



Jan Böcken, Bernard Braun, Juliane Landmann (Hrsg.)

Gesundheitsmonitor 2009

Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen
aus der Perspektive der Bevölkerung

*Jan Böcken, Bernard Braun,
Juliane Landmann (Hrsg.)*

Gesundheitsmonitor 2009

Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen
aus der Perspektive der Bevölkerung

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet unter <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© 2010 E-Book-Ausgabe (PDF)

© 2009 Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh

Verantwortlich: Dr. Jan Böcken

Redaktion: 37 Grad GmbH, Düsseldorf

Lektorat: Heike Herrberg

Herstellung: Christiane Raffel

Umschlaggestaltung: Nadine Humann

Umschlagabbildung: Image Source

Satz und Druck: Hans Kock Buch- und Offsetdruck GmbH, Bielefeld

ISBN 978-3-86793-103-8

www.bertelsmann-stiftung.de/verlag

Inhalt

Einleitung	7
<i>Jan Böcken, Bernard Braun, Juliane Landmann</i>	
Verhaltensprävention: Guter Wille allein reicht nicht	12
<i>Gerd Marstedt, Rolf Rosenbrock</i>	
Arztsuche im Internet	38
<i>Christopher Kofahl, Stefan Nickel, Alf Trojan</i>	
Einrichtungen zur Patienten- und Verbraucherberatung: Bedarf und Nutzung	59
<i>Marie-Luise Dierks</i>	
Auf der Suche nach der verlorenen Zeit: Zur angemessenen Dauer des hausärztlichen Gesprächs aus Sicht der Versicherten	80
<i>Ottomar Bahrs, André Dingelstedt</i>	
Medizin hat ein Geschlecht: Zufriedenheit mit der Behandlung durch Ärztinnen und Ärzte	102
<i>Petra Kolip</i>	
Praxisorganisation und Behandlungsqualität von Hausärzten in Einzel- und Gruppenpraxen: Die Schweiz und Deutschland im Vergleich	121
<i>André Busato, Beat Künzi, Martin Buitkamp</i>	
Das Einhalten von Leitlinien und die Qualität der ambulanten Versorgung von Rückenschmerzpatienten	135
<i>Jean-François Chenot, Michael M. Kochen, Carsten Oliver Schmidt</i>	

Arbeitsbedingungen, Arbeitsplatzbedrohung und psychische Gesundheit	156
<i>Timo Harfst</i>	
Krank bei der Arbeit: Präsentismusphänomene	179
<i>Joachim Vogt, Bernhard Badura, Detlef Hollmann</i>	
Krankenkassenwettbewerb um Versicherte: Diesmal ohne Beitragssatz	203
<i>Juliane Landmann</i>	
Freiwillig Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung: Die Finanzierung der Gesundheitsversorgung aus Sicht einer heterogenen Gruppe	221
<i>Melanie Schnee</i>	
Bewertung von Kosten und Nutzen in der gesetzlichen Krankenversicherung: Einstellungen der Versicherten	239
<i>Mathias Kifmann, Marlies Ahlert</i>	
Zur Akzeptanz von Leistungsbegrenzungen im Gesundheitswesen: Strategien, Kriterien und Finanzierungsmodelle unter Berücksichtigung ethischer Aspekte	258
<i>Sabine Müller, Dominik Groß</i>	
Schlussbemerkungen und Ausblick	280
<i>Jan Böcken, Bernard Braun, Juliane Landmann</i>	
Die Autorinnen und Autoren	286

Einleitung

Jan Böcken, Bernard Braun, Juliane Landmann

Von Anfang an war eine stärkere Berücksichtigung von Versicherteninteressen bei der Ausgestaltung des Gesundheitssystems unser Ziel. Für die systematische Erfassung von Versicherteninteressen führt an Befragungen kein Weg vorbei. Als wir 2001 mit unserer Arbeit am Gesundheitsmonitor begannen, galten Befragungen jedoch oft ein wenig als empirische Schmuddelkinder. Gerade im Gesundheitsbereich war es üblich, schnell und unsauber konzipierte Befragungen vor allem als Instrument der Öffentlichkeitsarbeit zu verwenden. Wissenschaftlich seriöse Befragungsinstrumente, die allgemein Anerkennung bei der Konzeption und Evaluation gesundheitspolitischer Konzepte fanden, gab es zwar, bildeten aber in der Wahrnehmung vieler Entscheidungsträger eher die Ausnahme. Das waren schwierige Startbedingungen für den Gesundheitsmonitor.

Heute, mit der achten Buchpublikation, glauben wir, den schwierigen Spagat zwischen hohem methodischen Anspruch sowie breiter öffentlicher und politischer Wahrnehmung geschafft zu haben. Laut einer forsa-Studie war der Gesundheitsmonitor im Jahr 2007 immerhin 320 von 400 Entscheidungsträgern und Experten* aus der Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik bekannt. Im Bereich Politik war der Bekanntheitsgrad des Gesundheitsmonitors besonders hoch: Dort betrug er 93 Prozent – auf bundes- wie auch auf landespolitischer Ebene. Ein Viertel dieser Personen hatte schon einmal Daten des Gesundheitsmonitors für die eigene Arbeit verwendet, beispielsweise für interne Papiere, Vorträge oder bei Diskussionsbeiträgen. Aber auch bei verbandlichen Entscheidern und bei Medienvertretern wurde eine beachtliche Bekanntheit und Nutzung unserer

* Wir verwenden in dieser Publikation nicht durchgängig eine geschlechtergerechte Sprache. Mit »Experten«, »Ärzten«, »Patienten« etc. sind immer auch Frauen gemeint.

Ergebnisse gemessen. Die Resonanz und Datennutzung dürfte sich seitdem eher noch erhöht haben.

Der vorliegende achte Band deckt wieder einmal eine große Palette von aktuellen und teils auch brisanten Themen des bundesdeutschen Gesundheitswesens ab. Er spannt den Bogen über alle Etappen der Gesundheitsversorgung, die Versicherte potenziell durchlaufen, bis hin zu Fragen der zukünftigen Ausgestaltung: also Themen, mit denen sich der bzw. die Versicherte vor und während der Versorgung konfrontiert sieht, bis zu Fragen, die sich etwas abstrakter mit zukunftsweisenden systemischen Merkmalen wie der Ausgestaltung des Kassenwettbewerbs oder des Leistungskatalogs auseinandersetzen.

Die ersten zwei Beiträge in diesem Band widmen sich Themen, die im Vor- und Umfeld der klassischen Gesundheitsversorgung angesiedelt sind. Gerd Marstedt und Rolf Rosenbrock beleuchten den Bereich der Verhaltensprävention und stellen die Frage, wie viel die Bevölkerung über die Ursachen von Krankheit weiß und wie offen die Menschen für weitere Präventionsmaßnahmen sind. Auch die Lücke zwischen bekundeten Präventionsbemühungen und tatsächlichem Präventionserfolg wird thematisiert.

Nicht zuletzt durch diese Lücke wird die Inanspruchnahme von Ärztinnen und Ärzten notwendig. Doch wie findet der Patient den richtigen Arzt? Ein Weg ist die internetgestützte Suche und Arztbewertung, die in der gesundheitspolitischen Diskussion kontinuierlich wichtiger wird. Allerdings ist wenig über die Einstellung der Bevölkerung zu dieser Form der Arztsuche, den Umfang, die Nutzung oder die tatsächlichen Erfahrungen bekannt. Christopher Kofahl, Stefan Nickel und Alf Trojan behandeln dieses Thema. Ähnliche Fragestellungen sind auch für die Einrichtungen der Patienten- und Verbraucherberatung außerhalb des Internets relevant: Über die Struktur der Nutzer, die Beratungsthemen oder die Erfahrungen mit verschiedenen Beratungsträgern berichtet Marie-Luise Dierks in ihrem Beitrag, in dem auch die zukünftige institutionelle Anbindung der Patientenberatung nach Auslaufen der Modellphase zum § 65b SGB V eine Rolle spielt.

Als zweiter Schwerpunkt des Buches werden die Struktur und Qualität der ärztlichen Versorgung untersucht. Ottomar Bahrs und André Dingelstedt gehen der Frage nach der richtigen Länge des hausärztlichen Gesprächs auf den Grund. Die Autoren haben dabei im Blick, dass nicht endlos viel Zeit zur Verfügung steht, und geben

Hinweise für eine bessere Nutzung der hausärztlichen Sprechstunde entlang der Patientenbedürfnisse. Zentral ist dabei der Zusammenhang zwischen der Länge des Gespräches, der Intensität des Informationsaustausches und Entscheidungsprozesses sowie der Patientenzufriedenheit.

