 | 31,5 |
| - in Partnerschaft | 1678 | 19,5 ** | 32,1 * |
| Bildungsstatus^c | | | |
| - Abschluss 8. Klasse | 312 | 22,9 | 30,0 |
| - Abschluss 10. Klasse | 945 | 20,5 | 32,0 |
| - Abitur | 301 | 18,1 | 32,6 |
| - Hochschulexamen | 421 | 17,9 ** | 32,5 ** |
| Berufsstatus^d | | | |
| - Arbeiter | 686 | 21,8 | 31,3 |
| - Angestellte | 929 | 19,1 | 32,1 |
| - Beamte | 80 | 15,6 | 32,4 |
| - Selbständige | 118 | 18,4 ** | 32,6 ** |
| Stellung in Berufshierarchie^e | | | |
| - untere Ebene | 413 | 21,1 | 31,6 |
| - mittlere Ebene | 1107 | 19,9 | 31,8 |
| - leitende Position | 293 | 18,4 ** | 32,7 ** |
| Erwerbsstatus^f | | | |
| - Vollzeit | 1110 | 19,2 | 32,4 |
| - Teilzeit | 185 | 19,7 | 32,5 |
| - arbeitslos | 281 | 23,8 | 31,0 |
| - Ruhestand | 199 | 19,7 ** | 30,1 ** |

a Summenskala 8- 40; 8 = in allen Items „überhaupt nicht“, 40 = in allen Items „stark belastet“ genannt

b Summenskala 8- 40; 8 = in allen Items „völlig unwichtig“; 40 = in allen Items „sehr wichtig“ genannt

c Höchstqualifizierender Abschluss; ohne Sonstiges und kein Abschluss

d Stellung im gegenwärtig oder zuletzt ausgeübten Beruf

e Jede Kategorie bezieht Arbeiter-, Angestellten-, Beamten- und Selbständigenpositionen ein

f Voll- und Teilzeit inklusive ABM und Altersteilzeit; ohne Sonstiges

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$ (Mediantest)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Tabelle A4.3

Belastungen^a in Abhängigkeit von Bildungs- und Berufsstatus – Signifikante Unterschiede der Extremgruppenvergleiche. Mediane.

| | Bildungsstatus | | Berufsstatus | | Hierarchie- Ebene | |
|--|----------------------|-----------------------|---------------------|------------------|-------------------|---------------------|
| | 8. Klasse (N 312) | Hochschule (N 421) | Arbeiter (N 686) | Beamte (N 80) | untere (N 413) | leitende (N 293) |
| steigende Kosten im Gesundheitsbereich | 4,5 | 2,7 ** | 3,8 | 2,2 ** | 3,3 | 2,8 ** |
| unsichere Situation auf dem Arbeitsmarkt | 4,1 | 2,8 ** | 4,1 | 1,3 ** | 3,6 | 2,8 ** |
| eigene berufliche Tätigkeit | 3,0 | 3,1 | 3,1 | 2,8 | 2,8 | 3,2 |
| eigene finanzielle Lage | 3,4 | 2,2 ** | 3,2 | 1,8 ** | 3,1 | 2,2 ** |
| gesundheitliche Beeinträchtigungen | 3,0 | 2,0 ** | 2,6 | 1,8 ** | 2,2 | 2,2 |

a Das Antwortformat ist fünfstufig skaliert; 1 „überhaupt nicht“, 5 „stark belastet“; die Vorgabe „trifft nicht zu“ wurde auspartialisiert

**p ≤ 0.01 (Mediantest)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Tabelle A4.4

Autonome Kontrollüberzeugung, Lebenszufriedenheit und Zukunftsoptimismus nach sozialer Schichtzugehörigkeit. Mediane bzw. Prozentverteilungen (N 2090).

| | N | Kontroll- überzeugung ^a | Lebenszu- friedenheit ^b | Zukunftsopti- mismus ^c |
|-------------------------------------|------|---------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| Bildungsstatus | | | | |
| - Abschluss 8. Klasse | 312 | 4,1 | 3,5 | 57 |
| - Abschluss 10. Klasse | 945 | 3,8 | 3,6 | 65 |
| - Abitur | 301 | 3,9 | 3,8 | 78 |
| - Hochschulexamen | 421 | 3,9 * | 3,8 ** | 72 ** |
| Berufsstatus | | | | |
| - Arbeiter | 686 | 3,9 | 3,4 | 59 |
| - Angestellte | 929 | 3,8 | 3,7 | 69 |
| - Beamte | 80 | 3,9 | 3,9 | 80 |
| - Selbständige | 118 | 4,2 * | 3,7 ** | 72 ** |
| Stellung in Berufshierarchie | | | | |
| - untere Ebene | 413 | 3,9 | 3,5 | 67 |
| - mittlere Ebene | 1107 | 3,8 | 3,6 | 65 |
| - leitende Position | 293 | 4,0 * | 3,8 ** | 70 |
| Erwerbsstatus | | | | |
| - Vollzeit | 1110 | 3,8 | 3,7 | 71 |
| - Teilzeit | 185 | 3,8 | 3,7 | 70 |
| - arbeitslos | 281 | 3,8 | 3,1 | 44 |
| - Ruhestand | 199 | 4,2 | 3,8 ** | 70 ** |

a Frageformulierung „Das Leben ist bestimmt, von dem, was Sie selbst wollen und sich vornehmen“; das Antwortformat ist fünfstufig skaliert; 1 „gar nicht“, 5 „völlig“

b Frageformulierung „Alles in allem gesehen, wie zufrieden sind Sie mit Ihrem gegenwärtigen Leben?“; das Antwortformat ist fünfstufig skaliert; 1 „überhaupt nicht“, 5 „voll und ganz“

c Frageformulierung „Wenn Sie einmal in Ihre persönliche Zukunft blicken, sind Sie ...“; dargestellt sind die Prozentverteilungen für die Kategorien „eher optimistisch“

*p ≤ 0.05; **p ≤ 0.01 (Chi²- bzw. Mediantest)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Tabelle A5.1

Eigen- und Fremderfahrungen mit dem Gesundheitssystem; signifikante Unterschiede zwischen diversen sozialen Gruppen. Mediane bzw. Prozentverteilungen (N 2090).

| | N | Inanspruchnahme ambulanter Dienste ^a | | stationärer Aufenthalt im Krankenhaus | |
|------------------------|------|---|-----------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|
| | | Eigenerfahrung ^b | Fremderfahrung ^c | Eigenerfahrung ^b | Fremderfahrung ^c |
| Geschlecht | | | | | |
| - weiblich | 1145 | 10,9 | | | |
| - männlich | 935 | 9,9 ** | | | |
| Geburtsjahr | | | | | |
| - vor 1959 | 1021 | 10,9 | 17 | 47 | |
| - ab 1959 | 1054 | 10,1 ** | 13 * | 54 ** | |
| Bildungsstatus | | | | | |
| - Abschluss 8. Klasse | 312 | 11,0 | 19 | 43 | |
| - Abschluss 10. Klasse | 945 | 10,5 | 16 | 50 | |
| - Abitur | 301 | 10,2 | 15 | 56 | |
| - Hochschulexamen | 421 | 10,2 ** | 10 ** | 52 * | |
| Berufsstatus | | | | | |
| - Arbeiter | 686 | 10,5 | 19 | | |
| - Angestellte | 929 | 10,6 | 14 | | |
| - Beamte | 80 | 10,7 | 6 | | |
| - Selbständige | 118 | 9,8 * | 10 ** | | |
| Erwerbsstatus | | | | | |
| - Vollzeit | 1110 | 10,2 | 12 | | |
| - Teilzeit | 185 | 10,6 | 17 | | |
| - arbeitslos | 281 | 10,7 * | 19 ** | | |

a Summenskala 6- 18; 6 = in allen Items „überhaupt nicht“; 18 = in allen Items „mehrmals“ genannt; dargestellt sind die Mediane

b Antwortformat „nein“, „einmal“, „2- 3 mal“, „öfter“; dargestellt ist die Zusammenfassung der letzten drei Kategorien

c Antwortformat dichotom; dargestellt ist die Verteilung der zustimmenden Kategorie

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$ (Chi²- bzw. Mediantest)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Tabelle A5.2

Strukturelle Zusammenhänge zwischen den diversen Beeinträchtigungen im Alltag. Assoziationskoeffizienten M (N 2090).^a

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|----------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|
| schwere Einkaufstaschen tragen | 1.00 | | | | | | |
| Radfahren | .62 | 1.00 | | | | | |
| Spaziergänge unternehmen | .64 | .58 | 1.00 | | | | |
| mehrere Treppen steigen | .58 | .58 | .75 | 1.00 | | | |
| im Haushalt arbeiten | .72 | .54 | .65 | .68 | 1.00 | | |
| den Hobbys nachgehen | .45 | .49 | .51 | .44 | .52 | 1.00 | |
| die berufliche Tätigkeit ausüben | .51 | .51 | .54 | .45 | .60 | .50 | 1.00 |

a Die in der ersten Zeile angeführten Nummern entsprechen den in der Vertikalen benannten Variablen

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Tabelle A5.3

Alltägliche Beeinträchtigungen, körperliche Betätigung, gesundheitsbezogenes Vorsorge- und Informationsverhalten – signifikante Unterschiede zwischen sozialen Gruppen. Mediane (N 2090).

| | N | alltägliche Beeinträchtigungen ^a | körperliche Betätigung ^b | Vorsorge- und Informationsverhalten ^c |
|-------------------------|------|---|-------------------------------------|--|
| Region | | | | |
| - Magdeburg | 650 | | 15,0 | |
| - Bitterfeld | 392 | | 16,4 | |
| - Burgenland | 326 | | 16,7 | |
| - Saalkreis | 361 | | 16,2 | |
| - Stendal | 355 | | 16,4 ** | |
| Geschlecht | | | | |
| - weiblich | 1145 | 8,4 | 15,2 | 20,4 |
| - männlich | 935 | 7,8 ** | 16,9 ** | 18,8 ** |
| Geburtsjahr | | | | |
| - vor 1959 | 1021 | 9,0 | 16,5 | 21,1 |
| - ab 1959 | 1054 | 7,6 ** | 15,5 ** | 18,6 ** |
| Familienstand | | | | |
| - ledig | 533 | 7,5 | 15,3 | 18,0 |
| - verheiratet | 1330 | 8,4 | 16,3 | 20,2 |
| - geschieden, verwitwet | 217 | 8,9 ** | 15,6 ** | 20,4 ** |
| Bildungsstatus | | | | |
| - Abschluss 8. Klasse | 312 | 10,5 | 17,3 | 21,3 |
| - Abschluss 10. Klasse | 945 | 8,3 | 15,8 | 19,5 |
| - Abitur | 301 | 7,7 | 15,7 | 19,0 |
| - Hochschulexamen | 421 | 7,6 ** | 15,9 ** | 19,7 ** |
| Berufsstatus | | | | |
| - Arbeiter | 686 | 8,9 | 17,2 | 19,5 |
| - Angestellte | 929 | 8,1 | 15,3 | 20,2 |
| - Beamte | 80 | 7,8 | 16,7 | 19,7 |
| - Selbständige | 118 | 7,5 ** | 16,1 ** | 19,2 ** |
| Erwerbsstatus | | | | |
| - Vollzeit | 1110 | 7,8 | 15,9 | 19,3 |
| - Teilzeit | 185 | 7,9 | 15,4 | 20,0 |
| - arbeitslos | 281 | 9,0 ** | 15,8 ** | 20,0 ** |

a Summenskala 7- 21; 7= in allen Items „überhaupt nicht“, 21 = in allen Items „erheblich“ genannt

b Summenskala 7- 35; 7= in allen Items „nie“; 35 =in allen Items „täglich“ genannt

c Summenskala 9- 27; 9= in allen Items „nie“; 27 =in allen Items „regelmäßig“ genannt

