



EUROPA

**Regionalkomitee für Europa
Achtundfünfzigste Tagung**

Tiflis, Georgien, 15.–18. September 2008

Punkt 7 c) der vorläufigen Tagesordnung

EUR/RC58/10
+EUR/RC58/Conf.Doc./5
28. Juli 2008
80818
ORIGINAL: ENGLISCH

**Strategien zur Verhaltensänderung für mehr Gesundheit:
Die Rolle der Gesundheitssysteme**

Verhaltensbedingte Risikofaktoren sind weltweit und in der Europäischen Region der WHO die führenden Ursachen für das Auftreten von chronischen Erkrankungen und Verletzungen sowie die durch sie bedingte Morbidität und Mortalität. Es gibt überzeugende Belege dafür, dass gesundheitsförderliche Verhaltensweisen wie Rauchverzicht, Gewichts- und Blutdruckkontrolle sowie regelmäßige körperliche Betätigung auch mit einem längeren und besseren Leben einhergehen. Allerdings haben Gesundheitsförderungsmaßnahmen – und hier insbesondere einschlägige Werbefeldzüge – in Bezug auf eine Verringerung von Erkrankungsrate und Krankheitslast oft einfach deshalb nicht die gewünschte Wirkung gezeigt, weil die mit der Botschaft bezweckte reale Verhaltensänderung schwieriger zu erzielen ist als ihre Vorstufen Bewusstseinsklärung, Wissensaneignung und Einstellungsänderung.

Dieses Dokument soll die Mitgliedstaaten und ihre Einrichtungen in der Planung von Interventionen unterstützen, die Verhaltensänderungen auf eine machbare, annehmbare, ausgewogene und wirksame Weise herbeiführen und dadurch zu einem gesünderen Leben beitragen. Demgemäß werden mit ihm folgende Ziele verfolgt:

- i) eine Bestandsaufnahme der Erkenntnisse darüber, welche Interventionen sich unter welchen Umständen zur Herbeiführung eines geänderten Gesundheitsverhaltens als (kosten)effektiv erwiesen haben;
- ii) ein Aufzeigen der entscheidenden Erfolgsfaktoren und ein Abschätzen ihrer Machbarkeit, Beständigkeit und Übertragbarkeit unter verschiedenen Rahmenbedingungen in der Europäischen Region der WHO;
- iii) eine Erkundung ihrer Auswirkungen auf die Gesundheitssysteme sowie der staatlichen Antworten im weiteren Sinne.

Es wird hier dafür argumentiert, dass jede wirksame Intervention von Beginn an auf eine stichhaltige Kausalanalyse und eine durch solide Erkenntnisse gesicherte theoretische Grundlage bauen muss. Daneben muss ein gut dokumentiertes Programmdesign samt Umsetzungsstrategie sichern, dass die Zielgruppe vollkommen erreicht und erfasst wird und dass sich Personal wie Klientel an die Programmvorgaben halten. Entsprechend ist die richtige Durchführung der Gesundheitssystemfunktionen Steuerung, Ressourcenerzeugung, Leistungserbringung und Finanzierung eine Determinante für die Zwischenziele von Verhaltensinterventionen: genaue Ausrichtung, vollständige Erfassung und Einhaltung der Vorgaben durch Nutzer und Erbringer.

Die Erörterung der Strategien zur Verhaltensänderung durch das Regionalkomitee wird sich vermutlich auf Erkenntnisse aus den Ländern zu ausgewählten Verhaltensinterventionen aus dem personen- und bevölkerungsbezogenen Angebotsspektrum der Primär- und Sekundärprävention richten, die wie eine Leuchtpur konkrete Antworten der Gesundheitssysteme entlang der Grundlinien des hier vorgestellten Begriffsmodells nachzeichnen, damit dessen Wirksamkeit, Wiederholbarkeit und Nachhaltigkeit unter verschiedenen Umständen verbessert werden kann.

Dem Regionalkomitee liegt ein Resolutionsentwurf zur Behandlung vor.

Inhalt

	<i>Seite</i>
Warum der Fokus auf Verhaltensänderung?.....	1
Was wissen wir aus der Theorie?.....	2
Was wissen wir über die Praxiswirksamkeit?.....	3
Die theoretische Wirkung oder die Bedeutung stichhaltiger Kausal- und Interventionshypothesen	3
Tatsächliche Wirksamkeit oder die Stichhaltigkeit der Umsetzungshypothese	3
Zielausrichtung.....	6
Erfassung.....	6
Einhaltung der Vorgaben durch die Anbieterseite	7
Einhaltung der Vorgaben durch die Empfängerseite	7
Thematisierung von Verhaltensänderungen durch das Gesundheitssystem	8
Schlussbemerkungen.....	11
Anhang 1: Prüfung von Verhaltensinterventionen, Beispiele einer wirksamen Anwendung.....	13
Anhang 2: Allgemeine Einflussfaktoren der Verhaltensänderung und ihre Auswirkungen auf die Gestaltung der Maßnahmen	20
Anhang 3: Komponenten einer umfassenden Herangehensweise an Verhaltensänderungen für die Gesundheit	21
Anhang 4: Ansätze, Instrumente und mögliche Mittler des Wandels.....	22
Literatur	23

Warum der Fokus auf Verhaltensänderung?

1. Verhaltensbedingte Risikofaktoren sind weltweit die führende Ursache für das Auftreten von chronischen Erkrankungen und Verletzungen sowie die durch sie bedingte Morbidität und Mortalität. Zu den häufigsten chronischen Erkrankungen in der Europäischen Region der WHO zählen Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, obstruktive Lungenerkrankungen und Diabetes und bei allen tritt zumindest eine ungesunde Lebensweise und -gewohnheit als beherrschender Risikofaktor im Ursachengefüge auf. Zu ihnen zählen u. a. Rauchen, Bewegungsmangel, hohe Kalorienzufuhr und exzessiver Alkoholkonsum mit Adipositas, erhöhtem Cholesterinspiegel und Bluthochdruck als den Vorläufern vieler nichtübertragbarer Krankheiten zur Folge. Die Last aus chronischen Erkrankungen und Verletzungen wird mit zunehmender Überalterung der Bevölkerung der Region wahrscheinlich ansteigen und mit der Last wächst das relative Gewicht der Verhaltensfaktoren für Gesundheit und Lebensdauer sowie Gesundheits- und Sozialkosten, weil die verbesserte Gesundheitsversorgung zu geringerer Letalität und längerem Leben, aber oft auch zu erhöhter Prävalenz von altersbedingten Erkrankungen führt, die eine kontinuierliche und aufwändigere medizinische Versorgung erfordern.

2. Es gibt überzeugende Belege dafür, dass gesundheitsförderliche Verhaltensweisen wie Rauchverzicht, Gewichts- und Blutdrucksteuerung sowie regelmäßige körperliche Betätigung nicht nur mit erhöhter Lebensdauer und -qualität, sondern auch mit guter Gesundheit und Rüstigkeit im Alter verknüpft sind (1). Andererseits schwanken die Schätzungen über den diesen Risikofaktoren zuschreibbaren Lebens- und Qualitätsverlust, doch ergab eine globale Bewertung der Beeinträchtigung der Lebensqualität durch solche Risikofaktoren die Schätzung, dass 11,7% des DALY-Verlusts (Verlust an um Behinderung bereinigten Lebensjahren) in den Industrieländern auf Rauchen zurückzuführen waren (für Alkohol entsprechend 10,7% und für Bewegungsarmut 4,3%) (2).

3. Viele dieser Risikofaktoren sind veränderbar. Eine stärkere Betonung der Primärprävention beugt dem Bedarf nach teuren Heilungsversuchen oder nach oft langfristigen strukturierten Behandlungsprogrammen vor. Im Vereinigten Königreich etwa kostet ein durch eine kurze und zielgerichtete Nichtrauchermaßnahme gewonnenes zusätzliches qualitätsbereinigtes Lebensjahr (QALY) rund 500 £, während die entsprechenden Behandlungskosten für Patienten mit fortgeschrittenem Krebs mit zwischen 40 000 und 50 000 £ veranschlagt werden. Was jedoch unter idealen Bedingungen (z. B. eines Wirkungsversuchs) klappt, gelingt selten auch so im Alltag (Wirksamkeit). Wenn ein experimentelles Projekt nämlich zu einem großen Programm heranwächst, wird dessen (Kosten-) Wirksamkeit nicht so sehr von der Art der Intervention, sondern eher von ihrer genauen Ausrichtung auf die am stärksten gefährdeten Bevölkerungsgruppen, deren voller Erfassung sowie die Einhaltung der Vorgaben durch sie bestimmt. Tatsächlich haben Gesundheitsförderungsmaßnahmen – und hier insbesondere einschlägige Werbefeldzüge – in Bezug auf eine Verringerung von Erkrankungsrate und Krankheitslast oft einfach deshalb nicht die gewünschte Wirkung gezeigt, weil die mit der Botschaft bezweckte reale Verhaltensänderung schwieriger zu erzielen ist als ihre Vorstufen Bewusstseins-schärfung, Wissensaneignung und Einstellungsänderung.

4. Eine Verhaltensänderung erfordert in der Tat mehr, als die Zielpersonen, -gruppen und -bevölkerungen mit den nötigen Informationen zu wappnen. Und so ist auch die Forderung nach mehr Eigenverantwortung für die Gesundheit und ihre Versorgung sowie nach der Annahme gesünderer Verhaltensweisen zur Vermeidung von Krankheit im späteren Leben zu vereinfachend, wenn nicht unrealistisch und kann gar als persönliche Anklage aufgefasst werden. Zwar sind ein geschärftes Bewusstsein und mehr Wissen sowie geänderte Einstellungen für eine Verhaltensänderung erforderlich, doch sie reichen nur selten hin; also obliegt es dem Staat und den gesellschaftlichen Einrichtungen einen Mix aus gesetzgeberischen und regulatorischen Instrumenten zu entwickeln und umzusetzen oder finanzielle und andere Anreize zu nutzen, um den Wechsel vom ungesunden zum gesunden Verhalten für das Wohl des Einzelnen und der Gesellschaft insgesamt einzuleiten.

5. Dieses Dokument soll die Mitgliedstaaten und ihre Einrichtungen in der Planung von Interventionen unterstützen, die Verhaltensänderungen auf eine machbare, annehmbare, ausgewogene und wirksame

Weise herbeiführen und dadurch zu einem gesünderen Leben beitragen. Demgemäß werden mit ihm folgende Ziele verfolgt:

- eine Bestandsaufnahme der Erkenntnisse darüber, welche Interventionen sich unter welchen Umständen zur Herbeiführung eines geänderten Gesundheitsverhaltens als (kosten)effektiv erwiesen haben;
- ein Aufzeigen der entscheidenden Erfolgsfaktoren und ein Abschätzen ihrer Machbarkeit, Beständigkeit und Übertragbarkeit unter verschiedenen Rahmenbedingungen in der Europäischen Region der WHO;
- eine Erkundung ihrer Auswirkungen auf die Gesundheitssysteme sowie der staatlichen Antworten im weiteren Sinne.

Was wissen wir aus der Theorie?

