

**ZUR PSYCHOSOZIALEN BEFINDLICHKEIT  
DER BERLINER BEVÖLKERUNG**  
- Eine statistische Analyse -

Angelika Hiestermann  
Thomas Hillen

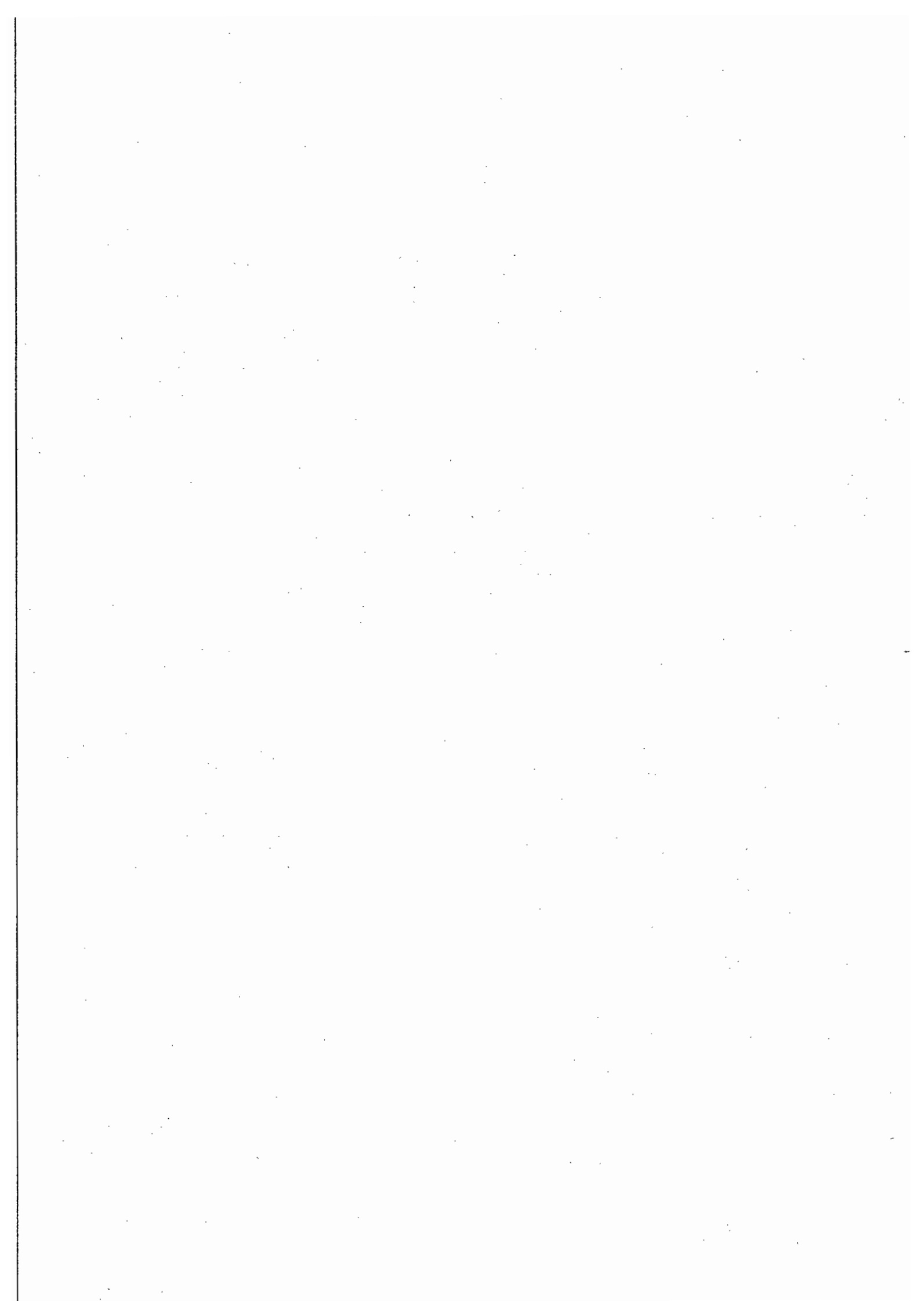
Diskussionspapier 28

Januar 1996

Besonderer Dank gilt  
den Kolleginnen Sabine Hermann und Anita Kiss  
sowie Herrn Dr. Thoelke  
für ihre Korrekturen und Anregungen

**TECHNISCHE MITARBEIT:** Christel Wirmann

**HERAUSGEBER:** Senatsverwaltung für Gesundheit Berlin  
Referat Gesundheitsstatistik, Gesundheitsberichterstattung,  
Informations- und Kommunikationstechnik, Datenschutz  
Schriftleiter: PD Dr. G. Meinschmidt  
Märkisches Ufer 54, 10179 Berlin  
Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Quellenangabe gestattet



Inhalt	Seite
1. Einleitung	3
2. Zusammenfassung der Ergebnisse	5
3. Datengrundlage und Methoden der statistischen Analyse	6
3.1 Datengrundlage	6
3.2 Methoden	6
3.2.1 Psychosoziale Meßinstrumente	6
3.2.2 Punktwerteverfahren	7
3.2.3 Faktorenanalyse	7
3.2.4 Berechnung des relativen Risikos	8
3.2.5 Nichtparametrische Testverfahren	8
4. Ergebnisse	9
4.1 Allgemeinbeschwerden nach der Beschwerdenliste (BL)	9
4.1.1 Bildung der Beschwerdegruppen mittels Faktorenanalyse	10
4.2 Psychische und somatoforme Beschwerden	11
4.2.1 Regionale Unterschiede	12
4.2.2 Geschlechtsspezifische Unterschiede	14
4.2.3 Altersspezifische Unterschiede	15
4.2.4 Schichtenspezifische Unterschiede	18
4.3 Arbeitslosigkeit und Gesundheit	18
4.3.1 Häufigkeit von Erwerbstätigkeit/Arbeitslosigkeit	18
4.3.2 In der Literatur beschriebene Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf psychische und physische Gesundheit	19
4.3.3 Auswertungsergebnisse zur Arbeitslosigkeit und Gesundheitszufriedenheit	20
4.3.4 Auswertungsergebnisse zur Arbeitslosigkeit und psychosozialen Beschwerden	21
4.4 Psychische und physische Gesundheit in Abhängigkeit von belastenden Lebensereignissen	23
4.5 Subjektive Beschwerden und Gesundheitsverhalten	24
4.6 Externe und interne Ressourcen: Hilfe zur Streßbewältigung	26
4.7 Interaktion von positivem Gesundheitsverhalten, Lebensereignissen und sozialer Unterstützung	29
5. Diskussion und Schlußfolgerungen	31
6. Anhang	33
6.1 Erläuterungen und Definitionen	34
6.2 Korrelationsmatrix der Faktorenanalyse	35
6.3 Tabellenanhang	42
6.3.1 Tabellenverzeichnis	54
6.3.2 Abbildungsverzeichnis	57
6.4 Literaturverzeichnis	58
6.5 Diskussionspapierverzeichnis	60



## 1. Einleitung

Nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) konzentriert sich der Begriff Gesundheit nicht nur auf einer rein physiologischen, sondern auch auf einer emotionalen und auf einer sozialen Ebene: Gesundheit wird demnach als ein Zustand völligen physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens bezeichnet. Bereits aufgrund dieser Begriffsbestimmung wird deutlich, wie schwierig es ist, die gesundheitliche Befindlichkeit an rein objektiven Kriterien festzumachen.

Es ist aber inzwischen unumstritten, daß psychosoziale Faktoren für das allgemeine Wohlbefinden sowie für die Entstehung zahlreicher Krankheiten mitverantwortlich sind. Dazu verweist die nationale Forschung immer wieder auf zwei Klassiker, die den Zusammenhang zwischen Krankheit bzw. Gesundheit und sozialer Lage deutlich beschrieben haben: Alfred Grotjahns „Soziale Pathologie“ (1912) und „Sozialer Wandel“ von Manfred Pflanz (1962). In den letzten drei Jahrzehnten haben Sozialwissenschaftler das Wissen über die Ursachen von Gesundheit bzw. Krankheit erheblich erweitert. Beispielsweise verdanken wir Antonovsky<sup>1</sup> die wichtige Unterscheidung zwischen Pathogenese und Salutogenese. Letzter Terminus wird als Gegenbegriff zur Pathogenese begriffen. Er beschreibt die Fähigkeit, aufgrund äußerer und innerer Ressourcen Belastungen besser aushalten zu können. Das bedeutet, daß Individuen, die erstens Belastungssituationen richtig einschätzen; zweitens die Fähigkeit besitzen, ihre inneren und äußeren Ressourcen zu mobilisieren und drittens Belastungen als positive Herausforderung begreifen, am ehesten vor Krankheiten gefeit sind.

Die Essenz der Untersuchung psychosozialer Faktoren liegt im Mensch-Umwelt-Verhältnis, das von Lebensereignissen und -bedingungen sowie von Einflüssen aus der Arbeitswelt geprägt wird. Hierbei zeigt sich, daß negative Einflüsse aus der Arbeitswelt (wie materielle und physische Arbeitsbelastungen: monotone Aufgaben, geringe Entlohnung, Lärm, Luftverschmutzung u.a.m.) und problematische Lebensereignisse (wie z.B. Langzeitarbeitslosigkeit, das Empfangen von Sozialhilfe, andauernde Konflikte in der Familie) oder unzumutbare Wohnverhältnisse, soziale Isolation im fortgeschrittenen Alter und der Solidaritätsverlust innerhalb der Bevölkerung einen wichtigen Einfluß

auf die Gesundheit nehmen können. In diesem Zusammenhang können als Folge psychosoziale Beschwerden auftreten. Betroffene Personen entwickeln oft spezielle Verhaltensweisen zur Bewältigung ihrer Belastungen (Copingmethoden). Häufig werden dabei selbstdestruktive Verhaltensweisen wie z.B. Medikamenten- und/oder Alkoholmißbrauch und Zigarettenkonsum verwendet.

Verschiedene Untersuchungen belegen, daß psychische und psychosomatische Störungen häufiger im mittleren Alter auftreten. Besondere Risikogruppen sind alleinstehende Männer, alleinerziehende Frauen sowie geschiedene Männer und Frauen. Berichtet wird auch, daß der sozioökonomische Status der Eltern während der Kindheit eine wesentliche Bedeutung für die spätere psychische aber auch somatische Gesundheit hat. Dabei wirkt sich ein Statusanstieg innerhalb der Generationsfolge besonders positiv aus und umgekehrt; weiterhin werden Aussagen bezüglich der Unterschiede zwischen dem Aufwachsen auf dem Lande und in der Stadt gemacht. Darüber hinaus wird auf Risikofaktoren, deren Ursprung in der nationalen, ethnischen und religiösen Herkunft liegt, verwiesen, wobei demokratische und rechtsstaatliche Rahmenbedingungen eine positive Rolle spielen.<sup>2</sup>

Die gesellschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen sind speziell für den vorliegenden Diskussionsbeitrag von Bedeutung. Mit der Wiedervereinigung Deutschlands ergab sich für die Bevölkerung beider Stadthälften Berlins eine Um- bzw. Neuorientierung im Sozialverhalten und im Denken. In sämtlichen Lebensbereichen mußte eine Adaption stattfinden: wie z.B. in der Arbeitswelt und im Hinblick auf soziale Umgangsformen. Auf den einen oder anderen wirkte sich diese Umstellung auch gesundheitlich aus, insbesondere hinsichtlich seiner psychosozialen Befindlichkeit.

1991 wurde im Auftrag der damaligen Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales ein repräsentativer Gesundheits- und Sozialsurvey in der gesamten Berliner Bevölkerung (ab 18 Jahren) durchgeführt. Der Survey ist ein Beitrag für die Verbesserung der Gesundheitsberichterstattung im Land Berlin, darüber hinaus gilt er als ein Baustein für die Planung der medizinischen und sozialen Versorgung nach der Wiedervereinigung.

<sup>1</sup> Antonovsky, A.: Die Salutogenetische Perspektive: Zu einer neuen Sicht von Gesundheit und Krankheit. In *Medicus* 2, 1989, S. 51-57.

<sup>2</sup> Ehl, M., Käfer, H.: Ausgewählte Projekte. In: Schepank, H.: Psychogene Erkrankungen der Stadtbevölkerung. Eine epidemiologische-tiefenpsychologische Feldstudie in Mannheim. Berlin 1987, S. 27 ff.

Der umfassende Datensatz des Gesundheits- und Sozialsurveys, der in seiner Art einmalig ist, weil er zu dieser Thematik der subjektiven Befindlichkeit der erste und bislang der einzige in Berlin ist, bietet eine gute Möglichkeit den Zusammenhang zwischen sozialen Faktoren und Gesundheit genauer zu betrachten.

Über die detaillierte Darstellung der allgemeinen subjektiven Gesundheit hinaus, deuten die Ergebnisse des Surveys an, daß es erhebliche Unterschiede zwischen den Berlinern und Berlinerinnen in beiden Teilen der Stadt hinsichtlich ihrer psychosozialen Befindlichkeit gibt.

Psychosoziale Beschwerden sind in der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (International Classification of Diseases/ICD 9. Revision) nicht enthalten. Aber in der demnächst in Anwendung kommenden ICD 10. Revision werden im Kapitel V (F) (Internationale Klassifikation psychischer Störungen) psychische und somatoforme Belastungsstörungen klassifiziert.

In der ICD-10 Kapitel V (F) wird durchweg der Begriff „Störungen“ verwendet, um den problematischen Gebrauch von Termini wie „Krankheit“ oder „Erkrankungen“ weitgehend zu vermeiden und um sich hinsichtlich rein körperlicher Krankheiten abzugrenzen.

In der vorliegenden Arbeit werden die Beschwerden nach der „Beschwerden-Liste“<sup>3</sup> dargestellt, wie sie bereits im Gesundheits- und Sozialsurvey erfaßt wurden. In der Literatur wird dieser Liste, als Meßinstrument für „psychosoziale Beschwerden“, der Vorzug vor anderen Beschwerdenerfassungs-Instrumenten gegeben. Die hier genannten Einzelbeschwerden sind zum Teil auch in der „Klassifikation für psychische Störungen“ zu finden.

Ziel der vorliegenden Analyse ist es, die Unterschiede zwischen Berlin-West und Berlin-Ost deutlicher darzustellen, das Lebensereignis „Arbeitslosigkeit“ mit seinen gesundheitlichen Auswirkungen näher zu beleuchten sowie Zusammenhänge zwischen Belastungen, und Ressourcen aufzuzeigen und Präventions- bzw. Interventionsmöglichkeiten anzusprechen.

Der Diskussionsbeitrag gliedert sich wie folgt: Zunächst werden die Methoden, dann die Ergebnisse, die anhand der Auswertung der Survey-Daten er-

folgten, beschrieben. Das letzte Kapitel beinhaltet die Schlußfolgerungen, die u.a. Bezug auf Präventions- und Interventionsmöglichkeiten nehmen.

Die statistische Auswertung der Ergebnisse erfolgt mittels einfachen Häufigkeitsverteilungen, Punktwertverfahren sowie Faktorenanalyse und Testverfahren.

<sup>3</sup> Zerssen, D. v.: Die Beschwerden-Liste. Manual Weinheim 1976.

## 2. Zusammenfassung der Ergebnisse

Obwohl sich bei dem 1991 in Berlin durchgeführten Gesundheits- und Sozialsurvey der *subjektive Gesundheitszustand* der Bevölkerung in beiden Teilen der Stadt kaum unterschieden hat, ließen sich jedoch, wie die vorliegende Arbeit zeigt, deutliche Unterschiede hinsichtlich der *psychosozialen Befindlichkeit* feststellen

Männer und Frauen aus Berlin-Ost wiesen demnach größere Einbußen im psychischen Wohlbefinden als die aus Berlin-West auf. Vor allem waren Einzelbeschwerden wie Reizbarkeit, Grübeleien, innere Unruhe und Stimmungsschwankungen nicht nur häufiger, sondern auch ausgeprägter vorhanden

Insgesamt gaben Frauen mehr psychische Beschwerden an, die im depressiv-resignativen Bereich liegen. Männer dagegen gaben eher funktionelle Beeinträchtigungen wie z.B. Stiche, Schmerzen oder Ziehen in der Brust, Sodbrennen und Magenschmerzen an.

Inbesondere die voll im *Erwerbsleben* stehenden Männer mittleren Alters aus Berlin-Ost klagten häufiger über psychische Beschwerden, während bei jüngeren Altersbereichen - gemessen an der Beschwerdebhäufigkeit - eine insgesamt „optimistischere“ Grundhaltung anzutreffen war

Im somatoformen Bereich gab es signifikante Unterschiede bei einem Vergleich nach *Schulbildung*. Dabei gaben Personen, die einen niedrigeren Schulabschluß hatten ungleich häufiger Einzelbeschwerden wie Müdigkeit, Kreuz- oder Rückenschmerzen sowie Nacken- oder Schulterschmerzen als solche, die über einen höheren Schulabschluß verfügten, an. Bei einem Vergleich zwischen den beiden Stadthälften ergab sich hier kein Unterschied

Im psychischen Bereich gab es deutliche Unterschiede zwischen Personen mit niedriger Schulbildung aus Berlin-West und Berlin-Ost. Insbesondere zeigten sich bei der Bevölkerung aus *Berlin-Ost* höhere Ausprägungen bei den Einzelbeschwerden wie Grübeleien und innere Unruhe.

Bei einem West-Ost-Vergleich zeigte sich, daß *Arbeitslose* aus Berlin-Ost deutlich häufiger psychische Beschwerden angaben, als die aus den westlichen Bezirken. Unterschiede zwischen den Geschlechtern gab es bei ihnen jedoch nicht. Allerdings zeigten sich hinsichtlich somatoformer Beschwerden deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede. Bezüglich der Anteile der dazugehörigen Einzelbeschwerden erwies sich im Summenindex vor allem eine starke Ausprägung von Beschwerden wie Reizbarkeit, Grübeleien, innere Unruhe, Stimmungsschwankungen, Kreuz- oder Rückenschmerzen und Nacken- oder Schulterschmerzen.

Die Angaben der arbeitslosen Bevölkerung über psychosoziale Beschwerden deckten sich mit den Einschätzungen zur Gesundheitszufriedenheit. Es zeigte sich dabei, daß bei Personen, die Beschwerden angaben, auch die Gesundheitszufriedenheit deutlich verringert war und daß *Arbeitslose* mit chronischen Erkrankungen über eine geringere Zufriedenheit verfügten als Erwerbstätige mit den gleichartigen Beschwerden.

Nach Regionen und Altersgruppen betrachtet, zeigte sich, daß 30- bis unter 60jährige Männer aus Berlin-Ost insgesamt mehr belastende Lebensereignisse (z.B. Arbeitsplatzgefährdung, finanzielle Sorgen, Scheidung) angaben als die gleichaltrigen aus Berlin-West

Personen, bei denen drei und mehr belastende Lebensereignisse innerhalb des letzten Jahres aufgetreten waren, gaben einen schlechteren Gesundheitszustand an, als Personen, die weniger oder gar keine belastenden Lebensereignisse angaben.

Zwischen Angaben von psychischen bzw. somatoformen Beschwerden und gesundheitsbewußtem Verhalten, ergab sich eine negative Korrelation. Das heißt, je mehr positive Verhaltensweisen die Befragten auswiesen, desto weniger Beschwerden wurden von ihnen angegeben.

### 3. Datengrundlage und Methoden der statistischen Analyse

#### 3.1. Datengrundlage

Als Datenbasis für die Auswertung dient der repräsentative Gesundheits- und Sozialsurvey Berlin, der 1991 im Auftrag der damaligen Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales von der Epidemiologischen Forschung Berlin (EFB) durchgeführt wurde.

Auf der Grundlage einer Zufallsauswahl von Adressen aus dem Einwohnermelderegister gaben 4.400 Personen ab 18 Jahren (2.900 aus Berlin-West und 1.500 aus Berlin-Ost) über ihre Lebensbedingungen, soziale Lage, gesundheitliche Situation und Einschätzung der Umweltsituation Auskunft.

Der Survey wurde mittels einer schriftlichen Befragung (mailed questionnaire) mit mündlicher, telefonischer Nachfrageaktion durchgeführt. Insgesamt wurde eine Ausschöpfung von 63 % erreicht, die gemessen an den spezifischen Ziel- und Aufstokkungsgruppen (Großstadtpopulation, unterschiedlicher Anteil von Männern und Frauen sowie unterschiedlicher Anteil der älteren Bevölkerung in Berlin-West/-Ost) als gut zu bezeichnen ist.

Nach Bezirken betrachtet, zeigten Tempelhof (69 %), Steglitz (68 %) und Zehlendorf (68 %) die höchsten, Wedding (55 %) und Tiegarten (51 %) die niedrigsten Ausschöpfungen <sup>4)</sup>

#### 3.2 Methoden

Nicht nur in Untersuchungen über die subjektive Gesundheit einer Bevölkerung, wie z.B. im Gesundheits- und Sozialsurvey Berlin, sondern immer häufiger auch in der klinischen Diagnostik <sup>5)</sup>, werden neben Befunderhebungen und Fremdbeurteilungs- auch Selbstbeurteilungsmethoden angewendet. Bei dem Aufbau solcher Testverfahren werden

<sup>4)</sup> Gesundheit, Umwelt und soziale Lage in Berlin 1991 Ergebnisse des Gesundheits- und Sozialsurveys 1991 im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Landes Berlin.

Vgl. dazu auch Kirschner, W.; Radoschewski, M.: Gesundheits- und Sozialsurvey Berlin. Diskussionspapier 17 Hrsg. Senatsverwaltung für Gesundheit. Berlin 1993

<sup>5)</sup> Koloska, R.; Rehm, J.; Fichter, M.: Ist die Beschwerdenliste valide? In *Diagnostica* 35 (3) 1989, S. 249

in einem ersten Schritt häufig Fragen über psychische und körperliche Symptome zusammengetragen. Nach einer Grundausswertung der Einzelfragen (Items) mit Hilfe verschiedener korrelationsstatistischer Methoden folgt die Faktorenanalyse.

#### 3.2.1 Psychosoziale Meßinstrumente

Unter der Vielzahl von Listen <sup>\*</sup>), die die subjektive Gesundheit erfassen sollen, ist die „v. Zerssen-Beschwerden-Liste“ als Skala, die den formalen testtheoretischen Anforderungen standhält - insbesondere im Hinblick auf psychosoziale Befindlichkeiten - am besten geeignet. <sup>6)</sup>

Die vorliegende Datenauswertung stützte sich auf folgenden Beschwerdenkomplex: Zu den 11 Einzelbeschwerden, die bereits im Gesundheits- und Sozialsurvey hinsichtlich der psychosozialen Befindlichkeit ausgewertet wurden (vgl. Abbildung 3.1), kamen weitere 20 körpernahe und allgemeine Beschwerden hinzu:

Kloßgefühl; Engigkeit oder Würgen im Hals; Schwindelgefühl; Kurzatmigkeit; Zittern; Schwächegefühl; Nacken- oder Schulterschmerzen; Schluckbeschwerden; Gewichtsabnahme; Stiche, Schmerzen oder Ziehen in der Brust; Leib- incl. Magen- oder Unterleibsschmerzen; Druck- oder Völlegefühl; Mattigkeit; Übelkeit; Herzklopfen, Herzjagen; Sodbrennen oder saures Aufstoßen; Kreuz- oder Rückenschmerzen; Schwere bzw. Müdigkeit in den Beinen; Unruhe in den Beinen; übermäßiges Schlafbedürfnis und Schlaflosigkeit.

Dabei handelt es sich insgesamt um Items, die den drei Parallelformen der oben genannten Beschwerden-Liste entnommen wurden (Allgemeinbeschwerden BL, körpernahe Beschwerden BL<sup>6</sup> und psychisch-körpernahe Beschwerden, BL<sup>7</sup>). Die hier als „zusätzlich“ bezeichneten Items sind zwar auch im Survey enthalten, wurden jedoch hinsichtlich psychosozialer Befindlichkeit nicht betrachtet.

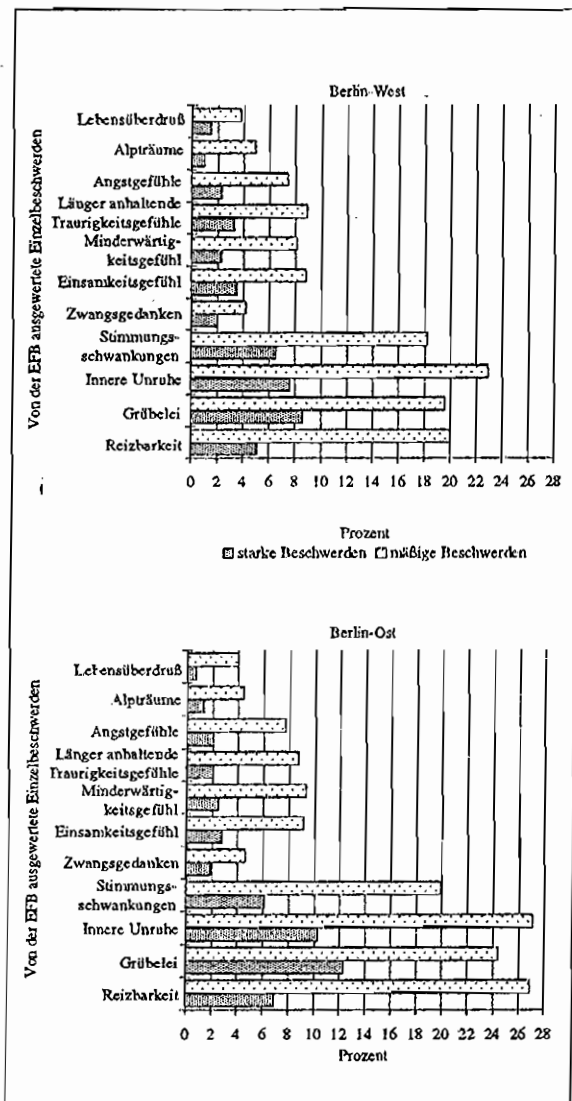
<sup>\*</sup>) Einige Beispiele: Freiburger Beschwerden-Liste, Beschwerdenfragebogen (ein Siebtestverfahren der Neuroendagnostik für Arzt und Psychologen), Social Interview Schedule des Max-Planck-Institutes für Psychiatrie usw.

