

Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung, Köln

Bitte nach spätestens
4 Wochen wieder zurück an:
Bundeszentrale für gesund-
heitliche Aufklärung
Referat ~~I-B-3~~ 270
5 Köln 91
Postfach 93 01 03

EINSTELLUNGEN UND VERHALTENSWEISEN
ZUM THEMA "GESUNDHEIT"

Repräsentativ-Befragung der
Bevölkerung der Bundesrepub-
lik einschl. West-Berlins
14 bis ~~X~~70 Jahre

Feldarbeit: Mai/Juni
1971

ARCHIVEXEMPLAR

Reg.-No. 10023
(1.2.4)

VORBEMERKUNG

Im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln, führte die Gesellschaft für Grundlagenforschung in München im Mai/Juni 1971 eine repräsentative Umfrage bei der Bevölkerung der Bundesrepublik einschließlich West-Berlin über Einstellungen und Verhaltensweisen im Hinblick auf die Gesundheit durch.

Die Untersuchung hatte folgende Zielsetzungen:

- o Sie soll allgemeines Grundlagenmaterial über Gesundheitsorientierung und Gesundheitsbefinden, sowie über einige konkrete Verhaltensweisen der Bevölkerung hinsichtlich der Gesundheit bereitstellen.
- o Sie soll speziell eine Hypothese über die Motivationen gesundheitsriskanten Verhaltens prüfen, die vom Psychologischen Institut der Justus-Liebig-Universität Gießen aufgestellt wurde:

Daß gesundheitsriskantes Verhalten abhängig ist von ganz bestimmten individuellen Persönlichkeitsfaktoren wie "Risikomotivation", "Impulsivität im Gesundheitsbereich", "Gesundheitsorientierung" und "Gesundheitsbefindlichkeit".

Ein gesonderter TABELLENBAND wurde diesem BERICHTSBAND bereits vorausgeschickt. Diese Analyse ist allerdings auch ohne den zugehörigen Tabellenband lesbar.

INHALTSVERZEICHNIS

Seite

ZUSAMMENFASSUNG DER
WICHTIGSTEN ERGEBNISSE

VI - XVIII

I.	DAS GESUNDHEITSBEFINDEN VERSCHIEDENER BEVÖLKERUNGSGRUPPEN	
	1. Einige Bemerkungen zum "Krankheitsbegriff" in dieser Untersuchung	1
	2. Die subjektive Gesundheitsbefindlichkeit verschiedener Bevölkerungsgruppen	2
	3. Einige konkrete Fakten zum Gesundheitsbefinden	15
	4. Die soziographische Struktur der drei Gruppen unterschiedlicher Gesundheitsbefindlichkeit	26
II.	BEDEUTUNG DES BEGRIFFS "GESUNDHEIT" UND ALLGEMEINE GESUNDHEITSORIENTIERUNG	
	1. Definitionen des Begriffs "Gesundheit"	29
	2. Allgemeine Gesundheitsorientierung	31

III. GEWOHNHEITEN UND EINSTELLUN-
GEN DER BEVÖLKERUNG ZU KON-
KRETEEN GESUNDHEITSFragen

1. Schlafgewohnheiten und Einstellung zur Schlafmenge	36
a. Die Schlafgewohnheiten der Bevölkerung	36
b. Soziographische Merkmale der Problemgruppe "Zu wenig Schlaf"	41
c. Einstellungen zur Schlafmenge	43
2. Streß-Verhalten und Einstellungen zum Streß	47
a. Streß-Verhalten	47
b. Soziographische Merkmale der Problemgruppe "Häufiger Streß"	49
c. Einstellungen zu den vermuteten Folgen häufiger beruflicher Streßbelastung	51
3. Gewohnheiten und Einstellungen zum Rauchen	57
a. Die Rauchgewohnheiten der Bevölkerung	57
b. Soziographische Merkmale der Problemgruppe "Starke Raucher"	65
c. Einstellungen zum Rauchen	67

III

	Seite
4. Gewohnheiten im Hinblick auf den Genuß von Alkohol	76
a. Die Häufigkeit des Alkoholgenusses in verschiedenen Bevölkerungsgruppen	76
b. Soziographische Merkmale der Problemgruppe "Täglich Alkohol"	79
5. Ernährungsgewohnheiten und Einstellungen zur Ernährung	81
a. Die Ernährungsgewohnheiten der Bevölkerung	81
b. Soziographische Merkmale der Problemgruppe "Tägliche Ernährungsfehler"	95
c. Einstellungen zur Ernährung	97
6. Körpergewicht und Einstellungen zum eigenen Körpergewicht und zur Gewichtskontrolle	115
a. Körpergröße und Körpergewicht verschiedener Gruppen	115
b. Soziographische Merkmale der Problemgruppe "Übergewicht"	120
c. Einstellungen zum eigenen Körpergewicht und zur Gewichtskontrolle	122

IV

	Seite
7. Verhaltensweisen und Einstellungen im Hinblick auf die körperliche Bewegung	137
a. Das Bewegungsverhalten der Bevölkerung	137
b. Soziographische Merkmale der Problemgruppe "Keine Bewegung"	142
c. Einstellungen zur Bewegung	144
8. Gewohnheiten und Einstellungen hinsichtlich des Aufenthaltes an der frischen Luft oder "im Grünen"	148
a. Aufenthalt an der frischen Luft oder "im Grünen"	148
b. Soziographische Merkmale der Problemgruppe "Selten im Grünen"	155
IV. DIE "PROBLEMGRUPPEN": BEVÖLKERUNGSGRUPPEN MIT AUSGEPRÄGT FEHLERHAFTEM GESUNDHEITSVERHALTEN	157
1. Soziographische Ähnlichkeiten verschiedener Problemgruppen	158
2. Verhaltensähnlichkeiten einzelner Problemgruppen	162
3. Die Übereinstimmung von Verhalten, Einstellungen und Wissen hinsichtlich des eigenen Risikos bei verschiedenen Problemgruppen	166

	Seite
4. Die Skalen "Gesundheitsbe- findlichkeit", "Gesundheits- orientierung", "Risikomoti- vation" und "Impulsivität im Gesundheitsbereich"	189
5. Schlußfolgerung: Zwei ver- schiedene Grundformen ge- sundheitsriskanten Verhal- tens	199

ANHANG: Fragebogen

VI

ZUSAMMENFASSUNG DER WICHTIGSTEN ERGEBNISSE

Die Gesundheit ist offenbar das höchste Gut der Nation.

Mehr als die Hälfte der Bevölkerung meint, die Gesundheit sei überhaupt das "wichtigste im Leben":

- "das höchste Gut"
- "der größte Reichtum"
- "mehr wert als alles Gut und Geld"
- "das Leben selbst"
- "ein Geschenk Gottes"
- "das Glück und die Freude des Lebens"
- "das Los der Glücklichen"
- "Voraussetzung für ein glückliches Leben" usw.

Diese starke Fixierung auf das Thema Gesundheit, verbunden mit einer starken Orientierung an der eigenen Gesundheit, die sich in einer ständigen Besorgnis um eine gesunde Lebensweise äußert, findet man vor allem bei:

- o Frauen
- o Älteren Leuten über 50 Jahre
- o Angehörigen der sozialen Unterschicht und
- o Bewohnern von Mittelstädten.

VII

Die umgekehrte Haltung, also eine rationalere Einstellung zum Thema Gesundheit, eine sehr viel schwächere Orientierung an der eigenen Gesundheit und wenig Interesse an einer betont gesunden Lebensweise zeigen:

- o Männer
- o junge Leute (unter 30 Jahre)
- o Angehörige der sozialen Oberschicht und
- o Großstädter.

Die ständige Sorge um die eigene Gesundheit und auch das Gegenteil, also der eher schlampige Umgang mit der eigenen Gesundheit, erklären sich zum großen Teil aus dem jeweiligen subjektiven Gesundheitsbefinden:

Allgemein zeigen sich Leute, denen es schlecht geht, sehr besorgt um ihre Gesundheit und sie versuchen, sich ständig einer gesunden Lebensweise zu befleißigen. Dagegen ist Leuten, die sich pudelwohl fühlen, meistens ziemlich gleichgültig, ob ihre Lebensweise nun so besonders gesund ist oder nicht.

Insgesamt fühlt sich mehr als die Hälfte der Bevölkerung nicht ganz gesund:

- o Knapp ein Viertel der Bundesdeutschen fühlt sich ausgesprochen krank ("schlechte Gesundheitsbefindlichkeit"),
- o ein weiteres Drittel klagt schon über dieses oder jenes Zipperlein ("mittlere Gesundheitsbefindlichkeit"),
- o der Rest, (43 %), fühlt sich kerngesund (gute "Gesundheitsbefindlichkeit")

VIII

Diese Zahlen wurden zwar aus den Angaben der Befragten zu ihrer subjektiven Gesundheitsbefindlichkeit errechnet, man kann diese Verteilung aber getrost auch für die ungefähre tatsächliche Verteilung von Gesunden und Kranken in unserer Gesellschaft halten, da die Kontrolle der subjektiven Angaben durch einige konkrete Fakten wie zum Beispiel Angaben zum Arztbesuch, zur Krankenhausbehandlung, zu Art und Anzahl der bisher erlittenen Krankheiten, einen hohen Grad von Übereinstimmung zwischen subjektivem Krankheitsgefühl und objektivem Kranksein ergab.

Insgesamt leidet ein Viertel der Bevölkerung an Beschwerden, die regelmäßig ärztlich behandelt werden müssen.

Die häufigsten Krankheiten unserer Zeit sind:

- o Herz- und Kreislaufkrankheiten
- o Rheuma
- o Knochenbrüche
- o Bandscheibenleiden
- o Magenkrankheiten
- o Leber- und Gallenkrankheiten

(Jede dieser Krankheiten hat jeweils mehr als 10 % der Bevölkerung bereits erreicht).

Menschen, die sich ausgesprochen krank fühlen, sind überdurchschnittlich häufig

- o Frauen
- o ältere Leute über 50 Jahre
- o Angehörige der sozialen Unterschicht.

Umgekehrt sind Menschen, die sich kerngesund fühlen, überdurchschnittlich häufig:

- o Männer
- o junge Leute unter 30 Jahren
- o Angehörige der sozialen Mittel- und Oberschichten.

Menschen, die sich nicht ausgesprochen krank, aber auch nicht gerade kerngesund fühlen, gehören häufiger als der Durchschnitt

- o den mittleren Altersgruppen zwischen 30 und 49 Jahren an.

Vor allem zwischen jungen und alten Menschen ist ein sehr starker Unterschied im Gesundheitsbefinden festzustellen. In den mittleren Lebensjahren, also dem Zeitraum zwischen dem 30sten und dem 50sten Lebensjahr, vollzieht sich also ein starker gesundheitlicher Abbau, der keineswegs allmählich vor sich geht. In der Alterskurve des Gesundheitsbefindens gibt es einen starken Knick:

Zwischen den Dreißigern und den Vierzigern gibt es einen so krassen Unterschied im Gesundheitsbefinden, daß man fast von einer Krise reden kann. Die Grenze zu Alter und Krankheit liegt also in unserer Bevölkerung bereits am Anfang der Vierziger Lebensjahre.

Die Mehrheit der Bevölkerung ist also nicht gesund und daher sehr um eine gesunde Lebensweise bemüht.

Jedoch:

Ungefähr drei Viertel der Bevölkerung pflegen jeweils eine oder mehrere gesundheitsriskante Verhaltensweisen, die früher oder später vermutlich Auswirkungen auf ihr Gesundheitsbefinden haben werden:

- o 39 % der Bevölkerung haben Übergewicht,
- o 37 % üben keinerlei sportliche Betätigung aus (z.B. auch nicht spazierengehen, schwimmen, radfahren),
- o 23 % sind häufigen beruflichen Streßbelastungen ausgesetzt,
- o 18 % schlafen zu wenig (durchschnittlich 6 Stunden oder weniger pro Nacht),
- o 18 % sind starke Raucher (ca. 20 Zigaretten oder mehr pro Tag),
- o 18 % sind selten oder nie an der frischen Luft ("im Grünen"),
- o 14 % begehen tägliche Ernährungsfehler und
- o 13 % trinken täglich Alkohol.

Faßt man diese "Problemgruppen" zusammen und eliminiert dabei alle Überschneidungen (viele Personen gehören gleich mehreren Problemgruppen an), so ergibt sich, daß

- o insgesamt 75 % der Bevölkerung sich ständig wenigstens einem dieser gesundheitlichen Risiken aussetzen.

Einige dieser "Problemgruppen" von Personen mit verschiedenartigen gesundheitsriskanten Verhaltensweisen zeigen untereinander große Ähnlichkeiten in ihren soziographischen Merkmalen und auch in ihrem Gesundheitsverhalten.

So sind z.B. starke Raucher und Personen, die täglich Alkohol trinken, zu jeweils mehr als drei Vierteln Männer und jüngere Leute unter 50 Jahren. Beide "Problemgruppen" neigen außerdem noch häufig dazu, täglich mehrere Ernährungsfehler zu begehen.

Nach den Überschneidungen, die sich zwischen den einzelnen Problemgruppen ergeben, und den soziographischen Ähnlichkeiten bestimmter Gruppen lassen sich jeweils die folgenden zusammenfassen:

Anteil an der
Gesamt-Bevöl-
kerung

Risiko-Gruppe I

Problemgruppen:	
"Häufiger Streß"	23 %
"Zu wenig Schlaf"	18 %
"Starke Raucher"	18 %
"Täglich Alkohol"	13 %
"Tägliche Ernährungsfehler"	14 %

XII

Anteil an der
Gesamt-Bevöl-
kerung

Risiko-Gruppe II

Problemgruppen:

"Übergewicht"	39 %
"Keine Bewegung"	37 %
"Selten im Grünen"	18 %

Innerhalb dieser beiden Risiko-Gruppen ergeben sich sehr viele Überschneidungen.

Zum Beispiel sind Personen, die häufig unter beruflichem Streß stehen, oft auch starke Raucher und Leute, die zu wenig schlafen.

Oder: Personen, die sich zu wenig Bewegung verschaffen, sind selten an der frischen Luft und häufig zu dick.

Untereinander überschneiden sich diese beiden Gruppen jedoch fast überhaupt nicht.

Zum Beispiel leiden Personen, die häufig unter beruflichem Streß stehen, selten unter Übergewicht.

Oder: dicke Leute sind selten starke Raucher.

XIII

Diese innere Homogenität und gleichzeitig die Unterschiedlichkeit beider Gruppen zeigen sich besonders deutlich, wenn man die jeweils zusammengehörigen Problemgruppen zusammenfaßt und auf ihre demographischen Struktur-Merkmale hin untersucht:

In der Risiko-Gruppe I ("Häufiger Streß", "Zu wenig Schlaf", "Starke Raucher", "Täglich Alkohol", "Tägliche Ernährungsfehler") finden sich

- o zwei Drittel Männer
- o über drei Viertel Befragte unter 50 Jahren
- o 81 % Angehörige der sozialen Ober- und Mittelschicht.

Die Risiko-Gruppe II ("Übergewicht", "Keine Bewegung", "Selten im Grünen") besteht zu

- o fast zwei Dritteln aus Frauen
- o fast zur Hälfte aus Personen über 50 Jahren
- o einem Drittel (Durchschnitt ein Viertel) aus Angehörigen der sozialen Unterschicht.

Diese beiden großen Gruppen mit unterschiedlichen gesundheitsriskanten Verhaltensweisen unterscheiden sich nicht nur in ihrer soziographischen Struktur, sondern auch in den Einstellungen und Motivationen hinsichtlich ihres gesundheitsrelevanten Verhaltens prägnant voneinander. Sie vertreten sozusagen zwei verschiedene Grundformen, zwei Typen gesundheitsriskanten Verhaltens, die sich folgendermaßen charakterisieren lassen:

Typ I (Risiko-Gruppe I)

Verhalten: "Häufiger Streß", "Zu wenig Schlaf", "Starke Raucher", "Täglich Alkohol", "Tägliche Ernährungsfehler"

Soziographische Merkmale:

Überwiegend Männer, eher Personen jüngeren und mittleren Alters, überwiegend Angehörige der Ober- und Mittelschicht.

Dieser Typ ist sich des Risikos, das in seinem Gesundheitsverhalten liegt, in hohem Maße bewußt. Er weiß, daß er sich langfristig durch sein Verhalten schaden wird, verdrängt aber, solange es geht, die Angst vor den Folgen.

Gelegentlich wird das Risiko sogar idealisiert (z.B. "Streß macht den Reiz des Berufslebens aus", "Für hohe berufliche Ideale und Ziele darf man mögliche gesundheitliche Schäden nicht scheuen"), häufiger aber für eine zwangsläufige Konsequenz der Verhältnisse erklärt ("Wer im Beruf Erfolg haben und vorwärts kommen will, muß mögliche gesundheitliche Schäden in Kauf nehmen", "Gesundheitliche Schäden durch berufliche Überbelastungen sind als natürlicher Verschleiß zu betrachten, mit dem man sich abfinden muß").

Verhaltensänderungen sind bei diesem Typ durch gesundheitliche Aufklärung nicht zu erreichen, da er bereits im hohen Maße über die möglichen Folgen seines Tuns informiert ist und seiner erhöhten Erkrankungswahrscheinlichkeit kalten Blutes ins Auge sieht, solange er noch gesund ist (z.B.: Starke Raucher erfreuen sich eines überdurchschnittlich guten gesundheitlichen Befindens: Ein Drittel dieser Gruppe kalkuliert ein, daß sie "wahrscheinlich" oder "vielleicht" persönlich an einem Raucherkrebs erkranken werden.) Hier wird also nicht das Risiko selbst verdrängt, sondern die Angst vor seinen Folgen.

Das funktioniert solange, bis sich diese Folgen selbst bemerkbar machen. Bei einem Teil der Personen dieses Typs ist eine Änderung des gesundheitsriskanten Verhaltens dann allerdings möglich (z.B. Starkes Rauchen und täglicher Alkoholgenuß werden mit zunehmender Verschlechterung des Gesundheitsbefindens seltener).

Typ II (Risiko-Gruppe II)

Verhalten: "Übergewicht", "Keine Bewegung",
"Selten im Grünen"

Zu den riskanten Verhaltensweisen dieses Typs kann auch noch eine in bestimmten Punkten fehlerhafte Ernährung (zuviel Kohlehydrate, zu wenig Eiweiß, Vitamine usw.) gerechnet werden, die nicht als Auswertungs-"Problemgruppe" erfaßt wurde.

Soziographische Merkmale:

Überwiegend Frauen, überdurchschnittlich viele ältere Leute über 50 Jahre, überdurchschnittlich viele Angehörige der sozialen Unterschicht.

Dieser Typ ist sich des Risikos, das in seinem Verhalten liegt, meist gar nicht bewußt. Er besitzt im Gegenteil eine starke Gesundheitsorientierung und glaubt, er verhielte sich auch dementsprechend richtig.

Zum Teil ist dieser Widerspruch zwischen riskantem Verhalten und starker Gesundheitsorientierung auf Aufklärungsmängel zurückzuführen (z.B. die Ernährungsgewohnheiten der Unterschicht), zum Teil auf die konkreten Lebensumstände der Betroffenen (z.B.: Eine "moderne, gesunde" Ernährung ist teurer; oder: man kommt selten an die frische Luft, wenn man in der Großstadt wohnt und kein Auto hat; oder: man ist zu müde, sich genügend Ausgleich in der Bewegung zu verschaffen, wenn man den ganzen Tag arbeitet), zum Teil ebenfalls auf Verdrängung (z.B. Übergewicht ist "nicht schädlich"; oder: "Was mir schmeckt, ist auch gesund").

Allerdings wird bei Personen dieses Typs bereits das Bewußtsein des Risikos selbst verdrängt (bei Personen des Typs I wurde nicht das Bewußtsein des Risikos, sondern die Angst vor den Folgen verdrängt).

Ständige gesundheitliche Schock-Aufklärung, die an die Angst appelliert (z.B. "Dicke Leute sterben eher") könnte hier zunächst einmal das Bewußtsein der Gefahr überhaupt erst schaffen. Ob dann jedoch nicht wieder der gleiche Verdrängungsmechanismus einsetzt wie bei Personen des Typs I ("dann sterbe ich eben eher"), ist nicht sicher.

Eine Verhaltensänderung aufgrund der gesundheitlichen Folgen des eigenen riskanten Verhaltens ist bei Personen dieses Typs logisch ausgeschlossen, da sie die Kausalität zwischen ihrem Verhalten und den entsprechenden Folgen nicht kennen oder nicht wahrhaben wollen.

Beide Typen kennzeichnet also selbstzerstörerisches Tun, einmal in aktiver (bewußter) und einmal in passiver (unbewußter) Form. Die tatsächlichen Motive dieser verschiedenen Formen von Selbstaggression ("Warum unterwerfen sich Leute dem beruflichen Streß bis zum Kreislaufkollaps?" "Warum geben Kettenraucher nicht schon bei chronischer Bronchitis das Rauchen auf?" "Warum essen manche Menschen unentwegt Süßigkeiten, bis sie nicht mehr in ihren Stuhl passen?") konnten wir natürlich in dieser rein quantitativen Untersuchung mit den einfachen Methoden des strukturierten Fragebogens nicht freilegen.

Die Hypothese jedenfalls, die wir zu prüfen hatten, ob gesundheitsriskantes Verhalten sich nicht aus einer allgemeinen Risikomotivation erklären lasse, scheint uns aus zwei Gründen zu verwerfen:

1. Es gibt auch gesundheitsriskantes Verhalten, das nicht risikomotiviert ist (falsches Essen, Übergewicht, zu wenig Bewegung, selten an der frischen Luft).
2. Auch eine allgemeine Risikomotivation wäre ebenso erklärungsbedürftig wie die Motivationen für selbstaggressives gesundheitsriskantes Verhalten: woher stammen diese?

XVIII

Insgesamt verhalten sich also etwa drei Viertel der Bevölkerung in mehr oder weniger krasser Form gesundheitsriskant.

Der risikobewußte und risikomotivierte Typ gesundheitsriskanten Verhaltens (Typ I) umfaßt etwa

- o 25 % der Bevölkerung.

Der gesundheitsorientierte Typ mit unbewußt riskantem Verhalten (Typ II) umfaßt etwa

- o 50 % der Bevölkerung.

"Gesundheit ist offenbar das höchste Gut der Nation", stellten wir eingangs fest.

Obwohl dies die erklärte Meinung der großen Mehrheit der Bevölkerung ist,

verhalten sich nur 25 % der Bevölkerung der BRD nicht gesundheitsriskant.

I. DAS GESUNDHEITSBEFINDEN
VERSCHIEDENER BEVÖLKERUNGS-
GRUPPEN

1. Einige Bemerkungen zum "Krankheits-
begriff" in dieser Untersuchung

Die vorliegende Analyse des Gesundheitsbefindens verschiedener Bevölkerungsgruppen stützt sich nicht auf ärztliche, sondern auf sozialwissenschaftlich erhobene Befunde. Vorab ist also eine grundsätzliche Bemerkung notwendig, die einen problematischen Aspekt des untersuchten Sachverhaltes klarstellt:

Unsere Daten zum Gesundheitsbefinden sind Umfragedaten, die mit sozialpsychologischen Erhebungsmethoden gewonnen wurden. Das bedeutet für unsere Analyse, daß wir unsere Befragungspersonen oder ganze Befragtengruppen dann für "krank", bzw. für "gesund" halten, wenn sie selber angeben, sie fühlten sich "krank", bzw. "gesund". Eine Kontrolle darüber, ob diese Menschen nach medizinischen Kriterien krank oder gesund sind, ist uns nicht möglich.

Wir halten diese fehlende Kontrollmöglichkeit allerdings aus verschiedenen Gründen für keinen sehr großen Mangel:

Einmal ist auch innerhalb der medizinischen Wissenschaften die Diskussion des Begriffes "Krankheit" noch keineswegs abgeschlossen. Unter anderem ist in der Diskussion, ob Menschen nicht auch dann "krank" sind, wenn sie sich "krank" fühlen, auch wenn sie nach ärztlichem Urteil "organisch gesund" sind. Wir beabsichtigen nicht, uns in diese Diskussion des Krankheitsbegriffes einzuschalten. Wir halten jedoch unsere Definition von "Krankheit" als "subjektives Krankheitsgefühl" unter den erwähnten Gesichtspunkten nicht für falsch.

Zum anderen reicht diese Definition im Hinblick auf unsere Fragestellungen durchaus hin, da unsere sozialwissenschaftlichen Befunde eher der gesundheitspolitischen Aufklärung als praktisch-ärztlichen Erwägungen dienen sollen.

2. Die subjektive Gesundheitsbefindlichkeit verschiedener Bevölkerungsgruppen

Zur Erhebung der folgenden Daten zur Gesundheitsbefindlichkeit wurde eine Item-Liste verwendet, die vom psychologischen Institut der Universität Gießen entwickelt wurde. Aus den Ergebnissen zu den einzelnen Statements dieser Liste läßt sich folgendes Bild über die subjektive Gesundheitsbefindlichkeit der Bevölkerung gewinnen:

Nicht einmal die Hälfte der Bundesbevölkerung fühlt sich ganz gesund:

- o 43 % stimmten dem Item zu:
"Ich fühle mich kerngesund"
(153) +)
- o 42 % glauben: "Mit meiner Gesundheit ist alles in bester Ordnung" (153)
und nur
- o 38 % sind davon überzeugt, daß
"die Ärzte selbst in einer gründlichen medizinischen Untersuchung keine gesundheitlichen Störungen bei mir feststellen würden (157)

+) Die Zahlenhinweise in Klammern erleichtern das Wiederauffinden der hier verarbeiteten Daten im Tabellenband.

Die Mehrheit der Bevölkerung - das läßt der Umkehrschluß aus diesen Daten zu - fühlt sich also nicht ganz gesund. Bei einer ziemlich großen Bevölkerungsgruppe ist sogar ein ausgesprochenes Krankheitsgefühl vorhanden:

- o 34 % der Bevölkerung glauben, "mein Körper hätte unbedingt eine medizinische Generalüberholung nötig" (156) und
- o 26 % geben an: "Mein Gesundheitszustand zwingt mich zu ständiger Vorsicht" (157)

Entsprechend dieser Verteilung von "Gesunden" und "Kranken" in unserer Gesellschaft wurden zur Auswertung aller weiteren Ergebnisse aus dem Gesamt unserer Befragten drei Gruppen unterschiedlicher "Gesundheitsbefindlichkeit" gebildet:

- o 43 % unserer Befragten erfreuen sich nach eigenen Angaben einer "guten Gesundheitsbefindlichkeit"
- o 35 % verfügen über eine "mittlere Gesundheitsbefindlichkeit und
- o 23 % befinden sich nach eigenen Angaben bei "schlechter Gesundheit" +)

Die Aufschlüsselung dieser Verteilung nach den wichtigsten soziographischen Merkmalen zeigt, daß es nicht allen Bevölkerungsgruppen gleich gut, bzw. schlecht geht:

1) Nach dem Grad der
keine geschlechtliche
bei dem

-
- +) Eine genaue Beschreibung dieses Verfahrens - die Bildung dreier Gruppen unterschiedlicher Gesundheitsbefindlichkeit aus den Daten der entsprechenden Item-Liste (153 bis 159, 171) - befindet sich in den ERLÄUTERUNGEN ZUM TABELLENBAND, Seite 9 bis 10. Wie diese drei Gruppen auf die einzelnen Items der Liste geantwortet haben, zeigen die Einzelergebnisse im TABELLENBAND (153 - 159). Die Zuordnungen "schlechte", "mittlere" und "gute" Gesundheitsbefindlichkeit erscheinen auch nach der Kontrolle durch die Einzelergebnisse durchaus sinnvoll.

	GESAMT	<u>Geschlecht</u>		<u>Alter</u>			<u>Soziale Schicht</u>			<u>Ortsgröße</u>		
		M	F	-30	30-50	50+	oben	mitte	unten	Dorf. Kleinstadt	Mittel- stadt	Groß- stadt
Basis:	1499	703	796	448	546	485	306	842	351	766	260	474

Gesundheitsbefind-
lichkeit (Skala 171):

GUT (+)	43	47	38	57	43	27	48	45	31	41	44	43
MITTEL (o)	35	34	34	31	39	32	35	34	33	35	32	33
SCHLECHT (-)	23	18	27	10	18	40	17	20	35	23	22	23

Anmerkung: Alle Zahlen sind Prozentzahlen

Das subjektive Gesundheitsbefinden differiert also nach folgenden soziographischen Merkmalen:

Geschlecht:

Männern geht es im Durchschnitt gesundheitlicher besser als Frauen:

- o Fast die Hälfte der Männer erfreut sich eines guten Gesundheitsbefindens, von den Frauen nur gut ein Drittel.
- o Nur 18 % der Männer fühlen sich ausgesprochen krank, dagegen leidet mehr als ein Viertel aller Frauen unter einem deutlichen Krankheitsgefühl.

Von den einzelnen Items der Skala Gesundheitsbefindlichkeit werden die folgenden von Männern und Frauen sehr unterschiedlich beantwortet:

- o (153) "Ich fühle mich kerngesund":

Männer	49 %
Frauen	37 %
Gesamt	43 %
- o (158) "Ich glaube, daß mein Körper einige Strapazen aushalten kann"

Männer	85 %
Frauen	75 %
Gesamt	80 %
- o (153) "Mit meiner Gesundheit ist alles in bester Ordnung"

Männer	47 %
Frauen	38 %
Gesamt	42 %
- o (155) "Kleine gesundheitliche Störungen beeinträchtigen nicht mein Wohlbefinden"

Männer	74 %
Frauen	68 %
Gesamt	71 %

- o (159) "Wenn ich krank bin, vertraue ich zunächst einmal auf die natürlichen Abwehrkräfte meines Körpers"

Männer	74	%
Frauen	68	%
Gesamt	71	%

- o (156) "Schon kleine gesundheitliche Störungen belasten mich sehr"

Männer	17	%
Frauen	26	%
Gesamt	22	%

Da sich - wie spätere Ergebnisse noch zeigen - aus unseren Daten keine Anhaltspunkte dafür ergeben, daß Frauen häufiger und unter schwereren Krankheiten zu leiden haben als Männer, dürfte dieser geschlechtsspezifische Unterschied im subjektiven Gesundheitsbefinden wohl im wesentlichen auf Unterschiede in den gesellschaftlich vorgegebenen Geschlechterrollen zurückzuführen sein:

Männer spielen in unserer Gesellschaft die Rolle des physisch "stärkeren Geschlechts". Von ihnen wird Vertrauen in die eigene allgemeine und körperliche Belastbarkeit erwartet. Die geforderte männliche "Stärke" hat "kleineren gesundheitlichen Störungen" standzuhalten. Ein wehleidiger und kränklicher Mann wirkt nicht "männlich". "Fitness", "Kondition", stabile körperliche und gesundheitliche Konstitution sind geradezu Aushängeschilder einer intakten Männlichkeit.

Dagegen gehört die physische Empfindlichkeit und im weiteren Sinne auch die allgemeine und seelische Störbarkeit zum gesellschaftlichen Leitbild der Frau. "Zartheit", "Schwachheit", "Schutzbedürftigkeit" sind beinahe Synonyme für "Weiblichkeit", und diese Weiblichkeit ist am besten in der "leicht angegriffenen Gesundheit" zu demonstrieren.

Daß diese Unterschiede im subjektiven Gesundheitsbefinden tatsächlich materielle Grundlagen haben, daß also Frauen im allgemeinen unter konkreten Umständen leben, die auf ihr Gesundheitsbefinden einen ungünstigen Einfluß haben als auf das der Männer, ist nicht auszuschließen, aber wenig wahrscheinlich. Interessant ist in diesem Zusammenhang, daß alle Statements der Liste "Gesundheitsbefindlichkeit", die einen konkret kontrollierbaren Sachverhalt ansprechen, von Männern und Frauen kaum unterschiedlich beantwortet werden:

- o "Ich glaube, mein Körper hätte unbedingt eine medizinische Generalüberholung nötig":
Differenz 4 %;
- o "Mein Gesundheitszustand zwingt mich zu ständiger Vorsicht":
Differenz 3 %, usw.

