

### Ärzte-Survey zur Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen (ÄSP-kardio): Kognitiver Pretest

Porst, Rolf; Rauh, Stefanie

Veröffentlichungsversion / Published Version  
Arbeitspapier / working paper

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:  
GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften

#### Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Porst, R., & Rauh, S. (2011). *Ärzte-Survey zur Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen (ÄSP-kardio): Kognitiver Pretest*. (GESIS-Projektbericht, 2011/04). Mannheim: GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften. <https://doi.org/10.17173/pretest43>

#### Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY Lizenz (Namensnennung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:  
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>

#### Terms of use:

This document is made available under a CC BY Licence (Attribution). For more information see:  
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>

## ÄSP-kardio Ärzte-Survey zur Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen

Kognitiver Pretest

*Rolf Porst & Stefanie Rauh*



GESIS-Projektbericht 2011|04

**ÄSP-kardio**  
**Ärzte-Survey zur Prävention**  
**kardiovaskulärer Erkrankungen**

Kognitiver Pretest

*Rolf Porst & Stefanie Rauh*

## **GESIS-Projektberichte**

GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften  
Survey Design and Methodology  
Postfach 12 21 55  
68072 Mannheim

Telefon: (0621) 1246 - 228 /-199  
Telefax: (0621) 1246 - 100  
E-Mail: [rolf.porst@gesis.org](mailto:rolf.porst@gesis.org) / [stefanie.rauh@gesis.org](mailto:stefanie.rauh@gesis.org)

DOI: 10.17173/pretest43

*Zitierweise*

Porst, R.; Rauh, S. (2011): ÄSP-kardio. Ärzte-Survey zur Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen. Kognitiver Pretest. *GESIS Projektbericht*. Version: 1.0. GESIS - Pretestlabor. Text. <http://doi.org/10.17173/pretest43>

# Inhalt

	Seite
1. Vorbemerkung und Ziel des Pretests.....	07
2. Stichprobe .....	07
3. Durchführung der Interviews/Methode im Pretest.....	07
4. Ergebnisse .....	09
4.1 Die Eingangsstatements .....	09
4.2 Allgemeine Fragen I .....	11
4.3 Das Anschreiben .....	15
4.4 Die Erklärung zum Datenschutz .....	17
4.5 Der Fragebogen .....	19
4.6 Allgemeine Fragen II.....	40
5. Fazit und Empfehlungen .....	42



## 1. Vorbemerkung und Ziel des Pretests

Das Projekt „ÄSP-kardio. Ärzte-Survey zur Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen“ – im Folgenden kurz „ÄSP-kardio“ genannt – wird am Mannheimer Institut für Public Health, Sozial- und Präventivmedizin“ der Medizinischen Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg unter Federführung von Prof. Dr. Sven Schneider durchgeführt.

Das Projekt beschäftigt sich mit der Umsetzung von Präventionsstrategien bei kardiovaskulären Erkrankungen in der primärärztlichen Versorgung in Baden-Württemberg. Untersucht werden soll, welche Präventionsmaßnahmen aus Sicht der Ärzte am erfolgversprechendsten sind, welche Barrieren eine Ausweitung des Präventionsangebotes behindern und wie Hausärzte die aktuellen Präventionsleitlinien einschätzen. Die Befragung wird postalisch durchgeführt werden.

Zur Vorbereitung der Befragung wurde der Fragebogen unter methodischen und fragebogentechnischen Aspekten einem kognitiven Pretest unterzogen. Der vorliegende Bericht beschäftigt sich mit der Vorbereitung, Durchführung und Auswertung der Tests, stellt die zentralen Ergebnisse vor und macht, wo es erforderlich scheint, Vorschläge zur Verbesserung des im Pretest überprüften Fragebogens.

## 2. Stichprobe

Es wurden insgesamt zehn kognitive Pretestinterviews durchgeführt. Testpersonen waren zehn in Mannheim und Umgebung praktizierende Ärztinnen und Ärzte – Allgemeinmediziner und Internisten – die vom Auftraggeber rekrutiert und zur Teilnahme an der Befragung gewonnen werden konnten.

## 3. Durchführung der Interviews/Methode im Pretest

Die zehn Pretestinterviews wurden in der Zeit vom 01. Juni bis 10. Juni 2011 durchgeführt, wobei fünf Tests von den Autoren dieses Berichts, fünf weitere von einem Mitarbeiter der Projektgruppe realisiert wurden.

Die einzelnen Testbefragungen wurden wie folgt durchgeführt:

Zunächst wurden fünf der zehn Ärzte darüber informiert, dass sie den Pretest-Fragebogen postalisch erhalten würden und diesen ausgefüllt zum Interview-Termin mitbringen sollten. Da es – vor allem aus Zeitgründen – nicht allen TestteilnehmerInnen möglich gewesen ist, das Pretest-Labor von GESIS aufzusuchen, wurden drei Interviews von einem Mitarbeiter des Mannheimer Institut für Public Health in der jeweiligen Praxis durchgeführt. Dies hatte den Vorteil, dass der Fragebogen in der realen Situation, nämlich im Praxisalltag, und zudem extrem zeitnah zur kognitiven Befragung ausgefüllt wurde.

Sieben der zehn Interviews wurden im Pretest-Labor von GESIS durchgeführt und per Video aufgezeichnet. Zwei dieser sieben Laborinterviews wurden von einem Mitarbeiter des Mannheimer Institut für Public Health geleitet, die restlichen fünf von den Autoren dieses Berichts. Auf Wunsch des Mitarbeiters des Mannheimer Institut für Public Health erhielten die zwei Ärzte, die er interviewte, keine Befragungsunterlagen im Vorfeld per Post, sondern füllten den Bogen vor Ort im Labor aus. Folglich wurden der Hälfte der TestteilnehmerInnen die Befragungsunterlagen

vorab zugeschickt, die andere Hälfte erhielt diese unmittelbar vor dem kognitiven Interview. Im Folgenden die Übersicht über die Vorgehensweise:

TP	Pretest im Pretest-Labor	Pretest in der Arzt-Praxis	Fragebogen vorab erhalten	Fragebogen vor Ort ausgefüllt
01	X			X
02	X			X
03		X		X
04		X		X
05		X		X
06	X		X	
07	X		X	
08	X		X	
09	X		X	
10	X		X	

Vor Beginn des Pretests wurde in Abstimmung mit dem Auftraggeber ein Evaluationsfragebogen entwickelt, der vor allem Fragen zur Vorgehensweise beim Ausfüllen des Fragebogens, zum Verständnis der Fragen sowie zum Layout des Fragebogens enthielt; darüber hinaus sind Fragen entwickelt worden zur Bewertung der gesamten Befragungsunterlagen, insbesondere zum Anschreiben und zum Datenschutzblatt.

Der Evaluationsfragebogen wurde im Pretest zwar in weitgehend standardisierter Form eingesetzt, d.h. es gab eine vorgegebene Struktur der Abfrage. Nach der Beantwortung einer Frage durch die Testperson bestand für den Testleiter aber immer die Möglichkeit, weitere klärende Nachfragen zu stellen bzw. Fragen auszulassen, wenn sie sich als redundant oder als nicht passend darstellen sollten.

Als Dankeschön für ihre Mitarbeit erhielten die TestteilnehmerInnen 100 € als Testpersonenhonorar.

## 4. Ergebnisse

Die Darstellung der Ergebnisse folgt dem Ablauf der kognitiven Pretestinterviews und beginnt mit dem (fast) wörtlichen Abdruck der Eingangsstatements.

### 4.1 Die Eingangsstatements

Die im Folgenden abgedruckten Eingangsstatements stellen eine mehr oder weniger komplette und wörtliche Wiedergabe der Antworten der TestteilnehmerInnen auf die globale Eingangsfrage dar:

A1 Als erstes möchte ich Sie bitten, mir zuerst einmal Ihre Eindrücke insgesamt zu schildern: Bitte äußern Sie sich ganz allgemein zu der Befragung und zu dem Fragebogen. Sagen Sie alles, was Ihnen dazu gerade durch den Kopf geht.

TP 01

*„Also ich fand so diese Risikofaktoren waren gut erfasst. Es kommen immer wieder gleiche Fragen zu einem anderen Risikofaktor. Das ist eigentlich ganz gut. Man wird selbst wieder bewusst darüber, was mach ich, wie mach ich's, was kommt vor. Eigentlich fand ich's ganz gut. Gute inhaltliche Zusammenstellung, was kardiovaskuläre Prävention angeht.“*

TP 02

*„Meine erste Anmerkung ist, im Anschreiben steht, nehmen Sie sich 5 min Zeit, das reicht nicht, das ist eindeutig zu wenig, man braucht länger, wenn man ihn gewissenhaft ausfüllen möchte. Er ist recht ausführlich. Manche Sachen konnte ich nicht vollständig beantworten, da es manche Sachen gibt, die man spezifizieren müsste, gerade hier bei den Informationsangeboten in der hausärztlichen Praxis. Da kommt es immer ein bisschen darauf an, wie alt ist man, ist ein Computer das Medium, mit dem man seine Lernprogramme macht, oder nicht, so das man da eingeschränkt ist in der Auswahl, weil je nachdem welches Alter man hat, ist man auch nicht mit den Medien präsent, sei es jetzt mit einem Smart Phone, oder SMS oder Computerlernprogrammen. Da kommt es darauf an: ist man eher jünger, ist man eher älter oder ist man überhaupt mit diesen Medien präsent und kann damit umgehen und möchte auch damit umgehen.“*

TP 03

*„Prinzipiell finde ich den sehr interessant, er ist sehr umfassend, was Prävention betrifft. Alles war mir nicht ganz klar und alles konnte ich auch nicht beantworten. Aber ich denke, das ist weil ich eine spezielle Praxis habe und nicht in dem Sinn eine allgemeinmedizinische Hausarztpraxis, sondern weil ich halt eine Spezialsprechstunde für Fettstoffwechselerkrankungen und Prävention an sich habe. Prinzipiell finde ich das sehr logisch aufgebaut. Die Fragen sind verständlich, nur bei den Antworten, die konnte ich nicht alle so direkt jetzt beantworten.“*

#### TP 04

*„Prinzipiell gut, aber ein wenig zu lang, knapper und prägnanter zusammenfassen. Viel was pro Frage gefragt wird, daher ist eine hohe Konzentration erforderlich beim beantworten. Ich finde die grau-weiße Unterlegung schwierig. Die Grauen erscheinen wichtiger als die weißen Felder, die Farbe ist nur optisch nett anzusehen, aber verwirrt bei der Beantwortung. Die Selbstbewertungsfrage fand ich sehr schwer zu beantworten bzgl. Erfolg, da dieser abhängig von der Art der Patienten ist („Patientengut“: alt=kränker; jung=motivierter), Diese Frage scheint mir nicht relevant. Ich denke, dass eher die Compliance des Patienten im Fokus steht.“*

#### TP 05

*„Also es ist wie bei jedem Fragebogen, der in diesem Umfang kommt, dass man erst mal denkt, vielleicht doch etwas umfangreich. Also man überlegt schon wenn man ihn in die Praxis bekommt, ob man ihn beantwortet, weil es doch im ersten Moment relativ viel aussieht. Die Fragen sind natürlich ähnlich. Die Risikogruppen, die angesprochen werden, sind natürlich immer die gleichen, insofern sind die Fragen dann auch immer ähnlich, so dass man die Fragen irgendwann schematisch beantwortet, möglicherweise.“*

#### TP 06

*„Also a) fand ich's ganz gut, mal zu überlegen, was ist denn an Präventionsmaßnahmen in der Hausarztpraxis überhaupt da und möglich. Gleichzeitig habe ich gedacht, das ist so ein standardisierter Fragebogen, der nicht wirklich unsere Alltagsrealität in der Praxis, wie wir mit Patienten zu tun haben, wie viel Zeit wir dafür haben, das ist nicht wirklich ausführlich abgebildet in dem Bogen. Ich habe mir überlegt, diese ganzen Fragenkataloge, ich habe da ja öfter welche, dass man so spätestens ab Seite 3 relativ stupide im Kopf wir, wenn man das an einem Stück durchmacht. Der Fragebogen ist zu standardisiert und vereinfacht.“*

#### TP 07

*„Das sind die Fragebögen oder die Fragen, die in großer Menge in letzter Zeit auftreten und auf uns eintreffen und in gutachterlichen Äußerungen wichtig sind. Das ist jetzt nichts, wo ich denke, dass es neue wissenschaftliche Erkenntnisse beinhaltet. Mehr oder weniger altbekannte Dinge die erfragt werden und bzgl. Prävention genutzt werden.“*

#### TP 08

*„Ich fand den Fragebogen ziemlich umfangreich. Es waren sehr viele Fragen auf engem Raum. Das erschlägt einen erst mal, auch weil es ziemlich klein gedruckt ist. Das wirkt sehr viel und schreckt erst mal ab. Das soll ich jetzt alles beantworten und das innerhalb von 5 Minuten....“*

TP 09

*„Ich habe die Richtung des Fragebogens recht gut gefunden. Der Fragebogen ist ein bisschen eng gedruckt. Das könnte den einen oder anderen abschrecken, aber vom Umfang her ist der für jemanden, der sich dafür interessiert und sich entschließt, das zu machen ist das schon in Ordnung. Der Fragebogen ist übersichtlich, das ist auch in Ordnung. Finde ich gut.“*

TP 10

*„Der Fragebogen ist, wenn man ihn spontan ausfüllt, natürlich nicht ganz leicht. Man macht sicherlich ein, zwei Kreuzchen an der falschen Stelle, man fühlt sich wie bei multiple choice und muss überlegen, was man da ankreuzen soll. Aber sonst ist der Fragebogen relativ plausibel. Was er nicht berücksichtigt ist die individuelle Charakteristik von Patienten. Und dass Sie natürlich mit vielen Patienten einiges machen können, aber nicht alle machen das was sie sollten. Aber das ist ja bei allem so.“*

## 4.2 Allgemeine Fragen I

A 2:	Bevor wir uns mit Einzelheiten des Befragungsmaterials beschäftigen, zunächst einmal ein paar Fragen zu der ÄSP-kardio-Befragung <u>allgemein</u> . Wie lange haben Sie etwa gebraucht, um den Fragebogen auszufüllen?
A 3:	War das <u>mehr</u> oder <u>weniger</u> Zeit, als Sie anfänglich gedacht hatten, oder hatten Sie in etwa mit so viel Zeit gerechnet?

Im Schnitt schätzen die Testpersonen die Zeit, die sie zum Ausfüllen des Fragebogens benötigt haben, auf 13. Das Minimum der Schätzung liegt bei 7 Minuten, das Maximum bei 20 Minuten. Bei den TestteilnehmerInnen, die den Fragebogen kurz vor dem kognitiven Interview erhalten, wurde die Zeit, die sie zum Ausfüllen benötigten, zudem separat gemessen. Da darüber hinaus nur drei der vorgesehenen fünf Testpersonen den Fragebogen ausfüllten bzw. die Unterlagen mitbrachten, haben zwei Ärzte den Fragebogen im Labor ausgefüllt, und die benötigte Zeit wurde notiert. Insgesamt kann man nun festhalten, dass sieben der zehn Testpersonen tatsächlich im Schnitt rund 15 Minuten für das Bearbeiten des Bogens gebraucht haben. Die größte Abweichung zwischen geschätztem und gemessenem Wert liegt bei 10 Minuten.

Lediglich eine Person gibt an, länger als erwartet mit dem Ausfüllen des Fragebogens beschäftigt gewesen zu sein: „Ja, es stand ja 5 Minuten, also war's mehr Zeit“ (TP 03). Allerdings hat diese Testperson mit 20 Minuten am längsten von allen gebraucht. Drei Testpersonen geben sogar an, weniger Zeit als erwartet benötigt zu haben und ein Befragter meint, keine Erwartungen gehabt zu haben. Bei fünf TestteilnehmerInnen dauert das Ausfüllen in etwa wie erwartet. Hierzu erklärt TP 07: „Es war mehr Zeit als hier – 5 Minuten – vorgegeben war, aber ich habe schon damit gerechnet, dass 5 Minuten nicht ausreichen, als ich den Bogen gesehen habe.“

A 4:	War der Fragebogen für Sie sehr interessant, eher interessant, eher nicht interessant oder überhaupt nicht interessant?
A 4a:	Warum war der Fragebogen für Sie interessant?
A 4b:	Warum war der Fragebogen für Sie <u>nicht</u> interessant?

Sechs Testpersonen geben an, den Fragebogen sehr interessant zu finden, vier finden ihn eher interessant.

Niemand ordnet sich in eine der übrigen Antwortkategorien ein. Vier TestteilnehmerInnen betonen, dass der Fragebogen durch seine inhaltliche Breite Anregungen biete und zum Nachdenken anrege. Von jeweils zwei Befragten wird die Praxisnähe der im Bogen aufgeführten Präventionstätigkeiten bzw. die Berücksichtigung der Psychosomatik und der psychologischen Beratung besonders gelobt. Wiederum zwei Personen sehen in der Prävention eher ein vernachlässigtes Thema und finden den Bogen in diesem Kontext interessant:

- *„Weil er einerseits die Präventionsmaßnahmen drin hat und er hat aber auch einen Anteil psychologischer Aspekte mit dabei, die da abgefragt werden, nicht nur rein Fakten, Richtung Herz-Kreislauf Erkrankung, sondern auch Psychosomatik mit berücksichtigt“ (TP 02)*
- *„Weil es sehr umfassende Präventionsthemen behandelt, auch Alkoholkonsum, Schlafmanagement, Sachen, die ich in meiner Praxis weniger behandelt habe und wo ich jetzt gute Anregungen bekomme, das auch in meine Sprechstunde zu integrieren, weil ich das gut finde und selber noch nicht so direkt dran gedacht habe“ (TP 04).*

A 5:	Fühlen Sie sich als Ärztin/als Arzt durch den Fragebogen angesprochen?
A 6:	Bitte begründen Sie Ihr Urteil.

