

# MEINE, DEINE, EURE VERANTWORTUNG – EINE BEVÖLKERUNGSREPRÄSENTATIVE UMFRAGE ZU DEMENZEN

Dominik Daube<sup>a</sup> & Doreen Reifegerste<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Friedrich-Schiller-Universität Jena, Deutschland

<sup>b</sup>Universität Bielefeld, Deutschland

## RELEVANZ & THEORIE

**Relevanz:** Demenzen sind eine globale Herausforderung – für Menschen mit Demenz ebenso wie für ihre Angehörigen und die gesamte Gesellschaft. Die Angehörigen sind physisch und psychisch belastet, die gesamte Gesellschaft steht vor der Herausforderung, die pflegenden Angehörigen der 1.7 Millionen Menschen mit Demenz in Deutschland zu unterstützen, bspw. durch Forschung oder politische Maßnahmen (Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V., 2020; Räker et al., 2020). Ein grundlegendes Wissen über Ursachen und Behandlungsoptionen bei Demenzen ermöglichen einen besseren Umgang.

**Theorie:** Um die Verantwortungszuschreibung für Ursachen und Behandlungsoptionen in der Bevölkerung erfassen zu können, eignet sich das *Responsibility Framing* (Iyengar, 1990, 1994; Semetko & Valkenburg, 2000). Semetko & Valkenburg (2000, 96) definieren *Responsibility Framing* als „[presenting] an issue or problem in such a way as to attribute responsibility for its cause or solution to either the government or to an individual or group.“ Gerade bei Krankheiten wie Demenzen, in denen Angehörige und das weitere soziale Umfeld der Erkrankten involviert sind, scheint eine differenziertere Betrachtung sinnvoll: So wird – der Logik sozial-ökologischer Modelle (Golden & Earp, 2012) folgend – neben individueller und gesellschaftlicher Ebene die Ebene des sozialen Netzwerks eingeführt.

Die Verantwortungsattribution kann durch verschiedene Faktoren beeinflusst werden, was bisher allerdings kaum untersucht wurde. Hier könnte das Informationsverhalten (*Seeking* vs. *Scanning*, vgl. Longo, 2005; Lewis, 2017) eine Rolle spielen. Longos Modell zum Gesundheitsinformationsverhalten (Health Information Seeking Behavior, HISB) berücksichtigt neben interpersonalem und medialem Infokonsum zahlreiche Kontextfaktoren. So lässt sich das HISB-Modell auf die Verantwortungsattributionen anwenden, indem sie als ein möglicher Outcome des Informationsverhaltens definiert werden.

## DISKUSSION

Diese Befunde zeigen, dass sowohl Ursachen als auch die Behandlung/Lösung bei Demenzen in der Bevölkerung bereits als gesellschaftliche Aufgabe und Herausforderung wahrgenommen werden, gleichwohl aber die Angehörigen und (engen) Freund\*innen von Menschen mit Demenz eine wichtige Rolle spielen.

Angehörige werden für die arbeitsintensive und belastende Pflege (zumindest in Teilen) verantwortet oder verpflichtet, was aber nicht als Selbstverständlichkeit gelten soll.

Dabei haben die Prädiktoren aus dem HISB-Modell – wenn auch im Gesamtmodell betrachtet geringen – signifikanten Einfluss auf die Attribution, das häufige *Scanning* (meist vor Kontakt mit der Erkrankung) führt zu einer höheren individuellen Verantwortungszuschreibung, die überfordern kann. Auch sollte der relevante Faktor des wahrgenommenen Wissens in Informationsmaßnahmen berücksichtigt werden und durch gezielte Faktenvermittlung potenziell ungerechten Verantwortungszuschreibungen vorgebeugt und entgegengewirkt werden.

## METHODE

**Präregistrierte, bevölkerungsrepräsentative** (Deutschland) Online-Befragung von Dezember 2021 bis Januar 2022 mit Ethikvotum.

