

**Kann die medizinische Vorsorgeuntersuchung
durch verhaltensorientierte Angebote
der Gesundheitsförderung ergänzt und verbessert werden?**

Verfasserin

Sindler Karin Anna

Matrikelnummer: 1033400

UNIVERSITÄTSLEHRGANG
**PUBLIC
HEALTH**
Management in der Krankenversorgung
und Gesundheitsförderung



Postgraduate School

Medizinische Universität Graz

Universitätslehrgang Public Health 2010 - 2012

Medizinische Universität Graz

Zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Public Health

Betreuerin: Mag^a Drⁱⁿ Christine Neuhold

Zweitbetreuer: Dr. med. Martin Sprenger, MPH

Kumberg, Jänner 2013

Kurzfassung

Hintergrund: In den letzten Jahren ist eine Zunahme an chronischen Krankheiten aufzeigbar. Das Auftreten dieser Krankheiten kann auch mit Risikofaktoren wie Tabak, Alkohol, Übergewicht und Bewegungsmangel in Verbindung gebracht werden. Bis dato haben die Gesundheitsförderung und Prävention noch keinen großen Stellenwert eingenommen, diesen Krankheiten präventiv vorzubeugen. Durch Verhaltensänderungen im Hinblick auf die Lebensweise sowie durch die Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten soll diesem Problem entgegengewirkt werden.

Ziele: Mit geeigneten Interventionen wird im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung in Österreich versucht die Entstehung von Krankheiten, die auf einen ungesunden Lebensstil zurück zu führen sind, zu verhindern. Seit 2005 kommt den Ärzten vermehrt die Tätigkeit zu, den Teilnehmern der Vorsorgeuntersuchung Beratung und Unterstützung bei Lebensstilmodifikationen in den Bereichen Ernährung, Bewegung und Tabakkonsum zu bieten. Ziel dieser Arbeit ist es zu untersuchen, welche Interventionsmaßnahmen im Rahmen der ärztlichen Kurzberatung im Zuge der Vorsorgeuntersuchung Anwendung finden und wie Allgemeinmediziner diese, ihre Auswirkungen auf eine Veränderung im Gesundheitsverhalten sowie das Angebot und den Bedarf an weiterführenden, gesundheitsfördernden Angebotsstrukturen beurteilen.

Methodik: Vorerst wurde durch eine umfangreiche Literaturrecherche der theoretische Teil der Arbeit zu den Themen der Prävention und Gesundheitsförderung sowie der Vorsorgeuntersuchung erarbeitet. Für die ausführliche Beantwortung der zentralen Forschungsfragen wurden die aus der Theorie abgeleiteten Ergebnisse mit Hilfe einer empirischen, qualitativen Forschungsarbeit überprüft und ergänzt. Dazu wurden leitfadengestützte Experteninterviews mit Allgemeinmediziner*innen mit Vorsorgeuntersuchungsvertrag durchgeführt.

Ergebnisse: Die Durchführung der Lebensstilinterventionen in der Praxis folgt keinem einheitlichen Schema. Auch bei den Erfolgsraten für Verhaltensveränderungen variieren die Ergebnisse. Anders hingegen präsentieren sich die Ergebnisse hinsichtlich dem Bedarf und den Angeboten. Der Bedarf an gesundheitsfördernden Angeboten ist absolut gegeben und örtliche Angebote sind den Ärzten bekannt. Der Wunsch nach Kooperationen mit interdisziplinären Berufsgruppen sowie die Schaffung von Netzwerken werden geäußert.

Schlüsselwörter: Vorsorgeuntersuchung – Lebensstilmedizin – beratende, ärztliche Interventionen – Änderung des Gesundheitsverhalten – gesundheitsfördernde Angebote

Summary

Background: The increase in chronic diseases in recent years can be related to such risk factors as smoking, alcohol, overweight and lack of exercise. To date, no great importance has been attached to health promotion and preventive measures that could reduce the incidence of these illnesses. Changes in life style and the creation of healthy environments should serve to counteract this problem.

Aims: In the context of preventive medical examinations, suitable interventions are in place to prevent the development of diseases that are due to an unhealthy life style. Since 2005, physicians have been increasingly involved in helping patients who come for check-ups with counseling and support aimed at modifying their life styles in the areas of nutrition, exercise and smoking. The aim of this project is to determine which measures doctors use for brief medical counseling in the course of the check-up and how they evaluate their effectiveness in achieving life-style modifications, as well as what resources are available and what is needed for further health promotion.

Methods: The theoretical part of the study is based on an extensive search of the literature on prevention and health promotion as well as on preventive medical examinations. For comprehensive treatment of the central research questions, the theoretical results were checked and complemented with an empirical, qualitative research project. This comprised structured expert interviews with primary care physicians with contracts to conduct preventive medical examinations.

Results: There is no set procedure for life-style interventions in general medical practice. The success rates for behavioral changes also vary. The situation is different, however, with respect to what is needed and what is available. There is an absolute need for health-promoting resources and physicians are aware of what is available in their vicinity. Cooperation with interdisciplinary professional groups and the creation of networks would be desirable.

Key words: preventive medical examination – life-style medicine – medical counseling – change in health behavior – health-promoting resources

Danksagung

Das Gelingen dieser Arbeit wäre ohne die begleitende Unterstützung einiger Personen nicht möglich gewesen. Auf diesem Wege möchte ich mich bei alle jenen bedanken, die mich bei meiner Masterthesis tatkräftig und moralisch unterstützt haben.

Ein ganz besonderer Dank geht an meine Betreuerin Mag^a Drⁱⁿ Christine Neuhold, die mich sowohl fachlich als auch moralisch jeder Zeit unterstützt hat sowie für die vielen Denkanstöße und Tipps, die sie mir geliefert hat.

Ein großer Dank gebührt außerdem den befragten Experten – Dr. Michael Wendler, Dr. Ingrid Kelz, Dr. Willibald Kelz, Dr. Herbert Ederer, Dr. Martin Hitziger, Dr. Sabine Fuchs und Dr. Heidrun Kampelmühler - die sich nicht nur die Zeit genommen haben sondern auch bereit waren durch ausführliche Gespräche meine Masterarbeit zu bereichern.

Weiters bedanken möchte ich mich bei meinem Lehrgangisleiter Dr. Martin Sprenger für den anregenden Gedankenaustausch und die kritischen Denkanstöße zu Beginn der Arbeit. Dieser Dank gilt auch meinem Studienkollegen Mag. Florian Schnabel, der immer für Fragen zur Verfügung stand und mir vor allem methodische Unterstützung leistete.

Weiters möchte ich mich ganz herzlich bei meinen Eltern und Freunden bedanken, die immer für mich da waren, mich durch viele Hochs und Tiefs begleitet haben und mir stets durch aufmunternde Worte Kraft gegeben haben.

Last but not least möchte ich mich bei meinem Freund Dip. Ing. Heinz-Peter Koller bedanken, der mir durch seine computertechnischen Fähigkeiten zur Seite gestanden ist. Auch für das Verständnis, welches er in dieser Zeit aufgebracht hat und für die bedingungslose Hilfe und Unterstützung möchte ich ihm danken.

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne unerlaubte fremde Hilfe verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt bzw. die wörtlich und sinngemäß entnommenen Stellen anderer Autor/innen als solche kenntlich gemacht habe.

Kumberg, am 31.Jänner 2013

Unterschrift

Inhaltsverzeichnis

1. EINLEITUNG	1
1.1. Ausgangslage und Problemstellung	1
1.2. Public Health Relevanz	3
1.3. Ausgangshypothesen und Zielsetzung	5
1.4. Forschungsfragen	6
1.5. Methodik	7
1.5.1. Strategien der Literaturrecherche	7
1.5.2. Literaturanalyse.....	8
1.5.3. Aufbau der Arbeit	9
2. THEORETISCHER TEIL	9
2.1. Zentrale Begriffe aus dem Bereich der Gesundheitsförderung und der Prävention .	9
2.1.1. Gesundheit.....	9
2.1.2. Salutogenese	10
2.1.3. Gesundheitsförderung.....	11
2.1.4. Prävention.....	12
2.1.5. Gesundheitsförderung versus Prävention.....	13
2.1.6. Interventionen	14
2.2. Determinanten-Modell für Gesundheit.....	14
2.3. Gesundheitsverhalten und Lebensstil.....	15
2.4. Theoretische Modelle zur Veränderung des Gesundheitsverhaltens	16
2.4.1. Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung	17
2.4.1. Health-Belief Modell	18
2.4.2. Konzept der motivationalen Gesprächsführung	19
2.5. Zentrale Begriffe rund um die Vorsorgeuntersuchung	19
2.5.1. Screening.....	19
2.5.2. Vorsorgeprogramm / Vorsorgeuntersuchung.....	20
2.6. Die Vorsorgeuntersuchung als Screeningprogramm in Österreich	20

2.6.1.	Nutzen der Vorsorgeuntersuchung.....	21
2.6.2.	Ziele der Vorsorgeuntersuchung	21
2.6.3.	Die gesetzlichen Grundlagen	23
2.6.4.	Durchführung der Vorsorgeuntersuchung.....	23
2.6.5.	Frequenzstatistik der Vorsorgeuntersuchung	24
2.7.	Lebensstilmedizin.....	26
2.7.1.	Definition Lebensstilmedizin	27
2.7.2.	Angewandte theoretische Modelle zur Verhaltensänderung in der Primärversorgung.....	28
2.7.3.	Interventionen im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung.....	32
2.8.	Ergebnisse zur Durchführung der Interventionen in der Praxis.....	38
2.9.	Gesundheitsfördernde Angebote.....	43
2.9.1.	Pilotprojekt „VORSORGEaktiv“	43
2.9.2.	Projekt „Bewegt gesund“	45
2.9.3.	Tabakentwöhnungsangebote	48
3.	EMPIRISCHER TEIL.....	51
3.1.	Die Datenerhebungsmethodik.....	51
3.1.1.	Leitfadengestütztes Interview	51
3.1.2.	Entwicklung des Leitfadens	52
3.1.3.	Auswahl der Experten	52
3.1.4.	Interviewdurchführung.....	54
3.2.	Auswertung der Interviews	55
3.3.	Ergebnisse der Expertenbefragung.....	56
3.3.1.	K1 - Assoziationen zur Lebensstilmedizin	56
3.3.2.	K2 - Kurzinterventionen.....	57
3.3.3.	K3 - Erfolgchancen für anhaltende Verhaltensmodifikationen.....	58
3.3.4.	K4 - Barrieren für die Durchführung von Kurzinterventionen.....	59
3.3.5.	K5 - Informations- und Kenntnisstand über weiterführende Hilfsangebote.....	61
3.3.6.	K6 - Bedarf an gesundheitsfördernden Angeboten.....	61

3.3.7. K7 - Kooperationen mit interdisziplinären Teams	62
3.4. Zusammenführung der Theorie und Empirie	63
4. ZUSAMMENFASSUNG, DISKUSSION UND AUSBLICK	66
4.1. Zusammenfassung.....	66
4.2. Diskussion.....	69
4.3. Ausblick.....	71
5. LITERATURVERZEICHNIS	72
6. ANHANG	77
6.1. Informationsblatt für Ärzte und Ärztinnen.....	77
6.2. Telefonische Kontaktaufnahmen	78
6.3. Absichtserklärung.....	78
6.4. Leitfaden	79
6.5. Kategorienschema mit Kategoriendefinitionen.....	82

Personenbezogene Bezeichnungen sowie Berufsbezeichnungen, sofern sie in weiblicher oder in männlicher Form angeführt sind, beziehen sich in dieser Arbeit in gleicher Weise auf Frauen und Männer. Werden bestimmte Personen erwähnt oder zitiert, wird die jeweils geschlechterspezifische Form verwendet.

Abkürzungsverzeichnis

ALMA	Australian Lifestyle Medicine Association
ARRIBA	Absolutes und Relatives Risiko - Individuelle Beratung in der Allgemeinarzt-Praxis
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMI	Body-Mass-Index
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
GPPAQ	General Practice Physical Activity Questionnaire
HVB	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
IfGP	Institut für Gesundheitsförderung und Prävention
KHK	koronare Herzkrankheit
ÖÄK	Österreichische Ärztekammer
OECD	Organisation of Economic Co-operation and Development
OÖGKK	Oberösterreichische Gebietskrankenkasse
SVA	Sozialversicherungsanstalt der Bauern
STGKK	Steirische Gebietskrankenkasse
TRoPHI	The Trials Register of Promoting Health Interventions
UK NSC	UK National Screening Committee
USPSTF	U.S. Preventive Service Task Force
VAEB	Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau
VU	Vorsorgeuntersuchung
WHO	World Health Organization

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Verhalten-/Verhältnisprävention (Hurrelmann, Klotz, & Haisch, 2010, S. 39)	13
Abbildung 2: Einflussfaktoren auf die Gesundheit: das Regenbogen-Modell nach Whitehead und Dahlgren (Darstellung: Fonds Gesundes Österreich) (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), o.J.)	14
Abbildung 3: Transtheoretisches Modell der Verhaltensänderung (nach Prochaska und DiClemente 1983;1991) (Hurrelmann, Klotz, & Haisch, 2010, S. 29)	18
Abbildung 4: Ziele von Screeningprogrammen (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hrsg.), 2005, S. 8)	23
Abbildung 5: Summary of the main theoretical models of behavioural change in primary care (Grandes et al, 2008).....	29
Abbildung 6: Das 5-A Konzept (übersetzte Version) (Walter & Schwartz, o.J., S. 19)	30
Abbildung 7: Intervention components associated with modification of lifestyle behaviours in primary care setting (Grandes et al, 2008).....	31
Abbildung 8: 5-A Strategie als Hilfestellung zur Veränderung des Bewegungsverhaltens (Bergert et al, 2011, S. 40)	34
Abbildung 9: „Fünf E's“ zur Entwöhnung (Neuberger, 2005, S. 37)	37
Abbildung 10: Lebensstilberatung zum Rauchstopp (Malli, 2011, S. 14)	39
Abbildung 11: Lebensstilberatung zu körperlicher Aktivität (Malli, 2011, S. 14)	39
Abbildung 12: Lebensstilberatung (Malli G. , 2010, S. 58).....	41
Abbildung 13: Ablauf von VORSORGEaktiv (Gartlehner & Reichenpfader, 2010, S. 7)	44
Abbildung 14: Ablauf in der Ordination (Wiener Gebietskrankenkasse, 2010, S. 6)	46
Abbildung 15: Ablauf von Bewegt gesund im Verein (Wiener Gebietskrankenkasse, 2010, S. 8)	47
Abbildung 16: Ziele der Tabakpräventionsstrategie Steiermark (Hager, Stelzhammer, & Friedl, 2011, S. 8)	48
Abbildung 17: Angebotspyramide (Hager, Stelzhammer, & Friedl, 2011, S. 15).....	49
Abbildung 18: Grundgesamt der Befragten (eigene Darstellung)	53
Abbildung 19: Informationsblatt für Ärzte und Ärztinnen (eigene Erstellung)	77
Abbildung 20: Absichtserklärung (eigene Erstellung)	78
Abbildung 21: Leitfaden (eigene Erstellung)	81

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Vorsorgeuntersuchung nach Bundesländern und Geschlecht in Absolutzahlen (alle Krankenversicherungsträger), Jahr 2010 (Kvas, A. et al., 2011, S. 35).....	24
Tabelle 2: Vorsorgeuntersuchung nach Bundesländern und Geschlecht in Prozenten der Wohnbevölkerung ab 18 Jahren, Jahr 2010 (Kvas, A. et al., 2011, S. 36)	25
Tabelle 3: Vorsorgeuntersuchung nach Alter und Geschlecht in Absolutzahlen (alle Krankenversicherungsträger), Jahr 2010 (Kvas, A. et al., 2011, S. 37).....	25
Tabelle 4: Vorsorgeuntersuchung nach Alter und Geschlecht in Prozenten der Wohnbevölkerung ab 18 Jahren, Jahr 2010 (Kvas, A. et al., 2011, S. 38)	26
Tabelle 5: Unterschiede zwischen traditioneller Medizin und Lebensstilmedizin (Egger, Binns, & Rossner, 2008, S. 4).....	28
Tabelle 6: Barrieren der Lebensstilberatung (Malli G. , 2010, S. 58).....	40
Tabelle 7: Die befragten Experten (eigene Darstellung)	55
Tabelle 8: Telefonische Kontaktaufnahmen (eigene Darstellung)	78
Tabelle 9: Kategorienschema mit Kategoriendefinitionen (eigene Darstellung)	82

1. EINLEITUNG

1.1. Ausgangslage und Problemstellung

„Die Kunst zu heilen kann viele Leiden lindern, doch schöner ist die Kunst, die es versteht, die Krankheit am Entstehen schon zu hindern.“ (Max von Pettenkofer 1818 – 1901)

Durch die Zunahme an chronischen Krankheiten sind die Gesundheitssysteme in ganz Europa gefordert, dieses Problem in den Griff zu bekommen. Nichtübertragbare Krankheiten sind nicht nur Ursache für frühzeitige Todesfälle und für körperliche Beeinträchtigungen sondern sie verringern auch die bei guter Gesundheit verbrachten Lebensjahre beträchtlich (Weltgesundheitsorganisation, 2010, S. 72).

Laut Weltgesundheitsorganisation (2006) sind nur einige wenige Erkrankungen für den Großteil der Krankheitslast in Europa verantwortlich. Zu diesen nichtübertragbaren Krankheiten zählen Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, chronische Atemwegserkrankungen und psychische Gesundheitsstörungen. Diese genannten Erkrankungen sind für 86% aller Todesfälle und 77% der gesamten Krankheitslast in der europäischen Region verantwortlich. Nicht ganz 60% der gesamten Krankheitslast sind auf die sieben führenden Risikofaktoren zurückzuführen: Bluthochdruck (12,8%), Tabak (12,3%), Alkohol (10,1%), hohes Blutcholesterin (8,7%), Übergewicht (7,8%), niedriger Obst- und Gemüsekonsum (4,4%) und Bewegungsmangel (3,5%) (Weltgesundheitsorganisation, 2006, S. 4f). Nichtübertragbare Krankheiten belasten die Gesundheitssysteme enorm, sodass 70-80% der Gesundheitsausgaben auf chronische Krankheiten entfallen. Bis dato haben die Gesundheitsförderung und Prävention zur Bekämpfung von nichtübertragbaren Krankheiten aber keinen großen Stellenwert eingenommen, denn im Durchschnitt werden nur 3% der gesamten Gesundheitsausgaben in diese Bereiche investiert (Weltgesundheitsorganisation, 2006, S. 10). Dem Anstieg von nichtübertragbaren Krankheiten muss durch Verhaltensänderungen im Hinblick auf die Lebensweise sowie durch die Schaffung von gesundheitsfördernden Lebenswelten entgegengewirkt werden (Weltgesundheitsorganisation, 2010, S. 79).

