



Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg
Fakultät für Geistes-, Sozial- und Erziehungswissenschaften

Institut für Soziologie

Barbara Dippelhofer-Stiem

Wie gesund sind die Menschen in Sachsen-Anhalt?
Befunde des repräsentativen Bevölkerungssurveys „Gesundheit und
Wohlbefinden 2003“ im Überblick.

Arbeitsbericht Nr. 35

Internet-Fassung

Mai, 2005

ISSN-1615-8229

Zur Reihe der Arbeitsberichte

Die „Arbeitsberichte“ des Instituts für Soziologie versammeln theoretische und empirische Beiträge, die im Rahmen von Forschungsprojekten und Qualifikationsvorhaben entstanden sind. Präsentiert werden Überlegungen sowohl zu einschlägigen soziologischen Bereichen als auch aus angrenzenden Fachgebieten.

Die Reihe verfolgt drei Absichten: Erstens soll die Möglichkeit der unverzüglichen Vorabveröffentlichung von theoretischen Beiträgen, empirischen Forschungsarbeiten, Reviews und Überblicksarbeiten geschaffen werden, die für eine Publikation in Zeitschriften oder Herausgeberzwecken gedacht sind, dort aber erst mit zeitlicher Verzögerung erscheinen können. Zweitens soll ein Informations- und Diskussionsforum für jene Arbeiten geschaffen werden, die sich für eine Publikation in einer Zeitschrift oder Edition weniger eignen, z. B. Forschungsberichte und –dokumentationen, Thesen- und Diskussionspapiere sowie hochwertige Arbeiten von Studierenden, die in forschungsorientierten Vertiefungen oder im Rahmen von Beobachtungs- und Empiriepraktika entstanden. Drittens soll diese Reihe die Vielfältigkeit der Arbeit am Institut für Soziologie dokumentieren.

Impressum:

Magdeburg: Otto-von-Guericke-Universität

Herausgeber:

Die Lehrstühle für Soziologie der Fakultät für Geistes-, Sozial- und Erziehungswissenschaften an der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

Anschrift:

Institut für Soziologie der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg
„Arbeitsberichte des Instituts“
Postfach 41 20
39016 Magdeburg

Sämtliche Rechte verbleiben bei den Autoren und Autorinnen.

Auflage: 150

Redaktion: Prof. Dr. Barbara Dippelhofer-Stiem

Prof. Dr. Heiko Schrader

Gedruckte Fassungen sind erhältlich im Institut für Soziologie.

Schutzgebühr: 2,50 €

Inhalt	Seite	
1	Bezugsrahmen	5
2	Fragestellung und Stichprobe	6
3	Ausgewählte empirische Befunde	9
3.1	Das subjektive Gesundheitsbild: Wohlbefinden, Beschwerden, Erkrankungen	9
3.2	Im Beziehungsgeflecht mit sozialen und individuellen Faktoren	12
3.3	Die wichtigsten Determinanten in multivariater Zusammenschau	18
4	Schlussbemerkung	24
	Anmerkungen	27
	Literatur	29
	Tabellenanhang	31

1 Bezugsrahmen

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 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 (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 Hintergrundschilderungen sowie die individuellen Deutungen des Geschehens (vgl. beispielsweise Bellach/ Knopf/ Thefeld 1998; Kurth et al. 2002; Mueller/ Heinzel- Gutenbrunner 2001; Hurrelmann et al. 2003). Als bevorzugte Erhebungsmethode kommt die *Befragung* zum Einsatz, sei es in Fallstudien, sei es im Rahmen von Erhebungen, 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 die praxisrelevante Expertise umschliesst.

Auch der hier präsentierten Abhandlung liegt ein repräsentativer, im Jahr 2003 realisierter Bevölkerungssurvey zugrunde. Sein Ziel ist es, die subjektive Seite bisheriger Gesundheitsreports zu stärken. Es gilt, den in der Befragung ermittelten Sichtweisen und Interpretationen der Menschen Ausdruck zu verleihen, aus deren Blickwinkel eine Bestandsaufnahme des gesundheitlichen Status⁴ und der salutogenen Potenziale vorzulegen sowie Einflussgrößen und Determinanten aufzudecken. Anders als in den grossen Erhebungen, etwa des Robert Koch-Instituts (im Überblick Maschwesky- 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).

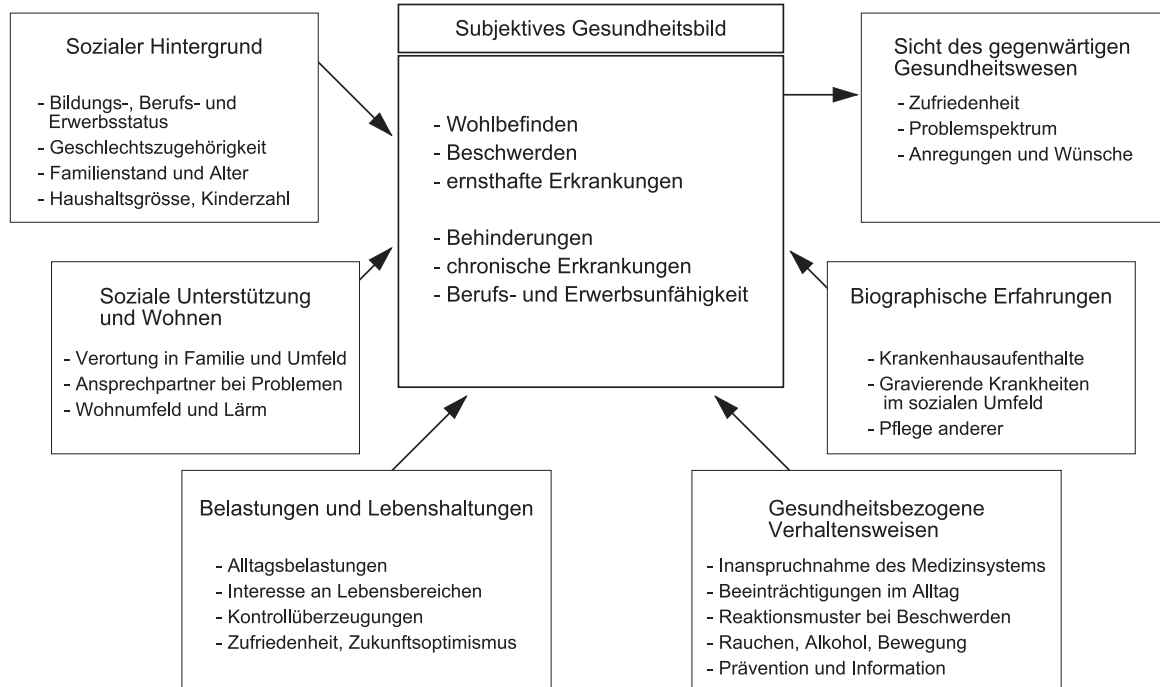
Die doppelte Konzeption – Sekundäranalyse und Befragung – ist wesentlicher Bestandteil des vom Land Sachsen- Anhalt in Auftrag gegebenen und finanziell geförderten Projekts “Gesundheitsberichterstattung”, das am Institut für Soziologie der Otto- von- Guericke Universität Magdeburg angesiedelt ist.¹ Dem Vierten Gesundheitsbericht (Dippelhofer- Stiem/ Köhler 2003) diente ein Indikatorentableau der Länder als Raster, um vorhandene Daten zu bündeln und sekundäranalytisch zu interpretieren. Der Fünfte Gesundheitsbericht (Dippelhofer- Stiem/ Döll 2005), aus dem an dieser Stelle berichtet wird, gründet in einer eigens durchgeführten wissenschaftlichen Studie, dem Bevölkerungssurvey “Gesundheit und Wohlbefinden in Sachsen- Anhalt”.

2 Fragestellung und Stichprobe

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 Orientierung* dient die Definition der Weltgesundheitsorganisation WHO, derzufolge Gesundheit und Krankheit angeordnet sind in einem Kontinuum. Gesundheit ist 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 und dynamisch, mit fließenden Übergängen, die von der Verwobenheit genetischer Voraussetzungen, äusserer Einflüsse und innerer Kapazitäten zur Bewältigung von Problemen und Belastungen ausgehen. 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*” (Ben-

Abbildung 1
 Operationales Modell des Bevölkerungssurveys "Gesundheit und Wohlbefinden
 in Sachsen- Anhalt".



gel/ 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): 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 chronische Erkrankungen, Berufs- und Erwerbsunfähigkeit als medizinisch attestierte Phänomene einbezogen.

