

Editorial

Rauchen ist out. Dass präventive Strategien populär werden oder gar eine eigene Dynamik entfalten, hat man sich vor zehn Jahren kaum vorstellen können. Und doch ist es so gekommen: Selbst wenn es gegen Rauchverbote hier und da noch Vorbehalte gibt: Sanktionen funktionieren, vor allem wenn sie mit Interventionen wie Informationskampagnen, Jugendschutz und Werbeverboten kombiniert werden. Selbstbewusste Nichtraucher protestieren, wenn im Restaurant gequalmt wird, Raucher gehen ihrem Laster zunehmend mit schlechtem Gewissen nach. Die öffentlichen Rauchverbote nützen unmittelbar: den Nichtrauchern, die nicht mehr unter fremdem Rauch leiden müssen, aber auch den Rauchern, die sich etliche „soziale“ Zigaretten verkneifen.

Fraglich ist, ob der Erfolg des Nichtraucherschutzes sich auf andere präventive Vorhaben übertragen lässt. Wer sich ungesund ernährt und zu wenig bewegt, schadet – anders als ein Raucher – nur sich selbst. Die Ergebnisse des Gesundheitsmonitors zeigen: Eine generelle Trendwende hin zu einer gesunden Lebensweise, wie sie von den Medien suggeriert wird, hat bis jetzt nicht stattgefunden. Die Sport- und Wellness-Wellen der letzten Jahrzehnte haben vor allem die Menschen erreicht, die sich ohnehin gesundheitsbewusst verhalten. Bei der Mehrheit hat sich, wenn es um Ernährung, Bewegung und Alkohol geht, weder Einstellung noch Verhalten geändert.

Wohl um dem Thema Prävention und Gesundheitsförderung mehr Gehör zu verschaffen, beschäftigen sich Gesundheitsökonominnen immer öfter mit den steigenden Kosten chronischer Erkrankungen und den Einsparungen, die man sich durch erfolgreiche Prävention erhofft. Eine Studie im Auftrag der Bertelsmann Stiftung hat den internationalen Forschungsstand zur Kosteneffizienz von Prävention unter die Lupe genommen. Das Ergebnis: Die Gretchen-Frage „Rechnet sich Prävention?“ wird je nach Interessenlage, empirischen Daten und Berechnungsmodell unterschiedlich beantwortet. Ohnehin darf über die Frage nach den Kosten die eigentliche Funktion von Prävention und Gesundheitsförderung nicht vergessen werden: Das Ziel muss sein, Menschen ein gesünderes Leben zu ermöglichen.

Prävention: Verhaltensrisiken werden erkannt, Verhaltensänderungen sind eher die Ausnahme

Von Dr. Gerd Marstedt und Robert Amhof

In der gesundheitspolitischen und wissenschaftlichen Diskussion steht das Thema Prävention seit langem auf der Agenda. Die Kritik des Sachverständigenrates an der mangelnden Präventionsorientierung des deutschen Gesundheitssystems (SVR 2005) oder das Gutachten Kölner Gesundheitsökonominnen mit dem Fazit, „dass die Situation zum Nachweis von Effektivität in Prävention und Gesundheitsförderung auch im internationalen Umfeld in etwa den Stand der kurativen Medizin von vor 25 Jahren aufweist“ (Hans Böckler Stiftung 2007), sind nur zwei von sehr vielen Beiträgen, die auf Defizite in der Forschung und gesundheitspolitischen Umsetzung der Prävention aufmerksam gemacht haben. Angeregt durch Aufsehen erregende Befunde epidemiologischer Studien (z. B. zum Übergewicht) oder einschneidende gesetzliche Interventionen (z. B. Rauchverbote) geriet das Thema Prävention in der letzten Zeit jedoch immer häufiger auch in die Schlagzeilen der deutschen Massenmedien.

Die Übergewichts-Problematik wurde von den Medien fast genüsslich in vielen Schlagzeilen aufgegriffen, auch wenn man mit Botschaften wie „Deutsche haben in Moppel-Liga den Bauch vorn“ oder „Deutsche holen zweifelhaften Rekord – Europameister im Dicksein!“ einer Fehlinterpretation von Daten unterlag (vgl. Helmert & Schorb 2007). Das Problem Alkoholmissbrauch tauchte insbesondere im Zusammenhang des „Binge-Drinking“ (Kampfrinken), also des exzessiven und bewusst auf Rauscheffekte abzielenden Alkoholkonsums Jugendlicher auf. Dabei standen oft spektakuläre Einzelfälle im Vordergrund. Über den eher stillen und alltäglichen, gleichwohl aber gesundheitsriskanten Alkoholmissbrauch wurde weitaus weniger berichtet, obwohl es in Deutschland schätzungsweise 1,5 Millionen Alkoholabhängige und weitere 2 Millionen durch Alkoholmissbrauch gefährdete Personen gibt (DHS 2007). Das wohl medienträchtigste Thema der letzten Zeit war jedoch das Rauchen, wobei insbesondere die gesetzlichen Rauchverbote Schlagzeilen und Artikel dominierten.

Versucht man, bisherige Erfolge der Verhaltensprävention in Deutschland zu bilanzieren, so zeigt ein Blick auf statistische Daten, dass sich →

das alltägliche Gesundheitsverhalten nicht in dem Maße verändert hat, wie Gesundheitswissenschaftler, Politiker und Ärzte sich dies erhofft haben. So belegen die Daten des Gesundheitsmonitors, dass die Zahl der Übergewichtigen in Deutschland auch in den letzten Jahren weiter angestiegen ist (vgl. Helmert & Schorb 2007).

Für das Rauchen zeigt sich, dass bei der 25 bis 69-jährigen Bevölkerung der Raucheranteil bei Männern in den letzten 20 Jahren geringfügig abgenommen hat (von 42 auf 37 Prozent), bei Frauen jedoch leicht gestiegen ist (von 27 auf 30 Prozent) (Lampert 2007). Der Alkoholkonsum in Deutschland ist im Zeitraum 1990 bis 2006 recht deutlich gesunken: von 12,1 Liter reinem Alkohol je Einwohner auf 10,1 Liter (DHS 2007). Für Jugendliche zeigt sich ein widersprüchliches Bild: Während einerseits die Zahl der Raucher in den letzten Jahren zurück gegangen ist, hat andererseits eine neuere Studie bei Schülern der neunten und zehnten Klasse einen Anstieg des Alkoholkonsums im Zeitraum 2003 bis 2007 festgestellt (Kraus u.a. 2008, BZgA 2007a, b).

In einem Punkt allerdings stimmen die Befunde auch mit jüngeren deutschen Forschungsstudien überein: Es gibt einen überaus starken sozialen Gradienten, also eine höchst ungleiche Verteilung gesundheitlicher Risikofaktoren (wie Übergewicht und Adipositas) oder des individuellen Gesundheitsverhaltens (Rauchen, Ernährung, Bewegung) in Abhängigkeit von der Schichtzugehörigkeit. Die KiGGS-Studie des Robert-Koch-Instituts stellte bei Kindern und Jugendlichen Risikohäufungen für eine Vielzahl von Indikatoren (Übergewicht, körperlich-motorische Leistungsfähigkeit, Essstörungen usw.) in unteren Sozialschichten und bei Kindern mit Migrationshintergrund fest. Ebenso kommt die Nationale Verzehrstudie hinsichtlich des Ernährungswissens und -verhaltens, aber auch

im Hinblick auf Übergewichts-Indikatoren zu dem Fazit „Die Probleme sind nicht gleichmäßig verteilt“ (BMELV 2008, S. V).

