

Universität Leipzig  
Lehrstuhl für Empirische Kommunikations- und Medienforschung

Leipziger & Partner

KONTUR 21

# **Evaluation: Kommunikation des BfR**

## **Bericht 2004**

Teilbereich Umfragen (Experten- und Bevölkerungsumfrage)

Ziel: Ermittlung des Status Quo [Nullmessung]

Grundlage: Grafik- und Tabellenband 2004

Ansprechpartner: Dr. Jan Lies (Leipziger & Partner)

Tel: 069-75804-224

E-Mail: [jan.lies@leipziger.de](mailto:jan.lies@leipziger.de)



## **Evaluation Kommunikation des BfR**

### **Bericht 2004: Ermittlung des Bekanntheitsgrads des BfR bei unterschiedlichen Zielgruppen**

Im Zuge der Neuordnung des gesundheitlichen Verbraucherschutzes sind die Bewertung und das Management gesundheitlicher Risiken bei Lebensmitteln und Bedarfsgegenständen getrennt worden. Zuständig sind seit dem 1. November 2002 das Bundesinstitut für Risikobewertung für die Seite der Bewertung und die Kommunikation solcher Risiken, das Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit für das Management.

Im Rahmen der Maßnahmen zur Corporate Identity für das BfR wurde von der Agentur Leipziger und Partner eine repräsentative Umfrage in Auftrag gegeben, um den Bekanntheitsgrad und die Einschätzung der Arbeit des BfR bei der Bevölkerung und Experten des Verbraucherschutzes in einer so genannten Nullmessung (Darstellung des Ist-Zustandes im Jahr 2004) zu ermitteln. Die Daten wurden von der Universität Leipzig und dem unabhängigen Marktforschungsinstitut KONTUR 21 GmbH im Dezember 2004 erhoben. Ziel der Umfrage war auch, heraus zu finden, wie Bevölkerung und Experten den gesundheitlichen Verbraucherschutz durch den Staat und seine Institutionen einschätzen. Was die Befragten über Strukturen und zentrale Probleme des gesundheitlichen Verbraucherschutzes wissen, sollte ebenfalls erfragt werden. Ein weiteres Ziel bestand darin zu ermitteln, was Bevölkerung und Experten von den Institutionen erwarten.

Befragt wurden hierzu 1200 repräsentativ ausgesuchte Personen aus der Bevölkerung sowie 400 Experten, zu denen Fachwissenschaftler, Politiker aus den für Verbraucherschutz zuständigen Ausschüssen von Bundestag und Länderparlamenten, Medienvertreter und Vertreter von Verbänden zählten. Follow up- Befragungen, mit denen gemessen werden soll, ob und wie sich die Bekanntheit und die Einschätzung des BfR aufgrund eingeleiteter Kommunikationsmaßnahmen verändert, sind geplant.

Die Ergebnisse der Umfrage sollen dem BfR helfen, Instrumente zu entwickeln, um seine zentrale Aufgabe der Risikokommunikation zu optimieren. Sie lassen sich wie folgt zusammenfassen:

#### **Bedeutung des gesundheitlichen Verbraucherschutzes für den Einzelnen**

Die Umfrage zeigt, dass Bevölkerung und Experten gleichermaßen den gesundheitlichen Verbraucherschutz und hier vor allem die Lebensmittelsicherheit als zentrale Aufgabe des Staates betrachten. Unter gesundheitlichem Verbraucherschutz verstehen Laien wie Experten die Kontrolle der Sicherheit und der Qualität von Lebensmitteln (vgl. S.13 und S. 51ff).

#### **Quellen der Informationen zum gesundheitlichen Verbraucherschutz**

Laien wie Experten informieren sich in erster Linie aus Printmedien (Zeitungen, Zeitschriften) über Themen des gesundheitlichen Verbraucherschutzes (70% der Bevölkerung, 78% der Experten), gefolgt von audiovisuellen Medien (Fernsehen, Hörfunk). Das Internet spielt für die Laien (nur 7,7% nutzen es als Informationsmedium) eine untergeordnete Rolle. Multiplikatoren wie Ärzte, Apotheker etc. sind für die Bevölkerung eine weitere wichtige Informationsquelle, bei den Experten sind es Fachmedien. Das Internet rangiert bei den Experten (25% nennen es als Quelle) erst an vierter Stelle (vgl. S. 23ff und S. 55ff).

## **Kenntnisse über die Organisation des gesundheitlichen Verbraucherschutzes in Deutschland**

Bei der Neuordnung des gesundheitlichen Verbraucherschutzes spielten die Begriffe Risikobewertung und Risikomanagement eine zentrale Rolle. In der Öffentlichkeit werden diese beiden Seiten des Verbraucherschutzes jedoch kaum wahrgenommen. Risikobewertung und Risikomanagement können 93 % der Befragten aus der Bevölkerung nicht unterscheiden. 98% von ihnen ist auch unbekannt, dass der Staat die wissenschaftliche Risikobewertung vom Risikomanagement institutionell getrennt und auf zwei Einrichtungen übertragen hat. Von den Experten ist dies 77% unbekannt, und 73% der befragten Experten kannten die begriffliche Unterscheidung Risikobewertung und Risikomanagement nicht (vgl. S. 27ff und S. 59ff).

## **Bekanntheitsgrad des BfR**

Das Bundesinstitut für Risikobewertung kennen dem Namen nach nur 3% der Befragten aus der Bevölkerung. Von denen, die den Namen BfR gehört haben, wissen wiederum nur 15%, welche Aufgaben das Institut hat. Unter den Experten kennen nur 30% das BfR. Am besten informiert sind hier die Wissenschaftler und die Vertreter der Verbände, während nur 19% der Fachpolitiker und 17% der Medienvertreter die Einrichtung kennen. Ein ähnliches Bild bietet sich, wenn man nach den Aufgaben des BfR fragt. Fazit: Die neuen Strukturen des gesundheitlichen Verbraucherschutzes sind selbst in der Gruppe der Experten nur Wenigen vertraut. Immerhin aber wissen von den 30% der Experten, die das BfR kennen, auch 62%, welche Aufgaben das Institut hat (S. 30ff und S. 64ff).

## **Qualität der Arbeit und der Informationen des BfR**

Zur Qualität der Arbeit und der Informationen des BfR gaben die Befragten der Bevölkerung kein Urteil ab.

Die Experten, denen das BfR und seine Arbeit bekannt ist, beurteilen diese insgesamt als befriedigend. Von denjenigen, die die Arbeit des Instituts als gut bis sehr gut einschätzen, werden vor allem die zeitnahen, umfassenden und sachlichen Informationen gelobt. Insgesamt gelten die Informationen des BfR als wichtig, hervorgehoben wird auch die Neutralität, Zuverlässigkeit und Sicherheit des BfR als Informationsquelle. Medienvertreter sind mit den Informationen des BfR am zufriedensten, Politiker am unzufriedensten (vgl. S. 66ff).

## **Erwartung von Experten und Bevölkerung**

An erster Stelle erwarten sowohl die Bevölkerung als auch die Experten von den staatlichen Institutionen des gesundheitlichen Verbraucherschutzes und damit vom BfR umfassende Informationen und Aufklärung über gesundheitliche Risiken. Gewünscht wird aber auch, dass private Initiativen und Vereine in die Arbeit der Risikoabschätzung und der Risikokommunikation eingebunden werden.

Die Bevölkerung erwartet vom Staat, dass er und seine Institutionen Maßnahmen zum Schutz vor gesundheitlichen Risiken ergreifen, die wissenschaftlich basiert sind und ist auch der Meinung, dass für die Abschätzung von Risiken im gesundheitlichen Verbraucherschutz eine staatliche Einrichtung benötigt wird. Die Experten wünschen sich eine bessere Koordination und Organisation der Institutionen (vgl. S. 36ff und S. 74ff).

## **Inhalt**

<b>1. Management Summary .....</b>	<b>1</b>
1.1 Bevölkerung .....	1
1.2 Experten .....	5
<b>2. Die Ergebnisse.....</b>	<b>10</b>
2.1 Befragung Bevölkerung .....	10
2.2 Befragung Experten .....	51
2.3 Vergleich der Experten- und Bevölkerungsumfrage .....	85
<b>3. Forschungsrahmen der Studie.....</b>	<b>88</b>
3.1 Hintergrund und Ziel .....	88
3.2 Methode und Untersuchungsinstrument.....	88
3.3 Durchführung und Zeitraum der Befragung .....	90
<b>4. Zur Repräsentativität der Bevölkerungsumfrage .....</b>	<b>91</b>
<b>5. Zur Validität der Bevölkerungsumfrage .....</b>	<b>94</b>
Abbildungsverzeichnis.....	96

## 1. Management Summary

### 1.1 Bevölkerung

- **Frage 1: Wichtigkeit des Schutzes der Gesundheit durch den Staat**

Allgemein stuft die deutsche Bevölkerung den Schutz der Gesundheit durch den Staat als wichtig (Mittelwert 1,78) ein.

- **Frage 2: Die größten gesundheitlichen Risiken des Verbrauchers**

Auf die Frage hin, welche Themen die größten gesundheitlichen Risiken des Verbrauchers sind, gaben die meisten Befragten eine ungesunde Lebensweise (29,3%), Rauchen (29,1%) und Risiken in Verbindung mit Lebensmitteln (27,9%) an.

- **Frage 3: Informationshäufigkeit über gesundheitliche Verbraucherschutzrisiken**

Die deutsche Bevölkerung informiert sich durchschnittlich weder häufig noch selten (Mittelwert 2,93) – also ab und zu – über gesundheitliche Verbraucherschutzrisiken.

- **Frage 4: Abgrenzung des gesundheitlichen Verbraucherschutzes**

Ein eindeutiges Ergebnis lieferte die Frage, ob der Unterschied zwischen gesundheitlichem Verbraucherschutz und Verbraucherschutz allgemein bekannt ist: Die Mehrheit der Befragten (78,2%) gab an, diesen Unterschied nicht zu kennen.

- **Frage 4a: Verständnis von gesundheitlichem Verbraucherschutz**

Vor allem der Aussage, dass gesundheitlicher Verbraucherschutz die Kontrolle der Qualität und Sicherheit unserer Lebensmittel meint, stimmten die meisten Befragten zu (88,7%). Knapp die Hälfte der Befragten (48,9%) ist der Meinung, dass die Durchführung von Gripeschutzimpfungen zu den Aufgabengebieten gehört.

- **Frage 5: Informationsquellen über den gesundheitlichen Verbraucherschutz**

Die am meisten genutzten Informationsquellen über den gesundheitlichen Verbraucherschutz stellen die Printmedien (69,9%) und audiovisuellen Medien (59,7%) dar.

- **Frage 6: Zufriedenheit mit der Informationslage über den gesundheitlichen Verbraucherschutz**

Mit der Informationslage sind die meisten Befragten mittelmäßig zufrieden (43,7%). Dementsprechend ergibt sich bei der Frage, wie gut sich die Befragten in Sachen gesundheitlicher Verbraucherschutz informiert fühlen, ein Mittelwert von 2,73 auf einer Skala von 1 (sehr gut) bis 5 (sehr schlecht).

- **Fragen 7c und 7d: Unterscheidung von „Risikomanagement“ und „Risikobewertung“ im gesundheitlichen Verbraucherschutz**

Die überwiegende Mehrheit (92,9%) kennt die begriffliche Unterscheidung nicht. Ebenso ist die staatliche Trennung in zwei getrennte Bundesinstitutionen mit diesen Namen bei der überwiegenden Mehrheit (97,9%) unbekannt.

- **Frage 8: Bekannte Institute im Bereich gesundheitlicher Verbraucherschutz**

Bei der ungestützten Frage, welche Institute die Befragten kennen, die im Bereich gesundheitlicher Verbraucherschutz tätig sind, konnte weniger als die Hälfte der Befragten (40,5%) eine Antwort geben. Dabei wurde das Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) von insgesamt nur drei Personen (0,6%) genannt. Am bekanntesten ist dagegen das Bundesgesundheitsamt (31,7%), gefolgt vom Bundesministerium für Gesundheit (30,5%).

- **Das Bundesinstitut für Risikobewertung:**

- **Summe der Fragen 8 und 9, Frage 9a: Bekanntheit**

Nur 2,8 Prozent der Befragten geben an, das BfR zu kennen. Des Weiteren ist bei denjenigen, die das BfR kennen, kaum Hintergrundwissen vorhanden: Die überwiegende Mehrheit (85,3%) kennt das BfR nur dem Namen nach.

- **Frage 10: Informationen**

Ebenso weiß die Mehrheit (70,6%) der „BfR-Kenner“ nicht, dass von diesem Institut Informationen zum Thema gesundheitlicher Verbraucherschutz herausgegeben werden.

- **Frage 11: Einbindung privater Initiativen und Vereine**

Für die weitere Arbeit des BfR finden es die Befragten, die das BfR kennen, ebenfalls wichtig (Mittelwert 1,94), dass private Initiativen und Vereine in die Arbeit des Bundesinstituts für Risikobewertung eingebunden werden.

- **Frage 12: Erwartungen an den gesundheitlichen Verbraucherschutz**

Über die Hälfte (63,0%) der Befragten erwartet mehr Information und Aufklärung über gesundheitliche Risiken. Erst in weitem Abstand folgen Nennungen wie Maßnahmen zum Schutz vor gesundheitlichen Risiken (19,2%) und stärkere Kontrollen bzw. Überprüfungen oder die Einführung von Standards (18,0%).

- **Frage 13: Einstellung zum gesundheitlichen Verbraucherschutz durch den Staat**

Hier stimmten die Befragten vor allem der Aussage zu, der Staat solle für mehr wissenschaftlich gesicherte Maßnahmen im gesundheitlichen Verbraucherschutz sorgen, damit Verbraucher selbst eine Entscheidungsgrundlage hätten (Mittelwert 1,74). Analog dazu lehnten die Befragten die Aussage ab, die gesundheitlichen Risiken selbst einschätzen zu können und dafür keine staatliche Einrichtung zu brauchen (Mittelwert 3,49).

- **Die Gesundheits- und Verbraucherthemen:**

- **Fragen 14a bis 14d: Bekanntheit**

Ein Vergleich der Bekanntheit dieser Verbraucherthemen zeigt, dass sich die meisten Befragten an die Problematik „BSE/Rinderwahn“ (97,0%) erinnern, gefolgt von den Themen Salmonellenvergiftung (89,4%) und Futtermittelskandal (82,5%). Am unbekanntesten waren dagegen Acrylamidbelastungen, an die sich weniger als die Hälfte der Befragten (40,8%) erinnern konnte.

- **Fragen 15a bis 15d: Beurteilung des staatlichen Handelns**

Hier meinte die Mehrheit der Befragten, dass der Staat bei jeder Thematik richtig gehandelt hätte (Salmonellen 77,7%; Futtermittel 61,0%; BSE/Rinderwahn 70,8%; Acrylamid 67,8%). Am zufriedensten mit dem staatlichen Handeln waren die Befragten im Fall „Salmonellenvergiftung“, am wenigsten zufrieden bei der Thematik „Futtermittelskandal“.

- **Fragen 16a bis 16d: Wahrnehmung**

Auf die Frage hin, wann die Befragten erstmals eines der Verbraucherthemen wahrgenommen haben, antworteten die meisten bei Salmonellenvergiftung vor 1995 (48,6%). Die Themen Futtermittelskandal (38,2%) und BSE/Rinderwahn (57,2%) wurden vor allem von 1995 bis 2000 wahrgenommen. Am kürzesten liegt dagegen der Fall Acrylamidbelastung in der Erinnerung zurück. Hier gab über die Hälfte der Befragten (56,2%) den Zeitraum zwischen 2001 und 2004 an.



- **Fragen 17a bis 17d: Auswirkung auf die menschliche Gesundheit**

Eine Salmonellenvergiftung kann nach der Meinung der meisten Befragten (40,6%) tödlich sein oder lebenslange Folgeschäden hervorrufen. Im Fall von belastetem Futtermittel meinten die meisten Befragten (32,2%) man würde allgemein „krank sein“. Beim Thema BSE/Rinderwahn nannten die meisten Befragten Hirnschädigungen oder Kreuzfeld-Jacob (56,7%) und im Fall Acrylamid verwiesen die meisten auf die krebserregende Wirkung (66,1%) dieses Stoffes.

- **Fragen 18a bis 18d: Informationsquellen**

Fragt man nach, wo oder durch wen die Befragten von den genannten Gesundheits- und Verbraucherthemen erfahren haben, dominieren in fast allen Fällen die audiovisuellen Medien vor den Printmedien. Nur beim Thema Salmonellen besitzen die Printmedien einen minimalen Vorsprung.

- **Fragen 19a bis 19d: Änderung des Ernährungsverhaltens**

Die Mehrheit der Befragten (61,7%) änderte ihre Ernährungsgewohnheiten aufgrund der Problematik BSE/Rinderwahn. Im Fall Acrylamid änderten dagegen die wenigsten, d.h. ca. ein Viertel (24,5%), ihre Ernährung.

## 1.2 Experten

- **Frage 1: Wichtigkeit des Schutzes der Gesundheit durch den Staat**

Der Schutz der Gesundheit durch den Staat ist allen befragten Experten wichtig (Mittelwert 1,83). Dabei ist den Experten aus den Bereichen Verbände (Mittelwert 1,79) und Wissenschaft (Mittelwert 1,76) der staatliche gesundheitliche Schutz tendenziell etwas wichtiger. Ebenso verhält es sich mit denjenigen, die das BfR kennen (Mittelwert 1,78).

- **Frage 2: Die größten gesundheitlichen Risiken des Verbrauchers**

Die drei größten gesundheitlichen Risiken des Verbrauchers sind nach Meinung der Experten erstens eine ungesunde Lebensweise (31,1%), zweitens belastete, genmanipulierte oder verseuchte Lebensmittel sowie mangelnde Kontrollen und Kennzeichnungen (33,8%) und schließlich drittens das Rauchen (26,1%).

- **Frage 3: Informationshäufigkeit über gesundheitliche Verbraucherschutzrisiken**

Die Experten informieren sich eher weniger häufig über gesundheitliche Verbraucherschutzrisiken (Mittelwert 2,20). Differenziert man die Ergebnisse nach Bereichen, ergibt sich folgendes Bild: Am wenigsten informieren sich die Medien-Experten (Mittelwert 2,76), gefolgt von Politikern (Mittelwert 2,36) und Wissenschaftlern (Mittelwert 2,02).

- **Frage 4: Abgrenzung des gesundheitlichen Verbraucherschutzes**

Die Mehrheit der Experten (63,6%) gibt an, den Unterschied zwischen gesundheitlichem Verbraucherschutz und Verbraucherschutz allgemein zu kennen. Vor allem Vertreter der Bereiche Verbände (77,0%) und Wissenschaft (69,0%) kennen diesen Unterschied. Am schlechtesten schnitt der Bereich Medien ab, hier gab knapp über die Hälfte der Befragten (53,1%) an, diesen Unterschied nicht zu kennen.

- **Frage 5: Informationsquellen über den gesundheitlichen Verbraucherschutz**

Die Informationsquellen der Experten sind in erster Linie die Massenmedien, wobei hier die Printmedien (77,7%) vor den audiovisuellen Medien (60,4%) liegen. Die dritthäufigste Informationsquelle bilden Fachmedien (39,7%). Bundesstaatliche Einrichtungen wurden dagegen kaum genannt.

- **Frage 6: Zufriedenheit mit der Informationslage über den gesundheitlichen Verbraucherschutz**

Die Experten fühlen sich eher gut in Sachen gesundheitlicher Verbraucherschutz informiert (Mittelwert 2,23). Dabei beurteilen Politiker (Mittelwert 2,38) und Medienvertreter (Mittelwert 2,47) die Informationslage tendenziell negativer als Wissenschaftler (Mittelwert 2,16) und Verbände (Mittelwert 1,91). Experten aus dem Bereich Verbände (Mittelwert 1,91) und „BfR-Kenner“ (Mittelwert 1,84) fühlen sich dagegen besser als die anderen Bereiche informiert.

- **Fragen 7c, 7d, 7f: Unterscheidung von „Risikomanagement“ und „Risikobewertung“ im gesundheitlichen Verbraucherschutz**

Hier gab die überwiegende Mehrheit der Experten (73,4%) an, nicht zu wissen, dass der Staat diese beiden Begriffe im gesundheitlichen Verbraucherschutz unterscheidet. Vor allem unter Politikern (84,0%) und Medienvertretern (86,2%) war diese begriffliche Unterscheidung am unbekanntesten. Nur die „BfR-Kenner“ gaben mehrheitlich an (64,5%), von dieser Unterscheidung zu wissen. Die Mehrheit der Experten (77,4%) wusste auch nicht, dass der Staat zwei getrennte Bundesinstitutionen mit diesen Namen etabliert hat, wobei hier erneut die Politiker (90,0%) und Medienvertreter (89,4%) am schlechtesten abschneiden. Trotz dessen beurteilten die meisten Experten diese institutionelle Unterscheidung als positiv und meinten, dass diese Trennung vor allem Unabhängigkeit schaffe.

- **Frage 8: Bekannte Institute im Bereich gesundheitlicher Verbraucherschutz**

Bei der ungestützten Frage nach der Bekanntheit von Instituten im Bereich gesundheitlicher Verbraucherschutz, nannten 18,2 Prozent der befragten Experten das BfR. Die meisten Befragten (54,5%) verwiesen allerdings auf das Bundesministerium für Verbraucherschutz.

- **Das Bundesinstitut für Risikobewertung:**

- **Summe der Fragen 8 und 9, Frage 9a: Bekanntheit**

30,5 Prozent der befragten Experten kennen das Bundesinstitut für Risikobewertung, wobei der Bekanntheitsgrad bei Wissenschaftlern (46,0%) und Vertretern von Verbänden (40,0%) am höchsten ist. Am wenigsten bekannt ist das BfR im Bereich Medien (17,0%), gefolgt von Politikern mit 19 Prozent.

Die Mehrheit der Experten (62,8%) kennt das BfR nicht nur dem Namen nach, sondern auch dessen Aufgaben. Ein Vergleich der vier Bereiche zeigt, dass die Aufgaben am meisten den Wissenschaftlern (76,1%) bekannt sind und am wenigsten den Politikern (42,1%).

- **Frage 9b: Aufgaben**

Zu den Aufgaben des BfR zählten die meisten Experten die wissenschaftliche Risikobewertung (72,7%). In weitem Abstand wurde am zweithäufigsten die Formulierung von Handlungsoptionen zur Risikominderung (30,8%) genannt.

- **Fragen 9c und 9d: Bewertung der Arbeit**

Die Arbeit des BfR im vergangenen Jahr beurteilten die Experten insgesamt eher als befriedigend. Vor allem Politiker (Mittelwert 2,83) bewerteten die Arbeit des BfR schlechter als die anderen Bereiche. Diejenigen, die die Arbeitsqualität des BfR als sehr gut bis gut bewerten, loben vor allem die umfassenden, zeitnahen und sachlichen Informationen (55,1%) sowie die gute Fachkompetenz und wissenschaftliche Basis (50,3%).

- **Frage 10: Veröffentlichung der Informationen**

Der überwiegenden Mehrheit (70,2%) der „BfR-Kenner“ ist bekannt, dass das BfR auch Informationen zum Thema gesundheitlicher Verbraucherschutz herausgibt. Allerdings stellt der Bereich Politik eine Ausnahme dar: Hier weiß die Mehrheit der befragten Politiker (63,2%) nicht, dass das BfR gesundheitliche Verbraucherinformationen veröffentlicht.

- **Fragen 10a und 10a1: Wichtigkeit der Informationen**

Insgesamt werden die Informationen des BfR von den Experten als eher wichtig (Mittelwert 2,28) eingestuft, wobei Politiker (Mittelwert 2,50) und Medienvertreter (Mittelwert 2,56) die Wichtigkeit tendenziell niedriger einschätzen als die anderen Bereiche. Wichtig oder sehr wichtig sind die BfR-Informationen vor allem für den Beruf der Experten (59,1%), weiterhin loben viele Befragte die Zuverlässigkeit, Neutralität und Sicherheit dieser Informationsquelle (52,8%).

- **Fragen 10b und 10b1: Zufriedenheit mit den Informationen**

Weiterhin gaben die befragten Experten an, mit den herausgegebenen Informationen eher zufrieden zu sein (Mittelwert 2,15). Vergleicht man die Mittelwerte der vier Bereiche miteinander, zeigt sich, dass Politiker mit diesen Informationen am unzufriedensten (Mittelwert 2,67) und Medienvertreter am zufriedensten (Mittelwert 1,83) sind. Die meisten Experten sind vor allem dann mit den BfR-Informationen zufrieden oder sehr zufrieden, wenn sie die Informationslage positiv (z. B. umfassend, aktuell) bewerten (47,3%) und den Aspekt der wissenschaftlich fundierten Information schätzen (53,7%).

- **Fragen 11 und 11a: Einbindung privater Initiativen und Vereine**

Die Mehrheit der Befragten (52,8%) findet es wichtig, dass private Initiativen und Vereine in die Arbeit des BfR aktiv eingebunden werden. Ein Vergleich der vier Bereiche macht dabei deutlich, dass vor allem Politiker eine derartige Zusammenarbeit begrüßen würden (Mittelwert 1,69). Sehr wichtig oder wichtig sei eine Zusammenarbeit vor allem deshalb, weil mehr Informationen und Erfahrungen (55,1%) eingebracht werden.

• **Frage 12: Erwartungen an den gesundheitlichen Verbraucherschutz**

Die Antwort auf die Frage, welche Erwartungen an den gesundheitlichen Verbraucherschutz in Deutschland gestellt werden, fiel eindeutig aus: Die Mehrheit der Experten (59,1%) wünscht sich vor allem Information und Aufklärung über gesundheitliche Risiken. In weitem Abstand folgen zweitens Maßnahmen zum Schutz vor gesundheitlichen Risiken (18,9%) und drittens die Unabhängigkeit des gesundheitlichen Verbraucherschutzes (17,7%). Eine vergleichende Betrachtung der vier Bereiche zeigt, dass Information und Aufklärung vor allem von Politikern (70,7%) gewünscht wird.

• **Frage 13a: Beurteilung der Zuständigkeitsregelung**

Die Mehrheit der Experten (56,4%) beurteilt die Zuständigkeitsregelung im gesundheitlichen Verbraucherschutz als gut. Einzige Ausnahme bilden hier die Verbände, bei denen die Mehrheit (57,4%) der Befragten die Zuständigkeitsregelung kritisierte. Die meisten Experten beurteilten die Regelung als gut, wenn auch die Struktur, Zuständigkeit und Zusammenarbeit für gut befunden wurde.

- **Frage 13b: Einfluss der Lobby**

Die meisten Experten (57,6%) sind der Ansicht, dass die Arbeit von staatlichen Institutionen im gesundheitlichen Verbraucherschutz von wirtschaftspolitischen Interessen geleitet ist. Vor allem Politiker (60,0%) und Vertreter des Bereiches Medien (61,6%) nehmen einen lobbyistischen Einfluss an. „BfR-Kenner“ stimmen jedoch mehrheitlich (57,0%) dagegen.

- **Die Gesundheits- und Verbraucherthemen:**

- **Fragen 14a bis 14d: Bekanntheit**

Die Bekanntheit aller Gesundheits- und Verbraucherthemen ist unter den Experten sehr hoch (Salmonellen 98,0%; Futtermittel 98,7%; BSE/Rinderwahn 100,0%; Acrylamid 77,0%). Am niedrigsten fällt dabei die Bekanntheit von Acrylamid aus.

- **Fragen 15a bis 15d: Beurteilung des staatlichen Handelns**

Die Mehrheit der Experten ist der Meinung, dass der Staat bei allen Themen richtig gehandelt hat (Salmonellen 85,8%; Futtermittel 74,2%; BSE/Rinderwahn 67,7%; Acrylamid 68,0%). Die Kritiker des staatlichen Handelns monierten in den Fällen Salmonellenvergiftung (48,8%) und Futtermittelskandal (41,2%) vor allem, dass der Staat zu wenig gehandelt hätte.

- **Fragen 16a bis 16d: Informationsquellen**

Die dominierenden Informationsquellen der Experten sind die Massenmedien, wobei bei allen Themen die Zeitungen und Zeitschriften (Printmedien) mit leichtem Abstand vor Radio und Fernsehen (audiovisuelle Medien) liegen. Der Anteil bundesstaatlicher Einrichtungen als Informationsquelle ist verschwindend gering und im Vergleich zu den bereits genannten Quellen eher von marginaler Bedeutung. Die häufigste Nennung des BfR als Informationsquelle erfolgte im Zusammenhang mit Acrylamid (3,6%).

## 2. Die Ergebnisse

Die folgende Ergebnisdarstellung soll einen Überblick über die wichtigsten Ergebnisse der vorliegenden Erhebung geben. Zunächst werden die Bevölkerungs- und Expertenbefragung getrennt voneinander analysiert. Anschließend erfolgt eine vergleichende Betrachtung der beiden Umfragen. Die Darstellung der Ergebnisse orientiert sich an der Struktur des Bevölkerungs- bzw. Expertenfragebogens. An entsprechenden Stellen wird auf die jeweilige Tabelle im Tabellenband verwiesen.

### 2.1 Befragung Bevölkerung

**Frage 1:** Allgemein stuft die deutsche Bevölkerung den Schutz der Gesundheit durch den Staat als wichtig (Mittelwert 1,78 auf einer Skala von 1 – sehr wichtig bis 5 – gar nicht wichtig)<sup>1</sup> ein. Dabei existieren zwischen den neuen und alten Bundesländern sowie zwischen Stadt und Land keine signifikanten Unterschiede.<sup>2</sup> Dagegen ist ein signifikanter Unterschied zwischen Männern und Frauen zu erkennen:<sup>3</sup> Frauen ist der Schutz der Gesundheit durch den Staat wichtiger als Männern. Betrachtet man die Mittelwerte differenziert nach Altersgruppen, ergeben sich keine signifikanten Unterschiede.<sup>4</sup> Allerdings zeigen die Ergebnisse, dass den Altersgruppen bis zu 50 Jahren der staatliche Schutz ihrer Gesundheit tendenziell wichtiger ist. Weiterhin gibt es zwischen den Bildungs- und Einkommensgruppen signifikante Unterschiede<sup>5</sup>, allerdings lässt sich nicht sagen, dass es signifikante Zusammenhänge zwischen der Bildungshöhe und der Einstufung der Wichtigkeit gibt. Im Gegensatz dazu kann für die Einkommensgruppen ein schwacher Zusammenhang festgestellt werden, d. h. höheren Einkommensgruppen ist der Schutz der Gesundheit durch den Staat tendenziell wichtiger.<sup>6</sup> Ein Blick auf die Mediennutzungsgruppen lässt keine signifikanten Unterschiede erkennen.<sup>7</sup> (vgl. Abbildungen 1a bis 1e)

---

<sup>1</sup> Vgl. Tabellenband Bevölkerung, Tabelle 2; Standardfehler des Mittelwertes = 0,028 (Am Standardfehler kann abgelesen werden, in welchem Maß die Stichprobenergebnisse variieren können, wenn man aus derselben Grundgesamtheit eine nochmalige Stichprobe ziehen würde.).

<sup>2</sup> F (Ost/West) = 0,061; p > 0,05; F (Stadt/Land) = 0,397; p > 0,05

<sup>3</sup> F = 37,920; p < 0,05

<sup>4</sup> F = 1,854; p > 0,05

<sup>5</sup> F (Bildung) = 5,068; p < 0,05/ F (Einkommen) = 8,148, p < 0,05

<sup>6</sup> Eta<sup>2</sup> = 0,027

<sup>7</sup> F = 0,458; p > 0,05

Abbildung 1a: Wichtigkeit des Schutzes der Gesundheit durch den Staat

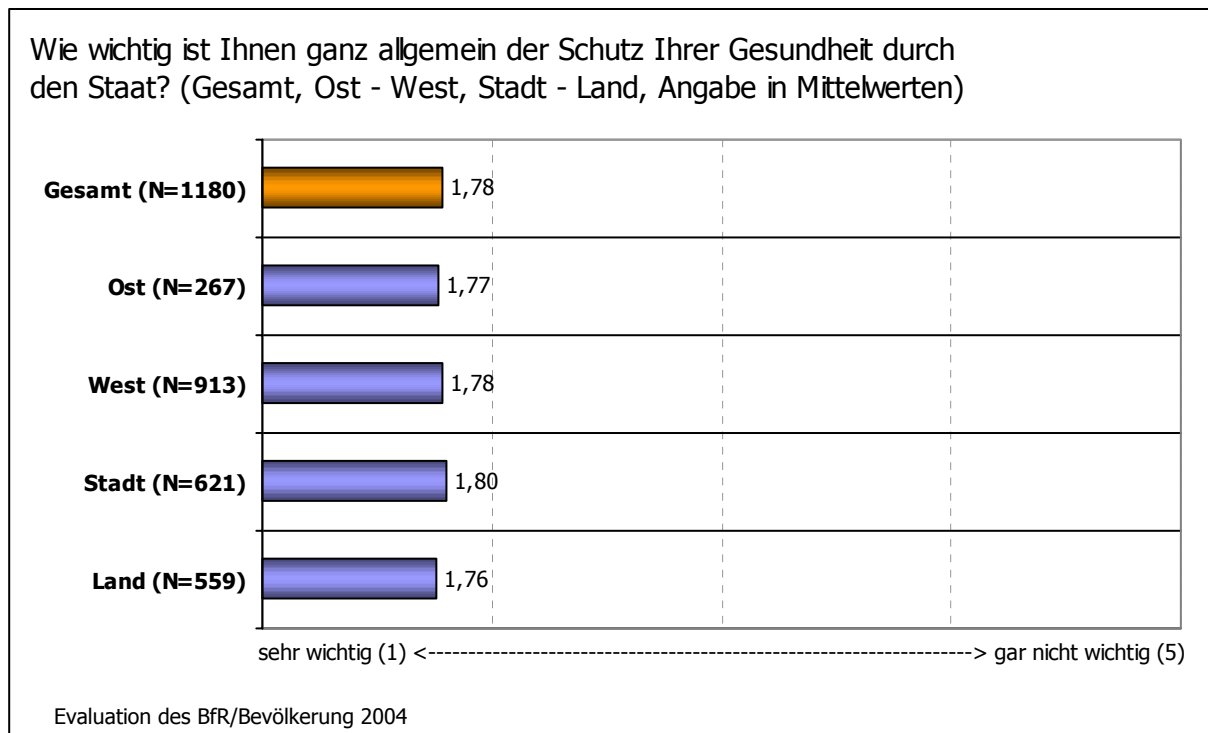


Abbildung 1b: Wichtigkeit des Schutzes der Gesundheit durch den Staat

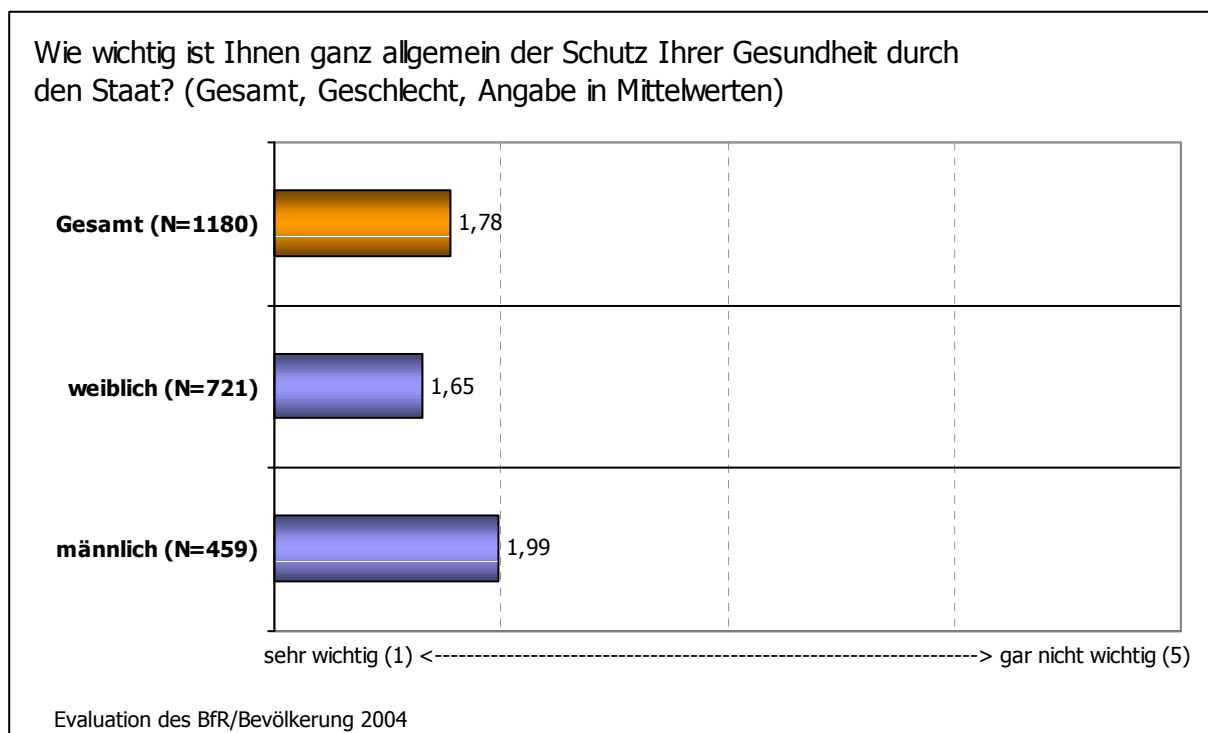




Abbildung 1c: Wichtigkeit des Schutzes der Gesundheit durch den Staat

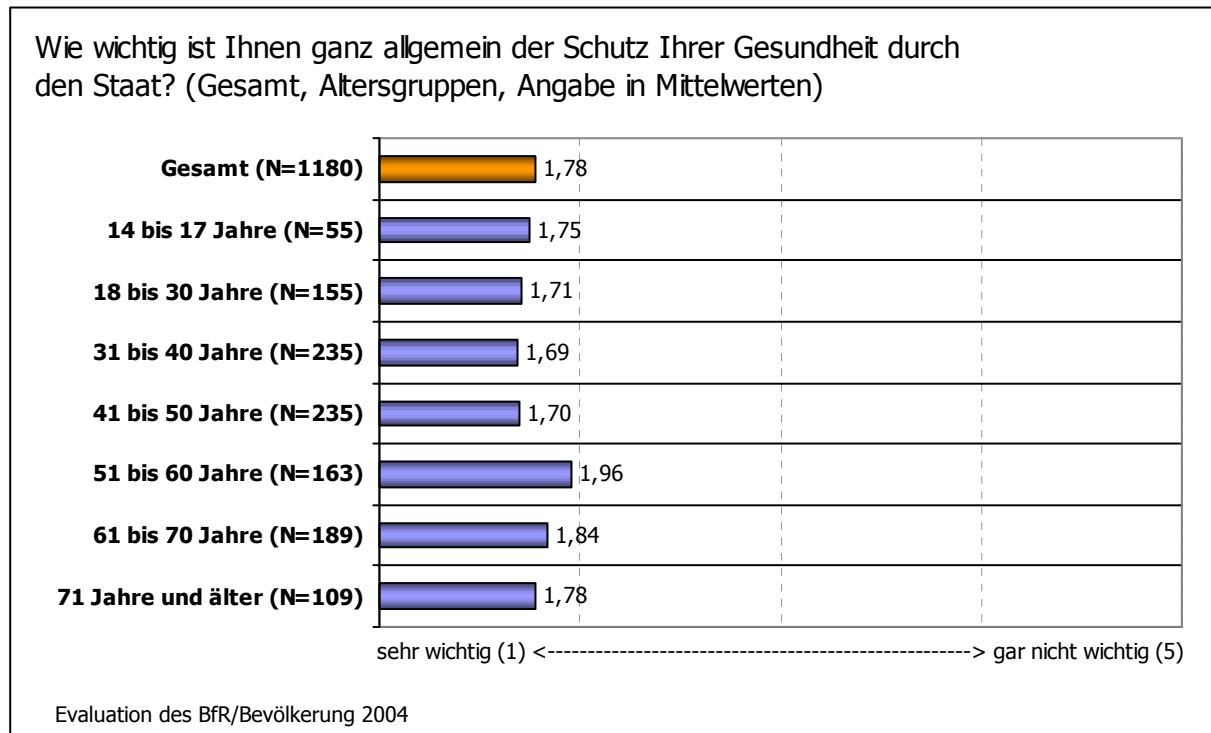


Abbildung 1d: Wichtigkeit des Schutzes der Gesundheit durch den Staat

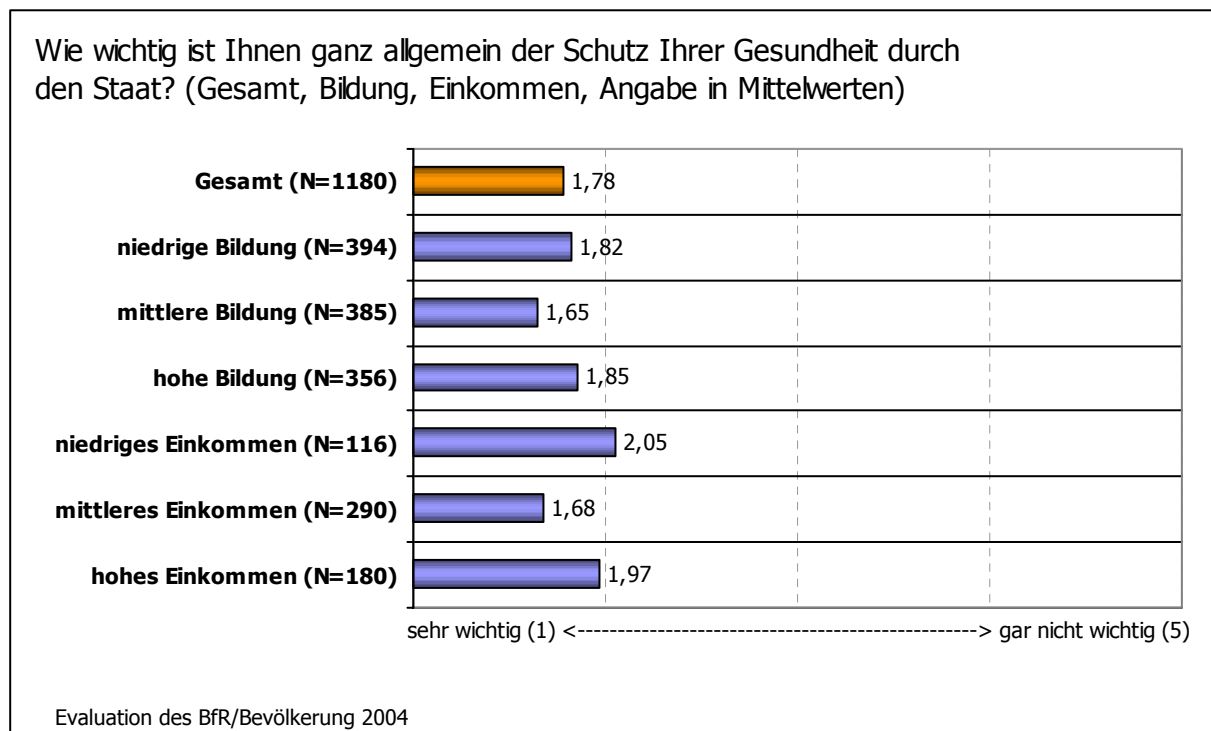
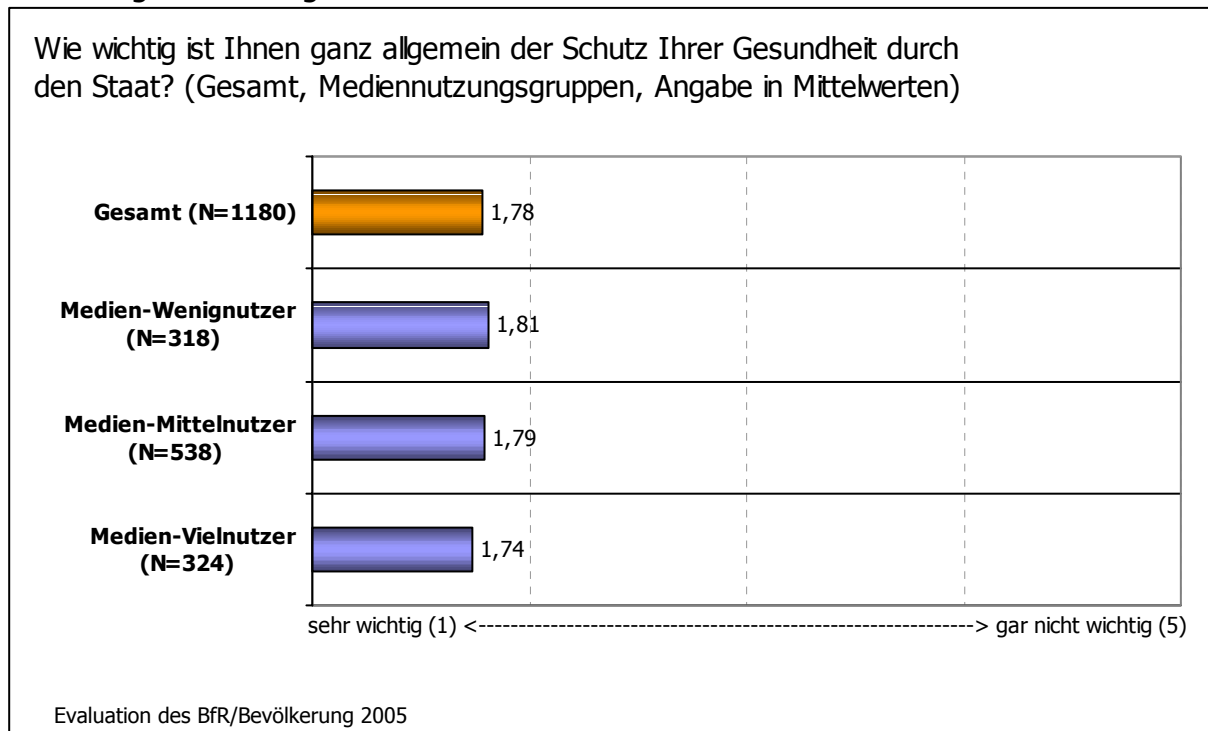


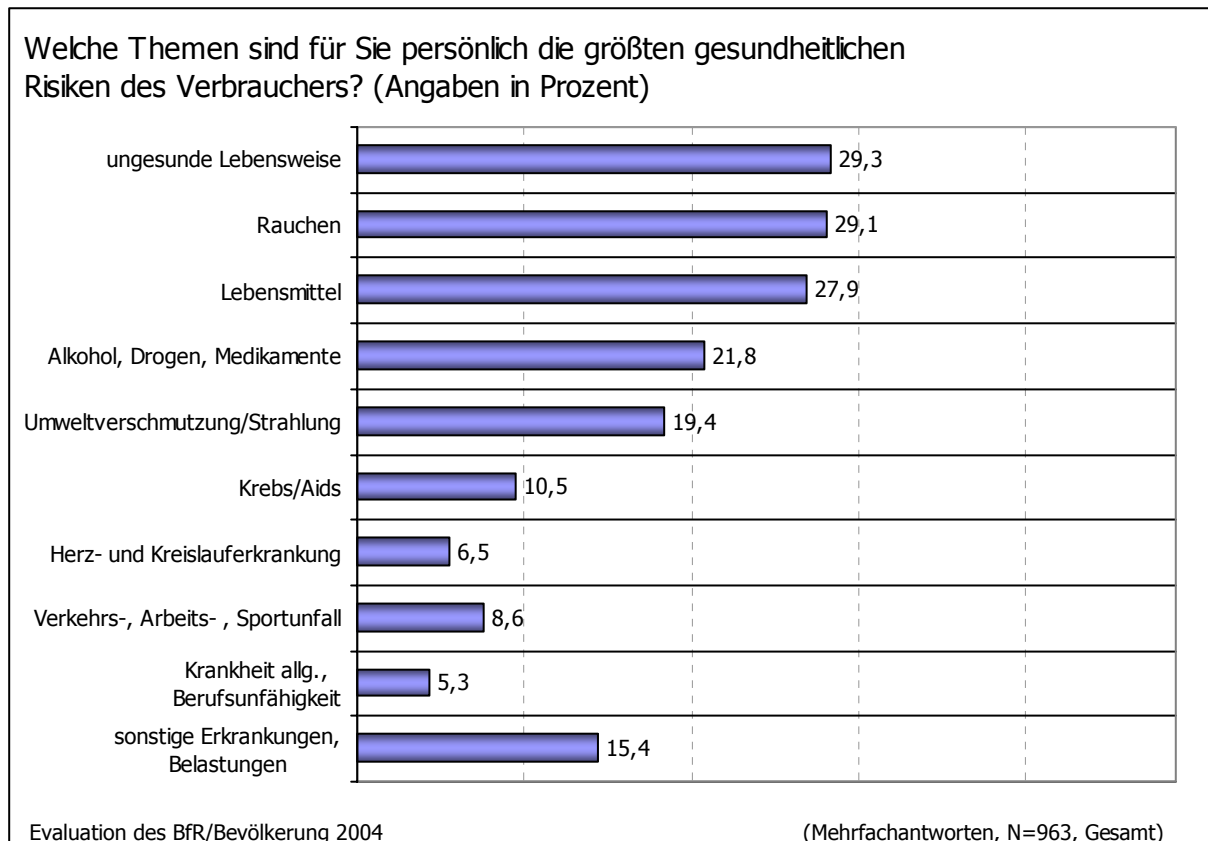
Abbildung 1e: Wichtigkeit des Schutzes der Gesundheit durch den Staat



**Frage 2:** Auf die Frage hin, welche Themen die größten gesundheitlichen Risiken des Verbrauchers sind<sup>8</sup>, gaben die meisten Befragten eine ungesunde Lebensweise (29,3%), Rauchen (29,1%) und Risiken in Verbindung mit Lebensmitteln (27,9%) an. Aber auch Alkohol, Drogen und Medikamente (21,8%) sowie Umweltverschmutzung und (UV-)Strahlung (10,5%) werden von einigen Befragten als gesundheitliches Risiko gesehen. Der Anteil von 15,4 Prozent der Kategorie „sonstige Erkrankungen und Belastungen“ erklärt sich durch die Zusammenfassung vereinzelter Nennungen, die separat aufgeführt kaum ins Gewicht fallen würden. Dieses Ergebnis kann dahingehend interpretiert werden, dass die Meinung, welche Krankheit oder welche Belastung ein gesundheitliches Risiko darstellen, sehr unterschiedlich ist. (vgl. Abbildung 2)

<sup>8</sup> Die Befragten konnten maximal drei Risiken angeben. Zur Quantifizierung der Antworten wurden diese in zehn Kategorien zusammengefasst (vgl. Tabellenband Bevölkerung, Tabelle 3): 1) ungesunde Lebensweise (= ungesunde Ernährung, mangelnde Bewegung und Stress), 2) Rauchen, 3) Lebensmittel (= belastete, genmanipulierte, verseuchte Lebensmittel, mangelnde/fehlende Kennzeichnungen und Kontrollen), 4) Alkohol, Drogen, Medikamente, 5) Umweltverschmutzung, (UV-)Strahlung, 6) Krebs/Aids, 7) Herz- und Kreislauferkrankungen, 8) Verkehrs-, Arbeits-, Sportunfall, 9) Krankheit allgemein, Berufsunfähigkeit, 10) sonstige Erkrankungen (z.B. Rheuma, Allergien) und Belastungen (z.B. Lärm, Gesundheitskosten).

