

SEPTEMBER 2015



STIFTUNG MÜNCH

PROJEKTBERICHT

REPRÄSENTATIVE BEVÖLKERUNGSBEFRAGUNG ZU DATENSCHUTZASPEKTEN IM GESUNDHEITSSSEKTOR



STIFTUNG MÜNCH



INDEX

- ▶ **Kapitel 1**
Erkenntnisse im Überblick..... 4–5
- ▶ **Kapitel 2**
Ergebnisse 6–8
- ▶ **Kapitel 3**
Datenerhebung und Methodik..... 9–15

IMPRESSUM

- ▶ Herausgeber: Stiftung Münch
Maximilianstr. 58, 80538 München
- ▶ Verantwortlich für den Inhalt: Stephan Holzinger
- ▶ Erscheinungsdatum: September 2015
- ▶ Gestaltung: CUBE Werbeagentur GmbH, München

VERFASSER

Stiftung Münch

DANK

Wir danken Dr. Christian Bünings (Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung e.V. (RWI) und Universität Paderborn) für die Unterstützung bei der Auswertung der Daten.

1.

ERKENNTNISSE IM ÜBERBLICK

Im Auftrag der Stiftung Münch hat das infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft, Bonn, im Juni und Juli 2015 2.001 repräsentativ ausgewählte Personen ab 18 Jahren telefonisch befragt, wie sie die neuen elektronischen Möglichkeiten im Gesundheitsbereich bewerten und wie sie unter Datenschutzaspekten über die Sammlung medizinischer Daten zum Beispiel in einer „elektronischen Patientenakte“ (ePA) denken. Anlass für die Studie ist die fortschreitende Digitalisierung des Gesundheitswesens, die eine wesentliche Grundlage für das Anliegen der Stiftung Münch ist, den Aufbau bundesweiter Gesundheitsnetzwerke zu fördern.

WICHTIGE ERKENNTNISSE IM ÜBERBLICK

- ▶ Das Internet ist heute bereits Gesundheitsratgeber. 52 % haben schon Krankheitssymptome im Internet gegoogelt – unter den 18 bis 45 Jährigen waren es sogar 70 %. Gesundheitsbezogene Apps werden bereits von 27 % der Menschen genutzt, auch hier dominiert die jüngere Generation.
- ▶ Datenschutz ist allen sehr wichtig, vor allem im Hinblick darauf, dass man selbst über die Verwendung seiner Daten bestimmen kann. Dabei werden die Vorteile der Freigabe von Daten durchaus gesehen, besonders im Gesundheitswesen, wo sich eine Mehrheit für die Einführung einer ePA ausspricht.
- ▶ 59 % stimmen der Einführung einer ePA zu. Der Wert sinkt zwar mit dem Alter, bleibt jedoch stets über 50 %. Die Werte liegen bei Personen, die mindestens einmal pro Monat einen Arzt aufsuchen, mit 73 % deutlich höher. Wesentliche Vorteile der ePA werden bei der Behandlung von Notfällen, der medizinischen Forschung und der Reduktion von Bürokratie gesehen. 78 % gehen aber davon aus, dass Ärzte die Patienten auch generell mit der ePA besser behandeln können, weil sie sich ein umfassenderes Bild vom Patienten machen können.
- ▶ 72 % der Befragten sprechen sich für eine verstärkte Nutzung von medizinischen Daten für wissenschaftliche Zwecke aus. 85 % sehen einen Vorteil der ePA für die medizinische Forschung.
- ▶ Einer großen Mehrheit erscheinen auch die Nachteile der ePA evident. 76 % erwarten einen leichteren Missbrauch der medizinischen Daten durch Unbeteiligte, wenngleich 71 % kein Problem mit der Speicherung ihrer medizinischen Daten haben, wenn sie wissen, was genau über sie gespeichert wird. 85 % würden gerne auch die Möglichkeit nutzen, auf die eigene ePA zuzugreifen.
- ▶ 81 % der Befragten ärgern sich, dass Unternehmen immer mehr Daten sammeln, ohne dass sie dies beeinflussen können. Der großen Mehrheit der befragten Personen, 92 %, ist es wichtig, selbst zu bestimmen, welche Daten sie wem anvertrauen. Dies ist wiederum abhängig davon, ob sich die Personen einen persönlichen Nutzen davon versprechen.

2.

ERGEBNISSE

FÜR DIE MEISTEN MENSCHEN IST IHRE GESUNDHEIT EIN WICHTIGES THEMA.