In letzter Zeit wird über eine zunehmende Präventionsorientierung in der Bevölkerung berichtet, so etwa im August 2007: „Die Zahl der Menschen, die sehr auf ihre Gesundheit achten, ist in den letzten Jahren Schritt für Schritt größer geworden. Anfang des Jahrzehnts betonten erst 27 Prozent, dass sie sehr gesundheitsbewusst leben, inzwischen sagen das 33 Prozent“ (Institut für Demoskopie Allensbach 2007). Und nach einer anderen Umfrage zeigt sich: „Gesundheit und die Notwendigkeit, dafür selbst mehr Verantwortung zu übernehmen, rücken immer stärker ins Bewusstsein: Mehr als die Hälfte der Deutschen (58 Prozent) sind heute äußerst oder sehr am Thema Gesundheit interessiert. Vor drei Jahren waren es noch 40 Prozent“ (esPresso 2008).

Doch wie vertragen sich diese Meldungen über ein steigendes Gesundheitsbewusstsein mit den oben festgestellten Befunden, die keine deutliche Trendwende in den realen Verhaltensweisen erkennen lassen? Dieser Newsletter soll anhand von Daten des Gesundheitsmonitors folgende Fragestellungen aufgreifen:

- Zeigt sich auch in diesen Daten, dass das Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung in den letzten Jahren gestiegen ist und wie verbreitet ist derzeit ein konsequent gesundheitsbewusster Lebensstil?
- Findet man bei Risikogruppen (Raucher, „Bewegungsaule“ usw.) ein höheres Maß an Selbstkritik, oder salopper formuliert: Haben diese Gruppen ein schlechtes Gewissen wegen ihres Gesundheitsverhaltens?
- Gibt es eine Präventionsbarriere, die auf Deutungsmustern und Laientheorien zur Krankheitsverursachung basiert – werden Krankheitsrisiken eher anderen Ursachen zugeschrieben

als Faktoren wie Rauchen, Ernährung und Bewegungsmangel?

Gesundheitliche Einstellungs- und Verhaltensmuster 2002 bis 2007

Ein Blick auf einige Indikatoren des Gesundheitsverhaltens im Zeitverlauf lässt Zweifel aufkommen, dass die in den oben zitierten Pressemeldungen konstatierten Bewusstseins- und Verhaltensänderungen tatsächlich in dieser Form und Reichweite stattgefunden haben (vgl. Abb. 1). Auf die Frage „Wie stark achten Sie im Allgemeinen auf Ihre Gesundheit“ antworten (außer im Frühjahr und Herbst 2007) konstant etwa 50 Prozent der Bevölkerung im Alter von 18 bis 79 Jahren mit „sehr stark“ oder „stark“.

Beim Indikator Adipositas, definiert über einen Body-Mass-Index von 30 oder mehr, zeigt sich seit 2002 eine zwar geringfügige, aber statistisch signifikante Zunahme von 22 Prozent im Frühjahr 2002 auf 25 Prozent im Herbst 2007. Für die Quote täglicher Raucher zeigt sich nur ein geringfügiger Rückgang und auch für das seit 2005 erhobene Verhaltensmerkmal „Sport und körperliche Bewegung“ ist kein Trend erkennbar, der auf vermehrte Aktivitäten deutet. Schließlich zeigen sich auch für die selbst berichtete Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen nur minimale Veränderungen und für das Informationsverhalten zu gesundheitlichen Fragen ist ab Herbst 2005 sogar ein Rückgang des Interesses zu beobachten.

Unter dem Strich lassen sich damit in den Daten des Gesundheitsmonitors keine Hinweise finden, dass für die hier betrachteten Indikatoren in den letzten Jahren eine nachhaltige Trendwende eingesetzt hat. „Gesundheit“ ist nach unseren Befunden im Jahre 2007 keine Wertorientierung, die sich deutlich stärker als fünf Jahre zuvor auch im Alltagsverhalten der Bevölkerung niederschlägt – dies gilt zumindest für die

Gesundheitsbezogene Einstellungs- und Verhaltensmuster im Zeitverlauf 2002 bis 2007

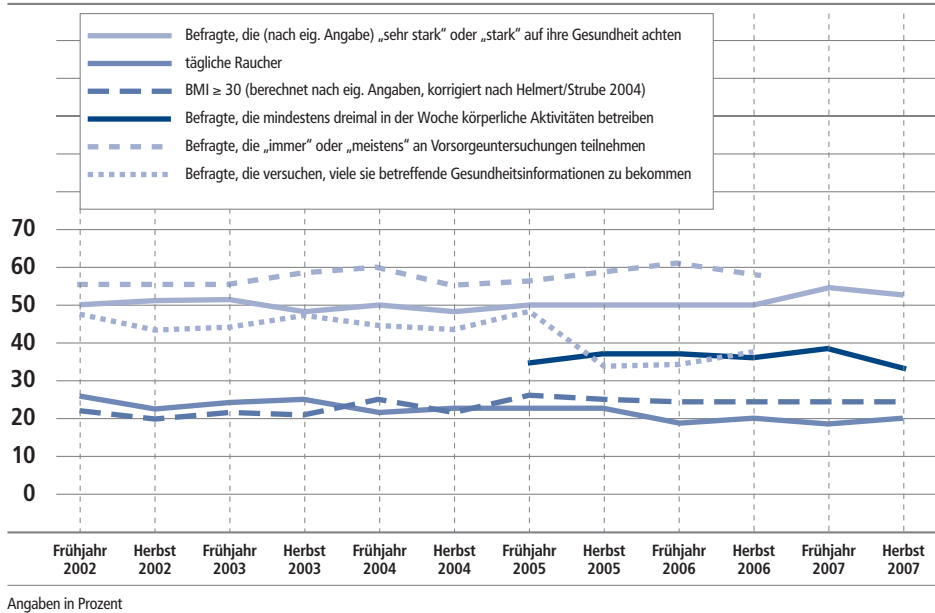


Abbildung 1 | BertelsmannStiftung

Zusammenhänge zwischen Rauchen und anderen Aspekten gesundheitlichen Risikoverhaltens

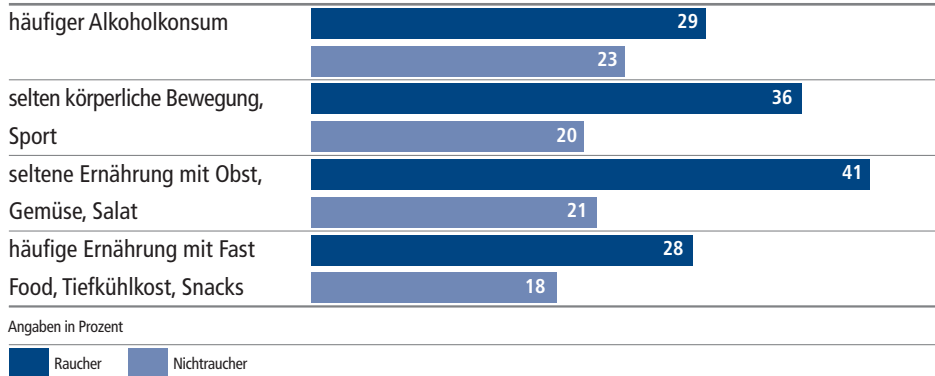


Abbildung 2 | BertelsmannStiftung

von uns herangezogenen Indikatoren und für die Gesamtbevölkerung im Alter von 18 bis 79 Jahren.

Wie viele Menschen leben konsequent gesundheitsbewusst?

Eine unlängst veröffentlichte englische Längsschnittstudie hat den kombinierten Einfluss von vier bekannten Risikofaktoren

auf die Sterblichkeitsrate analysiert und kommt zu dem Ergebnis: Ein besonders gesunder Lebensstil bedeutet im Vergleich zu einem sehr riskanten Gesundheitsverhalten einen Unterschied von 14 Jahren Lebenserwartung. Dabei wurden Einflussfaktoren wie Alter, Geschlecht und Schichtzugehörigkeit statistisch kontrolliert. Der gesunde Lebensstil war definiert über vier

Aspekte: Regelmäßige körperliche Aktivität, Nichtraucher, nur mäßiger Alkoholkonsum, gesunde Ernährung mit 5 Portionen Obst und Gemüse am Tag. Deutlich wurde in der Studie auch, dass ein konsequent gesundheitsbewusstes Verhalten nur bei einer Minderheit von 21 Prozent der Männer und 39 Prozent der Frauen in England vorzufinden ist (Khaw u. a. 2008).

