

Gesundheitliche Risikoverhaltensweisen und gesundheitliche Kontrollüberzeugungen (HLC) in Ost- und Westdeutschland: eine Querschnittstudie von 1992

Janßen, Christian

Veröffentlichungsversion / Published Version

Sammelwerksbeitrag / collection article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Janßen, C. (1997). Gesundheitliche Risikoverhaltensweisen und gesundheitliche Kontrollüberzeugungen (HLC) in Ost- und Westdeutschland: eine Querschnittstudie von 1992. In K.-S. Rehberg (Hrsg.), *Differenz und Integration: die Zukunft moderner Gesellschaften ; Verhandlungen des 28. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie im Oktober 1996 in Dresden ; Band 2: Sektionen, Arbeitsgruppen, Foren, Fedor-Stepun-Tagung* (S. 594-598). Opladen: Westdt. Verl. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-138372>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Risikofaktoren

Auch bei der Analyse von Risikofaktoren bezüglich der Herz-Kreislaufkrankungen zeigen die Sportaktiven in der Regel günstigere Werte als Nicht-Sporttreibende; dabei spielt die Dauer regelmäßiger sportlicher Aktivitäten eine große Rolle. Dieser Einfluß ist unabhängig von Alter, sozialem Status und Geschlecht. Bei einer zusammenfassenden Berücksichtigung des Herz-Kreislauftrisikos erreichen Sporttreibende in den jeweiligen Altersgruppen tendenziell geringere Risikowerte. Wir verzeichnen mit diesen Ergebnissen einen tendenziell durchgängig günstigeren Gesundheitsstatus der Sporttreibenden in der Bevölkerung generell und bezogen auf die Altersklassen.

Subjektive Morbidität und Mortalitätsrisiko

Trotz der Einschränkungen bei der Bewertbarkeit subjektiv berichteter Erkrankungen kann festgestellt werden, daß Sporttreibende – von wenigen Ausnahmen abgesehen – geringere Prävalenzen bei den verschiedensten Erkrankungen aufweisen. Auch das Mortalitätsrisiko ist bei Sporttreibenden geringer als bei Inaktiven. Nacherfassungsstudien zur DHP haben ergeben, daß die Raten der Gesamtmortalität und der kardiovaskulären Mortalität für sportlich hochaktive Gruppen substantiell niedriger waren als bei inaktiven Gruppen. Der günstige Gesundheitsstatus Sportaktiver schlägt sich auch in geringeren Zahlen für Krankheitstage oder Tagen gesundheitlicher Beeinträchtigung nieder.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, daß auf allen annoncierten Dimensionen der Gesundheit, von der Lebenszufriedenheit bis zur Mortalität, für Sporttreibende tendenziell günstigere Werte zu beobachten sind. Auch wenn es sich hierbei nicht um kontrollierte Forschungsdesigns oder klinische Laborversuche handelt, sondern um bevölkerungsbezogene Analysen auf der Grundlage von repräsentativen Befragungen und medizinischen Untersuchungen, scheinen uns die Ergebnisse doch ein außerordentlich positives Bild der Bedeutung sportlicher Aktivitäten für die Gesundheit zu entwerfen.

Anmerkung

Eine weitergehende Darstellung der hier vorgestellten Studie ist vom Deutschen Sportbund unter dem Titel: Sport und Gesundheit herausgegeben worden. Sie ist beim DSB oder beim Autor erhältlich.

Dr. Joachim Winkler, Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands e.V. (WIAD), Godesberger Allee 54, D-53176 Bonn

6. Gesundheitliche Risikoverhaltensweisen und gesundheitliche Kontrollüberzeugungen (HLC) in Ost- und Westdeutschland. Eine Querschnittstudie von 1992