Wohingegen die sehr pauschalen Aussagen, aus denen sich für die Befragten selbst im Alltag wenig konkrete Konsequenzen ergeben, von beiden Geschlechtern sehr unterschiedlich beantwortet werden:

- o "Ich fühle mich kerngesund":
Differenz 12 %;
 - o "Ich glaube, daß mein Körper einige Strapazen aushalten kann":
Differenz 10 %, usw.
- "Konstitution", stabile körperliche und geistliche Konstitution sind geradezu Aus-

Alter:

Daß das Gesundheitsbefinden in verschiedenen Altersgruppen stark differiert, ist weniger erstaunlich. Junge Leute befinden sich im allgemeinen in besserer Gesundheitsverfassung als Alte:

- o 57 % der unter 30jährigen verfügen über eine gute Gesundheitsbefindlichkeit (Gesamt 43 %)
- o 43 % der 30 - 50jährigen erfreuen sich eines guten Gesundheitsbefindens, dagegen aber nur
- o 27 % der über 50jährigen.

Der mit dem Alter zunehmende gesundheitliche Verschleiß ist vor allem an den Ergebnissen zur Kategorie "schlechte Gesundheitsbefindlichkeit" zu erkennen:

- o immerhin 10 % der unter 30jährigen sind bei schlechter Gesundheitsverfassung (Gesamt 23 %)
- o von den 30 - 50jährigen gehören bereits 18 % der Gruppe mit schlechter Gesundheitsbefindlichkeit an, (des weiteren befinden sich in dieser Altersgruppe überdurchschnittlich viele Befragte mit mittlerer Gesundheitsbefindlichkeit)
- o von den Befragungspersonen über 50 Jahre gehören 40 % in die Gruppe mit schlechter Gesundheitsbefindlichkeit.

Anhand dieser groben Aufteilung der Altersgruppen wird bereits offensichtlich, daß sich in den mittleren Lebensjahren (zwischen dem 30. und dem 50. Jahr) irgendwann ein rapider gesundheitlicher Abbau vollziehen muß, denn die Differenz zwischen der mittleren Altersgruppe (der 30- bis 49jährigen) und der ältesten Befragtengruppe (50 bis 70 Jahre) ist bemerkenswert groß.

Es lohnt sich, den gesundheitlichen Verschleiß über die verschiedenen Lebensjahrzehnte hinweg genauer zu untersuchen:

		<u>A l t e r</u>					
	Gesamt	14-20 J.	20-29 J.	30-39 J.	40-49 J.	50-59 J.	60-70 J.
Basis	1499	87	361	346	200	266	219

Gesundheits-
befindlichkeit

gut	43 %	66 %	55 %	50 %	32 %	30 %	25 %
mittel	35 %	24 %	33 %	37 %	43 %	38 %	25 %
schlecht	23 %	10 %	12 %	13 %	26 %	32 %	49 %

Der gesundheitliche Verschleiß vollzieht sich demnach während der ersten vier Lebensjahrzehnte relativ langsam. Mit dem Ende der Dreißiger Jahre befindet sich immerhin noch die Hälfte der Bevölkerung wohl auf, und nur etwa jedem Zehnten geht es ausgesprochen schlecht.

Dann aber, im 5. Lebensjahrzehnt (zwischen 40 und 49 Jahren) erfolgt ein rapider Abfall im Gesundheitsbefinden der Bevölkerung.

Im weiteren Verlauf erfolgt der gesundheitliche Abbau zwischen dem 50. und dem 59. Lebensjahr etwas langsamer, um dann, nach der Wende zum 7. Lebensjahrzehnt, erneut rasch abzufallen. Von den 60 - 70jährigen geht es jedem zweiten ausgesprochen schlecht und nur jeder Vierte befindet sich bei guter Gesundheit.

Insgesamt sind diese Daten zum Gesundheitsbefinden der Bevölkerung einigermaßen besorgniserregend. Selbst in den jüngsten, im Durchschnitt also gesündesten Altersgruppen befindet sich jeder Zehnte in ausgesprochen schlechter gesundheitlicher Verfassung.

- o 24 % der unter 30jährigen geben an: "Ich glaube, mein Körper hätte unbedingt eine medizinische Generalüberholung nötig" (156) und
- o 13 % der unter 30jährigen klagen: "Mein Gesundheitszustand zwingt mich zu ständiger Vorsicht" (157).

Soziale Schicht:

Die Differenzen im Gesundheitsbefinden der einzelnen sozialen Schichten sind beträchtlich:

- o Fast die Hälfte der Befragten, die der sozialen Oberschicht angehören, erfreuen sich eines guten Gesundheitsbefindens (Gesamt 43 %)
- o Dies trifft ebenfalls für 45 % der sozialen Mittelschicht zu, dagegen befinden sich nur
- o 31 % der sozialen Unterschicht in guter gesundheitlicher Verfassung.

Umgekehrt klagen

- o 35 % der Befragten aus der sozialen Unterschicht über ein schlechtes Gesundheitsbefinden, dagegen trifft dies nur für
- o 20 % der sozialen Mittelschicht und für
- o 17 % der sozialen Oberschicht zu.

Eindeutig ist der Unterschied im Gesundheitsbefinden der beiden oberen sozialen Schichten (obere und mittlere soziale Schicht) weniger krass als der Abstand der sozialen Unterschicht zur nächsthöheren Sozialschicht.

Dies erklärt sich zu einem großen Teil aus einigen unterschiedlichen demographischen Merkmalen dieser verschiedenen Sozialschichten:

Die soziale Unterschicht rekrutiert sich fast zur Hälfte aus alten Leuten und zu zwei Dritteln aus weiblichen Befragungspersonen. +)

+) siehe ERLÄUTERUNGEN ZUM TABELLENBAND
"Die Bildung sozialer Schichten nach dem
LA-Punktgruppenverfahren", Seite 3 bis 8.

Da Alter und Geschlecht, wie schon gezeigt wurde, erheblichen Einfluß auf das Gesundheitsbefinden haben, ist auch der hohe Anteil von Personen mit schlechtem Gesundheitsbefinden in der sozialen Unterschicht zum Teil hieraus zu erklären.

Gleichwohl ist eine Abhängigkeit des gesundheitlichen Befindens von der sozialen Schichtzugehörigkeit nicht von der Hand zu weisen. Obwohl die soziale Mittelschicht einen sehr viel größeren Anteil jüngerer Befragten enthält als die Oberschicht (was sich auf das gesundheitliche Befinden der sozialen Mittelschicht eigentlich positiv auswirken müßte), zeigt sich, vor allem auch in einigen Einzelergebnissen, sehr deutlich ein soziales Gefälle im Gesundheitsbefinden:

- o 27 % der Befragten aus der sozialen Oberschicht geben an: "Ich glaube, mein Körper hätte unbedingt eine medizinische Generalüberholung nötig" (Gesamt 34 %, 156)
 - o 33 % der Angehörigen der sozialen Mittelschicht stimmen diesem Item zu und
 - o 44 % der Unterschichtangehörigen.
- ber und mittleren (Gesamt 26 %, 157)
- o 24 % der Mittelschichtangehörigen stimmen diesem Satz zu, und
 - o 39 % der Unterschicht-Befragten.

Ganz offensichtlich haben also die unterschiedlichen materiellen Lebensbedingungen verschiedener sozialer Schichten (Wohn- und Arbeitsverhältnisse, Lebensstandard, Ernährung, ärztliche Versorgung usw.) erheblichen Einfluß auf das Gesundheitsbefinden verschiedener Bevölkerungsgruppen.

Ortsgröße:

Nach unseren Ergebnissen war ein Einfluß der Größe der Wohngemeinde auf das Gesundheitsbefinden nicht festzustellen.

3. Einige konkrete Fakten zum Gesundheitsbefinden:

Kontakte zum Arzt; Anfälligkeit bestimmter Bevölkerungsgruppen für verschiedene Krankheiten

Mit den Daten zur subjektiven Gesundheitsbefindlichkeit korrespondieren in etwa auch die Ergebnisse zum Arztbesuch. Etwa ein Viertel der Bevölkerung befindet sich in schlechter Gesundheitsverfassung und etwa ebensoviele sind in regelmäßiger ärztlicher Behandlung:

- o 25 % leiden "an Beschwerden, die einen regelmäßigen Arztbesuch notwendig machen" (556)
- o 55 % waren "während der letzten 3 Monate beim Arzt (558) und
- o 16 % sind "während des vergangenen Jahres oder dieses Jahr in einem Krankenhaus behandelt worden" (559)

Insgesamt haben von unseren Befragten (jetzt oder früher) an folgenden Krankheiten gelitten (nach Listenvorgabe, 453, 454):

- o 17 % an Herz- und Kreislaufkrankheiten
- o 17 % an Rheuma
- o 16 % an Knochenbrüchen
- o 14 % an Bandscheibenleiden
- o 13 % an Magengeschwüren oder anderen Magenkrankheiten
- o 12 % an Leber- und Gallenkrankheiten

- o 10 % an Beinleiden (Krampfadern, offene Beine)
- o 8 % an Asthma, chronischem Husten, Bronchitis
- o 7 % an Eierstockentzündungen oder Prostataleiden
- o 6 % an Nervenleiden
- o 2 % an Diabetes
- o 1 % an Krebs
- o 1 % an Gehirntumoren oder sonstigen Gehirnkrankheiten
- o 0 % an Schlaganfällen

- o Nur 37 % unserer Befragten hatten bisher unter keiner dieser Krankheiten auf der Liste zu leiden.

Ergänzend zum unterschiedlichen subjektiven Gesundheitsbefinden verschiedener Bevölkerungsgruppen ergeben sich auch in diesen konkreten Angaben zum Arztbesuch und zu den erlittenen Krankheiten deutliche Differenzierungen nach verschiedenen soziographischen Merkmalen:

Geschlecht:

Männer, deren subjektives Gesundheitsbefinden durchschnittlich sehr viel besser ist als das der Frauen, gehen seltener zum Arzt:

- o nur 20 % der Männer leiden an "Beschwerden, die einen regelmäßigen Arztbesuch notwendig machen" (Frauen 30 %, Gesamt 25 %, 556)
- o 47 % der Männer waren "während der letzten drei Monate beim Arzt" (Frauen 62 %, Gesamt 55 %, 558)

In der Häufigkeit der Krankenhausbehandlung ergeben sich zwischen Männern und Frauen keine wesentlichen Unterschiede:

- o 14 % der Männer sind "während des vergangenen Jahres oder dieses Jahr in einem Krankenhaus behandelt worden" (17 % der Frauen, 16 % Gesamt, 559)

Männer leiden überdurchschnittlich häufig und sehr viel häufiger als Frauen an folgenden Krankheiten (453, 454):

- o an Knochenbrüchen: 23 % der Männer
11 % der Frauen
16 % Gesamt
- o an Magengeschwüren oder sonstigen Magenkrankheiten: 19 % der Männer
9 % der Frauen
13 % Gesamt

Frauen leiden überdurchschnittlich häufig und sehr viel häufiger als Männer unter folgenden Krankheiten:

- o an Herz- und Kreislaufkrankheiten: 21 % der Frauen
12 % der Männer
17 % Gesamt
- o an Beinleiden (Krampfadern, offene Beine): 14 % der Frauen
6 % der Männer
10 % Gesamt
- o an Leber- und Gallenkrankheiten: 14 % der Frauen
9 % der Männer
12 % Gesamt

- o an Krankheiten der Geschlechtsorgane: 11 % der Frauen
2 % der Männer
7 % Gesamt

- o an Nervenleiden 7 % der Frauen
4 % der Männer
6 % Gesamt

Über die geschlechtsspezifische Anfälligkeit für die Krankheiten Krebs, Zucker und Gehirnkrankheiten sind aufgrund unserer kleinen Fallzahlen keine differenzierten Aussagen zu machen.

Ein etwa gleich großer Prozentsatz von Männern und Frauen hat bisher noch an keiner dieser (auf einer Liste vorgegebenen) Krankheiten gelitten:

- o jeweils ein gutes Drittel aller Männer und Frauen sind bisher von all diesen Krankheiten verschont geblieben.

Auch in den Erkrankungshäufigkeiten beider Geschlechter ist kein großer Unterschied festzustellen:

- o die bisher schon einmal erkrankten Männer haben sich im Durchschnitt 1,6 Krankheiten dieser vorgegebenen Liste zugezogen,

- o Frauen litten durchschnittlich an 1,9 dieser Krankheiten

Zwar sind diese Ergebnisse zu Krankheitsarten und Krankheitshäufigkeiten nicht sehr umfangreich und ausführlich. Gleichwohl scheint alles darauf hinzuweisen, daß Frauen - trotz ihres subjektiv schlechteren Gesundheitsbefindens - nicht häufiger erkranken als Männer. Eindeutig ist jedoch, daß sie an anderen Krankheiten leiden als Männer.

Alter:

Alte Menschen gehen, auch entsprechend ihrem schlechteren subjektiven Gesundheitsempfinden, sehr viel häufiger zum Arzt als Junge:

- o 43 % der über 50jährigen leiden an "Beschwerden, die einen regelmäßigen Arztbesuch notwendig machen" (Gesamt 25 %, 21 % der 30-50jährigen, 12 % der unter 30jährigen, 556)
- o 64 % der über 50jährigen waren "während der letzten 3 Monate beim Arzt" (Gesamt 55 %, 47 % der 30-50jährigen und 56 % der unter 30jährigen, 558)

Daß ein sehr viel größerer Teil der Altersgruppe 14 - 29 Jahre "während der vergangenen 3 Monate beim Arzt" war als von der nächsthöheren Altersgruppe der 30 - 49jährigen, obgleich von den jüngeren Befragten ein sehr viel kleinerer Teil an Beschwerden leidet, die einen regelmäßigen Arztbesuch geradezu erzwingen, scheint daraufhin zu deuten, daß in den jüngeren Altersgruppen der vorsorgliche Arztbesuch - auch ohne aktuellen Anlaß - allmählich zur Gewohnheit wird.

Bei den Krankheitsarten lassen sich folgende Altersabhängigkeiten feststellen (453, 454):

- o Junge Menschen (unter 30 Jahre) brechen sich überdurchschnittlich häufig die Knochen. Die Wahrscheinlichkeit eines Knochenbruchs nimmt offenbar mit steigendem Alter ab. Dies ist sicher mit der allgemeinen Mobilität und der körperlichen Beweglichkeit junger Menschen zu erklären (sportliche Betätigung nimmt mit steigendem Alter ab). Die Gelegenheit, sich einen Knochenbruch zuzuziehen, ist also in jungen Jahren am höchsten.

- o Durchschnittlich häufig erkranken auch unter 30jährige an Magengeschwüren oder sonstigen Magenkrankheiten.

Dies ist insofern bemerkenswert, als es sich hier um die einzige Krankheit auf unserer Liste handelt, die offensichtlich nicht altersabhängig ist.

Lediglich zwischen dem 30. und dem 50. Lebensjahr erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, sich eine Magenerkrankung zuzuziehen, noch einmal geringfügig.

Für alle übrigen Krankheiten unserer Vorgabenliste sind deutliche Altersabhängigkeiten festzustellen. Besonders hohe Erkrankungswahrscheinlichkeiten entstehen mit steigendem Alter für:

- o Rheuma: Differenz zwischen der jüngsten und der ältesten Altersgruppe + 28 %
- o Herz- und Kreislaufkrankheiten: Differenz + 18 %
- o Leber- und Gallenkrankheiten: Differenz + 18 %
- o Bandscheibenleiden: Differenz + 15 %
- o Beinleiden (Krampfadern, offene Beine): Differenz + 13 %
- o Asthma, chronischer Husten, Bronchitis: Differenz + 8 %

Daß die Erkrankungswahrscheinlichkeit ganz allgemein mit steigendem Alter zunimmt, zeigen auch die folgenden Daten:

- o Nur knapp ein Viertel der über 50jährigen haben noch an keiner der auf unserer Liste vorgegebenen Krankheiten gelitten,
- o gut ein Drittel der 30 - 50jährigen ist bisher von diesen Krankheiten verschont geblieben
- o und gut die Hälfte der unter 30jährigen hat sich bisher keine dieser Krankheiten zugezogen.

Soziale Schicht:

Auch die konkreten Angaben zu Arztbesuch und zu bisher erlittenen Krankheiten zeigen, daß es offensichtlich ein erhebliches Gefälle in der gesundheitlichen Verfassung verschiedener sozialer Schichten gibt:

- o Nur 20 % der Angehörigen der sozialen Oberschicht leiden an "Beschwerden, die einen regelmäßigen Arztbesuch notwendig machen" (Gesamt 25 %, 556)
- o 23 % der Angehörigen der sozialen Mittelschicht gehen wegen ständiger Beschwerden regelmäßig zum Arzt und
- o 37 % der Unterschicht-Angehörigen müssen wegen ständiger Beschwerden regelmäßig einen Arzt aufsuchen.

Entsprechend ihrem allgemein besseren Gesundheitsbefinden gehen Angehörige der sozialen Oberschicht überhaupt weniger zum Arzt:

- o 49 % der Oberschicht-Angehörigen waren in den "vergangenen drei Monaten beim Arzt" (Gesamt 55 %, 558)
- o 54 % der Mittelschicht-Angehörigen und
- o 62 % der Angehörigen der sozialen Unterschicht.

Daß Befragte, die der sozialen Unterschicht angehören, tatsächlich zu einem größeren Prozentsatz krank sind als Befragte der mittleren und oberen Sozial-Schichten, zeigen auch die Ergebnisse zur Krankenhausbehandlung:

- o 21 % der Unterschicht-Befragten sind "während des vergangenen Jahres oder dieses Jahr in einem Krankenhaus behandelt worden" (Gesamt 16 %, 559) dagegen nur
- o 15 % der Mittelschicht-Angehörigen und
- o 12 % der Oberschicht-Befragten.

Von der vorgegebenen Liste mit 13 Krankheiten (453, 454) hatten sich bisher nur

- o 31 % der Unterschicht-Befragten keine einzige Krankheit zugezogen,
- o 38 % der Mittelschicht-Angehörigen waren bisher von allen diesen Krankheiten verschont geblieben und
- o 41 % der Oberschicht-Angehörigen hatten noch keine dieser Krankheiten erlitten.

Sicher ist auch hier wieder ein großer Teil der negativen Daten zum Gesundheitsbefinden der sozialen Unterschicht auf die demographische Struktur dieser Gruppe zurückzuführen:

Da die Erkrankungswahrscheinlichkeit sehr stark mit dem Alter zunimmt und diese Befragtengruppe im Durchschnitt stark überaltert ist, erklärt sich schon aus der Altersstruktur dieser Befragten-Gruppe ihre hohe Krankheitsanfälligkeit. Gleichwohl besteht jedoch auch zwischen der sozialen Oberschicht und der Mittelschicht ein sehr deutliches Gefälle in der Beschwerdeanfälligkeit, sodaß ein generelles Schichtgefälle im Gesundheitsbefinden damit erwiesen scheint.

In den Krankheitsarten sind nur wenige schichtspezifische Auffälligkeiten festzustellen:

- o Rheuma (Differenz zwischen sozialer Ober- und Unterschicht + 15 %)
- o Asthma, chronischer Husten, Bronchitis (Differenz + 5 %)
- o Nervenkrankheiten (Differenz + 5 %)

werden ganz offensichtlich von den materiellen Lebensumständen entscheidend mit beeinflußt.

- o Magenkrankheiten scheinen eine Spezialität der sozialen Mittelschicht zu sein (Differenz zur Oberschicht + 7 %, zur Unterschicht + 4 %)

Ortsgröße:

Schon in der subjektiven Gesundheitsbefindlichkeit unterschieden sich die Einwohner kleiner, mittlerer und großer Wohngemeinden nicht voneinander. Dessen gleichen konnte kein Einfluß der Wohn-gemeinde auf Arztbesuch, Krankenhausbe-handlung und generelle Beschwerdeanfälligkeit festgestellt werden.

Lediglich in der Erkrankungsart zeigen die Einwohner von Großstädten zwei in-teressante Besonderheiten:

- o Großstädter brechen sich über-durchschnittlich häufig und sehr viel häufiger als die Bewohner von Kleinstädten und Dörfern die Knochen (Gesamt 16 %, Großstädter 19 %, Kleinstäd-ter und Bewohner von Landge-meinden 14 %)
- o Großstädter leiden etwas überdurchschnittlich häufig an Asthma, chronischem Husten und Bronchitis (Gesamt 8 %, Großstädter 11 %, Kleinstädter und Landbewohner 7 %)

Gesundheitsbefindlichkeit:

Überprüft man die drei Befragtengruppen unterschiedlicher (subjektiver) Gesundheitsbefindlichkeit auf ihre konkreten Angaben zu Arztbesuchen, Krankenhausbehandlungen und bisher erlittenen Krankheiten, wird eine hohe Übereinstimmung zwischen subjektiver Gesundheitsbefindlichkeit und tatsächlicher Erkrankungshäufigkeit deutlich:

Von den Befragten mit schlechter Gesundheitsbefindlichkeit leiden oder litten früher einmal

- o 34 % an Herz- und Kreislaufkrankheiten (Gesamt 17 %)
- o 29 % an Rheuma (Gesamt 17 %)
- o 25 % an Leber- und Gallenkrankheiten (Gesamt 12 %)
- o 20 % an Magenkrankheiten (Gesamt 13 %)
- o 19 % an Bandscheibenleiden (Gesamt 14 %)

- o Nur 16 % dieser Befragtengruppe ist bisher an keiner dieser (vorgegebenen) Krankheiten erkrankt, dagegen sind
- o 55 % der Personen mit guter subjektiver Gesundheitsbefindlichkeit bisher von allen diesen Krankheiten verschont geblieben (Gesamt 37 %,454)

Die Häufigkeit der Arztbesuche und auch die Häufigkeit der Krankenhausbehandlungen nehmen bei jeweils schlechterer Gesundheitsbefindlichkeit sehr stark zu (556, 558, 559)

4. Die soziographische Struktur der drei Gruppen unterschiedlicher Gesundheitsbefindlichkeit

Bei der Interpretation aller weiteren Ergebnisse ist die unterschiedliche soziographische Struktur der drei Gesundheitsbefindlichkeitsgruppen jeweils zu berücksichtigen, da sich in vielen Fällen vorhandene Ergebnisdifferenzen auf die unterschiedliche Zusammensetzung der drei Gruppen nach Geschlecht, Alter und sozialer Schicht zurückführen lassen:

	Basis	Gesamt 1499	<u>Gesundheitsbefindlichkeit</u>		
			+ gut 634	o mittel 514	- schlecht 343
<u>Geschlecht:</u>					
Männer		47	53	47	36
Frauen		53	47	53	64
<u>Alter:</u>					
14 - 29 Jahre		30	40	27	15
30 - 49 Jahre		36	37	42	28
50 Jahre und älter		33	20	31	55
<u>Soziale Schicht:</u>					
Oberschicht		20	23	21	15
Mittelschicht		56	60	56	50
Unterschicht		23	17	22	36
<u>Ortsgröße:</u>					
Dorf, Kleinstadt		51	50	53	52
Mittelstadt		17	18	17	17
Großstadt		32	33	31	31

Anmerkung: Alle Zahlen sind Prozentzahlen

Befragte mit schlechter Gesundheitsbefindlichkeit sind also:

- o in großer Mehrheit Frauen (64 %, Gesamt 53 %)
- o überwiegend alte Leute (55 %, Gesamt 33 %)
- o überdurchschnittlich häufig Angehörige der unteren Sozialschicht (36 %, Gesamt 23 %)

Befragte mit mittlerer Gesundheitsbefindlichkeit sind:

- o überdurchschnittlich häufig mittleren Alters zwischen 30 und 49 Jahren (42 %, Gesamt 36%)

Befragte mit guter Gesundheitsbefindlichkeit sind:

- o überwiegend Männer (53 %, Gesamt 47 %)
- o überdurchschnittlich häufig unter 30 Jahre alt (40 %, Gesamt 30 %)
- o mit großer Mehrheit Angehörige der oberen und mittleren Sozialschichten (zusammen 83 %, Gesamt 76 %)

II. BEDEUTUNG DES BEGRIFFS
"GESUNDHEIT" UND ALLGE-
MEINE GESUNDHEITSORIENTIERUNG

1. Definitionen des Begriffs "Gesundheit"

Aus den zahlreichen Definitionen des Begriffes "Gesundheit" sind hauptsächlich drei Bedeutungskategorien herauszuarbeiten, die deutlich machen, welcher allgemeinen Wertschätzung sich die Gesundheit bei unseren Befragten erfreut:

- o Rund die Hälfte (49 %) aller Befragten definieren "Gesundheit" ganz global als "das Wichtigste im Leben", das höchste Gut", "den größten Reichtum", "ein Geschenk Gottes", "das Glück, die Freude des Lebens", "das Los der Glücklichen" usw. (113/114) +)
- o Ein knappes Drittel (31 %) denkt bei "Gesundheit" an das persönliche (allgemeine, körperliche, seelische) Wohlbefinden
- o 18 % unserer Befragten definieren "Gesundheit" eher rational im Sinne von körperlicher Funktionsfähigkeit:
"Wenn man nicht krank ist",
"wenn einem nichts fehlt",
"wenn alle Organe funktionieren",
"wenn man nicht durch Krankheit gehemmt oder beeinträchtigt ist",
"die volle Leistungsfähigkeit",
"fit-sein", usw.

+) Siehe auch Code-Plan der offenen Fragen in den ERLÄUTERUNGEN ZUM TABELLEN-BAND, Seite 46)

Diese drei Bedeutungsaspekte werden von verschiedenen Bevölkerungsgruppen verschieden häufig genannt:

Die eher emotionale, häufig in verbalen Stereotypen (wie der "Volksmund" sagt) definierte Bedeutung von Gesundheit als "das Wichtigste im Leben", wird bevorzugt und überdurchschnittlich häufig gewählt von:

- o Frauen
- o Befragten über 50 Jahre
- o Angehörigen der sozialen Unterschicht
- o Bewohnern von Dörfern und Kleinstädten und
- o Personen mit schlechter Gesundheitsbefindlichkeit (113, 114)

Die entscheidende Variable scheint dabei die soziale Schichtzugehörigkeit (genauer noch die Schulbildung der Befragten) zu sein, denn der Erfolg solcher Definitionsversuche hängt entscheidend von einer trainierten verbalen Ausdrucksfähigkeit ab, zumal wenn es sich um einen relativ abstrakten Begriff handelt.

Die geringere Schulbildung dürfte in diesem Fall auch die Erklärung für alle anderen Gruppendifferenzen sein (Frauen, ältere Befragungspersonen, Dorf- und Kleinstadtbewohner sowie Personen mit schlechter Gesundheitsbefindlichkeit).

Ergänzend dazu werden die beiden übrigen Bedeutungen, Gesundheit als "persönliches Wohlbefinden" und als körperliche Funktionstüchtigkeit/Fitness überdurchschnittlich häufig gewählt von:

- o Männern
- o jungen Leuten unter 30 Jahre
- o Angehörigen der sozialen Oberschicht
- o Großstadtbewohnern und
- o Befragten mit guter Gesundheitsbefindlichkeit.

Auch hier scheint die (überdurchschnittlich hohe) Schulbildung aller Einzelgruppen die Erklärung dafür zu sein, daß diese konkreteren, rationaleren Definitionen von Gesundheit gewählt wurden.

2. Allgemeine Gesundheitsorientierung

"Sehr viel" oder "viel Gedanken" um ihre Gesundheit machen sich insbesondere Leute, die krank sind:

- o 69 % der Befragten mit schlechter Gesundheitsbefindlichkeit machen sich "sehr viel" oder "viel Gedanken" um ihre Gesundheit (Gesamt 37 % , 123), dagegen trifft dies nur für
- o 32 % der Befragungspersonen mit mittlerer Gesundheitsbefindlichkeit zu und nur für
- o 24 % der Befragten mit guter Gesundheitsbefindlichkeit.

Kranke Menschen sind es auch vor allem, die am häufigsten "bewußt auf eine gesunde Lebensweise achten":

- o 57 % der Befragten mit schlechter Gesundheitsbefindlichkeit achten "bewußt auf eine gesunde Lebensweise" (Gesamt 39 %, 125) dagegen nur
- o 36 % der Befragten mit mittlerer Gesundheitsbefindlichkeit und
- o 31 % der Befragten mit guter Gesundheitsbefindlichkeit.

Dementsprechend neigen auch alle Befragten-
gruppen mit überdurchschnittlich schlechter
Gesundheitsbefindlichkeit besonders häufig
dazu, sich "sehr viel" oder "viel Gedanken"
um ihre Gesundheit zu machen und "bewußt
auf eine gesunde Lebensweise" zu achten,
insbesondere

- o Frauen und
- o ältere Befragungspersonen.

Umgekehrt zeigen sich Gruppen mit überdurch-
schnittlich guter Gesundheitsbefindlichkeit
weniger an dem Thema "Gesundheit" interes-
siert:

- o Männer und
- o junge Leute unter 30 Jahre

machen sich überdurchschnittlich häufig
"wenig" oder "so gut wie überhaupt keine
Gedanken" um ihre Gesundheit und achten
auch häufiger "nicht bewußt" oder "über-
haupt nicht auf eine gesunde Lebensweise".

Die Ergebnisse zur sozialen Schicht und zur Ortsgrößenklasse fallen etwas aus diesem Rahmen:

- o Befragte der sozialen Oberschicht pflegen sich zwar im Durchschnitt etwas weniger Gedanken um ihre Gesundheit zu machen, dafür achten sie jedoch in etwas größerer Anzahl "bewußt auf eine gesunde Lebensweise".
- o Bei Befragten der sozialen Unterschicht verhält sich dies tendenzweise eher umgekehrt:

Ein etwas größerer Teil dieser Gruppe macht sich um seine Gesundheit "sehr viel" oder "viel Gedanken", jedoch achten sie etwas weniger häufig "bewußt auf eine gesunde Lebensweise" als Angehörige der sozialen Oberschicht.

Möglicherweise handelt es sich hier um ein Problem der mangelnden Information bei den Angehörigen der sozialen Unterschicht:

Man macht sich zwar um seine Gesundheit eine ganze Reihe von Gedanken, man weiß jedoch nicht, wie "eine gesunde Lebensweise bewußt" zu gestalten wäre, oder man ist materiell nicht in der Lage dazu, "bewußt gesund" zu leben.

Die Einwohner verschieden großer Wohnorte unterscheiden sich in ihrer allgemeinen Gesundheitsorientierung kaum voneinander:

- o In Stadt und Land macht man sich gleich viele Gedanken um die eigene Gesundheit.

- o Das "bewußte Achten auf eine gesunde Lebensweise" scheint insbesondere eine Angewohnheit von Mittelstadtbewohnern zu sein, wohingegen Großstädter überdurchschnittlich häufig und sehr viel häufiger als Mittelstadtbewohner "nicht bewußt" oder "überhaupt nicht auf eine gesunde Lebensweise achten".

Alle diese Ergebnisse finden sich in kompakter Form noch einmal in den Daten zur Skala "Gesundheitsorientierung" (471) wieder:

Eine überdurchschnittlich starke Gesundheitsorientierung zeigen:

- o Frauen (43 %, Gesamt 35 %)
- o ältere Befragte über 50 Jahre (59 %)
- o Angehörige der sozialen Unterschicht (42 %)
- o Bewohner von Mittelstädten (41 %)
- o Personen mit schlechter Gesundheitsbefindlichkeit (59 %)

Eine eher schwache Gesundheitsorientierung zeigen:

- o Männer (24%, Gesamt 19 %)
- o junge Leute unter 30 Jahre (31 %)
- o Angehörige der sozialen Oberschicht (22 %)
- o Großstädter (23 %)
- o Personen mit guter Gesundheitsbefindlichkeit (31 %)

	Gesamt	<u>Geschlecht</u>		<u>Alte r</u>			<u>Soziale Schicht</u>			<u>Ortsgröße</u>			<u>Gesundheitsbefindlichkeit</u>		
		M	F	-30	30-50	50 +	oben	mitte	unten	Dorf Klein- stadt	Mittel- stadt	Groß- stadt	+	0	-
Basis	1499	703	796	448	546	485	306	842	351	766	260	479	634	514	343

"Gesundheitsorientierung"
(Skala 471)

<u>stark</u>	35	29	43	14	32	59	32	34	42	37	41	32	14	32	59
<u>mittel</u>	46	47	44	55	47	33	46	48	38	44	46	46	55	47	33
<u>schwach</u>	19	24	14	31	20	6	22	17	19	18	14	23	31	20	6

- 35 -

Gesundheitsorientierung:

- stark: mindestens 6 Items "gesundheitsorientiert" beantwortet
- mittel: 3 bis 5 Items "gesundheitsorientiert" beantwortet
- schwach: 0 bis 2 Items "gesundheitsorientiert" beantwortet

Anmerkung: Alle Zahlen sind Prozentzahlen

III. GEWOHNHEITEN UND EINSTELLUNGEN DER BEVÖLKERUNG ZU KONKRETEN GESUNDHEITSFAGEN

1. Schlafgewohnheiten und Einstellungen zur Schlafmenge

a. Die Schlafgewohnheiten der Bevölkerung

Geht man davon aus, daß ein gesunder erwachsener Mensch zwischen 7 und 9 Stunden Schlaf pro Nacht braucht, so läßt sich feststellen:

- o 76 % der Bevölkerung bekommen unter der Woche "ausreichend Schlaf" (täglich ca. 7 bis 9 Stunden)
- o 18 % bekommen unter der Woche "zu wenig Schlaf" (ca. 6 Stunden oder weniger)
- o 5 % bekommen auch unter der Woche "sehr viel Schlaf" (täglich ca. 10 Stunden oder mehr, 215)

Die große Mehrheit der Befragten schläft sich auch am Wochenende richtig aus:

- o 64 % schlafen "immer" bzw. "meistens" am Wochenende aus.
- o 20 % schlafen "ab und zu" aus und
- o 16 % schlafen "nur selten" oder "so gut wie nie" am Wochenende aus (221).