Daneben gilt es, Aufschluss über das differenzierte Geflecht von internen und externen Wechselbeziehungen zu erhalten. Die vermuteten *Wirkzusammenhänge* sind mittels unabhängiger Variablenbereiche im operationalen Modell der Untersuchung eingeführt.³ Die Ausführungen aus der Literatur und bisherige Forschungen aufgreifend, sind wenigstens vier Merkmalspektren als Interaktionsgrößen des subjektiven Gesundheitsbildes ins Kalkül zu ziehen: Zu

ihnen gehören Merkmale des *sozialen Hintergrunds*, etwa der Bildungs-, Berufs- und Erwerbsstatus, Geschlechtszugehörigkeit, Familienstand und Alter, Haushaltsgrösse und Kinderzahl. *Soziale Unterstützung* sowie das *Wohnumfeld* sind weitere Indikatoren der Lebenslage. Desweiteren dürften *Belastungen* und Sorgen sowie allgemeine *Lebenshaltungen* am Status quo mitweben. Sorgen im Alltag, aber auch die Reichhaltigkeit von Interessen, Vorstellungen darüber, wovon das eigene Leben bestimmt und kontrolliert ist, Zufriedenheit und Optimismus sind als Faktoren mit einzubeziehen und auf ihre salutogene Bedeutung zu überprüfen. Die *gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen* und Erfahrungen subsumieren die Inanspruchnahme des Medizinsystems, das Erleben von Beeinträchtigungen im Alltag, die Reaktionsmuster bei auftretenden Beschwerden. Dies ist arrondiert von lebensstilbezogenen Ausdrucksformen wie Rauchen, Alkoholkonsum, Bewegung, aber auch von unmittelbaren Vorsorge- und Informationsaktivitäten. Desweiteren ist die Einschätzung der eigenen Gesundheit *lebensgeschichtlich* geprägt und in Sozialisationsprozessen vermittelt. 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.

Die verschiedenen Teile des Modells sind operationalisiert und in einen schriftlichen, weitgehend standardisierten *Fragebogen* überführt worden. Eine Vorversion wurde in Pretests erprobt. Das endgültige Instrument umfasst 37 Fragen mit 147 Variablen. Ein Teil der Fragen und Itembatterien wurde eigens entwickelt, weitere aus validierten Versionen anderer Untersuchungen adaptiert (vgl. ausführlich Dippelhofer- Stiem 2003).

Der im Gesamtprojekt favorisierte Regionalansatz spiegelt sich in der *Stichprobe* des Surveys wider. Gewählt wurde ein mehrstufiges Samplingverfahren, das das quotierte Vorgehen mit Randomisierungen kombiniert (vgl. Hoffmeyer- Zlotnik 1997). Auf der Grundlage der im Vierten Gesundheitsbericht zusammengeführten Informationen wurden die Stadt Magdeburg, die Landkreise Stendal, Saalkreis, Burgenlandkreis sowie Bitterfeld stellvertretend für Sachsen- Anhalt ausgewählt. Innerhalb dieser Landkreise wurden Gemeinden bzw. Verwaltungsgemeinschaften per Zufall ermittelt. Innerhalb derer wiederum, erfolgte – administriert über die Meldebehörden - die Ziehung einer Zufallstichprobe von volljährigen Personen deutscher Nationalität im Alter zwischen 18 und 65 Jahren.⁴ Die *bereinigte* Brutto- Stichprobe umfasst 6.749 Personen. Die Fragebögen wurden im Frühsommer 2003 *postalisch* versandt, ergänzt

um eine Erinnerungsaktion. Insgesamt liegen 2.090 ausgefüllte Fragebögen vor; der verwertbare *Rücklauf* beträgt somit 31 Prozent.⁵ Die sozialstrukturelle Zusammensetzung entspricht weitgehend jener der Grundgesamtheit wie der in den ausgewählten Regionen; auf Gewichtungsfaktoren wurde deshalb verzichtet.

3 Ausgewählte empirische Befunde

Die Befunde sind ausführlich im Fünften Gesundheitsbericht des Landes dokumentiert (Dippelhofer- Stiem/ Döll 2005).⁶ Der vorliegende Aufsatz konzentriert sich auf eine knappe Darstellung ausgewählter, zentraler Ergebnisse und nähert sich dem Thema in mehreren Schritten: Er widmet sich zunächst den drei *Indikatoren des subjektiven Gesundheitsbildes* – Wohlbefinden, Beschwerden, ernsthafte Erkrankungen. Sondiert werden die univariaten Verteilungen 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 bedeutsamsten *Determinanten* zu. Es wird bivariat eruiert, inwieweit der berufliche und soziale Hintergrund mit den Aspekten des subjektiven Gesundheitsbildes kovariiert, welchen Einfluss die Belastungen und allgemeinen Lebenshaltungen nehmen und unwieweit sich salutogene Effekte aus Lebensstil und einschlägigen Verhaltensweisen ergeben.⁷ Die Erörterungen münden in eine *multivariate 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.

3.1 Das subjektive Gesundheitsbild: Wohlbefinden, Beschwerden, Erkrankungen

Die Daten des Bevölkerungssurveys lassen erkennen, dass sich die meisten Menschen in diesem Bundesland eine gute Gesundheit attestieren. Das subjektive Gesundheitsbild weist in eine positive Richtung: Drei Viertel der Befragten äussern explizit ihr *Wohlbefinden*. 22 Pro-

Tabelle 1

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

	überhaupt nicht	selten, hin und wieder	öfter, sehr häufig	Mediane
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

zent allerdings bewerten ihren Zustand als weniger gut, weitere 3 Prozent als explizit schlecht. Aber auch Personen mit ausgeprägtem Wohlbefinden bleiben vor hin und wieder auftretenden *Beschwerden* keineswegs verschont (vgl. Tabelle 1). Eindeutig im Vordergrund des Spektrums, und im Medianvergleich jenseits der theoretischen Skalenmitte gelagert, sind Rückenschmerzen sowie Müdigkeit; nur etwa jeder Zehnte war davon im letzten halben Jahr nicht betroffen. In der Rangreihe folgen Kopfweg und gedrückte Stimmung, etwa jeder Fünfte gibt an, diese Symptome häufiger zu verspüren. Etwas geringfügiger treten Konzentrationsschwierigkeiten und Schlafprobleme hinzu; wiederum leidet jede fünfte Person extensiv darunter. Magen- und Zahnbeschwerden sind am Ende der Rangreihe positioniert. Allerdings ist die Verteilung hier bipolar - etwa die Hälfte benennt sie gar nicht, die anderen schildern ein mittleres bis seltenes Auftreten.

Im Vergleich dazu sind ernsthafte, eine medizinische Behandlung erfordernde, *Erkrankungen* deutlich seltener anzutreffen. Von allen im Fragebogen erfassten Leiden ist die Mehrheit der Befragten verschont geblieben (vgl. Tabelle 2). Nur schwerwiegende Probleme mit dem Bewegungsapparat sind hiervon ausgenommen. Jeder Fünfte ist deswegen aktuell in Behandlung, ein weiteres Drittel erlebte dies vor längerer Zeit. Mit schweren Problemen von Herz und Kreislauf aber, immerhin die Haupttodesursache in Deutschland, mit Erkrankungen der Haut sowie mit Allergien haben drei Viertel bislang nicht 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

Tabelle 2
Ernsthafte Erkrankungen mit ärztlicher Behandlung. Prozentverteilungen und Mediane (N 2090).^a

	nein	im letzten halben Jahr bis heute	schon vor längerer Zeit	Mediane
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 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, 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

früherer Zeit durchstehen müssen. Diabetes, Krankheiten des Immunsystems, Krebs schliesslich, gehören höchst selten zum eigenen Erfahrungshorizont.