Laut OECD (2011) sind die Gesundheitsausgaben in Österreich mit 11% des BIP im EU Vergleich sehr hoch und somit liegt Österreich bei den öffentlichen als auch privaten Gesundheitsausgaben über dem OECD Durchschnitt (OECD, 2011, S. 151). Die Ausgaben für Prävention liegen mit 1,8% unter dem europäischen Durchschnitt von 2,9% (Aiginger, 2011, S. 3f). Durch Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen kann erreicht werden, dass Krankheiten

vermieden oder frühzeitig erkannt werden können. Als positiver Nebeneffekt könnte sich eine Kostenreduktion in der Krankenbehandlung bemerkbar machen. (Österreichischer Verband der Impfstoffhersteller, 2011, S. 8f) In Österreich ist eine steigende und überdurchschnittliche Lebenserwartung im Europavergleich zu verzeichnen, jedoch liegt die Gesundheitserwartung - also die beschwerdefreien Lebensjahre bei guter Gesundheit – fast 3 Jahre unter dem europäischen Durchschnitt. Somit liegt Österreich von 27 Ländern nur an 20ster Stelle. (Aiginger, 2011, S. 2)

Nicht nur das Alter, das Geschlecht oder die genetische Veranlagung zählen zu den gesundheitlichen Einflussfaktoren. Vielmehr wirkt sich auch das individuelle Verhalten (Ernährung, Bewegung, Rauchen usw.) auf die Gesundheit aus (Gesundheit Österreich GmbH/Geschäftsbereich ÖBIG, 2009, S. 31). Die Entstehung von Herz-Kreislauferkrankungen sowie vieler anderer Erkrankungen kann durch einen ungesunden Lebensstil vor allem durch Tabakkonsum, unausgewogene Ernährung und körperliche Inaktivität begünstigt werden. Diese ungesunden Verhaltensweisen zählen zu den bekanntesten, jedoch auch vermeidbaren Risikofaktoren für Herz-Kreislauferkrankungen (Leitner, 2010, S. 60).

Die schwerpunktmäßige Ausrichtung des Gesundheitssystems auf Kuration und Therapie wird durch den demographischen Wandel und die Zunahme an nichtübertragbaren Krankheiten nicht mehr aufrecht zu erhalten sein. Durch die Integration von Prävention und Gesundheitsförderung in die Gesundheitsversorgung kann es gelingen, dem steigenden Versorgungsbedarf entgegen zu wirken und den Anstieg der chronischen Krankheiten zu drosseln (Hurrelmann, Klotz, & Haisch, 2010, S.18f).

Das allseits bekannte Zitat von Hippokrates „Vorbeugen ist besser als Heilen“ gilt heute noch als Grundsatz der Medizin (Österreichischer Verband der Impfstoffhersteller, 2011, S. 3). Österreich hat mit der Einführung der Vorsorgeuntersuchung im Jahr 1974 den ersten Schritt getan, um Krankheiten welche vorerst noch unbemerkt sind und Risikofaktoren welche die Entstehung von Krankheiten begünstigen können, so früh als möglich zu erkennen (Püringer, Klima, & Piribauer, 2005, S.17f).

Bis dato hat man der flächendeckenden Prävention solcher Risikofaktoren zu wenig an Bedeutung geschenkt. Mit der Erweiterung des Angebotes der Vorsorgeuntersuchung durch die Erkenntnisse aus der modernen Lebensstilmedizin im Jahr 2005 wurde aber ein erster wichtiger Schritt getan. Mit geeigneten Interventionen wird versucht die Entstehung von Krankheiten, die auf einen ungesunden Lebensstil zurück zu führen sind, zu verhindern. Im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung werden Personen mit Risikofaktoren identifiziert um diese im gegebenen Fall bei der Reduktion ihres Risikos

zu unterstützen bzw. um der Entstehung von Krankheiten durch einen ungesunden Lebensstil entgegenzuwirken (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 2005, S.7).

Im Rahmen der Anpassung der Vorsorgeuntersuchung an die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse kommt den Ärzten vermehrt die Tätigkeit zu, den Teilnehmern der Vorsorgeuntersuchung Beratung und Unterstützung bei Lebensstilmodifikationen in den Bereichen Ernährung, Bewegung und Tabakkonsum zu bieten. Aus verschiedenen Gründen ist mehr als eine Kurzberatung über eine ausgewogene Ernährung, ausreichende Bewegung und Tabakentwöhnung, die auf das individuelle Verhalten fokussiert, im Rahmen der Untersuchung nicht möglich (Malli, 2011, S.12).

Der Lebensstil kann somit auch als Anknüpfungspunkt für primärpräventive und gesundheitsfördernde Angebote gesehen werden (Leitner, 2010, S. 60). Daher sollte prioritär die Schaffung von primärpräventiven und gesundheitsfördernden Versorgungsstrukturen angestrebt werden, damit durch die Inanspruchnahme dieser Angebote gesundheitsbewusste Lebensgewohnheiten vermittelt sowie implementiert werden können und daraus nachhaltig ein gesundheitsbewusstes Verhalten resultieren kann (Hurrelmann, Klotz, & Haisch, 2010, S.40).

Daher ist es dringend erforderlich zu überlegen, wie die medizinische Vorsorgeuntersuchung in Österreich durch verhaltensorientierte Angebote der Gesundheitsförderung ergänzt und verbessert werden kann.

1.2. Public Health Relevanz

Nur durch den medizinisch-kurativen Ansatz im österreichischen Gesundheitssystem können die zukünftigen Herausforderungen wie der demographische Wandel und der Anstieg an chronischen Erkrankungen nicht bewältigt werden. Aus diesem Grund muss der Prävention und der Gesundheitsförderung ein höherer Stellenwert zukommen. Public Health als neues Paradigma zur traditionellen Krankenversorgung versucht einerseits die Effektivität und Effizienz in der Versorgung zu steigern und andererseits die Prävention und Gesundheitsförderung auszuweiten (Bencic & Kastner, 2010, S. 2).

Eine Möglichkeit die Prävention und Gesundheitsförderung in der Krankenversorgung in Österreich auszuweiten bzw. diese miteinander zu verknüpfen, könnte anhand der Vorsorgeuntersuchung mit einem Fokus auf den Lebensstil und die damit verbundenen Risiken zur Krankheitsentstehung gelingen. Somit kann die Vorsorgeuntersuchung als

eine Andockstelle für die Implementierung von Public Health und Gesundheitsförderung in der Krankenversorgung gesehen werden.

Die Vorsorgeuntersuchung wurde im Jahr 1974 eingeführt und wurde seit diesem Zeitpunkt nicht wesentlich verändert. 2005 hat man unter anderem die neuesten Erkenntnisse der modernen Lebensstilmedizin in die Vorsorgeuntersuchung eingearbeitet. Angestrebt wird, den Teilnehmern der Vorsorgeuntersuchung Aufklärung und Unterstützung bei einer gesundheitsfördernden Veränderung des Lebensstils zu bieten (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 2005, S. 4).

Der Lebensstil wirkt sich zweifelsohne auf die Gesundheit aus. Gesundheitsbewusstes Verhalten in den Bereichen Ernährung, körperliche Aktivität und Tabakkonsum können einen positiven Einfluss auf die Gesundheit haben (Klimont, Kytri, & Leitner, 2007, S. 28).

Regelmäßige Bewegung kann sich positiv auf die Gesundheit sowie auf chronische Erkrankungen auswirken und die Risiken von Herz-Kreislaufkrankungen reduzieren (Weltgesundheitsorganisation, 2010, S. 79). Fakt ist jedoch, dass viele Menschen in Österreich körperlich inaktiv sind. Laut der österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 sind jene Personen körperlich aktiv, die an zumindest drei Tagen pro Woche durch Sport wie etwa Radfahren, schnelles Laufen oder Aerobic ins Schwitzen kommen. Nach dieser Definition ist in Österreich knapp ein Drittel der Männer körperlich aktiv, bei den Frauen sind es nur 23,3% welche in ihrer Freizeit körperlich aktiv sind (Klimont, Kytri, & Leitner, 2007, S. 30f).

Neben Bewegung hat auch das Ernährungsverhalten einen massiven Einfluss auf die Gesundheit und die Entstehung von bestimmten Krankheiten, den sogenannten Zivilisationskrankheiten wie Übergewicht oder Diabetes Typ II (Klimont, Kytri, & Leitner, 2007, S. 28f). Die Zahl an übergewichtigen und adipösen Menschen steigt in Österreich kontinuierlich an. Vergleicht man die Jahre 1999 und 2006/2007 miteinander, ist festzustellen, dass die Zahlen bei einem BMI über 30 bei Frauen und Männern steigend sind. Gründe dafür sind unter anderem ein Lebensstil mit hochkalorienhaltiger Ernährung sowie wenig Bewegung (Klimont, Kytri, & Leitner, 2007, S. 30f).

Welche Möglichkeiten hat der Arzt wenn er im Anamnesegespräch Risikofaktoren wie zu wenig körperliche Bewegung und zu fett- und kalorienreiche Ernährung erfragt? Welche Interventionen kann der Arzt dem Patienten anbieten, wenn ein Body Mass Index über 30 festgestellt wird? Das Screening nach Tabak- bzw. Nikotinkonsum ist positiv, wie kann der Arzt außer mit einer kurzen Aufhörberatung intervenieren? Bei Teilnehmern der Vorsorgeuntersuchung, die als gesund einzustufen sind und keine

Risikofaktoren aufweisen, ist es anzustreben, diese dazu zu motivieren, sich weiterhin gesund zu ernähren, sich ausreichend körperlich zu bewegen und das Rauchen weiterhin bleiben zu lassen. Anders hingegen sieht es aus, wenn gesundheitsbeeinträchtigende Laborwerte wie erhöhte Cholesterinwerte, ein Bluthochdruck oder ein zu hoher Body Mass Index festgestellt werden. Der, die Vorsorgeuntersuchung durchführende Arzt soll mit dem Patienten eine Zielvereinbarung aufstellen, welche Parameter unbedingt verbessert werden sollen um einen positiven Gesundheitseffekt zu erzielen bzw. um der Entstehung von Krankheiten welche mit den erhobenen Risikofaktoren assoziiert werden können, entgegenzuwirken. Diese Zielvereinbarungen sollen durch regionale, gesundheitsfördernde Angebote langfristig verfolgt werden und den Betroffenen tatkräftig bei der Lebensstilmodifikation unterstützen. Daher stellt sich die Frage, ob Betroffene neben einem motivierenden Gespräch durch den Arzt nicht auch die Möglichkeit bekommen sollten, zu einem Spezialisten bzw. zu gesundheitsfördernden Angeboten verwiesen zu werden um nachhaltig durch professionelle Hilfe zu einem gesunden Lebensstil und einer Verhaltensänderung zu finden?

Bis dato gibt es hier noch keine eindeutigen Lösungsmöglichkeiten wie die verhaltensorientierten Tipps und Anregungen der Ärzte nicht nur „in der Luft verblassen“ sondern durch unterstützende, gesundheitsfördernde Interventionen erlernt und nachhaltig im alltäglichen Leben umgesetzt werden können.

Eine Vernetzung von zielgerichteten gesundheitsfördernden Angeboten und der Vorsorgeuntersuchung im Bereich der Verhaltens- und Lebensstilmedizin kann als Chance der Gesundheitsförderung gesehen werden, sich im Bereich der Versorgung zu verankern, ohne jedoch medizinisch zu werden.

1.3. Ausgangshypothesen und Zielsetzung

Für diese Arbeit lassen sich folgende Ausgangshypothesen aufzeigen:

- **Derzeit gibt es keine standardisierten, weiterführenden Empfehlungen zur Inanspruchnahme von gesundheitsfördernden Maßnahmen im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung bzw. keine flächendeckenden Überweisungen zu gesundheitsfördernden, regionalen Maßnahmen.**

Prinzipiell gibt es zahlreiche gesundheitsfördernde Interventionen, die eine Verhaltensänderung bezogen auf den Lebensstil (Ernährung, Bewegung, Tabakkonsum usw.) zum Ziel haben. Diese könnten die Kurzberatungen im Zuge

der Vorsorgeuntersuchung ergänzen und nachhaltige Erfolge im Sinne einer Verhaltensänderung erzielen.

- **Von Seiten der Ärzte weiß man relativ wenig über die Durchführung der Interventionsmaßnahmen im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung insbesondere der Lebensstilmedizin sowie über mögliche Barrieren, den Bedarf und Empfehlungen von gesundheitsfördernden Interventionen im Anschluss an die Vorsorgeuntersuchung.**

Bekannt sind einige wenige Barrieren im Zusammenhang mit der Lebensstilberatung wie unzureichende Honorierung, mangelnde Zeitressourcen und ein Mangel an geeignetem Beratungsmaterial. Vielleicht könnte es aber im Sinne der Ärzteschaft sein, dass sie ihre Patienten nach Abschluss der Kurzberatung an weiterführende, gesundheitsfördernde Angebote zur Unterstützung bei der Lebensstiloptimierung verweisen können, denn wie es Zahlen und Daten belegen sind viele der heutigen, stetig ansteigenden Erkrankungen auf einen ungesunden Lebensstil zurückzuführen.

Ziel dieser Arbeit ist es zu analysieren, wie sich diese beiden Problemlagen, die in den Ausgangshypothesen beschrieben wurden, in der Literatur und aus Sicht der befragten Experten darstellen und ob ein Bedarf besteht, diese Lücke zwischen der Vorsorgeuntersuchung und der Gesundheitsförderung zu schließen.

1.4. Forschungsfragen

1. Mit Hilfe welcher Interventionsmaßnahmen wird im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung insbesondere der Lebensstilmedizin durch eine ärztliche Beratung versucht, das Gesundheitsverhalten von Individuen zu beeinflussen?
2. Wie beurteilen Allgemeinmediziner, welche die ärztliche Beratung im Rahmen der Lebensstilmedizin durchführen, diese Interventionsmaßnahmen und ihre Auswirkungen auf eine nachhaltige Veränderung im Gesundheitsverhalten sowie das Angebot und den Bedarf an weiterführenden, gesundheitsfördernden Angebotsstrukturen?

1.5. Methodik

Der theoretische Teil beschreibt Modelle und Konzepte der Prävention und Gesundheitsförderung insbesondere mit Fokus auf das individuelle Gesundheitsverhalten sowie relevante Daten und Fakten zur Lebensstilmedizin, die im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung durchgeführt wird und auf das Erreichen eines gesunden Verhaltens abzielt. Zur Operationalisierbarkeit der Forschungsfrage werden unter anderem die zentralen Begriffe der Forschungsfrage wie Vorsorgeuntersuchung, Gesundheitsverhalten und Lebensstilmedizin sowie dazugehörige, unverzichtbare Definitionen angeführt. Im Anschluss werden die Strategien der Literaturrecherche sowie die Literaturanalyse dargestellt und der Aufbau der Arbeit skizziert.

1.5.1. Strategien der Literaturrecherche

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde eine umfangreiche Literaturrecherche durchgeführt. Definitionen sowie Zahlen, Daten und Fakten werden durch einschlägige Fachliteratur sowie durch eine Internetrecherche in Google und Google Scholar abgedeckt. Ebenso wird in Fachbüchern und Fachzeitschriften sowie in Datenbanken wie PubMed, Medline, Cochrane Library und TRoPHI nach den neuesten Erkenntnissen gesucht.

Ein Kontakt mit dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger wurde ebenfalls hergestellt, der als Hauptansprechpartner für Fragen rund um die Vorsorgeuntersuchung gesehen werden kann.

Darüber hinaus wurde auf den Homepages verschiedener Organisationen und Instituten nach Reviews und Publikationen gesucht bzw. wurden diese per E-Mail kontaktiert:

- Statistik Austria
- Organisation of Economic Co-operation and Development (OECD)
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG)
- World Health Organisation (WHO)
- Fonds Gesundes Österreich (FGÖ)
- Institut für Gesundheitsförderung und Prävention (IfGP)

Da sich die Arbeit ausschließlich auf Österreich bezieht, hat sich auch die Literaturrecherche vorwiegend auf Österreich konzentriert.

Im Zuge der Theoriearbeit wurde auch der Frage nachgegangen, welche erwähnenswerten, gesundheitsfördernden Projekte derzeit umgesetzt bzw. schon abgeschlossen wurden, um daran anknüpfen zu können. Für diese Recherche wurde die Projektförderdatenbank des FGÖ herangezogen sowie in Google und Google Scholar gesucht. Ergänzend wurden gezielte Anfragen bei diversen gesundheitsfördernden Institutionen wie Styria Vitalis, der steirischen Gebietskrankenkasse (STGKK), Sportunion, Arbeitsgemeinschaft für Sport und Körperkultur in Österreich (ASKÖ), Fachstelle für Suchtprävention (VIVID) usw. durchgeführt, um in Erfahrung zu bringen welche qualitätsgesicherten, niederschwellige Angebote sie für eine eventuelle Verknüpfung der Vorsorgeuntersuchung mit der Gesundheitsförderung empfehlen können.

Bezüglich der exakten Datenquellen wird mittels Quellenangabe immer auf das beigelegte Literaturverzeichnis verwiesen.

1.5.2. Literaturanalyse

Zur Ausarbeitung der Problemlage wurden aktuelle Gesundheitsberichte der WHO und der OECD sowie Berichte aus ganz Österreich herangezogen z.B. Health at a Glance 2011, Europäische Gesundheitsbericht 2009, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, Gesundheitsbericht Österreich 2009, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2010, uvm.

Für die Literaturanalyse wurden alle Arbeiten rund um die Vorsorgeuntersuchung analysiert, die der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger für die Öffentlichkeit freigegeben hat und per E-Mail zur Einsichtnahme übermittelt hat. Fokus dabei waren die Erneuerung um die Lebensstilmedizin sowie aller Interventionen die ihm Rahmen dieser durchgeführt und empfohlen werden. Dies hat vor allem zum Ziel das fehlende Angebot an weiterführenden, gesundheitsfördernden Interventionen nach der Vorsorgeuntersuchung aufzuzeigen und die Aussagen der Interviewten über einen möglichen Bedarf solcher Interventionen zu analysieren. Die wesentlichsten Dokumente zum Thema der Vorsorgeuntersuchung (VU) waren folgende: Wissenschaftliche Grundlagen der VU, Informationsunterlage zur VU vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Gemeinsame Evaluierung der pseudonymisierten Befunddaten der VU, Befragung von Ärzten zur Vorsorgeuntersuchung Neu, uvm.