Alle zehn TestteilnehmerInnen fühlen sich durch den Fragebogen angesprochen. Sechs Testpersonen nennen im Wesentlichen dieselben Gründe, die sie zuvor bei Frage 4a genannt haben. Ein Großteil fühlt sich dadurch angesprochen, dass der Alltag eines Arztes im Fragebogen durch die Fragen abgebildet sei. Ferner böten verschiedene Punkte im Bogen Anregungen und neue Ideen für Prävention im Praxisalltag. Zwei Beispiele hierzu:

- *„So, wie vorher schon gesagt, weil ich einfach auch neue Ideen bekomme zur Gestaltung meiner Sprechstunde, weil's doch sehr umfassend ist, was Prävention betrifft und ich mich bisher mehr konzentriert habe auf die klassischen Risikofaktoren wie Lipidmanagement, Bluthochdruck, Diabetes, Körpergewicht und Rauchen und da mehr auch das Psychosoziale dabei ist und das finde ich gut. Oder Schlaf, Stressmanagement, das habe ich bisher weniger verwendet. Darum finde ich das sehr ansprechend. Ich denke, das ist sehr umfassend und ganzheitlich gedacht auch“ (TP 03)*
- *„Weil es genau um meine Kompetenzen geht, es geht darum, was mich als Arzt ausmacht, nämlich mein Wissen und mein Können und meine Art mit den Patienten umzugehen positiv für ihn einzusetzen in der Kardio-Prävention“ (TP 08).*

TP 10 betont, dass sie sich durch „die Sache mit dem schriftlichen Vertrag“ angeregt fühle. Die Struktur und die farbliche Gestaltung/graue Unterlegung des Fragebogens werden von Testperson positiv hervorgehoben.

A 7:	Wie beurteilen Sie das Layout und die grafische Gestaltung des Fragebogens?
------	---

Das Urteil über Layout und graphische Gestaltung fällt im Großen und Ganzen positiv aus. Vier Testpersonen geben explizit an, dass der Fragebogen übersichtlich gestaltet sei. Drei Personen ist besonders positiv die graue Unterlegung mancher Zeilen aufgefallen, andererseits bemängelt eine Person gerade dieses: „die grauen Balken stören“ (TP 04).

Am wenigsten gut schneidet die Seite mit Frage 5 ab. Hier wird von der Hälfte der Testpersonen die Schriftgröße als zu klein und die Gestaltung der Seite als zu überfrachtet kritisiert. Beispiele:

- „Es stehen zu viele Informationen auf einer Seite. Ich fühle mich von dem Anblick der Frage 5 erschlagen“ (TP 04)
- „Ich finde es zu klein gedruckt, so dass man auch Mühe hat, das was am Rand steht zu lesen. Ich hätte es großzügiger gestaltet, vielleicht die Schrift größer, ein paar Absätze, dass es nicht so überladen wirkt“ (TP 08).

A 8:	Wie seriös sind Ihnen die gesamten Befragungsunterlagen erschienen, sehr seriös, eher seriös, eher nicht seriös?
------	--

A 9:	Was erschien Ihnen eher nicht bzw. überhaupt nicht seriös?
------	--

Allen zehn TestteilnehmerInnen erscheinen die Befragungsunterlagen als seriös. Acht davon geben an, diese sogar als sehr seriös zu empfinden.

A 10:	Unabhängig davon, dass Sie den Fragebogen jetzt kennen und sich bereit erklärt haben, uns bei seiner Weiterentwicklung zu helfen: Würden Sie – wenn Sie die Befragungsunterlagen bei Ihrer Post finden würden – an der Befragung ganz sicher teilnehmen, wahrscheinlich teilnehmen, wahrscheinlich nicht teilnehmen oder ganz sicher nicht teilnehmen?
-------	--

A 11:	Warum würden Sie wahrscheinlich nicht oder ganz sicher nicht teilnehmen?
-------	--

Fast die Gesamtheit der TestteilnehmerInnen gibt an, bei der „echten“ Befragung teilnehmen zu wollen. TP 04 ist sich da sogar „ganz sicher“, TP 10 kann sich nicht zwischen „wahrscheinlich teilnehmen“ und „wahrscheinlich nicht teilnehmen“ entscheiden.

Drei der Testpersonen, die angeben, „wahrscheinlich“ teilzunehmen, schränken ihre Antwort allerdings ein. TP 01 meint, dass die Teilnahme vom aktuellen Stresslevel abhängig sei und der Bogen erst mal zur Seite gelegt würde, wenn man sehr im Stress sei. „Wenn man die Leute kennt, die die

*Studie durchführen, ist das immer ein Türöffner“, erklärt TP 09 und meint, dass „eine gewisse Anbindung, entweder an die Thematik oder an die Leute, die das durchführen“ die Wahrscheinlichkeit erhöhe, an einer Studie teilzunehmen. Schließlich betont TP 10 die Notwendigkeit einer Incentivierung, allerdings nicht notwendigerweise in Form von Geld, sondern „irgendwas Nicht-Materielles, also z. B. eine Theaterkarte oder einen Gutschein.“*

A 12:	Was denken Sie: Werden andere Ärztinnen und Ärzte an der Befragung ganz sicher teilnehmen, wahrscheinlich teilnehmen, wahrscheinlich nicht teilnehmen oder ganz sicher nicht teilnehmen?
A 13:	Warum – denken Sie – werden andere Ärztinnen und Ärzte wahrscheinlich nicht oder ganz sicher nicht teilnehmen?

Hier fallen die Antworten weniger einhellig aus als bei Frage 10. Fünf Personen glauben, dass ihre Kolleginnen und Kollegen wahrscheinlich an der Befragung teilnehmen würden. TP 10 hat ein weniger gutes Bild von Kolleginnen und Kollegen und meint zu wissen, dass die „ganz sicher nicht teilnehmen“ würden.

Einem eindeutigen Urteil entziehen sich vier Testpersonen; zwei davon können sich nicht zwischen „wahrscheinlich teilnehmen“ und „wahrscheinlich nicht teilnehmen“ entscheiden, die anderen zwei können nicht beurteilen, wie sich andere Ärzte entscheiden würden. Bedenken wegen der Teilnahme werden v. a. hinsichtlich der Zeit geäußert, die man investieren müsse, eine weitere Person (TP 07) nennt auch „*medizinisches Interesse und Interesse an medizinischen Studien und Neuerungen*“ als ausschlaggebend für die Teilnahme an Studien. „*Der Anteil derjenigen, die nicht teilnehmen, ist generell größer als der Anteil derjenigen, die teilnehmen werden. Das ist generell so*“, fasst TP 09 ihre Ansicht zusammen.

A 14:	Was meinen Sie: Wird die Teilnahmebereitschaft vom Fachgebiet abhängen?
A 15:	Aus welchen Fachgebieten werden Ärztinnen oder Ärzte <u>eher teilnehmen</u> ?
A 16:	Aus welchen Fachgebieten werden Ärztinnen oder Ärzte <u>eher nicht teilnehmen</u> ?

Alle Testpersonen sind sich einig, dass die Teilnahmebereitschaft vom Fachgebiet abhängig sein wird. Auf die Frage, welche Ärzte nach Ansicht der Testpersonen eher teilnehmen würden, werden genannt: Hausärzte, Allgemeinmediziner, Kardiologen, Internisten, Diabetologen, Nephrologen und Psychologen.

TP 09 meint einschränkend dazu: „*Kardiologen könnten teilweise teilnehmen, könnten das aber möglicherweise zu einfach und zu allgemein finden, weil das hier nur Basisversorgung ist.*“

Die Liste der Fachrichtungen, die eher nicht an der Befragung teilnehmen würden, lässt sich am besten mit TP 09 deutlich machen: „*Alle anderen*“; oder mit TP 06: „*alles was nicht Richtung Innere Medizin ist*“ -Explizit genannt wurden Augenärzte, Urologen, Chirurgen, Orthopäden, Neurologen, Anästhesisten und Hautärzte.

A 17:	Die Teilnahme an der geplanten Befragung soll mit 20 Euro honoriert werden. Halten Sie diesen Betrag als Aufwandsentschädigung für angemessen oder zu wenig?
A 18:	Was wäre eine angemessene Honorierung?

Sechs Testpersonen waren der Ansicht, dass eine Honorierung in Höhe von 20 Euro für das Ausfüllen des Fragebogens angemessen sei, schließlich – so TP 06 – sei das ja „kein Hexenwerk“. Die anderen vier Testpersonen hielten die Honorierung mit 20 Euro dagegen eher für zu niedrig, wobei sich TP 10 allerdings schon vorstellen konnte, dass „die 20 Euro ... vielleicht doch jemanden locken (könnten), doch mitzumachen“. Je eine Testperson hielt 40 Euro („denn man ist schon eine Weile beschäftigt, wenn man es vernünftig macht“ – TP 02) bzw. 50 Euro („für höhere Motivation“ – TP 04) für angemessen; TP 05 gibt die Frage direkt an seine Kollegen weiter: „Schwer zu sagen, weil für mich die Vergütung kein Argument ist, ich fülle das auch umsonst aus. Ich könnte mir aber vorstellen, dass manche Kollegen für 50 Euro bereit wären, das auszufüllen“.

### 4.3 Das Anschreiben

Bei postalischen Befragungen ist es unabdingbar, einige zentrale Aspekte der Befragung an die – potentiellen – BefragungsteilnehmerInnen zu kommunizieren. Dies geschieht in der Regel durch ein Anschreiben, in dem unter anderem Ziel der Studie oder Nutzen der Teilnahme an der Befragung erläutert werden. Ein solches Anschreiben wird auch Teil der ÄSP-kardio-Befragungsunterlagen sein und wurde deshalb im kognitiven Pretest mitgetestet.

B 1:	Kommen wir jetzt zu dem Anschreiben. Haben Sie das Anschreiben genau gelesen, nur überflogen oder gar nicht gelesen?
B 2:	Warum haben Sie den Text nur überflogen?
B 3:	Warum haben Sie den Text gar nicht gelesen?

Wie aufgrund der Testsituation eigentlich zu erwarten war (man wusste ja, um was es in dem Pretest gehen sollte), geben nur fünf Testpersonen an, das Anschreiben „genau gelesen“ zu haben, drei haben es „nur überflogen“ und zwei „überhaupt nicht gelesen“. Sowohl Überfliegen als auch Nicht-Lesen werden vor allem – mit Zeitgründen gerechtfertigt (drei Nennungen), aber auch damit, dass man sich gleich mit dem Fragebogen beschäftigt hätte (zwei Nennungen). Es wird auch darauf hingewiesen, dass man Teile des Anschreibens genau gelesen hätte, andere Teile nicht; zwei Testpersonen gaben explizit an, die Informationen zu den Testleitern „überflogen“ (TP 02) oder „gar nicht gelesen“ (TP 08) zu haben.

Ungeachtet dessen, ob das Anschreiben genau gelesen, nur überflogen oder gar nicht gelesen worden ist, wurden doch alle Testpersonen gebeten, Ihr Urteil zum Anschreiben kundzutun; wer das Anschreiben bisher gar nicht gelesen hatte, wurde dazu gebeten, sich das Anschreiben in der Testsituation anzuschauen:

B 4: Was meinen Sie ganz allgemein zu dem Anschreiben?

Die Antworten auf diese Frage sind so vielfältig wie die Testpersonen selbst. Im Großen und Ganzen wird das Anschreiben aber durchaus positiv bewertet und mit Attributen versehen wie „*finde ich in Ordnung*“ (TP 02), „*eigentlich ganz ansprechend*“ (TP 05), „*einladend*“ (TP 06) oder „*übersichtlich, die wichtigsten Informationen stehen drin*“ (TP 08). Nur TP 10 hat eine generell wenig positive Meinung zu dem Anschreiben: „*Der Prof. Sch. sagt mir irgendwas, ansonsten sagt das Anschreiben nicht viel*“ (allerdings hat TP 10 das Anschreiben erst im Test zur Kenntnis genommen).

Mehr unterschiedliche Meinungen gibt es in Detailfragen. So wird die Frage nach der Darstellung der Studienleiter in Form von Bildern und einem kurzen Statement von einigen Personen als positiv bewertet...

- „*Sind Bilder drauf, wo man persönlich Kontakt knüpfen kann*“ (TP 01)
- „*Es gibt da kurze Erläuterungen und die Personen, die da beteiligt sind, sind abgebildet. Das finde ich gut, da weiß man wer dahintersteht. Das wirkt irgendwie so ein bisschen persönlich*“ (TP 03)
- „*die Bilder sind dabei, da steht noch ‚Professor‘ dabei, das macht im Vergleich zu anderen Befragungen doch einen solideren Eindruck*“ (TP 07).

Andere Testpersonen halten die Bilder für wenig einflussreich (TP 06) oder für „*Geschmacksache, vor mir aus hätte man darauf verzichten können*“ (TP 08). Ganz abgelehnt wird diese Form der Präsentation der Verantwortlichen in keinem Fall.

Häufiger kritisiert wird der Hinweis darauf, dass das Ausfüllen des Fragebogens nur 5 Minuten in Anspruch nehmen würde, „*das stimmt nicht, ist untertrieben*“ (TP 02, ähnlich TP 04), und daraus erwächst die Forderung „*da sollte man die Zeit realistischer schätzen*“ (TP 02). Ebenfalls kritisiert wird „*dieses gelbe Ding*“ (TP 01), also der auffällige Hinweis auf die Vergütung – da würde es so reichen, wie es „*da unten im Text steht*“ (TP 01).

TP 09 nimmt die Diskussion um das Anschreiben zum Anlass, den Titel der Studie zu kritisieren:

„*Ich habe Probleme mit der Überschrift ÄSP-kardio. Hat mich jetzt nicht so angemacht. Hat eher negative Assoziationen. Ich dachte, das ist jetzt wieder so eine Klitschenfirma, die mir vielleicht irgendein Elektrogerät verkaufen will. Da ist so ein Emblem wie UMM oder Uni Heidelberg was ganz anderes. Aber ÄSP-kardio klingt wie eine Firma. {TL: Wie würden Sie die Studie nennen?} Kardio-Studie wäre in Ordnung, aber bei ÄSP würde ich das mit der Schlange weglassen. Vielleicht nur ÄSP ohne die Schlange, nicht Kardio nennen, das klingt wie ein Langzeit-EKG-Gerät, das hier beworben wird. Vielleicht ÄSP-Präventionsstudie oder ÄS-Präventionsstudie. Sollte auf jeden Fall ausgeschrieben werden, das ist seriöser als die Abkürzung.“*

B 5: War das Anschreiben für Sie sehr informativ, eher informativ, eher nicht informativ oder überhaupt nicht informativ?

B 6: Bitte begründen Sie Ihr Urteil kurz.

Das Anschreiben wird von acht der zehn Testpersonen explizit als „eher informativ“ bezeichnet, einmal als „sehr informativ“ und einmal als „eher nicht informativ“. Die Nachfrage wurde nur in zwei Fällen explizit gestellt, weil bei den anderen Fällen die benötigte Information bereits bei Fra-

ge B 4 geliefert wurde. Neu, aber nicht substantiell, ist nur der Hinweis von TP 03, dass es „reicht, um den Fragebogen auszufüllen“.

B 7:	Haben Sie in dem Anschreiben irgendetwas vermisst? Falls ja, was haben Sie vermisst?
------	--

Nur eine der 10 Testpersonen ist der Ansicht, dass man im Anschreiben „*ein bisschen ausführlicher über die Studie schreiben*“ solle (TP 03); alle anderen Testpersonen haben im Anschreiben nichts vermisst.

B 8:	Haben Sie (weitere) Vorschläge, wie man das Anschreiben besser machen könnte?
------	---

Auch wenn das Anschreiben gut bewertet und wenig darin vermisst wird, gibt es doch ein paar wenige Anregungen zur Verbesserung des Anschreibens:

- *Die Hervorhebung des Honorars in dem gelb unterlegten Feld, sollte, weil es „provokierend“ ist (TP 01), unterlassen werden.*
- *Man könnte auf die Statements der beiden Professoren verzichten: „ob das in das Anschreiben mit rein muss, das würde ich mich jetzt fragen. Ob es nicht sinnvoll ist, die Aussagen die hier drin stehen, die eigentlich schon kurz und knapp oben drinstehen, ob es notwendig ist es noch mal explizit zu erwähnen“ (TP 02).*
- *„Mich würde die Studie, noch mehr Infos zur Studie interessieren. ... Also die Ziele der Studie und wie das genau laufen soll, das würde ich noch interessant finden“ (TP03).*

#### 4.4 Die Erklärung zum Datenschutz

In der deutschen Markt-, Meinungs- und Sozialforschung kommt bei postalischen Befragungen „üblicherweise“ ein Datenschutzblatt zum Einsatz, das in Folge von Verhandlungen zwischen den Dachverbänden der Markt- und Sozialforschung und den Datenschutzbeauftragten der Bundesländer im Jahre 1979 zustande gekommen ist (das Protokoll dieser Sitzungen ist unter dem Namen „Schweinoch-Abkommen“ bekannt geworden, benannt nach dem damaligen Ministerialdirigenten im Landesinnenministerium von Bayern).

Obwohl bei einer postalischen Einmalbefragung eine solche „Erklärung zum Datenschutz“ nur unter ganz bestimmten Bedingungen erforderlich ist, empfiehlt GESIS grundsätzlich, bei postalischen Befragungen mit einer solchen Datenschutzerklärung zu arbeiten, weil sie das Vertrauen der Zielpersonen in die Seriosität der Studie erhöht.

Auch in der ÄAP-kardio-Studie soll ein solches Datenschutzblatt zum Einsatz kommen, das hier ebenfalls getestet worden ist.

- |      |  |
|------|--|
| C 1: | Kommen wir jetzt zu der „Erklärung zum Datenschutz“. Haben Sie die Erklärung zum Datenschutz genau gelesen, nur überflogen oder gar nicht gelesen? |
| C 2: | Warum haben Sie den Text nur überflogen?   |
| C 3: | Warum haben Sie den Text gar nicht gelesen?  |

Ähnliches wie beim Anschreiben zeigt sich auch bei der Erklärung zum Datenschutz – sie wird nicht genau gelesen. Jeweils fünf Testpersonen geben an, dass sie die Erklärung zum Datenschutz „nur überflogen“ bzw. „überhaupt nicht gelesen“ haben. Vier Testpersonen nennen Zeitgründe als Grund dafür bzw. das Datenschutzblatt sei „zu lang und immer das gleiche“ (TP 04). Daneben besteht offensichtlich eine gewisse Vertrautheit mit vergleichbaren Formularen aus anderen Studien (vier Nennungen). TP 02 hat das Datenschutzblatt nur überflogen, weil es „zu komprimiert“ sei, TP 03 „weil ich eigentlich vertraue, dass die Daten vertraulich behandelt werden“.

- |      |   |
|------|---|
| C 4: | Was meinen Sie ganz allgemein zu der Erklärung zum Datenschutz? |
|------|---|

Die Erklärung zum Datenschutz wird von vier Testpersonen als „notwendig“ oder „wichtig“ bewertet, auch wenn „die meisten ... es wahrscheinlich überfliegen“ (TP 03) werden und obwohl „in der Praxis ... sich auch weniger daran gehalten“ wird (TP 07).

Es wird aber auch darauf hingewiesen, dass ein Datenschutzblatt signalisiert, „dass alles den Regeln entspricht“ (TP 01), dass es eine Formsache sei, ein solches Blatt beizulegen (TP 03) oder ein Standard (TP 07).