Christian Janßen

1. Einleitung

Seitdem sich in den Gesundheitswissenschaften die Erkenntnis durchgesetzt hat, daß Morbidität und Mortalität mehr und mehr durch chronische als durch akute Faktoren beeinflusst

werden, gibt es ein zunehmendes Forschungsinteresse an habituellen Verhaltensweisen, welche in bezug auf Gesundheit als risikoreich verstanden werden. Beeinflußt aber der Glaube über die Fähigkeit, das eigene gesundheitliche Schicksal zu beeinflussen, unser gesundheitliches Risikoverhalten? Und weiter, ist dieser Glaube und das damit verbundene praktizierte Verhalten Produkt eines gesellschaftlich verankerten gesundheitlichen Lebensstil oder Ausdruck einer individuellen Lebensführung? Die folgende Analyse untersucht dabei drei verschiedene gesundheitliche Verhaltensweisen, welche im allgemeinen als risikoreich für die Gesundheit verstanden werden: Rauchen, Alkohol trinken und der Mangel an sportlicher Aktivität. Während niemand die Gefahr, welche von Nikotin oder übermäßigem Alkoholkonsum ausgeht, ernsthaft verneinen würde, gibt es im Gegensatz dazu eine wissenschaftliche Debatte über Zusammenhang von Sport und Gesundheit. Dieser Zusammenhang ist offenbar keineswegs so eindeutig, wie in der öffentlichen Meinung angenommen wird, sondern vielmehr multidimensional. Die Wiedervereinigung Deutschlands bietet nun die außergewöhnliche Chance, die gerade skizzierten Fragen in einer vergleichenden medizinsoziologischen Studie zu untersuchen, konsequenterweise wird dabei gesundheitliches Risikoverhalten nicht ohne den ihr zugrunde liegenden gesundheitlichen Einstellungen in die Analysen eingeführt. Dabei ist Ziel der Untersuchung ob und inwieweit diese Einstellungen einen Einfluß auf Verhalten haben – erscheinen solche Zusammenhänge doch für mögliche gesundheitliche Interventionsprogramme im Rahmen von Public Health von äußerster Wichtigkeit. Die Alameda-County-Studie hat gezeigt, daß Individuen einen großen Beitrag leisten können, um ihre Gesundheit zu fördern, zu erhalten oder wieder zu erlangen; im Bereich von Public Health wird diese Tatsache immer wieder betont. Inwiefern gesundheitliches Verhalten und gesundheitlicher Lebensstil durch gesundheitliche Einstellungen beeinflußt wird, ist somit eines der zentralen Probleme dieser Disziplin.

2. Beschreibung der Daten, Variablen und Methoden

Unter dem Titel »Gesundheit und ambulante Versorgung in Deutschland (GAVID)« wurde an der Universität Düsseldorf im Jahre 1992 eine schriftliche Bevölkerungsumfrage in Ost- und Westdeutschland durchgeführt. Bei einer projizierten Stichprobe von je 1.200 Erwachsenen wurden in der Bevölkerungsumfrage schließlich über ein reines Zufallsverfahren bei einer Ausgangsstichprobe von 2.500 Fällen im Westen und 2.700 Fällen im Osten 1.310 (Ost) bzw. 1.264 (West) auswertbare Fragebogen zurückgeschickt. Das entspricht einer Antwortrate von 52% (Ost) bzw. 57% (West) bezogen auf die von stichprobenneutralen Fällen bereinigte Netto-Stichprobe. Als subjektiver Indikator für Gesundheit ist in der medizinsoziologischen Forschung die Frage nach dem subjektiven Gesundheitszustand (GESSTAT) ein gebräuchliches Meßinstrument. Um diese These an den GAVID-Daten zu belegen, wurde eine Korrelation mit 7 anderen gesundheitlich relevanten Indikatoren berechnet, wobei sich signifikante Werte zeigten. GESSTAT als subjektiv perzipierter Status der Gesundheit ist somit sensibel gegenüber anderen subjektiven Indikatoren; dies ist ein Hinweis auf die hohe Validität und Reliabilität dieser Variablen. GESSTAT wird als unabhängige Variable in die Analysen eingeführt, um mögliche Effekte der allgemeinen gesundheitlichen Verfassung auf Verhaltensweisen aber auch auf Einstellungen zu messen.