Abbildung 2: Die größten gesundheitlichen Risiken des Verbrauchers



**Frage 3:** Auch wenn der Bevölkerung der staatliche Schutz der Gesundheit wichtig ist, zeigt der Mittelwert von 2,93 (auf einer Skala von 1 - häufig bis 5 - nie)<sup>9</sup>, dass sich durchschnittlich weder häufig noch selten – also ab und zu – über gesundheitliche Verbraucherschutzrisiken informiert wird. Dabei gibt es keine signifikanten Unterschiede zwischen Stadt und Land sowie Ost und West.<sup>10</sup> Allerdings zeigen sich auch hier signifikante Unterschiede zwischen Männern und Frauen:<sup>11</sup> Frauen informieren sich häufiger als Männer über gesundheitliche Verbraucherschutzrisiken. Interessant ist zudem, dass sich die Altersgruppen signifikant voneinander unterscheiden.<sup>12</sup> Mit zunehmendem Alter informiert sich die Bevölkerung auch häufiger über gesundheitliche Verbraucherschutzrisiken. Weitere Tests zeigen, dass keine signifikanten Unterschiede zwischen den Bildungs-, Einkommens- und Mediennutzungsgruppen existieren.<sup>13</sup> (vgl. Abbildung 3a bis 3e)

<sup>9</sup> Vgl. Tabellenband Bevölkerung, Tabelle 2; Standardfehler des Mittelwertes = 0,035

<sup>10</sup> F (Ost/West) = 1,648; p > 0,05; F (Stadt/Land) = 2,400; p > 0,05

<sup>11</sup> F = 38,009, p < 0,05

<sup>12</sup> F = 24,135; p < 0,05

<sup>13</sup> F (Bildung) = 0,416; F (Einkommen) = 0,630; F (Mediennutzung) = 0,646; jeweils p > 0,05

Abbildung 3a: Informationshäufigkeit über gesundheitliche Verbraucherschutzrisiken

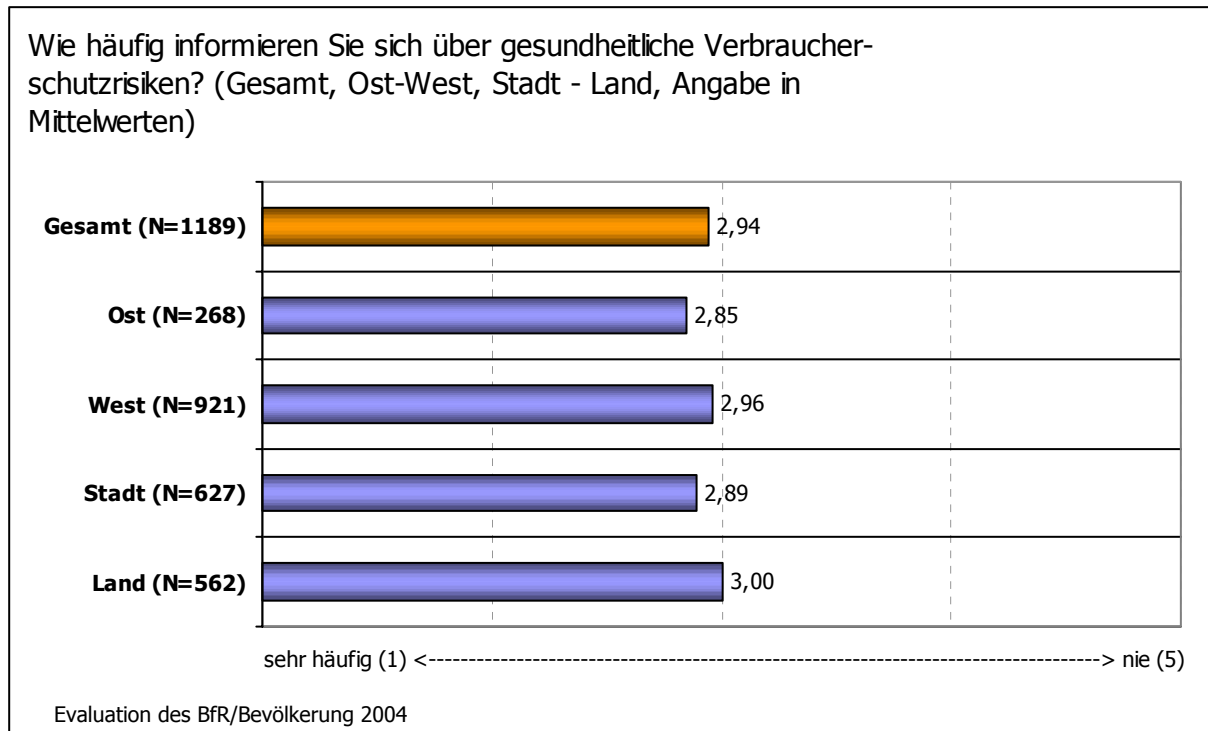


Abbildung 3b: Informationshäufigkeit über gesundheitliche Verbraucherschutzrisiken

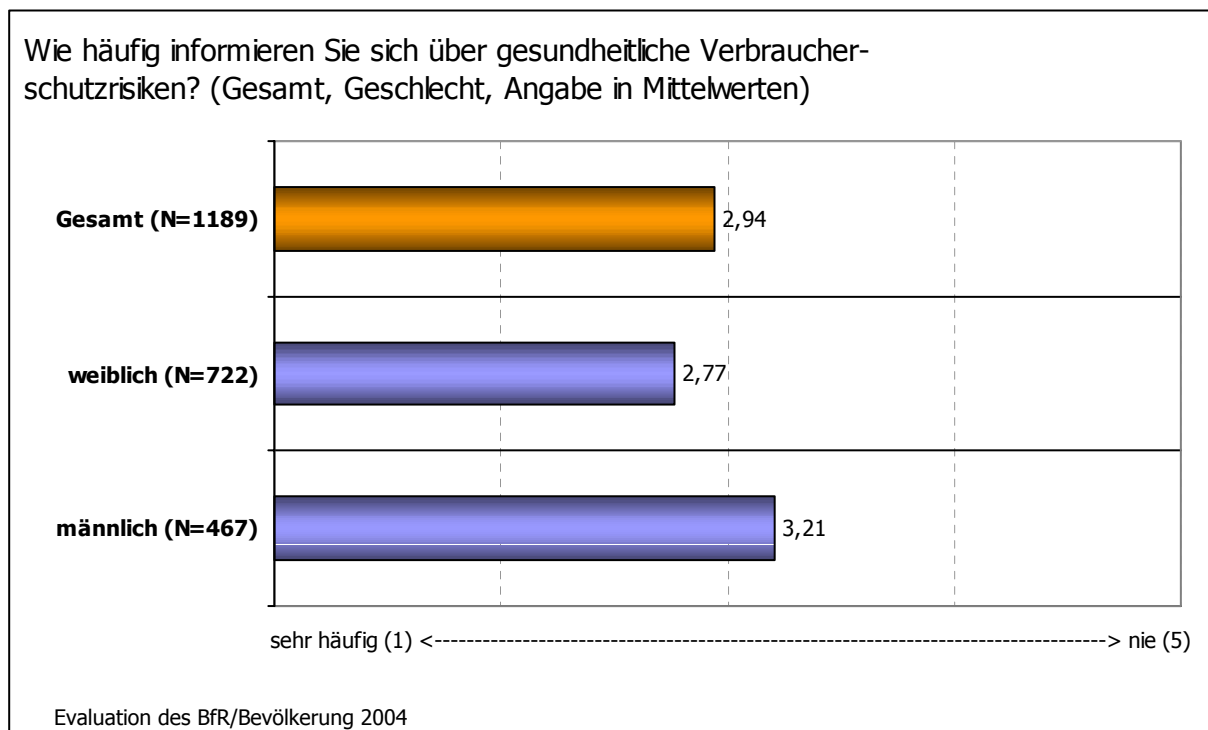


Abbildung 3c: Informationshäufigkeit über gesundheitliche Verbraucherschutzrisiken

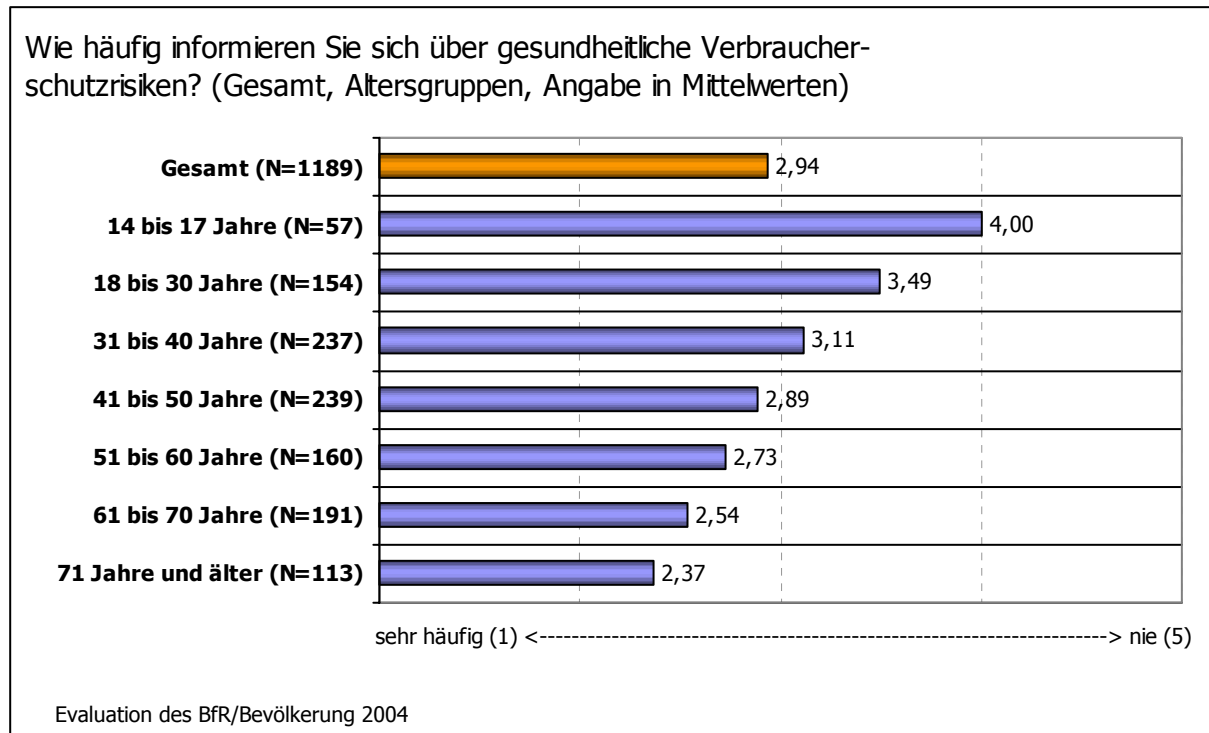


Abbildung 3d: Informationshäufigkeit über gesundheitliche Verbraucherschutzrisiken

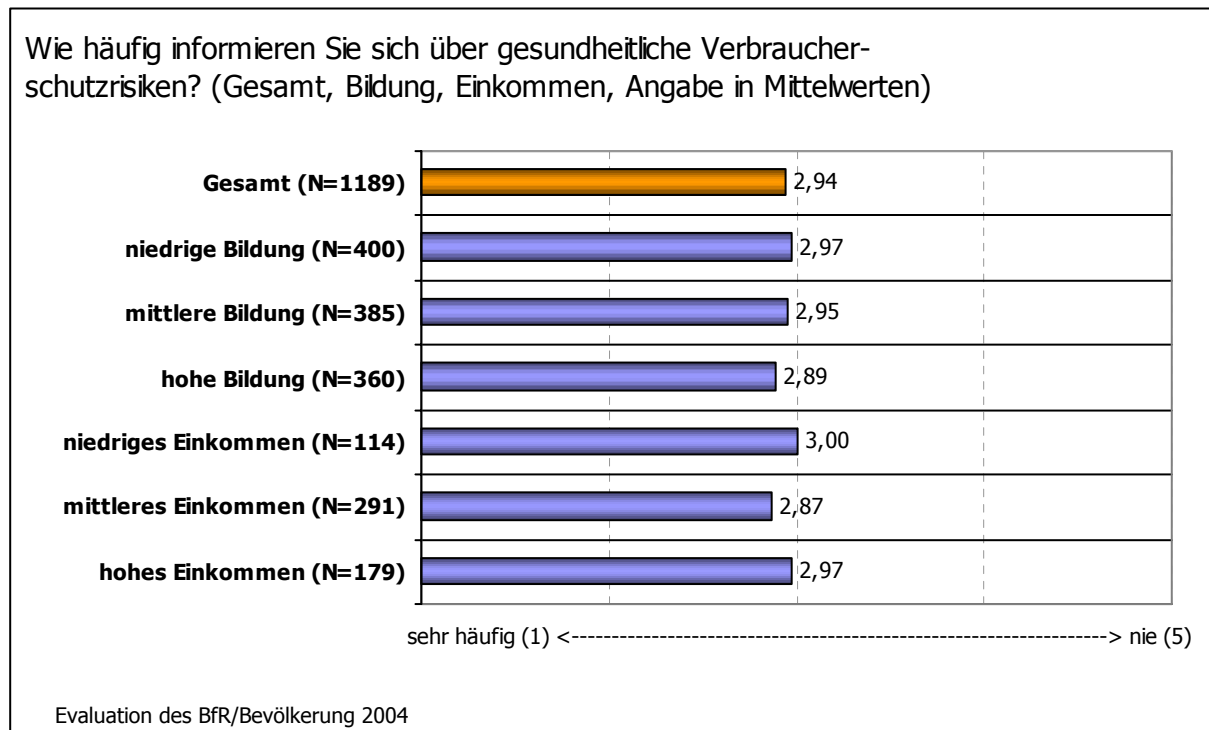
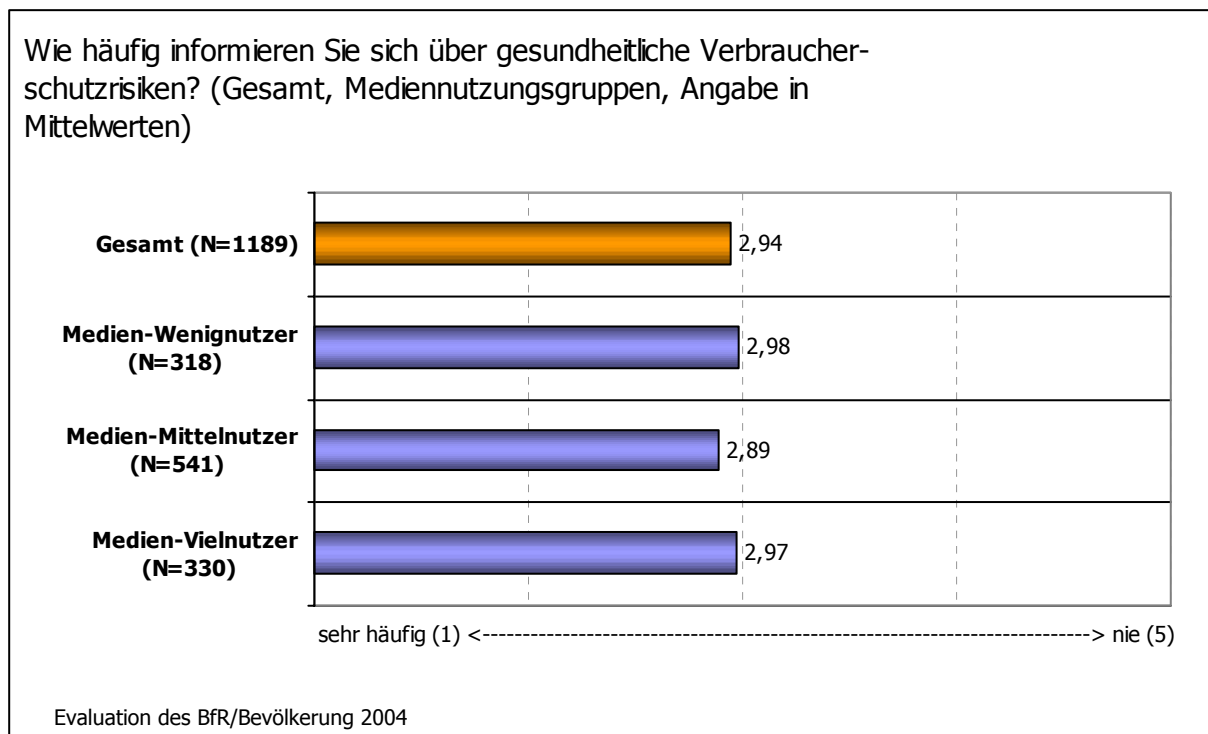


Abbildung 3e: Informationshäufigkeit über gesundheitliche Verbraucherschutzrisiken



**Frage 4:** Ein eindeutiges Ergebnis lieferte die Frage, ob der Unterschied zwischen gesundheitlichem Verbraucherschutz und Verbraucherschutz allgemein bekannt ist:<sup>14</sup> Die Mehrheit der Befragten (78,2%) gab an, diesen Unterschied nicht zu kennen. Um die Aussagen derjenigen, die den Unterschied kennen, näher zu betrachten, wurde hier nachträglich eine Einteilung in undifferenzierte und differenzierte Unterschiedserklärungen vorgenommen. Dadurch ergibt sich folgendes Bild: Selbst diejenigen, die angeben, den Unterschied zwischen gesundheitlichem und allgemeinem Verbraucherschutz zu kennen, leiteten diesen meistens allein vom Namen ab. Nur wenige Befragte differenzierten die Unterschiede und gaben an, dass sich gesundheitlicher Verbraucherschutz vor allem durch die Aufgabenbereiche „Lebensmittel, Ernährung, gesunde Lebensführung“ und „Kontrollen, Prävention, Risiken im Bereich Gesundheit“ sowie „Medikamente und Pharmaindustrie“ abgrenzt.<sup>15</sup> Inwieweit diese Aufgabenbereiche richtig sind, war für die Auswertung nicht relevant, da im Rahmen einer Nullmessung die Vorstellung der Befragten von gesundheitlichem Verbraucherschutz abgebildet werden sollte. (vgl. Abbildung 4a bis 4f)

<sup>14</sup> Vgl. Tabellenband Bevölkerung, Tabelle 4a.

<sup>15</sup> Beispielaussagen: „...darauf achten, dass Lebensmittel ordentlich hergestellt sind ...“, „... kümmert sich um die Pharmaindustrie...“, „... im gesundheitlichen Verbraucherschutz geht es um Ernährung ...“

Abbildung 4a: Abgrenzung des gesundheitlichen Verbraucherschutzes

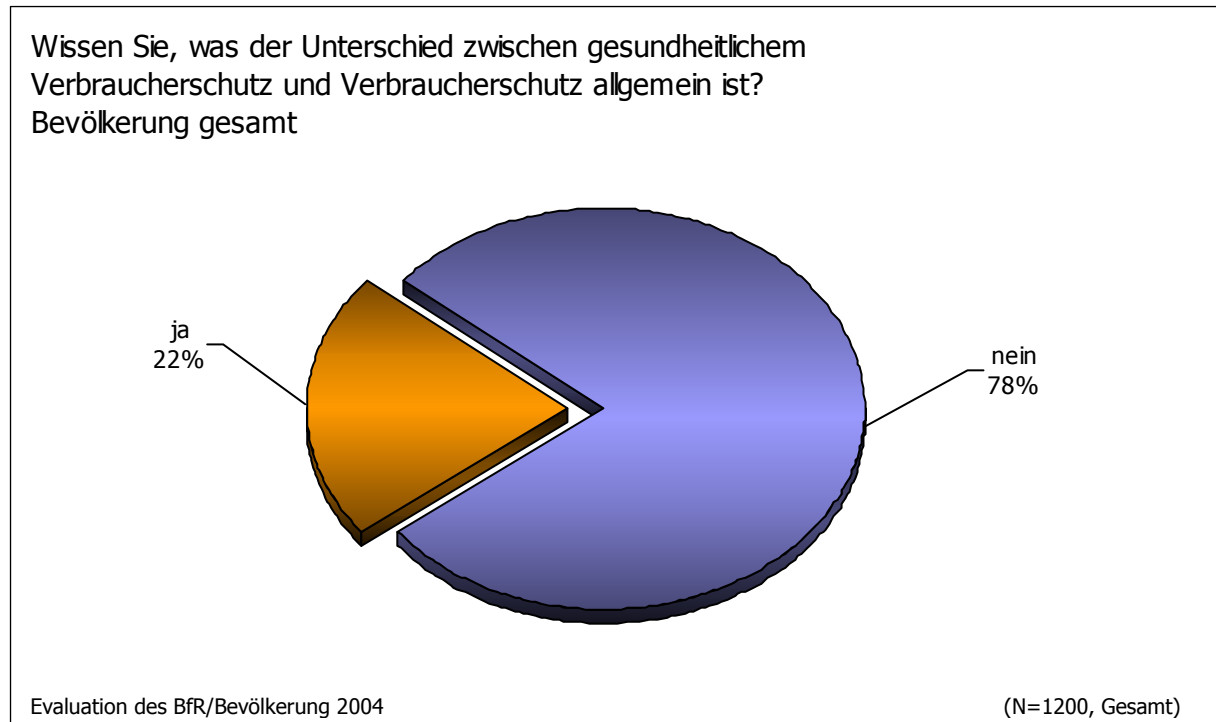


Abbildung 4b: Abgrenzung des gesundheitlichen Verbraucherschutzes

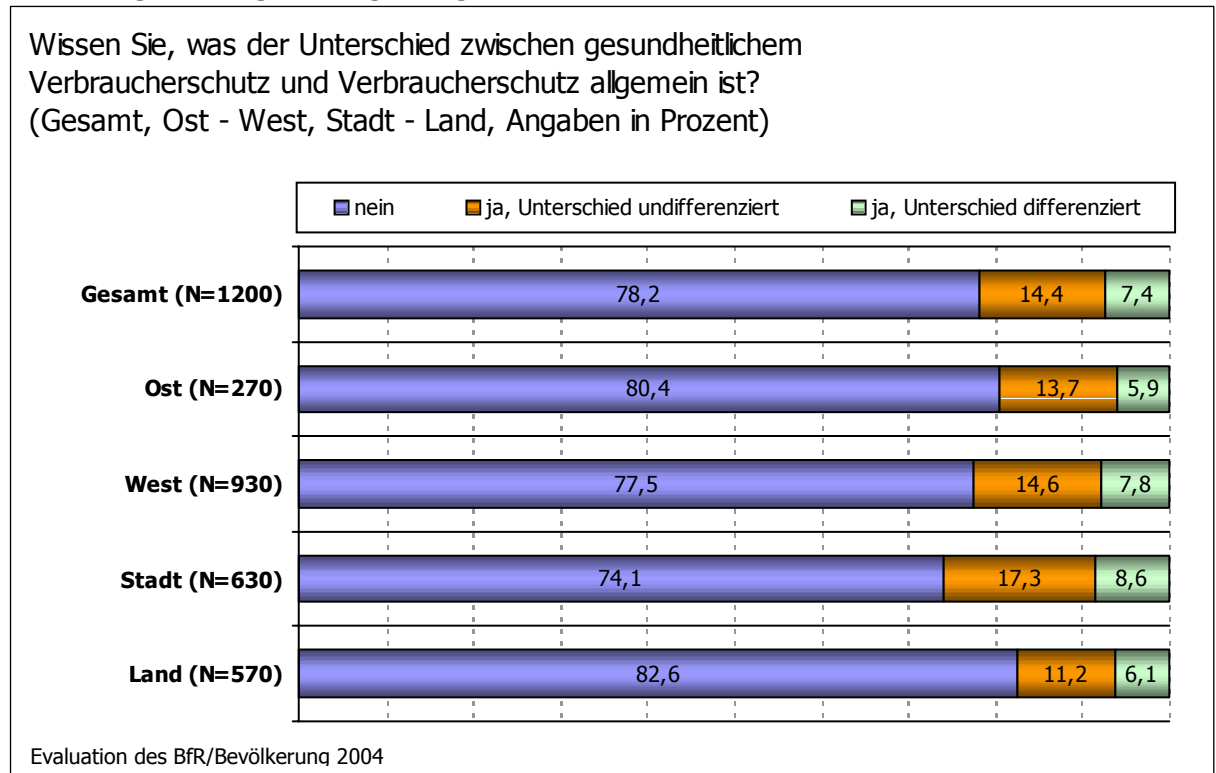


Abbildung 4c: Abgrenzung des gesundheitlichen Verbraucherschutzes

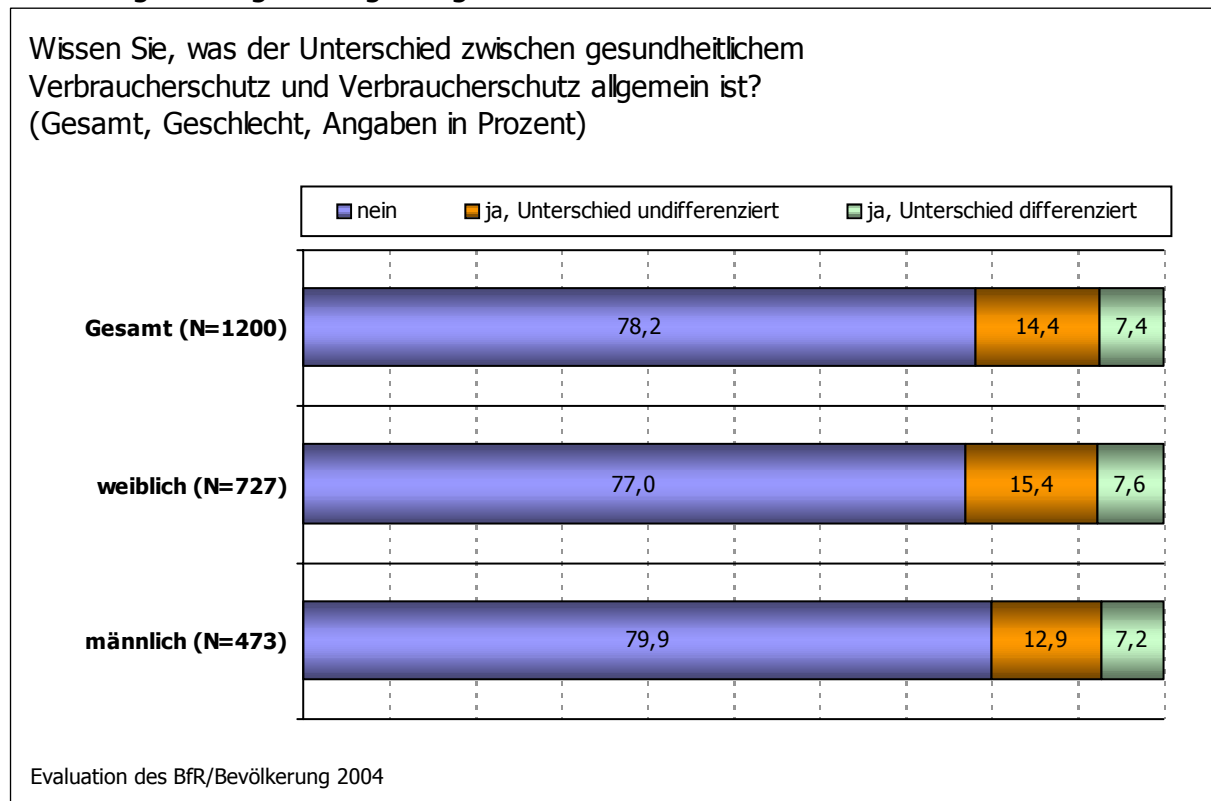


Abbildung 4d: Abgrenzung des gesundheitlichen Verbraucherschutzes

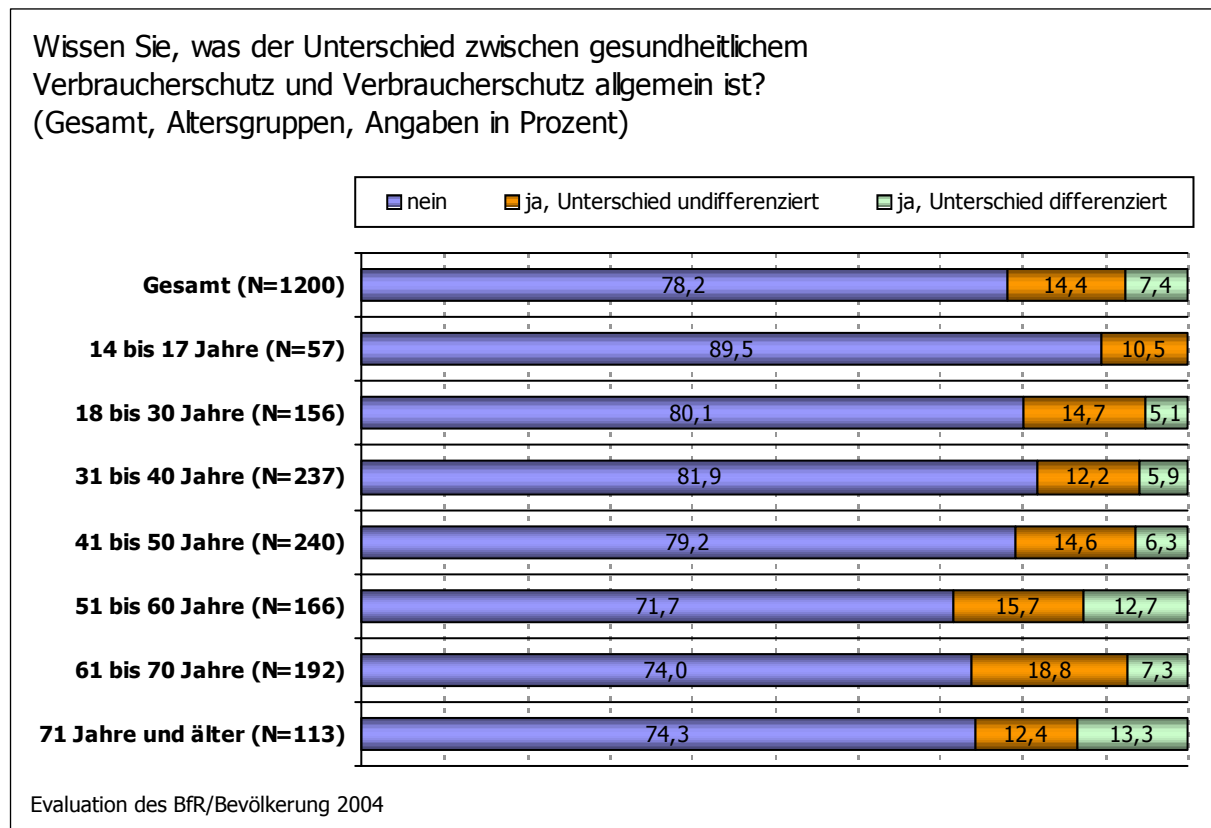




Abbildung 4e: Abgrenzung des gesundheitlichen Verbraucherschutzes

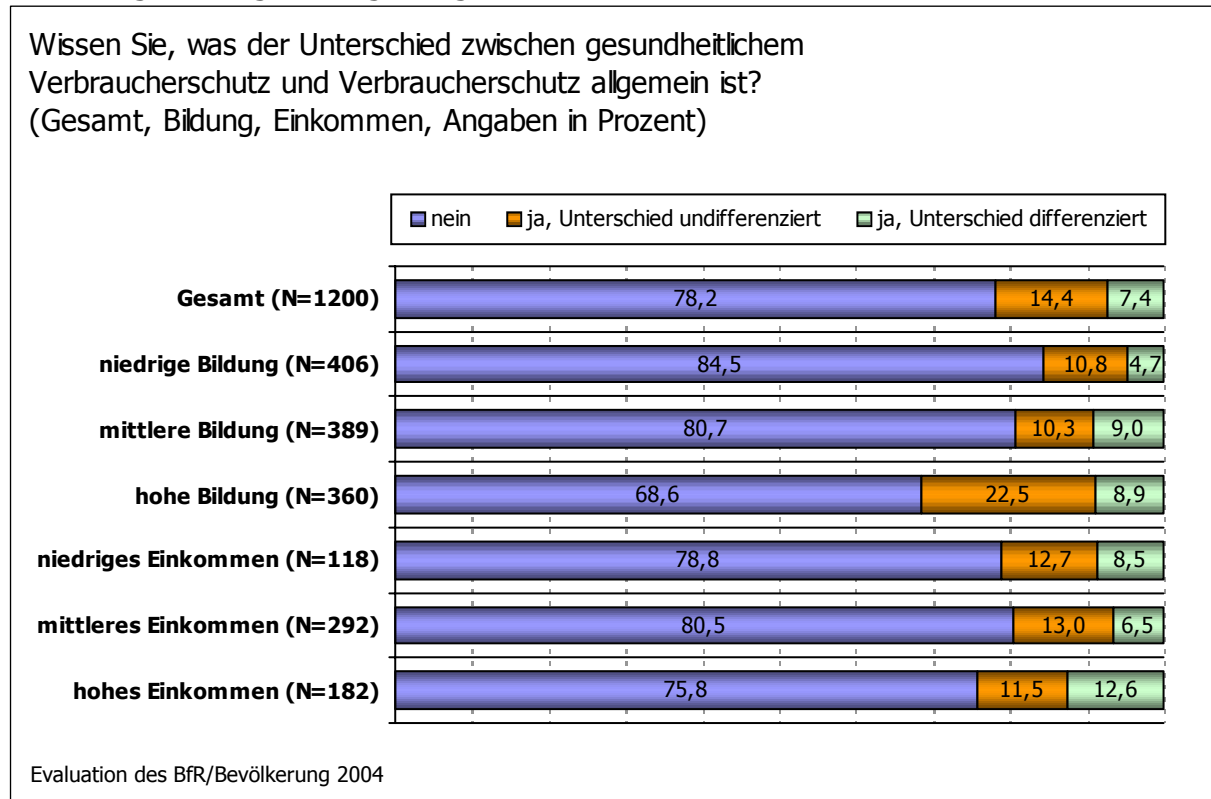
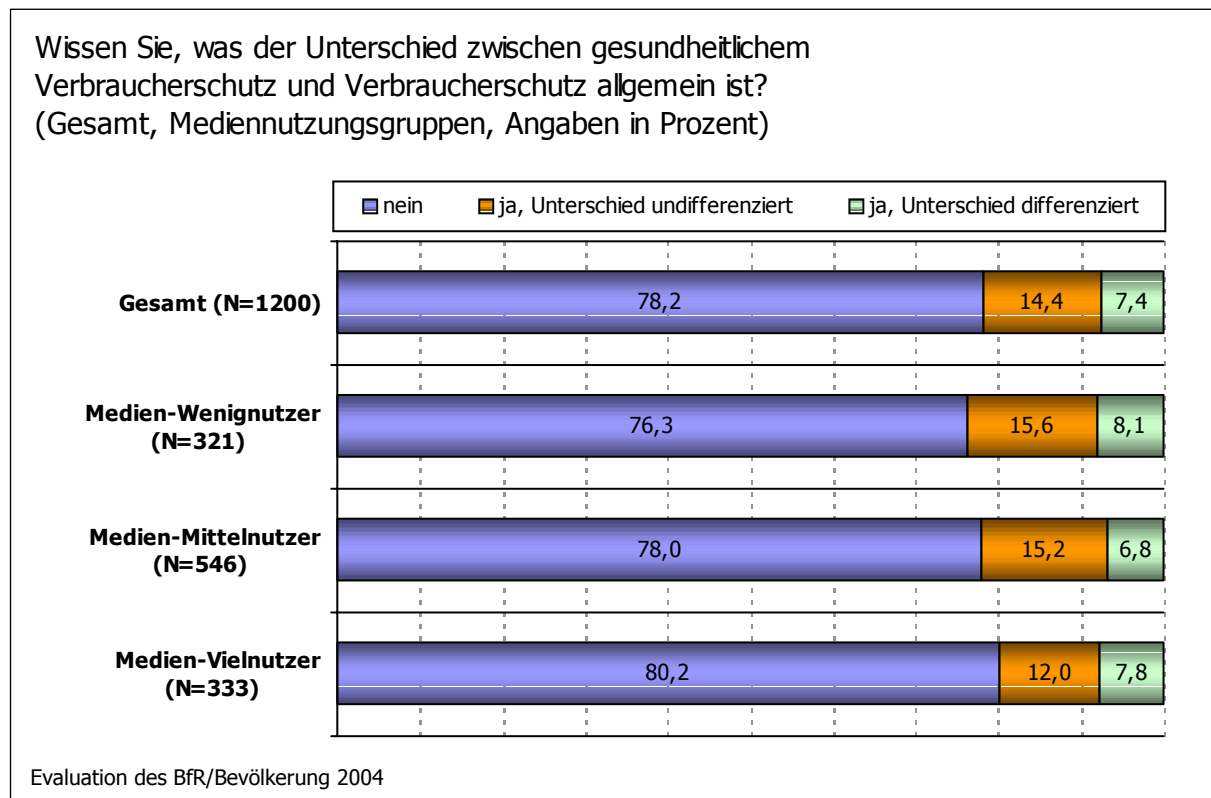


Abbildung 4f: Abgrenzung des gesundheitlichen Verbraucherschutzes



**Frage 4a:** Nachdem gefragt wurde, ob der Unterschied zwischen gesundheitlichem und allgemeinem Verbraucherschutz bekannt ist, sollten die Befragten angeben, ob sie verschiedenen Aussagen zum gesundheitlichen Verbraucherschutz zustimmen.<sup>16</sup> Die Mehrheit der Befragten stimmte dabei den richtigen Aussagen zu. Vor allem der Aussage, dass gesundheitlicher Verbraucherschutz die Kontrolle der Qualität und Sicherheit unserer Lebensmittel meint, stimmten die meisten Befragten zu (88,7%). Jedoch wurde auch in nennenswertem Umfang falschen Aussagen zugestimmt. So denken beispielsweise 81,1 Prozent der Befragten, dass der gesundheitliche Verbraucherschutz in Krankenhäusern und Arztpraxen Hygienestandards überwacht. Knapp die Hälfte (48,9%) der Befragten ist der Meinung, dass die Durchführung von Gripeschutzimpfungen zu den Aufgabengebieten gehört und 39,5 Prozent meinen, dass das Erkennen und Vermeiden von Gefahren im Straßenverkehr Bestandteil des gesundheitlichen Verbraucherschutzes ist. Betrachtet man diese Ergebnisse differenziert nach Gruppen (Ost – West, Stadt – Land, etc.) lassen sich bei dieser Frage kaum Unterschiede erkennen. (vgl. Abbildung 5)

Weiterhin konnten mit Hilfe der Faktorenanalyse aus den Antworten der Befragten drei Aufgabenbereiche des gesundheitlichen Verbraucherschutzes extrahiert werden: erstens „überwachen und verbieten“, zweitens „Gripeschutz und Verkehr“ und drittens „erkennen und informieren“.<sup>17</sup> Unterteilt man die Befragten zusätzlich in zwei Cluster erhält man zum einen die Gruppe der „Kritischen“ und zum anderen die Gruppe der „Zustimmer“.<sup>18</sup> Die Gruppe der „Kritischen“ behauptet richtig, dass „Gripeschutz und Verkehr“ nicht zu den Aufgaben des gesundheitlichen Verbraucherschutzes gehören. Allerdings zählen die meisten Befragten nicht zur Gruppe der „Kritischen“, sondern zur Gruppe der „Zustimmer“ (63,6%), die fälschlicherweise die Gripeschutzimpfungen und das Erkennen bzw. Vermeiden von Gefahren im Straßenverkehr dem gesundheitlichen Verbraucherschutz zuordnen.

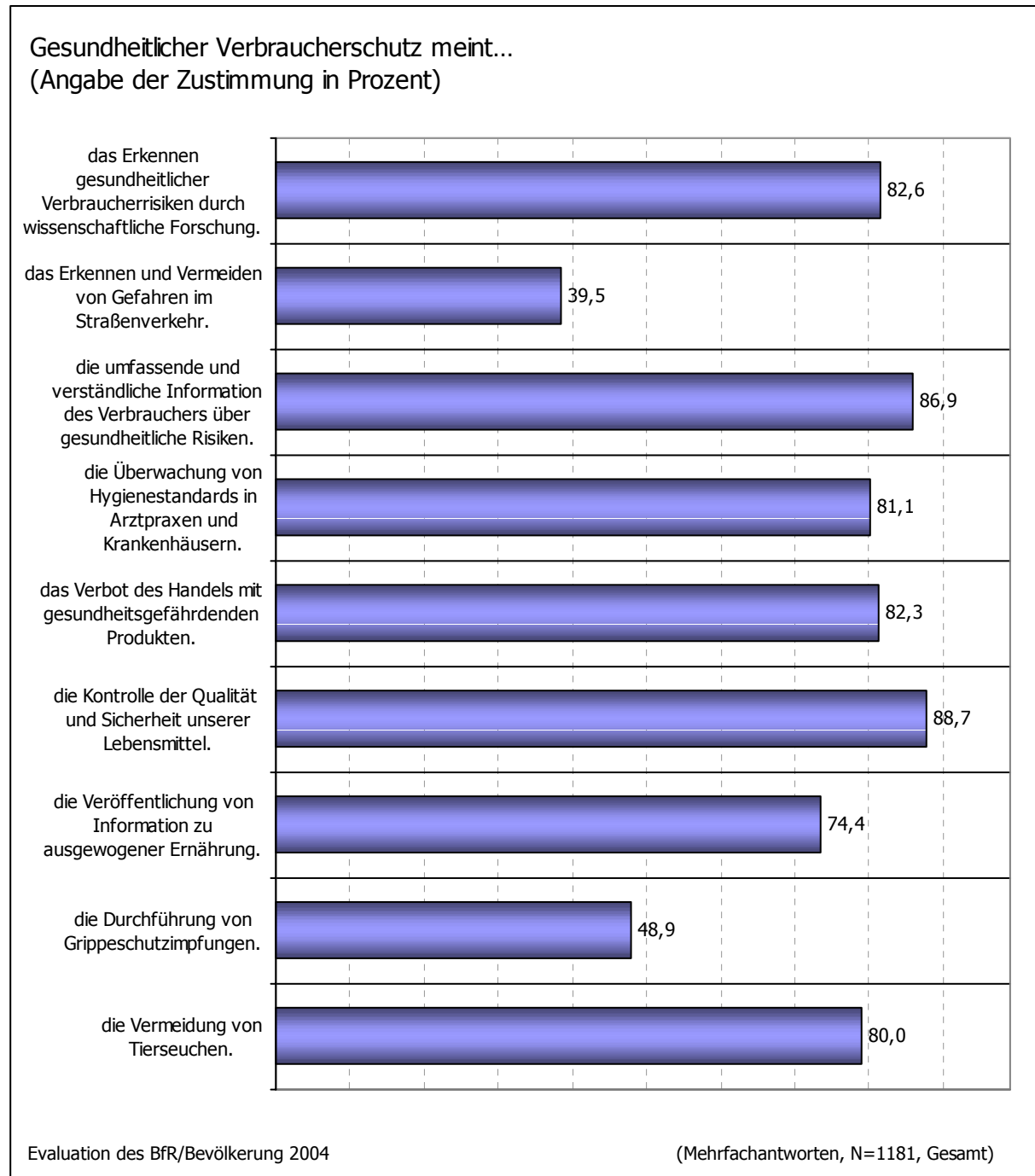
---

<sup>16</sup> Vgl. Tabellenband Bevölkerung, Tabelle 4b.

<sup>17</sup> Vgl. Tabellenband Bevölkerung, Tabelle 17a.

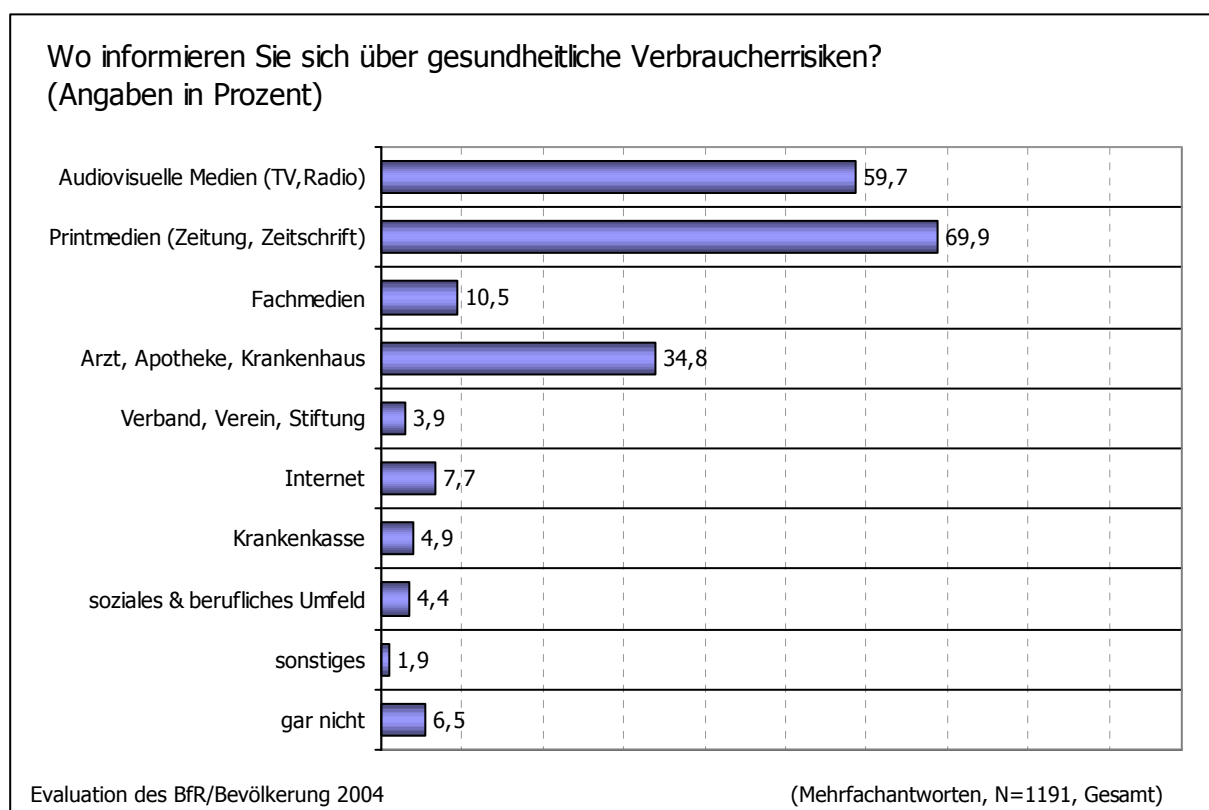
<sup>18</sup> Vgl. Tabellenband Bevölkerung, Tabelle 17b.

Abbildung 5: Verständnis von gesundheitlichem Verbraucherschutz



**Frage 5:** Die am meisten genutzten Informationsquellen<sup>19</sup> über den gesundheitlichen Verbraucherschutz stellen die Printmedien (69,9%) und audiovisuellen Medien (59,7%) dar. Daneben bevorzugt etwas mehr als ein Drittel der Befragten (34,8%) die Informationen des Arztes, der Apotheke oder des Krankenhauses. Überhaupt nicht informieren sich eher jüngere Altersgruppen bis 30 Jahre. Des Weiteren nutzen die bis 40-jährigen auch eher das Internet als Informationsquelle und weniger Fachmedien. Dagegen gaben vor allem 41- bis 70-jährige und Personen mit hoher Bildung an, auch Fachmedien zu nutzen, um sich über den gesundheitlichen Verbraucherschutz zu informieren. (vgl. Abbildung 6)

Abbildung 6: Informationsquellen über gesundheitliche Verbraucherrisiken



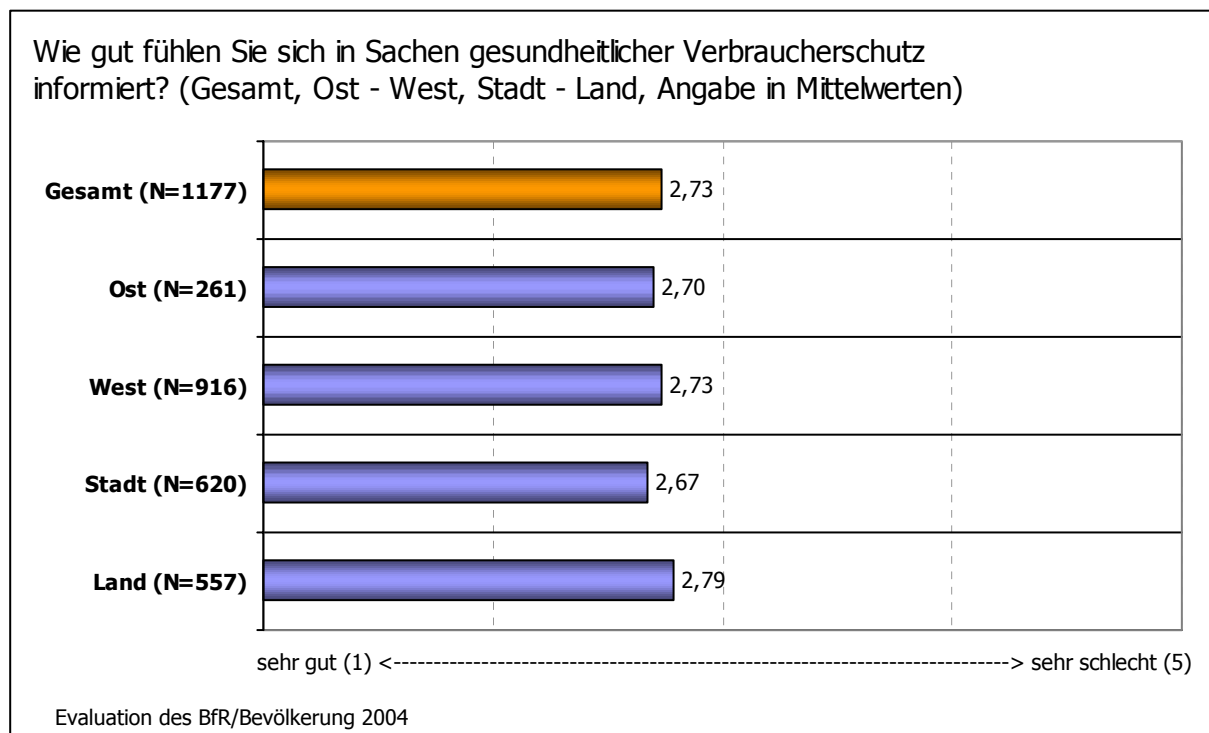
**Frage 6:** Mit der Informationslage sind die meisten Befragten mittelmäßig zufrieden (43,7%).<sup>20</sup> Dementsprechend ergibt sich bei der Frage, wie gut sich die Befragten in Sachen gesundheitlicher Verbraucherschutz informiert fühlen, ein Mittelwert von 2,73 auf einer Skala von 1 (sehr gut) bis 5 (sehr schlecht). Dabei existieren keine signifikanten Unterschiede zwischen den alten und neuen Bundesländern, zwischen

<sup>19</sup> Vgl. Tabellenband Bevölkerung, Tabelle 5a.

<sup>20</sup> Vgl. Tabellenband Bevölkerung, Tabelle 5b.

Männern und Frauen und zwischen den Einkommensgruppen.<sup>21</sup> Im Gegensatz dazu unterscheiden sich Bewohner von Städten und ländlichen Gebieten signifikant voneinander.<sup>22</sup> Tendenziell fühlen sich demnach Städter besser über den gesundheitlichen Verbraucherschutz informiert. Auch hinsichtlich der Altersgruppen sind signifikante Unterschiede feststellbar.<sup>23</sup> So beurteilen ältere Altersgruppen die Informationslage positiver bzw. fühlen sich besser informiert. Betrachtet man schließlich die Bildungs- und Mediennutzungsgruppen, lassen sich zwar signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen feststellen,<sup>24</sup> allerdings konnten die Ergebnisse nicht zeigen, dass hier auch Zusammenhänge bestehen. Man kann demnach nicht behaupten, dass die Höhe der Bildung und Mediennutzung die Bewertung der Informationslage beeinflussen. (vgl. Abbildung 7a bis 7e)

Abbildung 7a: Informationslage über den gesundheitlichen Verbraucherschutz



<sup>21</sup> F (Ost/West) = 0,223; F (Geschlecht) = 0,160; F (Einkommen) = 1,935; jeweils  $p > 0,05$

<sup>22</sup> F = 5,522;  $p < 0,05$

<sup>23</sup> F = 10,246;  $p < 0,05$ .

<sup>24</sup> F (Bildung) = 3,308;  $p < 0,05$ ; F (Mediennutzung) = 3,976;  $p < 0,05$ .

