

# Präventivmedizinische Versorgung

## Ergebnisse des Bundes-Gesundheitssurveys 1998

### Zusammenfassung

Nach den Ergebnissen einer repräsentativen Befragung (Bundes-Gesundheitssurvey 1998) wird ein Drittel der Bevölkerung im Alter von 18 bis 79 Jahren im Verlauf von 12 Monaten zum Gesundheitsverhalten ärztlich beraten; ein Zehntel nimmt an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung teil. Nur eine Minderheit der Befragungsteilnehmer mit gesundheitsbezogenem Risikoverhalten wird vom Arzt beraten bzw. nimmt an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung teil. Besonders gering ist die Erreichungsquote bei jüngeren und älteren Personen und bei den unteren sozialen Schichten. Männer nehmen an den Maßnahmen zur Gesundheitsförderung seltener teil als Frauen. Die am häufigsten in der ärztlichen Beratung angesprochenen Themenbereiche (Ernährung, Körpergewicht, sportliche Aktivität) führten subjektiv bei der Mehrheit der Patienten zu einer Verhaltensänderung. Auch die Mehrheit der Teilnehmer an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung berichtet eine Verbesserung des Befindens oder des Gesundheitszustands nach der Teilnahme. Geringe Effekte wurden durch die ärztliche Beratung zum Genuss- und Suchtmittelkonsum erzielt. Raucher, die das Rauchen aufgegeben hatten, erhielten in den meisten Fällen keine professionelle Hilfe. Befragungsteilnehmer, die ärztlich beraten wurden, und Teilnehmer an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung unterscheiden sich von den übrigen Befragungsteilnehmern durch eine höhere Gesundheitsbelastung (Lebensqualität, körperliche Beschwerden, Anzahl chronischer Erkrankungen).

### Schlüsselwörter

Prävention · Ärztliche Beratung  
Gesundheitsförderung  
Bundes-Gesundheitssurvey

Der Gesundheitsförderung und der Vermeidung von Erkrankungen wird sowohl von Wissenschaftlern als auch von Gesundheitspolitikern eine zentrale Rolle bei der Bewältigung der finanziellen und strukturellen Probleme des Gesundheitswesens zugeschrieben [1, 2]. So ließen sich nach konservativer Schätzung durch präventive Maßnahmen die auf Tabakkonsum zurückgehende Krebsmortalität um 10–12% und die auf gesundheitsgefährdende Ernährungsgewohnheiten zurückgehende Krebsmortalität um 4–11% senken [3]. Durch eine Stärkung der Krankheitsprävention könnte darüber hinaus das Eintreten vieler chronischer Erkrankungen auf ein höheres Lebensalter verschoben und die Lebensqualität im Alter verbessert werden [1]. Über diese besonders für den einzelnen Patienten wichtigen Effekte hinaus werden jedoch auch erhebliche gesundheitsökonomische Vorteile erwartet, z. B. Einspar-effekte von bis zu 30% der Gesundheitskosten [4]. Entsprechend der erwarteten positiven Effekte soll nach den Plänen der Bundesregierung die Prävention in Zukunft „... neben der kurativen Medizin, der Rehabilitation und der Pflege ... eine gleichberechtigte Säule im Gesundheitswesen“ bilden [5].

Gemessen an den für die Prävention aufgewandten finanziellen Mitteln – in den letzten Jahren entfielen von den Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen nur ca. 4,5% auf die Prävention und auf den Gesundheitsschutz [6] –, hat die Krankheitsvorsorge innerhalb des Gesundheitswesens gegenwärtig noch eine nachrangige Bedeutung. Viele Erkrankungen, insbesondere die am häufigsten in allen hoch entwickelten Industrienationen zum Tode führenden Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen, werden

durch gesundheitsschädigendes Verhalten, vor allem durch Rauchen, Über- bzw. Fehlernährung und Bewegungsmangel, unmittelbar oder mittelbar mitverursacht [7, 8, 9, 10, 11]. Daher besteht eine wesentliche Aufgabe der Prävention in der Minimierung des gesundheitsbezogenen Risikoverhaltens und in der Förderung des Gesundheitsverhaltens.

Einen Ansatz zur Beurteilung der Inanspruchnahme und der Effekte der Gesundheitsförderung bietet der Bundes-Gesundheitssurvey 1998. Aus den (subjektiven) Angaben der Befragungsteilnehmer des Surveys lassen sich Hinweise auf Potenziale und Schwächen präventivmedizinischer Interventionen ableiten. Hiermit steht neben objektiven Kriterien, die allerdings für die meisten Präventionsziele bisher kaum untersucht wurden [9], ein wichtiges Element zur Bewertung der vom Gesundheitswesen erbrachten präventiven Leistungen zur Verfügung.

### Der Bundes-Gesundheitssurvey

Die nachfolgend berichteten Daten zur Gesundheitsberatung und -förderung stammen aus dem Selbstbeurteilungsfragebogen des 1997–1999 vom Robert Koch-Institut (RKI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit durchgeführten Gesundheitssurveys. Als repräsentative Querschnittsstudie erfasst der Survey gesundheitsrelevante Merkmale

© Springer-Verlag 2003

H. Buhk

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf,  
Zentrum für Psychosoziale Medizin, Institut  
und Poliklinik für Medizinische Psychologie,  
Martinistraße 52, 20246 Hamburg  
E-Mail: hbuhk@uke.uni-hamburg.de

H. Buhk · T. Zeikau · U. Koch

## Preventive health care. Results of the German National Health Interview and Examination Survey 1998

### Abstract

According to the results of a representative survey (German National Health Interview and Examination Survey 1998), one-third of the German population aged 18–79 received advice from physicians concerning health behavior within a period of 12 months; one-tenth attended health promotion courses. Only a minority of interviewees with risky health behavior received advice from physicians or attended health promotion courses. The rate of advice received from physicians and the rate of persons who attend health promotion courses are especially low in younger and older persons and in those in the lower social strata. Males attend health promotion courses less frequently than females. The subject areas most frequently addressed by physicians (diet, body weight, physical activity) resulted for most patients in a change of behavior. Similarly, the majority of the participants in health promotion courses reported an improvement of health status following course attendance. The effects of advice concerning smoking or consumption of alcohol given by physicians were minor. Smokers who stopped smoking attained this change of behavior in most cases without professional help. Interviewees who received advice from physicians and participants of health promotion courses differed from other interviewees with respect to a higher burden of disease (quality of life, physical complaints, number of chronic illnesses).