- |      |  |
|------|--|
| C 5: | War die Erklärung für Sie sehr informativ, eher informativ, eher nicht informativ oder überhaupt nicht informativ? |
| C 6: | Bitte begründen Sie Ihr Urteil kurz.   |

Die Erklärung zum Datenschutz wird von vier Testpersonen als „eher informativ“ bewertet, von einer (TP 10), sogar als „sehr informativ“. Die Nachfrage wurde nur in fünf Fällen explizit gestellt, weil bei den anderen Fällen die benötigte Information bereits bei Frage C 4 geliefert wurde. Die Begründungen für das Urteil sind wenig substantiell, abgesehen davon, dass es „ausführlicher wie sonst“ sei (TP 07).

- |      |  |
|------|--|
| C 7: | Haben Sie in der Erklärung irgendetwas vermisst? Falls ja, was haben Sie vermisst? |
|------|--|

Keine Testperson gab an, in der Erklärung zum Datenschutz etwas vermisst zu haben.

- |      |   |
|------|---|
| C 8: | Haben Sie (weitere) Vorschläge, wie man die Erklärung zum Datenschutz besser machen könnte? |
|------|---|

Es wurden keine Verbesserungsvorschläge gemacht. Als Begründung wurde geliefert, dass es ohnehin eine juristische Frage sei, was da drin zu stehen habe (TP 01), dass man selbst keine Ahnung

davon habe, wie ein solches Blatt aussehen muss (TP 07) oder dass das wohl eine Art „Standard“ sei (TP 08). Ansonsten gab es keine weiteren inhaltlichen Stellungnahmen.

## 4.5 Der Fragebogen

D1:	Wir machen jetzt mit dem Fragebogen weiter. Bitte sehen Sie sich die Fragen 1 bis 3 noch einmal an. Haben Sie irgendwelche Kommentare oder Anmerkungen zu den Fragen 1 bis 3? Falls ja, welche?
-----	---

Die Kommentare zu den Fragen 1 bis 3 werden im Folgenden fast wörtlich wiedergegeben, weil die entsprechenden Aussagen zumeist inhaltlicher Natur sind.

### Kommentare zu Frage 1:

TP	Antwort
01	Ist alles ganz wichtig: Maßnahmen zur Prävention, was ist wichtig. Ich hab die meisten für sehr wichtig gehalten. Ich meine psychologische oder psychosoziale Beratung, okay, und die Maßnahmen zum gesunden Schlaf, das ist jetzt eher nicht so das relevante, aber das war sehr gut gegliedert und viel erfasst und das Wichtige steht da
02	Es bezieht sich allgemein auf Präventionsmaßnahmen und mein eigenes Wissen und meine eigene Motivation. Wie ich motivieren kann wird im Grunde abgefragt, und ich denke das trifft's in einem guten Abfragemodus
05	Das ist es ja im Grunde. Nee eigentlich nicht.
06	Ich fand halt „gesunder Schlaf“ zu wenig definiert, was ist das genau? Wie viele Stunden sind gesund, was sind die Kriterien? Fand ich einfach Wischiwaschi. Nicht präzise genug.
07	Ist o.k.
08	Manches, habe ich so den Eindruck, wiederholt sich von den Aussagen her. Das hätte man vielleicht auch zusammenfassen können. „Erreichen des Normalgewichts, Umstellung auf eine gesunde, ausgewogene Ernährung und Erhöhung der Bewegungs- und Sportaktivitäten“ – ... das eine greift ins andere. {noch ein Bsp.: Psychologische Beratung, Stressbewältigung usw. auch zusammenfassen} Insgesamt könnte man mehrere Aussagen zusammenfassen. Dadurch dass es weniger Aussagen wären zum Beantworten, wird es übersichtlicher und auch leichter zum Ausfüllen.
10	{TP beschäftigt sich vorrangig mit den Inhalten der Fragen 1 bis 3 als Zielsetzung einer Prävention} Mit „Techniken zur Stressbewältigung“ kann ich nichts anfangen. Soll der zum Yoga-Kurs gehen?

Vereinzelt klingt hier Kritik an unpräzisen Formulierungen (z. B. gesunder Schlaf, Techniken zur Stressbewältigung) oder an Redundanzen (z.B. psychologische Beratung, Stressbewältigung) durch.

Kommentare zu Frage 2:

TP	Antwort
01	Da muss man in sich gehen. Aber man überlegt und bekommt einen Denkanstoß, was müsste ich eigentlich mehr machen? Eigentlich ist es eine Reflexion über das Allgemeine und sich selbst. Das finde ich ganz gut. Man wird jetzt nicht nur gefragt: was halten sie davon, oder was machen sie selbst da in den Bereichen?
03	Dass man eine gute Antwort bei Frage 2 geben kann, erfordert, dass man Patienten wirklich längerfristig betreut. Wenn jetzt ein Patient nur für einmal von einem Kollegen an mich überwiesen wird und der dann wieder zu dem Kollegen zurückgeht, dann kann ich das schwer beurteilen, ob das jetzt wirklich erfolgreich war, meine Beratung. Ansonsten würde ich vielleicht noch ein Feld machen für „Weiß nicht“.
04	Gemeine Frage, da Erfolg eher von der Compliance des Patienten abhängt, als von dem Arzt.
07	Die Formulierung klingt so nach „Selbstbeweihräucherung“, ich kann ja sagen, ich bin immer erfolgreich, sehr erfolgreich; ich frage mich, ob diese Formulierung objektiv genug ist, weil die Antwort ist ja subjektiv geprägt.
08	Gilt dasselbe wie bei Frage 1
10	{TP beschäftigt sich vorrangig mit den Inhalten der Fragen 1 bis 3 als Zielsetzung einer Prävention} Zur „Bewältigung psychologischer oder psychosozialer Probleme“: Wenn jemand mit solchen Problemen kommt, Mobbing, Bossing, Freundin weggelaufen usw. das sind dann die Sachen, wo der Arzt als solcher gerade besonders gefragt ist. Kann ich da dem Patienten durch eine Gesprächsgeschichte die Probleme wegnehmen?

Unter methodischen Erwägungen ist hier vor allem die Aussage von TP 07 bemerkenswert.

Kommentare zu Frage 3:

TP	Antwort
7	Die Formulierung „...befähigt hinsichtlich des Wissens und....“ ist sehr umständlich, das könnte man alles kürzer ausdrücken. Z.B. „welche Rolle spielt das Körpergewicht bei präventiven Maßnahmen?“...“Welche Rolle spielen folgende Merkmale bei der Prävention...?“
8	Gilt dasselbe wie bei Frage 1

Wieder ist es TP 07, die Kritik an der Formulierung von Frage 3 äußert und zugleich Vorschläge zu einer Umformulierung unterbreitet.

D2:	Gibt es (weitere) Präventionsaspekte oder Maßnahmen, die Sie persönlich für wichtig halten würden? Falls ja, welche?
-----	--

Die Liste der Präventionsaspekte bzw. Maßnahmen scheint vollständig zu sein; es gibt keinen Hinweis darauf, andere Aspekte oder Maßnahmen in die Frage aufzunehmen.

D3:	Bitte schauen Sie sich Frage 3 an. Halten Sie die Frageformulierung für gut verständlich?
D4:	Warum ist die Frage nicht gut verständlich?
D5:	Wie würden Sie die Frage formulieren?

Acht der zehn Testpersonen sind der Ansicht, dass Frage 3 gut formuliert sei. Nur TP 07 hält die Frage nicht für gut formuliert, für sie ist die Frage „zu langatmig, könnte sachlicher formuliert werden“. TP 08 meint auf die Frage nach der Qualität der Formulierung schlicht „na ja“. TP 04 bewertet die Frage zwar als gut formuliert, aber „ein bisschen kompliziert ... aber verständlich“.

Vorschläge zur Umformulierung von Frage 3 kommen von zwei Testpersonen:

- *„Wie schätzen Sie Präventionsmaßnahmen ein...?“ (TP 07 - Siehe auch deren Kommentar zu Frage 3 oben).*
- *„Wie kompetent fühlen Sie sich in diesen Bereichen?“ oder „Wie kompetent fühlen Sie sich in der Wissensvermittlung?“ (TP 08).*

D6:	In Frage 3 wird nach „Wissen“ gefragt. Haben Sie beim Beantworten der Frage „Wissen“ nur auf Ihre ärztliche Ausbildung bezogen, nur auf Ihre persönliche Weiterbildung, z.B. in Seminaren oder auch durch das Lesen von Fachliteratur, oder auf beides?
-----	---

Acht der zehn Testpersonen haben „Wissen“ auf die ärztliche Ausbildung in Vereinigung mit persönlicher Weiterbildung bezogen, nur TP 04 hat ausschließlich an persönliche Weiterbildung gedacht. TP 05 geht noch einen Schritt weiter: *„Dazu gehört alles. Dazu gehört natürlich auch die persönliche Erfahrung die man mitbringt, dazu gehört das was man gelernt hat. Das ist ein Gesamtwissen.“*

D7:	In Frage 4 sollten Sie Prozentwerte angeben für Zeitanteile. Ist Ihnen das gelungen?
D8:	Sind die Prozentwerte, die Sie eingetragen haben, exakte Werte, gute Schätzungen oder grobe Schätzungen?
D9:	Wieso waren Sie sich da so sicher? (Falls „exakte Werte“ bei D8)
D10:	Und warum konnten Sie keine exakten Werte angeben? (Falls Schätzungen bei D8)

Acht der zehn Testpersonen geben an, es sei Ihnen gelungen, Prozentwerte für Zeitanteile anzugeben. Zwei davon haben dabei auf „gute Schätzungen“, sechs auf „grobe Schätzungen“ zurückgegriffen. TP 07 konnte die Frage nach den Prozentwerten gar nicht beantworten, TP 05 war sich nicht sicher, ob sie das richtig gemacht habe.

Auf D9 als Nachfrage zu „exakte Werte“ bei Frage D8 gibt es keine Antworten, weil dieser Wert bei D8 von keiner einzigen Testperson genannt worden ist.

Exakte Werte konnten keine angegeben werden, weil man zum einen die Werte zwar habe, aber das Ermitteln recht aufwändig wäre, zum andern weil sich Primärprävention und Behandlung überschneiden bzw. sich nicht voneinander trennen ließen:

- *„Der Primärpräventionsbereich und die Behandlung von Herz-Kreislaufkrankungen überschneiden sich häufig. Wir behandeln ja mehr, als wir ne Prävention machen und da ist man*

*einfach so in seiner täglichen Arbeit, geht man davon aus, dass der Patient kommt, weil er krank ist. Es kommen ja wenige Patienten wirklich wegen einer Primärpräventionsmaßnahme. Deswegen ist diese Schätzung auch so schwer.“ (TP 02)*

- *„Das ist schwierig. Gerade in der Allgemeinmedizin, wo man sich mit so vielen Dingen befasst. Und manches überschneidet sich auch. Das dann so im Einzelnen aufzudröseln und zu sagen ich hab jetzt soundso viel % dafür verwendet und soundso viel % dafür, ist schwierig.“ (TP 08)*

D11:	Wie sind Sie vorgegangen, um die Prozentwerte zu ermitteln?
D12:	Falls bei Frage D7 keine Prozentwerte angegeben sind: Welche Probleme hatten Sie, die Prozentwerte zu ermitteln?

Die Ermittlung der Prozentwerte erfolgt zumeist auf der Basis einer Tagesübersicht. Vier von sieben Testpersonen, welche die Frage beantwortet haben, haben auf diese Basis überlegt, wie viele Patienten sie an einem Tag oder an einem durchschnittlichen Tag behandeln und wie viel Zeit sie dabei mit Beratung bzw. Behandlung verbringen. TP 01 ist von einer durchschnittlichen Woche ausgegangen, und TP 02 hat konkret an den Vormittag vor dem Testinterview gedacht „und das dann pi mal Daumen geschätzt“.

Nur TP 03 hat die Prozentwerte ganz ohne – zumindest explizit benannten – Zeitraum ermittelt: *„Ich weiß ungefähr, wie viele Patienten ich behandelt habe und wie viele davon in der Primärprävention sind.“*

TP07 fühlte sich nicht in der Lage, die gewünschten Prozentwerte zu ermitteln, denn: *„Man differenziert das nicht so genau in der Praxis. Die Leute kommen mit irgendwelchen Problemen, auch die Herzpatienten, z. B. mit einem verstauchten Fuß oder klagen über Atemnot nach einem langen Spaziergang, dann fängt's an, da sag ich: „Ja, Sie haben ja schon lange mit dem Herz zu tun...“ Das läuft immer so ineinander über. Ich kann es in Prozenten nicht sagen.“*

D13:	In Frage 4 war die Rede von „Primärprävention“. Versuchen Sie bitte, den Begriff „Primärprävention“ zu definieren. Und geben Sie uns bitte ein Beispiel aus Ihrer Praxis.
------	---

Da wir nicht in der Lage sind zu entscheiden, ob die Testpersonen den Begriff „Primärprävention“ im Sinne des Auftraggebers verstehen, geben wir die Definitionen und Praxisbeispiele hier wörtlich wieder:

TP	Antwort
01	Primärprävention sind Maßnahmen zur Verhinderung von Erkrankungen, wenn noch keine Erkrankung vorliegt, also man sucht nach Risikofaktoren und versucht diese Risikofaktoren zu behandeln oder auszuschalten, um zu verhindern, dass kardiovaskuläre Ereignisse auftreten.
02	Eine Primärprävention ist im Grunde eine Situation in der ein Patient oder ein Kunde, ein Klient in die Praxis kommt und keinerlei Vorerkrankungen hat. Möglicherweise eine familiäre Belastung hat und aus diesem Grund zu mir kommt und sagt, er möchte durchgecheckt werden. Er möchte wissen, ob Laborwert, Untersuchungen im Normalbereich liegen und

	welche Maßnahmen er eventuell ergreifen kann, wenn Veränderungen in diesem Bereich vorliegen.
03	Primärprävention ist die Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Folgeerkrankungen wie Herzinfarkt, Schlaganfall oder periphere Verschlusskrankheit bei Patienten, die bisher noch nicht daran erkrankt sind.
04	Eine vorbeugende Maßnahme, damit erst gar keine Erkrankung auftritt.
05	Bedeutet ich versuche die Umstände, die Lebensweise, den Gesundheitszustand eines Patienten so zu verändern, dass Folgeerkrankungen wie Herzkreislauferkrankungen und Diabetes nicht ausbrechen. Wenn ich einen 45jährigen übergewichtigen rauchenden LKW-Fahrer habe dann würde ich ihm klar machen, dass er sich viel bewegen soll, nicht nur Chips isst, weniger als 2 Schachteln rauchen soll. Was schwierig ist, aber das sind natürlich die typischen Risikopatienten
06	Primärprävention heißt, wenn z.B. ein Patient kommt, der ist Anfang 50, Raucher, übergewichtig, hat hohe Cholesterin-Werte, aber bisher keine Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Dem würde ich erklären, wie hoch sein Risiko ist, in den nächsten 10 Jahren zu erkranken. Ich sage auch, je nachdem, wie das Gespräch ist: Ihre Wahrscheinlichkeit, ein Ereignis zu bekommen ist höher als es nicht zu bekommen. Die Familienanamnese frage ich auch ab. Da haben wir auch einen Fragebogen. Dann frage ich ihn, ob er bereit ist, etwas an seinem Leben zu verändern. Dann vereinbare ich einen Kontrolltermin in acht bis zwölf Wochen. Dann mache ich noch zusätzliche Untersuchungen, Belastungs-EKG, Ultraschall etc.
07	Wenn ein Patient zu mir kommt und er ist dick oder übergewichtig und er klagt jetzt ganz allgemein über Gelenkbeschwerden, dann könnte er schon 10 kg abnehmen...eine Definition kann ich nicht geben. {nach langem Überlegen und mehrmaligem Nachhaken} Erstdiagnostik. Eine Definition ist schwierig. Prävention ist ein geläufiger Begriff, aber Primärprävention...ist nicht so gängig. Ist in sich so eine Verdopplung...von einer Prävention noch einmal primär...wahrscheinlich wird Prävention schon reichen.
08	Die Beratung eines Patienten hinsichtlich einer Erkrankung, die bei dem Patienten noch nicht eingetreten ist.
09	Primärprävention ist ja bevor eine Erkrankung da ist, alles was Sie an Maßnahmen nehmen wie Gewicht, Ernährung, Bewegung, also Lifestyle, wie man sagt, bevor eine Erkrankung da ist.
10	Primärprävention bedeutet: sie kommen als Patient zu mir, sie sind relativ gesund. Dann mach ich so den üblichen Check, dann schaue ich, was der Patient hat, mache Laborwerte und sage dann, wir müssen hier auf etwas achten. Sie kommen als Patient zu mir, weil Sie etwas am Knie haben, dann sage ich, haben Sie in letzter Zeit mal Ihre Blutwerte überprüfen lassen? So läuft das dann, in diese Richtung.

Beispiel aus der Praxis:

TP	Antwort
01	Wenn ich einen 40jährigen Mann habe, dem ich einen Check-up mache, dann guck ich nach Cholesterin, Zucker, diese Sachen und werde ihn dahingehend beraten, wenn die Werte erhöht sind, dass er seine Ernährung umstellt, Gewicht abnimmt, sich mehr bewegt, diese Sachen, das ist Primärprävention in meinen Augen
02	Siehe Frage D13
03	Aus meiner Praxis, zum Beispiel: eine Frau mit Hypercholesterinämie, mit LDL-Cholesterin

	von 190, keine anderen Risikofaktoren. Das wäre Primärprävention, wenn ich ihr Ernährungsberatung mache und Beratung für sportliche Aktivität und auch medikamentöse Therapien.
04	Wenn ich dem Patienten sage, er soll sich jetzt ballaststoffreich ernähren und nicht länger als 3 min. auf der Toilette sitzen und Zeitung lesen, damit er kein Hämorrhoidenproblem bekommt.
05	Siehe Frage D13
07	Mit der Zeit bekommt man einen Blick für irgendwelche Veranlagungen, die primär zu unterbinden wären....{eher Beispiel von oben}
08	Beratung zum Thema Bluthochdruck: ich berate den Patienten, was er zu tun hat bzw. was er zu unterlassen hat, damit er keinen Bluthochdruck bekommt.
09	Lifestyle. Bewegung, Ernährung, Lebensstil im Sinne von auch dass man Stress wegnimmt. Die psychosoziale Situation, das ist alles wichtig.
10	Siehe Frage D13
D14:	Bitte sehen Sie jetzt Frage 5 noch einmal an. Haben Sie irgendwelche Kommentare oder Anmerkungen zu dieser Frage? Falls ja, welche?