Abbildung 7b: Informationslage über den gesundheitlichen Verbraucherschutz

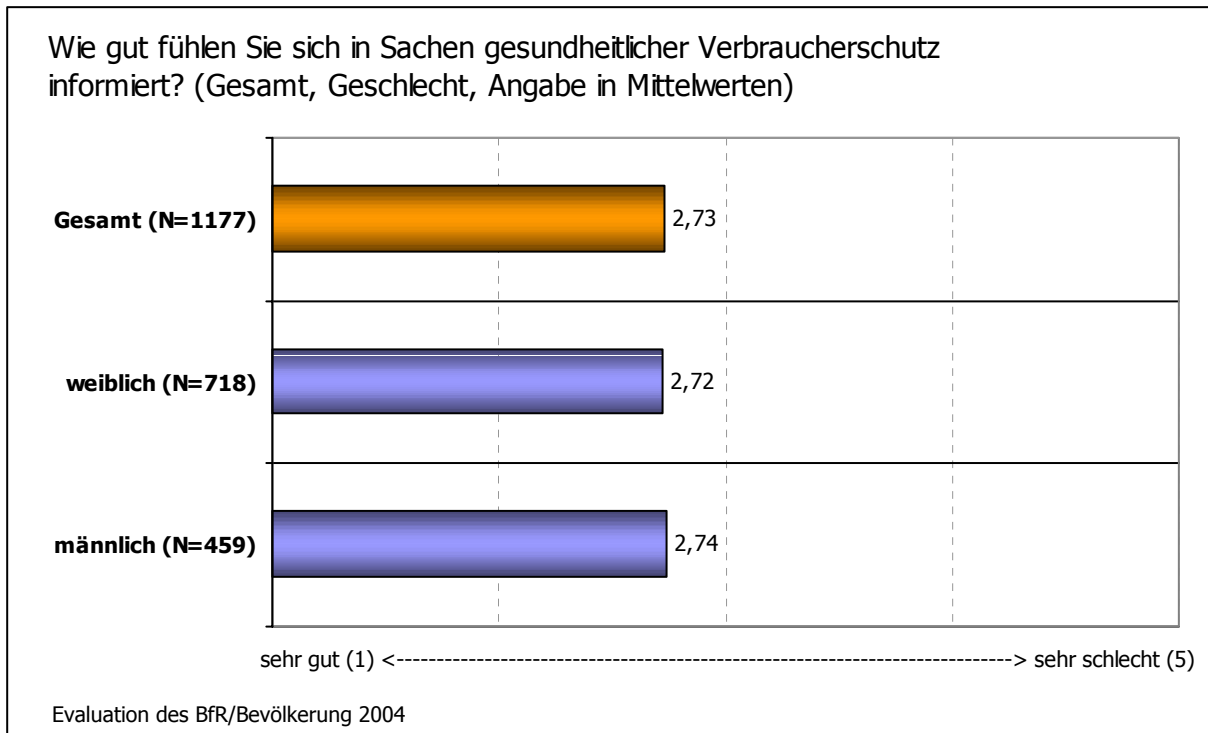


Abbildung 7c: Informationslage über den gesundheitlichen Verbraucherschutz

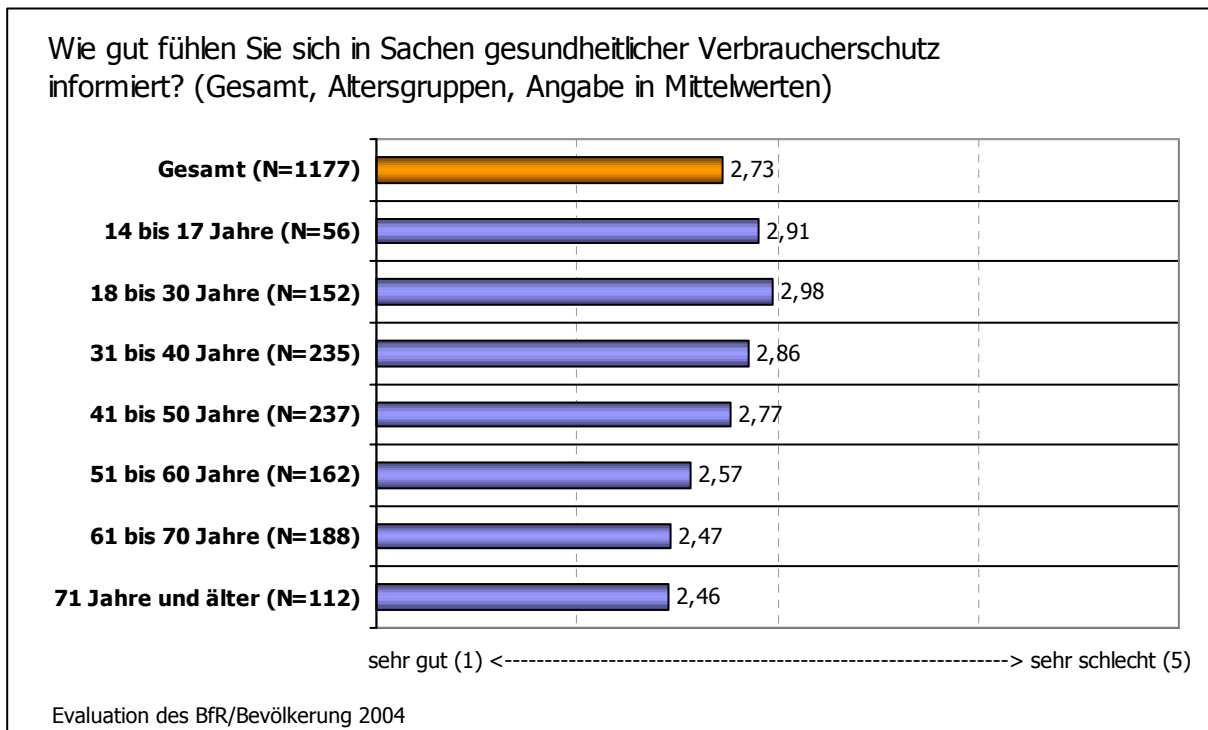


Abbildung 7d: Informationslage über den gesundheitlichen Verbraucherschutz

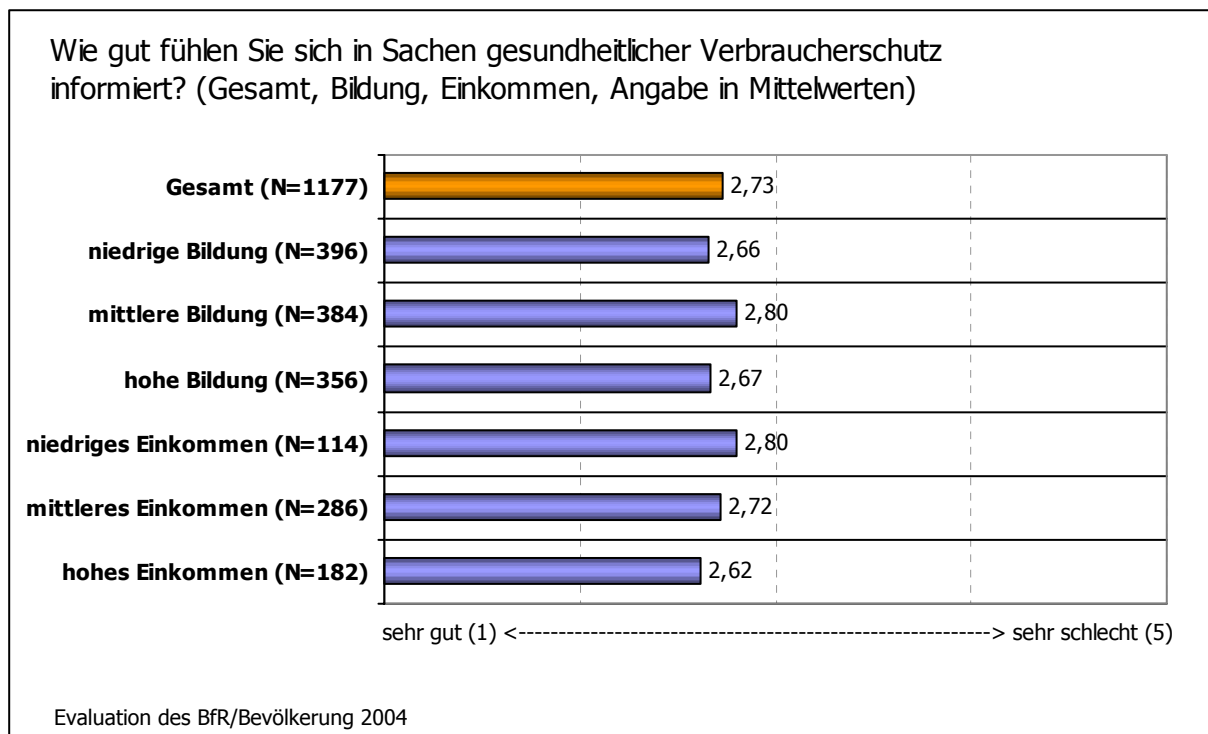
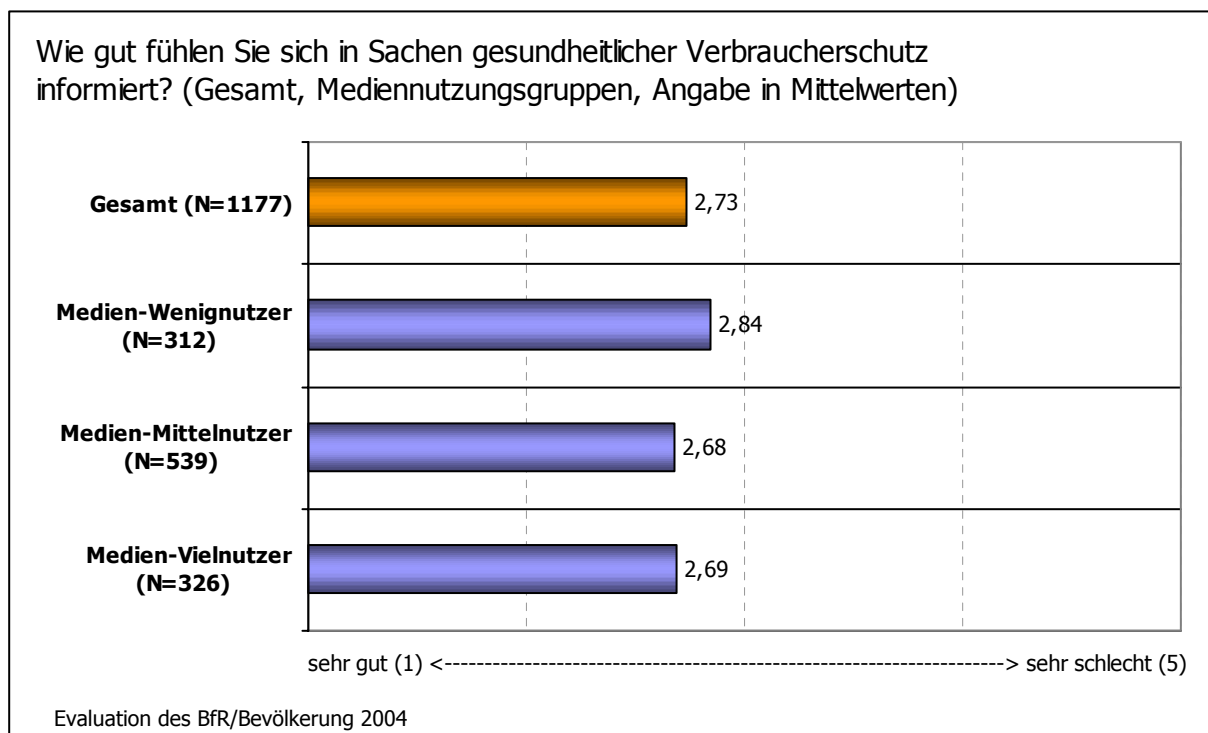


Abbildung 7e: Informationslage über den gesundheitlichen Verbraucherschutz



**Fragen 7a bis 7f:** Der nächste Fragekomplex sollte die Bekanntheit der Begriffe „Risikomanagement“ und „Risikobewertung“ sowie deren Bekanntheit als getrennte staatliche Institutionen überprüfen. Dafür wurde einleitend gefragt, welche Vorstellungen die Befragten mit den Begriffen „Risikomanagement“ und „Risikobewertung“ verbinden.<sup>25</sup> Die Antworten auf diese Fragen wurden nicht ausgewertet, da ihre Funktion allein in der Überleitung in ein spezielles Themengebiet lag. Hätte man diese Überleitungsfragen nicht gestellt, bestünde die Gefahr, dass die Antworten auf die eigentlichen Kernfragen („Wissen Sie, dass der Staat die Begriffe Risikomanagement und Risikobewertung...?“; „Und wissen Sie, dass der Staat zwei getrennte Bundesinstitutionen...?“) verzerrt werden. Durch die Überleitungsfragen („Was stellen sie sich unter Risikomanagement bzw. Risikobewertung vor?“) wird der Befragte an das Thema herangeführt und er setzt sich bereits gedanklich mit diesen Begriffen auseinander. Hätte man gleich die Kernfragen dieses Themenkomplexes gestellt, bestünde hier eine „Verneinungstendenz“ der Kernfragen, weil die Befragten mit den Begriffen Risikomanagement und Risikobewertung „überrumpelt“ werden und deren Bekanntheit eher verneinen würden.

Nachdem die Befragten ihre Vorstellungen hinsichtlich der Begriffe „Risikomanagement“ und „Risikobewertung“ geäußert hatten, wurden die Probanden befragt, ob sie wissen, dass der Staat diese beiden Begriffe im gesundheitlichen Verbraucherschutz unterscheidet. Das Ergebnis fiel eindeutig aus: Die überwiegende Mehrheit (92,9%) kennt die begriffliche Unterscheidung nicht. Ebenso ist die staatliche Trennung in zwei getrennte Bundesinstitutionen mit diesen Namen bei der überwiegenden Mehrheit (97,9%) unbekannt. Diejenigen, die angaben, diese staatliche Trennung zu kennen, konnten sich auch kaum vorstellen, warum dies erfolgte.<sup>26</sup> (vgl. Abbildung 8a bis 8d)

<sup>25</sup> Vgl. Fragebogen Bevölkerung, Fragen 7a und 7b.

<sup>26</sup> Von denjenigen, die angaben die staatliche Trennung der beiden Institutionen zu kennen, konnten sich nur 19,2 Prozent vorstellen, warum diese Trennung erfolgte. Die Begründungen lauteten: „diejenigen, die ´aufdecken´, können und sollen nicht selber bewerten“; „Unabhängigkeit der Institute ist wichtig für gezielte Arbeit“; „verschiedenen Zielausrichtungen der Institute“; „weniger Organisationsaufwand“; (vgl. Tabellenband Bevölkerung, Tabelle 7).



Abbildung 8a: Unterscheidung von „Risikomanagement“ und „Risikobewertung“ im gesundheitlichen Verbraucherschutz

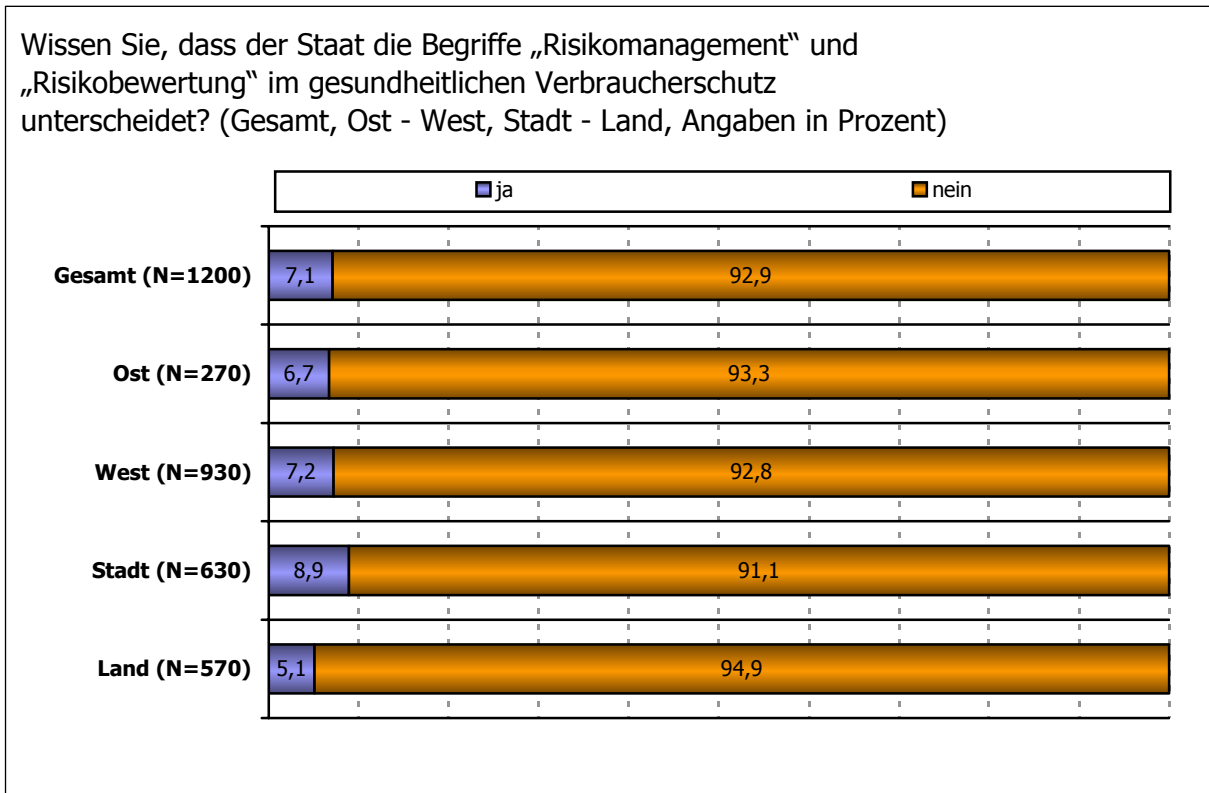


Abbildung 8b: Unterscheidung von „Risikomanagement“ und „Risikobewertung“ im gesundheitlichen Verbraucherschutz

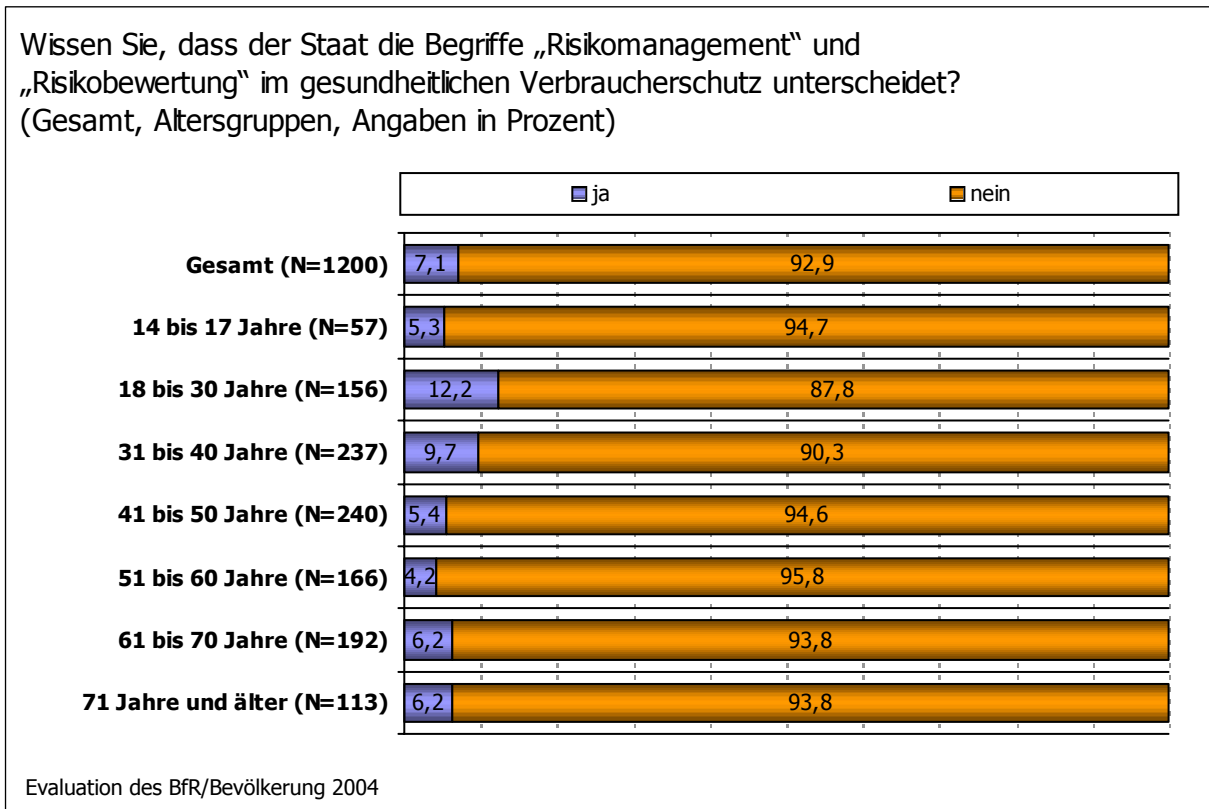


Abbildung 8c: Unterscheidung von „Risikomanagement“ und „Risikobewertung“ im gesundheitlichen Verbraucherschutz

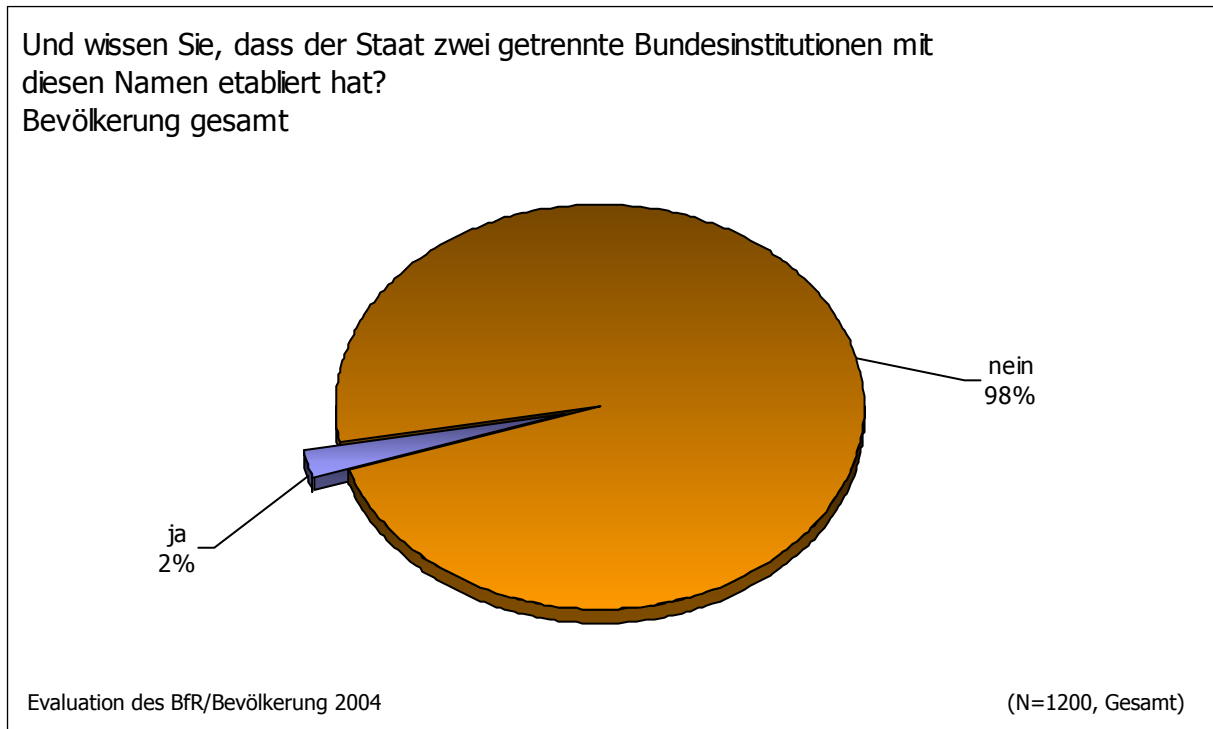
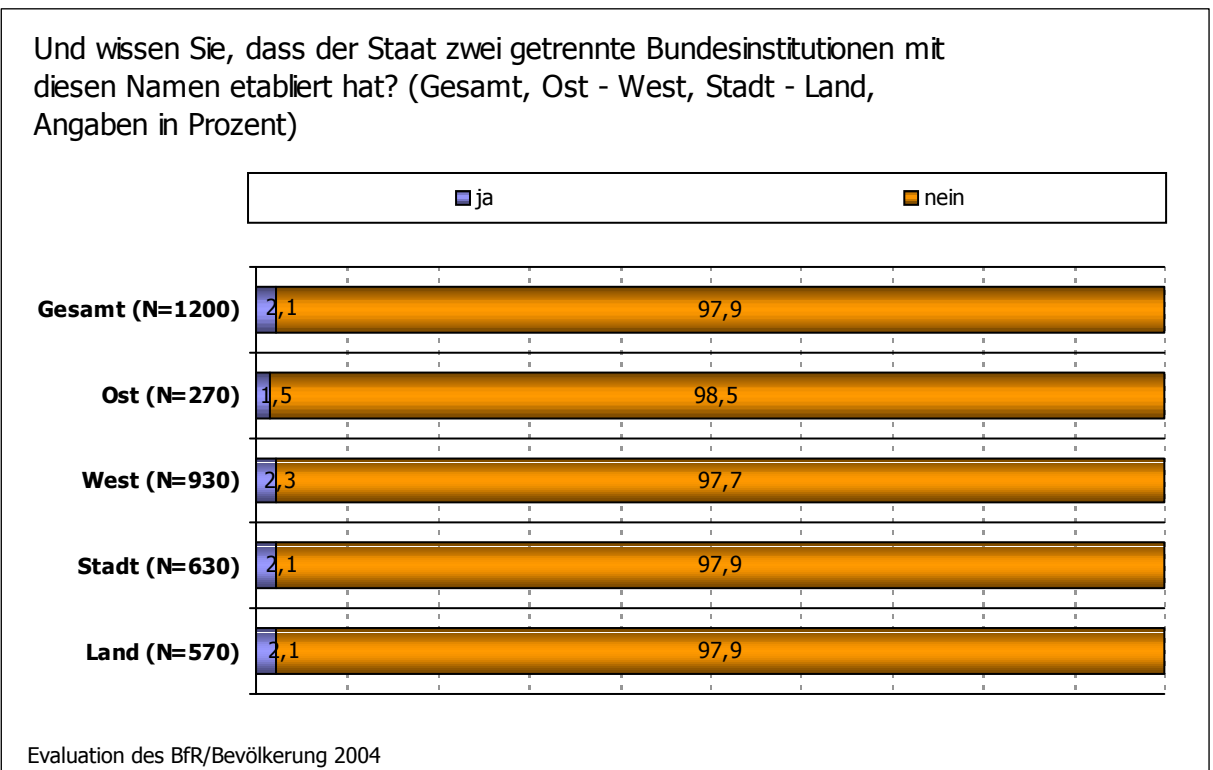
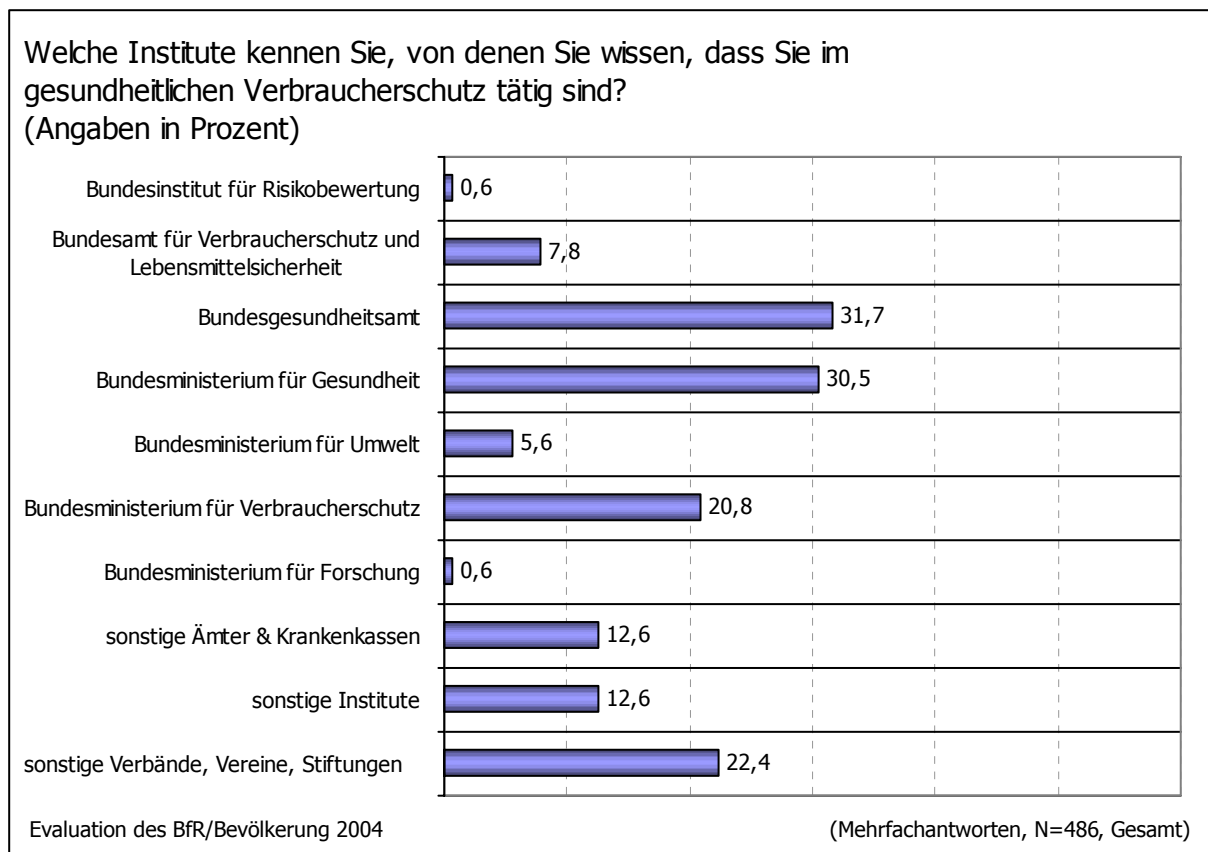


Abbildung 8d: Unterscheidung von „Risikomanagement“ und „Risikobewertung“ im gesundheitlichen Verbraucherschutz



**Frage 8:** Bei der ungestützten Frage, welche Institute die Befragten kennen, die im Bereich gesundheitlicher Verbraucherschutz tätig sind, konnte weniger als die Hälfte der Befragten (40,5%) eine Antwort geben.<sup>27</sup> Dabei wurde das Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) von insgesamt nur drei Personen (0,6%) genannt. Am bekanntesten ist dagegen das Bundesgesundheitsamt (31,7%)<sup>28</sup>, gefolgt vom Bundesministerium für Gesundheit (30,5%). An dritter Stelle stehen schließlich sonstige Vereine, Verbände oder Stiftungen<sup>29</sup> mit 22,4 Prozent. Fast ebenso bekannt ist das Bundesministerium für Verbraucherschutz, welches 20,8 Prozent der Befragten kennen. Die Kenntnis von weiteren Bundesämtern und -ministerien im Bereich des gesundheitlichen Verbraucherschutzes ist dagegen gering.<sup>30</sup> Hier erinnerten sich die Befragten eher an sonstige Ämter (z.B. Veterinärämter) und Krankenkassen (12,6%) oder gaben sonstige Institute (12,6%), wie z. B. das Max-Planck-Institut, an. (vgl. Abbildung 9)

Abbildung 9: Bekannte Institute im Bereich gesundheitlicher Verbraucherschutz



<sup>27</sup> Vgl. Tabellenband Bevölkerung, Tabelle 6.

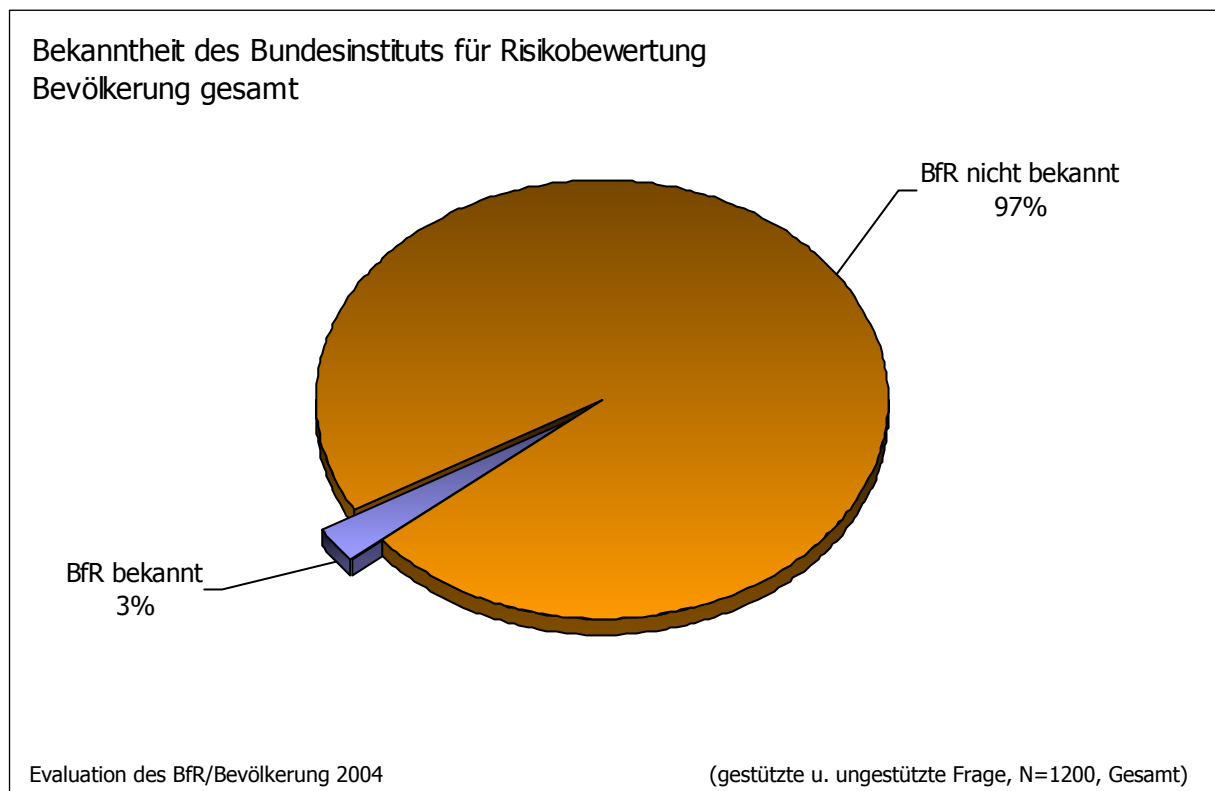
<sup>28</sup> Hierunter fiel ebenfalls die Nennung „Gesundheitsamt“.

<sup>29</sup> Z. B. Stiftung Warentest, Verbraucherschutzzentralen etc.

<sup>30</sup> Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit 7,8%; Bundesministerium für Umwelt 5,6%; Bundesministerium für Forschung 0,6%.

**Fragen 9 und 9a:** Nachdem bereits mit der ungestützten Frage nach der Kenntnis von Instituten im gesundheitlichen Verbraucherschutz die Bekanntheit des BfR erfragt werden sollte, wurden diejenigen, die an dieser Stelle das BfR nicht nannten, durch einen Filter nochmals gestützt gefragt.<sup>31</sup> Grundlage für die Beurteilung der Bekanntheit des BfR sind demnach die Antworten auf die gestützte und ungestützte Frage.<sup>32</sup> Hinsichtlich der Bekanntheit des Bundesinstituts für Risikobewertung ergibt sich folgendes Bild: Nur 2,8 Prozent der Befragten geben an, das BfR zu kennen. Dieser geringe Bekanntheitsgrad variiert auch zwischen den hier untersuchten Gruppen (z.B. Ost – West, Stadt – Land etc.) kaum. Des Weiteren ist bei denjenigen, die das BfR kennen, kaum Hintergrundwissen vorhanden: 85,3 Prozent kennen das BfR nur dem Namen nach und nur 14,7 Prozent kennen dessen Aufgaben.<sup>33</sup> (vgl. Abbildung 10a bis 10f)

Abbildung 10a: Bekanntheit des Bundesinstituts für Risikobewertung



<sup>31</sup> Die Ergebnisse der gestützten Frage („Kennen Sie das Bundesinstitut für Risikobewertung?“) befinden sich im Tabellenband Bevölkerung, Tabelle 8.

<sup>32</sup> Vgl. Tabellenband Bevölkerung, Tabelle 8a.

<sup>33</sup> Aufgrund der geringen Fallzahlen wird hier auf eine Auswertung der Fragen „Welche Aufgaben hat das Bundesinstitut für Risikobewertung?“ (N=5) und „Wie beurteilen Sie die Qualität der Arbeit des Bundesinstituts für Risikobewertung im vergangenen Jahr insgesamt?“ (N=7) verzichtet. Die Ergebnisse können jedoch im Tabellenband Bevölkerung, Tabelle 8 und 9 nachgeschlagen werden.

Abbildung 10b: Bekanntheit des Bundesinstituts für Risikobewertung

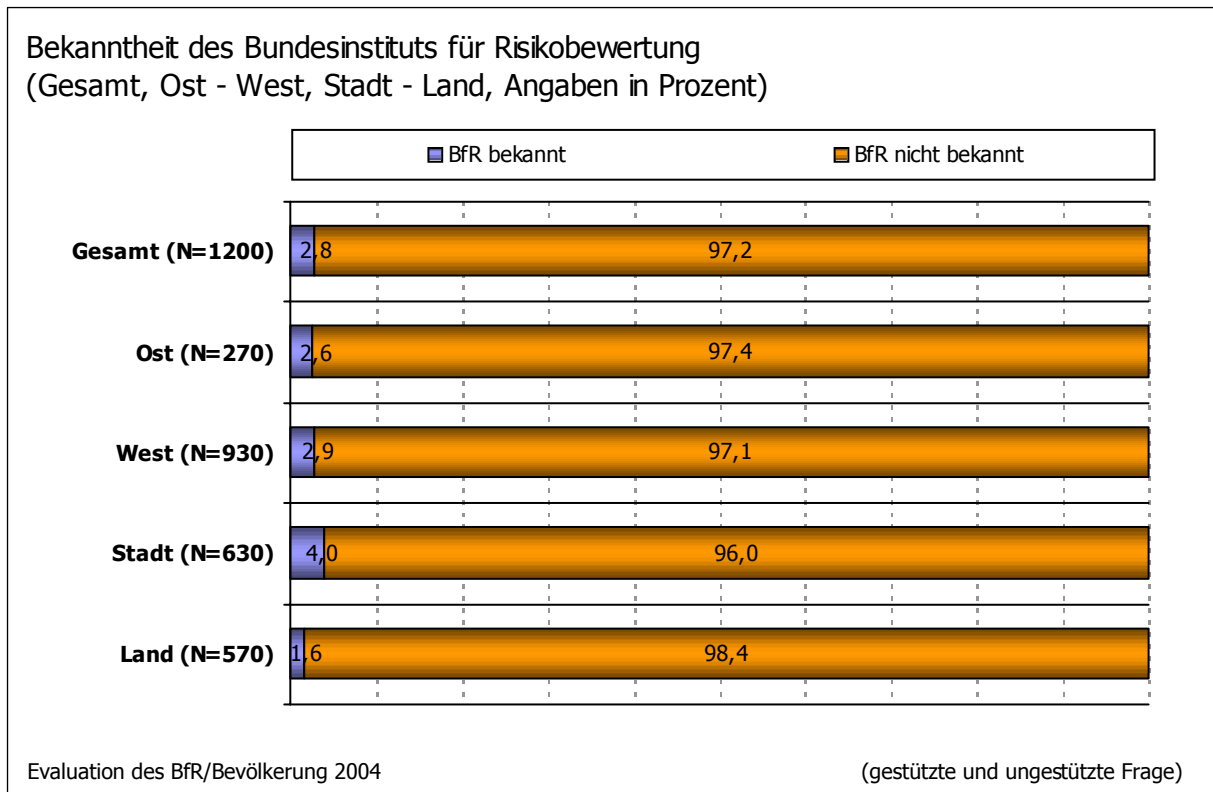


Abbildung 10c: Bekanntheit des Bundesinstituts für Risikobewertung

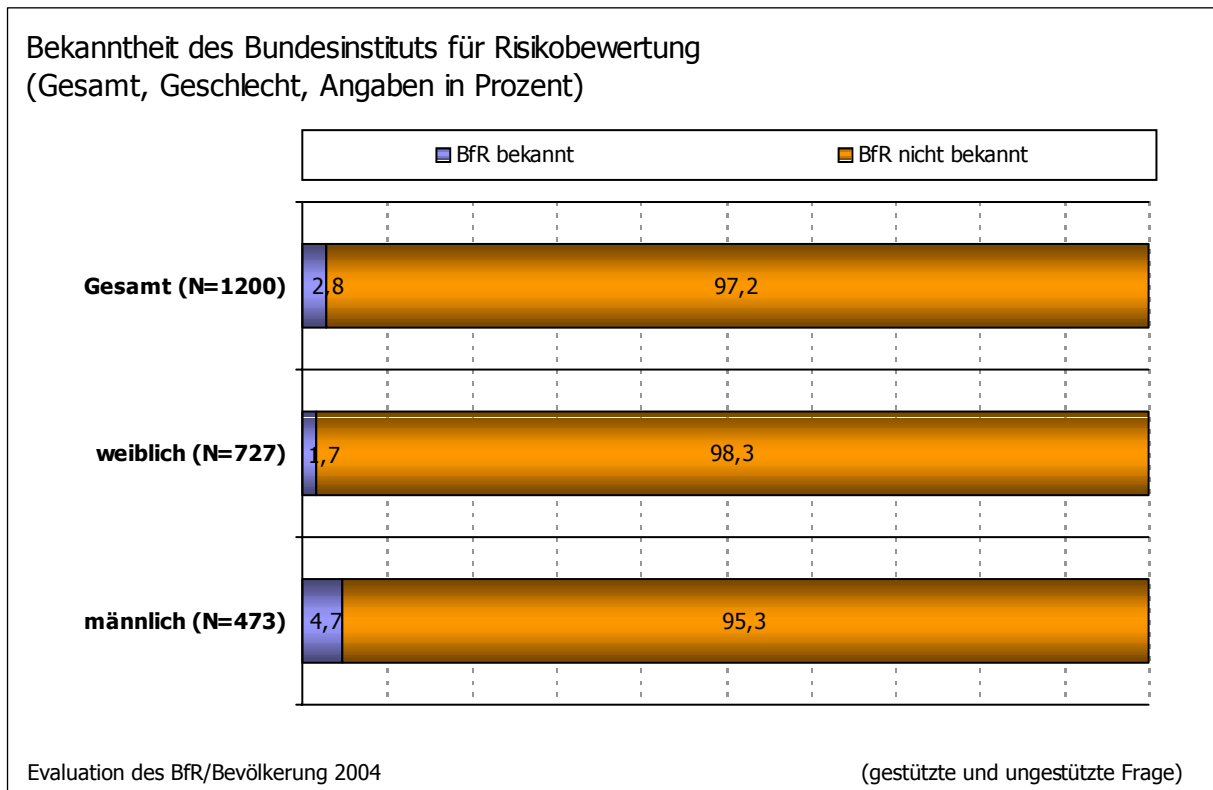


Abbildung 10d: Bekanntheit des Bundesinstituts für Risikobewertung

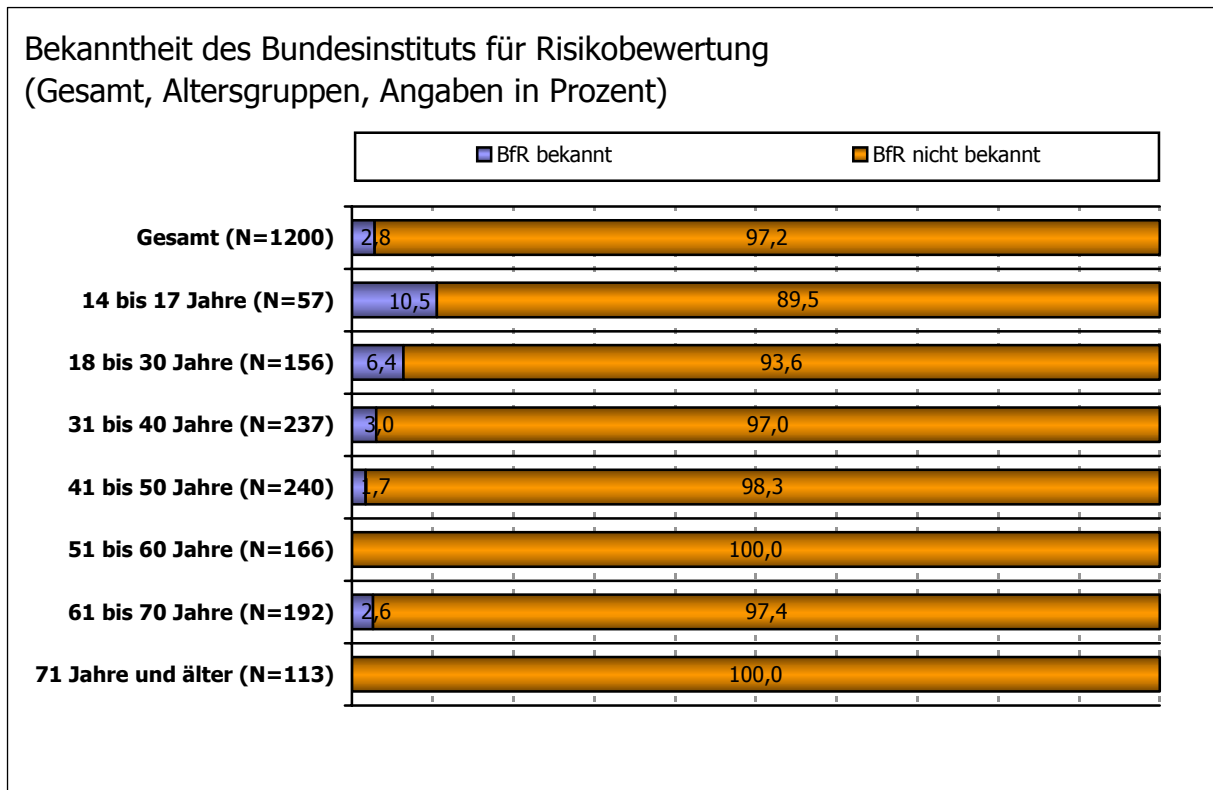


Abbildung 10e: Bekanntheit des Bundesinstituts für Risikobewertung

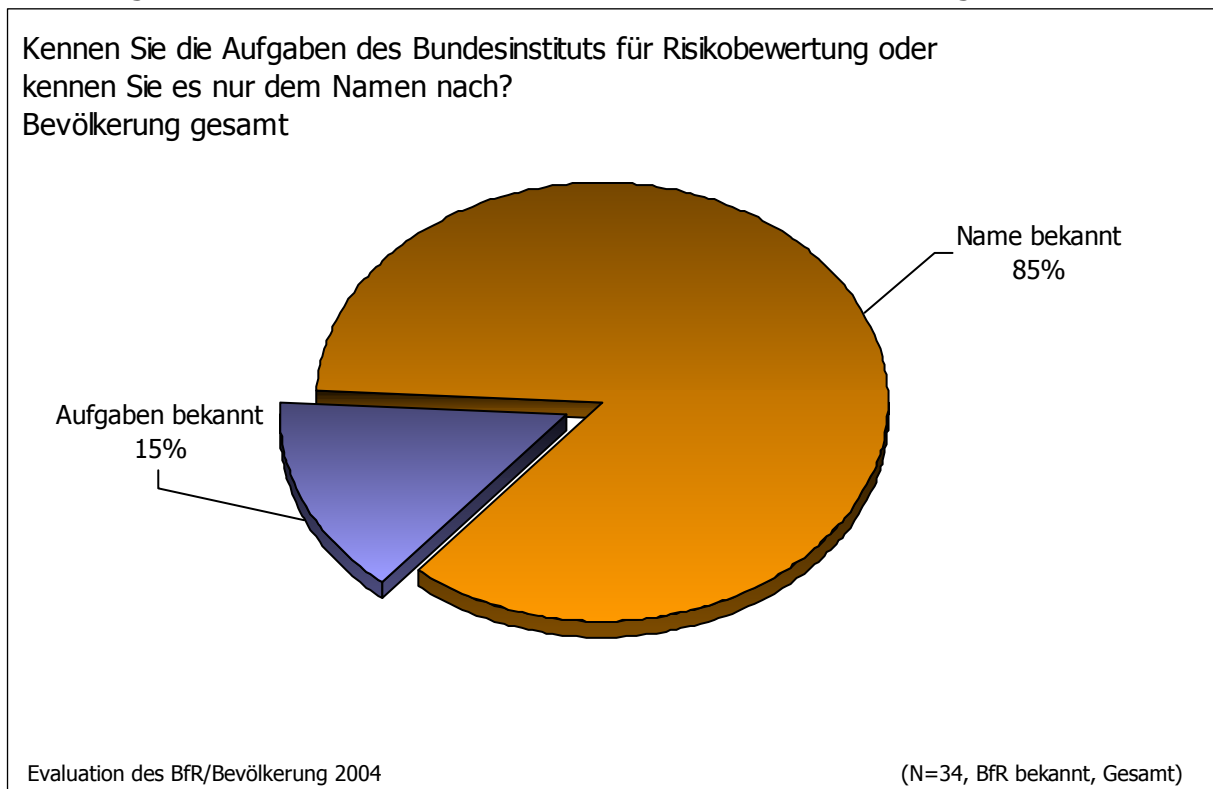
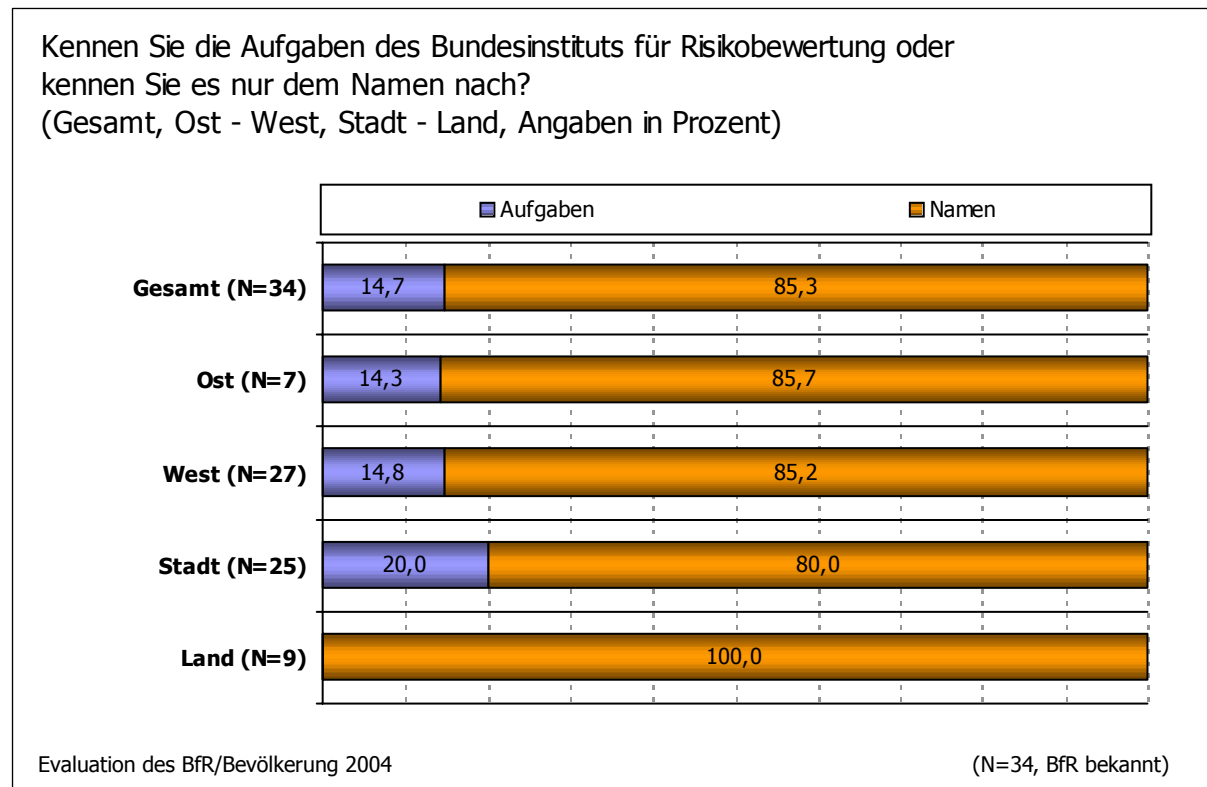


Abbildung 10f: Bekanntheit des Bundesinstituts für Risikobewertung



**Frage 10:** Ebenso weiß die Mehrheit (70,6%) der „BfR-Kenner“ nicht, dass von diesem Institut Informationen zum Thema gesundheitlicher Verbraucherschutz herausgegeben werden (vgl. Abbildung 11a und 11b).<sup>34</sup>

**Frage 11:** Für die weitere Arbeit des BfR finden es die Befragten, die das BfR kennen, ebenfalls wichtig (Mittelwert von 1,94 auf einer Skala von 1 – sehr wichtig bis 5 – gar nicht wichtig)<sup>35</sup>, dass private Initiativen und Vereine in die Arbeit des Bundesinstituts für Risikobewertung eingebunden werden.<sup>36</sup> (vgl. Abbildung 12)

<sup>34</sup> Aufgrund der geringen Fallzahlen wird hier auf eine Auswertung der Fragen „Wie wichtig sind diese Informationen für Sie?“ (N=9) und „Wie zufrieden sind Sie mit diesen Informationen?“ (N=6) verzichtet. Die Ergebnisse können jedoch im Tabellenband Bevölkerung, Tabelle 10 nachgeschlagen werden.

<sup>35</sup> Standardfehler des Mittelwertes = 0,179.

<sup>36</sup> Vgl. Tabellenband Bevölkerung, Tabelle 9.

