

## **3 Der Spandauer Gesundheitstest**

### **3.1 Geschichte der Studie**

Der Spandauer Gesundheitstest ist eine Longitudinalstudie des Robert Koch-Instituts (früher Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie des Bundesgesundheitsamts), in deren Rahmen vorwiegend Spandauer Bürger insbesondere auf Herz-Kreislauf-Krankheiten sowie Stoffwechselkrankheiten untersucht werden (Ellert, Knopf et al. 2003). Die Probanden werden im zweijährigen Rhythmus zu Wiederholungsuntersuchungen eingeladen. Seit Beginn der Studie wurden mehr als 25 000 Befragungen und Untersuchungen durchgeführt. Der Studienort ist Spandau, einer der 12 Bezirke Berlins mit etwa 220 000 Einwohnern, der im Berliner Vergleich etwa im Mittelfeld bei den sozialen und ökonomischen Parametern liegt (Meinlschmidt und Brenner 1999).

Ins Leben gerufen wurde der Spandauer Gesundheitstest vom Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie des Bundesgesundheitsamts in Zusammenarbeit mit dem Bezirksamt Spandau im Februar 1982 (Zeitpunkt t<sub>0</sub>) anlässlich der 750-Jahrfeier von Spandau. In den ersten Jahren wurde er gemeinsam vom damaligen Bundesgesundheitsamt und dem Spandauer Gesundheitsamt organisiert. Es handelt sich hierbei um eine prospektive, dynamische Kohorte, die um dem bekannten Problem der Kohortenverluste bedingt durch Sterblichkeit und Ausscheiden aus anderen Gründen zu begegnen, auf Freiwilligkeit und Motivation bei den Teilnehmern setzt. Personen, die erst in einem späteren Durchgang zur Studie dazukommen wie etwa die Kinder der Studienteilnehmer oder deren Lebenspartner, werden in die Kohorte aufgenommen. Ihr Eintritt in die Kohorte wird zu dem jeweiligen Zeitpunkt dokumentiert.

Zwei Hauptmotive standen im Vordergrund bei der Initiierung dieser Studie:

- Interessierten Bürgern sollte im Sinne einer Prävention auf Individual-ebene die Gelegenheit gegeben werden, ihren Gesundheitszustand über einen langen Zeitraum in Ergänzung zu ihrer hausärztlichen Betreuung zu beobachten. In der Studie wurde den Teilnehmern das Angebot gemacht, die Ergebnisse ihrer Blutuntersuchungen zu erfahren, Gespräche mit Ärzten über ihre Gesundheit zu führen und auf Wunsch auch ihren Hausarzt über die Ergebnisse ihrer Untersuchung informieren zu lassen. Aus diesem Ansatz erklärt sich auch, dass diese Studie auf Freiwilligkeit und Gesundheitsinteresse der Probanden als

Motivation für die Teilnahme setzte und daher eine gezielte Stichprobenziehung für die Rekrutierung der Probanden ausschied.

- Aus wissenschaftlicher Sicht sollte zugleich mit diesem Angebot zur individuellen Prävention und Gesundheitsförderung eine Longitudinalstudie mit einer großen Bevölkerungsgruppe begonnen werden, die es erlaubte, die Entstehung und den Verlauf von Krankheiten über einen langen Zeitraum zu beobachten.

Die Studie ist nicht an eine Stichprobenziehung gebunden und daher nicht geeignet, für die bundesdeutsche Bevölkerung repräsentative Aussagen zu treffen. Dies ist aber auch gar nicht das Ziel einer solchen Kohortenuntersuchung, bei der es darum geht, den Gesundheitszustand der teilnehmenden Probanden individuell über einen langen Zeitraum periodisch zu untersuchen und die dabei erhobenen Daten und Befunde unter Berücksichtigung der zeitlichen Folge miteinander zu vergleichen und möglicherweise bestimmte Einflussfaktoren für Morbidität und Mortalität zu identifizieren.