Für die meisten Menschen (73 %) ist ihre Gesundheit ein wichtiges Thema. Dieser Wert ist unabhängig vom Alter. Erwartungsgemäß ist er wesentlich höher (93 %) bei Menschen, die mindestens einmal im Monat zum Arzt gehen. 52 % der Befragten haben bereits Krankheitssymptome im Internet gegoogelt, unter den 18 bis 45 Jährigen und den höher Gebildeten waren es sogar 70 %. Während sich unter den chronisch Kranken im Alter von 18 bis 45 bereits 73 % im Internet über ihre Symptome informiert haben, ist der Wert in der Gruppe der über 45 Jährigen mit 36 % deutlich niedriger.

Gesundheitsbezogene Apps wie Kalorien- oder Schrittzähler werden von 27 % der Menschen genutzt. Unter den chronisch Kranken liegt der Anteil der App-Nutzer mit 28 % auf einem vergleichbaren Niveau. Auch hier zeigt sich eine Altersabhängigkeit: Unter den jüngeren (18 bis 45) chronisch Kranken ist der Wert mit 34 % etwa doppelt so hoch wie bei den älteren (46+) chronisch Kranken (17 %).

Internetseiten, auf denen Ärzte von Patienten bewertet werden, sind von insgesamt 26 % der Menschen schon einmal besucht worden. Dies gilt im gleichen Maß für chronisch Kranke (27 %). Einmal mehr wird das Gefälle zwischen Jung und Alt deutlich: Unter den chronisch Kranken im Alter von 18 bis 45 nutzten bereits 46 % der Menschen solche Angebote, wohingegen der Anteil bei den älteren mit 19 % deutlich niedriger lag.

55 % der Befragten finden es mühsam, bei jedem Arztwechsel alle relevanten Informationen immer wieder neu mitteilen zu müssen. Bei chronisch kranken Menschen trifft dies sogar auf 61 % zu.

38 % WÜRDEN ES NICHTS AUSMACHEN, PERSÖNLICHE DATEN PREISZUGEBEN, SOFERN SIE DAVON EINEN ERKENNBAREN NUTZEN HABEN.

Auffällig ist dabei, dass diejenigen, die ein Wiederholen

relevanter Informationen als mühsam erachten, eine positivere Einstellung zur Sammlung medizinischer Daten und zur ePA haben.

Der großen Mehrheit der Befragten (92 %) ist es dabei wichtig, selbst zu bestimmen, welche Daten sie wem anvertrauen – und zwar altersunabhängig. Jüngere internetaffinere Menschen sind sich also sehr wohl bewusst, wem sie welche Daten anvertrauen möchten. Mit höherer Bildung fallen die Werte höher aus. 81 % der Befragten ärgern sich, dass Unternehmen immer mehr Daten sammeln, ohne dass sie dies beeinflussen können. Dies gilt weitgehend altersunabhängig. Wichtig ist den Menschen, selbst Einfluss nehmen zu können, wie ihre Daten genutzt werden. Dies zeigt sich auch im Zusammenhang zwischen der Bereitstellung von eigenen Daten und einem persönlichen Nutzen: 38 % würde es nichts ausmachen, persönliche Daten preiszugeben, sofern sie davon einen erkennbaren Nutzen haben. Bei den 18 bis 45 Jährigen liegt der Wert bei 45 %.

59 % DER BEFRAGTEN BEFÜRWORTEN DIE EINFÜHRUNG EINER EPA.

59 % der Befragten befürworten die Einführung einer ePA. Interessanterweise stimmen dem nur 54 % der Frauen zu, aber 64 % der Männer. Auch mit dem Alter sinkt die Affinität zu einer ePA, wenngleich sich in allen Altersklassen eine Mehrheit für die ePA ausspricht. Wer mindestens einmal pro Monat einen Arzt aufsucht, tut dies sogar mit einer Zustimmung von 73 %. Unter den chronisch Kranken liegt dieser Wert mit 63 % etwas niedriger. Bei den 18 bis 45 Jährigen, die unter einer chronischen Krankheit leiden, fällt die Zustimmung mit 68 % leicht höher aus als bei den älteren (60 %).

85 % der Befragten sehen einen Vorteil der ePA im medizinischen Notfall, bei dem dann alle wichtigen medizinischen Daten vorliegen würden. 78 % gehen davon aus, dass Ärzte die Patienten mit der ePA besser behandeln können, weil sie sich ein umfassenderes Bild vom Patienten machen können. 80 % erwarten einen geringeren bürokratischen Aufwand durch die ePA. Allerdings werden auch die Nachteile der ePA gesehen. 71 % meinen, dass zu viele Personen Zugriff auf sensible Daten hätten. 76 % erwarten einen leichteren Missbrauch der medizinischen Daten durch Unbeteiligte. 85 % sehen dagegen Vorteile für die medizinische Forschung.