Abbildung 11a: Informationen des Bundesinstituts für Risikobewertung

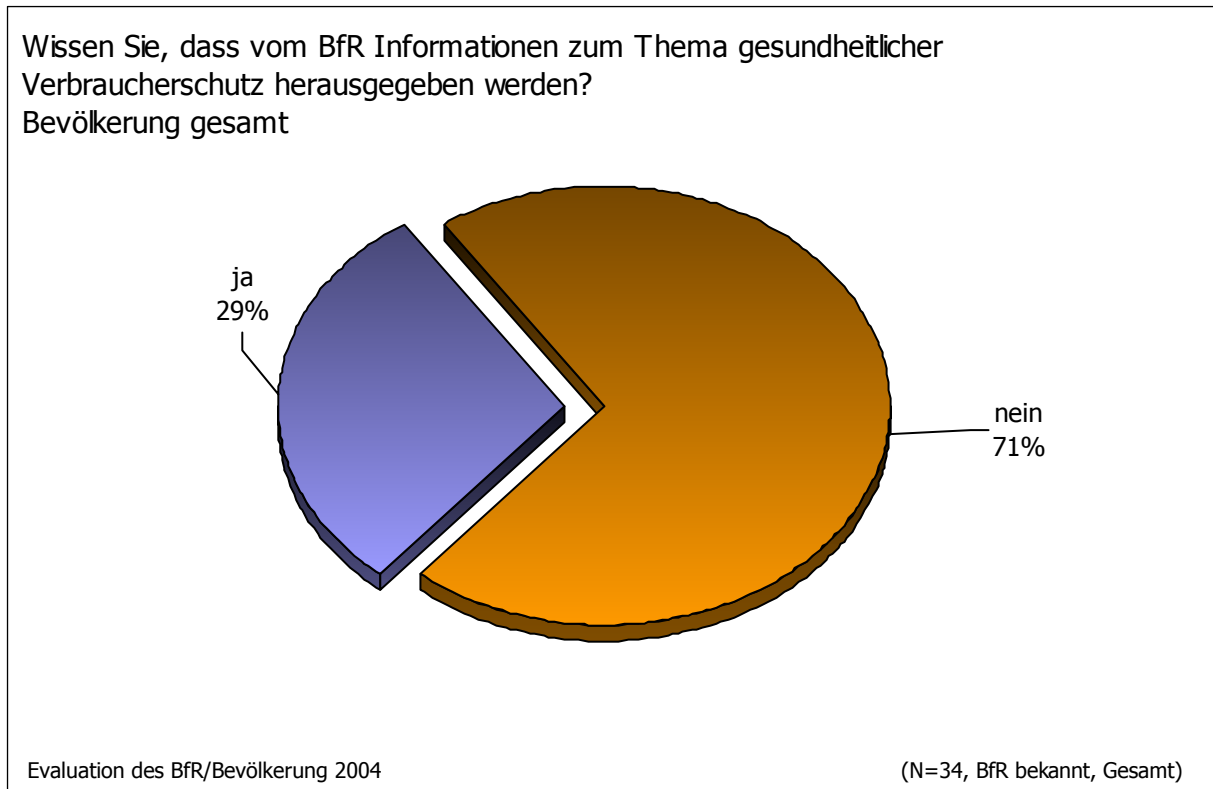


Abbildung 11b: Informationen des Bundesinstituts für Risikobewertung

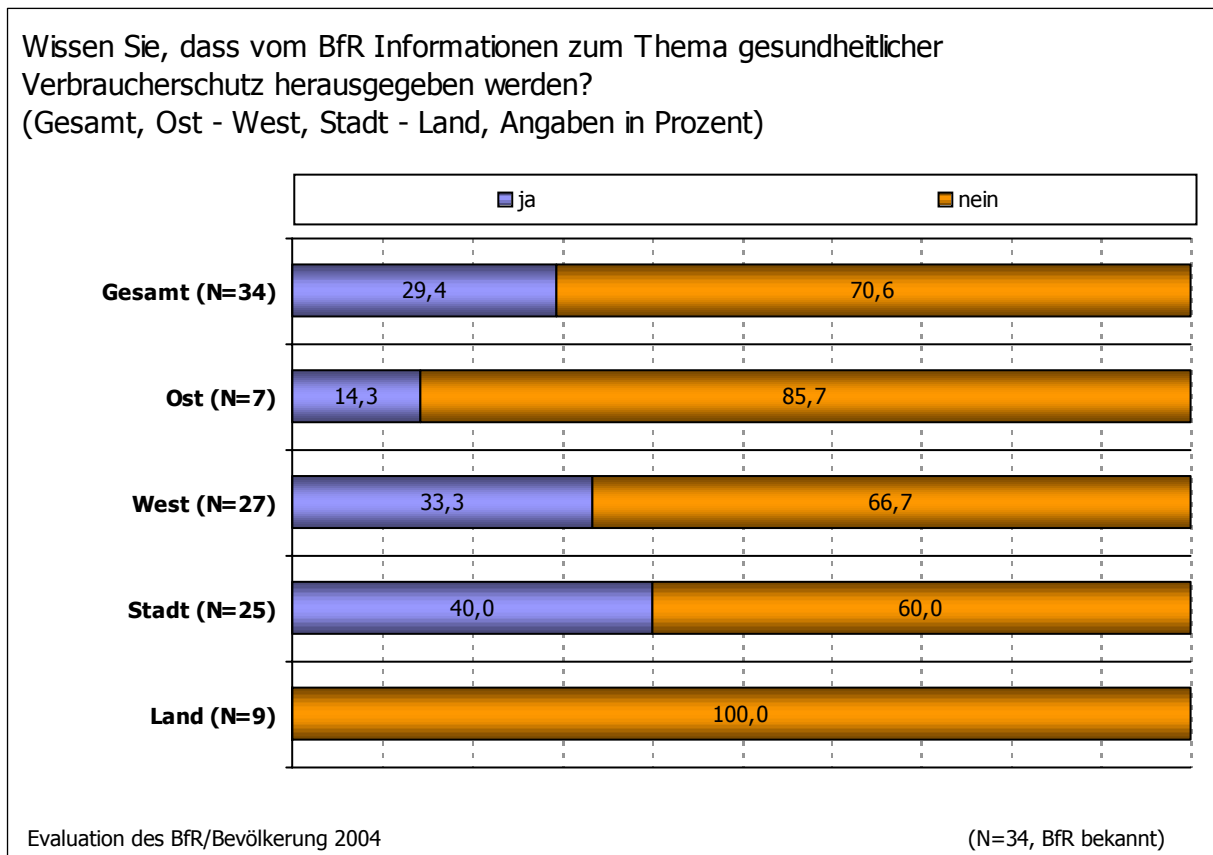
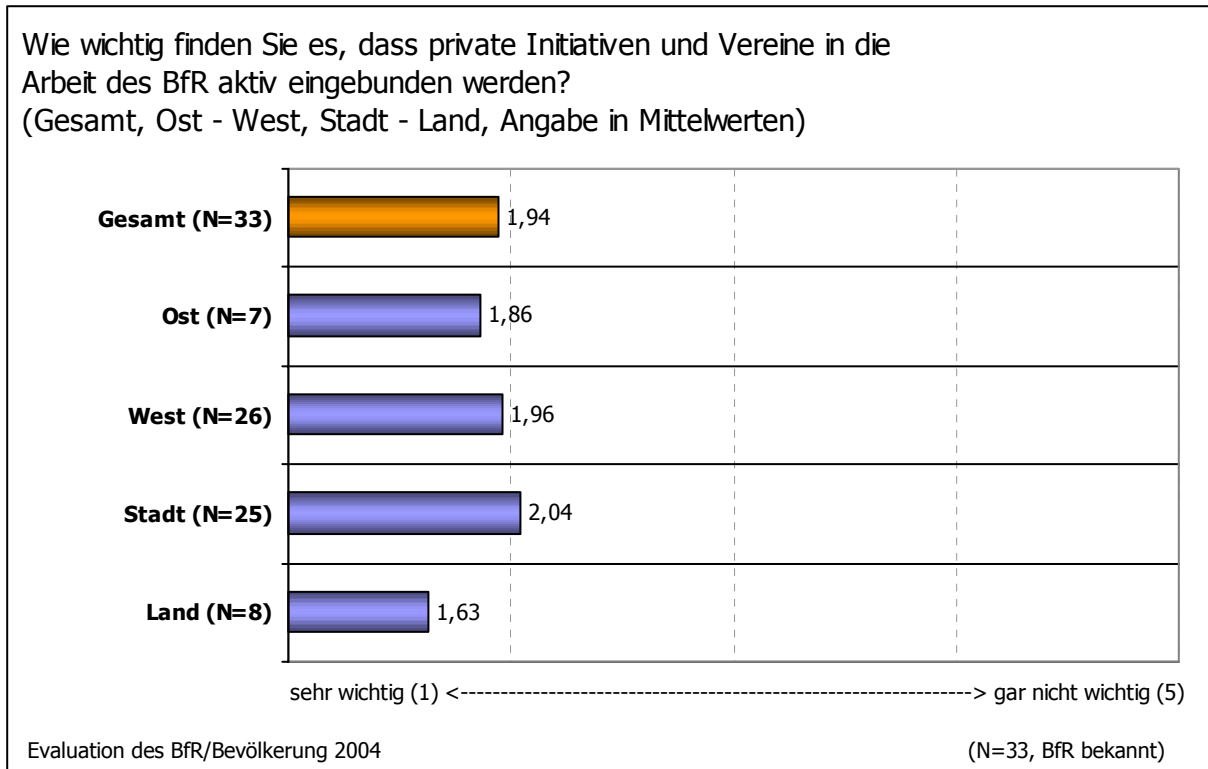




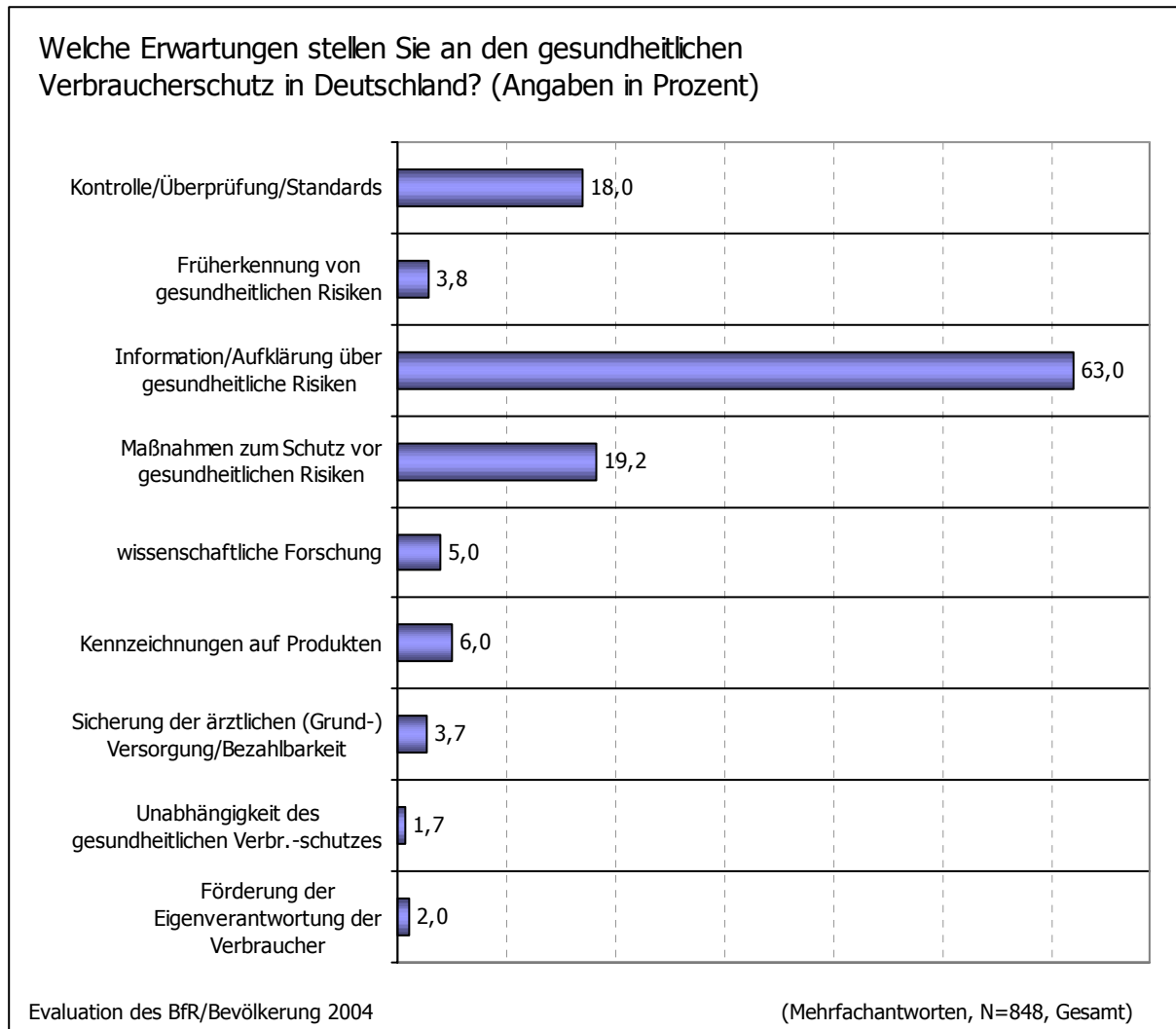
Abbildung 12: Einbindung privater Initiativen und Vereine in die Arbeit des BfR



**Frage 12:** Die Erwartungen an den gesundheitlichen Verbraucherschutz in Deutschland<sup>37</sup> spiegeln wider, dass sich die meisten Befragten mittelmäßig über gesundheitliche Verbraucherschutzrisiken informiert fühlen, denn über die Hälfte (63,0%) erwartet mehr Information und Aufklärung über gesundheitliche Risiken. Interpretiert man dieses Ergebnis in Richtung eines empfundenen Informations- und Aufklärungsdefizits im Bereich des gesundheitlichen Verbraucherschutzes, besteht hier eindeutig Handlungsbedarf. Erst in weitem Abstand folgen Nennungen wie Maßnahmen zum Schutz vor gesundheitlichen Risiken (19,2%) und stärkere Kontrollen bzw. Überprüfungen oder die Einführung von Standards (18,0%). (vgl. Abbildung 13)

<sup>37</sup> Vgl. Tabellenband Bevölkerung, Tabelle 11.

Abbildung 13: Erwartungen an den gesundheitlichen Verbraucherschutz



**Frage 13:** Eine weitere Zielgröße der Bevölkerungsumfrage stellte die Meinungsmessung zum gesundheitlichen Verbraucherschutz durch den Staat dar.<sup>38</sup> Auf einer Skala von 1 (stimme stark zu) bis 5 (lehne stark ab) konnten die Befragten ihre Zustimmung zu bestimmten Aussagen angeben. Dabei stimmten die Befragten vor allem der Aussage zu, der Staat solle für mehr wissenschaftlich gesicherte Maßnahmen im gesundheitlichen Verbraucherschutz sorgen, damit Verbraucher selbst eine Entscheidungsgrundlage hätten (Mittelwert 1,74)<sup>39</sup>. Die geringe Standardabweichung<sup>40</sup> von 0,81 zeigt, dass sich die Befragten bei dieser Aussage besonders einig sind. Zustimmung erhielten ebenfalls die Aussagen „ich finde der Staat sollte

<sup>38</sup> Vgl. Tabellenband Bevölkerung, Tabelle 12.

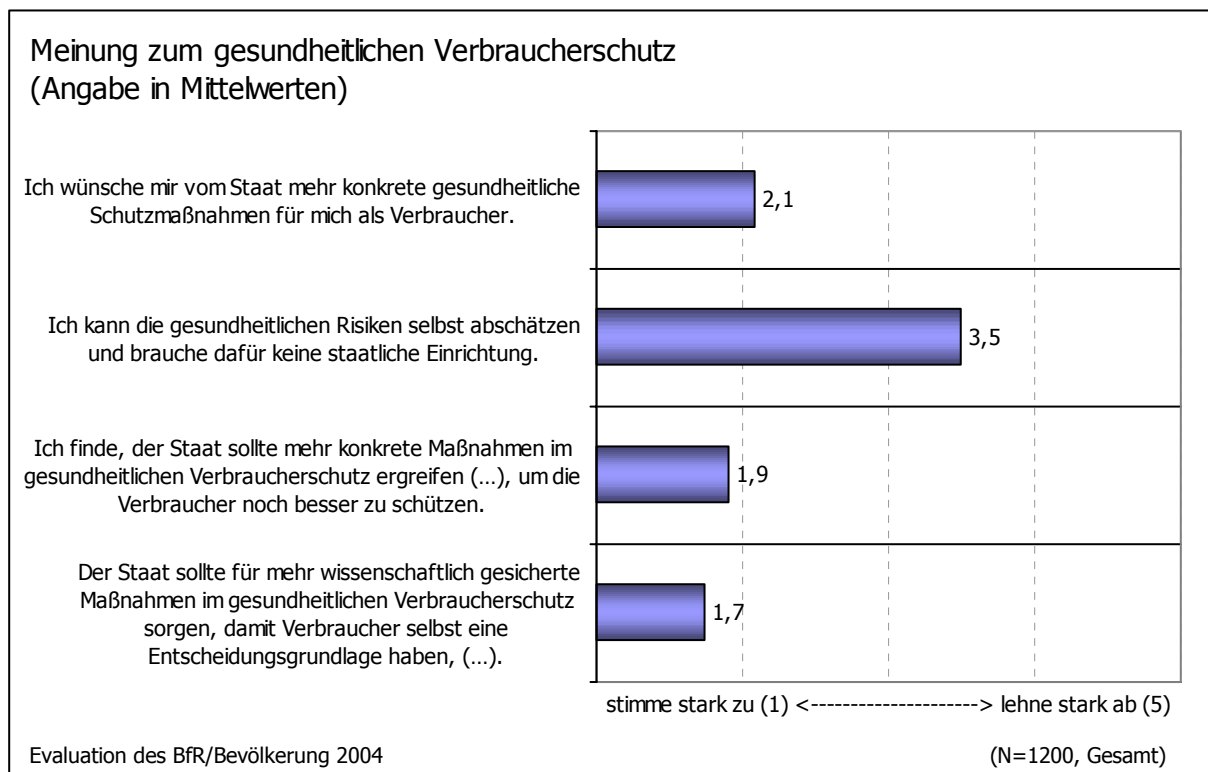
<sup>39</sup> Standardfehler des Mittelwertes = 0,023.

<sup>40</sup> Die Standardabweichung gibt an, in welchem Maße die Werte um einen Mittelwert streuen.

mehr konkrete Maßnahmen im gesundheitlichen Verbraucherschutz ergreifen (...), um die Verbraucher noch besser zu schützen“ (Mittelwert 1,91)<sup>41</sup> und „ich wünsche mir vom Staat mehr konkrete gesundheitliche Schutzmaßnahmen für mich als Verbraucher“ (Mittelwert 2,08)<sup>42</sup>. Analog dazu lehnten die Befragten die Aussage ab, die gesundheitlichen Risiken selbst einschätzen zu können und dafür keine staatliche Einrichtung zu brauchen (Mittelwert 3,49)<sup>43</sup>. (vgl. Abbildung 14a und 14b)

Aus diesen vier Aussagen ließen sich zwei Faktoren extrahieren: zum einen der Faktor „mehr staatliche Maßnahmen“ und zum anderen „keine staatliche Hilfe erwünscht“.<sup>44</sup> Des Weiteren konnten mittels Clusteranalyse und auf Basis dieser Faktoren zwei Gruppen gebildet werden. Demnach gehört die Mehrheit der Befragten (64,8%) zur Gruppe der „Differenzierenden“, die sich die Einschätzung von gesundheitlichen Risiken nicht zutraut und dafür die Hilfe vom Staat wünscht. Auf der anderen Seite meint die Gruppe der „Undifferenzierenden“ (35,2%) die gesundheitlichen Risiken zwar selbst abschätzen zu können, dennoch wird Hilfe vom Staat eingefordert.<sup>45</sup>

Abbildung 14a: Einstellung zum gesundheitlichen Verbraucherschutz durch den Staat



<sup>41</sup> Standardfehler des Mittelwertes = 0,029.

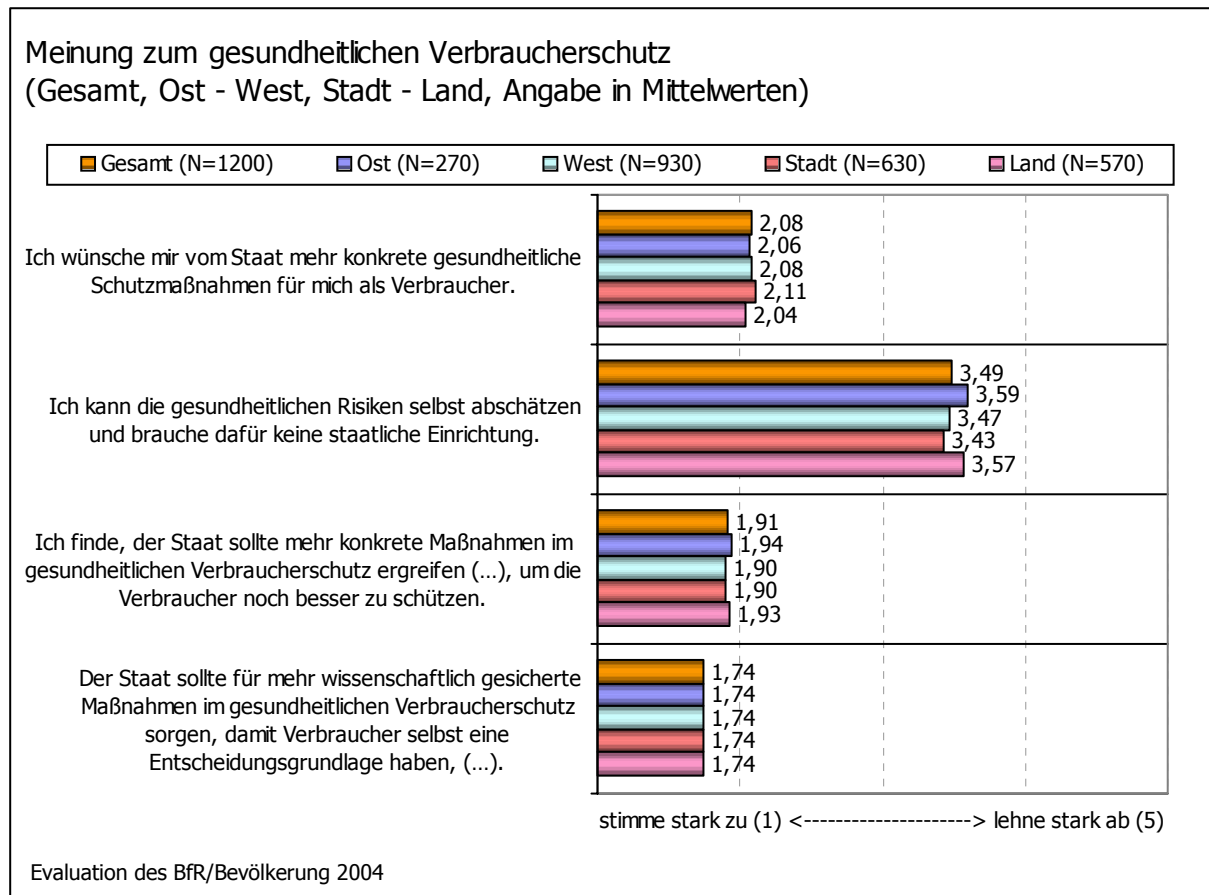
<sup>42</sup> Standardfehler des Mittelwertes = 0,030.

<sup>43</sup> Standardfehler des Mittelwertes = 0,033.

<sup>44</sup> Vgl. Tabellenband Bevölkerung, Tabelle 18a.

<sup>45</sup> Vgl. Tabellenband Bevölkerung, Tabelle 18b.

Abbildung 14b: Einstellung zum gesundheitlichen Verbraucherschutz durch den Staat



Wie die Clusteranalyse zeigte, wünscht sich die Mehrheit der Befragten Schutzmaßnahmen vom Staat. Um hier weitere Zusammenhänge aufzudecken, wurde eine Regressionschätzung mit ausgewählten Variablen des Fragebogens durchgeführt.<sup>46</sup> Daraus ließen sich folgende Hypothesen ableiten:

1. Je wichtiger jemandem der Schutz der eigenen Gesundheit durch den Staat ist, desto mehr Maßnahmen und Hilfe erwartet er vom Staat.
2. Je häufiger sich jemand über gesundheitliche Verbraucherrisiken informiert, desto mehr Maßnahmen und Hilfe erwartet er vom Staat.
3. Je eher jemand dazu bereit ist, sein Ernährungsverhalten aufgrund von gesundheitlichen Verbraucherrisiken zu ändern, desto positiver ist er gegenüber Maßnahmen vom Staat eingestellt und desto mehr Hilfe wünscht er sich.

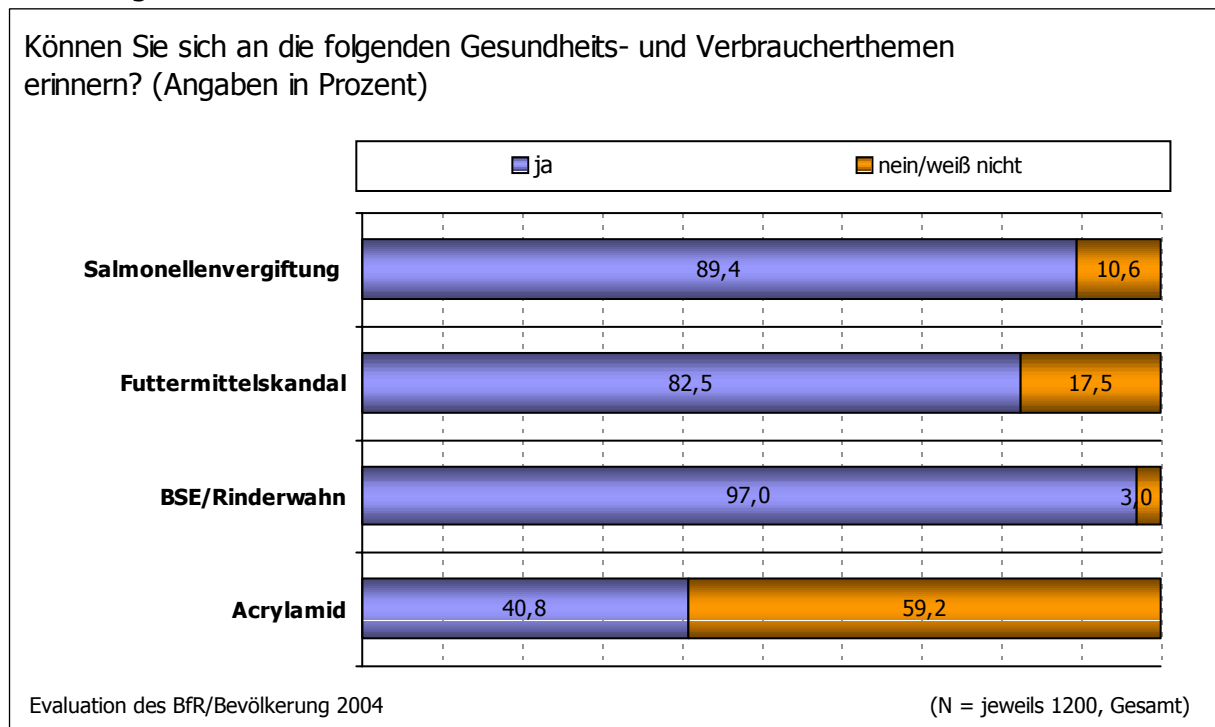
<sup>46</sup> Vgl. Tabellenband Bevölkerung, Tabelle 19.

4. Je mehr Hilfe und Maßnahmen sich Personen vom Staat erwarten, desto häufiger hatten diese in der Vergangenheit das Gefühl, dass der Staat bei gesundheitlichen Verbraucherrisiken nicht richtig gehandelt hat.
5. Vor allem Personen mit geringem Einkommen und einem geringen Politikwissen wünschen sich Hilfe vom Staat.
6. Je eher Personen zustimmen, dass der gesundheitliche Verbraucherschutz überwachen, verbieten, erkennen und informieren soll, desto eher wünschen diese sich, dass der Staat Hilfe und Maßnahmen anbietet.

Der Gegenstand eines weiteren Fragekomplexes beinhaltete die Untersuchung von ausgewählten Gesundheits- und Verbraucherthemen. Für die vorliegende Studie wurden die folgenden Themen gewählt: Salmonellenvergiftung, Futtermittelskandal, BSE/Rinderwahn und Acrylamid.

**Fragen 14a bis 14d:** Ein Vergleich der Bekanntheit dieser Verbraucherthemen zeigt, dass sich die meisten Befragten (97,0%) an die Problematik „BSE/Rinderwahn“ erinnern, gefolgt von den Themen Salmonellenvergiftung (89,4%) und Futtermittelskandal (82,5%). Am unbekanntesten waren dagegen Acrylamidbelastungen, an die sich weniger als die Hälfte der Befragten (40,8%) erinnern konnte.<sup>47</sup> (vgl. Abbildung 15)

Abbildung 15: Bekanntheit der Gesundheits- und Verbraucherthemen

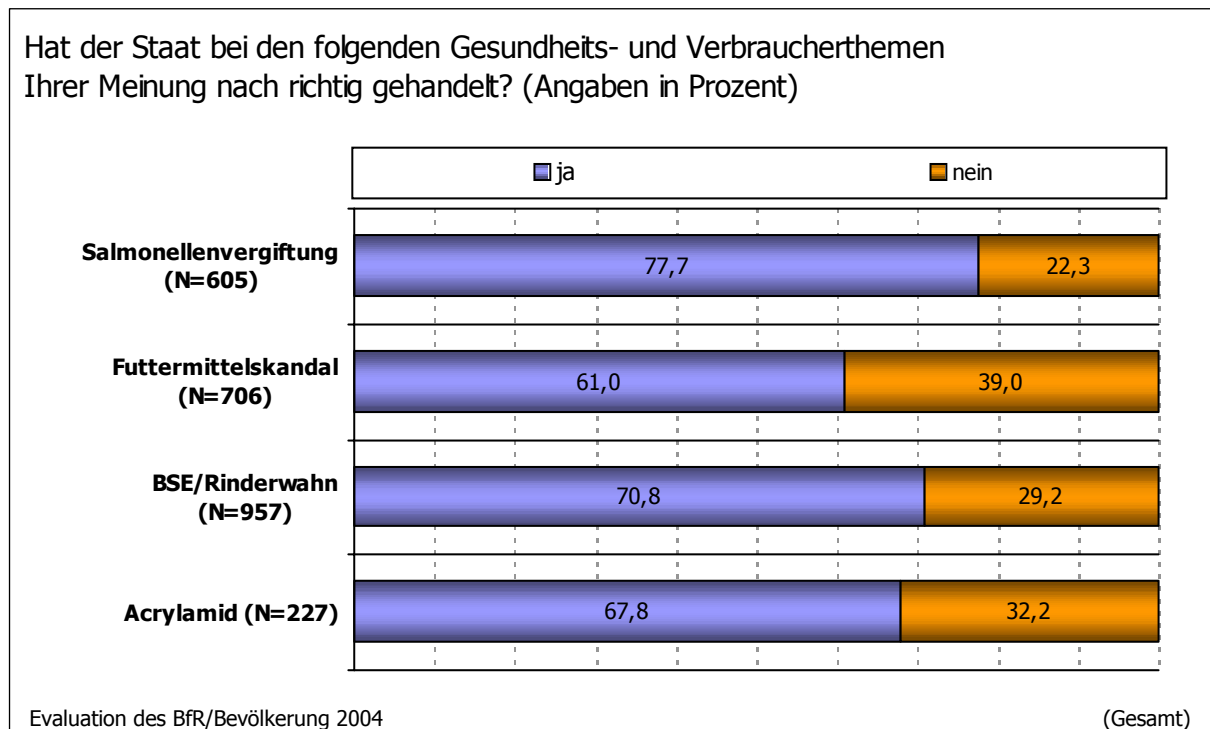


<sup>47</sup> Vgl. Tabellenband Bevölkerung, Tabellen 13a, 14a, 15a, 16a.

Nur wenn sich der Befragte an das jeweilige Gesundheits- und Verbraucherthema erinnern konnte, wurden weitere vertiefende Fragen gestellt.

**Fragen 15a bis 15d:** So meinte die Mehrheit der Befragten, dass der Staat bei jeder Thematik richtig gehandelt hätte (Salmonellen 77,7%; Futtermittel 61,0%; BSE 70,8%; Acrylamid 67,8%). Vergleicht man diese Werte miteinander, lässt sich Folgendes sagen: Am zufriedensten mit dem staatlichen Handeln waren die Befragten im Fall „Salmonellenvergiftung“, am wenigsten zufrieden bei der Thematik „Futtermittelskandal“.<sup>48</sup> (vgl. Abbildung 16)

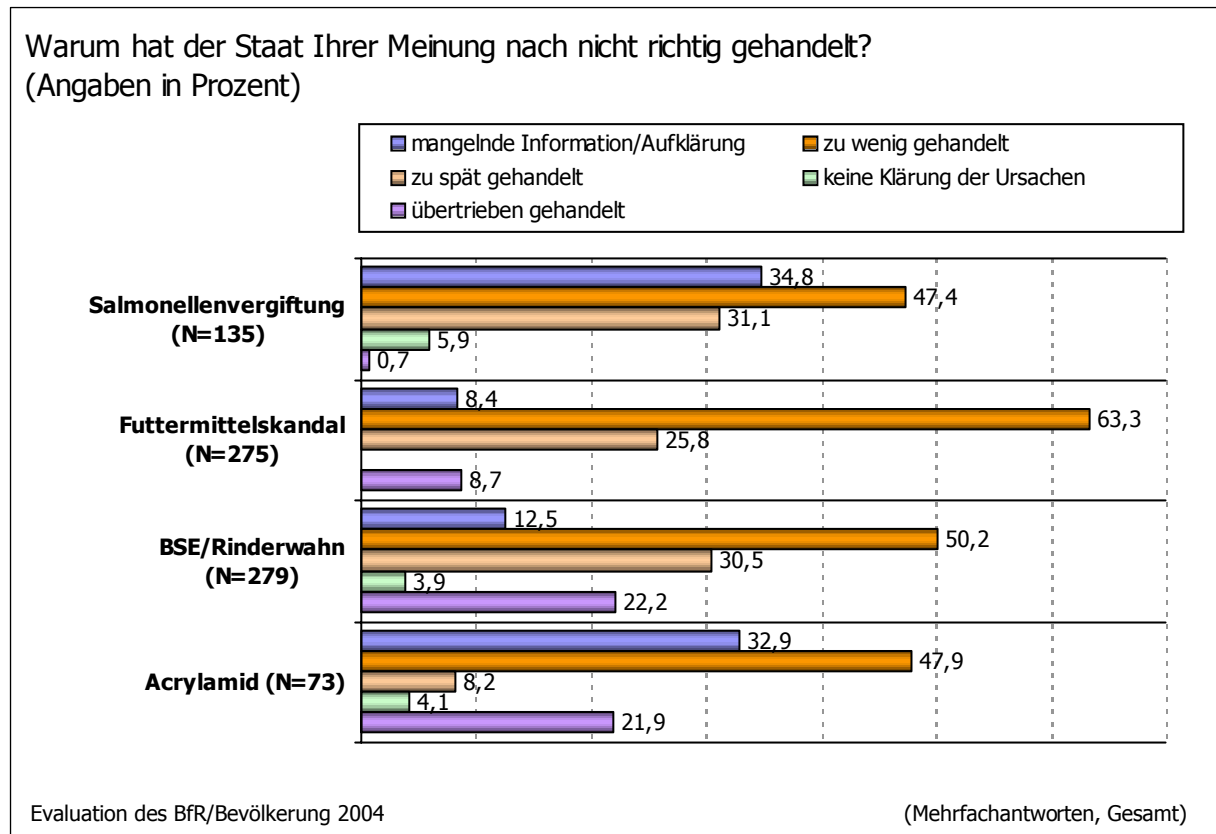
Abbildung 16: Beurteilung des staatlichen Handelns (ja/nein)



Diejenigen, die angaben, der Staat hätte nicht richtig gehandelt, wurden nach Gründen für diese Meinung gefragt. Dabei war der am häufigsten angegebene Grund bei allen Verbraucherthemen, dass der Staat zu wenig gehandelt hätte (Salmonellen 47,4%; Futtermittel 63,3%; BSE 50,2%; Acrylamid 47,9%). Mangelnde Aufklärung und Information wurden vor allem bei den Themen Salmonellenvergiftung (34,8%) und Acrylamid (32,9%) genannt. Dass der Staat zu spät reagiert und gehandelt hätte, wurde am wenigsten im Fall Acrylamid moniert. Einige Befragten kritisierten auch, dass der Staat übertrieben gehandelt hätte. Am häufigsten wurde dieses Argument bei BSE/Rinderwahn (22,2%) und Acrylamid (21,9%) genannt. (vgl. Abbildung 17)

<sup>48</sup> Vgl. Tabellenband Bevölkerung, Tabellen 13a, 14a, 15a, 16a.

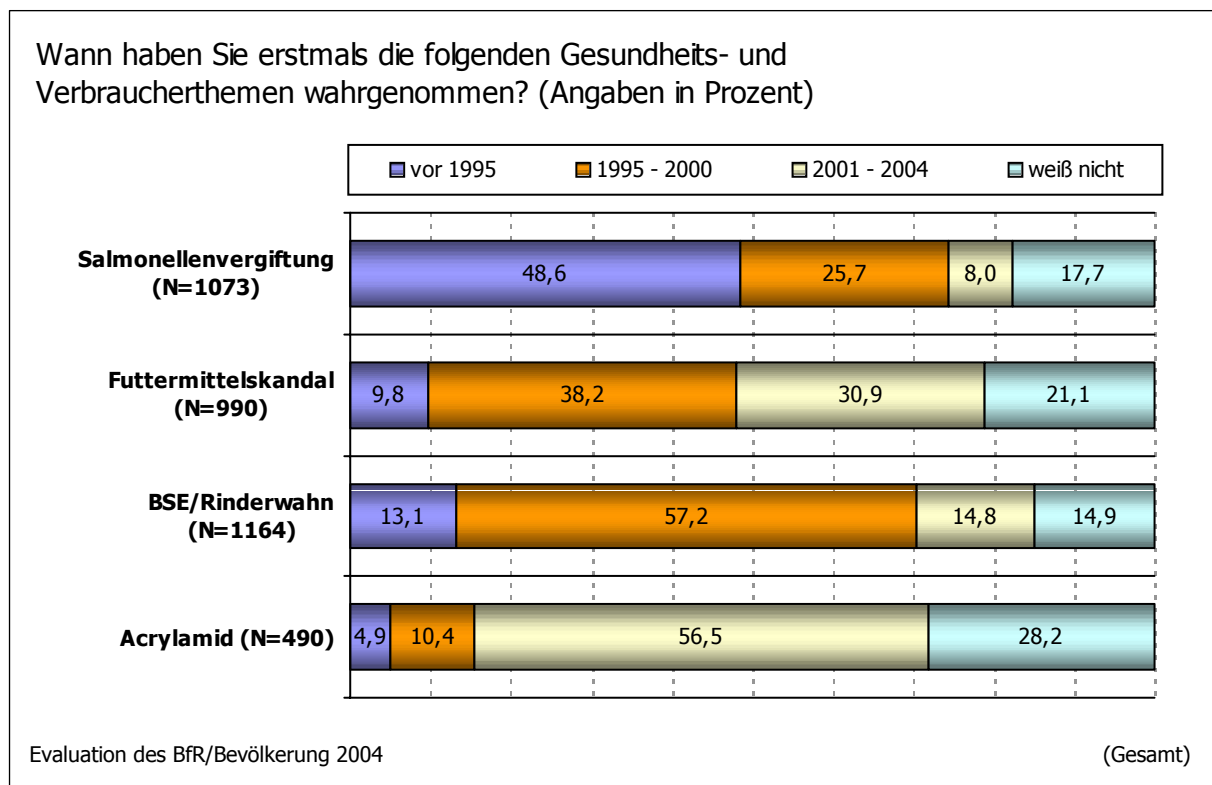
Abbildung 17: Beurteilung des staatlichen Handelns (Gründe)



**Fragen 16a bis 16d:** Auf die Frage hin, wann die Befragten erstmals eines der Verbraucherthemen wahrgenommen haben, antworteten die meisten bei Salmonellenvergiftung vor 1995 (48,6%). Die Themen Futtermittelskandal (38,2%) und BSE/Rinderwahn (57,2%) wurden vor allem von 1995 bis 2000 wahrgenommen. Am kürzesten liegt dagegen der Fall Acrylamidbelastung in der Erinnerung zurück. Hier gab über die Hälfte der Befragten (56,5%) den Zeitraum zwischen 2001 und 2004 an. Acrylamid ist zugleich das Thema, bei dem sich die meisten nicht an einen bestimmten Zeitraum erinnern konnten (28,2%).<sup>49</sup> (Abbildung 18)

<sup>49</sup> Vgl. Tabellenband Bevölkerung, Tabellen 13b, 14b, 15b, 16b.

Abbildung 18: Wahrnehmung der Gesundheits- und Verbraucherthemen



**Fragen 17a bis 17d:** In einer offenen bzw. ungestützten Frage wurde weiterhin gefragt, welche Auswirkung die verschiedenen Gesundheits- und Verbraucherthemen auf die menschliche Gesundheit haben.<sup>50</sup> So waren die meisten Befragten (40,6%) der Meinung, dass eine Salmonellenvergiftung tödlich sein kann oder lebenslange Folgeschäden bleiben können. Aber auch Magen-Darm-Störungen werden von einigen Befragten (28,4%) mit Salmonellen in Verbindung gebracht. Im Gegensatz zu diesen relativ konkreten Nennungen, wurden die Auswirkungen von belastetem Futtermittel kaum näher spezifiziert. Hier meinten die meisten Befragten (32,3%) man würde allgemein „krank sein“, gefolgt von der Äußerung, dass nicht näher spezifizierte Krankheiten von Tier zu Mensch übertragen werden (20,7%). Entsprechend des Bekanntheitsgrades und der einstigen Medienpräsenz des Themas BSE/Rinderwahn nannten hier die meisten Befragten Hirnschädigungen oder Kreuzfeld-Jacob (56,7%) als gesundheitliche Auswirkung auf den Menschen. Weitere Nennungen folgten erst in weitem Abstand. Ebenso einig sind sich die Befragten bei den Auswirkungen von Acrylamid auf den menschlichen Körper. Der Mehrheit (66,1%) der Befragten ist die vermutete krebserregende Wirkung dieses Stoffes bekannt. (vgl. Abbildung 19a bis 19d)

<sup>50</sup> Vgl. Tabellenband Bevölkerung, Tabellen 13b, 14b, 15b, 16b.



Abbildung 19a: Auswirkung auf die menschliche Gesundheit (Salmonellen)

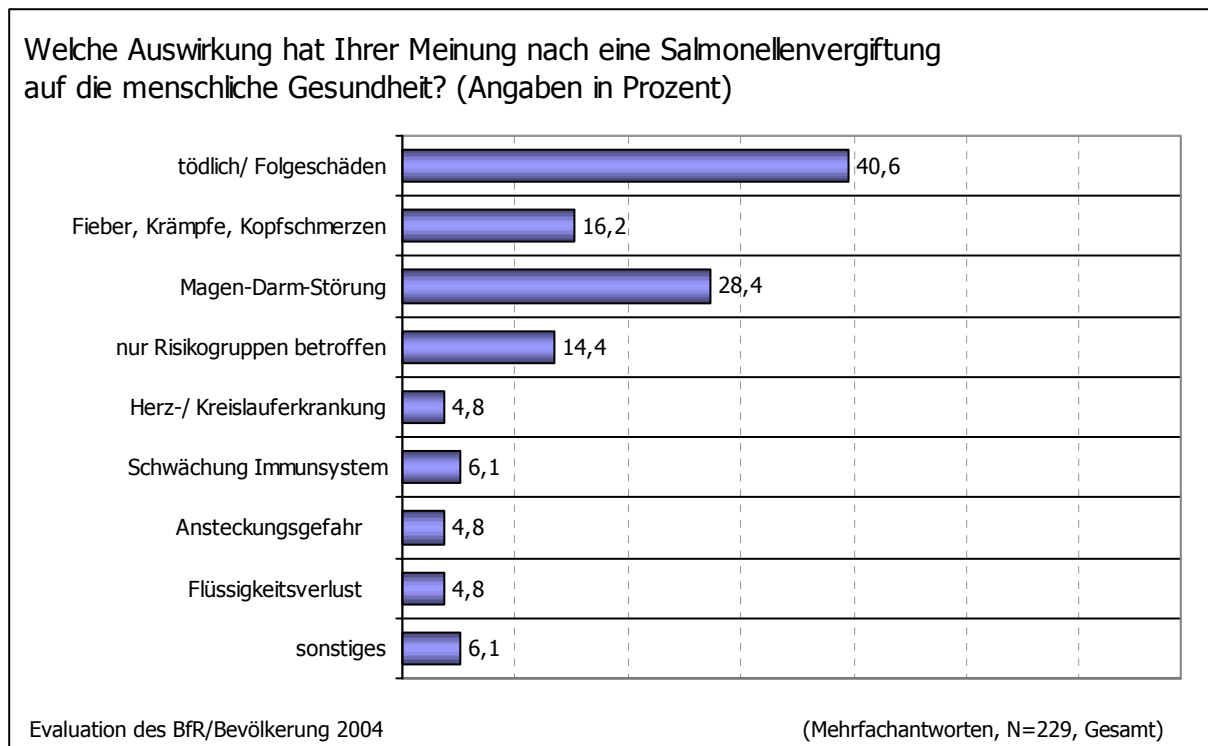


Abbildung 19b: Auswirkung auf die menschliche Gesundheit (Futtermittel)

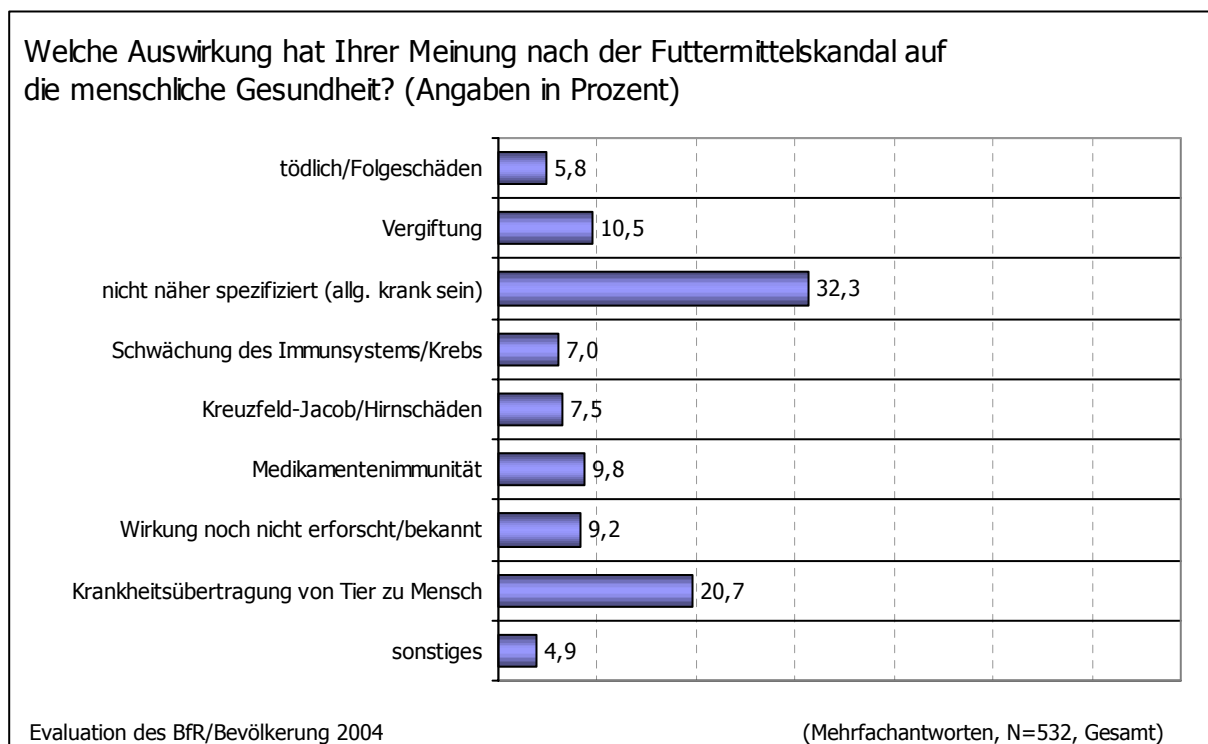


Abbildung 19c: Auswirkung auf die menschliche Gesundheit (BSE/Rinderwahn)

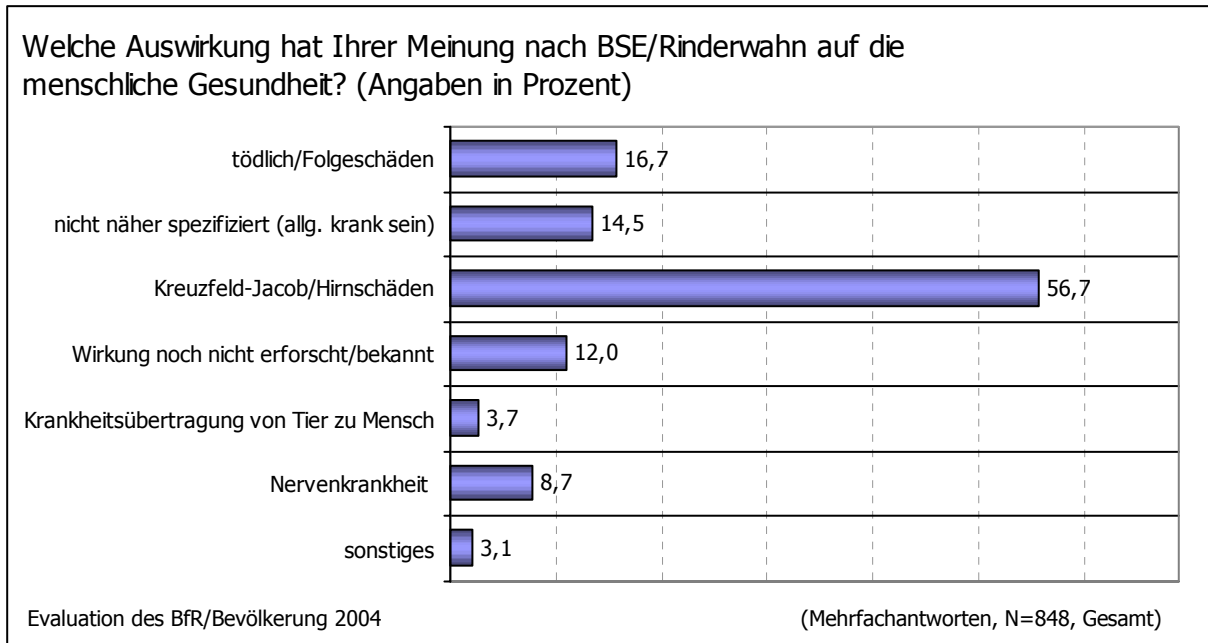
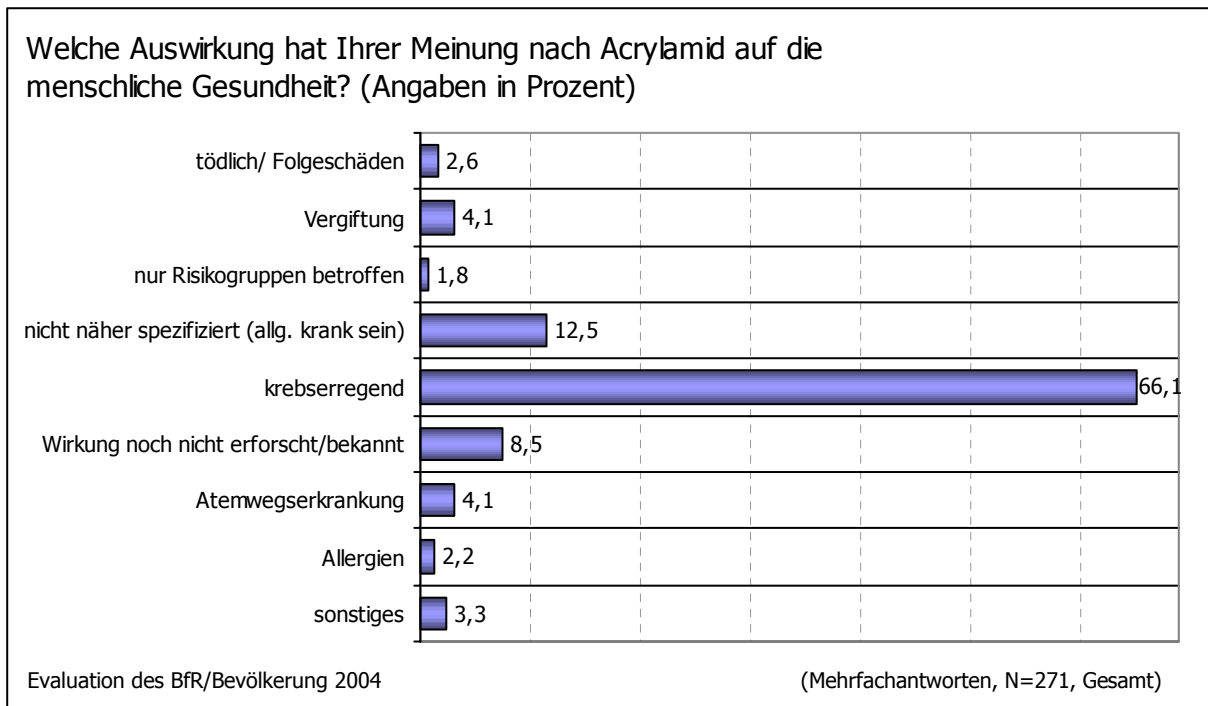
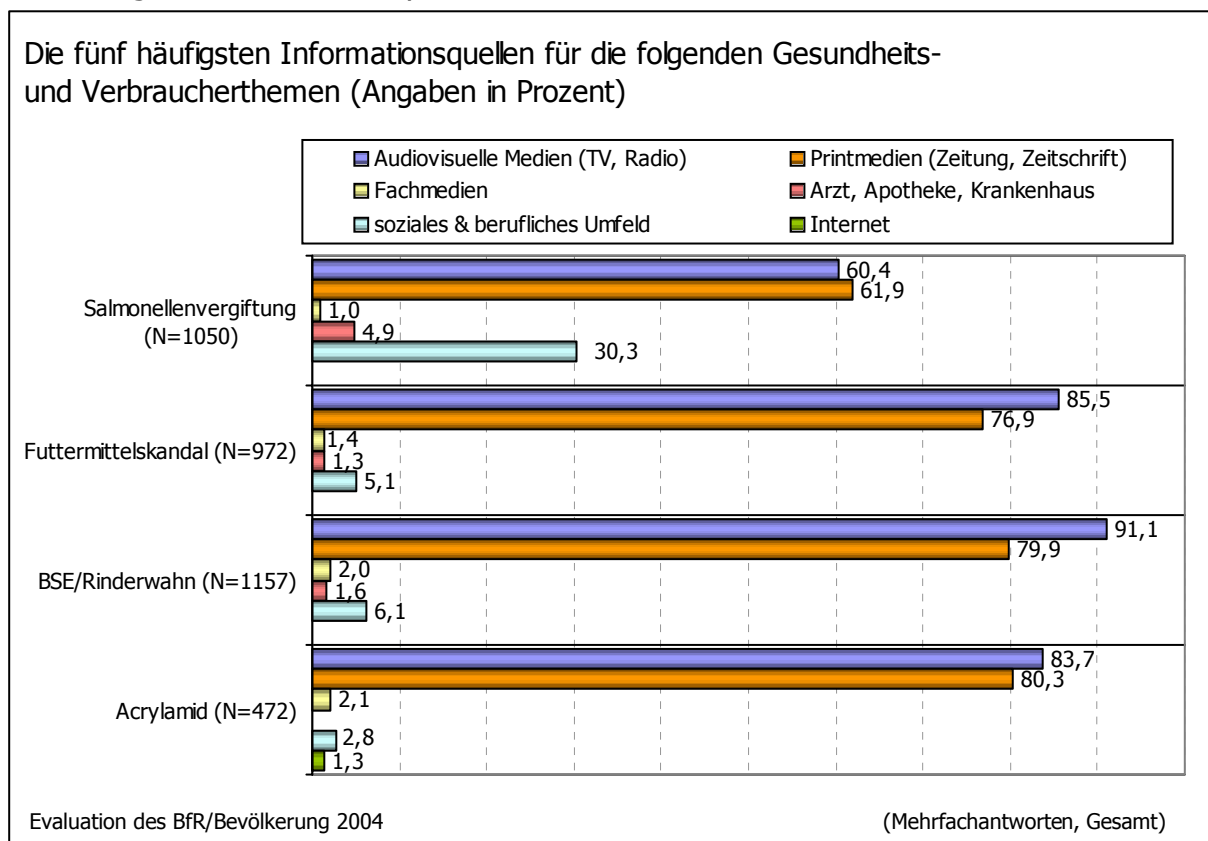


Abbildung 19d: Auswirkung auf die menschliche Gesundheit (Acrylamid)



**Fragen 18a bis 18d:** Fragt man nach, wo oder durch wen die Befragten von den genannten Gesundheits- und Verbraucherthemen erfahren haben,<sup>51</sup> dominieren in fast allen Fällen die audiovisuellen Medien vor den Printmedien. Nur beim Thema Salmonellen besitzen die Printmedien einen minimalen Vorsprung (audiovisuelle Medien: 60,4%; Printmedien: 61,9%). Weitere Informationsquellen wurden von den Befragten kaum genannt. Nur im Fall der Salmonellenvergiftung wurde im nennenswerten Umfang auf die Informationen aus dem sozialen und beruflichen Umfeld (30,3%) verwiesen. (vgl. Abbildung 20)

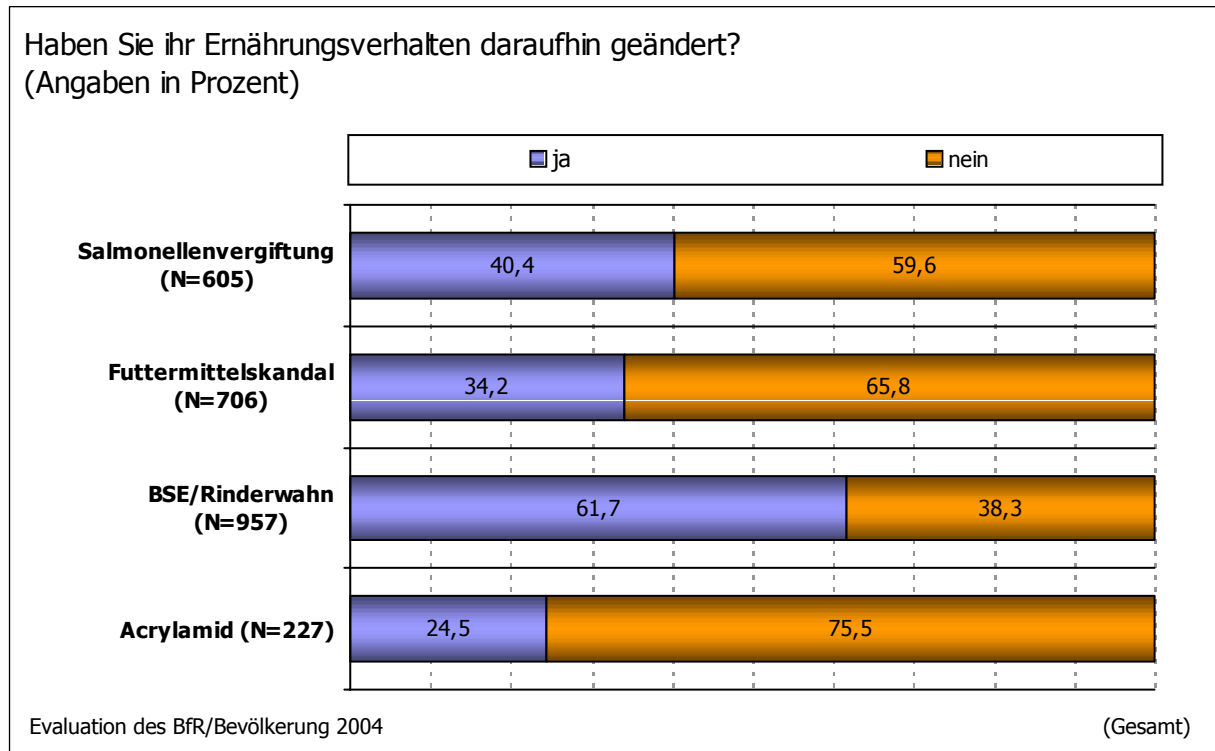
Abbildung 20: Informationsquellen über die Gesundheits- und Verbraucherthemen



<sup>51</sup> Vgl. Tabellenband Bevölkerung, Tabellen 13c, 14c, 15c, 16c.

