

Schwerpunkt



Barbara Dippelhofer-Stiem

Zur Ökologie der subjektiven Gesundheit: Kontext und Zeit

Barbara Dippelhofer-Stiem

Zusammenfassung

Inspiziert von den Perspektiven Bronfenbrenners will der Beitrag die kontextuellen und zeitgebundenen Bedingungen von Gesundheit und Krankheit theoretisch strukturieren und empirisch untersuchen. Entwickelt wird ein Mehrebenenmodell, das die besonderen Bedingungen in den neuen Bundesländern berücksichtigt. Die empirischen Befunde stützen sich auf einen Bevölkerungssurvey in Sachsen-Anhalt (N=2090). Die Indikatoren gesundheitliches Wohlbefinden, Beschwerden, ernsthafte Erkrankungen heranziehend, entsteht ein differenziertes Bild der subjektiven Gesundheit, das je spezifisch verwoben ist mit Aspekten der Nahumwelt und der durchlaufenen Lebenszeit. Die multivariaten Modellierungen erbringen spezifische Ergebnisse, in Abhängigkeit davon, welches Kriterium analysiert wird. Allesamt aber rücken sie nicht den klassischen Schichtgradienten, sondern psychosoziale Belastungen und körperliche Einschränkungen im Alltag in den Vordergrund. Hinzu tritt das Alter, das in direkter Beziehung zum Wohlergehen und den durchlittenen Krankheiten, in mittelbarer mit der Beschwerdefrequenz steht. *Bronfenbrenners* zentrale Thesen bestätigend, erweisen sich die proximale Umwelt und die darauf gerichteten Prozesse sowie die biografische Zeit als erklärungskräftigste Prädiktoren für die selbst attribuierte Gesundheit.

Schlagwörter: Gesundheitsforschung, subjektive Gesundheit, ökologischer Ansatz

Abstract

The ecology of subjective health state: Context and time

Inspired by *Bronfenbrenner's* perspectives, the article tries to theoretically structure and empirically analyze the ecological conditions of health and illness. A multilayered ecological model is conceptualized, which focuses on the special conditions of East Germany. Selected indicators of health are well-being, complaints, sickness. The empirical findings have been generated from a representative survey in the Federal State of Sachsen-Anhalt (N=2090). They allow a distinguished impression from the subjective health state, which is connected with various aspects of the proximal environment and the lifetime spent. Multivariate analyses show special connotations of the various predictors for each of the indicators. However, there are no immediate effects of the classical socio-economic status, but effects of everyday psycho-social stress and physical handicaps. Furthermore, the age-factor correlates directly with subjective well-being and sickness, as well as indirectly with the frequency of complaints. Applying to *Bronfenbrenner's* major concepts, the proximal environment, the individual's transaction with it and the age are the strongest predictors for the self-reported health state.

Keywords: health sociology, subjective health state, ecological research

1. Bezugsrahmen und Datenbasis

Sozialökologische Ansätze bilden den Bezugsrahmen für unterschiedliche Disziplinen und werden von diesen je spezifisch akzentuiert und ausdifferenziert. Diversität ist Teil des historischen Erbes, das bis in das 19. Jahrhundert zurückreicht. Inspiriert von Impulsen aus der Biologie gehörte die systematische Ergründung des Verhältnisses von Mensch und Umwelt zum Gegenstand von früher Stadtsoziologie, pädagogischen Milieustudien, psychologischer Humanökologie und Feldtheorie. Der vom Nationalsozialismus erzwungenen Emigration namhafter Forscher folgte eine „Latenzzeit“ im deutschsprachigen Raum, die erst in den 1970er Jahren überwunden wurde. An diesem Neubeginn hatten die Arbeiten von *Urie Bronfenbrenner* einen erheblichen Anteil (*Grundmann/ Fuß/ Suckow* 2000). In zahlreichen Veröffentlichungen hat er das klassische Gedankengut weiterentwickelt und populär gemacht, etwa bezüglich der Plastizität von Kontexten und deren zeitlicher Dimension, zur Bedeutung proximaler Prozesse sowie zum biologischen Fundament des Daseins (*Bronfenbrenner* 2005). Allerdings sind seine Überlegungen weniger eine Theorie im strengen Sinne, als ein Forschungsprogramm und heuristisches Raster, das es erlauben soll, die Dynamik der lebenslangen Entwicklung des Menschen im Zusammenspiel mit externen Gegebenheiten zu ergründen und empirisch zu analysieren. Dieser Absicht wurde in zahlreichen Studien Ausdruck verliehen. Sie beleuchten Sozialisations- und Lernprozesse in unterschiedlichen Kontexten, wobei der Familie die hauptsächliche Aufmerksamkeit gilt (im Überblick *Moen* 2006).

Relativ selten sind die Potenziale der ökologischen Perspektive indes von der sozialwissenschaftlichen Gesundheitsforschung genutzt worden, selbst dann, wenn sie sich speziell den Heranwachsenden widmet. Dies verwundert, weil die grundlegenden Annahmen dieses Fachgebiets (*Hurrelmann* 2000; *Wendt/Wolf* 2006) den Prämissen *Bronfenbrenners* verwandt sind. Gesundheit und Krankheit werden als Kontinuum konzipiert und verstanden als Ergebnis der multidimensionalen Interaktion von körperlichen und psychischen Elementen, die sich in einem komplexen Zusammenspiel von inneren und äußeren Faktoren, von biologischen und chronologischen Rhythmen konfigurieren. Diese Modellvorstellungen sind überaus abstrakt und einer erfahrungswissenschaftlichen Rekonstruktion nicht direkt zugänglich. Auch darin ähneln sie den Positionen *Bronfenbrenners*. Sie empirisch zu erforschen setzt voraus, relevante Indikatoren von Kontexten und Mensch- Umwelt- Transaktionen auszuwählen und zu konkretisieren. Dies bedingt eine Verengung des Blickwinkels, die Beschränkung auf exemplarische Analysen und die Reduzierung des Anspruchs, dem systemischen Gedanken gerecht zu werden. Möglicherweise sind es diese methodologischen Hürden, die es erschweren, die Vorschläge *Bronfenbrenners* in neuen thematischen Feldern fruchtbar zu machen.

