

/// Sicherheitsspezifische Maßnahmen zur Einbruchskriminalität

REALE UND GEFÜHLTE SICHERHEIT

FRANZ PORZSOLT /// Nachfolgend wird die „Sicherheit“ bei Einbruchskriminalität aus der Perspektive der Wissenschaft dargestellt, um daraus praktische Konsequenzen abzuleiten. Ziel ist es, die Häufigkeit und den Schweregrad der Einbrüche zu reduzieren, die Risiken der Täter zu erhöhen und bei den Bürgern die Sicherheit zu steigern. Dazu wird der Unterschied zwischen „realer“ und „gefühlter“ Sicherheit dargelegt. Mit einer Risikoschleife und einer Vier-Felder-Tafel lassen sich Risiken kategorisieren und spezifische Konsequenzen ableiten.¹

Ausgangslage

Menschen verhalten sich bei gleichen Risiken nicht einheitlich. Ein Beispiel ist die Akzeptanz eines Helms bei Motorradfahrern. In einer Analyse von 3390 Motorradfahrern, die einen Unfall erlitten hatten, haben 51 % keinen Helm getragen,² obwohl unbestritten ist, dass Kopf- und Hirnverletzungen durch das Tragen von Helmen reduziert werden können³. Bei den Autofahrern beträgt die Gruppe derer, die Sicherheitsgurte benutzen in Ländern mit hohem Einkommen etwa 80 %, während in Ländern mit mittlerem bzw. geringem Einkommen nur 43 % bzw. 6 % einen Sicherheitsgurt anlegen,⁴ obwohl auch hier gezeigt wurde, dass durch Anlegen eines Sicherheitsgurts etwa 50 % aller unfallbedingten Todesfälle verhindert werden können. Daraus lässt sich die Vermutung ableiten, dass Menschen unterschiedlich risikoavers sind. Diese

Vermutung kann man mit einem kleinen Experiment bestätigen, das den beiden Nobelpreisträgern Kahneman und Tversky zugeschrieben wird, indem man fragt, wer bevorzugt, entweder 1.000,- € „cash auf die Kralle“ oder den höheren Betrag von 2.500,- € zu

Die MEHRHEIT der Menschen scheut eher das Risiko.

bekommen, wobei der höhere Betrag mit einem fünfzigprozentigen Risiko, alles zu verlieren, assoziiert ist. Von den ca. 120 Zuhörern der Veranstaltung der Hanns-Seidel-Stiftung am 28. Juli 2015 haben zwei Drittel spontan die „sichere“ Variante von 1.000,-€ gewählt. Das Ergebnis bestätigt durch die überwiegend „sichere“ Wahl, dass Menschen eher risikoavers sind.



Quelle: Joggie Bortma/fotolia.com

Auch wenn das Risiko immer gleich hoch ist, fühlt sich ein Fallschirmspringer beim hundertsten Sprung weitaus sicherer als beim ersten.

Würde sich die Mehrheit am Risiko bzw. an der Chance orientieren, hätten die meisten die zweite Option, nämlich 2.500,- € mit 50 % Verlustrisiko wählen müssen. Das traf offensichtlich nicht zu. Die Mehrheit folgt eher dem eigenen Gefühl oder einer Wahrnehmung des Sicherheitsprinzips „Was ich habe, das habe ich“. Daraus lässt sich die Hypothese ableiten, dass es offensichtlich zwei Formen von Sicherheit gibt, nämlich die „Reale Sicherheit (ReSi)“ bzw. „Reale Unsicherheit“ und die „Gefühlte Sicherheit (GeSi)“ bzw. „Gefühlte Unsicherheit“.⁵ Aus der wissenschaftlichen Perspektive ist die Nennung der „Unsicherheit“ entbehrlich, weil Sicherheit und Unsicherheit

nur verschiedene Ausprägungen desselben Zustands sind: Man fühlt sich in einer Situation sicher oder unsicher.

Der Unterschied zwischen „Realer“ und „Gefühlter“ Sicherheit

Am Beispiel des Fallschirmspringens lässt sich dieser Unterschied darstellen. Die Wahrscheinlichkeit, bei einem problemlosen Absprung lebend zu landen bzw. das Risiko, ist beim ersten und beim hundertsten Absprung etwa gleich groß. Die subjektive Wahrnehmung dieses Risikos – wir nennen sie die „Gefühlte Sicherheit“ – ist aber beim ersten und beim hundertsten Absprung deutlich unterschiedlich. Das Risiko lässt sich messen und beschrei-

Tab. I: Messung und die Wahrnehmung von Risiko und Sicherheit jeweils in Abhängigkeit von der Fremd- oder Selbstbewertung.