An der ersten Untersuchungswelle 1982/83 nahmen 3363 Personen im Alter von 15 bis 88 Jahren teil (Schoknecht 1985). Da der Aufruf zur ersten Befragungswelle anlässlich der 750-Jahrfeier Spandaus auch diejenigen Personen erreichte, die zu diesem Zeitpunkt zwar in Spandau arbeiteten aber ihren Wohnsitz nicht dort hatten, wurden auch aus diesem Personenkreis Probanden in die Studie aufgenommen. Dies ergibt sich aus dem Ansatz der Studie, deren Anliegen es nicht ist, für den Bezirk Spandau repräsentative Aussagen zu treffen, sondern individuelle Verläufe von Krankheiten, Risikofaktoren usw. und deren Wechselwirkungen über einen langen Zeitraum zu erfassen. 61% der Untersuchten waren Frauen. Das mittlere Alter war bei beiden Geschlechtern mit 49 Jahren bei den Männern und 50 Jahren bei den Frauen annähernd gleich. Ab 1982/83 wurden die Erhebungswellen in zweijährigem Abstand durchgeführt. Tab. 3.1.1 zeigt die Teilnehmerzahlen der verschiedenen Untersuchungswellen bis zum bisher letzten vollständigen Durchgang. Insgesamt nahmen an den letzten beiden Untersuchungswellen jeweils etwa 2000 Probanden teil.

**Tabelle 3.1.1: Anzahl von Probanden pro Durchgang**

Durchgang	Jahre	Gesamt		Männer		Frauen	
		N	N	%	N	%	
1	1982/83	3863	1507	39,0	2356	61,0	
2	1984/85	3618	1410	39,0	2208	61,0	
3	1986/87	4237	1674	39,5	2563	60,5	
4	1988/89	3798	1513	39,8	2285	60,2	
5	1990/91	2807	1142	40,7	1665	59,3	
6	1992/93	2337	965	41,3	1372	58,7	
7	1994/95	2110	907	43,0	1203	57,0	
8	1996/97	1997	848	42,5	1149	57,5	
9	1998/99	1902	788	41,4	1113	58,5	
10	2000/01	1812	755	41,7	1057	58,3	
Gesamt (2001)		6825	2670	39,1	4154	60,9	

Wie sich die Kohorte insgesamt im Laufe der Zeit entwickelte ist aus Tabelle 3.1.2 ersichtlich. In den ersten vier Wiederholungsuntersuchungen wurde die Kohorte noch gezielt aufgestockt, um pro Durchgang eine gleichmäßig hohe Teilnehmerzahl zu gewährleisten. Es gab keine Beschränkungen in Bezug auf die Neuaufnahme in die Kohorte. Später wurden als Gefälligkeit nur noch solche Personen neu in die Kohorte aufgenommen, die Freunde, Bekannte oder Familienangehörige der schon in der Kohorte befindlichen Probanden waren.

**Tabelle 3.1.2: Kohortenentwicklung**

Jahr	Gesamt	Probanden stammen aus																		
		1. Durchg.	2. Durchg.	3. Durchg.	4. Durchg.	5. Durchg.	6. Durchg.	7. Durchg.	8. Durchg.	9. Durchg.	10. Durchg.									
1982/83	3863	3863																		
1984/85	3618	2851	767																	
1986/87	4237	2350	594	1293																
1988/89	3798	1934	437	945	482															
1990/91	2807	1582	371	694	155	5														
1992/93	2337	1280	292	557	144	0	64													
1994/95	2111	1103	254	446	130	0	42	136												
1996/97	1997	1002	233	413	111	0	31	90	117											
1998/99	1902	924	207	374	101	0	30	80	87	99										
2000/01	1812	868	197	352	95	0	29	71	79	69	52									

Erwartungsgemäß sind die Kohortenverluste bei der jeweils ersten Wiederholungsuntersuchung am höchsten, während die Teilnehmer, die mehr als zwei Mal zu dem Befragungstermin erschienen waren, dann vergleichsweise „treue“ Probanden blieben. Von den ursprünglich 3863 Teilnehmern waren in der zehnten Welle, also nach 20 Jahren, noch 868 in der Studienpopulation. Auch wenn einige dieser Probanden nicht an allen 10 Untersuchungsdurchgängen teilnahmen, konnten sie doch nach einer beispielsweise krankheitsbedingten Unter-

brechung, zu einer Teilnahme an einem späteren Untersuchungsdurchgang wieder motiviert werden.

