

»Pflegebedürftig« in der »Gesundheitsgesellschaft«

Tagung vom 26.–28. März 2009 in Halle (Saale)

**Kontinuität und Wandel alltäglicher
(gesundheitsbezogener) Lebensführung. Befunde und
Reflexionen aus einer Follow-Up-Studie in
Nordostdeutschland**

*Susanne Niemz, Christine Nebelung, Stephan Beetz, Christof Röttger,
Enrica Hinz und Thomas Elkeles*

HERAUSGEBER: JOHANN BEHRENS

REDAKTION & GESTALTUNG: GERO LANGER & MARIA GIRBIG

8. JAHRGANG

ISSN 1610-7268

31

Vor der Veröffentlichung werden Beiträge im üblichen »peer review«-Verfahren auf ihre Publikationswürdigkeit hin begutachtet. Außer der anonymen Beurteilung der Publikationswürdigkeit geben die Gutachtenden in der Regel Anregungen für Verbesserungen an die Autorinnen und Autoren. Die Aufnahme der Anregungen wird nicht in einer zweiten Begutachtungsrunde geprüft. Daher kann nicht notwendigerweise davon ausgegangen werden, daß die publizierten Fassungen allen Anregungen der Gutachtenden entsprechen. Die Verantwortung für die publizierte Fassung liegt bei den Autorinnen und Autoren.

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Die Nutzung der Zeitschrift und der in ihr enthaltenen Beiträge ist insoweit frei, als nichtkommerziell handelnden Personen, Firmen, Einrichtungen etc. ein begrenztes Recht auf nichtkommerzielle Nutzung und Vervielfältigung in analoger und digitaler Form eingeräumt wird. Das betrifft das Laden und Speichern auf binäre Datenträger sowie das Ausdrucken und Kopieren auf Papier. Dabei obliegt dem Nutzer stets die vollständige Angabe der Herkunft, bei elektronischer Nutzung auch die Sicherung dieser Bestimmungen.

Es besteht – außer im Rahmen wissenschaftlicher und schulischer Veranstaltungen öffentlicher Träger – kein Recht auf Verbreitung. Es besteht kein Recht zur öffentlichen Wiedergabe. Das Verbot schließt das Bereithalten zum Abruf im Internet, die Verbreitung über Newsgroups und per Mailinglisten ein, soweit dies durch die Redaktion – oder durch den/die Urheber des betreffenden Beitrags – nicht ausdrücklich genehmigt wurde. Darüber hinausgehende Nutzungen und Verwertungen sind ohne Zustimmung des Urhebers unzulässig und strafbar.

Eine Produktbezeichnung kann markenrechtlich geschützt sein, auch wenn bei ihrer Verwendung das Zeichen ® oder ein anderer Hinweis fehlen sollte. Die angegebenen Dosierungen sollten mit den Angaben der Produkthersteller verglichen werden. Für Angaben über Dosierungen und Applikationsformen kann keine Gewähr übernommen werden.

Gesetzt mit L^AT_EX 2_ε in der Stempel Garamond

Redaktionsschluß: 3. Juli 2009p

IMPRESSUM

Die »Halleschen Beiträge zur Gesundheits- und Pflegewissenschaft« werden herausgegeben von Prof. Dr. phil. habil. Johann Behrens
Redaktion & Gestaltung: Dr. Gero Langer

Kontakt: Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg · Medizinische Fakultät · Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft · German Center for Evidence-based Nursing · Magdeburger Straße 8 · 06112 Halle/Saale · Deutschland

Telefon 0345 – 557 4454 · Fax 0345 – 557 4471 · E-Mail gero.langer@medizin.uni-halle.de

Website <http://www.medizin.uni-halle.de/pflegewissenschaft/index.php?id=341>

ISSN 1610-7268

Alle Rechte vorbehalten.p

© Prof. Dr. Johann Behrens, Halle/Saale, Deutschland

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	8
2	Theoretischer Bezugsrahmen des Projekts	8
2.1	(Alltägliche) Lebensführung	9
2.2	(Sozialer) Raum und Ortseffekte	11
2.3	Gesundheit(shandeln)	12
2.4	Konsequenzen für das Projekt	14
3	Methodische Anlage des Projekts	15
4	Das Untersuchungsgebiet	18
5	Quantitative Befunde	19
5.1	Altersstruktur der Bevölkerung in den Gemeinden	20
5.2	Armut und Gesundheit	20
5.3	Gesundheitshandeln am Beispiel von Rauchen	23
6	Qualitatives Vorgehen und Integration der Ergebnisse	24
7	Ausblick	25
	Literatur	26

Zusammenfassung

Ausgehend von der vielfach diskutierten und auch politisch in Bezug auf die Sozialversicherungssysteme äußerst brisanten Problemstellung einer zunehmenden Alterung der Bevölkerung Deutschlands untersucht das DFG-Projekt »Gesundheit und alltägliche Lebensführung in nordostdeutschen Landgemeinden« den Wandel im Gesundheitshandeln sowohl auf mikro- als auch auf makrosoziologischer Ebene. Personen- und haushaltsbezogene qualitativ und quantitativ erhobene Daten werden mit sozialräumlichen Faktoren kontextualisiert und im Sinne einer integralen Interpretation bzw. Mehrebenenanalyse (theoretisch und empirisch) aufeinander bezogen. Auf diese Weise wird versucht, den »Individualismus« in der Gesundheitsforschung zu überwinden und gesellschaftliche, politische und sozialkontextuelle Wechselwirkungen stärker hervorzuheben.

Die (methodische) Besonderheit des DFG-Projekts »Landgesundheitsstudie« ist das Follow-Up-Design der Vollerhebung von vierzehn ländlichen Gemeinden Nordostdeutschlands (Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern) in drei Wellen 1973 (N=3 510), 1994 (N=2 285) und 2008 (laufend). Mit einem (Untersuchungs-)Zeitraum von 35 Jahren eröffnet sich eine Verlaufsperspektive, mit der mehrere, teilweise gegenläufige Aspekte des sozialen Wandels erfasst werden können.

Die Untersuchung von 1973 spiegelt vor allem die seit 1945 unter agrarindustriellen und urbanistischen Vorzeichen stattfindenden tief greifenden Modernisierungs- und Wandlungsprozesse in der Sozialstruktur, den Arbeits- und Versorgungsbedingungen sowie den Familienbeziehungen der ländlichen Gesellschaft wider. Anfang der 1990er Jahre schlugen sich die vereinigungsbedingten Veränderungen nieder, die als politische Zäsur im Rahmen des Transformationsprozess diskutiert wurden.

In beiden Fällen wurde ein Wandel mit (vermeintlich) gewissem Ausgang postuliert, zunächst als Modernisierungsversprechen an die ländlichen Räume, dann als Angleichung der Lebensbedingungen in Ostdeutschland an das bundesdeutsche Niveau. Trotz allgemeiner Hebung des alltäglichen Lebensstandards zeigen sich deutlich prekäre Lebenslagen in bestimmten sozialen Gruppen. Der hohe Anteil von Renten- und Sozialleistungsbeziehern lässt zudem die Unsicherheiten in Bezug auf zukünftige Lebenslagen und Gesundheitsleistungen besonders gravierend wirken. Insgesamt handelt es sich bei den betrachteten Landkreisen um (traditionell) sehr strukturschwache Gebiete mit Bevölkerungsrückgang insbesondere bei jüngeren – und potentiell pflegenden – Frauen. In den vergangenen 15 Jahren hat hier der Anteil über 65-Jähriger um 6 bis 10 Prozentpunkte auf 16 bis 24% zugenommen, wie sich auch der Anteil der 50- bis 65-Jährigen auf 12 bis 21% erhöht hat.

Eine grundlegende Frage des Projektes liegt darin, wie die alltägliche Lebensführung an die, dem gesellschaftlichen Wandel unterliegenden Lebenschancen angepasst wird. Für diese Anpassungs- und (Weiter-)Entwicklungsprozesse scheint es sowohl auf der individuellen als auch auf der kollektiven (insbesondere kommunalpolitischen) Ebene wichtig zu sein, inwieweit sie als gestaltbar wahrgenommen und erlebt werden. Die gegenwärtige Untersuchung zeigt, dass die Wandlungsprozesse räumlich und sozial nicht nur sehr differenziert verlaufen, sondern die lokalen und regionalen Kontexte auch als maßgeblich für die Produktion und Wahrnehmung von Lebensqualität angesehen werden müssen.

Um Handlungsspielräume für gesundheitsfördernde bzw. präventive Maßnahmen auszuloten und die Möglichkeiten, Impulse zu setzen, wird neben der quantitativen Vollerhebung (drei Wellen) der vierzehn ländlichen Gemeinden deren unterschiedliche politische, geographische und ökonomische Kontextbedingungen im Rahmen von Vor-Ort-Begehungen (Beobachtung) erfasst und mit Zeitreihen (regional-)statistischer Daten sowie Expertenbefragungen (Bürgermeister und Ärzte als Akteure bzw. Personen in professionell-funktionalen Rollen) trianguliert. Über qualitative Interviews mit (langjährigen) Einwohnern dieser Kommunen wird zudem in einer Lebensverlaufsperspektive die biographische Verarbeitung von Gesundheit(serleben) und dessen Bedingungsgefüge erfragt, die sich aus dem gesellschaftlichen Wandel und dem individuellen Altern ergibt.

Continuity and change of everyday (health-related) life conduct. Considering findings from a follow-up study in North-East Germany

Abstract

On the basis of the much-discussed ageing of the German population and the political controversies relating to the problems faced by the social security system, the DFG Project »Health and daily life conduct in rural communities of north-eastern Germany« is investigating the change in health actions at both the micro- and macro-sociological levels. Qualitative and quantitative data relating to individuals and households are contextualised with socio-spatial factors and related to one another in the sense of an integral interpretation or multi-level analysis (theoretical and empirical). In this way, the attempt is made to overcome »individualism« in health research and to place more emphasis on societal, political and socio-contextual interactions.

A special feature of the »Rural health study« DFG project is the follow-up design of the full survey of fourteen rural communities in North-Eastern Germany (Brandenburg, Mecklenburg-West Pomerania) in three waves 1973 (N=3 510), 1994 (N=2 285) and 2008 (on-going). This investigation period of 35 years opens up the opportunity to register various (in part contradictory) aspects of social change.

The investigation of 1973 reflects above all the thorough modernisation and transformation processes affecting rural society under agro-industrial and urbanising processes since 1945, in particular with respect to the social structure, work conditions, the provision of care, and family relationships. At the start of the 1990s there is the impact of the changes resulting from German unification, which are discussed as a political caesura within the framework of the transformation process.

In both cases a change was postulated with a (supposedly) clear outcome, at first as a modernisation promise to the rural areas, then as the raising of the living conditions in eastern Germany to the national level. Despite the general rise in daily living standards, there are clear signs of the precarious living situation of certain social groups. In addition, the high proportion of people dependent on pensions and social benefits means that the uncertainties about future living conditions and health services are felt particularly severely. In all, the rural districts considered have traditionally very weak structures and a declining population, in particular among young women, who could potentially have a caring function. Over the past 15 years the proportion of above 65-year-olds has increased by between 6 and 10 percentage points to 16 to 24%, and the proportion of those 50 to 65-year-olds has also increased to 12 to 21%.

A basic question addressed by the project is how everyday life conduct will be adapted to suit the life opportunities underlying the societal transformation. For this process of adaptation and further development, it seems important at both the individual and collective levels that the potential for influence is perceived and lived out. The current investigation shows that the processes of change not only differ considerably both spatially and socially, but that the local and regional contexts should also be regarded as key for the production and perception of quality of life.

In order to identify the scope for health promotion and preventive measures and the potential for providing impulses, in addition to the full quantitative survey (three waves) of the fourteen rural communities, the various political, geographic and economic context conditions will be registered in field surveys and triangulated with time-series of regional

statistical data and surveys of experts (mayors and doctors as actors, or individuals in professional-functional roles). Qualitative interviews with older local residents of these communities also offer a view of their lives and how health is experienced and processed in a biographical context, as well as the network of conditions affecting health which result from the combination of societal change and individual ageing.