Zwar lässt sich die in der englischen Studie gewählte Operationalisierung aufgrund anderer Fragenformulierungen nicht exakt mit den Daten des Gesundheitsmonitors reproduzieren. Näherungsweise allerdings geben auch unsere Daten Aufschluss darüber, wie stark ein gesunder Lebensstil in der Bevölkerung verbreitet ist. Es zeigt sich, dass der Anteil derjenigen, die

- nicht rauchen,
 - alkoholische Getränke nur „manchmal“, „selten“ oder „nie“ konsumieren,
 - frisches Obst, Salat oder Gemüse täglich zu sich nehmen,
 - und mindestens dreimal wöchentlich körperlich aktiv sind,
- in der Bevölkerung nur 16 Prozent ausmacht.

Frauen leben gesundheitsbewusster (19 Prozent) als Männer (13 Prozent), allerdings ist die Quote nicht wie in England doppelt so hoch. Das Bildungsniveau zeigt hier keinen Einfluss, wohl aber das Lebensalter: Ältere (ab 60 Jahren) sind doppelt so oft gesundheitsbewusst (24 Prozent) wie Jüngere unter 40 Jahren (11 Prozent). Der Einfluss des Alters wirkt sich in diesem Zusammenhang – wie eine multivariate Analyse zeigt – auch unabhängig von der Selbsteinstufung des Gesundheitszustands oder der Betroffenheit von einer chronischen Erkrankung aus.

In einer Faktorenanalyse zeigt sich als struktureller Zusammenhang zwischen den fünf Merkmalen des gesundheitlichen

Risikoverhaltens, dass der Alkoholkonsum ein relativ eigenständiger Faktor ist, während Rauchen, wenig Bewegung und ungesunde Ernährung sehr eng miteinander zusammenhängen. Abbildung 2 verdeutlicht diesen Zusammenhang des Rauchens mit anderen Aspekten des Risikoverhaltens: Raucher betreiben seltener Sport bzw. haben weniger körperliche Bewegung im Vergleich zu Nichtrauchern und ihr täglicher Speiseplan umfasst sehr viel seltener Obst, Salat und Gemüse. Der Zusammenhang zwischen Rauchen und Alkoholkonsum ist im Vergleich dazu sehr viel weniger stark ausgeprägt.

Selbstkritik bei Risikogruppen?

Wenn sich für verschiedene Merkmale des Gesundheitsverhaltens, wie weiter oben dargestellt (Abbildung 1), keine nachhaltig positiven Veränderungen zeigen, so bleibt offen, ob nicht zumindest im Bewusstsein der Bevölkerung eine Veränderung eingetreten ist. Überprüft man für die einzelnen Risiko- und Kontrollgruppen (Raucher vs. Nichtraucher usw.), ob sie ihr Gesundheitsverhalten insgesamt als verbesserungsbedürftig einstufen, dann zeigen sich in bivariaten Analysen zunächst mäßig starke, wenn auch statistisch signifikante Zusammenhänge für alle gesundheitsriskanten Verhaltensmerkmale. Allerdings gilt dies auch für mehrere sozialstatistische und gesundheitliche Merkmale: Männer, Jüngere und Befragte mit weniger gutem Gesundheitszustand sind auch kritischer in ihrer Selbsteinschätzung.

Um diese Einflüsse zu kontrollieren, wurde eine multivariate Analyse (logistische Regression) durchgeführt, deren Ergebnisse in Abbildung 3 wiedergegeben sind. Aufgeführt sind dort die Wahrscheinlichkeiten (OR: „Odds-Ratios“) für eine selbstkritische Gesamtbewertung des eigenen Gesundheitsverhaltens unter gleichzeitiger Berücksichtigung sozialstatistischer Merkmale. Deutlich wird aus diesen

Ergebnisse der multivariaten Analyse (logistische Regression) zur kritischen Bewertung des eigenen Gesundheitsverhaltens

chronische Erkrankung	1,0
höchster Schulabschluß	1,1
Geschlecht	1,1
Gesundheitszustand	1,8
Lebensalter	1,8
Ernährung: Fast Food, Tiefkühlk., Snacks	1,3
Ernährung: Gemüse, Obst, Salat	1,3
Alkoholkonsum	1,3
Sport, körperliche Bewegung	1,5
BMI	2,2
Rauchen	4,0

Odds-Ratios für Merkmale des Gesundheitsverhaltens und sozialstatistische Merkmale

Abbildung 3

| BertelsmannStiftung

Daten, dass das Merkmal Rauchen am stärksten zu einer Selbstkritik (oder einem schlechten Gewissen) führt. Die Wahrscheinlichkeit einer negativen Gesamtbewertung des eigenen Verhaltens liegt bei Rauchern viermal so hoch wie bei Nichtrauchern. Im Vergleich dazu sind die Effekte anderer gesundheitsriskanter Verhaltensweisen eher gering: Bei unzureichender körperlicher Bewegung und wenig Sport hat die OR für eine Selbstkritik des Gesundheitsverhaltens nur den Wert 1,5. Für Alkoholkonsum und ungesunde Ernährung ist der Wert lediglich 1,3. Ein wenig höher (2,2) fällt der Einflussfaktor für den Body-Mass-Index aus.

Dieser Befund wird durch zwei weitere Indikatoren untermauert. Für die Frage, ob man sich in der letzten Zeit Sorgen über das eigene Gesundheitsverhalten gemacht und zugleich Probleme gesehen hat, es zu ändern und ebenso für die Frage, wie stark man im Allgemeinen auf seine Gesundheit achtet, zeigen sich vergleichbare Tendenzen. Auch dort erbringen multivariate Analysen das Ergebnis, dass Raucher am deutlichsten Selbstkritik üben

und ihren Lebensstil als gesundheitsriskant bewerten. Dies bedeutet, dass die Botschaften zu den vielfältigen Gesundheitsrisiken des Rauchens in der Bevölkerung angekommen sind. Wer heute noch raucht, hat ganz überwiegend ein schlechtes Gewissen oder erkennt darin zumindest ein veränderungsbedürftiges Verhalten. Mit deutlichen Abstrichen gilt dieser Befund auch für übergewichtige und adipöse Bevölkerungsgruppen. Für die übrigen hier betrachteten Verhaltensmerkmale jedoch wird ein Veränderungsbedarf nur in sehr viel geringerem Maße erkannt.

Wahrgenommene Beeinflussbarkeit der eigenen Gesundheit

Finden sich bei Bevölkerungsgruppen mit gesundheitsriskantem Verhalten möglicherweise Deutungsmuster, die diesen Lebensstil legitimieren – etwa dadurch, dass Gesundheit als weitgehend unbeeinflussbar definiert wird? Überprüft man zunächst einzelne Verhaltensmerkmale (Rauchen, Bewegung, Alkoholkonsum, Ernährung), dann zeigen sich keine oder überaus schwache Zusammenhänge zu solchen Interpretationen. Die Korrelation

Zusammenhänge zwischen Interpretationsmustern über die persönliche Beeinflussbarkeit von Gesundheit und gesundheitslichem Risikoverhalten

Befragte mit ... gesundheitsriskanten Verhaltensmustern	0	1	2	3-5
„Man hat seine Gesundheit in den eigenen Händen“ (eher oder völlige Zustimmung)	79	79	76	77
„Gesundheit ist in der Hauptsache eine Frage von guter Veranlagung und Glück“ (eher oder völlige Zustimmung)	52	54	60	54
„Gesundheit wird in erster Linie dadurch bestimmt, was man selbst dafür tut“ (eher oder völlige Zustimmung)	92	91	87	87
„Ob man gesund bleibt, ist eine Frage zufälliger Ereignisse“ (eher oder völlige Ablehnung)	69	69	65	62
„Wie viel kann man persönlich zum Erhalt der Gesundheit, zur Verhütung von Krankheiten und gegen eine Verschlechterung des Gesundheitszustands tun?“ (sehr viel oder eher viel)	86	85	82	78

Angaben in Prozent

Tabelle 1

| BertelsmannStiftung

nen liegen durchweg im Bereich von 0.00 bis maximal 0.07. Überprüft man weiterhin, ob nicht zumindest in Extremgruppen mit drei und mehr gesundheitsriskanten Verhaltensmustern solche Deutungen stärker verbreitet sind, verändert sich das Ergebnis kaum. Wie man in Tabelle 1 sieht, finden sich selbst für die beiden Extremgruppen mit einerseits 0 und andererseits 3 und mehr gesundheitsriskanten Verhaltensmustern nur sehr minimale (und nicht signifikante) Differenzen bei der Frage, in welchem Umfang man selbst seine Gesundheit beeinflussen kann.