Auch der Mittagsschlaf erfreut sich am Wochenende großer Beliebtheit:

- o Weit mehr als die Hälfte der Bevölkerung hält am Wochenende "regelmäßig", "gelegentlich" oder wenigstens "selten" ein Mittagsschläfchen (223).

Dagegen kann sich unter der Woche der größte Teil der Befragten keinen Mittagschlaf leisten:

- o 62 % der Bevölkerung schlafen unter der Woche mittags nicht (222)

Es ergeben sich in einzelnen Bevölkerungsgruppen folgende Abweichungen von diesem durchschnittlichen Schlafverhalten:

Ausgesprochene "Vielschläfer" sind überdurchschnittlich häufig

- Frauen: o 24 % schlafen unter der Woche 9 Stunden oder länger pro Nacht (Männer 13 %, Gesamt 18 %, 215)
- o 46 % leisten sich unter der Woche "regelmäßig", "gelegentlich" oder "selten" einen Mittagsschlaf (Männer 30 %, Gesamt 38 %, 222)

Ältere Befragte über 50 Jahre:

- o 27 % schlafen unter der Woche
9 Stunden oder länger
pro Nacht (Gesamt 18 %, 215)
- o 44 % halten auch wochentags
"regelmäßig" oder "gelegent-
lich" ein Mittagsschläpfchen
(Gesamt 26 %, 222)
- o 68 % schlafen sich am Wochenende
"immer" oder "meistens" aus
(Gesamt 64 %, 221)
- o 58 % halten am Wochenende "regel-
mäßig" oder "gelegentlich"
einen Mittagsschlaf
(Gesamt 38 %, 223)

Angehörige der sozialen Unterschicht:

- o 25 % schlafen unter der Woche
9 Stunden oder länger pro
Nacht (Gesamt 18 %, 215)

Personen mit schlechter Gesundheits-
befindlichkeit:

- o 28 % schlafen täglich mindestens
9 Stunden (Gesamt 18 %, 215)
- o 38 % halten unter der Woche
"regelmäßig" oder "gelegent-
lich" einen Mittagsschlaf
(Gesamt 26 %, 222)
- o 68 % schlafen sich am Wochenende
"immer" oder "meistens" aus
(Gesamt 64 %, 221)
- o 52 % halten auch am Wochenende
"regelmäßig" oder "gelegent-
lich" einen Mittagsschlaf
(Gesamt 38 %, 223)

Befragte, die zu wenig schlafen, sind überdurchschnittlich häufig

Männer: o 21 % aller Männer schlafen im Durchschnitt nur ca. 6 Stunden oder weniger pro Nacht
(Gesamt 18 %, 215)

Angehörige der sozialen Oberschicht:

o 21 % dieser Befragten schlafen täglich "zu wenig"
(Gesamt 18 %, 215)

Großstädter:

o 23 % schlafen täglich "zu wenig"
(Gesamt 18 %, 215)

Personen mit nur mittlerer Gesundheitsbefindlichkeit:

o 22 % dieser Gruppe schlafen täglich "zu wenig"
(Gesamt 18 %, 215)

o Nur 59 % schlafen am Wochenende "immer" oder "meistens"
aus (Gesamt 64 %, 221)

Bei unserer Problemgruppe "Zu wenig Schlaf" kann keine Rede davon sein, daß der tägliche Schlafmangel durch andere Schlafgewohnheiten wieder kompensiert wird:

- o Nur 51 % dieser Befragten schlafen am Wochenende "immer" oder "meistens" aus (Gesamt 64 %)
- o 68 % halten keinen Mittagsschlaf unter der Woche (Gesamt 62 %) und
- o 49 % halten auch am Wochenende keinen Mittagsschlaf (Gesamt 41 %).

b. Soziographische Merkmale der Problemgruppe
"Zu wenig Schlaf"

- o 18 % der Gesamtbevölkerung entfallen auf die Problemgruppe "Zu wenig Schlaf", d.h. 18 % der Bevölkerung zwischen 14 und 70 Jahren schlafen durchschnittlich ca. 6 Stunden täglich oder weniger unter der Woche.

Befragte dieser Problemgruppe sind überdurchschnittlich häufig:

- o Männer (55 %, Gesamt 47 %)
- o Angehörige der sozialen Oberschicht (24 %, Gesamt 20 %)
- o Großstädter (42 %, Gesamt 32 %)
- o Personen mit mittlerer Gesundheitsbefindlichkeit (39 %, Gesamt 34 %)

Problemgruppe "Zu wenig Schlaf"

	Gesamt	"Zu wenig Schlaf"
Basis	1499	265

Geschlecht:

Männer	47 %	55 %
Frauen	53 %	45 %

Alter:

14 bis 29 Jahre	30 %	32 %
30 bis 49 Jahre	37 %	37 %
50 Jahre und älter	32 %	29 %

Soziale Schicht:

Oberschicht	20 %	24 %
Mittelschicht	56 %	53 %
Unterschicht	23 %	23 %

Ortsgröße:

Dorf, Kleinstadt	51 %	43 %
Mittelstadt	17 %	15 %
Großstadt	32 %	42 %

Gesundheitsbefindlichkeit:

gut (+)	43 %	41 %
mittel (o)	35 %	39 %
schlecht (-)	23 %	20 %

c. Einstellungen zur Schlafmenge

Insgesamt 81 % der Bevölkerung schlafen täglich ca. 7 Stunden oder mehr.

Gleichwohl meinen nur

68 % der Befragten, ihre durchschnittliche Schlafzeit pro Nacht genüge ihnen und

32 % möchten gern länger schlafen (217).

13 % der Bevölkerung sind demnach der Meinung, daß sie zu wenig Schlaf bekommen, obwohl sie eigentlich ausreichend lange schlafen.

Von den Befragtengruppen, die überdurchschnittlich oft "Zu wenig Schlaf" bekommen (Männer, Angehörige der sozialen Oberschicht, Personen mit mittlerer Gesundheitsbefindlichkeit) sind

- o Männer etwas häufiger als der Durchschnitt mit ihrer Schlafzeit zufrieden: ("genügt mir": Männer 70 %, Gesamt 68 %, 217).
- o Angehörige der sozialen Oberschicht meinen allerdings überdurchschnittlich häufig: "Ich bräuchte eigentlich mehr Schlaf" (41 %, Gesamt 32 %).
- o Auch Personen mit nur mittlerer Gesundheitsbefindlichkeit möchten mehr schlafen (38 %, Gesamt 32 %).

Frauen, die überdurchschnittlich häufig zu den "Vielschläfern" gehören, sind gleichwohl nicht mit ihrem Schlafenssum zufrieden:

- o 34 % der Frauen meinen, sie bräuchten eigentlich mehr Schlaf (Männer 30 %, Gesamt 32 %).

Auch ein großer Teil der jungen Leute und Befragten mittleren Alters, die ebenfalls objektiv nicht zu wenig schlafen, möchten gern mehr schlafen:

- o 39 % der Befragten unter 50 Jahren glauben, sie bräuchten mehr Schlaf (Gesamt 32 %).

Einzig zufrieden mit ihrer (allerdings beträchtlichen) Schlafzeit sind ältere Befragte über 50 Jahre:

- o 81 % von ihnen geben an, ihre Schlafzeit genüge ihnen (Gesamt 62 %, 217).

Als wichtigste Begründungen für zu wenig Schlaf wurden von den Befragten, die eigentlich "mehr Schlaf bräuchten", angegeben:

- o 39 %: "Ich nehme mir zwar oft vor, früher schlafen zu gehen - aber dann ist etwas Gutes im Fernsehen oder es kommt Besuch und dann wird es eben doch wieder später."

- o 29 %: "Ich habe jeden Tag so viel zu tun, daß ich es einfach nicht schaffe, früher ins Bett zu kommen."
- o 18 %: "Abends werde ich immer wieder munter, und dann habe ich einfach keine Lust, früher schlafen zu gehen."
- o 10 %: "Ich leide (manchmal) unter Schlaflosigkeit."
- o 8 %: "Man lebt nur einmal und da sollte man die Zeit nicht mit Schlafen vertun."
- o 8 %: "Abends trödle ich meistens so vor mich hin und dann wird es doch immer später als ich eigentlich vorhatte."
- o 7 %: "Ich sage mir immer, lieber bin ich morgens öfter müde und verbringe dafür schöne und vergnügliche Abende."
- o 4 %: "Ich kann oft nicht schlafen, weil um mich herum zuviel Lärm gemacht wird."

Für die meisten dieser Befragten gibt es also keine zwingenden äußeren Gründe, die sie am Schlaf hindern könnten. Der Mangel an Schlafzeit beruht häufig einfach auf der Unlust, den Tag zu beenden, um schlafen zu gehen. Man erwartet noch etwas, das den Abend "vergnügli" macht, man wird "wieder munter", "trödelt herum" und schließlich macht das "Fernsehen oder Besuch" alle guten Vorsätze zunichte. Einige nehmen sogar in Kauf, daß sie anderntags müde sind, wenn nur der Feierabend angenehmer ist als der Alltag.

Der Mangel an Schlaf ist vermutlich zum großen Teil auf eine Art Erlebnishunger zurückzuführen, der während des Alltags nicht befriedigt werden kann und der als ständige Erwartung an die Freizeit die Abende verlängert, was natürlich - wegen der geregelten Arbeitszeiten der Mehrheit aller Arbeitnehmer - nur auf Kosten der Schlafzeit vonstatten gehen kann.

Die Problemgruppe "Zu wenig Schlaf" ist mit ihrer durchschnittlichen Schlafzeit sehr unzufrieden:

- o Fast zwei Drittel dieser Befragten meinen:
"Ich bräuchte eigentlich mehr Schlaf".
(Gesamt etwa ein Drittel)

Als wichtigen Grund, der sie daran hindert, oft und lange genug zu schlafen, geben diese mit ihrer Schlafzeit unzufriedenen Befragten überdurchschnittlich häufig den folgenden an:

- o 15 % "Ich leide manchmal unter Schlaflosigkeit".
(Gesamt 10 %)

Dazu ist anzumerken, daß Befragte dieser Problemgruppe auch ganz besonders häufig unter "beruflichem Streß" zu leiden haben und überdurchschnittlich viele starke Raucher und regelmäßige Alkoholkonsumenten in ihren Reihen haben.

Darüber hinaus sind auch hier das Fernsehen, gelegentlicher Besuch oder andere Ablenkungen oft genug daran schuld, den guten Vorsatz in die Tat umzusetzen und ins Bett zu gehen.

2. Streß-Verhalten und Einstellungen zum Streß

a. Streß-Verhalten

Mehr als die Hälfte der Bevölkerung gerät bei der "täglichen Arbeit häufiger oder ab und zu in stärkere Belastungssituationen":

- o Etwa ein Viertel findet sich häufiger in "stärkeren beruflichen Belastungssituationen",
- o gut ein Drittel erlebt dies "ab und zu" und nur etwa
- o ein weiteres gutes Drittel gerät "nur selten" oder "so gut wie nie in stärkere Belastungssituationen" bei der Arbeit (224).

Für viele beginnt der Streß schon morgens beim Aufstehen:

- o 30 % unserer Befragten haben es "morgens beim Ankleiden und Frühstück meistens eilig" (213)
- o 32 % frühstücken "eilig zu Hause" oder erst später "während der Arbeit" oder "überhaupt nicht" (214).

Überdurchschnittlich häufig sind folgende Personengruppen "stärkeren beruflichen Belastungssituationen" ausgesetzt:

- o Männer (66 % "häufig" oder "ab und zu", Gesamt 61 %)
- o Personen mittleren Alters zwischen 30 und 49 Jahren (70 %)
- o Angehörige der sozialen Oberschicht (69 %)
- o Befragte mit nur mittlerer Gesundheitsbefindlichkeit (67 %).

Für eben diese Befragtengruppen beginnt der Streß oft schon morgens vor Arbeitsbeginn:

- o Nur 54 % aller Männer leisten sich ein gemütliches Frühstück (Gesamt 61 %)
- o 35 % der Befragten mittleren Alters (zwischen ~~30~~ und 49 Jahren) geben an, sie hätten es morgens beim Ankleiden und beim Frühstück meistens eilig (Gesamt 30 %)
- o 34 % der Angehörigen der sozialen Oberschicht geben an, sie seien morgens meistens in Eile. Nur 56 % dieser Befragtengruppe leisten sich ein gemütliches Frühstück (Gesamt 61 %)

Dagegen geraten folgende Befragtengruppen überdurchschnittlich "selten" oder sogar "so gut wie nie" in stärkere Belastungssituationen bei der Arbeit:

- o Frauen (44 %, Gesamt 39 %)
- o ältere Menschen über 50 Jahre (48 %)
- o Angehörige der sozialen Unterschicht (51 %)

Für diese Befragungsgruppen beginnt der Tag meistens geruhsam: jeweils mindestens etwa zwei Drittel dieser Befragtengruppen können sich ein gemütliches Frühstück zu Hause leisten.

b. Soziographische Merkmale der
Problemgruppe "Häufiger Streß"

Insgesamt gehören etwa 23 % der Bevölkerung zu dieser Problemgruppe "Häufiger Streß".

Personen, die sich "bei ihrer täglichen Arbeit häufiger in stärkeren Belastungssituationen befinden" sind:

- o überwiegend Männer
(56 %, Gesamt 47 %)
- o zum größten Teil mittleren Alters zwischen 30 und 49 Jahren (43 %, Gesamt 36 %)
- o überdurchschnittlich häufig Angehörige der sozialen Oberschicht (27 %, Gesamt 20 %)
- o in großer Mehrheit Personen mit höchstens mittlerer Gesundheitsbefindlichkeit (62 % dieser Befragtengruppe verfügen über eine mittlere oder schlechte Gesundheitsbefindlichkeit, (Gesamt 58 %).

Problemgruppe "Häufiger Streß"

	<u>Gesamt</u>	<u>"Häufiger Streß"</u>
<u>Basis</u>	1499	343
<u>Geschlecht:</u>		
Männer	47 %	56 %
Frauen	53 %	44 %
<u>Alter:</u>		
14 bis 29 Jahre	30 %	30 %
30 bis 49 Jahre	36 %	43 %
50 Jahre und älter	33 %	26 %
<u>Soziale Schicht:</u>		
Oberschicht	20 %	27 %
Mittelschicht	56 %	57 %
Unterschicht	23 %	16 %
<u>Ortsgröße:</u>		
Dorf, Kleinstadt	51 %	51 %
Mittelstadt	17 %	17 %
Großstadt	32 %	32 %
<u>Gesundheitsbefindlichkeit:</u>		
gut (+)	43 %	38 %
mittel (o)	35 %	37 %
schlecht (-)	23 %	25 %

c. Einstellungen zu den vermuteten Folgen
häufiger beruflicher Streßbelastung

Mehr als zwei Drittel aller Befragten halten es für "ganz sicher" oder "sehr wahrscheinlich", daß "solche stärkeren Belastungen auf die Dauer für die Gesundheit ganz allgemein nachteilige Folgen haben" (226):

- o 40 % halten dies für "ganz sicher und
- o 29 % halten es immerhin für "sehr wahrscheinlich".

Die Einstellungen zu diesen vermuteten "nachteiligen Folgen" beruflicher Streßbelastungen sind mehr als zwiespältig

- o zwar sind 79 % aller Befragten der Ansicht, berufliche Belastungen seien dann "nicht mehr zu rechtfertigen, wenn die Gesundheit darunter leidet" (230) und
- o 59 %bürden die Verantwortung für solche gesundheitlichen Schäden den Betroffenen selber auf: "Gesundheitliche Schäden hat sich jeder selbst zuzuschreiben, weil man genügend dagegen tun kann" (228)

Andererseits ist aber auch mehr als ein Drittel der Bevölkerung der Ansicht, man müsse das so hochgeschätzte Gut "Gesundheit" den "beruflichen Idealen" und dem beruflichen "Erfolg" zum Opfer bringen:

- o 37 %: "Wer hohe berufliche Ideale und Ziele hat, darf mögliche gesundheitliche Konsequenzen nicht scheuen" (234).

- o 35 %: "Gesundheitliche Schäden muß man in Kauf nehmen, wenn man im Beruf Erfolg haben und vorwärts kommen will" (231)

Wie eine einfache Addition der Zustimmungszahlen ergibt, muß ein nicht geringer Teil der Befragten zwei einander stark widersprechende Ansichten vertreten:

Auf der einen Seite sind "berufliche Belastungen nicht mehr zu rechtfertigen, wenn die Gesundheit darunter leidet", andererseits dürfen aber gesundheitliche Schäden nicht gescheut werden, wenn man "hohe berufliche Ideale und Ziele hat".

Es scheint, als ob hier zwei gesellschaftliche Werte miteinander in einen Konflikt geraten, der für viele Befragte nicht lösbar ist und als Widerspruch bestehen bleibt:

- o Fast niemand schätzt den beruflichen Streß an sich: nur 14 % aller Befragten sehen "gerade in den Belastungen den Reiz des Berufslebens, da sind ein paar gesundheitliche Störungen nicht so wichtig" (233)

Die Streßbelastung wird also überwiegend als "notwendiges Übel" akzeptiert, dem man sich - wichtigerer Ziele wegen - zu unterwerfen hat. Fast die Hälfte aller Befragten kapituliert vor diesem Konflikt und resigniert:

- o 47 %: "Gesundheitliche Schäden durch berufliche Überbelastungen sind als ein natürlicher Verschleiß zu betrachten, mit dem man sich abfinden muß" (227).

Diese widersprüchliche Einstellung ist in noch krasserer Form bei den Personen vorzufinden, die sich bei ihrer täglichen Arbeit "häufiger in stärkeren Belastungssituationen befinden":

- o 56 % der Problemgruppe "Häufige Streßbelastung" glauben, daß "solche stärkeren Belastungen auf die Dauer für die Gesundheit ganz allgemein ganz sicher nachteilige Folgen haben werden". (Gesamt 40 %)
- o 73 % dieser Problemgruppe (79 % Gesamt) sind der Ansicht, berufliche Belastungen seien dann "nicht mehr zu rechtfertigen, wenn die Gesundheit darunter leidet", jedoch meinen
- o 48 % dieser "Streßbelasteten" (Gesamt 35%): "Gesundheitliche Schäden muß man in Kauf nehmen, wenn man im Beruf Erfolg haben und vorwärts kommen will" und
- o 46 % (Gesamt 37 %): "Wer hohe berufliche Ideale und Ziele hat, darf mögliche gesundheitliche Konsequenzen nicht scheuen".

Ein (allerdings relativ kleiner) Teil dieser Befragtengruppe glorifiziert den Streß an sich:

- o 20 % (Gesamt 14 %) meinen: "Gerade die Belastungen machen den Reiz des Berufslebens aus, da sind ein paar gesundheitliche Störungen nicht so wichtig".

Ein größerer Teil dieser Problemgruppe rettet sich aus dem Dilemma zwischen "nicht zurechtfertigender gesundheitlicher Belastung" und dem "Zwang", dem beruflichen Erfolg die Gesundheit zu opfern, durch Resignation:

- o 50 % (Gesamt 47 %) halten die gesundheitlich nachteiligen Streßfolgen für einen "natürlichen Verschleiß, mit dem man sich abfinden muß".

Allerdings sind diese Befragten, die mit den gesundheitlichen Belastungen durch den beruflichen Streß ganz offensichtlich bereits Erfahrung haben, etwas seltener als der Durchschnitt der Meinung:

- o "Gesundheitliche Schäden hat sich jeder selbst zuzuschreiben, weil man genügend dagegen tun kann" (48 %, Gesamt 59 %).

Die übrigen Kreuzauszählungen nach verschiedenen soziographischen Merkmalen bringen hier zusätzlich folgende interessante Ergebnisse:

Daß beruflicher Streß "ganz sicher" oder "sehr wahrscheinlich auf die Dauer für die Gesundheit ganz allgemein nachteilige Folgen haben wird", glauben insbesondere Befragtengruppen, die diese Erfahrung offensichtlich am eigenen Leibe bereits verspürt haben:

- o Befragte der mittleren Altersgruppe zwischen 30 und 49 Jahren (72 %, Gesamt 69 %, 226)
- o Befragte mit mittlerer Gesundheitsbefindlichkeit (72 %)

Von diesen beiden Befragtengruppen befindet sich ein überdurchschnittlich großer Teil tatsächlich "häufiger in stärkeren Belastungssituationen".

Des weiteren sind

- o ältere Befragte über 50 Jahre (74 %) und
- o Personen mit schlechter Gesundheitsbefindlichkeit (79 %)

überdurchschnittlich häufig davon überzeugt, daß berufliche Streßbelastungen auf die Dauer "ganz sicher" oder "sehr wahrscheinlich" für die Gesundheit negative Folgen haben. Auch hier ist wahrscheinlich die eigene Erfahrung für diese Ansicht maßgebend gewesen.

Dementsprechend erscheinen jungen Leuten und solchen, die sich bei bester Gesundheit befinden, die negativen Folgen beruflicher Überbelastung (die sie ja aus eigener Erfahrung noch selten kennen) noch nicht erwiesen:

- o 38 % der jungen Leute unter 30 Jahre und
- o 36 % der Befragungspersonen mit guter Gesundheitsbefindlichkeit (Gesamt 27 %) geben auf die Frage, ob beruflicher Streß auf die Dauer für die Gesundheit negative Folgen hat, Antworten wie "es kann sein, muß aber nicht", "ich glaube kaum", "nein, ganz bestimmt nicht" (226).

Den beiden Statements, die die Gesundheit dem "beruflichen Erfolg" und den "beruflichen Idealen" unterordnen (231 und 234), stimmen überdurchschnittlich häufig solche Befragungsgruppen zu, die selber oft im beruflichen Streß stehen, also

- o Männer
- o Befragte mittleren Alters zwischen 30 und 49 Jahren und
- o Angehörige der sozialen Oberschicht.

Frauen und junge Leute dagegen lehnen diese Ansichten eher ab.

3. Gewohnheiten und Einstellungen zum Rauchen

a. Die Rauchgewohnheiten der Bevölkerung

Etwa jeder zweite Bundesdeutsche raucht:

- o Ein gutes Drittel der Bevölkerung raucht regelmäßig,
- o weitere 10 % rauchen "ab und zu" oder "selten" und
- o gut die Hälfte der Bevölkerung bezeichnet sich als Nichtraucher (313).

Die große Mehrheit der Raucher bevorzugt Zigaretten:

- o 94 % der Raucher sind Zigarettenraucher
- o 10 % rauchen (teilweise zusätzlich) Pfeife
- o 10 % rauchen (ebenfalls teilweise zusätzlich) Zigarren
- o 7 % rauchen Zigarillos (314).

Es gibt viel mehr starke Raucher als Personen, die nur gelegentlich zur Zigarette greifen:

- o Nur knapp ein Viertel der Zigarettenraucher konsumieren nur "ab und zu" eine bis täglich 5 Zigaretten, (insgesamt 11 % der Bevölkerung)
- o ein gutes Drittel der Raucher raucht mäßig (täglich etwa 6 bis 15 Stück, insgesamt 17 % der Bevölkerung)
- o ein gutes Drittel der Raucher fällt unter die Kategorie starke Raucher ("täglich bis zu 20 Stück" oder mehr, insgesamt 18 % der Bevölkerung, 316)

	<u>Raucher</u>	<u>Geschlecht</u>		<u>Alter</u>			<u>Soziale Schicht</u>			<u>Gesundheitsbefindlichkeit</u>		
	Gesamt	M	F	-30	30-50	50 +	oben	mitte	unten	+	0	-
Basis	709	432	277	265	271	166	157	413	139	360	229	113

314: "Was rauchen Sie?"

Zigaretten	94	82	99	98	96	86	88	97	92	94	94	92
Pfeife	10	14	1	8	13	9	14	10	6	10	12	8
Zigarren	10	16	1	4	10	24	12	10	12	9	12	16
Zigarillos	7	9	1	6	7	7	11	6	5	6	8	4

316: "Wieviel Zigaretten rauchen Sie pro Tag?"

nur ab und zu eine/ täglich bis zu 5 Stück	22	12	35	24	20	19	21	23	19	21	20	27
täglich 6 bis zu 15 Stück	35	23	40	37	31	42	29	37	36	37	32	38
täglich bis zu 20 Stück und mehr	36	46	23	35	45	26	38	35	40	37	42	17

In den verschiedenen soziographischen Merkmalsgruppen zeigen sich folgende Unterschiede in den Rauchgewohnheiten:

Geschlecht:

Männer rauchen regelmäßiger und mehr als Frauen:

- o Mehr als die Hälfte der Männer, aber nur knapp ein Viertel der Frauen bezeichnen sich als regelmäßige Raucher (313)
- o Ein gutes Drittel aller Männer, dagegen aber mehr als zwei Drittel aller Frauen bezeichnen sich als Nichtraucher (313)
- o Drei Viertel der Raucherinnen rauchen nur gelegentlich oder mäßig (bis zu 15 Stück täglich, 316)
- o Nur knapp ein Viertel aller Raucherinnen sind als starke Raucher zu bezeichnen (316)
- o Dagegen sind fast die Hälfte der männlichen Zigarettenraucher starke Raucher (316)
- o Frauen rauchen fast ausschließlich Zigaretten (314)
- o Von den Männern bevorzugen
 - 82 % die Zigarette
 - 16 % Zigarren
 - 14 % die Pfeife
 - 9 % Zigarillos (314)

Alter:

Unter den älteren Befragten gibt es mehr Nichtraucher als in den jüngeren Altersgruppen:

- o Von den jungen Leuten unter 30 Jahren raucht fast jeder zweite regelmäßig (Gesamt 37 %) und nur 44 % sind Nichtraucher (Gesamt 53 %, 313)
- o In der mittleren Altersgruppe (30 bis 49 Jahre) ist bereits jeder zweite Nichtraucher, und nur noch 40 % rauchen regelmäßig.
- o Von den älteren Befragten sind zwei Drittel Nichtraucher und nur gut ein Viertel raucht noch regelmäßig (313).

Jedoch hält sich der Zigarettenkonsum der jungen Altersgruppe - trotz des überdurchschnittlich großen Anteils regelmäßiger Raucher - durchaus in durchschnittlichen Grenzen:

- o Junge Raucher (unter 30 Jahre) sind meistens noch keine starken Raucher.
- o Der größte Anteil starker Raucher findet sich in der mittleren Altersgruppe (30 bis 49 Jahre):

Von Rauchern dieses Alters raucht fast jeder zweite bis zu 20 Stück am Tag oder mehr (Gesamt 36 % aller Raucher).

- o Ältere Befragte (über 50 Jahre) haben nicht nur den geringsten Anteil regelmäßiger Raucher in ihren Reihen, sondern diejenigen, die in diesem Alter überhaupt noch rauchen, sind mehrheitlich als gelegentliche oder mäßige Raucher zu bezeichnen. Starke Raucher sind nur noch ein Viertel der Raucher dieser Altersgruppe (316).

Mit steigendem Alter scheint man sich also von der Zigarette immer mehr abzuwenden. Das zeigt sich auch in folgenden Zahlen:

- o Junge Leute rauchen fast alle Zigaretten. Pfeife, Zigarillos und Zigarren sind in diesem Alter noch wenig attraktiv.
- o Raucher mittleren Alters (30 bis 49 Jahre) gehen überdurchschnittlich häufig (allerdings meistens noch zusätzlich zur Zigarette) zur Pfeife über.
- o Ältere Raucher (über 50 Jahre) bevorzugen stark überdurchschnittlich häufig Zigarren. Der Zigarettenkonsum nimmt in dieser Altersgruppe deutlich ab (314).

Soziale Schicht:

Es gibt nur wenig Unterschiede in den Rauchgewohnheiten verschiedener sozialer Schichten:

- o Sowohl in der Oberschicht als auch in der Mittelschicht gibt es etwa durchschnittlich viele regelmäßige als auch starke Raucher (313, 316).

Die soziale Oberschicht hat einen gegenüber dem Durchschnitt der Bevölkerung leicht verringerten Anteil an Nichtrauchern (313).

- o Allein in der sozialen Unterschicht sind einige deutliche Abweichungen festzustellen:

Befragte der Unterschicht sind überdurchschnittlich häufig Nicht-raucher (was sich teilweise daraus erklärt, daß diese Befragtengruppe überdurchschnittlich große Anteile an Frauen und alten Leuten hat). Jedoch findet sich unter den relativ wenigen Rauchern dieser Sozialschicht ein etwas überdurchschnittlich großer Prozentsatz starker Raucher (313, 316).

- o Die Raucher der sozialen Oberschicht bevorzugen überdurchschnittlich häufig Pfeifen, Zigarillos und Zigarren. Nur-Zigarettenraucher gibt es hier deutlich seltener als in anderen Sozialschichten (314).

Gesundheitsbefindlichkeit:

Leute mit schlechtem subjektiven Gesundheitsbefinden rauchen offensichtlich weniger als solche, die sich kerngesund fühlen:

- o Zwei Drittel aller Befragten mit schlechter Gesundheitsbefindlichkeit sind Nicht-raucher (Gesamt 53 %) und nur ein Viertel dieser Befragten raucht regelmäßig (Gesamt 37 %).

Nur 17 % der Raucher mit schlechter Gesundheitsbefindlichkeit sind noch starke Raucher (Gesamt 36 % aller Raucher, 313, 316).

- o Dagegen raucht fast die Hälfte aller Personen guter Gesundheitsbefindlichkeit regelmäßig, der Prozentsatz an Nichtrauchern liegt weit unter dem Durchschnitt. Allerdings ist in dieser Befragtengruppe kein unmäßiger Zigarettenkonsum festzustellen, starke Raucher sind nur durchschnittlich häufig vertreten.

- o Das fehlende Glied in der Kette stellen Leute mit mittlerer Gesundheitsbefindlichkeit dar:

Der Prozentsatz regelmäßiger Raucher ist bereits unter den Durchschnitt gesunken, der Prozentsatz starker Raucher liegt jedoch noch deutlich über dem Durchschnitt.

Diese Ergebnisse scheinen uns wichtige Aufschlüsse über die Motivationen zu geben, die Raucher im allgemeinen dazu bewegen, das Rauchen einzustellen: Erst wenn sich das eigene Gesundheitsbefinden so verschlechtert hat, daß diese Verschlechterung vom Raucher selber bewußt wahrgenommen wird, kann das Rauchen aufgegeben werden.

Ein zusätzlicher Beweis für diese These ist darin zu sehen, daß alle Befragtengruppen mit überdurchschnittlich schlechtem subjektiven Gesundheitsbefinden überdurchschnittlich hohe Nichtraucheranteile haben (Frauen, ältere Befragte, Angehörige der sozialen Unterschicht).

b. Soziographische Merkmale der
Problemgruppe "Starke Raucher"

Die Gruppe der Raucher insgesamt repräsentiert fast die Hälfte der Bevölkerung (47 %).

Die Problemgruppe "Starke Raucher" steht für insgesamt etwa 18 % der Bevölkerung.