Ziel der vorliegenden Ausführungen ist es, auf der Folie des sozialökologischen Ansatzes die kontextuelle und zeitliche Gebundenheit von gesundheitlichem Wohlbefinden und Leiden zu strukturieren und empirische Befunde in diesem Lichte zu inter-

kontextuelle und zeitliche
Gebundenheit von
gesundheitlichem
Wohlbefinden und Leiden

pretieren. Zwar beziehen sich die Erörterungen nicht unmittelbar auf junge Menschen; ihre Systematik beansprucht aber auch für diese Alterskohorten Gültigkeit. Herangezogen werden Daten aus einer 2003 durchgeführten repräsentativen Erhebung in der Bevölkerung Sachsen-Anhalts (*Dippelhofer-Stiem/Döll* 2005). Die Netto-Stichprobe umfasst 2090 Personen deutscher Staatsangehörigkeit im Alter zwischen 18 und 65 Jahren; die soziodemografische Zusammensetzung entspricht weitgehend den Merkmalen der Grundgesamtheit. Als Erhebungsinstrument diente ein postalisch administrierter, standardisierter Fragebogen. Die subjektive Gesundheit wurde über drei Spektren erfasst (gesundheitliches Wohlbefinden, Häufigkeit von Beschwerden, Auftreten ernsthafter Erkrankungen), in 24 Items operationalisiert und post hoc in Summenskalen gebündelt. Die zum Teil indirekt ermittelten Kontextvariablen lassen sich nach dem Kriterium der zunehmenden Nähe zum Individuum anordnen. Als Aspekte der Zeitlichkeit dienen das Lebensalter sowie biografische Erfahrungen. Hinzu treten die personalen Ressourcen Lebenszufriedenheit, Zukunftsoptimismus, Kontrollüberzeugungen. Zusätzlich wurden eine Reihe von Verhaltensweisen und Lebensstilen, Orientierungen und Handlungsbereitschaften einbezogen. Nachfolgend werden ausgewählte Ergebnisse präsentiert. Ihnen vorangestellt ist eine theoretische Konzeptualisierung von gesundheitsrelevanten Kontexten und Zeitdimensionen, die sich von den Ideen *Bronfenbrenners* leiten lässt.

2. Theoretische Strukturierungen

Bronfenbrenners (vgl. 1981) Mehrebenenmodell der menschlichen Entwicklung konstruiert Umwelten als anthropozentrische, verschachtelte Gebilde, wobei die Segmente auf einer Achse von Nähe und Ferne zum Individuum hierarchisch angeordnet sind. Es wird von der herausgehobenen Wirkung der Nahumwelten ausgegangen. Dennoch bezieht das Modell das Makrosystem, welches Merkmale der Kultur bis hin zu Weltanschauungen subsumiert, ebenso explizit ein wie das Mesosystem, Exosystem, in das das Individuum nicht direkt involviert ist, dem aber ebenfalls mindestens mittelbare Effekte entströmen. Die spätere Hinzufügung des Chronosystems (*Bronfenbrenner* 1989) betont die Wandelbarkeit der Beziehungen und der Kontexte. Wie berechtigt die Berücksichtigung von Makro- und Zeitperspektiven für das Verständnis des Lebensweges und des Gesundheitszustands der Menschen ist, zeigen empirische Studien über die Folgen der wirtschaftlichen Depression von 1929 in den USA (*Elder/Pellerin* 1998). Auch die Wiedervereinigung der beiden deutschen Staaten gehört zu jenen Ereignissen, in denen sich makrosoziale Umbrüche in rasanter Geschwindigkeit vollzogen haben. Es ist deshalb anzunehmen, dass dies sowohl in den äußeren Gegebenheiten als auch in der Befindlichkeit und dem Krankenstand der Individuen langwährende Spuren hinterlassen hat. Die Analyse der kontextuellen Einbettung von Gesundheit und Krankheit in einem ostdeutschen Bundesland richtet deshalb den Blick zunächst auf die Makro- und Exobedingungen und die ih-

nen inhärenten Tempi. Analoge Überlegungen zum Meso- und Mikrobereich schließen sich an.

Herausragende Kennzeichen des *Chronosystems* in der Phase des Kollabierens der DDR waren Unvorhersehbarkeit, Abruptheit und Schnelligkeit. Innerhalb kurzer Zeit zerfielen soziale Ordnung, Institutionen und Organisationen. Vor allem die Insolvenz der großen Betriebe wurde zum Kristallisationspunkt des plötzlichen Wandels, denn sie fungierten als Sozialgestalt und Sinngeber. Ihr Niedergang bedeutete den schockartigen Verlust von sozialer Einbindung, existenzieller Sicherheit und Stabilität. Mittlerweile ist die temporäre Dynamik abgeflacht und in eine gewisse Stagnation umgeschlagen. Obgleich diese zeitlichen Verläufe und gesellschaftlichen Umwälzungen zur Historie geronnen sind, bilden sie den Nährboden für das aktuelle *Makrosystem* der neuen Bundesländer. Und dieses stellt sich widersprüchlich dar, wie eine grobe Bestandsaufnahme zeigt (vgl. ausführlich *Kollmorgen* 2005; auch *Statistisches Bundesamt* 2006).

Chronosystem in der Phase
des Kollabierens der DDR

Einerseits ist als Folge des Niedergangs des wirtschaftlichen Sektors die Arbeitslosigkeit anhaltend hoch. Andererseits aber ist die Erwerbsbeteiligung nicht niedriger als im Westen Deutschlands; ein Effekt der traditionellen Zurückhaltung von Frauen in den alten Ländern bezüglich des Arbeitsmarkts. Auch hat die Transformation des Produktionssektors neue Chancen geschaffen, die vor allem jüngere Leute sowie gut Qualifizierte zu nutzen verstanden. Parallel dazu ist eine deutliche Steigerung des Wohlstandsniveaus zu konstatieren. Die ausgabefähigen Einkommen der privaten Haushalte erreichen zwar nur 78 Prozent des Westniveaus, doch ist der Unterschied primär der geringen Spreizung in den hohen Einkommensgruppen geschuldet und teilweise durch die günstigeren Mietkosten kompensierbar. Des Weiteren sind markante Zuwächse zu konstatieren bezüglich der Zahl der Eigenheime, der Versorgung mit Wohnraum, Gebrauchs- und Konsumgütern. In Repräsentativerhebungen geben über zwei Drittel der Bevölkerung an, die persönlichen Lebensbedingungen hätten sich seit der „Wende“ verbessert. Allerdings ist die Verschuldung der privaten Haushalte ausgeprägter als in Westdeutschland. Auch die Überzeugungen, Werthaltungen und Handlungsbereitschaften sind widersprüchlich. Zwar haben die Bürgerinnen und Bürger das neue politische System stets in Wahlen auf Bundes- und Landesebene legitimiert, doch die Distanz bleibt; auch dies ist repräsentativ ausgewählten Stichproben zu entnehmen. Obgleich sich die Mehrheit als materielle Gewinner der Einheit bezeichnet, stoßen Demokratie und soziale Marktwirtschaft auf Skepsis, ja Ablehnung. Defizite im Felde der sozialen Gerechtigkeit werden nachdrücklicher wahrgenommen, entsprechend sind die wohlfahrtsstaatlichen Ansprüche höher, ebenso die Unzufriedenheit mit der eigenen Existenz.