1.5.3. Aufbau der Arbeit

Diese Masterarbeit gliedert sich grundlegend in drei Teile. Der erste Teil stellt den theoretischen Teil dar, in dem in Form einer Literaturrecherche die wichtigsten Begriffe und Modelle aus dem Bereich der Prävention und der Gesundheitsförderung beschrieben und Datenmaterial von verschiedenen Institutionen und diverse Publikationen zum Thema rund um die Vorsorgeuntersuchung beleuchtet werden. Aufzeigt werden auch bereits erprobte oder derzeit bestehende Projekte, die Teilnehmern der Vorsorgeuntersuchung empfohlen werden können. Der darauffolgende Teil der Arbeit zeigt die Methodik der empirischen Untersuchung und deren Ergebnisse. Im empirischen Teil wird mittels 6 leitfadengestützten Experteninterviews die Fachmeinung von Allgemeinmedizinerinnen, welche die Interventionen der Lebensstilmedizin durchführen, eingeholt. Die leitfadengestützten Interviews werden in der Steiermark durchgeführt, obwohl die Ergebnisse auch für alle anderen Bundesländer eine Relevanz haben können. Die Auswertung der Interviews erfolgt in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Gläser und Laudel. Eine Zusammenfassung sowie eine Diskussion der wichtigsten Ergebnisse und ein Ausblick schließen die Masterthesis ab.

2. THEORETISCHER TEIL

2.1. Zentrale Begriffe aus dem Bereich der Gesundheitsförderung und der Prävention

Um inhaltlichen Verständnisfragen durch den Gebrauch unterschiedlicher Begriffsdefinitionen vorzubeugen, werden vorab in diesem Kapitel die wichtigsten Begriffe der Arbeit definiert sowie die für die Arbeit grundlegenden Modelle und Theorien angeführt.

2.1.1. Gesundheit

Man könnte vermuten dass das Erreichen des höchst möglichen Maßes an Gesundheit eines der wichtigsten Ziele eines jeden Einzelnen ist und im Alltag Anwendung findet. Umso erstaunlicher ist es jedoch dass nicht einmal eine einheitliche Definition für das Wort „Gesundheit“ existiert. Laut Klemperer (2010) kann die oftmals verwendete

Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation im Rahmen der Gesundheitsförderung sowie der Prävention gut verwendet werden, jedoch ist diese zum Beispiel für medizinische Belange nicht wesentlich geeignet (Klemperer, 2010, S. 123).

Die WHO (1946) definierte Gesundheit im Jahre 1946 folgendermaßen: *"Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen."* (WHO, 1946) Dieser Gesundheitsbegriff wurde im Jahr 1986 von der WHO in der Ottawa Charta weiterentwickelt (WHO, 1986): *"Gesundheit [ist] als wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit ebenso betont wie die körperlichen Fähigkeiten."* (WHO, 1986)

Dieses Gesundheitsverständnis der WHO, in der Literatur auch als bio-psycho-sozialer Gesundheitsbegriff zu finden, steht für alle körperlichen, seelischen und sozialen Aspekte der Gesundheit, die untereinander in Verbindung stehen und sowohl die Gesundheit als auch die Krankheit beeinflussen. Ein Modell welches all jene zuvor erwähnten Aspekte der Gesundheit erfasst, ist das Salutogenese-Modell von Aaron Antonovsky (Klemperer, 2010, S. 123).

2.1.2. Salutogenese

Der Begriff Salutogenese steht für die Entstehung bzw. die Entwicklung von Gesundheit. Das Konzept von Antonovsky fokussiert auf die Fähigkeit der Menschen, jegliche Ressourcen zu nutzen bzw. Probleme zu lösen um die Gesundheit zu erhalten, zu verbessern oder wiederzugewinnen. Im salutogenetischen Modell können Krankheit und Gesundheit als entgegengesetzte Pole eines Kontinuums verstanden werden, auf dem sich Personen ständig bewegen. Wirken mehr Risiken, so nähert man sich eher dem Krankheitspol an, kommen hingegen mehr Schutzfaktoren und Ressourcen zum Einsatz die der Gesundheit förderlich sind, so nähert man sich dem Pol der Gesundheit (Hurrelmann, Klotz, & Haisch, 2010, S. 46).

Dem Konzept der Salutogenese steht das Konzept der Pathogenese gegenüber, welches für die Entstehung und Entwicklung von Krankheiten steht. Das Konzept der Pathogenese ist Grundlage des biomedizinischen Modells, welches auf Krankheiten und Defizite fokussiert (Klemperer, 2010, S. 123f).

2.1.3. Gesundheitsförderung

Relevant für die Gesundheitsförderung ist das zuvor erwähnte Modell der Salutogenese (Klemperer, 2010, S. 123f). Dieses hat zum Ziel, durch die Förderung der zuvor erwähnten Schutzfaktoren und Ressourcen die Gesundheit der Bevölkerung zu fördern. Einerseits wird versucht, personelle Faktoren, wie das Selbstwertgefühl oder auch die Selbstwirksamkeitserwartung, zu stärken, andererseits Schutzfaktoren auf sozialer Ebene durch soziale Netzwerke zu fördern (Hurrelmann, Klotz, & Haisch, 2010, S. 46).

Der Begriff Gesundheitsförderung ist nicht einheitlich definiert und unterscheidet sich je nach den Zielen und Absichten die unterschiedliche Akteure verfolgen. Eine weit verbreitete Definition ist in der Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung der WHO festgehalten:

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit ebenso betont wie die körperlichen Fähigkeiten. Die Verantwortung für die Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden.“ (Fonds Gesundes Österreich, 2005)

Wie aus dem Zitat hervorgeht, sollen Individuen durch Gesundheitsförderung bestärkt werden, durch selbstbestimmtes Handeln auf ihre Gesundheit positiven Einfluss zu nehmen sowie gesundheitsfördernde ökologische und ökonomische Lebenswelten geschaffen und soziale Rahmenbedingungen berücksichtigt werden. Aufgrund der Tatsache, dass Interventionen entweder auf das Verhalten der Individuen fokussieren oder versuchen die Verhältnisse durch diejenigen Faktoren zu ändern, die von außen auf die Individuen einwirken, unterscheidet die Gesundheitsförderung verhaltensbezogene und verhältnisbezogene Maßnahmen (Hurrelmann, Klotz, & Haisch, 2010, S. 46f). Verhältnisbezogene Maßnahmen welche Lebensbedingungen schaffen, die der Gesundheit förderlich sind wie z.B. Implementierung von Ernährungs-

und Bewegungsprogrammen, Aufbau einer geeigneten Infrastruktur, Einsatz von qualifizierten Personen, sind nicht Thematik dieser Arbeit. Hauptsächlich werden individuelle Verhaltensweisen sowie verhaltensbezogene, beratende und verhaltenstherapeutische Maßnahmen in Form von Ernährungsberatungen, Bewegungsprogrammen sowie Tabakentwöhnungsprogrammen abgehandelt. Da es allerdings erwiesen ist dass das Zusammenspiel von verhaltensbezogenen und verhältnisbezogenen Ansätzen effektiver ist, sollen nachhaltige Verhaltensänderung dringend auch unter Berücksichtigung der Verhältnisse angestrebt werden (Klemperer, 2010, S. 154).

2.1.4. Prävention

Im Gegensatz zur Gesundheitsförderung hat die Prävention das Konzept der Pathogenese als Grundlage für ihre Interventionen. Prävention hat also zum Ziel, Krankheiten zu verhindern oder dem Ausbreiten einer Krankheit entgegenzuwirken. Präventive Maßnahmen werden darin beurteilt, inwieweit es gelingt, den Ausbruch einer Krankheit zu verhindern bzw. den Verlauf einer Krankheit zu mindern. Die Prävention versucht, die Risikofaktoren, welche die Entstehung von Krankheiten begünstigen können, zu identifizieren und zu verhindern. Je nachdem zu welchem Zeitpunkt Interventionen gesetzt werden, wird zwischen der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention unterschieden (Hurrelmann, Klotz, & Haisch, 2010, S. 14f).

Primärprävention setzt an, noch bevor es zur Krankheit kommt. Sie trägt dazu bei, gesundheitsschädigende Faktoren zu vermeiden, um die Entstehung von Krankheiten zu verhindern. (BMG, 2010)

Sekundärprävention soll das Fortschreiten eines Krankheitsfrühstadiums durch Frühdiagnostik und -behandlung verhindern. Sie greift also in bestehende Risikosituationen ein und versucht, diese abzuwenden. (BMG, 2010)

Tertiärprävention konzentriert sich nach einem Krankheitsereignis auf die Wiederherstellung der Gesundheit. Folgeschäden sollen somit vorgebeugt und Rehabilitation ermöglicht werden. (BMG, 2010)

Ebenso wie in der Gesundheitsförderung wird auch in der Prävention zwischen der Verhaltens- und Verhältnisebene unterschieden. Das Ziel, gesundheitliche Veränderungen zu erzielen bleibt immer dasselbe, nur setzen die Interventionen

entweder bei den Individuen selbst an oder an den Umweltbedingungen, denen Menschen ausgesetzt sind. Die nachfolgende Tabelle fasst die Ansatzpunkte der Prävention gut zusammen (Hurrelmann, Klotz, & Haisch, 2010, S. 39):

Verhaltensprävention	=	Einflussnahme auf den individuellen Gesundheitszustand oder auf individuelles Gesundheitsverhalten
Verhältnisprävention	=	Einflussnahme auf Gesundheit/Krankheit durch Veränderung der Lebensbedingungen/ Umwelt von Personen

Abbildung 1: Verhalten-/Verhältnisprävention (Hurrelmann, Klotz, & Haisch, 2010, S. 39)

2.1.5. Gesundheitsförderung versus Prävention

Prinzipiell verfolgen beide Disziplinen dasselbe Ziel, nämlich einen Gesundheitsgewinn für Individuen sowie für Bevölkerungsgruppen zu erreichen. In der Prävention soll der Gesundheitsgewinn durch das Vermeiden von Risikofaktoren erzielt werden, in der Gesundheitsförderung durch die Stärkung von gesundheitlichen Ressourcen. Präventive Interventionen, darunter versteht man das Eingreifen bzw. Intervenieren im Sinne der Prävention, versuchen Risiken zu vermeiden bzw. diese abzuwenden welche der Entstehung oder Ausbreitung einer Krankheit förderlich sein können. Im Gegensatz dazu bezieht sich das Eingreifen oder Intervenieren im Bereich der Gesundheitsförderung auf salutogenetische Ansätze um der Entstehung und Aufrechterhaltung von Gesundheit zu dienen (Hurrelmann, Klotz, & Haisch, 2010, S. 14ff). Nicht immer kann es gelingen, scharfe Grenzen zwischen präventiven und gesundheitsfördernden Interventionen zu ziehen. Dies ist auch nicht unbedingt erforderlich, denn wichtiger erscheint es, dass die beiden Disziplinen vor allem im Bereich der Gesundheitsversorgung neben Kuration, Therapie und Pflege an Bedeutung gewinnen und vermehrt zum Einsatz kommen um den steigenden Versorgungsbedarf aufgrund der ansteigenden Anzahl an chronischen Krankheiten rechtzeitig entgegenzuwirken (Hurrelmann, Klotz, & Haisch, 2010, S. 17ff).

2.1.6. Interventionen

Als Intervention (von lat. *intervenire* = *dazwischen schreiten, sich einschalten*) bezeichnet man in der Medizin jede aktive Form von Behandlung, wenn man sie von einem bloßen Zuwarten unterscheiden möchte. Dies umfasst therapeutische und präventive Maßnahmen gleichermaßen. Im engeren Sinne bedeutet Intervention ein akutes, dringliches Einschreiten gegen einen Krankheitsprozess (Wikipedia, 2011).

In der Gesundheitspsychologie bezeichnet man Interventionen als Maßnahmen. Diese Maßnahmen werden zur Förderung und Aufrechterhaltung der Gesundheit, zur Erfassung von Risikoverhalten sowie zur Prävention von Krankheiten durchgeführt (Lexikon für Psychologie und Pädagogik, o.J.).

2.2. Determinanten-Modell für Gesundheit

Verschiedene Faktoren nehmen auf die individuelle Gesundheit jedes Einzelnen Einfluss. Diese Faktoren werden in der Literatur auch als Gesundheitsdeterminanten bezeichnet. Folgendes Modell vom Fonds Gesundes Österreich, angelehnt an Dahlgren & Whitehead (1991), gibt einen guten Überblick über die verschiedenen Gesundheitsdeterminanten, welche sich auf die Gesundheit auswirken können (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), o.J.):

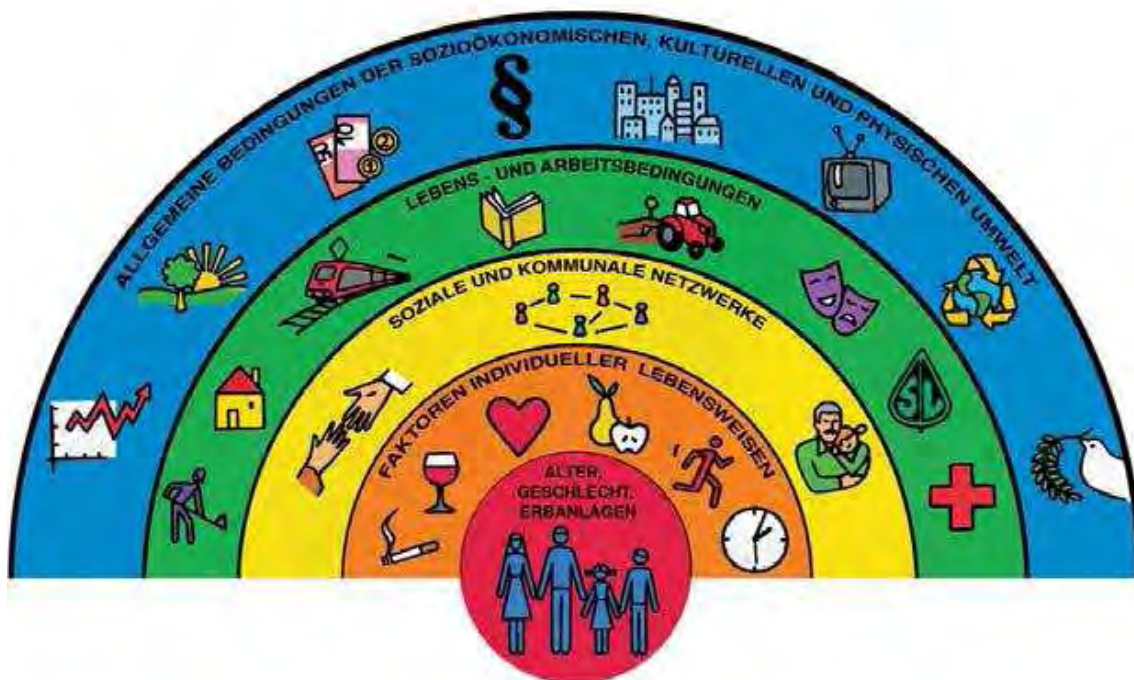


Abbildung 2: Einflussfaktoren auf die Gesundheit: das Regenbogen-Modell nach Whitehead und Dahlgren (Darstellung: Fonds Gesundes Österreich) (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), o.J.)

Das Modell zeigt die vier „Einflussebenen der Gesundheit“, welche veränderbar sind. Im Kern steht das Individuum mit seinen biologischen und genetischen Faktoren (Alter, Geschlecht, Erbanlagen) welche bestimmen ob man dazu veranlagt ist, an bestimmten Krankheiten zu erkranken. Die anderen Einflussebenen legen sich wie Zwiebelschalen um diesen nicht veränderbaren Kern. Die erste Ebene zeigt die individuellen Lebensstilfaktoren, also die Verhaltens- und Lebensweise jedes einzelnen. Es folgen das soziale Umfeld sowie Netzwerke, die der Gemeinschaft dienen sowie die Lebens- und Arbeitsbedingungen. In der äußersten Einflussebene sind die ökonomischen, kulturellen und physischen Umweltbedingungen dargestellt (Klemperer, 2010, S. 215). All diese Faktoren können der Gesundheit förderlich sein, diese jedoch auch negativ beeinflussen.

Wie oben erwähnt fokussiert diese Arbeit verstärkt auf das individuelle Verhalten jedes Einzelnen im Rahmen der Lebensstilmedizin (siehe auch Kapitel 2.7.).

2.3. Gesundheitsverhalten und Lebensstil

„Gesundheitsrelevante Lebensstile können definiert werden als zeitlich relativ stabile, typische Muster von gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen, Orientierungen und Ressourcen, welche von Individuen und Gruppen in ihrer Auseinandersetzung mit sozialen und soziokulturellen Lebensbedingungen entwickelt werden. [...] Unter Orientierung werden grundlegende Werte und darauf basierende spezifische Einstellungen verstanden [...]. Ressourcen setzen sich zusammen aus materiellen Bedingungen, wie Einkommen oder Zugang zur Gesundheitsversorgung (externale Ressourcen), sowie aus Wissen und Fähigkeiten (internale Ressourcen).“ (Burla, Bucher, & Abel, 2004, S. 5) Im Konzept des gesundheitsrelevanten Lebensstils werden nicht nur die krankmachenden, sondern vor allem jene Faktoren berücksichtigt, welche sich positiv auf die Gesundheit auswirken und diese erhalten. Der Zusammenhang zwischen Gesundheit und Lebensstil ist als komplex anzusehen, denn auf der einen Seite ist der Gesundheitszustand vom gesundheitsrelevanten Lebensstil abhängig, auf der anderen Seite beeinflusst aber genau dieser wiederum den Gesundheitszustand (Burla, Bucher, & Abel, 2004, S. 5f).