Ebenfalls 85% würde die Möglichkeit nutzen, auf die eigene ePA zuzugreifen. Hier zeigen sich kaum Altersunterschiede, jedoch sehr wohl eine Bildungsabhängigkeit: Je höher die Bildung, desto stärker ist der Wunsch, auf die eigenen Daten zugreifen zu können.

Hinsichtlich der generellen Sammlung medizinischer Daten sprechen sich 72% für eine verstärkte Nutzung von medizinischen Daten für wissenschaftliche Zwecke aus. Ein ähnlich hoher Anteil (74%) glaubt, dass die medizinische Versorgung durch die elektronische Erfassung medizinischer Daten verbessert werden könnte.

71% HABEN KEIN PROBLEM MIT DER SPEICHERUNG IHRER MEDIZINISCHEN DATEN.

Grundsätzlich haben 71% kein Problem mit der Speicherung ihrer medizinischen Daten, wenn sie wissen, was genau über sie gespeichert wird. Die Zustimmung ist zwar weitestgehend unabhängig von Geschlecht und Bildung, es zeigen sich allerdings leichte Tendenzen dahingehend, dass die Zustimmung unter Frauen und im unteren Bildungssegment etwas niedriger ausfällt. Interessanterweise fällt die Zustimmung zur Sammlung medizinischer Daten unter den chronisch Kranken etwas höher aus, und das weitestgehend unabhängig vom Alter – vermutlich weil diese Personengruppe besonders von der Speicherung medizinischer Daten profitieren dürfte.

Bei der Einstellung zum Datenschutz im Allgemeinen zeigt sich, dass Frauen insgesamt eine kritischere Einstellung zum Datenschutz haben als Männer. Zudem ist auffällig, dass Menschen, die älter als 30 Jahre sind, eine vorsichtiger Einstellung zum Datenschutz haben, während die jüngere Generation (18 bis 30) eine eher nutzenorientierte Einstellung dazu hat.

Ein ähnliches Bild ergibt sich für den Einfluss von Bildung: Während Personen im unteren Bildungssegment eine nutzenorientierte Haltung zum Datenschutz haben, wächst die Skepsis mit zunehmender Bildung. Die persönliche wirtschaftliche Situation scheint dagegen keinen separaten Einfluss auf die Einstellung zum Datenschutz zu haben.

Personen, die unter einer chronischen Krankheit leiden, sehen den Datenschutz weniger kritisch als Menschen ohne

chronische Erkrankung. Im Gegensatz dazu spielt der Datenschutz für Menschen, die es mühsam finden, beim Arztwechsel alle relevanten Informationen zu wiederholen, überraschenderweise eine wichtigere Rolle als für solche, die dies weniger stört. Die Art der Krankenversicherung und die Tatsache, ob sich Personen verstärkt mit ihrer eigenen Gesundheit beschäftigen, stehen dagegen in keinem Zusammenhang mit der Einstellung zum Datenschutz.

Betrachtet man ein spezifisches Feld des Datenschutzes, nämlich das Sammeln von medizinischen Daten, ergibt sich ein anderes Bild. Während Frauen auch hier eine kritischere Einstellung als Männer aufweisen, zeigen sich nun keine signifikanten Unterschiede mehr hinsichtlich verschiedener Altersgruppen und unterschiedlicher Bildungsniveaus.

Ähnlich verhält sich es bei der wirtschaftlichen Situation einer Person und der Art der Krankenversicherung. Chronisch kranke Personen haben, ähnlich wie beim allgemeinen Datenschutz, eine positive Einstellung gegenüber der Sammlung medizinischer Daten. Anders als beim allgemeinen Datenschutz sind Personen, die es mühsam finden, beim Arztwechsel ihre Krankengeschichte immer wieder zu wiederholen, hinsichtlich der Sammlung medizinischer Daten deutlich offener eingestellt. Gleiches gilt für Menschen, die sich intensiv mit ihrer eigenen Gesundheit beschäftigen.

Da die ePA ein Instrument zur Sammlung von medizinischen Daten ist, ist es nicht weiter überraschend, dass die Ergebnisse im Wesentlichen ähnlich wie in Bezug auf das Sammeln medizinischer Daten sind – mit folgenden Unterschieden: jüngere Menschen scheinen der ePA gegenüber leicht aufgeschlossener zu sein.