Makroebene

Diese Vorgänge auf der *Makroebene* betreffen keineswegs alle Gesellschaftsmitglieder unmittelbar – der größere Teil ist nicht arbeitslos, lebt nicht in desolaten materiellen Verhältnissen, und beachtliche Minoritäten weichen von den durchschnittlichen Wertemustern ab. Im Sinne des *Bronfenbrenner'schen Exosystems* sind sie nicht betroffen, dennoch strahlen die Geschehnisse auf ihre Nahumwelt aus. Erwerbslosigkeit und sozialer Abstieg, Belastungen des Alltags, vorherrschende Unzufriedenheit und Resignation

Exosystem

sind in Nachbarschaft und Verwandtschaft beobachtbar und über die Medien transportiert. Diese Phänomene sind ein potenzielles Szenarium für das Wohlbefinden der Menschen aller Altersgruppen, auch der Heranwachsenden. Sie fließen ein in das private und berufliche Leben und prägen – mittelbar – die Mikroebene der gesundheitsrelevanten Umwelt.

Mesosystem

Das *Mesosystem* erwächst aus der Interaktion der *Mikrosysteme*. Letztere konstituieren sich aus den tatsächlichen Aktivitäten, Rollen und sozialen Beziehungen des Individuums (*Bronfenbrenner* 1981). Unter salutogenen Gesichtspunkten sind ihnen zuzurechnen die Familienverhältnisse als Basis für soziale Bindungen, die Unterstützungssysteme in Nachbarschaft und Verwandtschaft (*Flick* 1998), die Facetten des Wohnumfelds und des Wohnens (*Bullinger/Laaser/Murza* 1997). Des Weiteren ist die Positionierung im gesellschaftlichen Gefüge bestimmend für die dem Individuum angebotenen Rollen, seine Kontakte und Verhaltensweisen; sie ist zudem eine vielgenannte Einflussquelle für Krankheit und Sterblichkeit (*Helmert u. a.* 2000). Als weitere Anhaltspunkte für das Nahumfeld sowie als Ausdruck der Interaktion von Mensch und Umwelt können gesundheitsnahe Verhaltensweisen gelten, etwa die Inanspruchnahme medizinischer Dienste, die Nutzung der Vorsorgeangebote oder bestimmte Lebensstile. Zudem lassen sich die alltäglichen Belastungen und Sorgen sowie die Zufriedenheit mit dem Leben und der Zukunftsoptimismus als Aspekte des Mikrosystems interpretieren. Als weitere Indikatoren für die mikroökologischen Bedingungen sind Alter und Geschlecht bedeutsam. Auch sie gewinnen Relevanz durch die an diesen Status geknüpften Erwartungen und Aktivitätsradien; darüber transformiert gerinnen sie zu einem wichtigen Bestandteil der Mikro- und Mesowelt. Die Effekte des Lebensalters für den Gesundheitszustand sind in der Literatur einschlägig benannt (*Kohli/Künemund* 2000); diese Variable ist zudem geeignet, einen querschnittlichen Zeitvergleich zu simulieren. Die Bedeutung der Geschlechtszugehörigkeit wird indes kontrovers diskutiert (*Kolip* 2000).

Diese hierarchische Anordnung und operationale Definition der potenziellen Kontexte von Gesundheit und Krankheit ist selektiv. Sie kennzeichnet die Ebenen, nicht aber deren systemischen Charakter. Dennoch ist das Modell heuristischen Zwecken dienlich. Es bildet den Rahmen für die Sortierung der empirischen Daten und deren sozialökologisch inspirierte Interpretation.

3. Empirische Befunde

Die gesellschaftlichen Umbrüche in den neuen Bundesländern hatten eher negative Folgen für den gesundheitlichen Status der Menschen erwarten lassen.

gesellschaftliche Umbrüche
und gesundheitlicher Status

Diese Hypothese bestätigt sich aber nicht. Vielmehr sprechen die Daten für den umgekehrten Zusammenhang (*Robert Koch-Institut* 2006): So ist dort seit den 1990er Jahren die Lebenserwartung kontinuierlich gestiegen. Dies mag der Schließung von umweltbelastenden Industriebetrieben ebenso geschuldet sein wie der Modernisierung der medizinischen Infrastruktur. Auch sind Sterblichkeit und Mortalität der Säuglinge sowie

die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche zurückgegangen, die Zahngesundheit verbesserte sich und die Suizidraten haben abgenommen. Sogar das körperliche Wachstum der jungen Menschen ist im Anstieg begriffen, offenbar in Folge von guter Ernährung und verbesserter medizinischer Versorgung (*Kriwy/Komlos/Baur* 2003). Gleichwohl besteht weiterhin Aufholbedarf, auch dies ist den Datensammlungen zu entnehmen. Gemessen an den bundesweiten Durchschnitten sind die ostdeutschen Regionen ungünstiger positioniert. Zudem ist die Rate der Totgeburten ausgeprägter, Kreislauferkrankungen, bösartige Neubildungen und die damit verbundenen vorzeitigen Sterbefälle treten häufiger auf. Entsprechend sind Aufenthalte im Krankenhaus und der Arzneimittelkonsum verbreiteter.

Freilich müssen die amtsstatistisch oder medizinisch-diagnostisch ermittelten Befindlichkeiten keineswegs mit dem *erlebten* Gesundheitszustand übereinstimmen (ISLA 1997). Es ist deshalb von Interesse, die subjektiven Wahrnehmungen einzubeziehen, und sie mit den Beschreibungen zur sozialräumlichen Umwelt in Beziehung zu setzen. Hierzu werden die im Bevölkerungssurvey Sachsen-Anhalt 2003 erhobenen Stellungnahmen herangezogen. Es werden zunächst die univariaten Verteilungen zu Wohlbefinden, Beschwerden und Krankheiten vorgestellt. Es folgen bivariate Verknüpfungen mit Kontext- und Zeitmerkmalen; eine multivariate Bündelung schließt sich an (vgl. ausführlich *Dippelhofer-Stiem/Döll* 2005).

