

Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald  
Rechts- und Staatswissenschaftliche Fakultät  
Wirtschaftswissenschaftliche Diskussionspapiere

## **Lebensstilwandel in Ostdeutschland**

### **Ansatzpunkte für gesundheitsökonomische Analysen**

Paul Marschall

Diskussionspapier 3/99

September 1999

ISSN 1437-6989

Keywords: Lebensstil, gesundheitsrelevantes Verhalten, Ostdeutsche Transformation

Adresse:

Dipl.-Vw. Paul Marschall

Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald

Lehrstuhl für Allgemeine Volkswirtschaftslehre, insb. Finanzwissenschaft

Postfach

17487 Greifswald

Telefon: 03834-86 24 22

Telefax: 03834-86 24 65

E-Mail: [marschal@mail.uni-greifswald.de](mailto:marschal@mail.uni-greifswald.de)

Für hilfreiche Kommentare und Kritik danke ich an dieser Stelle Udo Schneider und Volker Ulrich.

## **Abstract**

Ten years have passed since the so called Wende in East Germany. The change of the economical and political system influenced the life of the individuals in multiple ways. From a health economics' perspective one could ask for the implications of changes in lifestyle. This paper reviews economic approaches of health influencing behaviours and summarizes lifestyle research concerning the former GDR. There exist several studies from epidemiological, psychological and sociological points of view, which focus on consequences of transformation, but the issue has not been treated by a health economic analysis yet. Therefore a basic form for a health economics' analysis is introduced, which offers links for a structural model with latent variables. In a further step it has to be transformed into an econometric model and tested.

## 1. Einführung

Zehn Jahre sind seit der sogenannten Wende in Ostdeutschland vergangen. Seither ist eine kaum noch zu überschauende Anzahl an Beiträgen entstanden, die sich mit den vielfältigen und komplexen Wirkungen der Veränderungen in den neuen Bundesländern beschäftigen. Mit Ausnahme der vielbeachteten Arbeiten von Hans-Werner Sinn<sup>1</sup> und einiger weiterer, vorwiegend makroökonomischer Arbeiten,<sup>2</sup> fand die konkrete Analyse der ostdeutschen Transformation in der Volkswirtschaftslehre im Unterschied zu anderen Disziplinen bislang nur einen vergleichsweise geringen Niederschlag. Vor allem stehen noch Transformationsanalysen aus gesundheitsökonomischer Perspektive aus.

In den vorwiegend zu Beginn der 1990er Jahre publizierten, primär soziologisch ausgerichteten Arbeiten, wie etwa in den *Berichten der Kommission für die Erforschung des sozialen und politischen Wandels in den neuen Bundesländern e. V.*, wird häufig auf die individuellen Folgen der Wiedervereinigung Bezug genommen. Die Veränderung der wirtschaftlichen und politischen Struktur habe in vielfacher Weise in das Leben der einzelnen Personen eingegriffen (vgl. exemplarisch: Heinz, Hormuth, Kornadt, Sydow und Trommsdorff 1996, S. 1). Grundsätzlich könnte man - in einem allgemeinen und umfassenden Verständnis - versucht sein, daraus auf individueller Ebene einen Lebensstilwandel abzuleiten, der sich innerhalb einer zu operationalisierenden Zeitspanne den westdeutschen Ausprägungen angleicht. Dennoch muß eine derartige Einschätzung nicht notwendigerweise hinsichtlich des Verständnisses von 'Lebensstil' in den einzelnen Disziplinen gelten. Gerade aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive bildet der hypothetisch angenommene Lebensstilwandel ein interessantes Forschungsfeld, da wissenschaftliche Arbeiten eruierte Lebensstildifferenzen zwischen Ost- und Westdeutschland, insbesondere vor der Wiedervereinigung, für die unterschiedliche durchschnittliche Lebenserwartung in beiden deutschen Landesteilen verantwortlich machen.<sup>3</sup>

Im folgenden wird zunächst der Begriff 'Lebensstil' näher vorgestellt, seine historische Entwicklung und (inter-)disziplinäre An- und Verwendung. Unterschiede im theoretischen Verständnis im Gegensatz zur Gesundheitsökonomik sollen dadurch deutlich werden. Anschließend erfolgt eine überblicksartige Darstellung gesundheitswissenschaftlicher Forschungsarbeiten, die darauf ausgerichtet sind, gesundheitsrelevante Verhaltensweisen in Ostdeutschland unmittelbar vor und nach der Wende abzubilden. Darauf aufbauend wird im abschließenden Teil der Arbeit in systematischer Form ein gesundheitsökonomisches Lebensstil-Modell entwickelt, welches einerseits wesentliche Aspekte

---

<sup>1</sup> Vor allem sind hierbei Sinn und Sinn (1991) sowie Sinn (1996) zu nennen.

<sup>2</sup> Vgl. hier vor allem den Sammelband von Welfens, P. J. J. (1992).

im Verständnis gesundheitsrelevanter Prozesse angrenzender Disziplinen enthält, andererseits geeignet sein kann, die Implikationen eines möglichen Lebensstilwandels darzustellen.

## 2. Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen in Ostdeutschland

### 2.1 Dimensionen des Lebensstils

#### 2.1.1 Definitionen und Verwendungsweisen

Der Ausdruck 'Lebensstil' bzw. 'lifestyle' ist en vogue. Durch den Terminus als solchen ist jedoch noch nicht eindeutig geklärt, was darunter verstanden wird (vgl. Sobel 1981, S. 1). Die Unklarheit hat insbesondere damit zu tun, daß 'Lebensstil' von verschiedenen wissenschaftlichen (Teil-) Disziplinen in recht unterschiedlichen Zusammenhängen und oftmals synonym zu anderen Begriffen verwendet wird. Zum besseren Verständnis ist es deshalb erforderlich, die im Kontext einer gesundheitsökonomischen Analyse verwendeten Ansätze kurz vorzustellen. Zwei Ebenen müssen dabei voneinander unterschieden werden: Der Lebensstil-Begriff als solcher sowie der implementierte Begriffsinhalt.

Der *Begriff* 'Lebensstil' wurde zu Beginn dieses Jahrhunderts von Max Weber<sup>4</sup> und Georg Simmel (1900) in soziologischer, bzw. von Alfred Adler in psychologischer Hinsicht geprägt und geriet danach weitgehend in Vergessenheit. Erst im Kontext der Erneuerung der Soziologie in den 60er und 70er Jahren dieses Jahrhunderts wurde der Ausdruck in den USA wiederentdeckt. Die fehlerhafte Übertragung ins Englische trug dabei nach Abel und Cockerham (1993, S. 551) zur Unschärfe des Begriffs bei.<sup>5</sup> Während im weitesten Sinne der *Begriffsinhalt* auf Verhaltensweisen abzielt, hängt das konkrete Verständnis wesentlich vom disziplinären Vorverständnis und dem jeweiligen Forschungsfeld ab. Erste Anwendungsbereiche bildeten die interdisziplinären Bereiche der Konsumenten- und Marktforschung sowie sozialstrukturelle Ansätze im Bereich der Soziologie.<sup>6</sup> Während in einigen Forschungsfeldern lediglich der Begriff importiert wurde, um altbekannte Sachverhalte und Inhalte neu zu benennen, wurde in anderen Bereichen auch der gesamte (bzw. Teile des) *Begriffsinhaltes* übertragen. Die interdisziplinäre Ausrichtung von Forschungssegmenten trug sicherlich dazu bei, daß Aspekte des Lebensstils auch zunehmend in anderen Disziplinen, wie der Ökonomie, verwendet wurden. Dies führte dazu, daß die Trennschärfe zu Termini wie Lebensweise und

---

<sup>3</sup> Vgl. dazu etwa Heinemann, Dinkel und Görtler (1996).

<sup>4</sup> Max Webers Schriften nennen an verschiedenen Stellen den Begriff "Lebensstil" und "Lebensführung" (Weber 1980, S. 177ff., S. 534ff. und 1969, S. 164, S. 187f. sowie S. 346.), die synonym gelesen werden dürfen (vgl. Klocke 1993, S. 73)

<sup>5</sup> Erstaunlicherweise hatte das sozialistische Pendant zur Lebensstilforschung, die weitgehend auf den sowohl von Marx als auch von Weber verwendeten Begriff "Lebensweise" zurückgriff, ähnlich geartete Operationalisierungsprobleme bei der Begriffsbestimmung (vgl. Butenko 1979, S. 330).

Lebensführung verlorenging. Während diese Ausdrücke im Sprachgebrauch einzelner Disziplinen, wie der Volkswirtschaftslehre, deckungsgleich zueinander stehen, differenzieren Soziologen hinsichtlich deren Bedeutung.

### 2.1.2 Gesundheitsökonomische Aspekte des Lebensstils

*Gesundheitswissenschaften* lassen sich nach Hurrelmann und Laaser (1993, S.7ff. ) von den klassischen medizinischen *Krankheitswissenschaften*, wie Biomedizin und klinische Medizin dadurch abgrenzen, daß letztere sich schwerpunktmäßig auf die Entstehung von Krankheiten und deren Heilung konzentrieren. Gesundheitswissenschaften, die ihre Wurzeln in Disziplinen wie Soziologie, Psychologie und Ökonomie haben, wenden demgegenüber ihren Blick auf somatische, psychische und ökonomische Bedingungen der Gesunderhaltung und der Vermeidung von Krankheiten per se.

Das Grundverständnis des gesundheitswissenschaftlichen Lebensstil-Konzepts basiert auf der Erkenntnis, daß Lebensweisen wie Konsum von Alkohol und Tabak, körperliche Aktivitäten und Schlafgewohnheiten Auswirkungen auf den körperlichen und seelischen Gesundheitszustand haben können. Die inhaltliche und begriffliche Ausgestaltung gesundheitsökonomisch, soziologisch, epidemiologisch und psychologisch orientierter Ansätze ist dabei im wesentlichen abhängig vom jeweiligen disziplinären Forschungsinteresse. Dazu zählt auch die inhaltliche Abgrenzung zu anderen Begriffen. Analog zum gesundheitsökonomischen Verständnis werden die Begriffe Lebensstil, Lifestyle, Lebensweise und gesundheitsrelevante Verhaltensweise(n) auch im Rahmen dieser Arbeit synonym verwendet.

Erste ökonomische Arbeiten gehen bis auf das Jahr 1845 und die amerikanische und britische Temperenzbewegung zurück, als im Rahmen von Kostenanalysen versucht wurde, die volkswirtschaftlichen Kosten des Alkoholkonsums zu beziffern (vgl. Room 1983, S. 262). Kosten-Nutzen-Analysen von Alkoholge- und Mißbrauch folgten (vgl. Gerstein 1983).

Weiterführende Arbeiten entstanden seit den 1960er Jahren, nachdem sich die Gesundheitsökonomik etabliert hatte. Von zentraler Bedeutung ist die Einsicht, daß das Individuum als Produzent seiner Gesundheit angesehen werden kann. Die analytische Fundierung erfolgte durch Grossman (1972). Seinem Ansatz zufolge können zwei Arten von Nutzen unterschieden werden, die sich aus einer Verbesserung des Gesundheitszustandes ergeben: einerseits der konsumtive Nutzen, der direkt in die Nutzenfunktion eingeht und andererseits der investive Nutzen, der sich in einer Zunahme an

---

<sup>6</sup> Zahlreiche Überblicksdarstellungen informieren über Lebensstilansätze, die mit der Sozialstrukturanalyse verbunden sind: vgl. Hradil (1992), Müller und Wehrich (1990).

gesunder Zeit manifestiert, die für Aktivitäten, Konsum, Erwerbstätigkeit oder Investitionen ins Gesundheitskapital verfügbar ist. Dabei wird Gesundheit als Kapitalbestand aufgefaßt, der durch Krankheiten (in Übertragung von Abschreibungen) reduziert, via Investitionen, die als medizinische Leistungen interpretiert werden können, aufgebaut werden kann. In diesem Sinne werden die in Anspruch genommenen medizinischen Leistungen als abgeleitete Nachfrage nach Gesundheit interpretiert. Angenommen wird, daß das, was die Konsumenten nachfragen, wenn sie medizinische Leistungen in Anspruch nehmen, Gesundheit ist und nicht medizinische Leistungen per se. Die Abschreibungen auf die Gesundheit können von Risikofaktoren für die individuelle Gesundheit, wie Alkohol- und Zigarettenkonsum abhängen, die Produktivität der Investitionen insbesondere vom Alter. Eine Reihe gesundheitsökonomischer Arbeiten basiert auf Modifikationen des Grossman-Modells (z. B. Muurinen 1982) und versucht den Einfluß von Lebensstil-Variablen zu schätzen (z. B. Contoyannis und Jones 1999; Jones 1996). Zwei Merkmale deuten dabei auf das zugrundeliegende Verständnis hin: Lebensstile werden als Verhaltensmuster verstanden, die einerseits als gesundheitsrelevant, andererseits als freiwillig eingestuft werden (vgl. Contoyannis und Jones 1999). Von Interesse sind dabei auch die Arbeiten von Leu und Doppmann (1986) sowie Leu und Gerfin (1992), die von Grossmans Verhaltensmodell ausgehen, die nachgefragte Gesundheit jedoch als latente Variable definieren. In ihren Modellen werden Lebensstilvariable, sozioökonomische Merkmale, Einkommen und die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen abgebildet sowie die Zusammenhänge auf der Basis von Daten einer repräsentativen schweizer Gesundheitsbefragung geschätzt.

Eine Reihe von ökonomischen Modellen thematisiert den Konsum von Alkohol und Tabak. Um eine effektive Gesundheitspolitik zu betreiben, ist ein umfassendes Verständnis der Faktoren erforderlich, welche deren *Nachfrage* beeinflussen. In Anlehnung an Godfrey (1986) können dabei in systematischer Weise vier Modelltypen unterschieden werden:

i) Einfache *statische Ein-Gleichungs-Modelle*, wie bei Stone (1954), die als erklärende Variable Alkohol und Tabak enthalten, dienen dazu, über Preiseffekte substitutive Beziehungen zu anderen Gütern zu untersuchen. Um darüber hinaus Kreuz-Substitutions-Effekte zu analysieren, wurde von Stone die Nutzentheorie verwendet. Sie sollte die Schätzung vollständiger Systeme von Nachfragegleichungen unterstützen.

ii) Die Bedeutung von *dynamischen* und *verhaltensbildenden* Modellen liegt darin, Geschmacksveränderungen abzubilden. Dabei können fünf Kategorien unterschieden werden:

Erstens kann - im einfachsten Fall - die Veränderung von Gewohnheiten über einen *linearen Zeittrend* abgebildet werden. Beim zweiten Fall handelt es sich um das *Houthakker-Taylor-Modell*, dessen Basis aus zwei Gleichungen besteht. Houthakker und Taylor (1970) bestimmten die Nach-

frage im Unterschied zu ihren Vorgängern nicht nur in Beziehung zu Preis und Einkommen, sondern auch zu einer Variable, welche den vorhandenen Bestand des Konsumgutes mißt. Neben einer Bestandsvariablen für dauerhafte Konsumgüter können auch solche für nichtdauerhafte Konsumgüter modelliert werden. Die Autoren betrachten das Bestandsmaß als psychologische Bestandsvariable, welche Geschmacksbildungen und Trägheiten mißt. In diesem Fall würde erwartet werden, daß der Koeffizient der Bestandsvariable ein positives Vorzeichen annehmen würde: Je stärker der Konsument in der Vergangenheit geraucht/ getrunken hat, um so mehr würde er in der Gegenwart trinken/ rauchen. Einen dritten Modelltyp bilden sogenannte *Teil-Angleichungs-* (Partial Adjustment) *Modelle*, die insbesondere bei der Analyse von Zigarettenkonsum verwendet werden. Das erwünschte Konsumniveau läßt sich dabei als Funktion von Preisen, Einkommen und weiteren (restriktiven) Faktoren abbilden. *Allgemeine dynamische Modelle* bilden die vierte Unterkategorie. Davidson, Hendry, Srba und Yao (1978) legten beispielsweise ihrer Betrachtung alternative Modelle mit Veränderungen der Gesamtkonsumausgaben zugrunde. Vierteljahresdaten wurden benutzt, um jährliche Veränderungen im Zigarettenverbrauch in Beziehung zu Preis, Einkommen und Werbung zu setzen. Eine fünfte Gruppe bilden Modelle von *Suchtverhalten*. Ihrer Intention nach gehen sie bis auf Marshall (1927) sowie auf Scitovsky (1976, 1978) zurück, die den Standpunkt vertraten, daß Konsumenten asymmetrisch auf Veränderungen von Marktkräften reagieren können. Veränderungen in der mengenmäßigen Nachfrage können dabei in ihrer absoluten Größe unterschiedlich sein - je nachdem, ob die Preise gestiegen oder gefallen sind. Auf den Fall von Tabak und Alkohol übertragen, kann dies bedeuten, daß Konsumenten sich zu Zeiten niedriger Preise und hoher Einkommen relativ einfach bestimmte Verhaltensgewohnheiten aneignen können, von denen sie sich dann in Zeiten steigender Preise und fallender Einkommen nur schwer lösen können. Die Auswirkungen staatlicher Steuerpolitik auf das Suchtverhalten finden dabei genauso Beachtung wie die Implementierung eines gewinnmaximierenden Verhaltens eines Oligopols der zigarettenproduzierenden Industrie (vgl. Sung, Hu und Keeler 1992). Wie die Beiträge von Jones (1999), Suranovic et al. (1999) sowie Chaloupka (1991) zeigen, genießen Modelle, die das Suchtverhalten thematisieren, in ökonomischen Kreisen nach wie vor ungebrochene Beliebtheit. Die neuen Arbeiten versuchen Effekte zu berücksichtigen, die einerseits durch die Abgewöhnung oder Absetzung gesundheitsgefährdender Konsumgüter entstehen, andererseits aber auch das individuelle Bewußtsein einbeziehen, daß eine Fortführung der bisherigen Lebensweise den künftigen Gesundheitszustand beeinträchtigen kann. Einen wichtigen Beitrag zur Suchttheorie leistete die Arbeit von Becker und Murphy (1988), in der die Autoren eine Theorie der rationalen Sucht entwickelten, wobei Rationalität gleichzusetzen ist mit einem konsistenten Plan, der den Nutzen im Zeitablauf maximiert. Bardsley (1998) leistete mittlerweile eine spieltheoretische Fundierung von Suchtverhalten; Feichtinger,