<sup>6)</sup> Westhoff, G.: Handbuch psychosozialer Meßinstrumente. Ein Kompendium für epidemiologische und klinische Forschung zu chronischer Krankheit. Göttingen 1993



Die Beschwerden-Liste nach v. Zerssen erfaßt das Ausmaß subjektiver Beeinträchtigungen auf einer vierstufigen „Likert-Skala“ von „stark“ bis „gar nicht“<sup>7)</sup>

Abbildung 3.1: Psychosoziale Beschwerden - Berlin-West/Ost



### 3.2.2 Punktwerteverfahren

Für die Analyse erhielten die Skalierungen eines jeden Beschwerde-Items folgende Punktwerte: stark = 3 Punkte, mäßig = 2 Punkte, kaum = 1 Punkt, gar nicht = 0 Punkte. Zunächst wurde der Summensco-

7) Westhoff 1993

re für die Parallelform BL untersucht, wobei zu berücksichtigen war, daß 2 Items aus der Originalfassung fehlten. Des weiteren wurden die oben angegebenen 31 Beschwerden durch eine Faktorenanalyse in *somatoforme* und *psychische* Beschwerden unterteilt und hinsichtlich ihrer Verteilung untersucht

### 3.2.3 Faktorenanalyse

Die Faktorenanalyse ist ein datenreduzierendes Verfahren, mit dem Variablen entsprechend ihrer korrelativen Beziehungen in voneinander unabhängige Gruppen geordnet werden. Das heißt, daß die einzelnen Faktoren theoretische Variablen darstellen, die allen wechselseitig hoch korrelierten Variablen zugrundeliegen. Das Verfahren operiert in zwei Phasen:

In der *ersten Phase* werden sukzessive neue, „hypothetische“ Faktoren gebildet<sup>\*)</sup>. Das heißt, es wird eine neue Hintergrundvariable angenommen, die so berechnet wird, daß ein möglichst großer Anteil der ursprünglichen Varianz in Korrelationen mit dieser Variablen gebunden wird. Dieser Anteil wird dann herausgefiltert und der Vorgang durch die Bestimmung weiterer unabhängiger Faktoren solange wiederholt, bis kein „signifikanter“ Faktor mehr gefunden werden kann. Die Korrelation einer „Ausgangs-Variablen“ mit einem Faktor wird als „Faktorladung“ bezeichnet.

Da die Faktoren mathematisch bestimmt werden, sind sie auch kaum durch inhaltlich zusammenpassende, „dominierende“ Faktorladungen zu interpretieren. Deshalb wird in einer *zweiten Phase*, der „Rotationsphase“, die Faktorenachse<sup>\*)</sup> in eine „günstige“ Lage gedreht<sup>8)</sup>

Um die Anzahl der Faktoren so gering wie möglich zu halten, wird im allgemeinen ein Extraktionskriterium gewählt. Für diese Auswertung wurde die Anzahl der Faktoren nach dem Kaiser-Guttman-Kriterium (Eigenwert größer oder gleich 1) bestimmt. Die Berechnung ist im Anhang zu finden.

Für die beiden auf diese Weise ermittelten Faktoren, im folgenden *psychische* und *somatoforme* Beschwerdegruppe genannt, wurden Summenscores gebildet und hinsichtlich der Verteilung nach Geschlecht und Berlin-West/-Ost untersucht.

\*) Die Extraktion erfolgte mittels SPSS in „principal component analysis“. Die Rotation der Faktorenachsen erfolgte nach dem „varimax“-Kriterium

8) Bortz, J.: Lehrbuch der empirischen Forschung, Berlin 1984, S 616 ff

### 3.2.4 Berechnung des relativen Risikos

Zur vergleichenden Betrachtung von Krankheitshäufigkeiten können z.B. die Maße „absolute Häufigkeiten und Häufigkeiten in Relation zur Bevölkerungsgröße“ angewendet werden. Ein Vergleich kann entweder absoluter oder relativer Art sein. Absoluten Vergleichen liegt die Differenz unterschiedlicher Krankheitshäufigkeiten zwischen einer exponierten und einer nicht exponierten Gruppe zugrunde. Relative Vergleiche beruhen im Gegensatz dazu auf dem Verhältnis zwischen der Krankheitshäufigkeit der exponierten und der nicht exponierten Gruppe. Relative Vergleiche werden als "relatives Risiko" (RR) bezeichnet. Das "relative Risiko" errechnet sich also aus dem Verhältnis der Inzidenz der exponierten und nichtexponierten Gruppe. Die exakten Berechnungen sind der statistischen Literatur zu entnehmen.<sup>9)</sup>

Alle angegebenen Konfidenzintervalle liegen bei 95 Prozent. Die Irrtumswahrscheinlichkeit beträgt 5 Prozent.

### 3.2.5 Nichtparametrische Testverfahren

Für die Signifikanztestung wurden nichtparametrische (verteilungsfreie) statistische Testverfahren angewendet. Diese sind immer dann anzuwenden, wenn die Annahmen anderer Tests nicht zutreffen oder wenn die Verlaufsdaten nominal oder ordinal skaliert sind. Rangtests spielen hierbei eine bedeutende Rolle. Für diese Auswertung ist der Rangsummentest nach Kruskal-Wallis bzw. der äquivalente Mann-Whitney-U-Test verwendet worden.<sup>10)</sup>

9) Ahlbohm, A.; Norell, S.: Einführung in die moderne Epidemiologie. Bundesgesundheitsamt: Bga-Schriften. München 1991, S. 41 ff.

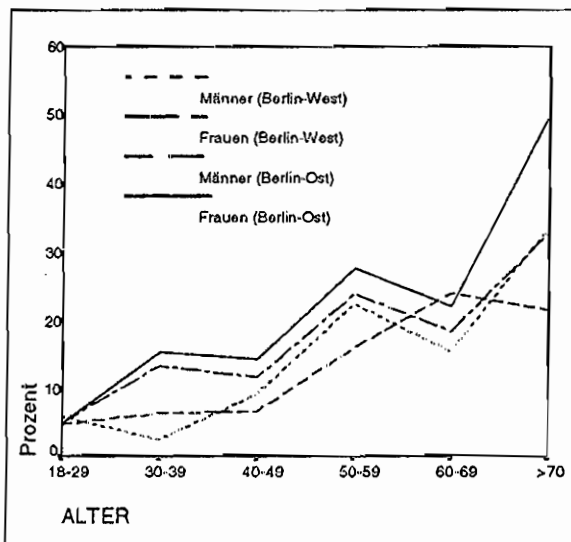
10) Siegel, A.: Nichtparametrische statistische Methoden. 2. Auflage 1985. Schubö, W.: SPSS. Handbuch der Programmversionen 4.0 und SPSS-X 3.0. Autorisierte deutsche Bearbeitung des SPSS reference guide Stuttgart 1991, S. 490

## 4. Ergebnisse

### 4.1 Allgemeinbeschwerden nach der Beschwerdenliste (BL)

Die Ergebnisse des Gesundheits- und Sozialsurveys zeigten, daß sich der subjektive Gesundheitszustand der Berliner und Berlinerinnen in den beiden Stadthälften insgesamt kaum unterschied. Wenn auch Ältere ihre eigene Gesundheit als schlechter einschätzten als Jüngere und Frauen im mittleren Alter unzufriedener mit der Gesundheit waren als gleichaltrige Männer, so beurteilen doch annähernd gleich viele Personen aus Berlin-West und -Ost ihren Gesundheitszustand als "weniger gut" bzw. "schlecht".

**Abbildung 4.1:**  
Subjektive Gesundheit nach Alter, Geschlecht und Berlin-West/Ost-Verteilung  
- Häufigkeit der Einschätzung "weniger gut bzw. schlecht"



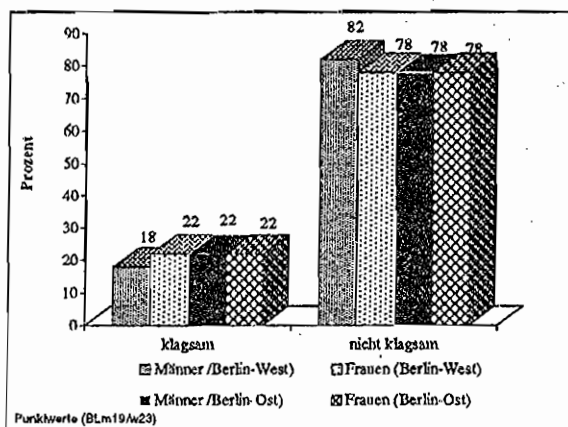
Es ließen sich allerdings deutliche Unterschiede zwischen den beiden Stadthälften hinsichtlich der psychosozialen Befindlichkeit feststellen.

Nach der Beschwerdenliste (vgl. Kapitel 3.2.2) wiesen 31 Prozent der Frauen und 18 Prozent der Männer Beschwerden auf.

Vergleicht man nun anhand des für Frauen und Männern unterschiedlichen Punktwertverfahrens die Angaben der Befragten nach Regionen, so zeigten sich zunächst einmal nur geringe Unterschiede:

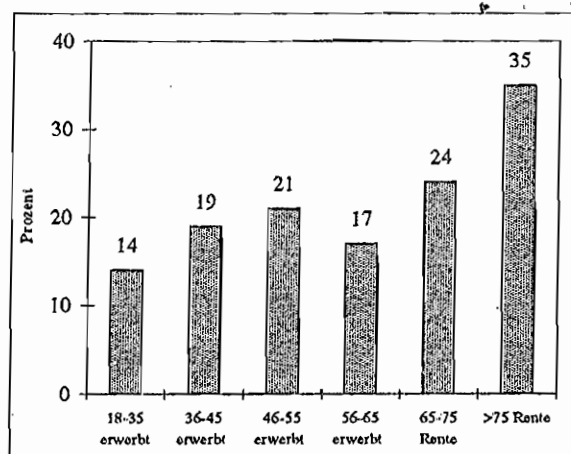
22 Prozent der Berlinerinnen und Berliner aus den östlichen und 20 Prozent aus den westlichen Bezirken klagten über Allgemeinbeschwerden (vgl. Abbildung 4.2).

**Abbildung 4.2:**  
Häufigkeit von Personen mit Beschwerden nach Geschlecht - Berlin-West/-Ost -



Hinsichtlich der Beschwerden gab es in den definierten Altersgruppen deutliche Unterschiede, dabei fällt die Gruppe der 56- bis 65jährigen infolge Selektion wegen Krankheit und Frührente heraus.

**Abbildung 4.3:**  
Häufigkeit von Personen mit Beschwerden - nach Alter und Erwerbstätigkeit / Rente



In Tabelle 4.1 finden sich die acht häufigsten Beschwerden der Gesamtstichprobe. Die Belastungsstufen „kaum“ bis „stark“ wurden hier zusammengefaßt, so daß jedes Beschwerde-Item als *vorhanden* bzw. *nicht vorhanden* dargestellt werden konnte. Dabei intendieren die nachfolgenden Häufigkeitsangaben der Beschwerden nicht die Bevölkerung Berlins, sondern lediglich die Personen, die überhaupt über Beschwerden klagen.

**Tabelle 4.1:**  
Prozentuale Häufigkeit der meistgenannten Beschwerden (kaum bis stark)

Beschwerden	In %
Kreuz- oder Rückenschmerzen	73
Innere Unruhe	61
Mattigkeit	60
Reizbarkeit	59
Nacken- oder Schulterschmerzen	58
Stimmungsschwankungen	57
Grübeleien	56
Übermäßiges Schlafbedürfnis	56

Hierbei handelt es sich in erster Linie um psychische-körpernahe Befindlichkeitsstörungen, wobei Kreuz- oder Rückenschmerzen, Nacken- oder Schulterschmerzen sowie übermäßiges Schlafbedürfnis im körperlichen Bereich; innere Unruhe, Mattigkeit, Reizbarkeit, Stimmungsschwankungen und Grübeleien dagegen im psychischen Bereich angesiedelt sind

**Tabelle 4.2:**  
Mittelwert, Standardabweichungen und Quartile des Summenscores für somatoforme und psychische Beschwerden nach Geschlecht und Berlin-West/-Ost

	somatoforme Beschwerden					psychische Beschwerden				
	Berlin	-West		-Ost		Berlin	-West		-Ost	
		Männer	Frauen	Männer	Frauen		Männer	Frauen	Männer	Frauen
Mw	11,2	9,4	12,7	9,4	12,8	12,8	10,4	14,0	12,4	14,7
StdD	8,8	7,6	8,7	7,6	8,4	10,9	9,8	11,7	10,9	10,4
25%	5,0	4,0	6,0	3,8	6,8	4,8	3,3	5,0	3,3	6,7
50%	9,0	8,0	11,0	7,0	11,4	10,0	8,3	11,7	10,0	13,3
75%	16,0	13,0	18,0	13,0	18,0	18,3	15,0	20,0	16,7	21,7
90%	23,0	20,0	25,0	20,0	25,0	28,3	23,3	30,0	26,7	28,3

#### 4.1.1 Bildung von Beschwerdegruppen mittels Faktorenanalyse

Mittels Faktorenanalyse wurden 31 Items der „von Zerssen-Liste“ in zwei Beschwerdegruppen zusammengefaßt (vgl. Kapitel 3.2.3). Die Faktorladungen ergaben eine hohe Korrelation des ersten Faktors mit folgenden Einzelbeschwerden:

Minderwertigkeitsgefühle, Traurigkeitsgefühle, Reizbarkeit, Grübeleien, Innere Unruhe, Angstgefühle, Alpträume, Lebensüberdruß, Stimmungsschwankungen, Zwangsgedanken, Einsamkeitsgefühle

Hoch luden auf den zweiten Faktor:

Kloßgefühl, Schwindelgefühl, Kurzatmigkeit, Zittern, Schwächegefühl, Nacken- oder Schulterschmerzen, Schluckbeschwerden, Gewichtsabnahme, Stiche, Schmerzen in der Brust, Leib- incl. Magen- oder Unterleibsschmerzen, Druck- oder Völlegefühl, Mattigkeit, Übelkeit, Herzklopfen bzw. -jagen, Sodbrennen, Kreuz- oder Rückenschmerzen, schwere Beine, unruhige Beine, übermäßiges Schlafbedürfnis, Schlaflosigkeit,

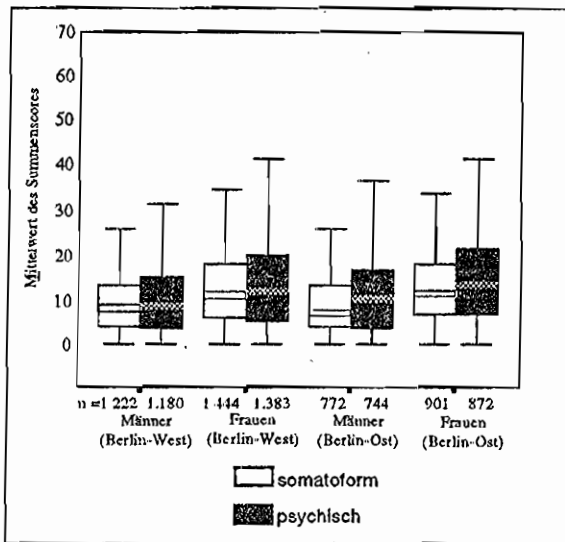
Der erste Faktor faßte demzufolge *psychische* und der zweite Faktor eher *somatoforme* Beschwerden zusammen

Für die beiden Faktoren wurden Summenscores gebildet und hinsichtlich Verteilung nach Geschlecht und Berlin-West/-Ost untersucht. Die Mittelwerte (Mw), Standardabweichungen (StdD) und Quartile sind in Tabelle 4.2 dargestellt

## 4.2 Psychische und somatoforme Beschwerden

Die psychischen Beschwerden wiesen sowohl hinsichtlich des Geschlechts als auch hinsichtlich der West-Ost-Verteilung signifikante Unterschiede auf. Bei den somatoformen Beschwerden war der Unterschied nur für das Geschlecht signifikant.

**Abbildung 4.4:**  
Mittelwert des Summenscores für somatoforme bzw. psychische Beschwerden nach Geschlecht Berlin-West / -Ost



Für den Zusammenhang zwischen dem Alter und den somatischen bzw. psychischen Beschwerden war festzustellen, daß (wie erwartet) die somatischen Beschwerden mit höherem Alter zunahm. Der signifikante Korrelationskoeffizient nach Pearson ( $p < 0,001$ ) war positiv und betrug  $r = 0,16$ . Die psychischen Beschwerden wiesen eine derartige Altersabhängigkeit nicht auf (vgl. Tabelle 4.3,  $r = 0,01$ ).

**Tabelle 4.3:**  
Korrelation zwischen Alter und BL-Score, somatoformen sowie psychischen Beschwerden. Partielle Korrelation unter Kontrolle für Geschlecht, Berlin-West/-Ost-Verteilung und Schulbildung

Alter	BL-Score	somatoforme Beschwerden	psychische Beschwerden
<b>Korrelation nach Pearson</b>	$r = 0,15$	$r = 0,16$	$r = 0,04$
<b>partielle Korrelation</b>	$r = 0,12$	$r = 0,16$	$r = 0,01$

In einem weitergehenden Schritt (mittels Kruskal-Wallis-Test) wurde die Altersabhängigkeit der somatischen und psychischen Beschwerden aufgezeigt. Es ergaben sich signifikante Unterschiede zwischen der jüngsten und der ältesten Altersgruppe.

Die im West-Ost-Vergleich am stärksten differierenden Einzelbeschwerden zeigten nach dem Kruskal und Wallis-Test auch eine signifikante Schichtenabhängigkeit im somatoformen, nicht aber im psychischen Bereich.

### 4.2.1 Regionale Unterschiede

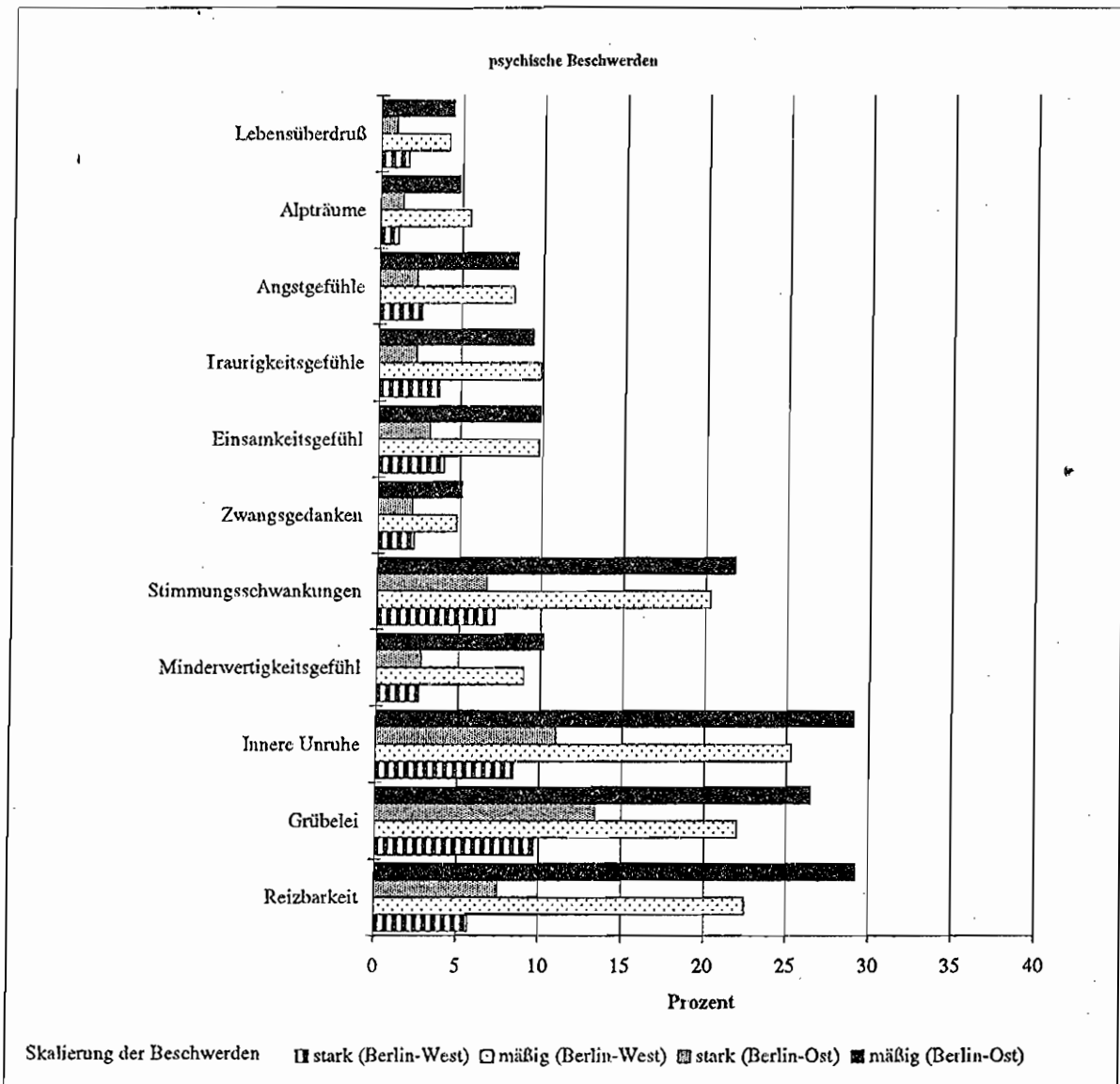
Abbildung 4.5 gibt einen Überblick über die Häufigkeit der 31 psychischen und somatoformen Beschwerden bei der Bevölkerung Berlins, verteilt nach Berlin-West und -Ost.

Die Häufigkeitsverteilung der beiden Beschwerdegruppen zeigte, daß es erhebliche Unterschiede zwischen den Berlinern und Berlinerinnen in bei-

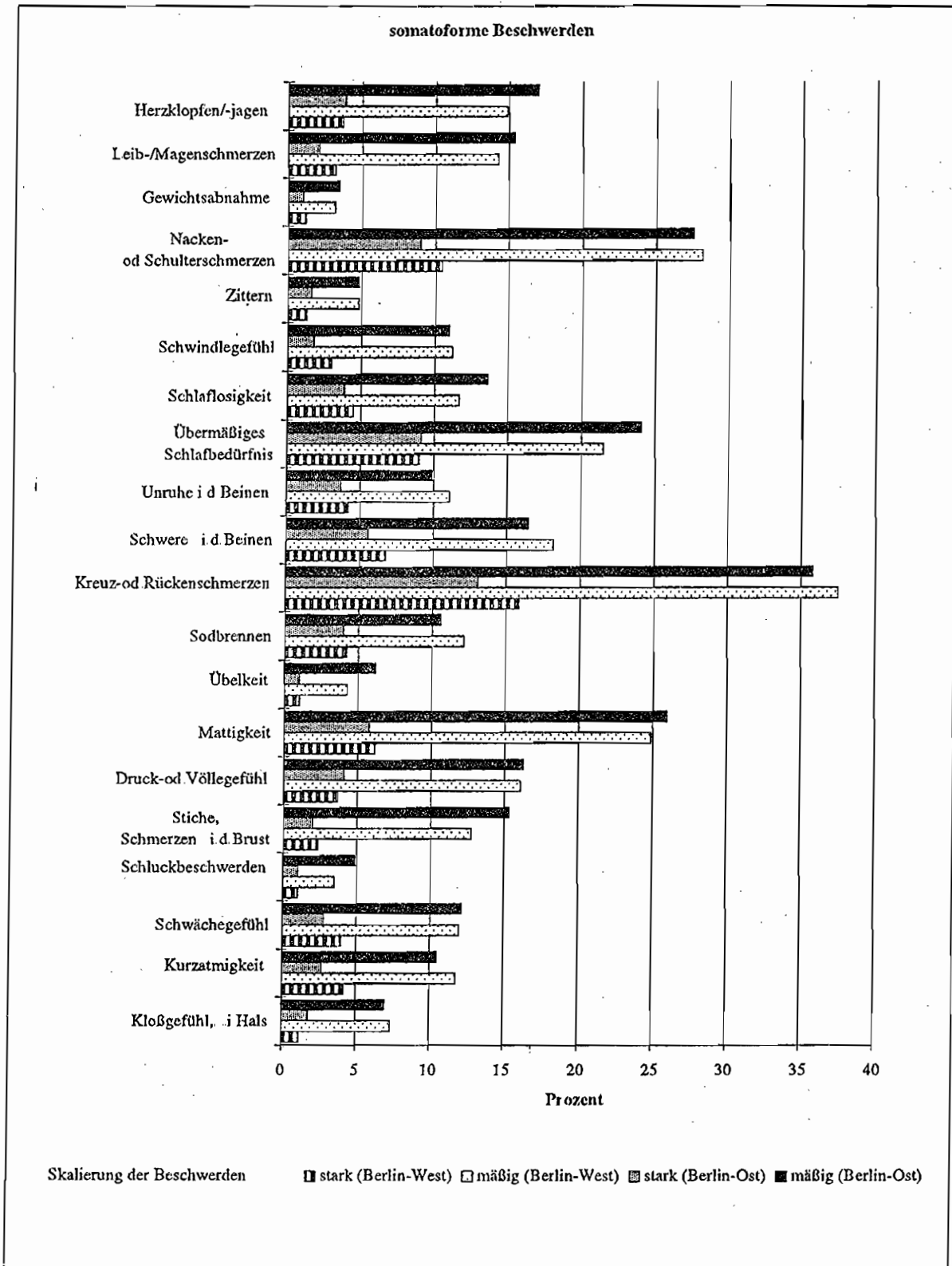
den Teilen der Stadt hinsichtlich der psychosozialen Befindlichkeiten gibt. Daß diese Unterschiede vor allem im *psychischen* Bereich liegen und signifikant sind, wurde bereits dargestellt.