6. In den letzten vier Jahrzehnten wurden verschiedene Erklärungs- und Vorhersagemodelle für Verhaltensänderungen entwickelt, die alle Anleihen aus verschiedenen Disziplinen, hauptsächlich jedoch der Psychologie und der medizinischen Soziologie machen. Im Bereich der Bevölkerungsgesundheit wird die Theorie der Verhaltensänderung genutzt bei Interventionen für einzelne Personen (z. B. in Einzelberatung zu Gesundheitsfragen), für Gruppen (z. B. in Angeboten zur Entwicklung der Gemeinschaft und in aufsuchenden Gesundheitsprojekten etwa im Rahmen eines gesundheitsfördernden Krankenhauses oder einer Stadterneuerung) und für die Gesamtbevölkerung (z. B. durch Massenmedien, gezielte Kampagnen und bewusstseinsbildende Programme, Angebotsregulierung für Waren wie Tabak und Gesetzgebung für eine gesundheitsförderliche Umwelt etwa zum Angebot von Trinkwasser und von Raum für Spiel und Sport).

7. Es muss zwischen den auf einzelne Personen, Settings, Gruppen und Bevölkerungen zielenden Interventionen unterschieden und verfolgt und belegt werden, wie die für die Wirksamkeit – und nicht etwa das Wirkungspotenzial – bestimmenden Faktoren (d. h. die genaue Ausrichtung auf die am stärksten gefährdeten Bevölkerungsgruppen, ihre vollständige Erfassung und die Einhaltung der Programmvorgaben durch Klientel und Personal) sich auf die angestrebten Ergebnisse auswirken. Während genaue Ausrichtung, Versorgung und Einhaltung der Vorgaben durch das Personal in erster Linie durch die direkt mit der Gestaltung und Umsetzung des Programms zusammenhängenden Faktoren der Angebotsseite beeinflusst werden, stellt sich die Einhaltung der Vorgaben durch die Klientel komplexer dar, denn sie wird sowohl durch die Verhaltensabsichten der einzelnen Person und ihrer Fähigkeit zur Verhaltensänderung (aufgrund ihrer Werte, Haltungen und Kenntnisse, Gewohnheiten und Verhaltensnormen, Selbstwahrnehmungen und Fähigkeiten zur nachhaltigen Verhaltensänderung und Erwartungen von Erfolg oder Scheitern vor Beteiligung an dem Verhaltensänderungsprogramm) als auch durch externe Umweltfaktoren bestimmt (z. B. sozioökonomische Stellung, Regularien, Zugang zu Medien und Werbekampagnen, Erwartungen der Gruppe und der Gruppenmitglieder).

8. Man sollte auch bedenken, dass die meisten Modelle zwar Verhaltensintentionen als die gebräuchlichsten primären Endpunkte in Wirkungs- und Wirksamkeitsversuchen mit einigem Erfolg erklären und vorhersagen können, dagegen jedoch weniger gut gesundheitliche Verbesserungen herbeiführen, die auch nur selten Endpunkt einer Messung der tatsächlichen Wirksamkeit sind.¹

¹ Die Wirksamkeit einer Intervention zur Verhaltensänderung ist die Auswirkung, die sie im wirklichen Leben mit begrenzten Ressourcen in Gesamtbevölkerungen oder spezifizierten Subgruppen einer Bevölkerung erzielt. Ihr Wirkungspotenzial ist die Verbesserung unter ideellen Forschungsbedingungen in den Händen von Experten (3).

Was wissen wir über die Praxiswirksamkeit?

Die theoretische Wirkung oder die Bedeutung stichhaltiger Kausal- und Interventions-hypothesen

9. Jedes Programm, das eine gesundheitsförderliche Verhaltensänderung bewirken soll, muss auf der Prämisse aufbauen, dass: i) die anvisierte Verhaltensweise erwiesenermaßen ein ursächlicher Risikofaktor ist, ii) sie ein relativ hohes Risiko in Bezug auf die thematisierte Erkrankung bedeutet, iii) das Potenzial zum Abbau des vermeidbaren zusätzlichen Risikos die Intervention rechtfertigt, denn ein auf fehlerhaften und unberechtigten Kausalvermutungen errichtetes Programm hat wenig Aussicht auf Erfolg.

10. Die zweite Erwägung betrifft die Stichhaltigkeit der Interventionshypothese. Es sollte überzeugend belegt sein, dass das Programm zumindest unter idealen Versuchsbedingungen das anvisierte Verhalten ändert und dass seine Aktivitäten in der richtigen Menge, Güte, Mischung und Abfolge durchführbar sind, sodass das gewünschte Ergebnis auch erzielt werden kann. Die Erkenntnis der theoretischen Wirkung entstammt einer Kombination aus epidemiologischen (in der Hauptsache beobachtender Art) und klinischen Studien und Gruppenversuchen bzw. Demonstrationsprojekten.

Tatsächliche Wirksamkeit oder die Stichhaltigkeit der Umsetzungshypothese

11. Zwar ist die Stichhaltigkeit der zugrunde gelegten Theorie – ihre theoretische Wirkung – eine notwendige Voraussetzung, doch reicht sie für Entscheidungen über die Annahme, Umsetzung und Ausweitung eines Programms selten hin. Je rigoroser ein Programm gestaltet und erprobt wurde, desto schwieriger ist seine Auswirkung unter anderen Rahmenbedingungen von Gesellschaft, Wirtschaft und Umwelt zu verallgemeinern oder zu wiederholen. Dies kann sein, weil viele Programme nicht stabil genug sind, d. h. nicht unabhängig von einschränkenden Umständen unter verschiedenen Rahmenbedingungen gleichermaßen wirksam sind, oder weil ihre Wirksamkeit stark unter Abweichungen in der Umsetzung leidet.

12. Die Tabakbekämpfung bietet ein anschauliches Beispiel mit überzeugenden Belegen dafür, dass Tabakkonsum mit einem relativ sehr hohen Risiko von Lungenkrebs und einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung einhergeht, dass angesichts der gesellschaftlichen Prävalenz das Potenzial für eine Verringerung des vermeidbaren zusätzlichen Risikos sehr hoch ist und dass es genügend Hinweise sowohl aus Versuchen (theoretische Wirkung) als auch realen Fallbeispielen aus den Ländern (Wirksamkeit) gibt, wonach eine Verringerung der aufgrund von Rauchen überhöhten Sterblichkeit möglich ist, wenn umfassende Programme entworfen werden, die junge Erwachsene schon vor Aufnahme der Gewohnheit ansprechen, Rauchern Entwöhnungsberatung und Nikotinersatztherapien anbieten und Rauchen in der Schule und am Arbeitsplatz verbieten sowie über Werbeverbote und erhöhte Besteuerung die gesamte Bevölkerung erreichen. Andererseits ist Tabakbesteuerung zwar unabhängig vom Umfeld eine hochwirksame Intervention, doch kann das Ausmaß ihrer Wirksamkeit von der Preiselastizität der Nachfrage nach Tabakprodukten abhängen, die je nach Volkswirtschaft schwankt. In ähnlicher Weise kann die Wirksamkeit eines Rauchverbotes an öffentlichen Orten aufgrund seiner unterschiedlichen Durchsetzung in verschiedenen Ländern ungleich ausfallen. Beide Beispiele zeigen, wie wichtig eine vollständige Berücksichtigung der für die Intervention bestimmenden Faktoren und der Umsetzungshypothesen ist. Kasten 1 enthält fünf Beispiele, hierunter eines von außerhalb der Europäischen Region der WHO, mit impliziten Kausal-, Interventions- und Umsetzungshypothesen groß angelegter Verhaltensänderungsprogramme.

Kasten 1: Beispiele für Verhaltensänderungsprogramme

Verletzungsprävention für Kinder in Harstad (Norwegen) (4)

Ziele: Im Rahmen des weit gefassten gesundheitspolitischen Ziels von weniger Verkehrsunfällen der Kinder bemühte sich das Programm um ein erhöhtes Unfallbewusstsein der Kinder und Familien und um die Annahme sichererer Verhaltensweisen.

Methoden: Berichte mit Daten der Unfallstatistik wurden vierteljährlich an alle Haushalte in Harstad ausgegeben. Die Informationen konzentrierten sich auf Opfergeschichten, medizinische Daten und Unfallorte. Die Verbreitung der relevanten Informationen richtete sich speziell an eine örtliche Gemeinschaft und enthielt „personalisierte“ Botschaften über die Folgen von Verletzungen durch Verkehrsunfälle und über die genauen Unfallorte.

Ergebnisse: 56% der Befragten gaben an, den Berichten Hinweise oder gute Ratschläge zur Verkehrssicherheit entnommen zu haben. Im Vergleich der ersten und der letzten zwei Jahre des auf zehn Jahre angelegten Programms ist ein signifikanter Rückgang (59%) der Verletzungsraten der Kinder von Harstad durch Verkehrsunfälle festzustellen. Die Gesamtrate aller Altersgruppen ging um 37% zurück. Diese Intervention spricht dafür, dass eine Kombination aus allgemeinem Aufklärungsmaterial und maßgeschneiderten Botschaften das Bewusstsein so schärfen kann, dass eine Verhaltensänderung möglich ist.

Rauchen während der Schwangerschaft, England (5)

Ziele: Verringerung der Zahl rauchender Schwangerer im Gebiet Sunderland.

Methoden: Diese Initiative zielte auf rauchende Frauen aus einer Bevölkerungsgruppe mit niedrigerem Einkommen (schwangere und andere) und richtete sich sowohl an die Patienten als auch das Gesundheitspersonal. Die Patienten erhielten Hinweise, die sich mehr auf Lösungsvorschläge als auf Risiken konzentrierten, und z. B. Ratschläge zur Beherrschung und Minimierung des Verlangens enthielten. Mit dem Gesundheitspersonal wurden Rollenspiele durchgeführt, damit sie Schwangere besser beim Rauchverzicht zu unterstützen lernten.

Ergebnisse: Eine zehnfache Zunahme der am Programm teilnehmenden Raucherinnen, was weit über der Beteiligungsrate benachbarter Einrichtungen mit anderen Interventionsformen lag. Das Programm zeigt das Erfolgspotenzial für andere Initiativen, die Patienten und Gesundheitspersonal direkt einbeziehen und nebenher in Aufklärungsprogrammen bekräftigende Botschaften liefern.

Raum zum Atmen, Schottland (6)

Ziele: Geänderte Einstellung einer Stadtbevölkerung mit niedrigem Einkommen zum Rauchen (Wester Hailes, Edinburgh).

Methoden: Entwicklungsprinzipien und -praktiken für örtliche Gemeinschaften. Verantwortungsübernahme der örtlichen Gemeinschaft durch Partnerschaften mit zentralen Akteuren, hierunter nicht-staatlichen Organisationen, Lokalverwaltungen und anderen Gruppen vor Ort.

Ergebnisse: Das Programm hatte weder Auswirkungen auf die Einstellung zum Rauchen noch auf die Raucherzahlen. Das lag an fehlender Führungsarbeit der Partner, einem unausgewogenen Kräfteverhältnis unter ihnen, starken Meinungsunterschieden über die Zielgruppen, Streitigkeiten über die Autorenschaft des Programms und einer von Beginn an unangemessenen finanziellen und materiellen Ausstattung. An dieser Initiative zeigt sich, dass selbst kleine Projekte zu rigide sein können, um eine unzureichende Planung und das Fehlen einer klaren Abgrenzung der Zuständigkeiten auf Grundlage eindeutiger und gemeinsamer Ziele von Anfang an zu überwinden.