Diese Kriterien spielen ebenfalls im Beitrag von Petra Kolip eine Rolle, wenn auch unter anderem Blickwinkel. Sie fragt, ob es bezüglich dieser Kriterien einen Unterschied gibt, ob Ärztinnen oder Ärzte in der Versorgung tätig sind. Quasi nebenbei geraten dabei auch Unterschiede zwischen der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung in ihren Fokus. Einen ländervergleichenden, eher hypothesengenerierenden Charakter hat dagegen der Beitrag von André Busato, Beat Künzi und Martin Buitkamp, in dem es um Unterschiede in der Praxisorganisation und der Behandlungsqualität von Einzel- und Gruppenpraxen geht. Hier werden im empirischen Teil neben den Gesundheitsmonitoraten vergleichbare Daten aus der Schweiz in die Analysen einbezogen.

Den für den Gesundheitsmonitor eher unüblichen indikationsbezogenen Zugang wählen die beiden weiteren Beiträge. Jean-François Chenot, Michael M. Kochen und Carsten Oliver Schmidt hinterfragen die Qualität der ambulanten Versorgung von Rückenschmerzpatienten. Dabei werden die Angaben der Befragten sowohl mit den Ratschlägen nationaler Leitlinien als auch mit den Ergebnissen internationaler Versorgungsstudien verglichen. Fragen der Medikalisierung werden ebenso angesprochen wie die Schnittstellen zwischen hausärztlichem, fachärztlichem und Heilmittelbereich.

Timo Harfst beschäftigt sich mit dem immer wichtiger werdenden Bereich der psychischen Erkrankungen. Ihn interessiert dabei vor allem die Entstehung dieser Art von Erkrankungen im Kontext der Arbeitswelt. Die Zusammenhänge zwischen Arbeitsbedingungen, psychosozialen Merkmalen und Bewältigungsstrategien auf der einen sowie dem erhöhten Risiko psychischer Beschwerden und Belastungen auf der anderen Seite bilden die analytische Grundlage, an die der anschließende Beitrag nahtlos anknüpft. Joachim Vogt, Bernhard Badura und Detlef Hollmann beschäftigen sich mit dem Phänomen, dass Menschen trotz gesundheitlicher Einschränkungen ihrer beruflichen Tätigkeit nachgehen. Sie ordnen die Ergebnisse des Gesundheitsmonitors in die internationale Studienlage ein und diskutieren mögliche Lösungsstrategien.

Die weiteren Kapitel beschäftigen sich mit dem System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Ausgestaltung des Leistungskatalogs. Juliane Landmann geht zunächst der Frage nach, ob und wie der Kassenwettbewerb bei den Versicherten ankommt. Der Betrachtungszeitraum ist dabei das Frühjahr 2009, in dem es einen einheitlichen Beitragssatz, aber noch keine Zusatzbeiträge gab, sodass der Kassenwettbewerb erstmalig seit Einführung des Gesundheitsstrukturgesetzes nicht über den Beitragssatz geführt werden konnte. Zentraler Baustein der Fragen an die Versicherten sind die Qualitäts- und Serviceaspekte, über die die ebenfalls im Frühjahr platzierte Informationsaktion »Fragen Sie Ihre Krankenkasse« aufklären sollte. Eine zentrale Versichertengruppe im Kassenwettbewerb (sowohl innerhalb der GKV als auch im Wettbewerb mit der PKV) sind die freiwillig Versicherten. Trotzdem ist über diese Gruppe und ihre Motive zum Verbleib in der GKV relativ wenig bekannt, weshalb Melanie Schnee in ihrem Beitrag diese nur auf den ersten Blick homogene Gruppe analysiert.

Die letzten beiden Beiträge drehen sich um die künftige Ausgestaltung des Leistungskatalogs. Mit dem Kapitel von Mathias Kifmann und Marlies Ahlert wird die kontroverse Expertendebatte um die Ausgestaltung einer Kosten-Nutzen-Bewertung in der GKV um empirische Erkenntnisse über die Einstellung der Versicherten bereichert. Am Beispiel verschiedener Kriterien für den Einsatz von Medikamenten wurde die Zustimmung zu verschiedenen Ausgestaltungsvarianten abgefragt. Sabine Müller und Dominik Groß analysieren im letzten Kapitel die Akzeptanz der Bevölkerung in Bezug auf Leistungsbegrenzungen im Gesundheitswesen. Bei ihrem Ausblick auf daraus abgeleitete gesundheitspolitische Strategien zur Ausgestaltung des Leistungskatalogs und mögliche Finanzierungsmodelle spielen ethische Aspekte eine zentrale Rolle.

Das ist der inhaltliche Bogen dieser achten und zunächst auch letzten Buchpublikation des Gesundheitsmonitors. Seit 2001 haben wir in 16 Befragungswellen und etlichen Spezialstudien weit über 50.000 Personen befragt. Die wissenschaftliche Herkunft beziehungsweise Beratung unserer Autorinnen und Autoren, die ständige Überarbeitung und Verbesserung des Erhebungsinstruments sowie der Auswertungsmethoden waren die Grundlage für den erfolgreichen Brückenschlag in den gesundheitspolitischen Bereich und die dortige Etablierung.

Unser Ziel war und ist die Berücksichtigung der Versichertenperspektive bei der Ausgestaltung des Gesundheitssystems. Dabei verstehen wir uns als unabhängiger Mittler zwischen wissenschaftlicher Evidenz und politischer Gestaltung. Oft verwenden Entscheidungsträger Evidenz nur selektiv, das heißt, wenn diese die a priori festgelegte Position untermauert. Es freut uns aber sagen zu können, dass die Publikationen des Gesundheitsmonitors das ein oder andere Mal Themen in die Diskussion gebracht haben, bei denen zuvor das Interesse der Versicherten und Patienten nur ungenügend berücksichtigt wurde. Das gefiel nicht immer jedem, aber allen gefallen zu wollen ist speziell im Gesundheitswesen der sicherste Weg, nichts Relevantes zu sagen.

Gerade weil die Jahrespublikation mittlerweile etabliert ist, wird der diesjährige Band vorerst der letzte dieser Art sein. Wir werden den umfangreichen Datensatz des Gesundheitsmonitors in Kürze für wissenschaftliche Analysen einem breiten Nutzerkreis zur Verfügung stellen. Es wird spannend zu beobachten sein, ob und in welcher Form daraus Publikationen und Formate entstehen, die die gesundheitspolitische Diskussion beeinflussen. Der Anfang ist gemacht: Die breite Datenbasis steht, die Akzeptanz von Befragungsdaten ist gestiegen und die Relevanz der Versichertenperspektive wird von keinem verantwortungsbewussten Akteur mehr in Zweifel gezogen.

Die Bertelsmann Stiftung wird weiterhin gesundheitspolitische Themen bearbeiten und das auch mithilfe von Bevölkerungsumfragen. Nur werden wir die Ergebnisse nicht mehr so regelmäßig in Buchform zur Verfügung stellen, schon weil dann immer nur ein relativ kleiner Kreis von Rezipienten davon profitieren kann. Wir freuen uns ausdrücklich über Proteste gegen dieses Vorgehen. Noch mehr freuen wir uns über Initiativen, die die entstehende Lücke schließen, und einige neuere Befragungstools unabhängiger Institutionen scheinen hier den richtigen Weg zu gehen. Wenn wir für diesen Prozess Know-how beisteuern können, werden wir dies gern tun. Denn aus unserer Sicht hat die Versichertenperspektive zwar in den letzten Jahren mehr, jedoch keineswegs bereits ausreichend Eingang in die Ausrichtung der gesundheitspolitischen Akteure gefunden.

Verhaltensprävention: Guter Wille allein reicht nicht

Gerd Marstedt, Rolf Rosenbrock

Einführung

Es ist ein Verdienst der Weltgesundheitsorganisation (WHO), dass sie führende Gesundheitswissenschaftler in sporadischen Abständen zusammenruft, um das gesicherte Wissen über die Ursachen und Quellen von Gesundheit und Krankheit zusammenzustellen und zu dokumentieren. Auf die Denkschrift »Social Determinants of Health. The Solid Facts« (Wilkinson und Marmot 2003) folgte 2008 das wissenschaftlich fundierte Manifest »Closing the Gap in a Generation« (WHO 2008), das ein Gesamtkonzept zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheiten von Gesundheitschancen und damit auch zur Prävention enthält. Ein solches Gesamtkonzept kann nur in dem Maße zu einer handlungsleitenden Strategie werden, wie es Akteure und Koalitionen gibt, die die materiellen und ideologischen Widerstände überwinden (Kühn und Rosenbrock 1994; Rosenbrock und Gerlinger 2006).