**Fragen 19a bis 19d:** Am Ende des Themenkomplexes zu den verschiedenen Gesundheits- und Verbrauchertemen wurde schließlich gefragt, ob die Befragten ihr Ernährungsverhalten änderten.<sup>52</sup> Die Mehrheit der Befragten (61,7%) änderte dabei ihre Ernährungsgewohnheiten aufgrund der Problematik BSE/Rinderwahn. Im Fall Acrylamid änderten dagegen die wenigsten, d.h. ca. ein Viertel (24,5%), ihre Ernährung. (vgl. Abbildung 21)

Abbildung 21: Veränderung des Ernährungsverhaltens (ja/nein)



Bei der Thematik BSE/Rinderwahn verzichteten die meisten auf die betroffenen Produkte (kurzfristig: 30,6%; langfristig: 31,1%), reduzierten ihren Konsum (28,1%) oder achteten mehr auf die Qualität und Herkunft der Produkte (23,4%). Im Gegensatz dazu veränderten die meisten Befragten bei den Themen Salmonellenvergiftung (32,7%) und Acrylamid (45,8%) ihr Kochverhalten. Jedoch verzichteten bei Acrylamidbelastungen (23,4%) mehr Befragte im Vergleich zur Salmonellenvergiftung (14,7%) langfristig auf belastete Produkte. Beim Thema Salmonellen (27,2%) wurde dagegen im Vergleich zu Acrylamid (12,5%) mehr auf die Herkunft und Qualität der Produkte geachtet. Am bedeutendsten ist dieser Aspekt bei der Thematik Futtermittelskandal, hier achteten die meisten (42,2%) auf Qualität und Herkunft der Produkte. (vgl. Abbildung 22a bis 22e)

<sup>52</sup> Vgl. Tabellenband Bevölkerung, Tabellen 13d, 14d, 15d, 16d.

Abbildung 22a: Veränderung des Ernährungsverhaltens (Vergleich)

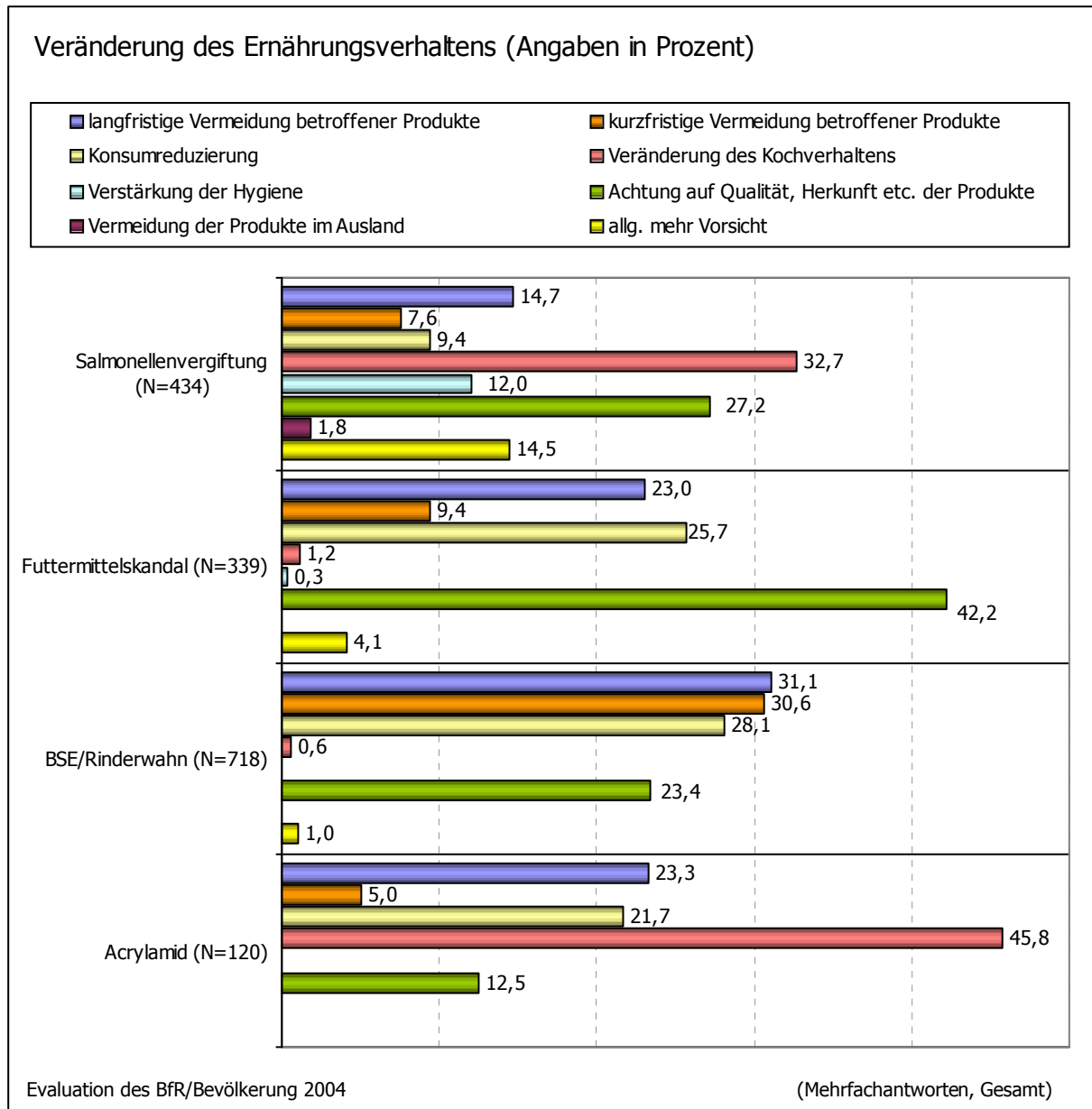


Abbildung 22b: Veränderung des Ernährungsverhaltens (Salmonellen)

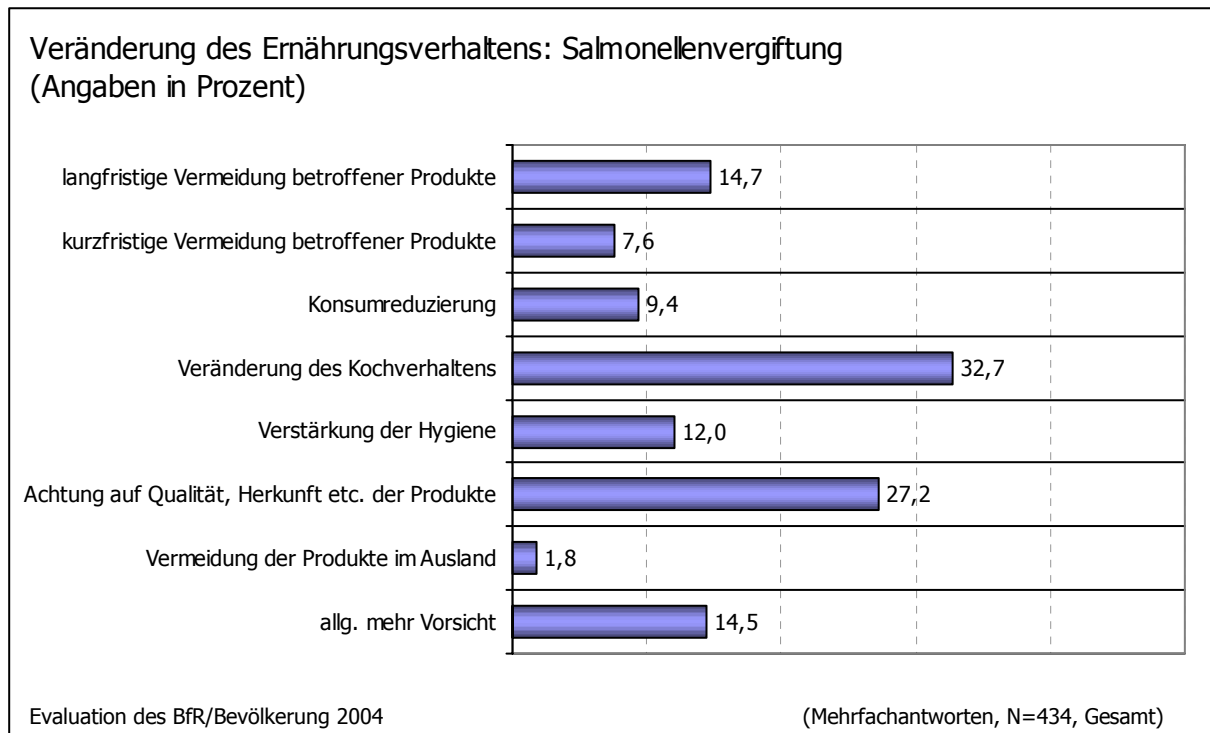


Abbildung 22c: Veränderung des Ernährungsverhaltens (Futtermittel)

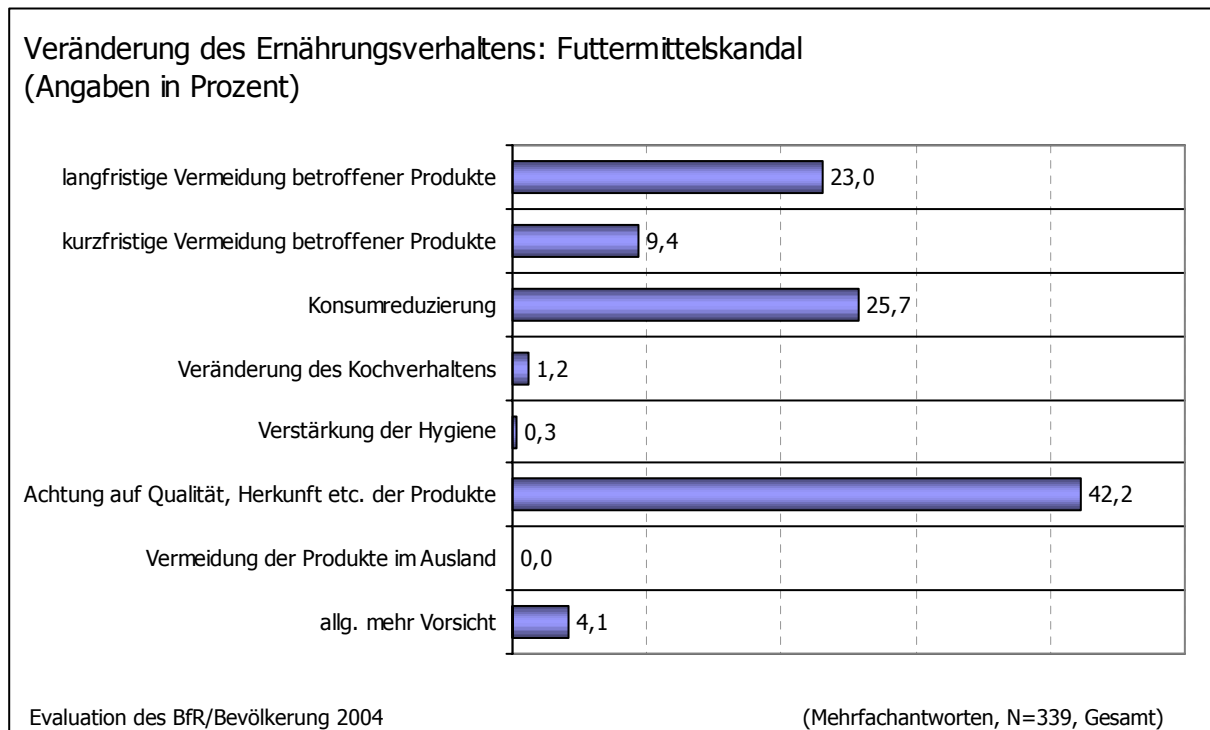


Abbildung 22d: Veränderung des Ernährungsverhaltens (BSE/Rinderwahn)

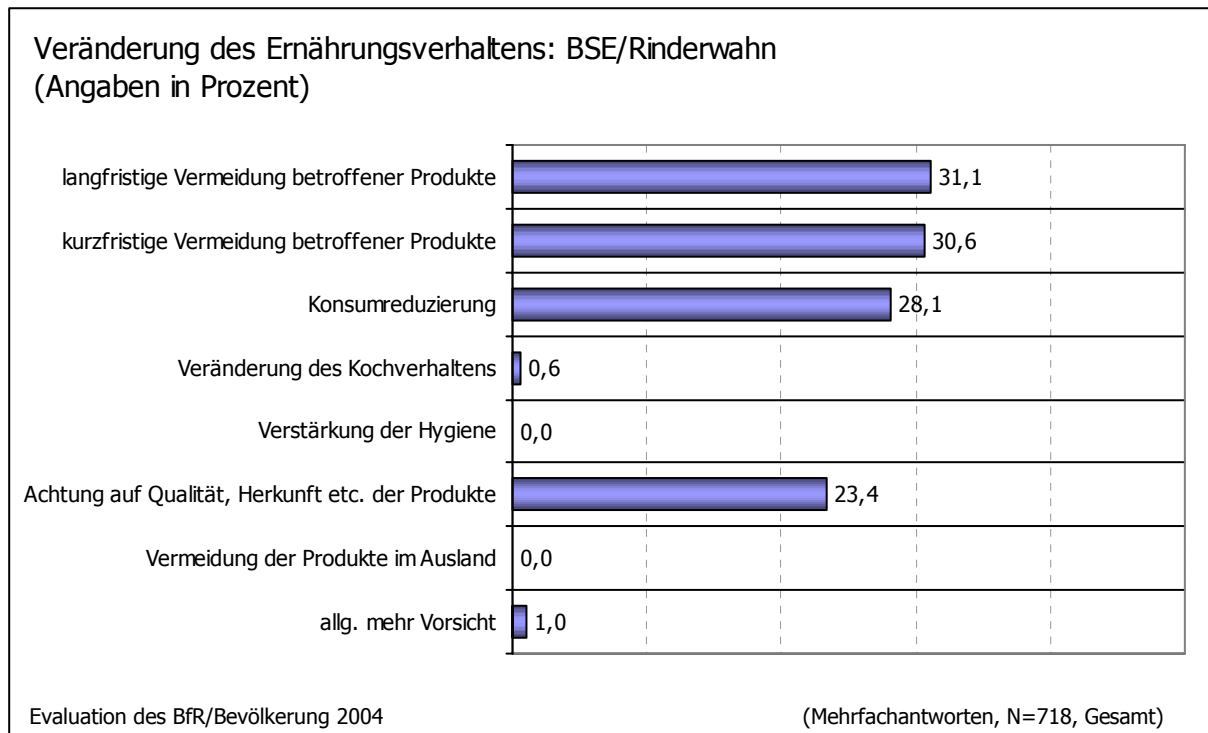
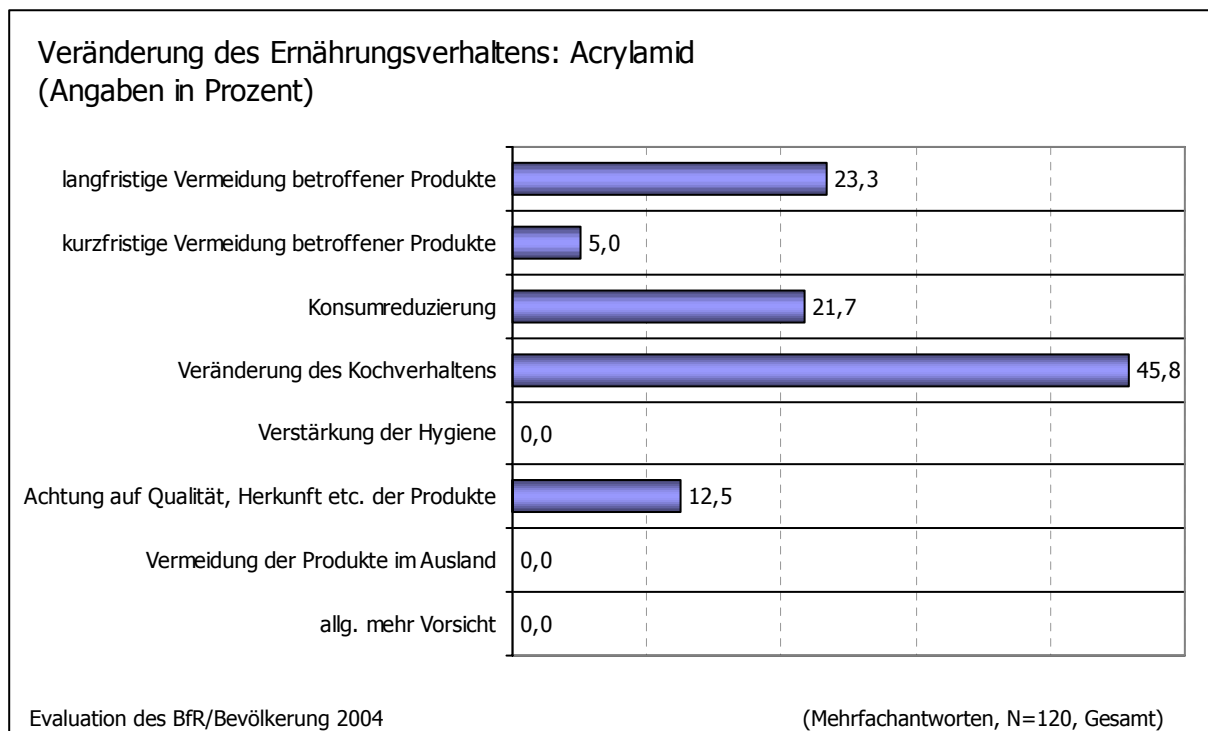


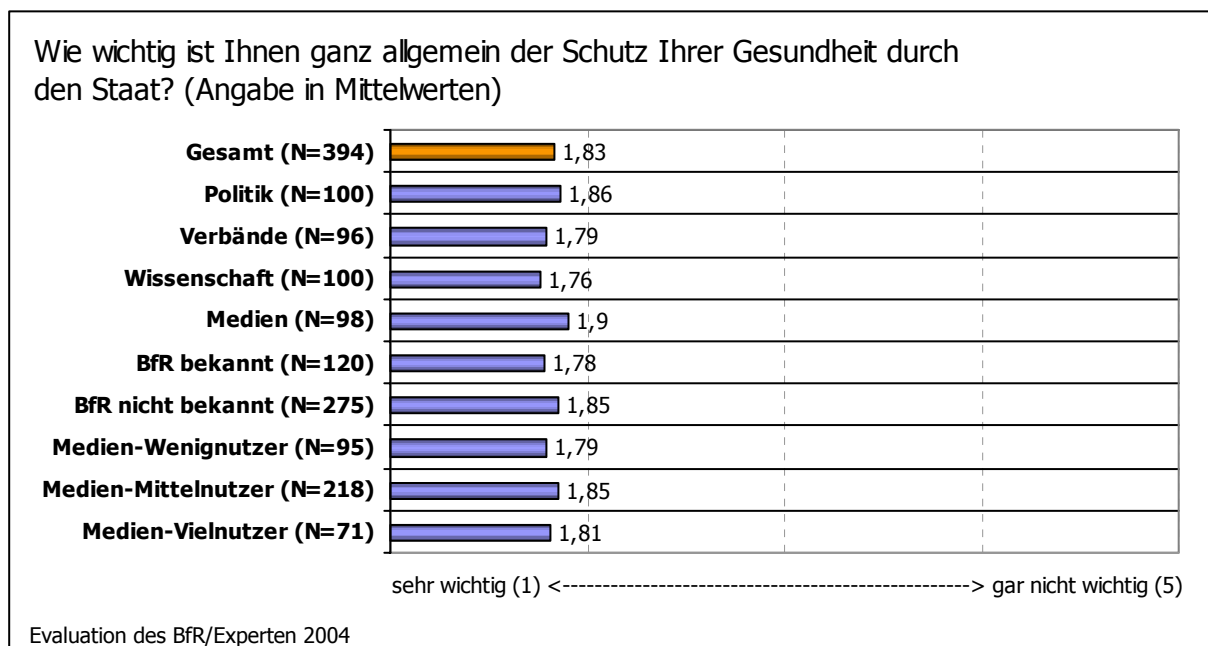
Abbildung 22e: Veränderung des Ernährungsverhaltens (Acrylamid)



## 2.2 Befragung Experten

**Frage 1:** Der Schutz der Gesundheit durch den Staat ist allen befragten Experten wichtig (Mittelwert 1,83 auf einer Skala von 1 – sehr wichtig bis 5 – gar nicht wichtig). Dabei ist den Experten aus den Bereichen Verbände (Mittelwert 1,79) und Wissenschaft (Mittelwert 1,76) der staatliche gesundheitliche Schutz tendenziell etwas wichtiger. Ebenso verhält es sich mit denjenigen, die das BfR kennen (Mittelwert 1,78).<sup>53</sup> (vgl. Abbildung 23)

Abbildung 23: Wichtigkeit des Schutzes der Gesundheit durch den Staat



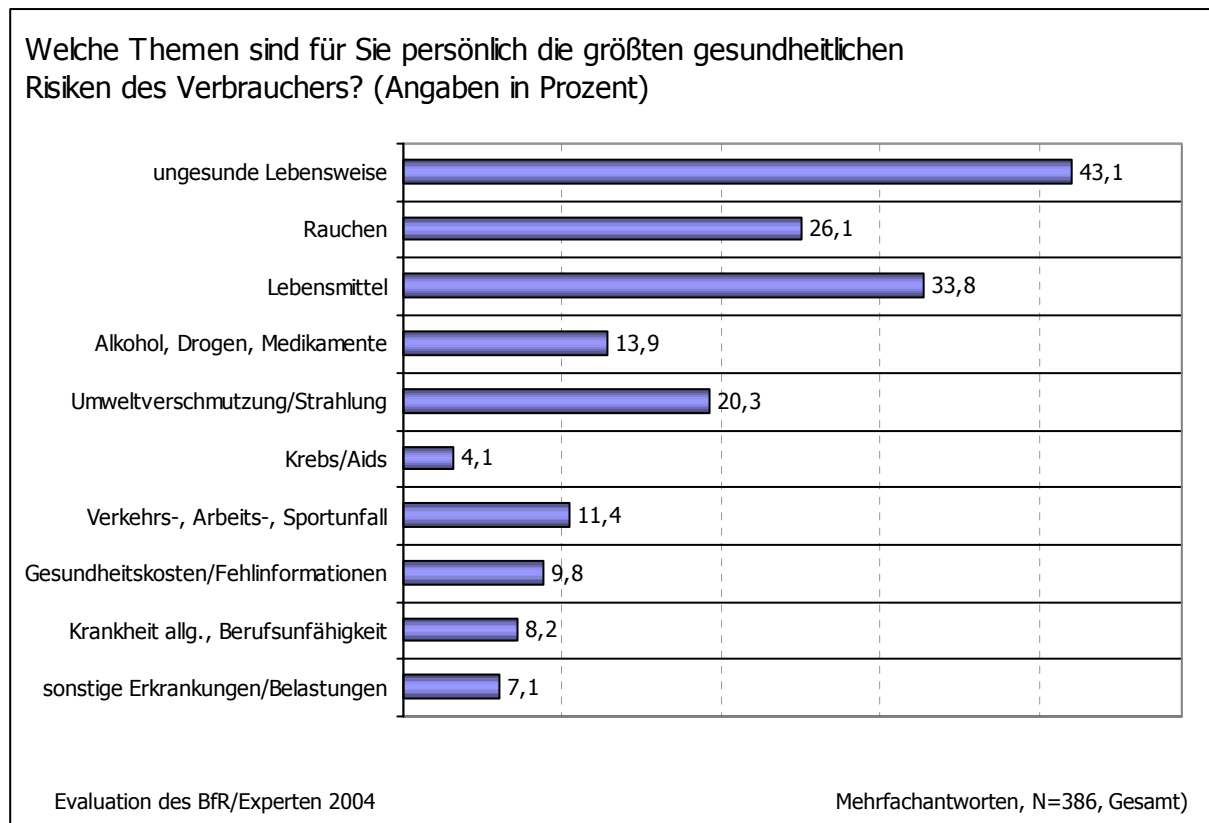
**Frage 2:** Die drei größten gesundheitlichen Risiken des Verbrauchers sind nach Meinung der Experten erstens eine ungesunde Lebensweise (31,1%), zweitens belastete, genmanipulierte oder verseuchte Lebensmittel sowie mangelnde Kontrollen und Kennzeichnungen (33,8%) und schließlich drittens das Rauchen (26,1%). Zwischen den verschiedenen Bereichen ergeben sich hier jedoch Unterschiede in der Rangfolge: Für Politiker steht nicht eine ungesunde Lebensweise an erster Stelle sondern der Aspekt Lebensmittel. Im Gegensatz dazu rangiert bei Medienvertretern die Problematik Lebensmittel auf Platz drei der größten gesundheitlichen Risiken. Weitere differenzierte Betrachtungen zeigen, dass eine ungesunde Lebensweise vor allem von Medienvertretern (51,9%) und Wissenschaftlern (44,9%) betont wird.

<sup>53</sup> Vgl. Tabellenband Experten, Tabelle 1.



Weiterhin weisen vor allem Wissenschaftler auf Umweltverschmutzung und (UV-) Strahlung (24,5%) und Medien-Experten auf die Gefahren des Rauchens (32,1%) hin.<sup>54</sup> (vgl. Abbildung 24)

Abbildung 24: Die größten gesundheitlichen Risiken des Verbrauchers

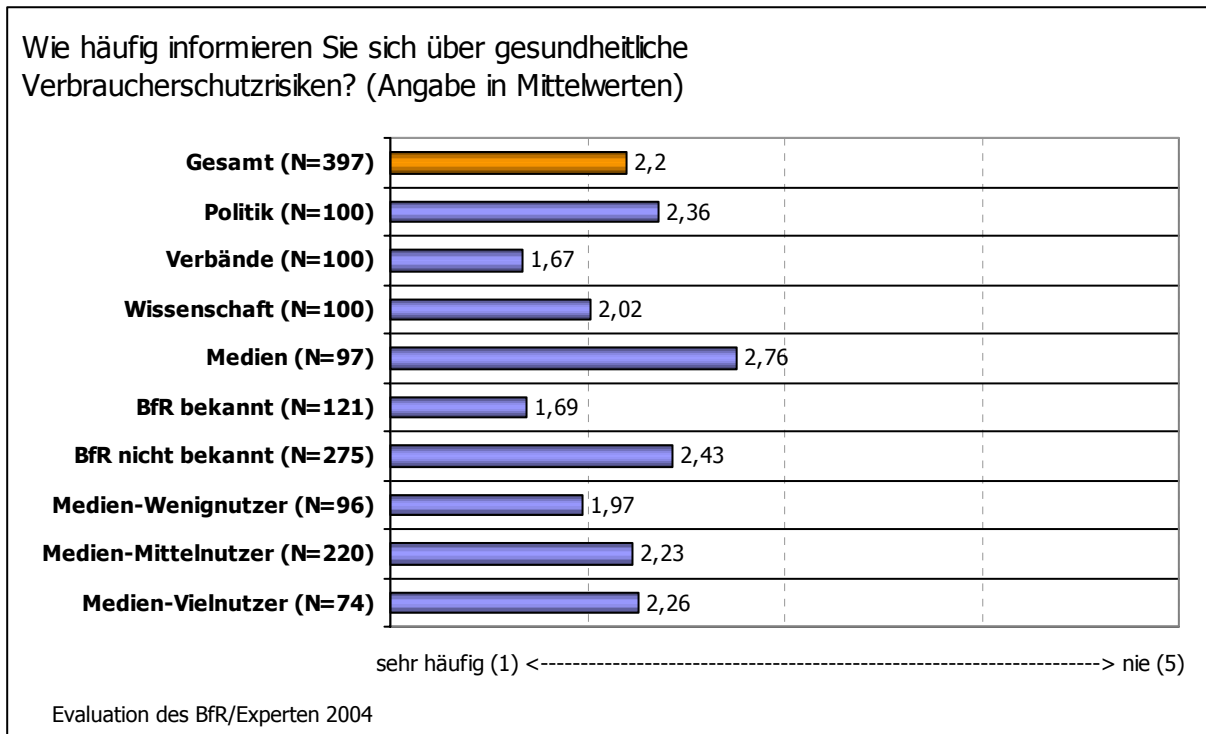


**Frage 3:** Größere Unterschiede gibt es bei der Frage, wie häufig sich die Experten über gesundheitliche Verbraucherschutzrisiken informieren. Hier ergibt sich für die Experten insgesamt ein Mittelwert von 2,20 auf einer Skala von 1 (sehr häufig) bis 5 (nie). Demzufolge informieren sich die Experten eher weniger häufig über solche Themen. Differenziert man die Ergebnisse jedoch nach Bereichen, ergibt sich folgendes Bild: Am wenigsten informieren sich die Medien-Experten (Mittelwert 2,76), gefolgt von Politikern (Mittelwert 2,36) und Wissenschaftlern (Mittelwert 2,02). Am häufigsten werden Informationen zu gesundheitlichen Verbraucherschutzrisiken von Verbänden eingeholt (Mittelwert 1,67). Auch diejenigen, die das BfR kennen, informieren sich tendenziell häufiger zu diesem Thema (Mittelwert 1,69).<sup>55</sup> (vgl. Abbildung 25)

<sup>54</sup> Vgl. Tabellenband Experten, Tabelle 2; die Kategorisierung der Nennungen erfolgte analog zur Bevölkerungsumfrage, allerdings kommen "Gesundheitskosten/Fehlinformationen" hinzu und "Herz-/Kreislaufkrankungen" sind aufgrund der wenigen Nennungen den "sonstigen Erkrankungen und Belastungen" zugeordnet.

<sup>55</sup> Vgl. Tabellenband Experten, Tabelle 1.

Abbildung 25: Informationshäufigkeit übergesundheitliche Verbraucherschutzrisiken



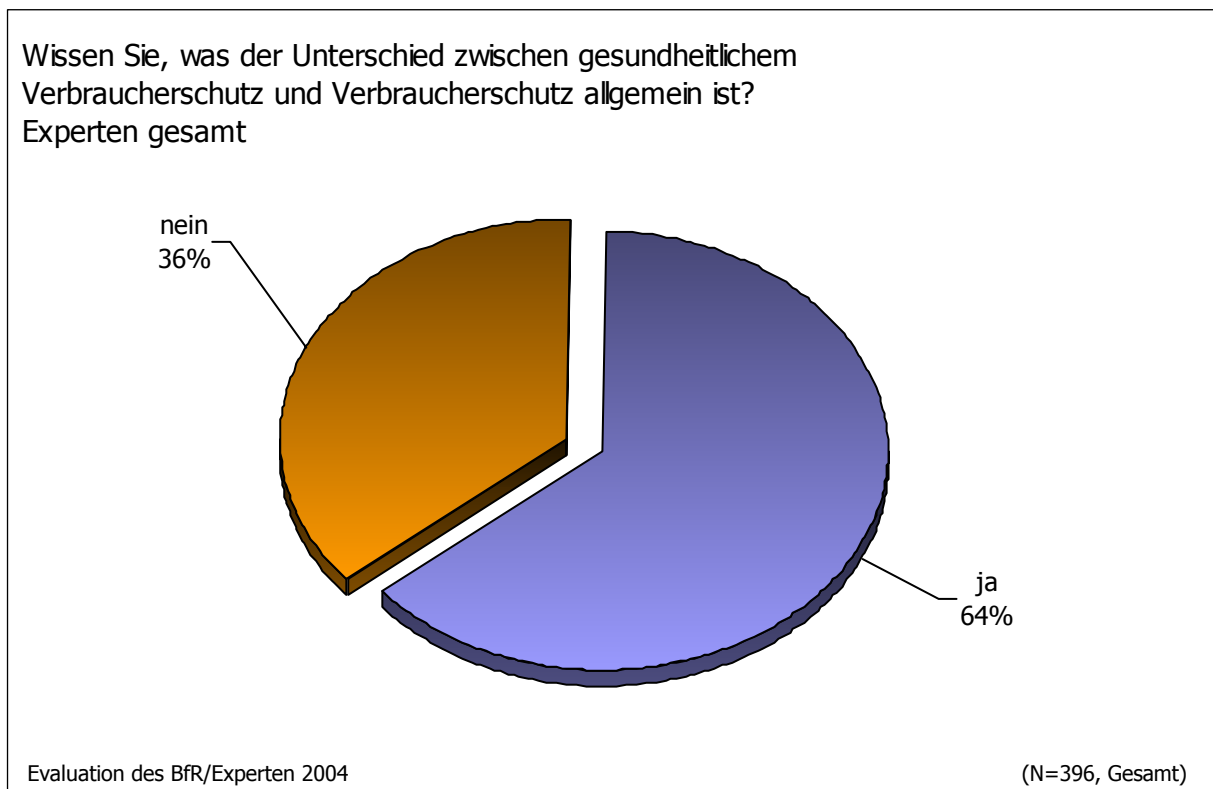
**Frage 4:** Die Mehrheit der Experten (63,6%) gibt an, den Unterschied zwischen gesundheitlichem Verbraucherschutz und Verbraucherschutz allgemein zu kennen. Vor allem Vertreter der Bereiche Verbände (77,0%) und Wissenschaft (69,0%) kennen diesen Unterschied. Am schlechtesten schnitt der Bereich Medien ab, hier gab knapp über die Hälfte der Befragten (53,1%) an, diesen Unterschied nicht zu kennen. Die wenigsten „Nicht-Kenner“ (14,8%) gab es unter denjenigen, denen das Bundesinstitut für Risikobewertung bekannt ist.<sup>56</sup> (vgl. Abbildung 26a)

Um wie bei der Bevölkerungsumfrage die Aussagen derjenigen, die den Unterschied kennen, näher zu betrachten, wurde hier nachträglich eine Einteilung in undifferenzierte und differenzierte Unterschiedserklärungen vorgenommen. Hier zeigt sich, dass die meisten eher undifferenzierte Erklärungen (38,6%) formulierten, d.h. der Unterschied allein vom Namen abgeleitet wurde. Ein Viertel der befragten Experten nannte differenzierte Unterschiede, die zur Quantifizierung in sechs Kategorien

<sup>56</sup> Vgl. Tabellenband Experten, Tabelle 3.

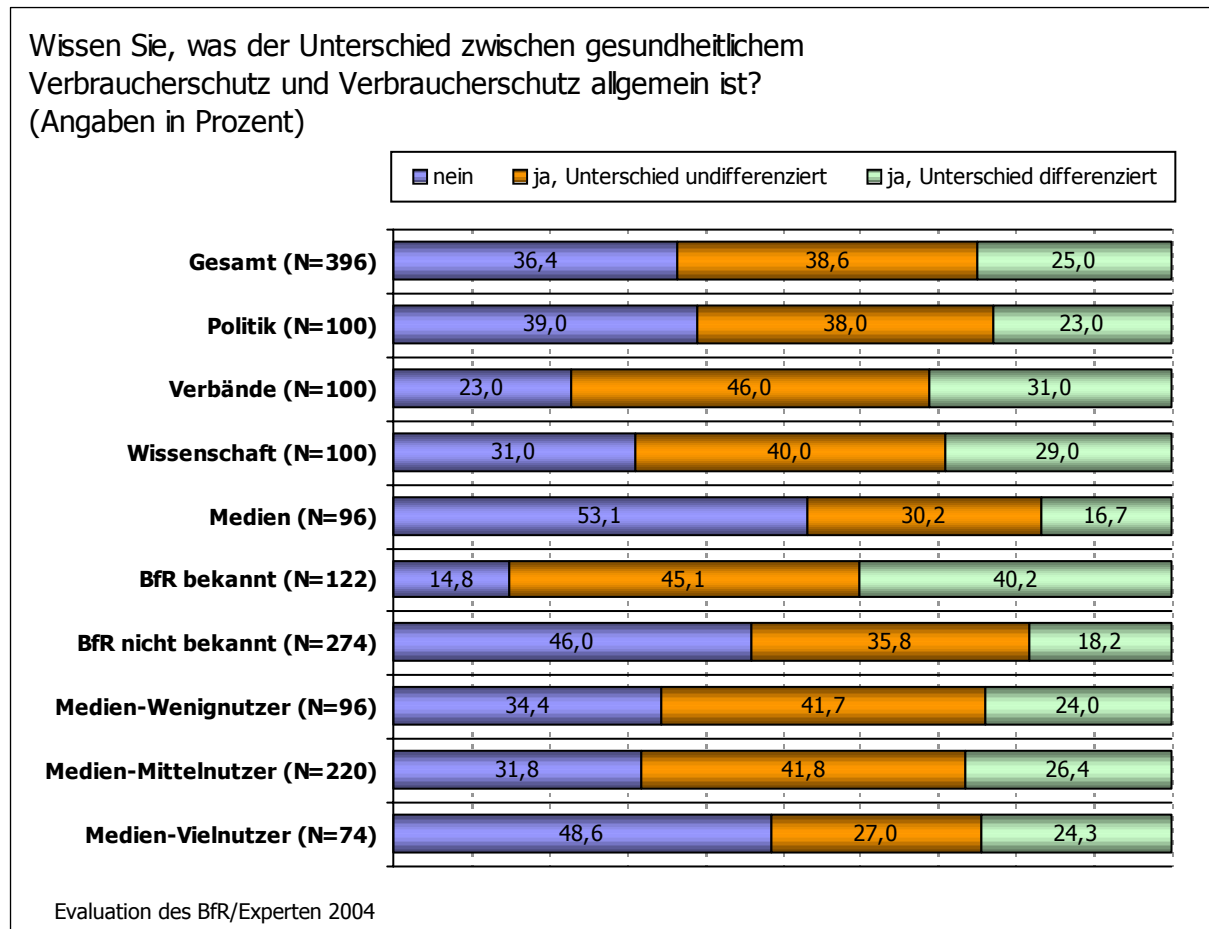
zusammengefasst wurden.<sup>57</sup> So waren die meisten Experten (39,6%) der Ansicht, der gesundheitliche Verbraucherschutz „...kümmert sich um Lebensmittelsicherheit...“, „... dreht sich um (...) die Kontrolle von Lebensmittelsicherheit...“ oder umfasst die „... Zulassung von Arzneimitteln bis Lebensmittelkontrollen...“. Derartige Äußerungen wurden schließlich in der Kategorie „Kontrolle und Sicherheit von Medikamenten und Lebensmitteln“ zusammengefasst. Fast ebenso häufig (35,8%) waren die Experten der Meinung, dass der gesundheitliche Verbraucherschutz die gesundheitlichen Risiken für den Verbraucher ausschließen, die „...Abwendung von Gefahren auf die Gesundheit...“ beinhaltet oder sich auf Gesundheitsrisiken richten würde. Diese Äußerungen wurden unter der Kategorie „Prävention und Abwehr von gesundheitlichen Risiken“ subsumiert. (vgl. Abbildung 26b)

Abbildung 26a: Abgrenzung des gesundheitlichen Verbraucherschutzes



<sup>57</sup> Differenzierte Unterschiedskategorien, die das Verständnis von gesundheitlichem Verbraucherschutz repräsentieren: 1) Kontrolle und Sicherheit von Medikamenten/Lebensmitteln, 2) Aufklärung und Information über Gesundheitsthemen, 3) Prävention und Abwehr von gesundheitlichen Risiken, 4) gesunde Lebensführung und Ernährung, 5) Krankenkasse/Versicherung/ärztliche Versorgung, 6) Sonstiges (Arbeitsschutz, Umwelt, wissenschaftliche Forschung).

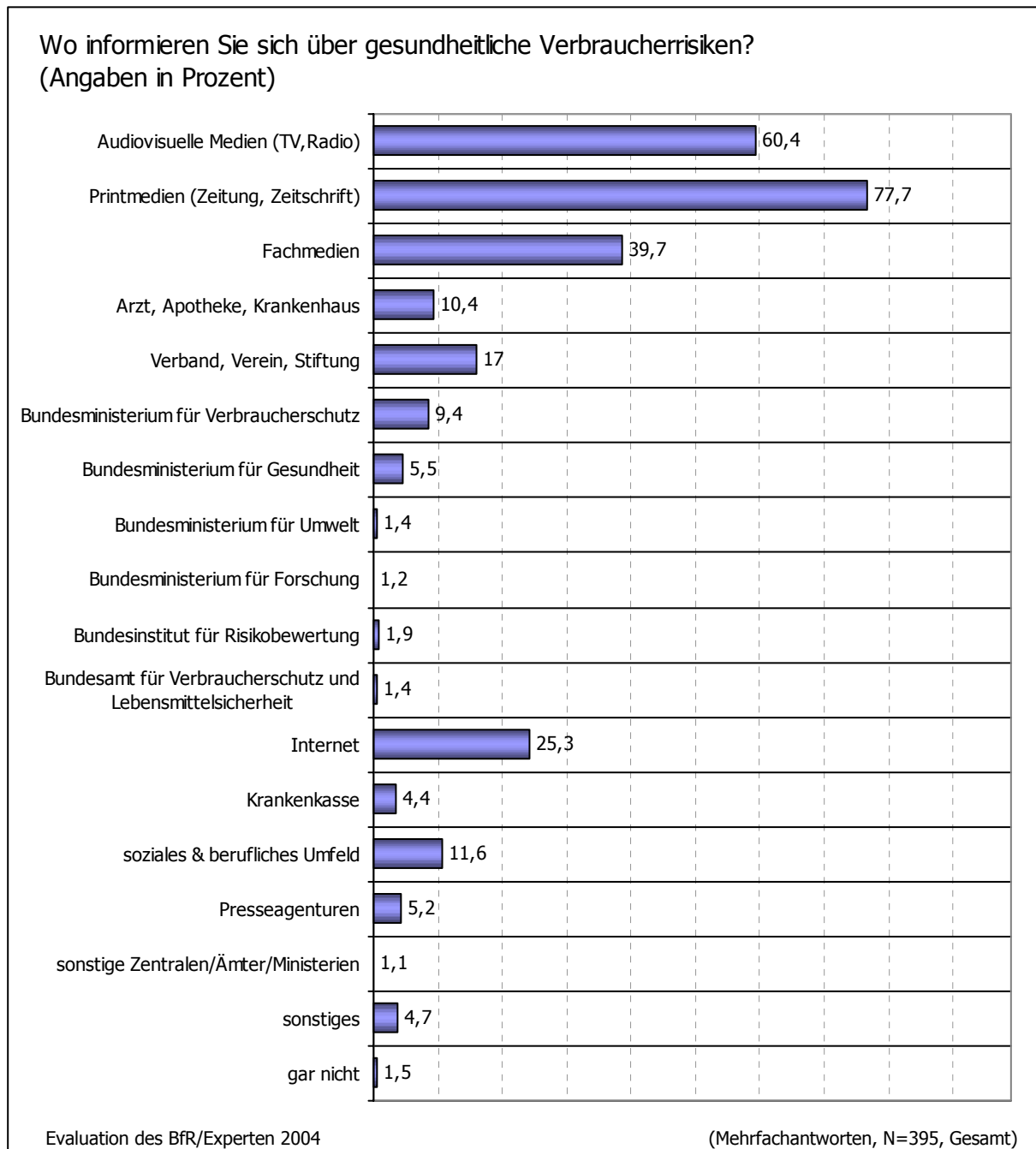
Abbildung 26b: Abgrenzung des gesundheitlichen Verbraucherschutzes



**Frage 5:** Die Informationsquellen der Experten sind in erster Linie die Massenmedien, wobei hier die Printmedien (77,7%) vor den audiovisuellen Medien (60,4%) liegen. Die dritthäufigste Informationsquelle bilden Fachmedien (39,7%), gefolgt von Internetinformationen (25,3%). Bundesstaatliche Einrichtungen wurden dagegen kaum genannt. So nutzen nur 9,4 Prozent der Experten das Bundesministerium für Verbraucherschutz und 5,5 Prozent das Bundesministerium für Gesundheit als Informationsquelle. Das Bundesinstitut für Risikobewertung gaben nur 1,9 Prozent der Befragten an. Erwartungsgemäß nutzen Medienvertreter im Vergleich zu den anderen Bereichen wesentlich häufiger Print- (72,2%) und audiovisuelle Medien (83,5%), das Internet (29,1%) und Pressemeldungen (15,2%). Fachmedien werden hier allerdings – wie von den Politikern – kaum genutzt. Die Bereiche Wissenschaft und Verbände bevorzugen vor allem Printmedien (Wissenschaft: 74,0%; Verbände: 75,6%) in Form von Zeitungen und Zeitschriften sowie Fachmedien (Wissenschaft: 51,0%; Verbände: 56,7%) und stützen sich auf Informationen aus dem sozialen und beruflichen Umfeld (Wissenschaft: 22,0%;

Verbände: 12,2%). Ein Blick auf die Mediennutzungsgruppen zeigt weiterhin, dass Wenignutzer vor allem Fachmedien (42,4%), Informationen der Krankenkasse (10,1%) und des sozialen und beruflichen Umfeldes (16,7%) bevorzugen. Interessanterweise nutzen Wenignutzer auch häufiger das BfR, um Informationen über den gesundheitlichen Verbraucherschutz zu erhalten. Im Gegensatz dazu neigen Medien-Vielnutzer häufiger dazu, die Bundesministerien für Verbraucherschutz, für Umwelt und für Forschung zu nutzen.<sup>58</sup> (vgl. Abbildung 27)

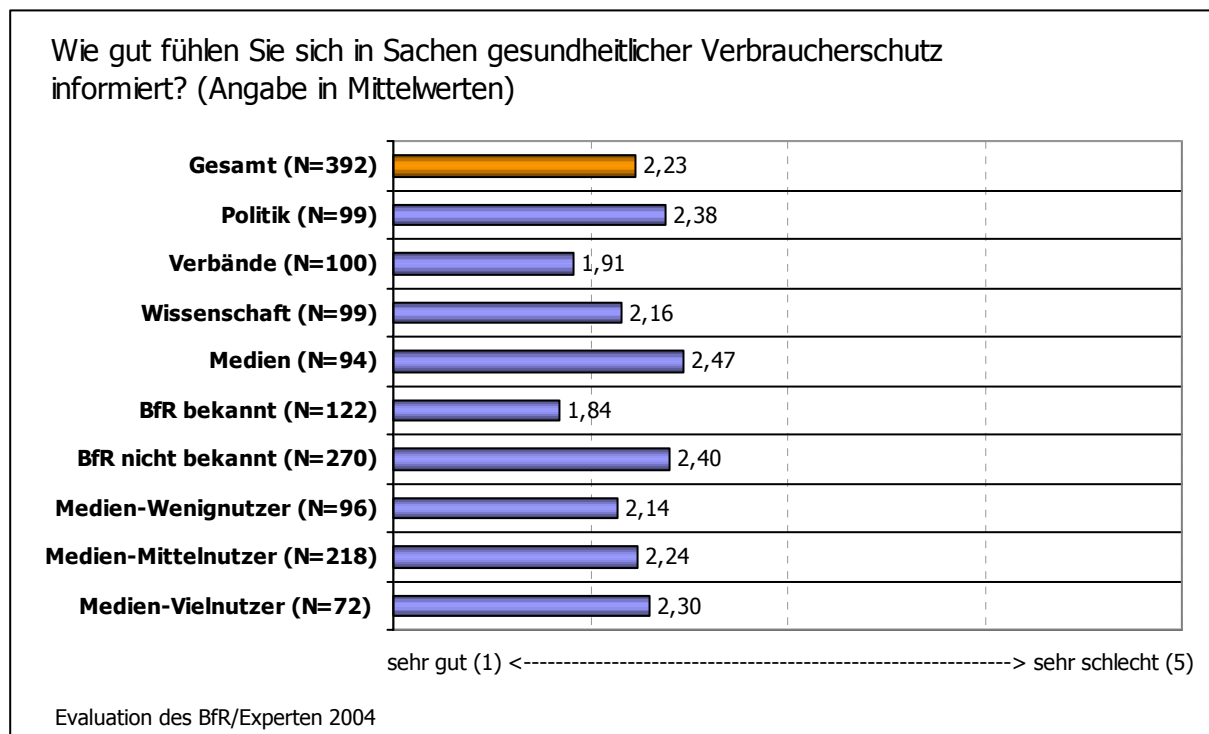
Abbildung 27: Informationsquellen über den gesundheitlichen Verbraucherschutz



<sup>58</sup> Vgl. Tabellenband Experten, Tabelle 4a.

**Frage 6:** Die Experten der Bereiche Medien, Wissenschaft, Verbände und Politik fühlen sich eher gut (Mittelwert 2,23 auf einer Skala von 1 – sehr gut bis 5 – sehr schlecht) in Sachen gesundheitlicher Verbraucherschutz informiert. Dabei beurteilen Politiker (Mittelwert 2,38) und Medienvertreter (Mittelwert 2,47) die Informationslage tendenziell negativer als Wissenschaftler (Mittelwert 2,16) und Verbände (Mittelwert 1,91). Experten aus dem Bereich Verbände fühlen sich dagegen besser als die anderen Bereiche informiert. Weiterhin gibt es einen signifikanten Unterschied zwischen „BfR-Kennern“ und „BfR-Nichtkennern“ hinsichtlich der Bewertung der Informationslage.<sup>59</sup> Demnach fühlen sich diejenigen, die das BfR kennen in Sachen gesundheitlicher Verbraucherschutz tendenziell besser informiert (Mittelwert 1,84).<sup>60</sup> (vgl. Abbildung 28)

Abbildung 28: Informationslage über den gesundheitlichen Verbraucherschutz



**Frage 6a:** Um die Meinung der Experten tiefgründiger zu erfassen, wurde in einer offenen Frage nachgefragt, warum sie sich zum Beispiel sehr gut oder sehr schlecht informiert fühlen.<sup>61</sup> Für eine Quantifizierung der Aussagen wurden die Antworten in

<sup>59</sup>  $F = 41,433$ ;  $p < 0,05$ .

<sup>60</sup> Vgl. Tabellenband Experten, Tabelle 4b.

<sup>61</sup> Vgl. Tabellenband Experten, Tabelle 4c.