**Fragebogen:** *Demenzbezogenes Gesundheitsinformationsverhalten* (vgl. Health Information National Trends Survey, kurz HINTS und HINTS Germany), *individuelle Merkmale* (z.B. Betroffenheit von Demenzen, Status als Angehörige\*r), *Verantwortungszuschreibung* für Ur-

sachen und Behandlung von Demenzerkrankungen i.Sd. Responsibility Framing (vgl. Coleman et al., 2011; Niederdeppe et al., 2011)

**Sample:**  $N = 1,028$ , 46.9 Jahre ( $SD = 15.67$ ), 49.6 % weiblich.

## FORSCHUNGSFRAGEN

**FF1:** Wer wird in der Bevölkerung für die Ursachen und Behandlung von Demenzen verantwortlich gemacht?

**FF2:** Welche Faktoren beeinflussen die Verantwortungszuschreibung?

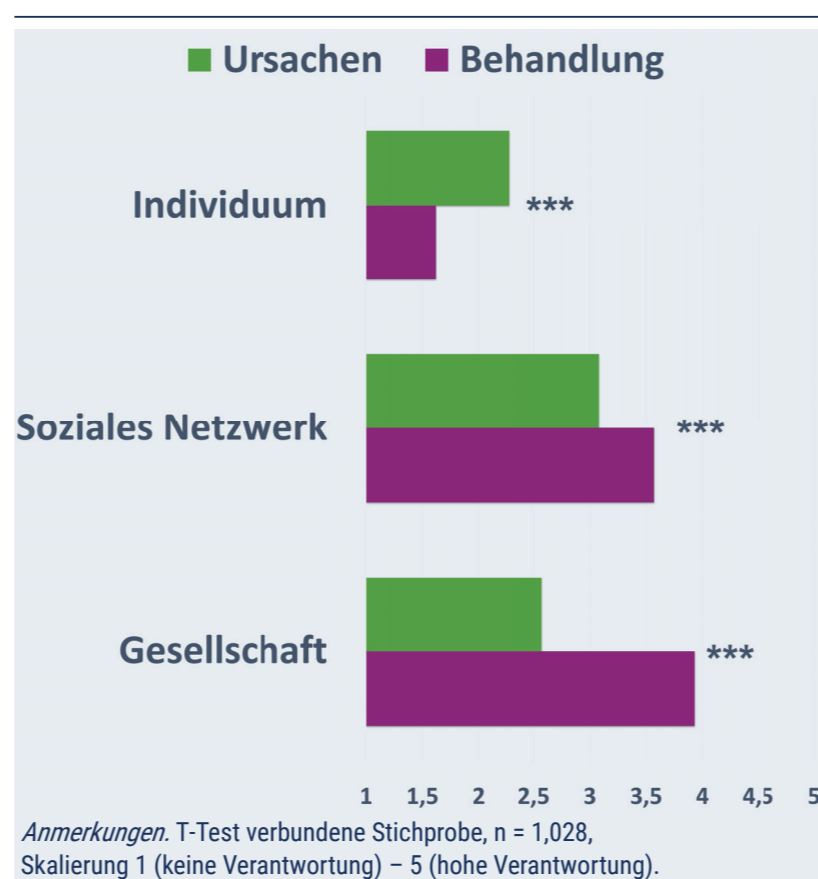
## ERGEBNISSE

Variable	Ursachen Individuell			Ursachen soz. Netzwerk			Ursachen Gesellschaft			Behandlung Individuell			Behandlung soz. Netzwerk			Behandlung Gesellschaft		
	B	$\beta$	SE	B	$\beta$	SE	B	$\beta$	SE	B	$\beta$	SE	B	$\beta$	SE	B	$\beta$	SE
Konstante	2.73***		.29	2.98***		.29	2.67***		.30	1.88***		.21	3.70***		.25	3.26***		.24
Geschlecht <sup>a</sup>	-.11	-.05	.08	-.37***	-.16***	.08	-.16	-.07	.08	-.28***	-.17***	.06	-.11	-.05	.07	.05	.03	.07
Alter in Jahren	-.01**	-.10**	.00	-.001	-.02	.003	-.01***	-.13***	.003	-.01***	-.19***	.002	.004	.07	.002	.01**	.11**	.002
Bildungsgrad <sup>b</sup>	-.18*	-.08*	.08	.05	.02	.08	-.09	-.04	.08	-.07	-.04	.06	-.12	-.06	.07	.002	.001	.07
Fakten-Wissen <sup>c</sup>	-.07*	-.07*	.03	-.01	-.01	.03	.002	.002	.03	-.02	-.04	.02	-.07**	-.09**	.03	.04	.05	.03
Subjektives Wissen <sup>d</sup>	.09*	.09*	.04	.13**	.13**	.04	.13**	.13**	.04	.08**	.11**	.03	.09*	.10*	.04	.09**	.11**	.03
Persönliche Betroffenheit <sup>e</sup>	.08	.03	.09	.09	.04	.09	.05	.02	.09	.19**	.10**	.06	.02	.01	.08	-.22**	-.11**	.07
Beruf Gesundheitskontext <sup>f</sup>	-.14	-.04	.13	.002	.000	.13	-.12	-.03	.13	-.19*	.07*	.09	-.07	-.02	.11	-.11	-.03	.11
Informationsaufnahme <sup>g</sup>	.34***	.15***	.09	-.002	-.001	.09	.11	.05	.09	.17**	.11**	.07	-.01	-.004	.08	.09	.05	.08
R <sup>2</sup>	.04			.04			.02			.08			.03			.04		