**p ≤ 0.01 (Mediantest)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Tabelle A5.4

Täglicher Zigaretten^a- und durchschnittlicher Alkoholkonsum^b – signifikante Unterschiede zwischen sozialen Gruppen. Prozentverteilungen bzw. Mediane (N 2090).

| | N | Zigaretten | Bier | Wein, Sekt | Schnaps, Cognac | Longdrinks, Mixgetränke |
|-------------------------------------|------|------------|--------|------------|-----------------|-------------------------|
| Geschlecht | | | | | | |
| - weiblich | 1145 | 21 | 1,3 | 2,0 | 1,2 | 1,5 |
| - männlich | 935 | 26 ** | 2,1 ** | 1,8 ** | 1,7 ** | 1,3 ** |
| Geburtsjahr | | | | | | |
| - vor 1959 | 1021 | 16 | 1,8 | | 1,5 | 1,2 |
| - ab 1959 | 1054 | 31 ** | 1,6 ** | | 1,3 ** | 1,6 ** |
| Familienstand | | | | | | |
| - ledig | 533 | 31 | 1,6 | 1,9 | 1,3 | 1,7 |
| - verheiratet | 1330 | 19 | 1,8 | 1,9 | 1,5 | 1,3 |
| - geschieden, verwitwet | 217 | 29 ** | 1,6 ** | 1,9 ** | 1,2 ** | 1,2 ** |
| Lebensform | | | | | | |
| - alleine | 370 | 33 | | 1,9 | 1,2 | |
| - in Partnerschaft | 1678 | 21 ** | | 1,9 ** | 1,4 ** | |
| Bildungsstatus | | | | | | |
| - Abschluss 8. Klasse | 312 | 19 | 1,7 | 1,9 | 1,4 | 1,2 |
| - Abschluss 10. Klasse | 945 | 28 | 1,6 | 1,9 | 1,3 | 1,4 |
| - Abitur | 301 | 21 | 1,6 | 2,0 | 1,3 | 1,6 |
| - Hochschulexamen | 421 | 14 ** | 1,9 ** | 2,0 ** | 1,6 ** | 1,4 ** |
| Berufsstatus | | | | | | |
| - Arbeiter | 686 | 27 | 1,8 | 1,9 | 1,5 | 1,3 |
| - Angestellte | 929 | 19 | 1,6 | 2,0 | 1,3 | 1,4 |
| - Beamte | 80 | 19 | 1,8 | 1,9 | 1,5 | 1,5 |
| - Selbständige | 118 | 19 ** | 1,9 ** | 1,9 ** | 1,4 * | 1,2 ** |
| Stellung in Berufshierarchie | | | | | | |
| - untere Ebene | 413 | 27 | 1,5 | | 1,3 | 1,4 |
| - mittlere Ebene | 1107 | 21 | 1,7 | | 1,4 | 1,4 |
| - leitende Position | 293 | 18 * | 2,0 ** | | 1,6 ** | 1,3 * |
| Erwerbsstatus | | | | | | |
| - Vollzeit | 1110 | | 1,8 | 1,9 | 1,4 | 1,4 |
| - Teilzeit | 185 | | 1,3 | 2,0 | 1,2 | 1,6 |
| - arbeitslos | 281 | | 1,7 ** | 1,9 * | 1,4 ** | 1,2 ** |

a Dargestellt sind die Prozentverteilungen der Antwortvorgabe „täglich“

b Antwortformat 1 „nie“, 2 „gelegentlich“, 3 „täglich“; dargestellt sind die Mediane

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$ (Chi²- bzw. Mediantest)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Tabelle A5.5

Strukturelle Zusammenhänge zwischen den Aspekten von Prävention und Information. Assoziationskoeffizienten M (N 2090).^a

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|-----------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Vorsorgeuntersuchung | 1.00 | | | | | | | | |
| Schutzimpfungen | .35 | 1.00 | | | | | | | |
| Zahnarztbesuch | .37 | .32 | 1.00 | | | | | | |
| Blutdruckkontrolle | .42 | .27 | .35 | 1.00 | | | | | |
| Blutwerte- Kontrolle | .48 | .28 | .33 | .78 | 1.00 | | | | |
| Ernährungskontrolle | .21 | .14 | .20 | .19 | .25 | 1.00 | | | |
| ausreichender Schlaf | .09 | .05 | .14 | .11 | .13 | .26 | 1.00 | | |
| Information per Lesen | .34 | .14 | .21 | .30 | .32 | .49 | .28 | 1.00 | |
| Information per TV | .30 | .12 | .13 | .33 | .32 | .33 | .19 | .63 | 1.00 |

a Die in der ersten Zeile angeführten Nummern entsprechen den in der Vertikalen benannten Variablen

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Tabelle A6.1

Strukturelle Zusammenhänge zwischen den diversen Beschwerden. Assoziationskoeffizienten M (N 2090).^a

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|--------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Kopfschmerzen | 1.00 | | | | | | | |
| Zahnschmerzen | .21 | 1.00 | | | | | | |
| Magenschmerzen | .29 | .19 | 1.00 | | | | | |
| Rückenschmerzen | .25 | .15 | .31 | 1.00 | | | | |
| Müdigkeit | .29 | .17 | .26 | .24 | 1.00 | | | |
| Konzentration | .19 | .18 | .30 | .23 | .55 | 1.00 | | |
| gedrückte Stimmung | .21 | .13 | .26 | .23 | .40 | .49 | 1.00 | |
| Schlafprobleme | .23 | .13 | .25 | .28 | .26 | .34 | .42 | 1.00 |

a Die in der ersten Zeile angeführten Nummern entsprechen den in der Vertikalen benannten Variablen

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Tabelle A6.2
Strukturelle Zusammenhänge zwischen den diversen Erkrankungen. Assoziationskoeffizienten M (N 2090).^a

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
|----------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Herz- Kreislauf | 1.00 | | | | | | | | | | |
| Krebs | .18 | 1.00 | | | | | | | | | |
| Diabetes | .34 | .13 | 1.00 | | | | | | | | |
| nervöse Störungen | .23 | .22 | .06 | 1.00 | | | | | | | |
| Verletzungen, Vergiftungen | .00 | -.33 | -.10 | .05 | 1.00 | | | | | | |
| Allergien | .08 | .00 | -.27 | .10 | .05 | 1.00 | | | | | |
| Haut | .05 | .07 | -.04 | .07 | .08 | .29 | 1.00 | | | | |
| Bewegungsapparat | .15 | .03 | .10 | .17 | .18 | .13 | .17 | 1.00 | | | |
| Atmungssystem | .13 | .00 | .06 | .11 | .06 | .16 | .10 | .18 | 1.00 | | |
| Verdauungssystem | .13 | .04 | -.24 | .20 | .05 | .10 | .14 | .24 | .18 | 1.00 | |
| Immunsystem, Blut | .24 | .09 | .08 | .13 | .05 | .14 | .11 | .26 | .26 | .15 | 1.00 |

^a Die in der ersten Zeile angeführten Nummern entsprechen den in der Vertikalen benannten Variablen
Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Tabelle A6.3
Signifikante Beziehungen zwischen Aspekten des sozialen und beruflichen Hintergrunds und dem subjektiven Gesundheitsstatus. Mediane (N 2090).

| | N | subjektives Wohlbefinden ^a | Beschwerden ^b | ernsthafte Erkrankungen ^c |
|------------------------|------|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| Geburtsjahr | | | | |
| - vor 1959 | 1021 | 2,7 | 19,9 | 13,1 |
| - ab 1959 | 1054 | 3,0 ** | 18,8 ** | 12,5 ** |
| Geschlecht | | | | |
| - weiblich | 1145 | | 20,3 | |
| - männlich | 935 | | 18,0 ** | |
| Bildungsstatus | | | | |
| - Abschluss 8. Klasse | 312 | 2,6 | 20,9 | 13,3 |
| - Abschluss 10. Klasse | 945 | 2,9 | 19,5 | 12,7 |
| - Abitur | 301 | 3,0 | 18,5 | 12,5 |
| - Hochschulexamen | 421 | 2,9 ** | 18,4 ** | 12,8 ** |
| Berufsstatus | | | | |
| - Arbeiter | 686 | 2,8 | 19,7 | |
| - Angestellte | 929 | 2,9 | 19,3 | |
| - Beamte | 80 | 3,0 | 18,0 | |
| - Selbständige | 118 | 3,0 * | 18,6 * | |
| Erwerbsstatus | | | | |
| - Vollzeit | 1110 | 3,0 | 18,8 | 12,6 |
| - arbeitslos | 281 | 2,7 ** | 20,0 ** | 13,1 ** |

^a Das Antwortformat ist vierstufig skaliert; 1 „schlecht“, 2 „weniger gut“, 3 „gut“, 4 „ausgezeichnet“; die Frageformulierung zielt auf die bilanzierende Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands

^b Summenskala 8– 40; 8= in allen Items „überhaupt nicht“, 40= in allen Items „sehr häufig“ genannt

^c Summenskala 11– 22; 11= in allen Items „nein“, 22= in allen Items entweder „ja, derzeit“, „ja, im letzten halben Jahr“ oder „ja, das ist schon länger her“, genannt

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$ (Mediantest)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Tabelle A6.4

Signifikante Beziehungen zwischen Berufsstatus und der Häufigkeit von Beschwerden^a und Erkrankungen.^b Mediane (N 2090).

| | Arbeiter (N 686) | Angestellte (N 929) | Beamte (N 80) | Selbständige (N 118) | |
|------------------------------|---------------------|------------------------|------------------|-------------------------|----|
| Beschwerden | | | | | |
| - Rückenschmerzen | 3,4 | 3,1 | 3,0 | 3,0 | ** |
| - Kopfschmerzen | 2,3 | 2,5 | 2,2 | 2,2 | ** |
| - Schlafprobleme | 2,3 | 2,3 | 1,6 | 2,3 | ** |
| Krankheiten | | | | | |
| - Bewegungsapparat | 1,9 | 1,6 | 1,8 | 1,4 | ** |
| - Allergien | 1,1 | 1,2 | 1,1 | 1,1 | * |
| - Verletzungen, Vergiftungen | 1,1 | 1,1 | 1,1 | 1,1 | * |
| - Atmung | 1,1 | 1,1 | 1,0 | 1,1 | * |
| - Diabetes | 1,1 | 1,0 | 1,0 | 1,1 | ** |

a Summenskala 8– 40; 8= in allen Items „überhaupt nicht“, 40= in allen Items „sehr häufig“ genannt

b Summenskala 11– 22; 11= in allen Items „nein“, 22= in allen Items entweder „ja, derzeit“, „ja, im letzten halben Jahr“ oder „ja, das ist schon länger her“, genannt

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$ (Mediantest)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Tabelle A6.5

Zweifaktorielle Varianzanalysen des subjektiven Gesundheitsstatus^c mit den Faktoren Alter^a und Geschlecht (N 2090).

| | df | MSSQ | F | %SSQ | P |
|---------------------|----|--------|-------|------|-----|
| Wohlbefinden | | | | | |
| - Alter | 1 | 66,7 | 186,2 | 8,4 | *** |
| - Geschlecht | 1 | 0,9 | 2,4 | 0,1 | |
| - Interaktion | 1 | 0,4 | 1,2 | 0,1 | |
| Beschwerden | | | | | |
| - Alter | 1 | 647,8 | 22,3 | 1,0 | *** |
| - Geschlecht | 1 | 2814,7 | 97,1 | 4,5 | *** |
| - Interaktion | 1 | 25,0 | 0,9 | 0,1 | |
| Krankheiten | | | | | |
| - Alter | 1 | 277,9 | 71,6 | 3,5 | *** |
| - Geschlecht | 1 | 21,4 | 5,5 | 0,3 | * |
| - Interaktion | 1 | 0,1 | 0,0 | 0,0 | |

a Geburtsjahr, am Median dichotomisiert

* $p \leq 0.05$; *** $p = 0.000$

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Tabelle A6.6

Zweifaktorielle Varianzanalysen des subjektiven Gesundheitsstatus^a mit den Faktoren Bildungs-^a und Berufsstatus^b (N 2090).