### Keywords

Prevention · Advice from physicians · Health promotion · German National Health Interview and Examination Survey

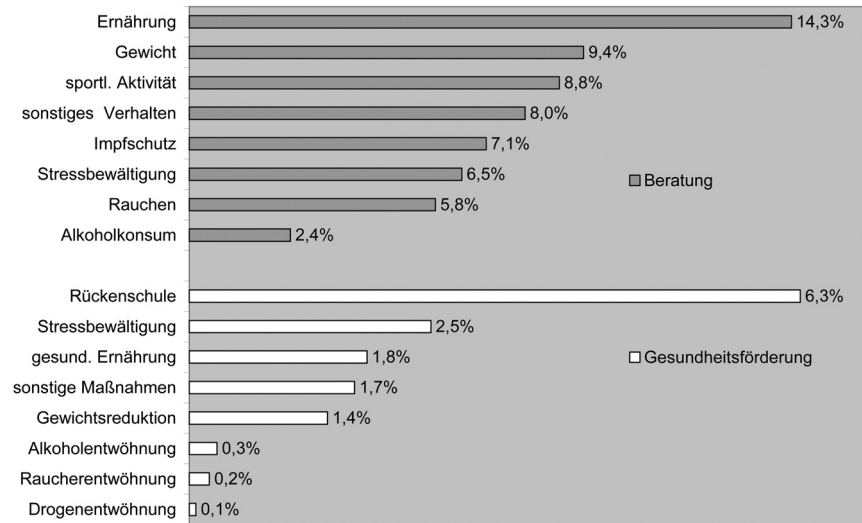


Abb. 1 ▲ Relative Häufigkeiten präventiver Leistungen bezogen auf die Gesamtstichprobe

für alte und neue Bundesländer [12]. Mit dem Fragebogenteil des Surveys wurden 7.124 Personen im Alter von 18–79 Jahren befragt. Die Fragen erfassen den Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten, die Nutzung von Angeboten der Gesundheitsversorgung und die Lebensbedingungen der Befragungsteilnehmer. Die Ergebnisse dieser Befragung standen dem Institut für Medizinische Psychologie als Public-Use-File zur Verfügung.

Der Survey enthält Fragen zur Verbreitung, zum Inhalt und zur Wirkung von 2 wichtigen Elementen der präventivmedizinischen Versorgung: der ärztlichen Beratung zum Gesundheitsverhalten und der Maßnahmen zur Gesundheitsförderung. Die hier vorgestellte

Auswertung beschreibt demographische und gesundheitsrelevante Merkmale von Befragungsteilnehmern, die vom Arzt beraten wurden und/oder an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung teilgenommen haben. Die statistische Analyse wurde auf der Basis von gewichteten Daten vorgenommen.

## Ärztliche Gesundheitsberatung und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung: Häufigkeit und Verbreitung

Die überwiegende Mehrheit der Befragungsteilnehmer (Männer: 84,6%; Frauen: 94,5%) hat innerhalb der letzten 12 Monate ambulante ärztliche Leistun-



Abb. 2 ▲ Arztkontakte, ärztliche Beratung und Gesundheitsförderung nach sozialer Schicht

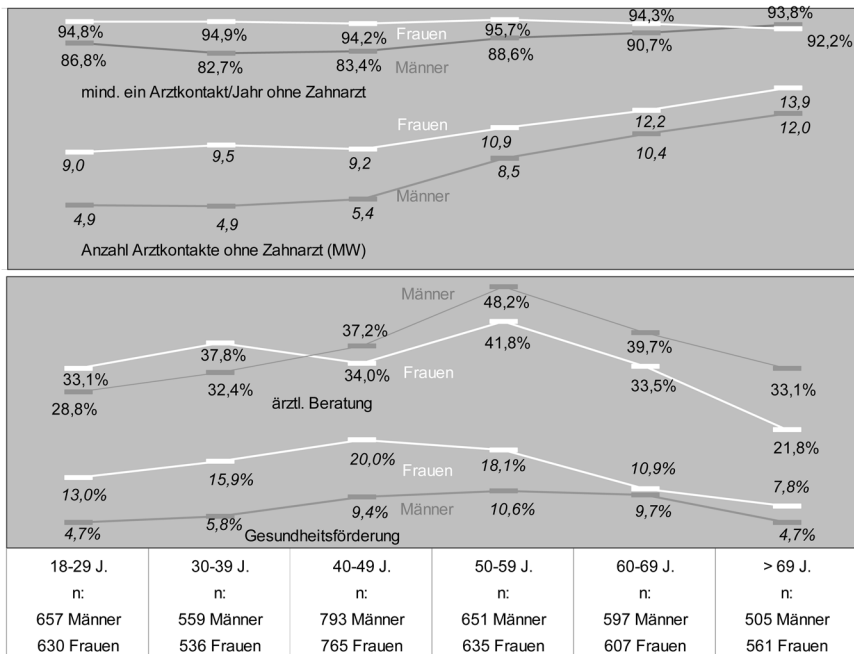


Abb. 3 ▲ Arztkontakte, ärztliche Beratung und Gesundheitsförderung nach Altersgruppen