Eine notwendige, gewiss nicht hinreichende Bedingung dafür besteht darin, dass die Öffentlichkeit und besonders die Zielgruppen einer solchen Strategie eine zumindest ungefähre zutreffende Vorstellung davon haben, von welchen Faktoren in welchem Umfang die Entwicklung von Gesundheit und Krankheit abhängt. Diese »Laienepidemiologie« wird viel zu selten untersucht und bleibt bei der Formulierung konkreter Strategien meist unberücksichtigt. Zunächst steht hier die Frage im Vordergrund, welche Bedeutung das individuelle Gesundheitsverhalten in der Wahrnehmung der Bevölkerung im Vergleich zu anderen Faktoren (wie Erbanlagen, Stress und Belastungen, Bildung, finanzielle Ressourcen etc.) für die Lebenserwartung hat. Die Befragungsergebnisse zeigen, dass die Bevölkerung die Bedeutung sozialer Faktoren krass unterschätzt und insoweit für Erklä-

rungsansätze des Selbstverschuldens und der Selbstverantwortung (Schmidt 2007) nach wie vor hochempfindlich ist.

Die zur Verbesserung von Gesundheitschancen notwendigen sozialen und politischen Auseinandersetzungen geraten in dieser Sichtweise in den Hintergrund. Aus diesem eher einseitigen und verkürzten Blickwinkel einerseits und dem ungebrochen hohen Wert von Gesundheit andererseits erklärt sich die große Offenheit und Toleranz der Befragten gegenüber staatlichen Versuchen einer gesundheitsdienlichen Verhaltenslenkung – von »Präventionsmüdigkeit« jedenfalls kaum eine Spur.

Neben dieser Offenheit ist eine weitere Voraussetzung für die erwünschte Wirkung von Gesundheitsbotschaften, dass sie zur Kenntnis genommen und verstanden werden: dass sie »ankommen«. Hier zeigen sich große Unterschiede: Während die eher nach PR-Kriterien gestalteten Öffentlichkeitsmaßnahmen einzelner Bundesministerien nur geringe Teile der Bevölkerung zumindest kognitiv erreichen, finden die Botschaften der professionell angelegten multimodalen Mehrebenen-Kampagnen (Rosenbrock 2004) der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ihren Weg zu einer breiten Mehrheit der Befragten.

Zwischen der Kenntnisnahme sowie dem Verstehen einer Gesundheitsbotschaft und ihrer Umsetzung in die eigene Lebensweise liegen freilich etliche Hürden (Rosenbrock und Michel 2006), an denen die große Mehrheit auch derer scheitert, die der Botschaft gern folgen würden. Das verweist auf die sattsam bekannte Notwendigkeit, bei der Prävention nicht nur (beziehungsweise nicht einmal primär) auf Appelle zu setzen, sondern in den Lebenswelten der Zielgruppen möglichst partizipativ die offenen und verborgenen Verhaltensanreize zu identifizieren und gegebenenfalls zu verändern (ebd.).

Hier kommt jedoch auch die Frage auf, welche Rolle der Hausarzt dabei spielen kann. Schließlich führt der Hausarzt bzw. die Hausärztin in Deutschland immer noch unangefochten die Liste der Akteure an, bei denen in Gesundheitsfragen Kompetenz vermutet und Rat gesucht wird. Unstrittig ist auch, dass die »präventiven Potenziale des kurativen Systems« (Schaeffer und Moers 1994; SVR 2007, Kapitel 6) bei Weitem noch nicht ausgeschöpft sind. Die Befragungsergebnisse zeigen demgegenüber das ernüchternde Bild einer – im Hinblick auf Prävention – eher zerrütteten Beziehung: Es kommen von den Ärz-

ten kaum Angebote, und die Patientinnen und Patienten erwarten auch nicht viel, obwohl sie »eigentlich« Erwartungen haben.

Insgesamt zeigt die Befragung damit sowohl Begrenzungen als auch ungenutzte Möglichkeiten der Einwirkung auf gesundheitsriskantes Verhalten, die in der praktischen Gesundheitspolitik eine stärkere Beachtung verdienen würden.

Laienepidemiologie: Einflussfaktoren für die Lebenserwartung aus Bevölkerungssicht

Eine Reihe von Internetseiten bietet Besuchern eine Prognose der persönlichen Lebenserwartung an – nach Abfrage nur einiger weniger persönlicher Daten. So offeriert der Verband forschender Arzneimittelhersteller einen sogenannten »Methusalem-Check«, das ZDF einen »Lebenszeitrechner« und die Süddeutsche Zeitung macht Lesern das Angebot: »Rechnen Sie aus, wie alt Sie werden!«. Für größere Stichproben lässt sich auch recht exakt angeben, um wie viel Prozent die Mortalitätsrisiken von Rauchern und Alkoholabhängigen, von Personen mit niedrigem sozialen Status und geringer formaler Bildung (die »Unterschicht«) oder Diabetikern höher sind als im Durchschnitt der Bevölkerung.

Die Epidemiologie hat in den letzten Jahren versucht, auf der Basis sehr großer Stichproben und unter gleichzeitiger Berücksichtigung einer Vielzahl potenzieller Einflussfaktoren den exakten Stellenwert sowohl des Bildungsniveaus als auch des gesundheitlichen Lebensstils zu quantifizieren. Bekannt geworden ist etwa aus einer Längsschnittstudie bei über 20.000 englischen Männern und Frauen im Alter von 45 bis 79 Jahren, dass eine gesunde Lebensweise (definiert durch Nichtrauchen, mäßigen Alkoholkonsum, gesunde Ernährung und körperliche Bewegung) im Vergleich zu einem sehr riskanten Gesundheitsverhalten eine um 14 Jahre höhere Lebenserwartung mit sich bringt (Khaw et al. 2008). Vergleicht man nicht Extremgruppen miteinander (keine gegenüber vier gesundheitsriskanten Verhaltensweisen), dann dürfte der Unterschied diesen Studien zufolge etwas niedriger ausfallen und rund sechs bis zehn Jahre betragen.

In ähnlicher Weise wurden in vielen wissenschaftlichen Studien auch immer wieder starke Einflüsse der sozialen Ungleichheit auf Gesundheit und Lebenserwartung gefunden, also Hinweise auf Ein-

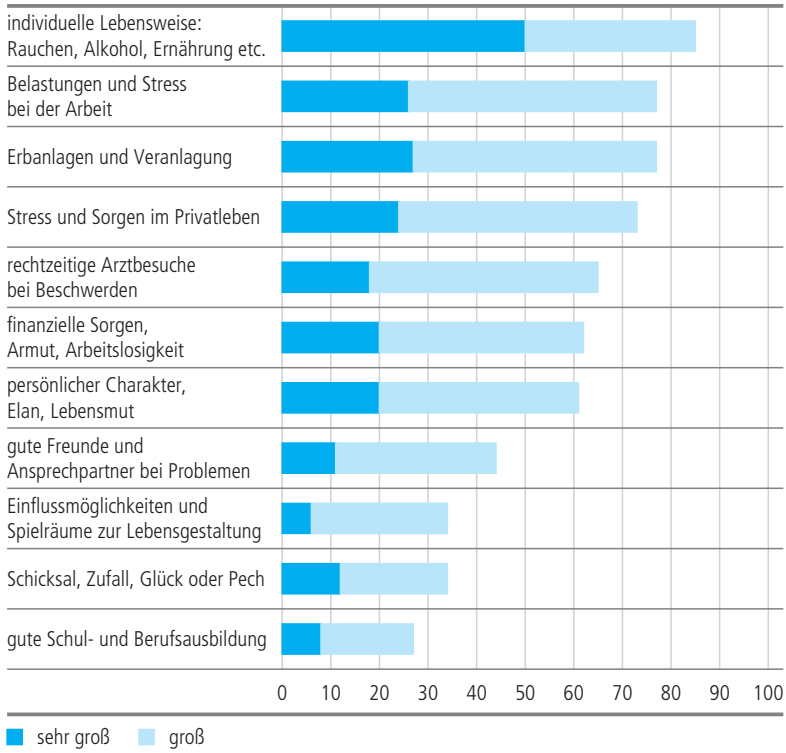
flüsse des Bildungsniveaus oder Einkommens. Lantz et al. (1998) fanden in ihren Studien, dass Unterschiede im Verhalten und Lebensstil weit weniger als die Hälfte der Unterschiede in Gesundheit und Lebenserwartung erklären konnten. Je nach Studie und Land und je nachdem, von welchem Lebensalter an man die weitere Lebenserwartung errechnet, ergibt sich zwischen niedrigen und hohen Bildungsabschlüssen eine Differenz von vier bis zehn Jahren (siehe zusammenfassend Lampert, Kroll und Dunkelberg 2007).