| | df | MSSQ | F | %SSQ | P |
|---------------------|----|-------|------|------|-----|
| Wohlbefinden | | | | | |
| - Bildungsstatus | 1 | 14,3 | 38,1 | 2,2 | *** |
| - Berufsstatus | 2 | 3,7 | 9,8 | 1,1 | *** |
| - Interaktion | 2 | 0,3 | 0,9 | 0,1 | |
| Beschwerden | | | | | |
| - Bildungsstatus | 1 | 684,9 | 22,0 | 1,3 | *** |
| - Berufsstatus | 2 | 102,5 | 3,3 | 0,4 | * |
| - Interaktion | 2 | 4,3 | 0,1 | 0,0 | |
| Krankheiten | | | | | |
| - Bildungsstatus | 1 | 3,5 | 0,9 | 0,1 | |
| - Berufsstatus | 2 | 8,9 | 2,2 | 0,3 | |
| - Interaktion | 2 | 4,2 | 1,0 | 0,1 | |

a Dichotomisiert in untere und mittlere Abschlüsse/ Abitur und Hochschulabschluss
b Trichotomisiert in Arbeiter/ Angestellte/ Selbständige und Beamte

* $p \leq 0.05$; *** $p = 0.000$

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Tabelle A6.7

Signifikante Beziehungen zwischen Aspekten der sozialen Integration und dem subjektiven Gesundheitsstatus. Mediane (N 2090).

| | N | subjektives Wohlbefinden ^a | Beschwerden ^b | ernsthafte Erkrankungen ^c |
|-----------------------------------|------|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| Haushaltsgrösse | | | | |
| - bis 2 Personen | 956 | 2,8 | 19,6 | 13,0 |
| - mehr als 2 Personen | 1117 | 2,9 ** | 19,0 * | 12,6 ** |
| Hilfe in Notfällen | | | | |
| - keine Person | 89 | 2,6 | 22,3 | 13,3 |
| - eine Person | 288 | 2,7 | 20,8 | 13,3 |
| - zwei bis drei | 809 | 2,9 | 19,4 | 12,9 |
| - mehr als drei | 893 | 3,0 ** | 18,4 ** | 12,5 * |
| Betreuung Hilfsbedürftiger | | | | |
| - nein | 1605 | 2,9 | 19,0 | 12,7 |
| - ja | 471 | 2,8 ** | 20,2 ** | 13,1 ** |

a Das Antwortformat ist vierstufig skaliert 1 „schlecht“, 2 „weniger gut“, 3 „gut“, 4 „ausgezeichnet“; die Frageformulierung zielt auf die bilanzierende Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands

b Summenskala 8– 40; 8= in allen Items „überhaupt nicht“, 40= in allen Items „sehr häufig“ genannt

c Summenskala 11– 22; 11= in allen Items „nein“, 22= in allen Items entweder „ja, derzeit“, „ja, im letzten halben Jahr“ oder „ja, das ist schon länger her“, genannt

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$ (Mediantest)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Tabelle A6.8

Signifikante Beziehungen zwischen schlafstörenden Lärmquellen und dem subjektiven Gesundheitsstatus. Mediane (N 2090).

| | N | subjektives Wohlbefinden ^a | Beschwerden ^b | ernsthafte Erkrankungen ^c |
|------------------------------------|------|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| Belästigung durch ... ^d | | | | |
| Strassenverkehr | | | | |
| - nein | 1225 | 2,9 | 18,3 | 12,6 |
| - ja | 853 | 2,8 ** | 20,7 ** | 13,1 ** |
| Flugzeuge | | | | |
| - nein | 1743 | 2,9 | 18,9 | 12,7 |
| - ja | 321 | 2,8 ** | 21,0 ** | 13,2 ** |
| Schienenverkehr | | | | |
| - nein | 1636 | 2,9 | 19,0 | 12,7 |
| - ja | 431 | 2,9 ** | 20,0 ** | 13,1 ** |
| Baumaßnahmen | | | | |
| - nein | 1474 | 2,9 | 18,7 | 12,6 |
| - ja | 585 | 2,8 ** | 20,8 ** | 13,1 ** |
| Nachbarschaft | | | | |
| - nein | 1173 | 2,9 | 18,3 | 12,6 |
| - ja | 897 | 2,8 ** | 20,4 ** | 13,0 ** |
| Industrie, Gewerbe | | | | |
| - nein | 1766 | | 19,0 | 12,7 |
| - ja | 285 | | 20,4 ** | 13,1 ** |
| Gaststätten, Discotheken | | | | |
| - nein | 1813 | 2,9 | | 12,7 |
| - ja | 247 | 2,8 * | | 13,0 * |
| Naturgeräusche | | | | |
| - nein | 1249 | | 18,6 | 12,6 |
| - ja | 813 | | 20,1 ** | 12,9 ** |
| Hausinstallation | | | | |
| - nein | 1606 | 2,9 | 18,7 | 12,7 |
| - ja | 456 | 2,8 ** | 20,5 ** | 13,0 ** |
| Familienmitglieder | | | | |
| - nein | 1492 | | 18,9 | |
| - ja | 571 | | 19,9 ** | |
| Summenskala ^e | | | | |
| - gering | 992 | 2,9 | 17,9 | 12,5 |
| - stärker | 1087 | 2,9 ** | 20,4 ** | 13,0 ** |

a Das Antwortformat ist vierstufig skaliert; 1 „schlecht“, 2 „weniger gut“, 3 „gut“, 4 „ausgezeichnet“; die Frageformulierung zielt auf die bilanzierende Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands

b Summenskala 8– 40; 8= in allen Items „überhaupt nicht“, 40= in allen Items „sehr häufig“ genannt

c Summenskala 11– 22; 11= in allen Items „nein“, 22= in allen Items entweder „ja, derzeit“, „ja, im letzten halben Jahr“ oder „ja, das ist schon länger her“, genannt

d Dichotomisierung der Antwortkategorien „überhaupt nicht im Schlaf gestört“ versus „etwas“, „mittelmäßig“, „stark“, „sehr stark“

e Am Median geteilt

*p ≤ 0.05; **p ≤ 0.01 (Mediantest)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Tabelle A6.9

Signifikante Beziehungen zwischen Alltagsbelastungen und dem subjektiven Gesundheitsstatus. Mediane (N 2090).

| | N | subjektives Wohlbefinden ^a | Beschwerden ^b | ernsthafte Erkrankungen ^c |
|---|------|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| Ausmaß ^d der Belastungen durch ... | | | | |
| berufliche Tätigkeit | | | | |
| - wenig bis mittel | 1075 | 3,0 | 18,4 | 12,5 |
| - stark | 541 | 2,8 ** | 20,6 ** | 12,9 ** |
| Arbeitsmarktsituation | | | | |
| - wenig bis mittel | 885 | 3,0 | 18,1 | 12,5 |
| - stark | 783 | 2,8 ** | 20,3 ** | 12,9 ** |
| Wohnverhältnisse | | | | |
| - wenig bis mittel | 1693 | 2,9 | 19,0 | |
| - stark | 107 | 2,6 ** | 22,9 ** | |
| finanzielle Lage | | | | |
| - wenig bis mittel | 1340 | 2,9 | 18,5 | 12,6 |
| - stark | 609 | 2,8 ** | 21,2 ** | 13,1 ** |
| familiäre Probleme | | | | |
| - wenig bis mittel | 1650 | 2,9 | 18,9 | 12,7 |
| - stark | 219 | 2,7 ** | 22,0 ** | 13,4 ** |
| persönliche Probleme | | | | |
| - wenig bis mittel | 1657 | 2,9 | 18,8 | 12,7 |
| - stark | 239 | 2,6 ** | 23,1 ** | 13,4 ** |
| gesundheitliche Beeinträchtigungen | | | | |
| - wenig bis mittel | 1618 | 3,0 | 18,7 | 12,6 |
| - stark | 327 | 2,0 ** | 23,7 ** | 14,1 ** |
| Kosten im Gesundheitsbereich | | | | |
| - wenig bis mittel | 1140 | 3,0 | 18,2 | 12,5 |
| - stark | 841 | 2,7 ** | 20,7 ** | 13,2 ** |
| Summenskala ^e | | | | |
| - weniger | 1091 | 3,0 | 17,5 | 12,4 |
| - stärker | 953 | 2,7 ** | 21,6 ** | 13,3 ** |

a Das Antwortformat ist vierstufig skaliert; 1 „schlecht“, 2 „weniger gut“, 3 „gut“, 4 „ausgezeichnet“; die Frageformulierung zielt auf die bilanzierende Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands

b Summenskala 8–40; 8= in allen Items „überhaupt nicht“, 40= in allen Items „sehr häufig“ genannt

c Summenskala 11–22; 11= in allen Items „nein“, 22= in allen Items entweder „ja, derzeit“, „ja, im letzten halben Jahr“ oder „ja, das ist schon länger her“, genannt

d Dichotomisierung der Antwortkategorien 1–3 versus 4–5

e Am Median dichotomisiert

**p ≤ 0.01 (Mediantest)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Tabelle A6.10

Zweifaktorielle Varianzanalysen des subjektiven Gesundheitsstatus^a mit den Faktoren Bildungsstatus^a und Belastungen^b (N 2090).

| | df | MSSQ | F | %SSQ | P |
|---------------------|----|--------|-------|------|-----|
| Wohlbefinden | | | | | |
| - Bildungsstatus | 3 | 15,7 | 46,4 | 6,3 | *** |
| - Belastungen | 1 | 66,0 | 194,4 | 8,8 | *** |
| - Interaktion | 3 | 0,5 | 1,4 | 0,2 | |
| Beschwerden | | | | | |
| - Bildungsstatus | 3 | 328,6 | 12,4 | 1,7 | *** |
| - Belastungen | 1 | 7927,8 | 298,3 | 13,3 | *** |
| - Interaktion | 3 | 25,0 | 0,9 | 0,1 | |
| Krankheiten | | | | | |
| - Bildungsstatus | 3 | 59,3 | 15,9 | 2,4 | *** |
| - Belastungen | 1 | 392,1 | 104,8 | 5,2 | *** |
| - Interaktion | 3 | 0,2 | 0,1 | 0,0 | |

a Unterschieden nach 8. Klasse/ 10. Klasse/ Abitur/ Hochschulexamen

b Dichotomisiert am Median der Summenskala

***p = 0.000

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Tabelle A6.11

Der subjektive Gesundheitsstatus in Abhängigkeit von Interessenspektrum, Kontrollüberzeugungen, Lebenszufriedenheit und Zukunftsoptimismus. Signifikante Beziehungen im Medianvergleich (N 2090).