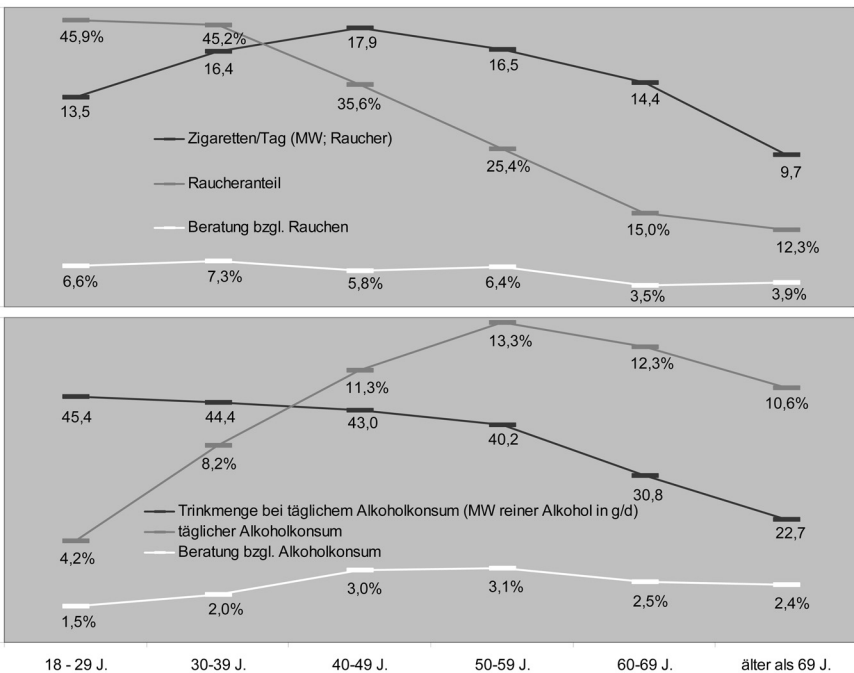


Abb. 4 ▲ Ärztliche Beratung und Konsumverhalten bezüglich Tabak- und Alkoholkonsum in den letzten 12 Monaten nach Altersgruppen

gen<sup>1</sup> in Anspruch genommen. Während dieser Arztkontakte wurde etwas mehr als ein Drittel der Befragungsteilnehmer vom Arzt zum Gesundheitsverhalten beraten. Obwohl ein größerer Anteil der Frauen im Jahr einen Arzt aufsucht und

obwohl Frauen häufiger ärztliche Leistungen in Anspruch nehmen (M: 6,9; F: 8,9 Arztkontakte pro Jahr<sup>2</sup>), wird ein geringerer Anteil vom Arzt beraten (M: 36,5%; F: 34,3%). Der Anteil der Befragungsteilnehmer, die in den letzten

<sup>1</sup> Zahnärztliche Leistungen wurden ausgeschlossen.

<sup>2</sup> Zahnärztliche und gynäkologische Leistungen wurden ausgeschlossen.

12 Monaten vor der Befragung an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung teilnahmen, ist mit etwa 10% (M: 7,5%; F: 14,7%) erheblich geringer als der Anteil, der im gleichen Zeitraum vom Arzt beraten wurde.

### Präventionsziele

Während die ärztliche Beratung am häufigsten die Zielbereiche Ernährung, Gewichtsreduktion und sportliche Aktivität betraf, wurden als Maßnahmen zur Gesundheitsförderung am häufigsten die Rückenschule sowie Maßnahmen zur Stressbewältigung und zur gesunden Ernährung in Anspruch genommen. Extrem selten ist die Teilnahme an Kursen zur Raucherentwöhnung, zur Alkoholentwöhnung und zur Drogenentwöhnung (Abb. 1)

### Soziale Schicht

Auf der Grundlage der Angaben zum Einkommen, zum Ausbildungsstand und zur beruflichen Stellung wurde bereits für den Public-Use-File ein Schichtindex gebildet (Methodik s. [13]) und eine Einteilung der Befragungsteilnehmer in 3 soziale Schichten vorgenommen. Der Anteil der Personen, die im Jahr mindestens einmal eine ambulante ärztliche Leistung in Anspruch nehmen, ist in den sozialen Schichten in etwa gleich hoch.

### Maßnahmen zur Gesundheitsförderung werden vor allem von Frauen aus der mittleren und oberen sozialen Schicht in Anspruch genommen.

Die Ergebnisse zeigen jedoch auch deutliche Unterschiede: Mit steigendem Sozialstatus nimmt die Häufigkeit der Arztkontakte ab, und die Quote der Personen, die eine ärztliche Beratung erhalten oder Maßnahmen zur Gesundheitsförderung in Anspruch nehmen, nimmt zu. Maßnahmen zur Gesundheitsförderung werden vor allem von Frauen aus der mittleren und oberen sozialen Schicht in Anspruch genommen (Abb. 2).

### Alter

Die Beratungsquote und die Quote der Teilnahme an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung nimmt von der jüngsten

Tabelle 1

### Gesundheitsbelastung (MW/SD) von Personen mit ärztlicher Beratung oder Teilnahme an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung

Ärztliche Beratung/ Gesundheitsförderung	M		F	
	Nein	Ja	Nein	Ja
Anzahl Arztkontakte/12 Monaten	7,3 (8,5)	10,5 (10,6)	10,7 (10,2)	14,9 (14,0)
Anzahl Erkrankungen in der Vorgeschichte	2,4 (2,6)	3,5 (2,7)	3,7 (3,0)	4,9 (3,3)
Zufriedenheit mit Gesundheit <sup>a</sup>	5,3 (1,4)	4,9 (1,5)	5,3 (1,5)	4,9 (1,5)
Somatische Lebensqualität <sup>b</sup>	50,2 (8,6)	48,0 (9,0)	48,3 (9,8)	46,5 (9,9)
Psychische Lebensqualität <sup>c</sup>	52,4 (7,2)	51,2 (9,0)	50,4 (9,1)	49,1 (9,8)
Körperliche Beschwerden <sup>d</sup>	13,0 (9,8)	16,7 (10,8)	16,7 (10,9)	20,2 (11,5)

<sup>a</sup>„sehr unzufrieden“ (1)–„sehr zufrieden“ (7); Mittelwerte der deutschen Normstichprobe des SF-36.