Schlagworte

- Gesundheit
- Lebensführung
- ländlicher Raum
- Follow-Up-Studie
- Nordostdeutschland
- health
- conduct of life
- rural communities
- follow-up-design
- north-eastern Germany

»Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt:
dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben.«
(Trojan 2007: 307)

Über die Autoren

Susanne Niemz, geboren 1982 ist Diplom-Soziologin. Studium der Soziologie, Rechtswissenschaften und Volkswirtschaftslehre an den Universitäten Leipzig und Nantes (Frankreich), seit 12/2008 wissenschaftliche Mitarbeiterin im DFG-Projekt »Gesundheit und alltägliche Lebensführung in nordostdeutschen Landgemeinden« an der Hochschule Neubrandenburg. Arbeitsschwerpunkte: Methoden empirischer Sozialforschung, Biographie- und Armutsforschung, abweichendes Verhalten, Gesundheitssoziologie.

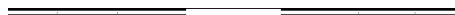
Christine Nebelung, geboren 1971 ist M.A. Europäische Ethnologie. Studium der Europäischen Ethnologie und Ur- und Frühgeschichte in Berlin, seit 10/2008 wissenschaftliche Mitarbeiterin im DFG-Projekt »Gesundheit und alltägliche Lebensführung in nordostdeutschen Landgemeinden« an der Hochschule Neubrandenburg. Arbeitsschwerpunkte: Wandel von Arbeitskulturen, ländliche Gesellschaft, neue Handlungsmuster und Vergesellschaftungsformen.

Prof. Dr. phil. Stephan Beetz, geboren 1966 ist Soziologe und Sozialarbeiter. Studium der Sozialarbeit/Sozialpädagogik in Potsdam und der Soziologie/Erziehungswissenschaft in Berlin, Promotion in Stadt- und Regionalsoziologie (HU Berlin), seit 2009 Hochschul-lehrer für Soziologie und Empirische Sozialforschung an der Hochschule Mittweida-Roßwein, Fakultät Soziale Arbeit. Arbeitsschwerpunkte: Stadt- und Regionalforschung, Migration, Genossenschaften, ländliche Entwicklung.

Christof Röttger, geboren 1959 ist Diplom-Sozialwissenschaftler. Studium der Sozialwissenschaften in Duisburg, seit 03/2008 wissenschaftlicher Mitarbeiter im DFG-Projekt »Gesundheit und alltägliche Lebensführung in nordostdeutschen Landgemeinden«. Arbeitsschwerpunkte: quantitative Methoden empirischer Sozialforschung, Sekundärdaten, Arbeitsepidemiologie.

Enrica Hinz, geboren 1983 ist M.Sc. (Public Health and Administration). Studium der Gesundheitswissenschaften an der Hochschule Neubrandenburg, seit 04/2008 wissenschaftliche Mitarbeiterin im DFG-Projekt »Gesundheit und alltägliche Lebensführung in nordostdeutschen Landgemeinden« an der Hochschule Neubrandenburg. Arbeitsschwerpunkte: quantitative Methoden empirischer Sozialforschung, Projektmanagement, Gesundheitsförderung, Ernährung.

Prof. Dr. med. Thomas Elkeles, geboren 1952 ist Diplom-Soziologe. Studium der Humanmedizin, Soziologie, Psychologie und Politikwissenschaften in Hannover und Berlin, Promotion in Medizinsoziologie (Hannover), seit 2001 Hochschullehrer an der Hochschule Neubrandenburg, Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management. Leiter des DFG-Projekts »Gesundheit und alltägliche Lebensführung in nordostdeutschen Landgemeinden«. Arbeitsschwerpunkte: Soziale Ungleichheit und Gesundheit, Präventions- und Gesundheitssystemforschung, Gesundheitsberichterstattung, Sozialepidemiologie, Arbeits- und Organisationswissenschaften, Evaluationsforschung, Regionalsoziologie.



1 Einleitung

Grundlage für diesen Beitrag sind ausgewählte Zwischenergebnisse des an der Hochschule Neubrandenburg durchgeführten und von der Deutschen Forschungsgemeinschaft von 2008 bis 2010 geförderten Projekts »Gesundheit und alltägliche Lebensführung in nordostdeutschen Landgemeinden« (EL 493/2-1).

Dieses Projekt hat seine Wurzeln in einer ursprünglich an der Universität Greifswald begründeten Forschungstradition zur Bevölkerungsgesundheit im ländlichen Raum. Bereits die Studie »Gesundheit 1973« zielte theoretisch auf das »Wechselverhältnis zwischen Gesundheit und Arbeits- und Lebensbedingungen der Landbevölkerung« sowie politisch-praktisch auf die prophylaktische Wirkung einer gesunden Lebensführung mit »Körperkultur und Sport« (Koppisch 1979: II). Die Erhebungen der Landgesundheitsstudie (von uns kurz so genannt) umfassen insgesamt einen Zeitraum von 35 Jahren, der durch mehrere, teilweise gegenläufige Aspekte des sozialen Wandels geprägt ist.

Die Untersuchung von 1973 spiegelt vor allem die seit 1945 unter agrarindustriellen und urbanistischen Vorzeichen stattfindenden tief greifenden Modernisierungs- und Wandlungsprozesse in der Sozialstruktur, den Arbeits- und Versorgungsbedingungen sowie den Familienbeziehungen in der ländlichen Gesellschaft wider. Anfang der 1970er Jahre fand eine Angleichung von Stadt und Land statt: Es kam hier zu einer verstärkten Bildungsorientierung sowie zu einer Verberuflichung der Frauen, vor allem in den jüngeren Altersgruppen. Gleichzeitig erfolgte trotz der relativen Verbesserung der Arbeits- und Lebensbedingungen (Nachlassen schwerer körperlicher Arbeit) in den 1960er und 1970er Jahren eine Abwanderung in attraktivere Tätigkeitsfelder.

In den Daten Anfang der 1990er Jahre (Koppisch et al. 1996) schlugen sich die vereinigungsbedingten Veränderungen nieder, die als politische Zäsur im Rahmen des Transformationsprozesses diskutiert wurden. Trotz allgemeiner Hebung des Lebensstandards zeigen sich deutlich prekäre Lebenslagen in bestimmten sozialen Gruppen. Der hohe Anteil von Renten- und Sozialleistungsbeziehern lässt zudem die Unsicherheiten in Bezug auf zukünftige Lebenslagen und Gesundheitsleistungen als besonders gravierend erscheinen. Die Verbesserung der Infrastruktur und der Wegfall körperlich belastender Arbeitsbedingungen lässt eine Angleichung an die westdeutschen Standards, die hohe Arbeitslosigkeit jedoch negative Auswirkungen auf Gesundheit und Lebensführung erkennen.

Von brüchigen Erwerbsbiographien, materieller Knappheit und sozialer Bindungsarmut sind Bewohner in ländlichen peripheren Regionen im Osten Deutschlands heute zunehmend betroffen. Wie wirkt sich der »Rückzug aus der Wachstumswelt« (Kil 2004) auf die Gesundheit und das Gesundheitshandeln der Bewohner schrumpfender Regionen aus? Morbidität und Mortalität sind in Deutschland von regionalen Unterschieden geprägt, die sich nicht allein entlang der Kriterien Ost-West oder Land-Stadt analysieren lassen.

2 Theoretischer Bezugsrahmen des Projekts

Ziel unseres Projekts ist es, den Zusammenhang von Gesundheitshandeln, alltäglicher Lebensführung und Gesellschaftsstruktur in sozialräumlichen Kontexten einzugrenzen und damit die Verflechtung von Gesundheitshandeln mit anderen Ansprüchen an die

Organisation der alltäglichen Lebensführung (vgl. Projektgruppe alltägliche Lebensführung 1995) aufzugreifen und in einem lokalen Setting (Landgemeinden) zu untersuchen. Im Folgenden soll das Verständnis der für unsere Untersuchung theoretisch relevanten Begriffe ›alltägliche Lebensführung‹ und ›Gesundheit‹ in Verbindung mit ›Ortseffekten‹ skizziert werden, wie wir sie der dritten, unserer eigenen Untersuchung zugrunde legen und fortentwickeln wollen.

2.1 (Alltägliche) Lebensführung

Das Konzept ›Lebensführung‹ ist bereits bei Max Weber eine Zentralkategorie¹, auch wenn er es nicht systematisch entwickelt hat. »Die Aussagen zu der Thematik sind in vielen Teilen seines Gesamtwerks zu finden. Zudem verwendete er mehrere Begriffe – ›Lebensführung‹, ›Lebensstil‹, aber auch ›Lebensweise‹ und ›Lebensmethodik‹ [...].« (Hermann 2006: 239) Nach Dieter Hermann (2006: 241f.) bezieht Weber den Begriff der Lebensführung überwiegend auf Individuen, währenddessen der Lebensstilbegriff eher auf die Charakterisierung von Gruppen zielt, auch wenn sich aus seinem Werk keine durchgängig konsistente Verwendung der Begriffe nach dieser Zuordnung findet.

Max Weber bezieht die Begriffe Lebensführung und Lebensstil auch auf die sozialstrukturellen Kategorien ›Stand‹ und ›Klasse‹: Klassen definieren sich hauptsächlich über ihre sozioökonomische Lage (Art und Weise des Gütererwerbs sowie die Stellung zu Produktionsmitteln), während sich Stände vorrangig über Prestige (Ehre, Ansehen) sowie eine spezifische Lebensführung voneinander abgrenzen. »Inhaltlich findet die ständische Ehre ihren Ausdruck normalerweise vor allem in der Zumutung einer spezifisch gearteten Lebensführung an jeden, der dem Kreise angehören will. [...] Sobald nicht eine bloß individuelle und sozial irrelevante Nachahmung fremder Lebensführung, sondern ein einverständliches Gemeinschaftshandeln dieses Charakters vorliegt, ist die ›ständische‹ Entwicklung im Gang.« (Weber 1972: 535ff.) Auch in diesem Zitat wird die implizite Differenzierung zwischen der informell-konkreten Mikro- und der eher formell-manifesten Makroebene sichtbar.² Thomas Abel (1999: 46) weist auf die bereits bei Weber mit dem Begriff der Lebenschancen [im Sinne ökonomischer und kultureller Ressourcen] »sozialstrukturell verankerten Bedingungen bzw. Möglichkeiten der Lebensführung« hin.

Im Rahmen des Sonderforschungsbereichs 333 ›Entwicklungsperspektiven von Arbeit‹ ist das Konzept ›Alltägliche Lebensführung‹ in einer explizit subjektorientierten Forschungsperspektive entwickelt worden, die das wechselseitige Konstitutionsverhältnis von Mensch und Gesellschaft in den Blick nimmt und dabei Individuen sowohl als Produkte, Geformte, Betroffene als auch Produzenten, Formende, Gestaltende sozialer Verhältnisse begreift (Dietmaier-Jebara 2005: 137). Durch ihre soziale Bedingtheit und

¹ Allein die Häufigkeit der Verwendung dieses Wortes zeigt die (quantitative) Bedeutung im Gesamtwerk Max Webers. »Dieser Ausdruck sowie grammatikalische Variationen wurden insgesamt 483-mal benutzt, Lebensstil 58-mal, Lebensmethode 43-mal und Lebensweise nur 7-mal.« (Hermann 2006: 240, vgl. auch die Tabelle auf S. 241, aus der hervorgeht, dass sich die Verwendung des Begriffs Lebensführung vorrangig auf ›Wirtschaft und Gesellschaft‹ sowie die ›Protestantische Ethik‹ erstreckt)

² »Der Terminus ›Lebensmethodik‹ hingegen wird gebraucht, wenn abstrakte und nicht direkt erkennbare Lebensführungen beschrieben werden.« (Hermann 2006: 245, vgl. auch dort das Schaubild zur analytischen Ordnung dieser drei Begriffe, wobei der Lebensführungsbegriff übergeordnet scheint)

Formung fungiert die Lebensführung als Vermittlungsinstanz zwischen Individuum und Gesellschaft: »Die Person bezieht sich über den in der Lebensführung etablierten Handlungsrahmen auf die Gesellschaft. Umgekehrt erfährt die Person die Gesellschaft nur vermittelt über ihr[e.] Lebensführung.« (Dietmaier-Jebara 2005: 144)

Mit Hilfe dieses Konzepts wird der »alltägliche Tätigkeitszusammenhang« (Voß 1995: 30), der Zusammenhang zwischen verschiedenen Tätigkeitsbereichen der Menschen, fokussiert. Die einzelnen Elemente des praktischen Lebens in den verschiedenen sozialen Bereichen (z.B. Beruf, Familie, Konsum, Politik) unterliegen unterschiedlichen Normen und erfordern verschiedene Kompetenzen. Auf diese täglich wiederkehrenden Anforderungen hin entwickeln die Akteure einen Handlungsrahmen der Lebensführung, der die Funktion erfüllt, eine individuelle Ordnung des Alltagslebens herzustellen und die von außen kommenden Verpflichtungen mit den eigenen Interessen zu vereinbaren. »Dabei stehen nicht die [einzelnen] Tätigkeiten im Vordergrund der Betrachtung, sondern die Art und Weise, wie die vielfältigen Dinge des Alltags praktisch geregelt und miteinander vereinbart werden. Es geht um die Frage, wie Menschen in ihrem Alltagshandeln die zum Teil widersprüchlichen Anforderungen aus unterschiedlichsten gesellschaftlichen Bereichen [...] mit ihren individuellen Ansprüchen, Bedürfnissen und Lebensentwürfen ausbalancieren und koordinieren, auf welcher Grundlage und in welchem Rahmen dies geschieht.« (Behringer 2007: 6) In den eingespielten Arrangements der Lebensführung zeigen sich sowohl die im Lebensentwurf formulierten individuellen Ziele als auch die seitens der Gesellschaft an die Personen gestellten Anforderungen.