	Risiko (Real)	Sicherheit (Gefühlt)
Perspektive der Fremdbewertung (falsifizierbar)	Messung der Eintrittswahrscheinlichkeit und Höhe eines Schadens	Messung der sicherheitsrelevanten Einflussfaktoren
Perspektive der Selbstbewertung (nicht falsifizierbar)	Individuelle Wahrnehmung von Eintrittswahrscheinlichkeit und Höhe eines Schadens	Individuelle Wahrnehmung von sicherheitsrelevanten Einflussfaktoren

Quelle: eigene Darstellung Franz Porzsolt

ben durch das Produkt aus der Eintrittswahrscheinlichkeit (W) und der Höhe des Schadens (H). Am Rande sei darauf hingewiesen, dass W durch die Anzahl der unerwünschten Ereignisse pro Zeitintervall oder durch die Prävalenz (Anteil der zum Testzeitpunkt Betroffenen an allen einbezogenen Individuen) oder durch die Inzidenz (Anteil

gern. Das methodische Vorgehen wurde in vier Dissertationsarbeiten, die an der medizinischen Fakultät der Universität Ulm⁶ und in einer Master-Arbeit, die am Institut für Psychologie der Universität Tromsø / Norwegen unter Leitung von Prof. Eisemann⁷ angefertigt wurden, beschrieben.

Demnach sind beide Dimensionen, das Risiko („etwas Reales“) und die Sicherheit („etwas Gefühltes“) zum einen messbar, wenn auch mit sehr unterschiedlichen Werkzeugen; zum anderen sind beide Dimensionen wahrnehmbar. In Tabelle I sind die Messung und die Wahrnehmung von Sicherheit jeweils in Abhängigkeit von der Fremd- oder Selbstbewertung dargestellt. Für die Fremd- und Selbstbewertung des Risikos sind die Eintrittswahrscheinlichkeit und die Schadenshöhe für die Fremd- und Selbstbewertung der Sicherheit die sicherheitsrelevanten Einflussfaktoren und deren Ausprägung bedeutend. Dabei ist zu beachten, dass Fremdbewertungen falsifizierbar sind, während die Selbstbewertung als Aus-

Risiko und Sicherheit sind wahrnehmbar und MESSBAR.

der neuen Betroffenen innerhalb eines Intervalls, meist bezogen auf 100.000 Personen) beschrieben werden kann. Welche Art zur Beschreibung von W sinnvoll ist, hängt von den jeweiligen Rahmenbedingungen ab.

Auch die „Gefühlte Sicherheit“ ist messbar, allerdings sind hierzu aufwändige psychometrische Verfahren notwendig, bei welchen zunächst jene Faktoren zu identifizieren sind, welche die GeSi entweder steigern oder verrin-

druck eines subjektiven Empfindens nicht falsifiziert ist, sondern nur zur Kenntnis genommen werden kann.

„Sicherheit“ kann ein „Hoch-Risiko-Faktor“ sein

Aus diesen Statements lässt sich als bedeutende Schlussfolgerung ableiten, dass die oft hochgelobte Sicherheit aus individueller Sicht einen Wert und ein Grundbedürfnis darstellt. Sicherheit kann aber auch ein „Hoch-Risiko-Faktor“ sein, weil sicherheitsrelevante Konsequenzen auf Grund von individuellen Wahrnehmungen abgeleitet werden und Wahrnehmungen – wie später gezeigt wird – durch Informationen sehr leicht in verschiedene Richtungen beeinflusst werden können. Im Kontext unseres größten Marktsegments, dem Gesundheitssystem, ist diese Aussage absolut bedeutend, weil die Bewertung der Sicherheit als „Hoch-Risiko-Faktor“ auch für dieses System gilt. Die sogenannten „evidenzbasierten Entscheidungen“, die im deutschen Sozialgesetzbuch V (SGB V)⁸ an etwa 200 Stellen erwähnt werden, sind nach Aussage des Supreme Court of Appeal of England and Wales eben nicht als Fakten, sondern nur als Meinungen aufzufassen⁹. Die künftige Entwicklung wird zeigen, ob dieses kluge Gerichtsurteil auch international akzeptiert wird und damit die Diskussion in den Gesundheitssystemen zum Unterschied zwischen evidenzbasierten und anders begründeten Entscheidungen nachhaltig beeinflussen könnte.

Die Bedeutung der Sicherheit für die Politik

Sicherheitsrelevante Entscheidungen sind uns aus der Politik bekannt. Diese Entscheidungen können in vielen Fällen nicht auf messbare Fakten gestützt