Raucher insgesamt sind überdurchschnittlich häufig:

- o Männer (61 %, Bevölkerung Gesamt 47 %)
- o Personen jüngeren Alters bis 30 Jahre (37 %, Gesamt 30 %)
- o Angehörige der sozialen Ober- und Mittelschicht (80 %, Gesamt 76 %)
- o Personen mit guter Gesundheitsbefindlichkeit (51 %, Gesamt 43 %)

Gemessen am Durchschnitt der Raucher sind starke Raucher überdurchschnittlich häufig:

- o Männer (76 %, Raucher Gesamt 61 %)
- o Personen mittleren Alters zwischen 30 und 49 Jahren (46 %, Raucher Gesamt 38 %)
- o Großstädter (36 %, Raucher Gesamt 33 %)
- o Personen mit mittlerer Gesundheitsbefindlichkeit (37 %, Raucher Gesamt 32 %)

Problemgruppe "Starke Raucher"

	Gesamt	Raucher Gesamt	"Starke Raucher"
<u>Basis</u>	1499	709	263
<u>Geschlecht:</u>			
Männer	47 %	61 %	76 %
Frauen	53 %	39 %	24 %
<u>Alter:</u>			
14 bis 29 Jahre	30 %	37 %	37 %
30 bis 49 Jahre	36 %	38 %	46 %
50 Jahre und älter	33 %	23 %	16 %
<u>Soziale Schicht:</u>			
Oberschicht	20 %	22 %	23 %
Mittelschicht	56 %	58 %	57 %
Unterschicht	23 %	20 %	20 %
<u>Ortsgröße:</u>			
Dorf, Kleinstadt	51 %	50 %	49 %
Mittelstadt	17 %	17 %	16 %
Großstadt	32 %	33 %	36 %
<u>Gesundheitsbefindlichkeit:</u>			
gut (+)	43 %	51 %	51 %
mittel (0)	35 %	32 %	37 %
schlecht (-)	23 %	16 %	11 %

c. Einstellungen zum Rauchen

Das Rauchen ist ganz offensichtlich für die Mehrheit aller Raucher ein Problem:

- o 54 % der Raucher bekennen: "Ich rauche zuviel" (322)
- o nur 36 % aller Raucher glauben, daß sie nicht zuviel rauchen (322).
- o 48 % aller Raucher haben "Schon einmal ernsthaft versucht, das Rauchen aufzugeben" (323).
- o 51 % der Raucher halten das Rauchen prinzipiell für "schädlich",
- o weitere 37 % halten das Rauchen "unter gewissen Umständen für schädlich" und nur
- o 13 % halten es "nicht für schädlich" (324).

Folgende gesundheitliche Schäden werden dem Rauchen am häufigsten zugeschrieben:

- o 22 %: Krebs (allgemein und alle Krebsarten außer Lungenkrebs)
- o 23 %: Lungenkrebs
- o 19 %: andere Lungenschäden
- o 23 %: Heiserkeit, Bronchitis, Erkrankungen der Atemwege, Kurzatmigkeit, Husten, Kehlkopferkrankungen, usw.

- o 18 %: Kreislaufstörungen,
Gefäßkrankheiten,
(Raucherbein), Durch-
blutungsstörungen
- o 12 %: Herzkrankheiten, Arte-
riosklerose, Verkalk-
kung
- o 8 %: Magenbeschwerden,
-geschwüre, Appetit-
losigkeit, Leberschäden
- o 3 %: Nervosität, Schlaflo-
sigkeit, Abhängigkeit
vom Nikotin, Süchtigkeit,
Nervenschäden, Kopf-
schmerzen
- o 3 %: allgemeine schlechte Ver-
fassung des Körpers, krank
werden usw.

- o Nur 3 % aller Befragungspersonen,
die das Rauchen für schädlich
halten, wissen keine Angabe zu
den vermutlichen gesundheitlichen
Schäden des Rauchens zu machen (325,
326)

Auch über die eigene erhöhte Erkrankungs-
wahrscheinlichkeit ist ein großer Teil
aller Raucher bestens informiert:

- o Immerhin 29 % aller Raucher halten es nicht für ausgeschlossen, daß sie "persönlich durch das Rauchen Krebs bekommen werden" (zusammengefaßt wurden folgende Antworten auf diese Frage: "Ja, bekomme Krebs", "wahrscheinlich", "vielleicht").
- o Weitere 42 % aller Raucher wissen auf diese Frage keine Antwort oder halten es für "unwahrscheinlich", daß sie selber vom Rauchen Krebs bekommen werden, und nur
- o 17 % aller Raucher wissen, daß sie persönlich "bestimmt nicht" durch das Rauchen Krebs bekommen werden (331).
- o 58 % aller Raucher bekennen, daß sie sehr wohl "Angst vor einem Raucherkrebs" hätten,
- o weitere 24 % drücken sich um die Antwort auf diese Frage ("Kann ich nicht so einfach sagen/weiß nicht") und nur
- o 18 % aller Raucher behaupten, sie hätten keine Angst vor einem Raucherkrebs (Frage 335).

Die Einsicht in die Problematik des Rauchens ist bei starken Rauchern noch viel ausgeprägter vorzufinden als bei gelegentlichen oder mäßigen Rauchern:

- o 83 % der starken Raucher (täglich bis zu 20 Zigaretten oder mehr) wissen: "ich rauche zu viel" (Raucher Gesamt: 54 %).
- o 38 % der starken Raucher sehen die Möglichkeit vor sich, daß sie ("sicher", "wahrscheinlich" oder "vielleicht") "persönlich durch das Rauchen Krebs bekommen werden" (Raucher Gesamt 29 %) und nur
- o 11 % der starken Raucher fühlen sich sicher, daß sie selber "bestimmt nicht" an Krebs erkranken werden (Raucher Gesamt: 17 %).

Über andere Krankheiten, die durch das Rauchen möglicherweise verursacht werden, sind starke Raucher ebenso gut informiert wie die Raucher überhaupt. Überdurchschnittlich häufig wissen starke Raucher als Krankheitsfolgen des Rauchens anzugeben:

- o Erkrankungen der Atemwege:
Heiserkeit, Bronchitis,
Kurzatmigkeit, Husten usw.
(27 %, Raucher Gesamt 23 %)
- o Magenbeschwerden (12 %, Raucher Gesamt 8 %)

Diese Zahlen deuten möglicherweise darauf hin, daß von unserer Gruppe starker Raucher bereits überdurchschnittlich viele mit diesen Krankheiten persönlich Bekanntschaft gemacht haben.

Allerdings scheinen die bisher dargestellten Einsichten starker Raucher in die Schädlichkeit des eigenen Tuns noch nicht sehr viel zu besagen. Es scheint auf einer rationalen Ebene ziemlich einfach zu sein, sich einzugestehen, daß man zuviel raucht, und sich sogar kalten Blutes vorzustellen, man könne vielleicht an Krebs sterben. Daß hier einige Rationalisierungen stattfinden, zeigen folgende Ergebnisse:

- o Starke Raucher behaupten seltener als der Durchschnitt aller Raucher, sie hätten "Angst vor einem Raucherkrebs" (starke Raucher 54 %, Raucher insgesamt 58 %).
- o Starke Raucher weichen dieser Frage nach ihrer Angst vor einem Raucherkrebs überdurchschnittlich häufig aus: "Das kann ich nicht so einfach sagen/weiß nicht" (30 %, Raucher insgesamt 24 %).
- o Bei starken Rauchern gibt es zwar einen überdurchschnittlich großen Anteil von Personen, die das Rauchen prinzipiell für schädlich halten (56 %, Raucher insgesamt 51 %), jedoch aber auch einen überdurchschnittlich großen Anteil von Personen, die behaupten, das Rauchen sei überhaupt nicht schädlich (16 %, Raucher Gesamt 13 %).

Es scheint sich demnach bei vielen starken Rauchern so zu verhalten, daß man zwar über die möglichen gesundheitlichen Schäden des eigenen Tuns bestens informiert ist, sogar die Möglichkeit ins Auge faßt, daß man selber infolge des Rauchens schwer erkranken könnte, daß jedoch dann schließlich die Angst vor dieser möglichen Katastrophe verdrängt wird.

Daß diese Konstellation - Informiertheit über die gesundheitlichen Folgen des Rauchens und Verdrängung der Angst vor diesen Folgen - noch nicht zur Verhaltensänderung führt, zeigt sich einmal an dieser Befragtengruppe selbst: sie sind eben immer noch starke Raucher. Und zum anderen daran, daß diese starken Raucher bisher kaum häufiger als der Durchschnitt den Versuch gemacht haben, das Rauchen aufzugeben:

- o 51 % der starken Raucher haben "schon einmal ernsthaft versucht, das Rauchen aufzugeben" (48 % der Raucher insgesamt)

Die Ergebnisse unserer verschiedenen soziographischen Merkmalsgruppen bringen in diesem Zusammenhang nur wenig neues:

- o Die Befragtengruppen, die die größten Anteile starker Raucher aufweisen (Männer, Personen mittleren Alters zwischen 30 und 49 Jahren, Personen mit mittlerer Gesundheitsbefindlichkeit) zeigen tendenziell die gleichen Einstellungen wie die Problemgruppe der starken Raucher.

- o Für die "Gegengruppen", die hohe Anteile an Nichtrauchern oder nur gelegentlichen/mäßigen Rauchern aufweisen (Frauen, ältere Befragte, auch Personen mit guter Gesundheitsbefindlichkeit) zeigt sich das Problem "Rauchen" weniger dramatisch:

Befragte dieser Gruppen sind überdurchschnittlich oft der Ansicht, sie rauchten persönlich nicht zu viel, halten das Rauchen (in den von ihnen genossenen Dosen) nicht für schädlich, finden es überdurchschnittlich häufig "unwahrscheinlich", daß sie selbst Krebs bekommen werden und brauchen daher auch ihre Angst vor dieser Krankheit nicht zu verdrängen.

	<u>Raucher</u>	<u>"Starke</u>	<u>Geschlecht</u>		<u>Alte r</u>			<u>Soziale Schicht</u>			<u>Gesundheitsbefindlichkeit</u>		
	Gesamt	<u>Raucher"</u>	M	F	- 30	30-50	50 +	oben	mitte	unten	+	0	-
Basis	709	263	432	277	265	271	166	157	413	139	360	229	113

331: "Glauben Sie, daß Sie persönlich durch das Rauchen Krebs bekommen werden?"

"ja" / "wahrscheinlich" / "vielleicht"	29	38	29	28	34	31	18	30	27	31	22	36	34
unwahrscheinlich	23	15	18	30	20	24	38	21	25	19	22	22	27
bestimmt nicht	17	11	16	18	17	14	22	23	15	14	18	19	11
weiß nicht	19	21	21	16	18	18	20	17	19	23	21	15	21

335: "Hätten Sie Angst vor einem Raucherkrebs?"

ja	58	54	52	67	62	62	44	61	56	63	54	63	62
nein	18	17	21	13	12	17	28	15	19	17	22	14	14
kann ich nicht so einfach sagen / weiß nicht	24	30	26	19	25	20	26	24	24	19	24	22	21

	<u>Raucher</u>	<u>"Starke</u>	<u>Geschlecht</u>		<u>Alte r</u>			<u>Soziale Schicht</u>			<u>Gesundheitsbefindlichkeit</u>		
	Gesamt	Raucher"	M	F	- 30	30-50	50 +	oben	mitte	unten	+	0	-
Basis	709	263	432	277	265	271	166	157	413	139	360	229	113

322: "Finden Sie, daß Sie zuviel rauchen?"

ja, rauche zuviel	54	83	57	49	52	60	46	52	54	54	50	61	50
nein, rauche nicht zuviel	36	10	34	41	38	31	43	42	34	37	40	33	33
weiß nicht	9	8	9	10	10	8	10	5	11	9	9	6	16

323: "Haben Sie schon einmal ernsthaft versucht, das Rauchen aufzugeben?"

ja	48	51	51	43	42	55	48	42	50	48	41	55	53
nein	52	49	49	57	58	45	52	58	50	52	59	45	47

324: "Halten Sie rauchen für schädlich oder nicht?"

ja, rauchen ist schädlich	51	56	50	52	50	56	42	54	49	50	43	63	50
kommt darauf an (kleine Mengen nicht, nicht für alle Raucher)	37	28	34	40	39	31	43	36	37	37	39	31	42
nein, rauchen ist nicht schädlich	13	16	16	8	11	13	15	11	14	13	18	6	8

4. Gewohnheiten im Hinblick
auf den Genuß von Alkohol

a. Die Häufigkeit des Alkoholgenusses
in verschiedenen Bevölkerungsgruppen

Die große Mehrheit der Bevölkerung trinkt einigermäßen regelmäßig oder doch wenigstens "manchmal" oder "selten" Bier oder Wein. Nur etwa jeder zehnte Deutsche trinkt so gut wie überhaupt keinen Alkohol:

- o 13 % der Bevölkerung trinken "täglich" Bier oder Wein,
- o 19 % tun dies "meistens" oder "oft"
- o 44 % trinken "manchmal" oder "selten" Bier oder Wein und
- o 13 % tun dies "so gut wie nie" (352)

Härdere Alkoholika (Schnaps) sind weniger gebräuchlich:

- o nur 2 % der Bevölkerung geben an, sie tranken "täglich" Schnaps,
- o 12 % tun dies immerhin "meistens" oder "oft",
- o 48 % "manchmal" oder "selten" und
- o ein gutes Drittel "so gut wie nie" (349).

Das gute Drittel der Bevölkerung, das "so gut wie nie" Schnaps trinkt, und auch der sehr viel kleinere Teil (13 %), der auch Bier oder Wein "so gut wie nie" anrührt, setzt sich überdurchschnittlich häufig aus Befragtengruppen zusammen, die im Durchschnitt eher über ein schlechtes Gesundheitsbefinden klagen:

Personen mit schlechter Gesundheitsbefindlichkeit trinken zu

- o 52 % "so gut wie nie" Schnaps (Gesamt 38 %) und
- o 22 % dieser Gruppe trinken auch "so gut wie nie" Bier oder Wein.

Von den Frauen und den älteren Befragten über 50 Jahre trinken

- o die Hälfte fast nie Schnaps und
- o jeder fünfte von ihnen auch fast nie Bier oder Wein.

Auch in der sozialen Unterschicht gibt es einen überdurchschnittlich großen Anteil von Personen, für die Alkohol offenbar überhaupt nicht auf der Tagesordnung steht:

- o 44 % der Befragten aus der sozialen Oberschicht trinken keinen Schnaps (Gesamt 38 %) und
- o 17 % von ihnen trinken auch fast so gut wie keine leichteren Alkoholika (Gesamt 13 %)

Der regelmäßige, tägliche Alkoholkonsum ist jeweils nur bei einer kleinen Bevölkerungsgruppe zu beobachten:

- o 14 % der Bevölkerung trinken häufig ("täglich", "meistens" oder "oft") harte Alkoholika (Schnaps)
- o 13 % trinken täglich Bier oder Wein

Diese Gewohnheiten werden überdurchschnittlich häufig gepflegt von

- Männern:
- o 21 % trinken häufig harte Alkoholika (Frauen 6 %)
 - o 23 % trinken täglich Bier oder Wein (Frauen 4 %)

Befragte unter 50 Jahren:

- o Jeweils 15 % trinken häufig harte Alkoholika (Befragte über 50 Jahre 10 %) und
- o ebenfalls 15 % trinken täglich Bier oder Wein (Befragte über 50 Jahre 8 %)

Personen mit guter Gesundheitsbefindlichkeit:

- o 17 % trinken häufig harte Alkoholika, (Personen mit mittlerer Gesundheitsbefindlichkeit 12 %, mit schlechter Gesundheitsbefindlichkeit 11 %)
- o 15 % trinken täglich Bier oder Wein (Befragte mit mittlerer Gesundheitsbefindlichkeit 12 %, mit schlechter Gesundheitsbefindlichkeit 10 %)

Auch hier zeigt sich - ähnlich wie beim Rauchen - daß einige, unter Umständen sehr gesundheitsschädigende Verhaltensweisen erst mit zunehmender gesundheitlicher Verschlechterung aufgegeben werden.

Aus der Verteilung der Alkoholgewohnheiten über verschiedene soziale Gruppen ergibt sich die soziographische Struktur der Problemgruppe "Täglich Alkohol":

b. Soziographische Merkmale der Problemgruppe "Täglich Alkohol"

Personen, die Tag für Tag irgendeine Art von Alkohol zu sich nehmen, sind überdurchschnittlich häufig:

- o Männer (84 %, Gesamt 47 %)
- o Personen unter 50 Jahren (77 %, Gesamt 66 %)
- o Personen mit guter Gesundheitsbefindlichkeit (48 %, Gesamt 43 %)

Der tägliche, regelmäßige Alkoholkonsum kommt offenbar in allen sozialen Schichten gleich häufig vor.

Diese Problemgruppe repräsentiert einen Bevölkerungsanteil von insgesamt 13 %.

Problemgruppe "Täglich Alkohol"

Basis:	Gesamt 1499	"Täglich Alkohol" 197
--------	----------------	--------------------------

Geschlecht:

Männer	47 %	84 %
Frauen	53 %	16 %

Alter:

14 bis 29 Jahre	30 %	34 %
30 bis 49 Jahre	36 %	43 %
50 Jahre und älter	33 %	22 %

Soziale Schicht:

Oberschicht	20 %	20 %
Mittelschicht	56 %	57 %
Unterschicht	23 %	23 %

Ortsgröße:

Dorf, Kleinstadt	51 %	50 %
Mittelstadt	17 %	17 %
Großstadt	32 %	33 %

Gesundheitsbefindlichkeit:

gut (+)	43 %	48 %
mittel (o)	35 %	32 %
schlecht (-)	23 %	18 %

5. Ernährungsgewohnheiten und Einstellungen zur Ernährung

a. Die Ernährungsgewohnheiten der Bevölkerung

In einer, dieser Repräsentativ-Umfrage vorangegangenen Leitstudie unseres Institutes zum Ernährungsverhalten der Bevölkerung wurde festgestellt, daß sich im Bewußtsein der Bevölkerung ganz bestimmte Maßstäbe für eine gesunde Ernährungsweise herausgebildet haben, die sich vor allem in folgenden konkreten Rezepten niederschlagen:

- o Man darf nicht zu fett essen
- o man darf nicht zu viel essen
- o Vitamine sind äußerst wichtig
- o die Nahrung soll möglichst abwechslungsreich sein
- o die Beachtung der Kalorien ist sehr wichtig.

Anhand der konkreten Angaben unserer Befragten zu ihrer täglichen Ernährungsweise läßt sich feststellen, daß sich die Mehrheit der Bevölkerung nach diesen, inzwischen wohl allgemeingültigen Ernährungsmaßstäben auch tatsächlich richtet:

- o 88 % unserer Befragten essen häufig ("täglich", "meistens" oder "oft") "Obst, Frischgemüse oder Salate" (339).
- o 52 % achten häufig "auf genügend Vitamine" (348).
- o 71 % essen "selten" oder "nie", "fast immer dasselbe, nicht sehr abwechslungsreich" (350)

- o 68 % essen "selten" oder "nie" "viel Fett (fettes Fleisch, Wurst, viel Butter usw.)" (357).
- o 66 % essen "selten" oder "nie" "zuviel" (353).
- o 30 % achten häufig "auf die Kalorien" (341).

Allerdings haben sich diese modernen Maßstäbe für eine gesunde Ernährungsweise nicht in allen Bevölkerungsgruppen gleich stark durchgesetzt.

Sie werden vor allem in den verschiedenen sozialen Schichten unterschiedlich stark beachtet.

Modernere Ernährungsmaßstäbe zeigen sich hauptsächlich in den Verhaltensweisen der sozialen Oberschicht:

- o 79 % der Befragten aus der sozialen Oberschicht legen Wert auf abwechslungsreiche Nahrung (Mittelschicht 72 %, Unterschicht 62 %, 350).
- o 71 % achten darauf, daß sie nicht zuviel Fett essen (Mittelschicht 68 %, Unterschicht 66 %, 377).
- o 67 % essen selten oder nie zuviel (Mittelschicht 68 %, Unterschicht 62 %, 353).
- o 56 % achten auf genügend Vitamine (Mittelschicht 54 % Unterschicht 45 %, 348).

- o 35 % achten auf die Kalorien (Mittelschicht 30 %, Unterschicht 23 %, 341).

Angehörige der sozialen Oberschicht verhalten sich offenbar sehr viel ernährungsbewußter als die Befragten anderer Schichten, insbesondere der sozialen Unterschicht. Sie sind zu einem großen Prozentsatz dem "aufgeschlossenen, maßvollen Ernährungstyp" zuzuordnen, wie er in unserer Leitstudie beschrieben wird

"Die Befragten dieser Gruppe interessieren sich für alle Fragen der Ernährung und stehen allen Informationen darüber aufgeschlossen gegenüber.

Sie versuchen, sich nach allgemein gültigen und vor allem modernen Maßstäben zu ernähren, stellen ihre Nahrung bewußt zusammen und achten darauf, was sie essen.

Eines jedoch wollen sie nicht, nämlich den Gesundheitsaspekt in der Ernährung verabsolutieren.

Sie wollen sich richtig und gesund ernähren und zeigen sich dahingehend auch recht gut informiert, stehen jedoch allen "Übertreibungen" in dieser Richtung kritisch gegenüber." +)

+) LEITSTUDIE, Informationsverhalten, Einstellungen und Motivationen zum Thema ERNÄHRUNG, S. 10, GESELLSCHAFT FÜR GRUNDLAGENFORSCHUNG 1971

Ergänzend dazu fanden wir in dieser Untersuchung, daß Angehörige der sozialen Oberschicht tatsächlich überdurchschnittlich häufig nur eine schwache Gesundheitsorientierung zeigen und sich um ihre Gesundheit im allgemeinen wenig Gedanken machen. Gleichwohl verhalten sie sich sehr viel ernährungsbewußter als Angehörige anderer sozialer Schichten, weil sie über moderne Ernährungsmaßstäbe offensichtlich sehr viel besser informiert sind.

Umgekehrt zeigen Angehörige der sozialen Unterschicht sich sehr viel weniger ernährungsbewußt. Obwohl Unterschicht-Befragte stark überdurchschnittlich häufig über eine schlechte Gesundheitsbefindlichkeit klagen, zeigen sie in ihrer täglichen Ernährungsweise ein wenig "gesundes" Verhalten, obwohl sie überdurchschnittlich häufig und häufiger als Angehörige gehobener sozialer Schichten angeben, sie machten sich um ihre Gesundheit "sehr viel" oder "viel Gedanken". Auch ihre allgemeine Gesundheitsorientierung ist überdurchschnittlich stark (siehe Kapitel II).

Darüber hinaus sind, wie später noch gezeigt wird, Befragte der sozialen Unterschicht überdurchschnittlich häufig der Meinung, sie ernährten sich tatsächlich "gesund".

Dieser Unterschied im Ernährungsverhalten verschiedener Sozialschichten ist also hauptsächlich auf ein Aufklärungsproblem zu reduzieren:

Befragte der Unterschicht sind aufgrund mangelhafter Informationen über eine gesunde Ernährungsweise nicht in der Lage, sich gesünder zu ernähren, obwohl sie es am ehesten nötig hätten.

Befragte der sozialen Unterschicht stehen am ehesten dem in unserer Leitstudie beschriebenen "konservativen, einfachen Ernährungstyp" nahe:

"Die Ernährung spielt für diese Gruppe durchaus eine große Rolle, ihr Ernährungsbewußtsein bezieht sich jedoch nicht darauf, was sie ißt, sondern daß sie ißt.

Die Hauptsache ist für sie "satt werden". Was sie jeweils essen, ist erst zweitrangig; die Hauptsache ist, daß es ihnen schmeckt, es muß kräftig und deftig sein, am liebsten gute deutsche Hausmannskost.

Der Gesundheitsaspekt tritt bei dieser Gruppe ziemlich in den Hintergrund. Gesund ist hier, was schmeckt und bekommt. Vorherrschend ist dabei die Vorstellung, daß man sich ja wohl richtig ernähre, weil einem körperlich ja nichts fehle."
(a.a.O., S. 12.)

In der Tat besitzen unsere Befragten der sozialen Unterschicht nur ein geringes Problembewußtsein, was ihre Ernährungsweise angeht. Sie sind mit großer Klarheit und häufiger als Befragte der Mittel- und Oberschicht der Ansicht, sie ernährten sich "absolut" oder "im großen und ganzen richtig" (416).

Diese Hinweise auf eine eher "konservative" Ernährungsweise der sozialen Unterschicht wird ergänzt durch einige Ergebnisse zu den äußeren, "familiären" Tischgewohnheiten:

- o Im Gegensatz zu Oberschicht-angehörigen neigen Befragte der sozialen Unterschicht häufiger dazu, regelmäßige Essenszeiten einzuhalten (358) und keine Mahlzeiten auszulassen (351).

Auch am Wochenende bleibt diese Regelmäßigkeit im Eßrhythmus bei Befragten der Unterschicht weitgehend konstant (Oberschicht-angehörige essen unter der Woche unregelmäßiger und weniger, am Wochenende mehr (361)).

Diese Regelmäßigkeit des Mahlzeitenrhythmus ist eine eingefahrene, eher "konservative" Angewohnheit, die fast ausschließlich von älteren Befragten und Angehörigen der sozialen Unterschicht gepflegt wird.

Andere Bevölkerungsgruppen, die sich in ihrem täglichen Ernährungsverhalten stark an der Gesundheit orientieren, sind:

- o Befragte mit schlechtem Gesundheitsbefinden, und somit auch andere Gruppen, die überdurchschnittlich häufig über ein schlechtes Gesundheitsbefinden klagen:
- o Frauen
- o ältere Befragte über 50 Jahre.

Auch in diesen Gruppen achten überdurchschnittlich viele Befragte darauf, daß sie genug Vitamine bekommen, nicht zuviel und nicht zu fett essen, daß der Speiseplan abwechslungsreich genug ist und daß sie nicht zuviele Kalorien zu sich nehmen (348, 350, 353, 341, 357).

Der "ängstliche, übersorgte Ernährungstyp" ist fast ausschließlich unter diesen Befragten-Gruppen zu finden.

In unserer Leitstudie wird er folgendermaßen beschrieben:

"Diese Gruppe kann als die ernährungsbewußteste bezeichnet werden.

Charakteristisch für diese Gruppe ist, daß sich in ihr fast ausschließlich ältere Menschen befinden, deren Gedanken ständig und intensiv um das Thema Ernährung und vor allem um die gesunde und richtige Ernährung kreisen.

Diese Personen zeigen sich äußerst bestrebt, sich um jeden Preis gesund und richtig zu ernähren. Ihr Verhalten und ihre Einstellung kann zum Teil schon als überangepaßt bezeichnet werden. Essen hat für sie fast ausschließlich die Funktion der Gesunderhaltung.

Ein Teil dieser Befragten hat allerdings schon irgendein Leiden, sei es an der Leber, Galle, Herz oder Nieren, auf das sie besonders Rücksicht nehmen müssen und über dessen Behandlung von der Ernährungsseite her sie meist auch bestens Bescheid wissen."(a.a.O., S. 15.)

Diese Beschreibung kann durch unsere Ergebnisse voll bestätigt werden:

Befragte mit schlechtem Gesundheitsbefinden und solche Gruppen, die ebenfalls überdurchschnittlich häufig über ein schlechtes Gesundheitsbefinden klagen, also Frauen und ältere Leute, besitzen im allgemeinen eine ziemlich starke Gesundheitsorientierung (siehe Kapitel II).

Daß gerade Personen, die dem "ängstlichen, überbesorgten Ernährungstyp" angehören, aus diesen Bevölkerungsgruppen stammen, zeigt sich an folgenden Ergebnissen:

"Ich achte täglich auf genügend Vitamine":

Gesamt	17 %	
Frauen	21 %	
Befragte über 50 Jahre	23 %	
Befragte mit schlechter Gesund- heitsbefindlich- keit	20 %	(348)

"Ich achte täglich/meistens auf die Kalorien:

Gesamt	21 %	
Frauen	29 %	
Befragte über 50 Jahre	24 %	
Befragte mit schlechter Gesund- heitsbefindlich- keit	25 %	(341)

"Ich esse täglich Diät":

Gesamt	3 %	
Frauen	4 %	
Befragte über 50 Jahre	6 %	
Befragte mit schlechter Gesund- heitsbefindlich- keit	8 %	(359)

Im folgenden wenden wir uns von den Gruppen ab, die sich einer besonders gesunden Ernährungsweise befleißigen, und beschäftigen uns mit den Befragten, die sich auf diesem Gebiet eher fehlerhaft verhalten.

Die Analyse häufiger Ernährungsfehler (wobei zu jeweils einer Verhaltensweise die Antworten zu den Vorgaben "immer/täglich", "meistens" und "oft" zusammengezählt wurden) erbringt einige interessante Einzelergebnisse:

Frauen begehen überdurchschnittlich häufig folgende Ernährungssünden:

"Ich esse häufig Süßigkeiten, Kuchen usw."

Frauen	40 %	
Männer	27 %	
Gesamt	33 %	(340)

"Ich knabbere oft beim Fernsehen Salzstangen, Gebäck, Pralinen oder ähnliches":

Frauen	23 %	
Männer	17 %	
Gesamt	20 %	(342)

Diese Gewohnheiten sind um so erstaunlicher, als gerade Frauen besonders häufig "auf die Kalorien" achten und überdies - wie noch zu zeigen sein wird - ständig unter der Furcht vor Übergewicht leiden. Zu dem besitzen sie eine überdurchschnittlich starke Orientierung an einer gesunden Lebensweise.

Vor allem auf einen großen Teil der Frauen scheint also zuzutreffen, was in unserer Leitstudie über den "unmäßigen und inkonsequenten Ernährungstyp" herausgefunden wurde:

"Für diese Personen stellt die Ernährung ebenfalls einen zentralen Punkt in ihrem Leben dar, allerdings in Form eines täglichen "Kleinkrieges". Die Ernährung ist für sie eines der größten Probleme überhaupt:

Sie essen nämlich für ihr Leben gern, haben aber ständig mit ihrem Körpergewicht zu kämpfen.

Man kann sie als ziemlich ernährungsbewußt bezeichnen, allerdings ist dieses Bewußtsein äußerst ambivalent, d.h. man ist sich genau darüber im klaren, wie man sich eigentlich ernähren sollte und setzt sich andererseits dauernd mit Ausreden vor sich selbst darüber hinweg.

Kennzeichnend für diese Gruppe ist, daß sie zum Teil ausgezeichnet über moderne Ernährungsgrundsätze informiert ist, jedoch einen täglichen Schaukampf mit diesen Vorschriften führt. So ist das Interesse auch verstärkt auf Abmagerungskuren und Diäten ausgerichtet, die jedoch immer wieder in lustvolle, private Eßsünden führen." (a.a.O., S. 17.)

Männer begehen überdurchschnittlich häufig die folgenden Ernährungssünden:

"Ich achte selten oder nie auf die Kalorien":

Männer	73 %	
Frauen	45 %	
Gesamt	58 %	(341)

"Ich achte selten oder nie auf genügend Vitamine":

Männer	47 %	
Frauen	24 %	
Gesamt	35 %	(348)

"Ich esse häufig hastig":

Männer	25 %	
Frauen	18 %	
Gesamt	22 %	(356)

"Ich esse abends am meisten":

Männer	23 %	
Frauen	17 %	
Gesamt	20 %	(354)

"Ich esse spät abends noch etwas vor dem Schlafengehen":

Männer	21 %	
Frauen	14 %	
Gesamt	16 %	(346)

"Ich esse viel Fett":

Männer	18 %	
Frauen	9 %	
Gesamt	14 %	(377)

Männer gehören also, was ihre Eßgewohnheiten anbetrifft, häufig dem oben beschriebenen "konservativen Ernährungstyp" an, aber auch zu einem großen Teil dem "unaufmerksamen, uninteressierten Ernährungstyp", der vor allem jüngere Leute charakterisiert und weiter unten beschrieben wird.

Sie essen unbekümmert, was ihnen schmeckt und wann es ihnen schmeckt, wobei ihnen "moderne Ernährungsprinzipien" und die Furcht vor Übergewicht - unter dem sie meistens nicht zu leiden haben - ziemlich gleichgültig sind. Allerdings wird Männern in der Regel die Sorge um ihre Ernährung wohl weitgehend von Müttern, Ehefrauen bzw. abgenommen, so daß für sie die Beschäftigung mit "modernen Ernährungsprinzipien" und somit die Neigung zu einer differenzierten Einstellung zur Ernährung weitgehend entfällt.

Natürlich werden auch von verschiedenen Altersgruppen verschiedenartige Ernährungsweisen gepflegt:

Es wurde schon gezeigt, daß ältere Befragte aufgrund ihrer stärkeren allgemeinen Gesundheitsorientierung auch überdurchschnittlich großen Wert auf eine gesunde Ernährungsweise legen und daher fast keine schwerwiegenden Ernährungsfehler begehen.