Auch in der Befragung des Gesundheitsmonitors im Herbst 2008 sollten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer unterschiedliche Einflussfaktoren für die Lebenserwartung grob einschätzen. Dahinter stand die Frage, welchen Stellenwert das individuelle Gesundheitsverhalten im Vergleich zu anderen Faktoren hat. In der Befragung vorgegeben waren insgesamt elf Aspekte, die allesamt wohl Einfluss auf die Lebenserwartung haben, wenngleich dieser nicht quantifizierbar ist: gute Schul- und Berufsausbildung; Schicksal, Zufall, Glück oder Pech; Einflussmöglichkeiten und Spielräume zur Lebensgestaltung; gute Freundinnen, Freunde und Ansprechpartner bei Problemen; persönlicher Charakter, Elan, Lebensmut; finanzielle Sorgen, Armut, Arbeitslosigkeit; rechtzeitige Arztbesuche bei Beschwerden; Stress und Sorgen im Privatleben; Erbanlagen und Veranlagung; Belastungen und Stress bei der Arbeit; individuelle Lebensweise: Rauchen, Alkohol, Ernährung etc.

Abbildung 1 zeigt die Antworthäufigkeiten auf diese Frage. Deutlich vorne rangiert die individuelle gesundheitliche Lebensweise. Kein einziger anderer Aspekt wird auch nur annähernd so häufig als »sehr großer« Einflussfaktor charakterisiert. Es scheint, dass die in den Medien in den letzten Jahren gehäuft veröffentlichten Berichte über die gesundheitliche Problematik des Rauchens, des Alkoholkonsums oder der ungesunden Ernährung bei den Bundesbürgern nachhaltige Spuren hinterlassen haben – zumindest was die Risikowahrnehmung betrifft. Die hohe Bedeutung, die »Erbanlagen und Veranlagung« zuerkannt wird, kann in ähnlicher Weise als medialer Effekt interpretiert werden, wurde doch in letzter Zeit immer wieder über gentechnische Entwicklungen und neu entschlüsselte Gene im Zusammenhang mit Krebs, Adipositas und anderen chronischen Erkrankungen berichtet.

Überraschend ist allerdings, dass psychischen Belastungen, und zwar solchen aus dem privaten Umfeld wie aus der beruflichen Le-

Abbildung 1: Subjektive Bewertung der Bedeutung verschiedener Einflussfaktoren für die Lebenserwartung



n = 1.421 bis 1.440

Alle Angaben in Prozent der Befragten

benswelt, in den Befragungsergebnissen eine so große Bedeutung zuerkannt wird, dass sie sich auf den Plätzen 2 und 4 der Rangfolge einfinden. Denn trotz häufiger Berichterstattung über die wirtschaftliche Krise und die neue Armut großer Bevölkerungskreise wird ein Zusammenhang zwischen diesen Faktoren und negativen Folgen für Gesundheit und Lebenserwartung kaum einmal hergestellt.

An vorletzter Stelle der Abbildung mit den subjektiv wichtigsten Einflussfaktoren für die Lebenserwartung rangieren tendenziell metaphysische Sichtweisen (Schicksal, Zufall, Glück oder Pech) und an letzter Stelle »eine gute Schul- und Berufsausbildung«. Da dieser Faktor sich in vielen epidemiologischen Studien als eine der zentra-

len Einflussgrößen für Morbidität und Mortalität herausgestellt hat, ist überraschend, dass diese Erkenntnis bislang kaum in breitere Bevölkerungsschichten vorgedrungen ist.

Die Teilnehmenden der Befragung wurden auch gebeten, Schätzungen vorzunehmen und diese Einflussfaktoren (gesunder gegenüber ungesundem Lebensstil, hohes gegenüber niedrigem Bildungsniveau) in der Dimension gewonnener oder verlorener Lebensjahre zu quantifizieren. Zunächst zeigt sich, dass sehr hohe Anteile der Befragten ihre Unkenntnis zugeben: »Weiß nicht« sagen beim Lebensstil 23 Prozent, beim Bildungsniveau 18 Prozent. Nimmt man diese Befragungsteilnehmer aus der Analyse heraus, dann zeigt sich: Der Effekt einer gesunden Lebensweise auf die Lebenserwartung wird im Durchschnitt auf zehn Jahre (Mittelwert 9,7; Median 10) geschätzt, der Effekt eines hohen Bildungsniveaus auf fünf bis sieben Jahre (Mittelwert 6,7; Median 5).

Wird hier bereits deutlich, dass dem individuellen Gesundheitsverhalten subjektiv ein sehr viel höheres Gewicht zugeschrieben wird als der Schul- oder Berufsausbildung, so verstärkt ein anderes Ergebnis diesen Befund nachhaltig: Auf die Frage, ob Personen mit hohem Bildungsniveau im Durchschnitt älter werden als solche mit niedrigem Schulabschluss, antwortet jede/r zweite Befragte (51 %) mit »Nein, das spielt keine Rolle«.

Interessant ist in diesem Zusammenhang die Frage, ob der Einfluss des sozioökonomischen Status (Schichtzugehörigkeit) diese Einschätzung beeinflusst. Ist es bei Angehörigen der sozialen Unterschicht eher so, dass sie diesen Effekt mangels realer Möglichkeiten der Veränderung tendenziell verdrängen, oder betonen sie ihn, um auf ihre Benachteiligung aufmerksam zu machen und Veränderungen einzufordern? Zur Beantwortung dieser Frage wurde eine multivariate Analyse durchgeführt (binäre logistische Regression), in der als potenzielle Einflussfaktoren folgende unabhängige Variablen einbezogen wurden: Alter, Geschlecht, Schichtzugehörigkeit, Selbsteinstufung Gesundheitszustand, chronische Erkrankung, Rauchen, Alkoholkonsum, körperliche Bewegung, gesunde Ernährung (Obst, Gemüse etc.), Body-Mass-Index. Abhängige Variable war die Bejahung oder Verneinung des Statements »Das Bildungsniveau spielt keine Rolle für die Lebenserwartung«.

Als Ergebnis der Analyse zeigt sich dann: Tatsächlich spielt die Schichtzugehörigkeit (und in ergänzenden Analysen vor allem das

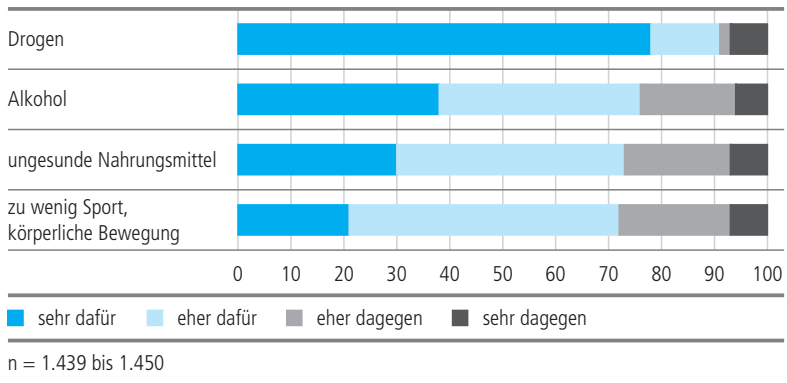
Bildungsniveau) eine sehr große Rolle in diesem Zusammenhang. Angehörige der Unterschicht vertreten doppelt so oft die Ansicht, das Bildungsniveau spiele keine Rolle für die Lebenserwartung, im Vergleich zu Angehörigen der Oberschicht (odds ratio 2,0; $p \leq 0,001$). Im direkten Gruppenvergleich und in Prozentwerten ausgedrückt heißt dies: Während in der Unterschicht 61 Prozent einen Einfluss des Bildungsniveaus auf die Lebenserwartung verneinen, ist dies in der Oberschicht nur zu 38 Prozent der Fall. Es gibt noch weitere Einflussfaktoren auf dieses Deutungsmuster (unter anderem: Geschlecht, Lebensalter, Gesundheitszustand, chronische Erkrankung, Rauchen), auf die hier aber nicht näher eingegangen wird.

Als Zwischenergebnis festzuhalten bleibt jedoch, dass in der Skala subjektiv relevanter Einflussfaktoren in der Bevölkerung das individuelle Risikoverhalten auf Platz 1 und das Bildungsniveau abgeschlagen am unteren Ende auf Platz 11 rangiert. Und: In denjenigen Bevölkerungsschichten mit niedrigem Schulabschluss und daraus folgenden materiellen und beruflichen Benachteiligungen wird der Tatbestand der sozialen Ungleichheit noch vor Krankheit und Tod am wenigsten wahrgenommen. Da Kenntnisse über relevante Einflussfaktoren für die Lebenserwartung bei den 18- bis 79-jährigen Befragungsteilnehmern primär über Fernsehen und Rundfunk, Zeitschriften und Internet erworben werden und nur von kleineren Gruppen aus Bildungseinrichtungen, ist festzustellen, dass hier von den Medien ein äußerst einseitiges Bild vermittelt wird, das primär das individuelle Gesundheitsverhalten hervorhebt.