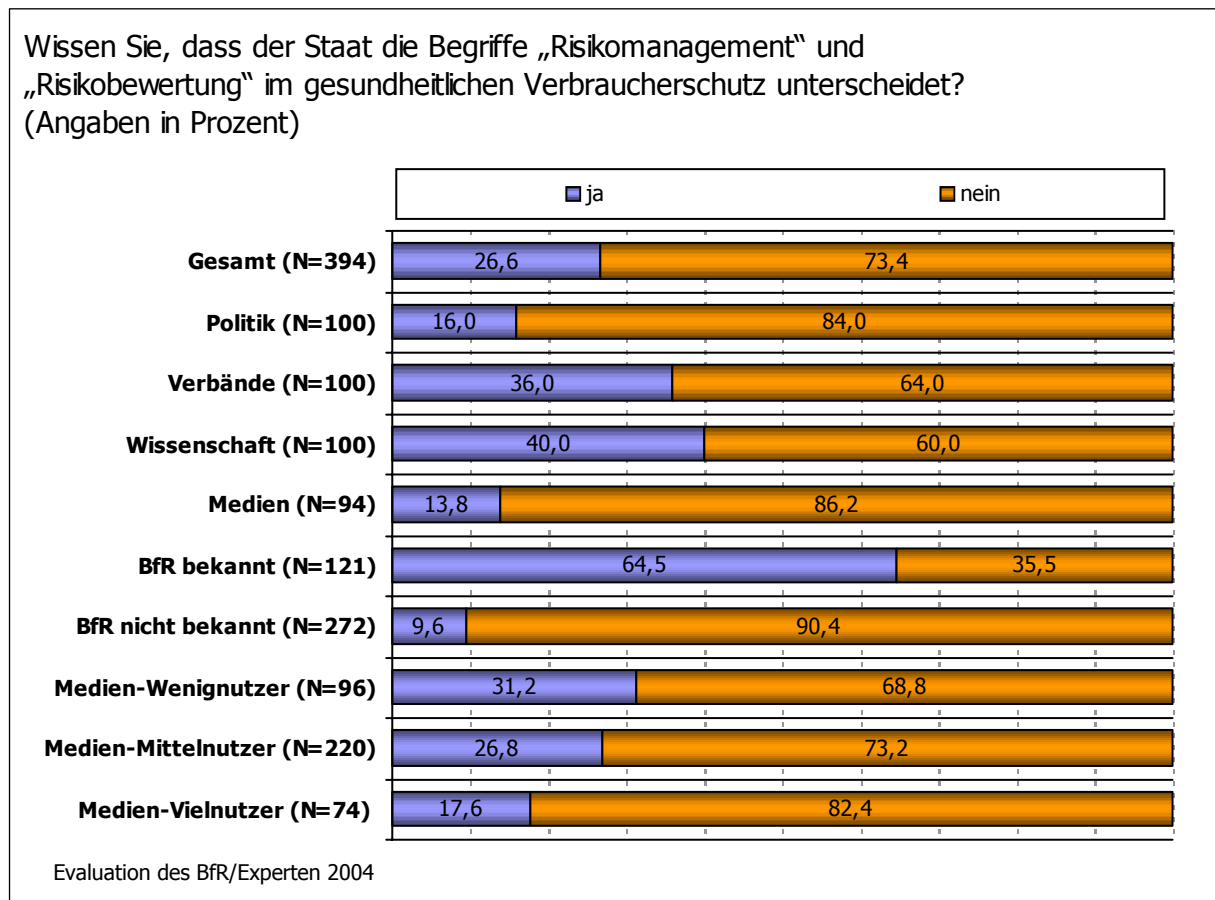
sechs Kategorien zusammengefasst.<sup>62</sup> So beurteilten die Experten die Informationslage insgesamt als sehr gut bis gut, weil sie *„...berufsbedingt über alle aktuellen Vorgänge gut informiert sind...“*, *„...von Berufswegen mit vielen Publikationen versorgt...“* werden und dadurch über einen *„...optimalen Zugang...“* zu verschiedenen Quellen verfügen. Ein Experte fasst diesen Punkt zusammen, indem er sagt: *„Das bringt meine berufliche Tätigkeit mit sich ... werde und bin gut mit Publikationen versorgt.“* Derartige Äußerungen wurden unter der Kategorie „berufsbedingt/guter Quellenzugang“ (42,4%) generiert. Ein weiterer wichtiger Grund für die gut bis sehr gut beurteilte Informationslage ist der Aspekt der „umfassenden Information“ (35,4%), da die Medien *„...alle nötigen Informationen zur Verfügung...“* stellen, die Experten *„... umfassend und unaufgefordert mit Informationen versorgt...“* werden, *„...alle Informationen zugänglich...“* sind. Eine mittelmäßige bis sehr schlechte Informationslage monieren vor allem diejenigen, die angeben, sie würden „keine umfassende Informationen“ (mittelmäßig: 47,6%; schlecht/sehr schlecht: 39,6%) erhalten. Hier kritisieren die Experten, dass *„...sehr wenig durch die Presse getan...“* wird und man so das Gefühl hat, *„...nicht hundertprozentig informiert...“* zu sein. Ebenso bemängeln einige Experten, dass *„...nicht alle Informationen veröffentlicht...“* werden. Ein Experte meinte zum Beispiel, er fühle sich deshalb schlecht informiert *„...weil über den gesundheitlichen Verbraucherschutz nur dann informiert wird, wenn große Ereignisse vorliegen, sonst [sei] ... die Berichterstattung zu unauffällig.“* Aber auch selbstkritische Gründe („kein Interesse, keine Eigeninitiative und Zeit“: 34,1%) wurden von den Experten für eine schlechte bis sehr schlechte beurteilte Informationslage angeführt. So meinten die Experten *„...es fehlt an Zeit, sich damit zu beschäftigen...“* oder gaben offen zu, dass es sie *„... nicht so interessiert...“*. Weiterhin unterstreichen einige Experten den Aspekt der Eigeninitiative. Hier meinte ein Experte, er nehme zwar *„...einiges auf, informiere ... [sich] selbst aber nicht gezielt...“* und ein anderer gab zu *„... ich informiere mich selbst zu wenig...“*. Die Gründe für eine negativ beurteilte Informationslage liegen demnach u. a. auch in der mangelnden intrinsischen Motivation der Experten, sich über den gesundheitlichen Verbraucherschutz zu informieren.

---

<sup>62</sup> Kategorien: 1) umfassende Information, 2) keine umfassende Information, 3) berufsbedingt; guter Quellenzugang, 4) aus Interesse und Eigeninitiative heraus, 5) Objektivität, Übersicht und Vertrauen fehlt, 6) kein Interesse, keine Eigeninitiative oder Zeit.

**Fragen 7a bis 7d:** Der nächste Themenkomplex umfasste die Begriffe „Risikomanagement“ und „Risikobewertung“. Dabei gab die überwiegende Mehrheit der Experten (73,4%) an, nicht zu wissen, dass der Staat diese beiden Begriffe im gesundheitlichen Verbraucherschutz unterscheidet. Vor allem unter Politikern (84,0%) und Medienvertretern (86,2%) war diese begriffliche Unterscheidung am unbekanntesten. Nur die „BfR-Kenner“ gaben mehrheitlich an (64,5%), von dieser Unterscheidung zu wissen. Ein ähnliches Bild zeichnet sich bei der nächsten Frage ab. Hier wurde gefragt, ob die Experten wissen, dass der Staat zwei getrennte Bundesinstitutionen mit den Namen Risikobewertung und Risikomanagement etabliert hat. Die Mehrheit (77,4%) der Experten verneint dies, wobei hier erneut die Politiker (90,0%) und Medienvertreter (89,4%) am schlechtesten abschneiden. Im Gegensatz dazu wusste nur ca. ein Drittel (32,8%) der „BfR-Kenner“ nicht, dass es neben dem Bundesinstitut für Risikobewertung eine zweite Bundesinstitution gibt, die sich mit Risikomanagement beschäftigt.<sup>63</sup> (Vgl. Abbildung 29a und 29b)

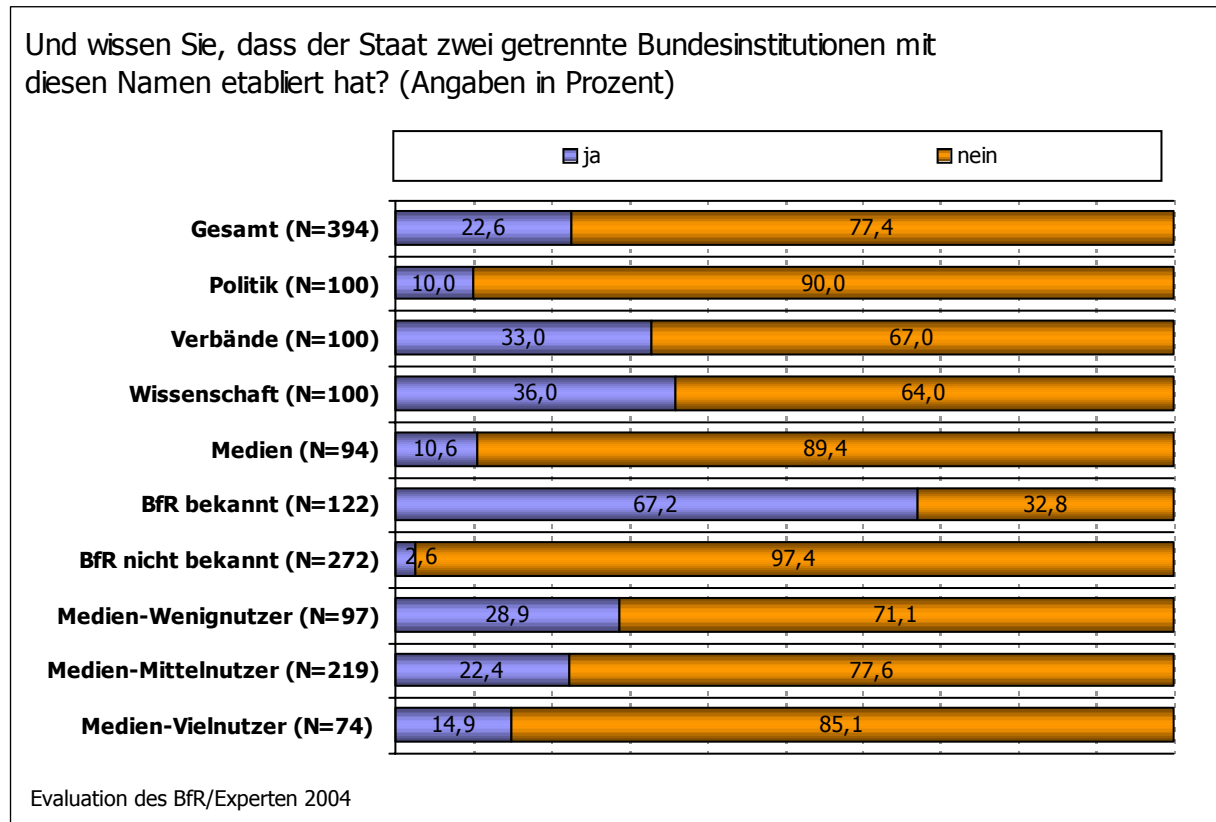
Abbildung 29a: Unterscheidung von „Risikomanagement“ und „Risikobewertung“ im gesundheitlichen Verbraucherschutz



<sup>63</sup> Vgl. Tabellenband Experten, Tabelle 5a; die Fragen 7a und 7b wurden – wie bei der Bevölkerungsumfrage bereits erläutert – nicht ausgewertet.



Abbildung 29b: Unterscheidung von „Risikomanagement“ und „Risikobewertung“ im gesundheitlichen Verbraucherschutz



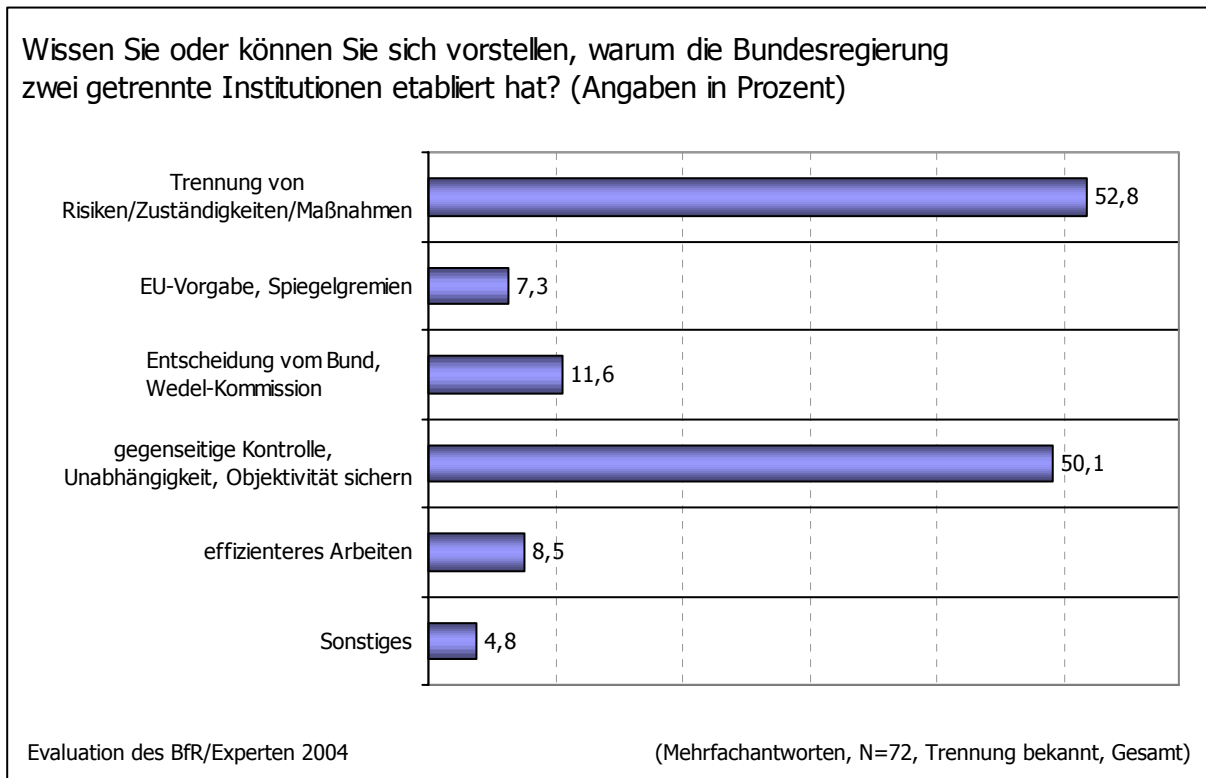
**Fragen 7e1 und 7e2:** Von denjenigen, die von dieser bundesinstitutionellen Teilung wussten, konnte sich auch die überwiegende Mehrheit (81,8%) vorstellen, warum diese Trennung erfolgte. Die Antworten der Experten wurden dabei in sechs Kategorien zusammengefasst.<sup>64</sup> Als Hauptgründe für diese Zweiteilung führen die meisten Befragten die Trennung von Risiken, Zuständigkeiten und Maßnahmen (52,8%) an sowie die Sicherung der gegenseitigen Kontrolle, Unabhängigkeit und Objektivität (50,1%).<sup>65</sup> So erklärt ein Experte: „Der eine [das BfR] soll das Risiko bewerten, die anderen überwachen die Durchführung von Maßnahmen ... damit besteht Gewaltenteilung innerhalb der Institution.“ Andere betonen, dass diese Institutionen „... getrennt werden [müssen], da unterschiedliche Zuständigkeitsbereiche vorhanden sind...“ und bringen es auf die einfache Formel

<sup>64</sup> Kategorien: 1) Trennung von Risiken/Zuständigkeiten/Maßnahmen, 2) EU-Vorgabe, Spiegelgremien, 3) Entscheidung vom Bund, Wedel-Kommission, 4) gegenseitige Kontrolle, Unabhängigkeit, Objektivität sichern, 5) effizienteres Arbeiten, 6) Sonstiges.

<sup>65</sup> Vgl. Tabellenband Experten, Tabelle 5b.

„... Risikobewertung ist nicht gleich Management...“. Weiterhin würde eine Trennung „...größere Kontrollmöglichkeiten und größere Neutralität...“ schaffen, verbunden mit „...gegenseitiger Unabhängigkeit...“ und „... Wahrung von Objektivität...“. (vgl. Abbildung 29c)

Abbildung 29c: Unterscheidung von „Risikomanagement“ und „Risikobewertung“ im gesundheitlichen Verbraucherschutz

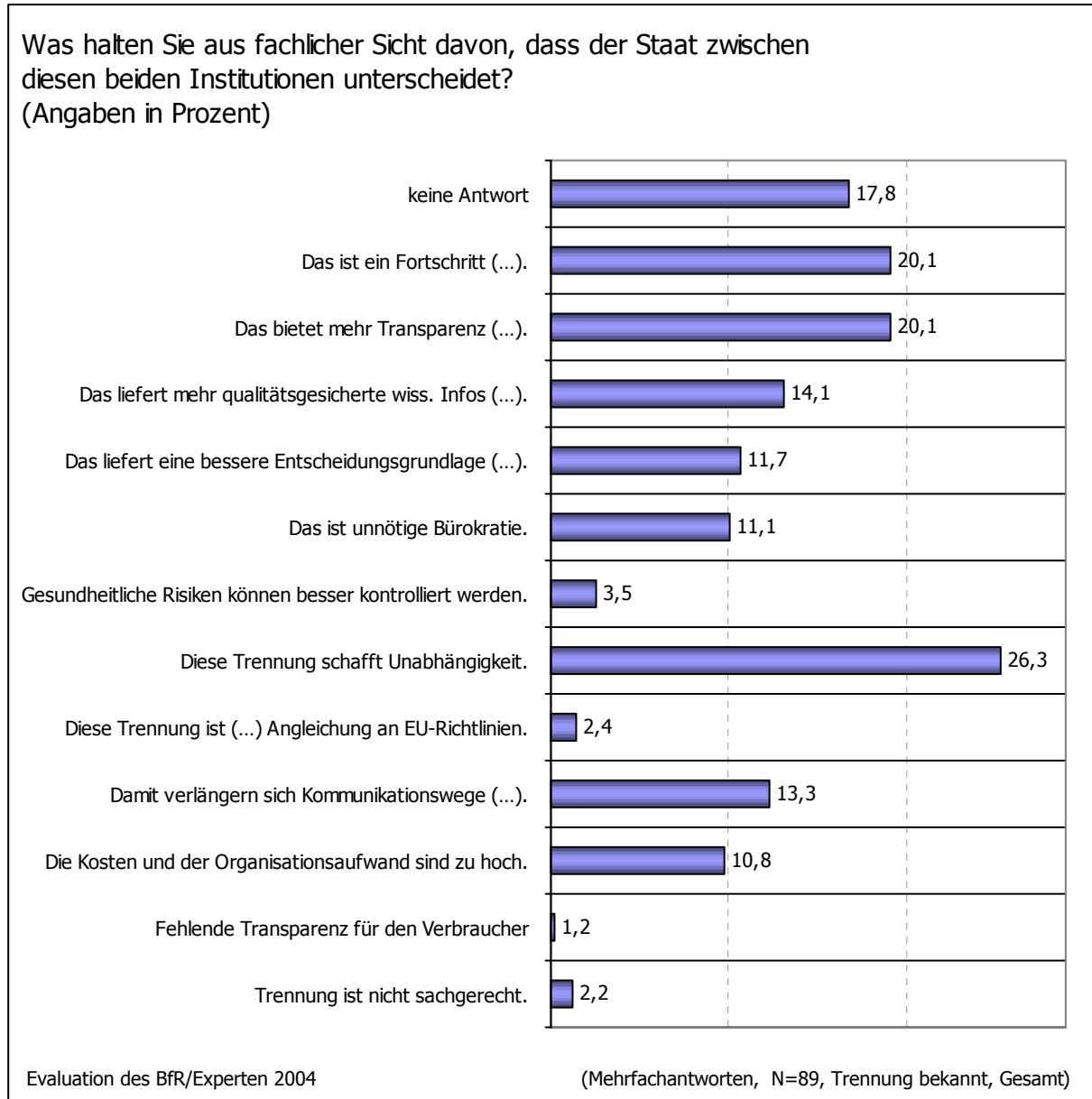


**Frage 7f:** Um die fachliche Meinung derer zu erfahren, die von einer Trennung dieser Bundesinstitutionen wussten, wurde hier gefragt, was sie aus fachlicher Sicht von dieser Unterscheidung halten. Hierbei existierten bereits vorgegebene Antwortkategorien, die durch generierte Aussagen aus offenen Antworten ergänzt wurden.<sup>66</sup> Die meisten Experten (26,3%) beurteilten diese institutionelle Unterscheidung positiv und meinten, dass diese Trennung Unabhängigkeit schaffe. Weiterhin sprachen sich einige Experten dafür aus, dass dies ein Fortschritt sei (20,1%), mehr Transparenz biete (20,1%) und mehr qualitätsgesicherte wissenschaftliche Informationen liefere (14,1%). Aber auch kritische Stimmen – wenn auch wenige – behaupteten, dass sich dadurch Kommunikationswege verlängern und Informationen verloren gehen würden (13,3%). Weiterhin sei diese Trennung unnötige Bürokratie (11,1%) und

<sup>66</sup> Vgl. Tabellenband Experten, Tabelle 5c.

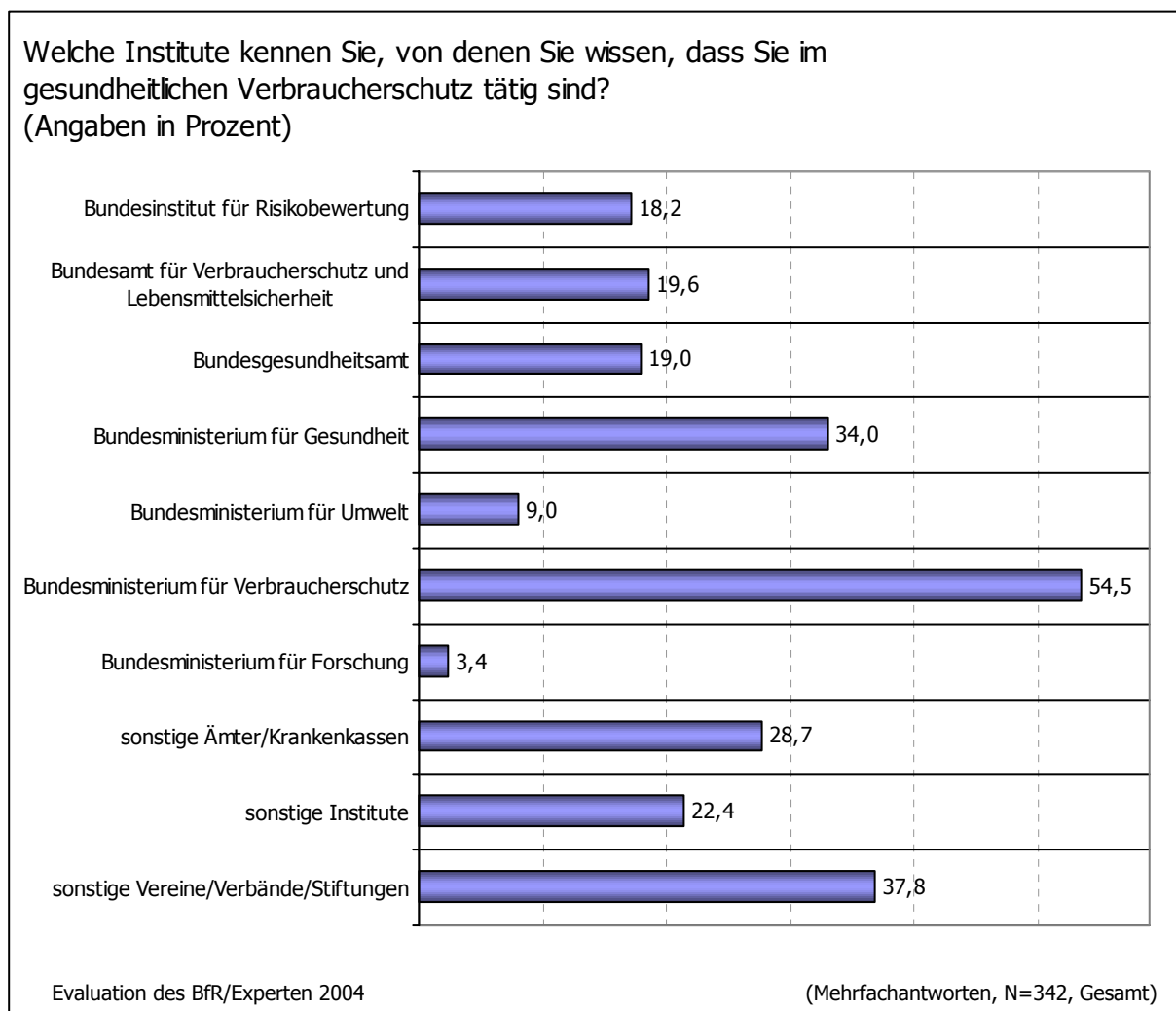
mit zu hohen Kosten und organisatorischem Aufwand verbunden (10,8%). Insgesamt überwiegt jedoch bei den Experten die positive Meinung über eine derartige Trennung der Bundesinstitute. (vgl. Abbildung 29d)

Abbildung 29d: Unterscheidung von „Risikomanagement“ und „Risikobewertung“ im gesundheitlichen Verbraucherschutz



**Frage 8:** Bei der ungestützten Frage nach der Bekanntheit von Instituten im Bereich gesundheitlicher Verbraucherschutz, nannten 18,2 Prozent der befragten Experten das BfR. Damit liegt es knapp unter dem Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit (19,6%) und Bundesgesundheitsamt (19,0%). Befragten aus den Bereichen Politik und Medien war das BfR am unbekanntesten. Die meisten Befragten verwiesen auf das Bundesministerium für Verbraucherschutz (54,5%), auf sonstige Verbände, Vereine und Stiftungen (37,8%) und auf das Bundesministerium für Gesundheit (34,0%).<sup>67</sup> (vgl. Abbildung 30)

Abbildung 30: Bekannte Institute im Bereich gesundheitlicher Verbraucherschutz

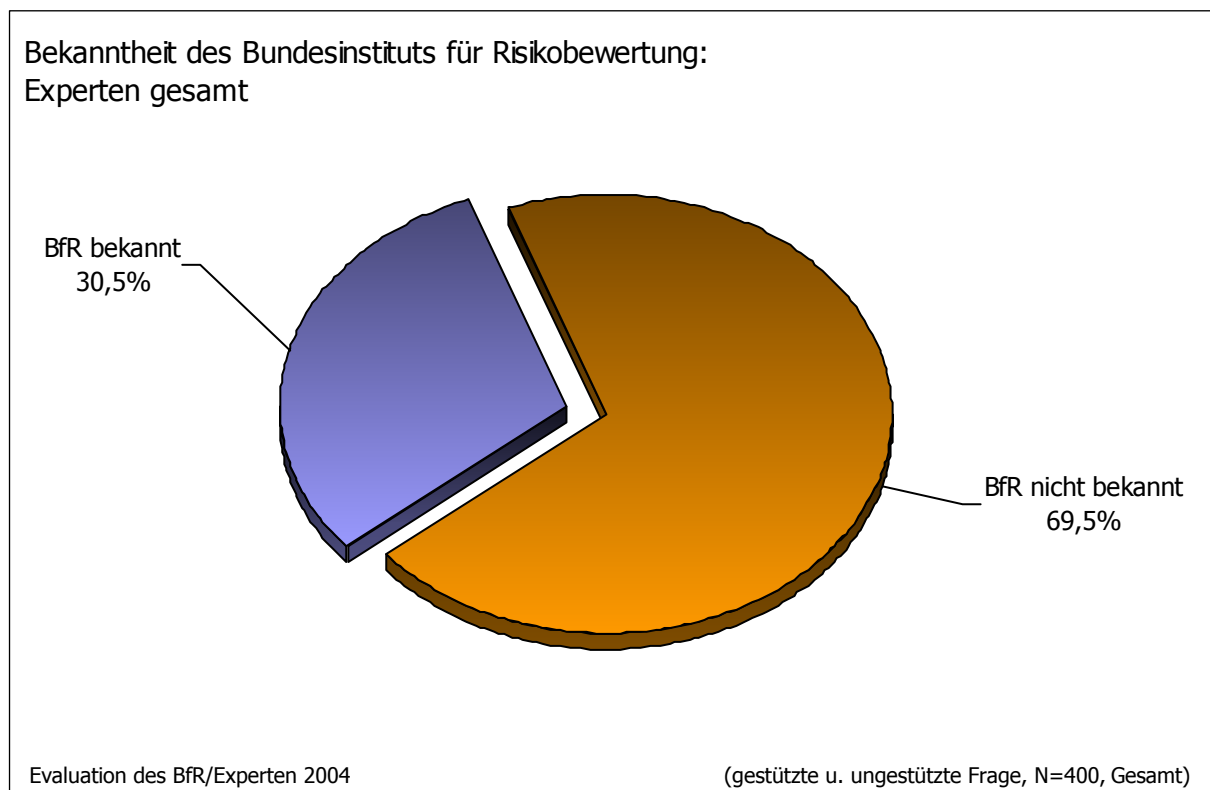


<sup>67</sup> Vgl. Tabellenband Experten, Tabelle 6.

**Fragen 9 und 9a:** Diejenigen Experten, die bei dieser ungestützten Frage das BfR nicht angaben, wurden nochmals gestützt gefragt, ob sie dieses Bundesinstitut kennen.<sup>68</sup> Grundlage für die Beurteilung der Bekanntheit des BfR sind demnach – wie bei der Bevölkerungsumfrage – die Ergebnisse der gestützten und ungestützten Frage.<sup>69</sup> Dabei lässt sich Folgendes feststellen: 30,5 Prozent der befragten Experten kennen das Bundesinstitut für Risikobewertung, wobei der Bekanntheitsgrad bei Wissenschaftlern (46,0%) und Vertretern von Verbänden (40,0%) am höchsten ist. Am wenigsten bekannt ist das BfR im Bereich Medien (17,0%), gefolgt von Politikern mit 19 Prozent. Zugleich zeigen die Mediennutzungsgruppen, dass mehr Medien-Wenignutzer (37,5%) das BfR kennen. (vgl. Abbildung 31a und 31b)

Durch die weitere Frage, ob das BfR nur dem Namen nach bekannt ist oder auch dessen Aufgaben bekannt sind, erfolgte eine qualitative Differenzierung der BfR-Bekanntheit. Hier gab die Mehrheit der Experten (62,8%) an, nicht nur den Namen sondern auch die Aufgaben des BfR zu kennen. Ein Vergleich der vier Bereiche zeigt, dass die Aufgaben am meisten den Wissenschaftlern (76,1%) bekannt sind und am wenigsten den Politikern (42,1%).<sup>70</sup> (vgl. Abbildung 31c und 31d)

Abbildung 31a: Bekanntheit des Bundesinstituts für Risikobewertung



<sup>68</sup> Vgl. Tabellenband Experten, Tabelle 7.

<sup>69</sup> Vgl. Tabellenband Experten, Tabelle 17.

<sup>70</sup> Vgl. Tabellenband Experten, Tabelle 7.

Abbildung 31b: Bekanntheit des Bundesinstituts für Risikobewertung

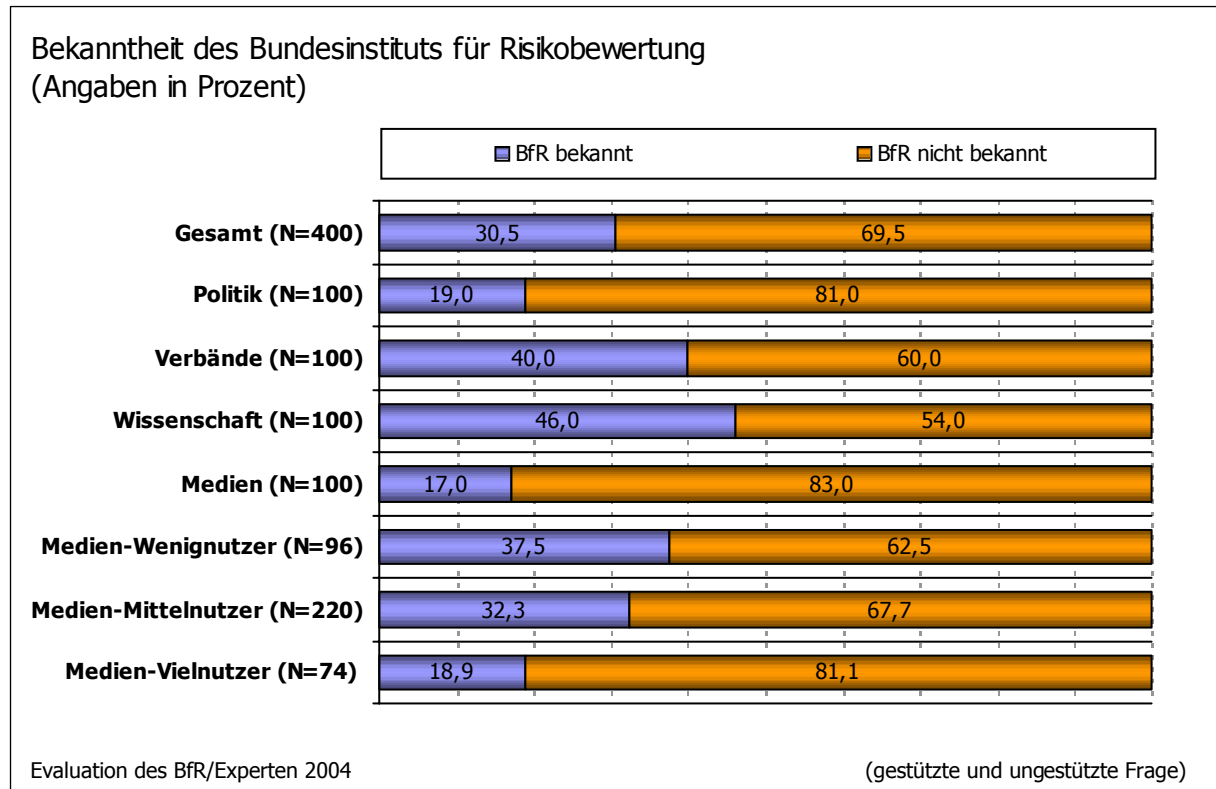


Abbildung 31c: Bekanntheit des Bundesinstituts für Risikobewertung

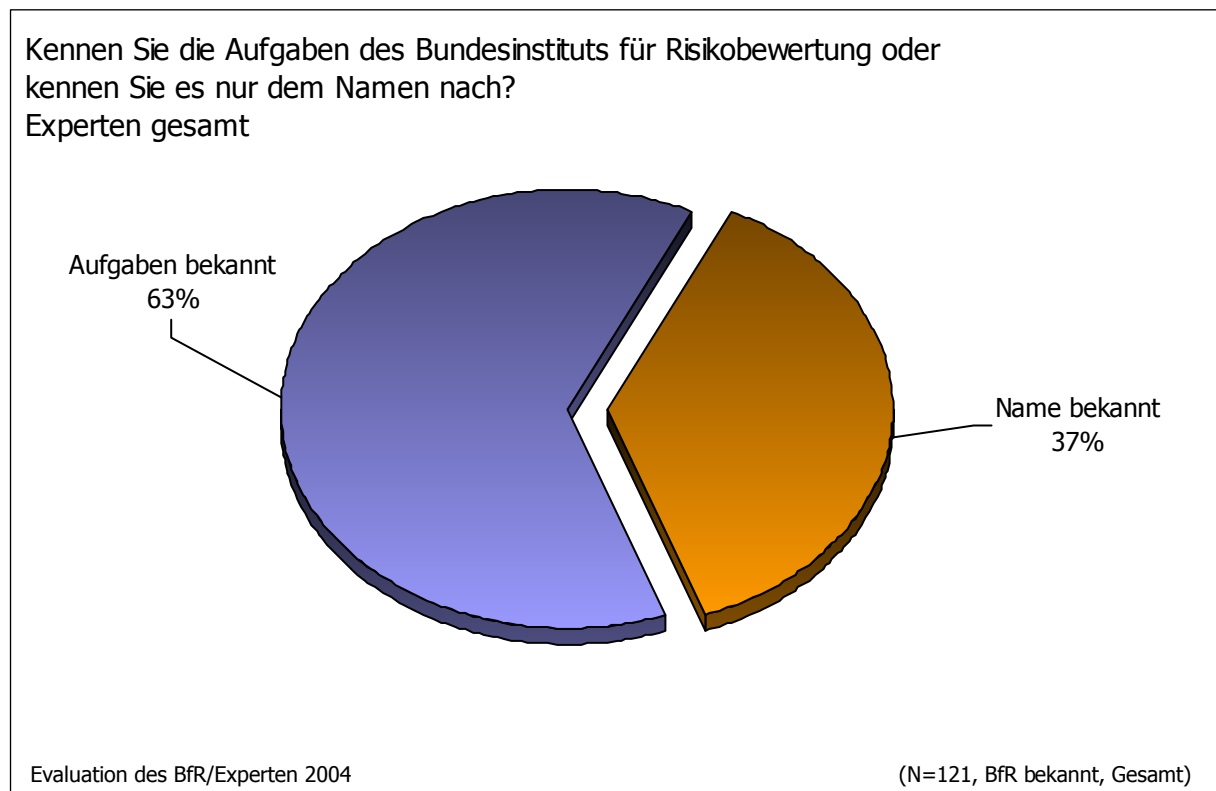
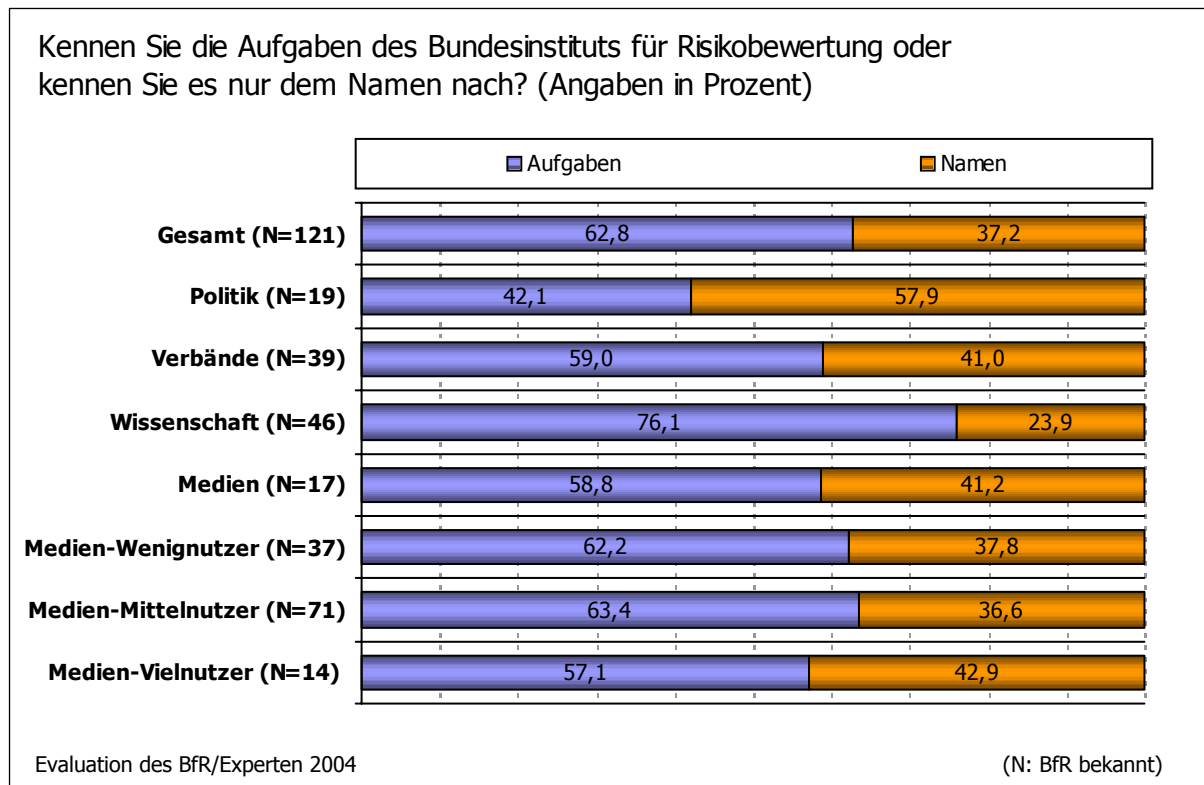


Abbildung 31d: Bekanntheit des Bundesinstituts für Risikobewertung



**Frage 9b:** Zu den Aufgaben des BfR zählten die meisten Experten die wissenschaftliche Risikobewertung (72,7%). In weitem Abstand wurde am zweithäufigsten die Formulierung von Handlungsoptionen zur Risikominderung (30,8%) genannt und am dritthäufigsten die Erstellung von Gutachten zur Lebensmittelsicherheit und zum gesundheitlichen Verbraucherschutz (28,5%).<sup>71</sup> (vgl. Abbildung 32)

**Frage 9c:** Die Arbeit des BfR im vergangenen Jahr beurteilten die Experten insgesamt eher als befriedigend (Mittelwert von 2,52 auf einer Skala von 1 – sehr gut bis 5 – mangelhaft). Vor allem Politiker (Mittelwert 2,83) bewerteten die Arbeit des BfR schlechter als die anderen Bereiche.<sup>72</sup> Vertiefend wurden die Experten gefragt, warum sie die Arbeit des BfR zum Beispiel sehr gut oder mangelhaft bewerten. Hierbei wurden die Antworten zu sechs Kategorien zusammengefasst.<sup>73</sup> Diejenigen, die die Arbeitsqualität des BfR als sehr gut bis gut bewerten, loben vor allem die umfassenden, zeitnahen und sachlichen Informationen (55,1%) sowie die gute

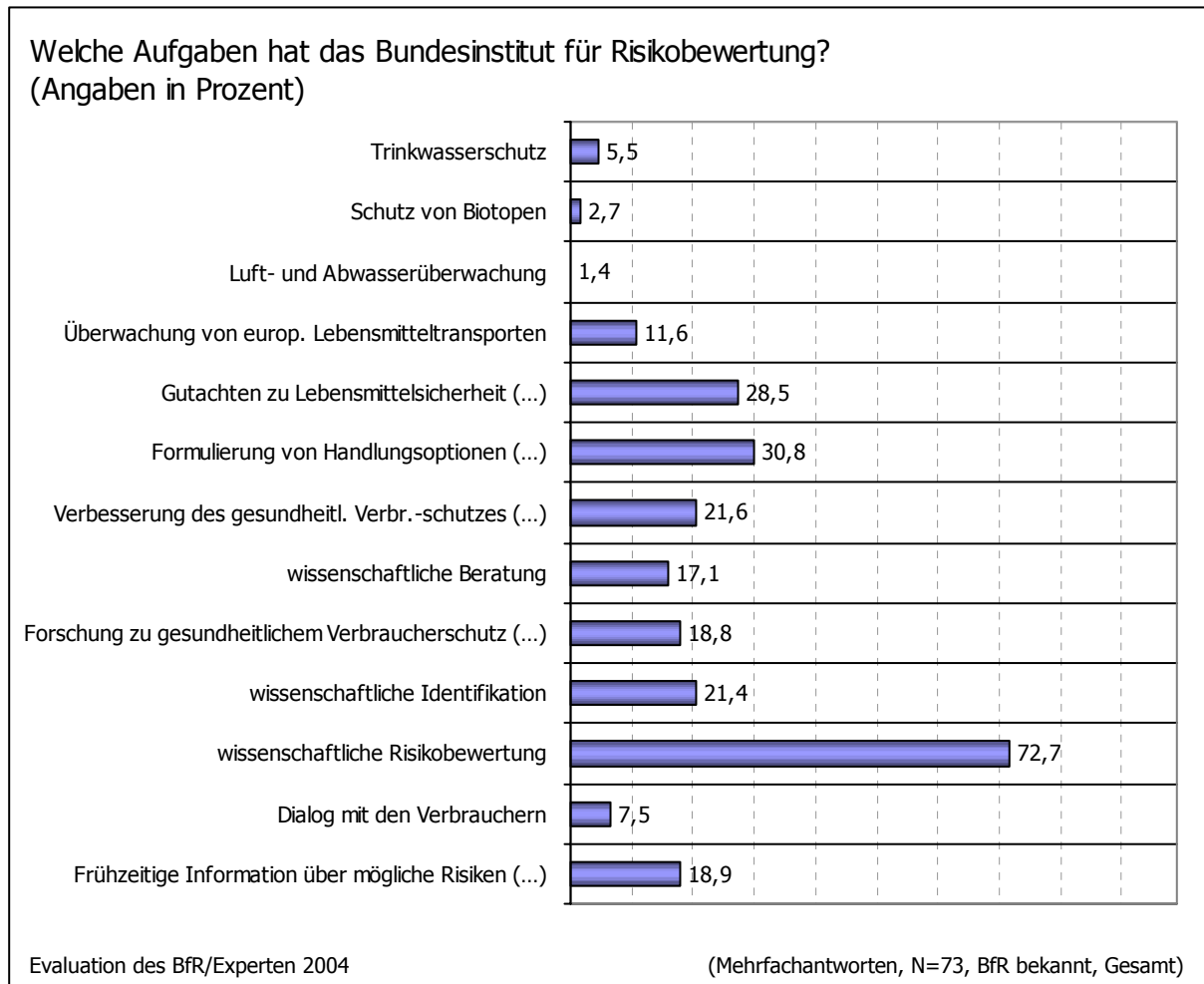
<sup>71</sup> Vgl. Tabellenband Experten, Tabelle 8.

<sup>72</sup> Vgl. Tabellenband Experten, Tabelle 9.

<sup>73</sup> Kategorien: 1) keine Unabhängigkeit vom Staat, 2) mangelnde/fehlende Informationen, 3) umfassende, zeitnahe und sachliche Informationen, 4) Überbewertung von Risiken, falsche Handlungsoptionen, 5) gute Koordination und Organisation, 6) gute Fachkompetenz/Arbeit auf wissenschaftlicher Basis.

Fachkompetenz und wissenschaftliche Basis (50,3%). So betonen die Experten beispielsweise die „...fundierte, zeitnahe Informationen...“ und die „...aus fachlicher Sicht sehr kompetente...“ Arbeit des BfR. Weiterhin würdigen die Befragten, die „...sehr guten Publikationen zu aktuellen Fragen...“ und begründen ihre positive Einstellung zur Arbeit des BfR damit, dass „... ihre Informationen sehr schnell, präzise und verständlich sind.“ Die Bewertung ausreichend oder mangelhaft vergaben nur sehr wenige Experten. Sie begründen ihre Meinung damit, dass Risiken überbewertet werden und falsche Handlungsoptionen herausgegeben werden (81,3%). So spricht ein Experte von einer „...teilweisen Überbewertung von gesundheitlichen Risiken...“, ein anderer kritisiert, dass „...die Form, in der die grüne Gentechnik behandelt wird, völlig falsch ist.“<sup>74</sup> (vgl. Abbildung 33)

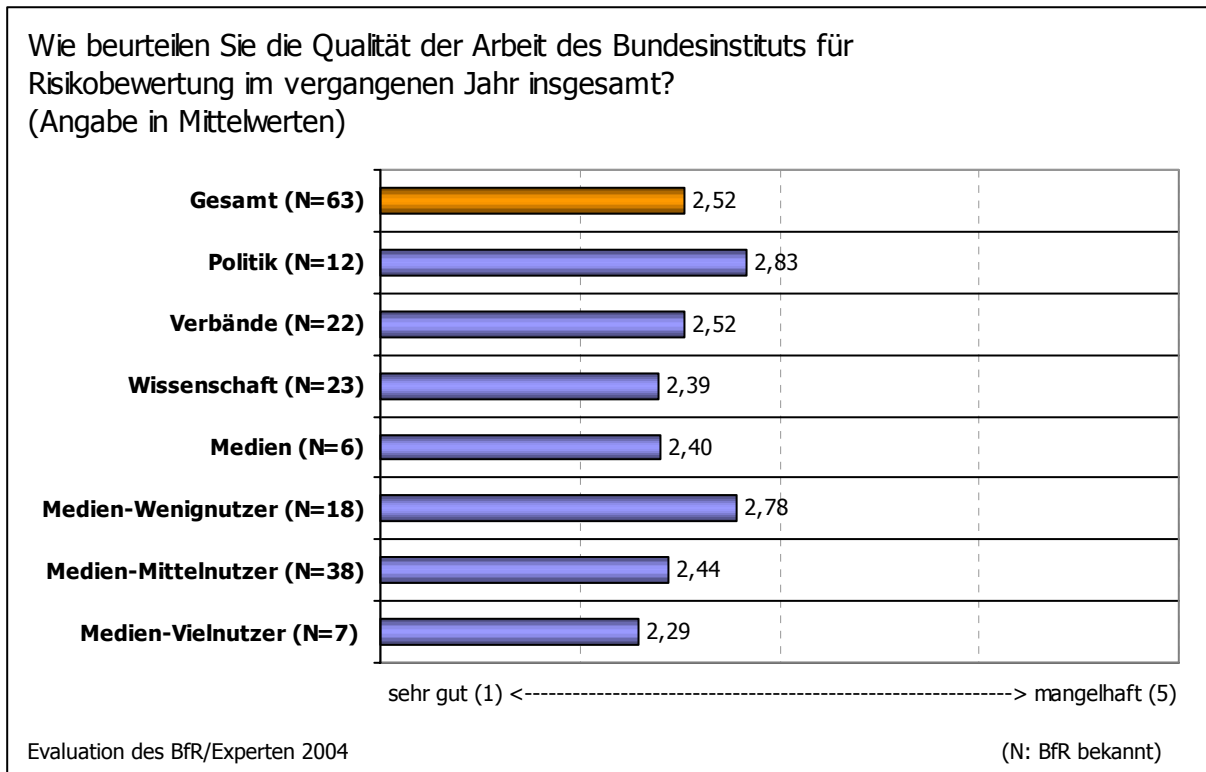
Abbildung 32: Aufgaben des Bundesinstituts für Risikobewertung



<sup>74</sup> Vgl. Tabellenband Experten, Tabelle 9a.



Abbildung 33: Bewertung der Arbeit des Bundesinstituts für Risikobewertung



**Frage 10:** Der überwiegenden Mehrheit (70,2%) der „BfR-Kenner“ ist bekannt, dass das Bundesinstitut für Risikobewertung auch Informationen zum Thema gesundheitlicher Verbraucherschutz herausgibt. Allerdings stellt bei einer differenzierten Betrachtung der Bereich Politik eine Ausnahme dar. Hier weiß die Mehrheit der befragten Politiker (63,2%) nicht, dass das BfR gesundheitliche Verbraucherinformationen veröffentlicht. (vgl. Abbildung 34a und 34b )

**Frage 10a:** Insgesamt werden die Informationen des BfR von den Experten als eher wichtig (Mittelwert 2,28 auf einer Skala von 1 – sehr wichtig bis 5 – gar nicht wichtig) eingestuft, wobei Politiker (Mittelwert 2,50) und Medienvertreter (Mittelwert 2,56) die Wichtigkeit tendenziell niedriger einschätzen als die anderen Bereiche.<sup>75</sup> (vgl. Abbildung 34c)

<sup>75</sup> Vgl. Tabellenband Experten, Tabelle 10.