PERSONEN MIT EINER NUTZEN-ORIENTIEREN EINSTELLUNG SIND EHER BEFÜRWORTER DER EPA.

Dies gilt auch für GKV-Versicherte. Möglicherweise lässt sich dies dadurch erklären, dass der Einsatz der ePA im Wesentlichen in der GKV diskutiert wird. Dagegen weisen Menschen, die sich intensiver mit ihrer eigenen Gesundheit befassen, keine größere Neigung für die ePA auf. Schließlich beobachten wir, dass Personen mit einer nutzenorientierten Einstellung zum allgemeinen Datenschutz auch eher Befürworter der ePA sind.

3.

DATENERHEBUNG UND METHODIK



Die hier verwendeten Daten stammen aus einer eigenen Datenerhebung, die im Auftrag der Stiftung Münch durch das infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft im Juni und Juli 2015 durchgeführt wurde. Insgesamt wurden 2.001 Personen telefonisch befragt. Es erfolgte eine Angleichung der prozentualen Verteilungen relevanter Merkmale wie Alter, Geschlecht und Bildung an die bekannten Verteilungen in der Grundgesamtheit. Die Ergebnisse sind somit repräsentativ für die Bevölkerung in Deutschland ab 18 Jahren.

Der Fragebogen setzte sich aus sechs Themenblöcken zusammen. Der erste Themenblock beinhaltet vier Fragen zum allgemeinen Umgang mit Daten und der Internetnutzung im Alltag. Teilnehmer wurden über die Häufigkeit von Käufen im Internet, die Nutzung verschiedener Apps im Alltag sowie über ihr Nutzungsverhalten von öffentlichen Netzwerken (z.B. Facebook) befragt. Im zweiten Themenblock wurden die Teilnehmer hinsichtlich ihrer Einstellung zum Thema Gesundheit und der damit zusammenhängenden Internetnutzung befragt. Die Befragten gaben Auskunft, inwiefern sie ihre eigene Gesundheit im Alltag beschäftigt, über ihr Interesse an neuesten Entwicklungen im Gesundheitsbereich und hinsichtlich der Nutzung von verschiedenen Internetangeboten im Zusammenhang mit Gesundheitsthemen.

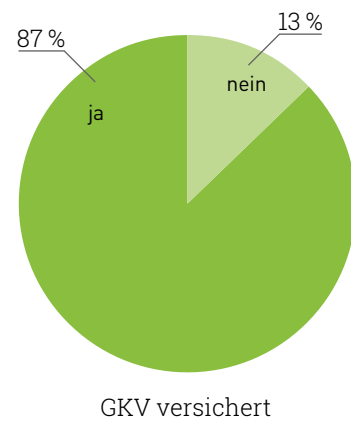
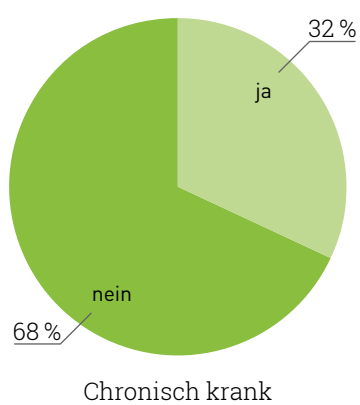
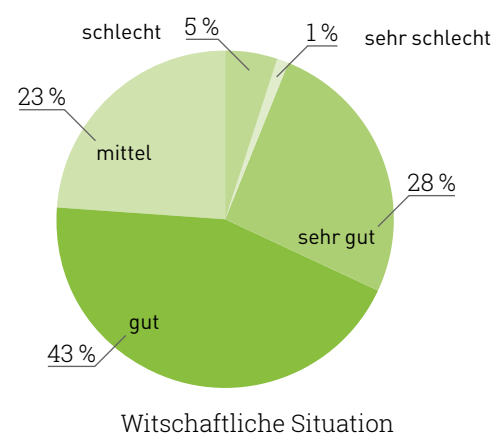
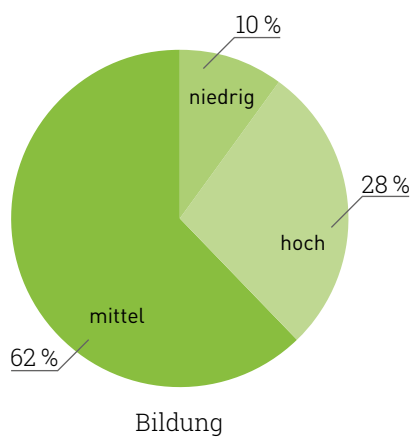
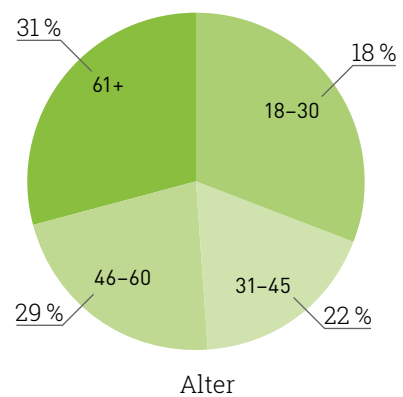
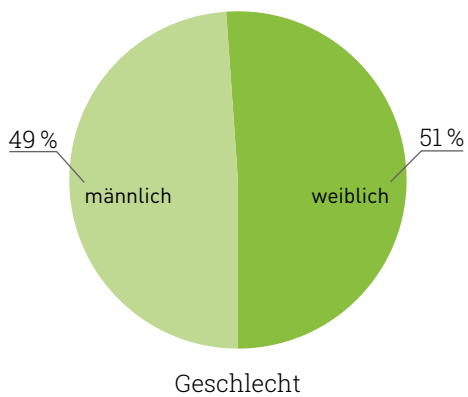
Im dritten Themenblock ging es um die allgemeinen Einstellungen zum Datenschutz. Teilnehmer wurden zu ihrer Einstellung in Bezug auf die Preisgabe persönlicher Daten befragt und zu dem Wunsch, selbst über diese preisgegebenen Daten bestimmen zu können. Im vierten Themenblock wurde die Einstellung und Bewertung der ePA