Gibt es in der Bevölkerung einen Präventionsüberdruß?

Es wäre nicht sonderlich überraschend, wenn die in Deutschland zuletzt sehr vielfältigen und weitreichenden Präventionsmaßnahmen gegen das Rauchen (wie Warnhinweise auf Zigarettenpackungen, Rauchverbote in öffentlichen Gebäuden, Verkehrsmitteln und in der Gastronomie, Einschränkungen des Tabakerwerbs für Jugendliche an Automaten, Verbot der Tabakwerbung in vielen Medien) bei einigen Bevölkerungskreisen einen Überdruß gegen weitere Kampagnen und Maßnahmen in anderen Risikofeldern wie Alkoholkonsum oder Ernährung bewirkt hätten. Die auch öffentlich schon mehrfach publizierte Befürchtung einer in Bälde wohl allgegenwärtigen »Gesund-

Abbildung 2: Einstellung gegenüber weiteren Präventionsmaßnahmen in verschiedenen Handlungsfeldern



Alle Angaben in Prozent der Befragten

heitspolizei« macht deutlich, dass politisch liberale Kreise ebenso wie Bürgerinnen und Bürger mit gesundheitsriskanten Gewohnheiten jetzt schon Grenzen der Zumutbarkeit als überschritten wahrnehmen (Stürmer 2008).

Die Frage, ob man weitere Präventionsmaßnahmen befürworten würde, und zwar in den Bereichen ungesunde Nahrungsmittel, Alkohol, zu wenig Sport und körperliche Bewegung sowie Drogen, bringt allerdings keine Hinweise auf einen nachhaltigen und verbreiteten Präventionsüberdruß (Abbildung 2). Zwar findet sich eine deutlich entschiedene Mehrheit (»sehr dafür«) auch nur, wenn es um Maßnahmen zur Bekämpfung von Drogen geht; aber zugleich wird deutlich, dass die Gegner weiterer Interventionen in allen vier genannten Handlungsfeldern in der Minderheit sind und maximal 28 Prozent der Gegenstimmen auf sich vereinen können.

Um zu überprüfen, aus welchen Bevölkerungsgruppen Präventionsgegner und -befürworter kommen, wurde ein Summenindex gebildet, der die Antworten zu allen vier Fragen zusammenfasst. Dann wurden zwei Gruppen gebildet mit niedriger bis mittlerer Befürwortung einerseits und sehr starker Befürwortung andererseits. In die erste Gruppe fallen knapp 60, in die zweite etwa 40 Prozent. Wird dann überprüft – wieder im Rahmen einer logistischen Regression –, aus welchen Bevölkerungskreisen starke Befürworter vorwiegend kommen, zeigt sich: Es gibt so gut wie keine statistisch signifikanten

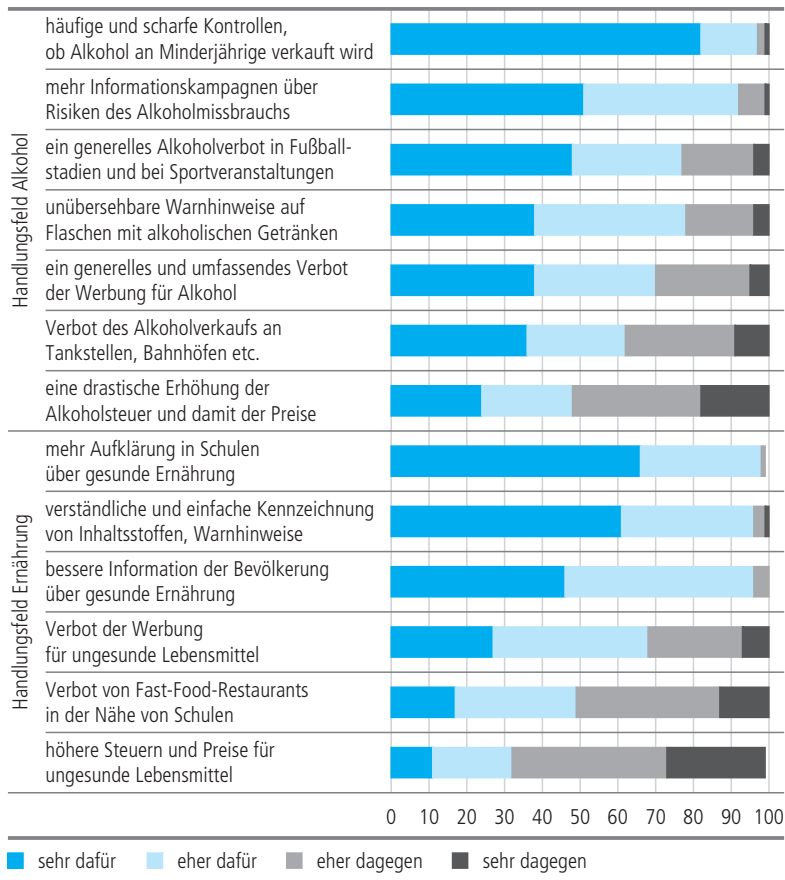
Zusammenhänge mit den einbezogenen sozialstatistischen Merkmalen (Alter, Geschlecht, Schicht etc.). Derselbe Befund zeigt sich auch, wenn man Einstellungen zu spezifischen Präventionsmaßnahmen (Alkohol, Nahrungsmittel, Bewegung) analysiert.

Zugleich wird aber aus den Daten erkennbar, dass diejenigen, die sich in einem bestimmten Handlungsfeld bereits relativ gesundheitsbewusst verhalten, hier auch häufiger für weitere Interventionen stimmen. Beispiel: 39 Prozent derjenigen, die sich aktuell eher gesund ernähren (häufig Obst, Gemüse, Salat), sind auch sehr stark für weitere Maßnahmen im Bereich gesunde Nahrungsmittel. Bei denen mit eher ungesunder Ernährung sind nur 22 Prozent sehr dafür. Ähnlich sind die Differenzen mit 43 und 16 Prozent beim Thema Alkohol. Unter dem Strich bedeutet dies, die Einstellung zu Präventionsmaßnahmen ist sehr deutlich geprägt durch das eigene Verhaltensprofil. Sofern damit eigene Verhaltensgewohnheiten infrage gestellt werden und durch präventive Maßnahmen verändert werden müssten, sinkt auch die Akzeptanz – allerdings nicht in einem solchen Umfang, dass man darin eine nachhaltige Oppositions- oder Verweigerungshaltung erkennen könnte.

Wenn bei den Ausführungen bislang ganz allgemein von »Präventionsmaßnahmen« die Rede war, so ist natürlich zu berücksichtigen, dass auch in ein und demselben Handlungsfeld (z. B. »Alkohol«) ganz unterschiedliche Maßnahmen denkbar sind: Werbeverbote, Preiserhöhungen, Jugendschutzbestimmungen und Kontrollen, Informationskampagnen und anderes mehr. Sowohl für das Feld »Alkohol« wie auch für den Bereich »Ernährung« wurden in der Befragung einige viel diskutierte und zum Teil in anderen Staaten bereits realisierte Interventionen vorgegeben, und es wurde gefragt, ob man eher dafür oder dagegen wäre. Abbildung 3 zeigt die Ergebnisse.

Zu erkennen ist in beiden Handlungsfeldern ein gemeinsamer, thematisch übergreifender Antworttrend. Durchgängig die größte Zustimmung finden Maßnahmen, die dem Jugendschutz dienen oder sich auf Jugendliche als Adressaten der Prävention konzentrieren. An zweiter Stelle folgen Maßnahmen, die auf eine bessere Information und Aufklärung setzen. An dritter Stelle der Zustimmungsskala stehen gesetzliche Verbote (Werbung, Zugangs- und Vertriebswege). Erst an letzter Stelle finden sich – beim Alkohol wie bei der Ernährung – Vorschläge, die eine Lenkung des Gesundheitsverhaltens über Steuern und damit höhere Verbraucherpreise befürworten. Möglicher-

Abbildung 3: Einstellungen zu Präventionsmaßnahmen in den Handlungsfeldern Alkohol und Ernährung



n = 1.441 bis 1.452

Alle Angaben in Prozent der Befragten

weise greifen hier Antworttendenzen (allerdings kann dies empirisch nicht überprüft werden), die auf sehr allgemeinen gesellschaftlichen Wertorientierungen beruhen und gar nicht spezifisch sind für das Feld »Prävention«.