**Sicherheitsrelevante Entscheidungen
in der Politik müssen oft auf
WAHRNEHMUNGEN basierend erfolgen.**

werden, sondern sind von Wahrnehmungen abzuleiten. Damit besteht jeweils ein hohes Risiko, eine Entscheidung zu treffen, die auf einer unzutreffenden Annahme beruht. Beispiele hierfür sind die Ausgaben für Staatssicherheit in der früheren DDR, mit welchen u. a. 274.000 offizielle STASI-Mitarbeiter finanziert wurden. Im Jahr 1990 erlebten wir die Einschränkungen wegen des BSE (Bovine spongiform encephalopathy)-Risikos. Im Jahr 2006 folgte die Keulung von Federvieh, um auf das virtuelle Risiko der Vogelgrippe mit dem Influenza Virus H5N1 zu reagieren. Ein Impfstoff wurde produziert, aber kaum angewandt. Wenige Jahre danach, im Jahr 2011, folgten die Warnungen vor dem Verzehr von Gurken, Tomaten und Sprossen, um das Risiko einer Infektion durch Enterohemorrhagie E. Coli (EHEC) zu reduzieren. Diese Warnung bedrohte die Existenz von Herstellern landwirtschaftlicher Produkte, ohne dass der erwünschte Effekt der Warnung bestätigt werden konnte. Und letztlich hat der Tsunami in Fukushima im Jahr 2011 den Ausgang der Wahl in Baden-Württemberg und die deutsche Entscheidung zum Ausstieg aus der Kernenergie beeinflusst. Diese Beispiele zeigen, dass die „unerwünschten Kosten“ der sicherheitsrelevanten Entscheidungen, die zu tragen sind, leicht beziffert, die

Tab. II: Berichtete Effekte einer einmaligen flexiblen kleinen Darmspiegelung auf die Mortalitätsrate von Patienten, die an Darmkrebs oder an anderen Krebsformen erkrankt waren.

Mortality rate per 100.000 person-years				
	Control group	Intervention group		
	Total (N=112939)	Total (N=57099)	No screen (N=16478)	Screened (N=40621)
All cause	1124	1093	1566	909
Colorectal cancer	44	30	45	25
Non-colorectal cancer	1080	1062	1521	884

Quelle: Atkin, W. S. / Edwards, R. / Kralj-Hans, I. / u. a.: UK Flexible Sigmoidoscopy Trial Investigators, 2010.

konkrete Benennung der „erwünschten Konsequenzen“ aber kaum mit Zahlen belegt werden können.¹⁰

Auch Wissenschaftler leben mit „Gefühlter Sicherheit“

Nicht nur Politiker, auch Wissenschaftler sollten daran denken, dass sie wie Menschen und nicht „wie Maschinen“ ticken. Natürlich haben Daten für Wissenschaftler einen anderen Stellenwert als für Laien. Wenn es aber im letzten Schritt der Abwägung um die Entscheidungsfindung geht, ist schwer zu glauben, dass diese Entscheidung unabhängig von der Wahrnehmung getroffen

wird. Wesentlich wahrscheinlicher ist, dass auch für Wissenschaftler zutrifft, was ebenso für alle anderen zutrifft. Das Beispiel in Tabelle II, das einer renommierten internationalen Zeitschrift entnommen wurde,¹¹ zeigt mehrere überraschende Befunde: Zum einen bestätigen die Zahlen, dass mit einer flexiblen kleinen Darmspiegelung die Sterblichkeit an Darmkrebs und Enddarmkrebs (colorectal cancer) von 44 (Kontrollgruppe, nicht zur Spiegelung eingeladen) auf 25 pro 100.000 Personennjahre gesenkt werden kann. Bei Gesunden, die zwar zur Spiegelung eingeladen waren, das Angebot aber nicht wahrgenommen haben, lag die Sterblichkeit an Darmkrebs und Enddarmkrebs bei 45 pro 100.000 Personennjahre, was mit dem Ergebnis der nicht eingeladenen Kontrollgruppe nahezu identisch ist. Dieses Ergebnis scheint zu bestätigen, dass die kleine Darmspiegelung mit einem flexiblen Gerät die Sterblichkeit an dieser Krebsform von 44 auf 25, d. h. um 43 % reduzieren

Auch die WISSENSCHAFTLICHE Entscheidungsfindung unterliegt der Wahrnehmung.

kann. In der gesamten Medizin ist eine Reduktion der Sterblichkeit um 43 % ein extrem guter Wert, der eigentlich kaum glaubwürdig ist, weil es kaum eine Behandlung gibt, mit der derart gute Ergebnisse erzielt werden können. Weiterhin ist sehr ungewöhnlich, dass diese Reduktion der Sterblichkeit durch eine einzige Spiegelung erreicht werden kann, wenn diese im Alter zwischen 55 und 64 Jahren durchgeführt wird.

Aussagen dieser Art klingen wie „wissenschaftlicher Jahrmarkt“ und sollten kritisch hinterfragt werden, bevor sie in Leitlinien übernommen werden. Nahezu grotesk wird das Ergebnis in der nächsten Zeile der Tabelle II. Dort wird gezeigt, dass durch eine einzige kleine, flexible Darmspiegelung auch die Rate aller anderen Krebsfor-

men (außer Darmkrebs und Enddarmkrebs) etwa im gleichen Maße wie die zuvor genannten Krebsformen reduziert werden können. Spätestens hier sollte auch jeder Laie ein Fragezeichen setzen. Es ist doch nicht wirklich glaubwürdig, dass durch eine kleine Darmspiegelung der Tod infolge z. B. Hirntumoren, Lungenkrebs, Hautkrebs, Brustkrebs verhindert werden kann.