Im mittlerweile abgeschlossenen 10. Untersuchungsdurchgang waren noch 1812 Personen in der Studie. Wie sich diese Probanden von denjenigen unterscheiden, die sich zum jetzigen Zeitpunkt nicht mehr in der Studie befinden, zeigt Tabelle 3.1.3. Knapp 20% aller Studienabbrüche erfolgten auf Grund des Todes eines Probanden. Wegen Wohnungswechsels konnten dann weitere 7% nicht mehr an der Studie teilnehmen.

**Tabelle 3.1.3: Merkmale von Studienabbrechern und noch in der Studie befindlichen Probanden**

	noch in der Studie		nicht mehr in der Studie		Studienabbrecher (ohne Gestorbene)	
	N	%	N	%	N	%
Männer	755	41,67	1938	38,26	1498	36,28
Frauen	1057	58,33	3128	61,74	2631	63,72
Teilnahmehäufigkeit						
10-mal	774	42,72				
9-mal	230	12,69	77	1,52	61	1,48
8-mal	348	19,21	97	1,91	84	2,03
7-mal	103	5,68	149	2,94	119	2,88
6-mal	33	1,82	252	4,97	219	5,30
5-mal	38	2,10	378	7,46	327	7,92
4-mal	77	4,25	557	10,99	456	11,04
3-mal	82	4,53	659	13,01	524	12,69
2-mal	75	4,14	1007	19,88	807	19,54
1-mal	52	2,87	1890	37,31	1532	37,10
Mittleres Kohorteneintrittsalter						
	47		51		48	
gestorben						
			937	18,50		
verzogen						
			291	5,80	290	7,00
Raucher						
Raucher	224	12,73	1227	24,25	1039	25,20
Exraucher	534	30,36	1185	23,42	906	21,97
Nieraucher	1001	56,91	2647	52,32	2178	52,83

Hinsichtlich ihrer Verweildauer in der Studie unterscheiden sich die beiden Gruppen deutlich. Mehr als die Hälfte aller Probanden, die sich jetzt noch in der Studie befinden, hat an mindestens 9 Untersuchungsdurchgängen teilgenommen, wohingegen knapp 60% aller Studienabbrecher nur an einem oder zwei Durchgängen teilnahmen.

Bis zum heutigen Zeitpunkt wurden knapp 7000 Personen bis zu zehnmal untersucht und befragt. Im Datensatz der Studie sind insgesamt 39.684 beobachtete Personenjahre einschließlich der Laborparameter erfasst und dokumentiert. Für 2479 Probanden liegen Daten aus einem Beobachtungszeitraum von 10 Jahren vor. Zu Beginn dieses Jahres hat der 11. Untersuchungsdurchgang begonnen. In Tabelle 3.1.4 ist die Teilnahmedauer der Probanden ersichtlich.

**Tabelle 3.1.4: Anzahl von Durchgängen pro Proband**

	<b>N</b>	<b>%</b>
1	6878	100
2	4936	72
3	3854	56
4	3113	46
5	2479	36
6	2063	30
7	1778	26
8	1526	22
9	1081	16
10	774	11

### **3.2 Das Instrumentarium**

#### 3.2.1 Fragebogen

In der Spandauer Kohorte wurden durchgehend vier Studienkomponenten durchgeführt: Fragebogen, körperliche Untersuchung einschließlich medizinisch-physikalischer Messungen, ärztliches Interview sowie Blutuntersuchungen, auf die im Folgenden näher eingegangen wird.