Die Alltagspraxis, das praktische Handeln entfaltet erst vor dem Hintergrund der im Lebensentwurf verankerten Vorstellungen vom eigenen Leben, den jeweiligen Werten und Orientierungen, der Biografie(konstruktionen), Sinn. Die Lebensführungsmuster weisen durch ihre eingeübten Verfahrensweisen, Regeln und Routinen eine relative Stabilität mit dynamischem Potential auf, auch in Zeiten raschen sozialen Wandels.³ Dabei entbindet die Lebensführung zum einen von der Notwendigkeit, sich ständig neu entscheiden zu müssen, zum anderen hindert sie die Person durch ihre Eigenlogik und den Umstand, dass Lebensführung nicht allein praktiziert wird, sondern verschiedene Akteure umfasst, daran, umstandslos »aus ihrer Lebensführung aus[z]usteigen« (Voß 1995: 36).

³Margit Wehrich untersuchte in ihrer Dissertation mittels einer qualitativen Paneluntersuchung erzählgenerierender Leitfadeninterviews in Leipzig Lebensführung unter veränderten gesellschaftlichen Rahmenbedingungen: Auch während bzw. trotz des ostdeutschen Transformationsprozesses werde die etablierte Lebensführung aufrechterhalten, zwar ändere sich die Form (das jeweilige Arrangement der verschiedenen Alltagssphären, z.B. Arbeit, Familie, Freizeit, Netzwerke, bürgerschaftliches Engagement), aber nicht die Logik der alltäglichen Lebensführung, also die Art und Weise, wie mit den veränderten Bedingungen umgegangen wird. Die Konstanz von Einstellungen in den Bereichen der privaten Lebensführung werde dabei weniger als ein Zurückbleiben hinter den materiellen Angleichungsprozessen (cultural-lag-These), sondern vielmehr als die Aufrechterhaltung etablierter Lebensführungsstrategien, die als Ergebnis eines lebenslangen Lernprozesses auch oder gerade in Zeiten raschen sozialen Wandels Orientierung bieten, interpretiert. Diese Muster könnten sich bei der Auseinandersetzung mit neuen gesellschaftlichen Bedingungen als Ressource oder Restriktion erweisen: »So kann, was früher rational war, plötzlich hinderlich sein [...]; im Gegenzug können sich [...] Restriktionen in Ressourcen verwandeln oder erworbene Qualifikationen erfolgreich in andere Kontexte übertragen werden.« (Wehrich 1998: 332)

Biographie- und Lebensverlaufskonzepte, die die gesamte Länge des Lebens in den Blick nehmen, stellen komplementäre Perspektiven zum Konzept der Lebensführung dar, welches das Leben »querschnitthaft« in seiner gesamten Breite (d.h. in allen für das Subjekt relevanten sozialen Lebensbereichen) analysiert; insofern setzen sich diese beiden Sichtweisen sogar wechselseitig voraus: »Biographische Entwürfe müssen in einem alltagszeitlichen Rahmen realisiert werden, der im Arrangement alltäglicher Lebensführung seine empirische Gestalt annimmt, sonst fehlt ihnen ihre praktische Verankerung. Alltägliche Lebensführung ohne biographischen Horizont dagegen erschöpft sich im Leerlauf bloßer Repetition.« (Kudera 1995: 368f.; vgl. auch Kudera 2000)

2.2 (Sozialer) Raum und Ortseffekte

Neben diesen beiden Zeitstrukturen, der diachron-biographischen und der synchron-alltäglichen, erachten wir es als notwendig, dass in unsere Analysen räumliche Kategorien gleichermaßen Eingang finden. Die Raumkategorie ist besonders geeignet, konkrete räumliche Effekte auf allen drei Ebenen (Mikro-Meso-Makro) abzubilden (Dangschat 1996: 105); diese spiegeln sich konkret in ›Orten‹ wider.

Der Ort wird als empirische Konkretisierung des theoretischen Konstrukts Raum angesehen, das in Relation zu anderen sozialen Kategorien gesetzt werden kann. »Der ›Ort‹ hat also immer genau bezeichnbare Grenzen, Ausdehnungen, zähl- und bewertbare Inhalte, [...] Images. Orte werden in der Regel als statistisch beschreibbare Räume (mit ihren materiellen, strukturellen und symbolischen Inhalten) analysiert, in Entfernungs- und Lagerrelationen zueinander gestellt und als ›Raumbezug sozialer Phänomene‹ interpretiert. Typischerweise wird der Raumbezug durch den Vergleich von Orten hergestellt, d.h. es wird *zwischen Orten* verglichen, welche Wohnungs- und Infrastrukturen, welche sozialen Strukturen, welche Einstellungen und Verhaltensweisen vorliegen, welche Risiken bestehen und dann als *Ungleichheit der Orte*⁴ oder eingeschränkte Handlungsmöglichkeit an Orten interpretiert.« (Dangschat 1996: 104; Hervorhebungen im Original)

Auf der Mikroebene wird Raum von jedem Einzelnen als Entfaltungsmöglichkeit (Resource) und/oder als Medium des Widerstands (constraint) erlebt. Diese (sozialisatorisch bedingte) Aneignung des Raumes durch das Individuum (Kulturierung) beeinflusst die »sozialpsychologischen Auswirkung[en] von ›Raum‹ auf Wahrnehmungen, Befindlichkeiten, Einstellungen [...] sowie [...] das raumbezogene Handeln selbst« (Dangschat

⁴Dies schlägt sich in den letzten Jahren in dem Versuch nieder, Umfragedaten zu regionalisieren, um die ausdifferenzierten räumlichen Entwicklungen in der empirischen Forschung sichtbar zu machen und den zunehmenden territorialen Ungleichheiten in der Bundesrepublik gerecht zu werden (vgl. als Übersicht den Sammelband Arbeitsgruppe Regionale Standards 2005). Unter Regionalisierung versteht Hoffmeyer-Zlotnik (2005: 3) »die Strukturierung und/oder Untergliederung eines Untersuchungsraumes über eine Klassifizierung nach den topographischen, kulturellen, wirtschaftlichen, baulichen, planerischen, demographischen und/oder sozialen Merkmalen, die (hinsichtlich der Forschungsfrage) als Kontextmerkmale einen Raum charakterisieren.« Dazu werden Räume mit ähnlichen Strukturmerkmalen zu Regionen als Analyseeinheiten zusammengefasst. Neben groben Ost-West-Unterscheidungen haben sich unterschiedliche, sich zunehmend verfeinernde Raumtypisierungen entlang der Achse Stadt-Land für die bessere Erfassung von Unterschieden bewährt.

1996: 105). Für Menschen ist es wichtig, über eine Raumsouveränität zu verfügen, den jeweiligen Ort als gestaltbar zu erleben und sich (neue) Räume erschließen zu können.

Auf der Mesoebene bilden und verfestigen sich durch die selektive soziale Nutzung (und Förderung) des (öffentlichen) Raumes bestimmte Muster der Bewertung und Inszenierung, die nicht selten mit Herrschaftsansprüchen (Definitionsmacht über den Raum) und konflikthafter Auseinandersetzungen im (sowohl physischen als auch sozialen) Raum einhergehen; Akteure eignen sich (Sozial-)Räume bzw. konkrete Orte an, versuchen sie also buchstäblich zu besetzen, in Besitz zu nehmen, wodurch oftmals auch deren (angestrebte) soziale Stellung symbolisiert (und gesichert) werden soll. Pierre Bourdieu (2005: 117f.) definiert in ›Ortseffekte‹ die Beziehung von physischem Raum, Sozialraum und Person folgendermaßen: »Die gesellschaftlichen Akteure, die als solche immer durch die Beziehung zu einem Sozialraum (oder besser: zu Feldern) herausgebildet werden, und ebenso die Dinge, insofern sie von den Akteuren angeeignet, also zu Eigentum gemacht werden, sind immer an einem konkreten Ort des Sozialraums angesiedelt, den man hinsichtlich seiner relativen Position gegenüber anderen Orten definieren kann. [...] So bringt sich die Struktur des Sozialraums in den verschiedensten Kontexten in Gestalt räumlicher Oppositionen zum Ausdruck, wobei der bewohnte (bzw. angeeignete) Raum wie eine Art spontane Symbolisierung des Sozialraums funktioniert. [...] Die Macht über den Raum, die Kapitalbesitz in seinen verschiedenen Varianten vermittelt, äußert sich im angeeigneten physischen Raum in Gestalt einer spezifischen Beziehung zwischen der räumlichen Struktur der Verteilung der Akteure auf der einen und der räumlichen Struktur der Verteilung von Gütern und Dienstleistungen privater oder öffentlicher Herkunft auf der anderen Seite. Die Position eines Akteurs im Sozialraum spiegelt sich in dem von ihm eingenommenen Ort im physischen Raum wider [...], die er [...] im Verhältnis zu den Lokalisierungen der anderen Akteure innehat.«

Die unter dem Stichwort ›Globalisierung‹ zusammengefassten Prozesse und Effekte auf der Makroebene interessieren uns in ihrer Wechselwirkung mit kleinteiligeren Räumen. Den empirischen Konkretisierungen in unserem Untersuchungsgebiet gehen wir anhand von Gemeindestudien in Verbindung mit Zeitreihen amtlicher Kontextdaten nach.

2.3 Gesundheit(shandeln)

In der gesundheitswissenschaftlichen Forschungsliteratur findet man durchgängig die sehr allgemeine Annahme, dass ›Gesundheitsverhalten‹ oder ›Gesundheitshandeln‹ sehr eng mit der alltäglichen Lebensführung⁵, mit den Lebensbedingungen, den sozial-räumlichen Milieus, den Lebensstilen der Menschen – und so mit differenzierten bzw. differenzierenden Ausdrucksformen sozialen Handelns – verbunden sei.

⁵In der gesundheitssoziologischen Diskussion bildet die kritische Aufarbeitung der amerikanischen Übersetzung von Max Webers (Unter-)Kapitel aus *Wirtschaft und Gesellschaft* ›Klassen, Stände, Parteien‹ (1972) durch Abel/Cockerham 1993 den Ausgangspunkt der ›Arbeit am Begriff‹. In den englischsprachigen Ausgaben werden beide Begriffe – Lebensführung und Lebensstil – als Synonyme behandelt und identisch mit *lifestyle* übersetzt. Die richtige Übersetzung für Lebensführung lautet jedoch *conduct of life*.

