

**GESUNDHEITS- UND SOZIALSURVEY
BERLIN**

Wolf Kirschner
Prof. Dr. Michael Radoschewski

Diskussionspapier 17

Januar 1993

Autoren: Epidemiologische Forschung Berlin (EFB)
Hauptstraße 11, 1000 Berlin 62
Geschäftsführer: W. Kirschner
Abteilungsleiter: Prof. Dr. M. Radoschewski

HERAUSGEBER: Senatsverwaltung für Gesundheit Berlin;
Schriftleiter: Priv.-Doz. Dr. G. Meinschmidt,
Parochialstraße 1-3, 1020 Berlin
Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Quellenangabe gestattet

Anmerkungen

Im Diskussionspapier und insbesondere in den darin enthaltenen Tabellen werden folgende Abkürzungen verwendet:

- n - gewichtete Fallzahl
- n* - ungewichtete Fallzahl
- s - Standardabweichung
- Ø - arithmetisches Mittel
- KA - Keine Angaben
- MfN - Mehrfachnennungen (zu einer Frage können mehrere Kategorien vom Befragten angegeben werden)
- z1 - Kennwerte zum Vergleich von Anteilswerten auf signifikante Unterschiede
z = z2
zw = z3
- t1 - Kennwerte zum Vergleich von Mittelwerten auf signifikante Unterschiede (T-Test)
t2
t3

Vorwort



Mit dem im Auftrage meiner Verwaltung 1991 durchgeführten Berliner Gesundheits- und Sozialsurvey haben wir eine Fülle von Daten zur gesundheitlichen und sozialen Lage der Bevölkerung im geeinigten Berlin gewonnen. Die hier vorliegende Kurzfassung informiert in knapper Form über Ziele, Methoden und die wichtigsten Ergebnisse der sehr umfangreichen Studie. Der Survey bietet nicht zuletzt auch einen interessanten Vergleich des Gesundheitsverhaltens und -bewußtseins der Bürgerinnen und Bürger im Ost- und Westteil der Stadt, er könnte damit zum Modell für weitere vergleichende Untersuchungen werden.

Zu den wichtigsten Erkenntnissen der Studie gehört für mich die Notwendigkeit einer zielgerichteten und breit angelegten Gesundheitsförderung in dieser Stadt.

Diese sollte jedoch nicht nur die Prävention einzelner Krankheiten im Blickfeld haben, sondern individuell erlebtes körperliches, geistiges und soziales Wohlbefinden umfassend fördern. Eine gesunde Lebensweise hängt aber nicht nur vom Verhalten des Einzelnen, sondern auch von gesunderhaltenden Lebens-, Umwelt- und Arbeitsbedingungen ab.

Es liegt auf der Hand, daß die Entwicklung einer solchen gesundheitsfördernden Gesamtpolitik nicht allein Aufgabe der Gesundheitsverwaltung sein kann, sondern das Engagement und ein koordiniertes Zusammenwirken vieler Institutionen und Kräfte in Staat und Gesellschaft verlangt.

Ich freue mich, daß in Berlin bereits die ersten Schritte in diese Richtung gemacht werden. So haben wir mit Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit eine Präventions- und Interventionsstudie in Auftrag gegeben, die uns nicht zuletzt auch einen Überblick über die Vielfalt gesundheitsfördernder Aktivitäten in dieser Stadt verschaffen und umsetzbare Strategien vorschlagen soll.

Möge die vorliegende Broschüre dem Gesundheits- und Sozialsurvey Berlin bei allen, die an der Entwicklung unseres Gesundheitswesens interessiert und beteiligt sind, eine noch weitere Aufmerksamkeit verschaffen.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Peter Luther'.

Dr. Peter Luther
Senator für Gesundheit

	Inhalt	Seite
	Vorwort	3
1.	Einleitung und Hintergrund der Untersuchung	2
2.	Kurzzusammenfassung	8
3.	Ziele und Methoden	9
4.	Ergebnisse	11
4.1	Soziodemographie/soziale Lage, Operationalisierung von Sozialindikatoren	11
4.2	Gesundheitsrisiken und Risikoverhalten	21
4.3	Gesundheitliche Lage, Gesundheits- und Krankheitsverhalten sowie Inanspruchnahme von gesundheitlicher Versorgung	27
4.4	Pflege- und Hilfebedürftigkeit in der Berliner Bevölkerung - Bedarf und Inanspruchnahme an Pflege-, Hilfe- und Unterstützungsleistungen im häuslichen Bereich	43
4.5	Prävention	46
4.6	Erste methodische Ergebnisse zur Auswertung der Surveydaten nach den Sozialindizes (Faktoren) des Sozialstrukturatlases Berlin	50
	Anhang	

1. *Einleitung und Hintergrund der Untersuchung*

Der Begriff "Gesundheitsberichterstattung" (GBE) ist inzwischen etabliert und hinreichend oft definiert. Dennoch ist es sinnvoll, kurz den logischen Gehalt dieses Begriffs darzustellen und herauszuarbeiten, daß der Begriff zumindest zweideutig ist.

Berichterstattung bedeutet, daß bestimmte Adressaten, die Öffentlichkeit oder Teilöffentlichkeiten von berichterstattenden Personen oder Institutionen über einen bestimmten Sachverhalt unterrichtet werden.

Außerhalb der Normen eigentlicher wissenschaftlicher Berichterstattung, im Sinne der Einhaltung der Regeln für Publikationen von Forschungsergebnissen im Rahmen der "Scientific community", kann die Berichterstattung in demokratischen, pluralistischen Gemeinwesen (von schlichter Unterhaltung abgesehen) unterschiedliche Funktionen erfüllen:

- Aufklärungs- und Informationsfunktionen
- Legitimationsfunktionen
- Durchsetzungsfunktionen.

Verbände, Institutionen und die Administration des Gemeinwesens nutzen Berichterstattungen - mit Hilfe der Diffusion dieser Berichte z.B. durch die journalistische Profession - legitimerweise zur Förderung und Durchsetzung ihrer jeweils eigenen, ggf. konkurrierenden Ziele und Interessen. Die Absicherung derartiger Berichte durch "wissenschaftliche Erkenntnisse, Informationen und Daten" ist dabei ein bekanntes und probates Mittel zur Erhöhung der Akzeptanz der zu berichtenden Informationen beim jeweiligen Adressaten.

Bezogen auf die in Rede stehende Gesundheitsberichterstattung durch staatliche Institutionen wird nun beklagt, daß die mediale Form der Umsetzung von Informationen in den bisherigen Gesundheitsberichten unzureichend sei.

Dem ist zwar zuzustimmen, allerdings können die bisherigen Gesundheitsberichte des Bundes und der Länder allein auf der Grundlage vorliegender Daten und Informationen eben nicht nachhaltig verbessert werden.

Das Vorhaben Gesundheitsberichterstattung umfaßt damit zwei zentrale Aufgabenfelder:

1. Eine Verbesserung der medialen Form der Berichterstattung (journalistische, mediale Aufgabe)
2. Eine Verbesserung der epidemiologischen und sozialwissenschaftlichen Datengrundlagen (wissenschaftliche, epidemiologische Aufgabe).

Die "Gesundheitswissenschaften" haben im Rahmen einer Gesundheitsberichterstattung für den Bund, die Länder oder Kommunen dabei eine klar definierbare Aufgabe zu erfüllen. Sie leisten wissenschaftliche Politikberatung bei der Ableitung gesundheitlicher Ziele durch die Analyse des Gesundheitszustandes, des Gesundheitsverhaltens und der Gesundheitsrisiken sowie der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung.

Die wissenschaftlichen, epidemiologischen Aufgaben im Rahmen einer GBE müssen - angesichts der gegebenen Daten- und Informationsgrundlagen - absolute Priorität einnehmen, da ohne diese auch eine Verbesserung der rein medialen Form der Berichterstattung nicht möglich ist.

Nach unserer Auffassung ist GBE zuallererst kontinuierliche wissenschaftliche Politikberatung über den Gesundheitszustand, die Gesundheitsrisiken und das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung zur Ableitung gesundheitlicher Ziele und Evaluation ergriffener gesundheitspolitischer Maßnahmen.

GBE ist damit der kontinuierliche Einsatz epidemiologischer, sozialwissenschaftlicher und gesundheitsökonomischer Methoden, um wissenschaftlich gesicherte Erkenntnisse über die Bedingungen, Voraussetzungen und Folgen von Gesundheit, Krankheit, Inanspruchnahme, Leistungserbringung und Kosten mit dem Ziel der Beratung von Gesundheitspolitikern im Dienste einer rationalen Gesundheitspolitik zu erarbeiten.

Entgegen dem logischen Gehalt des Begriffs GBE ist Berichterstattung, so verstanden, zunächst nicht allein Transformation und Diffusion von bereits vorhandenen Informationen und Erkenntnissen, sondern eben auch die Schaffung von Voraussetzungen für Wissen, Informationen und Erkenntnisse selbst.

Zumindest ist beiden Aspekten und Aufgaben im Rahmen des Aufbaus einer GBE die nötige Aufmerksamkeit zu schenken.

Demgegenüber wird bei einer pragmatisch zwar verständlichen Thematisierung der GBE von seiten der gegebenen Datenlage fast zwangsläufig der Blick zu stark auf Bemühungen zur Nutzung vorhandener Datenquellen eingeengt. Obschon dies ein für eine anspruchsvolle Gesundheitsberichterstattung gleichwohl notwendiger Schritt ist, genügt er allein nicht. Zudem ist die Modifizierung und Verbesserung medizinisch-statistischer Daten sowie anderer Prozeßdaten ein langwieriger Weg, der auch bei entsprechendem Konsens aller Beteiligten erst längerfristig neue Zugänge über diese Datenquellen eröffnet. Das Beispiel der Krankenhausfall-Statistik belegt diese These.

Eine kurz- und mittelfristige Verbesserung der Gesundheitsberichterstattung muß also notwendig die Datensituation durch alternative Quellen, unter anderem durch Surveys, verbessern

Im Zuge der Weiterentwicklung der Gesundheitsberichterstattung wurde im Auftrag der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales im Jahre 1991 in Berlin der erste bundeslandbezogene Gesundheits- und Sozialsurvey in der Bundesrepublik Deutschland überhaupt durchgeführt.

Der zunächst nur für Berlin (West) geplante Survey wurde im Zuge der Vereinigung der beiden Stadthälften schnell auf Gesamtberlin erweitert.

Stellvertretend für 2.500.000 Berlinerinnen und Berliner ab 18 Jahren (deutsche Wohnbevölkerung) haben 4.400 zufällig ausgewählte Personen über ihre

- soziale Lage
- gesundheitliche Situation und
- die Einschätzung der Umweltsituation

Auskunft gegeben. Schwerpunkthemen dieses ersten Surveys waren die **Pflegebedürftigkeit** und die **Prävention**.

2. Kurzzusammenfassung

“Gesundheit” ist für West- und Ostberliner mit ca. 80% gleichermaßen eines der höchsten Güter für das persönliche Wohlbefinden. Demgegenüber ist das konsequente Achten auf die eigene Gesundheit mit 39% bei Westberlinern und 36% bei Ostberlinern weit geringer verbreitet, und nur 20% der Westberliner und 16% der Ostberliner praktizieren ein überdurchschnittliches, intensives Gesundheitsverhalten. Ein Drittel der Berliner rauchen, über ein Viertel sind regelmäßige Alkoholkonsumenten. Die Hälfte betreibt nie Sport. 21% der Westberliner und 23% der Ostberliner weisen vier und mehr gesundheitliche Risiken gleichzeitig auf.

Ca. 80% der Berliner verwendeten im Laufe der letzten drei Monate mindestens ein Arzneimittel, im Durchschnitt sind es 3,2 Präparate.

Jeder sechste Berliner beurteilt seinen Gesundheitszustand als weniger gut bzw. schlecht. 12% sind hilfe- bzw. pflegebedürftig, 1% schwerstpflegebedürftig. Der Gesundheitszustand von West- und Ostberlinern unterscheidet sich insgesamt kaum, allerdings ist die Häufigkeit und Intensität psychosozialer Beschwerden unter Ostberlinern deutlich höher.

Die Inanspruchnahme von Maßnahmen der primären und sekundären Prävention ist insgesamt gering, ihre Effektivität ist gefährdet.

Ostberliner sind mit ihrem gesamten Leben deutlich weniger zufrieden als Westberliner, was hauptsächlich durch die Unzufriedenheit mit dem Einkommen und den unsicheren beruflichen Zukunftserwartungen zu erklären ist.

Die ökologische Situation wird im Ostteil der Stadt deutlich negativer eingeschätzt als im Westteil.

Mit der medizinischen Versorgung sind ca. zwei Drittel der Westberliner und derzeit nur 45% der Ostberliner (sehr) zufrieden.

Die Hälfte der Westberliner und nahezu drei Viertel der Ostberliner sind der Auffassung, daß bestehende Angebote zur Gesundheitsförderung und -beratung zu wenig bekannt sind.

3. Ziele und Methoden

- Hintergrund

In den westlichen und östlichen Bezirken des Landes Berlin wurde im Jahr 1991 im Auftrag der Senatsverwaltungen für Gesundheit und Soziales von Infratest und der Epidemiologischen Forschung Berlin ein repräsentativer Survey in der Bevölkerung ab 18 Jahren durchgeführt.

Dieser Survey stellt einen Grundbaustein für die Erweiterung und Verbesserung der Gesundheitsberichterstattung im Lande Berlin dar und basiert auf der für das Land Berlin erstellten Konzeption für eine epidemiologische, umwelt- und sozialbezogene Gesundheitsberichterstattung.

- Ziele und Methoden

Ziel der Surveys ist es, die Lebensbedingungen, den Gesundheitszustand, die Gesundheitsrisiken, das Gesundheits- und Krankheitsverhalten sowie die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen in Bevölkerungsgruppen unterschiedlichen Alters und sozialer Lagen sowie zwischen den westlichen und östlichen Bezirken repräsentativ zu erfassen und vergleichend zu analysieren.

Ein Hauptthema bildet die Pflegebedürftigkeit der Bevölkerung und die momentane Deckung von Pflegebedarf.

Ein weiterer Schwerpunkt ist das präventive Verhalten.

Der Survey wurde in Form einer schriftlichen Erhebung mit mündlichen, telephonischen Nachfassaktionen durchgeführt. Auf der Grundlage einer repräsentativen Auswahl von Adressen liegt eine Stichprobe im Umfang von 4430 Fällen vor.

- Methodische Qualität

Die methodische Qualität der Erhebung ist als gut zu bezeichnen:

- insgesamt wurde eine Ausschöpfung von 63 % erreicht (und dies bei Aufstockung der Altersgruppen ab 60 Jahren.)
- Vergleiche der Stichprobenwerte an verschiedenen externen Daten, die nicht gleichzeitig Ziehungskriterien der Stichprobe waren, zeigen eine hohe Übereinstimmung der Werte. So beträgt z.B. die Prävalenz des Diabetes nach dem bevölkerungsbezogenen Diabetesregister in Berlin (Ost) (1988) 3,8 %, in der Stichprobe 4,4 %.
- Um Informationen über die Häufigkeitsverteilung von wichtigen Zielvariablen unter den Nichtrespondenten zu erhalten, wurde für die Basisfrage zur Pflegebedürftigkeit (erhebliche Alltagsbehinderungen) ein Screening unter allen Probanden durchgeführt, die erreicht werden konnten aber den gesamten Fragebogen nicht ausfüllen wollten. In Berlin (West) wurde für Frauen ab 60 Jahren eine gezielte Nachfassaktion mit zufälliger Adressenvorgabe durchgeführt. Erwartungsgemäß ist die Häufigkeit erheblicher Alltagsbehinderungen unter Nichtrespondenten mit Kurzangaben höher als die Häufigkeit unter Respondenten. Mit den vorliegenden Informationen über die Ausfälle lassen sich diese Unterschiede in Hochrechnungen allerdings "korrigieren" bzw. anpassen. Insgesamt ist die Bedeutung der Abweichungen allerdings gering. Der Gesamtwert erheblicher Alltagsbehinderungen in der weiblichen Bevölkerung ab 18 Jahren beträgt "unkorrigiert" 12 %, "korrigiert" 14 % und liegt damit im Konfidenzintervall des Anteilswertes der Stichprobe.

Die Daten der Untersuchung wurden für die Gesamtgruppen in Berlin (West) und (Ost) auf die Struktur der deutschen Wohnbevölkerung von Gesamtberlin ab 18 Jahren nach Altersklassen, Geschlecht und Bezirken gewichtet.

Die mittleren Gewichtungsfaktoren sind in ihrer Höhe methodisch akzeptabel (ca. $\pm 0,2/0,3$) und unterstreichen die Stichprobenqualität.

4. Ergebnisse

4.1 Soziodemographie/soziale Lage, Operationalisierung von Sozialindikatoren

Die Gesamtstichprobe repräsentiert 2.527.619 Deutsche ab 18 Jahren in Gesamtberlin, 1.543.835 in Berlin (West) (61 %), 983.784 in Berlin (Ost) (39 %). Bedingt durch einen höheren Anteil der Bevölkerung über 60 Jahre in Berlin (West) (Berlin (West): 29,8 %; Berlin (Ost): 19,5 %) ist die Westberliner Bevölkerung älter als die Ostberliner. Dies ist im übrigen nicht nur bei vergleichenden Analysen der jeweiligen Gesamtpopulationen zu beachten, auch innerhalb der Bevölkerung ab 60 Jahren ist die Westberliner Bevölkerung sowohl bei Frauen als auch bei Männern älter als die Ostberliner Bevölkerung.