Diese Ergebnisse sind erfreulich und geben dennoch 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 (StBA 2003). Zum zweiten verweisen die Daten auf ein sichtbares Beziehungsgeflecht zwischen den einzelnen Symptomen. Das heisst, eine einzelne Beeinträchtigung zieht mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit weitere nach sich; die Menschen sind also nicht selten mehrfach geschädigt. Jedenfalls zeigen Strukturanalysen für die Beschwerden durchgängig positive Assoziationen (Koeffizient M bis .55), auch fällt das subjektive Globalmaß desto ungünstiger aus, je häufiger von Beschwerden ($r = -.47$) und Morbidität ($r = -.38$) berichtet wird. Drittens verbergen sich hinter den Durchschnittswerten soziale Gruppen mit jeweils spezifischen Lebenslagen, die in besonderem Maße von Unwohlsein, Beschwerden und Krankheiten betroffen sind. Aus dem reichhaltigen Kranz der bivariat getesteten Einflussfaktoren heben sich einige Merkmale des sozialen Hintergrunds besonders hervor, ebenso die alltäglichen Belastungen und eine positive Lebenshaltung sowie bestimmte gesundheitsnahe Erfahrungen. Darüber ist im folgenden zu berichten.

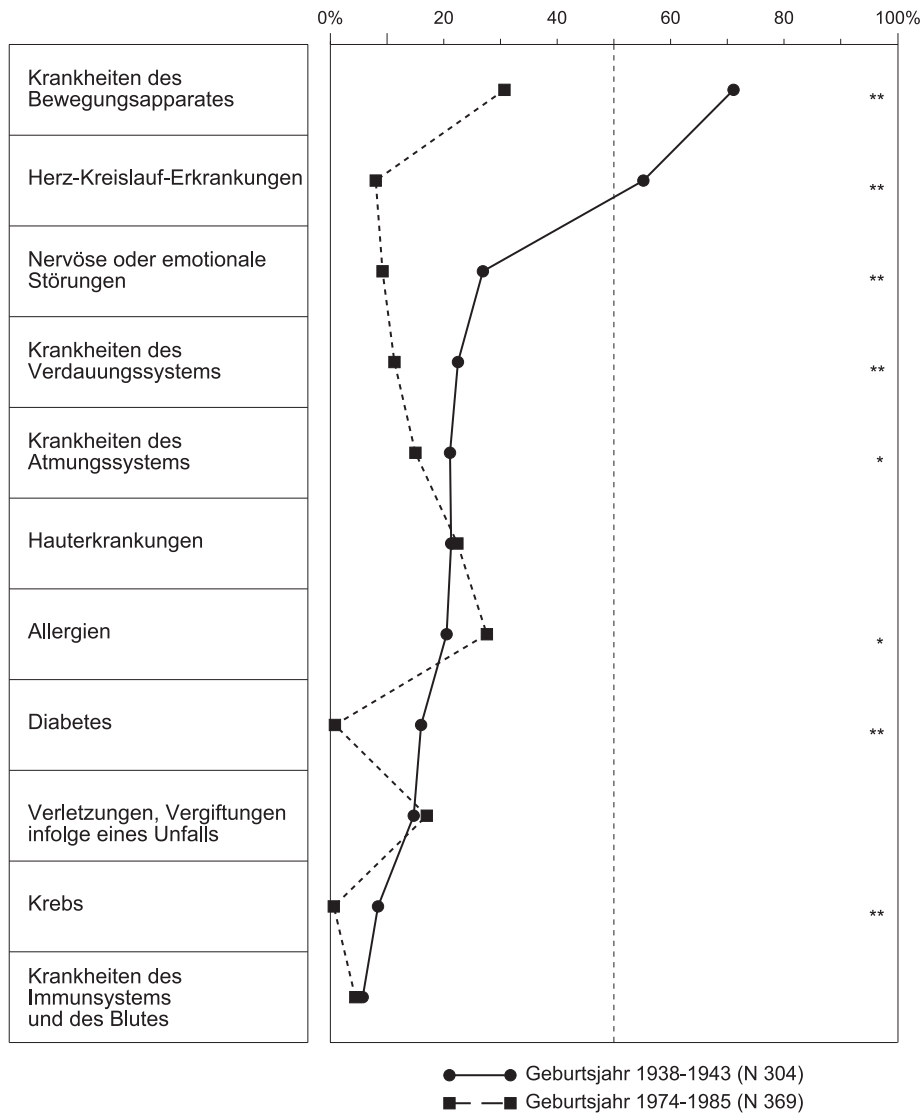
3.2 Im Beziehungsgeflecht mit sozialen und individuellen Faktoren

Von den Variablen des *sozialen Hintergrund* sind drei auf herausragende Weise mit Aspekten von Gesundheit und Krankheit verwoben – das Geburtsjahr, der Bildungs- und Erwerbsstatus und, mit Abstrichen, die Geschlechtszugehörigkeit (vgl. Tabelle A1).

Zuvorderst sind es die *älteren* Menschen, die Anlass zu ungünstigen Bilanzierungen haben; ein Ergebnis, das weitgehend mit der Literatur konform geht (Kohli/ Kühnemund 2000; RKI 2003). 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. Unpässlichkeiten - Rückenschmerzen, Schlafstörungen, Konzentrationsschwierigkeiten sowie Zahnbeschwerden - finden Fortsetzung in bestimmten ernsthaften Erkrankungen. 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 bei 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. Dieses Gesamtmuster tritt auch bei der Bildung von verfeinerten Alterskategorien zutage; es wird sehr anschaulich im Extremgruppenvergleich zwischen den ab 60- und den unter 30 Jährigen (vgl. Abbildung 2). Dennoch wäre die Gleichsetzung von Lebensjahren und Morbidität vorschnell. Denn die knappe Mehrheit der Senioren fühlt sich wohl, keineswegs alle benennen Beschwerden oder schwere Krankheiten.

Alterseffekte erklären auch überwiegend die Unterschiede nach Familienstand und Kinderzahl, und zum Teil unterfüttern sie die *schichtspezifischen* Beziehungen. Denn die befragten älteren 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;

Abbildung 2
 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"
 * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$ (Mediantest)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen-Anhalt 2003

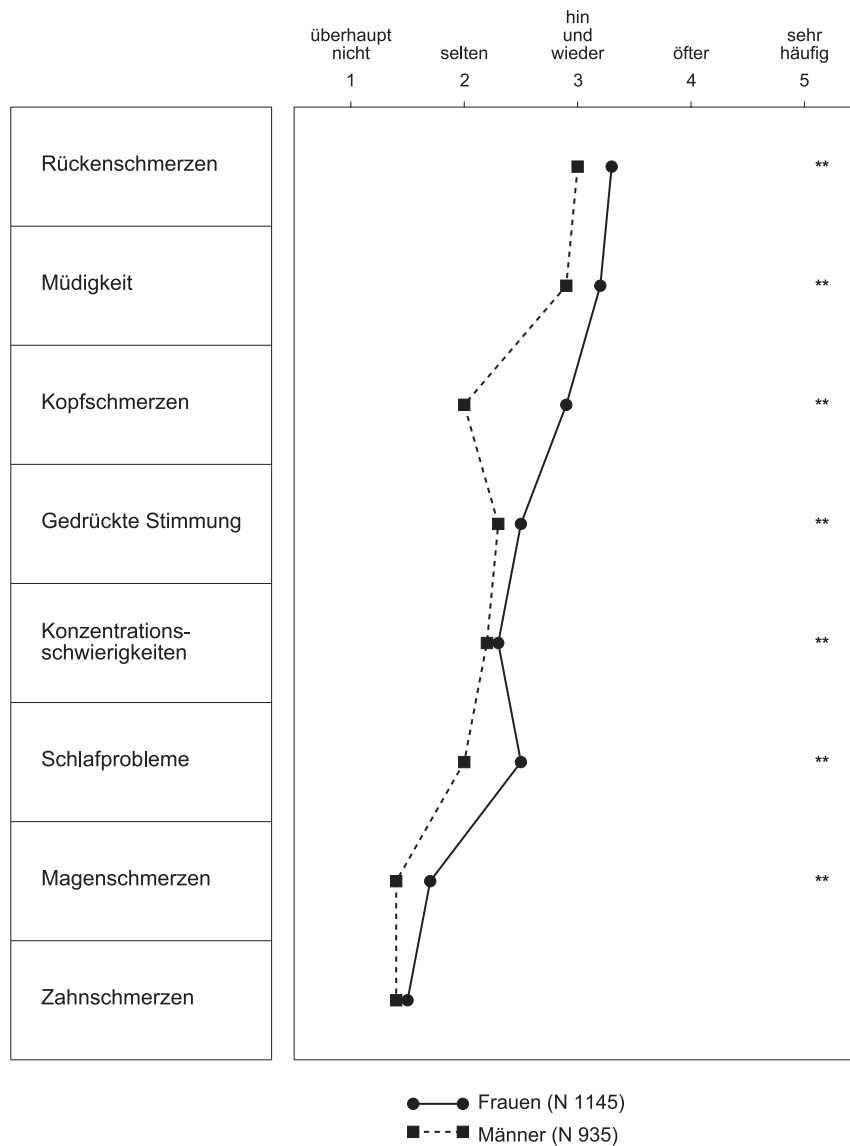
eine Konfundierung, die in der Literatur nicht immer systematisch in Erwägung gezogen wird (vgl. Borgers/ Steinkamp 1994; Helmert et al. 2000; Klein/ Unger 2001). Gleichwohl bleibt eine eigenständige Wirkkraft des Bildungs- und Erwerbsstatus⁴ erhalten, der Stellung im beruflichen Gefüge indes entströmt eine geringere Relevanz. Nur jeder Zweite mit Hauptschulabschluss gibt an, der Gesundheitszustand sei gut oder ausgezeichnet; unter jenen, die das