Hommes und Milik (1997) analysieren Suchtverhalten, das einem erratischen, scheinbar unvorher-sagbaren Konsummuster folgt, in einem evolutionsökonomischen Modell.

iii) *Disaggregierte Zeitreihenmodelle* knüpfen an die Schwächen aggregierter Zeitreihenmodelle an. Dazu zählt der umfangreiche Aufwand an erforderlicher Approximation und Aggregation, um Nachfragegleichungen von den individuellen Nutzenfunktionen abzuleiten. Variieren die Parameter zwischen den Individuen, so behindert dies eine valide Aggregation. Grundsätzlich ist es möglich, die Einwirkung derartiger Schwierigkeiten durch die Aufnahme von weiteren Variablen in den Gleichungen zu reduzieren. So kann beispielsweise eine Größe hinzugefügt werden, um Veränderungen in der Einkommensverteilung zwischen Personen mit hohem und niedrigem Einkommen darzustellen. Eine zufriedenstellendere Alternative dazu bilden jedoch disaggregierte Modelle. So wurde von Atkinson und Skegg (1973) ein log-lineares Modell des Tabak- und Zigarettenkonsums geschätzt, bei dem das Rauchverhalten, getrennt nach Männern und Frauen, zum verfügbaren Einkommen und zu Relativpreisen für die Jahre 1951 und 1970 in Bezug gesetzt wurde. Die Schätzergebnisse zeigten, daß sowohl Preis als auch Gesundheitserziehungseffekte zwischen den Geschlechtern unterschiedlich ausgeprägt waren.

iv) Obwohl eine Reihe von Untersuchungen zum Nachfrageverhalten Zeitreihendaten benutzen, bestehen Schwierigkeiten, verlässliche Schätzungen zu Preis- und Einkommenselastizitäten sowie zu anderen Effekten zu erzielen - die reine Verwendung von Zeitreihendaten genügt hierbei nicht. Querschnittsdaten stellen dazu eine gute Ergänzung dar. Sie ermöglichen ferner, soziologische und andere Variablen zu integrieren, von denen angenommen wird, daß sie Konsumverhalten beeinflussen können. *Querschnittsanalysen* haben wichtige Anwendungsfelder: Geht man von unterschiedlichen Preis- und Einkommensreaktionen verschiedener Gruppen von Individuen aus, die reich oder arm, männlich oder weiblich, Menschen mit exzessivem oder geringem Konsum gesundheitsrelevanter Stoffe sein können, so kann im Rahmen von Modellen die differenzierte Auswirkung bestimmter politischer Maßnahmen beobachtet werden. Haben beispielsweise Menschen mit starkem Alkoholkonsum eine geringere Preiselastizität als andere Trinker, so kann eine politische Maßnahme, die darauf abzielt, die steuerliche Belastung von Alkohol zu erhöhen, als weniger effektiv in ihrer Wirkung auf die Verminderung des Konsums beurteilt werden, als dies durch ein umfassendes Zeitreihenmodell vorhergesagt werden würde. Wird eine bestimmte Grundgesamtheit von Menschen zu verschiedenen Zeitpunkten befragt, so kann dies zu einem besseren Verständnis führen, warum Menschen im Zeitablauf ihr Verhalten verändern. Beispielsweise beginnen sie mit dem Rauchen oder geben es auf oder wandeln sich von mäßigen zu exzessiven Trinkern.

Einen Einblick in die Möglichkeiten derartiger Modelle liefert die Studie von Bouregois und Barnes (1979) zum kanadischen Alkoholkonsum. Ihre Basis bilden Daten zu zehn Provinzen, die über einen Zeitraum von 24 Jahren erhoben wurden und drei Variablengruppen umfassen. *Kontrollierbare Marketing-Variablen* wie Werbung, Preise, Anzahl der Läden; *halb-kontrollierbare nicht-Marketing-Variable* wie Arbeitslosenrate, Anzahl der Immigranten, Hauseigentum etc.; sowie die *Gruppe der nicht-kontrollierbaren nicht-Marketing-Variablen* wie Einkommen, Religion, Bevölkerung etc. Eine wichtige Entwicklung im Kontext von Querschnittsanalysen bildete die Verbindung von Konsum mit Gesundheitseffekten. Bereits 1974 versuchte Fuchs der Frage nachzugehen, ob unterschiedliche Lebensstile regionale Mortalitätsunterschiede erklären können. Schweitzer, Intriligator und Salehi (1983) verwendeten Querschnittsdaten für ein Jahr aus den USA, um ein simultanes Modell für den Konsum von Bier und Spirituosen, Alkoholismus und alkoholinduzierte Mortalität zu schätzen. Sie fügten in die Nachfragegleichung neben Alkohol Variablen wie Tourismus, Urbanisierung, Temperatur, Religion, Werbung, Arbeitslosigkeit und 'minimum drinking age' ein.

Weiterhin existieren Arbeiten, die *Auswirkungen von Lebensstiländerungen* dezidiert untersuchen. Bereits 1986 (1987) versuchte Wolfe (Wolfe und Gabay) die Folgen von Lebensstiländerungen mit den Gesundheitsausgaben von 7 bzw. 22 OECD-Ländern in Verbindung zu bringen. Doch geschah diese Analyse vor weitgehend unveränderten gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Hintergrundvariablen.

## **2.2 Forschungsfeldübergreifende Darstellungen**

Seit dem Beitritt der DDR zur Bundesrepublik entstanden innerhalb des Arbeitsgebietes Gesundheitswissenschaften zahlreiche Studien und Beiträge, die sich mit gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen in Ostdeutschland beschäftigen. Die von Epidemiologen, Psychologen und Soziologen untersuchten Wirkungszusammenhänge sind auch aus gesundheitsökonomischer Blickrichtung von Interesse, insofern sie in Modellen integrierbar sind.<sup>7</sup> Zwei Motive kennzeichnen die bisherigen empirischen Arbeiten: Neben allgemeinen Bestandsaufnahmen, wie sie separat für West- und Ostdeutschland bereits seit Jahren durchgeführt werden<sup>8</sup>, liegt ein wesentlicher Aspekt darin, Unterschiede zwischen beiden Landesteilen aufzudecken und Entwicklungen im Zeitablauf abzubilden. Ein Ausgangspunkt für Untersuchungen stellte die seit den siebziger Jahren immer wieder thematisierte unterschiedliche Lebenserwartung von west- und ostdeutschen Bürgern dar, deren zugrundeliegenden Ursachen nicht zuletzt wegen unterschiedlicher Erhebungsmethoden, Begriffen und Defi-

---

<sup>7</sup> Vgl. hierzu Kapitel 3.

<sup>8</sup> Eine umfassende Bestandsaufnahme der Gesundheitsberichterstattung in Westdeutschland leistete die Forschungsgruppe Gesundheitsberichterstattung im Auftrag des Bundesministeriums für Forschung und Technologie (1990). Einen Überblick über Erhebungen in Ostdeutschland enthält BM Gesundheit (1993).

nitionen auch rückblickend nicht umfassend eruiert werden können. Vereinfacht ausgedrückt wurde und wird vielfach angenommen, daß die Diskrepanzen zwischen Ost und West systembedingt waren und sich in unterschiedlichen Lebensstilen niederschlugen. Optimistische Prognosen gingen deshalb davon aus, daß sich im Zuge der Wiedervereinigung die Lebensweisen zwischen Ost- und Westdeutschen in der Zukunft angleichen würden (vgl. Schröder et al. 1993, S. 14). Dies würde auch zu einer Nivellierung gesundheitsrelevanter Parameter führen.

### *2.2.1 Epidemiologische Untersuchungen*

Grundlage für eine Reihe von epidemiologischen Analysen bilden im wesentlichen vier Datenquellen: Das WHO-MONICA-Untersuchungsprogramm (1983 - 1994), der Survey Ost des Nationalen Gesundheitssurvey (1991/92), die im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums durchgeführten Repäsentativerhebungen zum Konsum von illegalen Drogen, Alkohol und Tabak (1990 und 1992) sowie mehrere Erhebungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zum Gesundheitsverhalten der Bevölkerung. Einen Schwerpunkt der meisten neueren veröffentlichten epidemiologischen Arbeiten bildet der direkte Vergleich zwischen Ost- und Westdeutschland.<sup>9</sup>

Von 1983 bis 1994 wurden in Ostdeutschland das von der WHO initiierte Projekt 'MONItoring of Trends and Determinants of CARDiovascular Diseases' (MONICA) durchgeführt. Ein wesentliches Ziel der in 27 Staaten gleichzeitig anhand dreier Surveys realisierten Erhebungen bildete die Erueirung der Verbreitung kardiovaskulärer Risikofaktoren in den einbezogenen Populationen auf der Grundlage von repräsentativen Stichprobenuntersuchungen der 25- bis 64jährigen Bevölkerung. In das MONICA-Untersuchungsprogramm war die Ermittlung von Gesundheitsverhalten, psychosozialen Faktoren, körperlicher Aktivität in der Freizeit sowie von Ernährungsgewohnheiten eingeschlossen. Neben der Inanspruchnahme des Datenmaterials zu Ländervergleichen dienten die Befunde darüber hinaus für Längsschnittanalysen im Erhebungsgebiet.

Auf weitgehend deskriptive Art und Weise gingen die Ernährungsforscher Thiel und Johnson (1993) und Thiel (1996) auf Basis des 1. und 2. Surveys (1983/84 bzw. 1988/89) der Frage nach, inwiefern die Nahrungsaufnahme der Ostdeutschen als ungünstig bezeichnet werden kann. Die Autoren stellen Zusammenhänge zwischen der staatlichen Konsumförderung bei tierischen Produkten (Fleisch, Wurst, Eier), aber auch bei genußintensiven Produkten (Alkohol, Süßigkeiten) und dem hohen Verbrauch her. In ihrer Analyse stellt Thiel (1996, S. 69) fest, daß das Haupternährungsproblem in der ehemaligen DDR - wie in den meisten industrialisierten Ländern - in der viel zu hohen Energiezufuhr bestanden habe. So hätte die tägliche Energieaufnahme der Männer mit 3.200 Kcal im Schnitt 15% über den ernährungsphysiologischen Empfehlungen gelegen. Daneben

hätte ein Zuviel an Salz, Zucker und Alkohol bei einer zu geringen Aufnahme an Vitaminen, Mineralien und Ballaststoffen zu einer chronisch ungünstigen Ernährungssituation geführt.

Thiel (1998) führte mittlerweile die epidemiologische Untersuchung unter Verwendung der Datenerhebung von 1993/94 fort und analysierte die Auswirkungen der Änderungen des Lebensmittelangebots nach der Wende in den neuen Bundesländern. In einer computergestützten Auswertung der Altersgruppe der 25-64jährigen wurde dabei festgestellt, daß sich die Ernährungssituation insgesamt verbessert habe. Der Lebensmittelverzehr weise Anzeichen auf, die auf eine gesundheitsbewußtere Auswahl schließen lassen. Die Versorgung mit Vitaminen verbesserte sich bei beiden Geschlechtern von 1988/89 bis 1991/92 erheblich. Die in der letzten der drei Erhebungswellen eruierten Daten weisen aber noch eine große Diskrepanz zu den von der WHO empfohlenen Werten auf, was sich nach Auffassung der Autorin dadurch erklären läßt, daß sich Gewohnheiten über lange Zeiträume bilden und festigen.

In Ergänzung zum Nationalen Gesundheitssurvey im Rahmen der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP), dessen dritter Durchgang 1991/92 in Westdeutschland erfolgte, wurde in den neuen Bundesländern 1991/92 der 'Survey Ost' durchgeführt. Schwerpunkte waren die bedeutendsten Volkskrankheiten (Herz-Kreislauf-Krankheiten, Krebs, Rheuma usw., welche heute die wichtigsten Ursachen für Tod, Invalidität oder von Arbeitslosigkeit darstellen) und die Untersuchung von Lebensbedingungen und Lebensstilen, insbesondere des Gesundheitsverhaltens. Wichtige Forschungsergebnisse wurden vom Robert-Koch-Institut jedoch nur im Rahmen eines Ost-West-Vergleichs als 'Die Gesundheit der Deutschen' (Hoffmeister und Bellach 1995) bzw. 'Die Gesundheit der Deutschen, Band 2' (Bellach 1996) publiziert. Die Veröffentlichungen der vorwiegend deskriptiven epidemiologischen Studien des Bundesministeriums für Gesundheit und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zu gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen bezieht sich ebenfalls auf den Vergleich zwischen östlichem und westlichem Landesteil.

### *2.2.2 Gesundheitspsychologische Arbeiten*

Psychologische Aspekte dürfen für das individuelle (ökonomische) Handeln nicht unterschätzt werden. Eine wichtige Erkenntnis bildet dabei, daß in individuellen Streß- und Belastungssituationen der Griff zu Genußmitteln eine Ventilfunktion mit entlastender Wirkung haben kann. Im Hinblick auf das Untersuchungsgebiet Ostdeutschland können hierbei zunächst zwei Ebenen voneinander getrennt werden:

Eine davon setzt bei Personen an, die zum Zeitpunkt der Wiedervereinigung bereits erwachsen waren. Sie können stark durch die DDR-Zeit geprägt sein, wobei die Verplantheit und Vorbestimmtheit des individuellen Lebensganges nach Becker et al. (1991, S. 8) frustrierend gewirkt haben

---

<sup>9</sup> Diese Analysen werden deshalb in Abschnitt 2.3.4 vorgestellt.

kann. Frustration wiederum kann gesundheitsrelevante Verhaltensweisen induzieren, die die Eigenschaft einer Gewohnheit oder Sucht aufweisen können. Grundsätzlich kann dabei ein Sockel aufgebaut worden sein, ein bestimmtes Ausgangsniveau (z. B. beim Konsum von Alkohol), das aufgrund der induzierten Abhängigkeit in den Jahren nach der Wiedervereinigung nur schwer abgebaut werden kann.

Die zweite Ebene setzt konkret bei den individuellen Auswirkungen der gesellschaftlichen Transformation an. Derartige Veränderungsprozesse größeren Ausmaßes bringen für die betroffenen Individuen gravierende Konsequenzen mit sich. So können nach Schwarzer und Hahn (vgl. 1994, S. 183 f.) die dadurch bedingten streßreichen Erfahrungen und protektiven Bedingungen auf unterschiedlichen Weisen mit Gesundheit und Krankheit zusammenhängen. Während ein Weg über psychophysiologische Veränderungen, wie z. B. Immunschwächung, führt, läuft ein anderer über riskante Verhaltensänderungen, indem zum Beispiel mehr geraucht oder getrunken wird. *Streßbewältigungsversuche* schließen beide Wege ein. Grundsätzlich betrachtet wirken diese auf die Gesundheit mittels Unterlassung von gesundheitsfördernden, beziehungsweise Zunahme gesundheitsriskanter Verhaltensweisen (vgl. Schwarzer und Hahn 1994, S. 189). Gewisse Bewältigungsmodi beinhalten die Zuflucht zu direkt gesundheitsschädigenden Mitteln, wie der Konsum von Nikotin, Alkohol oder von Medikamenten (vgl. Mittag und Schröder 1994, S. 198). Die Art der Streßbewältigung beeinflusst die Gesundheit durch die Häufigkeit, Intensität und Art der physiologischen Reaktionen, die der spezielle psychische Bewältigungsmodus hervorruft (vgl. Perez und Gebert 1994, S. 171). Als Gegenkraft dazu mindern 'Soziale Integration' (Einbettung in ein soziales Netzwerk) und 'Soziale Unterstützung'<sup>10</sup> die Belastung.

Das gesundheitliche Risikoverhalten wurde im Fall von Ostdeutschland von Mittag und Schröder (1994) detailliert im Hinblick auf den Konsum von Tabak, Alkohol und Medikamenten im Kontext einer Längsschnittanalyse untersucht. Bei ihrer empirischen Arbeit stand die Frage im Vordergrund, ob sich das gesundheitliche Risikoverhalten von Übersiedlern, die die DDR kurz nach der Maueröffnung verlassen haben, signifikant von dem der dort gebliebenen Bevölkerung unterscheidet.

Über alle drei Meßzeitpunkte (1989 - 1991) gemittelt lag der Raucheranteil bei den Übersiedlern mit 66,6% deutlich über der Raucherquote von 37,4% bei den im Osten verbliebenen Personen. Während die Beziehung zwischen Rauchverhalten und sozialen Bewältigungsversuchen bei den Übersiedlern positiv war, war diese bei den Daheimgebliebenen negativ. Die hohen Raucherquoten lassen sich gesundheitspsychologisch als Ausdruck individueller Bewältigungsbemühungen und bezugsgruppen-spezifischer Verhaltensmuster auffassen. Im gesamten Untersuchungszeitraum von

---

<sup>10</sup> Gegenpol von "Sozialer Integration": Interaktionen zwischen zwei oder mehr Menschen, bei der es darum geht, einen Problemzustand, der bei einem Betroffenen Leid erzeugt, zu verändern oder zumindest das Ertragen dieses Zustands zu erleichtern, wenn sich objektiv nichts ändern läßt (vgl. Schwarzer und Hahn 1994, S. 184).

zwei Jahren ließen sich keine bedeutsamen Veränderungen in den Raucherquoten der beiden Stichproben feststellen. Lediglich bei den daheimgebliebenen Frauen war ein leichter Anstieg in der Raucherquote zu beobachten. Ein allgemeiner Abwärtstrend beim Tabakkonsum, wie er z. B. für die alten Bundesländer in den letzten Jahren zu verzeichnen ist, trat in den untersuchten Stichproben nicht auf.