N	992			992			992			967			991			975		

**Anmerkungen:** Es wurde der Einfluss von soziodemografischen Variablen und den HISB-Variablen Informationsrezeption, Fakten-Wissen, subjektiv wahrgenommenes Wissen, persönliche Betroffenheit, beruflicher Gesundheitskontext auf Ursachen- bzw. Behandlungs-Verantwortungszuschreibung auf den jeweiligen Ebenen Individuell, soziales Netzwerk und Gesellschaft (1 – keine Verantwortung, 5 – hohe Verantwortung) untersucht.

<sup>a</sup>männlich = 0, weiblich = 1. <sup>b</sup>niedrig = 0, hoch = 1. <sup>c</sup>niedrig = 0, hoch = 10 (Summenindex). <sup>d</sup>sehr niedrig = 1, sehr hoch = 5. <sup>e</sup>betroffen (Angehörige\*r/Freund\*in mit Demenz) = 0, nicht-betroffen = 1. <sup>f</sup>kein Gesundheitsbezug = 0, Gesundheitsbezug = 1. <sup>g</sup>Aktive Informationssuche = 0, passive Informationsaufnahme = 1. Alle Modelle  $p < .001$ . \*\*\*  $< .001$ , \*\*  $< .01$ , \*  $< .05$

**FF1:** Der Gesellschaft und dem sozialen Netzwerk wird eine hohe Verantwortung bei Demenzen zugeschrieben, dem Individuum kommt die geringste Verantwortung zu. Innerhalb der Ursachen unterscheiden sich die Zuschreibungsebenen signifikant voneinander (Welch-Test  $F(2, 2053.86) = 132.27$ ,  $p < .001$ ), gleiches gilt für die Behandlung (Welch-Test  $F(2, 2051.78) = 1678.77$ ,  $p < .001$ ). Der Games-Howell post-hoc Test zeigte einen signifikanten Unterschied ( $p < .001$ ) der Level zwischen allen Gruppen. Bei der Behandlung spielt das soziale Netzwerk eine wichtige Rolle, da Freund\*innen der Erkrankten die höchste Verantwortung zugeschrieben wird: Sie sollen nach einer Erkrankung für die Erkrankten da sein, mehr als Angehörige selbst ( $M_{\text{Freund*innen}} = 4.11$ ,  $SD = 0.93$ ;  $M_{\text{Angehörige}} = 3.61$ ,  $SD = 1.06$ ). Bei der Pflegeverantwortung divergieren die Zuschreibungen: Angehörige bekommen eine selbstverständliche Pflegeverantwortung zugeschrieben ( $M = 2.65$ ,  $SD = 1.15$ ), diese fällt aber deutlich niedriger aus als die allgemeine Erwartungshaltung an Angehörige, zu pflegen ( $M = 3.61$ ,  $SD = 1.06$ ).