Örtliche Aktion für Gesundheit, Kirgisistan (7)

Ziele: Dorfgemeinschaften zur Erarbeitung und Verfolgung eigener Gesundheitsförderungsprogramme zu befähigen.

Methoden: Bedarfsanalyse der von den Dorfbewohnern gefühlten Bedürfnisse in Bezug auf ein gesundes Leben und Schulung einzelner Personen in der Anwendung dieses Analyseinstruments. Dazu gehörte die partizipatorische Entwicklung einer Rangliste von Gesundheitsthemen, die für die Dorfbewohner die größte Belastung darstellten. Außerdem wurden geeignete Maßnahmen und Werkzeuge entworfen und eine stützende Infrastruktur in Form dörflicher Gesundheitskomitees zu ihrer Umsetzung bzw. Anwendung geschaffen.

Ergebnisse:Die Auswertung verweist auf positive Ergebnisse in Bezug auf die Themenbereiche Ernährung (Mikronährstoffmangel), Alkoholkonsum, Abwasserentsorgung und Hygiene. An dieser Maßnahme zeigt sich, dass eine partizipatorische Bedarfsanalyse und eine Schulung in der Bewältigung von Verhaltensweisen, die zu einem großen Teil von der Umwelt diktiert werden, wirksam sein kann, wenn das Problem von allen anerkannt und gleich gesehen wird und Interesse an einer Verhaltensänderung besteht.

Das HEAL-Projekt (Healthy Eating, Active Lifestyles), Vereinigte Staaten (8)

Ziele: Ein Aufklärungsprogramm für ein sozial benachteiligtes Stadtviertel (für Afro-Amerikaner in Ost-Harlem, New York) sollte zu Gewichtsreduktion durch Selbsthilfe und einer geringeren Belastung durch Adipositas und Diabetes führen.

Methoden: Das Projekt wurde von einer örtlichen Kirchengemeinde geleitet. Vor und nach dem Projekt (Dauer: ein Jahr) wurde das Gewicht gemessen und Eigenangaben zu Verhaltensweisen und Lebensqualität aufgezeichnet.

Ergebnisse:Ansehnlicher Gewichtsrückgang und nachhaltiger Verhaltenswandel bei den Teilnehmern: 26 adipöse Erwachsene hatten nach 10 Wochen 4,4 lbs [ca. 2 kg], nach 22 Wochen 8,4 lbs [ca. 3,8 kg] und nach 12 Monaten 9,8 lbs [ca. 4,4 kg] abgenommen. Am HEAL-Projekt zeigt sich, dass vernünftig ausgerichtete und umgesetzte Programme (hier im kleinen Maßstab für Mitbetroffene) in stark von Adipositas und Diabetes gefährdeten oder betroffenen Bevölkerungsgruppen der Industrieländer erfolgreich eine Verhaltensänderung in der Gruppe einleiten können.

13. Die theoretische Untermauerung unseres Wissens und der oben beschriebenen bewährten Praxis führt die Diskussion unausweichlich zu drei wesentlichen Überlegungen:

- i) Welche zentralen Determinanten der drei „Vermutungen“ (der Kausal-, Interventions- und Umsetzungshypothese) machen aus dem Wirkungspotenzial eines Programms unter verschiedenen Bedingungen seine Wirksamkeit?
- ii) Welche kontextuellen Determinanten beeinflussen den Wirksamkeitsgrad eines bestimmten Programms unter verschiedenen Umständen?
- iii) Was muss ein Leistungsanbieter tun, um Wirksamkeit und Nachhaltigkeit eines Programms unter bestimmten sozioökonomischen und umweltbedingten Umständen zu erreichen und zu erhalten?

14. Auf Grundlage einer ausführlichen Literaturdurchsicht, die in Anhang 1 zusammengefasst ist, wird am Ende dieses Abschnitts ein Überblick über die Determinanten der drei Wirksamkeitskriterien gegeben; dagegen ist der sich anschließende Abschnitt den Rollen und Zuständigkeiten von Programmanbietern, Gesundheitsministerien oder anderen staatlichen wie nichtstaatlichen Organisationen zur Sicherung der Wirksamkeit, Wiederholbarkeit, Ausgewogenheit und Nachhaltigkeit der Programme gewidmet.

Zielausrichtung

- Die Interventionen und Programme haben dann die größten Erfolgchancen, wenn sie auf ein klares Verständnis der thematisierten Verhaltensweisen und darüber hinaus derjenigen bauen, die solche Verhaltensweisen an den Tag legen, sowie des Kontextes, in dem sie sich befinden.
- Der Gegenstand der Verhaltensintervention muss schon zu Beginn klar abgegrenzt werden, sodass die Bezugselemente, Determinanten und unterstützenden Mechanismen bestimmt werden können und sich Ansatzpunkte und Strategien für den anfänglichen wie nachhaltigen Wandel ergeben.
- Die Bereitschaft der Zielgruppe zur Umstellung auf individueller wie kollektiver Ebene ist wichtig. Aus Verhaltensbereichen wie Rauchen, Ernährung und körperliche Betätigung liegen zunehmend Erkenntnisse vor, dass ein Zuschnitt (oder eine Anpassung) der Programme oder Interventionen nach den Merkmalen der Zielgruppe ein Prädiktor für bessere Ergebnisse ist.
- Einige Verhaltensbereiche sind leichter zu beeinflussen als andere und Befunde aus systematischen Übersichtsarbeiten zu wirksamen Programmen deuten darauf hin, dass die größten Erfolge in die Bereiche Verletzungsprävention, Prävention von HIV/Aids, Tabakbekämpfung, gesunde Ernährung und Gewichtskontrolle sowie Förderung körperlicher Betätigung fallen.
- Einigen Bevölkerungsgruppen fällt eine Verhaltensänderung anscheinend schwerer als anderen (die unteren Sozialschichten leiden häufig unter einem ganzen Bündel von Risikofaktoren). Auf der anderen Seite grenzt das ungesunde Verhaltensmuster dieser Gruppen (Kampftrinken, Rauchen, Promiskuität usw.) sie gut für gezielte Interventionen mit mehreren Stoßrichtungen ab.
- „Einsicht“ in die angestrebte Zielgruppe ist wichtig. Gesundheitspolitische Programme müssen ein Gespür für die Haltungen und Motivationen der Menschen sowie der Hindernisse für einen Wandel, gleich ob diese nur empfunden oder real sind, entwickeln und so die Gestaltung von Interventionen unterstützen. Zu den hierzu hilfreichen Techniken gehören Fokusgruppen, Interviews und Befragungen zu Kenntnissen, Überzeugungen und Haltungen, das Testen von Botschaften und Angeboten an repräsentativen Stichproben der Zielgruppe und eine zunehmende Beteiligung der Zielgruppen an Gestaltung und Erbringung der Angebote.
- Die meisten Studien thematisieren lediglich eine gesundheitsrelevante Verhaltensweise oder sind auf individuelle Ansätze konzentriert, dabei treten viele Risikofaktoren gebündelt auf (z. B. sind Rauchen, schlechte Ernährung und unzureichende körperliche Betätigung oft Teil eines „Pakets“ aus ungesunden Verhaltensweisen übergewichtiger und chronisch erkrankter Menschen).

Erfassung

- Im Idealfall sollte ein (kosten-) wirksames Programm die gesamte Zielgruppe und nur diese erreichen. In den meisten Programmen gibt es aber eine gewisse Anzahl „falscher Positiv-/Negativ-Entscheidungen“ (durch die Menschen außerhalb der Zielgruppe erfasst/nicht erfasst werden) und dies wirkt sich auf die (Kosten-)Wirksamkeit aus. Wenn also ein Nichtraucherprogramm für Jugendliche Werbespots während der Schulzeit oder der Abendnachrichten im Fernsehen ausstrahlt, ist dies wegen hoher Positiv-/Negativ-Raten wahrscheinlich nicht (kosten-)wirksam. Dies gilt besonders, wenn die Intervention nicht das Aufgeben des Rauchens durch junge Menschen bezweckt, sondern ihren Nichteinstieg in das Rauchen. Es ist also erforderlich, die beabsichtigte Wirkung und die Zielgruppe klar zu definieren.
- Der Begriff Erfassung variiert je nach Aufgabenstellung des Programms, das heißt, ob es auf die einzelne Person, ein Umfeld, Teile der Bevölkerung oder die Bevölkerung insgesamt abzielt. Während es wenig Aufwand erfordert alle in einer Schule oder an einem Arbeitsplatz zu erfassen, so können besondere Maßnahmen nötig sein, um eine vollständige Erfassung auch an abgelegenen Orten oder in sozioökonomisch benachteiligten oder ethnisch abgesonderten Gruppen zu sichern. In diesen Fällen müssen kulturelle und sprachliche Barrieren für die Positivbotschaft, die Produktgestaltung, die Preisfestsetzung oder die Definition der anvisierten Population (auch 4 P genannt) berücksichtigt werden.

- Über andere Medien (Presse, Telefon, Internet) erbrachte Interventionen haben nachweislich kurzfristige Verhaltensänderungen bewirkt. Die Anzeichen mehren sich, dass sie auch auf längere Sicht erfolgreich sein können. Das Internet gewinnt immer mehr an Bedeutung und ein viel versprechendes Beispiel sind hier maßgeschneiderte online-Rauchverzichtprogramme, die bei Kauf einer Nikotinersatztherapie angeboten werden (9); ein anderes Beispiel sind Materialien zum Rauchverzicht als Begleitung zu kurzen Telefonberatungen (die Materialien sind auf den jeweiligen Fortschritt zugeschnitten, um Rückfällen wirksam vorzubeugen) (10).
- Einfühlungsvermögen für die örtlichen Zusammenhänge ist wichtig. So kann ein isoliertes Herangehen an Verhaltensänderungen ohne ausreichende infrastrukturelle Unterstützung oder Einbindung in einen breiteren Rahmen negative Auswirkungen auf anderen Gebieten zeitigen, etwa durch die Verstärkung sozialer und sozioökonomischer Rollen und Stereotypen bis hin zur Betonung der Geschlechterrollen.

Einhaltung der Vorgaben durch die Anbieterseite

- Die Planung, d. h. richtige Abschätzung und Befriedigung, des Personalbedarfs in Hinsicht auf Anzahl, Güte und Qualifikationsmix ist für eine ordentliche Umsetzung unabdingbar.
- Zwar können vertikal angelegte Interventionen oder Einzelmaßnahmen eigenes engagiertes Personal beschäftigen und damit über integrierte finanzielle und andere Anreize verfügen, doch oft treten sie als zusätzliche Belastung des bereits überarbeiteten und unterbezahlten Gesundheitspersonals in Erscheinung, was dessen Einhaltung der Programmvorgaben beeinträchtigt. Überwachung, Begleitung und förmliche Auswertung ermöglichen das frühe Erkennen einer Nichteinhaltung der Vorgaben, doch sollten gut gestaltete und geplante Interventionen auch geeignete Anreize für eine nachhaltige Einhaltung der Vorgaben umfassen, damit eine langfristige und nachhaltige Wirksamkeit erreicht wird.
- Gute Ausbildung und Überwachung sollten als zentrale Faktoren für die Einhaltung der Vorgaben durch die Anbieter ebenso wenig unterschätzt werden wie die Bedeutung von Führungsqualitäten für die Motivation des Gesundheitspersonals.