Wir haben noch ein weiteres Merkmal herangezogen, um neben Deutungsmustern auch das konkrete Verhalten im Gesundheitssystem zu überprüfen: die Teilnahme an Früherkennungs-Untersuchungen. Hier zeigt sich (Abb. 4): Sowohl die Teilnahmequote für den Gesundheits-Check-Up als auch für die Krebsfrüherkennung sinkt in dem Maße, wie sich gesundheitsriskante Verhaltensweisen häufen. An Krebsfrüherkennungsuntersuchungen nehmen regelmäßig 51 Prozent derjenigen mit 0 riskanten Gewohn-

heiten teil, aber nur 25 Prozent derjenigen mit 3 oder mehr solcher Verhaltensmerkmale.

Für die Bewertung dieses Zusammenhangs gilt es allerdings zu berücksichtigen, dass Frauen und auch Ältere häufiger zur Früherkennung gehen und beide Gruppen gleichzeitig auch häufiger gesundheitsbewusst leben. Eine für das Beispiel Krebsfrüherkennung durchgeführte multivariate Analyse zeigt: Das Geschlecht ist der mit Abstand bedeutsamste Einflussfaktor (OR für regelmäßige Teilnahme: 4.2). Aber auch Merkmale des Gesundheitsverhaltens spielen eine Rolle, wobei das Nicht-rauchen an der Spitze steht (OR: 1.7).

Die Deutungsmuster jener Bevölkerungsgruppen, die sehr gesundheitsriskant leben, sind also durchaus beeinflusst von den in den Medien und im sozialen Umfeld verbreiteten Botschaften über die Risiken einer ungesunden Lebensweise. Auch diese Gruppen sind mehrheitlich der Meinung, dass der Gesundheitszustand sehr stark vom eigenen Verhalten ab-

hängt. Die geringere Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen dokumentiert aber auch Spuren emotionaler Verunsicherung. Auch wenn die Angst vor einer Krankheitsdiagnose nur ein Einflussfaktor für dieses Vermeidungsverhalten ist (vgl. Koch & Scheibler 2007), so lässt sich doch feststellen, dass ein gesundheitsriskanter Lebensstil auch die Inanspruchnahme der medizinischen Versorgung beeinflusst – zumindest dann, wenn es um eine medizinische Diagnose möglicher Negativfolgen des eigenen Lebensstils geht.

Zusammenfassung und Diskussion

Eine in Pressemeldungen zuletzt suggerierte Trendwende hin zu gesundheitsbewussteren Einstellungs- und Verhaltensmustern in der Bevölkerung lässt sich nach den Daten des Gesundheitsmonitor im Zeitraum 2002 bis 2007 so nicht bestätigen, zumindest für die berücksichtigten Indikatoren (Rauchen, BMI, Achten auf Gesundheit, Bewegung, Vorsorgeuntersuchungen, Informationsverhalten) und für die Bevölkerung im Alter von 18 bis 79 Jahren.

Für das Rauchen ist feststellbar, dass zumindest die Informationen zu damit verbundenen Gesundheitsrisiken in der Bevölkerung angekommen sind, auch wenn konkrete Verhaltensänderungen sich erst bei Jüngeren abzeichnen. Raucher bewerten ihr Gesundheitsverhalten heute besonders häufig als veränderungsbedürftig. Mit deutlichen Abstrichen gilt dies auch für den Risikofaktor Übergewicht und Adipositas, für andere Merkmale wie Alkoholkonsum, ungesunde Ernährung oder mangelnde Bewegung jedoch nicht.

Deutungsmuster, nach denen Gesundheit primär von schicksalhaften, zufälligen oder genetischen Faktoren beeinflusst wird, sind keine zentrale Präventionsbarriere. Sogar Gruppen mit einer Häufung gesundheitsriskanter Verhaltensweisen

Gesundheitliches Risikoverhalten und Teilnahme an Gesundheits-Check-Up sowie Krebsfrüherkennung (Angaben in Prozent der Anspruchsberechtigten)

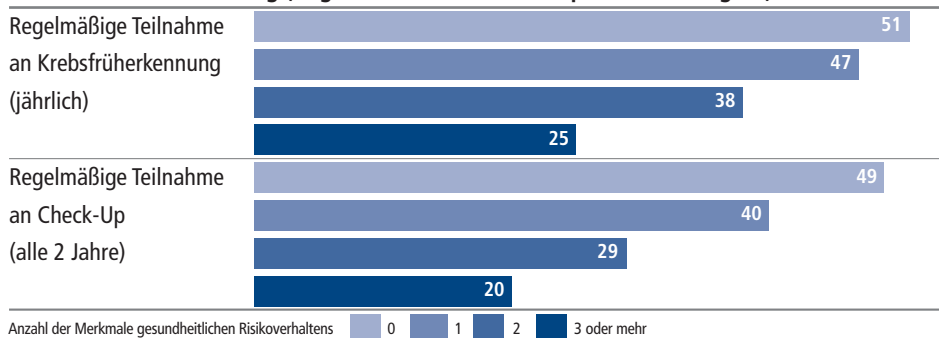


Abbildung 4

| BertelsmannStiftung

wissen, dass ihre Gesundheit und mögliche zukünftige Erkrankungen wesentlich durch eigenes Verhalten beeinflusst sind. Bei diesen Gruppen zeigt sich aber auch, dass sie Früherkennungsuntersuchungen eher meiden.

Für eine gesundheitspolitische Bilanz dieser Befunde lohnt es, zunächst die Frage aufzugreifen, warum das Rauchen derzeit in der Bevölkerung als besonders problematisch wahrgenommen wird. Mehrere Faktoren sind hier von Bedeutung. Zum einen ist hervorzuheben, dass die Informationen über gesundheitliche Risiken des Tabakkonsums bis heute kein „Wenn und Aber“ enthalten, die Befunde über Lungenkrebs und Herz-Kreislauf-Erkrankungen durch Tabak sind eindeutig und durch viele Studie belegt. Diese Unmissverständlichkeit und Eindeutigkeit der in epidemiologischen Studien wie Medienberichten mitgeteilten Risiken gilt für andere Aspekte des Gesundheitsverhaltens kaum.

So folgten bei den Themen Übergewicht oder Alkohol zuletzt Entwarnungen auf Warnungen, Relativierungen auf Risikobotschaften. Um nur zwei Beispiele zu nennen: Für das Problem Übergewicht wurde im November 2007 in einer Studie

berichtet, dass ein BMI von 25 bis 30 sogar eine niedrigere Mortalität durch bestimmte Erkrankungen mit sich bringt (Flegal 2007). Warnungen zum Alkoholmissbrauch wurden im März 2008 in einer Studie mit dem Fazit relativiert: Ein moderater Alkoholkonsum bewirkt bei Personen mittleren Alters, die bislang keinen Alkohol getrunken haben, schon nach kurzer Zeit ein niedrigeres Risiko für Herzerkrankungen (King 2008).