Die Zustimmungsqoten streuen insgesamt sehr stark. Bei Maßnahmen, die den eigenen Geldbeutel negativ treffen könnten, sind die Quoten eher niedrig, bei Vorschlägen für umfangreichere oder verständlichere Informationen überaus hoch. Fasst man einerseits die

Antwortkategorien »sehr dafür« und »eher dafür« zusammen und andererseits auch beide ablehnenden Antwortvorgaben, dann wird auch optisch aus Abbildung 3 deutlich, dass – von zwei oder drei Ausnahmen abgesehen – die Zahl der Befürworter weiterer Präventionsmaßnahmen durchweg größer ist als die der Gegner.

Dass gesetzliche Verbote lediglich auf Platz 3 der Präferenzskala stehen, bedeutet nicht, dass nur eine kleine Minderheit der Befragungsteilnehmer diesen zustimmt – eher im Gegenteil. Das generelle Alkoholverbot in Fußballstadien und bei Sportveranstaltungen findet bei insgesamt 77 Prozent Zustimmung (»sehr dafür« oder »eher dafür«), das generelle und umfassende Verbot der Werbung für Alkohol bei 70 Prozent, das Verbot des Alkoholverkaufs außerhalb der Ladenöffnungszeiten (an Tankstellen, Bahnhöfen etc.) immerhin noch bei 61 Prozent. Im Bereich Ernährung sind die Zustimmungswerten nicht ganz so eindeutig, aber auch hier wird ein Werbeverbot für zu fett- oder zuckerhaltige Lebensmittel von 68 Prozent der Befragten bejaht.

Diese Antworttendenzen sind nicht eindeutig zu interpretieren. Wenn Steuerungsmechanismen wie Preiserhöhungen (über höhere Steuern) und gesetzliche Verbote sehr viel weniger Zustimmung finden als Maßnahmen der Information und Aufklärung, dann kann dies zweierlei bedeuten. Denkbar ist, dass dahinter eine im Grundsatz liberale Position steht, die an den mündigen Bürger appellieren möchte und finanzielle Bevormundungen und Verbote ablehnt. Möglich ist aber ebenso, dass liberale Argumentationsmuster nur als Vorwand genommen werden, um durchgreifende Präventionsmaßnahmen zu verhindern. Der Rekurs auf das Prinzip der freiwilligen Selbstkontrolle wäre dann nur eine Rationalisierung für eine eher präventionsfeindliche Haltung.

Wie effektiv sind bevölkerungsweite Präventionskampagnen?

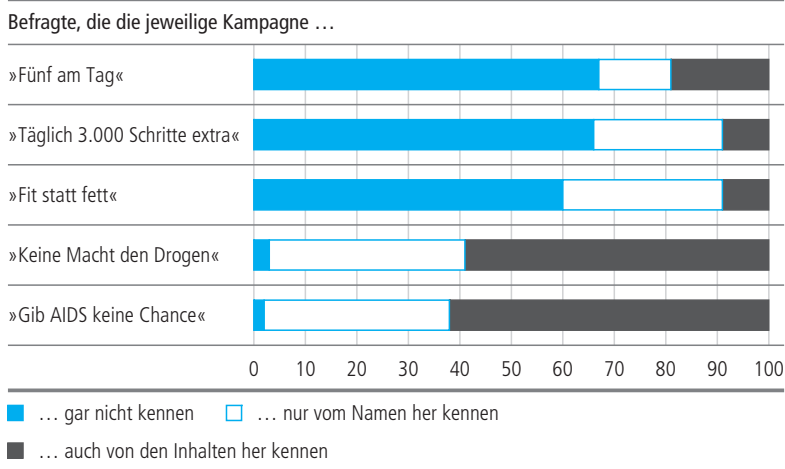
Evaluationsstudien zu Präventionsmaßnahmen sind inzwischen zu dem Befund gekommen, dass meist solche Interventionen erfolgreicher waren, die eine klare Zielgruppe angesprochen und sich nicht diffus an die Bevölkerung gewendet hatten (Ogilvie et al. 2007). »Targeting and tailoring« sind die dafür verwendeten Schlüsselbegriffe, also eine gezielte Teilnehmersauswahl und eine zielgruppenspezifische

inhaltliche Konzeption. Gleichwohl wird im Ausland wie auch in Deutschland immer noch großes Gewicht gelegt auf bevölkerungsweite Kampagnen, vermutlich deshalb, weil sie wenig Kosten und Zeitaufwand mit sich bringen und medienträchtig dokumentieren, dass die Politik ein Problem erkannt hat. In Abbildung 4 sind die Namen zweier älterer und dreier jüngerer Kampagnen aufgeführt sowie Angaben zum Bekanntheitsgrad.

Überraschend ist zunächst, dass nur die beiden älteren Kampagnen »Keine Macht den Drogen« (1990 ins Leben gerufen) und »Gib AIDS keine Chance« (1987 gestartet) größeren Bevölkerungskreisen bekannt sind. Die drei anderen, ernährungs- und bewegungsorientierten Initiativen rufen hingegen bei 60 bis 67 Prozent der Bundesbürger nur ein Achselzucken hervor, wenn man danach fragt. Zwar sind diese Kampagnen jünger, doch immerhin wurden »Täglich 3.000 Schritte extra« und »Fit statt fett« im Jahr 2007 ins Leben gerufen, »Fünf am Tag« bereits im Jahr 2000. Dass nach einem solchen Zeitraum und hoher Medienpräsenz knapp zwei Drittel der Bevölkerung nicht einmal die Namen der Kampagnen kennen, sollte nicht nur den zuständigen Marketing-Abteilungen zu denken geben.

Die Effektivität nationaler Präventionskampagnen ist wohl noch interessanter als ihr Bekanntheitsgrad. Zwar ist dies im Rahmen von

Abbildung 4: Bekanntheitsgrad von bevölkerungsweit angelegten Präventionskampagnen



Alle Angaben in Prozent der Befragten

Umfragen nicht direkt erfassbar, aber zumindest lassen sich Meinungen hierzu interpretieren. Auf die Frage »Was glauben Sie, wie viele Bürger aufgrund solcher Kampagnen ihr Verhalten ändern?« antwortet lediglich ein Prozent mit »sehr viele«, weitere zwölf Prozent mit »eher viele«. Die überwältigende Mehrheit äußert sich jedoch negativ: 70 Prozent sagen »eher wenige«, 17 Prozent »sehr wenige«. Diese harsche Kritik könnte dadurch mitverursacht sein, dass viele der Befragungsteilnehmer die Kampagnen inhaltlich nicht näher kennen.

Unterscheidet man danach, ob jemand die oben vorgestellten Kampagnen gar nicht kennt oder inhaltlich gut kennt, und betrachtet dann für diese Gruppen die jeweilige Bewertung von bevölkerungsweiten Präventionskampagnen, ändert sich das Bild nur minimal: Es gibt keine nennenswerten Unterschiede hinsichtlich der Einschätzung der Kampagnenwirkung zwischen Befragten, die »Täglich 3.000 Schritte extra« (oder »Fünf am Tag« etc.) inhaltlich genau kennen, und denen, die noch nicht einmal den Namen gehört haben.

Überprüft man, inwieweit die neueren Kampagnen bei den zentralen Adressaten der jeweils erhofften Verhaltensänderungen bekannt sind, zeigt sich ein recht enttäuschendes Bild. Gerade jene Bevölkerungsgruppen, die angesprochen werden sollen, kennen die Namen und Inhalte der Interventionsmaßnahmen nicht. Nimmt man als Beispiel die Kampagne »Täglich 3.000 Schritte extra«, dann zeigt sich in einer multivariaten Analyse: Ältere (ab 60 Jahren) kennen die Kampagne sehr viel häufiger als Jüngere (bis 39 Jahre) (odds ratio 3,05; $p \leq 0,001$); für Befragte, die täglich Sport treiben, gilt dies in ähnlicher Weise im Vergleich zu »Sportmuffeln«, die nach eigener Angabe nie Sport treiben (odds ratio 3,47; $p \leq 0,01$). Oder im direkten Gruppenvergleich: Ältere kennen die Kampagne zu 43 Prozent, Jüngere zu 20 Prozent, »Sportfans« zu 36 Prozent, »Sportmuffel« zu 12 Prozent. Die Schichtzugehörigkeit beeinflusst die Kenntnis neuerer Präventionskampagnen nur sehr begrenzt. Lediglich »Fit statt fett« ist in unteren Sozialschichten besser bekannt als in der Oberschicht.