Männer und Frauen aus Berlin-Ost weisen also größere Einbußen im psychischen Wohlbefinden auf als die Bevölkerung im Westteil der Stadt. Vor allem sind die Beschwerden Reizbarkeit, Grübeleien und innere Unruhe nicht nur häufiger, sondern auch ausgeprägter vorhanden (vgl. Tabelle A4.1).

Abbildung 4.5: Psychosoziale Beschwerden der Berliner Bevölkerung (Häufigkeit der Skalenwerte "stark bzw. mäßig")



noch Abbildung 4.5:  
 Psychosoziale Beschwerden der Berliner Bevölkerung (Häufigkeit der Skalenwerte "stark bzw. mäßig")



### 4.2.2 Geschlechtsspezifische Unterschiede

Sowohl im psychischen als auch im somatoformen Bereich gibt es signifikante Unterschiede zwischen Männern und Frauen.

Insgesamt gaben Frauen mehr psychische Beschwerden an, die eher im depressiv-resignativen Bereich liegen. Dabei handelte es sich um folgende Beschwerden („stark“ bis „mäßig“ zusammengefaßt):

Angstgefühle (Männer 6 %, Frauen 15 %), Traurigkeitsgefühle (Männer 8 %, Frauen 17 %), Minderwertigkeitsgefühle (Männer 23 %, Frauen 32 %), Einsamkeitsgefühle (Männer 8 %, Frauen 16%) und Grübeleien (Männer 31 %, Frauen 39 %)

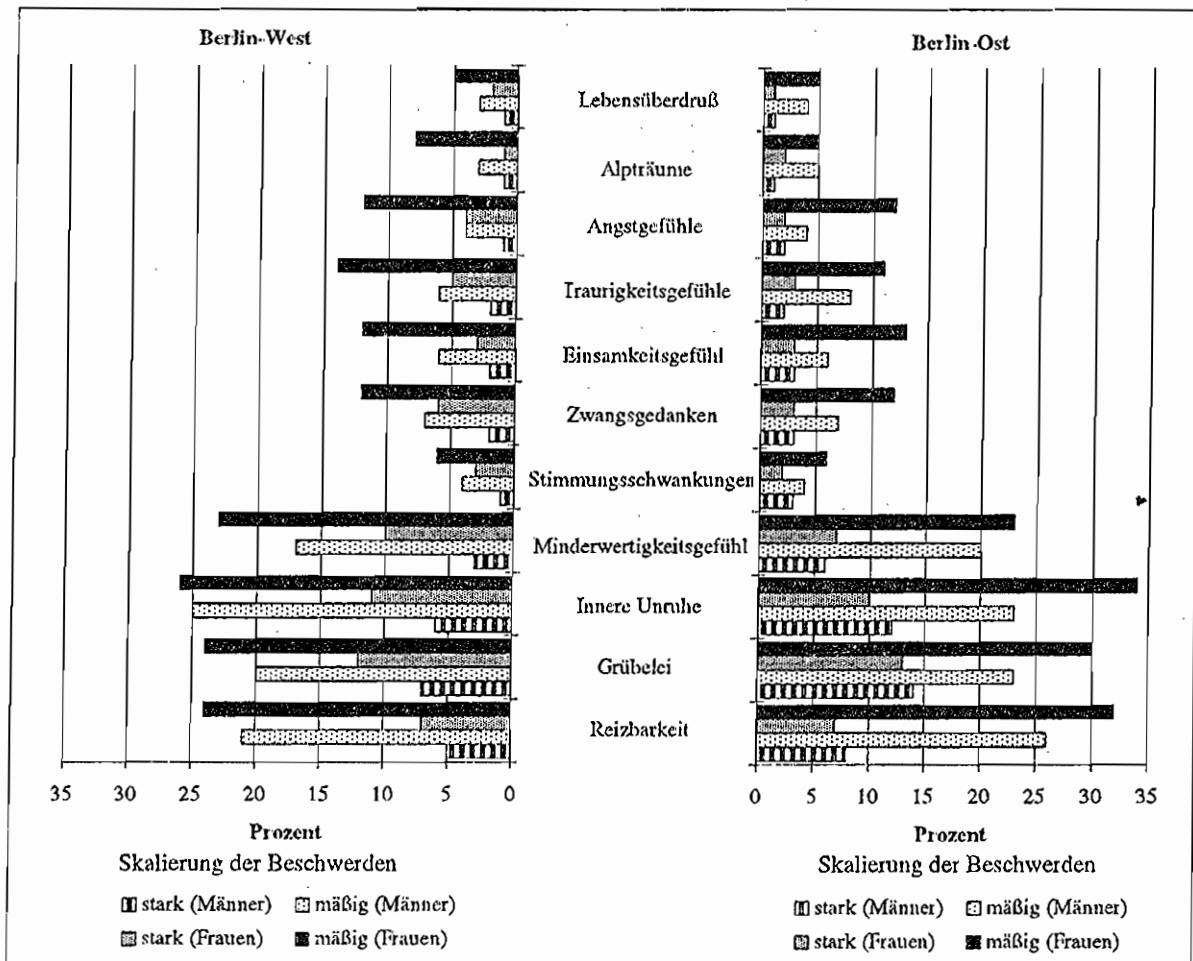
Abbildung 4.6:  
Psychische Beschwerden - nach Geschlecht -  
(Häufigkeit der Skalenwerte "stark bzw. mäßig")

Im somatoformen Bereich unterscheiden sich die Geschlechter signifikant bei folgenden Beschwerden („stark“ bis „mäßig“ zusammengefaßt):

Kreuz- oder Rückenschmerzen (Männer 44 %, Frauen 59 %), Nacken- oder Schulterschmerzen (Männer 25 %, Frauen 39 %) und übermäßiges Schlafbedürfnis (Männer 26 %, Frauen 36 %).

„Typisch männliche“ Beschwerden tangieren eher den Leistungsbereich oder gehören zu den funktionellen Beeinträchtigungen wie z.B. Stiche, Schmerzen oder Ziehen in der Brust, Sodbrennen oder saures Aufstoßen und Magenschmerzen

Im West-Ost-Vergleich stellt sich die Situation etwas anders dar: Männer aus Berlin-Ost weisen erheblich höhere Einbußen an psychischem Wohlbefinden auf als Männer aus Berlin-West. Auch den Frauen aus den östlichen Bezirken geht es hinsichtlich der psychischen Befindlichkeiten erheblich schlechter als den Frauen aus dem Westteil der Stadt (vgl. Tabelle A4.2 und Abbildung 4.6)





### 4.2.3 Altersspezifische Unterschiede

Da für die ältere Bevölkerung (60 Jahre u.m.) bereits ein Diskussionsbeitrag, der u.a. auch diese Thematik berührt, vorliegt<sup>11)</sup>, konzentriert sich in der vorliegenden Arbeit die Darstellung der altersspezifischen Unterschiede auf die Altersgruppen der 18- bis 59jährigen.

**Tabelle 4.4:**  
Altersgruppen-Verteilung der 18- bis 59jährigen der Gesamtstichprobe

Altersgruppen	Männer 18-59 Jahre Berlin				Frauen 18-59 Jahre Berlin			
	-West n = 948		-Ost n = 675		-West n = 911		-Ost n = 691	
	n	%	n	%	n	%	n	%
18-29 Jahre	291	31	219	32	274	30	226	33
30-39 Jahre	221	23	175	26	210	23	171	25
40-49 Jahre	259	27	140	21	239	26	145	21
50-59 Jahre	177	19	141	21	188	21	149	21

Insbesondere die voll im Erwerbsleben stehenden Männer aus Berlin-Ost im mittleren Alter klagen häufiger über psychische Beschwerden, während in den jüngeren und jüngsten Altersbereichen - gemessen an der Beschwerdebhäufigkeit - eine insgesamt „optimistischere“ Grundhaltung anzutreffen ist.

Auch Frauen aus Berlin-Ost weisen in den jüngsten Altersgruppen geringere Beschwerdeindizes auf, liegen jedoch in den mittleren und älteren Altersbereichen teilweise erheblich über den Werten der Frauen aus Berlin-West (vgl. Tabellen A4.3 und A4.4).

30-39jährige Männer aus Berlin-Ost klagen ungleich häufiger über Reizbarkeit, Grübeleien, innere Unruhe und Stimmungsschwankungen als gleichaltrige Männer aus Berlin-West und auch die älte-

ren 50-59jährigen Frauen geben diese Beschwerden weitaus häufiger an, als die gleichaltrigen aus Berlin-West (vgl. Tabellen A4.5 und A4.6).

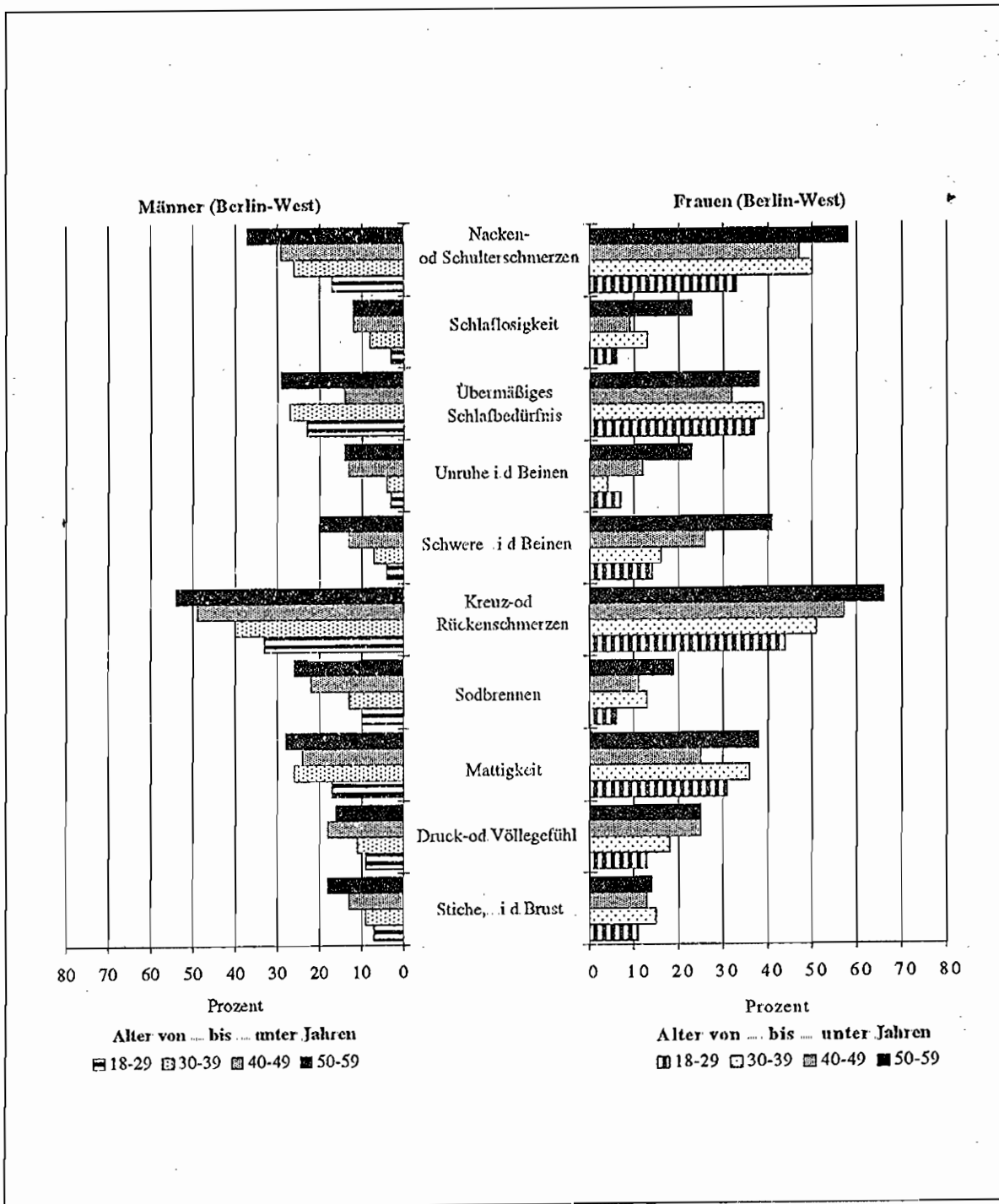
Wie zu erwarten, nehmen speziell die somatischen Beschwerden mit höherem Alter zu. Dennoch gibt es auch hier Unterschiede zwischen den beiden Stadthälften.

40- bis 59jährige Männer und Frauen aus Berlin-Ost weisen gleichermaßen wesentlich höhere Beschwerdeindizes auf als gleichaltrige aus Berlin-West (vgl. Abbildung 4.6).

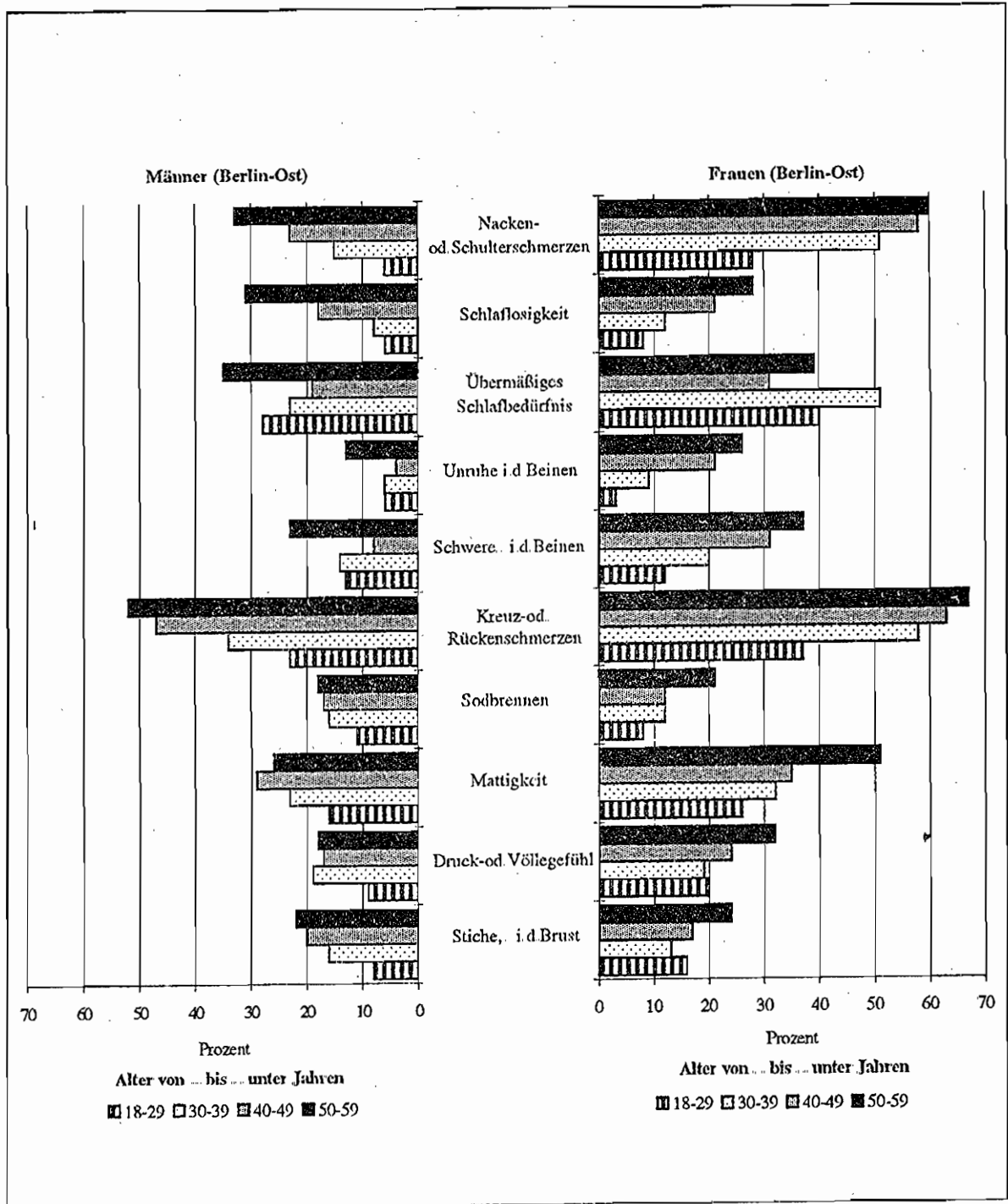
Bei Berücksichtigung der Signifikanz fanden sich als typische Beschwerden im erwerbsfähigen Alter von 40 bis 59 Jahren, Kreuz- oder Rückenschmerzen und Nacken- oder Schulterschmerzen (vgl. Abbildung 4.7).

<sup>11)</sup> Beblo, M.: Zur Dimension der sozialen und gesundheitlichen Lage älterer Menschen in Berlin - Eine empirisch-statistische Diagnose. Hrsg. Senatsverwaltung für Gesundheit Berlin 1995

Abbildung 4.7:  
Häufigkeit ausgewählter somatoformer Beschwerden (stark und mäßig) - nach Alter und Geschlecht



noch Abbildung 4.7:  
 Häufigkeit ausgewählter somatoformer Beschwerden (stark und mäßig) nach Alter und Geschlecht



#### 4.2.4 Schichtenspezifische Unterschiede

Der soziale Status einer Person ist eine Determinante seiner Gesundheit und auch seiner Lebenserwartung. Neuere Untersuchungen<sup>12)</sup> weisen darauf hin, daß die unterschiedlichsten Morbiditäts- und Mortalitätsraten nach sozialem Status (oder nach sozialer Schicht) variieren. Personen mit niedrigerem Status haben die höchsten Morbiditäts- bzw. Mortalitätsraten.

Für den Gesundheits- und Sozialsurvey wurden die sozialen Schichten nach dem Schulabschluß definiert. In der vorliegenden Auswertung wurde dieser Definition übernommen. Danach wurde die Bevölkerung bzw. die Alters- und Geschlechtsgruppen in folgende Schichten unterteilt:

Unterschicht (S I):  
Volks-, Hauptschulabschluß/Abschluß 8. Klasse

Mittelschicht (S II):  
Mittlere Reife/Abschluß 10. Klasse

Oberschicht (S III):  
Fachhochschulreife, Abitur

Aufgrund der Survey-Operationalisierung waren lediglich 7 Prozent der Befragten aus Berlin-West und 5 Prozent aus Berlin-Ost nicht schichtenspezifisch zuzuordnen.

Die beschriebenen regionalen und geschlechtsspezifischen Unterschiede der psychischen und somatoformen Beschwerden sind in der unteren Schicht (S I) akzentuierter. Das heißt, sie weisen insgesamt höhere psychosoziale Alterationen auf.

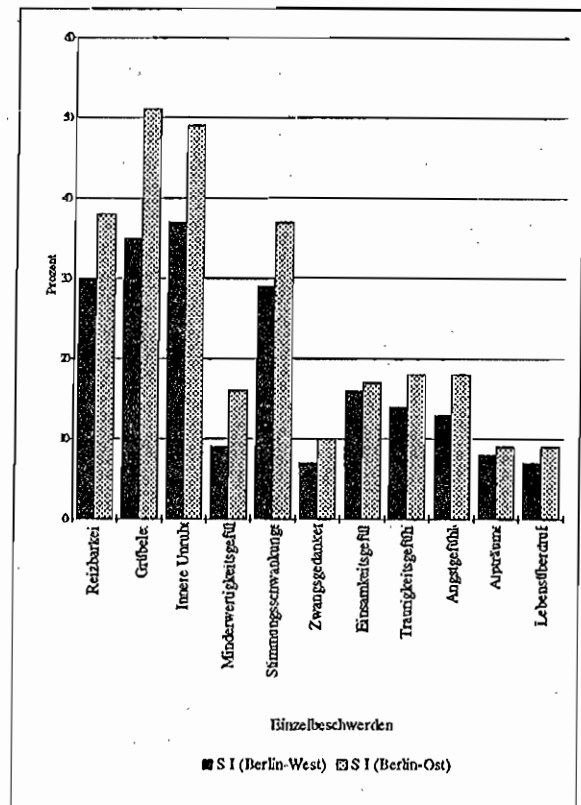
Hinsichtlich psychischer Beschwerden gibt es allerdings keine wesentlichen Unterschiede zwischen (SI) Unter-, (SII) Mittel- und (SIII) Oberschicht, mit Ausnahme in den Einzelbeschwerden Grübeleien und Innere Unruhe. Aber im somatoformen Bereich sind signifikante Unterschiede zwischen der Unter- und der Oberschicht zu sehen. Vor allem geben Personen aus der Unterschicht ungleich häufiger die Einzelbeschwerden Mattigkeit, Kreuz- oder Rückenschmerzen sowie Nacken- oder Schulterschmerzen an (vgl. Tabelle A 4.7).

<sup>12)</sup> Hermann, S., Meinschmidt, G.: Sozialstrukturatlas Berlin. Erste gemeinsame Berechnung für alle Bezirke. Hrsg. Senatsverwaltung für Gesundheit. Berlin 1995.  
Helmert, U.: Sozialschichtspezifische Unterschiede in der selbst wahrgenommenen Morbidität und bei ausgewählten gesundheitsbezogenen Indikatoren in West-Deutschland.  
Telmel, G.; Witzko, K.H.: Soziale Polarisierung und Mortalitätsentwicklung. Erste Ergebnisse der kommunalen Gesundheitsberichterstattung des Landes Bremen.  
In: Krankheit und soziale Ungleichheit. Hrsg. Mielck, A. Opladen 1994.

Wiederum finden wir im psychischen Bereich deutliche Unterschiede zwischen Berlin-West (S I) und Berlin-Ost (S I). Insbesondere zeigen sich bei den Berlinern und Berlinerinnen aus Berlin-Ost höhere Ausprägungen bei den Einzelbeschwerden Grübeleien und Innere Unruhe. Dazu wird auch auf die Tabellen A4.7 und A4.8 verwiesen.

Abbildung 4.8 gibt die prozentuale Verteilung der psychischen Beschwerden in der unteren Schicht, zusammengefaßt in stark und mäßig, wider.

Abbildung 4.8:  
Häufigkeit psychischer Beschwerden (stark und mäßig) Berlin-West / -Ost - Schicht I



### 4.3 Arbeitslosigkeit und Gesundheit

#### 4.3.1 Häufigkeit von Erwerbstätigkeit / Arbeitslosigkeit

Zum Zeitpunkt der Datenerhebung (Frühjahr 1991) hatte sich die Strukturkrise auf dem Arbeitsmarkt anscheinend noch nicht voll umgesetzt. Bezogen auf die Altersgruppe der 18- bis 59-jährigen gaben

10 Prozent der Bevölkerung aus Berlin-Ost und 7 Prozent aus Berlin-West an, arbeitslos gemeldet zu sein

Nach einem Abgleich mit den Arbeitslosenzahlen des Landesarbeitsamtes Berlin-Brandenburg, zeigten die Survey-Daten nur eine geringfügige Abweichung (Arbeitssuchende bis Mai 1991: 6 % Berlin-West, 10 % Berlin-Ost)

Der Anteil der regelmäßig Erwerbstätigen war zu dieser Zeit im Ostteil der Stadt signifikant höher als im Westteil. Ohne Berücksichtigung der Kurzarbeiter in Höhe von ca. 10 Prozent war der Anteil der regelmäßigen Vollerwerbstätigen bei den Männern praktisch gleich (Berlin-West 72 %, Berlin-Ost 70 %), bei den Frauen in den östlichen mit 55 Prozent gegenüber 43 Prozent der Frauen aus den westlichen Bezirken jedoch immer noch signifikant höher <sup>13)</sup>

Tabelle 4.5:  
Erwerbstätige / Arbeitslose in der Altersgruppe der 18- bis 59jährigen in Berlin-West/-Ost

	Männer		Frauen	
	Berlin-West	Berlin-Ost	Berlin-West	Berlin-Ost
	n =	n =	n =	n =
	948	675	911	691
	in %	in %	in %	in %
arbeitslos gemeldet	7	10	5	11
regelmäßig erwerbstätig	75	81	64	71
darunter:				
- voll(er)erwerbstätig	72	70	43	55
- teilweise	3	1	20	6
- Kurzarbeit	0,2	11	0,2	10

#### 4.3.2 In der Literatur beschriebene Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf psychische und physische Gesundheit

Daß Arbeitslosigkeit ein sozialer Stressor ist, der sowohl psychische als auch somatische Auswirkungen auf die Gesundheit haben kann, ist hinlänglich

<sup>13)</sup> Kirschner, Radoschewski 1993, S. 14 f

<sup>14)</sup> Waltz, E.M.: Soziale Faktoren bei der Entstehung und Bewältigung von Krankheit - ein Überblick über die empirische Literatur. In: Soziale Unterstützung und chronische Krankheit. Zum Stand sozialepidemiologischer Forschung. Hrsg. Badura, B. Frankfurt 1981, S. 40 ff.

bekannt, die Folgen werden aber nicht immer wirksam bekämpft. Es gibt zwar eine Vielzahl von Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen, doch die wirklich Bedürftigen werden häufig nicht erreicht. Besonders betroffen sind Langzeitarbeitslose und Vorruehständler.