Die demographischen Variablen ALTER und WEIBLICH zeigen praktisch keinerlei Unterschiede zu den Verteilungen in offiziellen Statistiken. Das mittlere Bruttohaushaltseinkommen (FAMEINK) zeigt wie erwartet eine hohe Differenz zwischen Ost- und Westdeutschland; um diesen Effekt verschiedener Einkommenslevel zu kontrollieren, wurde FAMEINK in Perzentil-Werte umgerechnet. Die schulische Ausbildung (BILDUNG) wurde in Schuljahren gemessen, um so der eigentlich ordinalen Information des höchsten Schulabschlusses eine Metrik zu verleihen. Die Stellung im Beruf (BERUF) wurde mit dem international gebräuchlichen Treiman-Prestige-Score gemessen. Der Alkoholkonsum (ALKOHOL) wurde mit Hilfe der Zahl der halben Gläser Alkohol pro Tag gemessen, der Nikotinkonsum (RAUCHEN) auf einer dreistufigen Skala von Nicht- über Gelegenheits- bis zum Raucher und die Intensität sportlicher Betätigung (SPORTINT) auf einer 5-Punkt-Skala. Das Locus-of-Control-Model wurde von Rotter bereits 1966 in der wissenschaftlichen Öffentlichkeit vorgestellt. Im Rahmen der sozialen Lerntheorie entwickelt, bezeichnet dieses Konstrukt generalisierte Erwartungshaltungen eines Individuums darüber, ob es durch eigenes Verhalten wichtige Ereignisse in seinem Leben beeinflussen kann oder nicht. Diese generelleren Überzeugungen werden um so wichtiger, je geringer die Erfahrung in der jeweiligen spezifischen Situation ist. In Anwendung dieser Betrachtungsweise entwickelten Wallston und Wallston 1976 den Health Locus of Control, um diejenigen Persönlichkeitsmerkmale, welche das Gesundheitsverhalten beeinflussen, zu isolieren. Basierend auf diesen 3-Item-Skalen wurden die Variablen HLCINT, HLCDOC und HLCCHA berechnet, wobei die einzelnen Scores addiert und dann durch 3 multipliziert wurden. Deutlich zeigt sich eine hohe Zustimmung zur Eigenverantwortung (HLCINT) und mittlere Zustimmung zur fatalistischen Orientierung, daß das Schicksal die Gesundheit bestimmt (HLCCHA) oder zur Orientierung auf Andere wie z.B. Ärzte (HLCDOC). Die Analysen der schrittweisen Regression wurde in zwei separaten Blöcken vollzogen. In einem ersten Schritt wurden die HLC-Variablen als abhängige und ALTER, WEIBLICH, GESSTAT, BERUF, FAMEINK, BILDUNG und WEST als unabhängige Variablen verwendet. Im zweiten Block wurden die HLC-Variablen dem Set der unabhängigen Variablen zugeteilt, um den gemeinsamen Einfluß von Ressourcen und Orientierungen auf Verhalten, im diesem Falle also RAUCHEN, ALKOHOL und SPORT, zu messen.

3. Ergebnisse

HLCINT wird bestimmt durch gute Gesundheit und Zugehörigkeit zu den neuen Bundesländern. Während der erste Zusammenhang auch in der vorgefundenen Stärke wenig überrascht, so erstaunt der letztere um so mehr. Das die Menschen der neuen Bundesländer stärker auf ihre Eigenverantwortung hinsichtlich ihrer Gesundheit orientiert sind, bedarf der Erklärung, mögliche Gründe könnten sein: Die ehemalige DDR legte in einem bereits im Vorschulalter ansetzenden Erziehungsprogramm großen Wert auf gesundheitliche Eigenverantwortung. Weiter ist zu vermuten, daß neben einer rigiden Kontrolle auf dem Macro-Level gesellschaftlicher Rollenverpflichtungen auf der Ebene des Micro-Level, wo es um die Ausgestaltung individueller Belange wie z.B. Gesundheit ging, ein bestimmtes Maß an Freiheit bestand. *HLCDOC* wird von jeder unabhängigen Variable in signifikanter Weise

