

Medizinische Fakultät
der
Universität Duisburg-Essen

Aus dem Institut für
Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie

**Integration von Menschen mit niedrigem
sozioökonomischen Status in Präventionsprogramme der
Gesetzlichen Krankenversicherung durch den Hausarzt**

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung des Doktorgrades der Medizin
durch die Medizinische Fakultät
der Universität Duisburg-Essen

vorgelegt von
Juliane Fuchs geb. Vonau
aus Neuwied

2012

Dekan: Herr Univ.-Prof. Dr. med. J. Buer
1. Gutachter: Herr Univ.-Prof. Dr. rer. nat. K.-H. Jöckel
2. Gutachter: Herr Prof. Dr. med. St. Gesenhues

Tag der mündlichen Prüfung: 07. November 2012

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung und Problembeschreibung.....	5
1.1	Soziale Benachteiligung und gesundheitliche Ungleichheit	5
1.2	Erklärungsmodelle der gesundheitlichen Ungleichheit.....	9
1.2.1	Verursachungshypothese.....	9
1.2.2	Selektionshypothese	9
1.2.3	Weitere Erklärungsansätze	10
1.3	Epidemiologische Aspekte der gesundheitlichen Ungleichheit	17
1.3.1	Mortalität bei niedrigem SES.....	17
1.3.2	Erkrankungswahrscheinlichkeit und Morbidität bei niedrigem SES.....	19
1.4	Bedeutung der Prävention.....	20
1.4.1	Prävention und Gesundheitsförderung in der Hausarztpraxis.....	21
1.4.2	Prävention durch die GKV.....	24
1.4.3	Beitrag der Prävention zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit.....	26
1.5	Zielsetzung und Durchführung der Arbeit.....	28
2	Material und Methoden.....	29
2.1	Sozialstruktur und Arztdichte der Stadt Essen als Untersuchungsregion	30
2.2	Offene Leitfadeninterviews	31
2.3	Schriftliche Befragung	32
2.4	Statistische Auswertung	33
3	Ergebnisse	34
3.1	Ergebnisse des ersten offenen (explorativen) Leitfadeninterviews	34
3.2	Ergebnisse der schriftlichen Befragung.....	37
3.2.1	Rücklauf.....	37
3.2.2	Einstellung der Hausärzte zur Prävention	40
3.2.3	Einstellung der Hausärzte zu Präventionsangeboten der GKV	42
3.3	Ergebnisse des qualitativen Interviews II	46
4	Diskussion.....	50
4.1	Durchführung der Studie	50
4.2	Einstellungen der Hausärzte zur Prävention und der Empfehlung von GKV- Angeboten	52
4.3	Gesundheitsberatung bei niedrigem SES	53
4.4	Die Hausarztpraxis- ein geeignetes Setting für Primärprävention bei sozial Benachteiligten?.....	56
5	Ausblick.....	57
6	Zusammenfassung.....	58

7 Literatur	59
8 Anhang	72
A Fragebogen.....	72
B Qualitative Inhaltsanalyse I	76
C Qualitative Inhaltsanalyse II	90
D Übersichtskarte Stadtbezirke	106
E Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	107
Danksagung	108
Lebenslauf.....	109

1 Einleitung und Problembeschreibung

Gesundheit und Krankheit sind innerhalb einer Gesellschaft nicht zufällig, sondern in Abhängigkeit von sozialen Einflussfaktoren verteilt: Die gesundheitlichen Risiken steigen mit sinkendem Bildungsgrad, sinkendem Einkommen und sinkender beruflicher Position. Da der Hausarzt eine zentrale Position im Gesundheitswesen besetzt und Ansprechpartner in Gesundheitsfragen für Menschen aller sozialen Schichten ist, stellt sich die Frage, ob er einen Beitrag zum Abbau der sozial bedingten gesundheitlichen Ungleichheit leisten kann. Die vorliegende Arbeit „Erreichbarkeit von Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status und deren Integration in Präventionsprogramme der gesetzlichen Krankenversicherung durch den Hausarzt“ beschäftigt sich mit den Auffassungen und Verhaltensweisen der Essener Hausärzte und beleuchtet diese mit Blick auf die Primärprävention insbesondere bei Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status (SES). Neben der Erarbeitung des theoretischen Hintergrunds der gesundheitlichen Ungleichheit und des gegenwärtigen Forschungsstandes ist es das Ziel zu ergründen, auf welche Art und in welchem Rahmen Menschen mit niedrigem SES durch den Hausarzt zur Inanspruchnahme von Präventionsangeboten der GKV mit dem Ziel der Verhütung von Krankheiten motiviert werden können und welche Interventionsmöglichkeiten dem Hausarzt hierzu zur Verfügung stehen. Des Weiteren soll untersucht werden, welche allgemeinen Hindernisse einer erfolgreichen Primärprävention gegebenenfalls zu überwinden sind.

1.1 Soziale Benachteiligung und gesundheitliche Ungleichheit

Menschen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status (SES), der sich in geringem Einkommen, einer niedrigen beruflichen Position und einer geringen Schulbildung ausdrückt, sind hinsichtlich ihres Gesundheitszustandes in doppelter Weise benachteiligt: Ihre Gesundheitschancen sind generell ungünstiger, und zusätzlich werden die bestehenden Angebote der Gesundheitsvorsorge von ihnen in geringerem Maße in Anspruch genommen (z.B. MDS 2010, Mielck 2005, Richter et al. 2002).

Dem Konzept des SES liegt die Idee einer vertikal gegliederten Gesellschaftsordnung zugrunde, deren Präsenz trotz des gesellschaftlichen Wandels der vergangenen Jahre und Jahrzehnte weiterhin gegeben ist (Geißler 1996, Mau und Verwiebe 2009). Die Beschreibung der sozialen Position eines Individuums erfolgt inzwischen häufig durch das Konzept der sozialen Lagen, das neben vertikalen Kriterien eine zweite Dimension in Form horizontaler Kriterien (z.B. Geschlecht, Alter, Herkunft) umfasst (Rössel 2009).

Dennoch bewährt sich die Definition des SES anhand der drei Einzelindikatoren Bildung, Berufsstatus und Einkommen vor allem hinsichtlich der Vergleichbarkeit und der Aussagekraft gegenüber mehrdimensionalen Schicht-Indices (Jöckel et al. 1998).

Der SES erlaubt die Positionierung eines Menschen im vertikalen Schichtgefüge einer Gesellschaft (Lampert und Kroll 2009), nichtsdestotrotz ist zu berücksichtigen, dass die Begriffsbestimmung des SES sich stark an den berufsnahen Dimensionen sozialer Ungleichheit orientiert und sich daher auch in erster Linie zur Beschreibung von Lebensbedingungen und resultierenden Gesundheitschancen im Erwerbsalter eignet (Lampert und Kroll 2009).

Eine gesellschaftliche Gruppe, deren wirtschaftliche und soziale Einschränkung ebenfalls häufig mit einem schlechteren Gesundheitszustand assoziiert ist, bilden Arbeitslose. Zwar sind es keine spezifischen Krankheiten, die gehäuft bei Arbeitslosigkeit vorkommen, es werden jedoch verschiedenste Symptome und Beschwerden, sowie negative Angaben zur subjektiven Gesundheit beschrieben, die bei Langzeitarbeitslosigkeit zunehmen (Eikeles und Bormann 2002). Die Beziehung zwischen Gesundheit und Arbeitslosigkeit kann dabei aus zwei verschiedenen Blickwinkeln betrachtet werden: Gesundheit und gesundheitsbezogenes Verhalten können sowohl Ursache als auch Ergebnis der Arbeitslosigkeit sein (Kroll und Lampert 2011).

Eine besondere, wenn auch in sich inhomogene Gruppe, die mit einer höheren Wahrscheinlichkeit einen niedrigen SES und damit höhere gesundheitliche Risiken aufweist, sind Menschen mit Migrationshintergrund. Nahezu ein Fünftel (19%) der Menschen in Deutschland hat einen Migrationshintergrund (Auswertung des Mikrozensus 2005), und es ist ein weiterer Anstieg dieser Zahl zu erwarten, da in dieser Gruppe ein Geburtenüberschuss verzeichnet wird und weiterhin Menschen nach Deutschland migrieren. Sowohl ein fehlender allgemeiner Schulabschluss ist bei ihnen häufiger anzutreffen (14,0% vs. 1,8% ohne Migrationshintergrund), als auch ein fehlender beruflicher Abschluss (42,8% vs. 19,2%) (Statistisches Bundesamt, Pressemitteilung Nr. 248, 2010). Außerdem sind Menschen mit Migrationshintergrund im Alter von 25 bis 65 Jahren etwa doppelt so häufig erwerbslos (12,7% vs. 6,2%) oder gehen ausschließlich einer geringfügigen Beschäftigung nach (11,5% vs. 7,0%). Gleichzeitig sind Menschen mit Migrationshintergrund stärker vom Armutsrisiko betroffen. Die Armutsgefährdung betrifft 25,2% aller so genannten „Lebensformen“ (Alleinstehende, Alleinerziehende sowie alle Paare mit und ohne Kinder), wenn der Haupteinkommensbezieher einen Migrationshintergrund hat, aber nur 11,1%, wenn dies nicht der Fall ist (Statistisches Bundesamt, Pressemitteilung Nr. 248, 2010). Übergewicht tritt bei Kindern mit Migrationshintergrund deutlich häufiger auf, als bei Kindern ohne (19,5% vs. 14,1%. Alter: 3 bis 17 Jahre. Datenbasis: Kinder- und Jugendgesundheitssurvey 2006), und in allen Altersgruppen der ausländischen Männer ist Rauchen weiter verbreitet als bei deutschen Männern (36,3% vs. 27,1%. Datenbasis Mikrozensus 2005).

Die Lebensweise der Familie, der SES, sowie möglicherweise genetische Faktoren bestimmen den Gesundheitszustand aller Menschen. Bezüglich der Frage, inwieweit die gesundheitlichen Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund kulturell, migrationsbedingt oder sozial zu erklären sind, besteht in Zukunft weiterer Forschungsbedarf (Razum et al. 2008).

Die soziale und die gesundheitliche Benachteiligung sind nicht voneinander zu trennen. Zur Beschreibung der Beziehung von sozialer Ungleichheit und Gesundheit hat sich der Begriff „*gesundheitliche Ungleichheit*“ etabliert (Mielck und Bloomfield 2001). Diese wird erkennbar an einer höheren Sterblichkeit sowie an einem höheren Erkrankungsrisiko. Dass das Erkrankungs- und Sterberisiko in den Gruppen mit niedrigem SES am höchsten ist und ganz allgemein die Gesundheitschancen eines Menschen von dessen SES beeinflusst werden, wurde in verschiedenen Studien gezeigt (z.B. Mackenbach et al. 2008, Marmot 2005, Huisman et al. 2004, Klein und Schneider 2001). Die gesundheitliche Ungleichheit ist ein Problem, das alle westeuropäischen Staaten und die USA in ähnlichem Umfang betrifft (Mielck 2008) und trotz aller Fortschritte im medizinischen Versorgungssystem und dem kontinuierlichen Anstieg der Lebenserwartung (Statistisches Bundesamt 2007) aktuell ist. In Bezug auf die Sterblichkeit bei niedrigem sozioökonomischem Status (SES) wird beobachtet, dass die gesundheitliche Ungleichheit sogar zunimmt: Das Risiko, bei niedrigem SES vorzeitig (d.h. vor dem 65. Lebensjahr) zu versterben, ist in den 80er und 90er Jahren des 20. Jahrhunderts in allen europäischen Ländern angestiegen (Mackenbach 2006).

Die Kenntnis der gesundheitlichen Ungleichheit sollte insofern von gesellschaftlichem Interesse sein, da es sich zum einen nicht um das Problem sozialer Randgruppen handelt, sondern ein *Gesundheitsgradient* besteht, der sich durch alle Schichten der Bevölkerung zieht und demzufolge die Gesundheitschancen eines Menschen stufenweise mit sinkendem SES abnehmen (Mielck 2002). Zum anderen resultiert aus der Kenntnis der gesundheitlichen Ungleichheit in einer Gesellschaft, die auf dem Grundsatz der sozialen Gerechtigkeit und des sozialen Ausgleichs aufbaut, eine politische Handlungspflicht für die Öffentlichkeit (Lampert und Mielck 2008), die nicht zuletzt auch einer Einschätzung der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen dient (Timm et al. 2006).

Mit Blick auf die Medizin ergibt sich aus der Kenntnis des Gesundheitsgradienten die Notwendigkeit, dass soziale Faktoren bei der Therapie und insbesondere der Prävention von Erkrankungen zu berücksichtigen sind (Marmot et al. 2008), gerade weil bekannt ist, dass der Gesundheitsgradient bezogen auf die Schichtzugehörigkeit auch für die Inanspruchnahme von Angeboten der Gesundheitsförderung besteht. Die Ergebnisse des Gesundheitssurveys NRW 2000, die exemplarisch in Tabelle 1 dargestellt sind, zeigen einen sozialen Gradienten für beide Geschlechter (Richter et al. 2002).

Tabelle 1: Teilnahme an einer Maßnahme zur Gesundheitsförderung nach Geschlecht und Sozialschicht – Gesundheitssurvey NRW 2000 (Angaben in Prozent) (Richter et. al 2002)

	<i>Männer</i>				<i>Frauen</i>			
	<i>gesamt</i>	<i>US</i>	<i>MS</i>	<i>OS</i>	<i>gesamt</i>	<i>US</i>	<i>MS</i>	<i>OS</i>
<i>in den letzten 12 Monaten</i>	6,2	3,6	6,5	7,3	10,5	4,3	11,1	16,7
<i>vor mehr als 12 Monaten</i>	11,1	9,6	11,1	11,8	14,6	6,2	18,3	17,2
<i>nie</i>	82,7	86,8	82,2	80,9	74,8	89,5	70,1	66,1

Legende Tabelle 1: US Unterschicht, MS Mittelschicht, OS Oberschicht

An diesem Beispiel aus NRW wird auch die Gefahr deutlich, dass Maßnahmen der Gesundheitsförderung und der Prävention, die sich gleichermaßen an alle Gruppen der Bevölkerung richten, dazu führen können, dass die ohnehin bestehende gesundheitliche Ungleichheit zusätzlich noch vergrößert wird, da diejenigen mit niedrigem SES nicht erreicht werden (Acheson et al. 1998), was insbesondere dann der Fall ist, wenn die Angebote eine aktive Teilnahme erfordern (Elkeles 2008). Die Menschen mit niedrigem SES sind es jedoch, die einen höheren Versorgungsbedarf haben. Wenn Maßnahmen der Gesundheitsförderung das Ziel haben, zielgruppenspezifisch diejenigen mit hohem Versorgungsbedarf anzusprechen, dann versprechen diese umso mehr Erfolg, je stärker sie sich auf die Mitglieder der unteren Statusgruppe konzentrieren (Mielck 2002).

Vor der Planung von zielgruppenspezifischen Maßnahmen ist die Unterscheidung notwendig, ob die ungleiche Inanspruchnahme von Maßnahmen der Gesundheitsförderung eine Folge unterschiedlicher Präferenzen oder unterschiedlicher Möglichkeiten, z.B. als Folge unterschiedlich ausgeprägter Informiertheit, ist. Handlungsbedarf ergibt sich aus der letztgenannten Form (vd Knesebeck 2009). Auch die Motive der Zielgruppe für ein positives Gesundheitsverhalten sollten bekannt sein und konsequenterweise bei der Planung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung berücksichtigt werden. Pisinger et al. (2011) stellten beispielsweise für die Absicht, das Rauchen einzustellen, fest, dass für Menschen mit niedrigem SES andere Gründe entscheidend waren, als für die Vergleichsgruppe mit höherem SES. Für diejenigen mit niedrigem SES standen finanzielle Gründe und aktuelle gesundheitliche Probleme im Vordergrund, während für Menschen mit höherem SES die Gesundheit in der Zukunft ausschlaggebend war (Pisinger et al. 2011).

1.2 Erklärungsmodelle der gesundheitlichen Ungleichheit

Der Entstehung der gesundheitlichen Ungleichheit werden in der Forschungsliteratur verschiedene Theorien zugrunde gelegt. Zwei zentrale theoretische Erklärungsansätze sind die Verursachungshypothese und die Selektionshypothese, die erstmals im Black-Report (1980) beschrieben wurden und bis heute nichts von ihrer Aktualität verloren haben (Black-Report 1980, Richter und Hurrelmann 2009).

1.2.1 Verursachungshypothese

Der Verursachungshypothese zufolge beeinflusst der SES die Gesundheit. Ein hoher SES wirkt sich günstig aus, während ein niedriger SES eine Gesundheitsgefährdung auf zwei unterschiedlichen Wegen verursacht:

Materieller Ansatz:

Der materielle Ansatz bezieht sich auf die Qualität der Lebensverhältnisse. Hierbei bestehen in Folge einer Ungleichverteilung von materiellen Ressourcen nachteilige Lebensbedingungen für Menschen mit niedrigem SES. Sie leben und arbeiten häufiger in gesundheitsgefährdenden Umwelten. Hinzu kommt, dass die Belastung der äußeren Einflüsse zusätzlich durch so genannte Vulnerabilitätscharakteristika modifiziert werden kann. So bedingt beispielsweise eine Mangelernährung eine erhöhte Vulnerabilität für Schadstoffwirkungen, die ein Körper im gesunden Ernährungszustand abfangen könnte (Bolte und Kohlhuber 2009).

Kulturell-Verhaltensbezogener Ansatz:

Ein niedriger SES ist assoziiert mit einer Vielzahl gesundheitsschädigender Verhaltensweisen, denen bei der Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit eine große Bedeutung zugeschrieben werden kann (Lampert 2010).

1.2.2 Selektionshypothese

Nach der Selektionshypothese erfolgt der kausale Verlauf in umgekehrter Richtung. Demnach beeinflusst der Gesundheitszustand den SES. Gesundheit begünstigt einen sozialen Aufstieg, Krankheit einen Abstieg. Der Begriff „Selektion“ beschreibt also eine gesundheitliche Auslese bezüglich der sozialen Mobilität. Der Einfluss von gesundheitsbedingten Selektionsprozessen bezogen auf die gesamte Bevölkerung wird in der Gesamtbetrachtung allerdings eher als gering bewertet (Dragano und Siegrist 2009).

Dennoch stellt die Selektionshypothese keinen Widerspruch zu anderen Erklärungsmodellen dar, sondern kann vielmehr als ein Teil der „komplexen biologischen Prozesse“, die im Lebenslauf die Gesundheit mit beeinflussen, gesehen werden (Van de Mheen 1998).

1.2.3 Weitere Erklärungsansätze

Konkrete exogene und endogene Einflüsse tragen zur Entstehung gesundheitlicher Ungleichheit bei. Nach Elkeles und Mielck geschieht dies im Wesentlichen auf 3 Wegen: Über Unterschiede in den gesundheitlichen Belastungen und Bewältigungsressourcen, Unterschiede im Gesundheitsverhalten sowie in der gesundheitlichen Versorgung (Elkeles und Mielck 1997). Die gesundheitliche Ungleichheit wirkt sich wiederum auf die soziale Ungleichheit aus (Vgl. Selektionshypothese). Die Mehrdimensionalität des Zusammenhangs von sozialer Ungleichheit und Gesundheit wird veranschaulicht in Abbildung 1.

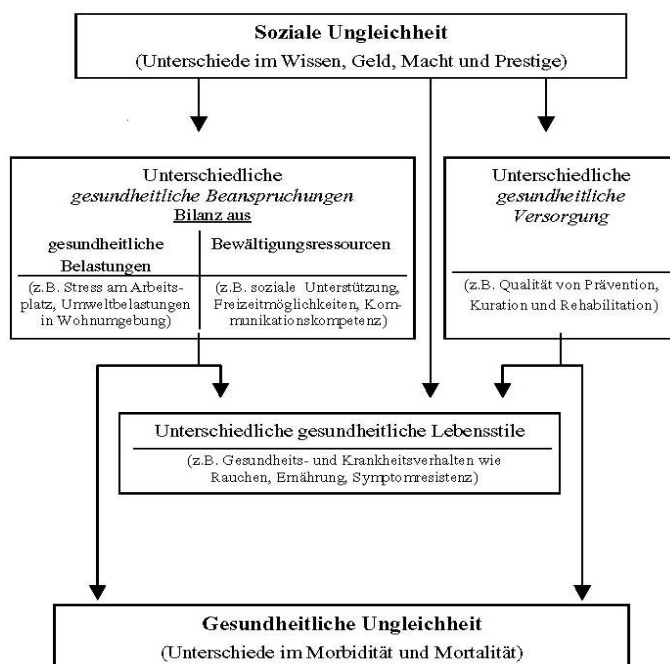


Abbildung 1: Zusammenhänge zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit.
(Quelle: Elkeles/ Mielck 1997)

Belastungen und Bewältigungsressourcen

Menschen mit niedrigem SES sind in höherem Maße von gesundheitsbelastenden Einflüssen betroffen. Neben umweltbezogenen Risikofaktoren handelt es sich dabei um psychologische und psychosoziale Faktoren.

Die Langzeitexposition gegenüber Verkehr und das Erleben von negativem Stress stellen wesentliche Belastungsfaktoren für Menschen mit niedrigem SES dar. In der Heinz-Nixdorf-Recall-Studie (HNRS) wurde unter anderem der Zusammenhang von Wohngegend und SES im Ruhrgebiet untersucht. Demzufolge wohnen Menschen mit niedrigem SES im Ruhrgebiet vermehrt an Orten, wo sie verstärkt den Belastungen durch Verkehr ausgesetzt sind. Insbesondere zwei Faktoren wirken sich nachteilig auf die Gesundheit aus: Sowohl der Feinstaub als Hauptursache der städtischen Luftverschmutzung, als auch der Lärm stellen entscheidende Risikofaktoren für die Entstehung der koronaren Atherosklerose und der manifesten KHK dar (Hoffmann et al. 2006, 2007). Selbst Koronarkalk als subklinische Manifestation der Atherosklerose wurde vermehrt bei Personen nachgewiesen, die einen niedrigen SES hatten, und bei denjenigen, die eine hohe Verkehrsbelastung aufwiesen. Die höchsten Werte der Koronarkalkzifikation wurden bei jenen Personen festgestellt, die sowohl einen niedrigen SES hatten, als auch hohen Verkehrsbelastungen ausgesetzt waren (Dragano et al. 2009). Eine positive Assoziation von Langzeitexposition gegenüber Straßenlärm und Krankheitshäufigkeit wurde auch für das Auftreten von Schlaganfällen bei über 64,5-jährigen gesehen (Sørensen et al. 2011).

Beruflicher Stress geht generell mit einem schlechteren Gesundheitszustand einher. Der stärkste Zusammenhang wird für Frauen und Männer mit niedrigem Bildungsgrad oder niedriger beruflicher Position beschrieben (Wege et al. 2008).

Zusätzlich sind Menschen mit niedrigem SES in höherem Maße belastenden Umwelteinflüssen, wie z.B. Umgebungs-Schadstoffe, Leben auf engem Raum („crowding“), Lärm, niedrige Wohnqualität, wenige kommunale Dienste („sanitation“), gefährdende Arbeitsbedingungen etc. ausgesetzt (Berney et al. 2000, Evans 2004, Evans und Kantrowitz 2002). Auch städtebauliche Gegebenheiten zählen zu den sozioökonomischen Einflussfaktoren der Wohnumgebung (Nagel et al. 2008) und können den Gesundheitszustand der Bewohner unter anderem dadurch beeinflussen, dass sie einen eingeschränkten Zugang zu Sporteinrichtungen (Pan et al. 2009) und Einrichtungen der Gesundheitsvorsorge (Hiscock et al. 2008) bieten und andererseits den Zugang zu Fastfood erleichtern (Sharkey et al. 2009). Besonders Kinder und Jugendliche werden von den Gegebenheiten ihres Wohnumfelds beeinflusst.

Für Kinder aus Familien mit niedrigem SES wird außerdem eine höhere Wahrscheinlichkeit beschrieben, von einer jugendlichen Mutter erzogen zu werden, familiären Konflikten ausgesetzt zu sein, mütterliche Partnerwechsel und Scheidungen mizu erleben, Gewalt und eine Trennung von der Familie zu erfahren (Evans 2004). Zudem besteht für Kinder eine inverse Beziehung von Haushaltseinkommen und der Berechenbarkeit des Alltags, die sich in regelmäßigen Mahlzeiten mit der Familie sowie regelmäßigen Schlafzeiten ausdrückt (Evans und Kim 2010).

Bereits ältere Daten aus der Life-Event-Forschung belegen, dass auch Erwachsene mit niedrigem SES neben chronischen Alltagsbelastungen vermehrt kritische Lebensereignisse („stressful life events“), wie z.B. Scheidungen, Umzüge oder berufliche Gratifikationskrisen erleben (Dohrenwend 1973, Kessler 1979, Ulbrich et al. 1989).

Personen mit niedrigem SES sind demnach in zweifacher Hinsicht betroffen, da nicht nur die psychosozialen Belastungen selbst, sondern auch die Ressourcen zu deren Bewältigung sozial ungleich verteilt sind (Richter und Hurrelmann 2007).

Gesundheitsverhalten

Bei jeder Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit, die beim Gesundheitsverhalten ansetzt, muss bedacht werden, dass der Umgang mit der eigenen Gesundheit nicht allein von bewussten individuellen Entscheidungen, sondern auch von den Lebensumständen, der Sozialisation und den dadurch geprägten Einstellungen, Wahrnehmungen und Bewertungen abhängt (Lampert und Mielck 2008). Ohne die Berücksichtigung der komplexen Zusammenhänge des Gesundheitsverhaltens besteht die Gefahr, dass dem so genannten Opfer die Schuld für nachteiliges Gesundheitsverhalten gegeben wird („blaming the victim“) (Mielck 2002).

Eine Korrelation der Verteilung der Risikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen (Hypercholesterinämie, Übergewicht, Hypertonie und Rauchen) mit dem SES ist jedoch offensichtlich. Je höher der SES, umso geringer ist die Wahrscheinlichkeit bei einer Person, Übergewicht zu haben, Hypertoniker zu sein oder zu rauchen (Thefeld 2000). Riskantes Gesundheitsverhalten kommt vermehrt in Gruppen mit niedrigem SES vor (Lantz et al. 2010). Die entscheidende Bedeutung in Bezug auf ein förderliches Gesundheitsverhalten wird dabei dem Bildungsniveau zugeschrieben, da dieses in einem engen Zusammenhang mit gesundheitsbezogenen Einstellungen, Wahrnehmungen und Überzeugungen steht (Lampert und Mielck 2008).

Rauchen, Ernährung, Adipositas und Bewegung sind modifizierbare Aspekte des Gesundheitsverhaltens, die eine besondere Relevanz für die Morbiditäts- und Mortalitätsentwicklung besitzen (Schneider 2003).

- *Rauchen:*

Dass Menschen mit niedrigem SES verstärkt rauchen, stellt einen wesentlichen Beitrag zur gesundheitlichen Ungleichheit dar (Gruer et al. 2009). Nach den Daten des Telefonischen Gesundheitssurvey 2003 rauchten Männer mit niedrigem SES in Deutschland deutlich häufiger als Männer mit hohem SES (48,6% vs. 27,9%). Bei den Frauen war der Unterschied weniger stark ausgeprägt (29,8% vs. 21,7%) (Lampert 2007). Dieses Verhältnis spiegelt sich

auf leicht reduziertem Niveau auch in den neueren Daten des telefonischen Gesundheitssurvey 2009/2010 „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA 2009) wieder. Hierbei wurde der Rauchstatus in Bezug zum Bildungsstatus gesetzt: diesen Daten zufolge rauchten noch 39,1% der Männer und 25,4% der Frauen in der niedrigen Bildungsgruppe gegenüber 24,4% der Männer und 20,4% der Frauen in der oberen Bildungsgruppe (Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Verteilung der Bevölkerung nach ihrem Rauchverhalten in Prozent. 2009).

Vergleichbare Daten liefert die HNRS für das Ruhrgebiet, wonach der Anteil der Raucher mit niedrigem SES 34,4% und der mit mittlerem bis hohem SES 21,7% beträgt (Weyers et al. 2010).

In den USA ist der Anteil der Raucher ebenfalls größer in den Gruppen mit niedrigem SES (Siapush et al. 2006). Die Daten einer nationalen repräsentativen Studie, die an erwachsenen US-Amerikanern durchgeführt wurde, belegen, dass der Anteil der Raucher mit dem niedrigsten Bildungsniveau mit 42% ungefähr doppelt so hoch war wie der Anteil der Raucher mit dem höchsten Bildungsniveau (19,6%). Der Anteil der Raucher mit dem geringsten Einkommen betrug 37,7% gegenüber den Rauchern mit dem höchsten Einkommen 27,4% (Lantz 1998). Anhand dieser Zahlen wird offensichtlich, dass die Verbreitung des Rauchens in den Gruppen mit niedrigem SES einen erheblichen Teil zur gesundheitlichen Ungleichheit beiträgt.

Die schottische Renfrew- and Paisley-Studie zeigte, dass Menschen, die niemals geraucht haben, höhere Überlebensraten hatten, als Raucher in allen sozialen Positionen. Das Rauchen hebt darüber hinaus den Überlebensvorteil von Frauen gegenüber Männern auf. So ist es nur konsequent, das Einstellen des Rauchens als den wichtigsten Beitrag zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit bei niedrigem SES zu sehen (Gruer et al. 2009). Für die Primärprävention bedeutet dies gleichermaßen, dass eine wesentliche Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit erreicht werden kann, wenn junge Menschen mit niedrigem SES davon abgehalten werden, mit dem Rauchen anzufangen.

- *Adipositas / Ernährung:*

Übergewicht, definiert als Body-Mass-Index (BMI, WHO 1995) größer als 25 kg/m² und Adipositas (BMI >30 kg/m²) finden sich sowohl in Deutschland als auch in den USA prozentual häufiger in Gruppen mit niedrigem SES (Lantz 1998, Wang 2001). Besonders bei Frauen in Deutschland korreliert der SES negativ mit der Prävalenz von Übergewicht. Den Daten des Bundesgesundheitsurvey von 1998 (BGS 98) zufolge sind Frauen mit niedrigem SES mehr als dreimal so häufig von einer Adipositas betroffen (Helmert und Schorb 2009). Die neueren Daten der GEDA 2009 spiegeln ein ähnliches Bild wieder: Adipositas ist ab dem

Alter von 30 Jahren in den unteren Bildungsgruppen im Vergleich mit den oberen Bildungsgruppen stärker verbreitet (Übergewicht und Adipositas, GEDA 2009). Vor allem bei Frauen zeigt sich dieser Unterschied sehr deutlich: Bezogen auf alle Altersgruppen sind 22,6% der Frauen in der unteren Bildungsgruppe adipös, in der oberen Bildungsgruppe sind es 8,4% (Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Verhältnis des Körpergewichts zur Körpergröße (Body-Mass-Index) (Anteil der Befragten in Prozent). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht, Bildung. 2008/2009).

Hinsichtlich des Bildungsgrads besteht in den USA ebenfalls eine Diskrepanz bezüglich des Übergewichts: Der Anteil der Übergewichtigen mit dem niedrigsten Bildungsgrad betrug 27,5% gegenüber jenen Übergewichtigen mit dem höchsten Bildungsgrad (11,1%). Weniger ausgeprägt ist das Verhältnis hinsichtlich des Einkommens. 24,4% Übergewichtige fanden sich in der Gruppe derjenigen mit dem geringsten Einkommen, 14% waren es unter denjenigen mit dem höchsten Einkommen (Lantz 1998).

Rauchen in Kombination mit Adipositas geht mit einem 3,5 bis 5fachen Gesamtsterblichkeitsrisiko einher verglichen mit dem Risiko von Niemals-Rauchern. Zudem haben adipöse Raucher ein bis zu 11fach erhöhtes Risiko gegenüber normalgewichtigen Niemals-Rauchern an kardiovaskulären Erkrankungen zu versterben (Freedman et al. 2006).

- *Bewegungsmangel:*

In Deutschland ist den Daten des Telefonischen Gesundheitssurveys von 2003 zufolge ein Zusammenhang zwischen SES und Bewegungsverhalten gegeben. Knapp die Hälfte der Menschen mit niedrigem SES ist sportlich inaktiv, weniger als ein Drittel ist es unter denjenigen mit höherem SES (Rütten et al. 2003). 45,1% der Männer bzw. 46,8% der Frauen in Deutschland mit niedrigem SES treiben keinen Sport (Lampert 2005). In der Gesundheitsbefragung Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2009) wurde erstmals nicht nur nach freizeitbezogenen, sondern auch nach berufs-, transport- oder haushaltsbezogenen körperlichen Aktivitäten gefragt, die zu „Schwitzen“ oder „außer Atem geraten“ führen. Hiernach ist der Anteil der Frauen und Männer, der mindestens 2,5 Stunden pro Woche körperlich aktiv ist, in den unteren Bildungsgruppen tendenziell höher. Diese Tendenz kehrt sich in der Altersgruppe ab 65 Jahren um. Dort ist der Anteil der körperlich Aktiven in den oberen Bildungsschichten etwas höher als in den unteren (Körperliche Aktivität, GEDA 2009).

Bezogen auf das Ruhrgebiet sind 66,5% der Menschen mit niedrigem SES sportlich inaktiv, während es 42,8% mit hohem SES sind (Weyers et al. 2010).

Auch in den USA sind Angehörige der Gruppen mit dem höchsten Bildungsgrad sowie dem höchsten Einkommen in sportlicher Hinsicht am aktivsten. Nur 13,6% derjenigen mit dem höchsten Bildungsgrad und 14,7% derjenigen mit dem höchsten Einkommen treiben kaum oder gar keinen Sport während 37,3% der US-Amerikaner mit dem geringsten Bildungsgrad und 33,7% derjenigen mit dem geringsten Einkommen sportlich inaktiv sind (Lantz 1998).

Ein Mangel an körperlicher Bewegung wirkt sich nachteilig auf die Gesundheit aus. Empirisch belegt ist unter anderem ein Einfluss auf kardiovaskuläre Erkrankungen, Hypertonie, Diabetes mellitus 2, Arthrose, Angststörungen und Depression (z.B. Sallis und Owen 1998). Außerdem korreliert Bewegungsmangel mit einer erhöhten Mortalität. Die Sterblichkeitsrate ist nahezu 60% höher in Personengruppen, die eine sehr geringe oder keine körperliche Aktivität zeigen (Lantz et al. 2010). Bemerkenswert ist, dass in Bezug auf das Mortalitätsrisiko körperliche Fitness ausschlaggebender zu sein scheint, als eine schlanke Statur. Körperlich fitte Personen haben unabhängig vom Gewicht oder der Fettverteilung eine höhere Lebenserwartung (Sui et al. 2007).