Die Widerspruchsfreiheit der in den Medien berichteten wissenschaftlichen Befunde über verhaltensbedingte und damit vermeidbare Erkrankungsrisiken ist damit der eine zentrale Einflussfaktor. Ein zumindest ebenso wichtiger Hintergrund ist darin zu sehen, dass die präventiven Maßnahmen gegen das Rauchen in den letzten Jahren sehr konsequent waren. Zwar wurden Rauchverbote in öffentlichen Gebäuden, Verkehrsmitteln und in der Gastronomie als Nichtraucher-schutz begründet, körperlich spürbar sind sie jedoch jetzt auch für Raucher. Und parallel dazu nimmt die Bevölkerung weitere Interventionen wahr: Warnhinweise auf Tabakpackungen, Einschränkungen des Tabakerwerbs für Jugendliche an Automaten, Verbot der Tabakwerbung in vielen Medien. In Kombination mit

Informationskampagnen und Präventionsmaßnahmen in verschiedenen Settings (rauchfreie Schulen, Betriebe, Krankenhäuser) resultierte daraus ein komplexer und weit gestreuter Interventionsmix aus verhaltens- und verhältnisorientierten Ansätzen, der aufgrund seiner Vielschichtigkeit und fast allorts erfahrbaren Präsenz ein hohes Maß an Glaubwürdigkeit und Überzeugungskraft bekam.

Dass die Raucherquote in der Bevölkerung in den letzten Jahren nicht nachhaltig zurückgegangen ist, steht dazu nicht im Widerspruch. Zunächst einmal dokumentieren die eingangs referierten Befunde zu den sinkenden Raucherzahlen bei Kindern und Jugendlichen (BZgA, 2007a), dass Primärprävention auch mittelfristig durchaus erfolgreich sein kann. Darüber hinaus zeigen unsere Befunde zur größten Selbstkritik der erwachsenen Raucher, dass nach dem Transtheoretischen Modell (Prochaska & DiClemente 1984) zumindest Eingangserfolge erzielt wurden. Die Stufe der Sorglosigkeit (precontemplation) über das eigene Risikoverhalten scheint mit der Entwicklung eines Problembewusstseins und mit dem Einsetzen eines (negativ besetzten) emotionalen Erlebens deutlich überwunden.

Übernimmt man die in diesem Modell beschriebene Stufenleiter kognitiv-emotionaler und verhaltensbezogener Strategien im Verlauf der Veränderung gesundheitlichen Risikoverhaltens, dann ist nach unseren Befunden feststellbar, dass für die Bereiche Ernährung, Bewegung und Alkoholkonsum weitaus weniger Fortschritte erkennbar sind als für das Rauchen und dass sich ein großer Bevölkerungsanteil noch auf der Stufe der „Sorglosigkeit“ aufhält. Ursächlich dafür ist wohl nicht zuletzt, dass die Konzepte zur Primärprävention erst seit einigen Jahren neue Wege beschreiten. Zweifellos gibt es schon sehr viel länger Setting-Ansätze etwa in Schulen

oder Betrieben. Die politische und wissenschaftliche Favorisierung solcher Maßnahmen und empirische Belege für ihre weitaus größere Effektivität im Vergleich zu individuumsbezogenen Aufklärungs- und Informationskampagnen haben jedoch noch keine allzu lange Tradition.

Von daher sollten die auch in unseren Analysen feststellbaren Veränderungsbarrieren bei vielen gesundheitsriskanten Verhaltensweisen vor allzu großem Optimismus warnen, was eine rasche und nachhaltige Änderung des Status quo in der Gesamtbevölkerung anbetrifft. Die unterschiedliche Bewertung von Verhaltensrisiken in der Bevölkerung – Rauchen einerseits, Ernährung, Bewegung, Alkohol andererseits – macht aber auch deutlich, dass vor allem breit angelegte Präventionskampagnen und -programme unter Einbeziehung einer großen Zahl von verhaltens- wie verhältnispräventiven Maßnahmen Erfolg haben. Im Gutachten des SVR (2005) ist eine Reihe solcher Interventionen aufgeführt. Für den Bereich Ernährung und Bewegung diskutieren Altgeld, Rosenbrock und Amhof (2007) vielfältige Interventionsmöglichkeiten. Auch die im folgenden internationalen Teil dieses Newsletter beschriebenen Maßnahmen aus verschiedenen anderen Ländern bieten umfangreiche Anregungen, um die in Deutschland bislang eher geringen Erfolge von Prävention außerhalb des Feldes Rauchen zu überwinden.

Literatur

- Altgeld, Thomas, Rosenbrock, Rolf, und Amhof, Robert (2007). Gesundheitsbezogene Verhaltensweisen und Präventionskonzepte im Wandel? In Jan Böcken, Bernard Braun, Robert Amhof (Hrsg.), Gesundheitsmonitor 2007. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten (S. 155-177). Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.
- BMELV (Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz) und Max Rubner-Institut (2008). Nationale Verzehrs Studie II, Ergebnisbericht, Teil 1. Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit (o.J.). Bonusprogramme der gesetzlichen Krankenkassen: Punkten für die Gesundheit. In www.die-gesundheitsreform.de
- BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (2007a). Förderung des Nichtrauchens bei Jugendlichen 2007. Eine Repräsentativbefragung. Kurzbericht. Köln.
- BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (2007b). Alkoholkonsum der Jugendlichen in Deutschland 2004 bis 2007. Kurzbericht. Köln.
- DHS (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen) (2007). Daten/Fakten Alkohol. In www.dhs.de/web/datenfakten/alkohol.php
- esPresso (2008). Die Business-to-Business Information der FOCUS Magazin Verlag GmbH. „Vorbeugen statt Schlucken“. Ausgabe 2 / Februar 2008, S. 2
- Flegal, Katherine M. et al. (2007). Cause-Specific Excess Deaths Associated with Underweight, Overweight, and Obesity. In JAMA, 298(17), S. 2028-2037
- Hans Böckler Stiftung (2007). International erfolgreiche Interventionen der Prävention und ihre Übertragbarkeit auf Deutschland. Ein Projekt des Instituts für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität zu Köln. Düsseldorf.
- Helmert, Uwe, und Schorb, Friedrich (2007). Übergewicht und Adipositas: Fakten zur neuen deutschen Präventions-Debatte. In Gesundheitsmonitor Newsletter, Sonderausgabe 2007, S. 1-7. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Helmert, Uwe, und Strube, Helga (2004). Die Entwicklung der Adipositas in Deutschland im Zeitraum 1985 bis 2002. In Das Gesundheitswesen (66) 7, S. 409-415.
- Institut für Demoskopie Allensbach (2007). Mehr Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung. Allensbacher Berichte 2007, Nr. 13.
- Khaw, Kay-Tee et al. (2008). Combined Impact of Health Behaviours and Mortality in Men and Women: The EPIC-Norfolk Prospective Population Study. In PLoS Medicine Vol. 5, No. 1, e12, S. 39-47.
- King, Dana E. et al. (2008). Adopting Moderate Alcohol Consumption in Middle-age: Subsequent Cardiovascular Events. In American Journal of Medicine, Volume 121, Issue 3. March 2008.
- Koch, Klaus, und Scheibler, Fülöp (2007). Einstellungen und Informationsstand zur Früherkennung: Informiert und doch getäuscht? In Jan Böcken, Bernard Braun, Robert Amhof (Hrsg.), Gesundheitsmonitor 2007. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten (S. 178-200). Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.
- Kraus, Ludwig, Pabst, Alexander, und Steiner, Susanne (2008). Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen 2007 (ESPAD). Hrsg.: IFT Institut für Therapieforschung, IFT-Berichte Nr. 165, München.
- Lampert, Thomas: Epidemiologie des Rauchens in Deutschland. In Public Health Forum, Volume 15, Issue 1, 23 April 2007, Heft 54. 2-4.
- Prochaska, James O., und DiClemente, Carlo C. (1984). The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy. Homewood: Dow Jones/Irwin.
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2005). Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Gutachten 2005. Bonn.

„An ounce of prevention is worth a pound of cure“ Rechnet sich Prävention?