3.1 Subjektive Gesundheit im bivariaten Beziehungsgeflecht

In den Beschreibungen des körperlichen und seelischen Wohlergehens scheinen die gesellschaftlichen Veränderungen ebenfalls wenig Niederschlag zu finden: Die überwiegende Mehrheit der Befragten erfreut sich des *Wohlbefindens*. Zwei Drittel bezeichnen den gegenwärtigen Gesundheitsstatus als gut, weitere 9 Prozent sogar als ausgezeichnet. 75 Prozent der Bevölkerung neigen im Kontinuum von Gesundheit und Krankheit also zum Pol des Wohlfühlens und der salutogenen Zufriedenheit. Dies entspricht dem bundesweiten Trend (*Robert Koch-Institut* 2006). Der zweite Blick enthüllt die namhafte Minderheit von einem Viertel, deren persönliche Bilanz ungünstiger ausfällt. 22 Prozent bewerten ihren Zustand als weniger gut, weitere 3 Prozent als explizit schlecht. Jeder vierte Einwohner stuft sich mithin im negativen Feld ein, gibt dem Unwohlsein bilanzierend Ausdruck und hat Anlass, den eigenen Zustand zu beklagen. Es kommt hinzu, dass die im Bevölkerungssurvey ermittelten Beurteilungen in realen Beschwerde- und Krankheitserfahrungen wurzeln. Denn das subjektive Globalmaß fällt desto ungünstiger aus, je häufiger – die Summenskalen zugrundelegend – von Unpässlichkeiten ($r .47$) und Morbidität ($r .38$) berichtet wird.

Aber auch Personen mit ausgeprägtem Wohlbefinden bleiben von *Beschwerden* nicht verschont (vgl. Tabelle 1). Eindeutig im Vordergrund stehen Rückenschmerzen. Nur etwa jeder Zehnte war davon im letzten Halbjahr überhaupt nicht betroffen. In ähnlicher Weise wird die Müdigkeit gekennzeichnet. Über ein Drittel erfährt sie häufiger, mehr als jeder Zweite gelegentlich. In der Rangreihe folgen Kopfschmerzen, gedrückte Stimmung, Konzentrationsschwierigkeiten. Schlafprobleme plagen jede fünfte Person extensiv. Vergleichsweise

gering ist das Auftreten von Magen- oder Zahnschmerzen. Alle Beschwerden sind moderat miteinander verknüpft, am deutlichsten innerhalb des psychosomatischen Spektrums (Schulzes M jeweils $>.40$). Dies bestätigt die in qualitativen Studien gefundene ganzheitliche Konzeption von Gesundheit, über die die Befragten offenkundig verfügen (Frank et al. 1998).

Tabelle 1: Auftreten von Beschwerden im letzten halben Jahr (N=2090).

	Prozentverteilung			Mediane ^a
	nicht	hin und wieder	häufig	
Rückenschmerzen	14	46	40	3,1
Müdigkeit	8	58	35	3,1
Kopfschmerzen	15	64	21	2,4
gedrückte Stimmung	18	65	18	2,4
mangelnde Konzentration	19	69	12	2,3
Schlafprobleme	29	50	21	2,2
Magenschmerzen	48	43	9	1,6
Zahnschmerzen	53	44	3	1,4
Summenskala ^b				19,3

a: 1=überhaupt nicht, 2=selten, 3= hin und wieder, 4=öfter, 5=sehr häufig

b: 8=in allen Items überhaupt nicht, 40=in allen Items sehr häufig

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen-Anhalt 2003

Deutlich seltener sind ernsthafte *Erkrankungen* zu konstatieren. Eine Ausnahme bilden Probleme mit dem Bewegungsapparat. 19 Prozent der Befragten sind deswegen aktuell in Behandlung, weitere 15 Prozent konsultierten im letzten halben Jahr und 18 Prozent vor längerer Zeit einen Arzt. Mit deutlichem Abstand nehmen Herz-Kreislauf-Probleme den nächsten Rang ein. Sie betreffen jeden vierten Befragten so stark, dass ärztliche Unterstützung erforderlich ist oder war. In ähnlichem Ausmaß gilt dies für Allergien oder Hauterkrankungen. Jeweils knapp ein Fünftel ist wegen nervöser und emotionaler Störungen, unfallbedingter Verletzungen und Vergiftungen, Problemen des Atmungs- und Verdauungssystems zum Patienten geworden. Am unteren Ende der Hierarchie stehen Diabetes, Krankheiten des Immunsystems und des Blutes sowie Krebs; sie betreffen weniger als 6 Prozent. Neuerlich offenbaren die Assoziationsmaße gewisse Verschränkungen (Schulzes M $<.35$), allerdings von eher leichtem Ausmaß.

Diese Ausprägungen von Wohlergehen, Unpässlichkeiten und Leiden sind eingebunden in eine Vielzahl von sozialen Gegebenheiten und personbezogenen Spezifika. Die bivariaten Analysen belegen diese medizinsoziologische Position (Gerhardt 1991); sie werfen zudem ein Licht auf unterschiedliche Differenzierungen. Im Gesamtableau erweisen sich die Lebenszeit, bestimmte Aspekte des Kontextes und der Auseinandersetzung mit ihm sowie individuelle Besonderheiten als bedeutsam für *alle drei Indikatoren* der subjektiven Gesundheit (vgl. Tabelle 2):

Während die temporären und makrostrukturellen Veränderungen mit der **biografische Zeit** Verbesserung des gesundheitlichen Zustands einhergingen, wirkt die *biografische Zeit* gegenteilig. Je älter die Befragten sind, desto ungünstiger schildern sie das Wohlbefinden, desto häufiger sind sie mit Unpässlichkeiten und schweren Leiden konfrontiert – entsprechend schildern junge

Menschen, auch jene mit kleinen Kindern, ein günstiges Gesamtbild. Dies strahlt aus in den Nahkontext. Haushaltsgröße, Partnerschafts- und Familienstand, soziale Netzwerke und Unterstützung, Wohnverhältnisse und Lärm stehen zwar für sich genommen in systematischer Beziehung zum gesundheitsbezogenen Selbstbild. Bei Kontrolle des Lebensalters aber tritt deren Bedeutung zurück. Die Mikro- und Mesosysteme gestalten sich mithin durch das Alter der Menschen und dieses übertönt die Wirkung, die die einzelnen Umweltvariablen für den salutogenen Zustand haben. Die Konfundierung gilt ebenso für die Schichtspezifik. Wiederum sind im bivariaten Vergleich Personen mit Volksschulbildung, Arbeitslose und teils Arbeiter Verlierer im Gesundheitsreigen. Doch ist die in der Literatur dargelegte Wirkkraft dieses Gradienten von Alterseffekten unterminiert. Denn Ältere verfügen häufiger über formal niedrige Bildungsabschlüsse, sind eher als Arbeiter tätig oder arbeitslos. Abweichend von anderen Studien spielt zudem die Stellung in der betrieblichen Hierarchie *keine* Rolle für Unwohlsein und Morbidität.