Schließlich zeigen auch die Antworten auf die Frage, ob man selbst schon einmal sein Gesundheitsverhalten aufgrund einer solchen Kampagne geändert hat, einen überaus geringen Wirkungsgrad: 71 Prozent sagen »nein«, 25 Prozent »teilweise oder zeitweise«. Nur von fünf Prozent wird über eine dauerhafte Verhaltensänderung berichtet.

Die Crux mit der Änderung des Gesundheitsverhaltens: Nur jeder Vierte ist erfolgreich

Diese Daten bedeuten jedoch keineswegs, dass in der Bevölkerung Überlegungen und Anstrengungen zu einer Änderung gesundheitsriskanter Gewohnheiten überaus selten sind – eher im Gegenteil. Nimmt man etwa die zurzeit am meisten diskutierten und wissenschaftlich am häufigsten untersuchten vier Verhaltensrisiken (Rauchen, Alkoholkonsum, ungesunde Ernährung, zu wenig Bewegung), dann zeigt sich, dass fast drei von vier Befragungsteilnehmern (72 %) zumindest in einem dieser Bereiche ernsthaft darüber nachgedacht haben, ihr Verhalten zu ändern.

**Tabelle 1: Gesundheitsriskante Verhaltensmuster –
Versuche der Veränderung und Erfolgsquoten**

Gesundheitsriskantes Verhalten und Prävalenz	Quote derjenigen, die ernsthaft über eine Verhaltensänderung im letzten Jahr nachgedacht haben	Quote derjenigen, die ihr Verhalten weitgehend erfolgreich ändern konnten
	von diesen haben versucht, ...	von diesen waren weitgehend erfolgreich
tägliche und gelegentliche Raucher; n = 379; 20 % aller Befragten	... mit dem Rauchen aufzuhören n = 258; 68 %	n = 66; 26 %
Befragte, die »des Öfteren« oder »häufig« Alkohol trinken; n = 290; 20 % aller Befragten	... weniger Alkohol zu trinken n = 222; 77 %	n = 71; 32 %
Befragte, die nur ein- bis zweimal in der Woche oder seltener leicht anstrengende körperliche Aktivitäten betreiben; n = 922; 64 % aller Befragten	... sich körperlich mehr zu bewegen n = 837; 91 %	n = 204; 24 %
Befragte, die eher selten oder nie Obst, Salat, Gemüse essen; n = 791; 55 % aller Befragten	... sich gesünder zu ernähren n = 741; 94 %	n = 176; 24 %

Tabelle 1 zeigt im Überblick, welche Verhaltensrisiken von den Teilnehmenden an der Befragung am häufigsten genannt werden, wie

oft in den einzelnen Bereichen Verhaltensänderungen in Betracht gezogen wurden und schließlich auch die Erfolgsquoten für diese Vorhaben. Deutlich wird zunächst, dass auch bereichsspezifisch die Quoten für geplante oder zumindest in Betracht gezogene Verhaltensänderungen überaus hoch sind. Sie schwanken zwischen 68 Prozent bei Rauchern und 94 Prozent bei denjenigen, die nur selten »Frischkost« (Obst, Salate, Gemüse) auf ihrem Speiseplan haben.

Die Formulierung »Haben Sie in den letzten zwölf Monaten über eine Änderung Ihres Gesundheitsverhaltens ernsthaft nachgedacht?« ist allerdings sehr weitreichend und umfasst nicht nur Fälle, bei denen ernsthafte erste Schritte in die Tat umgesetzt wurden, sondern auch solche, in denen lediglich über die Vor- und Nachteile des Rauchens sowie über das Pro und Kontra von mehr Sport nachgedacht wurde. Von daher werden die Quoten der ernsthaften Versuche und Handlungsschritte zur Änderung gesundheitsriskanter Verhaltensgewohnheiten sicher niedriger ausfallen als in der Tabelle dargestellt.

Auffällig ist, dass die in der dritten Spalte dargestellten Erfolgsquoten von 24 bis 32 Prozent sich quantitativ nicht erheblich unterscheiden. Diese Zahlen sind zweifellos unrealistisch hoch: Ansonsten würde man nach einigen Jahren in der Bevölkerung kaum noch Raucher finden. Zu einem großen Teil sind die Antworten daher wohl von »sozialer Erwünschtheit« beeinflusst oder unterliegen zumindest einer sehr großzügigen und weiten Interpretation der Antwortvorgabe, dass man »weitgehend erfolgreich« war. Unter dem Strich bleibt festzuhalten, dass die gedankliche Bereitschaft und teilweise auch der feste Wille zur Verhaltensänderung sehr hoch ist, dass es aber zugleich an handlungsleitenden Informationen ebenso wie an Konzepten und an praktischer Unterstützung fehlt, um dies auch erfolgreich umzusetzen. Es besteht also wohl eine Kluft zwischen Risikowarnungen und Ratschlägen zu Verhaltensänderungen einerseits und Informationen, wie dies zu bewerkstelligen ist, andererseits.

In einer multivariaten Analyse potenzieller Einflussfaktoren für den Erfolg individueller Änderungen des Gesundheitsverhaltens ergeben sich keine konsistenten Befunde, weder für soziodemographische Aspekte noch für Indikatoren der Morbidität. Teilweise sind Männer erfolgreicher bei der Verhaltensänderung (mit dem Rauchen aufhören: odds ratio für Männer 2,1, $p \leq 0,05$; mehr Sport/Bewegung: odds ratio für Männer 1,8, $p \leq 0,01$), teilweise aber auch Frauen (weniger Alkohol trinken: odds ratio für Männer 0,49, $p \leq 0,05$). In einem

Handlungsfeld (Sport und Bewegung) spielt die Schichtzugehörigkeit eine Rolle, in den übrigen Feldern nicht. Insgesamt zeigt sich hier kein einheitliches Bild. Wie es scheint, sind die individuellen Hintergründbedingungen (Arbeits- und Lebenssituation, subkulturelle Normen, gesundheitsbezogene Wertorientierungen etc.) und ebenso die gewählten Strategien zur Verhaltensänderung sehr viel bedeutsamer für den Erfolg als die hier betrachteten sehr allgemeinen soziodemographischen und gesundheitlichen Variablen.

Prävention: Eine Angelegenheit für den Hausarzt?

»Für den Hausarzt ist Prävention als Krankheitsverhütung stets ein wichtiges Anliegen. Er leitet jeden Patienten lebenslanglich zu primärer, sekundärer und tertiärer Individualprophylaxe an, damit dieser seine Risiken abbaut und seine salutogenen Ressourcen verstärkt entwickelt und einsetzt. (...) Hausärzte behandeln nicht erst, wenn ein Mensch krank ist, sondern überzeugen jeden, dass er lebenslang regelmäßig etwas für die Erhaltung seiner Gesundheit tun sollte« (Kokott und Sturm 2006).

Dass diese Schilderung in einem medizinischen Kompendium zur hausärztlichen Versorgung eher Wunschvorstellung als Realität ist, haben bereits frühere Veröffentlichungen des Gesundheitsmonitors angedeutet. Deutlich wurde dort, dass bei gesundheitsbezogenen Verhaltensänderungen (Rauchen, Sport und Bewegung) der Hausarzt in der Mehrzahl der Fälle nicht hinzugezogen wurde (Altgeld und Bockhorst 2004). Weiterhin zeigte sich, dass die befragten Ärztinnen und Ärzte eine unzureichende Vergütung und zu wenig verfügbare Zeit als Hauptgründe ihrer aktuell unzureichenden Wahrnehmung präventiver Aufgaben nennen (Amhof 2006).

Wie sieht es auf der Seite der Patientinnen und Patienten aus? Könnte nicht auch deren Verhalten in der Sprechstunde, also die Abwehr von Ratschlägen zur privaten Lebensführung (Ernährung, Bewegung), mit ein Grund sein für die Präventionszurückhaltung der Ärzte, nämlich dann, wenn Ärzte schon einige Male weitgehend erfolglos versucht haben, solche Anregungen und Vorschläge zu geben? Bei der Frage »Einmal angenommen, Sie wollten Ihr Gesundheitsverhalten ändern und hätten gern Informationen, wie dies am erfolgreichsten zu bewerkstelligen ist. Würden Sie, auch wenn Sie

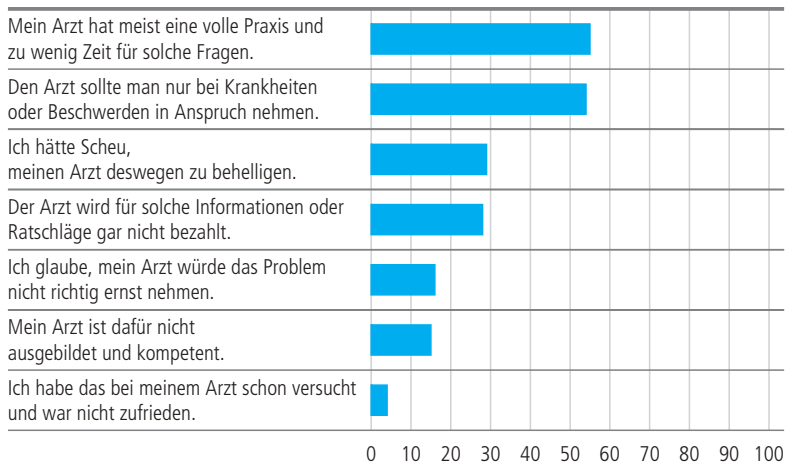
nicht krank sind, speziell dazu zum Arzt gehen und um Rat bitten?« wird zunächst deutlich, dass hier bei der Bevölkerungsmehrheit eher Skepsis vorherrscht. Zwar antworten 34 Prozent mit »sicher ja« oder »eher ja«, definieren den Hausarzt also als potenziellen Ansprechpartner in Präventionsfragen. Für die große Mehrheit jedoch ist dies nicht der Fall: 41 Prozent sagen »eher nein«, weitere 18 Prozent »sicher nein«.