Von Norbert Mappes-Niediek, Sophia Schlette und Kerstin Blum

Die Meinung, dass „eine Unze Prävention“ so viel wert sei wie „ein Pfund Therapie“, ist weit verbreitet. Es erscheint einleuchtend: Wenn Prävention Krankheiten verhindert, sollte das nicht nur die Lebensqualität der Menschen steigern, sondern auch Behandlungskosten vermeiden. Dennoch werden nur wenige Ressourcen für Prävention bereit gestellt. Deutschland investierte im Jahr 2005 knapp vier Prozent des Gesundheitshaushalts in Prävention, Kanada als Spitzenreiter der OECD rund neun Prozent (OECD Gesundheitsdaten 2007).

Mehr Geld für Prävention scheint die logische Forderung. Doch bei den Zahlern herrscht weiterhin Zurückhaltung. Als Grund wird oft angeführt, dass die wissenschaftlichen Belege dafür, dass Prävention sich tatsächlich rechnet, bisher eher dürftig sind und die Forschungslage unübersichtlich. Um Licht in das Forschungsdickicht zu bringen, hat die Bertelsmann Stiftung einen Überblick über die weltweite Literatur zur Vorbeugung vor Herz- und Gefäßkrankheiten in Auftrag gegeben, für die systematisch alle Artikel ausgewertet wurden, die dazu zwischen 1995 und 2005 in Fachzeitschriften erschienen waren.

Um es vorweg zu nehmen: Lediglich wenige, kaum verallgemeinerbare Langzeitstudien wiesen für einzelne, meist komplexe Programme der Prävention und Gesundheitsförderung gute Effekte nach. Eine US-Studie untersuchte ein Projekt mit dem Ziel, Kinder an Schulen vor Fettleibigkeit zu schützen. Die jährliche Investition von 14 Dollar pro Kind, die für die Umstellung des Lehrplans in Literatur und Kunst, Natur- und Sozialwissenschaften und Sport

investiert wurden, lohnte sich: Knapp zwei Prozent der Schüler verloren bestehendes Übergewicht. Die Studie errechnete die ökonomischen Vorteile, wenn bei diesen Kindern im späteren Leben Adipositas verhindert wurde: das Programm war klar kosteneffektiv (Wang, LY 2003). Norwegische Forscher wiederum errechneten, welche ökonomischen Folgen es hätte, wenn man durch Info-Kampagnen, Auszeichnung von Produkten und mit weniger Salz in Fertignahrungsmitteln den täglichen Salzverbrauch jedes Norwegers um sechs Gramm senken würde. Heraus kommt nach 25 Jahren ein Gewinn von 117 Millionen Dollar – erreicht durch 7000 weniger Herzinfarkte und 4000 weniger Schlaganfälle (Selmer, RM 2000).

Doch der weltweite Überblick bewies auch: Der Forschungsstand zur Kosteneffektivität von Prävention ist mager. Die Forscher fanden zwar immerhin 195 Studien, die direkt Kosten und Nutzen der Prävention von Herz- und Gefäßkrankheiten verglichen. Als man jedoch Studien zum Rauchen ausschloss, weil der Nutzen des Nichtrauchens bereits hinlänglich belegt ist, und auf Übergewicht und seine Folgen als größte gesundheitspolitische Herausforderung fokussierte, blieben nur noch 35 Untersuchungen übrig. Die meisten stammten aus den USA und aus Großbritannien und bezogen sich auf 35- bis 64-Jährige. Kinder und Jugendliche kamen kaum vor – und das, obwohl man bei ihnen mit Prävention vermutlich besonders viel erreichen kann.

Von den 195 Kosten-Nutzen-Analysen maßen 87 Prozent die Wirkung von klinischer Prävention – also etwa von Medika-

menten zur Senkung des Cholesterinspiegels. Nur zehn Prozent befassten sich mit komplexeren Fragen: dem Effekt von Gesundheitsförderung, Infokampagnen oder Gesetzen. Ganze drei Prozent der Studien schließlich untersuchten den Erfolg von Screenings. Überdies kam der Verdacht auf, dass bisweilen voreingenommen geforscht wird: Studien mit negativem Ergebnis werden abgebrochen oder nicht publiziert. Interessant ist das, wenn man sich vor Augen hält, dass die meisten Studien präventive Präparate testen, an denen jemand verdient. Dazu passt, dass immerhin 26 Prozent der Studien von der Privatwirtschaft finanziert wurden und in 36 Prozent die Geldgeber unbekannt sind.

Auch wenn die Forschungslage derzeit keine allgemeinen Aussagen zulässt: Kosten-Nutzen-Analysen können an den Tag bringen, ob Aufwand und Ertrag präventiver Maßnahmen in einem vernünftigen Verhältnis stehen – nicht um Vorbeugung gegebenenfalls bleiben zu lassen, sondern um den besten Ansatz zu wählen. Das Ziel muss sein, Menschen ein gesünderes Leben zu ermöglichen – mit Hilfe der nachweisbar besten Methoden. Als Instrumente zur Einsparung von gesellschaftlichen Kosten wären Prävention und Gesundheitsförderung missverstanden.

Literatur

Schwappach, David, Till A Boluarte and Marc Suhrcke. “The economics of primary prevention of cardiovascular disease – a systematic review of economic evaluations”. *Cost Effectiveness and Resource Allocation* 2007; 5:5. www.resource-allocation.com/content/5/1/5.

Präventionsstrategien und -kampagnen in anderen Ländern

Von Norbert Mappes-Niediek und Kerstin Blum

Australien: Prävention – der Bund zahlt, die Länder glänzen

Nach zehn Jahren konzentrierter Förderung von Vorbeugungsprogrammen ist der fünfte Kontinent ein gutes Stück gesünder geworden: Die Brustkrebs-Mortalität bei Frauen sank von 71 auf 53 pro 100.000, die bei Gebärmutterhalskrebs von 3,4 auf 2,2. Andere Probleme allerdings bleiben bestehen oder verschlimmern sich noch: So ist trotz eines Kanülentauschprogramms immer noch jeder zweite Heroinsüchtige mit Hepatitis C infiziert, in den ostantarktischen Staaten steigen die HIV-Raten, vor allem junge Frauen rauchen wieder mehr und der Konsum so genannter Designer-Drogen hat kräftig zugenommen.

Die gemischte Bilanz ist das Ergebnis zweier Fünfjahrespläne, mit denen Canberra und die Bundesstaaten das System

öffentlicher Gesundheitsvorsorge kräftig aufgestockt haben. Ein wirkliches Leben ist mehr wert als ein statistisches: Der schräge Vergleich macht Präventionsexperten auch in Australien das Leben schwer. Aber immerhin hat die Einsicht, dass Vorbeugungsprogramme für die gesamte Bevölkerung oft mehr bringen als Investitionen in Therapie, hier auch die Politik erfasst. Seit elf Jahren finanziert die Regierung in Canberra den Bundesstaaten und Territorien großzügig Präventionsprogramme. 498 Millionen Euro sind für den laufenden Fünf-Jahres-Zeitraum zu dem Zweck reserviert. Das Geld geht in die Vorbeugung von Infektionen, besonders von HIV, in Screenings auf Krebs, besonders der Brust und des Gebärmutterhalses, sowie auf Risikofaktoren wie Alkohol- und Tabak-

missbrauch, in Frauengesundheit, Sexual- und Reproduktionsmedizin.