Auch hier geben wir zunächst die Kommentare wörtlich wieder:

TP	Antwort
01	Da würde ich die einzelnen Kriterien mehr hervorheben. Das ist alles so blockartig. Maßnahmen bezüglich der Ernährung, Maßnahmen bezüglich des Körpergewichts, da müsste man das Körpergewicht, diese Einzelnen müsste man mehr hervorheben, also farblich denke ich, damit man da ein bisschen mehr Unterteilung hat. Ansonsten ist zu jedem Punkt die gleiche Abfrage. Die gleichen Gedankengänge werden abgefragt. Ja, das ist eigentlich ganz gut. Nur die Darstellung würde ich verändern.
02	Ah, das ist diese große, lange! Ja, es ist ein bisschen schwierig mit der Einteilung der Prozentzahlen: 0%, dann die nächste Stufe 1-24, dann 25-49 und dann entsprechend der Aufteilung, das ist schon schwierig, das so abzuschätzen. Diese Einteilung ist schwierig, da muss man wirklich schätzen. Man hat ja keine genauen Zahlen im Kopf. Man kann zwar sagen, ich mess' bei jedem Körpergröße und Körpergewicht, oder bei 3/4 und mehr aller Patienten. Aber ob ich jetzt zwischen 25 und 49 oder 50 bis 74 anrate zur Gewichtsreduktion, das ist echt schwer zu schätzen. Da weiß ich nicht ob man diese Spannen erweitern müsste. Klar, ich weiß, ob ich das zu 0% mach, oder zu 3/4 und mehr, aber dazwischen, finde ich schon schwierig. Man wäre mit seiner Einschätzung realistischer bei einer Einteilung von: keine / ungefähr die Hälfte / so gut wie alle. Dann würde es auch das Ausfüllen des Fragebogens in der Zeit reduzieren.
03	Diese Frage musste ich mir länger anschauen, bis sie mir klar war. Im Endeffekt ist es dann schon klar, was da gemeint ist, aber es wird halt vermischt, was man macht, Untersuchung und die Intervention. Und das hat mich am Anfang verwirrt, dass nach Untersuchungen und Interventionen gleichzeitig gefragt wird. Hier könnte man vielleicht das noch unterteilen, dass man zuerst einmal nach Untersuchungen fragt und dann nach Interventionen getrennt. Aber wenn man sich's dann anschaut, weiß man schon. Nur, da habe ich ein bisschen länger gebraucht. Und schriftliche Zielvereinbarung, Patientenvertrag, da weiß ich nicht genau, was gemeint ist. Da habe ich zum Beispiel ein Fragezeichen hingemacht. Mir war nur das mit der schriftlichen Zielvereinbarung nicht ganz klar, weil ich denke, dass sich das auch überlappt mit dem Informationsmaterial. Also ich mache, wenn ich Informationsmaterial zur Verfügung stelle, dann mache ich auch eine Zielvereinbarung, aber nicht

	extra. Darum weiß ich nicht genau, wie das jetzt gemeint ist. Oder ich schreib dann einen Arztbrief und da steht ja die Zielvereinbarung dann auch drinnen. Und überprüfen tu ich's natürlich. Ich weiß nicht genau, wie das dann mit dem Ablauf ist bei anderen Kollegen. Was mit Patientenvertrag genau gemeint ist, ist mir einfach etwas unklar.
04	Schriftliche Zielvereinbarung und Patientenvertrag habe ich noch nie gemacht. Vielleicht machen solche Dinge Menschen, die eine Adipositasberatung betreiben, aber ich kann mir nicht vorstellen, dass das immer so praktikabel ist in der Praxis. Dafür braucht man zu viel Zeit und nur in der Theorie schön anzuhören. An der Realisation wird es wahrscheinlich scheitern.
05	Die erschlägt einen. Das ist (hm), ja weil es im Grunde immer ähnlich ist ob es Körpergewicht oder Ernährungsgewohnheiten sind, das ist ja oft das Selbe. Wenn du das dann zum dritten mal beantwortet hast dann denkst du schon...jetzt schon wieder
06	Ich habe mich ein wenig schwergetan mit der systematischen Überprüfung der Zielerreichung. Wie soll ich das bei sportlicher Betätigung überprüfen? Das kann ich in der Praxis nicht überprüfen. Körpergewicht ja, aber Tabakkonsum nein. Wie soll ich das prüfen? Ernährungsgewohnheiten nur anhand von Laborwerten. Alkohol geht auch nicht. Stress kann man nicht, es gibt kein objektives Messkriterium für Stress.
07	Nein. Alles was hier aufgeführt ist, macht man bei jedem Patient. Das ist sozusagen die Erstuntersuchung mit Anamnese und Krankengeschichte.
08	Ich finde das was hier am Rand steht ungünstig. Ich habe das erst mal gar nicht gelesen, sondern erst beim Beantworten ist mir aufgefallen, dass da noch was am Rand steht. Das ist schlecht. Man sollte das eher mit Absätzen machen, meiner Meinung nach. Man sollte es einfach drüber schreiben. Dann wird's übersichtlicher. Auch hier könnte man gewisse Punkte zusammenfassen. Es ist schon ausführlich und ich denke es würde der Übersichtlichkeit dienen gewisse Punkte zusammenzufassen.
09	Von der Befragungstechnik her nicht. Mir ist nur aufgefallen, dass ich so gut wie nichts mit meinen Patienten schriftlich mache. Die Zahlen sind nur eine grobe Schätzung
10	Schriftliche Sache ist mir nicht bekannt.

Inhaltlich fällt auf, dass schriftliche Zielvereinbarung und Patientenverträge offensichtlich nicht gebräuchlich sind, z. T. auch Unklarheit darüber besteht, wie man so was in der ärztlichen Praxis umsetzen könnte.

Was die methodische Seite der Frage angeht, ist Kritik zwar erkennbar, aber nicht ungewöhnlich stark. Angeführt wird – zumeist aber nur ein- oder zwei mal – dass....

- das Layout „blockartig“ sei und „ein bisschen mehr Unterteilung“ benötigen könnte (TP 01)
- der Fragebogen umfangreich ist und die Angabe der Werte in Prozent schwierig (TP 02, TP 09) ist als z.B. in Form relativer Kategorien wie „keine / ungefähr die Hälfte / so gut wie alle“ (TP 02); dass der Fragebogen zu umfangreich ist und „einen erschlägt“ (TP 05)
- dass man zuerst einmal nach Untersuchungen und davon getrennt dann nach Interventionen fragen sollte (TP 03) und
- dass die senkrechte Präsentation von Schriften am linken Rand „ungünstig“ sei (TP 08).

D15:	[TL: Falls noch nicht angesprochen:] Wie gefällt Ihnen diese Seite insgesamt? Was gefällt Ihnen? Was gefällt Ihnen nicht?
------	---

Gut gefällt vor allem, dass Frage 5 viele inhaltliche Bereiche und Präventionsthemen abdeckt; der Fragebogen sei „umfassend, das gefällt mir“ (TP 08). Die Frage sei zwar „schematisch“, aber – wenn man genauer hinsehe – „gut strukturiert“ (TP 03); die sich wiederholende Abfrage wird als positiv empfunden, ebenso die Unterteilung in die einzelnen Maßnahmen-Bereiche.

Als nicht gut wird erwähnt, dass die Frage sehr umfangreich ist (TP 02), die einzelnen Fragen zu eng aneinander stehen und die Seite ziemlich voll wirke, so dass man sich von „dem Text erschlagen ...fühlen“ könne (TP 04) und dass man durch Absätze die Frage übersichtlicher machen könnte (TP 05). Oder positiv gewendet:

- *„Mit zwei Seiten für die Frage wäre das Problem, sich von dem Text erschlagen zu fühlen, gelöst.“ (TP 04)*
- *„Wenn man schon alles einzeln abfragt dann sollte man schon einen Absatz machen. Das wäre übersichtlicher wenn etwas Platz dazwischen wäre und insgesamt etwas größer auch wenn dann der FB optisch länger wird.“ (TP 05)*

D16:	[TL: Falls noch nicht angesprochen:] Hatten Sie ein Problem mit dem Lesen der senkrechten Texte am linken Seitenrand? Falls ja, was war das Problem?
------	--

Das eigentliche Problem mit dem senkrechten Text am Seitenrand besteht darin, dass dieser Text von fünf der zehn Testpersonen gar nicht gelesen und nicht einmal zur Kenntnis genommen wird. Von daher – so Testpersonen – könnte man „es vielleicht sogar weglassen“ (z. B. TP 03), und möglicherweise würde das gar nicht so viel Schaden anrichten, denn – ohne dass wir uns diese Ansicht zu Eigen machen wollen:

*„Ich bin aber beim Beantworten bei allen Patienten ausgegangen, weil wir Übergewicht bei fast allen Patienten haben. Die, die keine Probleme haben, kommen ja nicht zum Arzt. Nicht ein Durchschnitt der Bevölkerung kommt zu uns, sondern die, die sich krank fühlen.“ (TP 09)*

Ähnlich sieht es auch TP 01:

*„Also ganz ehrlich, ich hab das gar nicht gelesen und ich finde es ist auch überhaupt nicht wichtig, find ich, weil, warum soll ich nur, ich mein ich erfrage diese Kriterien: Bewegung, Sportaktivität und wenn ich da Fehler oder Mangelzustände seh', dann wird ich da auch mehr beraten, aber warum, diese Einteilung? Alle, Patienten mit dem jeweiligen. Gut okay. Aber das war nicht wichtig für das Beantworten der Frage, in meinen Augen“.*

Drei Testpersonen gaben an, den Text am linken Seitenrand beachtet zu haben, benannten es aber in zwei Fällen als problematisch, dass man die Seite drehen müsse, in einem Fall (TP 08) wird das als „ungünstig“ bezeichnet.

Zwei Testpersonen hatten mit dem Text am linken Seitenrand keine Probleme, aber: *„Nein also Probleme hatte ich jetzt nicht. Hilfreich waren sie nicht (auf Nachfrage). Im Grunde könnte man sie weglassen (auf Nachfrage)“ (TP 05).*

D17:	Wie sicher waren Sie sich beim Beantworten der Frage 5 im Großen und Ganzen, sehr sicher, eher sicher, eher unsicher oder sehr unsicher?
D18:	Wieso waren Sie sich da so sicher?
D19:	Bei welchen Maßnahmen waren Sie sich nicht sicher? Warum waren Sie sich da nicht sicher?

Zwei Testpersonen gaben an, beim Beantworten der Frage „sehr sicher“ gewesen zu sein, fünf waren „eher sicher“ und drei „eher unsicher“.

Unsicherheit entsteht – selten – bei der Verwendung der Prozentangaben, die zwischen den Kategorien „0%“ und „75% und mehr“ platziert sind. Unsicherheit entsteht auch bei dem Begriff „systematische Überprüfung der Zielerreichung“...

- *„Systematische Überprüfung der Zielerreichung, wusste nicht, ob gemeint ist ob ich jetzt ein System hab, bei welchem ich beim nächsten Termin abhake, oder wie das gemeint ist: Systematische Überprüfung der Zielerreichung, ob es bedeutet, dass ich dem Patienten nach einer gewissen Zeit einen Recall gebe, oder, dass ich ihm beim nächsten Patientenkontakt nach dem Ziel erfrage, also das fand ich ein bisschen schwierig. Deswegen hab ich da auch überall 0% angekreuzt, weil im Grunde habe ich nicht so ein festgelegtes System“ (TP 02)“*

bei den Maßnahmen zum Alkoholkonsum

- *„Aber ich hatte jetzt noch keinen Patienten, der wirklich übermäßig getrunken hätte oder wo ich denke, dass es wirklich gesundheitsschädigend war. Also, das waren alles mäßige Trinker, wo man sagt, das wäre eigentlich gesund, so 2 Viertel Wein am Tag. Mehr hatte ich nicht.“ (TP 09)*

und beim Beruf (TP 09).

D20:	In Frage 5 tritt an mehreren Stellen der Begriff „Kurzintervention/motivierende Gesprächsführung“ auf. Was verstehen Sie unter dem Begriff?
------	---

Da wir nicht in der Lage sind zu entscheiden, ob die Testpersonen den Begriff „Kurzintervention/motivierende Gesprächsführung“ im Sinne des Auftraggebers verstehen, geben wir die Definitionen und Praxisbeispiele hier wörtlich wieder; das Gleiche gilt für die Definition der Begriffe „Patientenvertrag bezüglich der Modifikation des Lebensstils“ (Frage D21) und „Systematische Überprüfung der Zielerreichung“ (Frage D22).

TP	Antwort
01	Aufzeigen von, z.B. beim Raucher, die Risiken, die Gefahren, was Rauchen mit sich bringt, einfach eine Kurzdarstellung davon was man damit bewirken kann und versuchen aufzuzeigen, mit einer Änderung der Lebensgewohnheit, z.B. beim Rauchen, sich viele Jahre des Lebens weiter ermöglichen kann, die Lebensqualität verbessern kann, den körperlichen Zustand verbessern kann. Also, einfach aufzeigen was bringt dieses Fehlverhalten für Gefahren mit sich und wie könnte man es evtl. ausschalten oder ändern?
02	Das bedeutet für mich im Grunde wenn ein Patient zu mir kommt wir über Krankheitsbild, Beschwerden und Symptome sprechen und ich z.B. Körpergewicht des Patienten anmahne, weil überwiegend die Patienten ja fast alle übergewichtig sind ,dass ich dann versuche, da schon in

	einem kurzen Gespräch den Patienten daraufhin zuweisen, Gewichtsreduktion, welche Maßnahmen gibt es, wie man ihn auch motivieren kann dann in der Umsetzung und im Grunde dann sage, wenn wir darüber aber ausführlich sprechen wollen, dann brauchen wir einen neuen Termin also dann im Grunde während des direkten Arzt-Patienten-Kontaktes. Das würde es für mich bedeuten
03	Dass ich den Patienten aufkläre über das Problem und erfrage, ob er darin auch ein Problem sieht, ob er das ändern möchte oder ob er das schon versucht hat zu ändern. Und schau einfach, wo er steht in diesem ganzen Änderungsprozess. Und dann, wenn ich weiß, wo er steht, dann unterstütze ich ihn. Dann möchte ich ihn motivieren, da eben weiterzumachen.
04	Meiner Meinung nach nimmt das mindestens 5 – 10 Minuten in Anspruch. In einer 5-Minuten-Kurzkonsultation schaffe ich es gerade mal zu sagen, dass der Patient eigentlich aufhören sollte zu rauchen, aber man sollte mehr dazu sagen, wofür aber schlicht die Zeit fehlt. Gesprächsführung impliziert ja eigentlich, dass das Gespräch länger gehen sollte. Strukturiert bedeutet ja eigentlich, dass man es bei jedem Patienten gleich machen sollte, was in der Praxis auch nicht so umgesetzt wird. Am Ende sind es nicht mehr wie 3 Sätze, in denen gesagt wird, dass man aufhören soll zu rauchen, mehr Ballaststoffe essen und sein Gewicht reduzieren soll, mehr nicht. Ob das dann motivierend ist oder nicht, kann ich nicht sagen. Wir machen immer eine Ernährungsberatung und achten auf das Gewicht, aber das wird in 3 Sätzen gesagt und das war's. So machen wir das derzeit.
05	Das ist nicht ein Gespräch wo ich nicht versuche, dem Patienten meine Meinung aufs Auge zu drücken sondern ich versuche, ihn selbst dazu zu bringen, sich selbst zu motivieren, etwas zu ändern.
06	So was wie z.B. diesen procam-Score verwenden und den Patienten zeigen. Kreuze mit dem Patienten den Fragebogen an und sage, dass das ein Score ist, der mittlerweile etabliert ist. Ich verwende den aber nicht bei jedem Patienten, sondern bei manchen mache ich einfach subjektiv auf das Risiko aufmerksam und sage, so und so hoch ist die Wahrscheinlichkeit, das Risiko und versuche in dem Gespräch das Risiko darzustellen. Und ich versuche aufzuzeigen, wie etwas geändert werden kann. Alles noch auf Gesprächsebene.
07	Das ist zusätzliche Information für den Patienten
08	Den Patienten im normalen Sprechstunden-Setting, das ist ja zeitlich meist sehr begrenzt, dazu zu motivieren an seinem Lebenswandel was zu ändern zur Gesundheitsprävention.
09	Also ich habe eine systemische Therapeutenausbildung, und da gibt es den Begriff der kurzen Intervention. Aber strukturiert? Ich weiß nicht, welche Struktur hier gemeint ist, ich habe das von meiner Ausbildung her. Dazu gehört z.B. auch eine sog. Paradoxe Intervention. Sie können z.B. da wo's passt den Patienten auffordern, mehr zu essen, an Gewicht zuzunehmen. So dass der Patient mir den Vogel zeigt, wenn er nach Hause kommt und sagt, das mache ich nicht, warum sollte ich mehr essen. Oder: Sie verstören den Patienten, das sind Begrifflichkeiten aus der systemischen Therapie, indem Sie z.B. eine Umdeutung machen. Wenn jemand z.B. Depressionen hat und Sie sagen, das ist ja gut, wie oft nehmen Sie sich denn Ihre Depression in der Woche? Das sind Fragetechniken, strukturierte Interventionen, die den Gesprächspartner verwirren. Er denkt dann drüber nach, was hat der Arzt denn für einen Mist gefragt? Wieso nehme ich mir die Depression? Was soll das? Aber das dekonstruiert, Dekonstruktion ist ja auch eine Art Intervention seiner Einstellung, weil der depressiv ist seit Geburt, also nicht änderbar. Diesen Gedanken zerstören Sie und nehmen ihm die Sicherheit, dass er gar nichts dagegen tun kann.
10	Sie kommen als Patient zu mir zum ersten Mal, weil Sie z.B. zugezogen sind. Sie sind relativ gesund, denken Sie, dann macht man den üblichen Check und dann guckt man was der Patient hat. Das ist dann die Hinleitung zur Prävention. Sie kommen, weil Sie sich das Knie verknackst haben, und ich frage: Haben Sie in der letzten Zeit mal ihre Blutwerte bestimmen lassen?

D21: In Frage 5 tritt an mehreren Stellen der Begriff „Patientenvertrag hinsichtlich der Modifikation des Lebensstils“ auf. Was verstehen Sie unter dem Begriff?