<sup>b</sup>M: 51,4; F: 49,1.

<sup>c</sup>M: 52,4; F: 50,7; (7).

<sup>d</sup>Mittelwert der deutschen Eichstichprobe der Beschwerden-Liste: 14,26.

Tabelle 2

### Erreichungsquote präventiver Maßnahmen zum Tabakkonsum

Tabakkonsum	Ärztliche Beratung		
	M	F	Gesamt
Täglich (M: 30,8%; F: 22,0%)	20,9	16,9	19,0
Gelegentlich (M: 6,4%; F: 5,9%)	5,6	6,4	6,0
Aufgehört in den letzten 12 Monaten (M: 1,9%; F: 1,7%)	19,0	15,9	17,5
Früher geraucht (M: 26,3%; F: 13,7%)	2,1	1,5	1,9
Noch nie geraucht (M: 34,5%; F: 56,7%)	0,8	1,0	0,9

Alle Angaben in Prozent.

bis zur mittleren Altersgruppe kontinuierlich zu und geht in den höheren Altersgruppen dann stark zurück. Männer und Frauen in der Altersgruppe von 50–59 Jahren stellen den größten Anteil von Befragungsteilnehmern, die beraten wurden. Die höchste Quote der Teilnahme an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung entfällt bei Männern auf die Altersgruppe von 50–59 Jahren und bei Frauen auf die Altersgruppe von 40–49 Jahren (Abb. 3). Während in den höheren Altersgruppen die Beratungsquote und die Quote der Inanspruchnahme von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung abnimmt, steigt die Inanspruchnahme kurativer Leistungen. Eine ärztliche Beratung bezüglich des Tabakkonsums erhalten jüngere Altersgruppen zu einem höheren Grad als ältere. Diese Verteilung entspricht weitgehend dem Raucheranteil in den Altersgruppen.

Die ärztliche Beratung bezüglich des Alkoholkonsums erreicht in der Altersgruppe von 50–59 Jahren den

größten Anteil. Dies ist auch die Altersgruppe mit dem größten Anteil täglicher Alkoholkonsumenten. Die höchste Alkoholmenge – errechnet aus den Selbstangaben zu den üblichen täglichen Trinkmengen von Wein, hochprozentigen Getränken und Bier – konsumiert dagegen die Altersgruppe von 18–29 Jahren (Abb. 4).

### Gesundheitsbelastung und Lebensqualität

Befragungsteilnehmer, die in den letzten 12 Monaten beraten wurden oder an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung teilgenommen hatten, gaben eine größere Anzahl von Erkrankungen in der Vorgeschichte an, litten zum Zeitpunkt der Befragung stärker unter körperlichen Beschwerden (Beschwerden-Liste) [14], waren weniger zufrieden mit ihrer Gesundheit und hatten eine geringere Lebensqualität (SF-36) [15]. Sie nahmen dementsprechend in den letzten 12 Mo-

naten auch mehr ambulante ärztliche Leistungen in Anspruch (Tabelle 1).

### Erreichbarkeit von Rauchern und Alkoholkonsumenten

Zur Zielgruppe der Raucherprävention zählen sowohl Befragungsteilnehmer mit aktuellem Tabakkonsum als auch Befragungsteilnehmer, die innerhalb der letzten 12 Monate das Rauchen aufgegeben haben. Jeder fünfte Gewohnheitsraucher wurde vom Arzt beraten, nur etwa jeder 200. nahm an Raucherentwöhnungskursen teil. Von den Rauchern, die in den letzten 12 Monaten das Rauchen aufgegeben hatten, wurden nur 17,5% im gleichen Zeitraum auch ärztlich beraten, und nur 1,6% haben an Maßnahmen zur Raucherentwöhnung teilgenommen (Tabelle 2).

Für die Berechnung der Erreichungsquote von Befragungsteilnehmern mit riskantem Konsum von Alkohol sind Informationen über die Anzahl der Personen erforderlich, die im Zeitraum von 12 Monaten vor der Befragung ihren Konsum eingestellt oder reduziert haben. Im Unterschied zum Konsum von Tabak stehen diese Informationen für den Alkoholkonsum jedoch nicht zur Verfügung. Aus diesem Grund ist eine Abschätzung der Erreichungsquote nur für die Teilgruppe der Befragungsteilnehmer möglich, die bei der Befragung angaben, üblicherweise Alkohol zu konsumieren. Zu dieser Gruppe wurden Personen mit einem mindestens riskanten Konsumverhalten gezählt. Als Kriterium wurde ein Konsum von mehr als 30 g reinen Alkohols täglich bei Männern und mehr als 20 g täglich bei Frauen [16] festgelegt. Nach den Selbstangaben der Befragungsteilnehmer konsumieren 7,9% (M: 13,1%; F: 3,0%) mindestens riskant Alkohol. Von dieser Probandengruppe wurden 7,6% (M: 8,4%; F: 3,8%) innerhalb der letzten 12 Monate zum Alkoholkonsum ärztlich beraten.

### Effekte: Verhaltensänderung nach Beratung, Verbesserung des Gesundheitszustandes nach Gesundheitsförderung

Da der Gesundheitszustand und die Gesundheitsbelastung ausschließlich zum Befragungszeitpunkt erfasst wurden, ist eine Beurteilung der gesundheitsbezogenen Effekte der ärztlichen Beratung und der Teilnahme an Maßnahmen zur

Gesundheitsförderung auf der Basis von Prä-Post-Vergleichen nicht möglich. Der Fragebogen erfasst jedoch die subjektive Beurteilung der Effekte. Zwischen 28% und 71% der Befragungsteilnehmer gaben an, dass sich durch die in Anspruch genommene ärztliche Beratung ihr „...Verhalten geändert“ habe (Abb. 5).