abgefragt. Die Befragten gaben Auskunft darüber, ob sie die Einführung einer ePA generell befürworten oder nicht und ob sie die Möglichkeit nutzen würden, auf ihre eigene ePA zuzugreifen. Darüber hinaus wurden die Vor- und Nachteile der ePA diskutiert, insbesondere welchen Nutzen die ePA für verschiedene Gruppen hat.

Der fünfte Themenblock befasste sich mit der Einstellung zur Sammlung medizinischer Daten. Hier gaben die Teilnehmer Auskunft über ihre Einstellung hinsichtlich einer verstärkten Nutzung von medizinischen Daten für wissenschaftliche Zwecke und ob sie glauben, dass die medizinische Versorgung durch die elektronische Erfassung medizinischer Daten verbessert werden könnte. Zusätzlich wurde gefragt, ob sie Probleme mit der Speicherung medizinischer Daten haben, wenn sie wissen, welche Daten über sie gespeichert sind und ob sie einen Unterschied zur Speicherung von Daten in anderen Bereichen sehen, wenn ihnen die Vorteile genau erklärt werden.

Im abschließenden sechsten Themenblock wurden ausgewählte sozioökonomische Merkmale der Teilnehmer erhoben. Diese umfassen das Geschlecht, das Alter, das Bildungsniveau, den Arbeitsmarktstatus, die Haushaltsgröße, sowie gesundheitsbezogenen Fragen wie den selbst eingeschätzten Gesundheitszustand, Information über chronische Krankheiten, die Häufigkeit von Arztbesuchen und die Art der Krankenversicherung. *Schaubild 1* gibt einen Überblick zu einigen dieser individuellen Merkmale. Dabei wurden die Werte der Stichprobe über Gewichte so hochgerechnet, dass sie für die Gesamtbevölkerung repräsentativ sind.

SCHAUBILD 1





METHODIK

Viele Fragen können in Form einer einfachen bivariaten Analyse ausgewertet werden. Dabei wird eine Frage zum Beispiel hinsichtlich des Alters des Befragten ausgewertet. Typischerweise sind jüngere Befragte internetaffiner als ältere. Die bivariate Analyse stößt aber rasch an ihre Grenzen, wenn es sich überlagernde Einflussfaktoren gibt. So könnte die Einstellung zum Datenschutz bei Gesundheitsthemen sowohl vom Alter als auch vom persönlichen Gesundheitszustand abhängen. Da gleichzeitig der Gesundheitszustand wiederum vom Alter abhängt, kann die bivariate Analyse nicht herausarbeiten, ob nun das Alter oder der Gesundheitszustand die bestimmende Einflussgröße ist. In solchen Fällen geht man über zu so genannten multivariaten Analysen, die mehrere Einflussgrößen simultan berücksichtigt. Wir werden für die wichtigsten Analysen lineare Regressionsmodelle verwenden.