| | N | subjektives Wohlbefinden ^a | Beschwerden ^b | ernsthafte Erkrankungen ^c |
|---|------|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| Aufgeschlossenheit gegenüber Lebensbereichen^d | | | | |
| - unterdurchschnittlich | 1166 | 2,8 | 19,6 | 12,9 |
| - überdurchschnittlich | 916 | 2,9 ** | 18,7 ** | 12,6 ** |
| internale Kontrollüberzeugung^e | | | | |
| - wenig bis mittel | 749 | 2,8 | 19,9 | 12,9 |
| - stark | 1299 | 2,9 * | 18,7 ** | 12,7 * |
| externale Kontrollüberzeugung^f | | | | |
| - wenig bis mittel | 1675 | 2,9 | 18,9 | 12,7 |
| - stark | 343 | 2,8 ** | 20,5 ** | 13,0 * |
| Lebenszufriedenheit | | | | |
| - wenig bis mittel | 912 | 2,7 | 21,1 | 13,1 |
| - stark | 1160 | 3,0 ** | 17,7 ** | 12,5 ** |
| Zukunftsoptimismus | | | | |
| - nein | 677 | 2,7 | 21,5 | 13,2 |
| - ja | 1385 | 3,0 ** | 18,3 ** | 12,6 ** |

a Das Antwortformat ist vierstufig skaliert; 1 „schlecht“, 2 „weniger gut“, 3 „gut“, 4 „ausgezeichnet“; die Frageformulierung zielt auf die bilanzierende Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands

b Summenskala 8– 40; 8= in allen Items „überhaupt nicht“, 40= in allen Items „sehr häufig“ genannt

c Summenskala 11– 22; 11= in allen Items „nein“, 22= in allen Items entweder „ja, derzeit“, „ja, im letzten halben Jahr“ oder „ja, das ist schon länger her“, genannt

d Summenskala, am Median dichotomisiert

e Item „Das Leben ist von dem bestimmt, was man selbst will und sich vornimmt“

f Item „Das Leben ist bestimmt von den Zufälligkeiten und Einflüssen, die kein Mensch kontrollieren kann“

*p ≤ 0.05; **p ≤ 0.01 (Mediantest)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Tabelle A6.12

Zweifaktorielle Varianzanalysen des subjektiven Gesundheitsstatus' mit den Faktoren Lebenszufriedenheit^a und Belastungen^b (N 2090).

| | df | MSSQ | F | %SSQ | P |
|-----------------------|----|--------|-------|------|-----|
| Wohlbefinden | | | | | |
| - Lebenszufriedenheit | 1 | 69,2 | 204,1 | 8,9 | *** |
| - Belastungen | 1 | 38,3 | 112,8 | 4,9 | *** |
| - Interaktion | 1 | 0,4 | 1,1 | 0,1 | |
| Beschwerden | | | | | |
| - Lebenszufriedenheit | 1 | 66,5 | 262,7 | 10,8 | *** |
| - Belastungen | 1 | 4249,8 | 168,7 | 6,9 | *** |
| - Interaktion | 1 | 58,9 | 2,3 | 0,1 | |
| Krankheiten | | | | | |
| - Lebenszufriedenheit | 1 | 209,1 | 56,0 | 2,7 | *** |
| - Belastungen | 1 | 270,4 | 72,4 | 3,5 | *** |
| - Interaktion | 1 | 6,8 | 1,8 | 0,1 | |

a Dichotomisiert 1- 3/ 4- 5

b Dichotomisiert am Median der Summenskala

***p = 0.000

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Tabelle A6.13

Zweifaktorielle Varianzanalysen des subjektiven Gesundheitsstatus' mit den Faktoren Zukunftsoptimismus^a und Belastungen^b (N 2090).

| | df | MSSQ | F | %SSQ | P |
|----------------------|----|--------|-------|------|-----|
| Wohlbefinden | | | | | |
| - Zukunftsoptimismus | 1 | 55,5 | 161,8 | 7,1 | *** |
| - Belastungen | 1 | 50,2 | 146,2 | 6,4 | *** |
| - Interaktion | 1 | 0,2 | 0,5 | 0,0 | |
| Beschwerden | | | | | |
| - Zukunftsoptimismus | 1 | 4617,4 | 180,9 | 7,6 | *** |
| - Belastungen | 1 | 5723,6 | 224,3 | 9,4 | *** |
| - Interaktion | 1 | 5,4 | 0,2 | 0,0 | |
| Krankheiten | | | | | |
| - Zukunftsoptimismus | 1 | 234,6 | 62,8 | 3,0 | *** |
| - Belastungen | 1 | 279,4 | 74,8 | 3,6 | *** |
| - Interaktion | 1 | 6,5 | 1,8 | 0,0 | |

a Dichotomes Antwortformat

b Dichotomisiert am Median der Summenskala

***p = 0.000

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Tabelle A6.14

Wohlbefinden, Beschwerde- und Krankheitshäufigkeiten in Abhängigkeit von gesundheitsrelevanten Erfahrungen und Verhaltensweisen. Signifikante Beziehungen im Medianvergleich (N 2090).

| | N | subjektives Wohlbefinden ^a | Beschwerden ^b | ernsthafte Erkrankungen ^c |
|---|------|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| Inanspruchnahme ambulanter Medizinangebote ^d | | | | |
| - unterdurchschnittlich | 1053 | 3,0 | 18,0 | 12,2 |
| - überdurchschnittlich | 1026 | 2,7 ** | 20,7 ** | 13,4 ** |
| Beeinträchtigungen bei alltäglichen Aktivitäten | | | | |
| - unterdurchschnittlich | 1122 | 3,0 | 17,6 | 12,3 |
| - überdurchschnittlich | 947 | 2,6 ** | 21,4 ** | 13,4 ** |
| Rauchwarenkonsum | | | | |
| - unterdurchschnittlich | 1392 | 2,8 | | 12,9 |
| - überdurchschnittlich | 694 | 2,9 * | | 12,5 ** |
| Alkoholkonsum | | | | |
| - unterdurchschnittlich | 1078 | 2,8 | 19,6 | |
| - überdurchschnittlich | 1009 | 2,9 ** | 19,0 * | |
| Präventions- und Informationsverhalten | | | | |
| - unterdurchschnittlich | 993 | 2,9 | | 12,5 |
| - überdurchschnittlich | 1097 | 2,8 ** | | 13,0 ** |

a Das Antwortformat ist vierstufig skaliert; 1 „schlecht“, 2 „weniger gut“, 3 „gut“, 4 „ausgezeichnet“; die Frageformulierung zielt auf die bilanzierende Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands

b Summenskala 8–40; 8= in allen Items „überhaupt nicht“, 40= in allen Items „sehr häufig“ genannt

c Summenskala 11–22; 11= in allen Items „nein“, 22= in allen Items entweder „ja, derzeit“, „ja, im letzten halben Jahr“ oder „ja, das ist schon länger her“, genannt

d Allen unabhängigen Variablen liegen am Median dichotomisierte Summenskalen zugrunde

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$ (Mediantest)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Tabelle A6.15

Inanspruchnahme des Hausarztes im zurückliegenden Jahr und aktuelle Krankheitsbilder^a der Befragten. Prozentverteilungen (N 2090).

| | Inanspruchnahme | | |
|--|-----------------|---------------------|-----------------------|
| | nein (N 316) | einmalig (N 590) | mehrmalig (N 1166) |
| Krankheiten des Bewegungsapparates | 6 | 9 | 27 |
| Herz- Kreislauf- Erkrankungen | 1 | 3 | 17 |
| Allergien | 6 | 7 | 12 |
| Hauterkrankungen | 4 | 6 | 9 |
| nervöse und emotionale Störungen | 1 | 2 | 9 |
| Krankheiten des Verdauungssystems | 2 | 1 | 7 |
| Diabetes | 1 | 1 | 7 |
| Krankheiten des Atmungssystems | 2 | 3 | 6 |
| Verletzungen, Vergiftungen infolge eines Unfalls | - | 1 | 2 |
| Krankheiten des Immunsystems und des Blutes | 1 | - | 2 |
| Krebs | 1 | - | 1 |

a Ernsthafte Erkrankungen, wegen derer die Befragten derzeit in ärztlicher Behandlung sind

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Tabelle A6.16

Signifikante Beziehungen zwischen körperlicher Bewegung und dem subjektiven Gesundheitsstatus. Mediane (N 2090).

| | N | subjektives Wohlbefinden ^a | Beschwerden ^b | ernsthafte Erkrankungen ^c |
|-------------------------------|------|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| Bewegung durch ^d | | | | |
| Gehen | | | | |
| - nie | 230 | 2,8 | | |
| - mehrmals monatlich | 848 | 2,9 | | |
| - mehrmals wöchentlich | 973 | 2,9 * | | |
| Radfahren | | | | |
| - nie | 545 | 2,8 | 19,9 | |
| - mehrmals monatlich | 853 | 2,9 | 18,9 | |
| - mehrmals wöchentlich | 642 | 2,9 ** | 19,0 ** | |
| Gartenarbeit | | | | |
| - nie | 532 | 2,9 | | 12,5 |
| - mehrmals monatlich | 685 | 2,9 | | 12,8 |
| - mehrmals wöchentlich | 842 | 2,8 ** | | 12,9 ** |
| Vereinssport | | | | |
| - nie | 1566 | 2,9 | 19,4 | |
| - mehrmals monatlich | 321 | 3,0 | 18,9 | |
| - mehrmals wöchentlich | 126 | 3,1 ** | 17,7 ** | |
| andere sportliche Aktivitäten | | | | |
| - nie | 1075 | 2,8 | 19,8 | 12,8 |
| - mehrmals monatlich | 636 | 3,0 | 18,7 | 12,9 |
| - mehrmals wöchentlich | 282 | 3,0 ** | 18,3 ** | 12,5 * |
| handwerkliche Aktivitäten | | | | |
| - nie | 778 | | 19,8 | |
| - mehrmals monatlich | 722 | | 19,0 | |
| - mehrmals wöchentlich | 527 | | 18,5 ** | |

a Das Antwortformat ist vierstufig skaliert; 1 „schlecht“, 2 „weniger gut“, 3 „gut“, 4 „ausgezeichnet“; die Frageformulierung zielt auf die bilanzierende Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands

b Summenskala 8- 40; 8= in allen Items „überhaupt nicht“, 40= in allen Items „sehr häufig“ genannt

c Summenskala 11- 22; 11= in allen Items „nein“, 22= in allen Items entweder „ja, derzeit“, „ja, im letzten halben Jahr“ oder „ja, das ist schon länger her“, genannt

d mehrmals monatlich inklusive der Kategorie „einmal wöchentlich“; mehrmals wöchentlich inklusive der Kategorie „täglich“

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$ (Mediantest)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Tabelle A6.17

Ausgewählte Aspekte des Präventionsverhaltens^a und aktuelle Krankheitsbilder^b der Befragten. Prozentverteilungen.

| | Vorsorge- unter- suchungen (N 863) | Blutdruck- kontrolle (N 735) | Blutwerte- kontrolle (N 604) |
|--|---|------------------------------------|------------------------------------|
| Krankheiten des Bewegungsapparates | 22 | 28 | 27 |
| Herz- Kreislauf- Erkrankungen | 13 | 22 | 25 |
| Allergien | 11 | 10 | 10 |
| Hauterkrankungen | 8 | 6 | 6 |
| nervöse und emotionale Störungen | 6 | 8 | 9 |
| Krankheiten des Verdauungssystems | 5 | 5 | 7 |
| Diabetes | 5 | 9 | 11 |
| Krankheiten des Atmungssystems | 4 | 6 | 5 |
| Verletzungen, Vergiftungen infolge eines Unfalls | 2 | 2 | 2 |
| Krankheiten des Immunsystems und des Blutes | 2 | 2 | 3 |
| Krebs | 1 | 1 | 2 |

a Dargestellt ist die Kategorie „regelmäßig“

b Ernsthafte Erkrankungen, wegen derer die Befragten derzeit in ärztlicher Behandlung sind

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Tabelle A6.18

Regressionsmodelle für das Kriterium Wohlbefinden.^a Standardisierte Beta- Koeffizienten.