Nach Mittag und Schröder (vgl. 1994, S. 205 ff.) kann von einer reinen Mengenveränderung beim *Alkoholkonsum* nicht notwendigerweise auf eine streßinduzierte Reaktion geschlossen werden. Eine Separierung einzelner mit dem Trinken im Zusammenhang stehender Funktionen und Motive sei vielmehr erforderlich.

- 'Soziales Trinken': Alkoholgenuß im geselligen Miteinander. Der Konsum alkoholischer Getränke ist abhängig von der Größe des Freundes- und Bekanntenkreises, der Kontaktfreudigkeit sowie von Indikatoren der sozialen Anerkennung durch Gleichaltrige.
- Alkohol als Mittel der Streßbewältigung: Alkoholkonsum aufgrund von Situationen, in denen die situativen Anforderungen die individuellen Bewältigungsressourcen zu übersteigen scheinen.
- Einfluß der Persönlichkeit: Im Erleben von Streß und im Umgang mit streßreichen Lebensbedingungen können Persönlichkeitsvariablen eine bedeutsame Rolle spielen.
- Geschlecht und soziale Beziehungen: Eine Reihe von Befunden weist darauf hin, daß Frauen im allgemeinen erheblich weniger Alkohol konsumieren als Männer (vgl. z. B.: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA] 1992b; BZgA 1994; Mittag und Onnen 1991; Mittag und Schwarzer 1993). Exzessiver Alkoholkonsum, und insbesondere der Zustand der Trunkenheit, wird von Frauen deutlich stärker abgelehnt, während ein über die Stränge schlagen von Männern gesellschaftlich eher toleriert wird.

Im Vergleich der Übersiedler, welche die DDR nach der Maueröffnung verlassen haben, mit der verbleibenden Bevölkerung analysieren Mittag und Schröder (vgl. 1994, S. 209 ff.), daß grundsätzlich Frauen weniger Alkohol als Männer zu sich nahmen. Im Verlauf der zweijährigen Erhebung (1989 - 1991) fanden lediglich bei den Männern bedeutsame Veränderungen im Alkoholkonsum statt. Trotz des Übergangs in eine streßreiche Lebensphase nahm der Alkoholverbrauch der Männer leicht ab. Diese Veränderung in den Konsumgewohnheiten der Männer war zum ersten Befragungszeitpunkt, also unmittelbar nach der Grenzöffnung, am deutlichsten ausgeprägt. Auffallend sind jedoch die deutlichen Unterschiede zwischen den männlichen Übersiedlern und den im Osten verbleibenden Männern. Bei den Migrantinnen fand sich eine deutliche Abnahme der Konsummengen, während der Alkoholkonsum bei den im Osten verbleibenden Männern auf einem vergleichsweise höheren Niveau relativ stabil blieb.

Im Vergleich des *Medikamentenkonsums* der Übersiedler, welche die DDR nach der Maueröffnung verlassen haben, mit der verbleibenden Bevölkerung analysieren Mittag und Schröder (vgl. 1994, S. 217 ff.), daß sich die Übersiedler und Daheimgebliebenen in ihrem Ausgangsniveau und in der zeitlichen Veränderung kaum unterscheiden. Im Gegensatz zum Alkoholkonsum und zum Rauchverhalten war der Konsum von Schlaf- und Beruhigungsmitteln bei den Frauen beider Stichproben jedoch stärker verbreitet als bei den Männern. Die Autoren leiten daraus ab, daß sich die veränderten Lebensbedingungen offensichtlich geschlechtsspezifisch auf den Alkohol- oder den Medikamentenkonsum auswirken können. Der Konsum dieser Medikamente, der in der Zeit vor der Wende bei den Übersiedlern häufiger verbreitet war als bei den im Osten verbliebenen Personen, nahm in der Folgezeit bei den Übersiedlern deutlich ab, so daß im allgemeinen nur noch geringe Unterschiede zu den Daheimgebliebenen feststellbar waren. Dies sei insofern bemerkenswert, als ein ähnlicher Abwärtstrend auch beim Alkoholkonsum der Übersiedler zu beobachten war, dort allerdings vornehmlich bei den Männern. Während zum zweiten Befragungszeitpunkt (1990) bei den daheimgebliebenen und alleinstehenden Männern ein deutlicher Anstieg im Alkoholkonsum zu beobachten war, nahm bei den daheimgebliebenen Frauen der Anteil der Konsumentinnen von Schlaf- und Beruhigungsmitteln entsprechend zu.

Auf gleicher Datengrundlage vergleichen Fuchs und Appel (vgl. 1994, S. 228ff.) das Verhalten der Übersiedler mit dem der verbleibenden Bevölkerung hinsichtlich ihrer sportlichen Betätigung. Ziel der Analyse war es, festzustellen, ob es empirische Hinweise gibt, daß Aktive den komplizierten Prozeß der Anpassung an die neuen Lebensverhältnisse besser bewältigen konnten als Inaktive. Die Autoren gingen dabei von einer Unterscheidung zwischen den direkten und moderierenden (gesundheitspsychischen) Wirkungen der körperlichen Aktivität aus. Bei einer allgemeinen Darstellung von Ausmaß und Entwicklungsverlauf der Sportaktivität fällt auf, daß bei allen drei Meßzeitpunkten die Frauen jeweils etwa nur halb soviel Zeit für Sport aufbrachten wie die Männer. Auffallend ist außerdem, daß bei beiden Geschlechtern das Ausmaß der Sportaktivität von Welle 1 nach 3 kontinuierlich zunahm. Dies könnte damit zu erklären sein, daß diejenigen Übersiedler, die in der DDR regelmäßig Sport trieben, nach einer gewissen Phase der Konsolidierung auch im Westen wieder zu ihren Sportroutinen zurückfanden (vgl. Fuchs und Appel 1994, S. 231). Die Autoren gehen ferner der Frage nach, inwieweit regelmäßige Sportaktivität dazu befähigt, die negativen Auswirkungen andauernder Arbeitslosigkeit (Streß) auf das seelische Befinden (Depressivität) abzupuffern. Im Gegensatz zu den sportlich inaktiven männlichen Arbeitslosen scheinen die sportlich aktiven Männer mit den seelisch belastenden Auswirkungen von Arbeitslosigkeit besser fertig zu werden (Fuchs und Appel 1994, S. 236).

### 2.2.3. Soziologische Untersuchungen

Eine wichtige Quelle für soziologische Studien bilden die 1990 (noch in der DDR) begonnenen und bis 1996 fortgeführten repräsentativen Erhebungen 'Leben in der DDR/Ostdeutschland' zu subjektiven Befindlichkeiten der Menschen, die in den neuen Bundesländern und zum Zeitpunkt der Befragung das 18. Lebensjahr vollendet haben. Im Rahmen der jährlichen Wiederholungsbefragung standen zentrale Lebensbereiche, unter ihnen Gesundheit, im Vordergrund. Zu diesen Lebensbereichen wurden jeweils *subjektive Reflexionen* der Menschen wie Wichtigkeit, Zufriedenheit, Handlungsabsichten und Zukunftserwartungen erfaßt. Dabei wurden zur Beschreibung des *subjektiven Gesundheitszustandes* die Indikatoren 'Gesundheit als Wertorientierung', 'Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes' sowie 'eigene Aktivitäten bzw. des Bemühens, sich gesund zu erhalten', erfragt. Die wichtigsten Ergebnisse werden durch das Sozialwissenschaftliche Forschungszentrum Berlin-Brandenburg (SFZ) in seiner Reihe 'Sozialreport' veröffentlicht.<sup>11</sup>

Grundsätzlich ist festzustellen, daß sich in der Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes in den neuen Bundesländern seit 1990 ein merklicher Wandel vollzogen hat. Die Verschiebungen innerhalb der Antwortmöglichkeiten zum subjektiven Gesundheitszustand waren von 1990 bis 1992 recht gravierend, da sich 33% der Befragten des Jahres 1990 als gesund und leistungsfähig einschätzten und es im Jahr 1992 bereits 62% waren. Nach Schmidtke (vgl. 1997, S. 188), die die SFZ-Daten auswertete, liegt die Vermutung nahe, daß die Bewertung der eigenen Gesundheit durch die gesellschaftlichen Veränderungen auch in einen neuen sozialen Kontext gestellt wurde. Rein deskriptiv stellt sie die in den Untersuchungen 1990 und 1991 ermittelten Ergebnisse hinsichtlich der persönlichen Aktivitäten zur Erhaltung der Gesundheit dar (vgl. Schmidtke 1997, S. 191f.). In Abbildung 1 werden 13 gesundheitsrelevante Kategorien voneinander unterschieden, die eine Reihe von Lebensstil-Größen beeinhalten.

Nach Auffassung der Autorin kann man mit Hilfe eines Mittelwertvergleiches (Veränderungen von 1990 gegenüber 1991) in bezug auf einige Indikatoren relativ auffallende Veränderungen feststellen. Dazu gehören insbesondere gesundheitsorientiertes Essen sowie der Verzicht auf Alkohol und Tabak. Geschlechtsspezifische Unterschiede sind erkennbar, die in unterschiedlichem Ausmaß in Richtung eines stärker gesundheitsbewußten Verhaltens weisen.

Zwei Aspekte müssen jedoch kritisch angemerkt: Erstens ist der durchgeführte Mittelwertvergleich aus methodischer Sicht problematisch, da es dabei automatisch zu einem hohen Informationsverlust hinsichtlich der Streuung der Ausprägungen kommt. Zweitens sind die von der Autorin apostrophierten Veränderungen hinsichtlich der Intensität körperlicher Aktivitäten in der Abbildung nicht

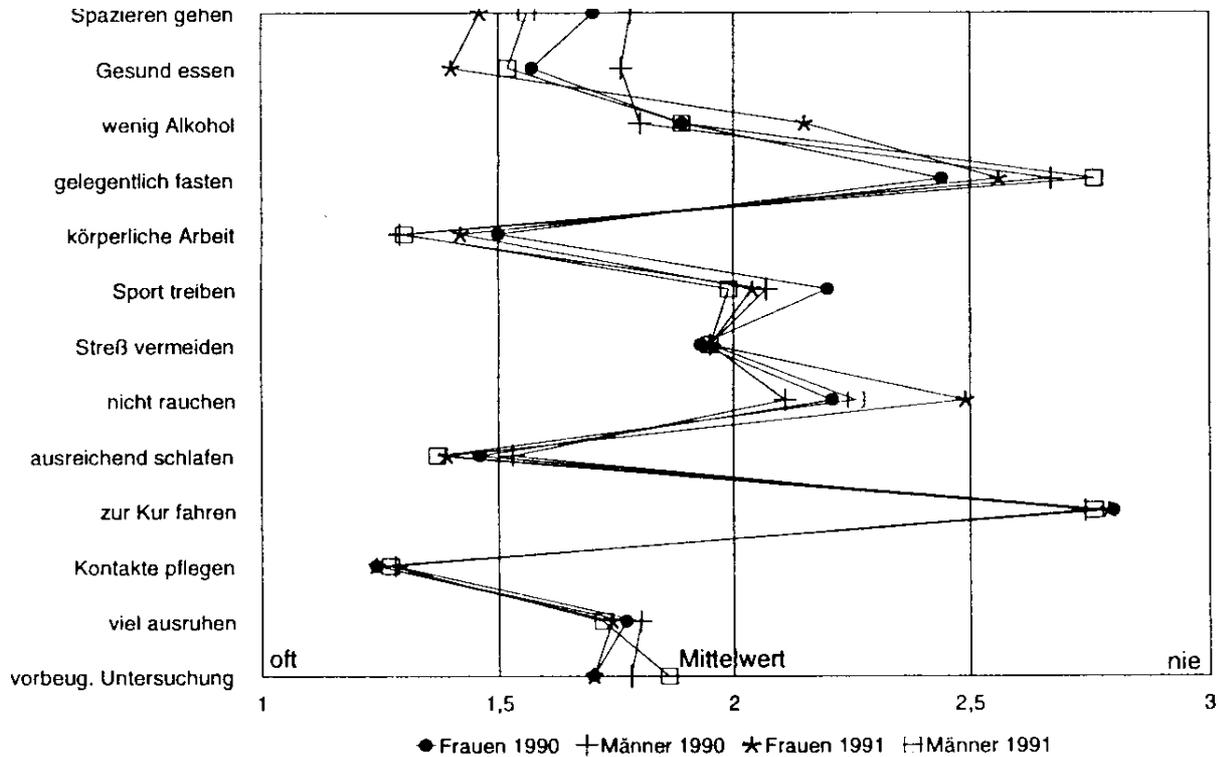
---

<sup>11</sup> Vgl. Winkler (1990); Winkler (1993); Kurz-Scherf und Winkler (1994) sowie Winkler (1995).

sehr eindeutig erkennbar. Das Schaubild scheint eher das Bild zu suggerieren, daß sich im Zeitablauf nicht sonderlich viel verändert hat.

**Abbildung 1: Häufigkeit der Aktivitäten für das eigene Wohlbefinden**

Frage: Was tun Sie selbst für die Erhaltung Ihrer Gesundheit?



Quelle: Schmidtke (1997), S. 192; Datenbasis: sfz/leben (1990-91).

Die Aussagekraft hinsichtlich der individuellen Einstellung zur Gesundheit wird durch den seit 1990 erhobenen Fragenkomplex zu den Erwartungen und Rahmenbedingungen, ein gesundes Leben führen zu können, verbessert. Aus Tabelle 1 sind zwei Tendenzen erkennbar. Ersten hat das relative Gewicht derjenigen Erwartungen zugenommen, die mit keinen Veränderungen rechnen. Daneben sind die Erwartungen in bezug auf eine Verbesserung im Zeitablauf rückläufig. Zweitens haben jedoch auch negative Auffassungen zugenommen.

**Tabelle 1: Erwartungen in bezug auf Bedingungen, um ein gesundes Leben zu führen (in %)**

	1990	1991	1992	1993	1994	1995
eher eine Verbesserung	53	60	51	41	39	31
keine Veränderung	33	31	40	45	48	56
eher eine Verschlechterung	6	5	7	11	11	11
ich weiß nicht/ keine Angabe	8	4	3	3	2	2

Quelle: Schmidtke 1997, S. 194; Datenbasis: sfz/ leben (1990-1995).

Nach Auffassung von Schmidtke (1997, S. 193) läßt sich vor allem die erste Tendenzaussage als "Ausdruck einer Etablierung gesundheitsfördernder Bedingungen im Lebensalltag seit 1990" auffassen, wohingegen der zweite Trend allgemeinen Pessimismus angesichts globaler Umwelteinflüsse wie Ozonloch, Smog etc. widerspiegelt.

Sozialwissenschaftliche Untersuchungen beschäftigen sich außerdem mit dem Ernährungsverhalten. Die Nahrungsaufnahme beruht demnach nicht nur auf individuelle Veranlagung zurückzuführenden biophysischen Funktionen, sondern auch auf einer Reihe von sozialen Lernprozessen. Donat (1996) analysiert die Entwicklung des Ernährungsverhaltens der DDR-Bevölkerung vor und nach der Währungsunion. Er betont den hohen Stellenwert, den die Ernährung für den ostdeutschen Verbraucher besaß, und der sich insbesondere in der Stabilität wichtiger Ernährungsgewohnheiten manifestierte (vgl. Donat 1996, S. 4). Ein wichtiges Kennzeichen davon bildet der Trend zu mehr Genuß und hoher Produktqualität, die sich in einer Erhöhung der Ausgaben je aufgenommene Nahrungsenergieeinheit bis auf das Jahr 1970 zurückverfolgen läßt (vgl. Donat 1996, S. 6). Damit war bereits vor der Wende einerseits die stärkere Hinwendung zu hochwertigen pflanzlichen Produkten verbunden, andererseits ein überproportionales Verbrauchswachstum bei Genußmitteln. Verfestigte Gewohnheiten resultierten nach Donat aber auch aus der Prägung durch die DDR-Zeit (vgl. Donat 1996, S. 10). Mengenideologie, Mangelwirtschaft und Preisbildungswillkür hätten zu einer anhaltenden Deformierung von Verbrauchsverhalten geführt, die auch unter den weitgehend angenäherten Produkt- und Preisangeboten von Ost und West nicht plötzlich verschwinden.

Eine explizit sozialwissenschaftliche Analyse stellt die 1991 im Auftrag der BZgA (1991) durchgeführte Studie: 'Eßverhalten und Eßstörungen in Ostdeutschland' dar. Einen wesentlichen Aspekt bildeten dabei ernährungsbedingte Änderungen im Kontext der deutschen Wiedervereinigung. Von den Autoren wurde festgestellt, daß viele Menschen (über 70%) nach der Wende ihre Ernährung radikal geändert haben. Statt, wie in der Vergangenheit üblich, die betriebliche Kantine oder die Schulspeisung zu benutzen, wird das Mittagessen jetzt viel häufiger zu Hause eingenommen (vgl. BZgA 1991, S. 43). Im Hinblick auf die Qualität der Ernährung ist feststellbar, daß bei jüngeren Menschen Fastfood an Beliebtheit zugenommen hat. Andererseits ist aber auch eine zunehmende gesundheitsbewußte Orientierung der Ernährung beobachtbar. Transformationsbedingte Spannungen haben sich individuell auch in der Gewichtsproblematik, in der Veränderung der Mahlzeitenstruktur und im Lebensmittelangebot manifestiert (vgl. BZgA 1991, S. 45).