TP	Antwort
01	Das hab ich nie gemacht, aber es gibt sicher Leute, die sich das schriftlich mit dem Patienten vereinbaren, dass der zu dem und dem Zeitpunkt sein Verhalten ändert. Ich glaub bei der Raucherentwöhnung gibt's so was und auch beim Abnehmen, dass man schriftlich mit dem Patienten festlegt, so-und-so wird's laufen oder so-und-so wird er sich verhalten, ich hab's noch nie gemacht.
02	Wo steht denn das? Es gibt ja nur eine schriftliche Zielvereinbarung Patientenvertrag? Ja dass man im Prinzip mit dem Patienten eine Zielvereinbarung treffen wird, nach einer Zeit X möchte ich mein Gewicht reduziert haben oder meine Ernährungsgewohnheiten umgestellt haben. Ich benutze das nicht.
03	Das ist dann das, was mir nicht klar war mit dem Patientenvertrag. Ich habe nur einen Vertrag bzgl. der Abrechnung, aber ansonsten war mir das nicht klar.
04	Vergleich Antwort zu D 14. Ich habe selbst noch nie einen solchen Patientenvertrag gemacht. Dazu fehlt die Zeit und ist in der Praxis nicht praktikabel, nur theoretisch schön anzuhören.
05	Das wäre, wenn ich es denn machen würde, eine schriftliche Vereinbarung wo man festhält „Ich mache jeden Tag eine halbe Stunde Sport, ich trinke Alkohol nur am Wochenende, ich versuche ausreichend zu schlafen“ und das vom Patienten unterschreiben zu lassen, dass er das auch einhält
06	Das ist bei Diabetikern nicht so schwer, da versuche ich den Zielwert festzusetzen. Das kann man ganz gut vereinbaren, dass man dort hin will. Das schreibt man auch in die Diabetest-Hefte rein, die die Leute haben.
07	Mach ich auch nicht, weil den Lebensstil eines Patienten möchte ich nicht beeinflussen, steht mir auch nicht zu. Man macht dem Patienten eine schriftliche Zusammenstellung dessen, was er machen soll, damit er noch hundert Jahre alt wird.
08	Das ist eine Sache, die kann man sicher machen, ist aber etwas aufwändiger. Da wird schriftlich festgelegt, z. B. wenn's drum geht, Gewicht zu reduzieren, dass man einen Ziel-BMI festlegt und sagt, bis zu dem und dem Datum sollte der BMI erreicht werden.
09	Das ist eine typisch intellektuelle Frage. Das impliziert, dass diejenigen, die im Gespräch sind schriftlich miteinander verkehren können. Aber es gibt Menschen, die nicht lesen und schreiben können, dann kann man auch nicht schriftlich vereinbaren. Dann kann man das mündlich machen. Aber ich mache weniger Festlegungen der Patienten. Sie produzieren damit eine anti-autonome Reaktion bei den Patienten. Sie versuchen die festzunageln, und die Patienten machen dann genau das Gegenteil. Deshalb mache ich das nicht, ich zwinge die nicht, sondern mache ihnen Angebote.
10	Macht TP nicht, nicht aus Überzeugung, sondern weil es sich eben nie so ergeben hat

D22: In Frage 5 tritt an mehreren Stellen der Begriff „Systematische Überprüfung der Zielerreichung“ auf. Was verstehen Sie unter dem Begriff?

TP	Antwort
01	Nachfragen wie viel raucht er noch, das Gewicht kontrollieren, nach der Bewegung fragen, nach der sportlichen Aktivität, je nachdem was er hat. Gezieltes nachfragen und Überprüfen des Verhaltens.
02	Wo steht denn das? Es gibt ja nur eine schriftliche Zielvereinbarung Patientenvertrag? Ja dass man im Prinzip mit dem Patienten eine Zielvereinbarung treffen wird, nach einer Zeit X möchte ich mein Gewicht reduziert haben oder meine Ernährungsgewohnheiten umgestellt haben. Ich benutze das nicht.
03	Das kommt dann wieder drauf an. Systematische Überprüfung der Zielerreichung beim Körpergewicht, da muss man ja nur das Gewicht messen, Bauchumfang, zum Beispiel. Dann bei Ernährungsgewohnheiten, das wäre eine Befragung, ob die Patientin oder der Patient es schafft, die Ernährung umzustellen oder ob er das hat. Sport, da würde ich, je nachdem welchen Patienten ich habe, könnte ich auch Leistungstests machen und sehen, ob er trainiert hat oder nicht, könnte ich das anhand der Werte, was den Patienten natürlich auch motiviert, weiterzumachen, wenn er sieht, er hat sich schon verbessert. Also das würde ich dann auch empfehlen, Bioergometrie zu machen oder nur eine Ergometrie mit Laktakttestung könnte man bei Bewegung und Sportaktivität machen. Tabakkonsum, es wäre natürlich auch eine Befragung bzw. könnte man CO messen in der Atemluft, was ich nicht mache, oder man misst Cotinin im Blut, kann ich einen Laborwert machen. Alkoholkonsum, wie gesagt, habe ich keine Patienten, könnte man auch mittels Labor machen. Stress wäre auch eine Befragung. Blutdruck, würde ich Blutdruck messen oder 24-h-Blutdruckmessung veranlassen. So würde ich das überprüfen.
04	Ich habe noch keinen Vertrag abgeschlossen und glaube, dass sich damit eher Menschen beschäftigen, die z.B. Adipositasberatung betreiben. Theoretisch hört sich das schön an, praktisch aber eher nicht praktikabel und Mangel an Zeit.
05	Wiegen, regelmäßige Blutzuckerkontrollen und Abfragen „wie ist es mit der Raucherei wie ist es mit dem Alkohol?“ Ja
06	Ich habe mich ein wenig schwergetan mit der systematischen Überprüfung der Zielerreichung. Wie soll ich das bei sportlicher Betätigung überprüfen? Das kann ich in der Praxis nicht überprüfen. Körpergewicht ja, aber Tabakkonsum nein. Wie soll ich das prüfen? Ernährungsgewohnheiten nur anhand von Laborwerten. Alkohol geht auch nicht. Stress kann man nicht, es gibt kein objektives Messkriterium für Stress.
07	Technische Untersuchung, entweder Labor oder Sonstiges, oder Gewicht prüfen, Kontrolluntersuchungen, Belastungs-EKG, objektive Kontrollen
08	Dass der Patient regelmäßig einbestellt wird, in bestimmten Zeitabständen und – es wurde ja ein Vertrag gemacht – man guckt: wie weit bist du? Hast Du Dein Etappenziel erreicht? Quasi Begleitung und Kontrolle.
09	Da bin ich ganz perfektionistisch. Die werden regelmäßig einbestellt, da werden Recall-Systeme eingehalten. Da bin ich sehr akkurat.
10	{TL: Weiter vorne schon angesprochen: Zielerreichung wird überprüft anhand messbarer Daten wie Laborwerte oder Gewichtsveränderung }

D23:	In <u>Frage 6</u> ist von Personen oder Institutionen die Rede, mit denen man bei der Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen zusammenarbeiten kann. Fehlen da irgendwelche wichtigen Personen oder Institutionen? Falls ja: Welche?
D24:	Umgekehrt: Könnte man von den angeführten Personen oder Institutionen welche streichen, weil Sie Ihnen <u>nicht wichtig</u> erscheinen?

Für sieben Testpersonen ist die Liste der Kooperationspartner vollständig genug. Zwei davon nennen noch „Kollegen“ oder „andere Fachärzte“, fügen aber hinzu, dass dies ja klar sein sollte und in die Kategorie „Andere Kooperationspartner“ fallen könnte. Für TP 07 spielt die Familie als Kooperationspartner eine wichtige Rolle, und sie nennt als Beispiele Alkoholiker oder Rauchen während der Schwangerschaft. Zwei Befragte nennen Diabetische Schwerpunktpraxen bzw. die Deutsche Diabetes-Gesellschaft: *„Diabetische Schwerpunktpraxen sollten drauf stehen, Diabetikerschulung fehlt generell, ist zu wichtig für ‚anderes‘“* (TP 06). Dieselben Befragten stören sich auch an dem Begriff „Zusammenarbeit“:

- *„Die Frage gefällt mir gar nicht, weil mir ist aufgefallen, es gibt nicht so viele Institutionen, mit denen man zusammenarbeitet. Aber was heißt „zusammenarbeiten“? Ich schicke die Patienten dort hin, aber ist das schon „zusammenarbeiten“? Ich empfehle Sportvereine, aber ist das schon „zusammenarbeiten“? Der Begriff ist nicht spezifisch genug“* (TP 06)
- *„Die Frage ist, was unter Zusammenarbeit konkret gemeint ist. Was ist konkret gemeint damit? Kooperationspartner – ich weiß nicht, ob jemand keine hat. Eigentlich hätte ich alle ankreuzen können. Ich wünschte mir mehr Kontakte, aber ich habe oft keine, z.B. zu Kindergärten oder Altenheime. Kooperation müsste selbstverständlich sein“* (TP 09).

Auf die Frage, welche Kooperationspartner man streichen könnte, werden viermal Altenheime genannt, je dreimal Kindergärten, Schulen und Gesundheitsamt und je einmal Volkshochschule und Betriebsärzte. Beispiele:

- *„Kindergärten naja, die sind so klein die sind noch beim Kinderarzt, da hat man keinen Zugriff. Schulen eher, aber da macht das Gesundheitsamt die Prävention, da haben wir als Hausarzt keine möglichen Eintrittsfaktoren. Altenheime würde ich streichen. Weil da ist Prävention sicher nicht mehr gefragt“* (TP 01)
- *„Also eine Sache, da hab ich mich gewundert: Gesundheitsamt. Ich kann mir nicht vorstellen in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt was durchzuführen, weil die ja ihre eigenen Ärzte haben“* (TP 08)
- *„Kindergärten und Schulen, das wäre ganz frühe Intervention. Weiß nicht, ob das nötig ist. Höchstens wenn man sagt, dass es viele dicke Kinder gibt, die angeleitet werden müssten. Also lassen“* (TP 10).

Allerdings sprechen sich vier Testpersonen dafür aus, dass die Liste der Kooperationspartner so bestehen bleiben könne, da vielleicht *„Kollegen mit den Institutionen zusammenarbeiten“* (TP 05) bzw. man die Partner, die man nicht braucht, auch nicht ankreuzen müsse.

D25:	In <u>Frage 7</u> sind einige Kalkulationsinstrumente bzw. Scores angeführt zur Bestimmung des individuellen Koronarrisikos von Patienten. Fehlen da welche, die Sie für wichtig halten würden?
D26:	Umgekehrt: Könnte man von den angeführten Kalkulationsinstrumente bzw. Scores welche streichen, weil Sie Ihnen <u>nicht wichtig</u> erscheinen?

Für alle Testpersonen ist die Liste der Kalkulationsinstrumente vollständig. Es werden keine Instrumente explizit genannt, die gestrichen werden könnten. Allerdings ist auffällig, dass manche Testpersonen einige der Scores gar nicht kennen. So erklärt TP 04: *„Da mir alle unbekannt sind, wüsste ich auch nicht, welches man streichen könnte.“*

Drei TestteilnehmerInnen kennen die letzten drei Scores nicht (Score-Deutschland-Tabellen, Heart-Score und ARRIBA-Instrument), TP 02 kennt nur zwei der aufgeführten fünf, TP 07 kennt das ARRIBA-Instrument nicht, und TP 08 kennt ausschließlich den PROCAM-Score, fügt aber hinzu: *„Aber es gibt sicher auch Kollegen, die kennen den Score nicht, den ich benutze und die nehmen einen anderen. Es ist schwierig für mich, zu beurteilen, inwieweit die anderen Scores relevant sind.“*

TP 03 hält den PROCAM-Score und die Score-Deutschland-Tabellen für Deutschland am wichtigsten.

D27:	In <u>Frage 8</u> geht es um Informationsangebote zur Verbesserung von Gesundheitsförderung und Prävention. Fehlen da irgendwelche, die Sie für wichtig halten würden?
D28:	Umgekehrt: Könnte man von den angeführten Angeboten welche streichen, weil Sie Ihnen <u>nicht wichtig</u> erscheinen?

Vier Testpersonen geben an, dass keine Informationsangebote fehlen. Von zwei Testpersonen wird der „Pharmareferent“ (TP 01, 08) vorgeschlagen, der in die Praxis kommt und Fortbildungen oder Informationsgespräche anbietet. Je eine Testperson würde als Informationsangebot Diabetikerschulungen im Rahmen von Workshops mit Ernährungsberatern (TP 04) aufnehmen bzw. „Patiententage“ oder „Gesundheitstage“, bei denen man Patienten gezielter ansprechen könne (TP 10). Weitere Bemerkungen:

- *„Man könnte vielleicht die Datenbanken noch anführen, wie PubMed, aber da steht ja „Aufsätze in Fachzeitschriften“. Das würde man über PubMed erfahren. „Informationen aus dem Internet“, das ist sehr umfassend. Das können Laieninformationen sein. Das würde ich vielleicht präzisieren, welche das sind“ (TP 04)*
- *„Hier sind es nur Ärzte, die fortgebildet werden, aber was ist mit den Patienten. Die Frage ist nicht eindeutig. Müsste eindeutiger hervorgehen, dass das auf die Ärzte bezogen ist, nicht auf Patienten. Dann wäre das o.k.“ (TP 09).*

Bei der Nachfrage, welche Angebote man streichen könne, wird deutlich, dass es sich zumindest bei den ausgewählten Testpersonen um keine technophile Gruppe handelt, da kein Befragter die „SMS-Erinnerungsservices“ oder die „Smartphone-Applikationen“ selbst benutzt.

Drei Testpersonen sprechen sich dafür aus, die „SMS-Erinnerungsservices für Ärzte“ zu streichen, da diese – selbst und auch von Kollegen – nicht genutzt würden und man sich „eher bevormundet vorkommen“ (TP 01) würde. TP 01 ist darüber hinaus der Meinung, man könne die

„Smartphone-Applikationen für Ärzte“ streichen. Die „Recall-Programme“ sind für TP 04 und TP 07 keine relevanten Informationsangebote, zusätzlich würde TP 07 „CME-zertifizierte Fortbildungen allgemein“ streichen. Drei weitere Testpersonen stehen Smartphone-Applikationen, SMS-Erinnerungsservices und Recall-Programmen für Ärzte kritisch gegenüber, betonen aber gleichzeitig, dass es sicher sinnvoll sei, dies zu erfragen und es natürlich vom Typ abhängt, woher man sich seine Informationen beschaffe. Anzumerken ist auch noch, dass zwei Befragte nicht wissen, was ein „Recall-Programm für Ärzte“ ist. „Recall“ scheint generell im Kontext von Patienteneinbestellung in die Praxis, folglich als „Patienten-Recall“, bekannt zu sein.

Drei Testpersonen geben schließlich an, dass sie keine der aufgeführten Angebote streichen würden.

D29:	In der vierten Zeile ist von „CME-zertifizierten Fortbildungen“ die Rede. Ist Ihnen dieser Begriff bekannt?
D30:	Bitte erläutern Sie den Begriff „CME-zertifizierte Fortbildungen“ kurz.

Allen zehn Testpersonen sind „CME-zertifizierte Fortbildungen“ bekannt. Neun Testpersonen können eine Erklärung geben, die mehr oder weniger ausführlich bzw. – soweit wir das beurteilen können – richtig formuliert ist. Beispiele hierfür:

- *„Fortbildungen, bei denen man wichtige Punkte sammeln kann. Der Ansporn ist hoch, daran teilzunehmen, da man den Druck hat, in 5 Jahren 250 Punkte gesammelt zu haben“ (TP 04)*
- *„CME ist eine Institution, die in Fachzeitschriften Fortbildungen publiziert, die dann auch bepunktet werden. Und diese Punkte braucht man, um seine Approbation zu behalten. Und diese CME-zertifizierten Fortbildungen ermöglichen es einem, diese Punkte zu sammeln“ (TP 08)*
- *„Was CME konkret heißt, weiß ich nicht. Ich weiß, dass es eine Zeitschrift gibt, und dass man da Fortbildungspunkte haben kann. Aber was genau das heißt, weiß ich nicht. Ich nutze das auch kaum“ (TP 09)*
- *„Punktesammlung. Meines Erachtens Ganztagsfortbildung, z. B. Diabetologie. Punkte für Weiterbildung“ (TP 10).*

Lediglich TP 07 kann zu dem Thema keine Erläuterung abliefern; sie habe das zwar schon mitgemacht, aber immer wieder zur Seite gelegt.

D31:	In der siebten Zeile ist von „Smartphone-Applikationen für Ärzte“ die Rede. Ist Ihnen klar, was damit gemeint ist?
D32:	Bitte erläutern Sie den Begriff „Smartphone-Applikationen“ kurz.

Vier Testpersonen geben an zu wissen, was mit „Smartphone-Applikationen für Ärzte“ gemeint ist, ebenso viele wissen nicht, was damit gemeint ist. TP 09 gibt an, sich nicht sicher zu sein, zwar zu wissen, dass es so etwas gebe, es aber nicht zu nutzen. TP 03 meint „im groben“ zu wissen, um was es dabei geht: *„Ich habe kein Smartphone, darum weiß ich es nicht genau. Aber ich denke, das ist so ähnlich, wie auch am Computer, dass man sich Artikel runterladen kann oder Vorträge*

anhören kann oder auch Videos anschauen kann.“ Keine der Testpersonen gibt jedoch an, es selbst zu benutzen; dementsprechend vage fallen die Erläuterungen aus. Beispiele:

- „Ich denke, dass das aktuelle Informationen sind aufs Telefon. Für elektronisch Interessierte ist das sicher gut“ (TP 07)
- „Alles was mit solchen Sachen zu tun hat, wüsste ich nicht, ob ein Arzt so was machen sollte. Ich weiß, dass es so was gibt, aber was das ist...“ (TP 10).

D33:	In der neunten Zeile ist von „Recall-Programmen für Ärzte“ die Rede. Ist Ihnen klar, was damit gemeint ist?
D34:	Bitte erläutern Sie den Begriff „Recall-Programme für Ärzte“ kurz.

Sechs Testpersonen geben an zu wissen, was mit „Recall-Programmen für Ärzte“ gemeint ist. Drei Befragte kennen den Begriff nicht. TP 02 erklärt: „Ich dachte es ist ein Recall Programm das man in seiner eigenen Praxis installiert hat. Aber ob es ein Recall Programm für Ärzte in Fortbildungen gibt das weiß ich nicht. Also ich bin jetzt da mal von ausgegangen, dass die Software in der eigenen Praxis gemeint ist.“ Dass es sich bei „Recall-Programmen“ um Auffrischungsseminare oder Präventionsschulungen, zu denen man eingeladen wird, handelt, meint TP 01 zu wissen. TP 06 versteht darunter, dass man von einer bestimmten Firma angerufen und gefragt würde, wie zufrieden man mit einem Produkt sei oder was besser gemacht werden könne. TP 07 gibt an, „Recalls“ nur zur Patienteneibestellung für Impfungstermine o.ä. zu kennen und ist sich nicht sicher, ob es „Recall-Programme“ für Ärzte zur Erinnerung an Fortbildungen und Kongresse gibt. Testperson 08 lehnt seine Erklärung an sein Wissen über den Patienten-Recall an und erklärt analog, dass der Arzt in regelmäßigen Zeitabständen über den Briefweg erinnert wird, Gesundheits-schulungen und Patientenseminare anzubieten oder sich fortzubilden. Schließlich identifiziert TP 09 die Recall-Programme als „Diabetes-Updates“, die in der „Diabetes-Schiene“ regelmäßig veranstaltet werden.