| | Modell 1 | Modell 2 | Modell 3 |
|---|----------|----------|----------|
| Prädiktoren | | | |
| - Geburtsjahr | .28 *** | | |
| - Geschlecht | -.03 | | |
| - Bildungsstatus | .12 *** | | |
| - Erwerbsstatus | -.13 *** | | |
| Freiheitsgrade | 1475/ 3 | | |
| Korrigiertes R ² | .12 | | |
| | | | |
| - Geburtsjahr | | .27 *** | |
| - Geschlecht | | -.01 | |
| - Bildungsstatus | | .05 * | |
| - Erwerbsstatus | | -.03 | |
| - Lebenszufriedenheit | | .22 *** | |
| - Belastungen | | -.26 *** | |
| Freiheitsgrade | | 1443/ 5 | |
| Korrigiertes R ² | | .27 | |
| | | | |
| - Geburtsjahr | | | .19 *** |
| - Geschlecht | | | .04 |
| - Bildungsstatus | | | .02 |
| - Erwerbsstatus | | | -.01 |
| - Lebenszufriedenheit | | | .20 *** |
| - Belastungen | | | -.14 *** |
| - Inanspruchnahme medizinischer Dienste | | | -.19 *** |
| - Beeinträchtigungen | | | -.29 *** |
| - Vorsorge- und Informationsverhalten | | | .05 * |
| Freiheitsgrade | | | 1427/ 8 |
| Korrigiertes R ² | | | .38 |

a Einbezogen sind jene Befragte, die zu allen Variablen innerhalb eines Modells Angaben machten; die Prädiktoren Geschlecht, Bildungs- und Erwerbsstatus sind dichotomisiert und in Dummy- Variablen transformiert worden

* $p \leq 0.05$; *** $p \leq 0.001$ (t- Test)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Tabelle A6.19

Regressionsmodelle für das Kriterium Beschwerden.^a Standardisierte Beta- Koeffizienten.

| | Modell 1 | Modell 2 | Modell 3 |
|---|----------|----------|----------|
| Prädiktoren | | | |
| - Geburtsjahr | -.12 *** | | |
| - Geschlecht | .22 *** | | |
| - Bildungsstatus | -.08 *** | | |
| - Erwerbsstatus | .05 * | | |
| Freiheitsgrade | 1492/ 3 | | |
| Korrigiertes R ² | .07 | | |
| | | | |
| - Geburtsjahr | | -.11 *** | |
| - Geschlecht | | .20 *** | |
| - Bildungsstatus | | -.00 | |
| - Erwerbsstatus | | -.07 *** | |
| - Lebenszufriedenheit | | -.24 *** | |
| - Belastungen | | .32 *** | |
| Freiheitsgrade | | 1461/ 5 | |
| Korrigiertes R ² | | .28 | |
| | | | |
| - Geburtsjahr | | | -.08 *** |
| - Geschlecht | | | .19 *** |
| - Bildungsstatus | | | .02 |
| - Erwerbsstatus | | | -.08 *** |
| - Lebenszufriedenheit | | | -.21 *** |
| - Belastungen | | | .24 *** |
| - Inanspruchnahme medizinischer Dienste | | | .14 *** |
| - Beeinträchtigungen | | | .20 *** |
| - Vorsorge und Informationsverhalten | | | -.11 *** |
| Freiheitsgrade | | | 1445/ 8 |
| Korrigiertes R ² | | | .35 |

a Einbezogen sind jene Befragte, die zu allen Variablen innerhalb eines Modells Angaben machten; die Prädiktoren Geschlecht, Bildungs- und Erwerbsstatus sind dichotomisiert und in Dummy- Variablen transformiert worden

* $p \leq 0.05$; *** $p \leq 0.001$ (t- Test)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Tabelle A6.20

Regressionsmodelle für das Kriterium ernsthafte Erkrankungen.^a Standardisierte Beta-Koeffizienten.

| | Modell 1 | Modell 2 | Modell 3 |
|---|----------|----------|----------|
| Prädiktoren | | | |
| - Geburtsjahr | -.18 *** | | |
| - Geschlecht | .07 ** | | |
| - Bildungsstatus | .03 | | |
| - Erwerbsstatus | .11 *** | | |
| Freiheitsgrade | 1462/ 3 | | |
| Korrigiertes R ² | .05 | | |
| | | | |
| - Geburtsjahr | | -.16 *** | |
| - Geschlecht | | .05 * | |
| - Bildungsstatus | | .07 ** | |
| - Erwerbsstatus | | .04 | |
| - Lebenszufriedenheit | | -.08 ** | |
| - Belastungen | | .22 *** | |
| Freiheitsgrade | | 1434/ 5 | |
| Korrigiertes R ² | | .11 | |
| | | | |
| - Geburtsjahr | | | -.08 *** |
| - Geschlecht | | | -.03 |
| - Bildungsstatus | | | .10 *** |
| - Erwerbsstatus | | | .04 |
| - Lebenszufriedenheit | | | -.06 * |
| - Belastungen | | | .11 *** |
| - Inanspruchnahme medizinischer Dienste | | | .30 *** |
| - Beeinträchtigungen | | | .19 *** |
| - Vorsorge- und Informationsverhalten | | | .00 |
| Freiheitsgrade | | | 1420/ 8 |
| Korrigiertes R ² | | | .25 |

a Einbezogen sind jene Befragte, die zu allen Variablen innerhalb eines Modells Angaben machten; die Prädiktoren Geschlecht, Bildungs- und Erwerbsstatus sind dichotomisiert und in Dummy- Variablen transformiert wurden

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$ (t- Test)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Tabelle A7.1

Signifikante Beziehungen zwischen beruflichem Hintergrund und dem Vorhandensein einer Behinderung bzw. chronischen Krankheit. Prozentverteilungen (N 2090).

| | keine Behinderung/ chron. Krankheit (N 1475) | chronische Krank- heit (N 416) | Behinderung (N 92) | |
|-----------------------------------|--|--------------------------------------|-----------------------|----|
| Bildungsstatus^a | | | | |
| - Abschluss 8. Klasse | 13 | 19 | 39 | |
| - Abschluss 10. Klasse | 49 | 46 | 39 | |
| - Abitur | 17 | 13 | 6 | |
| - Hochschulexamen | 22 | 23 | 17 | ** |
| Erwerbsstatus^b | | | | |
| - Vollzeit | 68 | 52 | 44 | |
| - Teilzeit | 10 | 12 | 10 | |
| - arbeitslos | 15 | 17 | 23 | |
| - Ruhestand | 7 | 18 | 23 | ** |
| Berufsstatus^c | | | | |
| - Arbeiter | 37 | 34 | 56 | |
| - Angestellte | 52 | 54 | 34 | |
| - Beamte | 5 | 4 | 1 | |
| - Selbständige | 6 | 8 | 9 | ** |

a Höchstqualifizierender Abschluss; ohne Sonstiges und kein Abschluss

b Voll- und Teilzeit inklusive ABM und Altersteilzeit; ohne Sonstiges

c Stellung im gegenwärtig oder zuletzt ausgeübten Beruf

**p ≤ 0.01 (Chi²- Test)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Tabelle A7.2

Signifikante Beziehungen zwischen gesundheitlichen Beschwerden und dem Vorhandensein einer Behinderung und/ oder chronischen Krankheit. Prozentverteilungen (N 2090).

| | keine Behinderung (N 1475) | Behinderung/ chronische Krankheit ^a (N 568) | |
|------------------------------|--------------------------------|--|----|
| Rückenschmerzen | | | |
| - überhaupt nicht | 16 | 9 | |
| - eher selten ^b | 49 | 39 | |
| - eher häufiger ^c | 35 | 52 | ** |
| Müdigkeit | | | |
| - überhaupt nicht | 9 | 5 | |
| - eher selten | 60 | 52 | |
| - eher häufiger | 31 | 43 | ** |
| Schlafprobleme | | | |
| - überhaupt nicht | 34 | 18 | |
| - eher selten | 50 | 50 | |
| - eher häufiger | 16 | 33 | ** |
| gedrückte Stimmung | | | |
| - überhaupt nicht | 20 | 13 | |
| - eher selten | 66 | 62 | |
| - eher häufiger | 15 | 25 | ** |
| Kopfschmerzen | | | |
| - überhaupt nicht | 16 | 15 | |
| - eher selten | 66 | 59 | |
| - eher häufiger | 19 | 26 | ** |
| Konzentrationschwierigkeiten | | | |
| - überhaupt nicht | 21 | 14 | |
| - eher selten | 69 | 67 | |
| - eher häufiger | 10 | 19 | ** |
| Magenschmerzen | | | |
| - überhaupt nicht | 52 | 39 | |
| - eher selten | 42 | 48 | |
| - eher häufiger | 7 | 13 | ** |
| Zahnschmerzen | | | |
| - überhaupt nicht | 55 | 48 | |
| - eher selten | 42 | 49 | |
| - eher häufiger | 3 | 3 | * |

a Die Kategorien „chronisch krank“, „behindert“ und „chronisch krank und behindert“ sind zusammengefasst

b Die Kategorien „selten“ und „hin und wieder“ sind zusammengefasst

c Die Kategorien „öfter“ und „sehr häufig“ sind zusammengefasst

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$ (Chi²- Test)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Tabelle A7.3

Signifikante Beziehungen zwischen dem Auftreten ernsthafter Erkrankungen^a und dem Vorhandensein einer Behinderung und/ oder chronischen Krankheit. Prozentverteilungen (N 2090).

| | keine Behinderung (N 1475) | Behinderung/ chro- nische Krankheit ^b (N 568) | |
|-------------------------------|----------------------------------|--|----|
| Krankheiten Bewegungsapparat | 45 | 71 | ** |
| Herz- Kreislauf- Erkrankungen | 19 | 41 | ** |
| Allergien | 20 | 34 | ** |
| Hauterkrankungen | 19 | 31 | ** |
| nervöse/ emotionale Störungen | 13 | 29 | ** |
| Krankheiten Atmungssystem | 13 | 28 | ** |
| Krankheiten Verdauungssystem | 13 | 26 | ** |
| Verletzungen/ Vergiftungen | 14 | 22 | ** |
| Diabetes | 3 | 14 | ** |
| Krankheiten Immunsystem/ Blut | 2 | 8 | ** |
| Krebs | 2 | 7 | ** |

a Die Kategorien „ja, derzeit“, „ja, im letzten halben Jahr“ und „ja, das ist schon länger her“ sind zusammengefasst

b Die Kategorien „chronisch krank“, „behindert“ und „chronisch krank und behindert“ sind zusammengefasst

**p ≤ 0.01 (Chi²- Test)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Tabelle A7.4

Beziehungen zwischen Präventionsmaßnahmen und dem Vorhandensein einer Behinderung und/oder chronischen Krankheit. Prozentverteilungen (N 2090).

| | keine Behinderung (N 1475) | Behinderung/ chronische Krankheit ^a (N 568) | |
|-----------------------|-------------------------------|--|----|
| Zahnarztbesuch | | | |
| - regelmäßig | 82 | 83 | |
| - unregelmäßig | 14 | 13 | |
| - nie | 4 | 4 | |
| Blutdruckkontrolle | | | |
| - regelmäßig | 29 | 51 | |
| - unregelmäßig | 43 | 33 | |
| - nie | 28 | 16 | ** |
| Vorsorgeuntersuchung | | | |
| - regelmäßig | 39 | 50 | |
| - unregelmäßig | 39 | 36 | |
| - nie | 22 | 14 | ** |
| Schutzimpfungen | | | |
| - regelmäßig | 38 | 49 | |
| - unregelmäßig | 38 | 32 | |
| - nie | 24 | 19 | ** |
| Blutwerte- Kontrolle | | | |
| - regelmäßig | 22 | 47 | |
| - unregelmäßig | 40 | 35 | |
| - nie | 39 | 18 | ** |
| ausreichender Schlaf | | | |
| - regelmäßig | 41 | 45 | |
| - unregelmäßig | 50 | 44 | |
| - nie | 8 | 11 | * |
| Ernährungskontrolle | | | |
| - regelmäßig | 33 | 37 | |
| - unregelmäßig | 56 | 56 | |
| - nie | 11 | 7 | * |
| Information per Lesen | | | |
| - regelmäßig | 14 | 22 | |
| - unregelmäßig | 55 | 58 | |
| - nie | 31 | 20 | ** |
| Information per TV | | | |
| - regelmäßig | 7 | 15 | |
| - unregelmäßig | 60 | 66 | |
| - nie | 32 | 19 | ** |

a Die Kategorien „chronisch krank“, „behindert“ und „chronisch krank und behindert“ sind zusammengefasst