Einhaltung der Vorgaben durch die Empfängerseite

- Angemessene Aufklärung und mehr Bewusstsein und Wissen sind erforderlich, aber selten ausreichend für einen Wandel der Einstellungen und Absichten und insbesondere für eine nachhaltige Verhaltensänderung, egal ob es dabei um regelmäßige Arztbesuche, die Einnahme blutdrucksenkender Mittel, Rauchverzicht, das Anlegen von Sicherheitsgurten, körperliche Betätigung oder geänderte Essgewohnheiten geht.
- Unterstützung durch Gesellschaft und soziale Netze ist zur Förderung und Beibehaltung der Verhaltensänderung wichtig. Der Einbezug von Strategien der Unterstützung durch Mitbetroffene und Angehörige in Programme zur individuellen Risikomodifizierung erhöhen deren Erfolgsraten.
- Die Kausal- und Interventionshypothese muss explizit gemacht werden und es muss über alle Faktoren im Kausalverlauf Daten gesammelt und damit dokumentiert werden, wo die Einhaltung der Vorgaben geringer ist als erwartet, wo sie mit der Zeit schwankt und auf welche Signale sie am stärksten anspricht. Die unzulängliche Einhaltung der Vorgaben kann z. B. eine Frage von Gruppendruck oder kognitiver Dissonanz oder einer Unterschätzung der Gesundheitsfolgen in 20 Jahren oder einfach fehlendem Dialog mit dem Leistungsanbieter oder fehlendem Verständnis aufgrund kultureller, sprachlicher oder anderer sozialer Barrieren sein.

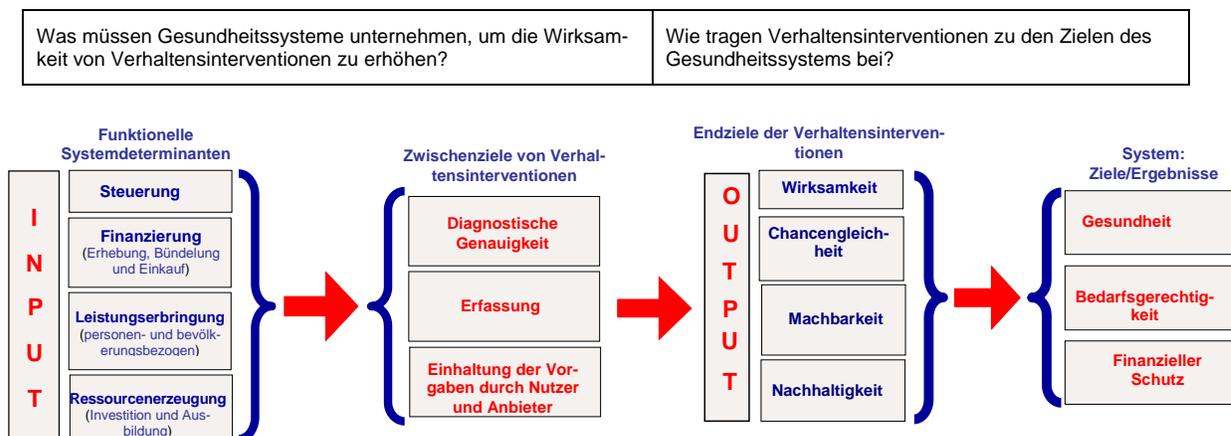
15. In Anhang 2 werden die häufigsten Einflussfaktoren für eine Verhaltensänderung und ihre Auswirkung auf die Gestaltung der entsprechenden Intervention dargestellt. Eine systematische Durchsicht der Theorien über Verhaltensänderungen im Kontext der Bevölkerungsgesundheit ist beim United Kingdom National Institute for Health and Clinical Excellence (11) erhältlich und eine kritische Durchsicht der Er-

kenntnisse über die Prävention chronischer Erkrankungen wurde vom Gesundheitsministerium in British Columbia (Kanada) herausgegeben (12).

Thematisierung von Verhaltensänderungen durch das Gesundheitssystem

16. Die allgemeinen Ziele eines Gesundheitssystems sind zwar die Steigerung des Gesundheitsniveaus und seine gleichmäßigere Verteilung, die Erhöhung der Bedarfsgerechtigkeit nach den Erwartungen der Menschen und der Schutz des Einzelnen wie der Bevölkerung vor einer unangemessenen finanziellen Belastung infolge schlechter Gesundheit durch die richtige Ausübung der Steuerungsfunktionen Ressourcenerzeugung, Leistungserbringung und Finanzierung, doch könnte man sich diese Funktionen ebenfalls als bestimmende Faktoren für die mittelfristigen Ziele von Verhaltensinterventionen denken, insbesondere was die Ausrichtung, volle Erfassung und Sicherung der Einhaltung der Vorgaben durch Nutzer und Anbieter betrifft (siehe Abb. 1). Tatsächlich gehen viele Herausforderungen im Bereich von Verhaltensänderungsstrategien und -interventionen (etwa begrenzte Machbarkeit und Wirksamkeit, beschränkte Wiederholbarkeit und ungewisse Nachhaltigkeit) auf eine suboptimale Ausübung der Gesundheitssystemfunktionen zurück. Wenn man hierauf den WHO-Rahmen (13,14) anwendet, lautet die Frage entsprechend: Was müssen Gesundheitssysteme für das Erreichen einer Verhaltensänderung tun? Oder konkreter: i) Was muss das Gesundheitsministerium als Steward des Gesundheitssystems tun? ii) Welche humanen und materiellen Ressourcen müssen eingesetzt werden? iii) Welche Dienste müssen in welcher Menge, Güte und Mischung angeboten werden? iv) Wie viel Mittel sind für die Finanzierung erforderlich und welche finanziellen Anreize sind erforderlich, um die „diagnostische Genauigkeit“ zu verbessern, die Versorgung auszuweiten und die Einhaltung der Vorgaben durch Nutzer und Anbieter zu verbessern?

Abb. 1: Thematisierung von Verhaltensänderungen durch das Gesundheitssystem



17. Verhaltensänderungen erfordern oft ein sektorübergreifendes Vorgehen, für welches das Gesundheitssystem weder den Auftrag noch die Mittel des zentralen Akteurs besitzt, denn die Gesundheitsmaßnahmen werden in Sektoren ergriffen, deren primärer Zweck nicht die Herstellung von Gesundheit ist - zum Beispiel im Bildungswesen oder in der Kommunalverwaltung. Das verbindet Verhaltensänderungen in erster Linie mit der Steuerungsfunktion des Gesundheitsministeriums, wie sie im Arbeitspapier für die 58. Tagung des Regionalsystems zum Thema Steuerung von Gesundheitssystemen (EUR/RC58/9) skizziert ist. Das Gesundheitsministerium und das Gesundheitssystem insgesamt sollten alles geben, um eine gesunde Politik zu fördern und die Gesundheitsdeterminanten zu beeinflussen (sektorübergreifende Zielsetzung und Benchmarks, regulatorische Eingriffe usw.) und für das Ergreifen solcher Maßnahmen zur Rechenschaft gezogen werden.²

² Gute Steuerung im Sinne der Gesundheit sollte in allen Interventionen ein signifikantes Potenzial für die Gesundheit vorsehen und zwar unabhängig von ihrem primären Zweck; die Steuerung sollte zuständig sein: i) für das Ver-

18. Die wachsende Akzeptanz von Gesetzen über rauchfreie öffentliche Räume, deren Durchsetzung mit Bußgeldern gesichert wird, belegt: i) dass der Staat eine legitime Rolle in der Anwendung gesetzgeberischer Instrumente zur Förderung der Gesundheit hat, wenn das Mandat klar, die Lösung einfach und die Öffentlichkeit für ein vollständiges Begreifen des Themas ausreichend informiert ist; ii) dass die Durchschlagskraft gesundheitspolitischer Interventionen größer wird, wenn sie durch eine solide Gesetzgebung unterstützt wird. Die Verantwortlichkeit für das Ergreifen von Maßnahmen zur Verhaltensänderung für die Gesundheit ist oft auf verschiedene staatliche Ebenen und Gesundheitsbehörden verteilt. Die Koordinierung der beitragenden (öffentlichen) Akteure ist eine entscheidende Verantwortung in der Steuerung des Gesundheitssystems, doch sind Bündnisse mit Akteuren wie der Privatwirtschaft ebenfalls unerlässlich. Aus dem Vereinigten Königreich gibt es Beispiele für freiwillige Vereinbarungen zwischen der Lebensmittelindustrie und dem Staat über neue Rezepte zur Absenkung des Gehalts an Fett, Salz und Zucker in Fertigprodukten und Programme zur Verbraucheraufklärung durch zusätzliche Informationen über den Nährstoffgehalt der Produkte. In Kasten 2 werden Beispiele für die sektorübergreifende Zusammenarbeit mit der Industrie in den Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO gegeben.

Kasten 2: Lobbyarbeit für staatliche Gesundheitsmaßnahmen und Aufbau von Partnerschaften zwischen Ressorts sowie öffentlichem und privatem Sektor zur Förderung von Verhaltensänderungen

- An einer sozialen Vermarktungsstrategie gegen Adipositas beteiligten sich im Vereinigten Königreich viele Einzelhandelsorganisationen und steuerten wertvolle Einsichten zum Verhalten zentraler Verbraucher-/Zielgruppen bei.
- In den Niederlanden führte eine Fett-Kampagne von Supermärkten und anderen Partnern aus der Privatwirtschaft zu positiven Veränderungen beim Konsum gesättigter Fette.
- In Slowenien haben Partnerschaften zwischen den Ministerien für Landwirtschaft, Bildung und regionale Entwicklung zu Synergieeffekten der Ressortpolitiken und zu Investitionen in eine gesunde Lebensmittelversorgung, zur Entwicklung eines gesunden Schulspeiseplans und zur Fokussierung auf die Bedürfnisse von Risikogruppen im Bereich der Lebensweisen geführt.

Organisationen in engem Kontakt mit Zielgruppen können als Botschafter dienen. Im Vereinigten Königreich etwa wurden Nichtraucherkampagnen mit Wohltätigkeitsveranstaltungen eingeleitet, damit sie nicht einfach als „Rauchverbote“ aufgefasst wurden.

19. Wie im vorangegangenen Abschnitt betont wurde, ist oft ein ganzes Bündel konzeptioneller Maßnahmen erforderlich, etwa gesetzgeberische bzw. regulatorische Schritte oder finanzielle (Positiv- oder Negativ-)Anreize für den Einzelnen, damit die Grundsatzziele erreicht werden. Somit ist ein ausgewogenes Herangehen an jede Funktion des Gesundheitssystems geboten (Steuerung, Finanzierung, Leistungserbringung und Ressourcenerzeugung). Das Gesundheitssystem kann auch in Theorie und Praxis eine führende Rolle in der Erzeugung von Wissen über Verhaltensänderungsstrategien einnehmen. Wie ausgeführt gibt es nur wenige, anekdotenhafte Belege für die Wirksamkeit von Verhaltensänderungsstrategien; doch scheinen sich in der Politikgestaltung immer mehr Erfolgsfaktoren herauszuschälen. Es ist offensichtlich notwendig, die relative Durchschlagskraft der angewandten politischen Instrumente zu evaluieren und ihre Auswirkung über längere Zeit zu beobachten. Die Thematisierung ganzer Verhaltensbündel anstelle einzelner Stränge und das Verstehen des Verhaltens der schwächsten und sozial benachteiligten Mitglieder der Gesellschaft sollten ebenfalls eine Priorität der Forschung sein.