Abbildung 34a: Veröffentlichung von Informationen des BfR

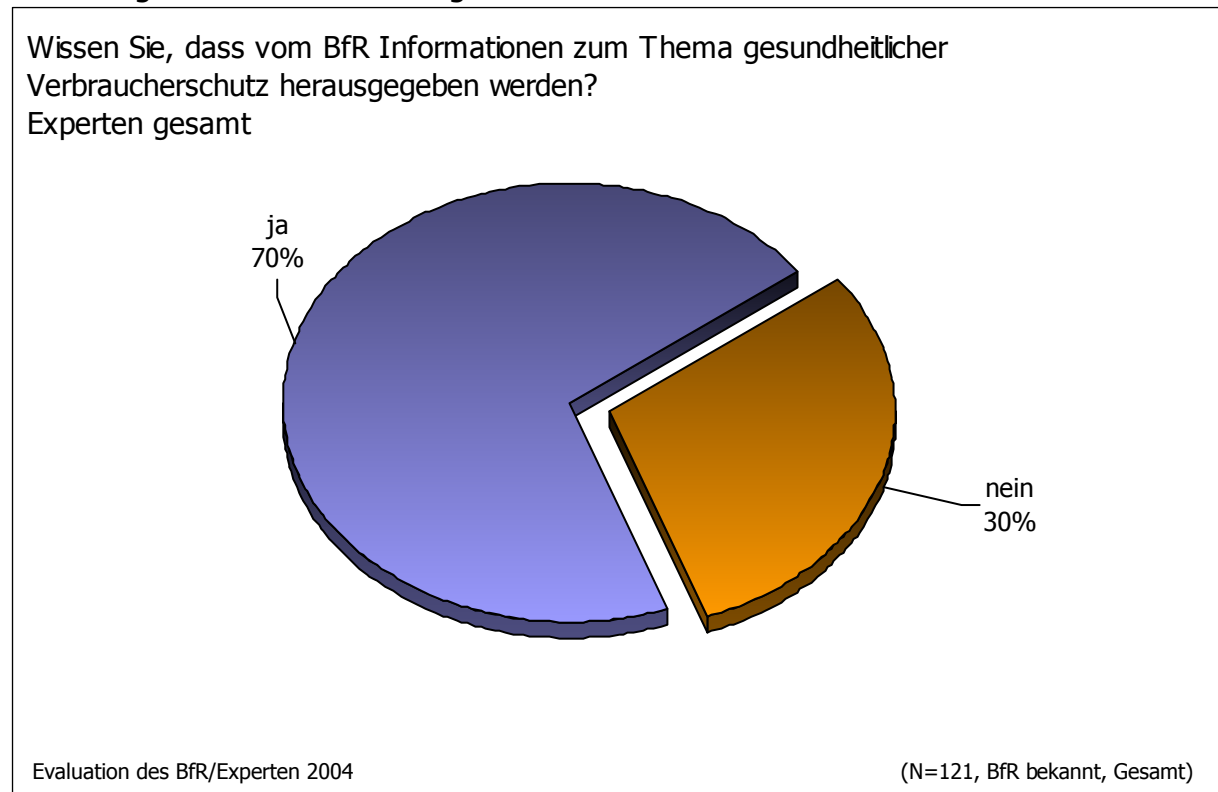


Abbildung 34b: Veröffentlichung von Informationen des BfR

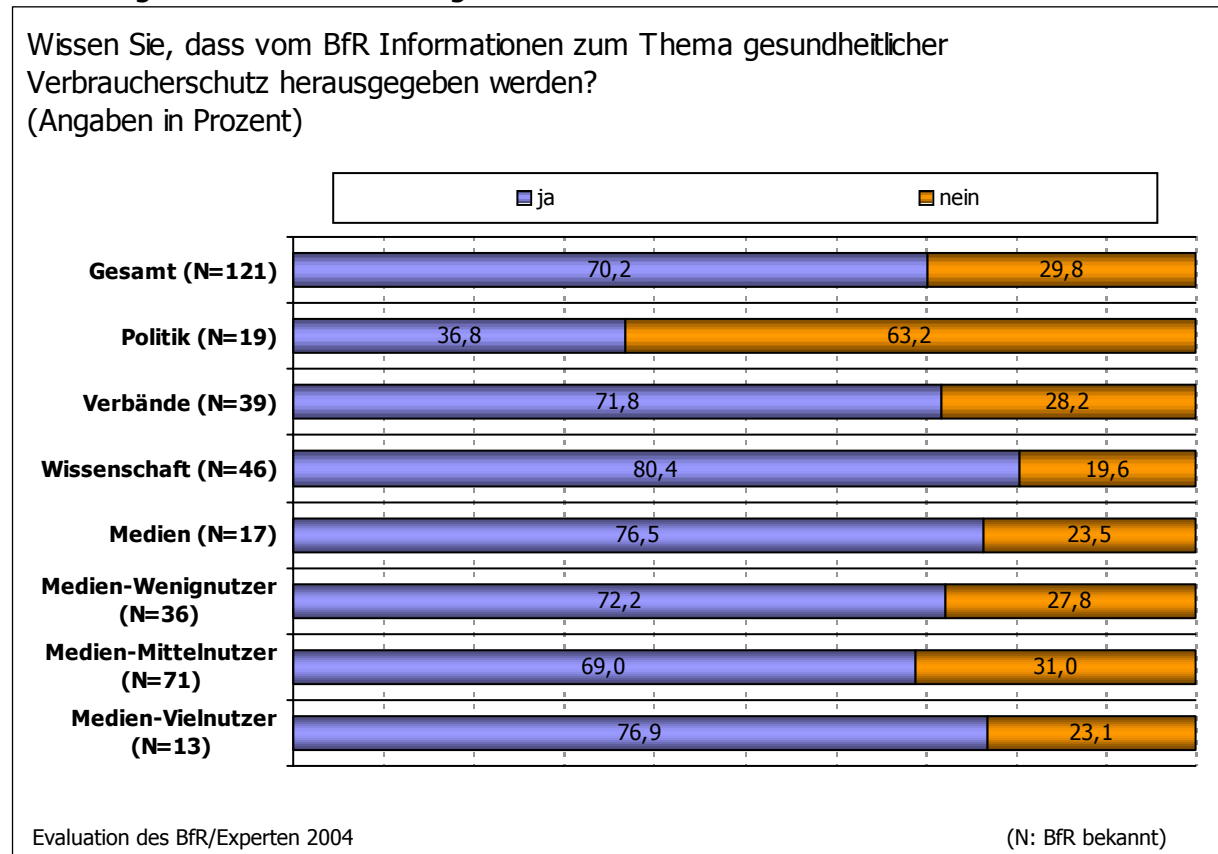
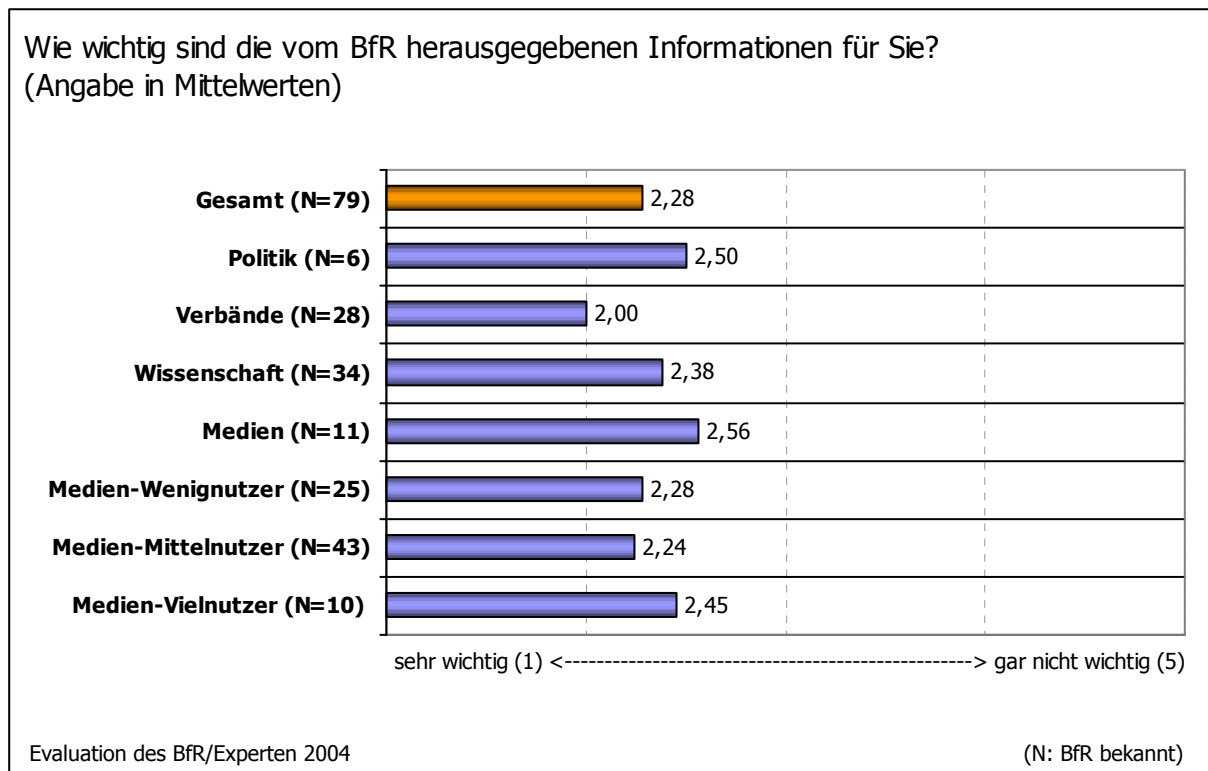


Abbildung 34c: Wichtigkeit der Informationen des BfR



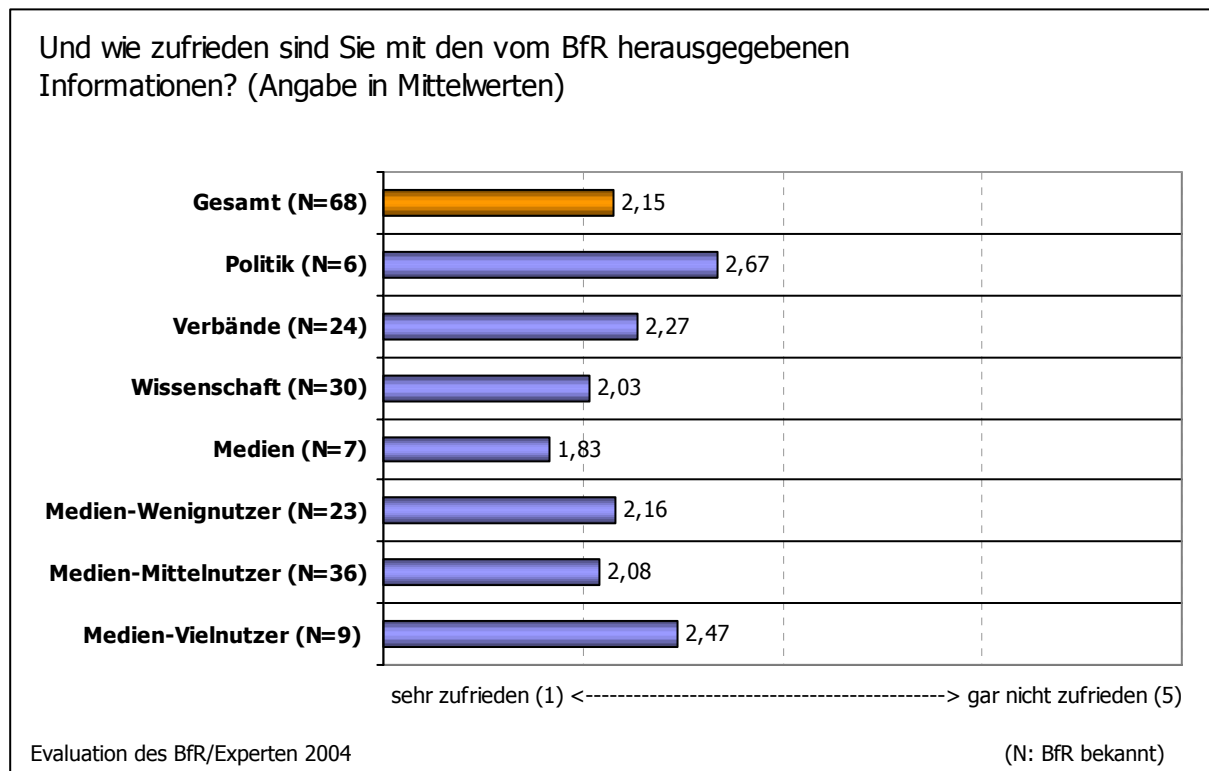
**Frage 10a1:** Die Antworten auf die Frage, warum die befragten Experten die Informationen des BfR als wichtig oder gar nicht wichtig einstufen, wurden erneut unter sechs Kategorien subsumiert.<sup>76</sup> Wichtig oder sehr wichtig sind die BfR-Informationen vor allem für den Beruf der Experten (59,1%), weiterhin loben viele Befragte die Zuverlässigkeit, Neutralität und Sicherheit dieser Informationsquelle (52,8%). So stellt ein Experte fest: „*In dem Bereich wo ich tätig bin, braucht man diese Informationen. Sie führen auch zu einer Versachlichung der öffentlichen Diskussion.*“ Ein anderer Befragter zählt die BfR-Informationen „...zu den wenigen sicheren Informationen..., die sich dezidiert mit dem Thema gesundheitlicher Verbraucherschutz befassen...“. Experten, denen Informationen des BfR weniger oder gar nicht wichtig waren, gaben als Gründe an, dass diese Informationen nicht wichtig für deren Beruf seien und sie deshalb bisher nicht genutzt hätten (74,8%) oder auf andere Quellen zugreifen (48,8%). So spielen die Bekanntmachungen des BfR „...im Arbeitsalltag keine Rolle...“ oder die Experten greifen auf „...eigene Quellen...“ zurück.<sup>77</sup>

<sup>76</sup> Kategorien: 1) Absicherung durch wissenschaftliche Forschung, 2) wichtig für den Beruf, 3) nicht wichtig für den Beruf/bisher nicht genutzt, 4) Informationsquelle (zuverlässig, neutral, sicher), 5) Benutzung anderer Quellen, 6) Kenntlichmachung der staatlichen Position.

<sup>77</sup> Vgl. Tabellenband Experten, Tabelle 10a.

**Frage 10b:** Weiterhin gaben die befragten Experten an, mit den herausgegebenen Informationen eher zufrieden zu sein (Mittelwert 2,15 auf einer Skala von 1 – sehr zufrieden bis 5 – gar nicht zufrieden). Vergleicht man die Mittelwerte der vier Bereiche miteinander, zeigt sich, dass Politiker mit diesen Informationen am unzufriedensten (Mittelwert 2,67) und Medienvertreter am zufriedensten (Mittelwert 1,83) sind.<sup>78</sup> Des Weiteren konnte ein mittelgroßer Zusammenhang ( $r=0,5$ )<sup>79</sup> zwischen der Wichtigkeit und Zufriedenheit mit den Informationen des BfR festgestellt werden, d. h. je wichtiger die BfR-Informationen für jemanden sind, desto zufriedener ist er auch mit diesen Informationen. (vgl. Abbildung 34d)

Abbildung 34d: Zufriedenheit mit den Informationen des BfR



<sup>78</sup> Vgl. Tabellenband Experten, Tabelle 10.

<sup>79</sup> Es wurde eine Korrelation nach Pearson durchgeführt. Dabei können die Werte für die Stärke des Zusammenhangs zwischen 1 (größtmöglicher pos. Zusammenhang) und -1 (größtmöglicher neg. Zusammenhang) liegen. Null bedeutet, dass kein Zusammenhang besteht. Signifikant ist ein Zusammenhang dann, wenn die Ergebnisse der Stichprobe auch auf die Grundgesamtheit übertragbar sind. In dieser Auswertung können die Korrelationen sogar mit 1%iger Irrtumswahrscheinlichkeit auf die Grundgesamtheit übertragen werden. Mit anderen Worten: Die Korrelation nach Pearson ist auf dem Niveau 0,01 (2-seitig) signifikant.

**Frage 10b1:** Erneut wurden die Experten vertiefend nach den Gründen für ihre (Un-) Zufriedenheit gefragt. Die Antworten auf die offene Frage wurden in wiederum sieben Kategorien zusammengefasst.<sup>80</sup> Demnach sind die meisten Experten vor allem dann mit den BfR-Informationen zufrieden oder sehr zufrieden, wenn sie die Informationslage positiv (z. B. umfassend, aktuell) bewerten (47,3%) und den Aspekt der wissenschaftlich fundierten Information schätzen (53,7%). Ein Experte fasst diese beiden Punkte zusammen: *„...weil die Informationen umfassend, wissenschaftlich begründet und sehr verständlich sind; in der Bewertung wird Verbraucherschutz sehr ernst genommen.“* Die wenigen Experten, die mit den Berichten des BfR weniger oder gar nicht zufrieden sind, monieren vor allem die negative Informationslage (50,0%), d.h. die BfR-Informationen *„... müssten besser aufbereitet werden, damit Fehlinterpretationen vermieden werden ...“*. Weiterhin *„...sollten [sie] häufiger erscheinen...“*, also *„...nicht nur einmalig...“* sondern mit *„...mehr Nachdruck...“*. Außerdem seien die Informationen des BfR *„...für den Laien nicht ganz so einfach zu verstehen.“*<sup>81</sup>

**Frage 11:** Die Mehrheit der Befragten (52,8%) findet es wichtig, dass private Initiativen und Vereine in die Arbeit des BfR aktiv eingebunden werden. Dafür steht auch der entsprechende Mittelwert von 2,26 auf einer Skala von 1 (sehr wichtig) bis 5 (gar nicht wichtig). Ein Vergleich der vier Bereiche macht dabei deutlich, dass vor allem Politiker eine derartige Zusammenarbeit begrüßen würden (Mittelwert 1,69).<sup>82</sup>

**Frage 11a:** Neben dieser geschlossenen Frage, wurden die Experten befragt, warum sie es beispielsweise sehr wichtig finden, dass private Initiativen und Vereine eingebunden werden. Um die Antworten auf diese offene Frage zu quantifizieren, wurden sechs Kategorien gebildet, die die Aussagen der Experten zusammenfassen.<sup>83</sup> Sehr wichtig oder wichtig sei eine Zusammenarbeit vor allem deshalb, weil mehr Informationen und Erfahrungen (55,1%) eingebracht werden und mehr Praxisbezug und Problemerkennung (38,5%) ermöglicht wird. So meint ein Experte,

<sup>80</sup> Kategorien: 1) positive Informationslage (z.B. umfassend, aktuell), 2) negative Informationslage (z.B. unverständlich, schlecht aufbereitet), 3) fundierte wissenschaftliche Informationen (verlässlich, objektiv), 4) leichter Zugang zu Informationen, 5) Über-/Untertreibung der Risiken und Informationen, 6) keine Unabhängigkeit und politische Kontrolle, 7) Hilfestellung für Beruf und Verbraucher.

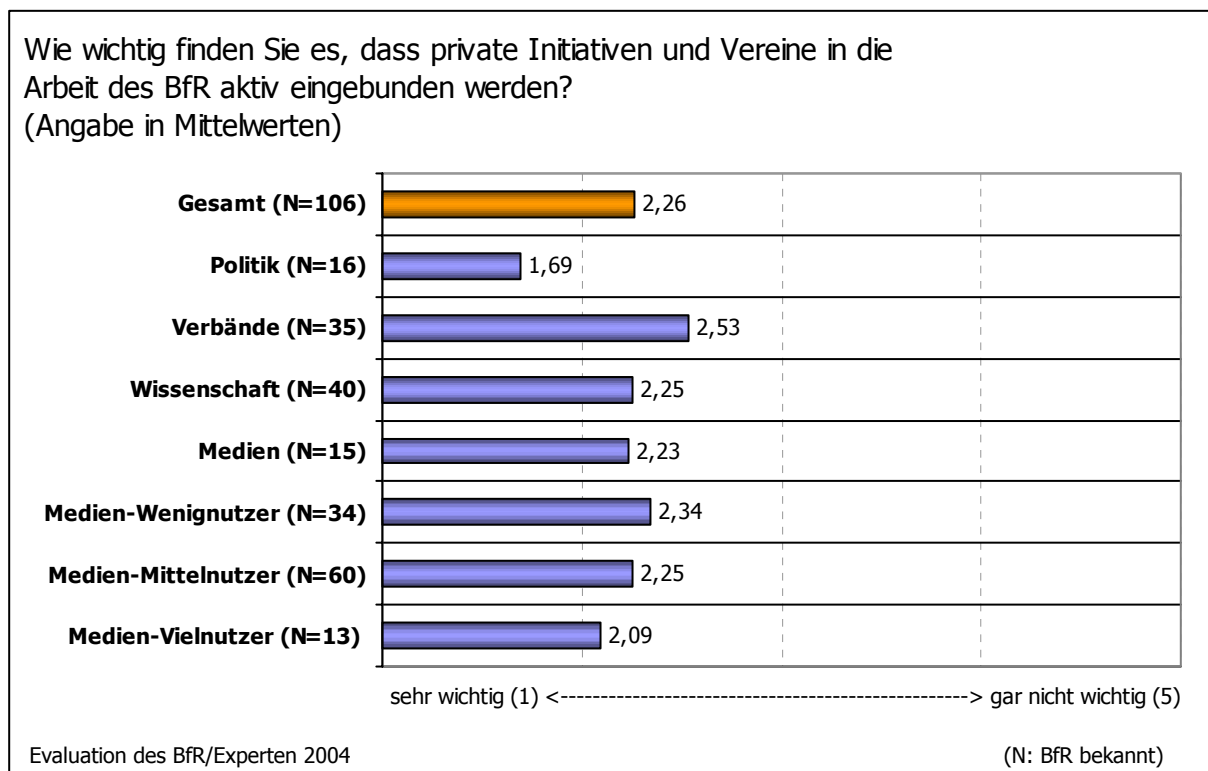
<sup>81</sup> Vgl. Tabellenband Experten, Tabelle 10b.

<sup>82</sup> Vgl. Tabellenband Experten, Tabelle 9.

<sup>83</sup> Kategorien: 1) Möglichkeit der Kontrolle, 2) mehr Informationen und Erfahrungen, 3) mehr Praxisbezug und Problemerkennung möglich, 4) effektivere Arbeit und Kommunikation, 5) Gefährdung der Unabhängigkeit, 6) fehlende Objektivierung und Sachkenntnis.

dass „...man damit eine breitere Basis an Informationen und Erfahrung hat und auch die Aufmerksamkeit auf bestimmte Bereiche gelenkt wird, die von rein staatlichen Einrichtungen nicht gesehen werden...“. Ein anderer Befragter begrüßt eine derartige Zusammenarbeit „...insofern, als dass die Informationsgrundlage breiter wird ...“ und auch der Staat nicht alles sehen könne und daher auf verschiedenen Quellen Rücksicht nehmen müsse. Auch sollten, „...Bewertungen stets im Diskurs verschiedener Interessengruppen vorgenommen werden...“. Der Bezug zur Praxis wird ebenfalls von mehreren Experten betont, denn „... die Politiker [sind] dann näher dran ... an der Praxis, sonst werden Verordnungen erlassen, die praktisch kaum umsetzbar sind.“ Ebenso „...geben Vereine Rückmeldung, was Bürger interessiert und gleichzeitig sind für Vereine die Informationen von Fachleuten wichtig...“, kurz gesagt: „...wenn Fachleute und Privatpersonen zusammenarbeiten, ist man eher am Verbraucher und ´seinen Problemen´ dran.“ Diejenigen Experten, die eine Zusammenarbeit mit privaten Initiativen und Vereinen ablehnen, also weniger oder gar nicht wichtig angaben, sehen vor allem die Unabhängigkeit gefährdet (79,8%). So konstatiert ein Experte: „Davon halte ich gar nichts, das BfR soll unabhängig sein und sobald private Vereine Einfluss nehmen, ist diese nicht mehr gewährleistet.“<sup>84</sup> (vgl. Abbildung 35)

Abbildung 35: Einbindung privater Initiativen und Vereine in die Arbeit des BfR



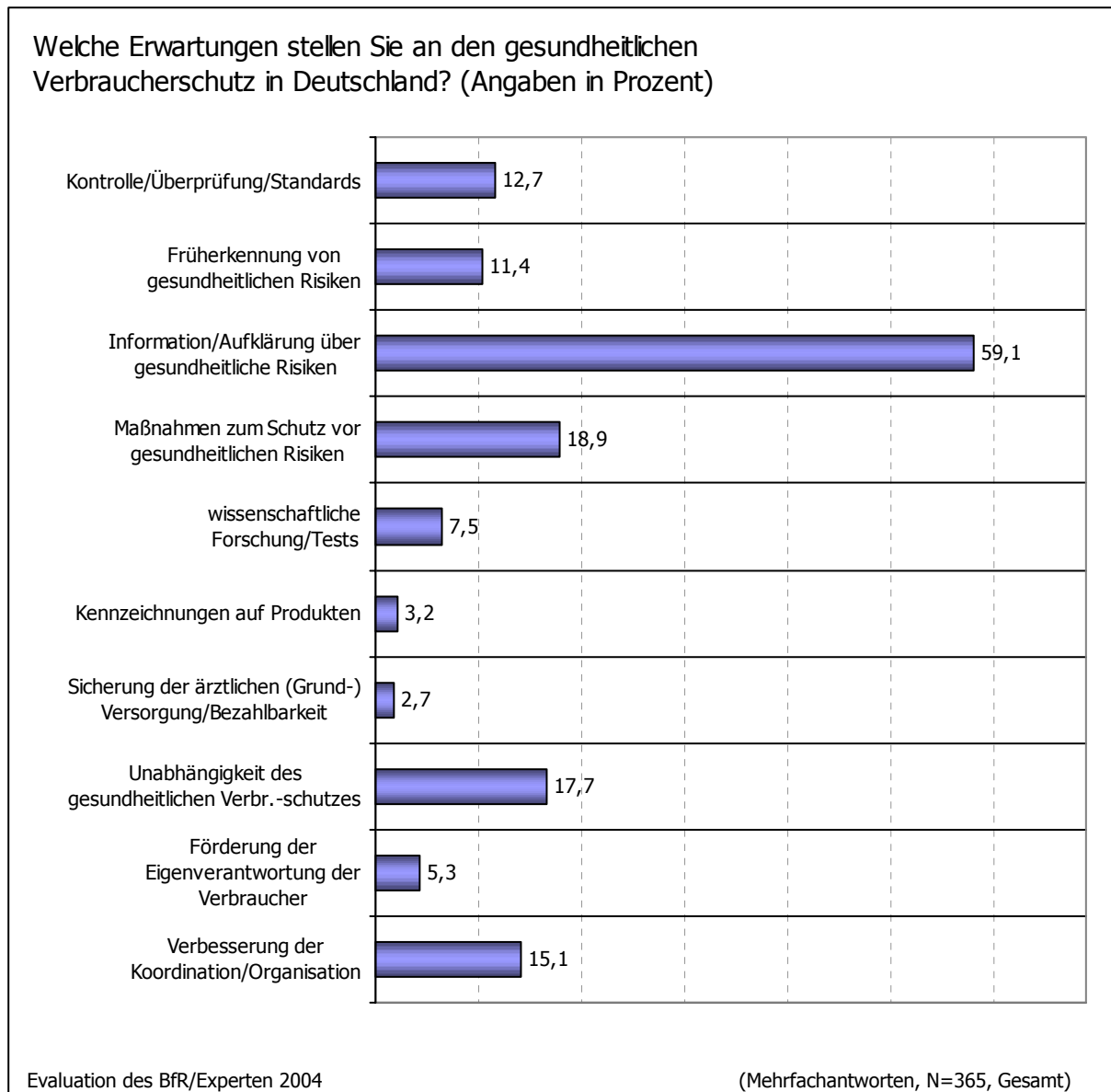
<sup>84</sup> Vgl. Tabellenband Experten, Tabelle 9b.

**Frage 12:** Die Antwort auf die Frage, welche Erwartungen an den gesundheitlichen Verbraucherschutz in Deutschland gestellt werden, fiel eindeutig aus: Die Mehrheit der Experten (59,1%) wünscht sich vor allem Information und Aufklärung über gesundheitliche Risiken. In weitem Abstand folgen zweitens Maßnahmen zum Schutz vor gesundheitlichen Risiken (18,9%) und drittens die Unabhängigkeit des gesundheitlichen Verbraucherschutzes (17,7%). Eine vergleichende Betrachtung der vier Bereiche zeigt, dass Information und Aufklärung vor allem von Politikern (70,7%) gewünscht wird. Weiterhin erwarten Wissenschaftler (14,9%) und Medienvertreter (16,9%) mehr Kontrollen bzw. Überprüfungen und die Einführung von Standards. Diese beiden Bereiche plädieren ebenso stärker als die anderen Bereiche für einen unabhängigen gesundheitlichen Verbraucherschutz (Wissenschaft: 19,1%; Medien: 21,1%). Maßnahmen zum Schutz vor gesundheitlichen Risiken (26,6%) und wissenschaftliche Forschung bzw. Tests (10,6%) werden vor allem von Wissenschaftlern gefordert. Eine bessere Koordination und Organisation des gesundheitlichen Verbraucherschutzes wünschen sich dagegen verstärkt die Verbände (16,7%) und Medienvertreter (18,3%). Betrachtet man schließlich diejenigen Experten, die das BfR kennen, zeigen die Ergebnisse im Vergleich zu „BfR-Nichtkennern“, dass vom gesundheitlichen Verbraucherschutz mehr Maßnahmen zum Schutz vor gesundheitlichen Risiken (22,5%), mehr wissenschaftliche Forschung bzw. Tests (13,9%), Unabhängigkeit (19,5%) und zugleich eine verbesserte Koordination und Organisation (21,5%) erwartet werden.<sup>85</sup> (vgl. Abbildung 36)

---

<sup>85</sup> Vgl. Tabellenband Experten, Tabelle 11; die Kategorien wurden – wie bei der Bevölkerungsumfrage – aus den Antworten generiert.

Abbildung 36: Erwartungen an den gesundheitlichen Verbraucherschutz

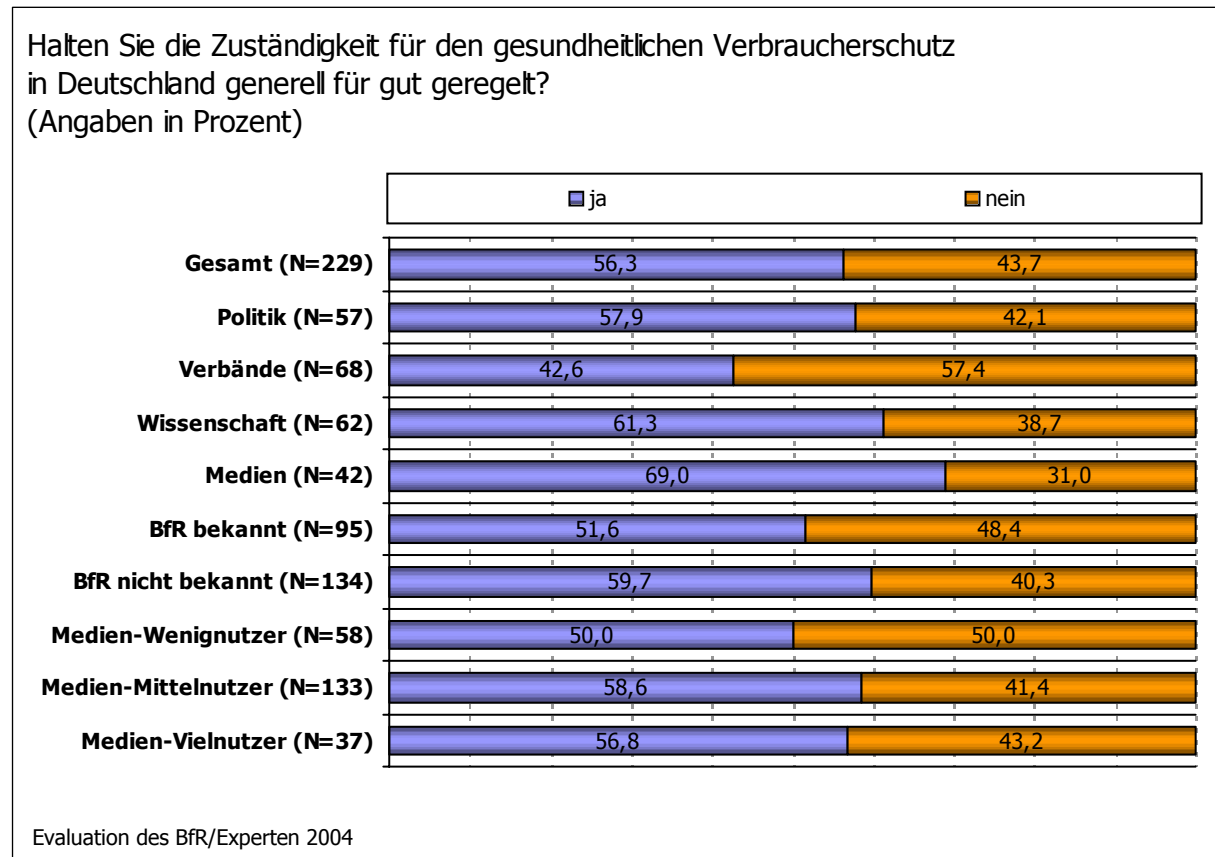


**Frage 13a:** Die Beurteilung der Zuständigkeitsregelung im gesundheitlichen Verbraucherschutz fällt bei der Mehrheit der Experten positiv aus. Hier meinen 56,3 Prozent der Experten, dass die Zuständigkeit gut geregelt sei. Einzige Ausnahme bilden hier die Verbände, bei denen die Mehrheit (57,4%) der Befragten die Zuständigkeitsregelung kritisierte. Im Gegensatz dazu begrüßen vor allem Medienvertreter (69,0%) die gegenwärtige Regelung der Zuständigkeit im gesundheitlichen Verbraucherschutz.<sup>86</sup> (vgl. Abbildung 37a)

<sup>86</sup> Vgl. Tabellenband Experten, Tabelle 12.



Abbildung 37a: Beurteilung der Zuständigkeitsregelung im gesundheitlichen Verbraucherschutz



Schließlich sollten die befragten Experten ihre Meinung zur Zuständigkeitsregelung begründen. Deren Antworten wurden mit Hilfe von acht Kategorien quantifiziert.<sup>87</sup> Hierbei beurteilten die meisten Experten die Regelung als gut, wenn auch die Struktur, Zuständigkeit und Zusammenarbeit für gut befunden wurde (75,2%). Begrüßt wird, dass „... sämtliche Vorschriften, die den Verbraucherschutz betreffen ... jetzt in einem Ministerium vereint ... [sind] und nicht mehr verschiedene Ministerien hineinreden...“. In diesem Zusammenhang werden auch die „...klaren Zuständigkeiten...“ gelobt und durch die Tatsache, dass der gesundheitliche Verbraucherschutz „... einen eigenen Zuständigkeitsbereich ... [besitzt], wird dessen Bedeutung auch der Öffentlichkeit gezeigt.“ Analog dazu behaupten die meisten bei einer negativen Einschätzung der Zuständigkeitsregelung das Gegenteil, d. h. die Struktur, Zuständigkeit und Zusammenarbeit sei schlecht geregelt (70,6%). Hier gäbe es „...teilweise Kompetenzunklarheiten zwischen Bund und Ländern...“ und

<sup>87</sup> Kategorien: 1) gute Struktur, Zuständigkeit und Zusammenarbeit, 2) schlechte Struktur, Zuständigkeit und Zusammenarbeit, 3) effiziente Arbeit, Verbraucherschutz erhält mehr Aufmerksamkeit, 4) keine Transparenz, zu wenig Maßnahmen, 5) Transparenz und Fachkompetenz vorhanden, 6) Information und Aufklärung ausreichend, 7) Information und Aufklärung mangelhaft, 8) negativer politischer Einfluss.

„...die Trennung der Zuständigkeiten zwischen Gesundheitsministerium und Verbraucherschutzministerium ... [sei] nicht klar definiert.“ Ein Experte spricht kurzum von einem „Zuständigkeits-Wirrwarr“. <sup>88</sup> (vgl. Abbildng 37b und 37c)

Abbildung 37b: Beurteilung der Zuständigkeitsregelung im gesundheitlichen Verbraucherschutz

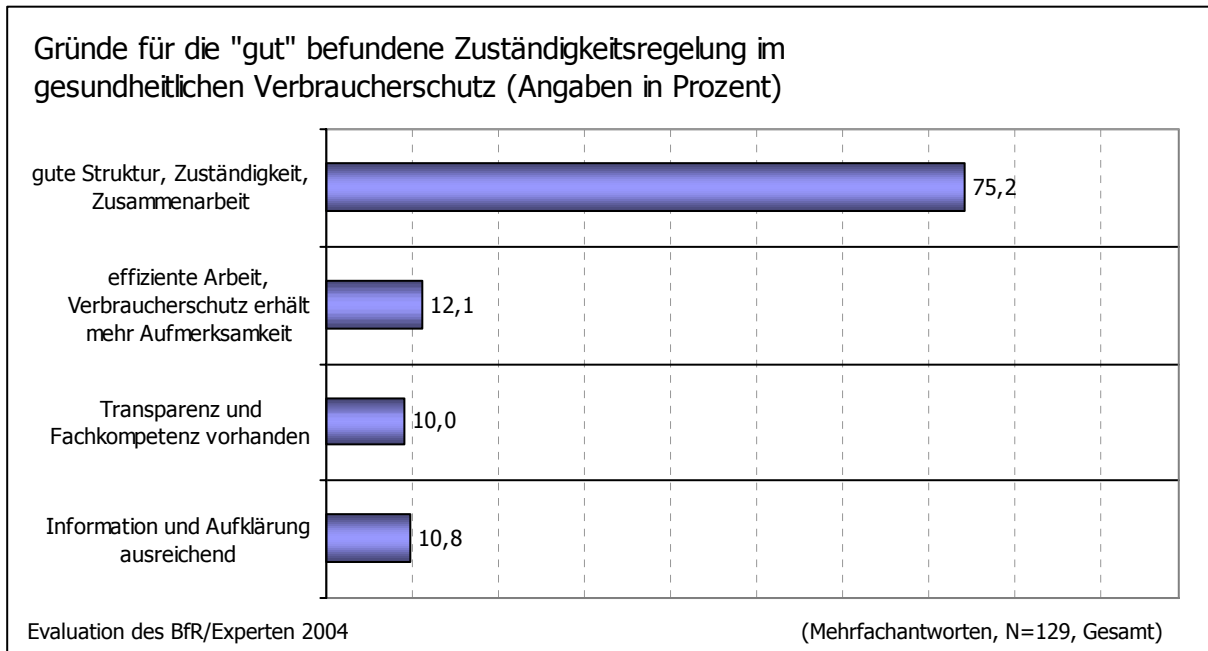
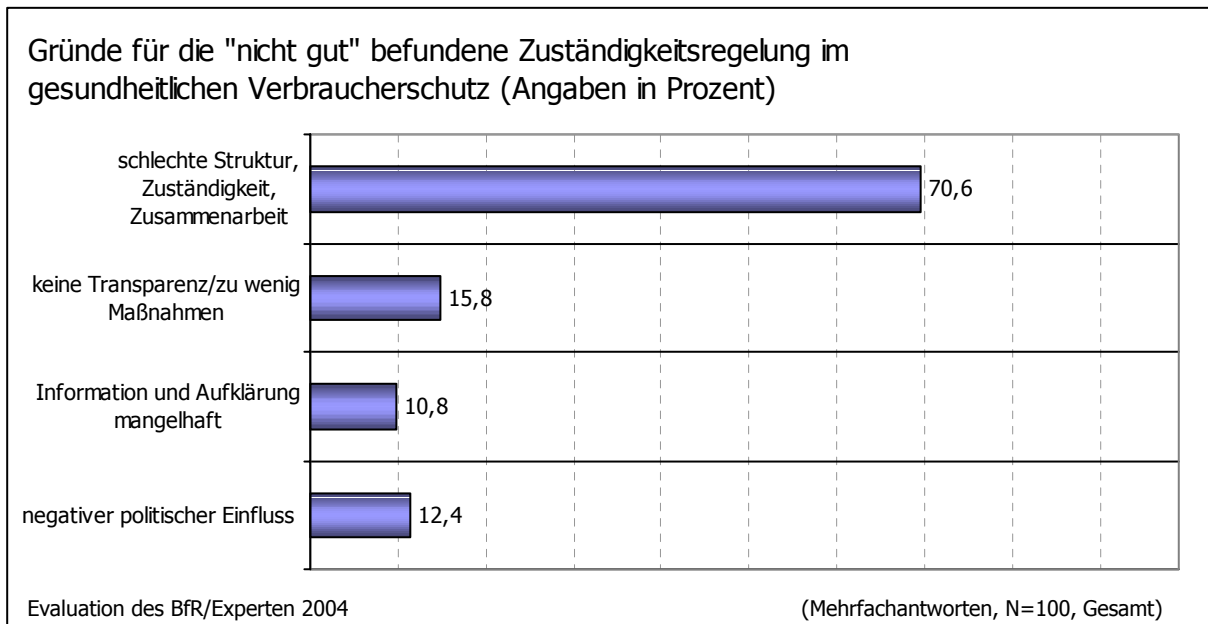


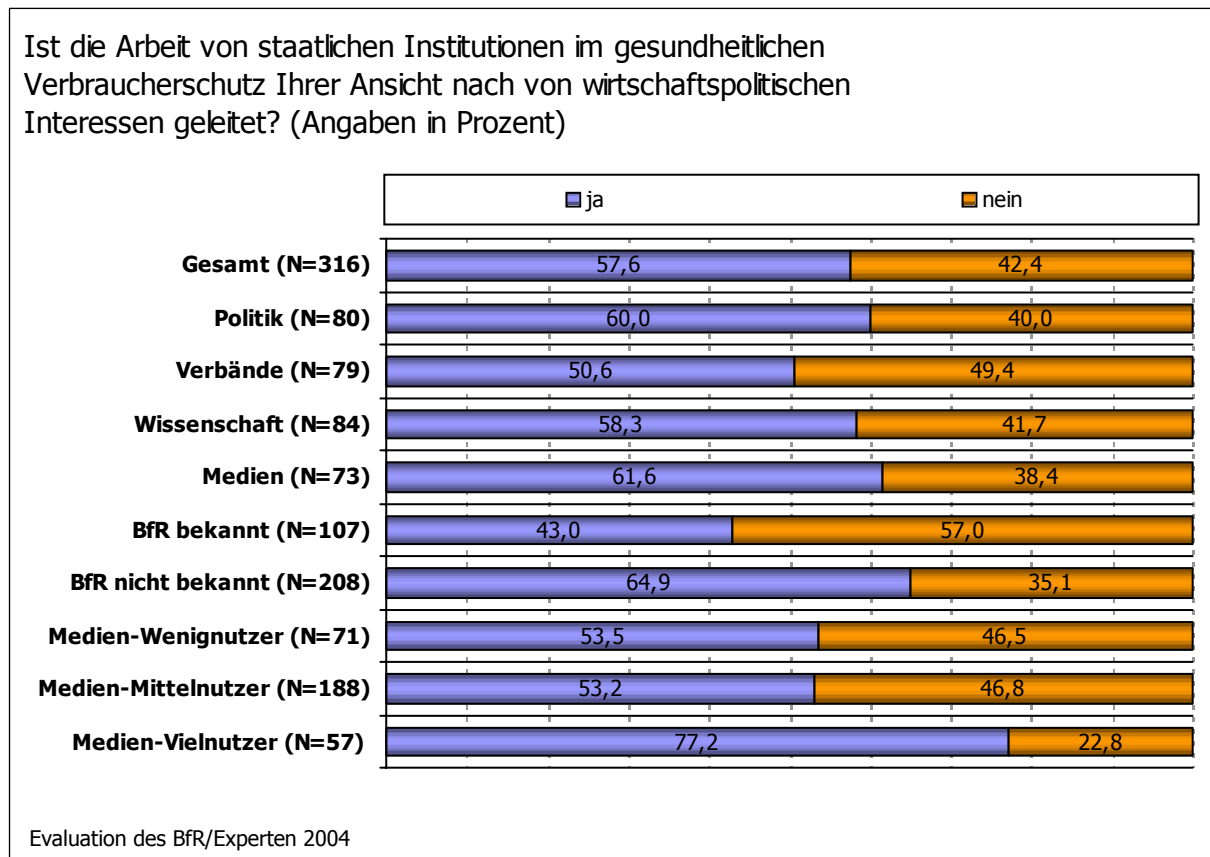
Abbildung 37c: Beurteilung der Zuständigkeitsregelung im gesundheitlichen Verbraucherschutz



<sup>88</sup> Vgl. Tabellenband Experten, Tabelle 12a.

**Frage 13b:** Die meisten Experten (57,6%) sind der Ansicht, dass die Arbeit von staatlichen Institutionen im gesundheitlichen Verbraucherschutz von wirtschaftspolitischen Interessen geleitet ist. Vor allem Politiker (60,0%) und Vertreter des Bereiches Medien (61,6%) nehmen einen lobbyistischen Einfluss an. „BfR-Kenner“ stimmen jedoch mehrheitlich (57,0%) dagegen.<sup>89</sup> (vgl. Abbildung 38a)

Abbildung 38a: Einfluss der Lobby



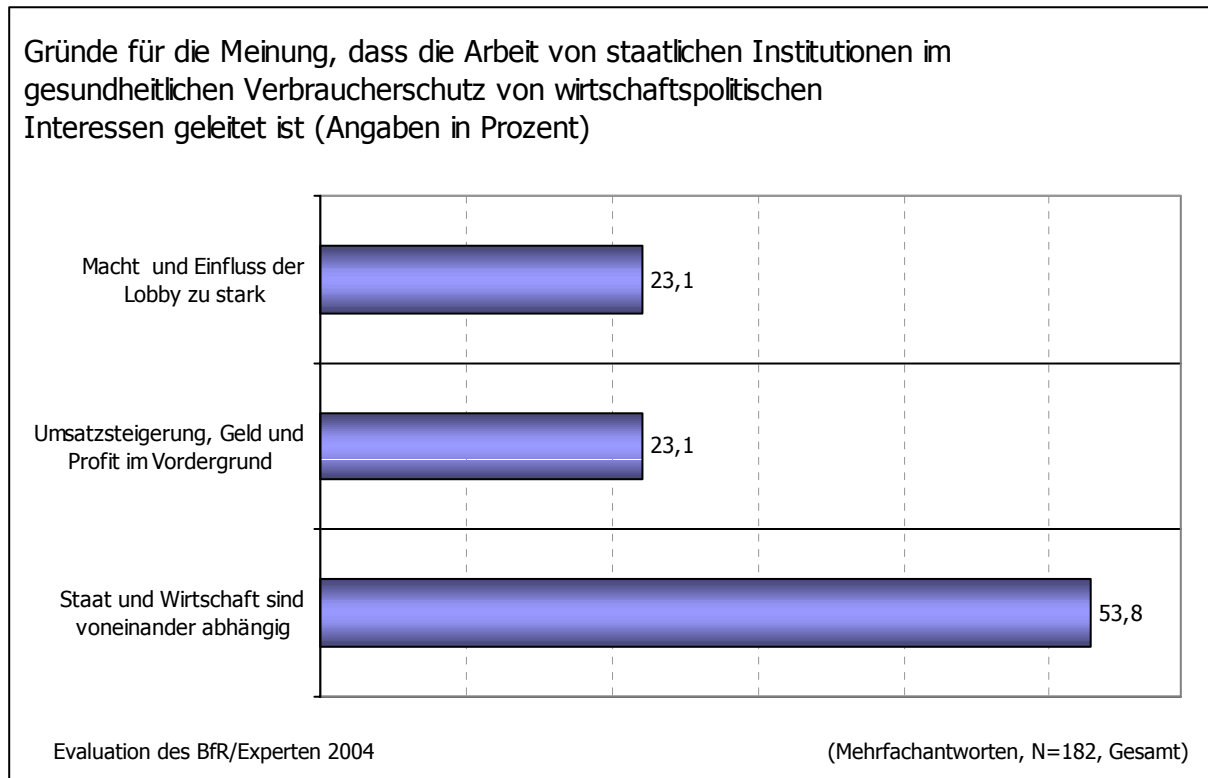
Warum die Arbeit von staatlichen Institutionen im gesundheitlichen Verbraucherschutz von wirtschaftspolitischen Interessen geleitet oder nicht geleitet sei, sollten die Experten auch begründen. Diese Aussagen wurden schließlich sieben Kategorien zugeordnet.<sup>90</sup> So sprachen sich die meisten, die einen lobbyistischen Einfluss nicht ausschließen, dafür aus, dass Staat und Wirtschaft voneinander abhängig (53,8%) sind und somit nicht gänzlich voneinander zu trennen. Ebenso wurden der Einfluss und die Macht der Lobby als zu stark (23,1%) eingeschätzt und behauptet, dass

<sup>89</sup> Vgl. Tabellenband Experten, Tabelle 12.

<sup>90</sup> Kategorien: 1) Unabhängigkeit/Neutralität durch staatliche Einrichtung gewährleistet, 2) durch Aufklärung, Information, Kontrolle nicht möglich, 3) Lobbyeinfluss gegeben, ist aber zweitrangig bzw. untergeordnet, 4) öffentliches und gesundheitliches Interesse steht im Vordergrund, 5) Macht und Einfluss der Lobby zu stark, 6) Umsatzsteigerung, Geld und Profit im Vordergrund, 7) Staat und Wirtschaft sind voneinander abhängig.

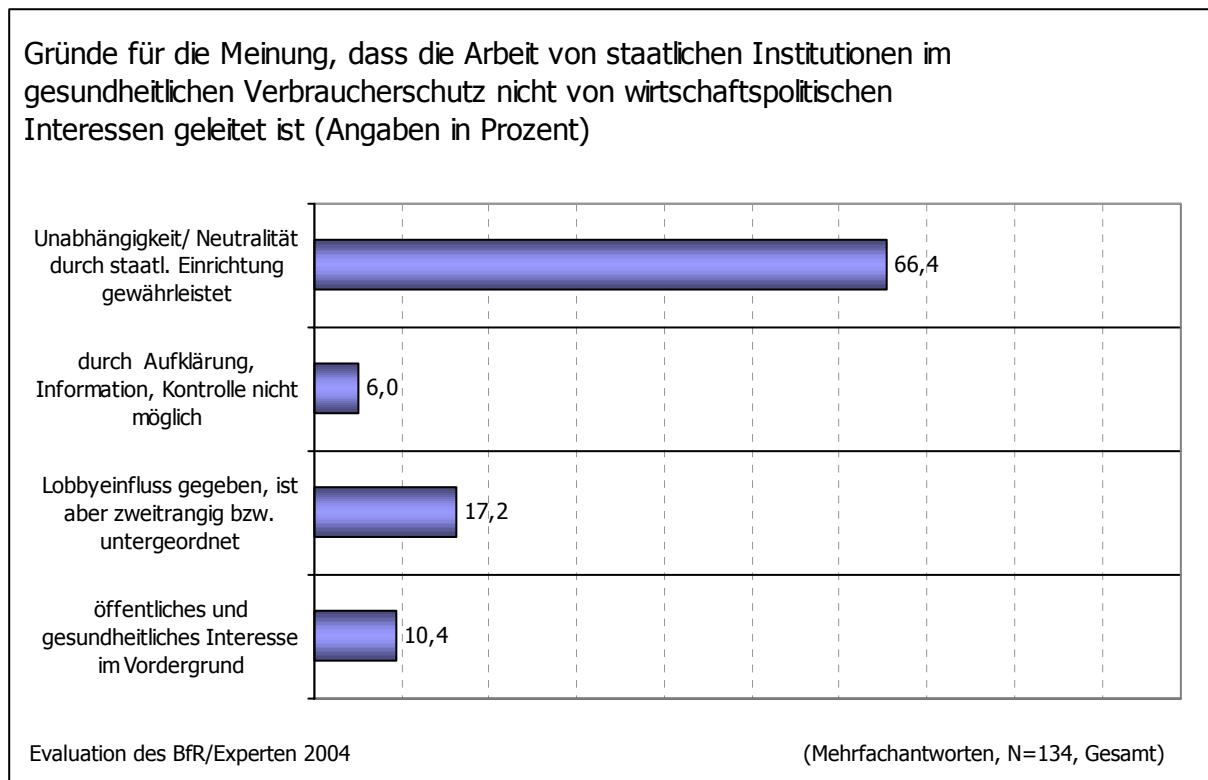
Umsatzsteigerung, Geld und Profit im Vordergrund stehen würden (23,1%). So sprechen sich die Experten für einen lobbyistischen Einfluss aus, „...weil es gar nicht anders geht, weil die Interessen der Industrie und des Handelns ... berücksichtigt werden [müssen]...“ und „...die gesundheitliche Vorsorge und der Verbraucherschutz immer wirtschaftliche Interessen beschneidet.“ Dabei sei „...bei einem wirtschaftsorientierten Land klar, dass auch wirtschaftliche Interessen berücksichtigt werden.“ Im Gegensatz dazu sind diejenigen, die von keinem lobbyistischen Einfluss ausgehen, der Ansicht, dass durch eine staatliche Einrichtung Unabhängigkeit und Neutralität gewährleistet werden (66,4%). Zwar sehen einige Experten den Einfluss einer Lobby als gegeben an, allerdings sei dieser eher zweitrangig bzw. untergeordnet (17,2%). Ein Experte begründet seine Meinung so: „Am Beispiel der Verordnungen zur Hühnerhaltung sieht man, dass die Industrie gern mehr Einfluss hätte, ihn aber nicht hat.“ Viele Befragte vertrauen auch einfach den staatlichen Strukturen, dafür steht exemplarisch die folgende Aussage eines Experten: „Ich vertraue darauf, weil der gesundheitliche Verbraucherschutz als staatliche Einrichtung einer gewissen Kontrolle unterliegt.“ Andere sagen, sie hätten „... noch keine solche Einflussnahme feststellen können.“<sup>91</sup> (vgl. Abbildung 38b und 38c)

Abbildung 38b: Einfluss der Lobby



<sup>91</sup> Vgl. Tabellenband Experten, Tabelle 12b.

Abbildung 38c: Einfluss der Lobby



Der letzte Fragekomplex bezog sich wie bei der Bevölkerungsumfrage auf die Gesundheits- und Verbraucherthemen Salmonellenvergiftung, Futtermittelskandal, BSE/Rinderwahn und Acrylamid. Allerdings wurden die Experten nur nach der Bekanntheit des Themas, nach der Beurteilung des staatlichen Handelns und nach der Informationsquelle gefragt.<sup>92</sup>

**Fragen 14a bis 14d:** Erwartungsgemäß ist die Bekanntheit aller Gesundheits- und Verbraucherthemen sehr hoch (Salmonellen 98,0%; Futtermittel 98,7%; BSE/Rinderwahn 100,0%; Acrylamid 77,0%). Am niedrigsten fällt dabei die Bekanntheit von Acrylamid aus. (vgl. Abbildung 39)

**Fragen 15a bis 15d:** Betrachtet man die Beurteilung des staatlichen Handelns, fällt die Meinung der Experten bei allen Themen sehr gut aus. So meinen beispielsweise 85,8 Prozent der Befragten, dass der Staat im Fall Salmonellenvergiftung richtig gehandelt hätte. Nur bei den Themen BSE/Rinderwahn (67,7%) und Acrylamid (68,0%) fallen die Prozentwerte etwas niedriger aus. Diejenigen, die der Ansicht waren, der Staat hätte bei den angegebenen Gesundheits- und Verbraucherthemen

<sup>92</sup> Vgl. Tabellenband Experten, Tabelle 13a, 14a, 15a, 16a.

nicht richtig gehandelt, gaben folgende Gründe an: In den Fällen Salmonellenvergiftung (48,8%) und Futtermittelskandal (41,2%) monierten die Experten vor allem, dass der Staat zu wenig gehandelt hätte. An zweiter Stelle stehen bei der Thematik Salmonellenvergiftung mangelnde Information und Aufklärung (35,5%) und beim Futtermittelskandal, dass der Staat zu spät gehandelt hätte (35,9%). Bei der Problematik BSE/Rinderwahn kritisierten die Experten vor allem das verzögerte Handeln des Staates (38,0%), gefolgt von der Meinung, dass die Handlungen zu wenig (33,6%) oder zu übertrieben (32,7%) waren. Dass der Staat zu übertrieben gehandelt hätte, meinten vor allem Kritiker im Fall von Acrylamid (52,7%). (vgl. Abbildung 40 und 41)

**Fragen 16a bis 16d:** Die dominierenden Informationsquellen hinsichtlich der ausgewählten Gesundheits- und Verbraucherthemen sind die Massenmedien, wobei bei allen Themen die Zeitungen und Zeitschriften (Printmedien) mit leichtem Abstand vor Radio und Fernsehen (audiovisuelle Medien) liegen. In weitem Abstand folgen bei jeder Thematik die Fachmedien und Informationen aus dem sozialen und beruflichen Umfeld. An fünfter Stelle steht – außer bei Acrylamid – das Internet als Informationsquelle. Im Fall Acrylamid werden Informationen von Vereinen, Verbänden und Stiftungen am fünfthäufigsten genannt. Eine separate Betrachtung von bundesstaatlichen Einrichtungen als Informationsquelle zeigt, dass deren Anteil verschwindend gering ist und im Vergleich zu den bereits genannten Quellen eher von marginaler Bedeutung sind. Dabei wurde das Bundesministerium für Verbraucherschutz im Vergleich zu den anderen bundesstaatlichen Einrichtungen am häufigsten genannt (Salmonellen 2,8%; Futtermittel 4,4%; BSE/Rinderwahn 4,1%; Acrylamid 5,8%). Das Bundesinstitut für Risikobewertung wurde kaum als Informationsquelle genannt. Die häufigste Nennung erfolgte im Zusammenhang mit Acrylamid (3,6%).<sup>93</sup> (vgl. Abbildung 42a und 42b)

---

<sup>93</sup> Vgl. Tabellenband Experten, Tabellen 13b, 14b, 15b, 16b.