Auf Interesse stößt außerhalb Australiens vor allem die Konstruktion: Die Regierung, die den Großteil der Steuereinnahmen kontrolliert, tritt nur als Finanzier auf und überlässt den Teilstaaten die Ausgestaltung – und damit auch den Erfolg. Alle Bundesstaaten beteiligen sich. Abkommen zwischen Bund und Teilstaat legen genau fest, welche Ziele erreicht werden sollen. Gelobt wird dabei vor allem, dass Prävention nach eigenen Regeln finanziert wird und kein „Zubrot“ zu kurativen Ausgaben ist. Kritisiert wird an dem Programm vor allem der Aufwand für die Dokumentation.

www.hpm.org/survey/au/a9/1

Estland: Evaluation – kritisch, aber nützlich

Die estnische Krankenversicherung hat ihre Vorbeugungsprogramme gegen Brustkrebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Osteoporose extern evaluieren lassen. Auf den ersten Blick mit deprimierendem Ergebnis: Die Zielgruppen sind nicht klar definiert, die Teilnehmer-raten zu niedrig – so dass keine validen Kosten-Nutzen-Analysen erstellt werden konnten. Die Sammlung von Daten ist unsystematisch, die meisten Beteiligten haben vom Sinn einer mittelfristigen Leistungsmessung keinen Begriff. Das Personal ist unzureichend ausgebildet, ob die Nutzer zufrieden sind, wird nicht erhoben. Trotzdem sind die Esten mit dem Experiment „Evaluation“ glücklich. Dass der Erfolg eines Präventionsprogramms von außen beurteilt wurde, stellt die Beziehung zwischen ausschreibender Krankenversicherung und ausführender Einrichtung auf ganz neue Beine. Nebenbei wurden die Kriterien, an denen künftige Programme sich orientieren sollen, in der Kritik der alten weiterentwickelt – Besserung ist also in Sicht.

www.hpm.org/survey/ee/a10/1

Japan: Mindestschrittzahl pro Tag

Die Regierung in Tokio will mit einer Langzeitkampagne das Gesundheitsverhalten der Japaner beeinflussen. Im Fokus der Aufmerksamkeit stehen Ernährung, Bewegung, psychische Gesundheit, Tabak- und Alkoholgenuss, Zahngesundheit, Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs. Präzise Einzelziele sind formuliert – beispielsweise eine Mindestschrittzahl pro Tag, spezifiziert nach Geschlecht und Lebensalter. Die Krankenkassen machen öffentlich, wie viele ihrer Mitglieder noch rauchen. Die Massenmedien konzentrieren sich auf das so genannte Stoffwechselsyndrom als wichtigsten Risikofaktor für viele Krankheiten.

Das langfristig angelegte Programm läuft noch bis 2010. Eine Zwischenbilanz nach fünf Jahren ergab, dass die Sterblichkeit aufgrund von koronarer Herzkrankheit bei Männern und Frauen zurückgegangen ist. Auf Fettsucht bei Männern und auf Diabetes dagegen hatte der Plan bisher keinen Einfluss.

www.hpm.org/survey/jp/a9/1 und www.hpm.org/survey/jp/a10/4

Israel: Gegen Lungenentzündung und Oberschenkelhalsbruch

Die israelische Krankenkasse Maccabi hat sich mit Erfolg um ihre betagteren Mitglieder bemüht: Ältere Patienten, deren Ärzte sich in ein Pilotprogramm eingeschrieben hatten, konnten eine maßgeschneiderte Gesundheitsversorgung erhalten. Entwickelt wurde das Pilotprogramm von ESHEL, einem gemeinnützigen Verband, der sich für Gesundheit und Lebensqualität im Alter einsetzt.

Das Angebot umfasste Impfungen gegen Grippe und Lungenentzündung, Screening auf Hörschäden und Sehfehler, Ernährungsberatung, Aufklärung und Beratung zu körperlicher Bewegung sowie Nachbereitung von und Vorsorge vor Stürzen. Jeder Teilnehmer bekam einen individuellen Versorgungsplan. Ausgeführt wurde das Programm von eigens darauf vorbereiteten niedergelassenen

Ärzten. Vor allem die Älteren selbst waren mit Enthusiasmus dabei. Besonders beliebt waren kostenlose Kurse in Gymnastik und Bewegung.

In einer Evaluierung zum Abschluss wurden die Teilnehmer mit zwei Kontrollgruppen verglichen: Die eine bestand aus Patienten, die nicht selber, aber deren Ärzte an dem Programm teilgenommen hatten, die andere aus ganz Unbeteiligten: Nicht nur die teilnehmenden Patienten profitierten. Wie sich zeigte, hatten die Ärzte von dem Gelernten einiges in ihr Standard-Repertoire aufgenommen: Sie hatten ihre Patienten, gleich ob im Programm oder nicht, nach Hör- und Sehtests und nach Impfungen gefragt. Ging es um den Lebensstil, blieben sie dagegen zurückhaltend: Die Ärzte hatten es sich zum Beispiel nicht angewöhnt, ihre Patienten nach dem

Gewicht zu fragen oder über die Bedeutung körperlicher Bewegung aufzuklären.

ESHEL gab den Anstoß zu dem Programm. Maccabi, wo jeder vierte Israeli versichert ist, erwies sich als passender Partner. Bevor das Pilotprogramm in die Regelversorgung aufgenommen wird, soll es nochmals überarbeitet werden. Denn die Evaluierung ergab: Für eine nachhaltige Verbesserung beim Gesundheitszustand Älterer müssten Ärzte ihren Patienten mehr Zeit widmen. Dann allerdings dürften Versorgungsqualität, Gesundheitszustand, Zufriedenheit und Teilhabe der Älteren signifikant steigen, besonders in entlegenen Gebieten, wo der Bildungsgrad geringer und das Wissen um gesunde Lebensweise weniger verbreitet ist.

www.hpm.org/survey/is/a8/2

Neuseeland: Harte Gesundheitsziele

Neuseeland, Vorbild bei der Formulierung von Gesundheitszielen, hat wieder zehn neue festgelegt: 95 Prozent der Zweijährigen sollen voll geimpft sein, 85 Prozent der Jugendlichen zum Zahnarzt gehen. Die Wartezeit für eine Krebstherapie soll auf maximal acht Wochen sinken, vermeidbare Krankenhauseinweisungen sollen reduziert werden. Diabetiker sollen besser erfasst, besser gemanagt und regelmäßiger auf Netzhautveränderungen untersucht werden. Neun von zehn Psychiatrie-Patienten sollen einen Rückfallverhütungsplan bekommen. Zur Vermeidung von Fettleber soll die Stillrate sechs Wochen alter Babys auf 74 Prozent steigen, bei den dreimonatigen auf 67 Prozent und bei den sechsmonatigen auf 27 Prozent. Unter den 15-Jährigen soll der Anteil der Nichtraucher um zwei Prozent, in den Haushalten mit Kindern auf 75 Prozent steigen.

Verantwortlich für die Umsetzung sind die Gesundheitsbehörden der Bezirke. Bisher sind keine Anreize oder Sanktionen an die Gesundheitsziele geknüpft, was laut Experten ein Haken sein könnte.

www.moh.govt.nz/healthtargets

Frankreich: Teenager wollen nicht zum Zahnarzt

Ernüchternde Erfahrungen hat Frankreich bei dem Versuch gemacht, Teenager zum Zahnarztbesuch zu bewegen. Zwischen 15 und 18 Jahren bekommt jeder Jugendliche in Frankreich zum Geburtstag einen Brief mit einer Einladung zu einem kostenlosen Vorsorgetermin. Auch die eventuell fällige Behandlung ist umsonst. Geworben wird in Fernsehspots, Musiksendern und mit Flugblättern.

Zwar stellte sich heraus, dass mehr als die Hälfte derer, die kamen, eine Behandlung brauchten – das Programm bedient also einen großen Bedarf. Aber nur wenige nutzten das Angebot: Nur 20 Prozent der Zielgruppe nahm mindestens einmal teil, nur 0,7 Prozent ließen sich wie vorgesehen in drei aufeinander folgenden Jahren untersuchen. Etwas besser war die Beteiligung bei denen, die den Zahnarzt gleich um die Ecke haben. Auch die Ausdehnung auf 13- und 14-Jährige brachte keine größere Akzeptanz. Die Zahnärzte klagten über umständliche Anträge. Mehr direkte Ansprache in Schulen und über Sozialverbände sowie eine überarbeitete Medienkampagne sollen jetzt die Teilnahmequoten steigern.

www.hpm.org/survey/fr/a9/3 und www.mtdents.info

Slowenien: Rauchfrei und glücklich

Ljubljana bot im letzten Winter ein ungewohntes Bild: Noch bei Temperaturen um den Gefrierpunkt hatten die Wirte Stühle und Tische vor die Tür gestellt, und etliche Unentwegte in Mantel und Mütze rührten in ihren Kaffees. Das verdanken sie dem neuen Tabakgesetz, welches das Rauchen in geschlossenen Räumen nach italienischem, norwegischem und irischem Vorbild ganz untersagt. Vor den Türen der Gasthäuser qualmt allerdings eine Minderheit. 80 Prozent der Slowenen befürworten das Gesetz, auch immerhin 55 Prozent der Raucher. 48 Prozent der Teilnehmer an einer Internet-Umfrage bekannten, sie gingen nun lieber in Kneipen und Restaurants. Nur 22,8 Prozent der Slowenen rauchen. Allerdings geht der Lungenkrebs hier nicht so stark zurück wie in Großbritannien oder in Italien, und unter Frauen nimmt die Rate sogar zu.