20. Die im ersten Abschnitt genannten impliziten Annahmen für das Gesundheitsverhalten (dass jede Person mehr Verantwortung für ihre Gesundheit und Gesundheitsversorgung übernehmen sollte; dass

stehen aller die Gesundheit beeinflussender Faktoren (d. h. vollkommenes Verständnis der Determinanten); ii) für Faktoren außerhalb des Gesundheitssystems und das Verständnis, welche von ihnen veränderbar sind; iii) für das Verstehen der Zuständigkeit für einen bestimmten Faktor, damit Maßnahmen ergriffen werden können, die veränderbaren Faktoren zu beeinflussen, indem sie den zuständigen Instanzen zugewiesen werden.

Einzelpersonen gesündere Verhaltensweisen annehmen sollten, um Erkrankungen im späteren Leben zu vermeiden; dass gesünderes Verhalten die künftigen Gesundheitskosten reduziert und nicht nur dem Einzelnen, sondern der Gesellschaft insgesamt nutzt) wirken sich alle auf die Verwaltung der Strategien zur Verhaltensänderung aus. Ein Eingriff des Staates in die freie Wahl der einzelnen Person hängt von einer Reihe je nach Land verschiedener Faktoren des nationalen oder lokalen Kontextes ab. Der Grad der Akzeptanz von zunehmend weiter reichenden Eingriffen ist für die Regierungen ein heikles Thema. Eine entscheidende Frage für Verhaltensänderungsstrategien im Bereich der öffentlichen Gesundheit ist deshalb, wie die Zielgruppen an den getroffenen Entscheidungen und der damit verknüpften Entwicklung, Umsetzung, Begleitung und Auswertung der Strategien beteiligt werden.

21. Erkenntnisse aus dem Umweltbereich und der Wirtschaft deuten darauf hin, dass die Anwendung umfassender Strategien (für Synergieeffekte oder gegenseitige Verstärkung neben- oder nacheinander angeordnete Mehrfachinterventionen oder Programme) wirksamer ist als eine isolierte Umsetzung von Einzelstrategien. Zu solchen integrierten Vorgehensweisen gehören etwa Regulierung, Bildung (hierunter Medienkampagnen, Internet und Telekommunikation), persönliche Zielsetzung und Verhaltensbeobachtung, Motivationstechniken und soziale Unterstützung, Einzel- und Gruppenberatung, Kurzinterventionen durch Hausärzte und Gesundheitspersonal, Partnerschaften, Kapazitätsaufbau in der Gruppe, Umweltveränderungen, Zeichen/Signale an Entscheidungsorten für die Gesundheit und koordinierte Programme für die Bevölkerungsgesundheit. Dabei ist es wichtig, dass sie alle eine „Leitung“ zur Koordinierung der Aktivitäten, Entwicklung geeigneter Mechanismen und Sicherung einer Auswertung erfordern. In Anhang 3 und 4 werden die mindestens erforderlichen Bausteine zur Planung und Erbringung einer umfassenden Intervention für Verhaltensänderung sowie verschiedene Herangehensweisen und Instrumente auf unterschiedlichen Ebenen dargestellt. Im folgenden Kasten 3 wird außerdem das erfolgreiche Beispiel einer umfassenden Vorgehensweise gegeben.

Kasten 3: Ein umfassendes Herangehen an die Tabakbekämpfung in Australien (15)

Verhaltensänderungen: verwendete Ansätze und Instrumente

Australien hat vielleicht weltweit die fortschrittlichsten und umfassendsten Maßnahmen gegen Tabak eingeleitet und zu diesen gehören eingeleitet und zu diesen gehören:

- die nach Hongkong höchsten Zigarettenpreise der Welt
- Warnhinweise auf Zigarettenpackungen unter den deutlichsten der Welt
- totales Anzeigen- und Werbeverbot für Zigaretten
- international vorbildliche Kampagnen gegen Tabak
- Telefonberatung und -unterstützung für Menschen, die das Rauchen aufgeben wollen
- Breit angelegte Überzeugungsarbeit gegen Tabak durch Nachrichtenmedien
- gesetzliches Rauchverbot in großen Gebäuden, öffentlichen Verkehrsmitteln und Restaurants
- große Ausbreitung des rauchfreien Zuhauses
- Prozesse von Rauchern und Passivrauchern gegen Tabakfirmen, die großes Medieninteresse erzielten.

Ergebnisse

Zwischen 1973 und 1984 stieg die Inzidenz von Lungenkrebs unter Männern um 1,3% pro Jahr, doch seither ist sie jährlich um 1,9% gesunken. Unter Frauen stieg die Rate zwischen 1973 und 1993 um 3,9% an, sie hat sich aber danach stabilisiert und spiegelt wieder den früheren Trend der Raucherraten unter Frauen wider. Lungenkrebs ist in Australien weiterhin unter allen Krebsformen die führende Todesursache. Die Sterberaten aufgrund einer koronaren Herzkrankheit fielen bei Männern um 59% und bei Frauen um 55% zwischen 1980 und 2000 und zwar zu einem Großteil wegen der Veränderungen bei Risikofaktoren wie Rauchen.

In New South Wales verdoppelten sich die Anrufe bei der staatlichen Telefonberatung „Quitline“ im Zeitraum 2005–2006 auf insgesamt 58 000. Der Prozentsatz von Menschen im Alter von 16 Jahren und darüber, die täglich oder gelegentlich rauchen, fiel von 20,1% im Jahr 2005 auf 17,7% im Jahr 2006; einen solchen Rückgang um 2,4% Prozentpunkte bzw. relativ 12% hatte es bis dahin in Australien noch nicht gegeben.

Schlussbemerkungen

22. In den vergangenen Jahrzehnten wurden für Verhaltensänderungen zwar einige bis zu einem gewissen Grad nützliche Vorhersage- und Erklärungsmodelle entwickelt, diese waren jedoch als theoretische Grundlage wenig hilfreich für Verhaltensinterventionen auf Bevölkerungsebene, wo in erster Linie das Ergebnis der besseren Gesundheit, aber nicht das zugrunde liegende Verhalten interessierte. Andererseits gibt es eine Menge von Erkenntnissen aus praktischen Erfahrungen, die als allgemeine Leitlinien zur Verbesserung der Gesamtwirksamkeit, der Chancengleichheit, der Wiederholbarkeit und der Nachhaltigkeit von Verhaltensinterventionen sehr nützlich sein könnten. Einige dieser Leitlinien werden nachstehend skizziert:

- Starke Führung, Teilhabe an und Bekenntnis zu den Programmzielen und Entschlossenheit in der Umsetzung sind entscheidend.
- Mehrgleisige Interventionen, die Gesetzgebung, Regulierung, Aufklärung der Öffentlichkeit, Beratung usw. umfassen, sind wahrscheinlich wirksamer als Interventionen mit Einzelzielen.
- Mehrschichtige Interventionen, die Konzepte, programmatische und organisatorische Veränderungen und eine integrierte Erkenntnisplanung einschließen, sind erfolgreicher als isolierte Initiativen.
- Die zeitliche Planung bzw. der günstige Zeitpunkt ist für die Mitnahme der Programmleiter, Leistungsanbieter, Akteure und, in erster Linie, potenziellen Empfänger entscheidend.
- Ohne angemessene Finanzierung werden die meisten Programme unabhängig von der Solidität der zugrunde liegenden Theorie wahrscheinlich scheitern.
- Eine gründliche Beurteilung der (Positiv-/Negativ-)Anreize und der Signale zum Handeln ist dringend geboten, damit das Verhalten der Leistungsanbieter und der Empfänger beeinflusst werden kann.

23. Das Gesundheitsministerium muss im Rahmen seiner Steuerungsaufgabe im Bereich der Gesundheit eine Führungsrolle übernehmen, dies ist insbesondere bei sektorübergreifenden Maßnahmen wichtig. Es wäre naiv zu glauben, die Finanzministerien würden von sich aus eine neue Abgabe zur Reduktion des Zigarettenkonsums einführen und damit womöglich ihre Einnahmen verringern; die Bildungsministerien würden die Lehrpläne für die Primarstufen um das Thema gesunde Ernährung erweitern, wenn das nur auf Kosten von Themen ginge, die als wichtiger gelten (z. B. Geschichte, Mathematik); die Verkehrsministerien würden von sich aus Airbags in Kraftfahrzeugen verbindlich vorschreiben oder die Energieministerien würden für die Regulierung der Gasqualität zur Verringerung der Innenluftverschmutzung auch einen höheren Preis in Kauf nehmen. Daher erfordert eine wirksame Steuerung durch das Gesundheitsministerium:

- i) eine gründliche Analyse des Problemumfangs und seiner gesundheitlichen und sozioökonomischen Konsequenzen, z. B. die bis 2020 erwartete Anzahl von Sterbefällen durch Rauchen und die hierdurch verursachten Kosten für Gesundheitsversorgung und soziale Wohlfahrt (Kausalhypothese);
- ii) ein überzeugendes Szenario auf der Grundlage verschiedener Annahmen und Sensibilitätsanalysen, wie eine vorgeschlagene Verhaltensintervention nach Anpassung an den Kontext eines Landes die erwartete Verringerung von Morbidität, Mortalität und Kosten herbeiführen könnte (Interventions-Hypothese);
- iii) Erkenntnisse, dass entweder das Gesundheitsministerium, falls dies hauptsächlich für die Umsetzung verantwortlich ist, oder der Staat durch seine unterschiedlichen Ministerien und Institutionen die Mittel und Möglichkeiten zur Umsetzung des Programms in einer Mischung aus politischen, institutionellen und organisatorischen Vorkehrungen (z. B. interministerielle Lenkungsausschüsse, Arbeitsgruppen usw.), vernünftige Planung und angemessene Finanzierung, Beteiligung von Organisationen der Zivilgesellschaft und der Privatwirtschaft, Schulung von Personal und Errichtung ordentlicher Anreizstrukturen besitzt (Umsetzungshypothese).

24. Für die meisten Verhaltensinterventionen kann eine Versuchsphase im kleinen Maßstab und in einem eng begrenzten Zeitraum erforderlich sein, bevor sie auf einen breiteren Kreis, eine Provinz, Region oder Nation ausgedehnt werden. Ein integrierter Beobachtungs- und Auswertungsmechanismus in dessen Rahmen kontinuierlich Daten erhoben und analysiert werden sowohl zur formativen (laufenden) wie auch summativen (nachträglichen) Evaluation ist ebenso entscheidend wie die vorherige Feststellung antizipierter primärer und sekundärer Ergebnisse und das Aufstellen von Benchmarks für eine vernünftige Beurteilung der Wirksamkeit der Programme.