Überraschend ist dann allerdings, dass fast drei Viertel aller Befragungsteilnehmer (71 %) sagen, dass es eigentlich keinen Grund dafür gibt, den Hausarzt in solchen Fragen außen vor zu lassen. Zwar liegt diese Quote besonders hoch bei jenen, die den Arzt auch in Präventionsfragen in Anspruch nehmen würden (über 90 %). Bei jenen jedoch, die dem Arzt keine wichtige Rolle bei ihrer Verhaltensprävention zuschreiben, erkennen 58 Prozent keinen konkreten Grund oder Anlass für ihre Einstellung, sodass hier unbewusste oder öffentlich nicht artikulierbare Haltungen maßgeblich sein dürften.

Insgesamt benennen nur 29 Prozent aller Befragten konkretere Gründe dafür, den Arzt bzw. die Ärztin nicht in ihre Prävention einzubeziehen. Diese sind in Abbildung 5 aufgeführt. Deutlich wird aus den Begründungen und der Häufigkeit ihrer Nennung zunächst, dass es nicht konkrete Erfahrungen von Patienten sind, die hier eine skeptische Patienteneinstellung nachvollziehbar machen – nur vier Prozent berichten über solche Negativerfahrungen. Zwei Interpretationen dominieren stattdessen. Die ärztliche Funktion wird zum einen ganz klar wahrgenommen als kurative oder therapeutische Tätigkeit. Zum anderen wird aber auch deutlich, dass Patienten vermuten: Präventive Fragen oder Probleme sind für den Arzt nicht vorrangig, insbesondere dann nicht, wenn das Wartezimmer voll ist mit Patienten, die akute Schmerzen oder Beschwerden haben. Ob Patientinnen und Patienten die Ansicht teilen, dass kurative Aufgaben des Arztes weitaus wichtiger sind als präventive, ist unklar und geht aus den Antworten nicht eindeutig hervor. Es könnte auch sein, dass Patienten hier ganz anderer Meinung sind.

Es konnte festgestellt werden, dass nur jede/r Dritte den Arzt auch als Präventionsexperten und Ansprechpartner wahrnimmt. Gibt es soziale Gruppen, bei denen dies sehr viel häufiger der Fall ist? Zur Beantwortung dieser Frage wurde erneut eine multivariate Analyse durchgeführt. Die abhängige Variable war die Beantwortung der Frage, ob man ohne krank zu sein den Arzt in Präventionsfragen be-

Abbildung 5: Gründe, warum man den Arzt in Präventionsfragen nicht in Anspruch nehmen würde



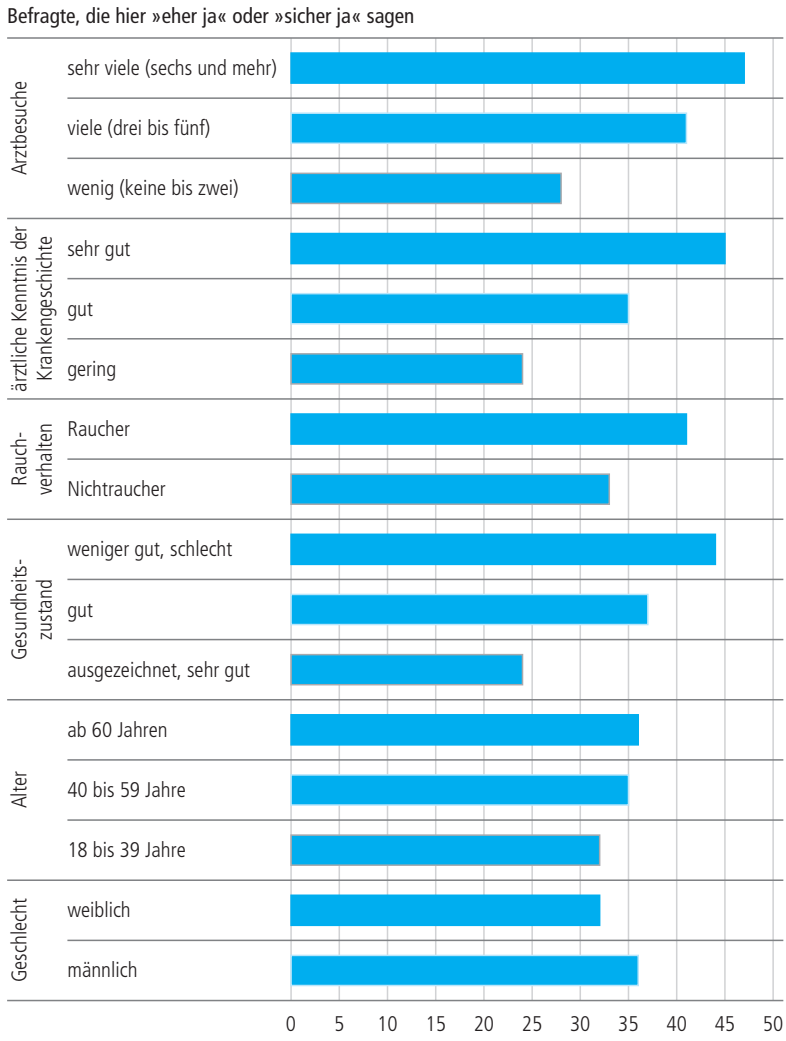
Mehrfachnennungen möglich (n = 413)

Alle Angaben in Prozent der Befragten

mühen würde (»sicher ja« oder »eher ja«). Als unabhängige Variablen einbezogen wurden: Lebensalter, Geschlecht, Schichtzugehörigkeit, Selbsteinstufung des Gesundheitszustands, chronische Erkrankung, Rauchen, Alkoholkonsum, Body-Mass-Index, Sport und körperliche Bewegung, gesunde Ernährung, hausärztliche Kenntnis der Krankengeschichte, Zahl der Hausarztbesuche im letzten Jahr.

Als Ergebnis zeigt sich: Jüngere (18 bis 39 Jahre) sind eher bereit als Ältere (ab 60 Jahren), den Arzt auch für Präventionsfragen in Anspruch zu nehmen (odds ratio 18- bis 39-Jährige im Vergleich zu über 59-Jährigen 1,6; $p \leq 0,05$). In ähnlicher Weise zeigt sich dies auch für Männer (odds ratio 1,4; $p \leq 0,05$), für Raucher (odds ratio im Vergleich zu Nichtraucher 1,6; $p \leq 0,01$) und für Befragte mit vielen Hausarztbesuchen (odds ratio im Vergleich zu wenig Besuchen 1,6; $p \leq 0,01$). Und in besonders deutlicher Weise gilt dies schließlich für Patienten, die sagen, ihr Hausarzt kenne ihre Krankengeschichte sehr gut (odds ratio im Vergleich zu geringer Kenntnis 2,7; $p \leq 0,001$), sowie für Befragte, die sich als weniger gesund einstufen (odds ratio im Vergleich zur Einstufung »sehr gut« oder »gut« 2,7; $p \leq 0,001$). Die übrigen oben genannten und in die Analyse einbezogenen Variablen, auch die Schichtzugehörigkeit, zeigen keine signifikanten Effekte.

Abbildung 6: Inanspruchnahme des Arztes in Präventionsfragen



n = 1.320 bis 1.462

Alle Angaben in Prozent der Befragten

Was diese Werte im direkten Gruppenvergleich bedeuten, zeigt Abbildung 6. Interpretieren lassen sich die Befunde so, dass sich hier zwei unterschiedliche Einflussebenen auswirken: das Ausmaß der Verbundenheit und Vertrautheit mit dem Hausarzt einerseits und