Die Antworten fallen recht unterschiedlich aus und die Erklärungen reichen von der praxiseigenen Software, über Produktbewertungen bis hin zu vom Arzt veranstalteten Patientenseminaren. Wie bei D 27 schon angemerkt wurde, scheint der Begriff als Patienten-Recall geläufiger zu sein.

D35:	In der zehnten Zeile ist von „Präventionsleitlinien“ die Rede. Ist Ihnen klar, was damit gemeint ist?
D36:	Fallen Ihnen bestimmte Präventionsleitlinien ein? Falls ja, welche? Wer ist der Herausgeber?

Alle Testpersonen geben an, zu wissen, was mit „Präventionsleitlinien“ gemeint sei. Vier davon sagen, dass sie spontan keine Herausgeber nennen könnten. Alle anderen Testpersonen geben eine Art Erklärung ab und nennen einige Organisationen und Institutionen. Ob es sich dabei um Herausgeber von Präventionsleitlinien handelt, entzieht sich dem Kenntnisstand der Autoren. Genannt werden: World Health Organisation, Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin, Landesärztekammer in Hessen, Deutsche Gesellschaft für Kardiologie, Deutsche Diabetes-Gesellschaft, Nationalen Aktionsforum Diabetes mellitus, Labor Limbach in Heidelberg.

#### Antwortbeispiele:

- „Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin, die sind sehr aktiv. Es gibt auch von der Landesärztekammer in Hessen sehr gute Leitlinien“ (TP 02)
- „Von der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie, da gibt's Präventionsleitlinien. Ich bin jetzt da nicht ganz sicher, ob's in den Nationalen Versorgungsleitlinien eine für Prävention gibt“ (TP 03)
- „Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie oder für Diabetologie nehme ich an, oder andere Fachgesellschaften“ (TP 06)
- „Es gibt Broschüren, die diese Leitlinien auflisten. Das geht über Labore, z.B. Labor Limbach in Heidelberg“ (TP 10).

D37:	In der letzten Zeile ist von „Informationen“ aus dem Internet die Rede. An welche Internetquellen haben Sie beim Ausfüllen gedacht?
------	---

Neun Testpersonen konnten Informationsquellen aus dem Internet nennen, TP 07 gibt an, „an gar keine“ gedacht zu haben. TP 10 dachte bei der Frage daran, dass er „immer von irgendwelchen Ärzteorganisationen E-Mails“ bekomme, die er dann gleich wieder lösche. Auf Nachfrage des Testleiters geben zwei Befragte an, nicht an Seiten gedacht zu haben, auf denen Ärzte durch Patienten bewertet werden. Genannte Quellen, aufgelistet nach Häufigkeit der Nennungen: Google, Wikipedia, PubMed, DocCheck, Homepages von Krankenversicherungen und Ärztekammern, spezielle Pharmaseiten.

#### Beispiele:

- „Wenn z.B. ein Patient sagt, er möchte in eine Sportgruppe gehen, aber er weiß nicht, was seine Krankenkasse anbietet, dann kann ich das gleich nachschauen und ihm sagen, das oder das bieten die an. Wenn jemand in einem Fitnessstudio trainieren will, dann suche ich etwas raus, was in der Nähe ist. Dann gebe ich da einfach bei Google Worte ein“ (TP 06)
- „Es gibt bestimmte Pharmafirmen entsprechende Homepages, wo man entsprechende Informationen über Neuerungen oder auch Präventionsleistungen abrufen kann“ (TP 08).

D38:	In <b>Frage 9</b> geht es um Aussagen zur Gesundheitsförderung und Prävention. Waren diese Aussagen insgesamt klar und verständlich.
------	--

D39:	Welche waren nicht verständlich? Was war daran unverständlich?
------	--

Alle Testpersonen beantworten diese Frage mit „Ja“. TP 06 fügt einschränkend hinzu, dass „fast alle“ klar und verständlich gewesen seien und stört sich bei der Aussage vier an dem Wort „Gesundheitsberater“. Mit dieser Bezeichnung sei „die ärztliche Tätigkeit zu wenig gewürdigt“ und es „sollte mindestens ‚ärztlicher Gesundheitsberater‘ heißen“.

TP 10 hat folgende Schwierigkeiten mit der Aussage vier: wenn man nur den ersten Satz der Aussage läse, könnte man „trifft voll und ganz zu“ ankreuzen, wenn man nur den zweiten Satz läse, könnte man „trifft überhaupt nicht zu“ ankreuzen. Das sei irreführend und widersprüchlich formuliert.

D40: Bitte erläutern Sie den Begriff „gesunder Lebensstil“.

Da es sich nach Aussage aller TestteilnehmerInnen um einen sehr umfassenden und eher subjektiven Begriff handelt, sind nachfolgend die Definitionen im Einzelnen aufgelistet. Es lässt sich dennoch zusammenfassen, dass im Wesentlichen vier Grundpfeiler eines gesunden Lebensstils genannt werden: Ernährung, Bewegung, Schlaf und Stressmanagement.

TP	Antwort
1	(Lacht) Gesunder Lebensstil heißt für mich, erstens, ausgewogene Ernährung, zweitens ausreichend Schlaf, drittens ausreichend Bewegung und viertens möglichst wenig Stress, was sicher nicht immer möglich ist
2	(Lacht) wollen sie meine persönliche Definition? (lacht) Also ein gesunder Lebensstil ist im Grunde das man schaut relativ sein Gewicht zu halten bzw. sein Gewicht zu reduzieren wenn man übergewichtig ist, das man mäßig Alkohol zu sich nimmt das man wenn möglich nicht raucht das man versucht 3 mal die Woche 30 min Sport zu treiben, das man versucht sein Stressmanagement gut hinzubekommen, das man genug Zeit für Regeneration bekommt und das man auch eine gute Schlafhygiene bekommt
3	(Lacht) Unter gesundem Lebensstil versteht man gesunde Ernährung, ... ich denke, das wäre jetzt zu lang, das alles zu erklären. Z. B. nach Logi, also glycemischer Index Ernährung oder auch mediterrane Ernährung. Dann ausreichend Bewegung, Sport, am besten 5x in der Woche mindestens 30 Minuten, besser 60 bis 90. Auf ein normales Körpergewicht achten, nicht zu rauchen, wenig Alkohol zu trinken bzw. ein bisschen. Frauen ein Viertel Wein zum Beispiel, Männer zwei Viertel Wein am Tag mit zwei alkoholfreien Tagen die Woche. Dann genug Ausgleich zu beruflicher Belastung, was man halt unter Stressmanagement versteht, z. B. autogenes Training machen oder Yoga, oder auch die Jacobson-Muskelrelaxation. Das muss jeder seinen Weg finden, denke ich. Oder auch Musik machen, also irgendeinen Ausgleich zur beruflichen Belastung. Das denke ich, gehört auch noch zum gesunden Lebensstil.
4	Das ist ein sehr relativer Begriff, Also ich würde sagen, dass das bedeutet, dass man 2L Flüssigkeit am Tag zu sich nimmt, wenig Alkohol(2-3x die Woche ein Glas Wein), nicht rauchen, möglichst jeden Tag 30min. Bewegung, 5x am Tag Obst und Gemüse, ballaststoffreiche Ernährung, ca. 7 Std. Schlaf pro Nacht, ausreichend Erholung und Entspannung (Urlaub)
5	Gesunder Lebensstil bedeutet Stressreduktion, ausreichend Schlaf, gesunde Ernährung sprich wenig Fett wenig Fleisch, Fisch, viel Gemüse, regelmäßig Bewegung.
6	Das ist sehr subjektiv. Für mich ist das so: Ich kann meinen Patienten nur vermitteln, was mir gut tut. Bewegung ist ganz wichtig und einfach gesund zu essen und ein gutes Lebensgefühl zu haben. Das geht nicht von heute auf morgen. Ich berate aus meiner Perspektive heraus. Wichtig ist, dass ich meine Patienten kenne und überlege, was passt zu dem Patienten.
7	gewichtskontrolliert, bewegungsorientiert, ernährungsorientiert, stressfrei, also Stressmanagement
8	Das ist natürlich ein sehr umfassender Begriff und beinhaltet vieles, angefangen von Nichtrauchen bis hin zu Gewichtsreduktion oder -halten über regelmäßige Bewegung, über gesunde Ernährung
9	Gesunder Lebensstil heißt ausgewogener Lebensstil. Keine Seite des Lebens überbetonen, von Einseitigkeiten sich fernhalten, sich möglichst weitgefächert aufstellen. Konkreter: zu übermäßiger Genuss schadet, aber man kann von allem was machen. Man sollte nichts extrem tun. Auch zu viel Bewegung kann schaden. Man kann Marathon laufen, bis die Fußsohlen abgelaufen sind und das Fleisch rausguckt. Gesunder Lebensstil heißt Balance in allen Lebensfragen.
10	Ja! Das heißt: aufs Gewicht achten, ausreichend Bewegung, an die frische Luft gehen, mal fünf

	grade sein lassen, nicht nur wie verrückt arbeiten, auch mal ein Wochenende ohne irgendwas zu tun. Rauchen sein lassen. Einen Freundeskreis pflegen, in dem man sich wohlfühlt, und sich von all den Leuten zurückzieht, die einem nicht so wichtig sind.
--	---

D41: Und jetzt noch den Begriff „Lebensstilberatung“.

Ähnlich wie bei D40 fallen die Erläuterungen sehr bunt aus und können am ehesten anhand einer Auflistung überblickt werden:

TP	Antwort
1	Das ist einfach das Aufzeigen von Mankos im Leben, wo kann man was besser machen, wo fehlt es an Bewegung, wo macht man Ernährungsfehler, wo ist einfach zuviel Stress da, wie kann man diesen Druck abbauen, diese Sachen
2	Das bezieht sich primär natürlich für einige Patienten auf harte Fakten. Gerade im Bereich Fettstoffwechselerkrankungen, Zucker, Herzkreislaufrisiko also Übergewicht und dann kommen natürlich die Hinweise in Richtung auf die Psychohygiene und Schlafhygiene. Das ist glaube ich das was man unter Lebensstilberatung versteht
3	Also ich erhebe, oder ich befrage meine Patienten, wie sie leben, also diese ganzen Faktoren. Und dann schaue ich, wo gibt's ein Problem. Und da spreche ich dann mit dem Patienten drüber, wie könnte er was verbessern bzw. frage ich ihn ja ob er ein Problem sieht oder ob er was verbessern möchte. Die meisten Patienten wissen das eh sehr genau und dann gehe ich drauf ein. Und wenn das viele Sachen sind, dann picke ich mir zuerst das wichtigste heraus oder was ich denke, was das wichtigste ist. Denn alles auf einmal, denke ich, kann man nicht ändern oder am Lebensstil kann man nicht mehrere Faktoren auf einmal ändern, sondern dann würde ich schrittweise vorgehen, also zuerst das, was mir am wichtigsten erscheint. Z. B. wenn einer Übergewicht hat und raucht, dann würde ich zuerst eher die Raucherentwöhnung anbieten und dann erst zur Gewichtsreduktion schreiten.
4	Dem Patienten erklären, wie er seinen Tagesablauf verändern soll, damit er gesünder lebt (Ballaststoffe näher bringen, Frühstücksgewohnheiten umstellen, Toilettenritual abstellen)
5	Wenn ich versuche einem Patienten zu erklären, dass manch seiner Verhaltensweisen einfach schlecht sind. Sprich wenn ich ihm erkläre warum 2 Schachtel Zigaretten am Tag ihm nicht gut tun. Und ihm auch erkläre warum sie ihm nicht gut tun und nicht nur das sie ihm nicht gut tun. Und auch warum Stress einen hohen Blutdruck macht und ihm auch erkläre wo das herkommt und das er sich vielleicht doch überlegen kann, dass man doch etwas dagegen tun kann
6	Ich berate aus meiner Perspektive heraus. Wichtig ist, dass ich meine Patienten kenne und überlege, was passt zu dem Patienten. Beratung, die zu einem gesunden Lebensstil hinführen sollte.
7	Ist persönlich am Patienten orientiert, kann ich jetzt so nicht erläutern.
8	Das ist individuell denke ich, man muss schauen, wo steht der Patient, was ist ok, so wies ist, was ist beratungsbedürftig und dann speziell auf diese Probleme eingehen.
9	Man muss zunächst einmal in Erfahrung bringen, welchen Lebensstil ein Patient hat. Dann kann man den Balance-Gedanken umzusetzen versuchen. Dann kann man das Weltbild dekonstruieren, verstören, ins Schwanken bringen.
10	Wäre das, was ich gerade eben gesagt habe.

- |      |   |
|------|---|
| D42: | In <u>Frage 10</u> geht es um Hindernisse bei der Beratung Ihrer Patienten hinsichtlich eines gesunden Lebensstils. Waren diese Aussagen insgesamt klar und verständlich. |
| D43: | Welche waren nicht verständlich? Was war daran unverständlich?  |

Neun Testpersonen waren diese Aussagen insgesamt klar und verständlich. TP 06 kritisiert an der Aussage 11, dass diese schwer zu interpretieren sei und dreimal von ihm hätte gelesen werden müssen. Am besten solle man den Satz streichen, da „Lebensstilberatung zu vielschichtig und von daher unzureichend definiert“ sei.

- |     |   |
|-----|---|
| D44 | In Frage 10 ist in Zeile 4 von „unklaren Empfehlungen für einen gesunden Lebensstil“ die Rede. An was haben Sie gedacht, als Sie diese Zeile gelesen haben? Was könnte mit „unklare Empfehlungen für einen gesunden Lebensstil“ gemeint sein? |
|-----|---|

TP 01 hat bei dieser Aussage gar nichts angekreuzt und kann entsprechend keine Antwort dazu geben. TP 02 meint, dass „je nachdem von welchem Blickwinkel man einen gesunden Lebensstil sieht“, es „natürlich unterschiedliche Empfehlungen“ gibt. Unterschiedliche Ernährungsgewohnheiten, z.B. vegetarisch oder vegan, oder kulturelle Hintergründe spielten dabei eine Rolle. Sechs Testpersonen sprechen eine mediale Beeinflussung an, sei es nun Internet, Tageszeitung oder die Klatschpresse, die durch unterschiedlichste und häufig auch unseriöse Empfehlungen Verwirrungen bei den Patienten stifte. Beispiele:

- „Erst wird gesagt, dass man 5x pro Tag Obst und Gemüse essen soll und dann doch nicht mehr. Vergleichbar mit dem EHEC-Chaos derzeit“ (TP 04)
- „Ich habe an das Internet gedacht. Wenn man die entsprechenden Worte eingibt, kriegt man so viele unterschiedliche Informationen. Das fängt schon beim Cholesterin an. Wenn ich den Leuten sage, ihr Cholesterin ist zu hoch, dann sagen die mir, es gibt im Internet so viele Quellen, die sagen, dass es gar nicht auf das Cholesterin ankommt. Das Internet macht die Behandlung eher schwierig. Die Leute kommen und sagen, ich habe das und das gelesen. Der Patient wird dadurch nicht aufgeklärt, sondern die Beratung wird schwieriger“ (TP 06)
- „Es gibt ja immer wieder sehr „strange“ Empfehlungen in diversen Klatschblättern, die eher verwirren, als dass sie zu einem gesunden Lebensstil beitragen“ (TP 08).

- |     |  |
|-----|--|
| D45 | In der neunten Zeile ist von „kulturellen Unterschieden im Gesundheitsverständnis“ die Rede. An was haben Sie gedacht, als Sie diese Zeile gelesen haben? Was könnte damit gemeint sein? |
|-----|--|

Hier wird vor allem ein „anderes“ Gesundheitsverständnis hauptsächlich bei Patienten mit muslimischem Migrationshintergrund angesprochen. Dazu zählten Ernährungsgewohnheiten, Schönheitsideale aber auch Erwartungshaltungen an die Medizin. Verschiedene Testpersonen erklären, dass die Religion (TP 02) oder der Kulturkreis (TP 04) eines Patienten häufig vorgebe, wie er sich ernähren könne oder müsse und es deshalb schwierig sei, als Arzt Empfehlungen auszusprechen.

TP 08 spricht von einer „Reparatur-Mentalität“ von „Patienten aus den östlichen europäischen Gebieten“, die sich darin äußert, dass Patienten „kommen, klagen und den Wunsch haben: so jetzt Doktor, guck mal was da kaputt ist und reparier es, sodass ich wieder gesund nach Hause gehen kann. Aber dass die auch selbst was dazu beitragen müssen, ist schwierig“.

Im Folgenden einige Beispiele:

- *„Türkische Patienten wollen, dass ihre Frauen ordentlich Gewicht haben, sich wenig bewegen und nur daheim sitzen und die Kinder versorgen. Z.B. da kann man nicht hergehen und zu dem Mann sagen ihre Frau muss jetzt 30 Kilo abnehmen und in ein Sportstudio gehen oder Schwimmen gehen“ (TP 01)*
- *„Also z.B. natürlich schon, dass das Gesundheitsverständnis in den einzelnen Kulturen schon unterschiedlich ist. Wenn wir an jung knackig schlank denken, denken manche arabische Männer eher an bisschen molliger, vollbusiger, lange Haare. Also da kann ich einer arabischen Frau nicht unbedingt vorschreiben, dass sie dringend mal Sport machen soll (lacht).“ (TP 05)*
- *„Das sind verschiedene Ernährungsgrundlagen vielleicht auf Grund von Religion oder Kultur – wie es da steht – Erziehung spielt sicher eine Rolle, auch soziale Faktoren, Umweltfaktoren, Bildung wenn man so will, vielleicht.“ (TP 07).*

TP 09 denkt bei „kulturellen Unterschieden im Gesundheitsverständnis“ an die „Einteilung der Patienten nach Milieus, es geht um die Typologie von Menschen“ und nicht um kulturelle Unterscheidungen nach Herkunft. „Es geht um das Gesundheitsverständnis des Patienten in seiner Subkultur in seiner Beziehung zum Arzt, die Subkultur des Arztes zur Subkultur, zu der der Patient gehört“ (TP 09).