Abitur oder den Hochschulabschluss erreicht haben, sind dies über vier Fünftel. Dem entspricht ein umfänglicher Kranz von Unpässlichkeiten und Erkrankungen - Rückenschmerzen, gedrückte Stimmung, Schlafprobleme, Magen- und Zahnschmerzen treten überdurchschnittlich oft zutage. Krankheiten des Bewegungsapparates, Herz- Kreislauf- Symptome sowie Diabetes erfordern in höherem Grade die Inanspruchnahme ärztlicher Dienste. In ähnlicher Weise macht Erwerbslosigkeit anfällig. Sie geht einher mit besonders gedrückter Stimmung, Schlafstörungen und Rückenschmerzen; andere Studien weisen in eine ähnliche Richtung (vgl. RKI 2003; Geyer 1999).

Geschlechtsspezifische Differenzierungen bleiben auf die Beschwerden beschränkt (vgl. Abbildung 3). Die ambivalenten Erkenntnisse zur Frauengesundheit replizieren sich mithin (Sieverding 1998; Kolip 2000). Zahnschmerzen ausgenommen, werden Frauen von allen Unpässlichkeiten deutlich öfter heimgesucht; dies gilt auch innerhalb der Altersgruppen. 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. Trotzdem bilanzieren sie ihr Wohlbefinden kaum negativer als Männer, auch die Erkrankungsraten sind nicht höher.

Auch die Beziehung zwischen *sozialer Integration* und subjektivem Gesundheitsbild ist von Alterstypiken unterlegt. Mit steigenden Lebensjahren schrumpft - wie die Daten belegen - 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 belästigen-

Abbildung 3
 Geschlechtsspezifische Ausprägungen von Beschwerden im letzten halben Jahr.
 Mediane (N 2090).



** $p < 0.01$ (Mediantest)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen-Anhalt 2003

dem Lärm ausgesetzt sind. Die Unzufriedenheit findet Nachhall in Unwohlsein und Beschwerden, die Lärmbelästigung, von der freilich relativ wenige betroffen sind, kovariert mit nahezu allen Aspekten von Gesundheit und Krankheit. Doch sind in der Gesamtschau die Konnotationen zwar signifikant, aber von relativ geringer Differenzierungsstärke.

Zuvorderst scheint also das Alter mit dem Konstrukt Gesundheit verwoben, in einigen Facetten ergänzt um die Positionierung im sozialen Gefüge und der Geschlechtszugehörigkeit. Dieser Eindruck relativiert sich freilich, wenn die *alltäglichen Belastungen* und Sorgen, aber auch die positiven Lebenshaltungen einbezogen werden. Wohlbefinden, Beschwerden und Erkrankungen variieren auf herausgehobene Weise in Abhängigkeit davon, welchen Sorgen sich die Befragten gegenübersehen (vgl. Tabelle A2). Je bedrückender das Leben in den im Fragebogen erfassten Aspekten erscheint, je mehr sie sich von persönlichen und familialen Problemen, mit Schwierigkeiten im Beruf oder auf dem Arbeitsmarkt konfrontiert sehen, desto unwohler, von Beschwerden und Leiden in Mitleidenschaft gezogen fühlen sich die Menschen. Dies sei am Beispiel der finanziellen Sorgen illustriert - auch hiermit kovariieren alle Beschwerdebilder linear (vgl. Tabelle 3). Insgesamt kommt der Summe aller Belastungen eine höhere Wirkkraft zu als dem sozialen Status. Die durch sie erklärte Varianz beträgt (bei stets hochsignifikanten Effekten beider Prädiktoren) für das Kriterium Wohlbefinden 8,8 bzw. 6,3 Prozent; für den Indikator Beschwerden 13,3, bzw. 1,7 Prozent; für den Indikator Erkrankungen 5,2 bzw. 2,4 Prozent. Umgekehrt ist aber nicht auszuschliessen, dass gesundheitliche Beeinträchtigungen das Gefühl, stark belastet zu sein, erhöhen.

Tabelle 3
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 "sehr häufig" genannt

**p ≤ 0.01 (Mediantest)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Ein salutogenes Gegengewicht bilden die *Lebenszufriedenheit* sowie der *Zukunftsoptimismus*. Befragte, die hierüber verfügen, werten ihren Gesundheitsstatus besonders positiv (vgl. Tabelle A2). Vielleicht konnten sie auch solche Orientierungen herausbilden, weil sie selten be-

einträchtig waren. Jedenfalls vermag im varianzanalytischen Vergleich - bei hochsignifikan-
ten Effekten beider Prädiktoren - die Lebenszufriedenheit mehr noch als die Belastungen die
Variationen in den Indikatoren Wohlbefinden (8,9 Prozent bzw. 4,9 Prozent) und Beschwer-
den (10,8 bzw. 6,9 Prozent) zu erklären. Anderen Potenzialen wie der Offenheit gegenüber
diversen Lebensbereichen oder bestimmten Kontrollüberzeugungen kommt vergleichsweise
weniger Bedeutung zu.

Tabelle 4
Ausgewählte Krankheitsbilder^a und mehrfache Inanspruchnahme von Haus- und Facharzt im zurück-
liegenden 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

Die *gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen* sind zum einen mit dem Gesundheitserleben
positiv konnotiert. Dies gilt etwa für die Inanspruchnahme *medizinischer Dienste*. Je ausge-
prägter die Befragten von Beschwerden und Krankheiten berichten, je mehr sie sich in der
Verrichtung alltäglicher Dinge behindert sehen, desto häufiger frequentieren sie die Haus- und
Facharztpraxis (vgl. Tabelle A3).⁸ Das Aufsuchen der Einrichtungen erfolgt mithin subjektiv
begründet, motiviert durch den Leidensdruck. Im Vordergrund stehen Herz- Kreislauf- Sym-
ptome, Einschränkungen des Bewegungsapparates sowie nervöse Störungen. Fast alle, die
damit ernsthaft konfrontiert sind, holen ärztliche Hilfe ein (vgl. Tabelle 4). Dieses Muster
setzt sich fort bei den *Beeinträchtigungen*, die die alltäglichen Verrichtungen erschweren.
Während Beschränkungen beim Spaziergehen oder Treppensteigen, bei Hobbies oder im
Beruf am ehesten ohne ärztlichen 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 zu meist Folge von aktuellen oder vorgängigen Erkrankungen. Ihnen entspringen nachlassende Fähigkeiten bei der Bewältigung sämtlicher, in der Befragung vorgegebenen 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 Erscheinungen minimieren die Alltagsbewältigung lediglich in einzelnen Bereichen.