Eine weitere Schwierigkeit tritt auf, wenn ein Thema durch mehrere Fragen erfasst wird. Der Schwerpunkt dieser Studie liegt auf der Einstellung zum Datenschutz, zur Sammlung medizinischer Daten und zur ePA. Während die generelle Einstellung (Befürwortung/Ablehnung) der ePA mit einer Frage abgeprüft wird, werden die beiden anderen Themengebiete durch mehrere verschiedene Fragen adressiert. Drei Fragen beziehen sich auf die generelle Einstellung zum Datenschutz und vier Fragen auf die Einstellung zur Sammlung medizinischer Daten. Um diese mehrdimensionale Betrachtung handhabbar zu machen, wurde jeweils eine explorative Faktorenanalyse (Backhaus et al. 2008) auf Basis der drei bzw. vier Fragen durchgeführt. Das Hauptziel der Analyse ist es, ein großes Set an Fragen auf wenige aussagekräftige Maße bzw. „Faktoren“ hinter den Fragen zu reduzieren. Üblicherweise wird eine Faktorenanalyse in vier Schritten durchgeführt.

Im ersten Schritt werden die Korrelationen zwischen allen einzubeziehenden Fragen mittels einer Korrelationsmatrix untersucht. Anhand der Korrelationen lässt sich ablesen,

wie stark die einzelnen Fragen miteinander zusammenhängen und inwieweit sie auf einen gemeinsamen Faktor zurückgeführt werden können. Im zweiten Schritt werden diese, allen Fragen gemeinsamen Faktoren extrahiert. Wir verwenden die so genannte Hauptkomponentenanalyse. Sie versucht, die Ursprungsfragen durch eine kleinere Anzahl Faktoren zu ersetzen.¹ Diese Faktoren sind dann nicht mehr miteinander korreliert, d.h. jeder Faktor besitzt eine von den anderen Faktoren unabhängige Aussagekraft.²

Die extrahierten Faktoren lassen sich für gewöhnlich nur schwer interpretieren. Daher werden diese in einem dritten Schritt einer „Transformation“ unterzogen, was die Interpretation häufig vereinfacht.³ Im vierten Schritt werden schließlich die konkreten Faktorwerte ermittelt. Aus beiden Faktorenanalysen erhalten wir jeweils einen Faktor, welchen wir als (nutzungsorientierte) Einstellung zum Datenschutz einerseits und (nutzungsorientierte) Einstellung zur Sammlung medizinischer Daten andererseits bezeichnen. Wir nutzen diese Faktoren in der anschließenden multivariaten Analyse.

REGRESSIONSERGEBNISSE

In *Tabelle 1* sind die Ergebnisse der linearen Regressionen für die drei Zielgrößen (i) die Einstellung zum allgemeinen Datenschutz, (ii) die Einstellung zur Sammlung medizinischer Daten und (iii) die Einstellung zur ePA dargestellt. Sie ist wie folgt aufgebaut: In der linken Spalte stehen die Namen der Merkmale, deren Einfluss auf die drei Zielgrößen untersucht werden sollen. Die übrigen drei Spalten zeigen die Ergebnisse für jede Zielgröße. Jede dieser drei Spalten zeigt die geschätzten Koeffizienten der persönlichen Merkmale und die dazugehörigen geschätzten Standardfehler in Klammern unter den Koeffizienten.⁴ Ein positives Vorzeichen vor einem Koeffizienten bedeutet, dass Personen mit diesem Merkmal eher positiv zur Zielgröße eingestellt sind. Ein negativer Koeffizient dagegen deutet auf eine eher negative Einstellung hin.

¹ Um die Anzahl der Hauptfaktoren festzulegen wurde das so genannte Kaiser-Eigenwert-Kriterium verwendet, wonach nur solche Faktoren berücksichtigt werden, die Eigenwerte größer eins aufweisen. ² Diese Faktoren sind Linearkombinationen der ursprünglichen und beobachtbaren Fragen. ³ Hier wurde eines der gebräuchlichsten Verfahren, die Varimax-Methode, zur Transformation verwendet. ⁴ Die Standardfehler sind ein Maß für die statistische Unsicherheit mit der der jeweilige Koeffizient behaftet ist. Je größer der Standardfehler in Relation zum Koeffizienten ist, desto unsicherer ist der Wert des Koeffizienten. Koeffizienten von Merkmalen, die einen statistisch gesicherten positiven oder negativen Einfluss auf die jeweilige Einstellung haben, sind mit einem bis drei Sternen gekennzeichnet. Dabei bedeuten mehr Sterne eine höhere statistische Sicherheit. Keine Sterne deuten an, dass es aus statistischer Sicht keinen Zusammenhang zwischen dem jeweiligen Merkmal und der Zielgröße gibt.