D46	Gibt es aus Ihrer Sicht weitere nicht genannte wichtige Hindernisse bei der Beratung von Patienten hinsichtlich eines gesunden Lebensstils? Falls ja, welche?
-----	---

Insgesamt drei Testpersonen machen Vorschläge für weitere Hindernisse. Zwei Personen sehen häufig ein Problem in der Einstellung (TP 04) bzw. Einsicht (TP 07) des Patienten. Es müsse auch die persönliche Einsicht und der Wille bestehen, sich überhaupt mit einem gesunden Lebensstil zu beschäftigen. Ein weiterer Befragter nennt den sozialen Hintergrund eines Patienten als mögliches Hindernis. Er beschreibt: *„Wenn Sie eben aus einem sozial unterprivilegierten Milieu kommen, dann haben sie eben nicht gelernt, gesund zu leben, da ist die Chips-Tüte und die Cola alltäglich“* (TP 10). Alle anderen Testpersonen empfinden die Liste der Hindernisse als vollständig.

D47	Bei Frage 15: Haben Sie die Anzahl der Patientenbesuche pro Woche aus Unterlagen ermittelt, gut geschätzt oder nur grob geschätzt?
D48	Wie sind Sie bei der Schätzung vorgegangen?

Alle Testpersonen haben die Anzahl der Patientenbesuche geschätzt, sechs davon geben an, eine gute Schätzung gemacht zu haben, die restlichen vier haben die Anzahl grob geschätzt.

Die Mehrheit der Testpersonen hat die Anzahl aus Patientenkontakten pro Tag auf die Woche hoch gerechnet ermittelt. Drei Testpersonen haben sich am Quartal orientiert. TP 07 erklärt, dass sie die Anzahl der „Scheine“ im Quartal erst durch drei und dann durch vier geteilt hat. TP 09 kritisiert, dass es schwierig sei, eine Aufteilung nach Woche zu machen, *„da wir pro Quartal rechnen“*. Befragter 04 gibt an, an seine Patienten pro Monat gedacht und diese Anzahl dann auf eine Woche geteilt zu haben.

D49	Kommen wir zu Frage 16: Haben Sie die Angaben hier aus Unterlagen ermittelt, gut geschätzt oder nur grob geschätzt?
D50	Wie sind Sie bei der Schätzung vorgegangen?
D51	Gab es Patientenmerkmale in Frage 16, bei denen Ihnen die Schätzung besonders schwer gefallen ist? Falls ja, welche?

Auch hier hat keine der Testpersonen die Angaben aus den Unterlagen ermittelt. Fünf haben eine gute Schätzung abgegeben, vier eine grobe Schätzung. TP 07 hat bei dieser Frage nichts eingetragen und kommentiert: *„Da hätte ich ja wieder rechnen müssen. Das war mir zu kompliziert. Über 65 habe ich viele Patienten, aber Übergewicht und Raucher...das war mir zu viel. Was bringt die Frage überhaupt? Über jede KV, bei jeder Kassenabrechnung kriegst du das raus.“* Auch TP 06 gibt zu, bei der Beantwortung der Frage *„nicht mehr so recht Lust“* gehabt zu haben. Vorgehensweisen waren, sich die Patienten vorzustellen, die an einem durchschnittlichen Tag kommen bzw. die Kenntnisse der oftmals langjährigen Patienten aus dem Gedächtnis abzurufen. Hierzu TP 08: *„Man kennt seine Pateinten nach 12 Jahren und kann das ungefähr abschätzen“.*

Merkmale, bei denen die Schätzung schwieriger war, sind nachfolgend aufgelistet: Rauchen (vier Nennungen), Alter (zwei Nennungen), Geschlecht und Gewicht (je eine Nennung).

## 4.6 Allgemeine Fragen II

E01	Wir kommen jetzt zum Ende des Interviews. Noch ein paar allgemeine Fragen: Unabhängig von dem, was in dem Anschreiben steht: Was meinen Sie ist das Ziel der Befragung? Was wollen wir mit den erhobenen Informationen erreichen?
-----	---

Aufgrund der sehr unterschiedlichen Antworten sind diese im Folgenden aufgelistet:

TP	Antwort
1	Sinn für Präventionen stärken. Ärzte mehr für Prävention sensibilisieren. Was mit dem Fragebogen auch ganz gut gelingt.
2	Ich hoffe das der Primärpräventionsansatz größer werden soll oder die Sensibilisierung dahin. Denn wir behandeln ja überwiegend kranke Leute.
3	Ich denke, Sie wollen untersuchen, wie Prävention in der niedergelassenen Praxis gelebt wird oder wie das Angebot überhaupt ist, wie das die Ärzte einsetzen, wie oft, wie viele Patienten beraten werden. Ich denken, den Ist-Zustand erheben, was Prävention in der niedergelassenen Praxis betrifft.
4	Ich denke, dass sie erreichen wolle, dass sich die Praxen verbessern hinsichtlich Prävention und wo das Problem liegt, warum es so selten praktiziert wird. Es stellt sich die Frage, ob die Ärzte nicht wollen oder nicht können. Gibt es einen Zeitmangel oder sind die Ärzte nicht daran interessiert? Oder liegt es an den Patienten, dass es so selten praktiziert wird?
5	Ich denke, was man natürlich herausfinden kann ist, kann man Kooperationen zwischen den verschiedenen Institutionen vielleicht verbessern. Bringt es dem Patienten was wenn ich ihm mehr Zeit gebe das zu vermitteln was sie vermitteln wollen. Also sprich vergüte ich manche Präventionsleistungen einfach noch an Leistungen um den Anreiz zu schaffen sie auch zu leisten

6	Ich denke schon, was zu entwerfen, was Prävention erleichtert bzw. was man tun kann, um Präventionsleitlinien zu erstellen und zu kucken, dass der Zugang zu Prävention leichter gemacht wird.
7	Man will vielleicht die Prävention ausbauen, ob das möglich ist, wage ich zu bezweifeln. Mir war wichtig, dass es mal was anderes ist. Es ist schon eine andere Abfrage wie die alltäglichen.
8	Ich denke letztendlich zielt es darauf, zu analysieren, wie ist der Kenntnisstand der Ärzte, was werden an Präventionsmaßnahmen durchgeführt, wo besteht noch Bedarf, und wo besteht ein guter Informationsstand, wo kann man die Ärzte vielleicht noch unterstützen
9	Also es gibt Studien, da geht es darum, dass man den DFG-Antrag durchkriegt und dass man dann eine Publikation mehr hat. Ich sage, dann werden die Gewichte der Professoren nach Kilogramm gerechnet, nicht nach der Qualität der Inhalte. Es wird etwas gemacht, um eine Zielsetzung vorzutäuschen, aber es geht nur um die Aktivität. {TL: Sie halten eine solche Studie für sinnlos?} Nein, das will ich hier nicht sagen. Es gibt tatsächlich sehr viele Studien, die nur für die Wissenschaftler gemacht werden, aber keine praktische Umsetzung bewirken. Ich habe hier die Hoffnung, weil ich die Personen kenne und ihre Ansätze und ihr Aufgabengebiet dass das sinnvoll gedacht ist, deshalb auch meine Unterstützung. Ich hoffe, dass dabei was Gutes rauskommt. Grundsätzlich bin ich skeptisch, was Befragungen angeht. Die dienen irgendwelchen rein wirtschaftlichen Interessen, aber es gibt auch andere Zwecke die durchaus sinnvoll sind. Hier ist das eine sinnvolle Befragung.
10	Ziel würde ich sagen: Wie kann man die Ärzte zusammen mit den Patienten ein bisschen besser an die präventiven Sachen heranzuführen? Wie kann man die Komplikationen von gewissen Stoffwechselstörungen und falschen Lebensweisen verhindern? Wie kann man im Gesundheitswesen viele Kosten sparen und tragische Schicksale verhindern?

E02	Was meinen Sie: Spiegeln die erhobenen Informationen das Angebot an Gesundheitsförderung und Prävention im hausärztlichen Praxisalltag angemessen wieder? Falls nein: Warum nicht? Was vermissen Sie? Was würden Sie anders machen?
-----	---

Sieben Testpersonen geben an, nichts zu vermissen. TP 02 vermisst den Bereich der Kinder und Jugendlichen, wo man ihres Erachtens einen Schwerpunkt legen müsste. Denn auch Allgemeinmediziner hätten schon Kinder bzw. ganze Familien als Patienten.

TP 06 meint, dass fehle was „Hausärzte individuell anbieten“, als Beispiele werden Sportgruppen oder Diabetes-Beratungen angeführt. TP 10 spricht „die gesamte Impfsache“ an „und was auch sehr wichtig ist: die Sache bei Frauen mit der Osteoporose-Vorbeugung“.

E03	Gibt es ganz allgemein Dinge, die Sie am Fragebogen ändern würden?
-----	--

Diese allgemeine Frage bringt wenig neue Erkenntnisse. Im Wesentlichen werden nur Dinge wiederholt angesprochen, die bereits in vorhergehenden Fragen thematisiert worden sind, z. B. Änderungen des Fragebogen-Layouts, die Umstrukturierung und Umformulierung von Frage 5 oder der Titel der Studie.

Zwei Testpersonen nutzen die Frage, um erneut eine Kürzung des Fragebogens zum Vorschlag zu bringen.

TP 05 ist der Ansicht, man könne auf Frage 8 – Informationsquellen – verzichten und stattdessen Fragen einbauen, die darauf abzielen, wie man mit den Informationen in der Praxis umgeht. TP 06 würde eine stärker auf die eigene Tätigkeit hin ausgerichtete offene oder halboffene Frage einbauen: „Welche Präventionsangebote bieten Sie in Ihrer Praxis an?“.

E04	Haben Sie weitere Anmerkungen zum Fragebogen?
-----	---

Auch diese abschließende Frage führt nicht zu weiteren Informationen. Schließen wir deshalb die Ergebnisdarstellung mit dem – erbaulichen – Abschluss-Statement von TP 01:

*„Also ich fand ihn gut. Er beinhaltet was man in Präventionsleistungen in diesem Bereich macht und gleichzeitig ist es für einen selbst ein wenig Reflexion und so ein bisschen Anstoß, da ein bisschen mehr darauf zu verlegen oder auch in manchen Bereichen mehr zu machen, weil man sich klar wird, den Bereich habe ich vielleicht ein wenig vernachlässigt. Also als Umfrage oder als Kriterium für Prävention ist es eigentlich ein sehr guter Fragebogen. Man wird so ein bisschen darauf aufmerksam gemacht, was möglich ist.“*

## 5. Fazit und Empfehlungen

Wir fassen im Folgenden die wichtigsten Ergebnisse des Pretests noch einmal zusammen und sprechen Empfehlungen aus für die Überarbeitung des Fragebogens wie des gesamten Befragungsmaterials.

### Design-Fragen

Das Bearbeiten des Fragebogens dauert im Schnitt etwa 15 Minuten und damit nur unbedeutend länger als die von den Testpersonen geschätzte Bearbeitungszeit von 13 Minuten. Alle Testpersonen bewerten den Fragebogen als sehr interessant bzw. eher interessant, wobei insbesondere die inhaltliche Breite und die Praxisnähe hervorgehoben werden. Alle Testpersonen fühlen sich als Arzt bzw. Ärztin durch den Fragebogen angesprochen. Die Befragungsunterlagen insgesamt werden ohne Einschränkung als seriös beurteilt.

Neun der zehn Testpersonen wären bereit, an der Hauptbefragung teilzunehmen, die zehnte schwankt noch und würde eine Teilnahme erwägen, wenn statt eines monetären ein nicht-monetäres Incentive verabreicht würde. Bei der Einschätzung der Teilnahmebereitschaft anderer Ärzte und Ärztinnen gibt es ein Patt zwischen wahrscheinlicher Teilnahme und wahrscheinlicher Nicht-Teilnahme. Die Teilnahmebereitschaft bei Ärzten und Ärztinnen allgemein ist nach Ansicht aller Testpersonen vom Fachgebiet abhängig: teilnehmen werden eher Hausärzte, Allgemeinmediziner, Kardiologen, Internisten, Diabetologen, Nephrologen und Psychologen.

Sechs der zehn Testpersonen halten die Honorierung von 20 Euro in der Hauptstudie für angemessen, die anderen plädieren eher für 40 bis 50 Euro.

## Das Anschreiben

Das Anschreiben wird im Großen und Ganzen positiv und als informativ bewertet. Wirklich kritisiert wird eigentlich nur die Zeitangabe von 5 Minuten als voraussichtliche Bearbeitungszeit.

**Von daher empfehlen wir, die tatsächlich benötigte durchschnittliche Befragungszeit von 15 Minuten im Anschreiben anzuführen.**

Vereinzelt wird der auffällige, gelbe Hinweis auf die Vergütung kritisiert, und eine Testperson schlägt vor, den Titel der Studie zu ändern.

**Zum Titel der Studie äußern wir uns nicht, aber der doppelte Hinweis auf die Honorierung, noch dazu gelb markiert, könnte ersatzlos entfallen.**

Die Bilder und Statements werden zwar vereinzelt kritisiert, im Großen und Ganzen aber positiv beurteilt.

## Die Erklärung zum Datenschutz

Die Erklärung zum Datenschutz ist mehr oder weniger Standard und kann in der getesteten Form bleiben, zumal sie ohnehin nicht oder nur oberflächlich wahrgenommen wird.

## Der Fragebogen insgesamt

Das Urteil über Layout und grafische Gestaltung des Fragebogens fällt im Großen und Ganzen positiv aus; allerdings wird vereinzelt die Schrift als zu klein beurteilt. Nur zwei der zehn Testpersonen plädieren explizit für eine Kürzung des Fragebogens.

### Frage 1

Vereinzelt klingt Kritik an unpräzisen Formulierungen (z. B. gesunder Schlaf, Techniken zur Stressbewältigung) oder an Redundanzen (z.B. psychologische Beratung, Stressbewältigung) durch. **Wir empfehlen hier eine Präzisierung vorzunehmen. Anstelle „gesunder Schlaf“ könnte der Begriff „ausreichend Schlaf“ zum Einsatz gebracht werden, beim Item Stressbewältigung schlagen wir vor, in der Klammer „Entspannungstechniken“ durch z. B. „Yoga, autogenes Training“ zu ersetzen.**

### Frage 2

Kritisiert wird, dass die Frage nach „Selbstbeweihräucherung“ klingt. **Wir empfehlen, statt der emotional besetzten Formulierung „Wie erfolgreich....?“ die Formulierung „Wie gut gelingt es Ihnen, Ihre Patienten zu Verhaltensänderungen in folgenden Bereichen zu motivieren?“ mit den Antwortkategorien „sehr gut – eher gut – eher nicht gut – überhaupt nicht gut“.**

Ansonsten siehe auch die Anmerkungen zu Frage 1.

### Frage 3

Obwohl die Frageformulierung nur vereinzelt kritisiert wird, schließen wir uns der Ansicht an, dass die Frage umformuliert werden sollte. **Wir empfehlen folgende Formulierung: „Wie beurteilen Sie Ihr Wissen über präventive Maßnahmen und die Anwendung dieses Wissens in den folgenden Bereichen?“**

### Frage 4

Die Begriffe „Primärprävention“ und „Behandlung“ sind nach Ansicht von Testteilnehmern nicht disjunkt, Primärprävention und Behandlung überschneiden sich. Wenn man diesen Sachverhalt akzeptiert und wenn man akzeptiert, dass die Angaben zumeist geschätzt werden, **kann die Frage belassen werden.**

Ob der Begriff „Primärprävention“ im Sinne der Auftraggeber verstanden wird, muss anhand der Antworten auf Frage D13 geprüft werden.

### Frage 5

Die Seite mit Frage 5 wird als zu voll und als unübersichtlich kritisiert, ebenso wie die Angaben in Prozent, beides allerdings eher selten. Der senkrechte Text am linken Seitenrand wird entweder nicht gelesen oder gar völlig übersehen, und es ist nach Ansicht der Testpersonen unklar, ob dieser Text zum Beantworten der Frage überhaupt benötigt wird.

**Wir empfehlen, Frage 5 „luftiger“, d.h. durch mehr Platz und Layout-Elemente übersichtlicher zu gestalten. Wenn es inhaltlich möglich und zulässig ist, könnte der senkrechte Text am linken Seitenrand ersatzlos entfallen.**

Anstelle der Prozentwerte könnte die Frage mit relativen Kategorien abgefragt werden, z. B. „keine – etwa ein Drittel – etwa die Hälfte – etwa zwei Drittel – (fast) alle“.

Und schließlich empfehlen wir, in der Frageformulierung „folgende Untersuchungen bzw. Interventionen“ durch „folgende Maßnahmen“ zu ersetzen, um die Frageformulierung mit den Überschriften der Items zu synchronisieren.

Oder, also Alternative: „Bei wie vielen Ihrer Patienten führen Sie in Ihrer Praxis die folgenden Maßnahmen regelmäßig durch?“ mit den oben genannten relativen Antwortkategorien. Die Überschriften der einzelnen inhaltlichen Bereiche könnten auf die unterstrichenen Begriffe reduziert werden, also z.B. „Körpergewicht“ anstelle von „Maßnahmen bezüglich des Körpergewichts“.

Ob die Begriffe „Kurzintervention/motivierende Gesprächsführung“, „Schriftliche Zielvereinbarung (Patientenvertrag“ und „systematische Überprüfung der Zielerreichung“ im Sinne der Auftraggeber verstanden werden, muss anhand der Antworten auf Frage D20 bis D22 geprüft werden.

### Frage 6

Die Liste der Kooperationspartner wird an sich als vollständig erachtet. Vereinzelt werden allerdings Ergänzungen bzw. Veränderungen vorgeschlagen, die im Text unter Frage D23 und D24 angeführt sind. Ob diese Vorschläge zu einer Modifikation der Liste führen werden oder nicht ist eine inhaltliche Frage, die vom Auftraggeber geprüft werden muss.

Unter methodischen Gesichtspunkten wird der Begriff „zusammenarbeiten“ als nicht klar und spezifisch genug bezeichnet. **Hier wäre vom Auftraggeber zu klären, ob unter Zusammenarbeit eine**

enge Kooperation oder lose Kontakte oder was auch immer zu verstehen wäre; je nach Zielrichtung müsste die Frage entsprechend umformuliert werden, also z. B. „arbeiten Sie eng...“ oder „arbeiten Sie zusammen, auch wenn es nur in loser Form ist...“ oder ähnliches.

#### Frage 7

Für alle Testpersonen ist die Liste der Kalkulationsinstrumente vollständig. Es werden keine Instrumente explizit genannt, die gestrichen werden könnten, und es werden keine Ergänzungen vorgeschlagen. Allerdings ist auffällig, dass manche Testpersonen einige der Scores bzw. sogar alle gar nicht kennen.

Frage belassen.