Darüber hinaus belegen Studien, daß z.B. Kündigungen und wiederholter Arbeitsplatzwechsel in vielerlei Hinsicht genau so belastend sein können, wie die Arbeitslosigkeit selbst. Sie zählen im Sinne der „Life-Event-Forschung“ zu den lebensverändernden Ereignissen und haben unterschiedlich starke psychische und somatische Auswirkungen. Dennoch zeigen diese Untersuchungen auch, daß Arbeitslose in ihrem psychischen und somatischen Wohlbefinden am stärksten eingeschränkt sind. <sup>14)</sup>

Vor allem Langzeitarbeitslosigkeit führt zu psychischen Beschwerden wie z.B. Ängsten und Grübeleien. Diese wiederum, können unspezifische Reaktionen des Organismus, wie Hypertonie, erhöhte Blutfettwerte, vermehrter Ausschüttung der Magensäure, die mit starkem Sodbrennen einhergeht und andere Stressreaktionen nach sich ziehen. Mit der Zeit können diese Reaktionen den Charakter chronischer Beschwerden annehmen. Der deutlichste Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und physischer Erkrankung wurde bei chronischen Gelenkentzündungen festgestellt. <sup>15)</sup>

Besonders starke angstneurotische und destruktive Verhaltensänderungen wurden bei alleinstehenden Frauen, Menschen mit höherer beruflicher Qualifikation und älteren Arbeitslosen beobachtet. <sup>16)</sup>

Darüber hinaus stehen Arbeitslosigkeit und Gesundheitsrisiken in engem Zusammenhang. Die mit der Arbeitslosigkeit zusammenhängenden finanziellen Einbußen führen häufig zu qualitativen Einschränkungen auf dem Gebiet der Ernährung. Berichtet wird auch von ausbleibender körperlicher und sportlicher Betätigung und von Alkohol-, Zigaretten-, Medikamenten- und Drogenmißbrauch.

Gesundheitliche Versorgungseinrichtungen werden von Arbeitslosen weniger in Anspruch genommen. Dabei werden unterlassene Arztbesuche, Selbstmedikation, und deren Mißbrauch, verlängerte Ver-

<sup>15)</sup> Kurella, S.: Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Literaturstudie für die Jahre 1985 - 1991. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. P92-202. Berlin 1992, S. 14 ff.

<sup>16)</sup> Gesundheitsrisiko Arbeitslosigkeit. Gesundheitswesen im Umbruch. Gesundheitsreport des Landes Brandenburg 1994. Hrsg. Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen.

weildauer in stationären Einrichtungen, erhöhte Rückfallquoten bei mit Erfolg behandelten ehemals psychisch Kranken, geringere Beteiligung an Vorsorgeuntersuchungen wie z.B. Krebs- und Schwangerschaftsvorsorge beobachtet <sup>17)</sup>

Der soziale Status der Arbeitslosen ändert sich und damit auch (wenn vorhanden) die Stabilität der Familie. Dies kann zu zusätzlichen psychischen Belastungen und Beschwerden führen, bis hin zu Veränderungen des Gesundheitsverhaltens der einzelnen Familienmitglieder mit negativen Auswirkungen auf deren Gesundheit <sup>18)</sup>

### 4.3.3 Auswertungsergebnisse zur Arbeitslosigkeit und Gesundheitszufriedenheit

Nach Maßgabe des Gesundheits- und Sozialsurveys fiel die Beurteilung der Berliner Bevölkerung hinsichtlich der Zufriedenheit mit ihrer Gesundheit insgesamt sehr viel positiver aus als die Gesamtbewertung ihrer Lebenszufriedenheit.

Allerdings liegt die Gesundheitszufriedenheit der Arbeitslosen deutlich unter der der Erwerbstätigen. 19 Prozent der Arbeitslosen und 13 Prozent der Erwerbstätigen sind mit ihrer derzeitigen Gesundheit unzufrieden. Wie in Tabelle 4.6 dargestellt, zeigt sich im West-Ost-Vergleich kein Unterschied in der Gesundheitszufriedenheit bei Arbeitslosen.

Tabelle 4.6:  
Gesundheitszufriedenheit nach Erwerbsstatus und soziodemographischen Merkmalen  
(Skalierung von 1 = sehr unzufrieden bis 7 = sehr zufrieden)

	sehr unzufrieden	unzufrieden	zufrieden	sehr zufrieden
	Skala 1	(Skalierung 1 bis 3)	(Skalierung 5 bis 7)	Skala 7
	%	%	%	%
Arbeitslose	5	19	60	7
Berlin-West	6	20	60	7
Berlin-Ost	4	19	61	7
Erwerbstätige	2	13	68	9
Berufliche Stellung				
Arbeiter	6	17	65	8
Beamte/Angestellte	4	12	69	10
Selbständige	3	16	68	9
Schulabschluß				
Volksschul-,Hauptschulabschluß/ Abschluß 8 Klasse	9	26	53	9
Mittlere Reife/Abschluß 10 Klasse	4	14	67	10
Fachhochschulreife/Abitur	2	12	70	10
Alter				
18-29 Jahre	1	6	77	15
30-39 Jahre	2	13	69	8
40-49 Jahre	3	15	67	8
50-59 Jahre	7	23	53	7
Geschlecht				
Männer	4	15	67	10
Frauen	6	20	60	9

<sup>17)</sup> Kurella 1992, S. 15.

<sup>18)</sup> Kurella 1992, S. 16.

Wird nach beruflicher Stellung differenziert, so zeigte sich, daß Arbeiter eine niedrigere Gesundheitszufriedenheit aufweisen als Angestellte. Arbeitslose und Arbeiter weisen eine annähernd gleiche Gesundheitszufriedenheit auf und liegen beide unter der der Angestellten Am deutlichsten sichtbar waren die Unterschiede bei den Altersgruppen. So waren 18- bis 29jährige sehr zufrieden mit ihrer Gesundheit, während 50- bis 59jährige deutlich unzufriedener waren. Arbeitslose und die Altersgruppe der 50- bis 59jährigen weisen gleichermaßen eine niedrigere Gesundheitszufriedenheit auf.

Andere Untersuchungen belegen, daß die Gruppe der Arbeitslosen einen überdurchschnittlich hohen Anteil an Arbeitern aufweist. Anzunehmen wäre also, daß die geringere Gesundheitszufriedenheit auf die überproportionale Rekrutierung der Arbeitslosen aus dieser Gruppe zurückzuführen ist. Dieser Zusammenhang kann allerdings nur mittels multivariater Analysen überprüft werden.<sup>19)</sup>

#### 4.3.4 Auswertungsergebnisse zur Arbeitslosigkeit und psychosozialen Beschwerden

Betrachtet man die Ergebnisse hinsichtlich Erwerbsstatus und psychosozialer Befindlichkeit, so zeigt sich, daß Arbeitslose in ihrem gesundheitlichen Wohlbefinden signifikant stärker eingeschränkt sind als Erwerbstätige. Dabei ist hervorzuheben, daß sowohl chronische Beschwerden bzw. Krankheiten als auch die durch einen schlechten Gesundheitszustand bedingten Behinderungen bei der Erfüllung alltäglicher Aufgaben bei den Arbeitslosen stärker verbreitet sind.

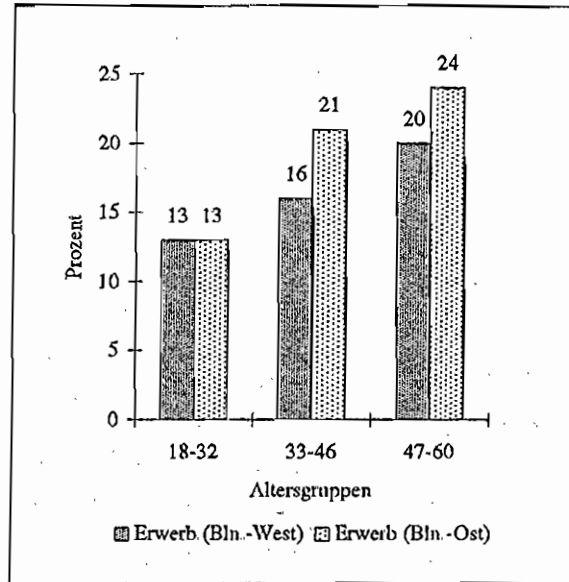
Tabelle 4.7:  
Prozentualer Anteil der Arbeitslosen und Erwerbstätigen, die chronische Beschwerden und erhebliche Behinderungen angegeben haben

	chronische Beschwerden	erhebliche Behinderungen
	in %	in %
Erwerbstätige	20	5
Arbeitslose	30	10

<sup>19)</sup> Elkeles, I.; Seifert W: Arbeitslose und ihre Gesundheit. Empirische Langzeitanalysen. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung P92-201. Berlin 1992.

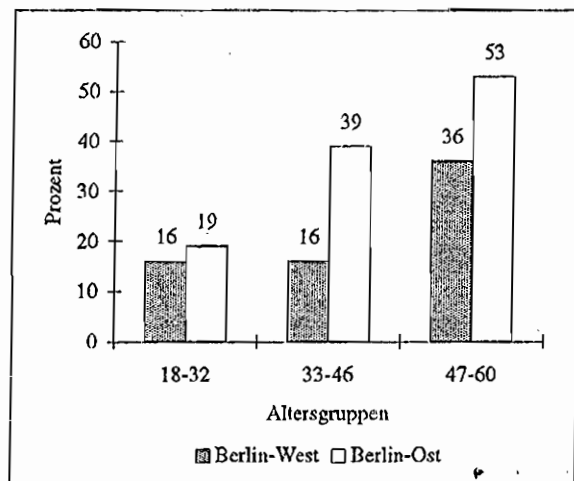
Abbildung 4.9 zeigt, daß Arbeitslose häufiger über Beschwerden klagen als Erwerbstätige und ältere ungleich häufiger als jüngere.

Abbildung 4.9:  
Häufigkeit von Erwerbstätigen mit Beschwerden nach Alter und Berlin-West / -Ost



Nach Regionen betrachtet, zeigt sich, daß ältere Arbeitslosen aus Berlin-West erheblich häufiger über Beschwerden klagen als die aus Berlin-Ost. Bei den jüngeren gibt es kaum Unterschiede (vgl. Abbildung 4.10).

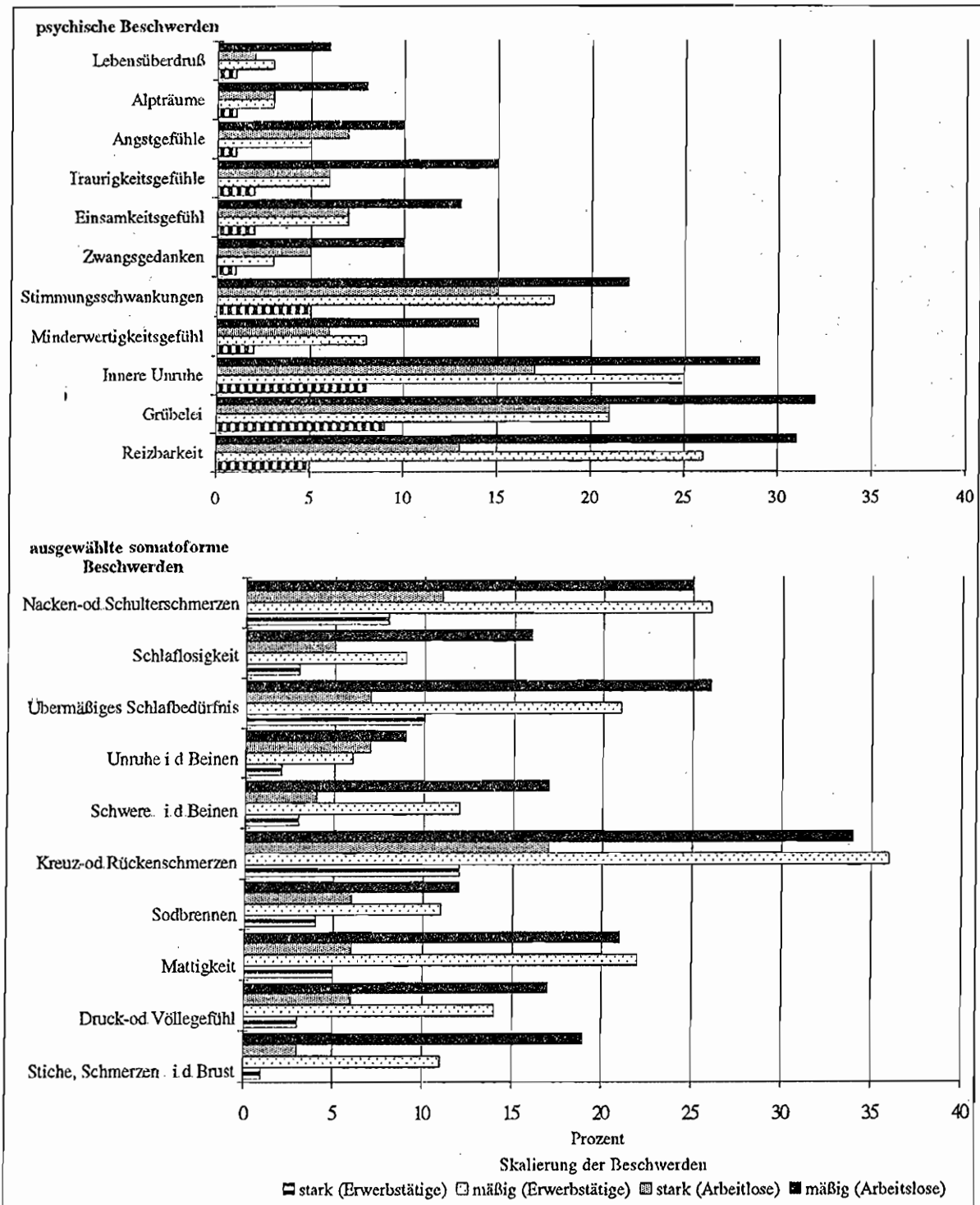
Abbildung 4.10:  
Häufigkeit von Arbeitslosen mit Beschwerden nach Alter und Berlin-West / -Ost



Bezüglich der Häufigkeit der Einzelbeschwerden zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den Arbeitslosen und Erwerbstätigen, vor allem bei der starken Ausprägung der Beschwerden Reizbarkeit,

Grübeleien, Innere Unruhe, Stimmungsschwankungen, Kreuz- oder Rückenschmerzen und Nacken- oder Schulterschmerzen (vgl. Abbildung 4.11).

Abbildung 4.11:  
Häufigkeit psychosozialer Beschwerden - Erwerbstätige/ Arbeitslose -





Im psychischen Bereich finden sich so gut wie keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern, jedoch aber bei somatoformen Beschwerden (vgl. Tabelle A 4.11). Der West-Ost-Vergleich zeigt, daß Arbeitslose aus Berlin-Ost deutlich häufiger psychischen Beschwerden angeben, als die aus den westlichen Bezirken.

Die Angaben über psychosoziale Beschwerden decken sich mit den Einschätzungen zur Gesundheitszufriedenheit. Es zeigt sich, daß bei Personen, die Beschwerden nennen, auch die Gesundheitszufriedenheit deutlich verringert ist und daß Arbeitslose mit chronischen Erkrankungen über eine geringere Zufriedenheit verfügen als Erwerbstätige mit den gleichen Beschwerden.

**Tabelle 4.8:**  
Gesundheitszufriedenheit nach Erwerbs- und Gesundheitsstatus (Skala 5 bis 7 = zufrieden)

	Erwerbstätige in %	Arbeitslose in %
chronisch krank	59	30
nicht chronisch krank	68	60

#### 4.4 Psychische und physische Gesundheit in Abhängigkeit von belastenden Lebensereignissen

Belastende Lebensereignisse, wie z.B. die bereits erwähnte Arbeitslosigkeit, aber auch Partnerverlust, Emigration usw., sind für die Entstehung psychischer und somatischer Beschwerden bzw. Erkrankungen von Bedeutung.

Nach dem Gesundheits- und Sozialsurvey wurden folgende belastende Lebensereignisse bzw. -situationen (als Stressoren) ausgewertet:

- Sorgen um Familie
- Tod des Partners/der Partnerin
- Scheidung
- Wohnungswechsel
- fehlende Anerkennung
- Überforderung
- Kurzarbeit (auch Warteschleife)
- Arbeitsplatzgefährdung
- Arbeitslosigkeit
- finanzielle Sorgen

Die Lebensereignisforschung besagt, daß nicht allein eine Anhäufung verschiedener Ereignisse, sondern bereits der Eintritt eines einzigen Geschehens, wie etwa die Trennung vom Partner (Scheidung oder Tod), von großer Bedeutsamkeit für die Gesundheit sein kann. In epidemiologischen Studien konnte die signifikant erhöhte Morbidität und allgemeine bzw. krankheitsspezifische Mortalität verwitweter Personen belegt werden <sup>20)</sup>

Auch die anhand der Faktoranalyse berechneten somatoformen und psychischen Beschwerden weisen auf eine positive Korrelation mit belastenden Lebensereignissen hin.

Die Auswertungsergebnisse der Survey-Daten zeigten, daß insbesondere 50jährige und ältere verwitwete Frauen die Einzelbeschwerden Grübeleien, Stimmungsschwankungen und Schlaflosigkeit deutlich häufiger angeben als verheiratete. Verwitwete Männer hingegen neigen eher zu Einsamkeitsgefühlen und somatoformen Beschwerden (vgl. Tabelle A 4.12).

Nach Regionen und Altersgruppen betrachtet, geben 30- bis unter 60jährige Männer aus Berlin-Ost insgesamt mehr belastende Lebensereignisse (z.B. Scheidung, Arbeitsplatzgefährdung, finanzielle Sorgen etc.) an als die gleichaltrigen Männer aus Berlin-West und sie leiden auch deutlich häufiger an den bereits beschriebenen Einzelbeschwerden.

Es zeigte sich auch, daß Personen, bei denen drei und mehr belastende Lebensereignisse innerhalb des letzten Jahres auftraten, eine schlechtere Gesundheit angaben, als Menschen mit weniger oder gar keinen Belastungen.

Die nachstehende Tabelle 4.9 gibt den Prozentanteil der Personen wieder, die überhaupt über Beschwerden klagen und zusätzlich mehr bzw. weniger als drei belastende Lebensereignisse "im letzten Jahr" (1991) erlebt haben.

<sup>20)</sup> Siegrist, J.: Die Bedeutung von Lebensereignissen für die Entstehung körperlicher und psychosomatischer Erkrankungen. In: Nervenarzt 51. 1980, S. 313 ff.

**Tabelle 4 9:**  
**Subjektiv Kranke in Abhängigkeit von Belastungen**  
**bzw. Nichtbelastungen**

	Personen mit unbefriedigender Gesundheit in %	
	mit mehr als 3 belastenden Lebensereignisse	mit weniger belastenden Lebensereignissen
Gesamt	19	15
Alter (18-32)	9	4
Alter (33-46)	16	7
Alter (47-60)	29	16
Alter (> 60)	36	28

Resümierend ist festzuhalten, daß einerseits die genannten externen Einflüsse (z.B. Streß aus problematischen Lebensereignissen) unmittelbar eine negative Wirkung auf das gesundheitliche Wohlbefinden haben können. Andererseits werden spezielle Verhaltensweisen (selbstdestruktive Lebensstile: z.B. Medikamenten- und/oder Alkoholmißbrauch usw.) als Bewältigungsstrategien (Copingmethoden) entwickelt, mit denen man seinen sozialen Problemen entgegentreten und seine Konflikte lösen möchte. Diese Verhaltensweisen können sich sowohl in psychische als auch somatische Beschwerden manifestieren. Gleichwohl kann positives Gesundheitsverhalten (z.B. Inanspruchnahme von medizinischen und gesundheitsfördernden Einrichtungen) Menschen in die Lage versetzen, die drückende Präsenz von Belastungssymptomen zu reduzieren.

#### 4.5 Subjektive Beschwerden und Gesundheitsverhalten

Das Gesundheitsverhalten einer Person wird weitgehend determiniert durch ihr Geschlecht, Alter, soziale Schicht und auch Gesundheitsbefinden.

Bei der Interpretation der Daten ist zu berücksichtigen, daß die einzelnen soziodemographischen Merkmale mehr oder weniger eng miteinander verbunden sind. So wird beispielsweise mit sinkender Soziallage der Gesundheitszustand im Durchschnitt immer schlechter (vgl. auch Sozialstrukturatlas 1995). Je höher die soziale Lage, um so mehr stimmen positive Gesundheitsgefühle und positiver Gesundheitszustand überein.

Wie bereits erwähnt, ist die Inanspruchnahme von Ärzten und medizinischen Einrichtungen ein entscheidender Bestandteil des Gesundheitsverhaltens. Davon können das psychische und physische Wohlbefinden, die Leistungsfähigkeit, der Verlauf der Krankheit und unter Umständen gar Leben und Tod abhängen.

Die Häufigkeit des Arztbesuches wird von mehreren subjektiven und objektiven Faktoren wie:

- Gesundheitszustand
- Gesundheitswissen und Gesundheitsbewußtsein
- bisherige Erfahrungen
- Wert- und Persönlichkeitsstruktur
- Ausmaß der erlebten Krankheitsbedrohung
- Einschätzung des Krankheitssschweregrades
- Schichtzugehörigkeit
- Anzahl der Kinder
- Entfernung zur ärztlichen Einrichtung
- Infrastruktur, verfügbare Verkehrsmittel
- Arbeitszeit
- und Öffnungszeiten der Einrichtungen<sup>21)</sup>

beeinflußt.

Die dieser Untersuchung zugrundeliegenden Auswertungsergebnisse der Survey-Daten zeigten, daß mehr als 40 Prozent der befragten Frauen und ein Viertel der Männer im Alter bis zu 60 Jahren einmal im Monat einen Arzt aufsuchen.

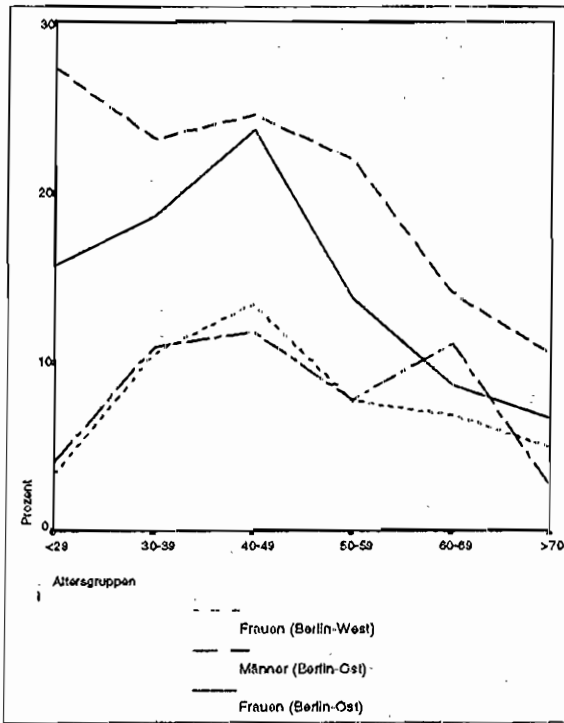
Die Versorgungsstrukturen prägen den Zugang der Bevölkerung zum Versorgungssystem. Während 1991 in Berlin-Ost über 90 Prozent der Bevölkerung Allgemeinmediziner/-innen einmal im Jahr aufsuchen, hat der/die praktische Arzt/Ärztin in Berlin-West nicht diese Dominanz. Vielmehr liegt die Inanspruchnahme primär bei den Fachärzten. Männer aus Berlin-Ost und Frauen aus Berlin-West im mittleren Alter nehmen gleich häufig den Arzt/die Ärztin in Anspruch (vgl. Abbildung 4.12).

Der/die niedergelassene Arzt/Ärztin trägt die maßgebliche Verantwortung für die Einweisung zur Krankenhausbehandlung.

Abbildung 4.13 spiegelt die prozentuale Verteilung der Personen, die im letzten Jahr einen Krankenhausaufenthalt hatten, wider. Der stationäre Hilfebedarf älterer Personen ist (erwartungsgemäß) deutlich höher als der der jüngeren.

<sup>21)</sup> Voigt, D.: Gesundheitsverhalten. Zur Soziologie gesundheitsbezogenen Verhaltens. Hypothesen-Theorie-empirische Untersuchungen. Stuttgart 1978. S. 48 ff.

**Abbildung 4.12:**  
 Prozentualer Anteil der Personen, die vor mehr als einem Jahr beim Arzt waren (1991)  
 nach Altersgruppen und Berlin-West / -Ost



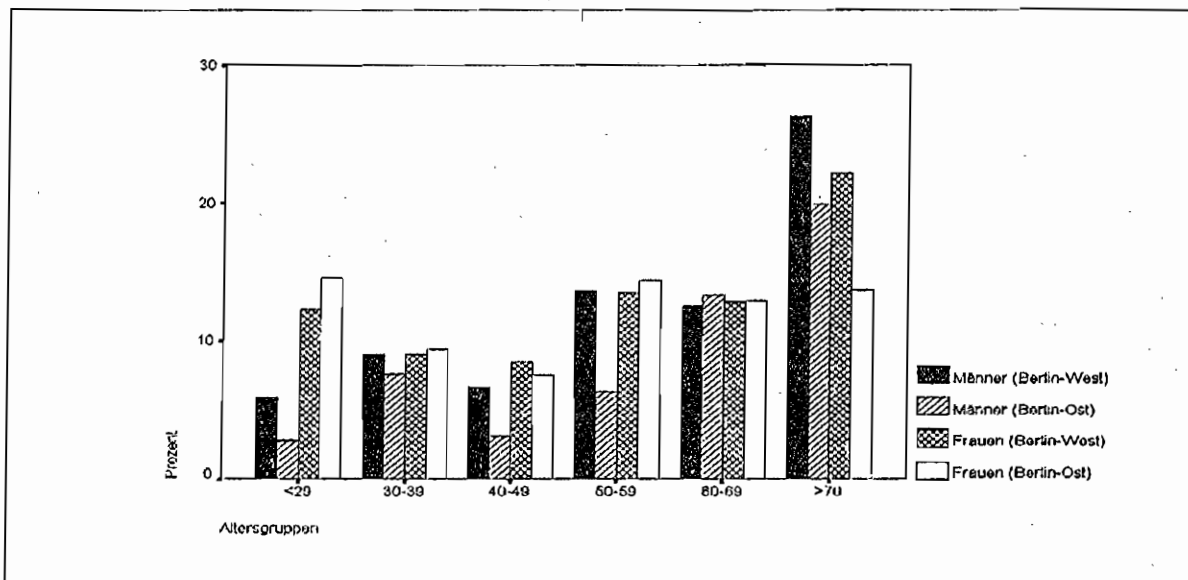
Die subjektive Gesundheit bei Personen mit negativem Gesundheitsverhalten (z.B. Rauchen, Alkoholkonsum und Übergewicht) weicht zwar nur geringfügig von der der anderen Befragten ab. Es ergibt sich aber ein alterskorrigiertes Risiko von  $RR = 1,21$  für Personen mit ungünstigem Lebensstil.