bestimmt: Ältere, Männer, gesundheitlich angegriffene, Mitglieder benachteiligter Schichtsegmente zeigen alle mehr Vertrauen in ihre Ärzte, soweit es um ihre Gesundheit geht. Dieses Ergebnis stellt keine Überraschung dar und entspricht bisherigen Analysen in diesem Bereich. Eine höhere Kontrollorientierung durch Ärzte zeigen jedoch ebenfalls Bewohner der neuen Bundesländer. Was das hohe Ausmaß an Vertrauen in die Ärzteschaft angeht und warum dieses Vertrauen alle Umbrüche überdauert hat, das ist eine offene Frage: So könnte es sein, daß in dem politisch rigide geführten System der DDR durchaus unbehelligte strukturelle Nischen existierten, die für die Bevölkerung unmittelbar wichtige und weitgehend nach außen abgeschlossene Bereiche des Vertrauens waren, es könnte jedoch auch neu entstandenes Vertrauen in jetzt als Anbieter einer Dienstleistung auftretende Akteure sein, um nur zwei Ansätze zu nennen. *HLCCHA* wird von Alten und Mitgliedern benachteiligter Schichtsegmente im Einkommen und in der Bildung bestimmt. In erster Linie ist es jedoch eine Sache des Alters, wobei sich die nächste Frage stellt – ist dies ein Kohorteneffekt oder eine erst mit dem Lebensende kommende Einsicht? Handelt es sich bei den Kontrollüberzeugungen um kurzlebige, mit jeder Krankheit oder Erfahrung mit Ärzten, Krankenhäusern oder Selbstbehandlung wechselnden Einstellungen, so können sie nicht als geeignete Prädiktoren für zeitlich stabile Verhaltensweisen herangezogen werden. Für die zeitliche Stabilität der HLC-Skala spricht jedoch das zweite Ergebnis: Fatalismus ist im Osten nicht mehr ausgeprägt als im Westen. Angesichts der jüngsten Entwicklungen in den neuen Bundesländern wären an dieser Stelle doch Unterschiede zu vermuten gewesen. *ALKOHOL* wird häufiger von Männern konsumiert, von Mitgliedern privilegierter Bevölkerungsschichten hinsichtlich Einkommen und Bildung, von in bezug auf ihre Gesundheit fatalistisch orientierten Befragten und von Bewohnern der neuen Bundesländern. Den mit Abstand stärksten Einfluß hat jedoch das Geschlecht der befragten Person: Dieses Ergebnis stimmt mit anderen Studien überein, welche die höhere Mortalität europäischer Männer dem im Vergleich zu Frauen höheren Konsum von Nikotin und Alkohol zuschreiben. Dem folgend wäre die erhöhte und in früheren Jahren beginnende Mortalität bei Männern nicht nur die Folge von unterschiedlichen biologischen Voraussetzungen, sondern ein Resultat multivariater Zusammenhänge von ungesünderen Verhaltensweisen wie der Genuß von Alkohol und Nikotin, möglicherweise aber auch von risikoreicheren Lebensweisen z.B. im Straßenverkehr verbunden mit einer geringeren Sensibilität hinsichtlich des eigenen Körpers. Der letztgenannte Grund würde erklären, warum Frauen zwar im Durchschnitt länger leben aber zeitlebens stärker über gesundheitliche Probleme klagen. Obwohl *RAUCHEN* ebenfalls stark vom Geschlecht abhängt, so folgt diese Variable doch in den sozio-ökonomischen und -demographischen Variablen einem vollkommen anderen Muster: *RAUCHEN* wird bestimmt durch *WEIBLICH*, *ALTER* und *GESSTAT*, steht aber in keinerlei Beziehung zum HLC. Da *BILDUNG* ebenfalls signifikant-negativ ist, kann festgehalten werden, das trotz der gemeinsamen Geschlechtsspezifität *RAUCHEN* und *ALKOHOL* unterschiedlichen Mustern in den sozio-demographischen und -ökonomischen Variablen folgen: Befragte mit höherer Bildung trinken mehr und rauchen weniger. Es zeigt sich, daß obwohl *RAUCHEN* und *ALKOHOL* einen negativen Einfluß auf Gesundheit haben und von der Medizin häufig als gleichartige Risikoverhaltensweisen aufgefaßt werden, sie aus soziologischer Sicht zwei unterschiedliche Verhaltensformen sind. Der stärkste Ef-