Die Beurteilung der Effekte einzelner Beratungsthemen hängt zusammen mit der jeweiligen Beratungsquote. So führten die in der ärztlichen Beratung bei vielen Patienten angesprochenen Themen (Ernährung, Gewicht, sportliche Aktivität) auch am häufigsten zu einer Verhaltensänderung. Unter den Beratungsthemen bewirkt die Beratung zum Tabakkonsum besonders selten eine Verhaltensänderung.

**Die Beratung zum Tabakkonsum bewirkt besonders selten eine Verhaltensänderung.**

Frauen berichten häufiger als Männer Verhaltensänderungen nach ärztlicher Beratung, bezogen auf die meisten gesundheitlichen Zielbereiche. Die Beratung zum Körpergewicht sowie zum Tabak- und Alkoholkonsum wird jedoch von Männern häufiger als verhaltensverändernd bewertet.

Die Frage, ob sich durch Maßnahmen der Gesundheitsförderung „Ihr Befinden bzw. Ihr Gesundheitszustand“ verbessert habe, bejahten zwischen 66% und 82% der Teilnehmer der am häufigsten in Anspruch genommenen Kurse – Rückenschule, Stressbewältigung, gesunde Ernährung und Gewichtsreduktion (Abb. 6). Die geringen Teilnehmerzahlen der Kurse zur Nikotin-, Alkohol- und Drogenentwöhnung lassen eine Bewertung der Effekte dieser Maßnahmen nicht zu.

Ein Zusammenhang zwischen Teilnahmequote und der Häufigkeit der berichteten Verbesserung des Gesundheitszustands besteht nicht. Ähnlich wie bei der Beurteilung der ärztlichen Beratung ist jedoch insgesamt der Anteil der Probanden, die eine positive Veränderung nach Gesundheitsförderungsmaßnahmen angeben, bei Frauen höher.

**Diskussion**

Der größte Anteil der Befragungsteilnehmer, die ärztlich beraten wurden, entfällt auf die Altersgruppe der 50- bis

59-Jährigen; die höchste Quote von Teilnehmern an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung entfällt auf die Altersgruppe der 40- bis 49-Jährigen. Diese Altersverteilung könnte unter anderem aus einer im mittleren Erwachsenenalter höheren Wahrscheinlichkeit, eigene oder fremde Erkrankungen miterlebt zu haben, und einer damit verbundenen stärkeren Sensibilisierung für gesundheitsgefährdende Faktoren resultieren. Die Abnahme der Beratungsquote und der Quote der Inanspruchnahme von Gesundheitsförderungsmaßnahmen im höheren Alter, die einem altersabhängigen stärkeren Erleben der gesundheitlichen Vulnerabilität widerspricht, dürfte zumindest teilweise auf die sowohl unter Ärzten als auch in der Bevölkerung verbreitete Vorstellung einer im Alter unvermeidbaren Zunahme chronischer Erkrankungen und einer Unfähigkeit zur Veränderung vertrauter Lebensgewohnheiten zurückgehen. Dass ältere Men-

schen jedoch eine oft unterschätzte Fähigkeit zur Verhaltensänderung haben und auch von präventiven Angeboten profitieren können, zeigen z. B. Ergebnisse von Modellprojekten zur Schulung von Patienten mit Diabetes Typ 2 [17,18].

Auch bei jüngeren Patienten bleiben wertvolle Potenziale zur Verbesserung des Gesundheitsschutzes ungenutzt. Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen haben Bemühungen zur Verbesserung des Gesundheitsverhaltens eine besonders große Bedeutung, weil präventive Bemühungen besonders effektiv sind, wenn es gelingt, das Erlernen gesundheitsschädigender Verhaltensweisen frühzeitig und damit langfristig zu verhindern [9]. Für Verhaltensweisen, die bereits zur Gewohnheit geworden sind, sollten frühzeitig neue Wege zur Veränderung aufgezeigt und angeboten werden, um so eine Chronifizierung des gesundheitsschädigenden Verhaltens zu vermeiden.

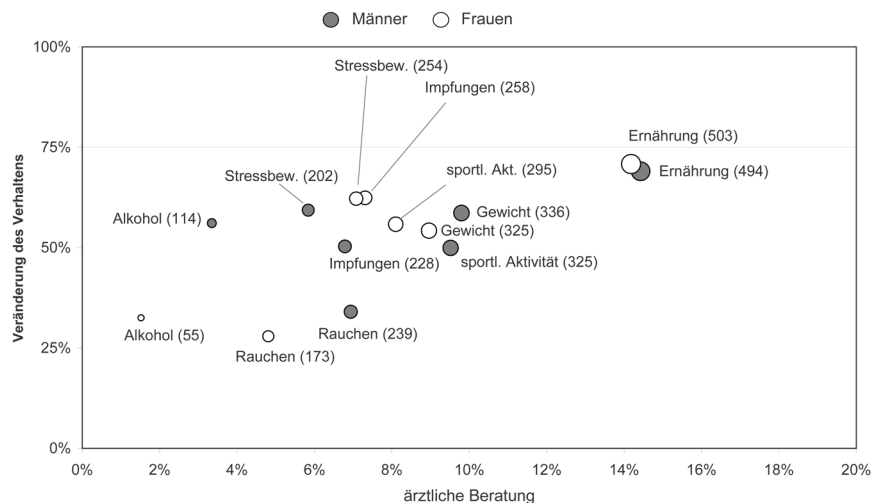


Abb. 5 ▲ Verhaltensänderung und Beratungsquoten. Anmerkungen: Die Fläche der Kreise entspricht den Stichproben-Größenverhältnissen. In Klammern: Stichprobengröße