Bei Vergleichsanalysen zwischen den Gruppen muß diese unterschiedliche Altersstruktur also immer berücksichtigt werden, insbesondere wenn es um die Analyse von stark altersabhängigen Variablen geht. Um diese Alterseffekte auszuschließen, empfiehlt sich neben einer Analyse der jeweiligen Gesamtgruppen eine vergleichende Analyse der folgenden Altersklassen gleichen Durchschnittsalters:

Tabelle 1: Durchschnittsalter der Berliner Bevölkerung 60 Jahre und älter

	60-69 Jahre		70-79 Jahre		80+ Jahre	
	Berlin		Berlin		Berlin	
	(West)	(Ost)	(West)	(Ost)	(West)	(Ost)
Männer						
n*=	217	133	118	50	62	21
Durchschnittsalter	64,0	63,5	74,1	74,8	83,4	83,1
Frauen						
n*=	309	176	229	91	129	44
Durchschnittsalter	64,5	64,2	74,6	74,8	83,7	83,6

Dagegen können die 18- bis 59jährigen - sofern nicht gerade altersklassenspezifische Verteilungen interessieren - für Männer und Frauen immer für die Gesamtgruppen in Berlin (West) und (Ost) analysiert werden, da hier keine signifikanten Unterschiede im Durchschnittsalter bestehen.

Tabelle 2: Altersklassenspezifische Verteilung innerhalb der Gruppe der 18- bis 59jährigen Berliner

% - Werte	Männer 18-59 Jahre		Frauen 18-59 Jahre	
	Berlin		Berlin	
	(West)	(Ost)	(West)	(Ost)
n* =	877	469	870	542
n =	948	675	911	691
18-29 Jahre	30,7	32,5	30,0	32,7
30-39 Jahre	23,3	25,9	23,1	24,8
40-49 Jahre	27,3	20,7 ¹⁾	26,2	21,0 ²⁾
50-59 Jahre	18,7	20,9	20,6	21,5
∅	37,8	37,4	38,1	37,4 ³⁾
s	11,56	11,67	11,76	11,90

1) z = 2,75

2) z = 2,27

3) z = 1,08

Bei sehr stark altersabhängigen Variablen, v.a. solchen mit Prävalenzveränderungen in der Altersgruppe der 40- bis 49jährigen ist aber auch hier zu beachten, daß in den Westberliner Populationen diese Altersgruppe signifikant häufiger vertreten ist als in den Ostberliner Populationen.

Vergleichsanalysen zwischen Berlin (West) und (Ost) werden deshalb immer altersklassenspezifisch (10 Jahres-Altersklassen) jeweils für Männer und Frauen durchgeführt. Bei einer zusammenfassenden Analyse beider Geschlechtsgruppen ist bei altersabhängigen Variablen bei der Bevölkerung über 60 Jahre die unterschiedliche Altersstruktur zu berücksichtigen und ihr möglicher Einfluß auf die jeweils zu analysierenden Variablen zu erörtern

Der Anteil der Frauen in der Westberliner Bevölkerung ist etwas höher als in der Ostberliner (55,4 % / 53,5 %), v.a. aber ist der Anteil der über 60jährigen in Berlin (West) bei Frauen mit 37,8 % deutlich höher als in Berlin (Ost) (23,9 %). Insgesamt weist Berlin (West) damit eine Bevölkerung höheren Durchschnittsalters auf. Dies gilt auch für die Bevölkerung ab 60 Jahren, in der die Westberliner älter sind als die Ostberliner. Vergleichsanalysen sind also immer in bezug auf definierte Altersklassen vorzunehmen

Ostberliner sind insgesamt häufiger verheiratet als Westberliner. Gerade in der "jüngeren Altersgruppe" der 18- bis 59jährigen sind Westberliner häufiger ledig (37,8 % / 26,9 % Männer) und häufiger alleinlebend (17,2 % / 11,9 % Frauen) als Ostberliner.

Der Anteil der Einpersonenhaushalte ist bei Westberliner Frauen insgesamt (33,7 % / 22,0 %) und in allen Altersgruppen höher als bei Ostberlinerinnen: 60 % der über 60jährigen in Berlin (West) und 54 % in Berlin (Ost) leben in Einpersonenhaushalten.

Ostberliner haben häufiger Kinder als Westberliner (und auch in früherem Lebensalter). 27,9 % der Westberliner und 43,5 % der Ostberliner wohnen mit ihren Kindern zusammen. Bei Frauen sind es 25,6 % in Berlin (West) und 44,6 % in Berlin (Ost).

Der Anteil alleinstehender Frauen mit Kindern ist in beiden Stadtteilen mit 7 % bzw. 8 % gleich.

Das durchschnittliche Haushaltsnettoeinkommen unterscheidet sich zwischen Berlin (West) und (Ost) erwartungsgemäß stark und beträgt im Westteil der Stadt 3617,- DM und im Ostteil 1998,- DM.

Ein unterdurchschnittliches Haushaltsnettoeinkommen bis zu 1500,- DM wird

- von 11,6 % der Westberliner und
- 34,3 % der Ostberliner

angegeben.

23,2 % der Frauen ab 60 Jahren in Berlin (West) und 70,6 % in Berlin (Ost) geben ein Einkommen bis zu dieser Höhe an.

In der Altersgruppe der 18- bis 59jährigen ist in Berlin (West) wie in Berlin (Ost) das Einkommen aus unselbständiger Arbeit zu über 80 % die Haupteinkommensquelle im Haushalt. Allerdings ist der Anteil der Personen mit "sozialrechtlichen" Einkommensquellen (Arbeitslosengeld/-hilfe, Kurzarbeitergeld) in Berlin (Ost) erwartungsgemäß deutlich höher. Arbeitslosengeld bzw. -hilfe als Einkommensquelle des Haushalts geben z.B. unter den 18- bis 59jährigen Männern in Berlin (Ost) 15,7 %, in Berlin (West) 8,8 % an (Kurzarbeitergeld: Berlin (West) 0,2 %, Berlin (Ost) 18,0 %).

Ebenfalls zu über 80 % nennen die über 60jährigen Renten und Pensionen als Haupteinkommensquellen. Unter den Westberliner Frauen dieser Altersgruppe ist der Anteil der Personen mit Witwenrentenbezug mit 45,9 % (gegenüber 32,9 % in Berlin (Ost)) erwartungsgemäß deutlich höher, was dem höheren Anteil verwitweter Frauen in Berlin (West) entspricht. Ostberliner Frauen dieser Altersgruppe geben mit 91,3 % (Westberliner 81,4 %) eigene Rentenansprüche als Einkommensquellen an, was der weitverbreiteten Berufstätigkeit von Frauen in der ehemaligen DDR bzw. in Berlin (Ost) entspricht.

Faßt man die erreichbaren Schulabschlüsse in drei Gruppen zusammen

- Volks-, Hauptschule, Abschluß 8. Klasse
- Mittlere Reife, Realschule, Abschluß 10. Klasse
- Abitur und Fachhochschulreife,

so ist der Anteil der Ostberliner mit Abitur und auch mittlerem Schulabschluß signifikant höher als der Anteil der Westberliner. Umgekehrt verfügen über ein Drittel der Westberliner (35 %) gegenüber einem Viertel der Ostberliner (26 %) über den unteren Schulabschluß.

Tabelle 3: Schulabschlüsse

%-Werte	Berlin (West)	Berlin (Ost)
	n* =2903 n =2732	n* =1527 n =1697
VS/HS/8. Klasse	35,0	25,6
MR/RS/10.Klasse	29,2	35,9
Abitur/FH	28,6	33,4
Sonst./KA keinen Abschluß	7,1	5,2

Diese Gesamtverteilung ist nach Geschlecht und Alter heterogen. In der Altersgruppe ab 60 Jahren ergeben sich insgesamt kaum Unterschiede zwischen West und Ost.

Dagegen liegen in der Altersgruppe der 18- bis 59jährigen sowohl bei Männern als auch bei Frauen bei vergleichbar hohen Anteilen von Abiturienten (Männer: West 36,1 %, Ost 38,7 %/ Frauen: West 32,4 %, Ost 34,4 %) insgesamt und in allen Altersgruppen deutliche Verschiebungen der Schulqualifikationen in die mittleren Schulabschlüsse vor. Dies bedeutet, daß der Anteil der Westberliner mit einfachem Schulabschluß signifikant höher ist als der der Ostberliner.

Ähnlich wie in der Verteilung der Schulabschlüsse unterscheiden sich West- und Ostberliner (hier in der nur interessierenden Altersgruppe der 18- bis 59jährigen Erwerbstätigen bzw. Erwerbsfähigen) im Niveau erreichter Berufsausbildungsabschlüsse. Am Beispiel der Männer zeigt sich, daß im Westteil wie im Ostteil der Stadt mit 47,4 % gegenüber 44,9 % nahezu gleich viele (mindestens) eine Lehre abgeschlossen haben, der Anteil der Männer mit mittleren Berufsabschlußqualifikationen (Fachschulen, Ingenieurschulen etc.) und der Akademiker ist im Ostteil der Stadt signifikant höher (Universität/Hochschule: Berlin (West) 14,7 %, Berlin (Ost) 22,6 %).

Diese Unterschiede gelten für Männer und Frauen und in (nahezu) allen Altersgruppen. Die Verteilung kann u.U. durch relative Verdichtungen von Personengruppen in Ostberlin aufgrund der ehemaligen politischen und wissenschaftlichen Funktion der Stadt erklärt werden.

Der Anteil der Personen ohne jede Berufsausbildung, d.h. der auf dem Arbeitsmarkt äußerst "labilen" Gruppe, ist unter 18- bis 59jährigen Westberlinern beiderlei Geschlechts nahezu dreimal höher als unter Ostberlinern und beträgt bei Männern 7,8 % (Berlin (Ost) 2,6 %), bei Frauen 15 % (Berlin (Ost) 5,4 %).

Zum Zeitpunkt der Datenerhebung (vorwiegend Februar/Mai 1991) hat sich die diskutierte Strukturkrise in der Beschäftigung offenbar (noch) nicht voll umgesetzt. Bezogen auf die Gruppe der Untersuchten im Hauptalter der Erwerbsfähigkeit (18-59 Jahre) geben 10 % der Ostberliner

gegenüber 7 % der Westberliner (Ostberlinerinnen 11,4 %, Westberlinerinnen 5,1 %) an, arbeitslos gemeldet zu sein. Die Anteile für Sozialhilfeempfänger liegen im Ostteil der Stadt unter denen im Westteil.

Der Anteil der regelmäßig Erwerbstätigen ist bei Männern und Frauen im Osten signifikant höher als im Westen. Wenn man die Kurzarbeit in Höhe von ca. 10 % berücksichtigt, ist der Anteil der regelmäßig Vollberufstätigen bei Männern nahezu gleich (West 72,4 %, Ost 69,9 %), bei Frauen in Berlin (Ost) mit 55,0 % gegenüber 43,1 % in Berlin (West) immer noch signifikant höher.

Tabelle 4: Erwerbstätigkeit/Berufstätigkeit in der Altersgruppe der 18- bis 59jährigen in Berlin (West) und (Ost)

	Männer		Frauen	
	Berlin (West)	Berlin (Ost)	Berlin (West)	Berlin (Ost)
Basis n* =	877	469	870	542
Gesamt n =	948	675	911	691
arbeitslos gemeldet	6,7	10,4	5,1	11,4
Sozialhilfe (HILU)	2,0	1,3	1,1	0,1
unregelmäßig neberwerbstätig	7,3	2,2	6,7	1,7
regelmäßig nichterwerbstätig	24,4	18,7	36,2	28,6
regelmäßig erwerbstätig*	75,5	81,3	63,6	71,4
darunter				
- vollberwerbstätig	72,3	69,9	43,1	55,0
- teilweise	2,9	1,2	20,0	6,1
- Kurzarbeit	0,2	10,8	0,2	10,3
*Neue Basis				
n* =	665	383	553	391
n =	715	548	580	494
befristetes Arbeitsverhältnis	5,4	13,8	6,4	12,6

Ein Vergleich der Beschäftigten nach sozialversicherungsrechtlicher Stellung ist für die Gesamtgruppen nicht sinnvoll durchführbar. Gruppiert man die genannten Berufspositionen nach Qualifikationsstufen (Q) (einfache, mittlere, (hoch) qualifizierte), so zeigt sich auch hier das analoge Ergebnis wie bei den Schul- und Berufsausbildungsqualifikationsmustern. Der Anteil der Ostberliner Beschäftigten in der untersten Qualifikationsstufe (angelernete, ungelernete Arbeiter, einfache Angestellte, Beamte im einfachen Dienst) ist bei Männern und Frauen signifikant geringer als bei Westberlinern.

Die beruflichen Zukunftserwartungen im Ostteil der Stadt werden sehr pessimistisch beurteilt. Am Beispiel der männlichen Erwerbstätigen im Alter von 18- bis 59 Jahren:

- 56 % halten viele Entlassungen im Betrieb für (sehr) wahrscheinlich
- 39 % rechnen dabei mit dem wahrscheinlichen Verlust ihres eigenen Arbeitsplatzes; (46 % halten dies für eher unwahrscheinlich und 8 % für ausgeschlossen)
- 43 % halten es für (sehr) wahrscheinlich, sich selbst eine neue Stelle zu suchen, wobei
- über 3/4 der Ostberliner Männer (76,6 %) es für schwierig und/oder praktisch unmöglich halten, mindestens eine gleichwertige Stelle zu finden.

Der Pessimismus hinsichtlich einer erfolgreichen neuen Stellensuche zeigt sich in allen Altersgruppen und kommt am deutlichsten bei den jungen Frauen (18-29 Jahre) zum Ausdruck, unter denen 53 % der Westberlinerinnen gegenüber 17 % der Ostberlinerinnen es für leicht halten, eine neue, gleichwertige Stelle zu finden.

Zum Zeitpunkt der Untersuchung sind es also insgesamt weniger die tatsächlichen, derzeit bereits bestehenden Probleme der Berufs- bzw. Nichtberufstätigkeit, sondern vielmehr die sehr pessimistischen beruflichen Zukunftserwartungen hinsichtlich des Erhalts des eigenen Arbeitsplatzes und des Erfolgs bzw. der Schwierigkeiten bei einer neuen Stellensuche, von denen große Bevölkerungsgruppen in Berlin (Ost) geprägt sind.

Hinsichtlich der Wohnbedingungen von West- und Ostberlinern ist zunächst festzustellen, daß die Wohnungsbaupolitik in der ehemaligen DDR zu einem höheren Anteil von Wohnungen in Hochhäusern bzw. Wohnblöcken sowie Mehrfamilienhäusern führte und der Anteil der Westberliner, die in Zwei- bzw. Einfamilienhäusern wohnen, mit 16 % signifikant höher ist als bei Ostberlinern mit 9 %.

Ca. jeder fünfte Berliner (Ost 20,9 %, West 17,6 %) lebt in zusammenhängender Blockbebauung ohne Grünflächen (beim Haus), ein baulicher Indikator für "Verdichtungen" ökologischer Belastungen (Lärm, Luftqualität).

Mit der sozialen Struktur des Wohngebietes sind 15 % der Westberliner und 22 % der Ostberliner unzufrieden. Insgesamt äußern sich Ostberliner hochsignifikant weniger häufig zufrieden (42 %) als Westberliner (62 %).

Die durchschnittliche Wohnungsgröße in Quadratmetern (m²) beträgt in Westberliner Wohnungen 79 m², in Ostberliner Wohnungen 67 m². Der Anteil der großen Wohnungen mit mehr als 100 m² beträgt in Berlin (West) 17,2 %, in Berlin (Ost) 5,4 %.

Zum Zeitpunkt der Datenerhebung liegen noch erhebliche Diskrepanzen in der Miethöhe (Warmmiete) vor: In Berlin (West) im Durchschnitt DM 9,54 pro m², in Berlin (Ost) DM 1,91. Die deutlichen Unterschiede im Haushaltsnettoeinkommen zwischen West- und Ostberlinern werden dadurch hinsichtlich des verfügbaren Einkommens der Haushalte zwar nicht nivelliert aber doch deutlich reduziert.

Die Ausstattung der Wohnungen in Berlin (Ost) zeigt - trotz der Wohnungsneubauprogramme - offenbar gerade in Altbauwohnungen erhebliche Qualitätsunterschiede. 11 % der Westberliner gegenüber 30 % der Ostberliner geben an, mit Einzelöfen (Kohle, Öl) zu heizen. In der Altersgruppe der über 60jährigen Frauen sind es 7 % im Westen, dagegen 34 % im Osten.

Während sich West- und Ostberliner insgesamt kaum noch darin unterscheiden, ob im Haushalt ein Kraftfahrzeug zur Verfügung steht (61 %/59 %), ist die Telefondichte nach wie vor erheblich unterschiedlich (96 %/55 %)

Ostberliner sind mit Ausnahme der Höhe der monatlichen Mietbelastung mit allen erfragten Aspekten der derzeitigen Wohnung deutlich weniger zufrieden als Westberliner.

Die höchsten Unzufriedenheitsanteile erreichen:

- der bauliche Zustand der Wohnungen bzw. Häuser (Ost 30 %, West 10 %) sowie
- offenbar unklare Miet- und Eigentumsverhältnisse (Ost 16 %, West 7 %).

Die einsetzenden Mieterhöhungen dürften zu zusätzlichen Unzufriedenheitspotentialen führen, die wahrscheinlich nur über eine Verbesserung des baulichen Zustandes der Häuser und Wohnungen kompensiert werden können

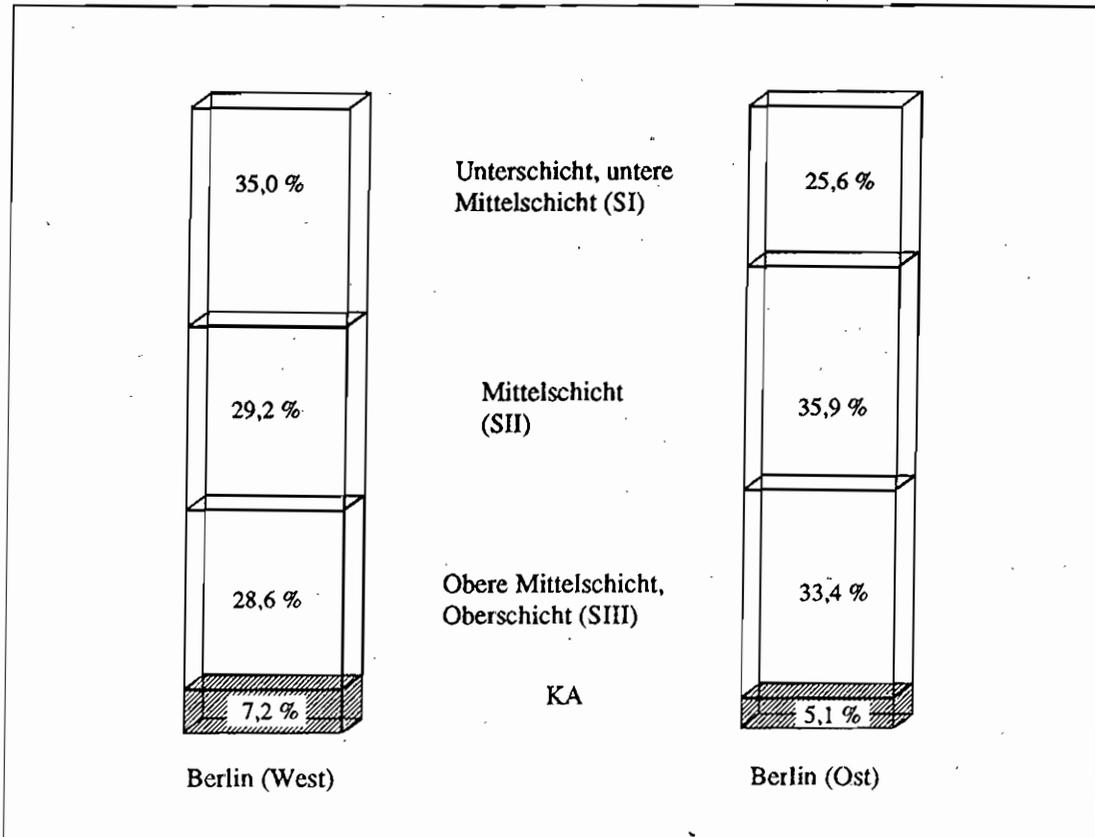
Für die Analyse der vorliegenden Untersuchung nach sozialen Indikatoren wird, um Vergleichbarkeit zu erreichen, sowohl in Berlin (West) als auch in Berlin (Ost) der (höchste) erreichte Schulabschluß herangezogen, womit die Bevölkerung bzw. die Alters- und Geschlechtsgruppen hinsichtlich der zu untersuchenden Zielvariablen nach drei "sozialen Schichten" analysiert werden können:

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Unterschicht,
untere Mittelschicht:
(S I) | Volksschul-, Haupt-
schulabschluß
Abschluß 10. Klasse |
| <ul style="list-style-type: none"> - Mittelschicht:
(S II) | Mittlere Reife
Abschluß 10. Klasse |
| <ul style="list-style-type: none"> - Obere Mittelschicht,
Oberschicht:
(S III) | Abitur
Fachhochschulreife |

Mit dieser Operationalisierung sind nur 7,2 % der Westberliner Befragten und 5,1 % der Ostberliner nicht zuordenbar.

Die Gesamtbevölkerung ab 18 Jahren in Berlin (West) und Berlin (Ost) zeigt folgende Schichtverteilung:

Grafik 1: Schichtverteilung



Die dargestellte Verteilung der definierten Schichtzugehörigkeit für die jeweilige Gesamtbevölkerung darf nicht zu Fehlschlüssen führen. Der höhere Anteil von S I in Berlin (West) reflektiert einerseits höhere Anteile dieser Abschlüsse in Berlin (West), andererseits kommt er durch die viel größere Zahl älterer Frauen in Berlin (West) mit entsprechenden Abschlüssen zustande. Darüber hinaus ist eine Analyse der Gesamtbevölkerung nach sozialer Schicht aufgrund zahlreicher intervenierender Geschlechts- und Alterseffekte ohnehin nicht sinnvoll durchführbar.

Die über die Variable "erreichter Schulabschluß" gebildeten drei sozialen Schichten werden altersstandardisiert analysiert.

Die Beschreibung der Schichten nach weiteren sozialen Merkmalen zeigt, daß die Schichten eine hohe Homogenität nach innen und Heterogenität nach außen aufweisen und insofern Bevölkerungsgruppen mit relativ homogenen, sozialen Lebensbedingungen abbilden. Im Gesamtvergleich von Unterschicht- und Oberschichtangehörigen in Berlin (West):

- arbeiten 48 % der Oberschichtangehörigen gegenüber 8 % der Unterschichtangehörigen in hochqualifizierten Leitungsfunktionen
- verfügen 32 % der Oberschichtangehörigen gegenüber 9 % der Unterschichtangehörigen über ein Haushaltsnettoeinkommen von mehr als DM 5000

- sind 52 % der Unterschichtangehörigen gegenüber 20 % der Oberschichtangehörigen in der AOK versichert
- und wohnt jeder vierte Angehörige der Oberschicht in einem Ein- bzw. Zweifamilienhaus gegenüber jedem zehnten Unterschichtangehörigen.

Die relative Homogenität der gebildeten sozialen Schichten gilt auch für die Ostberliner Bevölkerung mit Ausnahmen bzw. Abweichungen, die durch die politischen und gesellschaftlichen Veränderungen selbst bedingt sind (z.B. Krankenkassenzugehörigkeit, Einkommensunterschiede zwischen den Schichten).

Wenn im folgenden für bestimmte Zielvariablen (z.B. Krankheiten, Beschwerden, Gesundheitsverhalten) die Hypothese einer Schichtspezifität auf der Grundlage des gewählten Schichtindikators geprüft wird, ist also die hinter diesem Indikator gegebene relative Homogenität der sozialen Lebenslagen innerhalb der Gruppen, aber v.a. die Heterogenität zwischen den Gruppen (jedenfalls gedanklich), zu berücksichtigen.

Die für das persönliche Wohlbefinden als besonders wichtig erachteten Lebensbereiche und -bedingungen unterscheiden sich zwischen Westberlinern und Ostberlinern in der Hauptbedeutung nur graduell. Dazu zählen: Gesundheit, Familie, Wohnen, Umweltschutz und Einkommen. Die "tägliche Arbeit" und das "Einkommen" haben für Ostberliner allerdings nicht nur einen höheren Stellenwert als für Westberliner; die Ostberliner stehen vor großen Schwierigkeiten, diese wichtigen Lebensbereiche für sie zufriedenstellend zu gestalten. So halten 55 % die "tägliche Arbeit" für sehr wichtig für ihr Wohlbefinden, nur 21 % äußern sich aber zufrieden mit ihrer Arbeit. Die Arbeits- und Einkommenssituation erweist sich als Hauptfaktor für die in der Ostberliner Bevölkerung weit verbreitete Unzufriedenheit mit der derzeitigen Lebenssituation.

37 % der Ostberliner und 13 % der Westberliner sind mit ihrer derzeitigen Lebenssituation unzufrieden. Die Unzufriedenheit steigt in beiden Stadtteilen mit (abnehmender) Sozialschicht. 71 % der Westberliner gegenüber 39 % der Ostberliner äußern sich zufrieden. Im Westen gibt es dabei nur geringfügige Abweichungen in der Beurteilung der Lebenszufriedenheit für die Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft. Die Ostberliner weisen seit der Wende einen starken Rückgang in der Lebenszufriedenheit (52 % zu 39 %) auf, die am stärksten in der unteren sozialen Schicht ausgeprägt ist (60,4 % zu 41,8 %). Bezüglich der Zukunft erwarten Oberschichtangehörige häufiger die Zufriedenheit mit ihrem Leben (54 %) als Unterschichtangehörige (46 %). Insgesamt erwarten für die Zukunft gleich viele Ostberliner (52 %) eine Zufriedenheit mit ihrem Leben wie vor der Wende.

Die persönlichen Prognosen der Verbesserung der Lebensverhältnisse und der erwarteten Lebenszufriedenheit können damit als verhalten optimistisch bezeichnet werden.

Die insgesamt hohe Unzufriedenheit bzw. geringe Zufriedenheit in der Ostberliner Bevölkerung korreliert deutlich mit der Unzufriedenheit bezüglich der Einkommenssituation. Die Beurteilung der Zufriedenheit einzelner Lebensbereiche (Gesundheit, Familie, seelisches Befinden) ist sehr viel positiver als die Gesamtbewertung der Lebenszufriedenheit.

Die Analyse der Gruppen, die mit ihrer derzeitigen Lebenssituation unzufrieden sind, nach Determinanten bzw. Korrelaten der Unzufriedenheit ergibt in Berlin (Ost) und (West) eine ähnlich hohe Bedeutung der Unzufriedenheit mit dem Einkommen und der wirtschaftlichen Lage für die gesamte Lebens(un)zufriedenheit. In der relativ kleinen Gruppe Unzufriedener in Berlin (West) hat diese Unzufriedenheit bereits gesundheitliche und psychische Implikationen, was darauf schließen läßt, daß die Unzufriedenheit in der kleinen Gruppe Westberliner viel stärker internalisiert wird und als persönliches Versagen begriffen wird, wohingegen die viel größere Gruppe der Ostberliner ihre Unzufriedenheit externalisiert und sie den (noch) objektiv schwierigen wirtschaftlichen Bedingungen nach der gesellschaftlichen und politischen Wende zuschreiben kann.

Insgesamt ist festzustellen, daß bei nahezu gleichen Wertemustern in der Bedeutung und Wichtigkeit der wesentlichen Lebensbereiche zwischen West- und Ostberlinern die derzeitige Lebenszufriedenheit in der Ostberliner Bevölkerung - gemessen an den Westberlinern - noch relativ gering ausgeprägt ist.

Da die Ostberliner Bevölkerung die Bedeutung der Berufstätigkeit (tägliche Arbeit, Erfolg im Beruf) sehr viel häufiger als wichtig für das persönliche Wohlbefinden einschätzt als die Westberliner Bevölkerung, ist begründet davon auszugehen, daß die Verbesserung der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen und die Möglichkeiten der Realisierung von Einkommens- und Berufsvorstellungen zu einem Abbau dieser (noch) hohen Unzufriedenheitswerte führt.

“Gesundheit” ist für Westberliner das höchste, für Ostberliner nach der “Familie” das zweithöchste “Gut” für das persönliche Wohlbefinden. Die mit steigendem Alter und sinkender sozialer Schicht erkennbaren Schwierigkeiten, diese “Norm” zu realisieren, d.h. umzusetzen (die gleichfalls Ursache dieser hohen Bewertung von “Gesundheit” selbst sein können), gilt für West- und Ostberliner und -wie andere Untersuchungen zeigen- für jede andere Bevölkerungsgruppe auch.

Der Gesundheitssurvey kann allerdings zeigen, wo Anhaltspunkte liegen, dieses “Dilemma” aufzuzeigen und die Basis für entsprechende Maßnahmen zu legen.

4.2 Gesundheitsrisiken und Risikoverhalten

- Rauchen

Die gesundheitliche Gefährdung durch das Rauchen ist in den beiden Stadthälften unterschiedlich.

Der Anteil derzeitiger Raucher ist in Berlin (West) signifikant höher als in Berlin (Ost) bei:

- den 30- bis 39jährigen Männern (58 % / 35 %)
- den 18- bis 59jährigen Frauen insgesamt (39 % / 30 %)
- den 30- bis 39jährigen Frauen (48 % / 33 %)
- den 40- bis 49jährigen Frauen (37 % / 26 %)

und umgekehrt in Berlin (Ost) signifikant höher als in Berlin (West) bei:

- den 18- bis 29jährigen Männern und (43 % / 47 %)
- den über 60jährigen Männern (22 % / 31 %).

In der älteren weiblichen Bevölkerung rauchen 14 % Westberlinerinnen bzw. 10 % Ostberlinerinnen.

Eine Schichtabhängigkeit in der Prävalenz des Rauchens - in dem Sinne, daß die Anteilswerte derzeitiger Raucher in den unteren höher sind als in den oberen sozialen Schichten - ist für alle analysierten Alters- und Geschlechtsgruppen in Berlin (West) und (Ost) zu beobachten, mit Ausnahme der älteren (ab 60jährigen) Frauen, bei denen in Berlin (Ost) der Anteil Raucher über alle Schichten gleich verteilt ist und in Berlin (West) in den oberen tendenziell höher ist als in den unteren Schichten.

Die Intensität des Tabakwarenkonsums - gemessen an der durchschnittlichen Anzahl pro Tag gerauchter Zigaretten - ist bei den unter 60jährigen Rauchern in Berlin (West) (bei Männern und Frauen) stärker als in Berlin (Ost), in der älteren rauchenden Bevölkerung lassen sich in der Intensität des Rauchens keine Unterschiede zwischen Berlin (West) und (Ost) ausmachen.

Eine Schichtabhängigkeit in der Intensität des Zigarettenkonsums findet sich nur bei der Westberliner Bevölkerung. Raucher unterer sozialer Schichten rauchen durchschnittlich signifikant mehr Zigaretten (\bar{x} 21,2) als Raucher oberer Schichten (\bar{x} 15,2)

Das durchschnittliche Einstiegsalter in den Tabakwarenkonsum (Rauchbeginn) unterscheidet sich nach Alter und Geschlecht nicht überzufällig zwischen den beiden Stadthälften, jedoch ergibt sich bei dieser Variable ein deutlicher Schichtgradient. Raucher unterer sozialer Schichten beginnen signifikant früher mit dem Rauchen als Raucher oberer sozialer Schichten.

Der harte Kern der Raucher, d.h. Raucher ohne Entwöhnungsbereitschaft bzw. Raucher, die angeben, auch in 3 Jahren wahrscheinlich noch zu rauchen, hat eine Größenordnung von knapp einem Drittel der Raucher ohne signifikante Abweichungen zwischen den beiden Stadthälften.

Raucher unterer sozialer Schichten (Ostberliner) geben häufiger an als Raucher der oberen, in 3 Jahren sehr wahrscheinlich immer noch zu rauchen.

- Passivrauchen

Ein Drittel der nichtrauchenden jüngeren Bevölkerung (18-59 Jahre) und rund 10 % der über 60jährigen sind passivrauchexponiert. Nachweisbar sind signifikante Unterschiede zwischen Berlin (West) und (Ost) nur bei den unter 60jährigen Frauen, wo sich in Berlin (West) 37 %, in Berlin (Ost) 29 % der nichtrauchenden Frauen regelmäßig in Räumen aufhalten, in denen stark geraucht wird. Der Expositionsort der tabakrauchexponierten Nichtraucher ist mehrheitlich die Arbeitsstelle, allerdings geben weiblich Exponierte (18-59 Jahre) in Berlin (Ost) signifikant häufiger als in Berlin (West) auch das Zuhause als Expositionsort an.

Angehörige unterer sozialer Schichten in Berlin (Ost) sind signifikant häufiger als die oberer sozialer Schichten passivrauchexponiert, ohne selbst zu rauchen, während für die Westberliner Nichtraucher kein Schichteffekt festgestellt werden kann.

- Alkoholkonsum

Dem gesundheitlichen Risiko durch regelmäßigen Alkoholkonsum sind Männer doppelt bis drei mal so häufig ausgesetzt als Frauen (bezogen auf die jeweilige Geschlechtsgruppe), ältere weniger häufig als jüngere.

Im Vergleich zwischen den beiden Stadthälften ergeben sich folgende signifikante Unterschiede:

- In Berlin (Ost) besteht ein höherer regelmäßiger Alkoholkonsum bei den
18- bis 59jährigen Männern insgesamt (West 41 % / Ost 52 %),
den 18- bis 29jährigen Männern (32 % / 57 %) und den
50- bis 59jährigen Männern (37 % / 57 %).
- In Berlin (West) besteht ein höherer regelmäßiger Alkoholkonsum bei den
18- bis 59jährigen Frauen (19 % / 14 %) und den
60jährigen und älteren Frauen (14 % / 8 %).

Ein deutlicher Schichtgradient zeigt sich bei dieser Variable in dem Sinne, daß Angehörige oberer Schichten signifikant häufiger regelmäßig Alkohol konsumieren als Angehörige unterer Schichten. Bezogen auf die durchschnittlich konsumierten Trinkmengen pro Tag verhält es sich jedoch genau umgekehrt. Überdurchschnittlich viel Bier und Spirituosen trinken Unterschichtangehörige signifikant häufiger als Oberschichtangehörige. Dieser Schichteffekt zeigt sich in beiden Stadthälften. Im Alters- und Geschlechtsvergleich der Trinkmengen zwischen den beiden Stadthälften ergeben sich keine prüfbaren signifikanten Unterschiede, jedoch folgende Tendenzen:

Unter 60jährige Westberlinerinnen haben einen intensiveren Weinkonsum, unter 60jährige Ostberliner einen intensiveren Bier- und Spirituosenkonsum als die jeweilige Vergleichsgruppe in der anderen Stadthälfte.

- Drogenerfahrung

Erfahrung mit illegalen Drogen in nennenswerten Anteilen hat nur die unter 60jährige Bevölkerung Westberlins.

In der unter 40jährigen Bevölkerung in Berlin (West) hat mehr als jeder 4. Mann und mehr als jede 5. Frau Drogenerfahrung. In den Altersgruppen über 40 Jahre sinkt die Drogenerfahrung auf unter 10 %.

Drogenerfahrung haben Angehörige oberer Schichten signifikant häufiger als die Unterschichtpopulation.

In Berlin (Ost) kommt Drogenerfahrung überhaupt nur in der unter 40jährigen Bevölkerung vor: Männer 3 %, Frauen 1 %.

- Medikamentenkonsument mit Suchtpotential

Schmerzmittel sind in der jüngeren Bevölkerung die am häufigsten verwendeten Mittel. Sie wurden in den letzten 3 Monaten von jedem 5. Mann und nahezu jeder 3. Frau eingenommen - ohne Unterschied zwischen Berlin (West) und (Ost).

Insgesamt wird mindestens ein Präparat mit Suchtpotential von den Westberliner Männern zu 27 % signifikant häufiger genommen als von den Ostberliner Männern (22 %). In der ab 60jährigen Bevölkerung wurden von Ostberlinern signifikant häufiger als von Westberlinern Beruhigungsmittel von den Männern und Schmerzmittel von den Frauen eingenommen.

Auch die Variable "Einnahme von Medikamenten mit Suchtpotential" weist eine Schichtabhängigkeit auf.

Angehörige oberer sozialer Schichten haben in den letzten 3 Monaten signifikant häufiger als die Unterschichtpopulation mindestens 1 Medikament mit Suchtpotential eingenommen.

- Übergewicht

Ein Übergewicht um mindestens 20 % über dem Normgewicht haben ca. 10 % der Berliner Bevölkerung ohne große Abweichungen zwischen Altersgruppen, Geschlecht und Stadthälfte. Nur bei den älteren Frauen haben Ostberlinerinnen (17 %) häufiger Übergewicht als Westberlinerinnen (12 %).

Ein deutlicher Schichtgradient zeigt sich auch bei dieser Variable. Untere soziale Schichten haben häufiger Übergewicht als obere.

- Bewegungsmangel

Einem möglichen Gesundheitsrisiko durch keine sportlichen Aktivitäten und (sonstigem) Bewegungsmangel sind knapp 40 % der jüngeren West- und Ostberliner ausgesetzt. Die Prävalenz steigt erwartungsgemäß mit zunehmendem Alter.

Ältere (ab 60jährige) treiben zu knapp 3/4 keinen Sport (mehr), allerdings ist die Prävalenz des Bewegungsmangels (kein Wandern, Radfahren, keine Gartenarbeit) in diesen Altersgruppen niedriger als die der fehlenden sportlichen Aktivität.

Ältere Männer haben zu 46 % (West) bzw. 33 % (Ost) Bewegungsmangel, ältere Frauen zu ca. 60 % ohne Unterschied zwischen West und Ost.

Auch diese Variable zeigt erwartungsgemäß einen starken Schichtgradienten. Angehörige unterer haben hoch signifikant häufiger als die oberer Schichten Bewegungsmangel bzw. keine sportliche Aktivität.

- Überforderung/Unterforderung

10 % der Westberliner und 8 % der Ostberliner Bevölkerung insgesamt fühlen sich häufig überfordert, Frauen doppelt so häufig als Männer und Jüngere doppelt so häufig als Ältere. Die höchste Prävalenz haben die 18- bis 59jährigen Frauen (West 15 % / Ost 13 %). Die Variable zeigt keinen deutlichen Schichtgradienten.

Um Bedingungsmuster häufiger Überforderung herauszuarbeiten, wurde eine Zielgruppenanalyse durchgeführt (aus Fallzahlgründen exemplarisch für die Westberliner Männer), die Personen mit häufiger Überforderung vergleicht mit Personen, die sich explizit nie überfordert fühlen.

Häufig Überforderte geben im Unterschied zu nie Überforderten eine Reihe von Arbeitsplatzbelastungen signifikant häufiger an, wie z.B. Überstunden, zu viel Arbeit, Zeitdruck, Hektik, zuviel Verantwortung, fehlende Anerkennung durch Vorgesetzte und Kollegen etc, aber auch z.B. Bildschirmarbeit oder nur künstliches Licht. Sie sind insgesamt mit ihrer Arbeitssituation unzufriedener und auch die Feierabendunzufriedenheit ist stärker.

Auch der Konsum suchtpotentieller Medikamente (Schmerzmittel, Psychopharmaka etc.) ist signifikant höher.

Überforderte bescheinigen sich einen schlechteren Gesundheitszustand, sind mit ihrer Gesundheit entsprechend unzufriedener und auch mit ihrer gesamten Lebenssituation.

Häufige Unterforderung wird von 5 % der Westberliner und 8 % der Ostberliner genannt. 18- bis 59jährige Männer sind am häufigsten unterfordert, im Osten (12 %) signifikant häufiger als im Westen (5 %) und mit einem deutlichen Schichtgradienten. In Berlin (Ost) sind 28 % der unter 60jährigen Männer unterer sozialer Schichten häufig unterfordert, 10 % in den höheren Schichten.

- Ökologische Gesundheitsrisiken

Das am meisten verbreitete ökologische Gesundheitsrisiko in der Berliner Bevölkerung ist der Lärm in der Wohnung von außen, dem 72 % der Westberliner und 81 % der Ostberliner ausgesetzt sind.

Insgesamt ist die Ostberliner Bevölkerung ökologischen Gesundheitsrisiken stärker ausgesetzt als die Westberliner.

Signifikant stärker als Westberliner sind Ostberliner belastet durch:

- eher viel umweltbelastende Industrie- und Gewerbebetriebe in der näheren Wohnumgebung (West 19 % / Ost 32 %)
- die Belastungsquellen Staub/Schmutz (48 % / 61 %) und Dämpfe/Gase/Rauch/ (40 % / 51%) in der Subpopulation Umweltbelasteter
- die Luftqualität im Sommer (individuelle Benotung) (\bar{x} 2,7 / 2,9) und im Winter (\bar{x} 3,2 / 3,5)
- Lärm in der Wohnung von außen (71,9 % / 80,5 %)
- Schienenverkehrslärm in der Subpopulation Lärmexponierter (11,0 % / 34,4 %).

Umgekehrt signifikant stärker als Ostberliner sind Westberliner belastet durch:

- Gerüche in der Subpopulation Umweltbelasteter (44 % / 26 %)

West- und Ostberliner sind gleich hoch belastet durch Straßenverkehrslärm (75 % der Lärmexponierten geben diese Lärmquelle an) und Luftverkehr (über 40 %).

Die ökologischen Gesundheitsrisiken zeigen keinen eindeutigen Schichtgradienten.

Die Luftqualität im Sommer und im Winter wird über alle Schichten gleich beurteilt, ebenso die Variable Lärm und Lärmquellen in Berlin (West) wie in (Ost). In Berlin (Ost) geben - entgegen der Erwartung - Angehörige oberer Schichten häufiger an, durch Industrie/Gewerbe umweltbelastet zu sein.

Einen deutlichen Einfluß auf die ökologischen Gesundheitsrisiken hat die Bebauungsart der Wohnumgebung.

Bewohner in dichter Blockbebauung ohne Grünflächen beim Haus im Vergleich zu 1-2 Familienhausbewohnern sind allen analysierten ökologischen Risiken stärker ausgesetzt.

Dabei trennt der Indikator Bebauungsart die Bevölkerung in Berlin (West) oft schärfer als die in Berlin (Ost), wo z B die Belastung durch eher viel Industrie von den 1-2 Familienhausbewohnern in Berlin (Ost) nur tendenziell seltener (27 %) angegeben wird als von den Blockbewohnern (35 %), in Berlin (West) jedoch hochsignifikant (12 %/33 %).

- Arbeitsplatzbedingte Risikofaktoren

Möglichen Schadstoffexpositionen am Arbeitsplatz (sehr) häufig bzw. immer sind Männer im berufsfähigen Alter häufiger ausgesetzt als Frauen. Die Analyse über die Summenprozente der Nennungen zu den Expositionen

	Berlin (West)	Berlin (Ost)
Männer	105,6 %	123,9 %
Frauen	63,1 %	52,9 %

zeigt eine deutlich höhere mögliche Schadstoffbelastung der Ostberliner Männer, während die Frauen in Berlin (West) höher belastet sind als die jeweilige Vergleichsgruppe.

Arbeitsplatzexpositionen sind erwartungsgemäß stark schichtabhängig im Sinne einer höheren Exposition in den unteren Schichten.

- Kumulation gesundheitlicher Risiken

Zur Analyse von Bevölkerungsgruppen mit Kumulationen gesundheitlicher Risiken wurde ein Punktschichtenindex gebildet, der die einzelnen beschriebenen potentiellen Gesundheitsrisiken mit je einem Punkt bewertet (maximale Punktschichtenindex 11 Punkte).

Unter Berücksichtigung des Mittelwertes (West 2,4 / Ost 2,3) und der Standardabweichung wurden Bevölkerungsgruppen unterdurchschnittlicher (A) (0-1 Risiko), durchschnittlicher (B) (2-3 Risiken) und überdurchschnittlicher (C) (4 und mehr) möglicher gesundheitlicher Risiken ermittelt.

Tabelle 5: Gesundheitliche Risiken

% - Werte	Männer		Frauen		Soziale Schicht Berlin (West)	
	Berlin (West)	Berlin (Ost)	Berlin (West)	Berlin (Ost)	S I	S III
n =	1245	789	1487	908	958	781
A: <u>unter</u> durchschnittlich	26,7	21,8	31,3	28,6	23,3	36,4
B: <u>durchschnittlich</u>	49,8	50,9	48,9	52,4	49,3	46,8
C: <u>über</u> durchschnittlich	23,4	27,4	19,8	18,9	27,4	16,7

Ca. die Hälfte aller Berliner hat danach ein durchschnittliches gesundheitliches Risiko (2-3 Punkte). Ein unterdurchschnittliches Risiko (A) haben Westberliner signifikant häufiger als Ostberliner und Frauen häufiger als Männer (Westberliner Frauen: 31 %).

Ein überdurchschnittliches Gesundheitsrisiko haben Männer im Osten in starker Tendenz häufiger als im Westen und insbesondere die 40- bis 49jährigen Männer (West 24 % / Ost 35 %) was insbesondere durch höhere Anteilswerte regelmäßigen Alkoholkonsums, fehlender sportlicher Aktivität und durch die insgesamt höheren Umweltrisiken bedingt ist.

In der weiblichen Bevölkerung sind überdurchschnittliche gesundheitliche Risiken bis zum Alter von 40 Jahren in Berlin (West) (ca. 25 %) häufiger als in Berlin (Ost) (Tendenz), in der 40- bis 49jährigen Bevölkerung mit knapp 17 % gleich und im Alter ab 50 Jahren jeweils im Osten leicht höher als im Westen.

Überdurchschnittliche gesundheitliche Risiken (mindestens 4 Risiken) haben Angehörige unterer sozialer Schichten (West 27 % / Ost 32 %) signifikant häufiger als Oberschichtangehörige (unter 20 %).

4.3 *Gesundheitliche Lage, Gesundheits- und Krankheitsverhalten sowie Inanspruchnahme von gesundheitlicher Versorgung*

- *Gesundheitliche Lage*

Die Berliner Bevölkerung gibt der Gesundheit einen hohen Stellenwert als Voraussetzung für persönliches soziales Wohlbefinden. Über 82 % der Frauen und ca. 75 % der Männer halten Gesundheit für sehr wichtig.

In der Einstufung der Bedeutung von Gesundheit im Kontext anderer Lebensbereiche nimmt die Gesundheit in Berlin (West) sogar den ersten Rang ein. Demgegenüber wird in Berlin (Ost) diese Position von der Familie eingenommen, deren Bedeutung von einem noch größeren Teil der Befragten für sehr wichtig gehalten wird. Sowohl diese Bewertung als auch die differente Einstufung und Rangfolge anderer Lebensbereiche, insbesondere von "täglicher Arbeit" und "Einkommen", in beiden Teilen der Stadt erklärt sich aus der strukturellen Veränderung sozialer Werte in der Umbruchphase im Osten der Stadt.

Die große Bedeutung, die der Gesundheit in der Bevölkerung eingeräumt wird, widerspiegelt sich jedoch nur partiell in präventiven Einstellungen, Verhaltensweisen und in der Beachtung gesundheitlicher Belange im täglichen Leben der Berliner Bevölkerung. Der Stellenwert von Gesundheit ist noch immer mehr rationale Erkenntnis und Wissen um die Bedeutung gesundheitlicher Belange als kontinuierliche Verhaltensdeterminante.

Der eigene Gesundheitszustand wird von mehr als der Hälfte der Männer und Frauen in beiden Teilen Berlins als gut oder sehr gut eingeschätzt. Deutlich unterscheiden sich jedoch die älteren Bürger im Alter von 60 und mehr Jahren in der Bewertung ihres Gesundheitszustandes.

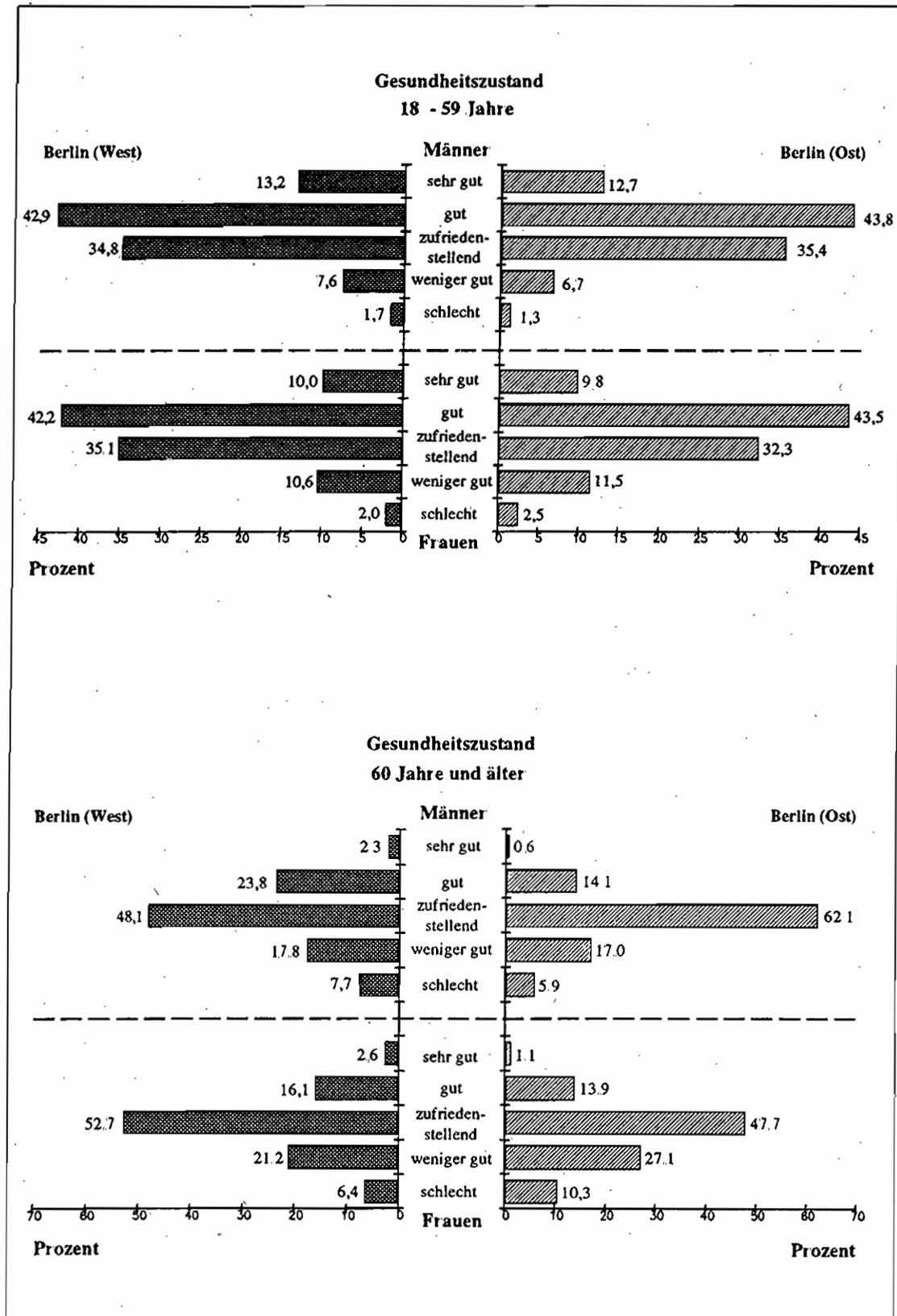
Während 26,7 % der Männer in Berlin (West) urteilen, ihr Gesundheitszustand sei gut oder sehr gut, sind dies nur 14,7 % im Osten der Stadt ($z = 3,44$). Bei Frauen in diesem Alter stufen 27,6 % der Westberlinerinnen ihren Gesundheitszustand als weniger gut oder schlecht ein, in Berlin (Ost) sind dies hingegen 37,4 % ($z = 3,02$). Insgesamt schätzen damit die Berliner im Osten der Stadt ihren Gesundheitszustand deutlich schlechter ein, als dies die Westberliner tun (Grafik 2)

Von temporären Störungen der Befindlichkeit und gesundheitlichen Störungen ist auch die Bevölkerung im jüngeren Alter relativ häufig und auch wiederholt betroffen. Mit zunehmendem Alter werden diese Beschwerden jedoch intensiver und betreffen zunehmend mehr Personen. So leiden mehr als 1/3 der 60 und mehr Jahre alten Frauen und Männer unter mehrmals in der Woche oder täglich auftretenden Schmerzen. Daran sind vor allem Schmerzen des Stütz- und Bewegungsapparates beteiligt. Bereits im Altersbereich ab 40 Jahren gibt jeder 2. Berliner an, mäßige oder gar starke Kreuz- oder Rückenschmerzen zu haben.

Beschwerden im Bereich des Verdauungssystems treten, wenn auch mit steigendem Alter leicht zunehmend, in allen Altersgruppen, bei Frauen häufiger als bei Männern, auf. Doch nur ca. 5 % der Frauen und 2-3 % der Männer haben starke Beschwerden in diesem Bereich.

Erhebliche Unterschiede bestehen zwischen den Berlinern in beiden Teilen der Stadt hinsichtlich ihrer psychosozialen Befindlichkeit. Ostberliner sind in diesem Bereich psychischer und sozialer Alterationen wesentlich stärker betroffen als die Westberliner. Vor allem sind Reizbarkeit, Grübelei, innere Unruhe und Stimmungsschwankungen nicht nur häufiger sondern auch stärker ausgeprägt vorhanden. Dies betrifft vor allem die im Erwerbsleben stehenden Männer und Frauen zwischen 30 und 60 Jahren, während bei jüngeren und älteren Personen nicht so erhebliche Unterschiede zwischen beiden Bevölkerungsteilen vorhanden sind.

Grafik 2: Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes



Dieser Befund deckt sich mit den Einschätzungen zur Lebenszufriedenheit und ist Ausdruck stärkerer psychischer Irritationen, sozialer Unsicherheiten und auch sozialer Neuorientierungen in der Ostberliner Bevölkerung.

Werden die Beschwerden nicht in ihrer Einzel- oder Gruppenausprägung sondern als "multiples Beschwerdebild" einer Person bewertet, so wird sichtbar, daß die Mehrzahl starker gesundheitlicher Beschwerden weniger als die Hälfte der Bevölkerung betrifft. Besonders häufig sind ältere Personen von mehreren starken Beschwerden zugleich betroffen. Hier zeigen sich auch noch deutliche Schichtabhängigkeiten mit inversen Gradienten in der jüngeren und älteren Bevölkerung Berlins (SI > SIII bei Jüngeren; SI < SIII bei Älteren).

Die Morbidität auch der Berliner Bevölkerung wird vor allem von chronischen und chronisch-degenerativen Erkrankungen im höheren Alter bestimmt. Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems sind diejenigen Krankheitsgruppen, die am stärksten in der Bevölkerung verbreitet sind.

Mehr als 15 % der Berliner insgesamt und mehr als 30 % der 60 und mehr Jahre alten leiden an Bluthochdruck und werden deshalb überwiegend auch medikamentös behandelt. Angina pectoris und Durchblutungsstörungen am Herzen betreffen im Verlaufe eines Jahres 2-3 % der unter 60jährigen Berlinerinnen und Berliner, im höheren Alter sind mehr als 20 % der Männer und Frauen davon betroffen.

Eine Leistungsschwäche des Herzens (Herzinsuffizienz) geben jedoch nur ca. 1 % der jüngeren (18-59 Jahre) und etwa 17 % der älteren Personen (60 Jahre u. älter) in Berlin (West) an. In Berlin(Ost) liegen die Selbstangaben zu Herzinsuffizienz mit 6,7 % bei Männern und 12,4 % bei Frauen im Alter von 60 und mehr Jahren deutlich unter denen der Westberliner. Diese Unterschiede sind in allen sozialen Schichten vorhanden.

Chronisches Gelenkrheuma, Arthritis und Arthrose betreffen bereits einen nicht unbeträchtlichen Teil von Personen im mittleren Alter (Berlin (West): Männer 6,5 %, Frauen 9,0 %; Berlin (Ost): Männer 2,8 %, Frauen 7,7 %) und werden im höheren Alter noch wesentlich häufiger (Berlin (West): Männer 19,6 %, Frauen 28,9 %; Berlin (Ost): Männer 15,3%, Frauen 28,4 %)

Amtlich anerkannt behindert sind in Berlin (West) mehr Männer als Frauen (17,6 % bzw. 14,2 %), während in Berlin (Ost) Frauen (13,1 %) häufiger als Männer (10,7 %) amtlich anerkannt behindert sind. Die hier insbesondere bei den erheblichen Unterschieden der Anteile amtlich anerkannt behinderter Männer in beiden Stadtregionen sichtbar werdenden Unterschiede in den Kriterien versorgungsamtlicher Anerkennung von Behinderung (offensichtlich in Berlin (Ost) früher restriktiver gehandhabt), bedürfen bei der Neueinstufung der Behinderungsgrade im Osten der Stadt unbedingt der Beachtung

Häufigkeit und Ursachenstruktur der Unfälle sind in der Berliner Bevölkerung in West und Ost deutlich unterschiedlich. Häufigster Unfallort Westberliner Männer ist der Sportbereich, gefolgt von Unfällen am Arbeitsplatz. Diese stehen wiederum bei Ostberliner Männern an erster Stelle, während Unfälle im Haushalts- und Hobby-Bereich an zweiter Stelle stehen. Bei Frauen stehen generell die Haushalts- und Hobbyunfälle an erster Stelle, doch folgen in Berlin (West) danach die Sportunfälle und in Berlin (Ost) die Arbeitsunfälle.

Dies widerspiegelt jedoch weniger auch vorhandene, differente Risiken in einzelnen Lebensbereichen, sondern vielmehr eine (noch) erheblich voneinander abweichende Struktur der einzelnen Lebensbereiche der Menschen (Arbeitsumwelt, Sport, Haushalt/Hobby und Verkehr) in beiden Teilen der Stadt

Insgesamt zeigt die Häufigkeit von Krankheiten (als subjektive Morbidität gemessen) in der Berliner Bevölkerung relativ gleichartige Strukturen und keine (vielleicht erwarteten) gravierenden Unterschiede. Dabei ist zu beachten, daß die Bevölkerung in Berlin (Ost) keineswegs als repräsentativ für die gesundheitliche Lage und gesundheitliche Versorgung in den neuen Bundesländern angesehen werden kann. Sowohl hinsichtlich ihrer Sozialstruktur (z. B. Bildung, Berufs- und Tätigkeitsstruktur) als auch hinsichtlich ihrer gesundheitlichen und sonstigen Versorgung repräsentiert sie viel mehr eine Bevölkerung mit einer "eher günstigeren Risikostruktur".

Dennoch bleibt vor allem die überwiegend geringere Häufigkeit der Selbstangaben zu gesundheitlichen Störungen, Beschwerden und Krankheiten der Ostberliner Männer ein widersprüchliches Faktum. Dies insbesondere angesichts der deutlich negativeren Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes. Da zugleich gerade bei dieser Personengruppe auch ein erheblich verzögerter und reduzierter Zugang zur Gesundheitsversorgung und ihrer Inanspruchnahme zu verzeichnen ist, bedarf diese Gruppe spezieller Aufmerksamkeit.

Selbstangaben zu aufgetretenen oder vorhandenen Krankheiten setzen, sofern sie nicht allein auf Beschwerdeformen und -bilder abheben, auch eine "professionelle Definition" via ärztliche Inanspruchnahme implizit voraus.

Geringere Angaben zu Krankheiten können deshalb gleichermaßen auf Defizite an Wissen um bestehende Krankheiten, auf Defizite an ärztlicher Inanspruchnahme oder Defizite in der diagnostischen Leistungsfähigkeit des gesundheitlichen Versorgungssystems verweisen (z. B. Popularity bias, Diagnostic access bias).

Derartige Defizite lassen sich eindeutig bei Hypercholesterinämie und allergischen Erkrankungen in der Ostberliner Bevölkerung identifizieren. In Berlin (West) besteht beim Altersdiabetes vermutlich ein analoges Kenntnisdefizit für nicht medikamentös zu behandelnde Schweregrade.

Eine deutliche und durchgängig konsistente soziale Schichtabhängigkeit der Häufigkeit von Krankheiten ist in der Berliner Bevölkerung nicht vorhanden. Am stärksten sind die Unterschiede, wenn sie nachweislich vorhanden sind, in den jüngeren Altersgruppen der Männer und in den höheren Altersgruppen der Frauen ausgeprägt. Sie lassen sich zudem häufiger in Berlin (Ost) als in Berlin (West) nachweisen. Wenn demnach ein Abbau vormals vorhandener stärkerer sozialer Differenzierung der Häufigkeit von gesundheitlichen Beschwerden und Krankheiten stattgefunden hat, so wäre dieser Abbau in Berlin (West) bereits weitgehender als in Berlin (Ost).

- Pflege- und Hilfebedürftigkeit in der Berliner Bevölkerung

Etwa 60 % der Berliner Durchschnittsbevölkerung sehen sich bei der Erfüllung alltäglicher Aufgaben durch ihren Gesundheitszustand überhaupt nicht eingeschränkt oder behindert, etwa 30 % in geringem und ca. 10 % in erheblichem Ausmaß.

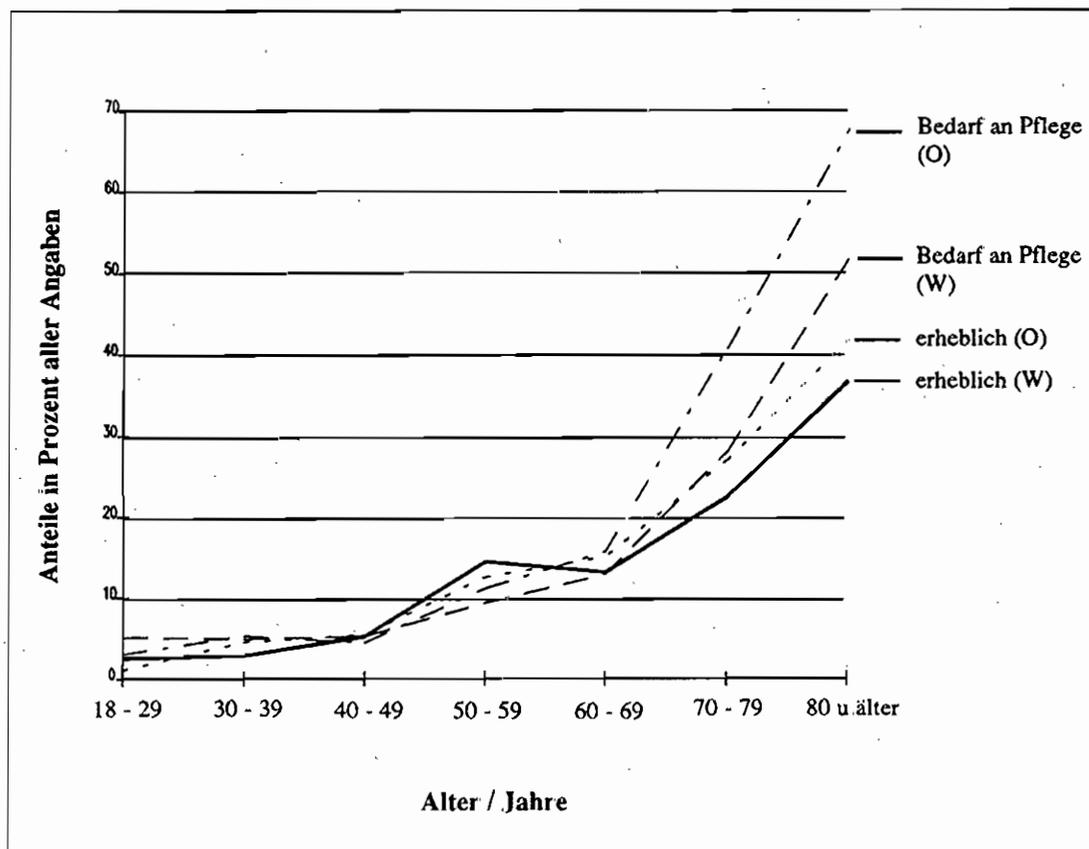
Frauen geben insgesamt häufiger als Männer an, sich ein wenig bzw. erheblich eingeschränkt bzw. behindert zu fühlen, in Berlin (West) wie auch in Berlin (Ost).

Mit zunehmendem Alter steigen die Anteile für angegebene Alltagsbehinderung. Nahezu jeder vierte Befragte im Alter ab 60 Jahren fühlt sich erheblich eingeschränkt.

In gleicher Weise nimmt in den höheren Altersgruppen der Bedarf an Pflege, Hilfe oder Unterstützung zu.

Neben gesundheitlichen und/oder körperlichen Einschränkungen spielen als Begründung für benötigte Pflege und Hilfe auch psychische Anlässe und Einsamkeitsgefühle eine Rolle.

Grafik 3: *Erhebliche Alltagsbehinderung und Bedarf an Pflege, Hilfe oder Unterstützung nach Region/Altersgruppen*



- Gesundheitsverhalten

Im vorliegenden Auswertungskonzept wurden Aspekte gesundheitsfördernder Verhaltensweisen ohne Bezug auf und Differenzierung in intentionale/nicht intentionale Bedingungsbeziehungen untersucht. Herausgearbeitet werden Bevölkerungsgruppen, die sich qualitativ und quantitativ in der Art und im Niveau gesundheitsfördernder Verhaltensweisen unterscheiden.

- Nichtraucher/ ehemalige Raucher/ Entwöhnungsbereitschaft der Raucher

Männer unter 60 Jahre sind zu knapp 30 % Nichtraucher, ein weiteres Viertel sind ehemalige Raucher, ohne Unterschiede zwischen Ost und West. Der Nichtraucheranteil unter den Frauen ist erwartungsgemäß höher. Er liegt in Berlin (West) bei den jüngeren Frauen bei 41 % und in Berlin (Ost) signifikant höher bei 53 %. Der Anteil ehemaliger Raucherinnen ist mit knapp 20 % gleich. Auffallend hoch ist der Nichtraucheranteil bei den Männern in der Altersgruppe 18- bis 29 Jahre in Berlin (West) mit 40 %

Versucht, das Rauchen aufzugeben bzw einzuschränken, hat knapp jeder 4. Raucher, ein weiteres Drittel hat schon einmal darüber nachgedacht. Das Präventionspotential zur Raucherentwöhnung unterscheidet sich insgesamt nicht zwischen Ost und West und nicht nach sozialer Schicht.

- Kein (regelmäßiger) Alkoholkonsum

Alkoholabstinent leben in Berlin (West) 10 % der Frauen zwischen 18 und 59 Jahren sowie 8 % der Männer gleichen Alters. In Berlin (Ost) gibt es signifikant weniger Alkoholabstinente (Frauen 5,7 %/Männer 2,4 %).

Eine Schichtabhängigkeit der Variable zeigt sich im Westen nur für die Frauen, im Osten nur für die Männer (jeweils 18- bis 59jährige), in dem die Abstinenz mit steigender Schichtzugehörigkeit abnimmt. Einmal im Monat oder seltener trinken 20 % der 18- bis 59jährigen Männer und 34 % der Frauen gleichen Alters in Berlin (West) Alkohol. In Berlin (Ost) liegt der geringe Alkoholkonsum der Männer signifikant niedriger (12 %), der der Frauen leicht höher (38 %).

- Sportliche Aktivität/Bewegung

Regelmäßig sportlich aktiv (mindestens eine Stunde pro Woche) sind 46 % der Westberliner Männer unter 60 Jahren, Ostberliner zu 31 % signifikant seltener. Bei den jüngeren Frauen sind Westberlinerinnen zu 38 % sportlich aktiv (incl. Tanzen, Gymnastik), Ostberlinerinnen (28 %) signifikant weniger häufig.

In der älteren männlichen Bevölkerung betreiben 20 % regelmäßig Sport (ohne Unterschied zwischen Berlin (West) und (Ost)), in der weiblichen 16 % (West) bzw. 13 % (Ost). In der männlichen jüngeren Bevölkerung zeigt sich ein deutlicher Schichtgradient höherer sportlicher Aktivität in oberen Schichten, ebenso bei den Westberliner Frauen, während die Ostberliner Frauen sich in ihrer sportlichen Aktivität nicht nach sozialer Schicht unterscheiden.

Sportliche Aktivität und Bewegung mit dem Ziel "Gesundheitsbewußtes Verhalten" (Item: "achte sehr häufig/immer auf genügend Bewegung") haben ca. 30 % der jüngeren (unter 60jährigen) Bevölkerung Berlins (West und Ost/Männer und Frauen).

- Gesundheitsbewußte Ernährung

11 % der Westberliner Männer (18-59 Jahre) und 17 % der Frauen essen Diät oder halten eine besondere Ernährungsweise ein, ohne daß dies von einem Arzt verordnet oder empfohlen wurde. In Berlin (Ost) sind diese Anteile signifikant niedriger (Männer 4,3 % / Frauen 11,7 %).

In der älteren, ab 60jährigen Bevölkerung hält ca. jeder zehnte Berliner eine Diät ein (West wie Ost).

Diätnahrungsmittel und gesundheitsfördernde Produkte (z B. aus dem Reformhaus) werden von ca. 5 % der Berliner Männer (unter 60 Jahre) häufig verwendet, ohne Unterschied zwischen West und Ost.

13 % der Westberliner Frauen verwenden Diätnahrungsmittel, Ostberlinerinnen signifikant seltener (7 %) und gesundheitsfördernde Produkte werden von den Frauen insgesamt seltener angegeben als Diätnahrungsmittel, was ein Hinweis darauf sein könnte, daß bei einem Teil der Frauen Diät nicht unbedingt mit Gesundheitsförderung in Zusammenhang gebracht wird

Auch die Verwendung von Süßstoffen ist in Berlin (West) (Männer 13 % / Frauen 20 %) signifikant höher als in Berlin (Ost).

Die beschriebenen Variablen zeigen keinen Schichtgradienten mit Ausnahme der Verwendung gesundheitsfördernder Produkte, die in oberen Schichten höher ist als in den unteren (bei den Westberliner Frauen und den Ostberliner Männern)

Der (fast) tägliche Konsum von Obst- und Gemüsesäften ist in der Ostberliner Bevölkerung höher als in der Westberliner, während Mineralwasser im Westen signifikant häufiger täglich konsumiert wird als im Osten.

Vegetarier sind 6 % der Westberliner und 2 % der Ostberliner.

Ausgewogene Ernährung wird von über 40 % der Berliner angegeben und möglichst nur biologische Lebensmittel werden insgesamt von etwas mehr als 10 % der Bevölkerung sehr häufig bzw. immer verwendet.

- Entspannung

Regelmäßig ausreichend schlafen 2/5 der unter 60jährigen Berliner, mehr als die Hälfte (Frauen) bis 2/3 (Männer) der über 60jährigen. Genügend Zeit zur Entspannung haben 1/4 der jüngeren und über die Hälfte der älteren Berliner, während besondere Entspannungstechniken nur von ca. 5 % der Bevölkerung insgesamt angewandt werden.

- Gesundheitsbewußt Lebende

Nach der Häufigkeit bzw. Intensität gesundheitlichen und gesundheitsfördernden Verhaltens lassen sich mit Hilfe eines Summenindex (unter Berücksichtigung von Median, Mittelwert und Standardabweichung) Bevölkerungsgruppen unterdurchschnittlicher (A), durchschnittlicher (B) und überdurchschnittlicher Aktivität (C) ermitteln.

Tabelle 6: Gesundheitsbewußtsein der Berliner

% - Werte	Berlin (West)	Berlin (Ost)	Berlin (West)			
			Männer	Frauen	Soziale Schicht I	Schicht III
A	14,1	17,1	15,6	13,6	15,3	11,0
B	58,2	62,9	61,3	55,2	59,5	60,8
C	19,6	15,6	17,7	21,2	7,5	22,7

Überdurchschnittlich aktiv gesundheitsbewußt sind insgesamt weniger als 20 % der Bevölkerung, Westberliner häufiger als Ostberliner, Frauen häufiger als Männer und Angehörige oberer sozialer Schichten häufiger als Unterschichtangehörige. Mit steigendem Alter nimmt der Anteil dieser Gruppe zu.

- Häufigkeit der Nutzung von Medien mit gesundheitlichen Themen

Ca. ein Drittel der Berliner (33 % der Westberliner und 37 % der Ostberliner) nutzen die Berichterstattung über gesundheitliche Themen regelmäßig (eigentlich immer) oder häufig. 23 % der Westberliner tun dies selten oder nie (16 % Berlin (Ost)). Ca. 2/3 der Bevölkerung (66 % der Westberliner und 63 % der Ostberliner) nennen ab und zu, sehr selten oder nie.

Ein eindeutiger Schichtzusammenhang der regelmäßigen, häufigen Mediennutzung über gesundheitliche Themen ist nicht nachweisbar, da das "gesundheitliche Medieninteresse" stark von der Gesundheitsbeachtung und dem Gesundheitszustand (schlechter) beeinflusst wird.

- Inanspruchnahme von und Interesse an Maßnahmen der Gesundheitsförderung und -beratung

12 % der Westberliner, 9 % der Männer und 15 % der Frauen haben schon mindestens einmal Angebote zur Gesundheitsförderung bzw. -beratung genutzt (Ostberliner: 8 %; Männer 6 %, Frauen 10 %).

Im Laufe der letzten 12 Monate taten dies 6 % der Westberliner und 2 % der Ostberliner.

Die Inanspruchnahme ist stark schichtabhängig. Angehörige der Oberschicht haben zu 21 % schon einmal teilgenommen, Angehörige der Unterschicht zu 8 %.

"Keinerlei" Interesse an derartigen Angeboten haben 33 % der Westberliner und 28 % der Ostberliner. Dieses Desinteresse steigt sehr stark mit zunehmendem Alter.

Über 50 % der Bevölkerung (in Berlin (Ost): 61 %) artikulieren ein persönliches Interesse an (verschiedenen) Maßnahmen bzw. Angeboten.

Auch wenn dieser Wert nicht die potentielle Nachfrage beschreibt, so zeigt er doch die hohe Akzeptanz für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und -beratung.

An erster Stelle des Interesses stehen in "West" und "Ost":

- Atem- und Bewegungstherapie (33 %/29 %)
- Autogenes Training (jeweils 24 %).

Diese Präferenzen entsprechen denen der bisherigen Teilnehmer, die ebenfalls diese Angebote am häufigsten nennen.

Teilnehmer an entsprechenden Maßnahmen sind mit den Angeboten offenbar hoch zufrieden. 90 % der Westberliner und 87 % der Ostberliner geben an, diese Angebote "weiterempfehlen zu können".

Institutionell wird die Volkshochschule mit 11,1 % der Nennungen am häufigsten besucht, gefolgt vom Gesundheitsamt mit 7,1 % und freien Trägern/Verbänden mit 5,8 %.

Die Hauptgründe für die Nichtteilnahme an derartigen Angeboten liegen nach Auffassung der Bevölkerung (gemessen an der Häufigkeit der Nennungen):

- im vorherrschenden reaktiv-kurativen Gesundheitsbewußtsein und -verhalten (West 86 %, Ost 87 %)
- im Aufwand (Zeit, Mühe) (West 77 %, Ost 79 %)
- und in der bewußten Nichtbereitschaft zur Verhaltensänderung (West 68 %, Ost 62 %)
- in Schwellenängsten (West 65 %, Ost 60 %)

50 % der Westberliner aber 73 % der Ostberliner nennen die geringe Bekanntheit der Angebote:

Bei der geringen Inanspruchnahme von Unterschichtangehörigen ist zugleich zu berücksichtigen, daß diese v.a.

- die geringe Bekanntheit der Angebote und
- Schwellenängste

signifikant häufiger nennen als Angehörige der Oberschicht.

- **Primär- und sekundärpräventive Maßnahmen von bzw. bei niedergelassenen Ärzten**

Auf der Grundlage der Screeningmöglichkeiten und -verfahren zum

- Bluthochdruck
- Cholesterin
- den Krebsfrüherkennungsuntersuchungsprogrammen (KFU) und
- dem Gesundheitscheckup

ist in Hinblick auf die Teilnahme- bzw. Screeningquoten der Bevölkerung - von der Blutdruckmessung abgesehen - von einer geringen bis sehr geringen Akzeptanz bzw. Beteiligung zu sprechen.

Tabelle 7: Durchgeführte primär- und sekundärpräventive Maßnahmen im Jahr 1990 (KFU, Gesundheitscheckup) bzw. in den letzten 12 Monaten in der Gesamtbevölkerung von Berlin (West) und (Ost)

% -Werte	Berlin	
	(West)	(Ost)
Frauen		
Blutdruckmessung	87,9	79,7
Cholesterinbestimmung	56,1	31,2
KFU	37,2	34,6
Gesundheitscheckup	14,0	8,1
Männer		
Blutdruckmessung	74,6	72,0
Cholesterinbestimmung	50,0	30,3
KFU	11,0	3,0
Gesundheitscheckup	13,0	8,6

Bei Ostberlinern liegen zusätzlich noch erhebliche "Versorgungsprobleme" vor.

Vom individuellen Nutzen im Einzelfall abgesehen, ist die epidemiologische Effektivität der bevölkerungsbezogenen Screeningprogramme (KFU, Checkup) insbesondere bei Männern erheblich in Frage zu stellen.

Ob die Werbekampagnen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für den Gesundheitscheckup hier Veränderungen bringen, bleibt abzuwarten.

Insgesamt ist die Akzeptanz frühdiagnostischer Screeningverfahren in bezug auf Krankheiten und/oder deren Risiken - gemessen an den Beteiligungsraten - (auch) in der Berliner Bevölkerung als nicht sehr hoch zu bezeichnen.

Unabhängig von der diagnostischen Effektivität der einzelnen Screeningverfahren haben geringe Beteiligungsquoten einen durchschlagenden negativen Effekt auf die epidemiologische Effektivität und auch Effizienz der Programme.

- Inanspruchnahme ambulanter Versorgung

Der ambulante Versorgungsbereich ist der am häufigsten von der Bevölkerung frequentierte und die medizinische Versorgung für die Mehrzahl der Krankheiten und Beschwerden sichernde Bereich.

Etwa 1/4 der männlichen Bevölkerung im Alter bis zu 60 Jahren und mehr als 40 % der Frauen dieses Altersbereiches suchen je Monat einen Arzt auf.

Im höheren Alter (60 Jahre u.m.) sind dies über 60 % (Männer) bzw. 70 % der Frauen.

In Berlin (Ost) zeigt sich im Untersuchungszeitraum ein z.T. verringertes Inanspruchnahmeverhalten, vor allem bei Männern.

Die Versorgungsstrukturen der ambulanten ärztlichen Versorgung prägen stark den Zugang der Bevölkerung zum Versorgungssystem und die Inanspruchnahme. Während in Berlin (Ost) über 90 % der Bevölkerung den praktischen Arzt/Facharzt für Allgemeinmedizin einmal im Jahr zumindest aufsuchen, hat der praktische Arzt in Berlin (West) nicht diese Dominanz in der ambulanten ärztlichen Versorgung. Vielmehr erfolgt die Inanspruchnahme schon verstärkt primär bei Gebiets-/Fachärzten, deren Versorgungsanteil (den Zahnarzt und den Frauenarzt ausgenommen) in Berlin (Ost) (noch) geringer ist.

Neben dem System professioneller ambulanter Versorgung und insbesondere in seinem Vorfeld gibt es jedoch auch einen erheblichen Teil von Selbstversorgung und Selbsthilfe insbesondere bei temporären gesundheitlichen Störungen und Bagatellerkrankungen.

Die Kenntnis weiterer ambulanter Dienste und Hilfsangebote ist insgesamt und vor allem bei der Bevölkerung in Berlin (Ost) noch nicht ausreichend ausgeprägt (zum Zeitpunkt der Befragung). Daraus ergeben sich Notwendigkeiten einer verstärkten, zielgruppenorientierten (insbesondere für ältere Bürger) Öffentlichkeitsarbeit vor allem im Osten der Stadt.

- Inanspruchnahme stationärer Versorgung

Der niedergelassene und in der ambulanten Versorgung tätige Arzt hat die entscheidende Steuerfunktion für die Einweisung zur Krankenhausbehandlung. Zu 2/3 ist er an der Entscheidung zur Einweisung beteiligt. Zumeist ist der zur Krankenhausbehandlung führende Zustand oder die Krankheit bereits bekannt und ambulant versorgt worden. Bei einem nicht unerheblichen Teil der Patienten hat die Krankheit schon zu vorhergehenden Krankenhausaufenthalten geführt. Hier ergibt sich ein Feld optionaler Interventionen.

Der Hilfebedarf im Krankenhaus behandelte älterer Personen ist recht hoch. Wird auch leichter Hilfebedarf dazu gerechnet, so liegt er bei Frauen und Männern bei 40 % und mehr. Der überwiegende Hilfebedarf wird aus dem familiären und sonstigen sozialen Umfeld gedeckt.

Daher wird steigender Bedarf an professioneller Hilfe insbesondere aus dem Fehlen oder Wegbrechen dieses Hilfpotentials erwachsen.

Das System ambulanter Hilfe und Pflege setzt bei im Krankenhaus behandelten älteren Personen erkennbar unmittelbar ein. Der Anteil verordneter Pflege- und Hilfeleistungen liegt in Berlin (West und Ost) bei über 65jährigen aus dem Krankenhaus entlassenen Personen bei mehr als 10 %.

Die Verweildauer im Krankenhaus stellt aus Sicht der Bevölkerung keine zu optimierende Größe dar. Sie wird deutlich überwiegend für angemessen gehalten.

- Anwendung von Medikamenten in der Bevölkerung

In der großen Mehrzahl, dies hatten auch die Anteile medikamentöser Behandlung innerhalb der Krankheiten und Krankheitsgruppen gezeigt, erfolgt die Verwendung von Arzneimitteln und Präparaten in der Berliner Bevölkerung auf ärztliche Verordnung (zu Medikamenten mit Suchtpotential ist diese Aussage freilich zu relativieren).

Im hier zu analysierenden Teil der Medikamentenanwendung haben nur wenige der Präparate Relevanz für Selbstmedikation, obgleich in allen Medikamenten- und Präparategruppen geringe Anteile ohne ärztliche Verordnung verwendet werden.

Von erheblicher Bedeutung in der Bevölkerung ist vor allem die nicht ärztlich verordnete Anwendung von Mitteln gegen Erkältungskrankheiten und von Vitaminen, die sowohl häufig verwendet werden und zugleich überwiegend ohne ärztliche Verordnung.

Tabelle 8: Anteil der Selbstmedikation

% - Werte	Männer		Frauen	
	Berlin (West)	Berlin (Ost)	Berlin (West)	Berlin (Ost)
Erkältungsmittel	53,7	49,0	43,3	43,2
Vitamine	82,1	64,0	75,9	51,1

Von seltener in der Bevölkerung angewendeten und von weniger Personen verwendeten Medikamenten und Präparaten haben insbesondere noch Mittel für Magen, Leber und Galle, Schlankheitsmittel, Hautpräparate (Salben/Tinkturen) und Abführmittel relevante, höhere Anteile von Selbstmedikation.

- **Zufriedenheit mit der gesundheitlichen Versorgung**
- **Medizinische Versorgung**

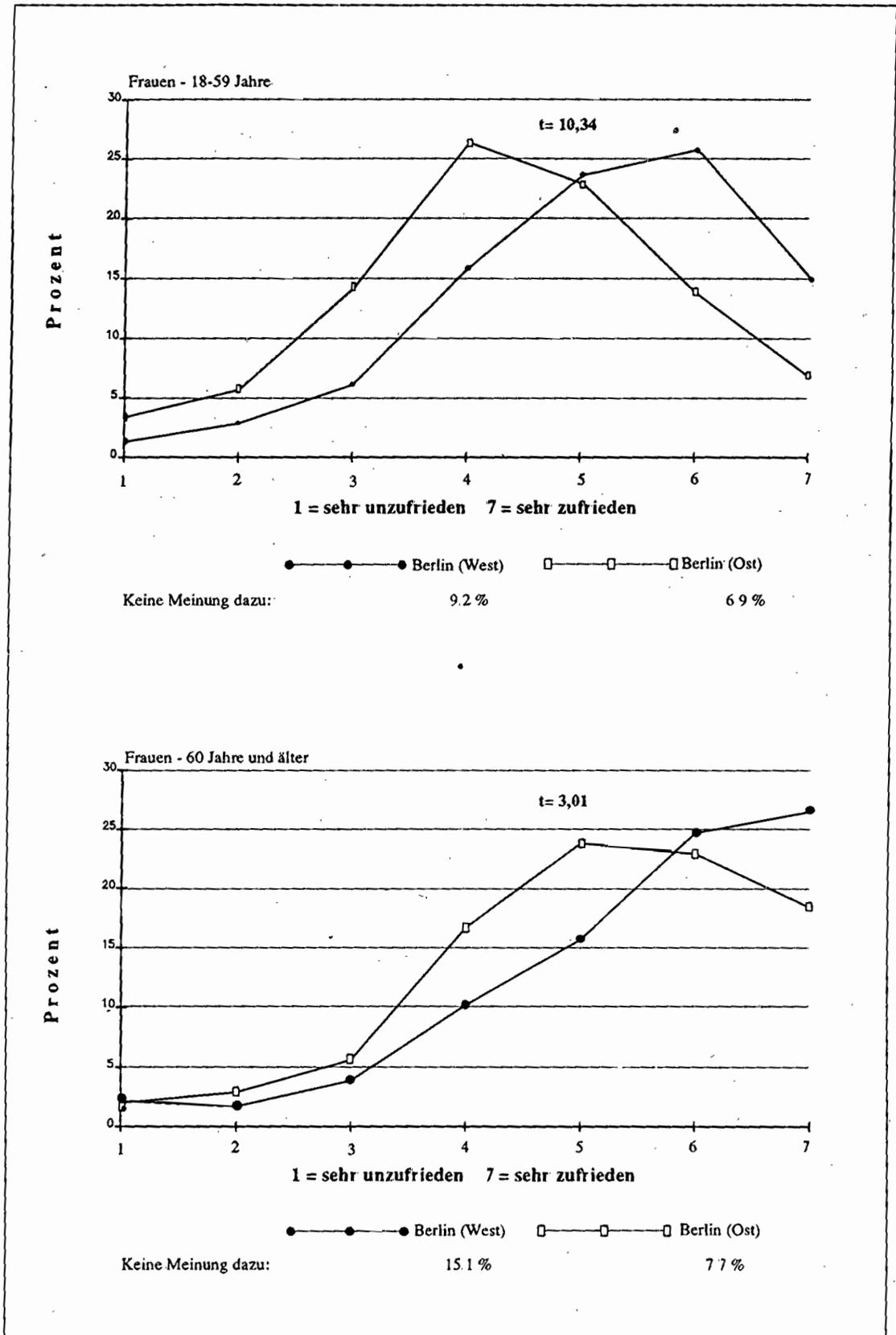
Mit den Möglichkeiten der medizinischen Versorgung ist der überwiegende Teil der Berliner Bevölkerung zufrieden. Insbesondere die Älteren, die infolge ihres schlechteren Gesundheitszustandes häufig mit dem Versorgungssystem Kontakt haben und Leistungen in Anspruch nehmen, sind zufriedener mit der Versorgung als die Jüngeren.

Deutlich geringere Zufriedenheit weist jedoch die Bevölkerung in Berlin (Ost) auf. Sowohl Männer als auch Frauen im jüngeren und höheren Alter sind signifikant unzufriedener mit der medizinischen Versorgung als die entsprechenden Gruppen in Berlin (West).

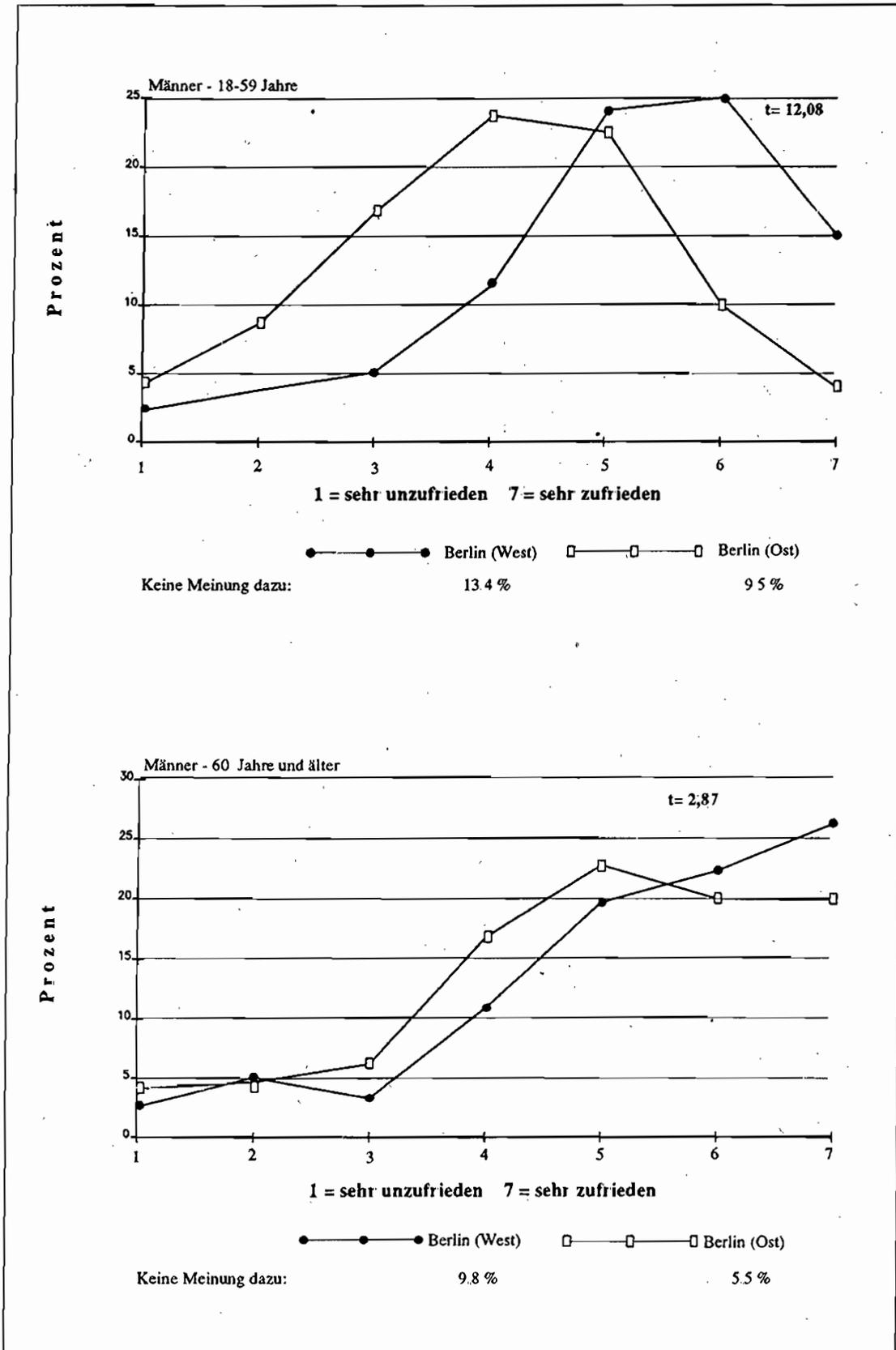
Die Frage bildet vor allem die Einschätzung der Rahmenbedingungen und die optionale Wahrnehmung von Versorgungsangeboten ab und nicht die Qualität der aktuellen Versorgungsleistungen.

Die geringe Zufriedenheit der Ostberliner ist also auch Ausdruck der Bemessung eigener Möglichkeiten des Zugangs zur Versorgung an denen der Bevölkerung im anderen Teil der Stadt. Hier wird vor allem der optionale Raum bewertet.

Grafik 4: Zufriedenheit mit den Möglichkeiten der Gesundheitsversorgung



Grafik 5: Zufriedenheit mit den Möglichkeiten der Gesundheitsversorgung



- Pflegerische Versorgung

Ebenso wie zur medizinischen Versorgung wurde die Berliner Bevölkerung auch zur Zufriedenheit mit der pflegerischen Versorgung befragt. Mehr als die Hälfte der Westberliner (56,3 %) und mehr als zwei Drittel der Ostberliner (69,3 %) enthielten sich einer Bewertung bzw. meinten in der Mehrzahl, dies nicht einschätzen zu können.

Hier wurden erhebliche Informationsdefizite sichtbar, die gerade angesichts der Diskussionen zum Pflegebereich schnell beseitigt werden müssen.

Diejenigen, die sich zur pflegerischen Versorgung äußern, sind jedoch mit der Versorgung wesentlich unzufriedener als mit der medizinischen Versorgung und ordnen sich in der 7stufigen Skala von "sehr zufrieden" (7 Punkte) bis "sehr unzufrieden" (1 Punkt) durchschnittlich in Berlin (West) mit einem Wert von 4,1 Punkten und in Berlin (Ost) mit 3,5 Punkten ein.

Die jüngere Bevölkerung ist dabei unzufriedener als die ältere.

Tabelle 9: Zufriedenheit mit der pflegerischen Versorgung
(durchschnittlicher Punktwert bei maximal 7 Punkten)

	Männer		Frauen	
	Berlin (West)	Berlin (Ost)	Berlin (West)	Berlin (Ost)
18-59 Jahre	3,9	3,2 *	3,8	3,2 **
60+ Jahre	4,7	4,5	4,6	4,2 ***

*t = 7,28

**t = 6,36

***t = 3,28

Hinsichtlich der pflegerischen Versorgung werden demnach sowohl erhebliche Kenntnislücken zu vorhandenen Angeboten als auch Mängel in den Möglichkeiten pflegerischer Versorgung seitens der Berliner Bevölkerung konstatiert.

- Gesundheitskosten

Die Berliner Bevölkerung wurde nach jenen Kosten befragt, die monatlich für gesundheitliche Produkte, Leistungen und Maßnahmen im allgemeinen aufgewendet werden.

Für den überwiegenden Teil der Bevölkerung sind die Kosten für die Krankenversicherung der größte Ausgabeposten für Gesundheit. 54 % in Berlin (West) und 47 % in Berlin (Ost) geben zusätzlich Kosten für selbst bezahlte Arzneimittel, Verbandstoffe und andere Hilfsmittel oder Arzthonorare an.

Es wird anhand der Ausgabenstruktur deutlich, daß ein, wenn auch kleiner Teil der Berliner Bevölkerung hinsichtlich seiner gesundheitsrelevanten Ausgaben deutlich über dem allgemeinen Durchschnitt liegt, insbesondere wenn er zur Gruppe mit Ausgaben für Pflege- und Hilfeleistungen gehört.

Die Verteilungen der Kosten lassen erkennen, daß in Berlin (West) 9 % der Bevölkerung monatlich mehr als 500 DM für gesundheitliche Leistungen (einschließlich Krankenkassenbeiträge) aufwenden, während dieser Anteil in Berlin (Ost) bei 0,8 % liegt. Mehr als 50 % der Bevölkerung haben jedoch Ausgaben unter 300 DM in Berlin (West) bzw. 150 DM in Berlin (Ost).

Strukturell dominieren die Aufwendungen für die Krankenkassenbeiträge gegenüber allen weiteren Kostenarten sowohl bei Männern als auch bei Frauen.

- Hilfe, Betreuung und Pflege von Familienangehörigen und Nichtfamilienangehörigen

15 % der Westberliner und 19 % der Ostberliner haben im Laufe der letzten 12 Monate Menschen gepflegt, betreut oder anderweitig geholfen. Bezogen auf die Gesamtbevölkerung wird Hilfe geleistet bei:

Tabelle 10: Hilfeleistungen durch Familien- und Nichtfamilienangehörige

% - Werte	Berlin	
	(West)	(Ost)
	n* = 447 n = 408	304 330
Eltern(teile)	27,5	29,5
Partner	19,9	15,4
Kind(er)	14,5	23,2
andere Familienangehörige	16,4	16,9
andere nahestehende Personen	16,4	12,1
Nachbarn	13,0	12,6
fremde Personen	8,2	6,4

Familiäre Hilfeleistung ist nicht nur gesellschaftliche Praxis, sondern nach wie vor akzeptierte gesellschaftliche Norm. Nur 6 % der West- und 3 % der Ostberliner geben an, im Bedarfsfall bei Eltern nicht helfen zu wollen oder zu können. 2 % der West- und Ostberliner erklären sich bereit, auch bei fremden Personen (nach entsprechender Vermittlung) jederzeit helfen zu wollen, 13 % (Ost: 16 %) jedenfalls gelegentlich. Allein die 2 % machen hochgerechnet eine Gruppe von ca. 50 000 potentiellen ehrenamtlichen Helfern aus.

Personen, die andere pflegen oder diesen helfen (hier: Eltern, Partner, Nachbarn oder Freunde), artikulieren zur Verbesserung der Pflege insgesamt folgenden zusätzlichen externen Hilfsbedarf:

- | | |
|--|------|
| - Hilfe durch Sozialstationen in besonderen Fällen
(Urlaub, Abwesenheit, Krankheit) | 17 % |
| - Unterstützung durch medizinisches, pflegerisches
Fachpersonal | 21 % |
| - Haushaltshilfen | 38 % |

Rechnet man den angegebenen zusätzlichen externen Hilfsbedarf allein dieser Gruppe (11 % der 15 % Pflegenden) hoch, so ergibt sich ein Bedarf allein in den Westberliner Bezirken

- an medizinischer/pflegerischer Hilfe bei ca. 30 000 Personen
- an Haushaltshilfe bei ca. 65 000 Personen

und ca. 30 000 Einsätze von Sozialstationen in besonderen Bedarfsfällen. Hierbei ist der externe Hilfs- bzw. Pflegebedarf von pflegebedürftigen Personen, die noch alleine zurechtkommen wollen, noch nicht berücksichtigt.

4.4 Pflege- und Hilfebedürftigkeit in der Berliner Bevölkerung - Bedarf und Inanspruchnahme an Pflege-, Hilfe- und Unterstützungsleistungen im häuslichen Bereich

Mehr als ein Viertel aller Pflege- und Hilfebedürftigen sind 80 Jahre und älter, Frauen sind bei mittlerer und schwerer Pflegebedürftigkeit deutlich überrepräsentiert. 73 % aller Personen mit Hilfe-/Pflegebedarf wurden der Bedürftigkeitsstufe I, ca. 16 % der Stufe II und ca. 11 % der höchsten Pflegebedürftigkeitsstufe (III) zugeordnet; die Anteilswerte sind für West- und Ostberliner fast gleich.

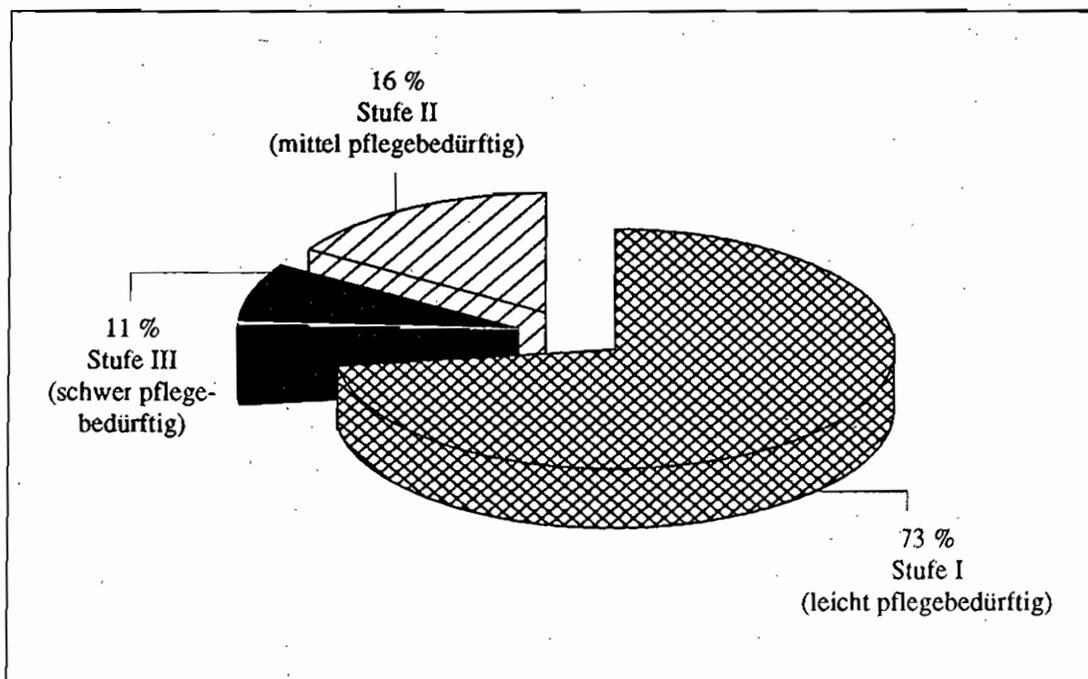
Die Ergebnisse zu den Angaben der ADL-Skala lassen sich wie folgt benennen:

- Die sogenannten Basisaktivitäten werden in der überwiegenden Anzahl der Fälle ohne Schwierigkeiten erbracht. Hier sind die Angaben für den höchsten Schwierigkeitsgrad insgesamt auch am niedrigsten.
- Die Mobilität innerhalb der Wohnung ist bei ca. zwei Drittel aller befragten Personen in keinsten Weise beeinträchtigt. Dagegen fühlen sich weit mehr als die Hälfte in ihrer außerhäuslichen Mobilität mehr oder weniger eingeschränkt. Jede vierte bis fünfte Angabe lautet: sehr schwierig bzw. kann ich nicht.
- Innerhalb des gesamten Spektrums der ADL-Skala bereitet das Saubermachen der Wohnung mit einem Anteil von über 70 % am häufigsten Schwierigkeiten, nur das Treppensteigen wird annähernd so oft als etwas schwierig bis unmöglich genannt.
- Auch im Bereich mentaler und kommunikativer Fähigkeiten wird ein potentiell hoher Hilfe- und Unterstützungsbedarf deutlich: fast die Hälfte der Angaben beziehen sich auf "etwas schwierig" bis "kann ich nicht"

Pflege-, Hilfe- und Unterstützungsbedürftigkeit liegen -unterteilt nach Stufen- in folgenden Bereichen des alltäglichen Lebens besonders häufig vor:

- Stufe I:** leichte bis mittlere Hilfe- und Pflegebedürftigkeit bei der außerhäuslichen Mobilität und beim Saubermachen der Wohnung
- Stufe II:** mittlere bis schwere Hilfe- und Unterstützungsbedürftigkeit bei der außerhäuslichen Mobilität, bei der Regelung finanzieller und schriftlicher Angelegenheiten, in der hauswirtschaftlichen Versorgung und leichte bis mittlere Pflegebedürftigkeit in der Grund- und Körperpflege.
- Stufe III:** schwere bis sehr schwere Pflege-, Hilfe- und Unterstützungsbedürftigkeit in allen ADL-Bereichen.

Grafik 6: Pflegebedürftige nach Stufen



Die Angaben zu Beschwerden, Krankheiten und zum Medikamentenkonsum bilden das gesamte gerontologische Krankheitsgeschehen ab, Erkrankungen des Kreislaufs, Gelenkrheumatismus und Körperbehinderungen stehen dabei an meistgenannter Stelle.

Hilfe und Unterstützung wird von den meisten Befragten insgesamt bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten und bei der Regelung finanzieller und schriftlicher Angelegenheiten in Anspruch genommen. In diesen beiden Bereichen sowie bei Hilfe und Unterstützung zum Erreichen der Arztpraxis und beim Baden/Duschen kommt durch jeweils relativ hohe Angaben auch der höchste zusätzliche Bedarf zum Ausdruck.

Bei Personen, die trotz geäußerter (als gering einzuschätzender) Bedürftigkeit keine Hilfe bekommen oder wollen, wird als Begründung dafür mit Abstand am häufigsten der Wunsch "so lange es nur geht allein zurechtzukommen" genannt.

Fast 80 % aller Befragten unserer Zielgruppe erhalten personelle Hilfeleistungen im weitesten Sinne. (Ehe-)Partner und Familienangehörige sind in höchstem Maße an der häuslichen Versorgung beteiligt; bei Alleinstehenden sind es überwiegend außerhalb des eigenen Haushalts lebende Angehörige und Freunde, Bekannte und Nachbarn. Sozialstationen werden zwar insgesamt nur in relativ geringem Umfang in Anspruch genommen, bei alleinlebenden Pflegebedürftigen mittleren und vor allem schweren Grades übernehmen sie jedoch eine wesentliche, evtl. sogar die wichtigste Funktion für das Verbleiben im häuslichen Bereich.

Die Angaben zu Art und Häufigkeit der Pflege- und Hilfeleistungen insgesamt ergänzen schlüssig die Beschreibung charakteristischer Merkmale der Bedürftigkeit und des Bedarfs an Leistungen unserer Zielgruppe. Diese setzt sich zum einen aus überwiegend Hilfe- und Unterstützungsbedürftigen mit einem (noch) relativ hohen Selbstständigkeitsniveau, zum anderen aus einem (relativ kleineren) Anteil an Bedürftigen mit mittlerem bzw. hohem Bedarf an regelmäßiger alltäglicher Pflege und Betreuung zusammen.

Tabelle 11: Pflege- und Hilfebedürftigkeit in Gesamtberlin nach Pflegebedürftigkeitsstufen

%-Werte	Gesamt	I	II	III
	<u>n=460</u>	<u>n=336</u>	<u>n=73</u>	<u>n=51</u>
Pflege-, Hilfebedürftige	100,0	73,0	15,9	11,1
Anteil an Gesamtbevölkerung n= 4.429	10,4	7,6	1,6	1,2
Anteil an Bevölkerung ab 60 Jahren n= 1.118	26,6	17,1	5,8	3,8
ADL-Skala (sehr schwierig/kann ich nicht)				
- das Bett verlassen	5,5	0,3	1,7	45,5
- Treppensteigen	19,8	5,6	41,0	83,4
- baden, duschen	17,8	1,8	43,8	86,4
- zum Arzt, zur Apotheke gehen	22,8	3,8	61,3	93,3
- Wohnung saubermachen	22,8	5,2	52,9	95,7
Höchste Beschwerdenintensität: (mehr als 10 x mäßige/starke Beschwerden)				
	72,2	67,4	83,6	87,5
Medikamenteneinnahme (5 und mehr Medikamente in den letzten 3 Monaten)				
	39,8	39,6	42,2	37,9
Alleinlebende				
	44,2	44,8	48,2	34,1
Inanspruchnahme von Pflege, Hilfe und Unterstützung: (Ehe-)partner, Familienangehörige außerhalb lebende Angehörige Sozialstationen				
	<u>n=374</u>	<u>n=254</u>	<u>n=70</u>	<u>n=50</u>
	54,9	54,2	52,9	60,9
	35,7	32,9	49,8	29,4
	10,9	5,0	17,3	31,4

Fortsetzung

% - Werte				
	Gesamt	I	II	III
zusätzlicher Bedarf an Pflege, Hilfe, Unterstützung bei mindestens einem Item der ADL-Skala	31,9	19,8	61,8	68,9
Bedarf bei Personen, die keine Pflege, Hilfe oder Unterstützung bekommen (Ja, ich hätte gern ...)	<u>n=86</u> 17,9	<u>n=82</u> 17,9	-	-

4.5 Prävention

Gesundheitsförderndes Verhalten ist in der Berliner Bevölkerung insgesamt nur mäßig ausgeprägt. Ein intensives und aktives gesundheitsförderndes Verhalten, definiert über ein Punktskema über Einzelnennungen zu regelmäßigem, sehr häufigem gesundheitlichen Verhalten, betreiben weniger als 20 % der Bevölkerung. Die Mehrheit der Bevölkerung (Berlin (West): 58,2 %) betreibt ein durchschnittliches Verhalten, das sich dadurch charakterisieren läßt, daß die folgenden Verhaltensweisen regelmäßig, immer oder doch sehr häufig in folgender Häufigkeit praktiziert werden:

- ausreichend Schlaf (43,4 %)
- ausgewogene Ernährung (35,4 %)
- frische Luft (27,9 %)

Alle anderen gesundheitsfördernden Verhaltensweisen sind weitaus geringer ausgeprägt. Ca. jeder siebte Berliner (14 % Berlin (West)) praktiziert noch nicht einmal dieses Durchschnittsverhalten.

Insgesamt ist das gesundheitsfördernde Verhalten im Ostteil der Stadt noch deutlich geringer ausgeprägt als im Westteil.

Intensives und aktives gesundheitliches Verhalten steigt mit zunehmendem Alter und zunehmenden Krankheiten und Beschwerden. In der Altersgruppe der 18- bis 59jährigen liegt (v.a. bei Männern) ein leicht u-förmiger Verlauf vor, d.h. die Altersgruppe der 18- bis 29jährigen und die 50- bis 59jährigen weisen die höchsten, die 30- bis 40jährigen die geringsten Anteilswerte auf.

Analysiert man - um massive Effekte gesundheitsfördernden Verhaltens aufgrund bestehender Krankheiten und Beschwerden weitgehend auszuschließen - nur die Altersgruppe der 18- bis 59jährigen mit intensivem Gesundheitsverhalten im Vergleich zur Gruppe mit Durchschnittsverhalten, so zeigen sich die positiven Verhaltenseffekte deutlich in einem sehr viel besseren Gesundheitszustand, in einer geringeren Beschwerdeshäufigkeit und einer viel höheren Lebenszufriedenheit. Die Hauptunterschiede in den Motiven und Einstellungsdimensionen bestehen in den Grundüberzeugungen, daß man "regelmäßig etwas tun muß, um gesund zu bleiben" und daß "gesundheitsbewußtes Leben eine Frage des Wollens" ist.

“Gesundheitsaktive” sind in der Oberschicht signifikant häufiger vertreten.

Die Einstellungsdimensionen zur Gesundheit in der Berliner Bevölkerung zeigen die große Diskrepanz zwischen:

- der Wertschätzung von “Gesundheit”
- der Überzeugung von der Notwendigkeit präventiven, gesundheitsfördernden Verhaltens
- dem tatsächlichen gering ausgeprägten Verhalten, das sich durch eine Vielzahl von Hemmnissen in der Umsetzung entsprechenden Verhaltens erklären läßt.

Sieht man von der kleinen Bevölkerungsgruppe ab, die kaum gesundheitsaktives Verhalten betreibt und auch nur ein mäßig ausgeprägtes Gesundheitsbewußtsein aufweist, so sind allerdings gerade für Teile der großen Gruppe von Berlinerinnen und Berlinern, die derzeit nur ein “durchschnittliches Verhalten” aufweisen, Ansatzpunkte zur Verhaltensänderung gegeben.

Diese Gruppen zu erreichen und positive Einstellungsdimensionen in tatsächliche Verhaltensweisen umzuwandeln, muß die Aufgabe der Gesundheitsförderung und Gesundheitsberatung sein.

Haben bisher 12 % der Westberliner (8 % der Ostberliner) (mindestens einmal) an Maßnahmen der Gesundheitsberatung in Berlin teilgenommen, so artikulieren 54 % (57 % Berlin (Ost)) ein persönliches Interesse an entsprechenden Angeboten. Auch wenn dieser Wert die tatsächliche “Teilnahmebereitschaft” (weit) überschätzt, so zeigt er doch ein ausgeprägtes Interesse großer Bevölkerungsgruppen an Maßnahmen der Gesundheitsförderung und -beratung.

Analysiert man die Gruppe der an Beratungsmaßnahmen Interessierten nach

- dem Niveau gesundheitlicher Risiken einerseits und nach
- dem Niveau derzeitigen gesundheitlichen Verhaltens andererseits,

so ergeben sich für entsprechende Aufklärungs-, Interventions- und Präventionsstrategien bereits entscheidende Zielgruppen:

Tabelle 12: Personen mit artikuliertem Interesse an Maßnahmen der Gesundheitsberatung

%-Werte	Personen mit artikuliertem Interesse an Maßnahmen der Gesundheitsberatung
	n* = 1512 n = 1451
Gesundheitliche Risiken vier und mehr Punkte	23,7
Gesundheitsverhalten (Punktsummen)	
0 < 10 Pkte.	17,0
10 - 20 Pkte	65,0
21 + Pkte.	15,9

Auch wenn mehr als die Hälfte der bisherigen Teilnehmer an Maßnahmen der Gesundheitsberatung aus den oberen sozialen Schichten kommen, so stellen die aktiven, intensiven Gesundheitsbewußten nicht die Mehrheit der Gruppe der Teilnehmer dar. Mit den bestehenden Angeboten werden (wenn auch bei einer erheblichen Schichtdisparität) v.a. Personen mit durchschnittlichem Gesundheitsverhalten (51,7 %) erreicht und sogar zu 21,6 % Personen mit ganz gering ausgeprägtem Gesundheitsverhalten.

Wenn es gelänge, durch entsprechende Strategien das Interesse großer Teile der Bevölkerung an derartigen Maßnahmen der Gesundheitsberatung auch nur zu einem Teil in eine Teilnahme oder Aktivität "umzuwandeln", könnte auch die noch gegebene Schichtdisparität deutlich reduziert werden.

Die Konzeptionalisierung derartiger Strategien muß jedoch an anderer Stelle erfolgen.

4.6 Erste methodische Ergebnisse zur Auswertung der Surveydaten nach den Sozialindizes (Faktoren) des Sozialstrukturatlases Berlin

Die Westberliner Daten des Gesundheits- und Sozialsurveys konnten mit Daten des Sozialstrukturatlases Berlin abgeglichen werden. Darin werden auf der Grundlage sekundärstatistischer Daten und der Verwendung multivariater Analysen regionale Gebietseinheiten unterschiedlicher Soziallagen identifiziert. Insbesondere der wichtige Sozialindex zeigt auf der Grundlage von 97 statistischen Gebieten ein Kontinuum sozialer Rangordnungen.

Die auf der Grundlage dieser Einheiten und Indizes (Sozialindex) durchgeführten Analysen der Surveydaten zeigen:

- daß die Angaben der Bevölkerung zu sozialen Merkmalen (z.B. Einkommen) in den unterschiedlichen Rangplätzen der statistischen Gebiete der Rangordnung insgesamt plausibel entsprechen;
- viel bedeutender aber sind - bei Bestätigung der sozialen Disparitäten - die Ergebnisse, die diese Zuordnungen in den Aussagen der Bevölkerung zu wichtigen "Problemfeldern" mit Inhalt füllen.

So sind 70 % der Bevölkerung in den obersten Rangplätzen des Sozialindex (Rang 1-10) mit der sozialen Struktur ihres Wohngebietes zufrieden aber nur 32 % in den unteren Rangplätzen. Gleiche bzw. ähnliche Trennschärfen gelten v.a. bei Variablen, die wahrgenommene Umweltbelastungsexpositionen (Lärm, Luft) anzeigen.

Keine Trennschärfen ergeben sich (erwartungsgemäß) bei Variablen

- der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit, aber auch der
- Einschätzung der Qualität der medizinischen/pflegerischen Versorgung.

Auch der Gesundheitszustand weist (gemessen an den Variablen subjektiver Einschätzung des Gesundheitszustandes und den Beschwerden) keine Unterschiede in den Bevölkerungsgruppen der "Sozialränge" auf.

Insgesamt zeigt dies erstens, daß bestehende soziale Disparitäten und soziale Lebenslagen in Berlin (West) nicht völlig "clustern", und zweitens, daß insbesondere die wahrgenommene medizinische Versorgungsqualität durch die Bevölkerung unabhängig von der Zugehörigkeit zu den Sozialgebieten ist, was letztlich ein Indikator für eine nicht sozialstratifizierte Struktur der Angebote ist, d.h. relativ eine gleichmäßig als gut eingeschätzte Versorgungssituationen.

Insgesamt ist methodisch zu folgern, daß eine Kombination der sekundärstatistischen Daten und der Surveydaten zu einer deutlichen Verbesserung der regionalen Sozialstrukturanalyse in Berlin führen wird. Dies wird v.a. für Maßnahmen der Umweltpolitik und Sozialpolitik von Bedeutung sein.

In dieser Reihe sind bisher erschienen:

1. Meinschmidt, Gerhard : Ärzte beurteilen Sozialstationen.
Eine statistisch empirische Diagnose.
1986.
2. Imme, Uwe : Der Krankenpflegenotfalldienst durch Sozialstationen.
Meinschmidt, Gerhard : Eine Zwischenbilanz aus empirischer Sicht.
Wanjura, Marlies : 1986.
3. Imme, Uwe : Strukturanalyse arbeitsloser Sozialhilfeempfänger.
Meinschmidt, Gerhard : Eine statistische Analyse.
1986.
4. Meinschmidt, Gerhard : Zum Bedarf an Unterstützung in Hilfssituationen
Völker-Oswald, Ingrid : älterer Menschen in Berlin.
Eine statistische Analyse.
1988.
5. Meinschmidt, Gerhard : Strukturanalyse pflegebedürftiger Menschen in Berlin
Eine statistische Analyse.
1988.
6. Referat Sozial- und : Die Jugendzahnpflege 1986
Medizinalstatistik, : Eine Untersuchung über den Zahnstatus
EDV-gestützte Fachin- bei Kindern und Jugendlichen in Berlin (West).
formationssysteme; : 1988.
Mader
7. Referat Sozial- und : Ergebnisse der Schulentlassungsuntersuchungen 1985/86
Medizinalstatistik, : in Berlin (West) nach Kriterien des Jugendarbeitsschutzgesetzes.
EDV-gestützte Fachin- : 1988
formationssysteme
8. Referat Sozial- und : Sozialhilfeempfänger in sozialversicherungspflichtiger
Medizinalstatistik, : Beschäftigung.
EDV-gestützte Fachin- Statistischer Erfahrungsbericht zum 500er Programm.
formationssysteme : 1988.
9. Meinschmidt, Gerhard : Sozialhilfeempfänger auf dem Weg zurück ins Berufsleben.
Grundgedanken zum Berliner Modell der Beschäftigung von
arbeitslosen Sozialhilfeempfängern.
Eine empirische Einstiegsstudie, die zu diesem Problemkomplex
bei den Berliner Arbeitgebern durchgeführt wurde.
1988.
10. Liedtke, Dieter : Projekt: Beratungspfleger (Teil I).
Wanjura, Marlies : Dezember 1988.
11. Baum, Christiane : Vergleichbare Strukturdaten des Sozial- und Gesundheits-
Koch-Malunat, Norbert : wesens ausgewählter Großstädte der Bundesrepublik.
Seeger, Michael : Januar 1989.

12. Becker, Barbara : Zur subjektiven Morbidität der Berliner Bevölkerung
Kramer, Ramona : September 1989
Meinlschmidt, Gerhard
13. Liedtke, Dieter : Projekt: Beratungspfleger (Teil 2)
Wanjura, Marlies : November 1989
14. Haecker, Gero : Zur "Lebenssituation von Sozialhilfeempfängern"
Kirschner, Wolf : in Berlin (West)
Meinlschmidt, Gerhard : April 1990
15. Koch-Malunat, Norbert : Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen 1987
Klausing, Michael : in Berlin (West)
Juni 1990
16. Kiss, Anita : Ergebnisse der Schulentlassungsuntersuchungen 1988/89
in Berlin (West)
Februar 1992

Außerhalb dieser Reihe wurde veröffentlicht:

- Hermann, Sabine : Eine repräsentative Erhebung zur Gesundheitspolitik,
Meinlschmidt, Gerhard : der Politik im allgemeinen und zur Pflegeproblematik.
-Gesundheitsbarometer I-
November 1991

Die Broschüren können in der *Senatsverwaltung für Gesundheit - Referat Gesundheitsstatistik, Gesundheitsberichterstattung, Informations- und Kommunikationstechnik, Datenschutz-, Parochialstraße 1-3, 0-1020 Berlin*, angefordert werden.