Zu den wesentlichen Informationsquellen über den Gesundheitszustand der Bevölkerung gehören neben medizinisch-physikalischen und labormedizinischen Untersuchungen Eigenangaben zu Krankheiten, Risikofaktoren und gesundheitlichem Verhalten. Deshalb ist der Fragebogen ein wichtiger Teil des Studienkonzeptes. Er umfasste durchgehend Fragen zur Person und zur Anamnese von Krankheiten (Herz-Kreislauf, Magen-Darm, Stoffwechsel usw.). Es wurden Angaben zur Demographie wie Schulabschluss, Berufsbildung, Erwerbstätigkeit (einschließlich der Frage nach der vorzeitigen Berentung/Pensionierung aus gesundheitlichen Gründen), ausgeübtem Beruf (nach Berufsgruppen), zur Körperhaltung in der Hauptbeschäftigung (Sitzen, Stehen, Bewegen) und Bedingungen der Berufstätigkeit erhoben. Weiter wurden die wesentlichen Risikofaktoren, darunter Rauchen und Ernährung, das Gesundheitsbewusstsein und die Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes erfragt. In den Durchgängen drei bis sieben gab es zusätzlich einen Rheumafragebogen, in dem Angaben zu Rücken- und Gelenkschmerzen und deren Lokalisation erfasst wurden.

Im 10. Untersuchungsdurchgang wurde dieser Katalog um einige validierte und auch im Bundes-Gesundheitssurvey (Bellach, Knopf et al. 1998) verwendete Instrumente erweitert: Hinzu kamen eine umfangreiche Medikamentenanamnese, der SF-36-Fragebogen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Ware, Snow et al. 1993; Bullinger 1995; Ellert und Bellach 1999; Bellach, Ellert

et al. 2000) sowie Fragen zur Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems.

**Tabelle 3.2.1: Erhebungsinstrumente**

	laufend	1.Dg.	2.Dg.	3.Dg.	4.Dg.	5.Dg.	6.Dg.	7.Dg.	8.Dg.	9.Dg.	10.Dg.
Geschlecht	x										
Geburtsdatum	x										
<b>Todesursachen</b>											
Sterbedatum	x										
Sterbealter	x										
Sterbeort	x										
Grundleiden	x										
Begleitkrankheiten	x										
<b>Messwerte</b>											
Gewicht in kg		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Groesse in cm		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Blutdruck		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Puls		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Lungenfunktion		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Nitrit im Urin		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
<b>Urinwerte</b>											
pH-Wert		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Erweis im Urin in mg/dl		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Glukose im Urin		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Ketonkoerper im Urin in mg/dl		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Urobilinogen in mg/dl		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Bilirubin		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Blut im Urin		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Leukozyten pro mikrol (Urin)		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
<b>Fragebogen</b>											
<i>Schule/ Beruf</i>											
Allgemeinbildender Schulabschluss		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Abgeschlossene Berufsausbildung		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Situation in der Erwerbstaetigkeit		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Berufsgruppe		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Berufsbedingungen		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
<i>Alkoholgenuss</i>			x	x	x	x	x	x	x	x	x
<i>Tabakrauchen</i>		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
<i>Eigenbeurteilung Gesundheitszustand</i>		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
<i>Wochnentl. rgim. sportliche Aktivitaet</i>								x	x	x	x
<i>Krankheiten</i>		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
<i>Allergien</i>									x	x	x
<i>Familienstand</i>		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
<i>Rheumafragen</i>				x	x	x	x	x			
<i>SF-36 Fragebogen</i>											x
<i>Fragen zur Inanspruchnahme</i>											x
<b>Medikamentenanamnese</b>											x

### 3.2.2 Laborerhebungen und medizinisch-physikalische Untersuchungen

Zu den physikalisch-koerperlichen Untersuchungen gehoeren Blutdruckmessungen zu Beginn und am Ende der Untersuchung, Urinuntersuchungen (Teststreifenuntersuchungen auf Leukozyten, Nitrit, pH-Wert, Protein, Glucose, Ketone, Urobilinogen, Bilirubin und Blut) sowie eine Lungenfunktionspruefung. Außerdem werden die Probanden gewogen und gemessen. Routinemaeßig wurden aus den Blutproben Laboranalysen zu anfangs 30, jetzt 44 Parametern durchgefuehrt. Damit stehen für jeden Probanden unter anderem Labordaten zum Fett-, Purin- und Kohlenhydratstoffwechsel, zur Leber- und Nierenfunktion, zu Blutgerinnung und Blutbild sowie zu allergie-assoziierten Immunglobulinen zur Verfügung. Bisher durchgefuehrte Zusatzuntersuchungen betrafen den Status von Helicobacter pylori-Antikoerpern.