Anhang 1

Prüfung von Verhaltensinterventionen, Beispiele einer wirksamen Anwendung

Zwei Arten von Beispielen wurden aufgenommen: a) solche, die Gegenstand einer externen Evaluierung waren, in denen die Auswirkung förmlich bewertet wurde, und b) solche, die Instrumente und Ansätze in der Praxis veranschaulichen und ein viel versprechendes Potenzial besitzen, die aber nicht förmlich ausgewertet und beurteilt wurden.

Aufklärung: Aufklärungsansätze in Bezug auf Verhaltensänderungen haben das Ziel die Kenntnisse, Fähigkeiten und Möglichkeiten der Menschen auszuweiten, ihre Haltungen zu beeinflussen und das Vertrauensausmaß zu verändern sowie den Wandel nachhaltig zu gestalten.

Intervention, Land und Quelle	Gesundheitsthema	Verhaltensänderungsziel	Ebene und Zielgruppe	Angewendete Instrumente	Ergebnisse
<p><i>Healthy Choices for Kids</i> (Brighton, England)</p> <p>Literaturhinweis: 16</p>	Adipositas	Haltungen und Verhaltensweisen der Kinder in Bezug auf ein gesundes Leben ändern, Bewusstsein der Eltern über die Ursachen der Adipositas schärfen, lebenslange Beteiligung an gesundheitsförderlichen Aktivitäten fördern.	Stadtviertel Kinder von 8 bis 11 Jahren	<ul style="list-style-type: none"> • Fokus-Gruppen und Fragebögen für Einblicke in vorhandene Kenntnisse, Fähigkeiten usw., • deutlich sichtbare Einführung an den Schulen, • Eintägige Workshops in Schulen und Einrichtungen im Stadtviertel zu Entscheidungen im Sinne einer gesunden Lebensweise, • Gesundheitswettbewerb mit Pass und Preisen für Kinder, die alle Aufgaben gelöst hatten, und eigene Website, • Halbzeit-Spaßtag mit Preisen, Sport, kostenlosem Kochbuch usw., • Öffentlichkeitskampagne im Stadtviertel. 	<p>Kinder</p> <ul style="list-style-type: none"> • erworbenes Wissen, • neue Lebensmittel und Leibesübungen kennen gelernt. <p>Substanzieller Anstieg der Besuchszahlen der Website.</p>
<p><i>Sunderland: Smoking in pregnancy</i> (Sunderland, England)</p> <p>Literaturhinweis: 16</p>	Rauchen	Anzahl der rauchenden Schwangeren verringern.	Gruppe und Einzelperson Schwangere (und andere) Raucherinnen aus benachteiligten Milieus	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeit in Rollenspielen zur Unterstützung der Fachleute bei der Verbesserung ihrer Angebote an die Zielgruppe, auch Ansätze von Empathie und Effektivität. • Informationsmaterialien für Frauen mit Schwerpunkt auf Lösungen, d. h. Umgang mit dem Rauchverlangen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Verzehnfachung der teilnehmenden Raucherinnen im Verlauf der Intervention. • Anstieg der rekrutierten schwangeren Raucherinnen nach Schulung der Fachleute und höhere Raten als bei benachbarten Angeboten und anderen Interventionen.

Intervention, Land und Quelle	Gesundheitsthema	Verhaltensänderungsziel	Ebene und Zielgruppe	Angewendete Instrumente	Ergebnisse
<p><i>Farvel Tobak</i> (Amtsbezirk Århus)</p> <p>Literaturhinweis: 17</p>	Rauchen	Verringerung der Anzahl Raucher in Zielgruppen, die normalerweise von Nichtraucherkampagnen nicht erfasst werden	Gruppe und Einzelperson Alle die gewöhnlich nicht auf eine Nichtraucherkampagne ansprechen, hierunter Männer, ungelernte Arbeiter, Sozialhilfeempfänger usw.	<ul style="list-style-type: none"> • Auswertung früherer Aktivitäten zur Benennung der erforderlichen Maßnahmen, z. B. fehlende Gelegenheiten für 16–24-jährige das Thema zu bewältigen, • neue IT-Grundlage als Hilfe für Ärzte die Rauchgewohnheiten zu diskutieren und aufzuzeichnen, • Nichtraucherkurse Arbeitnehmervertretern direkt angeboten und konkrete Schulung für Kursleiter in Bezug auf unterschiedliche Berufsgruppen und -kulturen, • Einzelkurse geringer Intensität für junge Menschen im Alter von 16 bis 24 Jahren. 	<p>Interne Zwischenbilanz (2005)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verringerung der ungleichen Rekrutierung und Beteiligung an der Nichtraucherkampagnen, • Teilnahme von Männern und ungelernten Arbeitern um 63% höher als laut Evaluierung aus 2003, • Primäranstieg bei Teilnahme an der Intervention am Arbeitsplatz und in Krankenhäusern.
<p>Verstärkter Kondomgebrauch (Rio de Janeiro, Brasilien)</p> <p>Literaturhinweis: 18</p>	HIV/Aids und sexuell übertragbare Krankheiten	Ausweitung der persönlichen Gesundheitskompetenz junger Männer bei ungewollten Schwangerschaften, gewaltlose Konfliktlösung mit Freundin und unbedingter Kondomgebrauch	Gruppe und Einzelperson Männer in armen Vororten von Rio de Janeiro	<ul style="list-style-type: none"> • Anleitungen, Videos und Ausbildungsmaterialien für Gesundheitsfachkräfte, Gruppenangehörige und Aufklärungsmitarbeiter, • Stadtteilworkshops für Jugendliche mit Rollenspiel und Diskussion, • Gestaltung eines neu vermarkteten Kondoms, das an untraditionellen Punkten verkauft wird, • Werbung für Kondome und Gesundheitsbotschaften durch zwei bekannte Rapper. 	<ul style="list-style-type: none"> • der regelmäßige Kondomgebrauch mit langfristigen Partnern nahm um 25% zu; • signifikanter Rückgang von über 20% bei sexuell übertragenen Infektionen.
<p>Prävention von Kindesverletzungen im Straßenverkehr in Norwegen und Schweden</p> <p>Literatur: 4 und 19</p>	Verletzungsprävention	Prävention von Kindesverletzungen im Straßenverkehr	Dorfgemeinde (Norwegen) Gesamtbevölkerung (Schweden)	<p><i>Norwegen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Informationsverbreitung zu Verkehrsverletzungen durch Vierteljahresberichte an alle Haushalte einer Region in Norwegen mit Schwerpunkt auf personalisierten Informationen über die Folgen von Verkehrsunfällen und konkrete Orte. <p><i>Schweden</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Anwendung guter WHO-Praxismodelle für Verletzungsprävention Kooperation, Partnerschaft und Kapazitätsaufbau in der Gemeinschaft zur Förderung von verletzungshemmendem Verhalten wie dem Tragen von Fahrradhelmen. 	<p><i>Norwegen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 56% der Befragten gaben an, den Berichten Hinweise oder gute Ratschläge zur Verkehrssicherheit entnommen zu haben. • Im Vergleich der ersten und letzten zwei Jahre des über zehn Jahre laufenden Programms ist unter den Kindern von Harstad ein Rückgang der Verletzungsraten durch Verkehrsunfälle um 59% festzustellen. Die Gesamtrate für alle Altersgruppen ging um 37% zurück. <p><i>Schweden</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Das relative Gesamtrisiko für eine Verletzung der Kinder ging um ein Viertel und das relative Risiko einer mittelschweren Verletzung um fast die Hälfte zurück.

Bekämpfung: Kontrollansätze für Verhaltensänderungen sollen die Gesundheit schützen und die Wirkungen gesundheitsschädlicher Politiken, Leistungen, Waren und Situationen minimieren.

Intervention, Land und Quelle	Gesundheitsthema	Verhaltensänderungsziel	Ebene und Zielgruppe	Angewendete Instrumente	Ergebnisse
<p><i>Skatt på alkohol</i> – Alkoholsteuer (Schweden)</p> <p>Literaturhinweis: 17</p>	Alkohol	Abbau der gesundheitlichen Defizite durch Besteuerung alkoholischer Getränke	Bevölkerung alle Altersgruppen	<ul style="list-style-type: none"> • Gesetzgebung – Eignerbestimmung, die das Staatsmonopol auf den Vertrieb von Alkohol (Systembolaget) fest schreibt und die Verfügbarkeit von Alkohol durch Beschränkung der Verkaufsstellen, Öffnungszeiten und durch Verkaufsregeln begrenzt, z. B. kann Alkohol nicht an Personen unter 20 Jahre verkauft werden. • Steuern – das Systembolaget wird aus Steuern und Verkaufserlösen finanziert. • Zertifizierung (durch IQ-Initiative) von Firmen, Organisationen usw. mit Programmen nachweislich vorbildlicher Praxis, die auf den Abbau gesundheitsschädlichen Alkoholkonsums oder die Prävention alkoholbedingter Probleme konzentrieren. 	<p>Externe Evaluierung (nach veröffentlichtem Artikel);</p> <p>Insgesamt – funktionierte gut, bis Schweden Mitglied der EU wurde. Der Alkoholkonsum in Schweden liegt immer noch unter dem der meisten anderen EU-Länder.</p>
<p><i>Rauchfrei</i> (Norwegen)</p> <p>Quelle: Norwegisches Gesundheitsministerium</p>	Rauchen	Den Tabakkonsum in der gesamten Bevölkerung abzusenken.	Bevölkerung und einzelne Gruppen Gesamtbevölkerung und einzelne Untergruppen wie Jugendliche, Schulumfeld, Schwangere und Eltern von Kleinkindern	<ul style="list-style-type: none"> • Steuern auf Tabakerzeugnisse, • Gesetze zur Einschränkung der Tabakwerbung, • Durchsetzung der Altersgrenze im Verkauf usw. 	Externe Evaluierung von Schulprogrammen wie Rauchfrei.
<p><i>Abbau sozialer Ungleichgewichte bei Unfallverletzungen von Kindern durch Maßnahmen in der Umwelt</i> (Schweden)</p> <p>Literaturhinweis: 17</p>	Verletzungsprävention	Umgestaltung der Umwelt zur Vermeidung von Unfallgefahren für Kinder	Bevölkerung und einzelne Gruppen Zielgruppe: Kinder aus unteren Sozialschichten	<ul style="list-style-type: none"> • Maßnahmen in der Umwelt etwa durch Baugesetze, die von allen Neubauten gewisse Sicherheitsausrüstungen wie Fenstergitter verlangen, sodass Kinder Fenster nicht öffnen und hinausfallen können. 	Externe Evaluierung – mit Gesetzgebung verknüpfte Interventionen seit mindestens 25 Jahren.

Design: Design-Ansätze für Verhaltensänderungen verfolgen das Ziel die physische Umwelt, Leistungen und Einrichtungen so zu nutzen, anzupassen oder zu schaffen, dass sie Annahme und Beibehaltung gesundheitsförderlichen Verhaltens fördern.