Im Projekt verstehen wir Gesundheit als Prozess, um eine bestimmte Befindlichkeit des Körpers und der Psyche als Voraussetzung für Lebensaktivitäten her- bzw. sicherzustellen: »Gesundheit heißt also, ein bestimmtes Potential zu haben, Ressourcen zu besitzen und mobilisieren zu können, um handeln zu können. In diesem Sinne meint Gesundheit Handlungsfähigkeit, die aber nicht nur Leistungsfähigkeit umfasst, sondern auch Erlebnissfähigkeit.« (Faltermeier 1994: 57) Gegenüber dem Begriff ›Gesundheitsverhalten‹ bevorzugen wir ›Gesundheitshandeln‹, da letzterer »die Bewusstheit und Zielgerichtetheit von Aktivitäten« einschließt und »als Teil einer Lebenspraxis gesehen« (Faltermeier 1994: 172) wird. Mit Toni Faltermaier (1994: 174) berücksichtigen wir als Komponenten des Gesundheitshandelns: »das bewusste Handeln für die eigene Gesundheit, der Umgang mit dem eigenen Körper und seinen Beschwerden, der Umgang mit Krankheiten, der Umgang mit Risiken und Belastungen, die in der Lebensumwelt entstehen, die Herstellung und Aktivierung von gesundheitlichen Ressourcen, das soziale Handeln für die Gesundheit oder die soziale Gesundheitsselfhilfe, die Veränderung in der gesundheitlichen Lebensweise.«

Unser Verständnis von Gesundheitshandeln versucht, komplexe Organisationsstrukturen und -prinzipien des alltäglichen Lebens zu bestimmen und diese im Hinblick auf ihre Bedeutung für das Gesundheitshandeln zu befragen, da die Herstellung und/oder Erhaltung von Gesundheit eine unter vielen Handlungsaufgaben ist. Besonders wenn Gesundheitsorgen, Schmerzen oder eingeschränkte Funktionsfähigkeiten auf den (antizipierten) Verlust von Gesundheit hinweisen, wird Gesundheit zu einem (bewusst) handlungsleitenden Wert alltäglichen Handelns und damit zu einem bestimmenden Moment von Lebensführung als Grundvoraussetzung für die subjektive Be- und Verarbeitung bestimmter vorgefundener Lebensbedingungen und -lagen (Gerhardt 1993: 19f.).

In der individuellen Lebensführung zeigen sich Muster von Wahlentscheidungen (Verhalten und Orientierung) innerhalb sozialstrukturell und ökonomisch bestimmbarer Gestaltungsspielräume (Ressourcen). Gesundheitshandeln umfasst ein breites Set an alltäglichen Handlungen, die in ein Gesamtarrangement mit anderen Lebensbereichen wie Familie, Freizeit und Beruf zu bringen sind. Daher bietet es sich zur Erforschung von Anpassungsleistungen oder auch Deprivationserfahrungen der Menschen in peripheren Regionen an und ist – so unsere Ausgangshypothese – von hervorgehobener Bedeutung für deren Lebenszufriedenheit.⁶

⁶Durch die Annahme, dass die jeweilig individuelle Form von Gesundheitshandeln einerseits sehr langlebig ist, andererseits dem sozialen Wandel unterliegt und dieser zum Teil auch aus Veränderungen der objektiven Lebensbedingungen (zumindest zeitverzögert) erklärt werden kann, findet sich hier eine Schnittstelle zur *Lebensqualitätsforschung*. In der Regel fungiert der zugrunde liegende mehrdimensionale Wohlfahrtsbegriff als Maßstab für die Bewertung eines vermeintlich stetig verlaufenden gesellschaftlichen Fortschritts. Dabei wird zwischen objektiven Lebensbedingungen und subjektivem Wohlbefinden unterschieden. Daraus lässt sich die folgende ›Vierfeldertafel‹ (in Anlehnung an Glatzer 1992: 51) ableiten: gutes Wohlbefinden bei guten Lebensbedingungen = well-being, schlechtes Wohlbefinden bei schlechten Lebensbedingungen = Deprivation; gutes Wohlbefinden bei schlechten Lebensbedingungen = Adaption (Zufriedenheitsparadox), schlechtes Wohlbefinden bei guten Lebensbedingungen = Dissonanz (Unzufriedenheitsdilemma).

2.4 Konsequenzen für das Projekt

Die besondere Herausforderung unseres Projekts besteht in dem Bestreben, einerseits die bisherigen quantitativ durchgeführten Erhebungswellen in den Jahren 1973 und 1994 mit der Befragung 2008 vergleichbar zu machen, so dass Aussagen über den Zeitverlauf getroffen werden können. Andererseits wird über die Erweiterung des Projekts um einen qualitativ angelegten Teil versucht, tiefere Einblicke in die Lebensführung und speziell das Gesundheitshandeln unter Berücksichtigung räumlicher und historischer Aspekte zu erlangen.

Eine Möglichkeit, diese beiden sowohl methodisch als auch inhaltlich verschiedenen fokussierten Teile zu integrieren, wäre, die originär subjektorientierte Perspektive der alltäglichen Lebensführung unter Berücksichtigung von Ortseffekten durch Anlehnung an das Konzept der *Gesundheitslebensstile* von einer rein mikrosoziologischen Ebene abzuheben. Dieser Ansatz der Gesundheitslebensstile impliziert einerseits eine gewisse innere individuelle Entscheidungsfreiheit und trägt andererseits auch der Prägung durch äußere Gegebenheiten Rechnung. Nach Stefan Hradil (2005: 67) sind dies »vor allem die jeweils vorfindlichen

- Lebensbedingungen (äußere Rahmenbedingungen des Handelns: Wohlstand, Bildung, soziale Sicherheit, Arbeits- und Wohnbedingungen, Alter, Geschlecht, Region etc.),
- Lebensformen (die Art, wie Menschen mit ihren nächsten Mitmenschen zusammenleben: als Zwei-Eltern-Familie, als kinderloses Paar, als Alleinerziehende, als Alleinlebende etc.) und
- kulturell verfestigten Lebensweisen (Normen, Soziale Milieus, Subkulturen etc.).«

Zur gezielten theoretischen Einbindung beschränken wir uns auf eine *auf Gesundheit fokussierte* Analyse der Lebensführung, die zwischen objektiver Lage und individuellen Lebenschancen vermittelt. Hradil (2005: 71f.) fasst folgende Handlungsbereiche als besonders gesundheitsrelevant zusammen: Ernährung (z.B. regelmäßige Mahlzeiten, Ballaststoffe, Rohkost), Einnahme von Substanzen (Rauchen, Alkohol-/Koffeingenuss, Ernährungszusätze, Vitaminpräparate), körperliche Bewegung (z.B. sportliche Betätigung), Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen (Vorsorgeuntersuchungen, ärztliche Behandlung von Risikofaktoren) und Umgang mit Stress (z.B. Entspannungstechniken). Zu diesen kommen gesundheitsrelevante Orientierungen und Einstellungen hinzu (z.B. sense of coherence (Antonovsky 1997), Health Belief (Rosenstock 1966), Health Locus of Control (Rotter 1966)).⁷

Insgesamt wird von der Hypothese ausgegangen, dass Gesundheitshandeln sich nicht ausschließlich auf subjektive Wahlentscheidungen stützt, sondern kollektiven Verhaltens- bzw. Handlungsmustern (Gesundheitslebensstile) folgt, die aber auf der Wahl zwischen Optionen basieren, über welche die Akteure je nach ihren Lebenschancen verfügen, und

⁷Die hier angeführten Dimensionen können durch die im Fragebogen enthaltenen Items größtenteils abgedeckt werden, so dass derartige Auswertungen nach Abschluss der Datenerfassung möglich werden.

diese sind auch – so unsere (Teil-)Hypothese – durch Ortseffekte des sozialräumlichen Milieus bestimmt (Abb. 1).

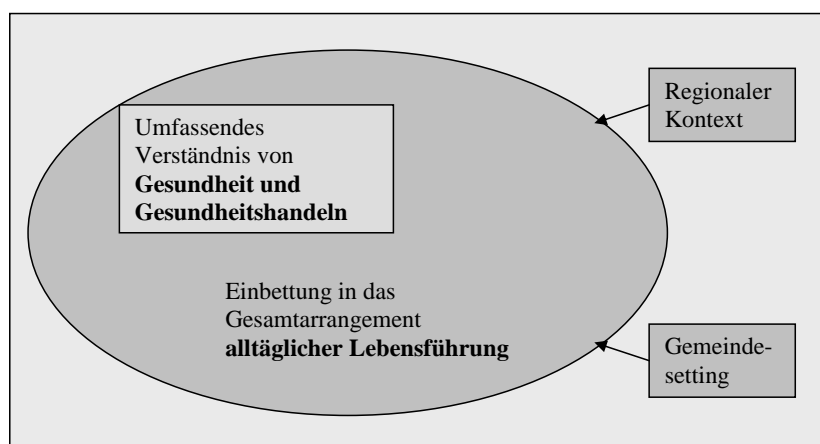


Abbildung 1: Theoretischer Bezugsrahmen des Projekts

3 Methodische Anlage des Projekts

Das Projekt ist angelegt als Follow-Up-Studie zu einer Serie von ländlichen Gemeindestudien. Die erste Erhebung fand – unter dem Titel ›Gesundheit 1973‹ – in 14 nach Gemeindegrößenklassen zufällig ausgewählten Landgemeinden des damaligen DDR-Bezirks Neubrandenburg als Vollerhebung aller dort wohnhaften Personen ab 18 Jahren statt (N=3.510, Ausschöpfungsquote 83%, vgl. Koppisch 1979). Im Jahr 1994 konnte in den gleichen Gemeinden⁸ eine Follow-Up-Studie mit veränderter Fragestellung und Methodik (N=2.155, Ausschöpfungsquote 68%) realisiert werden (Koppisch et al. 1996). Zur Vorbereitung der 3. Welle fand 2004/2005 nach Modifizierung der Fragestellungen ein Pre-Test in einer der Auswahlgemeinden statt (Popp et al. 2005); dabei handelte es sich um die bei Anklam in Vorpommern gelegene Gemeinde Bargischow (n=138, Ausschöpfungsquote 43%), die daher von der 2008⁹ stattgefundenen Erhebung ausgenommen wurde.

Ausgangspunkt der quantitativen Erhebung 2008 war zunächst, weitgehend analog zu den beiden Voruntersuchungen, die Feststellung der Muster gesundheitsbezogener

⁸In den darauf folgenden Untersuchungen 1994 und 2008 wurden die damaligen Gebietsstände der Gemeinden zugrunde gelegt, um eine Vergleichbarkeit zu gewährleisten. Namentlich handelt es sich bei den untersuchten Gemeinden um die heute in Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg gelegenen Orte Badresch, Ballin, Beseritz (Landkreis Mecklenburg-Strelitz), Bargischow (Landkreis Ostvorpommern), Beestland, Bartow, Beggerow (Demmin) und Bandelow, Boitzenburg, Berkholz, Bagemühl, Beenz bei Lychen und Beenz bei Prenzlau, Battin (Landkreis Uckermark).

⁹Bei Redaktionsschluss dieses Beitrags (Ende Februar 2009) wurden die Fragebögen der 2008er (und 1973er) Welle elektronisch erfasst, so dass den quantitativen Auswertungen im Folgenden die Daten der beiden älteren Wellen zugrunde liegen, wobei zu berücksichtigen ist, dass die Angaben für 1973 sich ausschließlich auf die veröffentlichten Quellen/Publikationen stützt. Für den qualitativen Teil erfolgen die Feldvorbereitungen.

Handlungsweisen (Ernährungsgewohnheiten, Rauchen, Konsum alkoholischer Getränke etc.), ihrer Stabilität oder aber Veränderung im Zeitverlauf sowie deren Abhängigkeit von sozialen Parametern u.a. anhand der sozialstrukturellen Variablen Einkommen und Bildung.

Entsprechend der bewährten Vorgehensweise beim Pretest wurde zunächst per Anschreiben mit den Ortsvorstehern Kontakt aufgenommen, um für Unterstützung des Projekts in dem jeweiligen Untersuchungsort zu werben. Über Handzettel mit Projekt-kurzbeschreibungen wurde jeder Haushalt um Mitwirkung gebeten. Informiert wurde teilweise auch auf Gemeinderatssitzungen und Nachbarschaftstreffen sowie durch Artikel in der Lokalpresse. Kontrahierte ortskundige Gemeindehelfer erleichterten den Zugang zu den Einwohnern und begleiteten die Projektmitarbeiter bei der Verteilung der Fragebögen. Um diese möglichst persönlich mit der Bitte um Teilnahme und Information über die verschiedenen Rückgabemodalitäten (Möglichkeit zur persönlichen Abholung oder postalische Rücksendung) übergeben zu können, wurden alle Haushalte bei Bedarf bis zu dreimal aufgesucht.

Der Fragebogen selbst umfasst 83 Fragen, die in zwölf Themenkomplexe unterteilt sind: Ausbildung und Beruf, Berufstätigkeit und Belastung, Arbeitslosigkeit, Sport, körperliche Aktivitäten und Freizeit; Ernährung, Rauchen/Nichtrauchen, Getränke/Alkohol, Gesundheit/Krankheit, Familie/Netzwerke, Lebensführung, Wohnsituation sowie Angaben zu Person und Haushalt. Die Ausfüllzeit des 36-seitigen Fragebogens beträgt ca. 60 Minuten.