Weiters kann Lebensstil wie nachfolgend definiert werden (Derman; Schwellnus et al, 2008, S. 6): *“Lifestyle is defined as the personal customs or habits of an individual or group of individuals. It alludes to their active adaptation to the social milieu, which develops as a product of need for integration and socialisation. With regard to health, lifestyle refers to dietary habits, physical activity habits, the social use of substances*

such as alcohol and tobacco and exposure to other risky behaviours. Chronic diseases of lifestyle are a group of diseases that share risk factors such as unhealthy dietary choices, smoking, lack of physical exercise, sedentary behavior and life-stress.” (Derman; Schwellnus et al, 2008, S. 6)

„Unter einem Gesundheitsverhalten versteht man eine präventive Lebensweise, die Schäden fernhält, die Fitness fördert und somit auch die Lebenserwartung verlängern kann. Körperliche Aktivität, präventive Ernährung (...) sind Beispiele dafür. Risikoverhaltensweisen wie Rauchen, Alkohol- und Drogenkonsum (...) sind das Gegenteil davon. Die Unterlassung von Risikoverhaltensweisen wird auch als Gesundheitsverhalten verstanden.“ (Schwarzer, 2004, S. 5)

Interventionen zur Veränderung von Gesundheitsverhalten sollten immer auf Theorien und Modellen menschlichen Verhaltens basieren. Auch hier gibt es keine Theorie, der es gelingt, menschliches Verhalten umfassend zu erklären.

2.4. Theoretische Modelle zur Veränderung des Gesundheitsverhaltens

Bekannt ist, dass das Verhalten sowie bestimmte Lebensstile von Menschen Einfluss auf die Entstehung von Krankheiten haben können (Naidoo & Wills, 2003, S. 217). In der Gesundheitsförderung und Prävention wird daher oft der Ansatz der Verhaltensänderung verfolgt. Ziel dabei ist es, Personen individuell Unterstützung zu leisten damit eine gesündere Verhaltensweise angestrebt und erlernt werden kann (Naidoo & Wills, 2003, S. 93). Werden die Theorien menschlichen Verhaltens bei der Planung von präventiven oder gesundheitsfördernden Interventionen berücksichtigt und eingearbeitet, kann es eher gelingen, eine Veränderung des Gesundheitsverhaltens zu erzielen (Klemperer, 2010, S. 161).

Eines der bekanntesten Modelle und Theorien in der Prävention ist das transtheoretische Modell der Verhaltensänderung. In dieser Arbeit wird daher ausführlicher auf dieses Modell eingegangen. Kurz erwähnt wird ebenfalls das Health-Belief Modell sowie das Konzept der motivationalen Gesprächsführung. Auch andere Theorien wie z.B. die Theorie des rationalen Handelns und des geplanten Verhaltens und die Theorie der Schutzmotivation können zur Verhaltensänderung herangezogen werden.

2.4.1. Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung

Das Modell der Stadien der Veränderung wurde ursprünglich von Prochaska und DiClemente (1983) entwickelt um die Änderungsbereitschaft des Raucherverhaltens in Entwöhnungsprogrammen zu beschreiben. Nach und nach wurden auch andere Problembereiche herangezogen, für die die Anwendung des transtheoretischen Modells der Verhaltensänderung zur Änderung des Gesundheitsverhaltens in Frage gekommen ist (Hurrelmann, Klotz, & Haisch, 2010, S. 28). Laut Naidoo und Wills (2003, S. 233) geht es bei der Anwendung dieses Modells nie um die Frage warum Menschen ihr Verhalten ändern, sondern es beschreibt im Gegensatz zu anderen Modellen in welchen Schritten eine Verhaltensänderung abläuft. Die einzelnen Stadien bzw. aufeinanderfolgende können durch therapeutische Strategien unterstützt werden (Klemperer, 2010, S. 164f). Naidoo und Wills zitieren Prochaska et al (1992), welche der Meinung sind, dass die Phasen nicht immer linear durchlaufen werden müssen, sondern auch Rückschritte, aufgrund von Rückfällen, möglich sind und so einzelne Stadien öfter durchgemacht werden. Interventionen müssen also entsprechend der Phase, in der sich Personen gerade befinden, ansetzen. Personen, die sich z.B. bereits in der Phase 3 befinden, möchten endlich aktiv werden und nicht wieder nur informiert werden (Naidoo & Wills, 2003, S. 230f). Nachfolgend werden die einzelnen Phasen erläutert (Hurrelmann, Klotz, & Haisch, 2010, S. 28):

- 1. Phase – Absichtslosigkeit (Precontemplation):** eine Verhaltensänderung wird noch nicht in Betracht gezogen, Bewusstsein für Problemverhalten fehlt.
 - 2. Phase – Absichtsbildung (Contemplation):** Abwägen der Verhaltensänderung.
 - 3. Phase – Vorbereitung (Preparation):** Motivation zur Verhaltensänderung, mit der Absicht das Problemverhalten zu unterlassen, ist gegeben.
 - 4. Phase – Handlungsphase (Action):** Aktivste Phase, in der die positive Verhaltensänderung aufrecht erhalten bleibt.
 - 5. Phase – Aufrechterhaltung (Maintenance):** Beibehaltung der Verhaltensänderung ohne Problemverhalten über mehr als sechs Monate.
- Aufrechterhaltung des Gesundheitsverhaltens (Termination):** dauerhafte Aufrechterhaltung der gesünderen Lebensweise (Hurrelmann, Klotz, & Haisch, 2010, S. 28).

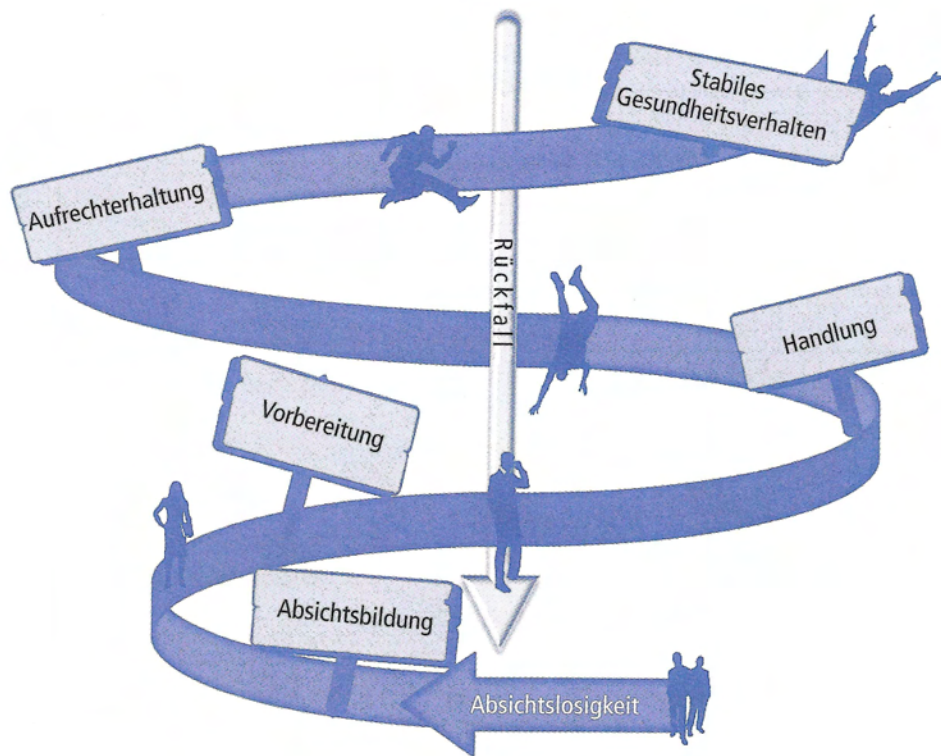


Abbildung 3: Transtheoretisches Modell der Verhaltensänderung (nach Prochaska und DiClemente 1983;1991) (Hurrelmann, Klotz, & Haisch, 2010, S. 29)

2.4.1. Health-Belief Modell

Das Modell gesundheitlicher Überzeugungen (Health-Belief Modell), 1966 von Rosenstock entwickelt, 1974 von Becker weiterentwickelt, erklärt wie gesundheitliche Sichtweisen und Überzeugungen das Gesundheitsverhalten beeinflussen. Anwendung findet dieses Modell unter anderem um das Vorsorgeverhalten von Personen zu prognostizieren und um die Einhaltung von Verhaltensregeln im Rahmen von medizinischen Ratschlägen festzustellen. Personen die zum Beispiel ein erhöhtes Risiko haben, eine Krankheit zu bekommen, wägen vorerst ab wie hoch das Risiko bzw. wie schwerwiegend die Krankheit tatsächlich ist und hinterfragen die Wirksamkeit und den Nutzen der Verhaltensänderung. Im Prinzip wird eine Kosten-Nutzen Analyse durchgeführt (Naidoo & Wills, 2003, S. 220). Die Änderungsbereitschaft des Verhaltens wird auch noch von anderen Faktoren wie z.B. Gesundheitskampagnen, Symptomwahrnehmung und Schmerzen beeinflusst (Hurrelmann, Klotz, & Haisch, 2010, S. 27).

2.4.2. Konzept der motivationalen Gesprächsführung

Das Konzept der motivationalen Gesprächsführung wurde von Miller und Rollnick (1991) entwickelt und versucht die Veränderungsmotivation von Personen zu beeinflussen. Dieses Konzept beruht auf fünf wesentlichen Grundprinzipien: Empathie ausdrücken, Diskrepanzen entwickeln (Widersprüche aufzeigen), Wortgefechte vermeiden, Widerstand aufnehmen sowie nachgiebig reagieren und die Selbstwirksamkeit fördern. Es ist davon auszugehen, dass die betroffenen Personen zu Beginn der motivationalen Gesprächsführung zu keiner Verhaltensänderung bereit sind. Um ein konkretes Veränderungsinteresse zu wecken, kann als Hilfestellung das Konzept der Stadien der Veränderung herangezogen werden (Klemperer, 2010, S. 165).

2.5. Zentrale Begriffe rund um die Vorsorgeuntersuchung

2.5.1. Screening

Laut Wikipedia (2012) hat der Begriff „Screening“ in der Medizin nachstehende Bedeutung: *„Für eine Untersuchung, die als Reihenuntersuchung bei möglichst vielen Menschen eine möglichst frühe Angabe zur Wahrscheinlichkeit des Vorliegens von bestimmten Krankheiten oder Risikofaktoren ermöglichen soll und somit meist als Vorsorgeuntersuchung bezeichnet wird, obgleich beim Vorliegen auffälliger Werte erst durch nachfolgende diagnostische Untersuchungen die Früherkennung von Krankheiten möglich ist.“* (Wikipedia, 2012)

Laut Raffle und Muir Gray (2009) gelten für den Begriff Screening auch folgende Definitionen: *„Das ausgesprochene oder implizite Ziel ist es, das Risiko einer Person, eine bestimmte Krankheit zu bekommen, zu reduzieren, oder dieser Person wertvolle Informationen über dieses Risiko zu geben, auch wenn das Risiko dadurch nicht verändert werden kann.“* (Raffle & Muir Gray, 2009, S. 58)

„Screening beinhaltet ein ganzes System oder Programm von Maßnahmen, die notwendig sind, um eine Risikoreduktion zu erzielen. Screening ist ein Programm, nicht eine einzelne Untersuchung.“ (Raffle & Muir Gray, 2009, S. 58)

2.5.2. Vorsorgeprogramm / Vorsorgeuntersuchung

Vorsorgeprogramme werden als Vorsorgeuntersuchungen von den gesetzlichen Krankenkassen angeboten und sind so konzipiert, sogenannte Volkskrankheiten ehest möglich zu erkennen, diese rechtzeitig zu behandeln bzw. auftretende Folgeerkrankungen zu lindern (Wikipedia, 2011). Zur Vervollständigung der Begriffsdefinitionen sei hier erwähnt, dass die Vorsorgeuntersuchung in Österreich auch als Screening- oder Präventionsprogramm bzw. als Vorsorge-Früherkennungs-Programm bezeichnet wird.

Ein wesentliches Ziel von Screeningprogrammen ist die Diagnostizierung von einer Krankheit in einem sehr frühem Stadium ohne Auftreten von Symptomen (Raffle & Muir Gray, 2009, S. 58). Die zuvor genannten Autoren betrachten Screening als ein gesamtes System, welches zur Herstellung eines verbesserten Gesundheitszustandes dienen kann. Denn nur das Aufzeigen eines bestehenden Risikos, eine Krankheit zu bekommen, kann das Endergebnis – also einen verbesserten Gesundheitszustand – nicht beeinflussen, sondern es muss eine geeignete Intervention folgen (Raffle & Muir Gray, 2009, S. 63).

2.6. Die Vorsorgeuntersuchung als Screeningprogramm in Österreich

Bereits seit 1974 gibt es für Personen ab 18 Jahren in Österreich die Möglichkeit, die Vorsorgeuntersuchung kostenlos in Anspruch zu nehmen (Püringer, Klima, & Piribauer, 2005, S. 18). Seit diesem Zeitpunkt wurden auf dem Gebiet der Medizin viele Fortschritte gemacht. Dies hat im Jahr 2005 den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherung wie auch die österreichische Ärztekammer dazu veranlasst, die bisherigen Inhalte der Vorsorgeuntersuchung mit den aktuellen, wissenschaftlichen Erkenntnissen der internationalen Medizin zu optimieren. Neben der Erweiterung der Darmkrebsvorsorge, der Schwerpunktsetzung auf die Früherkennung von Hör- oder Sehschäden sowie von Parodontalerkrankungen, der Erstellung von neuen Dokumentationsbehelfen uvm. wurde das Angebot der Vorsorgeuntersuchung auch um die moderne Lebensstilmedizin erweitert. Ziel dieser Fachrichtung ist es, Menschen über einen gesundheitsfördernden Lebensstil aufzuklären und sie bei der Umsetzung zu unterstützen. Die Lebensstilmedizin fokussiert hauptsächlich auf Themen wie Ernährung, Bewegung und Rauchen (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hrsg.), 2005, S. 4f). Der Begriff Lebensstilmedizin wird unter Kapitel 2.7. noch näher erläutert. Seit der Neugestaltung der

Vorsorgeuntersuchung im Jahre 2005 wird diese als „Vorsorgeuntersuchung Neu“ bezeichnet (Püringer, Klima, & Piribauer, 2005). Der Einfachheit halber wird in dieser Masterarbeit ausschließlich der Begriff „Vorsorgeuntersuchung“ anstelle von „Vorsorgeuntersuchung Neu“ verwendet und unter anderem mit VU abgekürzt.

2.6.1. Nutzen der Vorsorgeuntersuchung

Die Vorsorgeuntersuchung als Vorsorge-Früherkennungs-Programm bzw. als Screening- bzw. Präventionsprogramm soll einen gesundheitlichen Nutzen für die gesamte österreichische Bevölkerung sowie für jedes Individuum bringen (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hrsg.), 2005, S. 4). Diese hat zum Ziel die Gesundheit der gesamten österreichischen Bevölkerung zu verbessern. In Folge dessen sollen die Morbidität und/oder die Mortalität gesenkt werden sowie die Lebensjahre bei guter Gesundheit möglichst erhöht werden. Viele der heutigen Krankheiten entstehen nicht von heute auf morgen, sondern über einen Zeitraum von Jahren und durch das Vorhandensein von Risikofaktoren, welche die Entstehung von bestimmten Krankheiten begünstigen können. Aus diesem Grund wird der Prävention und Früherkennung von Risikofaktoren und Krankheiten ein großer Nutzen zugesprochen. Denn wenn es gelingt Krankheiten in einem möglichst frühen Stadium zu identifizieren, kann durch geeignete Lebensstilinterventionen der Entstehung bzw. der Krankheitsprogression entgegengewirkt werden (Püringer, Klima, & Piribauer, 2005, S. 17f).

2.6.2. Ziele der Vorsorgeuntersuchung

In der Informationsunterlage „Chancen und Nutzen der neuen Vorsorgeuntersuchung inklusive Beschreibung der medizinischen Interventionen für Nichtmediziner“ des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger sind die klar definierten Ziele der Vorsorgeuntersuchung aufgelistet (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hrsg.), 2005, S. 8).

„Aus Sicht des öffentlichen Gesundheitswesens zählen zu den Zielen:

- *Verhinderung von Krankheit*
- *Verhinderung von Risikofaktoren*
- *Früherkennung von Krankheit*

- *Früherkennung von Risikofaktoren*
- *Verbesserung der Lebensqualität*
- *Erhöhung der Lebenserwartung durch Früherkennung – Senkung der Mortalität*
- *Erhöhung der Gesundheitserwartung – Herabsetzen der Morbidität*
- *Erhöhen der Chancen für ein gesünderes Älterwerden und damit Senkung des frühzeitigen Pflegebedarfs und von Langzeitpflege.“ (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hrsg.), 2005, S. 8)*

„Ziele aus Sicht der teilnehmenden Menschen sind:

- *Bild über den eigenen Gesundheitszustand*
- *Früherkennung von schweren Erkrankungen, die noch rechtzeitig behandelt werden können, wenn die Therapien noch nicht einschneidend und weitreichend sind*
- *Motivation für einen gesünderen Lebensstil*
- *Überprüfung der bereits durchgeführten Maßnahmen aufgrund der Ergebnisse einer früheren Gesundenuntersuchung*
- *Verbesserte Chancen für ein gesundes Älterwerden*
- *Empowerment: Die Probanden sollen in die Lage versetzt werden, eigenverantwortlich zur Verbesserung der Lebensqualität und der Lebensverlängerung beizutragen.“ (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hrsg.), 2005, S. 8)*

Die Vorsorgeuntersuchung versucht Personen mit Risikofaktoren zu identifizieren und durch geeignete Maßnahmen das Risiko zu reduzieren. Diese Maßnahmen können der Primärprävention zugeordnet werden und einer Krankheitsentstehung vorbeugen. Werden im Zuge der Vorsorgeuntersuchung Personen mit bestehenden Krankheiten entdeckt, wird durch sekundär-präventive Maßnahmen versucht eine Krankheitsprogression und deren gesundheitliche Beeinträchtigungen zu vermeiden. Nachfolgend werden in der angeführten Graphik die Ziele von Screening- bzw. Präventionsprogrammen der Primär- bzw. Sekundärprävention zugeordnet und dargestellt. (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hrsg.), 2005, S. 8).



Abbildung 4: Ziele von Screeningprogrammen (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hrsg.), 2005, S. 8)

2.6.3. Die gesetzlichen Grundlagen

Die Vorsorgeuntersuchung in Österreich ist im allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG) geregelt, genauer unter dem § 132b Vorsorge(Gesunden)untersuchungen. Darin steht dass jeder (Mit-)Versicherte einmal pro Jahr Anspruch auf eine Vorsorgeuntersuchung hat.

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger gibt die Richtlinien vor, wie die Vorsorgeuntersuchungen durchzuführen sind, welche dazu dienen sollen die bevölkerungsweite Volksgesundheit aufrechtzuerhalten und Volkskrankheiten so früh als möglich zu erkennen (Jusline GmbH, 2012). Der Gesamtvertrag der Vorsorgeuntersuchung wurde zwischen der österreichischen Ärztekammer und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger abgeschlossen (Österreichische Sozialversicherung, 2011, S. 1).

2.6.4. Durchführung der Vorsorgeuntersuchung

Die Durchführung der Vorsorgeuntersuchung ist in der vertraglichen Grundlage der Vorsorgeuntersuchung im §11 geregelt. Prinzipiell können Allgemeinmediziner, Fachärzte für Innere Medizin und Fachärzte für Lungenheilkunde das Untersuchungsprogramm durchführen.

Patienten werden mit einem Überweisungsschein, der mit VU gekennzeichnet sein muss, zum jeweiligen Arzt überwiesen. Vorerst muss die Anamnese erhoben und der Teilnehmer der Vorsorgeuntersuchung untersucht werden.

Nachdem alle Untersuchungen ausgewertet worden sind, hat der Arzt mit dem Probanden ein Abschlussgespräch zu führen, für welches 15 min vorzusehen sind. Bei diesem Gespräch ist der Teilnehmer über seinen Gesundheitszustand, über mögliche Risikofaktoren und eventuelle Maßnahmen zur Behandlung und zur Lebensstiloptimierung zu informieren. Der Arzt kann auch weiterführende Untersuchungen vorschlagen. Spezielle Untersuchungen wie PAP-Abstriche, Mammographien und Koloskopien können nur von bestimmten Fachärzten durchgeführt werden (Österreichische Sozialversicherung, 2011, S. 6).

2.6.5. Frequenzstatistik der Vorsorgeuntersuchung

Betrachtet man die Ergebnisse der nachfolgenden Tabelle zeigt sich, dass im Jahr 2010 insgesamt 854 413 Vorsorgeuntersuchungen österreichweit durchgeführt wurden, wobei Wien vor Oberösterreich und der Steiermark die höchsten Zahlen an Vorsorgeuntersuchungen aufweist (Kvas, A. et al., 2011, S. 35).

Bundesland	Untersuchungen insgesamt			d a v o n			
				Allg. Untersuchungsprogramm			Gynäkologisches Untersuchungsprogramm
	M + F	Männer	Frauen	M + F	Männer	Frauen	
Österreich	994.373	396.279	598.094	854.413	396.279	458.134	139.960
Wien	201.556	79.625	121.931	173.686	79.625	94.061	27.870
Niederösterreich	80.112	40.030	40.082	79.526	40.030	39.496	586
Burgenland	53.826	22.303	31.523	48.960	22.303	26.657	4.866
Oberösterreich	141.784	68.727	73.057	139.809	68.727	71.082	1.975
Steiermark	126.765	57.205	69.560	124.619	57.205	67.414	2.146
Kärnten	90.939	33.175	57.764	77.493	33.175	44.318	13.446
Salzburg	56.308	25.648	30.660	55.626	25.648	29.978	682
Tirol	162.899	48.153	114.746	107.390	48.153	59.237	55.509
Vorarlberg	80.184	21.413	58.771	47.304	21.413	25.891	32.880

Anmerkungen. M = Männer, F = Frauen.

Tabelle 1: Vorsorgeuntersuchung nach Bundesländern und Geschlecht in Absolutzahlen (alle Krankenversicherungsträger), Jahr 2010 (Kvas, A. et al., 2011, S. 35)

In einer weiteren Übersichtstabelle sind die Ergebnisse der anteilmäßigen Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchung nach den Bundesländern an der durchschnittlichen geschlechtsspezifischen Bevölkerung des entsprechenden Bundeslandes ab 18 Jahren in Prozent dargestellt. Wie man aus der Tabelle

entnehmen kann, waren die Anteile der Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchung im Burgenland, gefolgt von Tirol und Kärnten, am höchsten (Kvas, A. et al., 2011, S. 36).

Bundesland	Allg. Untersuchungsprogramm			Gynäkologisches Untersuchungsprogramm
	M + F	Männer	Frauen	
Österreich	12,5	12,0	12,9	3,9
Wien	12,3	11,9	12,6	3,7
Niederösterreich	6,1	6,3	5,8	0,1
Burgenland	20,7	19,4	21,8	4,0
Oberösterreich	12,3	12,4	12,2	0,3
Steiermark	12,4	11,8	13,0	0,4
Kärnten	16,8	15,0	18,5	5,6
Salzburg	13,0	12,5	13,4	0,3
Tirol	18,8	17,4	20,1	18,8
Vorarlberg	16,2	15,0	17,3	22,0

Anmerkungen. M = Männer, F = Frauen.

Tabelle 2: Vorsorgeuntersuchung nach Bundesländern und Geschlecht in Prozenten der Wohnbevölkerung ab 18 Jahren, Jahr 2010 (Kvas, A. et al., 2011, S. 36)

Nachfolgende Tabellen zeigen die Frequenzen der Vorsorgeuntersuchungen nach Alter. Betrachtet man die Absolutzahlen der Tabelle 3 wird klar, dass die meisten Vorsorgeuntersuchungen in der Altersklasse zwischen 45-49 Jahren zu verzeichnen sind (Kvas, A. et al., 2011, S. 37).

Altersgruppe	Untersuchungen insgesamt			d a v o n			
				Allg. Untersuchungsprogramm			Gynäkologisches Untersuchungsprogramm
	M + F	Männer	Frauen	M + F	Männer	Frauen	
insgesamt	994.373	396.279	598.094	854.413	396.279	458.134	139.960
18-24	60.847	20.514	40.333	48.392	20.514	27.878	12.455
25-29	70.568	23.913	46.655	56.001	23.913	32.088	14.567
30-34	74.640	27.674	46.966	61.333	27.674	33.659	13.307
35-39	87.685	33.164	54.521	73.025	33.164	39.861	14.660
40-44	106.774	43.482	63.292	91.346	43.482	47.864	15.428
45-49	110.895	46.591	64.304	96.115	46.591	49.524	14.780
50-54	100.340	42.919	57.421	88.521	42.919	45.602	11.819
55-59	88.290	36.695	51.595	77.484	36.695	40.789	10.806
60-64	85.185	35.665	49.520	74.700	35.665	39.035	10.485
65-69	72.000	30.318	41.682	63.933	30.318	33.615	8.067
70-74	60.296	25.148	35.148	53.787	25.148	28.639	6.509
75 und älter	76.853	30.196	46.657	69.776	30.196	39.580	7.077

Anmerkungen. M = Männer, F = Frauen.

Tabelle 3: Vorsorgeuntersuchung nach Alter und Geschlecht in Absolutzahlen (alle Krankenversicherungsträger), Jahr 2010 (Kvas, A. et al., 2011, S. 37)

Die Tabelle 4 beschreibt in welchen Altersgruppen unterteilt nach Geschlecht die Vorsorgeuntersuchung in Prozent am häufigsten in Anspruch genommen wird. Wie aus der Tabelle hervorgeht, zeigt die Altersgruppe zwischen 60-64 Jahren den größten prozentuellen Anteil an der Wohnbevölkerung bezogen auf die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchung (Kvas, A. et al., 2011, S. 38).

Altersgruppe	Allg. Untersuchungsprogramm			Gynäkologisches Untersuchungsprogramm
	M + F	Männer	Frauen	
insgesamt	12,5	12,0	12,9	3,9
18-24	6,7	5,6	7,8	3,5
25-29	10,0	8,6	11,5	5,2
30-34	11,6	10,4	12,8	5,0
35-39	12,3	11,3	13,3	4,9
40-44	13,1	12,3	13,8	4,5
45-49	13,6	13,1	14,2	4,2
50-54	14,6	14,2	15,0	3,9
55-59	15,6	15,1	16,1	4,3
60-64	16,2	16,0	16,4	4,4
65-69	14,4	14,6	14,3	3,4
70-74	14,8	15,1	14,5	3,3
75 und älter	10,4	12,5	9,2	1,6

Anmerkungen. M = Männer, F = Frauen.

Tabelle 4: Vorsorgeuntersuchung nach Alter und Geschlecht in Prozenten der Wohnbevölkerung ab 18 Jahren, Jahr 2010 (Kvas, A. et al., 2011, S. 38)

2.7. Lebensstilmedizin

Seit dem Jahr 2005 wurde das Angebot der Vorsorgeuntersuchung um die moderne Lebensstilmedizin erweitert. Laut Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger hat die Lebensstilmedizin zum Ziel, Menschen über einen gesundheitsfördernden Lebensstil aufzuklären und sie bei der Umsetzung zu unterstützen. Diese Fachrichtung fokussiert hauptsächlich auf Themen wie Ernährung, Bewegung und Rauchen (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hrsg.), 2005, S. 4f). Nachfolgend wird der Begriff Lebensstilmedizin definiert und aufgezeigt, welche theoretischen Modelle zur Verhaltensänderung nicht nur in der Gesundheitsförderung und Prävention sondern auch im Rahmen der Lebensstilmedizin zur Anwendung kommen. Eine kurze Beschreibung der beratenden Interventionen sowie eine Darstellung von Ergebnissen aus der Praxis sind ebenfalls vorgesehen.

2.7.1. Definition Lebensstilmedizin

Laut dem American College of Preventive Medicine (2009) gibt es prinzipiell keine einheitliche Definition, aber inhaltlich unterscheiden sich die Definitionen nicht wesentlich. So zeigt das American College of Preventive Medicine folgende Definitionen auf (American College of Preventive Medicine, 2009, S. 2):

Von Rippe (1999) wird „Lifestyle Medicine“ folgendermaßen definiert: *„The integration of lifestyle practices into conventional medicine to lower the risk for chronic disease and, if disease is already present, to serve as an adjunct to therapy“*. (Rippe 1999 zitiert nach American College of Preventive Medicine, 2009, S.2)

Die Australian Lifestyle Medicine Association (ALMA) vertritt folgende Definition: *„The therapeutic use of lifestyle interventions in the management of disease caused primarily by lifestyle“*. Weiters heißt es laut ALMA: *„Bridges the gap between health promotion and conventional medicine“*. (Australian Lifestyle Medicine Association zitiert nach American College of Preventive Medicine, 2009, S.2)

Definitionen von Egger (2008) sind: *„The therapeutic use of lifestyle interventions in the management of disease at all levels to help manage the growing number of cases presenting to doctors now with a lifestyle-based cause of disease such as obesity and type 2 diabetes“*. *„The application of environment, behavioural, medical and motivational principles to the management of lifestyle related health problems in a clinical setting.“* Egger (2008) fügt auch noch hinzu: *“Requires patients to change high risk health behaviors to behaviors that will help to reverse the pathology and or to reduce the likelihood of disease progression“*. (Egger 2008 zitiert nach American College of Preventive Medicine, 2009, S.2)

Die Lebensstilmedizin beschäftigt sich mit den lebensstilassozierten Verhaltensweisen jedes Einzelnen. Der Erfolg ist abhängig davon wie gut man Personen von einer gesünderen Lebensweise überzeugen kann. Integriert werden sollten auch kognitive Verhaltenstherapien und Motivationstrainings damit sich die Patienten über Risiken und Gesundheitsfolgen von gesundheitsschädlichem Verhalten bewusst werden und nachhaltig zu einer gesünderen Lebensweise finden (American College of Preventive Medicine, 2009, S. 5).

Die nachstehende Tabelle zeigt die Unterschiede zwischen der traditionellen Medizin und der Lebensstilmedizin zusammenfassend auf (Egger, Binns, & Rossner, 2008, S. 4):

Conventional	Lifestyle
Treats individual risk factors	Treats lifestyle causes
Patient is often passive recipient of care	Patient is active partner in care
Patient is not required to make big changes	Patient is required to make big changes
Treatment is often short term	Treatment is always long term
Responsibility falls mostly on the clinician	Responsibility falls mostly on the patient
Medication is often the "end" treatment	Medication may be needed but as an adjunct to lifestyle change
Emphasis is on diagnosis and prescription	Emphasis is on motivation and compliance
Goal is disease management	Goal is primary, secondary and tertiary disease prevention
Little consideration of the environment	Consideration of the environment
Side effects are balanced by the benefits	Side effects are seen as part of the outcome
Referral to other medical specialties	Referral to allied health professionals as well
Doctor generally operates independently on a one-to-one basis	Doctor is coordinator of a team of health professionals

Tabelle 5: Unterschiede zwischen traditioneller Medizin und Lebensstilmedizin (Egger, Binns, & Rossner, 2008, S. 4)

2.7.2. Angewandte theoretische Modelle zur Verhaltensänderung in der Primärversorgung

Der Begriff „Primary Care“ (Primärversorgung) wurde erstmals im Dawson Report 1920 erwähnt (Haller et al, 2009, S. 1). „Primary Care“ kann als Teilgebiet von „Primary Health Care“ gesehen werden und steht für die primärärztliche Versorgung (Haller et al, 2009, S. 2).

Das Institute of Medicine (IOM) definiert den Begriff der medizinischen Primärversorgung folgendermaßen:

„Medizinische Primärversorgung ist die Bereitstellung von integrierten, allgemein erreichbaren medizinischen Versorgungsleistungen durch Ärzte, die für die Abdeckung einer großen Mehrheit von persönlichen Bedürfnissen in der medizinischen Versorgung verantwortlich sind, wobei sie eine nachhaltige Beziehung zu ihren Patienten entwickeln und im Rahmen von Familie und Gemeinschaft praktizieren.“ (WONCA International Classification Committee (Hrsg.), 2001, S. 23)

Grandes et al (2008) haben in der nachstehenden Graphik die theoretischen Modelle der Verhaltensänderung welche in der Primärversorgung zur Anwendung kommen und für gesundheitsfördernde Lebensstilinterventionen gültig sind, zusammengefasst (Grandes et al, 2008):

Theory/Model	Description	Key variables and constructs
<i>Individual level: knowledge, beliefs, attitudes, personality traits, past experiences and change processes</i>		
Health Belief Model [17,18]	Healthy behaviour is the result of perception of disease susceptibility and severity, perception of the benefits of the behaviour required for disease avoidance or management, exposure to stimuli promoting the action, and personal confidence in the capacity to successfully implement the behaviour.	Perceived susceptibility Perceived severity Perceived benefits and barriers Cues to action Self-efficacy
Theory of Reasoned/Planned Action [19-21]	Behavioural intention determines the performance of a given behaviour through the influence exerted by beliefs, attitudes, subjective norms and perceived control on intention and behaviour itself.	Behavioural intention Subjective norms Attitude toward behaviour Perceived behavioural control
Information Processing Model [22]	The capacity of the person to understand and react to information and communication sources influences his/her behaviour.	Who provides the information How information is created, transmitted, received and assimilated
Transtheoretical Model of Stages of Change [23]	Willingness or intention to change behaviour varies among individuals and within an individual over time. Relapse is a common event and part of the change process.	Stages of change: (1) Precontemplation, (2) Contemplation, (3) Preparation, (4) Action, (5) Maintenance. Change processes: Cognitive and behavioural; Self-efficacy
Precaution adoption process [24,25]	Adoption of a new behaviour requires a process, consisting of 7 stages or steps, from ignorance of the problem, through the decision to perform the action, to the final change in behaviour.	Stages: (1) No risk awareness; (2) Aware of risk, but considers oneself not susceptible to it; (3) Decision-making process, which may be: (4) No action; (5) Ready for action; (6) Action; (7) Maintenance

Abbildung 5: Summary of the main theoretical models of behavioural change in primary care (Grandes et al, 2008)

Jedes Verhaltensmodell für sich wird kurz beschrieben und die Variablen bzw. Phasen welche für eine Verhaltensänderung entscheidend sein können werden ebenfalls angeführt. Betont wird unter anderem, dass auch das Health Belief Modell (vgl. Kapitel 2.4.1.) oft zur Anwendung kommt, jedoch werden hauptsächlich die Stadien der Verhaltensänderung wie z.B. im transtheoretischen Modell (vgl. Kapitel 2.4.2.) oder nach der 5-A Beratung (Assess, Advice, Agree, Assist and Arrange follow-up) für Interventionen in der Primärversorgung herangezogen. Am effektivsten erweisen sich Beratungen, die auf Grundlage des 5-A Konzeptes erfolgen, da sie wenig Zeit und Training erfordern und auf jedes Individuum abgestimmt werden können (Grandes et al, 2008). Nachfolgende Darstellung verdeutlicht das 5-A Konzept anhand einer graphischen Abbildung (Walter & Schwartz, o.J., S. 19):

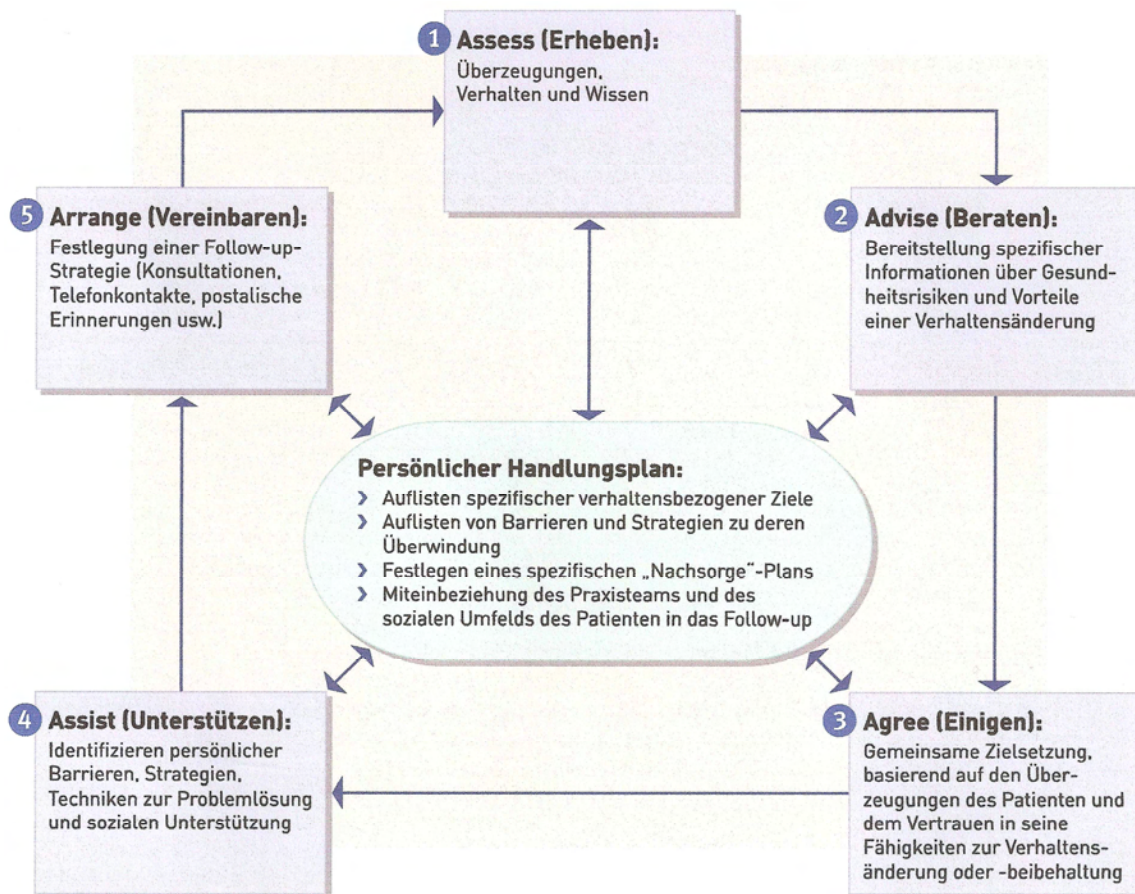


Abbildung 6: Das 5-A Konzept (übersetzte Version) (Walter & Schwartz, o.J., S. 19)

5-A Beratungen können noch erfolgreicher werden, wenn diese durch „Motivational Interviewing“, darunter versteht man eine motivierende Gesprächsführung, um Menschen für eine Verhaltensänderung zu gewinnen, ergänzt werden (Grandes et al, 2008) (vgl. Kapitel 2.4.3.).

Grandes et al zeigen außerdem auf, dass Interventionen welche ärztliche Beratungen mit gesundheitsfördernden Angeboten außerhalb des Gesundheitsversorgungssystems kombinieren, am vielversprechendsten sind. Wie dies konkret im Falle von Bewegung, Ernährung, Rauchen usw. aussehen kann, zeigt die folgende Abbildung von Grandes et al (2008):

Physical activity	Combining advice from the family physician with behavioural interventions such as: goal-setting for the patient, written prescriptions and physical activity regimens adapted to the individual, multiple follow-up contacts by telephone or mail, performed by trained staff, linking or referring to physical activity resources in the community or to exercise programs.
Diet	Combining advice from the family physician with assistance systems at the primary care centre such as advice algorithms, warning or reminding mechanisms, interactive communication media (tailored emails, telephone advice) and group interventions. At the patient level, goal-setting, provision of feedback and behavioural reinforcement, education on nutrition and diet, support materials such as food acquisition and preparation guides, self-monitoring techniques, training to overcome barriers in healthy food selection, social support networks or resources.
Smoking	Counselling or therapeutic interventions for motivated patients related to problem solving, skills training, relapse prevention, stress management, multiple follow-up contacts and intervention in the smoker's environment to increase social support and enhance the effect of brief counselling. For those who have ceased smoking, relapse prevention strategies. For patients unprepared or with no intention to change, counselling and intensive motivational interventions are recommended.
Alcohol	Combining therapeutic counselling by the family physician with multiple contacts, feedback, goal-setting, support at system level, particularly with regard to initial patient evaluation, and in some cases reminder or warning systems, provision of support materials. Motivational interviewing for alcohol dependents.
Multiple risk behaviours*	Evaluation of patient characteristics and needs and subsequent adaptation of intervention elements based on the evaluation, interactive education and skills promotion, self-monitoring, goal-setting, barrier identification and problem solving, use of multidisciplinary teams or nursing-based schemes and support systems in the centres such as reminder systems facilitating identification and multiple follow-up contacts.

* Based on the findings in secondary prevention studies, which may be generalised to the primary care context.

Abbildung 7: Intervention components associated with modification of lifestyle behaviours in primary care setting (Grandes et al, 2008)

Wie Interventionen in Bezug auf das Ernährungs- oder Bewegungsverhalten sowie Beratungen nach dem 5-A Konzept konkret anhand der Vorsorgeuntersuchung, vor allem im Bereich der Lebensstilmedizin, durchgeführt werden, beschreibt nachstehendes Kapitel.

2.7.3. Interventionen im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung

Interventionen im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung können in Form von Erhebungen (Erhebung von Krankheitssymptomen, Medikamenteneinnahmen, der Familienanamnese usw.), in Form von Bestimmungen und Einschätzungen (Bestimmung von Blutzucker uvm; Einschätzung des kardiovaskulären Risikos) sowie in Form von Beratungen durchgeführt werden (Ernährungsberatung uvm.) (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hrsg.), 2005, S. 15).

Beratende Tätigkeiten werden vor allem im Bereich der Prävention von kardiovaskulären Erkrankungen und Suchterkrankungen angeboten und beinhalten die Beratung zu körperlicher Bewegung, Ernährungsberatung sowie die Beratung zur Beendigung des Tabak- und Alkoholkonsums (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hrsg.), 2005, S. 15).

Nachfolgend bezieht sich diese Arbeit auf diese beratenden Interventionen im Rahmen der Lebensstilmedizin (ausgenommen ist die Beratung zur Beendigung des Alkoholkonsums) und auf die Empfehlungen sowie die spezialisierten Einrichtungen, die im Rahmen dieses Beratungsgespräches erwähnt oder empfohlen werden (können), um eine dauerhafte Änderungsbereitschaft zu einer Verhaltensänderung anzustreben. Wie diese Beratungen von Ärzten im Falle der Vorsorgeuntersuchung theoretisch durchgeführt werden, wird im Anschluss erklärt.

2.7.3.1. Ernährungsberatung

Die WHO (2007) definiert Übergewicht und Adipositas folgendermaßen: Übergewicht beginnt bei Erwachsenen ab einem Body-Mass-Index von 25kg/m^2 . Von einer Präadipositas spricht man wenn der BMI zwischen $25,0\text{-}29,9\text{ kg/m}^2$ liegt, von einer Adipositas bei einem BMI über $30,0\text{ kg/m}^2$. Übergewicht kann auch als Risikofaktor für eine ischämische Herzkrankheit und einen ischämischen Schlaganfall gesehen werden. Außerdem kann diese Erkrankung auch die Lebensqualität negativ beeinflussen und psychosoziale Konsequenzen mit sich bringen

(Weltgesundheitsorganisation, 2007, S. 1f). Die Entstehung von Erkrankungen wie eine Fettstoffwechselerkrankung, Diabetes Mellitus oder Adipositas können durch falsches Ernährungsverhalten begünstigt werden (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hrsg.), 2005, S. 9).

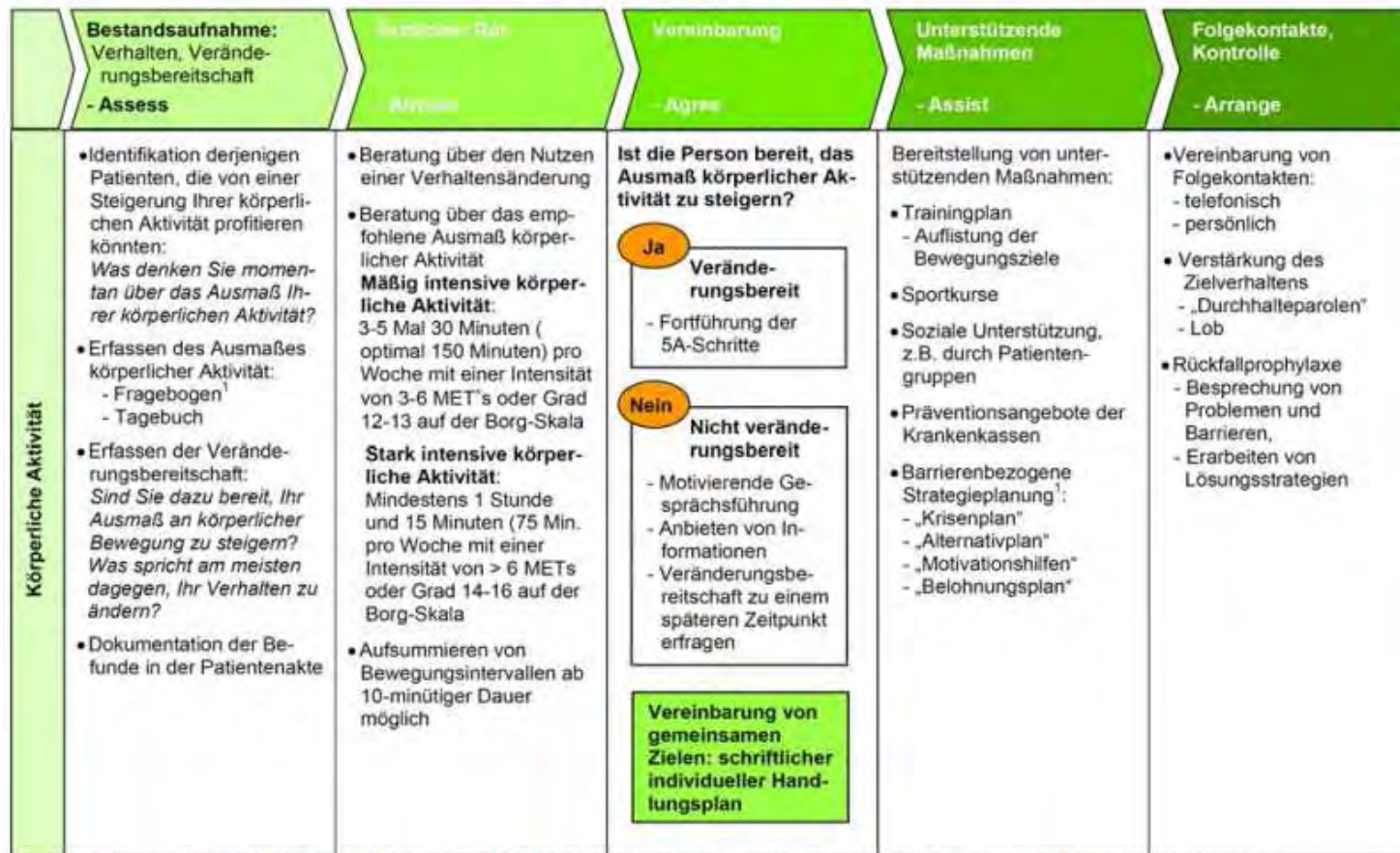
Durch geeignete Interventionen (Bestimmung von Body-Mass-Index und Taillenumfang) wird versucht, fettleibige und adipöse Personen zu identifizieren um diese über die Wichtigkeit von Normalgewicht zu informieren und um diese auf dem Weg der Gewichtsreduktion zu betreuen (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hrsg.), 2005, S. 21). Vorteile für die Gesundheit können schon durch eine Gewichtsreduktion von 10 kg herbeigeführt werden (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hrsg.), 2009, S. 10).

Laut internationalen Erkenntnissen von vielen angesehenen Institutionen wie der WHO, der deutschen Adipositas-Gesellschaft, den National Institutes of Health, der USPSTF uvm. gibt es gute Evidenz dafür dass in der Behandlung von Übergewicht und Adipositas eine intensive Ernährungs- und Bewegungsberatung mit verhaltenstherapeutischen Ansätzen miteinander verknüpft werden sollen, damit ein langfristiger Erfolg in der Gewichtsreduktion erzielt werden kann (Widhalm, 2005, S. 47). Eben genau dieses Basisprogramm aus Ernährungsempfehlung, Beratung zu körperlicher Aktivität und verhaltenstherapeutischen Techniken wird bei der Vorsorgeuntersuchung als Maßnahme bei Übergewicht und Adipositas empfohlen (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hrsg.), 2009, S. 11).

Verhaltenstherapeutische Techniken zielen darauf ab, den Betroffenen aktiv mit einzubeziehen um z.B. durch Selbstbeobachtung des Ess- und Trinkverhaltens, durch Einübung eines kontrollierten Essverhaltens sowie durch ein Rückfallprophylaxetraining die Einhaltung der Ernährungsempfehlung zu unterstützen. Für die Ernährungsberatung kann unter anderem das Beratungskonzept nach der neuseeländischen evidenz-basierten Leitlinie verwendet werden, dessen Grundlage das 5A-Beratungsschema ist (entspricht im deutschsprachigem Raum dem 5-E-Schema) (vgl. Kapitel 2.7.2. Abb.6).

Wie eine konkrete Ernährungsberatung mit Zuhilfenahme des 5-A Konzeptes zur Veränderung des Bewegungsverhaltens in der Praxis aussehen kann, zeigt die folgende Abbildung (Bergert et al, 2011, S. 40):

5 A-Strategie als Hilfestellung zur Veränderung des Bewegungsverhaltens



© S. Ludt, mod. nach Lifescript Practice Manual. Australian Government, Department of Health and Ageing

Abbildung 8: 5-A Strategie als Hilfestellung zur Veränderung des Bewegungsverhaltens (Bergert et al, 2011, S. 40)

Anmerkung: MET=metabolisches Äquivalent. 1 MET entspricht einen Kalorienverbrauch von je 1 kcal je Kilogramm Körpergewicht pro Stunde (Walking mit 5km/h = 4 MET, d.h. pro kg Körpergewicht verbraucht man 4 kcal/h = 100 kg schwerer Mann verbraucht 400kcal/h)

2.7.3.2. Beratung zu körperlicher Aktivität

Die Beratung zu Bewegung im Alltag und/ oder zu Sport hat zum Ziel, der Entstehung von Krankheiten wie Adipositas, koronarer Herzkrankheit oder Diabetes Mellitus präventiv vorzubeugen (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hrsg.), 2005, S. 22). Gesundheitliche Vorteile durch ausreichende, regelmäßige Bewegung sind erwiesen (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hrsg.), 2009, S. 28).

Jedoch gibt es noch kein aussagekräftiges Tool bzw. Screeningverfahren, um die durchschnittliche körperliche Aktivität eines Individuums im Zuge der Vorsorgeuntersuchung verlässlich zu messen (U.S. Preventive Services Task Force, 2002). Zusätzlich ist auch die Effektivität der Beratung zu körperlicher Aktivität durch einen Mediziner umstritten. Trotz allem ist eine Beratung zu körperlicher Aktivität gerechtfertigt, da dadurch gesundheitliche Vorteile aufgezeigt und durch Bewegung Risikofaktoren reduziert werden können sowie der Entstehung von Krankheiten präventiv entgegengewirkt werden kann (Temml, Beratung zu körperlicher Aktivität, 2005, S. 101f). Als wissenschaftlich anerkannte Zeitangabe gelten mindestens 30 Minuten aktive Bewegung pro Tag (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hrsg.), 2005, S. 22).

Im Abschlussgespräch der Vorsorgeuntersuchung soll daher eine tägliche körperliche Aktivität von 30 Minuten die dem Fitnesszustand des Teilnehmers entspricht, empfohlen werden. Diese Empfehlung ist zwar schnell ausgesprochen, jedoch stellt sich für den Arzt die Herausforderung, wie er die inaktive Person in so kurzer Zeit zu einer dauerhaften Verhaltensänderung motivieren kann. Hilfreich dabei sind Empfehlungen, bei knappen Zeitressourcen die aktive Bewegung in Form von Kurzeinheiten in den Alltag zu integrieren (Temml, Beratung zu körperlicher Aktivität, 2005, S. 100f).

Bei Personen mit erhöhtem Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen besteht bei manchen Versicherungen die Möglichkeit, diese an spezialisierte Einrichtungen zu verweisen, um eine erwünschte Lebensstilmodifikation zu erlernen. Bereits sportliche Personen sollen von ärztlicher Seite darin bestätigt werden, weiterhin körperlich aktiv zu bleiben (Temml, Beratung zu körperlicher Aktivität, 2005, S. 102).

2.7.3.3. Beratung zur Beendigung des Tabakkonsums

Verschiedenste Erkrankungen können auf einen Tabak- und Nikotinkonsum zurückgeführt werden. Dazu gehören unter anderem Kurzatmigkeit, chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen, Herzinfarkt und Schlaganfall sowie Lungenkrebs. Bereits nach dem ersten Tag ohne Zigarettenkonsum verbessert sich der Geruchs- und Geschmackssinn sowie auch allmählich die Blutzirkulation und das Risiko einer Herzattacke wird sofort verringert (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hrsg.), 2009, S. 12).

Da ein Verzicht auf Tabakkonsum möglich ist, zählt Rauchen zu den vermeidbaren Ursachen von Krankheiten (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hrsg.), 2005, S. 25). Aufgrund des internationalen medizinischen Wissens wird in Österreich im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung der Raucherstatus erhoben und bei Bedarf eine kurze Aufhörberatung seitens des Arztes durchgeführt. Die Kurzberatung erfolgt durch das System der 5 E's (dieses entspricht dem 5A-Konzept) – Erfragen, Erfassen, Erklären, Erreichen, Einrichten – auf Basis von internationalen Leitlinien. Wie aus der Literatur hervorgeht, kann ein ärztlicher Ratschlag, das Rauchen aufzugeben, Erfolge mit sich bringen (Neuberger, 2005, S. 33f).

„Fünf E's“ (engl. A's) zur Entwöhnung

ERFRAGEN / ASK: Erfragen des Rauchverhaltens

„Rauchen Sie oder haben Sie früher geraucht?“

- Wenn **Nichtraucher**: keine Maßnahme (außer Schutz vor Passivrauchen)
- Wenn **Exraucher**: Gratulation und Bestärkung, abstinenz zu bleiben. Dabei unterstützen offene Fragen wie „In welcher Weise hat Ihnen das Aufhören gut getan?“
- Rückfall-Vorbeugung (siehe Algorithmus für die Entwöhnungsberatung)
- Wenn der Betroffene **vor Kurzem rückfällig** geworden ist: Rückfall-Vorbeugung (siehe Algorithmus für die Entwöhnungsberatung)
- Wenn **Raucher**: weiter verfahren nach den Fünf E's:

ERFASSEN / ASSESS: Erfassen der Aufhörbereitschaft

„Wollen Sie mit dem Rauchen aufhören? Und wenn ja, wann?“

Die Kurz-Beratung folgt weiter dem Leitfaden der fünf E's und kann nach dem Ausmaß der Aufhörbereitschaft (nicht aufhörwillig, langfristig aufhörwillig, innerhalb des nächsten Monats aufhörwillig) variiert werden (siehe Algorithmus für die Entwöhnungsberatung).

ERKLÄREN / ADVISE: Ein deutlicher Ratschlag

Es soll ein Aufhörversuch angeregt werden, indem kurze, klare und unterstützende Botschaften über die Notwendigkeit des Rauchstopps gegeben werden. Dies sollte bei jedem Arztkontakt erfolgen.

ERREICHEN / ASSIST: Unterstützende Maßnahmen für die Aufhörbereitschaft – Der individuelle Aufhörplan

- Bereitstellung von Selbsthilfematerial
- Festlegung eines Stichtags, ab wann keine Zigarette mehr angezündet wird
- Erörtern der individuellen Hindernisse, die dem Erfolg entgegenstehen, und Wege finden, wie der Betroffene sie überwinden kann
- Hinweis auf Spezialeinrichtungen zur Rauchentwöhnung
- Angebot von Therapien zum Nikotinentzug: Nikotinersatzprodukte, medikamentöse Therapie oder andere Therapieformen

EINRICHTEN / ARRANGE von Follow-up-Visiten: Einrichten von erhaltenden Maßnahmen durch regelmäßige Arztkontakte

- Der Patient wird nach ein bis drei Tagen nach dem Aufhörtage wieder bestellt (die meisten Raucher werden innerhalb weniger Tage rückfällig).²⁸
- Ein zweiter Termin sollte innerhalb des ersten Monats angeboten werden.
- Bei jedem weiteren Arzt-Patient-Kontakt Bestärkung, weiterhin rauchfrei zu bleiben.

Abbildung 9: „Fünf E's“ zur Entwöhnung (Neuberger, 2005, S. 37)

Damit sich dauerhafte Erfolge zeigen, ist es in vielen Fällen notwendig, den Teilnehmer der Vorsorgeuntersuchung einige Tage nach dem Aufhörversuch wieder zu bestellen. Diese Wiederbestellung ist aber nicht Teil der kassenärztlichen Leistungen im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung und wird somit nicht von der Krankenkasse übernommen. In Ausnahmefälle ist eine Überweisung an spezialisierte Einrichtungen zur Tabakentwöhnungen möglich, jedoch übernehmen nur einige wenige Krankenkassen wie z.B. die OÖGKK und die VAEB die Kosten für ihre Versicherten (Neuberger, 2005, S. 35). Auch die steirische Gebietskrankenkasse hat für ihre Versicherten für einen kleinen Selbstkostenbeitrag von 30 Euro ein Tabakentwöhnungsseminar entwickelt. Das Seminar „Rauchfrei in 6 Wochen“ wird Rauchern angeboten um ihnen Wege zu zeigen, wie sie ohne Zigaretten leben und mit Entzugssymptomen umgehen können (VIVID-Fachstelle für Suchtprävention, 2012).

2.8. Ergebnisse zur Durchführung der Interventionen in der Praxis

Das Institut für Gesundheitsförderung und Prävention hat 2009 durch eine Befragung von Ärzten unter anderem Ergebnisse über die Lebensstilberatung aus ärztlicher Sicht gewonnen. Von allen Ärzten welche über einen Vorsorgeuntersuchungsvertrag verfügen (rund 6400 Ärzte), wurde eine Stichprobe von 500 Ärzten für die Befragung herangezogen. Gut beleuchtet wurden die Aussagen zu den Themen Tabakkonsum und Bewegungsmangel (Malli, 2011, S. 12f). Hinsichtlich der Kurzintervention zum Rauchstopp fühlen sich rund 71% der Ärzte gut geschult, jedoch vertreten auch 54% die Ansicht, dass diese Maßnahmen nicht Aufgabengebiet der Vorsorgeuntersuchung sei. Fast die Hälfte der Befragten (44%) erachten lediglich die Kurzinterventionen zum Rauchstopp als erfolgsversprechend, 54% hingegen sehen darin Erfolge weil es weiterführende Angebote zur Raucherentwöhnung gibt. Diese Ergebnisse verdeutlicht die Abbildung im Anschluss (Malli, 2011, S. 13f):

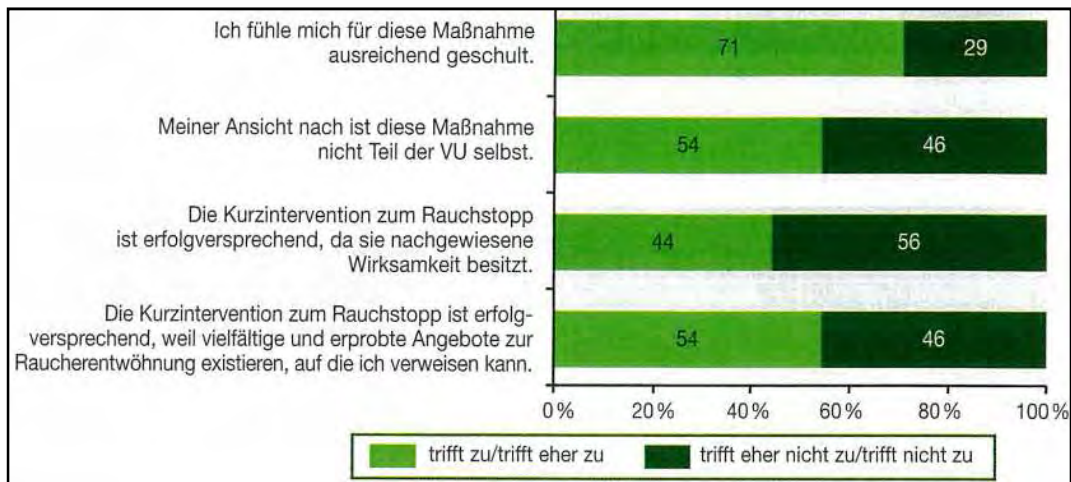


Abbildung 10: Lebensstilberatung zum Rauchstopp (Malli, 2011, S. 14)

Sieht man sich die Ergebnisse zum Thema Kurzberatung zur körperlichen Aktivität an, fällt auf, dass sich sogar mehr Ärzte (87%) als bei der Beratung zum Rauchstopp dafür ausreichend geschult fühlen. 38% geben auch an, dass ihrer Meinung nach diese Beratung nicht im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung durchgeführt werden sollte. 71% der Ärzte halten die Kurzberatung zur körperlichen Aktivität durch ihre nachgewiesene Wirksamkeit als erfolgsversprechend und 62% der Befragten sehen einen Erfolg durch die vielseitigen Angebotsstrukturen. Diese Ergebnisse wurden auch zur besseren Veranschaulichung in der nachstehenden Abbildung dargestellt (Malli, 2011, S. 14):

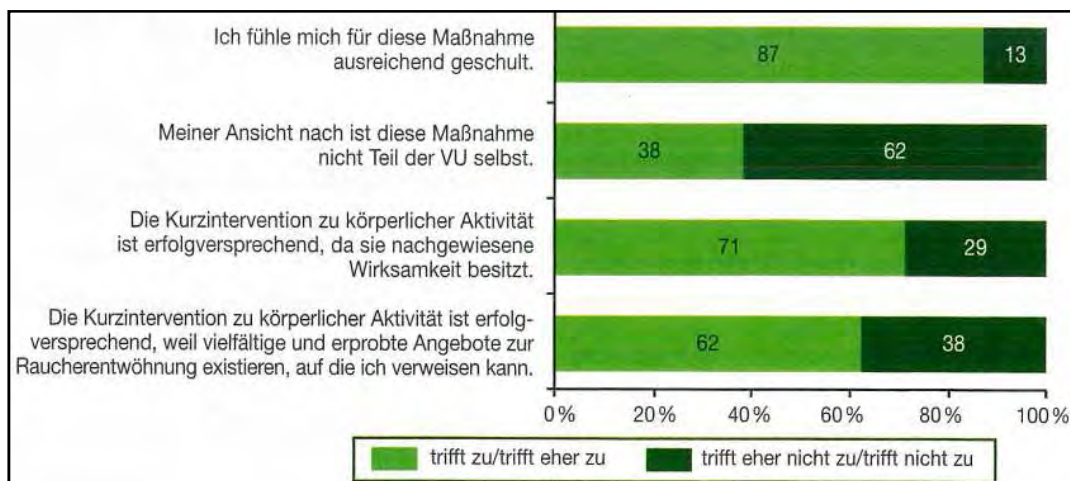


Abbildung 11: Lebensstilberatung zu körperlicher Aktivität (Malli, 2011, S. 14)

Anmerkung: Bei der letzten Aussage handelt es sich anscheinend um einen Tippfehler seitens der Fachzeitschrift. Es heißt wohl eher: Die Kurzintervention zu körperlicher Aktivität ist erfolgsversprechend, weil vielfältige und erprobte Bewegungsangebote existieren.

Mit einer weiteren Online-Befragung von Ärzten zur Vorsorgeuntersuchung, durchgeführt im Jahr 2010 vom Institut für Gesundheitsförderung und Prävention, wurde versucht aus Sicht der Mediziner mehr über jene Faktoren herauszufinden, welche als Barriere für die ärztliche Beratungsleistung gesehen werden können. Von den rund 6400 Ärzten welche die Vorsorgeuntersuchung durchführen, haben sich 1663 Ärzte an der Befragung beteiligt. 80% der Befragten sind im Fach der Allgemeinmedizin ausgebildet (Malli G. , 2010, S. 1). 77,9% der Befragten geben eine unzureichende Honorierung und 69,5% führen Zeitmangel an. 27,9% äußern ein mangelndes Interesse an Prävention von Seiten der Patienten und fast ein Drittel (32%) sieht unzureichendes Beratungsmaterial als eine Barriere für die ärztliche Beratung. Nur 3,4% der Befragten geben an, sich nicht für eine präventive Beratung zu interessieren. Die nachfolgende Abbildung fasst die Ergebnisse aus den Befragungen nochmal zusammen (Malli G. , 2010, S. 57f):

Barrieren	Zustimmung	
	n	%
Unzureichende Honorierung	1092	77.9
Zeitmangel	987	69.5
Mangel an geeignetem Beratungsmaterial für die PatientInnen	450	32.0
Kein Interesse von Seiten der PatientInnen	391	27.9
Kein persönliches Interesse daran, präventive Leistungen anzubieten	48	3.4

Anmerkung: Geordnet nach Häufigkeit.

Tabelle 6: Barrieren der Lebensstilberatung (Malli G. , 2010, S. 58)

Wie die unten angeführte Abbildung 11 zeigt, gibt es hinsichtlich der Wirksamkeit von ärztlich durchgeführten Lebensstilberatungen unterschiedliche Meinungen. Mehr als die Hälfte der befragten Ärzte (54,3%) äußert, dass die Beratung ihrer Meinung keine Veränderung auf das Verhalten ihrer Patienten ausübt. 68,1% sind auch davon überzeugt, dass vor allem Patienten ohne Symptomatik den ärztlichen Empfehlungen nicht nachgehen. Andererseits kann aber auch aufgezeigt werden, dass 55,8% der befragten Ärzte angeben, dass Patienten nach ärztlicher Aufforderung zumindest versuchen, ihren Lebensstil zu verändern (Malli G. , 2010, S. 58).

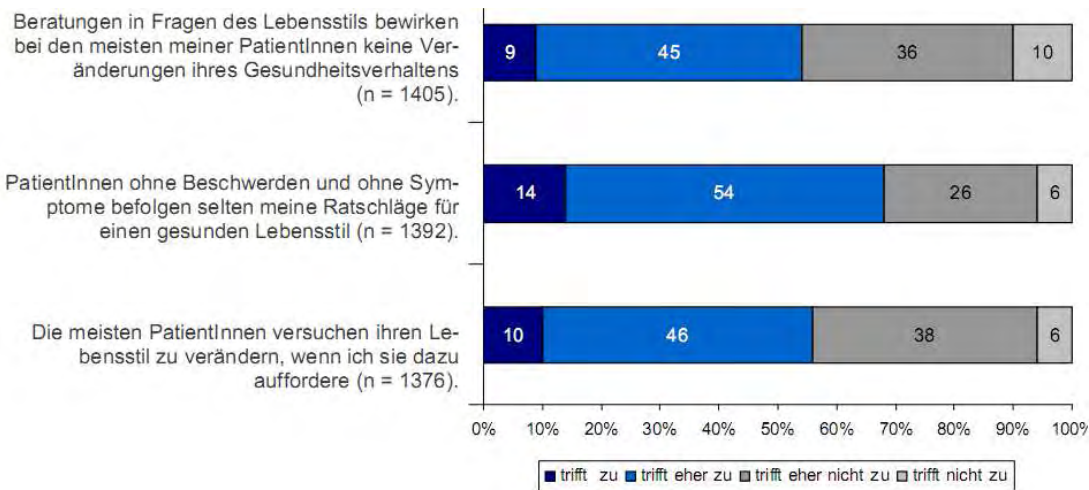


Abbildung 12: Lebensstilberatung (Malli G. , 2010, S. 58)

Im Jahre 2011 hat ein Evaluierungsteam – beauftragt durch die ÖÄK und den HVB - einen Evaluationsbericht von pseudonymisierten VU-Befunddaten erstellt. Als Datenquelle für die Evaluierung verwendete man elektronisch-erhobene Befunddaten der Vorsorgeuntersuchungen vom Jahr 2009. Die Kohorte der Vorsorgeuntersuchungen aus diesem Jahr bestand zu 55,6% aus Frauen und 44,4% Männern, der Altersdurchschnitt lag bei 50,8 Jahren (Kvas, Kvas, & Sprenger, 2011, S. 11).

Im Rahmen dieser Arbeit werden nur Ergebnisse aus dem Bericht aufgegriffen, welche sich mit der Prävention und ihren zugehörigen Interventionen wie z.B. Lebensstilinterventionen, Ernährungsberatung usw. auseinandersetzen.

Die Wahrscheinlichkeit für das Eintreten eines kardiovaskulären Zwischenfalls innerhalb von 5 Jahren kann Teilnehmern der VU anhand von Risikoklassen erklärt werden. Bei der Risikoklasse „gering“ (unter 10%) und der Risikoklasse „moderat“ (10-15%) wird empfohlen, dass Lebensstilberatungen zur Verringerung des kardiovaskulären Risikos erfolgen sollen. Ab der Risikoklasse „hoch“ (15-20%) kann bei Bedarf eine medikamentöse Therapie eingeleitet werden (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hrsg.), 2009, S. 25). Betrachtet man VU - Teilnehmer mit erhöhtem kardiovaskulären Risiko und die dazu eingeleiteten Maßnahmen so zeigen sich folgende Ergebnisse: Im Rahmen der VU wird bei rund 30,4% der Teilnehmer ein kardiovaskuläres Risiko (Risikoklasse „moderat“ $\geq 10-15\%$) festgestellt. Insgesamt wird mit 58,3% ein Gespräch geführt, 21,3% wird eine Lebensstilintervention empfohlen. 36,2% der Teilnehmer erhalten weder ein Gespräch noch eine Lebensstilintervention, es wird keine Maßnahme eingeleitet und dokumentiert (Kvas, Kvas, & Sprenger, 2011, S. 28).

Bei Teilnehmern mit einer (Prä)adipositas ($\text{BMI} \geq 25\text{kg/m}^2$) bzw. einem grenzwertüberschreitenden Taillenumfang ($\geq 102\text{ cm}$ bzw. $\geq 88\text{ cm}$) werden hauptsächlich Bewegungs- oder Ernährungsberatungen durchgeführt. Insgesamt werden 59,2% der VU – Teilnehmer mit einer (Prä)adipositas identifiziert. Davon bekommen 12,2% eine Ernährungsberatung, bei 9,7% wird eine Bewegungsberatung durchgeführt. Bei 41,1% werden sowohl eine Bewegungs- als auch eine Ernährungsberatung als Maßnahme gesetzt. Keine Maßnahme wird bei 37,0% dokumentiert (Kvas, Kvas, & Sprenger, 2011, S. 42).

Aus der Evaluierung geht auch hervor, dass 54,6% der VU – Teilnehmer nur gelegentlich oder gar nicht körperlich aktiv sind. Bei 50,8% wird lediglich eine Bewegungsberatung durchgeführt und 1,0% der nicht aktiven Personen wird ein Bewegungsprogramm angeboten. Eine Beratung sowie auch das Angebot eines Bewegungsprogramms erhalten 5,4% der Teilnehmer. Bei 42,1% wird keine Maßnahme dokumentiert. Nur ein minimaler Anteil der VU – Teilnehmer (~0,2%) hat eine empfohlene Maßnahme abgelehnt (Kvas, Kvas, & Sprenger, 2011, S. 43).

Geht es um die Beendigung des Tabakkonsums können im Rahmen der VU 8,4% der Teilnehmer als aufhörwillige Raucher identifiziert werden. Unterscheidet man nicht zwischen den Geschlechtern kann aufgezeigt werden dass bei 60,4% eine Kurzintervention und bei 3,8% ein Entwöhnungsprogramm als Maßnahme dokumentiert wurde. 1,9% der Teilnehmer wurden beide zuvor angeführten Maßnahmen angeboten und bei 33,9% wird keine Maßnahme eingeleitet (Kvas, Kvas, & Sprenger, 2011, S. 77).

Es können sowohl methodische Einschränkungen als auch Limitierungen durch mangelhafte Datenqualität und –verknüpfungen aufgezeigt werden (Kvas, Kvas, & Sprenger, 2011, S. 95). Bei Interesse können diese in der Evaluierung der pseudonymisierten Befunddaten der VU nachgelesen werden. Viel wichtiger erscheint es die Empfehlungen welche sich aus der Diskussion der Ergebnisse dieser Evaluierung ergeben, anzuführen.

Aus den Ergebnissen geht hervor, dass der Anteil an nicht dokumentierten Maßnahmen hoch ist, jedoch gibt es derzeit keine ausreichenden Erklärungen dafür. Eine Möglichkeit für den hohen Anteil an nicht dokumentierten Maßnahmen könnte auch ein fehlendes Angebot an Bewegungs- und Tabakentwöhnungsprogrammen sowie an einem mangelnden Wissen über bestehende Angebote sein. Aus diesem Grund soll gewährleistet werden, dass weiterführende Maßnahmen nicht nur Empfehlungen bleiben, sondern dass qualitativ hochwertige Angebote implementiert werden, damit die VU – Teilnehmer ausreichend und bestmöglich versorgt werden

können. Aus dieser Feststellung heraus wird empfohlen den Bedarf von Angeboten für Lebensstilinterventionen zu erheben (Kvas, Kvas, & Sprenger, 2011, S. 100).

Nachdem die Autorin die wesentlichen Interventionsmöglichkeiten von Seiten der Ärzte aufgezeigt hat (vgl. Kapitel 2.7.3.), wird im anschließenden Kapitel auf gesundheitsfördernde Projekte in Österreich eingegangen welche als gezielte Angebote nach der Vorsorgeuntersuchung implementiert und erprobt wurden bzw. derzeit noch aktuell bestehen.

2.9. Gesundheitsfördernde Angebote

Dieses Kapitel zeigt auf welche Projekte und gesundheitsfördernden Angebote bereits durchgeführt wurden oder derzeit bestehen, um identifizierten Personen mit Risikofaktoren oder bereits bestehenden Erkrankungen im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung gezielte Unterstützungsprogramme zur Lebensstiloptimierung anbieten zu können. Auf ihrem Weg zu einer Verbesserung ihres Gesundheitsverhaltens und ihres Gesundheitszustandes sollen diese Personen auch tatkräftig unterstützt und begleitet werden.

