



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Hochschule Neubrandenburg

Fachbereich Gesundheit und Pflege
Studiengang Gesundheitswissenschaften

**PRÄVENTION & GESUNDHEITSFÖRDERUNG
IN DEUTSCHLAND**

-

EINE GESUNDHEITSANALYSE

Bachelorarbeit

zur

Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of public health and administration

Vorgelegt von: Fanny Schumacher

Erstprüfer: Prof. Dr. Roman F. Oppermann,
Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management
Hochschule Neubrandenburg

Zweitprüferin: Dr. rer. nat. Monika Rulle,
Professur für Gesundheitstourismus
Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald

Tag der Einreichung: 29. Juli 2009





***„Gesundheit ist nicht Alles,
aber
Alles ist nichts ohne Gesundheit!“***

(Arthur Schopenhauer, 1788-1860)

Kurzfassung

Nach aktuellen, repräsentativen, gesundheitswissenschaftlichen, wie auch ökonomischen Prognosen bezüglich des deutschen Gesundheitssystems, die auf den Hintergründen des demographischen Wandels und des technologischen Fortschrittes, der Internationalisierung und eines veränderten Konsumentenverhaltens, wie auch auf Grundlage von Veränderungen in der Morbiditätsstruktur der Bevölkerung zu wachsenden Ausgaben im Gesundheitswesen führen, wird das System des deutschen Gesundheitswesens zukünftig immer schwieriger zu finanzieren sein. Seit den 1980er Jahren angelegte Projekte zur Förderung des ganzheitlichen, selbstverantwortlichen und gesundheitsbewussten Handelns sollen die Menschen im Rahmen des "empowerment" befähigen, ihren Gesundheitszustand nachhaltig und langfristig zu erhalten und/oder zu verbessern. Die seit dem Gesundheitsreformgesetz vom 20.12.1988 verpflichtende Gesetzesnorm des §20 SGB V zur Implementierung von Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung, welche auch als der „Meilenstein“ in der deutschen Entwicklung zur Gesundheitsförderung gilt, setzt die Krankenkassen gezielt in die Pflicht, Aufgaben der Aufklärung und der Reduktion pathogener Faktoren menschlicher Verhaltens- und Verhältnisweisen, wahrzunehmen. In der vorliegenden Arbeit wird das Gesundheitsbewusstsein der deutschen Wohnbevölkerung analysiert und reflektiert, inwieweit Kampagnen der letzten Jahre zur Förderung des Gesundheitsverständnis der Menschen und zum tatsächlichen, salutogenen Verhalten aufgerufen und angehalten haben.

SCHLAGWÖRTER: Analyse
Empowerment
Gesundheitsbewusstsein
Gesundheitsförderung
Gesundheitsurlaub
Krankheit
Prävention
§20 SGB V

Inhaltsverzeichnis

Kurzfassung	4
Inhaltsverzeichnis	5
Abbildungsverzeichnis	7
Tabellenverzeichnis	7
Abkürzungsverzeichnis	8
Danksagung	9
1 Einleitung	10
1.1 Organisatorischer Rahmen der Arbeit	10
1.2 Aufbau der Arbeit	10
2 Vorstellung der Studie	11
2.1 Studienrahmen	11
2.1.1 Die Beschreibung der Telefonbefragung	12
2.1.2 Die Beschreibung der Gästebefragung vor Ort	14
2.2 Soziodemographische Merkmale der Stichproben	20
2.3 Vergleichende Fragestellungen und Ziele der Untersuchungen und Datenauswertung	21
3 Theoretische Grundlagen	22
3.1 Gesundheit versus Krankheit	22
3.2 Prävention versus Gesundheitsförderung	24
3.2.1 Historie	26
3.2.2 Die Entwicklung des § 20 SGB V	28
3.2.3 Akteure und Organisationen partizipativer Planungs- und Umsetzungsstrategien zur Gesundheitsförderung	30
4 Gesundheitspolitische Notwendigkeit individueller Gesundheitsförderung ...	33
4.1 Gesundheitspolitischer Hintergrund	33
4.2 Gesundheitspolitische Auswirkungen	34
4.3 Gesundheitspolitische Konsequenzen	35
5 Stand der Gesundheitsforschung in Mecklenburg Vorpommern	37
5.1 Der Gesundheitszustand von Befragten der Studie „Zuwanderungsland Mecklenburg Vorpommern!“	37



6	Methodisches Vorgehen	40
6.1	Qualitative und quantitative Methoden	40
6.1.1	Angewandte statistische Analysemethoden	40
7	Datenerhebung	43
7.1	Telefonbefragung	43
7.1.1	Das Gesundheitsbewusstsein und der gegenwärtige Gesundheitszustand anhand soziodemografischer Determinanten	43
7.1.2	Aussagen zum gegenwärtigen, gesundheitsförderlichen Handeln	48
7.1.3	Änderungsabsichten bezüglich des präventiven, gesundheitsförderlichen Handelns	49
7.1.4	Die Darstellung von Zusammenhängen	50
7.2	Vor-Ort-Befragung	52
7.2.1	Das Gesundheitsbewusstseins und der gegenwärtige Gesundheitszustand anhand soziodemografischer Determinanten	52
7.2.2	Aussagen zum gegenwärtigen, gesundheitsförderlichen Handeln im Gesundheitsurlaub	56
7.2.3	Änderungsabsichten bezüglich des präventiven, gesundheitsförderlichen Handelns	58
7.2.4	Die Darstellung von Zusammenhängen	59
8	Gegenüberstellung der Ergebnisse	61
8.1	Vergleich der Ergebnisse zur Studie „Zuwanderungsland Mecklenburg Vorpommern!“	61
8.2	Änderungsabsichten im präventiven, gesundheitsförderlichen Handeln	62
8.3	Das gegenwärtige, gesundheitsförderliche Handeln der Befragten.....	63
8.4	Limitation der Auswertung	64
8.5	Zusammenfassung	64
9	Fazit und Ausblick	65
	Literaturverzeichnis	66
	Erklärung	69

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Erhobene Fragebögen nach Häusern	15
Abbildung 2: Gesundheitsförderung versus Prävention	25
Abbildung 3: Interventionsebene, Kontextbezug und Beispiele für verhaltenspräventive Interventionen	26
Abbildung 4: Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes; Studie der Zuwanderer, Rückkehrer > 55 Jahre	38
Abbildung 5: gegenwärtiges, gesundheitsförderliches Handeln (n=1063)	48
Abbildung 6: Änderungsabsichten der telefonisch Befragten (n=1063)	49
Abbildung 7: Beweggründe für einen Gesundheitsurlaub der Gäste vor Ort (n=904)	57
Abbildung 8: Änderungsabsichten der vor Ort Befragten (n=904)	58

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Als Erhebungsstandorte geeignete Einrichtungen	17
Tabelle 2: Gegenüberstellung soziodemografischer Merkmale der Telefon- und Vor-Ort-Befragung (gewichtet).....	20
Tabelle 3: Gegenüberstellung direkt vergleichbarer Fragen	21
Tabelle 4: Kreuztabelle über Haushaltsnettoeinkommen und Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes; Studie der Zuwanderer-, Rückkehrer > 55 Jahre (n=1041)	39
Tabelle 5: Beachtung der Gesundheit vs. Geschlecht (n=1062).....	43
Tabelle 6: Beachtung der Gesundheit vs. Schul-/Bildungsabschluss (n=1062*).....	44
Tabelle 7: Beachtung der Gesundheit vs. Art der Krankenversicherung (n=1063)	45
Tabelle 8: Gesundheitszustand vs. Geschlecht (n=1062).....	46
Tabelle 9: Beachtung der Gesundheit vs. Geschlecht (n=904).....	52
Tabelle 10: Beachtung der Gesundheit vs. Schul-/Bildungsabschluss (n=904).....	53
Tabelle 11: Beachtung der Gesundheit vs. Art der Krankenversicherung (n=904)	54

Abkürzungsverzeichnis

BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CATI	Computer Assisted Telephone Interviewing
EFRE-Fonds	Europäischer Fonds für regionale Entwicklung
EMAU	Ernst-Moritz-Arndt Universität Greifswald
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
i.e.S.	im engeren Sinne
i.w.S.	im weiteren Sinne
KK	Krankenkasse
p	Signifikanz (Irrtumswahrscheinlichkeit)
r	Korrelationskoeffizient
RKI	Robert-Koch-Institut
RLD-Verfahren	Randomized-Last-Digit-Verfahren
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)

Danksagung

Bei Frau Prof. Dr. Monika Rulle möchte ich mich ganz besonders dafür bedanken, dass Sie mir während meines Studiums durch die Arbeit an ihrem Lehrstuhl die Möglichkeit geboten hat, auch neben dem Studium praktisches Wissen zu erwerben. Einen Beitrag zu diesem Projekt geleistet zu haben, weiß ich sehr zu schätzen.

Prof. Dr. Roman F. Oppermann danke ich für die wertvollen Anregungen und für die Übernahme der Position des Erstgutachters an dieser Arbeit.

Bei Dipl.-Geogr. Claudia Berlin möchte ich mich ganz herzlich für ihre Hilfsbereitschaft und die konstruktiven Hilfestellungen bedanken.

Dipl.-Geogr. Jörn Freyer danke ich für die Zusammenarbeit im Rahmen des Projekts, vor allem für das mir entgegengebrachte Vertrauen und die Geduld. Ich konnte viel lernen.

Ganz herzlich bedanke ich mich bei Anne Strohbach für ihre moralische und freundschaftliche Unterstützung.

Weiterhin möchte ich mich bei meinen Freunden für ihre Geduld, Unterstützung und Nachsicht danken.

Mein ganz besonderer Dank gilt meiner Familie, die mich immer unterstützt, hinter mir steht und mir dadurch Kraft gibt. Auch meinem Freund, Alexander, bin ich außerordentlich dankbar dafür, dass er mich begleitet, und dadurch mein Leben bereichert.

1 Einleitung

Die vorliegende Bachelor-Arbeit ist an der Hochschule Neubrandenburg; Studiengang „Gesundheitswissenschaften“, im sechsten Semester (Sommersemester 2009) angefertigt worden. Im Rahmen eines studieninternen Praxissemesters hatte die Autorin die Möglichkeit als Praktikantin und weiterführend als studentische Hilfskraft direkt an der Studie „*GesundTour MV – Gesundheitsorientierter Tourismus in Mecklenburg-Vorpommern: Untersuchung zur Erwartungshaltung der Gäste unter besonderer Berücksichtigung des Marktsegmentes Medical Wellness*“ beteiligt zu sein. Basierend auf den Datengrundlagen dieser Studie, die der Autorin durch die Universitäten Greifswald/Rostock zur Verfügung gestellt wurden, wird die Analyse des Präventionsgedankens und seines tatsächlichen Verhaltens innerhalb der deutschen Wohnbevölkerung angestrebt und thematisiert.

1.1 Organisatorischer Rahmen der Arbeit

Der wissenschaftliche und organisatorische Rahmen der Arbeit erstreckte sich von intensiven Recherchen zur allumfassenden Thematik der Gesundheitsförderung und Prävention, über die Arbeit mit dem statistischen Auswertungsprogramm SPSS hin zur Datenauswertung, -evaluation und Ergebnisanalyse. Dies geschah mit Unterstützung der betreuenden Professoren und wissenschaftlichen Mitarbeitern der Studie. Die Ermittlung des gesundheitsfördernden und präventiven Gedankens und seiner Gegenüberstellung mit dem tatsächlichen Verhalten von „Gesundheitstouristen“ bilden, neben theoretischen Grundlagen, den Inhalt der vorliegenden Bachelorarbeit.

1.2 Aufbau der Arbeit

Die Arbeit ist in einen theoretischen (Kapitel 2 bis 6) und einen praktischen Abschnitt (Kapitel 7 bis 9) untergliedert. Nach der Einführung in das Thema folgt die Vorstellung der Studie, der sich Erläuterungen einiger für die Arbeit grundlegenden Begriffe anschließen. In Kapitel 4 erfolgt die Darstellung der gesundheitspolitischen Notwendigkeit individueller Gesundheitsförderung. Diesem folgt der aktuelle Stand der Gesundheitsforschung in Mecklenburg Vorpommern in Kapitel 5. Während die Beschreibung des methodischen Vorgehens in Kapitel 6 vorgenommen wird, zeigen Kapitel 7 und 8 gewonnene Ergebnisse auf. Die Arbeit schließt mit einem zusammenfassenden Ausblick (Kapitel 9).

2 Vorstellung der Studie

Die Studie „*GesundTour MV – Gesundheitsorientierter Tourismus in Mecklenburg-Vorpommern: Untersuchung zur Erwartungshaltung der Gäste unter besonderer Berücksichtigung des Marktsegmentes Medical Wellness*“ wurde im Jahr 2007 vom Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Tourismus Mecklenburg-Vorpommerns in Auftrag gegeben. Die Studie wurde aus dem EFRE-Fond der Europäischen Union finanziert. Das Ziel der Studie ist das Ermitteln der Gästee Erwartungen in Mecklenburg-Vorpommern im Vergleich zu einer deutschlandweiten, repräsentativen Telefonbefragung mit der Intention, vorhandene gesundheits- und touristikrelevante Potentiale besser zu nutzen und Synergien zwischen verschiedenen Wirtschaftsbereichen, die explizit die Gesundheitswirtschaft meint, zu schaffen. Im folgenden Abschnitt erfolgt eine detaillierte Darstellung der Studie.

2.1 Studienrahmen

Die Studie stellt ein Kooperationsprojekt der Universitäten Greifswald und Rostock dar, dessen Leitung Frau Prof. Dr. rer. nat. Monika Rulle, Professorin für Gesundheitstourismus der Ernst-Moritz-Arndt Universität Greifswald, unterlag. Weiterhin am Projekt beteiligt waren Prof. Dr. med. Karin Kraft (Lehrstuhl für Naturheilkunde an der Klinik und Poliklinik für innere Medizin der Universität Rostock) und Prof. Dr. med. Wolfgang Hoffmann (Professur für Versorgungsepidemiologie und Community Health am Institut für Community Medicine der EMAU Greifswald).

Die Projektlaufzeit vom 1. Januar 2008 bis zum 31. März 2009 beinhaltete u. a. einen Expertenworkshop, bei welchem Teilnehmer aus den Bereichen Tourismus und Gesundheitsförderung aufeinander trafen, um Wissensbedürfnisse zu ermitteln, die direkt bei der Erstellung der Fragebögen berücksichtigt wurden.

Die Studie basiert auf zwei Datenerhebungen; einer deutschlandweiten, repräsentativen Telefonbefragung (21. Mai - 13. Juni 2008) und der direkten Interviewführung mit Gästen Mecklenburg-Vorpommerns vor Ort innerhalb der unterstützenden Destinationen, wie bspw. Rehabilitationskliniken oder Hotels mit gesundheitsrelevantem Hintergrund (siehe dazu Abschnitt 2.1.2 Die Beschreibung der Gästebefragung vor Ort).

2.1.1 Die Beschreibung der Telefonbefragung

Die Erwartung und das Ziel der Studie auch Menschen ohne Kenntnis von Mecklenburg-Vorpommern und/oder seiner Gesundheitsangebote in einer repräsentativen, deutschlandweiten Erhebung befragen zu können, machte die Erhebungsmethode der Telefonbefragung besonders attraktiv. Die erhöhte Erreichbarkeit von vor allem räumlich sehr weit gestreuten Probanden unter Berücksichtigung des großen Stichprobenumfangs von $n > 1000$ Probanden und der im Vergleich zur schriftlichen Befragung signifikant höheren Rücklaufquote, sind neben dem Zeit- und Kostenfaktor zur Wahl dieser Erhebungsmethode als positive Faktoren besonders herauszustellen (vgl. Häder 2006, S. 248f. / Atteslander 2008, S. 148 / Maier Kruker/Rauh, 2005, S. 104).

Allerdings birgt diese Methode auch Nachteile: So ist es während des Interviews schwer nachzuvollziehen, ob der Proband die Frage verstanden hat und tatsächlich auf das antwortet, was die Frage hervorrufen sollte. Außerdem muss der Interviewer den Befragten zur Auskunft am Telefon motivieren und überzeugen, was durch die doch recht unpersönliche Befragungssituationen erschwert wird. Dennoch kann die Erhebungsmethode der Telefonbefragung durch ihre überwiegenden Vorteile vertreten werden, wobei im Rahmen der Datenauswertung die Nachteile einer solchen Datenerhebung berücksichtigt werden sollten. Die Stichprobe basiert auf einer einfachen Zufallsauswahl, bei der gleichermaßen Haushalte, die im Telefonbuch eingetragen und Haushalte, die nicht im Telefonbuch zu finden sind, berücksichtigt wurden. Nicht in das Telefonbuch eingetragene Haushalte und deren Nummern wurden mit Hilfe des Randomized-Last-Digit-Verfahrens (RLD-Verfahren) generiert, bei welchem zunächst Nummern aus einem Verzeichnis gewählt und dann entsprechend eines Zufallsverfahrens modifiziert werden (vgl. Häder 2006, S. 158). Die Unterschiede in der soziodemographischen Struktur eingetragener und nicht eingetragener Haushalte und die Tatsache, dass nur noch knapp 80% aller Haushalte im Telefonbuch eingetragen sind, unterstreichen die Notwendigkeit des Generierens neuer Nummern.

2.1.1.1 technische Realisierung

Die technische Durchführung der Befragung erfolgte mit dem computergestützten System „CATI“ (Computer Assisted Telephone Interviewing) durch die Firma PROJECTM aus Lüneburg. Während eines Telefoninterviews mit Hilfe von CATI kann der Interviewer Antworten direkt in einen mit Hilfe spezieller Software programmierten, elektronischen Fragebogen eingeben, der die Daten sofort in einen statistischen Datensatz (bspw. EXCEL o.

SPSS) exportiert und eine sofortige Auswertung möglich macht (vgl. Maier Kruker/Rauh, 2005, S. 105).

2.1.1.2 Eckdaten der Telefonbefragung

Die Erhebung erfolgte im zeitlichen Rahmen vom 21. Mai bis zum 13. Juni 2008 wochentags jeweils zwischen 17 und 21 Uhr. An Samstagen wurden die Interviews zwischen 10 und 15 Uhr geführt. Dabei beinhaltet die Stichprobe eine Grundgesamtheit aller in Deutschland lebenden Personen, die mindestens 14 Jahre alt sind, über einen Telefonanschluss verfügen oder deren Nummer über das RLD-Verfahren generiert wurde.

Mit einer Anzahl von 1.063 erfolgreich abgeschlossenen Interviews aus der Summe aller getätigten Anrufe von 6.325, konnte eine Response von 17% erreicht werden (vgl. Mischke, 2009, S. 63f.).

2.1.1.3 Die Konzeption des Fragebogens

Orientiert an den Leitfragen und Zielen der Studie, die u.a. während des bereits erwähnten, einführenden Expertenworkshop definiert wurden, konnte ein voll standardisierter, 40 Fragen umfassender Bogen für die Telefonbefragung konzipiert werden (siehe Anhang A 1). Der Fragebogen gliedert sich in die folgenden Themenbereiche:

- 1) Gesundheit im Urlaub,
- 2) Gesundheit und Prävention,
- 3) Urlaub in Mecklenburg-Vorpommern,
- 4) Soziodemographische Daten.

Die Fragen gelten als standardisiert, da die Antwortmöglichkeiten auf die Fragen in Kategorien zusammengefasst sind (vgl. Mischke, 2009, S. 60). Sechs Fragen (Frage 7, 12, 20, 25, 26, 27) des Bogens geben die Antwortkategorie „andere“ vor, die dem Probanden die Möglichkeit geben, etwas noch nicht Erwähntes zu ergänzen.

Diese Fragen werden aufgrund der Kombination aus geschlossener und offener Frage als „Hybridfragen“ bezeichnet. Geschlossene Fragen geben alle Antwortalternativen vor und bieten dem Befragten die Möglichkeit etwas wiederzuerkennen, als selbst eine Antwort zu verfassen (vgl. Maier Kruker/Rauh, 2005, S. 93; Atteslander, 2008, S. 163ff.). Geschlossene Fragen sind aufgrund der vorgegebenen Antwortkategorien später schneller auszuwerten. Dennoch wurde im Fragebogen eine offene Frage (Frage 2) gestellt, da die Studien-

verantwortlichen sich davon einen deutlichen Informationsgewinn erhofften. Um die fortwährende Konzentration der Probanden bei der Telefonbefragung zu gewährleisten, wurde der Fragebogen so konzipiert, dass er innerhalb eines 30-minütigen Interviews durch die Probanden beantwortet werden konnte. Der Pretest ergab eine durchschnittliche Dauer von 24 Minuten (vgl. Mischke, 2009, S. 60).

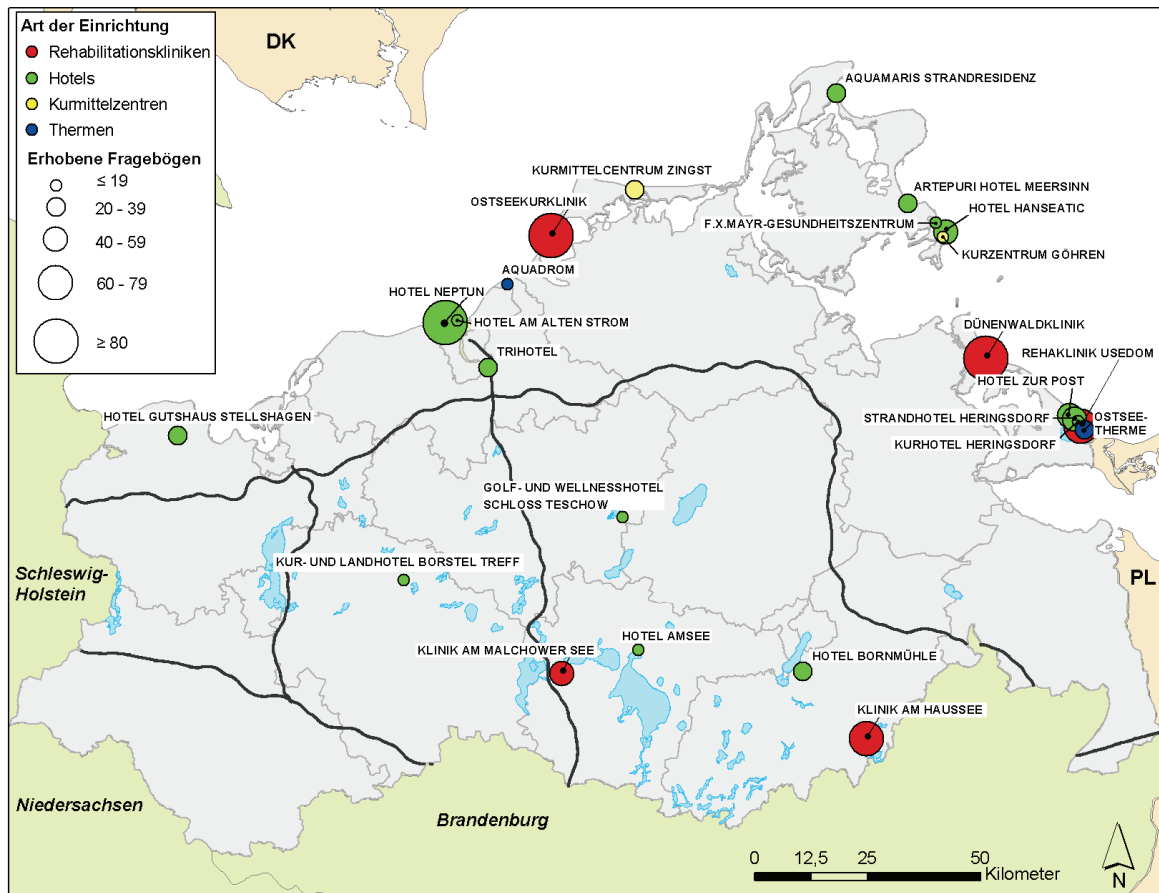
2.1.2 Die Beschreibung der Gästebefragung vor Ort

Die Befragung der Gäste vor Ort wurde in mündlicher Form, als Face-to-Face-Befragung, durchgeführt. Diese Methode wurde ausgewählt, um besonders viele Gäste befragen zu können. Im Vergleich zur schriftlichen Befragung, in der Fragebögen in geeigneten Destinationen zum Bearbeiten ausgelegt werden, sind bei der Gästebefragung die positive Beeinflussung des Interviewers auf die Auskunftsbereitschaft der Probanden und der damit exponentiell höheren Beteiligungsbereitschaft und –quote, als positive Aspekte herauszustellen (vgl. Freyer et al., 2006, S. 44).

Der vollstandardisierte Fragebogen (siehe Anhang A2) bildet mit überwiegend geschlossenen Fragen, d.h. Fragen die keine Antwortkategorie „andere“ beinhalten (vgl. 2.1.2.3), die Grundlage des Interviews.

Die folgende Abbildung 1 zeigt, wo die Befragung stattgefunden hat und wie viele Fragebögen in den jeweiligen Destinationen ausgefüllt wurden.

Abbildung 1: Erhobene Fragebögen nach Häusern



(Quelle: Rulle et al., 2009, S.11)

2.1.2.1 Eckdaten der Vor-Ort-Befragung

Der Pretest zur Gästebefragung vor Ort wurde im Juni 2008 durchgeführt. Von Juli bis Oktober 2008 erfolgte die Vor-Ort-Befragung in den Destinationen. Zur Grundgesamtheit der Gästebefragung zählen alle Touristen, die während ihres Aufenthaltes in Mecklenburg-Vorpommern gesundheitsorientierte Angebote in Hotels, Rehabilitationskliniken, Kurmittelzentren und Thermen in Anspruch genommen haben, sowie ihre Teilnahmebereitschaft erklärten und eine anschließende Screeningfrage mit „ja“ beantwortet haben. Um sicherzustellen, dass nur Angaben von gesundheitsorientierten Nutzern, d.h. „erfahrenen“ Personen erhoben werden, wurde einleitend folgende Auswahl-/Screeningfrage gestellt: „Haben Sie während Ihres aktuellen Aufenthaltes bereits Angebote des Hauses genutzt, von denen Sie sich eine Besserung Ihres Gesundheitszustandes erhoffen?“ (vgl. Anhang A 2, Rulle et al., 2009, A 39)

Vor der Auswahl geeigneter Einrichtungen für die Vor-Ort-Befragung musste zunächst eine Liste aller potentiell in Frage kommenden Einrichtungen erstellt werden. Dafür wurden der

„Branchenführer Gesundheitswirtschaft“ (vgl. BioCon Valley 2008) und eine Übersicht aller Wellnesshotels im Mecklenburg-Vorpommern vom Tourismusverband M-V verwendet. Diese Liste von Destinationen wurde anhand der Kenntnisse der Projektleitung noch weiter ergänzt. Die daraus resultierenden 257 Einrichtungen (62 Rehabilitationskliniken, 178 Hotels, 4 Kurmittelhäuser und 13 Thermen) wurden zur Identifizierung geeigneter Einrichtungen für die „GesundTour MV“-Vor-Ort-Befragung eingehend analysiert. Um möglichst repräsentative Aussagen über die Grundgesamtheit treffen zu können, wurde von den Projektteilnehmern ein Quotenverfahren entwickelt, bei dem geeignete Erhebungsstandorte nach Einrichtungstyp (Hotel oder Reha) mit der jeweiligen Anzahl und Frequenz der Befragungen mit dem Ziel möglichst repräsentative Aussagen über die Grundgesamtheit treffen zu können, in Relation gesetzt und identifiziert wurden (siehe Anhang A 4).

Die Grafik zeigt, dass Häuser, die nicht über sog. „Selbstzahlerangebote“ (gesundheitsfördernde Angebote der Hotels, die vom Gast direkt gezahlt werden) verfügen, nicht für die Erhebung geeignet waren. Dieser Aspekt lässt Rückschlüsse auf ein eigenverantwortliches, gesundheitsrelevantes Verhalten der Touristen im Urlaub zu. In einem weiteren Schritt lässt die Grafik erkennen, dass auch der Aspekt der ärztlichen Betreuung innerhalb der Destination gegeben sein musste, um in die „engere“ Auswahl zu gelangen. Auch wenn die ärztliche Betreuung im Haus nicht gegeben war, wurden Häuser für die Erhebung als geeignet klassifiziert, wenn zwei der fünf folgenden Kategorien angeboten wurden:

- von Fachpersonal durchgeführte Untersuchungen, Beratungen oder Coachings, z.B. Gesundheits-Check, Leistungsdiagnostik, persönlicher Gesundheitstrainer,
- von Fachpersonal begleitete Ernährungsprogramme; z.B. Heilfasten,
- von Fachpersonal begleitete Programme zur Aktivierung des Körpers, z.B. Gymnastik, Kneipp-Güsse,
- von Fachpersonal durchgeführte Anwendungen auf Basis ortsgebundener Heilmittel, z.B. Moor-, Heilkreidepackungen,
- von Fachpersonal durchgeführte Angebote zur Entspannung, z.B. Massagen, autogenes Training. (vgl. Rulle et al., 2009, S. 12)

Ein Auszug der Gesamtübersicht zu den analysierten 257 Einrichtungen und ihren Gesundheitsleistungen befindet sich im Anhang A 3.

Nach den vorgestellten Kriterien konnten insgesamt 105 Einrichtungen für die Befragung als „geeignet“ eingestuft werden. Gesundheitsorientierte Leistungen für Selbstzahler und eine ärztliche Betreuung im Haus boten 28 von ihnen an, 77 wurden aufgrund der jeweiligen Angebotsgruppen berücksichtigt. In der folgenden Tabelle 1 wird die Verteilung der Häuser nach Auswahlstufen und Einrichtungstypen dargestellt.

Tabelle 1: Als Erhebungsstandorte geeignete Einrichtungen

	Hotels	Rehabilitations- kliniken	Kurmittel- zentren	Thermen
<i>Selbstzahlerangebot und ärztliche Betreuung im Haus</i>	6	21	1	0
<i>mindestens 2 von 5 Angebotsgruppen vorhanden</i>	66	entfällt	3	8
<i>SUMME</i>	72	21	4	8
<i>20 % der geeigneten Häuser (gerundet)</i>	14	5	1	2

(Quelle: Rulle et al., 2009, S.14)

„Das Ziel, je 20 % der geeigneten Hotels, Rehabilitationskliniken, Kurmittelzentren und Thermen als Erhebungsstandort zu gewinnen, gewährleistet, dass die vier Einrichtungstypen gewichtet entsprechend ihrer tatsächlichen Anzahl in MV in der Erhebung berücksichtigt werden.“ (zit. nach Rulle et al., 2009, S.13) Zudem minimiere die Quote den Einfluss einzelner Häuser auf das Gesamtergebnis, was bei Kurmittelzentren und Thermen durch den Einfluss aufgrund der geringen Gesamtzahl nicht zu vermeiden sei. Weiterhin wäre nach Rulle et al. eine Bemessung des Erhebungsumfangs an der Summe der Gäste bzw. der Bettenzahl in den geeigneten Häusern aufgrund fehlender Daten nicht möglich. Um demnach die Dominanz der in Rehabilitationseinrichtungen erhobenen Daten zu vermeiden (bei welcher nach Erkenntnissen des Pretestes von einer deutlich höheren Beteiligung auszugehen war als bspw. in Hotels) sollten Rehabilitationskliniken je zweimal, Hotels, Kurmittelzentren und Thermen im Idealfall je 4 Mal aufgesucht werden. Außerdem sollte gewährleistet werden, dass je zwei Befragungen in der Hauptsaison (Juli, August) und in der Nebensaison (September, Oktober) stattfinden, was dazu führte, dass die Einrichtungen (mit Ausnahme der Rehabilitationskliniken) nach Möglichkeit im 3-Wochen-Rythmus aufgesucht wurden (vgl. Rulle et al., 2009, S.14). Auch der jeweilige Wochentag der Befragung sollte sich dabei nicht wiederholen. Während der Kontaktaufnahme wurden zunächst jene Häuser angesprochen, die sowohl ärztliche Betreuung als auch Selbstzahlerangebote angeboten haben. Im nächsten Schritt wurden dann Häuser berücksichtigt, die Leistungen in allen fünf Angebotsgruppen (später 4, 3, 2) gewährleisteten. In fünf Rehabilitationskliniken, 15 Hotels, zwei Kurmittelzentren und zwei Thermen (24 gesundheitstouristisch relevanten Einrichtungen) wurden insgesamt 2.222 Personen angesprochen. 904 vollständige Interviews konnten durchgeführt werden, was einer Response von 40,7 % entspricht. Je nach Haustyp schwankte die Beteiligung zwischen 31,9% (Therme) und 56,2 % (Rehabilitationsklinik). (vgl. Anhang A 6, Umfang und Responsequote der Gästebefragung nach

Haustyp aus Rulle et al., 2009) Zudem wurden 48,9 % aller Interviews in der touristischen Nebensaison, d.h. nach dem 30.08.2008 durchgeführt. Damit sind die Anzahl der erhobenen Interviews in Haupt- und Nebensaison nahezu ausgeglichen (vgl. Rulle et al., 2009, S.14f).

2.1.2.2 Die praktische Durchführung der Befragung vor Ort

Die praktische Umsetzung der Gästebefragung vor Ort konnte durch Studierende der Geographie der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald im Rahmen eines obligatorischen Studienpraktikums gewährleistet werden. Die Studenten wurden in die Thematik der Studie GesundTour MV eingeführt und als Interviewer geschult, um den Einfluss des Interviewers auf die Erhebung möglichst gering zu halten und somit die Qualität der erhobenen Daten zu garantieren. Der Projektmitarbeiter Jörn Freyer begleitete eine Vielzahl der Befragungen. Die Studenten sammelten während der Durchführung des Pretestes erste praktische Erfahrungen. Insgesamt standen sechs Studierende für die gesamte Dauer der Datenerhebung als Interviewer zur Verfügung (vgl. Rulle et al., 2009, S.17). Um den Fragebogen auf Verständlichkeit, Gültigkeit und Zeitaufwand zu prüfen, fand im Vorfeld der Datenerhebung, am 3. und 4. Juni 2008 jeweils in einer Rehabilitationsklinik bzw. einem Hotel, ein Pretest (n=64) statt. Die eigentliche Datenerhebung startete am 30. Juni und endete am 16. November 2008. Ein Interview dauerte in der Regel 10 bis 20 Minuten. (vgl. Rulle et al., 2009, S.17)

2.1.2.3 Die Konzeption des Fragebogens

Die Screeningfrage („Haben Sie während Ihres aktuellen Aufenthaltes bereits Angebote des Hauses genutzt, von denen Sie sich eine Besserung Ihres Gesundheitszustandes erhoffen?“) leitet das Interview ein und eröffnet den folgenden Fragekatalog. (vgl. Anhang A 2) Sie stellt sicher, dass nur Probanden befragt werden, die durch ihre im Urlaub gesammelten Erfahrungen in der Lage sind, die Fragen des Bogens zu beantworten. Wie bereits innerhalb der Konzeption des Telefonfragebogens angeführt, wurde auch der für die Interviewführung relevante Fragenkatalog auf die im einführenden Expertenworkshop dargelegten Leitfragen und Ziele gegründet. Es konnte ein voll standardisierter, 33 Fragen umfassender Bogen konzipiert werden (siehe Anhang A 2), der sich ähnlich dem Bogen der Telefonbefragung in folgende Themenbereiche untergliedern lässt:

- 1) Motive für einen Gesundheitsurlaub
- 2) die Art und Aspekte zur Nutzung präventiver Angebote im Urlaub

- 3) Gesundheitszustand
- 4) Soziodemographische Daten

Lediglich drei Fragen (Frage 14, 18, 22) des Bogens geben die Antwortkategorie „andere“ vor und gelten damit als Hybridfragen. Eine komplett offen gestaltete Frage (Frage 22) nach ärztlich festgestellten Gesundheitsproblemen gibt dem Befragten die Möglichkeit zur freien Kommunikation und zwingt ihn nicht sein individuelles Problem kategorisieren zu müssen.

2.1.2.4 Technische Realisierung

Die technische Erstellung des Interview-Fragebogens erfolgte innerhalb der Electric Paper Software „Cardiff TeleForm“. *TeleForm* ist ein Programmverbund zur Erstellung und automatisierten Auswertung von Formularen / Fragebögen und stellt in der qualitativen Sozialforschung eine erhebliche Erleichterung innerhalb der Rohdatenermittlung dar. Die Softwareelemente des Programmverbundes gliedern sich in den Designer, den Reader und Publisher, die Scan Station, den Verifier und das Control Center. Besondere Vorteile der CardiffTeleForm Software sind Zeit-, Aufwands- und Kostenersparnis gegenüber der manuellen Rohdateneingabe. Dieses Programm findet in der wissenschaftlichen, quantitativen und qualitativen Sozialforschung immer mehr Anwendung. Es senkt die Fehlerquote innerhalb eines Rohdatensatzes auf weniger als 2%. Durch die Arbeit mit der Software ist eine Repräsentativität der Daten gewährleistet. Die Autorin dieser Arbeit hatte im Rahmen des praktischen Studiensemester die Möglichkeit diesen Prozess unter Anleitung einer im Umgang mit *Cardiff TeleForm* geschulten medizinischen Dokumentarin zu begleiten, die Software zu erlernen und an der direkten, umfangreichen Arbeit beteiligt zu sein. Innerhalb des Softwareelementes „Designer“ zur Erstellung des Fragebogens wurden Hinterlegungen der in die spätere Datenbank zu übertragenden Codierungen festgelegt, welche in einer Quelldokumentation hinterlegt und mit der Zieldatei der Software verknüpft wurden. Das Ordnen der einzeln hinterlegten Elemente, das Design und die Funktionalität des Bogens in einem wissenschaftlich ausgeglichenem, für den Interviewer und Befragten ansprechendem Verhältnis und Rahmen der Studie darzustellen, rundet die Arbeit mit der TeleForm Software ab. Die erhobenen Bögen werden in einem für diese Tätigkeit vorgesehenen Scanner gescannt und im nächsten Schritt direkt verifiziert. Eine damit einhergehende erhebliche Personal- und damit Zeit- und Kostenersparnis ist neben dem Aspekt der sofortigen Übertragung der Rohdaten in eine Ziel-Datenbank besonders positiv.

2.2 Soziodemographische Merkmale der Stichproben

Um im Folgenden der Arbeit die Datensätze der Telefon- und Vor-Ort-Befragung vergleichbar zu machen und präventive Erklärungsansätze herauszustellen ist es notwendig zunächst soziodemografische Grundmerkmale der Stichproben darzulegen;

Tabelle 2: Gegenüberstellung soziodemografischer Merkmale der Telefon- und Vor-Ort-Befragung (gewichtet)

Sozio-demografische Merkmale	Telefonbefragung (n=1.063)	Vor-Ort-Befragung (n=904)
Herkunft	1. Nordrhein – Westfalen 21,7 % 2. Bayern 15,1 % 3. Baden – Württemberg 12,9 %	1. Berlin 15,3 % 2. M-V 14,6 % 3. NRW 10,5 %
Geschlecht	Frauen 51,1 % Männer 48,9 %	Frauen 64,6 % Männer 35,1 %
Alter	1. 45 bis <54 Jahre mit 19,3 % 2. 35 bis <44 Jahre mit 17,4 % 3. 45 bis <54 Jahre mit 14,9 % 4. ≤ 24 Jahre mit 14,7 %	1. 65 bis 74 Jahre mit 23,9 % 2. 55 bis 64 Jahre mit 21,9 % 3. 45 bis 54 Jahre mit 18,9 % 4. 35 bis 44 Jahre mit 17,0 %
Haushaltsgröße	1. 2-P.-Haushalt 34,6 % 2. Singlehaushalt 20,1 % 3. 3-/4-P.-Haushalt 18,2 %	1. 2 –P.-Haushalt 56,0 % 2. 3-/4-P.-Haushalt 22,0 % 3. Singlehaushalt 17,0 %
Erwerbstätigkeit	1. Voll erwerbstätig 39,1 % 2. Im Ruhestand 25,7 % 3. Zeitweise erwerbstätig 10,2 %	1. Voll erwerbstätig 39,8 % 2. Im Ruhestand 38,3 % 3. Zeitweise erwerbstätig 9,8 %
Bildungsstand	1. Real-/ Mittelschule, POS 31,3 % 2. Hochschule / FH 24,4 % 3. Volksschule / Hauptschule 21,8 %	1. Hochschule / FH 36,7 % 2. Real-/ Mittelschule, POS 31,6 % 3. Volksschule / Hauptschule 18,1 %
Haushaltsnettoeinkommen	1. „weiß nicht / keine Angabe“ 41,4 % 2. 1300 bis < 1800 € 11,5 % 3. 1800 bis < 2300 € 10,6 %	1. „weiß nicht / keine Angabe“ 28,3 % 2. 1800 bis < 2300 € 12,8 % 3. 1300 bis < 1800 € 10,2 %

(Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Mischke, S.64ff., 2009 / Rulle et al., 2009, S.6ff.)

Besonders fällt auf, dass Frauen in der Gästebefragung vor Ort mit 64,6% fast doppelt so häufig an der Befragung beteiligt waren, wie Männer (35,1%).

Auch eine recht hohe Beteiligung „älterer“ Befragter in einem Alter von 55 bis 74 Jahre mit 45,8% innerhalb der Vor-Ort-Befragung ist festzustellen, während das Alter der Telefonbefragung mit 36,7% in der Altersgruppe der 35- bis <54- jährigen dominiert.

2.3 Vergleichende Fragestellungen und Ziele der Untersuchungen und Datenauswertung

Um die vorgestellten Erhebungen unter einem gemeinsamen, dem präventiven, eigenverantwortlichen, gesundheitsförderlichen Aspekt der gesamtdeutschen Bevölkerung und den Touristen vor Ort analysieren zu können, wurden zunächst gemeinsame Fragestellungen der Fragenkataloge herausgestellt (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3: Gegenüberstellung direkt vergleichbarer Fragen

	Telefonbefragung	Vor-Ort-Befragung
direkter Vergleich	18.) Wie stark achten Sie eigentlich im Allgemeinen auf Ihre eigene Gesundheit? Skala von 1 = sehr stark bis 5 = gar nicht	13.) Wie stark achten Sie eigentlich im Allgemeinen auf Ihre eigene Gesundheit? Skala von 1 = sehr stark bis 5 = gar nicht
direkter Vergleich	15.) Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben? schlecht - weniger gut – gut sehr gut – ausgezeichnet	19.) Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben? schlecht - weniger gut – gut sehr gut - ausgezeichnet
direkter Vergleich	17.) Wie sehr stimmen Sie folgenden Aussagen zu? von 1 = stimme voll und ganz zu bis 5 = stimme gar nicht zu Ich möchte mich mehr bewegen. Ich möchte mich gesünder ernähren. Ich möchte mein Gewicht reduzieren. Ich möchte Stress vermeiden. Ich möchte das Rauchen aufgeben. Ich möchte weniger Alkohol trinken.	21.) Wie sehr stimmen Sie folgenden Aussagen zu? von 1 = stimme voll und ganz zu bis 5 = stimme gar nicht zu Ich möchte mich mehr bewegen. Ich möchte mich gesünder ernähren. Ich möchte mein Gewicht reduzieren. Ich möchte Stress vermeiden. Ich möchte das Rauchen aufgeben. Ich möchte weniger Alkohol trinken.

(Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Rulle et al., 2009, Anhang)

Eine weitere Fragestellung, die im Rahmen der Arbeit zum darstellen des tatsächlichen, gesundheitsförderlichen Handelns herausgestellt wird, ist folgende Frage der Vor-Ort-Befragung: *„Welche Beweggründe haben Sie für Ihren Gesundheitsaufenthalt? -Ich bin hier, ...um mich zu entspannen. / ...um meinen Körper zu pflegen. /...um Krankheiten oder Beschwerden zu lindern bzw. zu heilen. /...um Krankheiten oder Beschwerden vorzubeugen. / ...um mich besonders zu bewegen. /...um mich besonders gesund zu ernähren. / ...um mir Anregungen für eine gesunde Lebensweise im Alltag zu holen.“* Die Befragten wurden gebeten mit „ja“ oder „nein“ zu antworten.

3 Theoretische Grundlagen

Theoretische Grundlagen der Arbeiten richten sich auf Begrifflichkeiten, die alltäglich im sprachlichen Gebrauch verwendet werden. Jeder Mensch weiß um die Gesundheit und die Krankheit, und auch der Begriff der Prävention hat sich in zahlreichen Bereichen unseres Lebens durchgesetzt. Gesundheit und Krankheit im gesundheitswissenschaftlichen Sinne, d. h. im Verständnis und Kontext der hier vorliegenden Arbeit wird im Folgenden dargelegt. Die Begrifflichkeit der Prävention wird zusätzlich mit ihrer Historie, dem Gesetzestext des § 20 im SGB V und Organisationen, die sich das gesundheitsfördernde Verhalten von Populationen zur Aufgabe gemacht haben, untermauert.

3.1 Gesundheit versus Krankheit

Der viel besprochene Begriff der Gesundheit bietet ebenso viele Definitionsansätze, wie seine Facetten zur Begrifflichkeit selbst. Eine der wichtigsten und dennoch meist kritisierten Definition ist die der Weltgesundheitsorganisation, nach welcher **Gesundheit** ein „Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheiten und Gebrechen“ sei (Meyers Großes Taschenlexikon 2001, S.129). Im Sinne des Modells der Salutogenese (Leitfrage: Wie entsteht Gesundheit?) nach Antonovsky sollte diese Definition jedoch als eine Idealnorm, denn eine allgemeine Verbindlichkeit zu betrachten sein, da sie durch die reine Angabe absoluter Zustände des Wohlbefindens als realitätsfern und eher „utopische Wunschvorstellung“ zu verstehen ist. (vgl. Bengel et al., 1999, S. 16f. / Belz-Merk, 1995, S. 19) Nach Antonovsky ist Gesundheit eben kein eindeutig festlegbares Konstrukt, sondern stellt ein Kontinuum zwischen den Polen Gesundheit und **Krankheit** dar, die durch Einflüsse von Risiko- und/oder Schutzfaktoren eher die Richtung der Pole von Gesundheit und/oder Krankheit angeben. (Antonovsky, 1997, S. 13ff.) Immer mehr Wissenschaftler und Mediziner sind sich zudem einig, dass **Gesundheit** einen mehrdimensionalen, ganzheitlichen Charakter aufweist, sodass neben körperlichem und psychischem Wohlbefinden auch Faktoren wie Leistungsfähigkeit, Selbstverwirklichung und Sinnfindung bei der Eingrenzung des Gesundheitsbegriffs eine wichtige Rolle spielen. Nach Belz-Merk (1995, S. 19) sei das im 19. Jahrhundert vorherrschende, biomedizinische Krankheits- und Gesundheitsmodell, welches den menschlichen Körper auf der Grundlage des naturwissenschaftlichen Denkens mit einer Maschine verglich und Defekte im Wohlbefinden ausschließlich in den Zusammenhang von organischen Schäden stellte, auch noch im 20. Jahrhundert in vielen Professionen verbreitet. Diese

Blickrichtung des sog. „pathogenetischen“ Verständnisses von Gesundheit sei jedoch sehr eindimensional und berücksichtige nur seinen **krankheitsbezogenen Charakter** als die Erhaltung und Förderung von Gesundheit (vgl. ebenda). Ein im Laufe der achtziger Jahre entwickeltes Modell - das „biopsychosoziale Modell“, welches neben rein körperlichen Phänomenen auch psychosoziale Faktoren zur Erklärung von Krankheiten berücksichtigt, begreift Gesundheit zudem als Anpassungsfähigkeit des Menschen an körperliche, seelische und soziale Belastungen (vgl. Belz-Merk, 1995, S. 19). Eben diese Anpassungsfähigkeit und damit die individuelle Gesundheit eines Menschen werden, gemäß Antonovsky, stark durch das sogenannte Kohärenzgefühl determiniert (vgl. Bengel, 1999). Aufgrund verschiedener Erfahrungen im Leben eines jeden Menschen ist das Kohärenzgefühl unterschiedlich stark ausgeprägt und bezeichnet die Fähigkeit des Menschen, eine stabile oder eben eher labile allgemeine Orientierung im Leben zu entwickeln. Ein gut ausgebildetes Kohärenzgefühl (bspw. Zuversicht ins Leben) bewährt sich insbesondere in Krisenzeiten und Phasen der Krankheit als guter Rückhalt. Antonovsky stellt weiterhin fest, dass Gesundheit als ein labiles, sich dynamisch regulierendes Geschehen einzustufen ist. Die Menschen sind also aufgefordert, das wertvollste Gut des Menschen, eben die Gesundheit, durch eine vorausschauende, gesunde Lebensweise, wie beispielsweise dem eigenverantwortlichen, gesundheitsfördernden Verhalten zu erhalten und in eine positive Einstellung zum Lebens gegenüber (Kohärenz) zu investieren. (vgl. Abschnitt 7). Da sich der moderne Mensch den Belastungen des Lebens jedoch sicher nicht entziehen und dies ebenso wenig das Ziel sein kann, sollten vielmehr sinnvolle Umgehensweisen mit sog. Stressoren, die Einfluss auf das Kohärenzgefühl haben, erlernt werden. Psychologen kategorisieren Stress in den positiven, vitalisierenden und lebensnotwendigen Stress, den sog. „Eustress“ der positive Auswirkungen auf das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum hat, und in den negativen, nicht zu verarbeitenden, schädlichen und lebenszerstörenden Distress, der negative Effekte auf das kontinuierliche Gesundheitserleben des Menschen hat (vgl. Faltermaier, 1998, S. 20ff.; Birkenbihl, 1999). Das sich im Anhang A 5 befindliche Modell der Salutogenese nach Antonovsky wird durch die Subjektdimension der Gesundheit, welche nach Faltermaier im klassischen Ansatz Antonovskys zu wenig Beachtung gefunden hat, ergänzt.

„Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen.“ (Huber/Langbein, 2004, S. 161).

Diese Formulierung der Weltgesundheitsorganisation korrespondiert mit der Haltung Faltermaiers und spricht wiederum das eigenverantwortliche Handeln direkt an, welches in folgenden Absätzen 7, 8 und 9 mit Hilfe der bereits vorgestellten Datensätze näher untersucht wird.

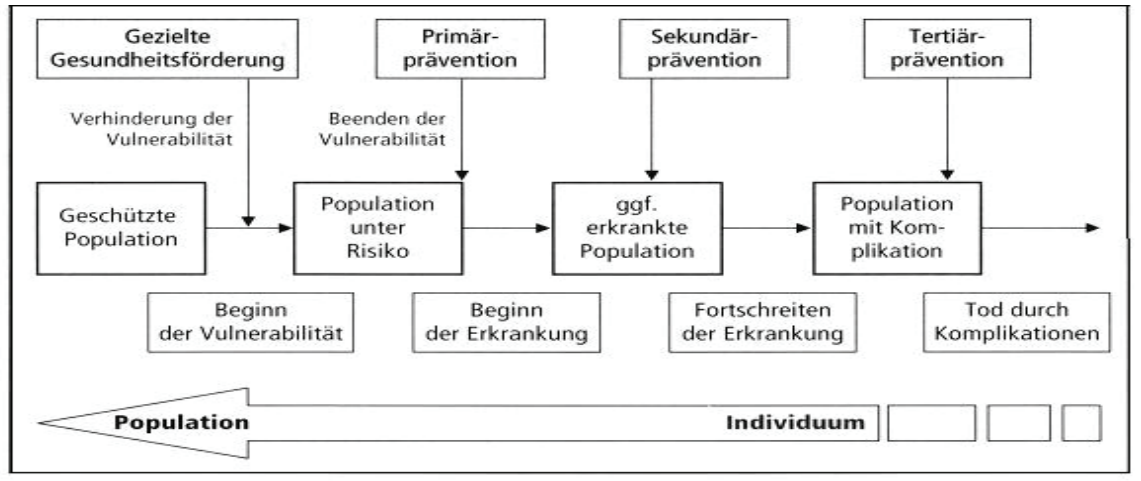
3.2 Prävention versus Gesundheitsförderung

Die Prävention, Prophylaxe, Vorsorge, ... wird im sprachlichen Grundgebrauch mehr und mehr zum Modewort der heutigen Zeit. In kaum einer wissenschaftlichen Disziplin ist das Wort der „Prävention“ entbehrlich. Trotz unterschiedlicher Kontexte meint sie immer das selbstverantwortliche, vorausschauende Handeln des Menschen mit einem weiten Blick in die Zukunft und dem interaktiven Zusammenspiel seines Tuns und Handelns in der Gegenwart. Wenngleich, wie im nächsten Abschnitt näher beschrieben, der Begriff der **Prävention** in der Sozialmedizin des 19. Jahrhunderts aus dem pathogenetischen Verständnis von Krankheit entwickelt wurde, und der Begriff der **Gesundheitsförderung**, der auf dem salutogenetischen Ansatz basiert, erst Ende des 20. Jahrhunderts (vgl. Troschke, 2008, S. 69) angewandt wird, meint die Prävention im Kontext dieser Arbeit, soweit anders nicht ausdrücklich beschrieben, ebenso das Fördern der Salutogenese und nicht nur das Vermeiden reiner Risikofaktoren.

Während des Entstehungsprozesses und des Verlaufes von Krankheiten unterscheidet man zwischen **Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention**. Während die **Primärprävention** auf die Verhinderung von Neuerkrankungen durch die Beeinflussung von Krankheitsursachen abzielt, dient die **Sekundärprävention** der Krankheitsfrüherkennung um durch frühzeitige, wirksame Interventionen den Krankheitsprozess positiv beeinflussen zu können. Ist bereits eine manifeste Erkrankung eingetreten hat die **Tertiärprävention** das Vermeiden von Rückfällen oder Verschlechterungen zum Ziel. Wie die folgende Abbildung zeigt, zielt die **Gesundheitsförderung** auf die Unterstützung und Verstärkung von Gesundheitsressourcen, die der Gesundheitserhaltung und Krankheitsverhinderung dienen, ab (vgl. Troschke, 2008, S. 70).

Ein direkter Vergleich von Gesundheitsförderung und Prävention liegt dieser Arbeit im Anhang A 6 in Tabellenform bei.

Abbildung 2: Gesundheitsförderung versus Prävention



(Quelle: modifiziert nach Troschke, 2008, S. 70)

Die **Verhaltensprävention** stellt, ebenso wie die **Gesundheitsförderung**, in ihrem gesundheitswissenschaftlichen Dasein das eigenverantwortliche, gesundheitsfördernde und dabei risikomeidende Handeln der Menschen und dessen positive Beeinflussung in den Fokus.

Präventive Ansätze versuchen Verhaltens- und Verhältnisweisen (i.w.S.: **Verhältnisprävention**, die die Lebensbedingungen in den Mittelpunkt stellt) von Individuen in ihrer Gesamtheit und Komplexität zu verstehen und dort zu intervenieren (vgl. Troschke, 2008, S. 80). In Hinblick auf Maßnahmen zur **Verhaltensprävention** wird, wie folgende Abbildung zeigt, zwischen 3 Interventionsebenen unterschieden; Individuum, Setting und Bevölkerung.

Abbildung 3: Interventionsebene, Kontextbezug und Beispiele für verhaltenspräventive Interventionen

Interventionsebene	Verhaltensprävention und Fokus auf Information, Motivation, Beratung, ohne verhältnispräventive Elemente	Verhaltensprävention mit Kontextbezug bzw. Weiterentwicklung von Rahmenbedingungen des Verhaltens
Individuum (Mikroebene)	Ärztliche Gesundheitsberatung für einen Patienten in der Arztpraxis	Präventiver Hausbesuch mit Bezug/Beratung zu Lebensbedingungen und Lebensstil
Setting (Mikro- bzw. Mesoebene)	Edukative Angebote in Schulen (Gesundheitsunterricht) Informationsangebote in Betrieben	Gesundheitsförderung in Schulen, Betrieben und Verwaltungen u. a. durch Organisationsentwicklung gesundheitsfördernder Settings
Bevölkerung (Makroebene)	Motivationskampagnen ohne Kontextbezug (Esst mehr Obst, Rauchen gefährdet die Gesundheit) Socialmarketing ohne Beeinflussung von Rahmenbedingungen	Anti-Tabak-Kampagne unter Einschluss verhältnispräventiver Maßnahmen (Abbau von Zigarettenautomaten, Regulierung der Werbung, Tabaksteuer)

(Quelle: Troschke, 2008, S. 72)

Der Gedanke einer breit gefächerten, weitläufigen **Verhaltens- und Verhältnismodifikation** von Gesamtbevölkerungen ist bereits viele Jahrzehnte, gar Jahrhunderte alt. Die Entwicklung dieses gesundheitsförderlichen Gedankens, sein Paradigmenwechsel und sein heutiger, gesundheitswissenschaftlicher Gebrauch wird im Folgenden näher dargelegt. Seine Bedeutsamkeit wird mit Initiativen und Organisationen verdeutlicht und seine Aktualität durch den § 20 SGB V untermauert.

3.2.1 Historie

Präventive Interventionen in den Nachkriegsjahrzehnten wurde verstanden als eine Aufklärung unwissender Patienten durch medizinische Experten staatlicher, professioneller und privater Einrichtungen, die bis in die 70er Jahre hinein den Auftrag zur „gesundheitlichen Volksbelehrung“, d.h. einer sogenannten „Gesundheitserziehung“ verfolgten. Erklärungsansätze gründeten sich auf biomedizinische Paradigmen von Gesundheit, Krankheit, sowie ihrer Förderung, Vermeidung und Bewältigung. Belehrungen und Eingriffe in die Lebensgestaltung beriefen sich auf Vorstellungen von der biologischen bzw. physikochemischen „Eigengesetzlichkeit“ des Körpers und erzwangen somit Programmatiken zur ärztlich ange-

leiteten, somatischen Krankheitsverhinderung (vgl. Franzkowiak, 1998, S.11f.). Nach Göckenjan (1992, S. 47) wird Gesundheit damit zum „medizinischen Lernprogramm“, dessen Strategien, Methoden und organisatorischen Kapazitäten zu eng an das medizinische System und dessen Erklärungs- und Eingriffsansprüche gebunden seien. Angesichts der jahrzehntelangen, anhaltend unbefriedigenden Erfolge von Aufklärungs- und Belehrungskampagnen und der wachsenden Außen- und Binnenkritik an der traditionellen Gesundheitserziehung verdichtete sich in den 70er Jahren auch in Deutschland die Skepsis am wenig wirksamen, symptom- und biomedizinisch-orientierten Modell. Die 1980 vom WHO Beraterkomitee angestoßenen Aspekte „[...] aller politischen, ökonomischen und umweltbezogenen Faktoren, die eine negative oder neutralisierende Wirkung auf gesundes Verhalten haben [...]“ gewannen von sozialmedizinischer Seite an Bedeutung, während immer häufiger Zweifel am Risikofaktorenmodell geäußert wurden. Den damit eingeschlagenen Paradigmenwechsel unterstreicht Wilkening 1981, indem er fordert, das einfache Ursache-Wirkungs-Schema müsse durch „[...] komplexere Vorstellungen über das kumulative Zusammenwirken gesellschaftlicher, psychischer und biologischer Momente unter den Entstehungsbedingungen von Gesundheit und Krankheit[...]“ (vgl. Wilkening, 1981, S.5, in: Franzkowiak, 1998) ersetzt werden.

Die entstehende synergische Verbindung der WHO-Gesundheitspolitik mit dem System der „Primary Health Care“ wird 1978 im Kongress von Alma-Ata deklariert. „Primary Health Care“ belässt nicht mehr nur die Verantwortung den Ärzten im medizinischen Versorgungssystem, vielmehr versucht sie ein soziales, auf den Lebensraum der Gemeinde orientiertes Modell der Gesundheitsvorsorge und –sicherung weltweit durchzusetzen, bei dem die Zielbestimmung der Aktivierung und Erhaltung menschlicher und natürlicher Ressourcen gelte, welche mit gegenseitiger Unterstützung und Partizipation im Sinne der Teilhabe von Adressaten und Betroffenen zu verwirklichen sei. Der Umbruch von der defensiven Risikoprävention zur aktiven Gesundheitsförderung stellt den Grundstein heutiger Prävention dar, die, „soll sie langfristig und effektiv verankert werden, im wesentlichen von den Frauen und Männern selbst aufgegriffen, geplant und durchgeführt werden“ muss (vgl. Franzkowiak, S. 14, 1998).

Ein autoritäres Erzieher-Zögling-Verhältnis erwies sich für selbsttätige und selbstbewusste Gruppen in ihrer Auseinandersetzung mit gesundheitlichen Risiken, sowie ihrer Beachtung der Potentiale zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit, als untauglich. Franzkowiak (1998, S. 16f.) stellt fünf hervorsteckende Eigenschaften des damals zukunftsorientierten Modell zum „New Public Health“ heraus;

- „die systemisch-ökologische Perspektive auf Gesundheit, wobei die Vorbedingungen für Gesundheit in komplexen, jedoch veränderbaren Makrozusammenhängen angesiedelt werden;
- ein sowohl analytisch als auch pragmatisch wirkendes Mehrebenenkonzept mit umfassendem Bezug auf unterschiedliche soziale Komplexitätsstufen vom Individuum über Gruppen und Institutionen hin zum Gemeinwesen und der gesellschaftlichen Gesamtpolitik;
- die multisektorale Ausrichtung von Gesundheitspolitik und –praxis mit Schwerpunkt auf die Reorientierung von Gesundheits- und anderen sozialen Diensten einschließlich der Implementierung von Vernetzungsstrategien;
- partizipative Planungs- und Umsetzungsstrategien mit Betroffenen mit Stärkung Ihrer sozialen Unterstützungswerke;
- „empowerment“ als zentrales Ziel des professionellen Handelns, d.h. die Befähigung und Stärkung von Menschen zur gesundheitsfördernden Gestaltung ihrer Lebensbedingungen.“

Der Fokus der vorliegenden Arbeit richtet sich weitgehend auf den letzten Aspekt, der das „empowerment“, die Befähigung zum selbstverantwortlichen, gesundheitsbewußten Handeln, thematisiert.

Die Umsetzung des „Mehrebenenkonzeptes“ innerhalb der gesellschaftlichen Gesamtpolitik und die angestrebte multisektorale Ausrichtung der Gesundheitspolitik und seiner Form als verbindliches Gesetz der Bundesrepublik Deutschland innerhalb des §20 SGB V wird im Folgenden dargestellt.

3.2.2 Die Entwicklung des § 20 SGB V

Die Entwicklung der Gesundheitsförderung in Deutschland ab Mitter der 1980er Jahre, ist durch das Eintreten politischer Aktionsprogramme, die z.T. auch gegenläufige Tendenzen erhielten, gekennzeichnet. Als Initialzündung, und damit als „Meilenstein“ in der Geschichte deutscher Gesundheitsförderung, gilt der **§20 SGB V** des am **20.12.1988** im Rahmen des Gesundheitsreformgesetzes verabschiedeten Gesetzes „Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung“ (Kaba-Schönstein, 2003, S. 96ff.). Nach Evaluationen durch wurden dieser ersten Blütezeit anschließend, zunehmend Forderungen nach stärkerer Zielorientierung, Evaluation und Qualitätssicherung erhoben. Das Gesetz, welches als nachfrage- und maßnahmenorientierte Angebotspolitik vielmehr den Aufbau von Angeboten an sich, als den dahinter stehenden Programmcharakter zum Ziel hatte, wurde **am 1.1.1997** durch die im

Rahmen des Beitragsentlassungsgesetzes verabschiedete Norm **§20 „Krankheitsverhütung“** ersetzt. Das Verbindlichkeitsniveau des Gesetzes wurde erhöht, die Zusammenarbeit mit der gesetzlichen Unfallversicherung beauftragt und um die Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen ergänzt. 1996 kam es, ausgelöst durch die Rücknahme der Gesundheitsförderung als Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), zur Auflösung von Gesundheitsförderungsstrukturen und –angeboten der Krankenkassen (KK) und damit zur Beschränkung auf krankheits- und risikoorientierte Prävention und Selbsthilfe (Kaba-Schönstein, 2003, S. 96ff.).

An diese Phase der „**Ernüchterung und Depression**“, die die Prinzipien der Gesundheitsförderung nach ihrer Rücknahme als Aufgabe der GKV teilweise in Form der unspezifischen Primärprävention überleben ließ, schließt sich eine dritte Phase der Bewegung und neuer, „desillusionierter, gedämpfter Zuversicht“ an. Ein im Rahmen des **GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000** verabschiedetes, neues Gesetz des **§20 „Prävention und Selbsthilfe“**, legte Qualitätskriterien fest, forderte verbindlich das Fördern von präventiv oder rehabilitativ tätigen Selbsthilfegruppen, -organisationen und –kontaktstellen und beschloss ein Verzeichnis von Krankheitsbildern, bei denen Prävention und Rehabilitation zulässig ist. Die Krankenkassen konzentrierten sich zudem auf zwei Ansätzen zur Eindämmung von Krankheitsrisiken und Belastungen und zur Förderung der Gesundheit; die erstens auf Verhältnisse abzielen und durch Strukturgestaltung Gesundheit fördern (Interventionen nach dem Setting-Ansatz), und bei dem zweitens der Mensch, sein Verhalten und eine gesunde Lebensführung (Interventionen nach einem individuellen Ansatz) im Mittelpunkt stehen.

Bis dato ausgelegte sog. **Kann-Bestimmungen**, welche bspw. **die betriebliche Gesundheitsförderung** der Kassen, die arbeitsbedingten, körperlichen Belastungen, die Betriebsverpflegung, psychosozialen Stress und den Genuss- und Suchtmittelkonsum umfassten, wurden **2007 zu verpflichtenden Soll-Bestimmungen**. Die Handlungsfelder im Bereich der Primärprävention stützen sich auf Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, die Stressreduktion und die Entspannung (Kaba-Schönstein, 2003, S. 96ff.). Das Interagieren und in den Mittelpunktstellen der gesetzlichen Krankenkassen im Prozess gesamtbevölkerungsbezogener Gesundheitsförderung und Prävention wird im europäischen Vergleich in dieser Form nur in Deutschland praktiziert. Erfolge dieser Verfahrensweise bleiben abzuwarten. Die große, bereits viel zu oft abgelehnte, aber bis heute nicht verworfene Idee, die Prävention und Gesundheitsförderung, neben der kurativen Medizin, der Rehabilitation und der Pflege, als vierte Säule in die Gesundheitsversorgungskette zu integrieren, könnte diesen Zustand jedoch ändern und endlich alle Verantwortlichen in die Pflicht nehmen.

3.2.3 Akteure und Organisationen partizipativer Planungs- und Umsetzungsstrategien zur Gesundheitsförderung

Aufgrund der kaum mehr überschaubaren Vielzahl der sich in den letzten Jahren entwickelten Initiativen, werden im Folgenden nur diejenigen aufgezeigt, die im Zuge des sich ausbreitenden Trends auch an Bedeutung gewonnen haben. Die Ziele dieser Initiativen werden kurz dargelegt und auf weiterführende Literatur verwiesen.

3.2.3.1 Akteure partizipativer Strategien

Die **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)** und das **Robert-Koch-Institut (RKI)** stellen u.a. Akteure auf Bundesebene im deutschen Gesundheitswesen dar. Das **RKI** ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) und stellt die zentrale Einrichtung der Bundesregierung auf dem Gebiet der Krankheitsüberwachung und -prävention und damit auch auf dem Gebiet der anwendungs- und maßnahmenorientierten biomedizinischen Forschung dar. Das Erarbeiten wissenschaftlicher Erkenntnisse als Basis für gesundheitspolitische Entscheidungen, epidemiologische und medizinische Analysen, die Beratung zuständiger Bundesministerien, informierende und beratende Tätigkeiten der Fachöffentlichkeit sowie zunehmend auch die breitere Öffentlichkeit betreffend, sind Aufgaben des RKI (vgl. und weiterführende Informationen unter: www.rki.de, Stand: 15.Juli 2009).

Ebenso wie das RKI, ist auch die **BZgA** eine Behörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit, die 1967 gegründet wurde. Ziel ist es, Gesundheitsrisiken vorzubeugen, gesundheitsfördernde Lebensweisen zu unterstützen und das Verständnis von Gesundheit und Prävention im Wandel begreiflich zu machen. „Vor diesem Hintergrund ist - als ständiger kommunikativer Prozess - gesundheitliche Aufklärung dem Ziel verpflichtet, eigenverantwortliches Gesundheitshandeln zu ermöglichen.“ (vgl. www.bzga.de, Stand: 15.Juli.2009) Das Erarbeiten von Grundsätzen und Richtlinien für Inhalte und Methoden der praktischen Gesundheitserziehung, ebenso wie die Ausbildung und Fortbildung der auf dem Gebiet der Gesundheitserziehung und –aufklärung tätigen Personen, die Koordinierung und Verstärkung der gesundheitlichen Aufklärung und Gesundheitserziehung im Bundesgebiet, wie auch die Zusammenarbeit mit dem Ausland stellen zentrale Aufgabenbereiche der BZgA dar. Sie leistet Beiträge zur Entwicklung und Umsetzung nationaler Aktionspläne und Programme, die die Prävention von Infektionskrankheiten, die Suchtprävention (Schwerpunkte: Tabak- und Alkoholprävention), sowie die Förderung der Kinder- und Jugendgesundheit (gesunde Entwicklung; Ernährung, Bewegung, psychische Gesundheit)

zum Ziele hat, und erfüllt gesetzliche Aufgaben zur Aufklärung, bspw. der Sexualaufklärung und Familienplanung (Grundlage: Schwangeren- und Familienhilfegesetz) (vgl. Troschke, 2008, S. 183, weiterführende Informationen unter www.bzga.de).

Als weitere Akteure auf Bundesebene sind zudem das Bundesinstitut für Risikobewertung (www.bfr.bund.de), das Deutsche Institut für Ernährungsforschung (www.dife.de), das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (kurz: IQWiG, siehe www.gesundheitsinformation.de), sowie der Gemeinsame Bundesausschuss (kurz: G-BA, siehe www.g-ba.de) zu nennen.

Als Akteure auf Landesebene sind Landesgesundheitsämter, Gewerbeaufsichtsämter und Gesundheitsämter zu erwähnen, die bspw. Aufgaben vom technischem und sozialem Arbeitsschutz, der regionalen Gesundheitsberichterstattung, sowie der Prävention und Gesundheitsförderung wahrnehmen. Allerdings sind diese Institutionen noch nicht in allen Bundesländern eingeführt (vgl. Troschke, 2008, S. 184ff.).

3.2.3.2 Organisationen partizipativer Strategien

Nicht-staatliche gemeinnützige Organisationen

In Deutschland sind auf dem Gebiet der Prävention und Gesundheitsförderung vor allem die **Freien Wohlfahrtsverbände** als sog. Non Governmental Organizations (NGOs) tätig, die trotz fehlender staatlicher Trägerschaft staatliche Aufgaben auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene realisieren. Dabei übernehmen sie die Organisation von Gesundheitsversorgungsmaßnahmen und fungieren als Träger von Bildungseinrichtungen (weitere Informationen unter: www.caritas.de, www.diakonie.de, www.drk.de, www.dpww.de). Auf kommunaler Ebene bieten Organisationen zur Drogen-, Familien-, und Sexualberatung (bspw. Pro Familia) präventive Beratungsleistungen.

Privatrechtliche Organisationen, die den größten Teil der Leistungserbringer in Prävention und Gesundheitsförderung darstellen, und als ein „Zwischenmarkt für Gesundheitsleistungen“ dem Bürger gesundheitsrelevante Dienstleistungen oder Waren zur Selbstfinanzierung entgegenstellen, sind u.a. der deutsche Wellness-Verband (www.wellnessverband.de) und das Deutsche Grüne Kreuz (www.dgk.de) (vgl. Troschke, 2008, S. 187ff.).



Nationale Dachorganisationen

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (www.dhs.de), die Deutsche Gesundheitshilfe e.V. und die Bundesarbeitsgemeinschaft für Selbsthilfe (www.bag.selbst-hilfe.de) sind neben der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG) Interessenvertretungen, die sich in Dachverbänden zusammengeschlossen haben. Die BVPG richtet seit einer Fusion im Jahre 2007 schwerpunktmäßig den jährlichen „Kindersicherheitstag“ und den „Weltgesundheitstag“ aus (vgl. Troschke, 2008, S. 190f.).

4 Gesundheitspolitische Notwendigkeit individueller Gesundheitsförderung

Viele Gesundheitswissenschaftler wissen bereits um die Notwendigkeit der Verhaltensmodifikation im Sinne des „empowerment“ - zum Zwecke der individuellen und daraus resultierenden, auch allgemeinen, übergreifenden Gesundheitsförderung. Wie aber stehen Gesundheitsökonominnen einer derartigen Befähigung der Menschen zur Selbstgenese bzw. Gesunderhaltung gegenüber? Wird ein eigenverantwortliches Handeln gefördert oder unterstützt? Welche Standpunkte vertritt die politische oder ökonomische Seite? Bietet die Gesunderhaltung wirtschaftliches Potential? Womit wird eine Notwendigkeit begründet? – Antworten auf diese Fragen werden im Folgenden Abschnitt dargelegt.

4.1 Gesundheitspolitischer Hintergrund

Der gesundheitspolitische Blick richtet sein Augenmerk vorzugsweise auf die Aspekte des demographischen Wandels, des technologischen Fortschrittes, der Internationalisierung und des veränderten Konsumentenverhaltens, die alle zu wachsenden Ausgaben im Gesundheitswesen führen. Weiterhin wird auch der Effekt veränderter Morbiditätsstrukturen dazu beitragen, dass das System des deutschen Gesundheitswesens zukünftig immer schwieriger zu finanzieren sein wird. Genannte Aspekte und solche, die weiterhin zum sog. „Marktversagen“ auf Gesundheits- und Versicherungsmärkten beitragen, werden im Folgenden näher erläutert. Die **Änderung der Altersstruktur**, basierend auf einer stabilen Geburtenentwicklung und dem Trend zur steigenden Lebenserwartung, führt zu einem doppelten Alterungsprozess, der eine starke Erhöhung des Altersquotienten nach sich zieht. Somit wird in 30-40 Jahren einer großen Gruppe der über 60-Jährigen nur noch eine kleine Gruppe der jungen Bevölkerung gegenüber stehen (vgl. Ulrich, 2003, S.59ff.).

Der **technologische Fortschritt** lässt sich mit Hilfe der Status-Quo-, der Medikalisierungstheorie und der Kompressionsthese untermauern. Während die **Status-Quo-These** davon ausgeht, dass hohe Gesundheitsausgaben eine Folge der Nähe zum Tod sind und der Altersaufbau damit keine Auswirkungen auf die Gesundheitskosten hat, besagt die **Kompressionstheorie**, dass schwere gesundheitliche Beeinträchtigungen ins höhere Lebensalter verschoben werden, die Gesundheitskosten insbesondere in den obersten Altersgruppen überproportional ansteigen und damit zu einer „Versteilerung“ der altersspezifischen Ausgabekurven führen (vgl. Wasem, 2004, S.17f.). Die **Medikalisierungsthese** spitzt den

Ausgabeneffekt zu, indem sie besagt, dass trotz steigender Lebenserwartung in Zukunft alle Altersgruppen vermehrt medizinische Leistungen in Anspruch nehmen werden. Viele Menschen würden zwar vor dem Tod gerettet, aber nicht geheilt, und auch die Zunahme chronischer, das Leben begleitender, konstant teurer Krankheiten scheint drastisch.

4.2 Gesundheitspolitische Auswirkungen

Nach Axel Mühlbacher (Professor an der Hochschule Neubrandenburg, Gesundheitsökonom) werden die Auswirkungen des Alterungsprozesses neben gesundheitspolitischen, auch Aspekte der Erwerbs-, Lohnquoten und das Lohnniveau (die sich folglich erhöhen werden müssen), wie auch die Ausbildungsdauer (die um einen schnellstmöglichen Berufseinstieg zu gewährleisten, herabgesetzt werden muss), die Rentenhöhe und das Renteneintrittsalter beeinflussen (Mühlbacher, 2009, Seminarunterlagen).

Da der Markt für Gesundheitsgüter und -leistungen kein „vollkommener“, das heißt kein sich durch Angebot und Nachfrage regulierender Markt ist, und in einem Sozialversicherungssystem -wie in Deutschland- auch nicht existieren kann, wird unter Gesundheitsökonomien bereits von einer „**Theorie des Marktversagens**“ gesprochen. Diese Theorie beinhaltet eine Vielzahl von Marktfehlern/ Ursachen für ein Marktversagen. Die wichtigsten Ursachen sind:

- Öffentliche Güter - „Externalitäten“
- Informationsasymmetrien – „Adverse Selektion“ , „Moral Hazard“
- Marktmacht – fehlende Konsumentensouveränität und Markttransparenz
- Problem der Allokation/ Verteilungsgerechtigkeit (vgl. Hajen et al.,2006,S.57f.).

Als „**Externalitäten**“ werden Marktprozesse bezeichnet, bei denen der Nutzen bzw. die Möglichkeit eines Akteurs direkt von den Handlungen eines anderen Akteurs abhängen. Sie können positiver (Nutzensteigerung beider Akteure, bspw. Nutzung wissenschaftlicher Erkenntnisse) oder negativer Art (Nutzensteigerung des einen Akteurs zieht Nutzenminderung für den Anderen nach sich, bspw. Umweltschädigungen) sein. „Externalitäten“ im deutschen Gesundheitssystem sind am ehesten bei positiv externen Effekten relevant, die bspw. durch die Prophylaxe oder die Therapie ansteckender Krankheiten oder durch die individuelle Gesundheitsförderung des einen Individuums, auch die Ansteckungsgefahr des Anderen vermeiden und damit ökonomische Effekte mindern. Da es in der Realität viele Nutznießer dieses Effektes gibt, wird der Kollektivgutcharakter von Gesundheitsleistungen deutlich (vgl. Breyer et al., 2003, S. 167ff.). Die zum **Kollektivgutcharakter** führenden,

sog. „öffentlichen Güter“ schließen niemanden von seinem Nutzen aus, sobald es produziert wurde und sollte deshalb, wenn möglich, vom Staat bereitgestellt werden.

Informationsasymmetrien, die von einem unterschiedlichen Informationsstand von Käufer und Verkäufer eines Gutes mit Qualitätsunterschieden ausgehen, werden auf dem Gesundheitsmarkt durch die sog. „adverse Selektion“ bzw. dem „Moral Hazard“ unterschieden. Die „**adverse Selektion**“ meint die Undurchsichtigkeit medizinischer und versicherungstechnischer Leistungen, die nicht zu einem typischen Marktverhalten der Konsumenten (Konsumenten sind ambivalent), sondern zum Zusammenbruch des Marktes führen, wenn die Präferenzunterschiede zweier oder mehrerer Leistungen/Produkte nicht groß genug sind. Das Phänomen des „**Moral Hazard**“ ist ebenso auf Versicherungsmärkten relevant und beschreibt die Verhaltensänderung eines Versicherten nach Abschluss eines Krankenversicherungsvertrages. Nach Oberender/Ecker (2001, S.31) würde sich dabei der Versicherte, sobald der Versicherungsschutz besteht, risikofreudiger verhalten. Die Folgen des „Moral Hazard“ zeigen sich dann nicht nur in einem zusätzlichen Bedarf an Gesundheitsleistungen, auch die Schadenswahrscheinlichkeit und die Sättigungsmenge an Gesundheitsleistungen/-gütern steigt an (vgl. Oberender/Ecker, 2001, S.31).

4.3 Gesundheitspolitische Konsequenzen

Das die Arbeit einleitende Zitat Arthur Schopenhauers: „*Gesundheit ist nicht Alles, aber alles ist nichts ohne Gesundheit!*“ macht eindrucksvoll deutlich, dass die Gesundheit ein besonderes Gut, „das höchste Gut“ ist, dass es um „jeden Preis“ zu erhalten gilt. Die Aussage impliziert, dass Gesundheit als „unbezahlbar“, im Sinne von „unendlich wertvoll“ und „sehr teuer“ sei, die sich das deutsche Gesundheitssystem, sollten die Kosten weiter im bisherigen Tempo steigen, bald nicht mehr leisten können wird (vgl. Breyer et al., 2003, S. 1). Das Problem der Allokation (die gerechte Verteilung knapper Güter) im deutschen Gesundheitswesen haben sich zahlreiche Akteure (u.a. die Vermeidung von Verschwendung) zum Ziel gesetzt.

Die gesundheitspolitische und -ökonomische Notwendigkeit der individuellen Gesundheitsförderung wird durch die Tatsache deutlich, dass der Gesundheitszustand einer Bevölkerung wesentlich das Humankapital einer Gesellschaft beeinflusst und somit einen bedeutenden Inputfaktor für Wachstum darstellt. Neben qualitativen Dimensionen eines gesundheitlichen Wachstumsmarktes, die durch die verbesserte Produktivität von Arbeitskräften zum Tragen kommt, sind auch quantitative Dimensionen (Reduktion der Krankheitsausfälle und damit Verbesserung der Arbeitskräfte) von hoher Bedeutung. Sie leisten Beiträge zum Wachstum und zur Beschäftigung. Prof. Dr. Axel Mühlbacher schreibt in einem Arbeitsdokument für Studenten, dass „der Markt für Gesundheitsleistungen mit seinen vielfältigen



Produkten, Dienstleistungen und Einrichtungen eine Zukunftsbranche [sei] in der viele Menschen Beschäftigung finden können [...]“ und das Gesundheitswesen in vielen Wirtschaftsbereichen als „Treiber für Innovationen“ gelte, was „große Chancen für die Wirtschaft und den Arbeitsmarkt“ berge.

Die angesprochenen Komponenten verdeutlichen die Krise des deutschen Sozialversicherungs-Systems und zeigen die Notwendigkeit individueller, auch eigenfinanzierter Gesundheitsförderung auf, da sich das System ohne die Hilfe jedes einzelnen Bürgers der Bundesrepublik, kaum mehr aus der Krise befreien kann.

5 Stand der Gesundheitsforschung in Mecklenburg Vorpommern

Gesundheitsrelevante Fragen des Fragenkataloges zur Studie „GesundTour MV“ wurden aus bereits zum Teil abgeschlossenen Studien übernommen, um eine solide Basis der Vergleichbarkeit von Studienergebnissen im Verlauf darstellen und den zukünftigen Forschungsbedarf ableiten zu können. Bei diesen Studien handelt es sich um die 1997 unter der Leitung von Prof. Dr. U. John initiierte Studie SHIP (STUDY OF HEALTH IN POMERANIA) und die durch Prof. Dr. W. Hoffmann geleitete Studie „ZUWANDERUNGSLAND MECKLENBURG VORPOMMERN!“, die 2006 begonnen wurde. Dabei wurden jedoch nicht alle Fragen der Studie neu entwickelt, sondern teilweise auf bereits bestehende Fragenkataloge anderer Studien zurückgegriffen. So liegt die Frage „Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?“ dem **SF-12**, der die gesundheitsbezogene Lebensqualität abfragt, zugrunde (vgl. Bullinger, 2000, S. 190ff). Die Frage nach der Gesundheitsachtsamkeit („Wie stark achten Sie im Allgemeinen auf Ihre Gesundheit?“) wurde dem **IRES**-Fragebogen entnommen, der einen Fragebogen zur Gesundheit in Beruf und Alltagsleben darstellt (IRES, Gerdes et al.). Angelehnt an den Fragebogen zur Erfassung des Gesundheitsverhaltens **FEG** (Dlugosch, Krieger) wurde die Frage nach den Veränderungswünschen bezüglich des Gesundheitsverhaltens („Bitte geben Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen: [...]“). Da die Autorin im begrenzten Rahmen der Bachelor-Arbeit lediglich ausgesuchte Ergebnisse des Forschungsstandes vorstellen kann, werden nur die Ergebnisse zum allgemeinen Gesundheitszustand und zu Änderungswünschen der Befragten der Studie „Zuwanderungsland Mecklenburg Vorpommern!“ herangezogen, im Folgenden dargelegt und im 8. Kapitel mit den Ergebnissen des Zustandes innerhalb der „GesundTour“-Studie verglichen.

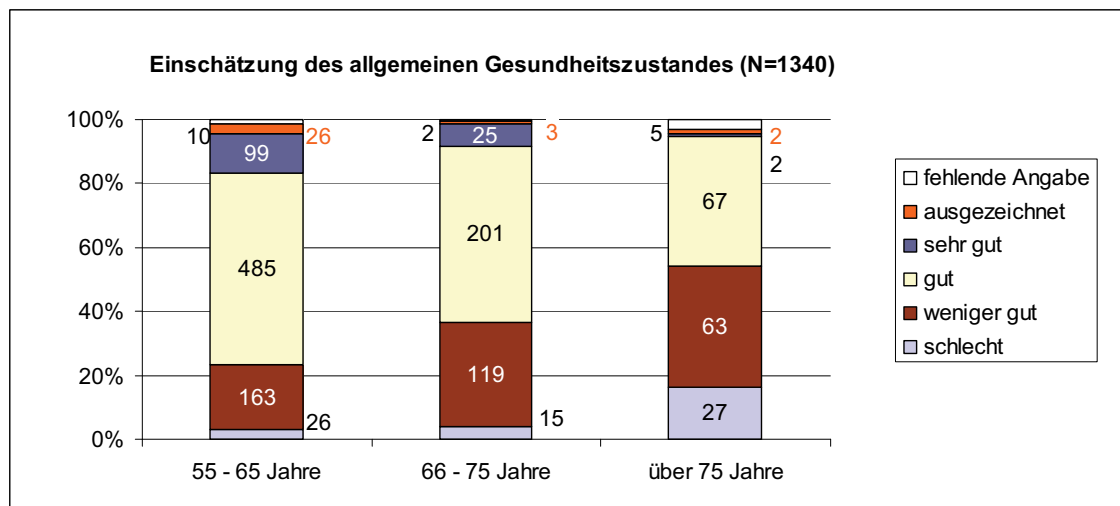
5.1 Der Gesundheitszustand von Befragten der Studie „Zuwanderungsland Mecklenburg Vorpommern!“

Die Daten des Gesundheitszustandes von Befragten Zuwanderern/Rückkehrern nach Mecklenburg-Vorpommern wurden von Mai bis Sept./Okt. 2007 im Rahmen einer schriftlichen Befragung erhoben. Unter der Zielsetzung „Erkenntnisse über die Entwicklung der Stärke und Struktur der Zuwandererströme der letzten Jahre zu gewinnen und näheres

über die Umzugsmotive und gesundheitsbezogenen Erwartungen [...] an Mecklenburg-Vorpommern – als Land auf dem Weg zum Gesundheitsland Nr. 1 - zu erfahren.“ (vgl. Krafczyk/Hoffmann, 2008, S. 10) wurden 3.200 Personen angeschrieben, von denen sich 1.340 Personen (Response 45,4%) an der Umfrage beteiligten.

ALLGEMEINER GESUNDHEITZUSTAND – Wie aus Abbildung 5 ersichtlich wird, schätzten die Befragten ihren allgemeinen Gesundheitszustand überwiegend als gut bis ausgezeichnet ein. Wenngleich die positive Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes mit zunehmendem Alter abnimmt, fühlen sich zwei Drittel der Befragten bis zu einem Alter von 75 Jahren gut bis ausgezeichnet (vgl. Krafczyk/Hoffmann, 2008, S. 31).

Abbildung 4: Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes; Studie der Zuwanderer, Rückkehrer > 55 Jahre



(Quelle: Krafczyk/Hoffmann, 2008, S. 32)

Krafczyk und Hoffmann (2008, S. 32) stellen ebenso heraus, dass Frauen ihren allgemeinen Gesundheitszustand signifikant schlechter einschätzten als Männer.

Ein weiteres Ergebnis der Zuwanderungsstudie zur Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes nach von Krafczyk und Hoffmann (2008, S. 36) basiert auf der Gegenüberstellung mit dem jeweiligen Haushaltsnettoeinkommen der Befragten;

Tabelle 4: Kreuztabelle über Haushaltsnettoeinkommen und Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes; Studie der Zuwanderer-, Rückkehrer > 55 Jahre (n=1041)

Haushaltsnettoeinkommen	Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes			Summe
	besser als gut	gut	schlechter als gut	
<i>Häufigkeit</i> <i>Zeilenprozent</i> unter 1300 Euro	27 7.09 %	193 50.66 %	161 42.26 %	381 100.00 %
zwischen 1300 und 2800 Euro	54 10.59 %	315 61.76 %	141 27.65 %	510 100.00 %
mehr als 2800 Euro	35 23.33 %	86 57.33 %	29 19.33 %	150 100.00 %
Summe	116	594	331	1041

(Quelle: Krafczyk/Hoffmann, 2008, S. 37)

Die Tabelle lässt zwei Subgruppen in der Bevölkerungsgruppe der Zuwanderer erkennen, bei denen es sich zum Einen um „ärmere“ Zuwanderer bzw. Rückkehrer mit einem Haushaltsnettoeinkommen unter 1.300 Euro handelt. Zum Anderen wird eine Gruppe herauskristallisiert, die die „reicheren“ Zugezogenen und über 55-Jährigen mit einem Haushaltsnettoeinkommen von mehr als 2.800 Euro umfasst.

Interessant scheint, dass die „Ärmeren“ mit 42,3% häufiger einen schlechten Gesundheitszustand angeben und nur 7,1% ihren Gesundheitszustand als besser (als gut) einschätzen. Dem steht ein signifikanter Unterschied (Chi²-Test, p<0,0001) zur zweiten Subgruppe der „Reichen“ gegenüber, die mit 23,3% einen Gesundheitszustand als besser als gut angeben (vgl. Krafczyk/Hoffmann, 2008, S. 36).

ÄNDERUNGSWUNSCH – Ein mittelmäßig bis starker und sehr starker Änderungswunsch besteht in erster Linie für die Verhaltensbereiche Bewegung (39,55%), Ernährung (28,28%) bzw. Übergewicht (34,33%) (siehe Anhang A 8). Dabei geben lediglich etwa ein Fünftel (22,01%) der über 55-Jährigen an, Stress und Hektik reduzieren zu wollen.

6 Methodisches Vorgehen

Zur Beantwortung der in dieser Arbeit formulierten Fragestellung, bedient sich die Autorin vor allem der quantitativen Methoden der empirischen Sozialforschung, welche die Erhebung von Daten sowie die Auswertung von Sekundärliteratur und – statistik beinhaltet.

6.1 Qualitative und quantitative Methoden

Die QUALITATIVE FORSCHUNGSMETHODIK ist ein exploratives Verfahren, die zum Ziele hat etwas zu erkunden, zu entdecken, zu interpretieren und zu verstehen, um dann Hypothesen bilden zu können. Qualitative Verfahren werden gebraucht, wenn ein Forschungsgegenstand neu oder erst wenig erforscht ist und es darum geht Grundlageninformationen zu beschaffen (vgl. Maier Kruker/Rauh, 2005, S. 4).

QUANTITATIVE VERFAHREN hingegen wird angewendet, wenn ein Sachverhalt bereits erforscht und schon Wissen vorhanden ist. Dann geht es im Forschungsprozess darum, bestehende Hypothesen zu überprüfen d. h. ob diese falsifiziert oder beibehalten werden, wenn sie sich bewähren. Ihr Ziel „[...] ist die Erklärung sozialer Phänomene, Ereignisse, Beziehungen und Prozesse“ (vgl. Maier Kruker/Rauh, 2005, S. 84).

6.1.1 Angewandte statistische Analysemethoden

Die Analyse und Auswertung der vorliegenden Daten erfolgte mit Hilfe von Methoden der deskriptiven Statistik.

HÄUFIGKEITSTABELLE - Die Häufigkeitsauszählung von Merkmalsausprägungen ist die einfachste Art der Zusammenfassung von Informationen über ein Merkmal. Um einen Überblick über Antwortmuster und -struktur eines Items zu erhalten, ist die Arbeit mit Häufigkeitstabellen oftmals der Einstieg weiterer Analysen (vgl. Raithel, 2006, S. 126).

KREUZTABELLEN - Die gebräuchlichste Form zur Aufbereitung und Darstellung von bivariaten Daten ist die Kreuztabelle (auch Kontingenztafel oder -tabelle) und das Streudiagramm. „Eine Kreuztabelle [...] ist eine tabellarische Darstellung der gemeinsamen (bivariaten) Häufigkeitsverteilung zweier Merkmale“ (vgl. Maier Kruker/Rauh, 2005, S. 128). Um bspw. herauszufinden, in welcher Beziehung eine bestimmte Variable zu den soziode-

mographischen Daten wie Geschlecht, Alter, Einkommen, Bildungsniveau etc. steht, wurde die Anfertigung von Kreuztabellen im Rahmen der Datenanalyse häufig vorgenommen.

GEWICHTUNG

Grundlage der Datenanalyse der Telefonbefragung stellte ein gewichteter Datensatz, der, um repräsentative Ergebnisse (d.h. Schlüsse auf die gesamtdeutsche Wohnbevölkerung) darstellen zu können, von der beauftragten Firma PROJECTM nach dem Prinzip des „Minimalen Informationsverlusts“ generiert wurde (vgl. Rösch, 1994, S. 17f.). Der Gewichtung und der daraus folgenden Notwendigkeit des Rundens der Zahlen bzw. der prozentualen Anteile weisen die Ergebnisse (siehe dazu Kap. 7) einen maximalen Fehler von 0,4% auf (vgl. Mischke, 2009, S. 78).

ANALYSE UND AUSWERTUNG

Das Statistikprogramm „Statistical Package for Social Sciences (SPSS) Version 15.0“ wurde für die Analyse und Auswertung der Daten herangezogen.



7 Datenerhebung

7.1 Telefonbefragung

7.1.1 Das Gesundheitsbewusstsein und der gegenwärtige Gesundheitszustand anhand soziodemografischer Determinanten

ANGABEN ZUM GESUNDHEITSBEWUSSTSEIN - Um Aussagen zum Gesundheitsbewusstsein der befragten Grundgesamtheit (n=1063) treffen zu können, wird nun die Frage „Wie stark achten Sie eigentlich im Allgemeinen auf Ihre eigene Gesundheit?“ in Form von Kreuztabellen mit Blick auf verschiedene soziodemografische Ausprägungen dargestellt. Die Befragungsteilnehmer der Telefonbefragung wurden zur Beantwortung der Frage gebeten Ihre jeweilige Einschätzung auf einer Art Bewertungsskala von 1 = „sehr stark“ bis 5 = „gar nicht“ anzugeben.

GESUNDHEITSBEWUSSTSEIN VS. GESCHLECHT

Tabelle 5: Beachtung der Gesundheit vs. Geschlecht (n=1062)

Wie stark achten Sie eigentlich im Allgemeinen auf Ihre eigene Gesundheit? Skala: 1 = sehr stark bis 5 = gar nicht	Geschlecht		Gesamt
	männlich	weiblich	
1 = sehr stark	47,6% ¹ 24,5% ² 127	52,4% 25,8% 140	94,3% { 267 432 302
2	47,5% 39,5% 205	52,5% 41,8% 227	
3	51,3% 29,9% 155	48,7% 27,7% 147	
4	25	20	45
5 = gar nicht	6	8	14
<DK >	1	1	2
Gesamt	48,9% 519	51,1% 543	1063 ³

(eigene Darstellung, SPSS)

¹ rot dargestellte Prozentangaben sind bezogen auf die Gesamtzahl der jeweiligen Antwortkategorie

² grün dargestellte Prozentangaben sind jeweils geschlechtsspezifisch

³ 1062 entsprechen 100% der blau gekennzeichneten Werte

Die Tabelle 5 zeigt, inwieweit geschlechtsspezifische Ausprägungen zum Aspekt der Gesundheitsachtsamkeit bestehen.

Das Verhältnis der Auskunftsbereitschaft von Mann und Frau ist relativ ausgeglichen, so dass der kaum nennenswerte Unterschied von 2,2% keine markanten Unterschiede, die kausal auf das Befragungsdesign gründen, erkennen lassen.

Sehr eindrucksvoll zeigt sich der Wert von 94,3%, der angibt, dass die Befragten sehr stark oder stark, eher abflachend mittelmäßig, auf Ihre Gesundheit achten. Dabei ist ein kaum signifikanter Unterschied zwischen Männern und Frauen abzusehen.

GESUNDHEITSBEWUSSTSEIN VS. SCHUL-/BILDUNGSABSCHLUSS

Die 4. Tabelle, die die Gesundheitsachtsamkeit mit dem höchsten Schul- / oder Bildungsabschluss darstellt, zeigt auf, dass fast $\frac{2}{3}$ der Gesamtbefragten, die angaben sehr stark oder stark auf Ihre Gesundheit zu achten, einen höheren Bildungsabschluss (Gymnasium / Oberschule / EOS = 62,8%, Hoch- / Fachhochschule = 68,4%) nachweisen können.

Tabelle 6: Beachtung der Gesundheit vs. Schul-/Bildungsabschluss (n=1062*)

1 = sehr stark 5 = gar nicht	Welchen Schul- oder Bildungsabschluss haben Sie? Bitte geben Sie nur den höchsten Bildungsabschluss an.							Gesamt
	ohne Schul- abschluss	Volks- / Hauptschule	Real- / Mittel- schule / POS	Gymnasium / Oberschule / EOS	Hoch- / Fachhoch- schule	weiß nicht/ k. A.		
1	7	25,8% 29,7% 69	23,2% 18,7% 62	12,4% 20,1% 33	30,7% 31,7% 82	14	25,1% 267	
2	14	19,4% 36,2% 84	33,8% 44,0% 146	16,2% 42,7% 70	22,0% 36,7% 95	23	40,7% 432	
3	1	22,1% 28,9% 67	34,0% 31,0% 103	16,5% 30,5% 50	22,4% 26,3% 68	14	28,5% 303	
4	0	9	15	8	11	1	44	
5	0	3	5	3	3	0	14	
DK	0	0	1	0	0	1	2	
Gesamt	22	21,8% 232	31,3% 332	15,4% 164	24,4% 259	53	1062 ⁴	

(eigene Darstellung, SPSS)

Aber auch Probanden, die als höchsten Schul- oder Bildungsabschluss die mittlere Reife angaben, und im Vergleich zu den anderen Abschlüssen, bspw. dem gymnasialen Ab-

⁴ / * siehe dazu: Anhang A 9 „verarbeitete Fälle, Gesundheitsachtsamkeit“
Kapitel 6 Methodik; Gewichtung

schluss, mit 31,3% zu 15,4% überdurchschnittlich an der Befragung teilnahmen, sind mit 62,7% sehr stark oder stark auf Ihre Gesundheit bedacht.

GESUNDHEITSBEWUSSTSEIN VS. HAUSHALTSNETTOEINKOMMEN

Die sich im Anhang A 20 befindliche Tabelle, die das Nettoeinkommen mit der Gesundheitsachtsamkeit kreuzt, unterstreicht die Richtung des Gradienten nach Bildungsabschluss. Es wird ersichtlich, dass die Einkommensklassen „3300 bis unter 3800 EUR“ und „3800 EUR und mehr“ den in der Tabelle zum Schul-/Bildungsabschluss beginnenden Trend (höherer Bildungsabschluss = höhere Gesundheitsachtsamkeit), wenngleich nur bedingt, fortsetzt.

GESUNDHEITSBEWUSSTSEIN VS. ART DER KRANKENVERSICHERUNG

Bezugnehmend auf die Theorie des „Moral Hazard“ (siehe Abschnitt 4.3 „Gesundheitspolitischer Blick“ zur Diskussion der Notwendigkeit individueller Gesundheitsförderung), die besagt, dass Menschen sich risikofreudiger verhalten würden nachdem Sie einen Versicherungsvertrag, der bei evtl. Schäden für die Wiedergutmachung und Genesung aufkäme, geschlossen haben, (vgl. Oberender/Ecker, 2001, S.31, Breyer et al., 2002, S. 204) möchte ich im folgenden eine Darstellung, die die Gesundheitsachtsamkeit und die Art der Versicherung in Relation zueinander setzt, aufzeigen;

Tabelle 7: Beachtung der Gesundheit vs. Art der Krankenversicherung (n=1063)

Wie stark achten Sie eigentlich im Allgemeinen auf Ihre eigene Gesundheit? Skala: 1 = sehr stark bis 5 = gar nicht	Wie sind Sie krankenversichert?			Gesamt
	privat	gesetzlich	weiß nicht/ k. A.	
1 = sehr stark	15,4% 26,3% 41	80,1% 24,3% 214	12	25,1% 267
2	15,3% 42,3% 66	82,6% 40,6% 357	9	40,6% 432
3	14,9% 28,8% 45	83,2% 28,7% 252	6	28,5% 303
4	4	41	0	45
5 = gar nicht	0	14	0	14
<DK >	0	1	1	2
Gesamt	14,7% 156	82,7% 879	28	1063

(eigene Darstellung, SPSS)

Die Gruppe der Privatversicherten ist mit 14,7% zu 82,7% gesetzlich Versicherter unterrepräsentiert. Dieser Aspekt wird kausal auf das deutsche Gesundheitssystem zurückzuführen sein. Die Tabelle zeigt weiterhin, dass es keinen markanten Unterschied zwischen der Gesundheitsachtsamkeit und der Mitgliedschaft innerhalb privater und gesetzlicher Kran-

kenversicherungen gibt. Die „Moral-Hazard-Theorie“ wird jedoch auch nicht widerlegt. Wenngleich der Aspekt der Minderheit an Privatversicherten die Tabelle dominiert, ist es doch ersichtlich, dass Probanden, die Mitglied einer privaten Krankenversicherung sind, durchschnittlich etwa 4% häufiger angaben „sehr stark“ oder „stark“ auf Ihre Gesundheit zu achten. Auffällig ist auch, dass kein Privatversicherter die Antwortkategorie „gar nicht“ und nur 4 Probanden „kaum“ kreuzen ließen, während gesetzlich Versicherte wesentlich häufiger (55 Probanden) zu diesen Antwortkategorien tendierten.

ANGABEN ZUM GEGENWÄRTIGEN GESUNDHEITZUSTAND DER BEFRAGTEN - Der während der Befragung gegenwärtige Gesundheitszustand der befragten Grundgesamtheit von $n=1063$ wird mit Hilfe der Fragenanalyse „Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?“ herausgestellt. Die Befragungsteilnehmer der Telefonbefragung wurden zur Beantwortung der Frage gebeten Ihre jeweilige Einschätzung auf einer Art Bewertungsskala von 1 = „schlecht“ bis 5 = „ausgezeichnet“ anzugeben. Die Variablen zwischen den Polen wurden mit 2 = „weniger gut“, 3 = „gut“ und 4 = „sehr gut“ hinterlegt. Zunächst wird der Einfluss sozioökonomischer und –demografischer Determinanten auf den Gesundheitszustand in Form von Kreuztabellen dargestellt und schlussendlich eine Korrelation zur Gesundheitsachtsamkeit vorgenommen.

GESUNDHEITZUSTAND VS. GESCHLECHT

Der geschlechtsspezifische, aktuelle Gesundheitszustand der Befragten wird überwiegend als „gut“, „sehr gut“ und „ausgezeichnet“ angegebenen. Die Tabelle 8, die die absoluten Werte beinhaltet, und eine sich im Anhang A 10 befindliche Tabelle, die durch die prozentuellen Angaben ergänzend herangezogen wird, zeigen, dass lediglich 16,4% ($n=87$) der Frauen und nur 11,3% ($n=59$) der männlichen Befragten einen „schlechten“ oder „weniger gut“ en Gesundheitszustand empfinden.

Tabelle 8: Gesundheitszustand vs. Geschlecht (n=1062)

		Geschlecht		Gesamt
		männlich	weiblich	
Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?	schlecht	10	9	19
	weniger gut	49	78	127
	gut	315	309	624
	sehr gut	108	121	229
	ausgezeichnet	37	26	63
Gesamt		519	543	1062

(eigene Darstellung, SPSS)

853 von 1062 Befragten (dies entspricht einem prozentualen Anteil von 80,4%) beschreiben ihren allgemeinen Gesundheitszustand als „gut“ und „sehr gut“. Dabei ist kein signifikanter Unterschied im Antwortverhalten von Mann und Frau festzustellen. Auffällig ist je-

doch, dass Frauen einen „weniger guten“ Gesundheitszustand in der Differenz um 22,6% häufiger angeben, als männliche Befragte.

GESUNDHEITZUSTAND VS. ALTER

Die Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes zeigt eine deutliche Abgrenzung nach welcher Befragte über 65 Jahre jeweils etwa doppelt so häufig die Antwortmöglichkeit „weniger gut“ wählten, als Befragte zwischen dem 35. und 54. Lebensjahr. (siehe Anhang A 11) Das Antwortdesign in der Kategorie „gut“ zeigt über alle Altersgruppen hinweg bei etwa 50% - 60% Konstanz. Ein Abstieg der Einschätzung eines „sehr guten“ Gesundheitszustandes liegt bei der Betrachtung der ≤ 24 Jährigen zu den ≥ 75 Jährigen vor.

GESUNDHEITZUSTAND VS. HAUSHALTSNETTOEINKOMMEN

Auskunft darüber, inwieweit das monatliche Haushaltsnettoeinkommen der Befragten Einfluss auf den allgemeinen Gesundheitszustand hat, gibt die sich im Anhang A 13 aufgezeigte Tabelle. Auffällig ist hier, dass niemand der Befragten mit einem monatlichen Haushaltsnettoeinkommen von 3.300 bis < 3.800 EUR einen schlechten Gesundheitszustand empfinde. Bei einem monatlichen Haushaltsnettoeinkommen von weniger als 900 EUR jedoch, gaben 7,9 % der Befragten an sich „schlecht“ zu fühlen. Dominierend in dieser Einkommenskategorie sticht ebenso das Antwortschemata zu „weniger gut“ hervor, dass mit 26,1 % für „< 500 EUR“ über dem Durchschnitt des Antwortdesigns liegt. Während in der Antwortkategorie „gut“ Befragte mit einem mntl. Haushaltsnettoeinkommen zwischen „900 EUR bis < 3.300 EUR“ ihren Gesundheitszustand vermehrt einschätzten, zeigt sich in den oberen Einkommensschichten von mehr als 3.300 EUR ein Anstieg in den Antwortschemata zu einem „sehr guten“ oder gar „ausgezeichneten“ Gesundheitszustand. Befragte höherer Einkommensschichten gaben demnach mit 31,4% etwa dreimal häufiger einen „ausgezeichnet“ en Gesundheitszustand im Vergleich zur unteren Einkommenskategorie („< 500 EUR“ + „500 EUR bis < 900 EUR mit 10,5%) an.

GESUNDHEITZUSTAND VS. FAMILIENSTAND

Die Beziehung zwischen dem Familienstand und dem allgemeinen Gesundheitszustand der Befragten wird in der Tabelle Anhang A 12 deutlich; zu den Antwortkategorien „schlecht“ und „weniger gut“ tendieren mit 27,2 % überwiegend „verwitwete“ Befragte. Befragte, die jedoch angaben verheiratet zu sein, dominierten in den Antwortschemata „gut“, „sehr gut“ und „ausgezeichnet“. Ledig oder geschiedene/ getrennt lebende Personen tendierten mit 55% bzw. 65,5% in ihrem Aussagen zum Gesundheitszustand eher zur Antwortkategorie „gut“.

7.1.2 Aussagen zum gegenwärtigen, gesundheitsförderlichen Handeln

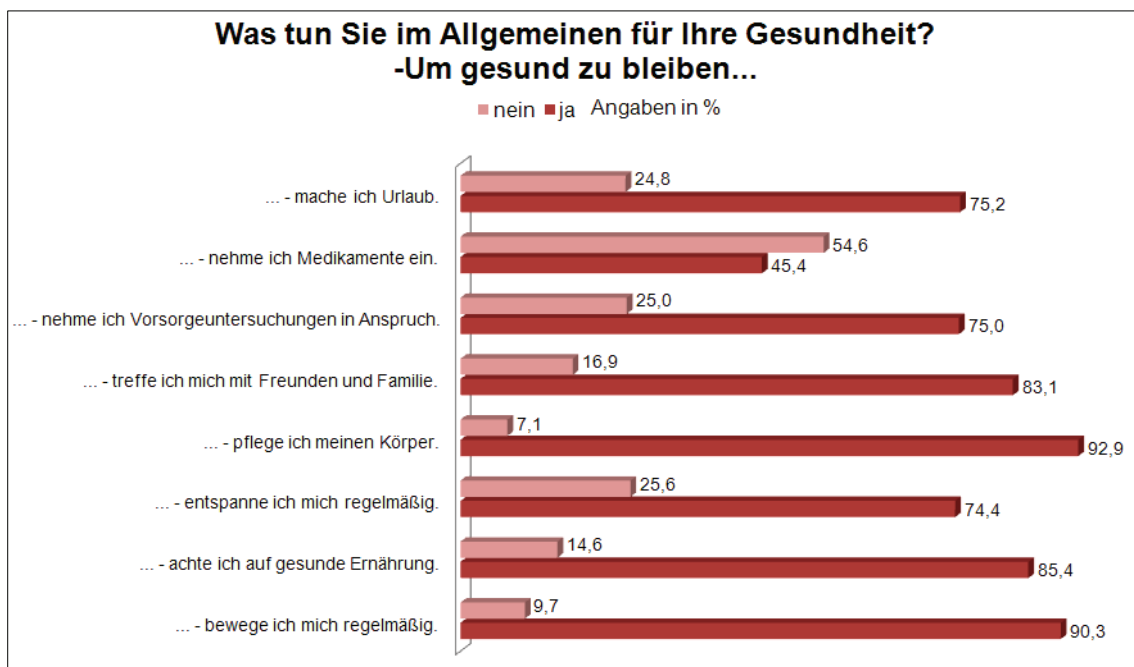
Um Aussagen der Befragten zu ihrem gesundheitsfördernden, präventiven Verhalten treffen zu können, wurde den Befragten folgende Frage gestellt;

„Was tun Sie im Allgemeinen für Ihre Gesundheit? Welchen Aussagen stimmen Sie zu? - Um gesund zu bleiben...

- ...bewege ich mich regelmäßig.
- ...achte ich auf eine gesunde Ernährung.
- ...entspanne ich mich regelmäßig.
- ...pflege ich meinen Körper.
- ...treffe ich mich mit Freunden und Familie.
- ...nehme ich Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch.
- ...nehme ich Medikamente ein.
- ...mache ich Urlaub.“

Die Befragten wurden gebeten mit „ja“ oder „nein“ zu antworten. Eine nun folgende Grafik zeigt die Antwortschemata jeweiliger Handlungen;

Abbildung 5: gegenwärtiges, gesundheitsförderliches Handeln (n=1063)



(eigene Erhebung, SPSS, Excel)

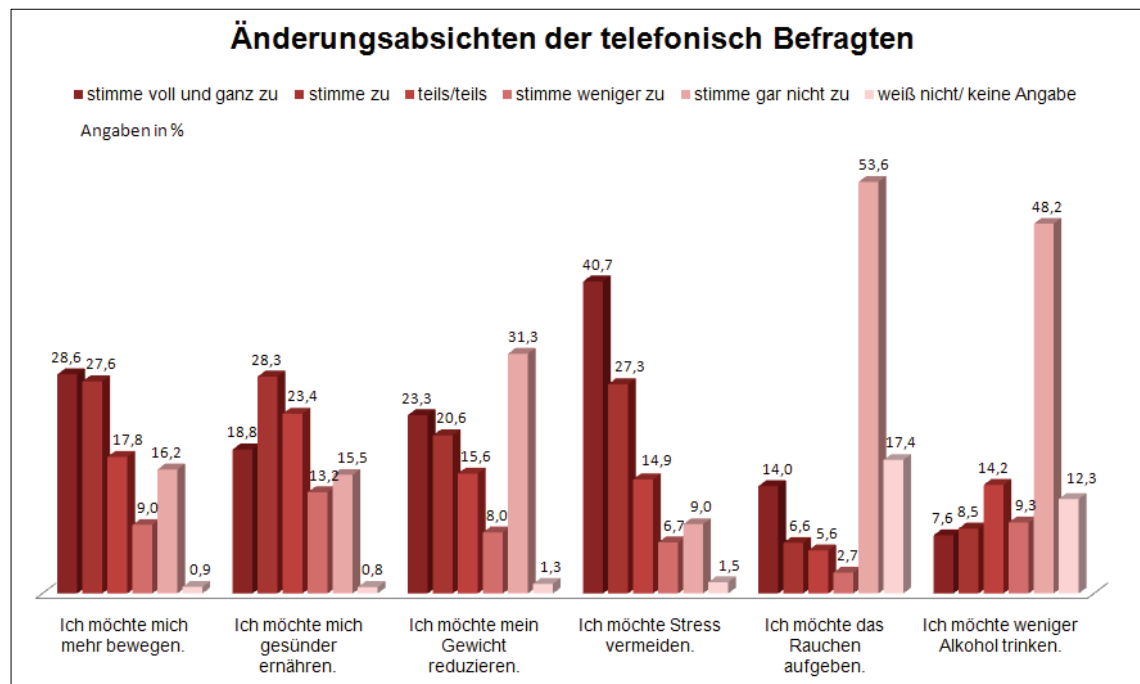
92,9 % der Grundgesamtheit von 1063 Befragten (entspricht einem absoluten Anteil von ca. 988 Befragten) gaben an, ihren Körper zu pflegen um gesund zu bleiben. Diesem Wert schließt sich mit 90,3% die Aussage „Um gesund zu bleiben bewege ich mich regelmäßig.“ an. Auf eine gesunde Ernährung zu achten bejahten 85,4 % der telefonisch Befragten.

Um Freunde und Familie zum Zwecke der Gesundheitsförderung/-erhaltung zu treffen, stimmten 83,1 % der Befragten mit „ja“ zu.

7.1.3 Änderungsabsichten bezüglich des präventiven, gesundheitsförderlichen Handelns

Wie in folgender Darstellung aufgezeigt, streben 68,0% der Befragten an, zukünftig Stress vermeiden zu wollen. Diesem Wert schließt sich, trotz der rund 90%-igen Aussage der Befragten bereits sportlich aktiv zu sein, der Wille an sich künftig mehr bewegen zu wollen (56,3%). Auch die Aussage „Ich möchte mich gesünder ernähren.“ ist mit einer 47,1%-igen Zustimmung der Befragten charakterisiert.

Abbildung 6: Änderungsabsichten der telefonisch Befragten (n=1063)



(eigene Darstellung, SPSS, Excel)

Besonders stechen ebenso die Aussagen, denen nicht zugestimmt wurde (zum Aufgeben des Rauchens und zur Reduktion des Alkoholgenusses) hervor.

Da das Antwortschemata keine Antwort zu „betrifft mich nicht“ vorsah, kann davon ausgegangen werden, dass Befragte, die sich nicht mit derartigen Absichten identifizierten, mit der Angabe „stimme gar nicht zu“ von der Aussage entfernen wollten. Eine andere Erklärung könnte jedoch auch sein, dass die Befragten sich ihrem pathogenetischen Verhalten bewusst sind, dies aber als gegeben, als ihr „Laster“, hinnehmen.

7.1.4 Die Darstellung von Zusammenhängen

Die soziodemografischen Determinanten in Bezug auf das Gesundheitsbewusstsein und den jeweiligen Gesundheitszustand sind bereits dargelegt. Nun kommt es darauf an, zu ergründen, welche Änderungsabsicht mit einem positiven oder negativen Gesundheitsbewusstsein einhergeht. Um diese Richtungen herauszustellen, werden im Folgenden die drei am häufigsten gewählten Änderungsabsichten jeweils unter den Aspekten der Gesundheitsachtsamkeit (=Gesundheitsbewusstsein) und des Gesundheitszustandes beleuchtet.

7.1.4.1 Zusammenhang zwischen Gesundheitsachtsamkeit und Änderungsabsicht

GESUNDHEITSACHTSAMKEIT VS. „ICH MÖCHTE STRESS VERMEIDEN“ – ANHANG A 21

Besonders viele Befragte, die eine „starke“ oder „sehr starke“ Gesundheitsachtsamkeit (hohe Gesundheitsachtsamkeit) angaben, stimmten der Änderungsabsicht („stimme zu“ + „stimme voll und ganz zu“) mit 66,2% bzw. 70,4% zu. Dem stehen lediglich 16,2% bzw. 15,4% der Befragten mit „starker“ bzw. „sehr starker“ Gesundheitsachtsamkeit gegenüber, die dieser Aussage nicht zustimmten („stimme weniger zu“ + „stimme gar nicht zu“). Mit 22,2% bzw. 35,7% gaben Befragte mit einem schwachen Gesundheitsbewusstsein („kaum“, „gar nicht“) deutlich häufiger an, nicht an einer derartigen Verhaltensänderung interessiert zu sein.

GESUNDHEITSACHTSAMKEIT VS. „ICH MÖCHTE MICH MEHR BEWEGEN.“ – ANHANG A 22

Auch in dieser Änderungsabsicht wird eine Differenz in den Aussagen der Befragten mit einer hohen und geringen Gesundheitsachtsamkeit deutlich. Während 56,2% (sehr starke Achtsamkeit) bzw. 54,8% (starke Achtsamkeit) der Befragten mit einer hohen Gesundheitsachtsamkeit der Aussage sich mehr bewegen zu wollen zustimmten, sind es in der Gruppe der Menschen mit geringer Gesundheitsachtsamkeit 47,7% (schwache Achtsamkeit) bzw. 36,7% (gar keine Achtsamkeit). Innerhalb der Gruppe von Befragten, die Angaben „überhaupt nicht“ auf Ihre Gesundheit zu achten, wird zu 42,9% auch keine Änderungsabsicht angestrebt.

GESUNDHEITSACHTSAMKEIT VS. „ICH MÖCHTE MICH GESÜNDER ERNÄHREN.“ – ANHANG A 23

Innerhalb der Änderungsabsicht sich gesünder ernähren zu wollen, sind die Werte der Gruppen mit hoher Gesundheitsachtsamkeit und geringer Gesundheitsachtsamkeit relativ

ausgeglichen. Der Wert von 42,9% der Befragten, die überhaupt nicht auf ihre Gesundheit achten und auch keine Verhaltensänderung in Betracht ziehen, ist um ein vielfaches höher als beispielsweise der Menschen, die angaben, auf ihre Gesundheit zu achten (42,9% zu 13,9%). Jedoch gaben auch vergleichsweise viele Befragte mit 42,8% dieser „schlechten“ Gruppe an, ein derartiges Änderungsverhalten in Betracht zu ziehen.

7.1.4.2 Zusammenhang zwischen Gesundheitszustand und Änderungsabsicht

GESUNDHEITZUSTAND VS. „ICH MÖCHTE STRESS VERMEIDEN“ – ANHANG A 25

Befragte eines „schlechten“ bzw. „weniger guten“ Gesundheitszustandes gaben mit 68,4% bzw. 66,9% außergewöhnlich häufig die Änderungsabsicht Stress vermeiden zu wollen an. Dieses Muster ähnelt den Befragten mit gutem Gesundheitszustand („ausgezeichnet“, „sehr gut“, „gut“), die mit 68,2%, 67,2% und 68,2% ebenso anstreben, Stress vermeiden zu wollen. Nur eine geringe Anzahl von Befragten (von 5,3% bis 11,1%) gab an, dieser Änderungsabsicht ganz und gar nicht zu zustimmen.

GESUNDHEITZUSTAND VS. „ICH MÖCHTE MICH MEHR BEWEGEN.“ – ANHANG A 26

Den Änderungswunsch sich mehr bewegen zu wollen, hegen 68,4% der Befragten, die angaben sich „schlecht“ zu fühlen. Ein Fünftel jedoch stimmte der Absicht nicht zu. Befragte mit guter Gesundheit stimmten der Aussage mit etwa 20%-iger Ausprägung zu. Auffällig ist der Wert von 41,9%, der die Menschen mit „ausgezeichnetem“ Gesundheitszustand darstellt, die einer Verhaltensänderung jedoch absolut abgeneigt sind.

GESUNDHEITZUSTAND VS. „ICH MÖCHTE MICH GESÜNDER ERNÄHREN.“ – ANHANG A 27

Die Werte der Änderungsabsicht sich besser ernähren zu wollen, sind über alle Angaben zum Gesundheitszustand hinweg konstant. Ebenso fällt hier der Wert von 41,9%, der Menschen mit „ausgezeichnetem“ Gesundheitszustand, die einem Änderungsverhalten absolut abgeneigt sind, auf.

7.2 Vor-Ort-Befragung

7.2.1 Das Gesundheitsbewusstseins und der gegenwärtige Gesundheitszustand anhand soziodemografischer Determinanten

ANGABEN ZUM GESUNDHEITSBEWUSSTSEIN - Wie bereits im Abschnitt der Telefon-Befragung unter 6.1.1 beschrieben, wird nun, um Aussagen zum Gesundheitsbewusstsein der befragten Grundgesamtheit treffen zu können, die Frage „Wie stark achten Sie eigentlich im Allgemeinen auf Ihre eigene Gesundheit?“ in Form von Kreuztabellen mit Blick auf verschiedene soziodemografische Ausprägungen dargestellt.

Auch die Befragungsteilnehmer der Vor-Ort-Befragung wurden zur Beantwortung der Frage gebeten, ihre jeweilige Einschätzung auf einer Art Bewertungsskala von 1 = „sehr stark“ bis 5 = „gar nicht“ anzugeben.

GESUNDHEITSACHTSAMKEIT VS. GESCHLECHT

Dabei gibt Tabelle 9 Aufschluss darüber, inwieweit geschlechtsspezifische Ausprägungen zum Aspekt der Gesundheitsachtsamkeit bestehen:

Tabelle 9: Beachtung der Gesundheit vs. Geschlecht (n=904)

		Geschlecht			Gesamt
		männlich	weiblich	missing	
Wie stark achten Sie	1	35,9% ⁵ 24,6% ⁶ 78	64,1% 23,8% 139	0	24,0% 217
im Allgemeinen auf	2	32,8% 38,8% 123	66,7% 42,8% 250	2	42,5% 375
Ihre eigene Gesund-	3	38,7% 33,1% 105	60,9% 28,3% 165	1	30,0% 271
heit?	4			0	35
	5			0	3
	missing			0	3
Gesamt		35,1% 317	64,6% 584	3	904 ⁷

(eigene Darstellung, SPSS)

Die Tabelle verdeutlicht, dass Männer wie Frauen etwa gleichermaßen „sehr stark“ und „stark“ auf Ihre Gesundheit achten. Ein nennenswerter Unterschied wird innerhalb der Antwortkategorie „mittelmäßig“ sichtbar, in welcher Frauen deutlich häufiger (60,9%) Antworten gegeben haben. Diese Angabe relativiert sich jedoch, wenn man betrachtet, dass doppelt so viele Frauen wie Männer an der Befragung teilnahmen, sodass dieser prozentuale

⁵ rot dargestellte Prozentangaben sind bezogen auf die Gesamtzahl der jeweiligen Antwortkategorie

⁶ grün dargestellte Prozentangaben sind jeweils geschlechtsspezifisch

⁷ 904 entsprechen 100% der blau gekennzeichneten Werte

Wert, berechnet aus der Gesamtkategorie, kausal auf die Grundgesamtheit aller Befragten der Interviewbefragung begründet werden kann. Schön abzulesen ist der Aspekt, dass ca. 96% aller Befragten angaben „sehr stark“ bis „mittelmäßig“ auf Ihre Gesundheit zu achten.

GESUNDHEITSACHTSAMKEIT VS. SCHUL-/BILDUNGSABSCHLUSS

Die 10. Tabelle, die die Gesundheitsachtsamkeit mit dem höchsten Schul- / oder Bildungsabschluss darstellt, zeigt auf, dass Befragte, die angaben „sehr stark“ oder „stark“ auf Ihre Gesundheit zu achten, nicht zwangsläufig einen höheren Bildungsabschluss (Gymnasium / Oberschule / EOS = 61,4%, Hoch- / Fachhochschule = 66,6%) aufweisen müssen. Auch Probanden mit mittlerem (65,4%) oder Hauptschulabschluss (67,0%) orientieren sich an jeweiligen Antwortkategorien.

Tabelle 10: Beachtung der Gesundheit vs. Schul-/Bildungsabschluss (n=904)

Wie stark achten Sie im Allgemeinen auf Ihre eigene Gesundheit?	Welchen höchsten Schul- oder Bildungsabschluss haben Sie?							Gesamt
	ohne Abschluss	Volks-/Hauptschule	Real- / Mittelschule / POS	Gymnasium / Oberschule / EOS	Hoch- / Fachhochschule	missing		
1	1	20,7% 27,4% 45	30,9% 23,4% 67	9,2% 18,3% 20	36,9% 24,1% 80	4	24,0%	217
2	1	17,3% 39,6% 65	32,0% 42,0% 120	12,5% 43,1% 47	37,6% 42,5% 141	1	41,5%	375
3	1	16,6% 27,4% 45	32,1% 30,4% 87	13,3% 33,0% 36	36,2% 29,5% 98	4	30,0%	271
4	1	7	11	5	11	0		35
5	0	1	0	0	2	0		3
m	0	1	1	1	0	0		3
Gesamt	4	18,1% 164	31,6% 286	12,1% 109	36,7% 332	9		904

(eigene Darstellung, SPSS)

Auffällig ist hier die Rangorientierung „zur Mitte“, d.h. die Antwortkategorie „stark“ des oberen Antwortsegmentes von „sehr stark“ bis „mittelmäßig“ wird vergleichsweise mit einer jeweils mehr als 10%-igen Zunahme angegeben. Auf dem zweiten Platz der Häufigkeitsverteilung jeweiliger Antwortkategorien steht die Aussage „mittelmäßig“ auf die Gesundheit zu achten, während die Aussage „sehr stark“ eher zurückhaltend angewandt wird.

GESUNDHEITSACHTSAMKEIT VS. ART DER KRANKENVERSICHERUNG

Diese Orientierung lässt sich auch in folgender, 11. Tabelle, die die Gesundheitsachtsamkeit mit der Art der Krankenversicherung kreuzt, herausstellen. Die dritte Art der Krankenversicherung, die bspw. für die „freie Heilfürsorge“ steht, möchte ich in der Analyse der Tabelle unberücksichtigt lassen, da diese Gruppe mit nur 1,7% Teilhabe an der Gesamtbe-

fragung unterrepräsentiert ist und falsche Aussagen hervorrufen könnte. Wenngleich das Verhältnis der privat und gesetzlich Versicherten nicht ausgeglichen ist, scheint eine Analyse sinnvoll.

Tabelle 11: Beachtung der Gesundheit vs. Art der Krankenversicherung (n=904)

Wie stark achten Sie im Allgemeinen auf Ihre eigene Gesundheit?	Wie sind Sie krankenversichert?					Gesamt
	privat	gesetzlich	anderes	nicht versichert	missing	
1	15,2% 20,2% 33	80,2% 24,5% 174	2,8% 40,0% 6	0	4	24,0% 217
2	20,3% 46,6% 76	78,1% 41,2% 293	0,8% 20,0% 3	0	3	41,5% 375
3	18,1% 30,1% 49	77,5% 29,5% 210	1,8% 33,3% 5	1	6	30,0% 271
4	4	29	1	0	1	35
5	0	3	0	0	0	3
missing	1	2	0	0	0	3
Gesamt	18,0% 163	78,7% 711	1,7% 15	1	14	904

(eigene Darstellung, SPSS)

Während gesetzlich Versicherte häufiger die Antwortkategorie „sehr stark“ favorisieren (24,5% zu 20,2%), zeigt sich in der Antwortkategorie „stark“ ein anderer Trend, bei welchem die Privatversicherer mit 46,6% zu 41,2% dominieren.

Die unteren Antwortkategorien „kaum“ oder „gar nicht“ werden wesentlich seltener von privat als gesetzlich Versicherten in Betracht gezogen. 96,9% aller privat Versicherten tendierten zu oberen Antwortkategorien, während gesetzlich Versicherte mit einem prozentualen Anteil von 95,2% an oberen Antwortkategorien teilnahmen.

ANGABEN ZUM GEGENWÄRTIGEN GESUNDHEITZUSTAND DER BEFRAGTEN - Der während der Befragung gegenwärtige Gesundheitszustand der befragten Grundgesamtheit von $n=1063$ wird, angelehnt an die Telefonbefragung, mit Hilfe einer Analyse der Frage: „Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?“ herausgestellt. Die Befragungsteilnehmer der Telefonbefragung wurden zur Beantwortung der Frage gebeten, ihre jeweilige Einschätzung auf einer Bewertungsskala von 1 = „schlecht“, 2 = „weniger gut“, 3 = „gut“ und 4 = „sehr gut“ bis 5 = „ausgezeichnet“ anzugeben. Der Einfluss sozioökonomischer und –demografischer Determinanten auf den Gesundheitszustand wird in Form von Kreuztabellen dargestellt. Schlussendlich werden nähere Analysen zur Gesundheitsacht-samkeit vorgenommen.

GESUNDHEITZUSTAND VS. GESCHLECHT – A 15

Der geschlechtsspezifische, aktuelle Gesundheitszustand der Befragten wird, ähnlich dem Antwortverhalten der Teilnehmer der Telefonbefragung, überwiegend als „gut“, „sehr gut“ und „ausgezeichnet“ angegebenen. Die Antwortkategorien „gut“ und „sehr gut“ dominieren in der Betrachtung der prozentualen Anteile, wobei die männlichen Befragten mit 71,9%, und die Teilnehmerinnen mit 70,2% vertreten sind. Eine sich im Anhang A 16 befindliche Kreuztabelle zeigt, dass 26,4% ($n=154$) der Frauen und 24,3% ($n=77$) der männlichen Befragten einen „schlechten“ oder „weniger guten“ Gesundheitszustand empfinden.

GESUNDHEITZUSTAND VS. ALTER – A 16

Die Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes zeigt eine deutliche Abgrenzung nach welcher Befragte über 65 Jahre jeweils etwa doppelt so häufig die Antwortmöglichkeit „weniger gut“ wählten, als Befragte zwischen dem 35. und 54. Lebensjahr. (siehe Anhang A 17) Das Antwortverhalten der Befragten in der Kategorie „gut“ zeigt ab der Altersgruppe >35Jahre hinweg bei etwa 50% - 60% Konstanz. Ein Abstieg der Einschätzung eines „sehr gut“ en Gesundheitszustandes liegt bei der Betrachtung der ≤ 24 Jährigen zu den ≥ 75 Jährigen vor. Während 62,5% der unter/gleich 24-jährigen einen „sehr guten“ und „ausgezeichneten“ Gesundheitszustand zu empfinden angeben, sind es bei den ≥ 75 -jährigen nur noch 6,1%.

GESUNDHEITZUSTAND VS. FAMILIENSTAND – A 17

Die Beziehung zwischen dem Familienstand und dem allgemeinen Gesundheitszustand der Befragten wird in der Tabelle Anhang A 18 deutlich; zu den Antwortkategorien „schlecht“ und „weniger gut“ tendieren mit 38,5 % überwiegend verwitwete Befragte. Befragte, die jedoch angaben verheiratet zu sein, dominierten in der Antwortkategorie „gut“ (mit 60%). Ledig oder geschiedene/ getrennt lebende Personen tendierten ebenso mit

57,5% bzw. 57,9% in ihren Aussagen zum Gesundheitszustand eher zur Antwortkategorie „gut“. Sie dominieren mit 7,4% jedoch auch die Kategorie „schlecht“.

GESUNDHEITZUSTAND VS. HAUSHALTSNETTOEINKOMMEN – A 18

Die Auskunft, inwieweit das monatliche Haushaltsnettoeinkommen von Befragten Einfluss auf den allgemeinen Gesundheitszustand hat, gibt die sich im Anhang A 19 aufgezeigte Tabelle. Auffällig ist hier wie bei der Telefonbefragung, dass niemand der Befragten mit einem monatlichen Haushaltsnettoeinkommen von 3.300 bis < 3.800 EUR einen schlechten Gesundheitszustand empfinde. Bei einem monatlichen Haushaltsnettoeinkommen von weniger als 900 EUR jedoch, gaben 13,3% der Befragten an, sich „schlecht“ zu fühlen. Dominierend in dieser Einkommenskategorie sticht ebenso das Antwortschemata zu „weniger gut“ hervor, dass mit 34,6% für „< 500 EUR“ und 42,2% für „500 bis <900 EUR“ über dem sonstigen Durchschnitt der Antworten liegt. Während Befragte mit einem mtl. Haushaltsnettoeinkommen zwischen „1.300 EUR bis < 1.800 EUR“ ihren Gesundheitszustand mit 66,3% als „gut“ einschätzten, zeigt sich in den oberen Einkommensschichten von mehr als 3.300 EUR ein Anstieg der Einschätzung eines „sehr guten“ oder gar „ausgezeichneten“ Gesundheitszustandes (22,3% / 10,0%). Befragte höherer Einkommensschichten (ab 3.300 EUR) gaben mit 12,6% sechsmal häufiger einen „ausgezeichneten“ Gesundheitszustand im Vergleich zur unteren Einkommenskategorie („< 500 EUR“ + „500 EUR bis < 900 EUR mit 2,2%) an.

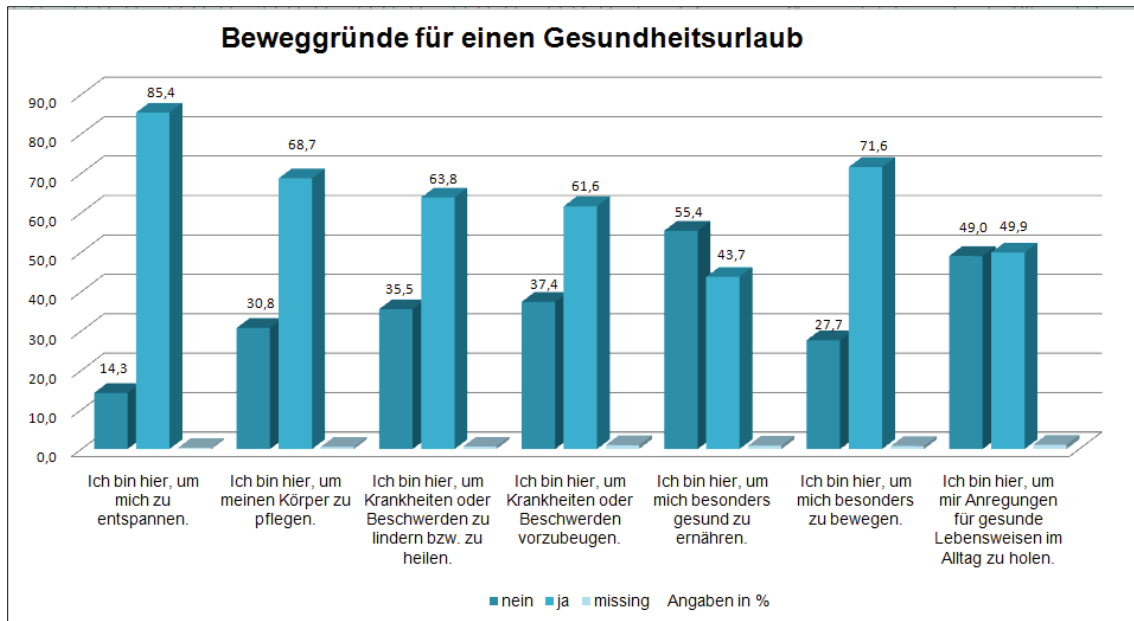
7.2.2 Aussagen zum gegenwärtigen, gesundheitsförderlichen Handeln im Gesundheitsurlaub

Um Aussagen der Befragten zu ihrem gesundheitsfördernden, präventiven Verhalten treffen zu können, wurde den Befragten folgende Frage gestellt; „Welche Beweggründe haben Sie für Ihren Gesundheitsaufenthalt? -Ich bin hier, ...

1. *...um mich zu entspannen.*
2. *...um meinen Körper zu pflegen.*
3. *...um Krankheiten oder Beschwerden zu lindern bzw. zu heilen.*
4. *...um Krankheiten oder Beschwerden vorzubeugen.*
5. *...um mich besonders zu bewegen.*
6. *...um mich besonders gesund zu ernähren.*
7. *...um mir Anregungen für eine gesunde Lebensweise im Alltag zu holen.“*

Die Befragten wurden gebeten mit „ja“ oder „nein“ zu antworten. Eine nun folgende Grafik zeigt die Antwortschemata jeweiliger Handlungen:

Abbildung 7: Beweggründe für einen Gesundheitsurlaub der Gäste vor Ort (n=904)



(Quelle: eigene Darstellung, SPSS, Excel)

85,4% der Grundgesamtheit von 904 Befragten gaben an, im Gesundheitsurlaub zu sein, um sich zu entspannen. Diesem Wert schließt sich mit 71,6% die Aussage „Ich bin hier um mich besonders zu bewegen.“ an. Die Körperpflege bejahten 68,7% der vor Ort Befragten „Gesundheitstouristen“.

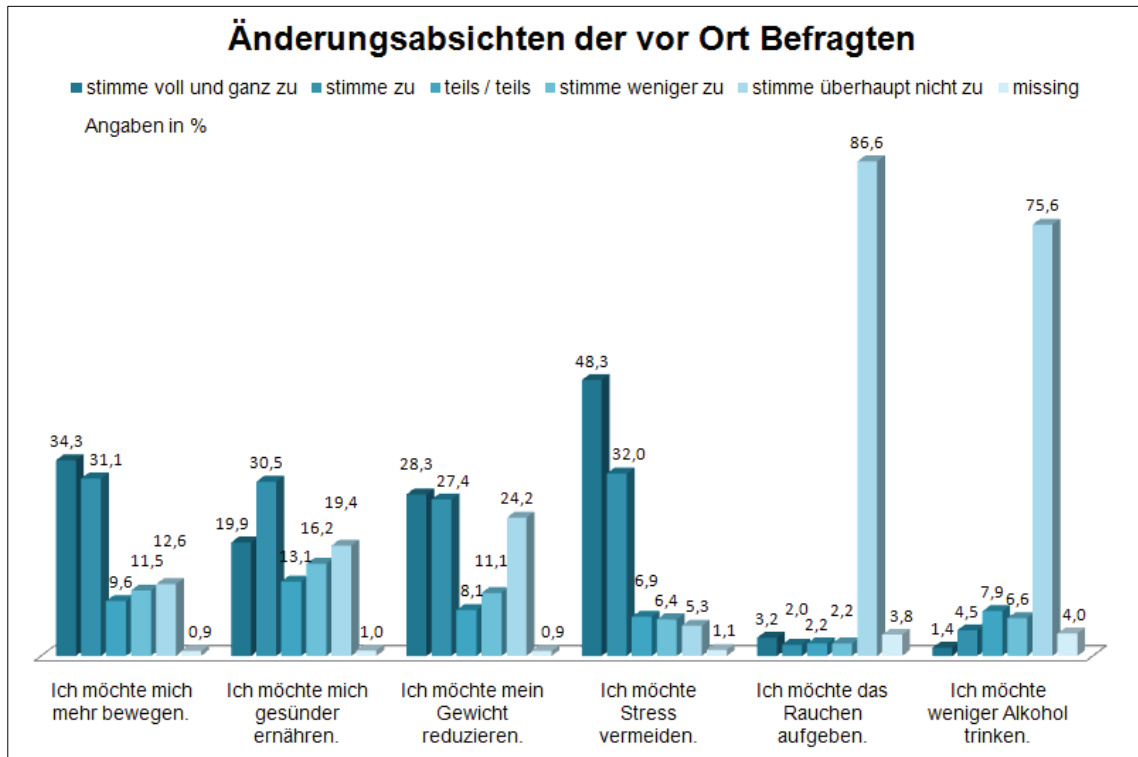
So kann festgehalten werden, dass Entspannung, Bewegung und Pflege die am meisten Beweggründe sind, einen Gesundheitsurlaub anzustreben. Mit 61,6% und 63,8% gaben die Befragten ebenso an einen Gesundheitsurlaub gewählt zu haben um Krankheiten oder Beschwerden vorzubeugen bzw. zu lindern/zu heilen.

Ausgewogen steht das Antwortverhältnis von 49,0% („nein“) und 49,9% („ja“) innerhalb des Ansatzes „Anregungen für eine gesunde Lebensweise im Alltag“ gewinnen zu wollen.

7.2.3 Änderungsabsichten bezüglich des präventiven, gesundheitsförderlichen Handelns

Änderungsabsichten im gesundheitsförderlichen Handeln der Befragten wurden mit Hilfe der Fragestellung des Item 21: „Wie sehr stimmen Sie folgenden Aussagen zu?“ erhoben.

Abbildung 8: Änderungsabsichten der vor Ort Befragten (n=904)



(Quelle: eigene Darstellung, SPSS, Excel)

Wie in Abbildung 8 aufgezeigt, streben 80,3%% der Befragten („stimme voll und ganz zu“: 48,3%; „stimme zu“: 32,0%) an, zukünftig Stress vermeiden zu wollen. Diesem Wert folgt mit 65,4% der Wille, sich künftig mehr bewegen zu wollen. Auch der Aussage „Ich möchte mich gesünder ernähren.“ stimmten 50,4% aller Befragten („stimme voll und ganz zu“: 19,9%; „stimme zu“: 30,5%) zu.

Wie bereits in der Auswertung zur Telefonbefragung erwähnt und erklärt, stehen besonders die Aussagen, denen deutlich nicht zugestimmt wurde (zum Aufgeben des Rauchens und zur Reduktion des Alkoholgenusses). hervor.

7.2.4 Die Darstellung von Zusammenhängen

Es folgt eine Zusammenhangsanalyse des tatsächlichen Beweggrundes, die das Handeln der Gesundheitstouristen, gesundheitsförderlich tätig geworden zu sein, aufgreift.

7.2.4.1 Zusammenhang zwischen Gesundheitsachtsamkeit und Beweggründen für den Gesundheitsurlaub

GESUNDHEITSACHTSAMKEIT VS. „ICH BIN HIER, UM MICH ZU ENTSPANNEN“ – ANHANG A 29

Befragte mit einer hohen Gesundheitsachtsamkeit („sehr stark“, „stark“) gaben mit 82,5% und 83,7% sehr deutlich den Beweggrund sich entspannen zu wollen an. Befragte, die sich ihrer Achtsamkeit nicht bewusst sind, bejahten diesen Grund mit 90,4%.

GESUNDHEITSACHTSAMKEIT VS. „ICH BIN HIER, UM MICH BESONDERS ZU BEWEGEN.“ – A 30

Die Befragten gaben in einer Spanne von 66,7% (geringe Gesundheitsachtsamkeit) bis 77,0% (starke Gesundheitsachtsamkeit) an, den Gesundheitsurlaub gewählt zu haben, um sich besonders zu bewegen. Es sind keine deutlichen Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen (geringe bis starke Gesundheitsachtsamkeit) erkennbar.

GESUNDHEITSACHTSAMKEIT VS. „ICH MÖCHTE MICH GESÜNDER ERNÄHREN.“ – ANHANG A 31

Das Antwortschema von zustimmenden und verneinenden Angaben dieses Beweggrundes hält sich die Waage. Es werden nur minimale Tendenzen deutlich.