Dagegen gibt es fast keinen Ernährungsfehler, der von jungen Leuten unter 30 Jahren nicht überdurchschnittlich häufig begangen würde:

- o 64 % der jungen Befragten achten selten nie "auf die Kalorien" (Gesamt 58 %, 341)

- o 45 % achten selten_nie
"auf genügend Vitaminen"
(Gesamt 35 %, 348)
- o 38 % essen häufig "Süßigkeiten,
Kuchen usw." (Gesamt 33 %, 340)
- o 30 % essen zu häufig "hastig"
(Gesamt 22 %, 356)
- o 25 % essen "abends am meisten"
(Gesamt 20 %, 354)
- o 23 % "knabbern beim Fernsehen
Salzstangen, Gebäck, Prali-
nen o.ä." (Gesamt 20 %, 342)
- o 22 % essen "spätabends noch et-
was vor dem Schlafengehen"
(Gesamt 16 %, 346)
- o 20 % essen "fast immer dasselbe,
nicht sehr abwechslungsreich"
(Gesamt 16 %, 350)
- o 15 % essen häufig "zuviel"
(Gesamt 12 %, 353)

Junge Leute gehören also besonders häufig zu dem "unaufmerksamen, uninteressierten Ernährungstyp", der in unserer Leitstudie folgendermaßen beschrieben wird:

"Für die Personen dieser Gruppe spielt die Ernährung eine untergeordnete, zweitrangige Rolle.

Man ernährt sich, weil man muß, weil Nahrungsaufnahme zur Lebenserhaltung nötig ist.

In dieser Gruppe befinden sich ausschließlich jüngere Männer.

Daß sie ihrer Ernährung so wenig Aufmerksamkeit schenken, begründen sie mit zuviel Arbeit und einem daraus resultierenden Zeitmangel.

Das soll nun nicht heißen, daß diese Personen bewußt ungesund leben, aber sie räumen Ernährungsfragen grundsätzlich nur den allernotwendigsten Platz ein und achten lediglich darauf, daß ihre körperliche Konstitution einigermaßen in Ordnung ist.

Diese Gruppe kann als die am wenigsten ernährungsbewußteste bezeichnet werden" (a.a.O., S. 19.)

Dem kann hinzugefügt werden, daß sich für diese Personengruppe noch keine zwingende Notwendigkeit ergibt, auf eine gesunde Lebensweise zu achten, da sie sich überdurchschnittlich häufig bei bester Gesundheit befindet. Das unbekümmerte Ernährungsverhalten junger Leute wird mit steigendem Alter - und mit zunehmender Verschlechterung des Gesundheitsbefindens - vermutlich von selbst ein Ende finden.

b. Soziographische Merkmale der Problemgruppe "Tägliche Ernährungsfehler"

Die Befragtengruppe, die täglich einen oder mehrere Ernährungsfehler begeht, vertritt einen Bevölkerungsanteil von ca. 14 %.

Schon in der Darstellung der Ernährungsgewohnheiten verschiedener sozialer Gruppen wurde deutlich, daß die meisten Ernährungsfehler von Männern und jungen Leuten begangen werden.

Die Unterschiede im Ernährungsverhalten verschiedener sozialer Schichten und auch verschiedener Gesundheitsbefindlichkeitsgruppen äußern sich nicht so sehr in konkreten täglichen Ernährungsfehlern, sondern sie betreffen eigentlich den gesamten Stil der Ernährungsweise (welche Speisen in welcher Zusammenstellung wie zubereitet werden; wann, wie oft, wieviel gegessen wird usw.)

Da wir in unserer Problemgruppe "Tägliche Ernährungsfehler" nur ganz bestimmte Verhaltensweisen zusammengefaßt haben, und da unsere Möglichkeiten, die konkreten täglichen Ernährungsgewohnheiten der Bevölkerung zu erheben, nur sehr beschränkt sind, gehen die differenzierten Unterschiede im Ernährungsverhalten verschiedener Schichten in unsere Problemgruppe "Tägliche Ernährungsfehler" nicht mit ein.

Befragte der Problemgruppe "Tägliche Ernährungsfehler", sind daher überdurchschnittlich häufig

- o Männer: 54 % (Gesamt 47 %) und
- o junge Leute unter 30 Jahre: 35 % (Gesamt 30 %)

+) siehe ERLÄUTERUNGEN ZUM TABELLENBAND,
Seite 12

Problemgruppe "Tägliche Ernährungsfehler"

	Gesamt	"Tägliche Ernährungsfehler"
Basis:	1499	205

Geschlecht:

Männer	47 %	54 %
Frauen	53 %	46 %

Alter:

14 bis 29 Jahre	30 %	35 %
30 bis 49 Jahre	36 %	33 %
50 Jahre und älter	33 %	32 %

Soziale Schicht:

Oberschicht	20 %	18 %
Mittelschicht	56 %	57 %
Unterschicht	23 %	25 %

Ortsgrößen:

Dorf, Kleinstadt	51 %	54 %
Mittelstadt	17 %	17 %
Großstadt	32 %	30 %

Gesundheitsbefindlichkeit:

gut (+)	43 %	40 %
mittel (o)	35 %	34 %
schlecht (-)	23 %	26 %

c. Einstellungen zur Ernährung

- o Drei Viertel der Bevölkerung sind sich sicher, daß sie sich im "großen und ganzen" oder "absolut richtig" ernähren, und nur
- o ein Viertel glaubt, das eigene Ernährungsverhalten sei "nur teilweise richtig", "eher falsch" oder "ganz falsch" (416)

Von dem insgesamt 24 % aller Befragten, die ihre eigene Ernährungsweise für nicht richtig halten, geben als ihre häufigsten Fehler an

- o 9 % "ich esse zu hastig"
- o 9 % "ich esse zu den falschen Zeiten"
- o 7 % "ich esse zuviel"
- o 7 % "ich esse zu einseitig"
- o 6 % "ich esse zuviel Brot, Kartoffeln, Teigwaren"
- o 5 % "ich esse zu schwer"
- o 5 % "ich esse zu viele Süßigkeiten, Kuchen"
- o 4 % "ich esse zu fett" (418)

Diese Selbstkritik zeigt, daß auch Befragte, die sich nach eigener Ansicht falsch ernähren, die allgemein akzeptierten "modernen" Ernährungsmaßstäbe (abwechslungsreiche, fettarme, leichte, kohlehydratarme Kost) zum großen Teil kennen und anerkennen.

Von den Befragten, die ihr eigenes Ernährungsverhalten für fehlerhaft halten, geben denn auch

- o mehr als drei Viertel an, sie wüßten, wie sie sich "richtiger ernähren" könnten (417).

Mit anderen Worten, falsches Ernährungsverhalten geschieht fast immer gegen besseren Wissen.

Von den Befragten, die sich - nach ihren eigenen Angaben zum täglichen Ernährungsverhalten - tatsächlich häufig falsch verhalten (Männer, junge Leute, Angehörige der sozialen Unterschicht, Befragte der Problemgruppe "Tägliche Ernährungsfehler") sind einige nicht ein-sichtig:

- o Männer und
- o Angehörige der sozialen Unterschicht

glauben ebenso oft oder sogar noch etwas häufiger als ausgesprochen "ernährungsbewußte" Gruppen, sie ernährten sich "im großen und ganzen" oder "absolut richtig" (416).

Das zeigt deutlich, daß diese Befragten es einfach nicht besser wissen. Sie ernähren sich objektiv häufig falsch, halten ihre Ernährungsweise aber zum großen Teil für gesund.

Das gute Fünftel der Unterschichtbefragten, das bereits vermutet, es ernähre sich nicht ganz richtig, ist allerdings zu einem sehr viel kleineren Teil als vergleichbare Gruppen darüber informiert, "wie sie sich richtiger ernähren könnten".

Hier ist also bereits eine Verunsicherung eingetreten, die bisher nicht durch die entsprechenden Informationen überwunden werden konnte.

Zwei andere Befragtengruppen, die sich durch extrem fehlerhaftes Ernährungsverhalten hervortun, sind sich dagegen zu einem überdurchschnittlich großen Prozentsatz darüber im klaren, daß sie sich falsch verhalten:

- o 32 % der jungen Leute unter 30 Jahre geben an, daß sie sich "nur teilweise richtig", "eher falsch" oder "ganz falsch" verhalten (Gesamt 24 %, 416)
- o 38 % der Befragten aus der Problemgruppe "Tägliche Ernährungsfehler" wissen ebenfalls, daß sie sich in punkto Ernährung nicht richtig verhalten.

Diese Befragten wissen ebenso gut wie andere, ernährungsbewußtere Gruppen "wie sie sich richtiger ernähren könnten", wenn sie wollten. Gerade diese Leute ernähren sich also zu einem großen Teil wider besseres Wissen falsch.

Die Rangfolge der Ansprüche, die die Bundesbürger an ihre tägliche Ernährung stellen, sieht folgendermaßen aus:

"Meine tägliche Ernährung soll"

- 70 %: gut schmecken
- 66 %: mindestens eine warme Mahlzeit enthalten
- 59 %: vitaminreich sein
- 49 %: nicht dick machen
- 45 %: nicht zu schwer sein/
den Magen nicht belasten
- 39 %: kräftig sein, gut vorhalten
- 34 %: möglichst fettarm sein
- 31 %: preiswert sein
- 27 %: wirklich satt machen
- 25 %: viel Eiweiß enthalten
- 24 %: viel Spurenelemente (Eisen,
Minerale) enthalten
- 18 %: schnell zu machen sein
- 17 %: wenig Kohlehydrate enthalten
- 16 %: auch leckere Süßspeisen enthalten
- 15 %: mich möglichst wenig Zeit kosten
- 14 %: auch genügend Kartoffeln
oder Teigwaren enthalten
- 11 %: lieber zu reichlich als
zu wenig sein (413)

Die überwiegende Mehrheit stellt also noch immer die ziemlich simplen und seit ewigen Zeiten gültigen Ansprüche der "Schmackhaftigkeit" und der "täglichen warmen Mahlzeit" an ihre Nahrung.

Von den modernen Ernährungsprinzipien haben sich am besten durchgesetzt: der "Vitaminreichtum" und die "leichte Kost".

Etwas widersprüchlich ist, daß die Hälfte der Bevölkerung sich wünscht, ihre Nahrung möge "nicht dick machen", (was sich daraus erklärt, daß 39 % der Bevölkerung Übergewicht haben), aber nur ein Drittel die Voraussetzung dazu, die "Fettarme Kost" in ihrem Ernährungsprogramm für wichtig hält. Dagegen wünscht sich mehr als ein Drittel "kräftige, gut vorhaltende Mahlzeiten", die auch nicht gerade für ihre Schlankheitswirkung berühmt sind.

Erst dann folgt in dieser Wichtigkeitsrangfolge der "Preis".

Auf das "wirkliche Sattwerden" legt nur noch ein Viertel der Bevölkerung in ihrer täglichen Ernährung wert. "Sattsein" ist offenbar im Rahmen des Nahrungsmittelüberflusses kein dringendes Bedürfnis mehr.

Die detaillierten Erkenntnisse moderner Ernährungstheorien ("viel Eiweiß", "wenig Kohlehydrate", "viel Spurenelemente") sind zwar jeweils nur einem Viertel der Bevölkerung (oder weniger) ein Begriff, jedoch werden diese als Richtlinien für die eigene Ernährung von einem größeren Prozentsatz der Bevölkerung für wichtig gehalten als beispielsweise die "konservativeren" Ernährungswünsche "leckere Süßspeisen" und "genügend Kartoffeln oder Teigwaren".

Es scheint sich also tatsächlich in den vergangenen Jahrzehnten ein Wandel in den Ernährungsgewohnheiten der Bevölkerung vollzogen zu haben, der zur Zeit offensichtlich noch nicht abgeschlossen ist: es mischen sich in diesem Katalog von Ernährungsrichtlinien ältere, konservative Maßstäbe ("die tägliche warme Mahlzeit", "das kräftige Essen, das gut vorhält") mit modernen Forderungen ("viel Vitamine", "leichte Kost" usw.), wobei die letzteren noch den Kürzeren ziehen.

Ein weiterer Beweis für einen (noch nicht abgeschlossenen) Wandlungsprozeß in den Ernährungsgewohnheiten der Bevölkerung ist folgendes Ergebnis:

Ein nicht geringer Teil aller Befragten kann bereits deutlich den Wandel der Ernährungsgewohnheiten von einer Generation zur anderen feststellen:

- o 34 % aller Befragten ernähren sich heute "deutlich anders als in ihrem Elternhaus" (363)

Es sind dies überdurchschnittlich häufig

- o Angehörige der sozialen Oberschicht und
- o Befragte mit nur mittlerer oder sogar schlechter Gesundheitsbefindlichkeit,

also in beiden Fällen Befragungsgruppen, die sich heute ganz entschieden nach modernen Ernährungsrichtlinien verhalten.

Als wichtigste Unterschiede zwischen den Ernährungsgewohnheiten in ihrem Elternhaus und ihren eigenen stellen diese Befragten in der Hauptsache fest:

Die Ernährung im Elternhaus war

- 8 %: phantasielos; einseitige, eintönige Kost, gleichgültig, nicht schmackhaft zubereitet, schlecht gewürzt
- 7 %: zu fettreich
- 6 %: sehr kohlehydrathaltig (Kartoffeln; kräftige Kost, weniger Fleisch, Eiweiß; Mehlspeisen)
- 5 %: zu wenig vitaminreich (durch zu langes Kochen), weniger Obst, Gemüse, Salate
- 4 %: gesünder, natürlicher, Hausmannskost, Gemüse aus eigenem Garten
- 3 %: einfacher, sparsamer, billiger, primitiver gekocht
- 3 %: regelmäßige Eßzeiten, starrer Mahlzeitenrhythmus (364)

Die eigene Ernährung wird dagegen folgendermaßen beschrieben:

- 11 %: vitaminreicher, kürzere Kochzeiten, mehr Obst, Gemüse, Salate, Rohkost
- 10 %: abwechslungsreicher, schmackhafter, liebevoller zubereitet, besser gewürzt
- 6 %: fettarme Kost, mageres Fleisch
- 4 %: weniger Kohlehydrate (Kartoffeln), leichtere Kost, mehr Fleisch, mehr Käse, Eiweiß, Milchprodukte, mehr Fisch
- 3 %: kalorienärmer, weniger essen, weniger Mahlzeiten
- 3 %: kein starrer Mahlzeitenrhythmus; ich esse, wenn ich Hunger habe, unregelmäßig (366)

In diesen Zahlen zeigt sich der Wandel in den Ernährungsgewohnheiten von einer Generation zur anderen sehr deutlich: Die Umstellung der Ernährung vollzieht sich gemäß der veränderten Lebensweise (Zunahme der Sitzberufe, weniger körperliche Arbeit) in Richtung auf eine leichtere, vitaminreichere, kohlehydratärmere und abwechslungsreichere Kost.

Frauen sind überdurchschnittlich häufig die folgenden Punkte wichtig:

"Meine Ernährung soll"

- o vitaminreich sein 68 %
(Gesamt 59 %)
- o nicht dick machen 59 %
(Gesamt 49 %)
- o möglichst fettarm sein 40 %
(Gesamt 34 %)
- o wenig Kohlehydrate enthalten 23 % (Gesamt 17 %)
- o mich möglichst wenig
Zeit kosten 22 % (Gesamt 15 %)
- o schnell zu machen sein 25 %
(Gesamt 18 %, 413)

Ältere Befragte über 50 Jahre fordern überdurchschnittlich häufig, ihre Ernährung soll

- o mindestens eine warme Mahlzeit täglich enthalten 72 %
(Gesamt 66 %)
- o vitaminreich sein 64 %
(Gesamt 59 %)
- o nicht zu schwer sein, den Magen nicht belasten 52 %
(Gesamt 45 %)
- o möglichst fettarm sein 41 %
(Gesamt 34 %)
- o viel Eiweiß enthalten 31 %
(Gesamt 25 %)
- o wenig Kohlehydrate enthalten 22 % (Gesamt 17 %)

Personen mit schlechtem subjektiven Gesundheitsbefinden möchten, ihre Ernährung soll ...

- o vitaminreich sein 66 %
(Gesamt 59 %)
- o nicht zu schwer sein/
den Magen nicht belasten
53 % (Gesamt 45 %)
- o möglichst fettarm sein 42 %
(Gesamt 34 %)

Diese drei Gruppen mit starker Gesundheitsorientierung legen also sehr differenzierte und "informierte" Maßstäbe an ihren täglichen Speisezettel an.

Dagegen stellen die Befragtengruppen mit nur schwacher Gesundheitsorientierung und überdurchschnittlich gutem Gesundheitsbefinden (Männer, junge Leute, Befragte mit guten Gesundheitsbefinden) nur bescheidene Ansprüche an ihre Ernährung:

Männer wünschen sich überdurchschnittlich häufig lediglich, ihre tägliche Ernährung solle

- o kräftig sein, gut vorhalten
48 % (Gesamt 38 %)
- o wirklich satt machen 32 %
(Gesamt 27 %, 413)

Junge Leute unter 30 Jahren wünschen sich überdurchschnittlich häufig einzig:

- o das Essen soll schmecken
76 % (Gesamt 70 %)

Befragte mit guter Gesundheitsbefindlichkeit fordern überdurchschnittlich häufig, ihre tägliche Mahlzeiten sollen

- o gut schmecken 74 %
(Gesamt 70 %)
- o kräftig sein, gut vorhalten
44 % (Gesamt 38 %)

Die besonderen Feinheiten moderner Ernährungsprinzipien (viel Vitamine, wenig Kohlehydrate, viel Eiweiß, wenig Fett) werden von Befragten dieser Personengruppen sehr viel seltener als vom Durchschnitt aller Befragten für wichtig gehalten. Junge Leute halten auch das immer noch von den meisten Befragten hochgehaltene Ernährungsprinzip der "täglichen warmen Mahlzeit" für sehr viel weniger bedeutungsvoll als andere Befragte.

Die Ernährungsprinzipien verschiedener sozialer Schichten stellen wieder einen Sonderfall dar.

- o Befragte der Mittelschicht zeigen in ihren Verhaltensweisen und Einstellungen - wie übrigens überhaupt auch bei den meisten anderen Ergebnissen - keinerlei signifikante Abweichungen vom Durchschnitt der Befragten. Das erklärt sich zum großen Teil daraus, daß diese Befragtengruppe mehr als die Hälfte aller Befragten umfaßt und somit die Durchschnittsergebnisse wesentlich mit beeinflußt.

Angehörige der sozialen Oberschicht halten keine dieser vorgegebenen Ernährungsrichtlinien überdurchschnittlich häufig für wichtig. Dagegen werden einige dieser Ernährungsmaßstäbe von ihnen sehr viel seltener als von Durchschnitt der Befragten für wichtig gehalten:

Es wünschen sich jeweils nur

- o 61 % mindestens eine warme Mahlzeit am Tag (Gesamt 66 %)
- o 29 % ein kräftiges, gut vorhaltendes Essen (Gesamt 38 %)
- o 20 % eine preiswerte Ernährung (Gesamt 31 %)
- o 19 % daß sie "wirklich satt werden" (Gesamt 27 %)
- o 5 % genügend Kartoffeln oder Teigwaren (Gesamt 14 %)

Diese Zahlen entsprechen der in der Leitstudie festgestellten Neigung der Oberschicht-Angehörigen, den Gesundheitsaspekt in der Ernährung nicht zu übertreiben. Aufgeklärte Verhaltensweisen sind dieser Befragtengruppe offenbar so selbstverständlich, daß man sie nicht eigens zu betonen braucht.

Befragte der sozialen Unterschicht stellen überdurchschnittlich häufig wiederum nur wenige Ansprüche an ihre tägliche Ernährung. Diese soll vor allem

- o kräftig sein, gut vorhalten
43 % (Gesamt 38 %)
- o preiswert sein 36 % (Gesamt 31 %)
- o auch genügend Kartoffeln
oder Teigwaren enthalten
20 %, (Gesamt 14 %)
- o lieber zu reichlich als
zu wenig sein 15 % (Gesamt 11 %)

Daß ihre Ernährung "vitaminreich" und "möglichst fettarm", mit "viel Spurenelementen" und "wenig Kohlehydraten" angereichert sein soll, wünschen sich Unterschicht-Befragte sehr viel seltener als der Durchschnitt aller Befragten.

Hier wird noch einmal deutlich, daß Angehörigen der sozialen Unterschicht genauere Vorstellungen über eine gesunde Ernährungsweise weitgehend fehlen, obgleich eine starke Gesundheitsorientierung gegeben ist.

Die von ihnen gestellten Anforderungen an ihre Ernährungsweise entsprechen weitgehend den herkömmlichen Gewohnheiten, viel und kräftig zu essen.

Daß diese Ernährungsweise vermutlich auch den heutigen Lebens- und Arbeitsbedingungen der sozialen Unterschicht nicht mehr gemäß ist, scheint sich daran zu erweisen, daß gerade Angehörige der sozialen Unterschicht überdurchschnittlich häufig unter Übergewicht zu leiden haben.

Allerdings - und dieser Aspekt ist nicht zu unterschätzen - ist eine nach modernen Maßstäben gesunde Ernährung (viel mageres Fleisch, Eiweiß, keine füllenden Kohlehydrate usw.) teurer als eine Ernährung auf Kartoffelgrundlage.

Es erhebt sich die Frage, inwieweit sich das Kostenargument bei Angehörigen der sozialen Unterschicht als nicht aufhebbarer Widerstand gegen eine Aufklärung und gegen eine Verhaltensänderung im Hinblick auf eine gesündere, den veränderten Lebensverhältnissen angepaßte Ernährung erweist.

Diese sehr verschiedenartigen Einstellungen zur Ernährung zeigen sich noch einmal sehr deutlich, wenn sich die Befragten aus einer ihnen vorgelegten Liste von möglichen Ansichten zum Thema Ernährung (362) diejenige aussuchen, die ihrer eigenen am ehesten entspricht:

- o 22 % wählten: "Das Essen soll nicht nur gut schmecken, sondern auch alle wichtigen Stoffe enthalten".

Dieser Ansicht stimmten jeweils etwa durchschnittlich viele Befragte aus den verschiedenen Gruppen zu.

- o 19 % wählten: "Ich mache mir um meine Ernährung keine besonderen Gedanken, sondern esse eben, was ich bekomme".
- o 17 %: "Für mich ist am wichtigsten, daß es mir schmeckt, alles andere ist mir egal".
- o 8 %: "Bei mir ist an der ganzen Ernährung am wichtigsten, daß ich immer satt zu essen habe und daß es ein kräftiges Essen ist, das auch vorhält".

Diesen drei Ansichten stimmten natürlich wiederum überdurchschnittlich häufig jene Befragtengruppen zu, denen die Ernährung mit samt ihren komplizierten "modernen" Verhaltensprinzipien relativ gleichgültig ist: Männer, junge Leute und Personen, die sich bei bester Gesundheit befinden.

- o Insgesamt 16 % aller Befragten wählten: "Für mich ist die Erhaltung der Gesundheit am wichtigsten. Darauf richte ich meine ganze Ernährung aus".

Folgerichtig wird dieses Statement überdurchschnittlich häufig von den Befragten-
gruppen gewählt, die am stärksten gesundheitsorientiert und ernährungsbewußt sind: Frauen, ältere Befragte über 50 Jahre und Personen mit überdurchschnittlich schlechter Gesundheitsbefindlichkeit.

- o 16 % der Befragten insgesamt wählten: "Ein sorgfältig zubereitetes und liebevoll zusammengestelltes Essen ist für mich ein ausgesprochener Genuß".

Dieser Einstellung ordneten sich überdurchschnittlich häufig fast ausschließlich Befragte der sozialen Oberschicht zu.

Einen Sonderfall stellen hier wieder die Angehörigen der sozialen Unterschicht dar:

Sie wählen überdurchschnittlich häufig folgende zwei Einstellungen:

- o "Ich mache mir um meine Ernährung keine besonderen Gedanken, sondern esse eben, was ich bekomme" und
- o "Für mich ist die Erhaltung der Gesundheit am wichtigsten. Darauf richte ich meine ganze Ernährung aus".

Hier zeigt sich noch einmal ein Dilemma, das aus den Ergebnissen dieser sozialen Schicht bereits öfter herauszulesen war:

Da das Thema Ernährung nicht übermäßig häufig reflektiert wird und auch keine detaillierteren Informationen über moderne Ernährungsprinzipien vorliegen, hält man eben die Ernährungsweise für gesund, die man schon immer gepflegt hat.

Einen weiteren Sonderfall stellt die Problemgruppe "Tägliche Ernährungsfehler" dar. Von diesen Befragten werden überdurchschnittlich häufig die folgenden Ansichten zum Thema Ernährung als ihre eigenen vorge stellt:

- o "Ich mache mir um meine Ernährung keine besonderen Gedanken, sondern esse eben, was ich bekomme".
- o "Bei mir ist an der ganzen Ernährung am wichtigsten, daß ich immer satt zu essen habe und daß es ein kräftiges Essen ist, das auch vorhält"
und
- o "Ein sorgfältig zubereitetes und liebevoll zusammengestelltes Essen ist für mich ein ausgesprochener Genuß".

Befragte der Problemgruppe "Tägliche Ernährungsfehler" essen also - trotz nur geringem Ernährungsbewußtsein - ausgesprochen gern.

Da es sich bei den Befragten dieser Gruppe überdurchschnittlich häufig um Männer und junge Leute handelt, verwundert die gleichgültige Unbekümmertheit nicht, mit der diese Befragten den Gesundheitsaspekt bei ihren Ernährungswünschen außer acht lassen.

An ihre tägliche Ernährung stellen Befragte dieser Problemgruppe denn auch ganz ähnliche Ansprüche wie andere Gruppen, denen die "gesunde" Ernährung wenig bedeutet (z.B. Männer, junge Leute):

Ihre Ernährung soll ...

- o mindestens eine warme Mahlzeit enthalten 71 % (Gesamt 66 %)
- o preiswert sein 48 % (Gesamt 31 %)
- o kräftig sein, gut vorhalten 45 % (Gesamt 30 %)
- o wirklich satt machen 32 % (Gesamt 27 %)
- o lieber zu reichlich als zu wenig sein 28 % (Gesamt 11 %)
- o auch leckere Süßspeisen enthalten 25 % (Gesamt 16 %)
- o auch genügend Kartoffeln oder Teigwaren enthalten 21 % (Gesamt 14 %).

Zwar wissen die Befragten dieser Gruppe zu einem großen Prozentsatz, daß sie sich falsch ernähren, sie sehen jedoch offensichtlich keine Notwendigkeit dies zu ändern, weil es ihnen eben so und nicht anders schmeckt.

Übrigens haben Befragte dieser Problemgruppe "Tägliche Ernährungsfehler" seltener als der Durchschnitt aller Befragten Übergewicht.

6. Körpergewicht und Einstellungen
zum eigenen Körpergewicht und
zur Gewichtskontrolle

a. Körpergröße und Körpergewicht
verschiedener Gruppen

Eine korrekte rechnerische Bestimmung des Über-, Unter- oder Normalgewichts jedes einzelnen Befragten ist anhand der erhobenen Daten zur Körpergröße und zum Körpergewicht zwar möglich, es schien uns aber im gegebenen Fall zu aufwendig. Wir verließen uns bei der Ermittlung des Über-, Unter- oder Normalgewichts auf den optischen Eindruck, d.h. auf die Einschätzung unserer Interviewer.

Gleichwohl zeigt aber schon die einfache Gegenüberstellung einiger Daten zu Körpergröße und Gewicht, in welchen Bevölkerungsgruppen die problematischen "Übergewichtler" zu suchen sind:

	Gesamt	<u>Geschlecht</u>		<u>Alte r</u>			<u>Soziale Schicht</u>			<u>Gesundheitsbefindlichkeit</u>		
		M	F	-30	30-50	50 +	oben	mitte	unten	+	0	-
Basis	1490	703	796	448	546	485	306	842	351	634	514	343

422: Körpergröße

über 1,70 m insgesamt	48	78	22	55	56	35	56	51	35	53	50	36
über 1,80 m insgesamt	11	24	0	16	13	7	13	12	7	12	11	9

425: Körpergewicht

über 70 kg insgesamt	49	75	26	40	54	54	50	48	53	50	51	46
über 80 kg insgesamt	20	34	7	15	23	22	21	21	18	20	20	19

Anmerkung: Alle Zahlen sind Prozentzahlen

110

Aus dieser Gegenüberstellung ergibt sich:

- o Ältere Menschen sind im Durchschnitt kleiner, aber schwerer als jüngere
- o Angehörige der sozialen Unterschicht sind ebenfalls im Durchschnitt kleiner, aber sehr viel schwerer als Angehörige der Mittel- und Oberschicht
- o Kranke Menschen sind erheblich kleiner als Gesunde und im Verhältnis zu ihrer Größe sehr viel schwerer als diese.

Aus der Einstufung unserer Interviewer ist ähnliches herauszulesen:

- o Insgesamt 39 % aller Befragten haben nach der Diagnose unserer Interviewer Übergewicht (31 % wurden als "etwas mollig" und 8 % als "ausgesprochen korpulent" bezeichnet, 428)

Es zeigten sich folgende Unterschiede in den soziographischen Merkmalsgruppen:

Geschlecht:

Frauen neigen offenbar eher zu Übergewicht als Männer:

- o 41 % der Frauen wirken "mollig" oder "korpulent" (Männer 37 %, Gesamt 39 %)

Alter:

Die Gewichtszunahme mit steigendem Alter ist überwältigend:

- o Bei den jungen Leuten unter 30 Jahre hat jeder Vierte Übergewicht,
- o bei Befragten mittleren Alters zwischen 30 und 49 Jahren bereits jeder Dritte und
- o von den älteren Befragten über 50 Jahre jeder Zweite.

Soziale Schicht:

Das soziale Schwergewichtsgefälle von unten nach oben ist fast ebenso deutlich:

- o 51 % der Unterschicht-Befragten wirken "mollig" oder "korpulent",
- o 37 % der Mittelschicht-Angehörigen und
- o 32 % der Oberschicht-Befragten.

Gesundheitsbefindlichkeit:

Gut:	36 % Übergewichtler
Mittel:	37 % Übergewichtler
Schlecht:	47 % Übergewichtler

Eine bewußte und regelmäßige Kontrolle des Körpergewichts wird überdurchschnittlich häufig vorgenommen von

- o Angehörigen der sozialen Oberschicht (39 %, Gesamt 27 %)
- o Frauen (34 %) und
- o (häufig auf Rat ihres Arztes) von Personen mit schlechter Gesundheitsbefindlichkeit (30 %, 421)

Bei den Angehörigen der sozialen Oberschicht scheint diese bewußte Kontrolle effektiv zu sein, was bei ihrer mäßigen Ernährungsweise nicht weiter verwunderlich ist.

Frauen müssen sich - wie noch deutlich wird - mit ihrem Körpergewicht in ständigem Kampf befinden.

Bei Personen mit schlechter Gesundheitsbefindlichkeit ist die "bewußte Steuerung des Gewichts" vermutlich - wegen ihres Gesundheitszustandes - zur zwingenden Notwendigkeit geworden.

b. Soziographische Merkmale der
Problemgruppe "Übergewicht"

Insgesamt 39 % der Bevölkerung gehören dieser Problemgruppe an.

Die Befragungspersonen, die nach dem Eindruck unserer Interviewer "etwas mollig", oder "ausgesprochen korpulent" wirken, sind:

- o etwas überdurchschnittlich häufig Frauen: 56 %
(Gesamt 53 %)
- o zum großen Teil ältere Befragte über 50 Jahre: 45 %
(Gesamt 33 %)
- o überdurchschnittlich häufig Angehörige der sozialen Unterschicht: 31 %
(Gesamt 23 %)
- o etwas häufiger als der Durchschnitt der Personen mit schlechter Gesundheitsbefindlichkeit: 27 %
(Gesamt 23 %)

Problemgruppe "Übergewicht"

	Gesamt	Übergewicht
Basis:	1499	587

Geschlecht:

Männer	47 %	44 %
Frauen	53 %	56 %

Alter:

14-29 Jahre	30 %	20 %
30-49 Jahre	36 %	35 %
50 Jahre und älter	33 %	45 %

Soziale Schicht:

Oberschicht	20 %	17 %
Mittelschicht	56 %	53 %
Unterschicht	23 %	31 %

Ortsgröße:

Dorf, Kleinstadt	51 %	53 %
Mittelstadt	17 %	17 %
Großstadt	32 %	30 %

Gesundheitsbefindlichkeit:

gut (+)	43 %	39 %
mittel (o)	35 %	33 %
schlecht (-)	23 %	27 %

c. Einstellungen zum eigenen Körpergewicht und zur Gewichtskontrolle

Insgesamt haben 61 % der Befragten - nach der Einschätzung unserer Interviewer - kein Übergewicht ("ausgesprochen mager", "sehr schlank" und "normal schlank").