Aus Sicht der Wissenschaft ist das Rätsel einfach zu lösen: In verschiedenen Studien wurde gezeigt, dass jene die zur Früherkennung, egal welcher Art, gehen, ein anderes Gesundheitsbewusstsein haben und somit immer gesünder sind als jene, die die Früherkennung nicht in Anspruch nehmen. Dieser systematische Fehler¹² kann ausgeschlossen werden, indem man zeigt,

Abb. 1: Ergebnisse des Mammographie-Screenings in den letzten 30 Jahren

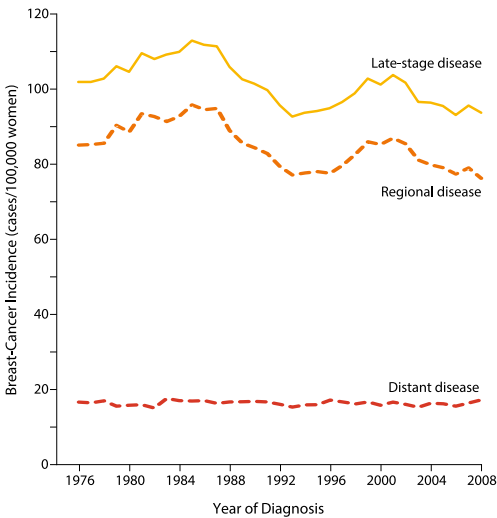
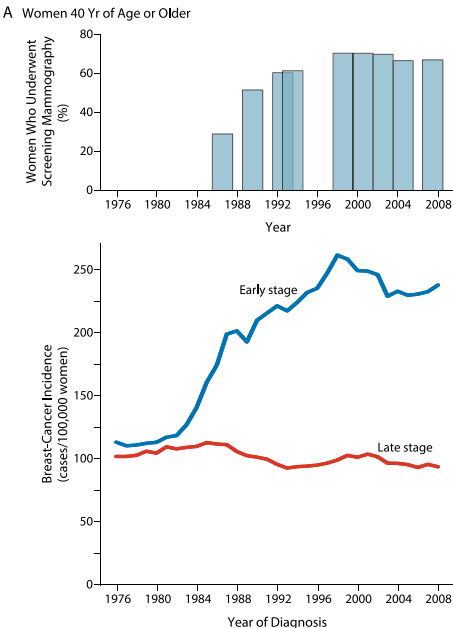


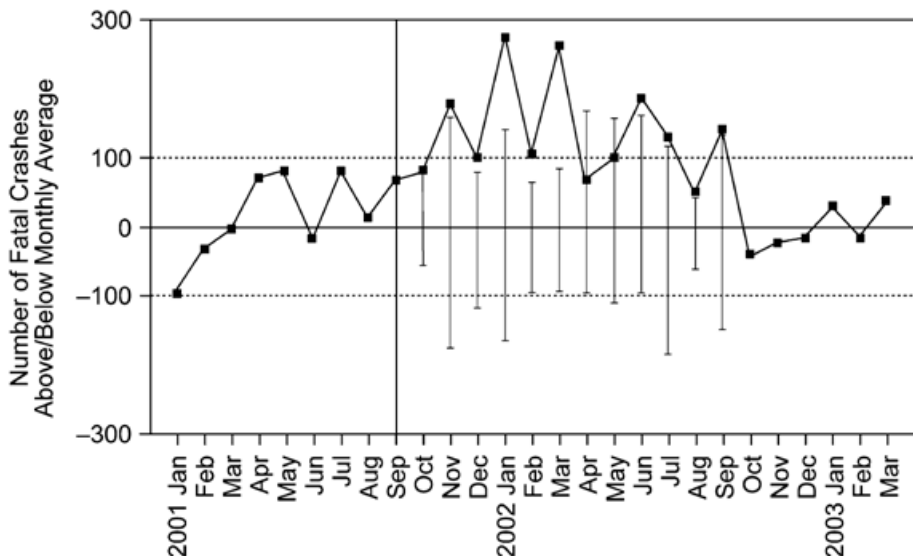
Figure 2. Trends in the Annual Incidence of Late-Stage Breast Cancer and Its Two Components (Regional and Distant Disease) among U.S. Women 40 Years of Age or Older, 1976–2008.

Quelle: Bleyer A. / Welch G.: Effect of Three Decades of Screening Mammography on Breast-Cancer Incidence, N Engl J Med 2012, 367:1998-2005.

dass die Teilnehmerinnen an einem Programm zur Früherkennung von Brustkrebs tatsächlich seltener an Brustkrebs, nicht aber auch seltener an Darmkrebs sterben und Teilnehmerinnen an einer Früherkennung von Darmkrebs nicht seltener an Brustkrebs sterben.¹³ Wenn es nicht gelingt, die Spezifität der Früherkennung nachzuweisen, ist das Risiko hoch, „Äpfel mit Birnen zu vergleichen“. Das Beispiel zeigt, dass auch unter Wissenschaftlern Wahrnehmungen entscheidend sein können. Anders ist nicht zu erklären, dass weder die Gutachter eines eingereichten Manuskripts, noch die Herausgeber der Zeitschrift oder deren Leser eine kritische Frage gestellt haben, die sicher verhindert hätte, dass der Fehler veröffentlicht und unter unkritischen Lesern verbreitet wird.