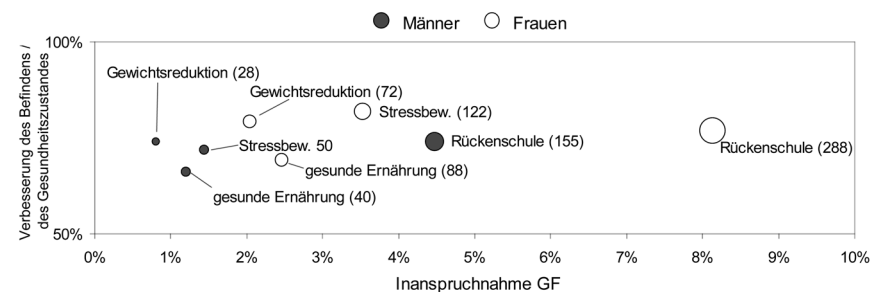


Abb. 6 ▲ Verbesserung des Gesundheitszustandes/Befindens und Quote der Teilnahme an Gesundheitsförderungsmaßnahmen. Anmerkungen: Die Fläche der Kreise entspricht den Stichproben-Größenverhältnissen. In Klammern: Stichprobengröße. GF-Maßnahmen mit einer Inanspruchnahme <0,5% werden nicht aufgeführt

Neben der unterschiedlichen Inanspruchnahme verschiedener Altersgruppen zeigen die Ergebnisse auch eine unterschiedliche Inanspruchnahme präventiver Angebote in den sozialen Schichten. Die Häufigkeit der Arztkontakte nimmt mit zunehmendem Sozialstatus ab. Präventivmedizinische Angebote werden jedoch mit zunehmendem Sozialstatus von größeren Anteilen der Bevölkerung in Anspruch genommen. Nach Cockerham et al. [19] sind hierfür vor allem ein besserer Informationsstand und die Vorstellung einer größeren Kontroll- und Einflussmöglichkeit in den oberen Schichten verantwortlich. Zudem würden längerfristige Zielsetzungen, präventives Handeln und die Symptomaufmerksamkeit in den oberen Sozialschichten höher bewertet. Die geringere Inanspruchnahme von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung durch sozial Benachteiligte wird möglicherweise auch durch die Konzeption der Maßnahmen verursacht. Die Kurse sind mehrheitlich darauf ausgerichtet, individuelle Verhaltensänderungen zu fördern. Sie berücksichtigen weniger das Lebensumfeld und die Umsetzbarkeit der Verhaltensänderung in diesem Umfeld. Umfeldbedingungen haben aber für die gesundheitliche Situation sozial Benachteiligter eine große Bedeutung. Daher können nach Rosenbrock [20] Setting-orientierte Angebote, die eine Veränderung des Lebensumfelds anstreben, eher als individuelle Maßnahmen einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen leisten.

Während sich der Anteil der Patienten, die vom Arzt zum Gesundheitsverhalten beraten wurden, bei Männern und Frauen vergleichsweise wenig unterscheidet, ist der Anteil der Frauen, die in den letzten 12 Monaten Maßnahmen zur Gesundheitsförderung in Anspruch genommen haben, in Übereinstimmung mit den Ergebnissen anderer Studien [21] erheblich höher als derjenige der Männer (14,7% vs. 7,5%). Die höhere Frequenz der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen bei Frauen und der größere Frauenanteil bei Teilnehmern an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung steht im Zusammenhang mit der von Frauen geäußerten geringeren körperlichen und psychischen Lebensqualität und mit dem stärkeren Ausmaß körperlicher Beschwerden. Nach Kolip [22] lernen Jungen, ihre Gefühle und ihren Schmerz zu verbergen, wäh-

rend Mädchen lernen, auf ihren Körper zu achten. Die in der Kindheit und Jugend gelernten Wahrnehmungsmuster könnten dazu führen, dass auch Frauen mit einer größeren Sensibilität Gesundheitsbelastungen oder Erkrankungsanfälligkeiten wahrnehmen und daher eher als Männer bereit sind, präventive und kurative Leistungen in Anspruch zu nehmen.

Von den Befragten des Bundes-Gesundheitssurveys rauchen täglich 26% (M: 31%; F: 22%), und 8% trinken mindestens eine riskante Menge Alkohol (M: 13%; F: 3%). Diese weite Verbreitung und das hohe Gesundheitsrisiko des Tabak- und Alkoholkonsums – die Zahl der Raucher, die in Deutschland jährlich an den Folgen des Tabakkonsums sterben, wird auf 100.000 geschätzt [23], der Median des Lebensalters von Menschen, die an alkoholbedingten Krankheiten sterben, liegt 15 Jahre (Männer) bzw. 24 Jahre (Frauen) unter dem Bevölkerungsmedian [7] – machen die Reduktion dieser Suchtformen zu einem primären Aufgabenbereich der Prävention. Der Erreichungsgrad von Rauchern ist jedoch zu gering. Nach den Daten des Bundes-Gesundheitssurveys wurde jeder 5. täglich rauchende Patient und jede 6. Patientin zum Rauchverhalten beraten. An einer Maßnahme zur Raucherentwöhnung nahm nur etwa jeder 200. täglich rauchende Befragungsteilnehmer teil. Von den Befragungsteilnehmern, die das Rauchen innerhalb der letzten 12 Monate aufgegeben haben, wurde nur etwa jeder 6. ärztlich beraten und nur jeder 50. nahm an Maßnahmen zur Raucherentwöhnung teil. Offensichtlich gibt es in der Bevölkerung ein großes Potenzial zur Selbstmodifikation des Rauchverhaltens.