Zum anderen aber sind sogenannte riskante *Lebensstile*, anders als erwartet, mit der Sicht auf die eigene Gesundheit verknüpft (vgl. Tabelle A3): Menschen, die Alkohol konsumieren und – noch deutlicher – die Raucher entwerfen ein besseres Wohlbefinden, haben weniger Unpässlichkeiten und schwere Erkrankungen als Abstinente.⁹ 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;¹⁰ Jüngere sind gesünder, rauchen häufiger und bewegen sich weniger als Ältere; vorsorgliche Untersuchungen und Kontrollen sowie die Befassung mit gesundheitlichen Themen sind ihnen fern. Nicht an schwerwiegenden Erkrankungen zu leiden gehört für sie gleichsam zur Normalität des Alltags (vgl. Frank et al. 1998). Deshalb ist es schwierig, Problembewusstsein über Gefährdungen zu initiieren, die erst in ferner Zukunft - vielleicht - zum Tragen kommen. Sting (2002) plädiert deshalb für Präventionsbemühungen, die eine lebensbejahende Orientierung an gesunden Lebensweisen als Ausdruck selbstbestimmter Persönlichkeit, als Teil von Geselligkeit, Kultur und Lebensqualität begreifen.

3.3 Die wichtigsten Determinanten in multivariater Zusammenschau

Die vorliegende Untersuchung bestätigt die These, dass Gesundheit und Krankheit auf vielschichtige Weise mit sozialen und individuellen Determinanten verwoben sind (vgl. im Überblick Hurrelmann 2000). Trotzdem bleibt der bivariat generierte Erkenntnisstand unbefriedigend. Denn die Wirkgrössen sind ihrerseits miteinander verflochten und es ist eine offene

Frage, 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 Bildungsstand, die Geschlechtszugehörigkeit, der Erwerbstatus? Welche Wirkfaktoren also heben sich in der Gesamtschau innerhalb des vielschichtigen Geflechts besonders hervor, welche treten in den Hintergrund?

Um dies zu beantworten, ist es erforderlich, die diversen Aspekte multivariat zu testen. Hierzu dienen regressionsanalytische Ansätze.¹¹ Sie erfordern die Formulierung von Modellen, in denen die abhängige Variable (das Kriterium) mit den unabhängigen, sie erklärenden Variablen (den Prädiktoren) zusammengeführt sind. Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden solche Konstruktionen in Anlehnung an das operationale Modell des Surveys 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.¹² In der Zusammenschau wird deutlich, dass das Wohlbefinden, die Beschwerden sowie die ernsthaften Erkrankungen allesamt mit *vier Determinanten* hochsignifikant verwoben sind (vgl. Tabelle A4). Hierzu gehören das Lebensalter, die alltäglichen Belastungen sowie krankheitsnahe Erfahrungen - körperliche Gebrechen, die die Alltagsbewältigung behindern, 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 mit dem Leben (.20) und die Belastungen (-.14). Dem Geschlecht, dem Vorsorge- und Informationsverhalten kommt kaum Bedeutung zu, der Einfluss von Bildungs- und Erwerbstatus 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 Erwerbstatus taugt indes weniger dazu, die Häufigkeit von Unpässlichkeiten abzuschätzen. Für die Aufklärung der

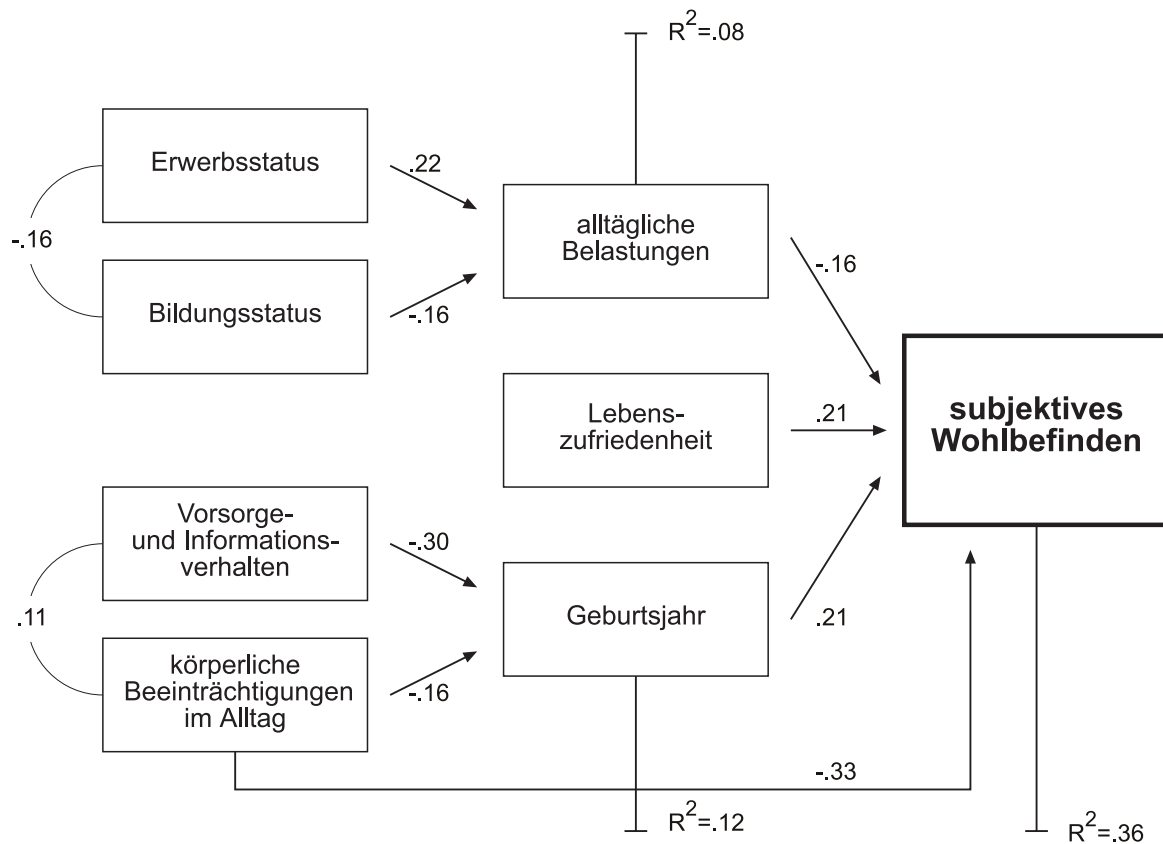
ernsthaften *Erkrankungen* tragen die Belastungen (.11) moderat zur Sättigung des Modells bei. Offenbar wird zugleich, dass die Häufigkeit von schwerwiegenden, im Lebensverlauf aufgetretenen Krankheiten am deutlichsten mit der Inanspruchnahme medizinischer Dienste (.30) sowie mit körperlichen Beeinträchtigungen (.19) kovariiert. Damit verglichen ist der Bildungsstatus (.10) von geringerer Auswirkung, die zudem Akademiker, auch aufgrund des höheren Alters, kränker erscheinen lässt.

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, dem 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 Lage – wie bivariate Berechnungen zeigen - in den Belastungen und Sorgen nieder. Möglicherweise wirkt sie nicht direkt, sondern über diese vermittelt auf das gesundheitliche Befinden ein. Ähnlichen Konfundierungen könnten die für die älteren Jahrgänge ermittelten körperlichen Beeinträchtigungen im Alltag oder ihre Aufgeschlossenheit gegenüber gesundheitsrelevanter Vorsorge und Information unterliegen. Vielleicht enthalten diese gesundheitsnahen Faktoren implizite Alterseffekte, die das Regressionsmodell nicht abzubilden vermag?