Ein zweites Beispiel sei den Erfahrungen aus dem Mammographie-Screening in den letzten 30 Jahren angefügt.¹⁴ Das Säulendiagramm in Abbildung 1 (S. 37) zeigt, dass in den USA diese Form der Früherkennung beginnend mit dem Jahr 1986 in Anspruch genommen wurde und im Jahr 1998 ein Plateau erreicht hat. Parallel zur steigenden Inanspruchnahme ist auch die Rate der entdeckten Frühformen von Brustkrebs angestiegen. Wenn viele Frühformen von Krebs erkannt und erfolgreich behandelt werden, sollte man erwarten, dass die Rate der Spätformen und deren Folgen abnehmen. Die Graphiken zeigen aber, dass vor allem die nicht mehr heilbare Form mit Fernmetastasen (distant disease) vor und auch 30 Jahre nach Einführung

Abb.2: Anzahl fataler Verkehrsunfälle in den USA vor / nach dem Anschlag auf die Twin Towers 9/11 im Jahr 2001 in New York.



Quelle: Gerd Gigerenzer, Max-Planck-Institut für Bildungsforschung¹⁵

des Mammographie-Screenings identisch war. Diese Daten legen den dringenden Verdacht nahe, dass unsere Vorstellungen über Krebsentstehung, Krebswachstum und Krebsheilung noch nicht vollständig der Realität entsprechen. Unerwartete Beobachtungen sind sorgfältig zu analysieren, weil man aus Fehlern und nicht aus der Bestätigung der eigenen Erwartungen lernen kann.

Das dritte Beispiel bestätigt ebenfalls, dass Menschen nicht wie Maschinen ticken. Die Graphik in Abbildung 2 stammt von Prof. Gerd Gigerenzer, Direktor des Max-Planck-Instituts für Bildungsforschung in Berlin, und zeigt, dass nach dem Anschlag auf die Twin-Towers in New York 9/11 im Jahr 2001 vermutlich einige Reisende wegen der „Gefühlten Sicherheit“ vom Flieger auf das Auto umgestiegen sind, obwohl seit langem kommuniziert wird, dass das Flugzeug wesentlich weniger riskant als das Auto ist. Die Graphik zeigt, dass die Rate der tödlichen Verkehrsunfälle nach 9/11 angestiegen ist und erst etwa ein Jahr später den Ausgangswert wieder erreichte.

Gefühlte Sicherheit ist in nahezu allen Lebensbereichen bedeutend

Unsere Diplomanden und Doktoranden haben sich mit der „Gefühlten Sicherheit“ bei Frauen in einer Selbsthilfegruppe nach Brustkrebs,¹⁶ bei RealSchülern nach den Amokläufen in Columbine und Winnenden,¹⁷ bei den Lesern einer Arzneimittelpackungsbeilage,¹⁸ bei Ingenieuren im Steinkohlebergbau auf Spitzbergen¹⁹ und bei älteren Mitbürgern beschäftigt²⁰. Die Faktoren, welche die „Gefühlte Sicherheit“ bei den jeweiligen Zielgruppen beeinflussen, sind so unterschiedlich wie die

Das Prinzip „Vertrauen“ muss wieder GESTÄRKT werden.

einzelnen Situationen und Zielgruppen selbst. So wird die „Gefühlte Sicherheit“ älterer Mitbürger im Wesentlichen durch drei Faktoren beeinflusst. Die „Umweltbeziehungen“ körperlicher, geistiger, kognitiver und technischer Art sowie das Bedürfnis, eine sinnvolle Aufgabe im Leben wahrzunehmen. Die Sicherheit der „ärztlichen Betreuung“ ist für ältere Mitbürger bedeutend; hier geht es vor allem darum, genügend Zeit für diese Menschen zu haben und um die Information, die diese Menschen vom Arzt bekommen können und letztlich war für ältere Mitbürger die „Zukunftsvorsorge“ bedeutend, wobei sie sich besonders sorgen, wenn jemand hilfs- oder pflegebedürftig wird.