**Tabelle 4.10:**  
 Prozentualer Anteil der subjektiv Kranken nach Risikoverhalten (negatives Coping)

	Personen in % mit negativen Copingstrategien	Personen in % ohne negative Copingstrategien	RR*	Konfid.
Gesamt	16	14	1,12	0,96-1,31
Alter				
(18-32 Jahre)	6	3	1,92	1,11-3,32
(33-46 Jahre)	10	9	0,92	0,61-1,38
(47-60 Jahre)	20	17	1,16	0,84-1,60
(> 60 Jahre)	32	26	0,82	0,67-1,00
Alterskorrigiert			1,21	

\* relative Risiken  
 \*\* Konfidenzintervalle

**Abbildung 4.13:**  
 Prozentualer Anteil der Personen mit Krankenhausaufenthalt im letzten Jahr (1991)  
 nach Altersgruppen und Berlin-West / -Ost



Je mehr ungünstige Verhaltensweisen zum Lebensstil einer Person gehören, desto mehr Beschwerden werden angegeben

Personen mit gesundheitsbewußtem Verhalten (z.B. mit sportlicher Betätigung, Entspannungsübungen, Teilnahme an Gesundheitsförderung) geben deutlich weniger Beschwerden an.

Tabelle 4.11:

Prozentualer Anteil der subjektiv Kranken bei gesundheitsbewußtem Verhalten (positives Coping)

	Personen in % ohne positiven Copingstrategien	Personen in % mit positiven Copingstrategien	RR*	Konfid**
Gesamt	24	14	1,68	1,34-2,11
Alter (18-32 Jahre)	10	5	2,11	1,12-3,96
Alter (33-46 Jahre)	18	8	2,49	1,34-3,66
Alter (47-60 Jahre)	39	18	2,15	1,51-3,04
Alter (> 60Jahre)	50	27	1,86	1,30-2,65

\* relative Risiken

\*\* Konfidenzintervalle

Zwischen den psychischen bzw. somatoformen Beschwerden und gesundheitsbewußtem Verhalten ergab sich eine negative Korrelation. Das heißt, je mehr positive Verhaltensweisen die Befragten auswiesen, desto weniger Beschwerden wurden angegeben

Tabelle 4.12:

Korrelation zwischen der Anzahl positiver Gesundheitsverhaltensweisen und den Beschwerden

positives Coping	BL-Score	somatoforme Beschwerden	psychische Beschwerden
Korrelation nach Pearson	r = 0,15	r = 0,14	r = 0,14
partielle Korrelation	r = 0,12	r = 0,11	r = 0,09

#### 4.6 Externe und interne Ressourcen: Hilfe zur Streßbewältigung

Ein wesentlicher Teil der psychosozialen und psychosomatischen Forschung befaßt sich mit der Fragestellung, wie Menschen mit verschiedenen Arten von Belastungen fertig werden und welche Bewältigungsaktivitäten diesen Prozeß beeinflussen. Dabei stellt sich auch immer wieder die Frage, warum bei identischen Risikofaktoren nur ein Teil der Menschen erkrankt und ein anderer Teil Belastung aushält und nicht erkrankt.

Tabelle 4.13:

Korrelation zwischen Gesundheitsrisikofaktoren und Krankheitsbereichen

	Krankheitsbereiche					
	Herz-Kreislauf- Krankheiten	psychische Krankheiten	Krankheiten des Bewegungsapparates	Tumoren	Unfall- verletzungen	Lungen- krankheiten
Umfeld						
Umfeld während psychosozialer Entwicklung	*	**				
Arbeitsbereich (incl. Arbeitslosigkeit)	**	**			*	
physisches Umfeld der Arbeit		*	**	**	**	**
persönlich soziale Lebensbedingungen		*				
persönliche physische Lebensbedingungen				*	**	*
Luft-/Wasserverschmutzung				*		*
Verkehr				*	**	*
Lebensstil/Risikoverhalten						
Ernährung	**			**		*
Alkohol und Drogen		**		*	**	*
Tabak	**			**		*

\* mäßige Interdependenz

\*\* starke Interdependenz

(Quelle: Matrix-Darstellung Umwelt/Lebensstil/Gesundheit nach Heim 1994)

Betrachtet man die Einflüsse der Arbeitswelt, so zeigen sich zwei Gruppen besonders auffällig: Die, die den Arbeitsstress nicht mehr aushalten kann und die, die dem Stress der ungewollten Arbeitslosigkeit ausgesetzt ist.

Bezüglich der Arbeitsbelastungen hat man festgestellt, daß diejenigen, die weniger belastet sind und im wesentlichen den eigenen Arbeitsplatz aktiv gestalten können geringere Krankheitsauffälligkeiten zeigen als jene, die stark belastet und rigide eingespannt sind. Mit anderen Worten können zuviel Arbeit, mangelnde Durchschaubarkeit und Beherrschbarkeit der Arbeit und mangelnder Entscheidungsspielraum krankheitsfördernd wirken.

Zu den internen krankheitsverhindernden bzw. gesundheitsfördernden Ressourcen zählen auch *Selbstüberzeugung* oder *Selbstwirksamkeit*. Langzeituntersuchungen belegen, daß sich diejenigen, die sich zu Beginn der Untersuchung für „sehr gesund“ hielten, auch nach einigen Jahren noch gesund waren. Weiter wird berichtet, daß beispielsweise Männer, die zur Beginn der Analyse ihre Gesundheit als „schlecht“ oder „mäßig“ einschätzten, nach vier Jahren ein siebenmal höheres Risiko hatten, nicht zu überleben, als jene, die ihre Gesundheit als „ausgezeichnet“ einstufen.<sup>22)</sup>

Auf der anderen Seite stehen die sozialen Bindungen als externe Ressourcen. Keine andere psychosoziale Hypothese hat sich als derart wertvoll erwiesen, wie die der *sozialen Unterstützung* („social support“).

Die Forschung folgt zwei Theorien: Einerseits sind soziale Bindungen ein menschliches Anliegen und die Voraussetzung für Gesundheit bzw. psychischem Wohlbefinden überhaupt. Andererseits werden persönliche Beziehungen als soziale Copingressourcen (Hilfsmittel zur Bewältigung von Belastungen) verbucht.<sup>23)</sup>

Verschiedene Untersuchungsergebnisse zeigen, daß Personen, die in größerer sozialer Isolation leben, sowohl psychisch als auch physisch weniger gesund sind als diejenigen, die über ein ausreichendes

zugängliches soziales Netzwerk verfügen, das ihnen hinreichende Unterstützung bietet. Als bedeutsam angesehen werden in diesem Zusammenhang die emotionale Qualität einzelner Beziehungen, die Erreichbarkeit wichtiger Netzwerkangehöriger und die Dauer sozialer Beziehungen sowie die Einstellung der Einzelnen zu ihrem sozialen Netzwerk.<sup>24)</sup>

Tabelle 4.14:

Externe und interne Ressourcen

1. externe psychosoziale Ressourcen
  - a) günstige familiäre Bedingungen (Achtung, Wärme, Rücksichtnahme und wechselseitige Unterstützung der Familienmitglieder)
  - b) günstige Bedingungen am Arbeitsplatz
  - c) intakte nachbarschaftliche Beziehungen
  - d) günstige materielle Bedingungen (Wohnung, Familieneinkommen)
  - e) gut ausgebautes Netz von Gesundheitsdiensten sowie sozialer, kultureller und pädagogischer Einrichtungen
  - f) demokratische und rechtsstaatliche politische Rahmenbedingungen
2. externe physische Ressourcen
  - a) eine gesunde Umwelt
  - b) ein Angebot an preiswerter, gesunder Nahrung sowie an Medikamenten
  - c) Schutzeinrichtungen vor gesundheitlicher Gefährdungen an Arbeitsplätzen, im Wohnbereich sowie im Straßenverkehr
3. interne physische Ressourcen
  - a) bestimmte körperliche Dispositionen auf einem Kontinuum von hoher konstitutioneller Vulnerabilität (z.B. genetische oder erworbene Krankheitsdispositionen) bis hoher Invulnerabilität (z.B. gute physische Konditionen)
4. interne psychische Ressourcen
  - a) habituelles Gesundheitsverhalten
  - b) seelische Gesundheit

(Quelle: Becker, P.: Die Bedeutung integrativer Modelle von Gesundheit und Krankheit für die Prävention und Gesundheitsförderung. In: Heim 1994)

22) Heim, E.: Salutogenese versus Pathogenese - ein neuer Zugang zu einer alten Weisheit. In: Schweizer Medizinische Wochenschrift 124, 1994, S.1267 ff.

23) Waltz 1981, S. 48 f

24) House, J.S.: Zum sozialespidemiologischen Verständnis von Public Health: soziale Unterstützung und Gesundheit. In: Zukunftsaufgabe Gesundheitsförderung. Hrsg. Badura, B.; Elkeles, T.; Grieger, B., Kammerer, W. Berlin 1989, S. 173 ff.

Die Auswertungsergebnisse der Survey-Daten zeigten, daß Personen, die mit ihrem/r Lebens- oder Ehepartner/-in zusammenwohnen (Confident-Beziehung), signifikant häufiger angeben, sich gesund zu fühlen als die übrigen Befragten. Auch bei den Beschwerden wiesen Personen ohne partnerschaftliche Beziehung höhere Summenscores auf.

**Tabelle 4.15:**  
Prozentuale Anteile der subjektiv Kranken mit und ohne partnerschaftliche Beziehung

	Personen in %		RR*	Konfid.**
	ohne Confident-Beziehung	mit Confident-Beziehung		
Gesamt	19	14	1,41	1,23-1,62
Alter (18-32 Jahre)	6	5	1,08	0,67-1,72
Alter (33-46 Jahre)	13	9	1,47	0,98-2,20
Alter (47-60 Jahre)	26	18	1,44	1,09-1,89
Alter (> 60 Jahre)	33	24	1,41	1,17-1,71

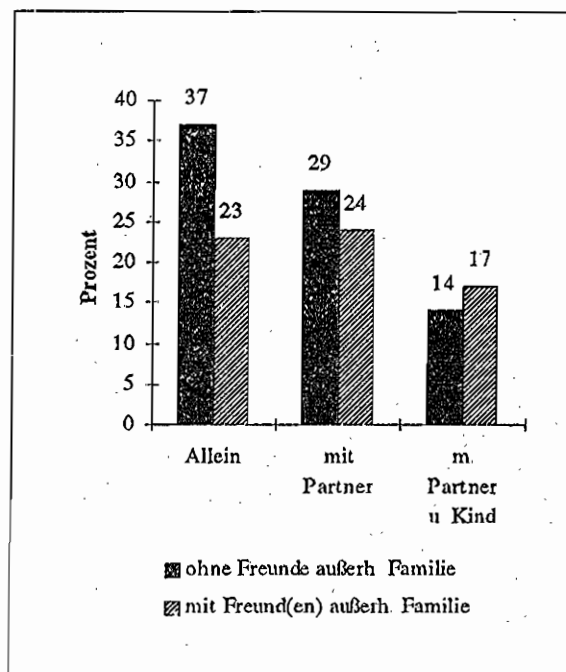
\* relative Risiken

\*\* Konfidenzintervalle

Die Mittelwerte für somatoforme und psychische Beschwerden unterscheiden sich signifikant bei den Befragten mit einer partnerschaftlichen Beziehung gegenüber denen ohne Confident-Beziehung. Besonders hoch ist der Unterschied bei den psychischen Beschwerden, Personen ohne Confident-Beziehung weisen durchschnittlich über 2,5 Punkte höhere Scores auf.

Vergleicht man auch Personen mit befriedigenden außerfamiliären Kontakten mit Personen ohne solche - wobei es gleichgültig ist, ob außer diesen Kontakten noch eine Confident-Beziehung besteht oder nicht - so ist festzustellen, daß Befragte ohne Freunde deutlich häufiger über psychische bzw. somatoforme Beschwerden klagen als diejenigen, die Freunde außerhalb der Familie haben (vgl. Abbildung 4.14)

**Abbildung 4.14:**  
Prozentualer Anteil der Personen, die über Beschwerden klagen - in Abhängigkeit von außerfamiliären Kontakten (Freunden) -



Für den Zusammenhang zwischen der Bewertung der außerfamiliären Kontakte und den somatischen bzw. psychischen Beschwerden ist festzustellen, daß eine signifikante Abhängigkeit besteht. Personen ohne befriedigende außerfamiliären Kontakte fühlen sich in diesen Bereichen deutlich schlechter als die übrigen Befragten. Mit zunehmendem Alter steigt auch das relative Risiko, ohne freundschaftliche Beziehung eher zu erkranken.

**Tabelle 4.16:**  
Außerfamiliäre Kontakte und subjektive Gesundheit

	Subjektiv Kranke in % ohne Freunde	Subjektiv Kranke in % mit Freunden	RR*	Konfid.**
	Gesamt	23		
Alter (18-32 Jahre)	7	5	1,45	0,83-2,54
Alter (33-46 Jahre)	15	8	1,86	1,26-2,76
Alter (47-60 Jahre)	29	16	1,76	1,36-2,29
Alter (> 60 Jahre)	42	23	1,77	1,45-2,16

\* relative Risiken

\*\* Konfidenzintervalle

Betrachten wir die subjektive Gesundheit folgender Gruppen: Personen ohne soziale Unterstützung; Personen nur mit einer Confident-Beziehung; Personen nur mit befriedigenden außerfamiliären Kontakten und Personen die beides aufweisen, so zeigt es sich, je mehr soziale Unterstützung ein Individuum erhält, desto besser schätzt es seine Gesundheit ein. Der größte protektive Effekt wirkt bei Personen, die sowohl eine Confident-Beziehung als auch befriedigende außerfamiliäre Kontakte aufweisen: RR = 2,34. Danach folgen die außerfamiliären Kontakte mit einem RR = 1,71 und schließlich die Confident-Beziehung mit RR = 1,52. 29 Prozent ohne soziale Unterstützung schätzen ihre Gesundheit als schlecht bzw. weniger gut ein.

Tabelle 4.17:

Auswirkung unterschiedlicher sozialer Unterstützung: Personen bei weniger guter bzw. bei schlechter psychischer und physischer Gesundheit Prozentverteilung und Angabe der relativen Risiken

	In %	RR* (roh)	RR* (alterskorrigiert)
keine Unterstützung	29	-	-
Confident-Beziehung	20	1,47	1,52
mit Freunden	15	1,94	1,71
Confident und mit Freunden	11	2,62	2,34

\* relative Risiken

Es läßt sich ein Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und den psychischen und somatoformen Beschwerden der Befragten aufzeigen: Am deutlichsten ist dieser Zusammenhang bei den psychischen Beschwerden. Personen ohne Unterstützung weisen bei einem Summenscore von 18 (Median) mehr als doppelt soviel psychische Beschwerden auf, als Personen mit einer Confident-Beziehung und ausreichenden anderen sozialen Kontakten (Summenscore 8)

Die sich ergebenden statistisch signifikanten Korrelationskoeffizienten ändern sich unter der Kontrolle für alle anderen Einflußfaktoren kaum, liegen jedoch alle zwischen - 0,1 und 0,2.

Tabelle 4.18:

Korrelation zwischen der sozialen Unterstützung und den Summenscores für den BL-Score sowie für die somatoformen und psychischen Beschwerden.

Soziale Unterstützung ("social Support")	BL-Score	somatoforme Beschwerden	psychische Beschwerden
Korrelation nach Pearson	r=0,11	r=0,11	r=0,19
partielle Korrelation	r=0,10	r=0,09	r=0,19

Man kann also sagen, daß im Falle einer Belastung sowohl persönliche (interne) als auch soziale (externe) Ressourcen mildernd oder gar ausgleichend wirken können. Dort, wo gesundheitliche Störungen auftreten, können vorhandene Ressourcen die Genesung bzw. Rehabilitation geeignet unterstützen

#### 4.7 Interaktion von positivem Gesundheitsverhalten, Lebensereignissen und sozialer Unterstützung

Bei der Betrachtung des Zusammenwirkens von positivem Gesundheitsverhaltens und belastenden Lebensereignissen kam man zu folgenden Ergebnissen:

Vergleicht man die Gruppe der belasteten älteren Personen mit ungünstigem Gesundheitsverhalten mit der Gruppe der unbelasteten jüngeren mit günstigem Lebensstil, so ergibt sich ein RR = 13,6 (Konfid. 8,3-22,3). Das bedeutet, ältere Personen mit ungünstigem Gesundheitsverhalten unterliegen etwa 14mal häufiger dem Risiko zu erkranken als die andere Gruppe.

Betrachtet man nun das Zusammenwirken von Stress und sozialer Unterstützung, erhält man ähnliche Ergebnisse. Hier verbessert sich bei Personen mit Stress, die soziale Unterstützung erhalten, der subjektive Gesundheitszustand. Es wird auch gezeigt, daß die Effekte additiv wirken. Das heißt, das positive Gesundheitsverhalten und die soziale Unterstützung wirken sich nicht nur bei Personen, die hohem Stress ausgesetzt sind, positiv aus, vielmehr profitieren auch Personen auf niedrigerem Belastungsniveau von positivem Gesundheitsverhalten und sozialer Unterstützung

Tabelle 4.19:

Interaktion von Streß, positivem Gesundheitsverhalten und Alter auf die subjektive Gesundheit, Prozentverteilung für Personen mit schlechter bzw. weniger guter Gesundheit

	Belastete Personen unter 45 Jahren in % Gesundheitsverhalten			Belastete Personen über 45 Jahren in % Gesundheitsverhalten			Belastete Personen unter 45 Jahren in % soziale Unterstützung			Belastete Personen über 45 Jahren in % soziale Unterstützung		
	ungünstig	mittel	günstig	ungünstig	mittel	günstig	ungünstig	mittel	günstig	ungünstig	mittel	günstig
mit hohem Streß	26	11	7	55	32	17	15	12	12	48	32	23
mit mittlerem Streß	10	8	4	35	25	16	10	8	5	41	25	18
mit niedrigem Streß	-	2	1	51	20	10	-	2	1	48	23	12

Die Auswirkung der Kumulation negativer Einflußfaktoren wird in Tabelle 4.20 dargestellt. Es wird deutlich, wie die subjektive Gesundheit abnimmt, je mehr ungünstige Einflüsse vorliegen. Das alterskorrigierte relative Risiko einer Person mit Streß

liegt bei  $RR = 1,9$  und steigt bei mangelndem positivem Gesundheitsverhalten auf  $RR = 3,7$ . Noch höher liegt das relative Risiko für Personen, die Streß, mangelndes positives Gesundheitsverhalten und mangelnde soziale Unterstützung aufweisen.

Tabelle 4.20:

Relative Risiken für eine schlechtere Gesundheit

	Streß	Konfid.**	Streß + ungünstiges Gesundheitsverhalten	Konfid.	Streß + ungünstiges Gesundheitsverhalten + ohne soziale Unterstützung	Konfid.
Gesamt (RR* roh)	1,3	1,1-1,6	1,8	1,5-2,2	4,7	3,4-6,4
Alter (18-32 Jahre)	2,4	1,5-3,7	3,8	1,9-7,6	17,7	4,2-74,9
Alter (33-46 Jahre)	2,3	1,6-3,3	6,1	1,9-12,8	8,8	3,2-24,3
Alter (47-60 Jahre)	1,8	1,4-2,3	2,8	2,0-4,1	6,3	3,8-10,3
Alter (> 60 Jahre)	1,3	1,0-1,7	2,1	1,6-2,8	4,5	3,0-6,8
alterskorrigiert	1,9		3,7		9,4	

\* relative Risiken

\*\* Konfidenzintervall

Schließlich wurde untersucht, wie bei streß-exponierten Personen sich soziale Unterstützung und positives Gesundheitsverhalten auswirken. Die Ergebnisse werden in Tabelle 4.21 für beide Alters-

gruppen getrennt dargestellt. Belastete Personen wiesen eine bessere subjektive Gesundheit auf, wenn sie über Ressourcen (z. B. soziale Unterstützung) verfügten.

Tabelle 4.21:

Prozentverteilung für schlechte subjektive Gesundheit bei Personen mit zwei und mehr negativen Lebensereignissen. Aufgeteilt nach Alter, sozialer Unterstützung und positivem Gesundheitsverhalten.

	Belastete Personen unter 45 Jahren in % soziale Unterstützung			Belastete Personen über 45 Jahren in % soziale Unterstützung		
	ungünstig	mittel	günstig	ungünstig	mittel	günstig
ungünstiges Gesundheitsverhalten	26	13	18	86	43	38
mittleres Gesundheitsverhalten	11	10	8	48	25	18
günstiges Gesundheitsverhalten	8	6	4	37	16	17



## 5. Diskussion und Schlußfolgerungen

Untersuchungsgegenstand dieser Arbeit war die psychosoziale Befindlichkeit der Berliner Bevölkerung. Anhand der Daten des Gesundheits- und Sozialsurveys 1991 zeigte die vorliegende Analyse, daß Männer und Frauen aus Berlin-Ost größere Einbußen im psychischen Wohlbefinden aufwiesen als die aus Berlin-West. Generell gaben Frauen mehr psychische Beschwerden an, die im depressiv-resignativen Bereich liegen, als Männer. Es klagten vor allem erwerbstätige Männer mittleren Alters aus den östlichen Bezirken häufiger über allgemeine psychische Beschwerden als gleichaltrige aus Berlin-West.

Die Ergebnisse zeigten auch, daß es eine deutliche Disparität zwischen arbeitslosen und erwerbstätigen Personen gibt. Ein kausaler Einfluß der Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit konnte in dieser Arbeit nicht nachgewiesen werden, dazu bedarf es anderer Methoden. Dennoch wurde u.a. festgestellt, daß signifikante Unterschiede zwischen arbeitslosen und erwerbstätigen Personen hinsichtlich psychosozialer Beschwerden bestanden und daß Arbeitslose aus Berlin-Ost deutlich häufiger psychische Beschwerden angaben, als die aus den westlichen Bezirken. Diese Ergebnisse deckten sich mit den Einschätzungen zur Gesundheitszufriedenheit. Es zeigte sich, daß arbeitslose Personen, die psychische bzw. somatoforme Beschwerden angaben, auch deutlich unzufriedener mit ihrer Gesundheit waren als Erwerbstätige mit gleichartigen Beschwerden.

Grundsätzlich deckte sich die schlechtere psychosoziale Befindlichkeit der Bevölkerung aus Berlin-Ost mit ihrer Einschätzung zur Lebenszufriedenheit (vgl. dazu auch die Ergebnisse des Gesundheits- und Sozialsurvey 1991) und war Ausdruck stärkerer psychosozialer Irritationen, die möglicherweise mit politischen, gesellschaftlichen und gleichzeitig auch sozialen Neuorientierungen in Zusammenhang gebracht werden können.

Zum Zeitpunkt der Datenerhebung (Frühjahr 1991) sah ein großer Teil der Bevölkerung aus Berlin-Ost seine Lebenssituation und gesellschaftliche Stellung als nicht zufriedenstellend an.

Die derzeit aktuellen Probleme lassen vermuten, daß sich diese Einstellung nicht wesentlich gebessert hat. Wenn auch die Ergebnisse anderer Unter-

suchungen einen vorsichtigen Zukunftsoptimismus widerspiegeln (1993 äußerte sich gut ein Viertel der Bevölkerung aus Berlin-Ost im Rückblick mit ihren Lebensverhältnissen zufrieden, 40 % erwarteten in ein bis zwei Jahren zufriedenstellende Lebensbedingungen<sup>1)</sup>), so ist immer noch ein großer Teil der Berliner und Berlinerinnen aus dem Ostteil der Stadt mit seiner gegenwärtigen Lebenssituation unzufrieden. Dies betrifft vor allem einzelne Bereiche des Alltagsleben, wie etwa Einkommen, Arbeitsplatzgefährdung (Arbeitslosigkeit) und Wohnsituation.

Wie erwähnt, belegen verschiedene Untersuchungen, daß unzulängliche Lebensbedingungen bzw. -ereignisse einen wichtigen Einfluß auf die Gesundheit nehmen und als Folge psychosoziale Beschwerden auftreten können.

Das läßt auch folgende (präventive) Schlußfolgerungen zu: Je besser die soziale Lage, desto besser der gesundheitliche Status. In den oberen sozial-ökonomischen Schichten sind weniger psychosoziale Beeinträchtigungen und ein höheres Niveau an Gesundheit - bis in späte Lebensphasen - anzutreffen.

Neben der sozialen Lage lassen sich auch salutogene Gegebenheiten aufzeigen, unter denen eine bessere Befindlichkeit für alle möglich sein kann.

Inzwischen ist erwiesen, daß nicht alle Menschen, die Belastungen (Stress) ausgesetzt sind, tatsächlich auch Beeinträchtigungen des eigenen Wohlbefindens erfahren.

Unübersehbar ist dabei, daß Risikoverhalten eine Form der Stressbewältigung ist. Untersuchungen zeigen immer wieder, daß es z.B. signifikante Zusammenhänge zwischen belastenden Lebensbedingungen und gesundheitsgefährdendem Verhalten gibt. Zum Risikoverhalten zählen: Zigarettenkonsum, Alkohol- und Medikamentenmißbrauch und falsche Ernährungsgewohnheiten.

In diesem Zusammenhang betont die Ressourcenforschung, daß es dabei immer von den internen und externen Ressourcen eines jeden Einzelnen abhängt, ob eine potentiell stresshafte Lebensbedin-

25) Umfrage zur Lebenszufriedenheit BMNID-Institut 1993

gung als Stressor wirkt oder aber eine Herausforderung ist, deren Bewältigung sich positiv auf das Wohlbefinden des/der Betroffenen auswirkt. Hierbei interessieren vor allem die externen Ressourcen. In diesem Kontext haben Handlungs- und Kontrollspielraum sowie soziale Unterstützung einen besonderen Stellenwert. Danach wird durch „Dispositionschancen“ und „Kontrolle“ erleichtert, mit potentiell belastenden Situationen fertig zu werden.