### 3.2.3 Mortalitäts-Follow-up

Während der bisher fast zwanzigjährigen Laufzeit des Spandauer Gesundheitstestes sind 942 Probanden verstorben. Im Studiendesign wurde großer Wert auf eine möglichst vollständige und valide Ermittlung der Todesursache der verstorbenen Probanden gelegt.

Das Studienzentrum im Robert Koch-Institut erfuhr vom Tod eines Probanden in der Regel durch Angehörige bzw. durch retournierte Einladungsschreiben für die turnusgemäßen Untersuchungstermine. Zusätzlich erfolgen in regelmäßigen Abständen Anfragen zur so genannten "Erweiterten Melderegisterauskunft" an das Landeseinwohnermeldeamt (LEA). Dabei wird vom LEA mitgeteilt, ob unter den Teilnehmern des Spandauer Gesundheitstests Sterbefälle und Verzüge aufgetreten sind. War der Proband verstorben, wurde das Sterbedatum mitgeteilt. Bei Verzug des Studienteilnehmers lieferte das LEA das Datum der Abmeldung und die neue Anschrift.

Neben dem Sterbedatum bezog sich das Mortalitäts-Follow-up auf die Ermittlung des Grundleidens, der direkt zum Tode führenden Krankheit und wesentlicher Begleitkrankheiten. Darüber hinaus wurde der Sterbeort erfasst. Zur Beurteilung der Validität der Todesursachen wurde vermerkt, woher die Angaben stammten (z. B. Leichenschauchein oder Angaben der Angehörigen). Die Todesursachen wurden bis 1999 nach der ICD 9 (International Classification of Diseases 9. Revision) codiert, danach sowohl in ICD 9 als auch ICD 10.

Ingesamt konnten bisher die Todesursachen von 624 verstorbenen Probanden recherchiert werden. 47% der Verstorbenen waren Männer, dies ist ein vergleichsweise hoher Anteil, wenn man bedenkt, dass der Anteil männlicher Probanden ca. 40% ist, spiegelt daher die durchgehend höhere Sterblichkeit von Männern wider. Das mittlere Sterbealter lag mit 77 Jahren bei den Frauen über dem der Männer mit 73 Jahren. Der Anteil der ermittelten Todesursachen ist bei den Männern mit 76% deutlich höher als bei den Frauen, bei denen in 62% der Fälle die Todesursache geklärt werden konnte.

Wie sich die geklärten Todesfälle verteilen zeigt Tabelle 3.2.2. Häufigste Todesursache bei den Männern sind hier, wie auch in der amtlichen Todesursachenstatistik, die Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems. Bei den Frauen sind die Neubildungen die dominierende Todesursache.

**Tabelle 3.2.2: Todesursachen nach ICD 9**

	Gesamt	Prozent	Frauen	Prozent	Männer	Prozent
Krankheiten des Kreislaufsystem	261	41,83	115	38,21	146	45,20
Neubildungen	236	37,82	127	42,19	109	33,75
Verletzungen u. Vergiftungen (einschl. E-Klassifik.)	26	4,17	17	5,65	9	2,79
Krankheiten der Verdauungsorgane	22	3,53	6	1,99	16	4,95
Krankheiten der Atmungsorgane	21	3,37	9	2,99	12	3,72
Symptome u. schlecht bezeichnete Affektionen	16	2,56	7	2,33	9	2,79
Krankheiten des Nervensystem und der Sinnesorgane	12	1,92	5	1,66	7	2,17
Endokrinopathien, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten sowie Störungen im Immunsystem	10	1,60	7	2,33	3	0,93
Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane	9	1,44	4	1,33	5	1,55
Psychiatrische Krankheiten	7	1,12	2	0,66	5	1,55
Infektiöse und parasitäre Krankheiten	2	0,32	1	0,33	1	0,31
Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes	2	0,32	1	0,33	1	0,31
<b>Todesfälle mit geklärter Ursache, gesamt</b>	<b>624</b>	<b>100,00</b>	<b>301</b>	<b>100,00</b>	<b>323</b>	<b>100,00</b>
Todesfälle ohne geklärte Ursache	318	100,00	196	61,64	122	38,36