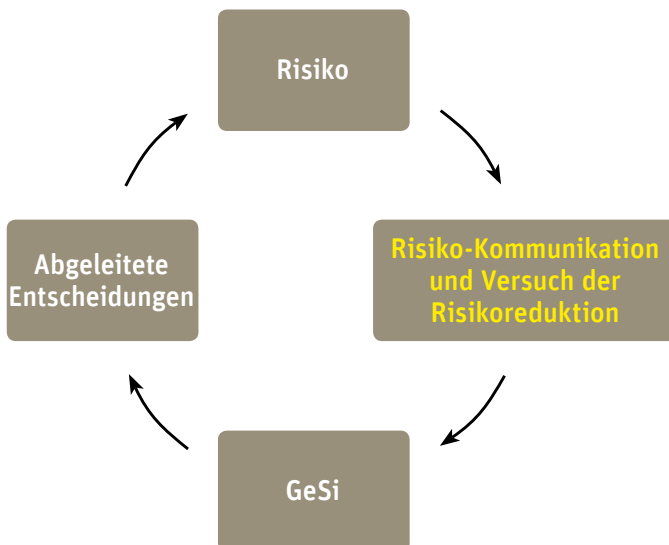
Der Ruf nach mehr „Gefühlter Sicherheit“ im Gesundheitsbereich wird generell zunehmend lauter, wie es auch in Tageszeitungen zu lesen ist. Gerade in vulnerablen Lebensphasen, z. B. während einer Schwangerschaft²¹ oder am Lebensende²², sollte die ärztliche Versorgung besser als in anderen Lebensphasen honoriert werden und zwar unabhängig von den erbrachten technischen Leistungen, weil in diesen Phasen Ärzte gefragt sind und keine Mediziner. Die Betroffenen brauchen jemanden, der ihnen hilft, nicht jemanden, der nur verfügbare Technologien anwendet. Die Betroffenen haben in vulnerablen Lebensphasen keine Chan-

ce zu entscheiden, ob alles nützt, was angeboten wird. In dieser Situation bleibt nur eines: Vertrauen. Die enorme Bedeutung des Prinzips „Vertrauen“ muss in unserer Gesellschaft neu erlernt werden. Das gilt für die Gesundheitsversorgung ebenso wie für den Umgang mit der Einbruchskriminalität. Es reicht eben nicht aus, nur „Technikexperten“ zu haben. Die Bürger sollen erwarten können, dass ein Experte die aktuellen technischen Entwicklungen seines Fachs kennt und darüber hinaus anwenden kann, so dass mit der Anwendung von Technologie auch Nutzen gestiftet wird. Der zweite Aspekt ist häufig nicht mehr gewährleistet. Daran müssen wir arbeiten.

Risikoschleife und Risiko-Vier-Felder-Tafel

Aus den bisher vorgestellten Informationen lässt sich ein Zusammenhang zwischen Risiko und Gefühlter Sicherheit ableiten (Abb. 3). Dieser Zusammenhang, der hier „Risikoschleife“ genannt wird, besagt, dass jede Kommunikation eines Risikos, die versucht das Risiko für den Betroffenen zu reduzieren und für den Täter zu erhöhen – deshalb Risikomodulation – durch Informationen unterschiedlicher Art und Intention beeinflusst wird. Diese verwundbare Stelle der Risikoschleife sollte allen bewusst sein, die mit Risiken arbeiten und vor allem risikorelevante Entscheidungen treffen. Ergänzt wird

Abb. 3: Die Risikoschleife. Jede Kommunikation eines Risikos versucht das Risiko für den Betroffenen zu modulieren. Das Ergebnis dieser Modulation ist die „Gefühlte Sicherheit“. Diese ist für die abgeleiteten Konsequenzen entscheidungsrelevant, wobei die getroffene Entscheidung das bestehende Risiko reduzieren oder steigern kann.



Quelle: eigene Darstellung Franz Porzsolt

Tab. III: Die Risiko-Vier-Felder-Tafel. Anhand der beiden Dimensionen, der Eintrittswahrscheinlichkeit (W) und der Schadenshöhe (H), die ein Risiko definieren, können vier Ausprägungen eines Risikos unterschieden werden: Hohes Risiko, wenn W und H hoch sind. Geringes Risiko, wenn nur W hoch ist. Virtuelle Risiken, wenn die Wahrscheinlichkeiten niedrig oder nicht bestimmbar sind.

		Eintrittswahrscheinlichkeit (W)	
		Hoch	Niedrig/Unklar
Schadenshöhe (H)	Hoch	Hoch	Virtual hoch
	Gering	Gering	Virtual gering

Quelle: eigene Darstellung Franz Porzsolt

diese Risikoschleife durch eine Risiko-Vier-Felder-Tafel (Tab. III), in welcher vier Arten von Risiken anhand ihrer Eintrittswahrscheinlichkeit (W) und Schadenshöhe (H) unterschieden werden. Bei der Beschreibung des Unterschiedes zwischen „Realer“ und „Gefühlter“ Sicherheit haben wir diskutiert. Ebenso haben wir besprochen, dass sich W in unterschiedlichen Dimensionen ausdrücken lässt. Situationsbedingt lassen sich jeweils vier Arten von Risiken unterscheiden. Es wird vorgeschlagen, von einem hohen Risiko zu sprechen, wenn sowohl W wie auch H hoch sind. Wenn nur W hoch ist, sollte das Risiko als gering eingestuft werden. Wenn W gering oder nicht bestimmbar ist, sollten die Risiken abhängig von H als virtuell hoch oder virtuell gering eingestuft werden. Diese Einstufungen sollten allgemein anwendbar sein und sich deshalb auch zur Klassifikation der Einbruchskriminalität eignen.