## 2.3 Konkrete Forschungssegmente

### 2.3.1 Arbeitslosigkeit und Lebensstil

Eine Konsequenz der deutschen Einigung bildete der sprunghafte Anstieg der Arbeitslosigkeit in den neuen Bundesländern. Die Problematik wurde zusätzlich dadurch verstärkt, daß es bis zur Wende Arbeitslosigkeit als gesellschaftliche Erscheinung nicht gegeben hatte. Wie aus einer Reihe von Veröffentlichungen bekannt ist, korreliert der Problemkomplex Arbeitslosigkeit (neben anderen Auswirkungen auf die Gesundheit wie Depressivität, Ängstlichkeit, Schlaflosigkeit, Reizbarkeit, allgemeine Nervosität und Konzentrationsstörungen) eng mit einer Zunahme im Genußmittelverbrauch und Mangel an sportlicher Betätigung und somit mit einem gesundheitsriskanteren Lebensstil (vgl. Henkel 1993, S. 124). Insbesondere scheint dieser mit der Dauer der Arbeitslosigkeit anzusteigen. Bei den durch Arbeitslosigkeit induzierten Phänomenen handelt es sich nach Kieselbach (vgl. 1993, S. 50) jedoch um individuelle Reaktionsmechanismen, die nicht bei allen Personen gleichförmig auftreten müssen. Um mögliche Beziehungen zwischen ökonomisch-sozialen Krisen und Alkoholkonsum nachzuweisen, genügt es nach Henkel (vgl. 1993, S. 124f.) nicht, die Entwicklung des Pro-Kopf-Verbrauchs an Alkohol in der Bevölkerung mit der Arbeitslosenquote zu korrelieren. Es muß zwischen einem *konvivialen*, in kulturelle Kontexte und soziale Rituale eingebundenen und dadurch normierten Alkoholkonsum einerseits und dem *drogenhaften*, zur Beeinflussung persönlicher Probleme und zumeist exzessiv praktizierten Alkoholkonsum andererseits unterschieden werden. So kann der Alkohol für Arbeitslose etwa die Funktion haben, "die durch den Verlust der Arbeit erfahrene Handlungsohnmacht wenigstens zeitweilig in ein Gefühl (scheinbar) souveräner Beherrschung der Lebensprobleme umzukehren, oder [...] mit dem Alkohol Gedanken an die Zukunft zu betäuben" (Henkel 1993, 124f.).

Ein interdisziplinäres Projekt an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg mit medizinischen, psychologischen und soziologischen Schwerpunkten beschäftigt sich mit den Zusammenhängen von Arbeitslosigkeit und Gesundheit im Raum Halle unter Einbeziehung ökonomischer Variablen. Erste Ergebnisse liegen bezüglich zweier Probandengruppen hinsichtlich Rauchen, Alkohol und Medikamentengebrauch vor (vgl. Dauer, Wagner, Hennig und Morgenstern 1993). Es wurde ein niedriger Gebrauch von Schlaf-, Beruhigungs- und Anregungsmitteln registriert. Durchschnittlich 82% der Befragten gaben an, keine dieser Mittel zu nehmen. Bei Schmerzmitteln berichteten 50% der Untersuchungspartner, 'manchmal bis oft' diese Medikamente zu verwenden. Ein auffälliger Trend ließ sich nur bezüglich des Schlafmittel- und Beruhigungsmittelkonsums feststellen, wo ein leichter Anstieg zu verzeichnen war. Insgesamt unterschieden sich bei Fragen des Medikamentengebrauchs die Frauen und Männer der Stichproben nicht signifikant. Beim Rauchverhalten überraschte eine große Zahl von Nichtrauchern; doch wurden auch nach Analyse der jeweiligen Lun-

genfunktionstests keine Befunde gefunden, die gegen diese Angaben sprechen. Bei der Trendbetrachtung verwiesen 88,8 % der Probanden darauf, gleich viel oder weniger zu rauchen. Aber gerade im Trend unterscheiden sich Frauen und Männer signifikant voneinander. Die 'Mehrraucher' setzen sich zu 90% aus Männern zusammen. Bedenklich erscheinen den Autoren Aussagen, die zum Trinkverhalten ermittelt wurden. Mehr als die Hälfte aller Befragten trinken öfters bis täglich Alkohol, wobei 73% der Männer sich zu dieser Gruppe zählen. Auch im Trend fiel auf, daß 27,1 % aller befragten Männer erklärten, mehr Alkohol zu trinken als noch vor einem Jahr.

### 2.3.2 Kohortenanalyse

Eine Reihe von Arbeiten beleuchtet gesundheitsrelevante Verhaltensweisen von *Jugendlichen*. Insbesondere ist hier auf Arbeiten zu verweisen, die im Kontext des (Bielefelder) Jugendgesundheits-surveys (1993) entstanden sind. Der Survey liefert ein Bild über den Gesundheitszustand 12- bis 16jähriger Jugendlicher auf der Basis von Selbstangaben. Er gibt nicht nur Auskunft über den subjektiv wahrgenommenen Gesundheitszustand, sondern liefert auch Informationen über gesundheitsrelevante Verhaltensweisen und jugendspezifische Belastungen. Dabei stehen der Konsum legaler und illegaler Drogen, das Ernährungs- und Bewegungsverhalten sowie die Inanspruchnahme medizinischer und psychosozialer Hilfen im Vordergrund. Die als repräsentative Surveystudie 1993 angelegte Untersuchung erfaßt dabei erstmals Gesundheitsindikatoren, die einen direkten Vergleich zwischen Ost- und Westdeutschland zulassen.

Hinsichtlich des *Alkoholkonsums* stellen Kolip, Nordlohne und Hurrelmann (1995) in ihrer qualitativen Analyse fest, daß sich westdeutsche Jugendliche nicht signifikant von ostdeutschen unterscheiden. Dies gilt insbesondere für die Typenbildung in 'Nie-Trinker' und 'Probierer' einerseits, sowie in die 'gelegentlichen und regelmäßigen Trinker' andererseits. Signifikante Unterschiede ergaben sich lediglich beim rauschhaften Trinken. Der Anteil derjenigen, die noch nie betrunken waren, liegt bei den ostdeutschen Jugendlichen mit 61,6 % deutlich über dem bei den westdeutschen (48,4 %). Die Verteilungen beim Rauchverhalten der ost- und westdeutschen Jugendlichen unterscheiden sich jedoch sehr ausgeprägt voneinander. Sowohl bei der Rauchfrequenz als auch bei der Anzahl täglich gerauchter Zigaretten liegen die durchschnittlichen Werte der ostdeutschen Jugendlichen signifikant unter denen der westdeutschen. Bei einer Befragung hinsichtlich des Medikamentenkonsums der Jugendlichen innerhalb der letzten drei Monate aus einer vorgegebenen Liste mit 13 Medikamentengruppen (u. a. Schmerz-, Beruhigungs- und Schlafmittel, Appetitzügler und Medikamente gegen spezifische Beschwerden) erwies die Analyse, daß die Jugendlichen aus den neuen Bundesländern durchschnittlich ebenfalls weniger Medikamente einnehmen als ihre westdeutschen Altersgenossen. Auch die Prävalenzrate der westdeutschen Jugendlichen bei illegalen Drogen lag 1993 durchgängig über denen der ostdeutschen Jugendlichen. Dieser Unterschied ist

dabei in drei Drogenbereichen (Haschisch, Schnüffelstoffe und aufputschende Medikamente) statistisch signifikant.

Zu ähnlichen Ergebnissen kommt die weitgehend deskriptive Auswertung der Wiederholungsbefragung 1993/1994 der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zur Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik (BZgA 1994). Neben dem Trink- und Rauchverhalten analysierten die Autoren den Umgang mit illegalen Drogen. Für den Erhebungszeitraum lag die lebenszeitbezogene Drogenprävalenz in den neuen Bundesländern erheblich unter der Westdeutschlands. Der Unterschied im Drogenkonsum von west- und ostdeutschen Jugendlichen beruht auf zwei Faktoren: Zum einen sind in den neuen Bundesländern einem erheblich niedrigeren Prozentsatz der Jugendlichen schon einmal Drogen angeboten worden. Das Verhalten der ostdeutschen Jugendlichen in dieser Situation unterscheidet sich jedoch kaum von dem der westdeutschen. Der zweite Faktor, der für den zur Zeit der Erhebung geringeren Drogenkonsum in den neuen Bundesländern verantwortlich war, ist die Tatsache, daß Drogenkonsum in den ostdeutschen Ländern vor allem Probierverhalten ist: 80% aller Drogenerfahrungen hatten zum Zeitpunkt der Erhebung bereits wieder aufgehört.

Die Untersuchung von Kirschner (1996) verfolgt das Ziel, die epidemiologische Ausbreitung des illegalen Drogenkonsums unter Jugendlichen in Ostdeutschland in der Zeit zwischen 1990 und 1993 zu beobachten, regionale und soziale Ausbreitungsmuster herauszuarbeiten sowie Bedingungsfaktoren und Determinanten der Ausbreitung abzuleiten. Die bevölkerungsrepräsentative Längsschnittstudie bei ostdeutschen Jugendlichen über drei Bezugszeitpunkte basierte auf der wiederholten Befragung der Jahrgänge 1966 - 1987 über Drogenerfahrungen, Einstellungen zum Rauschmittelkonsum und Veränderungen des Drogenumfeldes. Die Untersuchung wurde bereits im Frühjahr 1990, also vor Währungsunion und Wiedervereinigung anhand einer großen Stichprobe (Nettostichprobenumfang  $n=5.500$ ) unter ostdeutschen Jugendlichen im Alter von 12 - 24 Jahren begonnen, wobei die historisch einmalige Gelegenheit genutzt wurde, bereits vor einem potentiell kritischen Lebensereignis (life-event) und der staatlichen Vereinigung die Ausgangssituation zu erfassen. Erwartungsgemäß belegt sie, daß der Anteil drogenkonsumerfahrener Jugendlicher in Ostdeutschland im Untersuchungszeitraum von zunächst 2% auf 7% gestiegen ist. Das Ausbreitungsmuster ähnelt(e) dabei der westlichen Verbreitung. Bei der sehr detaillierten Analyse werden aber direkte Zusammenhänge zwischen Drogenkonsum und Gesundheitszustand nicht näher untersucht.

Eine besondere Beachtung wird Jugendlichen auch von seiten der Sozialmedizin geschenkt. Seit dem Ende der 1980er Jahre läßt sich der Übergangsprozeß der ostdeutschen Jugendlichen als Transformation kennzeichnen, die sich durch eine doppelte Dynamik charakterisieren läßt (vgl. Tomaszewski, Adam und Hinze 1997, S. 268): Einerseits durch die Vollziehung des Übergangs vom Kind

zum Erwachsenen, andererseits durch die gesellschaftliche Transformation. Die 1993 von Tomaszewski u. a. (veröffentlicht 1997) in Magdeburg durchgeführte Untersuchung geht von der vielfach nachgewiesenen Aussage aus, daß gesundheitsschädigende Verhaltensweisen von Jugendlichen zur Bewältigung schwieriger Lebenssituationen instrumentalisiert werden können. Es ist den Autoren jedoch nicht möglich, stark ausgeprägte Problembewältigungsfunktionen von Lebensstilen festzustellen.

Genz (1996) präsentiert Ergebnisse der Halleschen Längsschnittstudie HALSEKO, die darauf ausgerichtet war, Veränderungen und Kontinuitäten der Lebenslage und des Gesundheitszustandes *älterer Menschen* zwischen 1989 und 1992 zu ermitteln. Gerade aus sozialmedizinischer Sicht verdeutlicht die Bevölkerungsgruppe der Menschen, die älter als 60 Jahre sind, exemplarisch die Bedeutung der Zusammenhänge zwischen sozialen, bzw. - weiter gefaßt - kulturellen Bedingungen und dem Gesundheitszustand im Lebensablauf. Die Arbeit bestätigt bekannte Erkenntnisse und Zusammenhänge. Die veränderte Situation in Ostdeutschland führte zu einem besonders aus der Alterssicht erlebten Wertewandel und zu einer sensiblen Phase in den intergenerativen Beziehungen.

### *2.3.3 Regionale Disparitäten*

Eine Reihe von Arbeiten beschäftigt sich mit regionalen Unterschieden innerhalb Ostdeutschlands im gesundheitsrelevanten Verhalten. Epidemiologische Studien weisen darauf hin, daß Sachsen einen besonders hohen Pro-Kopf-Verbrauch an Alkohol, jedoch eine geringe Raucherprävalenz aufweise, während für Mecklenburg-Vorpommern die umgekehrte Relation gelte (vgl. BM Gesundheit 1993, S. 311).

Ein in der Literatur vielbeachtetes Themengebiet betrifft die in der DDR im internationalen Vergleich hohe Suizidhäufigkeit und deren unterschiedliche regionale Ausprägung. Grundsätzlich kann Selbstmord mit Lebensstil in Zusammenhang gebracht werden, da die zugrundeliegende individuelle Entscheidung auf den gleichen Ursachen beruht wie gesundheitsrelevantes Verhalten i. e. S.

Die Suizidraten waren in den ostdeutschen Ländern Sachsen, Thüringen und Sachsen-Anhalt seit nachweislich 100 Jahren deutlich höher als in Westdeutschland. Als Begründung wurde dafür häufig die "protestantische Mentalität" (Schmidtke 1997, S. 209) der ostdeutschen Bevölkerung genannt. Wiesner und Casper (1993, S. 370) weisen jedoch darauf hin, daß die relativ räumlich-zeitliche Stabilität des Suizidgeschehens im historischen Regionalbezug zu der fatalistisch anmutenden These führen könne, daß sich die tradiert starke Neigung der ostdeutschen Bevölkerung zu suizidalem Problemlösungsverhalten lediglich fortgesetzt habe. In der europäischen Selbstmordstatistik nahm die DDR bei Männern den zweiten, bei Frauen den dritten Rangplatz ein (Kieselbach 1993, S. 69). In der zweiten Hälfte der achtziger Jahre gab es in beiden deutschen Staaten einen

Rückgang, der in der DDR 1989 den Wert von 1959 erreichte (2.875 Männer und 1.419 Frauen). Nach der Wiedervereinigung war ein Wiederanstieg zu verzeichnen. Die überaus starke Betroffenheit Sachsens ist aus der folgenden Tabelle 2 ersichtlich:

**Tabelle 2: Selbstmordraten in Deutschland 1991**

Land	Selbstmordrate 1991 je 100.00 Einwohner		
	männlich	weiblich	insgesamt
Deutschland	25,0	10,5	17,5
Alte Bundesländer	22,3	9,4	15,6
Neue Bundesländer und Ost-Berlin	36,0	15,2	25,1
Sachsen	42,4	19,7	30,4

Quelle: Schröder et al. (1993), S. 37.

Eine vergleichsweise stärkere Aufmerksamkeit in der Öffentlichkeit wurde seit der Wiedervereinigung der in Ostdeutschland dramatisch steigenden Zahl von Verkehrstoten geschenkt, und das, obwohl im Jahre 1989 die Zahl der Suizide die Zahl der im Straßenverkehr tödlich verunglückten Personen noch bei weitem überstieg (Wiesner und Casper 1993, S. 368). Waren 1989 in der DDR 11,7 Menschen je 100.000 Einwohner auf Straßen tödlich verunglückt, so waren es 1990 bereits 20,7. Der Höhepunkt wurde 1991 mit 23,4 Toten je 100.000 Einwohner erreicht, 1992 sank die Zahl auf 22,1 (zum Vergleich: 1990 früheres Bundesgebiet 11,9 und 1992 11,3 Verkehrstote je 100.000 Einwohner), wobei in erster Linie Männer durch Kfz-Unfälle zu Tode kamen. Mortalitätsstudien betonen die vor allem in Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg überproportional hohe Anzahl von Unfalltoten (vgl. Wiesner und Casper 1993, S. 368).