Intervention, Land und Quelle	Gesundheitsthema	Verhaltensänderungsziel	Ebene und Zielgruppe	Angewendete Instrumente	Ergebnisse
<p><i>Körperliche Betätigung und Schulmahlzeiten</i> (Norwegen)</p> <p>Quelle: Norwegisches Gesundheitsministerium</p>	<p>Bewegung und Ernährung</p>	<p>Bessere Gestaltung der Modelle zur Verbesserung der körperlichen Betätigung und des Ernährungsverhaltens von Schulkindern</p>	<p>Stadtviertel Kinder im schulfähigen Alter</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Erprobung von Modellen für ein besseres Verständnis der funktionierenden Ansätze, • Umgestaltung des schulischen Umfeldes und des Stundenplans, damit Obst und gesundes Essen während der Pausen eingenommen werden können und körperliche Betätigung möglich ist. 	<ul style="list-style-type: none"> • Externe Evaluierung durch das HEMIL-Zentrum, Bergen: Die Schüler arbeiteten in 70% der Primarschulen und 50% der unteren Sekundarstufe konzentrierter in der Klasse, nachdem mehr Obst/gesundes Essen und körperliche Aktivität gefördert wurde. • Das soziale Umfeld wurde verbessert. • 1 von 3 Schulen meldet weniger Viktimisierungen. • Verlauf – in den teilnehmenden Schulen wurde der doppelten Anzahl Schüler Obst und Gemüse geboten. • 50% der Schüler des Projekts betätigen sich jeden Tag mindestens 30 Minuten lang körperlich.
<p><i>Gemeinschaftsaktionen für Gesundheit</i> (Kirgisistan)</p> <p>Literatur: 20 und 21</p>	<p>Verbesserung des Gesundheitszustandes insgesamt</p>	<p>Befähigung dörflicher Gemeinden zu eigenständigem Handeln für eine bessere Gesundheit</p>	<p>Gruppe und Einzelperson Dörfer in abgelegenen/ländlichen Gegenden</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bedarfsanalyseinstrument für Dörfer zur Beantwortung der Frage „Was benötigt ihr zum Gesundbleiben und für ein gesundes Leben?“ • Schulung für Gesundheitskräfte und Gruppenmitglieder/-leiter in den Dörfern in der Anwendung des Instruments. • Partizipatorische Maßnahmenforschung – Analyse mit 10 Menschen aus Nachbarhaushalten – Priorisierung, Rangliste usw. der für das Dorf belastendsten Krankheits-/Gesundheitsthemen. • Entwicklung und Beteiligung der Gemeinschaft an der Gestaltung der Maßnahmen zur Verbesserung der Lage und Etablierung von Strukturen (z. B. Dorfkomitees für Gesundheit) zum Handeln. 	<ul style="list-style-type: none"> • 119 Dorfkomitees für Gesundheit für 109 der 111 Dörfer des Bezirks mit einer Gesamtbevölkerung von ca. 160 000 Menschen. • Die Auswertung zeigte positive Ergebnisse in Bezug auf die Ernährung (Mikronährstoffmangel), Alkoholkonsum, Abwasserentsorgung und Hygiene.

Intervention, Land und Quelle	Gesundheitsthema	Verhaltensänderungsziel	Ebene und Zielgruppe	Angewendete Instrumente	Ergebnisse
<p><i>Ortsansässige werden aktiv</i> (Kent, England)</p> <p>Literaturhinweis: 16</p>	<p>Körperliche Betätigung</p>	<p>Bewohner von Siedlungen zu Eigenverantwortung anhalten durch Einbeziehung in Gestaltung und Entwicklung von Angeboten, die sie umsetzen können.</p>	<p>Gruppe Siedlungsbewohner</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lenkungsausschuss mit Bewohnern, Jugendleitern usw. • Workshops für die Beteiligten – Einsichten in die Hindernisse für körperliche Betätigung und die Anreize, die für eine Integration der Betätigung in den Alltag erforderlich sind. • Entwicklung der Gemeinschaft und Beteiligung an der Lösungsgestaltung – Schaffung von selbst organisierten Gruppen mit gemeinsamem Interesse für die Sportausübung. 	<ul style="list-style-type: none"> • Verbessertes Wohlbefinden – mehr Schlaf und bessere körperliche Beweglichkeit. • Mehr Hinweise für die lokalen Gesundheitsbehörden für ein Verständnis des Gesundheitszustandes der Gruppe. • Kostenersparnis – Gruppenanleiter ist billiger als Gesundheitsleistungen für Einzelpersonen.
<p><i>Wirtschaft in der Gemeinschaft: Teamansätze zur Bewältigung gesundheitlicher Probleme junger Menschen</i> (England)</p> <p>Literaturhinweis: 16</p>	<p>Verbesserung des Gesundheitszustandes insgesamt</p>	<p>Bessere gesundheitliche Perspektiven für junge Menschen</p>	<p>Gruppe Junge Menschen, darunter schwer zu erreichende Gruppen, z. B. ethnische Minderheiten, benachteiligte Wohngebiete</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gruppenaktivitäten der professionellen Sportclubs • Soziale Verantwortung der Unternehmen • Schulung von Gruppenanwälten in der Betreuung lokaler Projekte gegen gesundheitliche und gesellschaftliche Probleme • Setting <p>Die Initiative Clubs that Count nutzt die Macht des Namens von Sportclubs, um Gruppen zu erreichen, die normalerweise unempänglich für die Gesundheitsbotschaften sind. Neben der Beratung und Unterstützung von Clubs bei ihren Gruppenaktivitäten, misst sie, wie gut diese ihrer sozialen Verantwortung als Unternehmer nachkommen, erkennt Mängel in der Erbringung und rät zu Verbesserungen.</p> <p>Clubs that Count umfasst jetzt 50 Partnerorganisationen. Diese gehen ein breites Spektrum aus Gesundheitsthemen auf innovative Weise an. Die Stadt Manchester startete zum Beispiel neulich eine Initiative unter dem Titel Something Good in the Neighbourhood, mit der gesundheitlichen und gesellschaftlichen Problemen dadurch begegnet werden soll, dass Gruppensprecher zur Leitung lokaler Projekte befähigt werden.</p>	<p>Jahresberichte</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sportclubs sind für die Förderung gesunder Lebensweisen sehr wirksam, insbesondere wenn die Zielgruppe nur schwer zu erreichen ist.

Intervention, Land und Quelle	Gesundheitsthema	Verhaltensänderungsziel	Ebene und Zielgruppe	Angewendete Instrumente	Ergebnisse
<p><i>Raum zum Atmen: Nichtraucherprogramm in einer Siedlung</i> (Schottland)</p> <p>Literaturhinweis: 22</p>	<p>Rauchen</p>	<p>Änderung der Einstellung einer städtischen Lokalbevölkerung mit niedrigem Einkommen zum Rauchen (Wester Hailes, Edinburgh).</p>	<p>Stadtviertel</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklungsprinzipien und -praktiken für örtliche Gemeinschaften, • Befähigung der lokalen Gemeinschaft durch Einbeziehung von Partnerschaften. 	<p>Hatte überhaupt keinen Einfluss auf die Haltungen zum Rauchen und die Raucherquote wegen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - fehlender Führungskompetenz der Partnerorganisationen, - ungleicher Machtverteilung zwischen den Organisationen, - (völlig) unterschiedlichen Auffassungen über die Ausrichtung, - Streitigkeiten über die Autorenschaft des Programms, - unangemessen Ressourcen und Kapazitäten.

Unterstützung: Ansätze zur Herbeiführung einer Verhaltensänderung durch Unterstützung wollen praktische Hilfen und maßgeschneiderte Angebote zur Verfügung stellen, um Anreize zu schaffen und den Verhaltenswandel positiv zu verstärken. Die hier angeführten Beispiele veranschaulichen den Einsatz solcher unterstützenden Ansätze häufig in Kombination mit anderen (z. B. Aufklärung und Design).

Intervention, Land und Quelle	Gesundheitsthema	Verhaltensänderungsziel	Ebene und Zielgruppe	Angewendete Instrumente	Ergebnisse
<p><i>Gesundheitliche Ungleichheit in einer Roma-Gruppe der Region Pomurje bewältigen</i> (Pomurje, Slowenien)</p>	<p>Verbesserung des Gesundheitszustandes insgesamt</p>	<p>Gesundheitliche Ungleichheit durch Gesundheitsförderung, u. a. Einschätzung der Gesundheitsprobleme, Bewusstseinsbildung für gesunde Lebensweisen und Entwicklung wirksamer, kultureller Ansätze zur Gesundheitsförderung in der Roma-Gruppe.</p>	<p>Gruppe und Einzelperson Schwer zu erreichende und anfällige Gruppen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Einbeziehung und Entwicklung der Gruppe, z. B. Auswahl und Motivierung eines örtlichen Koordinators in der Roma-Gruppe – Netz aus Gleichgesinnten; • Befragung zur Lebensweise der Roma-Gruppe und Verbreitung und Anwendung der Ergebnisse zur Unterstützung einer kulturell angemessenen Herangehensweise an die Gesundheitsförderung in der Gemeinschaft, etwa durch Kochkurse unter freiem Himmel, Kochen mit Familien, Kurse über Obst und Gemüse, Partnerschaftsaufbau; • Gruppenaktivitäten zur Unterstützung von Gesundheitsförderung und gesunden Lebensweisen – Medienarbeit, Workshop, thematische Sonderausgabe der Zeitung. 	<p>Die Ergebnisse müssen noch untersucht werden.</p>
<p><i>Ratschläge zum Rauchverzicht an Raucher</i> (International) Literatur: 23–26</p>	<p>Rauchen</p>	<p>Individuelle/direkte Beratung zur Unterstützung von Menschen, die das Rauchen aufgeben wollen</p>	<p>Einzelpersonen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Telefonberatung zum Rauchverzicht – initiativ. • Beratung durch geschulte Therapeuten außerhalb der medizinischen Versorgung und unter vier Augen in Sitzungen von über 10 Minuten Dauer, die meist durch weitere Telefonkontakte zur Unterstützung begleitet wurden. • Rauchverzichtshinweise und -unterstützung durch Gesundheitspersonal, z. B. Krankenschwestern, in Gesundheitseinrichtungen wie Krankenhäusern, bei medizinischen Untersuchungen oder im Rahmen der Präventionsarbeit. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hinweise auf ein von der „Dosis“ abhängiges Ansprechverhalten – 3 oder mehr Anrufe erhöhen die Chancen der Aufgabe im Vergleich zu einer Minimalintervention alleine durch Selbsthilfematerialien, Kurzberatung oder Pharmakotherapie. • Einzelberatung kann Rauchern beim Verzicht helfen, es liegen aber nicht genügend Erkenntnisse vor, ob die intensivere Beratung besser war – Einzelberatung war wirksamer als eine Kontrolle. • 20 Vergleichsstudien zur betreuenden gegenüber der kontrollierenden Intervention bzw. der üblichen Versorgung fanden heraus, dass diese Intervention die Chancen für den Verzicht erhöhen.