Mit Ausnahme der GEDA 2009 wurde bei der Auswertung der Daten zur körperlichen Aktivität zumeist die Frage vernachlässigt, inwieweit körperliche Anstrengungen bei der Erwerbsarbeit bzw. der Arbeit im Haushalt Einfluss auf sportliche Aktivitäten in der Freizeit nehmen. Dies ist insofern problematisch, da beispielsweise bekannt ist, dass Erwerbstätige mit hohem SES während der Arbeitszeit weniger körperlich aktiv sind als Erwerbstätige mit niedrigem SES, so dass der körperliche Ausgleichsbedarf unterschiedlich groß sein kann (SVR 2005).

Zugang zur medizinischen Versorgung

In Deutschland existiert ein System der gesundheitlichen Versorgung, das für fast alle Menschen eine hohe Versorgungsqualität gewährleistet (Mielck 2008a).

Dennoch gibt es zumindest eine weitere Teilerklärung, die für die Entstehung gesundheitlicher Ungleichheit die Annahme liefert, dass Menschen mit niedrigem SES einen schlechteren Zugang (z.B. längere Wartezeiten, Disparitäten in der Verteilung der Fachärzte nach Stadtgebiet) zu den Ressourcen der medizinischen Versorgung haben, bzw. wenn der Zugang nicht beeinträchtigt ist, weniger von diesen profitieren (Elkeles und Mielck 1997, Vgl. Abbildung 1). Wesentlicher Kritikpunkt dieser Erklärung ist allerdings, dass ein schlechterer Zugang zu Versorgungsleistungen bzw. deren Qualität von Bedeutung für die Therapie von Krankheiten ist, zunächst jedoch wenig Einfluss auf die Neuerkrankungsrate haben kann (Richter und Hurrelmann 2007).

Für die Prävention ist dieser Aspekt hingegen von großer Bedeutung, da bei der Planung von Maßnahmen ein besonderes Augenmerk auf die Einbeziehung von Menschen mit niedrigem SES gelegt werden sollte.

Zudem kann ein „Zugangsweg“ auch in der ärztlichen bzw. professionellen Kommunikation gesehen werden. Hier bestehen denkbar große Unterschiede, in welcher Art und Weise beispielsweise eine Diagnose überbracht wird, ein Gespräch mit Angehörigen geführt wird, oder eine Einbindung in Therapieentscheidungen erfolgt. Die Ausgestaltung ist dem Ermessen und der Kompetenz des Einzelnen überlassen und bietet ein großes Potential möglicher Ungleichbehandlung (Tiesmeyer et al. 2008).

Der bisherige Forschungsstand zum Thema der sozialen Unterschiede in der gesundheitlichen Versorgung ist jedoch als unzureichend zu bewerten, sowohl, was eine Beschreibung und Erklärung des Sachverhaltes als auch die Ableitung politischer Handlungsempfehlungen betrifft (vd Knesebeck 2009, Lampert und Saß 2008).

Lebenslaufansatz

Breit angelegt und damit am umfassendsten erscheint zuletzt die Erklärung durch den Lebenslaufansatz, da dieser neben materiellen, verhaltensbezogenen und psychosozialen Faktoren zusätzlich die zeitliche Dimension für die Begründung der gesundheitlichen Ungleichheit berücksichtigt (Richter und Hurrelmann 2007). Eine der wichtigsten Erkenntnisse aus der Lebenslaufforschung ist die, dass Schädigungen, die in frühesten Entwicklungsperioden im Mutterleib oder im Säuglings- und Kindesalter erfolgen, und über Jahre und Jahrzehnte hinweg klinisch unbemerkt bleiben können, bevor sie dann im höheren Alter als Erkrankung (z.B. Herzkrankheiten oder Stoffwechselkrankheiten) sichtbar werden (Dragano 2007). Da frühe Risikofaktoren, wie Unter-/ bzw. Fehlernährung der Mutter und Rauchen oder Alkoholmissbrauch während der Schwangerschaft, nicht zufällig über die Bevölkerung verteilt sind, sondern gehäuft bei Menschen mit niedrigem SES vorkommen, haben Kinder aus sozioökonomisch benachteiligten Familien ein höheres Risiko, in so genannten „kritischen Perioden“ der Schwangerschaft und der frühkindlichen Entwicklung frühe Schädigungen zu erfahren. Folglich besteht für sie im Erwachsenenalter ein höheres Erkrankungs- und Sterblichkeitsrisiko (Dragano 2007). Solche frühen Schädigungen in Kombination mit sozial vermittelten gesundheitlichen Belastungen in späteren Lebensphasen liefern die Grundlage für ein komplexes „Kumulationsmodell“, wonach nicht nur eine Häufung von sozial ungleichen Risiken beobachtet wird, sondern auch zahlreiche Wechselwirkungen der Risikofaktoren untereinander angenommen werden müssen (Dragano 2007).

Vor allem für die Prävention ist in diesem Zusammenhang von Bedeutung, dass eine Veränderung des SES im Lebenslauf auch eine Veränderung des Sterblichkeitsrisikos bewirken kann. So verringert sich beispielsweise das Sterblichkeitsrisiko dann, wenn der

niedrige SES nicht konstant in allen Phasen des Lebens besteht: Die Ergebnisse der amerikanischen Alameda County Study verdeutlichen, dass Personen, die zu mindestens zwei Zeitpunkten ihres Lebens der niedrigsten sozialen Schicht angehörten, das höchste Sterberisiko hatten, während das niedrigste Sterberisiko hingegen bei jenen bestand, die zu mindestens zwei Zeitpunkten der höchsten Schicht angehörten (Turell et al. 2007).

Die Betrachtung der jeweiligen Einzelfaktoren reicht für die Erklärung des Zustandekommens von gesundheitlicher Ungleichheit sowie des Gesundheitsgradienten nicht aus. Vielmehr steht ein niedriger SES in Beziehung zu einer Vielzahl belastender Risikofaktoren und diese Risikofaktoren sind wiederum in Verbindung mit dem Gesundheitszustand zu sehen (Evans und Kim 2010).

Es kann abschließend zusammengefasst werden, dass einerseits individuelle gesundheitsrelevante Verhaltensweisen bestehen, die sozial geprägt sind und andererseits eine ungleiche Verteilung exogener Risiken vorliegt. Beide Aspekte führen wahrscheinlich in Interaktion zu der gesundheitlichen Ungleichheit, die letztlich an einer erhöhten Mortalität und Morbidität abgelesen werden kann.

1.3 Epidemiologische Aspekte der gesundheitlichen Ungleichheit

Deutsche und internationale Studien belegen gleichermaßen den Zusammenhang von niedrigem SES und höherem Mortalitäts- und Morbiditätsrisiko, wobei anzumerken ist, dass die internationale Datenlage deutlich umfangreicher ist. Nachfolgend sind verschiedene Studienergebnisse zur Mortalität und Morbidität bei niedrigem SES für die USA, Deutschland und das Ruhrgebiet dargestellt.

1.3.1 Mortalität bei niedrigem SES

Eine inverse Beziehung von SES und Gesamtsterblichkeit wird in der Forschungsliteratur sowohl für die USA (z.B. Jokela et al. 2009, Kaplan und Keil 1993, Lantz et al. 1998, Rask et al. 2009, Shishebor et al. 2006), als auch für Deutschland (z.B. Geyer und Peter 2000, Klein 1996, Reil-Held 2000, Schach et al. 1994, SVR 2005, Timm et al. 2006) beschrieben.

Bezogen auf Deutschland wird der Zusammenhang von höherer Sterblichkeit und niedrigem SES besonders deutlich bei Fokussierung der drei Einzelindikatoren des SES (Schulbildung, berufliche Stellung und Einkommen).

Eine Korrelation von Schulbildung und Lebenserwartung ist den Daten des Sozioökonomischen Panels (SOEP) zufolge gegeben. Männer ohne Abitur weisen demnach

eine um 3,3 Jahre geringere Lebenserwartung auf als Männer mit Abitur. Bei Frauen beträgt der Unterschied 3,9 Jahre (Klein, 1996). Zu vergleichbaren Ergebnissen kam die Untersuchung von Daten zweier gesetzlicher Krankenversicherungen (AOK und GEK), wonach der Anteil der vorzeitigen Todesfälle (vor dem 65. Lebensjahr) mit zunehmender beruflicher Stellung abnimmt (Geyer und Peter 2000, Timm et al. 2006). Ein weiterer Faktor, der mit einer höheren Mortalität einhergeht, ist die Arbeitslosigkeit. Die Auswertung von AOK-Daten ergab, beispielsweise für den süddeutschen Raum, eine 2,6-fach größere Sterblichkeit in Arbeitslosigkeit, als beim Status Erwerbstätigkeit (Schach et al. 1994).

Der stärkste Zusammenhang von niedrigem SES und höherer Sterblichkeit manifestiert sich in Bezug auf das Einkommen: Aus den Daten des SOEP wurde die Lebenserwartung für Personen in Deutschland aus vier unterschiedlichen Einkommensgruppen ermittelt. Für Männer aus dem oberen Randquartil ergab sich dabei eine 10 Jahre höhere Lebenserwartung gegenüber denen des unteren Randquartils, für Frauen eine 9 Jahre höhere (Reil-Held 2000). Weiterhin belegen die Daten des SOEP einen Einkommensgradienten, dem zufolge die Lebenserwartung der deutschen Bevölkerung mit steigendem Einkommen schrittweise ansteigt (Lampert et al. 2007).

Bei schlechtem Gesundheitszustand fällt der Einkommenseffekt auf die Sterblichkeit hingegen gering aus, wie die Daten des SOEP, des British Household Panel Survey (BHPS) und der Panel Study of Income Dynamics (PSID) zeigen, zumindest dann, wenn ein staatlich organisiertes Krankenversicherungs- oder Versorgungssystem mit einer für den Einzelnen (weitgehend) unentgeltlichen Inanspruchnahme der Leistungen vorhanden ist (Großbritannien, Deutschland). Wenn die medizinische Versorgung jedoch in erster Linie von privaten Ausgaben abhängt, wie dies beispielsweise in den USA der Fall ist, dann bleibt der Einkommenseffekt auch bei schlechtem Gesundheitszustand bestehen (Klein und Unger 2001).

Eine niedrige Lebenserwartung in einer Region kann als Indikator für ein hohes Armutsniveau gewertet werden. Im Landesgesundheitsbericht (2000) wurde die niedrigste Lebenserwartung innerhalb Nordrhein-Westfalens für Teile des Ruhrgebiets beschrieben. Die größte Abweichung vom Landesdurchschnitt der Lebenserwartung wurde für Frauen (-1,6 Jahre) und Männer (-2,0 Jahre) in Gelsenkirchen beschrieben (Landesgesundheitsbericht 2000).

Neben den Studien zur allgemeinen Sterblichkeit liegen auch Untersuchungen zur ursachenspezifischen Mortalität vor. Hier zeigen sich ebenfalls deutliche soziale Unterschiede. Die häufigsten zum Tode führenden Erkrankungen sind Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, für die konsistent eine höhere Sterblichkeit in den unteren Bildungs-, Berufs- und Einkommensgruppen nachgewiesen wurde (z.B. Hemingway et al. 2000, Huisman et al. 2005, Kaplan und Keil 1993, Kunst et al. 1999). Gleiches gilt für Todesfälle

infolge maligner Neubildungen der Lunge und Bronchien, des Magens und des Darms (Huisman et al 2005). Brustkrebs hingegen scheint eine der wenigen Ausnahmen darzustellen. Den bisherigen Daten zufolge haben Frauen aus den oberen sozialen Schichten ein erhöhtes Brustkrebsrisiko (Martikainen et al. 2001, Strand et al. 2007).

Für Schlaganfälle (Kunst et al. 1998), Atemwegserkrankungen (Huisman et al. 2005) und Suizide bei Männern (Denney et al. 2009, Lorant et al. 2005) hingegen liegen ebenfalls Nachweise für eine höhere Sterblichkeit bei niedrigem SES vor.

Bemerkenswert ist, dass bereits die Sterblichkeit im Kinder- und Säuglingsalter bei niedrigem SES der Eltern erhöht ist (Blakely et al. 2003, Kim et al. 2009).

1.3.2 Erkrankungswahrscheinlichkeit und Morbidität bei niedrigem SES

In den USA sind gleichermaßen die Erkrankungen KHK und Lungenkrebs (Phelan et al. 2004) sowie Diabetes mellitus 2 (Drewnowski und Specter 2004) vermehrt bei Personen mit niedrigem SES nachzuweisen.

Bezogen auf Deutschland ist die Erkrankungswahrscheinlichkeit für bestimmte Erkrankungen in den Gruppen mit niedrigem SES um den Faktor 1,5 bis 2,5 erhöht (Quelle: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003): Schlaganfälle, chronische Bronchitis, Rückenschmerzen und Schwindel treten bei Männern mit niedrigem SES häufiger auf, bei Frauen sind es zusätzlich zu den genannten Erkrankungen Herzinfarkte und Diabetes mellitus 2 (GBE 2006). Eine gegenläufige Beobachtung besteht für Allergien und Hauterkrankungen bei Kindern und Jugendlichen aus Familien mit hohem SES in Deutschland (Mielck 2005).

Aus den Daten der Heinz Nixdorf Recall Studie (HNRS) geht die Beobachtung eines direkten Zusammenhangs zwischen der sozialen Herkunft und der Häufigkeit bestimmter Erkrankungen im Ruhrgebiet hervor: Angina Pectoris, arterielle Hypertonie, Übergewicht und Diabetes mellitus treten bei Menschen mit niedrigem SES gehäuft auf (Dragano und Siegrist 2009). Ebenso ist die Prävalenz subklinischer Atherosklerose an Hals- und Beinarterien, die als Vorstufen von Schlaganfällen und vaskulären Komplikationen an den Extremitäten zu werten sind, bei Personen mit niedrigem SES erhöht (Dragano et al. 2007, Erbel et al. 2008; Steptoe et al. 2010).

Den genannten Erkrankungen sind bei allen Unterschieden in Ätiologie und Verlauf zwei Eigenschaften gemeinsam: Erstens sind diese chronischen degenerativen Erkrankungen in den seltensten Fällen zu heilen, zweitens könnte ihr Auftreten in einem Viertel der Fälle mit konsequenter Primärprävention verhütet bzw. zeitlich verschoben werden (Rosenbrock 2007).

Eine stärkere gesundheitliche Beeinträchtigung von Menschen mit niedrigem SES lässt sich auch daran ablesen, dass diese häufig von mehreren Krankheiten gleichzeitig betroffen sind (Lampert und Mielck 2008).

1.4 Bedeutung der Prävention

Gesundheitliche Prävention mit Fokus auf kardiovaskuläre Erkrankungen sowie Erkrankungen des muskuloskeletalen Systems wird insbesondere in der industrialisierten Welt immer wichtiger. Während der menschliche Organismus auf Hungerperioden und körperliche Beanspruchung ausgerichtet ist, setzt unsere moderne Lebensweise die ehemals erfolgreichen biologischen Grundprinzipien vielfach außer Kraft. Das Leben des modernen Menschen ist aufgrund der Motorisierung, dem Konsum von Telekommunikation und verändertem Freizeitverhalten von körperlichen Ruhezuständen geprägt. Hinzu kommt ein Überangebot an energiereicher Nahrung, das zusätzlich dazu führt, dass sich die Adipositasanfälligkeit in den letzten 10 Jahren mehr als verdoppelt hat (Kebbekus 2009). 50% aller Männer und 35% aller Frauen gelten als übergewichtig (BMI>25), und 18% der Männer und knapp 20% der Frauen sind adipös (BMI>30). Die häufigsten Folge- und Begleiterkrankungen sind Diabetes mellitus 2, kardiovaskuläre Erkrankungen, Hypertonie und Erkrankungen des Bewegungsapparates (Kebbekus 2009).

Die finanzielle Bedeutung im Sinne der vermeidbaren Krankheitslast ist offensichtlich. So beträgt beispielsweise der vermeidbare Anteil ernährungsbedingter Erkrankungen für den Bereich Diabetes mellitus 2 90%, für den Bereich KHK 82% und für die Diagnose Schlaganfall 75% (Burda-Stiftung 2005). Demnach könnten allein in der Diabetesbehandlung langfristig 27 Milliarden Euro eingespart werden. Diese Einschätzung wird unterstützt vom Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, nach dessen Berechnungen eine generelle Einsparung von 25-30% der gesamten Gesundheitsausgaben durch gezielte Prävention erreicht werden könnte (SVR 2000/2001).

Darüber hinaus wäre es den Menschen in Europa und Nordamerika möglich, durchschnittlich fünf bis zehn Jahre länger gesund zu bleiben, wenn sie sich einerseits mehr bewegten und andererseits gesünder ernährten (WHO 2002). Dieser Gewinn von gesunder Lebenszeit ist es, der jenseits einer rein finanziellen Betrachtung im Vordergrund stehen sollte (Kebbekus 2009).

Die gesundheitliche Lage kann derzeit so beschrieben werden, dass chronische und medizinisch nicht heilbare, im Vorfeld jedoch weitgehend prävenierbare Erkrankungen in einer alternden Gesellschaft vorherrschen, während gleichzeitig eine gesundheitliche Ungleichheit infolge der ungleichen Verteilung von Belastungen und Ressourcen zunimmt (Rosenbrock und Kümpers 2009). Dabei besteht der Bedarf an Prävention durchaus in allen

Bevölkerungsschichten, er kumuliert aber mit abnehmendem SES. Auf diese Tatsache nimmt der seit dem 01.01.2000 geltende § 20 SGB V Bezug, in dem fixiert ist, dass „Leistungen zur Primärprävention den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen“ sollen.

1.4.1 Prävention und Gesundheitsförderung in der Hausarztpraxis

Im Idealfall ist die Hausarztpraxis einer der letzten Orte, an denen der Patient noch als ganze Person wahrgenommen wird, und wo Entscheidungen ausschließlich zu seinem Wohl getroffen werden. Dies macht die Hausarztpraxis zu einer „Insel“ innerhalb einer gesellschaftlichen Realität, die in heutiger Zeit geprägt ist von der „Isolierung des Einzelnen, von einem Kampf „Alle gegen Alle“, von Sinn- und Werteverlusten sowie von einer Atomisierung von Zuständigkeiten“ (Abholz 2006).

Das Aufgabenspektrum des Arztes umfasst in Deutschland neben dem Heilen und Behandeln von Krankheiten auch deren Verhütung. Die Prävention als kassenärztliche Aufgabe ist im § 73 SGB V festgehalten. Weiterhin formuliert die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM 2002) für ihr Fachgebiet unter anderem: „Der Arbeitsauftrag der Allgemeinmedizin beinhaltet (...) die Gesundheitsbildungsfunktion, insbesondere die Gesundheitsberatung und Gesundheitsförderung für den Einzelnen wie auch in der Gemeinde (...)“

Die Begriffe Prävention und Gesundheitsförderung können folgendermaßen voneinander abgegrenzt werden: „Prävention“ bezieht sich allgemein auf die Reduktion des Risikos spezifischer Krankheiten und wird klassischerweise eingeteilt in die Sektoren Primärprävention (das Verhüten von Krankheiten, bevor diese auftreten, z.B. Impfungen), Sekundärprävention (die Früherkennung von Krankheiten z.B. Vorsorgeuntersuchungen) und Tertiärprävention (das Verhindern von Krankheitsfolgen und Rehabilitation, z.B. im Rahmen von Disease Management Programmen (DMP)). Dem Begriff „Gesundheitsförderung“ liegt hingegen das Modell der Salutogenese und damit die zentrale Frage: „Was erhält den Menschen gesund?“ zugrunde (Antonovsky 1979). Die Gesundheit selbst steht im Sinne der Gesundheitsförderung im Fokus. Häufig erfolgt die synonyme Verwendung der Begriffe Prävention und Gesundheitsförderung.

Unabhängig von ihrer sozialen Schicht suchen 90% der erwachsenen Bevölkerung mindestens einmal im Jahr einen Arzt auf (Bergmann und Kamtsiuris 1999). Menschen mit niedrigem SES konsultieren häufiger den Hausarzt (Thode et al. 2005). Laut einer

repräsentativen Befragung von 2000 Erwachsenen in Deutschland wird dem Hausarzt im Vergleich mit anderen Fachärzten, klinisch tätigen Ärzten und Angehörigen medizinischer Berufe von der Bevölkerung das größte Vertrauen in Gesundheitsfragen entgegen gebracht: 93% vertrauen ihrem Hausarzt, weniger als 90% vertrauen Fachärzten, Apothekern und anderen medizinischen Berufsgruppen (Ernst & Young, Gesundheitsbarometer 2009). Aufgrund dieses großen Vertrauens kann dem Hausarzt ein hohes Maß an Einfluss auf seine Patienten zugeschrieben werden. Eine Voraussetzung dafür, dass die ärztlichen Ratschläge seitens der Patienten angenommen werden, ist eine Arzt-Patienten-Beziehung, in der der Arzt gleichermaßen Vertrauensperson und Autorität ist (Naidoo und Wills 2003).

Dem Thema der vorliegenden Arbeit liegt die Idee zugrunde, dass der Hausarzt eine zentrale Position im Gesundheitswesen besetzt und die Hausarztpraxis eine Konstante im Leben vieler Patienten darstellt. Im Beschlussprotokoll des 107. Deutschen Ärztetages heißt es, die Arztpraxis habe das Potential, zu einer „zentralen Informations- und Schaltstelle in Sachen Prävention“ zu werden (Beschlussprotokoll des 107. Deutschen Ärztetages, 2004). Der Hausarzt hat Kontakt zu allen sozialen Schichten und erhebt seine Anamnese oft über einen sehr langen Zeitraum mit der Konsequenz, dass er vielfach die Lebensumstände seiner Patienten und deren Familien kennt. Er ist in der besonderen Lage, sowohl Einblicke in die sozioökonomische Situation seiner Patienten zu bekommen und darüber hinaus deren gesundheitliches Risikoprofil zu kennen. Aufgrund dieser speziellen Kenntnisse kann er die Vulnerabilität seiner Patienten einschätzen und im Rahmen so genannter banaler Behandlungsanlässe (wie z.B. grippale Infekte) ernste gesundheitliche Risiken anzusprechen. Im Zuge dessen ist es ihm möglich, präventiv auf die Entstehung potentieller, schwerer Erkrankungen einzuwirken. Die Integration gefährdeter Personen in niedrigschwellige Präventionsangebote der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erscheint dabei als eine geeignete Möglichkeit.

In der Frage, inwieweit der Hausarzt zentrale Aufgaben der Prävention übernehmen kann, muss berücksichtigt werden, dass präventives und hausärztliches Denken sich vom Grundsatz her unterscheiden: Während dem präventiven Denken die Public Health-Perspektive zugrunde liegt, die das Ziel verfolgt, das Risiko von großen Teilen der Population systematisch zu verringern, beinhaltet die hausärztliche Herangehensweise individuelle Handlungsentscheidungen, die sich einerseits am jeweiligen Patienten mit seinem sozialen, kulturellen, psychologischen und medizinischen Hintergrund, andererseits an den eigenen Erfahrungen des Arztes mit seinem Patienten ausrichten (Abholz 2003). Diese hausärztliche Herangehensweise lässt sich nicht problemlos systematisieren.

Da jedoch bekannt ist, dass insbesondere unter dem Aspekt der Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen Interventionen auf der Ebene des Settings die besten Erfolgchancen bietet (Rosenbrock 2004), spielte in den Vorüberlegungen auch

eine Rolle, dass die Hausarztpraxis als eine Art „Setting“ verstanden werden kann, in dem gezielt die Integration von Menschen mit niedrigem SES in Präventionskurse vorbereitet werden kann.

In der Prävention gilt der Grundsatz „Verhältnis- vor Verhaltensprävention“, da der Einfluss des Gesundheitsverhaltens zu einem großen Teil auf den Einfluss der Lebensbedingungen zurückgeführt werden kann (Mielck 2002). Die Beratung der Menschen mit niedrigem SES hinsichtlich eines gesundheitsförderlichen Verhaltens kann mit dem Begriff „Verhaltensprävention“ beschrieben werden. Die Beratung und Schulung von Akteuren aus dem Lebensumfeld der Menschen mit niedrigem SES (z.B. von Hausärzten) erlaubt hingegen die Bezeichnung „Verhältnisprävention“.

Die Effektivität der gesundheitlichen Beratungen durch den Hausarzt hinsichtlich einer Lebensstilmodifikation in den Bereichen Ernährung, Bewegung und Rauchstopp wurde in einer Vielzahl von Studien nachgewiesen (z.B. Ashenden et al. 1997, Elley et al. 2003; Macinko et al. 2003, Moore et al. 2003, Ockene et al. 1999, Silagy und Stead 2001). In einem Review (Jepson et al. 2010) wurde gezeigt, dass die Beratung zur Änderung des Gesundheitsverhaltens durch den Hausarzt in gleichem Maße erfolgreich sein kann, wie Interventionen am Arbeitsplatz und in Schulen, die als besonders erfolgreich gelten. Die WHO empfiehlt für die ärztliche Beratung die konsequente Berücksichtigung der 5 A's (Assess, Advice, Agree, Assist, Arrange), die bei allen denkbaren Beratungsanlässen erfolgreich sein kann (Carroll et al. 2011, Stewart et al. 2011). Der Einsatz von Medien, der über die rein verbale Ansprache hinausgeht, ist bei der Beratung von Patienten von wesentlicher Bedeutung (Ockene et al. 1999), wobei der Kreativität bei der Umsetzung kaum Grenzen gesetzt sind. Beispielsweise Visualisierungen und die aktive Einbeziehung des Patienten in die Entscheidungsfindungen, wie sie in dem Konzept *arriba*¹ realisierbar sind, wirken sich sowohl positiv auf die medizinischen Behandlungsergebnisse, als auch auf die Zufriedenheit der Patienten aus (*arriba*® 2007, Hirsch et al. 2011). Allgemein gewinnt auch der Einsatz neuerer Kommunikations- und Informationstechnologien zunehmend an Bedeutung. Eine niederländische Studie testete beispielsweise den Einsatz eines web-basierten Fragebogens zur Einschätzung des individuellen kardiovaskulären Risikos mit anschließenden individuell zugeschnittenen Hinweisen zur Gesundheitsvorsorge an Beschäftigten einer Baustelle. Dabei konnte gezeigt werden, dass sich das kardiovaskuläre

¹ Hausärztliche Beratungsstrategie in 6 Schritten (**A**ufgabe definieren, **R**isiko subjektiv, **R**isiko objektiv, **I**nformation über Präventionsmöglichkeiten, **B**ewertung der Präventionsmöglichkeiten, **A**bsprache über weiteres Vorgehen), bei der eine aktive Einbeziehung des Patienten in Therapieentscheidungen erfolgt.

Risiko der Teilnehmer durch die Anwendung des Fragebogens signifikant reduzieren ließ (Colkesen et al. 2011). Die digitalen Medien, die heute bereits eine große Rolle im Alltag der Menschen spielen, bieten ein großes Potential, das Spektrum der ärztlichen Möglichkeiten zur Gesundheitsberatung in Zukunft zu erweitern. Der Innovationsbedarf ist vorhanden und spiegelt sich unter anderem auch in der Vergabe des Gesundheitspreises „Leonardo“ für digitale Prävention 2012 durch die AOK wieder. Doch auch nicht-digitale Methoden können die Effektivität steigern: Ein positiver Effekt der ärztlichen Gesundheitsberatung lässt sich auch dadurch erzielen, dass den Patienten über den mündlichen Rat hinaus ein Schriftstück mitgegeben wird (Grandes et al. 2009). Dies kann z.B. eine schriftliche Verordnung oder Verschreibung im Sinne eines „Rezepts“ („prescription“) sein, das die Empfehlungen des Arztes verbindlicher macht (Grandes et al. 2009). Es besitzt weder Rechtsverbindlichkeit, noch ist es zur Abrechnung vorgesehen. Das „Rezept für Bewegung“ wird bereits in Hessen, Thüringen, Nordrhein-Westfalen, Berlin und Hamburg verschrieben und ist in Deutschland Teil einer Kampagne, die in den USA durch die American Heart Association und die Amerikanische Gesellschaft für Sportmedizin initiiert wurde und unter dem Titel „Exercise is medicine“ sehr erfolgreich ist (DGSP 2011).

Zwei grundsätzlich verschiedene Herangehensweisen sind für die Umsetzung von Prävention durch den Hausarzt denkbar (Abholz 2006): Über eine systematisierende Erfassung aller in Frage kommenden Patienten mit z.B. einem bestimmten Risikoprofil kann erreicht werden, dass mit hoher Wahrscheinlichkeit der größte Teil dieser Zielgruppe angesprochen wird. Diese Art hausärztlicher Prävention im Sinne einer Public Health Aktivität, wie z.B. die aktive Beteiligung an Gesundheitskampagnen, findet in Deutschland so gut wie keine Anwendung. Formal zwar unsystematisch, häufig unbewusst und dennoch konzeptionell effektiv erfolgt in Deutschland klassischerweise eine individualisierte hausärztliche Prävention. Diese ist von Patient zu Patient unterschiedlich und berücksichtigt neben den aktuellen, individuellen Lebensumständen den Zustand der Gesundheit in unterschiedlichen Lebensphasen. Der Vorteil besteht in einer jeweils individuell zielgerichteten Handlungsweise. Nachteilig ist, dass manche Patienten unter Umständen nicht auf diesem Weg erreicht werden und die wissenschaftliche Untersuchung sowie die Qualitätssicherung schwierig sind (Abholz 2006).

1.4.2 Prävention durch die GKV

Im § 20 SGB V ist unter anderem der gesetzliche Auftrag zur Prävention für die GKV fixiert. Ziel der finanzierten Leistungen zur Primärprävention ist es, den allgemeinen Gesundheitszustand zu verbessern und im Besonderen die sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen zu vermindern (MDS, GKV-Spitzenverband 2009).

Im Leitfaden Prävention (2008) bezeichnen die Krankenkassen die folgenden Bereiche als die zentralen Handlungsfelder ihrer Präventionsmaßnahmen:

Bewegung:

- Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität
- Vorbeugung und Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch
- geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme

Ernährung:

- Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung
- Vermeidung und Reduktion von Übergewicht

Stressbewältigung:

- Förderung individueller Kompetenzen der Belastungsverarbeitung zur Vermeidung stressbedingter Gesundheitsrisiken

Suchtmittelkonsum:

- Förderung des Nichtrauchens
- Gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol/ Reduzierung des Alkoholkonsums

Verhaltenspräventive Maßnahmen der Prävention zu den Themen Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung werden zumeist in Form von Gruppenkursen angeboten. Darüber hinaus können die gesetzlichen Krankenkassen seit 2004 für die regelmäßige Inanspruchnahme von qualitätsgesicherten Leistungen zur primären Prävention oder Früherkennung (Sekundärprävention) ihren Versicherten einen Bonus vergeben (§ 65a SGB V). Ziel dieser Bonusprogramme ist eine Motivierung zu gesundheitsbewusstem Verhalten durch eine finanzielle oder materielle Belohnung (Jordan et al. 2011).

75,7% der Gesundheitskurse wurden im Jahr 2008 in Deutschland dem Bewegungsbereich gewidmet, 16,9% der Stressbewältigung, 6,6% der Ernährung und 0,8% dem Suchtmittelkonsum (MDS, Präventionsbericht 2009).

Der Vergleich der Daten des BGS 98 und der GEDA 2009 hat ergeben, dass über alle präventiven Handlungsfelder hinweg die Inanspruchnahme von verhaltenspräventiven Maßnahmen durch die gesetzlich Versicherten in den letzten zehn Jahren um über zwei Drittel zugenommen hat. Diese Steigerung der Inanspruchnahme gilt zwar für beide Geschlechter und alle Bildungsgruppen. Am häufigsten beteiligen sich aber nach wie vor Frauen und Männer aus der oberen Bildungsschicht mit mindestens einer verhaltenspräventiven Maßnahme, im Vergleich zu Frauen und Männern aus der mittleren und unteren Bildungsgruppe (Jordan et al. 2011).

Den größten Erfolg versprechen Maßnahmen der Gesundheitsförderung für Menschen mit niedrigem SES, wenn diese die Menschen in ihren Lebenswelten erreichen (MDS, 2010).

Diese Herangehensweise wird auch als Settingansatz der Gesundheitsförderung bezeichnet. Der Begriff Setting beschreibt ein soziales System, in dem vielfältige äußere Einflüsse auf eine bestimmte Personengruppe einwirken und die Bedingungen von Gesundheit und Krankheit verändert und gestaltet werden können (Grossmann 2003). Vorrangig handelt es sich um Kommunen, Kindertagesstätten, Schulen, Betriebe und Altenheime.

Der individuelle Ansatz der Gesundheitsförderung richtet sich hingegen an den einzelnen Versicherten. Diese individuellen Präventionsangebote werden stärker durch Personen mit geringeren gesundheitlichen Gefährdungen und einem höheren SES in Anspruch genommen (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen 2003, Pressemitteilung des MDS 2010).

1.4.3 Beitrag der Prävention zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit

In Anlehnung an die Ottawa-Charta der WHO von 1986, die auch als das Grundsatzdokument der Gesundheitsförderung bezeichnet wird, beschreiben Rosenbrock und Kümpers (2009) vier Innovationen, die primärpräventiv eine Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit bewirken können:

- *Belastungssenkung und Ressourcenförderung unter Berücksichtigung von Verhaltens- und Verhältnisprävention*

- *Aufwertung unspezifischer Interventionen*

Die Beeinflussung von scheinbar weit von den unmittelbaren Krankheitsursachen angesiedelten („distalen“) Faktoren, deren Einflüsse mitunter noch nicht hinreichend erforscht sind, kann einen großen präventiven Effekt haben und zugleich zur Senkung der Inzidenz verschiedener Krankheiten beitragen (z.B. Stadtsanierung, allgemeine Bildung)

- *Kontextbeeinflussung*

Erfolg versprechend sind Interventionen vor allem dann, wenn eine Beeinflussung des Kontextes auf individueller Ebene, im Setting und auch im Rahmen von Kampagnen für die gesamte Bevölkerung oder bestimmte Teilgruppen erreicht wird.

- *Partizipation („empowerment“)*

Gesundheitsprojekte sollten aus zwei Gründen partizipativ gestaltet werden:

Erstens, damit an den tatsächlichen Bedürfnissen der Zielgruppe angesetzt werden kann und zweitens weil die mangelnde Teilhabe an den eigenen Lebensbedingungen selbst ein Ressourcendefizit und damit eine Gesundheitsbelastung darstellt.

In der Praxis belegen die Erfahrungen aus der Betrieblichen Gesundheitsförderung, dass insbesondere die Änderungen von Verhältnissen und Verhalten nachhaltig erfolgreich

sind, bei denen die Betroffenen an der Problemeinschätzung, der Konzipierung und der Umsetzung der Veränderungen direkt beteiligt sind (Rosenbrock und Kümpers 2009).