TABELLE 1

Einstellung zum Datenschutz, zur Sammlung medizinischer Daten und zur elektronischen Patientenakte (ePA)

	Einstellung zu		
	allgemeinem Datenschutz	Sammlung medizinischer Daten	elektronischer Patientenakte
Alter 31 – 45	-0,173 ** (0,085)	0,016 (0,084)	-0,016 (0,042)
Alter 45 – 60	-0,195 ** (0,079)	-0,064 (0,078)	-0,076 * (0,039)
Alter 61+	-0,044 (0,080)	0,050 (0,080)	-0,070 * (0,040)
Geschlecht – weiblich	-0,202 *** (0,048)	-0,130 *** (0,048)	-0,085 *** (0,024)
Bildung – mittel	-0,436 *** (0,117)	0,123 (0,120)	0,039 (0,060)
Bildung – hoch	-0,655 *** (0,120)	-0,026 (0,123)	0,056 (0,061)
Wirtsch. Situation – mittel	0,026 (0,118)	-0,058 (0,118)	-0,046 (0,060)
Wirtsch. Situation – (sehr) gut	-0,033 (0,111)	0,108 (0,112)	0,019 (0,057)
Chronisch krank	0,095 * (0,053)	0,087 * (0,053)	0,044 * (0,026)
Beschäftigt mit eigener Gesundheit	-0,016 (0,054)	0,235 *** (0,055)	0,032 (0,027)
Mühsam beim Arztwechselln Information zu wiederholen	-0,202 *** (0,048)	0,378 *** (0,048)	0,188 *** (0,024)
GKV versichert	-0,005 (0,065)	0,050 (0,065)	0,086 *** (0,032)
Einstellung zum allg. Datenschutz			0,050 *** (0,012)
Konstante	0,872 *** (0,181)	-0,486 *** (0,181)	0,410 *** (0,091)
Anzahl Beobachtungen	1.773	1.694	1.713
Bestimmtheitsmaß (R ²)	0,053	0,070	0,066

Anmerkung: Die geschätzten Standardfehler befinden sich in Klammern unter den jeweiligen Koeffizienten. Statistische Signifikanz auf dem 1%/5%/10% Niveau wird durch ***/**/* gekennzeichnet.



Tabelle 2 stellt ergänzend die multivariaten Analysen für jede einzelne Zielgröße, die in die Faktoren „Einstellung zum allgemeinen Datenschutz“ und „Einstellung zur Sammlung medizinischer Daten“ einfließen, dar. Diese sieben Größen leiten sich aus den folgenden sieben Aussagen aus dem Fragebogen ab:

- ▶ Mir macht es nichts aus, persönliche Daten preiszugeben, sofern ich davon einen erkennbaren Nutzen habe.
- ▶ Es ist mir wichtig, dass ich selbst bestimme, welche Daten ich wem anvertraue.
- ▶ Mich ärgert, dass Unternehmen immer mehr Daten sammeln, ohne dass ich dies beeinflussen kann.
- ▶ Ich fände es gut, wenn medizinische Daten verstärkt für wissenschaftliche Zwecke genutzt werden könnten.
- ▶ Ich glaube, dass die medizinische Versorgung durch die elektronische Erfassung medizinischer Daten verbessert werden könnte.
- ▶ Wenn ich weiß, welche medizinischen Daten über mich gespeichert werden, habe ich kein Problem damit.

- ▶ Wenn mir die Vorteile von der Speicherung meiner medizinischen Daten genau erklärt werden, sehe ich keinen Unterschied zu anderen Bereichen, wo persönliche Daten gespeichert werden.

Bei jeder dieser Fragen hatten die Befragten jeweils vier Antwortmöglichkeiten:

- ▶ Stimme voll und ganz zu
- ▶ Stimme eher zu
- ▶ Stimme eher nicht zu
- ▶ Stimme gar nicht zu

Für die multivariate Analyse in *Tabelle 2* wurden die ersten beiden und die letzten beiden Antwortmöglichkeiten zusammengefasst. Für jede Aussage wurde dann eine Indikatorvariable mit zwei möglichen Ausprägungen konstruiert: 0 = keine Zustimmung zur Aussage, 1 = Zustimmung zur Aussage. Daher bedeutet auch hier ein positiver Koeffizient Zustimmung zur jeweiligen Aussage.

