

**Aus dem Medizinischen Zentrum für Methodenwissenschaften und
Gesundheitsforschung
Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und rehabilitative Medizin der
Philipps-Universität Marburg und in Zusammenarbeit mit den
Universitätskliniken Giessen und Marburg GmbH
Leiterin: Prof. Dr. Erika Baum**

**Das Gesundheitsverhalten von HausärztInnen und
RechtsanwältInnen im Vergleich**

**Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der gesamten Medizin
dem Fachbereich Medizin der Philipps-Universität Marburg
vorgelegt von
Petra Kaiser aus Köln
Marburg, 2006**

Angenommen vom Fachbereich Medizin der Philipps-Universität Marburg am 19.1.2006
gedruckt mit Genehmigung des Fachbereichs

Dekan: Prof.Dr Maisch
Referent: Prof.Dr Baum
Coreferent: Prof.Dr Vogelmeier

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	6
1.1 Zu dieser Dissertation	6
1.2 Gesundheit und Gesundheitsverhalten	7
1.2.1 Das Risikofaktorenmodell	8
1.2.2 Gesundheits- bzw. Risikoverhalten	9
1.2.2.1 Ernährung	9
1.2.2.2 Körpergewicht und Adipositas	10
1.2.2.3 (Mangelnde) körperliche Aktivität	11
1.2.2.4 Rauchen	12
1.2.2.5 Stress und psychische Belastungen	13
1.2.2.6 Inanspruchnahme medizinischer Leistungen – Check ab 35, Krebsfrüherkennung und Impfrate	14
1.3 Gesundheits- bzw. Risikoverhalten bei ÄrztInnen	16
1.3.1 Ernährung	16
1.3.2 Körpergewicht und Adipositas	17
1.3.3 (Mangelnde) körperliche Aktivität	18
1.3.4 Rauchen	19
1.3.5 Stress und psychische Belastung	21
1.3.6 Inanspruchnahme medizinischer Leistungen	25
1.4 Erklärungsmodelle zu Verhaltensveränderung und Motivation	27
1.4.1 Verschiedene Modelle zur Erklärung (nicht-) präventiven Verhaltens	27
1.4.2 Das transtheoretische Modell (TTM) – Stadien der Veränderung	27
1.4.2.1 Stadien der Veränderung - Ernährung und Körpergewicht	30
1.4.2.2 Stadien der Veränderung - (mangelnde) körperliche Aktivität:	31
1.4.2.3 Stadien der Veränderung - Rauchen	32
1.4.2.4 Stadien der Veränderung - Stress	32
1.5 Gesundheitsberatung und Interventionsstrategien	33
1.5.1.1 Der Begriff „Gesundheitsberatung“	33
1.5.1.2 Gesundheitsberatung in der Praxis	34
1.5.2 Interventionsstrategien	35
1.5.3 Gesundheitsberatung und Intervention in der allgemeinmedizinischen Praxis	37
1.5.3.1 Gesundheitsberatung zu Ernährung und Körpergewicht	38
1.5.3.2 Gesundheitsberatung zu körperlicher Aktivität	40
1.5.3.3 Gesundheitsberatung für RaucherInnen	42
1.5.3.4 Gesundheitsberatung zur Stressbewältigung	45
1.6 Zusammenhänge zwischen eigenem Gesundheitsverhalten und Gesundheitsberatung	47
1.7 Fragestellung für die vorliegende Arbeit	49
2. Methodik	50
2.1 Auswahl der Stichprobe	50
2.2 Fallzahlplanung	50
2.3 Rekrutierung der Stichprobe	50
2.4 Aufzeichnung und Auswertung der Daten	51
2.5 Fragebogen	51
2.5.1 Subjektiver Gesundheitszustand	52
2.5.2 Marburger Fragebogen zum habituellen Wohlbefinden	52
2.5.3 Ernährung	52
2.5.4 Die Prochaska – Algorithmen:	53
2.5.5 Bewegung	53
2.5.6 Rauchen	54

2.5.7 Beanspruchung	54
2.5.8 Belastung	55
2.5.9 Soziodemographie	56
3. Ergebnisse	57
3.1 Rücklauf und Repräsentativität	57
3.2. Vergleich von HausärztInnen und RechtsanwältInnen	58
3.2.1 Soziodemographie und berufliche Situation	58
3.2.2 Gesundheitszustand und Wohlbefinden	59
3.2.3 Ernährung und Körpergewicht	60
3.2.4 Körperliche Aktivität	61
3.2.5 Rauchen	65
3.2.6 Beanspruchung und Belastung	66
3.2.7 Inanspruchnahme medizinischer Leistungen	67
3.3 Motivationsstufen nach dem transtheoretischen Modell	68
3.3.1 Ernährung und Körpergewicht	68
3.3.2 Körperliche Aktivität	72
3.3.3 Rauchen	75
3.3.4 Beanspruchung und Belastung	76
3.4 Das Gesundheitsverhalten der HausärztInnen im Geschlechtervergleich	78
3.4.1 Soziodemographie und berufliche Situation	78
3.4.2 Gesundheitszustand und Wohlbefinden	80
3.4.3 Ernährung und Körpergewicht	80
3.4.4 Körperliche Aktivität	81
3.4.5 Rauchen	85
3.4.6 Beanspruchung und Belastung	86
3.4.7 Inanspruchnahme medizinischer Leistungen	87
3.5 Motivationsstufen zur Verhaltensänderung Hausärzte und Hausärztinnen	88
3.5.1 Ernährung und Körpergewicht	88
3.5.2 Körperliche Aktivität	91
3.5.3 Rauchen	93
3.5.4 Beanspruchung und Belastung	94
3.6 Risikoverhalten /-faktoren und Beratungszufriedenheit	95
3.6.1 Ernährung und Ernährungsberatung	96
3.6.2 Körpergewicht und Beratung hinsichtlich Adipositas	96
3.6.3 Körperliche Aktivität und Beratung hinsichtlich Bewegungsmangel	97
3.6.4 Rauchen und Nichtraucherberatung	98
3.6.5 Beanspruchung und Stressberatung	98
3.7 Vorbildfunktion	99
4. Diskussion	100
4.1 Methodenkritik	100
4.1.1 Auswahl und Umfang der Stichprobe	100
4.1.2 Form der Befragung	101
4.1.3 Instrumente	101
4.1.4 Antwortverhalten im Sinne der sozialen Erwünschtheit	102
4.1.5 Soziodemographie und berufliche Situation der Hausärztinnen und Hausärzte	103
4.1.6 Soziodemographie und berufliche Situation der RechtsanwältInnen	104
4.1.7 Wahl der Vergleichsgruppe	104
4.2 Inhaltliche Bedeutung	106
4.2.1 Ernährung und Körpergewicht	106
4.2.2 Körperliche Aktivität	107
4.2.3 Rauchen	108
4.2.4 Beanspruchung und Belastung	109
4.2.5 Inanspruchnahme medizinischer Leistungen	111

4.3 Stadien der Veränderung	113
4.3.1 Ernährung und Körpergewicht	113
4.3.2 Körperliche Aktivität	114
4.3.3 Rauchen	115
4.3.4 Beanspruchung und Belastung	116
4.4 Eigenes ärztliches Gesundheitsverhalten, Motivationsstufe und Zuversicht in die Gesundheitsberatung	118
4.5 Ausblick	120
5. Zusammenfassung	122
6. Literaturverzeichnis	124
7. Anhang	159

Gesundheit erleben die Menschen von den Göttern. Dass es aber in ihrer Hand liegt, diese zu erhalten, daran denken sie nicht. (Demokrit, 460-370 v. Chr.)

Ein leidenschaftlicher Raucher, der immer wieder von der Gefahr des Rauchens für die Gesundheit liest, hört in den meisten Fällen auf – zu lesen. (Winston Churchill, 1874-1965 n. Chr)

„Ich dachte, dass Ärzte besonders gesund leben müssten,... die Helfer aber verstummten, wenn es um die Anwendung ihrer eigenen Aussagen auf sie selbst ging.“ (Wolfgang Schmidbauer, aus: Wenn Helfer Fehler machen, Reinbeck 1997, S. 9)

1. Einleitung

1.1 Zu dieser Dissertation

In dieser Dissertation wird das Gesundheitsverhalten von Hausärztinnen und Hausärzten untersucht und mit dem von Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälten verglichen. Hintergrund der Untersuchung ist die Frage, inwieweit Ärzte und Ärztinnen als professionelle Gesundheitsberater ein anderes/ „besseres“ eigenes Gesundheitsverhalten aufweisen als Personen vergleichbarer sozioökonomischer Schicht ohne dieses „Expertenwissen“. Daraus leiten sich weitgehende Überlegungen für Ansätze präventiv orientierter Gesundheitsförderung ab – inwieweit kann „Wissen“ – bei den HausärztInnen fachliches wie auch im praktischen Arbeitsleben erfahrenes - „gesünder machen“? Als sozioökonomisch vermutlich gut vergleichbare Berufsgruppe wurden Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälten gewählt. Zwecks besserer Lesbarkeit wird im Folgenden die Schreibweise „ÄrztInnen“ bzw. „AnwältInnen“ verwandt, wenn von der gemischtgeschlechtlichen Gesamtgruppe die Rede ist.

Zum Aufbau der Arbeit: Nach einer Begriffsbestimmung von Gesundheit, Gesundheitsverhalten bzw. Risikoverhalten wird die Entwicklung des Risikofaktorenmodells kurz skizziert. Danach werden pathogene Wirkmechanismen von Risikoverhaltensweisen wie Fehlernährung, Übergewicht, mangelnde Bewegung, Rauchen und Stress sowie epidemiologische Daten zur Verbreitung dieser Verhaltensweisen in der Bevölkerung dargestellt. Zusätzlich präsentiere ich Daten zur Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Im Anschluss werden bisherige Daten zur Verbreitung o.g. Verhaltensweisen in der Berufsgruppe der Ärztinnen und Ärzte vorgestellt.

In Kapitel 1.4 werden verschiedene Modelle zur Erklärung (nicht-) präventiven Verhaltens skizziert mit einem Schwerpunkt auf dem in dieser Arbeit verwandten transtheoretischen Modell (TTM) und diesbezüglichen Forschungsergebnissen.

Abschließend werden Interventionsstudien zu den einzelnen Risikoverhaltensweisen, soweit vorhanden auch unter Verwendung des TTM, in Kapitel 1.5 beschrieben. Literatur zum Einfluss des eigenen Gesundheitsverhaltens auf die Gesundheitsberatung wird in Kapitel 1.6 vorgestellt; anschließend leite ich die Fragestellung für die vorliegende Arbeit ab.

1.2 Gesundheit und Gesundheitsverhalten

Gesundheit ist mehr als die bloße Abwesenheit von Krankheit zum Zwecke der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit - diese Erkenntnis hat sich in der ÄrzInnenschaft allmählich durchgesetzt. Die WHO - Definition von Gesundheit als „Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“ aus dem Jahr 1963 steht in erster Linie für Bestrebungen einer Gesundheitspolitik, die sich einer ganzheitlichen Betrachtungsweise des Menschen (wieder) zuwendet und den Präventionsgedanken, insbesondere den der Primärprävention, in den Vordergrund stellt. Auch der deutsche Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen fordert in seinem Gutachten (2000/2001) mehr Prävention als lohnende und notwendige Zukunftsinvestition.

Gesundheit stärken anstatt Krankheitssymptome bekämpfen - wer weiß jedoch zu sagen, was gesund macht? Einzelne Risikofaktoren erklären lediglich einen geringen Teil der Varianz, insbesondere psychische Stressfaktoren; weshalb andere Personen mit gleicher Risikokonstellation nicht krank werden bzw. sich beeinträchtigt fühlen ist sicherlich nicht monokausal auf genetische Prädeterminanten zurückzuführen. Das Konzept der „Salutogenese“, von Aaron Antonovsky Anfang der 80er Jahre entwickelt, greift diese Lücke auf und fokussiert auf intrapsychische Prozesse und Ressourcen des Individuums (s. auch Heim, 1994); eine schulmedizinisch ausgerichtete Forschung hierzulande beschränkt sich im Hinblick auf Gesundheitsverhalten derzeit weitgehend auf die Elimination von Noxen, das Vermeiden von Risikoverhalten - die Entfernung potentieller Krankheitsauslöser also.

Der Begriff „Gesundheitsverhalten“ („health behavior“) geht zurück auf eine Arbeit des Amerikaners Earl Lomon Koos aus dem Jahr 1954: „The health of Regionville, what the people thought and did about it“. Lange Zeit wurde die Diskussion zur Begriffsbestimmung nur in den USA geführt; dort setzte sich eine Dreiteilung des Begriffes durch: Unter „Gesundheitsverhalten“ wurden Aktivitäten eines (gesunden) Menschen subsumiert, die auf Prophylaxe und Früherkennung von Krankheiten gerichtet sind; unter „Krankheitsverhalten“ alle Verhaltensweisen einer sich beeinträchtigt fühlenden Person, die das Ziel haben, den Gesundheitszustand zu erkennen, evtl. eine Diagnose zu stellen und eine Therapie festzulegen; das „Krankenrollenverhalten“ schloss die Handlungen einer erkrankten Person ein, die diese unternimmt, um gesund zu werden (Kasl & Cobb, 1966).

Im deutschen Sprachgebrauch hingegen umfasst der Begriff Gesundheitsverhalten die „Spanne von gesunder Lebensführung (z.B. prophylaktisches Verhalten, Psychohygiene, gesundheitsfördernde Einstellungen) bis hin zum entgegengesetzten Handeln: krankheitsfördernde Lebensweise.“ (Voigt, 1978). In dieser Arbeit folge ich am ehesten diesem Begriff.

Die am häufigsten untersuchten – weil auch relativ objektiv zu erhebenden - Determinanten von Gesundheitsverhalten bzw. Risikoverhalten umfassen die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen (Arztbesuche, Vorsorgeuntersuchungen, Medikamentengebrauch), Ernährungsverhalten (inkl. Körpergewicht und Alkoholkonsum), Rauchen und körperliche Bewegung; so auch weitgehend in dieser Arbeit.

1.2.1 Das Risikofaktorenmodell

Der Begriff Risikofaktor tauchte vermutlich erstmalig im Rahmen der Framingham-Studie Anfang der 60er Jahre in Zusammenhang mit Beobachtungen zur Inzidenz der koronaren Herzkrankheit auf (Epstein, 1978). Robra (1978) definiert einen Risikofaktor als „ein Charakteristikum einer Person oder einer Bevölkerungsgruppe, dessen Vorhandensein die Wahrscheinlichkeit, in einem definierten Zeitraum von einer bestimmten Krankheit befallen zu werden, gegenüber einer anderen Person oder Bevölkerungsgruppe ohne dieses Charakteristikum signifikant erhöht.“ Die Frage nach der Kausalität bleibt hierbei offen; in der Verwendung des Terminus „Risikoindikator“ findet die Schwierigkeit einer eindeutigen kausalen Attribution ihren Ausdruck (Epstein, 1978).

Kritisch ist des weiteren zu vermerken, dass im Rahmen der Risikofaktorendiskussion extrapersonale Faktoren – Umweltfaktoren, strukturelle und soziale Gegebenheiten – häufig außer acht gelassen werden; auf der anderen Seite hingegen ist die Bedeutung eines Risikoverhaltens als Bewältigungsstrategie eines Individuums nicht zu unterschätzen (Karmaus, 1979; Franzkowiak, 1985).

Nach einer Publikation des amerikanischen Gesundheitsministeriums können mindestens sieben der zehn häufigsten Todesursachen über die Veränderung von Risikoverhaltensweisen beeinflusst werden (zit. nach Scharfenstein & Basler, 1991).

Es werden Risikofaktorenprofile und Interventionsstrategien entwickelt; angesichts des häufigen Zusammenwirkens mehrerer Risikofaktoren bewähren sich vor allem multimodale Therapieansätze, insbesondere Kombinationen aus Ernährungs- und Sportberatung (Fagerberg, 1998; Yusuf, 1998). Forschungsergebnisse zu ein- und mehrgleisigen Interventionsformen werden in Kapitel 1.5 dargestellt.

Die isolierte Betrachtung einzelner Risikofaktoren kann der Komplexität von Gesundheits- bzw. Risikoverhalten nicht ausreichend gerecht werden; aus Gründen der Übersichtlichkeit ist die folgende Betrachtung zur pathogenen Wirkung einzelner Risikofaktoren dennoch notwendig.

1.2.2 Gesundheits- bzw. Risikoverhalten

1.2.2.1 Ernährung

Die Ernährungsabhängigkeit von Krankheiten ist methodisch nicht immer eindeutig zu belegen, hinsichtlich einer Reihe von Assoziationen besteht aber mittlerweile Einigkeit.

Grundsätzlich lassen sich nach Kohlmeier et al. (1993) fünf Mechanismen der Beeinflussung der Gesundheit durch Ernährung beschreiben:

- Die (Mit-)Verursachung einer Erkrankung durch Ernährungsgewohnheiten; hierzu zählen vor allem die häufig belegten Zusammenhänge eines hohen Fettgehalts, insbesondere an gesättigten Fettsäuren, häufigen Konsums von rotem Fleisch (Rind, Lamm und Schwein) und eines hohen Natriumgehalts der Nahrung mit Krebs- und kardiovaskulären Erkrankungen, sowie die offensichtlich protektiven Effekte eines hohen Anteils an Rohkost, Frischobst, Vitamin C und E, Karotin, pflanzlichen Ölen und Ballaststoffen (Kohlmeier et al., 1993; Gonzalez, 1995; Riboli et al., 1995; Cornee et al., 1995; Riboli, 1992; Riboli & Norat, 2001) im Hinblick auf Krebserkrankungen, aber auch z.B. rheumatoide Arthritis (van de Laar et al., 1990)
- Die Beeinflussung einer bestehenden Erkrankung durch eine Diät, z.B. bei Niereninsuffizienz
- Die Therapie einer Erkrankung durch Ernährungsmaßnahmen, z.B. im Rahmen der Glutensensitiven Enteropathie
- Die Deckung des physiologischen Bedarfs an Spurenelementen u.ä., z.B. Jodprophylaxe
- Die Verursachung von Erkrankungen durch Kontamination oder Zusatzstoffe.

Nachdem frühere Schätzungen - insbesondere von Doll & Peto (1981) - zur Vermeidbarkeit von Krebserkrankungen durch eine gesündere Ernährung zwischen 10 und 70% schwankten, schätzt Willett (1995) mittlerweile diesen Anteil auf immer noch ca. 20 – 40% in den USA. Fehlernährung ist häufig mit Adipositas, sozioökonomischer Benachteiligung sowie mit anderen Risikoverhaltensweisen assoziiert – RaucherInnen beispielsweise ernähren sich ungesünder als NichtraucherInnen (Osler, 1998); Fette sind bekanntermaßen billige Nährstoffe. Somit handelt es sich hier in vermutlich beträchtlichem Umfang um Confounder, die solche Schätzungen als fragwürdig erscheinen lassen.

Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und der Typ II-Diabetes gehören zu den 10 häufigsten Diagnosen in der allgemeinmedizinischen Praxis (ZI 2003).

Im Bericht des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) zu „Gesundheit in den neuen Ländern“ (2000) wird von einem durchschnittlichen Fettanteil von 33 Energieprozent und einem

Kohlehydratanteil von 45 Energieprozent bei Männern bzw. 48 bei Frauen in der (gesamten) Bundesrepublik berichtet; dies stellt im Vergleich zu Zahlen aus den 80er Jahren eine günstige Entwicklung dar. Dennoch sei die Ernährungssituation in Deutschland gekennzeichnet durch eine Überversorgung mit hohem Fett- und Alkoholanteil. Das Verhältnis Fett/Kohlenhydratanteile ist u.a. einer Untersuchung von Trippo (2000) an 708 BrandenburgerInnen zufolge insbesondere bei Menschen mittleren Alters sowie bei Männern ungünstig. Diese Angaben sind jedoch sicherlich nicht uneingeschränkt auf die hier betrachteten Berufsgruppen zu übertragen. 12% der befragten PatientInnen aus der Vorläuferstudie von Schmidt (2000) ernähren sich gesund.

1.2.2.2 Körpergewicht und Adipositas

Berechnungsgrundlage für die Klassifizierung der Adipositas ist der Körpermassenindex (Body Mass Index = BMI). Der BMI berechnet sich als Quotient aus Gewicht (kg) und dem Quadrat der Körpergröße (m). Bei einem BMI ≥ 25 kg/m² wird laut WHO-Klassifikation von Übergewicht gesprochen; dabei wird der Bereich bis 29,9 als Präadipositas, der Bereich bis 34,9 kg/m² als Adipositas Grad I, bis 39,9 kg/m² als Grad II und ab 40 kg/m² als Grad III oder auch morbide Adipositas definiert (Stunkard & Wadden, 1993).

Inzidenz und Prävalenz der Adipositas wie auch der Präadipositas steigen mit dem Alter an (Bergmann und Mensink, 1999)- von unter 10% in den Altersgruppen unter 30 Jahren auf über 30-40% in den Altersgruppen ab 50.

Insgesamt erreicht die Prävalenz der Adipositas in Deutschland 10,6% bei den Männern und 11,6% bei den Frauen (Heseker et al, 1995; Lauterbach et al., 1998). Gut 45 % aller Frauen weisen im Gegensatz zu etwa einem Drittel aller Männer einen BMI von < 25 kg/m² auf, dagegen sind knapp 50% aller Männer im Vergleich zu etwa einem Drittel aller Frauen als präadipös zu bezeichnen; diese Geschlechtsunterschiede lassen sich ab einem BMI ≥ 30 kg/m² nicht mehr aufzeigen - hier sind Männer und Frauen gleichermaßen zu ca. 20% vertreten, wobei Frauen aus den neuen Bundesländern etwas überrepräsentiert sind (BMG 2000). Damit liegen Deutsche im europäischen Vergleich im Mittelfeld – die EPIC Studie (European Prospective Investigation into cancer and nutrition), eine groß angelegte Kohortenstudie in 25 europäischen Städten aus 9 Ländern, ermittelt Adipositasraten (hier BMI ≥ 30 kg/m²) zwischen 8%-40% bei Männern, 5%-53% bei Frauen in der Altersgruppe 50-64Jähriger (Haftenberger et al, 2002). Adipositas gehört ebenfalls zu den 10 häufigsten ICD-Diagnosen in der allgemeinmedizinischen Praxis (ZI 2003). Im PatientInnenkollektiv der Vorläuferstudie von Schmidt (2000) fanden sich 62% Adipöser.

Mit steigendem BMI erhöht sich das Morbiditätsrisiko für Adipositas-assoziierte Erkrankungen beträchtlich – von einem relativen Risiko über 2 ist z.B. in Zusammenhang mit der Gonarthrose, Diabetes, Dyslipoproteinämie, Hyperurikämie, Gallenblasenerkrankungen, kardiovaskulären

Erkrankungen sowie dem Endometrium-Karzinom auszugehen (Hauner et al., 1996; Lauterbach et al., 1998).

Entsprechend steigt auch das Mortalitätsrisiko mit steigendem BMI exponentiell an (Lauterbach et al., 1998). Dieses Risiko ist allerdings in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht zu sehen – mit steigendem Alter sinkt das relative Risiko, und für Frauen liegt es ohnehin etwas niedriger (Dorn et al., 1997; Stevens et al., 1998; Galanis et al., 1998). Auch muss soziale Klassenzugehörigkeit als Confounder berücksichtigt werden – bereits bei 5-7-jährigen Kindern zeigt sich die inverse Korrelation zwischen BMI und sozialer Schichtzugehörigkeit; auch haben übergewichtige Eltern wesentlich häufiger übergewichtige Kinder, dieser Effekt ist ebenfalls ausgeprägter in Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status (Langnase et al., 2002).

Infolge häufigerer Praxiskontakte, zahlreicher Begleiterkrankungen und höherer Inanspruchnahme medizinischer Leistungen sowie häufigerer Arbeitsausfallzeiten sind die Kosten und die gesundheitspolitische Bedeutung der Adipositas enorm (Hauner et al., 1996); Maßnahmen zur Vorbeugung und Behandlung der Adipositas sind entsprechend essentiell.

1.2.2.3 (Mangelnde) körperliche Aktivität

Die positiven Auswirkungen von regelmäßiger körperlicher Aktivität auf die körperliche wie auch auf die psychische Gesundheit sind hinreichend belegt (Schlicht, 1994; Knoll, 1997), selten werden dabei allerdings alle Wirkungsmechanismen gleichermaßen berücksichtigt. Da Sport als relativ diffuser und unspezifischer Stimulus auf verschiedene Reaktionssysteme individualspezifisch wirkt, sind Kausalaussagen zu physiologischen oder psychischen Veränderungen infolge vermehrter körperlicher Aktivität mit Vorsicht zu interpretieren.

Insbesondere bei der (primären wie auch tertiären) Prävention von kardiovaskulären Erkrankungen wie der koronaren Herzkrankheit (Eaton, 1992; Bijnen et al., 1998), atherosklerotischer Veränderungen der Carotiden (Luedemann et al., 2002) und der arteriellen Hypertonie (Arroll & Beaglehole, 1992; Ringelstein & Henningsen, 2001) als wiederum starker Risikofaktor für ischämische Insulte und in Kombination mit Maßnahmen zur Gewichtsreduktion und gesünderen Ernährung lassen sich Effekte bis hin zu einer Wiedererweiterung stenosierter Herzkranzgefäße (Lifestyle Heart Trial, Ornish et al., 1990 und 1998; s. Kap. 1.5.2) und rückläufiger Dysfunktion des Koronarendothels (Gielen et al., 2001) nachweisen. Eine Kohortenstudie an Absolventen der Harvard Universität zeigt eine Verbesserung der Lebensqualität, u.a. im Sinne einer geringeren Inzidenz von Depression; in Abhängigkeit vom Ausmaß der körperlichen Aktivität (Paffenbarger et al., 1994). Stewart et al. (1994) beschreiben, wie chronisch Kranke (v.a. kardiovaskulär und depressiv Erkrankte) über ein besseres Wohlbefinden und besseres „Funktionieren“ im Alltag dank körperlicher Aktivität - nach

vielfachen Adjustierungen zur Elimination anderer Einflussgrößen - während eines Beobachtungszeitraumes von zwei Jahren berichten.

Shepard et al. kommen 1999 in einer Übersichtarbeit zu der Aussage, dass sich moderate regelmäßige körperliche Aktivität im Gegensatz zu teils immunsuppressiv wirkendem intensiven einmaligen Aktivitäten u.a. über die Stimulation von NK-Zellen und Makrophagenaktivität günstig auf das Immunsystem auswirkt. Auch in der Prävention der Osteoporose kann körperliches Training effektiv sein (Review von Gutin & Kasper, 1992). Aldoori et al. (1995) kommen in einer prospektiven Kohortenstudie an über 47.000 Amerikanern zu dem Schluss, dass körperliche Aktivität neben ballaststoffreicher Kost ein wichtiger Faktor in der Primärprävention symptomatischer Divertikelerkrankungen sein kann. In diesen Kontext passt auch die Schlussfolgerung einer prospektiven Kohortenstudie von Martinez, Giovannucci et al. (1997), wonach viel Bewegung in der Freizeit neben einem niedrigen BMI mit der geringeren Inzidenz maligner Darmerkrankungen verknüpft ist.

Datenerhebungen zum Bewegungsverhalten in der Bevölkerung sind mit methodischen Schwierigkeiten behaftet und präsentieren kein einheitliches Bild. Lüschen (1996) spricht in seiner mehrjährigen länderübergreifenden Studie zum Gesundheitsverhalten der Bevölkerung von 64% westdeutschen Erwachsenen, die Sport treiben. Einem aktuellen EU Bericht zufolge üben ca. 32% der über 15-Jährigen gar keine körperliche Betätigung aus (EU-Kommission, 2003).

Dem Bundesministerium für Gesundheit zufolge treiben über alle Altersklassen gerechnet 40 – 55% der Bundesdeutschen gar keinen Sport, wobei BewohnerInnen der neuen Bundesländer und Frauen jeweils überrepräsentiert sind; unter den Personen, die mehr als 2 Stunden pro Woche Sport treiben, finden sich vermehrt westdeutsche Männer sowie mehr Angehörige höherer sozialer Schichten (BMG, 2000). Auch Mensink et al. (1997) zufolge sind körperlich ausreichend aktive Personen eher sozioökonomisch besser gestellt, leben zudem eher in Städten, rauchen weniger und ernähren sich gesünder.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sich regelmäßige körperliche Bewegung in beträchtlichem Maß über vielfältige Wirkmechanismen günstig auf die Gesundheit auswirken kann; das Bewegungsverhalten in der Bevölkerung hängt von vielen Faktoren ab und ist sicherlich nicht als optimal zu bezeichnen.

1.2.2.4 Rauchen

Rauchen zählt zu den bekanntesten und bestuntersuchten Risikofaktoren einer Reihe von Erkrankungen.

Eine deutliche Erhöhung des relativer Risikos ($RR > 2$) ist u.a. bekannt für ischämische zerebrale Insulte, plötzlichen Herztod und andere kardiovaskuläre Erkrankungen (u.a. US Dep. Of Health

and Human Services, 2004), für Krebserkrankungen der Lunge, des oberen aerodigestiven Trakts, des Pankreas, der Zervix und der Harnblase (Nordlund et al., 1997), und für peptische Magenerkrankungen und Magenkarzinome (Raiha et al., 1998; Gonzalez et al., 2003).

Peto et al. (1996) schreiben dem Tabakkonsum 24% aller Todesfälle bei Männern und 7% bei Frauen in 44 zusammengefassten „entwickelten“ Ländern zu; er spricht von etwa 3 Millionen Tabaktoten pro Jahr. Die WHO spricht von 10% tabakbedingten Todesfällen und prognostiziert einen Anteil von 1/6 an der globalen Mortalität für 2030, sollte sich der aktuelle Trend insbesondere in den so genannten Entwicklungsländern fortsetzen (WHO, 2002). Auch diese Schätzungen sind angesichts von Confoundern wie anderen begleitenden Risikoverhaltensweisen mit Vorsicht zu bewerten.

In der Mikrozensus – Befragung 1995, in der 0,5% der Bevölkerung der BRD erfasst werden, wird die Abhängigkeit der Rauchgewohnheiten von der sozialen Schicht deutlich: während beispielsweise bis zu 54% aller Arbeiter in einfachen manuellen Berufen rauchen, finden sich die niedrigsten Raucherraten bei Gymnasial- und Hochschullehrern (13-15%). Frauenberufe mit hohem Raucherinnenanteil sind Gastwirtin und Altenpflegerin (42 bzw. 36%), während Lehrerinnen, Landwirtinnen und Ärztinnen die niedrigste Prävalenz an Raucherinnen aufweisen (Borgers & Helmert, 1998).

Van Reek & Adriaanse (1991) beschreiben, wie seit den 50er Jahren zumindest in skandinavischen Ländern die Raucherquote unter Männern deutlich sinkt, während sich dieser Trend bei Frauen nicht in dieser Deutlichkeit ausmachen lässt. Hier ist Rauchen vermutlich als (falsch verstandenes) Zeichen von Emanzipation zu verstehen.

1.2.2.5 Stress und psychische Belastungen

Stress ist nicht im Sinne einer physikalischen Stressdimension objektiv quantifizierbar; stattdessen sind Stressantworten als Interaktion zwischen einem oder mehreren Stressfaktor(en) und individuellen Organismusvariablen zu verstehen.

Stressantworten spielen sich sowohl auf somatischer als auch auf psychischer Ebene ab. Beispiele für psychophysiologische Reaktionen des Organismus sind gesteigerte sympathische Aktivität (Katecholaminspiegel), gesteigerte Aktivierung der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse (Kortisol, ACTH, Prolactin, LH, Testosteron), Ausschüttung endogener Opiate (stressinduzierte Analgesie), gesteigerte Verstoffwechslung von Neurotransmittern, (v.a. Noradrenalin) und Immunsuppression (Behinderung der Lymphozytenproliferation).

In Steptoe's interaktivem Stressmodell (1989) wird die Komplexität von Stressverarbeitungsmechanismen deutlich: zu berücksichtigen sind die psychosozialen Anforderungen, die an das Individuum gestellt werden, dessen psychosoziale Ressourcen und

seine psychobiologischen Antworten auf kognitiver, affektiver und Verhaltensebene, auf der des endokrinen und immunologischen Systems sowie des autonomen Nervensystems.

Depression kann nach Ford et al. (1998) als unabhängiger Risikofaktor für koronare Herzerkrankungen und myokardiale Infarkte, zumindest bei Männern, gelten.

Zusammenhänge zwischen Stress und insbesondere mildem bis mäßigem Bluthochdruck sind nach Boone (1991) unbestreitbar.

Lampe et al. (1998) untersuchen PatientInnen mit unklaren Rückenschmerzen und vergleichen diese mit PatientInnen, die unter Beschwerden mit geklärter organischer Ursache leiden; den PatientInnen der ersten Gruppe ging signifikant häufiger mindestens ein sehr belastendes Lebensereignis der letzten Schmerzattacke voraus.

In einer Studie an knapp 240 Patientinnen einer gastroenterologischen Station gelangen Leserman et al. (1998) zu der Auffassung, dass rund 32% der Gesundheitsbeschwerden auf Stressoren in der Lebensgeschichte der Patientinnen zurückzuführen sind, namentlich das Erleben sexueller und/oder körperlicher Gewalt, Verluste nahe stehender Personen und belastende Ereignisse in der näheren Vergangenheit.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Stressfaktoren als unspezifische Risikofaktoren für eine Vielzahl von somatischen, psychosomatischen und psychischen Erkrankungen zu bezeichnen sind.

1.2.2.6 Inanspruchnahme medizinischer Leistungen – Check ab 35, Krebsfrüherkennung und Impfrate

Zum Gesundheitsverhalten der Bevölkerung konstatiert Lüschen (1996), dass 69% der Deutschen mindestens einmal im Jahr ihre HausärztInnen aufsuchen; im europäischen Vergleich ist dies viel. Dies mag daran liegen, dass nur 59% der Befragten ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut bezeichnete, und Deutschland zumindest für das Jahr 1995 die höchste Rate an ernsthaften bzw. chronischen Erkrankungen in Europa aufwies.

Früherkennungsuntersuchungen

Die ärztliche Gesundheitsuntersuchung nach §25 SGB V („Check ab 35“) wurde 1989 mit dem Ziel eingeführt, Risikofaktoren bzw. Krankheiten zu erkennen, gegen die wirksame Interventionen zur Verfügung stehen; in erster Linie sind dies kardiovaskuläre Erkrankungen und ihre Risikofaktoren sowie Nierenerkrankungen und Diabetes mellitus.

1997 lag die Beteiligungsrate einem Survey des RKI zufolge (Kahl et al., 1999) bei 26,7% der berechtigten Männer und 24,5% der Frauen. Die Beteiligung steigt – bezogen auf die 1-Jahres-Teilnahmeraten - über die Altersklassen von gut 10% in der jüngsten Altersgruppe der 35 - 39jährigen auf maximal 42,9% in der Gruppe der 70 - 74jährigen Männer an. Dabei ist in den

jüngeren Altersgruppen die Beteiligung von Frauen, in älteren die von Männern etwas höher; Oberschichtangehörige zeigen eine niedrigere Teilnahmerate, insbesondere im höheren Alter. Insgesamt ist bei diesen Zahlen sicherlich ein Selektionsbias zu berücksichtigen, die tatsächlichen Teilnahmezahlen liegen etwas niedriger. Die entsprechenden Daten von 2001 vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der BRD (kurz: ZI) unterscheiden sich nicht wesentlich, die max. Inanspruchnahme beträgt jetzt 21,2% in der Gruppe der 60-64jährigen Männer; insgesamt ist ein kontinuierlicher Zuwachs an den Teilnahmeraten der GU zu verzeichnen von 9,7% der Berechtigten 1992 auf 20,7% im Jahr 2001 (ZI, 2001). Des Weiteren besteht ein Ost-West Unterschied mit Teilnahmeraten (1997) von 8,3% in den neuen bzw. 12,5% in den alten Bundesländern (Bundesministerium für Gesundheit, 2000). Gemäß §25 SGB V und den Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen soll der Check ab 35 möglichst im Zusammenhang mit einer Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen angeboten werden. Dies geschah in den Jahren 1992/93 bei 4,2 % der teilnehmenden Frauen, hingegen bei 44,6% der teilnehmenden Männer. Diese Zahl überrascht allerdings wenig angesichts der Tatsache, dass die Krebsvorsorgeuntersuchung bei Frauen in der Regel von GynäkologInnen und nicht von HausärztInnen durchgeführt wird.

Krebsfrüherkennungsuntersuchungen wurden 1997 von 39,3% der Frauen und 12,8% der berechtigten Männer in Anspruch genommen; erwartungsgemäß steigt die Teilnahmerate bei den Männern von 11,1% in der Altersgruppe 45-49 Jahre bis auf 25,8% in der Gruppe der 65-69Jährigen; bei den Frauen ist die Altersverteilung eher abnehmend mit der höchsten Beteiligungsrate bei den 25-29jährigen mit 65,3% bis auf 39,3% bei den 65-69Jährigen (ZI 2001a).

Impfungen

Die Tetanus-Impfrate beträgt bei Kindern in Deutschland rund 95%, fällt aber mit zunehmendem Alter ab, da die etwa alle 10 Jahre empfohlenen Auffrischungen unterbleiben. Eine Untersuchung an über 18.000 Bundeswehrrekruten im Alter zwischen 18 und 40 Jahren zeigt, dass nur 42% der 21-40jährigen ausreichend gegen Tetanus geimpft sind (RKI, 1998). Baum et al. (1995) berichten von einer Untersuchung in fünf allgemeinmedizinischen Praxen an über 700 PatientInnen, derzufolge bei 72,6% eine ausreichende Grundimmunisierung gegen Tetanus dokumentiert war.

Da die Hepatitis B-Impfung für die Allgemeinbevölkerung ab dem Kindesalter erst seit wenigen Jahren empfohlen wird, wird auf sie nur im Zusammenhang mit dem Gesundheitsverhalten der ÄrztInnen eingegangen.

1.3 Gesundheits- bzw. Risikoverhalten bei ÄrztInnen

In diesem Abschnitt wird der Stand bisheriger Forschung zu den genannten Risikoverhaltensweisen im Hinblick auf die Berufsgruppe der Ärztinnen und Ärzte vorgestellt; hierbei lege ich – soweit möglich – einen Schwerpunkt auf Studienergebnisse zu HausärztInnen. Umfangreiche und qualitativ hochwertige Studien zum ärztlichen Gesundheitsverhalten sind jedoch rar, vorwiegend handelt es sich um Querschnittsstudien. Genauer gehe ich jeweils auf den Vergleich mit den Daten der Vorläuferstudie von Schmidt (2000) ein, in der das Gesundheitsverhalten von HausärztInnen mit einer parallelisierten Gruppe von PatientInnen mit Hochschulabschluss anhand eines weitgehend identischen Fragebogens verglichen wird.

Zumindest in den USA scheint es um ärztliche Morbidität und Mortalität nicht schlecht bestellt – Ärzte erreichen mit 73 Jahren ein höheres Durchschnittsalter als z.B. Anwälte (72) oder andere Akademiker (71) laut entsprechenden Daten aus 28 Bundesstaaten über die Jahre 1984 – 1995 (aus methodischen Gründen wurden nur die Daten von Männern betrachtet). Zerebrovaskuläre Erkrankungen, Unfälle und Suizide fanden sich dabei jedoch häufiger als Todesursache als in der restlichen Bevölkerung – letzteres liegt aber u.a. daran, dass die Ärztepopulation jünger als die Durchschnittsbevölkerung ist und somit eine Verzerrung stattfindet. Des Weiteren finden sich niedrigere Raten für Leberzirrhose und andere Alkoholmissbrauch – assoziierte Erkrankungen sowie für chronisch- obstruktive Lungenerkrankungen als eine Folgeerscheinung des Rauchens. (Frank, 2000). Für deutsche ÄrztInnen sieht es nach einer Hochrechnung der Sterbetafeln des Versorgungswerkes – in die allerdings auch Daten anderer freier Berufe wie Zahnärzte, Anwälte etc. eingehen – sogar noch besser aus: demnach würden Ärzte durchschnittlich 83, Ärztinnen 88 Jahre alt! Da dieser Hochrechnung allerdings ein versicherungsmathematischer Sicherheitszuschlag innewohnt, können diese Zahlen nicht mit der aktuellen Lebenserwartung gleichgesetzt werden (Müller, 1999). Demnach steht es um die Mortalität offensichtlich gar nicht schlecht – was ist also mit der Morbidität deutscher ÄrztInnen?

1.3.1 Ernährung

Die Ernährung von ÄrztInnen wird in einer US-amerikanischen Studie mit der von nichtmedizinischen HochschullehrerInnen verglichen. Hierbei zeigt sich, dass die ÄrztInnen sich deutlich gesünder ernähren, wobei als Kriterium der Fett-, Salz- und Kaloriengehalt der Nahrung diente (Kahn et al., 1988). Auch im Vergleich mit AnwältInnen achten ÄrztInnen laut Wyshak et al. (1980) stärker auf eine gesunde Ernährung.

Der gemessene Cholesterinwert liegt mit 198 mg/dl bei den Ärzten und 160 mg/dl bei den Ärztinnen in einer kalifornischen Untersuchung im Durchschnitt niedriger als bei der

Allgemeinbevölkerung mit 213 mg/dl. Unter den ÄrztInnen geben 54% an, auf eine fettreduzierte Nahrungszusammensetzung zu achten (Bortz, 1992). In einer Erhebung an australischen AllgemeinärztInnen wird bei 22% ein zu hoher Cholesterinspiegel gemessen, was 51% von ihnen zum Anlass nehmen, ihr Ernährungsverhalten umzustellen, wohingegen 37% ihre bisherigen Ernährungsgewohnheiten beibehalten (Nyman, 1991). Nach der Studie von Schmidt (2000) schneiden die ÄrztInnen in ihren Angaben zu einer Nahrungsmittelliste, in der nach Verzehrhäufigkeiten einzelner Nahrungsmittel gefragt wird, signifikant besser ab als die PatientInnen; wenn auch der Anteil derer, die sich gesund im Sinne der zugrunde gelegten Liste erwiesen, nur ein Viertel beträgt, so liegt er immerhin deutlich über den 12,5% der PatientInnengruppe. Abgesehen davon ließ sich zum Ernährungsverhalten deutscher ÄrztInnen keine weitere Literatur identifizieren.

Befragungen zu Ernährungsgewohnheiten sind insbesondere bei ÄrztInnen vor dem Hintergrund einer Tendenz zu sozial erwünschtem Antwortverhalten zu sehen – ÄrztInnen stehen in besonderem Maß unter der Erwartungshaltung, sich „gesund“ zu verhalten. Darüber hinaus wissen sie evtl. besser als medizinische Laien, welche Antworten zu einer positiven Beurteilung des Ernährungsverhaltens erwartet werden.

1.3.2 Körpergewicht und Adipositas

Chambers (1992) dokumentiert einen Unterschied in der Übergewichtigkeit zwischen britischen AllgemeinärztInnen und LehrerInnen. Während 46% der LehrerInnen einen BMI von 25 kg/m² und darüber aufweisen, sind es unter den ÄrztInnen nur 38%. Im Vergleich mit AnwaltInnen ergeben sich hingegen in einer US-amerikanischen Untersuchung keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen (Wyshak, 1980). 44% einer Stichprobe kalifornischer ÄrztInnen schätzen sich selbst als übergewichtig ein (Bortz, 1992), LeBlanc et al. (1997) zufolge etwa ein Drittel der von ihnen befragten gut 900 amerikanischen ÄrztInnen und Gault et al. (1994) zufolge 20% der befragten Ärzte und 13% der Ärztinnen aus einer Studienpopulation von insgesamt über 800 ÄrztInnen aus West-Virginia, USA. Unter australischen AllgemeinärztInnen befinden sich nach Nyman (1991) 16% mit Übergewicht, wobei auch er hierfür einen BMI ab 25 kg/m² zugrunde legt. 30% der von Gault et al. (1994) untersuchten ÄrztInnen weisen außerdem einen LDL-Cholesterinspiegel von über 130mg/dl und 8% einen Triglyceridspiegel i.S. von über 250 mg/dl auf.

Verglichen mit ChirurgInnen und GynäkologInnen schätzen sich in einer US-amerikanischen Studie AllgemeinärztInnen häufiger als übergewichtig ein (Wells et al., 1984).

Deutsche Literatur ist hier wiederum rar; in der Vorläuferstudie zu dieser Arbeit weisen die HausärztInnen zu 38% einen BMI ≥ 25 kg/m² auf im Gegensatz zu 60% der PatientInnen

(Schmidt, 2000).

1.3.3 (Mangelnde) körperliche Aktivität

Die Untersuchungen zur körperlichen Aktivität der ÄrztInnen kommen zu unterschiedlichen Aussagen. Während Bortz (1992) mit 93% einen deutlich höheren Anteil an regelmässig Sport treibenden kalifornischen ÄrztInnen feststellt als in der amerikanischen Allgemeinbevölkerung, gelangen andere Untersuchungen zu abweichenden Ergebnissen. Kahn et al. (1988) zufolge treiben ÄrztInnen in Massachusetts deutlich weniger Sport als nichtmedizinische HochschullehrerInnen. Nach Gaertner (1991) et al. ist davon auszugehen, dass kanadische ÄrztInnen sich mit 30% insgesamt weniger sportlich betätigen als die Gesamtbevölkerung, für die ein Prozentsatz von 39% körperlich Aktiver ermittelt wurde. Dieser Unterschied tritt noch deutlicher zu Tage, vergleicht man die ÄrztInnen mit anderen AkademikerInnen.

Dioguardi et al. (1994) beziffern den Anteil brasilianischer ÄrztInnen, die sich ausreichend bewegen, auf 63%.

Hensrud et al. (1992) berichten von einer Umfrage an knapp 400 ÄrztInnen in Minnesota, USA, derzufolge 65.6% der Befragten angeben, regelmäßig Sport zu betreiben, allerdings nur 38.2% im kardiovaskulär wirksamen, schweißtreibendem Maß von mindestens dreimal pro Woche über mindestens 15 min. Die Prävalenz ist dabei unter Ärzten sowohl hinsichtlich Frequenz als auch hinsichtlich Intensität höher als unter Ärztinnen, sowie auch höher als in der Allgemeinbevölkerung. Gault et al. (1994) zufolge berichten 48% der befragten Ärzte bzw. 47% der Ärztinnen, sich regelmäßig, d.h. hier mindestens dreimal wöchentlich über mindestens eine halbe Stunde, körperlich zu betätigen. Frank et al. (2003) zufolge betreiben 49% der 4.501 befragten Allgemeinärztinnen der Women Physicians' Health Study ausreichend Sport; unverheiratete, weiße, normalgewichtige Ärztinnen in gutem Gesundheitszustand waren dabei überrepräsentiert.

Auch britische AllgemeinmedizinerInnen betreiben verglichen mit LehrerInnen weniger Sport als diese (Chambers & Belcher, 1993).

LeBlanc et al. (1997) zufolge bezeichnen sich 54% der von ihnen befragten ÄrztInnen als regelmäßig körperlich aktiv.

Lewis, Clancy et al. untersuchten 1991 in einer schriftlichen Befragung u.a. das Gesundheitsverhalten von 1349 InternistInnen in den USA; hierbei geben 38,7 % an, sehr oder ziemlich körperlich aktiv zu sein, wobei die ungenaue Zielvorgabe, was unter körperlicher Aktivität zu verstehen ist, das Ergebnis wahrscheinlich schön (vgl. Reed et al., 1997).

Laut Gaertner scheint die Zugehörigkeit zu einer ärztlichen Fachrichtung keinen Einfluss auf das

Ausüben von Sport zu haben. Demgegenüber verzeichnet Wells (1984) ein erhöhtes Ausmaß körperlicher Aktivität von ChirurgInnen und GynäkologInnen gegenüber AllgemeinärztInnen.

Fast die Hälfte der deutschen ÄrztInnen betreibt nach Ergebnissen einer Infratestumfrage gar keinen Sport (Bundesverband Pharmazeutische Industrie 1992), während sich die Allgemeinbevölkerung in Deutschland gegenüber anderen europäischen Staaten eher viel bewegt (Lüschen, 1996). Braumann et al. (2001) zufolge gaben 14% der schriftlich befragten Hamburger ÄrztInnen an, keinen Sport zu treiben, 52% hingegen antworteten, mehr als zwei Wochenstunden sportlich aktiv zu sein. Bei einem Fragebogenrücklauf von 23% ist hier jedoch eine Positivselektion anzunehmen.

Schmidt (2000) beschreibt als einzigen Unterschied im Bewegungsverhalten zwischen ÄrztInnen- und PatientInnengruppe, dass ÄrztInnen angeben, mehr Ausdauersport zu betreiben. 18% geben hierbei an, dies mindestens dreimal pro Woche zu betreiben. Gymnastik, Turnen u.ä. Sportarten sowie Spiel – Sportarten (Fuß-, Volleyball u.ä.) werden von über 2/3 der befragten ÄrztInnen selten oder nie ausgeübt.

Insgesamt hat es den Anschein, dass nur ein geringer Teil der ÄrztInnen ausreichend Sport treibt, wobei die Angaben zwischen 30% und 63% ÄrztInnen, die sich ausreichend bewegen, schwanken. ÄrztInnen in Deutschland scheinen eher weniger körperlich aktiv zu sein als die Allgemeinbevölkerung.

Dennoch geben bei einer Befragung unter kanadischen ÄrztInnen über 80% an, körperliche Aktivität für sich selbst wie auch für die PatientInnen als wichtig anzusehen (Gaertner et al., 1991).

1.3.4 Rauchen

In der bereits erwähnten Umfrage von Lewis et al. (1991) findet sich eine RaucherInnenquote von 3,8 % unter InternistInnen. In der Erhebung von Gault et al. (1994) bezeichnen sich 8% der Ärzte und 1,9% der Ärztinnen als RaucherInnen.

Australische HausärztInnen rauchen mit 5,8% ebenfalls deutlich weniger als der Durchschnitt der australischen Bevölkerung mit 33% (Nyman, 1991), während in Brasilien einer Umfrage von Dioguardi et al. (1994) zufolge 17,4% der knapp 1400 befragten ÄrztInnen aktuell rauchen.

Der Women Physicians' Health Study zufolge, einer Fragebogenerhebung an über 4000 amerikanischen Ärztinnen, rauchen nur knapp 4% der Befragten; im Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung rauchen die rauchenden Ärztinnen weniger bzw. hören in jüngeren Jahren auf zu rauchen (Frank et al., 1998).

Bei der Betrachtung des Rauchens von AllgemeinärztInnen in Europa stellt sich ein tendenziell

geringerer RaucherInnenanteil unter den AllgemeinärztInnen gegenüber der Gesamtbevölkerung dar. Dieses trifft besonders auf die Länder des nördlichen Europas zu, z.B. rauchen in Schweden 6% der ÄrztInnen verglichen mit 19% in der schwedischen Bevölkerung (Bolinder et al., 2002). Dahingegen rauchen die AllgemeinärztInnen in Südeuropa eher mehr als die Allgemeinbevölkerung. Die höchste RaucherInnenprävalenz unter den AllgemeinärztInnen der EU hat Spanien mit 45%. In Frankreich bezeichneten sich Josseran et al. (2000) gegenüber 36,1% der befragten Allgemeinärzte und 24,9 % der Ärztinnen als RaucherInnen; hier wurde ausnahmsweise auch das Ausmaß des Nikotinkonsums berücksichtigt. Dabei zeigte sich, dass Ärzte auch mehr Zigaretten rauchen (11,2 versus 8 Zigaretten täglich) als ihre Kolleginnen.

Ein zunehmender Trend zum Nichtrauchen unter den ÄrztInnen ist besonders in den USA zu verzeichnen, wo Nelson et al. (1994) einen Anteil von 3,3% RaucherInnen unter den ÄrztInnen beschreiben, deutlich weniger als im Jahr 1977 mit 18,8%. In der Stichprobe von Bortz (1992) rauchen nur 1,6% der befragten kalifornischen ÄrztInnen. Auch im Vergleich mit AnwältInnen konsumieren US-amerikanische ÄrztInnen seltener und weniger Nikotin (Wyshak et al., 1980). In skandinavischen Ländern nimmt die RaucherInnenquote bei den ÄrztInnen seit den 50er Jahren ebenfalls deutlich ab (Van Reek & Adriaanse 1991).

Eine Infratestumfrage aus dem Jahr 1992 kommt zu dem Ergebnis, dass etwa 25% der deutschen ÄrztInnen Nikotin konsumieren (Bundesverband Pharmazeutische Industrie 1992). Im Mikrozensus 1995 (Borgers & Helmert, 1998; vergl. Kap. 1.2.2.4) rauchen Männer mit Hochschulreife zu 23%, Frauen mit Hochschulreife zu 18% - Jüngere jeweils mehr als Ältere. Ärztinnen stellen dort mit einer Rauchquote von 11% die weibliche Berufsgruppe mit der drittniedrigsten Raucherinnenrate.

Kaum eine Arbeit berücksichtigt allerdings die Menge des Nikotinkonsums.

In der Dissertation von Schmidt (2000) geben 13% der HausärztInnen verglichen mit 25% der PatientInnen an, Nikotin zu konsumieren. Mit einem durchschnittlichen täglichen Zigarettenkonsum von 12 liegt hierbei kein Unterschied zwischen den Vergleichsgruppen vor.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass ÄrztInnen in Deutschland - wie auch in vielen anderen Ländern - weniger rauchen als die Allgemeinbevölkerung, auch wenn die Schichtzugehörigkeit als Confounder berücksichtigt wird. Ärztinnen rauchen offensichtlich seltener - evtl. auch weniger – als Ärzte.

1.3.5 Stress und psychische Belastung

Herschbach (1991) zufolge ist die Prävalenz psychischer Erkrankungen unter ÄrztInnen deutlich höher als unter der Allgemeinbevölkerung; er betont hierbei insbesondere Depressionen und Suizidalität. Darüber hinaus beschreibt er eine überdurchschnittlich hohe Scheidungsrate sowie einen verstärkten Missbrauch von Alkohol und anderen Drogen unter MedizinerInnen. Wichtig erscheint ihm hierbei zu betonen, dass die Ursachen für diese Phänomene keineswegs monokausal auf die Berufsbelastungen zurückgeführt werden dürfen - vielmehr fasst er verschiedene Studien dahingehend zusammen, dass die Wahl des Arztberufes bereits von einer prämorbidem Persönlichkeit mitbestimmt wird. Diese sei vor allem geprägt durch abgewehrte Todesängste und Zwanghaftigkeit. Auch sieht er in der erleichterten Verfügbarkeit von Drogen und der Tatsache, dass ÄrztInnen sich äußerst selten in Krisenzeiten von KollegInnen unterstützen lassen, mögliche Ursachen dieses Phänomens. Firth-Cozens (1993) betont ebenfalls, dass affektive Störungen und Suchterkrankungen zu den häufigsten Einweisungsgründen für ÄrztInnen in psychiatrische Kliniken zählen und daneben einen Risikofaktor für Suizidhandlungen darstellen. In ihrer Kohortenstudie an über 300 MedizinstudentInnen, die mittlerweile als niedergelassene AllgemeinärztInnen praktizieren, identifiziert sie 28% in ihrem ersten Arbeitsjahr als depressiv.

Suizidalität

Die Suizidrate unter ÄrztInnen gilt in weitgehender Übereinstimmung verschiedener AutorInnen als erhöht gegenüber der Allgemeinbevölkerung (Herschbach, 1991; Heim, 1992). Lindemann et al. (1996) gehen nach einer Übersichtsarbeit aus verschiedenen Ländern davon aus, dass die Suizidrate unter Ärzten 1-3 mal und unter Ärztinnen 2,5-5,5 mal höher ist als in der Gesamtbevölkerung, auch verglichen mit anderen akademischen Berufen. Auch Frank, Biola et al. (2000) konstatieren eine erhöhte Suizidrate unter amerikanischen ÄrztInnen, die sie aber mit demographischen Verzerrungen erklären (vgl. Einleitung zu Kap.1.3).

Abhängigkeitserkrankungen

Suchterkrankungen von ÄrztInnen werden häufig mit der hohen beruflichen Belastung (Mäulen, 1995), aber auch in der Tendenz zur Selbstmedikation, die auch Substanzen wie Hypnotika mit einschließt (Chambers, 1992) sowie in einem „pharmakologischen Optimismus“ (Leesemann, 1995) „begründet“. Schifferdecker et al. (1996) gehen so weit, MedizinerInnen als Risikogruppe für Suchterkrankungen zu bezeichnen. Obwohl Suchterkrankungen zweifelsohne einen wichtigen Aspekt psychischer Belastungen von ÄrztInnen und deren Umgang damit darstellen, soll dieses Thema hier nicht ausführlicher dargestellt werden. In Befragungen zum Ausmaß des eigenen Alkoholkonsums beispielsweise und Vergleich dieser Angaben mit denen der jeweiligen LebenspartnerInnen waren die Diskrepanzen zwischen Eigen- und Fremdaussage bei ÄrztInnen

deutlich größer als in der zum Vergleich herangezogenen LehrerInnengruppe (Chambers, 1992). Antwortverhalten im Sinne der sozialen Erwünschtheit scheint beim Tabuthema „süchtige ÄrztInnen“ eine größere Rolle zu spielen als in anderen Berufsgruppen. Deshalb habe ich für diese Arbeit darauf verzichtet, den Gebrauch von Alkohol, Medikamenten und anderen Suchtstoffen ausser Nikotin explizit zu erfragen.

Affektive Störungen und Angst

Chambers & Belcher (1993) vergleichen Depressionen und Ängstlichkeit britischer ÄrztInnen mit der von LehrerInnen. Demzufolge neigen die ÄrztInnen weniger zu Depressionen und Ängstlichkeit; dennoch litten - bezogen auf das vorangegangene Jahr - immerhin 13% von ihnen an Depressionen und 31% unter starker Ängstlichkeit.

Chambers & Campbell (1996) untersuchen AllgemeinärztInnen in Großbritannien und stellen bei 19% von ihnen eine manifeste Angstproblematik fest. Weitere 22% weisen Angstwerte im Grenzbereich zur klinischen Auffälligkeit auf.

Stress, Burnout und Arbeitszufriedenheit

Aasland et al. (1997) beschreiben in einer großen Studie an norwegischen ÄrztInnen den Zusammenhang zwischen gehäuften Klagen über gesundheitliche Probleme mit Arbeitsunzufriedenheit, hoher Arbeitsbelastung und emotionaler Belastung.

Das „Burnout-Syndrom“ wird von einzelnen AutorInnen als „wichtigstes Gesundheitsrisiko unter ÄrztInnen“ beschrieben – als Folge systematischer wie auch persönlicher Missstände wie mangelnden Coping-Strategien (Kösters, 1999). Es handelt sich dabei um eine Trias aus emotionaler und körperlicher Erschöpfung, Energieverlust und sozialem Rückzug, gepaart mit unterschiedlichsten körperlichen, mentalen oder emotionalen Symptomen. Mindestens 20% der ÄrztInnen sind davon betroffen, wesentliche Unterschiede zwischen verschiedenen Ländern wurden hierbei nicht beschrieben (nach Bergner, 2004).

Ramirez et al. (1996) untersucht KrankenhausärztInnen verschiedener ärztlicher Fachrichtungen nach dem „12-item General Health Questionnaire“ bzw. dem „Maslach Burnout Inventory“. Als psychisch krank müssen demnach insgesamt 27% der ÄrztInnen angesehen werden. Hierbei werden Unterschiede zwischen den einzelnen Fachrichtungen deutlich; am häufigsten fanden sich pathologische Ergebnisse bei den RadiologInnen und OnkologInnen mit 29%, den GastroenterologInnen (26%) und den ChirurgInnen (22%). Zwar beklagen die ChirurgInnen den höchsten Stress durch Überlastung, verzeichnen aber die größte Arbeitszufriedenheit. Demzufolge ist anzunehmen, dass nicht allein die zeitliche Belastung ausschlaggebend ist, sondern dass sich andersherum auch berufliche Zufriedenheit protektiv auf die psychische Gesundheit auswirken kann.

Kapur et al. (1999) vergleichen Arbeitszufriedenheit und Stressoren zwischen britischen HausärztInnen und KrankenhausärztInnen; im Vergleich zu ähnlichen Studien Ende der 80er Jahre wie auch zu den KrankenhausärztInnen ist die Arbeitszufriedenheit der HausärztInnen deutlich gesunken, die subjektive Belastung deutlich angestiegen. Strukturelle Veränderungen im Krankenhaus sowie für die HausärztInnen durch Einführung des „new contract“ mögen Ursachen für diese Entwicklung darstellen. Für deutsche Klinik- wie auch niedergelassene ÄrztInnen zeigte sich in einer repräsentativen Befragung von über 2000 ÄrztInnen von Bestmann et al. (2004), dass verglichen mit der „Normalbevölkerung“ ÄrztInnen deutlich unzufriedener sind z.B. mit Arbeit, Freizeit und Kinderbetreuung, deutlich zufriedener sind hingegen mit ihrer Gesundheit. Insbesondere im familiären Bereich zeigten sich Ärztinnen deutlich unzufriedener als Ärzte.

Deckard et al. (1994) bezeichnen einen Anteil von 58% der von ihnen befragten ÄrztInnen als in hohem Maß emotional erschöpft.

Firth-Cozens (1995) beschreibt, dass sich der Stresslevel von ÄrztInnen mit zunehmender Berufserfahrung senkt; als Stressoren, die mit dem Auftreten von Depressionen korrelieren, identifiziert sie vor allem die Beziehung zu Vorgesetzten, das Begehen von Fehlern (bzw. die Angst davor), gefolgt von juristischen Konsequenzen, Konflikte zwischen Karriere und Privatleben und Arbeitsüberlastung.

Schattner & Coman (1998) identifizieren in ihrer Studie Zeitdruck als häufigsten und Angst vor gerichtlichen Auseinandersetzungen als gewichtigsten Stressor in einer Population von 250 australischen HausärztInnen aus Großstädten.

Im europäischen Vergleich haben deutsche HausärztInnen eine sehr hohe Wochenarbeitszeit mit einer hohen Zahl täglicher PatientInnenkontakte und in Zusammenhang damit hohe Arbeitsunzufriedenheit (Weber, 1996). Van den Bergh (1998) beschreibt eine höhere Unzufriedenheit unter niedergelassenen ÄrztInnen als unter KrankenhausärztInnen. Als Ursachen werden Einschränkungen in Diagnostik- und Therapiefreiheit, Arbeitszeitbelastung, bürokratischer Verwaltungsaufwand und ungerechte Gebührenordnungen genannt. Reimer & Jurkat (1997) untersuchen die Lebensqualität hessischer HausärztInnen; 90% der Befragten geben an, dass sich die berufliche Perspektive in der Allgemeinmedizin zum Negativen hin verändere. Insbesondere zunehmende Reglementierung, finanzielle Unsicherheit und Existenzängste werden von ihnen als Belastungsfaktoren genannt. 2/3 der Befragten halten ihren Lebensstil für gesundheitsschädlich, insbesondere Männer beschreiben sich als unzufrieden mit ihrer aktuellen Situation. 55% der Befragten leiden unter Schlafstörungen, wobei hier Ursache und Wirkung schlecht unterschieden werden können: Bereitschafts- und Nachtdienste können Auslöser sein, andererseits sind Schlafstörungen häufiges Symptom in psychischen Belastungssituationen.

In der Vorläuferstudie von Schmidt (2000) gelten 38% der befragten ÄrztInnen als übermäßig beansprucht. 51% geben an, sich durch die hohe Verantwortung am Arbeitsplatz überlastet zu fühlen. In einer ähnlichen Arbeit zur Belastungssituation von KrankenhausärztInnen am Marburger Universitätsklinikum unter Verwendung des gleichen Messinstrumentes sind nach van Zanten (1997) 44% der befragten ÄrztInnen als übermäßig beansprucht zu bezeichnen; des weiteren fühlen sich 69% überfordert durch die hohe Verantwortung am Arbeitsplatz. Supervision wurde von vielen dieser ÄrztInnen als eine mögliche supportive Maßnahme gefordert.

In einer anonymen schriftlichen Befragung gaben 36% von 225 befragten Krankenhaus- und AllgemeinärztInnen an, stressbedingt Fehler in der Patientenbehandlung gemacht zu haben; in 2 Fällen wurden sogar die Verantwortung für einen Todesfall in der eigenen Überarbeitung gesehen (Firth-Cozens & Greenhalgh, 1997).

Geschlechtervergleich

Sutherland & Cooper (1993) stellen Unterschiede zwischen den Geschlechtern bezüglich Ängstlichkeit und Depressionen unter britischen AllgemeinärztInnen fest. Die Ärztinnen weisen hierbei gegenüber ihren männlichen Kollegen höhere Werte auf; im Vergleich mit der weiblichen Allgemeinbevölkerung liegen sie mit ihren Depressionswerten jedoch tendenziell niedriger. Bezüglich der Angst vor körperlichen Erkrankungen ist dieser Unterschied noch deutlicher. Die Ärzte weisen hingegen im Vergleich zur männlichen Gesamtbevölkerung erhöhte Werte in den Bereichen Depressionen und freiflotterender Angst auf; unter somatischer Angst leiden sie allerdings weniger als diese. Der Beurteilung zugrunde gelegt wird eine gekürzte Version des „Crown Crisp Experimental Index“. Im Vergleich zu einer Studie von Cooper et al. haben in dem Zeitraum 1989 bis 1993 sowohl die Angst- als auch die Depressionswerte unter den ÄrztInnen insgesamt zugenommen (Cooper et al., 1989; Sutherland & Cooper, 1993).

Firth-Cozens (1995) stellt keine geschlechtsspezifischen Unterschiede hinsichtlich der Ausprägung von Depressionen fest.

Lewis et al. (1994) beschreiben Ärztinnen als zufriedener sowohl mit ihrer beruflichen als auch mit ihrer privaten Situation, als weniger gestresst und in geringerem Ausmaß psychiatrische Symptome aufweisend als Ärzte.

Frank et al. (1999) untersucht die Zufriedenheit mit der Karriere von über 2500 amerikanischen Ärztinnen; ihr zufolge sind über 80% der Befragten generell zufrieden mit ihrer Karriere; 31% jedoch würden ihren Beruf nicht wieder wählen und 38% würden eine andere Fachrichtung wählen.

Gross (1997) weist darauf hin, dass die uneinheitlichen Forschungsergebnisse im Geschlechtervergleich zu Stressursachen bei HausärztInnen ihre Ursache in der Methodik haben

könnten; Unterschiede zwischen Männern und Frauen finden sich ihr zufolge vor allem in Studien, in denen Erhebungsinstrumente mit offenen Fragen verwendet werden. Stressinventare mit geschlossenen Fragen sind auf männliche Populationen zugeschnitten und nicht ohne weiteres auf Frauen übertragbar. Auch Schmidt (2000) weist in ihrer Dissertation darauf hin, dass Ärztinnen zu der offenen Frage nach „weiteren Belastung“ häufig die unter den 15 Items nicht aufgeführte Mehrfachbelastung durch Beruf und Familie angeben. Van Zanten (1997) zufolge gelten die befragten Klinikärztinnen als durchschnittlich mehr beansprucht als ihre Kollegen.

Insgesamt führt die Verwendung unterschiedlicher Messinstrumente und die Konzentrierung auf so unterschiedliche Aspekte psychischer Belastungen wie Angst, Depression, Sucht oder Stress zu Schwierigkeiten, versucht man, den Forschungsstand einheitlich zusammenzufassen. Fest steht jedoch, dass ÄrztInnen zumindest ein hohes Risiko tragen, starken psychischen Belastungen ausgesetzt zu sein, und häufig über mangelnde Bewältigungsmaßnahmen verfügen.

Mit den in dieser Arbeit verwendeten Skalen gibt es meines Wissens abgesehen von den Dissertationen von Schmidt und van Zanten keine vergleichbaren Studien; Schmidt fand keine signifikanten Unterschiede in Beanspruchung und Überlastung zwischen HausärztInnen und PatientInnen mit Hochschulabschluss. Lediglich ihren Gesundheitszustand stufte die Gruppe der PatientInnen – erwartungsgemäß – als schlechter ein.

1.3.6 Inanspruchnahme medizinischer Leistungen

Früherkennungsuntersuchungen

Chambers (1992) stellt fest, dass ÄrztInnen Krankheitsprävention konsequenter betreiben als LehrerInnen – sie sind eher geimpft gegen Tetanus und Hepatitis B und lassen eher Blut- und Urinscreeninguntersuchungen durchführen. Allerdings untersuchten nur 67% der dort befragten Ärztinnen ihre Brust, und gerade einmal 3% der Ärzte ihren Hoden regelmäßig. Gegenüber nichtmedizinischen HochschullehrerInnen nehmen US-amerikanische ÄrztInnen Vorsorgeuntersuchungen sogar deutlich weniger wahr. Nur 33% der ÄrztInnen tun dies regelmäßig (Kahn et al., 1988). Fast 40% der befragten ÄrztInnen geben in einer weiteren Studie an, sich noch nie oder nicht innerhalb der letzten 5 Jahre einem Gesundheitscheck unterzogen zu haben (Glanz et al., 1982).

In Deutschland nehmen ÄrztInnen nur zu einem Viertel regelmäßig und über die Hälfte selten oder nie an Vorsorgeuntersuchungen teil (Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie, 1992). Zwei Drittel der niedergelassenen Ärzte haben sich noch nie auf Darm- oder Prostatakarzinom untersuchen lassen (Friedmann, 1995).

Als Gründe für die geringe Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen geben die befragten

ÄrztInnen zum einen an, davon auszugehen, Krebs Symptome bei sich selbst erkennen zu können, zum andern machen sie Zeitmangel hierfür verantwortlich (Friedmann, 1995).

Zudem ist davon auszugehen, dass die Mehrheit der ÄrztInnen sich bei gesundheitlichen Problemen nicht an KollegInnen wendet, sondern sich (wie auch die eigene Familie) selbst behandelt oder sich informell an befreundete KollegInnen wendet. Lediglich 25% der australischen HausärztInnen (Nyman, 1991) und 44% US-amerikanischer ÄrztInnen (Kahn, 1988) geben an, eineN HausärztIn zu haben; LeBlanc et al. (1997) zufolge haben 63% der US-amerikanischen ÄrztInnen eineN HausärztIn und immerhin 41% der Befragten berichten, sie hätten im letzten Jahr ihreN HausärztIn auch aufgesucht.

Impfungen

Hepatitis B gilt weiterhin als wichtigste Berufskrankheit von Beschäftigten im Gesundheitswesen (RKI, 1999).

Von einem ausreichenden Impfschutz gegen Hepatitis B ist nach Chambers (1992) nur bei etwa der Hälfte britischer AllgemeinärztInnen auszugehen. Zudem sind sie zwar häufiger als LehrerInnen, aber doch nur zu weniger als 70% gegen Tetanus immunisiert. Australische AllgemeinärztInnen sind zu etwa 80% gegen Hepatitis B und zu 90% gegen Tetanus geimpft (Nyman, 1991).

Nach einer AFP-Agentur Meldung der deutschen medizinischen Online-Zeitung vom 15.7.1999 infizieren sich in Deutschland jährlich rund 1000 Menschen bei ihrem Arzt mit Hepatitis B. Unter Berufung auf das Gesundheitsministerium von Rheinland-Pfalz wird dort berichtet, dass 30 bis 50% des medizinischen Personals nicht gegen Hepatitis B geimpft seien (AFP-Agentur, 1999).

Nach einer Untersuchung an 215 Berliner ZahnärztInnen (RKI, 1998) sind nur 58% der ÄrztInnen gegen Hepatitis B geimpft; als Antikörper-negativ finden sich 33%, von denen wiederum knapp 40% angeben, geimpft zu sein. Dabei lässt sich nicht feststellen, ob es sich hierbei um non-responder, um einen abgesunkenen Antikörpertiter nach länger zurückliegender letzter Impfung oder um eine falsche Angabe handelt.

Umfassendere Daten zur Durchimpfungsrate bezüglich Hepatitis B oder Tetanus von deutschen ÄrztInnen fehlen bislang.

1.4 Erklärungsmodelle zu Verhaltensveränderung und Motivation

Im Folgenden werden einige Modelle zur Erklärung präventiven bzw. nicht-präventiven Verhaltens kurz skizziert. Ausführlicher wird danach auf das transtheoretische Modell eingegangen, welches dem in dieser Arbeit verwendeten Algorithmus zu Stufen der Veränderungsmotivation zugrunde liegt.

1.4.1 Verschiedene Modelle zur Erklärung (nicht-) präventiven Verhaltens

Das „Health Belief Model“ ist ein Entscheidungsmodell, demzufolge eine Person anhand der Bewertung der Gefährlichkeit einer (möglichen) Krankheit, der eigenen, individuellen Gefährdung durch eine solche Krankheit, des Nutzens präventiven Verhaltens zur Vermeidung dieser Krankheit sowie der wahrgenommenen eigenen Barrieren, die einer evtl. Verhaltensänderung im Wege stehen, eine Entscheidung für oder gegen präventives Verhalten fällt. Modifizierende Faktoren sind hierbei individuelle und systematische Bedingungen, z.B. Alter, Geschlecht, Umfeld etc.

Das „Model of Reasoned Action“ erweitert o.g. Modell insofern, als dass es die Einstellung des Individuums einer Verhaltensänderung gegenüber und dessen subjektive Norm (bestimmt durch wichtige Bezugspersonen, Autoritäten u.a.) als weitere Basis für die Bildung einer Handlungsabsicht mit einbezieht.

Die „Theory of Planned Behaviour“ erweitert beide Modelle wiederum um eine weitere Komponente – die Kontrollüberzeugung, d.h. das Ausmaß der wahrgenommenen Kontrolle über die Aufrechterhaltung einer Verhaltensänderung. Erfahrungen mit früheren, ähnlichen Veränderungsversuchen spielen hierbei eine Rolle, ebenso wie antizipierte Schwierigkeiten struktureller wie auch persönlicher Art (Scharfenstein & Basler, 1991).

1.4.2 Das transtheoretische Modell (TTM) – Stadien der Veränderung

Dem Konzept der „Stadien der Veränderung“ von Prochaska liegt das transtheoretische Modell zugrunde, welches ursprünglich im Rahmen einer Analyse von Wirkfaktoren von Psychotherapie entwickelt wurde. Es erhebt den Anspruch, übergreifend motivationale Prozesse während einer Verhaltensänderung bzw. während des Entscheidungsprozesses hierzu zu beschreiben (Prochaska & DiClemente, 1984) und darüber hinaus die zeitliche Dimension eines solchen Prozesses mit einzubeziehen. Langjährige Untersuchungen führten zur Identifizierung der folgenden fünf Stadien (nach Prochaska & DiClemente, 1992):

Absichtslosigkeit (precontemplation): In diesem frühesten Stadium der Absichtslosigkeit fehlt ein Bewusstsein für negative Auswirkungen einer Verhaltensweise auf die eigene Gesundheit, bzw.

positive Aspekte dieser Verhaltensweise überwiegen. Dementsprechend wird eine mögliche Verhaltensänderung gar nicht erwogen, und diesbezügliche „gut gemeinte“ Anregungen stoßen in der Regel auf Widerstand. Individuen in diesem Stadium – dem wohl stabilsten der fünf Stadien – müssen, um sich auf eine weitere Stufe in diesem Zyklus zu bewegen, das Problemverhalten als solches anerkennen und negative Aspekte verstärkt wahrnehmen.

Absichtsbildung (contemplation): In dieser Stufe steht das ernsthafte Abwägen möglicher Vor- und Nachteile einer Verhaltensänderung im Vordergrund. Ambivalenz herrscht vor, und Hilfen zur Entscheidungsfindung werden gesucht. Dies eröffnet Möglichkeiten für Informationsvermittlung seitens des Hausarztes oder der Hausärztin. Das eigene Rauchen oder Trinken beispielsweise wird negativer bewertet. Um in das nächste Stadium einzutreten, muss eine Entscheidung zu einer Verhaltensänderung gefällt werden.

Vorbereitung (preparation): In diesem Stadium ist der Entschluss zu einer Verhaltensänderung innerhalb der nächsten Zeit gefällt, erste Schritte zur Konkretisierung werden eingeleitet. Ziele und Prioritäten werden abgesteckt, z.B. eine schrittweise Reduktion des Zigarettenkonsums oder des Gewichts oder ein alkoholfreier Probetag. Personen auf dieser Stufe sind empfänglich für konkrete Angebote zur Unterstützung der gewünschten Verhaltensänderung.

Handlung (action): In diesem Stadium ist die Verhaltensänderung fassbar; Individuen auf dieser Stufe entwickeln Strategien, diese Änderung durchzuhalten – durch Gegenkonditionierung, Belohnungssysteme, Stimuluskontrolle u.ä. Ein Zeitrahmen von etwa sechs Monaten für dieses Stadium hat sich insbesondere in Studien mit Suchtkranken als passend erwiesen.

Aufrechterhaltung oder Beibehaltung (maintenance): Auch nach sechs Monaten ist die Aufrechterhaltung einer neuen Verhaltensweise nicht einfach und unproblematisch; oft muss jahrelang an der Stabilisierung des neuen Verhaltens gearbeitet werden.

Für einige Verhaltensweisen wurde als sechste Stufe die „Stabilisierung“ eingeführt unter der Vorstellung, dass es Verhaltensweisen gibt, in denen eine „nullprozentige“ Rückfallgefahr bzw. eine hundertprozentige Zuversicht in die Beibehaltung des neuen Verhaltens besteht; diese Annahme ist umstritten. Da diese Stufe in der vorliegenden Erhebung nicht verwandt wurde, soll auch nicht näher auf sie eingegangen werden.

Die Stadien implizieren zwar ein lineares Fortschreiten der Entwicklung in dem Sinne, dass keine Stufe ausgelassen werden kann - gleichzeitig muss aber beachtet werden, dass eine erfolgreiche Verhaltensänderung meist erst nach mehrmaligem, wiederholten Durchlaufen des Zyklus gelingt; hierfür wurde von Prochaska & DiClemente 1992 der Begriff des „relapse recycling“ geprägt, „Rückfallspirale“ in deutscher Terminologie.

Die Gegenüberstellung der gewichteten Vor- und Nachteile, die Entscheidungsbalance, erinnert

stark an die Kosten-Nutzen-Abwägung im Zusammenhang mit dem Health Belief Model. Der Hauptunterschied liegt in der geringeren Gewichtung dieser Variable im Rahmen des TTM.

Im Zusammenhang mit dem TTM wird die Selbstwirksamkeitserwartung (Synonym: Selbstwirksamkeit, Kompetenzerwartung) als wichtiger Mediator zwischen Wissen und Handeln verstanden und beschreibt das Ausmaß der Zuversicht, ein definiertes Zielverhalten auch unter widrigen Bedingungen zu zeigen. Seinen Ursprung hat das Konstrukt als Bestandteil der sozial-kognitiven Theorie von Albert Bandura. Zur Veränderung der Selbstwirksamkeitserwartung tragen insbesondere persönliche Erfahrungen, stellvertretend bei anderen beobachtete Erfahrungen, verbale Überzeugung und physiologische Erregung stabilisierend oder mindernd bei. Das TTM postuliert, dass die Selbstwirksamkeitserwartung bzgl. einer spezifischen Verhaltensweise in einem systematischen Zusammenhang steht mit der Motivation, dieses Verhalten zu zeigen, respektive der Stufe der Verhaltensänderung. Dieses Verständnis weist starke konzeptionelle Ähnlichkeit auf mit der wahrgenommenen Verhaltenskontrolle, wie sie in der „Theory of Planned Behavior“ von Ajzen eingeführt wurde (Keller, 1998).

In unterschiedlichen Studien zur Anwendung auf verschiedene Verhaltensbereiche erwies sich die Stufenzugehörigkeit jeweils als guter Prädiktor für eine künftige Verhaltensänderung in so unterschiedlichen Bereichen wie Alkoholismustherapie, Kondomgebrauch, Krebsprävention und Entscheidung für eine Psychotherapie (Di Clemente et al., 1991; Prochaska & DiClemente, 1992; Keller et al. 1999). Die Vielzahl der verwendeten Algorithmusdefinitionen erschwert leider die Durchführung von Metaanalysen. Für komplexere Verhaltensweisen wie Ernährung und körperliche Aktivität sind Validität der Stufenzugehörigkeit und prädiktiver Wert umstritten (De Nooijer et al., 2005; Resnicow et al, 2003; Adams & White, 2003).

Der Schwerpunkt der Studien zur Validierung des Modells liegt bisher auf den Bereichen Rauchen und körperliche Aktivität.

In den letzten Jahren häufen sich jedoch Stimmen, die die Nützlichkeit des TTM anzweifeln; insbesondere die willkürlich gesetzten Zeitfristen von z.B weniger als/ mehr als 6 Monaten der Beibehaltung einer Verhaltensweise, die die Eingruppierung in Handlung / Aufrechterhaltung definieren, werden von Sutton (2001) bemängelt und könnten zu „Pseudo-Stadien“ führen, die als Basis individualisierter Interventionen dann nicht tauglich erscheinen. Auch die Effektivität der TTM- basierten stadienspezifischen Intervention wurde in einem aktuellen Review von Bridle et al (2005) nach strengem review der randomisierten, kontrollierten Studien bezweifelt – von 35 Studien, die präzisere Daten zu 42 mit Kontrollgruppen verglichenen Verhaltensbereichen beschrieben, zeigten lediglich 11 günstigeres outcome für TTM- basierte Interventionen.

Bei aller Uneindeutigkeit der Studienlage hat dieses Modell doch für die allgemeinärztliche Praxis

erhebliche Relevanz; es betont die Handlungskompetenzen der PatientInnen und lässt sich sicherlich nicht mit einem hierarchischen Verständnis der Interaktion zwischen ÄrztIn und PatientIn verbinden (vergl. Kap. 1.5), sondern basiert auf einer langfristig ausgelegten ÄrztIn – PatientIn - Beziehung mit motivationalen, nicht-direktiven Ansatz. HausärztInnen kommt die Rolle zu, den Betroffenen den Weg in die jeweils nächste Stufe zu erleichtern und Rückschläge als integralen Bestandteil dieses zyklischen Prozesses und nicht als „Scheitern“ zu verstehen. Wird die Motivationsstufe von PatientInnen nicht erkannt, so ist die Gefahr, dass gut gemeinte ärztliche Ratschläge ihr Ziel nicht erreichen oder sogar die ÄrztIn – PatientIn - Beziehung gefährden, groß. Auch im Sinne einer sinnvollen Nutzung ärztlicher Ressourcen – Zeit, Geld, Motivation zur Gesundheitsberatung – erscheint diese Einstufung für die HausärztInnen nützlich. Bisherige Ergebnisse zur Anwendung im primärärztlichen Setting sind jedoch, wie in der Folge dargestellt, uneinheitlich und nur partiell ermutigend.

1.4.2.1 Stadien der Veränderung - Ernährung und Körpergewicht

Analog zu den Schwierigkeiten, geeignete Messinstrumente für gesunde Ernährung zu entwickeln, ist es problematisch, die Stufen der Verhaltensänderung zu operationalisieren; mindestens acht verschiedenen Algorithmen finden diesbezüglich Anwendung (Keller & Basler, 1999). Grob lässt sich eine Unterscheidung treffen zwischen Algorithmen, die primär die subjektive Einstufung der Verhaltensänderung betrachten, und solche, die mittels Erhebung einzelner Nahrungsmittel (Lebensmittelliste u.ä.) eine entsprechende Umstufung vornehmen. Spezifischere Algorithmen, die beispielsweise auf Obst und Gemüsekonsum abzielen, scheinen valider zu sein als allgemeiner gehaltene. Zudem sind spontane Wechsel zwischen den einzelnen Stadien gerade im Bereich Ernährung offenbar häufiger als in anderen Verhaltensbereichen, so dass der prädiktive Wert des TTM hier geringer erscheint (De Nooijer et al., 2005; Resnicow et al., 2003).

In einer Untersuchung im Rahmen einer Studie zur Effektivität des „Check ab 35“ von Baum et al. (1998) werden die Motivationsstufen zur Verhaltensänderung nach dem auch in dieser Befragung verwandten transtheoretischen Modell erfasst; für den Bereich „Ernährung“ ergibt sich – nach Korrektur durch eine etwas ausführlichere als hier verwandte Lebensmittelliste - ein von anderen Bereichen der Verhaltensänderung leicht abweichendes Bild. So wird nach Donner-Banzhoff et al. (1997) die Mehrheit der PatientInnen den Stadien der „Absichtsbildung“ und „Vorbereitung“ zugeordnet, hingegen nur ein knappes Fünftel bzw. Sechstel den Extrempolen „Absichtslosigkeit“ bzw. „Aufrechterhaltung“. Frauen tendieren dieser Studie nach signifikant häufiger zum Pol der „Aufrechterhaltung“, Männer hingegen zur „Absichtslosigkeit“ – zu einem ähnlichen Ergebnis kommen auch LaForge, Velicer et al. (1999), die doppelt so viele Männer wie Frauen in der Stufe der „Absichtslosigkeit“ kategorisieren. Auch Keller beschreibt diesen

Geschlechterunterschied in seiner Zusammenfassung zum Stand der bisherigen Forschung zu Ernährung und TTM (Keller, 1998).

In einer Studie zur Verteilung der Antwortenden auf die fünf Stufen in zwei amerikanischen und drei australischen Populationen mit insgesamt über 20.000 TeilnehmerInnen ähnelt die Verteilung der bekannten U-Form: nach einer fettarmen Ernährung gefragt, befinden sich demnach ca. 25% der Antwortenden auf der Stufe der „Absichtslosigkeit“, geringe Prozentsätze, in der Regel unter 10% befinden sich auf den folgenden drei Stufen und zwischen 40 und 64% auf der Stufe der Aufrechterhaltung. Der höhere Prozentsatz von Befragten in der höchsten Stufe ist hierbei sicherlich durch die unkorrigierte subjektive Einstufung bedingt. In der Studie von Schmidt (2000) findet sich eine ähnliche Verteilung: ca. die Hälfte der befragten ÄrztInnen auf der Stufe der Aufrechterhaltung, 20% auf der Stufe der Absichtslosigkeit und der Rest verteilt sich auf die übrigen Stadien.

Für den Bereich „Gewichtsreduktion“ ergibt sich folgendes Bild: zwischen 38% und 49% befinden sich auf der Stufe der „Absichtslosigkeit“, deutlich weniger auf den folgenden beiden Stufen, zwischen 13% und 17% auf der Stufe der „Handlung“- und zwischen 14% und 35% auf der Stufe der „Aufrechterhaltung“. Bezüglich beider Bereiche ist in vier von fünf Studienpopulationen der o.g. Unterschied zwischen den Geschlechtern signifikant (LaForge, Velicer et al., 1999). Kritisch anzumerken bleibt an dieser Studie, dass sie auf Selbstangaben der Befragten beruht und nicht mit Korrekturen arbeitet – somit ist ein „self-report bias“ anzunehmen.

1.4.2.2 Stadien der Veränderung - (mangelnde) körperliche Aktivität:

In der oben zitierten Studie zur Effektivität des „Check ab 35“ sind die ProbandInnen sehr asymmetrisch auf die Motivationsstufen verteilt - über die Hälfte lassen sich der Stufe der „Absichtslosigkeit“, ein gutes Viertel der „Absichtsbildung“ und nur 7 % der „Aufrechterhaltung“ zuordnen (Donner-Banzhoff et al., 1997). Die ÄrztInnen bei Schmidt (2000) sind ebenfalls etwa zur Hälfte dem Stadium der Absichtslosigkeit, jedoch zu einem Viertel der Aufrechterhaltung zuzuordnen.

Auch nach der großen US-amerikanisch - australischen Studie von LaForge, Velicer et al. (1999) ist die Verteilung für den Bereich „regelmäßige Bewegung“ (3mal pro Woche über mindestens 20 min.) weniger U-förmig als für andere Bereiche, weicht jedoch sehr von o.g. Verteilung ab: jeweils zwischen 10% und 20% befinden sich demnach auf einer der ersten vier Stufen und zwischen 39% und 48% auf der Stufe der „Aufrechterhaltung“. Dabei sind fast durchgängig signifikant mehr Männer im Stadium der „Aufrechterhaltung“ vertreten.

In einer weiteren Studie zeigen LaForge, Rossi et al. (1999), dass sich die Motivationsstufen zu körperlicher Aktivität mit der aktuellen subjektiven Lebensqualität in Zusammenhang bringen

lassen. In beiden Studien wird jedoch die Intensität der Bewegung nicht berücksichtigt. Schmid et al. (1999) beschreibt, wie Beratung in der Lage ist, die Motivationslage im Sinne des TTM und damit auch die Selbstwirksamkeitserwartung hinsichtlich vermehrter sportlicher Aktivität zu verbessern.

1.4.2.3 Stadien der Veränderung - Rauchen

In der bereits zitierten Studie zur Effektivität des „Check ab 35“ ergibt sich für die Motivationsstufen zu „Nichtrauchen“ die typische U-förmige Verteilung: Die überwiegende Mehrheit der PatientInnen ist einem der beiden Extrempole „Absichtslosigkeit“ bzw. „Aufrechterhaltung“ zuzuordnen, nur 7,5% finden sich in den Stadien „Vorbereitung“ und „Handlung“. Mehr Männer und mehr ältere PatientInnen finden sich in der Kategorie der „Aufrechterhaltung“ - dieser Unterschied erweist sich jedoch als nicht statistisch bedeutsam (Donner-Banzhoff et al., 1997). Schmidt (2000) zufolge befinden sich 72% der ÄrztInnen auf der Stufe der Aufrechterhaltung der Nikotinabstinenz; 19% befinden sich auf der Stufe der Absichtslosigkeit und somit nur weniger als 10% auf einer der dynamischen Stufen dazwischen.

LaForge, Velicer et al. (1999) stufen zwischen 19% und 27,6% der Befragten in die Stufe der „Absichtslosigkeit“ ein, etwas weniger – 11,1% bis 23,8% in die der „Absichtsbildung“ und die überwiegende Mehrheit in die der „Aufrechterhaltung“. Außer in einer der fünf Studienpopulationen, in der Frauen häufiger der „Absichtslosigkeit“, Männer häufiger der „Aufrechterhaltung“ zugeordnet werden, zeigt sich dabei kein signifikanter Geschlechterunterschied.

Die Stufeneinteilung der Veränderungsmotivation nach Prochaska erweist sich laut Di Clemente et al. (1991) als zuverlässiger in der Vorhersage einer erfolgreichen Entwöhnung als die vorhergehende Rauchanamnese (Anzahl Zigaretten, Dauer des Nikotinabusus).

1.4.2.4 Stadien der Veränderung - Stress

Velicer et al. (1998) fassen die bisherige Forschung zur Applikation des TTM auf Stressmanagement wie folgt zusammen: im Unterschied zum in dieser Arbeit verwandten Algorithmus hat sich die Formulierung „Praktizieren Sie Stressmanagement in Ihrem täglichen Leben?“ gegenüber dem hier verwandten Ausdruck „Unternehmen Sie gezielt etwas gegen das Gefühl von Überforderung im Alltag?“ durchgesetzt. Etwa $\frac{3}{4}$ der erwachsenen Bevölkerung stuft sich erfahrungsgemäß in die Stadien der Handlung und Aufrechterhaltung ein, dabei sind Frauen etwas überrepräsentiert. Die restlichen 25 – 30% verteilen sich auf die ersten drei Stufen, knapp die Hälfte davon auf die Stufe der Absichtslosigkeit; auf dieser Stufe sind Männer überrepräsentiert.

LaForge, Velicer et al. (1999) beschreiben die typische U-förmige Verteilung; gefragt ob sie

Maßnahmen zur Stressreduktion ergreifen, lässt sich die Antwort von 20% - 38,6% der Stufe der „Absichtslosigkeit“, geringe Prozentsätze den folgenden beiden Stufen, zwischen 10,8% und 15,6% der „Handlung“ und zwischen 29,6% und 61,4% der „Aufrechterhaltung“ zuordnen. Außer in einer der fünf Studienpopulationen, in der Männer häufiger der „Absichtslosigkeit“, Frauen häufiger der „Aufrechterhaltung“ zugeordnet werden, zeigt sich kein signifikanter Geschlechterunterschied. Die Verteilung auf die fünf Stufen differiert hier allerdings stärker als gewöhnlich zwischen amerikanischen und australischen Studienpopulationen.

In einer Schweizer Erhebung von Padlina et al. (2001) zeigte sich eine ähnliche Verteilung mit ca. 1/3 der 575 Befragten im Stadium der Aufrechterhaltung und 1/4 im Stadium der Absichtslosigkeit; es zeigten sich keine Einflüsse von Alter und Geschlecht, allerdings fanden sich in den höheren Stufen mehr Befragte mit höheren Ausbildungsgraden.

Schmidt (2000) zufolge ordnen sich 47% der befragten ÄrztInnen der Stufe der Aufrechterhaltung zu. Die U – Form der Verteilung ist hier insgesamt weniger ausgeprägt als bei den anderen Verhaltensbereichen, insgesamt 25% der ÄrztInnen finden sich in den dynamischeren Stadien Absichtsbildung, Vorbereitung und Handlung.

1.5 Gesundheitsberatung und Interventionsstrategien

Im Folgenden wird der Begriff „Gesundheitsberatung“ näher beleuchtet und Schwierigkeiten bei der Integration von Gesundheitsberatung in die Praxis benannt; Forschungsergebnisse zu Beratungsgewohnheiten und Interventionsstrategien in der allgemeinmedizinischen Praxis werden aufgeführt. Im Anschluss werden Forschungsergebnisse zu Beratungs- und Interventionsstrategien zu den einzelnen Risikoverhaltensweisen vorgestellt unter besonderer Berücksichtigung von TTM- basierten Interventionstudien.

1.5.1.1 Der Begriff „Gesundheitsberatung“

Inhalte ärztlicher Gesundheitsberatung stellen sich keinesfalls einheitlich dar; Jork (1985) beispielsweise begrenzt den Begriff „Gesundheitsberatung“ darauf, „... Möglichkeiten präventiver Maßnahmen in ihrer Bedeutung (für die PatientInnen) darzustellen, sie methodisch aufzubereiten, anzuwenden und auf ihren Erfolg hin zu bewerten.“ Schwartz (1985) hierarchisiert präventive Aktionsebenen und ordnet auch kurative und rehabilitative Maßnahmen unter den Oberbegriff „Gesundheitsberatung“. Die Abgrenzung zum Begriff der Gesundheitserziehung ist nicht eindeutig – anhand dessen wird die unterschiedliche Betrachtung der Interaktion zwischen ÄrztIn – PatientIn deutlich: auf der einen Seite Wissensvermittlung ärztlicherseits an „Lernende“, auf der anderen Seite eine symmetrische Interaktion, die auf Zusammenarbeit, gemeinsamer Entwicklung von Veränderungsplänen etc. baut (Bengel, 1988).

Green et al. (1988) beschreiben das „Precede-Proceed“ Modell, in dem versucht wird, die Komplexität der Faktoren, die für Verhaltensänderungen in einem Praxissetting nötig sind, zu erfassen. Demzufolge gibt es *prädisponierende* Faktoren – dazu zählen Wissen, Einstellungen, Glauben und Überzeugungen sowie soziodemographische Faktoren von ÄrztIn und PatientIn; „*enabling*“- oder Umsetzungsfaktoren – dazu zählen ärztlicherseits vor allem Gesprächsführungskennntnisse, Ressourcen (z.B. Kenntnis einer effizienten Interventionsmaßnahme), Zeit, klinische Richtlinien, Finanzierung und Organisation sowie Hindernisse, die einer Verhaltensänderung des Patienten oder der Patientin im Weg stehen); „*reinforcing*“- oder Verstärkungsfaktoren schließlich wirken er- oder entmutigend – Feedback durch die PatientInnen, sichtbare Resultate und kollegiale Unterstützung.

Rose (1990) weist in einem kritischen Artikel zu den Leitlinien der US Preventive Services Task Force aus britischer Perspektive darauf hin, dass – neben der natürlich wünschenswerten Stärkung der Präventionsmedizin – die Grenzen und Schwierigkeiten in der Umsetzung bedacht werden müssen: bloßes Massenscreening führt zu (Über-)Medikalisierung und Etikettierung im Sinne der Festschreibung einer Krankenrolle. Abgesehen davon ist der prädiktive Wert einzelner Screeningmaßnahmen nur unzureichend evaluiert, umstritten oder niedriger als den betroffenen ÄrztInnen und PatientInnen bewusst. (Donner-Banzhoff, 1995 & 1998).

1.5.1.2 Gesundheitsberatung in der Praxis

Ich verwende für diese Arbeit den Begriff der Gesundheitsberatung für alle primär- bis tertiär-präventiven ärztlichen Bemühungen um die Veränderung eines gesundheitsschädlichen Lebensstiles eines Patienten.

Bucher & Morabia (1998) evaluieren die Einstellung von Schweizer ÄrztInnen vor und nach einer Fortbildung zu kardiovaskulären Risikofaktoren; während sich die eine Hälfte auch nachher kein Benefit von Interventionsmaßnahmen verspricht, gibt die andere Hälfte an, neue Prioritäten in ihrer Praxisroutine setzen zu wollen. Die verstärkte Vermittlung einfacher epidemiologischer Kenntnisse könnte demnach dazu beitragen, die Präventionsmedizin zu stärken.

Taira et al. (1997) zeigen in einer Untersuchung an über 6500 amerikanischen staatlichen Angestellten auf, dass deren ÄrztInnen wesentlich seltener Risikoverhaltensweisen thematisieren, als von der US Preventive Services Task Force gefordert. Außerdem scheint die finanzielle Situation der PatientInnen einen Selektionsfaktor darzustellen: PatientInnen mit niedrigem Einkommen sind häufiger übergewichtig, rauchen, bewegen sich wenig und benutzen keine Sicherheitsgurte im Auto, wohingegen PatientInnen mit höherem Einkommen häufiger gestresst sind und vermehrt Alkohol trinken. Dennoch wird Taira zufolge von den ÄrztInnen Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten eher mit wohlhabenderen PatientInnen angesprochen, Rauchen

hingegen eher mit PatientInnen mit niedrigerem Einkommen.

Für weitergehende, umfassende und langfristige Betreuung und Beratung von PatientInnen mit Risikofaktoren müssen ÄrztInnen wesentlich besser geschult werden und mehr finanzielle und personelle Ressourcen zur Verfügung haben.

Maheux et al. (1989) untersuchen Charakteristika präventivmedizinisch orientierter ÄrztInnen; ihnen zufolge sind Forschungsinteresse, das Arbeiten in einer Gemeinschaftspraxis, die Fachgebiete Allgemein- oder Innere Medizin, weibliches Geschlecht und höheres Alter neben allgemein größerem Interesse an Präventionsmedizin u.ä. Faktoren, die positiv assoziiert sind mit präventionsorientiertem Arbeitsstil. Die Ergebnisse einer Telefonbefragung an 1000 amerikanischen AllgemeinärztInnen von Frank et al. (1996) legen ebenfalls nahe, dass Ärztinnen systematischer nach dem Gesundheitsverhalten ihrer PatientInnen fragen und sie entsprechend beraten als ihre männlichen Kollegen.

Obwohl Gesundheitsberatung von vielen HausärztInnen als wichtig erachtet wird und sie sich auch dafür zuständig fühlen, gibt es vielerlei Gründe für die seltene Durchführung: mangelnde Motivation seitens der PatientInnen wird angeführt, mangelnde Zeit, aber auch mangelnde eigene Ausbildung in Gesprächsführungstechniken, präventivmedizinischen Interventionsstrategien sowie nicht zuletzt fehlende angemessene Honorierung (Bauman et al., 1989; Grant et al., 1998).

1.5.2 Interventionsstrategien

Grundsätzlich zu unterscheiden ist ein bevölkerungsweiter Interventionsansatz von einer Hochrisikostategie, derzufolge nur PatientInnen mit ausgeprägtem Risikoverhalten oder bereits Erkrankte entsprechend beraten werden. Beide Ansätze haben ihre Berechtigung.

Nach Rose (1992) wird der bevölkerungsweite Interventionsansatz in der Regel zugunsten eines Hochrisikoansatzes verlassen; für effektive Verhaltensänderungen kann es dabei zu spät sein. Vorteile des Hochrisikoansatzes sind die erwartete Kosteneffektivität und die höhere Motivation des Einzelnen. Nachteilig sind Kosten von Screeninguntersuchungen, Schwierigkeiten im Umgang mit grenzwertigen Befunden, niedriger prädiktiver Wert und die Schwierigkeiten betreffs Aufrechterhaltung, Finanzierung und sinnvoller Evaluation dieses Ansatzes. Nachteile des bevölkerungsweiten Ansatzes sind im geringen Benefit für das Individuum und entsprechende Motivationsproblematik sowie ebenfalls in den weitreichenden Implikationen für Kosten- und Ressourcenumverteilung zu sehen.

Eines der eindrucksvollsten Beispiele für den Erfolg multifaktorieller Interventionsansätze mit Hochrisikostategie ist der Lifestyle Heart Trial (Ornish et al., 1990 & 1998), eine kontrollierte, randomisierte Längsschnittstudie an PatientInnen mit mäßiger bis schwerer koronarer

Herzkrankheit. Die PatientInnen aus der Experimentalgruppe nahmen neben der üblichen medikamentösen Therapie teil an einer Aerobicgruppe, regelmäßigen Gesprächsgruppensitzungen zur psychosozialen Unterstützung, Nichtraucherinterventionsprogrammen, einem Stressmanagementtraining sowie einer vegetarischen Diät mit nur 10% Fettanteil. Nach einem Jahr und noch deutlicher nach fünf Jahren ließen sich signifikante Stenosierungsrückgänge der Herzkranzgefäße in der Kontrollangiographie ebenso wie eine nur halb so hohe Anzahl von myokardialen Infarkten im Vergleich zur Kontrollgruppe nachweisen. Einschränkungen erfährt die Studie durch eine kleine Fallzahl und fehlende externe Validität.

Als Beispiel für einen bevölkerungsweiten Interventionsansatz ist die von 1992-95 durchgeführte CINDI (Countrywide Integrated Non-Communicable Diseases Intervention) Studie im Rahmen einer WHO Studie mit vier randomisierten Gruppen aus der Bevölkerung, insgesamt knapp 5000 Menschen, zu nennen (Wiesemann et al., 1997). Auf drei Ebenen – ärztliche Beratung im Einzelgespräch, PatientInnengruppen in ärztlichen Praxen und Aktivitäten auf kommunaler Ebene – wurden körperliche Aktivitäten neben Entspannungsmaßnahmen oder Ernährungsberatungen angeregt bzw. durchgeführt. In den Sportgruppen mit insgesamt 600 TeilnehmerInnen sank die Raucherquote um knapp 18%, und die Zahl der TeilnehmerInnen mit erhöhtem Blutdruck gar um 31,5%. Alle Maßnahmen stießen auf gute Akzeptanz bei den TeilnehmerInnen; über 80% gaben an, reguläre körperliche Aktivitäten beizubehalten, ebenso über 50% derjenigen, die Entspannungsverfahren gelernt hatten bzw. 37% derjenigen, die an Ernährungsberatungen teilgenommen hatten.

Der Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT) hingegen, eine randomisierte Kohortenstudie 1973-82 an über 12.000 amerikanischen Männern in der Altersgruppe von 35-57 Jahren mit den kardiovaskulären Risikofaktoren Rauchen, erhöhter diastolischer Blutdruck und erhöhtes LDL-Cholesterin i.S. zeigte in der Interventionsgruppe zwar Verbesserungen hinsichtlich einzelner Risikoverhaltensweisen und –parameter im Vergleich zur Kontrollgruppe, jedoch keine signifikanten Effekte auf die allgemeine oder die kardiovaskulär bedingte Mortalitätsrate; die Gesamtmortalität in der Interventionsgruppe war sogar um 2% höher (Epstein & Gutzwiller, 1983; Cutler et al., 1985). Dies mag mehrere Ursachen haben: das Ausmaß der Risikofaktorenreduktion in der Kontrollgruppe war überraschend groß, z.B. gaben auch dort 29% das Rauchen auf, und die Gesamtmortalität lag um 50% niedriger als im Bevölkerungsvergleich zu erwarten; ein Selektionsbias mag hier zum Tragen kommen. Des Weiteren ist die Untergruppe von Hypertonikern mit EKG – Veränderungen in der Interventionsgruppe mit ungewöhnlich hoch dosierten Diuretika behandelt worden, so dass eine toxische Wirkung auf das Myokard möglich ist. Epstein & Gutzwiller (1983) vermuten, dass das Ergebnis der MRFIT – Studie ohne die Unterschiede in dieser Untergruppe positiv und statistisch signifikant ausgefallen wäre.

Anhand solch unterschiedlicher Ergebnisse wird deutlich, wie wichtig die repräsentative Auswahl der TeilnehmerInnen, die Länge des Beobachtungszeitraumes sowie die Festlegung der Endpunkte solcher Studien ist – klinisch relevante Endpunkte wie die Mortalität oder „Surrogatparameter“ wie Cholesterinserumspiegel, mittlerer arterieller Blutdruck, Hospitalisierungsdauer oder Angaben zum eigenen Verhalten. Die Ergebnisse der MRFIT – Studie beispielsweise erfahren nicht zuletzt eine Einschränkung in ihrer Aussagekraft angesichts der Beschränkung auf Männer, der Auswahl einer solch eingeschränkten Altersgruppe und der angesichts eines so komplexen Verhaltens relativ kurzen follow-up Dauer. Letzteres gilt selbstverständlich für die anderen erwähnten Studien gleichermaßen.

Es bleibt festzuhalten, dass die Vorteile mehrgleisiger Interventionen im Rahmen beider Ansatzstrategien zwar nahe liegen, aber nicht als gesichert gelten können.

Zudem eignen sich nicht alle Interventionsstrategien für die hausärztliche Praxis - Ashenden et al. (1997) weisen anhand eines systematischen Literaturreviews von 37 Arbeiten zur Effektivität hausärztlicher Interventionen zu „Lifestyle“ - Veränderungen (namentlich Rauchen, Alkoholkonsum, Bewegung und Ernährung) darauf hin, dass die untersuchten Interventionsformen zwar kleine, aber keine substantiellen Verhaltensänderungen nach sich ziehen. Zu einem ähnlichen Schluss kommt der aktualisierte Cochrane Review von Ebrahim & Davey Smith (2003) – 18 multiple primärpräventiv orientierte Risikointerventionen von mindestens 6 Monaten Dauer zeigten bei Pooling der Effekte keinen Effekt auf die Mortalität. Kritisiert wird auch hier fehlende intention-to-treat Analyse und mangelnde Berücksichtigung des self-report-bias z.B. bei Befragungen zu Rauchgewohnheiten; näheres hierzu in den jeweiligen folgenden Abschnitten.

1.5.3 Gesundheitsberatung und Intervention in der allgemeinmedizinischen Praxis

Die Bedeutung der HausärztInnen für die Präventivmedizin wird von der WHO in der Ottawa-Charta herausgestellt (WHO, 1986), und auch PatientInnen sehen in den HausärztInnen wichtige AnsprechpartnerInnen für Fragen zu Gesundheits- bzw. Risikoverhalten (Moorhead, 1992).

Die HausärztInnen selbst räumen der Präventivmedizin ebenfalls einen großen Stellenwert ein. Verglichen mit KrankenhausärztInnen und auch mit anderen niedergelassenen FachärztInnen beraten AllgemeinmedizinerInnen PatientInnen häufiger und länger bezüglich vorbeugender Gesundheitsmaßnahmen (Wells et al., 1984; Frank & Harvey, 1996). Die Gesundheitsuntersuchung nach § 25 SGB V („Check ab 35“) als präventivmedizinische Maßnahme wird zum überwiegenden Teil – ca. $\frac{3}{4}$ - von Allgemein-/ praktischen ÄrztInnen durchgeführt (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der BRD, 1995) und zumeist

von diesen als eine wichtige Aufgabe erachtet (Erbach, 1995). In einem von Kahl et al. (1999) durchgeführten Survey an 7124 Probanden gaben immerhin ca. 70% der TeilnehmerInnen eines Check ab 35 an, eine Beratung zu Gesundheitsverhalten hinsichtlich ermittelter Risikofaktoren erhalten zu haben.

Im europäischen Vergleich engagieren sich deutsche HausärztInnen am meisten im Bereich der Präventivmedizin. So rangieren sie unter KollegInnen aus 30 europäischen Ländern auf Platz 1, was die Häufigkeit zusätzlicher Beratungsgespräche über Nikotin- und Alkoholabusus oder Ernährungsgewohnheiten mit ihren PatientInnen angeht (Weber, 1996).

Als Gründe für den im hausärztlichen Alltag trotzdem geringen Stellenwert von praktizierter Prävention nennen AllgemeinärztInnen in von Lawlor et al. (2000) durchgeführten Interviews mangelnde Zeit, Motivation und Ausbildung, Zweifel an der Effektivität eines primärpräventiven Ansatzes, an der eigenen Zuständigkeit sowie an der Erwünschtheit solcher Beratungen von PatientInnenseite. Auch die Frage nach einer Medikalisierung soziokultureller Phänomene wird gestellt. Die tragende Rolle von HausärztInnen sehen die Befragten somit vor allem im Bereich der Sekundärprävention.

Weniger als die Hälfte der von Steptoe et al. (1999) befragten britischen HausärztInnen fühlt sich hinlänglich ausgebildet für die Beratungstätigkeit, und nur 20% stimmen der Pauschalaussage zu, Gesundheitsberatung sei sehr effektiv; von der Möglichkeit von Verhaltensveränderungen angesichts einzelner Krankheitsbilder zeigen sich jedoch bis zu 50% der Befragten überzeugt.

Wensing et al. (1998) weisen in einem Literaturreview über 61 kontrollierte Interventionsstudien zur Einführung von Leitlinien und kontinuierlicher medizinischer Weiterbildung in allgemeinmedizinischen Praxen aus den Jahren 1980 – 94 darauf hin, dass sich nicht alle mehrgleisigen Interventionsstrategien für AllgemeinmedizinerInnen als effektiv erweisen und hier weitere Forschung vonnöten ist; reiner Informationstransfer (prädisponierend im Sinne des precede – proceed Modells, vergl. Kap.1.4.1) zeigte sich dabei als weniger effektiv als die Kombination mit Instruktionen, Erinnerungen o.ä. („Verstärkungsfaktoren“, vergl. Kap. 1.4.1), um innovative Veränderungen im allgemeinärztlichen Arbeiten zu etablieren.

1.5.3.1 Gesundheitsberatung zu Ernährung und Körpergewicht

Einer Studie von Heywood et al. (1996) an über 7000 PatientInnen in über 200 allgemeinärztlichen Praxen zufolge identifizieren ÄrztInnen nur 59% der übergewichtigen PatientInnen als solche und beraten nur 36% von diesen. Die Identifikation als „übergewichtig“ ist assoziiert mit weiblichem Geschlecht und geringerer Schulbildung seitens der PatientInnen; beraten werden laut Heywood eher jüngere PatientInnen von eher älteren ÄrztInnen. In einer ähnlichen Studie an über 2700 PatientInnen in Missouri, USA von Friedman et al. (1994)

berichten nur 43% der übergewichtigen PatientInnen, einen Rat zur Gewichtsabnahme erhalten zu haben. Silagy et al. (1992) stellen fest, dass nur 12% der PatientInnen in den von ihnen untersuchten Praxen berichten, ein Gespräch zu Diätmaßnahmen angeboten zu bekommen, bzw. ca. 20% der kardiovaskulär bereits erkrankten PatientInnen. Auch dieser Studie zufolge berichten Frauen häufiger auf Übergewicht angesprochen zu werden als Männer.

In einer Umfrage an über 2000 AllgemeinärztInnen und InternistInnen in Nordbaden zur Wichtigkeit von Prävention im Ernährungsbereich geben 92% an, diese für wichtig zu erachten; immerhin 65% geben an, in ihrer Praxis spezielle Programme wie „Ernährung bei Diabetes“ oder „Gewichtsverlust bei Hypertonie“ durchzuführen (Wiesemann, 1997). Für die Behandlung der Adipositas fühlen sich AllgemeinmedizinerInnen und InternistInnen wesentlich häufiger zuständig als beispielsweise GynäkologInnen, KardiologInnen oder OrthopädInnen (Kristeller & Hoerr, 1997). Dänische AllgemeinärztInnen nennen in einer Befragung als Hindernisse einer Ernährungsberatung mangelnde PatientInnenmotivation, fehlende Zeit und unzureichendes eigenes Wissen über Ernährung (Holund et al., 1997). In einer ähnlichen Erhebung an über 1000 amerikanischen ÄrztInnen beschreibt Kushner (1995), dass zwar knapp 75% der Befragten Ernährungsberatung für wichtig und als Aufgabe des ärztlichen Personals erachten, dass aber nur 2/3 der befragten ÄrztInnen, Ernährungsberatungen an maximal 40% ihrer Patientinnen und für maximal 5 Minuten durchführen. Neben o.g. Gründen führen sie unzureichendes Training im Führen von Beratungsgesprächen und unzureichendes Informations- und Lehrmaterial an. Simkin-Silverman & Wing (1997) beschreiben eine Schulung zur Beratung bezüglich Gewichtskontrolle für HausärztInnen; danach lässt sich Frequenz und Qualität der Beratung steigern - die Effekte auf die übergewichtigen PatientInnen werden hierbei leider nicht erfasst.

Grant et al. (1998) untersuchen die Einstellungen kanadischer ÄrztInnen zu kardiovaskulären Präventionsmaßnahmen; demzufolge halten 10,3% Cholesterinscreening, 48,1% jedoch Interventionen zur Verbesserung der Ernährung für ineffektiv. Die meisten Befragten geben an, sich selbst für nur mäßig geschult im Umgang mit dem Risikoverhalten von PatientInnen zu halten; die mangelnde Honorierung dieser Präventionsmaßnahmen wird nur von knapp 15% als wichtig für den eigenen Umgang mit solchen Interventionsmaßnahmen in der Praxis betrachtet.

Auch Evans et al. (1996) beschreiben ein Interventionsschulungsprogramm für HausärztInnen als erfolgreich insofern, als dass die geschulten ÄrztInnen tatsächlich ihre Beratungsfrequenz steigern und ein höheres Vertrauen in ihre Beratungsfähigkeiten entwickeln; nach einem 10monatigen Beobachtungszeitraum ließ sich dennoch keine signifikante Verbesserung in der Ernährungsweise und im Cholesterinspiegel der PatientInnen aufweisen.

Ashenden et al. (1997) analysieren in ihrem Review zehn Interventionsstudien zu Ernährungsberatungen, von denen 4 im Kontext mit anderen Verhaltensänderungen durchgeführt

wurden. Sie bemängeln die schlechte methodische Qualität der meisten dieser Arbeiten im Hinblick auf Selektionskontrollen; des Weiteren werden unterschiedliche Endpunkte betrachtet, was die Vergleichbarkeit weiter erschwert. In 5 Studien finden sich keine signifikanten Effekte auf den Blutdruck, in 4 von 5 keine Effekte auf das Körpergewicht sowie insgesamt unterschiedliche Ergebnisse im Hinblick auf Lipidspiegel im Blut.

Resnicow et al (2003) untersuchte an einer Afroamerikanischen Studienpopulation im „Eat for Life“ Trial den prädiktiven Wert des TTM bezüglich der Einnahme von Obst und Gemüse. TeilnehmerInnen, die sich zu Beginn der Studie der „Absichtslosigkeit“ zuordneten, veränderten ein Jahr nach einer nicht Studien- spezifischen Intervention ihr Verhalten in gleichem Ausmaß wie TeilnehmerInnen, die sich initial einem dynamischeren Stadium zuordneten.

Im Zeitraum 1980-1990 bezogen sich von 346 analysierten Arbeiten zum Bereich Ernährungsberatung in einschlägigen Fachpublikationen lediglich ca. 23% explizit auf ein theoretisches Modell (wovon eine höhere Effektivität zu erwarten wäre). Des Weiteren ist die Bedeutung ernährungspolitischer Rahmenbedingungen – Markt- und Konsumverhalten - für die individuelle Ernährung nicht zu vernachlässigen (Keller, 1998).

1.5.3.2 Gesundheitsberatung zu körperlicher Aktivität

Die Motivierung von PatientInnen zu sportlicher Aktivität ist wenig erforscht, entsprechende Programme richten sich vor allem an diejenigen, die ohnehin grundsätzlich zu einer Verhaltensänderung bereit sind, wie Prochaska & Marcus (1991) und Fuchs (1997) bemängeln. Wenn eine dahingehende Beratung durchgeführt wird, so vor allem anlässlich einer Beratung zur Gewichtsreduktion – weder die aktuelle Ernährungsweise noch die allgemeinen Sportgewohnheiten sind assoziiert mit der Häufigkeit dieser Beratung, was von Kreuter et al. (1997) als kurzsichtig gewertet wird.

Der bereits zitierten Untersuchung von Wells (1984) zufolge beraten knapp 40% der Ärzte ihre PatientInnen überhaupt nicht zu Fragen körperlicher Aktivität, 18% beraten nur PatientInnen mit kardiovaskulären Erkrankungen und nur 34% betreiben Primärprävention. Friedman et al. (1994) berichten von nur 15% aller PatientInnen mit Bewegungsmangel, die angeben, ihr Arzt/ ihre Ärztin habe das Thema „körperliche Bewegung“ mit ihnen angesprochen. Silagy et al. (1992) zufolge geben gar nur 4,5% aller PatientInnen an, in der allgemeinmedizinischen Praxis auf das Thema „körperliche Bewegung“ angesprochen worden zu sein, Männer dabei häufiger als Frauen.

Die U.S. Prevention Services Task Force, eine amerikanische Expertengruppe, bezeichnete bereits 1989 die Motivierung von PatientInnen zur Steigerung körperlicher Aktivitäten als unverzichtbaren Bestandteil ärztlicher Gesundheitsberatung (Harris et al., 1989). Dieses Ziel wurde in das nationale Gesundheitsprogramm „Healthy People 2000“ aufgenommen und dort als

effektive und kostengünstige Maßnahme zur Steigerung der Gesundheit in der Bevölkerung bezeichnet (U.S. Public Health Service, 1990). Einer Umfrage von Williford et al. (1992) an 168 ÄrztInnen zufolge kennen jedoch nur 23% der Befragten die Richtlinien des American College of Sports Medicine; knapp die Hälfte gibt aber an, körperliche Aktivitäten ihrer PatientInnen als regulären Bestandteil der Anamnese zu erfragen und über 90% fordern angeblich regelmäßig ihre PatientInnen zu vermehrter körperlicher Aktivität auf. In einer Umfrage an AllgemeinärztInnen aus Missouri, USA, gibt laut Royals et al. (1996) die Mehrheit an, mit etwa der Hälfte ihrer PatientInnen über körperliche Aktivität zu sprechen – im Durchschnitt allerdings unter 2 Minuten, was von den AutorInnen als unzureichend gewertet wird.

Jolliffe et al. (2003) kommen im aktualisierten Cochrane Review nach Betrachtung von gepoolten Daten von 8.440 PatientInnen mit KHK zu dem Schluss, dass aktivitätsbasierte kardiale Rehabilitationsprogramme effektiv sind in der Senkung der Mortalität, sowohl der Gesamtmortalität als auch der kardialen Mortalität um 27% bzw. 31%. Offen bleibt dabei, ob umfassendere Rehabilitationsprogramme effektiver sind als Programme mit dem Schwerpunkt auf körperlicher Aktivität; kritisiert wird die mangelnde Heterogenität der Studienpopulationen – überwiegend werden weiße Männer mit eher günstigerem Risikoprofil untersucht.

Im Rahmen der „Herzgruppen“ hat körperliche Aktivität einen festen Platz in den meisten sekundär präventiv ausgerichteten Rehabilitationsmodellen, wobei die dort übliche Häufigkeit von 1-2x wöchentlichen Aktivitäten allein zu wenig erscheint. In einer Zusammenfassung mehrerer Metaanalysen kommt Löllgen (1998) zu dem Schluss, dass die Mortalität nach Rehabilitation deutlich niedriger liegt, wohingegen die Häufigkeit nichttödlicher Reinfarkte offensichtlich davon nicht beeinflusst ist. Früher Rehabilitationsbeginn mit Schwerpunktlegung auf körperliches Training scheint die Ergebnisse günstig zu beeinflussen.

Studienergebnisse mit Fokus auf primäre Prävention sind nicht ganz so eindeutig.

Calfas et al. (1996) verfolgen in ihrer Studie 255 PatientInnen aus 17 Praxen, von denen eine Hälfte eine 3 – 5 minütige strukturierte Beratung hinsichtlich körperlicher Bewegung seitens der HausärztInnen erhielt. Dieses Beratungsprogramm – PACE (Physician-based Assessment and Counseling for Exercise) – orientiert sich an den Motivationsstufen des transtheoretischen Modells. In den nachfolgenden Telefongesprächen 2 bzw. 4-6 Wochen später berichten PatientInnen der Interventionsgruppe über signifikant häufigeres Gehen und eine höhere Motivation zu vermehrter Aktivität. Die Gruppe der in dem „Absichtsbildung“ zugeordneten Stadium konnten am ehesten zu weiterem Fortschreiten hinsichtlich der Stadien bewegt werden; die Intervention scheint somit nicht für alle Stadien gleichermassen gut geeignet. Eine solche Kurzintervention kann also für näher zu definierende PatientInnengruppen Erfolge zeigen im Hinblick auf die Steigerung moderater körperlicher Aktivität und die diesbezügliche Motivation;

zu sehr ähnlichen Ergebnissen kommen Marcus et al. (1997) und Lewis & Lynch (1993). Bei all diesen Studien ist jedoch kritisch anzumerken, dass der Beobachtungszeitraum mit einem Monat sehr kurz ist und Aussagen über eine längerfristige, stabile Verhaltensänderung somit nicht getroffen werden können; des weiteren werden die Zielkriterien lediglich erfragt, nicht beobachtet, so dass ein Bias des Antwortverhaltens im Sinne sozialer Erwünschtheit zugrunde gelegt werden muss.

Eckstrom et al. (1999) berichten von einer vergleichbaren Interventionsstudie, in der nach einem Beobachtungszeitraum von 6 Monaten zwar die Zuversicht der geschulten ÄrztInnen in ihre Beratung stieg, die PatientInnen der Interventionsärztegruppe jedoch über keine signifikante Steigerung ihres Bewegungsverhaltens berichteten.

Ashenden et al. (1997) resümieren in ihrem Review über sechs Interventionsstudien über Anregung zu vermehrter körperlicher Aktivität – fast alle im Rahmen multifaktorieller „lifestyle“ – Interventionen -, dass angesichts der verschiedenen benutzten Instrumente und Endpunkte die Vergleichbarkeit und Zusammenfassbarkeit der Studien schwierig ist; dennoch sehen sie insgesamt positive Ergebnisse im Sinne erreichbarer moderater Verhaltensänderungen.

Adams & White (2003) fassen Interventionsstudien auf Basis des TTM hinsichtlich der Motivierung zu körperlicher Aktivität zusammen: zu bemängeln sind hierbei insbesondere heterogene Erhebungsinstrumente von Selbstaussagen über Lungenfunktionsprüfungen sowie die in der Regel zu kurzen follow-up Zeiten. Bislang konnten meist zwar kurzfristige Erfolge, aber wesentlich weniger anhaltende Verhaltensänderungen belegt werden, hohe drop-out Raten und Schwierigkeiten im follow-up sind auch bei langfristiger angelegten Studien leider häufig. Eine Probandenauswahl z.B. mittels Zeitungsannoncen führt zu ausgeprägtem Selektionsbias; so seien einzelne Studien eher auf Personen in dynamischen Stadien zugeschnitten, repräsentative Teilnehmersamples aus allen Bevölkerungsgruppen werden nicht erreicht. Der Vergleich zwischen TTM- basierten Interventionen und unspezifischeren Interventionen sollte evaluiert werden; die Autoren weisen darauf hin, dass bereits z.B eine Lungenfunktionsprüfung in zeitlichem Intervall als Interventionsmaßnahme fungieren kann.

1.5.3.3 Gesundheitsberatung für RaucherInnen

Raucherberatung ist weder verlorene Zeit noch verlorenes Geld – eine Untersuchung der Agency of Health Care Policy and Research (AHCPR) 1996 zur Kosteneffektivität von 15 verschiedenen Interventionsprogrammen ergab Ersparnisse im Gesundheitswesen zwischen \$1.000 bis zu über \$4.000 pro Jahr, wobei sich die zeitlich (und somit auch finanziell) intensiveren Interventionen als die letztendlich kostengünstigsten erwiesen (Cromwell et al., 1997).

In der bereits zitierten Befragung niedergelassener Ärzte von Wells et al. (1984) finden sich

folgende Ergebnisse zu Beratungsgewohnheiten: während die überwiegende Mehrheit der Ärzte davon überzeugt ist, dass Rauchen schädlich und diesbezügliche Beratung wichtig ist, fühlt sich weniger als ein Viertel in der Lage, Nichtraucherberatung durchzuführen. Nur 12% halten ihre Beratung für effektiv, und weit über die Hälfte halten Beratung einerseits für schwierig und andererseits für ungenügend bezahlt. 52% beraten alle rauchenden PatientInnen, betreiben also primäre Prävention; 17% beraten nur PatientInnen mit kardiopulmonalen Erkrankungen und 14% beraten überhaupt nicht. Friedman et al. (1994) zufolge werden nur 42% aller rauchenden PatientInnen auf Nichtraucher angesprochen. Eine Vielzahl von Studien, die ein Beratungstraining für HausärztInnen mit verhaltenstherapeutischen Methoden konzipieren und evaluieren, zeigen, dass die ÄrztInnen tatsächlich angeben, ihre Beratungsfrequenz zu steigern (Hollis et al., 1991; Basler et al., 1992; Ockene, Lindsay et al., 1997; Lewis et al., 1998). Ockene, Lindsay et al. (1997.) weisen allerdings darauf hin, dass seitens der PatientInnen keine signifikanten Unterschiede im Beratungsverhalten der Versuchs- bzw. KontrollärztInnengruppe berichtet werden. Die Angaben der ÄrztInnen zu Frequenz und Intensität ihrer Gesundheitsberatungen sind offensichtlich nur mit Vorsicht zu verwerten; auch Lewis, Clancy et al. (1991) fordern eine dahingehende Validierung der Eigenangaben von ÄrztInnen. HausärztInnen scheinen ihre PatientInnen für eine Nichtraucherberatung zu selektieren; PatientInnen, die verstärkt rauchen, die eine Erkrankung der Atemwege oder des kardiovaskulären Systems aufweisen oder von Nichtrauchversuchen berichten, werden eher beraten als andere (Senore et al., 1999). In der bereits zitierten Studie von Heywood et al. (1996) identifizieren ÄrztInnen nur 66% der rauchenden PatientInnen als RaucherInnen und beraten nur 49% davon; neben evtl. vorhandenen Begleiterkrankungen scheint hier insbesondere die Einstellung des Arztes/ der Ärztin entscheidend zu sein – ÄrztInnen, die häufiger längere Konsultationen durchführen, Risikofaktorenidentifikation für wichtig erachten und an die Möglichkeit glauben, Lebensgewohnheiten beeinflussen zu können, identifizieren ihre PatientInnen häufiger als RaucherInnen und beraten sie auch häufiger. McIlvain et al. (1995) beschreiben, dass in den USA weiße, nicht-hispanische PatientInnen häufiger Nichtraucherberatungen erhalten, obwohl sie seltener bereit sind, aufzuhören. Ihnen zufolge lassen sich keine signifikanten Verbesserungen im Rauchverhalten der beratenen PatientInnen aufzeigen.

Die Beendigung eines Nikotinabusus ist mit substantieller Mortalitätsreduktion bei PatientInnen mit vorbestehender KHK assoziiert; mit nach Cochrane Review (Critchley & Capewell, 2003) auf 36% bezifferter Reduktion des relativen Risikos ist Nichtraucherintervention somit erfolgreicher als beispielsweise Cholesterinsenkung. Das Verschreiben eines Nikotinkaugummis oder andere Formen der Nikotinsubstitution können RaucherInnen das Aufhören erleichtern, insbesondere im Rahmen weitergehender verhaltenstherapeutischer Maßnahmen (Basler et al., 1992) bzw.

Beratung (Ockene et al., 1991) oder bei bereits wegen Atemwegserkrankungen hospitalisierten PatientInnen (Rosal et al., 1998).

In einer umfassenden Metaanalyse von Studien zur Verschreibung von Nikotinkaugummi in allgemeinärztlichen Praxen kommt Lam (1987) jedoch zu dem Schluss, dass diese Effekte nicht signifikant und zwar effektiver als gar nichts sind, angesichts hoher Rückfallquoten aber unbefriedigend bleiben. Harackiewicz (1988) weist in diesem Kontext darauf hin, dass wohl primär das Verhalten, nicht die stoffliche Sucht der bestimmende Faktor ist.

Ashenden et al. (1997) kommen in ihrem Literaturreview zu der Aussage, dass 50 PatientInnen kurz oder 25 PatientInnen intensiv beraten werden müssen, um eineN davon zum Nichtrauchen zu bewegen. Goldstein et al. (1994) kommen zu dem Schluss, dass ÄrztInnen, die ihre rauchenden PatientInnen nach dem transtheoretischen Modell (TTM) einstufen und entsprechende kurze Interventionsmaßnahmen zum Nichtrauchen je nach Einstufung durchführen, ihre PatientInnen verstärkt zu einem Weiterbewegen auf eine höhere Motivationsstufe verhelfen können, als PatientInnen aus der Kontrollgruppe mit nicht-geschulten ÄrztInnen. Die Nichtraucherquoten beider Gruppen differieren nach 6 Monaten nicht, der Beobachtungszeitraum erscheint aber auch recht kurz für einen so langwierigen Prozess. Basierend auf dem TTM Modell wurde das Pathways to Change system (PTC) als systematische Nichtraucherinterventionsform entwickelt; Studien zur Effizienz dieser Intervention sind mit Nichtraucherquoten von 22 – 26%, ansteigend auch in dem Beobachtungszeitraum nach der Intervention, viel versprechend (Velicer & Prochaska, 1999); halbjährliche Reevaluationen der Stadien erfassen allerdings ggf. nur einen Bruchteil der Transitionen zwischen den Stadien. Spencer et al (2003) bewerten insgesamt 37 auf dem TTM basierende Interventionsstudien (davon ein Großteil Kohorten- und fall-Kontrollstudien) und bewerten das outcome bei Stadien-basierten Interventionen als besser. Zu kritisieren ist hierbei, dass die Effektivität einer Stadien-gematchten Intervention versus einer nicht-gematchten Intervention nur in 2 Studien getestet wurde ohne sicher positives Ergebnis (nach Sutton, 2001). Zudem kommen Riemsma und KollegInnen (2003) zu einem wesentlich weniger günstigen Ergebnis als Spencer nach Review von 23 randomisierten kontrollierten Studien zu TTM- basierten Nichtrauch- Interventionen; der Grund hierbei liegt in der strengeren Definition der reviewten Studiendesigns.

Eine routinemäßige Nichtraucherberatung bei unwilligen PatientInnen kann schließlich laut Butler et al. (1998) die ÄrztIn – PatientIn – Beziehung gefährden.

Wie u.a. Critchley & Capewell (2003, Cochrane Review) bemängeln, sind viele Studien unzureichend hinsichtlich der Berücksichtigung von Confoundern; des weiteren bestehen die Studienpopulationen aus häufig relativ kleinen Gruppen, eher jüngeren Menschen, zuwenig Frauen sowie kaum Menschen nicht-europäischer oder US-amerikanischer Herkunft.

1.5.3.4 Gesundheitsberatung zur Stressbewältigung

Vergleiche von Stressinterventionsstudien haben mit einer Vielzahl methodischer Probleme zu kämpfen – verschiedene Interventionsmethoden (Entspannungsverfahren, Meditation, Verhaltenstherapie; Einzel- oder Gruppentherapie...) kommen an sehr unterschiedlichen Versuchsgruppen, oft ohne zu fordernde randomisierte Kontrollgruppen zum Tragen, verschiedene Endpunkte werden zur Evaluierung gewählt; Langzeit – follow-up ist eher die Ausnahme (Sims, 1997).

In zwei randomisierten, kontrollierten Interventionsstudien untersucht Kaluza (1998 bzw. 1999) die Effekte eines Stressbewältigungstrainings „Gelassen und sicher im Stress“ (Kaluza, 1996) an gesunden ProbandInnen. Das Training besteht aus progressiver Muskelrelaxation, einem strukturierten Problemlösetraining sowie einem Genusstraining und wird über Volkshochschulen und Krankenkassen unter Leitung von qualifizierten PsychologInnen in 12 wöchentlichen Gruppensitzungen von 90minütiger Dauer durchgeführt. Die Kontrollgruppe wird einer Warteliste zugeteilt und ebenso wie die Versuchsgruppe 6 Monate nach Ende der Intervention nachuntersucht. Dabei zeigen sich z.T. stärker als unmittelbar nach Ende des Trainings signifikante Effekte insbesondere hinsichtlich verschiedener Copingvariablen und des positiven Befindens. Primärpräventive Stressbewältigungstrainings – bei hier von sich aus motivierten, positiv-selektionierten ProbandInnen - haben demzufolge eine zumindest mittelfristig anhaltende Wirkung.

Parker et al. (1995) zufolge zeigen sich in einer klinischen kontrollierten und randomisierten Studie zu Stressmanagement - Intervention bei PatientInnen mit rheumatoider Arthritis auch nach über einem Jahr signifikante Verbesserungen in der Versuchsgruppe, dies betrifft vor allem Coping Strategien, Schmerzen, subjektiver Gesundheitszustand, Gefühle der Hilflosigkeit und Selbstwirksamkeitserwartung.

In einer weiteren kontrollierten, randomisierten Studie von Swann et al (1991) profitiert die Versuchsgruppe von Patientinnen mit Colon irritabile auch nach einem Jahr noch deutlich von kognitiven Problemlösungsstrategien und Entspannungstechniken im Sinne von verminderten und weniger heftigen Schmerzattacken. Stressbewältigungsmaßnahmen gehören auch zu den Pfeilern der breit gefächerten Interventionsstrategie des „Lifestyle Heart Trial“ von Ornish et al. (1990 & 1998; s. Kap.1.5.2) bzw. des PrimeTime Programms (Toobert et al., 1998). In letzterem wird die von Ornish et al. entwickelte Interventionsform an einer Versuchsgruppe von an KHK erkrankten Frauen durchgeführt. Hier verwandte Techniken umfassen Yoga- und Atemübungen, Entspannungstechniken, Meditation und Imaginationsübungen sowie Gruppentherapiesitzungen. Nach einer Woche intensiven Trainings in einem kurähnlichen Setting werden die wöchentlichen Gruppentreffen allmählich über ein Jahr hinweg reduziert. Auch nach diesem Jahr üben die

Teilnehmerinnen der Versuchsgruppe die erlernten Techniken häufig aus und erreichen anhaltend bessere Werte als die Kontrollgruppe in ihren Angaben zu Selbstwirksamkeitserwartung, sozialer Unterstützung und Coping – Fähigkeiten. Toobert et al. (1998) betonen die Wichtigkeit des Gruppenprozesses, der sich dank der ersten Woche intensiven Beisammenseins schnell intensivieren konnte; die gute Compliance der Studienteilnehmerinnen und die zumindest mittelfristig anhaltenden Veränderungen ihrer Eß-, Bewegungs- und Rauchgewohnheiten führen sie u.a. darauf zurück.

In einer Evaluation von Stressmanagementstrategien in Großbritannien kommt Sims (1997) zu dem Schluss, dass sich spezifische Effekte bislang nicht statistisch sicher nachweisen lassen; Entspannungsverfahren und kognitives Verhaltenstraining schienen ebenso wie jeglicher Gruppenansatz jedoch positive Wirkung zu haben.

Zu TTM - basierten randomisierten Interventionsstudien konnte keine Literatur identifiziert werden.

1.6 Zusammenhänge zwischen eigenem Gesundheitsverhalten und Gesundheitsberatung

Harsha et al. (1996) befragen PatientInnen, welche Charakteristika ihres Hausarztes/ ihrer Hausärztin dazu beitragen könnten, dass sie Empfehlungen zu vermehrter körperlicher Aktivität williger befolgen; insbesondere PatientInnen mit höherer Schulbildung und höherem Einkommen geben u.a. an, dass sie den Ratschlägen von nicht - übergewichtigen, nichtrauchenden und selbst sportlich aktiven ÄrztInnen eher folgen würden.

In der Studie von Lewis, Clancy et al. (1991) findet sich das eigene Risikoverhalten insbesondere bei den männlichen Internisten als Prädiktor für Indikationsbreite, Häufigkeit und Länge beratender Gespräche: hinsichtlich Beratung zu Nichtrauchen werden signifikante, zu körperlicher Aktivität und zum Gebrauch von Sicherheitsgurten im Auto hochsignifikante Zusammenhänge gefunden. Bei den Internistinnen hingegen lässt sich dieser Studie zufolge nur das Ausmaß eigener körperlicher Aktivität in Zusammenhang zur Beratung hinsichtlich Bewegung und Alkoholkonsum setzen.

In der bereits zitierten Women Physicians' Health Study beschreiben Frank, Rothenberg et al. (2000) signifikante Zusammenhänge zwischen berichteten Beratungs- und Screeninggewohnheiten der Ärztinnen und deren entsprechenden Gesundheits-/Risikoverhalten, insbesondere hinsichtlich Ernährung, Alkohol, Nichtrauchen, Grippeimpfungen, Brustselbstuntersuchung, Hautkrebsprophylaxe mittels Sonnenmilchgebrauch und postmenopausale Hormonsubstitution; auch für körperliche Aktivität lassen sich solche Zusammenhänge zeigen (Frank et al, 2003). Aktuelle eigene Verbesserungsversuche hinsichtlich Ernährung und körperliche Aktivität (ähnlich also den Aktionsstufen im TTM) korrelierten signifikant mit entsprechender Beratungsintensivierung.

Ebenfalls von Erica Frank ins Leben gerufen wurde das Healthy Doc Project, eine Longitudinalstudie an amerikanischen MedizinstudentInnen mit dem Ziel, die Entwicklung ihres Gesundheitsverhalten und ihrer Beratungsgewohnheiten sowie die Einflussmöglichkeiten während der Ausbildung daraufhin zu verfolgen (Frank, pers. Mitteilung, Feb. 2001). Erste Ergebnisse dazu stehen noch aus.

McKenna et al. (1998) beschreiben, dass ÄrztInnen, die sich regelmäßig körperlich betätigen, und deren Motivation entsprechend auf die Stufen von „Handlung“ und „Aufrechterhaltung“ einzuordnen ist, ihre PatientInnen dreimal häufiger zu körperlicher Aktivität beraten als andere.

Sherman & Hershman (1993) untersuchen neben dem Beratungsverhalten von über 400 amerikanischen InternistInnen auch deren eigene Herzfrequenz in Ruhe als Maß für den eigenen körperlichen Trainingszustand. Die Wahrscheinlichkeit, dass Beratung hinsichtlich körperlicher

Aktivität durchgeführt wird, ist dieser Studie zufolge wiederum assoziiert mit der Zuversicht in eine solche Beratung, der Überzeugung, dass Bewegung wichtig ist, und einer niedrigeren Ruhfrequenz des Herzens.

Abramson et al. (2000) stellen in einer Studie an knapp 300 amerikanischen ÄrztInnen fest, dass ÄrztInnen, die sich körperlich betätigen, eher PatientInnen dahingehend beraten. Hinderungsgründe sind vor allem Zeitmangel und geringe Erfahrung oder Wissen zu Beratung hinsichtlich körperlicher Aktivität.

Hinsichtlich der Nichtraucherberatungen weisen Forschungsergebnisse recht einstimmig darauf hin, dass rauchende ÄrztInnen diese weniger engagiert betreiben als ihre nichtrauchenden KollegInnen (Mamo et al., 1991; Icli et al., 1992; Slama et al., 1996). So geben 33% der nichtrauchenden, aber nur 17% der rauchenden ÄrztInnen ihren rauchenden PatientInnen regelmäßig Ratschläge zur Nikotinabstinenz. Weisen die PatientInnen gesundheitliche Probleme auf, die mit ihrem Nikotinabusus in Zusammenhang stehen, so intervenieren rauchende ÄrztInnen zu 84%, die nichtrauchenden hingegen zu 93% (Mamo et al. 1991).

DiMatteo et al. (1993) resümieren nach einer Längsschnittstudie über 2 Jahre an 186 ÄrztInnen und deren Diabetes-, Bluthochdruck- und HerzpatientInnen, dass die Anbindung der PatientInnen an die Behandlung offensichtlich mit der Arbeitszufriedenheit der ÄrztInnen assoziiert ist.

Thompson et al. (1993) beschreiben, dass ÄrztInnen mit besserer Ausbildung in verhaltensmedizinischen Techniken und größerer Selbstwirksamkeitserwartung auch häufiger beraten.

Auch Lewis, Clancy et al. (1991) zeigen einen Zusammenhang zwischen der Dauer der Beratung und der Wahrnehmung der Effektivität der eigenen Beratung. Die Selbstwahrnehmung der Beratungseffektivität wiederum hängt sicherlich von mehreren Faktoren ab, nicht zuletzt natürlich vom eigenen Gesundheitsverhalten. So haben z.B. rauchende ÄrztInnen weniger Vertrauen als ihre nichtrauchenden KollegInnen, PatientInnen zum Nichtrauchen bewegen zu können (Icli et al., 1992).

Insgesamt sieht sich die Mehrheit der ÄrztInnen als Vorbild gegenüber ihren PatientInnen, insbesondere auf dem Gebiet des Nichtrauchens (Mamo et al., 1991; Nelson et al., 1994).

Stephoe et al. (1999) belegen in ihrer Umfrage an gut 100 ÄrztInnen und 58 Krankenschwestern zwar Zusammenhänge zwischen positiver Einstellung zu Gesundheitsberatung, dem Glauben an die Effektivität solcher Beratungen und Zuversicht in die eigene Beratung, nicht jedoch zwischen dem persönlichen Gesundheitsverhalten und der Einstellung zu Gesundheitsberatung. Dieses Ergebnis widerspricht den Resultaten von Wells et al. (1984), denen zufolge ÄrztInnen mit zunehmender Anzahl eigener Risikoverhaltensweisen zunehmend weniger im Sinne von primärer

oder sekundärer Prävention Beratungen durchführen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass neben dem eigenen Gesundheitsverhalten noch eine Reihe weiterer Faktoren die Beratungseinstellung von ÄrztInnen bestimmen; des weiteren scheint es Unterschiede in der Stärke der Assoziation zwischen verschiedenen Risikoverhaltensweisen und kognitiven Variablen, die mit der Beratungstätigkeit in Zusammenhang stehen, zu geben.

1.7 Fragestellung für die vorliegende Arbeit

Aus den bisher diskutierten Punkten ergeben sich folgende zentrale Fragestellungen für diese Arbeit:

1) Unterscheiden sich HausärztInnen und RechtsanwältInnen in ihrem Gesundheitsverhalten, d.h hinsichtlich

- Ernährung und Körpergewicht
- körperlicher Aktivität
- Rauchgewohnheiten
- Stressbelastung
- Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ?

Daraus lassen sich Schlussfolgerungen hinsichtlich der Wertigkeit von „Wissen“ für das eigene Gesundheitsverhalten ziehen.

2) Unterscheiden sich Hausärztinnen und Hausärzte voneinander in o.g. Punkten?

3) Gibt es einen Zusammenhang zwischen jeweils einer der o.g. Verhaltensweisen, der entsprechenden Veränderungsmotivation und der Zuversicht der ÄrztInnen in ihre diesbezügliche Gesundheitsberatung?

2. Methodik

2.1 Auswahl der Stichprobe

Aus der Liste der hausärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzte der KV Nordrhein wurden die 797 ÄrztInnen aus dem Stadtgebiet Köln ausgewählt.

Für die Auswahl der RechtsanwältInnen wurde das Anschriftenverzeichnis der Rechtsanwaltskammer Köln, Auflage 1998 zugrunde gelegt; für den Landgerichtsbezirk Köln sind dort 3960 AnwältInnen verzeichnet.

Diese wurden jeweils durchnummeriert; mittels computergenerierter Zufallszahlen wurden jeweils 350 ÄrztInnen bzw. AnwältInnen ausgewählt.

2.2 Fallzahlplanung

Die Fallzahlplanung erfolgte computergestützt, wobei binomial Fisher's exact test mit einer Power von 80% und einem Signifikanzlevel von 0,05 verwendet wurde. Die Berechnung erfolgte anhand der Ergebnisse zum Lebensmittelscore aus der Dissertation von Schmidt (2000). Unter der Annahme entsprechender Verteilungskennzahlen wurde eine Fallzahl von $n=117$ pro Gruppe errechnet, die benötigt wird, um einen Unterschied im Lebensmittelscore an 16 Punkten mit o.g. Power statistisch zu sichern.

2.3 Rekrutierung der Stichprobe

In dem Zeitraum Oktober bis Dezember 1998 wurden die ausgewählten ÄrztInnen und AnwältInnen angeschrieben; das Schreiben enthielt den Fragebogen, einen erläuternden Brief sowie einen adressierten Rückumschlag mit einer Zahlencodierung, um den Rücklauf zu kontrollieren; Portokosten entstanden den TeilnehmerInnen nicht.

Zwei bis vier Wochen nach dem Anschreiben wurden die ÄrztInnen, die noch nicht geantwortet hatten, telefonisch von mir aufgefordert, den Bogen noch auszufüllen und abzusenden - meist im direkten Gespräch, in einigen Fällen mangels Erreichbarkeit weitergeleitet über die Sprechstundenhilfe.

Da die benötigte Fallzahl von 117 bei den AnwältInnen schnell erreicht wurde, wurde hier auf die telefonische Erinnerung verzichtet.

Abzüglich wegen Umzug, Praxisaufgabe oder Tod nicht zustellbarer Anschreiben wurden 316 Fragebögen an ÄrztInnen und 331 Fragebögen an AnwältInnen versandt. Es wurden 102 Fragebögen von ÄrztInnen zurückgesandt, von denen 97 ausreichend vollständig zur Auswertung waren. Dies entspricht einem Rücklauf von 30,7%.

Von den AnwältInnen wurden 121 Fragebögen zurückgesandt, die alle auswertbar waren; dies entspricht einem Rücklauf von knapp 37%.

2.4 Aufzeichnung und Auswertung der Daten

Die Daten wurden in SPSS for Windows eingegeben und dort bearbeitet. Für alle Daten fand eine Plausibilitätskontrolle statt; außerdem wurden 10% der Dateneingaben nochmals überprüft.

Zur statistischen Auswertung für unabhängige Stichproben kamen folgende Tests zur Anwendung:

- für nominalskalierte Variable der χ^2 – Test
- für stetige normalverteilte Variable der t – Test
- für stetige normalverteilte Variable für mehr als zwei Gruppen die Varianzanalyse (ANOVA)
- für bivariate Korrelationen der Pearson – Korrelationskoeffizient bei metrisch skalierten Variablen sowie der Korrelationskoeffizient nach Spearman bei nicht-metrisch skalierten Variablen

Das α -Niveau wurde für alle Tests auf 0,05 festgelegt. Da sich bei multiplen Testen die Wahrscheinlichkeit für einen statistischen Irrtum 1. Art mit jedem Test erhöht, wurde für die Endpunkte der Untersuchung – den Gruppenvergleich zwischen HausärztInnen und RechtsanwältInnen hinsichtlich Lebensmittelscore, BMI, Ausmaß an körperlicher Aktivität, Rauchen und Beanspruchung - die α -Korrektur nach Bonferroni (Bland et al., 1995) durchgeführt, woraus sich für diese Einzeltests eine α -Schwelle von $p = 0,01$ ergibt.

Der Begriff der Signifikanz im statistischen Sinne erscheint daher für alle anderen Ergebnisse nicht brauchbar und wird folglich bei der Beschreibung der Ergebnisse nicht verwendet.

Angesichts der relativ geringen Gruppengröße ist die Power für einen Subgruppenvergleich z.B. zwischen Männern und Frauen nicht ausreichend; der Vergleich ist als deskriptiv zu sehen.

Für die Beschreibung des Zusammenhangs zwischen Zuversicht in die eigene Beratungstätigkeit, eigenem gesundheitlichen Verhalten und diesbezüglicher Motivationsstufe anhand des Stufenalgorithmus wurden bivariate Korrelationen als bestgeeignete Testverfahren gewählt.

2.5 Fragebogen

Alle Skalen wurden zwecks Vereinheitlichung in siebenstufige Skalen umgewandelt; dadurch sind die Daten zur Instrumentenkritik wie im Folgenden erläutert nur eingeschränkt übertragbar.

Die Skalen des Fragebogens werden analog ihrer dortigen Reihenfolge beschrieben.

2.5.1 Subjektiver Gesundheitszustand

Der gegenwärtige subjektive Gesundheitszustand wird mittels einer siebenfach gestuften Skala erfasst (1 = „sehr gut“ bis 7 = „sehr schlecht“). Für die fünfstufige Version ist anhand einer Nebenstudie mit 158 Bundeswehrsoldaten eine ausreichende Retest-Reliabilität ($r = 0.45$; $p < 0.001$) über ein sechswöchiges Intervall belegt (Baum et al., 1998).

2.5.2 Marburger Fragebogen zum habituellen Wohlbefinden

Über ein aus 7 Items bestehendes eindimensionales Instrument wird das Wohlbefinden rückblickend auf die zurückliegenden zwei Wochen ermittelt. Der Gesamtwert wird aus Einzelaspekten körperlichen und seelischen Wohlbefindens gebildet. Für die sechsstufige Version belegen Daten aus 13 Studien mit Stichprobengrößen zwischen $N = 48$ bis $N = 1420$ zufrieden stellende sechswöchige Retest-Reliabilitäten von $r = 0.61$ und $r = 0,75$ und innere Konsistenzen zwischen $\alpha = 0.87$ und $\alpha = 0.92$. Auswertungen zur Validität ergaben eine Unabhängigkeit von soziodemographischen Variablen; stabile Effekte mittlerer und großer Höhe konnten für viele Indikatoren des physischen und psychischen Wohlbefindens sowie Stress- und Bewältigungsmaße, Bewältigungsmechanismen, der sozialen Unterstützung und der Kompetenzerwartung gezeigt werden (Herda et al., 1998).

2.5.3 Ernährung

Die Ernährung der Befragten wird anhand einer 16 Items umfassenden Lebensmittelliste („food frequency list“) erfasst, die in Vorstudien entwickelt wurde und mit der die Abweichung von einer gesunden Ernährung bestimmt werden kann. Als Kernmerkmale einer gesunden Ernährung wurden die Attribute „ausgewogen und fettarm“ gewählt. Die Berechnung des Gesamtwertes basiert auf den Angaben zu einer gesunden Ernährungsweise von 30 ÖkotrophologInnen. Die Retest-Reliabilität ist in Nebenstudien mit $r = 0,91$ beziffert worden, die interne Konsistenz ist mit Cronbach $\alpha = 0.73$ ($n = 779$) befriedigend. Durch substanzielle Korrelation der Liste mit Ergebnissen aus Ernährungstagebüchern konnte die Validität bestätigt werden (Keller, 1998). Aus den angegebenen Daten wird ein Gesamtscore berechnet; ab einem Wert von ≤ 16 ist davon auszugehen, dass die Nahrungszusammensetzung den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung entspricht.

Hieran schließt je ein Prochaska – Algorithmus zu gesunder Ernährung und Körpergewicht/Gewichtsreduktion an (s. folgender Abschnitt).

2.5.4 Die Prochaska – Algorithmen:

Im Fragebogen im Anhang findet sich der Algorithmus, nach dem die Befragten den Stufen der Verhaltensänderung bezüglich gesunder Ernährung, Gewichtsreduktion, mäßige und intensive sportliche Aktivität, Rauchen und Maßnahmen gegen das Gefühl von Überforderung im Alltag zugeordnet wurden. Nach Prochaska werden die ProbandInnen durch ihre Antwort auf die erste Frage auf einer deskriptiven Ebene einer der Stufen von Absichtslosigkeit (1), Absichtsbildung (2), Vorbereitung (3), Handlung (4) und Aufrechterhaltung (5) zugeordnet. In der ersten folgenden Stufe werden die Angaben folgendermaßen (hier am Beispiel „Ernährung“) korrigiert: Geben Befragte an, sich auf einer der Aktionsstufen 4-5 zu befinden, weisen aber einen als ungesund zu betrachtenden Lebensmittelscore von >16 auf, so werden sie nach ihrer Motivation zur Verhaltensänderung gefragt, falls sie einen professionellen Rat erhalten würden, sich ausgewogener und fettärmer zu ernähren. Diese Antworten führen entsprechend dann zur korrigierten Einstufung als „Absichtslosigkeit“, „Absichtsbildung“ oder „Vorbereitung“.

Analog sind die Algorithmen zu den anderen Verhaltensbereichen aufgebaut: „Versuchen Sie ganz gezielt, an Gewicht abzunehmen?“, „Üben Sie zur Zeit eine mäßige körperliche Aktivität regelmäßig aus, d.h., insgesamt mindestens 30 min. pro Tag und an mindestens 5 Tagen pro Woche?“ respektive „...eine intensive sportliche Aktivität.., d.h., für jeweils mindestens 20 min. an mindestens 3 Tagen pro Woche?“, „Rauchen Sie zur Zeit Zigaretten?“ und „Unternehmen Sie gezielt etwas gegen das Gefühl von Überforderung im Alltag?“. Korrekturen wurden vorgenommen anhand des BMI, der Zeitangaben für körperliche Aktivitäten und des Stanine – Wertes aus der Beanspruchungsskala des Freiburger Persönlichkeitsinventars FPI-R (s. Kap. 2.5.7). Ein entsprechender Korrekturalgorithmus mit der Frage nach Motivationsveränderungen nach entsprechendem professionellen Rat und folgender Neueinstufung erfolgte jedoch nur für die Bereiche Ernährung und Stress.

Diesem Stufenalgorithmus liegt das transtheoretische Modell (vergl. Kap. 1.4.2) zugrunde; die Validität des Stufenalgorithmus ist in unterschiedlichen Studien auch in Deutschland als befriedigend bewertet worden (Keller, 1998; Basler, Herda et al., 1998; Schmid, Keller et al., 1999).

2.5.5 Bewegung

Mit den Bereichen „Ausdauersport“, „Gymnastik“, „Spiel-Sport“ und „sonstige körperliche Aktivität“ werden verschiedene Bereiche der Bewegung kategorisiert. Als Beispiele für Ausdauersport sind Schwimmen, Joggen, Radfahren und Heimtrainer genannt, zu „Gymnastik“ werden Turnen, Aerobic und Tanzen gezählt; als Beispiele für „Spiel-Sport“ werden Fuß-, Volley- und Handball sowie Tennis genannt und dem Bereich „sonstige körperliche Aktivität“

werden exemplarisch Alltagsbewegungen wie zügiges Gehen, Haus- oder Gartenarbeit zugeordnet.

Die Bewegungsfrequenz soll auf einer 4-stufigen Skala (1 = "selten oder nie" bis 4 = "mindestens 3 mal pro Woche") eingeordnet werden. Zudem wird in einer offenen Frage nach der jeweiligen Dauer der Aktivität gefragt. Auch dieser Fragebogen wurde bereits in der Effektivitätsstudie erprobt (Baum et al., 1998).

Hieran schließt je ein Prochaska – Algorithmus zu mäßiger körperlicher Aktivität, definiert als Tätigkeiten wie Spazieren gehen für mindestens 30 min. täglich an mindestens 5 Tagen pro Woche, und zu intensiver sportlicher Aktivität, definiert nach einer Empfehlung des American College of Sports Medicine (1990) als Tätigkeiten wie Joggen, Aerobics, Schwimmen oder zügiges Radfahren für mindestens 20 min. an mindestens drei Tagen pro Woche, an. Eine sechste Antwortmöglichkeit erfasst eine evtl. bestehende körperliche Behinderung, die die Ausübung intensiver bzw. mäßiger körperlicher Aktivität unmöglich macht.

2.5.6 Rauchen

Die Einordnung als RaucherIn oder NichtraucherIn erfolgt anhand mehrerer Fragen: Die Frage „Haben sie jemals Zigaretten geraucht?“ soll mit „ja“ oder „nein“ beantwortet werden. Zusätzlich wird der Prochaska – Algorithmus mit der Frage „Rauchen Sie zur Zeit Zigaretten?“ verwandt. Personen, die die erste Frage mit „ja“ beantworten, im Prochaska – Algorithmus den Stufen eins bis drei („Absichtslosigkeit“ bis „Vorbereitung“) zuzuordnen sind und mindestens eine Zigarette täglich rauchen, werden für diese Untersuchung als aktuelle RaucherInnen kategorisiert, während Personen, die den Stufen vier und fünf – „Handlung“ und „Aufrechterhaltung“ zuzuordnen sind, als „ExraucherInnen“ kategorisiert werden.

Die Menge der gerauchten Zigaretten wird erfasst, indem nach der Zigarettenanzahl „während eines typischen Tages in den letzten 7 Tagen“ gefragt wird.

Nach dem Rauchen von Zigarren oder Pfeife wird gesondert gefragt; diese RaucherInnen werden jedoch weder als aktuelle noch als ExraucherInnen erfasst und angesichts der geringen Zahl nicht weiter analysiert.

2.5.7 Beanspruchung

Das Ausmaß der subjektiv empfundenen Beanspruchung wird durch die Skala 7 „Beanspruchung“ des insgesamt zehn Skalen umfassenden Freiburger-Persönlichkeits-Inventars (FPI) gemessen. Verwendung fand hier die revidierte Fassung (FPI-R) nach Fahrenberg et al. (1989).

Die Skala setzt sich aus 12 Items zusammen. Zu Aussagen, die sich hauptsächlich auf Stress

durch Zeitdruck und Arbeitsüberlastung beziehen, sollen sich die Befragten entscheiden, ob diese auf sie zutreffen oder nicht (1= „stimmt“; 2 = „stimmt nicht“). Aus den Daten wird dann ein nach Alter und Geschlecht adjustierter Gesamtscore – der Stanine – Wert - gebildet.

Für die Beanspruchungsskala des FPI-R liegen Vergleichswerte einer repräsentativen Stichprobe der bundesdeutschen Bevölkerung vor. Personen mit hohen Skalenwerten (Stanine >6) fühlen sich stark beansprucht, haben viele Aufgaben zu erledigen, erleben starke Anforderungen und Zeitdruck bei der Arbeit, arbeiten viel und sind stark angespannt. Sie möchten sich eigentlich mehr schonen und mehr Zeit für sich haben.

Demgegenüber fühlen sich ProbandInnen mit Stanine – Werten <4 wenig beansprucht und nicht überarbeitet.

Die interne Konsistenz der Skala zur Beanspruchung des FPI-R liegt bei $\alpha = 0.84$ laut Fahrenberg et al., in der Effektivitätsstudie von Baum et al. wird ein Wert von $\alpha = 0,88$ ermittelt. Die Retest-Reliabilität in einer Nebestichprobe an 151 Bundeswehrsoldaten über ein sechswöchiges Intervall erwies sich mit $r = 0,78$; $p < 0,001$ als zufrieden stellend (Baum et al., 1998). Die Validitätsprüfung zeigt unter anderem Zusammenhänge zu höherer beruflicher Belastung durch Tempo, Genauigkeit und Konzentration ($r_{tc} = 0.23$), durch körperliche Arbeit ($r_{tc} = 0.18$), geringe Zufriedenheit mit KollegInnen und Vorgesetzten ($r_{tc} = 0.18$). Auch sind durch Mittelwertsvergleiche zwischen „Extremgruppen“ und parallelisierten Kontrollgruppen signifikante Zusammenhänge zu chronischer Krankheit, häufigen Arztbesuchen, Inanspruchnahme von Psychotherapie, starkem Nikotin- und hohem Alkoholkonsum dokumentiert (Fahrenberg et al., 1989).

2.5.8 Belastung

Die wahrgenommene Belastung wird anhand einer arbeitsgruppenintern entwickelten, unveröffentlichten Skala untersucht. Sie umfasst 15 Aussagen, die vornehmlich berufliche und private Belastungsfaktoren beschreiben. Die Befragten sollen beurteilen, ob sie diese jeweils für sich als zutreffend erachten oder nicht (1= „stimmt“, 2= „stimmt nicht“). Der Formulierung: „Ich fühle mich überfordert durch...“ folgen Aussagen wie: „...zu viele familiäre Verpflichtungen“ oder „...hohe Verantwortung am Arbeitsplatz“. Der Gesamtwert berechnet sich aus der Addition der Anzahl der Zustimmungen, beträgt also maximal 15. „Sonstige Belastungen“ können abschließend frei genannt werden.

Der Prochaska – Algorithmus zu Maßnahmen gegen das Gefühl von Überforderung im Alltag schließt den für beide Gruppen gleichen inhaltlichen Teil des Fragebogens ab.

2.5.9 Soziodemographie

Erfragt werden demographische Daten zu Alter, Geschlecht, Familienstand bzw. Leben in einer Partnerschaft, Anzahl der im Haushalt lebenden Personen sowie die Zahl der unter-18-jährigen im Haushalt. Zudem sollen die Befragten ihre Größe und ihr Gewicht angeben. Hieraus wird der Body-Mass-Index (BMI) errechnet ($\text{BMI} = \text{Quotient aus Körpergewicht [kg] / Körpergröße [m}^2\text{]}$). Eine evtl. bestehende Fachspezialisierung wird erfragt, ebenso die aktuelle Praxisform, die durchschnittliche tägliche Arbeitszeit sowie die Anzahl der jährlichen Urlaubswochen (Fortbildungen o.ä. ausgenommen). Ferner wird die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen eruiert mittels Fragen nach der Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, dem Check ab 35 und allgemeinen Arztbesuchen sowie des Impfstatus bezüglich Tetanus.

Der ÄrztInnenfragebogen enthält darüber hinaus die Frage nach der Häufigkeit der Durchführung des Check ab 35 pro Quartal in der Praxis und des eigenen Impfstatus bezüglich Hepatitis B.

Um den Bereich der Gesundheitsberatungstätigkeit der HausärztInnen zu erfassen, wird zunächst auf einer siebenstufigen Skala (1 = überhaupt nicht erfolgreich, 7 = sehr erfolgreich) nach der allgemeinen Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheitsberatung gefragt. Anhand einer analogen Skala wird dann einerseits nach der Zuversicht, PatientInnen zu Verhaltensänderungen bezüglich einzelner Risikoverhaltensweisen/-faktoren motivieren zu können, (1 = überhaupt nicht, 7 = sehr zuversichtlich), andererseits nach dem Glauben, als Arzt oder Ärztin Vorbildfunktion hinsichtlich der einzelnen Risikoverhaltensweisen/-faktoren zu besitzen (1 = überhaupt nicht, 7 = sehr), gefragt. Für beide Gruppen endet der Fragebogen mit der offenen Frage, ob Sie durch diesen Bogen etwas Neues über sich erfahren haben und falls ja, was. Antworten hierzu werden nicht statistisch ausgewertet, sondern in den jeweiligen Kapiteln der Diskussion beschrieben.

3. Ergebnisse

3.1 Rücklauf und Repräsentativität

Es wurden 102 Fragebögen von ÄrztInnen zurückgesandt, von denen 97 ausreichend vollständig für die Auswertung waren. Dies entspricht einem Rücklauf von knapp 31%.

Von den AnwältInnen wurden 121 Fragebögen zurückgesandt, die alle auswertbar waren; dies entspricht einem Rücklauf von knapp 37%.

Bezüglich Geschlechtsverteilung und Alter erscheint die Stichprobe repräsentativ für die jeweilige Profession: ein Ärztinnenanteil von 32 % gegenüber 31% bundesweit bzw. mit 26,2% etwas niedriger für das Gebiet Nordrhein. Die Ärztinnen der Stichprobe sind im Durchschnitt 46,5 Jahre alt, die Ärzte 50; dem gegenüber steht bundesweit ein Durchschnittsalter von 48,4 bei den Hausärztinnen bzw. 50,3 bei Hausärzten (KBV – Bundesarztregister, Stand 31.12.1998).

Die Mitgliederstatistik der Rechtsanwaltskammer Köln bezieht sich auf den gesamten Oberlandesgerichtsbezirk (OLG) -d.h. zusätzlich die Landgerichtsbezirke Aachen und Bonn; da der Landgerichtsbezirk (LG) Köln mit über 56% der größte Bezirk ist, scheint es legitim, die Statistik ebenso auf den LG-Bezirk Köln zu beziehen.

Demzufolge beträgt der Frauenanteil der Stichprobe 20,7% gegenüber 22,2% im OLG-Bezirk; das Durchschnittsalter aller AnwältInnen der Stichprobe beträgt 45,5 gegenüber 44,4 im OLG-Bezirk. Das Durchschnittsalter der Anwältinnen beträgt 42 in der Stichprobe (38,8 im OLG-Bezirk), das der Anwälte 46,4 (46 im OLG-Bezirk).

Nach der Korrektur für multiples Testen nach Bonferroni (Bland & Altman, 1995) für die 5 Endpunkte (Lebensmittelscore, BMI, Ausübungshäufigkeit der vier Bewegungskategorien, Rauchen und Stanine-Wert der Beanspruchung) des Vergleichs zwischen HausärztInnen und AnwältInnen gilt $p = 0,01$ als Signifikanzschwelle für die entsprechenden Ergebnisse.

3.2. Vergleich von HausärztInnen und RechtsanwältInnen

3.2.1 Soziodemographie und berufliche Situation

Die HausärztInnen sind durchschnittlich etwas älter als AnwältInnen; in der Gruppe der HausärztInnen befinden sich mehr Frauen als unter den AnwältInnen.

Tabelle 1: Alters- und Geschlechtervergleich HausärztInnen / RechtsanwältInnen

	Haus- ärztInnen	n	Rechts- anwältInnen	n	Statistik
Alter					t = -2,49
MW (SD)	48,8 (8)	97	45,5 (11)	120	p = 0.014
Frauenanteil	32%	97	20,7%	121	$\chi^2 = 3.6$ Fg 1 p = 0.06

MW= Mittelwert; SD= Standardabweichung; Fg= Freiheitsgrade; t=t-Test; χ^2 =Chi-Quadrat-Test; n=Fallzahl

Tabelle 2: Familiäre Situation HausärztInnen / RechtsanwältInnen

	HausärztInnen	n	RechtsanwältInnen	n	Statistik
Personen im Haushalt					
1	17,7 %	96	14 %	121	$\chi^2 = 11,07$
2	18,8 %		38,8 %		Fg 3
3	20,8 %		19 %		p = 0.01
≥4	42,7 %		28,1 %		
davon unter 18					
keine	42,7 %	96	60,3 %	121	$\chi^2 = 7,79$
1	26 %		16,5 %		Fg 4
2	25 %		16,5 %		p = 0.1
3	4,2 %		3,3 %		
≥4	2,1 %		3,3 %		
Partnerschaft					
verheiratet	63,9%	97	65,8%	120	$\chi^2 = 5,85$
ledig	16,5%		24,2%		Fg 3
geschieden	15,5%		9,2%		p = 0.12
Verwitwet	4,1%		0,8%		
Von nicht Verheirateten in fester Partnerschaft	56,3 %	32	65 %	40	$\chi^2 = 0,57$ Fg 1 p = 0,45

Partnerschaftsverhältnisse von ÄrztInnen und AnwältInnen unterscheiden sich nicht wesentlich voneinander. Bei den ÄrztInnen wohnen mehr Personen und tendenziell eher minderjährige Kinder im Haus als bei AnwältInnen.

AnwältInnen arbeiten im Durchschnitt nicht länger pro Tag als ÄrztInnen; sie nehmen jedoch weniger Urlaubswochen pro Jahr.

Tabelle 3: Arbeitszeit HausärztInnen / RechtsanwältInnen

	Haus- ärztInnen	N	Rechts- anwältInnen	n	Statistik
Durchschnittliche tägliche Arbeitszeit in Stunden					t = 0,89 p = 0,37
MW (SD)	9,8 (2,4)	96	10,1 (1,8)	119	
Urlaubswochen pro Jahr					t = -3,71 p < 0,001
MW (SD)	5 (1,7)	96	4,1 (2)	119	

3.2.2 Gesundheitszustand und Wohlbefinden

Tabelle 4: Gesundheitszustand und Wohlbefinden HausärztInnen / RechtsanwältInnen

	Haus- ärztInnen	N	Rechts- anwältInnen	n	Statistik
Gesundheitszustand					t = 0,3 p = 0,76
MW (SD)	2,7 (1,2)	96	2,8 (1,1)	121	
Wohlbefinden					t = -0,79 p = 0,43
MW (SD)	4,7 (1,3)	97	4,6 (1,8)	121	

Höhere Werte stehen für schlechteren Gesundheitszustand bzw. besseres Wohlbefinden, es handelte sich um eine Skala von 1 bis 7 (vgl. 2.5.1 und 2). Beide Gruppen schätzen ihren Gesundheitszustand als recht gut ein, und auch in ihren Aussagen zu ihrem Wohlbefinden innerhalb der letzten zwei Wochen finden sich keine bedeutsamen Unterschiede.

3.2.3 Ernährung und Körpergewicht

Die ÄrztInnen erreichen einen besseren Lebensmittelscore als die AnwältInnen (höhere Werte sprechen für ungesündere Ernährung, „cutoff“-Score ist 16, vgl. 2.5.3); der Anteil derjenigen mit einer als „ungesund“ zu bezeichnenden Ernährung liegt bei ihnen niedriger als bei den AnwältInnen.

Tabelle 5: Ernährung und Körpergewicht HausärztInnen / RechtsanwältInnen

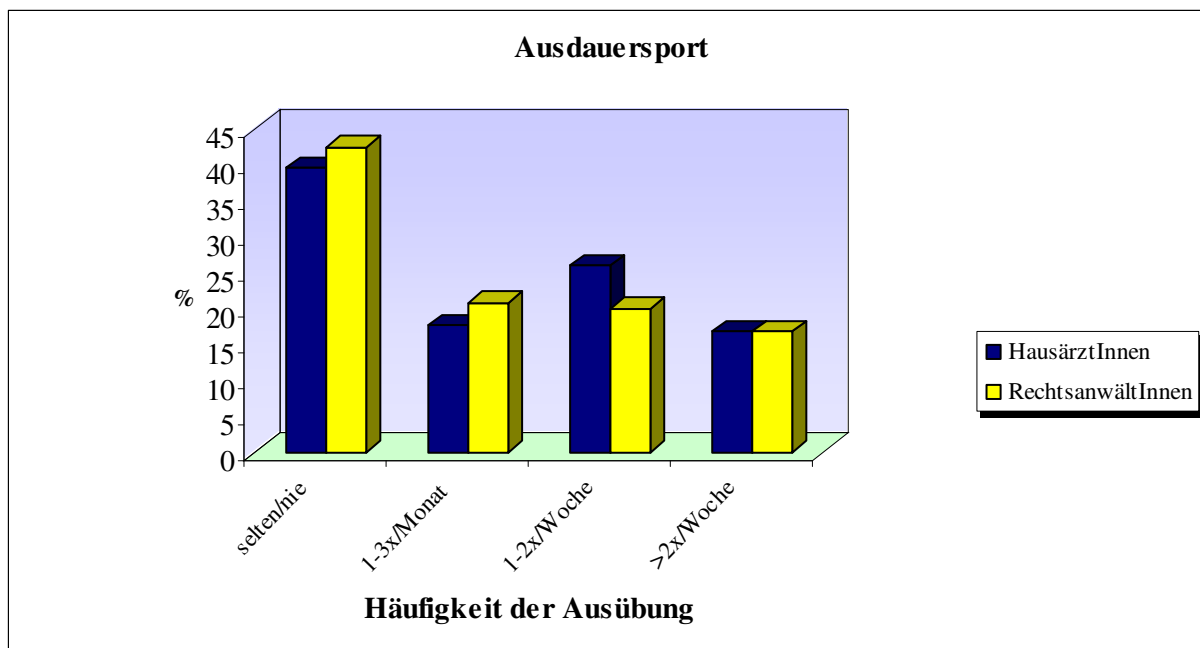
	HausärztInnen	n	RechtsanwältInnen	n	Statistik
Lebensmittelscore					
MW (SD)	19,8 (6,3)	95	24,1 (6,7)	118	t = 4,77
Range	5 – 36		6 – 40		p < 0,001
Anteil mit					$\chi^2 = 10,19$
LMscore > 16	69,5%	95	87,3%	118	Fg 1 p = 0,001
BMI					
MW in kg/m ² (SD)	24,1 (2,9)	97	25,1 (3,9)	121	t = 1,97
Range	17,8 - 31		17,3 - 42		p = 0,05
Anteil mit					$\chi^2 = 3,63$
BMI ≥ 25 kg/m²	32%	97	44,6%	121	Fg 1 p = 0,057

BMI= Body Mass Index

Die HausärztInnen haben einen durchschnittlich etwas geringeren BMI als die AnwältInnen.

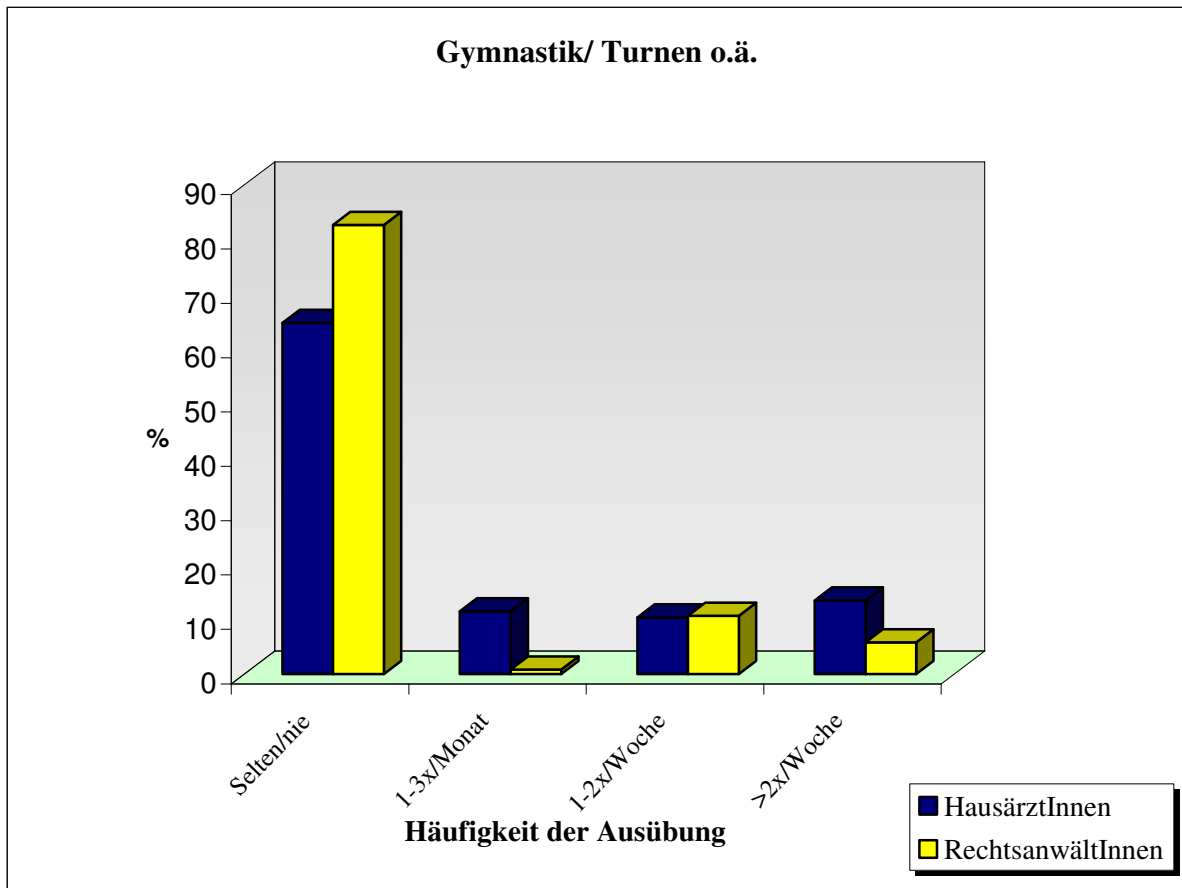
Der Anteil der mit einem BMI von ≥ 25 kg/m² als (prä-)adipös zu bezeichnenden Menschen ist in der Gruppe der HausärztInnen kleiner als in der Gruppe der AnwältInnen. Beide Ergebnisse sind mit Zufallsschwankungen vereinbar.

3.2.4 Körperliche Aktivität



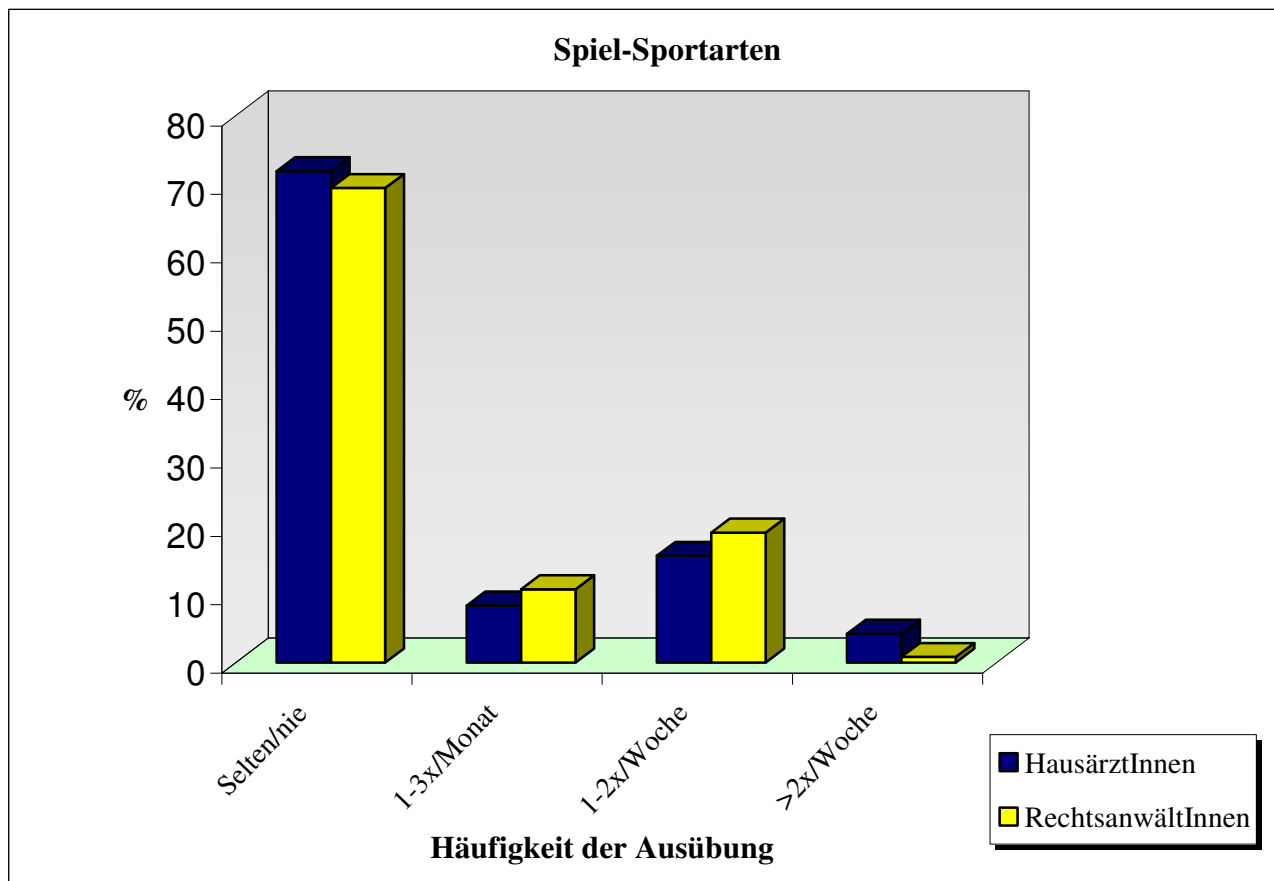
Statistik: $\chi^2 = 1,24$, Fg 3, $p = 0,74$

Es besteht kein statistisch bedeutsamer Unterschied in der Häufigkeit, mit der Ausdauersportarten während einer Woche ausgeübt werden. Im Mittel bewegen sich HausärztInnen 44 Minuten pro Woche (SD = 69), RechtsanwältInnen hingegen 37 Minuten pro Woche (SD = 56); dieser Unterschied ist nicht statistisch bedeutsam ($p=0,42$).



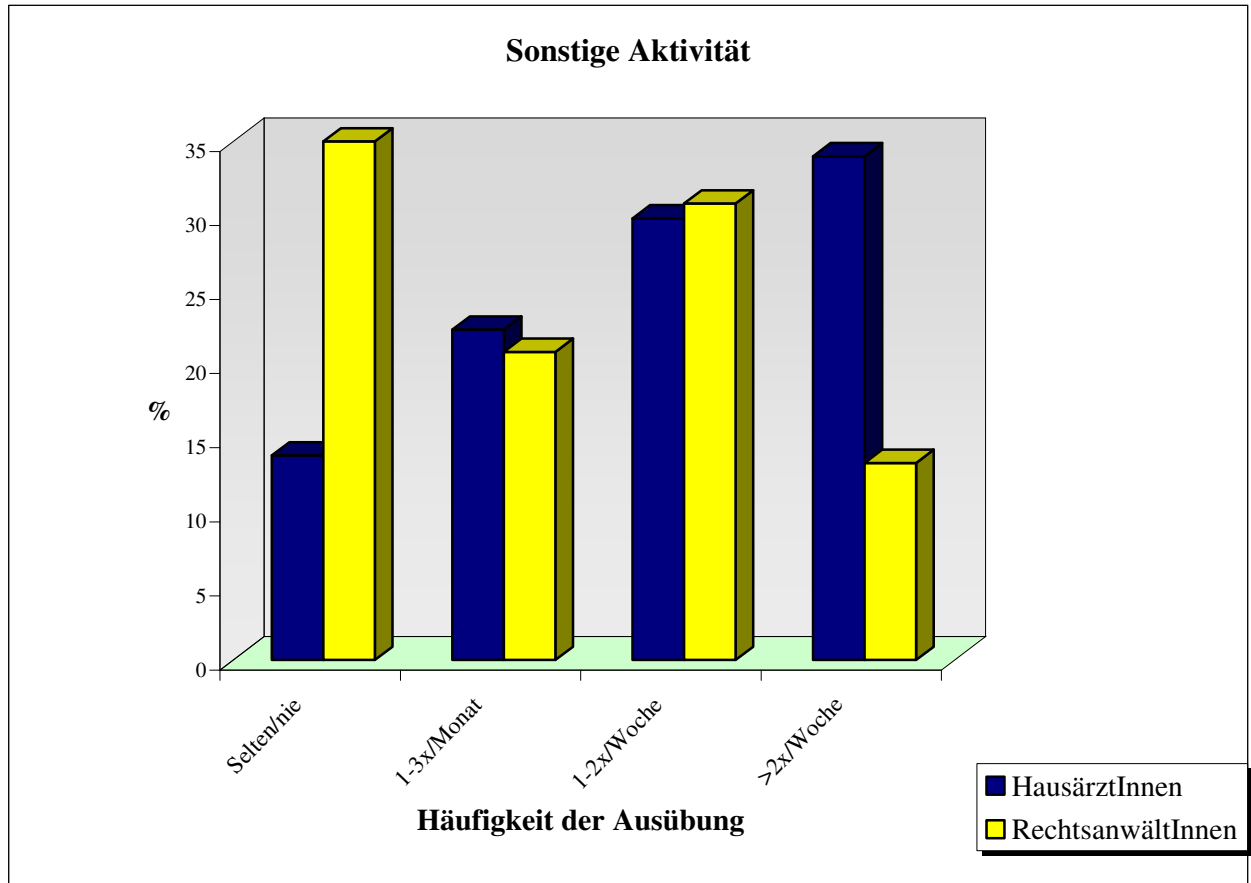
Statistik: $\chi^2 = 16,78$, Fg 3, $p = 0,001$

HausärztInnen üben deutlich häufiger als AnwältInnen Sportarten wie Gymnastik, Turnen, Aerobic u.ä. aus. Im Mittel verwenden HausärztInnen 14 Minuten pro Woche (SD = 32) auf solche Sportarten und RechtsanwältInnen 13 Minuten pro Woche (SD = 35); dieser Unterschied ist nicht statistisch bedeutsam ($p=0,86$).



Statistik: $\chi^2 = 3,31$, Fg 3, $p = 0,35$

Es besteht kein statistisch bedeutsamer Unterschied in der Häufigkeit, mit der Spielsportarten während einer Woche ausgeübt werden. Im Mittel betreiben sich HausärztInnen 34 Minuten pro Woche (SD = 70) Spielsportarten und RechtsanwältInnen 31 Minuten pro Woche (SD=61); dieser Unterschied ist nicht statistisch bedeutsam ($p=0,81$).



Statistik: $\chi^2 = 19,35$, Fg 3, $p < 0,001$

HausärztInnen geben signifikant häufiger an, sonstige körperliche Aktivitäten auszuüben. Im Mittel verwenden HausärztInnen dafür 127 Minuten pro Woche (SD = 161), RechtsanwältInnen hingegen 77 Minuten pro Woche (SD = 140); dieser Unterschied ist deutlich ($p=0,02$), wird jedoch durch die große Streuung der Zeitangaben geschwächt in seiner Aussagekraft.

Zusammengefasst bewegen sich ÄrztInnen häufiger in den Bereichen „Gymnastik, Turnen etc.“ und „sonstige körperliche Aktivität“; in letzterem Bereich bewegen sie sich auch längere Zeit pro Woche. Außerdem bewegen sie sich zu einem größeren Anteil in ausreichendem Maß (definiert als mind. 3mal pro Woche über jeweils mind. 20 min.) – 59,3% der ÄrztInnen versus 42,9% der AnwältInnen ($p=0,02$).

3.2.5 Rauchen

Tabelle 6: Rauchen HausärztInnen / RechtsanwältInnen

	HausärztInnen	n	RechtsanwältInnen	n	Statistik
noch nie geraucht	38,1 %		46,3 %		$\chi^2 =$
das Rauchen aufgegeben	41,2 %		33,1 %		10,05
unter 5 Zig. täglich	9,3 %		1,7 %		p = 0,02
≥5 Zig. Täglich	11,3 %	97	19 %	121	
durchschnittlicher täglicher Zigarettenkonsum					t = 2,93
MW (SD)	7,9 (6,5)	20	16,5 (11,7)	25	p = 0,005

ÄrztInnen haben zu einem größeren Prozentsatz schon einmal geraucht, zu einem entsprechend größeren Anteil aber auch das Rauchen wieder aufgegeben. Zum Zeitpunkt der Umfrage rauchten 20,6% der befragten ÄrztInnen und 20,7% der befragten AnwältInnen. Die Unterschiede in der aktuellen RaucherInnenquote der beiden Gruppen sind unbedeutend; das Ausmaß des Nikotinkonsums ist bei rauchenden AnwältInnen hingegen deutlich größer. Zigarren oder Pfeife rauchen 13,4% der AnwältInnen und 8,3% der ÄrztInnen.

3.2.6 Beanspruchung und Belastung

Tabelle 7: Beanspruchung und Belastung HausärztInnen / RechtsanwältInnen

	Haus- ärztInnen	n	Rechts- anwältInnen	n	Statistik
FPI Stanine – Wert¹					t = -0,59
MW (SD)	5,2 (2,1)	95	5,0 (1,6)	120	p = 0,56
Anteil mit Stanine > 6	25,3%	95	16,7%	120	$\chi^2 = 2,41$ p = 0,12
Belastungsscore					
MW (SD)	3,0 (2,5)	94	2,2 (2,1)	120	t = -2,56
Median	3		2		p = 0,01
Anteil derjenigen mit Überlastungsscore >2	51,1%	94	32,5%	120	$\chi^2 = 7,53$ p = 0,006
Überforderung durch zu viele familiäre Verpflichtungen	28,4%	95	14%	121	$\chi^2 = 6,78$ p = 0,009
Überforderung durch hohe Verantwortung am Arbeitsplatz	49%	96	28,9%	121	$\chi^2 = 9,14$ p = 0,003

HausärztInnen fühlen sich hiernach nicht beanspruchter als RechtsanwältInnen. Sie geben jedoch mehr Belastungen an, und mehr HausärztInnen geben überdurchschnittlich viele Belastungsfaktoren an. Deutlich mehr ÄrztInnen fühlen sich durch familiäre Verpflichtungen überfordert, und fast die Hälfte aller HausärztInnen fühlt sich überfordert durch hohe Verantwortung am Arbeitsplatz. In ihren Angaben zu den anderen 13 Items der Belastungsskala unterscheiden sich beide Gruppen nicht auffällig.

¹ ein höherer Stanine – Wert entspricht stärkerer Beanspruchung

3.2.7 Inanspruchnahme medizinischer Leistungen

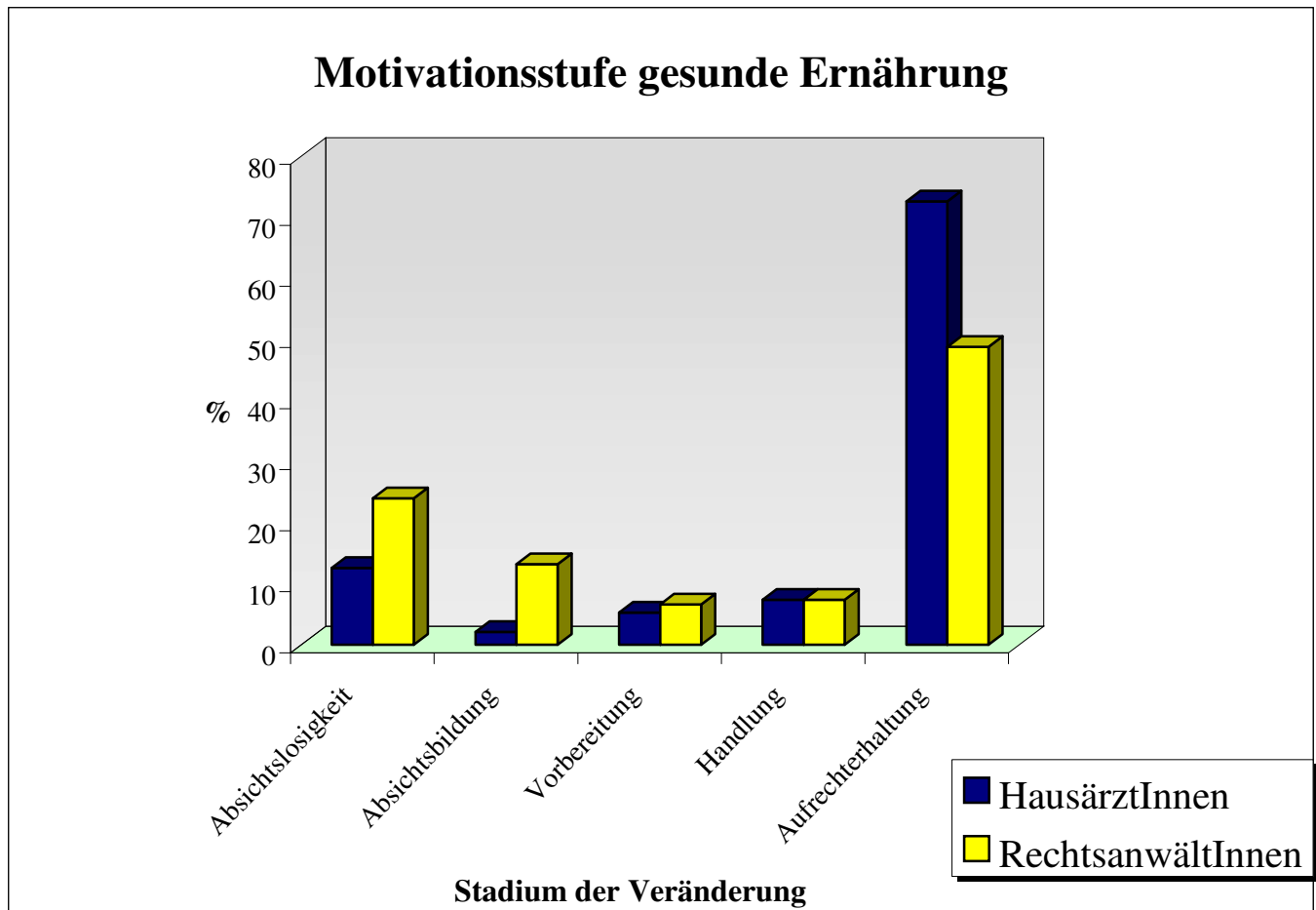
HausärztInnen nehmen seltener an einer Gesundheitsuntersuchung wie beispielsweise einem „Check ab 35“ teil und konsultieren auch sonst seltener einen Arzt oder eine Ärztin. Sie sind häufiger gegen Tetanus geimpft. Die letzte Titerkontrolle oder Auffrischung fand in beiden Gruppen vor ca. 4 – 5 Jahren statt (SD 3,4 – 5 Jahre). In der Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen unterscheiden sich die Gruppen nicht.

Tabelle 8: Inanspruchnahme med. Leistungen HausärztInnen / RechtsanwältInnen

	Haus- ärztInnen	n	Rechts- anwältInnen	n	Statistik
Teilnahme an einem „Check ab 35“	45,4 %	97	66,7 %	120	$\chi^2 = 9,94$, Fg 1 $p = 0,002$
vor durchschnittlich Jahren					$t = 1,42$
MW (SD)	1,3 (0,94)	44	1,9 (2,3)	80	$p = 0,16$
Teilnahme an einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung	56,7 %	97	54,2 %	120	$\chi^2 = 0,14$, Fg 1 $p = 0,71$
vor durchschnittlich..... Jahren					$t = -0,24$
MW (SD)	2,1 (2,4)	55	2,0 (2,9)	65	$p = 0,81$
andere Arztkonsultation innerhalb der letzten 2 Jahre	48,4 %	95	73,6 %	121	$\chi^2 = 14,34$, Fg 1 $p < 0,001$
Impfung gegen Tetanus	94,8 %	96	86,6 %	119	$\chi^2 = 4,09$, Fg 1 $p = 0,04$

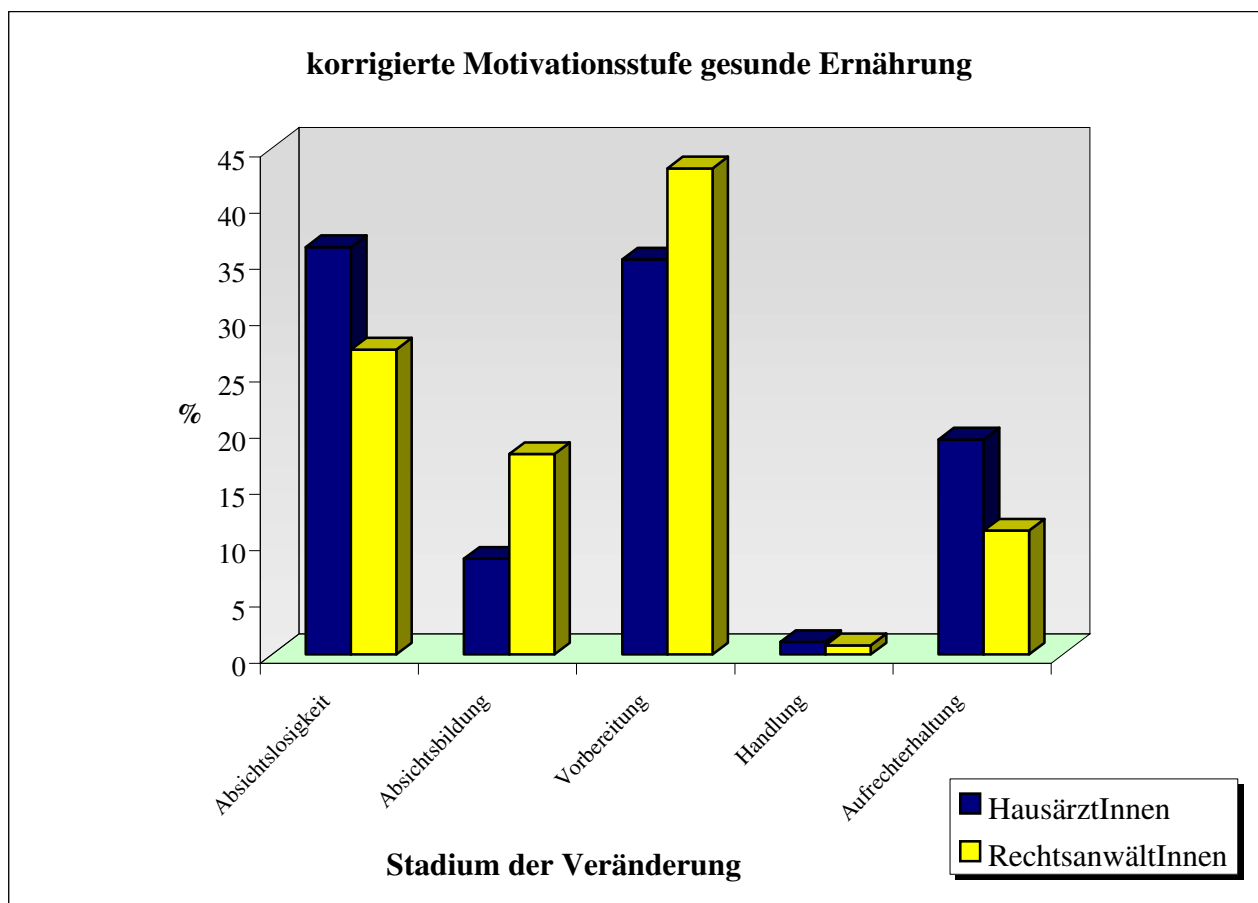
3.3 Motivationsstufen nach dem transtheoretischen Modell

3.3.1 Ernährung und Körpergewicht



Statistik: $\chi^2 = 16,78$; FG 5; $p = 0,002$

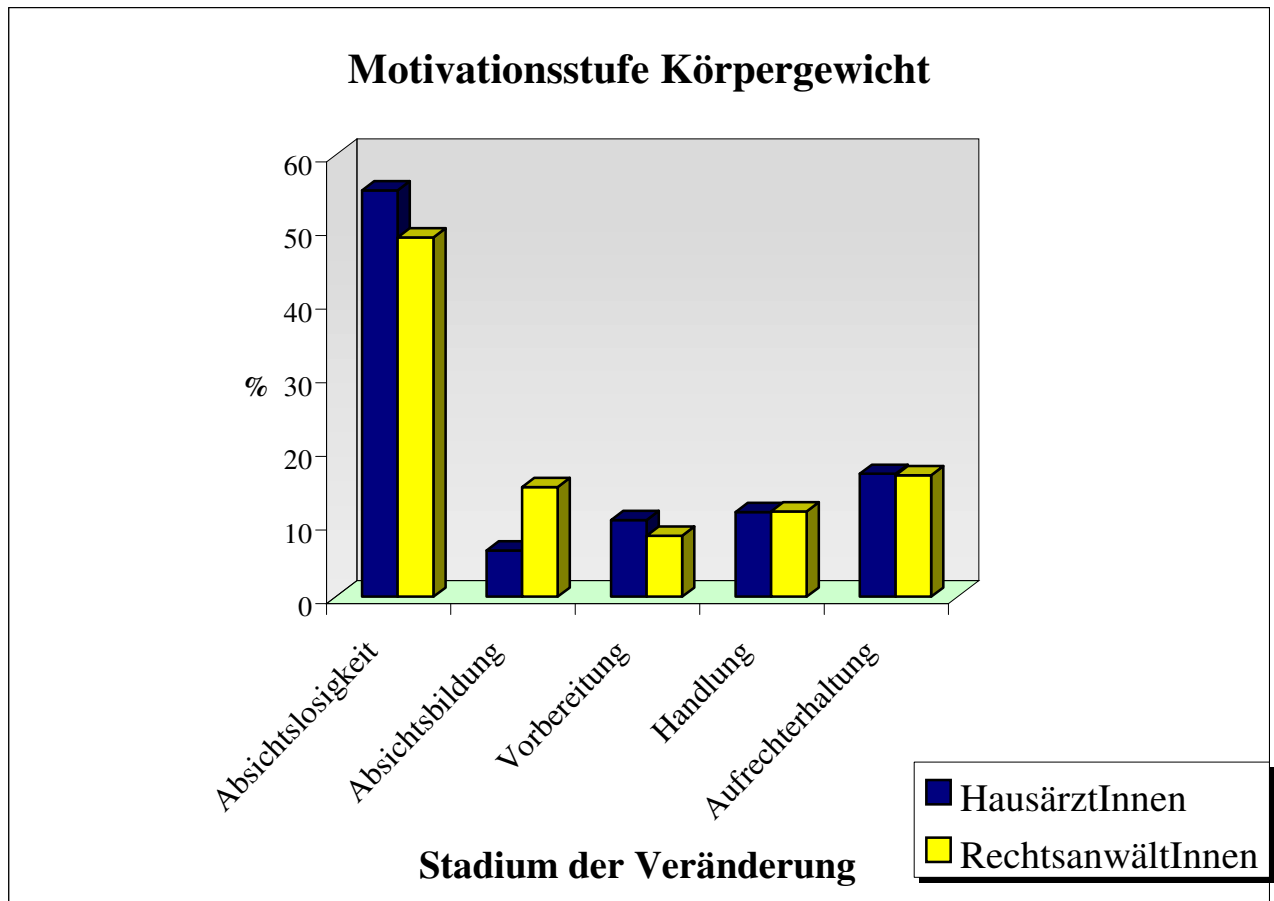
ÄrztInnen befinden sich ihren Angaben zufolge deutlich häufiger im Stadium der Aufrechterhaltung einer gesunden Ernährungsweise als AnwältInnen.



Statistik: $\chi^2 = 7,94$; Fg 5; $p = 0,09$

Wird diese Einstufung jedoch mittels des erreichten Lebensmittelscores und der weiteren Fragen korrigiert, so schwindet der Unterschied zwischen den Berufsgruppen (n jeweils -3 pro Gruppe bei teilweise fehlenden Angaben); deutlich mehr Befragte lassen sich demnach auf die Stufen der Absichtslosigkeit bzw. Vorbereitung umgruppieren, und nur noch ca. 15% verbleiben auf den beiden Aktionsstufen.

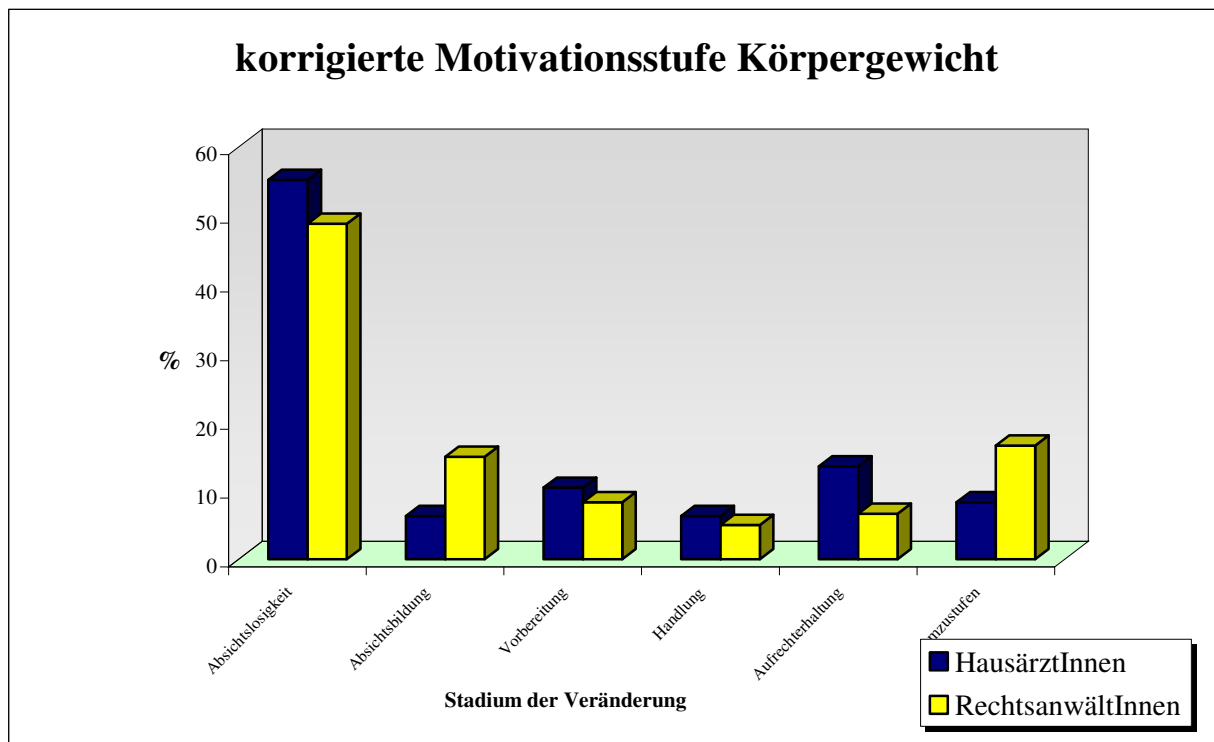
Überprüft man die Verteilung des Scores aus der Lebensmittelliste auf die Motivationsstufen, so ergibt sich ein konsistenter Zusammenhang ($F = 5,46$; $p < 0,001$), d.h. Personen, die sich gesünder ernähren, befinden sich auch auf einer höheren Motivationsstufe bezüglich gesunder Ernährung.



Statistik: $\chi^2 = 4,3$; Fg 5; $p = 0,37$

Hinsichtlich ihrer Verteilung auf die Stufen zur Motivation zu einer Gewichtsreduktion unterscheiden sich die Vergleichsgruppen zunächst nicht (n-1 in der ÄrztInnengruppe).

Korrigiert man jedoch diese Einstufung nach o.g. Prinzip unter Zuhilfenahme des angegebenen BMI mit einem BMI ≥ 25 kg/m² als Indikator für Übergewicht, so sieht die Verteilung etwas anders aus - AnwältInnen, die angeben, in einer der Aktionsstufen (d.h. Handlung oder Aufrechterhaltung) zu sein, sind häufiger weiterhin übergewichtig; auf ÄrztInnen trifft dies weniger zu.

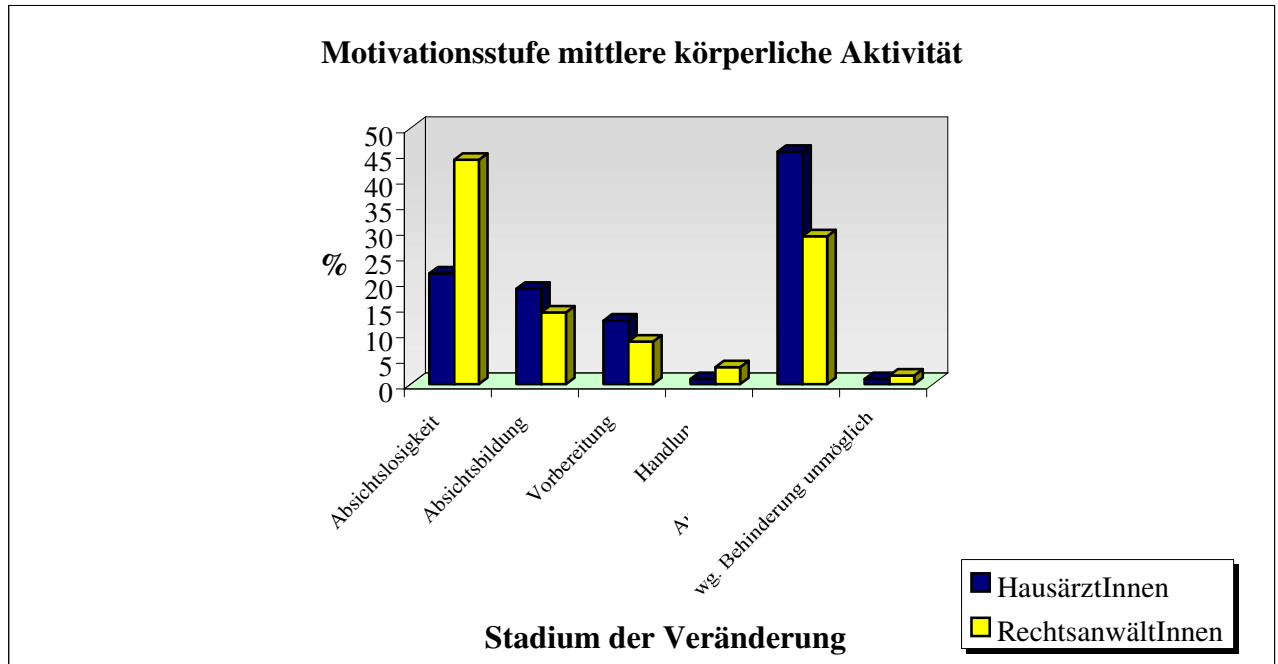


Dieser Unterschied ist allerdings noch mit dem Zufall zu vereinbaren. Eine Neugruppierung auf die ersten drei Stufen ist mangels entsprechender Frage im Fragebogen leider nicht möglich, daher sind nur die umzugruppierenden Befragten gesondert aufgeführt.

Auch hier erweist sich der erwartete Zusammenhang zwischen BMI und Stufenalgorithmus als konsistent ($F = 15,53$; $p < 0,001$).

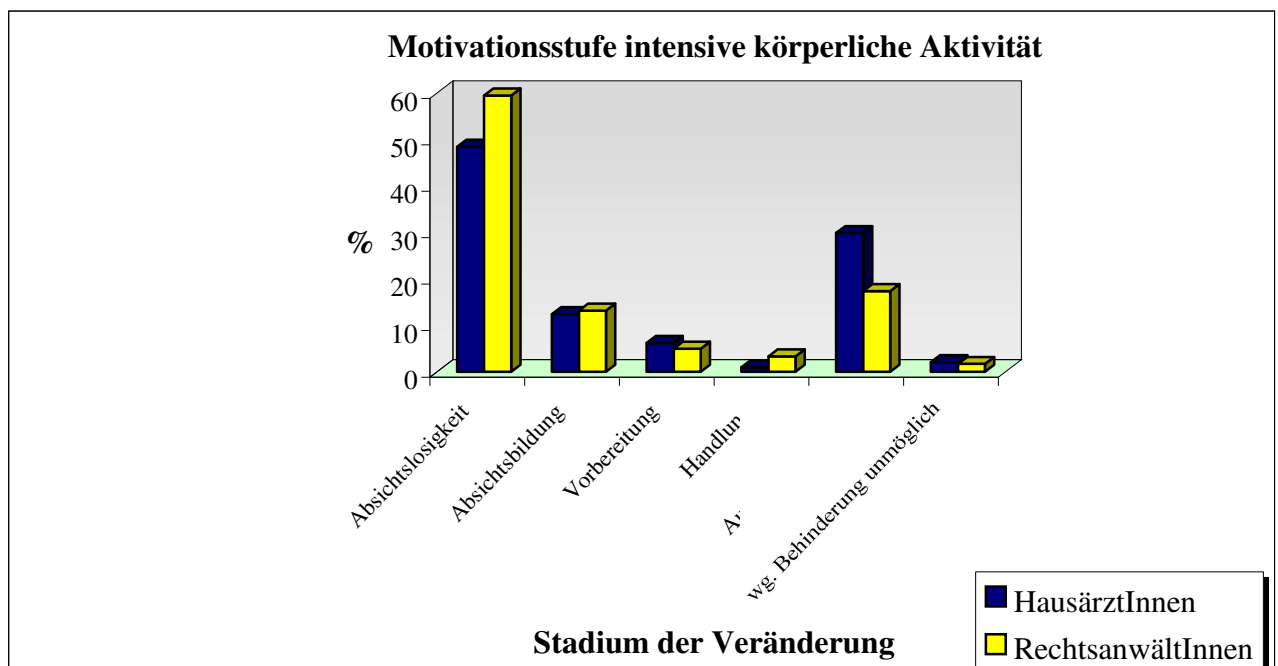
3.3.2 Körperliche Aktivität

ÄrztInnen geben deutlich häufiger an, im Stadium der Aufrechterhaltung mäßiger körperlicher Aktivität zu sein, wohingegen AnwältInnen diesbezüglich häufiger in der Kategorie der Absichtslosigkeit anzutreffen sind:



Statistik: $\chi^2 = 14,74$; Fg 6; $p = 0,01$

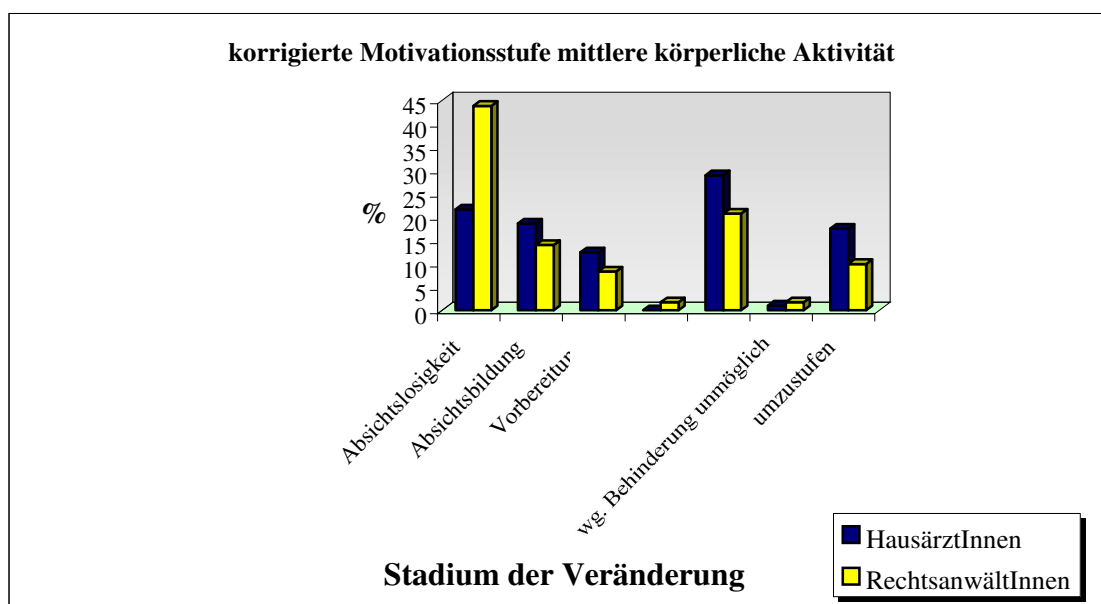
Hinsichtlich intensiver körperlicher Aktivität unterscheiden sich die beiden Gruppen nicht voneinander:



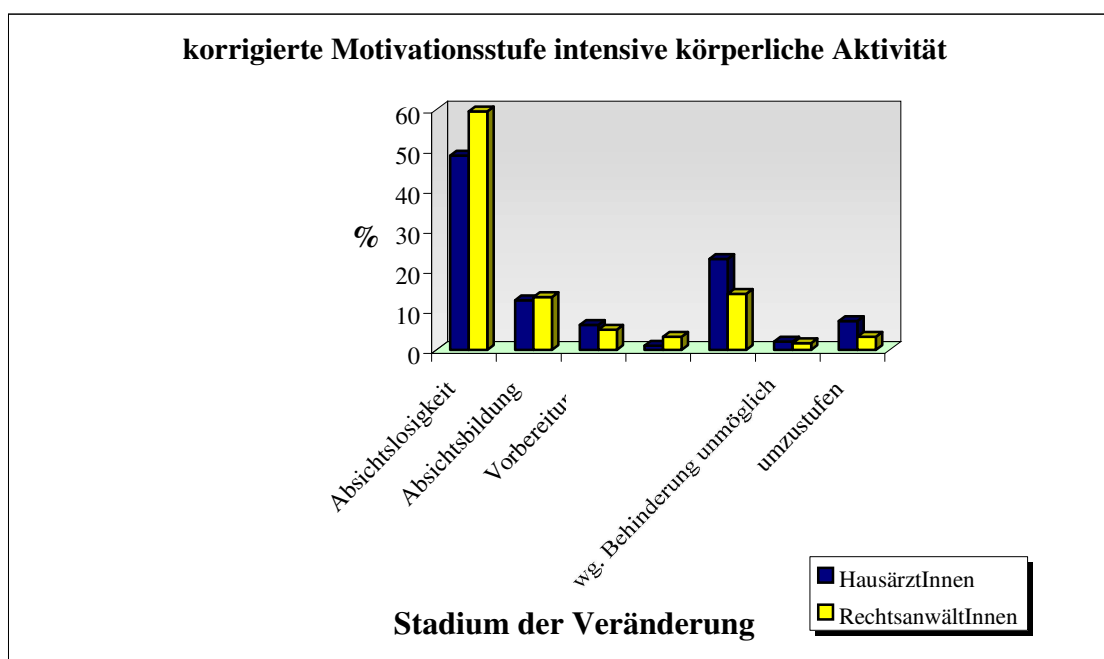
Statistik: $\chi^2 = 6,34$; Fg 6; $p = 0,28$

Die Selbsteinstufungen wurden anhand der durchschnittlich pro Woche aufgebrauchten Zeit wie folgt korrigiert: mindestens 150 Minuten Aktivität pro Woche über alle Kategorien verteilt entsprechen annähernd der Definition von mindestens 30 min. an mindestens 5 Tagen pro Woche; entsprechendes gilt für die Korrektur der Stufenverteilung zu intensiver sportlicher Aktivität mit 60 Minuten pro Woche einer Aktivität der Kategorien 1 – 3.

Dabei zeigt sich bei der Motivationsstufe zu mittlerer körperlicher Aktivität, dass auffällig viele ÄrztInnen aus den beiden Aktionsstufen umzustufen sind, was mangels Anschlussalgorithmus leider nicht möglich ist.



Statistik: $\chi^2 = 14,95$; Fg 6; $p = 0,02$



Statistik: $\chi^2 = 6,52$; Fg 6; $p = 0,37$

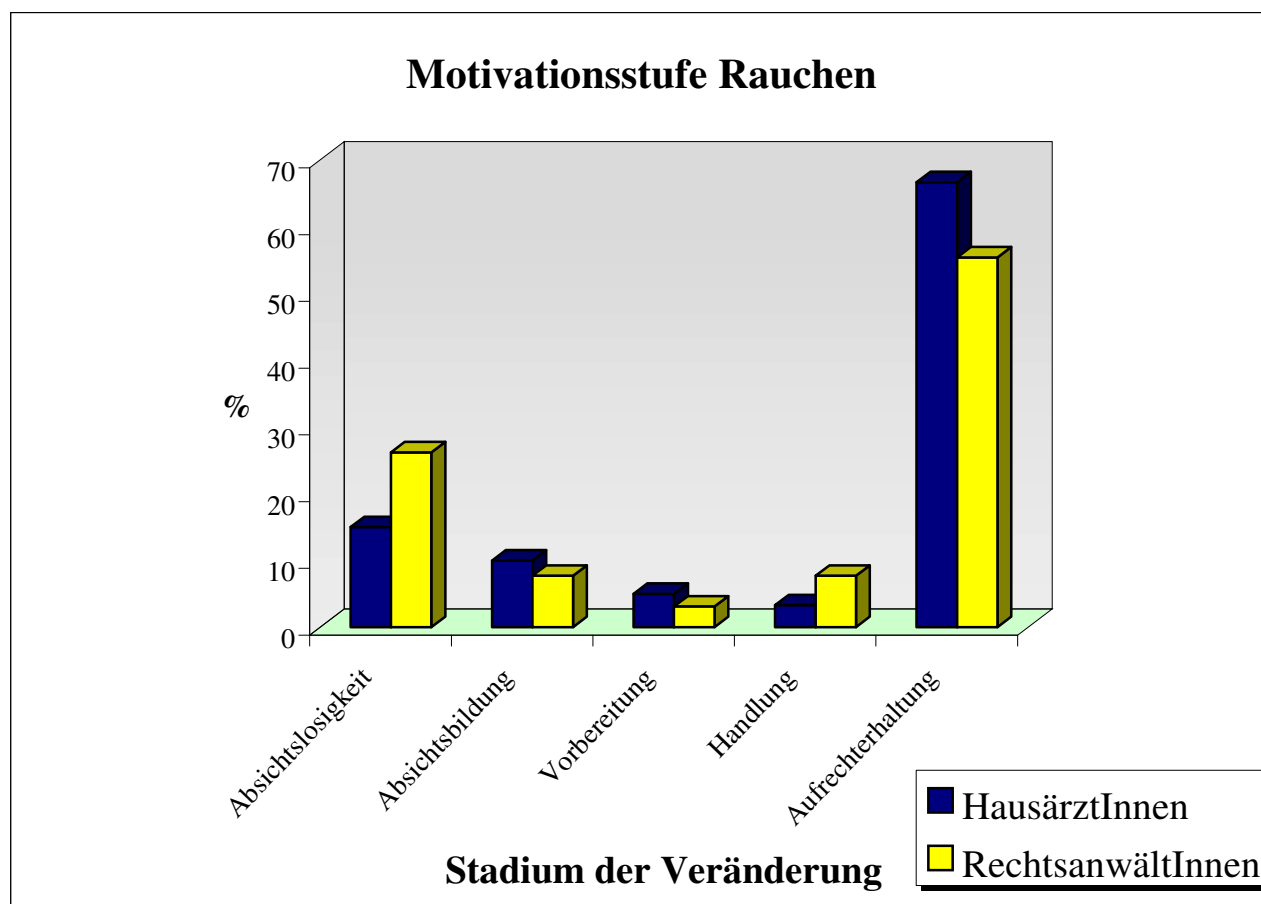
Bei der Frage nach intensiver sportlicher Aktivität mussten nur wenige Korrekturen vorgenommen werden, so dass dieser Algorithmus recht präzise mit den Angaben zu Dauer und Häufigkeit intensiver körperlicher Aktivität zusammenpasst.

Um den Zusammenhang zwischen Verhaltens- und Motivationsangaben genauer zu überprüfen, wurde mittels einfacher mehrfaktorieller ANOVA die Verteilung der Zeitangaben auf die Motivationsstufen untersucht. Dazu wird angenommen, dass eine Person, die sich einer höheren Motivationsstufe zuordnet, auch mehr Zeit auf die Ausübung einer Aktivitätsform verwendet. Bei den Motivationsstufen zu mäßiger körperliche Aktivität fällt dabei auf, dass es insbesondere in den Kategorien „Gymnastik etc.“ sowie „Spiel-Sport“ keine konsistente Steigerung der verwandten Zeit über die fünf Stufen hinweg gibt, so dass sich hier offensichtlich nicht der erwartete Zusammenhang zwischen Verhaltens- und Motivationsangaben bestätigen lässt. Für die Kategorie „Ausdauersport“ ($F = 5,83$; $p < 0,001$) sowie „sonstige körperliche Aktivität“ ($F = 3,34$; $p = 0,006$) passen die Angaben besser zusammen. Anders ist der Algorithmus zu intensiver sportlicher Aktivität zu bewerten – mit Ausnahme des Bereichs „sonstige körperliche Aktivität“, dessen Aktivitäten ohnehin nicht zu der Definition des geforderten Zielverhaltens passen, ergibt die ANOVA durchweg p – Werte von $< 0,01$, so dass die Aussagekraft hier größer erscheint.

Aus diesen Gründen wurde für die anschließende Untersuchung des Zusammenhangs mit Verhalten und Beratungszuversicht nur der Algorithmus zu intensiver sportlicher Aktivität verwendet.

3.3.3 Rauchen

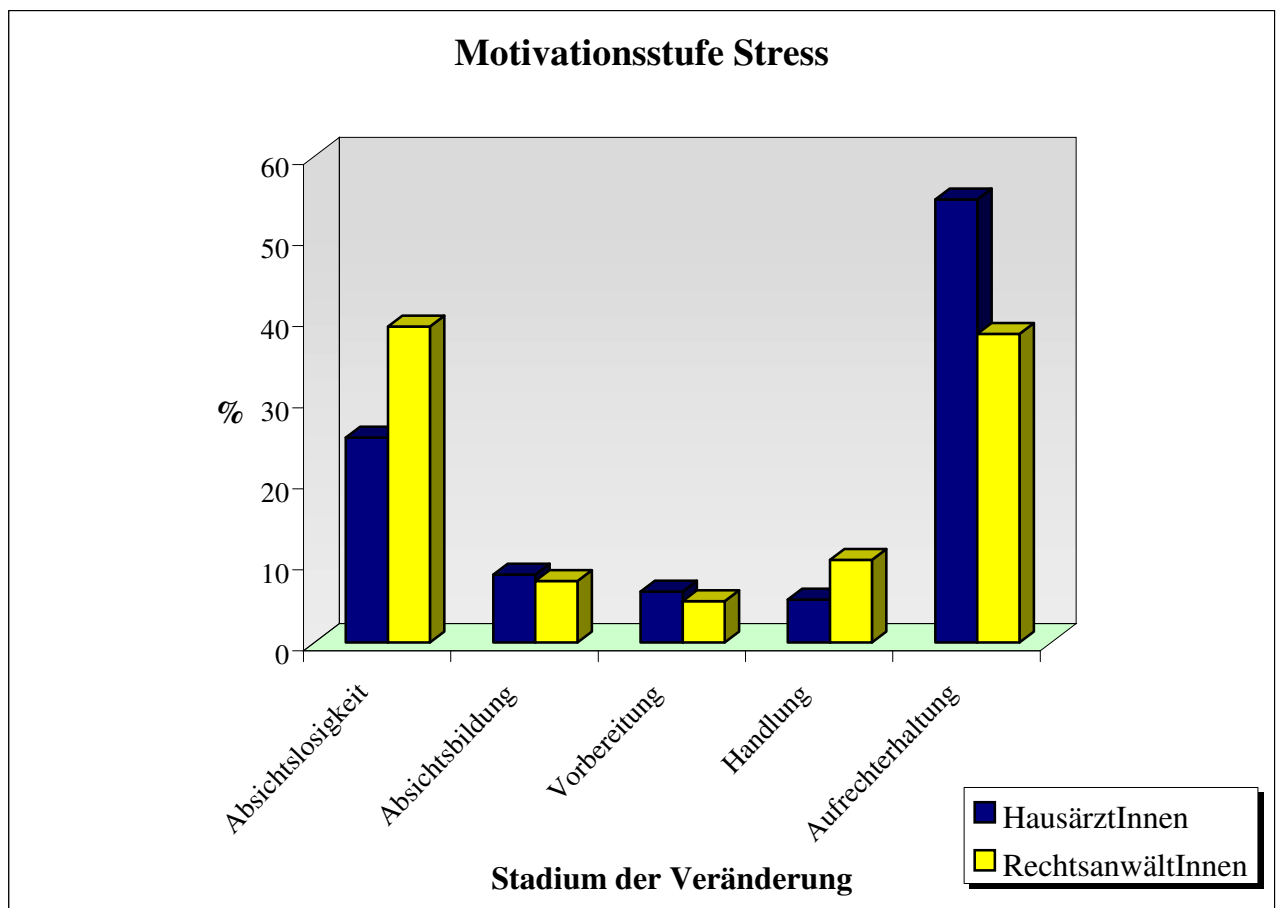
Was das Rauchen angeht, so befindet sich in beiden Gruppen die überwiegende Mehrheit im Stadium der Aufrechterhaltung; etwas mehr RechtsanwältInnen befinden sich im Stadium der Absichtslosigkeit, dieser Unterschied erscheint jedoch unbedeutend. Korrekturen waren hierbei nicht vorzunehmen. Betrachtet wurden nur Personen, die angaben, jemals geraucht zu haben.



Statistik: $\chi^2 = 4,06$; Fg 6, $p = 0,4$

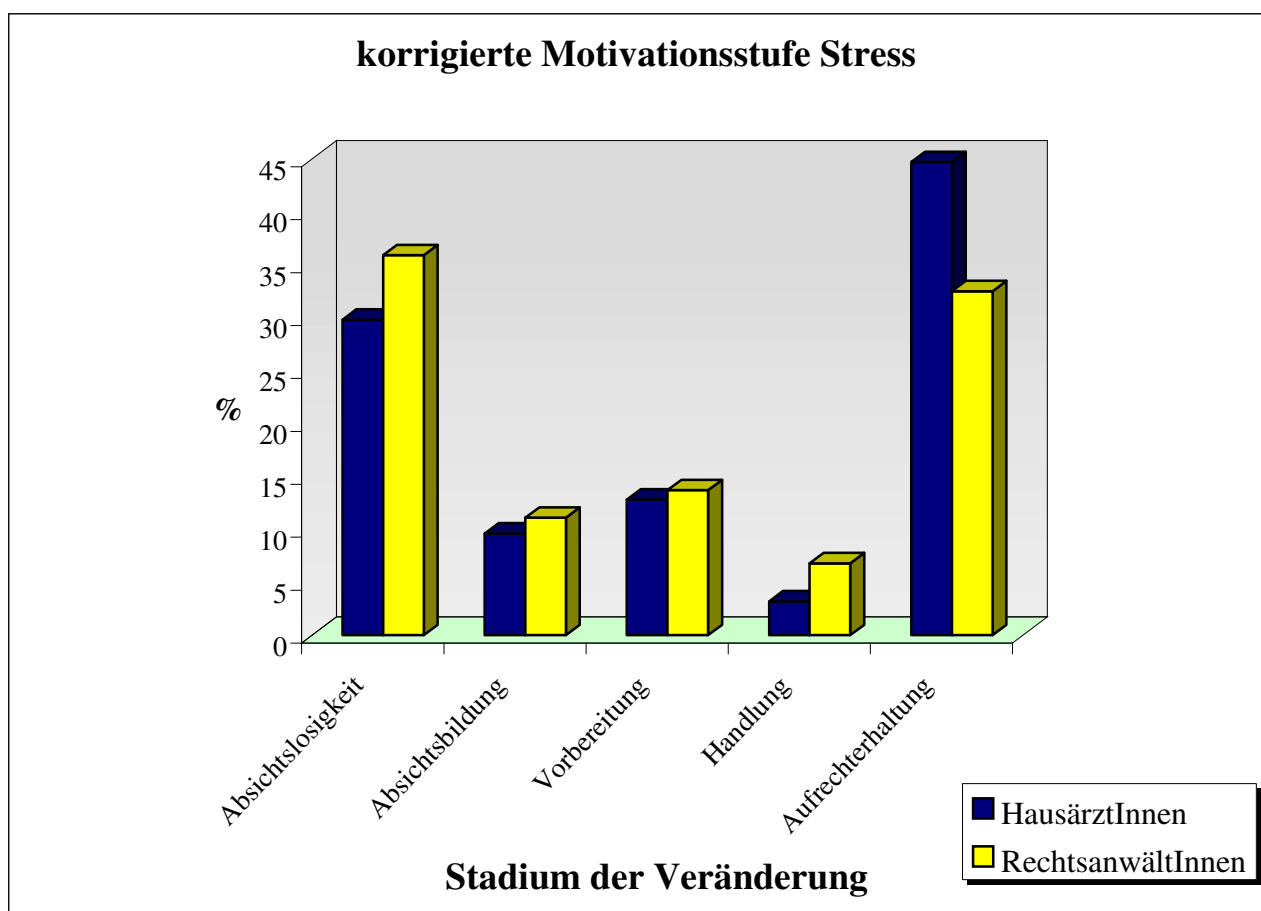
3.3.4 Beanspruchung und Belastung

Mehr ÄrztInnen (n=95) geben an, sich im Stadium der Aufrechterhaltung von Maßnahmen gegen das Gefühl von Überforderung im Alltag zu befinden, während sich etwas mehr als ein Drittel der AnwältInnen (n=118) diesbezüglich der Stufe der Absichtslosigkeit zuordnen lässt. Dieser Unterschied ist mit dem Zufall zu vereinbaren.



Statistik: $\chi^2 = 7,97$; Fg 5; $p = 0,09$

Die Korrektur wurde anhand des Stanine – Wertes vorgenommen: Personen, die einen unauffälligen Stanine – Wert von <6 aufwiesen, wurden in der von ihnen angegebenen Motivationsstufe belassen; Personen, die angaben, sich in einer der beiden Aktionsstufen zu befinden, wurden bei Erreichen eines Stanine – Wertes von >6 entsprechend dem Folgealgorithmus umgruppiert. Da zwei Befragte die Antwort auf den Folgealgorithmus bzw. die Angaben auf der FPI – Skala verweigerten, reduziert sich die Stichprobe noch einmal um 1 pro Berufsgruppe. Die Verteilung auf die Motivationsstufen nach Korrektur ist für beide Gruppen nun ähnlicher als vorher.



Statistik: $\chi^2 = 4,11$; Fg 5; $p = 0,39$

3.4 Das Gesundheitsverhalten der HausärztInnen im Geschlechtervergleich

Der folgende Vergleich zwischen Hausärztinnen und Hausärzten ist aufgrund der geringeren Fallzahlen lediglich als deskriptiv zu werten.

3.4.1 Soziodemographie und berufliche Situation

Die Hausärzte dieser Stichprobe sind im Durchschnitt etwas älter als ihre Kolleginnen; ansonsten finden sich keine bedeutsamen Unterschiede bezüglich der erfragten Variablen.

Tabelle 9: Alter und familiäre Situation Hausärzte / Hausärztinnen

	Hausärzte	n	Hausärztinnen	n	Statistik
Alter					t = -2,02
MW (SD)	50 (8,2)	66	46,5 (7,1)	31	p = 0,05
Personen im Haushalt					
1	13,8 %	65	25,8 %	31	$\chi^2 = 3,09$
2	18,5 %		19,4 %		Fg 3
3	24,6 %		12,9 %		p = 0,38
≥4	43,1 %		41,9 %		
davon unter 18					
keine	43,1 %	65	41,9 %	31	$\chi^2 = 4,22$
1	26,2 %		25,8 %		Fg 4
2	27,7 %		19,4 %		p = 0,38
3	1,5 %		9,7 %		
≥4	1,5 %		3,2 %		
Partnerschaft					
verheiratet	69,7%	66	51,6%	31	$\chi^2 = 5,52$
ledig	10,6%		29%		Fg 3
geschieden	15,2%		16,1%		p = 0,14
verwitwet	4,5%		3,2%		
Von nicht Verheirateten in fester Partnerschaft	66,7 %	18	42,9 %	14	$\chi^2 = 1,81$ Fg 1 p = 0,18

Die Ärztinnen in dieser Stichprobe arbeiten häufiger als Allgemeinmedizinerinnen und seltener als Internistinnen im Vergleich zu ihren Kollegen. Des Weiteren arbeiten sie häufiger in Gemeinschaftspraxen und seltener in Einzelpraxen.

Tabelle 10: berufliche Situation Hausärzte / Hausärztinnen

	Hausärzte	n	Hausärztinnen	n	Statistik
Fachrichtung					
Allgemeinmedizin	34,8%	66	44,8%	29	$\chi^2 = 9,31$
Innere	42,4%		17,2%		Fg 3
prakt. ÄrztIn	22,7%		31 %		p = 0,03
keine Angabe	0		6,9%		
Praxisform					
Einzelpraxis	66,7%	66	40%	30	$\chi^2 = 7,7$
Gemeinschaftspraxis	27,3%		56,7%		Fg 2
Praxisgemeinschaft	6,1%		3,3%		p = 0,02

Ärztinnen arbeiten durchschnittlich eine Stunde weniger am Tag in der Praxis; ähnlich ihren männlichen Kollegen nehmen sie ca. 5 Wochen Urlaub pro Jahr. Beides ist mit einer Zufallsschwankung vereinbar.

Tabelle 11: Arbeitszeit Hausärzte / Hausärztinnen

	Hausärzte	n	Haus- ärztinnen	n	Statistik
Durchschnittliche tägliche Arbeitszeit (h)					
MW (SD)	10,1 (2,1)	66	9,1 (2,8)	30	t = -1,96 p = 0,05
Urlaubswochen pro Jahr					
MW (SD)	5,0 (1,5)	66	5,2 (2,1)	30	t = 0,72 p = 0,48

3.4.2 Gesundheitszustand und Wohlbefinden

In der Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes und den Angaben zum allgemeinen Wohlbefinden innerhalb der letzten zwei Wochen unterscheiden sich Ärztinnen und Ärzte nicht voneinander; ersterer ist als recht gut, letzteres als mittelmäßig zu bezeichnen. Höhere Werte stehen dabei für schlechteren Gesundheitszustand bzw. besseres Wohlbefinden (range 1-7).

Tabelle 12: Gesundheitszustand und Wohlbefinden Hausärzte / Hausärztinnen

	Hausärzte	n	Hausärztinnen	n	Statistik
Einschätzung des Gesundheitszustands:					t = 1,32
MW (SD)	2,6 (1,2)	65	3,0 (1,3)	31	p = 0,19
Wohlbefinden:					t = 0,7
MW (SD)	4,6 (1,3)	66	4,8 (1,2)	31	p = 0,48

3.4.3 Ernährung und Körpergewicht

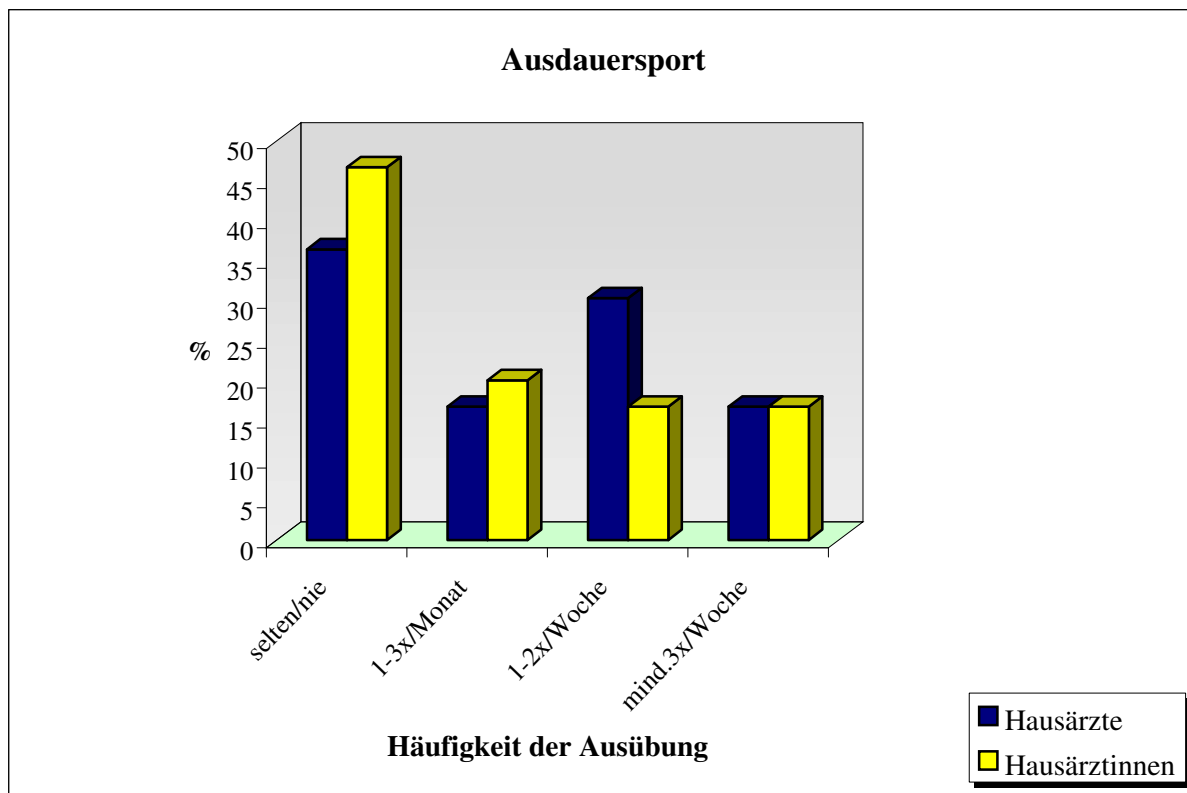
Ärztinnen erreichen in dieser Stichprobe einen nur geringfügig besseren Lebensmittelscore; der Anteil derjenigen, die sich „gesund“ nach der hier zugrunde gelegten Liste ernähren, ist bei ihnen jedoch höher als bei ihren Kollegen.

Tabelle 13: Ernährung und Körpergewicht Hausärzte / Hausärztinnen

	Hausärzte	N	Hausärztinnen	n	Statistik
Lebensmittelscore					t = -1,32
MW (SD)	20,4 (6,6)	64	18,6 (5,8)	31	p = 0.19
Range	5 – 36		11 - 30		
					$\chi^2 = 6,92$
Anteil LMscore >16	78,1%	64	51,6%	31	p = 0,01
BMI					t = -3,56
MW (SD)	24,8 (2,7)	66	22,7 (3)	31	p = 0.001
Range	17,8 – 31		18,6 – 30,8		
					$\chi^2 = 5,25$
Anteil BMI ≥ 25	39,4 %	66	16,1 %	31	p = 0.02

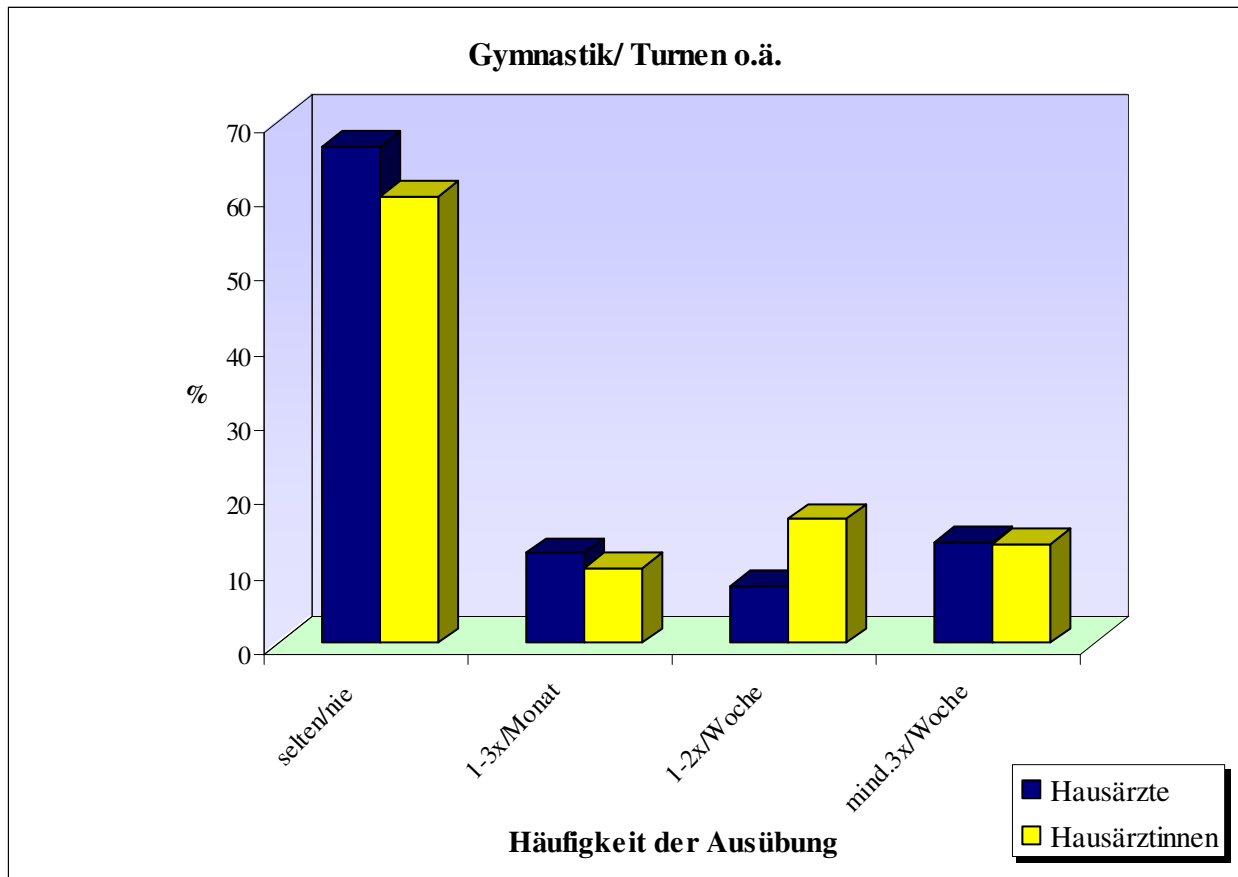
Ärztinnen weisen einen deutlich niedrigeren durchschnittlichen Body-Mass-Index auf; dementsprechend ist auch der Anteil der als (prä-)adipös zu bezeichnenden Hausärztinnen niedriger.

3.4.4 Körperliche Aktivität



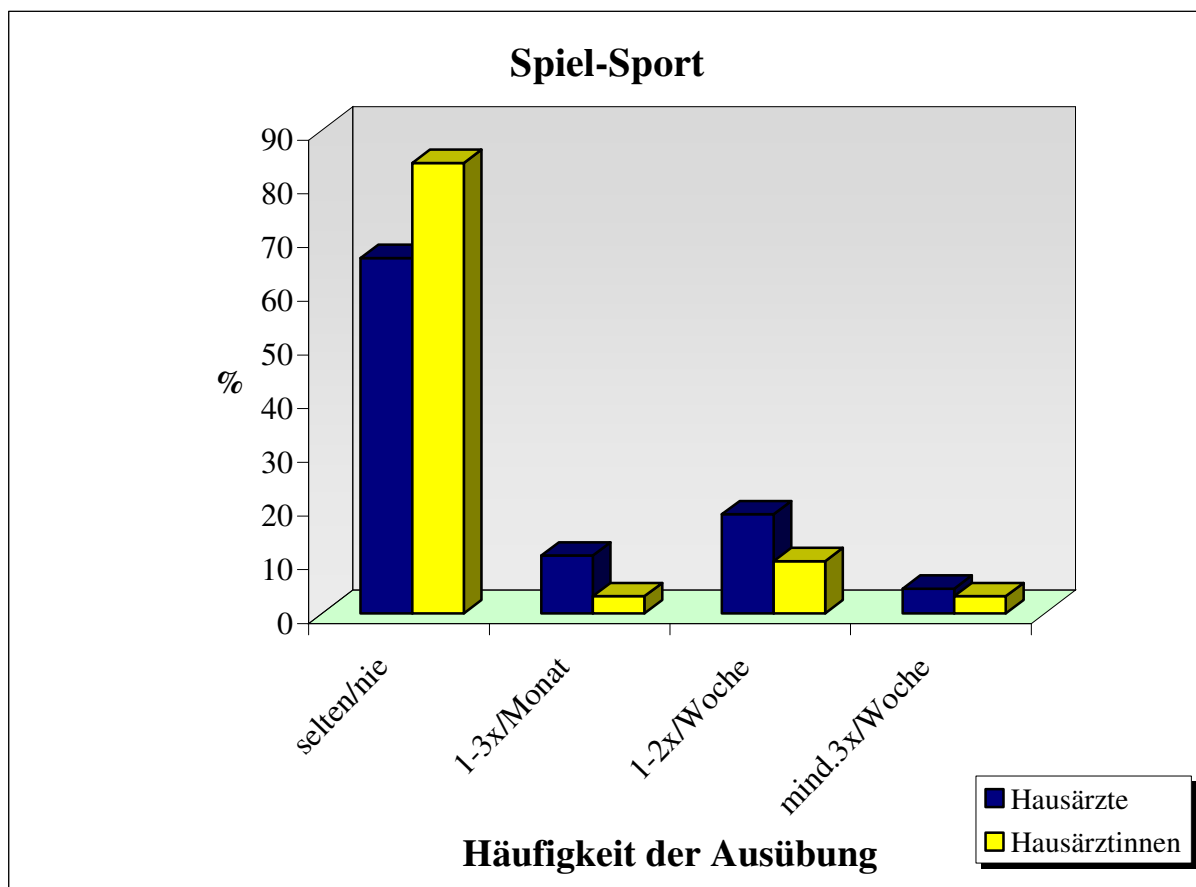
Statistik: $\chi^2 = 2,16$; Fg 3; $p = 0,54$

Es besteht kein wesentlicher Unterschied in der Häufigkeit, mit der Ausdauersportarten während einer Woche ausgeübt werden. Im Mittel bewegen sich Hausärzte 51 Minuten pro Woche (SD = 78), Hausärztinnen hingegen 28 Minuten pro Woche (SD = 44); dieser Unterschied ist nicht bedeutsam ($p = 0,14$).



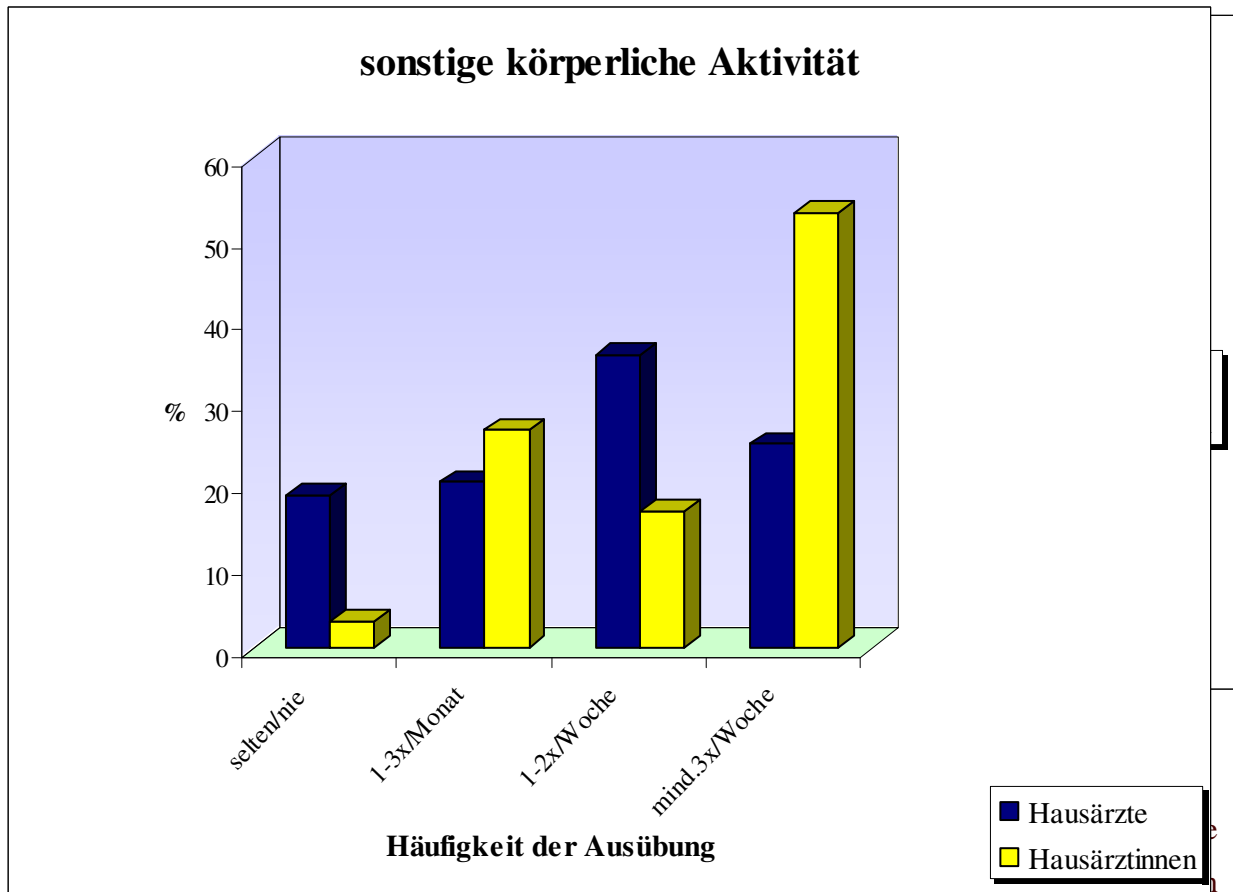
Statistik: $\chi^2 = 1,86$; Fg 3; $p = 0,6$

Es besteht kein bedeutsamer Unterschied in der Häufigkeit, mit der Sportarten wie Gymnastik, Tanzen, Aerobic und Turnen während einer Woche ausgeübt werden. Im Mittel bewegen sich Hausärzte 10 Minuten pro Woche (SD = 23), Hausärztinnen hingegen 23 Minuten pro Woche (SD = 44); dieser Unterschied ist nicht bedeutsam ($p=0,08$).



Statistik: $\chi^2 = 3,48$; Fg 3; $p = 0,32$

Es besteht kein bedeutsamer Unterschied in der Häufigkeit, mit der Spielsportarten während einer Woche ausgeübt werden. Im Mittel bewegen sich Hausärzte 40 Minuten pro Woche (SD = 76), Hausärztinnen hingegen 21 Minuten pro Woche (SD = 55); dieser Unterschied ist ebenfalls nicht bedeutsam ($p = 0,24$).



im Mittel bewegen sich Hausärzte 87 Minuten pro Woche (SD = 103), Hausärztinnen hingegen 213 Minuten pro Woche (SD = 221); dieser Unterschied ist deutlich ($p=0,001$).

Zusammenfassend ist festzustellen, dass sich mit Ausnahme von sonstigen körperlichen Aktivitäten Hausärztinnen nicht mehr als Hausärzte bewegen; in diesem Bereich bewegen sie sich außerdem deutlich länger pro Woche. Außerdem bewegen sich Hausärztinnen, mittelt man die Zeit, die für sämtliche Aktivitäten verwendet wird, ebenso wenig in ausreichendem Maß (definiert als mind. 3mal pro Woche über jeweils mind. 20 min.) wie ihre männlichen Kollegen: 32,1% der Ärztinnen versus 44,8% der Ärzte bewegen sich nicht ausreichend körperlich ($p = 0,26$).

3.4.5 Rauchen

Die Ärztinnen und Ärzte dieser Stichprobe unterscheiden sich nicht wesentlich in ihren Rauchgewohnheiten – unter den Ärztinnen ist die Gruppe der „Gelegenheits“- oder „Genuß“-raucherinnen zwar etwas größer, die männlichen Kollegen rauchen knapp doppelt so viele Zigaretten pro Tag; dieser Unterschied ist aber nicht bedeutsam.

Tabelle 14: Rauchen Hausärzte/ Hausärztinnen

	Hausärzte	n	Hausärztinnen	n	Statistik
nie geraucht	34,8 %		45,2 %		$\chi^2 = 4,65$
Rauchen aufgegeben	47 %		29 %		Fg 3
täglich <5 Zigaretten	6,1 %		16,1 %		p = 0,2
täglich \geq5 Zigaretten	12,1 %	66	9,7 %	31	
Durchschnittliche Anzahl Zig/d bei RaucherInnen					t = -1,43
MW (SD)	9,6 (7,1)	12	5,4 (4,9)	8	p = 0,17

3.4.6 Beanspruchung und Belastung

Hausärztinnen und Hausärzte unterscheiden sich nicht wesentlich in ihren Angaben zu Beanspruchung und Belastung. Beide erreichen einen durchschnittlichen Stanine – Wert unterhalb der kritischen Grenze von 6, und knapp ein Viertel der Ärzte bzw. ein Drittel der Ärztinnen kann als stark beansprucht gelten. Ebenso geben beide Gruppen im Mittel etwa drei Belastungsfaktoren an, Ärztinnen jedoch zu 60% drei oder mehr, wohingegen dies weniger als die Hälfte der Ärzte tut. Auch dieser Unterschied ist mit dem Zufall zu vereinbaren.

Ärztinnen fühlen sich eher durch zu viele familiäre Verpflichtungen überfordert; die hohe Verantwortung am Arbeitsplatz überfordert beide Geschlechter in ähnlichem Ausmaß.

Tabelle 15: Beanspruchung und Belastung Hausärzte / Hausärztinnen

	Hausärzte	n	Hausärztinnen	n	Statistik
Stanine – Wert					t = 1,29
MW (SD)	5,1 (1,9)	65	5,6 (2,1)	30	p = 0,2
Anteil mit Stanine >6:	23,1%	65	33,3%	30	$\chi^2 = 1,11$ p = 0,29
Überlastungsscore					t = 0,59
MW (SD)	2,9 (2,6)	65	3,2 (2,2)	31	p = 0,55
Anteil mit					$\chi^2 = 1,41$
Überlastungsscore ≥ 3	46,9%	64	60 %	30	p = 0,24
Überforderung durch					$\chi^2 = 2,89$
familiäre Verpflichtungen	23,1%	65	40%	30	p = 0,09
Überforderung durch					$\chi^2 = 0,26$
hohe Verantwortung am Arbeitsplatz	50,8%	65	45,2%	31	p = 0,61

3.4.7 Inanspruchnahme medizinischer Leistungen

Ärztinnen nehmen wesentlich häufiger Krebsfrüherkennungsuntersuchungen in Anspruch; ansonsten unterscheiden sich beide Gruppen nicht hinsichtlich der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Die letzte Tetanustiterkontrolle oder –auffrischung ist durchschnittlich 4,2 – 5 Jahre her (SD 3,3 – 3,4 Jahre); die letzte Hepatitis B Titerkontrolle oder Auffrischungsimpfung ist 2,6 – 4,6 Jahre her; die Standardabweichung ist hier jedoch bei den Ärzten mit 13,6 Jahren beträchtlich, bei den Ärztinnen liegt sie bei 2,6 Jahren.

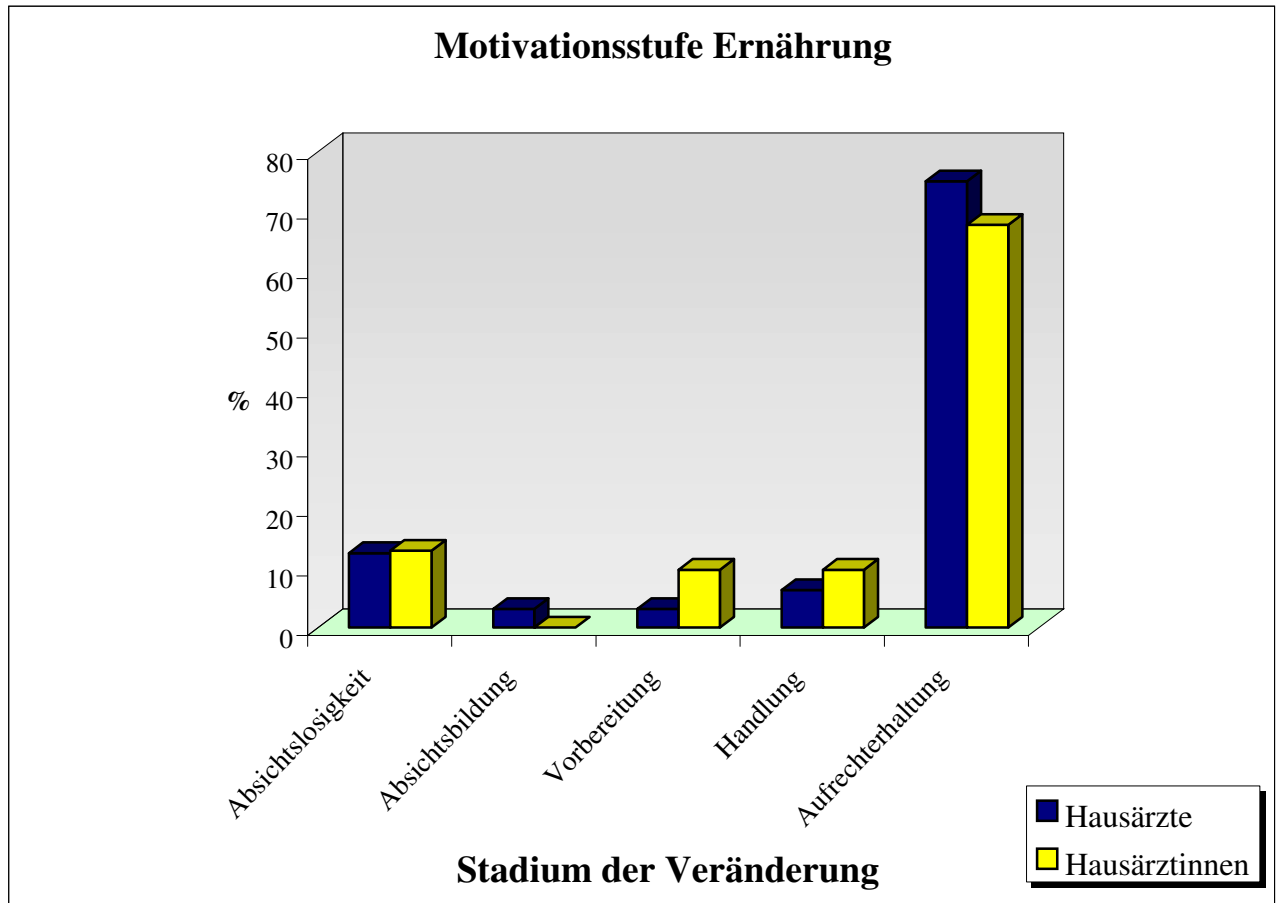
Tabelle 16: Inanspruchnahme med. Leistungen Hausärzte / Hausärztinnen

	Hausärzte	n	Hausärztinnen	n	Statistik
Teilnahme an Krebsfrüherkennungs-					$\chi^2=17,15$
untersuchungen	42,4%	66	87,1%	31	$p<0,001$
vor durchschnittlich ... Jahren					$t = -2,48$
MW (SD)	2,9 (3)	28	1,3 (1,1)	27	$p=0,02$
Teilnahme am Check ab 35	48,5%	66	38,7%	31	$\chi^2=0,81$ $p=0,37$
vor durchschnittlich ... Jahren					$t = -1,62$
MW (SD)	1,5 (1)	32	1 (0,4)	12	$p=0,11$
Andere Arztkonsultation innerhalb der letzten 2					$\chi^2 = 1,74$
Jahre	53,1 %	64	38,7 %	31	$p = 0,19$
Impfung gegen Tetanus	93,8 %	65	96,8 %	31	$\chi^2 = 0,36$ $p = 0,55$
Impfung gegen Hepatitis B	83,1 %	65	80,6 %	31	$\chi^2 = 0,09$ $p = 0,77$

3.5 Motivationsstufen zur Verhaltensänderung Hausärzte und Hausärztinnen

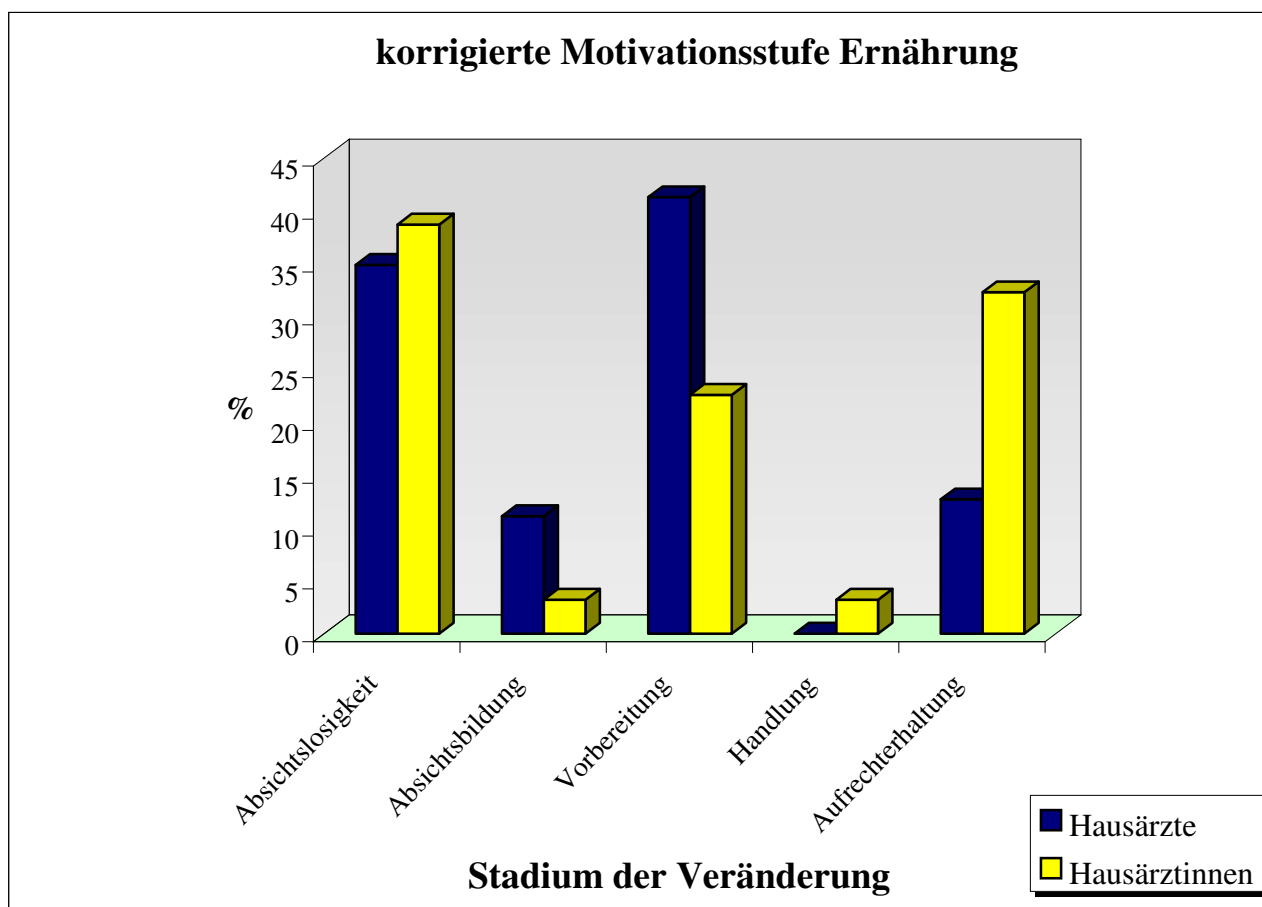
3.5.1 Ernährung und Körpergewicht

Ärztinnen und Ärzte stufen sich gleichermaßen zur überwiegenden Mehrheit in die Stufe der Aufrechterhaltung einer gesunden Ernährungsweise ein; hier lassen sich keine bedeutsamen Unterschiede feststellen. Bei zwei Ärzdebögen waren die Angaben nicht vollständig.



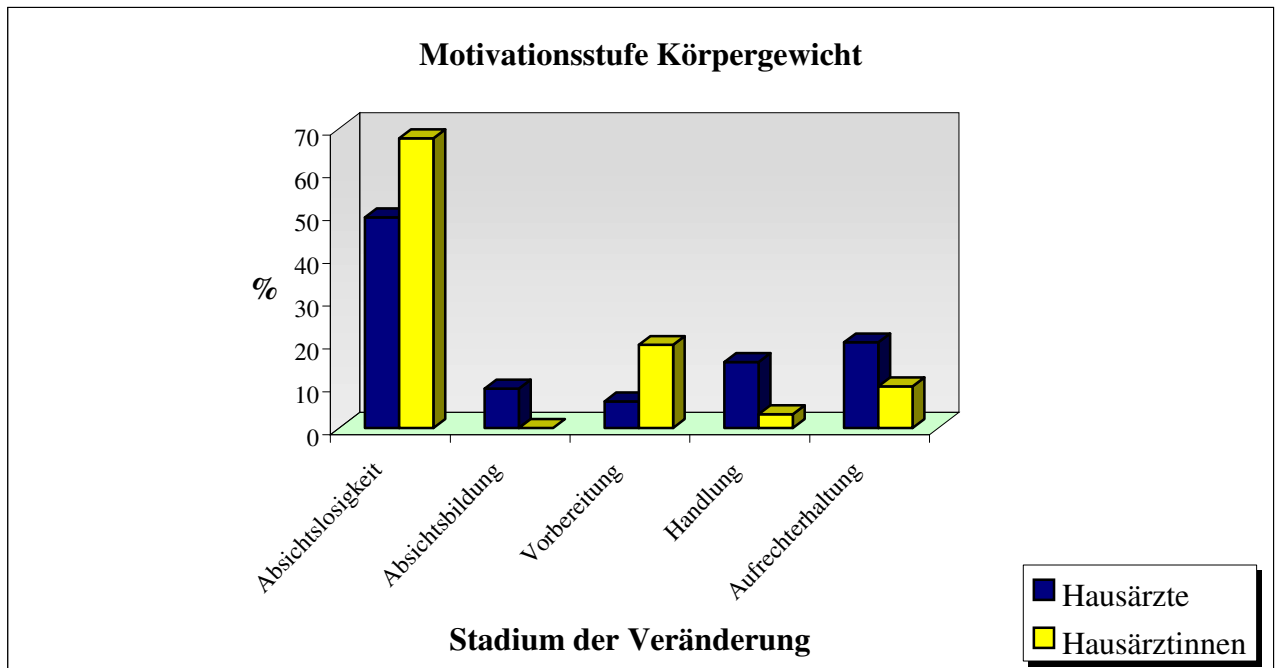
Statistik: $\chi^2= 3,16$; Fg 5; $p = 0,53$

Nach Korrektur anhand des Lebensmittelscores verbleibt ein knappes Drittel der Ärztinnen auf der Stufe der Aufrechterhaltung, wohingegen nur 12,7% der Ärzte dort verbleiben und die meisten auf die Stufe der Vorbereitung umgestuft werden.



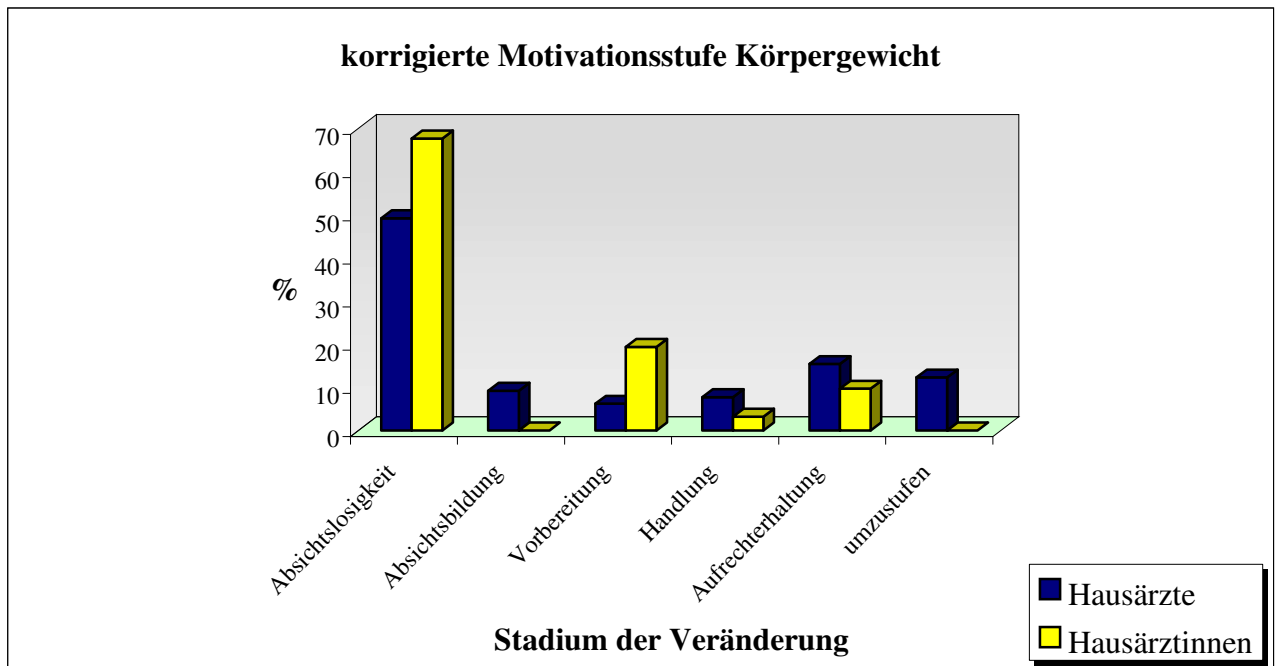
Statistik: $\chi^2= 9,85$; Fg 5; $p = 0,04$

Hingegen geben deutlich mehr Männer an, seit über sechs Monaten Maßnahmen zur Gewichtsreduktion durchzuführen, während sich 2/3 der Ärztinnen diesbezüglich der Absichtslosigkeit zuordnen lassen:



Statistik: $\chi^2= 11,73$; Fg 5; $p = 0,02$

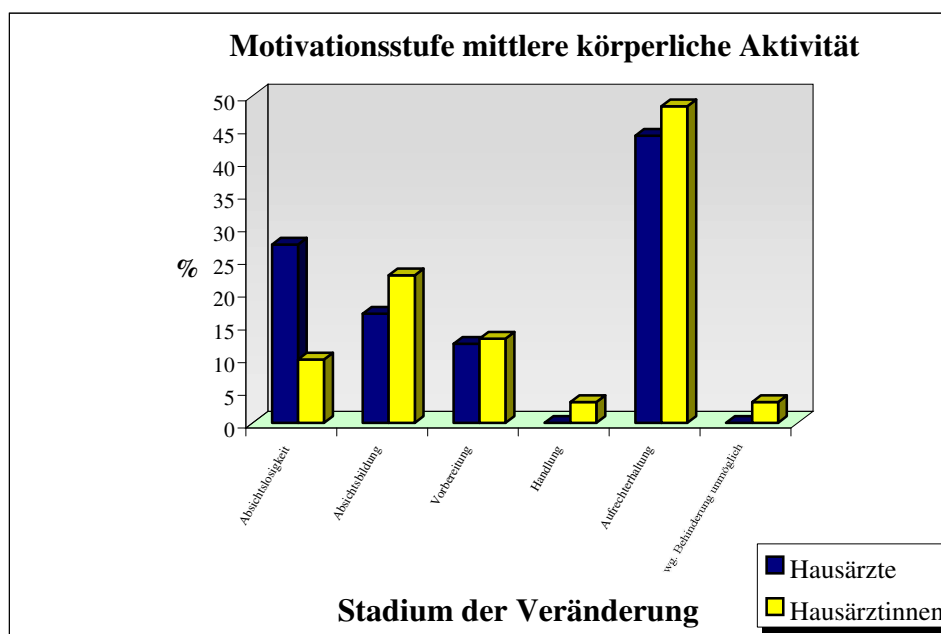
Nach der Korrektur anhand des BMI muss für keine der Ärztinnen die Selbsteinstufung nach unten korrigiert werden, wohingegen dies bei 12,3% der Ärzte der Fall ist.



Statistik: $\chi^2=12,67$; $p = 0,03$

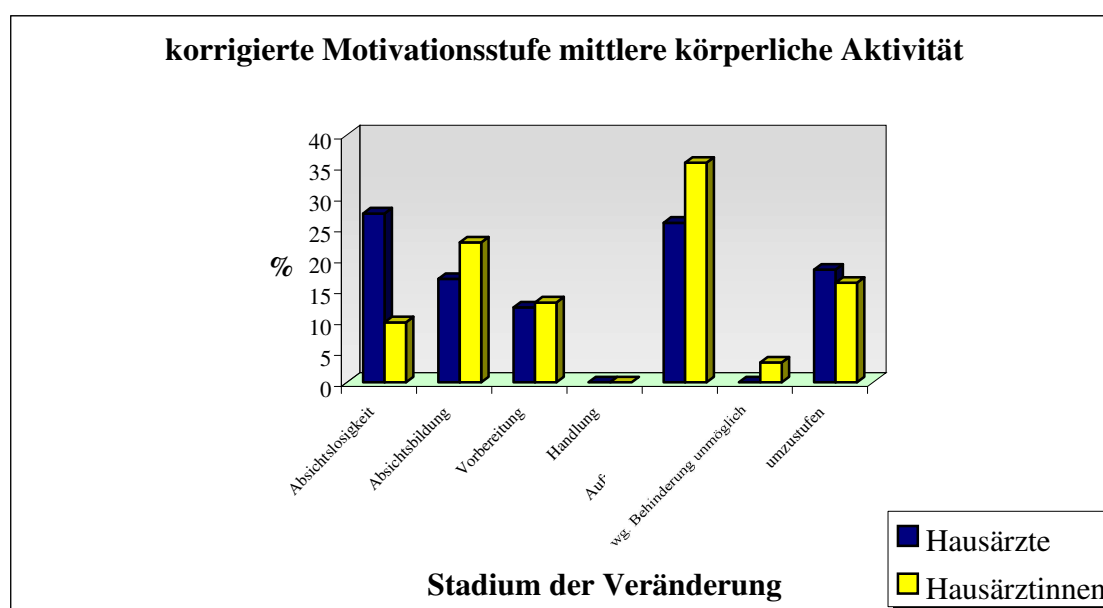
3.5.2 Körperliche Aktivität

Ärzte ordnen sich etwas häufiger der Stufe der Absichtslosigkeit, Ärztinnen etwas häufiger der Stufe der Absichtsbildung hinsichtlich der Aufnahme mäßiger körperlicher Aktivität zu; dieser Unterschied fällt jedoch nicht statistisch ins Gewicht.



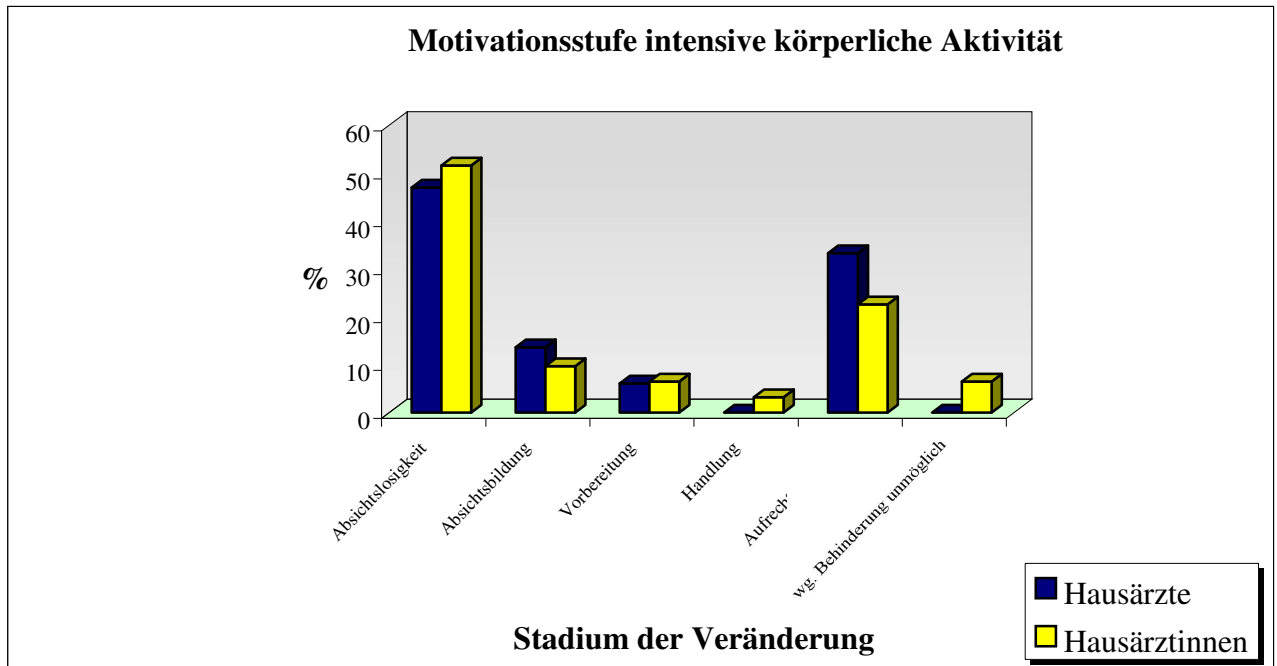
Statistik: $\chi^2 = 7,77$; Fg 6; $p = 0,17$

Korrigiert man diese Einstufungen jedoch mit der jeweils angegebenen Zeit, die laut der Befragten dafür aufgebracht wird, wie in Kap.3.2.8.2 beschrieben, so müssen ca. 17% der Befragten aus der Stufe der Aufrechterhaltung mäßiger körperlicher Aktivität herausgenommen werden.



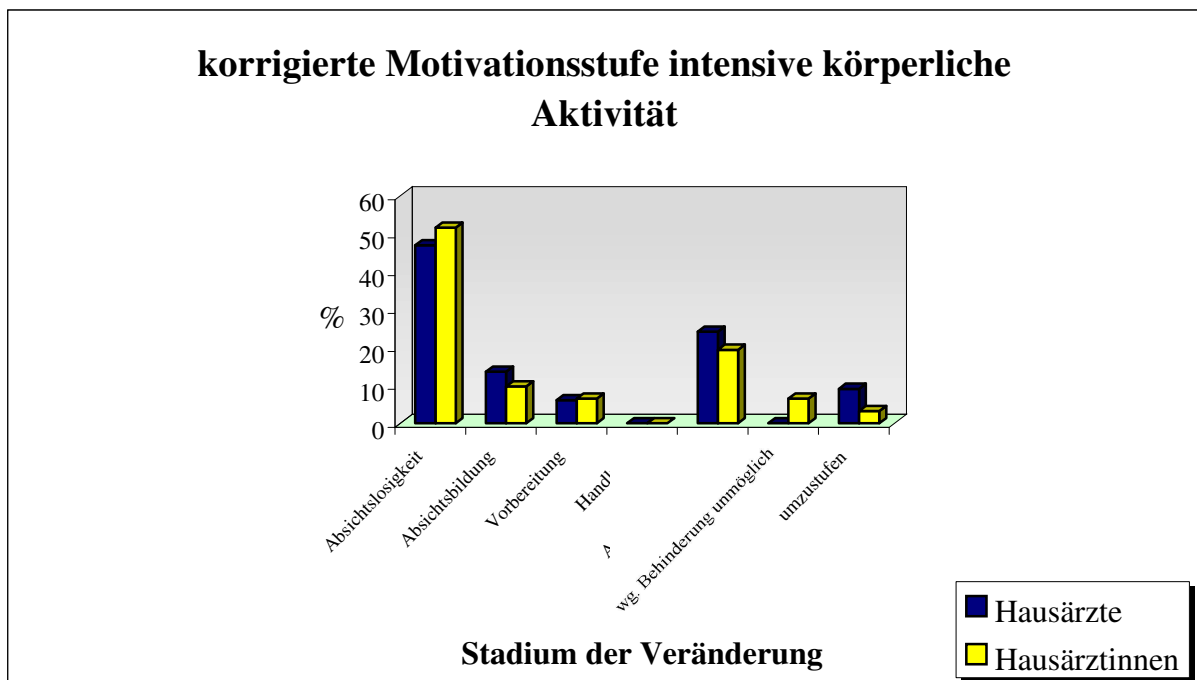
Statistik: $\chi^2 = 6,3$; $p = 0,28$

Auch hinsichtlich intensiver sportlicher Aktivität lassen sich keine bedeutsamen Unterschiede ausmachen: jeweils etwa die Hälfte ordnet sich hier der Stufe der Absichtslosigkeit zu, und ein Viertel der Ärztinnen bzw. ein Drittel der Ärzte der Stufe der Aufrechterhaltung.



Statistik: $\chi^2 = 7,57$; Fg 6, $p = 0,18$

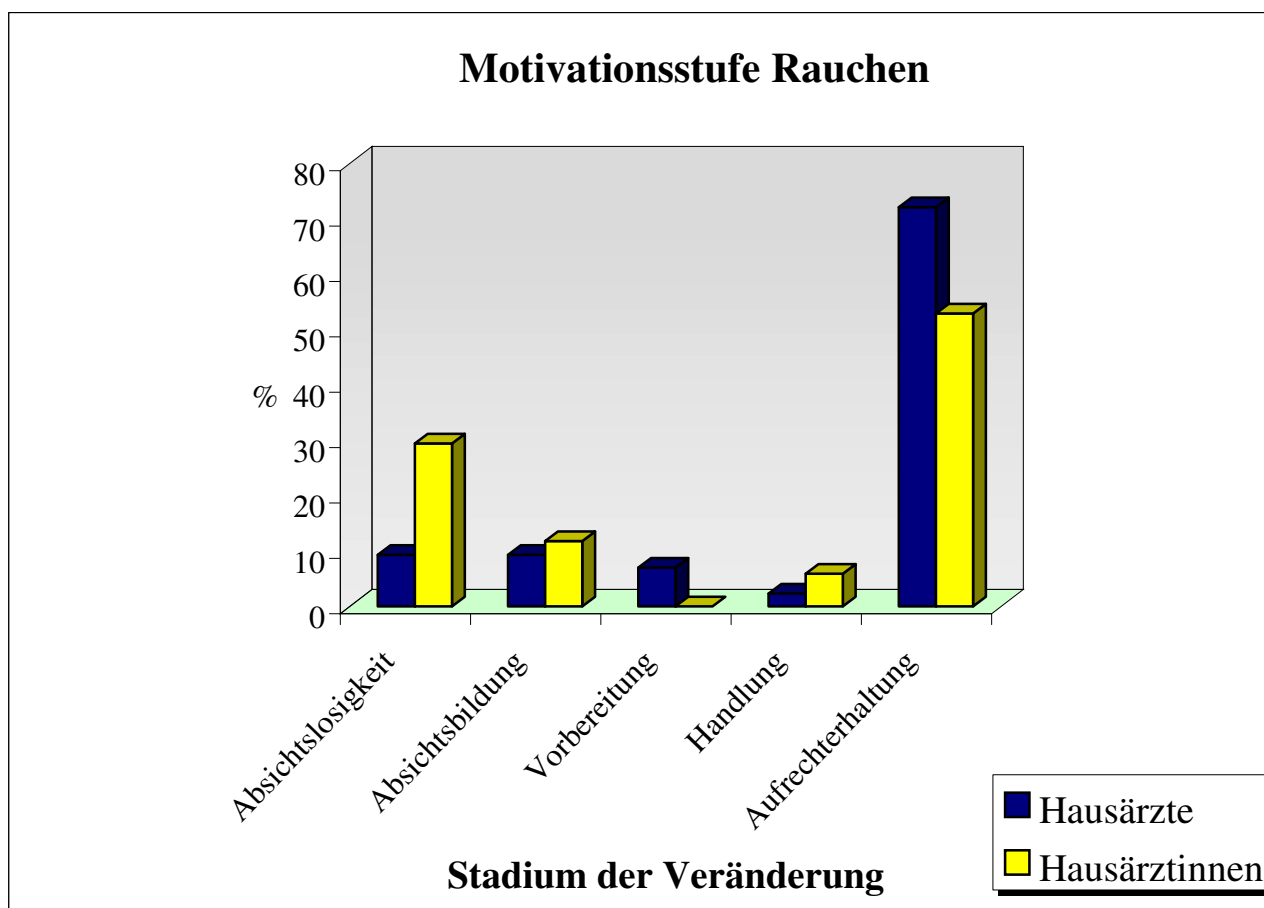
Nach Korrektur müssen hier nur wenige Prozent der Befragten umgestuft werden und es lassen sich weiterhin keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern ausmachen:



Statistik: $\chi^2 = 7,98$; $p = 0,24$

3.5.3 Rauchen

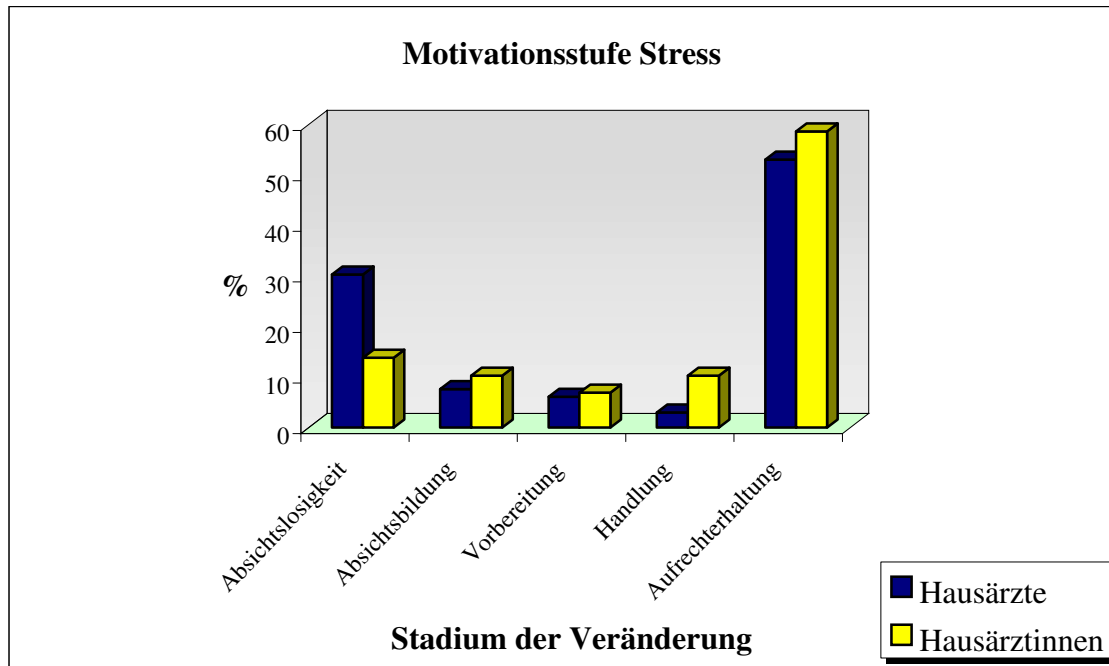
Die Mehrheit beider Gruppen, Männer dabei in etwas größerem Ausmaß, rechnet sich den ehemaligen RaucherInnen zu und ist demnach der Stufe der Aufrechterhaltung zuzuordnen. Ärztinnen finden sich etwas häufiger auf der Stufe der Absichtslosigkeit; dieser Unterschied erscheint nicht bedeutend.



Statistik: $\chi^2 = 5,68$; Fg 5; $p = 0,23$

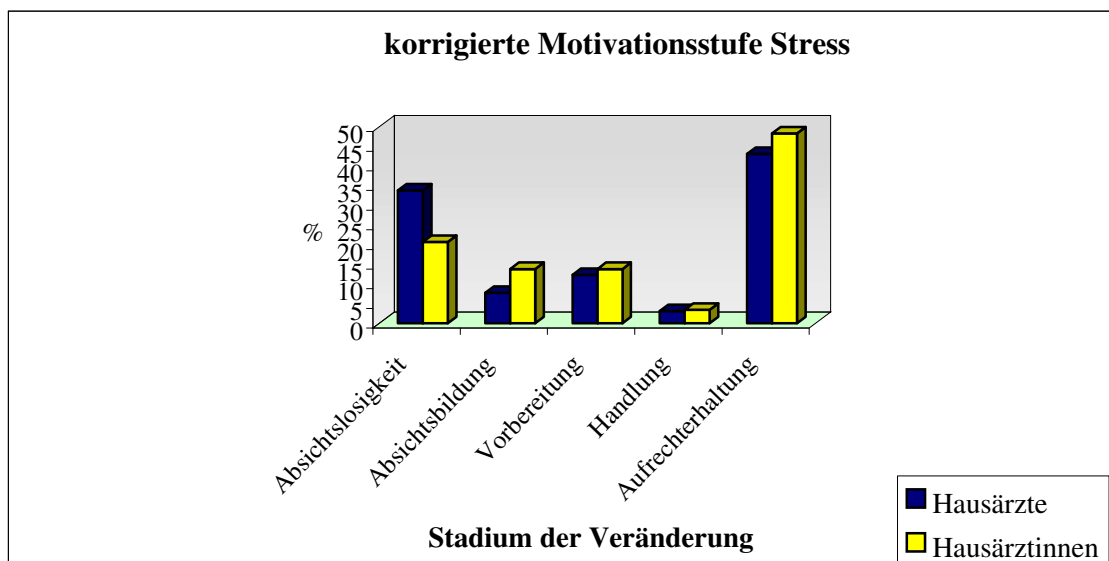
3.5.4 Beanspruchung und Belastung

Etwas mehr als die Hälfte beider Gruppen geben an, seit über sechs Monaten Maßnahmen gegen das Gefühl von Überforderung ergriffen zu haben; knapp ein Drittel der Ärzte befindet sich allerdings auf der Stufe der Absichtslosigkeit. Diese Unterschiede sind mit dem Zufall zu vereinbaren.



Statistik: $\chi^2 = 4,54$; Fg 5; $p = 0,34$

Nach Korrektur anhand des Stanine – Wertes und Umgruppierung finden sich etwas weniger ÄrztInnen auf der höchsten Stufe, das Geschlechterverhältnis bleibt aber weiterhin ähnlich.



Statistik: $\chi^2 = 2,12$; Fg 5; $p = 0,72$

3.6 Risikoverhalten /-faktoren und Beratungszufriedenheit

Die Zuversicht in die Beratung hinsichtlich einzelner Risikoverhaltensweisen wurde auf einer siebenstufigen Skala erfasst, wobei niedrige Werte eine geringe Zuversicht bezeichnen.

Hausärztinnen und Hausärzte sind allenfalls mittelmässig zuversichtlich bezüglich ihrer Risikofaktorenberatung; dabei zeigt sich kein wesentlicher Geschlechterunterschied.

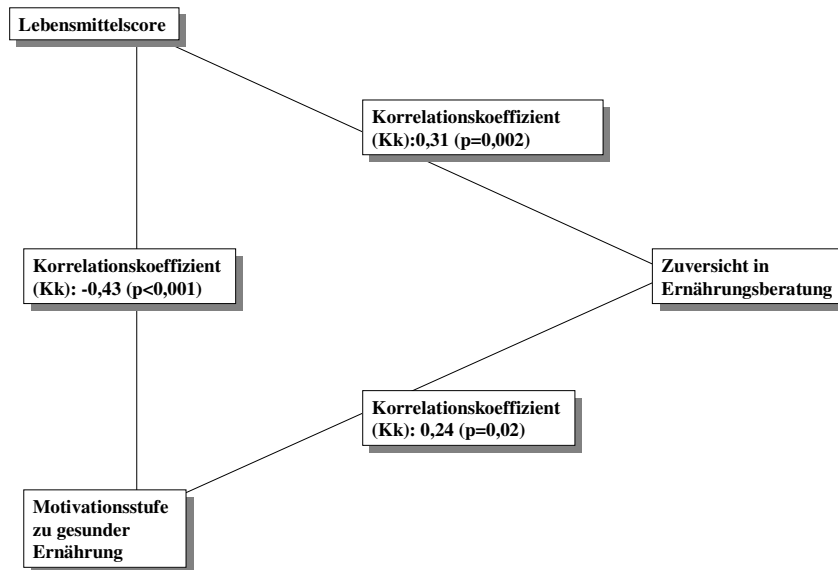
Tabelle 17: Beratungszuversicht Hausärzte / Hausärztinnen

	Hausärzte	n	Hausärztinnen	n	Statistik
Zuversicht in die Beratung hinsichtlich Fehlernährung	4,0 (1,6)	66	3,8 (1,6)	30	t = -0,49
MW(SD):					p=0,54
Zuversicht in die Beratung hinsichtlich Adipositas	3,4 (1,5)	66	3,7 (1,5)	30	t = 0,84
MW (SD):					p = 0,77
Zuversicht in die Beratung hinsichtlich Bewegungsmangel	4,0 (1,5)	66	3,6 (1,4)	30	t = -1,2
MW (SD):					p = 0,45
Zuversicht in die Beratung hinsichtlich Rauchen	3,5 (1,7)	66	3,6 (1,6)	30	t = 0,41
MW (SD):					p = 0,93
Zuversicht in die Beratung hinsichtlich Stress	4,0 (1,4)	66	3,6 (1,5)	30	t = -1,24
MW (SD):					p = 0,45

Zu allen fünf Bereichen waren die Angaben normalverteilt.

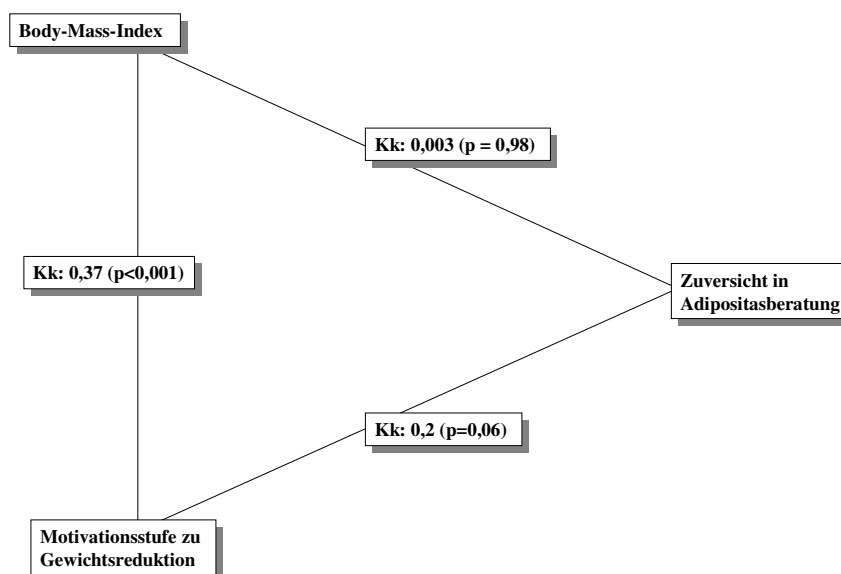
Im Folgenden wurden die Angaben zum eigenen Verhalten sowie die angegebene Motivation, dieses Verhalten zu verändern, mit der Zuversicht in die Beratung hinsichtlich des betreffenden Verhaltens (als abhängige Variable) korreliert.

3.6.1 Ernährung und Ernährungsberatung



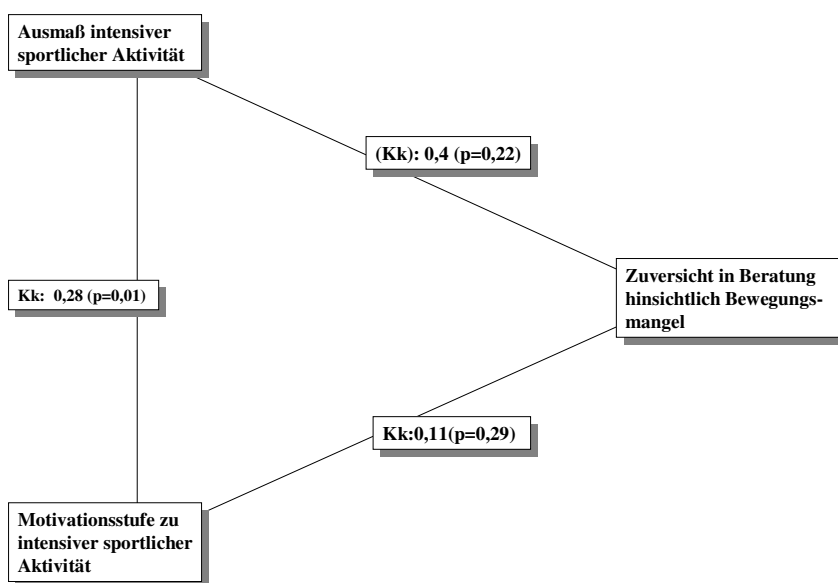
Der Lebensmittelscore und Motivationsstufe zu einer gesunden Ernährungsweise korrelieren untereinander; ein hoher Score auf der Lebensmittelliste korreliert invers mit der Zuversicht in die Ernährungsberatung, d.h. ÄrztInnen mit gesunder Ernährungsweise sind zuversichtlicher, PatientInnen hinsichtlich Fehlernährung zu beraten. Eine höhere Motivation, sich gesund zu ernähren, hängt ebenfalls mit höherer Zuversicht in die Ernährungsberatung zusammen.

3.6.2 Körpergewicht und Beratung hinsichtlich Adipositas



Body-Mass-Index und Motivation zur Gewichtsreduktion korrelieren deutlich untereinander; der BMI korreliert hingegen nicht mit der Zuversicht in die Adipositasberatung. Hingegen ergibt sich mit einem Korrelationskoeffizient von 0,2 ein evtl. möglicher Zusammenhang zwischen den Motivationsstufen zur Gewichtsreduktion und der Zuversicht in die dahingehende Beratung.

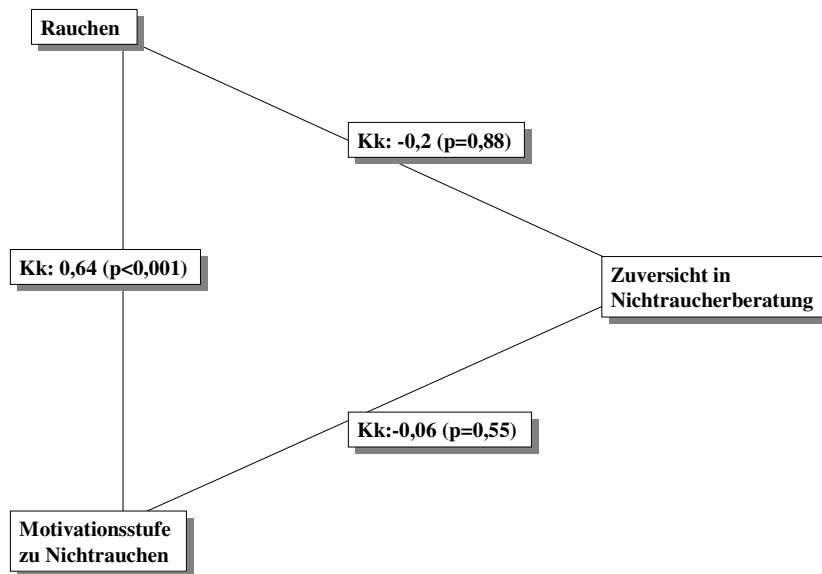
3.6.3 Körperliche Aktivität und Beratung hinsichtlich Bewegungsmangel



Als Indikator für das Ausmaß an körperlicher Aktivität wurden hier die auf die genannten Aktivitäten verwandten Minuten pro Woche verwendet; es wurde nur der Stufenalgorithmus zu intensiver sportlicher Betätigung verwandt (vergl. Kap.3.3.8.2).

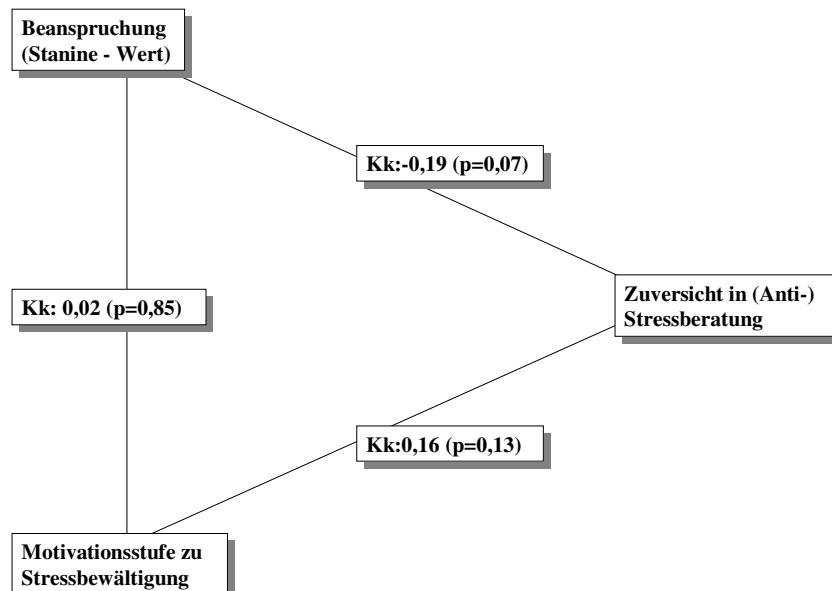
Aktivitätsminuten und Motivationsstufe korrelieren in hohem Ausmaß miteinander; der Einfluß beider Variablen auf die Zuversicht in die Beratung hinsichtlich Bewegungsmangel ist hingegen nicht deutlich.

3.6.4 Rauchen und Nichtraucherberatung



Zwischen aktuellen Rauchgewohnheiten und diesbezüglicher Motivationsstufe besteht ein deutlicher Zusammenhang; ein Einfluß beider Variablen auf die Zuversicht in die Beratung zum Nichtrauchen ist hingegen nicht erkennbar.

3.6.5 Beanspruchung und Stressberatung



Zwischen erreichtem Stanine – Wert auf der FPI – Skala und Motivationsstufe, Maßnahmen gegen Gefühle von Überforderung im Alltag zu unternehmen, besteht kein messbarer Zusammenhang; niedrige Stanine – Werte im Sinne einer geringeren Beanspruchung korrelieren

in bescheidenem Ausmaß mit der Zuversicht in Gesundheitsberatung hinsichtlich Stress. Zwischen Motivationsstufe und Beratungszuversicht lässt sich kein bedeutsamer Zusammenhang ablesen.

3.7 Vorbildfunktion

Auf einer siebenstufigen Skala wurde erfasst, inwieweit die HausärztInnen glauben, Vorbildfunktion hinsichtlich einzelner Risikoverhaltensweisen /-faktoren zu besitzen; niedrige Werte bezeichnen dabei einen geringen Glauben an eine solche Vorbildfunktion.

Tabelle 18: Vorbildfunktion Hausärzte / Hausärztinnen

	Hausärzte	n	Hausärztinnen	n	Statistik
Ich als ÄrztIn habe Vorbildfunktion hinsichtlich Fehlernährung					
MW(SD):	4,7 (1,8)	66	5,0 (1,8)	31	t = 0,74 p=0,46
Ich als ÄrztIn habe Vorbildfunktion hinsichtlich Adipositas					
MW (SD):	4,8 (1,7)	66	5,3(1,9)	31	t = 1,16 p = 0,25
Ich als ÄrztIn habe Vorbildfunktion hinsichtlich Bewegungsmangel					
MW (SD):	4,6 (1,8)	66	4,2 (2)	31	t = -0,97 p = 0,34
Ich als ÄrztIn habe Vorbildfunktion hinsichtlich Rauchen					
MW (SD):	5,4 (2)	66	5,5 (1,7)	31	t = 0,03 p = 0,98
Ich als ÄrztIn habe Vorbildfunktion hinsichtlich Stress					
MW (SD):	4,0 (1,9)	66	4,6 (1,9)	3	t = 1,43 p = 0,16

Ärztinnen und Ärzte sind gleichermaßen davon überzeugt, in vielen Verhaltensbereichen eher eine Vorbildfunktion ihren PatientInnen gegenüber zu besitzen. Am eindeutigsten trifft dies für das Rauchen zu, gefolgt von Adipositas und Ernährung; einer Vorbildfunktion hinsichtlich Bewegungsmangel und Stress wird weniger deutlich zugestimmt. Inwieweit es sich hierbei um eine normative Überzeugung oder empirisch orientierte Vermutungen handelt, lässt sich nicht ableiten.

4. Diskussion

Im Vergleich zu RechtsanwältInnen ernähren sich HausärztInnen gesünder, in einzelnen Sportbereichen sind sie aktiver. Rauchende ÄrztInnen rauchen weniger Zigaretten als AnwältInnen; sie sind ähnlich beansprucht, geben aber mehr Belastungen an und nehmen weniger Früherkennungsuntersuchungen wahr.

Zunächst werde ich die hier angewandten Methoden der Befragung kritisch beleuchten, im 2. Teil der Diskussion werde ich die Ergebnisse in Kontext der Literatur diskutieren.

4.1 Methodenkritik

4.1.1 Auswahl und Umfang der Stichprobe

Bei einer Rücklaufquote von etwa einem Drittel – etwas weniger bei den ÄrztInnen, etwas mehr bei den AnwältInnen – ist anzunehmen, dass ein Selektionsbias diese Ergebnisse verfälscht. Gerade angesichts des recht umfangreichen Fragebogens, dessen Beantwortung zwischen 15 und 20 min. in Anspruch genommen hat, ist davon auszugehen, dass insbesondere an Präventivmedizin interessierte ÄrztInnen an dieser Befragung teilgenommen haben und die Ergebnisse somit insgesamt „geschönt“ sind. Nach Auskunft der KV Nordrhein (Pressereferat, pers. Nachricht) wurden im Abrechnungsgebiet Köln-Stadt im 4. Quartal 1998 – entsprechend des Untersuchungszeitraums - der Check ab 35 durchschnittlich 28-mal pro ÄrztIn abgerechnet. Die hier teilnehmenden ÄrztInnen rechnen die entsprechende Ziffer im Schnitt 41-mal pro Quartal ab bei einer Standardabweichung von ebenfalls 40 und einer Streubreite von 0 bis 200. Von einem besonderen Engagement im Bereich der Präventivmedizin kann zumindest auf diesem Gebiet angesichts der großen Streuung demnach nicht sicher die Rede sein.

Andererseits besteht die Möglichkeit, dass ÄrztInnen aus einem Leidensdruck heraus, aus Unzufriedenheit angesichts ihrer beruflichen und gesundheitlichen Situation die Teilnahme an dieser Befragung für wichtig erachtet haben.

Während des telefonischen „Mahngesprächs“ zeigten die ÄrztInnen, die den Fragebogen noch ausfüllen wollten, reges Interesse an der Untersuchung und der Thematik, wohingegen ÄrztInnen, die den Fragebogen auch weiterhin nicht ausfüllen wollten, häufig unter Hinweis auf ihre allgemein knappe Zeit das Gespräch schnell beendeten. 10 der teilnehmenden ÄrztInnen zeigten von sich aus explizites Interesse an den Ergebnissen dieser Arbeit.

Laut Mac Pherson & Bisset (1995) sind Rücklaufquoten um die 40% bei Befragungen unter AllgemeinmedizinerInnen die Regel; begründet wird diese geringe Rücklaufquote von ihnen durch allgemeine Überlastung und zu wenig Zeit. Auch die Gießener Arbeitsgruppe erreicht bei

ihren Befragungen vergleichbare Rücklaufquoten (Reimer & Jurkat, 1996; Jurkat et al., 1997); die VerfasserInnen des Berufsreport 2003 (Bestmann et al, 2004) war mit einem Rücklauf von 31% „mehr als zufrieden“ (ebd, A30).

Angesichts dessen ist die Vergleichbarkeit meiner Ergebnisse mit anderen Studienergebnissen gegeben.

Über die Teilnahmemotivation der RechtsanwältInnen kann spekuliert werden, dass auch hier die teilnehmenden AnwältInnen ihrer Gesundheit einen höheren Stellenwert einräumen und sich gegebenenfalls auch gesünder verhalten als die non-responder. Die Tatsache, dass 22 der teilnehmenden AnwältInnen Interesse an den Ergebnissen der Arbeit äußerten, unterstützt dies.

Die angestrebte Fallzahl von 117 wurde bei den ÄrztInnen leider nicht erreicht. Der Umfang der Stichprobe ist mit 121 bzw. 97 Teilnehmenden als zu klein zu betrachten, um im Subgruppenvergleich zwischen Hausärzten und –ärztinnen eine suffiziente Teststärke (power) zu erreichen. Aus diesem Grund wurde auf einen Geschlechtervergleich innerhalb der Gruppe der AnwältInnen verzichtet, da angesichts des dort noch niedrigeren Frauenanteils dieser Vergleich als wenig aussagekräftig angesehen wurde; zudem liegt der Interessensschwerpunkt auf dem Gesundheitsverhalten der ÄrztInnen.

4.1.2 Form der Befragung

Chambers (1992) zeigt in ihrer Untersuchung zum Gesundheitsverhalten von ÄrztInnen, dass sie in schriftlichen Befragungen ehrlicher antworten als in mündlichen Interviews. Dies lässt die Erhebung durch einen Fragebogen wie in dieser Untersuchung gegenüber einer mündlichen Befragung von ÄrztInnen geeigneter erscheinen. Auch Shosteck & Fairweather (1979) sowie Hall (1994) empfehlen schriftliche Befragungen für empirische Studien zur beruflichen und/ oder privaten Situation von ÄrztInnen. Dennoch ist ein Bias der sozialen Erwünschtheit (s. Kap. 4.1.4) nicht auszuschließen.

4.1.3 Instrumente

Der als Erhebungsinstrument für diese Untersuchung verwandte Fragebogen bietet den Vorteil, dass er in einer ähnlichen Fassung zuvor bereits bei der Befragung von fast 900 PatientInnen Anwendung fand. Die Messinstrumente weisen im Wesentlichen hinsichtlich testtheoretischer Gütekriterien gute Eigenschaften wie eine hohe Validität und Retest-Reliabilität auf.

Mit 10 Seiten für die RechtsanwältInnen bzw. 11 Seiten für die HausärztInnen plus eine Seite Anschreiben ist er jedoch recht umfangreich, und da seine Bearbeitung etwa 15 min. in Anspruch nimmt, trägt dies sicherlich zu der hohen Zahl an non-respondern und somit zur Schwächung der Repräsentativität der Stichprobe bei.

Die 16 Items der Lebensmittelliste, die letztendlich in die Berechnung des Lebensmittelscores eingehen, sind heterogen. Insbesondere Kräuter und Früchte- bzw. Kräutertee sind Lebensmittel mit einer eher geringen Verzehrshäufigkeit und können innerhalb der Skala eher als Indikatoren für einen insgesamt gesundheitsbewußten Lebensstil interpretiert werden, während die übrigen Items in der Ernährung fast aller Personen vorkommen dürften.

Des Weiteren erweist es sich bei einem so komplexen Verhalten wie der Ernährungsweise als schwierig, umfassende Messinstrumente zu entwickeln, die beispielsweise sowohl den Fettanteil an der Gesamtzufuhr, den Gesamtkaloriengehalt in Relation zur benötigten Energiemenge als auch die Alkoholmenge valide erfassen. Jeder Versuch, mit einem Index, der wie in dieser Arbeit nur aus einer Zahl besteht, Ernährungsverhalten quantifizierbar zu machen, stellt einen Kompromiss dar (Kant, 1996; Keller, 1998; vgl. auch Kap. 4.2.1.).

Die erklärenden Einleitungstexte vor verschiedenen Fragen, insbesondere zum Bereich körperliche Aktivität, sind lang und anspruchsvoll. Andererseits weisen Reed et al. (1997) darauf hin, dass zur präzisen Erfassung der Motivationsstufen eine möglichst exakte Vorgabe des Zielkriteriums nötig ist – insofern musste die Länge der Einleitung hingenommen werden. Antworten auf die Fragen nach der Dauer der jeweils ausgeübten körperlichen Aktivität sowie nach der Spezifizierung „sonstiger“ körperlicher Aktivität fehlten mehrfach und wurden von einigen Befragten eventuell nicht richtig verstanden. Die Skala zur Erfassung der Belastung erscheint unvollständig, da z.B. die Mehrfachbelastung durch Beruf, Haushalt und Familie nicht als möglicher Überforderungsgrund angegeben ist. Von den befragten Ärztinnen wurde diese Möglichkeit unter dem Punkt „Sonstiges“, der in einer offenen Frage nach weiteren Belastungen fragt, dreimal explizit hinzugefügt. Gross (1997) weist angesichts der sehr unterschiedlichen Forschungsergebnisse zur Arbeitsbelastung von Frauen darauf hin, dass die Erhebungsinstrumente häufig auf männliche Populationen zugeschnitten sind und typische Belastungskonstellationen von Frauen gar nicht als Item erfragt werden – dieser Kritikpunkt trifft auch auf diesen Fragebogen zu.

4.1.4 Antwortverhalten im Sinne der sozialen Erwünschtheit

Ein Antwortverhalten im Sinne der sozialen Erwünschtheit ist bei Befragungen zu gesundheitsrelevantem Verhalten immer anzunehmen und es kann davon ausgegangen werden, dass dieser Bias die Ergebnisse beider Gruppen beeinflusst. Für die Gruppe der ÄrztInnen ist dieses Problem aber in besonderem Maße anzunehmen. Ursächlich hierfür sind verschiedene Faktoren; einerseits wissen ÄrztInnen aufgrund ihrer Profession besser als andere, welche Antworten zur Beurteilung einer gesunden Lebensführung erwartet werden. Darüber hinaus stehen die ÄrztInnen unter der Erwartungshaltung, sich „gesund“ zu verhalten. Diese Erwartung

wird nicht nur von außen an ÄrztInnen herangetragen, sondern sie sehen sich auch häufig selbst als Vorbild in Gesundheitsfragen (Nelson et al., 1994) – so zeigt es sich auch in den Ergebnissen dieser Studie zur Frage nach der eigenen Vorbildfunktion (vgl. Kap. 3.7).

Demzufolge ist es möglich, dass die Antworten der HausärztInnen doppelt verzerrt sind – im Sinne eines Selektionsbias und im Sinne der sozialen Erwünschtheit. Alle Studien, die auf den Aussagen befragter ÄrztInnen beruhen und nicht zusätzlich z.B. Ehepartner befragen oder Parameter wie Gewicht/ BMI objektiv erheben, sind mit diesem Bias zu bewerten. Die meisten Vergleichsdaten aus z.B. Mikrozensusbefragungen beruhen ebenfalls auf Selbstbewertungen der Befragten; methodische Alternativen wären insofern einerseits wesentlich aufwändiger, andererseits bestünde ggf. mangelnde Vergleichbarkeit der erhobenen Daten.

4.1.5 Soziodemographie und berufliche Situation der Hausärztinnen und Hausärzte

Der Frauenanteil von 32% in dieser Stichprobe weicht unwesentlich vom Ärztinnenanteil von 31,3% bundesweit bzw. 26,2% im Gebiet der KBV Nordrhein ab – bezogen auf die drei Fachgebiete Allgemeinmedizin, praktische ÄrztIn und Innere Medizin.

Die Ärztinnen dieser Stichprobe sind im Durchschnitt 46,5 Jahre, die Ärzte 50 Jahre alt. Den Daten der KBV für das Bundesgebiet bzw. die KBV-Nordrhein zufolge sind Hausärztinnen mit durchschnittlich 48,4 bzw. 47,9 etwas jünger als ihre männlichen Kollegen mit jeweils 50,3 Jahren; in dieser Stichprobe sind jüngere Hausärztinnen demnach etwas überrepräsentiert und der Altersunterschied zwischen Hausärzten und -ärztinnen ist etwas größer als in der Gesamtpopulation.

Die Ärztinnen dieser Stichprobe arbeiten häufiger in Gemeinschaftspraxen, häufiger als Allgemeinmedizinerinnen und praktische Ärztinnen, seltener als Internistinnen. Diese Verteilung auf die Fachgebiete entspricht weitestgehend der bundesweiten Verteilung (48,3% der Ärztinnen aus den drei Sparten in der Allgemeinmedizin, 34,4% als praktische Ärztinnen und 17,2% als Internistinnen), nicht jedoch den Zahlen für das Gebiet der KBV Nordrhein: denen zufolge sind die Allgemeinärztinnen überrepräsentiert (21% aller Ärztinnen aus den drei Sparten arbeiten dort als Allgemeinärztinnen im Gegensatz zu 44,8% in dieser Studie), die praktischen Ärztinnen hingegen unterrepräsentiert (59,5% im Gegensatz zu 31% in dieser Studie). Diese Abweichung von der lokalen Verteilung erscheint nicht gravierend.

Dementsprechend sind im bundesweiten Vergleich die Allgemeinärzte etwas unter- (34,8 % in dieser Studie gegenüber 46,6% bundesweit), die Internisten etwas überrepräsentiert (42,4% gegenüber 34,8% bundesweit); für das KBV Gebiet Nordrhein hingegen sind die Allgemeinärzte eher überrepräsentiert (dort 25,4%) und die praktischen Ärzte unterrepräsentiert (31%; alle o.g.

Daten Bundesarztregister der KBV, Stand 12/98). Dies dürfte die Ergebnisse nicht inhaltlich beeinflussen.

Bezüglich Familienstand und Größe des Haushaltes finden sich keine bedeutenden Unterschiede zwischen Ärztinnen und Ärzten; die meisten von ihnen sind verheiratet oder leben in einer festen Partnerschaft und mehr als die Hälfte hat minderjährige Kinder.

Ärztinnen arbeiten durchschnittlich eine Stunde täglich weniger in der Praxis; dieser Unterschied lässt sich allerdings nicht als statistisch signifikant bezeichnen. Insgesamt arbeiten die hier befragten ÄrztInnen etwas weniger als die von Reimer & Jurkat (1997) befragten HausärztInnen, die auf durchschnittlich 11 Stunden täglich kommen – Männer dabei mit über 12 Stunden/Tag deutlich mehr als Frauen mit gut 8 Stunden.

4.1.6 Soziodemographie und berufliche Situation der RechtsanwältInnen

Der Frauenanteil bei den RechtsanwältInnen dieser Stichprobe ist mit 20,7% gegenüber 22,2% im OLG-Bezirk nur leicht erniedrigt; der Unterschied zum Frauenanteil in der ÄrztInnengruppe ist demnach bedingt durch die strukturellen Gegebenheiten innerhalb der jeweiligen Berufsgruppe und ist als Confounder zu berücksichtigen.

Das Durchschnittsalter der AnwältInnen der Stichprobe ist mit etwa einem Jahr unwesentlich höher als im gesamten OLG-Bezirk; die Anwältinnen sind mit 42,1 Jahren jünger als ihre Kollegen mit 46,4 Jahren. Im OLG-Bezirk ist dieser Altersunterschied deutlicher - die AnwältInnen sind dort mit 38,7 Jahren über 7 Jahre jünger als ihre Kollegen mit 46 Jahren (Mitgliederstatistik der Rechtsanwaltskammer Köln, 1998). Ältere Anwältinnen sind demnach hier leicht überrepräsentiert.

Aufgrund des geringen Frauenanteils sowie einer notwendigen Beschränkung der Arbeit mit Fokus auf das Gesundheitsverhalten der ÄrztInnen wurde im Weiteren auf den Geschlechtervergleich innerhalb der Gruppe der RechtsanwältInnen verzichtet.

4.1.7 Wahl der Vergleichsgruppe

Der Altersunterschied zwischen beiden Gruppen ist deutlich mit im Schnitt über drei Jahre älteren ÄrztInnen; dieser Altersunterschied ist jedoch gut verständlich, bedenkt man, dass ÄrztInnen nach Abschluss ihres Studiums in der Regel noch einige Jahre im Krankenhaus arbeiten, bevor sie sich niederlassen oder Anstellung in einer Praxis finden, wohingegen JuristInnen direkt nach ihrem Staatsexamen in einer Praxis tätig werden können. Er entspricht bundesweit wie auch lokal nachweisbaren Altersunterschieden in den beiden Berufsgruppen. Dennoch sind der Alters- wie auch der Geschlechterunterschied als mögliche Confounder, beispielsweise bei Rauchgewohnheiten, Übergewicht etc. zu berücksichtigen.

Bezüglich des Familienstandes zeigten die beiden Gruppen keine Unterschiede; allerdings wohnen bei den ÄrztInnen mehr Personen im Haushalt und tendenziell auch mehr minderjährige Kinder; angesichts des etwas höheren Durchschnittsalters ist dies logisch. In punkto Gesundheitszustand und Wohlbefinden zeigte sich ebenfalls kein Unterschied in beiden Gruppen; jeweils über 50% stufen ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut ein, ähnlich der Bevölkerungsstudie von Lüschen (1996).

Die durchschnittliche tägliche Arbeitszeit in der Praxis, die ein wichtiger Grund für die Wahl dieser Vergleichsgruppe gewesen war, ist wie angenommen in beiden Gruppen mit 9 – 10 Stunden vergleichbar hoch; der Anteil derer, die über 8 Stunden täglich in ihrer Praxis arbeiten, ist bei den AnwältInnen allerdings etwas größer. AnwältInnen leisten sich eine ganze Woche weniger Urlaub im Jahr als ÄrztInnen. Zumindest in dieser Stichprobe ist die berufliche zeitliche Belastung der AnwältInnen somit tendenziell noch größer als die der ÄrztInnen.

Wie auch schon in den anderen Studien, die AnwältInnen als Vergleichsgruppe für das Gesundheitsverhalten von Ärztinnen gewählt haben (Whyshak et al., 1980; Brooke, 1997), zeigt sich die sehr gute Vergleichbarkeit der demographischen Daten.

Chambers & Belcher (1993) vergleichen die soziodemographischen Daten von ÄrztInnen und LehrerInnen nur anhand des Alters und des Geschlechterverhältnisses und befinden sie diesbezüglich für repräsentativ; die berufsbedingte Belastung wird dabei als gleich vorausgesetzt, da beide Berufsgruppen direkt mit der Öffentlichkeit arbeiten, eine Versorgungsfunktion haben und strukturpolitische Änderungen in ihrem Berufsalltag in den letzten Jahren miterleben mussten – Einführung des „new contract“ bzw. „national curriculum“ etc. (Chambers & Belcher, 1993). Insbesondere der letzte Punkt lässt sich nicht ohne weiteres auf deutsche Verhältnisse übertragen. Des Weiteren ist es mehr als fraglich, ob die unterschiedliche berufliche Situation – v.a. Arbeits- und Urlaubszeit und Selbständigkeit vs. BeamInnenstatus oder Anstellungsverhältnis - von LehrerInnen und ÄrztInnen in Deutschland einen solchen Vergleich sinnvoll macht.

Deutsche Forschungsergebnisse zum Gesundheitsverhalten von HausärztInnen im engeren Sinne mit einer Vergleichsgruppe ließ sich abgesehen von der vorangegangenen Dissertation von Schmidt (2000) nicht identifizieren; die Arbeiten von Mäulen et al. (1991) und Schifferdecker et al. (1996) beschäftigen sich mit Suchtverhalten bei ÄrztInnen und wählen keine Vergleichsgruppe. Die Gießener Arbeitsgruppe um Reimer & Jurkat (1997) beschäftigt sich v.a. mit der Arbeitssituation und –zufriedenheit von ÄrztInnen auf vorwiegend deskriptiver Ebene; ähnlich ausgerichtet ist die Studie zur Lage der Ärzteschaft in Baden-Württemberg (1998).

Der hier gewählte Ansatz des Vergleichs mit AnwältInnen erweist sich also als sinnvoll und ist für deutsche Verhältnisse der erste Ansatz dieser Art.

4.2 Inhaltliche Bedeutung

4.2.1 Ernährung und Körpergewicht

Selbst nach der Bonferroni-Korrektur für multiples Testen und bei knapper Fallzahl erreichen die HausärztInnen einen signifikant besseren Lebensmittelscore als die AnwältInnen. Hier ist der Bias eines Antwortverhaltens im Sinne der sozialen Erwünschtheit evtl. besonders zu berücksichtigen, da davon ausgegangen werden könnte, dass die ÄrztInnen besser wissen als die AnwältInnen, welche Antworten im Sinne einer „gesunden“ Ernährung erwartet werden. Andererseits handelt es sich bei den 16 Items der Lebensmittelliste um auch für Laien relativ eindeutig als „gesund“ oder „ungesund“ auszumachende Lebensmittel.

Danielsson & Arberg (1995) beschreiben die Kenntnisse der Allgemeinbevölkerung über gesunde Ernährung als dürftig – hier kann allerdings u.a. von schichtspezifischen Unterschieden ausgegangen werden. Das Antwortverhalten der AnwältInnen im Sinne der sozialen Erwünschtheit kann demnach schwer abgeschätzt werden; ich schätze den Bias für beide Gruppen ähnlich hoch ein.

Zwar erreicht ein mit 30% deutlich größerer Anteil ÄrztInnen einen als gesund zu bezeichnenden Lebensmittelscore von ≤ 16 ; dennoch erscheint ein Anteil von 70% ÄrztInnen, die sich deutlich suboptimal ernähren, besorgniserregend hoch. Schmidt (2000) kommt mit 74% sich ungesund ernährenden ÄrztInnen zu einem ähnlichen Ergebnis. Andere Vergleiche mit Angaben aus der Literatur sind mit dem großen methodischen Problem der unterschiedlichen Messinstrumente behaftet. Der auch in dieser Arbeit sehr hohe Anteil der ÄrztInnen, die sich eigenen Angaben nach seit über einem halben Jahr „gesund“ ernähren und dennoch angesichts ihres Lebensmittelscores anders eingestuft werden mussten, stützt das Misstrauen hinsichtlich von pauschalen Selbsteinschätzungen in schriftlichen Befragungen.

Ursachen für das insgesamt unbefriedigende Ernährungsverhalten von ÄrztInnen könnten beispielsweise in der hohen Arbeitszeitbelastung, einer geringen Wertschätzung der eigenen Gesundheit oder einer geringen Wertschätzung von Ernährung für die Gesunderhaltung des eigenen Körpers liegen.

Mit nur knapp 13% sich gesund ernährenden AnwältInnen liegen diese analog zu der PatientInnengruppe bei Schmidt (2000) und noch unter den Ergebnissen des PatientInnenkollektivs aus der Effektivitätsstudie zum Check ab 35 (Baum et al., 1998), wo immerhin 22,6% einen als gesund zu betrachtenden Lebensmittelscore erreichen.

Auf beide Gruppen gleichermaßen lassen sich Ergebnisse im Rahmen der European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC) Studie beziehen: Hier weisen Heerstrass et al.

(1998) ebenso wie Voss et al. (1997) darauf hin, dass StudienteilnehmerInnen mit einem erhöhten BMI (1/3 bzw. knapp die Hälfte der TeilnehmerInnen dieser Studie) dazu neigen, in Lebensmittellisten falsch – positiv verfälschte Angaben zu machen. Es kann somit davon ausgegangen werden, dass die tatsächlichen Ernährungsgewohnheiten der meisten Befragten beider Berufsgruppen unbefriedigend sind.

Geschlechtervergleich

Ärztinnen erreichen einen geringfügig besseren durchschnittlichen Lebensmittelscore als Ärzte und ernähren sich zu einem deutlich größeren Anteil gesund. Die Größe der Stichprobe schränkt die Aussagekraft des Geschlechtervergleiches hierbei wie auch zu den folgenden Punkten ein. Vergleichbare Forschungsergebnisse speziell zu ÄrztInnen hierzu sind mir nicht bekannt. Ausgehend von typischen Rollenzuschreibungen an Frauen mit Zuständigkeit für Kinder und deren Gesundheit, für die Küche sowie angesichts größerer Anforderungen der Umwelt an „gutes Aussehen“ wie Schlankheit und „gute Haut“ liegt eine gesündere Ernährungsweise wie bei Frauen im allgemeinen (vgl. Kap.1.2.2.1) auch bei Ärztinnen nahe.

Körpergewicht

Nach der Bonferroni – Korrektur sind die Unterschiede zwischen beiden Gruppen hinsichtlich ihres BMI nicht mehr als signifikant zu bezeichnen. Mit etwa einem Drittel als (prä-)adipös einzustufenden ÄrztInnen passt dieses Ergebnis recht gut in die Spannweite von 16% (Nyman, 1991) bis 44% (Bortz, 1992) ÄrztInnen mit einem BMI ≥ 25 kg/m² nach dem bisherigen Stand der Forschung, und auch die AnwältInnen fügen sich in die in Kapitel 1.2.2.1 beschriebenen alters-, schicht- und geschlechtsspezifischen Zahlen zur Prävalenz der Adipositas ein. Ursächlich ist hier sicherlich auch die Kombination aus ungesunder Ernährung, mangelnder körperlicher Aktivität am Arbeitsplatz wie auch in der - zu knappen – Freizeit. ÄrztInnen unterscheiden sich also nicht von der Durchschnittsbevölkerung hinsichtlich Übergewicht.

Geschlechtervergleich

Im Geschlechtervergleich schneiden die Ärztinnen hinsichtlich des BMI, der bei ihnen um durchschnittlich 2 Punkte niedriger liegt, wie auch hinsichtlich des Anteils (prä-)adipöser Personen deutlich besser ab als ihre Kollegen. Dieser Geschlechterunterschied lässt sich – bezogen auf die Gesamtbevölkerung - in der Literatur vielfach bestätigen (BMG, 1995; Hesecker, 1995; vgl. Kap. 1.2.2.1).

4.2.2 Körperliche Aktivität

Der Anteil derjenigen, die sich wie vielfach empfohlen (vergl. Kap. 1.2.2.3) mindestens dreimal wöchentlich über mindestens 20 min. körperlich betätigen, ist bei den HausärztInnen mit knapp

60% größer als bei den AnwältInnen mit gut 40%. Diese Klassifizierung lässt sich allerdings methodisch nicht einwandfrei durchführen, da die verwendete Kategorie „1-2mal pro Woche“ bei zweimaligem Ankreuzen eine Spanne von 2-4mal pro Woche zulässt; es wurde entschieden, im Sinne einer Mittelwertbildung Befragte, die auf o.g. Weise antworteten, als „dreimal pro Woche“ körperlich aktiv zu bezeichnen. Für die AnwältInnen deckt sich dieser Prozentsatz mit der Studie von Gaertner et al. (1991), und auch das Ergebnis der HausärztInnen fügt sich in die Ergebnisse vorhergegangener Studien ein, die den Prozentsatz sich ausreichend bewegender ÄrztInnen zwischen 30% (Gaertner et al., 1991) und 63% (Dioguardi et al., 1994) bezifferten. Insbesondere in den Kategorien „Gymnastik etc.“ und „Sonstiges“ schnitten die HausärztInnen besser ab, was sicherlich durch den höheren Frauenanteil mitbedingt ist. Verglichen mit der zu ca. 45%-64% Sport treibenden Allgemeinbevölkerung (vgl. Kap. 1.2.2.3) ist das Bewegungsverhalten der ÄrztInnen wie auch der AnwältInnen „durchschnittlich“. Zu berücksichtigen ist jedoch der sozioökonomische Status als Confounder – finanziell bessergestellte Personen bewegen sich eher mehr; vor dem Hintergrund ist das Bewegungsverhalten der HausärztInnen bezogen auf ihre soziale Schicht vermutlich eher unterdurchschnittlich.

Der Vergleich der durchschnittlichen Aktivitätsdauer pro Woche ist angesichts der sehr breiten Streuung vor allem in der Kategorie „sonstige körperliche Aktivitäten“ mit Vorsicht zu betrachten. Aktivitäten wie Golf spielen oder Segeln mit einem Zeitrahmen von mehreren Stunden tragen zu dieser Streuung bei und schwächen die Aussagekraft dieser Ergebnisse.

Somit betätigen sich ca. 40% der befragten HausärztInnen nicht ausreichend regelmäßig körperlich; die Gründe sind vermutlich ähnlich wie zum Themenkomplex Ernährung und Adipositas.

Geschlechtervergleich

Im Geschlechtervergleich finden sich auffällige Unterschiede nur in der Kategorie „sonstige körperliche Aktivität“, in der Hausärztinnen zu über 50% angeben, sich mindestens dreimal wöchentlich zu betätigen; da als Beispiele hier Haus- und Gartenarbeit genannt wurden, ist dieses Ergebnis bei vielfach noch anzutreffender klassischer Geschlechterrollenverteilung im Haushalt nicht verwunderlich.

4.2.3 Rauchen

Nach der Bonferroni – Korrektur erweist sich der Unterschied zwischen Nie-, Ex-, Gelegenheits- und regelmäßigen RaucherInnen zwischen den Vergleichsgruppen als nicht signifikant; allerdings wird deutlich, dass RechtsanwältInnen mit gut 16 Zigaretten täglich im Schnitt doppelt so viel rauchen, wenn sie rauchen. Das tendenziell geringere Alter der AnwältInnen kann hier als

Confounder eine Rolle spielen, da der Nikotinkonsum mit zunehmendem Alter abnimmt. Insgesamt weisen beide Gruppen eine RaucherInnenquote von etwa 20% auf – dies deckt sich recht exakt mit deutschen Erhebungen zum Rauchverhalten von ÄrztInnen bzw. Personen mit Hochschulabschluss (vergl. Kap. 1.2.2.4; 1.3.4). Exzessiver Nikotinkonsum scheint unter HausärztInnen also erfreulicherweise wenig verbreitet zu sein.

Geschlechtervergleich

Mit etwa 25% rauchenden Ärztinnen im Gegensatz zu insgesamt etwa 18% rauchenden Ärzten sind die Ergebnisse dieser Erhebung nicht ganz kongruent mit der Mikrozensus - Befragung 1995, derzufolge Ärztinnen mit 11% RaucherInnenquote eine der Berufsgruppen mit sehr niedrigem RaucherInnenanteil darstellen (Borgers & Helmert, 1998). Allerdings rauchen Ärztinnen im Schnitt weniger Zigaretten täglich als ihre männlichen Kollegen und lassen sich demnach häufiger als „Gelegenheits“- oder „Genuß“-raucherinnen klassifizieren. Diesbezügliche Angaben fehlen in der Literatur leider häufig. Wilson et al. (1995) untersuchen Unterschiede zwischen mehr und weniger starken RaucherInnen und kommen zu dem Schluss, dass diese Gruppen angesichts unterschiedlicher Überzeugungen hinsichtlich des Rauchens und daraus folgend unterschiedlichen Zielsetzungen bei der Intervention voneinander getrennt betrachtet werden müssen. Differenziertere Betrachtung der inhomogenen RaucherInnenpopulation ist für zukünftige Befragungen wünschenswert.

4.2.4 Beanspruchung und Belastung

Auf der Beanspruchungsskala des Freiburger Persönlichkeitsinventars erreichen HausärztInnen und AnwältInnen ähnliche Werte; der Anteil derjenigen, die als stark beansprucht gelten können, ist bei den HausärztInnen mit etwa 25% etwas größer als bei den RechtsanwältInnen mit knapp 17% - dieses Ergebnis ist noch mit einer Zufallsschwankung vereinbar. Auffällig ist jedoch, dass die sehr hohen Stanine - Werte von 8 und 9 fast ausschließlich von HausärztInnen (17,9% der HausärztInnen vs. 5% bei den AnwältInnen; $p = 0,002$) erreicht werden, so dass der Schluss nahe liegt, dass es unter den HausärztInnen eine Gruppe gibt, die sich sehr stark beansprucht fühlt. Ein Großteil der ÄrztInnen dieser Gruppe (72 %) erreicht ebenfalls einen überdurchschnittlich hohen Belastungsscore. In ihren Angaben zu Gesundheitszustand und Wohlbefinden liegt diese Gruppe ebenfalls schlechter. Es ist möglich, dass es sich dabei um ÄrztInnen mit burnout – Syndrom (vergl. Kap. 1.3.5) handelt; auch andere Autoren gehen von ca. 20% ÄrztInnen mit burn-out Syndrom aus (zit. nach Bergner, 2004). Nach Bauer (2003) ist mit ähnlichen Prozentsätzen auch in der übrigen Bevölkerung zu rechnen; dies lässt sich aus den Ergebnissen dieser Arbeit für die AnwältInnen jedoch nicht herauslesen.

In dem offenen Kommentarteil vermerken immerhin 9 ÄrztInnen, aber nur 1 AnwältIn, dass sie

evtl. mehr für sich und gegen Stress tun sollten. HausärztInnen erreichen des Weiteren einen nach der Bonferroni – Korrektur nicht mehr signifikanten höheren durchschnittlichen Belastungsscore – sie geben im Schnitt drei, AnwältInnen hingegen eher zwei überfordernde Alltagsbereiche an. Über die Hälfte der HausärztInnen erreicht einen Überlastungsscore von 3 und mehr– dies unterscheidet sich deutlich von den AnwältInnen, von denen etwa ein Drittel als überdurchschnittlich in diesem Sinne belastet gelten kann. Es finden sich wenige Unterschiede zwischen den Berufsgruppen hinsichtlich der Nennung einzelner Items; im Berufsgruppenvergleich fällt auf, dass sich mit gut 28% doppelt so viele ÄrztInnen durch zu viele familiäre Verpflichtungen überfordert fühlen – dieser Unterschied ist zumindest partiell durch die tendenziell größeren Haushalte einerseits und den höheren Frauenanteil bei den ÄrztInnen andererseits zu erklären. Familiäre Verpflichtungen überfordern in dieser Stichprobe deutlich häufiger die Frauen, sowohl in der Gesamtstichprobe, wo gut ein Drittel der Frauen gegenüber 15,5% der Männer dieser Aussage zustimmt als auch – wenn auch weniger deutlich – in der Gruppe der HausärztInnen.

Des Weiteren gibt fast die Hälfte der HausärztInnen Belastung durch die hohe Verantwortung am Arbeitsplatz an, wohingegen AnwältInnen dies nur zu etwas mehr als einem Viertel tun. Ein quantitativer Vergleich dieser Ergebnisse mit dem Forschungsstand zur Stressbelastung von ÄrztInnen ist schwierig (vergl. Kap. 1.3.5). Ein direkter Vergleich scheint daher nur mit den Daten der Vorläuferstudie (Schmidt, 2000) sinnvoll: dort fand sich mit knapp 38% ein etwas höherer Anteil ÄrztInnen, die mit einem Stanine – Wert von > 6 als stark beansprucht gelten können. Mit einem durchschnittlichen Stanine – Wert von 5,8, ca. 3 Nennungen auf der Belastungsskala und einem Anteil von 55,4% ÄrztInnen, die sich durch hohe Verantwortung am Arbeitsplatz überfordert fühlen, wurden ansonsten sehr ähnliche Ergebnisse in diesem Bereich erzielt, womit die Güte der Instrumente und die Gültigkeit der Aussagen unterstrichen wird.

In der offenen Frage nach weiteren Belastungsbereichen wird Unzufriedenheit mit Behörden, Berufspolitik und Perspektiven vereinzelt geäußert, drei Teilnehmerinnen nennen explizit die Belastung, als Berufstätige allein erziehende Mutter zu sein. Fünf ÄrztInnen und zwei AnwältInnen führen hier „zu viel Arbeit“ auf.

Dieses Ergebnis unterstreicht die Notwendigkeiten, stressreduzierende Maßnahmen gezielt ÄrztInnen z.B. bereits während der Ausbildung nahe zu bringen. Zunehmende zeitraubende patientInnenferne Belastungen wie PC-Dokumentationsarbeiten bei gleichzeitig schlechterer Vergütung ärztlicher Leistungen, Beschneidung ärztlichen Handlungsspielraums durch zunehmende Reglementierungen, Budgetierungen und entsprechende Sanktionsandrohungen werden ÄrztInnen jedoch zunehmend unter Druck setzen, Burn-out und Berufsausstiege werden die Folge sein.

Geschlechtervergleich

Ärztinnen und Ärzte erzielen ähnliche Durchschnittswerte in ihren Angaben zu Beanspruchung und Belastung; die häufigere Nennung einer Überforderung durch zu viele familiäre Verpflichtungen von Ärztinnen ist noch mit einer Zufallsschwankung vereinbar. Auch in der stark beanspruchten Gruppe sind sie gleichmäßig stark vertreten. Entgegen vieler anderer Studienergebnisse erscheinen zumindest hier Ärztinnen nicht als belasteter oder gestresster als ihre Kollegen; zur Kritik am Zuschnitt von Instrumenten zur Erfassung von Arbeitsbelastung auf männliche Populationen siehe jedoch auch Kapitel 1.3.5 und 4.1.3.

4.2.5 Inanspruchnahme medizinischer Leistungen

Erwartungsgemäss nehmen RechtsanwältInnen deutlich häufiger den „Check ab 35“ in Anspruch, und fast drei Viertel von ihnen konsultierte eineN ÄrztIn innerhalb der letzten zwei Jahre, wohingegen weniger als die Hälfte aller HausärztInnen eine solche Gesundheitsuntersuchung durchführen ließ bzw. eineN ÄrztIn in den letzten zwei Jahren aufsuchte. Die Teilnahmequote an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen beträgt bei beiden Gruppen etwas mehr als 50%; verglichen mit Zahlen für die Allgemeinbevölkerung ist dies eine hohe Quote, da insbesondere Männer im Allgemeinen wesentlich seltener solche Untersuchungen wahrnehmen (vergl. Kap. 1.2.2.6). Da diese Zahlen jedoch nur für berechnete Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen erhoben wurden, sind sie auf Angehörige akademischer Berufe, die häufig privat versichert sind, nur eingeschränkt zu übertragen. Auch für die ÄrztInnen scheint dies verglichen mit der diesbezüglichen Literatur eine hohe Quote. Mangels Unterschied in den Berufsgruppen in den Teilnahmeraten scheinen schichtspezifische Gründe hier entscheidender als das anzunehmende Wissen der ÄrztInnen um eine mögliche eigene gesundheitliche Gefährdung zu sein.

Der Tetanusimpfschutz ist den hier gemachten Angaben zufolge bei den ÄrztInnen mit knapp 95% wesentlich vollständiger als bei den AnwältInnen mit gut 86%; bei 4% der ÄrztInnen und 8,7% der AnwältInnen ist allerdings bei Zurückliegen einer Titerkontrolle oder Auffrischung von 10 Jahren und mehr nicht mit einem vollständigen Impfschutz zu rechnen, so dass sich die Zahlen auf etwa 90% bzw. 77% reduzieren. Somit sind die ÄrztInnen in größerem Umfang, als in der Literatur beschrieben, und die AnwältInnen ähnlich häufig wie die Praxispopulation in der Studie von Baum et al. (1995) wirksam geimpft. Drei StudienteilnehmerInnen haben anlässlich dieser Befragung ihren Impfschutz überprüft.

Geschlechtervergleich

Im Geschlechtervergleich finden sich außer dem erwarteten Unterschied in der Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen – wesentlich mehr Frauen als Männer nehmen diese in

Anspruch - keine auffälligen Unterschiede zwischen Ärztinnen und Ärzten. Mit etwa 80% erscheint die Hepatitis B – Impfung unter den HausärztInnen weiter verbreitet als in der Literatur angenommen (vergl. Kap. 1.3.6); bei 6,5% von ihnen liegt die letzte Titerkontrolle bzw. Auffrischung allerdings über 10 Jahre zurück, so dass nach den STIKO Empfehlungen von 1998 ein unzureichender Impfschutz vorliegen kann. 19,6% machten keine Angaben zu dieser Frage; auch bei den restlichen ÄrztInnen ist in Unkenntnis des Anti HBs- Titers der tatsächlich bestehende Impfschutz nicht sicher zu beurteilen. Angesichts der unvollständigen Angaben erscheint eine schriftliche Befragung nicht geeignet, verlässliche Daten über den Impfstatus einer Gruppe zu erheben.

4.3 Stadien der Veränderung

4.3.1 Ernährung und Körpergewicht

Auffällig an der Verteilung der Befragten auf die Motivationsstufen zu gesunder Ernährung ist vor allem der große Teil derer, deren Eigenangaben nach unten korrigiert werden mussten; von anfänglich 48,8% bzw. 72,6% verbleiben nur 11% bzw. 19% in der Stufe der Aufrechterhaltung einer gesunden Ernährung laut zugrunde gelegter Lebensmittelliste.

Diese Ergebnisse decken sich nicht mit den unter 1.5.2.1 vorgestellten Ergebnissen zur Verteilung der Befragten auf die fünf Stufen; weder lässt sich ein signifikanter Geschlechterunterschied feststellen, noch kann von der typischen U-Form in der unkorrigierten Verteilungsform gesprochen werden. Der hohe Anteil „Pseudo-Aktiver“, d.h. umzustufender Personen im o.g. Sinne, wird jedoch auch bereits von Keller (1998) beschrieben. Insbesondere ein Großteil der ÄrztInnen scheint davon überzeugt zu sein, sich gesund zu ernähren, auch wenn dies der Lebensmittelliste zufolge nicht der Fall ist – auf die Frage hin, ob sie sich auf den Rat einer Ernährungsfachkraft oder eines Arztes/ einer Ärztin gesünder ernähren würden, antwortet ein Drittel der Befragten mit „nein“, was der Umkategorisierung in die Stufe der Absichtslosigkeit entspricht. Einige der Befragten fügten handschriftliche Bemerkungen hinzu, sie würden sich bereits maximal gesund ernähren. Diese Diskrepanz kann mehrere Ursachen haben: die Berechnung eines Lebensmittelscores sowie eines cut-off Scores, der Kategorien wie „gesunde“ bzw. „ungesunde“ Ernährung bildet, ist angesichts der guten Reliabilität und Validität zwar zu rechtfertigen, kann aber nicht den Anspruch erheben, ein so komplexes Verhalten wie Ernährung umfassend zu beschreiben. Die Eigeneinstufung anhand des Prochaska – Algorithmus steigt mit günstigerem Lebensmittelscore, die Motivationseinstufung erscheint also nicht „willkürlich“. Insofern mag ein Teil der Umstufungen „ungerechtfertigt“ sein.

Insbesondere von den ÄrztInnen ist zu erwarten, dass Wissensdefizite, was unter gesunder Ernährung zu verstehen ist, nicht bestehen sollten; es mag allerdings zu unterschiedlichen Auffassungen von „gesunder Ernährung“ gekommen sein, indem durch die Definition des Zielverhaltens als „fettarm und abwechslungsreich“ einerseits die Einschränkung auf einen Makronährstoff vermieden, andererseits eventuell eine gewisse Unschärfe produziert wurde. Hier ist weitere Forschung zu einer möglichst unmissverständlichen Formulierung des Zielkriteriums vonnöten.

Insbesondere vor dem Hintergrund einer stufenspezifischen Therapie- bzw. Interventionsplanung ist die geringe Spezifität der subjektiven Stufenkategorisierung, d.h. die hohe falsche Klassifizierungsrate von Personen mit ungünstigen Ernährungswerten in die Stufen Handlung und

Aufrechterhaltung, unbefriedigend. Zudem hat sich gezeigt, dass sich diese „Pseudo-Aktiven“ auch hinsichtlich ihrer Entscheidungsbalance und Selbstwirksamkeitserwartung – weiteren Kernvariablen des transtheoretischen Modells - von den „echten“ Stufenzugehörigen unterscheiden, was die Vermutung nahe legt, dass diese Personen auch vom kognitiven Profil her noch nicht auf einer höheren Stufe einer Verhaltensänderung hin zu einer gesunden Ernährung gelangt sind (Keller, 1998).

Im Geschlechtervergleich sind es vor allem die Männer, deren Angaben nach unten korrigiert werden müssen; Ärztinnen bleiben nach Korrektur noch etwa zur Hälfte auf der Stufe der Aufrechterhaltung einer gesunden Ernährung. Ähnlich dem PatientInnenkollektiv aus der Effektivitätsstudie zu § 25 SGB (Baum et al, 1997) finden sich auffällig viele ÄrztInnen nach Korrektur auf der Stufe der Vorbereitung.

Körpergewicht

Mit Ausnahme eines fehlenden Geschlechterunterschiedes ist die unkorrigierte Verteilung der Befragten auf die Motivationsstufen zur Gewichtsreduktion kongruent zum bisherigen Stand der Forschung. Die Höhe des angegebenen BMI steigt erwartungsgemäß mit der Motivationsstufe – adipösere StudienteilnehmerInnen sehen sich eher auf einer der dynamischen Stufen. Die erfolgte Korrektur mittels des BMI ist hier inhaltlich nicht ganz korrekt, da es denkbar ist, dass Personen in der Tat seit über 6 Monaten ihr Gewicht verringern, aber immer noch einen $\text{BMI} \geq 25 \text{ kg/m}^2$ aufweisen. Die höhere Anzahl AnwältInnen, die noch in der Stufe der Aufrechterhaltung einen $\text{BMI} \geq 25 \text{ kg/m}^2$ aufweisen, spricht entweder dafür, dass es in dieser Gruppe einige erheblich übergewichtige Personen gibt (die entsprechend länger benötigen, um einen BMI von $<25 \text{ kg/m}^2$ zu erreichen), oder dass es sich um Personen handelt, die sich subjektiv als weniger übergewichtig sehen, als sie es nach dem hier zugrunde gelegten Kriterium sind. Die Tatsache, dass es sich in der ÄrztInnengruppe nur um Männer handelt, deren Selbsteinschätzung in diesem Sinne korrigiert wird, birgt interessante Interpretationsmöglichkeiten. In einer Gesellschaft, in der eine schlanke Figur zum weiblichen viel mehr als zum männlichen Schönheitsideal dazugehört, ist es wahrscheinlich, dass die so sozialisierten Frauen ihr Gewicht entsprechend kritischer einschätzen als Männer. Hierzu passt eine Studie zur Gewichtseinschätzung an österreichischen MedizinstudentInnen, derzufolge die Studienteilnehmerinnen sich häufig als übergewichtiger einstufen als es ihrem BMI entspricht, unzufriedener mit ihrem Gewicht sind und häufiger Diäten durchführen, obwohl sie durchschnittlich weniger übergewichtig als ihre männlichen Kommilitonen sind (Kiefer et al., 2000).

4.3.2 Körperliche Aktivität

Hinsichtlich *mäßiger* körperlicher Aktivität geben ÄrztInnen deutlich häufiger an, im Stadium der

Aufrechterhaltung zu sein. Da hierbei wie schon in der Kategorie „sonstige körperliche Aktivität“ Haus- und Gartenarbeit als Beispiele genannt wurden, ist anzunehmen, dass - wie bereits unter 4.2.2 diskutiert - der höhere Frauenanteil in der ÄrztInnengruppe als Confounder zu diesem Unterschied beiträgt.

Diese Ergebnisse weichen von bisherigen Studien zur Anwendung des TTM auf diesen Bereich ab, wonach sich vermehrt Männer im Stadium der Aufrechterhaltung befinden. Die Ergebnisse der HausärztInnen passen insgesamt besser zu den Ergebnissen der Validierungsstudie von LaForge, Velicer et al. (1999), wohingegen sich die AnwältInnen demnach seltener als erwartet im Stadium der Aufrechterhaltung klassifizieren.

Die Diskrepanz der Angaben zu Dauer und Häufigkeit der Aktivitäten einerseits und Selbsteinstufung nach dem Algorithmus für *mäßige* körperliche Aktivität andererseits (vergl. Kap. 3.2.8.2) stellen die Validität der Messinstrumente in Frage. Möglich ist es, dass die Definition des Zielkriteriums mit Beispielen wie „Garten- oder Hausarbeit, die mit viel Bewegung verbunden ist“ zu unscharf ist.

Hingegen passen die Angaben zu Dauer und Häufigkeit der Aktivitäten und Selbsteinstufung gut zu dem Algorithmus für *intensive* körperliche Aktivität.

Hinsichtlich *intensiver* sportlicher Aktivität gab es weder im Gruppen- noch im Geschlechtervergleich auffällige Unterschiede; jeweils etwa die Hälfte der Befragten, bei den AnwältInnen sogar etwas mehr, sind hier der Stufe der Absichtslosigkeit zuzuordnen. Damit ist dieser Anteil deutlich größer als in den beiden Studien von LaForge et al. (1999); da diese jedoch nicht die Unterteilung in mäßige und intensive Aktivität vornehmen, mag die größere Ähnlichkeit mit den Ergebnissen zum Algorithmus für „mäßige körperliche Aktivität“ ein Indikator dafür sein, dass mit der Nicht-Spezifizierung der Intensität eher mäßige Aktivität im hier definierten Sinn gemessen wird. Im Vergleich zum PatientInnenkollektiv aus der Effektivitätsstudie zu § 25 SGB (Baum et al, 1998) ist die Stufe der Aufrechterhaltung intensiver sportlicher Aktivität mit ca. 20% ÄrztInnen deutlich höher besetzt. In der Vorläuferstudie von Schmidt, 2000, wird nur nach intensiver körperlicher Aktivität gefragt; dabei sind 49% der ÄrztInnen in das Stadium der Absichtslosigkeit einzuordnen, knapp ein Viertel in das der Aufrechterhaltung.

4.3.3 Rauchen

Für diese Betrachtung wurden nur die Angaben der Befragten, die angaben, jemals Zigaretten geraucht zu haben, ausgewertet, so dass sich die Größe der Stichprobe damit auf $n = 65$ (AnwältInnen) bzw. 60 reduziert. Entsprechend niedriger ist die Power insbesondere des Subgruppenvergleichs zu werten.

Statistisch betrachtet gibt es keine bedeutsamen Unterschiede; jeweils die überwiegende Mehrheit, bei den ÄrztInnen sogar 2/3, geben an, sich im Stadium der Aufrechterhaltung zu befinden; entsprechend finden sich bei den AnwältInnen mit etwa 1/4 ein größerer Teil im Stadium der Absichtslosigkeit. Diese Verteilung entspricht recht exakt den Ergebnissen der Studie von LaForge, Velicer et al. (1999), wohingegen im PatientInnenkollektiv von Baum et al. (1998) der Anteil derjenigen auf der Stufe der Absichtslosigkeit mit ca. 1/3 höher liegt.

Im Geschlechtervergleich finden sich prozentual mehr Ärztinnen auf der Stufe der Absichtslosigkeit – dies lässt sich jedoch durch den unter 4.2.3 beschriebenen höheren Anteil an Gelegenheitsraucherinnen erklären. Ähnliches ist im PatientInnenkollektiv von Baum et al. (1997) zu beobachten. Somit scheint es sinnvoll, wie bereits angesprochen, das Ausmaß des Nikotinkonsums häufiger als bisher mitzubestimmen, um Gelegenheits- und „Genuß“-raucherInnen zu erkennen und nicht pauschal Interventionsprogrammen zuzuführen.

4.3.4 Beanspruchung und Belastung

Über die Hälfte der ÄrztInnen im Vergleich zu einem guten Drittel der AnwältInnen gibt an, seit über sechs Monaten „gezielt etwas gegen das Gefühl von Überforderung im Alltag“ zu tun; dieser Unterschied ist statistisch nicht signifikant. Im Vergleich zu den Ergebnissen von Velicer et al. (1998; vergl. Kap. 1.4.2.4) ist dies weniger als bei der durchschnittlichen Bevölkerung, LaForge, Velicer et al. (1999) nennen jedoch niedrigere Prozentsätze für die Stufe der Aufrechterhaltung. Da letzteres die neuere und umfangreichere Studie darstellt, kann festgestellt werden, dass sich die hier beschriebenen Ergebnisse gut in die bisherigen zur Anwendung des TTM auf Stressmanagement einfügen.

Bedenklich stimmt die fehlende Stimmigkeit zwischen Stanine – Wert und Motivationsstufe – d.h., es ist davon auszugehen, dass auch Personen mit hoher Beanspruchung keine Motivation entwickeln, Maßnahmen zur Stressreduktion zu ergreifen. Anders betrachtet könnte dies heißen, dass Personen, die bereits Maßnahmen zur Stressreduktion ergriffen haben, entsprechend niedrigere Beanspruchungswerte erzielen.

Nach Korrektur anhand des Stanine – Wertes ähnelt sich die Verteilung zwischen den Berufsgruppen mehr als vorher, was bedeutet, dass mehr ÄrztInnen (12,4%) als AnwältInnen (8,3%) als „Pseudo-Aktive“ zu bezeichnen sind. Dieser Unterschied ist aber nicht als signifikant zu bezeichnen.

Im Geschlechtervergleich zeichnet sich kein nennenswerter Unterschied ab – auch dies deckt sich mit Ergebnissen von LaForge et al., während Velicer et al. (1998) von einer Überrepräsentierung der Männer auf der Stufe der Absichtslosigkeit bzw. der Frauen auf der Stufe der Aufrechterhaltung sprechen. Auch nach Korrektur bleibt ein Geschlechterunterschied aus; die

Verteilung ähnelt nun mehr der typischen U-Form. Baum et al. (1998) stellen hingegen eine erhöhte Repräsentanz von Frauen auf den Stufen der Vorbereitung und Handlung fest.

4.4 Eigenes ärztliches Gesundheitsverhalten, Motivationsstufe und Zuversicht in die Gesundheitsberatung

Mit Ausnahme der Zuversicht in die Ernährungsberatung, die offensichtlich sowohl mit eigenem Verhalten als auch der entsprechenden Motivationsstufe deutlich in Zusammenhang steht, lassen sich Zusammenhänge zwischen Verhalten, Motivationsstufe und Zuversicht in die entsprechende Beratung für die anderen Risikoverhaltensweisen nicht nachweisen.

Insgesamt ist die Zuversicht der ÄrztInnen in ihre Gesundheitsberatung nicht besonders gross; vermutlich spielen hier mangelnde wahrgenommene eigene Kompetenz, geringe Kenntnis strukturierter Beratungsansätze u.ä. Faktoren sowie Grundüberzeugungen zur Veränderbarkeit menschlichen Verhaltens eine Rolle; all dies führt zu einer geringen Selbstwirksamkeitserwartung.

Es zeichnet sich zudem ab, dass der Einfluss individueller Determinanten auf die Beratungszuversicht in unterschiedlichen Verhaltensbereichen unterschiedlich groß ist.

Bisherige Literatur arbeitet meistens mit Variablen wie Beratungshäufigkeit, -dauer, PatientInnenzufriedenheit und Breite der Indikationsstellungen für Gesundheitsberatung und Interventionen; die Zuversicht in die eigene Beratung wird explizit nur von Sherman & Hershman (1993) hinsichtlich körperlicher Aktivität sowie von Steptoe et al. (1999) untersucht (vergl. Kap. 1.6).

Letzterer konstatiert dabei ebenfalls zwar Zusammenhänge zwischen kognitiven Variablen wie einer positiver Einstellung zu Gesundheitsberatung, dem Glauben an die Effektivität solcher Beratungen und Zuversicht in die eigene Beratung, nicht jedoch zwischen persönlichem Gesundheitsverhalten und der Einstellung zu Gesundheitsberatung.

Zuversicht im Sinne von Selbstwirksamkeitserwartung der eigenen Beratung ist jedoch nicht nur von individuellen Faktoren abhängig, sondern u.a. „lernbar“ im Rahmen z.B. der Ausbildung in verhaltensmedizinischen Techniken (Thompson et al., 1993).

Die Einstellung zu Gesundheitsberatung ist ein immens komplexes Feld; das eigene Verhalten kann dabei eine wichtige Rolle spielen, jedoch auf unterschiedliche Art und Weise. Die Ergebnisse von Frank, Rothenberg et al. (2000) legen nahe, dass z.B. ÄrztInnen, die sich selbst in einem Veränderungsprozess hinsichtlich einer Verhaltensweise befinden, sich also auf einer dynamischen Stufe im Sinne des TTM bewegen, häufiger diesbezüglich beraten. Dies muss allerdings nicht notgedrungen mit einer höheren Zuversicht in diese Beratung einhergehen; denkbar ist schließlich, dass gerade in Kenntnis der Schwierigkeiten eines solchen Veränderungsprozesses diese Zuversicht geringer sein kann. Anders betrachtet ist beispielsweise auch gut vorstellbar, dass ein Hausarzt, der z.B. schon länger regelmässig Sport treibt,

PatientInnen ohne Berücksichtigung ihrer eigenen Motivationsstufe engagiert zu vermehrter körperlicher Aktivität berät – die Frustration, damit auf taube Ohren zu stossen, bleibt dann vermutlich nicht aus. Mit der Förderung von Präventionsaspekten und deren Vermittlung in ärztlicher Aus- und Weiterbildung müsste sich die Zuversicht in die ärztliche Gesundheitsberatung steigern lassen.

Um Aussagen über tatsächliche Beratungshäufigkeiten, -intensität, -indikationen und diesbezügliche Überzeugungen treffen zu können, müssen umfangreichere Untersuchungen unter Zuhilfenahme weiterer objektiver Parameter durchgeführt werden.

4.5 Ausblick

Verbesserungen der gesundheitlichen Situation von ÄrztInnen sind sowohl im eigenen Interesse als auch im PatientInneninteresse zu fordern. Insbesondere für die in dieser Studie als „burnout – Gruppe“ beschriebenen ÄrztInnen scheint akuter Handlungsbedarf gegeben. Young & Spencer (1996) befragten über 200 britische AllgemeinärztInnen nach ihrer Einschätzung des Bedarfs nach stressentlastenden Maßnahmen; neben Familienangehörigen und FreundInnen gaben über 60% an, sie würden eine entsprechende lokal organisierte, unabhängige, vertrauliche Organisation aufsuchen, wenn es eine solche gäbe.

Unabhängig davon aber ist es für jeden Arzt und jede Ärztin empfehlenswert und notwendig, sich aktiv mit der eigenen Situation auseinander zusetzen. Dies umfasst eine kritische Betrachtung der eigenen physischen und psychischen Gesundheit, des eigenen Gesundheitsverhaltens und diesbezüglicher normativer Grundüberzeugungen, individueller Belastungsfaktoren, eventueller Suchtgefährdung sowie eigener Problemlösungsstrategien. Gerade im Hinblick auf präventives Handeln und Beraten ist Selbstreflexion zu fordern, da zu den vielfältigen Determinanten ärztlicher Präventionsarbeit u.a. das eigene Verhalten und dynamische oder statische Motivation zur Veränderung dieses Verhaltens gehören. Im deutschen Medizinstudium ist dies bislang eher unüblich.

Die Etablierung eines solchen Ansatzes und dessen wissenschaftliche Begleitung wie beispielsweise im Rahmen des Healthy Doc Projektes seit 1998 an 19 medizinischen Fakultäten in den USA (Frank et al., vergl Kap.1.6) wäre auch in Deutschland wünschenswert. Mäulen (1993), der in Deutschland viele suchtkranke ÄrztInnen behandelt und u.a. ein „Institut für Ärztegesundheit“ gegründet hat, berichtet von amerikanischen Projekten wie z.B. Check-up-Systemen für ÄrztInnen, Kurse zum „gesunden Arztsein“, Programmen zur Identifizierung und Therapie suchtkranker KollegInnen sowie Selbstwahrnehmungs-Workshops für MedizinstudentInnen. Erste Ansätze in diese Richtung gibt es hierzulande; so haben z.B. einzelne Landesärztekammern (Hamburg, Saarland) ein spezielles Hilfsangebot für suchtkranke KollegInnen entwickelt, mit welchem im Verlauf der letzten 8 Jahre gute langfristige Therapieerfolge erzielt worden seien (Ärztekammer Hamburg, 2001). In einzelnen Kursen für med. Soziologie im vorklinischen Studienabschnitt wird das Thema „Ärztegesundheit“ behandelt, so z.B. an der Universität Freiburg. Ein erster Workshop zum Thema „Gesundheit und Krankheit von Ärzten“ fand im Mai 2001 in Heidelberg statt, und die deutsche Forschung entdeckt ebenfalls ÄrztInnen als zu beforschende „Objekte“ und nicht nur als Forschung durchführende Subjekte. Themenschwerpunkte sind hierbei bislang Arbeitszufriedenheit, Lebensqualität und Suchterkrankungen; weitere Forschung zu anderen Aspekten des Gesundheits- und

Krankheitsverhaltens bei ÄrztInnen sowie zu Determinanten eines stärker präventiv orientierten Arbeitsstils sind wünschenswert.

Veränderungen sind aber auch auf struktureller Ebene zu fordern; insbesondere den immer wiederkehrenden Beschwerden über Belastung durch wachsende bürokratische Anforderungen an die Führung einer Praxis muss Rechnung getragen werden. Angemessene Vergütung für Präventionsmedizin – nicht nur für Screening – Maßnahmen, sondern auch für Beratungsgespräche u.ä. - muss gewährleistet sein. Gesprächsführung, verhaltensmedizinische Techniken und Interventionsstrategien gehören als grundlegende Säulen in Aus- und Weiterbildungsordnungen verankert.

Gesundheitsverhalten ist zu einem grossen Teil sozial und kulturell determiniert – diese Faktoren gehen als Confounder in alle entsprechenden Studien ein. Obwohl das Wissen darum mittlerweile verbreitet ist, sind speziell auf entsprechende „Risikogruppen“ zugeschnittene, niedrigschwellige Präventionsangebote rar.

Abgesehen davon werfen die Ergebnisse dieser Arbeit einige Fragen allgemeinerer Natur auf: Ich habe zwei insgesamt hinsichtlich vieler struktureller und sozioökonomischer Bereiche hervorragend vergleichbare Gruppen, die sich hauptsächlich durch ihr medizinisches Wissen und klinische Erfahrungen unterscheiden, untersucht. Angesichts dessen sind die doch eher geringen Unterschiede – bei allen methodischen Einschränkungen – frappierend. Faktenwissen wie auch alltägliche Erfahrung im Umgang mit Folgeerkrankungen der beschriebenen Verhaltensweisen scheinen eher wenig Einfluss zu haben auf das eigene Verhalten, bzw. nur wenige ÄrztInnen scheinen davon entweder beeinflusst zu sein oder haben sich schon immer gesünder verhalten. Wie viel hat eigenes Verhalten also mit kognitivem wie auch emotionalem (im persönlichen Kontakt beispielsweise mit PatientInnen) „Wissen“ zu tun? Halten sich ÄrztInnen tatsächlich für unverletzlich, für „unkränkbar“, ist dies gar Ausgangsbasis für eine Entscheidung zum Medizinstudium, oder entwickelt sich eine solche Haltung als Abwehrmechanismus im Laufe der Ausbildung? Auf welchen Ebenen müssen Menschen angesprochen werden, um Verhaltensänderungen anzustoßen – auf kognitiven Wegen sowie mittels Abschreckung offensichtlich eher nicht.

5. Zusammenfassung

Zum Gesundheitsverhalten von deutschen ÄrztInnen sind bislang insgesamt wenige Forschungsergebnisse publiziert worden, obwohl beunruhigende Ergebnisse aus anderen Ländern vorliegen. Ein Zusammenhang zwischen dem eigenen Gesundheitsverhalten von ÄrztInnen und der Qualität und Häufigkeit ärztlicher Gesundheitsberatung wird seitens der Literatur immer wieder nahe gelegt.

Die vorliegende Literatur präsentiert bezüglich des Gesundheitsverhaltens von ÄrztInnen kein eindeutiges Bild. Zusammenfassend aber scheint es, als würden ÄrztInnen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung in den meisten Ländern weniger rauchen, sich relativ gesund ernähren und wenig Sport betreiben. Lange Arbeitszeiten und multiple Belastungsfaktoren führen außerdem zu massiver Stressbelastung.

Vergleiche mit der Allgemeinbevölkerung erscheinen methodisch jedoch aufgrund sozioökonomischer Unterschiede, die als erhebliche Confounder zu werten sind, wenig sinnvoll, und der Vergleich mit LehrerInnen, der in der Literatur am häufigsten zu finden ist, berücksichtigt nicht die speziellen Belastungen des selbstständigen Arbeitens in eigener Praxis. Deshalb wurden für diese Untersuchung RechtsanwältInnen als Vergleichsgruppe gewählt. Anhand eines standardisierten Fragebogens wurden Ernährungsgewohnheiten, Körpergewicht, körperliche Aktivität, Stressbelastung sowie die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen untersucht; zusätzlich wurde die jeweilige Motivation zur Verhaltensänderung erfragt sowie in der Gruppe der ÄrztInnen die Zuversicht in die eigene Gesundheitsberatung zu o.g. Risikoverhaltensweisen.

Insgesamt wurden an je 350 zufällig ausgesuchte hausärztlich tätige ÄrztInnen und RechtsanwältInnen im Zeitraum Oktober – Dezember 1998 ein Fragebogen versandt. Der Rücklauf betrug nach einem einmaligen telefonischen Erinnerungsgespräch ca. 33%, vergleichbar mit ähnlichen Umfragen unter AllgemeinmedizinerInnen. Zur Auswertung kamen die Daten von 97 ÄrztInnen sowie 121 AnwältInnen.

ÄrztInnen ernähren sich gesünder als AnwältInnen, allerdings erreichten nur 30,5% der ÄrztInnen und 12,7% der AnwältInnen einen im Sinne des hier verwendeten Messinstrumentes zufriedenstellenden Ernährungsscore. AnwältInnen sind nicht signifikant adipöser als ÄrztInnen. ÄrztInnen geben an, sich häufiger in den Bereichen „Gymnastik, Turnen, Aerobics, Tanzen“ und „sonstige körperliche Aktivität“ zu bewegen. Sie stellen eine ähnlich hohe RaucherInnenquote von ca. 20%; die RaucherInnen unter den ÄrztInnen konsumieren aber deutlich weniger Zigaretten pro Tag. ÄrztInnen fühlen sich in ähnlichem Ausmaß beansprucht wie AnwältInnen, geben aber mehr Belastungen und häufiger überdurchschnittlich viele Belastungen an. ÄrztInnen

konsultieren seltener andere ÄrztInnen und nehmen seltener an einem „Check ab 35“ teil. ÄrztInnen sehen sich selbst zu einem höheren Prozentsatz auf der Stufe der Aufrechterhaltung hinsichtlich gesunder Ernährung, mäßiger körperlicher Aktivität und Maßnahmen gegen Gefühle von Überforderung im Alltag als AnwältInnen.

Im Geschlechtervergleich, der aufgrund der niedrigen Fallzahl nur deskriptiv zu werten ist, ernähren sich Hausärztinnen zu einem höheren Prozentsatz gesund, haben einen durchschnittlich niedrigeren BMI und sind zu einem geringeren Prozentsatz (prä-) adipös als ihre männlichen Kollegen. Ärztinnen geben häufiger an, „sonstige körperliche Aktivitäten“ wie Haus- und Gartenarbeit auszuüben. Ihre Angaben zu Rauchverhalten, Beanspruchung und Belastung unterscheiden sich nicht auffällig. Ärztinnen nehmen häufiger Krebsfrüherkennungsuntersuchungen in Anspruch. Ärztinnen und Ärzte unterscheiden sich in der Selbsteinschätzung ihrer Motivationsstufen zur Veränderung der einzelnen Verhaltensweisen nur in punkto Gewichtsreduktion, wo mehr Ärztinnen auf der Stufe der Absichtslosigkeit, mehr Ärzte auf der der Aufrechterhaltung zu finden sind. Die Selbsteinstufung der Ärzte musste für die Bereiche Ernährung und Körpergewicht deutlich korrigiert werden.

Ernährungsverhalten wie auch zugehörige Motivationsstufe korrelieren mit der Zuversicht in Ernährungsberatung; für Adipositas könnte ein Zusammenhang zwischen Motivationsstufe und Beratungszuversicht vermutet werden. Für die Bereiche körperliche Aktivität, Rauchverhalten und Stress sowie entsprechende Motivationsstufen konnte kein Zusammenhang zur diesbezüglichen Beratungszuversicht gezeigt werden.

Die relativ geringe Stichprobengröße sowie self-report bias, Antwortverhalten im Sinne sozialer Erwünschtheit und Selektionsbias schwächen die Aussagekraft der Ergebnisse dieser Studie; diese Einschränkungen erfahren jedoch viele der zitierten Arbeiten in vergleichbarem Maß.

Konsequenzen sind auf persönlicher, struktureller und berufspolitischer Ebene zu ziehen. In Aus- und Weiterbildung muss Präventivmedizin einen höheren Stellenwert erlangen; dabei sollten eigene Überzeugungen und Verhaltensweisen kritisch reflektiert werden. Das „Wissen“ um medizinische Folgen von Risikoverhaltensweisen führt bei ÄrztInnen nicht zu einem gesünderen Lebensstil – Aufklärungs- und Interventionsprogramme im Bereich Präventivmedizin müssen evtl. stärker auf nicht- kognitive Prozesse, Motivationsaspekte, die Bedeutung von (Risiko-) Verhaltensweisen im Sinne individueller psychischer Kompensationsmechanismen u.ä. fokussieren.

6. Literaturverzeichnis

Aasland, OG; Oloff, M; Falkum, E; Schweder, T; Ursin, H:

Health complaints and job stress in Norwegian physicians: the use of an overlapping questionnaire design. Soc Sci Med. 1997; 45(11): 1615-29

Abholz, HH:

Screening for cardiovascular risks - in whose interest do we act? Eur J Gen Pract 1995; 1:101

Abramson, S; Stein, J; Schaufele, M; Frates, E; Rogan, S:

Personal exercise habits and counseling practices of primary care physicians: a national survey.

Clin J Sport Med 2000 Jan;10(1):40-8.

Adriaanse H; van Reek J; Metsemakers J:

Smoking behaviour of Dutch general practitioners in the period 1977-1983.

Scandinavian Journal of Primary Health Care 1986; 4; 3; 151-6

Aharony, L; Strasser, S:

Patient satisfaction: what we know about and what we still need to explore. Medical Care Review 1993, 50:49

Aldoori, WH; Giovannucci, EL; Rimm, EB et al.:

Prospective study of physical activity and the risk of symptomatic diverticular disease in men.

Gut. 1995, 36 (2): 276-82

Appleton, K; House, A; Dowell, A:

A survey of job dissatisfaction, sources of stress and psychological symptoms among general practitioners in

Leeds. British Journal of General Practice 1998, 48 (428):1059-63

Arroll, B; Beaglehole, R:

Does physical activity lower blood pressure: a critical review of the clinical trials.

Journal of Clinical Epidemiology 1992, 45:439-47

Ärzttekammer des Saarlandes

Hilfsprogramm der Ärztekammer des Saarlandes für suchtkranke Ärzte. Saarländisches Ärzteblatt 1989; 2:113

Ashenden, R; Silagy, C; Weller, D:

A systematic review of the effectiveness of promoting lifestyle change in general practice.

Fam Pract 1997, 14 (2): 160-75

Baker, R; Allen, H; Gibson, S; Newth, J; Baker, E:

Evaluation of a primary care counselling service in Dorset. Br J Gen Pract 1998;48(428):1049-53

Baldwin, PJ; Dodd, M; Wrate, RM:

Young doctors' health – II. Health and health behaviour. Soc Sci Med.1997, 45(1):41-4

Basler, H.D; Jäkle, C; Keller, S; Baum, E:

Selbstwirksamkeit, Entscheidungsbalance und die Motivation zu sportlicher Aktivität – Eine Untersuchung zum transtheoretischen Modell der Verhaltensänderung.

Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie 1999; 20:203-16.

Basler, HD; Brinkmeier, U; Buser, K; Gluth, G:

Nicotine gum assisted group therapy in smokers with an increased risk of coronary disease - evaluation in a primary care setting format. Health Education Research 1992; 7(1):87-95

Basler, HD; Herda, C; Keller, S; Ridder, K:

Selbstwirksamkeitserwartung, Entscheidungsbalance und rückenbewußtes Verhalten zur Prävention von Rückenschmerzen – eine Studie zum transtheoretischen Modell.

Zeitschrift für med. Psychologie 1998; 4:149-57

Bauer, J; Häfner, S; Kächle, H; Wirsching, M; Dahlbender, RW:

Burn-out und Wiedergewinnung seelischer Gesundheit am Arbeitsplatz.

Psychother Psychosom Med Psychol 2003; 53:213-22

Baum, E; Donner-Banzhoff, N; Keller, S; Miko M, Jäkle, C; Sarafowa ,A; Basler, HD:

Studie zur Effektivität der Gesundheitsuntersuchung nach § 25 SGB V. Marburg, MZ für Methodenwissenschaften und Gesundheitsforschung, 1998.

Baum, E; Donner-Banzhoff, N; Piotrowski, A; Röthinger, E:

Impfstatus und –bereitschaft bei Patienten in Allgemeinpraxen. MMW 1995;24:398-400

Bauman, A; Mant, A; Middleton, L; Mackertich, M; Jane, E:

Do general practitioners promote health? A needs assessment. *Med J Aust* 1989;151(5):262, 265-9

Bay Area Business Group on Health

Response bias analysis for 1993 survey. San Francisco, CA: Bay Area Business Group on Health, 1993

Bengel, J:

Ärztliche Gesundheitsberatung im Rahmen der Präventivmedizin. Aus: Gesundheitsberatung durch Ärzte - Ergebnisse eines Modellversuchs in Hamburg und in der Pfalz.

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, Deutscher Ärzte-Verlag Köln 1988

Bengel, J; Siegrist, B:

Inanspruchnahme und Akzeptanz des Gesundheitsberatungsangebots. Gesundheitsberatung durch Ärzte. Wissenschaftliche Reihe 32, Deutscher Ärzte-Verlag 1998, Köln

Bergh, W.v.d.:

Immer weniger Ärzte sind mit ihrer beruflichen Tätigkeit zufrieden. *ÄrzteZeitung* 1998, 136:3

Bergmann, KE & Mensink, GBM:

Körpermaße und Übergewicht. *Das Gesundheitswesen* 1999;61 (Sonderheft 2):115-20

Bergner, T:

Lebensaufgabe statt Lebens-Aufgabe. Burn-out bei Ärzten. *Dtsch Ärztebl* 2004;101:A2232-34

Bestmann, B; Rohde, V; Wellmann, A; Küchler, T:

Berufsreport 2003: Zufriedenheit von Ärztinnen und Ärzten. *Dtsch Ärztebl* 2004, 101: A28-32 (Heft 1-2)

Biener, K:

Streß: Epidemiologie und Prävention. Huber – Verlag Bern, 1993

Bijnen, FC; Caspersen, CJ; Feskens, EJ; Saris, WH; Mosterd, WL; Kromhout, D:

Physical activity and 10-year mortality from cardiovascular diseases and all causes: The Zutphen Elderly Study. *Arch Intern Med.* 1998; 158(14): 1499-505

Birch, D; Ashton, H; Kamali, F:

Alcohol. Drinking, illicit drug use, and stress in junior house officers in north-east England.

Lancet 1998; 352:785-86

Bland, JM; Altman, DG:

Multiple significance tests: the Bonferroni method. BMJ 1995; 310:170

Blum, MC; Steininger, S; Hespeler, U:

Studie zur Lage der Ärzteschaft in Baden-Württemberg. Landesärztekammer Baden-Württemberg, 1998

Bolinder, G; Himmelmann, L; Johansson, K:

Swedish physicians smoke least in the world. A new study of smoking habits and attitudes to tobacco.

Lakartidningen 2002; 99:3111-7

Boone, JL:

Stress and hypertension. Prim Care 1991, 18(3):623-49

Borgers, D; Helmert, U:

Rauchen und Beruf. Bundesgesundheitsblatt 1998, 41 (3), Sonderdruck

Bortz, WM:

Health Behavior and Experience of Physicians. West J Med 1992; 156(1): 50-51

Bosch, X:

Spain launches campaign to stop health professionals smoking. BMJ 1999, 318, 1027

Braumann, KM; Reer, R; Schuhmacher, E:

Die Einschätzung der Bedeutung von Sport und Bewegung als Mittel der Therapie bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in Hamburg. D Z Sportmedizin 2001,5:175-9

Bredfeldt, RC; Brewer, ML; Junker, JA:

Influences upon reported health promotion by family physicians.

Fam Pract Res J 1990;9(2):85-94

Brooke, D:

Impairment in the medical and legal profession J of Psychosomatic Research 1997; 43 (1): 27-34

Brooke, D; Edwards, G; Taylor, C:

Addiction as an occupational hazard: 144 doctors with drug and alcohol problems.

Brit. Journal of Addiction 1991; 86:1011-16

Brotons, C; Iglesias, M; Martin-Zurro, A; Martin-Rabadan, M; Gene, J:

Evaluation of preventive and health promotion activities in 166 primary care practices in Spain. Family Practice 1996, 13 (2): 144-50

Bucher, HC; Morabia, A:

Teaching physicians about different measures of risk reduction may alter their treatment preference. Soz-Praventivmed. 1998; 43(2): 67-72

Bundesarztregister der KBV, Stand 31.12.1998

Bundesministeriums für Gesundheit:

Daten des Gesundheitswesens, Ausgabe 1995, Band 51. Nomos Verlagsgesellschaft Baden-Baden

Bundesministerium für Gesundheit:

Gesundheit in den neuen Ländern. Stand, Probleme und Perspektiven nach 10 Jahren Deutsche Einheit. dialog gesundheit 2000

Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie

Wie gesund sind Deutschlands Ärzte? Ergebnisse einer repräsentativen Infratest-Umfrage.

Medikament und Meinung Nr. 10; 1992

Butler, CC; Pill, R; Stott, NC:

Qualitative study of patients' perceptions of doctors' advice to quit smoking: implications for opportunistic health promotion. BMJ 1998; 316(7148): 1878-81

Calfas, KJ; Long, BJ; Sallis, JF; Wooten, WJ; Pratt, M; Patrick, K:

A controlled trial of physician counseling to promote the adoption of physical activity.

Prev Med. 1996, 25 (3): 225-33

Callahan, EJ; Jaen, CR; Crabtree, BF; Zyzanski, SJ; Goodwin, MA; Stange, KC:

The impact of recent emotional distress and diagnosis of depression or anxiety on the physician-patient encounter in family practice. *J Fam Pract.* 1998; 46(5): 410-8

Campbell, NC; Thain, J; Deans, HG; Ritchie, LD; Rawles, JM:

Secondary prevention in coronary heart disease: baseline survey of provision in general practice
BMJ 1998; 316(7142): 1430-4

Chambers, R

Health and lifestyle of general practitioners and teachers. *Occup Med* 1992;42(2):69-78

Chambers, R; Belcher, J:

Comparison of the health and lifestyle of general practitioners and teachers. *Br J Gen Pract* 1993; 43:378-82

Chambers, R; Campbell, I:

Gender differences in general practitioners at work. *Br J Gen Pract.* 1996; 46(406):291-93

Chambers, R; George, V; Neill, A; Campbell, I:

Health at work in the general practice. *Br J Gen Pract* 1998, 48(433):1501-4

Cheng, TL; DeWitt, TG; Sarageau, JA; O'Connor, KG:

Determinants of counseling in primary care pediatric practice: physician attitudes about time, money, and health issues. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*; 153; 6; 629-35; 1999

Coombs, RH; Perell, K; Ruckh, JM:

Primary prevention of emotional impairment among medical trainees. *Academic Med.* 1990, 65(9):576-81

Cornee, J; Pobel, D; Riboli, E; Guyader, M; Hermon, B:

A case-control study of gastric cancer and nutritional factors in Marseille, France.
Eur. J. Epidemiol. 1995; 11(1): 55-65

Critchley, J & Capewell, S:

Smoking cessation for the secondary prevention of coronary heart disease.

Cochrane library, 2003; Issue 4. Chichester, UK, Wiley & Sons, Ltd.

Cromwell, J; Bartosch, WJ; Fiore, MC; Hasselblad, V; Baker, T:

Cost-effectiveness of the clinical practice recommendations in the AHCPR guideline for smoking cessation. Agency for Health Care Policy and Research. JAMA 1997; 278(21): 1759-66

Cutler, JA; Neaton, JD; Hulley, SB; Kuller, L; Paul, O; Stamler, J:
Coronary heart disease and all-causes mortality in the Multiple Risk Factor Intervention Trial: subgroup findings and comparisons with other trials. Prev Med 1985;14(3):293-311

Danielsson, B & Aberg, H:

The public view on cardiovascular risk factors and changes in lifestyle. Scand J Prim Health Care 1995;(1):74-80

Dantzer, R:

Neuroendocrine correlates of control and coping. In: Stress, Personal Control and Health,

ED: Steptoe, A., Appels, A. Brussels 1989, John Wiley & Sons Ltd.

Deckard, G; Meterko, M; Field, D:

Physician burnout: an examination of personal, professional, and organizational relationships.

Med. Care 1994, 32(7):745-54

DiClemente, CC; Prochaska, JO; Fairhurst, SK; Velicer, WF; Velasquez, MM; Rossi, JS:

The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. J Consult Clin Psychology 1991; 59(2): 295-304

DiMatteo, MR; Sherbourne, CD; Hays, RD; Ordway, L:

Physicians' characteristics influence patients' adherence to medical treatment: Results from the Medical Outcomes Study. Health Psychology. 1993, 12(2): 93-102

Dioguardi, GS, Pimenta, J; Knoplich, J; Ghorayeb, N; Ramos, LR; Giannini, SD:

Risk factors for cardiovascular diseases in physicians. Preliminary data from the VIDAM Project of the Paulista Medical Association. Arq Bras Cardiol 1994 Jun; 62(6):383-8

Donner-Banzhoff, N; Sadowski, E; Baum, E:

Die Effektivität der Gesundheitsuntersuchung nach § 25 SGB V. Z Allg Med. 1995; 71:293-98

Donner-Banzhoff, N.; Miko, MM; Sarafowa, A et al.:

„Ich verbiete Ihnen das Rauchen!“ Warum manche Beratungsstrategien scheitern und andere nicht.

Z.Allg Med., 1997;73:1156-64

Donner-Banzhoff, N:

Ein Lob der Barfußmedizin! Z Allg Med. 1998;74:381-85

Dorn, JM; Schisterman, EF; Winkelstein, W Jr; Trevisan, M:

Body mass index and mortality in a general population sample of men and women. The Buffalo Health Study.

Am J Epidemiol. 1997; 146(11): 919-31

Eaton, CB:

Relation of physical activity and cardiovascular fitness to coronary heart disease, Part I: A meta-analysis of the independent relation of physical activity and coronary heart disease.

Journal of the American Board of Family Practitioners, 1992, 5:31-42

Ebrahim, S & Davey Smith, G:

Multiple risk factor interventions for primary prevention of coronary heart disease.

The Cochrane Library, 2003: Issue 4. Chichester, UK; Wiley & Sons, Ltd

Eckstrom, E; Hickam, DH; Lessler, DS; Buchner, DM:

Changing physician practice of physical activity counseling. J Gen Intern Med 1999;14(6):376-8

Emnid-Institut:

Der Arztberuf ist kein Traumberuf mehr. Ärzte Zeitung 1998; 152:4

Epstein, FH:

Risikofaktor, Risikoindikator und Pathogenese. Med. Klinik 1978;73:381-87

Epstein, FH, Gutzwiller, F:

Ergebnisse neuerer Interventionsstudien über Herzkrankheitsprophylaxe und ihre Bedeutung für die Schweiz.

Soz Präventivmed. 1983;28:95-8

Erbach, M:

Prävention ist allen lieb und teuer. Ärztliche Praxis 1995, 82: 5

Europäische Kommission:

Der Gesundheitszustand in der Europäischen Union – Gesundheitsunterschiede verringern. Luxemburg, Amt für amtliche Veröffentlichungen in der EU, 2003

Evans, AT; Rogers, LQ; Peden, JG et al:

Teaching dietary counseling skills to residents: patient and physician outcomes. The CADRE Study Group.

Am J Prev Med. 1996, 12 (4):259-65

Fagerberg, B; Wikstrand, J; Berglund, G; Samuelsson, O; Agewall, S:

Mortality rates in treated hypertensive men with additional risk factors are high but can be reduced: a randomized intervention study. Am J Hypertens. 1998; 11(1): 14-22

Fahrenberg, J; Hampel, R; Selg, H:

Das Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI. Revidierte Fassung FPI-R Geänderte Fassung FPI – A1. Handanweisung, 5., ergänzte Auflage. Verlag für Psychologie Dr. C.J.Hogrefe, Göttingen, 1989.

Fincham, J.E., Wertheimer A.I.

Predictors of patient satisfaction in a health maintenance organization. J of Health Care Marketing 1986, 6:5

Firth-Cozens, J:

Stress, psychological problems, and clinical performance.

In: Vincent C, Ennis M, Audley RMJ (Hrsg): Medical accidents. Oxford University Press, Oxford, 1993

Firth-Cozens, J:

Sources of stress in junior doctors and general practitioners. Yorkshire Medicine 1995;7:10-3

Firth-Cozens, J & Greenhalgh, J:

Doctors' perceptions of the links between stress and lowered clinical care.

Soc Sci Med 1997, 44:1017-22

Firth-Cozens, J., Moss, F.

Hours, sleep, teamwork, and stress. BMJ 1998; 317:1335-36

Firth-Cozens, J:

Individual and organisational predictors of depression in general practitioners. Br J Gen Pract 1998;48:1647-51

Fiscella, K; Franks, P:

Does psychological distress contribute to racial and socioeconomic disparities in mortality?

Soc Sci Med. 1997; 45(12): 1805-9

Fletcher, J; Pickard, D; Rose, J; Stewart-Brown, S; Wilkinson, E; Brogan, C; Lawrence, D:

Do out-of-hours co-operatives improve general practitioners' health? B J Gen Pract 2000;50:815-6

Ford, DE; Mead, LA; Chang, PP; Cooper, Patrick-L; Wang, NY; Klag, MJ:

Depression is a risk factor for coronary artery disease in men: the precursors study.

Arch Intern Med. 1998; 158(13): 1422-6

Frank E:

The Women Physicians' Health Study: background, objectives, and methods.

J Am Med Womens Assoc 1995 Mar-Apr;50(2):64-6.

Frank, E; Harvey, LK:

Prevention advice rates of women and men physicians. Arch Fam Med 1996;5(4):215-9

Frank E; Brogan DJ; Mokdad AH; Simoes EJ; Kahn HS; Greenberg RS:

Health-related behaviors of women physicians vs other women in the United States.

Arch Intern Med 1998 Feb 23;158(4):342-8.

Frank, E; McMurray, JE; Linzer, M; Elon, L:

Career Satisfaction of US Women Physicians. Arch Intern Med 1999;159:1417-26

Frank E; Breyan J; Elon L:

Physician disclosure of healthy personal behaviors improves credibility and ability to motivate.

Arch Fam Med 2000 Mar;9(3):287-90.

Frank E; Rothenberg R; Lewis C; Belodoff BF:

Correlates of physicians' prevention-related practices. Findings from the Women Physicians' Health Study.

Arch Fam Med 2000; 9:359-67.

Frank, E; Biola, H; Burnett, CA:

Mortality rates and causes among U.S. physicians. Am J Prev Med 2000; 19 (3): 155-9

Frank, E; Bhat Schelbert, K; Elon, L:

Exercise counseling and personal exercise habits of US women physicians.

J Am Med Womens Assoc.2003;58(3):178-84

Franzkowiak, KP:

Alltäglicher Genußmittelkonsum und medizinische Risikodefinition.

Göttingen: Sozialwissenschaftliche Dissertation, 1985

Friedman, C; Brownson, RC; Peterson, DE; Wilkerson, JC:

Physician advice to reduce chronic disease risk factors. Am J Prev Med. 1994, 10(6):367-71

Friedmann, U:

Vorsorge: In eigener Sache. Arzt und Wirtschaft 1995; 2: 60

Fuchs, R:

Psychologie und körperliche Bewegung. Göttingen, Hogrefe Verlag 1997.

Gaertner, PH; Firor, WB; Lindsay, E:

Physical inactivity among physicians. Can Med Assoc J, 1991; 144 (10): 1253-6

Galanis, DJ; Harris, T; Sharp, DS; Petrovitch, H:

Relative weight, weight change, and risk of coronary heart disease in the Honolulu Heart Program.

Am J Epidemiol. 1998, 147(4): 379-86

Gault, R; Yeater, RA; Ullrich, IH:

West Virginia physicians: cardiovascular risk factors, lifestyles and prescribing habits.

W V Med J 1994;90(9):364-6

Gielen, S; Schuler, G; Hambrecht, R:

Exercise training in coronary heart disease and coronary vasomotion. Circulation 2001;103:E1-E6

Giovannucci, E; Martinez, ME:

Tobacco, colorectal cancer, and adenomas: a review of the evidence. J Natl Cancer Inst 1996;88(23):1717-30

Glanz, K; Fiel, SB; Walker, LR; Levy, MR:

Preventive Health Behavior of Physicians. *J Med Educ* 57, 2; 1982; 637-639

Goldberg, DN; Hoffman, AM; Farinha, MF; Marder, DC, Tinson-Mitchem, L; Burton, D; Smith, EG:

Physician delivery of smoking-cessation advice based on the stages-of-change model.

Am J Prev Med. 1994; 10(5): 267-74

Goldstein, MG; DePue, JD; Monroe, AD et al.:

A population-based survey of physician smoking cessation counseling practices. *Prev Med* 1998; 27: 720-9

Gonzalez, CA; Riboli, E; Badosa, J et al.:

Nutritional factors and gastric cancer in Spain. *Am J Epidemiol.* 1994;1;139(5):466-73

Gonzalez, CA; Pera, G; Agudo, A et al.:

Smoking and the risk of gastric cancer in the European Prospective Investigation into cancer and nutrition (EPIC). *Int J Cancer* 2003, 107(4):629-34

Grant, AM; Niyonsenga, T; Dion, I; Delisle, E; Xhignesse, M; Bernier, R:

Cardiovascular disease. Physician attitudes toward prevention and treatment.

Can Fam Physician 1998; 44: 780-7

Greco, M; Francis, W; Buckley, J; Brownlea, A; McGovern, J:

Real-patient evaluation of communication skills teaching for GP registrars. *Fam Practice* 1998, 15 (1):51-57

Gross, EB:

Gender differences in physician stress: why the discrepant findings? *Women Health.* 1997; 26(3): 1-14

Gutin, B; Kasper, MJ:

Can vigorous exercise play a role in osteoporosis prevention? *Osteop Intern,* 1992, 2:55-69

Haftenberger, M; Lahmann, PH; Panico, S et al.:

Overweight, obesity and fat distribution in 50-64-year-old participants in the European Prospective Investigation into cancer and nutrition (EPIC). *Public Health Nutr.* 2002,5(6B):1147-62

Hall, MF:

Conducting physician surveys. *J Healthc Mater Manage* 1994 Oct;12(10):28-31

Hanson, JD; Larson, ME; Snowdown, CT:

The effect of control over high intensity noise on plasma cortisol levels in rhesus monkeys.

Behavioral Biology 1976; 16:333-40

Harackiewicz, JM; Blair, LW; Samsone, C; Epstein, JA; Stuchell, RN:

Nicotine gum and self-help manuals in smoking cessation: an evaluation in a medical context.

Addictive Behaviour 1988; 13:319-30

Harris, SS; Caspersen, CJ; DeFries, GH; Estes, H:

Physical activity counseling for healthy adults as a primary preventive intervention in the clinical setting.

JAMA 1989, 261:3589-90

Harsha, DM; Saywell, RM Jr; Thygeson, S; Panozzo, J:

Physician factors affecting patient willingness to comply with exercise recommendations.

Clin J Sport Med 1996;6(2):112-8

Hauer, D; Koster, I; Ferber, LV:

Frequency of „obesity“ in medical records and utilization of out-patient health care by „obese“ subjects in Germany. An analysis of health insurance data. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1996;20(9):820-24

Heerstrass, DW; Ocke, MC; Bueno-de-Mesquita, HB; Peeters, PH; Seidell, JC:

Underreporting of energy, protein and potassium intake in relation to body mass index.

Int J Epidemiol 1998;27(2):186-93

Heim, E:

Stressoren der Heilberufe. Tragen Frauen die größeren Gesundheitsrisiken?

Z Psychosom Med Psychoanal 1992;38(3):207-26

Heim, E:

Salutogenese versus Pathogenese – ein neuer Zugang zu einer alten Weisheit.

*Schweiz med Wochenschr.*1994,124(29):1267-75

Hemmings, A:

Counselling in primary care: a randomised controlled trial. *Patient Educ Couns.* 1997; 32(3): 219-30

Hensrud, DD; Sprafka, JM; Connett, J; Leon, AS:

Physical activity in Minnesota physicians. *Prev Med* 1992; 21(1):120-6

Herda, C; Scharfenstein, A; Basler, HD:

Marburger Fragebogen zum habituellen Wohlbefinden. Schriftenreihe des Zentrums für Methodenwissenschaften und Gesundheitsforschung, Arbeitspapier 98-1. Philipps-Univ. MR

Herschbach, P:

Streß im Krankenhaus: Die Belastung von Krankenpflegekräften und Ärzten.

Psychotherapie, Psychosomatik, med. Psychologie 1991;41:176-86

Heseker, H; Hartmann, S; Kubler, W; Schneider, R:

An epidemiologic study of food consumption habits in Germany. *Metabolism* 1995; 44(2):10-13

Heywood, A; Firman, D; Sanson-Fisher, R; Mudge, P; Ring, I:

Correlates of physician counseling associated with obesity and smoking. *Prev. Med.* 1996, 25(3): 268-76

Hollis, JF; Lichtenstein, E; Mount, K; Vogt, TM; Stevens, VJ:

Nurse-assisted smoking counseling in medical settings: minimizing demands on physicians.

Prev. Med. 1991, 20(4): 497-507

Holund, U; Thomassen, A; Boysen, G et al.:

Importance of diet and sex in prevention of coronary artery disease, cancer, osteoporosis, and overweight.

Am J Clin Nutr 1997;65 (6Suppl) 2004S-6S

Huang, Z; Hankinson, SE; Colditz, GA et al.:

Dual effects of weight and weight gain on breast cancer risks. *JAMA* 1997; 278(17):1407-11

Icli, F; Icli, T; Gunel, N; Arikan, R:

Cigarette smoking among young physicians and their approach to the smoking problem of their patients.

J Cancer Educ 1992; 7(3): 237-40

Jolliffe, JA; Rees, K; Taylor, RS; Thompson, D; Oldridge, N; Ebrahim, S:
Exercise-based rehabilitation for coronary heart disease.
The Cochrane Library, 2003; Issue 4. Chichester, UK, Wiley & Sons, Ltd

Jork, K:

Gesundheitsberatung in der Allgemeinmedizin. MMW 1985;127:443-44

Josseran, L; King, G; Velter, A; Dressen, C; Grizeau, D:

Smoking behaviour and opinions of French general practitioners. J Natl Med Assoc. 2000;92(8):382-90

Jurkat, H; Weimann, S; Reimer, C:

Arbeitsbelastung, Gesundheit und Lebenszufriedenheit von Internisten. Der Internist 1997, 4(38): 381-86

Kahl, H; Hölling, H; Kamtsiuris, P:

Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung.
Gesundheitswesen, 1999; 61, Sonderheft 2 S163-168

Kahn, KL; Goldberg, RJ; DeCosimo, D; Dalen, JE:

Health Maintenance Activities of Physicians and Nonphysicians. Arch Intern Med 1988; 148:2433-2436

Kaluza, G:

Gelassen und sicher im Streß; psychologisches Programm zur Gesundheitsförderung.
Springer – Verlag Berlin Heidelberg New York, 1996.

Kaluza, G:

Effekte eines kognitiv-behavioralen Streßbewältigungstrainings auf Belastungen, Bewältigung und
(Wohl-)Befinden – Eine randomisierte, prospektive Interventionsstudie in der Primärprävention.
Zeitschrift für Klinische Psychologie, 1998; 27(4):234-43.

Kaluza, G:

Programme zur Gesundheitsförderung. Sind die Effekte eines primärpräventiven Streßbewältigungstrainings von
Dauer? Eine randomisierte, kontrollierte Follow-up Studie.
Zeitschrift für gesundheitspsychologie, 1999; 7(2):88-95.

Karmaus, W:

Das Konzept der Risikofaktoren als möglicher Beitrag zur Ätiologieforschung.

In: Jahrbuch für kritische Medizin, Bd.4 Berlin, Argument-Verlag 1979, S. 6-42

Kant, AK:

Indexes of overall diet quality: A review. Journal of the American Dietetic Association, 1996, 96:785-791.

Kapur, N; Appleton, K; Neal, RD:

Sources of job satisfaction and psychological distress in GPs and medical house officers.

Family Practice 1999;16:600-1

Kasl, SV; Cobb, S:

Health Behavior, Illness Behavior, and Sick Role Behavior.

In: Archives Environmental Health, ed. by J.S.Chapman, 12;2:246-266, Chicago 1966

Keller, S:

Zur Validität des Transtheoretischen Modells – Eine Untersuchung zur Veränderung des Ernährungsverhaltens.

Dissertation, 1998, Universitätsbibliothek Marburg.

Keller, S & Basler, HD:

Stufen der Verhaltensänderung für gesunde Ernährung – Probleme und mögliche Lösungen. In:

S. Keller (Hrsg.). Motivation zur Verhaltensänderung - Das Transtheoretische Modell in Forschung und Praxis.

Freiburg: Lambertus Verlag 1999

Keller, S., Velicer, WF; Prochaska, JO:

Das Transtheoretische Modell - Eine Übersicht. In: S. Keller (Hrsg.). Motivation zur Verhaltensänderung - Das Transtheoretische Modell in Forschung und Praxis. Freiburg: Lambertus Verlag 1999 S. 17-44.

Kiefer, I; Leitner, B; Bauer, R; Rieder, A:

Body weight: the male and the female perception. Soz.- Präventivmed. 2000;45:274-8

Knoll, M:

Sporttreiben und Gesundheit – eine kritische Analyse vorliegender Befunde. 1997 Schorndorf: Hofmann

Kohlmeier, L; Kroke, A; Pöttsch, J; Kohlmeier, M; Martin, K:

Ernährungsabhängige Krankheiten und ihre Kosten. Band 27 Schriftenreihe des BMG, 1993

Koos, EL:

The health of Regionville, what the people thought and did about it. New York, Columbia Press 1954

Kornstein, SG; Norris, SL; Woodhouse, SW:

Women in medicine: shaping the future. Va Med Q. 1998 Winter; 125(1): 44-9

Kösters, W:

Dem „Burnout-Syndrom“ vorbeugen. Damit der Arzt nicht zum Patienten wird. Der Hausarzt 1999, 11:43-4

Kreuter, MW; Strecher, VJ; Harris, R; Kobrin, SC; Skinner, CS:

Are patients of women physicians screened more aggressively? A prospective study of physician gender and screening. J. Gen. Intern.Med.1995;10(3):119-25

Kreuter, MW; Scharff, DP; Brennan, LK; Lukwago, SN:

Physician recommendations for diet and physical activity: which patients get advised to change?

Prev Med. 1997; 26(6):825-33

Kristeller, JL; Hoerr, RA:

Physician Attitudes toward Managing Obesity: Differences among Six Specialty Groups

Prev Med 1997; 26(4):542-9

Kushner, RF:

Barriers to providing nutrition counseling by physicians: a survey of primary care practitioners.

Prev Med. 1995, 24 (6): 546-52

LaForge, RG; Velicer, WF; Richmond, RL; Owen, N:

Stage Distributions for Five Health Behaviors in the United States and Australia. Prev Med 1999, 28:61-74

LaForge, RG; Rossi, JS; Prochaska, JO; Velicer, WF; Levesque, DA; McHorney, CA:

Stage of regular exercise and health-related quality of life. Prev Med 1999, 28:349-360

Lam, W; Sze, PC; Sacks, HS; Chalmers, TC:

Metaanalysis of randomised controlled trials of nicotine chewing gum. *Lancet* 1987;2(8549):27-30

Lampe, A; Sollner, W; Krismer, M et al:

The impact of stressful life events on exacerbation of chronic low-back pain.

J Psychosom Res. 1998; 44(5): 555-63

Langnase, K; Mast, M; Müller, MJ: Social class differences in overweight of prepubertal children in northwest Germany. *Int J Obes Relat Metab Disorders* 2002;26(4):566-72

Lauterbach, K; Westenhöfer, J; Wirth, A; Hauner, H:

Adipositas Leitlinie – Evidenz-basierte Leitlinie zur Behandlung der Adipositas in Deutschland. Köln 1998

Lawlor, DA; Keen, S; Neal, RD:

Can general practitioners influence the nation's health through a population approach to provision of lifestyle advice? *B J Gen Pract* 2000;50:455-9

Leaf, DA; Neighbor, WE; Schaad, D; Scott, CS:

A comparison of self-report and chart audit in studying resident physician assessment of cardiac risk factors.

J Gen Intern Med. 1995, 10(4): 194-8

LeBlanc, KE; Scarinci, IC; LeBlanc, LL; Jones, GN:

Modifiable high-risk behaviors for cardiovascular disease among family physicians in the United States. A national Survey. *Arch Fam Med* 1997;6(3):246-50

Leesemann, S:

Berufsstreß und hohe Drogenakzeptanz. Sonderdruck Deutsches Ärzteblatt, 1995; 47; 3300-5

Leserman, J; Li, Z; Hu, YJ; Drossman, DA:

How multiple types of stressors impact on health. *Psychosom Med.* 1998; 60(2): 175-81

Lewis, BS; Lynch, WD:

The effect of physician advice on exercise behaviour. *Prev Med.*1993, 22(1):110-21

Lewis, CE; Clancy, C; Leake, B; Schwartz, JS:

The Counseling Practices of Internists. *Annals of Internal Medicine*, 1991; 114:54-58

Lewis, JM; Nace, EP; Barnhart, FD; Carson, DI; Howard, BL:

The lives of female physicians. *Tex Med*. 1994, 90 (3): 56-61

Lewis, SF; Piasecki, TM; Fiore, MC; Anderson, JE; Baker, TB:

Transdermal nicotine replacement for hospitalized patients: a randomized clinical trial.

Prev Med. 1998; 27(2): 296-303

Ley, S; Reith-Thiesemann, H:

Impfschutz bei Erwachsenen durchaus mangelhaft. *Der Hausarzt* 1999; 5:42-45

Lindemann, S; Laara, E; Hakko, H; Lonnqvist, J:

A systematic review on gender-specific suicide mortality in medical doctors. *Br J Psychiatry* 1996; 168:274-279

Linn, LS; Brook, RH; Clark, VA; Davies, AR; Fink, A; Koscoff, J:

Physician and patient satisfaction as factors related to the organization of internal medicine group practices.

Medical Care 1985, 23:1171

Little, P; Margetts, B:

Dietary and exercise assessment in general practice. *Fam Pract* 1996; 13(5):477-82

Locke, EA:

The nature and causes of job satisfaction. In: Dunette M.D., ed: *The handbook of Industrial and Organizational Psychology*. Chicago: Rand McNally; 1976:1297

Löllgen, H:

Sekundärprävention der koronaren herzerkrankung: Vorbeugung durch körperliche Bewegung.

Dtsch Ärzteblatt 1998; 95:A1531-38

Lopez-de-Munain, J; Torcal, J; Lopez, V; Garay, J:

Prevention in routine general practice: Activity patterns and potential promoting factors

Prev Med 2001;32:13-22

Luedemann, J; Schmincke, U; Berger, K; Piek, M; Willich, SN; Doring, A; John, U; Kessler, C:
Association between behaviour-dependent cardiovascular risk factors and asymptomatic carotid atherosclerosis in a general population. *Stroke* 2003;33(12):2929-35.

Lüschen, G:

Gesundheitsverhalten der Bevölkerung. *Deutsches Ärzteblatt* 1996; 93: 884-6

Mac Pherson & Bisset, A:

Not another questionnaire: Eliciting the views of general practitioners. *Fam Pract* 1995; 12:335-8

Maheux, B; Pineault, R; Lambert, J; Beland, F; Berthiaume, M:

Factors influencing physicians' preventive practices. *Am J Prev Med* 1989;5(4):201-6

Mamo, J; Galea, G:

Tobacco Habits, Attitudes and Beliefs among the Malteses Medical and Dental Profession.

Maltese Medical Journal 1991; 3(1): 37-51

marburger bund

marburger bund, *Ärztliche Nachrichten*, 1999, 12:16

Marcus, BH; Goldstein, MG; Jette, A et al:

Training physicians to conduct physical activity counseling. *Prev Med* 1997, 26(3):382-8

Mark, L; Nagy, E; Kondacs, A; Deli, L:

The change of attitude of Hungarian physicians towards the importance of risk factors of coronary heart disease over the period 1985-1996. *Public Health* 1998; 112(3): 197-201

Martinez, ME; Giovannucci, E:

Diet and the prevention of cancer. *Cancer Metastasis Rev* 1997;16(3-4):357-76

Martinez, ME; Giovannucci, E; Spiegelman, D; Hunter, DJ; Willett, WC; Colditz, GA:

Leisure-time physical activity, body size, and colon cancer in women. *J Natl. Cancer Inst.* 1997;89(13):948-55

Mäulen, B; Gottschaldt, M; Feuerlein, W; Bonitz, G:

Abhängigkeit bei Ärzten. *MMW* 1991; 133 (28/29): 446-449

Mäulen, B:

Gefährdete und gefährliche Ärzte. MMW 1993;135(39): 10-11

Mäulen, B:

Arzt: Beruf oder Martyrium? MMW 1998, 140(21):14-15

McIlvain, H; Susman, JL; Davis, C; Gilbert, C:

Physician counseling for smoking cessation: is the glass half empty? J Fam Pract. 1995, 40(2):148-52

McKenna, J; Naylor, PJ; McDowell, N:

Barriers to physical activity promotion by general practitioners and practice nurses

Br J Sports Med 1998;32(3):242-7

Mensink, GB; Loose, N; Oomen CM:

Physical activity and its association with other lifestyle factors. Eur J Epidemiol 1997;13(7):771-8

Möller, HJ; Laux, G; Deister, A:

Psychiatrie. Hippokrates Verlag Stuttgart 1993

Moorhead, RG:

Who do people talk to about healthy lifestyles? A South Australian survey. Fam Pract 1992;9:472-5

Müller, Hermann::

Ärzte leben länger als der Durchschnitt. ÄrzteZeitung 11.11.1999, Nr. 205 a1502

Murray, TS; Campbell, LM:

Finance, not learning needs makes general practitioners attend courses: a database survey.

BMJ 1997; 315:353

Nelson, DE; Giovino, GA; Emont, SL et al:

Trends in Cigarette Smoking Among US Physicians and Nurses. JAMA 1994;271(16):1273-5

Nordlund, LA; Carstensen, JM; Pershagen, G:

Cancer incidence in female smokers: a 26-year follow-up. Int J Cancer. 1997; 73(5): 625-8

Nyman, K:

The health of general practitioners. A pilot survey. *Aust Fam Physician* 1991;20(5):637-41; 644-5

Ockene IS; Hebert, JR; Ockene, JK et al.:

Effect of physician-delivered nutrition counseling training and an office-support program on saturated fat intake, weight, and serum lipid measurements in a hyperlipidemic population: Worcester Area Trial for Counseling in Hyperlipidemia (WATCH). *Arch Int Med* 1999; 159(7): 725-31

Ockene, JK; Kristeller, J; Goldberg, R et al.:

Increasing the efficacy of physician-delivered smoking interventions: a randomized clinical trial.

J Gen Intern Med. 1991, 6(1):1-8

Ockene, JK; Lindsay, EA; Hymowitz, N; Giffen, C; Purcell, T; Pomrehn, P; Pechacek, T:

Tobacco control activities of primary-care physicians in the Community Intervention Trial for Smoking Cessation. COMMIT Research Group. *Tob Control.* 1997; 6 Suppl 2: S49-56

Ockene, JK; Zapka, JG:

Physician-based smoking intervention: a rededication to a five-step strategy to smoking research.

Addict Behav. 1997; 22(6): 835-48

Ornish, D; Brown, SE; Scherwitz, LW et al.:

Can lifestyle changes reverse coronary heart disease? The Lifestyle Heart Trial. *Lancet* 1990;336:129-33

Ornish, D; Scherwitz, LW; Billings, JH et al.:

Intensive lifestyle changes for reversal of coronary heart disease. *JAMA* 1998; 280 (23): 2001-7

Osler, M:

The Food Intake of Smokers and Nonsmokers: The Role of Partner's Smoking Behavior.

Prev Med 1998; 27(3):438-43

Ott, A; Slooter, AJ; Hofman, A et al.:

Smoking and risk of dementia and Alzheimer's disease in a population-based cohort study:

the Rotterdam study. *Lancet* 1998;351(9119):1840-3

Padlina, O; Aubert, L; Gehring, TM; Martin-Diener, E; Somaini, B:

Stages of change for perceived stress in a Swiss population sample: an explorative study.

Soz Präventivmed. 2001;46(6):396-403

Paffenbarger, RS; Kamoert, JB; Lee, IM; Hype, RT; Leung, RW; Wing, AL:

Changes in physical activity and other lifestyle patterns influencing longevity.

Medicine and Science in Sports and Exercise 1994, 5:857-65

Parker, JC; Smarr, KL; Buckelew, SP et al.:

Effects of stress management on clinical outcomes in rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum 1995,38(12):1807-18

Peto, R; Lopez, AD; Boreham, J; Thun, M; Heath, C Jr; Doll, R:

Mortality from smoking worldwide. Br Med Bull 1996, 52(1):12-21.

Pfaff, H:

Stressbewältigung und soziale Unterstützung. Deutscher Studienverlag 1989

Prescott, E; Hippe, M; Schnohr, P; Hein, HO; Vestbo, J:

Smoking and risk of myocardial infarction in women and men: longitudinal population study.

BMJ 1998; 316(7137): 1043-7

Prescott, E; Osler, M; Hein, HO; Borch-Johnsen, K; Lange, P; Schnohr, P; Vestbo, J:

Gender and smoking-related risk of lung cancer. The Copenhagen Center for Prospective Population Studies.

Epidemiology. 1998; 9(1): 79-83

Preusker, UK:

Jeder zweite Assistenzarzt klagt über beruflichen Burnout. Ärzte Zeitung 8.2.1999; 23:S. 10

Prochaska, JO & Di Clemente, CC:

The transtheoretical approach: Crossing traditional borders of therapy.

Homewood, Illinois, Dow-Jones-Irwin, 1984

Prochaska, JO & Di Clemente, CC:

Stages of change in the modification of problem behaviours.

In Hersen, Eisler & Miller (Eds.): Progress in behaviour modification. Sycamore, IL. 1992

Prochaska, JO; Marcus, BH:

The transtheoretical model: Application to exercise.

In R.K.Dishman (Ed): Exercise Adherence II. Illinois: Human Kinetics Press.1991

Prosser, D; Johnson, S; Kuipers, E; Szmukler, G; Bebbington, P; Thornicroft, G:

Perceived sources of work stress and satisfaction among hospital and community mental health staff, and their relation to mental health, burnout and job satisfaction. J of Psychosomatic Research 1997; 43(1): 51-9

Raiha, I; Kempainen, H; Kaprio, J; Koskenvuo, M; Sourander, L:

Lifestyle, stress, and genes in peptic ulcer disease: a nationwide twin cohort study.

Arch Intern Med. 1998; 158(7): 698-704

Ramirez, AJ; Graham, J; Richards, MA; Cull, A; Gregory, WM:

Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work.

Lancet 1996, 347:724-28

Rechtsanwaltskammer Köln

Anschriftenverzeichnis der Rechtsanwaltskammer Köln, 4. Auflage Dr. Otto Schidt Verlag, Köln, 1998

Reed, GR; Velicer, WF; Prochaska, JO; Rossi, JS; Marcus, BH:

What makes a good staging algorithm: Examples from regular exercise. Am J of Health Prom 1997; 12:57-67

Reimer, C; Jurkat, H:

Pessimismus macht sich breit. Deutsches Ärzteblatt 1996, 93(16):1022-4

Reimer, C; Jurkat, H:

Frustr, Existenzangst und keine Perspektive. Der Allgemeinarzt 1997, 13:1224-8

Reimer, C; Jurkat, H:

Gesundheitsmuffel unter Ärzten sind meist Männer. ÄrzteZeitung 1998,220:1-3

Riboli, E:

Nutrition and cancer: Background and rationale of the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC) Annals of Oncology 1992, 3:783-91

Riboli, E; Norat, T:

Cancer prevention and diet: opportunities in Europe. *Public Health Nutr.* 2001, 4(2b):475-84

Riboli, E; Slimani, N; Kaaks, R:

Identifiability of food components for cancer chemoprevention. *IARC Sci. Publ.* 1996; 139:23-31

Riboli, E; Kaaks, R; Esteve, J:

Nutrition and laryngeal cancer. *Cancer Causes Control.* 1996; 7 (1): 147-56

Richmond, R; Mendelsohn, C; Kehoe, L:

Family physicians' utilization of a brief smoking cessation program following reinforcement contact after training: a randomized trial. *Prev Med.* 1998; 27(1): 77-83

Ringelstein, EB; Henningsen, H:

Primärprävention des Schlaganfalls. *Dt Ärzteblatt* 2001; 98:A323-8

Robert Koch-Institut (RKI):

Teil 2: Virushepatitiden. *Epidemiologisches Bulletin* 1999;17:119-24

Robert Koch-Institut (RKI):

Zum Impfstatus im jüngeren Erwachsenenalter. *Epidemiologisches Bulletin* 1998;40:281-4

Robert Koch-Institut (RKI):

HBV- und HCV-Antikörperprävalenz bei Berliner Zahnärzten und ihren Mitarbeitern.

Epidemiologisches Bulletin 1998;24:171-4

Robert Koch-Institut (RKI):

Impfpräventable Krankheiten. *Epidemiologisches Bulletin* 1999;19:139-43

Robra, BP:

Was ist ein Risikofaktor? *Wissenschaftl. Institut der Ortskrankenkassen (Hg): Gesundheitspolitisch relevante Herz-Kreislaufkrankungen. WIDO-Materialien, Bd. 7. Bonn 1978, S.77-96*

Rosal, MC; Ockene, JK; Hurley, TG; Kalan, K; Hebert, JR:

Effectiveness of nicotine-containing gum in the Physician-Delivered Smoking Intervention Study.

Prev Med. 1998; 27(2): 262-7

Rose GA:

British perspective on the U.S. Preventive Services Task Force guidelines.

J Gen Intern Med 1990,5 (5 Suppl): S128-32

Rose, GA:

The Strategy of Preventive Medicine, New York, Oxford University Press, 1992

Roter, DL; Russell, NK:

Validity of physician self-report in tracking patient education objectives. Health Educ Q.1994, 21(1):27-38

Rottenfußer, R:

Glücklichere Hausärzte? Der Allgemeinarzt 1999; 4:311-15

Rottenfußer, R:

Viele Kassenärzte fühlen sich ausgebrannt. Dt Ärztebl 1999; 96:A610-13

Royals, G; Chitwood, LF; Davis, LA; Cole, J:

Healthy People 2000 Goal 1.12: primary care physicians and exercise counseling.

J Miss State Med Assoc 1996;37(6):605-8

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen:

Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. Gutachten 2000/2001; <http://www.svr-gesundheit.de/gutacht/gutalt/gutaltle.htm>

Scharfenstein, A; Basler, HD:

Psychologische Modelle zur Erklärung präventiven Verhaltens. psychomed, 1991; 3: 17-21

Schattner PL & Coman GJ:

The stress of metropolitan general practice MJA 1998;169:133-37

Schauffler, HH; Rodriguez, T:

Availability and Utilization of Health Promotion Programs and Satisfaction with Health Plan.

Medical Care 1994;32(12):1182-96

Schifferdecker, M; Schmidt, R; Loevenich, A; Krahl, A:

Suchtverhalten bei Ärzten. Z ärztl Fortbild 1996;90:295-300

Schlicht, W:

Sport und Primärprävention. 1994, Göttingen: Hogrefe

Schmid, S; Keller, S; Jäkle, C; Baum, E; Basler, HD:

Kognition und Motivation zu sportlicher Aktivität – eine Längsschnittstudie zum Transtheoretischen Modell.

Zeitschrift für gesundheitspsychologie, 1999;7 (1):21-26

Schmidt, A:

Gesundheitsverhalten von Hausärztinnen und Hausärzten. Eine empirische Untersuchung.

Inaugural – Dissertation, Marburg, 2000

Schulz, R; Schulz, C:

Management Practices, Physician Autonomy, and Satisfaction. Medical Care, 1988;26(8):750-61

Schwartz, FW:

Prävention in der Praxis. Aufgaben einer ärztlichen Gesundheitsberatung. MMW 1985;127:445-47

Senore, C; Battista, RN; Ponti, A; Segnan, N; Shapiro, SH; Rosso, S; Aimar, D:

Comparing participants and nonparticipants in a smoking cessation trial: selection factors associated with general practitioner recruitment activity. J Clin Epidemiol. 1999; 52 (1): 83-9

Shepard, RJ; Shek, PN:

Exercise, Immunity, and Susceptibility to Infection. Phys Spor Med 1999;27(6): 47-66

Sherman, SE; Hershman, WY:

Exercise counseling: how do general internists do? J Gen Intern Med. 1993, 8(5):243-8

Shosteck, H; Fairweather ,WR:

Physician response rates to mail and personal interview surveys. *Public Opin Q* 1979;43(2):206-17

Sibbald, B; Addington-Hall, J; Brenneman, D; Obe, PF:

The role of counsellors in general practice. A qualitative study. *Occas Pap R Coll Gen Pract* 1996, (74):1-19

Silagy, C; Muir, J; Coulter, A; Thorogood, M; Yudkin, P; Roe, L:

Lifestyle advice in general practice: rates recalled by patients. *BMJ* 1992;305(6858):871-4

Simkin-Silverman, LR; Wing, RR:

Management of obesity in primary care. *Obes Res.* 1997; 5(6): 603-12

Sims, J:

The evaluation of stress management strategies in general practice: an evidence-led approach.

Br J Gen Pract. 1997; 47(422): 577-82

Slama,K; Karsenty, S; Hirsch, A:

Do French general practitioners change their practices and smoking behavior after participation in a smoking cessation trial with their patients? *Eur J Gen Pract* 1996; 12(2):58-61

Stepoe, A:

The significance of personal control in health and disease.

In: *Stress, control and personal health*; Ed: Stepoe, A., Appels, A. Brussels 1989 John Wiley & Sons Ltd.

Stepoe, A; Doherty, S; Kendrick, T; Rink, E; Hilton, S:

Attitudes to cardiovascular health promotion among GPs and practice nurses.

Fam Pract 1999;16(2):158-63

Stevens, J; Jianwen C; Pamuk, ER; Williamson, DF; Thun, MJ; Wood, JL:

The effect of age on the association between Body-Mass Index and Mortality *N Engl J Med* 1998, 338(1):1-7

Stewart, AL; Hays, RD; Wells, KB; Rogers, WH; Spritzer, KL; Greenfield, S:

Long-term functioning and well-being outcomes associated with physical activity and exercise in patients with chronic conditions in the Medical Outcomes Study. *J Clin Epidemiol.* 1994; 47(7): 719-30

Stoudemire, A; Rhoads, JM:

When the Doctor Needs a Doctor: Special Considerations for the Physician-Patient

Annals of Internal Medicine 1983, 98(1): 654-59

Strecher, VJ; Kreuter, MW; Kobrin, SC:

Do cigarette smokers have unrealistic perceptions of their heart attack, cancer, and stroke risks?

J of Behav Med. 1995;18(1): 45-54

Stunkard, AJ & Wadden, TA (ed):

Obesity: theory and therapy, Second edition. New York, Raven Press 1993

Sutherland, VJ; Cooper, CL:

Job stress, satisfaction, and mental health among general practitioners before and after introduction of the new contract BMJ 1992, 304:1545-48

Sutherland, VJ; Cooper, CL:

Identifying distress among General Practitioners: Predictors of psychological ill-health and job dissatisfaction.

Soc Sci Med. 1993;37(5): 575-81

Swann, P; James, JY; Rhodes, J:

Stress management for irritable bowel syndrome: a controlled trial. Digestion 1991;50(1):36-42

Swinburn, BA; Walter, LG; Arroll, B; Tilyard, MW; Russell, DG:

The green prescription study: a randomized controlled trial of written exercise advice provided by general practitioners. Am J Public Health. 1998; 88(2): 288-91

Taira, DA; Safran, DG; Seto, TB; Rogers, WH; Tarlov, AR:

The relationship between patient income and physician discussion of health risk behaviours.

JAMA 1997, 278 (17):1412-7

Thompson, SC; Schwankovsky, L; Pitts, J:

Counselling patients to make lifestyle changes: the role of physician self-efficacy, training and beliefs about causes. Fam Pract 1993;10(1):70-5

Titze, S; Marti, B:

Individually adapted counseling about physical activity in medical practice Orthopade 1997; 26(11): 935-41

Toobert, DJ; Glasgow, RE; Nettekoven, LA; Brown, JE:

Behavioral and psychosocial effects of intensive lifestyle management for women with coronary heart disease. Patient Education and Counseling 1998, 35: 177-88

Trippo; U:

Körperbau, Körperzusammensetzung und Ernährungsgewohnheiten bei Erwachsenen in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht. Dissertation Universität Potsdam, 2000

Turner, J & Raphael, B:

Stress management and counselling in primary care. Med J Aust 1997;167(10): 547-51

U.S.Public Health Service:

Healthy People 2000: National health promotion and disease prevention objectives.

Washington, D.C. 1990: U.S. Public Health Service, U.S. Dep. of Health and Human Services publication 91-50212

Uhlig, T:

Theorien zur Wirkung körperlicher Aktivitäten auf salutogene und pathogene Prozesse. In: Gesundheitssport und Public Health. Hrsg: Schulke, H.J; v.Troschke, J; Hoffmann, A. Freiburg, 1997

Uitenbroek, DG; McQueen, DV:

Leisure time physical activity behavior in three British cities. Soz Praventivmed 1991;36(6):307-14

U.S. Department of Health and Human Services:

The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General. 2004
www.cdc.gov/tobacco/sgr/sgr_2004/Factsheets

van de Laar, MA; Nieuwenhuis, JM; Former-Boon, M; Hulsing, J; van der Korst, JK:

Nutritional habits of patients suffering from seropositive rheumatoid arthritis: a screening of 93 Dutch patients. Clin Rheumatol. 1990, 9(4): 483-8

van Reek, J; Adriaanse, H:

Smoking by physicians in Scandinavia: 1952-1989. *Scand J Soc Med* 1991;19(4):256-9

van Zanten, Y:

Gesundheitsförderung im Krankenhaus: Nachfrage und Bedarf, eine empirische Untersuchung.

Inaugural-Dissertation, Marburg. 1997

Velicer, WF; Prochaska, JO; Fava, JL; Norman, GJ; Redding, CA:

Smoking cessation and stress management: applications of the transtheoretical model of behavior change.

Homeostasis, 1998;5-6:216-33

Velicer WF; Prochaska JO:

An expert system intervention for smoking cessation. *Patient Educ Couns* 1999 Feb;36(2):119-29

Virshup, B; Coombs, RH; Kohatsu, W:

The primary prevention of addiction in the physician. *J Prim Prev.* 1993, 14(1):29-49

Voigt, D:

Gesundheitsverhalten: zur Soziologie gesundheitsbezogenen Verhaltens.

Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz: Kohlhammer, 1978

Vorstand der Ärztekammer Hamburg:

Informationsschrift der Ärztekammer Hamburg, 6/1992

Voss, S; Kroke, A; Klipstein-Grobusch, K; Boeing, H:

Obesity as a major determinant of underreporting in a self-administered food frequency questionnaire: results from the EPIC- Potsdam Study. *Z Ernährungswissenschaften.* 1997, 36(3):229-36

Voss, S; Kroke, A; Klipstein-Grobusch, K; Boeing, H:

Is macronutrient composition of dietary intake data affected by underreporting? Results from the EPIC-Potsdam Study. *European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition.* *Eur J Clin Nutr* 1998;52(2):119-26

Wells, KB; Lewis, CE; Leake, B; Ware, JE:

Do Physicians preach what they practice? *JAMA* 1984; 252(20): 2846-48

Wells, KB; Ware, JE; Lewis, CE:

Physicians' Practices in Counseling Patients about Health Habits. *Medical Care* 1984; 22(3): 240-46

Wensing, M; Weijden, T.v.d.; Grol, R:

Implementing guidelines and innovations in general practice: which interventions are effective?

Br J Gen Pract. 1998; 48(427): 991-7

WHO

Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21. Nov. 1986 www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf

WHO (Regional Office for Europe)

The physician's role: three modules on tobacco for national medical associations (text by Martin Raw); Copenhagen; WHO 1988

WHO

Factsheet, WHO Western Pacific Region Public Information Unit, 2002; www.wpro.who.int/public/press

Wiesemann, A:

Nutritional counseling in German general practices: a holistic approach.

Am J Clin Nutr 1997, 65(6):1957S-62S

Wiesemann, A; Metz, J; Nuessel, E; Scheidt, R; Scheuermann, W:

Four years of practice-based and exercise-supported behavioural medicine in one community of the German CINDI area. Countrywide Integrated Non-Communicable Diseases Intervention.

Int J Sports Med. 1997, 18(4): 308-15

Will, PM; Demko, TM; George, DL:

Prescribing exercise for health: a simple framework for primary care. *Am Fam Physician.* 1996, 53(2):579-85

Willett, WC:

Diet, nutrition and avoidable cancer. *Environm Health Persp* 1995, 103:Suppl8:165-70

Williford, HN; Barfield, BR; Lazenby, RB; Olson, MS:

A survey of physicians' attitudes and practices related to exercise promotion. *Prev Med* 1992;21(5):630-6

Wilson, D; Taylor, A; Roberts, L:

Can we target smoking groups more effectively? A study of male and female heavy smokers

Prev Med 1995;24:363-8

Wyshak, G; Lamb, GA; Lawrence, RS; Curran, WJ:

A profile of the health-promoting behaviours of physicians and lawyers. N Engl J Med 1980; 303(2):104-7

Young, G & Spencer, J:

General practitioners' views about the need for a stress support service. Fam Pract 1996;13(6):517-21

Yusuf, HR; Giles, WH; Croft, JB; Anda, RF; Casper, ML:

Impact of multiple risk factor profiles on determining cardiovascular disease risk. Prev Med. 1998; 27(1): 1-9

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der BRD (ZI):

Monitoring der Gesundheitsuntersuchung gemäß §25 SGB V. Deutscher Ärzte-Verlag Köln, 1995

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der BRD (ZI):

Teilnahme an der Gesundheitsuntersuchung nach Geschlecht im Jahr 2001 –BRD-

www.zi-koeln.de/themen/praev/altenhofen-2/down/GU_Bet_2001.pdf , Köln 2001

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der BRD (ZI):

Teilnahme an Untersuchungen zur Früherkennung von Krebs im Jahr 2001

www.zi-koeln.de/themen/praev/altenhofen-2/down/KFU_Bet_2001.pdf , Köln 2001

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der BRD (ZI):

Die 50 häufigsten ICD-10-Schlüsselnummern nach Fachgruppen.

[www.zi-koeln.de/themen/gesund/koch/down/ICD-10-2002%20\(50\).pdf](http://www.zi-koeln.de/themen/gesund/koch/down/ICD-10-2002%20(50).pdf); Köln 2003

Meine akademischen Lehrerinnen und Lehrer waren:

In Marburg:

Arnold, Austermann, Aumüller, Basler, Baum, Beato, Berger, Berressem, Bertalanffy, Christiansen, Czubayko, Daut, Dibbets, Engelhart-Cabillic, Engel, Eschenbach, Feuse, Ganz, Geus, Göke, Gotzen, Gressner, Griss, Grzeschik, Habermehl, Happle, Hasilik, Hebebrandt, Hesse, Hofmann, Jungclas, Kälble, Kern, Klenk, Klose, Koolman, Kraus, Krause, Kretschmer, Krieg, Kroll, Kummer, Kuni, Lang, Lennartz, Lorenz, Löw, Maisch, Mannherz, Moll, Moosdorf, Mueller, Neubauer, Oertel, Pinz, Pohlen, Prinz, Radsak, Rehder, Remschmidt, Richter, Risse, Rothmund, Schachtschabel, Schäfer, Schmidt, Schulz, Schüffel, Seifart, Seitz, Seyberth, Steiniger, Stinner, Stempel, Sturm, Thomas, Vogt, Vohland, Werner, von Wichert

In Göttingen bzw Bremen:

Baca, Huppertz, Porschen

Danksagung

Für die Hilfe und Unterstützung zur Fertigstellung dieser Dissertation möchte ich mich ganz herzlich bei folgenden Menschen bedanken:

Frau Prof. Baum und Herrn Prof. Dr. Donner – Banzhoff von der Abteilung für Allgemeinmedizin Marburg für die freundlichen Hilfestellungen vor Durchführung der Befragung sowie die prompte und konstruktive Kritik während des Schreibens. Dr. Stefan Keller vom Institut für medizinische Psychologie Marburg für lokale wie auch transatlantische Antworten zu allen Schwierigkeiten mit Lebensmittellisten und dem TTM.

Dr. Günther Heller vom Institut für medizinische Soziologie Marburg sowie Dr. Andreas Ziegler vom Institut für Biomathematik Marburg danke ich für hilfreiche Hinweise zur Veränderung des Fragebogens sowie zur Hilfe bei der Fallzahlberechnung.

Almut Noack (geb. Schmidt) danke ich dafür, meine Begeisterung für dieses Thema geweckt zu haben, diverse Entwurfsstadien ausführlich, kritisch und konstruktiv kritisiert zu haben und als Ansprechpartnerin jederzeit und auf allen Kommunikationswegen zur Verfügung gestanden zu haben.

Tanja Losch und Nikola Fenner danke ich für gewissenhaftes Überarbeiten erster Entwurfsstadien. Frauke Banse und Nils Onken danke ich für last-minute Hilfe bei Computerproblemen; allen vieren sowie meinen MitbewohnerInnen und FreundInnen aus Marburg und in Bremen während all der Jahre für FreundInnenschaft und liebevolles Da – Sein. Danke!

Meinen Eltern danke ich für die jahrelange finanzielle und moralische Unterstützung.

Zunächst einige allgemeine Fragen zu Ihrer Gesundheit. Bitte kreuzen Sie jeweils die zutreffenden Antworten an.

1. Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben?

sehr gut

①

~~②~~

③

④

⑤

⑥

⑦

sehr schlecht

2. Im Folgenden finden Sie Aussagen zum Ihrem Wohlbefinden. Bitte lesen Sie jede Aussage durch und geben Sie an, wie Sie sich in den letzten 14 Tagen meistens gefühlt haben.

Kreuzen Sie dazu auf der 7-stufigen Skala jeweils die Zahl an, die am ehesten auf Sie zutrifft: Die Skalenwerte bedeuten: ① = trifft überhaupt nicht zu, ② = trifft ein wenig zu usw. bis ⑥ = trifft überwiegend zu, ⑦ = trifft völlig zu. Nutzen Sie bitte die ganze Breite der Skala aus, und bearbeiten Sie bitte alle Aussagen.

Für die letzten 14 Tage trifft auf mich zu.....

	trifft überhaupt nicht zu					trifft völlig zu	
1. „Ich habe meine täglichen Anforderungen im Griff gehabt.“	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
2. „Ich bin innerlich erfüllt gewesen.“	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
3. „Ich habe mich behaglich gefühlt.“	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
4. „Ich habe mein Leben genießen können.“	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
5. „Ich bin mit meiner Arbeitsleistung zufrieden gewesen.“	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
6. „Ich war mit meinem körperlichen Zustand einverstanden.“	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
7. „Ich habe mich richtig freuen können.“	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦

3. Wie hoch schätzen Sie Ihr Risiko ein, irgendwann in Ihrem Leben einmal einen Herzinfarkt oder Schlaganfall zu bekommen?

sehr gering

①

②

~~③~~

④

⑤

⑥

⑦

sehr hoch

4. Wenn Sie sich mit anderen Personen Ihres Alters und Ihres Geschlechtes vergleichen, dann ist Ihr Risiko, einmal einen Herzinfarkt oder Schlaganfall zu bekommen...

viel geringer

①

②

~~③~~

④

⑤

⑥

⑦

viel höher

In diesem Abschnitt geht es um Ihre Ernährung.

5. Bitte kreuzen Sie an, wie häufig Sie die aufgelisteten Lebensmittel essen bzw. trinken.

	seltener oder nie	1-2mal pro Woche	3-4mal pro Woche	1 mal am Tag	mehr- mals am Tag	
1. Vollkornbrot, Vollkornbrötchen	①	②	③	④	⑤	5
2. <u>fettarme</u> Milchprodukte (z.B. Buttermilch, Naturjoghurt, fettarmer Käse)	①	②	③	④	⑤	45
3. Bratwurst, Brühwurst	①	②	③	④	⑤	1
4. Gemüse, gekocht	①	②	③	④	⑤	4
5. Rohkost, frische Salate	①	②	③	④	⑤	4
6. Kräuter, frisch oder gefroren	①	②	③	④	⑤	4
7. frisches Obst	①	②	③	④	⑤	5
8. Kartoffeln, <u>fettreich zubereitet</u> (z.B. Pommes frites, Bratkartoffeln)	①	②	③	④	⑤	1
9. Getreide, Getreideprodukte, Müsli, Vollkornreis, -nudeln	①	②	③	④	⑤	45
10. „Fast food“ (Pizza, Hamburger, Currywurst usw.)	①	②	③	④	⑤	1
11. Süßigkeiten, Schokolade, Pralinen	①	②	③	④	⑤	12
12. Fruchtsaft, mit Wasser <u>verdünnt</u>	①	②	③	④	⑤	45
13. Limonadengenetränke (z.B. Fanta, Cola)	①	②	③	④	⑤	1
14. Bier, Wein	①	②	③	④	⑤	12
15. Kräutertee, Früchtetee	①	②	③	④	⑤	45
16. Mineralwasser	①	②	③	④	⑤	5

Nach den Empfehlungen von Ernährungswissenschaftlern ist eine gesunde Ernährung möglichst abwechslungsreich. Dies bedeutet, daß Sie auch häufig Lebensmittel wie Obst, Gemüse, Getreideprodukte, Milchprodukte usw. essen sollten. Darüber hinaus sollte eine gesunde Ernährung möglichst wenig fetthaltige Lebensmittel enthalten (d.h., sehr wenig fette Wurst oder fettes Fleisch, sehr wenig Kartoffelchips, sehr wenig Schokolade usw.).

6. Ernähren Sie sich die meiste Zeit möglichst gesund, d.h. abwechslungsreich und fettarm?

- ① Nein, und ich habe nicht vor, in den nächsten 6 Monaten damit zu beginnen.
- ② Nein, aber ich habe vor, in den nächsten 6 Monaten damit zu beginnen.
- ③ Nein, aber ich habe vor, in den nächsten 30 Tagen damit zu beginnen.
- ④ Ja, aber erst seit weniger als 6 Monaten.
- ⑤ Ja, seit mehr als 6 Monaten.

7. Angenommen, Sie erfahren von Ihrer Ärztin, Ihrem Arzt oder einer Ernährungsfachkraft, daß Ihre Ernährung nicht gut zusammengesetzt ist.

Haben Sie dann die Absicht, sich (noch) gesünder als bisher zu ernähren, d.h. abwechslungsreicher und fettärmer?

- ① Nein, und ich habe nicht vor, in den nächsten 6 Monaten damit zu beginnen.
- ② Ja, ich habe vor, in den nächsten 6 Monaten damit zu beginnen.
- ③ Ja, ich habe vor, in den nächsten 30 Tagen damit zu beginnen.

8. Haben Sie innerhalb der letzten sechs Monate bereits einmal bewußt versucht, sich gesünder zu ernähren? (z.B. auf bestimmte Lebensmittel verzichtet, besonders abwechslungsreich gegessen usw.)

ja nein ②

9. Wie zufrieden sind sie insgesamt mit Ihrem Körpergewicht?

Überhaupt nicht ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ sehr

10. Versuchen Sie ganz gezielt, an Gewicht abzunehmen?

- ① Nein, und ich habe nicht vor, in den nächsten 6 Monaten damit zu beginnen.
- ② Ja, ich habe vor, in den nächsten 6 Monaten damit zu beginnen.
- ③ Ja, ich habe vor, in den nächsten 30 Tagen damit zu beginnen.
- ④ Ja, aber erst seit weniger als 6 Monaten.
- ⑤ Ja, seit mehr als 6 Monaten.

11. Wie häufig haben Sie innerhalb der letzten 6 Monate versucht, Ihr Körpergewicht zu verringern ? (z.B. durch Diät, mehr Bewegung o.ä.)

① ② ③ ④ ⑤ ⑥
0 mal 1-2 mal 3 - 4 mal 5 - 6 mal 7 mal ich halte so gut
oder öfter wie immer Diät

Im folgenden nun einige Fragen zum Bereich körperliche Aktivität:

12. Bitte geben Sie zunächst an, wie häufig Sie normalerweise die folgenden Aktivitäten *so intensiv* ausüben, daß Ihnen *dabei warm wird oder Sie ins Schwitzen geraten*. Anschließend tragen Sie bitte ein, wieviel Zeit Sie ungefähr jeweils auf eine solche Aktivität verwenden.

	selten oder nie	1-3mal pro Monat	1-2mal pro Woche	mindestens 3mal pro Woche	Dauer der Aktivität pro Ausführung jeweils ca:
Ausdauersport (Schwimmen, Joggen, Radfahren, Heimtrainer usw.)	①	②	③	④	<u>30</u> Minuten
Gymnastik, Turnen, Aerobics, Tanzen	①	②	③	④	_____ Minuten
Spiel-Sport (Fußball, Volleyball, Tennis, Handball usw.)	①	②	③	④	_____ Minuten
Sonstige körperliche Aktivität (z.B. zügiges Gehen, Haus- oder Gartenarbeit)	①	②	③	④	<u>90</u> Minuten

(bitte eintragen)

Als mittlere körperliche Aktivität bezeichnet man Tätigkeiten wie z.B. zügiges Spaziergehen, aber auch Gartenarbeit oder Hausarbeit, die mit viel Bewegung verbunden sind. Regelmäßig ist diese Aktivität, wenn sie insgesamt mindestens 30 Minuten pro Tag dauert und an mindestens 5 Tagen pro Woche ausgeübt wird. Es reicht also z.B. aus, wenn Sie an einem Tag 20 Minuten zügig spaziergehen und zusätzlich 10 Minuten die Fenster putzen.

13. Üben Sie zur Zeit eine mäßige körperliche Aktivität regelmäßig aus, d.h., insgesamt mindestens 30 Minuten pro Tag und an mindestens 5 Tagen pro Woche?

- ① Nein, und ich habe nicht vor, in den nächsten 6 Monaten damit zu beginnen.
- ② Nein, aber ich habe vor, in den nächsten 6 Monaten damit zu beginnen.
- ③ Nein, aber ich habe vor, in den nächsten 30 Tagen damit zu beginnen.
- ④ Ja, aber erst seit weniger als 6 Monaten.
- ⑤ Ja, seit mehr als 6 Monaten.
- ⑥ Ist mir wegen einer Körperbehinderung nicht möglich.

Als intensive sportliche Aktivität bezeichnet man Tätigkeiten wie Joggen, Aerobic, Schwimmen oder zügiges Radfahren, also eine Aktivität, bei der Sie normalerweise ins Schwitzen geraten. Von regelmäßiger sportlicher Aktivität spricht man, wenn diese Aktivität jeweils mindestens 20 Minuten dauert und mindestens an drei Tagen pro Woche ausgeübt wird.

14. Üben Sie zur Zeit eine intensive sportliche Aktivität regelmäßig aus, d.h., für jeweils mindestens 20 Minuten an mindestens 3 Tagen pro Woche?

- ① Nein, und ich habe nicht vor, in den nächsten 6 Monaten damit zu beginnen.
- ② Nein, aber ich habe vor, in den nächsten 6 Monaten damit zu beginnen.
- ③ Nein, aber ich habe vor, in den nächsten 30 Tagen damit zu beginnen.
- ④ Ja, aber erst seit weniger als 6 Monaten.
- ⑤ Ja, seit mehr als 6 Monaten.
- ⑥ Ist mir wegen einer Körperbehinderung nicht möglich

15. Haben Sie innerhalb der letzten sechs Monate etwas unternommen, um körperlich aktiver zu werden? (z.B. ein Sportgerät gekauft, sich nach einem Verein erkundigt, mehr zu Fuß gegangen usw.)

ja ①

nein

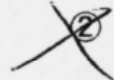


Im folgenden Abschnitt geht es um Ihre Erfahrungen mit dem Rauchen.

16. Haben Sie jemals Zigaretten geraucht ?

ja ①

nein



Falls nein, machen Sie bitte weiter mit Frage Nr.22, Abschnitt Überforderung und Streß; ansonsten hier weiter

17. Rauchen Sie zur Zeit Zigaretten?

- ① Ja, und ich habe nicht vor, damit aufzuhören.
- ② Ja, aber ich habe vor, in den nächsten sechs Monaten damit aufzuhören.
- ③ Ja, aber ich habe vor, in den nächsten 30 Tagen damit aufzuhören.
- ④ Nein, seit weniger als sechs Monaten nicht mehr.
- ⑤ Nein, seit mehr als sechs Monaten nicht mehr.

18. Wie häufig haben Sie in den vergangenen sechs Monaten bewußt versucht, für mindestens 24 Stunden nicht zu rauchen?

①

②

③

④

⑤

0 mal

1-2 mal

3-4 mal

5 - 6 mal

7 mal
oder öfter

19. Rauchen Sie gegenwärtig Pfeifen, Zigarren oder andere Tabakprodukte (andere als Zigaretten) ?

ja ① nein ②

20. Wieviele Zigaretten haben Sie während eines typischen Tages in den letzten 7 Tagen geraucht ?

Anzahl: _____ Zigaretten

21. Wieviele rauchende Personen leben (außer Ihnen) bei Ihnen im Haushalt?

Anzahl: _____ Personen

Im folgenden Abschnitt geht es um den Bereich Überforderung und Streß.

22. Überforderung zeigt sich häufig in Streßreaktionen, die im folgenden aufgeführt sind. Bitte denken Sie bei den folgenden Aussagen nicht lange nach, sondern kreuzen Sie an, was Ihnen unmittelbar in den Sinn kommt.

	trifft zu	trifft nicht zu
1. Ich bin oft nervös, weil zu viel auf mich einströmt.	①	②
2. Die alltäglichen Belastungen sind so groß, daß ich davon oft müde und erschöpft bin.	①	②
3. Ich hätte gern mehr Zeit für mich ohne so viele Verpflichtungen.	①	②
4. Auch am Wochenende bin ich stark eingespannt.	①	②
5. Ich bin häufiger abgespannt, matt und erschöpft.	①	②
6. Nur selten kann ich richtig abschalten.	①	②
7. Vor lauter Aufgaben und Zeitdruck bin ich manchmal ganz durcheinander.	①	②
8. Ich denke manchmal, daß ich mich mehr schonen sollte.	①	②
9. Ich arbeite oft unter Zeitdruck.	①	②
10. Die Anforderungen, die an mich gestellt werden, sind oft zu hoch.	①	②
11. Ich denke manchmal, daß ich zu viel arbeite.	①	②
12. Ich habe häufig das Gefühl, im Streß zu sein.	①	②

23. Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Belastungen und Ihren Umgang mit Streß. Gab es innerhalb des *letzten Jahres* eine Zeit, in der Sie sich in den folgenden Bereichen Ihres Alltags *überfordert gefühlt haben* oder sich *noch immer überfordert fühlen*.

„Ich fühle mich überfordert durch...“

	trifft zu	trifft nicht zu
1. zu viele soziale Verpflichtungen (z.B. in Vereinen, Organisationen)	①	②
2. zu viele familiäre Verpflichtungen (z.B. im Haushalt, Pflege von Angehörigen)	①	②
3. Gesundheitliche Probleme	①	②
4. Ehe- oder Partnerschaftskonflikte	①	②
5. Probleme mit den Kindern	①	②
6. Finanzielle Schwierigkeiten	①	②
7. Hohe Verantwortung am Arbeitsplatz	①	②
8. Langweilige oder uninteressante Arbeitsaufgaben	①	②
9. Störungen bei der täglichen Arbeit (z.B. Unterbrechungen oder schlechte Planung)	①	②
10. Wechselnde oder unklare Anforderungen am Arbeitsplatz	①	②
11. Spannungen mit Kollegen oder Vorgesetzten am Arbeitsplatz	①	②
12. (Angst vor) Arbeitslosigkeit	①	②
13. Unstimmigkeiten in der Verwandtschaft	①	②
14. Häufig wiederkehrende Auseinandersetzungen mit anderen Personen	①	②
15. meine Wohnsituation	①	②
16. Sonstiges (Hier können Sie weitere Belastungen nennen)		
_____	①	②
_____	①	②

24. Unternehmen Sie gezielt etwas gegen das Gefühl von Überforderung im Alltag?
(z.B. Durchführen von Entspannungsübungen, Sport treiben oder sich ablenken)

- ① Nein, und ich habe nicht vor, in den nächsten 6 Monaten damit zu beginnen.
② Nein, aber ich habe vor, in den nächsten 6 Monaten damit zu beginnen.
③ Nein, aber ich habe vor, in den nächsten 30 Tagen damit zu beginnen.
④ Ja, aber erst seit weniger als 6 Monaten.
~~⑤~~ Ja, seit mehr als 6 Monaten.

25. Angenommen, Sie erfahren von Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt, daß sich bei Ihnen Anzeichen von Überforderung oder Streß aufzeigen lassen.

Haben Sie dann die Absicht, gezielt etwas gegen das Gefühl von Überforderung im Alltag zu unternehmen?

- ① Nein, und ich habe nicht vor, in den nächsten 6 Monaten damit zu beginnen.
② Ja, ich habe vor, in den nächsten 6 Monaten damit zu beginnen.
~~③~~ Ja, ich habe vor, in den nächsten 30 Tagen damit zu beginnen.

26. Haben Sie im Laufe der letzten sechs Monate einmal gezielt etwas unternommen, um das Gefühl von Überforderung zu verringern (z.B. Durchführen von Entspannungsübungen, Sport treiben oder sich ablenken)?

Ja ~~①~~ Nein ②

Zum Abschluß noch einige Fragen zu Ihrer Person:

1. Wie alt sind Sie?

56 Jahre

2. Ihr Geschlecht?

weiblich ~~①~~

männlich ②

3. Wie groß sind sie?

170 cm

4. Wieviel Kilogramm wiegen Sie ohne Bekleidung?

65 kg

5. Ihr Familienstand?

Ledig

① verheiratet

~~②~~

geschieden

③

verwitwet

④

a). Falls Sie nicht verheiratet sind,
leben Sie in fester Partnerschaft?

ja ①

nein ②

6. Wieviele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt, Sie selbst mit eingeschlossen?

2 Personen

Wieviele dieser Personen sind unter 18 Jahre?

0 Personen

7. Sind Sie Vertragsarzt?

ja nein ②

a) Falls ja, welche Fachrichtung?

Allgemeinarzt ①

Internist ②

Praktischer Arzt

Sonstiges _____

8. Sind Sie zur Zeit

zur Weiterbildung in einer Allgemeinarztpraxis ①

als Facharzt in eigener Praxis ②

anderweitig tätig: _____ ③

9. Falls Sie in einer Praxis arbeiten, arbeiten Sie

in einer Einzelpraxis

in einer Gemeinschaftspraxis ②

in einer Praxisgemeinschaft ③

10. Wieviele Stunden arbeiten Sie an einem durchschnittlichen Arbeitstag?

10 Stunden

Wieviele Wochen Urlaub (keine Fortbildungen) nehmen Sie im Jahr?

5 Wochen

11. Wann waren Sie zuletzt bei einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung?

Vor 3/4 Jahren ①

Noch nie ②

12. Wann haben Sie zuletzt eine Gesundheitsuntersuchung (Check up 35) durchführen lassen?

Vor _____ Jahren ①

Noch nie

13. Haben Sie (abgesehen von Vorsorgeuntersuchungen) innerhalb der letzten 2 Jahre einen anderen Arzt konsultiert? ja ① nein ②

14. Sind Sie geimpft gegen a) Tetanus ja nein ②
Falls ja, wann war die letzte Auffrischung / Titerkontrolle?
Vor 5 Jahren

b) Hepatitis B ja nein ②
Falls ja, wann war die letzte Titerkontrolle?
Vor 1 Jahren

15. Wenn Sie sich vergleichen mit Kollegen aus Ihrer Fachgruppe, ist Ihr Nettoeinkommen
weit unterdurchschnittlich ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ weit überdurchschnittlich?

16. Wie häufig pro Quartal führen Sie den „Check ab 35“ (Ziffer 160 – 162) durch?
Ca. 10 mal

17. Führen Sie Gesundheitsberatungen durch? ja nein ②

18 a) Falls nein: Warum?

b) Falls ja: Für wie erfolgreich halten Sie Ihre Gesundheitsberatung?

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦
überhaupt nicht erfolgreich sehr erfolgreich

19. Wie zuversichtlich sind Sie, Patienten zu Verhaltensänderungen bezüglich spezieller Risikoverhaltensweisen/ -faktoren motivieren zu können?

Überhaupt nicht
Zuversichtlich

sehr
zuversichtlich

Rauchen	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
Bewegungsmangel	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
Streß	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
Fehlernährung	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
Adipositas	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
Diabetes	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
Hypertonie	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
Fettstoffwechselstörungen	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦

20. Glauben Sie, daß Sie als Arzt oder Ärztin bezüglich der folgenden Risikoverhaltensweisen/-faktoren Vorbildfunktion besitzen?

überhaupt nicht

sehr

Rauchen	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
Bewegungsmangel	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
Streß	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
Fehlernährung	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
Adipositas	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
Diabetes	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
Hypertonie	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
Fettstoffwechselstörungen	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦

21. Abschließend noch eine Frage:

Haben Sie durch diesen Fragebogen etwas Neues über sich erfahren?

ja ①

nein ②

Falls ja, beschreiben Sie das bitte kurz:

Jd. sollte noch häufiger trainieren.

Bitte sehen Sie noch einmal nach, ob Sie auch keine Fragen vergessen haben!
Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!