Tabelle 2: Subjektive Gesundheit in bivariater Analyse – hochsignifikante Beziehungen in allen drei Indikatoren. Medianvergleich (N=2090).

Unabhängige Variablen	Indikatoren subjektiver Gesundheit		
	Wohlbefinden ^a	Beschwerden ^b	Erkrankungen ^c
Geburtsjahr			
– vor 1959	2,7	19,9	13,1
– ab 1959	3,0**	18,8**	12,5**
Bildungsstatus			
– Hauptschule	2,6	20,9	13,3
– Mittlere Reife	2,9	19,5	12,7
– Abitur oder Hochschule	3,0**	18,4**	12,7**
Erwerbsstatus			
– Vollzeittätigkeit	3,0	18,8	12,6
– arbeitslos	2,7**	20,0**	13,1**
Alltagsbelastungen			
– unterdurchschnittlich	3,0	17,5	12,5
– überdurchschnittlich	2,7**	21,6**	13,3**
Lebenszufriedenheit			
– unterdurchschnittlich	2,7	21,1	13,1
– überdurchschnittlich	3,0**	17,7**	12,5**
Inanspruchnahme medizinischer Dienste			
– unterdurchschnittlich	3,0	17,6	12,3
– überdurchschnittlich	2,6**	21,4**	13,4**
Körperliche Beeinträchtigungen im Alltag			
– unterdurchschnittlich	3,0	17,6	12,3
– überdurchschnittlich	2,6**	21,4**	13,4**

a: 1=schlecht, 2=weniger gut, 3=gut, 4=ausgezeichnet

b: Summenskala 8= überhaupt, 40= sehr häufig

c: Summenskala 11= überhaupt nicht, 22= sehr häufig

**p≤0.01 (Mediantest)

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen-Anhalt 2003

Neben der Zeitlichkeit treten die *alltäglichen Belastungen* und Sorgen, etwa in Bezug auf Arbeit und Beruf, Finanzen, eigene Gesundheit, Familie und persönliche Probleme als gravierender Bezugspunkt hervor. Externe Bedingungen und deren individuelle Bearbeitung indizierend, variieren sie deutlich mit Wohlbefinden, Beschwerden und Erkrankungen. Je bedrückender das Leben in den erfassten Facetten erscheint, desto unwohler, von Beschwerden und Leiden in Mitleidenschaft gezogen, fühlen sich die Menschen und das weitgehend *unabhängig* vom Alter. Allerdings ist nicht auszuschließen, dass die Belastungen gesundheitliche Beeinträchtigungen erst erzeugten. Ein Gegengewicht hierfür bildet die Lebenszufriedenheit, die bei jungen wie älteren Personen, doch weniger in den mittleren Jahrgängen, verbreitet ist. Befragte, die hierüber verfügen, werten ihren Gesundheitsstatus besonders positiv. Vielleicht haben sie aber auch solche Orientierungen herausgebildet, weil sie selten krank waren. Beide Variablen zeigten unabhängige Effekte (jeweils $df\ 1; p=0.000$); Zufriedenheit erzeugt eine höhere Varianzaufklärung als die Belastungen bezüglich des Wohlbefindens ($F\ 204/113; 9\%, 5\%$) und der Beschwerden ($F\ 263/170; 11\%, 7\%$), nicht aber hinsichtlich der Krankheiten ($F\ 56/72; 3\%, 4\%$).

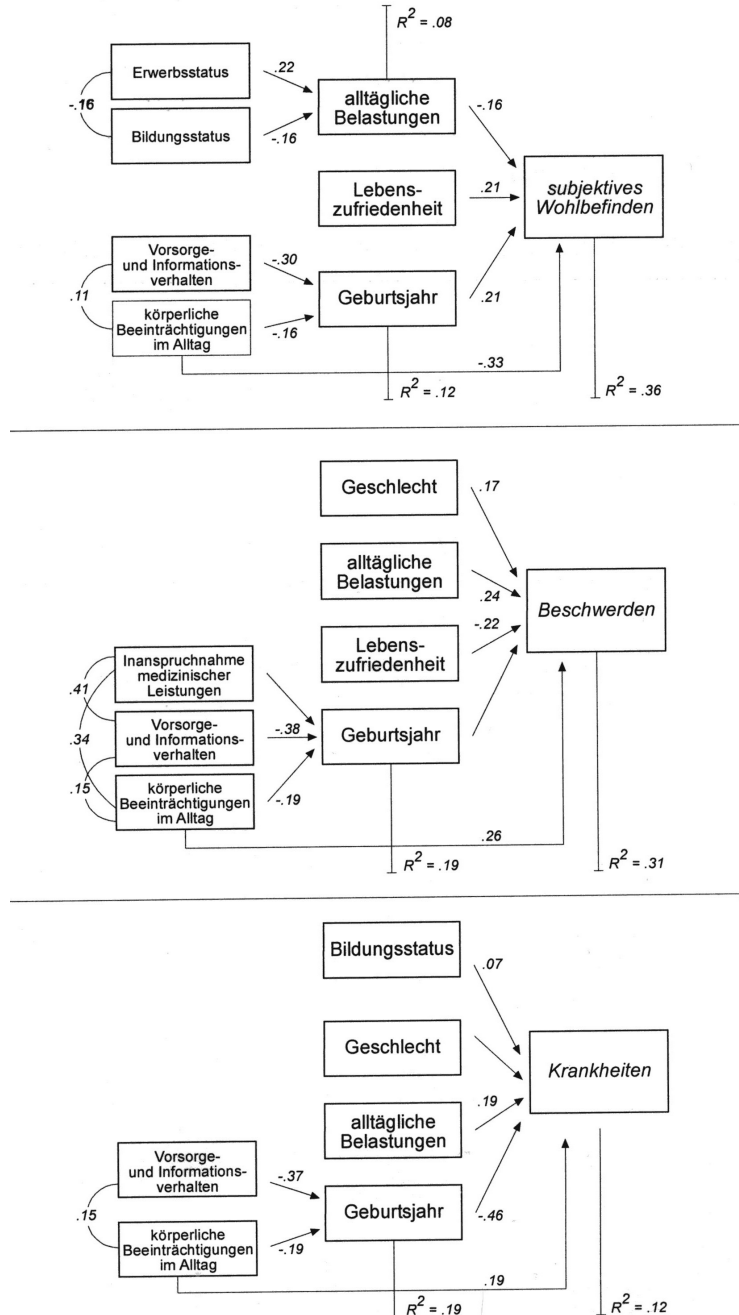
Anderen Potenzialen wie der Aufgeschlossenheit gegenüber diversen Lebensbereichen oder den Kontrollüberzeugungen kommt zwar eine signifikante, doch weniger ausgeprägte Relevanz zu. Stattdessen gewinnen naheliegenderweise alltagsrelevante körperliche Beeinträchtigungen an Gewicht. Zwar ist die Mehrheit der Befragten in den körperlichen Bewegungsabläufen, bei der Hausarbeit, in Beruf oder Freizeit nicht eingeschränkt. Jene aber, die hiervon berichten, assoziieren dies mit einem ungünstigeren Gesundheitsbild. Dies gilt auch im Hinblick auf die Inanspruchnahme medizinischer Dienste. Lebensstilfaktoren wie Alkoholkonsum, Rauchen und Bewegung stehen indes in keinem linearen Verhältnis zur subjektiven Gesundheit. Paradoxerweise berichten Raucher von einem besseren Gesundheitsstatus als Nichtraucher; ein Effekt, der darauf beruht, dass vor allem die gesundheitlich bevorteilten Jüngeren regelmäßig zur Zigarette greifen.