Insgesamt werden in unserem Projekt folgende verschiedenen methodischen Zugänge verfolgt:

1. Quantitative standardisierte Vollerhebung (in drei Wellen) der 14 Orte zur Analyse gesundheitsbezogenen Handelns im Quer- und Längsschnitt. Hier wird eine Panelisierung geprüft, d.h. die Erzeugung von Verlaufsdaten für Befragte, die an mehreren Wellen teilgenommen haben.
2. Über qualitative Interviews mit (langjährigen) Einwohnern dieser Kommunen wird in einer Lebensverlaufsperspektive die biographische Verarbeitung von Gesundheit in der alltäglichen Lebensführung und deren Bedingungsgefüge erfragt, die sich aus dem gesellschaftlichen Wandel und unter anderem auch aus dem individuellen Altern ergibt.
3. Erfassung der unterschiedlichen politischen, geographischen und ökonomischen Kontextbedingungen
 - a) anhand von aufbereiteten Zeitreihen (regional-)statistischer Amtsdaten
 - b) Beobachtungen vor Ort (Gemeinde-/Milieubeschreibungen)
 - c) Befragungen der jeweiligen Ortsvorsteher als kollektive Akteure

Die quantitative Forschungsstrategie ermöglicht die Entdeckung von Strukturmerkmalen und Handlungsmustern; die qualitative Strategie eröffnet komplementär dazu systematische Einblicke in die Art und Weise, wie Akteure die Strukturmerkmale (regionaler, lebensweltlicher Kontext) interpretieren und sie als Ressourcen zur Umsetzung in

Muster des Gesundheitshandelns nutzen oder diese als Restriktionen erfahren. Durch die Kontextualisierung der qualitativ und quantitativ erhobenen Daten mit sozialräumlichen Faktoren sowie die (theoretisch und empirisch) aufeinander bezogene Interpretation im Sinne einer integralen Interpretation bzw. Mehrebenenanalyse soll versucht werden, gesellschaftliche, politische und sozialkontextuelle Wechselwirkungen stärker hervorzuheben (Abb. 2).

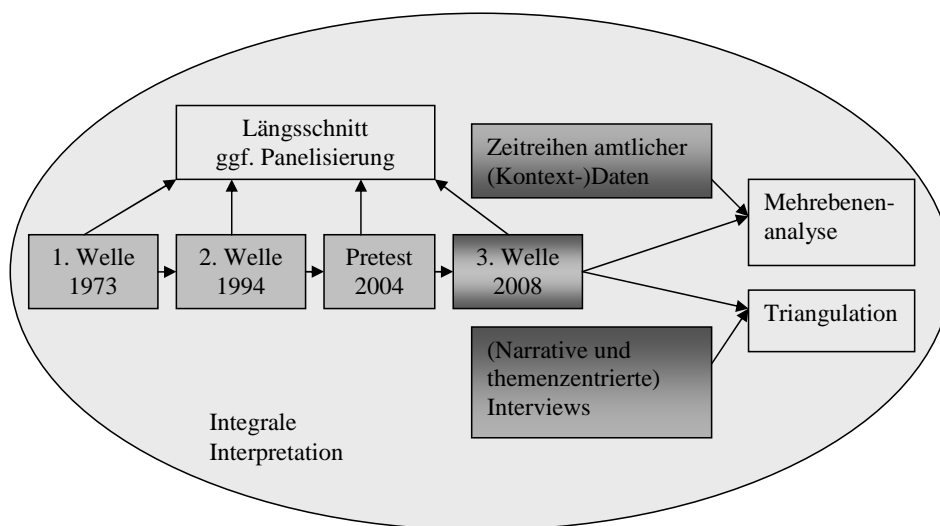


Abbildung 2: Projektdesign

Im Hinblick auf die räumlichen Muster von Gesundheit und Lebensführung ist also eine Verknüpfung der unterschiedlichen (Daten- und Raum-)Ebenen notwendig:

1. *Regionale Strukturen* werden in erster Linie als Bedingungen von kollektiven und individuellen Handlungen wirksam (constraints). Inwieweit führen die objektiv beschreibbaren strukturellen Bedingungen zu einer Verarmung der lokalen Handlungschancen und -kapazitäten? Es ist davon auszugehen, dass nicht nur die ökonomischen, sondern auch die politischen und infrastrukturellen Strukturmerkmale von ›Verarmung‹ geprägt sind.
2. Die Betrachtung *kollektiver Handlungsträger* (Milieus/Netzwerke oder in einem spezifischeren Sinne Gemeinden, Dörfer, Vereine) orientiert sich an der Frage, inwieweit trotz ungünstiger regionaler Bedingungen das einzelne Dorf oder andere (nicht-)lokale Gruppen fördernde Bedingungen der Lebensführung schaffen können.
3. Auf der *individuellen Ebene* ist zu untersuchen, welche konkrete Bedeutung der individuellen Verfügbarkeit von Ressourcen (z.B. Einkommen, Vermögen, Bildung und Beruf) zukommt. Entscheidend für den potentiellen Umgang (coping) mit den Gegebenheiten scheint zudem der Grad der individuellen Standortgebundenheit und (Im-)Mobilität zu sein.

4 Das Untersuchungsgebiet

Die im Projekt untersuchten 14 Gemeinden des ehemaligen DDR-Bezirks Neubrandenburg sind 1973 auf dem damaligen Stand der Verwaltungsgrenzen als *politische Gemeinden* ›ländliche Gemeinden‹ ausgewählt worden (Popp et al. 2005: 21f.). In den darauffolgenden Untersuchungen 1994 und 2008 (laufend) wurden die damaligen Gebietsstände der Gemeinden trotz der Gebietsreformen im Untersuchungsgebiet zugrunde gelegt, um eine Vergleichbarkeit zu gewährleisten. Dass die Gemeinden gegenwärtig über die Landkreise Uckermark (Brandenburg), Mecklenburg-Strelitz, Demmin und Ostvorpommern (letztere: Mecklenburg-Vorpommern) verstreut sowie die Verwaltungsstrukturen verändert sind, stellt eine forschungspraktische Herausforderung hinsichtlich statistischer und sozialräumlicher Analysen dar.

Die Untersuchungsgebiet (Abb. 3) kann räumlich zunächst auf den siedlungsstrukturellen Regionstyp III¹⁰ ›Ländliche Räume‹ der Bundesanstalt für Bauwesen und Raumordnung (BBR) in Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern eingegrenzt werden.¹¹ Die Stichprobe erlaubt eine Generalisierung der Ergebnisse für alle zentrenfernen Gemeinden des Binnenraumes der insgesamt ländlichen Region Nordostdeutschlands. Dieser enthält damit keine suburbanen und touristisch geprägten Gebiete.

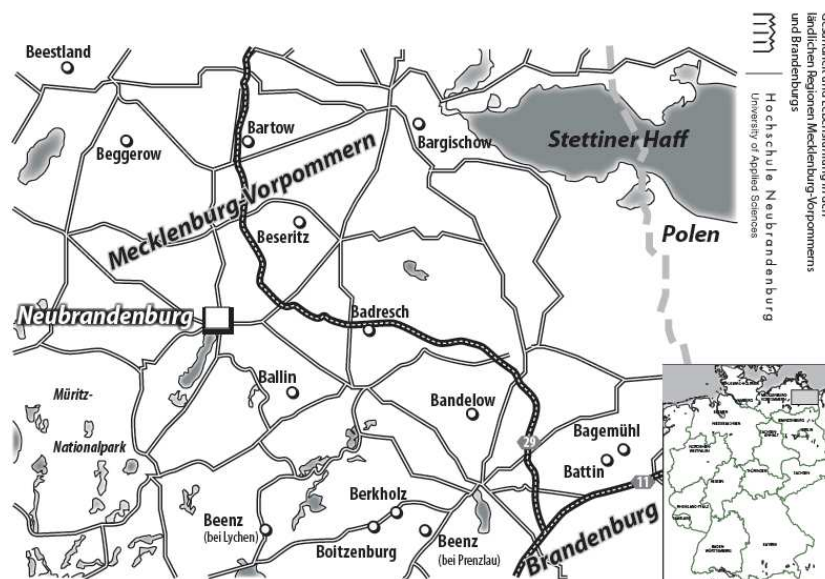


Abbildung 3: Lage der Untersuchungsorte

¹⁰Dieser umfasst alle Raumordnungsregionen mit einer Dichte unter 150 Einwohner/km, ohne ein Oberzentrum mit mehr als 100.000 Einwohnern und mit Oberzentrum mit mehr als 100.000 Einwohnern, und einer Dichte unter 100 Einwohner/km².

¹¹Im ländlichen Raum leben nach dieser Definition ca. 40% der Gesamtbevölkerung der beiden Bundesländer Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg. Insgesamt leben in den Neuen Ländern 19,9% der Bevölkerung in ländlichen Räumen (Alte Länder: 11,2%, Stand 2001 nach INKAR 2003).

Eine konsensfähige Definition *des* ländlichen Raumes gibt es nicht. Vielmehr werden bestimmte statistische Indikatoren oder Gebietsmerkmale mit bestimmten räumlichen Funktionsmerkmalen in einen Zusammenhang gebracht. Für eine Charakterisierung sollen hier die Besiedlungsdichte, die Erreichbarkeit von Zentren¹² und der Anteil der Beschäftigten in der Landwirtschaft herangezogen werden. Unsere Untersuchungsgemeinden können hinsichtlich dieser Indikatoren im nordostdeutschen Vergleich als ausgesprochen ländliche Gemeinden angesehen werden:

- Für die siedlungsstrukturelle Ländlichkeit spricht, dass die Bevölkerungsdichte 2006 zwischen 14,4 und 45 Einwohner je km² lag.
- Die Entfernung zu den Oberzentren (z.B. Neubrandenburg, Greifswald) der Region liegt zwischen 19 und 53 Fahrminuten mit dem Auto.
- Der Anteil land- und forstwirtschaftlicher Arbeitsplätze betrug 2006 in unseren Orten zwischen 3,6% und 84,1% aller Arbeitsplätze. Die Landwirtschaftsfläche lag in den Untersuchungsgemeinden zwischen 48,4% und 89,1% der Gesamtfläche der Gemarkung. (Quelle: Statistik lokal 2008, eigene Berechnungen)

Die wirtschaftliche Struktur unseres Gebietes ist landwirtschaftlich dominiert, produzierendes Gewerbe und Handel vergleichsweise schwach ausgeprägt.

Das Untersuchungsgebiet ist nicht nur ländlich, sondern die regionalstatistischen Daten legen es nahe, auch von einem peripherisierten Raum zu sprechen (Beetz 2008). Nach den IAB-Vergleichstypen 2005 handelt es sich um ein Gebiet mit den schlechtesten Arbeitsmarktbedingungen in Ostdeutschland (Typ Ia). Die Arbeitslosenrate (bezogen auf die Wohnbevölkerung zwischen 15 und 65 Jahren) betrug 2006 in den Untersuchungsgemeinden zwischen 15,4% (Boitzenburger Land) und 24,2% (Bargischo). Die Arbeitslosenquote (bezogen auf die tatsächliche Erwerbsbeteiligung¹³) liegt deutlich höher: 2006 lag sie zwischen 26,7% (Warrenzin) und 35,4% (Bargischo). In den letzten Jahren sind beide in den meisten Gemeinden leicht rückläufig. Das unzureichende Arbeitsplatzangebot in den meisten Gemeinden wird durch Pendeln kompensiert (Auspendlerquoten zwischen 70 und 90%). Allerdings ist die tatsächliche Entlastung für die lokale Beschäftigungssituation relativ gering, da bedeutende Arbeitsmärkte weit entfernt sind; daraus folgen oft weite Pendelwege (Quelle: Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen).

5 Quantitative Befunde

Im Folgenden werden die Untersuchungsgemeinden zunächst mit Hilfe amtlicher Daten vergleichend hinsichtlich ihrer Altersstrukturentwicklung dargestellt. Den Zusammen-

¹²Als Zentren werden hier Ober- und Mittelzentren angesehen. Diese werden durch die Raumordnung anhand der Siedlungsgröße, der Arbeitsplatzdichte/Einpendlerzahlen und infrastrukturellen Versorgungsfunktionen definiert.