### **3.3 Der zehnte Durchgang**

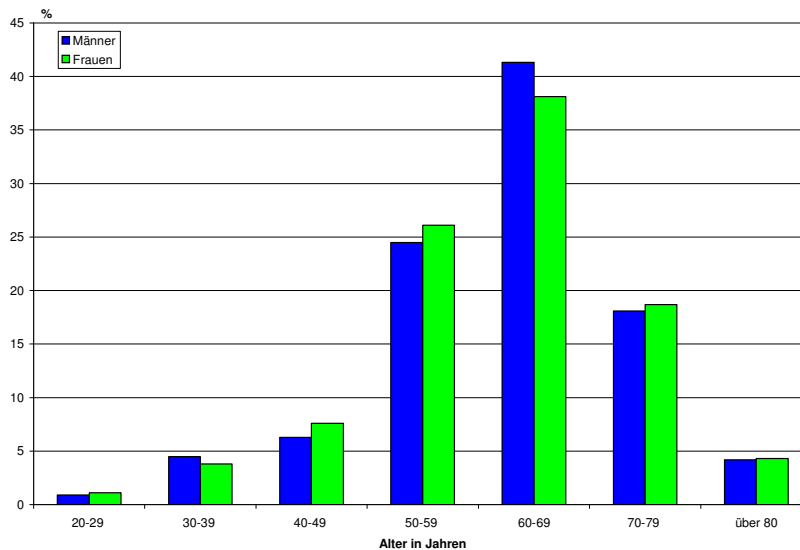
In den Jahren 2000/01 wurde der 10. Durchgang des Spandauer Gesundheitstestes (SGT10) durchgeführt. Zu den bisher routinemäßig durchgeführten Untersuchungen und Befragungen kamen in diesem Durchgang einige neue Aspekte hinzu (vgl. Kapitel 3.2.1). Gerade diese neu hinzugekommenen Angaben sind aber von grundlegender Bedeutung für die Fragestellung dieser Arbeit. So wurden beispielsweise die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen und die gesundheitsbezogene Lebensqualität in diesem Durchgang erstmalig erhoben. Grundlage für alle weiteren die Fragestellung bearbeitenden Auswertungen sind deshalb alle diejenigen Probanden, die außer dass sie den Zusatzfragebogen ausgefüllt haben, auch am 10. Durchgang teilgenommen haben. Die Teilnehmer des 10. Durchganges sollen im Folgenden näher beschrieben werden. In Kapitel 5.12 wird ein Vergleich zur Population des Bundes-Gesundheitssurveys 1998, die repräsentativ für die bundesdeutsche Bevölkerung ist, vorgenommen.

#### **Altersverteilung**

Die Altersverteilung im 10. Durchgang ist in Abb. 3.1 dargestellt. Naturgemäß sind in einer seit 20 Jahren bestehenden Kohorte die Anteile der Jüngeren geringer als die der Älteren. 87% aller Probanden des 10. SGT-Durchganges sind 50 Jahre alt und älter.



**Abbildung 3.1: Altersverteilung nach Geschlecht im 10. Durchgang**



### **Rauchverhalten**

Rauchen ist ein wichtiger Risikofaktor für die Entstehung kardiovaskulärer Erkrankungen und kann zusammen mit anderen Einflussgrößen als Indikator für das Gesundheitsverhalten insgesamt angesehen werden.

Auf Grund des Alters der Probanden und ihres relativ stark ausgeprägten Gesundheitsbewusstseins ist auch der Anteil der Nieraucher besonders unter den Frauen recht hoch. Wie aus Abb. 8.1 im Anhang ersichtlich wird gibt es speziell bei den Männern einen hohen Anteil an Extrauchern, was möglicherweise auch auf die lange Zeit der Kohortenzugehörigkeit und die damit verbundene Beratung durch den untersuchenden Arzt zurückzuführen ist.