Das Tabakgesetz war mit den Stimmen fast aller Parteien verabschiedet worden. Eine Ausnahme war die rechtsradikale Nationalpartei, die für kleine Gasthäuser unverhältnismäßige Umsatzstrafen fürchtete. Gastronomie-Verbände, besonders von Restaurants, reagierten überwiegend aufgeschlossen. Die Klage des Verbands der kleinen Gasthäuser, die nur Getränke anbieten, wies das Verfassungsgericht ab. Ihre Drohung, Kunden zum Rauchen zu ermuntern, machten die Gastwirte aus Furcht vor Sanktionen nicht wahr. Entsprechend wurden nur wenige Bußgeldbescheide erlassen. Die Wirte fürchten nun, dass mit dem Rauchen auch der Genuss alkoholischer Getränke zurückgehen könnte. Auf die Alternative, mehr Nichtalkoholisches und Snacks anzubieten, sind sie bisher nicht gekommen.

www.hpm.org/survey/si/a10/4

Frankreich/England: Rauchfreie Umwelten

In Frankreich sind seit Jahresbeginn neben Arbeitsplätzen und dem öffentlichen Raum auch Restaurants, Cafés und Nachtclubs rauchfrei. Verboten ist das Rauchen auch auf Schulhöfen; Raucheräume in Betrieben müssen vom Arbeitgeber geschlossen werden, wenn sie nicht eine spezielle Belüftung aufweisen. Schon seit 2001 hatte Frankreich die Abgabe von Zigaretten an Jugendliche verboten und die billigen Zehnerpackungen vom Markt genommen. Ein früheres Rauchergesetz von 1991 war nur unzureichend umgesetzt worden. Diesmal greifen die Maßnahmen. Nikotin-Entzug wird teilweise von der Kasse bezahlt, und die Regierung hilft Entwöhnungswilligen mit Beratung und einer Website.

Noch strenger sind die neuen Bestimmungen in England. Seit 2007 darf in Geschäften, Büros, Fabriken, Kneipen, Restaurants, Klubs, in öffentlichen Transportmitteln und Werksfahrzeugen, die von mehr als einer Person genutzt werden, nicht mehr geraucht werden. Vorbild waren ähnliche Regelungen in New York, Irland und Schottland. Wie in Frankreich wurde auch in England das Mindestalter für die Abgabe von Zigaretten von 16 auf 18 Jahre erhöht. Auch das britische Gesetz wird befolgt: Zwei Wochen nach dem Inkrafttreten hatten 97 Prozent der kontrollierten Einrichtungen die Verbote umgesetzt. Die Kommunalbehörden mussten nur 142 schriftliche Warnungen absetzen. Vor allem Frankreich galt bisher als Raucherland: Einer von zwei jungen Erwachsenen unter 30 Jahren greift täglich zur Zigarette. Das Rauchen verursacht im Jahr direkt oder indirekt 67.000 Todesfälle, ein Drittel davon an Lungenkrebs.

www.hpm.org/survey/uk/a10/4 und

www.hpm.org/survey/fr/a9/2

Neuseeland: Rauchern beim Aufhören helfen – aber wie?

Aus- und weitergebildete Fachleute sollen den Neuseeländern helfen, mit dem Rauchen aufzuhören. Die Regierung will dafür Fachwissen auf drei Ebenen bereitstellen: Zum einen für Spezialisten, die sich ganz auf Abgewöhnungstechniken konzentrieren, zum zweiten für „Generalisten“, die auch andere Aufgaben wahrnehmen. Gewisse Kernkompetenzen schließlich sollen allen Ärzten und Pflegekräften vermittelt werden. Zielgruppen sollen vor allem die Gruppen sein, bei denen man sich den größten Effekt verspricht: Maoris, Pazifikinsulaner und schwangere Frauen.

Ein Leitfaden stellt drei Grundregeln auf: Jeder Beschäftigte in der Gesundheitsversorgung soll seine Patienten fragen, ob sie rauchen. Ob aufhörwillig oder nicht, jeder Raucher soll kurz über die Gefahren des Rauchens und die Vorteile eines Rauchstopps informiert werden. Wer aufhören möchte, soll zu einem Spezialisten überwiesen werden und in jedem Fall evidenzbasierte Tipps und Hilfsmittel erhalten.

Dafür hat das Gesundheitsministerium alle bekannten Maßnahmen – von persönlicher Beratung über Telefon-Hotlines bis hin zu Nikotinersatz – in vier Gruppen einteilt: Von solchen, die erwiesenermaßen wirken, bis hin zu nicht empfehlenswerten Maßnahmen. Bei jeder Therapie gibt es Hinweise, für wen sie geeignet ist, wie lange sie dauern sollte oder wie hoch die Dosis sein muss. Basis waren Fachliteratur und Experteninterviews. Für 2010 ist bereits eine erneute Recherche geplant, um die Informationen auf aktuellem Stand zu halten.

Infos unter www.moh.govt.nz/tobacco

Buchtipp

Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen – die Rolle der Primärversorgung

Die englischsprachige Publikation beschreibt die unterschiedlichen Strategien zur Qualitätsverbesserung im Bereich der kardiovaskulären Prävention in zehn europäischen Ländern. Sie liefert Übersichten zu flächendeckenden Programmen und erste politische Handlungsempfehlungen. Damit unterstützt sie den Prozess des gegenseitigen Lernens und eine Weiterentwicklung präventiver Ansätze in der Primärversorgung.

Die länderbezogenen Kapitel beantworten folgende Fragen:

- Wie sind die Rahmenbedingungen für Prävention in der Primärversorgung gestaltet?
- Welche präventiven Maßnahmen werden angeboten?

- Welche Berufsgruppen sind eingebunden?
- Wie sind die finanziellen Anreize gestaltet?

Die Publikation ist die erste Veröffentlichung im Rahmen des Projektes „EPA Cardio“. Gemeinsam mit internationalen Wissenschaftlern und Praktikern arbeitet die Bertelsmann Stiftung seit 2006 in diesem Projekt an der Verbesserung der Prävention und des Risikomanagements von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in der Primärversorgung. Bis Ende 2009 werden international validierte Instrumente und Verfahren zur Bewertung und Weiterentwicklung des kardiovaskulären Risikomanagements entwickelt.

Weitere Informationen zum Projekt unter www.epa-cardio.de.



Lieshout, J.v., Wensing, M., Grol, R. (2008). *Prevention of cardiovascular diseases: The role of primary care in Europe*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

Die Publikation kann für 10 Euro erworben werden bei sigrid.tzyschakoff@bertelsmann.de

Bertelsmann Stiftung

Themenfeld Gesundheit

Carl-Bertelsmann-Str. 256
33311 Gütersloh
www.bertelsmann-stiftung.de

www.gesundheitsmonitor.de
www.hpm.org

Verantwortlich

Robert Amhof
Sophia Schlette

Redaktion

Robert Amhof
Kerstin Blum

Autoren

Kerstin Blum
Norbert Mappes-Niediek
Dr. Gerd Marstedt
Sophia Schlette

Kontakt

Martina Krause
Tel.: (05241) 81-8 13 81
Fax: (05241) 81-68 13 81
martina.krause@bertelsmann.de