Mit Hilfe von *Pfadanalysen* können solche quasi- kausalen Verweisungszusammenhänge näher ergründet werden.¹³ 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 angemessene erwiesen hat – sichtbar 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 4). 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

Abbildung 4
Das subjektive Wohlbefinden und dessen Determinanten im blockrekursiven Pfadmodell.^a

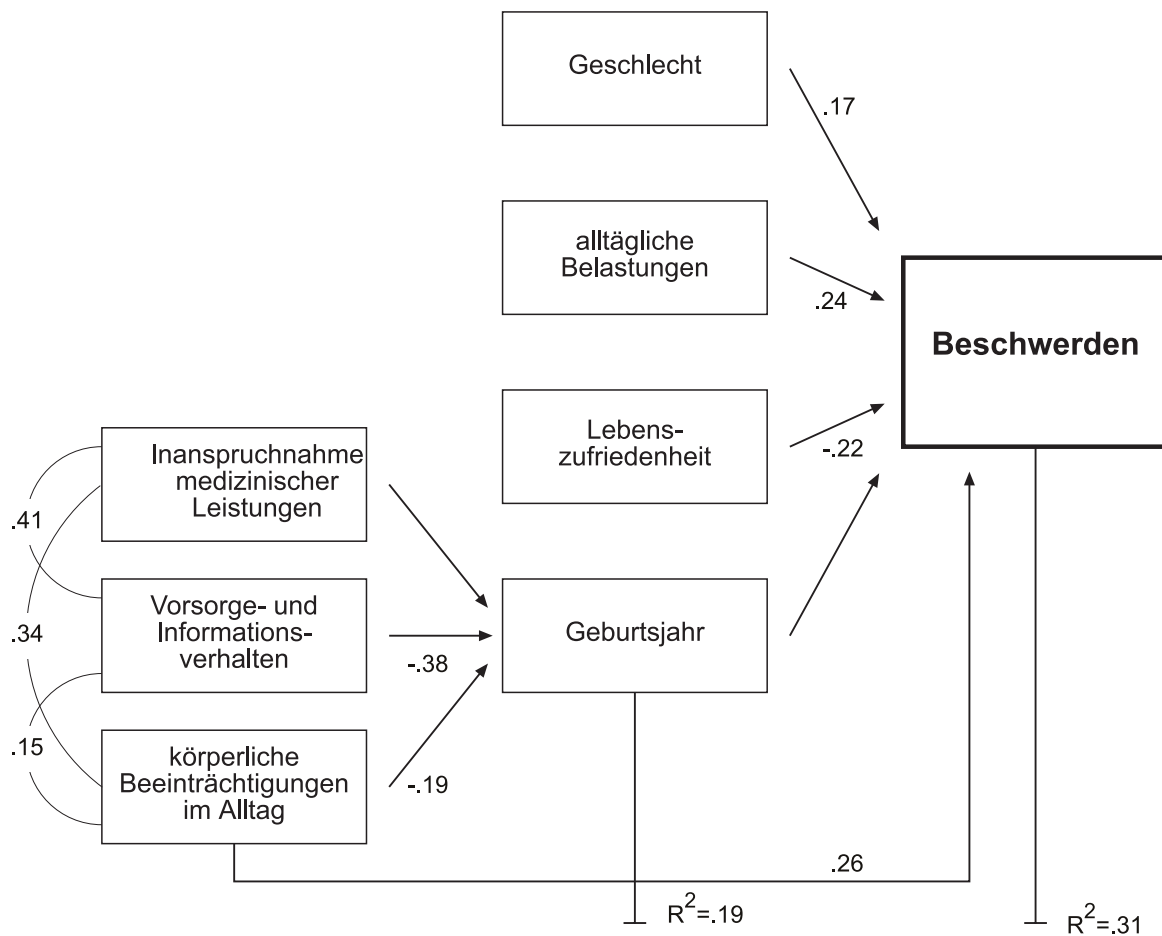


a Dargestellt sind die standardisierten Beta-Koeffizienten der signifikanten Pfade ($p < 0.001$). Die Werte an den geschwungenen Klammern sind Produkt-Moment-Korrelationen. R^2 ist um zufällige Korrelationen der Prädiktoren korrigiert

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen-Anhalt 2003

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 Be-

Abbildung 5
Die Beschwerdehäufigkeit und deren Determinanten im blockrekursiven Pfadmodell.^a



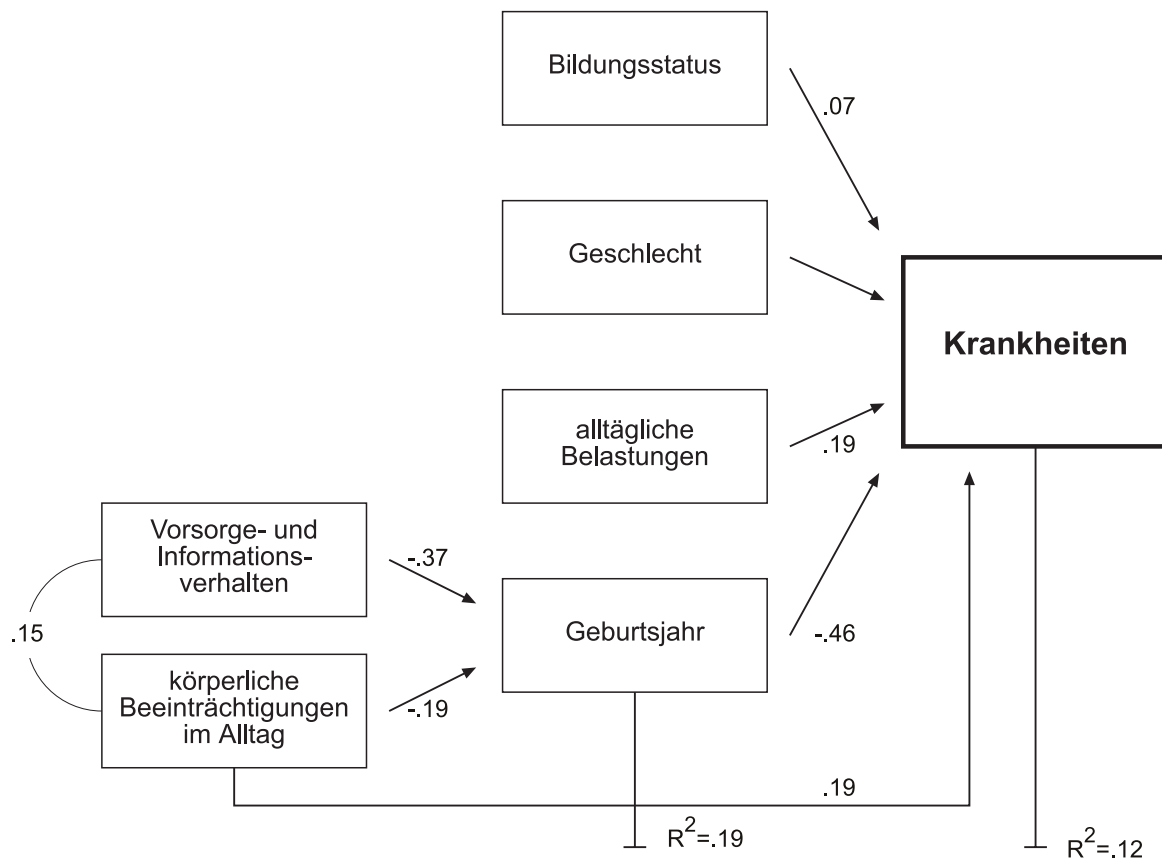
a Dargestellt sind die standardisierten Beta-Koeffizienten der signifikanten Pfade ($p < 0,001$). Die Werte an den geschwungenen Klammern sind Produkt- Moment- Korrelationen. R^2 ist um zufällige Korrelationen der Prädiktoren korrigiert

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen-Anhalt 2003

eintrüchtigungen färben das gesundheitliche Gefühl negativ sowohl über die Altersvariable vermittelt als auch unabhängig davon (-.33). Im Gesamtgefüge kommt ihnen der stärkste Effekt zu.

Auch in der modellhaften Erklärung der *Beschwerdehäufigkeit* (vgl. Abbildung 5) 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 Inanspruchnah-

Abbildung 6
Die Häufigkeit schwerwiegender Erkrankungen und deren Determinanten im blockrekursiven Pfadmodell.^a



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

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen-Anhalt 2003

me 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 Alters, dieses wiederum hat für 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.

Das Pfadmodell bezüglich der ernsthaften *Erkrankungen* weicht in einem wesentlichen Punkt von den Resultaten der Regressionsanalysen ab – die Bedeutung des Lebensalters tritt nunmehr stark hervor (vgl. Abbildung 6). Werden die Variablen Beeinträchtigungen, die die Alltagsbewältigung erschweren und Vorsorge- und Informationsverhalten als dem Alter vorge-schaltet in das Modell eingeführt, kumulieren 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 - unabhängig vom Alter - an sich (.19), ebenso wie Sorgen und Belastungen (.19) eigenständige Einflussquellen. Innerhalb dieses Modells hat der Bildungsstand nur geringe - und den bivariaten Einsichten eher widersprechende - Wirkung, auch dies scheint dem hohen Anteil älterer Personen unter den Akademikern geschuldet zu sein. Die Geschlechtszugehörigkeit schliesslich, spielt für die Erklärung der Häufigkeit des Auftretens von ernsthaften Erkrankungen erwartungsgemäß keine Rolle.