#### 2.3.4 West - Ost- Vergleiche

Aufgrund vielfältiger Probleme mit dem vorhandenen Datenmaterial<sup>12</sup>, vor allem hinsichtlich der zwischen der DDR und der Bundesrepublik divergierenden Definitionen bezüglich der erhobenen Merkmale, sowie Bedenken in Anbetracht erfolgter Manipulationen (vgl. BM Gesundheit 1993, S. 13 - 39), knüpfen viele vergleichende Analysen erst nach dem Zeitpunkt der Wiedervereinigung an. Eine Ausnahme bilden die im Zuge des internationalen WHO-Projektes MONICA in den Jahren 1983 bis 1994 erhobenen Daten. So vergleichen Bormann et al. (1991) die Verteilung von lebensstilbedingten Risiken zwischen Ost- und Westdeutschland anhand der MONICA-Welle 1983-85

<sup>12</sup> So liegen beispielsweise für die ehemalige DDR keine kontinuierlichen Untersuchungen zum Rauchverhalten vor, aufgrund derer Trendanalysen für die Gesamtbevölkerung möglich wären (vgl. Kraus et al. 1994, S. 114).

und der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie 1984-86. Bei der Analyse des Übergewichts stellen die Autoren fest, daß in Westdeutschland Übergewicht geringfügig seltener anzutreffen sei als in Ostdeutschland. Verantwortlich dafür sei insbesondere die in der DDR verbreitete höhere tägliche Energie- und Fettaufnahme, sowie Unterschiede in der allgemeinen Lebensführung (vgl. Bormann et al. 1991, S. 32 - 35). Bei der Prävalenz im Rauchverhalten konnte kein wesentlicher Unterschied bei den Männern festgestellt werden; während jedoch jede vierte Frau im Westen rauchte, gab nur jede fünfte in der DDR an, Raucherin zu sein. Die Intensität im Zigarettenrauchen unterschied sich dagegen wesentlich. Die Analysen ergaben, daß einerseits die Werte der Männer deutlich über denen der Frauen lagen, andererseits Männer (Frauen) in Westdeutschland um die Mitte der achtziger Jahre im Durchschnitt 3,5 (6,2) Zigaretten mehr pro Tag rauchten als in Ostdeutschland (vgl. Bormann et al. 1991, S. 36 - 41). Mit Ausnahme der Gruppe der 25-34jährigen Männer lagen im Vergleich die altersspezifischen Mittelwerte bei beiden Geschlechtern im Westen deutlich über den Werten im Osten. Die größten Unterschiede konnten bei den Frauen ermittelt werden. Bei ihnen lag der Durchschnittswert im Westen um das Doppelte über den Werten im Osten. Unterschiedliche Ausprägungen konnten auch bei der Art der konsumierten alkoholischen Getränke festgestellt werden: Während Bier im Osten häufiger getrunken wurde, war die Relation bei Wein, Sekt und Obstwein umgekehrt. Der Konsum von hochprozentigem Alkohol bildete in der alten Bundesrepublik gegenüber der DDR eine zu vernachlässigende Größe (vgl. Bormann et al. 1991, S. 41 - 46). Im Rahmen der Analyse wurden ferner Unterschiede zwischen dem Einfluß der sozialen Lage (wie Bildung, beruflicher Status etc.) auf das Risikoverhalten untersucht. Die dabei eruierten Unterschiede waren bei den Frauen deutlich stärker ausgeprägt als bei den Männern. Während in Deutschland-West Rauchen bei den männlichen und weiblichen Arbeitern deutlich häufiger als bei den übrigen Berufsgruppen ermittelt wurde, konnte dies für Deutschland-Ost nur hinsichtlich der Männer festgestellt werden. Neben der Prävalenz wurde auch die Intensität des Rauchens analysiert. Bis auf die ostdeutschen Frauen bestätigte sich der soziale Gradient, wonach Personen mit einem niedrigeren Bildungsniveau im Durchschnitt stärker rauchen (vgl. Bormann et al. 1991, S. 56 - 58). Dies wird durch die Arbeit von Claßen (1993) noch unterstrichen. Sie betont hier aber auch die starke Schichtabhängigkeit des verhaltensbedingten Risikofaktors Übergewicht.

Im Januar und Juni 1991 wurde in Ostdeutschland durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung eine erste (der in Westdeutschland bereits seit 1975 im ein- bis dreijährigen Turnus stattfindenden) Repräsentativumfragen zu Aspekten gesundheitsrelevanten Verhaltens durchgeführt. Zur Ermittlung von Diskrepanzen hinsichtlich gesundheitsrelevanter Einstellungen, Verhaltensweisen sowie beim Gesundheitszustand erfolgte ein Vergleich zu den Ergebnissen der westdeutschen Repräsentativumfrage vom November des Vorjahres. Es standen die Verhaltensweisen

Rauchen, Alkoholkonsum und Medikamentengebrauch im Vordergrund. Die deskriptiven Analyseergebnisse fügen sich scheinbar nahtlos an die MONICA-Trends an (vgl. BZgA 1992c). Der Anteil der Raucher an der erwachsenen Bevölkerung lag in den neuen Bundesländern etwas höher als in den alten Bundesländern. In Ostdeutschland gab es mehr Gelegenheitsraucher, wobei die Intensität des Rauchverhaltens den Ergebnissen zufolge geringer war als im Westen. Auf der Basis eines Index, der den Alkohol in Gramm reinen Alkohols pro Woche mißt, läßt sich ableiten, daß in den neuen Bundesländern (1) der Anteil der mäßigen Trinker etwas höher, (2) dagegen derjenige der starken Trinker etwas geringer sowie (3) die Rate der Abstinente im Analysezeitraum ebenfalls geringer lag. Dagegen ließen sich in den neuen und alten Bundesländern bei der Verwendung wichtiger Medikamentengruppen keine wesentlichen Unterschiede feststellen. So unterschieden sich die beiden Landesteile z. B. kaum im Gebrauch von Anregungs- und Beruhigungsmitteln, von Medikamenten gegen Depressionen, Streßbelastung oder Konzentrationsstörungen. Schmerzmittel, Schlafmittel, Aufbaupräparate sowie Verdauungs- und Abführmittel wurden dagegen zu Beginn der 90er Jahre in den neuen Bundesländern etwas weniger häufig eingenommen.

Weitere Beiträge, die das Gesundheitsverhalten von West- und Ostdeutschland miteinander vergleichen, basieren auf der Gegenüberstellung des dritten Durchgangs des Nationalen Gesundheitssurveys im Rahmen der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP), deren Erhebung im Jahr 1991 abgeschlossen worden war, mit den Daten des Surveys Ost, der 1991/92 in den neuen Bundesländern durchgeführt wurde. Der Versuch, aus den Surveys Ost bzw. West einen Vergleich abzuleiten, ist freilich nicht unproblematisch. Zwar sind beide (Teil-)Stichproben repräsentativ, doch auf der Basis von unterschiedlichen Altersklassen. Während im Survey West die Bevölkerung im Alter von 25 bis 69 Jahren befragt wurde, lag die Spanne in Ostdeutschland bei 18 bis 79 Jahren. Während dieses Problem durch die Berücksichtigung von Gewichtungsfaktoren gelöst werden konnte, besteht jedoch wie bei den zuvor durchgeführten Vergleichsstudien die Problematik des unterschiedlichen Erhebungszeitraumes (West: 1990/91; Ost: 1991/92). In den darauf basierenden epidemiologischen Arbeiten (Hoffmeister und Bellach 1995 sowie Bellach 1996) werden Zusammenhänge zwischen verhaltensbedingten Risikofaktoren und dem Auftreten von Krankheiten unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht dargestellt. Im Rahmen weitgehend deskriptiver Vergleiche zwischen ost- und westdeutschem Gesundheitsverhalten wird so die Relation von Körpergewicht zu Körpergröße (Body-Mass-Index) analysiert, der insbesondere für die westdeutschen Frauen günstig ausfällt (vgl. Hüttner 1995, S. 123). Die Analyse des Tabakkonsums im Jahre 1991 ergab, daß sich die bislang ermittelten Unterschiede sowohl zwischen Ost und West als auch zwischen Männern und Frauen verringern. (vgl. Junge und Stolzenberg 1995, S. 163). Einer Untersuchung der körperlichen Aktivität zufolge treiben Männer grundsätzlich mehr Sport als Frauen. Wo

jedoch Sportarten an Voraussetzungen wie Plätze oder Hallen gebunden sind, war der Anteil der Aktiven im Osten geringer (vgl. Hoffmeister und Hüttner 1995, S. 172). Band 2 versucht, die Frage nach Determinanten gesundheitsrelevanten Verhaltens im Querschnitt zu fokussieren. Die vorgenommenen Auswertungen sind nicht nach dem Prinzip der flächendeckenden Abarbeitung aller bekannten oder vermuteten Korrelationen durchgeführt worden, sondern orientierten sich konkret an bestimmten Fragestellungen. So werden Zusammenhänge zwischen Tabak- und Alkoholkonsum und ausgewählten Gesundheitsindikatoren im Kontext einer analytisch-epidemiologischen Untersuchung beleuchtet. Daneben werden Korrelationen hinsichtlich des gleichzeitigen Auftretens mehrerer Risikofaktoren analysiert.

Mit dem neuen Bundes-Gesundheitssurvey 1997/98, dessen Feldarbeit gerade erst abgeschlossen wurde,<sup>13</sup> steht in absehbarer Zeit die logische Fortsetzung der Nationalen Gesundheitssurveys West (1990/91) und Survey Ost (1991/92) zu Verfügung. Aufgrund der verwendeten Instrumente (Fragebogen, medizinisch-physikalische Untersuchung, ärztliche Befragung zur Morbidität und zur Gesundheitsvorsorge, Labordiagnostik) und der angegliederten Module (Arzneimittelsurvey, Ernährungssurvey, Folsäureversorgung, Umweltsurvey sowie Psychische Störungen) sowie der parallelen Datenerhebung in West und Ost unter Zugrundelegung derselben Methodik trägt er sicherlich zu einer Verbesserung der epidemiologischen Analysemöglichkeiten bei.

Einen epidemiologischen Längsschnitt ermöglicht die Gegenüberstellung der Repräsentativerhebungen 1990 und 1992 des Bundesministeriums für Gesundheit. Hieraus ist erkennbar, daß die grundlegenden Tendenzen der oben aufgezeigten Diskrepanzen zwischen Ost und West beim Genußmittelkonsum fortgeschrieben werden können. Die aufgeschlossenerere Haltung zum Alkohol im Ostteil ist weiterhin feststellbar, jedoch mit sinkendem Trend. Damit zeichnet sich im Zeitablauf zu Beginn der 90er Jahre in den neuen Ländern eine sinkende Nachfrage nach Alkohol ab, wie sie in den alten Bundesländern schon seit den 70er Jahren beobachtbar ist. Das Rauchverhalten im Westen ist deutlicher ausgeprägt. Sowohl in den neuen als auch in den alten Bundesländern sinkt jedoch die Nachfrage nach Zigaretten insbesondere in der Altersgruppe der Jugendlichen. Während der Erhebung war zwar der Konsum illegaler Drogen in Westdeutschland wesentlich stärker ausgeprägt, doch konnte ein deutlicher Anstieg des Verbrauchs an illegalen Drogen in der ehemaligen DDR festgestellt werden (vgl. Bühringer et al. 1991 und Kraus et al. 1994).

Kurz nach der Wiedervereinigung untersuchten Becker, Hänsgen und Lindinger mittels einer gesundheitspsychologisch motivierten Stichprobenuntersuchung die ost- und westdeutsche Bevölkerung. Ziel ihrer Erhebung war es, Unterschiede bei psychischen und somatischen Beschwerden so-

---

<sup>13</sup> Mitteilung von W. Thefeld an den Autor vom 26.3.1999.

wie in der Befindlichkeit, die theoretisch vermutet werden konnten, zu eruieren. Zusammenfassend klagte nach Auffassung der Autoren die ostdeutsche Bevölkerung angesichts der dramatischen Veränderungen seit der Wende in unerwartet geringem Ausmaß über psychische und physische Beschwerden. Die Autoren vertreten den Standpunkt, daß die Bevölkerung die eingetretenen Veränderungen seit der Wende im Prinzip herbeigesehnt hat und dabei den Übergang zur Marktwirtschaft und die Transformationsveränderungen realistisch in dem Sinn eingeschätzt hat, daß man sich bewußt war, daß die erwünschten Verbesserungen der Lebensbedingungen erst nach einer Übergangsphase zu erreichen sein würden (vgl. Becker, Hänsgen und Lindinger 1991, S. 51).

### 3. Latente Strukturmodelle und Lebensstil

#### 3.1 Ein gesundheitsökonomisches Grundmodell

Im vorangegangenen Kapitel wurden zwei Aspekte deutlich gemacht. Erstens existieren ökonomische Ansätze, die es ermöglichen, Lebensstilaspekte zu implementieren. Hierbei sind insbesondere das Verhaltensmodell von Grossman (1972) und dessen Modifikationen von besonderer Relevanz. Zweitens wurden aus epidemiologischer, psychologischer und soziologischer Perspektive mehrere Studien angefertigt, die gesundheitsrelevantes Verhalten im ostdeutschen Transformationsprozeß abbilden. Aufgrund ihres spezifischen Forschungsinteresses kommen gesundheitsökonomische Fragen dabei zu kurz. So wurden ökonomische Einflußfaktoren, wie Preiseffekte und Regulierung, bislang nur unzureichend in Analysen einbezogen. Die Forschung beschränkt sich weitgehend auf die deskriptive Darstellung von ermittelten Zusammenhängen. Ein ökonomischer Modellrahmen kann dazu beitragen, Forschungslücken zu schließen.

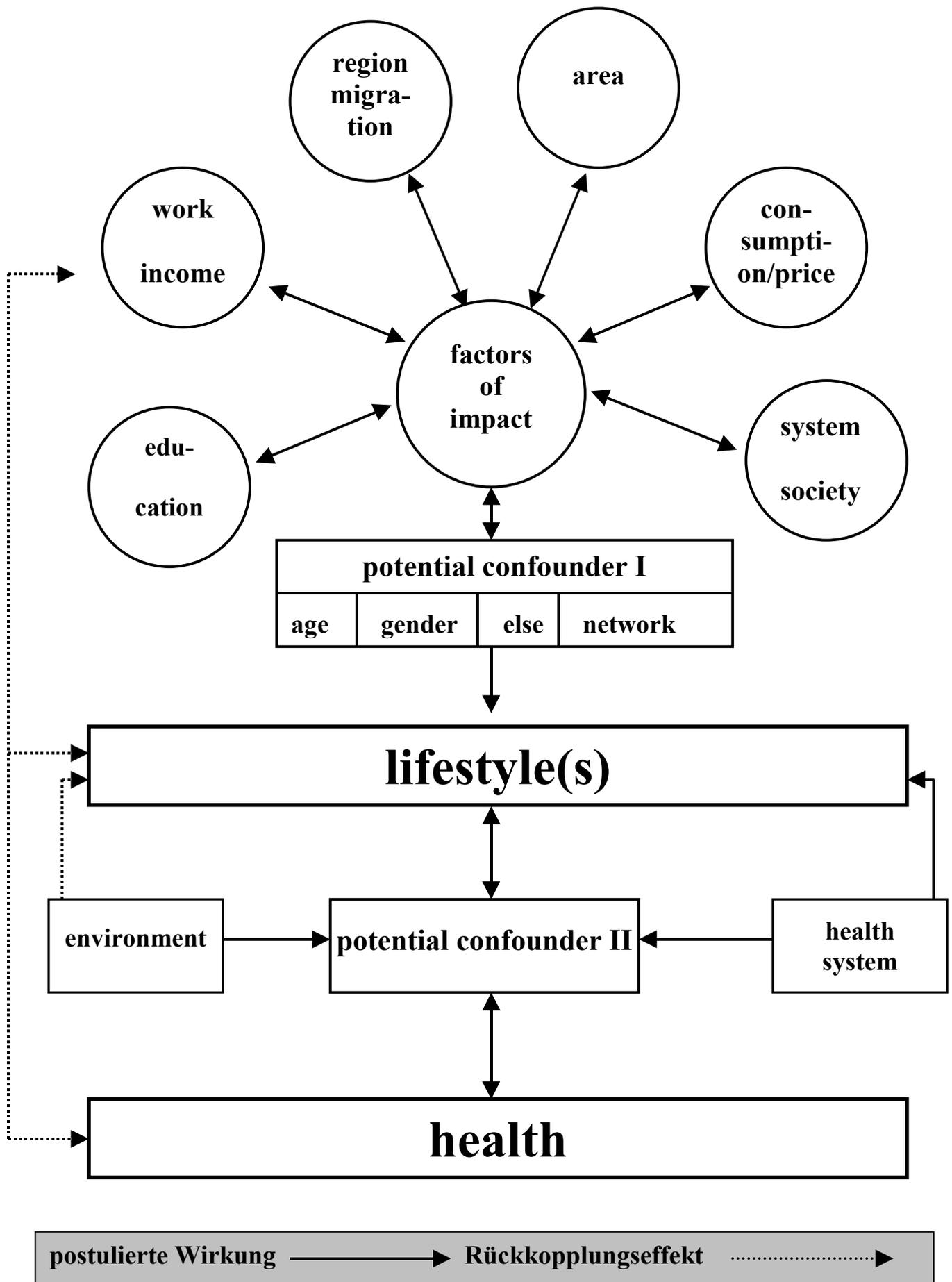
Abbildung 2 stellt das Grundmodell einer ökonomischen Analyse schematisch dar. Es orientiert sich an Beziehungen und Zusammenhängen, die im Rahmen der allgemeinen Forschung empirisch nachgewiesen und damit weitgehend als wissenschaftlich konform angesehen werden können.<sup>14</sup> Die Darstellung schließt Ansatzpunkte sozialmedizinischer und gesundheitspsychologischer Forschung mit ein.

Im Rahmen einer Hierarchie von Beziehungen sind drei Ebenen erkennbar: *Einflußfaktoren* (factors of impact), *Lebensstile* (lifestyles) sowie *Gesundheit* (health). Zwischen ihnen befinden sich jeweils *Störgrößen* (potential confounders) mit katalysatorischer Wirkungsfunktion, das heißt, sie können die Auswirkungen der vorangegangenen Stufe filtern bzw. vervielfachen.

---

<sup>14</sup> Einen wichtigen Beitrag leistete die Alameda County Study. Einen Überblick über die Konzeption der Studie und deren wichtigsten Ergebnisse geben Berkman und Breslow (1983). Berkman, Breslow und Wingard (1983) skizzieren wichtige Zusammenhänge zwischen gesundheitsrelevantem Verhalten und Einflußfaktoren.