***Präventive Maßnahmen werden oft erst dann in Anspruch genommen, wenn bereits eine erhebliche Einschränkung der Gesundheit erlebt wird.***

Zum Alkoholkonsum werden Personen im mittleren Erwachsenenalter am häufigsten beraten. Dies ist auch die Altersgruppe mit dem größten Anteil von Konsumenten mit täglichem Alkoholkonsum. Da jedoch die Trinkmengen in der Altersgruppe von 18–29 Jahren am höchsten sind, erscheint die geringere Beratungsquote in der Altersgruppe von 18–29 Jahren nicht bedarfsgerecht. Von

den Befragungsteilnehmern, die angaben, üblicherweise Alkohol in mindestens riskanter Menge zu konsumieren, wird nur jeder 8. Mann und jede 33. Frau beraten. Bei einer 12-Monats-Prävalenz der Alkoholabhängigkeit von 3,1% (M: 4,8%; F: 1,3%; nach [24]) würde mit der im Bundes-Gesundheitssurvey ausgewiesenen Teilnahmerate (M: 0,5%; F: 0,1%) für Alkoholentwöhnungsmaßnahmen nur jeder 10. Abhängige erreicht.

Die am häufigsten in der ärztlichen Beratung angesprochenen Themen führten subjektiv auch am häufigsten zu einer Verhaltensänderung. In einigen prognostisch besonders bedeutsamen Bereichen des Gesundheitsverhaltens wurden in erheblichem Umfang Veränderungen berichtet: 69% der Männer und 71% der Frauen Veränderungen der Ernährung, 59% der Männer und 54% der Frauen Gewichtsveränderungen, 50% der Männer und 56% der Frauen Veränderungen der sportlichen Aktivität. Das Schlusslicht bildet auch hier wiederum die Beratung zum Tabakkonsum: Nur 34% der Männer und 28% der Frauen berichteten Veränderungen infolge der Beratung. Hier zeigen die Daten des Bundes-Gesundheitssurveys auf der einen Seite eine vergleichsweise geringe Effektivität der präventiven Maßnahmen und gleichzeitig einen hohen Anteil von Personen, die ohne professionelle Hilfe mit dem Rauchen aufhören. Im Vergleich dazu berichteten zwischen 66% und 82% der Teilnehmer an Kursen zur Rückenschule, zur Gewichtsreduktion, zur gesunden Ernährung und zur Stressbewältigung eine Verbesserung des Befindens bzw. des Gesundheitszustandes.

Die Ergebnisse des Surveys lassen vermuten, dass präventive Maßnahmen oft erst dann in Anspruch genommen werden, wenn bereits eine erhebliche subjektive Einschränkung der Gesundheit erlebt wird. So unterscheiden sich Befragungsteilnehmer, die ärztlich beraten wurden, und Teilnehmer an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung – in Übereinstimmung mit einer Untersuchung von Wanek et al. [25] – von Nicht-Inanspruchnehmern durch eine niedrigere psychische und somatische Lebensqualität, eine geringere Zufriedenheit mit dem Gesundheitszustand, ein höheres Maß an körperlichen Beschwerden und eine höhere Inanspruchnahmerate ärztlicher Leistungen. Da die Effekte der Beratung und der Gesundheitsförderung von der Mehrheit der Personen, die diese Leistungen in An-

spruch genommen haben, als positiv bewertet wurden, ist zu vermuten, dass die höhere Gesundheitsbelastung dieser Gruppen schon vor der Inanspruchnahme bestand und dass der hier deutlich werdende Leidensdruck ein wichtiges Motiv der Inanspruchnahme bildet.

## Fazit

Der weitaus größte Teil der Bevölkerung sucht im Verlauf von 12 Monaten mindestens einmal einen Arzt auf. Während dieser Arztkontakte wird ein Drittel der Patienten zum Gesundheitsverhalten ärztlich beraten, und diese Beratung bewirkt nach dem Urteil der Patienten mehrheitlich eine Veränderung des Gesundheitsverhaltens. Diese Merkmale des Arzt-/Patient-Kontaktes weisen auf die Schlüsselstellung hin, die der Arzt für die Durchführung präventivmedizinischer Kurzinterventionen und für die Vermittlung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung hat.

Gemessen am präventiven Interventionsbedarf und gemessen an der Ausschöpfung von Potenzialen, zeigen die in der Befragung erfassten Merkmale der ärztlichen Beratung und der Gesundheitsförderung jedoch deutliche Schwächen der präventivmedizinischen Versorgung. Nur etwa jeder 10. Befragungsteilnehmer nimmt Maßnahmen zur Gesundheitsförderung in Anspruch. Von den Befragungsteilnehmern mit gesundheitsbezogenem Risikoverhalten wird nur ein kleiner Teil vom Arzt beraten bzw. nimmt an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung teil.

Diese allgemeine Unterversorgung betrifft einige Teilgruppen der Bevölkerung stärker als andere. Besonders gering ist die Erreichungsquote bei jüngeren und älteren Personen, bei den unteren sozialen Schichten. Männer nehmen an den Maßnahmen zur Gesundheitsförderung seltener als Frauen teil. Daher ist eine Verbesserung der Zugangswege zu präventiven Maßnahmen für die Bevölkerung insgesamt, aber auch für die unterrepräsentierten Gruppen dringend erforderlich. Spezifische Maßnahmen, die sozial Benachteiligten bessere Chancen zur Veränderung gesundheitsbezogener Bedingungen ermöglichen, sollten stärker als bisher angeboten bzw. entwickelt werden. Eine Steigerung der Effektivität der ärztlichen Beratung wäre durch eine Verbesserung der Rahmenbedingungen und eine bessere präventivmedizinische Qualifikation der Ärzte möglich. Dies gilt insbesondere