Gesundheit kommt auf verschiedenen Ebenen zustande (vgl. Abbildung 2). Über allen anderen stehen die allgemeinen strukturellen, sozioökonomischen, kulturellen sowie Umwelt-Bedingungen. Auf der nächsten Ebene finden sich die materiellen und sozialen Lebens- und Arbeitsbedingungen, die durch verschiedene Sektoren, wie Wohnen, Bildung, Gesundheitsversorgung usw. determiniert werden. Eine weitere Ebene bildet die gegenseitige familiäre, freundschaftliche und nachbarschaftliche Unterstützung, gefolgt von individuellen Lebensstilfaktoren, wie Essen und Trinken, körperliche Aktivität, Rauchen, usw. Zuletzt gibt es mit den konstitutionellen und genetischen Faktoren sowie dem Alter und dem Geschlecht eines Individuums nicht modifizierbare Merkmale.

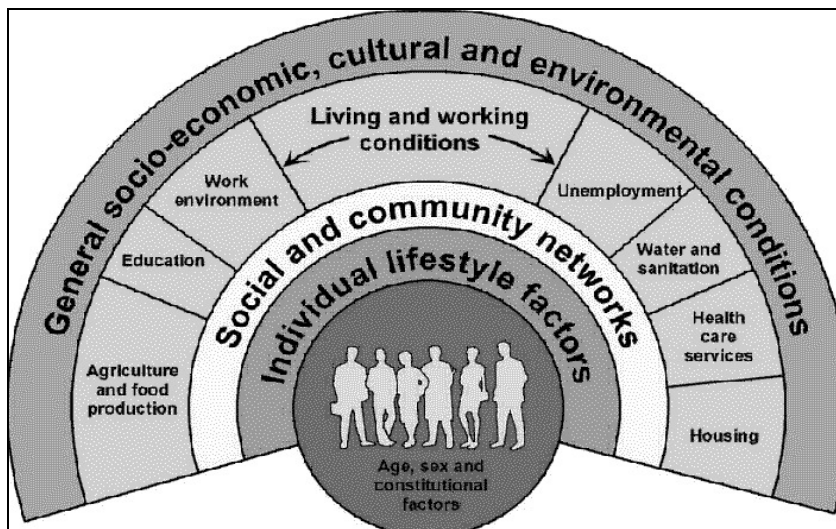


Abbildung 2: The main determinants of health.
(Originalabbildung: Dahlgren und Whitehead 1992)

Eine gezielte Veränderung des Gesundheitszustands kann auf den verschiedenen Ebenen ansetzen. Maßnahmen, die das Ziel haben, den Gesundheitszustand insbesondere von Menschen mit niedrigem SES zu verbessern, versprechen dann nachhaltigen Erfolg, wenn sie gleichermaßen auf den verschiedenen Ebenen ansetzen und synergistisch wirken. Mielck (2002) zufolge steht die Verringerung der sozialen Ungleichheit (Verhältnisprävention) an erster Stelle, da diese langfristig eine Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit bewirken und das Problem „quasi an der Wurzel packen“ würde (Mielck 2002). Dafür sind allerdings fundamentale strukturelle Veränderungen die Voraussetzung, während kurz- und mittelfristig die Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit dadurch bewirkt werden

kann, dass die Maßnahmen unmittelbar beim Gesundheitsverhalten (Verhaltensprävention) der Menschen mit niedrigem SES ansetzen (Mielck 2002).

1.5 Zielsetzung und Durchführung der Arbeit

Die vorliegende Arbeit soll die Auffassungen und Verhaltensweisen der Essener Hausärzte untersuchen und ergründen, inwieweit der Hausarzt Menschen mit niedrigem SES zur Inanspruchnahme von Präventionsangeboten der GKV mit dem Ziel der Verhütung von Krankheiten motivieren kann. Des Weiteren soll untersucht werden, welche Interventionsmöglichkeiten dem Hausarzt konkret zur Verfügung stehen und welche Hindernisse einer erfolgreichen Primärprävention gegebenenfalls zu überwinden sind.

Im Rahmen von Leitfadeninterviews mit Experten, sowie einer schriftlichen Befragung von 229 hausärztlich tätigen Allgemeinmedizinerinnen in Essen wurde die Sichtweise der Hausärzte beleuchtet.

Als zentrale Fragen wurden untersucht:

- Welche Rolle spielt die Primärprävention aktuell in der Hausarztpraxis, und welche Bedeutung wird ihr zugemessen? (Entspricht der Umfang der Primärprävention der zugeschriebenen Bedeutung?)
- Welche Erschwernisse behindern Maßnahmen der Prävention in der Praxis, und was könnte sich unterstützend auswirken?
- Wie groß ist der Bekanntheitsgrad der GKV-Präventionsprogramme unter den befragten Hausärzten, und auf welche Art erfolgt die Empfehlung solcher Angebote?
- Gibt es seitens der Hausärzte eine je nach SES verschiedene Ansprache gegenüber den Patienten, und wie schätzen die Hausärzte selbst ihren eigenen Einfluss auf Menschen mit niedrigem SES ein?

Die Arbeit ist wie folgt gegliedert: Das **erste Kapitel** befasst sich mit den theoretischen Grundlagen und epidemiologischen Aspekten der gesundheitlichen Ungleichheit. Außerdem wird die Bedeutung der Prävention beschrieben. Im **zweiten Kapitel** wird das Studiendesign dargestellt, die Sozialstruktur inklusive der Arztdichte der Stadt Essen als Untersuchungsregion kurz charakterisiert und die qualitativen Interviews, die schriftliche Befragung sowie die erhobenen Daten und zur Analyse verwendeten Methoden (Methodenmix) dargestellt. In **Kapitel drei** werden die qualitativen und quantitativen Ergebnisse vorgestellt und anschließend in **Kapitel vier** diskutiert. Abschließend erfolgen ein Ausblick und eine Zusammenfassung in den **Kapiteln fünf** und **sechs**.

2 Material und Methoden

Es handelt sich um eine Querschnittsuntersuchung unter Essener Hausärzten, bei der sowohl qualitative als auch quantitative Verfahren verwendet wurden. Die verschiedenen Verfahren fanden nicht nur parallel Anwendung, sondern wurden miteinander verzahnt (siehe Abbildung 4). Ein standardisierter schriftlicher Fragebogen wurde auf der Grundlage der Ergebnisse von explorativen offenen Leitfaden-Experteninterviews erstellt und die quantitativen Ergebnisse der schriftlichen Befragung anschließend mit den Experten diskutiert.

Der Vorteil des Methodenmixes, d.h. der Arbeit mit qualitativen und quantitativen Daten besteht darin, die Stärken und Schwächen der jeweiligen Methode auszugleichen. Gerade in Bereichen, in denen soziale Interaktionen eine zentrale Rolle spielen, stellt die qualitative Methode eine Ergänzung der quantitativen Forschung dar, da sie möglicherweise die Validität erhöhen oder zumindest die Erkenntnisse ergänzen kann (Kelle und Krones 2010, Shih 1998).

Das Studiendesign wird abgebildet in Abb. 3:

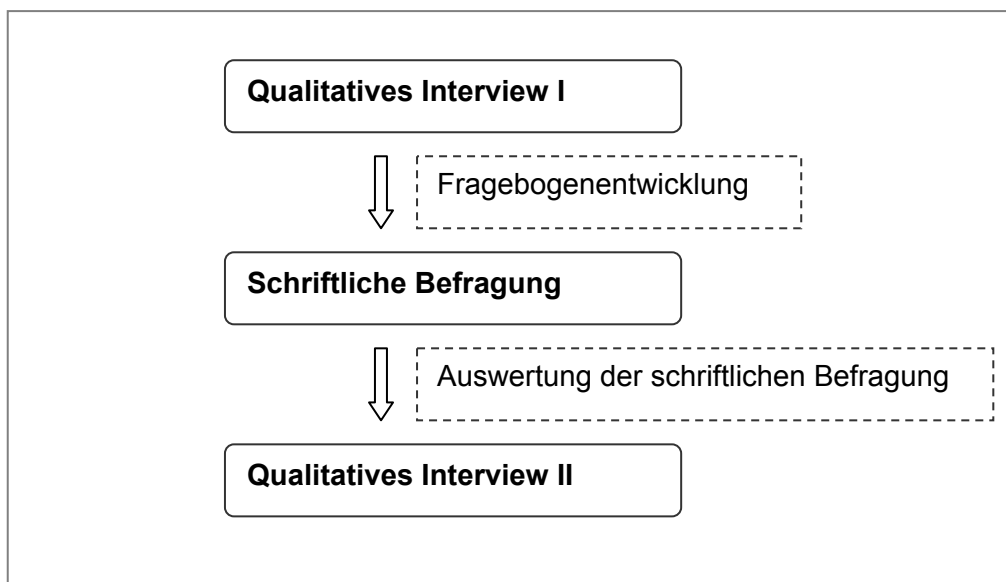


Abbildung 3: Studiendesign

2.1 Sozialstruktur und Arztdichte der Stadt Essen als Untersuchungsregion

Essen ist eine Stadt des Ruhrgebietes mit 575.788 Einwohnern (Stand: 31.12.2010, Statistischer Halbjahresbericht der Stadt Essen 2010). Die Arbeitslosigkeit betrug im Jahr 2010 in Essen durchschnittlich 9,2%, je nach Stadtbezirk schwanken die Zahlen zwischen 3,6% und 13,1%. Damit lag die durchschnittliche Arbeitslosigkeit in Essen leicht über dem Bundesdurchschnittswert von 8,2% im Jahr 2009 (BfA 2009). Existenzsichernde Hilfen außerhalb von Einrichtungen (nach SGB II, XII und dem Asylbewerbergesetz) wurden von 15,9% der Essener Einwohner bezogen, davon entfiel der größte Teil auf die Grundsicherung für Arbeitssuchende (SGB II) (14,2%). Der Bundesdurchschnitt lag Ende des Jahres 2009 für den Anteil der Empfänger von existenzsichernden finanziellen Hilfen an der Gesamtbevölkerung bei 9,5% (Statistisches Bundesamt, Pressemitteilung Nr. 458, 2010). Der Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund lag in Essen mit 18,2% (davon 10,3% Nichtdeutsche und 7,9% Doppelstaatler) leicht unter dem Bundesdurchschnitt von 19,6% (davon 8,8% Ausländer und 10,4% Deutsche mit Migrationshintergrund) (Statistisches Bundesamt, Pressemitteilung Nr. 248, 2010).

Für alle drei Kriterien besteht in Essen ein Nord-Süd-Gefälle: Arbeitslosigkeit, der Bezug existenzsichernder Hilfen und ein höherer Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund kommen verstärkt in den nördlichen Stadtbezirken vor.

Als Datengrundlage für die Zahlen für Essen wurde der Statistische Halbjahresbericht der Stadt Essen 2010 verwendet.

Die Arztdichte im Jahr 2010 betrug in Essen bezogen auf das gesamte Stadtgebiet 582 Einwohner pro niedergelassenem Arzt (Quelle: Statistischer Halbjahresbericht der Stadt Essen 2010). Im Jahr 2009 kamen zum Vergleich in NRW 673 Einwohner auf einen niedergelassenen Arzt (Quelle: NRW-Daten: GBE Bund, Ärztinnen und Ärzte mit Gebiets- und Facharztbezeichnung, BÄK).

Tabelle 2 gibt eine Übersicht über die Arztdichte in Essen, die zwischen den Stadtbezirken stark variiert. Die größte Arztdichte bestand in den zentral gelegenen Stadtbezirken I und II, die mit Abstand geringste Arztdichte fand sich im nördlich gelegenen Stadtbezirk VI. Eine Übersichtskarte der Stadtbezirke und Stadtteile in Essen findet sich im Anhang D.

Bei den Allgemeinmedizinern kommen auf einen Arzt 3.223 Einwohner, auch hier bestanden starke Schwankungen. In den meisten Stadtbezirken liegen die Daten zwischen 2.229 Einwohner (I) und 3.056 Einwohner (III) pro Allgemeinmediziner. Lediglich im südöstlich gelegenen Stadtbezirk VIII besteht die geringste Allgemeinmedizinerdichte mit 5.255 Einwohnern pro Allgemeinmediziner.

Tabelle 2: Arztdichte in den Essener Stadtbezirken im Jahr 2010

Stadtbezirk	Einwohner	Niedergel. Ärzte	Allgemein- mediziner	Einwohner /Arzt	Einwohner /Allgem.-med.
Mitte I/II	116.792	354	42	330	2.781
West III/IV	178.463	226	62	790	2.878
Nord V/VI	107.992	111	33	973	3.272
Ost VII	70.478	106	16	665	4.405
Süd VIII/IX	103.207	169	26	611	3.970
Gesamt	576.932	966	179	597	3.223

(Quelle: Halbjahresbericht 2010 der Stadt Essen. 2.Halbjahr. S.11 und S.45)

2.2 Offene Leitfadeninterviews

Sowohl im Vorfeld, als auch im Anschluss an die schriftliche Befragung, wurde ein offenes qualitatives Leitfadeninterview mit vier ausgewählten Experten geführt. Unter den Experten fanden sich drei hausärztlich praktizierende Allgemeinmediziner sowie ein Vertreter der GKV. Die Einzelgespräche mit den Experten wurden in Form von Leitfadeninterviews geführt. Dabei handelt es sich um eine offene, teilstandardisierte Befragung. Die Fragen sind offen formuliert, und der Befragte kann diese frei und in eigener Schwerpunktsetzung beantworten. „Teilstandardisiert“ bezieht sich auf die Vorgehensweise der Befragung durch den Interviewer (Mayring 1997). Es kommt währenddessen grundsätzlich nicht auf eine Einhaltung der Reihenfolge der Fragen an, diese dienen lediglich als Gerüst und gewährleisten, dass bestimmte Aspekte der Befragung nicht vernachlässigt werden (Mayer 2009).

Die Themen des ersten (explorativen) Leitfadeninterviews waren der Kontakt des Hausarztes zu Patientengruppen mit unterschiedlichen sozialen Hintergründen und die nach SES gegebenenfalls unterschiedliche Ansprache, ärztliche Einstellungen gegenüber der Prävention und deren Umsetzung im Praxisalltag, Kenntnisse zu angebotenen Präventionsprogrammen durch die GKV und Fragen zu Erschwernissen der Prävention bzw. der Gesundheitsförderung in der Hausarztpraxis.

Die Aussagen der vier Experten im explorativen Interview wurden als Grundlage für die Erstellung des schriftlichen Fragebogens verwendet. Von besonderem Interesse waren die heterogenen Einstellungen bezüglich der Kommunikation mit Patienten mit niedrigem SES, der Anteil der geleisteten Primärprävention an der gesamten hausärztlichen Tätigkeit, die Kenntnis von GKV-Präventionsangeboten, die Empfehlung von GKV-Präventionsangeboten in Abhängigkeit vom SES und die Art der Empfehlung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung.

Im zweiten Leitfadeninterview wurden dieselben vier Experten zu den Ergebnissen der schriftlichen Befragung befragt. Schwerpunktmäßig wurden dabei die Themen Hindernisse und Förderung der Primärprävention durch den Hausarzt, Verbesserung der Gesundheitsberatung von Menschen mit niedrigem SES, Modifikation des Angebots von Präventionsleistungen der GKV und Handlungsempfehlungen für die Zukunft angesprochen.

Die Auswertung der Ergebnisse der beiden offenen Interviews erfolgte mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring 1997). Die Aussagen der Interviewten wurden zunächst paraphrasiert, anschließend generalisiert und schließlich zu Kategorien reduziert. Sich wiederholende Kategorien wurden gestrichen, so dass lediglich die Kernaussagen der Interviews übrig blieben (Mayring, 1997). Die im Rahmen der Leitfadeninterviews gestellten Fragen sowie die Auswertungstabellen der Inhaltsanalyse sind im Anhang B und C eingefügt, die Ergebnisse der qualitativen Auswertung finden sich im Ergebnisteil.

2.3 Schriftliche Befragung

Eine Suche im Arztverzeichnis auf der Homepage der Ärztekammer Nordrhein unter Einschluss der Kriterien „Essen“ und „Allgemeinmedizin“ ergab im November 2010 229 Treffer. Diese 229 Ärzte wurden in die schriftliche Befragung einbezogen. Die Hausärzte, die nach sechs Wochen noch keinen ausgefüllten Fragebogen zurückgesandt hatten, wurden telefonisch erinnert. Im Ergebnisteil wird das Responseverhalten entsprechend in zwei Phasen (Spontan-Response – 1. Phase sowie nach Erinnerung – 2. Phase) dargestellt.

Auf der Basis des explorativen Interviews wurde unter Zuhilfenahme von Literatur (Kirchhoff et al. Der Fragebogen. Datenbasis, Konstruktion und Auswertung. 2008; Mayer, Interview und schriftliche Befragung, 2009) ein standardisierter Fragebogen erstellt. Dieser bestand aus drei Seiten mit offenen und geschlossenen Fragen. Zustimmung oder Ablehnung wurde mittels einer 5-Punkte Likert-Skala erhoben. Der Fragebogen ist angefügt in Anhang A.

Der erste Teil des anonymisierten Fragebogens enthielt allgemeine Fragen zu Alter, Beruf, Niederlassung, Praxis und Patientenzahl pro Quartal. Im zweiten Teil wurden Fragen zu Patientengruppen gestellt, die von den Befragten mit Schätzwerten zu den Themen Versichertenstatus, Sozialleistungsbezug und Migrationshintergrund zu beantworten waren. Im dritten Teil wurden Fragen zu persönlichen Einstellungen sowie der Umsetzung von Prävention und im vierten Teil Fragen zu Präventionsprogrammen der GKV gestellt. Inhaltlich wurden in den einzelnen Teilen des Fragebogens weitgehend die Themen des explorativen Interviews aufgegriffen. Die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten beispielsweise bezüglich der Häufigkeit der Empfehlung von Prävention, der Art der Empfehlung von Präventionsangeboten sowie die Abfrage der Erschwernisse der Primärprävention ergaben

sich direkt aus den Aussagen der Experten. Strukturell wurde der Fragebogen ausgehend von allgemeinen, die eigene Person, Praxis, Patientengruppen und die persönliche Einstellung zur Prävention betreffende Fragen hin zu spezielleren Fragen bezüglich der Prävention bei Menschen mit niedrigem SES, der Empfehlung von GKV-Präventionsangeboten und möglichen Erschwernissen einer erfolgreichen Primärprävention aufgebaut. Weiterhin hatten die befragten Hausärzte die Möglichkeit, Fragen zu Präventionsangeboten der GKV zu überspringen, sofern sie diese generell nicht empfehlen. Die Fragebögen wurden per Post an 229 Allgemeinmediziner in Essen verschickt.

2.4 Statistische Auswertung

Die ausgefüllten Fragebögen gingen an das Institut für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie, wurden kontinuierlich erfasst und einer systematischen Qualitätssicherung (Plausibilitätsprüfungen) unterzogen.

Die statistische Auswertung der Fragebögen erfolgte mittels eines Personalcomputers unter Verwendung des Statistikprogrammes „Statistical Package for Social Sciences“ SPSS für Windows, Version 17.0.1; SPSS Inc., Chicago, Illinois, USA 2003.

Die Angaben zum Umfang der Präventionsarbeit wurden stratifiziert und als absolute und relative Häufigkeiten angegeben. Aufgrund der kleinen Fallzahlen werden die relativen Häufigkeiten ohne Dezimalstellen dargestellt. Daher kann es zu Rundungsdifferenzen kommen. Quantitativ stetige Merkmale wurden als Mittelwerte \pm Standardabweichung dargestellt. Die Analyse erfolgte hierarchisch, d.h. Unterschiede in den Zielparametern wurden zunächst z.B. zwischen den Stadtteilen untersucht. Weitere Vergleiche erfolgten nur dann, wenn der initiale Vergleich signifikante Unterschiede zeigte. Die Einteilung der Stadtteile in die fünf Bereiche Mitte, West, Nord, Ost und Süd wurde anhand einer Übersichtskarte (im Anhang D) vorgenommen. Hinsichtlich des Anteils der Patienten mit Migrationshintergrund wurde ein Anteil von größer als 16% als „hoch“, ein Anteil von über 30% als „sehr hoch“ gewertet.

Mittelwerte zwischen Gruppen und Untergruppen wurden mit dem t-Test für unabhängige Stichproben verglichen. Um den Einfluss unabhängiger Variablen wie dem Versichertenstatus zu untersuchen, wurde die Varianzanalyse angewendet. Ein Chi-Quadrat Test wurde eingesetzt, um einen möglichen Zusammenhang zwischen Praxismerkmalen und dem Empfehlungsverhalten der Ärzte zu untersuchen. Alle p-Werte wurden - wenn nicht anderweitig erwähnt - zweiseitig getestet. Statistische Signifikanz war dann erfüllt, wenn die Irrtumswahrscheinlichkeit nicht über 5% lag. Irrtumswahrscheinlichkeiten zwischen 5 und 10% wurden als Tendenzen gewertet.

3 Ergebnisse

3.1 Ergebnisse des ersten offenen (explorativen) Leitfadenterviews

Wie im Methodenteil beschrieben wurde eine qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring durchgeführt (Mayring 1997). Diese ergab für das erste qualitative Leitfadenterview in der Reduktion 75 Kategorien (K1 bis K75, siehe Anhang B).

Diese 75 Kategorien wurden zusammengefasst in 36 Kernaussagen zu den folgenden Themen:

- Verschiedene Patientengruppen in der Hausarztpraxis
- Einstellung bezüglich der Prävention und deren Umsetzung
- Kenntnisse der GKV-Präventionsangebote
- Erschwernisse der Primärprävention:

Kernaussagen 1 bis 8 zu verschiedenen Patientengruppen in der Hausarztpraxis

1. In der Hausarztpraxis sind verschiedene soziale Hintergründe vertreten, die Patientenklientel variiert mit Lage der Praxis und Stadtteil.
2. Die Beratung sollte den verschiedenen Patiententypen angepasst erfolgen. Ein Akademiker erwartet z.B. mehr Hintergrundinformationen und abstrakte Informationen, weniger konkrete Vorschläge, er zeigt mehr Eigeninitiative.
3. Bei niedrigem Bildungsniveau sollte eine direkte Ansprache in kurzen, klaren Sätzen und eher direktiv erfolgen. Direktiv sollte auch die Gesundheitsberatung sein. Widersprüchliche Informationen können bei niedriger Bildung nicht gefiltert werden.
4. Religiöse und kulturelle Hürden, Sprachdefizite, Bildungsdefizite und berufliche Belastungen sind ein komplexes Problem bei Patienten mit Migrationshintergrund.
5. Auch Patienten mit niedriger Bildung sollten aktiv in den Behandlungsprozess einbezogen werden.
6. Ein aktiveres ärztliches Ansprechen von Gesundheitsthemen kann vermeiden, dass Präventionsthemen bei sozial Benachteiligten ausgeklammert werden.
7. Bei niedrigem SES bestehen mehr Belastungen/ Risiken; bei hohem SES mehr Ressourcen.
8. Es sollte eine gleiche Ansprache, aber individualisiert, bei verschiedenen Patiententypen erfolgen.

Kernaussagen 9 bis 21 zur Einstellung bezüglich der Prävention und deren Umsetzung

9. Primärprävention bedeutet, durch vorzeitige Intervention das Auftreten von Krankheiten zu vermeiden.
10. Primärprävention in der Hausarztpraxis ist besonders im Hinblick auf kardiovaskuläre Erkrankungen und unabhängig von GKV-Leistungen bedeutsam.
11. Trotz großer Bedeutung findet sie kaum Anwendung wegen unzureichender Vergütung. Sie findet statt im Rahmen der Check-up-Untersuchung.
12. Häufig findet die Gesundheitsberatung bei chronisch Erkrankten im Rahmen von Sekundärprävention statt.
13. Die Primärprävention erfolgt meistens verbal und ist mäßig erfolgreich. Es werden auch Broschüren ausgehändigt.
14. 100 bis 300 Mal wird pro Monat allgemein zur Gesundheitsvorsorge beraten, 0 bis 80 Mal pro Monat werden GKV-Präventionsangebote empfohlen.
15. Der Bedarf an GKV-Kursinhalten variiert mit dem SES.
16. GKV-Kurse werden eher Menschen mit niedrigem SES empfohlen. Sie sind eine Hilfestellung bei mangelnder Eigeninitiative, die finanzielle Belastung ist gemindert.
17. Es ist keine ärztliche Aufgabe, gesamtgesellschaftliche Probleme aufzuarbeiten.
18. Mediziner lernen während des Studiums zu wenig präventives Faktenwissen. Sie lernen in erster Linie repetitives Faktenwissen und reflektieren die Inhalte zu wenig.
19. Vielen Mediziner fehlt die Technik, mit Menschen umzugehen und die Fähigkeit zu motivieren.
20. Wenn Ratschläge zum Gesundheitsverhalten gegeben werden, sind diese unkonkret und allgemein gehalten.
21. Der Hausarzt sollte Gelegenheiten nutzen, Patienten auf ihr Gesundheitsverhalten anzusprechen (z.B. den hustenden Patient auf sein Rauchverhalten ansprechen).

Kernaussagen 22 bis 28 zu Kenntnissen der GKV-Präventionsangebote

22. GKV-Angebote zu den Themen Ernährung, Bewegung, Abnehmen und Rauchentwöhnung sind den befragten Ärzten bekannt.
23. These: Es ist unter Ärzten wenig über GKV-Angebote bekannt.
24. These: Der § 20 SGB V ist den Ärzten nicht bekannt.
25. Nach regelmäßiger bescheinigter Teilnahme, die Selbstdisziplin erfordert, werden die Kosten je nach Satzungsleistung der GKV erstattet. In Ausnahmefällen erfolgt eine

Kostenübernahmeerklärung.
26. Detaillierte Informationen zur Kostenübernahme sind nicht bekannt.
27. Zweifel an der eigenen Selbstdisziplin, geringes Vertrauen in die Krankenkasse und das Prinzip der Kostenregelung beeinflussen/ hemmen die Inanspruchnahme Desjenigen, der wenig Geld zur Verfügung hat.
28. Die easy!-Datenbank (www.bkk.de/easy) war den interviewten Ärzten nicht bekannt.

Kernaussagen 29 bis 36 zu Erschwernissen der Primärprävention

29. Fehlende Wertschätzung und fehlende zeitaufwandgerechte Honorierung.
30. Unübersichtlichkeit der GKV-Präventionsleistungen.
31. Themen der Gesundheitsvorsorge sind nicht populär, das macht die Beratung aufwändig und zeitintensiv. Es fehlt an Zeit.
32. Erfolglosigkeit auf ärztlicher Seite und der subjektive Verlust an Lebensqualität auf Patientenseite hemmen die Gesundheitsberatung.
33. Bei niedrigem Bildungsniveau bestehen zu wenige intellektuelle Interessen, die die Einschränkung körperlicher Bedürfnisse im Sinne des Erhaltes der Lebensqualität kompensieren könnten.
34. Es ist schwer, Überzeugungsarbeit zu leisten.
35. Der Arzt ist Fachmann für Krankheiten. Themen der Prävention liegen außerhalb seines Fachgebietes. Weil er sich in Fragen der Prävention nicht gut auskennt, vermeidet er, zu diesen Themen zu beraten.
36. Trotz aller Widerstände hat der Hausarzt ein hohes Potential, auf Personen mit niedrigem SES Einfluss zu nehmen.

Die Kernaussagen 1 bis 36 des explorativen Leitfadeninterviews spiegeln die Auffassungen, Kenntnisse und Erfahrungen der vier Experten wieder und dienen als Ausgangsmaterial für die Erstellung des schriftlichen Fragebogens. Von besonderem Interesse waren die heterogenen Einstellungen bezüglich der Kommunikation mit Patienten mit niedrigem SES, der Anteil der geleisteten Primärprävention an der gesamten hausärztlichen Tätigkeit, die Kenntnis von GKV-Präventionsangeboten und die Art der Empfehlung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung.

3.2 Ergebnisse der schriftlichen Befragung

3.2.1 Rücklauf

Der Rücklauf der Bögen (N=52) entsprach einer Rücklaufquote von 23%.

Die Tabelle 3 gibt Aufschluss darüber, wie die 229 angeschriebenen Praxen über das Stadtgebiet verteilt waren, und wie groß der Rücklauf aus den jeweiligen Stadtbezirken war.

Tabelle 3: Verteilung des Rücklaufs der Praxen nach Bezirken

	Angeschrieben gesamt (N)	Rücklauf (N)	Rücklauf (in Prozent)	Einwohner pro Allgemeinmediziner
Mitte I und II	48	10	21%	2.244
West III und IV	82	10	12%	2.880
Nord V und VI	43	15	35%	2.902
Ost VII	31	5	16%	2.915
Süd VIII und IX	25	10	40%	4.036
keine Angabe		2		
gesamt	229	52	23%	2.836

*Legende Tab. 3: Die römischen Zahlen (I-IX) bezeichnen offiziell die jeweiligen Stadtbezirke
Quelle (Arztdichte): Statistischer Halbjahresbericht der Stadt Essen 2010.
2. Halbjahr. S. 11 und S. 45*

Der größte Anteil des Rücklaufes in absoluten Zahlen wurde aus Essen Nord verzeichnet (N=15), relativ zu allen angeschriebenen Befragungsteilnehmern kam der größte Rücklauf aus Essen Süd (40%). In den Stadtbezirken VIII und IX des Essener Südens bestand gleichzeitig die geringste Arztdichte an Allgemeinmediziner (Vgl. Tabelle 2).

Der größte Anteil der angeschriebenen Hausärzte ist in Essen West niedergelassen (N=82), von dort war der relative Anteil des Rücklaufs am geringsten (12%).

Tabelle 4 zeigt den Rücklauf nach Stadtteilen, der sich in 2 Phasen gliedert: 1. Phase (Spontan-Resonance, 60%) und 2. Phase (nach Erinnerung, 40%).

Tabelle 4: Responseverhalten nach Bezirken

	Rücklauf 1.		Rücklauf 2.		Gesamt N	Gesamt Prozent
	Rücklauf 1. Phase N	Phase Prozent	Rücklauf 2. Phase N	Phase Prozent		
Mitte I und II	5	50%	5	50%	10	100%
West III und IV	6	60%	4	40%	10	100%
Nord V und VI	11	73%	4	27%	15	100%
Ost VII	2	40%	3	60%	5	100%
Süd VIII und IX	7	70%	3	30%	10	100%
Keine Angabe	0	0%	2	100%	2	100%
N Gesamt	31	60%	21	40%	52	100%

Legende Tab. 4: Phase 1: Spontan-Response; Phase 2: nach Erinnerung

Während in allen übrigen Stadtteilen der Rücklauf der 1. Phase mindestens 50% des gesamten Rücklaufs ausmacht, liegt der Rücklauf der 1. Phase in Essen-Ost mit 40% darunter. Dies bezieht sich hier allerdings auf nur 5 Fälle absolut. Der größte Anteil der Spontan-Response ist gleichermaßen in Nord und Süd mit je 73% bzw. 70% zu beobachten. Kein Zusammenhang zeigte sich im Chi-Quadrat-Test zwischen dem Responseverhalten und der Stadtteil-Zugehörigkeit und der Praxisgröße sowie im Weiteren im Mittelwertvergleich zum Antwortverhalten.

Die Tabelle 5 beinhaltet Informationen zu Person der Befragten, zu der Größe der Praxen, sowie den Patientengruppen im Hinblick auf einen niedrigen SES.

Tabelle 5: Beschreibung der teilnehmenden Allgemeinmediziner und Praxen

N=52

Alter in Jahren d. Allgemeinmediziner	53,0 ± 13,2	
Jahre in der Niederlassung	18,8 ± 9,3	
Praxisgröße		
Ärzte pro Praxis	3,8 ± 3,4	
Patienten pro Quartal	N	Prozent
<500	0	0
500 bis 1000	17	33
1001 bis 1500	18	35
>1500	13	25
keine Angabe	4	8
Gesamt	52	100
Mitarbeiter pro Praxis		
1 bis 5	35	67
6 bis 10	12	23
>10	2	4
keine Angabe	3	6
Gesamt	52	100
Patientengruppen		
Anteil der gesetzlich Versicherten in Prozent	89,0 ± 7,8	
Anteil der Patienten, die Sozialleistungen beziehen in Prozent	15,9 ± 13,3	
Anteil der Patienten mit Migrationshintergrund in Prozent	15,9 ± 15,3	

Die befragten Hausärzte waren im Mittel 53,0 (± 13,2) Jahre alt und seit 18,8 (± 9,3) Jahren niedergelassen. Pro Praxis waren im Mittel 3,8 (± 3,4) Ärzte tätig, und in zwei Drittel der Praxen waren 1 bis 5 Mitarbeiter beschäftigt.

Im Mittel wurde der Anteil der gesetzlich versicherten Patienten von den Hausärzten auf 89,0% (± 7,8%) geschätzt. Der geschätzte Anteil der Patienten, der Sozialleistungen bezieht, betrug 15,9% (± 13,3%) und der Anteil der Patienten mit Migrationshintergrund betrug 15,9%

(± 15,3%). Jeweils ungefähr ein Drittel der Hausärzte gab an, 500 bis 1000 bzw. 1000 bis 1500 Patienten pro Quartal zu behandeln, ein Viertel der Hausärzte machte die Angabe, mehr als 1500 Patienten pro Quartal zu behandeln.

Hinsichtlich des Anteils der Patienten mit Migrationshintergrund wurde ein Anteil von größer als 16% als „hoch“, ein Anteil von über 30% als „sehr hoch“ gewertet. In absoluten Zahlen gaben 20 der Hausärzte an, dass der Anteil ihrer Patienten mit Migrationshintergrund größer als 16% ist, 5 davon bezeichnen den Anteil als größer als 30%. Eine Übersicht über die Verteilung der 20 Praxen mit einem hohem und sehr hohem Patientenanteil mit Migrationshintergrund bezogen auf ganz Essen zeigt Tabelle 6, die Verteilung innerhalb der Bezirke zeigt Abbildung 4.

Tabelle 6: Verteilung der Praxen mit hohem und sehr hohem Patientenanteil mit Migrationshintergrund in Essen

Bezirke	N	Prozent
Essen West	7	35%
Essen Nord	7	35%
Essen Mitte	3	15%
Essen Ost	2	10%
Essen Süd	1	5%
Gesamt	20	100%

Für die teilnehmenden Praxen kann die Aussage getroffen werden, dass die Bezirke West und Nord mit je über einem Drittel zu der Gesamtheit der Praxen mit hohem und sehr hohem Patientenanteil mit Migrationhintergrund in Essen beitragen.

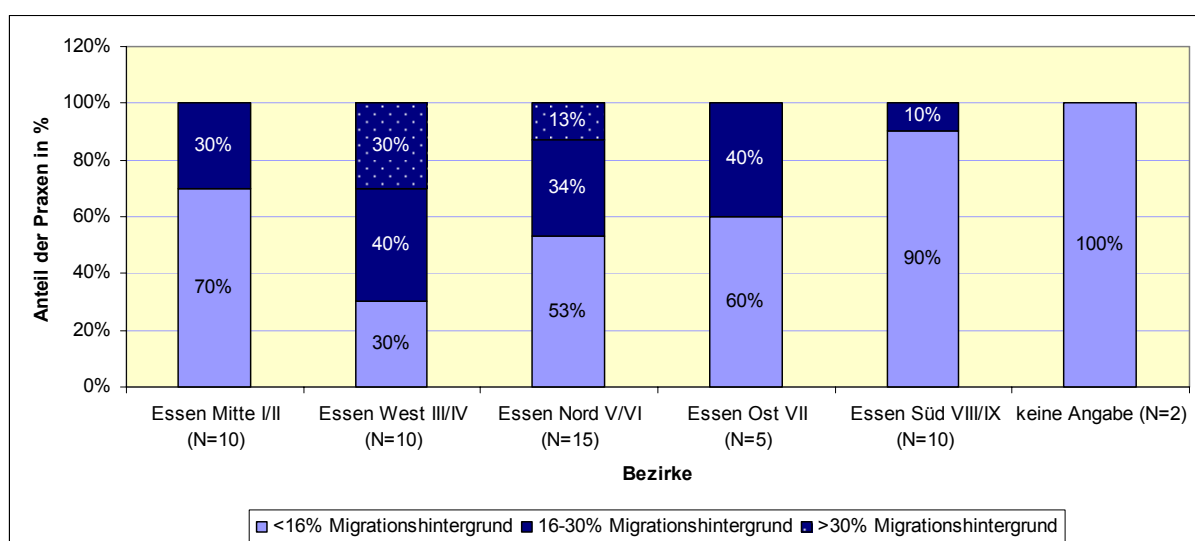


Abbildung 4: Verteilung der Praxen mit hohem und sehr hohem Patientenanteil mit Migrationshintergrund in den Bezirken

Betrachtet man die Bezirke selbst, zeigt sich wiederum, dass in den westlichen und nördlichen Stadtteilen der Anteil der Patienten mit Migrationshintergrund am höchsten ist und bei über 50% liegt. In den übrigen Bezirken, vor allem in Essen Süd, liegt dieser Anteil unter 50%. Ein Mittelwertvergleich zeigte einen signifikanten Unterschied zwischen den Stadtteilen hinsichtlich des Anteils der Patienten mit Migrationshintergrund ($p \leq 0,01$). Hinsichtlich des Anteils der Patienten, die Sozialleistungen beziehen, war der Unterschied in den verschiedenen Stadtteilen ebenfalls signifikant ($p = 0,05$).

Ebenfalls die 5 der 20 Praxen mit sehr hohem Anteil an Patienten mit Migrationshintergrund ($>30\%$) sind in den Essen West ($N=3$) und Essen Nord ($N=2$) angesiedelt. Die Dichte an Allgemeinmedizinern ist in den nördlichen und westlichen Stadtbezirken höher als in den südlichen (Vgl. Tabelle 2).

3.2.2 Einstellung der Hausärzte zur Prävention

Die Hausärzte geben durchweg einer positiven Veränderung des Lebensstils bei klinisch Gesunden, was definitionsgemäß der Primärprävention entspricht, den Vorzug gegenüber einem frühzeitigen Einsatz medikamentöser Maßnahmen. 71% stimmen der Aussage: „Eine frühzeitige und konsequente Lebensstilveränderung (...) halte ich bei klinisch Gesunden mit kardiovaskulären Risikofaktoren für wirksamer, als den frühzeitigen Einsatz medikamentöser Maßnahmen (...)“ „voll und ganz zu“, 21% stimmen der Aussage „voll zu“, 6% „stimmen zu“ und 2% beantworten diese Frage nicht.

Die größte Zahl der Hausärzte (35%) gibt an, dass der Anteil, den die Primärprävention an ihrer gesamten Arbeitszeit hat, zwischen 11% und 15% liegt. In Praxen mit hohem ($>16\%$) und sehr hohem ($>30\%$) Anteil an Patienten mit Migrationshintergrund sind es 45% bzw. 60% der Hausärzte, die die real geleistete Primärprävention auf 11% bis 15% schätzt (siehe Abbildung 5).

Der Anteil Primärprävention, den sich die Hausärzte wünschen, liegt durchweg höher als der geleistete: 60% aller Hausärzte und 55% der Hausärzte, die den hohen Anteil an Patienten mit Migrationshintergrund betreuen, wünschen sich einen Anteil von 16% bis 30% Primärprävention, gemessen an der gesamten Arbeitszeit. 40% der Hausärzte in Praxen mit sehr hohem Anteil an Migranten wünschen sich einen Umfang von 51% bis 70% Primärprävention (siehe Abbildung 6).

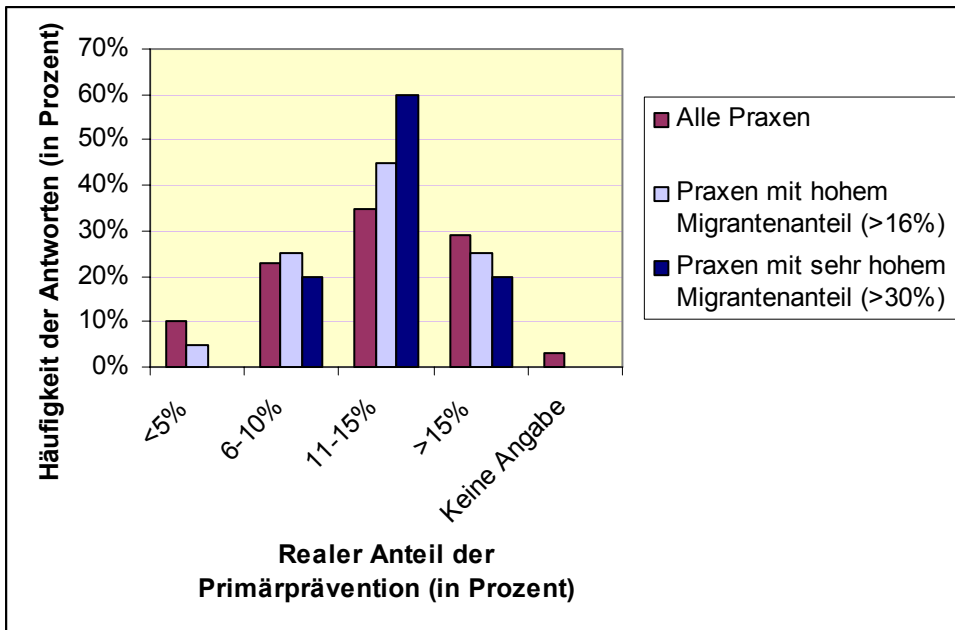


Abbildung 5: Realer Anteil der Primärprävention gemessen an der Gesamtarbeitszeit

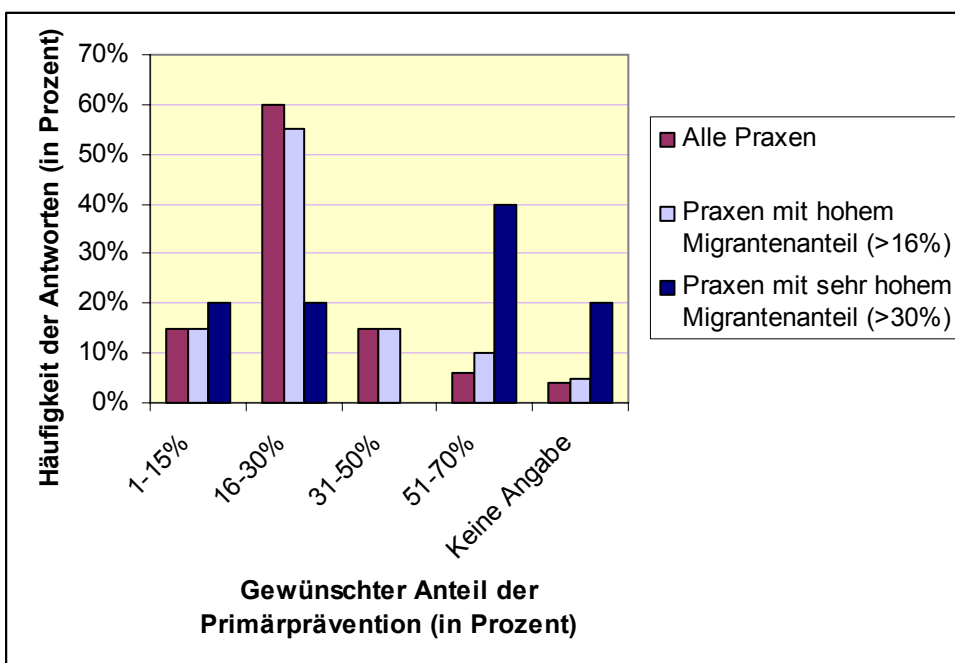


Abbildung 6: Gewünschter Anteil der Primärprävention gemessen an der Gesamtarbeitszeit

Die Hausärzte wurden gebeten, den eigenen Einfluss auf ihre Patienten mit höherem bzw. niedrigerem SES einschätzen. Die Antworten sind in Tabelle 6 dargestellt. Die Mehrheit aller Hausärzte (67%) schätzte ihren Einfluss auf Menschen mit hohem SES als höher ein. 13% halten ihren Einfluss auf Menschen mit niedrigem SES für größer. 8% der Hausärzte machen keine Angabe, 12% antworten mit „weiß nicht“.

Tabelle 7: Einfluss des Hausarztes auf Patienten mit höherem/ niedrigerem SES

Stadtteil	größerer Einfluss bei höherem SES		bei niedrigerem SES		Weiß nicht		keine Angabe		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Mitte I/II	7	70	2	20	1	10	0	0	10	100
West III/IV	5	50	1	10	1	10	3	30	10	100
Nord V/VI	13	87	2	13	0	0	0	0	15	100
Ost VII	4	80	0	0	1	20	0	0	5	100
Süd VIII/IX	6	60	1	10	2	20	1	10	10	100
keine Angabe	0	0	1	50	1	50	0	0	2	100
Gesamt	35	67	7	13	6	12	4	8	52	100

Tabelle 7 zeigt, dass der Anteil der Hausärzte, die ihren eigenen Einfluss auf Menschen mit höherem SES für größer halten, in Essen Nord höher ist als in Süd. Eine Varianzanalyse zeigte mit $p=0,077$ keinen Einfluss des Stadtbezirks auf die Einschätzung des hausärztlichen Einflusses, signalisiert jedoch möglicherweise eine Tendenz.

Ebenso wurde für die Anzahl der Patienten pro Quartal hier kein Einfluss festgestellt ($p=0,167$).

3.2.3 Einstellung der Hausärzte zu Präventionsangeboten der GKV

Die Mehrheit der Hausärzte (75%) empfiehlt ihren Patienten die Teilnahme an Präventionsangeboten der GKV. 70% der Hausärzte geben an, bei der Empfehlung von GKV-Präventionsprogrammen keine Unterschiede nach SES zu machen. 14% machen dahingehend Unterschiede, dass sie jenen Patienten mit niedrigem SES weniger Präventionsangebote anbieten. Im Freitext wird dies damit begründet, dass diese häufig eine schlechtere Compliance (Kooperationsbereitschaft) zeigen, wenig Interesse und Eigeninitiative mitbringen, was die Beratung zeitintensiv macht. Weiterhin werden Sprachdefizite und Verständigungsprobleme genannt, sowie ein fehlendes Angebot für Patienten mit geringen Deutschkenntnissen.

Eine Varianzanalyse zeigte signifikant einen Einfluss des Anteils der Privatversicherten pro Praxis (unabhängige Variable) auf die Anzahl der Empfehlungen der Primärprävention pro Woche (abhängige Variable): je mehr Privatversicherte in einer Praxis, desto häufiger werden Empfehlungen ausgesprochen ($p<0,01$).

Kein Zusammenhang hingegen zeigte sich im Chi-Quadrat-Test zwischen Alter, Dauer der Niederlassung oder Anzahl der Ärzte pro Praxis und dem Empfehlungsverhalten bei unterschiedlichem SES.

Die subjektive Beratungskompetenz zu den einzelnen Handlungsfeldern wird von den Hausärzten am höchsten zum Thema Bewegung eingeschätzt. Es folgen in absteigender Reihenfolge Ernährung, Rauchen und Entspannung. Siehe hierzu Abbildung 7.

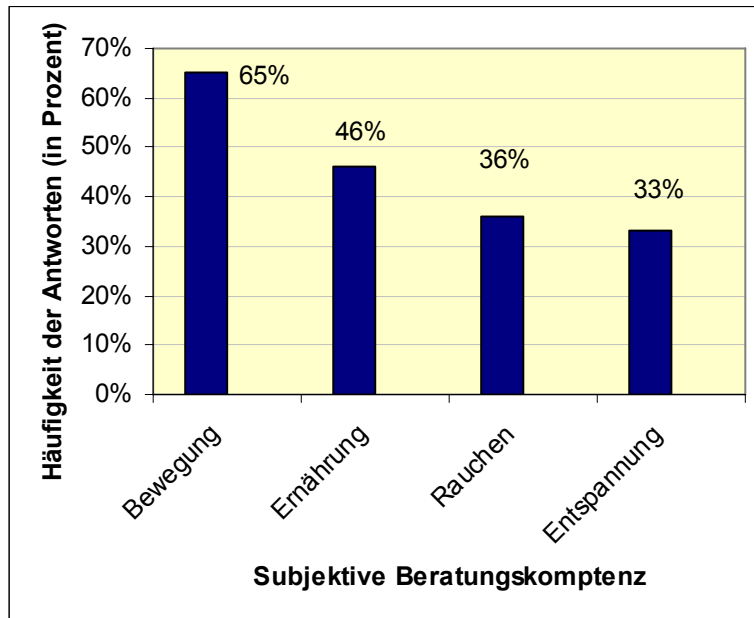


Abbildung 7: Subjektive Beratungskompetenz zu den 4 Handlungsfeldern der Primärprävention (Mehrfachnennungen)

Die Ergebnisse zum Einsatz von Medien bei der Beratung zur Gesundheitsvorsorge sind in Tabelle 8 dargestellt. Die Empfehlung zur Teilnahme an GKV-Präventionsangeboten erfolgt am häufigsten mündlich. Am zweithäufigsten wird an die jeweilige GKV verwiesen. Mit gleicher Häufigkeit geben 21 (14%) der Befragten an, dass sie deutschsprachige Broschüren und handschriftliche Informationen auf einem Notizzettel aushändigen. Auf das Internet als Informationsquelle verweisen 14 (10%) der Hausärzte, ein „Rezept für Bewegung“ füllen 12 (8%) der Hausärzte aus, mehrsprachige Broschüren werden von 10 der Hausärzte ausgehändigt und auf spezielle Internetdatenbanken weisen 3 (2%) der Hausärzte hin. Insgesamt 85% der Hausärzte sind der Auffassung, dass ihre Patienten hinsichtlich der Informationsvermittlung von einem Einsatz von Medien profitieren, während 64% den Medieneinsatz als geeignet für die Motivationsbildung sehen.

Tabelle 8: Einsatz von Medien bei der Empfehlung von Präventionsangeboten

Art der Empfehlung	N	Prozent
Mündlich	37	25%
Verweis an GKV	30	20%
Deutschsprachige Broschüren	21	14%
Handschriftliche Informationen	21	14%
Verweis auf Internet	14	10%
"Rezept für Bewegung"	12	8%
Mehrsprachige Broschüren	10	7%
Verweis auf Internetdatenbanken	3	2%
Gesamt (N=52, Mehrfachnennungen)	148	100%

Als die wesentlichen Erschwernisse, die der Primärprävention im Wege stehen, werden am häufigsten der Zeitfaktor, die finanziellen Rahmenbedingungen und die fehlende Patientenmotivation genannt. Auf die Nennung der Unübersichtlichkeit von GKV-Angeboten folgen absteigend fehlende Kenntnisse, fehlende Fortbildungen und fehlendes Personal (siehe Tabelle 9). Im Freitext gaben 2 der Hausärzte an, dass fehlende Präventionsangebote speziell die Präventionsarbeit mit Menschen mit geringen Deutschkenntnissen erschweren.

Tabelle 9: Erschwernisse der Primärprävention (Mehrfachnennungen)

Erschwernisse	N	Prozent
Zeitfaktor	37	23%
Finanzielle Rahmenbedingungen	34	21%
Fehlende Patientenmotivation	32	20%
Unübersichtlichkeit von GKV-Leistungen	25	16%
Fehlende Kenntnisse der Primärprävention	13	8%
Fehlendes Fortbildungsangebot	11	7%
Fehlendes Personal	7	5%
Gesamt (N=52, Mehrfachnennungen)	159	100%

Maßnahmen, die zukünftig die Anwendung der Primärprävention durch den Hausarzt unterstützen könnten, sind laut Mehrzahl der Hausärzte die Abrechnungsfähigkeit (56%), 23% befürworten ein höheres Gewicht auf Prävention im Studium, und 21% halten zertifizierte Fortbildungen für sinnvoll (siehe Tabelle 10).

Tabelle 10: Maßnahmen, die unterstützend auf die Anwendung der Primärprävention durch den Hausarzt wirken können (Mehrfachnennungen)

Unterstützende Maßnahmen	N	Prozent
Abrechnungsfähige Leistungen	48	56%
Mehr Gewicht auf Prävention im Studium	20	23%
Zertifizierte Fortbildungen	18	21%
Gesamt (N=52, Mehrfachnennungen)	86	100%

3.3 Ergebnisse des qualitativen Interviews II

Aus den Ergebnissen der schriftlichen Befragung wurden die folgenden Themen zur vertiefenden Diskussion herausgegriffen und bildeten die Grundlage für das nachfolgende qualitative Interview II mit den 4 Experten:

- Primärprävention in der Hausarztpraxis
- Gesundheitsberatung von Menschen mit niedrigem SES
- Präventionsleistungen der GKV
- Handlungsempfehlungen.

Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (1997) ergab für das zweite Leitfadeninterview in der Reduktion 76 Kategorien (K1 bis K76, siehe Anhang C).

Diese 76 Kategorien wurden zusammengefasst in 49 Kernaussagen zu den oben genannten Themen.

Kernaussagen 1 bis 20 zu Primärprävention in der Hausarztpraxis

1. Die gegenwärtige Abrechnungsstruktur bedingt ein Zeitproblem, da große Fallzahlen für eine ausreichende Vergütung benötigt werden.
2. Durch Vergütung der Primärprävention und besser informierte Patienten könnte das Zeitproblem verringert werden.
3. Eine Vergütung des einzelnen Falls würde gleichzeitig mehr Zeit pro Fall bedeuten.
4. Mehr Zeit für Prävention bedeutet weniger Zeit für kurative Medizin.
5. Der Hausarzt muss sich die pauschal vergütete Zeit selbst einteilen.
6. Bisherige extrabudgetäre Abrechnungsmöglichkeiten für Prävention im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung werden von den Hausärzten wenig genutzt.
7. Der Hausarzt befindet sich derzeit in einer demotivierenden, wirtschaftlichen Situation.
8. Es fehlt nicht an Zeit, sondern sowohl an der fachlichen präventiven Qualifikation, als auch an der Kompetenz, Patienten zu Verhaltensänderungen zu motivieren.
9. Keine Vergütung bei fehlender primärpräventiver Kompetenz des Hausarztes.
10. Eine Vergütung der Primärprävention wird nicht als realistisch angesehen.
11. Voraussetzung für eine Vergütung wären strukturelle Veränderungen: Die Vergütung müsste adäquat der hohen Kompetenz des Hausarztes und der Langzeitbetreuung der Patienten sein und extrabudgetär abgerechnet werden. Unnötige Ausgaben (z.B. viele Kernspintomographien, Coronarangiographien, etc.) könnten hingegen eingespart werden.
12. Hausarztverträge würden sich positiv auf das Engagement der Hausärzte bzgl. der Prävention auswirken.

13. Die Gesundheitsuntersuchung/ Check-up Untersuchung bietet bereits Anknüpfungspunkte für Primärprävention, es wären aber auch Schulungen zur gesunden Lebensweise (wie es sie bereits im Rahmen der Tertiärprävention für Diabetiker gibt) denkbar.
14. Qualitätskontrollen sind nötig, um die Qualität von Präventionsangeboten gewährleisten.
15. Patienten sollten eigenverantwortlich in ihre Gesundheit investieren.
16. Die Motivation der Patienten kann durch erste Erfolge gesteigert werden. Die Schwierigkeit besteht darin, eine Verhaltensänderung zu initiieren.
17. Durch die eigene Überzeugung und Authentizität des Hausarztes und durch Veranschaulichung von Informationen (z.B. Visualisierung, arriba®) kann die Motivation der Patienten gesteigert werden.
18. Der Arzt verbindet wenig mit dem Begriff „Motivation“. Das Medizinstudium sollte neben biochemischem und krankheitsbezogenem Wissen um Aspekte der Sozialkompetenz, die u.a. Motivationsfähigkeit einschließen, erweitert werden.
19. „Motivational Interviewing“ und Einordnung in das transtheoretische Modell nach Prochaska sind Techniken, mit deren Hilfe die Motivation von Patienten gesteigert werden kann (vgl. Prochaska und Velicer, 1997).
20. Der Patient sollte als ganzer Mensch gesehen werden.

Kernaussagen 21 bis 37 zu Gesundheitsberatung von Menschen mit niedrigem SES

21. Vergrößerung des Einflusses des Hausarztes auf Menschen mit niedrigem SES durch Kenntnis derer Lebensumstände, durch verstärkte Zuwendung, durch Motivation zu konkreten Maßnahmen, regelmäßige Abfrage (vgl. DMP) und zusätzliches Visualisieren von Erklärtem.
22. Der hausärztliche Einfluss hängt vom individuellen Zugang zum Patienten ab. Keine Lösung, wie der Einfluss des Hausarztes bei schlechtem Zugang verbessert werden kann.
23. Direktives Zugehen auf Menschen mit niedrigem SES, und Nutzung des Autoritätsgefälles verbessert den Einfluss des Hausarztes.
24. Autoritäres Auftreten muss der Interaktion angemessen sein.
25. Der Zugang zu Arztpraxen im Wohnumfeld von Menschen mit niedrigem SES muss gewährleistet sein.
26. Riskantes Gesundheitsverhalten ist ein Symptom, da das Lohnenswerte an gesundem Verhalten verkannt wird.
27. Eine allgemein verständliche, leichte und klare Sprache ist wichtig.
28. Complianceverbesserung durch Hartnäckigkeit und wiederholtes Ansprechen der

Themen, sowie durch Verbesserung der Lebensumstände und vordergründig durch Anreize.
29. Anreize führen nicht zur Überzeugung sondern zur Ausnutzung des Systems.
30. Das Interesse an Gesundheitsthemen sollte von vorneherein seitens der Patienten vorhanden sein.
31. Eine Steigerung des Interesses kann durch Erklärungen und Informationsvermittlung erzielt werden.
32. Projektarbeit mit Familien, eventuell durch ehrenamtliche Mitarbeiter, kann das Interesse an Gesundheitsthemen steigern.
33. Durch Projekte, die sich an Mütter bzw. direkt an Kinder richten, kann frühzeitig das Interesse an Gesundheit gefördert werden.
34. Qualitätskontrollen sind wichtig, um die Qualität von Maßnahmen zu gewährleisten.
35. Brückenbau zu Interessen der Patienten und Autorität können das Interesse an Gesundheitsthemen bei niedrigem SES steigern.
36. Es ist wichtig, das Ideal einer Gruppe zu erkennen und zu versuchen, daran anzuknüpfen. Z.B. Männer über das Thema Kraft und Fitness, Frauen über das Thema Schönheit ansprechen.
37. Prämien zielen oft in die falsche Richtung. Wenn Prämien, dann sollten diese umgesetzte und gegebenenfalls messbare Verhaltensänderungen belohnen (z.B. 10 kg Gewichtsverlust).

Kernaussagen 38 bis 44 zu Präventionsleistungen der GKV

38. Vereinheitlichte Abläufe könnten eine Vergleichbarkeit schaffen.
39. Die regionale Transparenz des Kursangebotes sollte erhöht werden, z.B. in Form eines Faxes, das in regelmäßigen Abständen die Hausarztpraxen erreicht.
40. Durch Vereinheitlichung sollte eine Transparenz der Kostenregelung und eine Vermeidung von Marketingstrategien erreicht werden.
41. Das Nachlesen von Einzelheiten ist Aufgabe des Versicherten, nicht des Hausarztes.
42. Eine übersichtliche Darstellung aller regionalen Angebote gibt es bereits in Form der easy!-Datenbank (www.bkk.de/easy)
43. Das Prinzip der Kostenübernahme ist im Grunde bei allen GKVen ähnlich und auch im Handlungsleitfaden fixiert.
44. Der Eindruck der Unübersichtlichkeit ist aber eventuell begründet, die GKV sollte für mehr Übersichtlichkeit sorgen. Dies könnte im Medizinstudium, in Fachmedien, oder im Rahmen von Weiterbildungen geschehen.

Kernaussagen 45 bis 49 zu Handlungsempfehlungen

45. Im Fach Prävention sollte im Medizinstudium der Schwerpunkt auf das Erlernen didaktischer Fähigkeiten, z.B. wie die Initiierung von Verhaltensänderungen erzielt werden kann sowie auf Gesprächstechniken und Kommunikation, gelegt werden.

46. Medizinstudenten sollten bereits die Fähigkeit zur Einschätzung von Patienten, beispielsweise in das transtheoretische Modell nach Prochaska, und den Umgang mit Gruppen erlernen.

47. Inhaltlich sollten nur Präventionsthemen mit belegter Wirksamkeit (z.B. Impfungen) gelehrt werden.

48. Studenten stammen überwiegend aus höheren sozialen Schichten. Sie sollten im Rahmen des Medizinstudiums Einblicke in sozialschwächere Gegenden ihrer Stadt, sowie in die Lebensverhältnisse von Menschen mit niedrigem SES erhalten.

49. Im Rahmen einer ärztlichen Fortbildung ist das Thema Kommunikation von zentralem Interesse. Vor allem sollte eine solche Fortbildung praktisch ausgerichtet sein, damit Interventionstechniken/ Gesprächstechniken mit Personen auf anderem Sprachniveau (z.B. mit Schauspielern) ausprobiert werden können.

4 Diskussion

Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, die Einstellungen und Sichtweisen der Hausärzte in Essen zu den Themen gesundheitliche Ungleichheit, Primärprävention bei Menschen mit niedrigem SES und deren Integration in Präventionsangebote der GKV zu ergründen. Außerdem sollten die Erschwernisse der Prävention, sowie die Möglichkeiten zur Unterstützung der Hausärzte identifiziert werden.

4.1 Durchführung der Studie

Zur Erhebung der Daten wurde ein Mix aus qualitativen und quantitativen Methoden angewendet. Acht qualitative Leitfadeninterviews mit vier Experten ergänzten die Stichprobe der 52 Hausärzte, die an der schriftlichen Befragung teilnahmen. Bei dem ersten qualitativen Interview handelte es sich um ein exploratives Interview, in dem verschiedene Aspekte der hausärztlichen Prävention bei Menschen mit niedrigem SES zur Sprache kamen, die die Einstellungen, Kenntnisse und Erfahrungen der Experten widerspiegeln. Die so gewonnenen Aussagen wurden als Grundlage für die Erstellung des Fragebogens verwendet. Besonders die Themen Kommunikation mit Patienten auf niedrigerem Sprachniveau, Anteil der Primärprävention an der gesamten hausärztlichen Tätigkeit, die Kenntnis von GKV-Präventionsangeboten, die bisherige Empfehlung von GKV-Präventionsangeboten in Abhängigkeit vom SES und die Art der Empfehlung von Präventionsmaßnahmen bzw. der Einsatz von Medien bei der Gesundheitsberatung fanden Eingang in den schriftlichen Fragebogen. Indem die Sichtweise der Hausärzte auf die Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen beleuchtet wurde, leistet die vorliegende Arbeit einen Beitrag zur gegenwärtigen Versorgungsforschung.

Die Befragung eignet sich im Besonderen, um Haltungen, Auffassungen, und Verhaltensweisen von Hausärzten zu ergründen, wobei die Teilnahmebereitschaft der Zielgruppe insgesamt eher als gering beschrieben wird (Kellermann und Herold 2001). Die Rücklaufquote der vorliegenden schriftlichen Befragung betrug 23% und lag damit in der Größenordnung anderer Ärztebefragungen in Essen (z.B. Pieper und Kolankowska 2011). Möglicherweise hat jedoch eine Selektion der Hausärzte mit hoher Teilnahmebereitschaft und einem grundsätzlich größeren Interesse an der Prävention bzw. der Gesundheitsversorgung von Menschen mit niedrigem SES stattgefunden.

Der größte Rücklauf relativ zu allen angeschriebenen Befragungsteilnehmern kam aus Essen Süd (40%). Dies überraschte, da die Problematik der Gesundheitsversorgung von Menschen mit niedrigem SES und damit das Interesse an der Thematik für den Essener Süden eher als gering veranschlagt wurde, zumal die Arztdichte in den südlichen

Stadtbezirken den Daten des Statistischen Halbjahresberichts der Stadt Essen 2010 zufolge geringer ist, als in den nördlichen (Vgl. Kapitel 2.1 Sozialstruktur und Arztdichte der Stadt Essen als Untersuchungsregion). Der größte Anteil der angeschriebenen Hausärzte ist in Essen West niedergelassen, von dort war der relative Anteil des Rücklaufs (12,2%) am geringsten. Dies erstaunte gleichermaßen, da die Hausärzte in den westlichen Stadtteilen in höherem Maße mit sozialen Problemen konfrontiert sind, und daher im Vorfeld ein Interesse ihrerseits an dem Thema der schriftlichen Befragung angenommen wurde. Signifikante Unterschiede in Abhängigkeit des Responseverhaltens (Spontan-Response oder nach Erinnerung) wurden nicht gefunden.

Die Werte zu den Themen Versichertenstatus, Sozialleistungsbezug und Migrationshintergrund geben die Einschätzung der Hausärzte wieder, deren Aussagekraft limitiert ist. Dennoch liegen die Schätzwerte im realistischen Bereich. Der Anteil der Privatversicherten wird von den Hausärzten auf $11\% \pm 7,8\%$ geschätzt. Eine Studie, in der Routinedaten von mehr als 15000 Versicherten in Deutschland zwischen 2004 und 2008 ausgewertet wurden, kam zu dem Ergebnis, dass 15,3% der Versicherten privat versichert waren (Hoffmann und Icks, 2011).

Der durchschnittlich geschätzte Anteil an Sozialleistungsempfängern von $15,9\% \pm 13,3\%$ entspricht dem Anteil derjenigen, die im Jahr 2010 in Essen existenzsichernde Hilfen bezogen haben (vgl. Kapitel 3.1). Der von den Hausärzten durchschnittlich geschätzte Anteil an Patienten mit Migrationshintergrund liegt mit $15,9\% \pm 15,3\%$ geringgradig unter den Durchschnittswerten für das gesamte Stadtgebiet Essen. Die hohen Standardabweichungen für den Anteil der Sozialleistungsempfänger (13,3%) und der Menschen mit Migrationshintergrund (15,3%) sind aufgrund des in Essen bestehenden „Nord-Süd-Gefälles“ plausibel. Das Essener „Nord-Süd-Gefälle“ schlägt sich auch in den Ergebnissen der schriftlichen Befragung nieder. Bei Betrachtung der Bezirke zeigte sich, dass in den westlichen und nördlichen Stadtteilen der Anteil der Patienten mit Migrationshintergrund am höchsten ist und bei über 50% liegt. In den übrigen Bezirken, vor allem in Essen Süd, liegt dieser Anteil unter 50%. Ein Mittelwertvergleich zeigte einen signifikanten Unterschied zwischen den Stadtteilen hinsichtlich des Anteils der Patienten mit Migrationshintergrund ($p \leq 0,01$). Hinsichtlich des Anteils der Patienten, die Sozialleistungen beziehen, war der Unterschied in den verschiedenen Stadtteilen ebenfalls signifikant ($p = 0,05$).

In die Befragung eingeschlossen wurden alle zum Stichtag der Adressrecherche in der Datenbank der Ärztekammer Nordrhein registrierten Essener Allgemeinmediziner. Wie beschrieben, entspricht der anteilige Rücklauf nicht der Verteilung der Praxen über die Stadtgebiete. Des Weiteren ist zu vermuten, dass sich ein systematischer Bias hinter der Antwortverteilung der Praxen verbirgt. Somit limitiert die endgültige Stichprobe die

Übertragbarkeit der Ergebnisse. Dennoch geben die gezeigten statistischen Zusammenhänge Tendenzen von gesundheitlicher Relevanz wieder.

4.2 Einstellungen der Hausärzte zur Prävention und der Empfehlung von GKV- Angeboten

Die Hausärzte messen der Primärprävention hinsichtlich kardiovaskulärer Erkrankungen eine erhebliche Bedeutung bei. In verschiedenen Graden der Zustimmung (von „stimme zu“ bis „stimme voll und ganz zu“) gaben 98% aller Hausärzte der Lebensstilmodifikation bei klinisch Gesunden mit Risikofaktoren den Vorzug gegenüber medikamentösen Maßnahmen. Zusätzlich geben die Hausärzte an, dass der Anteil, den die Primärprävention an ihrer gesamten Tätigkeit hat, durchweg niedriger liegt, als sie es sich wünschten.

Die Aussagen zum Anteil der Primärprävention wurden hinsichtlich des Patientenanteils mit Migrationshintergrund in den Praxen unterschieden. Ein Anteil von mehr als 16% wurde von der Autorin als „hoch“ eingestuft, ein Anteil von mehr als 30% als „sehr hoch“. Die Einteilung erschien gerechtfertigt, da ein Anteil von mehr als 16% im oberen Bevölkerungsdurchschnitt, ein Anteil von 30% deutlich darüber liegt (vgl. Kapitel 3.2.1). Es zeigte sich, dass in den westlichen und nördlichen Stadtteilen der Anteil der Patienten mit Migrationshintergrund am höchsten ist und bei über 50% liegt. In Essen Süd liegt dieser Anteil bei nur 10%. Die 5 Praxen mit sehr hohem Anteil an Patienten mit Migrationshintergrund (>30%) sind ebenfalls in Essen West (N=3) und Essen Nord (N=2) angesiedelt. Die Unterschiede zwischen den Stadtteilen hinsichtlich des Anteils der Patienten mit Migrationshintergrund waren statistisch signifikant.

Die Hausärzte der fünf Praxen mit sehr hohem Anteil wünschen sich einen deutlich größeren Anteil der Primärprävention. Eine Erklärung für den Unterschied ist, dass die Hausärzte, die einen hohen Anteil an Patienten mit Migrationshintergrund betreuen, möglicherweise größere Defizite bei ihren Patienten feststellen.

GKV-Präventions-Programme werden von den meisten Hausärzten (75%) regelmäßig empfohlen, was eine grundsätzliche Akzeptanz dieser Angebote erkennen lässt. Um künftig eine systematische Empfehlung der GKV-Angebote zu erreichen, sollte den Hausärzten angesichts der am häufigsten genannten Erschwernisse (37 der 52 Hausärzte geben ein Zeitproblem an, 34 der Hausärzte kritisieren die finanziellen Rahmenbedingungen) entgegengekommen werden. 48 der Hausärzte halten eine Abrechnungsfähigkeit der primärpräventiven Leistungen für eine geeignete Unterstützung, 20 befürworten, mehr Gewicht auf das Fach Prävention im Studium zu legen und 18 wünschen sich ein erweitertes Fortbildungsangebot. Im qualitativen Leitfadenterview wurde nachfolgend erörtert, dass der

größte Bedarf hinsichtlich einer Vertiefung von Inhalten der Prävention im Studium bzw. in Fortbildungen im Sektor der Kommunikation besteht. Wesentlich verbessert werden sollten die praktischen kommunikativen Fertigkeiten, die Fähigkeit zu Motivieren und der Umgang mit Menschen auf niedrigerem Sprachniveau.

Im Rahmen der Gesundheitsberatung wird der Einsatz von Medien von 85% der Hausärzte hinsichtlich eines Informationsgewinns für sinnvoll erachtet. Dennoch erfolgt die Gesundheitsberatung bzw. die Empfehlung von GKV-Präventions-Angeboten überwiegend rein mündlich. Es ist jedoch auch die Bereitschaft zur Anwendung innovativer Methoden vorhanden, wie das Beispiel zeigt, dass 12 der Hausärzte angeben, ihren Patienten ein „Rezept für Bewegung“ auszustellen.

Die Ergänzung der mündlichen Beratung durch den Einsatz von Medien könnte stärker genutzt werden. Digitale Medien bieten ein großes Potential. Auf das Internet bzw. spezielle Internetdatenbanken weisen im Rahmen der Gesundheitsberatung nur 14 bzw. 3 der Hausärzte hin (vgl. Tabelle 8).

4.3 Gesundheitsberatung bei niedrigem SES

Der eigene Einfluss auf Menschen mit niedrigem SES wird von den Hausärzten als schlechter im Vergleich zu ihrem Einfluss auf Menschen mit höherem SES eingeschätzt. Dies spiegelt sich in der Aussage wieder, dass nur 13% der Hausärzte glauben, einen höheren Einfluss auf Menschen mit niedrigem SES zu haben (vgl. Tabelle 6).

Der Anteil der Hausärzte, die ihren eigenen Einfluss auf Menschen mit höherem SES für größer halten, war in Essen Nord höher als in Süd. Eine Varianzanalyse ($p=0,077$) zeigte zwar keinen Einfluss des Stadtbezirks auf die Einschätzung des Einflusses, deutet jedoch möglicherweise auf eine nicht-signifikante Tendenz hin. Denkbar ist, dass sich in diesen Antworten eine Resignation der Hausärzte in den nördlichen Stadtteilen angesichts erfolgloser Bemühungen um die Gesundheit von Menschen mit niedrigem SES ausdrückt. Eine mögliche Ursache für die Einschätzung, dass der Hausarzt einen geringeren Einfluss auf Menschen mit niedrigem SES hat, liegt in der sozialen Distanz. In seinen Empfehlungen für Prävention und Gesundheitsförderung betont Mielck (2002), dass sich das Gesundheitsverhalten der Menschen kaum mit Appellen an die Verantwortung für die eigene Gesundheit beeinflussen lässt. Erst recht nicht dann, wenn Mitglieder der unteren sozialen Statusgruppe durch Mitglieder höherer Statusgruppen „quasi ermahnt“ werden (Mielck 2002). Hier sind einerseits Sensibilität und Kommunikationskompetenz seitens des Hausarztes gefragt, aber auch Kenntnisse über mögliche Defizite bei Patienten mit niedrigem Bildungsniveau. In einer Arbeit wurde z.B. gezeigt, dass das Wissen über Diabetes und über die Möglichkeiten, das Fortschreiten der Erkrankung durch das eigene

Gesundheitsverhalten beeinflussen zu können, in den unteren Bildungsgruppen besonders gering ausgeprägt ist (Mielck et al. 2006).

32 der 52 Hausärzte sehen in dem Motivationsdefizit ihrer Patienten eine Erschwernis der Primärprävention (vgl. Tabelle 9). Die fehlende Motivation führt über eine geringe Compliance der Patienten letztlich dazu, dass diese Patienten als „schwer zu führen“ wahrgenommen werden. Häufig sind Ärzte darüber frustriert und geben schlimmstenfalls die Bemühungen um ihre Patienten auf. Dies zeigte sich auch in der Befragung. 14% der Hausärzte sprechen Patienten mit niedrigem SES weniger Empfehlungen bezüglich der GKV-Präventionsangebote aus. Sie argumentieren, dass das Defizit an Compliance und Vorkenntnissen die Beratungen sehr zeitintensiv macht. Diese Angabe steht im Widerspruch zu der Aussage eines Experten aus dem ersten explorativen Leitfadeninterview, indem ausgeführt wurde, dass gerade jene Personen mit niedrigem SES eher eine Empfehlung zur Teilnahme an GKV-Präventionsangeboten erhalten, da der Kostenzuschuss und die vorgegebene Gruppenaktivität ein nützliches Gerüst bei geringem finanziellen Freiraum und mangelnder Eigeninitiative bieten. Dass diese Argumentation in der schriftlichen Befragung von keinem der Hausärzte genannt wurde, weist darauf hin, dass die wesentlichen Vorteile, den die GKV-Präventionsangebote gerade für Menschen mit niedrigem SES haben können, nicht im Bewusstsein der Hausärzte vorhanden sind. Es ist vielmehr so, dass gerade in den Praxen mit hohem Anteil Privatversicherter (>16%) die Hausärzte signifikant häufiger Empfehlungen zur Primärprävention ($p < 0,01$) erteilen. Dies gibt zu denken, da einerseits das Verhalten der Patienten (Defizit an Motivation und Compliance) kritisiert wird, andererseits aber versäumt wird, jene Patienten mit dem höheren Versorgungsbedarf verstärkt anzusprechen. Dass die gesundheitliche Ungleichheit durchweg nicht im Bewusstsein der Hausärzte präsent ist, zeigt sich auch in der Tatsache, dass der Chi-Quadrat-Test keinen Zusammenhang zwischen dem Alter des Hausarztes, der Dauer der Niederlassung, der Anzahl der Ärzte pro Praxis und dem Empfehlungsverhalten bei unterschiedlichem SES ergab. Es kann also nicht davon ausgegangen werden, dass sich das Problem der gesundheitlichen Benachteiligung von Menschen mit niedrigem SES durch eine jüngere Generation an Hausärzten von selbst löst. Vielmehr sollten alle Hausärzte stärker für diese Problematik sensibilisiert werden. Denkbar wäre, dass Medizinstudenten, die größtenteils selbst in Familien mit höherem SES aufgewachsen sind, mit der Lebenssituation von Menschen in sozialschwächeren Vierteln ihrer Universitätsstadt konfrontiert werden könnten. Hintergrund dieses Gedankens ist, dass viele Studenten zwar mit durchaus offenem Blick für soziale Probleme ins Ausland gingen, oft jedoch die Lebenssituation der Menschen mit niedrigem SES vor ihrer Haustür nicht kennen.

Bezüglich ihrer Motivationsfähigkeit sollten die Hausärzte im Rahmen von Fortbildungen z.B. zu den Themen „Motivational Interviewing“ und dem „Transtheoretischen Modell“ gestärkt

werden (Miller und Rollnick 1991, Prochaska und Velicer 1997). Kurzfristig und vordergründig können auch finanzielle, bzw. materielle Anreize eine Steigerung der Compliance oder eine Motivation zur Verhaltensänderung bewirken. Allerdings findet auf diese Art keine echte Einsicht bei den Patienten statt, vielmehr führt dies zu einer Ausnutzung des Systems.

4.4 Die Hausarztpraxis- ein geeignetes Setting für Primärprävention bei sozial Benachteiligten?

Hausarzt und Hausarztpraxis besitzen ein großes Potential für die Prävention. Die Idee von der Hausarztpraxis als zentralem Ort der Prävention (Beschlussprotokoll des 107. Deutschen Ärztetags 2004) ist in Deutschland neu. Hausärztliche Prävention im Sinne einer formalen Public Health Aktivität, wie z.B. die aktive Beteiligung an Gesundheitskampagnen, findet in Deutschland so gut wie keine Anwendung, und es ist offen, ob eine systematisierende Erfassung aller in Frage kommender Patienten mit niedrigem SES in Zukunft gefordert werden sollte. Denn die individualisierte hausärztliche Prävention in Deutschland zeichnet sich gerade dadurch aus, dass sie zwar formal unsystematisch und häufig unbewusst abläuft und dennoch konzeptionell effektiv ist. Dadurch, dass die aktuellen individuellen Lebensumstände der Patienten sowie der Zustand der Gesundheit in den verschiedenen Lebensphasen Berücksichtigung finden, ist die hausärztliche Vorgehensweise immer zielgerichtet (Abholz 2006).

Eine exakte Zielgruppendefinition (d.h. die präzise Unterscheidung der Patienten mit hohem und niedrigem SES), die für die Planung von Interventionsprogrammen essentiell ist, sollte einzelne Bevölkerungsgruppen mit besonders großen sozialen und gesundheitlichen Belastungen konkret benennen. Dies könnten z.B. Personen mit sehr niedrigem Einkommen (z.B. Sozialhilfeempfänger, Langzeitarbeitslose), Personen mit sehr niedrigem beruflichen Status (z.B. ungelernte Arbeiter), Personen mit sehr niedriger Bildung (z.B. Personen ohne qualifizierenden Hauptschulabschluss), Personen, die in „sozialen Brennpunkten“ wohnen, Alleinerziehende, Erwachsene und Kinder aus kinderreichen Familien, Migranten mit schlechten Deutschkenntnissen, etc. sein (Mielck 2005).

Vom Gros der Patienten werden Hausarztpraxis und Hausarzt (noch) nicht als „Gesundheitszentrum“ wahrgenommen. Vielmehr wird der Arzt konventionell als Experte für Krankheitsfragen und nicht für Gesundheitsfragen gesehen, während gesundheitsbewusstes Verhalten im Alltag der Menschen geschieht. Laut einer Befragung der Bertelsmann Stiftung erfolgen 74% aller Verhaltensänderungen ohne Konsultation bzw. Intervention des Hausarztes. In derselben Befragung zeigte sich aber auch die Bedeutung einer wertschätzenden Haltung des Arztes. Die Patienten, die den Eindruck haben, dass der Arzt eher positiv und mit Interesse auf ihre eigenen Kenntnisse über Krankheit und Beschwerden („Krankheitskompetenz“) reagiert, bildeten die größte Gruppe (86%) derjenigen, die sehr wohl die Unterstützung des Hausarztes auch bei präventiven Fragestellungen gesucht haben (Altgeld und Bockhorst 2004).

5 Ausblick

Die systematische Integration von Menschen mit niedrigem SES in Präventionsangebote der GKV durch den Hausarzt kann in Zukunft einen Beitrag zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit leisten, wobei die zentrale Position des Hausarztes an der Schnittstelle zwischen den Versicherten mit niedrigem sozioökonomischen Status und den vielfältigen Möglichkeiten zur Gesundheitsförderung hilfreich sein kann.

Die Studienergebnisse deuten darauf hin, dass die Problematik der gesundheitlichen Ungleichheit möglicherweise nicht allen Hausärzten bewusst ist. Der höhere Versorgungsbedarf von Menschen mit niedrigem SES, wie auch die Förderung von kommunikativer Kompetenz, sollte in Zukunft Gegenstand von praxisnahen, zertifizierten Fortbildungen und in der curricularen Veranstaltung Q10: „Prävention und Gesundheitsförderung“ sein. Um die Effektivität der Maßnahmen zu gewährleisten, sollten sowohl die GKV-Präventionsangebote, als auch die Fortbildungs- und Lehrangebote regelmäßigen Qualitätskontrollen unterzogen werden.

Eine engere Zusammenarbeit von Hausarzt, Kostenträger, den Anbietern von Präventionsangeboten und nicht zuletzt den Patienten ist wünschenswert.

Wenn die systematische Integration von Menschen mit niedrigem SES in Präventionsprogramme der GKV zukünftig eine definierte primärpräventive Aufgabe des Hausarztes werden soll, so sollte die Abrechnungsfähigkeit gewährleistet sein.

Im Rahmen der hausärztlichen Gesundheitsberatung empfiehlt sich ein vermehrter Einsatz herkömmlicher und vor allem auch digitaler Medien. Diese können sowohl der Visualisierung von Informationen dienen, aber auch als eigenständige Kommunikationsform in den Präventionsprozess einbezogen werden. Internet, eMail-Newsletter, Smartphones, Apps, etc. nehmen im Alltag des Menschen einen großen Raum ein und bieten möglicherweise einen Zugang für die gesundheitliche Prävention, der bisher kaum genutzt wird. Die Anwendung von digitalen Medien im Rahmen der hausärztlichen Prävention sollte Gegenstand von zukünftiger Forschung sein.

Eine systematische Forschung, die sich mit dem Zugang zur medizinischen Versorgung und insbesondere den primärpräventiven Ansätzen zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit in der Hausarztpraxis auseinandersetzt, ist bisher kaum vorhanden. Weitere Untersuchungen sollten sich auch mit diesen Themen beschäftigen.

6 Zusammenfassung

Die gesundheitliche Ungleichheit, die an einer höheren Sterblichkeit sowie einem höheren Erkrankungsrisiko bei niedrigem sozioökonomischem Status (SES) sichtbar wird, stellt eine größer werdende Herausforderung dar und erfordert Innovationen.

Gleichzeitig wächst in unseren Gesellschaften die Bedeutung der Prävention, da vielen der chronisch-degenerativen Erkrankungen, die eine Folge des modernen Lebenswandels sind, vorgebeugt werden kann und deren Auftreten sich zumindest zeitlich verschieben lässt. Im Zuge dieser Entwicklung ist die Erweiterung des klassischen Rollenverständnisses des Hausarztes von einem Experten für Krankheiten hin zu einem Ansprechpartner in Gesundheitsfragen zu sehen.

In dem der Fokus der hausärztlichen Prävention auf Menschen mit niedrigem SES gelegt wird, ist der Hausarzt imstande einen wichtigen Beitrag zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit zu leisten. Die Integration in Präventionsangebote der GKV stellt hierzu eine niedrighschwellige Option dar.

In der vorliegenden Studie wurde die Haltung der Hausärzte zu dem Thema Prävention bei sozial Benachteiligten untersucht. Es handelt sich um eine Querschnittsstudie an Essener Hausärzten, die unter Koordination des Instituts für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (IMIBE) durchgeführt wurde. Sowohl qualitative, als auch quantitative Verfahren zur Befragung von vier Experten und 229 Hausärzten wurden angewendet.

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass die Hausärzte gegenwärtig weniger Prävention leisten, als es ihrem eigentlichen Wunsch entspricht. Als die drei Hapterschwernisse der hausärztlichen Prävention wurden der Zeitfaktor, die finanziellen Rahmenbedingungen sowie eine fehlende Patientenmotivation identifiziert. Potentielle Unterstützung bieten strukturelle Veränderungen, wie die Abrechnungsfähigkeit von primärpräventiver Gesundheitsberatung und eine Vertiefung von Inhalten der Prävention sowie die Stärkung der Kommunikationskompetenz. Dies kann sowohl im Rahmen von praktisch ausgerichteten Fortbildungen, als auch bereits im Medizinstudium geschehen.

Hausarztpraxis und der Hausarzt besitzen mit Blick auf die Prävention, insbesondere bei Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status, ein wertvolles Potential, das in Zukunft stärker ausgeschöpft werden kann.

7 Literatur

1. Abholz, HH. (2003): Preventive Thinking- a Contradiction to Individualised Doctoring. Eur. J. Gen. Pract. 9, 148-150.
2. Abholz, HH. (2006): Prevention in General Practice- A Proposal for a Systematic Approach. Z. Allg. Med. 82, 50-55.
3. Acheson D., Barker D., Chambers J., Graham H., Marmot M. (1998): Independent inquiry into inequalities in health report. London: HMSO
4. Altgeld T., Bockhorst R. (2004): Neue gesundheitspolitische Wertschätzung der Prävention und Gesundheitsförderung- alte Verhaltensmuster in der Bevölkerung? In: Böcken, J., Braun, B., Schnee, M. (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2004. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung; s. bes. S. 25-51.
5. Antonovsky A. (1979): Health, Stress, and Coping: New Perspectives on Mental and Physical Well-Being. San Francisco: Jossey-Bass.
6. AOK-Leonardo (2011): Der Gesundheitspreis für Digitale Prävention. Online-Publikation: www.aok-bv.de/aok/leonardo/index.html. Zuletzt abgerufen am 17.11.2011
7. Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen. (2003): Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V.
8. Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen. (2008): Leitfaden Prävention. Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 2. Juni 2008.
9. arriba® (2011): Online-Publikation: www.arribahausarzt.de/downloads/arriba_broschuere.pdf
Zuletzt abgerufen am 09.10.2011
10. Ashenden, R., Silagy, C., Weller, D. (1997): A Systematic Review of the Effectiveness of Promoting Lifestyle Change in General Practice. Fam. Pract. 14(2): 160-176
11. Bergmann, E., Kamtsiuris, P. (1999): Utilization of Medical Services. Gesundheitswesen 61, 138-144
12. Berney, L. (2000): Lifecourse Influences on Health in Early Old Age In: Graham H. (Ed.): Understanding Health Inequalities. Buckingham, UK: Open University Press
13. BfA (Bundesagentur für Arbeit). (2009): Geschäftsbericht 2009. Online-Publikation: www.arbeitsagentur.de/zentraler_Content/Veroeffentlichungen/Intern/Geschäftsbericht-2009.pdf Zuletzt abgerufen am 15.11.2011
14. Black, D. (1980): Inequalities in Health: Report of a Research Working Group. London, DHSS.
15. Blakely T., Atkinson J., Kiro C., Blaiklock A., D'Souza A. (2003): Child Mortality, Socioeconomic Position, and One-Parent Families: Independent Associations and

- Variation by Age and Cause of Death. *Int J Epidemiol*, 410-418
16. Bolte, G., Kohlhuber, M. (2009): Soziale Ungleichheit bei umweltbezogener Gesundheit: Erklärungsansätze aus umweltepidemiologischer Perspektive. *In:* Richter, M., Hurrelmann, K. (Hrsg.): *Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. 2. aktualisierte Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften; s. bes. S. 99-116
 17. Carroll, JK., Antognoli, E., Flocke, SA. (2011): Evaluation of Physical Activity Counseling in Primary Care Using Direct Observation of the 5 As. *Ann. Fam. Med.* 9: 416-422
 18. Colkesen, EB., Ferket, BS., Tijssen, JGP., Kraaijenhagen, RA., Van Kalken, CK., Peters, RJG. (2011): Effects on Cardiovascular Disease Risk of a Web-Based Health Risk Assessment with Tailored Health Advice: A Follow Up Study: *Vasc. Health Risk Manag.* 7: 67-74.
 19. Dahlgren, G., Whitehead, WF. (1992): *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen.
 20. DEGAM (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin). (2002): Beschluss der Jahreshauptversammlung vom 21.09.2002. Online-Publikation: www.degam.de/index.php?id=303
Zuletzt abgerufen am 15.11.2011
 21. Denney JT, Rogers RG, Krueger PM, Wadsworth T (2009): Adult Suicide Mortality in the United States: Marital Status, Family Size, Socioeconomic Status, and Differences by Sex. *Social Science Quarterly*, 90: 1167
 22. Deutscher Ärztetag. (2004): Beschlussprotokoll des 107. Deutschen Ärztetages vom 18.-24.05.2004 in Bremen. Online-Publikation: www.baek.de/downloads/Beschluesse107.pdf
Zuletzt abgerufen am 15.11.2011
 23. DGSP (Deutsche Gesellschaft für Sport und Prävention). (2011): Pressemitteilung der DGSP vom 25.03.2011. Online-Publikation: www.dgsp.de/downloads/allgemein/2011-03-25.pdf
Zuletzt abgerufen am 15.11.2011
 24. Dohrenwendt, B. (1973): Social Status and Stressful Life Events. *J. Pers. Soc. Psychol.* 28, 225-235.
 25. Dragano, N., Siegrist, J. (2009): Die Lebenslaufperspektive gesundheitlicher Ungleichheit: Konzepte und Forschungsergebnisse. *In:* Richter, M., Hurrelmann, K. (Hrsg.): *Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. 2. aktualisierte Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften; s. bes. S. 181-194.
 26. Dragano, N., Verde, PE., Moebus, S., Stang, A., Schermund, A., Roggenbuck, U., et al. (2007): Subclinical Coronary Atherosclerosis is More Pronounced in Men an Women with Lower Socio-Economic Status: Associations in a Population-Based Study. *Coronary Atherosclerosis and Social Status*.

- Eur. J. Cardiovasc. Prev. Rehabil. 14(4), 568-574.
27. Dragano, N. (2007): Gesundheitliche Ungleichheit im Lebenslauf. Aus Politik und Zeitgeschichte 42/ 2007
 28. Dragano, N., Hoffmann, B., Moebus, S., Mohlenkamp, S., Stang, A., Verde, PE., et al. (2009): Traffic Exposure and Subclinical Cardiovascular Disease: Is the Association Modified by Socioeconomic Characteristics of Individuals and Neighbourhoods? Results from a Multilevel Study in an Urban Region. *Occup. Environ. Med.* 66(9), 628-635.
 29. Drewnowski, A., Specter, SE. (2004): Poverty and Obesity: The Role of Energy Density and Energy Costs. *Am. J. Clin. Nutr.* 79(1), 6-16.
 30. Elkeles, T., Bormann, C. (2002): Arbeitslose. *In: Homfeldt, Laaser, Prümel-Philippsen, Robertz-Grossmann (Hrsg.): Soziale Differenz- Strategien- Wissenschaftliche Disziplinen.* Neuwied: Luchterhand Verlag; s.bes. S. 11-28.
 31. Elkeles, T., Mielck, A. (1997): Development of a Model for Explaining Health Inequality. *Gesundheitswesen.* 59(3), 137-143.
 32. Elkeles, T. (2008): Zum Zusammenhang zwischen Lebenssituation, gesundheitlicher Ungleichheit und Versorgung bei Kindern. *In: Tiesmeyer, Brause, Lierse, Lukas-Nülle, Heilmann (Hrsg.): Der blinde Fleck. Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung.* Verlag Hans Huber. Bern. 93-108.
 33. Elley, CR., Kerse, N., Arroll, B., Robinson, E. (2003): Effectiveness of Counselling Patients on Physical Activity in General Practice: Cluster Randomised Controlled Trial. *Br. Med. J.* 326(7393), 793
 34. Erbel, R., Mohlenkamp, S., Jockel, KH., Lehmann, N., Moebus, S., Hoffmann, B., et al. (2008): Cardiovascular Risk Factors and Signs of Subclinical Atherosclerosis in the Heinz Nixdorf Recall Study. *Dtsch. Arztebl. Int.* 105(1-2), 1-8.
 35. Ernst & Young. Gesundheitsbarometer (2009): Verbraucherbefragung zur Qualität der Gesundheitsversorgung in Deutschland.
Online-Publikation:
[www.ey.com/Publication/vwLUAssets/Gesundheitsbarometer/\\$FILE/Studie_Gesundheitsbarometer_2009.pdf](http://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/Gesundheitsbarometer/$FILE/Studie_Gesundheitsbarometer_2009.pdf)
Zuletzt abgerufen am 17.11.2011
 36. Evans, GW., Kantrowitz, E. (2002): Socioeconomic Status and Health: The Potential Role of Environmental Risk Exposure. *Annu. Rev. Public Health.* 23, 303-331.
 37. Evans, GW. (2004): The Environment of Childhood Poverty. *Am. Psychol.* 59(2), 77-92.
 38. Evans, GW., Kim, P. (2010): Multiple Risk Exposure as a Potential Explanatory Mechanism for the Socioeconomic Status-Health Gradient. *Ann. NY. Acad. Sci.* 1186, 174-189.
 39. Freedman, DM., Sigurdson, AJ., Rajamaran, P., Doody, MM., Linet, MS., Ron, E. (2006): The Mortality Risk of Smoking and Obesity Combined.

- Am. J. Prev. Med. 31(5), 355-362.
40. GBE (Gesundheitsberichterstattung des Bundes). (2006): Gesundheit in Deutschland. Berlin. Online-Publikation:
www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=9965&p_sprache=d
Zuletzt abgerufen am 17.11.2011
 41. GBE (Gesundheitsberichterstattung des Bundes). (2009): Verteilung der Bevölkerung nach ihrem Rauchverhalten in Prozent. Online-Publikation:
http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=65418412&nummer=436&p_sprache=D&p_indsp=&p_aid=19423044
Zuletzt abgerufen am 06.09.2011.
 42. GBE (Gesundheitsberichterstattung des Bundes). (2011): Verhältnis des Körpergewichts zur Körpergröße (Body-Mass-Index) (Anteil der Befragten in Prozent)
Online-Publikation: http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/XWD_FORMPROC?TARGET=&PAGE=XWD_308&OPINDEX=1&HANDLER=XS_ROTATE_ADVANCED&DATACUBE=XWD_334&D.000=PAGE&D.001=DOWN&D.0020=PAGE&D.003=PAGE&D.371=PAGE&D.470=ACROSS
Zuletzt abgerufen am 11.09.2011
 43. GEDA 2009 (Gesundheit in Deutschland Aktuell 2009) (2011): Körperliche Aktivität. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. 103-105.
 44. GEDA 2009 (Gesundheit in Deutschland Aktuell 2009). (2011): Übergewicht und Adipositas. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. 100-102.
 45. Geißler, R. (1996): Kein Abschied von Klasse und Schicht. Ideologische Gefahren der deutschen Sozialstrukturanalyse. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie
 46. Geyer, S., Peter, R. (2000): Income, Occupational Position, Qualification and Health Inequalities-Competing Risks? (Comparing Indicators of Social Status).
J. Epidemiol. Community Health. 54(4), 299-305.
 47. Grandes, G., Sanchez, A., Sanchez-Pinilla, RO., Torcal, J., Montoya, I., Lizarraga, K., et al. (2009): Effectiveness of Physical Activity Advice and Prescription by Physicians in Routine Primary Care: A Cluster Randomized Trial.
Arch. Intern. Med. 169(7), 694-701.
 48. Grossmann, R. (2003): Settingansatz in der Gesundheitsförderung. In: Scala, K. (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. BzGA; s. bes. S. 205-206
 49. Gruer, L., Hart, CL., Gordon, DS., Watt, GC. (2009): Effect of Tobacco Smoking on Survival of Men and Women by Social Position: A 28 Year Cohort Study. Br. Med. J. 338, b480
 50. Helmert, U., Schorb, F. (2009): Die Bedeutung verhaltensbezogener Faktoren im Kontext der sozialen Ungleichheit der Gesundheit. In: Richter, M., Hurrelmann, K. (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit:

- Grundlagen, Probleme, Perspektiven. VS Verlag für Sozialwissenschaften;
s. bes. S. 133-148.
51. Hemingway, H., Shipley, M., Macfarlane P., Marmot, M. (2000): Impact of Socioeconomic Status on Coronary Mortality in People with Symptoms, Electrocardiographic Abnormalities, Both or Neither: The Original Whitehall Study 25 Year Follow Up. *J Epidemiol Community Health* 54, 510-516.
 52. Hirsch, O., Keller, H., Krones, T., Donner-Banzhoff, N. (2011): Acceptance of Shared Decision Making with Reference to an Electronic Library of Decision Aids (arriba-lib) and its Association to Decision Making in Patients: An Evaluation Study. *Implementation Science*. 6, 70.
 53. Hiscock, R. Pearce, J., Blakely, T., Witten, K. (2008): Is Neighbourhood Access to Health Care Provision Associated with Individual-Level Utilization and Satisfaction? *Health. Serv. Res.* 43(6), 2183-2200.
 54. Hoffmann, B., Moebus, S., Stang, A., Beck, EM., Dragano, N., Mohlenkamp, S., et al. (2006): Residence Close to High Traffic and Prevalence of Coronary Heart Disease. *Eur. Heart J.* 27(22), 2696-2702.
 55. Hoffmann, B., Moebus, S., Mohlenkamp, S., Stang, A., Lehmann, N., Dragano, N., et al. (2007): Residential Exposure to Traffic is Associated with Coronary Atherosclerosis. *Circulation*. 116(5), 489-496.
 56. Hoffmann, F., Icks, A. (2011): Structural Differences between Health Insurance Funds and their Impact on Health Services Research: Results from the Bertelsmann Health-Care Monitor. *Gesundheitswesen*. (Epub ahead of print).
 57. Huisman, M., Kunst, AE., Andersen, O., Bopp, M., Borgan, JK., Borrell, C, et al. (2004): Socioeconomic Inequalities in Mortality Among Elderly People in 11 European Populations. *J. Epidemiol. Community Health*. 58(6), 468-475.
 58. Huisman, M., Kunst, AE., Bopp, M., Borgan, JK., Borrell, C., Costa, G., Deboosere, P., Gadeyne, S., Glickmann, M., Marinacci, C., Minder, C., Regidor, E., Valkonen, T., Mackenbach, JP. (2005): Educational Inequalities in Cause-Specific Mortality in Middle-Aged and Older Men and Women in eight Western European Populations. *Lancet*. 365, 493-500.
 59. Jepson, RG., Harris, FM., Platt, S., Tannahill, C. (2010): The Effectiveness of Interventions to Change Six Health Behaviors: A Review of Reviews. *BMC Public Health*. 10, 538
 60. Jokela, M., Elovainio, M., Singh-Manoux, A., Kivimaki, M. (2009): IQ, Socioeconomic Status, And Early Death: The US National Longitudinal Survey of Youth. *Psychosom. Med.* 71(3), 322-328.
 61. Jordan, S., vd Lippe, E., Hagen, C. (2011): Verhaltenspräventive Maßnahmen zur Ernährung, Bewegung, Entspannung (GEDA 2009). Robert Koch Institut (Hrsg.);

- s. bes. S. 23-33.
62. Jöckel, KH., Babitsch, B., Bellach, B., Bloomfield, K., Hoffmeyer-Zlotnik, JHP., Winkler, J. (1998): Messung und Quantifizierung soziodemographischer Merkmale epidemiologischer Studien. In: Ahrens, W., Bellach, B., Jöckel, KH. (Hrsg.): Messung soziodemographischer Merkmale in der Epidemiologie. München: MMV Medizin Verlag; s. bes. S. 7-38.
 63. Kaplan, GA., Keil, JE. (1993): Socioeconomic Factors and Cardiovascular Disease: A Review of the Literature. *Circulation*. 88(4Pt1), 1973-1998.
 64. Kebbekus, F. (2009): Effizienz und Effektivität von Prävention. *Clin. Res. Cardiol. Suppl.* 4, 95-98.
 65. Kelle, U., Krones, T. (2010): „Evidence-Based Medicine“ and „Mixed Methods“: How Methodological Discussions in the Medical and Social Sciences Could Benefit from Each Other. *Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundheitswes.* 104(8-9), 630-635.
 66. Kellermann, S., Herold, J. (2001): Physician Response to Surveys. A Review of Literature. *Am. J. Prev. Med.* 20(1): 61-67.
 67. Kessler, R. (1979): Stress, Social Status and Psychological Stress. *J. Health. Soc. Behav.* 20, 259-327.
 68. Kim, J., Son, M., Kawachi, I., Oh, J. (2009): The Extend and Distribution of Inequalities In Childhood Mortality by Cause of Death According to Parental Socioeconomic Positions: a Birth Cohort Study in South Korea. *Soc. Sci. Med.* 69, 1116-1126.
 69. Kirchhoff, S., Kuhnt, S., Lipp, P., Schlawin, S. (2008): Der Fragebogen. Datenbasis, Konstruktion und Auswertung. 4. Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
 70. Klein, T. (1996): Aktuelle Entwicklungen und soziale Unterschiede. In: Zapf, W., Schupp, J., Habich, R. (Hrsg.): Lebenslagen im Wandel: Sozialberichtserstattung im Längsschnitt. Frankfurt, New York; s. bes. S. 366-377.
 71. Klein, T., Schneider, S. (2001): Bildung und Mortalität. Die Bedeutung gesundheitsrelevanter Aspekte des Lebensstils. *Zeitschrift für Soziologie.* 30(5), 384-400.
 72. Klein, T., Unger, R. (2001): Einkommen, Gesundheit und Mortalität in Deutschland, Großbritannien und den USA. *Kölner Zeitschrift für für Soziologie und Sozialpsychologie.* 53(1), 96-110.
 73. Kroll, LE., Lampert, T. (2011): Unemployment, Social Support and Health Problems: Results of the GEDA Study in Germany, 2009. *Dtsch. Arztebl. Int.* 108(4), 47-52.
 74. Kunst AE., del Rios, M., Groenhof, F., Mackenbach, JP. (1998): Socioeconomic Inequalities in Stroke Mortality Among Middle-Aged Men: An International Overview. European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. *Stroke.* 29, 2285-2291.
 75. Kunst AE., Groenhof, F., Andersen, O., Borgan, JK., Costa, G., Desplanques, G., Filakti, H., Giraldes, R., Faggiano, F., Harding, S., Junker, C., Martikainen, P., Minder,

- C., Nolan, B., Paganelli, F., Regidor, E., Vagerö, D., Valkonen, T., Mackenbach, JP. (1999): Occupational Class and Ischemic Heart Disease Mortality in the United States and 11 European Countries. *Am. J. Public Health.* 89, 47-53.
76. Lampert, T. (2010): Tabakkonsum, sportliche Inaktivität und Adipositas. Assoziationen mit dem sozialen Status. *Dtsch. Arztebl. Int.* 107((1-2)), 1-7.
77. Lampert, T. (2005): Schichtspezifische Unterschiede im Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten. Berliner Zentrum Public Health.
78. Lampert, T., Kroll, LE., Dunkelberg, A. (2007): Soziale Ungleichheit der Lebenserwartung in Deutschland. *Aus Politik und Zeitgeschichte* 42/2007.
79. Lampert, T. (2007): Einfluss der sozialen Lage auf das Rauchverhalten von Männern und Frauen. Dokumentation 12. bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit. Berlin.
80. Lampert, T., Mielck, A. (2008): Gesundheit und soziale Ungleichheit. Eine Herausforderung für Forschung und Politik. *Gesundheit und Soziale Ungleichheit.* Jg 8 (Heft 2), 7-16.
81. Lampert, T., Kroll, LE. (2009): Die Messung des sozioökonomischen Status in sozial-epidemiologischen Studien. *In: Richter, M., Hurrelmann, K. (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven. 2. aktualisierte Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften; s. bes. S. 309-334.*
82. Lampert, T., Saß, AC. (2008): Datengrundlagen für Analysen zur sozialen Ungleichheit der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland. *In: Tiesmeyer, Brause, Lierse, Lukas-Nülle, Hehlmann (Hrsg.): Der blinde Fleck. Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung. Verlag Hans Huber. Bern. 53-76.*
83. Landesgesundheitsbericht. (2000): Gesundheitsberichte NRW. Gesundheit von Frauen und Männern. Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein- Westfalen (MFJFG) (Hrsg.):Bielefeld.
Online-Publikation:
http://www.liga.nrw.de/media/pdf/gesundheitsberichtedaten/landesgesundheitsbericht_e/gesundheit_von_frauen_und_maennern.pdf?pi_t=true
Zuletzt abgerufen am 09.11.2011.
84. Lantz, PM., House, JS., Lepkowski, JM., Williams, DR., Mero, RP., Chen, J. (1998): Socioeconomic Factors, Health Behaviors, and Mortality: Results from a Nationally Representative Prospective Study of US Adults. *JAMA.* 279(21), 1703-1708.
85. Lantz, PM., Golberstein, E., House, JS., Morenoff, J.(2010): Socioeconomic and Behavioral Risk Factors for Mortality in a National 19-Year Prospective Study of U.S. Adults. *Soc. Sci. Med.* 70(10), 1558-1566.
86. Lorant, V., Kunst, AE., Huisman, M., Costa, G., Mackenbach, JP. (2005): Socio-Economic Inequalities in Suicide: A European Comparative Study. *Br. J. Psychiatry.* 187, 49-54.
87. Macinko, J., Starfield, B., Shi, L. (2003): The Contribution of Primary Care Systems to

- Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970-1998. Health Serv. Res. 38(3), 831-865.
88. Mackenbach, JP. (2006): Health Inequalities: Europe in Profile- an Independent Expert Report Comissioned by the UK Presidency of the EU. London: Department of Health.
 89. Mackenbach, JP., Stirbu, I., Roskam, AJ., Schaap, MM., Menvielle, G., Leinsalu, M., et al. (2008): Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries. N. Engl. J. Med. 358(23), 2468-2481.
 90. Marmot, M. (2005): Social Determinants of Health Inequalities. Lancet. 365(9464), 1099-1104.
 91. Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, TA., Taylor, S. (2008): Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Lancet. 372, 1661-1669.
 92. Martikainen, P., Mäkelä, P., Koskinen, S., Valkonen, T. (2001): Income Differences in Mortality: A Register-Based Follow-Up Study of three Million Men and Women. Int. J., Epidemiol. 30, 1397-1405
 93. Mau, S., Verwiebe, R. (2009): Die Sozialstruktur Europas. UTB Verlagsgesellschaft, Konstanz.
 94. Mayer, HO. (2009): Interview und schriftliche Befragung. Entwicklung, Durchführung, Auswertung. 5. Auflage. München, Wien: Oldenbourg Verlag.
 95. Mayring, P. (1997): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 6. durchgesehene Auflage. Beltz: Deutscher Studienverlag.
 96. MDS (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes der GKV) (2009): Präventionsbericht 2009, Tabellenband.
 97. MDS (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes der GKV) (2009): Präventionsbericht 2009. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2008. Essen.
 98. MDS (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes der GKV) (2010): Pressemitteilung des MDS vom 11.11.2010.
Online-Publikation: <http://www.mds-ev.de/3610.htm> Zuletzt abgerufen am 15.11.2011
 99. Mielck, A., Bloomfield, K. (2001): Sozialepidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten. Weinheim, München: Juventa Verlag.
 100. Mielck, A. (2002): Gesundheitliche Ungleichheit: Empfehlungen für Prävention und Gesundheitsförderung. In: Homfeldt, Laaser, Prümel-Philippson, Robertz-Grossmann (Hrsg.): Soziale Differenz- Strategien- Wissenschaftliche Disziplinen. Neuwied: Luchterhand Verlag; s.bes. S. 45-64.
 101. Mielck, A. (2005): Soziale Ungleichheit und Gesundheit, Einführung in die aktuelle Diskussion. Bern: Verlag Hans Huber.
 102. Mielck, A. (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern: Verlag Hans Huber.

103. Mielck, A., Reitmeir, P., Rathmann, W. (2006): Knowledge about Diabetes and Participation in Diabetes Training Courses: The Need for Improving Health Care for Diabetes Patients with Low SES. *Experimental and Clinical Endocrinology & Diabetes*. 114, 240-248.
104. Mielck, A. (2008): Health Inequalities in Germany: The International Perspective. *Bundesgesundheitsbl. Gesundheitsforsch. Gesundheitsschutz*. 51(3), 345-352.
105. Mielck, A. (2008a): Zum Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und gesundheitlicher Versorgung. In: Tiesmeyer, Brause, Lierse, Lukas-Nülle, Hehlmann (Hrsg.): *Der blinde Fleck. Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung*. Verlag Hans Huber. Bern. 21-38.
106. Miller, WR., Rollnick, S. (1991): *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior*. New York: Guilford Press.
107. Moore, H., Summerbell, CD., Greenwood, DC., Tovey, P., Griffiths, J., Henderson, M., et al. (2003): Improving Management of Obesity in Primary Care: Cluster Randomized Trial. *BMJ*. 327(7423), 1085.
108. Nagel, CL., Carlson NE., Bosworth, M., Michael, YL. (2008): The Relation Between Neighborhood Built Environment and Walking Activity Among Older Adults. *Am. J. Epidemiol.* 168(4), 461-468.
109. Naidoo, J., Wills, J. (2003): *Lehrbuch der Gesundheitsförderung*. BZgA (Hrsg.) Gamburg, Verlag für Gesundheitsförderung.
110. Ockene, IS., Hebert, JR., Ockene, JK., Saperia, GM., Stanek, E., Nicolosi, R., et al. (1999): Effect of Physician-Delivered Nutrition Counseling Training and an Office-Support Program on Saturated Fat Intake, Weight, and Serum Lipid Measurements in a Hyperlipidemic Population: Worcester Area Trial for Counseling in Hyperlipidemia (WATCH). *Arch. Intern. Med.* 159(7), 725-731.
111. Pan, S., Cameron, C., Desmeules, M. (2009): Individual, Social, Environmental, and Physical Environmental Correlates with Physical Activity among Canadians: A Cross-Sectional Study. *BMC Public Health*. 9: 21.
112. Phelan, JC., Link, BG., ez-Roux, A., Kawachi, I., Levin, B. (2004): "Fundamental Causes" of Social Inequalities in Mortality: A Test of the Theory. *J. Health Soc. Behav.* 45(3), 265-285.
113. Pieper, C., Kolankowska, I. (2011): Health Care Transition in Germany- Standardization of Procedures and Improvement Actions. *J. Multidisp. Health C.* 4, 215-221.
114. Pisinger, C., Aadahl, M., Toft, U., Jorgensen, T. (2011): Motives to Quit Smoking and Reasons to Relapse Differ by Socioeconomic Status. *Prev. Med.* 52(1), 48-52.
115. Prochaska, JO., Velicer, WF. (1997): The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. *Am. J. Health Prom.* 12(1), 38-48.
116. Rask, K., O'Malley, E., Druss, B. (2009): Impact of Socioeconomic, Behavioral and Clinical Risk Factors on Mortality. *J. Public Health (Oxf.)* 31(2), 231-238.
117. Razum, O., Zeeb, H., Schenk, L. (2008): Migration und Gesundheit: Ähnliche Krankheiten, unterschiedliche Risiken. *Dtsch. Arztebl.* 105(47), A-2520-2522.

118. Reil-Held, A. (2000): Einkommen und Sterblichkeit in Deutschland: Leben Reiche länger? Beiträge zur angewandten Wirtschaftsforschung (Nr. 580-00). Institut für Volkswirtschaftslehre und Statistik; Universität Mannheim.
119. Richter, M., Hurrelmann, K. (2009): Gesundheitliche Ungleichheit: Ausgangsfragen und Herausforderungen. In: Richter, M., Hurrelmann, K. (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven. 2. aktualisierte Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften; s. bes. S. 13-32.
120. Richter, M., Brand, H., Rossler, G. (2002): Socio-Economic Differences in the Utilisation of Screening-Programmes and Health Promotion Measures in North Rhine Westphalia, Germany. Gesundheitswesen. 64(7), 417-423.
121. Richter, M., Hurrelmann, K. (2007): Gesundheit und soziale Ungleichheit. Warum die gesellschaftlichen Verhältnisse krank machen. Aus Politik und Zeitgeschichte 42/2007.
122. Rössel, J. (2009): Sozialstrukturanalyse. Eine kompakte Einführung. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden.
123. Rosenbrock, R. (2004): Primärprävention für sozial Benachteiligte. In: Rosenbrock, Bellwinkel, Schröer (Hrsg.): Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit, Gesundheitsförderung und Selbsthilfe. Band Nr. 8, Wirtschaftsverlag NW Verlag für neue Wissenschaft. Bremerhaven. 7-149.
124. Rosenbrock, R. (2007): Gesundheit und Gerechtigkeit in Deutschland. Plenarvortrag bei der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention e.V. (DGSMP) am 20.09.2007
125. Rosenbrock, R., Kümpers, S. (2009): Primärprävention als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen. In: Richter, M., Hurrelmann, K. (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven. 2. aktualisierte Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften; s. bes. S. 385-403.
126. Rütten, A., Abu-Omar, K., Lampert, T., Ziese, T. (2003): Körperliche Aktivität. Robert Koch Institut (Hrsg.), Gesundheitsberichterstattung des Bundes.
127. Sallis, J., Owen, N. (1998): Physical Activity and Behavioral Medicine. Sage: Thousand Oaks.
128. Schach, E., Rister-Mende, S., Schach, S., Glimm, E., Wille, L. (1994): Die Gesundheit von Arbeitslosen und Erwerbstätigen im Vergleich. Eine Analyse anhand von AOK- und Befragungsdaten. Bundesanstalt für Arbeitsschutz.
129. Schneider, S. (2003): Lebensstil und Gesundheit. Welche Faktoren bedingen ein langes Leben? Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
130. Sharkey, JR., Horel, S., Han, D., Huber, JC., Jr. (2009): Association between Neighborhood Need and Spatial Access to Food Stores and Fast Food Restaurants in Neighborhoods of Colonias. Int. J. Health Geogr. 8: 9
131. Shih, FJ. (1998): Triangulation in Nursing Research: Issues of Conceptual Clarity and Purpose. J. Adv. Nurs. 3, 631-641.
132. Shishebor, M., Litaker, D., Pothier, C., Lauer, M. (2006): Association of Socioeconomic Status With Functional Capacity, Heart Rate Recovery and All-Cause Mortality.

- JAMA. 295(7), 784-792.
133. Siapush, M., McNeill, A., Borland, R., Fong, G. (2006): Socioeconomic and Country Variations in Knowledge of Health Risks of Tobacco-Smoking and Toxic Constituents of Smoke: Results from the 2002 International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tob. Control.* 15(3), iii71-iii75.
 134. Silagy, C., Stead, LF. (2001): Physician Advice for Smoking Cessation. *Cochrane Database Syst. Rev.* (2):CD000165
 135. Sørensen, M., Hvidberg, M., Andersen, ZJ., Nordsborg, RB., Lillielund, KG., Jakobsen, J., et al. (2011): Road Traffic Noise and Stroke: A Prospective Cohort Study. *Eur. Heart J.* 32(6), 737-744.
 136. Statistisches Bundesamt. (2007): Pressemitteilung Nr. 336 vom 27.08.2007: Lebenserwartung der Menschen in Deutschland nimmt weiter zu.
Online-Publikation:
www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm-2007/08/PD07_336_12621,templateId=renderPrint.psm1
Zuletzt abgerufen am 17.11.2011
 137. Statistisches Bundesamt. (2010): Pressemitteilung Nr. 248 vom 14.07.2010: Erstmals mehr als 16 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland.
Online-Publikation:
www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm-2010/07/PD10_248_122,templateId=renderPrint.psm1
Zuletzt abgerufen am 17.11.2011
 138. Statistisches Bundesamt Deutschland. (2010): Pressemitteilung Nr. 458 vom 09.12.2010: Quote der Empfänger sozialer Mindestsicherung steigt leicht auf 9,5%.
Online-Publikation:
www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm-2010/12/PD10_458_221,templateId=renderPrint.psm1
Zuletzt abgerufen am 17.11.2011
 139. Statistischer Halbjahresbericht der Stadt Essen (2010): Amt für Statistik, Stadtforschung und Wahlen: 63. Jahrgang, Heft 2: 2010.
 140. Steptoe, A., Hamer, M., O'Donnell, K., Venuraju, S., Marmot, MG., Lahiri, A. (2010): Socioeconomic Status and Subclinical Disease in the Whitehall II Epidemiological Study. *PLoS One.* 5(1), e8874
 141. Stewart, CA., Cox, ME., Boling Turer, CL., Lyna, P., Østbye, T., Tulsy, JA., Dolor, RJ., Pollak, KI. (2011): Do the Five A's Work When Physicians Counsel About Weight Loss? *Fam. Med.* 43(3), 179-184.
 142. Strand, BH., Kunst, AE., Huisman, M., Menvielle, G., Glickman, M., Bopp, M., Borell, C., Borgan, JK., Costa, G., Deboostere, P., Regidor, E., Valkonen, T., Mackenbach, JP. (2007): The Reversed Social Gradient: Higher Breast Cancer Mortality in the Higher Educated Compared to the Lower Educated. A Comparison of 11 European

- Populations during the 1990's. Eur. J. Cancer. 43, 1200-1207.
143. Sui, X., La Monte, MJ., Laditka, JN., Hardin, JW., Chase, N., Hooker, SP., et al. (2007): Cardiorespiratory Fitness and Adiposity as Mortality Predictors in Older Adults. JAMA. 298(21), 2507-2516.
 144. SVR (Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2001): Gutachten 2000/2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit.
 145. SVR (Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2005): Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Gutachten 2005. Sozioökonomischer Status und Verteilung von Mortalität, Morbidität und Risikofaktoren. Kapitel 3, 115-180.
 146. Thefeld, W. (2000): Verbreitung der Herz-Kreislauf-Risikofaktoren Hypercholesterinämie, Übergewicht, Hypertonie und Rauchen in der Bevölkerung. Bundesgesundheitsbl. Gesundheitsforsch. Gesundheitsschutz. 43, 415-423.
 147. Thode, N., Bergmann, E., Kamtsiuris, P., Kurth, BM. (2005): Predictors for Ambulatory Medical Care Utilization in Germany. Bundesgesundheitsbl. Gesundheitsforsch. Gesundheitsschutz. 48(3), 296-306.
 148. Tiesmeyer, K., Brause, M., Lierse, M., Lukas-Nülle, M., Hehlmann, T. (2008): Soziale Ungleichheit- der blinde Fleck in der Gesundheitsversorgung. In: Tiesmeyer, Brause, Lierse, Lukas-Nülle, Hehlmann (Hrsg.): Der blinde Fleck. Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung. Verlag Hans Huber. Bern. 11-20.
 149. Timm, A., Helmert, U., Müller, R. (2006): Professional Status and Development of Morbidity of Health Insurance Patients in the Period 1990 to 2003. A Longitudinal Analysis of Routine Data from the Gmunder Ersatzkasse. Gesundheitswesen 68(8-9), 517-525.
 150. Toft, UN., Kristoffersen, LH., Aadahl, M., von Huth, SL., Pisinger, C., Jorgensen, T. (2007): Diet and Exercise Intervention in a General Population- Mediators of Participation and Adherence: The Inter99 Study. Eur. J. Public Health. 17(5), 455-463.
 151. Turrell, G., Lynch, JW., Leite, C., Raghunathan, T., Kaplan, GA. (2007): Socioeconomic Disadvantage in Childhood and Across the Life Course and All-Cause Mortality and Physical Function in Adulthood: Evidence from the Alameda County Study. J. Epidemiol. Community Health. 61(8), 723-730.
 152. Ulbrich, P., Warheit, G., Zimmermann, R. (1989): Race, Socioeconomic Status and Psychological Distress: An Examination of Differential Vulnerability. J. Health Soc. Behav. 30, 131-146.
 153. van de Mheen, HD., Stronks, K., Mackenbach, JP. (1999): A Lifecourse Perspective on Socio-Economic Inequalities in Health: The Influence of Childhood Socio-Economic Conditions and Selection Processes. In: Bartley, M., Blane, D., Davey Smith, G. (Eds.): The Sociology of Health Inequalities. Oxford: Blackwell Publishers; s. bes. S. 193-216.
 154. von dem Knesebeck, O., Bauer, U., Geyer, S., Mielck, A. (2009): Soziale Ungleichheit in der gesundheitlichen Versorgung. Ein Plädoyer für systematische Forschung. Gesundheitswesen. 71, 59-62.

155. Wang, Y. (2001): Cross-National Comparison of Childhood Obesity: The Epidemic and the Relationship between Obesity and Socioeconomic Status. *Int. J. Epidemiol.* 30(5), 1129-1136. Wege, N., Dragano, N., Erbel, R., Jöckel, KH., Moebus, S., Stang, A. et al. (2008): When does Work Stress Hurt? Testing the Interaction with Socioeconomic Position in the Heinz Nixdorf Recall Study. *J. Epidemiol. Community Health.* 62(4), 338-341.
156. Weyers S., Dragano, N., Moebus, S., Beck, EM., Stang, A., Möhlenkamp, S., et al. (2010): Poor Social Relationships and Adverse Health Behavior: Stronger Associations in Low Socioeconomic Groups? *Int. J. Public Health.* 55(1), 17-23.
157. WHO. (1995): Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. Geneva: Technical Report Series; No. 854.

8 Anhang

A Fragebogen

Allgemeine Angaben zu Ihrer Person, Ihrem Beruf und Ihrer Praxis:	
Alter:	
Niedergelassen tätig seit:	
Stadtteil:	
Praxisschwerpunkte:	
Mitarbeiteranzahl:	<input type="checkbox"/> ₁ 1-5 <input type="checkbox"/> ₂ 6-10 <input type="checkbox"/> ₃ >10 Anzahl der Ärzte:
Patienten pro Quartal:	<input type="checkbox"/> ₁ <500 <input type="checkbox"/> ₂ 500-1000 <input type="checkbox"/> ₃ 1000-1500 <input type="checkbox"/> ₄ >1500
Telefonnummer für Rückfragen (Freiwillige Angabe):	

Fragen zu Patientengruppen:
<p>1. Bitte geben Sie das Verhältnis von privat versicherten Patienten gegenüber gesetzlich versicherten Patienten in Ihrer Praxis an:</p> <p>Privat versichert _____ % Gesetzlich versichert _____ %</p>
<p>2. Bitte geben Sie den Anteil Ihrer Patienten, der von sozialen Leistungen, sogenannten existenzsichernden Hilfen (Arbeitslosengeld, Sozialgeld, usw.) lebt, an:</p> <p>_____ %</p>
<p>3. Bitte geben Sie den Anteil der Patienten mit Migrationshintergrund in Ihrer Praxis an:</p> <p>_____ %</p>

Fragen zu persönlichen Einstellungen und der Umsetzung von Prävention:
<p>4. Bitte bewerten Sie die folgende Aussage:</p> <p>„Eine frühzeitige und konsequente Lebensstilveränderung (körperliche Aktivität, ausgewogene Ernährung, Nichtraucher, positives Stressmanagement) halte ich bei klinisch Gesunden mit kardiovaskulären Risikofaktoren für wirksamer als den frühzeitigen Einsatz medikamentöser Maßnahmen (z.B. Lipidsenker, orale Antidiabetika)“</p> <p><input type="checkbox"/>₀ Stimme überhaupt nicht zu <input type="checkbox"/>₁ Stimme eher nicht zu <input type="checkbox"/>₂ Stimme zum Teil zu <input type="checkbox"/>₃ Stimme zu <input type="checkbox"/>₄ Stimme voll und ganz zu</p>

5. Welcher Anteil Ihrer Arbeitszeit als Hausarzt entfällt auf die Beratung zur Gesundheitsvorsorge bei gesunden Personen (Primärprävention)?

<5%
₁

6-10%
₂

11-15%
₃

>15%
₄

6. Wie groß würden Sie sich den Anteil der Primärprävention an Ihrer gesamten Arbeitszeit wünschen?

_____ %

7. Welcher der folgenden Aussagen stimmen Sie am ehesten zu?

Bei der Beratung zur Gesundheitsvorsorge hat der Hausarzt

- ₁ Einen größeren Einfluss auf Personen mit höherem sozioökonomischen Status
- ₂ Einen größeren Einfluss auf Personen mit niedrigerem sozioökonomischen Status
- ₃ Weiß nicht

Fragen zu Präventionsprogrammen der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) mit den Themen Ernährung, Bewegung, Nichtrauchen und Entspannung:

8. Empfehlen Sie generell Ihren Patienten die Teilnahme an GKV-Präventionsprogrammen?

- Ja → Weiter mit Frage **9** Nein → Weiter mit Frage **13**

9. Wie vielen Patienten pro Woche empfehlen Sie durchschnittlich eine Teilnahme an GKV-Präventionsprogrammen?

- ₁ 5 und weniger
- ₂ 6 bis 10
- ₃ 11 bis 20
- ₄ Mehr als 20

10. Gibt es Unterschiede in Ihrem Empfehlungsverhalten der GKV-Präventionsprogramme hinsichtlich des sozioökonomischen Status?

- ₀ Nein
- ₁ Ja:
Welche (Antwort optional)? _____

11. Zu welchen GKV-Präventionsangeboten sehen Sie sich in der Lage, eine detaillierte Beratung in Bezug auf Kursangebot, Kursanbieter, Kostenübernahme, etc. durchzuführen? (Mehrfachantworten möglich)

- ₁ Bewegungskurse (Rückenschule, Ausdauertraining, usw.)
- ₂ Ernährungskurse
- ₃ Entspannung (Autogenes Training, Progressive Muskelrelaxation, usw.)
- ₄ Rauchentwöhnung
- ₅ andere: _____

12. Auf welche Art empfehlen Sie Ihren Patienten die Teilnahme an den GKV-Präventionsangeboten? (Mehrfachantworten möglich)

- ₁ Ich weise mündlich darauf hin
- ₂ Ich verordne ein „Rezept für Bewegung“
- ₃ Ich verweise sie an Ihre jeweilige Krankenversicherung
- ₄ Ich händige deutschsprachige Broschüren aus
- ₅ Ich händige mehrsprachige Broschüren aus
- ₆ Ich notiere Informationen (z.B. Kontaktinformationen) auf einem Zettel, den ich den Patienten mitgebe
- ₇ Ich verweise auf das Internet
- ₈ Ich verweise auf spezielle Internetdatenbanken, z.B. auf die easy!-Datenbank
- ₉ Sonstiges: _____

13. Bitte prüfen Sie die folgenden Aussagen anhand Ihrer beruflichen Erfahrung:

„Patienten profitieren im Allgemeinen vom Einsatz verschiedener Medien (z.B. Broschüren, Internet) im Hinblick auf:

a) die Informationsvermittlung“

- ₀ Nein ₁ Ja Weiß nicht

b) die Motivationsbildung“

- ₀ Nein ₁ Ja Weiß nicht

14a. Was erschwert aus Ihrer Sicht die Beratung zur Gesundheitsvorsorge?
(Mehrfachantworten möglich)

- ₁ Zeitfaktor
- ₂ Fehlendes Personal
- ₃ Finanzielle Rahmenbedingungen
- ₄ GKV-Präventionsleistungen sind ein unübersichtliches Feld
- ₅ Fehlende Kenntnis von präventionsmedizinischen Inhalten
- ₆ Fehlendes Fortbildungsangebot zu präventionsmedizinischen Themen
- ₇ Fehlende Patientenmotivation
- ₈ Sonstiges:

14b. Was könnte sich Ihrer Meinung nach unterstützend/ erleichternd auf die Beratung zur Gesundheitsvorsorge auswirken? (Mehrfachantworten möglich)

- ₁ Zertifizierte Fortbildungen
- ₂ Abrechnungsfähige Leistungen
- ₃ Mehr Gewicht auf präventionsmedizinische Themen im Studium
- ₄ Sonstiges:

Haben Sie noch einmal vielen Dank für Ihre Teilnahme!

B Qualitative Inhaltsanalyse I

Qualitatives exploratives Leitfadeninterview I

Menschen mit niedrigem SES (geringe Schulbildung, niedriger beruflicher Status und geringes Einkommen) haben schlechtere Chancen, was ihren Gesundheitszustand betrifft²: Sie leben häufiger in verkehrsbelasteten Wohngebieten und arbeiten häufiger unter gesundheitsbelastenden Bedingungen³. Auch das individuelle Gesundheitsverhalten ist häufiger von höherem Risiko geprägt. Rauchen, Adipositas, ungesundes Ernährungsverhalten und Bewegungsmangel sind Risikofaktoren, die bei Menschen mit niedrigem SES häufiger vorkommen⁴.

In Konsequenz sind auch die Erkrankungswahrscheinlichkeiten⁵ gerade für kardiovaskuläre Erkrankungen und Lungenkrebs sowie die Sterblichkeit erhöht⁶. Außerdem werden Präventionsangebote und Möglichkeiten der Gesundheitsförderung von Menschen mit niedrigem SES weniger in Anspruch genommen⁷.

1 Patientengruppen

1.1 Kommen in Ihre Praxis verschiedene Typen von Patienten (Arbeiter, Akademiker, Migranten...?)

1.2 Sind Sie der Meinung, dass diese Patiententypen generell eine unterschiedliche Ansprache benötigen? Wenn ja, welche?

1.3 Glauben Sie, es macht Sinn, diese Patiententypen auch hinsichtlich der Gesundheitsvorsorge auf unterschiedliche Art zu beraten?

2 Einstellung bezüglich der Prävention und deren Umsetzung

2.1 Was verstehen Sie unter Primärprävention?

2.2 Welche Rolle spielt in Ihrer täglichen Arbeit die Primärprävention/ Gesundheitsvorsorge?

2.3 Auf welche Art machen Sie Ihren Patienten klar, dass sie aktuell zwar noch gesund sind, aber um gesund zu bleiben, Sport treiben, sich gesünder ernähren, Stress reduzieren und Rauchen aufgeben müssen? Und glauben Sie, dass Sie Erfolg damit haben?

2.4 Wie oft haben Sie ganz allgemein im letzten Monat Patienten in dieser Hinsicht beraten?

3 Kenntnisse

3.1 Nach § 20 SGB V fördern die Gesetzlichen Krankenversicherungen seit 2000 verschiedene Präventionsprogramme. Welche Präventionsangebote der GKV kennen Sie?

3.2 Wie oft haben Sie konkret im letzten Monat Patienten auf solche Angebote hingewiesen?

3.3 Was wissen Sie über die Kostenübernahme?

3.4 Kennen Sie Internetdatenbanken, wie z.B. die easy!-Datenbank?

4 Erschwernisse

4.1 Gibt es Widerstände/ Hindernisse, die es erschweren, Ihren Patienten zur Gesundheitsvorsorge zu raten und auf Präventionsangebote hinzuweisen? Wenn ja, welche?

² Mielck 2005

³ Hoffmann et al. 2006

⁴ Thefeld 2000, Lantz et al. 2010

⁵ GBE 2006, Dragano und Siegrist 2009

⁶ Jokela et al. 2009, Lantz et al. 1998, Reil-Held 2000

⁷ Richter et al. 2002

Qualitatives Interview I mit hausärztlichem Experten I am 07.06.2010

Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
Patientengruppen			
1	Ja, verschiedene Typen von Patienten (Arbeiter, Akademiker, Migranten) kommen in die Praxis	Breites Spektrum an Patienten aus allen Gruppen der Bevölkerung	K1 Verschiedene soziale Hintergründe in Praxis vertreten.
2	Akademiker wollen mehr über Ursachen und Hintergründe ihrer Erkrankung erfahren.	Akademiker verlangen Hintergrundinformationen zu ihrer Erkrankung.	K2 Beratung sollte bei gleichem Inhalt den Patiententypen angepasst erfolgen
3	Akademiker sind stärker daran interessiert, was sie selbst dafür tun können, dass es ihnen besser geht.	Akademiker zeigen mehr Eigeninitiative im Umgang mit ihrer Erkrankung	K3 Akademiker erwarten mehr Hintergrundinformationen und zeigen mehr Eigeninitiative
4	Je niedriger der Bildungsstand, umso direkter sollte die Ansprache sein.	Bei niedrigem Bildungsstand sollte eine direkte Ansprache erfolgen	K4 Bei niedriger Bildung sollte eine direkte Ansprache in kurzen und klaren Sätzen erfolgen
5	Auch Personen mit niedrigem Bildungsstand haben ein Interesse daran, mitzuhelfen.	Wille zur Mitwirkung bei der Therapie auch bei niedrigem SES	K5 Patienten mit niedrigem SES in Behandlungsprozess einbeziehen.
6	Man sollte zu ihnen jedoch mit kurzen klaren Sätzen sprechen.	Bei niedrigem Bildungsstand sollte in kurzen und klaren Sätzen gesprochen werden.	
7	Hinsichtlich der Beratung zur Gesundheitsvorsorge sollte die Wortwahl je nach Patiententyp unterschiedlich sein, der Inhalt muss der gleiche sein.	Bei der Beratung zur Gesundheitsvorsorge sollte bei gleichem Inhalt die Wortwahl je nach Patiententyp variiert werden.	
Einstellung bezüglich der Prävention und deren Umsetzung			
8	Unter Primärprävention verstehe ich das Verhindern einer Erkrankung, die noch nicht aufgetreten ist.		K6 Primärprävention korrekt definiert
9	Die Primärprävention spielt in meiner täglichen Arbeit eine große Rolle besonders im Hinblick auf kardiovaskuläre Erkrankungen.	Besonders die Primärprävention kardiovaskulärer Erkrankungen ist von großer Bedeutung in der Hausarztpraxis.	K7 Primärprävention in der Hausarztpraxis ist besonders im Hinblick auf kardiovaskuläre Erkrankungen bedeutsam
10	Zum gesunden Verhalten rate ich den Patienten mit Worten.	Die Gesundheitsberatung erfolgt verbal.	K8 Gesundheitsberatung verbal und mäßig erfolgreich.
11	Dabei habe ich nicht so viel Erfolg aber auch nicht gar nicht.	Bei der Gesundheitsberatung bin ich in ca. 20 von 100 Fällen	K9

	In ca. 20 von 100 Fällen habe ich damit Erfolg.	erfolgreich.	Im letzten Monat wurden ca. 100 Patienten allgemein zur Gesundheitsvorsorge beraten.
12	Ganz allgemein habe ich im letzten Monat ca. 100 Patienten in dieser Hinsicht beraten.	Ca. 100x wurde im letzten Monat zur Gesundheitsvorsorge beraten.	
Kenntnisse			
13	An Präventionsangeboten der GKV kenne ich: Ernährungsberatung, verschiedene Bewegungsprogramme.	Bekannte GKV-Präventionsangebote sind Ernährungsberatung und verschiedene Bewegungsprogramme	K10 Ernährungsberatung und Bewegungsprogramme bekannt
14	Im letzten Monat habe ich ca. 5x auf solche Angebote hingewiesen.	GKV-Angebote wurden im letzten Monat ca. 5x empfohlen.	K11 GKV-Angebote wurden im letzten Monat ca. 5x empfohlen
15	Ich erwarte von den Patienten Eigeninitiative. Vielleicht sollte ich aber mehr dahingehend beraten. Das Maß ist noch nicht ausgeschöpft.	Ich könnte häufiger darauf hinweisen.	K12 Empfehlung von GKV-Angeboten reicht nicht aus
16	Über die Kostenübernahme weiß ich nicht viel. Wenn ich etwas wissen muss, dann schlage ich es nach.	Informationen zu der Kostenübernahme schlage ich nach.	K13 Detaillierte Informationen zur Kostenübernahme nicht bekannt
17	Die easy!-Datenbank kenne ich nicht.	easy!-Datenbank ist nicht bekannt.	K14 easy!-Datenbank nicht bekannt
Erschwernisse			
18	Hemmnisse/ Widerstände zur Gesundheitsvorsorge zu raten und Präventionsangebote zu empfehlen sind auf ärztlicher Seite die Langeweile, immer wieder das gleiche zu erzählen, ohne den gewünschten Effekt zu erzielen.	Die Erfolglosigkeit hemmt auf ärztlicher Seite die Beratung zur Gesundheitsvorsorge/ Prävention	K15 Erfolglosigkeit auf ärztlicher Seite und Verlust an Lebensqualität auf Patientenseite hemmen die Gesundheitsberatung K16 Wenige Interessen bei niedrigem Bildungsniveau, die Einschränkungen körperlicher Bedürfnisse im Sinne eines Erhaltes der Lebensqualität kompensieren.
19	Hemmnisse seitens der Patienten sind, dass diese oft nicht sehen, dass gewisse Einschränkungen im Ess-/ Trinkverhalten einen Zugewinn an Lebensqualität bedeuten können.	Viele Patienten nehmen den Vorteil, den Einschränkungen im Ess-/ Trinkverhalten haben können, nicht wahr, das hemmt die Beratung zur Gesundheitsvorsorge.	
20	Essen und Trinken sind oft die einzigen Faktoren,	Sie empfinden Einschränkungen als	

	die ihnen Genuss bringen und indem man ihnen diese Dinge nimmt, empfinden sie es so, als ob man ihnen den letzten Teil subjektiver Lebensqualität entzieht.	Verlust an Lebensqualität.	
21	Ich beobachte häufig, dass Personen mit niedrigem Bildungsniveau wenige Interessen haben, die über die körperlichen Bedürfnisse hinausgehen, das macht es auch besonders schwer, diese zu gesundheitsbewusstem Verhalten zu bringen.	Bei niedrigem Bildungsniveau gibt es wenige Interessen, die die Einschränkung körperlicher Bedürfnisse kompensieren, daher ist bei diesen die Beratung zum gesunden Verhalten zusätzlich erschwert.	

Qualitatives Interview I mit hausärztlichem Experten II am 23.06.2010

Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
Patientengruppen			
1	Ja, in meine Praxis kommen verschiedene Typen von Patienten (Arbeiter, Akademiker, Migranten,...)	Breites Spektrum an Patienten aus allen Gruppen der Bevölkerung	K17 Verschiedene soziale Hintergründe in Praxis vertreten.
2	Nein, verschiedene Patiententypen benötigen keine unterschiedliche Ansprache, denn jeder Patient benötigt eine individuelle Ansprache.	Die Ansprache des Arztes gegenüber seines Patienten sollte individuell erfolgen	K18 Gleiche Ansprache bei unterschiedlichen Patiententypen K19
3	Patienten mit niedrigem SES brauchen nicht etwa weniger Ansprache.	Patienten mit verschiedenen SES brauchen gleich viel Ansprache	Die ärztliche Ansprache muss individuell jedem Patienten angepasst werden.
4	Die Beratung auch hinsichtlich der Gesundheitsvorsorge hängt immer vom jeweiligen Kenntnisstand ab.	Die ärztliche Beratung richtet sich nach dem individuellen Kenntnisstand des Patienten	
5	Was weiß der Patient über ein Krankheitsbild? Es kommt darauf an, den Patienten dort abzuholen, wo er steht.	Der individuelle Kenntnisstand des Patienten muss berücksichtigt werden.	
Einstellung bezüglich der Prävention und deren Umsetzung			
6	Primärprävention heißt, durch vorzeitige Intervention das Auftreten von Krankheiten vermeiden.		K20 Primärprävention korrekt definiert K21
7	Die Gesundheitsberatung hat in der täglichen Arbeit des Hausarztes einen sehr hohen Stellenwert, unabhängig von den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherungen.	Die Gesundheitsberatung durch den Hausarzt ist sehr wichtig unabhängig von GKV-Leistungen.	Hausärztliche Gesundheitsberatung ist sehr wichtig (unabhängig von GKV-Leistungen) K22 Gesundheitsberatung verbal
8	Meine Beratung der Patienten zu einem gesunden Verhalten erfolgt durch das Patientengespräch.	Die Gesundheitsberatung erfolgt verbal.	
Kenntnisse			
9	An Präventionsangeboten der GKV sind mir das Wohlfühlprogramm der AOK, Rabattheftchen, verschiedene Sportkurse	Bekannte GKV-Angebote sind Bewegungsprogramme	K23 Bewegungsprogramme bekannt K24

	und die Rückenschule bekannt.		GKV-Angebote werden 5-10x wöchentlich empfohlen (Anm.: entspricht 20-40x im Monat)
10	Pro Woche weise ich ca. 5-10x auf solche Angebote hin	GKV-Angebote werden ca. 5-10x pro Woche empfohlen	
11	Die Kostenübernahme wird von jeder GKV ein wenig anders gehandhabt. Die Kostenübernahme ist abhängig von der regelmäßigen Teilnahme.	Die Kostenübernahme ist verschieden je nach GKV und ist abhängig von der regelmäßigen Teilnahme	K25 Kostenübernahme variiert, ist abhängig von der regelmäßigen Teilnahme
12	Die easy!-Datenbank kenne ich nicht.	easy!-Datenbank nicht bekannt	K26 easy!-Datenbank nicht bekannt
Erschwernisse			
13	Was die Beratung zur Gesundheitsvorsorge hemmt, ist eine zeitaufwandgerechte Honorierung.	Die Beratung zur Gesundheitsvorsorge durch den Hausarzt ist gehemmt durch die fehlende zeitaufwandgerechte Honorierung.	K27 Fehlende zeitaufwandgerechte Honorierung

Qualitatives Interview I mit hausärztlichem Experten III am 23.06.2010

Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
Patientengruppen			
1	Ja, verschiedene Typen von Patienten (Arbeiter, Akademiker, Migranten) kommen in die Praxis	Breites Spektrum an Patienten aus allen Gruppen der Bevölkerung	K28 Verschiedene soziale Hintergründe in Praxis vertreten.
2	Nein, verschiedene Patiententypen benötigen keine unterschiedliche Ansprache, jedenfalls nicht unbedingt schichtspezifisch. denn jeder Patient benötigt eine individuelle Ansprache.	Die Ansprache des Arztes gegenüber seines Patienten sollte individuell erfolgen	K29 Gleiche Ansprache bei unterschiedlichen Patiententypen K30 Aktiveres ärztliches Ansprechen von Gesundheitsthemen kann vermeiden, dass Präventionsthemen bei sozial Benachteiligten ausgeklammert werden
3	Generell werden Präventionsthemen bei Patienten in sozial niedrigeren Schichten weniger angesprochen. Das liegt vielleicht daran, dass diese Patienten weniger nachfragen. Von ärztlicher Seite sollten Gesundheitsthemen aktiver angesprochen werden.	Ärzte sollten Gesundheitsthemen aktiver ansprechen, denn gerade mit sozial benachteiligten Patienten werden Präventionsthemen weniger besprochen, was an fehlender Nachfrage liegen könnte.	K31 Mehr Belastungen und Risiken bei niedrigem SES/ Mehr Ressourcen bei hohem SES
4	Bei der Beratung zur Gesundheitsvorsorge muss berücksichtigt werden, dass Personen mit niedrigem SES oft mehr Risikofaktoren haben und sie von beruflicher Seite und ihrem Wohnumfeld stärkeren Belastungen ausgesetzt sind. Das Freizeitverhalten ist unterschiedlich.	Personen mit niedrigem SES haben mehr Risikofaktoren, ein unterschiedliches Freizeitverhalten und sind in Beruf und Wohnumfeld stärkeren Belastungen ausgesetzt.	
5	In höheren sozialen Schichten sind mehr Ressourcen, insbesondere finanzielle, vorhanden- das muss berücksichtigt werden.	Personen mit hohem SES haben mehr Ressourcen insbesondere finanzielle	
Einstellung bezüglich der Prävention und deren Umsetzung			
6	Primärprävention bedeutet das Vermeiden von Krankheiten, bevor diese entstehen.		K32 Primärprävention korrekt definiert
7	Die Primärprävention/ Gesundheitsvorsorge spielt in der täglichen Arbeit des Hausarztes so gut wie keine Rolle, da sie unzureichend bezahlt wird.	Die Primärprävention/ Gesundheitsvorsorge findet kaum Anwendung wegen unzureichender Vergütung	K33 Wegen unzureichender Vergütung erfolgt kaum Primärprävention trotz großer Bedeutung
8	Dennoch ist sie natürlich sehr wichtig.	Die Primärprävention ist sehr wichtig.	
9	Gesundheitsberatungen finden häufig statt bei chronisch	Häufig erfolgt die Gesundheitsberatung bei	

	kranken Patienten, das fällt aber nicht unter Primärprävention.	chronisch Erkrankten.	K34 Gesundheitsberatung erfolgt bei chronisch Erkrankten häufig (Keine Primärprävention)
10	Im Rahmen der 2-jährlichen Check-up-Untersuchung berate ich die Patienten aber natürlich auch im Hinblick auf Primärprävention.	Beratung zur Primärprävention erfolgt im Rahmen der 2-jährlichen Check-up Untersuchung	K35 Primärprävention im Rahmen der Check-up-Untersuchung
11	Die Gesundheitsberatung läuft so, dass ich mit den Patienten bespreche, was ist günstiges Verhalten, was ist schädliches Verhalten. Ich habe auch die Möglichkeit, Broschüren auszuhändigen.	Die Gesundheitsberatung erfolgt verbal.	K36 Gesundheitsberatung verbal und durch Aushändigung von Broschüren.
12	Insgesamt müssen Ratschläge konkret sein und auf die individuellen Bedürfnisse zugeschnitten sein.	Ratschläge konkret und auf individuelle Bedürfnisse zugeschnitten	K37 Konkrete Ratschläge für individuelle Bedürfnisse
13	Insgesamt sehe ich es nicht als ärztliche Aufgabe an, gesamtgesellschaftliche Probleme aufzuarbeiten.	Gesamtgesellschaftliche Probleme aufzuarbeiten, ist nicht Aufgabe des Arztes	K38 Ärztliche Aufgabe ist nicht, gesamtgesellschaftliche Probleme aufzuarbeiten
14	Pro Tag berate ich ca. 10-15x zu gesundem Verhalten.	10-15x pro Tag Gesundheitsberatung	K39 10-15x pro Tag Gesundheitsberatung (Anm: entspricht 200-300x pro Monat)
Kenntnisse			
15	An Präventionsangeboten der GKV sind mir Kurse zu den Themen Sport, Ernährung, Rauchentwöhnung, Abnehmen und Mutter-Kind-Kuren bekannt. Diese werden häufig von denjenigen in Anspruch genommen, die solche Angebote selbst bezahlen könnten.	Bekannt sind Präventionsangebote zu den Themen Bewegung, Ernährung, Rauchentwöhnung und Abnehmen.	K40 Angebote zu Bewegung, Ernährung, Abnehmen und Rauchentwöhnung bekannt
16	Auf solche Angebote weise ich dauernd hin. Pro Woche ca. 20x	Pro Woche erfolgt ca. 20x die Empfehlung von GKV-Angeboten	K41 GKV-Angebote werden ca. 20x wöchentlich empfohlen (Anm.: entspricht 80x pro Monat)
17	Ich empfehle solche Kurse vor allem Personen mit niedrigem SES, weil ich denke, dass diese Personen auf die Art ein gutes Gerüst haben. Außerdem ist die finanzielle Belastung durch die Bezuschussung der Krankenkassen nicht so stark.	Vor allem für Personen mit niedrigem SES stellen GKV-Kurse ein gutes Gerüst dar, zumal die finanzielle Belastung durch die Bezuschussung gemindert ist.	K42 GKV-Kurse sind günstig für Personen mit niedrigem SES, da sie Hilfestellung geben und die finanzielle Belastung mindern

18	Hier ist der Bedarf dann sicher unterschiedlich. Oder meine subjektive Wahrnehmung? Jedenfalls würde ich generell Personen mit niedrigem SES eher zu Entwöhnungskursen für Raucher als zu Entspannungsverfahren raten.	Der Bedarf an GKV-Kursen ist je nach SES verschieden.	K43 Bedarf an GKV-Kursinhalten variiert mit dem SES K44 Kostenübernahme variiert, ist abhängig von der regelmäßigen Teilnahme
19	Die Kostenübernahme ist abhängig von der regelmäßigen Teilnahme. Es ist eine geringe Selbstbeteiligung zu zahlen, die bei jeder GKV etwas anders geregelt ist.	Die Kostenübernahme ist verschieden je nach GKV und ist abhängig von der regelmäßigen Teilnahme	K45 easy!-Datenbank nicht bekannt
20	Die easy!-Datenbank ist mir nicht bekannt.	easy!-Datenbank nicht bekannt	
Erschwernisse			
21	Die Präventionsleistungen der GKV sind ein sehr unübersichtliches Feld, was die Beratung hierzu erschwert.	Präventionsleistungen sind unübersichtlich	K46 Unübersichtlichkeit der GKV-Präventionsleistungen
22	Viele Patienten haben überhaupt wenig Zugang zu solchen Themen der Gesundheitsvorsorge.	Themen der Gesundheitsvorsorge sind unter Patienten wenig verbreitet.	K47 Themen der Gesundheitsvorsorge sind nicht populär, was die Beratung aufwändig und zeitintensiv macht
23	Insofern sind eine sehr zeitintensive Beratung und ein großer Aufwand erforderlich.	Die Beratung ist aufwändig und zeitintensiv.	
24	Und dieser Aufwand wird weder wertgeschätzt noch honoriert.	Der Einsatz wird nicht wertgeschätzt und nicht honoriert.	K48 Fehlende Wertschätzung und Vergütung des Einsatzes

Qualitatives Interview I mit dem Experten aus GKV am 10.08.2010

Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
Patientengruppen			
1	Ja, je nach Lage der Praxis ist das Klientel unterschiedlich. In Bredeneu überwiegt sicherlich der Anteil der Akademiker, in Katernberg hingegen sind es mehr Migranten, Arbeitslose, etc.	Je nach Lage und Stadtteil der Praxis variiert das Patienten Klientel.	K49 Das Klientel variiert nach Lage und Stadtteil K50 Arbeiter konkret und direktiv ansprechen/ direkte Intervention
2	Ja, im Vergleich Akademiker/ Arbeiter, so denke ich, schätzt der Arbeiter eher eine direkte Intervention, ist eine Hypothese. Die Ansprache muss konkret und direktiv sein.	Der Arbeiter schätzt eine direkte Intervention und sollte konkret und direktiv angesprochen werden.	K51 Der Arbeiter kann (widersprüchliche) Informationen nicht filtern
3	Er hat unter Umständen gar nicht die Möglichkeit, aus einer Vielzahl von Informationen das für ihn Richtige herauszusuchen.	Dem Arbeiter fehlt die Möglichkeit, Informationen zu filtern.	K52 Akademiker abstrakte Information, keine konkreten Vorschläge
4	z.B. im Bereich der Ernährungsberatung gibt es ja auch viele unterschiedliche teilweise widersprüchliche Hinweise. Das überfordert einen Laien und erst recht, wenn er ungeübt darin ist, sich Informationen aus Bibliotheken usw. herauszusuchen.	Ein Laie, besonders wenn er ungeübt darin ist, Informationen zu filtern, ist überfordert mit der Vielzahl an teilweise widersprüchlichen Informationen.	K53 Migranten religiöse und kulturelle Hürden, Sprachdefizite, Bildungsdefizite und berufliche Belastungen
5	Dem Akademiker hingegen reicht vielleicht schon die abstrakte Information. In dem Fall ist es nicht nötig, konkrete Vorschläge zu machen, der sucht sich seine Informationen selbst.	Der Akademiker benötigt keine konkreten Vorschläge, mit abstrakter Information ist er selbst in der Lage, sich zu informieren.	K54 Bei niedrigem SES direkte Ansprache auch bei Gesundheitsberatung
6	Bei Migranten ist die Sache sicherlich noch komplexer. Dabei spielen religiöse und kulturelle Fragen eine Rolle.	Bei Migranten ist die Ansprache komplexer, da religiöse und kulturelle Fragen von Bedeutung sind.	K55 Bei mittlerem und höherem SES abstrakte Informationen
7	Dort hat ein männlicher Arzt wahrscheinlich mehr Autorität.	Ein männlicher Arzt hat gegenüber Migranten mehr Autorität.	
8	Und die Probleme potenzieren sich: Sprache, Kultur und schlechte Bildung kombiniert mit heftigen Belastungen in der Arbeitswelt machen die Ansprache sehr schwer.	Sprachdefizite, Kultur, schlechte Bildung und berufliche Belastungen erschweren die Ansprache.	

9	Auch hinsichtlich der Gesundheitsvorsorge sollten Personen mit niedrigem SES konkret und direktiv beraten werden.	Personen mit niedrigem SES sollten konkret und direktiv auch hinsichtlich der Gesundheitsvorsorge beraten werden.	
10	Bei den anderen würde ich sagen, weniger ist mehr.	Bei den Personen mit mittlerem und höherem SES ist weniger mehr.	
Einstellung bezüglich der Prävention und deren Umsetzung			
11	Von außen betrachtet spielt die Primärprävention in der Hausarztpraxis eine viel zu geringe bis gar keine Rolle.	Die Primärprävention wird in der Hausarztpraxis zu wenig bis gar nicht angewendet.	K56 Zu wenig bis keine Primärprävention in der Hausarztpraxis
12	Im Medizinstudium wird das Thema Prävention zu wenig behandelt, echtes präventives Fakten-Wissen lässt sich in der Kürze der Zeit nicht vermitteln.	Im Medizinstudium wird das Thema Prävention zu wenig gelehrt, das Faktenwissen fehlt.	K57 Zu wenig präventives Faktenwissen im Studium
13	Das Medizinstudium ist voll mit anderen Lehrinhalten, so dass dort auch nicht viel mehr integriert werden kann.	Im Medizinstudium überwiegen andere Lehrinhalte.	K58 Medizinstudenten lernen repetitives Wissen und hinterfragen/ reflektieren nicht
14	Außerdem werden Fertigkeiten wie das Hinterfragen/ Reflektieren von Inhalten im Studium zu wenig gefördert, in Prüfungen stelle ich fest, dass fast ausschließlich repetitives Wissen bei den Studenten vorhanden ist.	Anstatt zu hinterfragen und zu reflektieren lernen Medizinstudenten repetitives Wissen.	K59 Fehlende Technik des Umgangs mit Menschen
15	Der Umgang mit Menschen, diese Technik wird nicht vermittelt. Insbesondere der Umgang mit Menschen, die sich gesundheitlich nachteilig verhalten.	Die Technik, mit Menschen umzugehen, besonders jenen, die sich gesundheitlich nachteilig verhalten, wird nicht vermittelt.	K60 Fehlende Fähigkeit zu motivieren
16	Wie kann man so jemanden motivieren, das nachteilige Verhalten aufzugeben- dazu fehlt vielen die Kompetenz.	Vielen Ärzten fehlt die Kompetenz, ihre Patienten zu motivieren, das nachteilige Gesundheitsverhalten aufzugeben.	K61 Fehlende Vergütung
17	Und dann wird die Primärprävention nicht vergütet.	Fehlende Vergütung der Primärprävention	K62 Ratschläge zum Gesundheitsverhalten sind unkonkret und allgemein gehalten
18	Ich denke, wenn überhaupt Ratschläge zum Gesundheitsverhalten gegeben werden, dann sind diese oftmals zu abstrakt, allgemein gehalten und zu unkonkret.	Ratschläge zum Gesundheitsverhalten sind zu abstrakt, allgemein gehalten und zu unkonkret.	K63 Der Hausarzt sollte Gelegenheiten nutzen, Patienten auf ihr Gesundheitsverhalten anzusprechen (Bsp. Husten-Rauchen)
19	Hinsichtlich des	Patienten werden selten bis	

	Gesundheitsverhaltens werden Patienten selten bis gar nicht beraten.	gar nicht zum Gesundheitsverhalten beraten.	
20	Patienten kommen ja mit einem bestimmten Problem in die Praxis. Da muss man dann ansetzen und Brücken bauen, z.B. ein Patient kommt mit Husten, in dem Zusammenhang lässt sich ja das Thema Rauchen ansprechen.	Wenn Patienten mit einem Problem in die Praxis kommen, kann das Gesundheitsverhalten angesprochen werden, Bsp. Husten-Rauchen	
Kenntnisse			
21	Meine Annahme ist, dass der Hausarzt sehr wenig von den Präventionsangeboten der GKV weiß und kennt.	Der Hausarzt weiß sehr wenig über die Präventionsangebote der GKV	K64 Wenig bekannt über GKV-Angebote
22	Ich stelle sogar die Hypothese auf, dass viele Hausärzte nicht einmal den § 20 SGB V kennen.	Viele Hausärzte kennen § 20 SGB V nicht	K65 Fehlende Kenntnis von §20 SGB V
23	Auf GKV-Präventionsangebote wird durch den Hausarzt so gut wie gar nicht hingewiesen.	Auf GKV-Präventionsangebote wird nicht hingewiesen.	K66 Keine Empfehlung von GKV-Präventionsangeboten
24	Der Versicherte muss den Kurs zunächst selbst bezahlen. Er erhält eine Bescheinigung vom Kursanbieter und reicht diese bei der GKV ein und bekommt dann je nach Satzungsleistung einen Teil des Geldes wieder.	Der Versicherte bezahlt selbst den belegten Kurs und reicht eine Teilnahmebescheinigung bei seiner GKV ein, die ihm je nach Satzungsleistung einen Teil der Kosten erstattet.	K67 Nach regelmäßiger bescheinigter Teilnahme erfolgt die Kostenerstattung je nach Satzungsleistung der GKV
25	Der Kursteilnehmer kann sich auch im Vorfeld bei der GKV informieren, wie viel ihm nach Vorlage der Bescheinigung erstattet wird.	Der Kursteilnehmer kann sich im Vorfeld bei der GKV über die Satzungsleistung informieren.	
26	In seltenen Fällen (z.B. Langzeitarbeitslosigkeit) gibt es eine Kostenübernahmeerklärung, dann geht die Rechnung des Kurses nicht an den Versicherten selbst, sondern direkt an die GKV.	In Ausnahmefällen geht die Rechnung direkt an die GKV (Kostenübernahmeerklärung)	K68 Kostenübernahmeerklärung in Ausnahmefällen
27	Dass der Kursteilnehmer in Vorleistung treten muss, spielt natürlich eine Rolle bei der Inanspruchnahme. Jemand der sehr wenig Geld zur Verfügung hat, tut sich natürlich schwer, einen Kurs zu bezahlen, der über einen längeren Zeitraum hinweg	Die Kostenregelung der Vorleistung beeinflusst die Inanspruchnahme desjenigen, der wenig Geld zur Verfügung hat.	K69 Regelmäßige Teilnahme erfordert Selbstdisziplin K70 Zweifel an der eigenen Selbstdisziplin, geringes Vertrauen in

	stattfindet und erst im Anschluss daran das Geld wiederzubekommen.		Krankenkasse und das Prinzip der Kostenregelung beeinflusst/ hemmt die Inanspruchnahme desjenigen, der wenig Geld zur Verfügung hat.
28	Er bekommt das Geld ja auch nur dann wieder, wenn er regelmäßig teilgenommen hat.	Die Kostenerstattung erfolgt nur bei regelmäßiger Teilnahme.	
29	Regelmäßige Teilnahme hängt auch mit (Selbst-) Disziplin zusammen.	Regelmäßige Teilnahme erfordert (Selbst)disziplin	
30	Wenn ich die Hypothese aufstelle, dass manche Teile der Gesellschaft ein Defizit an Selbstdisziplin aufweisen, dann stellt sich dem Einzelnen die Frage, ob er faktisch das Geld wieder bekommt.	Bei einem Defizit an Selbstdisziplin stellt sich dem Einzelnen die Frage, ob er die Kosten erstattet bekommt.	
31	Wenn dies theoretisch der Fall ist, dann lässt mancher es von vorneherein sein, einen Kurs zu belegen.	Der Zweifel lässt manchen von vorneherein keinen Kurs belegen.	
32	Das ist ein Schönheitsfehler dieser Regelung: Personen mit wenig Geld, geringer Selbstkontrolle und geringem Vertrauen in Krankenkassen nehmen solche Leistungen kaum in Anspruch.	Solche Leistungen werden kaum von Personen mit wenig Geld, geringer Selbstkontrolle und geringem Vertrauen in Krankenkassen in Anspruch genommen.	
Erschwernisse			
33	Erstens, wenn ich als Fachmann Hinweise geben soll in einem Terrain, auf dem ich mich nicht auskenne, dann mache ich das ungerne.	Als Fachmann erteile ich ungerne Hinweise, die nicht in meinem Fachgebiet liegen und Themen beinhalten, mit denen ich mich nicht auskenne.	K71 Der Hausarzt ist Fachmann für Krankheiten, in Fragen der Prävention kennt er sich nicht aus und berät daher ungerne in dieser Hinsicht. K72 Fehlende Vergütung K73 Überzeugungsarbeit leisten ist schwer K74 Zeitfaktor K75 Großer Einfluss des Arztes auf Personen mit niedrigem SES
34	Zweitens, was bekomme ich dafür? Es macht keinen Unterschied, ob ich es tue oder ob ich es nicht tue.	Wenn keine Honorierung erfolgt, macht es keinen Unterschied, ob ich etwas tue oder nicht.	
35	Drittens ist es leichter, eine Medikation zu verschreiben, als mit jemandem darüber zu diskutieren und ihn davon zu überzeugen, gesundheitsschädliche Verhaltensweisen aufzugeben.	Es ist leichter, Medikamente zu verschreiben, als jemanden davon zu überzeugen, gesundheitsschädliche Verhaltensweisen aufzugeben.	
36	Ein Kommunikationsprozess ist aufwändig und wenn ich dann weiß, dass das Wartezimmer voll ist, dann ist der Zeitpunkt wahrscheinlich nicht der Richtige.	Ein aufwändiger Kommunikationsprozess erfordert Zeit, die bei vollem Wartezimmer nicht vorhanden ist.	
37	Es gibt sicherlich eine	Es gibt eine Vielzahl an	

	Vielzahl an Widerständen und Hemmnissen.	Widerständen/ Hemmnissen zur Gesundheitsvorsorge zu raten.	
38	Aber es gibt auch das Positive: Der Status des Arztes, der „weiße Kittel“ kann gerade bei der Gruppe, um die es geht, einen besonderen Einfluss haben.	Der Status des Arztes kann bei Personen mit niedrigem SES einen großen Einfluss haben.	

C Qualitative Inhaltsanalyse II

Qualitatives Leitfadeninterview II

Menschen mit niedrigem SES sind betroffen von einer gesundheitlichen Ungleichheit⁸ die einerseits an einer vorzeitigen Sterblichkeit, andererseits an einem höheren Gesundheitsrisiko sichtbar wird⁹. Von Bedeutung ist, dass es sich dabei nicht um das Problem sozialer Randgruppen handelt, sondern ein Gesundheitsgradient¹⁰ beobachtet werden kann, der sich durch alle Gesellschaftsschichten zieht und der stufenweise mit sinkendem SES abnimmt. Dieser Gradient zeigt sich auch bei der Inanspruchnahme von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, insbesondere bei der Teilnahme an Präventionsangeboten der GKV, die zu den Themen Bewegung, Ernährung, Suchtmittel-Entwöhnung und Entspannungsverfahren angeboten werden¹¹.

1 Primärprävention:

Die Ergebnisse der schriftlichen Befragung der Hausärzte zeigen, dass die Primärprävention aus Sicht der Hausärzte ein bedeutungsvolles Thema ist, das dennoch vom Umfang her zu kurz kommt. 60% der Befragten würden sich wünschen, dass die Primärprävention einen Anteil von 16-30% gemessen an ihrer gesamten hausärztlichen Tätigkeit hätte. Tatsächlich erfüllt sehen dies aber nur 29%.

Als Hauptgründe werden von den Befragten ein Mangel an Zeit (71%), die fehlende Vergütung (65%), sowie eine fehlende Patientenmotivation (62%) genannt.

1.1 Welche Voraussetzungen müssten aus Ihrer Sicht gegeben sein, um das Zeitproblem zu verringern?

1.2 Sehen Sie es als realistisch an, eine Vergütung für primärpräventive Bemühungen durchzusetzen und wenn ja, wie sollte Ihrer Meinung nach diese Vergütung sein?

1.3 Kann aus Ihrer Erfahrung die Patientenmotivation verbessert werden und wenn ja, wie?

2 Gesundheitsberatung von Menschen mit niedrigem SES:

Die Mehrzahl der befragten Hausärzte stuft den eigenen Einfluss auf Patienten mit niedrigem SES eher als gering ein (67%).

Außerdem gibt ein Teil der Befragten (13,5%) an, GKV-Präventionsangebote Personen mit niedrigem SES nicht zu empfehlen mit der Begründung, die Compliance sei bei niedrigem SES geringer, es sei weniger Interesse vorhanden und die Beratungen seien zeitintensiver, da weniger Vorkenntnisse und weniger Eigeninitiative gegeben seien.

2.1 Auf welche Art könnte der Einfluss des Hausarztes auf Menschen mit niedrigem SES verbessert werden?

2.2 Gibt es aus Ihrer Sicht Möglichkeiten, um die Compliance zu verbessern?

2.3 Wie kann das Interesse von Menschen mit niedrigem SES an Gesundheitsthemen gesteigert werden?

⁸ Mielck 2002

⁹ Mackenbach et al. 2008, Marmot 2005, Huisman et al. 2004, Klein und Schneider 2001

¹⁰ Mielck 2008

¹¹ Pressemitteilung MDS 2010

3 Präventionsleistungen der GKV:

48% der Befragten halten das Angebot an GKV-Präventionsleistungen für unübersichtlich.

3.1 Wie sollten aus Ihrer Sicht das Angebot und die Kostenübernahme für Patienten und Hausärzte übersichtlicher gestaltet werden?

4 Handlungsempfehlungen:

25% der Befragten benennen einen Mangel an Kenntnissen und 21% ein fehlendes Fortbildungsangebot als Faktoren, die die Beratung zur Gesundheitsförderung bzw. zur Prävention erschweren.

4.1 Wenn Sie sich vorstellen, Sie würden heute noch einmal Medizin studieren, welche Aspekte der Prävention würden Sie mit der heutigen Kenntnis der hausärztlichen Arbeit besonders interessieren?

4.2 Welche Schwerpunktsetzung einer punkterelevanten Fortbildung zum Thema „Prävention durch den Hausarzt bei sozial Benachteiligten“ würden Sie sich wünschen?

Qualitatives Interview II mit hausärztlichem Experte I am 13.04.2011

Nr	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
Primärprävention			
1	Vergütung und Zeit hängen zusammen. Ich glaube, wenn die Primärprävention besser vergütet wäre, dann könnte man ihr auch mehr Raum in der Sprechstunde einräumen.	Zeitproblem und Vergütung hängen zusammen.	K1 Verringerung des Zeitproblems durch Vergütung und besser informierte Patienten.
2	Weitere Voraussetzung zur Verringerung des Zeitproblems wären besser informierte Patienten, wobei hier große individuelle Unterschiede bestehen.	Besser informierte Patienten könnten das Zeitproblem verringern	K2 Vergütung durch GKV nicht realistisch wäre aber langfristig sinnvoll
3	Eine Vergütung durch die GKV sehe ich als nicht realistisch an, weil diese sich das gar nicht leisten können.	Eine Vergütung der Primärprävention durch die GKV ist nicht realistisch.	K3 Patienten sollten eigenverantwortlich selbst in ihre Gesundheit investieren
4	Wobei dies aber volkswirtschaftlich aus meiner Sicht sinnvoll wäre, denn jemand der nicht krank wird, ist langfristig billiger, als jemand der schon krank ist.	Eine Vergütung wäre sinnvoll, weil dies langfristig Kosten senken würde.	K4 Motivation durch Erfolg K5 Keine Lösung, wie Verhaltensänderung erzielt werden kann
5	Aber man könnte versuchen, ob es gelingt, die Bereitschaft der Patienten zur Eigenverantwortung zu wecken. Wenn klarer ist, wie wichtig das für einen selber ist, dann ist man vielleicht bereit selbst in die eigene Gesundheit zu investieren.	Wenn die Bereitschaft der Patienten zur Eigenverantwortung geweckt würde, wären diese vielleicht bereit, selbst in ihre Gesundheit zu investieren.	
6	Eine gute Motivation ergibt sich meistens, wenn Patienten etwas angefangen haben und Erfolge sehen.	Erste Erfolge bewirken einen Motivationsschub	
7	Das Problem ist, wie bekomme ich einen Patienten dazu, etwas anzufangen. Das ist ein Stein, an dem beiße ich mir die Zähne aus.	Die schwierige Frage ist, wie ein Patient zur Verhaltensänderung zu bewegen ist	
Gesundheitsberatung von Menschen mit niedrigem SES			

8	Entweder Sie finden Zugang zum Patienten, und dann ist dies unabhängig vom SES, oder Sie haben kein Vertrauensverhältnis, dann bringen die Bemühungen auch keinen Erfolg.	Der Einfluss des Hausarztes hängt unabhängig vom SES davon ab, ob er Zugang zum Patienten findet.	K7 Einfluss des Hausarztes vom Zugang zum Patienten abhängig
9	Wie der Einfluss dann verbessert werden kann, weiß ich auch nicht.	Weiß nicht, wie der Einfluss verbessert werden kann.	K8 Keine Lösung, wie Einfluss des Hausarztes verbessert werden kann.
10	Allgemeinverständliche, leichte und klare Sprache ist wichtig.	Eine allgemeinverständliche, leichte und klare Sprache ist wichtig.	K9 Keine Lösung, wie Compliance verbessert werden kann
11	Aber wie die Compliance verbessert werden kann ist eine Frage, auf die ich keine Antwort habe.	Weiß nicht, wie die Compliance verbessert werden kann.	K10 Allgemeinverständliche, leichte und klare Sprache ist wichtig
12	Das Interesse an Gesundheitsthemen und für sich selbst zu sorgen, sollte aus sich selbst heraus kommen.	Das Interesse an Gesundheitsthemen sollte jeder mitbringen	K11 Interesse an Gesundheitsthemen sollte von vorneherein seitens der Patienten vorhanden sein
13	Außer Erklärungen und immer wieder Informationen vermitteln, bleibt mir als Hausarzt zur Steigerung des Interesses nichts übrig.	Erklärungen und Informationsvermittlung zur Steigerung des Interesses	K12 Steigerung des Interesses durch Erklärungen und Informationsvermittlung
14	Es sollte also niemand etwa dafür belohnt werden, dass er z.B. etwas Gutes für sich tut. Prämien oder ähnliches zielen oft in die falsche Richtung.	Prämien für gesundheitsförderliches Verhalten sind oft falsch konzipiert.	
15	Wenn es Prämien, z.B. für einen Gewichtsverlust von 10 kg oder nachgewiesenen Rauchstop geben würde, würde das Sinn machen, aber nicht dafür, dass ausschließlich Informationen erhalten wurden, deren Umsetzung dann höchstwahrscheinlich gar nicht erfolgt.	Ausschließlich Prämien für umgesetztes Verhalten (z.B. 10kg-Gewichtsverlust) wären sinnvoll.	K13 Prämien sollten umgesetzte Verhaltensänderungen belohnen
Präventionsleistungen der GKV			
16	Ich halte z.B. den Umfang der Gesundheitsuntersuchung für viel zu gering. Cholesterin, BZ, U-Status und körperliche Untersuchung sind zu wenig. Ultraschall als	Der Umfang der Check-up-Gesundheitsuntersuchung ist zu gering.	K14 Der durch die GKV honorierte Umfang der Checkup-Untersuchung ist zu gering K15

	gute und günstige Untersuchungsmethode wird bspw. nicht bezahlt.		Einheitliche Kostenregelung
17	Es wäre besser, wenn die Kostenübernahme für Präventionsangebote einheitlich geregelt wäre. Aber ich empfinde keine Unübersichtlichkeit, denn man kann dies alles im Internet nachlesen. Man muss sich halt die Mühe machen.	Die Kostenübernahme sollte einheitlich geregelt sein, damit man nicht die Einzelheiten im Internet mühevoll nachlesen muss.	K16 Nachlesen der Einzelheiten ist Aufgabe des Versicherten
18	Ehrlicherweise halte ich dies aber nicht unbedingt für meine Aufgabe. Der Patient ist eigenverantwortlich und mündig und sollte dies selbst tun.	Das Nachlesen der Einzelheiten ist die Aufgabe des Patienten, nicht des Arztes.	
Handlungsempfehlungen			
19	Ausschließlich Kommunikation sollte im Medizinstudium hinsichtlich der Prävention stärker gelehrt werden. Nicht das Wissen um einzelne Präventionsmaßnahmen fehlt, sondern Kommunikation. Das wird im Studium nicht gelehrt.	Im Medizinstudium sollte im Fach Prävention mehr zum Thema Kommunikation gelehrt werden.	K17 Kommunikation als Thema im Medizinstudium und in Fortbildungen
20	Ebenfalls als Schwerpunkt einer Fortbildung zum Thema Prävention würde ich mir „Kommunikation“ wünschen. Inhaltsvermittlung und Sprache.	Ich würde mir eine Fortbildung zum Thema Kommunikation wünschen.	
21	Das Problem ist nicht, nicht zu wissen was man sagen will, sondern wie bringe ich etwas verständlich rüber. In unterschiedlichen Situationen und auch bei verschiedenen sozialen Hintergründen.	Das Problem besteht darin, wie in verschiedenen Situationen und bei verschiedenen sozialen Hintergründen etwas verständlich gemacht werden kann.	

Qualitatives Interview II mit hausärztlichem Experte II am 01.06.2011

Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
Primärprävention			
1	Die vorhandene Zeit ist begrenzt, indem mehr Zeit für Prävention verwendet wird, wird die Zeit für kurative Therapie weniger.	Da die vorhandene Zeit begrenzt ist, bedeutet mehr Prävention gleichzeitig weniger kurative Medizin	K18 Mehr Prävention, weniger kurative Medizin
2	Eine Vergütung sehe ich als nicht realistisch an	Vergütung ist nicht realistisch	K19 Vergütung nicht realistisch,
3	Die Vergütung sollte adäquat der hohen Kompetenz der Hausärzte und der Langzeitbetreuung der Patienten sein. Außerdem sollte sie pro Patient pro Quartal über das derzeitige Budget hinausgehen.	Vergütung sollte adäquat der hohen hausärztlichen Kompetenz und der Langzeitbetreuung der Patienten sein und über das derzeitige Budget pro Patient pro Quartal hinausgehen.	Voraussetzung sind strukturelle Änderungen, sollte adäquat der Kompetenz und Langzeitbetreuung sein und über derzeitiges Budget pro Patient pro Quartal hinausgehen
4	Strukturelle Änderungen wären hierfür die Voraussetzung.	Voraussetzung für eine Vergütung sind strukturelle Änderungen.	K20 Hausarztverträge
5	Hausarztverträge würden die Bereitschaft zum Engagement und die Ökonomisierung erhöhen	Hausarztverträge erhöhen die Bereitschaft zum Engagement und die Ökonomisierung.	K21 Unnötige Ausgaben einsparen
5	Die Lohnsummenabhängigkeit des Gesundheitssystems sollte beibehalten werden. Stattdessen sollte bei unnötigen Ausgaben eingespart werden (z.B. den zahlreichen MRTs, Coronarangiographien,...)	Lohnsummenabhängigkeit beibehalten und unnötige Ausgaben einsparen.	K22 Motivationssteigerung durch eigene Überzeugung und Authentizität des Hausarztes
6	Durch seine Authentizität kann der Arzt die Motivation des Patienten verbessern. Es ist aber wichtig, dass er selbst von der Sache überzeugt ist, zu der er den Patienten motivieren möchte.	Durch eigene Authentizität und Überzeugung kann der Hausarzt den Patienten zu einer Verhaltensänderung motivieren.	K23 Hausarzt in demotivierender wirtschaftlicher Situation
			K24 Gesamtanreiz muss für Hausarzt größer werden, damit er sich für Gesundheitssystem engagiert

7	Erschwert wird dies gegenwärtig durch die demotivierende wirtschaftliche Situation des Hausarztes.	Die wirtschaftliche Situation des Hausarztes ist gegenwärtig demotivierend.	
8	Damit der Hausarzt sich für das Gesundheitssystem engagiert, muss der Gesamtanreiz größer werden.	Der Gesamtanreiz muss für den Hausarzt größer werden, damit er sich für das Gesundheitssystem engagiert.	
Gesundheitsberatung von Menschen mit niedrigem SES			
9	Für einen verbesserten Einfluss müsste sich der Hausarzt mehr Zeit für diese Zielgruppe nehmen und Patienten beispielsweise zur Teilnahme an Schulungen motivieren, GKV-Angebote empfehlen, Erklärtes visualisieren etc.	Mehr Zeit für Menschen mit niedrigem SES und zur Teilnahme an Schulungen, GKV-Angeboten motivieren, Erklärtes visualisieren etc. verbessert den Einfluss.	K25 Verbesserter Einfluss bei niedrigem SES durch verstärkte Zuwendung, Motivation zu konkreten Maßnahmen, regelmäßige Abfrage (vgl. DMP), Erklärungen zusätzlich visualisieren etc. K26 Compliancesteigerung durch Anreizsysteme (ggf. durch GKV)
10	Auch eine regelmäßige Abfrage, wie es sie bspw. bei DMP bereits gibt, wäre denkbar.	Regelmäßige Abfrage (vgl. DMP)	K27 Durch Projekte, die sich an Mütter bzw. direkt an Kinder richten, frühzeitig Interesse an Gesundheit fördern
11	Die Compliance kann z.B. durch Anreizsysteme, auch ggf. durch die GKV, gesteigert werden	Compliancesteigerung durch Anreizsysteme, auch ggf. durch die GKV	
12	Man muss frühzeitig damit beginnen, Interesse für Gesundheitsthemen zu entwickeln, d.h. dass Kinder bereits mit Projekten erreicht werden sollten.	Frühzeitig Interesse für Gesundheitsthemen durch Projekte, die sich an Kinder richten, wecken	K28 Qualitätskontrolle der Maßnahmen
13	Außerdem kann man evtl. auch das Interesse von Müttern mit niedrigem SES über die Gesundheit ihrer Kinder versuchen, zu wecken.	Das Interesse an Gesundheitsthemen von Müttern mit niedrigem SES über die Gesundheit ihrer Kinder wecken.	
14	Es ist aber auch immer	Qualitätskontrollen der	

	wichtig, Qualitätskontrollen vorzunehmen. Einerseits müsste eine Kontrolle der Maßnahmen, die ein Kind erhält, erfolgen, andererseits darf die Gesundheit aber auch nicht verstaatlicht werden.	angewendeten Maßnahmen, ohne die Gesundheit zu verstaatlichen.	
Präventionsleistungen der GKV			
15	Die Informationen zu den laufenden Kursangeboten sollten regional transparent sein	Regionale Transparenz der laufenden Kursangebote	K29 Regionale Transparenz des Kursangebotes, z.B. Fax an Hausarztpraxen
16	Eine Idee wäre, dass in regelmäßigen Abständen jede Hausarztpraxis ein Fax erhält, aus dem Informationen zu Zeit, Ort und Kosten des regionalen Angebotes zu entnehmen sind.	Fax an Hausarztpraxis, dem aktuelle Informationen zu Zeit, Ort und Kosten des regionalen Angebotes zu entnehmen sind.	K30 Vereinheitlichung der Kostenregelung -Transparenz -keine Marketingstrategien
17	Einheitliche Regelungen würden die Kostenübernahme transparenter machen	Einheitliche Regelungen führen zu Transparenz der Kostenübernahme	
18	Die Vereinheitlichung würde auch Marketingstrategien vermeiden, die dazu führen, dass die Kassen versuchen ein junges, gesundes Zielpublikum zu gewinnen. Wobei sozialistische Verhältnisse auch nicht wünschenswert sind.	Die Vereinheitlichung verhindert Marketingstrategien der Krankenkassen, mit denen ein junges gesundes Zielpublikum gewonnen werden soll.	
Handlungsempfehlungen			
19	Didaktische Fähigkeiten, diese werden während des Studiums bisher nicht gelehrt.	Didaktische Fähigkeiten sollten während des Medizinstudiums gelehrt werden.	K31 Didaktische Fähigkeiten im Medizinstudium fördern
20	Gesprächstechniken im Rahmen von Fortbildungen, z.B. mit Schauspielern, wären sinnvoll. Allerdings würde ich eher nicht an einer derartigen Fortbildung teilnehmen.	Gesprächstechniken mit Schauspielern im Rahmen von Fortbildungen	K32 Gesprächstechniken mit Schauspielern als Thema einer Fortbildung

Qualitatives Interview II mit hausärztlichem Experte III am 01.06.2011

Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
Primärprävention			
1	Honorierung und Zeitproblem hängen zusammen durch die Abrechnungsstruktur	Das Zeitproblem ist bedingt durch die Abrechnungsstruktur.	K33 Abrechnungsstruktur bedingt Zeitproblem
2	Wenn ich hohe Fallzahlen benötige, um eine ausreichende Vergütung zu erreichen, dann bleibt die Zeit auf der Strecke.	Für eine ausreichende Vergütung sind hohe Fallzahlen nötig, wodurch für den einzelnen Fall weniger Zeit bleibt.	K34 Hohe Fallzahlen und somit ausreichende Vergütung bedeutet weniger Zeit pro Fall
3	Damit für den einzelnen Fall mehr Zeit bleibt, müsste dieser bereits ausreichend vergütet werden.	Eine ausreichende Vergütung des einzelnen Falls bewirkt mehr Zeit für den jeweiligen Fall.	K35 Die Vergütung des einzelnen Falls würde gleichzeitig mehr Zeit pro Fall bedeuten
4	Eine Vergütung halte ich nicht für realistisch.	Eine Vergütung ist nicht realistisch.	K36 Vergütung nicht realistisch
5	Wobei es sicherlich sinnvolle Anknüpfungspunkte gibt für die Empfehlung von Primärprävention, beispielsweise die Checkup >35 Gesundheitsuntersuchung.	Die Checkup-Untersuchung ist ein sinnvoller Anknüpfungspunkt für die Empfehlung von Primärprävention.	K37 Primärprävention im Rahmen von Checkup-Untersuchung K38 Schulungen zur gesunden Lebensweise (Vgl. Diabetes)
6	Auch Schulungen zur gesunden Lebensweise sind denkbar, wie es sie beispielsweise bereits für Diabetiker gibt.	Schulungen zur gesunden Lebensweise (vgl. Diabetes)	K39 Qualitätskontrollen gewährleisten
7	Wichtig ist auch, dass die Präventionsangebote auf ihre Qualität hin überprüft werden.	Qualität der Präventionsangebote kontrollieren.	K40 Extrabudgetäre Vergütung von Präventionsleistungen durch den Hausarzt
8	Allerdings sollten diese Präventionsleistungen durch den Hausarzt nur extrabudgetär vergütet werden.	Vergütung von Präventionsleistungen durch den Hausarzt extrabudgetär.	K41 Motivationssteigerung durch Veranschaulichung der Informationen (z.B. Visualisierung, arriba®)
9	Ja, die Patientenmotivation kann dadurch verbessert werden, dass dem Patienten nicht nur mit Worten etwas erklärt wird. Durch die Visualisierung von Informationen, wie sie beispielsweise mit dem Computer-Programm arriba® möglich ist, werden Inhalte viel eindringlicher	Die Motivation kann gesteigert werden dadurch, dass Informationen eindringlicher werden durch Veranschaulichung (Z.B. Visualisierung durch das Computerprogramm arriba®).	

	und können somit die Motivation erhöhen.		
Gesundheitsberatung von Menschen mit niedrigem SES			
10	Die Einflussmöglichkeiten erhöhen sich, wenn der Hausarzt die Lebensumstände der Patienten kennt.	Durch die Kenntnis der Lebensumstände der Patienten mit niedrigem SES vergrößert sich der Einfluss des Hausarztes.	K42 Vergrößerter Einfluss durch Kenntnis der Lebensumstände
11	Durch die gegenwärtige wirtschaftliche Situation verlegen sich viele Arztpraxen in besser situierte Wohngegenden. Aber auch im Wohnumfeld von Menschen mit niedrigem SES muss die Ansprechbarkeit des Hausarztes gewährleistet sein.	Arztpraxen verlegen sich aus dem Wohnumfeld von Menschen mit niedrigem SES in besser situierte Gegenden, der Zugang zu ihrem Hausarzt muss gewährleistet bleiben.	K43 Den Zugang zu Arztpraxen im Wohnumfeld von Menschen mit niedrigem SES gewährleisten K44 Riskantes Gesundheitsverhalten ist Symptom, da das Lohnenswerte an gesundem Verhalten verkannt wird
12	Schlechtes Gesundheitsverhalten ist ein Symptom	Riskantes Gesundheitsverhalten ist Symptom.	K45
13	Manche wissen es nicht besser. Doch selbst jene, die eigentlich wissen, was gesundes Verhalten ist, handeln nicht entsprechend, da das Lohnenswerte oftmals nicht gesehen wird.	Selbst diejenigen, die wissen, was gesund ist, handeln nicht entsprechend und verkennen das Lohnenswerte.	K45 Compliance-verbesserung durch -Verbesserung der Lebensumstände - vordergründig durch Anreize
14	Entscheidend wäre, die Lebensumstände der Patienten zu verbessern.	Complianceverbesserung durch Verbesserung der Lebensumstände.	K46 Anreize führen nicht zur Überzeugung, sondern zur Ausnutzung des Systems
15	Anreize können vordergründig auch die Compliance erhöhen. Aber das Erbringen der Nachweise wird eben häufig als Selbstzweck verstanden und führt nur zu einer Ausnutzung des Systems, ohne Überzeugung.	Anreize erhöhen vordergründig die Compliance, führen jedoch nicht zu einer inneren Überzeugung, sondern zum Ausnutzen des Systems.	K47 Projektarbeit mit Familien evtl. durch ehrenamtliche Mitarbeiter kann das Interesse an Gesundheitsthemen steigern.
16	Das Interesse an Gesundheitsthemen kann gesteigert werden durch Projekte, in denen Ansprechpartner mit Familien zusammenarbeiten. Eventuell durch ehrenamtliche Mitarbeiter.	Steigerung des Interesses an Gesundheitsthemen durch Projektarbeit mit Familien, eventuell durch ehrenamtliche Mitarbeiter.	
Präventionsleistungen der GKV			
17	Vereinheitlichte Abläufe für alle Versicherungen,	Vergleichbarkeit schaffen durch vereinheitlichte	K48 Vereinheitlichte Abläufe

	so dass eine Vergleichbarkeit entsteht.	Abläufe für alle Versicherungen.	schaffen Vergleichbarkeit
Handlungsempfehlungen			
18	Im Studium würde ich mich ausschließlich für Präventionsthemen interessieren, für die es eine belegte Wirksamkeit gibt. Bsp. Impfungen.	Ausschließlich Präventionsthemen im Studium mit belegter Wirksamkeit (z.B. Impfungen)	K49 Präventionsthemen im Studium mit belegter Wirksamkeit (z.B. Impfungen) und die Initiierung von Verhaltensänderungen
19	Und wie die Umsetzung von Verhaltensänderungen initiiert werden kann.	Initiierung von Verhaltensänderungen	K50 Einblicke in das Leben von Menschen mit niedrigem SES und sozialschwächere Gegenden ihrer Stadt für Medizinstudenten
20	Viele Studenten gehen in ärmere Gegenden der Welt, kennen jedoch sozial schwächere Stadtteile ihrer Stadt nicht Interessant wäre es auch, da die meisten Studenten gleichermaßen einen hohen SES haben, Erfahrungen im sozialen Kontext im Lebensumfeld von Menschen mit niedrigem SES in Deutschland zu sammeln, um zu einer Vorstellung vom Leben mit anderer sozialer Herkunft zu gelangen.	Studenten sollten Einblicke in sozialschwächere Gegenden ihrer Stadt und das Leben von Menschen mit niedrigem SES erhalten.	K51 Fortbildung Interventionstechniken, praktische Kommunikation mit Personen auf anderem Sprachniveau
21	Fortbildung mit Schwerpunkt Interventionstechniken. Aber ich würde eine solche Fortbildung nur besuchen, wenn sie maximal praktisch ausgerichtet wäre. Z.B., wenn man dort ausprobieren könnte, wie es ist, mit Personen auf anderem Sprachniveau zu sprechen.	Fortbildungsschwerpunkt Interventionstechniken mit praktischer Ausrichtung, z.B. Kommunikation mit Personen auf anderem Sprachniveau	

Qualitatives Interview II mit dem Experten aus GKV am 19.08.2011

Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
Primärprävention			
1	Ich würde noch einen Schritt zurückgehen: Es mangelt nicht nur an Zeit. Die Qualifikation, die im Studium im Fach Prävention erworben werden kann, ist nicht ausreichend. Es fehlt sowohl an den Inhalten zu den Themen Bewegung, Entspannung usw., als auch an der Kompetenz, zu Verhaltensveränderungen zu motivieren. Das Zeitargument ist vorgeschoben.	Es fehlt nicht unbedingt an Zeit, sondern an der inhaltlichen Qualifikation im Bereich der Prävention, sowie der Kompetenz, zu Verhaltensveränderungen zu motivieren.	K52 Es fehlt an der fachlichen präventiven Qualifikation und der Kompetenz, zu Verhaltensveränderungen zu motivieren. K53 Einteilung der pauschal vergüteten Zeit durch den Hausarzt. K54
2	Der Hausarzt wird pauschal vergütet und muss mit der ihm zur Verfügung stehenden Zeit auskommen.	Der Hausarzt muss sich die pauschal vergütete Zeit selbst einteilen.	Eingeschränkte Nutzung der extrabudgetären Abrechnungsmöglichkeit im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung
3	Die Möglichkeit einer extrabudgetären Abrechnung der (Sekundär-) Prävention gibt es ja teilweise bereits bspw. im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung (§ 25 SGB V), selbst diese wird jedoch nicht von allen Hausärzten genutzt. Vielleicht aus Unkenntnis.	Einige Ärzte nutzen die Möglichkeit der extrabudgetären Abrechnungsmöglichkeit im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung (§ 25 SGB V) nicht.	K55 Keine Vergütung bei fehlender primärpräventiver Kompetenz K56
4	Eine Vergütung wäre nur dann realistisch, wenn man gleichzeitig die Kompetenz hat. Wenn es an der inhaltlichen und der motivationalen Kompetenz fehlt, dann ist es nicht sinnvoll, die primärpräventiven Bemühungen zu vergüten. Wenn die Ärzte die Kompetenz hätten, könnte man sich das überlegen.	Bei fehlender inhaltlicher und motivationaler Kompetenz ist es nicht sinnvoll, die primärpräventiven Bemühungen zu vergüten.	Vergütung derzeit unrealistisch K57 Der Arzt verbindet wenig mit dem Begriff Motivation K58 Das Medizinstudium um Aspekte der Sozialkompetenz erweitern.
5	Angesichts der allgemeinen Lage halte ich dies aber für sehr schwierig und halte eine Vergütung derzeit für unrealistisch.	Eine Vergütung halte ich derzeit für unrealistisch.	K59 Biochemisches und krankheitsbezogenes Wissen des Arztes, statt Kenntnisse der Motivationsfähigkeit.
6	Hier wiederhole ich mich	Der Arzt kennt das Wort	

	etwas, ich denke, allein schon der Begriff „Motivation“ ist für den Arzt ein Fremdwort, so wie für einen Laien ein medizinischer Begriff ein Fremdwort ist. Er kennt das Wort, verbindet aber wenig damit.	„Motivation“, verbindet aber wenig damit.	K60 Motivational Interviewing und Kenntnis, sowie Einordnung in das Modell nach Prochaska
7	Ich halte es für notwendig, das Medizinstudium um Aspekte der Sozialkompetenz zu erweitern. Es ist nicht davon auszugehen, dass diese von einem Medizinstudenten mitgebracht wird. Darüber hinaus profitiert der Arzt ja nicht nur von einem hohen Maß an Sozialkompetenz in Bezug auf die Prävention, sondern ja auch im Umgang mit chronisch Kranken.	Das Medizinstudium sollte um Aspekte der Sozialkompetenz erweitert werden, da der Arzt in vielen Bereichen, nicht nur der Prävention, davon profitiert.	K61 Den ganzen Menschen fokussieren
8	Wissen des Arztes ist eher biochemisch ausgerichtet bzw. rein krankheitsbezogen. An Techniken, zu gesundem Verhalten zu motivieren, mangelt es hingegen.	Das Wissen des Arztes ist biochemisch und krankheitsbezogen ausgerichtet, weniger auf Techniken der Motivation.	
9	Eine Möglichkeit zur Motivation besteht z.B. in der Technik des Motivational Interviewing, weitere Voraussetzung ist aber auch die Kenntnis des Stadienmodells (Anm: Prochaska) und den Patienten dahingehend einordnen können.	Eine Technik zur Motivation stellt z.B. das Motivational Interviewing dar und die Einordnung des Gegenübers in das Stadienmodell nach Prochaska.	
10	Ein Perspektivwechsel dahingehend, den ganzen Menschen in den Blick zu nehmen, ist nötig.	Erforderlicher Perspektivwechsel im Hinblick auf den ganzen Menschen.	
Gesundheitsberatung von Menschen mit niedrigem SES			
11	Ich würde behaupten, der Einfluss des Hausarztes auf Menschen mit niedrigem SES kann verbessert werden, in dem man direktiv auf diese Patienten zugeht und das Autoritätsgefälle nutzt. Bei einer Vielzahl würde das funktionieren.	Verbesserung des Einflusses durch direktives Zugehen auf Menschen mit niedrigem SES und Nutzung des Autoritätsgefälles.	K62 Direktives Zugehen auf Menschen mit niedrigem SES und Nutzung des Autoritätsgefälles verbessert den Einfluss des Hausarztes
12	Wobei man natürlich aufpassen muss. Das ist eine Frage der Interaktion.	Wobei dies eine Frage der Interaktion ist, die nicht pauschal, sondern erst nach	K63 Autoritäres Auftreten

	Eine junge deutsche Ärztin sollte gegenüber einem jungen türkischstämmigen Patienten nicht pauschal autoritär auftreten. Bei älteren Patienten kann auch ein junger Arzt dies durchaus versuchen. Zuerst sollte allerdings das Autoritätsgefälle analysiert werden.	Analyse des Autoritätsgefälles erfolgen sollte.	der Interaktion angemessen. K64 Complianceverbesserung durch Hartnäckigkeit und wiederholtes Ansprechen K65
13	Complianceverbesserung durch „Dran bleiben“. Sich selbst auch notieren, wen man bereits auf Verhaltensveränderungen angesprochen hat. Und immer wieder kontrollieren und die Patienten auch etwas unter Druck setzen.	Hartnäckigkeit und wiederholtes Ansprechen setzen die Patienten unter Druck und können die Compliance verbessern.	Brückenbau zu eigenen Interessen und Autorität können das Interesse an Gesundheitsthemen bei niedrigem SES steigern K66
14	Das kommt darauf an. Das Interesse an Gesundheitsthemen kann bei niedrigem SES zum einen über die Autorität gesteigert werden und dann über eine Brücke zu den eigenen Interessen des Patienten.	Steigerung des Interesses an Gesundheitsthemen bei niedrigem SES über Autorität und den Brückenbau zu eigenen Interessen.	Männer über Kraft und Fitness, Frauen über Schönheit ansprechen K67 Das Ideal einer Gruppe erkennen und daran anknüpfen.
15	Männer interessieren sich bspw. pauschal nicht so sehr für Gesundheitsthemen, diese sind eher über die Themen Kraft und Fitness anzusprechen. Frauen hingegen über Schönheit.	Männliche Interessen sind eher auf Kraft und Fitness, weibliche Interessen auf Schönheit ausgerichtet.	
16	Es ist wichtig zu betrachten, welches Ideal eine bestimmte Gruppe hat, und über den Brückenbau zu diesem Ideal versuchen, die Individuen zu erreichen.	Das Ideal einer Gruppe erkennen und daran anknüpfen.	
Präventionsleitungen der GKV			
17	Über die Homepage der BKK gelangt man ja z.B. zu der easy!-Datenbank, in der alle Angebote übersichtlich und regional abrufbar sind.	Die easy!-Datenbank ist eine übersichtliche Darstellung aller regionalen Angebote.	K68 easy!-Datenbank ist eine übersichtliche Darstellung aller regionalen Angebote
18	Im Grundsatz ist die Kostenübernahme ja bei allen GKVn ähnlich (meistens 80%). Außerdem sind die Grundsätze im Handlungsleitfaden der	Das Prinzip der Kostenübernahme ist bei allen GKVn ähnlich und die Grundsätze sind im Handlungsleitfaden der GKV schriftlich fixiert	K69 Prinzip der Kostenübernahme bei allen GKVn ähnlich und im Handlungsleitfaden fixiert

	GKV fixiert.		
19	Aber wenn man sich damit nicht regelmäßig beschäftigt, dann erscheint die Thematik vielleicht unübersichtlich, da kann ich die Ärzte dann schon verstehen.	Unübersichtlichkeit ggf. nicht unberechtigt	K70 Unübersichtlichkeit ggf. begründet K71 GKV sollte für Übersichtlichkeit sorgen
20	Hier besteht dann sicherlich eine Bringschuld seitens der GKV den Vertragspartnern/ der Ärzteschaft eine Hilfe zu bieten, diese Themen näher zu bringen.	GKV sollte den Ärzten gegenüber für Übersichtlichkeit sorgen.	K72 Vermittlung über Studium, Fachmedien oder Weiterbildungen möglich
21	Dies könnte einerseits im Studium geschehen, wobei der Weg dann doch recht weit ist, bis dies dann relevant wird für die Ärzte. Oder über entsprechende Fachmedien (Zeitschriften, etc.) bzw. Weiterbildungen: Was bieten die GKVen, zu welchen Bedingungen usw.	Vermittlung könnte über Studium, Fachmedien oder Weiterbildungen möglich werden.	K73 Schwierigkeit, punkterelevante Fortbildung zu diesem Thema für Ärzte interessant zu machen
22	Wobei hierin dann die Herausforderung besteht, wie schafft man es eine solche punkterelevante Schulung so attraktiv zu gestalten, dass Ärzte Interesse haben, daran teil zu nehmen.	Es ist schwierig, eine punkterelevante Schulung für Ärzte interessant zu gestalten.	
Handlungsempfehlungen			
23	Die angehenden Ärzte sollte besonders interessieren, wie man ein Gefühl für die Menschen bekommt. Wie kann man Menschen einschätzen und in Prochaska-Stadien einordnen? Mit welchen Methoden kann ich jemanden überzeugen, also z.B. Gesprächstechniken erlernen.	Medizinstudenten sollten sich besonders dafür interessieren, ein Gefühl für Menschen zu entwickeln, um diese im Hinblick auf die Phasen der Motivation nach Prochaska einschätzen zu können und Gesprächstechniken erlernen.	K74 Medizinstudenten sollten sich besonders für das Erlernen von Gesprächstechniken und die Einschätzungsfähigkeit von Patienten interessieren. K75 Umgang mit Gruppen erlernen
24	Vielleicht würde ich mir auch wünschen zu lernen, wie ich mit Gruppen umgehe. Dies könnte nebenbei ja auch in finanzieller Hinsicht interessant sein, da man an Gruppen mehr verdienen kann, als an Einzelpersonen.	Den Umgang mit Gruppen erlernen, was auch unter finanziellen Aspekten interessant sein kann.	K76 Fortbildungsschwerpunkt Kommunikationsfähigkeit

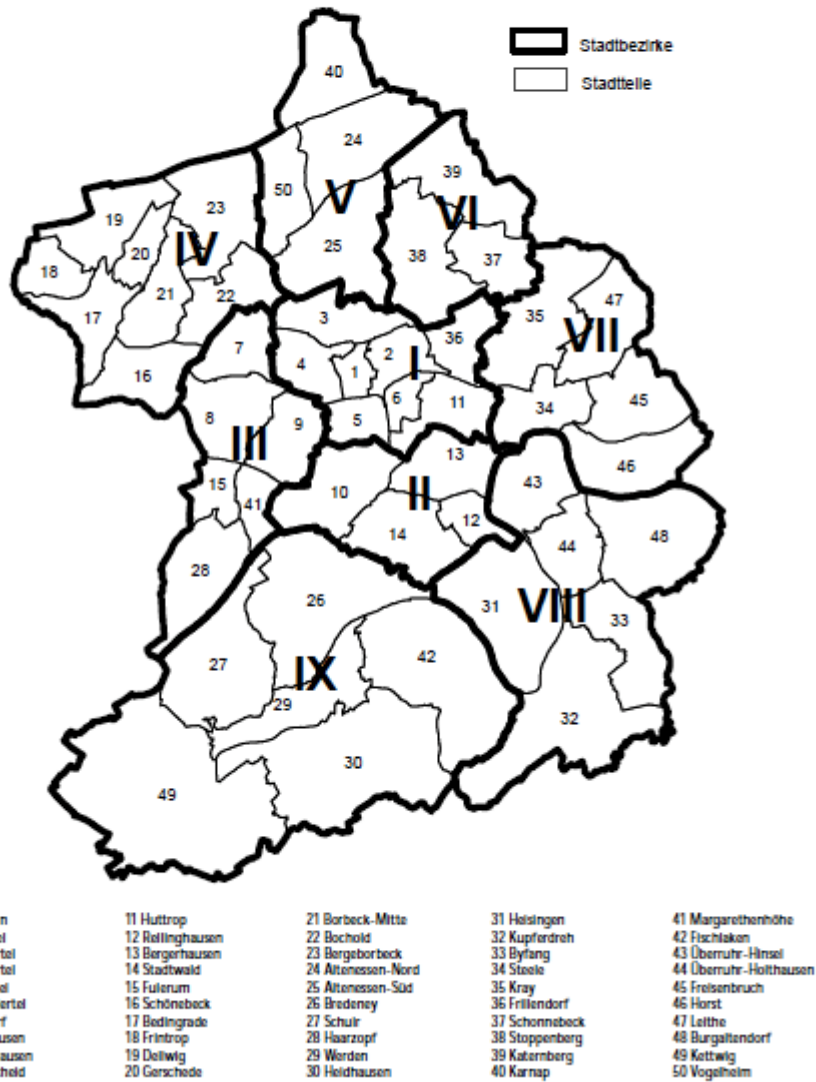
25	Verbesserung der Kommunikationsfähigkeiten, auch z.B. im Hinblick auf die Motivationsfähigkeiten, da ich diese dann auch für andere Zwecke nutzen kann (z.B. bei chronisch Kranken).	Verbesserung von Kommunikationsfähigkeiten als Schwerpunkt einer punkterelevanten Fortbildung	
----	--	---	--

D Übersichtskarte Stadtbezirke

Die kleinräumige Gliederung des Essener Stadtgebietes Stadtbezirke und Stadtteile



Amt für Statistik,
Stadtforschung
und Wahlen



Quelle:

http://media.essen.de/media/wwwessende/aemter/12/Stadtbezirke_und_Stadtteile.pdf

(zuletzt abgerufen am 01.11.2011)

E Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Teilnahme an einer Maßnahme zur Gesundheitsförderung nach Geschlecht und Sozialschicht - Gesundheitssurvey NRW 2000	8
Abbildung 1	Zusammenhänge zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit	10
Abbildung 2	The main determinants of health	27
Abbildung 3	Studiendesign	29
Tabelle 2	Arztdichte in den Essener Stadtbezirken im Jahr 2010	31
Tabelle 3	Verteilung des Rücklaufs der Praxen nach Bezirken	37
Tabelle 4	Responseverhalten nach Bezirken	37
Tabelle 5	Beschreibung der teilnehmenden Allgemeinmediziner und Praxen	38
Tabelle 6	Verteilung der Praxen mit hohem und sehr hohem Patientenanteil Mit Migrationshintergrund in Essen	39
Abbildung 4	Verteilung der Praxen mit hohem und sehr hohem Patientenanteil mit Migrationshintergrund in den Bezirken	39
Abbildung 5	Realer Anteil der Primärprävention gemessen an der Gesamtarbeitszeit	41
Abbildung 6	Gewünschter Anteil der Primärprävention gemessen an der Gesamtarbeitszeit	41
Tabelle 7	Einfluss des Hausarztes auf Patienten mit höherem/ niedrigerem SES	42
Abbildung 7	Subjektive Beratungskompetenz zu den 4 Handlungsfeldern der Primärprävention	43
Tabelle 8	Einsatz von Medien bei der Empfehlung von Präventionsangeboten	44
Tabelle 9	Erschwernisse der Primärprävention	44
Tabelle 10	Maßnahmen, die unterstützend auf die Anwendung der Primärprävention durch den Hausarzt wirken können	45

Danksagung

Mein Dank gilt Herrn Prof. Dr. rer. nat. Karl-Heinz Jöckel für die Überlassung des Themas und die Möglichkeit, am Institut für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie unter förderlichen und angenehmen Bedingungen zu promovieren.

Ganz besonders herzlich danke ich Frau Dr. rer. medic. Claudia Pieper für ihre hervorragende und überaus zuverlässige Begleitung und Betreuung in allen Phasen meiner Dissertation.

Herrn Dr. rer. soc. Alfons Schröer danke ich für den Anstoß zum Thema dieser Arbeit. Ihm sowie Frau Gabriele Fobbe, Frau Dr. med. Eva Rotter und Herrn Prof. Dr. med. Thomas Quellmann danke ich sehr für die freundliche Unterstützung im Rahmen der qualitativen Interviews.

Weiterhin gilt mein aufrichtiger Dank den 52 Hausärzten, die an der schriftlichen Befragung teilgenommen haben. Ohne ihre Mitwirkung wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen.

Außerdem danke ich Izabela und Sarah für die jederzeit unkomplizierte Hilfe bei spontanen Fragen im Umgang mit SPSS.

Für die konstruktive Kritik bei der Erstellung des Fragebogens bedanke ich mich sehr bei Joelle, Andrea, Sophia, Maryam, Yasmin und Gregor.

Größter Dank gilt meinen Eltern, die jederzeit für mich da sind und mir das Medizinstudium ermöglicht haben sowie meinem Ehemann, Tobias, der mich immer und in jeder Hinsicht unterstützt.

Lebenslauf

Angaben zur Person

Name: Juliane Fuchs geb. Vonau

Geburtsdatum: 20.10.1980

Geburtsort: Neuwied

Familienstand: verheiratet mit Tobias Fuchs

Berufliche Tätigkeit II

Seit 08/ 2012 Assistenzärztin (Innere Medizin) im Krankenhaus der Augustinerinnen,
Köln

Hochschulbildung

2009-2012 Studium der Humanmedizin an der Universität Duisburg Essen,
Staatsexamen im Frühjahr 2012

2005-2009 Studium der Humanmedizin an der Universität Rostock,
Erster Abschnitt der ärztlichen Prüfung im Herbst 2007

Berufliche Tätigkeit I

2004-2005 Gesundheits- und Krankenpflegerin im
Heilig Geist Krankenhaus in Köln

2001-2004 Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin an der
Louise von Marrillac Krankenpflegeschule in Köln

Schulbildung

1991-2001 Werner-Heisenberg-Gymnasium Neuwied

1987-1991 Grundschule Straßenhaus