¹³Unter Erwerbsbeteiligung wird hier die zusammengefasste Anzahl der beschäftigten (ohne Selbstständige) und der arbeitslosen Personen, beide gezählt nach Wohnortprinzip, verstanden. Auf Gemeindeebene steht statistisch nicht die Anzahl der erwerbstätigen Personen zur Verfügung.

hang zwischen sozialer Lage und Gesundheitszustand sowie Lebens- und Gesundheitszufriedenheit stellen wir anhand bisheriger Zusatzauswertungen der Daten der 1994er Welle dar. Weitere (Auswertungs-)Potentiale des Projekts sollen abschließend am Beispiel des Rauchens kurz verdeutlicht werden.

5.1 Altersstruktur der Bevölkerung in den Gemeinden

In den Untersuchungsgemeinden stieg der Anteil der über 65-Jährigen zwischen 1990 und 2006 um 8 (Nordwestuckermark) bis 15 (Boitzenburg) Prozentpunkte auf 16 bis 26% (Tab. 1 auf der nächsten Seite). Damit lag 2006 etwa die Hälfte der Gemeinden leicht über dem Landesdurchschnitt von 20% (sowohl Brandenburg als auch Mecklenburg-Vorpommern) und dem Bundesdurchschnitt von 19%, ein weiteres Viertel deutlich darüber. Der Anteil der über 65-Jährigen wird in den Untersuchungsgemeinden in den kommenden Jahren deutlich ansteigen, weil der Anteil der 50- bis 60-Jährigen mit 12 bis 21% sehr hoch ist (Quelle: Statistik lokal 2008, eigene Berechnungen).

Zurückgegangen ist in den vergangenen Jahren der Anteil der unter 15-Jährigen. Der starke Geburtenrückgang nach 1991 führte dazu, dass ihr Anteil an der Bevölkerung bis zum Jahr 2006 um bis zu zwölf Prozentpunkte zurückging, ihre Anzahl sich nahezu halbierte. Eine Ausnahme bilden die beiden benachbarten Orte Berkholz und Boitzenburg; die Ursache hierfür ist möglicherweise die Ansiedlung junger Familien in Boitzenburg in den 1980er Jahren, von denen unter Umständen einige in den 1990er Jahren nach Berkholz zogen. Seit 2002 ist der Anteil dieser Altersgruppe leicht rückläufig (bis zu drei Prozentpunkten); die Unterschiede zwischen den Untersuchungsgemeinden bzw. -orten sind in dieser Hinsicht nicht sehr groß.

Der Anteil der Personen zwischen 15 und 65 Jahren ist seit 1990 bis zum Jahr 2002 in fast allen Gemeinden leicht angestiegen und seitdem unverändert hoch bzw. in Warrenzin leicht zurückgehend (drei Prozentpunkte).

Die Altersstruktur entwickelte sich in den Gemeinden also ähnlich dem demographischen Trend im gesamten Bundesland Mecklenburg-Vorpommern und in Brandenburg.

5.2 Armut und Gesundheit

Hinsichtlich der Erfassung der Armutslagen können wir auf das von den Befragten angegebene Haushaltsnettoeinkommen zurückgreifen.¹⁴ Nach der für unsere Berechnungen zugrunde gelegten Armutsdefinition liegt ein Armutsrisiko vor, wenn das Haushaltsnettoeinkommen weniger als 60% vom Median des bedarfsgewichteten Äquivalenzeinkommens¹⁵ beträgt. Damit ergab sich mit 19,4% eine sehr hohe Einkommensarmutsquote für die Gemeinden insgesamt, während 80,6% vom Schätzverfahren als ›nicht-arm‹ klassifiziert werden. Differenziert für die einzelnen Gemeinden betrug die nach eigenen

¹⁴Das Haushaltsnettoeinkommen wurde 1994 in Klassengrößen (ab 500 DM) erfasst. Grundlage für die weitere Verarbeitung war jeweils die Klassenobergrenze. Für 1.666 von 2.155 Befragten lagen in dieser Welle Einkommensangaben vor. Eine Längsschnittbetrachtung setzt voraus, dass die Daten aller drei Wellen vorliegen. Bei Redaktionsschluss dieses Beitrages (Ende Februar 2009) wurde die elektronische Erfassung der Wellen 1 (1973) und 3 (2008) vorgenommen.

¹⁵Zu methodischen Ausführungen vgl. Elkeles et al. 2009.

Tabelle 1: Altersstruktur der Einwohner in den Untersuchungsgemeinden und -orten 1990 bis 2006 (in%)

Untersuchungsorte	< 15 Jahre				15 bis 65 Jahre				> 65 Jahre			
	1990	1998	2002	2006	1990	1998	2002	2006	1990	1998	2002	2006
Bargischow		20	15	12		67	70	71		13	15	16
Bartow		15	11	11		68	67	66		17	21	24
Beggerow		16	12	11		67	69	68		17	19	20
Beseritz		16	11	8		67	72	73		16	16	19
Lindetal (Ballin)		18	13	13		70 (73)	71	70		12 (9)	14	18
Groß-Miltzow (Badresch)		19	11	11		68	69	68		13	18	21
Warrenzin (Beestland)		15 (21)	10	11		67 (64)	68	65		20 (15)	22	24
Brüssow (Battin)	22 (21)	17 (19)	13	10	64 (64)	66 (65)	66	65	15 (15)	18 (16)	21	26
Brüssow (Bagemühl)	22 (27)	17 (20)	13	10	64 (59)	66 (57)	66	65	15 (13)	18 (23)	21	26
Lychen (Beenz b. Lychen)	21 (22)	16 (24)	12	9	66 (65)	69 (64)	70	70	13	15 (12)	19	23
Nordwestuckermark (Beenz b. Prenzlau)	21	16	12	10	65	68	69	69	14	16	19	22
Uckerland (Bandelow)	23	17	13	12	66	66	67	67	13	17	20	22
Boitzenburger Land (Berkholz)	24 (16)	17 (21)	12	9	65 (67)	68 (55)	69	69	11 (17)	15 (24)	19	23
Boitzenburger Land (Boitzenburg)	24 (28)	17 (18)	12	9	65 (64)	68 (70)	69	69	11 (8)	15 (12)	19	23

Quelle: Statistik lokal 2008, Landesämter für Statistik in Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern, eigene Berechnungen; *Erläuterungen*: Die amtlichen Kontextdaten auf Untersuchungsortebene abzubilden, erwies sich durch die Gebietsreformen als schwierig. Sofern für den Untersuchungsort keine Einzeldaten vorlagen, wurden die Daten der nächst höheren Ebene (Gemeinde) angegeben; beispielsweise fallen bei Bargischow Untersuchungsort und -gemeinde zusammen, wohingegen Ballin als Untersuchungsort zur Untersuchungsgemeinde Lindetal gehört.

Angaben zum Einkommen und korrigiert für den Haushaltsbedarf geschätzte Einkommensarmut zwischen 9,6% (Beenz bei Prenzlau) und 30% (Beestland). Gemessen an der Einkommensstruktur für Ostdeutschland fanden wir also eine unterdurchschnittliche Einkommensverteilung in der untersuchten Region. Einkommensarmut trat 1994 insbesondere in den jüngeren Altersgruppen auf (26,7% bei den 18- bis 29-Jährigen; 22,6% bei den 30- bis 39-Jährigen). Jüngere Frauen waren tendenziell stärker betroffen. Einkommensarmut betraf durchaus gesellschaftliche Kerngruppen: 47,7% der männlichen Armen waren erwerbstätig, bei den Frauen waren dies 28,4%; etwa 30% aller Armen waren erwerbslos.

Es ergab sich der Befund, dass ›Arme‹ einen besseren *Gesundheitszustand* angeben als ›Nicht-Arme‹, auch wenn dieser Unterschied weder bei Männern noch bei Frauen

statistisch signifikant war: Bei den Frauen hatten nach der Altersstandardisierung¹⁶ die ›Armen‹ zu 41,2% einen guten oder sehr guten und zu 17,9% einen weniger guten oder schlechten Gesundheitszustand (›Nicht-Arme‹: 34,4 bzw. 20,8%). Bei den Männern waren es nun bei den ›Armen‹ 46,1% mit gutem oder sehr gutem Gesundheitszustand (›Nicht-Arme‹: 40,5%) und 13,8% mit einem weniger guten oder schlechten Gesundheitszustand (›Nicht-Arme‹: 15,7%). Hier dürfte nicht zuletzt der Alterseffekt – viele Jüngere sind von Einkommensarmut betroffen – das Ergebnis beeinflussen.

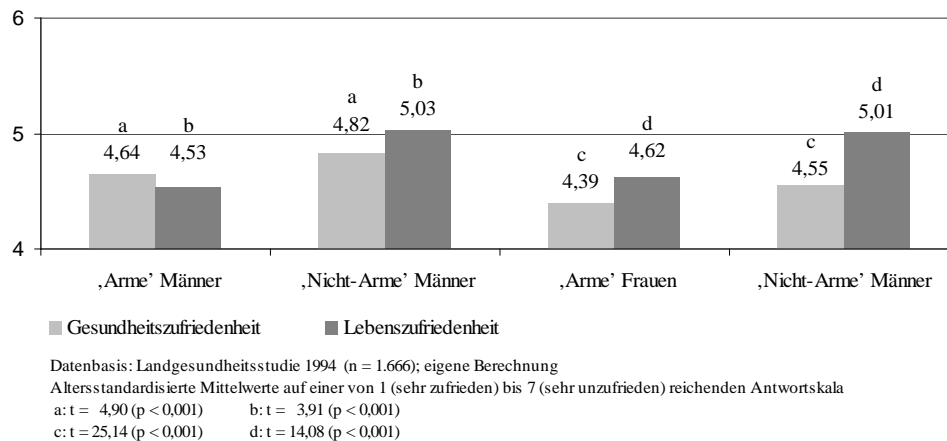


Abbildung 4: Gesundheits- und Lebenszufriedenheit nach Armut und Geschlecht

Die *Gesundheitszufriedenheit* war nach Altersstandardisierung bei den ›Armen‹ beider Geschlechter statistisch signifikant geringer als bei den ›Nicht-Armen‹; für beide Geschlechter ergab sich nach Altersstandardisierung auch eine statistisch signifikant geringere allgemeine *Lebenszufriedenheit* der ›Armen‹ (Abb. 4). Diese Differenzen verstärken sich jeweils, wenn das untere und das obere Einkommensquintil miteinander verglichen wurden (Elkeles et al. 2009).

Wie erklärt sich nun aber, dass ›Arme‹ einen besseren Gesundheitszustand angaben als ›Nicht-Arme‹ – im Gegensatz zu vielen Ergebnissen der Gesundheitsforschung (vgl. Elkeles/Mielck 1997, Elkeles 2009, Bauer et al. 2008, Helmert et al. 2000, Helmert 2004, Mielck 2005, Lampert et al. 2005)?

Aufgabe der Längsschnittanalysen wird sein, den besonderen Zusammenhang zwischen den peripheren Merkmalen der Region und dem sozialen Status und dessen sozialer Konnektionen sowie Gesundheit und Gesundheitshandeln zu untersuchen und dabei auch zwischen Effekten der ›Bevölkerungszusammensetzung‹ und des regionalen Umfelds zu unterscheiden. Die befragten Personen sind zwar in unserem Fall den gleichen regionalen Effekten ausgesetzt, aber sie unterscheiden sich in ihrer Gruppenzugehörigkeit und ihren individuellen Merkmalen sowie möglicherweise in ihren Anpassungsleistungen voneinander.¹⁷

¹⁶Es wurde geschlechtsspezifisch eine Altersangleichung nach den Sollwerten der ›Nicht-Armen‹ durchgeführt.

¹⁷Dass ein eigenständiger Effekt der Regionen auf den Gesundheitszustand vorliegen kann und zum Beispiel die Mortalität in Regionen mit hoher Armutsquote ungefähr 1,5 mal so hoch ist als in Regionen

5.3 Gesundheitshandeln am Beispiel von Rauchen

Mithilfe der Daten der bisherigen Erhebungswellen (1973¹⁸, 1994, 2004¹⁹/2008) soll im Folgenden exemplarisch auf deskriptiver Ebene gezeigt werden, wie sich die Rauchgewohnheiten und der Tabakkonsum in der untersuchten Region entwickelt haben.