Abbildung 39: Bekanntheit der Gesundheits- und Verbraucherthemen

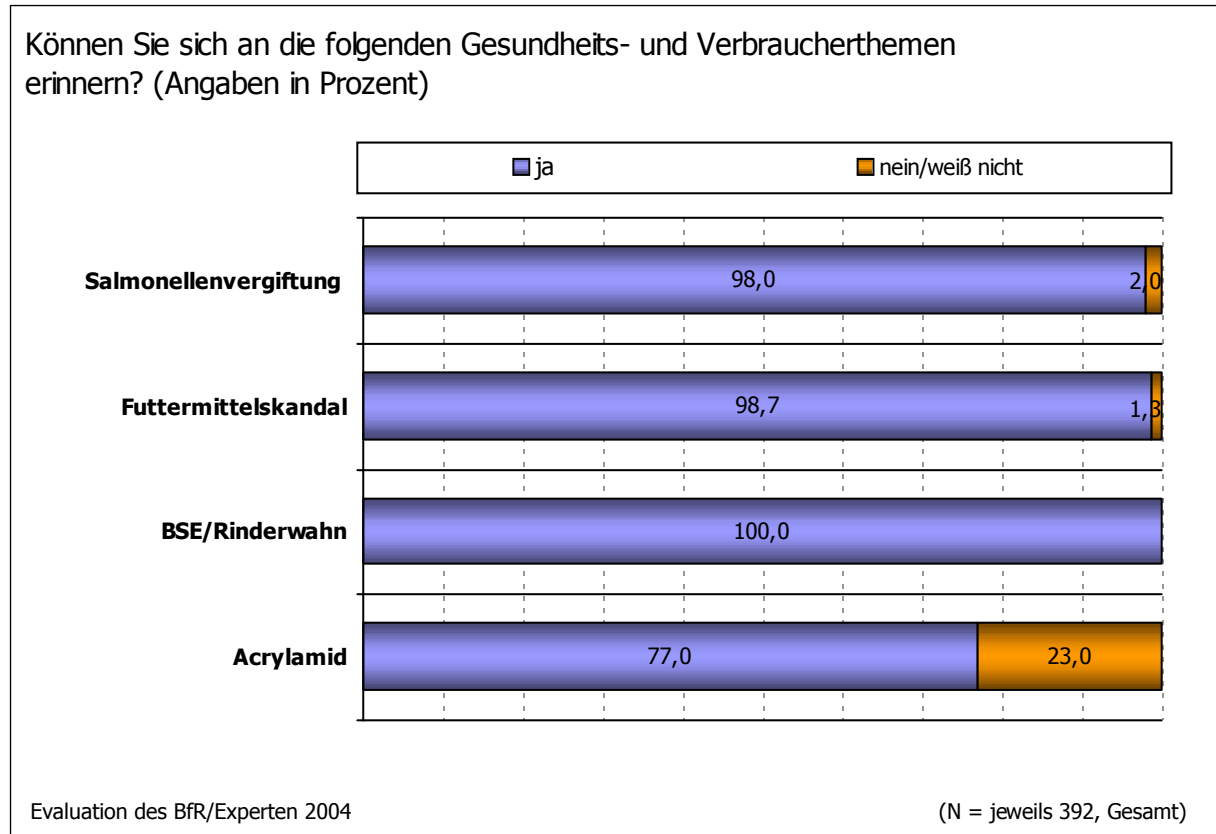


Abbildung 40: Beurteilung des staatlichen Handelns (ja/nein)

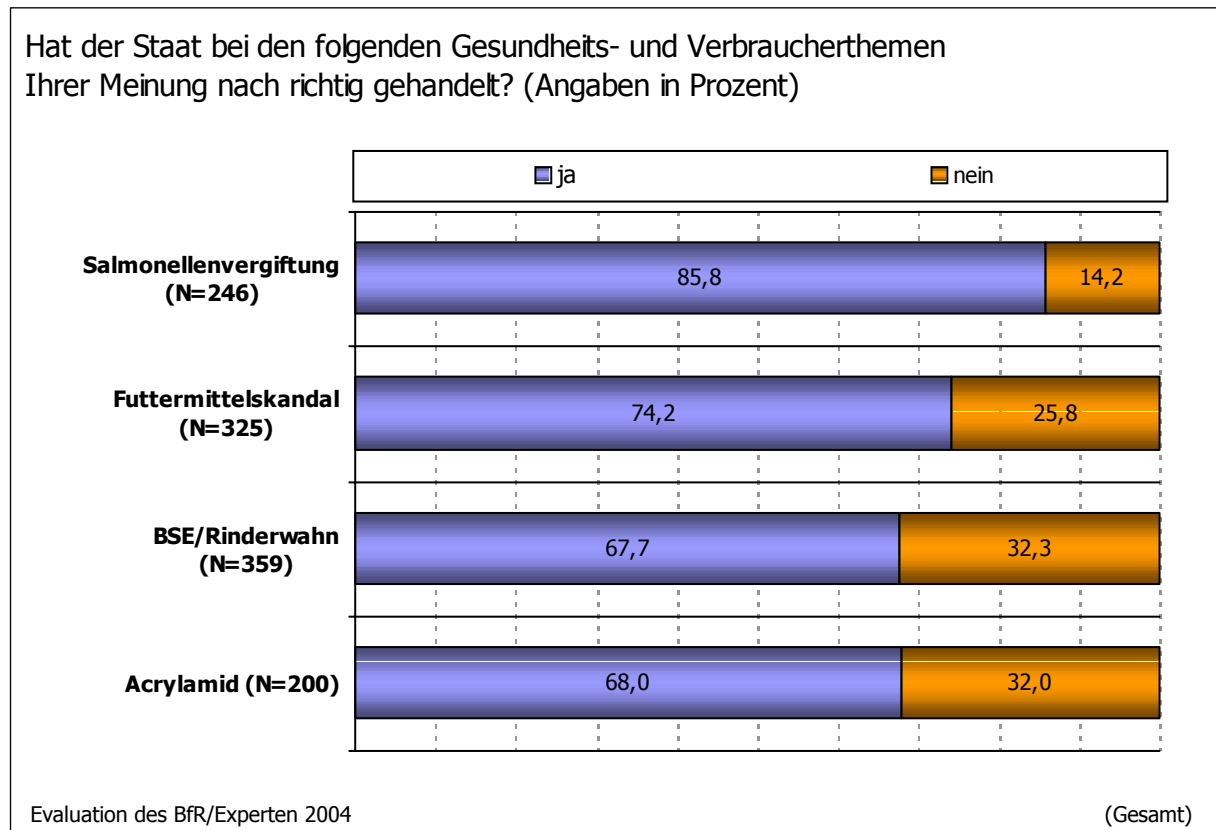


Abbildung 41: Beurteilung des staatlichen Handelns (Gründe)

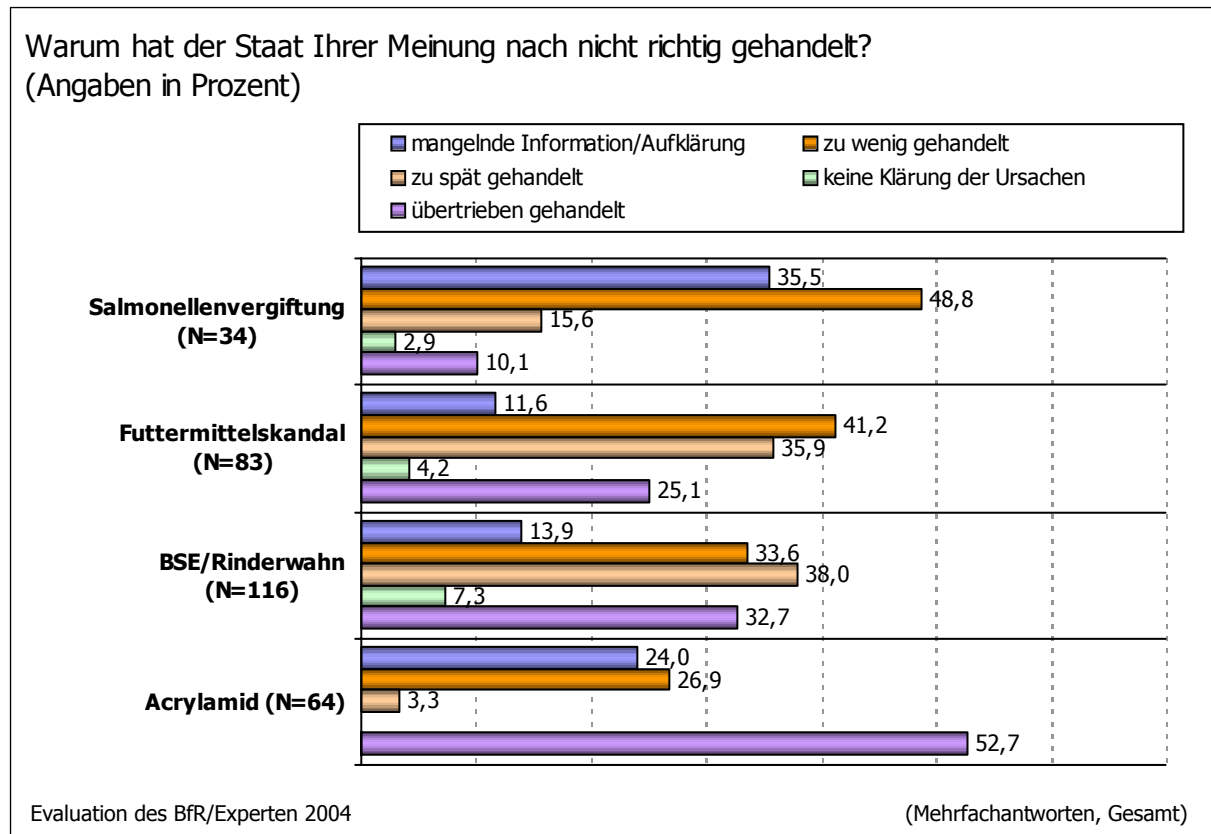


Abbildung 42a: Informationsquellen über die Gesundheits- und Verbrauchert Themen

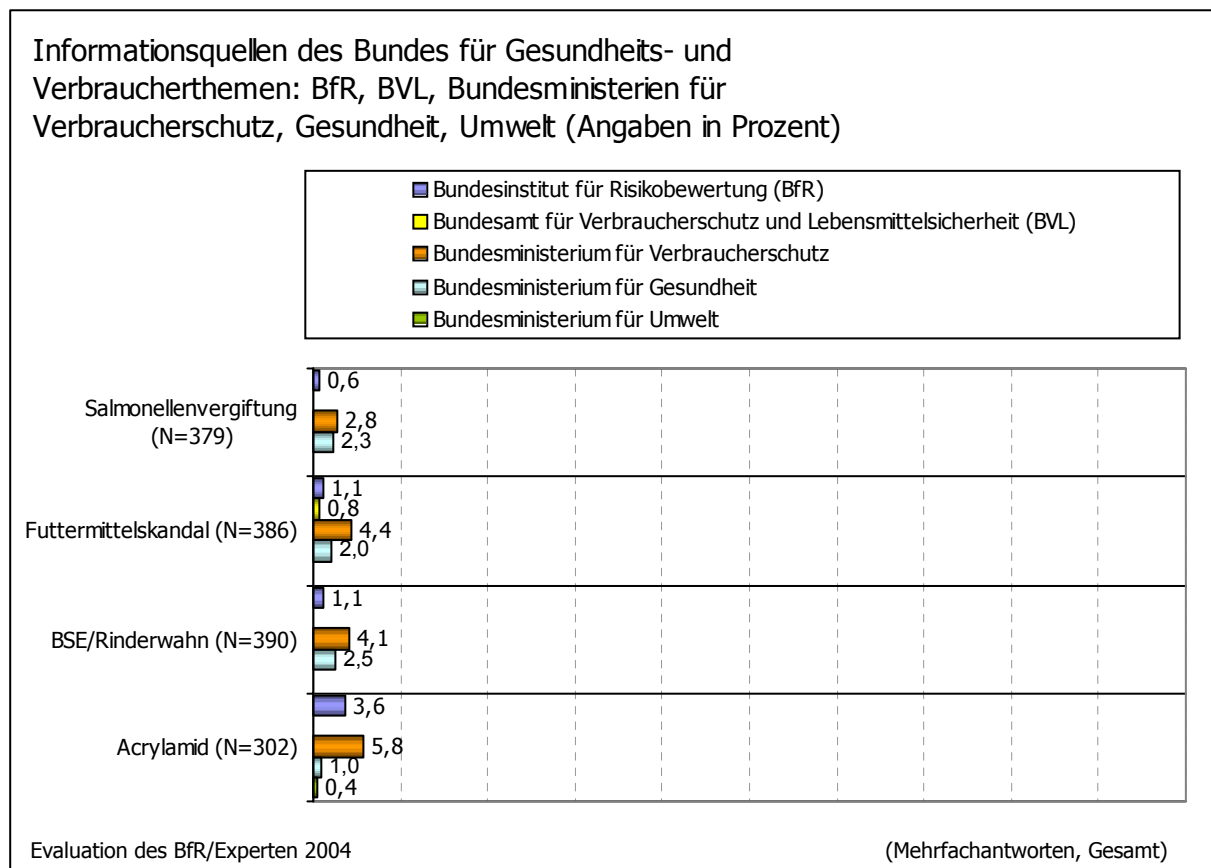
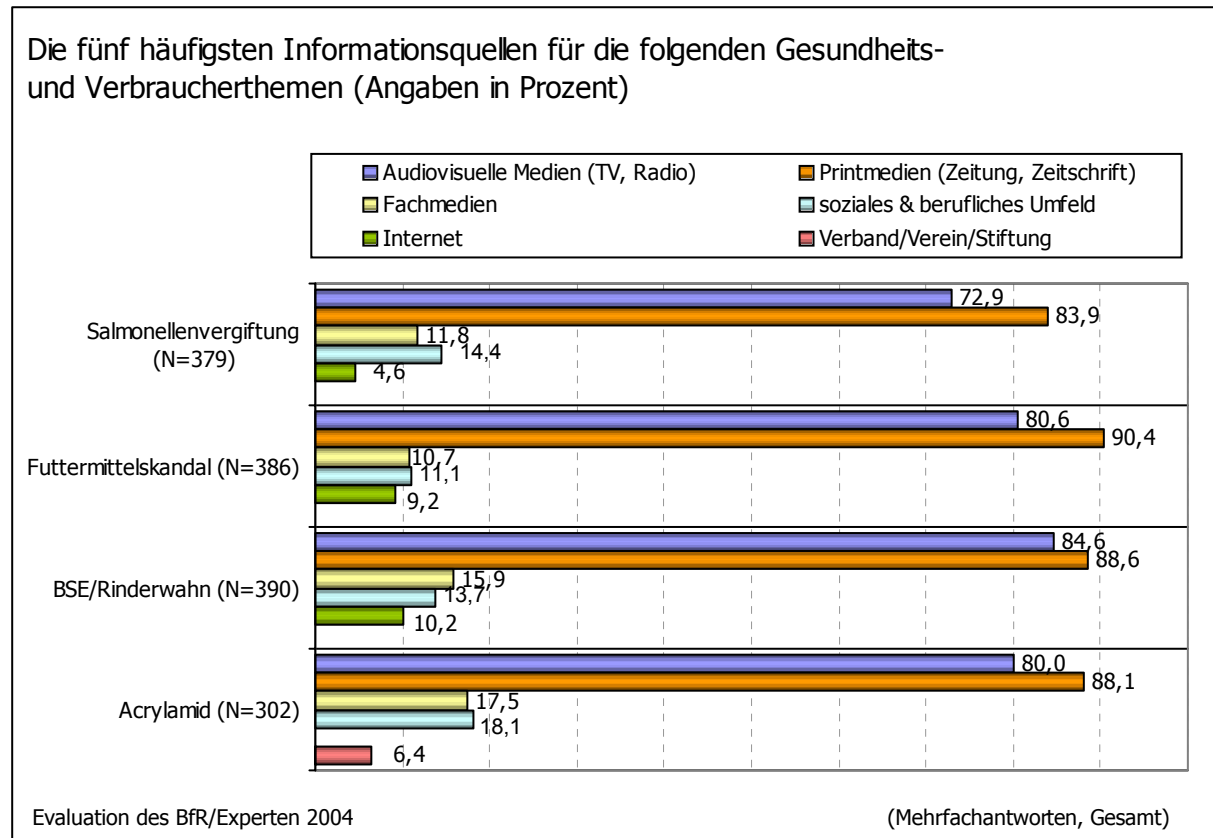




Abbildung 42b: Informationsquellen über die Gesundheits- und Verbrauchert Themen



## 2.3 Vergleich der Experten- und Bevölkerungsumfrage

Da der Inhalt des Bevölkerungs- und Expertenfragebogens in weiten Teilen identisch war, ist es nun möglich, bestimmte Ergebnisse miteinander zu vergleichen. Dabei lassen sich folgende Aussagen treffen:

- **Wichtigkeit des Schutzes der Gesundheit durch den Staat:**  
Sowohl den Experten als auch der Bevölkerung ist der Schutz der Gesundheit durch den Staat wichtig.
- **Informationshäufigkeit über gesundheitliche Verbraucherschutzrisiken:**  
Experten informieren sich etwas häufiger als die Bevölkerung über gesundheitliche Verbraucherschutzrisiken.
- **Die größten gesundheitlichen Risiken des Verbrauchers:**  
Das größte gesundheitliche Risiko des Verbrauchers ist sowohl für die Experten als auch für Bevölkerung eine ungesunde Lebensweise.
- **Abgrenzung des gesundheitlichen Verbraucherschutzes:**  
Den Unterschied zwischen gesundheitlichem Verbraucherschutz und Verbraucherschutz allgemein kennt die Mehrheit der Experten, jedoch nur eine Minderheit der Bevölkerung.
- **Informationsquellen über den gesundheitlichen Verbraucherschutz:**  
Sowohl die Experten als auch die Bevölkerung informieren sich am meisten durch Massenmedien über den gesundheitlichen Verbraucherschutz, wobei Printmedien vor den audiovisuellen Medien liegen.
- **Zufriedenheit mit der Informationslage über den gesundheitlichen Verbraucherschutz:**  
Experten fühlen sich etwas besser über den gesundheitlichen Verbraucherschutz informiert als die Bevölkerung. Die Experten fühlen sich eher gut und die Bevölkerung eher mittelmäßig informiert.

- **Bekannte Institute im Bereich gesundheitlicher Verbraucherschutz:**

Bekannte Institute im gesundheitlichen Verbraucherschutz sind bei den Experten vor allem das Bundesministerium für Verbraucherschutz und in der Bevölkerung das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesgesundheitsamt. Das Bundesinstitut für Risikobewertung wird von der Bevölkerung im Gegensatz zu den Experten kaum genannt.

- **Unterscheidung von „Risikomanagement“ und „Risikobewertung“ im gesundheitlichen Verbraucherschutz:**

Die Mehrheit der Experten und der Bevölkerung weiß nicht, dass der Staat die Begriffe „Risikomanagement“ und „Risikobewertung“ im gesundheitlichen Verbraucherschutz unterscheidet und zwei getrennte Bundesinstitutionen mit diesen Namen etabliert hat.

- **Das Bundesinstitut für Risikobewertung:**

- **Bekanntheit**

Die Mehrheit der Experten und der Bevölkerung kennt das Bundesinstitut für Risikobewertung nicht. Allerdings ist die Bekanntheit unter den Experten wesentlich größer (30,5%) als unter der Bevölkerung (2,8%). Im Gegensatz zur Bevölkerung kennen die Experten – wenn das BfR bekannt ist – mehrheitlich auch die Aufgaben des BfR. Die „BfR-Kenner“ der Bevölkerung kennen meist nur dessen Namen.

- **Informationsquellen**

Die Mehrheit derjenigen Experten, die das BfR kennen, wissen, dass von diesem Bundesinstitut Informationen zum gesundheitlichen Verbraucherschutz herausgegeben werden. Im Gegensatz dazu weiß die Mehrheit der „BfR-Kenner“ in der Bevölkerung nichts davon.

- **Einbindung privater Initiativen und Vereine**

Dass private Initiativen und Vereine in die Arbeit des BfR eingebunden werden findet die Bevölkerung etwas wichtiger als die Experten.

- **Erwartungen an den gesundheitlichen Verbraucherschutz:**

Sowohl die Experten als auch die Bevölkerung erwarten vom gesundheitlichen Verbraucherschutz vor allem Information und Aufklärung über gesundheitliche Risiken.

- **Die Gesundheits- und Verbraucherthemen:**

- **Bekanntheit**

Die Mehrheit der Experten kann sich an die Gesundheits- und Verbraucherthemen Salmonellenvergiftung, Futtermittelskandal, BSE/Rinderwahn und Acrylamid erinnern. Bis auf die Problematik Acrylamid sind der Mehrheit der Bevölkerung diese Themen ebenso bekannt.

- **Beurteilung des staatlichen Handelns**

Sowohl die Mehrheit der Experten als auch die Mehrheit der Bevölkerung spricht sich dafür aus, dass der Staat bei den Themen Salmonellenvergiftung, Futtermittelskandal, BSE/Rinderwahn und Acrylamid richtig gehandelt hat. Die Bevölkerung ist vor allem dann der Meinung, der Staat hätte bei den Gesundheits- und Verbraucherthemen nicht richtig gehandelt, wenn der Eindruck „zu wenig gehandelt“ vorhanden war. Die Experten monierten diesen Aspekt vor allem bei Salmonellenvergiftung und beim Futtermittelskandal.

- **Informationsquellen**

Sowohl die Mehrheit der Experten als auch die Mehrheit der Bevölkerung erfuhr über die Massenmassen von den ausgewählten Gesundheits- und Verbraucherthemen. Dabei liegen bei den Experten die Printmedien ausnahmslos vor den audiovisuellen Medien. Außer im Fall Salmonellenvergiftung liegen dagegen in der Bevölkerung die audiovisuellen Medien vor den Printmedien.

### **3. Forschungsrahmen der Studie**

#### **3.1 Hintergrund und Ziel**

Hintergrund dieses Projektes ist es, die Kommunikationsarbeit des Bundesinstituts für Risikobewertung (BfR) mit einem wissenschaftlichen Begleitprogramm zu evaluieren. Ein Ziel soll sein, die initiierten Maßnahmen vor dem Hintergrund der Organisations- und Kommunikationsziele zu bewerten. In diesem Rahmen kommen verschiedene Evaluationsinstrumente – Gutachten und Umfragen – zum Einsatz, mit denen die Kommunikationsarbeit des BfR überprüft werden soll. Die Universität Leipzig wurde in Kooperation mit dem unabhängigen Marktforschungsinstitut KONTUR 21 GmbH<sup>94</sup> von der Leipziger & Partner Public Relations GmbH mit der Durchführung des Teilbereichs Umfragen (Bevölkerungs- und Expertenbefragung) beauftragt.

#### **3.2 Methode und Untersuchungsinstrument**

Die vorliegenden im Jahr 2004 durchgeführten repräsentativen Bevölkerungsumfragen und Expertenbefragungen sollten die Nullmessung darstellen. Im Rahmen des Gesamtprojektes sind Folgemessungen im Jahrestakt vorgesehen (Trendstudie). Der grundsätzliche Aufbau des Fragebogens orientiert sich dabei an den vorgegebenen Zielgrößen „Information – Bekanntheit des BfR“, „Eduktion – Bedeutung“ und „Emotion – Identifikation“.

- ***Befragung Bevölkerung***

Auf Basis der vom Auftraggeber formulierten Forschungsinteressen und Forschungsfragen wurde ein – insbesondere für die Durchführung von telefonischen Befragungen geeignetes – Befragungsinstrument (Fragebogen) entwickelt und mit dem Auftraggeber abgestimmt. Es erfolgte ein Pretest des Instruments mit zufällig ausgewählten Personen. Sich daraus ergebende Veränderungen wurden nach Absprache mit dem Auftraggeber in den Fragebogen eingearbeitet. Die Befragung erfolgte schließlich durch computergestützte telefonische Interviews (CATI).

---

<sup>94</sup> Die KONTUR 21® GmbH ist Mitglied des Berufsverbands Deutscher Markt- und Sozialforscher e.V. (BVM) und hat sich auf die Einhaltung von Richtlinien und Gütestandards der Marktforschung verpflichtet.

Für die Bevölkerungsumfrage wurde als Grundgesamtheit die in Privathaushalten lebende deutsche Bevölkerung im Alter von 14 bis 89 Jahren festgelegt. Die daraus gezogene repräsentative Stichprobe umfasst eine Fallzahl von 1.200 Befragten, damit vergleichende Analysen und Gruppenbetrachtungen, z. B. neue versus alte Bundesländer, möglich sind.<sup>95</sup>

• **Befragung Experten**

Der stärker qualitativ ausgerichtete Expertenfragebogen orientiert sich in seiner Struktur am Fragebogen der Bevölkerungsumfrage, um in wesentlichen Punkten vergleichende Analysen vornehmen zu können. Im Gegensatz zum Bevölkerungsfragebogen wurden den Experten vertiefende und ergänzende Fragen zur Thematik gestellt (vgl. z. B. die Fragen 6a, 7f, 9d).

Als „Experten-Grundgesamtheit“ wurden in diesem Zusammenhang Personen definiert, die sich durch ihre Tätigkeit mit dem Bereich Gesundheit und Verbraucherschutz auseinandersetzen oder für diesen im Rahmen ihrer politischen, wissenschaftlichen, redaktionellen bzw. journalistischen oder vereinsgebundenen Tätigkeit verantwortlich sind.

Die Experten der einzelnen Bereiche wurden dabei wie folgt definiert:

Politik	MdL und MdB, insbesondere Mitglieder von Ausschüssen zum Verbraucherschutz sowie Abgeordnete des Europäischen Parlaments
Wissenschaft	promovierte bzw. habilitierte Wissenschaftler und Hochschulprofessoren/-dozenten in den Bereichen Biologie, Ernährungs- und Wirtschaftswissenschaften, Politik, (Lebensmittel-) Chemie, Energie, (Tier-)Mediziner und Pharmazeuten
Medien	Journalisten bzw. Redakteure (über-)regionaler Tageszeitungen, insbesondere von Ratgeber- und Wissenschaftsseiten; Journalisten bzw. Redakteure von Fachblättern/-magazinen und ähnlichen Publikationen
Verbände	Verbraucherschutzverbände und von der Thematik betroffene Wirtschaftsverbände (z. B. Landwirtschaftsverbände)

<sup>95</sup> Zur Repräsentativität der Bevölkerungsumfragen siehe auch Kapitel 4.

### 3.3 Durchführung und Zeitraum der Befragung

Die computergestützten telefonischen (Experten-)Interviews (CATI) erfolgten im Telefonstudio der KONTUR 21<sup>®</sup> GmbH und wurden durch geschulte und qualifizierte Interviewer unter permanenter Fachaufsicht durchgeführt. Damit war sichergestellt, dass die Interviews formal richtig ablaufen und die erforderlichen Informationen zur Freiwilligkeit der Teilnahme und zum Datenschutz gegeben waren. Alle Daten wurden mittels der CATI-Software voxco InterviewerSuite 4.6 elektronisch erfasst und gespeichert. Anschließend erfolgte eine Datenbereinigung und -aufbereitung mittels SPSS, in der u. a. Antworten auf offene Fragen zur Komplexitätsreduzierung umkodiert und zusammengefasst wurden.

Die Bevölkerungs- und Expertenbefragung erfolgte werktags zwischen 10 und 21 Uhr, um zum einen den Schutz der Privatsphäre des Befragten zu gewährleisten und zum anderen alle Bevölkerungsschichten und die Experten aller Bereiche zu erreichen. Eine mögliche Verbindung zwischen Befragungsdaten und Namen, Anschriften und Telefonnummern der Befragten wurde ausgeschlossen, um die Anonymität der Befragten sicherzustellen. Allein bei der Expertenbefragung wurde der betreffende Bereich (Politik etc.) jedem Interview zugeordnet.

- ***Befragung Bevölkerung***

Für die Stichprobenziehung wurden Telefonnummern hälftig per Zufallsauswahl aus dem aktuellen Telefonverzeichnis und hälftig per „Random-Last-Digit-Verfahren“ ermittelt, um auch Anschlüsse zu erreichen, die nicht im Telefonverzeichnis eingetragen sind. Die Auswahl der Befragten erfolgte nach der Quotenvorgabe „Zielpersonen zwischen 14 und 89 Jahren“ und nach dem „Last-Birthday-Verfahren“. Es wurden bis zu drei Kontaktversuche je Anschluss und Terminvereinbarung eingeplant. Der Zeitraum der Feldphase betrug 12 Tage, vom 06.12.2004 bis zum 18.12.2004. Die durchschnittliche Dauer eines Interviews lag bei 15 Minuten.

- ***Befragung Experten***

Für die Stichprobenziehung wurde eine Fallzahl von 400 festgelegt, davon je 100 Experten aus den Bereichen Politik, Verbände, Medien und Wissenschaft. Die Ansprechpartner und Telefonnummern wurden zum einen dem „Taschenbuch des öffentlichen Lebens“<sup>96</sup> entnommen und zum anderen im Internet recherchiert. Die Experteninterviews wurden im Zeitraum vom 15.12.2004 bis zum 07.01.2005 durchgeführt. Die durchschnittliche Dauer eines Interviews betrug 20 Minuten.

---

<sup>96</sup> Vgl. Oeckl, Albert: Taschenbuch des öffentlichen Lebens 2002/2003. Bonn: Festland Verlag. 2004.

#### 4. Zur Repräsentativität der Bevölkerungsumfrage

Empirische Forschungsvorhaben, die Aussagen über große Populationen (zum Beispiel die deutsche Bevölkerung) treffen wollen, untersuchen in der Regel nur einen Bruchteil dieser Population. Es wäre unsinnig und häufig sogar unmöglich, alle Elemente der Population zu untersuchen. Doch sind diese Ergebnisse dann überhaupt aussagekräftig? Um diese Frage zu klären müssen folgende Schritte beachtet werden:<sup>97</sup>

- **Definition der Grundgesamtheit**

Die Grundgesamtheit bezeichnet die Menge aller Objekte über die eine Aussage getroffen werden soll. In der vorliegenden Studie wurde als Grundgesamtheit die in Privathaushalten lebende deutsche Bevölkerung im Alter von 14 bis 89 Jahren festgelegt. Ist die Grundgesamtheit bekannt, kann man durch Auswahlverfahren Teile davon untersuchen. Die notwendige Auswahl wird jedoch nicht einfach willkürlich getroffen, sondern ist von statistisch abgesicherten Auswahlverfahren geleitet.

- **Stichprobenziehung**

Um von Aussagen einer Teilmenge auf die Grundgesamtheit schließen zu können, muss der so genannte Repräsentationsschluss angewandt werden. Dieser ist nur dann zulässig, wenn die Elemente der Grundgesamtheit in der Teilmenge in derselben Zusammensetzung vertreten sind, die Teilmenge also ein verkleinertes, strukturgleiches Abbild der Gesamtmenge ist. Dieser Zustand ist nur durch das Auswahlverfahren der *Zufallsstichprobe* herzustellen und wurde demnach in der vorliegenden Bevölkerungsumfrage angewandt. Für die Stichprobenziehung wurden Telefonnummern hälftig per Zufallsauswahl aus dem aktuellen Telefonverzeichnis und hälftig per „Random-Last-Digit-Verfahren“ ermittelt, um auch Anschlüsse zu erreichen, die nicht im Telefonverzeichnis eingetragen sind. Um sicherzustellen, dass nicht nur solche Personen befragt werden, die stets an das Telefon gehen, wurde

---

<sup>97</sup> Vgl. u. a.: Bortz, J.: Statistik für Sozialwissenschaftler. Berlin. 1999; Diekmann, A.: Empirische Sozialforschung. Grundlagen. Methoden. Anwendungen. Reinbeck b. Hamburg. 2003; Schnell, R./Hill, P./Esser, E.: Methoden der empirischen Sozialforschung. München/Wien. 1999; Brosius, F.: SPSS 11. Bonn. 2002; Weischer, Ch.: Das Unternehmen „Empirische Sozialforschung“: Strukturen, Praktiken und Leitbilder der Sozialforschung in der Bundesrepublik Deutschland. München. 2004; Schumann, S.: Repräsentative Umfrage : praxisorientierte Einführung in empirische Methoden und statistische Analyseverfahren. München/Wien. 2000; Kromrey, H.: Empirische Sozialforschung : Modelle und Methoden der standardisierten Datenerhebung und Datenauswertung. Opladen. 2000; Backhaus, K. u. a.: Multivariate Analysemethoden: eine anwendungsorientierte Einführung. Berlin. 1996.



das „Last-Birthday-Verfahren“ verwendet, d.h. es wurden gemäß dem Zufallsprinzip, diejenigen im Haushalt befragt, die zuletzt Geburtstag hatten. Durch diese Vorgehensweise wird ein durch ein spezifisches Merkmal gekennzeichnete Teil der Grundgesamtheit nicht systematisch ausgeschlossen und die Stichprobe somit nicht verzerrt.

Um die Repräsentativität einer Stichprobe zu überprüfen, muss es gegeben sein, dass die entsprechenden Merkmale der Grundgesamtheit bekannt sind. Die beste Chance einen solchen strukturellen Abgleich anzustellen, besteht im Vergleich der Zusammensetzung der Teilmenge bzw. Stichprobe mit den Ergebnissen einer aktuellen Volkszählung<sup>98</sup>. Vergleicht man die soziodemographischen Daten (vgl. Tabellen 1a und 1b im Tabellenband) dieser Bevölkerungsumfrage mit den Daten des Mikrozensus, spiegelt sich dessen Struktur ebenfalls in den hier erhobenen Daten wider, was die Repräsentativität dieser Untersuchung bestätigt.

Die zuverlässigste Auswahl von Merkmalsträgern aus einer Grundgesamtheit ist – wie bereits erwähnt – die Zufallsstichprobe, mit der man die größte Wahrscheinlichkeit erreicht, die wahre Verteilung der Grundgesamtheit abzubilden und Repräsentativität zu erreichen. Dabei geht man in der Statistik auf den Wahrscheinlichkeitsbegriff von Laplace (1749 – 1822) und auf die Tatsache von normal verteilten Merkmalen in einer Grundgesamtheit zurück. Dabei hat jedes Element der Grundgesamtheit dieselbe von Null verschiedene Chance, in die Stichprobe aufgenommen zu werden. Voraussetzung dafür ist die symbolische Anwesenheit der Elemente, die zufällige Anordnung der Elemente in der Grundgesamtheit und das einmalige Vorkommen der Elemente in der Grundgesamtheit. Dass eine Stichprobe nun die wahren Verhältnisse in der Grundgesamtheit widerspiegelt, lässt sich durch Wiederholungen der Stichprobenziehung zeigen. Untersuchungen haben gezeigt, dass in den meisten Fällen von Stichprobenziehungen die sog. Gaußsche Normalverteilung ermittelt werden konnte und dass viele Stichprobenwerte nah an dem tatsächlichen Wert liegen sowie große Abweichungen vom wahren Wert unwahrscheinlich sind. Wenn nun bewiesen ist, dass bei unendlich vielen Stichprobenziehungen ca. 95 Prozent aller ermittelten Mittelwerte in einem akzeptablen Abstand zum wahren Mittelwert liegen, kann man davon ausgehen, dass dies auch bei nur einer Stichprobe der Fall ist. Für praktische Untersuchungszwecke wird davon ausgegangen, dass die Mittelwertsverteilungen für beliebige Verteilungsformen des Merkmals in der

---

<sup>98</sup> Zum Beispiel Mikrozensus (= Volkszählung bei 10% aller Einwohner Deutschlands) und Daten des Statistischen Bundesamtes.

Grundgesamtheit bereits dann hinreichend normal ist, wenn  $N \geq 30$ . Je differenzierter die Fragestellung, desto höher sollte die Fallzahl sein. Je einfacher die Fragestellung und je weniger nach verschiedenen Merkmalen differenziert werden muss, desto geringer kann die Fallzahl ausfallen. Diese Entscheidung obliegt dem Forscher und seiner Fragestellung.

Statistische Auswertungsverfahren bieten auch immer noch die Möglichkeit, sog. *Standardfehler* bzw. *Stichprobenfehler* zu berechnen und auszugeben. Daran kann abgelesen werden, in welchem Maß die Stichprobenergebnisse variieren können, wenn man aus derselben Grundgesamtheit eine nochmalige Stichprobe ziehen würde. Dafür ein Beispiel: Betrachtet man die erste Frage im Fragebogen – „Wie wichtig ist Ihnen ganz allgemein der Schutz Ihrer Gesundheit durch den Staat?“ – ergibt sich auf einer Skala von 1 (sehr wichtig) bis 5 (gar nicht wichtig) ein Mittelwert von 1,78. Der Schutz der Gesundheit durch den Staat wird demnach als wichtig eingestuft. Berechnet man nun den Standardfehler des Mittelwertes, ergibt sich ein Wert von 0,028. Dass heißt also, dass bei nochmaliger Stichprobenziehung aus derselben Grundgesamtheit der hier errechnete Mittelwert von 1,78 nur in sehr geringem Maße variieren würde, also um 0,028. Berechnet man zusätzlich das 95%-Konfidenzintervall, wird dieses repräsentative Ergebnis unterstützt: Mit 95%-iger Wahrscheinlichkeit liegt der Mittelwert für die durchschnittliche Wichtigkeit des Schutzes der Gesundheit durch den Staat bei den Personen der Grundgesamtheit im Bereich zwischen 1,73 und 1,83 und wird demnach konstant als wichtig angesehen.

Zusammenfassend sei nochmals darauf hingewiesen, dass bei der vorliegenden Bevölkerungsumfrage die „Repräsentativitäts-Kriterien“ Zufallsauswahl und Abbildung der Struktur der Grundgesamtheit (vgl. Daten des Mikrozensus) erfüllt wurden. Auch das Beispiel zur Berechnung des Standardfehlers bei Frage 1 des Fragebogens sollte nochmals die Repräsentativität dieser Bevölkerungsumfrage verdeutlichen.

## 5. Zur Validität der Bevölkerungsumfrage

Ein Gütekriterium von empirischen Studien ist die Validität bzw. Gültigkeit der Messung. Eine Methode der Validitätsmessung stellt die „Übereinstimmungsvalidität“ (concurrent validity) dar. In der Praxis wird hier ebenfalls von einem „Externen Coincidental Check“ gesprochen.<sup>99</sup> Hierbei werden die Daten der eigenen Erhebung mit den Daten einer anderen unabhängigen Erhebung verglichen. Allerdings sollte die Vergleichsstudie in grundsätzlichen Kriterien (z.B. Auswahlverfahren) der eigenen Untersuchung entsprechen. Das Ziel ist es dabei, dass die eigenen Erhebungsdaten größtmöglich mit den Daten der Vergleichsstudie übereinstimmen, damit man von einer hohen Validität sprechen kann. Dabei ist zu beachten, dass Untersuchungen mit perfekter Validität nicht zu realisieren sind, sondern nur ein Maximum an Validität erreicht werden kann. Zu diesem Zweck wurde in der vorliegenden Studie die Frage nach der Politikerbekanntheit gestellt, dessen Ergebnisse in Beziehung zu einer geeigneten Vergleichsstudie gesetzt wurden. Wie die nachfolgende Tabelle zeigt, ist die monatlich von Infratest dimap durchgeführte Erhebung „DeutschlandTREND“ sehr gut als Vergleichsstudie geeignet:

<b>Kriterium</b>	<b>Evaluation des BfR</b>	<b>DeutschlandTREND</b>
Zeitraum	Dezember 2004	Dezember 2004
Grundgesamtheit	die in Privathaushalten lebende deutsche Bevölkerung im Alter von 14 bis 89 Jahren	wahlberechtigte Bevölkerung in Deutschland ab 18 Jahren
Auswahlverfahren und Stichprobe	Zufallsauswahl von 1.200 Befragten	Zufallsauswahl von 1.000 Befragten
Erhebungsverfahren	Computergestützte Telefoninterviews (CATI)	Computergestützte Telefoninterviews (CATI)
Formulierung der Politiker-Frage	Direkte Frageformulierung: „Kennen Sie ....?“	Hier wird nicht direkt nach der Politikerbekanntheit gefragt. Indirekt kann sie aber über die Abfrage der Zufriedenheit und dem Anteil derer, die keine Bewertung vornehmen (Politiker nicht bekannt), errechnet werden.
abgefragte Politiker	Gerhard Schröder, Angela Merkel, Joschka Fischer, Guido Westerwelle, Renate Künast, Herta Däubler-Gmelin, Ursula Heinen, Dieter Thomae	Gerhard Schröder, Angela Merkel, Joschka Fischer, Guido Westerwelle

<sup>99</sup> Vgl. AGF/GfK - Fernsehpanel

Durch die minimalen Abweichungen zwischen den beiden Erhebungen (Altersgrenzen, Fallzahl und Fragestellung), können die Werte beider Studien variieren. Weiterhin können nur Vergleiche zwischen den Politikern Gerhard Schröder, Angela Merkel, Joschka Fischer und Guido Westerwelle vorgenommen werden. Dabei ergeben sich folgende Werte:

<b>Politikerbekanntheit</b> (Name bekannt)	<b>Evaluation des BfR</b> (KONTUR 21, Dezember 2004)	<b>DeutschlandTREND</b> (Infratest dimap, Dezember 2004)
Gerhard Schröder	99%	99%
Angela Merkel	98%	99%
Joschka Fischer	97%	97%
Guido Westerwelle	95%	92%

Daraus lässt sich Folgendes schlussfolgern: Die Ergebnisse der vorliegenden Bevölkerungsumfrage sind hoch valide.

#### *Auswertung der Politikerbekanntheits-Frage:*

Hier wurde zwischen der allgemeinen Bekanntheit (Name bekannt), der Bekanntheit der Funktion (z.B. Bundeskanzler) und der Partei differenziert.<sup>100</sup> Dabei gaben 99 Prozent der Befragten an, Gerhard Schröder zu kennen, gefolgt von Angela Merkel (98,0%), Joschka Fischer (97,0%), Guido Westerwelle (95,0%), Renate Künast (88,0%) und Herta Däubler-Gmelin (67,0%). Kaum bekannt sind dagegen Ursula Heinen (10,0%) und Dieter Thomae (8,0%), bei denen die Befragten auch weder Funktion noch Partei kannten. Betrachtet man dagegen die Bekanntheit der Funktion und Partei der anderen Politiker, ergibt sich folgendes Bild: Gerhard Schröder ist in seiner Funktion (94,0%) als Bundeskanzler am bekanntesten. Ebenso steht er bei der Bekanntheit der Partei an der Spitze (94,0%). Joschka Fischer folgt an zweiter Stelle bei der Bekanntheit der Funktion, die 82 Prozent richtig zuordneten. Die Partei konnten 79 Prozent nennen. Damit schneidet er im Gegensatz zu Angela Merkel (92,0%) und Guido Westerwelle (80,0%) etwas schlechter ab. Den dritten Platz in der Bekanntheit der Funktion nimmt Angela Merkel ein (75,0%). Die Bundesministerin für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft Renate Künast (62,0%) folgt auf Platz vier der „Funktionsbekanntheits-Skala“, gefolgt von Guido Westerwelle (60,0%). Die Bundesministerin der Justiz a. D. und jetzige Vorsitzende des Ausschusses für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft Herta Däubler-Gmelin kennen nur wenige 3 Prozent in ihrer aktuellen Funktion. Ihre Parteizugehörigkeit kannten 38 Prozent.

<sup>100</sup> Vgl. Tabellenband Bevölkerung, Abbildung 1.

## Abbildungsverzeichnis

### Bevölkerung

Abbildung 1a: Wichtigkeit des Schutzes der Gesundheit durch den Staat .....	11
Abbildung 1b: Wichtigkeit des Schutzes der Gesundheit durch den Staat .....	11
Abbildung 1c: Wichtigkeit des Schutzes der Gesundheit durch den Staat.....	12
Abbildung 1d: Wichtigkeit des Schutzes der Gesundheit durch den Staat .....	12
Abbildung 1e: Wichtigkeit des Schutzes der Gesundheit durch den Staat .....	13
Abbildung 2: Die größten gesundheitlichen Risiken des Verbrauchers .....	14
Abbildung 3a: Informationshäufigkeit über gesundheitliche Verbraucherschutzrisiken.....	15
Abbildung 3b: Informationshäufigkeit über gesundheitliche Verbraucherschutzrisiken.....	15
Abbildung 3c: Informationshäufigkeit über gesundheitliche Verbraucherschutzrisiken.....	16
Abbildung 3d: Informationshäufigkeit über gesundheitliche Verbraucherschutzrisiken.....	16
Abbildung 3e: Informationshäufigkeit über gesundheitliche Verbraucherschutzrisiken.....	17
Abbildung 4a: Abgrenzung des gesundheitlichen Verbraucherschutzes.....	18
Abbildung 4b: Abgrenzung des gesundheitlichen Verbraucherschutzes .....	18
Abbildung 4c: Abgrenzung des gesundheitlichen Verbraucherschutzes.....	19
Abbildung 4d: Abgrenzung des gesundheitlichen Verbraucherschutzes .....	19
Abbildung 4e: Abgrenzung des gesundheitlichen Verbraucherschutzes.....	20
Abbildung 4f: Abgrenzung des gesundheitlichen Verbraucherschutzes .....	20
Abbildung 5: Verständnis von gesundheitlichem Verbraucherschutz.....	22
Abbildung 6: Informationsquellen über gesundheitliche Verbraucherrisiken .....	23
Abbildung 7a: Informationslage über den gesundheitlichen Verbraucherschutz.....	24
Abbildung 7b: Informationslage über den gesundheitlichen Verbraucherschutz.....	25
Abbildung 7c: Informationslage über den gesundheitlichen Verbraucherschutz.....	25

Abbildung 7d: Informationslage über den gesundheitlichen Verbraucherschutz.....	26
Abbildung 7e: Informationslage über den gesundheitlichen Verbraucherschutz.....	26
Abbildung 8a: Unterscheidung von „Risikomanagement“ und „Risikobewertung“ im gesundheitlichen Verbraucherschutz .....	28
Abbildung 8b: Unterscheidung von „Risikomanagement“ und „Risikobewertung“ im gesundheitlichen Verbraucherschutz .....	28
Abbildung 8c: Unterscheidung von „Risikomanagement“ und „Risikobewertung“ im gesundheitlichen Verbraucherschutz .....	29
Abbildung 8d: Unterscheidung von „Risikomanagement“ und „Risikobewertung“ im gesundheitlichen Verbraucherschutz .....	29
Abbildung 9: Bekannte Institute im Bereich gesundheitlicher Verbraucherschutz....	30
Abbildung 10a: Bekanntheit des Bundesinstituts für Risikobewertung .....	31
Abbildung 10b: Bekanntheit des Bundesinstituts für Risikobewertung .....	32
Abbildung 10c: Bekanntheit des Bundesinstituts für Risikobewertung .....	32
Abbildung 10d: Bekanntheit des Bundesinstituts für Risikobewertung .....	33
Abbildung 10e: Bekanntheit des Bundesinstituts für Risikobewertung .....	33
Abbildung 10f: Bekanntheit des Bundesinstituts für Risikobewertung .....	34
Abbildung 11a: Informationen des Bundesinstituts für Risikobewertung .....	35
Abbildung 11b: Informationen des Bundesinstituts für Risikobewertung.....	35
Abbildung 12: Einbindung privater Initiativen und Vereine in die Arbeit des BfR.....	36
Abbildung 13: Erwartungen an den gesundheitlichen Verbraucherschutz.....	37
Abbildung 14a: Einstellung zum gesundheitlichen Verbraucherschutz durch den Staat.....	38
Abbildung 14b: Einstellung zum gesundheitlichen Verbraucherschutz durch den Staat.....	39
Abbildung 15: Bekanntheit der Gesundheits- und Verbraucherthemen .....	40
Abbildung 16: Beurteilung des staatlichen Handelns (ja/nein) .....	41
Abbildung 17: Beurteilung des staatlichen Handelns (Gründe).....	42
Abbildung 18: Wahrnehmung der Gesundheits- und Verbraucherthemen .....	43

Abbildung 19a: Auswirkung auf die menschliche Gesundheit (Salmonellen).....	44
Abbildung 19b: Auswirkung auf die menschliche Gesundheit (Futtermittel) .....	44
Abbildung 19c: Auswirkung auf die menschliche Gesundheit (BSE/Rinderwahn) ....	45
Abbildung 19d: Auswirkung auf die menschliche Gesundheit (Acrylamid) .....	45
Abbildung 20: Informationsquellen über die Gesundheits- und Verbraucherthemen	46
Abbildung 21: Veränderung des Ernährungsverhaltens (ja/nein) .....	47
Abbildung 22a: Veränderung des Ernährungsverhaltens (Vergleich).....	48
Abbildung 22b: Veränderung des Ernährungsverhaltens (Salmonellen) .....	49
Abbildung 22c: Veränderung des Ernährungsverhaltens (Futtermittel) .....	49
Abbildung 22d: Veränderung des Ernährungsverhaltens (BSE/Rinderwahn).....	50
Abbildung 22e: Veränderung des Ernährungsverhaltens (Acrylamid).....	50
Abbildung 23: Wichtigkeit des Schutzes der Gesundheit durch den Staat .....	51

## **Experten**

Abbildung 24: Die größten gesundheitlichen Risiken des Verbrauchers.....	52
Abbildung 25: Informationshäufigkeit über gesundheitliche Verbraucherschutzrisiken.....	53
Abbildung 26a: Abgrenzung des gesundheitlichen Verbraucherschutzes.....	54
Abbildung 26b: Abgrenzung des gesundheitlichen Verbraucherschutzes.....	55
Abbildung 27: Informationsquellen über den gesundheitlichen Verbraucherschutz .	56
Abbildung 28: Informationslage über den gesundheitlichen Verbraucherschutz.....	57
Abbildung 29a: Unterscheidung von „Risikomanagement“ und „Risikobewertung“ im gesundheitlichen Verbraucherschutz .....	59
Abbildung 29b: Unterscheidung von „Risikomanagement“ und „Risikobewertung“ im gesundheitlichen Verbraucherschutz .....	60
Abbildung 29c: Unterscheidung von „Risikomanagement“ und „Risikobewertung“ im gesundheitlichen Verbraucherschutz .....	61
Abbildung 29d: Unterscheidung von „Risikomanagement“ und „Risikobewertung“ im gesundheitlichen Verbraucherschutz .....	62

Abbildung 30: Bekannte Institute im Bereich gesundheitlicher Verbraucherschutz..	63
Abbildung 31a: Bekanntheit des Bundesinstituts für Risikobewertung .....	64
Abbildung 31b: Bekanntheit des Bundesinstituts für Risikobewertung .....	65
Abbildung 31c: Bekanntheit des Bundesinstituts für Risikobewertung .....	65
Abbildung 31d: Bekanntheit des Bundesinstituts für Risikobewertung .....	66
Abbildung 32: Aufgaben des Bundesinstituts für Risikobewertung .....	67
Abbildung 33: Bewertung der Arbeit des Bundesinstituts für Risikobewertung .....	68
Abbildung 34a: Veröffentlichung von Informationen des BfR.....	69
Abbildung 34b: Veröffentlichung von Informationen des BfR.....	69
Abbildung 34c: Wichtigkeit der Informationen des BfR .....	70
Abbildung 34d: Zufriedenheit mit den Informationen des BfR.....	71
Abbildung 35: Einbindung privater Initiativen und Vereine in die Arbeit des BfR.....	73
Abbildung 36: Erwartungen an den gesundheitlichen Verbraucherschutz.....	75
Abbildung 37a: Beurteilung der Zuständigkeitsregelung im gesundheitlichen Verbraucherschutz .....	76
Abbildung 37b: Beurteilung der Zuständigkeitsregelung im gesundheitlichen Verbraucherschutz .....	77
Abbildung 37c: Beurteilung der Zuständigkeitsregelung im gesundheitlichen Verbraucherschutz .....	77
Abbildung 38a: Einfluss der Lobby .....	78
Abbildung 38b: Einfluss der Lobby .....	79
Abbildung 38c: Einfluss der Lobby .....	80
Abbildung 39: Bekanntheit der Gesundheits- und Verbraucherthemen .....	82
Abbildung 40: Beurteilung des staatlichen Handelns (ja/nein) .....	82
Abbildung 41: Beurteilung des staatlichen Handelns (Gründe).....	83
Abbildung 42a: Informationsquellen über die Gesundheits- und Verbraucherthemen.....	83
Abbildung 42b: Informationsquellen über die Gesundheits- und Verbraucherthemen.....	84