Allerdings vermitteln bivariate Berechnungen nur beschränkte Einblicke in die Ökologie der subjektiven Gesundheit. Näheren Aufschluss über das Gefüge der zeitlichen und kontextuellen Variablen versprechen Verfahren, die das simultane Testen der verschiedenen Wirkgrößen erlauben.

3.2 Multivariate Bündelung

Grundlage der multivariaten Analysen sind Regressionsmodelle, die für jeden Indikator des subjektiven Gesundheitsbildes gesondert entwickelt und stufenweise erweitert wurden. Eingang fanden solche Prädiktoren, die in den bivariaten Auswertungen hohe Differenzierungen im Kriterium hervorbrachten und die zudem verhalfen, die Sättigung des Modells zu steigern. Die Bündelung in blockrekursiven Pfadmodellen (vgl. Abbildung 1) wirft ein Licht auf den vielgestaltigen Horizont von Gesundheit und Krankheit, wohlwissend, dass die Modelle Ketten von Ursache und Wirkung nur suggerieren. Sie sind theoretisch konstruierte Zusammenhänge, deren interne Verweisungen mit Hilfe der *Statistik* auf Begründbarkeit getestet werden.

Abbildung 1: Ökologie subjektiver Gesundheit. Blockreursive Pfadmodelle^a



a: Standardisierte Beta-Koeffizienten der signifikanten Pfade ($p \leq 0.001$). Werte in geschwungenen Klammern sind Produkt-Moment-Korrelationen; nominale Prädiktoren sind dummiesiert.

Quelle: Bevölkerungssurvey Sachsen-Anhalt 2003

- Im Pfadmodell zum subjektiven *Wohlbefinden* sind ein spätes Geburtsjahr (.21), die Zufriedenheit mit dem Leben (.21), ein geringes Belastungsniveau (-.16) dem gesundheitlichen Befinden gleichermaßen förderlich. Diese Determinanten wirken gleichsam parallel auf den selbstattribuierten Zustand ein. Zugleich sind sie selbst gespeist von vorgelagerten Quellen. So kovariieren die alltäglichen Belastungen mit dem Erwerbs- und Bildungsstatus und beide Variablen sind ihrerseits nicht unabhängig voneinander ($r = .16$). Arbeitslos zu sein bedeutet, sich mit größeren Sorgen konfrontiert zu sehen als dies bei Erwerbstätigen der Fall ist. Eine höhere Bildung indes wirkt mildernd. Sowohl die Tatsache von der Berufswelt ausgeschlossen zu sein als auch einen formal geringen Schulabschluss erreicht zu haben, findet mithin Niederschlag in hohen Belastungen und über sie vermittelt in einem geringeren Wohlbefinden. Auch dem Einfluss des Alters liegen indirekte Strömungen zugrunde. Je später das Geburtsjahr angesiedelt ist, desto weniger interessieren präventive Maßnahmen (-.30), desto seltener treten körperliche Handicaps auf, die den Alltag erschweren (-.16). Die körperlichen Beeinträchtigungen färben das gesundheitliche Gefühl negativ sowohl über die Altersvariable vermittelt als auch unabhängig davon. Im Gesamtgefüge kommt ihnen der stärkste Effekt zu.
- Anders die Erklärungsstruktur der *Beschwerdehäufigkeit* – hier treten Schichtzugehörigkeit und Alter als eigenständige Einflussquellen in den Hintergrund. Das Geburtsjahr hat für sich genommen keine signifikante Wirkkraft, wohl aber vermögen die ihm unterlegten Aspekte die Altersvariable zu erhellen ($R^2 = .19$). Mit zunehmender Lebenszeit wachsen die Beeinträchtigungen (-.19), die Aufgeschlossenheit für Fragen der Prävention (-.38) steigt, nicht aber die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Wohl aber sind die alltagsrelevanten Beeinträchtigungen von herausragender Bedeutung (.26). Je mehr sich die Befragten durch sie behindert fühlen, desto ausgeprägter wird von Beschwerden berichtet. Andere Variablen treten hinzu. Eine hohe Lebenszufriedenheit vermindert die Unpässlichkeiten, Belastungen und Sorgen verstärken sie. Und nicht zuletzt erweist sich die Zugehörigkeit zum *weiblichen Geschlecht* als wichtiger Prädiktor (.17), anhand dessen sich das häufige Auftreten von Beschwerden vorhersagen lässt.
- Ein neuerlich anderes Muster entsteht im Hinblick auf die *ernsthaften Erkrankungen*. Es unterstreicht die hohe Bedeutung des Lebensalters. Werden die Variablen Beeinträchtigungen, die die Alltagsbewältigung erschweren, und Vorsorge- und Informationsverhalten als dem Alter vorgeschaltet in das Modell eingeführt, kumulieren die Effekte. Der Lebenszeit selbst wächst eine herausragende Erklärungskraft für das Vorliegen von schweren Leiden zu. Je später das Geburtsjahr, desto weniger sind die Befragten mit Krankheiten konfrontiert (-.46) und umgekehrt befördert der nahende Seniorenstatus die aktuelle Anfälligkeit wie die Anzahl von früheren Krankheiten. Zugleich sind körperliche Beeinträchtigungen an sich (.19) ebenso wie Sorgen und Belastungen (.19) eigenständige Einflussquellen. Innerhalb dieses Modells hat der Bildungsstand nur geringe und zudem die höheren Schichten benachteiligende Wirkung, die Geschlechtszugehörigkeit spielt keine Rolle.
- Die Ergebnisse *bilanzierend* wird deutlich, dass es für die Ökologie der subjektiven Gesundheit Ökologie der subjektiven Gesundheit darauf ankommt, welche