Anhang 2

Allgemeine Einflussfaktoren der Verhaltensänderung und ihre Auswirkungen auf die Gestaltung der Maßnahmen

<i>Faktoren</i>	<i>Bedeutung für das Design</i>
Der Wunsch zur Veränderung muss in der Zielgruppe vorhanden sein.	Es müssen sowohl ein Bedürfnis nach einer positiven Veränderung als auch Bedingungen geschaffen werden, welche die Menschen zu positiven Entscheidungen befähigen.
Partizipatorische Einbeziehung führt zu größerer Wirkung in Bezug auf die Verhaltensänderung.	Interaktive Engagement-Strategien und Koalitionsansätze sollten Teil aller Interventionen für Verhaltensänderungen sein.
Der Mensch ist meistens dazu motiviert, das „Richtige“ für die Gemeinschaft sowie für sich und seine Familie zu tun.	Programme sollten sozial verantwortliches Verhalten fördern und Anreize dafür schaffen und sozial unverantwortliche Verhaltensweisen sanktionieren.
Soziale Verhältnisse, soziale Unterstützung und soziale Normen haben einen starken und anhaltenden Einfluss auf das Verhalten.	Eine Integration von Strategien, die auf Unterstützung durch Gleichgesinnte und Angehörige beruhen, in Programme zur Verringerung der persönlich eingegangenen Risiken erhöht deren Erfolgsaussichten.
Veränderung ist in der Regel ein Prozess, nicht ein Ereignis.	Die Programme sollten über lange Zeit aufrechterhalten und auf die Bedürfnisse unterschiedlicher Gruppen zugeschnitten werden.
Psychologische Faktoren, Überzeugungen und Wertvorstellungen beeinflussen das Verhalten der Menschen.	Die Programme müssen die Wertvorstellungen und Überzeugungen sowie Aufklärung und Wissenserwerb thematisieren.
Menschen können in Verhaltensmustern „gefangen“ sein und praktische Hilfe für deren Durchbrechung benötigen.	Konzepte und Angebote müssen entsprechend den konkreten Bedürfnissen unterschiedlicher Gruppen geformt werden, damit sie ihnen bei der Überwindung tief wurzelnder Gewohnheiten helfen können.
Ein Wandel ist wahrscheinlicher, wenn die unerwünschte Verhaltensweise nicht Teil der Lebensbewältigungsstrategie einer Person ist.	Anreize schaffen, praktische Hilfe für einen Wandel anbieten und positiv verstärken. Alternative Formen der Unterstützung und Verstärkung bieten, um beim Verhaltenswandel zu helfen.
Das Verhalten der Menschen wird von ihrer physischen und sozialen Umwelt beeinflusst.	Die Fähigkeit einer Person zu Veränderung ist begrenzt, wenn die Umgebung gegen die gewünschte Veränderung Sturm läuft; neben den Botschaften und Ratschlägen und dem Aufbau persönlicher Fähigkeiten müssen daher die Bedingungen und Anreize für den Wandel geschaffen werden.
Die Wahrnehmung der Menschen ihrer Anfälligkeit für ein Risiko und dessen Bedeutung ist der Schlüssel zum Verständnis des Verhaltens.	Einzelpersonen und Gruppen müssen ein Verständnis von dem Risiko und der Anfälligkeit im Verhältnis zu den größten Gefahren entwickeln.
Die Wahrnehmung der Wirksamkeit der empfohlenen Verhaltensänderungen sind zentrale Einflussfaktoren auf die Entscheidung zum Handeln.	Die Programme sollten sich darum bemühen sicherzustellen, dass die Menschen das Ausmaß der mit einer positiven Verhaltensänderung verknüpften Belohnungen verstehen.
Je nützlicher oder lohnender eine Erfahrung ist, desto wahrscheinlicher ist ihre Wiederholung.	Verstärkung und Anreizgebung für positives Verhalten auf kurze Sicht, sollte Teil jedes Programms für Verhaltensänderungen sein.
Menschen scheuen den Verlust: Sie werden sich stärker bemühen das Besessene zu behalten, als neue Güter zu erwerben.	Die Programme sollten die Vorteile positiver Verhaltensweisen betonen, die eine Fortsetzung des unmittelbaren Nutzens ermöglichen, und nicht auf die langfristigen Gewinne setzen.
Menschen verlassen sich oft auf mentale Kurzschlüsse und Versuch und Irrtum bei ihren Entscheidungen, statt auf rationales Abwägen.	Die Programme sollten ein tiefes Verständnis davon gewinnen, was die Menschen für den Wechsel motiviert und wie sie konkrete Themen wahrnehmen.

Anhang 3

Komponenten einer umfassenden Herangehensweise an Verhaltensänderungen für die Gesundheit (27)



Anhang 4

Ansätze, Instrumente und mögliche Mittler des Wandels

Veränderungsziel und -ansätze	Ebene	Instrumente	Zuständige Mittler
Aufklärung und Befähigung <ul style="list-style-type: none"> • Wissen, Können und Fähigkeit steigern • Haltungen und Vertrauen beeinflussen • Wandel herbeiführen und erhalten 	<ul style="list-style-type: none"> • Einzelpersonen • Gruppe • Bevölkerung 	<ul style="list-style-type: none"> • Massenmedien • Sozialverträgliche Vermarktung • Beratung • Programme zum Kapazitätsaufbau 	<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitsfachkräfte • Lehrer • Gruppenanführer • Familie • Medien • Politische Entscheidungsträger und Planer
Steuerung <ul style="list-style-type: none"> • Schutz der Gesundheit • Minimierung gesundheitsschädlicher Politiken, Angebote, Waren und Situationen 	<ul style="list-style-type: none"> • Gruppe • Bevölkerung 	<ul style="list-style-type: none"> • Gesetzgebung und Regulierung • Sanktionen und Anreize • Steuerliche und finanzielle Maßnahmen 	<ul style="list-style-type: none"> • Staat (national und lokal) • Regulierungsbehörden • Politische Entscheidungsträger • nichtstaatliche Organisationen (NGO)
Gestaltung <ul style="list-style-type: none"> • Nutzen, anpassen und/oder schaffen von physischen Umgebungen, Angeboten und Einrichtungen, welche die Annahme und Beibehaltung gesunder Verhaltensweisen fördern 	<ul style="list-style-type: none"> • Gruppe • Bevölkerung 	<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung und Veränderung der Infrastruktur • Angebote an Gruppen und Einzelpersonen 	<ul style="list-style-type: none"> • Staat (national und lokal) • Planer für Stadt und Land • Architekten und Entscheidungsträger • NGO
Unterstützung <ul style="list-style-type: none"> • Praktische Hilfe und maßgeschneiderte Angebote bereitstellen • Anreize schaffen und Verhaltensänderungen positiv verstärken 	<ul style="list-style-type: none"> • Einzelpersonen • Gruppe 	<ul style="list-style-type: none"> • Indirekte und direkte Beratung (Internet und Telefon) • Persönliche Zielsetzung • Verhaltensbegleitung 	<ul style="list-style-type: none"> • Gleichgesinnte • Freunde und soziale Gruppen • Sozial- und Gesundheitspersonal • Bürgernahe Organisationen und NGO • Staat (national und lokal)

Literatur

1. Yates B et al. Exceptional longevity in men: modifiable factors associated with survival and function to age 90 years. *Archives of Internal Medicine*, 2008, 168 (3): 284–290.
2. Murray D, Lopez. Global mortality, disability and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet*, 1997, 349 (9063): 1436–1442.
3. Aral SO, Peterman TA. Do we know the effectiveness of behavioural interventions? *Lancet*, 1998, 351 (suppl III): 33–26.
4. Ytterstad B. The Harstad Injury Prevention Study. A decade of community-based traffic injury prevention with emphasis on children. Postal dissemination of local injury data can be effective. *International Journal of Circumpolar Health*, 2003, 62 (1): 61–74.
5. Lowry R. Smoking cessation programme for pregnant women in Sunderland. London, National Centre for Social Marketing, 2007, (<http://www.nsms.org.uk/public/CSView.aspx?casestudy=1>, accessed 10 July 2008).
6. Ritchie D et al. Issues of participation, ownership and empowerment in a community development programme: tackling smoking in a low-income area in Scotland. *Health Promotion International*, 2004, 19(1): 51–59.
7. Schüth T. Community Action for Health in Kyrgyzstan. *Bulletin von Medicus Mundi Schwiez*, 2005, 95
(<http://www.medicusmundi.ch/mms/services/bulletin/bulletin200501/kap02/07schueth.html>, accessed 10 July 2008).
8. Goldfinger JZ et al. Project HEAL: peer education leads to weight loss in Harlem. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 2008, 19(1): 180–192.
9. Strecher VJ et al. Moderators and mediators of a web-based computer-tailored smoking cessation program among nicotine patch users. *Nicotine and Tobacco Research*, 2006, 9 (Suppl 1): S95–S101.
10. Strecher VJ et al. A randomized controlled trial of multiple tailored messages for smoking cessation among callers to the Cancer Information Service. *Journal of Health Communication*, 2005, 10 (Suppl 1): 105–118.
11. *Behaviour change at population, community and individual levels*. London, National Institute for Health and Clinical Excellence, 2007, (NICE public health guidance 6).
12. *Prevention that works: a review of the evidence regarding the causation and prevention of chronic disease – consultation draft*. Victoria BC, Ministry of Health Planning, 2003.
13. *The world health report 2000. Health systems: improving performance*. Geneva, World Health Organization, 2000.
14. *Everybody's business. Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. Geneva, World Health Organization, 2007.
15. Chapman S. Reducing tobacco consumption. *NSW Public Health Bulletin*, 2003, 14 (3): 46–48.
16. Case study database [online database]. London, National Social Marketing Centre, 2008, (<http://www.nsms.org.uk/public/CSAtoZ.aspx>, accessed 10 July 2008).
17. European directory of good practices to reduce health inequalities [online database]. DETERMINE (European Consortium for Action on the Socio-Economic Determinants for Health), 2008, (www.health-inequalities.eu/, accessed 10 July 2008).
18. *Promoting healthy relationships and HIV/STI prevention for young men: positive findings from an intervention study in Brazil*. Rio de Janeiro, Instituto Promundo, 2008, (http://promundo.org.br/380?/locale=en_us, accessed 10 July 2008).

19. Lindqvist K et al. Evaluation of a child safety program based on the WHO safe community model. *Injury Prevention*, 2002, 8(1).
20. Kyrgyz-Swiss-Swedish Health Project (KYSS-HP). Phase IV. Annual Report. January-December 2006. Bishkek, Ministry of Health, 2007
(<http://www.cah.kg/reports/Annual%20Report%202006.pdf>, accessed 10 July 2008).
21. *Community Action for Health in Kyrgyzstan*. Bishkek, Ministry of Health, 2004,
(http://www.cah.kg/en/about_community_action_for_health/overview, accessed 10 July 2008).
22. Ritchie D et al. Issues of participation, ownership and empowerment in a community development programme: tackling smoking in a low-income area in Scotland, *Health Promotion International*, 2004, 19(1): 51–59.
23. Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008, Issue 1. Art. No.: CD001188. DOI: 10.1002/14651858.CD001188.pub3.
24. Cockburn J. Adoption of evidence into practice: can change be sustainable? *Med J Aus*, 2004; 180 (6 Suppl): S66-S67.
25. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2005, Issue 1. Art. No.: CD001292. DOI: 10.1002/14651858.CD001292.pub2.
26. Stead LF, Perera R, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006, Issue 2. Art. No.: CD002850. DOI: 10.1002/14651858.CD002850.pub2.
27. Nutbeam D, Bauman A. *Evaluation in a nutshell: A practical guide to the evaluation of health promotion programs*. Sydney, McGraw-Hill, 2006.