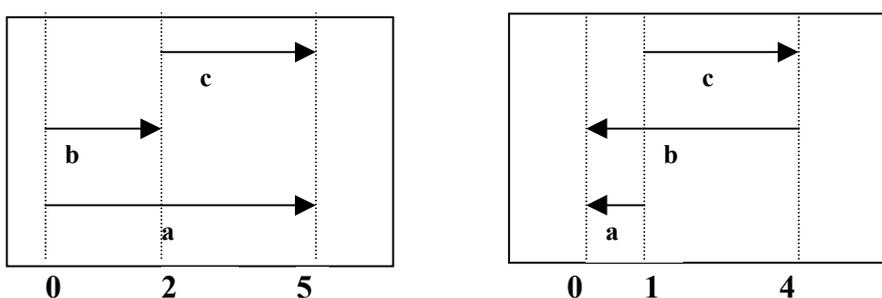
**Abbildung 2: Das Basismodell in systematischer Darstellung**



Einer Grundintention der Gesundheitsökonomik folgend, geht das Modell davon aus, daß der Einzelne seinen Gesundheitszustand beeinflussen, aber nicht effektiv bestimmen kann. Daneben wird die heute weitgehend akzeptierte Auffassung unterstellt, daß es sich bei Gesundheit und Krankheit nicht um monokausal, sondern um multikausal bedingte Phänomene handelt (vgl. Badura 1983, S. 30).

*Gesundheitsrelevantes Verhalten* (d. h. Lebensstile) wird im wesentlichen durch eine Reihe von Einflußfaktoren hervorgerufen. Diese werden zunächst als exogen betrachtet; Rückkopplungen bezüglich der lifestyle-Ebene bzw. der Gesundheit werden demzufolge zunächst ausgeklammert. Dabei wird davon ausgegangen, daß die Variablen einerseits isoliert, andererseits in Abhängigkeit voneinander auf die Ausbildung von Lebensstil-Kategorien Einfluß nehmen können. So kann beispielsweise 'Bildung' separat den Konsum von Alkohol beeinflussen, in Kombination mit der Wohngegend (area) könnte bei Annahme des gleichen Vorzeichens die Intensität dieses Effekts noch verstärkt werden, bei unterschiedlichem Vorzeichen ist die Richtung des Gesamteffekts zunächst noch unbestimmt - entscheidend ist hier die Intensität der Faktoren. Bei der Annahme additiver Wirkungszusammenhänge läßt sich dies in einem Vektorendiagramm wie in Abbildung 3 veranschaulichen: Im linken Schaubild zeigen die Vektoren, deren Länge die Intensität des Effekts darstellt, in die gleiche Richtung. Das Ausmaß des Gesamteffekts a (5) ergibt sich als Summe der Teileffekte b und c (2 + 3). Im rechten Schaubild zeigen die Vektoren b und c in entgegengesetzte Richtungen. Da die Intensität von b das Ausmaß von c um eine Einheit übertrifft, bestimmt der längere Vektor den Gesamteffekt a, dessen Intensität betragsmäßig eine Einheit beträgt.

**Abbildung 3: Wirkungsintensität und -richtung bei additivem Zusammenhang**



Die Wirkung von Einflußfaktoren kann, aber muß nicht additiv wirken. Grundsätzlich können beim Aufeinandertreffen mehrerer gesundheitsschädlicher bzw. -förderlicher Faktoren komplizierte Überlagerungen (Addition, Synergieeffekte) entstehen, die bei einer Analyse zu beachten sind.

Daneben muß an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, daß das Grundmodell noch nicht scharf zwischen objektiven und subjektiven Faktoren unterscheidet. Jede der aufgeführten sechs Kategorien von Einflußfaktoren enthält beide Einflußarten. Es wird dabei von der Arbeitshypothese ausgegangen, daß neben den objektiv beobachtbaren Größen auch in verstärktem Umfang subjektive Faktoren von Relevanz sind. Dabei spielen Erwartungen eine große Rolle.

### **education**

Die Bedeutung des individuellen Bildungsniveaus für die Ausprägung von (gesundheitsrelevanten) Lebensstilen wurde nicht zuletzt durch eine Anzahl sozialwissenschaftlicher Arbeiten<sup>15</sup> erbracht.

### **work/ income**

Die Relevanz der Kategorie *work* besteht nicht nur darin, ob eine Erwerbstätigkeit zum Zeitpunkt der Erhebung vorliegt bzw. weshalb nicht (Arbeitslosigkeit, Kurzarbeit oder Ausbildung, Rente sowie deren Dauer), sondern auch in der Art (Branche) und Dauer der Beschäftigung (bzw. ob die ausgeführte Tätigkeit der Tätigkeit zu einem früheren Zeitpunkt entspricht). Insbesondere das Wechselverhältnis von Arbeitslosigkeit und Gesundheit fand in der Literatur schon eingehende Beachtung<sup>16</sup>. *Income* steht als Variablenbündel für Einkommen aus selbständiger/ nicht selbständiger Tätigkeit sowie aus Vermögenseinkünften bzw. Transfereinkommen.

### **region/ migration**

Einflußgrößen für die Ausbildung von Lebensstilen können Bundesländer und niedrigere Verwaltungsebenen sein. Eine Reihe von Arbeiten stellt eine starke Verbindung zwischen der wirtschaftlichen Prosperität und dem Morbiditätsniveau eines Bundeslandes fest. Es kann ferner vermutet werden, daß die Faktoren Ausländer (Dauer des Aufenthalts), Mobilität (Übersiedler aus einer anderen Region oder dem anderen Teil Deutschlands bzw. dem Ausland) unterschiedliche Lebensstile bewirken können.

### **area**

Diese Größe bezieht sich auf die Gemeindegröße sowie auf den Wohnort (Innenstadt, Vorstadt, Land). Es kann angenommen werden, daß der Wohnort eine Erreichbarkeitsbedingung für Arten gesundheitsrelevanter Lebensweisen hat (etwa illegale Drogen, Sportmöglichkeiten). Der Wohnsitz kann somit bestimmte Lebensweisen fördern, unterstützen oder hemmen.

### **consumption/ price**

Es läßt sich vermuten, daß zwischen dem Konsum allgemeiner Güter und der Nachfrage nach Lebensstil-Gütern (wie Getränke, Zigaretten etc.) Zusammenhänge bestehen. Dabei kann auch der Faktor Werbung bedeutsam sein. Andererseits können Preise Einfluß auf die Nachfrage nach Le-

---

<sup>15</sup> Vgl. dazu Arbeiten aus der soziologischen Unbleichheitsforschung, etwa Geißler (1994).

<sup>16</sup> Einen generellen Überblick für die Jahre 1985 - 1991 liefert Kurella (1992).

bensstil-Gütern haben. Dabei ist auch die Frage von Bedeutung, ob substitutive Beziehungen bestehen oder nicht. Veränderung der Steuerbelastung bei Lebensstilgütern (Tabaksteuer, Branntweinsteuer) können je nach Elastizität der Nachfrage Auswirkungen auf das Konsumverhalten haben.

#### **system/ society**

Nicht zuletzt durch Anreize, Einschränkungen und Verbote durch Regierungen und die allgemeine Akzeptanz tragen Gesellschaft und Staat dazu bei, daß bestimmte gesundheitsrelevante Verhaltensweisen gefördert bzw. unterbunden werden.

Die primäre Stufe der Störgrößen (*potential confounder I*) soll die über Einflußfaktoren vermittelten Impulse bündeln und aufgrund individueller Merkmale und Fähigkeiten zur (Nicht-) Herausbildung von gesundheitsrelevanten Lebensstilen beitragen. Alter, Geschlecht, Soziales Netzwerk und sonstige Faktoren bilden dabei intervenierende Variablen, welche die Intensität von Einflußgrößen abschwächen oder verstärken können. Grundsätzlich können die Störgrößen danach eingeteilt werden, ob sie aus der Perspektive des Individuums unveränderbar sind (Alter, Geschlecht) bzw. beeinflußt werden können (wie etwa die Kategorie Soziales Netzwerk).

Neben dem *Alter* (age) bildet auch das *Geschlecht* (gender) eine wichtige Filtergröße, da Lebensstil-Ausprägungen häufig geschlechtsspezifisch sind. Auch wenn Lebensstil-Konzepte das Individuum in das Zentrum der Analyse rücken, ist die Einzelperson meistens in ein *soziales Umfeld* (network) mit eingebunden, welches Einfluß auf den jeweiligen Lebensstil haben kann. Einerseits gibt es vielfältige Anzeichen dafür, daß der persönliche Freundeskreis, Familie etc. in starkem Umfang die Herausbildung gesundheitsrelevanter Lebensstile fördern kann (für Drogen: BZgA 1990, S. 21 - 38). Die Einbindung in ein soziales Netz i. w. S. kann andererseits persönliche Problemsituationen erträglicher gestalten (social support). Negative Auswirkungen auf den Gesundheitszustand können dadurch abgeschwächt werden. Dies muß jedoch nicht zwangsläufig so sein. Problemlagen von Individuum X können auch Individuum Y dazu bewegen, seinen Lebensstil so zu ändern, daß negative Konsequenzen für die Gesundheit entstehen. Als wichtige social network-Variablen müssen angesehen werden: Familienstand, Anzahl der Kinder, Kontakt mit Freunden, Einbindung in soziale Gruppen, Religionszugehörigkeit u.a. Die Kategorie *else* stellt sonstige Aspekte dar, die in den anderen drei Größen nicht enthalten sind (Bsp: Vererbungsrelevante Faktoren, Behinderung etc.).

Die *lifestyle-Ebene* kann in

1. Eßgewohnheiten
2. Trinkgewohnheiten (Alkohol: Bier, Wein, Spirituosen, alkoholische Mixgetränke; sonstige Genußmittel wie Kaffee)
3. Schlafgewohnheiten

4. Konsum von Schmerzmitteln, Psychopharmaka, Schlaf- und Beruhigungsmitteln
5. Rauchgewohnheiten (bevorzugte Tabakware, Häufigkeit)
6. Drogengenuß (in Anlehnung an Studien, die sich mit der Drogenaffinität beschäftigen, sollte dabei die Einnahmehäufigkeit verschiedener Drogen wie Haschisch/ Marihuana, LSD, Kokain, Heroin, andere Opiate (z. B. Codein, Methadon), Aufputschmittel, synthetische Suchtmittel, (insb. Dolcontrol<sup>17</sup> und Schnüffelstoffe) untersucht werden.)
7. Body-Mass (Relation Gewicht zu Körpergröße)
8. Körperliche Aktivitäten
9. sonstige gesundheitsrelevante Verhaltensweisen (riskantes/ leichtsinniges Verhalten im motorisierten Verkehr u. a.)

unterteilt werden.

Dabei ergibt sich jedoch grundsätzlich auf der lifestyle-Ebene die gleiche Betragsproblematik wie auf der Ebene der Einflußfaktoren.<sup>18</sup> Die grundlegende Frage lautet hierbei: Welche Auswirkungen hat das Zusammenwirken einzelner Verhaltensausprägungen?

- a) Betrachtet man zunächst eine einzelne Kategorie, beispielsweise 'Eßgewohnheiten', so wird ersichtlich, daß es eine Vielzahl verschiedener Verhaltensweisen bzgl. 'ungesunder' Ernährung gibt. In welchem Ausmaße korrelieren diese untereinander ?
- b) Welche systematischen Zusammenhänge bestehen daneben zwischen den o. g. neun Arten des Gesundheitsverhaltens?
- c) Ob eine gesundheitsrelevante Verhaltensweise positiv oder negativ den Gesundheitszustand beeinflussen kann, ist insbesondere von Frequenz und Intensität abhängig. Grundsätzlich kann ex ante eine Janusköpfigkeit von Lebensstilen festgestellt werden. So beugt sportliche Betätigung und Bewegungsverhalten einerseits dem Risikofaktor 'Bewegungsmangel' vor, dem andererseits aber auch ein Gefahrenpotential zukommt, insbesondere dann, wenn Riskosportarten gewählt werden. Gelegentliches Rauchen, der Konsum von tierischen Fetten oder von Alkohol sind an sich nicht schädlich; die Menge definiert hier das Risiko (vgl. Perrez und Gebert 1994, S. 169).
- d) Analog zur Wirkung von Einflußfaktoren kann nicht davon ausgegangen werden, daß beim Vorliegen von zwei (oder mehr) Risikofaktoren das Erkrankungsrisiko einer Person lediglich additiv anwächst. Die Wahrscheinlichkeit, krank zu werden, kann statt dessen um ein Mehrfaches ansteigen (vgl. Siegrist 1995, S. 150).
- e) Die grundsätzlich möglichen externen Effekte gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen auf Dritte bleiben zunächst ausgeklammert. Während das persönliche Umfeld insbesondere in der

---

<sup>17</sup> In der ehemaligen DDR verwendete man vor allem das Medikament Dolcontrol mit dem synthetischen Wirkstoff Pethidin, wodurch fast sämtliche Suchtmittelabhängigkeiten bedingt waren (BM Gesundheit 1993, S. 185).

<sup>18</sup> Vgl. dazu Seite 28.

Kategorie der primären Störgrößen (wie etwa in der Größe 'network') bei der Herausbildung von Lebensstilen stark involviert wird, soll zunächst angenommen werden, daß Verhaltensweisen wie das Rauchen auf das persönliche Umfeld keinen Einfluß haben, somit nur der Akteur von positiven/ negativen Auswirkungen betroffen ist.

*Lifestyles* wirken nicht direkt, sondern unter 'Zwischenschaltung' eines weiteren Bündels möglicher Störgrößen (*potential confounder II*) auf den Gesundheitszustand ein. Dadurch soll die individuelle Anfälligkeit oder Verwundbarkeit eines Individuums hinsichtlich gesundheitsrelevantem Verhalten ausgedrückt werden.

Die Kategorien '*environment*' und '*health system*' unterstreichen die Relevanz weiterer Größen bei der Produktion von Gesundheit. Beide können einerseits via Störgrößenstufe unmittelbar die körperliche Gesundheit beeinflussen. So können Kranke durch die Erbringer von Gesundheitsleistungen kuriert oder Krankheiten im Ausmaß reduziert werden. Dabei ist die tatsächliche Nachfrage nach medizinischen Leistungen von Bedeutung. Andererseits können sie auf die Lebensstil-Ebene einwirken. Das Gesundheitssystem wird insbesondere über Aufklärung/ Prävention/ Erziehung die Herausbildung gesundheitsfördernder Verhaltensweisen begünstigen.<sup>19</sup>

### **3.2 Ansatzpunkte für eine Umsetzung in latente Strukturmodelle**

Bei der bisherigen Darstellung wurden (1) dynamische Aspekte sowie (2) spezielle Charakteristika, die aus ökonomischer Hinsicht beim ostdeutschen Transformationsprozeß vermutet werden können, ausgeklammert.

(1) Im bislang als statisch gekennzeichneten Modell wurden Rückkopplungen im Sinne von Wechselwirkungen zwischen Verhaltensmuster und dem Bedingungsgefüge nicht berücksichtigt. Dies kann dazu führen, daß falsche Aussagen hinsichtlich Ursache und Symptom abgeleitet werden. So kann die Lebensstil-Ausprägung 'starker Alkoholkonsum' die Folge von Arbeitslosigkeit sein. Umgekehrt kann 'starker Alkoholkonsum' aber auch zum Arbeitsplatzverlust führen. In dynamischer Hinsicht bewirken die Einflußgrößen in Kombination mit der ersten Stufe der Störgrößen in Periode 1 die Herausbildung eines bestimmten Niveaus an Alkoholkonsum. Diese Verhaltensweise kann in Periode 2 aber Auswirkungen auf den Erwerbsstatus haben. Im Feedback-Prozeß verändert sich demnach die Richtung der Beziehung. Das hierbei vor allem durch Querschnittsdaten induzierte Ursache-Wirkungs-Problem ist Gegenstand eines Forschungssegmentes mit häufig sehr

---

<sup>19</sup> Es wird davon abstrahiert, daß die Existenz des Gesundheitswesens ein Individuum zum Leichtsinntreiben kann. Somit wird ex ante-moral hazard ausgeschlossen (vgl. Breyer/ Zweifel 1997, S. 186)

konträren Ergebnissen.<sup>20</sup> Eine derartige Richtungsfrage ist gerade für die neuen Länder bedeutsam. Daneben kann davon ausgegangen werden, daß der persönliche Gesundheitszustand und damit ein eventuell vorhandener Leidensdruck die Einstellung der Betroffenen auf gesundheitsrelevante Verhaltensweisen bestimmen kann.

(2) Die Relevanz des auf systematische Weise skizzierten Grundmodells für das Untersuchungsgebiet Ostdeutschland ist offensichtlich.<sup>21</sup> Bei der bisherigen Betrachtung wurden im wesentlichen jedoch nur *objektive* Bestimmungsfaktoren angesprochen. Insbesondere Arbeiten aus dem Bereich der Gesundheitspsychologie verweisen auf die Bedeutung *subjektiver* Faktoren zur Herausbildung gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen. So sind Zusammenhänge zwischen individuell als Verunsicherungen, Hoffnungen, Wünsche etc. wahrgenommenen Faktoren, dem Empfinden von Streß und einer Veränderung des Gesundheitszustands möglich. Psychosomatische Prozesse können dabei entweder unmittelbar (in extremo: Suizid), oder mittelbar über die Wahl eines bzw. mehrerer riskanterer Lebensstile die Gesundheit beeinflussen. Vor allem wirtschaftliche Erwartungen können hierbei eine wichtige Rolle spielen. So weist Gensicke (1995, S. 66) mit seiner Beschreibung der Entwicklungsphasen nach der Wiedervereinigung darauf hin, daß die Bevölkerung mit einem seismographischen Realismus auf die wirtschaftlichen Veränderungen reagiert habe. In ökonomischer Hinsicht können die damit verbundenen Verunsicherungen sowie die Erwartungshaltung über Erwartungswerte abgebildet werden. Damit soll kritischen Lebensereignissen bzw. lebensverändernden Ereignissen (life events) Rechnung getragen werden. Grundsätzlich kann bezüglich sämtlicher Einflußkategorien eine hypothetische Beeinflussung von Lebensstilen vermutet werden: Hinsichtlich *education* (Entwertung des Humankapitals), *work/ income* (Erwartungen bezüglich einer erforderlichen beruflichen Veränderung, Sicherheit des Arbeitsplatzes, Arbeitslosigkeit, Kurzarbeit u. ä.; Veränderungen im erwarteten Einkommen), *region/ migration* und *area* (Erwartungen hinsichtlich eines erforderlichen Umzugs, wirtschaftliche Entwicklung); *consumption/ price* (Implikationen des veränderten Konsumangebots, Preisstruktur) sowie *system/ society* (Erwartungen hinsichtlich der Auswirkungen des gesellschaftlichen {System-} Wandels). Insbesondere bei der Transformation Ostdeutschlands kann vermutet werden, daß der Variablenkategorie Staat/ Gesellschaft aufgrund zweier Aspekte eine wichtige Funktion zukommt. Erstens in den Fällen, bei denen es im Vergleich der Zeiten vor und nach der Wende zu einer Veränderung der staatlichen Politik und ihrer Einflußnahme gekommen ist. Grundsätzlich erfolgte die Bereitstellung von weichen Drogen und legalen Genußmitteln, wie beispielsweise Alkohol, im Rahmen der staatlichen Planwirtschaft. Winter (1990) weist darauf hin, daß dabei der Versorgungsaspekt der Bevölkerung

---

<sup>20</sup> Einem allgemeinen Überblick liefert die Literaturstudie von Kurella 1992, insb. S. 50 - 60.