4 Schlussbemerkung

Die in den Pfadmodellen gefundenen Beziehungen belegen und präzisieren die in theoretischen Ansätzen postulierte und in empirischen Studien evidente Verflochtenheit von Gesundheit und Krankheit mit den umlagernden sozialen Bedingungen und Lebensverhältnissen der Menschen wie mit ihren subjektiven Orientierungen und Verhaltensmustern. Allerdings ist Verflochtenheit nicht gleichzusetzen mit Kausalität. Querschnittsstudien erlauben letztlich nicht, gesicherte Aussagen über Ursache und Wirkung zu generieren. Die Modelle könnten dies zwar suggerieren; doch sind sie nichts anderes als theoretisch konstruierte Zusammenhänge, deren interne Verweisungen mit Hilfe der Statistik auf Begründbarkeit getestet wird. Notwendig wären deshalb vermehrte Längsschnittuntersuchungen, die allerdings neue methodische Schwierigkeiten - etwa bezüglich der Repräsentativität oder der Panelmortalität - aufwerfen. Für die künftige Forschung erforderlich sind zudem weitere Anstrengungen bei der Auswahl der Indikatoren für Gesundheit und Wohlbefinden und deren valider Messung. Denn die Bestimmung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung mit Hilfe der quantitativen Em-

pirie ist stets auch von den Definitionen der erkenntnisleitenden Begriffe und deren Operationalisierung abhängig.

Mit Blick auf die Politikberatung werfen die Befunde ein Licht auf die Schwierigkeiten, praktische Empfehlungen sozusagen direkt aus singulären wissenschaftlichen Erkenntnissen abzuleiten. Sie fordern vielmehr dazu heraus, es in der Aufbereitung von quantitativen Daten nicht bei einfachen uni- und bivariaten Berechnungen zu belassen und dann darauf gestützt weitreichende - und oft teure - Maßnahmen für Einzelgruppen zu initiieren. Hilfreich sind stattdessen differenzierte Auswertungsstrategien, die es erlauben, den Gesamthorizont von Einflussvariablen und Problemgruppen in Augenschein zu nehmen. So dürfte deutlich geworden sein, dass die drei Indikatoren des subjektiven Gesundheitsbildes zum Teil in verschiedenen, zum Teil in gemeinsamen Beziehungsgeflechten eingebettet sind. Politische wie wissenschaftliche Diskurse sollten also möglichst punktgenau klären, auf welche Aspekte es ihnen ankommt – das allgemeine Wohlbefinden, die Beschwerden und Unpässlichkeiten oder die schweren Krankheiten:

- Steht das *Wohlbefinden* im Mittelpunkt, wäre vorrangig an Menschen jenseits der Lebensmitte zu denken - sie sind körperlichen Handicaps ausgesetzt, die die Alltagsverrichtungen erschweren und zugleich besonders an Gesundheitsbelangen interessiert. Diese Aufgeschlossenheit könnte konstruktiv für Heilung und Vorbeugung genutzt werden. In den Blick zu nehmen sind zudem Unterprivilegierte, deren Zustand, vermittelt durch ein hohes Maß an Sorgen, prekärer ist als in anderen Gruppen. Es bliebe zu prüfen, inwieweit bei ihnen die Lebenszufriedenheit als Ressource positiv ins Bewusstsein zu heben ist. Und schliesslich müssten, unabhängig vom Alter, körperlich Beeinträchtigte Beachtung finden.

- Richtet sich die Aufmerksamkeit auf die *Beschwerden*, ist dies vor allem mit der Lebenslage von Frauen in Verbindung zu bringen, aber auch mit dem vorhandenen Grad an allgemeinen Belastungen wie an Lebenszufriedenheit. Und stehen schliesslich die Verweismuster der *schweren Leiden* zur Debatte, muss - wie kein anderes Merkmal sonst - das Lebensalter in den Vordergrund gerückt werden, und zwar neuerlich in seiner doppelten Einbettung in alltagserschwerende körperliche Beeinträchtigungen wie in das starke Interesse an Vorsorge und Prävention. Zudem sind einmal mehr Menschen mit Beeinträchtigungen wie mit einer hohen Sorgenlast gesondert zu betrachten.

In gesamthafter Perspektive wird deutlich, welche Merkmale in der Aufklärung *aller* drei Indikatoren stets aufscheinen - bereits vorliegende Handicaps sowie alltägliche Belastungen. Gelänge es, Menschen, die in der Verrichtung von Routinetätigkeiten behindert sind, alltagstaugliche Hilfen und Erleichterungen anzubieten, würde dies zur Verbesserung des subjektiven Gesundheitsbildes in allen Facetten beitragen. Weitere Adressaten wären jene, die Sorgen und Unzufriedenheit plagen. Wenn es möglich wäre, ihre Lebensbedingungen zu verbessern und Zukunftsperspektiven aufzuzeigen, läge darin ein wesentlicher gesundheitspolitischer Beitrag. Allerdings weist dies weit über die klassische Zuständigkeit eines einzelnen politischen Ressorts hinaus. Es lässt, wie Bauch (1996) warnt, das Geschehen als Teil umfassender sozialer Realität erscheinen, dessen Bearbeitung unter der gängigen Leitidee "Gesundheitsförderung" allzu leicht in Gefahr gerät, mit universellem, die verschiedensten Lebensbereiche vereinnahmendem Anspruch, aufzutreten.

Anmerkungen

1 Das Forschungsprojekt hatte eine dreijährige Laufzeit (2002- 2005) und wurde geleitet von Prof. Dr. Barbara Dippelhofer- Stiem. Die finanzielle Förderung erfolgte durch das Ministerium für Gesundheit und Soziales Sachsen- Anhalt.

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. Das Modell hat heuristischen Charakter. Die zugrundeliegenden Anregungen aus der Literatur sowie die Hypothesen im einzelnen sind den jeweiligen Kapiteln des Fünften Gesundheitsberichts zu entnehmen. Dies gilt auch für detaillierte Präsentation der empirischen Befunde (Dippelhofer- Stiem/ Döll 2005).

4 Die vor allem von kommerziellen Instituten praktizierte Alternative, Wahlkreise zum Ausgangspunkt zu nehmen, Samplingspoints zu bestimmen und Interviewer vor Ort zu positionieren (vgl. Hessel et al. 1999; Margraf/ Poldrack 2000) würde dem Ansatz der Studie, eine – angesichts der intimen Thematik - völlig anonyme und schriftliche Erhebung durchzuführen weniger entsprechen. Auch wäre die explizite Absicht, alle Phasen der Erhebung, der Dateneingabe und -auswertung in eigener Kontrolle und Verantwortung zu realisieren, nicht einlösbar gewesen.

5 Die Ausschöpfungsrate liegt im mittleren Bereich des für anonyme, schriftliche Befragungen Erwartbaren. 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).

6 Der Fünfte Gesundheitsbericht des Landes Sachsen- Anhalt umfasst insgesamt 10 Kapitel. Nach der Darstellung von Fragestellung (Kapitel 1) und Stichprobe (Kapitel 2) werden in den nachfolgenden Abschnitten sozialstrukturelle Aspekte, Belastungen und Lebenshaltungen der Befragten sowie gesundheitsbezogene Erfahrungen und Verhaltensweisen für sich genommen vorgestellt. Das zentrale Kapitel 6 widmet sich dem subjektiven Gesundheitsbild und seinen Determinanten; der vorliegende Arbeitsbericht stützt sich im wesentlichen hierauf. Es folgen Ausführungen über die spezielle Lage von Behinderten und jungen Familien. Kapitel 9 berichtet über die Anregungen und Wünsche der Bevölkerung zum Gesundheitssystem. Abschliessend wird eine Bilanz gezogen (Kapitel 10).