39 % haben nach dieser Einschätzung Übergewicht ("etwas mollig" und "ausgesprochen korpulent", 428).

Die Befragten selbst sind teilweise anderer Meinung:

- o nur 54 % glauben, "ihr Körpergewicht sei für ihren persönlichen Körperbau "gerade richtig" oder "zu niedrig" und
- o 46 % glauben, "ihr Körpergewicht sei zu hoch" oder wissen sich in diesem Punkt nicht richtig einzuschätzen (431)

Ein Teil der Befragten schätzt sich also in punkto Gewicht etwas kritischer ein als ein fremder Beobachter.

Nur etwas mehr als die Hälfte der Befragten ist mit dem eigenen Gewicht zufrieden. Von der restlichen knappen Hälfte möchten

- o 37 % "dünner"
- o 5 % "dicker" sein und
- o 6 % behaupten, sie kümmern sich nicht um ihr Körpergewicht oder machen zu dieser Frage keine Angabe.

Die Mehrheit der Befragten gibt an, daß sie ihr Körpergewicht mehr oder weniger regelmäßig steuert:

- o 27 %: "Ich steuere mein Gewicht regelmäßig und bewußt"
- o 30 %: "Ich steuere mein Gewicht ab und zu" und
- o nur 43 % geben an, sie achten "selten" oder "überhaupt nicht" auf ihr Gewicht (421).

Diese "Steuerung des Gewichts" findet in der Hauptsache statt anhand folgender Kriterien

- o 52 %: "Nach meinem Wohlbefinden"
- o 23 %: "Nach meinen Kleidern, sie dürfen mir nicht zu eng/zu weit werden"
- o 22 %: "Nach dem Spiegel, wie ich darin aussehe"
- o 22 %: "Nach meiner Leistungsfähigkeit, allgemeinen Bewegungsfähigkeit (Treppensteigen ohne Mühe)"
- o 14 %: "Nach dem Rat meines Arztes" oder "nach medizinischen Tabellen"
- o 7 %: "Nach der Faustregel: Größe über einen Meter in Kilo"

- o 6 %: "Nach der Linie, die für Männer oder Frauen von der Mode her vorherrscht"
- o 3 %: "Nach der Faustregel: Größe über einen Meter in Kilo abzüglich 5 bis 10 %"
- o 11 %: "Nach gar nichts, ist mir egal, kümmerne mich nicht darum" (432, 433)

Ganz offensichtlich geht man also - trotz weitverbreiteten Unbehagens am persönlichen Übergewicht bei der Steuerung des eigenen Körpergewichts nicht nach allzu strengen, objektiven Maßstäben vor. Die milde Toleranz gegenüber "einigen Pfunden zuviel" zeigt sich auch in der Beurteilung der "Schädlichkeit" des Übergewichts

- o Nur 23 % aller Befragten glauben: "Jedes Pfund Übergewicht ist grundsätzlich schädlich für den Körper",
- o 70 % meinen dagegen: "Übergewicht ist erst von einem bestimmten Maße an für den Körper schädlich; ein paar Pfund mehr machen nichts", und
- o 7 % behaupten: "Übergewicht ist in keinem Fall schädlich; es gibt genug dicke Leute, denen es blendend geht".

Die harte Verhaltensmaßregel, des persönlichen Idealgewichts wegen einfach weniger zu essen, wird dann auch nur von einem relativ kleinen Prozentsatz der Befragten hochgehalten:

- o nur 26 % aller Befragten leben nach dem persönlichen Grundsatz:

"Lieber weniger Ess- und Trinkfreuden und dafür mein Idealgewicht"
- o 54 % glauben:

"Man kann das Idealgewicht trotz Ess- und Trinkfreuden bewahren" und
- o 20 % möchten in dieser Alternative doch lieber auf ihr Idealgewicht verzichten:

"Lieber etwas molliger und dafür mehr Ess- und Trinkfreuden" (436)

Von den immerhin 80 % aller Befragten, denen das persönliche Idealgewicht demnach doch erstrebenswert erscheint, behaupten

- o fast die Hälfte, das Idealgewicht sei "aus Gesundheitsgründen" erstrebenswert
- o nur jeder Zehnte hält das Idealgewicht "aus Aussehensgründen" für wichtig und
- o 41 % dieser Befragtenpersonen, die das Idealgewicht für erstrebenswert halten, meinen, es sei sowohl "aus Aussehensgründen" als auch aus "Gesundheitsgründen" wichtig (437).

Insgesamt erscheint also das "Idealgewicht" für eine große Mehrheit der Bevölkerung ein erstrebenswerter persönlicher Wert zu sein, über den allerdings ein großer Teil der Befragten nach eigener Ansicht leider nicht verfügt.

Trotz dieser Einsicht wird die "Steuerung des eigenen Gewichts" - wenn überhaupt - eher lax und nach kaum zweckmäßigen Kriterien ("Wohlbefinden") vorgenommen, mit der Ausrede, ein paar Pfündchen zuviel seien weder "schädlich" noch besonders auffällig.

Befragte, die der Problemgruppe "Übergewicht" angehören, (die also nach Einschätzung unserer Interviewer "etwas mollig" oder "ausgesprochen korpulent" wirken) geraten natürlich mit dem Anspruch des "Idealgewichts" noch schärfer in Konflikt:

- o Von den "Übergewichtlern" glauben 81 %, ihre Körpergewicht sei für ihren persönlichen Körperbau" zu hoch (Gesamt 46 %)
- o nur jeder Fünfte dieser Befragtengruppe redet sich noch ein, sein Körpergewicht sei "gerade richtig" (Gesamt "gerade richtig" oder "zu niedrig" 54 %).
- o Nur gut ein Viertel der Übergewichtler sind mit ihrem Körpergewicht "zufrieden" (Gesamt 53 %)
- o 66 % möchten lieber "dünner" sein (Gesamt 37 %) und
- o 19 % geben an, sie kümmern sich nicht um ihr Körpergewicht oder machen zu dieser Frage keine Angabe (Gesamt 6 %).

Die meisten Übergewichtler wissen also, daß sie zu dick sind und möchten lieber dünner sein. Offensichtlich unternehmen diese Befragungspersonen allerdings auch keine übertriebenen Anstrengungen, das eigene Körpergewicht wirksam zu beeinflussen:

- o zwar behauptet nur ein vergleichsweise geringer Teil dieser Problemgruppe, sie achteten "überhaupt nicht" auf ihr Gewicht. Dazu ist die Sachlage offenbar schon zu problematisch (15 %, Gesamt 21 %)
- o die Mehrheit dieser Übergewichtler kümmert sich jedoch um die Steuerung des eigenen Gewichts nur "ab und zu" oder "selten" (59 %, Gesamt 52 %)
- o nur 25 % der Übergewichtler behaupten, ihr Gewicht "regelmäßig und bewußt" zu steuern (Gesamt 27 %)

Die Kriterien, nach denen Übergewichtler ihr Körpergewicht "steuern", sind überdurchschnittlich häufig folgende:

- o 56 %: Das eigene Wohlbefinden (Gesamt 52 %)
- o 27 %: Die persönliche Leistungs- und Bewegungsfähigkeit (Treppe steigen ohne Mühe (Gesamt 22 %)
- o 26 %: Die Kleider dürfen nicht zu eng werden (Gesamt 23 %)
- o 18 %: Nach dem Rat des Arztes oder nach medizinischen Tabellen (Gesamt 14 %)
- o 9 %: Nach der Faustregel: Größe über einen Meter in Kilo (Gesamt 7 %)

Kriterien wie "wie ich im Spiegel aussehe" oder die "vorherrschende Modelinie" sind für Übergewichtler bei der Steuerung ihres Körpergewichtes seltener als beim Durchschnitt der Befragten von Bedeutung.

- o Von der Faustregel: Größe über einen Meter in Kilo abzüglich 5 bis 10 % möchte in dieser Befragtengruppe fast niemand etwas wissen (Gesamt 3 %).

Daß Übergewicht grundsätzlich gesundheits-schädlich sei, glauben Übergewichtler im Durchschnitt seltener als Normalgewichtige:

- o 80 % der Problemgruppe "Übergewicht" meinen, Übergewicht sei erst "von einem bestimmten Maß an" oder "in keinem Fall schädlich" (Gesamt 77 %).

Gleichwohl halten immer noch 67 % der Übergewichtler ihr persönliches "Idealgewicht" für erstrebenswert, mehr als die Hälfte davon aus "Gesundheitsgründen".

Das restliche Drittel der Übergewichtler hat den Traum vom persönlichen "Idealgewicht" fahren lassen, um sich den "EB- und Trinkfreuden" zu widmen:

- o 26 % der Übergewichtler vertreten den "persönlichen Grundsatz":
"Lieber weniger EB- und Trinkfreuden und dafür mein Idealgewicht"
(Gesamt 26 %)
- o Nur noch 41 % der Übergewichtler glauben:
"Man kann das Idealgewicht trotz EB- und Trinkfreuden bewahren"
(Gesamt 54 %)
- o 33 % der Übergewichtler sehen sich "lieber etwas molliger" und genießen "dafür mehr EB- und Trinkfreuden"
(Gesamt 20 %)

Dieses Ergebnis wird durch einige Zahlen zur Einstellung der Übergewichtler zu Ernährungsfragen noch näher beleuchtet:

Ein überdurchschnittlich großer Teil der Übergewichtler weiß, daß er sich falsch ernährt:

38 % dieser Gruppe glauben, sie ernährten sich "nur teilweise richtig", "eher falsch" oder "ganz falsch" (Gesamt 24 %)

Von diesen wiederum wissen etwa drei Viertel "wie sie sich richtiger ernähren könnten", wenn sie wollten. Anscheinend wollen sie nicht:

Übergewichtler stellen überdurchschnittlich häufig an ihre tägliche Ernährung die leicht widersprüchlichen Anforderungen:

"Meine tägliche Ernährung soll ... "

- o nicht dick machen: 56 % (Gesamt 49 %)
- o kräftig sein, gut vorhalten: 42 % (Gesamt 38 %)
- o wirklich satt machen: 31 % (Gesamt 27 %)

Das legt den Schluß nahe, daß sich diese Befragten ihr Übergewicht zugezogen haben, weil sie sich mit "kräftigen Mahlzeiten" zu oft "wirklich satt" gegessen haben.

Die verschiedenen soziographischen Merkmalsgruppen zeigen in ihren Einstellungen zum eigenen Körpergewicht und zur Gewichtskontrolle folgende Unterschiede:

Geschlecht:

Frauen, die offenbar etwas eher zur Gewichtszunahme neigen als Männer, (was zum Teil sicher auf einige häufige, speziell "weibliche" Ernährungsfehler zurückführbar sein dürfte, z.B. die Vorliebe für Süßigkeiten und Kuchen, Knabbergebäck beim Fernsehen usw.), sind besonders häufig mit der bewußten Steuerung ihres Körpergewichts beschäftigt:

- o 46 % aller Frauen wären "lieber dünner" (Gesamt 37 %, 430)
- o 34 % der Frauen geben an, "ich steuere mein Gewicht regelmäßig und bewußt" (Gesamt 27 %, 421)

Allerdings geschieht diese relativ häufige Beschäftigung mit dem eigenen Körpergewicht weniger aus gesundheitlichen, sondern wohl überwiegend aus Schönheitsgründen:

- o 32 % aller Frauen richten sich "bei der Steuerung ihres Körpergewichts" nach ihrer Garderobe: "die Kleider dürfen nicht zu eng werden" (Gesamt 23 %)
- o 30 % nach dem Spiegel: "wie ich darin aussehe" (Gesamt 22 %)
- o 9 % nach der "vorherrschenden Modelinie" (Gesamt 6 %, 432)

Frauen sind überdurchschnittlich häufig bereit, ihres Idealgewichts wegen (das sie in der Mehrzahl aus Gründen des guten Aussehens erstreben) zu hungern:

- o 31 % wünschen sich "lieber weniger EB- und Trinkfreuden, und dafür mein Idealgewicht" (Gesamt 26 %, 436).

Männer dagegen - die im Durchschnitt weniger zu Gewichtszunahme neigen als Frauen - machen sich um ihr Körpergewicht im allgemeinen weniger Sorgen:

- o 60 % aller Männer sind mit ihrem Körpergewicht zufrieden (Gesamt 53 %, 430).
- o 56 % halten eine "bewußte Kontrolle" ihres Gewichts nur "selten" oder "überhaupt nicht" für notwendig (Gesamt 43 %, 421).

Ob das eigene Körpergewicht "stimmt", merken Männer überdurchschnittlich häufig an

- o ihrem persönlichen "Wohlbefinden" (56 %, Gesamt 52 %)
- o an ihrer "Leistungsfähigkeit und allgemeinen Bewegungsfähigkeit" (25 %, Gesamt 22 %) und
- o 14 % richten sich in ihren "Vorstellungen von ihrem Körpergewicht nach gar nichts, ist mir egal, kümmere mich nicht darum" (Gesamt 11 %, 432, 433).

Die Alternative zwischen "Eß- und Trinkfreuden" und dem eigenen "Idealgewicht" ist für die Mehrheit der Männer nicht problematisch:

- o 59 % der Männer meinen "man kann das Idealgewicht trotz Eß- und Trinkfreuden bewahren" (Gesamt 54 %, 436)

Von den Männern, die das "Idealgewicht" überhaupt für erstrebenswert halten, finden es weit mehr als die Hälfte "aus gesundheitlichen Gründen" wichtig (Gesamt 48 %, 437)

Alter:

Daß die Tendenz zum Dickwerden mit steigendem Alter zunimmt, findet in folgenden Zahlen eine Entsprechung:

- o Junge Leute unter 30 Jahren glauben zu 60 %, ihr persönliches Körpergewicht sei "gerade richtig" oder "zu niedrig" (Gesamt 54 %)
- o Befragte mittleren Alters zwischen 30 und 49 Jahren glauben überdurchschnittlich häufig, ihr persönliches Körpergewicht sei "etwas zu hoch" (36 %, Gesamt 33 %)
- o ältere Befragte über 50 Jahre glauben überdurchschnittlich häufig, ihr persönliches Körpergewicht sei "viel zu hoch" (12 %, Gesamt 8 %, 431)

Gleichwohl kann das durchschnittlich geringere Körpergewicht jüngerer Befragter keineswegs auf eine "bewußte Steuerung" zurückgeführt werden. Junge Leute befließen sich der Kontrolle ihres Körpergewichtes nicht häufiger als ältere Befragte (421).

Wie die Ernährungsgewohnheiten junger Leute vermuten lassen (siehe Kapitel III, 5), wird sich jedoch auch diese Gruppe - falls keine "bewußte Steuerung" eintritt - in einigen Jahren über Übergewicht beklagen müssen.

Gesundheitsbefindlichkeit:

Leute mit Übergewicht sind überdurchschnittlich häufig krank.

Es scheint, als ob auch in diesem Fall (ähnlich wie beim Rauchen) durch das schlechte Gesundheitsbefinden bestimmte Verhaltensänderungen erzwungen werden:

- o 62 % der Befragten mit schlechter Gesundheitsbefindlichkeit steuern "regelmäßig und bewußt" oder wenigstens "ab und zu" ihr Gewicht (Gesamt 57 %, 421)

Als Begründungen für dieses Verhalten geben Befragte mit schlechter Gesundheitsbefindlichkeit überdurchschnittlich häufig an, sie richteten sich bei der Steuerung ihres Gewichtes nach

- o ihrem "Wohlbefinden" (60 %, Gesamt 52 %)
- o nach dem Rat ihres Arztes (20 %, Gesamt 10 %, 432)

Kranke Leute sind überdurchschnittlich häufig der Ansicht, Übergewicht sei prinzipiell schädlich:

- o 26 % der Befragten mit schlechter Gesundheitsbefindlichkeit meinen

"Jedes Pfund Übergewicht ist grundsätzlich schädlich für den Körper"
(Gesamt 23 %, 435)

- o 31 % dieser Befragten richten sich nach der Devise

"Lieber weniger Eß- und Trinkfreuden und dafür mein Idealgewicht"
(Gesamt 26 %, 436)

Dabei spielen in dieser Gruppe bei der Wertschätzung des "Idealgewichts" die "Aussehensgründe" fast kaum noch eine Rolle:

- o Zwei Drittel halten das Idealgewicht aus "Gesundheitsgründen" für wichtig (Gesamt etwa die Hälfte 437)

Da auch Leute mit schlechter Gesundheitsbefindlichkeit überdurchschnittlich häufig Übergewicht haben, erhebt sich hier die Frage der Kausalität:

Sind diese Leute krank, weil sie zu dick sind oder haben sie ihr Übergewicht angesetzt, weil sie krank sind?

Ähnliche Fragen stellen sich bei allen "Problemgruppen" gesundheitsriskanten Verhaltens im Hinblick auf ihre Gesundheitsbefindlichkeit.

Wir können die Kausalitäten im Rahmen dieser Untersuchung selbstverständlich nicht schlüssig bestimmen, werden aber im letzten Kapitel dieser Untersuchung zu dieser Frage noch einige Überlegungen anstellen.

Soziale Schicht:

Daß sich unter den "Übergewichtlern" bemerkenswert wenig Angehörige der sozialen Oberschicht befinden, ist darauf zurückzuführen, daß die "regelmäßige und bewußte Steuerung" des eigenen Körpergewichts von Angehörigen der sozialen Oberschicht besonders häufig gepflegt wird:

- o 39 % der Oberschicht-Befragten gaben an: "Ich steuere mein Gewicht regelmäßig und bewußt" (Gesamt 27 %, 421).

Dagegen gab mehr als die Hälfte der zum großen Teil übergewichtigen Unterschicht-Befragten an, daß ihnen an der Kontrolle des eigenen Gewichts nicht sehr viel läge:

- o 52 % der Unterschicht-Befragten achten "selten" oder "überhaupt nicht" auf ihr Gewicht (Gesamt 43 %, 421),
- o 59 % der Oberschicht-Befragten hängen dem persönlichen Grundsatz an:
"Man kann das Idealgewicht trotz Eß- und Trinkfreuden bewahren",

wobei ihnen das Idealgewicht mehrheitlich aus Gründen des "guten Aussehens" und nur teilweise aus Gesundheitsgründen wichtig erscheint, wohingegen

- o Befragte der sozialen Unterschicht zu 26 % den Grundsatz vertreten:

"Lieber etwas molliger und dafür mehr Eß- und Trinkfreunden"

(Gesamt 20 %), wobei diesen Befragten das "Idealgewicht" - wenn überhaupt - mehrheitlich rein aus Gründen der Gesundheit wichtig ist (436, 437)

In der sozialen Oberschicht ist das persönliche gute (schlanke) Aussehen offensichtlich ein starkes Motiv, sich in seiner Ernährungsweise zu mäßigen, wohingegen in der Unterschicht die Motivationen zum Essen offenbar stärker sind als die zur Schönheit.

7. Verhaltensweisen und Einstellungen
im Hinblick auf die körperliche
Bewegung

a. Das Bewegungsverhalten der Be-
völkerung

Fast zwei Drittel der Gesamtbevölkerung betätigen sich in irgendeiner Weise sportlich (wobei wir die "sportliche Betätigung" im weitesten Sinn erfaßten, also auch leichte Spaziergänge, Radfahren oder ähnliches):

- o 17 % sind aktive Mitglieder eines Turn- oder Sportvereins (239)
- o 46 % betreiben privat "irgendeine Art von sportlicher Betätigung, bei der sie sich selbst körperlich bewegen müssen" (240)

Die Hälfte der Bevölkerung betreibt irgendeine Art von sportlicher Betätigung regelmäßig (mindestens einmal in der Woche, 241)

Die bevorzugten Sportarten sind

- o 29 % Schwimmen
- o 26 % Spazierengehen, wandern
- o 13 % Turnen, Gymnastik, o.ä.
- o 7 % Fußball
- o 6 % Radfahren
- o 5 % Federball
- o 5 % Tischtennis
- o 4 % Skilaufen (242)

Überdurchschnittlich häufig Mitglied
in einem Turn- bzw. Sportverein sind:

- o Männer (23 %)
- o junge Menschen unter 30
Jahren (30 %, Gesamt 17 %)
- o Personen mit guter Gesund-
heitsbefindlichkeit (21 %)

Privat Sport treiben überwiegend

- o Angehörige der sozialen
Oberschicht (58 %, Gesamt 46 %)
- o Personen mit mittlerer Gesund-
heitsbefindlichkeit (52 %)

59 %, also die Mehrheit der Bevölkerung,
übt einen Beruf aus, bei dem

- o man sich viel be-
wegen muß (37 %)
- o oder bei dem sich
Stehen - Sitzen -
Bewegen die Waage
halten (22 %)

39 % der Bevölkerung haben dagegen
einen Beruf, bei dem man sich kaum
bewegen kann:

- o eine vorwiegend sitzen-
de Tätigkeit üben aus (26 %)
- o während ihrer Berufs-
tätigkeit stehen vor-
wiegend (13 %, 262)

Berufe, die mit wenig Bewegung verbunden sind, werden überdurchschnittlich häufig ausgeübt von

- o Männern (49 %, Gesamt 39 %)
- o jungen Menschen unter 30 Jahren (47 %)
- o Angehörigen der sozialen Oberschicht (49 %)

Berufliche Tätigkeiten, die Bewegung mit sich bringen, haben besonders

- o Frauen (64 %, Gesamt 59 %)
- o ältere Menschen über 50 Jahre (64 %)
- o Angehörige der sozialen Unterschicht (65 %)
- o Personen mit schlechter Gesundheitsbefindlichkeit (64 %)

Es zeigt sich also, daß diejenigen Gruppen, die sich während ihrer Berufstätigkeit reichlich oder zumindest genügend bewegen können, (Frauen, ältere Befragte, Angehörige der sozialen Unterschicht, Personen mit schlechter Gesundheitsbefindlichkeit) neben ihrer Berufstätigkeit kein Bedürfnis nach Bewegung mehr haben, während die Gruppen, deren Angehörige überdurchschnittlich häufig einen Sitz- bzw. Stehberuf ausüben, (Männer, junge Leute, Angehörige der sozialen Oberschicht), sich in ihrer Freizeit Bewegung verschaffen müssen.

Der Weg zum Arbeitsplatz bringt dem überwiegenden Teil der Bevölkerung wenig Bewegung:

- o 44 % kommen ohne nennenswerten Bewegungsaufwand an ihren Arbeitsplatz,
 - 31 % fahren mit dem Auto
 - 13 % arbeiten zu Hause

- o 22 % gelangen durch einen kurzen Fußweg an ihren Arbeitsplatz, sei es
 - direkt von zu Hause aus: 11 %
 - oder von der Haltestelle eines öffentlichen Verkehrsmittels aus: 11 %

- o Nur 13 % bewegen sich wirklich intensiv, um ihre Arbeitsstelle zu erreichen,
 - 8 % haben einen langen Fußweg
 - 5 % fahren mit dem Fahrrad (263)

Überdurchschnittlich häufig benutzen das Auto, um den Arbeitsplatz zu erreichen, und haben damit wenig Bewegung:

- o Männer (50 %, Gesamt 31 %)
- o junge Menschen (38 %)
- o Menschen mittleren Alters zwischen 30 und 49 Jahren (37 %)
- o Angehörige der sozialen Oberschicht (46 %)
- o Personen mit mittlerer Gesundheitsbefindlichkeit (36 %)

Ihre tägliche Arbeit verrichten überwiegend im Haus, bzw. arbeiten nicht:

- o Frauen (52 %, Gesamt 33 %)
- o ältere Menschen über 50 Jahre (57 %)
- o Personen mit schlechter Gesundheitsbefindlichkeit (48 %)
- o Angehörige der sozialen Unterschicht (47 %)

b. Soziographische Merkmale der Problemgruppe "Keine Bewegung"

37 % der Bevölkerung betätigen sich in keiner Weise sportlich. Diese Problemgruppe setzt sich überdurchschnittlich häufig zusammen aus:

- o Frauen (63 %, Gesamt 53 %)
- o älteren Menschen über 50 Jahre (50 %, Gesamt 33 %)
- o Angehörigen der sozialen Unterschicht (34 %, Gesamt 23 %)
- o Großstädtern (36 %, Gesamt 32 %)
- o Personen mit schlechter Gesundheitsbefindlichkeit (33 %, Gesamt 23 %)

Dabei muß angemerkt werden, daß sich diese Befragtengruppe zwar zu einem großen Teil beruflich viel bewegt, sich aber außerhalb dieser "Routinebewegung" keinerlei "Freizeitbewegung" (z.B. Spazierengehen, Schwimmen, Radfahren, usw.) verschafft.

Übrigens gehören Befragte dieser Problemgruppe auch überdurchschnittlich häufig den Gruppen "Übergewicht" und "Selten im Grünen" an.

Problemgruppe "Keine Bewegung"

	Gesamt	"Keine Bewegung"
Basis	1499	548

Geschlecht:

Männer	47 %	37 %
Frauen	53 %	63 %

Alter:

14 bis 29 Jahre	30 %	17 %
30 bis 49 Jahre	36 %	32 %
50 Jahre und älter	33 %	50 %

Soziale Schicht:

Oberschicht	20 %	12 %
Mittelschicht	56 %	54 %
Unterschicht	23 %	34 %

Ortsgröße:

Dorf, Kleinstadt	51 %	47 %
Mittelstadt	17 %	17 %
Großstadt	32 %	36 %

Gesundheitsbefindlichkeit:

gut (+)	43 %	34 %
mittel (o)	35 %	33 %
schlecht (-)	23 %	33 %

c. Einstellungen zur Bewegung

- o Etwa die Hälfte (49 %) der Bevölkerung meint, daß es "nötig" sei, regelmäßig Sport zu treiben.
- o Ein weiteres Viertel (25 %) glaubt, daß es genüge, "wenn man ab und zu Sport treibt".
- o Ein knappes Viertel (23 %) hält die "täglich anfallende Bewegung" für ausreichend.
- o Nur 3 % sind der Überzeugung, daß es "nicht nötig" sei, regelmäßig Sport zu treiben (265).

Drei Viertel der Bevölkerung (74 %) sind demnach der Meinung, daß man wenigstens "ab und zu" Sport treiben sollte. Tatsächlich betätigen sich 63 % sportlich.

Nach einem bloßen Rechenspiel bewegen sich also 11 % der Befragten wider besseres Wissen zu wenig.

Auf die Frage "Glauben Sie, daß Sie sich genügend und auch vielseitig genug bewegen?" antworteten jedoch

- o 43 % der Befragten, daß sie sich entweder zu wenig oder zu einseitig bewegten bzw. daß sie beides vernachlässigten (266).

Das Bedürfnis nach Bewegung ist also bei einem großen Teil der Bevölkerung ungestillt.

Bezeichnenderweise sind die Gruppen,
die am häufigsten Sport treiben,

- o junge Menschen unter
30 Jahre (53 %, Gesamt 43 %)
- o Angehörige der sozialen
Oberschicht (50 %)

überdurchschnittlich oft der Auffassung,
sie bewegten sich zu wenig.

Gerade Angehörige dieser Gruppen üben
überdurchschnittlich häufig Sitzberufe
aus und benutzen auf ihrem Weg zum
Arbeitsplatz sehr häufig das Auto.
Ihre Klage über mangelnde Bewegung
dürfte aus ihrem bewegungseinschränken-
den Tagesablauf zu erklären sein, für
den auch ein Ausgleichssport nicht die
genügende Entlastung schafft.

Demgegenüber sind

- o ältere Menschen über 50
Jahre (31 %, Gesamt 43 %)
und
- o Angehörige der sozialen
Unterschicht (34 %)

wesentlich häufiger als der Durchschnitt
der Bevölkerung der Meinung, daß sie sich
ausreichend bewegten, obwohl gerade die-
se Gruppe einen beträchtlichen Anteil
der Problemgruppe "Keine Bewegung" stellt
(266).

Tatsächlich äußern Angehörige der Problem-
gruppe "Keine Bewegung" überdurchschnitt-
lich oft, daß ihnen die tägliche anfallen-
de Bewegung genüge (42 %, Gesamt 23 %)
bzw. daß sie sich insgesamt genug und
auch vielseitig genug bewegten (62 %, Gesamt 57 %).

Angehörige der Problemgruppe haben seltener einen Sitzberuf als die Gesamtheit der Befragten (Gesamt 26 %, Problemgruppe 20 %) und häufiger einen Beruf, bei dem sich Sitzen - Stehen - Bewegen die Waage halten (Gesamt 22 %, Problemgruppe 26 %).

Ein weit über dem Durchschnitt liegender Anteil der Problemgruppe arbeitet nicht (30 %, Gesamt 20 %), ist also nicht an einen festen Arbeitsplatz mit zwangsläufiger Bewegungsbeschränkung gebunden.

Dementsprechend ist kein so dringendes Bedürfnis nach einem Ausgleichsport vorhanden.

Die Tatsache, daß junge Menschen mehr Sport treiben und treiben möchten als ältere, ist über die Erklärung durch das berufsbedingt zu geringe tägliche Bewegungsquantum der jüngeren hinaus vermutlich auf altersspezifisch unterschiedliche Bewegungsbedürfnisse zurückzuführen. Zudem sind die älteren Befragten unserer Problemgruppe "Keine Bewegung" auch häufig krank, was das Bewegungsbedürfnis ebenfalls einschränkt.

Die unterschiedlichen Verhaltensweisen und Einstellungen hinsichtlich der Bewegung bei Angehörigen der sozialen Oberschicht sowie der sozialen Unterschicht dürften - über deren unterschiedliche Berufe hinaus - auf schichtspezifische unterschiedliche Vorstellungen von und Möglichkeiten zur Freizeitgestaltung zurückzuführen sein:

Angehörige der sozialen Unterschicht verbringen offenbar häufiger eine quasi "bewegungslose" Freizeit.

Auffallend sind Verhalten und Einstellungen der Frauen in Bezug auf die körperliche Bewegung. Frauen stellen den größten Anteil der Problemgruppe "Keine Bewegung". Wie in der Problemgruppe insgesamt, haben Frauen überdurchschnittlich oft Berufe, in denen sie sich bewegen müssen (Frauen 64 %, Gesamt 59 %).

Anders als ältere Menschen und Angehörige der sozialen Unterschicht, die überdurchschnittlich oft die Meinung vertreten, die täglich anfallende Bewegung genüge ihnen, sind Frauen etwas weniger häufig als der Durchschnitt der Bevölkerung davon überzeugt, daß sie sich genug bewegen.

Offensichtlich verhalten sich Frauen weit- aus häufiger wider besseres Wissen falsch als andere Angehörige der Problemgruppe "Keine Bewegung".

8. Gewohnheiten und Einstellungen hinsichtlich des Aufenthaltes an der frischen Luft oder "im Grünen"

a. Aufenthalt an der frischen Luft oder "im Grünen"

55 % der Bevölkerung verbringen unter der Woche ca. 2 Stunden oder mehr täglich an der frischen Luft.

32 % halten sich ca. 1 bis 1,5 Stunden täglich unter der Woche an der frischen Luft, d.h. außerhalb ihrer Wohnung oder ihres Büros auf.

12 %, also ein relativ geringer Anteil, verbringen weniger als 1 Stunde täglich an der frischen Luft (256).

Überdurchschnittlich häufig halten sich unter der Woche an der frischen Luft auf:

- o Männer: täglich ca. 2 Stunden oder mehr verbringen an der frischen Luft
63 %
(Gesamt 55 %)
- o ältere Menschen über 50 Jahre
59 %
- o Personen mit guter Gesundheitsbefindlichkeit
60 %

Wesentlich weniger Zeit verbringen an der frischen Luft:

- o Frauen: täglich 2 Stunden und länger an der frischen Luft sind von ihnen nur
48 %
(Gesamt 55 %)

- o und Personen mit mittlerer Gesundheitsbefindlichkeit
51 %.

"Wenn das Wetter am Wochenende einigermaßen gut ist", hält sich die überwiegende Mehrheit der Bevölkerung an der frischen Luft auf:

86 % verbringen bei einigermaßen gutem Wetter 2 Stunden und mehr an der frischen Luft.