### **Körpergewicht**

Routinemäßig und so auch im 10. Durchgang werden die Größe und das Gewicht der Spandauer Probanden gemessen. Aus diesen beiden Messgrößen lässt sich der Body-Mass-Index (BMI) berechnen. Damit ist es dann möglich, die Probanden in Gewichtsklassen einzuteilen. Abbildung 8.2 im Anhang zeigt die Körpergewichtsklassen für Männer und Frauen des 10. Durchganges. Fast die Hälfte der weiblichen Teilnehmer des 10. Durchganges sind normalgewichtig (BMI<25). Über 50% der männlichen Teilnehmer sind übergewichtig (BMI>=25 und <30). Deutlich mehr als 10% aller Männer und Frauen des 10. Durchganges haben starkes Übergewicht (BMI>=30).

### **Inanspruchnahmeverhalten**

Informationen über die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen, über ambulante und stationäre Versorgung und die Inanspruchnahme von Kuren<sup>1</sup> wurden im 10. Durchgang erstmalig erhoben. Tabelle 8.1.1 im Anhang gibt Aufschluss über das Inanspruchnahmeverhalten der Probanden des 10. Durchganges. Generell ist die Inanspruchnahme bei den Frauen etwas höher als bei den Männern, allerdings scheinen Männer etwas häufiger stationäre Hilfe in Anspruch zu nehmen als Frauen. In den letzten vier Wochen waren 53% der Frauen und immerhin noch 47% der Männer beim Arzt.

### **Gesundheitszustand**

Die Probanden wurden gebeten, ihren derzeitigen Gesundheitszustand einzuschätzen und anzugeben, wie sehr sie auf ihre Gesundheit achten. Die Antworten auf diese Fragen sind in Tabelle 8.1.2 im Anhang dargestellt. Mehr als die Hälfte aller Männer und Frauen, die am 10. Durchgang teilgenommen haben, achteten stark bis sehr stark auf ihre Gesundheit. 53% aller teilnehmenden Männer schätzten ihren Gesundheitszustand gut bis sehr gut ein, bei den Frauen sind das nur 46%. Nur 3% aller Teilnehmer gaben an, wenig oder gar nicht auf den eigenen Gesundheitszustand zu achten.

### **Teilnahmehäufigkeit**

Die Teilnehmer des 10. SGT-Durchganges sind zu großen Teilen schon von Anfang an beim Spandauer Gesundheitstest dabei, 43% nahmen an allen Durchgängen teil. Tabelle 8.1.3 im Anhang zeigt die Anzahl von Durchgängen pro Proband.

---

<sup>1</sup> Der Begriff „Kur“ wurde im Bundes-Gesundheitssurvey 1998 verwendet. Da das erweiterte Befragungsinstrumentarium des 10. Durchganges analog zum BGS98 gestaltet wurde, musste dieser Begriff übernommen werden. Im Rahmen der zeitgleich mit dem 10. Durchgang durchgeführten Zusatzbefragung wurde dagegen ausschließlich mit dem Begriff „Rehabilitation“ operiert.

### **3.4 Analysegruppen**

<b>N</b>	<b>Analysen</b>	<b>Kapitel</b>
A 1812	Spandauer Gesundheitstest	3.3
B 1608	Nonresponderanalyse	4.3
C 1012	Arbeitsdatei	5
D 788	Rehabilitation und Frühberentung	6.1, 6.2, 6.4
E 5255	Vorzeitiger Tod	6.3

#### **Analysegruppen in den unterschiedlichen Arbeitsabschnitten:**

- A) Probanden, die am 10. Dg. des SGT teilgenommen haben.
- B) Probanden, die den Nacherfassungsfragebogen erhalten haben.
- C) Probanden, die den Nacherfassungsfragebogen ausgefüllt und am 10. Dg. des SGT teilgenommen haben.
- D) Teilgruppe aus C: Anfangsalter < 60 J., Alter letzter Dg.  $\geq$  40J.
- E) Probanden, die an mindestens einem der ersten vier Durchgänge des SGT teilgenommen haben.