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$ (Chi²- Test)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Tabelle A7.5

Beziehungen zwischen dem Rauch- und Trinkniveau sowie dem Vorhandensein einer Behinderung und/ oder chronischen Krankheit. Prozentverteilungen bzw. Mediane (N 2090).

| | keine Behinderung (N 1475) | Behinderung/ chronische Krankheit ^a (N 568) | |
|--------------------------|-------------------------------|--|----|
| <i>Rauchniveau</i> | | | |
| Zigaretten | | | |
| - täglich | 25 | 20 | |
| - gelegentlich | 9 | 6 | |
| - nie | 66 | 74 | ** |
| Zigarren | | | |
| - täglich | 0 | 0 | |
| - gelegentlich | 6 | 5 | |
| - nie | 94 | 95 | |
| Pfeife | | | |
| - täglich | 0 | 0 | |
| - gelegentlich | 1 | 1 | |
| - nie | 99 | 99 | |
| Summenskala ^b | 3,3 | 3,2 | ** |
| <i>Alkoholniveau</i> | | | |
| Bier | | | |
| - täglich | 10 | 11 | |
| - gelegentlich | 50 | 48 | |
| - nie | 40 | 41 | |
| Wein, Sekt | | | |
| - täglich | 2 | 2 | |
| - gelegentlich | 83 | 78 | |
| - nie | 15 | 21 | ** |
| Schnaps, Cognac | | | |
| - täglich | 0 | 1 | |
| - gelegentlich | 43 | 41 | |
| - nie | 57 | 59 | |
| Longdrinks, Mixgetränke | | | |
| - täglich | 0 | 0 | |
| - gelegentlich | 46 | 33 | |
| - nie | 54 | 67 | ** |
| Summenskala ^b | 6,5 | 6,3 | |

a Die Kategorien „chronisch krank“, „behindert“ und „chronisch krank und behindert“ sind zusammengefasst
b Summenskala 3- 9; 3= in allen Items „nie“; 9= in allen Items „täglich“ genannt; dargestellt sind die Mediane

**p ≤ 0.01 (Chi²- Test)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Tabelle A7.6

Beziehungen zwischen alltäglichen Betätigungen und dem Vorhandensein einer Behinderung und/oder chronischen Krankheit. Prozentverteilungen (N 2090).

| | keine Behinderung (N 1475) | Behinderung/ chronische Krankheit ^a (N 568) | |
|--------------------------------------|-------------------------------|--|----|
| Gartenarbeit | | | |
| - mehrmals wöchentlich ^b | 39 | 47 | |
| - mind. einmal im Monat ^c | 34 | 32 | |
| - nie | 27 | 22 | ** |
| längere Wege zu Fuss | | | |
| - mehrmals wöchentlich | 48 | 46 | |
| - mind. einmal im Monat | 42 | 41 | |
| - nie | 11 | 13 | |
| Radfahren | | | |
| - mehrmals wöchentlich | 32 | 31 | |
| - mind. einmal im Monat | 43 | 38 | |
| - nie | 25 | 31 | * |
| handwerkliche Aktivitäten | | | |
| - mehrmals wöchentlich | 26 | 25 | |
| - mind. einmal im Monat | 36 | 36 | |
| - nie | 38 | 39 | |
| Wandern | | | |
| - mehrmals wöchentlich | 54 | 55 | |
| - mind. einmal im Monat | 42 | 39 | |
| - nie | 4 | 6 | |
| andere sportliche Aktivitäten | | | |
| - mehrmals wöchentlich | 51 | 61 | |
| - mind. einmal im Monat | 33 | 29 | |
| - nie | 16 | 10 | ** |
| Vereinssport | | | |
| - mehrmals wöchentlich | 77 | 80 | |
| - mind. einmal im Monat | 17 | 15 | |
| - nie | 6 | 6 | |

a Die Kategorien „chronisch krank“, „behindert“ und „chronisch krank und behindert“ sind zusammengefasst

b Die Kategorien „täglich“ und „mehrmals wöchentlich“ sind zusammengefasst

c Die Kategorien „1 mal wöchentlich“ und „1 bis 3 mal im Monat“ sind zusammengefasst

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$ (Chi²- Test)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Tabelle A7.7

Signifikante Beziehungen zwischen der Einschränkung von Tätigkeiten und dem Vorhandensein einer Behinderung und/ oder chronischen Krankheit. Prozentverteilungen (N 2090).

| | keine Behinderung (N 1475) | Behinderung/ chronische Krankheit ^a (N 568) | |
|--------------------------------|-------------------------------|--|----|
| schwere Einkaufstaschen tragen | | | |
| - erheblich | 6 | 23 | |
| - etwas | 24 | 35 | |
| - überhaupt nicht ^b | 71 | 42 | ** |
| mehrere Treppen steigen | | | |
| - erheblich | 6 | 20 | |
| - etwas | 19 | 36 | |
| - überhaupt nicht | 75 | 45 | ** |
| berufliche Tätigkeit ausüben | | | |
| - erheblich | 7 | 16 | |
| - etwas | 20 | 31 | |
| - überhaupt nicht | 73 | 53 | ** |
| im Haushalt arbeiten | | | |
| - erheblich | 4 | 11 | |
| - etwas | 15 | 34 | |
| - überhaupt nicht | 81 | 56 | ** |
| Hobbys nachgehen | | | |
| - erheblich | 6 | 9 | |
| - etwas | 16 | 32 | |
| - überhaupt nicht | 78 | 59 | ** |
| Spaziergänge unternehmen | | | |
| - erheblich | 3 | 9 | |
| - etwas | 14 | 30 | |
| - überhaupt nicht | 84 | 61 | ** |
| Radfahren | | | |
| - erheblich | 3 | 9 | |
| - etwas | 14 | 28 | |
| - überhaupt nicht | 83 | 63 | ** |

a Die Kategorien „chronisch krank“, „behindert“ und „chronisch krank und behindert“ sind zusammengefasst

b Ohne „trifft nicht zu/ mache ich nicht“

**p ≤ 0.01 (Chi²- Test)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Tabelle A7.8

Beziehungen zwischen ausgewählten Belastungsaspekten und dem Vorhandensein einer Behinderung und/ oder chronischen Krankheit. Prozentverteilungen (N 2090).

| | keine Behinderung (N 1475) | Behinderung/ chronische Krankheit ^a (N 568) | |
|--|-------------------------------|--|----|
| steigende Kosten im Gesundheitsbereich | | | |
| - wenig belastet ^b | 36 | 23 | |
| - teilweise belastet | 27 | 22 | |
| - stark belastet ^c | 37 | 56 | ** |
| unsichere Arbeitsmarktsituation | | | |
| - wenig belastet | 35 | 30 | |
| - teilweise belastet | 21 | 17 | |
| - stark belastet | 45 | 52 | * |
| berufliche Tätigkeit | | | |
| - wenig belastet | 40 | 34 | |
| - teilweise belastet | 29 | 28 | |
| - stark belastet | 31 | 38 | * |
| jetzige finanzielle Lage | | | |
| - wenig belastet | 46 | 36 | |
| - teilweise belastet | 25 | 26 | |
| - stark belastet | 29 | 38 | ** |
| gesundheitliche Beeinträchtigungen | | | |
| - wenig belastet | 71 | 35 | |
| - teilweise belastet | 21 | 29 | |
| - stark belastet | 8 | 36 | ** |
| persönliche Probleme | | | |
| - wenig belastet | 74 | 63 | |
| - teilweise belastet | 15 | 20 | |
| - stark belastet | 11 | 17 | ** |
| familiäre Probleme | | | |
| - wenig belastet | 76 | 69 | |
| - teilweise belastet | 14 | 16 | |
| - stark belastet | 10 | 15 | ** |
| Wohnverhältnisse | | | |
| - wenig belastet | 85 | 83 | |
| - teilweise belastet | 9 | 10 | |
| - stark belastet | 6 | 7 | |

a Die Kategorien „chronisch krank“, „behindert“ und „chronisch krank und behindert“ sind zusammengefasst

b Das Antwortformat ist fünfstufig skaliert; 1 „überhaupt nicht belastet“, 5 „stark belastet“; die Antwortkategorien 1 und 2 sind zusammengefasst

c Die Antwortkategorien 4 und 5 sind zusammengefasst

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$ (Chi²- Test)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Tabelle A8.1

Bildungs-, Berufs- und Erwerbsstatus der ab 1959 Geborenen: Befragte mit und ohne minderjährige Kinder im Haushalt. Prozentverteilungen.

| | mit Minderjährigen im Haushalt (N 582) | ohne Minderjährige im Haushalt (N 443) | |
|-----------------------------------|---|---|----|
| Bildungsstatus^a | | | |
| - Abschluss 8. Klasse | 4 | 6 | |
| - Abschluss 10. Klasse | 59 | 53 | |
| - Abitur | 16 | 30 | |
| - Hochschulexamen | 21 | 12 | ** |
| Erwerbsstatus^b | | | |
| - Vollzeit | 73 | 73 | |
| - Teilzeit | 16 | 11 | |
| - arbeitslos | 10 | 17 | ** |
| Berufsstatus^c | | | |
| - Arbeiter | 33 | 45 | |
| - Angestellte | 57 | 40 | |
| - Beamte | 5 | 7 | |
| - Selbständige | 5 | 7 | ** |

a Höchstqualifizierender Abschluss; ohne Sonstiges

b Voll- und Teilzeit inklusive ABM und Altersteilzeit; ohne Ruhestand und Sonstiges

c Stellung im gegenwärtig oder zuletzt ausgeübten Beruf; ohne Sonstiges

**p ≤ 0.01 (Chi²- Test)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Tabelle A8.2

Gesundheitliche Beschwerden der ab 1959 Geborenen nach dem Alter der im Haushalt lebenden Kinder. Mediane.^a

| | Kind/er von 0- 5 Jahren (N 123) | Kind/er von 6- 17 Jah- ren (N 387) | Kind/er von 0- 5 und 6- 17 Jahren (N 72) | kein Kind (N 443) | |
|------------------------------|---------------------------------------|---|---|----------------------|----|
| Müdigkeit | 3,1 | 3,1 | 3,2 | 3,0 | |
| Rückenschmerzen | 2,7 | 3,0 | 3,2 | 2,8 | |
| Kopfschmerzen | 2,6 | 2,7 | 2,6 | 2,5 | |
| gedrückte Stimmung | 2,2 | 2,5 | 2,3 | 2,3 | * |
| Konzentrationschwierigkeiten | 2,2 | 2,2 | 2,1 | 2,2 | |
| Schlafprobleme | 1,5 | 2,1 | 2,0 | 1,9 | ** |
| Magenschmerzen | 1,4 | 1,6 | 1,9 | 1,5 | |
| Zahnschmerzen | 1,4 | 1,4 | 1,3 | 1,4 | |

a Das Antwortformat ist fünfstufig skaliert; 1 „überhaupt nicht“, 5 „sehr häufig“

*p ≤ 0.05; **p ≤ 0.01 (Mediantest)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Tabelle A8.3