für die Effekte der Beratung bei Alkohol- und Tabakkonsum, die unter den Bedingungen des Praxisalltags vergleichsweise gering sind. So haben Forschungsprojekte gezeigt, dass standardisierte ärztliche Kurzinterventionen bei Tabak- und Alkoholkonsum [26, 27] wirkungsvoll sind und dass sich die Effekte der ärztlichen Beratung zum gesundheitsbezogenen Risikoverhalten unter verbesserten Rahmenbedingungen und nach einer Schulung der präventivmedizinischen Qualifikation steigern lassen [28]. Der weitaus größte Teil der Personen, die das Rauchen aufgegeben haben, hat diese Verhaltensänderung ohne professionelle Hilfe erreicht. Diese weit verbreitete Fähigkeit zur Selbstmodifikation sollte durch günstige Rahmenbedingungen (gemeindebezogene Programme gegen den Tabakkonsum, Massenmedienkampagnen etc.) und durch eine Verminderung der Konsumanreize (Werbeverbote, Auflagen zur Gestaltung der Verpackung, Preissteigerung etc.) unterstützt und gefördert werden [23]. Eine substantielle Verbesserung der präventivmedizinischen Versorgung erfordert neben einer qualifizierten ärztlichen Beratung auch eine Vernetzung der ärztlichen Beratung mit den Angeboten zur Gesundheitsförderung. Die geringe Quote der Teilnahme an Kursen zur Gesundheitsförderung lässt jedoch vermuten, dass Ärzte noch zu selten als Vermittler dieser Kurse tätig werden.

## Literatur

- Lauterbach KW, Evers T, Stock S (2002) Prävention und Disease Management bei chronischen Krankheiten. Notwendig und finanzierbar? Dtsch Med Wochenschr 127:1210–1212
- Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) (2002) Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen – Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. Deutscher Bundestag Drucksache 14/5660
- Becker N (2001) Epidemiologic aspects of cancer prevention in Germany. J Cancer Res Clin Oncol 127:9–19
- Scriba PC, Schwartz FW, Walter U (2001) Prävention in der ärztlichen Versorgung – Potenziale, Wirksamkeit und Umsetzung. Dtsch Med Wochenschr 126:A1013–1014
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2002) Prävention als 4. Säule des Gesundheitssystems Programmatische Einführung auf dem Weltgesundheitsstag. Pressemitteilung vom 5.4.2002
- Statistisches Bundesamt (2002) Gesundheitsausgaben nach Leistungsarten. abgerufen 27.3.2003, von: Statistisches Bundesamt Deutschland, Website: <http://www.destatis.de/basis/d/gesu/gesutab5.htm>
- John U, Hanke M (2002) Alcohol-attributable mortality in an high per capita consumption country – germany. Alcohol Alcoholism 37:581–585
- Peto R (1994) Smoking and death: the past 40 years and the next 40. BMJ 309:937–939
- Hollmann W (1997) Training und Sport. In: Alhoff P, Flatten G, Laaser U (Hrsg) Krankheitsverhütung und Früherkennung: Handbuch der Prävention. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 292–299
- Myrtek M (1981) Herzinfarktprophylaxe. In: Minsel WR, Scheller R (Hrsg) Brennpunkte der Klinischen Psychologie. Kösel, München, S 152–175
- Myers J, Prakash M, Froelicher V et al. (2002) Exercise capacity and mortality among men referred for exercise testing. N Engl J Med 346:793–801
- Bellach BM, Knopf H, Thefeld W (1998) Der Bundes-Gesundheitsurvey, 1997/98. Gesundheitswesen 60 [Suppl 2]:S59–68
- Winkler J, Stolzenberg H (1999) Der Sozialschicht-index im Bundes-Gesundheitsurvey. Gesundheitswesen 61 [Sonderheft 2]:S178–183
- von Zerssen D, Koeller D (1976) B-L Beschwerden-Liste. Beltz, Weinheim
- Bullinger M, Kirchberger I (1998) SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand. Hogrefe, Göttingen
- Bühlinger G, Augustin R, Bergmann E et al. (2000) Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland. Nomos, Baden-Baden
- Hermanns N, Kulzer B, Bergis KH et al. (1996) Welchen Effekt hat eine Gewichtsreduktion bezüglich der Stoffwechselsituation übergewichtiger nichtinsulinpflichtiger Typ-II-Diabetiker? Diabetes Stoffwechsel 5:120
- Bergis K, Imhof P, Kulzer B, Reinecker H (1995) Verhaltensmedizinische Prävention und Behandlung des Typ-II-Diabetikers. Fischer, Stuttgart
- Cockerham WC, Lueschen G, Kunz G, Spaeth JL (1986) Social stratification and self-management of health. J Health Soc Behav 27:1–14
- Rosenbrock R (2002) Krankenkassen und Primärprävention – Anforderungen und Erwartungen an die Qualität. In: Walter U, Drupp M, Schwartz FW (Hrsg) Prävention durch Krankenkassen – Zielgruppen, Zugangswege, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit. Juventa, Weinheim München, S 40–57
- Kolip P (2002) Geschlechtsspezifische Inanspruchnahme von Prävention und Krankheitsfrüherkennung. In: Hurrelmann K, Kolip P (Hrsg) Geschlecht, Gesundheit und Krankheit: Männer und Frauen im Vergleich. Huber, Bern
- Kolip P (1997) Gender differences in health status during adolescence: A remarkable shift. Int J Adolescent Med Health 9:9–17
- Jöckel KH, Broman K, Schmidt R, Rosenbrock R (2002) Anti-Tabak-Kampagnen und ihr Beitrag zur Gesundheitsförderung. Dtsch Med Wochenschr 127:250–251
- Kraus L, Augustin R (2001) Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland. Sucht 47
- Wanek V, Born J, Novak P, Reime B (1999) Einstellungen und Gesundheitsstatus als Bestimmungsfaktoren einer Beteiligung an Maßnahmen verhaltensorientierter Gesundheitsförderung. Gesundheitswesen 61:346–352
- West R, McNeill A, Raw M (2000) Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. Health Education Authority. Thorax 55:987–999
- Küfner H (2000) Ergebnisse von Kurzinterventionen und Kurztherapien bei Alkoholismus – ein Überblick. Suchtmed Forschung Praxis 2:181–192
- Koch U, Bengel J, Brühne-Scharlau C (1988) Gesundheitsberatung durch Ärzte. Ergebnisse eines Modellversuchs in Hamburg und in der Pfalz. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln