

Gesundheitsberatung durch den Hausarzt

Eine soziologische Analyse der assoziierten Faktoren am Beispiel der Gesundheitsberatung im Rahmen der kardiovaskulären Prävention

Inauguraldissertation

zur Erlangung des akademischen Grades Doctor rerum politicarum
der Fakultät für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften
der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg

vorgelegt von

Tatiana Görig, M.A.

Gutachter: Prof. Dr. Markus Pohlmann

Prof. Dr. Sven Schneider

Tag der Disputation: 19.06.2015

*Die Kunst zu heilen kann viele Leiden lindern,
doch schöner ist die Kunst, die es versteht,
die Krankheit am Entstehen schon zu hindern.*

Max von Pettenkofer (1818-1901)

Vorwort

Die vorliegende Dissertation entstand im Rahmen der bundesweiten Hausärztebefragung zur Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen ÄSP-kardio (Ärzte-Survey zur Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen). Die Studie wurde im Zeitraum von Juli 2011 bis Dezember 2013 am Mannheimer Institut für Public Health, Medizinische Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg (MIPH) durchgeführt und von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) gefördert (DFG-Geschäftszeichen SCHN 727/3-1).

Die Supervision des Projekts lag bei dem Medizinsoziologen Prof. Dr. phil. Sven Schneider (Leiter der Division Child & Health am MIPH), der zugleich der Antragsteller bei der DFG war. Durchgeführt wurde die Studie von einem interdisziplinären Team bestehend aus der Doktorandin, Dr. sc. hum. Christina Bock (Epidemiologin, MIPH), Dr. phil. Katharina Diehl (Soziologin, MIPH) und Raphael Herr (Sozialwissenschaftler, MIPH).

An unterschiedlichen Stadien des Projektverlaufs wurden darüber hinaus weitere Kooperationspartner eingebunden. Mitarbeiter vom GESIS Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften in Mannheim (Rolf Porst, Peter Prüfer, Dr. Sabine Häder) unterstützten das Projektteam bei der Fragebogenentwicklung, bei der Durchführung des kognitiven Pretests und bei der Berechnung der Rücklaufquote. Die Vorstandsmitglieder des Ärztenetzwerks Qu@linet e.V. Dr. med. Werner Besier und Dr. med. Manfred Mayer halfen bei der Rekrutierung von Hausärzten für den kognitiven Pretest und beteiligten sich bei der Interpretation der Studienergebnisse. Im Rahmen der Publikationen zu den Teilbereichen wurden weitere Experten eingebunden, die das Projektteam fachlich berieten (u.a. im Bereich Bewegungsförderung: Prof. Dr. Frank Mayer, Universität Potsdam, Ärztlicher Direktor des Zentrums für Sportmedizin, Freizeit-, Gesundheits- und Leistungssport; im Bereich Tabakentwöhnung: Peter Lindinger, Dipl.-Psych., AWMF-Leitliniengruppe der S3-Leitlinie zur Tabakentwöhnung in Deutschland; im Bereich Ernährungsberatung: Jennifer Hilger, Ernährungswissenschaftlerin, MIPH, Abbildung 1).

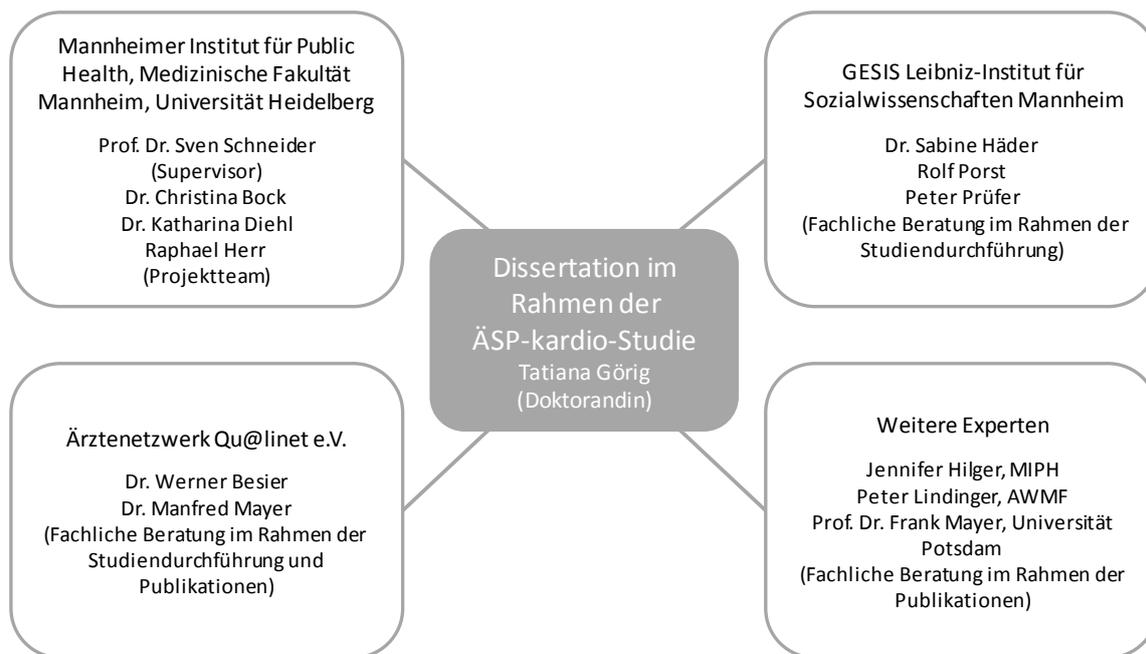


Abbildung 1: Übersicht der Kontribuenten

Quelle: Eigene Darstellung.

Die Doktorandin war während der gesamten Projektlaufzeit in ihrer Rolle als operative Studienleiterin maßgeblich an der Planung und Durchführung der ÄSP-kardio-Studie beteiligt. In Zusammenarbeit mit weiteren Projektmitarbeitern war sie für die gesamte Feldarbeit verantwortlich. Sie entwickelte die Fragebögen für die schriftliche Befragung und für die Non-Responder-Befragung. Vor Beginn der Befragung nahm die Doktorandin Kontakt zu Redaktionen medizinischer Fachzeitschriften zwecks Ankündigung der Hausärztebefragung auf. Weiterhin koordinierte sie den Druck von Studienunterlagen und deren Versand, bei dem über 13.000 Befragungspakete insgesamt viermal verschickt wurden. Die Doktorandin kontrollierte des Weiteren den Rücklauf der Fragebögen, beteiligte sich bei deren manuellen Eingabe und bei der Durchführung der Non-Responder-Befragung. Selbständig bereitete sie die Auszahlung von Aufwandsentschädigungen an die Studienteilnehmer i.H.v. insgesamt über 80.000 Euro vor und koordinierte diese. Außerdem übernahm die Doktorandin die Erstellung des Analysedatensatzes und statistische Auswertungen der Daten. Während des Projektzeitraums übernahm sie die Personalverantwortung für vier studentische Hilfskräfte (allesamt Studierende der Soziologie).

Die Aufgaben der Doktorandin umfassten darüber hinaus die Publikation der Studienergebnisse. So war sie an drei Veröffentlichungen als Erst- bzw. Letztautorin (Görig et al. 2014; Schneider et al. 2014a; Schneider et al. 2014b) und an einer Publikation als Koautorin (Diehl et al. 2015) beteiligt. Darüber hinaus hielt sie drei Präsentationen auf wissenschaftlichen Kongressen, z.B. auf der Nationalen Konferenz für Tabakkontrolle 2012 am Deutschen Krebsforschungszentrum im

Rahmen der Session zu der in Arbeit befindlichen S3-Leitlinie zur Tabakentwöhnung. Außerdem war sie an sechs Kongresspräsentationen als Koautorin beteiligt. Eine detaillierte Übersicht der von der Aufgaben der Doktorandin im Studienverlauf ist in Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1: Leistungen der Doktorandin bei der Durchführung der ÄSP-kardio-Studie

Aufgaben
Operative Studienleitung
Erstellung des Fragebogens
Koordination der Studienankündigung in Fachzeitschriften
Koordination von Druck und Versand der Studienunterlagen
Planung und Koordination der Feldarbeit (einschließlich der Nachfassaktion)
Rücklaufkontrolle
Entwicklung des Non-Responder-Fragebogens
Durchführung der Non-Responder-Befragung
Durchführung der Non-Responder-Analyse
Manuelle Dateneingabe
Koordination der Auszahlung von Aufwandsentschädigungen an Studienteilnehmer
Erstellung des Codeplans
Programmieren des Datensatzes
Durchführung von Datenkodierungen
Durchführung von Datenauswertungen
Erstellung wissenschaftlicher Publikationen
Präsentation der Ergebnisse auf wissenschaftlichen Kongressen
Verfassen des Zwischenberichts
Verfassen des Abschlussberichts

*Alleinige Eigenleistung der Doktorandin bei der Studiendurchführung ist gefettet und grau hinterlegt, sonstige Aufgaben wurden in Zusammenarbeit mit anderen Projektmitarbeitern realisiert.
Quelle: Eigene Darstellung.*

Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	iv
Abkürzungsverzeichnis	ix
Tabellenverzeichnis.....	x
Abbildungsverzeichnis.....	xii
Zusammenfassung	xiii
1 Einleitung.....	15
1.1 Entdeckungszusammenhang.....	15
1.2 Ziele, Fragestellung und Konzeption der Arbeit	17
2 Theoretische Überlegungen	21
2.1 Begriffsbestimmung	21
2.1.1 Kardiovaskuläre Erkrankungen	21
2.1.2 Prävention	24
2.2 Ärztliche Profession und Gesundheitspolitik	26
2.2.1 Beziehung zwischen dem Staat und der Ärzteschaft	26
2.2.2 Prävention im Fokus der Gesundheitspolitik	29
2.3 Strukturfunktionalistische Perspektive auf ärztliche Profession	33
2.4 Die interaktionistische Perspektive auf ärztliche Profession	36
2.4.1 Prozess-Modell zur Analyse ärztlicher Profession	37
2.4.2 Machttheoretische Ansätze	39
3 Stand der empirischen Forschung.....	44
3.1 Soziologische Analysen ärztlicher Berufsausübung	44
3.2 Epidemiologische Analysen der hausärztlichen Gesundheitsberatung	46
3.2.1 Zusammenhänge mit arztbezogenen Charakteristika	49
3.2.2 Zusammenhänge mit Patientencharakteristika	52
3.2.3 Zusammenhänge mit Charakteristika des Arbeitskontextes	54
3.3 Forschungsergebnisse aus Deutschland.....	55
3.4 Zusammenfassung	57
3.5 Hypothesen	61
4 Daten und Methoden	65
4.1 Studienkollektiv	65
4.2 Erhebungsinstrument.....	66

4.3	Durchführung der Befragung	69
4.4	Rücklauf	70
4.5	Non-Responder-Analyse und Non-Responder-Befragung.....	71
4.6	Operationalisierung	73
4.6.1	Abhängige Variablen	74
4.6.2	Unabhängige Variablen	74
4.7	Statistische Methoden	76
5	Ergebnisse.....	78
5.1	Persönliche Einstellung der Hausärzte zu Gesundheitsberatung.....	81
5.2	Hausärztliche Beratung bezüglich der Ernährungsgewohnheiten	83
5.3	Hausärztliche Beratung bezüglich der Tabakentwöhnung	92
5.4	Hausärztliche Beratung bezüglich der körperlichen Aktivität.....	100
5.5	Hausärztliche Beratung bezüglich der Reduktion des Alkoholkonsums	107
5.6	Zusammenfassende Betrachtung des hausärztlichen Beratungsangebots	114
6	Diskussion	119
6.1	Zentrale Ergebnisse	119
6.2	Interpretation der Ergebnisse	125
6.3	Kritische Betrachtung der Studie	131
6.4	Schlussfolgerungen und Ausblick	133
	Literaturverzeichnis.....	136
	Publikationen und Kongressbeiträge im Rahmen der Dissertation	144
	Anhang.....	146
A	Forschungsstand.....	147
B	Fragebogen	155
C	Auszüge des SPSS-Codes	159

Abkürzungsverzeichnis

ÄSP-kardio-Studie	Ärzte-Survey zur Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen
ÄK	Ärztelkammer
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.
DFG	Deutsche Forschungsgemeinschaft
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HKE	Herz-Kreislauf-Erkrankungen
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme)
KHK	Koronare Herzkrankheit
KVE	Kardiovaskuläre Erkrankungen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KV	Kassenärztliche Vereinigung

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Leistungen der Doktorandin bei der Durchführung der ÄSP-kardio-Studie	vi
Tabelle 2:	Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems nach ICD-10	22
Tabelle 3:	Übersicht der mit der hausärztlichen Gesundheitsberatung assoziierten Faktoren in den eingeschlossenen Veröffentlichungen	48
Tabelle 4:	Übersicht der zentralen Ergebnisse in den eingeschlossenen Veröffentlichungen	58
Tabelle 5:	Themengebiete der postalischen Befragung im Rahmen der ÄSP-kardio-Studie	67
Tabelle 6:	Vergleich der Teilnehmer der ÄSP-kardio-Studie und der Grund- gesamtheit in Bezug auf bekannte Strukturdaten	71
Tabelle 7:	Vergleich der Teilnehmer der ÄSP-kardio-Studie und der Nicht- Teilnehmer in Bezug auf bekannte Strukturdaten.....	72
Tabelle 8:	Themengebiete der Non-Responder-Befragung im Rahmen der ÄSP-kardio-Studie	73
Tabelle 9:	Codierung der Variablen zu Bedeutung, Erfolg und Kompetenz der Befragten für die Gesundheitsberatung	75
Tabelle 10:	Beschreibung der Stichprobe hinsichtlich individueller Charakteristika des Arztes	78
Tabelle 11:	Beschreibung der Stichprobe hinsichtlich der Charakteristika des Arbeitskontextes	80
Tabelle 12:	Deskriptive Auswertungen zum routinemäßigen Angebot von Ernährungsberatung – Arztbezogene Charakteristika	85
Tabelle 13:	Deskriptive Auswertungen zum routinemäßigen Angebot von Ernährungsberatung – Patientenbezogene Charakteristika	86
Tabelle 14:	Deskriptive Auswertungen zum routinemäßigen Angebot von Ernährungsberatung – Charakteristika des Arbeitskontextes.....	87
Tabelle 15:	Logistische Regressionsanalysen zu routinemäßiger Durchführung von Ernährungsberatung in der Hausarztpraxis	90
Tabelle 16:	Deskriptive Auswertungen zum routinemäßigen Angebot einer Beratung zur Tabakentwöhnung – Arztbezogene Charakteristika	93

Tabelle 17:	Deskriptive Auswertungen zum routinemäßigen Angebot einer Beratung zur Tabakentwöhnung – Patientenbezogene Charakteristika	94
Tabelle 18:	Deskriptive Auswertungen zum routinemäßigen Angebot einer Beratung zur Tabakentwöhnung – Charakteristika des Arbeitskontextes	95
Tabelle 19:	Logistische Regressionsanalysen zum routinemäßigen Angebot von Beratungsinterventionen bezüglich der Tabakentwöhnung	98
Tabelle 20:	Deskriptive Auswertungen zum routinemäßigen Angebot der Beratung bezüglich der körperlichen Aktivität – Arztbezogene Charakteristika	101
Tabelle 21:	Deskriptive Auswertungen zum routinemäßigen Angebot der Beratung bezüglich der körperlichen Aktivität – Patientenbezogene Charakteristika	102
Tabelle 22:	Deskriptive Auswertungen zum routinemäßigen Angebot der Beratung bezüglich der körperlichen Aktivität – Charakteristika des Arbeitskontextes	103
Tabelle 23:	Logistische Regressionsanalysen zum routinemäßigen Angebot der Beratung bezüglich der körperlichen Aktivität	105
Tabelle 24:	Deskriptive Auswertungen zum routinemäßigen Angebot einer Beratung bezüglich des Alkoholkonsums – Arztbezogene Charakteristika	108
Tabelle 25:	Deskriptive Auswertungen zum routinemäßigen Angebot einer Beratung bezüglich des Alkoholkonsums – Patientenbezogene Charakteristika	109
Tabelle 26:	Deskriptive Auswertungen zum routinemäßigen Angebot einer Beratung bezüglich des Alkoholkonsums – Charakteristika des Arbeitskontextes	110
Tabelle 27:	Logistische Regressionsanalysen zum routinemäßigen Angebot einer Beratung bezüglich des Alkoholkonsums	112
Tabelle 28:	Zusammenhang zwischen dem routinemäßigen Angebot einer Gesundheitsberatung und arzt-, patienten- sowie praxisbezogenen Charakteristika	116
Tabelle 29:	Abschließende Bewertung der Hypothesen der Arbeit	120
Tabelle 30:	Übersicht der Veröffentlichungen zu Zusammenhängen der hausärztlichen Beratungspraxis und arztbezogenen Charakteristika	147
Tabelle 31:	Übersicht der Veröffentlichungen zu Zusammenhängen der hausärztlichen Beratungspraxis und Patientencharakteristika	151
Tabelle 32:	Übersicht der Veröffentlichungen zu Zusammenhängen der hausärztlichen Beratungspraxis und Charakteristika des Arbeitskontextes	154

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Übersicht der Kontribuenten	v
Abbildung 2: Zentrale Ursachen der ischämischen Herzerkrankung nach WHO	23
Abbildung 3: Korrelate der ärztlichen Berufsausübung	46
Abbildung 4: Systematisierung der mit dem Angebot von Gesundheitsberatung assoziierten Faktoren	59
Abbildung 5: Anteil verschiedener Patientengruppen an allen Patienten nach Geschlecht des Hausarztes	79
Abbildung 6: Zustimmung zu Aussagen zum wahrgenommenen Ärztebild nach Geschlecht (% der Ärzte)	82
Abbildung 7: Angebot von Ernährungsberatung in der Hausarztpraxis (% der Ärzte)	84
Abbildung 8: Angebot der Beratung bezüglich Tabakentwöhnung in der Hausarztpraxis (% der Ärzte)	92
Abbildung 9: Angebot der Beratung bezüglich der körperlichen Aktivität in der Hausarztpraxis (% der Ärzte)	100
Abbildung 10: Angebot der Beratung bezüglich einer Reduktion des Alkoholkonsums in der Hausarztpraxis (% der Ärzte)	107
Abbildung 11: Bedeutung, Wissen und Erfolg bei der Umsetzung von Präventions- maßnahmen (% der Ärzte)	114
Abbildung 12: Zusammenhang zwischen dem weiblichen Geschlecht des Arztes und dem Angebot der Gesundheitsberatung mediiert über Kompetenz	117

Zusammenfassung

Angesichts tiefgreifender Veränderungen im Gesundheitsgeschehen in Deutschland plädieren zahlreiche gesundheitspolitische Akteure für eine Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung im Gesundheitssystem. Bei der Umsetzung von verhaltenspräventiven Maßnahmen werden Ärzte als wichtige Ansprechpartner erachtet. In dieser Dissertation sollte untersucht werden, wie die präventionspolitischen Forderungen übergeordneter Akteure von der Ärzteschaft umgesetzt werden.

Zur Bearbeitung dieser Fragestellung wurde der professionssoziologische Zugang gewählt. Als Datengrundlage dienten die Daten der ÄSP-kardio-Studie (Ärzte-Survey zur Prävention kardio-vaskulärer Erkrankungen). Im Rahmen dieser Studie wurde eine bundesweit repräsentative Zufallsstichprobe von insgesamt 4.074 Allgemeinmedizinerinnen, Praktischen Ärzten und hausärztlich tätigen Internisten in der Zeit von Oktober 2011 bis März 2012 postalisch befragt. Inhalte der Befragung waren die persönliche Einstellung gegenüber Gesundheitsförderung und Prävention, das Angebot an Lebensstilinterventionen in den Bereichen Ernährung, körperliche Aktivität, Tabak- und Alkoholkonsum sowie mögliche Barrieren bei der Prävention im Setting Hausarztpraxis.

Die Ergebnisse der Auswertungen zeigen, dass ungeachtet der beschriebenen suboptimalen Rahmenbedingungen für die verhaltenspräventiven Angebote in der Hausarztpraxis die überwiegende Mehrheit der Befragten (96%) sich selbst nicht nur in der Rolle des behandelnden sondern auch des präventiv beratenden Arztes sah. Dieses Ergebnis steht im Einklang mit den Annahmen der interaktionistischen Sichtweise der ärztlichen Profession, die nahelegen, dass innerhalb der deutschen Hausärzteschaft unterschiedliche Gruppen mit differierenden Ansichten über die Relevanz der präventiven Gesundheitsberatung für das eigene ärztliche Handeln existieren können.

Bei der Untersuchung der selbstberichteten Beratungspraxis und der damit assoziierten Faktoren zeigte sich, dass deutsche Hausärzte zu den relevanten Lebensstilaspekten Gesundheitsberatung unterschiedlich häufig anbieten: Nach eigenen Angaben der Befragten werden die Beratungsinterventionen bezüglich Tabakentwöhnung und bezüglich der Erhöhung körperlicher Aktivität am häufigsten angeboten (jeweils von 72% der Befragten). Dagegen wurden Patienten eher seltener routinemäßig bezüglich der Ernährung und einer Reduktion des Alkoholkonsums beraten (66% bzw. 61%). Auf der individuellen Ebene des Arztes hingen weibliches Geschlecht, niedrigeres Alter des Arztes sowie – in Übereinstimmung mit den Annahmen von Freidson (1979) – die subjektiven Einstellungen (d.h. die Bedeutung der Verhaltensänderung für die Prä-

vention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, der subjektiv wahrgenommene Erfolg und die selbstberichtete Kompetenz für Gesundheitsberatung) positiv mit dem Angebot der Gesundheitsberatung in der eigenen Praxis zusammen.

Neben diesen individuellen Charakteristika der Ärzte weisen die Studienergebnisse auch auf die Bedeutung einiger struktureller Bedingungen für die Einschätzung der Bedeutung der präventiven Beratung sowie für deren Angebot in der eigenen Praxis hin. Anders als die Annahmen des strukturfunktionalistischen Ansatzes nach Parsons (1965) nahelegen, kennzeichnet das präventive Beratungshandeln der Hausärzte eine Abhängigkeit von dem Kontext, in dem diese Leistungen erbracht werden, was mit den Annahmen von Freidson (1975) übereinstimmt. Die Befragten mit einem höheren Anteil privat versicherter Patienten berieten ihre Patienten nach eigenen Angaben häufiger zu allen in dieser Arbeit betrachteten Lebensstilaspekten. Des Weiteren zeigten sich positive Assoziationen mit der Niederlassung in einer städtischen Region und mit bestehenden Kooperationsbeziehungen mit Leistungsanbietern im Bereich der kardiovaskulären Prävention.

Obwohl insbesondere die Primärprävention im Vergleich zu kurativen Therapien gesundheitsökonomisch effizienter ist, setzen die derzeitigen ökonomischen Rahmenbedingungen im deutschen – noch immer überwiegend kurativ ausgerichteten – Gesundheitssystem geringe Anreize für (primäre) kardiovaskuläre Prävention in der hausärztlichen Versorgung. Ungeachtet dieser Rahmenbedingungen geben die deutschen Hausärzte an, dennoch aktiv bei dem Angebot der Gesundheitsberatung in ihrer Praxis zu sein. Die Daten zeigen jedoch, dass dieses Angebot von arzt- und patientenspezifischen sowie von kontextuellen Faktoren abhängig ist, was auf mögliche Versorgungsdisparitäten hindeutet. Die identifizierten Korrelate des hausärztlichen Beratungsangebots sind daher von Bedeutung u.a. für gesundheitspolitische Akteure: Sie könnten zur Ermittlung von Zielgruppen mit besonderem Bedarf an Maßnahmen zur Förderung der Prävention und Gesundheitsförderung in der ärztlichen Praxis herangezogen werden.

1 Einleitung

1.1 Entdeckungszusammenhang

Gesundheit ist eine der zentralen Voraussetzungen für ein erfülltes und selbstbestimmtes Leben. Gesund zu sein und zu bleiben ist längst nicht mehr nur der Wunsch jedes Einzelnen. Stellt die Gesundheit der Individuen eine der zentralen Grundbedingung für soziale, wirtschaftliche und kulturelle Entwicklung von Populationen dar, widmen sich nationale und internationale Akteure zunehmend dem Ziel der Gesundheitserhaltung bzw. -förderung. Als Strategien, um dieses Ziel zu erreichen, gewinnen Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung neben den klassischen medizinischen Ansätzen der Krankheitsbehandlung und der Rehabilitation an Aufmerksamkeit. Ursächlich hierfür sind einige zentrale Entwicklungen in dem Gesundheitsgeschehen der Industrieländer, die im Folgenden am Beispiel von Deutschland erläutert werden.

Seit Mitte des 19. Jahrhunderts zeichnet sich ein Wandel in dem Krankheitspanorama der industrialisierten Länder ab. Während bis dahin Infektionskrankheiten, die durch schlechte Lebensbedingungen und mangelnde Hygiene bedingt waren, im Vordergrund standen, dominieren seit dem 20. Jahrhundert chronisch verlaufende Erkrankungen das Krankheits- und Sterbegeschehen in den industrialisierten Ländern. So waren 2010 in Deutschland bei mehr als zwei Dritteln der Sterbefälle chronische Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Neubildungen als Todesursache ausgewiesen (GBE Bund 2011). Des Weiteren steigt hierzulande – wie in vielen weiteren Industrieländern – die Lebenserwartung an: Im Zeitraum von 1986 bis 2006 bzw. 2008 war bei den Frauen in Deutschland ein Anstieg um 4,4 auf 82,4 Jahre und bei Männern gar um 5,5 Jahre auf 77,2 Jahre zu verzeichnen (GBE Bund 2011). Zwar ist das zunehmende Alter per se nicht zwangsläufig mit Krankheit verbunden. Jedoch führt die reduzierte Widerstandsfähigkeit, die mit den Alterungsprozessen im Körper einhergeht, zu einer steigenden Auftretshäufigkeit von Krankheiten, funktionellen Einschränkungen sowie Multimorbidität im höheren Lebensalter. Dabei sind die in dieser Lebensphase vorliegenden Erkrankungen häufig chronisch und irreversibel (GBE Bund 2009, 32). Chronische Gesundheitsprobleme können per definitionem nicht geheilt werden, sind aber im Prinzip vermeidbar und können damit durch primär-, sekundär- und tertiärpräventive¹ Maßnahmen günstig beeinflusst werden.

¹ Die Unterscheidung zwischen diesen drei Formen geht auf Caplan (1964) zurück und wird aufgrund des Zeitpunktes der Intervention vorgenommen (vgl. Abschnitt 2.1.2). Bezogen auf chronische Erkrankungen werden insbesondere der Primärprävention hohe Potenziale beigemessen, wobei eine eindeutige

Parallel zu diesem Wandel des Krankheitsgeschehens vollzogen sich Veränderungen in den Auffassungen von Gesundheit und Krankheit, die dem Medizinsystem zugrunde liegen. Damit ging auch eine Verlagerung von Präventionsschwerpunkten einher. Angestoßen von der naturwissenschaftlichen Wende² in der Medizin, dominierte hier bis zum 20. Jahrhundert das *biomedizinische Krankheitsmodell* (Faltermaier 2005). Diesem Modell zufolge entstehen Krankheiten durch die Einwirkungen von exogenen chemischen, biologischen oder physikalischen (Umwelt-) Faktoren, auf die ein Individuum wenig Einfluss hat. Zur Vermeidung der Krankheiten galt es daher, diese externen Einflüsse zu reduzieren bzw. zu eliminieren. Seit Mitte des 20. Jahrhunderts gewannen dann psychische und soziale Aspekte sowie Aspekte des gesunden Lebensstils im Rahmen des *biopsychosozialen Krankheitsmodells* zunehmend an Bedeutung. Die Betrachtung der Krankheitsentstehung änderte sich insofern, dass dem Menschen selbst eine aktive Rolle bei der Erhaltung und Förderung der eigenen Gesundheit zukam. Das medizinische Interesse verlagerte sich damit zur Untersuchung endogener Risikofaktoren, die das Auftreten von Krankheiten begünstigen. Die auf diesem Modell basierenden medizinische Erklärungsansätze und Präventionsmaßnahmen fokussieren neben Lebensstilfaktoren, wie z.B. Tabakabstinenz, Förderung der ausgewogenen Ernährung und der ausreichenden körperlichen Betätigung (Breslow 1990), auch genetische Faktoren (Lemke und Kollek 2011, 171). Heutzutage bleiben Aspekte des individuellen Lebensstils wichtige Ansatzpunkte für verhaltenspräventive Maßnahmen.

Im deutschen Gesundheitssystem sind die Aufgaben der Prävention als Zuständigkeit der Krankenkassen festgehalten (SGB V, § 20). Vor dem Hintergrund der aktuellen gesundheitlichen Situation in Deutschland³ wird insbesondere in der Primärprävention eine wichtige Strategie zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen gesehen (SGB V, § 20). Bei der Realisierung dieses Ziels kommt den Krankenkassen die Aufgabe zu, sowohl verhältnispräventive Interventionen, d.h. auf Lebensräume der Personen abzielende Maßnahmen, als auch verhaltenspräventive Maßnahmen zur Förderung des gesundheitsbewussten Verhaltens zu entwickeln und umzusetzen (GKV-Spitzenverband 2010, 35). Als Kooperationspartner bei der

Abgrenzung von Präventionsformen bei einzelnen Krankheitsbildern zumeist sehr schwierig ist (Siegrist 2005).

² Medizin als Naturwissenschaft richtete ihre Aufmerksamkeit zunehmend auf Krankheiten und ihre Bekämpfung. Als zentraler Beitrag der naturwissenschaftlichen Medizin ist die Entdeckung der Erreger der damals epidemischen Krankheiten (z.B. Cholera, Tuberkulose) anzusehen (Faltermaier 2005).

³ Hierbei sind die Auswirkungen der eingangs beschriebenen Trends gemeint, die in Deutschland in den sozial benachteiligten Lagen besonders spürbar werden. Bereits heute weisen Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status hierzulande unabhängig von ihrem Lebensalter einen schlechteren Gesundheitszustand auf (Mielck 2005, 26). Diese Personengruppen sind unter den chronisch Kranken überrepräsentiert (SVR 2002b). Ebenso sind auch Prävalenzen von Risikoverhaltensweisen wie Rauchen, Übergewicht, unausgewogene Ernährung oder mangelnde körperliche Aktivität, auf die viele chronische Erkrankungen zurückgehen, in den unteren Sozialschichten höher (Mielck 2005, 74; SVR 2005, Kap. 3).

Umsetzung von verhaltensbezogenen Präventionszielen werden u.a. Ärzte⁴ ins Auge gefasst (GKV-Spitzenverband 2010).

Damit rückt das individuelle Gesundheitsverhalten der Patienten zunehmend in den Fokus der ärztlichen Tätigkeit und die Beratung der Patienten hinsichtlich dieser Aspekte in den Aufgabenbereich des Arztes. Das Ziel der ärztlichen Gesundheitsberatung wird darin gesehen, die Patienten zu einem gesunden Lebensstil durch Vermittlung von relevanten Informationen, Aufklärung und Beratung zu motivieren (Faller und Lang 2010, 238). Die Ergebnisse des Gesundheitsmonitors 2005 der Bertelsmann-Stiftung verdeutlichen allerdings eine eher untergeordnete Rolle der verhaltenspräventiven Gesundheitsberatung in den Arzt-Patient-Gesprächen. So gaben nur 23% der befragten Versicherten an, von ihrem Hausarzt im vergangenen Jahr auf die Themen Bewegung, Ernährung oder Stressbewältigung angesprochen worden zu sein (Kunstmann 2005). Zudem wurden die Ärzte als wichtige Ansprechpartner in Fragen Prävention angesehen. Nach Meinung der Versicherten erhöhte ein vom Arzt gegebener Hinweis auf gesundheitliche Risiken des aktuellen Verhaltens die Motivation zu Verhaltensänderung erheblich (Kunstmann 2005). Bei der Ärztebefragung in der gleichen Befragungswelle des Gesundheitsmonitors wurde jedoch festgestellt, dass über zwei Drittel der Befragten weniger als 10% ihrer Arbeitszeit für Prävention aufwendeten. Dies erscheint paradox, zumal die befragten Ärzte den verhaltensbezogenen Maßnahmen höhere Wirksamkeit bei der Prävention chronischer Erkrankungen zuschrieben als beispielsweise der Einnahme von Medikamenten. Diese Erkenntnisse weisen auf eine bestehende Diskrepanz zwischen den Potenzialen der (Primär-) Prävention und ihrer Umsetzung in der Praxis hin.

1.2 Ziele, Fragestellung und Konzeption der Arbeit

Aufgrund der beschriebenen gesellschaftlichen Entwicklungen ist die Aufmerksamkeit für Prävention und Gesundheitsförderung in der öffentlichen Diskussion gestiegen: Zahlreiche Experten aus Politik und Wissenschaft unterstreichen die Notwendigkeit der Entwicklung und Umsetzung von Strategien zur Sicherung und Förderung der Gesundheit der Bevölkerung (SVR 2002a, 2005). Auch setzen sich zahlreiche gesundheitspolitische Akteure (z.B. Krankenkassen, ärztliche Organisationen und Fachgesellschaften) für die Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung im deutschen Gesundheitssystem ein (vgl. Abschnitt 2.2.2). Sie unterstreichen dabei auch die zentrale Rolle der niedergelassenen Ärzte bei der Umsetzung der Verhaltensprävention. Je-

⁴ Zur einfacheren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Die Verwendung der grammatikalisch männlichen Form schließt sowohl (Haus-)Ärzte als auch (Haus-)Ärztinnen ein.

doch sehen sich die Ärzte selbst vor allem mit der unzureichenden Vergütung präventiver Leistungen, der fehlenden Zeit in der Praxis und der häufig mangelnden Qualifikation für die Verhaltensprävention konfrontiert (Kunstmann 2005). Hier zeichnet sich eine Diskrepanz zwischen dem gesundheitspolitisch Angestrebten und dem in der Praxis Realisierbaren ab. In dieser Arbeit soll daher aus soziologischer Perspektive untersucht werden, wie die präventionspolitischen Forderungen übergeordneter gesundheitspolitischer Akteure von der Ärzteschaft umgesetzt werden.

Die vorliegende Untersuchung konzentriert sich dabei auf ein bestimmtes Kollektiv innerhalb der Ärzteschaft – nämlich Hausärzte. Die niedergelassenen Hausärzte repräsentieren diejenige Ärztegruppe, deren Rolle bei der Durchführung individualpräventiver Maßnahmen als zentral angesehen werden kann. Zum einen schafft die oft über Jahre bestehende Hausarzt-Patient-Beziehung die nötige Vertrauensbasis, welche für die Umsetzung der lebensstilbezogenen Empfehlungen im täglichen Leben ausschlaggebend ist. Zum anderen ist auch die Regelmäßigkeit der Kontakte zwischen dem Hausarzt und den Patienten von Bedeutung. Den Daten der BARMER GEK zufolge, gingen die Deutschen im Jahr 2007 im Durchschnitt zehn Mal zum Hausarzt (v. Maydell et al. 2010, 182).⁵ Die Hausarztpraxis stellt somit ein besonders geeignetes Setting dar, um die Lebensstilgewohnheiten des Patienten regelmäßig zu adressieren sowie den Fortschritt der Lebensstilmodifikation, aber auch Probleme und Erfolge der Patienten zu thematisieren. All dies kann sich auf den Erfolg der Lebensstilintervention positiv auswirken. Ein weiterer Vorteil der Prävention in Hausarztpraxen ist, dass auf diesem Weg Angehörige aller sozialen Schichten in gleicher Weise erreicht und auf die Änderung des Risikoverhaltens angesprochen werden können. Hinzu kommt außerdem, dass Patienten, die sich mit akuten und chronischen Beschwerden vorstellen, aufgrund der Aktualität eher dazu motiviert werden können, über die eigene Gesundheit und eine Änderung des eigenen Verhaltens nachzudenken. In diesem Zusammenhang betont Abholz die „Gunst der Stunde“ der hausärztlichen Prävention (Abholz 2006a, 52). Dadurch ergeben sich hohe Potenziale der Prävention in der Primärversorgung, was den Fokus dieser Arbeit auf die Ärzte in der Primärversorgung – die Hausärzte – begründet.

Von Interesse ist hierbei die hausärztliche Beratung, die zur Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen angeboten wird und auf die Modifikation des individuellen Lebensstils abzielt. Als Lebensstil sollen hierbei individuelle Verhaltensweisen des Patienten aufgefasst werden, die nachgewiesenermaßen im Zusammenhang mit einem erhöhten kardiovaskulären Risiko stehen: Tabakkonsum, Fehlernährung, übermäßiger Alkoholkonsum und unzureichende körperliche

⁵ Die Anzahl der jährlichen Arztkontakte variiert sehr stark nach Alter, Geschlecht und Morbidität der Patienten (v. Maydell et al. 2010).

Aktivität (vgl. Abschnitt 2.1.1). Im Folgenden werden die Begriffe Gesundheitsberatung und Lebensstilberatung synonym und stets im Kontext der ärztlichen Verhaltensprävention verwendet.

Mit Blick auf die zu Beginn dieses Abschnitts formulierte Fragestellung werden in dieser Arbeit (a) die Ist-Situation des hausärztlichen Angebots an Gesundheitsberatung in Deutschland beschrieben sowie (b) die Zusammenhänge zwischen den arzt-, patienten- und praxisbezogenen Charakteristika auf der einen Seite und dem Präventionshandeln der Hausärzte auf der anderen Seite untersucht. Letzteres ist insbesondere deshalb interessant, weil aktuelle medizinsoziologische Forschungsarbeiten Einflüsse bestimmter Merkmale auf Seiten des Arztes, der Patienten und des Behandlungskontextes auf das ärztliche Therapiehandeln festgestellt haben (Bönte et al. 2007; McKinlay et al. 2002). Die möglicherweise bestehenden Zusammenhänge zwischen den arztbezogenen Charakteristika und den präventiven Beratungsangeboten können Aufschluss über die Gruppen innerhalb der Ärzteschaft geben, die eher „präventionsaffin“ sind. Die möglichen Zusammenhänge mit den patienten- und praxisbezogenen Charakteristika können für die Ermittlung von Rahmenbedingungen, welche die Präventionsangebote in der Hausarztpraxis begünstigen, aufschlussreich sein. (c) Neben dem Fokus auf das ärztliche Präventionshandeln sollen des Weiteren ärztliche Ansichten bzw. Einstellungen gegenüber der präventiven Gesundheitsberatung in der eigenen Praxis und die damit assoziierten Faktoren exploriert werden.

Als empirische Basis für diese Untersuchung dienen die Daten der bundesweiten ÄSP-kardio-Studie (Ärzte-Survey zur Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen). Vor dem Hintergrund der epidemiologischen Relevanz kardiovaskulärer Erkrankungen im bundesdeutschen Morbiditäts- und Mortalitätsgeschehen (vgl. Abschnitt 2.1.1) wurden im Rahmen dieser Studie erstmalig Daten zur Umsetzung von Präventionsstrategien in der primärärztlichen Versorgung in Deutschland erhoben. Das Untersuchungskollektiv der vorliegenden Arbeit stellt eine repräsentative Stichprobe der im Bundesgebiet niedergelassenen Hausärzte dar. Sie umfasst 4.074 Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte und hausärztlich tätige Fachärzte für Innere Medizin. Die Studiendurchführung wurde von der Deutschen Forschungsgemeinschaft gefördert (DFG-Geschäftszeichen SCHN 727/3-1). Die Doktorandin war von Juli 2011 bis Dezember 2013 als operative Studienleiterin an der Konzeption und Durchführung dieser Studie am Mannheimer Institut für Public Health (MIPH), Medizinische Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg beteiligt.

Im Folgenden wird zunächst der theoretische Rahmen der Arbeit vorgestellt (Abschnitt 2). Daraufhin wird der aktuelle Stand der Forschung im Bereich der hausärztlichen Gesundheitsberatung vorgestellt. Daraus werden Hypothesen für die empirische Untersuchung abgeleitet (Abschnitt 3). In Abschnitt 4 erfolgt dann die detaillierte Beschreibung der Datengrundlage für die vorliegende Untersuchung. In diesem Zusammenhang werden auch die Analysemethoden vor-

gestellt. Abschnitt 5 befasst sich mit den Ergebnissen. Von Interesse sind hierbei die Zusammenhänge zwischen diversen sozialstrukturellen Variablen und dem Umfang der hausärztlichen Gesundheitsberatung bezüglich der vier Lebensstilaspekte Tabakkonsum, Ernährungsgewohnheiten, Alkoholkonsum und körperliche Aktivität. Im abschließenden sechsten Abschnitt werden die Ergebnisse diskutiert und ihre Relevanz für die soziologische, gesundheitswissenschaftliche und Versorgungsforschung wird herausgearbeitet. Es schließt sich eine Schlussfolgerung für Wissenschaft und Praxis an.

2 Theoretische Überlegungen

In diesem Kapitel sollen zunächst die zentralen Begriffe dieser Arbeit geklärt werden (Abschnitt 2.1). In Abschnitt 2.2 wird zum einen die historisch gewachsene Beziehung zwischen dem Staat und der medizinischen Profession nachgezeichnet. Ferner wird dargestellt, dass die gesundheitspolitische Forderung nach mehr Prävention eine Herausforderung für die professionelle Autonomie der Ärzte darstellen könnte. Des Weiteren werden die aktuellen Rahmenbedingungen für die Umsetzung präventionspolitischer Forderungen in der Primärversorgung (d.h. für das Angebot präventiver Leistungen) skizziert. Zudem werden die Positionen der zentralen professionssoziologischen Ansätze dargestellt und deren Beitrag für die Bearbeitung der Fragestellung gewürdigt (Abschnitte 2.3 und 2.4). Parsons widmet sich im Rahmen seiner Gesellschaftsanalyse „The Social System“ der Beschreibung der komplementären Rollen von Arzt und Patient. Er formulierte für den Arzt (wie auch für den Patienten) eine Reihe an Rollenerwartungen, wobei angenommen wird, dass unter den Professionsmitgliedern Einigkeit über die Rollenvorstellungen und Werte der professionellen Tätigkeit besteht (Parsons 1965). Einen anderen Schwerpunkt haben die Ansätze der interaktionistischen Perspektive. Bucher und Strauss (1972) berücksichtigen abweichende Auffassungen der Professionsmitglieder über Ziele der eigenen beruflichen Tätigkeit. Ergänzend dazu thematisiert Freidson in seinen machttheoretischen Betrachtungen eine aktive Rolle der ärztlichen Profession bei der Umsetzung der Gesundheitspolitik und die entscheidende Bedeutung des Arbeitskontextes für die Umsetzung der politischen Inhalte in der Praxis (Freidson 1979, 1986).

2.1 Begriffsbestimmung

Nachfolgend sollen zunächst die Begrifflichkeiten erläutert werden, die für die Konzeption dieser Arbeit zentral sind: In Abschnitt 2.1.1 werden die Begriffe der Gruppe kardiovaskulärer Erkrankungen sowie die Relevanz des individuellen Lebensstils für deren Prävention erläutert. Anschließend wird im Abschnitt 2.1.2 der Begriff der hausärztlichen Prävention eingegrenzt.

2.1.1 Kardiovaskuläre Erkrankungen

Kardiovaskuläre Erkrankungen oder Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems stellen zentrale Ursachen für Morbidität und vorzeitige Mortalität dar. Diese Erkrankungsgruppe ist heutzutage für über 40% aller Todesfälle in Deutschland verantwortlich (Statistisches Bundesamt 2012). Entsprechend der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter

Gesundheitsprobleme (ICD) gehören die in Tabelle 2 dargestellten Diagnosen zu den Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems (DIMDI 2013).

Tabelle 2: Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems nach ICD-10

ICD-10 Code	Krankheitsgruppen
I00-I02	Akutes rheumatisches Fieber
I05-I09	Chronische rheumatische Herzkrankheiten
I10-I15	Hypertonie [Hochdruckkrankheit]
I20-I25	Ischämische Herzkrankheiten
I26-I28	Pulmonale Herzkrankheit und Krankheiten des Lungenkreislaufes
I30-I52	Sonstige Formen der Herzkrankheit
I60-I69	Zerebrovaskuläre Krankheiten
I70-I79	Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
I80-I89	Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten, anderenorts nicht klassifiziert
I95-I99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Krankheiten des Kreislaufsystems

Grau hinterlegt sind Diagnosegruppen, zu welchen sich die Krankheitsbilder koronare Herzkrankheit, akuter Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz und Schlaganfall zuordnen lassen, auf die sich die vorliegende Studie konzentriert.

Quelle: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision (ICD-10) (DIMDI 2013).

Innerhalb dieser Krankheitsgruppen sind Erkrankungen, für die die Atherosklerose ursächlich ist, von besonderer Bedeutung (Baer und Rosenkranz 2011). Die Atherosklerose (umgangssprachlich auch Arterienverkalkung genannt) ist eine progressiv-fortschreitende, multifaktorielle, chronische Erkrankung, die mit der Schädigung der Gefäßinnenwände verbunden ist (Werner und Böhm 2010). Gemessen an der Zahl der damit einhergehenden Todesfälle, stellen folgende Manifestationsformen der Atherosklerose die wichtigsten Erkrankungen dar: koronare Herzkrankheit (KHK), akuter Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz und Schlaganfall (Statistisches Bundesamt 2012). Die Verwendung des Begriffs kardiovaskuläre Erkrankungen in der vorliegenden Arbeit wird daher auf diese durch Atherosklerose bedingten Krankheitsbilder beschränkt.

Die Entstehungsmechanismen der Atherosklerose sind bislang nicht endgültig geklärt. Der Prozess der pathologischen Veränderungen in der Gefäßinnenwand verläuft über einen längeren Zeitraum oft symptomlos und hängt von vielfältigen Risikofaktoren ab. Die Entstehung kardiovaskulärer Erkrankungen ist somit als ein komplexer Prozess zu sehen, bei dem sozioökonomische, individuelle und verhaltensbezogene Faktoren zusammenwirken, wie die WHO am Beispiel der ischämischen Herzerkrankung veranschaulicht (Abbildung 2).

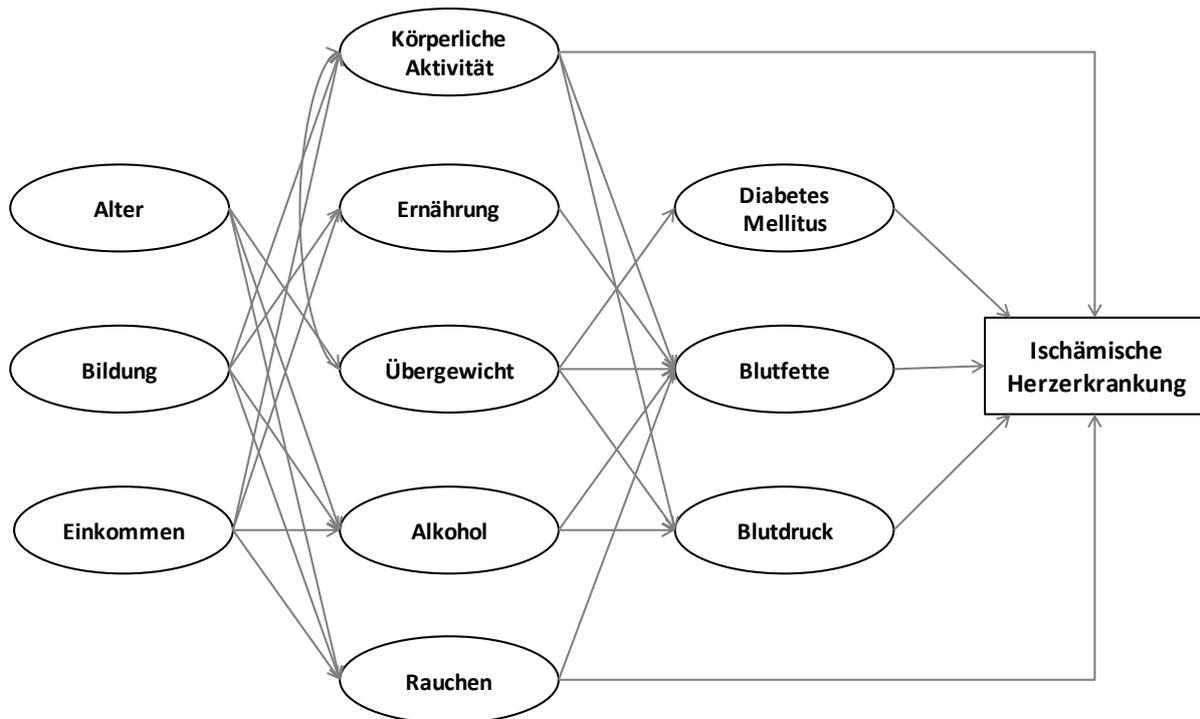


Abbildung 2: Zentrale Ursachen der ischämischen Herzerkrankung nach WHO

Quelle: WHO (2009); eigene Darstellung; abgebildet sind ausgewählte kausale Zusammenhänge.

In der INTERHEART-Studie mit etwa 30.000 Teilnehmern aus 52 Ländern konnte die Relevanz der modifizierbaren⁶ verhaltensbezogenen Faktoren – Rauchen, Fehlernährung, Bewegungsmangel, übermäßiger Alkoholkonsum – für kardiovaskuläre Gesundheit unabhängig von Geschlecht, Ethnizität, Alter und geographischer Region nachgewiesen werden (Yusuf et al. 2004). Es konnte zudem gezeigt werden, dass Modifikationen des individuellen Lebensstils hin zu einem regelmäßigen Verzehr von Obst und Gemüse, regelmäßiger körperlicher Betätigung und dem Rauchverzicht das relative Risiko des Myokardinfarkts um 80% reduzieren können (Yusuf et al. 2004). In Hinblick auf die Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen sind daher verhaltensbezogene, im individuellen Lebensstil begründete Risikofaktoren als Ansatzpunkt für Interventionen von hoher Bedeutung. Vermeidung oder Modifikation dieser Verhaltensweisen kann sich sowohl direkt (wie beispielsweise bei Risikofaktoren Tabakkonsum oder körperliche Inaktivität) als auch indirekt (über den Zusammenhang mit weiteren Risikofaktoren Diabetes Mellitus, Dyslipidämie und Bluthochdruck) auf die Entstehung und Progression kardiovaskulärer Erkrankungen auswirken. Solche Veränderungen der individuellen Lebensgewohnheiten haben

⁶ Im Gegensatz zu nicht-modifizierbaren kardiovaskulären Risikofaktoren, wie Lebensalter, Geschlecht und genetische Prädisposition, kann auf Risikofaktoren, die in engem Zusammenhang mit individuellen Lebensgewohnheiten stehen, im Rahmen von Präventionsinterventionen Einfluss genommen werden (Werner und Böhm 2010).

somit das Potenzial, grundlegende und nachhaltige Verbesserungen des Gesundheitszustands sowohl auf der individuellen als auch auf der bevölkerungsbezogenen Ebene herbeizuführen (WHO 2009, 1).

2.1.2 Prävention

Krankheitsprävention (oder kurz: Prävention) umfasst Interventionen, die zur Verhinderung einer Krankheit oder zur Verzögerung ihrer Entstehung führen (Siegrist 2005, 277). Dabei richten sich präventive Maßnahmen auf die Vermeidung oder Verringerung von Gesundheitsschädigungen sowohl durch gefährdende Expositionen als auch durch personengebundene Risiken (Hurrelmann et al. 2012, 665). Eine in den Gesundheitswissenschaften weit verbreitete Einteilung der Präventionsmaßnahmen geht auf Caplan (1964) zurück und orientiert sich am Zeitpunkt der Intervention im Verlauf der Krankheitsentstehung. Man unterscheidet dabei Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention. Unter Primärprävention sind Interventionen zu verstehen, die vor Eintritt einer manifesten gesundheitlichen Schädigung ergriffen werden und zur Verhinderung bzw. Verringerung eines personengebundenen Krankheitsrisikos führen (Hurrelmann et al. 2012, 668). Als primärpräventive Maßnahmen sind beispielsweise Verbesserungen hygienischer Bedingungen oder Impfschutz für Kinder anzusehen. Sekundärpräventive Maßnahmen richten sich in der Regel an Personen, bei denen Risikofaktoren für bestimmte Krankheitsbilder bereits vorliegen. Sie dienen der Früherkennung von Krankheiten und der damit einhergehenden frühzeitigen Einleitung einer Therapie. So gehören beispielsweise Krebsvorsorgeuntersuchungen ab einem bestimmten Lebensalter in diese Gruppe der Präventionsmaßnahmen. Die Tertiärprävention richtet sich an bereits erkrankte Personen, mit dem Ziel, den Krankheitsfortschritt zu verhindern sowie weitere bleibende Schäden zu reduzieren. So stellt beispielsweise Rehabilitation einen der Bestandteile tertiärpräventiver Maßnahmen dar (Faller und Lang 2010, 312).

Trotz ihres über 40 Jahre langen Bestehens, ist diese Klassifikation der Präventionsmaßnahmen nach Interventionszeitpunkt nicht trennscharf, sodass oft keine eindeutige Einteilung der Maßnahmen in eine der Gruppen möglich ist. Dies hängt damit zusammen, dass es bei ein und demselben Zustand sowohl um einen Risikofaktor als auch um ein eigenständiges Krankheitsbild handeln kann. So kann beispielsweise Bluthochdruck bei gesunden Personen als Risikofaktor für kardiovaskuläre Erkrankungen aber auch als eine eigenständige Erkrankung betrachtet werden. Je nach Perspektivenwahl kann eine Präventionsmaßnahme daher sowohl unter Sekundär- als auch unter Tertiärprävention fallen (Hurrelmann et al. 2012, 669). Bezogen auf kardiovaskuläre Erkrankungen erschwert sich die Einteilung der Präventionsmaßnahmen nach Interventionszeitpunkt zusätzlich durch den kontinuierlichen und oft symptomlosen Prozess

atherosklerotischer Gefäßveränderungen. Aus diesen Gründen ist in der Kardiologie die Einteilung der Maßnahmen lediglich in Primär- und Sekundärprävention gebräuchlich (Gohlke und Schuler 2005). Bezogen auf kardiovaskuläre Erkrankungen wird Primärprävention als Verhinderung von kardiovaskulären Ereignissen bzw. Verhinderung der Entstehung von Atherosklerose verstanden. Sekundärprävention wird demnach als Reduktion von Risikofaktoren bei Personen mit bestehender Atherosklerose oder bei solchen, die bereits ein kardiovaskuläres Ereignis erlitten haben, verstanden. Die begriffliche Abgrenzung von Primär- und Sekundärprävention kardiovaskulärer Erkrankungen bleibt allerdings auch bei einer solchen Einteilung nicht trennscharf. Deshalb wird in dieser Arbeit der allgemeine Begriff „kardiovaskuläre Prävention“ verwendet, ohne die Maßnahmen mit Blick auf den Zeitpunkt der Intervention näher zu unterscheiden.

Des Weiteren ist eine Unterscheidung der Präventionsaktivitäten in verhaltenspräventive und verhältnispräventive Maßnahmen gängig. Verhältnisprävention umfasst Maßnahmen, die eine Verbesserung des Gesundheitszustandes einer Bevölkerungsgruppe durch Veränderung der Lebens-, Umweltbedingungen sowie der gesellschaftlichen Verhältnisse anstreben (Faller und Lang 2010). Als Beispiele hierfür sind Rauchverbote an öffentlichen Plätzen oder die Gurtpflicht beim Autofahren anzusehen. Die Verhaltensprävention hingegen hat als Ziel, die Gesundheit durch Modifikation des individuellen Gesundheits- oder Risikoverhaltens zu verbessern bzw. zu erhalten. Die zentralen Methoden der Verhaltensprävention entstammen der psychologischen und pädagogischen Interventionstradition. Diese sogenannten edukativen Maßnahmen (Hurrelmann et al. 2012, 672) zielen darauf ab, die Individuen durch Aufklärung, Informationsvermittlung, Beratung, Verhaltenstraining und Kompetenzförderung zur Veränderung des gesundheitsschädigenden Verhaltens zu bewegen. Beispielhaft für verhaltenspräventive Maßnahmen sind Aufklärungskampagnen oder Broschüren über Risikoverhalten und dessen Auswirkungen auf die Gesundheit.

Neben der Prävention wird Gesundheitsförderung als eine ergänzende Interventionsstrategie gesehen, um eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation zu erreichen (Hurrelmann et al. 2012). Die beiden Interventionsformen orientieren sich daran, Gesundheit bestimmter Bevölkerungsgruppen zu verbessern. Jedoch erreichen sie dieses Ziel auf unterschiedliche Weise: Bei der Krankheitsprävention steht die Strategie der Vermeidung und Reduktion der Krankheitsrisiken im Vordergrund. Hingegen handelt es bei der Gesundheitsförderung um eine Promotionsstrategie, bei der eine Verbesserung der Gesundheit die durch Stärkung der gesundheitsrelevanten Ressourcen, z.B. durch eine Verbesserung von individuellen Fähigkeiten der Lebensbewältigung, erreicht werden soll (ebd., 665).

In der medizinischen Versorgung umfasst die Prävention neben Impfungen und Früherkennungsuntersuchungen auch verhaltenspräventive Maßnahmen, z.B. in Form von präventiven Gesprächen oder Gesundheitsberatung. Ärztliche Verhaltensprävention vereint hierbei Elemente der Prävention und der Gesundheitsförderung (Abholz 2006a). Wenn beispielsweise ein Arzt einen Patienten zu Tabakentwöhnung berät und ihn dabei unterstützt, wird dadurch nicht nur das Risiko von Krebs oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen reduziert. Durch Veränderung der Lebensführung werden zugleich gesundheitsförderliche Potenziale des Patienten aktiviert, z.B. Verbesserung der Lebensqualität oder Erfahrung der Selbstwirksamkeit. Damit stellt die ärztliche Verhaltensprävention einen Überschneidungsbereich zwischen Prävention und Gesundheitsförderung dar. Während jedoch Früherkennung und Impfungen bereits seit Längerem wichtige ärztliche Aufgabenbereiche darstellen, wird die Verhaltensprävention in der Medizin nach Auffassung einiger Autoren noch zögerlich und weniger umfassend angenommen (Abholz 2006b, 51).

2.2 Ärztliche Profession und Gesundheitspolitik

2.2.1 Beziehung zwischen dem Staat und der Ärzteschaft

In diesem Abschnitt soll die historisch gewachsene Beziehung zwischen dem Staat und der ärztlichen Profession skizziert werden. Es wird aufgezeigt, dass der Staat, der ursprünglich eine entscheidende Rolle bei der Professionalisierung der Medizin spielte, durch gesundheitspolitische Maßnahmen auf zentrale Strukturmerkmale der ärztlichen Profession (z.B. auf die Eigenkontrolle über Arbeitsorganisation und -inhalte) einwirken kann.

Bei Professionen handelt es sich definitionsgemäß um Berufe, die sich durch folgende Merkmale von anderen Erwerbstätigkeiten und Berufen abgrenzen: wissenschaftlich fundiertes Wissen, eindeutige Definition und Monopolisierung des Tätigkeitsbereichs auf Basis dieses Wissens, Gemeinwohlorientierung, hohes soziales Prestige, Freiheit von Fremdkontrolle (z.B. durch die Laien oder durch den Staat) über den Inhalt und die Organisation der beruflichen Tätigkeit sowie Herausbildung von Berufsverbänden zur Selbstverwaltung der Profession (Schmeiser 2006, 301). Durch ihre spezifische Organisationsform können Professionen als vermittelnde Instanzen zwischen den Interessen von Bürgern und den Interessen von Politik und Industrie fungieren (Hafferty und Light 1995, 146).⁷

⁷ In den USA förderten zwei gesellschaftliche Trends in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts die Entwicklung der Medizin zu einer dominanten Profession: Der Aufstieg des Nationalstaates und das damit

Neben juristischen und geistlichen Berufen wird die Medizin als Beispiel einer gelungenen Professionalisierung betrachtet. Als Professionalisierung wird dabei der „Aufstieg des approbierten Arztes zum allein zuständigen Experten in Fragen von Gesundheit und Krankheit [verstanden], der [...] ein tendenzielles Monopol auf dem Markt für medizinische Dienstleistungen besitzt“ (Huerkamp 1985, 12).

Der gesamte Prozess der Professionalisierung der Medizin ist von einem Spannungsverhältnis zwischen Autonomie und Abhängigkeit vom Staat gekennzeichnet (Siegrist 2012, 1101). Ende des 19. Jahrhunderts (1869) wurde die Berufsbezeichnung „Arzt“ gesetzlich geschützt und die Verpflichtung, Arme unentgeltlich zu behandeln, aufgehoben (Siegrist 2005, 230). Mit der Einführung der Gesetzlichen Krankenversicherung (1883) erweiterte sich die Klientel des niedergelassenen Arztes, während es zuvor nur die vermögende Oberschicht war, die ärztlichen Rat einholen konnte. Die Ärzte fungierten nun als Vertragspartner der Krankenkassen und bekamen ihre Leistungen von diesen vergütet, was sie in eine zunehmende Abhängigkeit von den Kassen brachte (Siegrist 2012, 1100). 1900 wurde der Hartmannbund zur Sicherung wirtschaftlicher Interessen der Ärzte gegründet, eine Art gewerkschaftliche Organisation zur Vertretung standespolitischer Interessen. Mit dessen Gründung versuchte die Ärzteschaft, gegen Eingriffe der Kassen in die Organisation und Vergütung ärztlicher Leistungen vorzugehen (Siegrist 2005, 231). Zuvor (1887-1898) wurden die öffentlich-rechtlich organisierten Ärztekammern anerkannt, die eigenes Disziplinarrecht ausüben konnten (Siegrist 2005, 230). Ihren Höhepunkt erreichte die ärztliche Professionalisierung in Deutschland mit dem Gesetz über das Kassenarztrecht (1955), welches den niedergelassenen Ärzten das Arbeitsmonopol für die ambulante medizinische Versorgung sicherte, mit der Verabschiedung der Bundesärzteordnung (1961) und mit der Einführung der Gebührenordnung für Ärzte (1965) (Siegrist 2005, 232).

Einige Wandlungsprozesse im Gesundheitswesen Ende des 20. Jahrhunderts, die unter anderem durch die sogenannte „Kostenexplosion im Gesundheitswesen“ (Vogd 2002, 294) bedingt wurden, führten jedoch zu Entwicklungen, die als Anzeichen für den Prozess der sogenannten Deprofessionalisierung (Siegrist 2005, 232) gesehen werden. So schränken seit Beginn der 1990er Jahre die Maßnahmen der Kostendämpfung und das Wirtschaftlichkeitsgebot durch Steuerungsinstrumente wie z.B. gedeckelte Budgets oder Wirtschaftlichkeitsprüfungen die freie Wahl der Diagnose- oder Therapiemethoden ein (Siegrist 2012, 1102). Kraft seiner Zulassung ist

verbundene politische Interesse an Wohlfahrt, Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Bevölkerung und die kapitalistisch initiierte Rationalisierung und Reorganisation der Arbeit (Hafferty und Light 1995, 132). „Medicine was uniquely positioned to take advantage of these trends. Having formed its national association in 1847 [...], the decision to evolve as a professional entity rather than a trade union placed it in a regulatory environment that favored professional rather business interests“ (Hafferty und Light 1995, 132).

der Vertragsarzt an die Bestimmungen der GKV gebunden und kann somit z.B. nur diejenigen Behandlungsmethoden anwenden, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss anerkannt wurden (Wienke 2007, 754). Diese Bestimmungen führen nicht selten zu Konflikten zwischen den von den Ärzten als erforderlich angesehenen Maßnahmen und den verfügbaren Ressourcen im Behandlungssystem. Die Ärzteschaft beklagt daher die massiven Einschränkungen der Berufsausübung durch gesetzliche Vorschriften, normative Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und Vorgaben der Krankenkassen bei Einzelverträgen (vgl. Preis 2010). Diese Einschränkungen werden von den Professionellen als Eingriffe des Gesetzgebers in die berufliche Autonomie kritisch gesehen und veranlassen die Professionsmitglieder, sich „gegen die Vereinnahmung durch Gesetzgeber und Gesellschaft zur Wehr zu setzen“ (Wienke 2007, 754).

Ebenfalls durch die Kostendämpfungsdynamik wurde die Bewegung der Verwissenschaftlichung der Medizin unter dem Namen *Evidence Based Medicine* (EBM) in Gang gesetzt. Diese Bewegung wird ebenfalls hinsichtlich ihrer Bedeutung für die ärztliche Professionalisierung diskutiert (Vogd 2002, 2005). Vogd (2002) sieht in der EBM eine Bewegung, welche die ärztliche Professionalisierung in Richtung zunehmender wissenschaftlicher Rationalität verändert. Dies solle, so Vogd, „unter anderem über veränderte Formen der Arbeitsorganisation (etwa EDV-gestützte Formen des Informationsmanagements), die ärztliche Weiterbildung (insbesondere in Methoden der klinischen Epidemiologie), über die Entwicklung so genannter Evidenz-basierter Leitlinien und nicht zuletzt über diesbezügliche Eingriffe in die Finanzierung von Gesundheitsleistungen geschehen“ (Vogd 2002, 294).

Der Anspruch der EBM war und ist, Ärzte und gesundheitspolitische Akteure mit der besten Evidenz aus klinischer und epidemiologischer Forschung zu versorgen und ihnen einfach einsetzbare Hilfsmittel (z.B. in Form von Leitlinien) zur Verfügung zu stellen (Vogd 2002, 296). Die Evidenz von Interventionen wird durch biostatistische Überprüfung des klinischen Erfolgs (ausgedrückt z.B. in der Maßzahl Lebensqualität) im Vergleich zur unspezifischen Wirkung, d.h. zum Placeboeffekt, festgestellt (ebd., 296). EBM, die aktuell dabei ist, sich umfassend in Wissenschaft, Politik und Gesundheitsversorgung zu institutionalisieren, sieht Vogd (2002) als einen Eingriff in die Definitionsmacht der medizinischen Profession. Denn durch die Anwendung der evidenzbasierten Kriterien für die Bewertung des ärztlichen Handelns entziehe sich die Kontrolle über medizinische Qualität der ärztlichen Selbstverwaltung (Vogd 2005): Als Qualität zähle nicht allein die Wirkung einer Intervention (feststellbar z.B. durch die Verbesserung bestimmter Laborparameter), sondern der Therapieerfolg, welcher auch basierend auf der bestehenden Datenlage nachgewiesen wurde. Für die Gesundheitspolitik spiele EBM im Rahmen des Health Technology Assessment eine wichtige Rolle bei der Beurteilung politischer und gesetzlicher Entscheidungen (Vogd 2002, 297).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass trotz der Autonomie der ärztlichen Profession gegenüber dem Staat die Ärzteschaft fortwährend den Steuerungsversuchen seitens staatlicher Instanzen ausgesetzt ist. Eine exemplarische Darstellung am Beispiel der Kostendämpfungsstrategien und von EBM sollte veranschaulichen, wie gesellschaftliche Entwicklungen gesundheitspolitische Maßnahmen bedingen und wie diese sich wiederum auf die ärztliche Profession auswirken. Auch in der zunehmenden Bedeutung der Prävention im Gesundheitssystem sehen manche Autoren eine Herausforderung der professionellen Autonomie der Ärzteschaft. „Mehr Prävention, weniger Kuration bedeutet für den Arzt, dass die gesellschaftliche Legitimation seiner traditionell kurativen Tätigkeit eingeschränkt, wenn nicht gar kritisch hinterfragt wird. Darüber hinaus wird durch Prävention die professionelle Autonomie – die strukturelle Entkopplung medizinischen Wissens von den lebensweltlichen Deutungs- und Handlungsmustern der Patienten – wieder rückgängig gemacht“ (Bauch 1996, 104). So solle der Arzt, um eine positive Veränderung des Gesundheitsverhaltens zu erzielen, sich die lebensweltlichen Deutungsmuster des Patienten aneignen. Nur dann könne die präventive Botschaft vom Patienten als relevant anerkannt werden und zur angestrebten Verhaltensänderung führen (ebd., 104). Kennzeichnend für die Ärzteschaft – wie auch für andere Professionen – ist jedoch, dass sie sich von den von der Politik verordneten Programmen distanzieren kann, indem sie deren Forderungen transformiert (Vogd 2005, 247).

2.2.2 Prävention im Fokus der Gesundheitspolitik

Nach der einleitenden Definition der Gesundheitspolitik und der gesundheitspolitischen Akteure in Deutschland erfolgen in diesem Abschnitt die Bestimmung der Rolle der Ärzteschaft bei der Verhaltensprävention und die Beschreibung der aktuellen Regelung ärztlicher präventiver Leistungen.

Unter Gesundheitspolitik werden organisierte Anstrengungen zahlreicher Akteure verstanden, die auf die Gesundheit von Gruppen und Individuen Einfluss nehmen (Rosenbrock und Gerlinger 2009, 12). Sie umfassen neben der Problemdefinition auch die Definition von Zielen und Instrumenten, die Implementation und Evaluation von Maßnahmen, sowie die Bemühungen zur Steuerung des Handelns der entsprechenden Berufsgruppen (ebd., 12). Gesundheitspolitische Entscheidungen werden auf unterschiedlichen Ebenen unter Beteiligung zahlreicher Akteure getroffen. Der Makrobereich umfasst die nationalstaatliche Ebene der Gesundheitspolitik. Hier werden die Rahmenvorgaben formuliert (z.B. die institutionelle Struktur der medizinischen Versorgung, die Finanzierung der medizinischen Leistungen, etc.), deren Konkretisierung an die nachgeordneten Akteure delegiert wird. Akteure auf der Mesoebene (z.B. Bundesländer, Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen) versuchen ihrerseits, staatliche Vorgaben umzuset-

zen, können sie jedoch auch unterlaufen oder eigenständig relevante Themen auf die gesundheitspolitische Agenda setzen. Auf der Mikroebene ist das Handeln der individuellen Akteure (Ärzte, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen) zur Behandlung oder zur Prävention von Krankheiten zu verorten. Auch hier können die Akteure entscheiden, wie sie den Steuerungsversuchen übergeordneter Akteure begegnen (Rosenbrock und Gerlinger 2009, 15).

Die Ziele der Gesundheitspolitik in Deutschland umfassen neben der Gestaltung der Krankenversorgung auch Prävention (z.B. durch Minderung pathogener Belastungen) und Gesundheitsförderung (Rosenbrock und Gerlinger 2009, 13). Dabei wird das gesundheitspolitische Handeln von Vorstellungen über das Gemeinwohl, über die Aufgaben des Staates und den Nutzen für den Einzelnen bestimmt (Stöckel und Hirschberg 2010, 36). In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts ist die Aufmerksamkeit für Prävention und Gesundheitsförderung in der öffentlichen Diskussion u.a. aufgrund der eingangs beschriebenen demografischen Entwicklungen und der wachsenden Prävalenz chronischer Krankheiten (Kapitel 1.1) gestiegen. Zahlreiche Experten aus Wissenschaft und Politik, z.B. der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen oder die Bundesministerkonferenz, unterstreichen die Notwendigkeit von Strategien zur Sicherung, Stärkung und Förderung der Gesundheit der Bevölkerung (SVR 2002a, 2005). Durch effektive und effiziente Prävention und Gesundheitsförderung verspricht man sich nicht nur eine Erhöhung der Lebensqualität und Leistungsfähigkeit der Bevölkerung, sondern auch eine Senkung der Gesundheitsausgaben (Apitz und Winter 2004, 139). Insgesamt solle Prävention nicht nur als gesundheitspolitische sondern als gesamtgesellschaftliche Aufgabe begriffen werden (Apitz und Winter 2004, 139).

In Deutschland sprechen sich Krankenkassen (ASK 2008) sowie alle politischen Parteien für eine Stärkung des Präventionsgedankens im Gesundheitssystem aus. Seit Längerem bemüht sich der Gesetzgeber um ein Gesetz zur Förderung von Prävention und Gesundheitsförderung. Vor dem Hintergrund der bislang einseitigen Ausrichtung der Gesundheitspolitik an der Krankheitsversorgung solle das sogenannte Präventionsgesetz einen Versuch darstellen, Prävention als vierte Säule der Gesundheitssicherung (neben Behandlung, Pflege und Rehabilitation) auszubauen (Rosenbrock und Gerlinger 2009, 85). Dieses Gesetz solle dazu dienen, die Gesundheit der Bevölkerung durch Maßnahmen der gesundheitlichen Aufklärung und Beratung sowie durch Leistungen zur Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention zu erhalten und Gesundheitsressourcen zu stärken (Bundesregierung 2007).

Die Bundesärztekammer – d.h. die Spitzenorganisation der ärztlichen Selbstverwaltung mit der Aufgabe der ärztlichen Interessensvertretung und Mitentscheidung bei gesundheits- und sozialpolitischen Fragen – äußerte sich stets positiv zu Bestrebungen des Gesetzgebers, das Präventionsgesetz auf den Weg zu bringen und damit die Zuständigkeiten für den Bereich der Prävention

klar zu regeln. In ihrer Stellungnahme zu dem im Jahr 2007 vorgelegten Entwurf des Präventionsgesetzes formulierte sie einige Anforderungen an das Präventionsgesetz aus Sicht der Ärzteschaft. So sollte das Gesetz unter anderem die Rolle des Arztes als Gesundheitsberater stärken. Die Bundesärztekammer betonte damit die zentrale Rolle der Ärzteschaft bei der Gesundheitsförderung und -beratung (Henke und Kunstmann 2006). Ärztliche Empfehlungen zum Gesundheitsverhalten seien bereits seit Längerem feste Bestandteile des Arzt-Patient-Gesprächs (Ollenschläger 1993). Lediglich die Ziele und Methoden der ärztlichen Gesundheitsberatung hätten sich geändert: Anstatt der paternalistischen Anweisungen durch den Arzt trete mittlerweile der Dialog mit einem mündigen Patienten, der aktiv an seiner Gesundheit mitarbeitet, in den Vordergrund. Zu den ärztlichen Aufgaben zähle nun nicht nur Behandlung von akuten Beschwerden, sondern auch die Vermittlung von Wissen bezüglich eines gesunden Lebensstils sowie die Motivation der Patienten zur Veränderung des gesundheitsschädigenden Verhaltens (ebd., 100). Daher forderte die Bundesärztekammer die Verbesserung von Fähigkeiten und Möglichkeiten der Ärzte zur Wahrnehmung der präventiven Aufgaben sowie eine stärkere Verknüpfung von gesundheitsförderlichen und primärpräventiven Leistungen mit ärztlichen Beratungs- und Präventionsleistungen (BÄK 2008).

Ähnliche Ansichten über die Rolle der praktizierenden Ärzte bei der präventiven Gesundheitsberatung vertreten internationale (Perk et al. 2012; WHO 2007) und nationale Organisationen, wie z.B. die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (DEGAM). In ihrer evidenzbasierten Leitlinie „Kardiovaskuläre Prävention“ betont die Gesellschaft die zentrale Rolle des Hausarztes bei der Identifikation von Patienten mit erhöhtem Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und bei deren präventiver Beratung (Bergert et al. 2011). Jedoch wird auch hier auf das Problem der beschränkten Honorierung ärztlicher Beratungsleistungen hingewiesen und eine Forderung nach Verbesserung und Intensivierung der Prävention formuliert (Bergert et al. 2011, 7).

Die rechtliche Regelung, die derzeit den Rahmen für die Prävention im Gesundheitswesen bildet, ist im deutschen Sozialrecht verankert, insbesondere im Sozialgesetzbuch V (SGB V), welches sich mit dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) befasst. Der Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenkassen ist in §11 des SGB V geregelt. Zu den Leistungen im Bereich der Primärprävention zählen betriebliche Gesundheitsförderung (§20), Prophylaxe von Zahnerkrankungen (§§21-22) und medizinische Vorsorgeleistungen (§§23-24). Zu den Leistungen im Bereich der Sekundär- und Tertiärprävention gehören Früherkennungsuntersuchungen (§25) und Leistungen zur Rehabilitation (§§40-41). Der Leistungsumfang der privaten Krankenversicherungen im Bereich der Prävention unterliegt weniger starken Regulierungen durch den Gesetzgeber und richtet sich nach dem individuellen Vertrag zwischen dem Versicherten und der Krankenkasse (Brüggenjürgen 2011).

Derzeit existiert in Deutschland jedoch keine einheitliche Regelung der Vergütung ärztlicher Leistungen im Bereich der Verhaltensprävention. Rund 95% der hierzulande niedergelassenen Ärzte sind als Kassenärzte zugelassen und müssen sich daher an dem Leistungskatalog der GKV orientieren. Generell werden präventive ärztliche Leistungen innerhalb des GKV-Systems in erster Linie auf der Ebene der Sekundär- und Tertiärprävention berücksichtigt (z.B. Vorsorgeuntersuchungen). Lediglich die Schutzimpfungen stellen ärztliche Regelleistungen auf der Ebene der Primärprävention dar. Gesundheitliche Beratungsleistungen mit dem Ziel, die Patienten zu Verhaltensänderung zu motivieren, kann der Arzt entweder über die hausärztliche Grundvergütung, die jedoch nur einmal pro Behandlungsfall abgegolten werden kann, oder über die allgemeinen hausärztlichen Beratungsleistungen pauschal abrechnen (Henke und Kunstmann 2006).⁸ Beginnend ab Oktober 2013⁹ wurde das hausärztliche Patientengespräch zwar in den Abrechnungskatalog des neuen Einheitlichen Bewertungsmaßstabes des Kassenarztes wieder aufgenommen (Abrechnungsziffer 03230), jedoch ist diese Gebührenordnungsposition ebenfalls nicht auf (primär) präventive Maßnahmen anwendbar.

Als gesundheitspolitische Akteure auf der Mikroebene sind Ärzte tagtäglich mit der Umsetzung der gesundheitspolitischen Ziele beschäftigt (Rosenbrock und Gerlinger 2009, 14). Im Bereich der Prävention werden sie jedoch mit der unklaren Regelung für die Honorierung verhaltenspräventiver Leistungen konfrontiert. Hinzu kommt auch der subjektiv erlebte und meist auch objektiv gegebene Zeitdruck. Der europäischen Studie EUROCOM zufolge hat der deutsche Hausarzt im Schnitt nur sieben Minuten für einen Patienten zur Verfügung (Deveugle et al. 2002). Da innerhalb dieser Zeit zumeist auch die Anamnese erhoben und die Diagnose gestellt werden soll, bleiben die Möglichkeiten, das gesundheitsbezogene Verhalten des Patienten und seine Lebensbedingungen ausführlich zu thematisieren, oftmals sehr begrenzt. Ebenfalls ist zu erwähnen, dass einige der aktuellen Diskursstränge keineswegs dafür förderlich sind, dass die Ärzte sich in ihrer Rolle als Gesundheitsberater bestärkt fühlen: Nach Meinung einiger Experten hätten Ärzte weder ausreichend Kenntnisse über die Gründe, die Menschen an gesundheitsförderlichem Verhalten hindern, noch stünden ihnen Möglichkeiten zur Verfügung, das Gesund-

⁸ Wie im Leitfaden „Prävention“ des GKV-Spitzenverbandes ausgeführt wird, sollen die durch die Krankenkassen geförderten verhaltenspräventiven Maßnahmen in Form von Kursen und Beratungen grundsätzlich in Gruppen angeboten werden (GKV-Spitzenverband 2010, 13). Die Anbieter, die für die Durchführung verhaltenspräventiver Maßnahmen in Frage kommen und deren Leistungen dementsprechend gefördert werden, müssen demnach entweder einen Berufs- oder Studienabschluss im jeweiligen Bereich oder eine Zusatzqualifikation im konkreten Fachbereich bzw. eine Einweisung in das konkrete Gesundheitsprogramm vorweisen können. So werden beispielsweise bei der Förderung gesunder Ernährungsgewohnheiten unter anderem auch speziell geschulte Ärzte und Ernährungsmediziner als mögliche Anbieter genannt (GKV-Spitzenverband 2010, 48). Routinemäßige ärztliche Gesundheitsberatung im Rahmen der Patientensprechstunde wird in diesem Leitfaden nicht explizit genannt.

⁹ Diese Regelung war somit während der Durchführung dieser Studie noch nicht gültig.

heitsverhalten der Patienten zu verändern (Rosenbrock 2013). Vor allem aufgrund mangelnder ärztlicher Kompetenzen im Bereich Gesundheitsberatung, geringer Beratungsintensität und ungünstiger Rahmenbedingungen (z.B. Abrechnung der Beratungsleistungen) wären Patienten daher bei anderen Berufsgruppen, z.B. Psychologen und (Sozial-) Pädagogen, besser aufgehoben (Faltermaier 2004, 1078).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sich in den vergangenen Jahrzehnten zahlreiche gesundheitspolitische Akteure (politische Parteien, Krankenkassen, Ärzteorganisationen) für die Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung im deutschen Gesundheitssystem eingesetzt haben. Sie unterstrichen dabei auch die zentrale Rolle der niedergelassenen Ärzte bei der Gesundheitsförderung und -beratung. Trotz dieser Verlautbarungen ist bislang nicht nur die Honorierung verhaltenspräventiver ärztlicher Leistungen, sondern auch die Zuständigkeit der Ärzte für die Verhaltensprävention nicht klar geregelt. Als gesundheitspolitische Akteure im Mikrobereich sehen sich die Ärzte mit dieser widersprüchlichen Situation konfrontiert. Vor diesem Hintergrund sind sie gezwungen Handlungsstrategien zu entwickeln, wie sie den Problemen der Prävention in ihrer täglichen Praxis begegnen (Rosenbrock und Gerlinger 2009, 14). In den folgenden Abschnitten werden die Möglichkeiten aufgezeigt, wie die Ärzteschaft auf präventionspolitische Forderungen übergeordneter Akteure in ihrer täglichen Praxis reagieren kann.

2.3 Strukturfunktionalistische Perspektive auf ärztliche Profession

Die Arbeiten von Talcott Parsons kennzeichnen den Beginn der zeitgenössischen Diskussion um die medizinische Profession (Rüschemeyer 1980). Die strukturfunktionalistische Perspektive auf Professionen, als deren Begründer T. Parsons gilt, fokussiert die Spezifik und Logik des professionellen Handelns (Schmeiser 2006, 305). Ein Kapitel seiner Gesellschaftsanalyse „The Social System“, welches dem medizinischen System gewidmet ist, ist eher als Ausgangspunkt Parsons' strukturfunktionalistischer Theoriebildung und nicht als Anwendungsbeispiel seiner Theorie zu betrachten (Schmeiser 2006, 310). Der vielschichtige Text bietet daher unterschiedliche Anknüpfungspunkte (vgl. Schmeiser 2006, 304). Für die vorliegende Arbeit ist die Anknüpfung an dem Konstrukt der ‚pattern variables‘ als Orientierungen des professionellen Handelns gewinnbringend. Auf dieses wird im Folgenden ausführlicher eingegangen.

Parsons betrachtet Professionen stets in einem gesamtgesellschaftlichen Zusammenhang. In den modernen Gesellschaften, die durch erhöhte Rationalität bei der Bewältigung der Probleme des sozialen Lebens gekennzeichnet sind, kommen den Professionen wichtige Funktionen für die Erhaltung der Gesellschaft zu (Parsons 1968, 160). So bestehe die Funktion der ärztlichen Profession darin, die Gesundheit kranker Gesellschaftsmitglieder wiederherzustellen oder, im Falle der Präventivmedizin, krankheitsrelevante Risikofaktoren zu kontrollieren (Parsons 1965, 10).

Dadurch erbringen die Ärzte gleichzeitig spezifische Leistungen für die Erhaltung der Gesellschaft, da die Gesundheit der Gesellschaftsmitglieder eine ihrer wichtigsten funktionalen Bedingungen darstellt.

Für die Erklärung der besonderen Stellung der ärztlichen Profession in der modernen Gesellschaft ist es notwendig, die relevanten Aspekte der Situation zu verstehen, in der sich Arzt und Patient befinden (Parsons 1965, 19 ff.). Für den Patienten ist Krankheit meist verbunden mit Leid, Hilflosigkeit und manchmal auch mit Lebensgefahr. Abgesehen von den leichten Erkrankungen ist der Patient nicht in der Lage, sich selbst zu helfen, und ist daher auf fachliche Hilfe und Unterstützung angewiesen. Zudem geht Krankheit mit einem hohen emotionalen Engagement für den Patienten einher. Sein emotionales Gleichgewicht ist durch das Leiden, die Hilflosigkeit oder gar den nahenden Tod gestört. Dies alles erschwert es dem Patienten, rationale Entscheidungen über seine Behandlung treffen zu können. Er ist daher anfällig für abergläubische Vorstellungen oder Bräuche in Bezug auf seine Gesundheit und Krankheit (Parsons 1965, 25). In einer solchen Situation ist er in besonderem Maß der Ausnutzung durch die behandelnden Personen ausgesetzt.

Auf der anderen Seite dringt der Arzt mit seiner Arbeit tief in die Privatsphäre des Patienten ein. Er hat Zugang zum Körper des Patienten: er darf ihn unbedeckt sehen, ihn berühren, ihm Schmerzen durch medizinische Eingriffe zufügen. Darüber hinaus erlangt der Arzt im Rahmen seiner Arbeit vertrauliche Informationen über das Privatleben der Patienten, von denen „man mit gewöhnlichen Freunden und Bekannten nicht zu sprechen bereit“ ist (Parsons 1965, 31).

Zum Schutz der Patienten vor einer möglichen Ausnutzung durch den Arzt verfügt die ärztliche Profession über *Normen*, d.h. die Erwartungen, die an Rollenträger gerichtet werden und ihr Verhalten in konkreten Situationen regulieren (Gerhardt 1991, 165). Professionelles Handeln der Ärzte folgt idealtypisch einem bestimmten Wertemuster, welches Parsons mit dem Konstrukt der ‚pattern variables‘ beschreibt. Mit ‚pattern variables‘ beabsichtigt er die Orientierungsalternativen der Handelnden in bestimmten Handlungssituationen zu erfassen. An dieser Stelle ist weniger das theoretische Konstrukt selbst, sondern vielmehr der Beitrag für die Beschreibung der ärztlichen Rolle von Interesse. Die für die Ärzte geltenden Orientierungsalternativen werden nachfolgend in Anlehnung an Gerhardt (1991, 176 ff.) skizziert.

So soll ärztliche Kompetenz nur nach Maßstäben beurteilt werden, die für alle Ärzte gültig sind, und nicht etwa nach solchen, die mit der Person des Arztes oder seiner hierarchischen Stellung zu tun haben (*Universalismus*). Zugleich gelten für die ärztliche Kompetenz hohe fachliche Leistungsstandards: Nur derjenige, der eine entsprechende Ausbildung abgeschlossen hat und in einem bestimmten Tätigkeitsbereich qualifiziert ist (*Leistungsorientierung*), darf als Arzt tätig sein. Hohe fachliche Kompetenz schließt auch die *Spezifität* der ärztlichen Funktion ein. Ein Arzt

ist Spezialist, dessen Zuständigkeit sich ausschließlich auf die Fragen der Gesundheit und Krankheit konzentriert. Er soll nur bezüglich gesundheitlicher Probleme und deren Behandlung konsultiert werden. Andere Handlungen und Interaktionen als die, die auf das Patientenwohl ausgerichtet sind, sollen vermieden werden. In der diagnostischen und therapeutischen Praxis sollen stets objektive wissenschaftliche Standards gelten. Individuelle Gefühle des Arztes gegenüber dem Kranken sollen in der ärztlichen Praxis keine Rolle spielen (*Emotionale Neutralität*). In seinem Handeln soll sich der Arzt stets am Gemeinwohl orientieren (*Kollektivitätsorientierung*), d.h. das Wohl des Patienten soll stets über den individuellen Interessen des Arztes stehen. Die ärztliche Berufsethik verbietet jedes kommerzielle Denken und individuelles Gewinnstreben (Parsons 1965, 15). So darf der Arzt beispielsweise keine Eigenwerbung betreiben, mit anderen Ärzten in Konkurrenz treten oder Patienten aufgrund ihrer Zahlungsunfähigkeit ablehnen. Kollektivitätsorientierung bildet bei Parsons die Legitimationsgrundlage des ärztlichen Handelns (Parsons 1965, 50).

Die Arztrolle ist der des Kranken komplementär. Dies zeigt Parsons anhand der mit dem Erwerb beider Rollen einhergehenden Rechten und Verpflichtungen. Die Krankenrolle bringt das Recht auf Befreiung von normalen Rollenverpflichtungen mit sich. Das bedeutet, der Kranke erhält die Anteilnahme und Unterstützung der Nahestehenden, obwohl er seine üblichen sozialen Verpflichtungen aufgrund der Erkrankung nicht erfüllen kann. Weiterhin hat ein Kranker das Recht, zumindest für die Dauer der Krankheit, nicht für seine Hilfsbedürftigkeit verantwortlich gemacht zu werden. Die mit der Krankenrolle verbundenen Pflichten dienen der zeitlichen Begrenzung der Inanspruchnahme des Krankenstatus. So muss ein Kranker Genesungswillen zeigen und einen Arzt aufsuchen. Dabei muss er sich der Autorität des Arztes unterordnen und den Anweisungen des Arztes Folge leisten (Parsons 1965, 17).

Die Autorität des Arztes begründet sich in seinem exklusiven medizinischen Wissen und in der Verpflichtung, „alles, was möglich ist, zu tun, um eine vollständige schnelle und schmerzlose Heilung des Patienten zu fördern“ (Parsons 1965, 29). Hierbei sollte sich der Arzt an den höchsten wissenschaftlichen Standards orientieren. Dabei darf der Arzt die körperliche oder seelische Integrität des Kranken verletzen, etwa durch Injektionen, chirurgische Eingriffe oder durch Erlangen vertraulicher Informationen über die Privatangelegenheiten des Patienten (Parsons 1965, 30f.). Er hat weiterhin das Recht, zu verlangen, dass der Patient das „Von-einem-zum-anderen-gehen“-Verhalten (Parsons 1965, 18) unterlässt und dass er hinsichtlich der Behandlung der aktuellen Erkrankung nur mit ihm ein Vertrauensverhältnis eingeht und parallel keine anderen Ärzte konsultiert.

Der strukturfunktionalistische Ansatz von Parsons beschreibt Normen, an welchen sich rollenkonformes Handeln des Arztes idealtypisch orientiert. Rollenkonformes Handeln des Arztes

richtet sich demnach an den Attributen Leistungsdenken, Universalismus, funktionelle Spezifität, emotionale Neutralität und Kollektivitätsbezogenheit aus.¹⁰ Im Rahmen seiner universalistischen Handlungsorientierung sollte der Arzt auf alle Patienten gleichermaßen Bezug nehmen. Ärztliches Handeln dürfte weder durch wirtschaftliche Interessen noch durch die Person des Patienten – und damit einhergehend einer subjektiven Einordnung durch den Arzt (z.B. nach der Hautfarbe, dem Geschlecht oder dem sozialen Status) – beeinflusst werden und sollte unabhängig von dem Kontext sein, in dem die Leistungen erbracht werden.

Zwischenfazit: Zwar sollen die von Parsons beschriebenen Handlungsorientierungen ärztliches Handeln in erster Linie in Situationen regulieren, in welchen der Patient dem Arzt hilflos ausgeliefert ist, dennoch ist anzunehmen, dass sie auch in weniger dramatischen Situationen handlungsleitend für die Ärzte sind. Auch in Situationen, in welchen es nicht um eine akute Erkrankung, sondern um die Erhaltung und Förderung der Gesundheit geht, ist beispielsweise zu erwarten, dass der Arzt allen seinen Patienten die gleiche Behandlung zukommen lässt, sich nicht von seinen wirtschaftlichen Interessen oder Sympathien bzw. Antipathien gegenüber dem Patienten leiten lässt und im Interesse des Patienten handelt. Ein anderes Verhalten als solches wäre mit dem ärztlichen Berufsethos nicht vereinbar.

2.4 Die interaktionistische Perspektive auf ärztliche Profession

In dem strukturfunktionalistischen Ansatz wird die Einigkeit unter den Professionsmitgliedern über die Rollenvorstellungen, Berufsidentitäten und Werte der eigenen professionellen Tätigkeit als entscheidend für den Fortbestand der Professionen gesehen (Bucher und Strauss 1972). Dadurch werden jedoch mögliche Abweichungen von den traditionellen Rollenvorstellungen sowie die damit einhergehenden Wandlungsprozesse innerhalb der Professionen ausgeblendet. Mit der Veränderung des Krankheitspanoramas vollzieht sich in der Medizin gerade in den letzten Jahrzehnten eine grundlegende Änderung im Umgang mit Krankheit, da der Prävention von da an ein deutlich höherer Stellenwert zukommt (Lachmund 1987, 358). Damit erweitert sich der ärztliche Tätigkeitsbereich um die individuenbezogene Prävention (z.B. in Form von Beratungsinterventionen). Ob unter allen Professionsmitgliedern jedoch Einigkeit über den Stellenwert der Prävention besteht, ist unklar. Insbesondere vor dem Hintergrund der aktuellen Rahmenbedingungen für das Angebot präventiver Leistungen in der Hausarztpraxis (vgl. Abschnitt 2.2.2)

¹⁰ Parsons' Konzeptualisierung der Arztrolle über die fünf Orientierungsalternativen zeigt sich jedoch angesichts der heutigen Situation des Arztes als erweiterungsbedürftig. So soll sie um die Aufhebung der Exklusivität durch Mehrfachkonsultationen, die Konkurrenz der Expertise durch Internetwissen und die Erweiterung der Behandlungsauftrages durch Wohlfühlbedürfnisse der Patienten ergänzt werden (Siegrist 2005, 240).

ist anzunehmen, dass zwischen den Ärzten Unterschiede bei der Bewertung der Priorität präventiver Aufgaben für eigene Tätigkeit bestehen.

Die Ansätze innerhalb der interaktionistischen Perspektive auf die ärztliche Profession fokussieren stärker das Vorhandensein differierender Auffassungen über die Priorität eigener Aufgaben. Schwerpunkt dieser interaktionistischen Betrachtungsweise liegt auf den konkreten Arbeitsbedingungen und insbesondere auf den z.T. widersprüchlichen Anforderungen professioneller Berufsarbeit in organisatorischen Kontexten (Pfadenhauer und Sander 2010, 367).

2.4.1 Prozess-Modell zur Analyse ärztlicher Profession

Das von R. Bucher und A. Strauss entwickelte Schema zur Analyse der ärztlichen Profession fokussiert auf Wandlungsprozesse und mögliche Interessenskonflikte innerhalb der Professionen (Bucher und Strauss 1972). Dieser Ansatz grenzt sich gegen den strukturfunktionalistischen Ansatz von T. Parsons durch die Auffassung der medizinischen Profession nicht als ein homogenes Gebilde, welches durch gemeinsame Berufsidentität gekennzeichnet ist, sondern als eine Vielzahl von Gruppen (sog. ‚Segmente‘), die lose mit einander verbunden sind, ab.

Diese Segmente sind nicht nur als ein Ergebnis der formalen Differenzierung innerhalb der Medizin zu sehen. Zwar sind die verschiedenen medizinischen Fachbereiche historisch betrachtet auch aus den Gruppen hervorgegangen, die bestrebt waren, ihr Tätigkeitsbereich zu einem Spezialgebiet innerhalb der Medizin zu promovieren (z.B. Anästhesiologie oder Radiologie). Jedoch können sich selbst innerhalb dieser Fachgebiete wiederum Gruppen bilden, die sich durch die Art und Weise, wie sie ihre Berufstätigkeit organisieren, von anderen Angehörigen ihres Spezialgebiets unterscheiden. Die Autoren wenden den Begriff ‚Segment‘ daher auf verschiedenartige Organisationsformen beruflicher Identitäten innerhalb der medizinischen Profession an (Bucher und Strauss 1972, 193).

Zur internen Vielfalt der ärztlichen Profession trägt zum einen die differenzielle Gewichtung der Tätigkeitsfelder Forschung, Lehre und Praxis bei (Bucher und Strauss 1972, 185). Zum anderen kann auch das Vorhandensein unterschiedlicher Ansichten über Aufgaben der professionellen Tätigkeit für die Segmentierung der Profession entscheidend sein. Beispielsweise können sich, bedingt durch die Weiterentwicklungen im wissenschaftlichen Begriffsapparat oder durch die institutionellen Rahmenbedingungen, innerhalb der ärztlichen Profession im Laufe der Zeit unterschiedliche Gruppen (Segmente) entwickeln. Zwischen diesen Segmenten besteht in der Praxis Uneinigkeit bezüglich der Werte und Auffassungen über Ziele, die durch ihre Tätigkeit erfüllt werden sollen (Bucher und Strauss 1972, 184). Die Autoren veranschaulichen dies am Beispiel der Entwicklung innerhalb eines der ältesten medizinischen Spezialgebiete Pathologie. Das primäre Interessensgebiet und damit der Auftrag der Pathologie lag traditionell in der Bereitstel-

lung des medizinischen Grundwissens. Im Laufe der Zeit trat hier eine neue Generation klinisch-orientierter Pathologen hervor, deren Anliegen war es, die Pathologie stärker in den Dienst der klinisch tätigen Ärzte zu stellen (Bucher und Strauss 1972, 184). So entwickelten sich innerhalb dieses medizinischen Spezialgebiets Gruppen mit differierendem Auftragsbewusstsein.

Zudem können sich die Segmente einer Profession auch bezüglich ihrer Vorstellungen über die Art der Tätigkeit, die ausgeübt werden sollte, und bezüglich der Priorität der Aufgaben unterscheiden (Bucher und Strauss 1972, 185). Wenn Patientenkontakt, Diagnostik und Behandlung von Krankheiten als typische Tätigkeitsfelder eines Arztes betrachtet werden, so existieren in der Ärzteschaft viele Gruppen, die sich nicht in Gänze in dieses Schema einordnen lassen (ebd., 185). Innerhalb der ärztlichen Profession sind somit zahlreiche Gruppen mit unterschiedlichen Auffassungen über ihre charakteristischen Berufsaufgaben und unterschiedlicher Gewichtung der verschiedenen Elemente in der eigenen Praxis anzunehmen. Nichtsdestotrotz vereint sie alle die Bezeichnung ‚Arzt‘.

Wie bereits erläutert sind die Segmente innerhalb der medizinischen Profession nicht einfach mit den einzelnen Spezialgebieten gleichzusetzen. Sie sind eher als eine Art soziale bzw. professionelle Bewegung zu sehen. Segmente stellen keine fest abgegrenzten Bereiche innerhalb der Ärzteschaft dar, sondern unterliegen einem ständigen Wandel (Bucher und Strauss 1972, 193). Ursächlich für die Entstehung und den Wandel der Segmente sind Veränderungen im begrifflichen Apparat, in den institutionellen Arbeitsbedingungen und in den Beziehungen zu anderen Segmenten (ebd., 193). Dementsprechend befinden sich diese professionellen Bewegungen zu einem konkreten Zeitpunkt in unterschiedlichen Entwicklungsphasen – von einem eher rudimentären Zustand bis hin zu einem etablierten Spezialgebiet, wie z.B. Urologie, die heutzutage ein eigenständiges Spezialgebiet darstellt und ursprünglich dem Segment der allgemeinen Chirurgie zugeordnet war.

Die vorangegangenen Überlegungen lassen sich auf den Gegenstand dieser Arbeit folgendermaßen übertragen: Der Wandel im Verständnis der Krankheitsentstehung und -vorbeugung (Stichwort: biopsychosoziales Modell, vgl. Kapitel 1.1) kann dazu führen, dass innerhalb der ärztlichen Profession unterschiedliche Gruppen von Ärzten mit differierenden Auffassungen über den Stellenwert der individuenbezogenen Prävention für die eigene Tätigkeit entstehen. So ist es denkbar, dass innerhalb der Ärzteschaft Gruppen existieren mit der Auffassung, nach welcher Förderung der gesunden Lebensweise von Patienten neben Diagnostik und Behandlung von Krankheiten einen wichtigen Bereich der ärztlichen Tätigkeit darstellt. Durch diese Definition und Gewichtung der eigenen Aufgaben unterscheiden sich die Mitglieder dieser Gruppen von den anderen Professionsmitgliedern. Mit Blick auf die Hausärzteschaft ist es beispielsweise denkbar, dass im Vergleich zu Fachärzten für Allgemeinmedizin und Praktischen Ärzten in der

Gruppe der Hausärzte mit der Fachrichtung Innere Medizin, deren Aufgabengebiet neben den Tätigkeiten eines Hausarztes auch die Bereitstellung von Dienstleistungen für andere Ärzte umfasst (z.B. Anwendung spezialisierter Diagnoseverfahren), eine prominenterer Stellung von Behandlungs- und Diagnostetätigkeiten gegenüber Gesundheitsberatung eingeräumt wird.

Zwischenfazit: In Anlehnung an Bucher und Strauss (1972) kann von einer internen Vielfalt der ärztlichen Profession basierend auf der unterschiedlichen Gewichtung verschiedener Elemente der ärztlichen Praxis ausgegangen werden. Mit Blick auf die Priorität der zu erfüllenden Aufgaben können sich demzufolge Abweichungen zu Positionen der professionellen Vereinigungen durchaus möglich sein (Bucher und Strauss 1972, 191). In Deutschland vertreten z.B. die Bundesärztekammer als die Spitzenorganisation der ärztlichen Interessensvertretung oder die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, die Meinung, Gesundheitsberatung stelle eine der zentralen ärztlichen Aufgaben dar. Jedoch ergibt sich aus diesen Verlautbarungen nicht zwangsläufig, dass alle Ärzte diese Meinungen teilen. So kann beispielsweise angenommen werden, dass hausärztlich tätige Internisten im Vergleich zu Fachärzten für Allgemeinmedizin und Praktischen Ärzten (welche in Deutschland ebenfalls zu den Hausärzten zählen) aufgrund ihrer Spezialisierung mehr Wert auf die Behandlungstätigkeiten legen als auf die Gesundheitsberatung. In Bezug auf die Zielsetzung der vorliegenden Arbeit kann zudem angenommen werden, dass die Gruppen, die den präventiven Tätigkeiten einen hohen Stellenwert in der eigenen beruflichen Praxis einräumen, eher für diesbezügliche gesundheitspolitische Vorgaben empfänglich sind. Diese Gruppen sind somit eher bereit, präventionspolitische Forderungen übergeordneter Akteure in ihrer Praxis umzusetzen.

2.4.2 Machttheoretische Ansätze

Anknüpfend an den Vorstellungen von Bucher und Strauss (1972) geht auch der Soziologe E. Freidson in seinen machttheoretisch orientierten Arbeiten von einer internen Segmentierung der Professionen aus. In diesem Abschnitt werden die analytischen Beschreibungen von Freidson (Freidson 1979, 1986) auf die ärztliche Profession angewendet.

Freidsons zentrale Annahme ist, dass Professionen einen Einfluss sowohl auf politische Entscheidungsprozesse als auch auf die Umsetzung der Gesundheitspolitik haben (Freidson 1986, 209). Dieser Einfluss variiert je nach Position der Professionsmitglieder innerhalb der professionellen Organisation.¹¹ Ähnlich wie Bucher und Strauss (1972) nimmt auch Freidson die Differenzierung der Professionsmitglieder in Praktiker (*practitioners*), Verwalter (*administrators*)

¹¹ Der Begriff ‚professionelle Organisation‘ wird in diesem Abschnitt nicht im Sinne der formellen professionellen Vereinigung gebraucht, sondern im Sinne der Organisation der Arbeit oder Praxis.

und die im Forschungsbereich tätigen (*teacher-researchers*) als grundlegend an. Diese Differenzierung stellt ein wichtiges Merkmal der modernen professionellen Organisationen dar (Freidson 1986, 211). Zentrales Kriterium für diese Segmentierung ist der Zugang zur Kontrolle über die Arbeitsinhalte und die Arbeitsorganisation.

Die drei Gruppen vertreten unterschiedliche Interessen und Perspektiven. *Teacher-researchers* kontrollieren Rekrutierung, Ausbildung und Qualifizierung der Professionsmitglieder (Freidson 1986, 211). Sie produzieren und legitimieren formales Wissen, d.h. spezifisches theoretisches Wissen, das von den Professionellen getragen wird. Die Aufgabe der Professionsmitglieder in administrativen Positionen – mit Bezug auf den Gegenstand dieser Arbeit sind das beispielsweise Mitarbeiter der Ärztekammern oder der kassenärztlichen Vereinigungen – besteht darin, die Arbeit der Praktiker zu kontrollieren und zu bewerten. Sie formulieren Regeln und Richtlinien bezüglich der Arbeitsorganisation der Praktiker, die zur Evaluation der erbrachten Leistungen herangezogen werden (Freidson 1986, 215). Verwalter beschäftigen sich des Weiteren mit der Frage, wie die Arbeit der Praktiker gestaltet werden soll, um Interessen politischer und ökonomischer Akteure zu entsprechen, von welchen die professionelle Organisation abhängig ist. Sie repräsentieren Politik und Interessen ihrer professionellen Organisation und nicht nur die der Praktiker (Freidson 1986, 212). Die Spannungen zwischen den Verwaltern und Praktikern, die sich gänzlich mit der Bewältigung der täglichen Arbeitsaufgaben und -probleme befassen, sind somit unvermeidbar. Ähnliches gilt für die Beziehung zwischen den Praktikern und den Professionsmitgliedern in der Forschung. Die Klagen der praktizierenden Ärzte darüber, dass akademische Ausbildung zu theoretisch gestaltet werde und den Nachwuchs nicht ausreichend auf das Praxisleben vorbereite, sind allgemein bekannt.

Die drei Gruppen sind innerhalb des professionellen Systems hierarchisch gesehen unterschiedlich positioniert und haben somit Zugang zu jeweils unterschiedlichen Machtressourcen (Freidson 1986, 213). Dementsprechend unterschiedlich sind auch ihre Möglichkeiten, politische Entscheidungsprozesse und die Umsetzung der Gesundheitspolitik zu bestimmen. Praktizierende Ärzte haben wenig Einfluss auf die Politikgestaltung (*policy-making*) der ärztlichen Profession und nur wenige Möglichkeiten, allgemeine öffentliche Probleme und Bedürfnisse zu definieren. Als Gatekeeper bei dem Zugang zu den gewünschten Leistungen haben sie aber eine gewisse Macht über die Umsetzung der Politikinhalte in der eigenen Praxis. Die praktizierenden Ärzte entscheiden darüber, welche Diagnose- oder Behandlungsmethode sie in einem konkreten Fall anwenden und ob sie beispielsweise die Lebensgewohnheiten des Patienten und deren Auswirkungen auf die Gesundheit im Arzt-Patient-Gespräch thematisieren. Im Gegenzug erwarten die Ärzte die Befolgung der vereinbarten Maßnahmen durch die Patienten (d.h. Therapietreue). Die Entscheidungen darüber, welche Leistungen in den Leistungsumfang der praktizierenden Ärzten fallen und nach welchen Kriterien diese honoriert werden, werden von

Professionsmitgliedern in administrativen Positionen getroffen (Freidson 1986, 214). So gesehen bestimmen also die Verwalter, wie viel Kontrolle die Praktiker über ihre Patienten ausüben können. Jedoch auch innerhalb der jeweiligen Gruppen unterscheiden sich Professionsmitglieder mit Blick auf den Zugang zu den Machtressourcen. So sind es beispielsweise nicht die einfachen Professionellen, die die Politikgestaltung bestimmen, sondern die Führungsmitglieder und solche in hervorgehobenen Positionen (*elite practitioners, administrators, and academics*; Freidson 1986).

Der Einfluss der Vertreter der ärztlichen Profession aus dem akademischen Bereich (*Teacher-researchers*) auf die Umsetzung der Präventionspolitik kann zum Beispiel in der Einführung neuer Lehrinhalte in die medizinischen Curricula zur Qualifizierung des Nachwuchses in den Bereichen der Gesundheitsförderung und Prävention gesehen werden. So wurde im Jahr 2004 der interdisziplinäre Querschnittsbereich „Prävention und Gesundheitsförderung“ in die medizinische Ausbildung aufgenommen. Neben der Vermittlung des Grundlagenwissens über Krankheiten zielt die ärztliche Ausbildung seitdem auch auf die Vermittlung der „für das ärztliche Handeln erforderlichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten in Diagnostik, Therapie, Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation“ ab (ÄAppO 2002).

Der Einfluss der praktizierenden Professionsmitglieder auf die Umsetzung der Politik kann sich im Allgemeinen beispielsweise darin äußern, dass sie in Abhängigkeit von den aktuellen Arbeitserfordernissen selbst entscheiden, inwiefern bestimmte Politikinhalt in ihre tägliche Arbeit Eingang finden (Freidson 1986, 216 ff.). Ungeachtet der vorhandenen präventionspolitischen Vorgaben der übergeordneten Akteure bleibt also der praktizierende Arzt derjenige, der in einem konkreten Fall über das Angebot der Gesundheitsberatung entscheidet. Neben dem in der Ausbildung erworbenen Wissen und internalisierten Werten spielen nach Freidson der konkrete Arbeitskontext und die subjektive Einstellungen des Arztes eine nicht zu vernachlässigende Rolle in der Ausübung des ärztlichen professionellen Handelns (Freidson 1975, 47 ff.).

Das ärztliche Handeln ist zu einem gewissen Maß situationsbezogen, d.h. es stellt Reaktionen auf die Zwänge in konkreten Arbeitssituationen dar (Freidson 1979, 77). Hierbei reicht Freidsons Auffassung der Arbeitssituation von der Gestaltung einer konkreten Sprechstunde über die Organisation der Tätigkeit in einer konkreten Praxisform bis hin zu interpersonellen Beziehungen zu Kollegen oder förmlichen Beziehungen zu Berufsverbänden (Freidson 1979, 78). Um die Abhängigkeit der ärztlichen Tätigkeit von solchen Rahmenbedingungen zu demonstrieren, nennt Freidson das Beispiel eines US-amerikanischen Allgemeinmediziners, der seine Einzelpraxis in einem Stadtviertel mit hoher Arztdichte hat und in losen Kooperationsbeziehungen zu seinen Kollegen steht. Der Arzt in einer solchen Praxis, die auf der Basis Leistung-gegen-Bezahlung (pay-for-performance) funktioniert, kann sich oft weder auf die Loyalität der Patienten noch auf

die seiner Kollegen verlassen. Die Existenz und die Wirtschaftlichkeit einer solchen Praxis hängen von der Bewertung und der Zufriedenheit der Patienten ab. Daher wird die ärztliche Tätigkeit in einer solchen Praxis in hohem Maße von den Wünschen und Vorstellungen der Patienten beeinflusst (Freidson 1979, 79).

Neben diesen Merkmalen der ärztlichen Arbeitsorganisation sollen nach Freidson auch subjektive Einstellungen des Arztes gegenüber verschiedenen Therapie- und Diagnosemethoden als weitere Determinanten des ärztlichen Handelns berücksichtigt werden. Obwohl die Hauptaufgabe eines Arztes darin zu sehen ist, die Krankheiten aufgrund der vom Patienten geäußerten Beschwerden zu identifizieren und diese zu behandeln, existiert innerhalb der Ärzteschaft oftmals keine Einhelligkeit über die Diagnostizierung und Behandlung vieler Krankheiten (Freidson 1979, 217). So hängt in vielen Fällen die Entscheidung darüber, welche Diagnose- und Therapiemethode angewendet wird (z.B. Entfernung oder Nicht-Entfernung der Mandeln, Anwendung von Bestrahlung oder ein chirurgischer Eingriff), teils von den vorhandenen Krankheitssymptomen und teils von der subjektiven Einstellung¹² bzw. den Ansichten des Arztes ab (Freidson 1979, 218). Diese Ansichten und individuellen Behandlungsauffassungen gründen in den individuellen klinischen Erfahrungen des Arztes.

Es ist anzunehmen, dass Bedingungen, die Freidson als entscheidend für die Ausübung der ärztlichen Tätigkeit postuliert hat, eine wichtige Rolle auch für das Angebot einer Gesundheitsberatung in der Arztpraxis spielen: Auch für den Angebot präventiver Leistungen sind der konkrete Arbeitskontext und die subjektive Einstellung der Ärzte, d.h. ihre Auffassung über den Stellenwert der präventiven Tätigkeiten in der eigenen beruflichen Praxis, entscheidend.

Zwischenfazit: In seinem machttheoretischen Ansatz betont Freidson eine aktive Rolle der Professionsmitglieder bei der Umsetzung der Gesundheitspolitik. Die praktizierenden Ärzte können demnach in Abhängigkeit von konkreten Rahmenbedingungen selbst entscheiden, ob präventionspolitische Vorgaben Eingang in ihre tägliche Arbeit finden. Es ist zudem anzunehmen, dass die subjektive Einstellung der Ärzte (d.h. die individuelle Bewertung des Stellenwerts präventiver Tätigkeiten in der eigenen beruflichen Praxis) ähnlich wie bei Bucher und Strauss (1972) darüber entscheidet, ob den Patienten präventive Leistungen angeboten werden oder nicht. Festgehalten werden muss an dieser Stelle, dass das Angebot der Gesundheitsberatung somit von Merkmalen aufseiten des Arztes selbst (z.B. sein Wissen, seine subjektive Einstellung gegen-

¹² Als solche Einstellungen betrachtet Freidson auch persönliche optimistische oder pessimistische Einstellungen des Arztes gegenüber den Behandlungsmethoden und seinen Patienten. Glaubt ein Arzt an die Wirksamkeit der von ihm eingesetzten Therapie, kann er mit seinen subjektiven Reaktionen auch die Behandlungserfolge beeinflussen. Dieses Phänomen ist unter dem Namen der sich *selbst erfüllenden Prophezeiung* bekannt (Freidson 1979, 220).

über Prävention und Gesundheitsberatung) aber auch von Merkmalen des Arbeitskontextes (z.B. Praxisform, Charakteristika des Praxisstandortes) abhängen kann. Angesichts der beschriebenen suboptimalen Rahmenbedingungen für das Angebot der präventiven Gesundheitsberatung in der Praxis (vgl. Abschnitt 2.2.2) ist auch anzunehmen, die Hausärzteschaft keine geschlossene Gruppe hinsichtlich der Bewertung der Bedeutung präventiver Tätigkeiten für die eigene Praxis darstellt. Es ist denkbar, dass hier Gruppen mit abweichenden Gewichtungen präventiver und kurativer Aufgaben in der täglichen Praxis existieren. Dabei sind auch Abweichungen von Positionen der offiziellen Organisationen möglich. Obwohl die ärztlichen Spitzenorganisationen die Bedeutung der Gesundheitsberatung und der Verhaltensprävention durch den Arzt unterstreichen, entscheidet jeder praktizierende Arzt für sich über das (Nicht-) Angebot der Gesundheitsberatung.

3 Stand der empirischen Forschung

Basierend auf der interaktionistischen Sichtweise auf ärztliche Profession wurde argumentiert, dass innerhalb der Hausärzteschaft Gruppen mit unterschiedlichen Bewertungen des Stellenwertes präventiver Tätigkeiten in der eigenen Praxis existieren können. Entsprechend dieser Bewertung reagieren diese Gruppen unterschiedlich auf präventionspolitische Vorgaben. Zudem hob Freidson (1979) die Relevanz des Arbeitskontextes und einiger Charakteristika der Ärzte selbst für die Umsetzung politischer Vorgaben hervor. Demensprechend ist ein Zusammenhang zwischen diesen Merkmalen und dem Angebot verhaltenspräventiver Gesundheitsberatung in der Hausarztpraxis anzunehmen. Basierend auf bisherigen empirischen Forschungsergebnissen sollen in diesem Abschnitt weitere mögliche Korrelate des Angebots der ärztlichen Gesundheitsberatung im Kontext kardiovaskulärer Erkrankungen herausgearbeitet werden. Dabei wird zunächst auf einige wenige soziologische Arbeiten eingegangen, die sich der Untersuchung der Determinanten der ärztlichen Berufsausübung gewidmet haben (Abschnitt 3.1). Anschließend werden die Ergebnisse der umfangreicheren epidemiologischen Forschung zu den Faktoren dargestellt, die mit dem Angebot der Gesundheitsberatung zur kardiovaskulären Prävention assoziiert sind (Abschnitt 3.2). Ebenso wird das konzeptionelle Modell, auf welchem diese Arbeit fußt, vorgestellt (Abschnitt 3.4). Basierend auf diesem Modell werden anschließend Hypothesen für die empirische Untersuchung abgeleitet und formuliert.

3.1 Soziologische Analysen ärztlicher Berufsausübung

In der soziologischen Beforschung der ärztlichen Berufsausübung lassen sich drei zentrale Gruppen von Bestimmungsfaktoren ausmachen (McKinlay und Marceau 2002, 402f.): patientenbezogene Attribute, die in den soziologischen Studien der sog. ersten Generation (ebd., 402) im Mittelpunkt stehen, arztbezogene Attribute (im Fokus der Studien der zweiten Generation) und Merkmale der Arbeitssituation (die dritte Generation der Studien). Letztere konzentrieren sich auf soziale, ökonomische und organisationale Strukturen der Arbeitssituation als Bestimmungsfaktoren für die Ausgestaltung der Arzt-Patienten-Beziehung (ebd., 402).

In der soziologischen Beschreibung der ärztlichen Profession von Freidson wurden einige Merkmale der Arbeitssituation als Bestimmungsfaktoren der ärztlichen Berufsausübung identifiziert (Abschnitt 2.4.2). So können beispielsweise Art und Umfang der den Patienten angebotenen Leistungen mit dem Typ der Praxis zusammenhängen, in der der Arzt tätig ist. So vermutet der Autor erhebliche Unterschiede in der Qualität der Patientenversorgung zwischen Ärzten, die

in einer Gruppenpraxis tätig sind, und Ärzten, die eine Einzelpraxis haben. Letzteren fehle oftmals der Zugang zu modernen diagnostischen und therapeutischen Verfahren, u.a. aufgrund der hohen Anschaffungskosten. Dagegen fördere eine Gruppenpraxis, in der die Kosten für die Anschaffung der neuesten Ausstattung geteilt werden können, eine höhere Versorgungsqualität (Freidson 1979, 85). Als weitere für die ärztliche Berufsausübung relevante Merkmale des Arbeitskontextes sind regionale Charakteristika des Niederlassungsortes zu betrachten. Je nach Urbanitätsgrad des Niederlassungsortes variieren die Arztdichte und damit auch die Anzahl der Patientenkontakte. Mit den besagten Charakteristika des Praxistyps und des Praxisstandortes hängt auch der Umfang der formellen und informellen Kooperation mit Kollegen zusammen.

Neben diesen Merkmalen des Arbeitsumfelds sind auch einige Charakteristika des Arztes selbst, wie z.B. seine Fachrichtung, seine formelle Ausbildung und seine klinische Erfahrung bei der Analyse der Unterschiede in der Ausübung des ärztlichen Berufs zu berücksichtigen. Diese Merkmale können sich auf die subjektive Einstellungen gegenüber bestimmten Diagnose- oder Therapieverfahren auswirken und damit auch über die Anwendung dieser Methoden in der Praxis entscheiden (Freidson 1979, 218). Weitere Faktoren, die bei der Entwicklung dieser subjektiven Einstellung eine Rolle spielen können, sind beispielsweise der Austausch mit ärztlichen Kollegen über eine bestimmte Therapiemethode oder auch die Anzahl der Patienten, die mit dieser Methode erfolgreich behandelt wurden. Damit ist eine Verbindung zwischen den Charakteristika des Arbeitsumfeldes und den arztbezogenen Faktoren zu vermuten.

Zwei medizinsoziologische Literaturstudien widmeten sich zu unterschiedlichen Zeitpunkten der Systematisierung von Einflussgrößen auf das ärztliche Handeln (Clark et al. 1991; Eisenberg 1979). Neben den bereits vorgestellten arztbezogenen Faktoren und Merkmalen des Arbeitsumfelds identifizierten die Autoren einige Merkmale auf Seiten des Patienten, die sich auf die ärztliche Tätigkeit auswirken können. So ist beispielsweise sowohl ein Einfluss des Geschlechts als auch des Alters des Patienten auf die Interpretation und Beurteilung klinischer Daten und die daran anschließende Diagnose- und Therapiepraxis denkbar. Das Modell einer bestimmten Krankheit, ihre typischen Beschwerdebilder und die Behandlungspraktiken, die während der medizinischen Ausbildung vermittelt werden, können oft alters- oder geschlechterbezogenen Stereotype reflektieren (Clark et al. 1991). So ist beispielsweise bekannt, dass sich Angina Pectoris bei weiblichen Patienten oft in einer eher ‚atypischen‘ Weise äußert. Das klassische Beschwerdebild, das sich als ein bei körperlicher Anstrengung auftretender Brustschmerz präsentiert, basiert auf typischen Symptomäußerungen bei männlichen Patienten (Crilly et al. 2007).

Die Erkenntnisse aus soziologischen Forschungsarbeiten lassen sich zusammenfassend in Abbildung 3 veranschaulichen. Dieser Darstellung liegen Arbeiten zugrunde, die sich entweder mit der ärztlichen Berufsausübung im Allgemeinen (Freidson 1979) oder mit den ärztlichen Ent-

scheidungsprozessen in einer konkreten Arbeitssituation (Clark et al. 1991; Eisenberg 1979) befassen und sich nicht explizit auf die ärztliche Gesundheitsberatung beziehen. Im folgenden Abschnitt soll geklärt werden, ob die abgebildeten Charakteristika möglicherweise auch das Angebot der präventiven Gesundheitsberatung mitbestimmen.

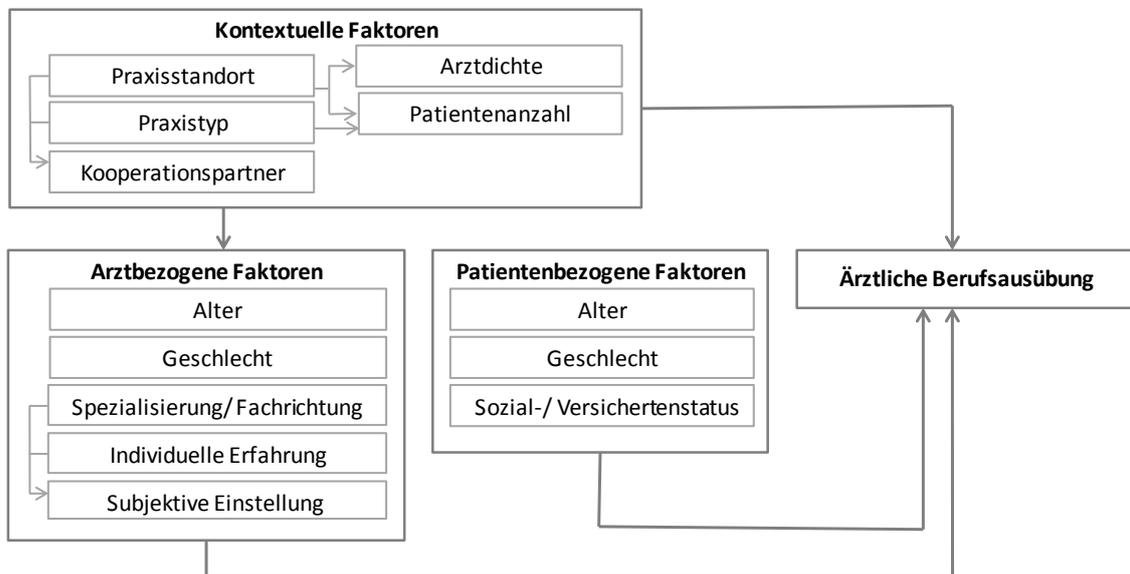


Abbildung 3: Korrelate der ärztlichen Berufsausübung

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Freidson (1979), erweitert durch Ergebnisse der Literaturstudien von Eisenberg (1979) und Clark et al. (1991).

3.2 Epidemiologische Analysen der hausärztlichen Gesundheitsberatung

In diesem Abschnitt werden Ergebnisse epidemiologischer Studien dargestellt, die sich mit Einflussfaktoren auf das Angebot der ärztlichen Gesundheitsberatung befassen. Aufgrund der Schwerpunktsetzung dieser Arbeit liegt der Fokus in erster Linie auf den hausärztlichen Aktivitäten zur Prävention von kardiovaskulären Erkrankungen, d.h. der Erfassung des individuellen kardiovaskulären Risikos der Patienten und der Beratung zu den jeweiligen lebensstilbezogenen Risikofaktoren. Die Darstellung der Ergebnisse konzentriert sich auf Zusammenhänge zwischen den besagten ärztlichen Präventionstätigkeiten und den nicht-klinischen Faktoren auf Seiten der Patienten, des Arztes selbst sowie des Arbeitskontextes.

Im Rahmen der Recherche wurden die medizinische Literaturdatenbank Medline/Pubmed, die soziologische Datenbank CSA Sociological Abstracts sowie die psychologische Literaturdatenbank PsycINFO nach Veröffentlichungen durchsucht. Die Schlüsselwörter für die Suche hat die Autorin entsprechend der Terminologie des Medical Subject Heading Thesaurus (MeSH Terms), eines Vokabulars der medizinischen Nationalbibliothek (USA), gewählt.¹³ Die Literatursuche am 10. August 2012 lieferte 501 Treffer. Eingeschlossen wurden englischsprachige Veröffentlichungen aus dem Zeitraum zwischen 01.01.1990 und 30.06.2012, die sich mit der angewandten Praxis hinsichtlich der Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen in der hausärztlichen Versorgung befassten. Die berichteten Ergebnisse sollten aus Querschnitterhebungen und Umfragen (Surveys) stammen und Zusammenhänge mit arzt-, patienten- und praxisbezogenen Faktoren berichten. Die Referenzlisten der eingeschlossenen Veröffentlichungen wurden zusätzlich nach geeigneten Publikationen durchsucht. Insgesamt wurden 38 Artikel eingeschlossen. Eine Übersicht der eingeschlossenen Studien findet sich im Anhang (Anhang A). Unter den eingeschlossenen Veröffentlichungen thematisierten 18 arztbezogene Charakteristika als Bestimmungsfaktoren der angebotenen Gesundheitsberatung. Ebenfalls 18 Studien untersuchten Zusammenhänge mit patientenbezogenen Merkmalen und sechs mit praxisbezogenen Variablen (Tabelle 3).

¹³ Die verwendete Suchanfrage lautete: (“physicians, family”[MeSH Terms] OR “general practitioners”[MeSH Terms] OR “primary health care”[MeSH Terms] OR “family practice”[MeSH Terms]) AND („physician's practice patterns”[MeSH Terms] OR “decision making”[MeSH Terms] OR “health knowledge, attitudes, practice”[MeSH Terms] OR “primary prevention”[MeSH Terms] OR “preventive health services”[MeSH Terms] OR “preventive medicine” [MeSH Terms] OR “counseling”[MeSH Terms] OR “disease management”[MeSH Terms] OR “health promotion”[MeSH Terms]) AND („cardiovascular diseases”[MeSH Terms] OR “risk factors”[MeSH Terms] OR “life style”[MeSH Terms])

Tabelle 3: Übersicht der mit der hausärztlichen Gesundheitsberatung assoziierten Faktoren in den eingeschlossenen Veröffentlichungen

Autor	Arztbezogene Faktoren	Patientenbezogene Faktoren	Kontextbezogene Faktoren
Ammerman et al. (1993)	X		
Arndt et al. (2002)		X	
Dalton et al. (2011)		X	
Doroodchi et al. (2008)	X		X
Doyle et al. (1991)		X	
Eaton et al. (2002)		X	
Ellerbe et al. (2001)	X	X	
Friedmann et al. (1996)	X		
Frijling et al. (2002)	X	X	
Heidrich et al. (2005)	X		
Holund et al. (1997)	X	X	
Houlihan et al. (2009)		X	
Kushner (1995)	X		X
Laws et al. (2009)	X		X
Little et al. (1999)		X	
Lobo et al. (2003)	X		X
McAvoy et al. (1999)	X		X
Meland et al. (1994)	X		
Mosca et al. (2005)		X	
Mukamal (2007)		X	
Munoz et al. (2005)		X	
Podl et al. (1999)		X	
Pomeroy & Cant (2010)	X		
Roncaglioni et al. (2004)		X	
Saxena et al. (2007)			X
Shea et al. (1990)	X		
Silagy et al. (1992)		X	
Sonntag et al. (2010)	X	X	
Steckelings et al. (2004)		X	
Tu et al. (2009)	X		
Turnbull et al. (2011)		X	
Vancheri et al. (2009)	X		
Walsh et al. (1999)	X		

Alphabetische Sortierung. Quelle: Eigene Ergebnisse, eigene Darstellung.

3.2.1 Zusammenhänge mit arztbezogenen Charakteristika

Geschlecht

In sieben Studien wurden Assoziationen zwischen dem Geschlecht des Arztes und präventiven Leistungen für Patienten festgestellt. So zeigte eine Untersuchung aus den Niederlanden eine bessere *Erfassung und Dokumentation kardiovaskulärer Risikofaktoren* in den Praxen mit ausschließlich weiblichen Ärzten (Lobo et al. 2003).

Mit Bezug auf *Gesundheitsberatung* im Rahmen der kardiovaskulären Prävention thematisierten einige Studien Unterschiede je nach Geschlecht des Arztes. In einer Beobachtungsstudie aus den USA stellten die Autoren fest, dass Ärztinnen häufiger das Thema Rauchen in dem Arzt-Patient-Gespräch thematisierten (Ellerbeck et al. 2001). In einer qualitativen Hausarztstudie aus Deutschland fanden die Autoren heraus, dass Ärztinnen verglichen zu ihren männlichen Kollegen signifikant häufiger die Ernährungsgewohnheiten ihrer Patienten ansprachen (Sonntag et al. 2010). In einer weiteren Untersuchung aus den USA zeigte sich, dass Ärztinnen ihren Patienten häufiger instrumentelle Hilfe zur Senkung der Blutfettwerte anboten, wie z.B. Empfehlungen zur Ernährungsumstellung oder Bereitstellung schriftlicher Informationsmaterialien (Ammerman et al. 1993). Weibliche Ärzte gaben zudem signifikant häufiger an, selbst auf eine ausgewogene Ernährung zu achten (Ammerman et al. 1993). Mit diesem Ergebnis stimmen auch die Erkenntnisse einer experimentellen Studie aus Dänemark überein. Hier konnte gezeigt werden, dass Ärztinnen im Rahmen der Prävention von kardiovaskulären Erkrankungen, Krebs, Osteoporose und Gewichtsstörungen häufiger als ihre männlichen Kollegen Ernährung, körperliche Aktivität und psychosoziale Faktoren in dem Arzt-Patient-Gespräch mit hypothetischen Patienten ansprechen würden (Holund et al. 1997). Vergleichbare Ergebnisse lagen für die Niederlande vor: Hier wurde mit dem weiblichen Geschlecht des Arztes eine 3,25-mal so hohe Chance verbunden, die Patienten mit kardiovaskulären Beschwerden zu beraten und ihnen Informationsmaterialien anzubieten (Frijling et al. 2002).

In zwei Studien konnten *Interaktionen* zwischen dem Geschlecht des Arztes und dem Geschlecht des Patienten im Rahmen der kardiovaskulären Prävention gezeigt werden. So stellten Sonntag und Kollegen für Deutschland fest, dass die Sprechstunde in weiblichen Dyaden (Ärztin-Patientin) mit über 11 Minuten signifikant länger dauerte als in männlichen Arzt-Patient-Dyaden (Sonntag et al. 2010). Die Autoren diskutieren dies als einen möglichen Hinweis darauf, dass Patientinnen eher von präventiven Beratungen profitieren als männliche Patienten (Sonntag et al. 2010). Eine Umfrage von Bluthochdruck-Patienten in Schweden zeigte, dass Patientinnen eher günstigere Blutdruckwerte erreichten, wenn sie von Ärztinnen behandelt wurden (Journath et al. 2008). Patienten beiderlei Geschlechts erhielten bei Ärztinnen zudem eine bessere Kontrolle der Cholesterin-Werte. Als mögliche Erklärungen diskutieren die Autoren Unter-

schiede in der Beratungspraxis je nach Geschlecht des Arztes. Die Autoren folgern, dass Ärztinnen mehr Zeit für Beratung und andere präventive Leistungen aufwenden. Sie hören den Patienten häufiger zu, ohne sie zu unterbrechen, legen mehr Wert auf partnerschaftliche Beziehung und teilen mehr Informationen mit ihren Patienten (Journath et al. 2008).

Alter und Niederlassungsdauer

Da das Alter des Arztes und die Tätigkeitsdauer seit Niederlassung meist korrelieren, werden die empirischen Ergebnisse bezüglich dieser Faktoren in einem Abschnitt zusammengefasst. Die Forschungslage in diesem Bereich ist weniger eindeutig als beim oben aufgeführten Forschungsstand zum Arztgeschlecht. In einer Ärztebefragung aus den USA zeigte sich, dass Patienten von Ärzten, die älter als 35 waren, signifikant häufiger zur aktuellen Bewegungsaktivität befragt (82% vs. 60%) und beraten (58% vs. 37%) wurden (Walsh et al. 1999) als Patienten jüngerer Ärzte. Auch in den Niederlanden berieten Ärzte über 45 ihre Bluthochdruckpatienten häufiger als jüngere Kollegen und baten ihnen häufiger schriftliche Informationen an (Frijling et al. 2002). Inverse Assoziationen zwischen der Niederlassungsdauer bzw. dem Alter des Arztes und der Häufigkeit der Beratung zu Tabakentwöhnung wurden hingegen in einer weiteren Studie aus den USA festgestellt (Ellerbeck et al. 2001). Auch für die Häufigkeit und die Qualität der *Erfassung von kardiovaskulären Risikofaktoren* bei den Patienten zeigte eine Studie aus den Niederlanden einen positiven Zusammenhang mit einer geringeren Niederlassungsdauer, d.h. weniger als 15 Jahre (Lobo et al. 2003).

Fachrichtung

Nur in wenigen Studien konnten Zusammenhänge zwischen der Fachrichtung des Arztes und den präventiven Leistungen identifiziert werden. So konnten Walsh et al. (1999) feststellen, dass Allgemeinmediziner verglichen mit Internisten ihre Patienten häufiger zu Bewegung und körperlichen Aktivität befragten (85% vs. 62%) und berieten (48% vs. 29%) (Walsh et al. 1999). Als mögliche Erklärungen hierfür sehen die Autoren zum einen unterschiedliche Ausbildungen, die die Ärzte dieser beiden Fachrichtungen durchlaufen: Die Autoren nehmen an, dass Allgemeinmediziner eher für die Beratungsleistungen ausgebildet wurden. Zum anderen führen die Autoren an, dass Internisten häufig kränkere Patienten betreuen, sodass dadurch weniger Raum für präventive Leistungen bleibt (Walsh et al. 1999).

Im Rahmen einer Studie aus Münster wurden positive Assoziationen zwischen der Fachrichtung Innere Medizin und der Kenntnis von Leitlinien zu Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen sowie dem leitliniengerechten Bluthochdruck- und Blutfett-Management festgestellt (Heidrich et al. 2005). Zwei weitere Studien dokumentieren Differenzen zwischen Allgemeinmedizinern und Internisten einerseits und Fachärzten für Kardiologie andererseits bei der Risikobestimmung im Rahmen der kardiovaskulären Prävention. Eine experimentelle Studie aus den USA

untersuchte, ob die Einschätzung des kardiovaskulären Risikos bei Patienten je nach Fachrichtung des Arztes variiert (Friedmann et al. 1996). Anhand vorgegebener Fallbeschreibungen sollten die Studienteilnehmer das Risiko der Patienten einschätzen, in den nächsten 10 Jahren eine Herzerkrankung zu entwickeln. Es hat sich gezeigt, dass im Vergleich zu Kardiologen Allgemeinmediziner und Internisten das kardiovaskuläre Risiko bei Patienten überschätzten und damit weniger genau einschätzten (Friedmann et al. 1996). Vergleichbare Ergebnisse lagen für Ärzte aus Italien vor. Hier schätzten Kardiologen das kardiovaskuläre Risiko von hypothetischen Patienten im Vergleich zu Allgemeinmedizinern und Internisten als geringer ein (Vancheri et al. 2009). In diesen Studien wurde jedoch keine Aussage zu etwaigen Unterschieden zwischen Fachärzten für Allgemeinmedizin und für Innere Medizin getroffen.

Einstellungen und Wissen

Hinsichtlich der Einflüsse seitens der Variablen, die nicht sozialstruktureller Natur sind, wie Wissen und Einstellungen der Ärzte, ließ sich bei den gesichteten Studien eine gemeinsame Tendenz erkennen, die sich wie folgt beschreiben lässt: Fühlen sich die Ärzte für die Lebensstilberatung gut ausgebildet und sehen sie gute Erfolgchancen einer Lebensstilintervention, beraten sie ihre Patienten auch häufiger. So korrelierte die von den Ärzten wahrgenommene eigene Beratungskompetenz positiv mit dem Angebot der Gesundheitsberatung in Bereichen Ernährung (Kushner 1995), körperliche Aktivität (Walsh et al. 1999) und Tabakkonsum (Ellerbeck et al. 2001). In einer deutschen Ärztebefragung aus Münster zeigte sich, dass die Ärzte, die mit den Leitlinien zum Cholesterin-Management vertraut waren, ihre rauchenden Patienten signifikant häufiger zu Tabakentwöhnungskursen überwiesen (Heidrich et al. 2005). Die von den Ärzten wahrgenommene Effektivität von Lebensstilinterventionen stellt einen weiteren Faktor für die Erklärung der Varianz der angebotenen Lebensstilinterventionen dar (Laws et al. 2009). So zeigten die Ergebnisse einer US-amerikanischen Studie, dass Hausärzte, die nach eigener Ansicht ihre Patienten erfolgreich zu einer Ernährungsumstellung motivieren konnten, ihre Patienten häufiger und intensiver hinsichtlich Ernährungsfragen berieten (Ammerman et al. 1993). In einer weiteren Studie wirkte sich das wahrgenommene Desinteresse der Patienten an der Änderung ihrer Ernährungsgewohnheiten negativ auf das Angebot hausärztlicher Empfehlungen bezüglich einer Ernährungsumstellung aus (Kushner 1995). Auch bei Walsh et al. (1999) zeigte sich für den subjektiv wahrgenommenen Erfolg der Patientenmotivation zur Erhöhung der körperlichen Aktivität ein positiver Zusammenhang mit dem Angebot der diesbezüglichen Beratung (Walsh et al. 1999).

3.2.2 Zusammenhänge mit Patientencharakteristika

In insgesamt zwanzig Studien wurden Zusammenhänge zwischen dem Geschlecht bzw. dem Alter der Patienten und dem Angebot an hausärztlicher Beratung festgestellt.

Geschlecht

Das Geschlecht der Patienten ist eine der zentralen Größen im Arzt-Patient-Geschehen. Hinsichtlich der ärztlichen Aktivitäten im Rahmen der kardiovaskulären Prävention dokumentierten sechzehn Studien Assoziationen mit dem Patientengeschlecht. Bezüglich der Bestimmung des kardiovaskulären Risikos der Patienten, welche ein wichtiger Bestandteil der ärztlichen Gesundheitsberatung ist, wurde sowohl in einer experimentellen Studie aus den USA (Mosca et al. 2005) als auch in einem Ärzte-Survey aus Australien (Turnbull et al. 2011) festgestellt, dass das individuelle kardiovaskuläre Risiko weiblicher Patienten signifikant häufiger unterschätzt wurde. Anhand der subjektiven Einschätzung ordneten die teilnehmenden Ärzte weibliche Patienten häufig in eine niedrigere Risikokategorie ein im Vergleich zu Referenzwerten des Framingham-Scores¹⁴. Hingegen legte eine Untersuchung aus Italien nahe, dass beim Heranziehen des European-Chart als Referenzwert, das Risiko männlicher Patienten häufiger unterschätzt wurde (Roncaglioni et al. 2004). Trotz der Limitationen der eingesetzten Kalkulationsinstrumente, sind diese Erkenntnisse insofern wichtig, als dass die Wahrscheinlichkeit der Lebensstilberatung eng mit der subjektiven Einschätzung des Koronarrisikos durch den Hausarzt und damit auch indirekt mit dem Patientengeschlecht verknüpft ist (Mosca et al. 2005).

Geschlechterspezifische Differenzen zeigten sich ebenfalls bei der *Erfassung von kardiovaskulären Risikofaktoren* sowie bei der *Beratung* hinsichtlich dieser Risikofaktoren. So stellen Dalton und Koautoren in ihrer Untersuchung fest, dass bei weiblichen Patienten die kardiovaskulären Risikofaktoren Blutdruck-, Blutfettwerte, Gewicht und Tabakkonsum häufiger erfasst wurden als bei männlichen (Dalton et al. 2011). In einer Studie aus den Niederlanden wurde ein negativer Zusammenhang zwischen dem weiblichen Geschlecht der Patienten und der Häufigkeit der Lebensstilberatung sowie dem Erhalt weiterer Informationen zu Lebensstil festgestellt (Frijling et al. 2002). Zu einem ähnlichen Ergebnis kommen Little et al. (1999) in ihrer Befragung von Patienten aus zwei Großpraxen in Großbritannien. Demnach konnten sich männliche Patienten

¹⁴ Der Framingham-Score ist ein etabliertes Instrument zur Kalkulation des individuellen prädiktiven Risikoprofils für kardiovaskuläre Erkrankungen von Patienten. Hierbei werden die einzelnen vorliegenden Risikofaktoren basierend auf den Erkenntnissen der Framingham-Studie gewichtet und summiert. Anhand der Gesamtsumme wird der Patient einer Risikogruppe zugeordnet. Als Limitation dieses Kalkulationsinstruments wird häufig diskutiert, dass der Score nur für Populationen valide Ergebnisse liefern kann, die der in der zugrunde liegenden Studienpopulation ähnlich ist. So hat sich beispielsweise gezeigt, dass der Framingham-Score das kardiovaskuläre Risiko bei Patienten aus Europa überschätzen kann (Werner und Böhm 2010).

eher daran erinnern, bei ihren Hausarztbesuchen eine Beratung zu Ernährung, Bewegung, Alkoholkonsum oder Rauchen erhalten zu haben (Little et al. 1999).

Eine Beobachtungsstudie aus den USA (Direct Observation of Primary Care Study) kam zu dem Ergebnis, dass männliche Patienten im Vergleich zu weiblichen eher zu Bewegung und körperlicher Aktivität beraten wurden (Podl et al. 1999). Ähnliche Ergebnisse entstammen einer Patientenbefragung aus England. Hier berichteten männliche im Vergleich zu weiblichen Patienten signifikant häufiger, von ihrem Arzt zu Bewegung (11% vs. 4%) und Alkoholkonsum (10% vs. 4%) beraten worden zu sein (Silagy et al. 1992). Zwei Studien, welche die Daten einer populationsbasierten Befragung aus den USA (Behavioral Risk Factor Surveillance System, Centers for Disease Control and Prevention) analysierten, liefern ebenso Hinweise darauf, dass bei Patientinnen der Alkoholkonsum seltener erfragt wurde als bei männlichen Patienten (Arndt et al. 2002; Mukamal 2007). Drei Studien thematisieren geschlechtsspezifische Unterschiede beim Angebot der Beratung zu Ernährung und Körpergewicht. In der Untersuchung von Silagy et al. (1992) gaben Frauen häufiger an, in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung zu ihrem Körpergewicht beraten worden zu sein als männliche Patienten (23% vs. 17%) (Silagy et al. 1992). In der experimentellen Studie aus den USA wurde ebenso festgestellt, dass Ärzte weibliche Patienten eher zu einer etwaigen Gewichtsreduktion beraten würden als männliche (Mosca et al. 2005). Hingegen kamen Holund et al. (1997) in ihrer Hausärztestudie aus Dänemark mit einem ähnlichen experimentellen Design zu einem anderen Ergebnis, wonach männlichen übergewichtigen Patienten eher eine Gewichtsreduktion empfohlen wurde als ihren weiblichen Pendants (Holund et al. 1997).

Differenzen zwischen weiblichen und männlichen Patienten wurden auch bezogen auf die Wahrscheinlichkeit einer Überweisung zu Zusatzuntersuchungen identifiziert. So kamen Kahan und Wandell zu dem Ergebnis, dass männliche Patienten eine um 2,5-fach erhöhte Chance hatten, eine Überweisung zum Echokardiogramm zu erhalten verglichen mit weiblichen Patienten (Kahan und Wandell 2001). In einer Hausärztestudie aus Deutschland fanden die Autoren ebenfalls heraus, dass männliche Patienten mit Brustschmerzen im Vergleich zu weiblichen eine um 83% höhere Chance haben, zum Belastungskardiogramm überwiesen zu werden (Bosner et al. 2011).

Alter

Elf Studien identifizierten das Patientenalter als eine weitere Größe, die die hausärztlichen Präventionsaktivitäten mitbestimmt. Es ergaben sich Differenzen bei der *Erfassung kardiovaskulärer Risikofaktoren* je nach Alter der Patienten: Bei älteren Patienten wurde nicht nur häufiger der Blutdruck kontrolliert (Dalton et al. 2011; Houlihan et al. 2009), sondern auch weitere Risikofaktoren, wie Blutfettwerte, Body-Mass-Index und Tabakkonsum wurden signifikant häufiger

erfasst (Dalton et al. 2011). In einer Studie aus den USA kamen die Autoren zu dem Ergebnis, dass bei jüngeren Patienten Bluthochdruck häufiger unentdeckt bleibt (Doyle et al. 1991). So wurde beispielsweise bei nur 3% der von der Hypertonie betroffenen Männer im Alter zwischen 18 und 24 Jahren diese auch diagnostiziert. Bei den 65- bis 74-Jährigen waren es 78%. Zu einem ähnlichen Ergebnis kam eine Studie aus Münster: Im Rahmen der HYDRA-Studie (Hypertension and Diabetes Screening and Awareness Studie) stellten die Autoren fest, dass der Bluthochdruck bei Patienten unter 29 Jahren seltener erkannt wurde verglichen zu den Patienten über 60 (22% vs. 76%; Steckelings et al. 2004). Während jedoch bei Doyle et al. (1991) Hypertonie bei männlichen Patienten jüngeren Alters häufiger unentdeckt blieb, waren es bei Steckelings et al. (2004) die weiblichen Patienten.

Auch hinsichtlich des Angebots an *Lebensstilberatung* zeigten sich bestimmte Muster je nach Alter des Patienten. In einer Studie aus den Niederlanden stellten Frijling et al. fest, dass für Bluthochdruckpatienten unter 60 eine um 22% höhere Chance bestand, zusätzliche Informationen oder eine Beratung zu Risikofaktoren zu erhalten (Frijling et al. 2002). In zwei Studien aus den USA zeigte sich, dass Patienten im Alter von unter 65 Jahren häufiger zu Tabakentwöhnung (Ellerbeck et al. 2001) und Alkoholkonsum (Arndt et al. 2002) beraten wurden im Vergleich zu den älteren Patienten. Über ähnliche Ergebnisse berichten Mosca et al. (2005) für die USA. In ihrer experimentellen Studie haben die Autoren festgestellt, dass ältere Risikopatienten signifikant seltener Empfehlungen zu Ernährungsumstellung erhalten würden (Mosca et al. 2005). Hingegen zeigten sich bei einer direkten Beobachtung der ärztlichen Beratungsaktivitäten andere Ergebnisse. So dokumentieren Eaton et al. (2002) für Patienten über 60 Jahren im Vergleich zu jüngeren Patienten eine um etwa 50% höhere Chance, während des Hausarztbesuch eine Beratung zu Ernährung zu erhalten (Eaton et al. 2002). Podl und Kollegen identifizierten für diese Altersgruppe eine um 9% höhere Wahrscheinlichkeit zur körperlichen Aktivität beraten zu werden (Podl et al. 1999).

3.2.3 Zusammenhänge mit Charakteristika des Arbeitskontextes

Da auch kontextuelle Praxischarakteristika entscheidend zur Gesundheitsversorgung beitragen können (Streja und Rabkin 1999), wurden die Faktoren, wie *Praxisart*, *Praxisstandort* sowie *Patientenstamm* im Rahmen des Review-Prozesses berücksichtigt. Nur wenige Studien untersuchten mögliche Zusammenhänge zwischen den ärztlichen Beratungsleistungen im Rahmen der kardiovaskulären Prävention und diesen kontextuellen Faktoren. Ergebnisse einer Hausärztebefragung aus England zeigten, dass Ärzte aus Einzelpraxen signifikant mehr Zeit für präventive Beratungsgespräche aufwandten als Ärzte aus Gruppenpraxen (McAvoy et al. 1999). Laut einer Ärztebefragung aus den USA nahmen sich 34% der Ärzte aus den Privatpraxen über 6 Minuten

Zeit für Ernährungsberatungen, während es in einem Krankenhaus nur 17% waren (Kushner 1995).

Mit Unterschieden in den Präventions- und Versorgungsleistungen je nach *Praxisstandort* beschäftigte sich die Studie von Laws und Kollegen aus Australien (Laws et al. 2009). In ihrer Untersuchung stellten sie positive Assoziation zwischen dem ländlichen Praxisstandort und der Häufigkeit von Lebensstilinterventionen fest. Charakteristika des *Patientenstamms* wurden in einer experimentellen Studie aus den USA thematisiert. Hier kamen die Autoren zu dem Ergebnis, dass die Praxen, die weniger Patienten mit Bluthochdruck und Dyslipidämie pro Woche betreuten, eher ein angemessenes Cholesterin-Management in Form von Ernährungsintervention und medikamentösen Maßnahmen gewährleisten konnten (Doroodchi et al. 2008).

3.3 Forschungsergebnisse aus Deutschland

Die zuvor vorgestellten Ergebnisse stammen überwiegend aus den Untersuchungen, die entweder in Nordamerika oder im europäischen Ausland durchgeführt wurden. Im Rahmen der Literatursuche wurden lediglich vier Veröffentlichungen identifiziert, die aus Deutschland stammen (Bosner et al. 2011; Heidrich et al. 2005; Sonntag et al. 2010; Steckelings et al. 2004). Die Ergebnisse dieser Studien wurden im vorherigen Abschnitt vorgestellt. Unter der Annahme, dass die Ergebnisse deutscher Ärztstudien eher in der Landessprache veröffentlicht werden, hat die Verfasserin ergänzend nach deutschsprachigen Publikationen gesucht. Es konnten drei weitere Publikationen identifiziert werden, welche präventive Gesundheitsberatung in der primärärztlichen Versorgung zum Thema haben.

In einer Veröffentlichung von Skoeries et al. (2010) präsentieren die Autoren die Ergebnisse einer Hausärztebefragung aus Brandenburg zum Thema Beratung von rauchenden Patienten. Alle niedergelassenen Hausärzte dieses Bundeslandes wurden zur Teilnahme eingeladen. Etwa die Hälfte (54%; n=637) nahmen an der Befragung teil. Etwa ein Drittel der Befragten (30%) erfasste bei jedem Patientenkontakt die Rauchgewohnheiten. Dreizehn Prozent berieten ihre Patienten zu Rauchentwöhnung. Weiterhin zeigte sich, dass nicht-rauchende Ärzte eher zuversichtlich waren, ihren Patienten eine angemessene Beratung anbieten zu können (Skoeries et al. 2010).

Regus et al. (2013) berichten Ergebnisse einer weiteren Hausärztebefragung aus Brandenburg. Die Mehrheit der 274 teilnehmenden Hausärzten (Teilnahmerate 37%) schätzte die Empfehlungen zur gesundheitsgerechten Lebensweise, zur Motivierung der Patienten mit dem Ziel der Umsetzung dieser Empfehlungen und zur Beratung bei Problemen der Umsetzung als wichtig für das hausärztliche Selbstverständnis ein. Die Befragten fühlten sich für die Beratung bezüglich

physischer Aktivität gut vorbereitet. Dagegen wurde die eigene Kompetenz für die Beratung bezüglich der Tabakentwöhnung eher als schlecht eingeschätzt. Die Mehrheit der Befragten war der Meinung, den präventiven Angeboten zeitlich nicht gerecht werden zu können (Regus et al. 2013).

Eine weitere deutschsprachige Veröffentlichung entstammt einer Interventionsstudie, welche die Effektivität einer Beratungsstrategie in der Herz-Kreislauf-Prävention (ARRIBA-Herz) untersuchte (Sadowski et al. 2005). ARRIBA-Herz¹⁵ stellt ein Werkzeug für Allgemeinmediziner und Hausärzte dar, um das kardiovaskuläre Gesamtrisiko des Patienten abzuschätzen und mit ihm gemeinsam über die weitere Therapie zu entscheiden. Die qualitativ angelegte Pilotstudie mit 90 Hausärzten diente der Untersuchung von Hinderungs- und Motivationsgründen für die Implementation dieser Beratungsstrategie in der Praxis. Zwischen den Anwendern und Nichtanwendern dieses Werkzeugs zeigten sich keine Unterschiede hinsichtlich des Alters und der Niederlassungsdauer. Die inhaltsanalytische Auswertung der Interviews identifizierte die persönliche Einstellung des Arztes zum Konzept des kardiovaskulären Risikos als entscheidend für die Häufigkeit der Anwendung des ARRIBA-Herz-Instruments (Sadowski et al. 2005).

Anhand der vorgestellten Untersuchungen aus Deutschland wird die derzeit hierzulande vorherrschende defizitäre Forschungslage deutlich. Alle identifizierten Studien umfassten Studienpopulationen, die entweder in einer bestimmten Stadt (Heidrich et al. 2005; Sonntag et al. 2010; Steckelings et al. 2004) oder in einem bestimmten Bundesland (Bosner et al. 2011; Regus et al. 2013; Sadowski et al. 2005; Skoeries et al. 2010) niedergelassen waren. Durch diese räumliche Einschränkung ist die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die gesamtdeutsche Hausärzteschaft nur begrenzt möglich. Jedoch sind die räumlichen Differenzen bei der Umsetzung von Präventionsstrategien gerade vor dem Hintergrund der regionalen Unterschiede in der kardiovaskulären Mortalität¹⁶ von besonderem Interesse. Die Studien von zwei deutschen Stiftungen erfassen in regelmäßigen Abständen Daten der niedergelassenen Ärzte: der Gesundheitsmonitor der Bertelsmann-Stiftung sowie die Studie „Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit“ der Stiftung Gesundheit. Diese Studien fokussieren jedoch vor allem auf die wirtschaftliche Lage, auf zeitliche Veränderungen des Gesundheitswesens und auf Reformpläne. Umfassende und repräsentative

¹⁵ ARRIBA steht für 6 Beratungsschritte: Aufgabe gemeinsam definieren, Risiko subjektiv, Risiko objektiv, Information über Präventionsmöglichkeiten, Bewertung der Präventionsmöglichkeiten, Absprache über weiteres Vorgehen.

¹⁶ So zeigten sich im Rahmen der internationalen MONICA-Studie ausgeprägte Unterschiede in der kardiovaskulären Mortalität mit einer tendenziell höheren Sterblichkeit in Nordosten Europas. Dieses sog. Nordost-Südwest-Gefälle konnte ebenfalls für das deutsche Bundesgebiet nachgewiesen werden (Anderson et al. 2010)

Daten zur Umsetzung von Prävention in der primärärztlichen Versorgung in Deutschland liegen bisher nicht vor.

3.4 Zusammenfassung

Wie zuvor ausgeführt wurde, ist das Hauptziel dieser Arbeit, am Beispiel der verhaltenspräventiven Gesundheitsberatung zu untersuchen, wie die präventionspolitischen Forderungen übergeordneter Akteure von den Hausärzten umgesetzt werden. Zur Bearbeitung dieser Fragestellung wurde ein professionssoziologischer Zugang gewählt. Folgt man der Argumentation von Parsons (Abschnitt 2.3), besteht unter Hausärzten Einigkeit über die Werte des professionellen Handelns und über die Vorstellungen der eigenen Rolle. Wird die präventive Gesundheitsberatung von den Ärzten als eine ihrer zentralen Aufgaben gesehen, so sollte diese unabhängig von den Gegebenheiten des Arbeitskontextes oder von Patientencharakteristika in der Praxis angeboten werden.

Folgt man den Überlegungen von Freidson (Abschnitt 2.4.2), nehmen praktizierende Hausärzte eine aktive Rolle bei der Umsetzung der präventionspolitischen Forderungen ein und entscheiden angesichts der konkreten Rahmenbedingungen darüber, inwiefern diese Eingang in die Praxis finden, d.h. ob Gesundheitsberatung angeboten wird. Welche Rahmenbedingungen die Umsetzung dieser Forderungen möglicherweise begünstigen, soll in dieser Arbeit untersucht werden. Des Weiteren ergibt sich aus den Überlegungen von Bucher und Strauss (1972) sowie Freidson (1979, 1986), dass innerhalb der Hausärzteschaft verschiedene Gruppen mit abweichenden Gewichtungen präventiver Aufgaben in der täglichen Praxis existieren. Diejenigen Hausärzte, die den präventiven Tätigkeiten einen hohen Stellenwert für eigene berufliche Praxis beimessen, sind eher bereit, präventionspolitische Vorgaben umzusetzen. Welche weiteren individuellen Merkmale der Ärzte (neben der positiven Einstellung gegenüber Prävention) mit dem Angebot der präventiven Gesundheitsberatung in der Praxis zusammenhängen, soll ebenfalls in dieser Arbeit ermittelt werden.

Basierend auf den bisherigen soziologischen und epidemiologischen Forschungsergebnissen wurde ein erster Überblick darüber gemacht, welche möglichen Korrelate für das Angebot der Gesundheitsberatung in der hausärztlichen Praxis relevant werden könnten (vgl. Abschnitt 3.2). In Tabelle 4 werden die Ergebnisse der gesichteten Forschungsliteratur zusammenfassend dargestellt.

Tabelle 4: Übersicht der zentralen Ergebnisse in den eingeschlossenen Veröffentlichungen

	Ärztliche Gesundheitsberatung	
	Erfassung der Risikofaktoren	Beratung zu Lebensstil
Arztbezogene Charakteristika		
Geschlecht (weiblich)	Lobo 2003	Ammermann 1993; Ellerbeck 2001; Frijling 2002; Holund 1997; Sonntag 2010
Alter (hoch)	Walsh 1999 Lobo 2003	Frijling 2002; Walsh 1999 Ellerbeck 2001; Doroodchi 2008
Fachrichtung (Internist)	Walsh 1999	Walsh 1999
Einstellung (positiv) und Wissen (ausreichend)	--	Ammermann 1993; Ellerbeck 2001; Frijling 2002; Heidrich 2005; Kushner 1995; Laws 2009; Walsh 1999
Patientencharakteristika		
Geschlecht (weiblich)	Dalton 2011 Arndt 2002; Mukamal 2007	Mosca 2005; Silagy 1992^{a)} Frijling 2002; Holund 1997; Little 1999; Podl 1999; Silagy 1992 ^{b)}
Alter (hoch)	Dalton 2011; Houlihan 2009; Doyle 1991; Steckelings 2004	Eaton 2002; Podl 1999 Arndt 2002; Ellerbeck 2001; Frijling 2009; Little 1999; Mosca 2005
Risikopatient	Dalton 2011 Houlihan 2009	Eaton 2002; Holund 1997; Little 1999; Podl 1999
Ethnizität (ethnische Minderheit)	--	Arndt 2002; Mukamal 2007
Charakteristika des Arbeitskontextes		
Praxistyp (Einzelpraxis)	--	McAvoy 1999^{d)}
Privatpraxis	--	Kushner 1995
Praxisstandort (ländlich)	--	Laws 2009
Anzahl der KHK-Patienten/Woche (hoch)	--	Doroodchi 2008

Fett: positiver Zusammenhang. Normale Schrift: negativer Zusammenhang. Erfassung der Risikofaktoren bezieht sich auf das Erfassen der individuellen Lebensstilgewohnheiten der Patienten.

a) Beratung bezüglich des Körpergewichts. b) Beratung bezüglich Bewegung und Alkoholkonsum. c) Zusammenhang gültig nur für männliche Patienten. d) positiver Zusammenhang mit der für die Beratung aufgewendeten Zeit. KHK – koronare Herz-Krankheit.

Quelle: Eigene Ergebnisse, eigene Darstellung.

Unter Berücksichtigung der gesichteten Studien kann bis dahin festgehalten werden, dass die individuellen Merkmale auf Seiten der Patienten am häufigsten als Determinanten des Beratungsangebots thematisiert werden. Hierbei sind insbesondere das Geschlecht und das Alter der Patienten bei der Erklärung des ärztlichen Präventionshandelns aufschlussreich. Zu den möglichen Erklärungsfaktoren auf der Arzzebene sowie zu kontextuellen Variablen auf der Praxisebene

ne wurden in den gesichteten Veröffentlichungen seltener eindeutige Ergebnisse berichtet. Insbesondere Charakteristika des Arbeitskontextes, wie Standort der Praxis oder Praxistyp, wurden nur in einigen wenigen Studien explizit berücksichtigt. Obwohl die meisten gesichteten Studien nicht in Deutschland durchgeführt wurden, kann dennoch vermutet werden, dass die darin identifizierten Bestimmungsfaktoren auch für deutsche Ärzte Gültigkeit besitzen.

Basierend auf diesen Erkenntnissen lässt sich das im Abschnitt 3.1 skizzierte Modell des ärztlichen Handelns modifizieren und so auf die präventive Beratungspraxis anwenden (Abbildung 4). In dem abgebildeten Modell schließt die ärztliche Gesundheitsberatung die Erfassung der bei dem Patienten vorliegenden lebensstilbezogenen Risikofaktoren und die Beratung zu diesen Faktoren mit ein.

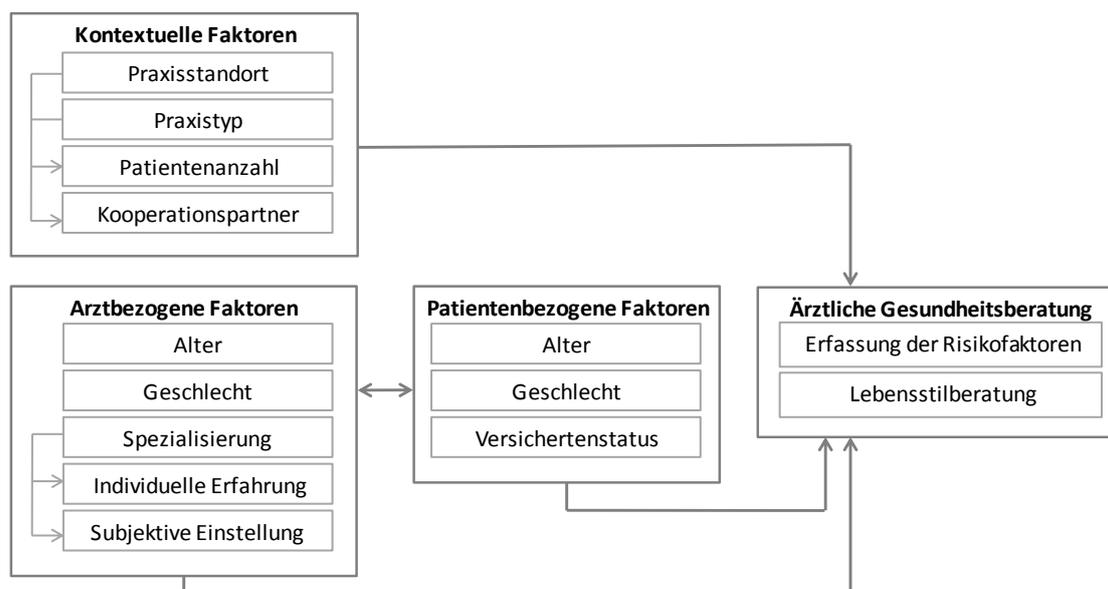


Abbildung 4: Systematisierung der mit dem Angebot von Gesundheitsberatung assoziierten Faktoren

Quelle: Eigene Darstellung basierend auf den Ergebnissen der Literaturrecherche zu hausärztlicher Gesundheitsberatung im Rahmen der kardiovaskulären Prävention.

Als Bestimmungsfaktoren des Beratungsangebots auf der individuellen Ebene sind zum einen das Alter (Frijling et al. 2002; Walsh et al. 1999) und das Geschlecht des Arztes (Ammerman et al. 1993; Holund et al. 1997) zu nennen. Zudem können Assoziationen mit der subjektiven Einstellung des Arztes gegenüber der verhaltenspräventiven Gesundheitsberatung angenommen werden, welche mit der Fachrichtung des Arztes und mit seinen individuellen Erfahrungen mit den jeweiligen Präventionsstrategien in Beziehung stehen können. Bestätigt beispielsweise die individuelle Erfahrung des Arztes, dass ein Beratungsgespräch seine Patienten zu Lebensstiländerung motivieren kann, sieht er diese Strategie als erfolgreich bei der Prävention an und berät seine Patienten womöglich auch weiterhin (Laws et al. 2009). Des Weiteren konnten Zusam-

menhänge zwischen dem Angebot an Lebensstilberatung und dem Alter sowie dem Geschlecht des Patienten gezeigt werden. Der Versichertenstatus des Patienten wurde in den gesichteten Studien nicht als eine mit der ärztlichen Gesundheitsberatung assoziierte Größe betrachtet, wird in dem Modell dennoch beibehalten. Vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Vergütungen ärztlicher Beratungsleistungen durch die GKV und durch private Versicherungen (vgl. Abschnitt 2.2.2) ist es interessant zu untersuchen, ob das Angebot an Gesundheitsberatung von dem Versichertenstatus der Patienten abhängt. In Hinblick auf das Angebot der Lebensstilberatung, bestehen möglicherweise Interaktionen zwischen dem Geschlecht des Patienten und des Arztes (Journath et al. 2008; Sonntag et al. 2010).

Außerdem können kontextuelle Faktoren auf der Praxisebene als Einflussgrößen auf die Häufigkeit des Beratungsangebots wirksam werden. Hierbei können bestimmte Charakteristika des Praxisstandortes, wie z.B. unterschiedliche Arztdichte je nach Niederlassungsgebiet, sowohl die Anzahl an Patientenkontakten als auch Ausmaß an Zusammenarbeit mit Kollegen und weiteren Kooperationspartnern bedingen. Es ist zudem anzunehmen, dass die Anzahl und die Intensität bestehender Kooperationsbeziehungen auch mit dem Praxistyp korreliert. So ist es beispielsweise denkbar, dass ein Arzt in einer Gemeinschaftspraxis eher Gelegenheiten zum fachlichen Austausch mit Kollegen hat, als ein in einer Einzelpraxis tätiger Arzt.

Ein solches Modell ermöglicht eine umfassende Betrachtung der ärztlichen Gesundheitsberatung unter Berücksichtigung der soziologisch relevanten Dimensionen sowohl auf der Mikroebene (arzt- und patientenbezogene Merkmale) als auch auf der Meso- (praxisbezogene Charakteristika) und Makroebene (regionale Charakteristika des Praxisstandortes). Betrachtet man die aktuelle Datenlage (Abschnitt 3.2), so wird deutlich, dass sich der Großteil der Studien bislang eher auf Untersuchung von Bestimmungsgrößen auf der Mikroebene konzentriert hat. Kontextuelle Bedingungen auf der Meso- und Makroebene fanden in der Erforschung der ärztlichen Prävention bis dato wenig Berücksichtigung. Außerdem fokussieren die meisten Studien nur einen bestimmten Aspekt des ärztlichen Präventionshandelns, wie z.B. die Erfassung von Risikofaktoren (Bosner et al. 2011; Dalton et al. 2011; Doyle et al. 1991; Houlihan et al. 2009; Lobo et al. 2003), die Bestimmung des kardiovaskulären Risikos mit Hilfe verschiedener Risikoscores (Meland et al. 1994; Roncaglioni et al. 2004; Steckelings et al. 2004; Turnbull et al. 2011; Vancheri et al. 2009) oder die Beratung zu einzelnen Aspekten des Lebensstils (Ammerman et al. 1993; Arndt et al. 2002; Doroodchi et al. 2008; Eaton et al. 2002; Ellerbeck et al. 2001; Frijling et al. 2002; Holund et al. 1997; Laws et al. 2009; Little et al. 1999; McAvoy et al. 1999; Mukamal 2007; Podl et al. 1999; Silagy et al. 1992; Sonntag et al. 2010). In Hinblick auf die derzeitige Forschungslage in Deutschland wird außerdem deutlich, dass hier aktuell keine repräsentativen Daten zur Umsetzung der Strategien zur Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen in der Primärversorgung vorliegen (Abschnitt 3.3).

3.5 Hypothesen

Ausgehend von der interaktionistischen Sichtweise der Professionen soll in dieser Arbeit unter Anderem untersucht werden, ob sich innerhalb der deutschen Hausärzteschaft bestimmte Gruppen identifizieren lassen, die eher dazu neigen, präventionspolitische Forderungen umzusetzen. Einen Aufschluss über die Existenz solcher Gruppen innerhalb der Ärzteschaft können empirisch bestätigte Zusammenhänge zwischen den arztbezogenen Charakteristika und den präventiven Beratungsangeboten in der Praxis geben. Diese *Zusammenhänge zwischen den individuellen Charakteristika der Ärzte und dem Angebot an Gesundheitsberatung* werden im ersten Hypothesenblock thematisiert. Dieser Block umfasst vier Hypothesen. Im Rahmen der Literaturrecherche erwiesen sich Geschlecht und Alter des Arztes als zentral für das Angebot an Gesundheitsberatung. Die festgestellten geschlechtsbezogenen Differenzen waren eindeutig (vgl. Abschnitt 3.2.1): Es zeigte sich, dass weibliche Hausärzte ihre Patienten häufiger zu Lebensstilaspekten wie Ernährung bzw. Erreichen des normalen Körpergewichts (Ammerman et al. 1993; Holund et al. 1997; Sonntag et al. 2010) und Tabakentwöhnung (Ellerbeck et al. 2001) berieten. Ähnliche Zusammenhänge können auch bei der Beratung zu körperlicher Aktivität angenommen werden.

Hypothese 1: Weibliche Hausärzte bieten ihren Patienten eher eine Gesundheitsberatung an als männliche Hausärzte.

Hingegen sind die empirischen Forschungsergebnisse in Bezug auf das Alter des Arztes weniger eindeutig, wie man Tabelle 4 entnehmen kann. Es kann jedoch vermutet werden, dass jüngere Ärzte aufgeschlossener für die Aufgaben im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung sind und daher eher im Praxisalltag derlei Maßnahmen durchführen. Hinter dieser Vermutung steckt die Tatsache, dass diese Aspekte der ärztlichen Tätigkeit erst vor Kurzem Eingang in medizinische Curricula gefunden haben. Daher wird in der Hypothese 2 ein positiver Zusammenhang mit dem niedrigeren Alter der Hausärzte angenommen.

Hypothese 2: Jüngere Hausärzte sowie Hausärzte, die noch nicht so lange niedergelassen sind, bieten Ihren Patienten eher eine Gesundheitsberatung an als Hausärzte höheren Lebensalters sowie solche, die schon seit längerer Zeit niedergelassen sind.

Bereits Freidson betonte die Relevanz subjektiver Einstellungen des Arztes gegenüber Therapie- und Diagnosemethoden für professionelles ärztliches Handeln (Freidson 1979). In einigen empirischen Studien hat sich gezeigt, dass die Einstellung des Arztes zu einzelnen Risikofaktoren und seine Erfahrungen mit der Beratung der Patienten zu diesen Lebensstilaspekten positiv mit der Implementierung der Gesundheitsberatung in der täglichen Praxis assoziiert waren.

Hypothese 3: Positive Einstellungen zu und positive Erfahrungen mit Beratungsinterventionen sowie eine hohe eigene wahrgenommene Kompetenz der Hausärzte in Beratungsinterventionen hängen positiv mit dem Angebot von Gesundheitsberatung zusammen.

Obwohl es keine ausreichende empirische Evidenz für Fachrichtung des Arztes als einen der assoziierten Faktoren vorliegt, legen Überlegungen in Anlehnung an Bucher und Strauss (1972) nahe, dass hausärztlich tätige Internisten aufgrund ihrer Spezialisierung eher seltener Gesundheitsberatung betreiben sollten.

Hypothese 4: Allgemeinmediziner und Praktische Ärzte bieten ihren Patienten eher Gesundheitsberatung an als hausärztlich tätige Internisten.

Der zweite Hypothesenblock, auf den sich die empirische Untersuchung konzentrieren wird, schließt ebenfalls vier Hypothesen ein und befasst sich mit den *Zusammenhängen auf der Patientenebene*. Auch bezogen auf Patientencharakteristika erwiesen sich Geschlecht und Alter – d.h. diejenigen Charakteristika, die in medizinsoziologischen Arbeiten (Clark et al. 1991; Eisenberg 1979) wesentliche Einflussgrößen auf ärztliche Diagnose- und Therapiepraxis waren – als zentrale Charakteristika für das Angebot und Umfang der Gesundheitsberatung. So konnte in einigen Studien gezeigt werden, dass weibliche Patienten im Vergleich zu männlichen eher zu Gewichtsreduktion beraten wurden (Mosca et al. 2005; Silagy et al. 1992). Jedoch zeigten mehr Studien positive Zusammenhänge zwischen mit dem männlichen Geschlecht der Patienten, z.B. bei der Beratung zu Ernährungsumstellung (Holund et al. 1997; Little et al. 1999) und zu körperlicher Aktivität (Podl et al. 1999; Silagy et al. 1992).

Hypothese 5: Hausärzte, die mehr männliche Patienten betreuen, bieten ihren Patienten eher eine Gesundheitsberatung an.

Weiterhin zeigte die Mehrheit der berücksichtigten Studien, dass ältere Patienten signifikant seltener zu Lebensstilmodifikation beraten wurden als jüngere Patienten.

Hypothese 6: Hausärzte, die mehr Patienten höheren Lebensalters betreuen, bieten ihren Patienten seltener eine Gesundheitsberatung an als Ärzte mit einem niedrigeren Anteil an älteren Patienten.

Außerdem soll untersucht werden, ob sich in der Population der deutschen Hausärzte Zusammenhänge zwischen dem Angebot an Gesundheitsberatung und dem Versichertenstatus der Patienten feststellen lassen.

Hypothese 7: Hausärzte, die einen höheren Anteil an Privatversicherten betreuen, bieten ihren Patienten eher Gesundheitsberatung an als Ärzte mit mehr gesetzlich versicherten Patienten.

Interessant ist außerdem, zu eruieren, inwiefern das Vorliegen von Risikofaktoren bei den Patienten (z.B. Rauchen, Übergewicht, Herz-Kreislauf-Erkrankung) mit der Häufigkeit von Beratung durch den Hausarzt zu Modifikation dieser Risikofaktoren zusammenhängt.

Hypothese 8: Hausärzte, die einen höheren Anteil an Risikopatienten betreuen, beraten ihre Patienten eher zu Lebensstilaspekten als Hausärzte, die weniger Risikopatienten in ihrem Patientenstamm vereinen.

Der dritte Hypothesenblock thematisiert die *Zusammenhänge mit den Charakteristika des Arbeitskontextes* auf der Meso- bzw. Makroebene. Diese Zusammenhänge sollen Aufschluss über organisationale Rahmenbedingungen geben, die für die Umsetzung präventionspolitischer Vorgaben förderlich bzw. hinderlich sein können. In den theoretischen Überlegungen von Freidson (1979) zeigt der Autor auf, dass es Unterschiede im therapeutischen und diagnostischen Handeln der Ärzte je nach Praxistyp geben kann (vgl. Abschnitt 2.4.2). Jedoch konnten im Rahmen der Literaturrecherche lediglich einzelne Studien aus den USA identifiziert werden, welche Ergebnisse zu den Zusammenhängen mit der hausärztlichen Beratungspraxis berichteten. Größtenteils zeigten sich keine Unterschiede bei der Gesundheitsberatung der Patienten je nach Praxistyp. Diesem Aspekt widmet sich die neunte Hypothese.

Hypothese 9: Hausärzte aus Einzelpraxen unterscheiden sich nicht von den Hausärzten aus Gruppenpraxen hinsichtlich des Angebots von Gesundheitsberatung.

Zeitliche Ressourcen stellen eine entscheidende Voraussetzung für die Gesundheitsberatung der Patienten (Perk et al. 2012) dar. Daher kann angenommen werden, dass Ärzte, die mehr Patienten zu betreuen haben, ihre Patienten insgesamt seltener zu Lebensstil beraten.

Hypothese 10: Hausärzte, die mehr Patienten in ihrer Praxis betreuen, bieten ihren Patienten seltener Gesundheitsberatung an als Ärzte mit geringerem Patientenaufkommen.

Im Zusammenhang mit der Hypothese 10 steht die Annahme der Assoziationen zwischen dem Praxisstandort und dem Angebot der Gesundheitsberatung. Es ist bekannt, dass aufgrund der geringeren Arztdichte in den ländlichen Regionen Deutschlands die Ärzte hier mehr Patienten betreuen, als in den städtischen Regionen (Greß und Stegmüller 2011). Daraus kann geschlossen werden, dass die in den städtischen Regionen niedergelassenen Ärzte aufgrund der verfügbaren zeitlichen Ressourcen ihre Patienten eher zu ihrem Lebensstil beraten können.

Hypothese 11: Hausärzte, die in einer urbanen Gegend niedergelassen sind, bieten ihren Patienten eher Gesundheitsberatung an als Ärzte aus ländlichen Niederlassungsgebieten.

4 Daten und Methoden

4.1 Studienkollektiv

Im Rahmen der ÄSP-kardio-Studie wurden insgesamt 4.074 im Bundesgebiet niedergelassene Hausärzte zu Umsetzung von kardiovaskulärer Prävention und Gesundheitsförderung befragt. Hierzu wurde das positive Votum der zuständigen Medizinischen Ethikkommission der Universität Heidelberg eingeholt (2008-272E-MA). In die Stichprobe wurden Hausärzte folgender drei Fachrichtungen eingeschlossen: Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte und hausärztlich niedergelassene Fachärzte für Innere Medizin. Sowohl Kassen- als auch Privatärzte wurden befragt. Es gab keine Einschränkungen hinsichtlich der Praxisart. Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin wurden aufgrund des Fokus der Befragung auf kardiovaskuläre Erkrankungen nicht in der Studie berücksichtigt.

Die Adressdaten der in Deutschland niedergelassenen Hausärzte wurden über die ArztData EDV- und Marketingservice GmbH, Hamburg bezogen.¹⁷ Die ArztData GmbH verfügt über das größte und vollständigste Ärzteregeister Deutschlands mit über 500.000 aktuellen und validierten Adressdaten deutscher Arztpraxen. Die Registerdaten werden aus öffentlichen Verzeichnissen, wie z.B. aus Datenbanken der Krankenkassen, deren Call-Centern und Verwaltungen oder aus Internetregistern, zusammengetragen. Alle Daten wurden von der ArztData GmbH entsprechend dem Bundesdatenschutzgesetz erfasst.

Aus der Grundgesamtheit aller niedergelassenen Hausärzte (N=60.479)¹⁸ wurde in einem randomisierten Verfahren eine auf Basis der zuvor kalkulierten Zellenbelegungen und nach Variablen *Geschlecht*, *Fachrichtung* und *Bundesland* geschichtete Stichprobe gezogen. Der a priori definierte Brutto-Stichprobenumfang betrug n=13.294 Teilnehmer. Diese Hausärzte wurden

¹⁷ Da die Bundesärztekammer über entsprechende Adressdaten nicht gesammelt verfügt, sollten die Adressen ursprünglich bei den Landes- bzw. Bezirksärztekammern angefordert werden. Bei den Ärzteverzeichnissen der Ärztekammern (ÄKn) ist allerdings keine Differenzierung der Internisten hinsichtlich hausärztlicher oder fachärztlicher Versorgung möglich. In der ÄSP-kardio-Studie sollten jedoch nur hausärztlich tätige Internisten befragt werden. Deshalb hätten die Daten der Ärztekammern mit den Listen hausärztlicher Internisten abgeglichen werden müssen, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVn) angefordert wurden. Dieses Vorgehen konnte jedoch aufgrund zahlreicher Schwierigkeiten innerhalb der zeitlichen Vorgaben der Studie nicht realisiert werden: So lagen beispielsweise trotz mehrfacher Nachfragen nur für Hamburg, den Bezirk Westfalen-Lippe und einen Teil von Rheinland-Pfalz Adressdaten sowohl von den ÄKn und KVn vor.

¹⁸ Für die Stichprobenziehung wurde die Anzahl der relevanten Einträge in der Datenbank der ArztData GmbH als Grundgesamtheit genutzt.

entsprechen der Total Design Methode von Dillman (1978) im Zeitraum von September 2011 bis Ende März 2012 bis zu viermal postalisch kontaktiert.¹⁹ Im Rahmen der Non-Responder-Befragung wurden die Hausärzte zusätzlich per E-Mail oder telefonisch kontaktiert.

4.2 Erhebungsinstrument

Bei der Entwicklung des Fragebogens wurden einschlägige wissenschaftliche Standards angewendet (Bühner 2004; Dillman 1978; Konrad 2005). Als Grundlage für den Fragebogen der ÄSP-kardio-Studie diente der Fragebogen, der 2009 im Rahmen einer Pilotstudie in Baden-Württemberg getestet wurde (Bock et al. 2012; Huy et al. 2012). Der modifizierte Fragebogen für die bundesweite Hausärztebefragung wurde von einer zehnköpfigen Expertenkommission bestehend aus Fachleuten aus den Bereichen Medizin, Survey-Methoden, Epidemiologie und Public Health, begutachtet und auf Praktikabilität und Inhaltsvalidität hin geprüft. Zusätzlich wurden der Fragebogen und alle weiteren Befragungsunterlagen einem kognitiven Pretest unterzogen. Dabei wurden die Verständlichkeit geprüft, die Verlässlichkeit der Antworten untersucht und die Antwortkategorien optimiert (Kurz et al. 1999; Prüfer und Rexroth 2005). In Zusammenarbeit mit dem GESIS Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften in Mannheim wurden zehn etwa einstündige kognitive Interviews mit Hausärzten aus der Metropolregion Rhein-Neckar durchgeführt und ausgewertet. Die Teilnehmer hierfür wurden über das Ärztenetzwerk Qu@linet e.V. rekrutiert. Auf Basis der Transkript-Auswertungen und der Änderungsvorschläge der Hausärzte wurde der Fragebogen erneut überarbeitet und schließlich bundesweit eingesetzt.

Der in der ÄSP-kardio-Studie eingesetzte Fragebogen enthielt 17 mit insgesamt 145 Items verteilt auf sechs thematische Frageblöcke (Tabelle 5, vgl. auch Originalfragebogen in Anhang B), die im Folgenden näher erläutert werden.

¹⁹ Hausärzte, die bereits in der ersten Befragungswelle den Fragebogen ausgefüllt zurückgeschickt hatten, wurden nur dreimal kontaktiert (vgl. Abschnitt 3.3).

Tabelle 5: Themengebiete der postalischen Befragung im Rahmen der ÄSP-kardio-Studie

Thema
1 Persönliche Meinung des Arztes zu Gesundheitsförderung und Prävention
2 Umsetzung von Präventionsstrategien in der hausärztlichen Praxis
3 Unterstützung in Sachen Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen
4 Persönliche Einstellung zu Gesundheitsförderung und Prävention
5 Hindernisse für das Angebot an Gesundheitsförderung und Prävention im Praxisalltag
6 Angaben zu Arzt, Praxis und Patienten

Quelle: Eigene Darstellung.

Persönliche Meinung des Arztes zu Gesundheitsförderung und Prävention

Der erste Themenbereich des Fragebogens beinhaltete vier Fragen. Zunächst wurden die Teilnehmer gebeten, die Bedeutung verschiedener Maßnahmen zu Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen auf einer vierstufigen Skala (von „sehr wichtig“ bis „überhaupt nicht wichtig“) einzuschätzen. Neben den „klassischen“ kardiovaskulären Präventionsmaßnahmen wie Gewichtskontrolle, Umstellung auf gesunde Ernährung, Tabakentwöhnung, Verringerung des Alkoholkonsums, Erhöhung der Bewegungsaktivität, Bluthochdruck-, Diabetes-, und Lipid-Management wurden auch Stressbewältigung sowie Maßnahmen zur Schlafhygiene berücksichtigt. Bei der nächsten Frage wurden die Teilnehmer gebeten auf einer ebenfalls vierstufigen Skala (von „sehr gut“ bis „überhaupt nicht gut“) einzuschätzen, wie gut es ihnen gelingt, ihre Patienten zu einer Verhaltensänderung in besagten Lebensstilbereichen zu motivieren. Die dritte Frage befasste sich mit der Beurteilung der eigenen Kompetenz für die Durchführung präventiver Maßnahmen in den jeweiligen Bereichen. Die Antwortmöglichkeiten hier waren „sehr hoch“, „eher hoch“, „eher niedrig“ und „sehr niedrig“. In der letzten Frage dieses Frageblocks wurde der prozentuale Anteil der wöchentlichen Arbeitszeit, welcher aktuell für die Prävention und Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen aufgewendet wird, erfragt.

Maßnahmen zur Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen im eigenen Praxisalltag

Im zweiten Frageblock ging es um den Anteil der Patienten, bei denen folgende Untersuchungen zur Bestimmung von Risikofaktoren bzw. Lebensstilaspekte routinemäßig durchgeführt werden: Erfassen der Lebensstilaspekte, Anraten von Verhaltensänderung, motivierende Gesprächsführung, schriftliche Zielvereinbarung mit dem Patienten, Aushändigen von Informationsmaterial, direkte Vermittlung einer Beratung bzw. Therapie sowie Überprüfung der Zielerreichung. Diese Maßnahmen bezogen sich jeweils auf Körpergewicht, Ernährungsgewohnheiten, Bewegung bzw. sportliche Aktivität, Tabak- und Alkoholkonsum sowie Stress. Ergänzend wurde die Häufigkeit der Erfassung von Blutdruckwerten, der Familienanamnese zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie des Berufs- und Bildungsabschlusses erfragt. Entsprechend den Antwortmöglichkeiten konnten die Teilnehmer den Anteil der Patienten angeben, bei denen sie diese Aspekte in das

Arzt-Patient-Gespräch einfließen ließen („keinem Patienten“, „etwa einem Drittel“, „etwa der Hälfte“, „etwa zwei Dritteln“, „(fast) allen Patienten“).

Unterstützung in Sachen Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Als nächstes wurden Personen oder Institutionen erfragt, mit welchen die Teilnehmer bei der Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen kooperieren (z.B. ärztliche Kollegen, Sportanbieter, Raucherberatung, etc.). Anschließend wurden die teilnehmenden Ärzte gebeten, die Effektivität einzelner Informationsquellen zur Verbesserung von Gesundheitsförderung und Prävention in der eigenen Praxis (z.B. Workshops, Fachtagungen, Fortbildungen für Ärzte, Präventionsleitlinien, Informationen aus dem Internet etc.) auf einer fünfstufigen Skala (von „sehr effektiv“ bis „kenne ich nicht“) einzuschätzen.

Persönliche Einstellung zu Gesundheitsförderung und Prävention

Im darauffolgenden Frageblock wurden die Ärzte gebeten, auf einer vierstufigen Skala (von „trifft voll und ganz zu“ bis „trifft überhaupt nicht zu“) verschiedenen Aussagen zu Gesundheitsförderung und Prävention zu bewerten, z. B. „Meine Aufgabe ist es nicht nur, Krankheiten zu behandeln, sondern auch als ärztlicher Gesundheitsberater zu fungieren“, „Ich bin für Beratungen hinsichtlich eines gesunden Lebensstils gut ausgebildet“ oder „Ich kann Patienten erfolgreich dazu motivieren, gesünder zu leben“.

Hindernisse für das Angebot an Gesundheitsförderung und Prävention im eigenen Praxisalltag

Der fünfte Themenblock befasste sich mit den Hindernissen bei der Beratung der Patienten hinsichtlich eines gesunden Lebensstils. Die Teilnehmer konnten angeben, inwiefern sie beispielsweise Zeitmangel, unzureichende Vergütung von Präventionsleistungen oder Verständigungsschwierigkeiten mit den Patienten als hinderlich für die Durchführung von Prävention einschätzen. Hierzu standen ihnen vier Antwortmöglichkeiten zur Verfügung („trifft voll und ganz zu“ bis „trifft überhaupt nicht zu“).

Angaben zu Person und Praxis

Im abschließenden Frageblock wurden neben den soziodemografischen Charakteristika der Teilnehmer (Geschlecht, Geburtsjahr) auch Niederlassungsjahr, Fachrichtung, Anzahl der Patientenkontakte pro Woche sowie verschiedene Charakteristika des Patientenstamms (Geschlechterverteilung, Versichertenstatus, Alterszusammensetzung, Anteil Übergewichtiger, Anteil an Rauchern sowie Anteil der Patienten mit einer manifesten Herz-Kreislauf-Erkrankung) erfragt.

4.3 Durchführung der Befragung

Zur Erhöhung der Rücklaufquote wurde die ÄSP-kardio-Studie einige Wochen vor dem Fragebogenversand angekündigt. Hierzu hat die Doktorandin Kontakt zu Redaktionen der einschlägigen medizinischen Fachzeitschriften aufgenommen. Ihre Pressarbeit führte zu redaktionellen Berichten in insgesamt acht Fachzeitschriften, u.a. in den Medien „Ärztezeitung“ und „Hausarzt“. Neben den zentralen Inhalten der Studie befand sich im Anzeigentext ein Verweis auf die Homepage des Mannheimer Instituts für Public Health (www.miph.de), auf der seit Juli 2011 ebenfalls nähere Informationen zur Studie abgerufen werden konnten.

Als eine weitere Maßnahme zur Erhöhung der Teilnahmebereitschaft wurde die Unterstützung der Studie durch die Bundesärztekammer eingeholt. Nach Rücksprache mit dem Dezernatsleiter der Bundesärztekammer Dr. Wilfried Kunstmann wurde diese Unterstützung in den personalisierten Anschreiben durch den Passus „Die Bundesärztekammer unterstützt diese Studie.“ kenntlich gemacht.

Der Total Design Methode (Dillman 1978) folgend wurde am 20. September 2011 zunächst ein Einladungsschreiben zur Teilnahme an der Studie an alle ausgewählten Hausärzte versendet. Neun Tage später (29. September 2011) erfolgte der Erstversand des Studienunterlagen – bestehend aus einem personalisierten Anschreiben, einem Blatt mit Hinweisen zur Sicherung des Datenschutzes, dem Fragebogen, einem Abschnitt zur Angabe der E-Mail-Adresse bei gewünschter Zustellung einer Zusammenfassung der Studienergebnisse sowie einem adressierten und frankierten Rückumschlag („Entgelt zahlt Empfänger“). Im Rahmen der Nachfassaktion erhielten die Nicht-Teilnehmer der ersten Versandwelle zunächst eine Erinnerungspostkarte (versendet am 6.10.2011). An die Non-Responder der ersten Befragungswelle wurden die Studienunterlagen etwa sechs Wochen nach dem Erstversand (11. November 2011) erneut verschickt. Während der gesamten Feldphase koordinierte die Doktorandin den Versand und kontrollierte den Rücklauf der Fragebögen. In Zusammenarbeit mit weiteren Projektteam-Mitgliedern und mit dem Servicebüro für Datenerfassung Block in Ludwigshafen hat sie zudem die Fragebögen doppelt manuell eingegeben, um eine hohe Datenqualität zu gewährleisten. Alle Studienteilnehmer, die den ausgefüllten Fragebogen zurückgeschickt und ihre Bankverbindung angegeben hatten, erhielten eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 20,- Euro. Die Auszahlung von insgesamt über 80.000,- Euro wurde in drei Tranchen getätigt. Diese Vorgänge wurden von der Doktorandin vorbereitet und koordiniert.

4.4 Rücklauf

Bis zum Ende der Feldphase wurden 4.457 Fragebögen ausgefüllt an das Studienzentrum am MIPH zurückgeschickt. Davon wurden 383 Fragebögen ausgeschlossen, weil die Ärzte nicht die festgelegten Einschlusskriterien erfüllten, d.h. entweder eine andere Fachrichtung hatten, nicht (mehr) hausärztlich tätig oder nicht niedergelassen waren. Diese Ausfälle wurden als qualitätsneutral betrachtet. Qualitätsneutrale Ausfälle stellten weiterhin die Angeschriebenen dar, die nicht mehr ärztlich tätig, im Ruhestand oder verstorben waren, dies aber vor dem Versand des Fragebogens nicht bekannt war. Unter Berücksichtigung dieser Ausfälle umfasste die Netto-Stichprobe der ÄSP-kardio-Studie $n=4.074$ Hausärzte. Die Rücklaufquote wurde in Abstimmung mit dem GESIS Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften (Dr. Sabine Häder, Abteilung „Survey Design and Methodology“) entsprechend dem RR3-Standard der American Association for Public Opinion Research (AAPOR 2011) berechnet und betrug 33,9%.

Der Vergleich der Studienteilnehmer mit der Grundgesamtheit war in Bezug auf die Variablen Geschlecht, Fachrichtung und Region möglich. Diese Variablen wurden zur Stratifizierung der Stichprobe verwendet. Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den teilnehmenden Ärzten und der Grundgesamtheit hinsichtlich der Geschlechterverteilung und der geführten Fachrichtungen ($p>0,05$; Tabelle 6). Um einen aussagekräftigen Vergleich hinsichtlich der regionalen Verteilung der Studienteilnehmer machen zu können, wurden die Bundesländer in vier Regionen wie folgt unterteilt: Die norddeutsche Region umfasste die Stadtstaaten Bremen und Hamburg sowie die Bundesländer Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen und Schleswig-Holstein. Zu Süddeutschland wurden Baden-Württemberg und Bayern gezählt. Die ostdeutsche Region umfasste Berlin, Brandenburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen. Die Bundesländer Hessen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Saarland zählten zu der westdeutschen Region. Hinsichtlich der regionalen Verteilung konnte ebenfalls kein signifikanter Unterschied zwischen den Studienteilnehmern und der Grundgesamtheit festgestellt werden ($p>0,05$). Die erreichte Stichprobe kann somit als repräsentativ für die Gesamtheit der in Deutschland niedergelassenen Hausärzte hinsichtlich der Merkmale Geschlecht, Fachrichtung und Region betrachtet werden. Aus diesem Grund wurde auf die Gewichtung des Datensatzes bei statistischen Analysen verzichtet.

Ein Vergleich der Strukturdaten der Studienteilnehmer mit den verfügbaren Daten der kassenärztlichen Bundesvereinigung ergab geringfügig höhere Anteile männlicher Ärzte (62,1% vs. 58,3%), Allgemeinmediziner und Praktischer Ärzte (76,6% vs. 76,1%), Ärzte aus dem südlichen Bundesgebiet (33,7% vs. 30,1%) bei einem geringeren Anteil an Ärzten aus dem westlichen Bundesgebiet (30,5% vs. 33,9%) als in der Studienpopulation (KBV 2012, Tabelle 6, eigene Berechnung). Diese Unterschiede waren jedoch ebenfalls nicht signifikant ($p>0,05$). Die Teil-

nehmer der ÄSP-kardio-Studie waren mit 52 Jahren im Durchschnitt etwas jünger verglichen zu den Angaben der KBV, welchen zufolge das Durchschnittsalter der Hausärzte im Jahr 2010 bei 53,2 Jahren lag (KBV 2011, 23).

Tabelle 6: Vergleich der Teilnehmer der ÄSP-kardio-Studie und der Grundgesamtheit in Bezug auf bekannte Strukturdaten

	Studienteilnehmer (n=4.074)		Grundgesamtheit (N=60.479)		χ^2 -Test	
	%	n	%	n	χ^2 ; d _f	p-Wert
Geschlecht					0,151E-01; 1	0,902
Männlich	60,0	2.391	60,6	36.627		
Weiblich	40,0	1.593	39,4	23.852		
Fachrichtung					0,694E-01; 1	0,792
Allgemeinmedizin/ Praktischer Arzt	76,4	3.106	77,5	46.884		
Innere Medizin	23,6	961	22,5	13.595		
Region					0,460; 3	0,928
Norden (HB, HH, MV, NI, SH)	18,5	751	18,5	11.209		
Süden (BW, BY)	33,7	1.371	30,9	18.686		
Osten (BE, BB, SN, ST, TH)	17,3	705	17,5	10.564		
Westen (HE, NW, RP, SL)	30,5	1.239	33,1	20.020		

Als Grundgesamtheit galt die Anzahl der relevanten Einträge in der Datenbank der ArztData GmbH; % bezogen auf gültige Fälle.

Quelle: Eigene Daten; eigene Darstellung.

4.5 Non-Responder-Analyse und Non-Responder-Befragung

Um die Aussagekraft der Studie beurteilen zu können, wurde zunächst untersucht, wie sich die nicht teilnehmenden Ärzte der Stichprobe von der Teilnehmerpopulation hinsichtlich der Strukturmerkmale Geschlecht, Fachrichtung und Niederlassungsregion unterscheiden. In den Chi²-Analysen zum Vergleich der Non-Responder und der Studienteilnehmer zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen diesen Gruppen in Bezug auf bekannte Strukturdaten (Tabelle 7). So machten männliche Hausärzte einen größeren Anteil unter Non-Respondern aus, als unter den Studienteilnehmern (62,0% vs. 60,0%, p=0,03). Unter den Studienteilnehmern überwogen Fachärzte für Allgemeinmedizin und Praktische Ärzte mit 76,4% deutlich die hausärztlich tätigen Internisten (23,6%). Unter den Teilnehmern war der Anteil der hausärztlichen Internisten um etwa zwei Prozentpunkte größer als in der Gruppe der Nicht-Teilnehmer (21,5%; p=0,006). Hinsichtlich der Verteilung der beiden Gruppen nach Bundesregion war der Anteil der Ärzte aus dem Süden und dem Osten mit 33,7% bzw. 17,3% unter den Teilnehmern höher, während der Anteil der Ärzte aus dem Westen geringer war (Tabelle 7). Insgesamt lässt sich feststellen, dass trotz der Signifikanz der Unterschiede zwischen den Studienteilnehmern und den Nicht-Teilnehmern, die Differenzen in prozentualen Verteilungen eher marginal waren.

Tabelle 7: Vergleich der Teilnehmer der ÄSP-kardio-Studie und der Nicht-Teilnehmer in Bezug auf bekannte Strukturdaten

	Studienteilnehmer (n=4.074)		Non-Responder (n=8.776)		χ^2 -Test	
	%	n	%	n	χ^2 ; d _f	p-Wert
Geschlecht					4,711; 1	0,030
Männlich	60,0	2.391	62,0	5.449		
Weiblich	40,0	1.593	38,0	3.383		
Fachrichtung					6,994;1	0,008
Allgemeinmedizin/ Praktischer Arzt	76,4	3.106	78,5	6.898		
Innere Medizin	23,6	961	21,5	1.890		
Region					28,515;3	<0,001
Norden (HB, HH, MV, NI, SH)	18,5	751	18,7	1.644		
Süden (BW, BY)	33,7	1.371	29,9	2.628		
Osten (BE, BB, SN, ST, TH)	17,3	705	16,6	1.459		
Westen (HE, NW, RP, SL)	30,5	1.239	34,7	3.045		

% bezogen auf gültige Fälle. Quelle: Eigene Daten; eigene Darstellung.

Im Zeitraum zwischen Februar 2012 und März 2013 wurde zusätzlich eine Befragung der Nicht-Teilnehmer durchgeführt. Insgesamt wurden 96% – und damit nahezu alle – Non-Responder der beiden Befragungswellen im Rahmen dieser Befragung erneut kontaktiert. Ein Teil der Non-Responder, deren Telefonnummer bekannt war, wurde telefonisch kontaktiert. Nicht-Teilnehmer, deren E-Mail-Adresse verfügbar war, wurden elektronisch angeschrieben. Über einen in der E-Mail eingebetteten Link hatten die Angeschriebenen die Möglichkeit, entweder an der Nicht-Teilnehmer-Befragung oder an der ursprünglichen Vollbefragung online teilzunehmen. Über den gleichen Link konnten sich die Ärzte über die Datenschutzbestimmungen der Studie informieren.

Der Fragebogen für die Non-Responder-Befragung wurde in enger Abstimmung mit dem GESIS Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften in Mannheim erarbeitet. Er beinhaltete neben der offenen Abfrage des Grundes der Nicht-Teilnahme auch einige Fragen zu zentralen Inhalten der Studie (Tabelle 8). Für die Online-Befragung wurde der Fragebogen mit Hilfe der Befragungs-Software Globalpark konstruiert, wobei das Layout des Papierfragebogens beibehalten wurde.

Tabelle 8: Themengebiete der Non-Responder-Befragung im Rahmen der ÄSP-kardio-Studie

Thema
1 Grund der Nicht-Teilnahme an der Studie
2 Maßnahmen zur Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen - Häufigkeit von Untersuchungen zur Bestimmung des Blutdrucks
3 Anteil der Arbeitszeit, die für Prävention und die Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen aufgewendet wird
4 Nutzung des PROCAM-Scores zur Bestimmung des Koronarrisikos der Patienten
5 Angaben zu Arzt und Praxis - Fachrichtung - Alter des Arztes

Quelle: Eigene Darstellung.

Auf der Basis der insgesamt 401 Interviews²⁰, die im Rahmen der Non-Responder Befragung realisiert werden konnten, zeigten sich keine signifikanten Unterschiede bei dem Anteil der wöchentlichen Arbeitszeit, der für die Prävention und Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei den Patienten aufgewendet wird. Studienteilnehmer gaben an, etwas mehr Zeit hierfür zu nutzen als die Nicht-Teilnehmer (36,0% vs. 35,5%; $p=0,600$). Das durchschnittliche Alter der Studienteilnehmer war etwas niedriger im Vergleich zu den befragten Non-Respondern (51,5 vs. 54,0 Jahre; $p<0,001$). Ein weiterer Unterschied zwischen beiden Gruppen fand sich bei dem Anteil der Patienten, bei denen während ihres ersten Praxisbesuchs Blutdruck gemessen wird. So gaben 96,2% der Studienteilnehmer an, Blutdruck bei mindestens der Hälfte der Patienten zu messen. Unter den Nicht-Teilnehmern waren es 75,3% ($p<0,001$). Auch hinsichtlich der Nutzung des PROCAM-Scores zur Bestimmung des Koronarrisikos der Patienten waren die Unterschiede signifikant. Im Vergleich zu den Teilnehmern gaben die Nicht-Teilnehmer seltener an, den PROCAM-Score bereits einmal eingesetzt zu haben (68,6% vs. 61,5%; $p=0,004$).

4.6 Operationalisierung

Als operationale Definition oder Operationalisierung wird im Allgemeinen die Angabe von Forschungsoperationen verstanden, mit deren Hilfe die Entscheidung über das Vorliegen eines theoretischen Sachverhalts in der Realität getroffen werden kann (Kromrey 2009, 173). Mit Hilfe der Operationalisierung soll ein theoretisches Konstrukt messbar gemacht werden. Daher beinhaltet der Prozess der Operationalisierung die Auswahl und Begründung von Indikatoren, d.h.

²⁰ Eingeschlossen wurden Non-Responder-Interviews bzw. Fragebögen, die neben der Angabe des Grundes der Nicht-Teilnahme an der postalischen Befragung auch Angaben zur Fachrichtung und eine gültige Antwort auf mindestens eine inhaltliche Frage beinhalteten.

empirischen Sachverhalte, die direkt feststellbar sind und die eindeutige Hinweise auf einen theoretischen Sachverhalt liefern können (Kromrey 2009, 167). Im Folgenden wird deshalb auf die Beschreibung und Codierung von abhängigen und unabhängigen Variablen eingegangen.

4.6.1 Abhängige Variablen

Als Zielvariablen bei den Analysen des Beratungsangebots bezüglich einzelner Lebensstilaspekte dienten die Angaben der Befragten zu der Frage nach Patientenanteilen, bei welchen Kurzinterventionen bezüglich einer Umstellung auf eine gesunde Ernährung, einer Tabakentwöhnung, einer Erhöhung der körperlichen Aktivität und einer Reduktion des Alkoholkonsums durchgeführt wurden. Wie im Abschnitt 2.1.2 detailliert vorgestellt wurde, spielen diese modifizierbaren verhaltensbezogenen Aspekte eine zentrale Rolle für die kardiovaskuläre Gesundheit. Von einem routinemäßigen Angebot der Beratung zu diesen Lebensstilaspekten wurde ausgegangen, wenn eine Kurzintervention in mindestens der Hälfte der Patientenkontakte durchgeführt wurde (Walsh et al. 1999). Ein routinemäßiges Angebot einer umfassenden Gesundheitsberatung, welches als abhängige Variable in der zusammenfassenden Analyse fungiert, wurde angenommen, wenn alle vier Lebensstilaspekte in mindestens der Hälfte der Patientenkontakte angeboten wurden.

4.6.2 Unabhängige Variablen

Arztbezogene Charakteristika

In die Analysen zu Zusammenhängen mit den arztbezogenen Charakteristika wurden neben soziodemographischen Variablen (Geschlecht, Fachrichtung, Alter und Niederlassungsdauer der Studienteilnehmer zum Befragungszeitpunkt) auch Variablen einbezogen, die die Einstellung der Hausärzte zu den einzelnen Lebensstilfaktoren widerspiegeln. Zum einen wurden die Angaben der Teilnehmer zu der Frage „Für wie wichtig halten Sie persönlich die folgenden Maßnahmen zur Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei betroffenen Patienten?“ herangezogen. Für die Analysen wurden hierbei die ursprünglich vier Variablenausprägungen zu den zwei Kategorien „eher wichtig“ und „eher nicht wichtig“ zusammengefasst (Tabelle 9). Zum anderen wurden auch die Erfahrungen der Befragten bei der Beratung von Patienten zu kardiovaskulären Risikofaktoren berücksichtigt. Diese wurden mit der Frage „Wie gut gelingt es Ihnen, Ihre Patienten zu Verhaltensänderungen in folgenden Bereichen zu motivieren?“ erfasst. Auch bei dieser Frage wurden die ursprünglichen Antwortmöglichkeiten zu zwei Dummy-Variablen umkodiert, wie aus Tabelle 9 ersichtlich wird. Schließlich wurde die Einschätzung der eigenen Kompetenz bei der Beratung der Patienten zu kardiovaskulären Risikofaktoren als weitere un-

abhängige Variable herangezogen. Die binäre Aufteilung der Antwortkategorien ist ebenfalls in Tabelle 9 dargestellt.

Tabelle 9: Codierung der Variablen zu Bedeutung, Erfolg und Kompetenz der Befragten für die Gesundheitsberatung

Variable	Ursprüngliche Codierung	Binäre Codierung
Für wie wichtig halten Sie persönlich die folgenden Maßnahmen zur Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei betroffenen Patienten?		
Umstellung auf eine gesunde ausgewogene Ernährung	sehr wichtig	eher wichtig
Erhöhung der Bewegung-/Sportaktivität	eher wichtig	
Tabakentwöhnung	eher nicht wichtig	eher nicht wichtig
Verringerung des Alkoholkonsums	überhaupt nicht wichtig	
Wie gut gelingt es Ihnen, Ihre Patienten zu Verhaltensänderungen in folgenden Bereichen zu motivieren?		
Umstellung auf eine gesunde ausgewogene Ernährung	sehr gut	eher gut
Erhöhung der Bewegung-/Sportaktivität	eher gut	
Tabakentwöhnung	eher nicht gut	eher nicht gut
Verringerung des Alkoholkonsums	überhaupt nicht gut	
Wie beurteilen Sie Ihre Kompetenz für präventive Maßnahmen in folgenden Bereichen?		
Ernährung	sehr hoch	eher hoch
Bewegung und sportliche Aktivität	eher hoch	
Tabakkonsum	eher niedrig	eher niedrig
Alkoholkonsum	sehr niedrig	

Quelle: Eigene Darstellung.

Patientencharakteristika

In die Analysen der Zusammenhänge von Beratungstätigkeiten mit patientenbezogenen Charakteristika wurden die Angaben der Befragten bezüglich ihres Patientenstamms herangezogen. Die Teilnehmer wurden gebeten, auf einer Prozentskala (von 0% bis 100%) jeweils den Anteil der betreuten Patienten zu schätzen, die männlich, privat krankenversichert beziehungsweise über 65 Jahre alt waren oder keine ausreichenden Deutschkenntnisse hatten. Weiterhin waren Übergewicht, Tabakkonsum und manifeste Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei den Patienten von Interesse. Für statistische Analysen wurden diese Angaben entlang der Medianwerte dichotomisiert.

Charakteristika des Arbeitskontextes

Wie dem konzeptuellen Modell dieser Arbeit zu entnehmen ist (Abbildung 4), sind die Charakteristika des Arbeitskontextes sowohl auf der Makro- als auch auf der Meso-Ebene zu verorten. Kontextuelle Charakteristika auf der Meso-Ebene umfassen die Angaben der Befragten zur Arztpraxis, in der sie tätig waren. So war beispielsweise die Art von Praxis von Interesse. Die Teilnehmer konnten angeben, ob es sich bei ihrer Praxis, um eine Einzelpraxis, eine Gemeinschafts-

praxis (mit gemeinsamer Abrechnung) oder eine Praxisgemeinschaft (mit getrennter Abrechnung) handelt oder ob sie in einem Medizinischen Versorgungszentrum tätig waren. Des Weiteren wurden die Angaben der Teilnehmer zu der Anzahl der Patienten, die sie im Durchschnitt pro Woche betreuen, in die Analysen aufgenommen. Ähnlich wie die patientenbezogenen Charakteristika beruhten auch diese Angaben auf der Selbstauskunft der Ärzte. Darüber hinaus wurden Angaben der Teilnehmer zu Kooperationsbeziehungen bei der Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen berücksichtigt. Als Antwortmöglichkeiten waren beispielsweise ärztliche Kollegen, Ernährungsberater, Sportvereine bzw. Sportanbieter, Raucherberatung, Krankenkassen oder Volkshochschulen vorgegeben. Zudem hatten die Teilnehmer die Möglichkeit, weitere Kooperationspartner in einem Freitextfeld einzutragen. Bei den Analysen wurden die Variablen zu bestehenden Kooperationen je nach Analyseschwerpunkt genutzt, d.h. Kooperation mit Raucherberatungen wurde für Analysen der ärztlichen Beratung von rauchenden Patienten eingesetzt, Kooperationen mit Sportvereinen für Analysen der Beratung zur Förderung körperlicher Aktivität.

Zu den Merkmalen auf Makro-Ebene zählte das Bundesland, in dem die Befragten tätig waren. Es wurden außerdem die Daten des Statistischen Bundesamtes hinsichtlich der Bevölkerungsdichte am Standort der Praxis und dessen Einteilung in ein städtisches, halbstädtisches oder ländliches Gebiet aufgenommen (Stand: 2010).

4.7 Statistische Methoden

Bei den statistischen Auswertungen der Daten fanden verschiedene uni-, bi- und multivariate Methoden Anwendung. Zunächst wurden univariate Auszählungen der im Abschnitt 4.6 vorgestellten abhängigen und unabhängigen Variablen durchgeführt. Zur Deskription der Stichprobe wurden hierbei die dem jeweiligen Skalenniveau angemessenen Maßzahlen (Prozentwerte, Mittelwerte, Streuungsmaße) herangezogen. Basierend auf diesen Häufigkeitsauszählungen wurde die Relevanz der jeweiligen Variablen für die nachfolgenden Analysen beurteilt.

Anschließend wurden bivariate Zusammenhangsanalysen durchgeführt. Um mögliche geschlechterspezifische Differenzen bei der Beratung der Patienten zu Lebensstil aufzudecken, wurden zudem sämtliche bivariate Analysen für männliche und weibliche Hausärzte getrennt durchgeführt. Für die Untersuchung der Zusammenhänge zwischen kategorialen Variablen wurden Chi²-Tests angewendet. Neben den Vergleichen zwischen den Geschlechtsgruppen standen Vergleiche zwischen den Hausärzten unterschiedlicher Fachrichtungen ebenfalls im Fokus. Als Maßzahlen für die Stärke der Zusammenhänge wurden Phi beziehungsweise Cramers V berechnet. Bei den metrischen Variablen wurden Mittelwertvergleiche zwischen den o.g. Gruppen mit Hilfe von Mann-Whitney U Tests für unabhängige Stichproben durchgeführt.

Zur Untersuchung der mit der hausärztlichen Gesundheitsberatung assoziierten Faktoren wurden binär-logistische Regressionsanalysen angewendet. Als erklärende Variablen wurden arzt-, patienten- und praxisbezogene Charakteristika herangezogen, die sich in bivariaten Analysen als signifikant erwiesen haben. Bei allen Analysen wurden unabhängige Variablen blockweise eingeschlossen (Backhaus et al. 2011). Um mögliche Verzerrungen bei der Effektschätzung zu minimieren, wurden alle Regressionsmodelle – sofern bivariat nicht signifikant – zusätzlich für Geschlecht und Alter des Arztes kontrolliert. Außerdem wurden die Regressionsmodelle für die Urbanität des Praxisstandortes kontrolliert. Dies wird durch die Annahme begründet, dass den Landärzten aus folgenden Gründen möglicherweise weniger Zeit für die Gesundheitsberatung zur Verfügung steht: Die Versorgungslandschaft im hausärztlichen Bereich in Deutschland ist gekennzeichnet durch eine geringere Anzahl an niedergelassenen Hausärzten in ländlichen Regionen (Uhlemann und Klose 2007). Dies könnte nicht nur in einer höheren Anzahl der zu versorgenden Patienten resultieren, sondern auch in einem höheren Zeitaufwand für Hausbesuche bedingt durch längere Anfahrtswege, was sich insgesamt auf die für die Gesundheitsberatung verfügbare Zeit auswirken würde. Zur Darstellung der Ergebnisse der logistischen Regressionsanalysen wurden Odds Ratio (OR) als Assoziationsmaß und das 95%-Konfidenzintervall herangezogen.

Die statistischen Analysen hat die Doktorandin mit dem Programmpaket SPSS 20 (SPSS Inc., Chicago, USA) durchgeführt (für die rund 850 Zeilen umfassende Analysesyntax s. Anhang C). Für alle Analysen wurde standardgemäß eine Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% als Signifikanzniveau festgelegt.

5 Ergebnisse

Zur Deskription des Studienkollektivs werden Auswertungen zu unabhängigen Variablen in Anlehnung an das eigens für diese Arbeit entwickelte Erklärungsmodell dargestellt (vgl. Abbildung 4). Demnach lassen sich die unabhängigen Variablen für die ärztliche Gesundheitsberatung auf zwei Ebenen verorten: auf der individuellen Ebene, die arzt- und patientenbezogene Charakteristika einschließt, und auf der Ebene des Arbeitskontextes. Kontextbezogene Variablen umfassen wiederum praxisbezogene Merkmale sowie übergeordnete Charakteristika des Praxisstandortes.

In Tabelle 10 sind geschlechterspezifische Auszählungen der unabhängigen Variablen auf der individuellen Ebene dargestellt. Der Großteil der Befragten (60%) war männlich. Die Teilnehmer der ÄSP-kardio-Studie waren im Mittel 52 Jahre alt und seit 13 Jahren niedergelassen. Bei der Verteilung der Studienteilnehmer über die Altersgruppen zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den männlichen und weiblichen Hausärzten. Während drei Viertel der Hausärztinnen unter 54 Jahren alt war, gehörten sechs von zehn ihrer männlichen Kollegen dieser Altersgruppe an ($p < 0,001$; Tabelle 10).

Tabelle 10: Beschreibung der Stichprobe hinsichtlich individueller Charakteristika des Arztes

	Männlich (%)	Weiblich (%)	Gesamt (%)	Phi/ Cramers V	p-Wert
Geschlecht	n=2.391	n=1.593	n=3.984		
Fachrichtung	n=2.391	n=1.591	n=3.982	$\Phi = 0,098$	<0,001
Allgemeinmedizin/ Praktischer Arzt	73,1	81,6	76,4		
Innere Medizin	26,9	18,4	23,6		
Alter	n=2.383	n=1.585	n=3.968	V=0,157	<0,001
Mittelwert in Jahren (SD)	52,4 (9,2)	49,9 (7,6)	51,5 (8,7)		
≤ 46 Jahre	29,9	35,2	32,0		
47-54 Jahre	30,3	39,9	34,1		
≥ 55 Jahre	39,8	24,9	33,8		
Jahre seit Niederlassung	n=2.381	n=1.580	n=3.961	V=0,177	<0,001
Mittelwert in Jahren (SD)	14,8 (9,9)	11,0 (7,6)	13,3 (9,2)		
≤ 7 Jahre	32,4	41,5	36,0		
8-18 Jahre	29,2	36,9	32,3		
≥ 19 Jahre	38,4	21,6	31,7		

n: Anzahl der Ärzte (gesamt: $n=4.074$); % bezogen auf gültige Fälle. SD: Standardabweichung.

Quelle: Eigene Berechnung.

Einige Charakteristika der von Studienteilnehmern betreuten Patienten wurden anhand der Selbstangaben zu den im Quartal betreuten Patienten untersucht (Abbildung 5). Demzufolge waren 43% der von den Studienteilnehmern betreuten Patienten männlich. Im Durchschnitt

waren 15% der Patienten privat versichert. Die Hälfte aller Patienten (50%) war über 65 Jahre alt. Beinahe genauso hoch war der Anteil an Patienten mit Übergewicht (49%). Jeweils etwa ein Drittel der Patienten war Raucher (32%) und hatte eine manifeste Herz-Kreislauf-Erkrankung (30%). Zwischen den männlichen und weiblichen Hausärzten zeigten sich keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Anteile der betreuten Privatversicherten, Senioren und übergewichtigen Patienten. Männliche Hausärzte betreuten im Mittel mehr männliche Patienten. Hin- gegen waren bei Hausärztinnen Raucher (33% vs. 31%) und Patienten mit Herz-Kreislauf- Erkrankungen (32% vs. 28%) signifikant häufiger vertreten als bei den Hausärzten.

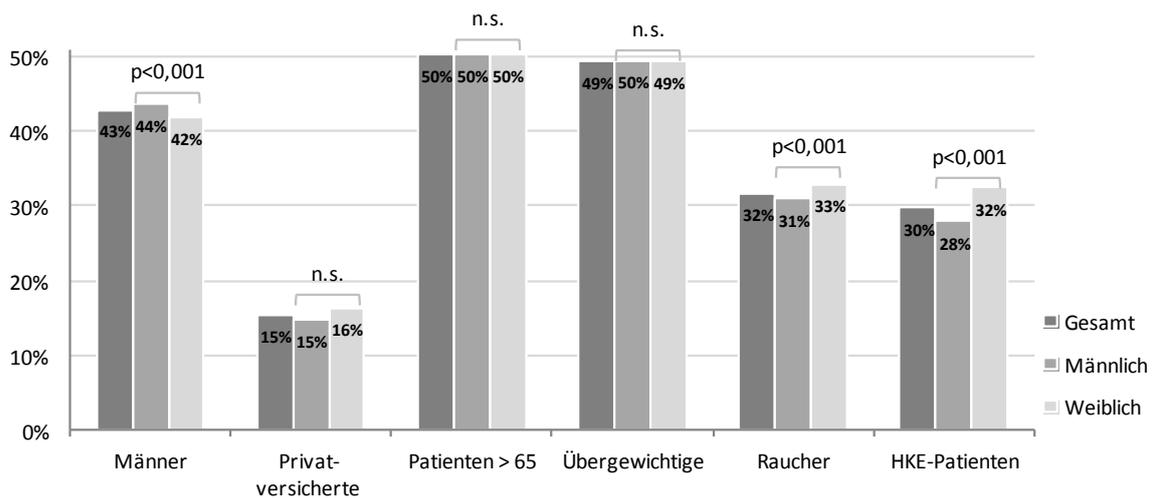


Abbildung 5: Anteil verschiedener Patientengruppen an allen Patienten nach Geschlecht des Hausarztes

% bezogen auf gültige Fälle (gesamt: n=4.074). Berichtet sind Patientencharakteristika basierend auf der Auskunft der befragten Ärzte. HKE: Herz-Kreislauf-Erkrankungen. n.s.: nicht signifikant.

Quelle: Eigene Berechnung.

Bei dem Vergleich der selbstberichteten Patientencharakteristika nach der Fachrichtung der Befragten zeigte sich, dass hausärztlich tätige Internisten häufiger Personen mit erhöhtem kardiovaskulärem Risiko behandelten. So betreuten Internisten verglichen zu Allgemeinmedizinern und Praktischen Ärzten mehr männliche Patienten (44% vs. 42%, $p < 0,001$), Senioren (50% vs. 49%, $p < 0,001$), Patienten mit Übergewicht (50% vs. 49%, $p < 0,001$) und Patienten mit bereits manifesten Herz-Kreislauf-Erkrankungen (33% vs. 29%, $p < 0,001$).

Eine Übersicht der Verteilung des Studienkollektivs über die Charakteristika des Arbeitskontextes ist in Tabelle 11 dargestellt. Die Mehrheit der Befragten führte eine Einzelpraxis (52%), wobei der Anteil der in der Einzelpraxis tätigen unter den Hausärzten signifikant höher war als unter den Hausärztinnen (54% vs. 50%). Im Schnitt hatten die Studienteilnehmer 223 Patientenkontakte pro Woche. Auch hierbei zeigten sich Geschlechtsunterschiede: Hausärztinnen betreuten pro Woche etwa 30 Patienten weniger als ihre männlichen Kollegen ($p < 0,001$). Laut

Selbstauskunft wendeten die Befragten insgesamt rund ein Drittel ihrer wöchentlichen Arbeitszeit (36%) für die Prävention und Behandlung von kardiovaskulären Erkrankungen auf, wobei Hausärztinnen mehr Zeit dafür verwendeten.

Tabelle 11: Beschreibung der Stichprobe hinsichtlich der Charakteristika des Arbeitskontextes

	Männlich (%)	Weiblich (%)	Gesamt (%)	Phi / Cramers V	p-Wert
Praxistyp	n =2.386	n=1.588	n=3.974	V=0,64	0,001
Einzelpraxis	53,7	49,9	52,2		
Gemeinschaftspraxis	39,0	40,8	39,7		
Praxismgemeinschaft	7,3	7,3	8,1		
Patientenanzahl pro Woche	n=2.340	n=1.547	n=3.887		<0,001
Mittelwert (SD)	236,3 (128,2)	203,8 (130,2)	223,7 (130,0)		
Wöchentliche Arbeitszeit für KVE	n=2.272	n=1.517	n=3.789		<0,001
Mittelwert (SD)	34,0 (18,7)	39,3 (19,9)	36,0 (19,3)		
Kooperationspartner					
Ärztliche Kollegen	87,1	87,4	87,2	Φ=0,005	0,733
Alkoholikerberatung	55,9	55,1	55,5	Φ=0,008	0,609
Sportanbieter	50,1	57,8	53,2	Φ=0,075	<0,001
Ernährungsberater	49,8	56,3	52,4	Φ=0,064	<0,001
Krankenkassen	32,4	35,7	33,7	Φ=0,034	0,034
Raucherberatung	24,3	25,0	24,6	Φ=0,008	0,623
Bundesregion	n =2.385	n=1.592	n=3.977	V=0,190	<0,001
Norden (HB, HH, MV, NI, SH)	19,8	16,6	18,5		
Süden (BW, BY)	36,2	30,3	33,8		
Osten (BE, BB, SN, ST, TH)	11,4	26,1	17,3		
Westen (HE, NW, RP, SL)	32,6	27,0	30,3		
Praxisstandort	n=2.385	n=1.592	n=3.977	V=0,050	0,007
Städtisch	47,6	52,4	49,5		
Halbstädtisch	35,8	31,4	34,0		
Ländlich	16,6	16,2	16,5		
Bevölkerungsdichte in der Gemeinde	n=2.385	n=1.592	n=3.977	Φ=0,043	0,007
< 500 Einwohner/km ²	50,1	45,7	48,3		
≥ 501 Einwohner/km ²	49,9	54,3	51,7		

n: Anzahl der Ärzte (gesamt: *n*=4.074); % bezogen auf gültige Fälle. SD: Standardabweichung.

Quelle: Eigene Berechnung.

Deskriptive Auswertungen zu den Kooperationspartnern bei der Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen zeigten, dass der Großteil der Befragten (87%) mit ärztlichen Kollegen zusammenarbeitete (Tabelle 11). Am seltensten waren Kooperationen mit Krankenkassen (33%) und Raucherberatungsstellen (25%). Verglichen zu männlichen Kollegen arbeiteten Hausärztinnen signifikant häufiger mit Ernährungsberatungen, Sportanbietern und Krankenkassen zusammen.

Bei der Betrachtung der übergeordneten kontextuellen Merkmale zeigte sich, dass jeweils rund ein Drittel der Studienteilnehmer in Süd- oder Westdeutschland niedergelassen war (Tabelle 11). Die restlichen Studienteilnehmer verteilten sich zu etwa gleichen Anteilen auf Norddeutsch-

land (19%) und Ostdeutschland (17%). Ein höherer Anteil von Studienteilnehmerinnen kam aus einer Stadt oder Großstadt (52% vs. 48% bei männlichen Hausärzten; $p=0,007$). Verglichen zu Hausärztinnen waren signifikant mehr Hausärzte in einer bevölkerungsreichen Gemeinde niedergelassen (46% vs. 50%; $p=0,007$). Das Patientenaufkommen in der Praxis hing signifikant mit dem Praxisstandort zusammen. Ein Viertel der in einer Stadt niedergelassenen Befragten – aber gut vier von zehn Landärzten (37%) – gaben an, mehr als 250 Patienten pro Woche zu betreuen ($p<0,001$). Die Stadt- und Landärzte unterschieden sich nicht signifikant mit Blick auf die Anzahl der Kooperationsbeziehungen.

5.1 Persönliche Einstellung der Hausärzte zu Gesundheitsberatung

Beinahe alle befragten Ärzte (96%) sahen sich nicht nur in der Rolle eines krankheitsbehandelnden Arztes, sondern auch in der Rolle eines ärztlichen Gesundheitsberaters (Abbildung 6). Etwa sieben von zehn Befragten fanden, dass der Hausarzt einen wichtigen Einfluss auf den Lebensstil seiner Patienten hat. Knapp drei Viertel der Teilnehmer stimmten der Aussage zu, ihren Patienten ein großes Angebot an Lebensstilberatung unterbreiten zu können. Hingegen war etwa ein Drittel der Studienteilnehmer (29%) nicht der Meinung, dass sie ihre Patienten erfolgreich zu einem gesünderen Lebensstil motivieren können. Zwei von zehn Befragten fühlten sich für die Beratung der Patienten zu Fragen des gesunden Lebensstils nicht gut ausgebildet (Abbildung 6).

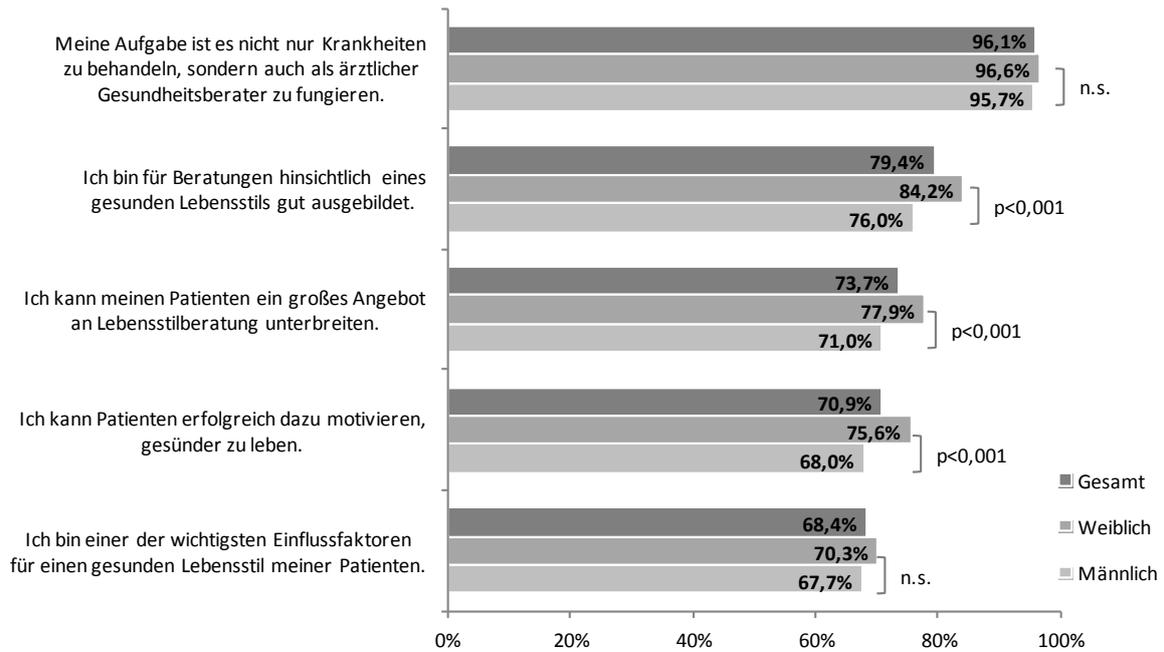


Abbildung 6: Zustimmung zu Aussagen zum wahrgenommenen Ärztebild nach Geschlecht (% der Ärzte)

Abgebildet sind Anteile der Ärzte, die der Aussage „voll und ganz“ und „eher“ zustimmten; % bezogen auf gültige Fälle (gesamt: n=4.074). n.s.: nicht signifikant.

Quelle: Eigene Berechnung.

Bei der subjektiven Einstellung gegenüber der präventiven Gesundheitsberatung zeigten sich signifikante Differenzen je nach Geschlecht, Fachrichtung und Alter der Befragten. Im Vergleich zu ihren männlichen Kollegen waren Hausärztinnen eher von der eigenen Kompetenz bezüglich der Gesundheitsberatung überzeugt (84% vs. 76%; $p<0,001$). Sie gaben weiterhin signifikant häufiger an, ihren Patienten ein großes Angebot an Lebensstilberatung unterbreiten zu können (78% vs. 71%; $p<0,001$) und diese erfolgreich zur Änderung des Lebensstils motivieren zu können (76% vs. 68%; $p<0,001$). Im Vergleich zu hausärztlich tätigen Internisten fühlten sich Allgemeinmediziner besser für die Lebensstilberatung ausgebildet (80% vs. 77%; $p=0,019$). Hingegen bestanden zwischen den Vertretern der beiden Disziplinen keine Unterschiede hinsichtlich weiterer Einstellungsvariablen. Jüngere Hausärzte sahen es im Vergleich zu Ärzten im Alter von über 55 Jahren signifikant häufiger als ihre Aufgabe an, als Gesundheitsberater zu fungieren (97% vs. 94%; $p=0,001$). In der multiplen Regressionsanalyse, in der diverse arzt-, patienten- und praxisbezogenen Variablen berücksichtigt wurden, hing das höhere Lebensalter der Hausärzte negativ mit dem Selbstbild als Gesundheitsberater zusammen ($OR=0,45$; $p=0,001$). Keine altersbezogenen Differenzen waren jedoch bei der selbst-wahrgenommenen Kompetenz, dem wahrgenommenen Erfolg der Gesundheitsberatung sowie weiterer Einstellungsvariablen feststellbar.

Befragte Landärzte sahen sich signifikant seltener in der Rolle des ärztlichen Gesundheitsberaters (94%) im Vergleich zu Hausärzten aus städtischen und halbstädtischen Gebieten (97% bzw. 96%; $p=0,017$). Insgesamt stimmten sieben von zehn Stadtärzten (70%) jedoch nur 67% der Landärzte der Aussage zu, der Arzt sei ein wichtiger Einflussfaktor für den gesunden Lebensstil der Patienten ($p=0,046$). Weniger Landärzte konnten ihren Patienten nach eigenen Angaben ein großes Angebot an Lebensstilberatung unterbreiten (70% vs. 77% bei den Stadtärzten; $p<0,001$). Im Vergleich zu den Hausärzten, die in einer Stadt niedergelassen waren, fühlten sich Landärzte seltener hinreichend ausgebildet für die Gesundheitsberatung (82% vs. 75%; $p<0,001$) und sahen sich seltener als erfolgreich bei der Beratung ihrer Patienten (74% vs. 64%; $p<0,001$).

Die folgenden Abschnitte befassen sich differenzierter mit dem Umfang und den Determinanten der hausärztlichen Beratungsangebote bezüglich einzelner Lebensstilaspekte.

5.2 Hausärztliche Beratung bezüglich der Ernährungsgewohnheiten

In Abbildung 7 ist der Umfang der Ernährungsberatung in der Hausarztpraxis dargestellt. Es zeigte sich, dass die meisten Befragten etwa ein Drittel ihrer Patienten zu Ernährungsgewohnheiten berieten. Etwa zwei von zehn Hausärzten (17%) boten allen ihren Patienten mit Fehler-nährung eine Beratung an. Dagegen berieten 2% der Befragten überhaupt keine Patienten zu Fragen der Ernährung. Insgesamt führten 66% der Hausärzte Ernährungsberatung routinemäßig durch.

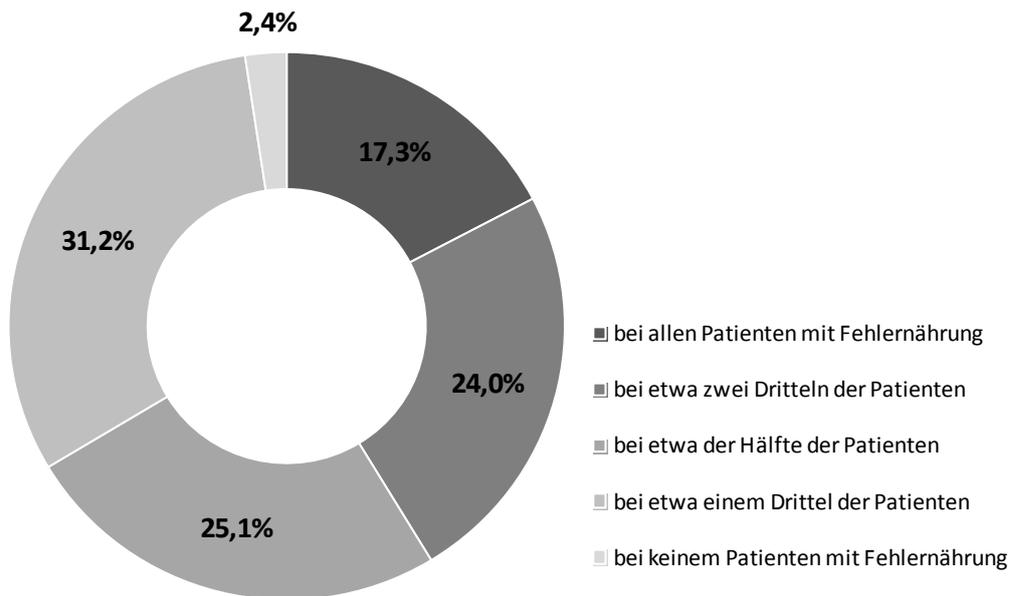


Abbildung 7: Angebot von Ernährungsberatung in der Hausarztpraxis (% der Ärzte)

% bezogen auf gültige Fälle (gesamt: $n=4.074$). Quelle: Eigene Berechnung.

Die mit dem routinemäßigen Angebot der Ernährungsberatung assoziierten Faktoren wurden zunächst in bivariaten Chi²-Analysen untersucht. Mit Blick auf individuelle Charakteristika der Hausärzte zeigte sich, dass das Geschlecht, das Alter und die Einstellungen des Arztes eine wichtige Rolle für das routinemäßige Angebot einer Ernährungsberatung spielten (Tabelle 12).

Zunächst fällt auf, dass unter den Hausärztinnen der Anteil derer, die routinemäßig eine Ernährungsberatung anbieten, um etwa 8 Prozentpunkte höher war als unter den Hausärzten. Signifikant waren ebenfalls die Unterschiede bei dem Beratungsangebot nach Alter und Niederlassungsdauer des Hausarztes. So boten beispielsweise sieben von zehn jüngeren Hausärzten ihre Patienten zu Ernährungsfragen; bei den über 55-Jährigen waren es sechs von zehn. Weiterhin erwiesen sich die Einstellungen der Befragten gegenüber der Gesundheitsberatung im Allgemeinen aber auch im Speziellen gegenüber der Ernährungsberatung als signifikant. So gaben Hausärzte, die sich in der Rolle eines Gesundheitsberaters sahen, unabhängig von ihrem Geschlecht signifikant häufiger an, Ernährungsberatung routinemäßig durchzuführen (67% vs. 51% bei Hausärzten, die sich nicht in Rolle des Gesundheitsberaters sahen; $p<0,001$). Auch die wahrgenommene hohe Bedeutung einer Ernährungsumstellung für die Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die eigene Kompetenz für und der Erfolg bei Beratungsinterventionen spielten eine bedeutende Rolle für das Angebot der Ernährungsberatung in der Hausarztpraxis (Tabelle 12).

Tabelle 12: Deskriptive Auswertungen zum routinemäßigen Angebot von Ernährungsberatung – Arztbezogene Charakteristika

	Männlich (%)	p-Wert	Weiblich (%)	p-Wert	Gesamt (%)	p-Wert
Arztbezogene Charakteristika						
Geschlecht					n=3.872	<0,001
männlich					63,1	
weiblich					71,4	
Fachrichtung	n=2.335	0,716	n=1.535	0,497	n=3.952	0,466
Allgemeinmedizin/ Praktischer Arzt	62,9		71,8		66,7	
Innere Medizin	63,7		69,8		65,4	
Alter	n=2.328	0,170	n=1.529	0,192	n=3.939	0,012
≤ 46 Jahre	66,0		74,1		69,5	
47-54 Jahre	61,6		70,7		65,5	
≥ 55 Jahre	62,1		68,8		64,2	
Jahre seit Niederlassung	n=2.325	0,080	n=1.525	0,634	n=3.929	0,005
≤ 7 Jahre	63,4		72,8		67,6	
8-18 Jahre	66,2		72,0		68,6	
≥ 19 Jahre	60,7		68,4		62,9	
Ärztliches Selbstverständnis	n=2.328	0,011	n=1.533	0,003	n=3.944	<0,001
nicht als Gesundheitsberater	51,0		52,9		51,3	
als Gesundheitsberater	63,7		72,1		67,0	
Bedeutung der gesunden Ernährung	n=2.327	<0,001	n=1.528	0,001	n=3.937	<0,001
eher nicht wichtig	38,1		33,3		38,3	
eher wichtig	63,8		71,8		66,9	
Kompetenz für Ernährungsberatung	n=2.321	<0,001	n=1.526	<0,001	n=3.929	<0,001
eher niedrig	47,9		50,7		48,6	
eher hoch	66,2		73,6		69,3	
Erfolg bei der Patientenmotivation	n=2.325	<0,001	n=1.527	<0,001	n=3.933	<0,001
eher nicht erfolgreich	58,3		65,4		60,6	
eher erfolgreich	69,0		76,0		72,3	

n: Anzahl der Ärzte (gesamt: $n=4.074$); % bezogen auf gültige Fälle. Abhängige Variable: Durchführung von ernährungsbezogenen Kurzinterventionen in mindestens der Hälfte der Patientenkontakte.

Quelle: Eigene Berechnung.

Die in Tabelle 13 dargestellten Ergebnisse bivariater Analysen liefern Hinweise auf Zusammenhänge der ernährungsbezogenen Beratungspraxis mit den Charakteristika der betreuten Patienten. Zunächst wird ersichtlich, dass mit Blick auf alle Patientencharakteristika die Anteile der beratenden Hausärzte unter den weiblichen Befragten deutlich höher waren. Unabhängig vom Geschlecht der Befragten hing das routinemäßige Angebot der Ernährungsberatung positiv mit dem Versichertenstatus der Patienten zusammen ($p<0,001$). Weiterhin spielte der Risikostatus der Patienten eine wichtige Rolle für das routinemäßige Angebot ernährungsbezogener Beratungsintervention: Hausärzte mit überdurchschnittlich vielen Übergewichtigen, Rauchern und Personen mit bereits vorhandenen Herz-Kreislauf-Erkrankungen unter den Patienten boten

ihren Patienten signifikant häufiger eine Beratung zur Ernährung an. Indes war das Beratungsangebot unabhängig vom Geschlecht und vom Alter der Patienten (Tabelle 13).

Tabelle 13: Deskriptive Auswertungen zum routinemäßigen Angebot von Ernährungsberatung – Patientenbezogene Charakteristika

	Ärzte (%)	p-Wert	Ärztinnen (%)	p-Wert	Alle Ärzte (%)	p-Wert
Patientenbezogene Charakteristika						
Anteil männlicher Patienten	n=2.303	0,434	n=1.505	0,274	n=3.889	0,453
≤ 40%	62,3		72,5		66,8	
> 41%	63,8		69,9		65,7	
Anteil Privatversicherter	n=2.300	0,001	n=1.507	0,002	n=3.886	<0,001
≤ 10%	60,4		68,8		63,8	
> 11%	67,4		76,3		70,8	
Anteil der Patienten über 65	n=2.285	0,275	n=1.509	0,570	n=3.874	0,271
≤ 50%	64,1		72,3		67,2	
> 51%	61,9		71,0		65,5	
Anteil übergewichtiger Patienten	n=2.285	<0,001	n=1.502	<0,001	n=3.864	<0,001
≤ 50%	60,0		67,8		63,1	
> 51%	67,2		77,2		71,0	
Anteil rauchender Patienten	n=2.269	0,005	n=1.488	0,971	n=3.834	0,006
≤ 30%	61,1		72,1		65,1	
> 31%	67,0		72,1		69,4	
Anteil der HKE-Patienten	n=2.311	0,029	n=1.515	0,395	n=3.901	0,002
≤ 30%	61,7		70,6		64,7	
> 31%	66,7		72,6		69,7	

n: Anzahl der Ärzte (gesamt: *n*=4.074); % bezogen auf gültige Fälle. Abhängige Variable: Durchführung von ernährungsbezogenen Kurzinterventionen in mindestens der Hälfte der Patientenkontakte. Patientencharakteristika nach Auskunft der Befragten; HKE: Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Quelle: Eigene Berechnung.

Bei der Betrachtung der Charakteristika des Arbeitskontextes fallen zunächst Zusammenhänge mit verschiedenen Faktoren auf der Meso-Ebene auf (Tabelle 14). Zentral für das Angebot der Ernährungsberatung waren neben dem Arbeitszeitanteil, der für Prävention und Behandlung von kardiovaskulären Erkrankungen aufgewendet wird, auch die bestehenden Kooperationsbeziehungen. Sieben von zehn Befragten, die überdurchschnittlich viel Zeit für die kardiovaskulären Erkrankungen verwendeten, berieten ihre Patienten routinemäßig bezüglich der Ernährung. Unter den Hausärzten mit geringeren Zeitanteilen waren es etwa sechs von zehn. Weiterhin führten die Hausärzte, die mit ärztlichen Kollegen und mit Ernährungsberatern kooperierten, signifikant häufiger eine Ernährungsberatung durch. Das Angebot der Ernährungsberatung war hingegen unabhängig vom Praxistyp und dem Patientenaufkommen in der Praxis ($p > 0,05$; Tabelle 14).

Tabelle 14: Deskriptive Auswertungen zum routinemäßigen Angebot von Ernährungsberatung – Charakteristika des Arbeitskontextes

	Männlich (%)	p-Wert	Weiblich (%)	p-Wert	Gesamt (%)	p-Wert
Charakteristika des Arbeitskontextes						
Praxistyp	n=2.330	0,233	n=1.532	0,286	n=3.944	0,191
Einzelpraxis	64,2		72,7		67,3	
Gemeinschaftspraxis/ Praxisgemeinschaft	61,9		70,2		65,3	
Patientenanzahl pro Woche	n=2.288	0,793	n=1.492	0,383	n=3.857	0,159
≤ 150 Patienten	64,2		73,3		68,4	
151-250 Patienten	62,5		70,0		65,3	
≥ 251 Patienten	63,2		70,1		65,4	
Wöchentliche Arbeitszeit für KVE	n=2.221	<0,001	n=1.466	0,080	n=3.760	<0,001
≤ 30%	58,4		69,1		62,0	
> 31%	68,9		73,3		71,0	
Kooperation mit ärztlichen Kollegen	n=2.335	0,043	n=1.573	0,168	n=3.955	0,014
Ja	63,9		72,0		61,6	
Nein	57,9		67,2		67,1	
Kooperation mit Ernährungsberatern	n=2.335	0,001	n=1.537	0,214	n=3.955	<0,001
Ja	66,5		72,7		63,4	
Nein	59,8		69,8		69,0	
Praxisstandort	n=2.329	0,067	n=1.536	0,521	n=3.947	0,015
Städtisch	65,4		72,5		68,5	
Halbstädtisch	61,5		69,5		64,3	
Ländlich	59,6		71,6		63,9	
Bevölkerungsdichte in der Gemeinde	n=2.329	0,005	n=1.536	0,248	n=3.947	<0,001
≤ 250 Einwohner/km ²	58,7		68,6		62,2	
251-1000 Einwohner/km ²	64,2		73,3		67,3	
≥ 1001 Einwohner/km ²	66,5		72,2		69,3	

n: Anzahl der Ärzte (gesamt: *n*=4.074); % bezogen auf gültige Fälle. Abhängige Variable: Durchführung von ernährungsbezogenen Kurzinterventionen in mindestens der Hälfte der Patientenkontakte. KVE: kardiovaskuläre Erkrankungen.

Quelle: Eigene Berechnung.

Bei der Betrachtung der Assoziationen mit den Charakteristika auf der Makro-Ebene zeigte sich die entscheidende Rolle der Urbanität des Praxisstandortes für das Angebot der Ernährungsberatung in der Hausarztpraxis. So boten 64% der Hausärzte, die in einem ländlichen Gebiet niedergelassen waren, ihre Patienten routinemäßig bezüglich deren Ernährung. Bei den Hausärzten aus dem städtischen Gebiet waren es dagegen 69% (*p*=0,015). Vergleichbar damit sind die Ergebnisse mit Blick auf die Bevölkerungsdichte am Praxisstandort: Während 69% der Befragten, die in bevölkerungsreichen Gemeinden niedergelassen waren, ihre Patienten bezüglich Ernährungsgewohnheiten boten, waren es bei den Hausärzten aus Gemeinden mit geringerer Bevölkerungsdichte 67% bzw. 62% (*p*<0,001; Tabelle 14).

Um diese deskriptiven Befunde zum routinemäßigen Angebot von ernährungsbezogenen Beratungsinterventionen multivariat abzusichern, wurden binär-logistische Regressionsanalysen durchgeführt (Tabelle 15). In den Modellen I bis III wurden jeweils nur arztbezogene, patientenbezogene Charakteristika bzw. Charakteristika des Arbeitskontextes berücksichtigt, die in bivariaten Zusammenhangsanalysen signifikant waren.

Im Modell I wurden die bivariat signifikanten Zusammenhänge mit dem Geschlecht und der Einstellung der Hausärzte gegenüber der Gesundheitsberatung und der Ernährungsberatung bestätigt. Gegenüber ihren männlichen Kollegen hatten Hausärztinnen eine um 28% erhöhte Chance, ihren Patienten eine Beratung hinsichtlich der Ernährung anzubieten ($p=0,001$). Einer der stärksten Zusammenhänge zeigte sich mit dem eigenen Selbstbild als Gesundheitsberater. Die Befragten, die sich in der Rolle eines Gesundheitsberaters sahen, berieten ihre Patienten eher bezüglich deren Ernährung ($OR=1,59$; $p=0,007$). Weiterhin hing das Angebot der Ernährungsberatung positiv mit der wahrgenommenen Bedeutung einer gesunden Ernährung für die Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, der eigenen Kompetenz in der Durchführung von Ernährungsberatung und dem antizipierten Erfolg der Patientenmotivation zu einer Ernährungsumstellung. Hingegen spielten das Alter und die Niederlassungsdauer der Befragten keine bedeutsame Rolle für das Angebot der Ernährungsberatung (Tabelle 15).

In Modell II wurden die Zusammenhänge mit patientenbezogenen Charakteristika untersucht. Der stärkste Zusammenhang zeigte sich mit dem Versichertenstatus der betreuten Patienten. Demnach boten Hausärzte mit überdurchschnittlich vielen Privatversicherten ihren Patienten signifikant häufiger eine Ernährungsberatung an ($OR=1,44$; $p<0,001$; Tabelle 15). Bei den Teilnehmern der ÄSP-kardio-Studie könnte dieser Effekt zumindest zum Teil durch den höheren wahrgenommenen Erfolg der Ernährungsberatung bei den privat versicherten Patienten vermittelt werden. Die Mediatoranalyse zeigte, dass dieser positive Zusammenhang zwischen dem Privatversichertenanteil und dem Angebot der Ernährungsberatung bei der simultanen Berücksichtigung des selbstberichteten Erfolgs der Beratungsinterventionen geringer wurde. Tatsächlich fühlten sich 57% der Ärzte mit überdurchschnittlich vielen Privatversicherten erfolgreich, im Vergleich zu 44% in der Referenzkategorie ($p<0,001$).

Bei der Betrachtung kontextueller Merkmale in Modell III fällt zunächst auf, dass Charakteristika des Arbeitskontextes auf der Makro-Ebene wie die Bundesregion und die Urbanität des Praxisstandortes nicht mit dem routinemäßigen Angebot der Ernährungsberatung zusammenhängen. Signifikant war jedoch der Zusammenhang mit dem Arbeitszeitanteil, den die Hausärzte für die Prävention und Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen verwendeten ($OR=1,48$ bei Ärzten, die überdurchschnittlich viel Zeit hierfür aufwandten vs. $OR=1,00$ in der Referenzgruppe; $p<0,001$). Weiterhin blieben bestehende Kooperationsbeziehungen mit ärztlichen Kollegen und

mit Ernährungsberatern sowie die Bevölkerungsdichte am Praxisstandort signifikante Faktoren für das Angebot der Ernährungsberatung (Tabelle 15).

Im Gesamtmodell IV wurden Charakteristika, für die sich in den Modellen I bis III signifikante Assoziationen mit dem routinemäßigen Beratungsangebot von Ernährungsberatung ergaben, berücksichtigt. Zusätzlich wurde dieses Modell für das Alter der Hausärzte und Urbanität des Praxisstandortes kontrolliert. Das Angebot der Ernährungsberatung blieb weiterhin positiv assoziiert mit dem weiblichen Geschlecht der Hausärzte (OR=1,29; $p<0,01$), dem Selbstverständnis als ärztlicher Gesundheitsberater (OR=1,59; $p<0,05$), der Bedeutung der Ernährungsumstellung für die kardiovaskuläre Prävention (OR=1,96; $p<0,01$), der hohen Kompetenz für die Ernährungsberatung (OR=2,04; $p<0,001$) und dem Erfolg der Patientenmotivation zu einer Ernährungsumstellung (OR=1,45; $p<0,001$; Tabelle 15). Mit Blick auf patientenbezogene Charakteristika blieben positive Zusammenhänge mit den höheren Anteilen an privat versicherten und übergewichtigen Patienten bestehen (OR=1,29 bzw. OR=1,53; beide $p<0,01$). Bei der Betrachtung der arbeitskontextbezogenen Merkmale wird deutlich, dass Ärzte aus bevölkerungsreichen Gemeinden ihre Patienten eher zur Ernährung berieten. Ebenfalls spielten bestehende Kooperationsbeziehungen mit Ernährungsberatern eine signifikante Rolle für die Beratung der Patienten in der eigenen Praxis (Tabelle 15).

Tabelle 15: Logistische Regressionsanalysen zu routinemäßiger Durchführung von Ernährungsberatung in der Hausarztpraxis

	Routinemäßige Durchführung der Beratung bezüglich Ernährungsgewohnheiten OR (95%-KI)			
	Modell I	Modell II	Modell III	Modell IV
Geschlecht				
männlich	1,00 (Ref.)			1,00 (Ref.)
weiblich	1,28 (1,11-1,49)**			1,29 (1,11-1,51)**
Ärztliches Selbstverständnis				
nicht als Gesundheitsberater	1,00 (Ref.)			1,00 (Ref.)
als Gesundheitsberater	1,59 (1,14-2,25)**			1,52 (1,07-2,16)*
Bedeutung der gesunden Ernährung				
eher nicht wichtig	1,00 (Ref.)			1,00 (Ref.)
eher wichtig	2,19 (1,35-3,54)**			1,96 (1,20-3,21)**
Kompetenz für Ernährungsberatung				
eher niedrig	1,00 (Ref.)			1,00 (Ref.)
eher hoch	1,99 (1,64-2,41)***			2,04 (1,67-2,49)***
Erfolg bei der Patientenmotivation				
eher nicht erfolgreich	1,00 (Ref.)			1,00 (Ref.)
eher erfolgreich	1,47 (1,28-1,70)***			1,45 (1,25-1,68)***
Anteil Privatversicherter				
≤ 10%		1,00 (Ref.)		1,00 (Ref.)
> 11%		1,44 (1,25-1,67)***		1,29 (1,11-1,51)**
Anteil übergewichtiger Patienten				
≤ 50%		1,00 (Ref.)		1,00 (Ref.)
> 51%		1,33 (1,15-1,55)***		1,53 (1,32-1,78)***
Anteil der HKE-Patienten				
≤ 30%		1,00 (Ref.)		1,00 (Ref.)
> 31%		1,19 (1,01-1,39)*		1,09 (0,93-1,29)
Wöchentliche Arbeitszeit für KVE				
≤ 30%			1,00 (Ref.)	1,00 (Ref.)
> 31%			1,48 (1,29-1,69)***	1,26 (1,08-1,47)**

	Routinemäßige Durchführung der Beratung bezüglich Ernährungsgewohnheiten OR (95%-KI)			
	Modell I	Modell II	Modell III	Modell IV
Kooperation mit ärztlichen Kollegen				
Nein			1,00 (Ref.)	1,00 (Ref.)
Ja			1,23 (1,01-1,51)*	1,20 (0,97-1,49)
Kooperation mit Ernährungsberatern				
Nein			1,00 (Ref.)	1,00 (Ref.)
Ja			1,26 (1,09-1,45)**	1,17 (1,02-1,36)*
Bevölkerungsdichte in der Gemeinde				
≤ 250 Einwohner/km ²			1,00 (Ref.)	1,00 (Ref.)
251-1000 Einwohner/km ²			1,27 (1,02-1,58)*	1,27 (1,02-1,61)*
≥ 1001 Einwohner/km ²			1,47 (1,09-1,99)*	1,39 (1,02 -1,91)*
n	3.775	3.718	3.753	3.635
Nagelkerke's r ²	0,060	0,014	0,017	0,082

n: Anzahl der Ärzte (gesamt: n=4.074).

Abhängige Variable: Durchführung von ernährungsbezogenen Kurzinterventionen in mindestens der Hälfte der Patientenkontakte. Modell I: nur arztbezogene Charakteristika als unabhängige Variablen berücksichtigt. Modell II: nur patientenbezogene Charakteristika als unabhängige Variablen berücksichtigt. Modell III: nur Charakteristika des Arbeitskontextes als unabhängige Variablen berücksichtigt. Modell IV: Variablen mit signifikante Assoziationen aus Modellen I bis III berücksichtigt, zusätzlich adjustiert für Alter und Urbanität des Praxisstandortes.

OR: Odds Ratio. 95%-KI: 95%-Konfidenzintervall. Ref.: Referenzkategorie. HKE: Herz-Kreislauf-Erkrankungen. KVE: kardiovaskuläre Erkrankungen. ***: $p < 0,001$. **: $p < 0,01$. *: $p < 0,05$.

Quelle: Eigene Berechnung.

5.3 Hausärztliche Beratung bezüglich der Tabakentwöhnung

Etwa sieben von zehn befragten Hausärzten (72%) führten Kurzinterventionen bezüglich der Tabakentwöhnung routinemäßig durch. Etwa ein Drittel der Hausärzte (29%) beriet fast alle rauchenden Patienten, wobei drei von zehn Befragten keinem Patienten eine solche Beratung offerierten (Abbildung 8).

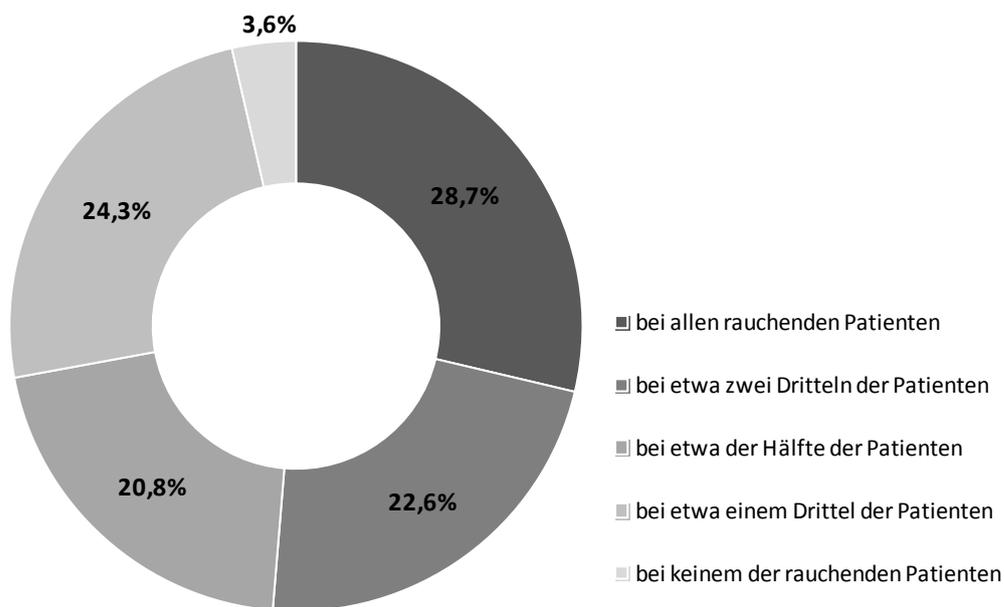


Abbildung 8: Angebot der Beratung bezüglich Tabakentwöhnung in der Hausarztpraxis (% der Ärzte)
% bezogen auf gültige Fälle (gesamt: n=4.074). Quelle: Eigene Berechnung.

Bei der Analyse der Zusammenhänge mit den arztbezogenen Charakteristika fallen zunächst signifikante Unterschiede zwischen den Ärzten verschiedener Fachrichtungen auf (Tabelle 16). So führten 75% der hausärztlich tätigen Internisten Beratungsinterventionen bezüglich der Tabakentwöhnung routinemäßig durch. Unter den Allgemeinmedizinern bzw. Praktischen Ärzten waren es etwa vier Prozentpunkte weniger ($p < 0,05$). Ebenfalls waren altersbezogene Unterschiede bei der Häufigkeit der Raucherberatung signifikant ($p = 0,014$): Der Anteil der Ärzte, die routinemäßig eine Raucherberatung durchführten, war unter den Befragten im Alter bis 46 Jahren am höchsten und unter den Befragten im Alter von über 55 Jahren am niedrigsten (75% vs. 69%). Ein vergleichbarer Zusammenhang bestand mit der Niederlassungsdauer der Befragten (Tabelle 16).

Tabelle 16: Deskriptive Auswertungen zum routinemäßigen Angebot einer Beratung zur Tabakentwöhnung – Arztbezogene Charakteristika

	Männlich (%)	p-Wert	Weiblich (%)	p-Wert	Gesamt (%)	p-Wert
Arztbezogene Charakteristika						
Geschlecht					n=3.895	0,238
männlich					71,4	
weiblich					73,2	
Fachrichtung	n=2.345	0,023	n=1.548	0,517	n=3.875	0,049
Allgemeinmedizin/ Praktischer Arzt	70,1		72,8		71,3	
Innere Medizin	74,9		74,7		74,6	
Alter	n=2.338	0,101	n=1.542	0,253	n=3.962	0,014
≤ 46 Jahre	74,4		75,6		75,0	
47-54 Jahre	71,2		72,2		71,7	
≥ 55 Jahre	69,6		71,1		69,9	
Jahre seit Niederlassung	n=2.335	0,063	n=1.539	0,033	n=3.953	0,002
≤ 7 Jahre	73,9		75,4		74,7	
8- 18 Jahre	72,2		73,6		72,6	
≥ 19 Jahre	68,8		67,7		68,7	
Ärztliches Selbstverständnis	n=2.338	0,076	n=1.546	<0,001	n=3.884	<0,001
nicht als Gesundheitsberater	63,6		51,9		58,9	
als Gesundheitsberater	71,9		73,9		72,7	
Bedeutung der Tabakentwöhnung	n=2.328	0,033	n=1.544	0,790	n=3.954	0,134
eher nicht wichtig	50,0		80,0		59,3	
eher wichtig	71,7		73,2		72,7	
Kompetenz für Raucherberatung	n=2.337	<0,001	n=1.543	<0,001	n=3.962	<0,001
eher niedrig	61,6		64,7		62,9	
eher hoch	75,3		77,4		76,1	
Erfolg bei der Patientenmotivation	n=2.331	<0,001	n=1.534	<0,001	n=3.946	<0,001
eher nicht erfolgreich	69,3		70,7		70,0	
eher erfolgreich	78,1		80,9		79,0	

n: Anzahl der Ärzte (gesamt: *n*=4.074); % bezogen auf gültige Fälle. Abhängige Variable: Durchführung von Kurzinterventionen bezüglich der Tabakentwöhnung in mindestens der Hälfte der Patientenkontakte.
Quelle: Eigene Berechnung.

Die Einstellungsvariablen waren auch mit Blick auf die hausärztliche Beratung bezüglich der Tabakentwöhnung signifikant (Tabelle 16). Unabhängig vom Geschlecht der Befragten boten Hausärzte, die sich in der Rolle eines ärztlichen Gesundheitsberaters sahen, ihren rauchenden Patienten eher eine Beratung zu Tabakentwöhnung an (73% vs. 59%; $p < 0,001$). Weiterhin zeigte sich, dass die Befragten, die nach eigener Einschätzung kompetent für die Raucherberatung waren, ihre Patienten auch eher diesbezüglich berieten (76% vs. 63%; $p < 0,001$). Ebenfalls spielte der wahrgenommene Erfolg der Beratungsinterventionen bei der Häufigkeit der Beratung zur Tabakentwöhnung eine bedeutsame Rolle. Etwa acht von zehn Befragten, die ihre Patienten nach eigener Ansicht erfolgreich zur Tabakentwöhnung motivieren konnten, berieten ihre Patienten routinemäßig. Bei den Hausärzten, die sich weniger erfolgreich fühlten, waren es sieben

von zehn. Bei allen Einstellungsvariablen waren die Unterschiede auch bei der geschlechtsdifferenzierten Betrachtung signifikant.

Bei der Betrachtung der patientenbezogenen Charakteristika spielten das Alter sowie das Vorliegen von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei den Patienten keine signifikante Rolle für das Angebot einer Tabakentwöhnungsberatung ($p > 0,05$; Tabelle 17). Auch hing die Häufigkeit der Beratung nicht mit dem Anteil der rauchenden Patienten zusammen ($p = 0,176$). Hingegen zeigte sich ein möglicher Zusammenhang mit dem Geschlecht der Patienten: Unter den Befragten mit überdurchschnittlich vielen männlichen Patienten lag der Anteil derjenigen, die routinemäßig eine Raucherberatung anboten, bei 74%. In der Referenzgruppe der Hausärzte mit weniger als 40% männlicher Patienten lag dieser Anteil bei 71% ($p = 0,018$). Zusätzlich zeigten sich Zusammenhänge mit dem Versichertenstatus der Patienten, mit einer größeren Wahrscheinlichkeit der Beratung bei Hausärzten mit überdurchschnittlich vielen privat versicherten Patienten ($p = 0,008$). Dieser Zusammenhang war jedoch nur bei den Hausärztinnen signifikant. Außerdem hing der höhere Anteil übergewichtiger Patienten positiv mit der Durchführung von Beratungsinterventionen bezüglich der Tabakentwöhnung zusammen ($p = 0,049$).

Tabelle 17: Deskriptive Auswertungen zum routinemäßigen Angebot einer Beratung zur Tabakentwöhnung – Patientenbezogene Charakteristika

	Ärzte (%)	p-Wert	Ärztinnen (%)	p-Wert	Alle Ärzte (%)	p-Wert
Patientenbezogene Charakteristika						
Anteil männlicher Patienten	n=2.315	0,046	n=1.518	0,311	n=3.914	0,045
≤ 40%	69,6		71,9		70,7	
> 41%	73,4		74,2		73,6	
Anteil Privatversicherter	n=2.310	0,097	n=1.522	0,025	n=3.911	0,008
≤ 10%	70,3		71,2		70,7	
> 11%	73,5		76,6		74,7	
Anteil der Patienten über 65	n=2.295	0,324	n=1.522	0,237	n=3.897	0,884
≤ 50%	70,6		74,5		72,1	
> 51%	72,4		71,8		72,3	
Anteil übergewichtiger Patienten	n=2.292	0,031	n=1.512	0,560	n=3.884	0,049
≤ 50%	69,8		72,8		71,1	
> 51%	73,9		74,1		73,9	
Anteil rauchender Patienten	n=2.277	0,297	n=1.499	0,455	n=3.854	0,176
≤ 30%	70,7		72,7		71,5	
> 31%	72,8		74,5		73,5	
Anteil der HKE-Patienten	n=2.320	0,394	n=1.526	0,584	n=3.922	0,524
≤ 30%	70,9		73,5		71,7	
> 31%	72,7		72,2		72,7	

n: Anzahl der Ärzte (gesamt: $n = 4.074$); % bezogen auf gültige Fälle. Abhängige Variable: Durchführung von Kurzinterventionen bezüglich der Tabakentwöhnung in mindestens der Hälfte der Patientenkontakte. Patientencharakteristika nach Auskunft der Befragten. HKE: Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Quelle: Eigene Berechnung.

Mit Blick auf die kontextuellen Faktoren zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang mit der wöchentlichen Arbeitszeit, die für die Prävention und die Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen aufgewendet wird (Tabelle 18): Unabhängig vom Geschlecht der Befragten gaben die Ärzte mit einem höheren Arbeitszeitanteil, der diesen Erkrankungen gewidmet wurden, eher an, ihre Patienten zur Tabakentwöhnung zu beraten ($p < 0,001$). Außerdem hing das routinemäßige Beratungsangebot mit Kooperationsbeziehungen zu ärztlichen Kollegen und zu Raucherberatern positiv zusammen. Hingegen war das Angebot der Raucherberatung unabhängig von Praxistyp und der Anzahl der pro Woche betreuten Patienten ($p > 0,05$).

Tabelle 18: Deskriptive Auswertungen zum routinemäßigen Angebot einer Beratung zur Tabakentwöhnung – Charakteristika des Arbeitskontextes

	Männlich (%)	p-Wert	Weiblich (%)	p-Wert	Gesamt (%)	p-Wert
Charakteristika des Arbeitskontextes						
Praxistyp	n=2.340	0,232	n=1.545	0,848	n=3.967	0,352
Einzelpraxis	72,5		73,4		72,8	
Gemeinschaftspraxis/ Praxisgemeinschaft	70,3		73,0		71,5	
Patientenanzahl pro Woche	n=2.298	0,772	n=1.506	0,419	n=3.881	0,546
≤ 150 Patienten	72,5		74,5		73,3	
151-250 Patienten	70,6		73,1		71,8	
≥ 251 Patienten	72,0		70,7		71,5	
Wöchentliche Arbeitszeit für KVE	n=2.231	0,005	n=1.480	0,003	n=3.783	<0,001
≤ 30%	69,1		69,3		69,2	
> 31%	74,5		76,0		75,2	
Kooperation mit ärztlichen Kollegen	n=2.345	0,213	n=1.550	0,011	n=3.978	0,009
Ja	68,4		65,6		67,3	
Nein	71,9		74,2		72,8	
Kooperation mit Raucherberatung	n=2.345	<0,001	n=1.550	<0,001	n=3.978	<0,001
Ja	69,0		70,8		69,7	
Nein	79,1		80,4		79,4	
Praxisstandort	n=2.339	0,517	n=1.549	0,053	n=3.970	0,031
Städtisch	72,4		75,7		73,9	
Halbstädtisch	70,8		71,0		70,6	
Ländlich	69,5		69,2		69,5	
Bevölkerungsdichte in der Gemeinde	n=2.339	0,073	n=1.549	0,021	n=3.970	0,001
≤ 250 Einwohner/km ²	68,4		69,0		68,6	
251-1000 Einwohner/km ²	72,4		72,9		72,5	
≥ 1001 Einwohner/km ²	73,4		76,6		74,9	

n: Anzahl der Ärzte (gesamt: $n=4.074$); % bezogen auf gültige Fälle. Abhängige Variable: Durchführung von Kurzinterventionen bezüglich der Tabakentwöhnung in mindestens der Hälfte der Patientenkontakte. KVE: kardiovaskuläre Erkrankungen.

Quelle: Eigene Berechnung.

Hinsichtlich der makrostrukturellen Charakteristika des Praxisstandortes zeigten sich Zusammenhänge mit der Urbanität und der Bevölkerungsdichte am Praxisstandort (Tabelle 18). Befragte, die ihre Praxis in einer städtischen Gegend hatten, berieten ihre Patienten zu höheren Anteilen (74%) im Vergleich zu Hausärzten aus ländlichen Gegenden (69%; $p=0,031$). Mit einer höheren Bevölkerungsdichte am Praxisstandort gingen auch höhere Anteile der beratenden Ärzte einher ($p<0,001$). Geschlechtsbezogene Analysen zeigte, dass bei den zwei zuletzt genannten Charakteristika des Praxisstandortes die Unterschiede nur bei Hausärztinnen und nicht bei Hausärzten signifikant waren.

Bei der Betrachtung der Ergebnisse der logistischen Regressionsanalyse fällt auf, dass keine signifikanten Effekte für soziodemografische Charakteristika der befragten Hausärzte wie Geschlecht, Fachrichtung, Alter und Niederlassungsdauer vorlagen (Modell I; Tabelle 19). Hingegen blieben die bivariat signifikanten Zusammenhänge mit dem hausärztlichen Selbstverständnis, der Kompetenz für Raucherberatung und dem Erfolg der Patientenmotivation weiterhin statistisch bedeutsam. So hatten die Befragten, die sich als Gesundheitsberater ansahen, im Vergleich zur Referenzgruppe eine um 65% erhöhte Chance, ihre Patienten routinemäßig zu Tabakentwöhnung zu beraten ($p<0,01$). Die Wahrscheinlichkeit der diesbezüglichen Angebote war ebenfalls signifikant höher für Hausärzte, die sich selbst kompetent für die Raucherberatung fühlten ($OR=1,72$; $p<0,001$) und die den eigenen Erfolg bei der Motivation ihrer Patienten zur Tabakentwöhnung als hoch einschätzten ($OR=1,46$, $p<0,001$).

Bei der Betrachtung von patientenbezogenen Merkmalen zeigten sich für Geschlecht, Versicherterstatus und Gewichtsstatus der Patienten signifikante Assoziationen (Modell II; Tabelle 19), wobei der Effekt für den Versichertenstatus am höchsten war. Im Vergleich zu Befragten, die weniger als 10% Privatversicherte betreuten, bestand für Hausärzte mit überdurchschnittlich vielen Privatversicherten eine 1,26-fache Chance, ihren Patienten Beratungsinterventionen bezüglich der Tabakentwöhnung routinemäßig anzubieten ($p<0,01$).

Mit Blick auf verschiedene Charakteristika des Arbeitskontextes konnten keine Effekte für Kooperationsbeziehungen mit ärztlichen Kollegen und für die Urbanität des Praxisstandortes festgestellt werden (Modell III; Tabelle 19). Die stärksten positiven Zusammenhänge für das routinemäßige Beratungsangebot ergaben sich für die Kooperationen mit Raucherberatern ($OR=1,63$; $p<0,01$) und mit dem Standort der Praxis in einer bevölkerungsreichen Gemeinde ($OR=1,42$; $p<0,05$).

Bei der zusammenfassenden Betrachtung der mit dem routinemäßigen Angebot von Raucherberatung assoziierten Faktoren in Gesamtmodell IV wurden die Effekte der patientenbezogenen Charakteristika aufgehoben (Tabelle 19). Das routinemäßige Angebot der Beratung bezüglich der Tabakentwöhnung hing am stärksten mit der selbstberichteten Kompetenz für Raucherbera-

tung (OR=1,76; $p<0,001$) und mit dem Selbstverständnis als Gesundheitsberater (OR=1,52; $p<0,05$) zusammen. Bei den Makro-Charakteristika des Praxisstandortes blieb lediglich der positive Zusammenhang mit der höheren Bevölkerungsdichte im Niederlassungsgebiet bestehen (OR=1,49; $p<0,05$).

Tabelle 19: Logistische Regressionsanalysen zum routinemäßigen Angebot von Beratungsinterventionen bezüglich der Tabakentwöhnung

	Routinemäßige Durchführung der Beratung bezüglich Tabakentwöhnung OR (95%-KI)			
	Modell I	Modell II	Modell III	Modell IV
Ärztliches Selbstverständnis				
nicht als Gesundheitsberater	1,00 (Ref.)			1,00 (Ref.)
als Gesundheitsberater	1,65 (1,18-2,32)**			1,52 (1,05-2,19)*
Kompetenz für Raucherberatung				
eher niedrig	1,00 (Ref.)			1,00 (Ref.)
eher hoch	1,72 (1,47-2,01)***			1,76 (1,49-2,07)***
Erfolg bei der Patientenmotivation				
eher nicht erfolgreich	1,00 (Ref.)			1,00 (Ref.)
eher erfolgreich	1,46 (1,22-1,77)***			1,43 (1,17-1,74)***
Anteil männlicher Patienten				
≤ 40%		1,00 (Ref.)		1,00 (Ref.)
> 41%		1,17 (1,01-1,35)*		1,16 (0,99-1,35)
Anteil Privatversicherter				
≤ 10%		1,00 (Ref.)		1,00 (Ref.)
> 11%		1,26 (1,08-1,46)**		1,08 (0,91-1,28)
Anteil übergewichtiger Patienten				
≤ 50%		1,00 (Ref.)		1,00 (Ref.)
> 51%		1,17 (1,01-1,35)*		1,15 (0,98-1,35)
Wöchentliche Arbeitszeit für KVE				
≤ 30%			1,00 (Ref.)	1,00 (Ref.)
> 31%			1,33 (1,15-1,54)***	1,25 (1,07-1,46)***
Kooperation mit ärztlichen Kollegen				
Nein			1,00 (Ref.)	
Ja			1,21 (0,98-1,49)	
Kooperation mit Raucherberatung				
Nein			1,00 (Ref.)	1,00 (Ref.)
Ja			1,63 (1,36-1,95)***	1,55 (1,28-1,87)***

	Routinemäßige Durchführung der Beratung bezüglich Tabakentwöhnung OR (95%-KI)			
	Modell I	Modell II	Modell III	Modell IV
Praxisstandort				
Städtisch			1,00 (Ref.)	
Halbstädtisch			1,05 (0,82-1,35)	
Ländlich			1,15 (0,82-1,59)	
Bevölkerungsdichte in der Gemeinde				
≤ 250 Einwohner/km ²			1,00 (Ref.)	1,00 (Ref.)
251-1000 Einwohner/km ²			1,21 (0,96-1,52)	1,21 (0,95-1,55)
≥ 1001 Einwohner/km ²			1,42 (1,03-1,95)*	1,49(1,06-2,08)*
n	3.809	3.803	3.775	3.489
Nagelkerke's r ²	0,040	0,006	0,028	0,065

n: Anzahl der Ärzte (gesamt: n=4.074).

Abhängige Variable: Durchführung von Kurzinterventionen bezüglich der Tabakentwöhnung in mindestens der Hälfte der Patientenkontakte. Modell I: nur arztbezogene Charakteristika als unabhängige Variablen berücksichtigt. Modell II: nur patientenbezogene Charakteristika als unabhängige Variablen berücksichtigt. Modell III: nur Charakteristika des Arbeitskontextes als unabhängige Variablen berücksichtigt. Modell IV: Variablen mit signifikante Assoziationen aus Modellen I bis III berücksichtigt, zusätzlich adjustiert für Geschlecht, Alter und Urbanität des Praxisstandortes.

OR: Odds Ratio. 95%-KI: 95%-Konfidenzintervall. Ref.: Referenzkategorie. KVE: kardiovaskuläre Erkrankungen. ***: $p < 0,001$. **: $p < 0,01$. *: $p < 0,05$.

Quelle: Eigene Berechnung.

5.4 Hausärztliche Beratung bezüglich der körperlichen Aktivität

Etwa sieben von zehn befragten Hausärzte (72%) führten routinemäßig Kurzinterventionen zur Erhöhung der physischen Aktivität durch. Während etwa 20% der Studienteilnehmer solche Interventionen allen ihren Patienten mit unzureichender Bewegungsaktivität anboten, berieten 2% keine Patienten diesbezüglich (Abbildung 9).

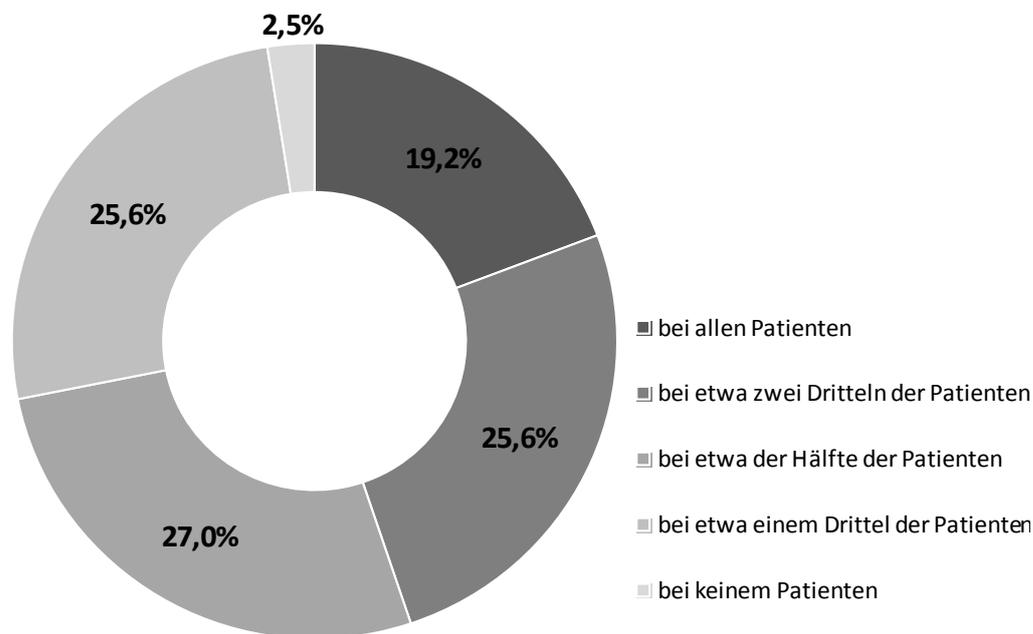


Abbildung 9: Angebot der Beratung bezüglich der körperlichen Aktivität in der Hausarztpraxis (% der Ärzte) % bezogen auf gültige Fälle (gesamt: $n=4.074$). Quelle: Eigene Berechnung.

Ähnlich wie bei dem Angebot von Ernährungsberatung zeigten sich bei der Beratung bezüglich körperlicher Aktivität signifikante Unterschiede je nach Geschlecht, Alter und Niederlassungsdauer des Arztes (Tabelle 20). Bei den letzten zwei Merkmalen bestand ein U-förmiger Zusammenhang mit dem routinemäßigen Beratungsangebot: Hausärzte, die zwischen 47 und 54 Jahren alt waren und die im Schnitt seit etwa 8 bis 18 Jahren niedergelassen waren, berieten ihre Patienten am ehesten. Dagegen waren die Anteile der beratenden Hausärzte am niedrigsten unter den älteren Ärzten und solchen, die seit längerem niedergelassen waren. Ebenfalls wie beim Angebot der Ernährungsberatung hing die Fachrichtung der Befragten nicht signifikant mit dem Angebot der Beratung zur physischen Aktivität zusammen. Weitere Zusammenhänge hingegen bestanden mit dem Selbstverständnis als ärztlicher Gesundheitsberater, der wahrgenommenen Bedeutung der körperlichen Aktivität für die Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, der

selbst bewerteten Kompetenz und dem Erfolg der Beratung zur körperlichen Aktivität. Auffällig hoch war die Differenz der Beratungsprävalenz zwischen den Ärzten, die sich selbst als kompetent einschätzten, und solchen, die dies nicht taten: Sie lag bei 23 Prozentpunkten. Im Vergleich dazu betrug die Differenz zwischen den Befragten, die nach eigenen Angaben ihre Patienten erfolgreich zur Erhöhung der körperlichen Aktivität motivieren konnten, und solchen die angaben, dies nicht zu können, etwa 13 Prozentpunkte (Tabelle 20).

Tabelle 20: Deskriptive Auswertungen zum routinemäßigen Angebot der Beratung bezüglich der körperlichen Aktivität – Arztbezogene Charakteristika

	Männlich (%)	p-Wert	Weiblich (%)	p-Wert	Gesamt (%)	p-Wert
Arztbezogene Charakteristika						
Geschlecht					n=3.923	<0,001
männlich					69,4	
weiblich					75,8	
Fachrichtung	n=2.360	0,749	n=1.561	0,234	n=4.005	0,514
Allgemeinmedizin/ Praktischer Arzt	69,2		76,3		72,1	
Innere Medizin	69,9		73,0		71,0	
Alter	n=2.353	0,008	n=1.555	0,014	n=3.992	<0,001
≤ 46 Jahre	69,1		77,1		72,6	
47-54 Jahre	73,5		78,1		75,4	
≥ 55 Jahre	66,4		70,3		67,4	
Jahre seit Niederlassung	n=2.350	0,049	n=1.551	<0,001	n=3.982	0,001
≤ 7 Jahre	69,2		77,7		73,0	
8-18 Jahre	72,8		78,5		75,0	
≥ 19 Jahre	67,1		67,7		67,4	
Ärztliches Selbstverständnis	n=2.353	0,008	n=1.559	<0,001	n=3.912	<0,001
nicht als Gesundheitsberater	57,4		54,7		56,6	
als Gesundheitsberater	69,9		76,5		72,4	
Bedeutung der Erhöhung der körperlichen Aktivität	n=2.345	0,003	n=1.556	0,251	n=3.985	0,001
eher nicht wichtig	30,8		57,2		40,9	
eher wichtig	69,5		75,8		71,9	
Kompetenz für Beratung bzgl. körperlicher Aktivität	n=2.344	<0,001	n=1.551	<0,001	n=3.979	<0,001
eher niedrig	46,9		57,9		51,5	
eher hoch	72,6		78,5		74,8	
Erfolg bei der Patientenmotivation	n=2.349	<0,001	n=1.553	<0,001	n=3.986	<0,001
eher nicht erfolgreich	63,4		69,6		65,5	
eher erfolgreich	75,9		82,3		78,6	

n: Anzahl der Ärzte (gesamt: *n*=4.074); % bezogen auf gültige Fälle. Abhängige Variable: Durchführung von Kurzinterventionen bezüglich der körperlichen Aktivität in mindestens der Hälfte der Patientenkontakte.

Quelle: Eigene Berechnung.

Bei der Betrachtung des Beratungsangebots nach den Charakteristika der betreuten Patienten wird deutlich, dass dieser unabhängig von Geschlecht, Alter, Rauch- sowie Risikostatus der Patienten war (Tabelle 21). Hingegen rieten die Hausärzte mit mehr Privatversicherten unter ihren

Patienten und die Hausärzte mit mehr Übergewichtigen in ihrer Patientenklentel ihren Patienten signifikant häufiger zu einer Erhöhung der physischen Aktivität. Am meisten ausgeprägt war diese Differenz bei weiblichen Hausärzten.

Tabelle 21: Deskriptive Auswertungen zum routinemäßigen Angebot der Beratung bezüglich der körperlichen Aktivität – Patientenbezogene Charakteristika

	Ärzte (%)	p-Wert	Ärztinnen (%)	p-Wert	Alle Ärzte (%)	p-Wert
Patientenbezogene Charakteristika						
Anteil männlicher Patienten	n=2.328	0,424	n=1.530	0,421	n=3.941	0,807
≤ 40%	68,6		76,4		71,9	
> 41%	70,2		74,6		71,5	
Anteil Privatversicherter	n=2.323	0,012	n=1.533	0,001	n=3.937	<0,001
≤ 10%	67,6		73,2		69,7	
> 11%	72,6		80,5		75,7	
Anteil der Patienten über 65	n=2.307	0,519	n=1.534	0,124	n=3.923	0,213
≤ 50%	70,2		77,3		72,8	
> 51%	69,0		74,0		71,0	
Anteil übergewichtiger Patienten	n=2.306	0,003	n=1.526	0,233	n=3.914	0,002
≤ 50%	67,0		74,6		70,0	
> 51%	72,8		77,3		74,5	
Anteil rauchender Patienten	n=2.290	0,280	n=1.509	0,593	n=3.878	0,429
≤ 30%	68,6		76,4		71,5	
> 31%	70,8		75,2		72,7	
Anteil der HKE-Patienten	n=2.335	0,527	n=1.540	0,633	n=3.953	0,306
≤ 30%	69,0		76,1		71,3	
> 31%	70,4		75,0		72,9	

n: Anzahl der Ärzte (gesamt: *n*=4.074); % bezogen auf gültige Fälle. Abhängige Variable: Durchführung von Kurzinterventionen bezüglich der körperlichen Aktivität in mindestens der Hälfte der Patientenkontakte. Patientencharakteristika nach Auskunft der Befragten; HKE: Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Quelle: Eigene Berechnung.

Im Gegensatz zu den beiden zuvor behandelten Lebensstilaspekten, hing das routinemäßige Angebot der Beratung zu körperlichen Aktivität mit der Anzahl der pro Woche betreuten Patienten zusammen (Tabelle 22). Demnach boten 74% der Hausärzte mit weniger als 150 Patienten, jedoch lediglich 69% der Hausärzte mit über 251 Patienten pro Woche ihren Patienten routinemäßig eine solche Beratung an. Bei der geschlechterdifferenzierten Betrachtung war diese Differenz jedoch nicht signifikant. Vergleichbar mit dem Beratungsangebot bezüglich der Ernährungsgewohnheiten und der Tabakentwöhnung bestanden auch hier signifikante Zusammenhänge mit der Urbanität und der Bevölkerungsdichte am Praxisstandort. Unter den Befragten, die in einem halbstädtischen Gebiet oder in einer Gemeinde mit einer geringen Bevölkerungsdichte niedergelassen waren, war der Anteil der beratenden Ärzte am geringsten (jeweils etwa 69%). Diese und weitere Ergebnisse der bivariaten Analysen sind in der Tabelle 22 im Detail dargestellt.

Tabelle 22: Deskriptive Auswertungen zum routinemäßigen Angebot der Beratung bezüglich der körperlichen Aktivität – Charakteristika des Arbeitskontextes

	Männlich (%)	p-Wert	Weiblich (%)	p-Wert	Gesamt (%)	p-Wert
Charakteristika des Arbeitskontextes						
Praxistyp	n=2.355	0,301	n=1.558	0,769	n=3.997	0,141
Einzelpraxis	68,5		75,4		70,8	
Gemeinschaftspraxis/ Praxisgemeinschaft	70,4		76,1		72,9	
Patientenanzahl pro Woche	n=2.314	0,241	n=1.519	0,133	n=3.912	0,047
≤ 150 Patienten	72,1		77,0		74,2	
151-250 Patienten	68,3		77,5		71,7	
≥ 251 Patienten	68,9		72,2		69,9	
Wöchentliche Arbeitszeit für KVE	n=2.245	<0,001	n=1.489	0,018	n=3.808	<0,001
≤ 30%	66,2		72,7		68,4	
> 31%	74,0		78,0		75,8	
Kooperation mit ärztlichen Kollegen	n=2.360	0,197	n=1.563	0,375	n=4.008	0,134
Ja	66,2		73,2		69,0	
Nein	69,9		76,1		72,2	
Kooperation mit Sportanbietern	n=2.360	<0,001	n=1.563	<0,001	n=4.008	<0,001
Ja	65,0		70,6		66,8	
Nein	73,8		79,5		76,3	
Praxisstandort	n=2.354	0,478	n=1.562	0,117	n=4.000	0,024
Städtisch	70,5		77,9		73,7	
Halbstädtisch	67,9		73,2		69,4	
Ländlich	69,3		73,8		71,2	
Bevölkerungsdichte in der Gemeinde	n=2.354	0,195	n=1.562	0,117	n=4.000	0,011
≤ 250 Einwohner/km ²	67,3		73,0		69,3	
251-1000 Einwohner/km ²	69,4		75,8		71,5	
≥ 1001 Einwohner/km ²	71,5		77,8		74,5	

n: Anzahl der Ärzte (gesamt: *n*=4.074); % bezogen auf gültige Fälle. Abhängige Variable: Durchführung von Kurzinterventionen bezüglich der körperlichen Aktivität in mindestens der Hälfte der Patientenkontakte. KVE: kardiovaskuläre Erkrankungen.

Quelle: Eigene Berechnung.

In den multivariablen Regressionsanalysen der mit dem routinemäßigen Beratungsangebot bivariat assoziierten arztbezogenen Faktoren waren die Zusammenhänge mit dem Alter und der Niederlassungsdauer nicht signifikant (Modell I; Tabelle 23). Vergleichbar mit der Beratung bezüglich der Ernährungsgewohnheiten blieb der Zusammenhang mit dem Geschlecht der Befragten bestehen. Die höchste Effektstärke zeigte sich für die selbstbewertete Kompetenz (OR=2,42; $p < 0,001$) und das Selbstverständnis als Gesundheitsberater (OR=1,73; $p < 0,001$).

Die bivariat signifikanten positiven Zusammenhänge des routinemäßigen Beratungsangebots mit den höheren Anteilen privat versicherter und übergewichtiger Patienten blieben auch in der logistischen Regressionsanalyse signifikant (Modell II; Tabelle 23). Bei der multivariablen Betrachtung der Zusammenhänge mit den Charakteristika des Arbeitskontextes spielten die Urba-

nität und Bevölkerungsdichte am Praxisstandort keine signifikante Rolle für das Angebot der Beratung bezüglich physischer Aktivität (Modell III; Tabelle 23). Der höchste positive Zusammenhang zeigte sich für die bestehenden Kooperationsbeziehungen mit Sportanbietern: So hatten Befragte, die bei der kardiovaskulären Prävention beispielsweise mit Fitnessstudios oder Sportvereinen zusammenarbeiteten, eine 1,65-fache Chance, ihre Patienten zu körperlicher Aktivität zu beraten ($p < 0,01$).

In der zusammenfassenden Betrachtung blieben alle Zusammenhänge aus den Modellen I bis III signifikant mit Ausnahme der Assoziation mit der Patientenzahl, die wöchentlich betreut wurde (Modell IV; Tabelle 23). Die höchsten Effektstärken zeigten sich für die selbstberichtete Kompetenz für Beratungen zur Steigerung der körperlichen Aktivität ($OR = 2,39$; $p < 0,001$), das Selbstverständnis als Gesundheitsberater ($OR = 1,69$; $p < 0,05$) und den selbst eingeschätzten Erfolg der Beratungsinterventionen ($OR = 1,59$; $p < 0,001$).

Tabelle 23: Logistische Regressionsanalysen zum routinemäßigen Angebot der Beratung bezüglich der körperlichen Aktivität

	Durchführung der Beratung bezüglich der körperlichen Aktivität			
	OR (95%-KI)			
	Modell I	Modell II	Modell III	Modell IV
Geschlecht				
männlich	1,00 (Ref.)			1,00 (Ref.)
weiblich	1,34 (1,15-1,59)***			1,22 (1,04-1,44)*
Ärztliches Selbstverständnis				
nicht als Gesundheitsberater	1,00 (Ref.)			1,00 (Ref.)
als Gesundheitsberater	1,73 (1,23-2,45)**			1,68(1,16-2,43)**
Kompetenz für Beratung bzgl. körperlicher Aktivität				
eher niedrig	1,00 (Ref.)			1,00 (Ref.)
eher hoch	2,42 (1,97-2,96)***			2,39 (1,93-2,97)***
Erfolg bei der Patientenmotivation				
eher nicht erfolgreich	1,00 (Ref.)			1,00 (Ref.)
eher erfolgreich	1,67 (1,44-1,94)***			1,59 (1,36-1,88)***
Anteil Privatversicherter				
≤ 10%		1,00 (Ref.)		1,00 (Ref.)
> 11%		1,42 (1,22-1,64)***		1,27 (1,07-1,49)**
Anteil übergewichtiger Patienten				
≤ 50%		1,00 (Ref.)		1,00 (Ref.)
> 51%		1,27 (1,09-1,47)**		1,29 (1,10-1,52)**
Patientenanzahl pro Woche				
≤ 150 Patienten			1,00 (Ref.)	1,00 (Ref.)
151-250 Patienten			0,89 (0,75-1,07)	0,94 (0,78-1,14)
≥ 251 Patienten			0,81 (0,68-0,98)*	0,89 (0,73-1,09)
Wöchentliche Arbeitszeit für KVE				
≤ 30%			1,00 (Ref.)	1,00 (Ref.)
> 31%			1,45 (1,25-1,68)***	1,32 (1,13-1,54)**

	Durchführung der Beratung bezüglich der körperlichen Aktivität OR (95%-KI)			
	Modell I	Modell II	Modell III	Modell IV
Kooperation mit Sportanbietern				
Nein			1,00 (Ref.)	1,00 (Ref.)
Ja			1,65 (1,42-1,90)**	1,42 (1,22-1,66)***
n	3.819	3.866	3.711	3.469
Nagelkerke's r^2	0,076	0,011	0,033	0,097

n: Anzahl der Ärzte (gesamt: $n=4.074$).

Abhängige Variable: Durchführung von Kurzinterventionen bezüglich der körperlichen Aktivität in mindestens der Hälfte der Patientenkontakte. *Modell I*: nur arztbezogene Charakteristika als unabhängige Variablen berücksichtigt; *Modell II*: nur patientenbezogene Charakteristika als unabhängige Variablen berücksichtigt; *Modell III*: nur Charakteristika des Arbeitskontextes als unabhängige Variablen berücksichtigt; *Modell IV*: Variablen mit signifikante Assoziationen in Modellen I bis III berücksichtigt, zusätzlich adjustiert für Alter des Arztes und Urbanität des Praxisstandortes.

OR: Odds Ratio. 95%-KI: 95%-Konfidenzintervall. Ref.: Referenzkategorie. KVE: kardiovaskuläre Erkrankungen. ***: $p<0,001$. **: $p<0,01$. *: $p<0,05$.

Quelle: Eigene Berechnung.

5.5 Hausärztliche Beratung bezüglich der Reduktion des Alkoholkonsums

Im Vergleich zu den drei zuvor behandelten Lebensstilaspekten zeigte sich mit Blick auf die Beratung mit dem Ziel einer Reduktion des Alkoholkonsums der höchste Anteil der Ärzte die gar keine Patienten diesbezüglich berieten (4,4% vs. 3,6% bei der Beratung bezüglich der Tabakentwöhnung oder 2,4% bei der Ernährungsberatung). Ebenfalls war hier der Anteil der Ärzte, die ihren Patienten routinemäßig eine Beratung anbot, mit 61% am geringsten. Die meisten Befragten (34%) berieten etwa ein Drittel ihrer Patienten zur Reduktion des Alkoholkonsums (Abbildung 10).

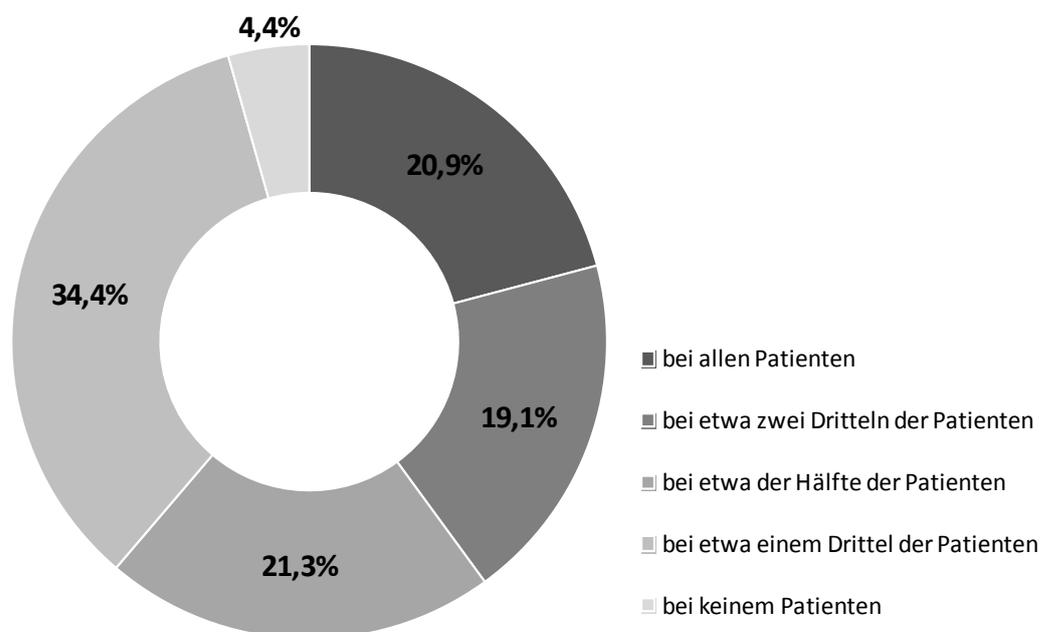


Abbildung 10: Angebot der Beratung bezüglich einer Reduktion des Alkoholkonsums in der Hausarztpraxis (% der Ärzte)

% bezogen auf gültige Fälle (gesamt: n=4.074). Quelle: Eigene Berechnung.

Die Ergebnisse der bivariaten Zusammenhänge mit den arztbezogenen Charakteristika sind in der Tabelle 24 abgebildet. Es fällt auf, dass auch bei der Beratung bezüglich des Alkoholkonsums das Geschlecht des Hausarztes, das vertretene Selbstbild, die Bedeutung des Lebensstilaspekts für die kardiovaskuläre Prävention, die selbst eingeschätzte Kompetenz und der wahrgenommene Erfolg bei der Beratungsintervention eine wichtige Rolle für das Beratungsangebot spielten. Auch diesbezüglich berieten Hausärztinnen ihre Patienten eher als Hausärzte (65% vs. 59%; $p < 0,001$). Auffällig ist die Differenz der Beratungsprävalenz mit Blick auf die eigene Kompetenz: Während etwa sieben von zehn Befragten, die sich als kompetent einschätzten, ihre Patienten

routinemäßig berieten, waren es unter den Ärzten mit einer niedrigeren Kompetenzeinschätzung nur fünf von zehn. Bei den männlichen Befragten war dieser Unterschied noch etwas deutlicher ausgeprägt. Das routinemäßige Beratungsangebot hing weder mit der Fachrichtung der Hausärzte noch mit deren Alter zusammen (beide $p > 0,05$). Mit Blick auf die Tätigkeitsdauer als Hausarzt zeigte sich hingegen, dass die Befragten, die seit 8 bis 18 Jahren niedergelassen waren, ihre Patienten signifikant häufiger berieten (64% vs. 62% unter den seit Kürzerem niedergelassenen bzw. 58% bei den seit Längerem tätigen Ärzten; $p < 0,01$; Tabelle 24).

Tabelle 24: Deskriptive Auswertungen zum routinemäßigen Angebot einer Beratung bezüglich des Alkoholkonsums – Arztbezogene Charakteristika

	Männlich (%)	p-Wert	Weiblich (%)	p-Wert	Gesamt (%)	p-Wert
Arztbezogene Charakteristika						
Geschlecht					n=3.890	<0,001
männlich					59,0	
Weiblich					65,0	
Fachrichtung	n=2.347	0,630	n=1.541	0,123	n=3.971	0,440
Allgemeinmedizin/ Praktischer Arzt	57,8		65,9		61,6	
Innere Medizin	59,8		61,1		60,2	
Alter	n=2.339	0,153	n=1.535	0,965	n=3.957	0,061
≤ 46 Jahre	61,3		65,1		62,8	
47-54 Jahre	59,6		65,3		62,3	
≥ 55 Jahre	56,7		64,5		58,7	
Jahre seit Niederlassung	n=2.337	0,178	n=1.532	0,132	n=3.949	0,006
≤ 7 Jahre	59,3		65,8		62,2	
8-18 Jahre	61,5		66,7		63,7	
≥ 19 Jahre	56,9		60,4		57,8	
Ärztliches Selbstverständnis	n=2.340	0,175	n=1.540	0,105	n=3.964	<0,001
nicht als Gesundheitsberater	52,5		54,7		52,5	
als Gesundheitsberater	59,3		65,5		67,1	
Bedeutung der Reduktion des Alkoholkonsums	n=2.329	<0,001	n=1.533	0,004	n=3.944	<0,001
eher nicht wichtig	47,0		55,5		49,5	
eher wichtig	62,0		66,3		63,6	
Kompetenz für Beratung bzgl. des Alkoholkonsums	n=2.334	<0,001	n=1.534	<0,001	n=3.950	<0,001
eher niedrig	46,5		55,0		50,1	
eher hoch	64,0		69,0		65,8	
Erfolg bei der Patientenmotivation	n=2.334	<0,001	n=1.553	0,005	n=3.940	<0,001
eher nicht erfolgreich	55,8		62,2		58,1	
eher erfolgreich	64,3		69,2		66,4	

n: Anzahl der Ärzte (gesamt: $n=4.074$); % bezogen auf gültige Fälle. Abhängige Variable: Durchführung von Kurzinterventionen bezüglich des Alkoholkonsums in mindestens der Hälfte der Patientenkontakte.

Quelle: Eigene Berechnung.

Bei der Betrachtung der bivariaten Zusammenhänge auf der Ebene der Patientencharakteristika bestanden keine Assoziationen mit dem Alter, dem Körpergewicht sowie dem Rauch- und Risi-

kostatus der Patienten. Hingegen zeigte sich, dass männliche Hausärzte mit überdurchschnittlich vielen männlichen Patienten ihre Patienten signifikant häufiger bezüglich einer Alkoholkonsumreduktion berieten (61% vs. 57%; $p < 0,05$; Tabelle 25). Das Geschlecht der Patienten war jedoch bei der geschlechterunabhängigen Betrachtung nicht signifikant. Weiterhin zeigte sich, dass Befragte mit überdurchschnittlich vielen Privatversicherten ihre Patienten eher zur Reduktion des Alkoholkonsums berieten.

Tabelle 25: Deskriptive Auswertungen zum routinemäßigen Angebot einer Beratung bezüglich des Alkoholkonsums – Patientenbezogene Charakteristika

Patientenbezogene Charakteristika	Ärzte (%)	p-Wert	Ärztinnen (%)	p-Wert	Alle Ärzte (%)	p-Wert
Anteil männlicher Patienten	n=2.316	0,041	n=1.509	0,279	n=3.907	0,066
≤ 40%	57,0		63,6		59,8	
> 41%	61,2		66,3		62,7	
Anteil Privatversicherter	n=2.310	0,859	n=1.513	<0,001	n=3.903	0,026
≤ 10%	58,9		61,8		60,0	
> 11%	59,3		71,2		63,6	
Anteil der Patienten über 65	n=2.296	0,600	n=1.514	0,051	n=3.891	0,549
≤ 50%	58,5		67,4		61,8	
> 51%	59,6		62,6		60,8	
Anteil übergewichtiger Patienten	n=2.293	0,485	n=1.509	0,974	n=3.883	0,605
≤ 50%	58,5		64,8		60,9	
> 51%	59,9		64,9		61,8	
Anteil rauchender Patienten	n=2.279	0,148	n=1.490	0,547	n=3.847	0,258
≤ 30%	57,9		65,9		60,7	
> 31%	61,1		64,4		62,5	
Anteil der HKE-Patienten	n=2.322	0,060	n=1.519	0,769	n=3.917	0,063
≤ 30%	57,8		65,3		60,2	
> 31%	62,1		64,5		63,4	

n: Anzahl der Ärzte (gesamt: $n=4.074$); % bezogen auf gültige Fälle. Abhängige Variable: Durchführung von Kurzinterventionen bezüglich des Alkoholkonsums in mindestens der Hälfte der Patientenkontakte. Patientencharakteristika nach Auskunft der Befragten; HKE: Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Quelle: Eigene Berechnung.

Bei der Betrachtung der bivariaten Zusammenhänge mit den arbeitskontextbezogenen Charakteristika fällt auf, dass die Unterschiede zwischen den Bundesregionen – ganz im Gegensatz zu den drei zuvor behandelten Lebensstilaspekten – bei dem Angebot von Beratung bezüglich des Alkoholkonsums signifikant waren (Tabelle 26): So war das Angebot im Süden und Osten der Republik vergleichbar hoch (63%) und am niedrigsten in den nördlichen Bundesländern (58%; $p=0,038$). Darüber hinaus bestanden keine signifikanten Zusammenhänge mit den Variablen auf der Makro-Ebene. Vergleichbar mit dem Angebot der Beratung bezüglich Ernährung, Tabakentwöhnung und körperlicher Aktivität bestanden auch für die Alkoholberatung signifikante Zusammenhänge mit der wöchentlichen Arbeitszeit, die für kardiovaskuläre Erkrankungen aufge-

wendet wird. Weiterhin boten Hausärzte, die mit Alkoholikerberatungen und mit ärztlichen Kollegen bei Präventionsfragen zusammenarbeiteten, ihren Patienten häufiger die diesbezügliche Beratung an als Ärzte ohne solche Kooperationsbeziehungen.

Tabelle 26: Deskriptive Auswertungen zum routinemäßigen Angebot einer Beratung bezüglich des Alkoholkonsums – Charakteristika des Arbeitskontextes

	Männlich (%)	p-Wert	Weiblich (%)	p-Wert	Gesamt (%)	p-Wert
Charakteristika des Arbeitskontextes						
Praxistyp	n=2.342	0,204	n=1.538	0,978	n=3.963	0,406
Einzelpraxis	60,1		65,2		61,9	
Gemeinschaftspraxis/ Praxismgemeinschaft	57,5		65,1		60,6	
Patientenzahl pro Woche	n=2.301	0,651	n=1.498	0,169	n=3.878	0,870
≤ 150 Patienten	60,1		63,9		61,7	
151-250 Patienten	57,9		68,7		61,7	
≥ 251 Patienten	69,6		63,4		60,8	
Wöchentliche Arbeitszeit für KVE	n=2.232	0,006	n=1.474	0,003	n=3.779	<0,001
≤ 30%	56,4		60,7		57,7	
> 31%	62,2		68,0		64,9	
Kooperation mit ärztlichen Kollegen	n=2.347	0,052	n=1.543	0,123	n=3.974	0,009
Ja	53,8		60,0		55,9	
Nein	59,7		65,7		62,0	
Kooperation mit Alkoholikerberatung	n=2.347	<0,001	n=1.553	<0,001	n=3.974	<0,001
Ja	54,4		60,2		56,7	
Nein	62,5		68,9		64,9	
Bundesregion	n=2.341	0,015	n=1.543	0,739	n=3.966	0,039
Norden (HB, HH, MV, NI, SH)	53,7		64,8		57,7	
Süden (BW, BY)	62,0		66,8		63,4	
Osten (BE, BB, SN, ST, TH)	62,3		63,2		63,0	
Westen (HE, NW, RP, SL)	57,5		64,8		59,8	
Praxisstandort	n=2.341	0,699	n=1.542	0,894	n=3.966	0,448
Städtisch	59,7		65,3		62,1	
Halbstädtisch	57,8		65,0		59,9	
Ländlich	59,1		63,7		61,0	
Bevölkerungsdichte in der Gemeinde	n=2.341	0,175	n=1.542	0,671	n=3.966	0,080
≤ 250 Einwohner/km ²	56,9		63,4		59,2	
251-1000 Einwohner/km ²	58,4		65,9		60,9	
≥ 1001 Einwohner/km ²	61,5		65,5		63,4	

n: Anzahl der Ärzte (gesamt: *n*=4.074); % bezogen auf gültige Fälle. Abhängige Variable: Durchführung von Kurzinterventionen bezüglich des Alkoholkonsums in mindestens der Hälfte der Patientenkontakte. KVE: kardiovaskuläre Erkrankungen.

Quelle: Eigene Berechnung.

Die Ergebnisse der logistischen Regressionsanalyse zeigten – vergleichbar mit den Analysen bezüglich der drei weiteren Lebensstilaspekten – signifikante Zusammenhänge mit der positiven Einstellung der Hausärzte (Modell I; Tabelle 27). So war im Vergleich zur Referenzkategorie die Chance, die Patienten routinemäßig bezüglich einer Alkoholkonsumreduktion zu beraten, um

das 1,79-fache höher für die Ärzte, die sich kompetent hierfür fühlten, und um das 1,64-fache für Befragte, die die Verminderung des Alkoholkonsums als wichtig für die Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen ansahen. Zudem zeigten sich signifikante Unterschiede nach Geschlecht und Tätigkeitsdauer des Hausarztes. So hatten Hausärztinnen eine um 21% erhöhte Chance, ihre Patienten zu einer Reduktion des Alkoholkonsums zu beraten. Das Beratungsangebot hing negativ mit der Niederlassungsdauer des Hausarztes zusammen. Auffällig bei der Betrachtung der Analyseergebnisse im Gesamtmodell IV (Tabelle 27) sind die signifikanten Unterschiede nach Bundesregion. Im bundesdeutschen Vergleich hatten Ärzte aus Norddeutschland die geringste und Hausärzte aus süddeutschen Regionen die höchste Chance, ihren Patienten eine Beratung bezüglich einer Alkoholkonsumreduktion routinemäßig anzubieten (OR=1,37; $p<0,01$).

Tabelle 27: Logistische Regressionsanalysen zum routinemäßigen Angebot einer Beratung bezüglich des Alkoholkonsums

	Durchführung der Beratung bezüglich des Alkoholkonsums			
	OR (95%-KI)			
	Modell I	Modell II	Modell III	Modell IV
Geschlecht				
männlich	1,00 (Ref.)			1,00 (Ref.)
weiblich	1,21 (1,05-1,39)**			1,16 (1,01-1,35)*
Jahre seit Niederlassung				
≤ 7 Jahre	1,00 (Ref.)			1,00 (Ref.)
8-18 Jahre	1,07 (0,91-1,26)			0,92 (0,76-1,11)
≥ 19 Jahre	0,81 (0,69-0,96)*			0,91 (0,71-1,19)
Ärztliches Selbstverständnis				
nicht als Gesundheitsberater	1,00 (Ref.)			
als Gesundheitsberater	1,23 (0,88 -1,71)			
Bedeutung der Reduktion des Alkoholkonsums				
eher nicht wichtig	1,00 (Ref.)			1,00 (Ref.)
eher wichtig	1,64 (1,37-1,95)***			1,52 (1,26-1,82)***
Kompetenz für Beratung bzgl. des Alkoholkonsums				
eher niedrig	1,00 (Ref.)			1,00 (Ref.)
eher hoch	1,79 (1,55-2,09)***			1,73 (1,48-2,02)***
Erfolg bei der Patientenmotivation				
eher nicht erfolgreich	1,00 (Ref.)			1,00 (Ref.)
eher erfolgreich	1,25 (1,08-1,44)**			1,24 (1,07-1,43)**
Anteil Privatversicherter				
≤ 10%		1,00 (Ref.)		1,00 (Ref.)
> 11%		1,17 (1,02-1,33)*		1,09 (0,94-1,27)
Wöchentliche Arbeitszeit für KVE				
≤ 30%			1,00 (Ref.)	1,00 (Ref.)
> 31%			1,35 (1,18-1,54)***	1,25 (1,09-1,44)**

	Durchführung der Beratung bezüglich des Alkoholkonsums OR (95%-KI)			
	Modell I	Modell II	Modell III	Modell IV
Kooperation mit ärztlichen Kollegen				
Nein			1,00 (Ref.)	1,00 (Ref.)
Ja			1,26 (1,04-1,54)*	1,21 (0,98-1,49)
Kooperation mit Alkoholikerberatung				
Nein			1,00 (Ref.)	1,00 (Ref.)
Ja			1,44 (1,26-1,65)**	1,42 (1,23-1,63)***
Bundesregion				
Norden (HB, HH, MV, NI, SH)			1,00 (Ref.)	1,00 (Ref.)
Süden (BW, BY)			1,34 (1,10-1,16)**	1,37 (1,12-1,68)**
Osten (BE, BB, SN, ST, TH)			1,25 (1,01-1,56)*	1,28 (1,01-1,62)*
Westen (HE, NW, RP, SL)			1,19 (0,98-1,44)	1,24 (1,01-1,52)*
N	3.785	3.866	3.711	3.529
Nagelkerke's r^2	0,052	0,011	0,033	0,068

n: Anzahl der Ärzte (gesamt: $n=4.074$).

Abhängige Variable: Durchführung von Kurzinterventionen bezüglich des Alkoholkonsums in mindestens der Hälfte der Patientenkontakte. *Modell I*: nur arztbezogene Charakteristika als unabhängige Variablen berücksichtigt; *Modell II*: nur patientenbezogene Charakteristika als unabhängige Variablen berücksichtigt; *Modell III*: nur Charakteristika des Arbeitskontextes als unabhängige Variablen berücksichtigt; *Modell IV*: Variablen mit signifikante Assoziationen in Modellen I bis III berücksichtigt, zusätzlich adjustiert für Alter des Arztes und Urbanität des Praxisstandortes.

OR: Odds Ratio. 95%-KI: 95%-Konfidenzintervall. Ref.: Referenzkategorie. KVE: kardiovaskuläre Erkrankungen. ***: $p<0,001$. **: $p<0,01$. *: $p<0,05$.

Quelle: Eigene Berechnung.

5.6 Zusammenfassende Betrachtung des hausärztlichen Beratungsangebots

Es zeigten sich Differenzen bei der Einschätzung der Bedeutung verschiedener lebensstilbezogenen Risikofaktoren für die kardiovaskuläre Prävention (Abbildung 11). Beinahe alle Befragten erachteten Erhöhung der körperlichen Aktivität (100%), Tabakentwöhnung (99%) und die Umstellung auf eine gesunde Ernährung (98%) als sehr wichtig oder wichtig für die kardiovaskuläre Gesundheit. Dagegen lag dieser Anteil bei der Verringerung des Alkoholkonsums bei 83%.

Zwischen den einzelnen Lebensstilaspekten zeigten sich ebenfalls Differenzen bezüglich der selbstberichteten Kompetenz für die Beratungsinterventionen (Abbildung 11): Während etwa neun von zehn Befragten nach eigenen Angaben kompetent für die Beratungen in den Bereichen der körperlichen Aktivität (87%) und der Ernährung (86%) waren, waren es bei der Reduktion des Tabak- und Alkoholkonsums nur rund sieben von zehn Ärzten (70% bzw. 71%).

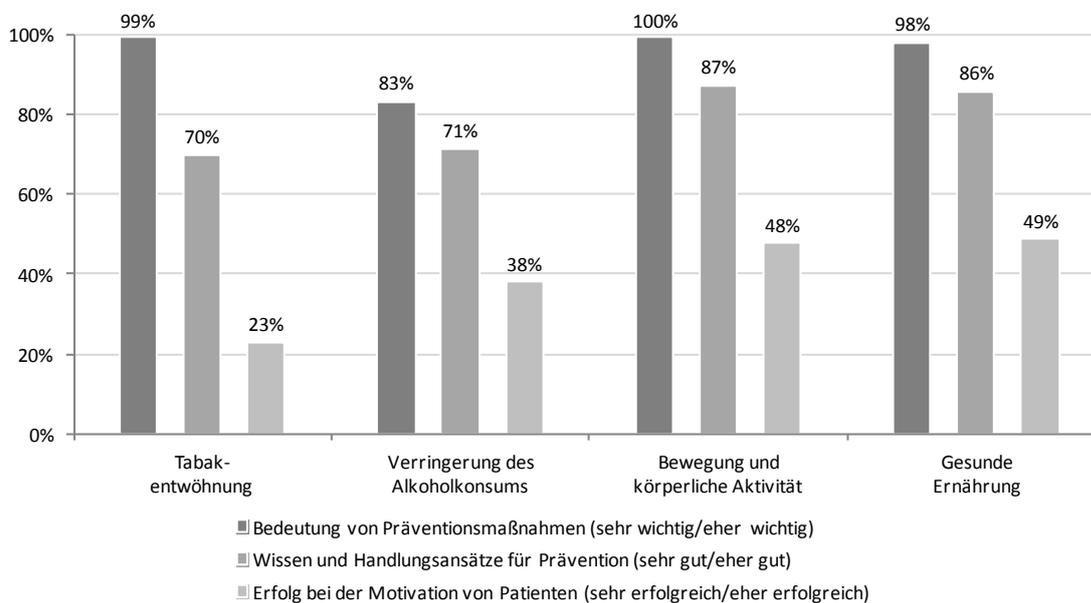


Abbildung 11: Bedeutung, Wissen und Erfolg bei der Umsetzung von Präventionsmaßnahmen (% der Ärzte)
Sortierkriterium: von den Ärzten wahrgenommener Motivationserfolg (in aufsteigender Reihenfolge).

Insgesamt fühlte sich weniger als die Hälfte der Hausärzte erfolgreich bei der Gesundheitsberatung ihrer Patienten, z.B. 49% bei der Ernährungsberatung und 48% bei der Beratung zur körperlichen Aktivität. Als besonders gering wurde der Erfolg von Beratungen zur Tabakentwöhnung (23%) eingeschätzt (Abbildung 11).

Analysen zum Zusammenhang der Beratungsangebote bezüglich der Lebensstilaspekte Ernährung, Tabakkonsum, körperliche Aktivität und Alkoholkonsum ergaben signifikante Zusammenhänge zwischen allen genannten Lebensstilaspekten. So boten beispielsweise neun von zehn Hausärzten (89%), die ihre Patienten zu Ernährung berieten, ihren Patienten routinemäßig auch eine Beratung bezüglich körperlicher Aktivität an (OR=8,75; $p<0,01$). Die Wahrscheinlichkeit eines Beratungsangebots zur Alkoholkonsumreduktion war am höchsten für die Ärzte, die ihre Patienten zu Tabakentwöhnung berieten (OR=6,87; $p<0,01$).

Mit Blick auf arztbezogene Charakteristika hingen weibliches Geschlecht und niedrigeres Alter des Arztes positiv mit dem routinemäßigen Angebot der Gesundheitsberatung zusammen (Tabelle 28). Wie auch bei einzelnen Lebensstilaspekten spielte das ärztliche Selbstverständnis eine zentrale Rolle für das Angebot der Gesundheitsberatung: Etwa ein Drittel der Ärzte, die sich nicht als Gesundheitsberater sahen, gaben ihren Patienten Empfehlungen bezüglich eines gesunden Lebensstils; unter ihren Pendanten waren es rund 43% (OR=1,57; $p<0,05$). In der Regressionsanalyse war der Effekt dieser Variable am höchsten.

Zur näheren Beleuchtung des festgestellten positiven Zusammenhangs mit dem weiblichen Geschlecht wurden Mediatoranalysen durchgeführt. Die vorliegenden Daten weisen auf eine mögliche Mediation des Zusammenhangs durch die selbstberichtete Kompetenz für die Gesundheitsberatung. Mit anderen Worten: der positive Zusammenhang mit dem weiblichen Geschlecht kann zum Teil dadurch erklärt werden, dass mehr Hausärztinnen als Hausärzte sich besser für die tagtägliche Gesundheitsberatung ausgebildet fühlten. Tatsächlich gaben acht von zehn Hausärztinnen (84%) an, von der eigenen Kompetenz für die Durchführung einer Gesundheitsberatung überzeugt zu sein, während unter ihren männlichen Kollegen 76% dies angaben ($p<0,001$). Wie Abbildung 12 entnommen werden kann, blieb der positive Zusammenhang zwischen dem weiblichen Geschlecht und dem Angebot der Gesundheitsberatung bestehen, wurde jedoch geringer bei der simultanen Berücksichtigung der Mediatorvariable. Eine vergleichbare partielle Mediation konnte für den wahrgenommenen Erfolg der eigenen Beratungsinterventionen festgestellt werden (Daten nicht abgebildet). Das heißt, die Hausärztinnen berieten ihre Patienten eher zum Lebensstil, weil sie ihre Patienten nach eigenen Angaben erfolgreicher zu einer gesünderen Lebensweise motivieren konnten.

Tabelle 28: Zusammenhang zwischen dem routinemäßigen Angebot einer Gesundheitsberatung und arzt-, patienten- sowie praxisbezogenen Charakteristika

	n (%)	p-Wert	OR (95%-KI)
Arztbezogene Charakteristika			
Geschlecht			
männlich	915 (39,4)	<0,001	1,00 (Ref.)
weiblich	710 (46,8)		1,29 (1,12-1,49)***
Alter			
≤ 46 Jahre	570 (45,1)	0,012	1,00 (Ref.)
47-54 Jahre	546 (42,5)		0,93 (0,79-1,10)
≥ 55 Jahre	517 (39,3)		0,88 (0,74-1,04)*
Ärztliches Selbstverständnis			
nicht als Gesundheitsberater	46 (29,3)	0,001	1,00 (Ref.)
als Gesundheitsberater	1.611 (42,9)		1,57 (1,08-2,28)*
Patientenbezogene Charakteristika			
Anteil Privatversicherter			
≤ 10%	987 (40,3)	0,001	1,00 (Ref.)
> 11%	642 (45,7)		1,25 (1,08-1,45)**
Anteil übergewichtiger Patienten			
≤ 50%	905 (40,1)	0,003	1,00 (Ref.)
> 51%	710 (45,0)		1,22 (1,05-1,41)**
Anteil rauchender Patienten			
≤ 30%	978 (40,8)	0,010	1,00 (Ref.)
> 31%	634 (45,1)		1,11 (0,95-1,29)
Anteil der HKE-Patienten			
≤ 30%	1.097 (41,1)	0,040	1,00 (Ref.)
> 31%	536 (44,6)		0,98 (0,84-1,16)
Charakteristika des Arbeitskontextes			
Wöchentliche Arbeitszeit für KVE			
≤ 30%	776 (39,0)	<0,001	1,00 (Ref.)
> 31%	800 (45,8)		1,24 (1,07-1,43)*
Bevölkerungsdichte in der Gemeinde			
≤ 250 Einwohner/km ²	512 (39,8)	0,026	1,00 (Ref.)
251-1000 Einwohner/km ²	528 (41,6)		1,01 (0,85-1,19)
≥ 1001 Einwohner/km ²	613 (44,9)		1,16 (0,98-1,38)

n: Anzahl der Ärzte (gesamt: n=4.074); % bezogen auf gültige Fälle.

Abhängige Variable: Durchführung von Kurzinterventionen bezüglich der Ernährungsumstellung, der Tabakentwöhnung, der Erhöhung körperlicher Aktivität und des Alkoholkonsums in mindestens der Hälfte der Patientenkontakte. OR: Odds Ratio. 95%-KI: 95%-Konfidenzintervall. Ref.: Referenzkategorie. KVE: kardiovaskuläre Erkrankungen. ***: p<0,001. **: p<0,01. *: p<0,05.

Quelle: Eigene Berechnung.

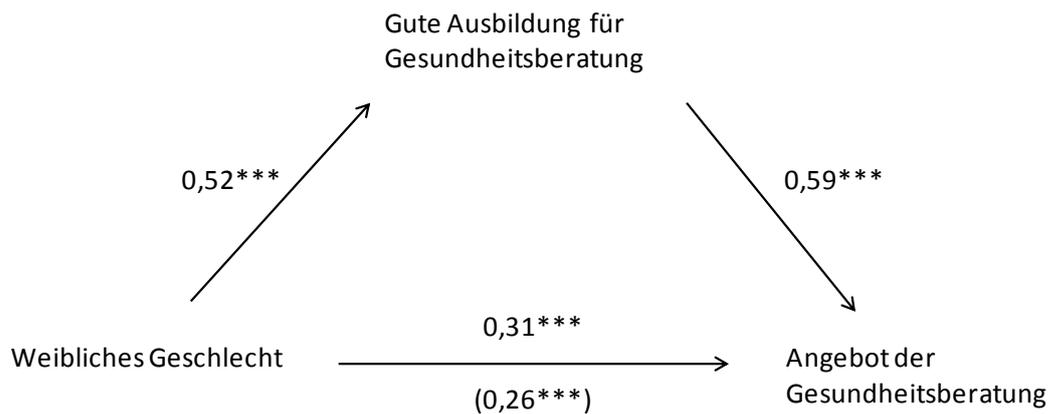


Abbildung 12: Zusammenhang zwischen dem weiblichen Geschlecht des Arztes und dem Angebot der Gesundheitsberatung mediiert über Kompetenz

Berichtet sind die Regressionskoeffizienten, in Klammern: Regressionskoeffizient bei Berücksichtigung der Mediatorvariable; Daten beziehen sich auf gültige Fälle (gesamt: $n=4.074$). ***: $p<0,001$.

Quelle: Eigene Berechnung.

Bei der Betrachtung der patientenbezogenen Charakteristika fällt auf, dass weder das Geschlecht noch das Alter der Patienten mit dem Angebot der Gesundheitsberatung zusammenhängen (Tabelle 28). Die bivariat signifikanten Assoziationen des Beratungsangebots mit höheren Anteilen an Rauchern und Patienten mit manifesten Herz-Kreislauf-Erkrankungen wurden bei der Berücksichtigung weiterer Kontrollvariablen in der multivariablen Regressionsanalyse aufgehoben. Die positiven Zusammenhänge der Durchführung von Gesundheitsberatungen mit den überdurchschnittlich hohen Anteilen an privat versicherten und übergewichtigen Patienten blieben bestehen. In der Mediationsanalyse zeigte sich, dass der positive Zusammenhang mit dem Versichertenstatus der Patienten über eine höhere Adhärenz der Patienten für lebensstilbezogene Empfehlungen vermittelt werden könnte (Daten nicht abgebildet). Hingegen spielte die Vergütung der Beratungsleistungen offenbar keine bedeutsame Rolle bei der Erklärung des positiven Zusammenhangs mit den höheren Anteilen Privatversicherter.

Entsprechend dem entwickelten Erklärungsmodell wurde untersucht, ob eine Wechselwirkung zwischen dem Geschlecht des Hausarztes und der Patienten bei dem Angebot der Gesundheitsberatung bestand. Ein Interaktionseffekt konnte in einer bivariaten Regressionsanalyse festgestellt werden. So war die Wahrscheinlichkeit des Beratungsangebots höher für Hausärztinnen, die überdurchschnittlich viele weibliche Patienten betreuten (OR [95%-KI]; 1,24 [1,07-1,45]; $p<0,05$). In der multivariablen Regressionsanalyse wurde dieser Effekt jedoch aufgehoben.

Mit Bezug auf die Charakteristika des Arbeitskontextes hingen weder der Praxistyp noch das Patientenaufkommen signifikant mit dem Angebot der Gesundheitsberatung zusammen. Auffällig ist die Differenz des Beratungsangebots je nach Bevölkerungsdichte am Praxisstandort (Ta-

belle 28): Während 45% der Hausärzte aus bevölkerungsreichen Gemeinden ihre Patienten routinemäßig zu allen vier Aspekten des Lebensstils berieten, traf dies auf etwa 40% der Hausärzte mit Praxisstandort in Gemeinden mit weniger als 250 Einwohnern/km² zu. Diese Differenz erwies sich jedoch in der Regressionsanalyse als nicht signifikant. Des Weiteren konnte festgestellt werden, dass Hausärzte, die insgesamt mehr Zeit für Herz-Kreislauf-Erkrankungen aufwendeten, signifikant häufiger Empfehlungen bezüglich eines gesunden Lebensstils gaben (OR=1,24; p<0,05).

6 Diskussion

6.1 Zentrale Ergebnisse

In dieser Arbeit sollte untersucht werden, wie die präventionspolitischen Forderungen übergeordneter politischer Akteure von der Ärzteschaft umgesetzt werden. Hintergrund für diese Fragestellung war die Feststellung von derzeit vorhandenen Ansprüchen an die Ärzte, präventiv tätig zu sein bzw. zu werden, bei gleichzeitiger Unklarheit bezüglich der Honorierung präventiver Leistungen und der Zuständigkeit für präventive Leistungen.

Vor diesem Hintergrund wurde mit Bezug auf die professionssoziologischen Überlegungen von Bucher und Strauss (1972) angenommen, dass es innerhalb der deutschen Hausärzteschaft unterschiedliche Gruppen mit differierenden Ansichten über die Relevanz der präventiven Gesundheitsberatung für das eigene ärztliche Handeln gibt. Die Daten der ÄSP-kardio-Studie, in deren Rahmen die vorliegende Dissertation verfasst wurde, legen nahe, dass – ungeachtet der beschriebenen Rahmenbedingungen für die verhaltenspräventiven Angebote in der Hausarztpraxis – die überwiegende Mehrheit der Befragten (96%) sich selbst nicht nur in der Rolle des behandelnden, sondern auch in der des präventiv beratenden Arztes sieht.

Bei der Bewertung der eigenen Rolle für die Gesundheitsberatung zeigten sich Zusammenhänge mit individuellen Arztcharakteristika (Geschlecht und Alter). Demnach sahen sich weibliche Ärzte und jüngere Ärzte häufiger in der Rolle des Gesundheitsberaters. Hingegen spielte die Fachrichtung des Hausarztes keine Rolle für die Ausrichtung der eigenen Tätigkeit an den Zielsetzungen der Prävention. Darüber hinaus unterschied sich die Bewertung hinsichtlich der Bedeutung verhaltenspräventiver Aufgaben im ärztlichen Praxisalltag in Abhängigkeit von dem Niederlassungsgebiet: Die Analysen der vorliegenden Arbeit ergaben, dass Ärzte, die in einem ländlichen Gebiet niedergelassenen sind, sich selbst seltener in der Rolle des Gesundheitsberaters sehen.

Zur Beantwortung der Frage, inwiefern präventionspolitische Forderungen von der Ärzteschaft umgesetzt werden, wurde das selbstberichtete Beratungsangebot und die damit assoziierten Faktoren untersucht. Insgesamt zeigte sich, dass deutsche Hausärzte recht aktiv bei der Gesundheitsberatung ihrer Patienten sind. Die Angaben der Studienteilnehmer deuten darauf hin, dass in der Primärversorgung Beratungsinterventionen bezüglich einer Tabakentwöhnung und bezüglich der Erhöhung körperlicher Aktivität am häufigsten angeboten werden (jeweils von 72% der Befragten). Dagegen wurden Patienten seltener bezüglich einer Ernährungsumstellung und

einer Reduktion des Alkoholkonsums routinemäßig beraten (66% bzw. 61%). Insgesamt boten vier von zehn Hausärzten (43%) Beratungen zu allen vier Lebensstilaspekten routinemäßig an.

Zur Untersuchung der Korrelate des hausärztlichen Beratungshandelns wurden basierend auf dem bisherigen Forschungsstand elf Hypothesen formuliert, an welchen sich die empirische Untersuchung dieser Arbeit orientierte (Tabelle 29).

Tabelle 29: Abschließende Bewertung der Hypothesen der Arbeit

Hypothese	Ergebnis
1 Weibliche Hausärzte bieten ihren Patienten eher eine Gesundheitsberatung an als männliche Hausärzte.	Vorläufig bestätigt
2 Jüngere Hausärzte sowie Hausärzte, die noch nicht so lange niedergelassen sind, bieten Ihren Patienten eher eine Gesundheitsberatung an als Hausärzte höheren Lebensalters sowie solche, die schon seit längerer Zeit niedergelassen sind.	Vorläufig bestätigt
3 Positive Einstellungen zu und positive Erfahrungen mit Beratungsinterventionen sowie eine hohe eigene wahrgenommene Kompetenz der Hausärzte in Beratungsinterventionen hängen positiv mit dem Angebot von Gesundheitsberatung zusammen.	Vorläufig bestätigt
4 Allgemeinmediziner und Praktische Ärzte bieten ihren Patienten eher Gesundheitsberatung an als hausärztlich tätige Internisten.	Abgelehnt
5 Hausärzte, die mehr männliche Patienten betreuen, bieten ihren Patienten eher eine Gesundheitsberatung an.	Abgelehnt
6 Hausärzte, die mehr Patienten höheren Lebensalters betreuen, bieten ihren Patienten seltener eine Gesundheitsberatung an als Ärzte mit einem niedrigeren Anteil an älteren Patienten.	Abgelehnt
7 Hausärzte, die einen höheren Anteil an Privatversicherten betreuen, bieten ihren Patienten eher Gesundheitsberatung an als Ärzte mit mehr gesetzlich versicherten Patienten.	Teilweise vorläufig bestätigt
8 Hausärzte, die einen höheren Anteil an Risikopatienten betreuen, beraten ihre Patienten eher zu Lebensstilaspekten als Hausärzte, die weniger Risikopatienten in ihrem Patientenstamm vereinen.	Teilweise vorläufig bestätigt
9 Hausärzte aus Einzelpraxen unterscheiden sich nicht von den Hausärzten aus Gruppenpraxen hinsichtlich des Angebots von Gesundheitsberatung.	Vorläufig bestätigt
10 Hausärzte, die mehr Patienten in ihrer Praxis betreuen, bieten ihren Patienten seltener Gesundheitsberatung an als Ärzte mit geringerem Patientenaufkommen.	Abgelehnt
11 Hausärzte, die in einer urbanen Gegend niedergelassen sind, bieten ihren Patienten eher Gesundheitsberatung an als Ärzte aus ländlichen Niederlassungsgebieten.	Teilweise vorläufig bestätigt

Quelle: Eigene Darstellung.

So nahm Hypothese 1 einen Zusammenhang des hausärztlichen Beratungshandelns mit dem Geschlecht des Hausarztes an. Mit den vorliegenden Daten konnte diese Hypothese vorläufig bestätigt werden. In der abschließenden Regressionsanalyse war mit dem weiblichen Geschlecht eine 1,3-fache Chance verknüpft, den Patienten eine Gesundheitsberatung anzubieten ($p < 0,001$).

Bei der differenzierteren Betrachtung der einzelnen Lebensstilaspekte zeigten sich für Hausärztinnen höhere Wahrscheinlichkeiten, ihre Patienten bezüglich Ernährung (OR=1,29; $p<0,001$), körperlicher Aktivität (OR=1,22; $p<0,05$) und Alkoholkonsum (OR=1,16; $p<0,05$) zu beraten. Im Vergleich zu den männlichen Kollegen waren die Hausärztinnen zudem signifikant häufiger von ihrer Kompetenz für die Durchführung von Maßnahmen zur Gesundheitsberatung (84% vs. 76%) und vom Erfolg der Beratungsinterventionen (76% vs. 68%) überzeugt. Wie die Ergebnisse der Mediationsanalysen zeigten, konnten diese beiden Variablen (die selbstberichtete Kompetenz und der wahrgenommene Erfolg der Gesundheitsberatung) partiell zur Erklärung der geschlechtsspezifischen Differenzen bei dem Angebot der Gesundheitsberatung im Praxisalltag beitragen.

Die zweite Hypothese nahm einen Alterseffekt an. So ging sie von einem positiven Zusammenhang mit dem jüngeren Alter der Hausärzte aus. Auch diese Hypothese konnte anhand der vorhandenen Daten teilweise bestätigt werden. Etwa vier von zehn (39%) der über 55-jährigen Hausärzte boten ihren Patienten nach eigenen Angaben routinemäßig eine Gesundheitsberatung an. Unter den Befragten, die jünger als 46 Jahre waren, waren es 45% ($p=0,012$). Insgesamt bestand für ältere Ärzte eine um etwa 12% reduzierte Wahrscheinlichkeit des routinemäßigen Angebots der Gesundheitsberatung ($p<0,05$). Bei den einzelnen Lebensstilaspekten waren die Altersunterschiede nur in bivariaten Zusammenhangsanalysen signifikant. So gaben ältere Hausärzte im Vergleich zur Referenzkategorie der Ärzte unter 46 Jahren seltener an, ihren Patienten routinemäßig Empfehlungen bezüglich Ernährung (64% vs. 69%; $p=0,012$), Tabakentwöhnung (69% vs. 75%; $p=0,014$), körperlicher Aktivität (67% vs. 73%; $p<0,001$) und des Alkoholkonsums (59% vs. 63%; $p>0,05$) zu geben. Ähnliche Ergebnisse zeigten sich mit Blick auf die Tätigkeitsdauer als Hausarzt. In bivariaten Zusammenhangsanalysen war die Häufigkeit der Beratungsangebote bezüglich der einzelnen Lebensstilaspekte am geringsten für Hausärzte, die bereits seit mehr als 19 Jahren praktizierten (jeweils $p<0,05$).

Die Hypothese 3 fokussierte mögliche Zusammenhänge des Beratungsangebots mit den subjektiven Einstellungen und Erfahrungen der Hausärzte. Mit den Daten der ÄSP-kardio-Studie konnte diese Hypothese vorläufig bestätigt werden. So hatten die Hausärzte, die sich selbst in der Rolle eines Gesundheitsberaters sahen, eine etwa um 60% höhere Wahrscheinlichkeit, ihre Patienten präventiv zu Fragen des Lebensstils zu beraten (OR=1,57; $p<0,05$). Außerdem spielte die Bedeutung, die die Befragten den einzelnen Risikofaktoren für kardiovaskuläre Prävention beigemessen hatten, eine signifikante Rolle für das Beratungsangebot: Hausärzte, die eine Ernährungsumstellung und eine Reduktion des Alkoholkonsums als sehr wichtig oder wichtig für die Herz-Kreislauf-Prävention ansahen, boten ihren Patienten auch eher eine dahingehende Beratung routinemäßig an (OR=1,96 bzw. OR=1,52). Insgesamt zeigten sich jedoch Differenzen bei der Einschätzung der Bedeutung verschiedener lebensstilbezogenen Risikofaktoren für die

kardiovaskuläre Prävention, wobei der geringste Anteil der befragten Hausärzte (83%) die Verringerung des Alkoholkonsums als wichtig für Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen ansah.

Die Kompetenz der Ärzte für die Gesundheitsberatung spielte ebenfalls eine wichtige Rolle für das routinemäßige Angebot der Gesundheitsberatung. Unter den Befragten, die sich als kompetent für die Beratung bezüglich der Erhöhung körperlicher Aktivität fühlten, gaben beispielsweise drei Viertel der Befragten an, ihre Patienten diesbezüglich zu beraten (75% vs. 52% in der Referenzkategorie; OR=1,76; $p<0,001$). Die höheren Wahrscheinlichkeiten des routinemäßigen Beratungsangebots zeigten sich ebenfalls für die Ärzte, die sich in den Bereichen Ernährungsberatung (OR=2,04; $p<0,001$), Tabakentwöhnung (OR=1,75; $p<0,001$) und Beratung bezüglich des Alkoholkonsums (OR=1,73; $p<0,001$) kompetent fühlten. Dabei zeigten sich zwischen den einzelnen Lebensstilaspekten Differenzen bezüglich der selbst eingeschätzten Kompetenz für die Beratungsinterventionen: Während etwa neun von zehn Befragten nach eigenen Angaben kompetent für die Beratungen in den Bereichen der körperlichen Aktivität und der Ernährung waren, waren es bei der Reduktion des Tabak- und Alkoholkonsums nur rund sieben von zehn Ärzten.

Als weitere unabhängige Variable zur Prüfung der Hypothese 3 wurde der wahrgenommene eigene Erfolg bei der Motivation der Patienten zur Verhaltensänderung herangezogen. Weniger als die Hälfte der Hausärzte fühlte sich erfolgreich bei der Gesundheitsberatung ihrer Patienten. Als besonders gering wurde jedoch der Erfolg von Beratungen zur Tabakentwöhnung eingeschätzt: Lediglich etwa zwei von zehn Befragten (23%) gaben an, in diesem Bereich erfolgreich zu sein. Diese deutliche Diskrepanz zwischen der Bedeutung, die den verschiedenen Lebensstilaspekten für die Herzgesundheit beigemessen wird, und dem wahrgenommenen Erfolg durchgeführter Präventionsmaßnahmen überrascht und unterstreicht die Notwendigkeit der Vermittlung von erfolgreichen Interventionsstrategien im Bereich der Lebensstilberatung. Nichtsdestotrotz gaben 70% der Hausärzte, die sich selbst weniger erfolgreich bei der Tabakentwöhnung ihrer Patienten fühlten, routinemäßig diesbezügliche Empfehlungen an ihre Patienten (vs. 79% bei den subjektiv erfolgreichen Ärzten). Für alle Lebensstilaspekte zeigten sich in den Regressionsanalysen positive Assoziationen zwischen dem Beratungsangebot und dem subjektiv wahrgenommenen Erfolg der Beratungsinterventionen in den jeweiligen Lebensstilbereichen.

Die Hypothese 4 nahm an, dass Allgemeinmediziner bzw. Praktische Ärzte ihre Patienten eher präventiv beraten als hausärztlich tätige Internisten. Diese Hypothese konnte mit den verfügbaren Daten nicht bestätigt werden. Zwar fühlten sich die Allgemeinmediziner und die Praktischen Ärzte im Vergleich zu hausärztlich tätigen Internisten eher als gut ausgebildet für die Durchfüh-

rung von Gesundheitsberatungen (80% vs. 77%; $p=0,019$), jedoch spiegelte sich dies nicht in der Häufigkeit der Beratungsinterventionen wider. Die Allgemeinmediziner berichteten zwar häufiger als hausärztliche Internisten, ihre Patienten zu Ernährung (67% vs. 65%), körperlicher Aktivität (72% vs. 71%) und Alkoholkonsum (62% vs. 60%) zu beraten, jedoch waren diese Zusammenhänge allesamt nicht signifikant (alle $p>0,05$). Allein bei der Beratung bezüglich der Tabakentwöhnung war der Zusammenhang in den bivariaten Auswertungen signifikant. Hierbei gaben die Internisten ihren Patienten häufiger Empfehlungen, als Allgemeinmediziner dies taten (75% vs. 71%; $p<0,05$). Dieser Effekt wurde allerdings bei der Berücksichtigung weiterer unabhängiger Variablen in der multivariablen Analyse aufgehoben.

Die Hypothesen im zweiten Hypothesenblock widmeten sich der Untersuchung der Zusammenhänge auf der Patientenebene. So nahm Hypothese 5 positive Zusammenhänge mit dem männlichen Geschlecht der Patienten an. Sie konnte jedoch nicht bestätigt werden. In den Analysen spielte der Anteil männlicher Patienten keine Rolle für das selbstberichtete Angebot von Gesundheitsberatung. Lediglich für die Beratung bezüglich der Tabakentwöhnung zeigte sich, dass Hausärzte mit überdurchschnittlich vielen männlichen Patienten ihre Patienten signifikant häufiger diesbezüglich berieten (74% vs. 71%; $p<0,05$). In der Regressionsanalyse der Patientencharakteristika zeigte sich eine um 17% erhöhte Chance des Beratungsangebots für die Ärzte mit mehr männlichen Patienten ($OR=1,17$; $p<0,05$). In dem finalen Regressionsmodell bei zusätzlicher Kontrolle für Variablen auf der arzt- und praxisebene bestand dieser Zusammenhang jedoch nicht mehr.

In der sechsten Hypothese wurde ein negativer Zusammenhang des Beratungsangebotes mit einem höheren Anteil älterer Patienten im Patientenstamm postuliert. Diese Hypothese konnte in den Analysen nicht bestätigt werden. Zwar gaben die Ärzte mit mehr älteren Patienten in ihrer Klientel geringfügig seltener Empfehlungen bezüglich Ernährungsgewohnheiten, körperlicher Aktivität und Alkoholkonsum, jedoch waren diese Unterschiede allesamt nicht signifikant.

Der positive Zusammenhang des Beratungsangebotes mit einem höheren Anteil an privat versicherten Patienten im Patientenstamm, welcher Gegenstand der Hypothese 7 war, konnte mit den Daten der ÄSP-kardio-Studie teilweise vorläufig bestätigt werden. Im Vergleich zur jeweiligen Referenzkategorie gaben die Befragten mit überdurchschnittlich vielen Privatversicherten deutlich häufiger an, ihre Patienten routinemäßig zu Ernährung (64% vs. 71%; $p<0,001$), Tabakentwöhnung (71% vs. 75%; $p>0,01$), körperlicher Aktivität (69% vs. 76%; $p<0,001$) und Alkoholkonsum (60% vs. 64%; $p<0,05$) zu beraten. In den Regressionsmodellen, welche nur patientenbezogene Charakteristika berücksichtigten, zeigten sich für Ärzte mit mehr Privatversicherten höhere Odds Ratios für das entsprechende Beratungsangebot. Jedoch lediglich für das Angebot einer Ernährungsberatung ($OR=1,18$; $p<0,05$) und für die Beratung zu körperlicher

Aktivität (OR=1,27; $p<0,01$) blieben die Assoziation auch bei der Kontrolle für arzt- und praxisbezogene Merkmale signifikant. Zusätzlich durchgeführte Mediatoranalysen zeigten, dass diese positiven Zusammenhänge bei den Teilnehmern der ÄSP-kardio-Studie zumindest zum Teil über den wahrgenommenen Erfolg der Gesundheitsberatung vermittelt werden können: Ärzte mit mehr privat versicherten Patienten waren eher davon überzeugt, dass ihre Patienten die vereinbarten Lebensstiländerungen auch befolgen würden.

In Hypothese 8 wurde ein positiver Zusammenhang des Beratungsangebotes mit den höheren Anteilen an Risikopatienten im Patientenstamm angenommen. Diese Hypothese kann zum Teil vorläufig angenommen werden. Insbesondere das Übergewicht bei Patienten schien für das Angebot der Gesundheitsberatung relevant zu sein (OR=1,22; $p<0,01$). So berieten 45% der Hausärzte mit überdurchschnittlich vielen übergewichtigen Patienten ihre Patienten zu Fragen des Lebensstils (vs. 40% in der Gruppe der Hausärzte mit weniger als 51% übergewichtigen Patienten; $p=0,003$). Hausärzte mit mehr Rauchern und HKE-Patienten boten nach eigenen Angaben häufiger eine Gesundheitsberatung an (jeweils 45% vs. 41%; $p<0,05$). Jedoch waren diese Zusammenhänge in den Regressionsanalysen nicht signifikant. Für das Angebot der Beratung bezüglich einer Verringerung des Alkoholkonsums spielte der Risikostatus der Patienten keine bedeutsame Rolle.

Der dritte Hypothesenblock befasste sich mit den Zusammenhängen auf der Ebene des Arbeitskontextes. Die Annahme eines fehlenden Zusammenhangs zwischen dem Angebot der Gesundheitsberatung und dem Praxistyp in Hypothese 9 konnte anhand der vorliegenden Daten vorläufig bestätigt werden. Die Hausärzte, die in einer Einzelpraxis niedergelassen waren, sahen sich im Vergleich zu solchen aus Gemeinschaftspraxen zwar eher in der Rolle eines Gesundheitsberaters (61% vs. 58%; $p=0,026$), jedoch spiegelte sich dies nicht in dem Beratungsangebot wider. Weder bivariate Zusammenhangsanalysen noch Regressionsanalysen zeigten signifikante Differenzen je nach Praxistyp.

In Hypothese 10 wurde angenommen, dass die Hausärzte, die mehr Patienten zu betreuen haben, seltener Gesundheitsberatungen anbieten. Diese Annahme konnte nicht bestätigt werden. Lediglich für das Angebot von Beratung zur Erhöhung der körperlichen Aktivität zeigte sich ein negativer Zusammenhang mit der höheren Anzahl der Patienten (OR=0,81 für Hausärzte mit über 250 Patienten pro Woche; $p<0,05$). Dieser Zusammenhang war jedoch bei der Berücksichtigung weiterer unabhängiger Variablen im finalen Gesamtmodell nicht signifikant.

Hypothese 11 nahm Zusammenhänge mit den regionalen Charakteristika des Praxisstandortes an. In der ÄSP-kardio-Studie gaben die Hausärzte, die in einer städtischen Gegend bzw. in einer bevölkerungsreichen Gemeinde niedergelassen waren, signifikant häufiger an, ihre Patienten bezüglich körperlicher Aktivität, Ernährung und Tabakentwöhnung zu beraten. In den logisti-

schen Regressionsanalysen waren diese Zusammenhänge nur für die beiden zuletzt genannten Lebensstilaspekte signifikant. So hatten Hausärzte aus bevölkerungsreichen Gemeinden eine höhere Chance, ihre Patienten bezüglich Ernährung (OR=1,39; $p<0,05$) und Tabakentwöhnung (OR=1,46; $p<0,05$) zu beraten. Keine signifikanten Assoziationen zeigten sich für das Angebot von Beratungsaktivitäten zum Alkoholkonsum. Aufgrund dieser Ergebnisse konnte Hypothese 11 teilweise vorläufig angenommen werden.

Weiterhin wurden die Kooperationsbeziehungen in Bezug auf die Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen als signifikante Bestimmungsfaktoren auf der Praxisebene identifiziert. Demnach hing das routinemäßige Angebot einer Beratung bezüglich der jeweiligen Lebensstilaspekte positiv mit den bestehenden Kooperationen mit Ernährungsberatungen, Tabakentwöhnungsspezialisten, Sportanbietern und Alkoholikerberatungen zusammen. Auch der Austausch mit ärztlichen Kollegen wirkte sich signifikant positiv auf die Häufigkeit der Unterbreitung von Beratungsangeboten aus.

6.2 Interpretation der Ergebnisse

In Anlehnung an die Überlegungen von Bucher und Strauss (1972) wurde angenommen, dass die Hausärzteschaft keine geschlossene Gruppe hinsichtlich der Bewertung der Bedeutung präventiver Tätigkeiten für die eigene Praxis darstellt (vgl. Abschnitt 2.4.1). Die Ergebnisse dieser Arbeit legen nahe, dass die Mehrheit der befragten Hausärzte präventive Gesundheitsberatung als eine ihrer wichtigen beruflichen Aufgaben ansieht. Dennoch gab es eine weitaus kleinere Gruppe von Hausärzten (4% der Befragten), die der Meinung war, nur für die Behandlung von Krankheiten und nicht für die Gesundheitsberatung ihrer Patienten zuständig zu sein. Dieses Ergebnis steht im Einklang mit der Sichtweise der interaktionistischen Perspektive auf Professionen.

Außerdem wurde vermutet, dass gerade diejenigen Hausärzte, die den präventiven Tätigkeiten einen hohen Stellenwert für die eigene berufliche Praxis einräumen, eher bereit sind, präventionspolitische Vorgaben übergeordneter Akteure umzusetzen. In seinen professionssoziologischen Überlegungen postulierte Freidson (1979) die entscheidende Bedeutung der subjektiven Einstellung des Arztes gegenüber bestimmten Diagnose- oder Therapieverfahren sowie seines in der Ausbildung erworbenen Wissens für das ärztliche Handeln. In Übereinstimmung mit diesen Überlegungen stehen auch die Ergebnisse dieser Arbeit im Hinblick auf die präventive Gesundheitsberatung: Hierbei war die subjektive Einstellung gegenüber der präventiven Gesundheitsberatung zentral für das Angebot der Gesundheitsberatung in der Praxis. Für alle Lebensstilaspekte zeigten sich für diese Variable hohe positive Zusammenhänge mit dem Beratungsangebot.

Zudem deuten die Ergebnisse auf die Bedeutung der individuellen Charakteristika Geschlecht und Alter der Ärzte für die Umsetzung präventionspolitischer Forderungen in der Praxis, d.h. für das Angebot präventiver Gesundheitsberatung, hin. Es zeigte sich beispielsweise, dass sich Hausärztinnen eher an den Zielsetzungen von Gesundheitsförderung und Prävention orientieren: Sie sehen die Gesundheitsberatung der Patienten mit einer höheren Wahrscheinlichkeit als eine ihrer hausärztlichen Aufgaben und führen nach eigenen Angaben häufiger Beratungsinterventionen bezüglich zentraler Lebensstilaspekte durch verglichen mit ihren männlichen Kollegen.

An dieser Stelle können nur einige mögliche Ursachen hierfür diskutiert werden. Wie die Studienergebnisse zeigten, fühlten sich Hausärztinnen kompetenter und erfolgreicher bei der Motivation ihrer Patienten zu Änderungen im Lebensstil, was positiv mit der Häufigkeit des Beratungsangebots verbunden war. Möglicherweise ist der zwischen männlichen und weiblichen Hausärzten unterschiedliche Erfolg der Gesundheitsberatung auf Kommunikationsstrategien zurückzuführen, die in den Konsultationen mit Patienten angewendet werden. Zahlreiche Studien und einige Übersichtsarbeiten liefern Evidenz dafür, dass Ärztinnen in ihrem Praxisalltag einen höheren Grad an Patientenzentrierung zeigen (vgl. zur Übersicht: Roter und Hall 2004; Roter et al. 2002). So legen (Haus-) Ärztinnen beispielsweise eher Wert auf eine partnerschaftliche Beziehung mit den Patienten, zeigen eher sozio-emotionales Gesprächsverhalten, thematisieren eher Lebensgewohnheiten bzw. soziale Lebensumstände der Patienten und gehen eher auf Gefühle und Emotionen der Patienten ein (Roter und Hall 2004; Roter et al. 2002; Stutz und Ceschi 2007). Da die Gesundheitsberatung auf eine Änderung der Lebensumstände von Patienten abzielt, erhöht die Einbeziehung der Betroffenen (z.B. durch Berücksichtigung ihrer Interessen und ihrer Lebenssituation) die Wahrscheinlichkeit, dass die vereinbarten Verhaltensänderungen auch umgesetzt werden.

Möglicherweise liegen unter deutschen Hausärzten auch geschlechtsbezogene Unterschiede bei der Einschätzung des Stellenwertes präventiver Aufgaben für die eigene Praxis. Zumindest wurde dies kürzlich unter angehenden Ärzten festgestellt: Eine Befragung von 744 Medizinstudierenden aus Halle zeigte, dass weibliche Studierende verglichen mit männlichen Studierenden die lebensstilbezogenen Gesundheitsrisiken signifikant häufiger als wichtig für die ärztliche Gesundheitsberatung bewerteten (Klement et al. 2011). Mit Blick auf die Einschätzung der Lehrinhalte aus dem Bereich Prävention und Gesundheitsförderung sahen 73% der Studentinnen aber nur 57% der Studenten diese als wichtig für ihre eigene zukünftige ärztliche Tätigkeit an (Klement et al. 2011). In der vorliegenden Untersuchung wurde der Frage nach der Bedeutung der präventiven Aktivitäten für die eigene hausärztliche Praxis zwar nicht nachgegangen. Jedoch ließen sich geringfügige aber dennoch signifikante geschlechterspezifischen Differenzen bei der Einschätzung der Bedeutung einer Ernährungsumstellung, Tabak- und Alkoholkonsum für

die Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen feststellen. Hier erachteten Hausärztinnen alle drei Lebensstilaspekte eher als wichtig verglichen mit ihren männlichen Pendanten (Daten nicht abgebildet).

Eine weitere mögliche Erklärung dieser geschlechtsbezogenen Unterschiede können eigene ‚lebensweltliche‘ Erfahrungen der Ärzte sein. In zahlreichen Arbeiten wurden geschlechterspezifische Verhaltensunterschiede in Bezug auf die Gesundheit dokumentiert (vgl. zum Beispiel: Babitsch 2005; Hurrelmann und Kolip 2002). Auch die Ergebnisse der aktuellen Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2010“ (GEDA 2010) legen nahe, dass Frauen eher auf eine gesunde Ernährung und ihr Körpergewicht achten und häufiger tabak- und alkoholabstinent sind (Robert Koch-Institut 2012). Für deutsche Hausärzte zeigte eine Studie aus Köln, dass sich Hausärztinnen gesünder verhalten als ihre männlichen Kollegen. Das zeigte sich insbesondere hinsichtlich der Ernährung, des Körpergewichts und der körperlichen Aktivität (Kaiser et al. 2005). Die Vermutung liegt nahe, dass Hausärztinnen, die einen großen Wert auf einen eigenen gesunden Lebensstil legen, Lebensstilaspekte auch bei ihren Patienten eher ansprechen, mit den Patienten ihre eigenen ‚lebensweltlichen‘ Erfahrungen teilen oder ihnen Hilfestellungen anbieten, z.B. im Bereich der gesunden Ernährung bzw. der Essenszubereitung (Frank et al. 2000). Das individuelle Gesundheitsverhalten der Hausärzte wurde in der vorliegenden Studie aus verschiedenen Gründen nicht thematisiert.²¹ Ergebnisse aus internationalen Arbeiten zeigten jedoch, dass die individuellen Lebensgewohnheiten der Ärzte eine wichtige Rolle für die Beratung ihrer Patienten spielen können (Cornuz et al. 2000; Hung et al. 2013; Lobelo et al. 2009).

Bei der Erklärung der identifizierten altersbezogenen Unterschiede im Angebot der Gesundheitsberatung kann an dieser Stelle ebenfalls nur gemutmaßt werden. So ist es beispielsweise denkbar, dass sich diese Unterschiede durch eine geringere Kompetenz für die Gesundheitsberatung bei älteren Ärzten erklären lassen. Seit 2004 finden die für die Gesundheitsberatung erforderlichen theoretischen und praktischen Inhalte verstärkt im medizinischen Curriculum Berücksichtigung (ÄAppO 2002). Bis zu diesem Zeitpunkt wurde jedoch mehrfach eine unzureichende Einbindung der Gesundheitsberatung in der medizinischen Aus- und Weiterbildung bemängelt (vgl. Bengel 1988, 77f.). Über die Hälfte der Befragten war zum Erhebungszeitpunkt (2011-2012) seit über zehn Jahren niedergelassen. Das bedeutet, dass die Mehrheit der Befragten in einem Ausbildungssystem sozialisiert wurde, in dem der Vermittlung von Kompetenzen für die Gesundheitsberatung von Patienten wenig Aufmerksamkeit zukam. Dies könnte

²¹ Die kognitiven Interviews im Vorfeld der Studie ergaben, dass sich Hausärzte durch Fragen nach dem individuellen Gesundheitsverhalten kontrolliert fühlen könnten, was sich negativ auf die Bereitschaft zur Studienteilnahme auswirken könnte.

das geringere Beratungsangebot in der Gruppe der älteren Ärzte erklären. Diese Annahme konnte jedoch mit den vorliegenden Daten nicht bestätigt werden: die selbsteingeschätzte Kompetenz unterschied sich nicht signifikant zwischen den jüngeren und älteren Befragten. Es ist andererseits aber auch denkbar, dass die Ärzte, die im Laufe ihrer beruflichen Sozialisation durch eine primär kurative Ausrichtung der ärztlichen Tätigkeit geprägt wurden, eine präventive Beratung der Patienten einfach eher als zweitrangig ansehen. In dieser Studie sahen die Ärzte höheren Alters (über 55 Jahre alt) verglichen mit jüngeren Ärzten die Gesundheitsberatung deutlich seltener als ihre hausärztliche Aufgabe an (94,6% vs. 97,4%, OR=0,46; $p < 0,01$). Dieser negative Zusammenhang blieb auch bei der zusätzlichen Adjustierung des Regressionsmodells für Geschlecht, Fachrichtung und Urbanität des Praxisstandortes bestehen.

Eine weitere Annahme dieser Arbeit war, dass Hausärzte als praktizierende Professionsmitglieder und gesundheitspolitische Akteure Einfluss auf die Umsetzung der Präventionspolitik nehmen können, indem sie bestimmte Inhalte in Abhängigkeit von den aktuellen Arbeitserfordernissen in ihrer Praxis aufnehmen (vgl. Abschnitt 2.4.2). Die Studienergebnisse zeigen, dass neben den beschriebenen arztbezogenen Charakteristika auch einige strukturelle Bedingungen eine wichtige Rolle für die Einschätzung der Bedeutung der präventiven Beratung und für deren Angebot in der eigenen Praxis spielen. Anders als die Annahmen des strukturfunktionalistischen Ansatzes von Parsons (1965) nahelegen, kennzeichnet das präventive Beratungshandeln der Hausärzte eine Abhängigkeit von dem Kontext, in dem diese Leistungen erbracht werden. Dies stimmt mit den Annahmen von Freidson (1975) überein. Im untersuchten Kollektiv berieten die Hausärzte mit mehr privat versicherten Patienten ihre Patienten nach eigenen Angaben häufiger zu allen hier betrachteten Lebensstilaspekten. Dieses Ergebnis sollte jedoch mit Vorsicht interpretiert werden, da sich mit den verfügbaren Daten die Frage, ob die Lebensstilempfehlungen eher in Konsultationen mit Privatversicherten geäußert werden, nicht eindeutig beantworten lässt. Die Daten liefern lediglich einen Hinweis auf ein möglicherweise bestehendes Beratungsverhalten und lassen zwei Interpretationen zu.

Es erscheint plausibel, dass Hausärzte mit einem höheren Anteil an Privatpatienten eher Lebensstilberatung betreiben, weil in ihrer Klientel insgesamt eine höhere Adhärenz bei den Maßnahmen der Lebensstilberatung vorliegt. Heutzutage bestehen in Deutschland erhebliche Unterschiede in der Versichertenstruktur. Da die Aufnahme in eine private Krankenversicherung stark mit dem Einkommen assoziiert ist, bestehen zwischen den gesetzlich und privat Versicherten Unterschiede hinsichtlich des Bildungsniveaus: Etwa 60% der Privatversicherten aber nur ein Drittel der gesetzlich Versicherten haben Abitur bzw. Fachhochschulreife. Unter den AOK-Versicherten lag dieser Anteil gar bei 19% (Hoffmann und Icks 2012). Einige Studien haben gezeigt, dass die Änderung des Gesundheitsverhaltens, z.B. Tabakentwöhnung oder Erhöhung der körperlichen Aktivität im Alltag, bei Angehörigen der unteren Statusgruppen – und damit unter

Personen mit geringerem Bildungsstand – seltener erfolgt (Droomers et al. 2004; Reid et al. 2010; Seiluri et al. 2011). Ursächlich hierfür können geringere psychosoziale Ressourcen in diesen Statusgruppen sein (Droomers et al. 2004; Faltermaier 2005), was sich negativ auf die Befolgung ärztlicher Empfehlungen auswirkt. Möglicherweise geben die Ärzte Empfehlungen bezüglich der Änderung des Lebensstils eher an Patienten, von denen vermutet wird, dass sie diese eher befolgen.

Da die Daten der ÄSP-kardio-Studie lediglich die Sachverhalte auf einer aggregierten Ebene abbilden, sollten diese Annahmen in nachfolgenden, idealerweise Mehrebenen-Untersuchungen überprüft werden. Wenn sie sich bestätigen, ergeben sich daraus zum einen bedeutende Folgen für die Gesundheitsversorgung. Dies würde nämlich bedeuten, dass gerade diejenigen Bevölkerungsgruppen, die von Prävention besonders profitieren können – d.h. Personen mit geringerem sozialen Status, der nachgewiesenermaßen mit einem schlechteren Gesundheitszustand einhergeht (Rosenbrock und Kümpers 2006) –, diese in der Hausarztpraxis gar nicht oder nur in geringerem Umfang angeboten bekommen.

Zum anderen würden sich daraus wichtige Implikationen für die soziologische Diskussion der professionellen Orientierung des ärztlichen Handelns ergeben. Die Abhängigkeit des Angebotes präventiver Gesundheitsberatung von dem Versichertenstatus des Patienten würde nämlich darauf hinweisen, dass bei dem Angebot präventiver Gesundheitsberatung das Handeln der Hausärzte nicht den von Parsons (1965) angenommenen Orientierungsalternativen emotionale Neutralität und Gemeinwohlorientierung folgt. Die oben angeführte Erklärung (d.h. eine Lebensstilempfehlung wird denjenigen Patienten gegeben, von welchen der Arzt vermutet, dass sie diese Empfehlung auch befolgen) kann als ein Hinweis auf geringe emotionale Neutralität bei dem Angebot präventiver Leistungen interpretiert werden. Auch die positiven Zusammenhänge mit dem Risikostatus der Patienten (d.h. mit den vorliegenden Risikoverhaltensweisen oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen) deuten darauf hin, dass beim Angebot von Verhaltensprävention in der Hausarztpraxis nicht auf alle Patienten gleichermaßen Bezug genommen wird, wie dies anlehndend an die Orientierungsalternativen von Parsons (1965) zu erwarten wäre. Als eine weitere Erklärung für die höhere Prävalenz der Gesundheitsberatung unter den Ärzten mit mehr privat versicherten Patienten ist die Relevanz der verschiedenen Vergütungsregelungen der ärztlichen Beratungsleistungen in der gesetzlichen und privaten Versicherung nicht zu unterschätzen: Bei gesetzlich versicherten Patienten kann der Hausarzt präventive Beratungsgespräche vierteljährlich nur einmal pro Behandlungsfall abrechnen, bei Privatversicherten hingegen kann jedes Beratungsgespräch abgerechnet werden. Im Allgemeinen können niedergelassene Ärzte aufgrund der geltenden Gebührenordnung bei Privatversicherten für die gleiche ärztliche Leistung das bis zu 2,3-fache der jeweiligen GKV-Vergütung abrechnen (Schulze 2011, 1). In nachfolgenden Studien sollte somit untersucht werden, ob der Zusammenhang zwischen dem

Angebot (präventiver) Leistungen und dem Versichertenstatus des Patienten aufgrund ökonomischer Überlegungen zustande kommt. Wenn sich diese Annahme bestätigen sollte, muss kritisch reflektiert werden, ob dies als ein Zeichen für die zunehmende Selbst-Orientierung der Ärzteschaft aufzufassen ist. Wenn ein Arzt nämlich eine Leistung eher einem Privatversicherten anbietet, wird er nicht zwangsläufig zum Händler seines medizinischen Könnens, der an einer reinen Gewinnmaximierung interessiert ist. Jedoch sind niedergelassene Ärzte Professionelle und Wirtschaftssubjekte mit ökonomischen Interessen zugleich (Rosenbrock und Gerlinger 2009, 19) und werden nicht selten mit ökonomischen Zwängen durch diverse Budgetgrenzen konfrontiert. In diesem Spannungsfeld unterschiedlicher Interessen und Handlungslogiken müssen die Ärzte oftmals Kompromisse eingehen, die in Rollenkonflikten resultieren können, da die Gemeinwohlorientierung als eine der zentralen ärztlichen Handlungsorientierungen (vgl. Parsons 1965) nicht einzuhalten ist.

Im Gegensatz zu den in internationalen Studien festgestellten Assoziationen des Beratungsangebots mit dem Geschlecht und dem Alter der Patienten (Eaton et al. 2002; Holund et al. 1997; Podl et al. 1999) konnten solche Zusammenhänge in dieser Studie nicht aufgedeckt werden. Jedoch lagen Assoziationen mit den bei den Patienten vorhandenen Risikofaktoren (Übergewicht und Rauchen) und Herz-Kreislauf-Erkrankungen vor. Die Hausärzte scheinen somit ihre Lebensstilempfehlungen an den Risikostatus ihrer Patienten anzupassen. Möglicherweise werden Empfehlungen bezüglich der Änderung der Lebensstilgewohnheiten eher denjenigen Patienten gegeben, die am ehesten davon profitieren würden, z.B. Empfehlungen bezüglich einer Ernährungsumstellung an übergewichtige Patienten (Alexander et al. 2011; Flocke et al. 2005). Auch mit Blick auf die Gestaltung des Arzt-Patient-Gesprächs stellen das erhöhte Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder das Vorliegen von gesundheitsschädigendem Verhalten der Patienten einen besonders gut geeigneten Anknüpfungspunkt für die Empfehlungen bezüglich einer gesünderen Lebensführung dar. Möglicherweise wird dies von der Erwartung getragen, dass sich Patienten mit erhöhtem Risiko eher an die vereinbarten Ziele der Verhaltensänderung halten (Lawlor et al. 1999). Obwohl die Lebensstilberatung von Risikopatienten eine wichtige Strategie zur Prävention und Gesundheitsförderung ist, wird dadurch jedoch die Gelegenheit verpasst, die Krankheitslast auf der Populationsebene zu verringern.

Die festgestellten standortbezogenen Unterschiede beim Angebot an verhaltenspräventiver Gesundheitsberatung spiegeln die regionalen Differenzen im Bereich der hausärztlichen Versorgung in Deutschland wider. Im Jahr 2011 wurde eine Unterversorgung bzw. eine drohende Unterversorgung im hausärztlichen Bereich in einigen ländlichen Regionen im Vergleich zu Ballungsgebieten festgestellt (Klose und Rehbein 2011, 109). In der ÄSP-kardio-Studie hatten Landärzte nach eigenen Angaben rund 45 Patienten pro Woche mehr zu versorgen als die Stadtärzte. Eine höhere Anzahl an Patienten, die akut versorgt werden muss, kann die geringere Zu-

stimmung der Landärzte zu den Aussagen bezüglich der hausärztlichen Rolle bei der Gesundheitsberatung sowie die geringere Prävalenz von Beratungsinterventionen in der eigenen Praxis erklären. Weiterhin kann eine geringere Dichte an Einrichtungen bzw. Spezialisten in Bezug auf die Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z.B. Ernährungsberater, Raucherberatungen, Fitness-Studios) in ländlichen Regionen als Erklärung des festgestellten Zusammenhanges in Erwägung gezogen werden. Kooperationen mit solchen Institutionen spielen – wie sich gezeigt hat – eine wichtige Rolle für das Angebot von Gesundheitsberatung in der eigenen Hausarztpraxis. Tatsächlich bemängelten in dieser Studie 62% der Landärzte aber 55% der Stadtärzte eine unzureichende Vernetzung mit anderen Leistungsträgern ($p=0,009$). Diese Ergebnisse machen auf die aktuelle Versorgungssituation in den ländlichen Regionen Deutschlands aufmerksam und weisen auf einen Bedarf an zielgruppenspezifischen Handlungsansätzen zur Förderung der Gesundheitsberatung in den Hausarztpraxen hin.

6.3 Kritische Betrachtung der Studie

Die vorliegende Untersuchung basiert auf repräsentativen Daten, die einmalig für Deutschland sind, da erstmals ein Ärztesurvey zum Thema Prävention im gesamten Bundesgebiet durchgeführt wurde. Am Beispiel der Gesundheitsberatung im Rahmen der kardiovaskulären Prävention geben die Ergebnisse einen Überblick über die hausärztliche Beratungspraxis in Deutschland und die damit assoziierten Faktoren. Der vorliegende Datensatz ermöglichte es, eine Vielzahl an unabhängigen Variablen zu berücksichtigen. So wurden nicht nur die Zusammenhänge zwischen individuellen Merkmalen der Ärzte und der hausärztlichen Beratungspraxis untersucht. Vielmehr war erstmals eine umfassende Betrachtung des Angebots an Gesundheitsberatung auf bundesdeutscher Ebene durchführbar. Dies war in bisherigen Untersuchungen aus Deutschland aufgrund der regional sehr eingeschränkten Studiengebiete nicht möglich.

In der vorliegenden Dissertation wurde das Angebot der hausärztlichen Beratung bezüglich der zentralen verhaltensbezogenen Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen – Fehlernährung, körperliche Inaktivität, Tabak- und Alkoholkonsum – zugleich berücksichtigt. Auch dies stellt ein Novum dar. So fokussierten die bisherigen Studien meist nur auf einen Lebensstilaspekt (vgl. Abschnitt 3.4).

Diese Studie beschäftigte sich mit einem Gegenstand, der in der medizinischen Soziologie bislang wenig Beachtung fand: nämlich dem ärztlichen Handeln im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung. Aus diesem Grund wurde für diese Untersuchung ein induktives Vorgehen gewählt: Basierend auf den Ergebnissen der soziologischen Forschung zur ärztlichen Behandlungspraxis und unter Berücksichtigung der bisherigen internationalen Forschung in dem Bereich Gesundheits- bzw. Lebensstilberatung wurde ein Modell entwickelt, das mögliche De-

terminanten für das Angebot an Gesundheitsberatung abbildet. Dieses Modell wurde durch die Analysen bundesweit repräsentativer Daten überprüft. Die Entwicklung des Modells, das als Grundlage für weiterführende Untersuchungen auf diesem Gebiet verwendet werden kann, stellt einen wichtigen Beitrag für das medizinsoziologische Beforschen der ärztlichen Gesundheitsberatung dar.

Dennoch sollten bei der Interpretation der Daten einige Einschränkungen berücksichtigt werden. Die ÄSP-kardio-Studie wurde als eine Querschnitterhebung konzipiert, deshalb können mit den Daten keine Aussagen bezüglich der Kausalität der festgestellten Beziehungen getroffen werden. Die Ergebnisse stellen vielmehr eine Momentaufnahme des aktuellen Beratungsangebots in deutschen Hausarztpraxen dar.

In Anbetracht der Rücklaufquote in Höhe von 34% bildet diese Untersuchung nur die Meinung, Einstellung und Praxis eines Teils der deutschen Hausärzteschaft ab. Trotz aller Bemühungen – Studienankündigung in den Ärztezeitschriften; personalisierte Anschreiben; Unterstützung durch die Bundesärztekammer; mehrfache Kontaktaufnahme; Möglichkeit, den Fragebogen online auszufüllen; Angebot von Aufwandsentschädigung für das Ausfüllen des Fragebogens – war es nicht möglich, eine höhere Response zu erreichen. Ein Blick auf weitere Hausarztbefragungen aus Deutschland zeigt jedoch, dass die erreichte Rücklaufquote deutlich höher ist als in Untersuchungen mit vergleichbarem Studiendesign und mit vergleichbar großen Population, z.B. 6% in der Befragung von $N_{\text{brutto}}=20.000$ Hausärzten (Gohlke et al. 2004) oder 3% in der Befragung der Stiftung Gesundheit mit $N_{\text{brutto}}=24.676$ Hausärzten (Stiftung Gesundheit 2011).

Obwohl sich die Verteilung des Befragungskollektivs über die Geschlechter, Fachrichtungen und Bundesregionen nicht signifikant von der der Grundgesamtheit unterschied, kann ein Selektionseffekt nicht ausgeschlossen werden. So ist denkbar, dass möglicherweise präventiv engagierte Hausärzte verstärkt an der Studie teilgenommen haben. In diesem Fall würden die Ergebnisse jedoch das Best-Case-Szenario der Beratungspraxis abbilden, da die Ergebnisse dieser Dissertation den tatsächlichen Status quo überschätzen würden. Das heißt, die Prävalenz der Beratungsangebote wäre im Bundesdurchschnitt de facto geringer. Es ist jedoch ebenfalls möglich, dass viele Hausärzte gerade aufgrund ihrer Unzufriedenheit mit den aktuellen Rahmenbedingungen für das Angebot von Gesundheitsberatung die Teilnahme an dieser Studie als wichtig erachtet haben. Dies spiegeln zumindest einige Rückmeldungen von teilnehmenden Hausärzten wider.

Des Weiteren ist festzuhalten, dass die Ergebnisse auf selbstberichteten Daten basieren. Das hat zur Folge, dass ein sozial erwünschtes Antwortverhalten nicht ausgeschlossen werden kann. Eine alternative Untersuchungsmethode ist die der direkten Beobachtung, welche die tatsächliche Beratungspraxis möglicherweise genauer abbilden würde. Jedoch können auch bei der teilnehmenden Beobachtung ähnliche Effekte wie bei einer Befragung entstehen, z.B. der sogenann-

te Beobachter-Effekt. In diesem Fall könnte das Verhalten des Arztes durch die Anwesenheit einer dritten Person beeinflusst werden. Außerdem ist dieses Erhebungsverfahren nur bei einer geringeren Stichprobengröße anwendbar und wäre damit im Rahmen der bundesweiten Studie so nicht durchführbar gewesen.

Bei der Interpretation der Studienergebnisse sollte zudem berücksichtigt werden, dass die vorliegenden Daten nur die Perspektive der Hausärzte abbilden. Hier darf nicht vernachlässigt werden, dass sich die Auffassung der Patienten darüber, was während einer konkreten Konsultation als ein Beratungsgespräch wahrgenommen wird, möglicherweise von der Auffassung der Ärzte unterscheidet. Dies ergab sich beispielsweise in einer qualitativen Studie aus den USA (Roter und Russell 1994).

6.4 Schlussfolgerungen und Ausblick

Im deutschen Gesundheitssystem fließt nur ein geringer Anteil der öffentlichen und privaten Gesundheitsausgaben – etwa 4,5% – in die Gesundheitsförderung und Prävention (Apitz und Winter 2004). Die Krankenversicherungen bringen für die Gesundheitserhaltung erheblich weniger Mittel auf als beispielsweise die Rentenversicherungen für Rehabilitationsmaßnahmen (Apitz und Winter 2004), d.h. für tertiärpräventive Maßnahmen, die ergriffen werden, wenn eine Krankheit bereits manifest ist. Daher wird in Fachkreisen seit Längerem dringender gesundheitspolitischer Handlungsbedarf bei der Entwicklung und Umsetzung von Interventionen zur Gesundheitsförderung und Prävention gesehen (Rosenbrock und Gerlinger 2009, 46). Dies gilt insbesondere für chronisch-degenerative Erkrankungen. Eine der vordringlichsten Maßnahmen, um die Aspekte Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland zu stärken, sei die Verbesserung der Aufklärung durch mehr präventive Beratungsangebote u.a. in der Arztpraxis. Zu dieser Empfehlung kamen die Experten der Felix-Burda-Stiftung auf Basis ihrer Bewertung der bisherigen Programme (Felix-Burda-Stiftung 2005, zit. nach: Hurrelmann et al. 2012, 686). Die Hausarztpraxis stelle ein ausgesprochen günstiges Setting für Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und zur Prävention dar. Deshalb überrascht es, dass für Deutschland bislang keine repräsentativen Daten zum Angebot der präventiven Gesundheitsberatung in der Primärversorgung vorliegen. An genau dieser Stelle setzt die vorliegende Dissertation an, mit welcher beabsichtigt wurde, zur Schließung dieser Forschungslücke beizutragen.

Die Ergebnisse dieser Studie stellen jedoch nur einen ersten Baustein bei der Beforschung des Gebiets der ärztlichen Gesundheitsberatung dar. Insbesondere vor dem Hintergrund der zuvor diskutierten Limitationen bedarf es in der Zukunft weiterer möglicherweise multimodaler Untersuchungen. Um ein vollständiges Bild über das Angebot und die Determinanten der Gesund-

heitsberatung zu erhalten, scheint insbesondere die Berücksichtigung der Patientenperspektive interessant.

Ein Ergebnis dieser Studie, nämlich dass die überwiegende Mehrheit der Hausärzte sich selbst in der Rolle eines ärztlichen Gesundheitsberaters sieht, ist insbesondere für die soziologische Professionsforschung von Interesse. Basierend auf seinen systemtheoretischen Überlegungen stellt Bauch (1996) fest, dass es durch den Bedeutungsgewinn der Prävention im öffentlichen Diskurs künftig zu einem Bedeutungsverlust der ärztlichen Tätigkeit kommen kann. Denn während die allgemeine Gesundheitssicherung im Wesentlichen über Prävention erfolgt, wird den Ärzten lediglich die Rolle der Spezialisten für klassische Organ- und Körpermedizin zukommen (Bauch 1996, 108). Die vorliegenden Studienergebnisse legen jedoch nahe, dass dies heutzutage zumindest bei den Hausärzten und mit Blick auf ihre eigene Einschätzung ihrer Aufgaben nicht zutrifft. Die Auffassungen der Hausärzte über ihre Aufgaben gehen offenbar über die Vorstellung der eigenen Tätigkeit als „Reparaturbetrieb“ hinaus. Die Förderung gesundheitsrelevanter Ressourcen ihrer Patienten wird von der Mehrheit der Befragten ebenfalls als ein zentraler Teil des ärztlichen Selbstverständnisses angesehen. Dieses Ergebnis basiert jedoch auf der Selbsteinschätzung bzw. Selbstberichten der Hausärzte und gibt damit lediglich die Perspektive einer einzelnen Gruppe innerhalb des Gesundheitswesens wider. Es ist jedoch wichtig, auch Perspektiven weiterer Berufsgruppen zu explorieren. Hier stellt sich die Frage, ob Prävention auch von diesen Akteuren als eine Aufgabe im ärztlichen Handlungsfeld gesehen wird oder ob (künftig) polyzentrische Professionsstrukturen entstehen, wie Bauch es annimmt (Bauch 1996, 108). Es wird also zu klären sein, ob sich in diesem Bereich des Gesundheitssystems neben der Ärzteschaft neue Berufsgruppen etablieren (können), „die sich der Prävention, der Lebensführungsthematik, der vielfältigen Beratungsdienstleistungen im Gesundheitswesen bemächtigen“ (Bauch 1996, 108).

Die verfügbaren Querschnittdaten erlauben es zudem nicht, die Vorstellungen der Hausärzte über die eigene Rolle aus der Perspektive des Wandels – und damit in einer zeitlichen Perspektive – zu beschreiben. Somit bleibt die Frage offen, ob die Gesundheitsberatung der Patienten von den Hausärzten seit jeher als eine ihrer zentralen Aufgaben gesehen wurde oder ob der präventiv beratende Hausarzt aufgrund der eingangs skizzierten Veränderungen in der Gesellschaft und im medizinischen Krankheitsverständnis eine Erscheinung der Moderne darstellt. Zur Klärung dieser Fragen bedarf es weiterführender Untersuchungen mit einem historischen Bezugspunkt.

Die identifizierten regionalen Unterschiede bei dem Angebot der Gesundheitsberatung und die Hinweise auf einen möglichen Zusammenhang mit dem Versichertenstatus der Patienten²² sind ferner für die Forschung auf den Gebieten der gesundheitlichen Ungleichheit und der Versorgungsforschung von Bedeutung, deuten sie doch auf mögliche Versorgungsdisparitäten in der Bundesrepublik hin. Da in dieser Arbeit nur mögliche Mechanismen für das Zustandekommen solcher Unterschiede skizziert wurden, sollte in weiteren Untersuchungen ergründet werden, welche Faktoren für diese Disparitäten ausschlaggebend sind. Ebenfalls sollten nachfolgend die Mechanismen untersucht werden, die zum Zustandekommen der festgestellten Unterschiede mit Bezug auf das Geschlecht der Hausärzte führen. Die Anwendung qualitativer Forschungsansätze für die Bearbeitung dieser Fragestellung kann als besonders gewinnbringend angesehen werden, um die dem ärztlichen Beratungshandeln zugrunde liegenden Orientierungen zu identifizieren.

Die Studienergebnisse unterstreichen des Weiteren die Notwendigkeit der nachhaltigen Verankerung der Gesundheitsberatung in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung. Im Vordergrund sollte hierbei nicht nur die Vermittlung sondern auch die Einübung der Interventionsstrategien im Bereich der Lebensstilberatung stehen (wie z.B. die Methode der 5 A's; Whitlock et al. 2002). Solche Methoden haben sich als erfolgreich in der Lebensstilmodifikation von Patienten gezeigt. Zudem legen die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung nahe, dass der subjektiv wahrgenommene Erfolg der Gesundheitsberatung zentral für deren Angebot ist. Des Weiteren sind die ermittelten Korrelate des hausärztlichen Beratungsangebots für die gesundheitspolitischen Akteure von Bedeutung, welche die Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitsberatung in der Arztpraxis planen: Gerade bei solchen Maßnahmen sollten die spezifischen Bedarfe an Förderung bei den identifizierten Zielgruppen (z.B. Landärzte, Ärzte höheren Lebensalters) nicht außer Acht gelassen werden.

²² Zu professionssoziologischen Implikationen dieses Ergebnisses vgl. Abschnitt 6.2.

Literaturverzeichnis

- AAPOR. (2011). *American Association For Public Opinion Research. Standard Definitions. Final Dispositions of Case Codes and Outcome Rates for Surveys.*
- ÄAppO. (2002). *Approbationsordnung für Ärzte vom 27. Juni 2002 (BGBl. I S. 2405), die zuletzt durch den Artikel 4 der Verordnung vom 17. Juli 2012 (BGBl. I S. 1539) geändert worden ist.*
- Abholz, H.H. (2006a). Hausärztliche Prävention - Ein Vorschlag für eine Systematik. *Z Allg Med*, 82, 50-55.
- Abholz, H.H. (2006b). Prävention in der Medizin. Integration in und Widerspruch zu kurativer Medizin. *Gesundheitswesen*, 1(1), 51-56.
- Alexander, S.C., Cox, M.E., Boling Turer, C.L., Lyna, P., Ostbye, T., Tulsy, J.A., Dolor, R.J., Pollak, K.I. (2011). Do the five A's work when physicians counsel about weight loss? *Fam Med*, 43(3), 179-184.
- Ammerman, A.S., Devellis, R.F., Carey, T.S., Keyserling, T.C., Strogatz, D.S., Haines, P.S., Simpson, R.J., Jr., Siscovick, D.S. (1993). Physician-based diet counseling for cholesterol reduction: current practices, determinants, and strategies for improvement. *Prev Med*, 22(1), 96-109.
- Anderson, F., Schlattmann, P., Roll, S., Müller-Riemenschneider, F., Binting, S., Willich, S. (2010). Regional variation of mortality from ischemic heart disease in Germany from 1998 to 2007. *Clin Res Cardiol*, 99, 511-518.
- Apitz, R., Winter, S.F. (2004). Potenziale und Ansätze der Prävention. Aktuelle Entwicklungen in Deutschland. *Internist*, 45(2), 139-147.
- Arndt, S., Schulz, S., Turvey, C., Petersen, A. (2002). Screening for alcoholism in the primary care setting: are we talking to the right people? *J Fam Pract*, 51(1), 41-46.
- ASK. (2008). *Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen. Gemeinsame Stellungnahme vom 9. Juni 2008 gegenüber dem Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages. Ausschussdrucksache.*
- Babitsch, B. (2005). *Soziale Ungleichheit, Geschlecht und Gesundheit.* Bern: Hans Huber.
- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W., Weiber, R. (2011). *Multivariate Analysemethoden. Eine anwendungsorientierte Einführung.* Berlin: Springer.
- Baer, F., Rosenkranz, S. (2011). Koronare Herzkrankheit und akutes Koronarsyndrom. In: Erdmann, E. (Hrsg.), *Klinische Kardiologie. Krankheiten des Herzens, des Kreislaufs und der herznahen Gefäße (8. aktualisierte Auflage).* Heidelberg: Springer (S. 13-72).
- BÄK. (2008). *Bundesärztekammer. Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Antrag der Abgeordneten Birgitt Bender, Elisabeth Scharfenberg, Dr. Harald Terpe, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS/90 DIE GRÜNEN "Präventionsgesetz auf den Weg bringen - Primärprävention unfassend stärken.* Berlin: Bundesärztekammer.
- Bauch, J. (1996). *Gesundheit als sozialer Code. Von der Vergesellschaftung des Gesundheitswesens zur Medikalisierung der Gesellschaft.* Weinheim, München: Juventa Verlag.
- Bengel, J. (1988). Ärztliche Gesundheitsberatung im Rahmen der Präventivmedizin. In: Bengel, J., Koch, U., Brühne-Scharlau, C. (Hrsg.), *Gesundheitsberatung durch Ärzte.* Köln: Deutscher Ärzte-Verlag (S. 47-89).
- Bergert, F., Braun, M., Clarius, H., Ehrenthal, K., Feßler, J., Gross, J., Hintze, M., Hüttner, U. (2011). *Hausärztliche Leitlinie Kardiovaskuläre Prävention.* Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Leitliniengruppe Hessen.
- Bock, C., Diehm, C., Schneider, S. (2012). Physical activity promotion in primary health care: results from a German physician survey. *Eur J Gen Pract*, 18(2), 86-91.
- Bönte, M., von dem Knesenbeck, O., Siegrist, J., Marceau, L.D., Link, C., McKinlay, J.B. (2007). Einfluss von Patientenalter und Patientengeschlecht auf ärztliche Entscheidungen bei koronarer Herzkrankheit. *Dtsch Med Wochenschr*, 132, 2251-2255.

- Bosner, S., Haasenritter, J., Hani, M.A., Keller, H., Sonnichsen, A.C., Karatolios, K., Schaefer, J.R., Baum, E., Donner-Banzhoff, N. (2011). Gender bias revisited: new insights on the differential management of chest pain. *BMC Fam Pract*, 12, 45.
- Breslow, L. (1990). From disease prevention to health promotion. *JAMA*, 281(1), 1030-1033.
- Brüggenjürgen, B. (2011). Prävention und private Krankenversicherung. [Prevention and private health insurance]. *Dtsch Med Wochenschr*, 136(5), 218-222.
- Bucher, R., Strauss, A. (1972). Wandlungsprozesse in Professionen. In: Luckmann, T., Sprondel, W.M. (Hrsg.), *Berufssoziologie*. Köln: Kiepenheuer & Witsch (S. 182-197).
- Bühner, M. (2004). *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion*. München: Pearson Studium.
- Bundesregierung. (2007). *Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Prävention sowie zur Änderung anderer Gesetze*. Bundesregierung.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.
- Clark, J.A., Potter, D.A., McKinlay, J.B. (1991). Bringing social structure back into clinical decision making. *Soc Sci Med*, 32(8), 853-866.
- Cornuz, J., Ghali, W.A., Di Carlantonio, D., Pecoud, A., Paccaud, F. (2000). Physicians' attitudes towards prevention: importance of intervention-specific barriers and physicians' health habits. *Fam Pract*, 17(6), 535-540.
- Crilly, M.A., Bundred, P., Hu, X., Leckey, L., Johnstone, F. (2007). Gender differences in the clinical management of patients with angina pectoris: a cross-sectional survey in primary care. *BMC Health Serv Res*, 7, 142.
- Dalton, A., Bottle, A., Okoro, C., Majeed, A., Millett, C. (2011). Implementation of the NHS Health Checks programme: Baseline assessment of risk factor recording in an urban culturally diverse setting. *Family Practice*, 28(1), 34-40.
- Deveugele, M., Derese, A., van den Brink-Muinen, A., Bensing, J., De Maeseneer, J. (2002). Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. *BMJ*, 325(7362), 472.
- Diehl, K., Mayer, M., Mayer, F., Görig, T., Bock, C., Herr, R.M., Schneider, S. (2015). Physical Activity Counseling by Primary Care Physicians: Attitudes, Knowledge, Implementation, and perceived Success. *J Phys Act Health*, 12(2), 216-223.
- Dillman, D.A. (1978). *Mail and telephone surveys. The total design method*. Chichester: Wiley.
- DIMDI. (2013). Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision. Zugriff unter <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2013/index.htm#IX>
- Doroodchi, H., Abdolrasulnia, M., Foster, J.A., Foster, E., Turakhia, M.P., Skelding, K.A., Sagar, K., Casebeer, L.L. (2008). Knowledge and attitudes of primary care physicians in the management of patients at risk for cardiovascular events. *BMC Fam Pract*, 9, 42.
- Doyle, D.B., Lauterbach, W., Samargo, P., Robinson, C., Ludwig, W. (1991). Age- and sex-biased underdetection of hypertension in a rural clinic. *Fam Pract Res J*, 11(4), 395-404.
- Droomers, M., Schrijvers, C.T., Mackenbach, J.P. (2004). Educational differences in the intention to stop smoking: explanations based on the Theory of Planned Behaviour. *Eur J Public Health*, 14(2), 194-198.
- Eaton, C.B., Goodwin, M.A., Stange, K.C. (2002). Direct observation of nutrition counseling in community family practice. *Am J Prev Med*, 23(3), 174-179.
- Eisenberg, J.M. (1979). Sociologic Influences on Decision-Making by Clinicians. *Ann Intern Med*, 90, 957-964.
- Ellerbeck, E.F., Ahluwalia, J.S., Jolicoeur, D.G., Gladden, J., Mosier, M.C. (2001). Direct observation of smoking cessation activities in primary care practice. *J Fam Pract*, 50(8), 688-693.
- Faller, H., Lang, H. (2010). *Medizinische Psychologie und Soziologie*. Berlin: Springer.
- Faltermaier, T. (2004). Gesundheitsberatung. In: Nestmann, F., Engel, F., Sickendiek, U. (Hrsg.), *Das Handbuch der Beratung. Band 2: Ansätze, Methoden und Felder*. Tübingen: dgvt-Verlag (S. 1063-1081).

- Faltermaier, T. (2005). *Gesundheitspsychologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Flocke, S.A., Clark, A., Schlessman, K., Pomiecko, G. (2005). Exercise, diet, and weight loss advice in the family medicine outpatient setting. *Fam Med*, 37(6), 415-421.
- Frank, E., Rothenberg, R., Lewis, C., Belodoff, B.F. (2000). Correlates of physicians' prevention-related practices. Findings from the Women Physicians' Health Study. *Arch Fam Med*, 9(4), 359-367.
- Freidson, E. (1975). *Dominanz der Experten. Zur sozialen Struktur medizinischer Versorgung*. München, Berlin, Wien: Urban & Schwarzenberg.
- Freidson, E. (1979). *Der Ärztestand. Berufs- und wissenschaftssoziologische Durchleuchtung einer Profession*. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.
- Freidson, E. (1986). *Professional Powers. A Study of the Institutionalization of Formal Knowledge*. Chicago, London: The University of Chicago Press.
- Friedmann, P.D., Brett, A.S., Mayo-Smith, M.F. (1996). Differences in generalists' and cardiologists' perceptions of cardiovascular risk and the outcomes of preventive therapy in cardiovascular disease. *Ann Intern Med*, 124(4), 414-421.
- Frijling, B.D., Lobo, C.M., Hulscher, M.E., van Drenth, B.B., Braspenning, J.C., Prins, A., van der Wouden, J.C., Grol, R.P. (2002). Provision of information and advice in cardiovascular care: clinical performance of general practitioners. *Patient Educ Couns*, 48(2), 131-137.
- GBE Bund. (2009). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit und Krankheit im Alter*. Berlin: Robert Koch Institut.
- GBE Bund. (2011). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Sterblichkeit, Todesursachen und regionale Unterschiede*. Berlin: Robert Koch Institut.
- Gerhardt, U. (1991). Rollentheorie und gesundheitsbezogene Interaktion in der Medizinsoziologie Talcott Parsons'. In: Gerhardt, U. (Hrsg.), *Gesellschaft und Gesundheit. Begründung der Medizinsoziologie*. Berlin: Suhrkamp (S. 162-202).
- GKV-Spitzenverband. (2010). *Leitfaden Prävention*. Berlin: GKV-Spitzenverband.
- Gohlke, H., Schirmer, A., Theobald, K.H. (2004). Kardiovaskuläre Risikostratifizierung in der Allgemeinpraxis. Die Erfahrungen der Scoring-Woche 2002. *Z Kardiol*, 93 Suppl 2, II26-32.
- Gohlke, H., Schuler, G. (2005). Empfehlungen zur Prävention und evidenzbasierte Medizin. *Z Kardiol*, 94(Suppl 3).
- Görig, T., Mayer, M., Bock, C., Diehl, K., Hilger, J., Herr, R.M., Schneider, S. (2014). Dietary counselling for cardiovascular disease prevention in primary care settings: results from a German physician survey. *Fam Pract*, 31(3), 325-332.
- Greß, S., Stegmüller, K. (2011). *Friedrich-Ebert-Stiftung. Gesundheitliche Versorgung in Stadt und Land - Ein Zukunftskonzept*. Wiesbaden: Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Hafferty, F.W., Light, D.W. (1995). Professional dynamics and the changing nature of medical work. *J Health Soc Behav(Spec No)*, 132-153.
- Heidrich, J., Behrens, T., Raspe, F., Keil, U. (2005). Knowledge and perception of guidelines and secondary prevention of coronary heart disease among general practitioners and internists. Results from a physician survey in Germany. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*, 12(6), 521-529.
- Henke, R., Kunstmann, W. (2006). Gesundheitsberatung als ärztliche Aufgabe. *Präv Gesundheitsf*, 1(2), 115-120.
- Hoffmann, F., Icks, A. (2012). [Structural differences between health insurance funds and their impact on health services research: results from the Bertelsmann Health-Care Monitor]. *Gesundheitswesen*, 74(5), 291-297.
- Holund, U., Thomassen, A., Boysen, G., Charles, P., Eriksen, E.F., Overvad, K., Petersson, B., Sandstrom, B., Vittrup, M. (1997). Importance of diet and sex in prevention of coronary artery disease, cancer, osteoporosis, and overweight or underweight: a study of attitudes and practices of Danish primary care physicians. *Am J Clin Nutr*, 65(6 Suppl), 2004S-2006S.

- Houlihan, S.J., Simpson, S.H., Cave, A.J., Flook, N.W., Hurlburt, M.E., Lord, C.J., Smith, L.L., Sternberg, H.H. (2009). Hypertension treatment and control rates: chart review in an academic family medicine clinic. *Can Fam Physician*, 55(7), 735-741.
- Huerkamp, C. (1985). *Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert. Vom gelernten Stand zum professionellen Experten: Das Beispiel Preußens*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hung, O.Y., Keenan, N.L., Fang, J. (2013). Physicians' health habits are associated with lifestyle counseling for hypertensive patients. *Am J Hypertens*, 26(2), 201-208.
- Hurrelmann, K., Kolip, P. (2002). *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit*. Bern: Hans Huber.
- Hurrelmann, K., Laaser, U., Richter, M. (2012). Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention (5., vollständig überarbeitete Auflage). In: Hurrelmann, K., Razum, O. (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Weinheim, Basel: Beltz (S. 661-691).
- Huy, C., Diehm, C., Schneider, S. (2012). [Cardiovascular prevention at the general practitioner? First results of a study on attitudes, services, success and barriers in practice]. *Dtsch Med Wochenschr*, 137(1-2), 17-22.
- Journath, G., Hellenius, M.L., Manhem, K., Kjellgren, K.I., Nilsson, P.M. (2008). Association of physician's sex with risk factor control in treated hypertensive patients from Swedish primary healthcare. *J Hypertens*, 26(10), 2050-2056.
- Kahan, T., Wandell, P. (2001). Risk factors in established coronary heart disease: evaluation of a secondary prevention programme. *J Cardiovasc Risk*, 8(2), 73-80.
- Kaiser, P., Noack, A., Donner-Banzhoff, N., Keller, S., Baum, E. (2005). Hausärztinnen und Hausärzte als Gesundheitsvorbilder? Ein Vergleich des Gesundheitsverhaltens von HausärztInnen und RechtsanwältInnen. *Z Allg Med*, 81, 419-422.
- KBV. (2011). *Kassenärztliche Bundesvereinigung. Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland 2010 - Zahlen, Fakten, Informationen*. Berlin: Kassenärztliche Bundesvereinigung.
- KBV. (2012). Kassenärztliche Bundesvereinigung. Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister. Stand 31.12.2012. Zugriff unter <http://www.kbv.de/24854.html>
- Klement, A., Bretschneider, K., Lautenschläger, C., Stang, A., Herrmann, M., Haerting, J. (2011). Prävention und Gesundheitsförderung im Medizinstudium: Querschnittstudie zu Präferenzen, Haltungen und Vorkenntnissen von Studierenden *GMS Z Med Ausbild*, 28(1), Doc17.
- Klose, J., Rehbein, I. (2011). *Ärzteatlas 2011. Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten*. Berlin: AOK-Bundesverband GbR.
- Konrad, K. (2005). *Mündliche und schriftliche Befragung: Ein Lehrbuch*. Landau: Empirische Pädagogik.
- Kromrey, H. (2009). *Empirische Sozialforschung*. Stuttgart: Lucius & Lucius.
- Kunstmann, W. (2005). Prävention - Steuerungsperspektiven für Anbieter und Nutzer. In: Böcken, J., Braun, B., Schnee, M., Amhof, R. (Hrsg.), *Gesundheitsmonitor 2005*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung (S. 54-66).
- Kurz, K., Prüfer, P., Rexroth, M. (1999). Zur Validität in standardisierten Erhebungen. Ergebnisse des Einsatzes eines kognitiven Pretestinterviews. *Zuma-Nachrichten*, 44, 83-107.
- Kushner, R.F. (1995). Barriers to providing nutrition counseling by physicians: a survey of primary care practitioners. *Prev Med*, 24(6), 546-552.
- Lachmund, J. (1987). Die Profession, der Patient und das medizinische Wissen -- Von der kurativen Medizin zur Risikoprävention. *Z Soziol*, 16(5), 353-366.
- Lawlor, D.A., Keen, S., Neal, R.D. (1999). Increasing population levels of physical activity through primary care: GPs' knowledge, attitudes and self-reported practice. *Fam Pract*, 16(3), 250-254.
- Laws, R.A., Jayasinghe, U.W., Harris, M.F., Williams, A.M., Powell Davies, G., Kemp, L.A. (2009). Explaining the variation in the management of lifestyle risk factors in primary health care: a multilevel cross sectional study. *BMC Public Health*, 9, 165.
- Lemke, T., Kollek, R. (2011). Hintergründe, Dynamiken und Folgen der prädiktiven Diagnostik. In: Viehöver, W., Wehling, P. (Hrsg.), *Entgrenzung der Medizin. Von der Heilkunst zur Verbesserung des Menschen?* Bielefeld: transkript (S. 163-194).

- Little, P., Slocock, L., Griffin, S., Pillinger, J. (1999). Who is targeted for lifestyle advice? A cross-sectional survey in two general practices. *Br J Gen Pract*, 49(447), 806-810.
- Lobel, F., Duperly, J., Frank, E. (2009). Physical activity habits of doctors and medical students influence their counselling practices. *Br J Sports Med*, 43(2), 89-92.
- Lobo, C.M., Frijling, B.D., Hulscher, M.E., Bernsen, R.M., Braspenning, J.C., Grol, R.P., Prins, A., van der Wouden, J.C. (2003). Organisational determinants of cardiovascular prevention in general practice. *Scand J Prim Health Care*, 21(2), 99-105.
- McAvoy, B.R., Kaner, E.F., Lock, C.A., Heather, N., Gilvarry, E. (1999). Our Healthier Nation: are general practitioners willing and able to deliver? A survey of attitudes to and involvement in health promotion and lifestyle counselling. *Br J Gen Pract*, 49(440), 187-190.
- McKinlay, J.B., Lin, T., Freund, K., Moskowitz, M. (2002). The unexpected influence of physician attributes on clinical decision: Results of an experiment. *J Health Soc Behav*, 43, 92-106.
- McKinlay, J.B., Marceau, L.D. (2002). The end of the golden age of doctoring. *Int J Health Serv*, 32(2), 379-416.
- Meland, E., Laerum, E., Stensvold, I. (1994). Assessment of Coronary Heart Disease Risk, I. A Postal Inquiry Among Primary Care Physicians. *Fam Pract*, 11(2), 117-121.
- Mielck, A. (2005). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion*. Bern: Hans Huber.
- Mosca, L., Linfante, A.H., Benjamin, E.J., Berra, K., Hayes, S.N., Walsh, B.W., Fabunmi, R.P., Kwan, J., Mills, T., Simpson, S.L. (2005). National study of physician awareness and adherence to cardiovascular disease prevention guidelines. *Circulation*, 111(4), 499-510.
- Mukamal, K.J. (2007). Impact of race and ethnicity on counseling for alcohol consumption: a population-based, cross-sectional survey. *Alcohol Clin Exp Res*, 31(3), 452-457.
- Ollenschläger, G. (1993). Ärztliche Gesundheitsberatung - Möglichkeiten der Qualitätssicherung. *Prävention*, 16(3), 100-102.
- Parsons, T. (1965). Struktur und Funktion der modernen Medizin, eine soziologische Analyse (3. Auflage). In: König, R., Tönniesman, M. (Hrsg.), *Probleme der Medizin-Soziologie*. Köln, Opladen: Westdeutscher Verlag (S. 10-57).
- Parsons, T. (1968). *Die akademischen Berufe und die Sozialstruktur*. Neuwied/Berlin.
- Perk, J., De Backer, G., Gohlke, H., Graham, I., Reiner, Z., Verschuren, M., Albus, C. (2012). European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *Eur Heart J*, 33(13), 1635-1701.
- Pfadenhauer, M., Sander, T. (2010). Professionssoziologie. In: Kneer, G., Schroer, M. (Hrsg.), *Handbuch Spezielle Soziologien*. VS Verlag für Sozialwissenschaften (S. 361-378).
- Podl, T.R., Goodwin, M.A., Kikano, G.E., Stange, K.C. (1999). Direct observation of exercise counseling in community family practice. *Am J Prev Med*, 17(3), 207-210.
- Preis, U. (2010). Der Arzt zwischen grundrechtlicher Freiheit und staatlicher Regulierung. Analyse und rechtspolitische Perspektiven. *Medizinrecht*, 28(3), 139-149.
- Prüfer, P., Rexroth, M. (2005). Kognitive Interviews. *ZUMA-How-to-Reihe*, 15.
- Regus, S., Bockelbrink, A., Braun, V., Heintze, C. (2013). Präventive Beratung: Selbsteinschätzungen Brandenburger Hausärzte. *Gesundheitswesen*, 75(08/09), 515-520.
- Reid, J.L., Hammond, D., Boudreau, C., Fong, G.T., Siahpush, M., Collaboration, I.T.C. (2010). Socioeconomic disparities in quit intentions, quit attempts, and smoking abstinence among smokers in four western countries: findings from the International Tobacco Control Four Country Survey. *Nicotine Tob Res*, 12 Suppl, S20-33.
- Robert Koch-Institut. (2012). *Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell 2010"*. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: RKI.
- Roncaglioni, M.C., Avanzini, F., Roccatagliata, D., Monesi, L., Tamayo-Benitez, D., Tombesi, M., Caimi, V., Longoni, P., Lauri, D., Barlera, S., Tognoni, G. (2004). How general practitioners perceive and grade the cardiovascular risk of their patients. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*, 11(3), 233-238.

- Rosenbrock, R. (2013). Ärzte für Gesundheitsberatung ungeeignet. *Ärztezeitung*, Zugriff am 20.04.2013 unter <http://www.aerztezeitung.de/extras/druckansicht/?sid=835622&pid=844047>.
- Rosenbrock, R., Gerlinger, T. (2009). Gesundheitspolitik: Gegenstand, Ziele, Akteure und Instrumente. In: Rosenbrock, R., Gerlinger, T. (Hrsg.), *Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung*. Bern: Hans Huber (S. 11-25).
- Rosenbrock, R., Kümpers, S. (2006). Primärprävention als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen. In: Richter, M., Hurrelmann, K. (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Konzepte*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften (S. 371-388).
- Roter, D., Hall, J. (2004). Physician gender and patient-centered communication: a critical review of empirical research. *Annu Rev Public Health*, 25, 497-519.
- Roter, D., Hall, J., Aoki, Y. (2002). Physician gender effects in medical communication: a meta-analytic review. *JAMA*, 288(6), 756-764.
- Roter, D., Russell, N. (1994). Validity of physician self-report in tracking patient education objectives. *Health Educ Quart*, 21(1), 27-38.
- Rüschemeyer, D. (1980). Professionalisierung. Theoretische Probleme für die vergleichende Geschichtsforschung. *Geschichte und Gesellschaft*, 6(3), 311-325.
- Sadowski, E.M., Eimer, C., Keller, H., Krones, T., Sönnichsen, A.C., Baum, E., Donner-Banzhoff, N. (2005). Evaluation komplexer Interventionen: Implementierung von ARRIBA-Netz, einer Beratungsstrategie für die Herz-Kreislaufprävention. *Z Allg Med*, 81, 429-434.
- Schmeiser, M. (2006). Soziologische Ansätze von Professionen, der Professionalisierung und des professionellen Handelns. *Soziale Welt*, 57, 295-318.
- Schneider, S., Diehl, K., Bock, C., Herr, R.M., Mayer, M., Görig, T. (2014a). Modifying Health Behavior to Prevent from Cardiovascular Diseases: A Nationwide Survey among German Primary Care Physicians. *Int J Environ Res Public Health*, 11(4), 4218-4232.
- Schneider, S., Diehl, K., Bock, C., Herr, R.M., Mayer, M., Lindinger, P., Görig, T. (2014b). Terra incognita Hausarztpraxis, Tabakentwöhnung in der deutschen Primärversorgung. *Sucht*, 60(3), 175-187.
- Schulze, S. (2011). Zugang zur Gesundheitsversorgung und Versichertenstatus: Das Beispiel der ambulanten ärztlichen Versorgung. *Public Health Forum*, 19(70), 4.e1-4.e3.
- Seiluri, T., Lahti, J., Rahkonen, O., Lahelma, E., Lallukka, T. (2011). Changes in occupational class differences in leisure-time physical activity: a follow-up study. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 8, 14.
- SGB V. (2012). *Sozialgesetzbuch V. Gesetzliche Krankenversicherung*. München: C.H. Beck.
- Siegrist, J. (2005). *Medizinische Soziologie*. München, Jena: Urban & Fischer.
- Siegrist, J. (2012). Die ärztliche Rolle im Wandel. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 55(9), 1100-1105.
- Silagy, C., Muir, J., Coulter, A., Thorogood, M., Yudkin, P., Roe, L. (1992). Lifestyle advice in general practice: rates recalled by patients. *BMJ*, 305(6858), 871-874.
- Skoeries, B.A., Ulbricht, S., Koepsell, S., Rumpf, H., John, U., Meyer, C. (2010). Bereitschaft zur Beratung von rauchenden Patienten - Ergebnisse einer Ärztebefragung in Brandenburg. *Gesundheitswesen*, 72, 228-232.
- Sonntag, U., Henkel, J., Renneberg, B., Bockelbrink, A., Braun, V., Heintze, C. (2010). Counseling overweight patients: analysis of preventive encounters in primary care. *Int J Qual Health Care*, 22(6), 486-492.
- Statistisches Bundesamt. (2012). Gesundheit - Todesursachen in Deutschland 2010. Zugriff am 10.06.2012 unter <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/SterbefaelleInsgesamt.html;jsessionid=87451D4A6D3CC155C481CA03BD9BD1D3.cae2?nn=50792>
- Steckelings, U.M., Stoppelhaar, M., Sharma, A.M., Wittchen, H.U., Krause, P., Kupper, B., Kirch, W., Pittrow, D., Ritz, E., Goke, B., Lehnert, H., Tschöpe, D., Hofler, M., Pfister, H., Unger, T.

- (2004). HYDRA: possible determinants of unsatisfactory hypertension control in German primary care patients. *Blood Press*, 13(2), 80-88.
- Stiftung Gesundheit. (2011). *Ärzte im Zukunftsmarkt der Gesundheit 2011 - Deutschlandweite Befragung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte*. Hamburg: Stiftung Gesundheit.
- Stöckel, S., Hirschberg, I. (2010). Prävention und Gesundheitsförderung - welche Rolle spielt die Gesundheitspolitik? Ein historischer Rück- und Ausblick. *Gesundheitswesen*, 72(1), 35-40.
- Streja, D., Rabkin, S. (1999). Factors associated with implementation of preventive care measures in patients with diabetes mellitus. *Arch Intern Med*, 159(3), 294-302.
- Stutz, E.Z., Ceschi, M. (2007). [Gender and medical communication - a review]. *Ther Umsch*, 64(6), 331-335.
- SVR. (2002a). *Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Gutachten 2000/2001. Band I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation*. Baden-Baden: Nomos.
- SVR. (2002b). *Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Gutachten 2000/2001. Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung*. Baden-Baden: Nomos.
- SVR. (2005). *Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen. Koordination und Qualität im Gesundheitswesen, Gutachten 2005*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Turnbull, F., Arima, H., Heeley, E., Cass, A., Chalmers, J., Morgan, C., Patel, A., Peiris, D., Weekes, A., Anderson, C. (2011). Gender disparities in the assessment and management of cardiovascular risk in primary care: the AusHEART study. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*, 18(3), 498-503.
- Uhlemann, T., Klose, J. (2007). Bedarfsplanung vor dem Umbruch: Fehlallokationen in der Verteilung niedergelassener Ärzte. In: Janssen, C., Borgetto, B., Heller, G. (Hrsg.), *Medizinsoziologische Versorgungsforschung. Theoretische Ansätze, Methoden, Instrumente und empirische Befunde*. Weinheim, München: Juventa (S. 125-148).
- v. Maydell, B., Kosack, T., Repschläger, U., Sievers, C., Zeljar, R. (2010). Achzehn Arztkontakte im Jahr. Hintergründe und Details. In: BARMER Ersatzkasse (Hrsg.), *Gesundheitswesen aktuell 2010*. (S. 176-191).
- Vancheri, F., Strender, L.E., Montgomery, H., Skaner, Y., Backlund, L.G. (2009). Coronary risk estimates and decisions on lipid-lowering treatment in primary prevention: comparison between general practitioners, internists, and cardiologists. *Eur J Intern Med*, 20(6), 601-606.
- Vogd, W. (2002). Professionalisierungsschub oder Auflösung ärztlicher Autonomie. Die Bedeutung von Evidence Based Medicine und der neuen funktionalen Eliten in der Medizin aus system- und interaktionistischer Perspektive. *Z Soziol*, 31(4), 294-315.
- Vogd, W. (2005). Medizinsystem und Gesundheitswissenschaften - Rekonstruktion einer schwierigen Beziehung. *Soziale Systeme*, 11(2), 236.
- Walsh, J.M., Swangard, D.M., Davis, T., McPhee, S.J. (1999). Exercise counseling by primary care physicians in the era of managed care. *Am J Prev Med*, 16(4), 307-313.
- Werner, N., Böhm, M. (2010). Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. In: Hurrelmann, K., Klotz, T., Haisch, J. (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung (3. Auflage)*. Bern: Hans Huber (S. 101-114).
- Whitlock, E., Orleans, T., Pender, N., Allan, J. (2002). Evaluating primary care behavioral counseling interventions. An evidence-based Approach. *Am J Prev Med*, 22(4), 267-284.
- WHO. (2007). *World Health Organization. Prevention of cardiovascular disease: Guidelines for assessment and management of cardiovascular risk*. Genf: World Health Organization.
- WHO. (2009). *World Health Organization. Global health risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Genf: World Health Organization.
- Wienke, A. (2007). Der Arzt am Beginn des 21. Jahrhunderts - Zwischen Hippokrates und Staatsmedizin. *Medizinrecht*, 25(12), 753-754.
- Yusuf, S., Hawken, S., Ounpuu, S., Dans, T., Avezum, A., Lanas, F., McQueen, M., Budaj, A., Pais, P., Varigos, J., Lisheng, L. (2004). Effect of potentially modifiable risk factors associated with

myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study.
Lancet, 364(9438), 937-952.

Publikationen und Kongressbeiträge im Rahmen der Dissertation

Erst- bzw. Letztautorenschaften

Görig T, Mayer M, Bock C, Diehl K, Hilger J, Herr R, Schneider S (2014) Dietary counseling for cardiovascular disease prevention in primary care settings: Results from a German physician survey. *Fam Pract*, 31(3), 325-332.

Schneider S, Diehl K, Bock C, Herr RM, Mayer M, **Görig T** (2014) Modifying Health Behavior to Prevent from Cardiovascular Diseases: A Nationwide Survey among German Primary Care Physicians. *Int J Environ Res Public Health*, 11(4), 4218-4232.

Schneider S, Diehl K, Bock C, Herr R, Mayer M, Lindinger P, **Görig T** (2014) Terra incognita Hausarztpraxis, Tabakentwöhnung in der deutschen Primärversorgung. *Sucht*, 60(3), 175-187.

Koautorenschaften

Diehl K, Mayer M, Mayer F, **Görig T**, Bock C, Herr RM, Schneider S (2015) Physical Activity Counseling by Primary Care Physicians: Attitudes, Knowledge, Implementation, and perceived Success. *J Phys Act Health*, 12(2), 216-223.

Kongressbeiträge

Diehl K, **Görig T**, Herr R, Bock C, Mayer M, Schneider S (2014) Unterscheiden sich Hausärztinnen von ihren männlichen Kollegen in der Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen? Ergebnisse der bundesweiten ÄSP-kardio-Studie. Posterpräsentation auf der 9. Jahrestagung der DGEpi, 17.-20.09.2014, Ulm.

Diehl K, **Görig T**, Herr RM, Bock C, Mayer M, Schneider S (2014) Physical Activity Counseling for Cardiovascular Disease Prevention: A nationwide Survey among Primary Care Physicians. Posterpräsentation auf 15th Biennial Conference of the European Society for Health and Medical Sociology, 28.-30.08.2014, Helsinki.

Görig T, Schneider S, Herr RM, Bock C, Mayer M, Diehl K (2014) Regionale Unterschiede im Angebot von Lebensstilberatung in der Hausarztpraxis – Ergebnisse der bundesweiten Hausärztebefragung „ÄSP-kardio“. Vortrag auf der 9. Jahrestagung der DGEpi, 17.-20.09.2014, Ulm.

Bock C, Mayer M, **Yarmoliuk T**²³, Herr R, Diehl K, Schneider S (2013) Lebensstilinterventionen durch Hausärzte zur Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Erste Ergebnisse einer bundesweiten Studie mit über 4.000 Ärzten. Posterpräsentation auf der 58. Jahrestagung der GMDS, 01.-05.09.2013, Lübeck.

Diehl K, Mayer M, **Yarmoliuk T**, Herr RM, Bock C, Schneider S (2013) Auf die Plätze, fertig, los! Zahlen zur hausärztlichen Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen durch das Anraaten physischer Aktivität. Posterpräsentation auf der 8. Jahrestagung der DGEpi, 24.-27.09.2013, Leipzig.

Schneider S, Mayer M, Herr R, Diehl K, Bock C, **Yarmoliuk T** (2013) Rauchen bis der Arzt kommt? – Tabakentwöhnung in der Hausarztpraxis. Vortrag auf dem gemeinsamen Kongress der DGSM und der DGMS, 17.-20.09.2013, Marburg. Abstract in: Gesundheitswesen: 75 (8/9), 525, DOI: 10.1055/s-0033-1353999.

Schneider S, Mayer M, Herr R, Bock C, Diehl K, **Yarmoliuk T** (2013) Terra incognita „Hausarztpraxis“ – Versorgungsepidemiologische Daten zur Tabakentwöhnung in der primärärztlichen Versorgung. Posterpräsentation auf der 8. Jahrestagung der DGEpi, 24.-27.09.2013, Leipzig.

Yarmoliuk T, Mayer M, Herr R, Diehl K, Bock C, Schneider S (2013) Ernährungsberatung in der Hausarztpraxis. Erste Ergebnisse einer bundesweiten Hausärztebefragung zur Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen. Vortrag auf dem gemeinsamen Kongress der DGSM und der DGMS, 17.-20.09.2013, Marburg. Abstract in: Gesundheitswesen: 75 (8/9), 525, DOI: 10.1055/s-0033-1353997.

Schneider S, Bock C, Diehl K, Herr R, **Yarmoliuk T** (2012) Hausärzte und Tabakentwöhnung. Vorläufige Ergebnisse einer bundesweiten Hausärztebefragung zur Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen. Vortrag auf der 10. Deutschen Konferenz für Tabakkontrolle, 5.-6.12.2012, Heidelberg.

²³ Bis 2014 publizierte T. Görig unter ihrem Geburtsnamen T. Yarmoliuk

Anhang

A Forschungsstand

Tabelle 30: Übersicht der Veröffentlichungen zu Zusammenhängen der hausärztlichen Beratungspraxis und arztbezogenen Charakteristika

Autor	Land	Fragestellung	Hauptergebnisse	Analysestrategie
Ammerman et al. (1993), n=60 Hausärzte	USA	Gibt es Zusammenhänge zwischen dem Wissen des Arztes zu Ernährung, seinen Einstellungen, organisationalen Barrieren und der Beratungspraxis von hyperlipidämischen Patienten?	Weibliche Ärzte und Ärzte, die sich gut ausgebildet und erfolgreich bei der Beratung fühlten, boten eher Beratung zu Ernährungsumstellung und zusätzliches Infomaterial an ^{**} ; keine Geschlechtsunterschiede beim ernährungsbezogenen Wissen	Pearson's Korrelation, multiple lineare Regressionsanalyse
Doroodchi et al. (2008), n=888 Hausärzte	USA	Welche Charakteristika sind mit der Leitlinien-Adhärenz und damit mit der adäquaten Beratung zu kardiovaskulären Risikofaktoren assoziiert?	↓Niederlassungsdauer (+) ^{**}	Chi ² -Analyse
Ellerbeck et al. (2001), n=2.963 Arzt-Patient-Paare	USA	Welche Faktoren sind mit der hausärztlichen Beratung zu Raucherentwöhnung assoziiert?	↓Niederlassungsdauer(<10 J.) (+); weiblich (+)	Logistische Regressionsanalyse
Friedmann et al. (1996), n=599 Hausärzte und Kardiologen	USA	Gibt es Unterschiede in der Einschätzung des kardiovaskulären Risikos der Patienten zwischen den Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen?	Hausärzte schätzten das kardiovaskuläre Risiko ihrer Patienten weniger genau ein, als Kardiologen ^{***}	Mann-Whitney U Test
Frijling et al. (2002), n=195 Hausärzte	Niederlande	Gibt es Einflüsse arzt- oder patientenbezogenen Charakteristika auf das Angebot von Information und Beratung von Bluthochdruck-Patienten?	↑ Alter (>45 J.) (+) (OR=1,50) [*] ; weiblich (+) (OR=3,25) [*] ; Teilnahme an Weiterbildungen (+) (OR=2,42) [*]	Mehrebenen-Analyse

Tabelle 30: (Fortsetzung)

Autor	Land	Fragestellung	Hauptergebnisse	Analysestrategie
Holund et al. (1997), n=374 Hausärzte	Dänemark	Welche Einstellungen haben die Hausärzte gegenüber Ernährungsberatung bei der Prävention von koronarer Herzkrankheit, Krebs, Osteoporose und Gewichtsstörungen und welche Praktiken üben sie aus?	weiblich (+) Ernährungsberatung, Beratung zu körperlicher Aktivität, Verschreibung von Nahrungsergänzungsmitteln, Gespräch über psychosoziale Faktoren	Häufigkeitsauszählungen
Journath et al. (2008), n=264 Hausärzte	Schweden	Gibt es Zusammenhänge zwischen dem Geschlecht des Arztes und Blutdruck-, Lipid-Management und Management von kardiovaskulären Risikofaktoren bei Bluthochdruckpatienten?	weiblich (+) Verbesserung der Blutdruckwerte bei weiblichen Patienten**; weiblich (+) Verbesserung der Cholesterinwerte bei allen Patienten*	Varianzanalyse (ANOVA)
Kushner (1995), n=1103 Hausärzte	USA	Welche Einstellungen, Praxismuster und Barrieren existieren bei der Ernährungsberatung in der Primärversorgung?	adäquates Training (+) Häufigkeit der Ernährungsberatung**	Chi ² -Analyse
Laws et al. (2009), n=57 Hausärzte	Australien	Wie beeinflussen Praxis- und Patientencharakteristika sowie der Grund für den Arztbesuch die Häufigkeit der Beratung zu Tabakkonsum, Ernährung, Alkoholkonsum und körperlicher Aktivität?	Wahrgenommene Effektivität der Intervention (-) (OR=0,23; 95%KI [0,06-0,80]); Zugänglichkeit von Unterstützungsdienstleistungen (-) (OR=0,25; 95%KI [0,11-0,59])	Mehrebenen-Analyse
Lobo et al. (2003), n=130 Hausärzte	Niederlande	Was sind organisationale Determinanten für eine adäquate Dokumentation kardiovaskulärer Risikofaktoren?	↑Arbeitserfahrung (>15 J.) (-) *; Ausschließlich weibliche Ärzte in der Praxis (+)*	Pfadanalyse

Tabelle 30: (Fortsetzung)

Autor	Land	Fragestellung	Hauptergebnisse	Analysestrategie
Meland et al. (1994), n=244 Hausärzte	Norwegen	Wie genau ist die Einschätzung des kardiovaskulären Risikos der Patienten durch Hausärzte?	keine signifikanten Geschlechts- oder Altersunterschiede bei der Einschätzung des kardiovaskulären Risikos	Lineare Regressionsanalyse
Pomeroy & Cant (2010), n=248 Hausärzte	Australien	Welche Faktoren beeinflussen die Überweisung von Patienten zu einem Ernährungsspezialisten?	keine signifikanten Geschlechts- oder Altersunterschiede bei der Überweisung zu einem Ernährungsspezialisten	Nicht berichtet
Shea et al. (1990), n=329 Hausärzte	USA	Gibt es Unterschiede in Kenntnis von und Adhärenz zur Leitlinie des National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel (ATP)?	↑ Alter (-)***, weiblich (-)*	Lineare Regressionsanalyse
Sonntag et al. (2010), n= 50 Patienten	Deutschland	Gibt es Geschlechtsunterschiede bei der Gestaltung von präventiven Beratungsgesprächen?	weiblich (+) Thematisieren von Ernährungsgewohnheiten ***, männlich (+) Thematisieren von kardiovaskulären Risiken ***; Längere Sprechzeitendauer bei Ärztinnen und Patientinnen **	Logistische Regressionsanalyse
Tu et al. (2009), n=135 Hausärzte	Kanada	Hängen die Kontrollraten des Bluthochdrucks mit dem Vergütungsmodell der ärztlichen Leistungen (capitation, salary, fee-for-service) zusammen?	Vergütungsmodell "capitation" (+) Häufigkeit der Blutdruckkontrolle bei den Patienten (54,5%)*	Varianzanalyse (ANOVA)
Vancheri et al. (2009), n=270 Ärzte	Italien	Unterscheiden sich die Ärzte verschiedener Fachrichtungen hinsichtlich der Risikoeinschätzung bei kardiovaskulären Patienten?	Im Vergleich zu Hausärzten und Internisten schätzen Kardiologen das kardiovaskuläre Risiko ihrer Patienten als geringer ein	Lineare Regressionsanalyse

Tabelle 30: (Fortsetzung)

Autor	Land	Fragestellung	Hauptergebnisse	Analysestrategie
Walsh et al. (1999), n=175 Hausärzte	USA	Welche Faktoren hängen mit der Beratung zu körperlicher Aktivität zusammen?	<p>↑ Alter (>35 J.) (+) Erfragen körperlichen Aktivität (82% vs. 60%)**, ↑ Alter (>35 J.) (+) Beratung (58,0% vs. 36,4%)**, ↑ Alter (>35 J.) (+) Empfehlung der Erhöhung körperlicher Aktivität (30% vs. 8%)*; Allgemeinarzt (+) Erfragen körperlicher Aktivität (85% vs. 60%)**, Allgemeinarzt (+) Beratung (59% vs. 38%)*; Adäquate Ausbildung (+) Erfragen körperlicher Aktivität (72% vs. 49%)**, Beratung (48% vs. 29%), Empfehlung zur Erhöhung der körperlichen Aktivität (19% vs. 2%); empfundene geringe Effektivität der Beratung (-) alle drei Beratungsaktivitäten</p>	Chi ² -Analyse

(+): positiver Zusammenhang. (-): negativer Zusammenhang. ↑: hoch. ↓: niedrig. J.: Jahre. OR: Odds Ratio. KI: Konfidenzintervall. J. – Jahre.***: $p < 0,001$. **: $p < 0,01$. *: $p < 0,05$. ns.: nicht signifikant.

Quelle: Eigene Darstellung, alphabetische Sortierung.

Tabelle 31: Übersicht der Veröffentlichungen zu Zusammenhängen der hausärztlichen Beratungspraxis und Patientencharakteristika

Autor	Land	Fragestellung	Hauptergebnisse	Analysestrategie
Arndt et al. (2002), n=23.349 Patienten	USA	Gibt es Zusammenhänge zwischen den Patientencharakteristika und der Beratung zu Alkoholkonsum?	↑Alter (-) (OR=0,97)***; weibliches Geschlecht (-) (OR=0,62)**; ↓Einkommen (+) (OR=0,93)***; Ethnizität (nonwhite) (+) (OR=1,41)***	Chi ² -Analyse, logistische Regressionsanalysen
Bösner et al. (2011), n=209 Hausärzte	Deutschland	Gibt es Geschlechtsunterschiede in Einschätzung und der anschließenden Behandlung von Patienten mit Brustschmerzen durch den Hausarzt?	weiblich (-) Rückführung von Brustschmerzen auf koronare Herzkrankheit (ns.); männlich (+) Überweisung zum Belastungstests (OR=1,96)**; männlich (+) Überweisung zu Spezialisten (OR=3,45)**	Chi ² -Analyse, logistische Regressionsanalysen
Dalton et al. (2011), n=14 Praxen	GB	Gibt es Zusammenhänge zwischen den Patientencharakteristika und dem Erfassen des Rauchstatus in Hausarztpraxen?	weiblich (+) (OR=1,40)**; Bluthochdruckpatienten (+) (OR=30,3)**	Mehrebenen-Analyse
Doyle et al. (1991), n=5.620 Patienten	USA	Inwiefern variieren die Erkennungsraten von Hypertonie nach Patientencharakteristika?	↓Alter (-) Erkennungsrate von Hypertonie ***; weiblich (+) Erkennungsrate von Hypertonie ***	Chi ² -Analyse
Eaton et al. (2002), n=138 Hausärzte	USA	Wie häufig und wie intensiv werden die Patienten zu Ernährungsgewohnheiten beraten und welche Faktoren sind mit dem Beratungsangebot assoziiert?	↑Alter (60-69 Jahre) (+) (OR=1,49)*; Diabetespatienten (+) (OR=2,84)***; Patient mit chronischen Erkrankungen (+) (OR=1,69)***	Logistische Regressionsanalyse
Ellerbeck et al. (2001), n=2.963 Arzt-Patient-Paare	USA	Welche Faktoren sind mit der hausärztlichen Beratung zu Raucherentwöhnung assoziiert?	↓Alter (<65 J.) (+) (OR=1,60)*; neuer Patient (+) (OR=5,1)*	Logistische Regressionsanalyse
Frijling et al. (2002), n=195 Hausärzte	Niederlande	Gibt es Einflüsse von arzt- oder patientenbezogenen Charakteristika auf das Angebot von Information und Beratung von Bluthochdruck-Patienten?	↓Alter (<60 J.) (+) (OR=1,22)*; männlich (+) (OR=1,11)*	Mehrebenen-Analyse

Tabelle 31: (Fortsetzung)

Autor	Land	Fragestellung	Hauptergebnisse	Analysestrategie
Holund et al. (1997), n=374 Hausärzte	Dänemark	Welche Einstellungen haben die Hausärzte gegenüber Ernährungsberatung bei der Prävention von koronarer Herzkrankheit, Krebs, Osteoporose und Gewichtsstörungen und welche Praktiken üben sie aus?	Weiblich (+) Ernährungsberatung; Männliche Patienten mit Übergewicht (+) Ernährungsberatung und Empfehlung von Gewichtsreduktion	Häufigkeitsauszählungen
Houlihan et al. (2009), n=210 Patienten	Kanada	Wird der Blutdruck der Patienten adäquat erfasst?	↓ Alter (-) Erfassung des Blutdrucks*; Patienten mit Diabetes (-) Erfassung des Blutdrucks*	Chi ² -Analyse, t-Tests
Little et al. (1999), n=370 Patienten	GB	Welche Faktoren sind mit der Erinnerung (recall) des Patienten an eine vom Hausarzt geäußerte Lebensstilempfehlung assoziiert?	männlich (+) (OR=1,64)*; ↑ Alter (-) (OR=0,34)***; Patient mit Risikofaktoren (+) (OR=4,62)***	Chi ² -Analyse, Mann-Whitney U Tests
Mosca et al. (2005), n=500 Ärzte	USA	Gibt es Geschlechtsunterschiede bei der Einschätzung des kardiovaskulären Risikos und Lebensstilempfehlungen?	Unterschätzung des Risikos bei weiblichen Patienten (OR=0,62)***; weiblich (+) Empfehlungen zur Gewichtsreduktion*; ↑ Alter (-) Ernährungsberatung und Empfehlungen zur Gewichtsreduktion*	Logistische Regressionsanalyse
Mukamal (2007), n=15.495 Patienten	USA	Welche soziodemographischen Patientencharakteristika sind mit der Beratung zu Alkoholkonsum assoziiert?	Ethnizität (nonwhite) (+) (OR=1,83), männlich (+) (OR=1,42); ↓ Bildungsstand (+) (OR=1,65); schlechte allgemeine Gesundheit (+) (OR=1,83); niedriges Einkommen (+) (OR=1,55)	Logistische Regressionsanalyse
Munoz et al. (2005), n=1.022 Patienten	Spanien	Sind Sozialstatus und Bildungsniveau der Patienten mit der Kontrolle von Risikofaktoren assoziiert?	Keine Einflüsse von Bildungsniveau und Sozialstatus auf Kontrolle von Blutdruck, Blutzucker, BMI, Rauchen bei Patienten	Logistische Regressionsanalyse
Podl et al. (1999), n=138 Hausärzte	USA	Welche Patientencharakteristika sind mit Beratung zu körperlicher Aktivität assoziiert?	weiblich (-) OR=0,68***; ↑ Alter (+) OR=1,09***; Patienten mit chronischer Erkrankung (+)	Logistische Regressionsanalyse

Tabelle 31: (Fortsetzung)

Autor	Land	Fragestellung	Hauptergebnisse	Analysestrategie
Roncaglioni et al. (2004), n=162 Hausärzte	Italien	Unterscheidet sich die subjektive Einschätzung des kardiovaskulären Risikos durch den Arzt von der Risikoeinschätzung durch das European Chart?	Risikounterschätzung durch den Hausarzt bei männlichen Patienten (OR=1,59)*** und Rauchern (OR=2,17) ***	Logistische Regressionsanalyse
Silagy et al. (1992), n=4.941 Patienten	GB	Wie oft werden Patienten mit unterschiedlichen Risikoprofilen zu Lebensstil beraten? (Selbstauskunft der Patienten)	männlich (+) Beratung zu körperlicher Aktivität (11% vs. 4%)*, männlich (+) Beratung zu Alkoholkonsum (10% vs. 4%)**; männlich (-) Beratung zu Gewichtsreduktion (17% vs. 23%)**	Chi ² -Analyse
Sonntag et al. (2010), n= 50 Patienten	Deutschland	Gibt es Geschlechtsunterschiede bei der Gestaltung von präventiven Beratungsgesprächen?	weiblich (+) Sprechzeitendauer **	Logistische Regressionsanalyse
Steckelings et al. (2004), n=1.912 Praxen	Deutschland	Unterscheiden sich die Anteile der Patienten mit unerkanntem Bluthochdruck nach Patientencharakteristika?	↓ Alter (-)	Häufigkeitsauszählungen
Turnbull et al. (2011), n=322 Hausärzte	Australien	Unterscheidet sich die subjektive Einschätzung des kardiovaskulären Risikos durch den Arzt von der Risikoeinschätzung durch den Framingham-Score?	Risikounterschätzung durch den Hausarzt bei weiblichen Patienten (66% vs. 54%; kappa 0,19)	Berechnung des kappa-Koeffizienten

(+): positiver Zusammenhang. (-): negativer Zusammenhang. ↑: hoch. ↓: niedrig. GB: Großbritannien. J.: Jahre. OR: Odds Ratio. KI: Konfidenzintervall. J. – Jahre. ***: $p < 0,001$. **: $p < 0,01$. *: $p < 0,05$.

ns.: nicht signifikant.

Quelle: Eigene Darstellung, alphabetische Sortierung.

Tabelle 32: Übersicht der Veröffentlichungen zu Zusammenhängen der hausärztlichen Beratungspraxis und Charakteristika des Arbeitskontextes

Autor	Land	Fragestellung	Hauptergebnisse	Analysestrategie
Doroodchi et al. (2008), n=888 Hausärzte	USA	Welche Charakteristika sind mit der Leitlinien-Adhärenz und damit mit der adäquaten Beratung zu kardiovaskulären Risikofaktoren assoziiert?	↓Anteil an Patienten mit Bluthochdruck und Dyslipidämia (+) **	Chi ² -Analyse
Kushner (1995), n=1.103 Hausärzte	USA	Welche Einstellungen, Praxismuster und Barrieren existieren bei der Ernährungsberatung in der Primärversorgung?	Privatpraxis (+) für Ernährungsberatung aufgewendete Zeit (> 6 Minuten)**	Chi ² -Analyse
Laws et al. (2009), n=57 Hausärzte	Australien	Wie beeinflussen Praxis- und Patientencharakteristika sowie der Grund für den Arztbesuch die Häufigkeit der Beratung zu Tabakkonsum, Ernährung, Alkoholkonsum und körperlicher Aktivität?	Ländlicher Praxisstandort (+) (OR=14,24; 95%KI [1,55-130,94])	Mehrebenen-Analyse
Lobo et al. (2003), n=130 Hausärzte	Niederlande	Was sind organisationale Determinanten für eine adäquate Dokumentation kardiovaskulärer Risikofaktoren?	Praxis mit Teamwork (+)*	Pfadanalyse
McAvoy et al. (1999), n=279 Hausärzte	GB	Welche Zusammenhänge existieren zwischen den arztbezogenen Charakteristika und dem Angebot von präventiven Leistungen?	Einzelpraxis (+) Zeitanteil für Prävention*; keine Zusammenhänge mit dem Praxisstandort	Chi ² -Analyse
Saxena et al. (2007), n=8.970 Hausarztpraxen	England, Schottland	Gibt es Zusammenhänge zwischen Praxischarakteristika und der Häufigkeit von Überweisungen zu Spezialisten und Belastungstests?	Anzahl der Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen (+)***	Chi ² -Analyse

(+): positiver Zusammenhang. (-): negativer Zusammenhang. ↑: hoch. ↓: niedrig. GB: Großbritannien. J.: Jahre. OR: Odds Ratio. KI: Konfidenzintervall. J. – Jahre.***: $p < 0,001$. **: $p < 0,01$. *: $p < 0,05$. ns.: nicht signifikant.

Quelle: Eigene Darstellung, alphabetische Sortierung.

B Fragebogen

Ärzte-Survey zur Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen

Medizinische Fakultät Mannheim
der Universität Heidelberg
Universitätsklinikum Mannheim



Wir danken Ihnen schon jetzt ganz herzlich für das Ausfüllen dieses Kurzfragebogens!

Ihre persönliche Meinung zu Gesundheitsförderung und Prävention

1 Für **wie wichtig** halten Sie persönlich die folgenden Maßnahmen zur Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei betroffenen Patienten?
 ☞ Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.

	Sehr wichtig	Eher wichtig	Eher nicht wichtig	Überhaupt nicht wichtig
Erreichen des Normalgewichts	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Umstellung auf eine gesunde ausgewogene Ernährung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erhöhung der Bewegungs-/Sportaktivität	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tabakentwöhnung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verringerung des Alkoholkonsums	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Techniken zur Stressbewältigung (z. B. Entspannungstechniken)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes-Management	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bluthochdruck-Management	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lipid-Management	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychologische oder psychosoziale Beratung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maßnahmen zu gesundem Schlaf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2 Wie **gut gelingt** es Ihnen, Ihre Patienten zu Verhaltensänderungen in folgenden Bereichen zu motivieren?
 ☞ Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.

	Sehr gut	Eher gut	Eher nicht gut	Überhaupt nicht gut
Erreichen des Normalgewichts	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Umstellung auf eine gesunde ausgewogene Ernährung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erhöhung der Bewegungs-/Sportaktivität	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tabakentwöhnung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verringerung des Alkoholkonsums	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Techniken zur Stressbewältigung (z. B. Entspannungstechniken)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes-Management	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bluthochdruck-Management	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lipid-Management	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bewältigung psychologischer oder psychosozialer Probleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erreichen eines gesunden Schlafs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3 Wie beurteilen Sie Ihre **Kompetenz** für präventive Maßnahmen in folgenden Bereichen?
 ☞ Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.

	Sehr hoch	Eher hoch	Eher niedrig	Sehr niedrig
Körpergewicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ernährung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bewegung und sportliche Aktivität	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tabakkonsum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alkoholkonsum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stress	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutzucker	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutfette	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychologische oder psychosoziale Probleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlafhygiene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4 Wenn Sie an Ihre wöchentliche Arbeitszeit in der Praxis denken und diese gleich 100% setzen:
 Wie groß ist gegenwärtig der prozentuale Zeiteanteil, den Sie in Ihrer Praxis für die Prävention und die Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Ihren Patienten aufwenden? %

Bitte kennzeichnen Sie, wie sich dieser Zeiteanteil auf die Primärprävention und die Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen verteilt.
 ☞ Die gestrichelte Linie kennzeichnet bspw. eine gleiche Verteilung von 50% Prävention und 50% Behandlung.

Maßnahmen zur Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Ihrem Praxisalltag

5 Bei wie vielen erwachsenen Patienten führen Sie folgende Maßnahmen in Ihrer alltäglichen Praxis regelmäßig durch?
 ☞ Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.

		Keinem Patienten	Etwa einem Drittel	Etwa der Hälfte	Etwa zwei Dritteln	(Fast) allen
Maßnahmen bezüglich des Körpergewichts						
Alle Patienten: Körpergröße und Körpergewicht messen		<input type="radio"/>				
Patienten mit Übergewicht	Anraten von Gewichtsreduktion	<input type="radio"/>				
	Kurzintervention/motivierende Gesprächsführung	<input type="radio"/>				
	Schriftliche Zielvereinbarung mit dem Patienten	<input type="radio"/>				
	Informationsmaterial zur Verfügung stellen	<input type="radio"/>				
	Direkte Vermittlung einer Beratung/Therapie	<input type="radio"/>				
Überprüfung der Zielerreichung		<input type="radio"/>				
Maßnahmen bezüglich der Ernährungsgewohnheiten						
Alle Patienten: Ernährungsgewohnheiten erfragen		<input type="radio"/>				
Patienten mit Fehlernährung	Anraten von gesunder Ernährung	<input type="radio"/>				
	Kurzintervention/motivierende Gesprächsführung	<input type="radio"/>				
	Schriftliche Zielvereinbarung mit dem Patienten	<input type="radio"/>				
	Informationsmaterial zur Verfügung stellen	<input type="radio"/>				
	Direkte Vermittlung einer Beratung/Therapie	<input type="radio"/>				
Überprüfung der Zielerreichung		<input type="radio"/>				
Maßnahmen bezüglich der Bewegungs-/Sportaktivität						
Alle Patienten: Bewegung/sportliche Aktivität erfragen		<input type="radio"/>				
Patienten mit Bewegungsmangel	Anraten von mehr Bewegungsaktivität	<input type="radio"/>				
	Kurzintervention/motivierende Gesprächsführung	<input type="radio"/>				
	Schriftliche Zielvereinbarung mit dem Patienten	<input type="radio"/>				
	Informationsmaterial zur Verfügung stellen	<input type="radio"/>				
	Direkte Vermittlung einer Beratung/Therapie	<input type="radio"/>				
Überprüfung der Zielerreichung		<input type="radio"/>				
Maßnahmen bezüglich des Tabakkonsums						
Alle Patienten: Tabakkonsum erfragen		<input type="radio"/>				
Rauchende Patienten	Anraten von Tabakentwöhnung	<input type="radio"/>				
	Kurzintervention/motivierende Gesprächsführung	<input type="radio"/>				
	Schriftliche Zielvereinbarung mit dem Patienten	<input type="radio"/>				
	Informationsmaterial zur Verfügung stellen	<input type="radio"/>				
	Direkte Vermittlung einer Beratung/Therapie	<input type="radio"/>				
Überprüfung der Zielerreichung		<input type="radio"/>				
Maßnahmen bezüglich des Alkoholkonsums						
Alle Patienten: Alkoholkonsum erfragen		<input type="radio"/>				
Patienten mit Alkoholabusus	Anraten von weniger Alkoholkonsum	<input type="radio"/>				
	Kurzintervention/motivierende Gesprächsführung	<input type="radio"/>				
	Schriftliche Zielvereinbarung mit dem Patienten	<input type="radio"/>				
	Informationsmaterial zur Verfügung stellen	<input type="radio"/>				
	Direkte Vermittlung einer Beratung/Therapie	<input type="radio"/>				
Überprüfung der Zielerreichung		<input type="radio"/>				
Maßnahmen bezüglich Stress						
Alle Patienten: Stress erfragen		<input type="radio"/>				
Patienten mit viel Stress	Anraten von weniger Stress	<input type="radio"/>				
	Kurzintervention/motivierende Gesprächsführung	<input type="radio"/>				
	Schriftliche Zielvereinbarung mit dem Patienten	<input type="radio"/>				
	Informationsmaterial zur Verfügung stellen	<input type="radio"/>				
	Direkte Vermittlung einer Beratung/Therapie	<input type="radio"/>				
Überprüfung der Zielerreichung		<input type="radio"/>				
Maßnahmen bezüglich anderer Risikofaktoren						
Alle Patienten: Blutdruck messen (in Ruhe)		<input type="radio"/>				
Alle Patienten: Familienanamnese zu H-K-Erkrankungen erheben		<input type="radio"/>				
Alle Patienten: Beruf und/oder Bildungsabschluss erfragen		<input type="radio"/>				

Ihre Unterstützung in Sachen Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen

6 Mit welchen **Personen oder Institutionen** kooperieren Sie bei der Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen?
 ☞ Bitte kreuzen Sie alle Antworten an, die auf Sie zutreffen.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ärztliche Kollegen | <input type="checkbox"/> Herzgruppen |
| <input type="checkbox"/> Betriebsärzte | <input type="checkbox"/> Diabetesberatung |
| <input type="checkbox"/> Ernährungsberater | <input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppen/Patientenverbände |
| <input type="checkbox"/> Sportvereine/Sportanbieter | <input type="checkbox"/> Krankenhäuser/Reha |
| <input type="checkbox"/> (z. B. Schwimmbäder, Fitness-Studios) | <input type="checkbox"/> Krankenkassen |
| <input type="checkbox"/> Raucherberatung | <input type="checkbox"/> Volkshochschule |
| <input type="checkbox"/> Alkoholikerberatung | <input type="checkbox"/> Andere Kooperationspartner (Bitte angeben): |
| <input type="checkbox"/> Psychologische/psychosoziale Beratung | |

- Ich habe keine Kooperationspartner, weil ich Gesundheitsförderung/Prävention selbst mache.
 Ich habe keine Kooperationspartner, weil ich grundsätzlich keine Gesundheitsförderung/Prävention mache.

7 Wie häufig nutzen Sie die folgenden **Kalkulationsinstrumente bzw. Scores** zur Bestimmung des individuellen **Koronarrisikos Ihrer Patienten**?
 ☞ Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.

	Nutze ich regelmäßig	Nutze ich gelegentlich	Habe ich schon mal eingesetzt	Kenne ich, habe ich aber noch nie eingesetzt	Kenne ich nicht
Framingham-Score	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PROCAM-Score	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SCORE-Deutschland-Tabellen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HEART-Score	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ARRIBA-Instrument	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8 Für wie **effektiv** halten Sie folgende **Informationsangebote** für Ärzte zur Verbesserung von Gesundheitsförderung und Prävention in der hausärztlichen Praxis?
 ☞ Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.

	Sehr effektiv	Eher effektiv	Eher nicht effektiv	Überhaupt nicht effektiv	Kenne ich nicht
Seminare und Workshops für Ärzte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fachtagungen für Ärzte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lernvideos (DVD) für Ärzte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CME-zertifizierte Fortbildungen allgemein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aufsätze in Fachzeitschriften	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Computer-Lernprogramme für Ärzte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Smartphone-Applikationen für Ärzte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Präventionsleitlinien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Informationen aus dem Internet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9 Inwiefern treffen Ihrer Meinung nach folgende **Aussagen zu Gesundheitsförderung und Prävention** zu?
 ☞ Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.

	Trifft voll und ganz zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu
Meine primäre Aufgabe als Arzt ist die Behandlung von Krankheiten. Gesundheitsförderung und Prävention überlasse ich eher anderen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kann meinen Patienten ein großes Angebot an Lebensstilberatung unterbreiten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin für Beratungen hinsichtlich eines gesunden Lebensstils gut ausgebildet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Aufgabe ist es nicht nur, Krankheiten zu behandeln, sondern auch als ärztlicher Gesundheitsberater zu fungieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es ist generell schwierig, Patienten in Bezug auf die Änderung eines ungesunden Lebensstils gut zu beraten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kann Patienten erfolgreich dazu motivieren, gesünder zu leben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin einer der wichtigsten Einflussfaktoren für einen gesunden Lebensstil meiner Patienten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bei der Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist die Vernetzung mit anderen Kooperationspartnern ausschlaggebend.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hindernisse für das Angebot an Gesundheitsförderung und Prävention in Ihrem Praxisalltag

10 Wie schätzen Sie folgende Hindernisse bei der Beratung Ihrer Patienten hinsichtlich eines gesunden Lebensstils ein?
 ☞ Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.

	Trifft voll und ganz zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu
Für Lebensstilberatung fehlt mir einfach die Zeit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Für Lebensstilberatung werde ich unzureichend vergütet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Für Lebensstilberatung fehlt mir die Ausbildung bzw. das Training.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es gibt für Ärzte unklare Empfehlungen für einen gesunden Lebensstil.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Evidenz zum Nutzen von Lebensstilberatung ist für Ärzte unzureichend.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es gibt zu viele Präventionsleitlinien.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Vernetzung mit anderen Ärzten bzw. Leistungsträgern ist unzureichend.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patienten wollen ihren Lebensstil grundsätzlich nicht ändern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patienten können ihren Lebensstil wegen äußerer Umstände nicht ändern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es gibt Sprachbarrieren mit den Patienten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es gibt kulturelle Unterschiede im Gesundheitsverständnis der Patienten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Informationsmaterialien für die Patienten sind unzureichend.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Angaben zu Ihrer Person und Ihrer Praxis

11 Ihr Geschlecht Männlich Weiblich
 In welchem Jahr sind Sie geboren?
 Sind Sie niedergelassen? Ja ⇒ Seit welchem Jahr?
 Nein

12 Welche Gebietsbezeichnung führen Sie?
 Facharzt/ Fachärztin für Allgemeinmedizin
 Praktischer Arzt/Praktische Ärztin
 Facharzt/ Fachärztin für Innere Medizin in der hausärztlichen Versorgung
 Facharzt/ Fachärztin für Innere Medizin (NICHT in der hausärztlichen Versorgung)
 Andere Gebietsbezeichnung:

13 Führen Sie eine Zusatzbezeichnung und wenn ja, welche?
 Ja (Bitte angeben):
 Nein

14 Um welche Art von Praxis handelt es sich bei Ihrer Praxis?
 Einzelpraxis
 Gemeinschaftspraxis (gemeinsame Abrechnung)
 Praxisgemeinschaft (getrennte Abrechnung)
 Medizinisches Versorgungszentrum

15 Wie viele Patientenkontakte haben Sie durchschnittlich pro Woche? ☞ Bitte schätzen Sie die durchschnittliche Anzahl an Patienten, die während einer Woche zu Ihnen in die Praxis kommen und Patienten, die Sie bei Hausbesuchen sehen.
 Patientenkontakte pro Woche

16 Bitte schätzen Sie: Wie viel Prozent Ihrer Patienten, die Sie pro Quartal betreuen, ...
 ☞ Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz auf der Skala.

	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
sind männlich?	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----										
sind privat versichert?	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----										
sind über 65 Jahre alt?	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----										
sprechen nicht ausreichend deutsch?	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----										
haben Übergewicht?	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----										
sind Raucher?	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----										
haben eine manifeste Herz-Kreislauferkrankung (z. B. Herzinfarkt, KHK, Schlaganfall, PAVK)?	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%

Herzlichen Dank für die Beantwortung unserer Fragen!
 ☞ Bitte schicken Sie den Fragebogen an unser Institut zurück (Mannheimer Institut für Public Health, Sozial- und Präventivmedizin, Studie ASP-kardio, Postfach, 68135 Mannheim). Sie können hierfür den beiliegenden frankierten Rückumschlag nutzen.
 LfB, Nr. 2001

C Auszüge des SPSS-Codes

```
*****
/* Datenaufbereitung */.
*****

/* Codierung der Altersgruppen */.

RECODE alter_neu
  (LO THRU 46 = 1)
  (47 THRU 54 = 2)
  (55 THRU HI = 3)
INTO alter_3kat.

VARIABLE LABELS alter_3kat 'Alter der Ärzte (3 Kategorien)'.
VALUE LABELS alter_3kat
  1 'bis 46 Jahre'
  2 '47 bis 54 Jahre'
  3 '55 Jahre und älter'.
VARIABLE LEVEL alter_3kat (ORDINAL).
FORMATS alter_3kat (F1).
VARIABLE ALIGNMENT alter_3kat (LEFT).
VARIABLE WIDTH alter_3kat (5).
EXECUTE.

[ ... ]

/* Codierung des Anteils männlicher Patienten, Median-Split */.

RECODE pat_01
  (0 THRU 40 = 0)
  (41 THRU 100 = 1)
  (ELSE = SYSMIS)
INTO pat_male_reg.

VARIABLE LABELS pat_male_reg 'Anteil männlicher Patienten (binär)'.
VALUE LABELS pat_male_reg
  1 'Anteil männlicher Patienten > 40%'
  0 'Anteil männlicher Patienten <= 40%'.
VARIABLE LEVEL pat_male_reg (NOMINAL).
FORMATS pat_male_reg (F1).
VARIABLE ALIGNMENT pat_male_reg (LEFT).
VARIABLE WIDTH pat_male_reg (5).
EXECUTE.

/* Codierung des Anteils privat versicherter Patienten, Median-Split */.

RECODE pat_02
  (0 THRU 10=0)
  (11 THRU 100=1)
  (ELSE = SYSMIS)
INTO pat_pv_reg.

VARIABLE LABELS pat_pv_reg 'Anteil Privatversicherter (binär)'.
```

```
VALUE LABELS pat_pv_reg
  1 'Anteil Privatversicherter >10%'
  0 'Anteil Privatversicherter <= 10%'.
VARIABLE LEVEL pat_pv_reg (NOMINAL).
FORMATS pat_pv_reg (F1).
VARIABLE ALIGNMENT pat_pv_reg (LEFT).
VARIABLE WIDTH pat_pv_reg (5).
EXECUTE.
```

[...]

```
/* Codierung der Bedeutung der Umstellung auf eine gesunde Ernährung für die Prävention von Herz-
Kreislauf- Erkrankungen bei Patienten */.
```

```
COMPUTE bed_ern= $SYSMIS.
EXECUTE.
```

```
RECODE prev_02
  (1 = 1)
  (2 = 1)
  (3 = 0)
  (4 = 0)
  (ELSE=SYSMIS)
INTO bed_ern.
```

```
VARIABLE LABELS bed_ern 'Bedeutung der gesunden Ernährung (binär)'.
VALUE LABELS bed_ern
  1 'sehr wichtig/eher wichtig'
  0 'nicht wichtig'.
VARIABLE LEVEL bed_ern (NOMINAL).
FORMATS bed_ern (F1).
VARIABLE ALIGNMENT bed_ern (LEFT).
VARIABLE WIDTH bed_ern (5).
EXECUTE.
```

[...]

```
/* Codierung der eigenen Kompetenz für präventive Maßnahmen im Bereich Ernährung */.
```

```
COMPUTE kompetenz_ern = $SYSMIS.
EXECUTE.
```

```
RECODE kompetenz_02
  (1 = 1)
  (2 = 1)
  (3 = 0)
  (4 = 0)
  (ELSE=SYSMIS)
INTO kompetenz_ern.
```

```
VARIABLE LABELS kompetenz_ern 'Kompetenz für Maßnahmen bzgl. Ernährungsberatung (binär)'.
VALUE LABELS kompetenz_ern
  1 'hoch'
  0 'niedrig'.
VARIABLE LEVEL kompetenz_ern (NOMINAL).
FORMATS kompetenz_ern (F1).
VARIABLE ALIGNMENT kompetenz_ern (LEFT).
VARIABLE WIDTH kompetenz_ern (5).
```

```
EXECUTE.
```

```
[...]
```

```
/* Codierung des routinemäßigen Angebots von Ernährungsberatung */.
```

```
COMPUTE ern_kurzint = $SYSMIS.
```

```
EXECUTE.
```

```
RECODE mern_03
```

```
  (1 = 0)
```

```
  (2 = 0)
```

```
  (3 = 1)
```

```
  (4 = 1)
```

```
  (5 = 1)
```

```
  (ELSE=SYSMIS)
```

```
INTO ern_kurzint.
```

```
VARIABLE LABELS ern_kurzint 'Ernährung: Kurzintervention'
```

```
VALUE LABELS ern_kurzint
```

```
  1 'bei mind. 50 % der Patienten'
```

```
  0 'andernfalls'.
```

```
VARIABLE LEVEL ern_kurzint (NOMINAL).
```

```
FORMATS ern_kurzint (F1).
```

```
VARIABLE ALIGNMENT ern_kurzint (LEFT).
```

```
VARIABLE WIDTH ern_kurzint (5).
```

```
EXECUTE.
```

```
[...]
```

```
*****
```

```
/* 4 Ergebnisse */.
```

```
*****
```

```
/* Beschreibung der Stichprobe im Bezug auf arzt- und patientenbezogene Charakteristika */.
```

```
CROSSTABS
```

```
  /TABLES=gebietsbez_3kat internist alter_3kat niederlassung_3kat pat_male_reg TO pat_hke_reg BY sex
```

```
  /FORMAT=AVALUE TABLES
```

```
  /STATISTICS=PHI
```

```
  /CELLS=COUNT COLUMN
```

```
  /COUNT ROUND CELL.
```

```
[...]
```

```
/* Mittelwertvergleich der arztbezogenen Charakteristika nach Geschlecht (nicht normalverteilte Variablen)*/.
```

```
NPAR TESTS
```

```
  /M-W= alter_neu pat_kont anteil_hke BY sex(0 1)
```

```
  /STATISTICS=DESCRIPTIVES
```

```
  /MISSING ANALYSIS.
```

```
[...]
```

```
*****
```

```
/* 4.1 Persönliche Einstellung der Hausärzte zu Gesundheitsberatung */.
```

```
*****
```

```
/* Zustimmung zu Aussagen zum wahrgenommenen Ärztebild */.
```

```
FREQUENCIES VARIABLES einst_prev_04 einst_prev_07 einst_prev_02 einst_prev_06 einst_prev_03.
```

```
/* Zustimmung zu Aussagen zum wahrgenommenen Ärztebild nach Geschlecht */.
CROSSTABS
  /TABLES=einst_04_reg einst_07_reg einst_02_reg einst_06_reg einst_03_reg BY sex
  /FORMAT=AVALUE TABLES
  /STATISTICS=PHI
  /CELLS=COUNT COLUMN
  /COUNT ROUND CELL.
```

```
/* Zustimmung zu Aussagen zum wahrgenommenen Ärztebild nach Altersgruppen */.
CROSSTABS
  /TABLES=einst_04_reg einst_03_reg einst_02_reg einst_06_reg einst_07_reg BY alter_3kat
  /FORMAT=AVALUE TABLES
  /STATISTICS=PHI
  /CELLS=COUNT COLUMN
  /COUNT ROUND CELL.
```

```
[...]
```

```
/* Bestimmung der mit dem Selbstbild als Gesundheitsberater assoziierten Faktoren – Logistische Regression */.
```

```
LOGISTIC REGRESSION VARIABLES einst_04_reg
  /METHOD STEPWISE sex internist alter_3kat praxisart_2kat pat_kont_3kat stadt_land bev_km2_3kat
  pat_male_reg pat_pv_reg pat_alter_reg pat_gewicht_reg pat_rauch_reg pat_hke_reg
  /CONTRAST (sex)=Indicator (1)
  /CONTRAST (internist)=Indicator (1)
  /CONTRAST (alter_3kat)=Indicator (1)
  /CONTRAST (praxisart_3kat)=Indicator (1)
  /CONTRAST (pat_kont_3kat)=Indicator (1)
  /CONTRAST (stadt_land)=Indicator (1)
  /CONTRAST (bev_km2_3kat)=Indicator (1)
  /CONTRAST (pat_male_reg)=Indicator (1)
  /CONTRAST (pat_pv_reg)=Indicator (1)
  /CONTRAST (pat_alter_reg)=Indicator (0)
  /CONTRAST (pat_gewicht_reg)=Indicator (1)
  /CONTRAST (pat_rauch_reg)=Indicator (1)
  /CONTRAST (pat_hke_reg)=Indicator (1)
  /PRINT = summary CI (95)
  /CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10) ITERATE(20) CUT(.5).
```

```
*****
```

```
/* 4.2 Hausärztliche Beratung bezüglich der Ernährungsgewohnheiten */
```

```
*****
```

```
/* Aktivitäten im Rahmen der Beratung bezüglich der Ernährungsgewohnheiten */.
```

```
FREQUENCIES VARIABLES mern_03.
```

```
FREQUENCIES VARIABLES ern_erfr TO ern_zielueberp.
```

```
/* Bivariate Zusammenhänge mit ernährungsbezogenen Beratungsinterventionen nach Geschlecht */.
```

```
/* Arztbezogene Charakteristika */.
```

```
CROSSTABS
```

```
  /TABLES=ern_kurzint BY sex internist alter_3kat niederlassung_3kat einst_04_reg bed_ern kompetenz_ern
  erfolg_ern
```

```
  /FORMAT=AVALUE TABLES
```

```
/STATISTICS=PHI  
/CELLS=COUNT COLUMN  
/COUNT ROUND CELL.
```

```
SORT CASES BY sex.
```

```
SPLIT FILE BY sex.
```

```
CROSSTABS
```

```
/TABLES=ern_kurzint BY internist alter_3kat niederlassung_3kat einst_04_reg bed_ern kompetenz_ern er-  
folg_ern
```

```
/FORMAT=AVALUE TABLES
```

```
/STATISTICS=PHI
```

```
/CELLS=COUNT COLUMN
```

```
/COUNT ROUND CELL.
```

```
SPLIT FILE OFF.
```

```
/* Patientenbezogene Charakteristika */.
```

```
CROSSTABS
```

```
/TABLES=ern_kurzint BY pat_male_reg pat_pv_reg pat_alter_reg pat_dk_reg pat_gewicht_reg  
pat_rauch_reg pat_hke_reg
```

```
/FORMAT=AVALUE TABLES
```

```
/STATISTICS=PHI
```

```
/CELLS=COUNT COLUMN
```

```
/COUNT ROUND CELL.
```

```
SORT CASES BY sex.
```

```
SPLIT FILE BY sex.
```

```
CROSSTABS
```

```
/TABLES=ern_kurzint BY pat_male_reg pat_pv_reg pat_alter_reg pat_dk_reg pat_gewicht_reg  
pat_rauch_reg pat_hke_reg
```

```
/FORMAT=AVALUE TABLES
```

```
/STATISTICS=PHI
```

```
/CELLS=COUNT COLUMN
```

```
/COUNT ROUND CELL.
```

```
SPLIT FILE OFF.
```

```
/* Arbeitskontextbezogene Charakteristika */.
```

```
CROSSTABS
```

```
/TABLES=ern_kurzint BY praxisart_2kat pat_kont_3kat anteil_hke_reg koop_01 koop_03 koop_08 koop_12  
region stadt_land bev_km2_3kat
```

```
/FORMAT=AVALUE TABLES
```

```
/STATISTICS=PHI
```

```
/CELLS=COUNT COLUMN
```

```
/COUNT ROUND CELL.
```

```
SORT CASES BY sex.
```

```
SPLIT FILE BY sex.
```

```
CROSSTABS
```

```
/TABLES=ern_kurzint BY praxisart_2kat pat_kont_3kat anteil_hke_reg koop_01 koop_03 koop_08 koop_12  
region stadt_land bev_km2_3kat
```

```
/FORMAT=AVALUE TABLES
```

```
/STATISTICS=PHI
```

```
/CELLS=COUNT COLUMN
```

```
/COUNT ROUND CELL.
```

```
SPLIT FILE OFF.
```

```
/* Modell I - Logistische Regressionsanalysen zu routinemäßiger Durchführung von Ernährungsberatung in der  
Hausarztpraxis */.
```

```
LOGISTIC REGRESSION VARIABLES ern_kurzint
```

```
/METHOD=ENTER sex alter_3kat niederlassung_3kat einst_04_reg bed_ern kompetenz_ern erfolg_ern
/CONTRAST (sex)=Indicator (1)
/CONTRAST (alter_3kat)=Indicator (1)
/CONTRAST (niederlassung_3kat)=Indicator (1)
/CONTRAST (einst_04_reg)=Indicator (1)
/CONTRAST (bed_ern)=Indicator (1)
/CONTRAST (kompetenz_ern)=Indicator (1)
/CONTRAST (erfolg_ern)=Indicator (1)
/PRINT = summary CI (95)
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10) ITERATE(20) CUT(.5).
```

/* Modell II - Logistische Regressionsanalysen zu routinemäßiger Durchführung von Ernährungsberatung in der Hausarztpraxis */.

```
LOGISTIC REGRESSION VARIABLES ern_kurzint
/METHOD=ENTER pat_pv_reg pat_gewicht_reg pat_rauch_reg pat_hke_reg
/CONTRAST (pat_pv_reg)=Indicator (1)
/CONTRAST (pat_gewicht_reg)=Indicator (1)
/CONTRAST (pat_rauch_reg)=Indicator (1)
/CONTRAST (pat_hke_reg)=Indicator (1)
/PRINT = summary CI (95)
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10) ITERATE(20) CUT(.5).
```

/* Modell III - Logistische Regressionsanalysen zu routinemäßiger Durchführung von Ernährungsberatung in der Hausarztpraxis */.

```
LOGISTIC REGRESSION VARIABLES ern_kurzint
/METHOD=ENTER anteil_hke_reg koop_01 koop_03 stadt_land bev_km2_3kat
/CONTRAST (anteil_hke_reg)=Indicator (1)
/CONTRAST (koop_01)=Indicator (1)
/CONTRAST (koop_03)=Indicator (1)
/CONTRAST (stadt_land)=Indicator (1)
/CONTRAST (bev_km2_3kat)=Indicator (1)
/PRINT = summary CI (95)
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10) ITERATE(20) CUT(.5).
```

/* Modell IV - Logistische Regressionsanalysen zu routinemäßiger Durchführung von Ernährungsberatung in der Hausarztpraxis */.

```
LOGISTIC REGRESSION VARIABLES ern_kurzint
/METHOD=ENTER sex einst_04_reg bed_ern kompetenz_ern erfolg_ern pat_pv_reg pat_gewicht_reg
pat_hke_reg koop_01 koop_03 bev_km2_3kat alter_3kat stadt_land
/CONTRAST (sex)=Indicator (1)
/CONTRAST (einst_04_reg)=Indicator (1)
/CONTRAST (bed_ern)=Indicator (1)
/CONTRAST (kompetenz_ern)=Indicator (1)
/CONTRAST (erfolg_ern)=Indicator (1)
/CONTRAST (pat_pv_reg)=Indicator (1)
/CONTRAST (pat_gewicht_reg)=Indicator (1)
/CONTRAST (pat_hke_reg)=Indicator (1)
/CONTRAST (koop_01)=Indicator (1)
/CONTRAST (koop_03)=Indicator (1)
/CONTRAST (bev_km2_3kat)=Indicator (1)
/CONTRAST (alter_3kat)=Indicator (1)
/CONTRAST (stadt_land)=Indicator (1)
/PRINT = summary CI (95)
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10) ITERATE(20) CUT(.5).
```

/* 4.3 Hausärztliche Beratung bezüglich der Tabakentwöhnung */.

[...]

/* Modell I - Logistische Regressionsanalysen zum routinemäßigen Angebot von Beratungsinterventionen bezüglich der Tabakentwöhnung */.

```
LOGISTIC REGRESSION VARIABLES tabak_kurzint
/METHOD=ENTER sex internist alter_3kat niederlassung_3kat einst_04_reg kompetenz_tabak erfolg_tabak
/CONTRAST (sex)=Indicator (1)
/CONTRAST (internist)=Indicator (1)
/CONTRAST (alter_3kat)=Indicator (1)
/CONTRAST (niederlassung_3kat)=Indicator (1)
/CONTRAST (zustimmung_score_reg)=Indicator (1)
/CONTRAST (kompetenz_tabak)=Indicator (1)
/CONTRAST (erfolg_tabak)=Indicator (1)
/PRINT = summary CI (95)
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10) ITERATE(20) CUT(.5).
```

/* Modell II - Logistische Regressionsanalysen zum routinemäßigen Angebot von Beratungsinterventionen bezüglich der Tabakentwöhnung */.

```
LOGISTIC REGRESSION VARIABLES tabak_kurzint
/METHOD=ENTER pat_male_reg pat_pv_reg pat_gewicht_reg
/CONTRAST (pat_male_reg)=Indicator (1)
/CONTRAST (pat_pv_reg)=Indicator (1)
/CONTRAST (pat_gewicht_reg)=Indicator (1)
/PRINT = summary CI (95)
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10) ITERATE(20) CUT(.5).
```

/* Modell III - Logistische Regressionsanalysen zum routinemäßigen Angebot von Beratungsinterventionen bezüglich der Tabakentwöhnung */.

```
LOGISTIC REGRESSION VARIABLES tabak_kurzint
/METHOD=ENTER anteil_hke_reg koop_01 koop_05 stadt_land bev_km2_3kat KKI_3kat
/CONTRAST (anteil_hke_reg)=Indicator (1)
/CONTRAST (koop_01)=Indicator (1)
/CONTRAST (koop_05)=Indicator (1)
/CONTRAST (stadt_land)=Indicator (1)
/CONTRAST (bev_km2_3kat)=Indicator (1)
/CONTRAST (KKI_3kat)=Indicator (1)
/PRINT = summary CI (95)
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10) ITERATE(20) CUT(.5).
```

/* Modell IV - Logistische Regressionsanalysen zum routinemäßigen Angebot von Beratungsinterventionen bezüglich der Tabakentwöhnung */.

```
LOGISTIC REGRESSION VARIABLES tabak_kurzint
/METHOD=ENTER sex alter_3kat einst_04_reg kompetenz_tabak erfolg_tabak pat_male_reg pat_pv_reg
pat_gewicht_reg anteil_hke_reg koop_05 stadt_land bev_km2_3kat kki_3kat
/CONTRAST (sex)=Indicator (1)
/CONTRAST (alter_3kat)=Indicator (1)
/CONTRAST (einst_04_reg)=Indicator (1)
/CONTRAST (kompetenz_tabak)=Indicator (1)
/CONTRAST (erfolg_tabak)=Indicator (1)
/CONTRAST (pat_male_reg)=Indicator (1)
/CONTRAST (pat_pv_reg)=Indicator (1)
/CONTRAST (pat_gewicht_reg)=Indicator (1)
/CONTRAST (anteil_hke_reg)=Indicator (1)
/CONTRAST (koop_05)=Indicator (1)
/CONTRAST (stadt_land)=Indicator (1)
/CONTRAST (bev_km2_3kat)=Indicator (1)
/CONTRAST (kki_3kat)=Indicator (1)
```

```
/PRINT = summary CI (95)
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10) ITERATE(20) CUT(.5).
```

```
*****
```

```
/* 4.4 Hausärztliche Beratung bezüglich der körperlichen Aktivität */.
```

```
*****
```

```
[ . . . ]
```

```
/* Modell I - Logistische Regressionsanalysen zum routinemäßigen Angebot der Beratung bezüglich der körperlichen Aktivität */.
```

```
LOGISTIC REGRESSION VARIABLES bew_kurzint
```

```
/METHOD=ENTER sex alter_3kat niederlassung_3kat einst_04_reg bed_beweg kompetenz_beweg  
erfolg_beweg
```

```
/CONTRAST (sex)=Indicator (1)
```

```
/CONTRAST (alter_3kat)=Indicator (1)
```

```
/CONTRAST (niederlassung_3kat)=Indicator (1)
```

```
/CONTRAST (einst_04_reg)=Indicator (1)
```

```
/CONTRAST (bed_beweg)=Indicator (1)
```

```
/CONTRAST (kompetenz_beweg)=Indicator (1)
```

```
/CONTRAST (erfolg_beweg)=Indicator (1)
```

```
/PRINT = summary CI (95)
```

```
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10) ITERATE(20) CUT(.5).
```

```
/* Modell II - Logistische Regressionsanalysen zum routinemäßigen Angebot der Beratung bezüglich der körperlichen Aktivität */.
```

```
LOGISTIC REGRESSION VARIABLES bew_kurzint
```

```
/METHOD=ENTER pat_pv_reg pat_gewicht_reg
```

```
/CONTRAST (pat_pv_reg)=Indicator (1)
```

```
/CONTRAST (pat_gewicht_reg)=Indicator (1)
```

```
/PRINT = summary CI (95)
```

```
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10) ITERATE(20) CUT(.5).
```

```
/* Modell III - Logistische Regressionsanalysen zum routinemäßigen Angebot der Beratung bezüglich der körperlichen Aktivität */.
```

```
LOGISTIC REGRESSION VARIABLES bew_kurzint
```

```
/METHOD=ENTER pat_kont_3kat anteil_hke_reg koop_04 stadt_land bev_km2_3kat
```

```
/CONTRAST (pat_kont_3kat)=Indicator (1)
```

```
/CONTRAST (anteil_hke_reg)=Indicator (1)
```

```
/CONTRAST (koop_04)=Indicator (1)
```

```
/CONTRAST (stadt_land)=Indicator (1)
```

```
/CONTRAST (bev_km2_3kat)=Indicator (1)
```

```
/PRINT = summary CI (95)
```

```
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10) ITERATE(20) CUT(.5).
```

```
/* Modell IV - Logistische Regressionsanalysen zum routinemäßigen Angebot der Beratung bezüglich der körperlichen Aktivität */.
```

```
LOGISTIC REGRESSION VARIABLES bew_kurzint
```

```
/METHOD=ENTER sex alter_3kat einst_04_reg kompetenz_beweg erfolg_beweg pat_pv_reg pat_gewicht_reg  
pat_kont_3kat anteil_hke_reg koop_04 stadt_land
```

```
/CONTRAST (sex)=Indicator (1)
```

```
/CONTRAST (alter_3kat)=Indicator (1)
```

```
/CONTRAST (einst_04_reg)=Indicator (1)
```

```
/CONTRAST (kompetenz_beweg)=Indicator (1)
```

```
/CONTRAST (erfolg_beweg)=Indicator (1)
```

```
/CONTRAST (pat_pv_reg)=Indicator (1)
```

```
/CONTRAST (pat_gewicht_reg)=Indicator (1)
```

```
/CONTRAST (pat_kont_3kat)=Indicator (1)
```

```
/CONTRAST (anteil_hke_reg)=Indicator (1)
/CONTRAST (koop_04)=Indicator (1)
/CONTRAST (stadt_land)=Indicator (1)
/PRINT = summary CI (95)
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10) ITERATE(20) CUT(.5).
```

[...]

```
*****
/* 4.6 Zusammenfassende Betrachtung des hausärztlichen Beratungsangebots */.
*****
```

```
/* Bedeutung, Wissen und Erfolg bei der Umsetzung von Präventionsmaßnahmen */.
FREQUENCIES VARIABLES = bed_ern bed_tabak bed_beweg bed_alk.
FREQUENCIES VARIABLES = kompetenz_ern kompetenz_tabak kompetenz_beweg kompetenz_alk.
FREQUENCIES VARIABLES = erfolg_ern erfolg_tabak erfolg_beweg erfolg_alk.
```

```
/* Zusammenhänge zwischen den Beratungsangeboten bezüglich einzelner Lebensstilaspekte */.
LOGISTIC REGRESSION VARIABLES ern_kurzint
/METHOD=ENTER tabak_kurzint bew_kurzint alk_kurzint
/CONTRAST (tabak_kurzint)=Indicator (1)
/CONTRAST (bew_kurzint)=Indicator (1)
/CONTRAST (alk_kurzint )=Indicator (1)
/PRINT = summary CI (95)
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10) ITERATE(20) CUT(.5).
```

```
LOGISTIC REGRESSION VARIABLES alk_kurzint
/METHOD=ENTER ern_kurzint bew_kurzint alk_kurzint
/CONTRAST (ern_kurzint)=Indicator (1)
/CONTRAST (bew_kurzint)=Indicator (1)
/CONTRAST (tabak_kurzint )=Indicator (1)
/PRINT = summary CI (95)
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10) ITERATE(20) CUT(.5).
```

[...]

```
/* Logistische Regressionsanalysen zum routinemäßigen Angebot einer Gesundheitsberatung */.  
LOGISTIC REGRESSION VARIABLES lsb  
/METHOD=ENTER sex alter_3kat einst_04_reg pat_pv_reg pat_gewicht_reg pat_rauch_reg pat_hke_reg an-  
teil_hke_reg bev_km2_3kat  
/CONTRAST (sex)=Indicator (1)  
/CONTRAST (alter_3kat)=Indicator (1)  
/CONTRAST (einst_04_reg)=Indicator (1)  
/CONTRAST (pat_pv_reg)=Indicator (1)  
/CONTRAST (pat_gewicht_reg)=Indicator (1)  
/CONTRAST (pat_rauch_reg)=Indicator (1)  
/CONTRAST (pat_hke_reg)=Indicator (1)  
/CONTRAST (anteil_hke_reg)=Indicator (1)  
/CONTRAST (bev_km2_3kat)=Indicator (1)  
/PRINT = summary CI (95)  
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10) ITERATE(20) CUT(.5).
```

[...]

```
/* Zusammenhang zwischen dem weiblichen Geschlecht und dem Angebot der Gesundheitsberatung mediiert  
über den wahrgenommenen Erfolg der Beratung */.
```

```
/* Schritt 1 */.  
LOGISTIC REGRESSION VARIABLES lsb  
/METHOD=ENTER sex  
/CONTRAST (sex)=Indicator (1)  
/PRINT = summary CI (95)  
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10) ITERATE(20) CUT(.5).
```

```
/* Schritt 2 */.  
LOGISTIC REGRESSION VARIABLES einst_06_reg  
/METHOD=ENTER sex  
/CONTRAST (sex)=Indicator (1)  
/PRINT = summary CI (95)  
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10) ITERATE(20) CUT(.5).
```

```
/* Schritt 3 */.  
LOGISTIC REGRESSION VARIABLES lsb  
/METHOD=ENTER einst_06_reg  
/CONTRAST (einst_03_reg)=Indicator (1)  
/PRINT = summary CI (95)  
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10) ITERATE(20) CUT(.5).
```

```
/* Schritt 4 */.  
LOGISTIC REGRESSION VARIABLES lsb  
/METHOD=ENTER sex einst_06_reg  
/CONTRAST (sex)=Indicator (1)  
/CONTRAST (einst_06_reg)=Indicator (1)  
/PRINT = summary CI (95)  
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10) ITERATE(20) CUT(.5).
```