7.2.4.2 Zusammenhang zwischen Gesundheitszustand und Beweggründen für den Gesundheitsurlaub

GESUNDHEITZUSTAND VS. „ICH BIN HIER, UM MICH ZU ENTSPANNEN.“ – ANHANG A 33

Die Tabelle zeigt, dass besonders ein guter bis ausgezeichneter Gesundheitszustand mit der Aussage, sich entspannen zu wollen, einhergeht (88,3%, 95,5%, 96,4%). Die Zustimmung zu dieser Aussage sinkt erkennbar bei Personen mit einem „weniger guten“ (72,6%) bzw. „schlechten“ (73,3%) Gesundheitszustand.

GESUNDHEITZUSTAND VS. „ICH BIN HIER, UM MICH BESONDERS ZU BEWEGEN.“ – A 34

Im Gegensatz zum Beweggrund der Entspannung, zeigt das Antwortverhalten der Befragten eine deutliche Zunahme der Zustimmung „Ich bin hier, um mich besonders zu bewegen“ je schlechter der eigene Gesundheitszustand eingeschätzt wird (67,9% zu 73,3%).



GESUNDHEITZUSTAND VS. „ICH BIN HIER, UM MICH BESONDERS GESUND ZU ERNÄHREN.“ – A 35
Weder ein deutlich guter, noch ein deutlich schlechter Gesundheitszustand wirkt sich auf diese Aussage aus. Es ist kein Trend ablesbar.

8 Gegenüberstellung der Ergebnisse

Die vorangegangenen Ergebnisse des 7. Kapitels werden nun vergleichend herangezogen. Es sei darauf hingewiesen, dass die dargelegten Ergebnisse lediglich epidemiologische Richtungen und Tendenzen angeben.

Zunächst werden in dieser Arbeit gewonnene Ergebnisse der Studie „GesundTour MV“ mit Ergebnissen der „Zuwanderer-Studie“ verglichen. In weiteren Schritten, werden der empowerment-Gedanke und das Verhalten der deutschen Bevölkerung anhand ausgewählter Ergebnisse dieser Arbeit beleuchtet.

8.1 Vergleich der Ergebnisse zur Studie „Zuwanderungsland Mecklenburg Vorpommern!“

DER ALLGEMEINE GESUNDHEITZUSTAND

Die Ergebnisse der „Zuwanderer-Studie“ gleichen denen der Erhebungen in den „GesundTour MV“-Befragungen. Obwohl die Studie „Zuwanderungsland Mecklenburg Vorpommern!“ nur Befragte mit einem Alter von 55 Jahren und mehr beinhaltet, schätzten die Befragten dieser und der Studie „GesundTour MV“ ihren Gesundheitszustand überwiegend als gut bis ausgezeichnet ein. Auch ein signifikanter Unterschied innerhalb der Angaben eines schlechten oder weniger guten Gesundheitszustandes (zu welchem Frauen eher als Männer tendieren), der bereits durch die „Zuwanderer-Studie“ herausgestellt wurde, kann mit den Daten der „GesundTour MV“-Befragungen untermauert werden. Weiterhin stellten Krafczyk und Hoffmann zwei Subgruppen im Vergleich des Gesundheitszustandes mit dem monatlichen Haushaltsnettoeinkommen fest. Die sogenannten „ärmeren Zuwanderer“ gaben 42,3% häufiger einen schlechten und mit nur 7,1% einen guten Gesundheitszustand an. Im Verhältnis dazu, gaben Befragte der Telefonbefragung höherer Einkommensschichten (≥ 3.300 EUR) mit 31,4% etwa dreimal häufiger einen „ausgezeichneten“ Gesundheitszustand im Vergleich zur unteren Einkommenskategorie („ < 500 EUR“ + „500 EUR bis < 900 EUR mit 10,5%) an. Dieses Phänomen wird innerhalb der Gästebefragung vor Ort noch deutlicher, indem die Werte höherer Einkommensschichten (≥ 3.300 EUR +) mit 12,6% sechsmal häufiger einen „ausgezeichneten“ Gesundheitszustand im Vergleich zur unteren Einkommenskategorie („ < 500 EUR“ + „500 EUR bis < 900 EUR mit 2,2%) zeigen.

ÄNDERUNGSABSICHTEN IM GESUNDHEITSFÖRDERLICHEN VERHALTEN

Innerhalb der Zuwanderer-Befragung bestehen Änderungswünsche in erster Linie für die Verhaltensbereiche Bewegung (39,55%), Ernährung (28,28%) bzw. Übergewicht (34,33%). Nur etwa ein Fünftel (22,01%) der über 55-Jährigen gaben an, Stress und Hektik reduzieren zu wollen. Innerhalb der Gäste- (Gb.) und Telefonbefragung (Tb.) der Studie „GesundTour MV“ jedoch dominiert der Wille „zukünftig Stress vermeiden zu wollen“ (Gb. = 80,3% / Tb. = 68,0%). Dem schließen sich Absichten, die die Verhaltensbereiche Bewegung (Gb. = 65,4% / Tb. = 56,2%) und Ernährung (Gb.= 50,4% / Tb.= 47,1%) betreffen, an. Der dominierende Wille zukünftig Stress vermeiden zu wollen, könnte der Tatsache begründet sein, dass die „GesundTour MV“-Studie auch Menschen unter 55 Jahren befragt, die zum Teil einer Beschäftigung nachgehen und im Arbeits- und Alltagsleben Stress empfinden.

8.2 Änderungsabsichten im präventiven, gesundheitsförderlichen Handeln

Um die Änderungsabsichten und damit die Wünsche der befragten Grundgesamtheit darzustellen, werden die repräsentativen Ergebnisse der deutschlandweiten Telefonbefragung herangezogen. Zum Vergleich werden ebenso Ergebnisse der Vor-Ort-Befragung aufgezeigt.

Auf die drei, innerhalb des Vergleiches mit der Zuwanderer-Studie bereits erwähnten, führenden Änderungsabsichten, schließen sich die folgenden (4., 5., 6.) an;

1. „Ich möchte Stress vermeiden.“ (Zustimmung = 68,0% / Ablehnung = 15,7%)
⁸ (Zustimmung = 80,3% / Ablehnung = 11,7%)
2. „Ich möchte mich mehr bewegen.“ (Zustimmung = 56,2% / Ablehnung = 25,2%)
(Zustimmung = 65,4% / Ablehnung = 24,1%)
3. „Ich möchte mich gesünder ernähren.“ (Zustimmung = 47,1% / Ablehnung = 28,7%)
(Zustimmung = 50,4% / Ablehnung = 35,6%)
4. „Ich möchte mein Gewicht reduzieren.“ (Zustimmung = 43,9% / Ablehnung = 39,3%)
(Zustimmung = 56,0% / Ablehnung = 35,3%)
5. „Ich möchte das Rauchen aufgeben.“ (Zustimmung = 20,6% / Ablehnung = 56,3%)
(Zustimmung = 5,2% / Ablehnung = 88,8%)
6. „Ich möchte weniger Alkohol trinken.“ (Zustimmung = 16,1% / Ablehnung = 57,5%)
(Zustimmung = 5,9% / Ablehnung = 82,2%)

⁸ Werte der Änderungsabsichten aus der Vor-Ort-Befragung

Bei der Betrachtung stechen besonders die Aussagen, denen nicht zugestimmt wurde (Aufgeben des Rauchens und Reduktion des Alkoholgenusses) hervor. Mögliche Erklärungsversuche gründen sich auf das Antwortschemata, dass keine Antwort zu „betrifft mich nicht“ vorsah, sodass davon ausgegangen werden könnte, dass Befragte, die sich nicht mit derartigen Absichten identifizierten, mit der Angabe „stimme gar nicht zu“ von der Aussage entfernen wollten.

Ein weiterer Erklärungsversuch könnte in der „tatsächlichen“ Angabe von „stimme weniger zu“ und „stimme überhaupt nicht zu“ liegen. Dies würde bedeuten, dass Rauchen und Alkohol Laster sind, von denen sich die meisten Befragten ungern verabschieden wollen oder nicht können (siehe 8.4).

8.3 Das gegenwärtige, gesundheitsförderliche Handeln der Befragten

Das gegenwärtige, gesundheitsförderliche Handeln der Menschen, welches zum Herausstellen der Wirklichkeit dargelegt wird, gründet sich auf den Ergebnissen der Untersuchungen zum tatsächlichen Aktionismus der Menschen.

Die Befragten des Telefoninterviews gaben an ihren Körper zu **pflügen** (92,9%), sich regelmäßig zu **bewegen** (90,3%), auf eine **gesunde Ernährung** zu achten (85,4%), **Urlaub** zu machen (75,2%), regelmäßig zu **entspannen** (74,4%) und **Vorsorgeuntersuchungen** in Anspruch zu nehmen (75,0%).

Dagegen zeigen die Beweggründe der Gesundheitsurlauber(Vor-Ort-Befragung) folgende Abstufungen an: Der meistgenannte Grund (85%) für die Wahl eines Gesundheitsurlaubes war die Absicht sich **entspannen** zu wollen. Diesem Aspekt schließt sich mit 71,6%-iger Zustimmung der Beweggrund sich besonders **bewegen** zu wollen an. Weiterhin stimmten 68,7% der Befragten zu, einen Gesundheitsurlaub gewählt zu haben, um ihren Körper zu **pflügen**, 63,8% bzw. 61,6% der Befragten wollten Krankheiten oder Beschwerden **lindern/heilen** bzw. **vorbeugen**, 43,7% strebten an sich besonders **gesund ernähren** zu wollen und 49,9% um sich **Anregungen** für eine gesunde Lebensweise im Alltag zu holen.

Die Aussagen der repräsentativen Telefon-Befragung weisen ähnliche Ausprägungen wie die Aussagen der Vor-Ort-Befragung auf. Die von den Befragten des Telefoninterviews geäußerten Absichten sich besonders pflügen, gesund ernähren und regelmäßig bewegen zu wollen, gehen mit den tatsächlichen Gründen für einen Gesundheitsurlaub einher.

Die Gründe des Linderns/Heilens und/oder Vorbeugens von Krankheiten oder Beschwerden, die in der Vor-Ort-Befragung vorherrschend sind, gründen auf dem Befragungsdesign der Studie (beinhaltet u.a. Aussagen von Befragten in Rehabilitationskliniken, siehe dazu Kapitel 2.1.2).

8.4 Limitation der Auswertung

Während der Datenanalyse und -auswertung wurden folgende Sachverhalte aufgedeckt, die die Auswertung einschränken:

Zum Einen, dass die Gruppen an schlechter Gesundheit und/oder geringer Gesundheitsachtsamkeit zum Teil zu gering besetzt waren, um absolute, qualitativ hochwertige Aussagen in ihrem Gesundheitsverhalten, d.h. ihren Änderungswünschen und Beweggründen, aufzudecken. Zum Anderen wurde innerhalb der Fragebogenkonstruktion z.T. der Umfang der Fragen zu gering beleuchtet, sodass der Aussagehorizont einiger Fragen zu viel Spielraum in der Interpretierbarkeit lässt. Ein Beispiel dafür wird im Anhang A 28 zum Aspekt das Rauchen aufgeben zu wollen deutlich.

8.5 Zusammenfassung

Die Analyse ergab, dass das mtl. Haushaltsnettoeinkommen der Befragten einen Einfluss auf den Gesundheitszustand und das Gesundheitsbewusstsein hat. Je höher das mtl. Haushaltsnettoeinkommen der Befragten, desto besser ihr Gesundheitszustand und ihr Gesundheitsbewusstsein. Dieses bereits viel beschriebene Phänomen der sozialen und damit einhergehenden gesundheitlichen Ungleichheit, wird auch bei der Datenanalyse der Studie „GesundTour MV“ deutlich.

Menschen, die sich gut fühlen und über bessere Ressourcen (Einkommen, Bildung, Familienstand) verfügen, achten stärker auf ihre Gesundheit und sind bereit sich präventiv und gesundheitsförderlich zu verhalten. Menschen jedoch, die eher einen schlechten Gesundheitszustand empfinden, eher wenig auf ihre Gesundheit achten und über schlechtere Ressourcen verfügen, sind sich einem Änderungsverhalten eher weniger bewusst; und wenn, meist erst dann, wenn die Gesundheit bereits beeinträchtigt ist.

Doch weisen diese „pathogenetischen Verhaltensmuster“ einen rückläufigen Trend auf. Vielfach herrschen Denkweisen, die die psychosoziale und ganzheitliche Ebene von Gesundheit und das psychische Wohlbefinden ansprechen (Stress vermeiden, Entspannung).

9 Fazit und Ausblick

Da diese Arbeit im begrenzten Rahmen einer Bachelorarbeit das große Potential der Datenmenge leider nur in Teilen widerspiegeln kann, muss berücksichtigt werden, dass die dargelegten Ergebnisse lediglich epidemiologische Richtungen und Tendenzen angeben.

Ein präventives, gesundheitsförderliches Denken innerhalb der betrachteten Bevölkerung, welches besonders in den Verhaltensbereichen Entspannung, Bewegung und Ernährung deutlich wurde, konnte nachgewiesen werden. Die Evaluation dieses gesundheitsförderlichen Verhaltens, welches mit den tatsächlichen Beweggründen für einen Gesundheitsurlaub herausgestellt wurde, bestätigte ein derartiges, gesundheitsförderliches Bewusstsein und sein dementsprechendes Handeln.

Ansätze zu einem ganzheitlichen Verständnis von Gesundheit der breiten Bevölkerung in den Bereichen des alltäglichen Lebens sind also bereits vorhanden. Anhand der Daten dieser Studie war es leider jedoch nicht möglich, herauszustellen, ob bevölkerungsbezogene Projekte und Kampagnen zur Verbesserung der Verhaltens- und Verhältnisprävention oder eher der gesetzlichen Verpflichtung der Krankenkassen oder anderer Akteure im Gesundheitswesen diese tendenziellen, zaghafte Erfolge zuzuschreiben sind. Aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht sind weitere Analysen unabdingbar.

Außerdem sollte in der Zukunft das Augenmerk von Akteuren, Organisationen, Projekten gesundheitsförderlicher, partizipativer Handlungs- und Umsetzungsstrategien vermehrt auf Menschen unterer sozialer (Einkommens-)Schichten ausgerichtet sein, damit die Lücke von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit nicht (noch) weiter auseinanderklafft.

Ist das Bewusstsein für die Gesundheit nach dem einführenden Zitats Arthur Schopenhauers („[...] *Alles ist nichts ohne Gesundheit.*“) geweckt, sind präventive Verhaltensänderungen nicht mehr weit.

Literaturverzeichnis

ANTONOVSKY, A. (1997). Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. 1. Auflage. Tübingen. Dgvt-Verlag.

ATTESLANDER, P. (2008). Methoden der empirischen Sozialforschung. 12. Auflage. Berlin. Verlag Erich Schmidt.

BELZ-MERK, B. (1995). Gesundheit ist Alles und alles ist Gesundheit. Die Selbstkonzeptforschung zur Beschreibung und Erklärung subjektiver Vorstellungen von Gesundheit und Gesundheitsverhalten. 1. Auflage. Frankfurt a. Main. Peter Lang Verlag.

BENGEL, J.; STRITTMATTER, R.; WILLMANN, H. (1999). Was erhält den Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussion und Stellenwert. Im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Band 6. Köln. Schiffmann Verlag.

BREYER, F.; ZWEIFEL, P.; KIFMANN, M. (2002). Gesundheitsökonomik. Berlin, Heidelberg. Springer-Verlag.

BREYER, F.; ZWEIFEL, P.; KIFMANN, M. (2003). Gesundheitsökonomie. 4. Auflage. Berlin, Heidelberg und New York. Springer-Verlag.

BÜHL, A. (2006). SPSS 14. Einführung in die moderne Datenanalyse. 10., überarbeitete und erweiterte Auflage. München. Pearson Studium.

BULLINGER, M. (2000). Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem SF-36. Health Survey. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*. 43:190-197.

ECKER, T.; FLEISCHMANN, J.; OBERENDER, P. (2001). Grundelemente der Gesundheitsökonomie. Bayreuth. P.C.O.-Verlag.

FALTERMAIER, T.; KÜHNLEIN, I.; BURDA-VIERING, M. (1998). Gesundheit im Alltag. Laienkompetenz in Gesundheitshandeln und Gesundheitsförderung. 1. Auflage. Weinheim und München. Juventa Verlag.

FISCHER, A. (2000). Medizin im Wandel. Die Defizite im gegenwärtigen Medizinverständnis und die Notwendigkeit der Erweiterung des Medizinmodells, in: Heiß, Günter (Hrsg.): Wie krank ist unser Gesundheitswesen? Das Gesundheitswesen in Deutschland und Europa an der Schwelle zum 21. Jahrhundert. 1. Auflage. Mainz. Merz Verlag.

FRANZKOWIAK, P.; SABO, P. (1998). Dokumente der Gesundheitsförderung. 2. Auflage. Schwabenheim a.d. Selz. Fachverlag Peter Sabo.

GERDES, N., JÄCKEL, W. H. Indikatoren des Reha-States – IRES, Version 3.1 . SGRQ. Hochrhein.Institut für Rehabilitationsforschung

GÖCKENJAN, G (1992). Gesundheitsbegriff – warum Gesundheit definieren?, in: Trojan, A.; Stumm, B. (Hrsg.): Gesundheit fördern statt kontrollieren. Eine Absage an den Mustermenschen. 1. Auflage. Frankfurt a. Main. Fischer Sachbuchverlag.

HÄDER, M. (2006). Empirische Sozialforschung. Eine Einführung. 1. Auflage. Wiesbaden. Vs Verlag.

HUBER, E; LANGBEIN, K. (2004). Die Gesundheits-Revolution. Radikale Wege aus der Krise - was Patienten wissen müssen. 1. Auflage. Berlin. Aufbau-Verlag.

KABA-SCHÖNSTEIN, L. (2003). Gesundheitsförderung V: Die Entwicklung in Deutschland ab Mitte der 1980er Jahre, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung. 4. erweiterte und überarbeitete Auflage. Schwabenheim a. d. Selz: Fachverlag Peter Sabo, S. 96-104.

KRAFCZYK, J., HOFFMANN, W. (2008). Ergebnisbericht der Studie Zuwanderungsland Mecklenburg Vorpommern. Motive, Wünsche und Erwartungen von Zuwanderern und Rückkehrern über 55 Jahre. Greifswald. (unveröffentlicht)

MEIER KRUKER, V.; RAUH, J. (2005). Arbeitsmethoden der Humangeographie. 1. Auflage. Darmstadt. Verlag Wissenschaftliche Buchgesellschaft.

MEYERS Großes Taschenlexikon. (2006). 10., neubearbeitete u. erweiterte Auflage. Mannheim. Bibliographisches Institut.

MISCHKE, S. (2009). Kundenerwartungen im Tourismus. Das Beispiel Medical Wellness. Diplomarbeit. Greifswald. (unveröffentlicht)

RAITHEL, J. (2006). Quantitative Forschung. Ein Praxiskurs. 1. Auflage. Wiesbaden. Vs Verlag.

RÖSCH, G. (1994). Kriterien der Gewichtung einer nationalen Bevölkerungsstichprobe. In: GABLER, S.; HOFFMEYER-ZLOTNIK,; KREBS, J. D. (HRSG.). Gewichtung in der Umfragepraxis. Opladen.

RULLE, M., HOFFMANN, W., KRAFT, K. (2009). Gesundheitsorientierter Tourismus in Mecklenburg-Vorpommern: Untersuchung zur Erwartungshaltung der Gäste unter besonderer Berücksichtigung des Marktsegments Medical Wellness. Endbericht 2009. Greifswald. (unveröffentlicht)

TROSCHKE, J.V. (2008). Grundwissen Prävention Gesundheitsförderung. 1. Auflage. Bern. Verlag Hans Huber.

ULRICH, V. (2003). Demographische Effekte auf Ausgaben und Beitragssatz der GKV. S. 59-83. In: ALBRING, M., WILLE, E. Die GKV zwischen Ausgabendynamik, Einnahmeschwäche und Koordinierungsproblemen. Frankfurt am Main. Peter Lang Verlag.

VOGEL, H.; WASEM, J. (2004). Gesundheitsökonomie in Psychiatrie und Psychotherapie. 1. Auflage. Stuttgart. Schattauer Verlag.



Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbständig angefertigt habe. Es wurden nur die in der Arbeit ausdrücklich benannten Quellen und Hilfsmittel benutzt. Wörtlich oder sinngemäß übernommenes Gedankengut habe ich als solches kenntlich gemacht.

Ort, Datum

Unterschrift