Bei der Betrachtung der „sozialen Unterstützung“ fiel auf, daß diesem Begriff innerhalb der Ressourcenforschung eine wesentliche Bedeutung im Hinblick auf Bewältigung von Krisen zukommt. Soziale Beziehungen haben dabei schon immer eine bedeutende Rolle gespielt. Wie andere Studien belegen, kann die soziale Unterstützung Belastungen als weniger bedrohlich erscheinen lassen oder auch vorhandene psychische Probleme mildern oder sogar mitbeseitigen. Sie kann dabei helfen, sowohl das Selbstvertrauen zu festigen als auch das Selbstwertgefühl zu stärken.

Es ist keine erfolgreiche Strategie für bessere Gesundheit denkbar, die nicht gegen die Tendenz der sozialen Disparität gerichtet ist. Es ist auch keine Strategie für gute Gesundheit denkbar, die nicht die inneren und äußeren Ressourcen eines jeden Einzelnen berücksichtigt. Und eine Gesundheitserziehung- bzw. -förderung, die auf diese Zusammenhänge keine Rücksicht nimmt, greift zu kurz.

Eine immer größer werdende Anzahl von Untersuchungen versucht den Gesundheitsbegriff zum Teil neu, aber auch nach der WHO-Definition, zu erfassen. Danach soll Gesundheit im wesentlichen als die Summe all jener Umweltbedingungen gesehen werden, die einen erfolgreichen Umgang mit krankmachenden Situationen ermöglichen. Damit wird Gesundheit zu einem wesentlichen Teil der Lebensqualität. Und die Bedingungen für Lebensqualität sind wiederum grundlegend soziale Bedingungen.

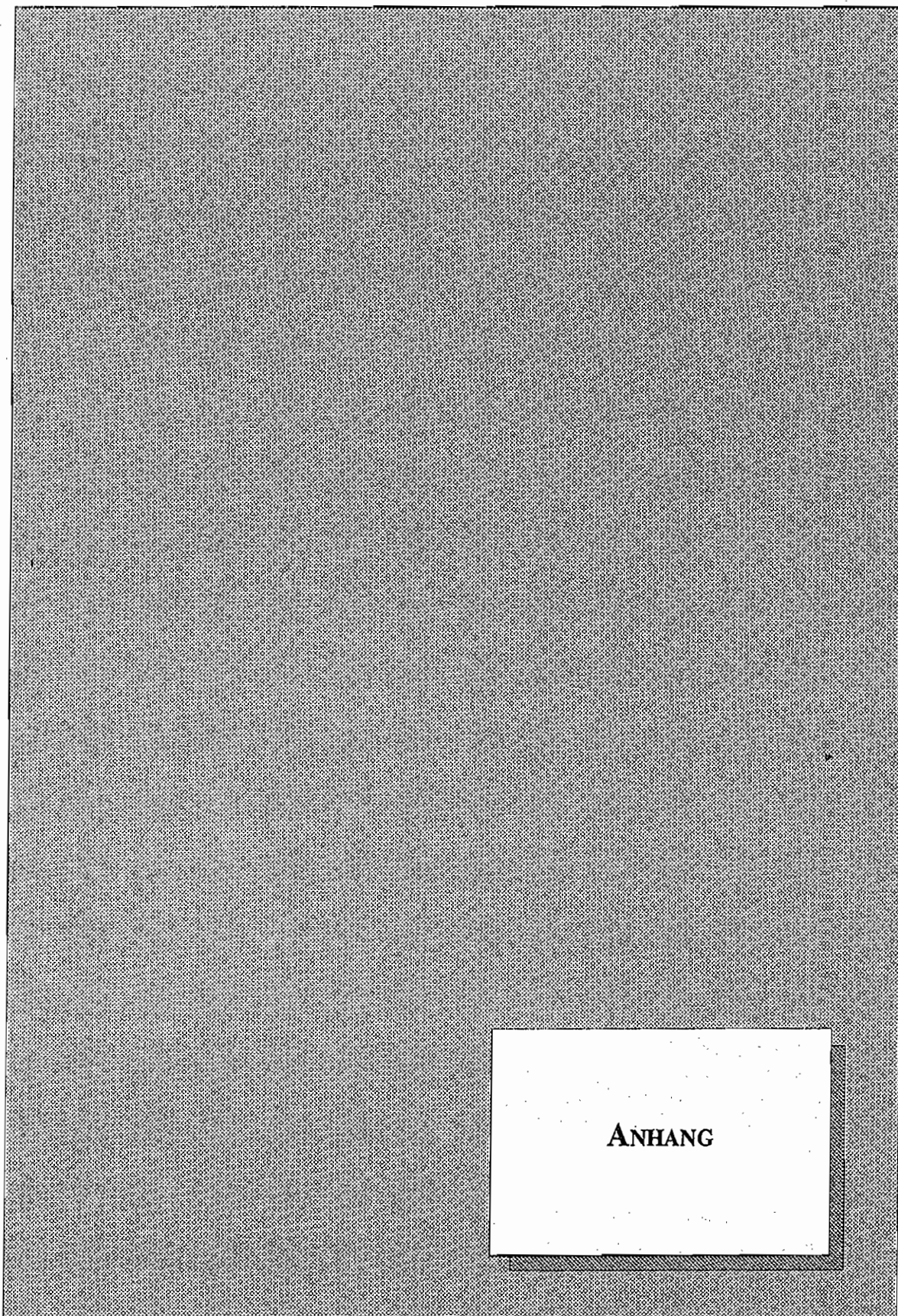
Abschließend wird nochmals darauf hingewiesen, daß die vorliegende Analyse eine weitere Auswertung des 1991 erhobenen Gesundheits- und Sozialsurveys ist, der auf einer schriftlichen Befragung zur subjektiven Gesundheit beruht. Es läßt sich deshalb nicht vollständig bestimmen, inwieweit die Antworten, bezogen auf tatsächlich vorhandene Beschwerden, valide sind. Außerdem konnte kein

kausaler Einfluß von besonderen Lebensbedingungen auf die Beschwerden bzw. auf die Gesundheit nachgewiesen werden. Wie bereits angedeutet, bedarf dies anderer Methoden.

Der Gesundheits- und Sozialsurvey wurde zu einer Zeit durchgeführt, die sich im politischen und gesellschaftlichen Umbruch befand, der sich in dieser Stadt besonders deutlich hervorhob. Es bleibt also offen, inwieweit sich die Befunde zukünftig replizieren lassen. Es wäre interessant zu sehen, inwieweit die vorhandenen Ergebnisse sich unterscheiden von den Ergebnissen einer prosperierenden Zeit.

Auch in der Zukunft werden sich aus dem grundlegenden sozialen Wandel eine Fülle wesentlicher Veränderungen ergeben, die eine kontinuierliche Beobachtung und Bewertung der gesundheitlichen Lage der Berliner Bevölkerung notwendig machen. Eine systematische Beschreibung der regionalen Unterschiede (Berlin-West/Ost) sollte auch in den folgenden Jahren beibehalten werden, weil sich die teilweise sprunghaften Strukturveränderungen vor allem im Ostteil der Stadt besonders bemerkbar machen und machen werden.

In diesem Zusammenhang sollten künftige Erhebungen deutliche Fragen zur „sozialen Unterstützung“ und zu „Copingmethoden“ beinhalten. Dabei wäre wichtig, Pfadanalysen zu entwickeln, die direkte und indirekte Effekte des komplexen Wirkungsgefüges verschiedener Einflußfaktoren transparent machen.



**ANHANG**

## 6. Anhang

### 6.1 Erläuterungen und Definitionen

*In der vorliegenden Analyse wurde - im Interesse der Lesbarkeit - die Prozentverteilung auf ganze Zahlen gerundet.*

#### Bevölkerungssurvey

Überblicksstudie. Monitoring des Gesundheitszustandes, des Gesundheitsverhaltens und der gesundheitlichen Risiken innerhalb einer Bevölkerung.

#### Coping

Problembewältigung. Der Begriff schließt alle Verhaltensweisen ein, die einer Person helfen könnten, bedrohliche Entwicklungen in ihrem Leben zu vermeiden oder zu minimieren.

#### Gesundheit

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Gesundheit als „einen Zustand völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Leiden“. Aus der WHO-Definition geht deutlich hervor, daß die an Krankheiten orientierten Negativ-Definitionen für Gesundheit (in der englischsprachigen Literatur als „illhealth“ bezeichnet) nicht ausreichen und daß ein Konzept für „positive Gesundheit“ benötigt wird.

#### Interaktion

Wechselbeziehung zwischen Handlungen. Der Begriff der *sozialen* Interaktion bezieht sich auf die wechselseitige Beeinflussung des Verhaltens von zwei (oder mehreren) Personen, wobei das Verhalten jedes/-er Interaktionspartners/-in sowohl durch die eigenen Verhaltensabsichten als auch durch die Reaktionen des/er anderen gesteuert wird.

#### Interventionsforschung

Das Ziel dieser Forschungsrichtung ist, Strategien zur Entdeckung und Behandlung von Risikofaktoren in der Bevölkerung bzw. in exponierten Gruppen zu testen.

#### Mortalität

Sterblichkeit. Die Mortalität wird im allgemeinen als Rate ausgedrückt, und zwar zumeist als Häufigkeit der Sterbefälle pro 10.000 bzw. 100.000 der Lebendbevölkerung innerhalb eines Jahres.

#### Morbidität

Krankheitshäufigkeit. Statistiken zur Morbidität beziehen sich auf die in einem bestimmten Zeitraum auftretenden Neuerkrankungen (*Inzidenz*) oder auf die zu einem bestimmten Zeitpunkt vorhandenen Erkrankungsfälle (*Prävalenz*).

#### Perzentil

Das 90. Perzentil ist definiert als derjenige Wert, unterhalb dessen 90 Prozent der Beobachtungen einer Stichprobe liegen.

#### Prävention

Verhinderung (Primärprävention) und Früherkennung bzw. Vorsorge (Sekundärprävention) von Erkrankungen.

#### Psychosoziale Faktoren

Dazu zählen im wesentlichen das Einkommen, die Bildung, der Berufsstatus (die soziale Schicht), das soziale Netzwerk sowie Arbeits-, Wohn- und Umweltbedingungen.

#### Psychosoziale Risiken

Dazu zählen im wesentlichen belastende Lebensereignisse, chronische körperliche und seelische Belastungen in der Arbeitswelt und/oder in der Familie, kritische Übergänge im Lebenszyklus (z.B. Ausscheiden aus der Arbeitswelt).

#### Rehabilitation

Tertiärprävention. Verschiedene Maßnahmen, die die Wiederherstellung der körperlichen, geistigen und seelischen Gebrechen einer Person zum Ziel haben.

#### Soziale Schicht

Dabei handelt es sich um einen im sozialwissenschaftlichen Bereich *nicht immer* eindeutig definierten Begriff zur Beschreibung oder Erklärung der vertikalen Struktur einer Gesellschaft. Soziale Schichten werden von den Autoren nach unterschiedlichen Merkmalen, die sie als sozial relevant erachten, definiert. Danach kann die soziale Schichtung nach sogenannten „objektiven“ Merkmalen wie z.B. Einkommen, Bildungsstand, Berufszugehörigkeit oder nach sogenannten „subjektiven“ Faktoren wie z.B. Prestige und Anerkennung aufgezeigt werden.

## 6.2 Korrelationsmatrix der Faktorenanalyse

Analysis number 1 Listwise deletion of cases with missing values

	Mean	Std Dev	Label
F47A	3,71146	,64433	Kloßgefühl, ... oder Würgen im Hals
F47AA	3,52253	,74936	Schwindelgefühl
F47B	3,56967	,77883	Kurzatmigkeit
F47BB	3,76438	,56932	Zittern
F47C	3,45440	,79480	Schwächegefühl
F47CC	2,97237	1,00655	Nacken-oder Schulterschmerzen
F47D	3,79607	,50176	Schluckbeschwerden
F47DD	3,78534	,53543	Gewichtsabnahme
F47EE	3,55288	,74900	Minderwertigkeitsgefühl
F47F	3,46911	,78166	Stiche, Schmerzen ... i.d. Brust
F47FF	3,39551	,82069	Leib-incl Magen-od. Unterleibsschmerzen
F47G	3,32721	,84863	Druck- oder Völlegefühl
F47H	3,02585	,89613	Mattigkeit
F47I	3,67385	,59330	Übelkeit
F47II	3,39401	,83767	Herzklopfen, Herzjagen
F47JJ	3,53764	,75481	Länger anhaltende Traurigkeitsgefühle
F47K	3,45543	,81685	Sodbrennen oder saures Aufstoßen
F47L	2,99717	,91000	Reizbarkeit
F47M	2,95873	1,01207	Grübeleien
F47N	2,92873	,96592	Innere Unruhe
F47PP	3,59412	,71803	Angstgefühle
F47R	2,63199	,98896	Kreuz-oder Rückenschmerzen
F47S	3,29950	,90647	Schwere bzw. Müdig i.d. Beinen
F47SS	3,66652	,61839	Alpträume
F47T	3,57852	,78040	Unruhe in den Beinen
F47TT	3,78712	,54773	Lebensüberdruß
F47U	3,07015	,90887	Stimmungsschwankungen
F47W	3,73752	,62588	Zwangsgedanken
F47X	3,01095	,96783	Übermäßiges Schlafbedürfnis
F47Y	3,43336	,81729	Schlaflosigkeit
F47Z	3,53513	,77659	Einsamkeitsgefühl

Number of Cases = 3612

Correlation Matrix:

	F47A	F47AA	F47B	F47BB	F47C	F47CC	F47D
F47A	1,00000						
F47AA	,22586	1,00000					

FACTOR ANALYSIS							
	F47A	F47AA	F47B	F47BB	F47C	F47CC	F47D
F47B	,28893	,31459	1,00000				
F47BB	,19003	,38485	,26786	1,00000			
F47C	,27012	,53657	,43963	,39457	1,00000		
F47CC	,17894	,32689	,20244	,17725	,29241	1,00000	
F47D	,36889	,22109	,17420	,19050	,26057	,17270	1,00000
F47DD	,09721	,22693	,13924	,20844	,24754	,15962	,11723
F47EE	,16521	,23816	,16483	,20803	,27091	,15992	,15812
F47F	,26327	,36425	,31903	,26111	,36569	,24420	,20396
F47FF	,17599	,26941	,13464	,17562	,26824	,27485	,20667
F47G	,20025	,27204	,24042	,16828	,28411	,23399	,20183
F47H	,23182	,42496	,34082	,29989	,59762	,33513	,20364
F47I	,23304	,35385	,19982	,29228	,34019	,22372	,24642
F47II	,21066	,42809	,34971	,31685	,42202	,28345	,16769
F47JJ	,18866	,30066	,18504	,28970	,34864	,19471	,14565
F47K	,16978	,17598	,17839	,14173	,15206	,18484	,13476
F47L	,17937	,23416	,16942	,22004	,27953	,22197	,14699
F47M	,17749	,29400	,18582	,24787	,33975	,21450	,16132
F47N	,20953	,31009	,21462	,29161	,37088	,23251	,16688
F47PP	,20495	,35374	,22265	,31180	,35758	,21557	,17711
F47R	,14584	,29784	,22071	,19540	,30255	,52202	,14946
F47S	,22631	,40044	,33905	,26663	,44904	,32844	,20386
F47SS	,16419	,27824	,17742	,21162	,27463	,19963	,13787
F47T	,21920	,32862	,26746	,24612	,33107	,26332	,17504
F47TT	14399	,23901	,18047	,24072	,28457	,12343	,13049
F47U	,17561	,29143	,18917	,26188	,33630	,21712	,14511
F47W	,16397	,22798	,15729	,26075	,26259	,14706	,13575
F47X	,20066	,27380	,19602	,19050	,35378	,24521	,16215
F47Y	,18416	,29226	,25932	,28904	,34885	,25768	,15154
F47Z	,14097	,26912	,18191	,23203	,29105	,12504	,12092
	F47DD	F47EE	F47F	F47FF	F47G	F47H	F47I
F47DD	1,00000						
F47EE	,15421	1,00000					
F47F	,16348	,19327	1,00000				
F47FF	,14164	,22925	,25306	1,00000			
F47G	,10661	,19579	,29620	,44069	1,00000		
F47H	,21468	,28311	,34863	,29468	,34038	1,00000	
F47I	,19186	,22860	,26031	,38778	,38251	,38055	1,00000
F47II	,17190	,21798	,47131	,22074	,24974	,37666	,26545
F47JJ	,21109	,50032	,24668	,22132	,19691	,35560	,26324
F47K	,07384	,08438	,20929	,26685	,35073	,16540	,23100
F47L	,16036	,36959	,25987	,28278	,27375	,40408	,29777
F47M	,22747	,43035	,26695	,24742	,26542	,43751	,27858
F47N	,21397	,40236	,29700	,24537	,29478	,46299	,30278
F47PP	,19047	,46429	,27613	,20760	,19830	,33504	,27777

-----							
FACTOR ANALYSIS							
-----							
	F47DD	F47EE	F47F	F47FF	F47G	F47H	F47I
F47R	,14563	,14284	,27575	,25966	,25100	,32013	,19990
F47S	,19078	,19328	,30790	,22438	,27926	,40367	,24498
F47SS	,18094	,31226	,24715	,23388	,23897	,29833	,28323
F47T	,16612	,15167	,25976	,16421	,22637	,28675	,20542
F47TT	,14742	,39984	,18771	,13834	,14023	,29281	,18921
F47U	,17677	,45751	,22857	,26702	,26091	,42342	,28944
F47W	,15591	,41864	,21910	,16458	,19141	,27825	,22386
F47X	,16021	,23794	,24049	,27516	,23832	,48667	,23736
F47Y	,17911	,22849	,27329	,19850	,22741	,35222	,24272
F47Z	,19793	,40522	,17375	,17678	,16500	,26815	,19522
	F47II	F47JJ	F47K	F47L	F47M	F47N	F47PP
F47II	1,00000						
F47JJ	,34440	1,00000					
F47K	,20167	,11777	1,00000				
F47L	,26030	,35300	,18533	1,00000			
F47M	,31206	,53483	,16893	,56433	1,00000		
F47N	,37114	,48436	,16426	,53492	,68215	1,00000	
F47PP	,39593	,57766	,09979	,33416	,44483	,48600	1,00000
F47R	,26220	,17307	,19243	,22604	,21316	,25031	,18422
F47S	,37296	,28162	,18122	,20674	,25993	,26758	,27970
F47SS	,29124	,35608	,16034	,29060	,34995	,35147	,41998
F47T	,33204	,22603	,18624	,17649	,23557	,27914	,26085
F47TT	,22430	,52069	,09551	,24117	,38195	,36431	,40142
F47U	,32107	,57207	,11241	,58313	,62362	,60366	,47655
F47W	,25695	,49512	,12078	,32869	,44827	,43329	,49221
F47X	,22188	,25459	,11705	,32340	,32495	,34572	,22130
F47Y	,34777	,32843	,16281	,27978	,35837	,37963	,34473
F47Z	,23249	,58238	,10145	,25178	,42970	,37895	,42676
	F47R	F47S	F47SS	F47T	F47TT	F47U	F47W
F47R	1,00000						
F47S	,35077	1,00000					
F47SS	,16639	,23428	1,00000				
F47T	,29037	,54292	,19861	1,00000			
F47TT	,13108	,18095	,33671	,15895	1,00000		
F47U	,20529	,26390	,35528	,24344	,40795	1,00000	
F47W	,12484	,23740	,34602	,23869	,39399	,44565	1,00000
F47X	,20314	,28603	,23396	,19111	,21182	,33543	,20940
F47Y	,25681	,29905	,32008	,31405	,25088	,30546	,28973
F47Z	,12344	,20531	,27901	,16475	,44886	,42590	,39832

-----  
 FACTOR ANALYSIS  
 -----

	F47X	F47Y	F47Z
F47X	1,00000		
F47Y	,22528	1,00000	
F47Z	,21406	,30365	1,00000

Extraction1 1 for analysis 1, Principal Components Analysis (PC)

-----  
 FACTOR ANALYSIS  
 -----

Hi-Res Chart # 1:Faktor-scrree-plot

PC extracted 2 factors.

Factor Matrix:

	Factor 1	Factor 2
F47A	,39249	,22741
F47AA	,60578	,27020
F47B	,45792	,31166
F47BB	,49911	,10459
F47C	,66597	,25237
F47CC	,45775	,34142
F47D	,34936	,22599
F47DD	,34758	,03379
F47EE	,55614	-,38111
F47F	,52753	,27426
F47FF	,46363	,20606
F47G	,48573	,26552
F47H	,68259	,15478
F47I	,52524	,17458
F47II	,59454	,19403
F47JJ	,67248	-,42358
F47K	,31879	,26693
F47L	,59119	-,19784
F47M	,68974	-,34492
F47N	,70564	-,26258
F47PP	,65612	-,29550
F47R	,44680	,36130
F47S	,56037	,34365
F47SS	,53755	-,14033
F47T	,48668	,28543
F47TT	,52542	-,37344
F47U	,68526	-,37106
F47W	,56931	-,36837
F47X	,50280	,07226
F47Y	,55494	,03642
F47Z	,54672	-,38938



-----  
 FACTOR ANALYSIS  
 -----

## Final Statistics:

Variable	Communality	*	Factor	Eigenvalue	Pct of Var	Cum Pct
F47A	,20577	*	1	9,28590	30,0	30,0
F47AA	,43998	*	2	2,37663	7,7	37,6
F47B	,30682	*				
F47BB	,26005	*				
F47C	,50721	*				
F47CC	,32610	*				
F47D	,17313	*				
F47DD	,12195	*				
F47EE	,45453	*				
F47F	,35351	*				
F47FF	,25741	*				
F47G	,30644	*				
F47H	,48988	*				
F47I	,30636	*				
F47II	,39112	*				
F47JJ	,63164	*				
F47K	,17288	*				
F47L	,38864	*				
F47M	,59471	*				
F47N	,56687	*				
F47PP	,51782	*				
F47R	,33017	*				
F47S	,43211	*				
F47SS	,30865	*				
F47I	,31833	*				
F47TT	,41552	*				
F47U	,60726	*				
F47W	,45981	*				
F47X	,25803	*				
F47Y	,30929	*				
F47Z	,45052	*				

VARIMAX rotation 1 for extraction 1 in analysis 1 - Kaiser Normalization.

VARIMAX converged in 3 iterations.

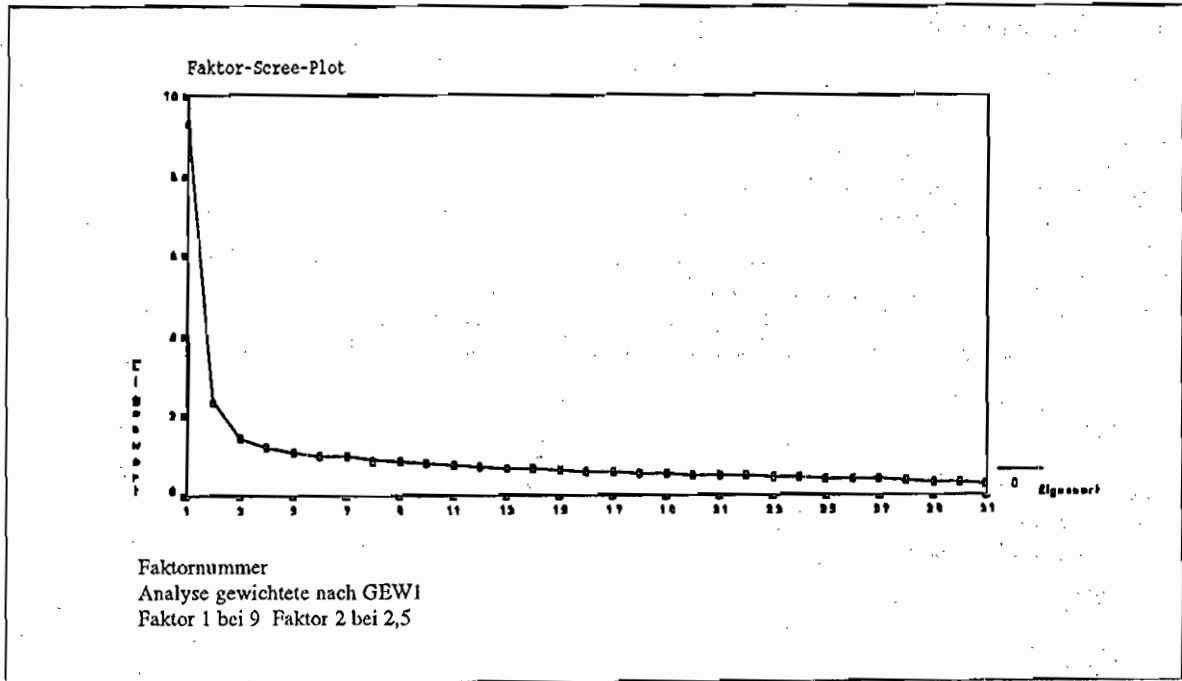
-----  
 FACTOR ANALYSIS  
 -----

## Rotated Factor Matrix:

	Factor 1	Factor 2
F47A	,12007	,43744
F47AA	,24201	,61758
F47B	,10757	,54337
F47BB	,28222	,42474
F47C	,29741	,64711
F47CC	,08657	,56446
F47D	,09035	,40616
F47DD	,22393	,26797
F47EE	,66366	,11870
F47F	,18574	,56557
F47FF	,18574	,47214
F47G	,15976	,53001
F47H	,37773	,58924
F47I	,25173	,49294
F47II	,28745	,55542
F47JJ	,77635	,17008
F47K	,03983	,41388
F47L	,56003	,27388
F47M	,73346	,23824
F47N	,68701	,30805
F47PP	,67483	,24985
F47R	,06481	,57094
F47S	,15812	,63805
F47SS	,48146	,27721
F47T	,14646	,54486
F47TT	,63639	,10261
F47U	,74860	,21646
F47W	,66411	,13702
F47X	,30753	,40430
F47Y	,36984	,41534
F47Z	,66276	,10620

## Factor Transformation Matrix:

	Factor 1	Factor 2
Factor 1	,71248	,70169
Factor 2	-,70169	,71248



### 6.3 Tabellenanhang

**Tabelle A 4.1:**  
**Psychosoziale Beschwerden (Berlin-West / -Ost)**  
 Ausprägungen: stark, mäßig, kaum, gar nicht

Beschwerden	Berlin-West		Berlin-Ost	
	stark	mäßig	stark	mäßig
	in %	in %	in %	in %
<b>psychische Beschwerden</b>				
Reizbarkeit	6	23	8	29
Grübeleien	10	22	13	27
Innere Unruhe	8	25	11	29
Minderwertigkeitsgefühl	3	9	3	10
Stimmungsschwankungen	7	20	7	22
Zwangsgedanken	2	5	2	5
Einsamkeitsgefühl	4	10	3	10
Traurigkeitsgefühle	4	10	2	9
Angstgefühle	3	8	2	8
Alpträume	1	6	1	5
Lebensüberdruß	2	4	1	4
<b>somatoforme Beschwerden</b>				
Kloßgefühl, i. Hals	1	7	2	7
Kurzatmigkeit	4	12	3	11
Schwächegefühl	4	12	3	12
Schluckbeschwerden	1	4	1	5
Stiche, Schmerzen i. d. Brust	2	13	2	15
Druck-od. Völlegefühl	4	16	4	16
Mattigkeit	6	25	6	26
Übelkeit	1	4	1	6
Sodbrennen	4	12	4	11
Kreuz-od. Rückenschmerzen	16	38	13	36
Schwere i. d. Beinen	7	18	6	17
Unruhe i. d. Beinen	4	11	4	10
Übermäßiges Schlafbedürfnis	9	22	9	24
Schlaflosigkeit	5	12	4	14
Schwindelgefühl	3	11	2	11
Zittern	1	5	2	5
Nacken-od. Schulterschmerzen	11	28	9	28
Gewichtsabnahme	1	3	1	4
Leib-/Magenschmerzen	3	14	2	15
Herzklopfen/-jagen	4	15	4	17

**Tabelle A 4.2:**  
**Psychosoziale Beschwerden (nach Geschlecht und Berlin-West / -Ost)**  
**Ausprägungen: stark, mäßig, kaum, gar nicht**

Beschwerden					Berlin-West				Berlin-Ost			
	Männer		Frauen		Männer		Frauen		Männer		Frauen	
	stark	mäßig	stark	mäßig	stark	mäßig	stark	mäßig	stark	mäßig	stark	mäßig
	in %	in %	in %	in %	in %	in %	in %	in %	in %	in %	in %	in %
<b>psychische Beschwerden</b>												
Reizbarkeit	6	23	7	27	5	21	7	24	8	26	7	32
Grübeleien	10	21	13	26	7	20	12	24	14	23	13	30
Innere Unruhe	8	24	10	29	6	25	11	26	12	23	10	34
Minderwertigkeitsgefühl	5	18	9	23	3	17	10	23	6	20	7	23
Stimmungsschwankungen	2	4	2	6	1	4	3	6	3	4	2	6
Zwangsgedanken	3	7	4	12	2	7	6	12	3	7	3	12
Einsamkeitsgefühl	2	6	3	13	2	6	3	12	3	6	3	13
Traurigkeitsgefühle	2	6	4	13	2	6	5	14	2	8	3	11
Angstgefühle	2	4	3	12	1	4	4	12	2	4	2	12
Alpträume	1	4	1	6	1	3	1	8	1	5	2	5
Lebensüberdruß	1	4	2	5	1	3	2	5	1	4	1	5
<b>somatoforme Beschwerden</b>												
Kloßgefühl... i. Hals	1	6	2	9	1	5	2	9	2	6	2	8
Kurzatmigkeit	3	8	4	14	3	9	5	15	2	8	4	13
Schwächegefühl	2	8	5	16	3	7	5	17	1	9	5	15
Schluckbeschwerden	1	3	1	5	1	3	1	4	1	4	1	6
Stiche, ... i d Brust	2	13	3	15	2	11	3	14	2	16	2	15
Druck-od Völlegefühl	3	13	5	19	2	14	5	18	3	13	5	19
Mattigkeit	4	21	8	29	4	21	8	28	4	21	8	31
Übelkeit	1	3	1	7	1	3	2	5	1	4	1	8
Sodbrennen	4	13	4	10	4	14	4	11	4	12	4	10
Kreuz-od Rückenschmerzen	10	34	19	40	12	35	20	39	8	31	17	40
Schwere... i d Beinen	4	11	9	23	4	12	9	24	3	11	8	21
Unruhe i d Beinen	3	8	5	13	3	8	5	14	3	7	5	13
Übermäßiges Schlafbedürfnis	8	18	10	26	7	18	11	25	8	19	10	29
Schlaflosigkeit	2	10	6	15	2	9	6	14	3	12	5	15
Schwindelgefühl	1	6	4	16	1	6	5	16	1	6	3	16
Zittern	1	4	2	6	1	4	2	5	1	4	2	6
Nacken-od Schulterschmerzen	5	20	14	35	6	22	15	33	4	17	13	36
Gewichtsabnahme	1	3	1	4	1	3	1	4	1	2	1	5
Leib-/Magenschmerzen	2	9	4	20	1	9	5	19	2	9	2	21
Herzklopfen/-jagen	2	11	5	20	2	11	5	18	3	11	5	22

Tabelle A 4.3:  
 Psychosoziale Beschwerden (Frauen nach Alter, Berlin-West)  
 Ausprägungen: stark, mäßig, kaum, gar nicht

Beschwerden	Berlin-West						Frauen						
	Alter 18-29			30-39			40-49			50-59			
	stark n %	mäßig in %	stark+mäßig in %	stark in %	mäßig in %	stark+mäßig in %	stark in %	mäßig in %	stark+mäßig in %	stark in %	mäßig in %	stark+mäßig in %	
<b>psychische Beschwerden</b>													
Reizbarkeit	7	28	35	9	33	42	5	20	25	5	22	27	
Grübeleien	10	27	37	9	26	35	7	17	24	13	16	29	
Innere Unruhe	9	22	31	10	25	35	8	19	27	11	21	32	
Stimmungsschwankungen	10	24	34	9	31	40	8	13	21	8	22	30	
Zwangsgedanken	3	7	10	3	3	6	3	4	7	3	6	9	
Einsamkeitsgefühl	4	11	15	3	8	11	3	8	11	3	9	12	
Minderwertigkeitsgefühl	3	16	19	5	11	16	2	13	15	3	12	15	
Traurigkeitsgefühle	3	10	13	4	12	16	3	8	11	6	8	14	
Angstgefühle	2	7	9	4	8	12	3	9	12	4	14	18	
Alpträume	2	5	7	2	5	7	1	6	7	-	10	10	
Lebensüberdruß	-	3	3	2	3	5	1	4	5	1	7	8	
<b>ausgewählte somatoforme Beschwerden</b>													
Stiche,...i.d.Brust	2	9	11	1	14	15	3	10	13	2	12	14	
Druck-od.Völlegefühl	2	11	13	5	13	18	5	20	25	8	17	25	
Mattheit	4	27	31	9	27	36	5	20	25	10	28	38	
Sodbrennen	1	5	6	4	9	13	2	9	11	8	11	19	
Kreuz-od.Rückenschmerzen	9	35	44	15	36	51	17	40	57	27	39	66	
Schwere...i.d.Beinen	1	13	14	5	11	16	6	20	26	9	32	41	
Unruhe i.d.Beinen	1	6	7	1	3	4	3	9	12	7	16	23	
Übermäßiges Schlafbedürfnis	10	27	37	13	26	39	10	22	32	12	26	38	
Schlaflosigkeit	2	4	6	3	10	13	3	6	9	5	18	23	
Nacken-od.Schalterschmerzen	7	26	33	15	35	50	13	34	47	26	32	58	

**Tabelle A 4.4:**  
**Psychosoziale Beschwerden (Frauen nach Alter, Berlin-Ost)**  
**Ansprägungen: stark, mäßig, kaum, gar nicht**

Beschwerden	Berlin-Ost						Frauen					
	Alter 18-29			30-39			40-49			50-59		
	stark in %	mäßig in %	stark+mäßig in %	stark in %	mäßig in %	stark+mäßig in %	stark in %	mäßig in %	stark+mäßig in %	stark in %	mäßig in %	stark+mäßig in %
<b>psychische Beschwerden</b>												
Reizbarkeit	6	30	36	5	42	47	7	29	36	13	29	42
Grübeleien	11	23	34	9	28	37	11	30	41	16	29	45
Innere Unruhe	7	27	34	5	35	40	10	33	43	17	30	47
Stimmungsschwankungen	5	18	23	6	21	27	7	21	28	9	25	34
Zwangsgedanken	2	3	5	1	2	3	-	6	6	1	13	14
Einsamkeitsgefühl	1	9	10	1	7	8	2	7	9	3	13	16
Minderwertigkeitsgefühl	1	11	12	1	15	16	3	13	16	5	19	24
Traurigkeitsgefühle	2	9	11	-	7	7	1	9	10	5	12	17
Angstgefühle	1	7	8	1	9	10	1	8	9	6	18	24
Alpträume	2	5	7	-	3	3	1	3	4	-	2	2
Lebensüberdruß	-	2	2	1	3	4	-	3	3	2	9	11
<b>angewählte somatoforme Beschwerden</b>												
Süße, ... i.d. Brust	2	14	16	3	10	13	1	16	17	2	22	24
Druck- od. Völlegefühl	2	18	20	4	15	19	8	16	24	9	23	32
Mattigkeit	2	24	26	5	27	32	10	25	35	8	43	51
Sodbrennen	1	7	8	4	8	12	4	8	12	6	15	21
Kreuz- od. Rückenschmerzen	8	29	37	14	44	58	19	44	63	22	45	67
Schwere... i.d. Beinen	2	10	12	1	19	20	7	24	31	8	29	37
Unruhe i.d. Beinen	2	1	3	1	8	9	4	17	21	4	22	26
Übermäßiges Schlafbedürfnis	9	31	40	12	39	51	10	21	31	11	28	39
Schlaflosigkeit	1	7	8	2	10	12	5	16	21	7	21	28
Nacken- od. Schulterschmerzen	4	24	28	13	38	51	15	43	58	16	44	60

Tabelle A 4 5:  
 Psychosoziale Beschwerden (Männer nach Alter, Berlin-West)  
 Ausprägungen: stark, mäßig, kaum, gar nicht

Beschwerden	Berlin-West						Männer					
	Alter 18-29		30-39		40-49		30-39		40-49		50-59	
	stark in %	mäßig in %	stark in %	mäßig in %	stark in %	mäßig in %	stark in %	mäßig in %	stark in %	mäßig in %	stark in %	mäßig in %
psychische Beschwerden												
Reizbarkeit	3	19	22	6	18	24	3	19	22	7	22	29
Grübeleien	10	19	29	7	22	29	4	16	20	5	19	24
Innere Unruhe	8	22	30	6	24	30	2	25	27	4	22	26
Stimmungsschwankungen	5	15	20	3	18	21	2	15	17	3	14	17
Zwangsgedanken	2	3	5	2	6	8	2	4	6	1	3	4
Einsamkeitsgefühl	4	8	12	2	9	11	2	4	6	2	6	8
Minderwertigkeitsgefühl	3	4	7	2	6	8	1	7	8	1	6	7
Traurigkeitsgefühle	4	5	9	2	5	7	1	4	5	1	8	9
Angstgefühle	1	2	3	1	7	8	-	3	3	1	6	7
Alpträume	1	4	5	-	-	0	1	3	4	2	4	6
Lebensüberdruß	1	4	5	1	3	4	1	2	3	1	2	3
ausgewählte somatoforme Beschwerden												
Stiche, ... i. d. Brust	1	6	7	2	7	9	2	11	13	3	15	18
Druck- od. Völlegefühl	1	8	9	1	10	11	2	16	18	3	13	16
Matigkeit	2	15	17	3	23	26	2	22	24	4	24	28
Sodbrennen	1	9	10	3	10	13	5	17	22	6	20	26
Kreuz- od. Rückenschmerzen	4	29	33	11	29	40	8	41	49	20	34	54
Schwere... i. d. Beinen	1	3	4	1	6	7	2	11	13	3	17	20
Unruhe i. d. Beinen	1	2	3	1	3	4	3	10	13	5	9	14
Übermäßiges Schlafbedürfnis	5	18	23	9	18	27	4	10	14	7	22	29
Schlaflosigkeit	1	2	3	3	5	8	2	10	12	2	10	12
Nacken- od. Schulterschmerzen	4	13	17	3	23	26	7	22	29	10	27	37



Tabelle A 4.6:  
 Psychosoziale Beschwerden (Männer nach Alter, Berlin-Ost)  
 Ausprägungen: stark, mäßig, kaum, gar nicht

Beschwerden	Berlin-Ost						Männer						
	Alter 18-29			30-39			40-49			50-59			
	stark in %	mäßig in %	stark+mäßig in %	stark in %	mäßig in %	stark+mäßig in %	stark in %	mäßig in %	stark+mäßig in %	stark in %	mäßig in %	stark+mäßig in %	
psychische Beschwerden													
Reizbarkeit	4	18	22	9	30	39	12	21	33	6	35	41	
Grübeleien	6	21	27	12	21	33	19	20	39	20	23	43	
Innere Unruhe	7	15	22	16	25	41	15	25	40	15	26	41	
Stimmungsschwankungen	4	15	19	6	18	24	9	22	31	7	20	27	
Zwangsgedanken	-	5	5	2	5	7	5	3	8	4	3	7	
Einsamkeitsgefühl	3	7	10	4	7	11	6	4	10	-	6	6	
Minderwertigkeitsgefühl	4	4	8	1	5	6	4	8	12	1	8	9	
Traurigkeitsgefühle	1	6	7	2	5	7	3	9	12	2	8	10	
Angstgefühle	1	1	2	2	2	4	5	6	11	-	7	7	
Alpträume	-	2	2	-	4	4	3	6	9	4	8	12	
Lebensüberdruß	-	3	3	-	2	2	1	6	7	1	4	5	
ausgewählte somatoforme Beschwerden													
Stiche,...i.d.Brust	1	7	8	1	15	16	5	15	20	1	21	22	
Druck-od.Vollegefühl	1	8	9	4	15	19	4	13	17	5	13	18	
Müdigkeit	2	14	16	3	20	23	7	22	29	3	23	26	
Sodbrennen	4	7	11	4	12	16	4	13	17	3	15	18	
Kreuz-od.Rückenschmerzen	3	20	23	7	27	34	7	40	47	15	37	52	
Schwere...i.d.Beinen	-	13	13	-	14	14	2	6	8	4	19	23	
Unruhe i.d.Beinen	1	5	6	1	5	6	2	2	4	5	8	13	
Übermäßiges Schlafbedürfnis	6	22	28	8	15	23	5	14	19	13	22	35	
Schlaflosigkeit	1	5	6	1	7	8	4	14	18	6	25	31	
Nacken-od.Schalterschmerzen	2	4	6	2	13	15	1	22	23	4	29	33	

Tabelle A 4.7:  
 Psychosoziale Beschwerden (nach Schichten)  
 Ausprägungen: stark, mäßig, kaum, gar nicht

Beschwerden	Berlin								
	S I			S II			S III		
	stark	mäßig	stark + mäßig	stark	mäßig	stark + mäßig	stark	mäßig	stark + mäßig
	in %	in %	in %	in %	in %	in %	in %	in %	in %
<b>psychische Beschwerden</b>									
Reizbarkeit	8	24	32	5	25	30	5	26	31
Grübeleien	13	27	40	11	23	34	9	21	30
Innere Unruhe	11	30	41	9	24	33	8	26	34
Minderwertigkeitsgefühl	3	9	12	3	9	12	2	11	13
Stimmungsschwankungen	8	24	32	6	20	26	7	19	26
Zwangsgedanken	3	6	9	2	4	6	2	4	6
Einsamkeitsgefühl	5	12	17	3	9	12	3	8	11
Traurigkeitsgefühle	4	11	15	3	8	11	2	10	12
Angstgefühle	4	10	14	1	6	7	2	7	9
Alpträume	2	7	9	1	4	5	1	5	6
Lebensüberdruß	2	6	8	1	3	4	1	4	5
<b>somatoforme Beschwerden</b>									
Kloßgefühl, ... i Hals	2	10	12	1	6	7	1	6	7
Kurzatmigkeit	6	18	24	2	7	9	2	8	10
Schwächegefühl	6	17	23	3	9	12	1	9	10
Schluckbeschwerden	1	5	6	1	4	5	1	3	4
Stiche, ... i d Brust	3	19	22	2	12	14	1	10	11
Druck-od Völlegefühl	6	23	29	3	15	18	3	12	15
Mattigkeit	9	30	39	5	23	28	4	22	26
Übelkeit	1	7	8	1	4	5	1	3	4
Sodbrennen	7	15	22	2	10	12	3	9	12
Kreuz-od Rückenschmerzen	22	42	64	11	36	47	10	32	42
Schwere, ... i d Beinen	11	26	37	4	15	19	3	10	13
Unruhe i d Beinen	7	18	25	3	7	10	2	5	7
Übermäßiges Schlafbedürfnis	12	24	36	8	23	31	8	20	28
Schlaflosigkeit	7	19	26	3	10	13	3	8	11
Schwindelgefühl	4	17	21	2	9	11	1	7	8
Zittern	3	8	11	1	3	4	1	3	4
Nacken-od.Schulterschmerzen	14	35	49	8	23	31	6	25	31
Gewichtsabnahme	2	4	6	1	3	4	-	2	2
Leib-/Magenschmerzen	3	15	18	3	14	17	3	14	17
Herzklopfen/-jagen	6	25	31	3	10	13	3	11	14

Tabelle A 4.8:  
 Psychosoziale Beschwerden (nach Schichten und Berlin-West / -Ost)  
 Ausprägungen: stark, mäßig, kaum, gar nicht

Beschwerden	Berlin-West						Berlin-Ost					
	S I		S II		S III		S I		S II		S III	
	stark	mäßig	stark	mäßig	stark	mäßig	stark	mäßig	stark	mäßig	stark	mäßig
	in %	in %	in %	in %	in %	in %	in %	in %	in %	in %	in %	in %
<b>psychische Beschwerden</b>												
Reizbarkeit	7	23	5	22	4	23	12	26	6	29	7	30
Grübeleien	10	25	10	22	7	20	19	32	11	25	12	23
Innere Unruhe	9	28	8	22	7	24	15	34	9	27	10	28
Minderwertigkeitsgefühl	2	7	3	9	3	11	4	12	3	9	2	10
Stimmungsschwankungen	8	21	6	21	6	20	7	30	5	20	9	18
Zwangsgedanken	2	5	2	4	2	5	3	7	1	5	2	4
Einsamkeitsgefühl	5	11	4	10	3	8	5	12	2	8	3	8
Traurigkeitsgefühle	5	9	3	10	2	10	4	14	2	6	2	10
Angstgefühle	4	9	2	7	1	8	4	14	1	5	2	6
Alpträume	1	7	1	5	1	4	2	7	1	3	2	6
Lebensüberdruß	2	5	1	3	1	4	1	8	-	3	1	3
<b>somatoforme Beschwerden</b>												
Kloßgefühl, i Hals	1	10	1	6	1	5	4	9	1	6	1	6
Kurzatmigkeit	6	18	4	9	2	7	8	19	1	4	1	10
Schwächegefühl	6	16	3	10	2	9	6	21	2	8	1	9
Schluckbeschwerden	1	4	-	3	-	3	-	7	1	5	-	3
Stiche, i d Brust	3	18	2	11	1	8	3	22	2	14	2	12
Druck-od. Völlegefühl	6	23	3	14	2	11	7	22	3	15	4	13
Mattigkeit	8	29	6	24	4	21	11	32	3	23	5	24
Übelkeit	1	6	1	4	-	3	1	11	-	5	-	4
Sodbrennen	6	16	3	11	2	9	8	13	2	9	3	10
Kreuz-od. Rückenschmerzen	22	42	13	36	10	33	22	41	9	35	10	31
Schwere i d Beinen	11	26	5	17	3	9	12	28	3	13	3	10
Unruhe i d Beinen	7	18	3	8	2	5	7	19	3	6	2	5
Übermäßiges Schlafbedürfnis	12	24	8	23	8	18	12	24	8	24	8	24
Schlaflosigkeit	7	18	4	9	3	7	7	21	2	11	4	10
Schwindelgefühl	5	17	2	9	1	6	3	18	2	8	1	8
Zittern	2	8	1	3	1	3	3	8	1	3	-	4
Nacken-od. Schulterschmerzen	14	34	10	24	6	25	15	36	6	23	6	25
Gewichtsabnahme	2	4	1	3	-	2	2	5	1	3	-	2
Leib-/Magenschmerzen	4	16	3	13	3	14	2	15	2	15	2	15
Herzklopfen/-jagen	6	22	3	10	2	10	7	31	2	11	3	11

**Tabelle A 49:**  
**Psychosoziale Beschwerden (nach Schichten und Geschlecht)**  
**Ausprägungen: stark, mäßig, kaum, gar nicht**

Beschwerden	Männer						Frauen					
	S I		S II		S III		S I		S II		S III	
	stark	mäßig	stark	mäßig	stark	mäßig	stark	mäßig	stark	mäßig	stark	mäßig
	in %	in %	in %	in %	in %	in %	in %	in %	in %	in %	in %	in %
<b>psychische Beschwerden</b>												
Reizbarkeit	9	24	4	23	6	21	8	24	6	26	5	32
Grübeleien	10	24	9	21	9	19	15	30	12	24	9	24
Innere Unruhe	10	25	8	21	8	25	12	34	9	26	9	27
Minderwertigkeitsgefühl	3	6	2	6	1	6	3	11	3	11	3	16
Stimmungsschwankungen	4	20	3	19	6	16	11	26	8	21	8	23
Zwangsgedanken	3	5	2	4	1	4	2	7	2	5	3	5
Einsamkeitsgefühl	3	8	3	6	2	7	7	15	3	11	3	8
Traurigkeitsgefühle	2	6	2	5	2	7	6	14	3	11	2	13
Angstgefühle	2	5	1	2	2	4	6	15	2	9	2	11
Alpträume	2	4	1	3	1	4	1	9	1	5	2	6
Lebensüberdruß	1	5	1	3	1	3	2	7	1	4	1	4
<b>somatofforme Beschwerden</b>												
Kloßgefühl, i. Hals	2	8	1	5	1	5	2	11	2	7	2	7
Kurzatmigkeit	4	14	2	5	2	7	8	22	3	9	2	10
Schwächegefühl	4	10	2	7	1	6	8	23	4	11	2	13
Schluckbeschwerden	1	5	-	3	-	2	-	6	1	5	1	3
Stiche i. d. Brust	4	20	1	9	1	9	3	18	3	15	2	10
Druck-od. Völlegefühl	4	20	2	11	2	11	7	25	4	18	4	13
Mattigkeit	6	26	3	20	3	17	11	33	6	26	6	27
Übelkeit	1	5	-	3	-	2	2	10	2	5	1	5
Sodbrennen	7	16	2	12	3	11	7	14	3	9	2	7
Kreuz-od. Rückenschmerzen	18	39	7	32	7	29	25	44	15	38	14	36
Schwere i. d. Beinen	7	21	2	8	2	5	15	31	6	20	3	15
Unruhe i. d. Beinen	5	13	2	6	2	3	9	22	3	8	2	7
Übermäßiges Schlafbedürfnis	11	20	5	17	7	17	13	27	10	28	8	24
Schlaflosigkeit	4	16	1	8	2	6	9	22	4	12	4	10
Schwindelgefühl	2	9	-	5	1	4	6	24	3	11	1	10
Zittern	2	6	1	3	-	3	3	9	1	3	1	3
Nacken-od. Schulterschmerzen	9	28	3	16	3	18	18	40	13	29	10	34
Gewichtsabnahme	2	3	1	3	-	2	2	5	1	3	-	3
Leib-/Magenschmerzen	3	13	1	6	1	8	4	17	4	20	4	21
Herzklopfen/-jagen	3	17	1	8	2	8	9	31	4	12	3	13

**Tabelle A 4.10:**  
**Psychosoziale Beschwerden (Erwerbstätige und Arbeitslose)**  
**Ausprägungen: stark, mäßig, kaum, gar nicht**

Beschwerden	Erwerbstätige		Arbeitslose	
	stark	mäßig	stark	mäßig
	in %	in %	in %	in %
<b>psychische Beschwerden</b>				
Reizbarkeit	5	26	13	31
Grübeleien	9	21	21	32
Innere Unruhe	8	25	17	29
Minderwertigkeitsgefühl	2	8	6	14
Stimmungsschwankungen	5	18	15	22
Zwangsgedanken	1	3	5	10
Einsamkeitsgefühl	2	7	7	13
Traurigkeitsgefühle	2	6	6	15
Angstgefühle	1	5	7	10
Alpträume	1	3	3	8
Lebensüberdruß	1	3	2	6
<b>somatoforme Beschwerden</b>				
Kloßgefühl, i Hals	1	6	4	4
Kurzatmigkeit	2	7	2	10
Schwächegefühl	2	7	3	11
Schluckbeschwerden	-	3	1	4
Stiche, Schmerzen i d. Brust	1	11	3	19
Druck-od Völlegefühl	3	14	6	17
Mattigkeit	5	22	6	21
Übelkeit	1	3	1	6
Sodbrennen	4	11	6	12
Kreuz-od Rückenschmerzen	12	36	17	34
Schwere... i d. Beinen	3	12	4	17
Unruhe i d. Beinen	2	6	7	9
Übermäßiges Schlafbedürfnis	10	21	7	26
Schlaflosigkeit	3	9	5	16
Schwindelgefühl	1	7	5	8
Zittern	-	3	3	5
Nacken-od Schulterschmerzen	8	26	11	25
Gewichtsabnahme	1	2	1	6
Leib-/Magenschmerzen	3	13	3	18
Herzklopfen/-jagen	2	11	5	16