**Abbildung 1** Unterschiede zwischen Verantwortungszuschreibungen für Ursachen und Behandlung innerhalb der drei Verantwortungsebenen (FF1).

**FF2:** Die Prädiktoren des HISB-Modell sind insgesamt signifikant (alle Modelle  $p < .001$ ), wenn auch mit eher schwacher Varianzaufklärung (alle Modelle  $R^2 > .02$ ). Vor allem auf Ebene des Individuums haben mehrere Prädiktoren einen signifikanten Einfluss: Bei den Ursachen und der Behandlung/Lösung spielt die Informationsrezeption eine zentrale Rolle, je mehr Informationen passiv (*Scanning*) rezipiert werden, umso mehr Verantwortung wird dem Individuum zugeschrieben. Angehörige von Menschen mit Demenz sehen die Demenzbetroffenen in einer geringeren Verantwortung, sich eigenständig zu kümmern ( $\beta = .10$ ), Frauen attribuieren hier ebenfalls weniger Behandlungsverantwortung ( $\beta = -.17$ ). Menschen mit demenzbetroffenen Angehörigen sehen außerdem die Gesellschaft in einer höheren Behandlungsverantwortung ( $\beta = -.11$ ). Auf allen Ebenen ist subjektiv wahrgenommenes Wissen im Gegensatz zum Fakten-Wissen ein relevanter Prädiktor.

## LITERATUR

- Coleman, R., Thorson, E., & Wilkins, L. (2011). Testing the Effect of Framing and Sourcing in Health News Stories. *Journal of Health Communication, 16*(9), 941–954. <https://doi.org/10.1080/10810730.2011.561918>
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (Hrsg.). (2020). *Informationsblatt 1: Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen*. [https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/Alz/pdf/factsheets/infoblatt1\\_haeufigkeit\\_demenzerkrankungen\\_dalzg.pdf](https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/Alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf)
- Golden, S. D., & Earp, J. A. L. (2012). Social Ecological Approaches to Individuals and Their Contexts: Twenty Years of *Health Education & Behavior* Health Promotion Interventions. *Health Education & Behavior, 39*(3), 364–372. <https://doi.org/10.1177/1090198111418634>
- Iyengar, S. (1990). Framing responsibility for political issues: The case of poverty. *Political Behavior, 12*(1), 19–40. <https://doi.org/10.1007/BF00992330>
- Iyengar, S. (1994). *Is anyone responsible? How television frames political issues*. University of Chicago Press.
- Lewis, N. (2017). Information Seeking and Scanning. In P. Rössler, C. A. Hoffner, & L. Zoonen (Hrsg.), *The International Encyclopedia of Media Effects* (1. Aufl., S. 1–10). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781118783764.wbieme0156>
- Longo, D. R. (2005). Understanding health information, communication, and information seeking of patients and consumers: A comprehensive and integrated model. *Health Expectations, 8*(3), 189–194. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2005.00339.x>
- Niederdeppe, J., Shapiro, M. A., & Porticella, N. (2011). Attributions of Responsibility for Obesity: Narrative Communication Reduces Reactive Counterarguing Among Liberals. *Human Communication Research, 37*(3), 295–323. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2958.2011.01409.x>
- Räker, M., Schwinger, A., & Klauer, J. (2020). Was leisten ambulante Pflegeeinrichtungen? Eine Befragung zu Eigenleistungen und finanziellen Aufwänden. In K. Jacobs, A. Kuhlmei, S. Greß, J. Klauer, & A. Schwinger (Hrsg.), *Pflege-Report 2020* (S. 65–95). Springer Berlin Heidelberg. [https://doi.org/10.1007/978-3-662-61362-7\\_5](https://doi.org/10.1007/978-3-662-61362-7_5)
- Semetko, H. A., & Valkenburg, P. M. V. (2000). Framing European politics: A Content Analysis of Press and Television News. *Journal of Communication, 50*(2), 93–109. <https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.2000.tb02843.x>

In Kooperation mit:

UNIVERSITÄT BIELEFELD



FRIEDRICH-SCHILLER-UNIVERSITÄT JENA