Durch die Zusammenführung der Information aus der Risikoschleife und der Risiko-Vier-Felder-Tafel können

Sicherungs- und Präventivmaßnahmen **STEIGERN** die „Gefühlte Sicherheit“.

standardisierte sicherheitsrelevante Empfehlungen abgegeben werden: Bei hohen Risiken sind Maßnahmen zur Primären (Vermeidung der Entstehung des Risikos) oder Sekundären (Früherkennung eines soeben entstandenen Risikos um dessen Entwicklung im Keim zu ersticken) Prävention sinnvoll.²³ Bei geringen Risiken ist die Durchführung von Präventionsmaßnahmen sehr wahrscheinlich zu ineffizient, weil der erzielbare Mehrwert im Vergleich zum erforderlichen Aufwand zu hoch ist. Wenn ein virtuell hohes Risiko vorliegt, ist eine Risikokommunikation mit dem Ziel, die „Gefühlte Sicherheit“ in die erwünschte Richtung zu modellieren, sinnvoll. Bei virtuell geringen

Risiken ist es auf Grund risikoökonomischer Überlegungen sinnvoll, eine „wait & see“-Strategie zu wählen.

Ergebnisse zur Reduktion der Einbruchskriminalität

Zur Reduktion der Einbruchskriminalität lassen sich aus den vorausgegangenen Daten und Überlegungen die folgenden Ergebnisse ableiten:

- Die Eintrittswahrscheinlichkeit und die Schadenshöhe und damit das Risiko eines Einbruchs sind objektbezogen vorhersagbar.
- Daraus lassen sich durch die Anwendung risikoökonomischer Analysen risikoadaptierte und sicherheitsrelevante Konsequenzen ableiten.
- Die ableitbaren Konsequenzen betreffen zum einen sowohl die Täter wie auch die Opfer und beinhalten Maßnahmen zur primären Prävention, zur sekundären Prävention, zur Schadensregulierung, zur Risikokommunikation und zur „wait & see“-Strategie.

Maßnahmen zur primären Prävention steigern für die Täter das Risiko eines erfolglosen Einbruchs. Dazu zählen z. B. Sicherungsmaßnahmen an Türen und Fenstern, keine barrierefreien Fluchtwege und Maßnahmen zur intensivierte Beobachtung. Für die Opfer werden die Risiken reduziert, da diese Maßnahmen die Abschreckung der Täter steigern, z. B. über den Ausbau der Dokumentationssysteme, die zur Erhöhung der Aufklärungsquote führen. Diese Maßnahmen zur primären Prävention steigern für die Opfer die Gefühlte Sicherheit vor Einbruch. Dazu zählen z. B. alle Informationsstrategien, die den Bürger bei der Planung und Durchführung von Präven-

tivmaßnahmen unterstützen. Analog dazu wird für die Täter die Gefühlte Sicherheit durch Informationskampagnen, die natürlich auch von den Tätern wahrgenommen werden, verringert.

Es gibt **STANDARDISIERTE** sicherheitsrelevante Empfehlungen.

Die Risikokommunikation ist noch ein relativ junges Gebiet, aber es ist bekannt, dass durch unprofessionelle Kommunikation absolut unerwünschte Effekte erzielt werden können. Die spezifischen Anforderungen an eine gezielte Beeinflussung der Risikowahrnehmung wird eines der interessantesten und bedeutenden interdisziplinären Arbeitsgebiete werden. ///



/// PROF. DR. FRANZ PORZSOLT

ist Wissenschaftler und Arzt für Hämatologie und internistische Onkologie, Institute of Clinical Economics (ICE) e. V. und Universitätsklinikum Ulm.

Anmerkungen

¹ Franz Porzsolt hat als Wissenschaftler und Arzt für Hämatologie und internistische Onkologie ein neues Fach, die Klinische Ökonomik, entwickelt. Sie wendet ökonomische Prinzipien an, um den Nutzen (nicht die Kosten) von Gesundheitsleistungen zu bewerten. Eine Form des Nutzens ist die „Gefühlte Sicherheit“, die wir den Mitbürgern nicht nur im Gesundheitsbereich vermitteln können.

² Rivara, F. P. / Thompson, D. C. / Thompson, R. S.: Epidemiology of bicycle injuries and risk factors