<sup>21</sup> An dieser Stelle soll noch auf weitere Interpretationsmöglichkeiten eingesetzter Variablen hingewiesen werden. So bildet die Kategorie 'Alter' die Zeit der Prägung durch die DDR und mögliche Wendeerfahrungen mit ab.

entsprechend zum übrigen Warenangebot im Vordergrund stand. Analog zu den Problemfeldern Medikamentenmißbrauch und -abhängigkeit sowie Suizid wurde der Bereich Alkoholmißbrauch bis in die Mitte der 80er Jahre von seiten des Staates und der Forschung tabuisiert. Erst danach fand eine schrittweise Öffnung der Massenmedien und der wissenschaftlichen Literatur für derartige Problembereiche statt (vgl. Winter 1990, S. 34). Zweitens spielt dabei auch die Erreichbarkeit und Zugriffsnähe eine Rolle. So gab es bis Ende der 80er Jahre in der DDR deswegen keine Drogenprobleme westlicher Prägung, weil viele in der westlichen Hemisphäre illegal gehandelten Drogen nicht erhältlich waren (vgl. Kappeler et al. 1999, S.25).

Dennoch muß dabei grundsätzlich berücksichtigt werden, daß die Intensität von Einflußgrößen nicht nur über Störgrößen verändert werden können. Qualitative Modifikationen sind weiterhin möglich. So kann etwa Mobilität Auswirkungen auf das soziale Netzwerk (Bekanntenzirkel) haben.

Die empirische Überprüfung des aufgezeigten Beziehungsgeflechts impliziert einige methodische Schwierigkeiten. Die speziellen Eigenschaften des Untersuchungsobjektes bilden gravierende Einschränkungen bei der Wahl des zu verwendenden Schätzmodells<sup>22</sup>.

Wenn man erstens im Rahmen des skizzierten Modellrahmens die Konsequenzen von gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen messen möchte, so steht man vor dem Problem, daß der Gesundheitszustand nicht direkt bestimmt werden kann. Gesundheit bildet eine mehrdimensionale Größe mit den Faktoren körperlicher, seelischer und sozialer Gesundheitszustand sowie subjektiv wahrgenommene Gesundheit. Eine derartige *latente Variable* läßt sich durch einen abstrakten Inhalt kennzeichnen, bei dem sich nicht unmittelbar entscheiden läßt, ob der gemeinte Sachverhalt in der Realität vorliegt oder nicht (vgl. Backhaus et al. 1996, S. 325). Nicht direkt beobachtbare Variable müssen deshalb mit Hilfe von Indikatoren näher operationalisiert werden. Die latente Variable 'Gesundheit' läßt sich in diesem Sinne als Größe modellieren, die durch beobachtbare Ursachen und Indikatoren als Folge pathogener Wirkungen von Risikoeinflüssen, umweltbezogenen Einwirkungen sowie den nachgefragten medizinischen Leistungen unter Berücksichtigung bestimmter Erkrankungswahrscheinlichkeiten determiniert wird. Die ostdeutsche Transformation, bei der Unsicherheiten und Erwartungen auf der Ebene der Einflußfaktoren eine wichtige Rolle spielen, bietet weitere Anwendungsfälle des Konzepts latenter Variablen. Dies betrifft vor allem die Kategorien 'work' und 'income'. Wird in Analogie zu Leu und Doppmann (1986) nicht das Einkommen einer einzelnen Periode (transitorisches Einkommen) sondern das durchschnittlich erwartete Einkommen während eines bestimmten Zeitraumes (permanentes Einkommen) als relevant angesehen, so handelt es sich bei der zugeordneten Größe ebenfalls um keine direkt beobachtbare Größe, sondern um ein theoretisches Konstrukt, das anhand von Indikatoren näher spezifiziert werden muß.

---

<sup>22</sup> Einen Überblick über alternative Schätzmodelle und deren Eigenschaften bietet Doppmann (1985), S. 80 - 99.

Zweitens bestehen im skizzierten Grundmodell komplexe interdependente Beziehungen und Feedback-Prozesse zwischen Variablen und Einflußgrößen.<sup>23</sup>

Latente Variablen-Modelle gestatten die Einbeziehung dieser beiden Anforderungen (vgl. Loehlin 1998). Ausgehend von einer Pfadanalyse mit einer Abbildung vermuteter Beziehungen zwischen den Variablen und Bestimmungsfaktoren, wie dies in diesem Kapitel erfolgt ist, werden die funktionalen Zusammenhänge in Strukturgleichungen überführt. Aufgabe künftiger Forschungsarbeiten auf der Basis des beschriebenen Ansatzes wird es sein, diese in den zwei Komponenten Latenter-Variablen-Modelle, Strukturmodell und Meßmodell zu implementieren. Zweck des *Strukturmodells* ist es dabei, gerichtete und ungerichtete Beziehungen zwischen den Variablen zu postulieren sowie im *Meßmodell* zu spezifizieren, wie sich die latenten (unbeobachtbaren) Variablen in den beobachtbaren Variablen widerspiegeln sollen.

#### **4. Zusammenfassung und Ausblick**

Der seit zehn Jahren andauernde Transformationsprozeß in Ostdeutschland hat auf vielfältige Weise in das Leben der betroffenen Menschen eingegriffen. Aus gesundheitsökonomischer Perspektive interessiert dabei, inwiefern sich einerseits gesundheitsrelevante Verhaltensweisen verändert haben sowie andererseits die Beziehungsstruktur zu Einflußgrößen des Lebensstils und den Konsequenzen für die Gesundheit. In der Vergangenheit wurden gesundheitsrelevante Verhaltensweisen der ostdeutschen Bevölkerung im Transformationsprozeß zwar im Kontext epidemiologischer, soziologischer und psychologischer Studien untersucht, doch aufgrund anderer Forschungsinteressen kamen ökonomische Fragestellungen bislang zu kurz. Basierend auf der Grundintention des Grossman-schen Verhaltensmodells werden deshalb in einem Schema Ansatzpunkte für Analysen im Rahmen latenter Strukturmodelle aufgezeigt. Im Zuge künftiger Arbeiten könnte eine Formalisierung erfolgen und resultierende ökonometrische Modelle unter Verwendung von empirischen Längsschnittdaten getestet werden. Auch vergleichende Analysen zu Westdeutschland oder osteuropäischen Ländern sind grundsätzlich denkbar.

---

<sup>23</sup> Diese Aspekte wurden auf den Seiten 32 und 33 ausführlich erörtert.

## 5. Literatur

- Abel, T. und W. C. Cockerham** (1993), Lifestyle or Lebensführung? Critical Remarks on the Mistranslation of Weber's "Class, Status, Party", in: *The Sociological Quarterly*, 34, S. 551 - 556.
- Adler, A.** (1929), *Menschenkenntnis*, 3. verb. Aufl. Leipzig.
- Atkinson, A. B. und J. L. Skegg** (1973), Anti-smoking Publicity and the Demand for Tobacco in the UK, in: *The Manchester School*, 41, S. 264 - 282.
- Backhaus, K., B. Erichson, R. Weiber** (1996), *Multivariate Analysemethoden, Eine anwendungsorientierte Einführung, Achte, verbesserte Einführung*, Heidelberg u. a.
- Badura, B.** (1983), Sozialepidemiologie in Theorie und Praxis, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Lebensweisen und Lebensbedingungen in ihren Auswirkungen auf die Gesundheit, Bericht über ein Seminar veranstaltet von der Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa (Kopenhagen) und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Köln) in Höhr-Grenzhausen, 18. - 21. Oktober 1982, Europäische Monographien zur Forschung in Gesundheitserziehung 5*, Köln, S. 29 - 48.
- Bardsley, P.** (1998), *Dynamic Addiction Games*, University of Melbourne, Department of Economics, Discussion paper.
- Becker, G. S. und K. M. Murphy** (1988), A Theory of Rational Addiction, in: *Journal of Political Economy*, 96, S. 675 - 700.
- Becker, P., D.-O. Hänsgen und E. Lindinger** (1991), Ostdeutsche und Westdeutsche im Spiegel dreier Fragebogentests, *Trierer Psychologische Berichte Bd. 18, Heft 3*, Trier.
- Bellach, B.-M.** (Hrsg.) (1996), *Die Gesundheit der Deutschen, Band 2, Zusammenhänge zwischen Gesundheit und Lebensstil, Umwelt und soziodemografische Faktoren - Eine Auswertung von Surveydaten, RKI-Heft 15/ 1996*, Berlin.
- Berkman, L. F. und L. Breslow** (Ed.) (1983), *Health and Ways of Living, The Alameda County Study*, New York und Oxford.
- Berkman, L. F., L. Breslow und D. Wingard** (1983), Health practices and mortality risk, in: Berkman, L. und L. Breslow (Ed.): *Health and Ways of Living, The Alameda County Study*, New York und Oxford, S. 61 - 112.
- Bormann, C., L. Heineman und J. Hoeltz** (Hrsg.) (1991), *Epidemiologie und Gesundheitsforschung, Kardiovaskuläre Risiken in Deutschland Ost und -West, Gesundheitsberichterstattung auf der Basis des Nationalen Untersuchungs-Survey der "Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie" 1984 bis 1986 und des Bevölkerungssurvey des DDR-MONICA-Projektes 1983 bis 1985*, München und Berlin.

- Bouregois, J. C. und J. G. Barnes** (1979), Does Advertising increase Alcohol Consumption?, in: Journal of Advertising Research, 19, S. 19 - 29.
- Breyer, F. und P. Zweifel** (1997), Gesundheitsökonomie, 2., überarbeitete und erweiterte Auflage, Heidelberg u. a.
- Bühringer, G., R. Simon, R. und P. M. Wiblishäuser** (1991), Repräsentativerhebung 1990 zum alkoholischen Konsum und Mißbrauch von illegalen Drogen, alkoholischen Getränken, Medikamenten und Tabakwaren, Grundausswertung für die alten und die neuen Bundesländer, München 1991.
- Bundesminister für Gesundheit [BM Gesundheit]** (Hrsg.) (1993), Indikatoren zum Gesundheitszustand der Bevölkerung in der ehemaligen DDR, *Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 23*, Baden-Baden.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA]** (Hrsg.) (1990), Die Entwicklung der Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland, Ergebnisse einer Trendanalyse 1973, 1976, 1979, 1982, 1986, 1990, Köln.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA]** (Hrsg.) (1991), Eßverhalten und Eßstörungen in Ostdeutschland, Eine sozialwissenschaftliche Analyse einer schriftlichen Befragung von 11.000 Personen im September 1991, Köln.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA]** (Hrsg.) (1992a), Rauchen, Alkoholkonsum und Medikamentengebrauch in den neuen Bundesländern, Ergebnisse einer Repräsentativerhebung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in den neuen Bundesländern, Köln.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA]** (Hrsg.) (1992b), Aktionsgrundlagen 1990 der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Ergebnisse einer Repräsentativbefragung der Bevölkerung ab 14 Jahren in der Bundesrepublik Deutschland einschl. Berlin (West). (Teilbände: Rauchen, Alkoholkonsum und Gesundheit), Köln.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA]** (Hrsg.) (1992c), Rauchen, Alkoholkonsum und Medikamentengebrauch in den Neuen Bundesländern, Ergebnisse einer Repräsentativerhebung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in den neuen Bundesländern, Köln.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA]** (Hrsg.) (1994), Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland, Wiederholungsbefragung 1993/ 1994, Köln.
- Butenko, A. O.** (1979), Die Lebensweise, Inhalt des Problems und offene Fragen, in: Gesellschaftswissenschaftliche Beiträge, 32 (4), S. 329 - 343.
- Chaloupka, F. J.** (1991), Rational addictive behaviour and cigarette smoking, in: Journal of Political Economy 99, S. 722 - 742.

- Claßen, E.** (1993), Soziale Schicht und koronare Risikofaktoren in Deutschland-Ost und -West, in: Mielck, A. (Hrsg.), Krankheit und soziale Ungleichheit: Sozialepidemiologische Forschungen in Deutschland, Opladen, S. 227 - 242.
- Contoyannis, P. und A.M. Jones** (1999), A model of health and lifestyle, University of York, Paper prepared for the 2<sup>nd</sup> iHEA Conference, Rotterdam 7-9 June 1999.
- Dauer, S., G. Wagner, H. Hennig, und J. Morgenstern** (1993), Arbeitslosigkeit und Gesundheit - erste Ergebnisse, in: Kieselbach, T. und P. Voigt (Hrsg.), Systemumbruch, Arbeitslosigkeit und individuelle Bewältigung in der Ex-DDR, *Psychologie sozialer Ungleichheit, Bd. 4*, Weinheim, S. 248 - 267.
- Davidson, J. E., D. F. Hendry, F. Srba, F. und S. Yao** (1978), Econometric Modelling of the Aggregate Time Series Relationship Between Consumers, Expenditure and Income in the United Kingdom, in: *Economic Journal*, 88, S. 661 - 692.
- Donat, P.** (1996), Die Entwicklung des Ernährungsverhaltens der "DDR-Bevölkerung" vor und nach der Wende, in: Kutsch, T. und S. Weggemann (Hrsg.), Ernährung in Deutschland nach der Wende, Veränderungen in Haushalt, Beruf und Gemeinschaftsverpflegung, *Bonner Studien zur Wirtschaftssoziologie, Band 3*, Bonn, S. 1 - 20.
- Doppmann, R.** (1985), Determinanten der Nachfrage nach Gesundheit und der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, Basel.
- Feichtinger, G., C. Hommes, C. und A. Milik** (1997), Chaotic consumption patterns in a simple 2-D addiction model, in: *Economic Theory*, 10, S. 147 - 173.
- Forschungsgruppe Gesundheitsberichterstattung im Auftrag des Bundesministeriums für Forschung und Technologie** (Hrsg.) (1990), Aufbau einer Gesundheitsberichterstattung, Bestandsaufnahme und Konzeptvorschlag, Endbericht, Bd. 1 - 3, Sankt Augustin.
- Fuchs, E. und E. Appel** (1994), Belastungsregulation durch Sport, in: Schwarzer, R. und M. Jerusalem, Gesellschaftlicher Umbruch als kritisches Lebensereignis, Psychosoziale Krisenbewältigung von Übersiedlern und Ostdeutschen, Weinheim und München, S. 228 - 240.
- Fuchs, V. R.** (1974), Some Economic Aspects of Mortality in Developed Countries, in: Perlman, M. (Hrsg.), *The Economics of Health and Medical Care*, London, S. 174 - 193.
- Geißler, R.** (Hrsg.) (1994), Soziale Schichtung und Lebenschancen in Deutschland, 2., völlig neu bearbeitete und aktualisierte Auflage, Stuttgart.
- Gerstein, D. R.** (1983), Programmes, Interests and Alcohol, in: Grant, M., M. Plant und A. Williams (Eds.), *Economics and Alcohol, Consumption and Controls*, London u. a., S. 43 - 61.
- Gensicke, T.** (1995), Deutschland im Wandel, Sozialer Wandel und Wertewandel in Deutschland vor und nach der Wiedervereinigung, *Speyrer Forschungsberichte 154*, Speyer.