fekt der HLC-Variablen tritt bei der Variable *SPORT* auf, da in dieser Analyse sowohl HLCINT als auch HLCDOC signifikante Ergebnisse erzielen. In der Hauptsache sind es jedoch sozio-demographische Aspekte, welche die Intensität der sportlichen Aktivität beeinflussen: Junge Männer mit guter Gesundheit treiben häufig Sport – eine Aussage, die trivial erscheint. Daß jedoch HLCINT und HLCDOC die sportliche Intensität positiv beeinflussen, überrascht angesichts der vorherigen Ergebnisse, die zeigten, daß genau diese Orientierungen stärker in den neuen Bundesländern vertreten werden. Mit anderen Worten, obwohl die Menschen in Ostdeutschland sich stärker intern und durch Ärzte kontrolliert glauben, treiben sie weniger Sport. Der Umstand, daß die Breitensportintensität im Westen höher als im Osten ist, spiegelt einen »well-known fact« bei Experten wider, richtete sich in der ehemaligen DDR das Staatsinteresse doch hauptsächlich auf den Spitzensport, während der Breitensport nicht die Beachtung wie z.B. im Westen fand.

4. Resümee und Ausblick

Zwei Ergebnisse erscheinen von besonderer Relevanz zu sein: Erstens der unterschiedliche Einfluß der Systemzugehörigkeit auf den HLC; zweitens der schwache Einfluß des HLC auf das gesundheitliche Risikoverhalten. Ostdeutsche zeichnen sich durch einen höheren HLCINT und einen höheren HLCDOC aus, was Hinweis auf ein ausdifferenziertes, institutionalisiertes Gesundheitssystem in der DDR interpretiert werden könnte. Die Betonung der Eigenverantwortlichkeit in Belangen der Gesundheit und ein relativ guter Gesundheitsstatus waren Teil der DDR Realität, jedenfalls legen unsere Daten eine solche Interpretation nahe. Die schwache Erklärungskraft des HLC in Bezug auf Rauchen und Alkohol ist ein bekannter Schwachpunkt in der Locus of Control Forschung. Andere Gründe dieses fehlenden Zusammenhangs zwischen Einstellung und Verhaltensweisen könnte sein, daß sowohl Rauchen als auch Alkohol durch sozio-demographische Variablen gut erklärte Muster eines »schlechten« gesundheitlichen Lebensstils sind, es sind etablierte Sub- und Suchtkulturen von Rauchern bzw. Trinkern. Es zeigt wieder einmal, welch weiten Weg die Forschung der Verhaltensveränderung noch zu gehen hat, um diese zwei Hauptfaktoren für Krankheit in den Griff zu bekommen. In bezug auf Gesundheit und Sport gibt es hoffnungsvollere Ergebnisse, welche Sport als Indikator für eine rationalen Orientierung ausweisen. Es scheint so zu sein, daß Sport eben doch nicht als Risikoverhalten gedeutet werden sollte, sondern als Teil eines gesundheitsförderlichen Lebensstils. Auf der einen Seite konnten die vorliegenden Analysen nur einen schwachen Einfluß gesundheitlicher Orientierungen auf gesundheitliche Verhaltensweisen nachweisen. Auf der anderen Seite sind eben diese gesundheitlichen Orientierungen gesellschaftlich determiniert, was sowohl im intra- als auch intergesellschaftlichen Vergleich in signifikanter Weise gezeigt werden konnte. Somit wird deutlich, welch weiter Weg in der Public Health bzw. Präventionsforschung noch zu gehen ist, soll ein Zusammenhang zwischen Verhaltensweisen und Orientierungen für verhaltensverändernde Maßnahmen fruchtbar durchleuchtet werden. Gezeigt werden konnte jedoch auch, welch zentrale Rolle dabei dem Sport zukommt oder zukommen kann.

Christian Janßen, Ludwig-Maximilians-Universität, IBE, Marchioninstr. 15, D-81377 München