Im Längsschnitt scheint sich der von Koppisch et al. (1996) beschriebende Trend, dass unter den Frauen auf dem Lande immer mehr Raucherinnen anzutreffen seien, weiter fortgesetzt zu haben. Der Anteil der Raucherinnen stieg von 9% (1973) über 21% (1994) auf 29% (2004). Beschränkte man das Alter entsprechend den herangezogenen Referenzdaten (25 bis 69 Jahre)²⁰, dann rauchten 2004 35% der Frauen unserer Stichprobe. Für die Männer zeigen die Ergebnisse des Pretests 2004 (49%) wieder einen leichten Anstieg des Raucheranteils, nachdem von 1973 (61%) bis 1994 (46%) ein säkularen Tendenzen entsprechender starker Rückgang stattgefunden hatte (Abb. 5).

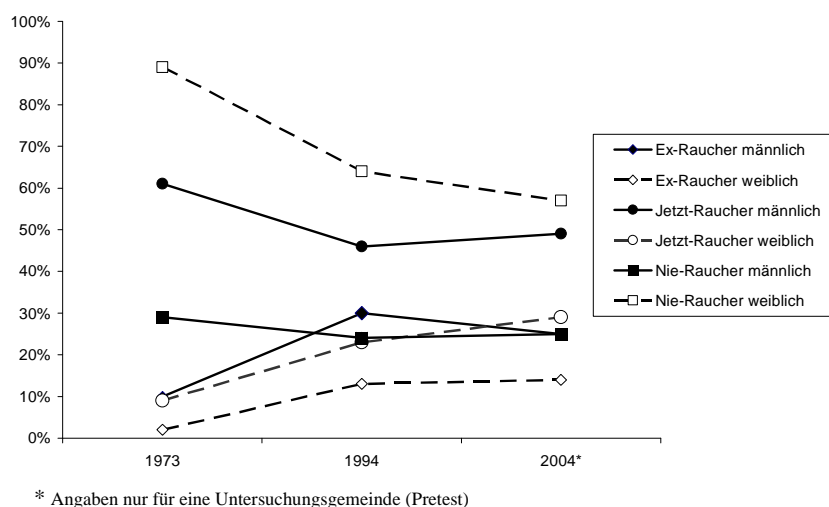


Abbildung 5: Entwicklung der Raucherprävalenz bei Männern und Frauen 1973–2004

Der Anteil der 25- bis 69-jährigen Raucher(innen) auf dem Lande lag Anfang/Mitte der 1990er Jahre mit 35% geringfügig über dem Bundesdurchschnitt von 33%²¹. Die Männer

mit niedriger Armutsquote, zeigt die vom Bayerischen Landesamt (2007: 31) in Auftrag gegebene Studie; gesicherte Aussagen über diese Zusammenhänge liegen jedoch in der Gesamtschau noch nicht vor.

¹⁸Da der Datensatz von 1973 nicht mehr bzw. noch nicht wieder in elektronischer Form vorliegt, basieren diese Angaben auf den publizierten Ergebnissen von Koppisch (1979). Dies zieht in vielen Fällen nach sich, dass aufgrund der vorgegebenen Kategorisierungen und Gruppierungen sowie leichten Veränderungen in den Merkmalsausprägungen der Variablen Vergleiche nur eingeschränkt möglich sind.

¹⁹Die bisher auswertbaren Daten aus dem Pretest 2004 (Popp et al. 2005) sind insofern als vorläufig zu werten, als dass sie lediglich auf der Gemeinde Bargischow (n=136) basieren.

²⁰DHP 1990/91-1992 sowie der Telefonische Gesundheitssurvey (GesTel2003).

²¹Der nationale Gesundheitssurvey der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP) wies für die neuen Bundesländer 30%, für die alten Bundesländer 34% aus. Nach Ost- und Westdeutschland sowie nach Geschlecht differenziert, zeigte sich, dass in Ostdeutschland weitaus mehr Männer (40%) rauchten als Frauen (22%); in Westdeutschland betrug der Geschlechtsunterschied lediglich 10 Prozentpunkte (39% zu 29%).

in der untersuchten ländlichen Region verzeichneten 1994 mit 46% einen fast doppelt so hohen Raucheranteil wie Frauen (24%).

Bezüglich des Einstiegsalters ließ sich auf dem Lande im Vergleich zu den Referenzdaten des Zeitraums 1990/92 bis 2003 ein deutlich jüngeres Einstiegsalter erkennen (Röding 2008).

Dieses Beispiel verdeutlicht das Potential der bereits vorliegenden Daten. Im Längsschnitt ließen sich für die Untersuchungspopulation anhand der drei Messzeitpunkte dann abgesicherte Trendlinien zum Rauchen ermitteln. Das Beispiel Rauchen zeigt, dass sich Unterschiede im Gesundheitshandeln in der Region im Vergleich zu bundesweiten Surveys abzeichnen, deren Gründe abzuklären sind.

6 Qualitatives Vorgehen und Integration der Ergebnisse

Um Gesundheit und Lebensführung in ländlichen Regionen angemessen ins Blickfeld zu nehmen, bieten sich nicht zuletzt die für die gegenwärtige Welle zusätzlich avisierten qualitativen Befragungen an. Zu erwarten sind von diesen Interviews insbesondere Selbstauskünfte der Betroffenen und damit systematische Einblicke in die Art und Weise, wie Akteure die Strukturmerkmale (regionaler, lebensweltlicher Kontext) interpretieren und sie als Ressourcen zum Umgang mit schwierigen Lebenslagen nutzen oder dies als Restriktionen erfahren.

Die erste Annäherung für die qualitative Teilstudie erfolgt über umfassende Gemeindebeschreibungen, die die amtlichen Gemeindedaten zur Erfassung des sozialstrukturellen Wandels in den entsprechenden Regionen vertiefen, bezogen z.B. auf die soziodemographische Struktur (Abwanderung, Überalterung usw.), aber auch die Identifikation besonderer Problemlagen der regionalen Arbeitsmärkte (Arbeitslosigkeit, Einkommensentwicklung, Berufspendeln). Sie liefern umfassende Beschreibungen einzelner Gemeinden aus der Stichprobe, so dass die Gemeinden hinsichtlich ihrer wirtschaftlichen und sozialen Infrastruktur, der alltagsweltlichen Milieus und ihrer Geschichte genauer bestimmt und derart typologisiert werden können. Unter Umständen kontrastieren Selbstwahrnehmungen der sozialstrukturellen Umbrüche im Sinne von Handlungsrestriktionen in den Experteninterviews mit lokalen Entscheidungsträgern (Ortsvorsteher,²² Landräte, niedergelassene Ärzte) mit Informationen aus regionalstatistisch verfügbaren amtlichen Daten.

²²Der keinesfalls selbstverständliche Zugang zum Feld über die ›Spitze‹ ergibt sich u. a. aus der notwendigen Genehmigung der Fragebogenerhebung und den damit verbundenen amtlichen Dokumenten wie der Einwohnermeldeamtsliste. Bei den befragten ›Bürgermeistern‹ der Gemeinden handelt es sich trotz unterschiedlicher Kommunalverfassungen in Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg um direkt gewählte, ehrenamtliche Bürgermeister. Wenngleich diese Ortsvorsteher nicht stets über das spezifische Fachwissen und die Erfahrungen im verwaltungsmäßigen Vollzug von übergeordneten Entscheidungen der beamteten Bürgermeister (in den Ämtern oder amtsfreien Gemeinden) oder der Landräte verfügen, so setzt die Wahrnehmung ihrer Aufgaben als Vorsitzende der Gemeindevertretungen und als Vertreter der Gemeinden im Amtsausschuss ein besonderes Maß an Akzeptanz in der Bevölkerung einerseits und eine hohes Maß an Vertrautheit mit den Gegebenheiten vor Ort voraus.

Diese Experteninterviews sollen ebenso wie die Vor-Ort-Begehungen, d.h. die (ethnografischen) Beobachtungen in ausgewählten²³ Gemeinden den Zugang zu langjährigen Einwohnerinnen und Einwohnern des jeweiligen Untersuchungsortes erleichtern. Während die mit den quantitativ-statistischen Methoden erhobenen Daten regelhafte Strukturen und Muster offenlegen, ermöglichen die qualitativen Interviews eine vertiefende Interpretation dieser Daten bezüglich der biographischen und damit lebensweltlichen Relevanzstrukturen und des Hintergrundwissens bezogen auf das Gesundheitshandeln (als Teilaspekt der alltäglichen Lebensführung) sowie der ›Aneignung‹ des ländlichen Raumes als einer spezifischen Lebenswelt. In einem zweiten Schritt wird also über narrative bzw. leitfadengestützte Interviews die biographische Verarbeitung von Gesundheit(serleben) und dessen Bedingungsgefüge erfragt werden, die sich aus dem gesellschaftlichen Wandel und unter anderem auch dem individuellen Altern ergibt.

Die das erste, sehr offen angelegte narrative Interview leitenden Themen sollen in einem zweiten, themenzentrierten Interview mit der jeweiligen Person vertieft werden. Bei der Auswahl potentieller Interviewpartner sind neben Geschlecht und Alter möglichst auch folgende Kriterien zu beachten: Lebensform (z.B. allein, mit Partner(in), mit Familie), Wohndauer (nach der Wende zugezogen oder ›alteingesessen‹), Erwerbsstatus (arbeitslos, in Rente, erwerbstätig) sowie Bildungsabschluss und Einkommenshöhe. Dabei erhoffen wir uns insbesondere Aussagen der Bewohner(innen) der Landgemeinden zu den Veränderungen im (Arbeits-)Alltag/Tagesablauf und den Gründen hierfür, dem Umgang mit Phasen von Krankheit (evtl. auch bei Angehörigen), der Einschätzung von Gesundheitsrisiken und Gesundheitsressourcen in der eigenen Lebensführung sowie Veränderungen im sozialen Netzwerk/Gemeindeleben und den darüber ausgetauschten Hilfen.

7 Ausblick

Mit der Forschungsperspektive ›alltägliche Lebensführung‹ wird vor dem Hintergrund der historischen Umbrüche in der ostdeutschen ländlichen Gesellschaft in den Blick genommen, wie sich Einzelne mit gesellschaftlichen Veränderungen auseinandersetzen und sich individuell ein passendes Konzept schaffen – wie Erfolge und Rückschläge diese Anpassungs- und Auseinandersetzungsdynamik in Eigenleistung und mit Eigensinn an die äußeren Lebensbedingungen bestimmen. Die Untersuchung fragt damit nach Bewältigungsstrategien, die sich aus den objektiven und subjektiven Lebenslagen heraus entwickeln. Lebensführung ist das zentrale Medium der Regulierung, Stabilisierung, Integration und Vergesellschaftung der Individuen. Unter den Bedingungen verfallender

²³Um eine optimale Verschränkung der quantitativen und qualitativen Untersuchungsteile erreichen zu können, finden diese zeitlich versetzt statt. Dadurch können die Ergebnisse der Fragebogenerhebung im detaillierten Design der qualitativen Erhebung berücksichtigt werden. Vor diesem Hintergrund wählten wir die Gemeinden für den qualitativen Untersuchungsteil anhand ihrer geographischen Lage im Untersuchungsgebiet sowie der administrativen Zuordnung nach Kreisen und Bundesländern sowie den Einwohnerzahlen und Siedlungsstrukturen aus. Auf dieser Grundlage haben wir bisher vier Gemeinden näher ins Auge gefasst. Dabei versuchen wir, auch die Rücklaufquote zu berücksichtigen und bspw. in zwei Dörfern mit maximal abweichenden oder besonders auffälligen Ergebnissen den Hintergründen dafür qualitativ nachzuspüren.

Integrationsverhältnisse (vor allem durch Abkopplung der erfolgreich wirtschaftenden Landwirtschaftsunternehmen) in den ländlichen Gemeinden (Land/Willisch 2002: 99) gewinnen Sphären der Lebensführung jenseits des ›Mainstreams Erwerbsarbeit‹ an Bedeutung, um das Funktionieren des Alltags, das Auskommen, die Zugehörigkeit zu einer Gruppe zu organisieren (Nebelung 2007). Welchen Einfluss hat der Rückzug staatlicher und privatwirtschaftlicher Initiativen aus der ländlichen Gesellschaft auf die Handlungs- und Erlebniszfähigkeit und somit auf das Gesundheitshandeln der Bevölkerung schrumpfender Regionen? Krankensie an dem Fehlen von Erwerbsarbeit, sozialen und medizinischen Versorgungsstrukturen?