Signifikante Beziehungen zwischen Präventionsmaßnahmen der ab 1959 Geborenen und dem Alter der im Haushalt lebenden Kinder. Prozentverteilungen und Mediane.^a

| | Kind/er von 0-5 Jahren (N 123) | Kind/er von 6-17 Jahren (N 387) | Kind/er von 0-5 und 6-17 Jahren (N 72) | kein Kind (N 443) | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|---|----------------------|----|
| Vorsorgeuntersuchung | | | | | |
| - regelmäßig | 42 | 40 | 33 | 28 | |
| - unregelmäßig | 33 | 40 | 35 | 37 | |
| - nie | 26 | 20 | 32 | 35 | ** |
| ausreichender Schlaf | | | | | |
| - regelmäßig | 29 | 36 | 25 | 40 | |
| - unregelmäßig | 57 | 54 | 65 | 50 | |
| - nie | 15 | 10 | 10 | 10 | |
| Blutdruckkontrolle | | | | | |
| - regelmäßig | 20 | 22 | 13 | 21 | |
| - unregelmäßig | 44 | 50 | 40 | 37 | |
| - nie | 36 | 28 | 47 | 42 | ** |
| Information per Lesen | | | | | |
| - regelmäßig | 13 | 11 | 21 | 12 | |
| - unregelmäßig | 58 | 58 | 44 | 45 | |
| - nie | 28 | 32 | 35 | 43 | ** |
| Information per TV | | | | | |
| - regelmäßig | 6 | 5 | 10 | 6 | |
| - unregelmäßig | 55 | 62 | 56 | 52 | |
| - nie | 40 | 33 | 35 | 43 | |
| Blutwerte- Kontrolle | | | | | |
| - regelmäßig | 10 | 18 | 8 | 14 | |
| - unregelmäßig | 43 | 42 | 32 | 31 | |
| - nie | 47 | 40 | 60 | 55 | ** |
| Summenskala, Mediane ^b | 18,7 | 19,2 | 17,9 | 18,0 | ** |

a Das Antwortformat ist dreistufig skaliert; 1 „nie“, 2 „ja, aber nicht regelmäßig“, 3 „regelmäßig“

b Summenskala 9- 27; 9= in allen Items „nie“; 27= in allen Items „regelmäßig“ genannt

*p ≤ 0.05; **p ≤ 0.01 (Chi²- bzw. Mediantest)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Tabelle A8.4

Beziehungen zwischen dem Tabak- bzw. Alkoholkonsum der ab 1959 Geborenen und dem Alter der im Haushalt lebenden Kinder. Prozentverteilungen.

| | Kind/er von 0- 5 Jahren (N 123) | Kind/er von 6- 18 Jahren (N 387) | Kind/er von 0- 5 und 6- 17 Jahren (N 72) | kein Kind (N 443) | |
|------------------------------|---------------------------------------|--|--|----------------------|----|
| Zigaretten | | | | | |
| - täglich | 19 | 31 | 28 | 33 | |
| - gelegentlich | 19 | 11 | 11 | 10 | |
| - nie | 63 | 58 | 61 | 57 | * |
| Zigarren | | | | | |
| - täglich | 0 | 0 | 0 | 1 | |
| - gelegentlich | 7 | 4 | 8 | 10 | |
| - nie | 93 | 95 | 92 | 89 | |
| Pfeife | | | | | |
| - täglich | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| - gelegentlich | 0 | 1 | 0 | 1 | |
| - nie | 100 | 99 | 100 | 99 | |
| Wein, Sekt | | | | | |
| - täglich | 3 | 2 | 1 | 2 | |
| - gelegentlich | 82 | 83 | 83 | 77 | |
| - nie | 16 | 14 | 16 | 22 | |
| Bier | | | | | |
| - täglich | 8 | 10 | 13 | 5 | |
| - gelegentlich | 46 | 39 | 34 | 55 | |
| - nie | 46 | 51 | 53 | 40 | ** |
| Longdrinks, Mixge- tränke | | | | | |
| - täglich | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| - gelegentlich | 46 | 53 | 44 | 60 | |
| - nie | 54 | 47 | 56 | 40 | * |
| Schnaps, Cognac | | | | | |
| - täglich | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| - gelegentlich | 27 | 39 | 35 | 39 | |
| - nie | 74 | 61 | 65 | 61 | |

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$ (Chi²- Test)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Tabelle A8.5

Alltägliche Aktivitäten der ab 1959 Geborenen nach dem Alter der im Haushalt lebenden Kinder. Prozentverteilungen.

| | Kind/er von 0- 5 Jahren (N 123) | Kind/er von 6- 17 Jahren (N 387) | Kind/er von 0- 5 und 6- 17 Jahren (N 72) | kein Kind (N 443) | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|--|---|----------------------|----|
| Gartenarbeit | | | | | |
| - mehrmals wöchentlich ^a | 30 | 37 | 31 | 19 | |
| - min. einmal im Monat ^b | 35 | 39 | 48 | 32 | |
| - nie | 35 | 24 | 21 | 49 | ** |
| längere Wege zu Fuss | | | | | |
| - mehrmals wöchentlich | 50 | 48 | 47 | 48 | |
| - min. einmal im Monat | 43 | 42 | 42 | 41 | |
| - nie | 7 | 11 | 11 | 11 | |
| Radfahren | | | | | |
| - mehrmals wöchentlich | 26 | 30 | 36 | 26 | |
| - min. einmal im Monat | 49 | 46 | 42 | 42 | |
| - nie | 25 | 25 | 22 | 31 | |
| handwerkliche Aktivitäten | | | | | |
| - mehrmals wöchentlich | 26 | 22 | 26 | 26 | |
| - min. einmal im Monat | 35 | 38 | 35 | 38 | |
| - nie | 39 | 40 | 39 | 36 | |
| Wandern | | | | | |
| - mehrmals wöchentlich | 3 | 4 | 1 | 3 | |
| - min. einmal im Monat | 37 | 38 | 32 | 32 | |
| - nie | 60 | 59 | 66 | 64 | |
| andere sportl. Aktivitäten | | | | | |
| - mehrmals wöchentlich | 11 | 17 | 11 | 20 | |
| - min. einmal im Monat | 45 | 36 | 40 | 41 | |
| - nie | 45 | 48 | 49 | 39 | * |
| Vereinsport | | | | | |
| - mehrmals wöchentlich | 4 | 6 | 9 | 10 | |
| - min. einmal im Monat | 10 | 20 | 16 | 16 | |
| - nie | 86 | 74 | 76 | 75 | * |

a Die Kategorien „täglich“ und „mehrmals wöchentlich“ sind zusammengefasst

b Die Kategorien „1 mal wöchentlich“ und „1 bis 3 mal im Monat“ sind zusammengefasst

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$ (Chi²- Test)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Tabelle A9.1

Signifikante Beziehungen zwischen Aspekten des sozialen Hintergrunds und der Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem. Prozentverteilungen und Mediane (N 2090).

| | N | Prozentwerte | | | Median |
|----------------------------|------|-------------------------------|---------------------------|-----------------------------|--------|
| | | eher unzufrieden ^a | teils/ teils ^b | eher zufrieden ^c | |
| Insgesamt | 2090 | 30 | 46 | 24 | 2,9 |
| Region | | | | | |
| - Magdeburg | 650 | 25 | 43 | 32 | 3,1 |
| - Stendal | 355 | 30 | 44 | 25 | 2,9 |
| - Saalkreis | 361 | 33 | 45 | 23 | 2,9 |
| - Bitterfeld | 392 | 31 | 49 | 20 | 2,9 |
| - Burgenland | 326 | 34 ** | 49 ** | 17 ** | 2,8 * |
| Geburtsjahr | | | | | |
| - 1938- 1943 | 304 | 26 | 41 | 33 | 3,1 |
| - 1944- 1953 | 448 | 28 | 47 | 25 | 3,0 |
| - 1954- 1963 | 554 | 27 | 48 | 25 | 3,0 |
| - 1964- 1973 | 400 | 31 | 48 | 22 | 2,9 |
| - 1974- 1985 | 368 | 37 ** | 43 ** | 20 ** | 2,8 ** |
| Geschlecht | | | | | |
| - weiblich | 1145 | 31 | 48 | 22 | |
| - männlich | 935 | 29 ** | 43 ** | 28 ** | |
| Familienstand | | | | | |
| - ledig | 533 | 35 | 44 | 21 | 2,8 |
| - verheiratet | 1330 | 27 | 48 | 25 | 3,0 |
| - geschieden, verwitwet | 217 | 34 ** | 38 ** | 28 ** | 2,9 ** |
| Lebensform | | | | | |
| - alleine | 370 | 36 | 43 | 22 | 2,8 |
| - in Partnerschaft | 1678 | 28 * | 47 * | 25 * | 3,0 ** |
| Kinder | | | | | |
| - nein | 500 | 35 | 42 | 23 | 2,9 |
| - ja | 1579 | 28 * | 47 * | 25 * | 3,0 ** |
| Gesundheitszustand | | | | | |
| - schlecht | 53 | 42 | 40 | 17 | 2,7 |
| - weniger gut | 450 | 34 | 44 | 22 | 2,9 |
| - gut | 1347 | 28 | 47 | 25 | 3,0 |
| - ausgezeichnet | 191 | 25 * | 46 * | 30 * | 3,1 ** |

a Das Antwortformat ist fünfstufig skaliert; 1 „überhaupt nicht zufrieden“, 5 „voll und ganz zufrieden“; die Antwortkategorien 1 und 2 sind zusammengefasst

b Entspricht der Antwortkategorie 3

c Die Antwortkategorien 4 und 5 sind zusammengefasst

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$ (Chi²- bzw. Mediantest)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Tabelle A9.2

Signifikante Beziehungen zwischen Aspekten des beruflichen Hintergrunds und der Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem. Prozentverteilungen und Mediane (N 2090).

| | N | Prozentwerte | | | Median |
|-----------------------------------|-----|-------------------------------|---------------------------|-----------------------------|--------|
| | | eher unzufrieden ^a | teils/ teils ^b | eher zufrieden ^c | |
| Bildungsstatus^d | | | | | |
| - Abschluss 8. Klasse | 312 | 31 | 45 | 24 | 2,9 |
| - Abschluss 10. Klasse | 945 | 32 | 48 | 20 | 2,9 |
| - Abitur | 301 | 31 | 45 | 25 | 2,9 |
| - Hochschulexamen | 421 | 23 ** | 43 ** | 34 ** | 3,1 * |
| Berufsstatus^e | | | | | |
| - Arbeiter | 686 | 35 | 44 | 21 | 2,8 |
| - Angestellte | 929 | 27 | 47 | 26 | 3,0 |
| - Beamte | 80 | 18 | 47 | 35 | 3,2 |
| - Selbständige | 118 | 20 ** | 46 ** | 34 ** | 3,2 ** |

a Das Antwortformat ist fünfstufig skaliert; 1 „überhaupt nicht zufrieden“, 5 „voll und ganz zufrieden“; die Antwortkategorien 1 und 2 sind zusammengefasst

b Entspricht der Antwortkategorie 3

c Die Antwortkategorien 4 und 5 sind zusammengefasst

d Höchstqualifizierender Abschluss; ohne Sonstiges und kein Abschluss

e Stellung im gegenwärtig oder zuletzt ausgeübten Beruf; ohne Sonstiges

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$ (Chi²- bzw. Mediantest)

Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Tabelle A9.3

Strukturelle Zusammenhänge zwischen den einzelnen Reformvorschlägen. Assoziationskoeffizienten M (N 2090).^a