41 % sind dann länger als 5 Stunden im Freien (257).

Wie unter der Woche halten sich auch am Wochenende Männer und Personen mit guter Gesundheitsbefindlichkeit besonders viel im Freien auf:

- o 53 % der Männer sind am Wochenende 5 Stunden und mehr an der frischen Luft (Gesamt 41 %) und

- o 45 % der Personen mit guter Gesundheitsbefindlichkeit.

Außerdem (etwas abweichend von ihrem Verhalten unter der Woche) verbringen überdurchschnittlich viele

- o junge Menschen unter 30 Jahre am Wochenende mehr als 5 Stunden im Freien.
(46 %, Gesamt 41 %)

Ausgesprochen wenig, d.h. ca. 1,5 Stunden und weniger, sind am Wochenende an der frischen Luft:

- o Frauen (19 %)
- o Angehörige der sozialen Unterschicht (20 %)
- o Personen mit schlechter Gesundheitsbefindlichkeit (23 %, Gesamt 14 %)

Für fast zwei Drittel der Befragten (65 %) kommen Tage, an denen sie nicht an die frische Luft kommen, so gut wie nie oder selten vor (258).

Männer verbringen nicht nur längere Zeit täglich an der frischen Luft als Frauen, sie tun dies auch regelmäßiger als Frauen:

- o 40 % der Frauen kennen manchmal bzw. öfter Tage, an denen sie gar nicht an die frische Luft kommen, dagegen nur
- o 29 % der Männer. (Gesamt 35 %)

Überdurchschnittlich unregelmäßig an die frische Luft kommen darüber hinaus

- o Personen mit schlechter Gesundheitsbefindlichkeit
(43 %, Gesamt 35 %)
- o Angehörige der sozialen Unterschicht
(41 %)
- o Angehörige der sozialen Oberschicht
(40 %)

Demgegenüber gehen regelmäßig ins Freie

- o Personen mit guter Gesundheitsbefindlichkeit
(29 %, Gesamt 35 %)
- o Angehörige der sozialen Mittelschicht
(31 %).

Die Mehrheit der Bevölkerung ist also regelmäßig (täglich) und lange genug (mehr als 2 Stunden) an der frischen Luft.

- o Allerdings ergibt sich dieses Verhalten für den überwiegenden Teil dieser Befragten zwangsläufig (also durch die berufliche Tätigkeit).
- o Nur der kleinere Teil dieser Gruppe (nicht ganz die Hälfte) "achtet bewußt darauf" und "geht von sich aus an die frische Luft", falls es sich an einem Tag nicht zwangsläufig ergibt (259).

Zwangsläufig (also in der Hauptsache durch die berufliche Tätigkeit) ergibt sich der Aufenthalt an der frischen Luft überdurchschnittlich häufig bei

- o Männern (63 %, Gesamt 59 %)
- o jungen Menschen unter 30 Jahre (67 %)
- o Angehörigen der sozialen Unterschicht (64 %)
- o Personen mit guter Gesundheitsbefindlichkeit (63 %).

Befragte, die bewußt darauf achten, regelmäßig an die frische Luft zu kommen, sind überdurchschnittlich häufig

- o ältere Menschen über 50 Jahre (35 %, Gesamt 29 %)
- o Angehörige der sozialen Oberschicht (36 %)
- o Personen mit schlechter Gesundheitsbefindlichkeit (41 %)

Ein ergänzendes Ergebnis zum "Aufenthalt an der frischen Luft":

- o Gut die Hälfte der Bevölkerung (54 %) schläft immer bei offenem Fenster,
- o ein weiteres Drittel (34 %) schläft nur im Sommer bei offenem Fenster.
- o Nur ein kleiner Teil der Befragten (13 %) schläft so gut wie nie bei offenem Fenster (260).

Das Schlafen bei offenem Fenster ist überdurchschnittlich häufig eine Angelegenheit folgender Gruppen:

- o 62 % der Angehörigen der sozialen Oberschicht schlafen grundsätzlich bei offenem Fenster (Gesamt 54 %) und
- o 59 % der Personen im Alter zwischen 30 und 49 Jahren sorgen überdurchschnittlich häufig für frische Luft auch während der Nacht.

Hingegen ist das Schlafen bei offenem Fenster weitaus weniger beliebt bei

- o Angehörigen der sozialen Unterschicht (44 % schlafen bei offenem Fenster, Gesamt 54 %)
- o älteren Menschen über 50 Jahre (45 %) und
- o Personen mit schlechter Gesundheitsbefindlichkeit (46 %).

Angehörige der sozialen Oberschicht versuchen also überdurchschnittlich häufig, sich in bezug auf frische Luft bewußt richtig zu verhalten.

Bei Angehörigen der sozialen Unterschicht, Männern, jungen Leuten unter 30 Jahren und Personen mit guter Gesundheitsbefindlichkeit ergibt sich das richtige Verhalten überdurchschnittlich häufig eher zwangsläufig.

Nicht nur an die frische Luft, d.h. außerhalb von Haus und Büro, sondern wirklich "im Grünen" - weiter weg von Straßen, Autos und Lärm - verbringen pro Woche

- o 82 % der Bevölkerung eine Mindestzeit von mehr als 1,5 Stunden (261)
- o 18 % der Bevölkerung verbringen entschieden zu wenig Zeit "im Grünen", also ca. 1,5 Stunden oder weniger.

Eingeschlossen sind in dieser Gruppe die insgesamt 8 % der Befragten, die angeben, sie kämen "so gut wie nie heraus".

b. Soziographische Merkmale der Problem-
gruppe "Selten im Grünen"

Die insgesamt 18 % der Bevölkerung, die sich ca. 1,5 Stunden pro Woche oder weniger "im Grünen" aufhalten, sind überdurchschnittlich häufig:

- o Frauen 65 % (Gesamt 53 %)
- o ältere Menschen 41 % (Gesamt 33 %)
über 50 Jahre
- o Angehörige der so- 40 % (Gesamt 25 %)
zialen Unterschicht
- o Großstädter 36 % (Gesamt 32 %)
- o Personen mit mitt- 43 % (Gesamt 34 %)
lerer Gesundheits-
befindlichkeit
- o Personen mit schlech-
ter Gesundheitsbe-
findlichkeit 28 % (Gesamt 23 %)

Problemgruppe "Selten im Grünen"

	Gesamt	"Selten im Grünen"
Basis	1499	264
<u>Geschlecht:</u>		
Männer	47 %	35 %
Frauen	53 %	65 %
<u>Alter:</u>		
14 bis 29 Jahre	30 %	29 %
30 bis 49 Jahre	36 %	29 %
50 Jahre und älter	33 %	41 %
<u>Soziale Schicht:</u>		
Oberschicht	20 %	16 %
Mittelschicht	56 %	44 %
Unterschicht	23 %	40 %
<u>Ortsgröße:</u>		
Dorf, Kleinstadt	51 %	49 %
Mittelstadt	17 %	16 %
Großstadt	32 %	36 %
<u>Gesundheitsbefindlichkeit:</u>		
gut (+)	43 %	28 %
mittel (o)	35 %	43 %
schlecht (-)	23 %	28 %

IV. DIE "PROBLEMGROUPEN":
BEVÖLKERUNGSGROUPEN
MIT AUSGEPRÄGT FEHLER-
HAFTEM GESUNDHEITSVER-
HALTEN

Im vorangegangenen Kapitel wurden die Verhaltensgewohnheiten der Bevölkerung zu einigen konkreten Gesundheitsfragen beschrieben.

Für jeden der behandelten Problemkreise (Schlafgewohnheiten, Streßverhalten, Rauchgewohnheiten, Alkohol, Ernährung, sportliche Betätigung, Aufenthalt an der frischen Luft) versuchten wir eine Gruppe aufzufinden, die sich im Hinblick auf diese gesundheitsrelevante Frage extrem "riskant" verhielt.

Die Auswahl gerade dieser Gruppen mit verschiedenen gesundheitsriskanten Gewohnheiten erfolgte nicht systematisch, d. h. es lag nicht in unserer Absicht, alle möglichen Varianten gesundheitsriskanten Verhaltens zu erfassen.

Wir wählten diese Gruppen im Rahmen unserer Möglichkeiten, d.h. anhand der in dieser Untersuchung erhobenen Daten (andere Formen gesundheitsriskanten Verhaltens wie z.B. Drogenmißbrauch, falsches Freizeitverhalten oder anderes wurden gar nicht erhoben), und auch innerhalb unserer Möglichkeiten gingen wir bei der Bestimmung dieser Problemgruppen nicht systematisch vor, da diese ursprünglich ausschließlich experimentellen Auswertungszwecken dienen sollten und daher teilweise sehr willkürlich definiert wurden (detaillierte Kreuzauszählungen lagen bei der Definition dieser Gruppen noch nicht vor).

Die Problemgruppe "Tägliche Ernährungsfehler" beispielsweise, in der vor allem solche Ernährungsfehler zusammengefaßt wurden, die angeblich dick machen (z.B. "viel Süßigkeiten oder Kuchen", "das TV-Knabbern", das "zuviel essen", der Genuß von "fettem Fleisch, Wurst, viel Butter usw." und anderes), setzt sich völlig anders zusammen als unsere Hypothese erwarten ließ:

Wir fanden nicht die übergewichtigen älteren Damen der Mittelschicht, sondern leichtsinnige junge Männer ohne Übergewicht in ihr vor, die sich diese Verhaltensweisen aufgrund ihres mangelhaften Ernährungsbewußtseins "einfach so" leisten.

Zur Demonstration des Zusammenhangs zwischen Übergewicht und bestimmten Ernährungsfehlern hätten wir völlig andere Kriterien zur Bestimmung einer entsprechenden Ernährungsproblemgruppe wählen müssen, was uns erst durch die Ergebnisse dieser Untersuchung deutlich geworden ist.

Gleichwohl brachte diese eher willkürliche Zusammenstellung verschiedener Problemgruppen die interessantesten Ergebnisse über einige ganz allgemeine Bedingungen gesundheitsriskanten Verhaltens.

Bei der Beschreibung der soziographischen Merkmale verschiedener Problemgruppen fiel zunächst auf, daß bestimmte Formen gesundheitsriskanten Verhaltens immer bei den gleichen Personengruppen mit in einigen Punkten identischen soziographischen Merkmalen zu beobachten waren:

1. Soziographische Ähnlichkeiten verschiedener Problemgruppen

Nach den Ähnlichkeiten in der soziographischen Struktur verschiedener Problemgruppen ist die folgende Gruppierung möglich:

Es gehören zusammen:

Gruppe I

Problemgruppen:

- "Zu wenig Schlaf"
- "Häufiger Streß"
- "Starke Raucher"
- "Täglich Alkohol"
- "Tägliche Ernährungsfehler"

Gruppe II

Problemgruppen:

- "Übergewicht"
- "Keine Bewegung"
- "Selten im Grünen"

Die kennzeichnenden Merkmale, die die jeweils zusammengehörigen Problemgruppen gemeinsam haben, sind:

Gruppe I

- o mehrheitlich Männer
- o überdurchschnittlich häufig Personen unter 50 Jahren
- o (teilweise) überdurchschnittlich häufig Angehörige der Oberschicht

Gruppe II

- o mehrheitlich Frauen
- o überdurchschnittlich häufig Personen über 50 Jahre
- o stark überdurchschnittlich häufig Angehörige der Unterschicht

Vergleich: Soziographische Merkmale der Problemgruppen

	Gesamt	"Zu wenig Schlaf"	"Häufiger Streß"	"Starke Raucher"	"Täglich Alkohol"	"Tägliche Ernährungsfehler"	"Übergewicht"	"Keine Bewegung"	"Selten im Grünen"
<u>Basis</u>	1499	265	343	263	197	205	587	548	264
<u>Geschlecht:</u>									
Männer	47	55	56	76	84	54	44	37	35
Frauen	53	45	44	24	16	46	56	63	65
<u>Alter:</u>									
14 - 29 Jahre	30	32	30	37	34	35	20	17	29
30 - 49 Jahre	36	37	43	46	43	33	35	32	29
50 Jahre und älter	33	29	26	16	22	32	45	50	41
<u>Soziale Schicht:</u>									
Oberschicht	20	24	27	23	20	18	17	12	16
Mittelschicht	56	53	57	57	57	57	53	54	41
Unterschicht	23	23	16	20	23	25	31	34	40
<u>Ortsgröße:</u>									
Dorf Kleinstadt	51	43	51	49	50	54	53	47	49
Mittelstadt	17	15	17	16	17	17	17	17	16
Großstadt	32	42	32	30	33	30	30	36	36
<u>Gesundheitsbefindlichkeit:</u>									
gut (+)	43	41	38	50	48	40	39	34	28
mittel (0)	35	39	37	37	32	34	33	33	43
schlecht (-)	23	20	25	11	18	26	27	33	28

Anmerkung: Alle Zahlen sind Prozentzahlen

Es scheint demnach zwei prinzipiell voneinander unterscheidbare Arten gesundheitsrisikanten Verhaltens zu geben, die stark von Faktoren wie Geschlecht, Alter und sozialer Schicht abhängig sind.

2. Verhaltensähnlichkeiten einzelner Problemgruppen

Die soziographischen Ähnlichkeiten der beiden Großgruppen lassen bereits darauf schließen, daß auch Verhaltensähnlichkeiten vorliegen müssen, d.h. daß jeweils ein Teil der Befragten mehreren "Problemgruppen" angehört:

In der Problemgruppe "Zu wenig Schlaf" befinden sich

- o 34 % "starke Raucher" (Gesamt 18 %)
- o 27 % "häufig Streß"-Belastete (Gesamt 23 %)
- o 21 % nehmen "täglich Alkohol" zu sich (Gesamt 13 %)

In der Problemgruppe "Häufiger Streß" sind

- o 26 % "starke Raucher" (Gesamt 18 %)
- o 22 % "Zuwenig-Schläfer" (Gesamt 18 %)

Von den "starken Rauchern"

- o bekommen 34 % "zu wenig Schlaf" (Gesamt 18 %)
- o 34 % leiden unter "häufigem Streß" (Gesamt 23 %)
- o 32 % haben einen "Sitzberuf" (Gesamt 27 %)

- o 31 % trinken "täglich Alkohol"
(Gesamt 13 %)
- o 22 % sind "selten im Grünen"
(Gesamt 18 %)
- o 18 % begehen "tägliche Ernährungs-
fehler" (Gesamt 14 %)

Von den Befragten, die "täglich Alkohol"
trinken

- o sind 41 % "starke Raucher"
(Gesamt 18 %)
- o 29 % bekommen "zu wenig Schlaf"
(Gesamt 18 %) und
- o 25 % begehen "tägliche Ernährungs-
fehler" (Gesamt 14 %)

Von der Problemgruppe "tägliche Ernährungs-
fehler" leiden

- o 28 % unter "häufigem Streß"
(Gesamt 23 %)
- o 24 % nehmen "täglich Alkohol"
zu sich (Gesamt 13 %)
- o 23 % sind "starke Raucher"
(Gesamt 18 %) und
- o 22 % bekommen "zu wenig Schlaf"
(Gesamt 18 %)

Eindeutig ist bei diesen Verhaltensüberschnei-
dungen, daß Verhaltensfehler der Gegengruppe
("Übergewicht", "Keine Bewegung" oder "Selten
im Grünen") kaum in signifikantem Ausmaß vor-
kommen.

Auch die Fehler dieser Gegengruppe bleiben weitgehend "unter sich":

Von den "Übergewichtlern" gehören

- o 44 % auch der Problemgruppe "Keine Bewegung" an (Gesamt 37 %).

Die Problemgruppe "Keine Bewegung" hat

- o 46 % "Übergewichtler" in ihren Reihen (Gesamt 39 %) und
- o 25 % dieser Befragten befinden sich nur "selten im Grünen" (Gesamt 18 %).

Befragte der Problemgruppe "Selten im Grünen" wiederum sind zu

- o 52 % auch solche, die sich "keiner Bewegung" befleißigen (Gesamt 37 %) und zu
- o 44 % "Übergewicht" mit sich führen (Gesamt 39 %),
- o 22 % sind "starke Raucher" (Gesamt 18 %).

Auch diese Verhaltensähnlichkeiten zeigen, daß es sich bei diesen beiden Gruppen mit sehr verschiedenartigem gesundheitsriskanten Verhalten jeweils um relativ homogene Gruppen handeln muß .

Überschneidungen der verschiedenen Problemgruppen

	Gesamt	"Zu wenig Schlaf"	"Häufiger Streß"	"Starke Raucher"	"Täglich Alkohol"	"Tägliche Ernährungsfehler"	"Übergewicht"	"Keine Bewegung"	"Selten im Grünen"
Basis	1499	265	343	263	197	205	587	548	264
"Zu wenig Schlaf"	18	100	22	34	29	22	21	16	21
"Häufiger Streß"	23	27	100	34	24	28	22	22	25
"Starke Raucher"	18	34	26	100	41	23	16	16	22
"Sitzberuf"	27	29	30	32	25	26	24	20	28
"Täglich Alkohol"	13	21	14	31	100	24	13	12	13
"Tägliche Ernährungsfehler"	14	17	17	18	25	100	12	13	14
"Übergewicht"	39	36	37	36	40	35	100	46	44
"Keine Bewegung"	37	35	36	35	33	35	44	100	52
"Selten im Grünen"	18	21	19	22	17	19	20	25	100

Anmerkung: Alle Zahlen sind Prozentzahlen

3. Die Übereinstimmung von Verhalten, Einstellungen und Wissen hinsichtlich des eigenen Risikos bei verschiedenen Problemgruppen

Unseren Befragten wurde ein Kartensatz vorgegeben, der 10 verschiedene gesundheitlich relevante Verhaltensweisen bezeichnete:

- o Ernährung
- o Bewegung
- o seelische Überanstrengung
- o körperliche Überanstrengung
- o Aufenthalt an der frischen Luft
- o Rauchen
- o Schlaf
- o Alkoholgenuß
- o Entspannung
- o berufliche Überarbeitung

Diesen Kartensatz hatten die Befragten dreimal zu bearbeiten:

1. Sie sollten beurteilen, auf welchem dieser Gebiete ganz allgemein "in punkto Gesundheit am meisten gesündigt wird" (141).
2. Sie sollten angeben, auf welchem dieser Gebiete sie "falsches Verhalten für am gefährlichsten" für die Gesundheit halten (149).

3. Sie sollten angeben, auf welchem dieser Gebiete "sie persönlich am meisten sündigen" (151).

Hierzu ließ sich nun bei unseren Problemgruppen, deren eigene Verhaltensfehler in diesem Kartensatz alle vertreten waren, folgendes feststellen:

Personen, die der Gruppe I zuzuordnen sind ("Zu wenig Schlaf", "Häufiger Streß", "Starke Raucher", "Täglich Alkohol", "Tägliche Ernährungsfehler") neigen dazu,

- o ihre "eigenen Sünden" offenherzig anzugeben,
- o dieselben auch anderen ("den Menschen in ihrer Umgebung") als häufige "Sünden" zu unterstellen und
- o sie halten jeweils wenigstens einen ihrer eigenen häufigen Verhaltensfehler für gefährlich.

Personen, die der Gruppe II ("Übergewicht", "Keine Bewegung", "Selten im Grünen") zuzuordnen sind, neigen dazu

- o ihre "eigenen Sünden" nur zaghaft oder überhaupt nicht anzugeben,
- o den "Menschen in ihrer Umgebung" gänzlich andere, aber nicht ihre eigenen "Sünden" zu unterstellen.
- o Ihre eigenen "Sünden" halten sie für nicht gefährlich.

Beispiele:

Angehörige der Problemgruppe "Zu wenig Schlaf" sind überdurchschnittlich häufig auch

- o "starke Raucher" (+ 16 %) +)
- o Personen, die "täglich Alkohol" trinken (+ 8 %)
- o Personen, die unter "häufigem Streß" leiden (+ 4 %).

Als "eigene Sünden" geben Befragte dieser Gruppe überdurchschnittlich häufig an:

- o Schlaf (+ 20 %)
- o Rauchen (+ 11 %)
- o Alkohol (+ 9 %).

Als "allgemeine Sünden" (der "Menschen in ihrer Umgebung") vermuten sie überdurchschnittlich häufig:

- o Schlaf (+ 11 %).

Für am "gefährlichsten" für die Gesundheit halten sie überdurchschnittlich häufig

- o Schlaf (+ 4 %).

Befragte der Problemgruppe "Häufiger Streß"
sind überdurchschnittlich auch

- o "starke Raucher" (+ 8 %)
- o Leute, die "zu wenig schlafen"
(+ 4 %).

Als "eigene Sünden" geben sie überdurchschnittlich häufig an

- o berufliche Überarbeitung
(+ 16 %)
- o körperliche Überarbeitung
(+ 5 %).

Für "allgemeine Sünden" halten sie überdurchschnittlich häufig

- o Schlaf (+ 5 %)
- o seelische Überanstrengung
(+ 5 %)
- o berufliche Überarbeitung
(+ 4 %).

Für am "gefährlichsten" für die Gesundheit halten sie überdurchschnittlich häufig:

- o berufliche Überarbeitung
(+ 4 %).

Befragte der Problemgruppe "Starke Raucher" sind überdurchschnittlich häufig

- o Personen, die "täglich Alkohol" trinken (+ 18 %)
- o Leute, die "zu wenig schlafen" (+ 16 %)
- o Leute, die unter "häufigem Streß" stehen (+ 16 %).

Als "eigene Sünden" geben sie überdurchschnittlich häufig an:

- o Rauchen (+ 51 %)
- o Alkohol (+ 10 %)
- o Schlaf (+ 10 %).

Für "allgemeine Sünden" halten sie überdurchschnittlich häufig

- o Rauchen (+ 6 %)
- o Schlaf (+ 5 %).

Für am "gefährlichsten" für die Gesundheit halten sie überdurchschnittlich häufig

- o berufliche Überarbeitung (+ 4 %)
- o seelische Überanstrengung (+ 4 %)

usw.

Dagegen läuft dieser Zusammenhang zwischen dem eigenen Verhalten, dem Eingeständnis der eigenen Fehler, der gleichzeitigen Projektion derselben auf die Umwelt und dem eigenen Risikobewußtsein bei der Gruppe II keineswegs so linear und ungebrochen ab wie bei den bisher beschriebenen Problemgruppen:

Personen der Problemgruppe "Übergewicht" sind überdurchschnittlich häufig auch

- o Leute, die "keine Bewegung" haben (+ 7 %).

Als "eigene Sünden" geben sie überdurchschnittlich häufig an

- o Ernährung (+ 8 %).

Für "allgemeine Sünden" halten sie überdurchschnittlich häufig

- o Schlaf (+ 6 %).

Für am "gefährlichsten" für die Gesundheit halten sie überdurchschnittlich häufig:

- o nichts.

Befragte der Problemgruppe "Keine Bewegung"
haben überdurchschnittlich häufig

- o "Übergewicht" (+ 7 %) und
- o sind "selten im Grünen"
(+ 7 %).

Als "eigene Sünden" geben sie überdurchschnittlich häufig an:

- o keine.

Als "allgemeine Sünden" geben sie überdurchschnittlich häufig an

- o Schlaf (+ 5 %)
- o Alkohol (+ 4 %).

Für am "gefährlichsten" für die Gesundheit halten sie

- o Alkohol (+ 4 %).

Die Problemgruppe "Selten im Grünen" hat überdurchschnittlich häufig

- o "keine Bewegung" (+ 25 %)
- o "Übergewicht" (+ 5 %)
- o "starke Raucher" (+ 4 %).

Als "eigene Sünden" geben sie überdurchschnittlich häufig an:

- o Aufenthalt an der frischen Luft (+ 4 %)
- o Bewegung (+ 4 %).

Als "allgemeine Sünden" nennen sie überdurchschnittlich häufig

- o keine.

Für am "gefährlichsten" für die Gesundheit halten sie überdurchschnittlich häufig

- o das Rauchen (+ 4 %).

Die "Sünder" der Gruppe I besitzen offenbar ein klares Bewußtsein von dem Risiko, das sie mit ihrem Verhalten eingehen.

Dies ist bei der zweiten Gruppe, insbesondere bei den "Übergewichtlern" und den Leuten, die sich "keine Bewegung" verschaffen, eindeutig nicht der Fall. Diese Befragten können sich ihre eigene "Sünden" zwar gelegentlich einmal eingestehen, aber sie auf keinen Fall für übermäßig "gefährlich" halten. Hier wird ganz offensichtlich einfach das Risiko verdrängt.

Bei den risikobewußten Gruppen hingegen ("Zu wenig Schlaf", "Häufiger Streß", "Starke Raucher" usw.) findet die Verdrängung auf eine andere Weise statt.

Die äußere Rationalität wird gewahrt, indem man seine Fehler offen auf den Tisch legt und sie als "gefährlich" deklariert. Das wirkt "aufgeklärt" und vernünftig.

Wie an den Einstellungen der Streßpersönlichkeiten, insbesondere aber an denen "starker Raucher" jedoch deutlich zu erkennen war, setzt die Verdrängung genau einen Schritt später ein:

Es wird nicht mehr das Bewußtsein verdrängt, daß man sich riskant verhält, sondern man verdrängt jetzt die Angst vor den Folgen.

In diesem Zusammenhang ist auch die häufige Projektion der eigenen Fehler auf die Umwelt zu sehen:

Bei risikobewußten Personen hat das eine deutliche Entlastungsfunktion, etwa in dem Sinne: "Ich stehe ja mit diesem Problem nicht allein da".

Außerdem mag noch mitspielen, daß in gewissen Kreisen Streß, Rauchen, Alkohol, zu wenig schlafen usw. schon beinahe zum gehobenen Lebensgefühl gehört ("starke Raucher" und Leute, die "zu wenig schlafen" sowie Leute, die durch "häufigen Streß" geplagt sind, gehören überdurchschnittlich häufig der sozialen Oberschicht an).

Dagegen empfinden Befragte der weniger risikobewußten Problemgruppe des Typs II ihre "Gesundheitssünden" offenbar als ihr ganz privates Problem, das sie sich kaum selber eingestehen, geschweige denn für ein "allgemeines Problem" halten können. Damit würde es eine Bedeutung erlangen, das es nicht haben darf. Die "Sünden" anderer Menschen (z.B. Schlaf, Alkohol), die sie selbst nicht begehen, erscheinen diesen Befragten "gefährlicher" als ihre eigenen, vergleichsweise "harmlosen schlechten Angewohnheiten".

Wie verschieden stark die einzelnen Problemgruppen ihre eigenen Verhaltensfehler zunächst einmal als Tatsache akzeptieren, zeigt sich in den Antworten auf die Frage

161: "Es gehen einem oft Gedanken durch den Kopf, was man eigentlich alles tun sollte - und dann schiebt man es wieder von sich weg und tut es doch nicht.

Ich lese Ihnen nun eine Reihe solcher Gedanken vor, bitte sagen Sie mir zu jedem, ob er Ihnen in der letzten Zeit auch öfter durch den Kopf ging:"

Die Problemgruppen des Typs I reagieren auf die sie selber betreffenden Appelle ziemlich einsichtig:

o "ich sollte öfter ausschlafen":

Gesamt	Problemgruppe <u>"Zu wenig Schlaf"</u>	Differenz
26 %	47 %	+ 21 %

o "ich sollte weniger arbeiten":

Gesamt	Problemgruppe <u>"Häufiger Streß"</u>	Differenz
22 %	44 %	+ 22 %

o "ich sollte weniger rauchen":

Gesamt	Problemgruppe <u>"Starke Raucher"</u>	Differenz
23 %	69 %	+ 46 %

o "ich sollte mich vernünftiger ernähren":

Gesamt	Problemgruppe <u>"Tägliche Ernährungsfehler"</u>	Differenz
13 %	21 %	+ 8 %

Die Problemgruppen des Typs II reagieren auf die auf sie gemünzten Aufrufe, als ginge sie das jeweilige Problem überhaupt nichts an:

- o "ich sollte mich vernünftiger ernähren":

Gesamt	Problemgruppe <u>"Übergewicht"</u>	Differenz
13 %	15 %	+ 2 %

- o "ich sollte mir mehr Bewegung verschaffen":

Gesamt	Problemgruppe <u>"Keine Bewegung"</u>	Differenz
25 %	29 %	+ 4 %

- o "ich sollte mal wieder raus ins Grüne fahren":

Gesamt	Problemgruppe <u>"Selten im Grünen"</u>	Differenz
37 %	32 %	+ 5 %

Hier wird noch einmal deutlich, daß der Typ I sein eigenes gesundheitliches Fehlverhalten tatsächlich als sein Problem anerkennt, wohingegen der Typ II eher dazu neigt, sein Problem zu verleugnen.

Derselbe Unterschied zwischen diesen Gruppen zeigt sich noch einmal in der allgemeinen Beurteilung des "eigenen gesundheitlichen Verhaltens":

Obwohl sich ganz zweifellos beide Gruppen - wenn auch in unterschiedlicher Weise - objektiv gesundheitsriskant verhalten, fällt das Urteil darüber bei beiden unterschiedlich aus.

Typ I ist sich dieses Risikos bewußt, für Typ II existiert kein Risiko:

137: "Wie würden Sie Ihr eigenes gesundheitliches Verhalten einschätzen?
Bitte sagen Sie es mir anhand dieser Liste!"

	Gesamt	"Zu wenig Schlaf"	"Häufiger Streß"	"Starke Raucher"	"Täglich Alkohol"	"Tägliche Ernährungsfehler"	"Übergewicht"	"Keine Bewegung"	"Selten im Grünen"
Basis	1499	265	343	263	197	205	587	548	264

Was meine Gesundheit betrifft

- glaube ich, daß ich mich immer "richtig" oder "im großen und ganzen (meistens) richtig verhalte"	59	44	55	35	46	46	62	60	52
- glaube ich, daß ich mich "nur teilweise richtig" oder "eher falsch" oder "fast immer falsch" verhalte"	36	48	39	57	47	45	32	34	42
- es ist mir gleichgültig, ob ich mich richtig oder falsch verhalte / weiß nicht	6	9	7	9	8	8	6	7	7

Anmerkung: Alle Zahlen sind Prozentzahlen

Ausnahmslos alle Problemgruppen des Typs I (Schlaf, Stress, Raucher, Alkohol, Ernährungsfehler) glauben, daß sie sich

- o "was meine Gesundheit betrifft"
"nur teilweise richtig" oder
"eher falsch" oder "fast immer falsch verhalten"

Von den Problemgruppen des Typs II sind die "Übergewichtler" und die Befragten, die sich "keine Bewegung" verschaffen ebensooft oder sogar etwas häufiger als der Durchschnitt aller Befragten der Ansicht

- o "was meine Gesundheit betrifft"
glaube ich, daß ich mich "immer richtig" oder "im großen und ganzen (meistens) richtig verhalte".

Daß es sich hier allerdings häufig eher um eine Verleugnung des Problems als um die pure Unwissenheit betreffs eigenen riskanten Verhaltens handelt, zeigt sich daran, daß auch Personen des Verhaltenstyps II, der überwiegend glaubt, sein eigenes Gesundheitsverhalten sei richtig, überdurchschnittlich häufig mit Krankheiten rechnet, die sich durchaus als Folge seines Verhaltens einstellen können:

451: "Legen Sie mir bitte alle die Kärtchen heraus, auf denen eine Krankheit steht, von der Sie befürchten, daß Sie sie irgendwann auch einmal bekommen werden:"

	Gesamt	"Zu wenig Schlaf"	"Häufiger Streß"	"Starke Raucher"	"Täglich Alkohol"	"Tägliche Ernährungsfehler"	"Übergewicht"	"Keine Bewegung"	"Selten im Grünen"
Basis	1499	265	343	263	197	205	587	548	264
Krebs	33	24	35	33	23	34	30	32	31
Herzinfarkt, Kreislaufkrankheiten	28	25	33	36	37	34	31	29	31
Magengeschwür, Mangelkrankheiten	15	21	21	24	24	20	14	12	15
Rheuma	12	8	13	13	15	14	15	13	14
Leber- und Gallenkrankheiten	11	9	13	12	14	14	12	13	13
Bandscheibenleiden	11	11	17	13	10	13	11	10	10
Nervenleiden	10	7	15	6	11	15	9	11	12
Asthma, chronischer Husten, Bronchitis	8	9	8	15	10	12	9	6	12
Zuckerkrankheit	7	6	6	3	6	5	10	10	11
keine davon	32	38	25	28	31	25	30	35	25

Anmerkung: Alle Zahlen sind Prozentzahlen

Die risikobewußteren Problemgruppen des Typs I fürchten sich fast ausnahmslos überdurchschnittlich häufig vor den beiden Krankheiten

- o Herzinfarkt, Kreislaufkrankheiten und
- o Magengeschwüren oder sonstigen Magenkrankheiten.