- Genz, M.** (1996), Veränderungen und Kontinuitäten der Lebenslage und des Gesundheitszustandes älterer Menschen zwischen 1989 und 1992, in: Bertram, H., S. Hradil und G. Kleinhenz (Hrsg.), Sozialer und demographischer Wandel in den neuen Bundesländern, *KSPW Transformationsprozesse, Bd. 8*, Opladen, S. 307 - 327.
- Godfrey, C.** (1986), Factors Influencing the Consumption of Alcohol and Tobacco - A Review of Demand Models, University of York, Centre for Health Economics, Discussion Paper 17.
- Grossman, M.** (1972), On the Concept of Health Capital and the Demand for Health, in: Journal of Political Economy 80 (1), S. 223 - 255.
- Heinemann, L., R. Dinkel und E. Görtler** (1996), Life Expectancy in Germany: Possible Reasons for the Increasing Gap between East and West Germany, in: Reviews on Environmental Health 11, S. 15 - 26.
- Heinz, W. R., S. E. Hormuth, H.-J. Kornadt, H. Sydow und G. Trommsdorff** (1996), Einleitung, in: Heinz, W. R., S. Hormuth, H.-J. Kornadt, H. Sydow und G. Trommsdorff (Hrsg.), Individuelle Entwicklung, Bildung und Berufsverläufe, *Berichte der Kommission für die Erforschung des sozialen und politischen Wandels in den neuen Bundesländern e. V., Bericht 4*, Opladen.
- Henkel, D.** (1993), Arbeitslosigkeit und Alkoholismus in den neuen Bundesländern der Ex-DDR, in: Kieselbach, T. und P. Voigt (Hrsg.), Systemumbruch, Arbeitslosigkeit und individuelle Bewältigung in der Ex-DDR, *Psychologie sozialer Ungleichheit, Bd. 4*, Weinheim, S. 124 - 137.
- Hoffmeister, H. und B.-M. Bellach** (Hrsg.) (1995), Die Gesundheit der Deutschen, Ein Ost-West-Vergleich von Gesundheitsdaten, Auswertung der Daten des Surveys Neue Bundesländer 1991/92 im Vergleich mit den Daten des 3. Durchgangs (t2) des Nationalen Gesundheitssurveys der DHP (1990/91), *RKI-Heft 7/1995*, 2. überarbeitete Auflage, Berlin.
- Hoffmeister, H. und H. Hüttner** (1995), Körperliche Aktivität bzw. Inaktivität, in: Hoffmeister, H. und B.-M. Bellach (Hrsg.), Die Gesundheit der Deutschen, Ein Ost-West-Vergleich von Gesundheitsdaten, Auswertung der Daten des Surveys Neue Bundesländer 1991/92 im Vergleich mit den Daten des 3. Durchgangs (t2) des Nationalen Gesundheitssurveys der DHP (1990/91), *RKI-Heft 7/1995*, 2. überarbeitete Auflage, Berlin, S. 168 - 173.
- Houthakker, H. S. und L. D. Taylor** (1970), Consumer Demand in the United States, Cambridge, Massachusetts.
- Hradil, S.** (1992), Alte Begriffe und neue Strukturen, Die Milieu-, Subkultur- und Lebensstilforschung der 80er Jahre, in: Hradil, S. (Hrsg.), Zwischen Bewußtsein und Sein, die Vermittlung 'objektiver' Lebensbedingungen und 'subjektiver' Lebenslagen, *Sozialstrukturanalyse, Bd. 1*, Opladen, S. 15 - 55.

- Hüttner, H.** (1995), Körpergröße und Body Mass Index, in Hoffmeister, H. und B.-M. Bellach, (Hrsg.), Die Gesundheit der Deutschen, ein Ost-West-Vergleich von Gesundheitsdaten, Auswertung der Daten des Surveys Neue Bundesländer 1991/92 im Vergleich mit den Daten des 3. Durchgangs (t2) des Nationalen Gesundheitssurveys der DHP (1990/91), *RKI-Heft 7/1995*, 2. überarbeitete Auflage, Berlin, S. 117 - 128.
- Hurrelmann, K. und U. Laaser** (1993), Gesundheitswissenschaften als interdisziplinäre Herausforderung, Zur Entwicklung eines neuen wissenschaftlichen Arbeitsgebietes, in: Hurrelmann, K. und U. Laaser (Hrsg), Gesundheitswissenschaften, Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis, Weinheim und Basel, S. 4 - 25.
- Jones, A. M.** (1996), Smoking Cessation and Health: a Response, in: Journal of Health Economics 15, S. 755 - 759.
- Jones, A. M.** (1999), Adjustment Costs, Withdrawal Effects, and Cigarette Addiction, in: Journal of Health Economics, 18, S. 125 - 137.
- Junge, B. und H. Stolzenberg** (1995), Tabakkonsum, in: Hoffmeister, H. und B.-M. Bellach, (Hrsg.), Die Gesundheit der Deutschen, Ein Ost-West-Vergleich von Gesundheitsdaten, Auswertung der Daten des Surveys Neue Bundesländer 1991/92 im Vergleich mit den Daten des 3. Durchgangs (t2) des Nationalen Gesundheitssurveys der DHP (1990/91), *RKI-Heft 7/1995*, 2. überarbeitete Auflage, Berlin, S. 160 - 164.
- Kappeler, M., G. Barsch, K. Gaffron, E. Hayner, P. Leinen und S. Ulbricht** (1999), Jugendliche und Drogen, Ergebnisse einer Längsschnittuntersuchung in Ost-Berlin nach der Maueröffnung, Opladen.
- Kieselbach, T.** (1993), Massenarbeitslosigkeit und Gesundheit in der Ex-DDR, Soziale Konstruktion und individuelle Bewältigung, in: Kieselbach, T. und P. Voigt (Hrsg.), Systemumbruch, Arbeitslosigkeit und individuelle Bewältigung in der Ex-DDR, *Psychologie sozialer Ungleichheit, Bd. 4*, Weinheim, S. 43 - 72.
- Kirschner, R.** (1996), Jugend und illegale Drogen in Ostdeutschland: eine bevölkerungsrepräsentative Längsschnittuntersuchung, *Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung: Forschungsberichte, Band 4*, München u. a.
- Klocke, A.** (1993), Sozialer Wandel, Sozialstruktur und Lebensstile in der Bundesrepublik Deutschland, *Beiträge zur Politikwissenschaft, Bd. 54*, Frankfurt am Main u. a.
- Kolip, P., E. Nordlohne und K. Hurrelmann** (1995), Der Jugendgesundheitsurvey 1993, in: Kolip, P., E. Nordlohne und P.-E. Schnabel (Hrsg.): Jugend und Gesundheit: Interventionsfelder und Präventionsbereiche, Weinheim und München.

- Kraus, L., J. Schuhmann, P. M. Wiblishäuser, und K. Herbst** (1994), Die Entwicklung des Konsums von legalen und illegalen Drogen in den neuen Bundesländern, in: *Sucht* 2/1994, S. 107 - 120.
- Kurella, S.** (1992), Arbeitslosigkeit und Gesundheit, Literaturstudie für die Jahre 1985 - 1991, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, Paper P-92-202, Berlin.
- Kurz-Scherf, I. und G. Winkler** (Hrsg.) (1994), Sozialreport 1994, Daten und Fakten zur sozialen Lage in den neuen Bundesländern, Berlin.
- Leu, R. E. und R. J. Doppmann** (1986), Gesundheitszustand und Nachfrage nach Gesundheitsleistungen, in: Wille, E. (Hrsg.), Informations- und Planungsprobleme in öffentlichen Aufgabenbereichen, Aspekte der Zielbildung und Outputmessung unter besonderer Berücksichtigung des Gesundheitswesens, *Staatliche Allokationspolitik im marktwirtschaftlichen System, Bd. 21*, Frankfurt am Main u. a., S. 1 - 90.
- Leu, R. E. und Gerfin, M.** (1992), Die Nachfrage nach Gesundheit - Ein empirischer Test des Grossman-Modells, in: Oberender, P. (Hrsg.), Steuerungsprobleme im Gesundheitswesen, Baden-Baden, S. 61 - 78.
- Loehlin, J. C.** (1998), Latent Variable Models, An Introduction to Factor, Path, and Structural Analysis, 3<sup>rd</sup> Edition, London.
- Marshall, A.** (1927), Principles of Economics, London.
- Mittag, W. und A. Onnen** (1991), Rauchen, Alkohol- und Medikamentenkonsum, Zur Prävalenz von gesundheitlichem Risikoverhalten, in: *Psychomed*, 3, S. 118 - 123.
- Mittag, W. und K. Schröder** (1994), Gesundheitliches Risikoverhalten, Der Konsum von Tabak, Alkohol und Medikamenten, in: Schwarzer, R. und M. Jerusalem, Gesellschaftlicher Umbruch als kritisches Lebensereignis, Psychosoziale Krisenbewältigung von Übersiedlern und Ostdeutschen, Weinheim und München, S. 198 - 225.
- Mittag, W. und R. Schwarzer** (1993), Interaction of Employment Status und Self-efficacy on Alcohol Consumption: A two-wave study on stressful life transitions, in: *Psychology and Health* 8, S. 77 - 87.
- Müller, H.-P. und M. Wehrich** (1990), Lebensweise - Lebensführung - Lebensstile, Eine kommentierte Bibliographie, Institut für Soziologie und Gesellschaftspolitik, Universität der Bundeswehr München.
- Muurinen, J.-M.** (1982), Demand for Health - A Generalised Grossman Model, in: *Journal of Health Economics* 1, S. 5 - 28.

- Perrez, M. und S. Gebert** (1994), Veränderung gesundheitsbezogenen Risikoverhaltens, Primäre und sekundäre Prävention, in: Schwenkmezger, P. und L. R. Schmidt (Hrsg.), *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie*, Stuttgart, S. 169 - 187.
- Room, R.** (1983), Paternalism, Rationality and the special Status of Alcohol, in: Grant, M., M. Plant und A. Williams (Eds.), *Economics and Alcohol, Consumption and Controls*, London u. a. , S. 262 - 266.
- Schmidtke, H.** (1997), Gesundheitsversorgung und Gesundheit in den neuen Bundesländern, in: Hauser, R. und T. Olk (Hrsg.), *Soziale Sicherheit für alle?, Beiträge zu den Berichten zum sozialen und politischen Wandel in Ostdeutschland, Bd. 2.3*, Opladen, S. 173 - 222.
- Schröder, H., K. Reschke, D. Freigang, K. Bemann, und G. Funkat** (1993), Transformationsbedingte psychosoziale Risiken im Lebenslauf - gesundheitspsychologische Bestandsaufnahme, KSPW-Expertise FS IV-92-48; veröffentlicht in: *Graue Reihe des KSPW Nr. 528*, Halle/ Berlin .
- Schwarzer, R. und A. Hahn** (1994), Gesundheitsbeschwerden. Wie Streß und Ressourcen die Symptombelastung verändern, in: Schwarzer, R. und M. Jerusalem, *Gesellschaftlicher Umbruch als kritisches Lebensereignis, Psychosoziale Krisenbewältigung von Übersiedlern und Ostdeutschen*, Weinheim und München, S. 183 - 197.
- Schweitzer, S. O., M. D. Intrilligator und J. Salehi** (1983), Alcoholism: An Econometric Model of Its Cause, its Effects and its Control, in: Grant, M., M. Plant, und A. Williams, *Economics and Alcohol, Consumption and Controls*, London u. a., S. 107 - 127.
- Scitovsky, T.** (1976), *The Joyless Economy*, Oxford u.a.
- Scitovsky, T.** (1978), Asymmetries in Economics, in: *Scottish Journal of Political Economy*, 25, S. 227 - 237.
- Siegrist, J.** (1995), *Medizinische Soziologie*, 5. neu bearbeitete Auflage, München u.a.
- Simmel, G.** (1900), *Philosophie des Geldes*, Leipzig.
- Sinn, G. und H.-W. Sinn** (1991), *Kaltstart: volkswirtschaftliche Aspekte der deutschen Vereinigung*, Tübingen.
- Sinn, H.-W.** (1996), *Volkswirtschaftliche Probleme der deutschen Vereinigung, Vorträge der Nordrhein-Westfälischen Akademie der Wissenschaften, Nr. N421*, Opladen.
- Sobel, M. E.** (1981), *Life style and social structure*, New York u. a.
- Stone, J. R. N.** (1954), *The Measurement of Consumers Expenditure and Behavior in the United Kingdom, 1920 - 1938, Vol. 1*, Cambridge.
- Sung, H.-Y., T.-W. Hu und T. E. Keeler** (1992), *A Dynamic Simultaneous-Equations Model for Cigarette Consumption in the Western States*, University of California, Berkeley, *Economics Working Papers, Public Economics Series*.

- Suranovic, S. M., R. S. Goldfarb und T. C. Leonard** (1999), An Economic Theory of Cigarette Addiction, in : Journal of Health Economics 18, S. 1-29.
- Thiel, C.** (1996), Ernährung und Gesundheit - dargestellt an den Ergebnissen des DDR-MONICA-Projektes, in: Kutsch, T. und S. Weggemann (Hrsg.), Ernährung in Deutschland nach der Wende, Veränderungen in Haushalt, Beruf und Gemeinschaftsverpflegung, *Bonner Studien zur Wirtschaftssoziologie, Band 3*, Bonn, S. 65 - 75.
- Thiel, C.** (1998), Auswirkung der Änderungen des Lebensmittelangebotes nach der Wende in den neuen Bundesländern, in: Verbraucherdienst 43, S. 448 - 452.
- Thiel, C. und D. Johnsen** (1993), Ernährungserhebungen im Rahmen von 'MONICA', *Berichte der Bundesanstalt für Ernährung Nr. 9302*, S. 83 - 95.
- Tomaszewski, K., I. Adam, und L. Hinze** (1997), Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen und Problembewältigung von Jugendlichen unter den Bedingungen des sozialen Wandels in den neuen Bundesländern, in: Sozial- und Präventivmedizin, 42, S. 268 - 275.
- Weber, M.** (1969), Die protestantische Ethik I, München und Hamburg.
- Weber, M.** (1980), Wirtschaft und Gesellschaft, Tübingen.
- Welfens, P. J. J.** (Ed.) (1992), Economic Aspects of German Unification, National and International Perspectives, Berlin u. a.
- Wiesner, G. und W. Casper** (1993), Zur Entwicklung der Suizidmortalität in Deutschland, in: Das Gesundheitswesen 55, S. 367 - 371.
- Winkler, G.** (Hrsg.) (1990), Sozialreport '90, Daten und Fakten zur sozialen Lage in der DDR, Berlin.
- Winkler, G.** (Hrsg.) (1993), Sozialreport 1992, Daten und Fakten zur sozialen Lage in den neuen Bundesländern, Berlin.
- Winkler, G.** (Hrsg.) (1995), Sozialreport 1995, Daten und Fakten zur sozialen Lage in den neuen Bundesländern, Berlin.
- Winter, E.** (1990), Zur Alkoholproblematik in der DDR - vor und nach der Wende, in: Bad Tönisheimer Blätter, Beiträge zur Suchtforschung und -therapie, S. 25 - 40.
- Wolfe, B. L.** (1986), Health Status and Medical Expenditures: Is there a Link?, in: Social Science and Medicine 22(10), S. 993 - 999.
- Wolfe, B. L. und M. Gabay** (1987), Health Status and Medical Expenditures: More Evidence of a Link, in: Social Science and Medicine 25 (8), S. 883 - 888.

**Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, Rechts- und Staatswissenschaftliche Fakultät  
Wirtschaftswissenschaftliche Diskussionspapiere**

**Bisher erschienen:**

- 1/97 Ole Janssen/Carsten Lange: "Subventionierung elektronischer Geldbörsen durch staatliche Geldschöpfungsgewinne"
- 2/97 Bernd Frick: "Kollektivgutproblematik und externe Effekte im professionellen Team-Sport: 'Spannungsgrad' und Zuschauerentwicklung im bezahlten Fußball"
- 3/97 Frauke Wilhelm: "Produktionsfunktionen im professionellen Mannschaftssport: Das Beispiel Basketball-Bundesliga"
- 4/97 Alexander Dilger: "Ertragswirkungen von Betriebsräten: Eine Untersuchung mit Hilfe des NIFA-Panels"
- 1/98 Volker Ulrich: "Das Gesundheitswesen an der Schwelle zum Jahr 2000"
- 2/98 Udo Schneider: "Der Arzt als Agent des Patienten: Eine Anwendung der Principal-Agent-Theorie auf die Arzt-Patient-Beziehung"
- 3/98 Volker Ulrich/Manfred Erbsland: "Short-run Dynamics and Long-run Effects of Demographic Change on Public Debt and the Budget"
- 4/98 Alexander Dilger: "Eine ökonomische Argumentation gegen Studiengebühren"
- 5/98 Lucas Bretschger: "Nachhaltige Entwicklung der Weltwirtschaft: Ein Nord-Süd-Ansatz"
- 6/98 Bernd Frick: "Personal-Controlling und Unternehmenserfolg: Theoretische Überlegungen und empirische Befunde aus dem professionellen Team-Sport"
- 7/98 Xenia Matschke: "On the Import Quotas on a Quantity-Fixing Cartel in a Two-Country-Setting"
- 8/98 Tobias Rehbock: "Die Auswirkung der Kreditrationierung auf die Finanzierungsstruktur der Unternehmen"
- 9/98 Ole Janssen/Armin Rohde: "Einfluß elektronischer Geldbörsen auf den Zusammenhang zwischen Umlaufgeschwindigkeit des Geldes, Geldmenge und Preisniveau"
- 10/98 Stefan Degenhardt: "The Social Costs of Climate Change: A Critical Examination"
- 11/98 Ulrich Hampicke: "Remunerating Conservation: The Faustmann-Hartmann Approach and its Limits"
- 12/98 Lucas Bretschger: "Dynamik der realwirtschaftlichen Integration am Beispiel der EU-Osterweiterung"
- 13/98 Heiko Burchert: "Ökonomische Evaluation von Telematik-Anwendungen im Gesundheitswesen und Schlußfolgerungen für ihre Implementierung"
- 14/98 Alexander Dilger: "The Absent-Minded Prisoner"
- 15/98 Rainer Leisten: "Sequencing CONWIP flow-shops: Analysis and heuristics"
- 1/99 Friedrich Breyer/Volker Ulrich: "Gesundheitsausgaben, Alter und medizinischer Fortschritt: eine ökonomische Analyse"
- 2/99 Alexander Dilger/Bernd Frick/Gerhard Speckbacher: "Mitbestimmung als zentrale Frage der Corporate Governance"
- 3/99 Paul Marschall: "Lebensstilwandel in Ostdeutschland: Ansatzpunkte für gesundheitsökonomische Analysen"