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|--|------|------|------|------|------|------|------|------|
| engere Kooperation der Ärzte, um Kosten zu sparen | 1.00 | | | | | | | |
| kostenlose Krankenversicherung von Familienangehörigen | .07 | 1.00 | | | | | | |
| Einblicke in Arztrechnungen für Patienten | .27 | .05 | 1.00 | | | | | |
| finanzielle Unterstützung von Selbsthilfegruppen durch Krankenkassen | .27 | .21 | .10 | 1.00 | | | | |
| höhere Beiträge für ungesund lebende Versicherte | .12 | -.04 | .11 | .00 | 1.00 | | | |
| Bezahlung von Potenz- und Gewichtspräparaten durch Krankenkassen | -.01 | .21 | .03 | .23 | -.13 | 1.00 | | |
| höhere Beitragszahlung für häufig kranke Versicherte | -.01 | -.05 | .00 | -.15 | .20 | -.05 | 1.00 | |
| eingeschränkte Arztwahl der Versicherten zur Kostenreduzierung | .11 | -.03 | .09 | -.01 | .08 | .04 | .20 | 1.00 |

a Die in der ersten Zeile angeführten Nummern entsprechen den in der Vertikalen benannten Variablen

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Tabelle A9.4

Signifikante Beziehungen zwischen der sozialen Lage und der Beurteilung der Reformvorschläge. Mediane (N 2090).^a

| | N | engere Ko- operation der Ärzte, um Kosten zu sparen | kostenlose Krankenversi- cherung für Familienange- hörige | Einblicke in Arztrechnun- gen für Pati- enten | finanzielle Unterstützung von Selbsthil- fegruppen durch Kran- kenkassen |
|-----------------------------------|------|---|---|--|---|
| Geburtsjahr | | | | | |
| - 1938- 1943 | 304 | 4,9 | 4,8 | | 4,2 |
| - 1944- 1953 | 448 | 4,8 | 4,8 | | 3,5 |
| - 1954- 1963 | 554 | 4,8 | 4,8 | | 3,4 |
| - 1964- 1973 | 400 | 4,9 | 4,8 | | 3,4 |
| - 1974- 1985 | 368 | 4,7 ** | 4,6 ** | | 3,5 * |
| Geschlecht | | | | | |
| - weiblich | 1145 | | 4,8 | | 3,8 |
| - männlich | 935 | | 4,7 * | | 3,3 ** |
| Bildungsstatus^b | | | | | |
| - Abschluss 8. Klasse | 312 | 4,9 | 4,8 | | 4,3 |
| - Abschluss 10. Klasse | 945 | 4,8 | 4,8 | | 3,7 |
| - Abitur | 301 | 4,7 | 4,7 | | 3,3 |
| - Hochschulexamen | 421 | 4,8 ** | 4,7 ** | | 3,2 ** |
| Berufsstatus^c | | | | | |
| - Arbeiter | 686 | | 4,8 | 4,7 | 3,6 |
| - Angestellte | 929 | | 4,8 | 4,7 | 3,5 |
| - Beamte | 80 | | 4,4 | 4,8 | 3,3 |
| - Selbständige | 118 | | 4,6 ** | 4,8 ** | 3,1 ** |
| Erwerbsstatus^d | | | | | |
| - Vollzeit | 1110 | 4,8 | 4,7 | | 3,3 |
| - Teilzeit | 185 | 4,8 | 4,7 | | 3,5 |
| - arbeitslos | 281 | 4,8 * | 4,9 ** | | 4,1 ** |
| Gesundheitszustand | | | | | |
| - schlecht | 53 | | 4,9 | | 4,7 |
| - weniger gut | 450 | | 4,8 | | 3,8 |
| - gut | 1347 | | 4,8 | | 3,4 |
| - ausgezeichnet | 191 | | 4,7 * | | 3,3 * |

a Das Antwortformat ist fünfstufig skaliert; 1 „stimme überhaupt nicht zu“, 5 „stimme voll und ganz zu“

b Höchstqualifizierender Abschluss; ohne Sonstiges und kein Abschluss

c Stellung im gegenwärtig oder zuletzt ausgeübten Beruf; ohne Sonstiges

d Voll- und Teilzeit inklusive ABM und Altersteilzeit

*p ≤ 0.05; **p ≤ 0.01 (Mediantest)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Tabelle A9.4 Fortsetzung

Signifikante Beziehungen zwischen der sozialen Lage und der Beurteilung der Reformvorschläge. Mediane (N 2090).^a

| | höhere Beiträge für ungesund lebende Versi- cherte | höhere Beiträge für häufig kranke Versicherte | eingeschränkte Arztwahl der Ver- sicherten zur Kos- tenreduzierung | Summenskala ^b |
|-----------------------------------|---|---|---|--------------------------|
| Geburtsjahr | | | | |
| - 1938- 1943 | 4,0 | 1,2 | | |
| - 1944- 1953 | 3,7 | 1,3 | | |
| - 1954- 1963 | 3,3 | 1,4 | | |
| - 1964- 1973 | 3,4 | 1,6 | | |
| - 1974- 1985 | 3,2 ** | 1,8 ** | | |
| Geschlecht | | | | |
| - weiblich | 3,4 | | 1,2 | 24,4 |
| - männlich | 3,6 * | | 1,3 * | 23,8 ** |
| Bildungsstatus^c | | | | |
| - Abschluss 8. Klasse | 3,4 | 1,3 | | 24,4 |
| - Abschluss 10. Klasse | 3,3 | 1,4 | | 24,5 |
| - Abitur | 3,6 | 1,5 | | 23,9 |
| - Hochschulexamen | 4,0 ** | 1,5 ** | | 23,2 ** |
| Berufsstatus^d | | | | |
| - Arbeiter | 3,3 | | | 24,4 |
| - Angestellte | 3,6 | | | 24,2 |
| - Beamte | 4,4 | | | 21,9 |
| - Selbständige | 3,8 ** | | | 22,8 ** |
| Erwerbsstatus^e | | | | |
| - Vollzeit | 3,6 | 1,5 | | 23,8 |
| - Teilzeit | 3,5 | 1,5 | | 24,6 |
| - arbeitslos | 3,1 ** | 1,3 * | | 25,2 ** |
| Gesundheitszustand | | | | |
| - schlecht | | 1,1 | | 24,1 |
| - weniger gut | | 1,3 | | 24,8 |
| - gut | | 1,5 | | 24,1 |
| - ausgezeichnet | | 2,0 ** | | 23,1 ** |

a Das Antwortformat ist fünfstufig skaliert; 1 „stimme überhaupt nicht zu“, 5 „stimme voll und ganz zu“

b Summenskala 8- 40; 8= in allen Items „stimme überhaupt nicht zu“; 40= in allen Items „stimme voll und ganz zu“ genannt

c Höchstqualifizierender Abschluss; ohne Sonstiges und kein Abschluss

d Stellung im gegenwärtig oder zuletzt ausgeübten Beruf; ohne Sonstiges

e Voll- und Teilzeit inklusive ABM und Altersteilzeit

*p ≤ 0.05; **p ≤ 0.01 (Mediantest)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Tabelle A9.5
Signifikante Beziehungen zwischen der Beurteilung der Reformvorschläge und der familialen Lage. Mediane (N 2090).^a

| | N | engere Kooperati- on der Ärzte, um Kosten zu sparen | kostenlose Kran- kenversicherung für Familien- angehörige | höhere Beiträge für ungesund le- bende Versicherte |
|-----------------------------------|------|---|--|--|
| Familienstand | | | | |
| - ledig | 533 | 4,7 | 4,6 | 3,2 |
| - verheiratet | 1330 | 4,8 | 4,8 | 3,6 |
| - geschieden, verwitwet | 217 | 4,8 ** | 4,8 ** | 3,4 ** |
| Lebensform | | | | |
| - alleine | 370 | 4,8 | 4,6 | 3,2 |
| - in Partnerschaft | 1678 | 4,8 * | 4,8 ** | 3,6 ** |
| Kinder | | | | |
| - nein | 500 | 4,7 | 4,5 | 3,3 |
| - ja | 1579 | 4,8 ** | 4,8 ** | 3,5 * |
| Im Haushalt lebende Kinder | | | | |
| - nein | 1321 | | 4,7 | |
| - ja | 720 | | 4,8 ** | |
| Haushaltsgrösse | | | | |
| - 1 Person | 184 | | 4,5 | 3,4 |
| - 2 Personen | 771 | | 4,7 | 3,7 |
| - 3 Personen | 603 | | 4,8 | 3,4 |
| - 4 Personen | 400 | | 4,8 | 3,5 |
| - 5 Personen oder mehr | 114 | | 4,8 ** | 3,1 ** |

a Das Antwortformat ist fünfstufig skaliert; 1 „stimme überhaupt nicht zu“, 5 „stimme voll und ganz zu“

*p ≤ 0.05; **p ≤ 0.01 (Mediantest)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Tabelle A9.5 Fortsetzung
Signifikante Beziehungen zwischen der Beurteilung der Reformvorschläge und der familialen Lage. Mediane (N 2090).^a

| | finanzielle Unterstützung von Selbsthilfegruppen durch Krankenkassen | höhere Beiträge für häu- fig kranke Versicherte | eingeschränkte Arztwahl der Versicherten zur Kostenreduzierung |
|-----------------------------------|--|--|--|
| Familienstand | | | |
| - ledig | | 1,7 | 1,3 |
| - verheiratet | | 1,4 | 1,2 |
| - geschieden, verwitwet | | 1,5 ** | 1,3 * |
| Lebensform | | | |
| - alleine | | | 1,3 |
| - in Partnerschaft | | | 1,2 * |
| Kinder | | | |
| - nein | | 1,5 | |
| - ja | | 1,4 ** | |
| Im Haushalt lebende Kinder | | | |
| - nein | 3,6 | 1,4 | |
| - ja | 3,4 * | 1,6 ** | |
| Haushaltsgrösse | | | |
| - 1 Person | | 1,4 | 1,3 |
| - 2 Personen | | 1,3 | 1,2 |
| - 3 Personen | | 1,5 | 1,2 |
| - 4 Personen | | 1,6 | 1,2 |
| - 5 Personen oder mehr | | 1,4 ** | 1,3 * |

a Das Antwortformat ist fünfstufig skaliert; 1 „stimme überhaupt nicht zu“, 5 „stimme voll und ganz zu“

*p ≤ 0.05; **p ≤ 0.01 (Mediantest)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Tabelle A9.6

Signifikante Beziehungen zwischen Aspekten der sozialen und gesundheitlichen Lage und der Entscheidung für eine Möglichkeit zur Reduzierung des Finanzdefizits im Gesundheitswesen. Prozentverteilungen (N 2090).

| | N | Verzicht auf Leistungen bei konstanter Beitragshöhe | Steigerung der Beitragshöhe bei konstanten Leistungen | |
|---------------------------------|------|---|---|----|
| Geschlecht | | | | |
| - weiblich | 1145 | 50 | 50 | |
| - männlich | 935 | 55 | 45 | * |
| Familienstand | | | | |
| - ledig | 533 | 57 | 43 | |
| - verheiratet | 1330 | 50 | 50 | |
| - geschieden, verwitwet | 217 | 51 | 49 | * |
| Kinder | | | | |
| - nein | 500 | 57 | 43 | |
| - ja | 1579 | 50 | 50 | ** |
| Haushaltsgrösse | | | | |
| - 1 Person | 184 | 60 | 40 | |
| - 2 Personen | 771 | 49 | 51 | |
| - 3 Personen oder mehr | 1117 | 53 | 47 | * |
| Berufsstatus^a | | | | |
| - Arbeiter | 686 | 57 | 43 | |
| - Angestellte | 929 | 50 | 50 | |
| - Beamte | 80 | 38 | 62 | |
| - Selbständige | 118 | 57 | 43 | ** |
| Gesundheitszustand | | | | |
| - schlecht | 53 | 45 | 55 | |
| - weniger gut | 450 | 47 | 53 | |
| - gut | 1347 | 53 | 47 | |
| - ausgezeichnet | 191 | 61 | 39 | * |

a Stellung im gegenwärtig oder zuletzt ausgeübten Beruf; ohne Sonstiges

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$ (Chi²- Test)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