Facette auf dem Prüfstand steht. Richtet sich die Aufmerksamkeit auf das Wohlbefinden, so treten das Geburtsjahr zusammen mit alltäglichen Belastungen, die ihrerseits kovariieren mit dem Bildungs- und Erwerbsstatus bzw. medizinnahen Erfahrungen, und die Lebenszufriedenheit als Determinanten hervor. Im Verbund von individueller Lebenszeit, den hinter den Belastungen stehenden Aspekten des Kontextes, der Art der Auseinandersetzung mit ihnen und der Lebenshaltung als personaler Ressource erklärt sich das subjektive Wohlergehen. Gilt die Aufmerksamkeit den Beschwerden, schieben sich Geschlechtszugehörigkeit, wiederum Belastungen und Zufriedenheit in den Vordergrund. Das Alter steht damit in indirektem Zusammenhang, vermittelt über die Konnotation mit den körperlichen Beeinträchtigungen. Geht es schliesslich um *ernsthafte Erkrankungen*, ist die Lebenszeit ausschlaggebend, ergänzt um die alltäglichen Belastungen und Sorgen.

In *allen* statistischen Beziehungsgeflechten treten gleichermaßen Bedingungen der alltäglichen Lebenswelt hervor. Hierzu gehören die Sorgen und Belastungen als Hinweise auf externe Gegebenheiten sowie körperliche Beschwerden, die den Routinen und notwendigen Verrichtungen abträglich sind. Sie indizieren die Nahumwelt und die Auseinandersetzung mit ihr. *Bronfenbrenners* These von der hervorgehobenen Bedeutung des *unmittelbaren Kontextes* und der individuellen Befassung mit ihm, bestätigt sich auch in den vorliegenden Daten. Die traditionelle *Schichtspezifik* wird von weicheren Indikatoren abgelöst; eine vertiefende Forschung in diese Richtung könnte möglicherweise die in den Modellen erreichte Varianzaufklärung weiter erhöhen (*Jungbauer-Gans* 2006). Zugleich mögen die im multivariaten Vergleich ermittelten geringen Effekte der sozialen Stellung ein Spezifikum Ostdeutschlands sein. Die Folgen des Systemwechsels erzeugen Ängste, und zwar auch dann, wenn die Platzierung im sozialen Gefüge vorteilhaft, die eigene Qualifikation günstig und der Arbeitsplatz vermeintlich sicher ist. Vielleicht spiegelt sich hierin aber auch die geringere sozialstrukturelle Differenzierung der DDR-Gesellschaft, deren Spuren bis heute sichtbar sind und die einhergeht mit relativ homogenen Überzeugungen und Sichtweisen. Allerdings ist auch nicht auszuschließen, dass die in der Literatur berichtete Bedeutung des Schichtgradienten auf Berechnungen beruht, die entweder auf bivariater Ebene verbleiben oder sich mit einer geringeren Modellgüte begnügen. Hinzu tritt der von *Bronfenbrenner* pointierte *Zeitaspekt*, hier erfasst über das Lebensalter. Er entfaltet allerdings nur bezüglich zweier Elemente Wirkkraft – dem Unwohlbefinden und den schweren Leiden. Weil die Lebenszeit selbst in allen Pfadmodellen einschlägige Erfahrungen und Verhaltensrepertoires variiert, die ihrerseits direkte Effekte erzeugen, ist sie gleichwohl ein herausragender Bestandteil des subjektiven Gesundheitsbildes.

4. Resümee: Methodologische Hürden

Die vorgestellten Befunde sind empirisch gestützte Annäherungen an die theoretischen Perspektiven *Bronfenbrenners*. Sie sind behaftet mit ungelösten methodologischen Hürden, die dem sozialökologischen Ansatz prinzipiell inne-

wohnen. Diese beziehen sich vor allem auf die Mehrebenenkonstruktion und die ihr immanenten Operationalisierungs- und Messprobleme (ausführlich *Dippelhofer-Stiem* 1995).

Das von *Bronfenbrenner* vorgeschlagene Mehrebenensystem repräsentiert eine sich wandelnde Struktur, in die das Individuum eingebunden ist und innerhalb derer seine Entwicklung verläuft. Diese Dynamik modellhaft abzubilden und empirisch erfassbar zu machen, bleibt eine theoretische Herausforderung. Dies gilt ebenso für die Grenzziehungen zwischen den Systemen. Denn die Schwelle ist schwerlich anzugeben, an der sich die Transformationen zwischen den Zuständen vollziehen, etwa von der Meso- zur Makroebene. Auch muss die Hierarchisierung nicht zwingend sein. Vielmehr wäre eine horizontale Lagerung der Ebenen denkbar. Unklar ist des Weiteren, wieviele Mikrosysteme zur Konstituierung des Mesobereichs heranzuziehen wären, welche und wieviele Elemente sich aus den unteren Ebenen zum Makrosystem fügen. Ob neuere statistische Verfahren, die erfreulicherweise inzwischen verfügbar sind (*Ditton* 2006), einen Beitrag zu den aufgeworfenen Fragen zu leisten vermögen, ist offen. Bezogen auf die jeweilige Ebene ist zudem zu fragen, welche der zahlreichen Aspekte auszuwählen sind, welche der vielfältigen Beziehungen und Rollen beispielsweise des Mikrosystems relevant sind. Hierfür scheint ein kriteriengeleitetes Vorgehen sinnvoll: Ausgehend vom konkreten Gegenstandsbereich – dem Kontinuum Gesundheit und Krankheit – wäre hypothetisch nach jenen Bedingungen zu fragen, die Wohlbefinden hervorbringen, Beschwerden generieren oder, in bescheidener Variante, mit ihnen kovariieren. Dies birgt allerdings die Gefahr, wichtige Einflussquellen zu übersehen.