TABELLE 2

Einstellung zum Datenschutz und zur Sammlung medizinischer Daten (Einzelfragen)

	Einstellung zum allgemeinen Datenschutz			Einstellung zur Sammlung medizinischer Daten			
	Preisgabe von persönlichen Daten bei erkennbarem Nutzen	Selbstbestimmung über eigene Daten	Datensammlung durch Unternehmen	Datensammlung für wissenschaftliche Zwecke	Medizinische Versorgung wird verbessert	Kein Problem mit Sammlung medizinischer Daten	Kein Unterschied zur Datenspeicherung in anderen Bereichen
Alter 31 – 45	-0,040 (0,042)	0,009 (0,020)	-0,050 * (0,030)	-0,005 (0,038)	-0,030 (0,037)	-0,027 (0,039)	0,061 (0,042)
Alter 45 – 60	-0,093 ** (0,039)	0,012 (0,019)	-0,062 ** (0,028)	-0,040 (0,035)	-0,077 ** (0,035)	-0,038 (0,036)	-0,005 (0,039)
Alter 61+	-0,118 *** (0,039)	0,034 * (0,019)	0,004 (0,028)	0,023 (0,036)	-0,070 ** (0,035)	-0,024 (0,036)	0,028 (0,040)
Geschlecht – weiblich	-0,074 *** (0,023)	-0,026 ** (0,011)	-0,056 *** (0,017)	-0,039 * (0,021)	-0,063 *** (0,021)	-0,047 ** (0,022)	-0,029 (0,023)
Bildung – mittel	-0,000 (0,057)	-0,108 *** (0,027)	-0,075 * (0,041)	0,100 * (0,052)	0,053 (0,053)	0,118 ** (0,053)	0,015 (0,057)
Bildung – hoch	0,019 (0,059)	-0,143 *** (0,028)	-0,154 *** (0,043)	0,096 * (0,054)	-0,019 (0,054)	0,046 (0,055)	-0,070 (0,059)
Wirtsch. Situation – mittel	-0,027 (0,058)	-0,025 (0,028)	0,021 (0,042)	0,028 (0,052)	0,003 (0,052)	-0,058 (0,054)	-0,011 (0,058)
Wirtsch. Situation – (sehr) gut	-0,017 (0,055)	-0,038 (0,026)	0,011 (0,039)	0,072 (0,050)	0,055 (0,049)	0,028 (0,051)	0,022 (0,055)
Chronisch krank	0,029 (0,026)	0,034 *** (0,012)	0,020 (0,019)	0,010 (0,023)	0,018 (0,023)	0,036 (0,024)	0,046 * (0,026)
Beschäftigt mit eigener Gesundheit	0,126 *** (0,027)	-0,006 (0,013)	-0,021 (0,019)	0,093 *** (0,024)	0,103 *** (0,024)	0,075 *** (0,025)	0,111 *** (0,027)
Mühsam beim Arztwechselln Information zu wiederholen	0,079 *** (0,023)	-0,028 ** (0,011)	-0,091 *** (0,017)	0,061 *** (0,021)	0,151 *** (0,021)	0,107 *** (0,022)	0,126 *** (0,024)
GKV versichert	-0,033 (0,032)	-0,004 (0,015)	-0,007 (0,023)	0,046 (0,029)	0,038 (0,029)	0,037 (0,029)	-0,015 (0,032)
Konstante	0,403 *** (0,088)	0,220 *** (0,042)	0,370 *** (0,064)	0,467 *** (0,080)	0,559 *** (0,080)	0,515 *** (0,082)	0,442 *** (0,089)
Anzahl Beobachtungen	1.781	1.787	1.781	1.770	1.755	1.777	1.746
Bestimmungen (R ²)	0,036	0,037	0,048	0,026	0,061	0,040	0,043

Anmerkung: Die geschätzten Standardfehler befinden sich in Klammern unter den jeweiligen Koeffizienten. Statistische Signifikanz auf dem 1%/5%/10% Niveau wird durch ***/**/* gekennzeichnet.

STIFTUNG MÜNCH

Maximilianstr. 58
80538 München

T +49 (0)89 269 49 447
F +49 (0)89 242 16 087

kontakt@stiftung-muench.org
www.stiftung-muench.org