Die Problemgruppen des Typs II, die übrigens alle drei einen stark überdurchschnittlich großen Anteil an "Übergewichtlern" haben, fürchten sich allesamt insbesondere vor

- o der Zuckerkrankheit.

"Starke Raucher" und Leute, die sich "selten im Grünen" aufhalten, fürchten sich überdurchschnittlich häufig vor

- o Asthma, chronischem Husten, Bronchitis.

Es besteht also, auch bei den Personen des Typs II, durchaus ein logischer Zusammenhang zwischen den jeweiligen eigenen Verhaltensweisen und Lebensumständen und den möglicherweise daraus entstehenden Krankheiten. Also müssen die Personen des Typs II doch eine Ahnung von ihrem eigenen Risikoverhalten haben.

Personen des Verhaltenstyps II scheinen demnach häufig unbewußt eine ausgesprochene Risikoangst zu pflegen:

Wie stark sich die beiden Risiko-Gruppen (I,II) mit verschiedenartigem gesundheitsriskanten Verhalten im Hinblick auf ihre Risikomotivation unterscheiden, wird vor allem an ihren Entscheidungen für die folgenden Alternativen deutlich:

Die Mehrheit der Problemgruppen des Typs II (Übergewicht, Keine Bewegung, Selten im Grünen) wünscht sich

"ein ruhiges und geordnetes Leben in dem alles seinen Platz hat und das einem Sicherheit bietet".

Die Problemgruppen des Typs I (Zu wenig Schlaf, Häufiger Streß, Starke Raucher, Täglich Alkohol, Tägliche Ernährungsfehler) wünschen sich überdurchschnittlich häufig

"ein bewegtes, abwechslungsreiches Leben, dem das Ungewisse, das Neuartige und der ständige Wechsel die Würze geben"

oder

"von beidem etwas / mal so, mal so".

169: "Was würden Sie persönlich bevorzugen":

	Gesamt	"Zu wenig Schlaf"	"Häufiger Streß"	"Starke Raucher"	"Täglich Alkohol"	"Tägliche Ernährungsfehler"	"Übergewicht"	"Keine Bewegung"	"Selten im Grünen"
Basis	1499	265	343	263	197	205	587	548	264
... ein ruhiges und geordnetes Leben, in dem alles seinen Platz hat und das einem Sicherheit bietet	49	37	41	32	39	45	59	63	52
... <u>oder</u> : ein bewegtes, abwechslungsreiches Leben, dem das Unge- wisse, das Neuartige und der ständige Wechsel die Würze geben	13	19	19	23	21	17	10	10	10
... von beidem etwas / mal so, mals so	30	33	31	35	31	31	23	17	28
... kann ich nicht so einfach sagen / keine Angabe	8	11	9	11	9	8	8	10	9

Anmerkung: Alle Zahlen sind Prozentzahlen

Der Typ I steht dem Risiko also ganz allgemein aufgeschlossener gegenüber als die Problemgruppen des Typs II.

Dies erklärt sich allerdings zum großen Teil daraus, daß die Problemgruppen des Typs I überwiegend Männer und Personen jüngeren Alters sind. Wie spätere Ergebnisse noch zeigen, nimmt das Bedürfnis nach Ruhe und Ordnung mit steigendem Alter beträchtlich zu, die "Risikomotivation" dagegen ab.

Das würde bedeuten, daß auch das riskante Verhalten mit steigendem Alter abnehmen müßte, sofern das Risiko überhaupt erkannt wird.

Dafür gibt es mehrere beispielhafte Hinweise in den Problemgruppen des Typs I:

Verschiedene Formen extrem gesundheitsriskanten Verhaltens werden mit zunehmendem Alter und zunehmender Verschlechterung des Gesundheitsbefindens gemildert oder sogar weitgehend eingestellt (das starke Rauchen, der tägliche Alkoholkonsum). Es scheint sich dabei häufig um eine Art "Jugendsünde" zu handeln, die allerdings weniger durch Aufklärung, sondern wohl in den meisten Fällen aufgrund schlechter Erfahrungen (Krankheiten, ständiges körperliches Sich-schlecht fühlen oder ähnliches) überwunden wird.

Da den Problemgruppen des Typs I die Schädlichkeit ihres Tuns meistens bewußt ist, ist hier grundsätzlich die Möglichkeit gegeben, bei entsprechender Motivation (z.B. krank werden) sein Gesundheitsverhalten zu verändern.

Das bedeutet, daß im konkreten Fall die Gesundheitsorientierung bei Verschlechterung des Gesundheitsbefindens zunimmt, die Risikomotivation schwächer wird und die ehemals stark risikomotivierten Gruppen mit risikantem Gesundheitsverhalten letzten Endes möglicherweise Angehörige des Problemgruppen-Typs II werden.

Das gesundheitsriskante Fehlverhalten, das in Problemgruppen des Typs II gepflegt wird, ist jedenfalls nicht risikomotiviert:

Befragte dieser Problemgruppen kennen das Risiko meistens nicht, das sie mit ihrem Verhalten eingehen, oder sie wollen es nicht wahrhaben. Jedenfalls sind sie zu einem großen Teil überzeugt, sie verhielten sich - was ihr gesundheitliches Verhalten angeht - im großen und ganzen richtig.

Bei den Problemgruppen "Übergewicht" und "Keine Bewegung" beispielsweise verläuft die Entwicklung mit zunehmendem Alter genau anders herum als bei risikomotivierten Gruppen:

- o Starke Raucher und Alkoholkonsumenten sind meistens jung und gesund und legen ihre risikanten Verhaltensweisen mit steigendem Alter und zunehmender Verschlechterung ihres Gesundheitsbefindens zum großen Teil ab.
- o Die Neigung zu Übergewicht und Bewegungsarmut nimmt dagegen mit steigendem Alter und zunehmender Verschlechterung des Gesundheitsbefindens deutlich zu:

Die Leute werden immer kränker, immer dicker, bewegen sich trotzdem nicht häufiger und ernähren sich auch nicht vernünftiger.

Bei Befragten der Problemgruppen des Typs II ("Übergewicht", "Keine Bewegung", "Selten im Grünen") stoßen wir hier offensichtlich auf einen Widerspruch:

Diese drei Problemgruppen klagen überdurchschnittlich häufig über eine schlechte Gesundheitsbefindlichkeit und zeigen die dazugehörige starke Gesundheitsorientierung. Gleichwohl verhalten sie sich objektiv nicht gesund, reden sich aber ein, sie verhielten sich im "großen und ganzen" richtig.

Teilweise ist dies sicher auf Unwissenheit zurückzuführen (wie zum großen Teil die Ernährungsgewohnheiten der Unterschicht), teilweise aber auch auf andere Motive:

Zum Beispiel wissen die meisten Befragten mit Übergewicht, daß sie zu dick sind, und die meisten möchten auch lieber dünner sein. Sie unternehmen jedoch kaum übertriebene Anstrengungen, diesen Zustand zu ändern (bewußte Gewichtskontrolle, weniger essen). Sie reden sich ein, ihr Gesundheitszustand habe nichts mit ihrem Gewicht zu tun (Übergewicht sei "nicht schädlich") und "genießen lieber mehr ES- und Trinkfreuden" anstatt auf das Idealgewicht zu achten. (Siehe Kapitel III, 6)

Desgleichen meinen die ebenfalls zum größten Teil übergewichtigen Befragten der Problemgruppe "Keine Bewegung" ihre täglich anfallende Bewegung genüge ihnen, es sei nicht nötig, sich darüber hinaus noch regelmäßig im weitesten Sinne sportlich zu betätigen (z.B. spazierengehen, radfahren usw.) (Siehe Kapitel III, 7)

Solange diesen Menschen die Einsicht fehlt, daß ihr Verhalten ihrer Gesundheit schadet, ist mit einer Verhaltensänderung (wie z.B. bei Rauchern und häufigen Alkoholkonsumenten) nicht zu rechnen, denn dazu müßten sie die Kausalität zwischen ihrem jetzigen schlechten Gesundheitsbefinden und ihren riskanten Verhaltensweisen anerkennen. Sie halten ihr Gesundheitsverhalten aber für richtig.

Möglicherweise kann man die Unwissenheit durch Aufklärung beseitigen. Da es sich bei diesen nicht risikomotivierten riskanten Verhaltensweisen nicht nur um die reine Unwissenheit handeln kann (siehe die Krankheitserwartung: Diabetes), trifft man jedoch unter Umständen trotz Aufklärung auf massive Widerstände, diese riskanten Verhaltensweisen (Überernährung, zu wenig Bewegung, zu wenig Luft) zu beseitigen.

Möglicherweise steht auch hinter diesen (nicht bewußten) Formen selbstschädigenden Verhaltens eine ähnliche Motivation wie bei den bewußten riskanten Verhaltensweisen des Problemgruppentyps I.

In diesem Fall würde die (gelungene) Aufklärung dieser Problemgruppen des Typs II vermutlich ganz ähnliche Verdrängungsmechanismen aktivieren, wie sie z.B. bei Rauchern vorzufinden sind:

Die Gefahr, die im eigenen Verhalten liegt, wird rational anerkannt, das Risiko wird nicht mehr verdrängt, aber stattdessen die Angst vor den Folgen des eigenen riskanten Verhaltens.

4. Die Skalen "Gesundheitsbefindlichkeit", "Gesundheitsorientierung", "Risikomotivation" und "Impulsivität im Gesundheitsbereich"

Diese, vom Psychologischen Institut der Justus-Liebig-Universität Gießen entwickelten Skalen zur Erhebung bestimmter, für das Gesundheitsverhalten relevanter Faktoren korrelieren nach unseren Ergebnissen in folgender Weise miteinander:

- o Personen mit guter Gesundheitsbefindlichkeit zeigen eine überdurchschnittlich schwache Gesundheitsorientierung, gleichzeitig eine relativ starke Risikomotivation sowie eine überdurchschnittlich starke Impulsivität im Gesundheitsbereich.

- o Umgekehrt zeigt sich bei zunehmender Verschlechterung der Gesundheitsbefindlichkeit eine erhöhte Gesundheitsorientierung, sowie eine Abschwächung der Risikomotivation und der Impulsivität im Gesundheitsbereich.

Welche Faktoren in dieser Funktionskette abhängige und welche unabhängige Variable sind, konnte von uns nicht untersucht werden. Wir arbeiteten fast ausschließlich mit der Skala "Gesundheitsbefindlichkeit", da sie für unsere Zwecke das brauchbarste Instrument darstellte.

Untersucht man nun diese beiden Syndrome auf ihre Verteilung in der Bevölkerung, so zeigen sich völlig eindeutige Zuordnungen bestimmter Gruppen zu den beiden Extremen:

Eine gute Gesundheitsbefindlichkeit, eine schwache Gesundheitsorientierung, eine starke Risikomotivation sowie eine starke Impulsivität im Gesundheitsbereich zeigen überdurchschnittlich häufig

- o Männer
- o junge Leute unter 30 Jahren
- o Angehörige der sozialen Oberschicht.

Eine schlechte Gesundheitsbefindlichkeit, eine starke Gesundheitsorientierung, keine Risikomotivation sowie eine nur schwache Impulsivität im Gesundheitsbereich zeigen überdurchschnittlich häufig

- o Frauen
- o ältere Befragte über 50 Jahre
- o (Angehörige der sozialen Unterschicht).

Skalen "Riskomotivation" und "Impulsivität im Gesundheitsbereich"

	Gesamt	Geschlecht		Alter			Soziale Schicht			Ortsgröße		
		M	F	-30	30-50	50 +	oben	mitte	unten	Dorf, Kleinstadt	Mittel- stadt	Groß- stadt
Basis	1499	703	796	448	546	485	306	842	351	766	260	474
470: "Riskomotivation"												
<u>keine</u>	52	45	58	37	54	63	46	53	53	56	47	48
<u>schwach</u>	32	34	30	37	29	31	31	31	34	29	36	34
<u>stark</u>	16	21	12	26	17	5	22	14	14	13	15	18
170: "Impulsivität im Gesundheitsbereich"												
<u>schwach</u>	19	17	22	9	17	33	16	19	26	20	25	16
<u>mittel</u>	34	29	37	24	34	42	31	33	35	33	29	35
<u>stark</u>	46	54	41	67	49	25	52	48	40	45	45	49

Riskomotivation:

keine: kein Item "riskant" beantwortet
schwach: 1 bis 2 Items "riskant" beantwortet
stark: 3 bis 6 Items "riskant" beantwortet

Impulsivität im Gesundheitsbereich:

schwach: 0 oder 1 Item "impulsiv" beantwortet
mittel: 2 bis 4 Items "impulsiv" beantwortet
stark: 5 bis 9 Items "impulsiv" beantwortet

Anmerkung: Alle Zahlen sind Prozentzahlen

Skalen "Gesundheitsorientierung" und "Gesundheitsbefindlichkeit"

	Gesamt	Geschlecht		A l t e r			Soziale Schicht			Ortsgröße		
		M	F	-30	30-50	50 +	oben	mitte	unten	Dorf Kleinstadt	Mittel- stadt	Groß- stadt
Basis	1499	703	796	448	546	485	306	842	351	766	260	474

471: "Gesundheitsorientierung"

<u>schwach</u>	19	24	14	31	20	6	22	17	19	18	14	23
<u>mittel</u>	46	47	44	55	47	33	46	48	38	44	46	46
<u>stark</u>	35	29	43	14	32	59	32	34	42	37	41	32

171: "Gesundheitsbefindlichkeit"

<u>gut</u>	43	47	38	57	43	27	48	45	31	41	44	43
<u>mittel</u>	35	34	34	31	39	32	35	34	33	35	32	33
<u>schlecht</u>	23	18	27	10	18	40	17	20	35	23	22	23

Gesundheitsorientierung:

schwach: 0 bis 2 Items "gesundheitsorientiert" beantwortet
mittel: 3 bis 5 Items "gesundheitsorientiert" beantwortet
stark: 6 bis 9 Items "gesundheitsorientiert" beantwortet

Gesundheitsbefindlichkeit:

gut: 7 bis 9 Items "gesund" beantwortet
mittel: 4 bis 6 Items "gesund" beantwortet
schlecht: 0 bis 3 Items "gesund" beantwortet

Anmerkung: Alle Zahlen sind Prozentzahlen

Die Analyse dieser allgemeinen Ergebnisse fällt aus dem Rahmen dieser Untersuchung.

Bezogen auf unsere Fragestellung, welche Persönlichkeitsfaktoren das gesundheitsriskante Verhalten motivieren, liefern die vier Skalen folgende Ergebnisse:

Skalen "Risikomotivation" und "Impulsivität im Gesundheitsbereich"

	Gesamt	"Zu wenig Schlaf"	"Häufiger Streß"	"Starke Raucher"	"Täglich Alkohol"	"Tägliche Ernährungsfehler"	"Übergewicht"	"Keine Bewegung"	"Selten im Grünen"
Basis	1499	265	343	263	197	205	587	548	264
470: "Risikomotivation"									
<u>keine</u>	52	44	47	34	33	40	58	56	52
<u>schwach</u>	32	27	31	36	38	35	30	31	36
<u>stark</u>	16	29	22	29	28	25	12	13	12
170: "Impulsivität im Gesundheitsbereich"									
<u>schwach</u>	19	10	17	7	13	10	21	25	15
<u>mittel</u>	34	33	39	24	26	33	37	35	39
<u>stark</u>	46	57	44	68	61	56	42	39	45

Risikomotivation:

keine: kein Item "riskant" beantwortet
schwach: 1 bis 2 Items "riskant" beantwortet
stark: 3 bis 6 Items "riskant" beantwortet

Impulsivität im Gesundheitsbereich:

schwach: 0 oder 1 Item "impulsiv" beantwortet
mittel: 2 bis 4 Items "impulsiv" beantwortet
stark: 5 bis 9 Items "impulsiv" beantwortet

Anmerkung: Alle Zahlen sind Prozentzahlen

Skalen "Gesundheitsorientierung" und "Gesundheitsbefindlichkeit"

	Gesamt	"Zu wenig Schlaf"	"Häufiger Stress"	"Starke Raucher"	"Täglich Alkohol"	"Tägliche Ernährungsfehler"	"Übergewicht"	"Keine Bewegung"	"Selten im Grünen"
Basis	1499	265	343	263	197	205	587	548	264

471: "Gesundheitsorientierung"

<u>schwach</u>	19	27	19	35	30	23	17	17	21
<u>mittel</u>	46	47	49	49	41	46	43	41	40
<u>stark</u>	35	26	32	15	28	31	40	42	39

171: "Gesundheitsbefindlichkeit"

<u>gut</u>	43	41	38	50	48	40	29	34	28
<u>mittel</u>	35	39	37	37	32	34	33	33	43
<u>schlecht</u>	23	20	25	11	18	26	27	33	28

Gesundheitsorientierung:

schwach: 0 bis 2 Items "gesundheitsorientiert" beantwortet
mittel: 3 bis 5 Items "gesundheitsorientiert" beantwortet
stark: 6 bis 9 Items "gesundheitsorientiert" beantwortet

Gesundheitsbefindlichkeit:

gut: 7 bis 9 Items "gesund" beantwortet
mittel: 4 bis 6 Items "gesund" beantwortet
schlecht: 0 bis 3 Items "gesund" beantwortet

Anmerkung: Alle Zahlen sind Prozentzahlen

Da sich unsere 5 Problemgruppen des Typs I (Schlaf, Streß, Raucher, Alkohol, Ernährung) überwiegend aus

- o Männern
- o überdurchschnittlich häufig aus jüngeren Leuten und
- o aus Angehörigen der sozialen Oberschicht

zusammensetzen, finden wir bei ihnen im wesentlichen das gleiche "Gesundheitssyndrom" wie bei der vergleichbaren Bevölkerungsgruppe überhaupt:

Sie sind überdurchschnittlich häufig stark risikomotiviert, und (bis auf eine Ausnahme) überwiegend von starker Impulsivität im Gesundheitsbereich, sowie ausgesprochen schwach gesundheitsorientiert.

Einige, von den allgemeinen Skalenergebnissen abweichende Daten scheinen allerdings einige Hinweise auf den Einfluß bestimmter Formen gesundheitsriskanten Verhaltens auf das Gesundheitsbefinden zu geben:

- o Personen, die zu wenig schlafen, befinden sich (trotz immer noch überdurchschnittlich starker Risikomotivation und Impulsivität im Gesundheitsbereich) schon nicht mehr bei so guter Gesundheitsverfassung. Es geht ihnen bereits nur noch mittelmäßig.

- o Streßpersönlichkeiten verhalten sich, trotz immer noch starker Risikomotivation weniger impulsiv im Gesundheitsbereich, besitzen bereits eine mittlere Gesundheitsorientierung sowie ein höchstens mittelmäßiges Gesundheitsbefinden.

Befragte dieser Problemgruppe sind überdurchschnittlich häufig bereits in den mittleren Lebensjahren. Offensichtlich machen sich die Folgen andauernden Risikoverhaltens bereits bemerkbar. Diese Gruppe befindet sich anscheinend bereits auf dem Weg zu einer gemäßigteren Lebensweise (geringe Impulsivität).

- o Personen, die "tägliche Ernährungsfehler" begehen, verfügen zwar über eine überdurchschnittlich starke Risikomotivation, verhalten sich sehr impulsiv im Gesundheitsbereich, sind nur schwach an ihrer eigenen Gesundheit orientiert, befinden sich aber überdurchschnittlich häufig in schlechter gesundheitlicher Verfassung.

Auch regelmäßige tägliche Ernährungsfehler scheinen sich (im Zusammenhang mit den übrigen Verhaltensweisen dieser Gruppe) ziemlich deutlich auszuwirken.

- o Allein die "starken Raucher" sowie Personen, die "täglich Alkohol" zu sich nehmen weisen das vollständige Syndrom auf:

Sie sind überdurchschnittlich stark risikomotiviert, sehr impulsiv im Gesundheitsbereich, auffallend schwach gesundheitsorientiert und verfügen über eine überdurchschnittlich gute Gesundheitsbefindlichkeit.

Die Problemgruppen des Typs II (Übergewicht, keine Bewegung, selten im Grünen) weisen dagegen das fast reine "Gesundheitsorientierungs-Syndrom" auf. Da sie sich alle drei überwiegend aus

- o Frauen
- o überdurchschnittlich häufig aus älteren Befragten und
- o aus Angehörigen der sozialen Unterschicht

rekrutieren, finden sich hier ganz ähnliche Ergebnisse wie in den entsprechenden Gruppen der Gesamtbevölkerung:

Befragte dieser Problemgruppen weisen mehrheitlich überhaupt keine Risikomotivation auf, sind überdurchschnittlich stark oder höchstens mittelmäßig impulsiv in ihrem Gesundheitsverhalten, zeigen eine sehr starke Gesundheitsorientierung mit der dazugehörigen überdurchschnittlich schlechten Gesundheitsbefindlichkeit.

Über die Kausalitäten zwischen dem gesundheitsriskanten Verhalten dieser Problemgruppen und ihrem jetzigen schlechten Gesundheitsbefinden sind daher aus diesen Zahlen keine Hinweise zu gewinnen.

5. Schlußfolgerung: Zwei verschiedene Grundformen gesundheitsriskanten Verhaltens

Die innere Homogenität und gleichzeitig die Verschiedenheit beider Typen von Problemgruppen ist in den vorangegangenen Kapiteln deutlich geworden.

Es scheint sich hier also um zwei verschiedene Grundmuster von gesundheitsrelevantem Verhalten zu handeln, deren Verbreitung in unserer Gesellschaft zu prüfen ist:

Faßt man die Befragten aller Problemgruppen zusammen und eliminiert dabei alle Überschneidungen (viele Personen gehören gleich mehreren Problemgruppen an), so ergibt sich, daß

- o insgesamt 75 % der Bevölkerung sich ständig wenigstens einem dieser acht von uns untersuchten gesundheitlichen Risiken aussetzen.

Der risikobewußte und risikomotivierte Typ gesundheitsriskanten Verhaltens (Typ I) umfaßt etwa

- o 25 % der Bevölkerung.

Der gesundheitsorientierte Typ mit unbewußt riskantem Verhalten (Typ II) umfaßt etwa

- o 50 % der Bevölkerung.

Diese beiden Problemgruppen-Typen mit unterschiedlichen gesundheitsriskanten Verhaltensweisen unterscheiden sich nicht nur in ihrer soziographischen Struktur, sondern auch in den Einstellungen und Motivationen hinsichtlich ihres gesundheitsrelevanten Verhaltens prägnant voneinander.

Vergleich: Soziographische Merkmale der verschiedenen Problemgruppen-Typen

	GESAMT	Problemgruppen Gesamt	Problemgruppen Typ I	Problemgruppen Typ II
Basis	1499	1126	382	744
<u>Geschlecht:</u>				
Männer	47	48	65	39
Frauen	53	52	35	61
<u>Alter:</u>				
14 - 29 Jahre	30	26	36	20
30 - 49 Jahre	36	37	42	34
50 Jahre und älter	33	36	19	45
<u>Soziale Schicht:</u>				
Oberschicht	20	18	23	15
Mittelschicht	56	55	58	54
Unterschicht	23	27	19	32
<u>Ortsgröße:</u>				
Dorf, Kleinstadt	51	52	51	52
Mittelstadt	17	18	20	18
Großstadt	32	30	29	30
<u>Gesundheitsbefindlichkeit:</u>				
gut (+)	43	40	46	37
mittel (0)	35	34	37	33
schlecht (-)	23	25	17	30

Typ I : "Zu wenig Schlaf", "Häufiger Streß", "Starke Raucher", "Täglich Alkohol", "Tägliche Ernährungsfehler"
 Typ II : "Übergewicht", "Keine Bewegung", "Selten im Grünen"

Anmerkung: Alle Zahlen sind Prozentzahlen

Zusammenfassend lassen sie sich folgendermaßen charakterisieren:

Risiko-Typ I

Verhalten: "Häufiger Streß", "Zu wenig Schlaf", "Starke Raucher", "Täglich Alkohol", "Tägliche Ernährungsfehler"

Soziographische Merkmale:

Überwiegend Männer, eher Personen jüngeren und mittleren Alters, überwiegend Angehörige der Ober- und Mittelschicht.

Einstellungen zum eigenen Verhalten:

Dieser Typ ist sich des Risikos, das in seinem Gesundheitsverhalten liegt, in hohem Maße bewußt. Er weiß, daß er sich langfristig durch sein Verhalten schaden wird, verdrängt aber, solange es geht, die Angst vor den Folgen.

Gelegentlich wird das Risiko sogar idealisiert (z.B. "Streß macht den Reiz des Berufslebens aus"; "Für hohe berufliche Ideale und Ziele darf man mögliche gesundheitliche Schäden nicht scheuen"), häufiger aber für eine zwangsläufige Konsequenz der Verhältnisse erklärt ("Wer im Beruf Erfolg haben und vorwärts kommen will, muß mögliche gesundheitliche Schäden in Kauf nehmen", "Gesundheitliche Schäden durch berufliche Überbelastungen sind als natürlicher Verschleiß zu betrachten, mit dem man sich abfinden muß").

Verhaltensänderungen sind bei diesem Typ durch gesundheitliche Aufklärung nicht zu erreichen, da er bereits im hohen Maße über die möglichen Folgen seines Tuns informiert ist und seiner erhöhten Erkrankungswahrscheinlichkeit kalten Blutes ins Auge sieht, solange er noch gesund ist (z.B.: Starke Raucher erfreuen sich eines überdurchschnittlich guten gesundheitlichen Befindens: Ein Drittel dieser Gruppe kalkuliert ein, daß sie "wahrscheinlich" oder "vielleicht" persönlich an einem Raucherkrebs erkranken wird.) Hier wird also nicht das Risiko selbst verdrängt, sondern die Angst vor seinen Folgen.

Das funktioniert so lange, bis sich diese Folgen selbst bemerkbar machen. Bei einem Teil der Personen dieses Typs ist eine Änderung des gesundheitsriskanten Verhaltens dann allerdings möglich (z.B. Starkes Rauchen und täglicher Alkoholgenuß werden mit zunehmender Verschlechterung des Gesundheitsbefindens seltener).

Risiko-Typ II

Verhalten: "Übergewicht", "Keine Bewegung"
"Selten im Grünen"

Zu den riskanten Verhaltensweisen dieses Typs kann auch noch eine in bestimmten Punkten fehlerhafte Ernährung (zuviel Kohlehydrate, zu wenig Eiweiß, Vitamine usw.) gerechnet werden, die nicht als Auswertungs-"Problemgruppe" erfaßt wurde.

Soziographische Merkmale:

Überwiegend Frauen, überdurchschnittlich viele ältere Leute über 50 Jahre, überdurchschnittlich viele Angehörige der sozialen Unterschicht.

Einstellungen zum eigenen Verhalten:

Dieser Typ ist sich des Risikos, das in seinem Verhalten liegt, meist gar nicht bewußt. Er besitzt im Gegenteil eine starke Gesundheitsorientierung und glaubt, er verhielte sich auch dementsprechend richtig.

Zum Teil ist dieser Widerspruch zwischen riskantem Verhalten und starker Gesundheitsorientierung auf Aufklärungsmängel zurückzuführen (z.B. die Ernährungsgewohnheiten der Unterschicht), zum Teil auf die konkreten Lebensumstände der Betroffenen (z.B.: Eine "moderne, gesunde" Ernährung ist teurer; oder: man kommt selten an die frische Luft, wenn man in der Großstadt wohnt und kein Auto hat; oder: man ist zu müde, sich genügend Ausgleich in der Bewegung zu verschaffen, wenn man den ganzen Tag arbeitet), zum Teil ebenfalls auf Verdrängung (z.B. Übergewicht ist "nicht schädlich"; oder: "Was mir schmeckt, ist auch gesund").

Allerdings wird bei Personen dieses Typs bereits das Bewußtsein des Risikos selbst verdrängt (bei Personen des Typs I wurde nicht das Bewußtsein des Risikos, sondern die Angst vor den Folgen verdrängt).

Ständige gesundheitliche Schock-Aufklärung, die an die Angst appelliert (z.B. "Dicke Leute sterben eher") könnte hier zunächst einmal das Bewußtsein der Gefahr überhaupt erst schaffen. Ob dann jedoch nicht wieder der gleiche Verdrängungsmechanismus einsetzt wie bei Personen des Typs I ("dann sterbe ich eben eher"), ist nicht sicher.

Eine Verhaltensänderung aufgrund der gesundheitlichen Folgen des eigenen riskanten Verhaltens erscheint bei Personen dieses Typs logisch ausgeschlossen, da sie die Kausalität zwischen ihrem Verhalten und den entsprechenden Folgen nicht kennen oder nicht wahrhaben wollen.

Beide Typen kennzeichnet also selbstzerstörerisches Tun, einmal in aktiver (bewußter) und einmal in passiver (unbewußter) Form. Mit anderen Worten, die Mehrheit unserer Bevölkerung eint eine (nicht bewußte) "Selbstmörder-Haltung", wobei allerdings die Art und Weise der Selbstaggression je nach Geschlecht, Alter und sozialem Standort verschieden ist.

Der jüngere ("männliche"), in der sozialen Rangordnung weiter oben angesiedelte Typ (I) bevorzugt die dynamische Pose (Streß, zu wenig Schlaf) und schadet sich mittels Leistung und Konsum (Rauchen, Alkohol, Essen). Aus der Häufung mehrfacher riskanter Verhaltensweisen ersieht man die optimistische Kraftmeierei, mit der diese Leute (vorläufig noch) über ihre gesundheitlichen Verhältnisse leben.

Diese Gruppe demonstriert, solange sie jung ist, durch das eigene Verhalten "Gesundheit", "Aktivität", "Schwung", "Tatkraft", also jene Art von "Gesundheit", die der kranke Teil unserer Gesellschaft für das "Wichtigste im Leben", das "höchste Gut" und "das Los der Glücklichen" hält.

Daß sich diese Gruppen (Männer, jüngere Leute, sozial höhere Schichten) auch gesundheitlich am wohlsten fühlen, (siehe Kapitel I), scheint unter anderem mit ihren jeweiligen gesellschaftlichen Rollen zusammenzuhängen, die ihnen einen größeren Aktivitäts- und Freiheitsspielraum zur eigenen Entfaltung und zur Selbstbestätigung gestatten.

Warum sie sich aber trotzdem mit ihrer gesundheitsriskanten Lebensweise mit Erfolg selber schaden, wird aus unseren Zahlen nicht ersichtlich. Die Motivationen zum Risiko, auch gesundheitlicher Art, müssen unserer Meinung nach erst noch herausgefunden werden.

Eines der deutlichsten Ergebnisse dieser Untersuchung war der Zusammenhang zwischen steigendem Alter und rapide zunehmender gesundheitlicher Verschlechterung. Alter und Krankheit scheinen in unserer Gesellschaft Synonyme zu sein, gesunde alte Leute sind eine Rarität.

So scheint also auch die forsche Demonstration von Gesundheit unseres risikomotivierten Typs I nur eine vorübergehende Angelegenheit zu sein, die sich von selber einstellt, wenn sich die ersten Folgen seiner riskanten, auf raschen gesundheitlichen Verschleiß zielenden Lebensweise zeigen.

Der ältere, ("weibliche"), sozial eher unterprivilegierte Typ (II) verkriecht sich in die immobile, defensive, resignierende Freßhaltung (falsche Ernährung, Übergewicht, Bewegungsarmut, selten aus dem Haus gehen). Hier scheint es keinen Ausweg mehr zu geben, außer den, auf einer Stelle hocken zu bleiben, unentwegt an Körpergewicht zuzunehmen und immerzu vor sich hinzukränkeln.

Diese defensive, inaktive, "unaufgeklärte" Art der Selbstschädigung ist offenbar die am weitesten verbreitete in unserer Gesellschaft. Daß sie mit gutem Erfolg praktiziert wird, zeigen die Zahlen zum Gesundheitsbefinden der Bevölkerung.

Die Gesundheit - so zeigt diese Untersuchung - ist deshalb das "höchste Gut" und der "größte Reichtum", weil sie nicht selbstverständlich ist. Sie ist schwer zu erhalten, wenn man sie ständig selber aufs Spiel setzt.