Im Vorfeld der empirischen Erfassung sind weitere Unterscheidungen bedeutsam. Sie richten sich zum einen auf die Differenz zwischen potenziellen Gegebenheiten und deren subjektiver Rezeption. Je nach Entwicklungsphase und Lebenssituation kann sich die rezipierte Umwelt erweitern um bislang nur potenziell bestehende Merkmale und vice versa mögen früher rezipierte Gegebenheiten der Wahrnehmung entgleiten und einen potenziellen Status annehmen. Zum zweiten ist zwischen den Datenquellen zu differenzieren. Insoweit sie sich auf die Auskünfte der untersuchten Personen stützen, handelt es sich um eine „subjektivistische“ Zugangsweise; sie holt vorwiegend die rezipierte Umwelt ein, kann aber auch – über Datenaggregation – Aspekte der potenziellen Umwelt abbilden. Das „objektivistische“ Vorgehen indes zieht Auskünfte Dritter heran; hierzu gehören Datensätze von Krankenkassen und der Amtsstatistik. Auf diesem Weg wird die potenzielle Umwelt erschlossen. Sie wird von den Individuen nicht unbedingt rezipiert, mag aber im Sinne des Exosystems dennoch relevant sein.

Die vorliegende Studie leistet einen begrenzten Beitrag zur Konzeptualisierung und empirischen Erfassung der Umweltbedingungen für Gesundheit und Krankheit. Denn im Rahmen eines einzelnen Forschungsdesigns sind die methodologischen Herausforderungen des Werkes von *Urie Bronfenbrenner* keinesfalls zu lösen. Doch unterstreichen die Befunde, dass es ertragreich sein kann, Surveydaten im Lichte dieses Ansatzes einzuordnen. Sie lassen dafür plädieren, der klassischen Erfassung der *Schichtzugehörigkeit* Variablen des alltäglichen Kontextes zur Seite zu stellen und den unmittelbaren Bedingungen

und Beeinträchtigungen der Menschen Aufmerksamkeit zu schenken. Sie sprechen zugleich für die Einbeziehung der anderen Ebenen des *Bronfenbrennerschen* Modells. Dabei wäre es wünschenswert, die Transformationsprozesse im Makro- und Exobereich zusätzlich über die Wahrnehmung der Individuen zu erheben. Gerade in Phasen des gesellschaftlichen Umbruchs erscheint darüber hinaus die Beobachtung des *Chronosystems* unverzichtbar, da es in allen kontextuellen Ebenen Spuren hinterlässt. Gesonderte Beachtung verdient die Wirkkraft der Lebenszeit: Über den Vergleich von Alterskohorten in einer Querschnittstudie hinaus wären längsschnittliche Analysen wichtig, auch wenn mit ihnen neue Probleme verbunden sind. Wenn es gelingt, diesen Anregungen Rechnung zu tragen, wäre ein weiterer Schritt für die sozialökologische Fundierung der Gesundheitsforschung geleistet, die ihrerseits den Boden bereiten könnte für speziellere kontextuelle Analysen zum Gesundheitsstatus von Kindern und Jugendlichen.

Literatur

- Bronfenbrenner, U.* (1981): Die Ökologie der menschlichen Entwicklung. Natürliche und geplante Experimente. – Stuttgart.
- Bronfenbrenner, U.* (1989): Ecological system theory. In: *Vasta, R.* (Hrsg.): Six theories of child development. – Greenwich, S. 185-246.
- Bronfenbrenner, U.* (2005): Making human beings human: Bioecological perspectives on human development. – Thousand Oaks.
- Bullinger, M./Laaser, U./Murza, G.* (1997): Umwelt und Gesundheit. 3. Beiheft zur Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften.
- Dippelhofer-Stiem, B.* (1995): Sozialisation in ökologischer Perspektive. Eine Standortbestimmung am Beispiel der frühen Kindheit. – Opladen.
- Dippelhofer-Stiem, B./Döll, P.* (2005): Fünfter Gesundheitsbericht des Landes Sachsen-Anhalt. Gesundheit und Wohlbefinden – Befunde des Bevölkerungssurveys zum subjektiven Gesundheitsstatus und dessen Determinanten. – Magdeburg.
- Ditton, H.* (2006): Der Beitrag Urie Bronfenbrenners für die Erziehungswissenschaft. Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation, 26, 3, S. 268-281.
- Elder, G./Pellerin, L.* (Hrsg.) (1998): Linking history and human lives. Methods of life course research. Qualitative and quantitative approaches. – Thousand Oaks.
- Flick, U.* (1998): Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. – Weinheim.
- Frank, U./Belz-Merk, M./Bengel, J./Strittmatter, R.* (1998): Subjektive Gesundheitsvorstellungen gesunder Erwachsener. In: *Flick, U.* (Hrsg.): Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. – Weinheim, S. 57- 69.
- Gerhardt, U.* (1991): Gesellschaft und Gesundheit. Begründung der Medizinsoziologie. – Frankfurt/M.
- Grundmann, M./Fuß, D./Suckow, J.* (2000): Sozialökologische Sozialisationsforschung: Entwicklung, Gegenstand, Anwendungsbereiche. In: *Grundmann, M./Lüscher, K.* (Hrsg.): Sozialökologische Sozialisationsforschung. – Konstanz, S. 17-76.
- Helmert, U./Bammann, K./Voges, W./Müller, R.* (Hrsg.) (2000): Müssen Arme früher sterben? Soziale Ungleichheit und Gesundheit in Deutschland. – Weinheim.
- Hurrelmann, K.* (2000): Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. – Weinheim.
- ISLA-Working Group* (1997): Prevalence of chronic diseases in older Italians: Comparing self-reported and clinical diagnoses. International Journal of Epidemiology, 26, 5, S. 995-1002.
- Jungbauer-Gans, M.* (2006): Soziale und kulturelle Einflüsse auf Krankheit und Gesundheit. Theoretische Überlegungen. In: *Wendt, C./Wolf, C.* (Hrsg.): Soziologie der Gesundheit.

- Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 46. – Wiesbaden, S. 86-108.
- Kohli, M./Künemund, H.* (Hrsg.) (2000): Die zweite Lebenshälfte. Gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alters-Survey. – Opladen.
- Kolip, P.* (2000): Weiblichkeit ist keine Krankheit. Die Medikalisierung körperlicher Umbruchphasen im Leben von Frauen. – Weinheim.
- Kollmorgen, R.* (2005): Ostdeutschland. Beobachtungen einer Übergangs- und Teilgesellschaft. – Wiesbaden.
- Kriwy, P./Komlos, J./Baur, M.* (2003): Soziale Schicht und Körpergröße in Ost- und Westdeutschland. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 55, 3, S. 543-556.
- Moen, P.* (2006): Bronfenbrenner in context and in motion. Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation, 26, 3, S. 247-261.
- Robert Koch-Institut* (2006): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit in Deutschland. – Berlin.
- Statistisches Bundesamt* (2006): Datenreport 2006. Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland. – Bonn.
- Wendt, C./Wolf, C.* (Hrsg.) (2006): Soziologie der Gesundheit. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 46. – Wiesbaden.