Im Diskurs um die Zukunft ländlicher Räume in Ostdeutschland werden endogene Entwicklungspotentiale von Gemeinden hervorgehoben, die im nicht-ökonomischen Bereich liegen, wobei Sozialkapital und lokale Kulturen als Entwicklungsalternativen identifiziert werden (Hannemann 2002). Dabei kommt dem Engagement in Vereinen, der Partizipation in informellen Netzwerken, der Identifikation mit dem Lebensumfeld und der damit verbundenen Verantwortung für die Gestaltung des Lebensraumes eine besondere Rolle zu. Trotz der nicht zu ignorierenden problematischen Entwicklung gibt es auch in unserem Untersuchungsgebiet Beispiele, wie sich zivilgesellschaftliche Akteure bereits in Gestaltungsprojekten engagieren. Die Beispiele reichen von Genossenschaften (Landwirtschaft, Wohnen), einem selbstorganisierten Theaterprojekt über die ehrenamtliche Arbeit eines Hospiz e.V. bis hin zu Bürgerinitiativen, die für die Belebung der strukturarmen Gemeinden sorgen. Es sind die kleinen, singulären Ansätze, mit denen sich produktive Antworten auf die Herausforderungen verbinden. Dass ein Zusammenhang zwischen der Mobilisierung endogener Potentiale und Ressourcen und der Lebenszufriedenheit besteht, wurde während unserer bisherigen Recherchen in den Dörfern bereits augenscheinlich. So berichten die Akteure einerseits über mangelnde Unterstützung, Finanzierung und Anerkennung der Projekte und der geleisteten Eigenarbeit von staatlicher Seite. Andererseits wird deutlich, wie sich soziales Engagement in und für die Region auf das Selbstwertempfinden, auf die Kompetenzzentfaltung, das Anerkennungserleben, schließlich auf gesundheitsrelevante Aspekte der Lebensführung auswirkt, was sich exemplarisch in Aussagen wie »Aktiv zu sein, macht mir Freude und hält mich fit – da habe ich gar keine Zeit, krank zu sein« (Gespräch mit einer Akteurin des Landkombinat e.V.) widerspiegelt.

Literatur

- Abel, Thomas / Cockerham, William C. (1993): Lifestyle or Lebensführung? Critical Remarks on the Mistranslation of Weber's »Class, Status, Party«. *The Sociological Quarterly*, 34 (3), S. 551-556.
- Abel, Thomas (1999): Gesundheitsrelevante Lebensstile. Zur Verbindung von handlungs- und strukturtheoretischen Aspekten in der modernen Ungleichheitsforschung. In: Maeder, Christoph / Burton-Jeangros, Claudine / Haour-Knipe, Mary (Hrsg.): *Gesundheit, Medizin und Gesellschaft. Beiträge zur Soziologie der Gesundheit*. Zürich: Seismo-Verlag, S. 43-61.

- Antonovsky, Aaron (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Dt. erweiterte Herausgabe von A. Franke. Tübingen: dgvt.
- Arbeitsgruppe Regionale Standards (Hg.) (2005): Regionale Standards. Eine gemeinsame Empfehlung des Arbeitskreises Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute e.V. (ADM), der Arbeitsgemeinschaft Sozialwissenschaftlicher Institute e.V. (ASI) und des Statistischen Bundesamtes, Mannheim: ZUMA.
- Bauer, Ullrich / Bittlingmeyer, Uwe H. / Richter, Matthias (Hg.) (2008): Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hg.) (2007): Erklärungsmodelle regionaler Gesundheitsunterschiede, Erlangen (Bearbeiter: Andreas Mielck); http://www.lgl.bayern.de/publikationen/doc/gesundheit_regional_theorie.pdf [27.02.2009]
- Beetz, Stephan (2004): Dörfer in Bewegung. Ein Jahrhundert sozialer Wandel und räumliche Mobilität in einer ostdeutschen ländlichen Region. Hamburg.
- Beetz, Stephan / Neu, Claudia / Plieninger, Tobias (2005): Zwischen Berlin und Stettiner Haff. Eine naturräumliche, politische und sozioökonomische Analyse der Region Barnim / Uckermark / Uecker-Randow. Materialien der Interdisziplinären Arbeitsgruppe »Zukunftsorientierte Nutzung ländlicher Räume« 3, Berlin: Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften
- Beetz, Stephan (2008): Peripherisierung als räumliche Organisation sozialer Ungleichheit. In: Neu, Claudia / Barlösius, Eva (Hrsg.): Peripherisierung – eine neue Form sozialer Ungleichheit? Materialien Nr. 21 der IAG LandInnovation der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften, Berlin, S. 7-16
- Behringer, Luise (2007): Lebensführung und Identität als alltägliche Gestaltungsaufgabe. Forum Gemeindepsychologie, Jahrgang 12, Ausgabe 1; http://www.gemeindepsychologie.de/fg-1-2007_08.html [27.02.2009]
- Bourdieu, Pierre (2005): Ortseffekte. In: Bourdieu, Pierre et al. (Hrsg.): Das Elend der Welt. Gekürzte Studienausgabe. Konstanz: UVK.
- Dangschat, Jens S. (1996): Raum als Dimension sozialer Ungleichheit. In: Schwenk, Otto G. (Hrsg.): Lebensstil zwischen Sozialstrukturanalyse und Kulturwissenschaft. Opladen: Leske + Budrich, S. 99-135.
- Dietmaier-Jebara, Sylvia (2005): Gesellschaftsbild und Lebensführung. Gesellschaftspolitische Ordnungsvorstellungen im ostdeutschen Transformationsprozess. München: Rainer Hampp.
- Elkeles, Thomas / Mielck, Andreas (1997): Entwicklung eines Modells zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit. Das Gesundheitswesen 59 (3), S. 137-143.

- Elkeles, Thomas / Popp, Michael / Röttger, Christof (2009): Armut und Gesundheit in ländlichen Gemeinden Mecklenburg-Vorpommerns und Brandenburgs. In: Kreher, Simone (Hrsg.): Wachsende Armut in schrumpfenden Regionen? Konzepte, Befunde und Diskussionen (im Erscheinen)
- Elkeles, Thomas (2009): Armut und Gesundheit im Jugendalter. In: Hackauf, Horst / Ohlbrecht, Heike (Hg.): Jugend und Gesundheit. Weinheim/München: Juventa (im Erscheinen)
- Faltermaier, Toni (1994): Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitshandeln. Über den Umgang mit Gesundheit im Alltag. Weinheim: Beltz, Psychologie-Verlag-Union.
- Gerhardt, Uta (1993): Gesundheit – ein Alltagsphänomen. Konsequenzen für Theorie und Methodologie von Public Health. Wissenschaftszentrum Berlin, Nr. P93-206.
- Glatzer, Wolfgang (1992): Lebensqualität und subjektives Wohlbefinden. Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Untersuchungen. In: Bellebaum, Alfred (Hrsg.): Glück und Zufriedenheit. Ein Symposium. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 49-85.
- Hannemann, Christine (2002): Kleinstädte in Ostdeutschland -Welche Zukunft hat dieser Stadttyp? Zusammenfassung der Ergebnisse. Verfügbar unter: www.social-science.hu-berlin.de/lehrbereiche/stadtsoz/forschung/forschungsprojekte/forschung/kleinstaedte/ZF_Kleinstadt.pdf [09.02.2009]
- Helmert, Uwe (2004): Soziale Ungleichheit und Krankheitsrisiken. Augsburg: Maro-Verlag.
- Helmert, Uwe / Bammann, Karin / Voges, Wolfgang / Müller, Rainer (Hg.) (2000): Müssen Arme früher sterben? Soziale Ungleichheit und Gesundheit in Deutschland. Weinheim/München: Juventa.
- Hermann, Dieter (2006): Back to the Roots! Der Lebensführungsansatz von Max Weber. In: Albert, Gert / Bienfait, Agathe / Sigmund, Steffen / Stachura, Mateusz (Hrsg.): Aspekte des Weber-Paradigmas. Festschrift für Wolfgang Schluchter. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 238-257.
- Hoffmeyer-Zlotnik, Jürgen H.P. (2005): Regionalisierung sozialwissenschaftlicher Umfragedaten – Eine Einführung. In: Görzinger, Gerd / Matiaske, Wenzel (Hrsg.): Deutschland regional. Sozialwissenschaftliche Daten im Forschungsverbund. München / Mering, S. 3-28.
- Hradil, Stefan (2005): Der theoretische Hintergrund – Die Gesundheitslebensstile. In: Gärtner, Karla / Grünheid, Evelyn, Luy, Marc (Hrsg.): Lebensstile, Lebensphasen, Lebensqualität. Interdisziplinäre Analysen von Gesundheit und Sterblichkeit aus dem Lebenserwartungssurvey des BiB. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 65-93.
- Kil, Wolfgang (2004): Luxus der Leere. Vom schwierigen Rückzug aus der Wachstumswelt. Eine Streitschrift. Wuppertal : Müller + Busmann.
- Koppisch, Volker (1979): Untersuchungen zu einigen Seiten der gesunden Lebensführung der Bevölkerung in Landgemeinden im Norden der DDR von 1973 – 1976. Greifswald: Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald (Diss. B).

- Koppisch, Volker / Hüttner, Hannes / Wiesner, Gerd (1996): Vergleichende Studie zu Gesundheit und Lebensweise der Erwachsenenbevölkerung in ausgewählten mecklenburgisch-vorpommerschen Landgemeinden. Schwerin: Sozialministerium Mecklenburg-Vorpommern.
- Kudera, Werner (1995): Zusammenfassung der Ergebnisse. In: Projektgruppe alltägliche Lebensführung (Hrsg.): Alltägliche Lebensführung. Arrangements zwischen Traditionalität und Modernisierung. Opladen, S. 331-370.
- Kudera, Werner (2000): Lebenslauf, Biographie und Lebensführung. In: Kudera, Werner / Voß, Günter G. (Hrsg.): Lebensführung und Gesellschaft. Beiträge zu Konzept und Empirie alltäglicher Lebensführung. Opladen: Leske + Budrich, S. 109-130.
- Lampert, Thomas / Saß, Anke-Christine / Häfelinger, Michael / Ziese, Thomas (2005): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit : Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Land, Rainer / Willisch, Andreas (2002): Unternehmen und Gemeinden im ländlichen Raum. Berliner Debatte Initial 22 (1), S. 97-109.
- Mielck, Andreas (2005): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Bern: Hans Huber.
- Nebelung, Christine (2007): Pragmatismus und Visionen : Eigenarbeit in der ostdeutschen ländlichen Gesellschaft. Berlin u.a.: LIT.
- Popp, Michael / Elkeles, Thomas / Kreher, Simone (2005): Gesundheit und Lebensführung in den ländlichen Regionen Mecklenburg-Vorpommerns und Brandenburgs – Methodenbericht zur Entwicklung und Durchführung sowie zu den Ergebnissen des Pretests 2004/2005. Schriftenreihe G der Hochschule Neubrandenburg. Band 1. Neubrandenburg.
- Projektgruppe alltägliche Lebensführung (Hrsg.) (1995): Alltägliche Lebensführung. Arrangements zwischen Traditionalität und Modernisierung. Opladen: Leske + Budrich.
- Röding, Dominik (2008): Praxisbericht zum Projekt »Gesundheit und Lebensführung in Landgemeinden Mecklenburg-Vorpommerns und Brandenburgs« an der Hochschule Neubrandenburg. Schwerpunkt: Rauchverhalten. Bericht zum Praxissemester. Hochschule Neubrandenburg.
- Rosenstock, Irwin M. (1966): Why people use health services. Milbank Memorial Fund Quarterly 44 (3), S. 94-127.
- Rotter, Julian B. (1966): Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. Psychological Monographs 80 (1), 28 Seiten.
- Trojan, Alf (2007): Prävention und Gesundheitsförderung in Städten und Gemeinden. In: Hurrelmann, Klaus / Klotz, Theodor / Haisch, Jochen (Hrsg.): Lehrbuch der Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Hans Huber Verlag, S. 307-317.
- Voß, Günter G. (1995): Entwicklung und Eckpunkte des theoretischen Konzepts. In: Projektgruppe alltägliche Lebensführung (Hrsg.): Alltägliche Lebensführung. Arrangements zwischen Traditionalität und Modernisierung. Opladen, S. 23-43.

Weber, Max (1972): *Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriß der verstehenden Soziologie*. 5. Aufl. Tübingen: Mohr.

Weihreich, Margit (1998): *Kursbestimmungen. Eine qualitative Paneluntersuchung der alltäglichen Lebensführung im ostdeutschen Transformationsprozeß*. Pfaffenweiler: Centaurus.