#### Frage 8

Es werden vereinzelt Vorschläge zur Erweiterung der Liste gemacht, z. B. Pharmareferent oder Diabetikerschulungen. Zur Streichung vorgeschlagen werden „SMS-Erinnerungsservice für Ärzte“, „Smartphone-Applikationen für Ärzte“, „Recall-Programme für Ärzte“ und „CME-zertifizierte Fortbildungen“. Was davon umgesetzt wird, ist eine inhaltliche Frage und als solche vom Auftraggeber zu entscheiden.

Ob die Begriffe „CME-zertifizierte Fortbildungen“, „Smartphone-Applikationen für Ärzte“, „Recall-Programme für Ärzte“, „Präventionsleitlinien“ und „Informationen aus dem Internet“ im Sinne der Auftraggeber verstanden werden, muss dort anhand der Antworten auf die Fragen D29 bis D37 geprüft werden.

#### Frage 9

Frage 9 funktioniert fast problemlos. Nur das erste Item enthält einen doppelten Stimulus, weil jeder der beiden Sätze unterschiedlich beurteilt werden kann. **Wir empfehlen, den ersten Satz ersatzlos zu streichen. Bei dem vierten Item empfehlen wir, den Begriff „Gesundheitsberater“ durch das Attribut „ärztlich“ aufzuwerten.**

Ob die Begriffe „gesunder Lebensstil“ und „Lebensstil-Beratung“ im Sinne der Auftraggeber verstanden werden, muss anhand der Antworten auf die Fragen D40 und D41 geprüft werden.

#### Frage 10

Frage 10 wurde als problemlos beurteilt und **kann so belassen werden**. Als Vorschläge zur Ergänzung der Items werden „Einstellung bzw. Einsicht des Patienten“ und „sozialer Hintergrund“ genannt.

Ob die Begriffe „unklare Empfehlungen für einen gesunden Lebensstil“ und „kulturelle Unterschiede im Gesundheitsverständnis“ im Sinne der Auftraggeber verstanden werden, muss dort anhand der Antworten auf Frage D44 und D45 geprüft werden.

#### Frage 11 - 14

Diese Fragen wurden im Pretest nicht überprüft.

#### Frage 15

Frage 15 funktioniert an sich gut, allerdings wird darauf hingewiesen, dass Ärzte eher in Quartalen rechnen als in Wochen. Angesichts der Vorgehensweise der Ärzte beim Beantworten dieser Frage empfehlen wir aber, den Zeitraum „Woche“ beizubehalten.

#### Frage 16

Die Frage wird auf der Basis von Schätzungen beantwortet und funktioniert gut. **Wenn man mit Schätzungen zufrieden sein kann, kann die Frage belassen werden.** Als Merkmale, bei denen die Schätzungen als schwieriger beurteilt wurden, werden „Rauchen“, „Alter“, „Geschlecht“ und „Gewicht“ genannt.





## **Erklärung zum Datenschutz und zur absoluten Vertraulichkeit Ihrer Angaben bei postalischen Befragungen**

Bei der Studie „**ÄSP-kardio**: Ärzte-Survey zur Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen“ trägt das Mannheimer Institut für Public Health, Sozial- und Präventivmedizin die datenschutzrechtliche Verantwortung. Das Institut arbeitet nach den **gesetzlichen Bestimmungen über den Datenschutz**.

Der Studienleiter ist für diese Aufgabe ausgebildet. Er überwacht die ordnungsgemäße Durchführung der Studie, insbesondere die ordnungsgemäße Erhebung und Sicherung der Daten. Alle Beteiligten haben sich in einer schriftlichen Erklärung zum Stillschweigen nach § 40 Bundesdatenschutzgesetz verpflichtet.

Diese Studie wurde von der Medizinischen Ethikkommission II der Medizinischen Fakultät Mannheim, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, genehmigt (Aktenzeichen: 2008-272E-MA).

Ihre Teilnahme an der Befragung ist **freiwillig**. Bei Nicht-Teilnahme entstehen Ihnen keine Nachteile.

Die auf dem Fragebogen aufgedruckte laufende Nummer dient lediglich zur Rücklaufkontrolle der eingehenden Fragebögen.

**Ihre Angaben werden vollständig anonymisiert**, d. h. ohne Ihren Namen und ohne Ihre Adresse auf einen Datenträger gebracht und elektronisch ausgewertet. Das bedeutet: Niemand kann aus den Ergebnissen erkennen, von welcher Person die Angaben gemacht worden sind.

**Dritte erhalten keine Informationen über Ihre Angaben im Fragebogen. Ihr Name und Ihre Anschrift werden nach Abschluss der Gesamtuntersuchung gelöscht.**

Im Falle von Veröffentlichungen der Studienergebnisse bleibt die Vertraulichkeit der persönlichen Daten ebenfalls gewährleistet.

Für die Einhaltung der Datenschutzbestimmungen ist verantwortlich:

Prof. Dr. Sven Schneider  
Mannheimer Institut für Public Health, Sozial- und Präventivmedizin  
Ludolf-Krehl-Str. 7-11  
68167 Mannheim  
Tel. 0621-383 9917  
Fax: 0621-383 9920  
E-Mail: sven.schneider@medma.uni-heidelberg.de

Weitere Informationen zur Studie finden Sie auf unserer Webseite: **www.miph.de**

Sollten Sie Fragen zur Studie haben, so beantworten die Projektmitarbeiter diese gerne. Schicken Sie uns hierfür am besten eine E-Mail ([tatiana.yarmoliuk@medma.uni-heidelberg.de](mailto:tatiana.yarmoliuk@medma.uni-heidelberg.de) oder [raphael.herr@medma.uni-heidelberg.de](mailto:raphael.herr@medma.uni-heidelberg.de)).

**Ihre Studienteilnahme wird mit 20,- € vergütet.** Bitte tragen Sie hierzu auf dem beiliegenden Abschnitt Ihre Kontodaten ein, damit wir die Überweisung des Betrages veranlassen können. Wenn Sie Interesse an den **Studienergebnissen** haben, so lassen wir Ihnen gerne eine Zusammenfassung per E-Mail zukommen (pdf-Dokument). Bitte geben Sie hierfür zusätzlich Ihre E-Mail-Adresse an und schicken den Abschnitt zusammen mit dem Fragebogen an uns zurück. Ihre Kontodaten und Ihre E-Mail-Adresse werden selbstverständlich nur für den angegebenen Zweck verwendet, nicht an Dritte weitergegeben und nach Abschluss der Gesamtuntersuchung gelöscht.

Wir danken für Ihre Mitwirkung und Ihr Vertrauen in unsere Arbeit.

Sven Schneider  
Studienleiter



Mannheimer Institut für Public Health | Ludolf-Krehl-Str. 7-11 | 68167 Mannheim  
Wenn unzustellbar, zurück.

Frau / Herr  
XY

Studienleiter:  
Prof. Dr. Sven Schneider

Ludolf-Krehl-Str. 7-11  
68167 Mannheim  
Telefon: 0621-383-9917  
www.miph.de  
sven.schneider@medma.uni-heidelberg.de

Mannheim, den 01.07.2011

## Bitte um Teilnahme an der **ÄSP**-kardio-Studie

**Die Studienteilnahme wird mit  
20,- € vergütet.**

Füllen Sie hierzu bitte einfach den  
Abschnitt zu Ihren Kontodaten aus  
und schicken Sie diesen zusammen  
mit dem Fragebogen an uns zurück.

Sehr geehrter Frau / Herr XY,

unter Förderung der Deutschen Forschungsgemeinschaft führen wir derzeit die Studie „ÄSP-kardio: Ärzte-Survey zur Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen“ durch. Wir möchten untersuchen, welche Präventionsmaßnahmen aus Sicht der Ärzte am erfolgversprechendsten sind, welche Barrieren – also etwa zeitliche oder finanzielle Ressourcen – eine Ausweitung des Präventionsangebotes behindern und wie Hausärzte die aktuellen Präventionsleitlinien einschätzen.

Wir bitten Sie hierfür herzlichst um Ihre Mithilfe. **Bitte füllen Sie den beiliegenden Kurzfragebogen aus und schicken Sie ihn möglichst innerhalb von 14 Tagen an unser Institut zurück. Ein frankierter Rückumschlag liegt bei.** Ihre Anschrift wurde zufällig aus den Ärzteverzeichnissen der Ärztekammern ausgewählt. Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie in der beiliegenden Erklärung.

Ihre Antworten sind uns sehr wichtig! Mit Ihrer Teilnahme leisten Sie einen wertvollen Beitrag zur Verbesserung der medizinischen Versorgung. **Das Ausfüllen des Fragebogens dauert lediglich fünf Minuten und wird mit 20,- € honoriert.** Wir würden uns ganz herzlich über Ihre Teilnahme freuen.

Sven Schneider

Studienleiter



### Prof. Dr. Joachim E. Fischer

Leiter des Mannheimer Instituts für Public Health, Universität Heidelberg

„Bis dato existiert keine repräsentative Datenbasis zu Präventionsangeboten in der hausärztlichen Versorgung in Deutschland. Somit ist unklar, wie Präventionsstrategien derzeit tatsächlich umgesetzt werden und welche Barrieren Hausärzte am Angebot von Prävention hindern. Die ÄSP-kardio-Studie soll diese Forschungslücke schließen.“



### Prof. Dr. Sven Schneider

Studienleiter der ÄSP-kardio-Studie am Mannheimer Institut für Public Health

„Die Möglichkeiten zur Prävention sind gerade in der hausärztlichen Praxis ausgesprochen günstig. Schließlich befindet sich insbesondere der Hausarzt zur Durchführung individualpräventiver Maßnahmen in einer zentralen Position gegenüber dem Patienten.“

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

**Ihre persönliche Meinung zu Gesundheitsförderung und Prävention**

**1** Für wie wichtig halten Sie persönlich die folgenden Maßnahmen zur Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei betroffenen Patienten?

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.*

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

**2** Für wie erfolgreich schätzen Sie sich persönlich bei der Motivierung Ihrer Patienten zu Verhaltensänderungen in folgenden Bereichen ein?

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.*

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

**3** Wie gut fühlen Sie sich befähigt hinsichtlich des Wissens und der Handlungsansätze für präventive Maßnahmen in folgenden Bereichen?

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.*

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

**4** Wenn Sie an Ihre wöchentliche Arbeitszeit in der Praxis denken und diese gleich 100% setzen: Wie groß ist gegenwärtig der Zeitanteil, den Sie für die Primärprävention bzw. die Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen aufwenden?

Primärprävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen

%

Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen

%

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

5

Bei wie viel Prozent Ihrer erwachsenen Patienten führen Sie folgende Untersuchungen bzw. Interventionen in Ihrer alltäglichen Praxis routinemäßig durch?  
 ☞ Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.

		0%	1% bis 24%	25% bis 49%	50% bis 74%	75% und mehr
Übergewichtige Patienten	<b>Maßnahmen bezüglich des <u>Körpergewichts</u></b>					
	Körpergröße und Körpergewicht messen	<input type="radio"/>				
	Anraten von Gewichtsreduktion	<input type="radio"/>				
	Strukturierte Kurzintervention/motivierende Gesprächsführung	<input type="radio"/>				
	Schriftliche Zielvereinbarung/Patientenvertrag	<input type="radio"/>				
	Informationsmaterial zur Verfügung stellen	<input type="radio"/>				
	Direkte Vermittlung einer Beratung/Therapie	<input type="radio"/>				
	Systematische Überprüfung der Zielerreichung	<input type="radio"/>				
Patienten mit Fehlernährung	<b>Maßnahmen bezüglich der <u>Ernährungsgewohnheiten</u></b>					
	Ernährungsgewohnheiten erfragen	<input type="radio"/>				
	Anraten von gesunder Ernährung	<input type="radio"/>				
	Strukturierte Kurzintervention/motivierende Gesprächsführung	<input type="radio"/>				
	Schriftliche Zielvereinbarung/Patientenvertrag	<input type="radio"/>				
	Informationsmaterial zur Verfügung stellen	<input type="radio"/>				
	Direkte Vermittlung einer Beratung/Therapie	<input type="radio"/>				
Systematische Überprüfung der Zielerreichung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Patienten mit Bewegungsmangel	<b>Maßnahmen bezüglich der <u>Bewegungs-/Sportaktivität</u></b>					
	Bewegung/sportliche Aktivität erfragen	<input type="radio"/>				
	Anraten von mehr Bewegungsaktivität	<input type="radio"/>				
	Strukturierte Kurzintervention/motivierende Gesprächsführung	<input type="radio"/>				
	Schriftliche Zielvereinbarung/Patientenvertrag	<input type="radio"/>				
	Informationsmaterial zur Verfügung stellen	<input type="radio"/>				
	Direkte Vermittlung einer Beratung/Therapie	<input type="radio"/>				
Systematische Überprüfung der Zielerreichung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Rauchende Patienten	<b>Maßnahmen bezüglich des <u>Tabakkonsums</u></b>					
	Tabakkonsum erfragen	<input type="radio"/>				
	Anraten von Tabakentwöhnung	<input type="radio"/>				
	Strukturierte Kurzintervention/motivierende Gesprächsführung	<input type="radio"/>				
	Schriftliche Zielvereinbarung/Patientenvertrag	<input type="radio"/>				
	Informationsmaterial zur Verfügung stellen	<input type="radio"/>				
	Direkte Vermittlung einer Beratung/Therapie	<input type="radio"/>				
Systematische Überprüfung der Zielerreichung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Patienten mit Alkoholabusus	<b>Maßnahmen bezüglich des <u>Alkoholkonsums</u></b>					
	Alkoholkonsum erfragen	<input type="radio"/>				
	Anraten von weniger Alkoholkonsum	<input type="radio"/>				
	Strukturierte Kurzintervention/motivierende Gesprächsführung	<input type="radio"/>				
	Schriftliche Zielvereinbarung/Patientenvertrag	<input type="radio"/>				
	Informationsmaterial zur Verfügung stellen	<input type="radio"/>				
	Direkte Vermittlung einer Beratung/Therapie	<input type="radio"/>				
Systematische Überprüfung der Zielerreichung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Patienten mit viel Stress	<b>Maßnahmen bezüglich <u>Stress</u></b>					
	Stress erfragen	<input type="radio"/>				
	Anraten von weniger Stress	<input type="radio"/>				
	Strukturierte Kurzintervention/motivierende Gesprächsführung	<input type="radio"/>				
	Schriftliche Zielvereinbarung/Patientenvertrag	<input type="radio"/>				
	Informationsmaterial zur Verfügung stellen	<input type="radio"/>				
	Direkte Vermittlung einer Beratung/Therapie	<input type="radio"/>				
Systematische Überprüfung der Zielerreichung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Alle Patienten	<b>Maßnahmen bezüglich <u>anderer Risikofaktoren</u></b>					
	Blutdruck messen (in Ruhe)	<input type="radio"/>				
	Familienanamnese zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen erheben	<input type="radio"/>				
	Beruf und/oder Bildungsabschluss erfragen	<input type="radio"/>				

**6 Mit welchen Personen oder Institutionen arbeiten Sie bei der Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen zusammen?**

☞ Bitte kreuzen Sie alle Antworten an, die auf Sie zutreffen.

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

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

**7 Wie häufig nutzen Sie die folgenden Kalkulationsinstrumente bzw. Scores zur Bestimmung des individuellen Koronarrisikos Ihrer Patienten?**

☞ Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.

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

**8 Für wie effektiv halten Sie folgende Informationsangebote zur Verbesserung von Gesundheitsförderung und Prävention in der hausärztlichen Praxis?**

☞ Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.

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

**9 Inwiefern treffen Ihrer Meinung nach folgende Aussagen zu Gesundheitsförderung und Prävention zu?**

☞ Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.

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

**Hindernisse für das Angebot an Gesundheitsförderung und Prävention in Ihrem Praxisalltag**

**10** Wie schätzen Sie folgende Hindernisse bei der Beratung Ihrer Patienten hinsichtlich eines gesunden Lebensstils ein?

*☞ Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.*

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

**Angaben zu Ihrer Person und Ihrer Praxis**

**11** Ihr Geschlecht

- Männlich
- Weiblich

In welchem Jahr sind Sie geboren?

1	9		
---	---	--	--

Sind Sie niedergelassen?

- Ja ⇒ Seit welchem Jahr?
- Nein

--	--	--	--

**12** Welche Gebietsbezeichnung führen Sie?

- Facharzt/Fachärztin für Allgemeinmedizin
- Praktischer Arzt/Praktische Ärztin
- Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin in der hausärztlichen Versorgung
- Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin (NICHT in der hausärztlichen Versorgung)
- Andere Gebietsbezeichnung: \_\_\_\_\_

**13** Führen Sie eine Zusatzbezeichnung und wenn ja, welche?

- Ja (Bitte angeben): \_\_\_\_\_
- Nein

**14** Um welche Art von Praxis handelt es sich bei Ihrer Praxis?

- Einzelpraxis
- Gemeinschaftspraxis (gemeinsame Abrechnung)
- Praxisgemeinschaft (getrennte Abrechnung)
- Medizinisches Versorgungszentrum

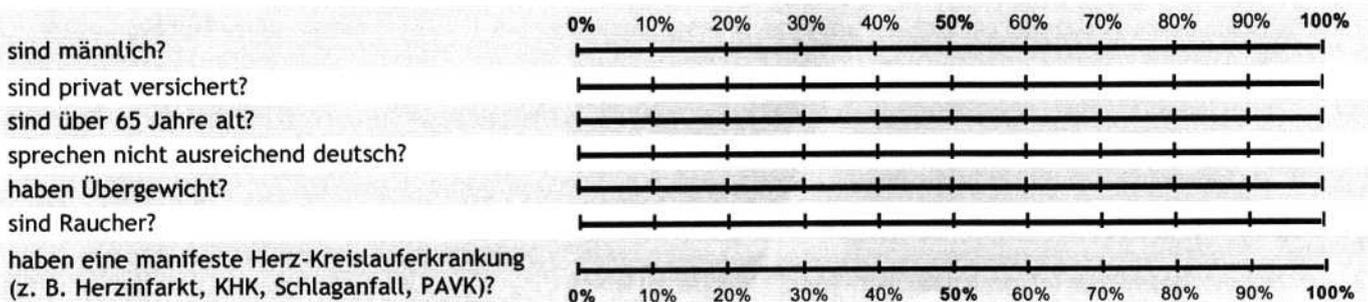
**15** Wie viele Patientenkontakte haben Sie durchschnittlich pro Woche? *☞ Bitte schätzen Sie die durchschnittliche Anzahl an Patienten, die während einer Woche zu Ihnen in die Praxis kommen und Patienten, die Sie bei Hausbesuchen sehen.*

--	--	--	--

 Patientenkontakte pro Woche

**16** Bitte schätzen Sie: Wie viel Prozent Ihrer Patienten, die Sie pro Quartal betreuen, ...

*☞ Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz auf der Skala.*



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