- for serious injury, in: *Injury Prevention* 21/2015, S. 47-51, doi: 10.1136/injprev-00002-0038rep
- ³ Crompton, P. A. / Dressler, D. M. / Stuart, C. A. / u. a.: Bicycle helmets are highly effective at preventing head injury during head impact: head-form accelerations and injury criteria for helmeted and unhelmeted impacts, in: *Accid Anal Prevention* 70/2014, S. 1-7, doi: 10.1016/j.aap.2014.02.016
 - ⁴ Lorini, C. / Pieralli, F. / Mersi, A., u. a.: Comparison of self-reported and observed prevalence of safety belt and helmet use in Florence, in: *Annali di Igiene* 26/2014, S. 499-506, doi:10.7416/ai.2014.2008
 - ⁵ Porzsolt, F. / Kilian, R. / Eisemann, M.: Gefühlte Sicherheit – Ein neuer gesellschaftlicher Wert, in: *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement* 12/2007, S. 7-10; Porzsolt F. / Polianski, I. / Görgen, A. / u. a.: Safety and security: the valences of values, in: *Journal of Applied Security Research* 4/2011, S. 483-490, <http://dx.doi.org/10.1080/19361610.2011.604069>
 - ⁶ Gampert, L.: Entwicklung und Validierung eines psychometrischen Messinstrumentes zur Messung der „Gefühlten Sicherheit“ von Patienten nach dem Lesen einer Arzneimittelgebrauchsinformation, Human Biology Thesis, University of Ulm, Medical Faculty, 2010; Knie, Andreas: Gefühlte Sicherheit bei älteren Menschen. Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur Messung der gefühlten Sicherheit bei älteren Menschen, MD Thesis, University of Ulm, Medical Faculty, 2011; Popp, Romy Ingeborg: Entwicklung eines Messinstrumentes zur Erfassung der Gefühlten Sicherheit bei Schülerinnen und Schülern an Realschulen in Baden-Württemberg, Human Biology Thesis, University of Ulm, Medical Faculty, 2009; Rochau, Ursula: Gefühlte Sicherheit in Selbsthilfegruppen nach Brustkrebs, MD Thesis, University of Ulm, Medical Faculty, 2009.
 - ⁷ Vangberg, Hans / Bones, Christian: Perceived safety in mining: a development of the (Vangberg-Eisemann) Perceived Safety Scale (VEPSS), Master Thesis, University of Tromsø, 2008.
 - ⁸ SGB V § 35b, Bewertung des Nutzens und der Kosten von Arzneimitteln.
 - ⁹ England and Wales Court of Appeal (Civil Division): Decisions: British Chiropractic Association v Singh [2010] EWCA Civ 350, 1.4.2010, <http://www.bailii.org/ew/cases/EWCA/Civ/2010/350.html>
 - ¹⁰ Porzsolt / u. a.: Safety and security.
 - ¹¹ Atkin, W. S. / Edwards, R. / Kralj-Hans, I. / u. a.: Once-only flexible sigmoidoscopy screening in prevention of colorectal cancer: a multicentre randomised controlled trial, *Lancet* 2010, S. 1624-1633, doi: 10.1016/S0140-6736(10)60551-X
 - ¹² Egger, M. / Zwahlen, M. / Cerny, T.: Tumorscreening – Grundlagen, Evaluation und Implementation, 70/2013, S. 195-203, doi: 10.1024/0040-5930/a000390
 - ¹³ Porzsolt, F.: Präventionsgesetz: Vor allem Glaube und Hoffnung, zu wenig Liebe. Welt der Krankenversicherung, in: *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement* 5/2015, S. 121-122; Ders.: Ineffizienz durch Kommunikationsproblem zwischen Arzt und Ökonom, in: *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement* 20/2015, S. 152-154.
 - ¹⁴ Bleyer, A. / Welch, G.: Effect of Three Decades of Screening Mammography on Breast-Cancer Incidence, in: *The New England Journal of Medicine* 367/2012, S. 1998-2005, DOI: 10.1056/NEJMoa1206809
 - ¹⁵ Publiziert in Gigerenzer, G.: Out of the flying pan into the fire: behavioral reactions to terrorist attacks, in: *Risk Analysis* 26/2006, S. 347-351.
 - ¹⁶ Rochau: Gefühlte Sicherheit in Selbsthilfegruppen nach Brustkrebs.
 - ¹⁷ Popp: Entwicklung eines Messinstrumentes zur Erfassung der Gefühlten Sicherheit bei Schülerinnen und Schülern an Realschulen in Baden-Württemberg.
 - ¹⁸ Gampert: Entwicklung und Validierung eines psychometrischen Messinstrumentes zur Messung der „Gefühlten Sicherheit“ von Patienten nach dem Lesen einer Arzneimittelgebrauchsinformation.
 - ¹⁹ Vangberg: Perceived safety in mining.
 - ²⁰ Knie: Gefühlte Sicherheit bei älteren Menschen.
 - ²¹ Bartens, W.: Schwanger aber nicht krank – Viele Vorsorgeuntersuchungen sind medizinisch unnötig, in: *Süddeutsche Zeitung*, 28.7.2015.
 - ²² Ders.: Behandlung bis zuletzt – Viele Krebskranke bekommen noch kurz vor ihrem Tod eine Chemotherapie, in: *Süddeutsche Zeitung*, 24.7.2015.
 - ²³ Porzsolt, F. / Kanga Wambo, G. O. / Rösch, M.-C. / u. a.: Fünf Anforderungen an Struktur und Prozess der Sekundärprävention bei malignen Erkrankungen, Ulm 2015, zur Publikation eingereicht.