Tabelle A 4.11:

## Psychosoziale Beschwerden (Arbeitslose nach Geschlecht, Berlin-West/-Ost)

Ausprägungen: stark, mäßig, kaum, gar nicht

Beschwerden	Männer		Frauen		Berlin-West		Berlin-Ost	
	stark	mäßig	stark	mäßig	stark	mäßig	stark	mäßig
	in %	in %	in %	in %	in %	in %	in %	in %
<b>psychische Beschwerden</b>								
Reizbarkeit	15	25	11	35	10	23	16	38
Grübeleien	22	31	20	32	20	30	23	33
Innere Unruhe	12	33	18	25	14	27	19	31
Stimmungsschwankungen	14	20	16	23	16	20	15	23
Zwangsgedanken	7	8	4	11	6	9	4	10
Einsamkeitsgefühl	11	12	12	15	5	11	9	15
Minderwertigkeitsgefühl	7	10	4	20	3	9	7	17
Traurigkeitsgefühle	4	14	8	16	8	9	4	20
Angstgefühle	8	10	6	9	8	11	6	8
Alpträume	4	8	2	7	2	8	4	7
Lebensüberdruß	3	5	1	7	5	4	7	17
<b>ausgewählte somatoforme Beschwerden</b>								
Kloßgefühl, i. Hals	4	3	4	6	1	3	6	5
Sichere, i. d. Brust	4	17	3	22	3	24	4	15
Kreuz-od. Rückenschmerzen	14	35	22	36	22	36	14	33
Schlaflosigkeit	7	16	8	17	6	17	4	15
Nacken-od. Schulterschmerzen	10	18	14	33	14	26	9	24
Leib-/Magenschmerzen	1	10	6	27	6	12	1	23
Herzklopfen/-jagen	6	11	4	22	4	14	5	17

**Tabelle A 4.12:**  
**Psychoziale Beschwerden (nach Familienstand und Alter)**  
 Ausprägungen: stark, mäßig, kaum, gar nicht

Beschwerden	verheiratete Personen 50jährige und ältere						geschiedene Personen 50jährige und ältere						verwitwete Personen 50jährige und ältere						
	Männer			Frauen			Männer			Frauen			Männer			Frauen			
	stark in %	mäßig in %	in %	stark in %	mäßig in %	in %	stark in %	mäßig in %	in %	stark in %	mäßig in %	in %	stark in %	mäßig in %	in %	stark in %	mäßig in %	in %	
<b>psychische Beschwerden</b>																			
Reizbarkeit	14	57	17	52	3	41	17	33	12	23	24	40							
Grübelerei	10	48	25	55	7	43	45	47	24	50	44	66							
Innere Unruhe	16	50	25	63	6	39	39	39	42	60	24	79							
Minderwertigkeitsgefühl	3	14	5	20	1	12	11	27	1	8	7	42							
Stimmungsschwankungen	9	40	14	48	4	11	22	32	14	38	31	46							
Zwangsgedanken	3	8	4	14	1	4	7	19	4	34	9	9							
Einsamkeitsgefühl	1	6	4	9	5	24	16	46	19	53	17	50							
Traurigkeitsempfinden	1	13	6	22	3	9	16	22	7	6	17	41							
Angstgefühle	3	13	6	36	1	10	19	24	1	9	4	50							
Alpträume	3	12	3	13	1	12	2	9	1	2	1	7							
Lebensüberdruß	1	5	2	12	-	3	5	5	-	4	2	4							
<b>somatoforme Beschwerden</b>																			
Kloßgefühl...i.Hals	4	12	4	25	7	23	9	28	11	17	1	9							
Kurzatmigkeit	2	13	4	16	4	9	5	18	4	12	5	19							
Schwächegefühl	1	12	3	19	3	8	9	30	8	17	9	20							
Schluckbeschwerden	1	4	2	4	1	3	3	19	3	16	2	17							
Stiche, Schmerzen...i.d.Brust	3	41	1	32	10	38	2	40	6	23	6	41							
Druck-od.Völlegefühl	3	13	5	19	3	12	6	22	5	25	6	30							
Mattigkeit	4	20	7	28	4	18	9	32	7	27	10	30							
Übelkeit	1	3	1	7	1	2	2	10	1	10	3	12							
Sodbrennen	4	12	3	10	4	10	4	12	5	20	4	15							
Kreuz-od.Rückenschmerzen	30	74	43	90	46	72	41	78	53	64	50	70							
Schwere...i.d.Beinen	1	12	4	25	1	10	6	26	2	33	5	35							
Unruhe i.d.Beinen	3	7	4	12	2	7	5	12	3	9	8	15							
Übermäßiges Schlafbedürfnis	7	16	4	12	6	14	5	14	7	15	5	16							
Schlaflosigkeit	5	30	10	40	2	18	25	30	1	70	38	47							
Schwindelgefühl	1	5	4	12	-	4	5	15	1	17	5	16							
Zittern	1	1	3	5	-	3	3	6	1	10	4	17							
Nacken-od.Schulterschmerzen	17	58	36	79	17	57	36	62	18	60	33	79							
Gewichtsunabnahme	-	3	1	3	-	2	2	5	1	4	3	7							
Leib-/Magenschmerzen	3	26	3	30	6	14	6	31	25	23	1	27							
Herzklopfen/-jagen	11	33	10	60	7	17	19	56	1	39	17	68							

### 6.3.1 Tabellenverzeichnis

	Seite
<b>Tabellen im Text</b>	
<b>Tabelle 4.1:</b> Prozentuale Häufigkeit der meist genannten Beschwerden (kaum bis stark)	10
<b>Tabelle 4.2:</b> Mittelwert, Standardabweichungen und Perzentile des Summenscores für somatoforme und psychische Beschwerden nach Geschlecht und Berlin-West/-Ost	10
<b>Tabelle 4.3:</b> Korrelation zwischen Alter und BL-Score, somatoformen sowie psychischen Beschwerden. Partielle Korrelation unter Kontrolle für Geschlecht, Berlin-West/-Ost-Verteilung	11
<b>Tabelle 4.4:</b> Altersgruppen-Verteilung der 18- bis 59jährigen der Gesamtstichprobe	15
<b>Tabelle 4.5:</b> Erwerbstätige/Arbeitslose in der Altersgruppe der 18- bis 59jährigen in Berlin-West/-Ost	19
<b>Tabelle 4.6:</b> Gesundheitszufriedenheit nach Erwerbsstatus und soziodemographischen Merkmalen (Skalierung von 1 = sehr unzufrieden bis 7 = sehr zufrieden)	20
<b>Tabelle 4.7:</b> Prozentualer Anteil der Arbeitslosen und Erwerbstätigen, die chronische Beschwerden und erhebliche Behinderungen angegeben haben	21
<b>Tabelle 4.8:</b> Gesundheitszufriedenheit nach Erwerbs- und Gesundheitsstatus	23
<b>Tabelle 4.9:</b> Subjektiv Kranke in Abhängigkeit von Belastungen bzw. Nichtbelastungen	23
<b>Tabelle 4.10:</b> Prozentualer Anteil der subjektiv Kranken nach Risikoverhalten (negatives Coping)	25
<b>Tabelle 4.11:</b> Prozentualer Anteil der subjektiv Kranken bei gesundheitsbewußtem Verhalten (positives Coping)	26
<b>Tabelle 4.12:</b> Korrelation zwischen der Anzahl positiver Gesundheitsverhaltensweisen und den Beschwerden	26
<b>Tabelle 4.13:</b> Korrelation zwischen Gesundheitsrisikofaktoren und Krankheitsbereichen	26



<b>Tabelle 4.14:</b> Externe und interne Ressourcen	27
<b>Tabelle 4.15:</b> Prozentualer Anteil der subjektiv Kranken mit und ohne partnerschaftliche Beziehung	28
<b>Tabelle 4.16:</b> Außerfamiliäre Kontakte und subjektive Gesundheit	28
<b>Tabelle 4.17:</b> Auswirkung unterschiedlicher sozialer Unterstützung: Personen bei weniger guter bzw. schlechter psychischer und physischer Gesundheit. Prozentverteilung und Angabe der relativen Risiken	29
<b>Tabelle 4.18:</b> Korrelation zwischen der sozialen Unterstützung und den Summenscores für den BL-Score sowie für die somatoformen und psychischen Beschwerden	29
<b>Tabelle 4.19:</b> Interaktion von Streß, positivem Gesundheitsverhalten und Alter auf die subjektive Gesundheit, Prozentverteilung für Personen mit schlechter bzw. weniger guter Gesundheit	30
<b>Tabelle 4.20:</b> Relative Risiken für eine schlechtere Gesundheit	30
<b>Tabelle 4.21:</b> Prozentverteilung für schlechte subjektive Gesundheit bei Personen mit zwei und mehr negativen Lebensereignissen. Aufgeteilt nach Alter, sozialer Unterstützung und positivem Gesundheitsverhalten	30
<b>Tabellen im Anhang</b>	
<b>Tabelle A 4.1:</b> Psychosoziale Beschwerden (Berlin-West/-Ost) - Ausprägung: stark, mäßig, kaum, gar nicht	42
<b>Tabelle A 4.2:</b> Psychosoziale Beschwerden (nach Geschlecht und Berlin-West/-Ost) - Ausprägung: stark, mäßig, kaum, gar nicht	43
<b>Tabelle A 4.3:</b> Psychosoziale Beschwerden (Frauen nach Alter, Berlin-West) - Ausprägung: stark, mäßig, kaum, gar nicht	44
<b>Tabelle A 4.4:</b> Psychosoziale Beschwerden (Frauen nach Alter, Berlin-Ost) - Ausprägung: stark, mäßig, kaum, gar nicht	45
<b>Tabelle A 4.5:</b> Psychosoziale Beschwerden (Männer nach Alter, Berlin-West) - Ausprägung: stark, mäßig, kaum, gar nicht	46

<b>Tabelle A 4.6:</b> Psychosoziale Beschwerden (Männer nach Alter, Berlin-Ost) - Ausprägung: stark, mäßig, kaum, gar nicht	47
<b>Tabelle A 4.7:</b> Psychosoziale Beschwerden (nach Schichten) - Ausprägung: stark, mäßig, kaum, gar nicht	48
<b>Tabelle A 4.8:</b> Psychosoziale Beschwerden (nach Schichten, Berlin-West/-Ost) - Ausprägung: stark, mäßig, kaum, gar nicht	49
<b>Tabelle A 4.9:</b> Psychosoziale Beschwerden (nach Schichten und Geschlecht) - Ausprägung: stark, mäßig, kaum, gar nicht	50
<b>Tabelle A 4.10:</b> Psychosoziale Beschwerden (Erwerbstätige und Arbeitslose) - Ausprägung: stark, mäßig, kaum, gar nicht	51
<b>Tabelle A 4.11:</b> Psychosoziale Beschwerden (Arbeitslose nach Geschlecht) - Ausprägung: stark, mäßig, kaum, gar nicht	52
<b>Tabelle A 4.12:</b> Psychosoziale Beschwerden (nach Familienstand und Alter) - Ausprägung: stark, mäßig, kaum, gar nicht	53

### 6.3.2 Abbildungsverzeichnis

	Seite
<b>Abbildung 3.1:</b> Psychosoziale Beschwerden - Berlin-West/-Ost	7
<b>Abbildung 4.1:</b> Subjektive Gesundheit nach Alter, Geschlecht und Berlin-West/-Ost-Verteilung - Häufigkeit der Einschätzung „weniger gut“ bzw. „schlecht“	9
<b>Abbildung 4.2:</b> Häufigkeit von Personen mit Beschwerden nach Geschlecht und Berlin-West/-Ost	9
<b>Abbildung 4.3:</b> Häufigkeit von Personen mit Beschwerden nach Alter und Erwerbstätigkeit/Rente	9
<b>Abbildung 4.4:</b> Mittelwert des Summenscores für somatoforme bzw. psychische Beschwerden nach Geschlecht und Berlin-West/-Ost	11
<b>Abbildung 4.5:</b> Psychosoziale Beschwerden der Berliner Bevölkerung (Häufigkeit der Skalenwerte „stark“ bzw. „mäßig“)	12-13
<b>Abbildung 4.6:</b> Psychische Beschwerden - nach Geschlecht (Häufigkeit der Skalenwerte „stark“ bzw. „mäßig“)	14
<b>Abbildung 4.7:</b> Häufigkeit ausgewählter somatoformer Beschwerden (stark und mäßig) nach Alter und Geschlecht	16-17
<b>Abbildung 4.8:</b> Häufigkeit psychische Beschwerden (stark und mäßig) nach Schicht	18
<b>Abbildung 4.9:</b> Häufigkeit von Erwerbstätigen mit Beschwerden nach Altersgruppen	21
<b>Abbildung 4.10:</b> Häufigkeit von Arbeitslosen mit Beschwerden nach Altersgruppen und Berlin-West/-Ost	21
<b>Abbildung 4.11:</b> Häufigkeit psychosozialer Beschwerden - Erwerbstätige/Arbeitslose	22
<b>Abbildung 4.12:</b> Prozentualer Anteil der Personen, die vor mehr als einem Jahr beim Arzt waren (1991) - nach Altersgruppen und Berlin-West/-Ost	24
<b>Abbildung 4.13:</b> Prozentualer Anteil der Personen mit Krankenhausaufenthalt im letzten Jahr (1991) - nach Altersgruppen und Berlin-West/-Ost	25
<b>Abbildung 4.14:</b> Prozentuale Anteil der Personen, die über Beschwerden klagen - in Abhängigkeit von außerfamiliären Kontakten (Freunden)	28

## 6.4 Literaturverzeichnis

- Ahlbohm, A.; Norell, S.: Einführung in die moderne Epidemiologie. Bundesgesundheitsamt: Bga-Schriften. München 1991.
- Antonovsky, A.: Die Salutogenetische Perspektive: Zu einer neuen Sicht von Gesundheit und Krankheit. In *Medicus* 2, 1989.
- Beblo, M.: Zur Dimension der sozialen und gesundheitlichen Lage älterer Menschen in Berlin - Eine empirisch-statistische Diagnose. Diskussionspapier 25. Hrsg. Senatsverwaltung für Gesundheit Berlin 1995.
- Bortz, J.: Lehrbuch der empirischen Forschung. Berlin 1984.
- Ehl, M., Käfer, H.: Ausgewählte Projekte. In: Schepank, H.: Psychogene Erkrankungen der Stadtbevölkerung. Eine epidemiologische-tiefenpsychologische Feldstudie in Mannheim. Berlin 1987.
- Elkeles, T.; Seifert, W.: Arbeitslose und ihre Gesundheit. Empirische Langzeitanalysen. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung P92-201. Berlin 1992.
- Gesundheitsrisiko Arbeitslosigkeit. Gesundheitswesen im Umbruch. Gesundheitsreport des Landes Brandenburg 1994. Hrsg. Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen.
- Greiser, E.; Kiel, U.: Strategien zur Verbesserung der epidemiologischen Forschung in Deutschland. Forschungsberichte des Projektträgers GSF-Forschungszentrum für Umwelt und Gesundheit 2/1992.
- Gunkel, S.; Priebe, S.: Psychische Beschwerden nach Migration: Ein Vergleich verschiedener Gruppen von Zuwanderern in Berlin. In: Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie (PPmP) 42/1992. Sonderdruck.
- Heim, E.: Salutogenese versus Pathogenese - ein neuer Zugang zu einer alten Weisheit. In: Schweizer Medizinische Wochenschrift 124, 1994.
- Helmert, U.: Sozialschichtenspezifische Unterschiede in der selbst wahrgenommenen Morbidität und bei ausgewählten gesundheitsbezogenen Indikatoren in West-Deutschland. In: Krankheit und soziale Ungleichheit. Sozialepidemiologische Forschungen in Deutschland. Hrsg.: Mielck, A. Opladen 1994.
- Hermann, S., Meinschmidt, G.: Sozialstrukturatlas Berlin. Erste gemeinsame Berechnung für alle Bezirke. Hrsg. Senatsverwaltung für Gesundheit. Berlin 1995.
- House, J.S.: Zum sozialepidemiologischen Verständnis von Public Health: soziale Unterstützung und Gesundheit. In: Zukunftsaufgabe Gesundheitsförderung. Hrsg. Badura, B.; Elkeles, T.; Grieger, B., Kammerer, W. Berlin 1989.
- Kirschner, W.; Radoschewski, M.: Gesundheits- und Sozialsurvey Berlin. Diskussionspapier 17. Hrsg. Senatsverwaltung für Gesundheit Berlin 1993.
- Koloska, R.; Rehm, J.; Fichter, M.: Ist die Beschwerden-Liste valide? In *Diagnostica* 35 (3) 1989.
- Krankheit und soziale Ungleichheit. Sozialepidemiologische Forschungen in Deutschland. Hrsg.: Mielck, A. Opladen 1994.

- Kurella, S.: Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Literaturstudie für die Jahre 1985 - 1991. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. P92-202. Berlin 1992
- Schepank, H.: Psychogene Erkrankungen der Stadtbevölkerung. Eine epidemiologische-tiefenpsychologische Feldstudie in Mannheim. Berlin 1987.
- Shubö, W.: SPSS. Handbuch der Programmversionen 4.0 und SPSS-X 3.0. Autorisierte deutsche Bearbeitung des SPSS reference guide. Stuttgart 1991.
- Siegel, A.: Nichtparametrische statistische Methoden. 2. Auflage 1985.
- Siegrist, J.: Die Bedeutung von Lebensereignissen für die Entstehung körperlicher und psychosomatischer Erkrankungen. In: Nervenarzt 51, 1980.
- Soziale Unterstützung und chronische Krankheit. Zum Stand sozialepidemiologischer Forschung. Hrsg. Badura, B. Frankfurt 1981.
- Tempel, G.; Witzko, K.-H.: Soziale Polarisierung und Mortalitätsentwicklung. Erste Ergebnisse der Kommunalen Gesundheitsberichterstattung des Landes Bremen. In: Krankheit und soziale Ungleichheit. Sozial-epidemiologische Forschungen in Deutschland. Hrsg.: Mielck, A. Opladen 1994.
- Umfrage zur Lebenszufriedenheit. Die Bewertung der politischen und wirtschaftlichen Situation durch die Berliner Bevölkerung. EMNID-Institut 1993. Pressemitteilung 1993.
- Voigt, D.: Gesundheitsverhalten. Zur Soziologie gesundheitsbezogenen Verhaltens. Hypothesen-Theorieempirische Untersuchungen. Stuttgart 1978.
- Waltz, E.M.: Soziale Faktoren bei der Entstehung und Bewältigung von Krankheit - ein Überblick über die empirische Literatur. In: Soziale Unterstützung und chronische Krankheit. Zum Stand sozialepidemiologischer Forschung. Hrsg. Badura, B. Frankfurt 1981.
- Westhoff, G.: Handbuch psychosozialer Meßinstrumente. Ein Kompendium für epidemiologische und klinische Forschung zu chronischer Krankheit. Göttingen 1993
- Zerssen, D. v.: Die Beschwerden-Liste. Manual. Weinheim 1976.
- Zukunftsaufgabe Gesundheitsförderung. Hrsg. Badura, B.; Elkeles, T.; Grieger, B., Kammerer, W. Berlin 1989.

## 6.5 Diskussionspapierverzeichnis

Der Jahresgesundheitsbericht wird komplettiert durch die von der Senatsverwaltung für Gesundheit zur Gesundheits- und Sozialforschung in unregelmäßiger zeitlicher Folge herausgegebenen *Diskussionspapiere*.

In dieser Reihe sind bisher erschienen:

1. Meinschmidt, Gerhard  
Ärzte beurteilen Sozialstationen Eine statistisch empirische Diagnose 1986.
2. Imme, Uwe  
Meinschmidt, Gerhard  
Wanjura, Marlies  
Der Krankenpflegenotfalldienst durch Sozialstationen.  
Eine Zwischenbilanz aus empirischer Sicht.  
1986
3. Imme, Uwe  
Meinschmidt, Gerhard  
Strukturanalyse arbeitsloser Sozialhilfeempfänger.  
Eine statistische Analyse. 1986.
4. Meinschmidt, Gerhard  
Völker-Oswald, Ingrid  
Zum Bedarf an Unterstützung in Hilfssituationen älterer Menschen in Berlin  
Eine statistische Analyse. 1988
5. Meinschmidt, Gerhard  
Strukturanalyse pflegebedürftiger Menschen in Berlin  
Eine statistische Analyse. 1988.
6. Referat Sozial- und Medizinalstatistik,  
EDV-gestützte Fachinformationssysteme,  
Dr. Dohnke-Hohrmann, Sylvia  
(vormals Dr. Mader, Sylvia)  
Die Jugendzahnpflege 1986. Eine Untersuchung über den Zahnstatus bei Kindern und Jugendlichen in Berlin (West). 1988.
7. Referat Sozial- und Medizinalstatistik,  
EDV-gestützte Fachinformationssysteme:  
Schulentlassungsuntersuchungen 1985/86 in Berlin (West) nach Kriterien des Jugendgesundheitschutzgesetzes. 1988.
8. Referat Sozial- und Medizinalstatistik,  
EDV-gestützte Fachinformationssysteme:  
Sozialhilfeempfänger in sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung.  
Erfahrungsbericht zum 500er Programm.  
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  
Wanjura, Marlies  
Projekt: Beratungspfleger (Teil 1).  
Dezember 1988.
11. Baum, Christiane  
Koch-Malunat, Norbert  
Seeger, Michael  
Vergleichbare Strukturdaten des Sozial- und Gesundheitswesens ausgewählter Großstädte der Bundesrepublik.  
Januar 1989.
12. Becker, Barbara  
Kramer, Ramona  
Meinschmidt, Gerhard  
Zur subjektiven Morbidität der Berliner Bevölkerung.  
September 1989.
13. Liedtke, Dieter  
Wanjura, Marlies  
Projekt: Beratungspfleger (Teil 2).  
November 1989.
14. Haecker, Gero  
Kirschner, Wolf  
Meinschmidt, Gerhard  
Zur "Lebenssituation von Sozialhilfeempfängern" in Berlin (West).  
April 1990.
15. Koch-Malunat, Norbert  
Klausing, Michael  
Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen 1987 in Berlin (West).  
Juni 1990.

16. Kiss, Anita  
Ergebnisse der Schulentlassungsuntersuchungen 1988/89 in Berlin (West).  
Februar 1992.
17. Kirschner, Wolf  
Radoschewski, Michael  
Gesundheits- und Sozialsurvey Berlin.  
Januar 1993.
18. Hermann, Sabine  
Imme, Uwe  
Meinlschmidt, Gerhard  
Zur Sozialstruktur in den östlichen und westlichen Bezirken Berlins auf der Basis des Mikrozensus 1991  
- Erste methodische Berechnungen mit Hilfe der Faktorenanalyse -  
Januar 1993.
19. Thielke, Henning  
Meusel, Katharina  
Zur Überlebensdauer von Typ-II-Diabetikern  
Ergebnisse einer 20jährigen Follow-up-Studie in Berlin-Ost.  
März 1994.
20. Koch-Malunat, Norbert  
Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen 1990 in Berlin-West - eine statistische Analyse -  
März 1994.
21. Radoschewski, Michael  
Kirschner, Wolf  
Kirschner, Renate  
Heydt, Kerstin  
Entwicklung eines Präventionskonzeptes für das Land Berlin.  
Juli 1994.
22. Kiss, Anita  
Zur gesundheitlichen Lage von Jugendlichen in Berlin unter besonderer Berücksichtigung der Ergebnisse der Schulentlassungsuntersuchungen 1991/1992  
- eine statistische Analyse -  
Februar 1995.
23. Kiss, Anita  
Hermann, Sabine  
Thielke, Henning  
Vermeidbare Sterbefälle in Berlin 1983 - 1992.  
März 1995.
24. Rothe, Kerstin  
u a.  
Vergleichbare Strukturdaten des Sozial- und Gesundheitswesens ausgewählter Großstädte der Bundesrepublik Deutschland 1992.  
April 1995
25. Beblo, Miriam  
Zur Dimension der Sozialen und Gesundheitlichen Lage älterer Menschen in Berlin  
- Eine statistisch-empirische Diagnose -  
Juni 1995.
26. Hermann, Sabine  
Hiestermann, Angelika  
Gesundheitliche und soziale Lage von Frauen in Berlin  
- eine empirische Diagnose -  
Oktober 1995.
27. Dohnke-Hohmann, Dr. Sylvia  
Reich, Renate  
Der Mund- und Zahngesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen 1992/1993 in Berlin  
- Teil I -  
Oktober 1995.
28. Angelika Hiestermann  
Thomas Hillen  
Zur psychosozialen Befindlichkeit der Berliner Bevölkerung  
- eine statistische Analyse  
Januar 1996.

**Außerhalb dieser Reihe wurde veröffentlicht:**

- Hermann, Sabine  
Meinlschmidt, Gerhard  
Eine repräsentative Erhebung zur Gesundheitspolitik, der Politik im allgemeinen und zur Pflegeproblematik  
- Gesundheitsbarometer 1 - November 1991.

- Hermann, Sabine  
Meinlschmidt, Gerhard  
Thoelke, Henning  
Eine repräsentative Erhebung zu Fragen der Gesundheit, der Prävention und ihrer Gestaltung  
- Gesundheitsbarometer 2 - Dezember 1994.
  
- Meinlschmidt, Gerhard  
Imme, Uwe  
Kramer, Ramona  
Sozialstrukturatlas Berlin (West)  
Eine statistisch-methodische Analyse mit Hilfe der Faktorenanalyse. März 1990.  
(vergriffen).
  
- Hermann, Sabine  
Meinlschmidt, Gerhard  
Sozialstrukturatlas Berlin  
- Erste gemeinsame Berechnung für alle Bezirke - Juli 1995.

Die Broschüren können in der Senatsverwaltung für Gesundheit Berlin - Referat Gesundheitsstatistik, Gesundheitsberichterstattung, Informations- und Kommunikationstechnik, Datenschutz-, Märkisches Ufer 54, 10179 Berlin, angefordert werden.