7 Alle Prozentuierungen und andere Maßzahlen sind auf die tatsächlich vorhandenen Angaben berechnet; “missing data” sind auspartialisiert. Der besseren Übersicht wegen sind die Werte gerundet. 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. Von der Möglichkeit, ab und an eigene Formulierungen unter “Sonstiges” einzubringen, machten bis zu 13 Prozent der Befragten Gebrauch. Längere Fragebatterien sind in Summenskalen zusammengefasst; dies gilt auch für die Beschwerden und Krankheiten. Als Mindestkriterium für diese Transformation sind gleichgerichtete Assoziationen zwischen den Variablen - und dort, wo es das Skalenniveau zulässt, Faktorstrukturen - angesetzt worden. Die bivariaten Analysen stützen sich zumeist auf den Medianvergleich der jeweiligen Teilstichproben und berichten signifikante Effekte auf der Basis des Mediantests. Dieser Arbeitsbericht fokussiert nur solche unabhängigen Variablen, die in den Indikatoren des subjektiven Gesundheitsbildes signifikante und zudem starke Differenzierungen hervorrufen.

8 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 Gesundheitsstaus⁶ unabhängig von der

Inanspruchnahme medizinischer Dienste gemessen. Die Verknüpfung zwischen diesen beiden Variablenkomplexen erfolgt nicht durch die Befragten, sondern auf statistischem Wege, post hoc.

9 Möglicherweise ist die im Bevölkerungssurvey vorgenommene Messung der Rauch-, Trink- und Bewegungsgewohnheiten zu grob, um die Zusammenhänge mit dem subjektiven Gesundheitszustand hinlänglich abzubilden. Zudem dürften Süchtige oder schwer beeinträchtigte Menschen kaum an der Befragung teilgenommen haben. Auch ist nicht auszuschliessen, dass Menschen, die einen risikanteren Lebensstil favorisieren, Beschwerden und Erkrankungen nicht immer als solche wahrnehmen (wollen) und deshalb die Angaben im Fragebogen eher untertreiben.

10 Eine zweifaktorielle, sequentielle 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, $F=8$; $p=0.01$). Zweifaktorielle, sequentielle Varianzanalysen für die Kriterien Wohlbefinden und Beschwerden mit den Prädiktoren Alter und Präventions- und Informationsverhalten ergeben 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.

11 Ziel regressionsanalytischer Verfahren ist es, lineare Beziehungen zwischen Variablen simultan zu testen und dabei den Wert einer bestimmten Variablen (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.

12 Nominalskalierte Variablen wurden in dichotome Dummies transformiert, mit den 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 Befragten, die zu allen, im Modell eingeführten Variablen Angaben machten. 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. 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.

13 Die hier verwendete blockreursive 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 . Die Berechnungen zu den Beschwerden und Erkrankungen beziehen sich jeweils auf die Summenskala.

Literatur

- Backhaus, K./ Erichson, B./ Plinke, W./ Weiber, R. (1994) *Multivariate Analysemethoden. Eine anwendungsbezogene Einführung*. Berlin: Springer.
- Bahrdehle, D./ Laaser, U./ Strohmeier, K. (2002) Health and social reporting in Germany. Compatibility as a prerequisite of the national, efficient and publicly effective implementation of health and social policy. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften/ Journal of Public Health*, 10, 4, 326- 344.
- Bauch, J. (1996) *Gesundheit als sozialer Code. Von der Vergesellschaftung des Gesundheitswesens zur Medikalisierung der Gesellschaft*. Weinheim: Juventa.
- Bellach, B.M./ Knopf, H./ Thefeld, W. (1998) Der Bundesgesundheitsurvey 1997/ 98. *Gesundheitswesen*, 60, Sonderheft 2, 59- 68.
- Bengel, J./ Belz- Merk, M. (1997) Subjektive Gesundheitsvorstellungen. In: Schwarzer, R. (Hrsg) *Gesundheitspsychologie*. 23- 41. Göttingen.
- 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.
- Dippelhofer- Stiem, B. (2003) Fragestellung und Stichprobe, Feldphase und Erhebungsinstrument des Bevölkerungsssurveys "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.
- Dippelhofer- Stiem, B./ Döll, P. (2005) *Fünfter Gesundheitsbericht des Landes Sachsen- Anhalt. Gesundheit und Wohlbefinden - Befunde des Bevölkerungsssurveys zum subjektiven Gesundheitsbild und dessen Determinanten*. (Herausgegeben vom Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen- Anhalt). Magdeburg.
- 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.
- Geyer, S. (1999) *Macht Unglück krank? Lebenskrisen und die Entwicklung von Krankheiten*. Weinheim: Juventa.
- 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.
- 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.
- 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 des Weltgesundheitsorganisation WHO*. Weinheim: Juventa.

- 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.
- 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.
- Kohli, M./ Kühnemund, H. (Hrsg) (2000) Die zweite Lebenshälfte. Gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alters- Survey. Opladen: Leske + Budrich.
- Kolip, P. (Hrsg) (2000) Weiblichkeit ist keine Krankheit. Die Medikalisierung körperlicher Umbruchphasen im Leben von Frauen. Weinheim: Juventa.
- Kurth, B.-M./ Bergmann, K./ Hölling, H./ Kahl, H./ Kamtsiuris, P./ Thefeld, W. (2002) Der bundesweite Kinder- und Jugendgesundheitsurvey. Das Gesamtkonzept. *Gesundheitswesen. Sonderheft 1*, 64, 3- 11.
- Margraf, J./ Poldrack, A. (2000) Angstsyndrome in Ost- und Westdeutschland: Eine repräsentative Bevölkerungserhebung. *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie*, 29, 3, 157- 169.
- Maschewsky- Schneider, U. (1997) Frauen sind anders krank. Zur gesundheitlichen Lage der Frauen in Deutschland. Weinheim: Juventa.
- Mielck, A./ Bloomfield, K. (Hrsg) (2001) Sozial- Epidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten. Weinheim: Juventa.
- Mueller, U./ Heinzel- Gutenbrunner, M. (2001) Krankheiten und Beschwerden (subjektive Gesundheit) unter Bewertung der eigenen Gesundheit. BIB (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung), Heft 102c. Wiesbaden.
- Noll, H.-H. (Hrsg) (1997) Sozialberichterstattung in Deutschland. Konzepte, Methoden und Ergebnisse für Lebensbereiche und Bevölkerungsgruppen. Weinheim.
- RKI (Robert Koch- Institut) (2003) Daten aus dem Bundesgesundheitsurvey. Tabellensammlung, geordnet nach dem neuen Indikatorensatz.
- 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.
- Sieverding, M. (1998) Sind Frauen weniger gesund als Männer? *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 50, 3, 471- 489.
- 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.
- Streich, W./ Wolters, P./ Brand, H. (Hrsg) (1998) *Berichterstattung im Gesundheitswesen. Analysen zur Entwicklung und Perspektiven für einen Neubeginn*. Weinheim: Juventa.
- StBA (Statistisches Bundesamt) (Hrsg) (2003) *Gesundheit. Ausgaben und Personal 2001*. Presseexemplar. Wiesbaden.

Tabellenanhang

Tabelle A1

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^d				
- 8. Klasse	312	2,6	20,9	13,3
- 10. Klasse	945	2,9	19,5	12,7
- Abitur	301	3,0	18,5	12,5
- Hochschule	421	2,9 **	18,4 **	12,8 **
Berufsstatus^e				
- 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 mit dem Wertebereich 8–40; 8 = in allen Items “überhaupt nicht”, 40 = in allen Items “sehr häufig” genannt

c Summenskala mit dem Wertebereich 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 Höchstqualifizierender Abschluss

e Operationalisiert als berufliche Stellung im gegenwärtig oder zuletzt ausgeübten Beruf

*p ≤ 0.05; **p ≤ 01 (Mediantest)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Tabelle A2

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

	N	subjektives Wohlbefinden ^a	Beschwerden ^b	ernsthafte Erkrankungen ^c
Alltägliche Belastungen^d				
- unterdurchschnittlich	1091	3,0	17,5	12,4
- überdurchschnittlich	953	2,7**	21,6**	13,3**
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"

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

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen- Anhalt 2003

Tabelle A3

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 A4

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 Informations- verhalten	.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