2.9.1. Pilotprojekt „VORSORGEaktiv“

Von April 2009 bis Mai 2010 wurde in Niederösterreich im Rahmen der Initiative „Gesundes Niederösterreich“ das Pilotprojekt „VORSORGEaktiv“ durchgeführt. Teilgenommen haben insgesamt 356 Personen, die älter als 19 Jahre waren und die im Zuge einer Vorsorgeuntersuchung als Personen mit einem erhöhten kardiovaskulären Risiko eingestuft wurden (Gartlehner & Reichenpfader, 2010, S. 4f).

Eine Verbesserung des Gesundheitsverhaltens, die Vermeidung gesundheitlicher Risiken sowie eine nachhaltige Gewichtsabnahme und Erhöhung der Lebensqualität wurden als die wesentlichsten Ziele festgesetzt. Die mit einem erhöhten kardiovaskulären Risiko identifizierten Personen wurden durch ein geschultes Team aus Medizinerinnen, Ernährungsberatern und Sportwissenschaftler 6 Monate lang betreut. Insgesamt erhielten die Teilnehmer 48 Einheiten zu den Themen Bewegung und Ernährung (Gartlehner & Reichenpfader, 2010, S. 6).

Die nachfolgende Abbildung stellt den Ablauf des Pilotprojektes graphisch und übersichtlich dar:

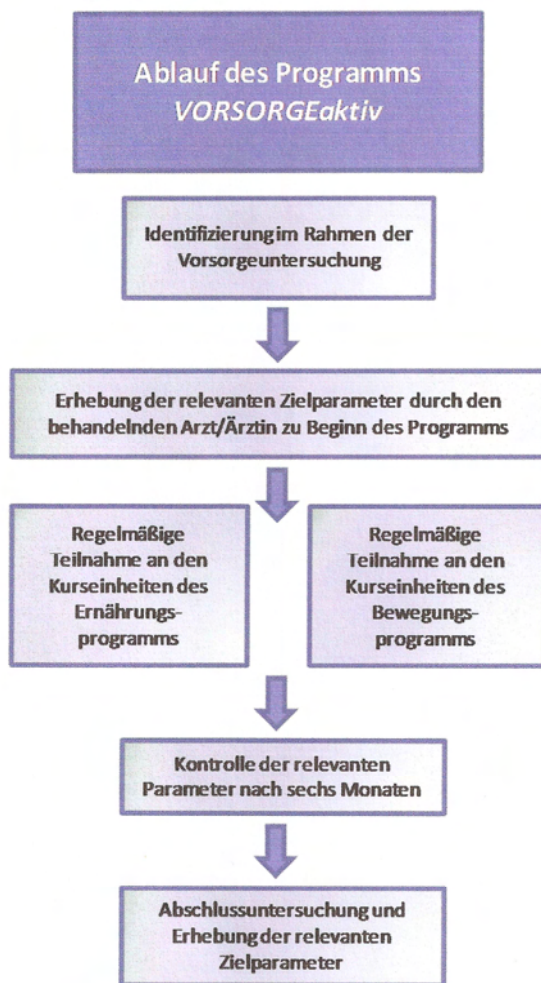


Abbildung 13: Ablauf von VORSORGEaktiv (Gartlehner & Reichenpfader, 2010, S. 7)

Die Evaluierung des Programmes zeigt die Effektivität von VORSORGEaktiv auf. Vorab wurden Zielparameter definiert anhand derer, die zu Beginn erhobenen medizinischen Risikofaktoren und Angaben zu Lebensqualität sowie der Projektzufriedenheit mit den Werten nach Abschluss des Projektes verglichen werden konnten, um eventuelle Verbesserungen zu aufzeigen zu können. Als medizinische Zielparameter wurden Gewicht, BMI, Blutdruck, HDL- und LDL-Cholesterin, Gesamtcholesterin, Triglyzeride und Nüchternblutzucker fixiert. Die Zielparameter bezogen auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität wurden mit dem Fragebogen SF-36 abgefragt, für die Erhebung der Projektzufriedenheit wurde ein einfacher Fragebogen erstellt (Gartlehner & Reichenpfader, 2010, S. 8ff).

Zusammenfassend kann aber von folgenden Erfolgen berichtet werden: Bezogen auf das kardiovaskuläre Risiko kann bei einer großen Anzahl von teilnehmenden Personen bei einem oder sogar mehreren Zielparametern von einer Verbesserung der Werte berichtet werden. Deutliche positive Veränderungen können in Bezug auf die

gesundheitsbezogene Lebensqualität, dem Bewegungsverhalten sowie auf kardiovaskuläre Risikofaktoren aufgezeigt werden. Auch die Werte betreffend BMI und Gewicht zeigten eine eindeutige Verbesserung. Nach Abschluss des Projektes konnten mehr Teilnehmer als vor Beginn des Interventionsprogrammes ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder ausgezeichnet einstufen. Weniger erfolgreich erwies sich die Reduktion des Raucheranteils. Besser wäre es wahrscheinlich gezielte Tabakentwöhnungsprogramme in das Pilotprojekt einzugliedern. Nicht zu vernachlässigen ist auch das gewählte Studiendesign in Form einer Vorher-Nachher Studie mit ihren methodischen Nachteilen, die bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden müssen. Derzeit wird laut Grillich Ludwig in einer Studie die Frage der Nachhaltigkeit (6 Monate nach Projektende) untersucht. Eine konkrete Aussage zu den Ergebnissen wird laut Grillich erst Anfang des Jahres 2013 möglich sein.

2.9.2. Projekt „Bewegt gesund“

Die Wiener Gebietskrankenkasse hat in Zusammenarbeit mit „Fit für Österreich“ ein Projekt konzipiert, mit dem Ziel, dem metabolischen Syndrom, welches durch erhöhten Blutdruck und Blutfette, zu hohes Gewicht und durch eine gestörte Insulinresistenz zum Ausbruch kommen kann, entgegenzuwirken. Die Vorsorgeuntersuchung identifiziert Personen mit erhöhtem Risiko, an einem metabolischen Syndrom zu erkranken. Anreizsysteme sollen die Bevölkerung motivieren, an gesundheitsfördernden Bewegungsangeboten verschiedener Vereine teilzunehmen. Drei wesentliche Ziele des Projektes können aufgezeigt werden. Erstens wird mit diesem Modellprojekt eine Vernetzung und Kooperation von Sozialversicherung, Ärzten und Sportvereinen angestrebt. Weiters sollen Risikofaktoren, die zum metabolischen Syndroms führen, reduziert werden, indem Personen zu einer Teilnahme an Bewegungsangeboten überzeugt werden. Als weiteres Ziel kann die Erhöhung der Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchung angeführt werden (Schober, C. et al., 2009, S. 7).

Zielgruppe sind Personen ab dem 18. Lebensjahr aus zwei festgelegten Wiener Gemeindebezirken, bei denen im Zuge der Vorsorgeuntersuchung Risikofaktoren für eine Stoffwechselerkrankung oder Herz-Kreislauf Erkrankung festgestellt wurden (Schober, C. et al., 2009, S. 8). Wie der Ablauf des Projektes „Bewegt gesund“ in einer kooperierenden Ordination ausgesehen hat, zeigt die nachfolgende Abbildung schematisch auf (Wiener Gebietskrankenkasse, 2010, S. 6):

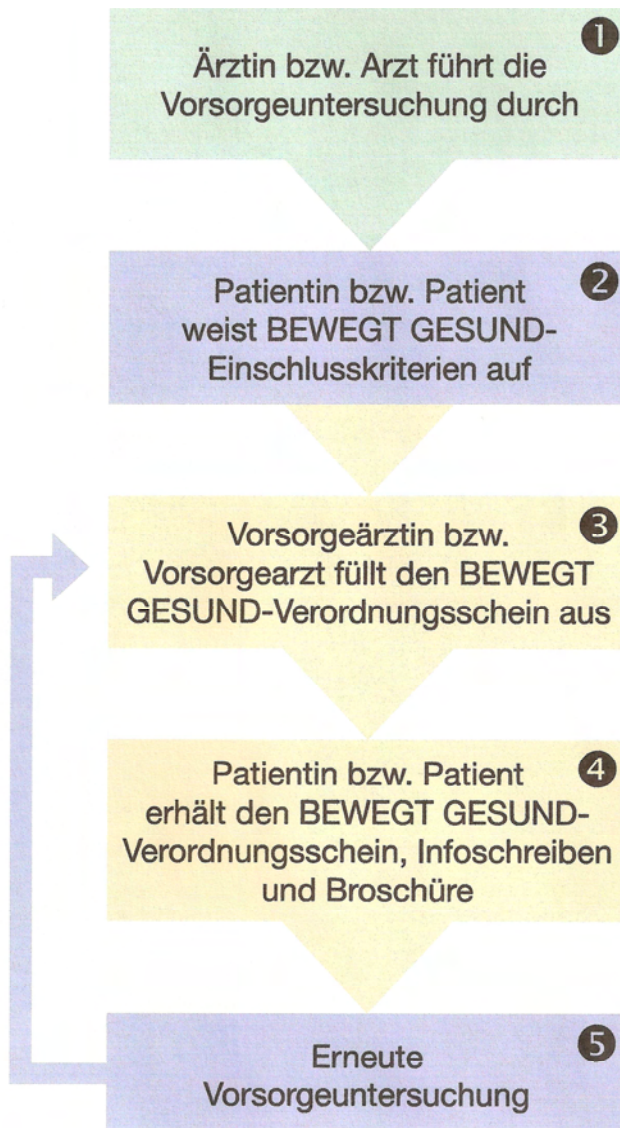


Abbildung 14: Ablauf in der Ordination (Wiener Gebietskrankenkasse, 2010, S. 6)

Der für dieses Projekt erarbeitete Verordnungsschein wird auf den Namen des Patienten ausgestellt und gilt quasi als Gutschein über 35 Euro für Bewegungsprogramme in bestimmten Sportvereinen. Nach Inanspruchnahme eines Bewegungsangebotes kommt es zu einer neuerlichen Zwischenuntersuchung und ein neuer Verordnungsschein kann im Zuge dessen ausgegeben werden (Schober, C. et al., 2009, S. 8).

Nach Anmeldung für ein Bewegungsprogramm, wird die Teilnahme nach jeder Einheit dokumentiert und bestätigt. Bei einer Anwesenheit von über 75% kann der Verordnungsschein mit der Zahlungsbestätigung bei der Wiener Gebietskrankenkasse eingereicht werden, damit die Kosten ersetzt werden (Wiener Gebietskrankenkasse, 2010, S. 9). Die graphische Darstellung aus dem Bewegt-gesund Handbuch (2010) stellt den Ablauf im Verein dar:

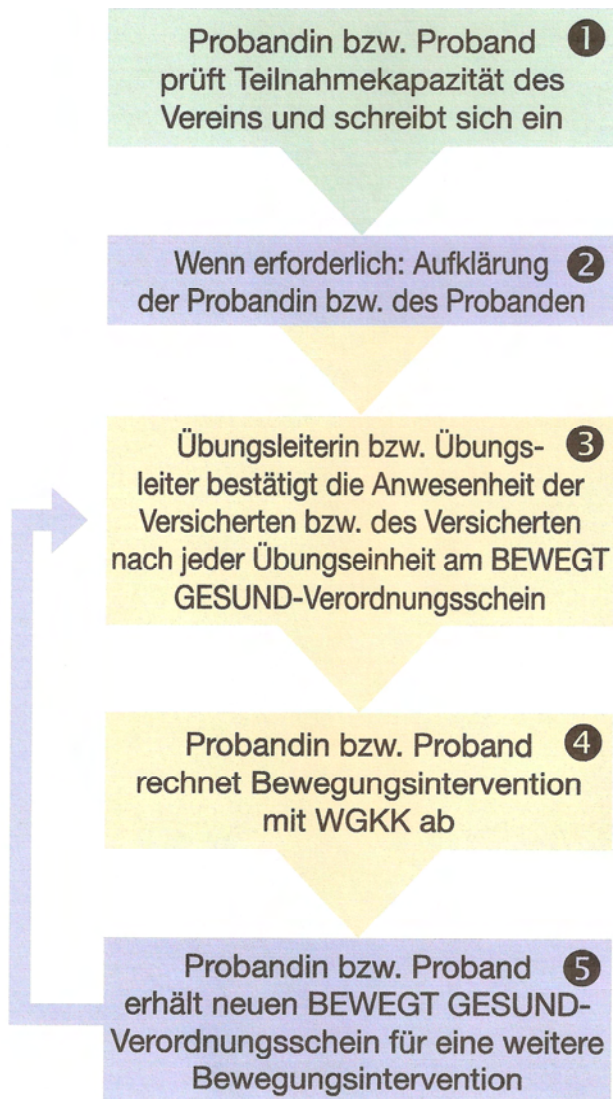


Abbildung 15: Ablauf von Bewegt gesund im Verein (Wiener Gebietskrankenkasse, 2010, S. 8)

Abschließend kann festgehalten werden, dass das Projekt „Bewegt gesund“ als ein Projekt mit Potenzial eingestuft werden kann (Schober, C. et al., 2009, S. 6). Von den 422 Personen, denen ein Verordnungsschein ausgestellt wurde, haben sich allerdings nur 193 zu einem Bewegungsprogramm angemeldet. Unter den Teilnehmern konnte aber eine hohe Zufriedenheit aufgezeigt werden. Die Befragung der teilnehmenden Stakeholder hat ergeben, dass sie das Projekt als sehr sinnvoll erachten und die Kooperationen zwischen den Projektteilnehmern als durchaus positiv bewerten. Aus diesem Pilotprojekt sind auch weitere Handlungsempfehlungen abgeleitet worden, die als Grundlage für weitere Projekte dieser Art dienen können (Schober, C. et al., 2009, S. 41ff).

2.9.3. Tabakentwöhnungsangebote

Die steiermärkische Gebietskrankenkasse versucht durch ihre Tabakentwöhnungsprogramme die steirische Bevölkerung auf dem Weg zum Rauchstopp zu begleiten und zu unterstützen. Mehr als 2500 Personen haben in den Jahren 2007-2010 eines der flächendeckenden, vielfältigen Angebote genutzt. Äußerst erfreulich ist, dass die steirische Gebietskrankenkasse (STGKK) von einer Abstinenzrate von über 60 Prozent nach einem Jahr berichten kann. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Tabakprävention in der Steiermark auf hohem Niveau durchgeführt wird, weil die Angebot qualitativ hochwertig und nachhaltig sind (Hager, Stelzhammer, & Friedl, 2011, S. 5).

Die Tabakpräventionsstrategie Steiermark – darunter versteht man ein Maßnahmenbündel welches zur Prävention und Entwöhnung des Tabakkonsums eingesetzt wird - wird durch eine Kooperation der VIVID – Fachstelle für Suchtprävention und der STGKK umgesetzt. Die Auftraggeber dieser Präventionsstrategie sind einerseits das Land Steiermark, Ressort Gesundheit und andererseits die STGKK (Fernandez & Posch, 2011, S. 12). Folgende Ziele – wie den Einstieg verhindern, Ausstieg erleichtern, Nichtraucher schützen und den Informationsstand der Bevölkerung verbessern – werden durch die Kooperationspartner verfolgt. Im Anschluss zeigt eine übersichtliche Darstellung die Auftraggeber der Tabakpräventionsstrategie sowie die Partner die diese umsetzen und die vereinbarten, gemeinsamen Ziele (Hager, Stelzhammer, & Friedl, 2011, S. 7f):



Abbildung 16: Ziele der Tabakpräventionsstrategie Steiermark (Hager, Stelzhammer, & Friedl, 2011, S. 8)

Im Rahmen der Tabakpräventionsstrategie Steiermark, hat die STGKK verschiedene Entwöhnungsprogramme entwickelt. Theoretischer Hintergrund all dieser Programme sind wissenschaftliche Modelle (z.B. das transtheoretische Modell) welche sich zur Entwöhnung eignen. Entwickelt wurde letztendlich eine gesamte Angebotspyramide, welche folgend angeführt ist (Hager, Stelzhammer, & Friedl, 2011, S. 15):



Abbildung 17: Angebotspyramide (Hager, Stelzhammer, & Friedl, 2011, S. 15)

Wie man aus der Abbildung entnehmen kann, werden die Entwöhnungsprogramme in hochschwellige und niederschwellige Angebote sowie Entwöhnungsprogramme, welche zur Basisversorgung zu zählen sind, gegliedert.

Benötigen Personen intensive Unterstützung beim Rauchstop, aber auch als Rückfallprophylaxe werden ihnen am ehesten hochschwellige Angebote wie das Gruppenseminar „Rauchfrei in 6 Wochen“ oder eine Einzelentwöhnungsberatung angeboten (Hager, Stelzhammer, & Friedl, 2011, S. 16). Niederschwellige Entwöhnungsprogramme wie die STGKK RaucherInnen Helpline und die internetbasierte Entwöhnung richten sich an Personen, die keine intensivste Betreuung benötigen oder wünschen und von sich aus den Rauchstopp schon planen bzw. in Erwägung ziehen (Hager, Stelzhammer, & Friedl, 2011, S. 28). Die Basisversorgung,

welche in der Angebotspyramide ganz unten angeführt ist, hat zum Ziel, die steirische Bevölkerung über die Gefahren des Rauchens zu informieren und Informationen zur Entwöhnung zu veröffentlichen (Hager, Stelzhammer, & Friedl, 2011, S. 37).

Damit auch alle Versicherten steiermarkweit von diesen Angeboten profitieren und diese in Anspruch nehmen können, wurden mit weiteren Sozialversicherungsträgern welche eine Landesstelle in der Steiermark haben, Kooperationsverträge unterzeichnet (Hager, Stelzhammer, & Friedl, 2011, S. 8). Die Seminare wurden so kostengünstig als möglich angeboten und betragen für die Versicherten lediglich 30 Euro Selbstbehalt. Die übrigen Kosten von ungefähr 100 Euro werden vom Gesundheitsressort des Landes Steiermark sowie von der STGKK übernommen (Hager, Stelzhammer, & Friedl, 2011, S. 16f).

Fest steht, dass sich diese qualitativ hochwertigen, flächendeckenden und nachhaltigen Tabakentwöhnungsprogramme gut als weiterführende präventive oder auch gesundheitsfördernde Maßnahmen zur Vorsorgeuntersuchung anbieten und für alle Versicherten zugänglich sind.

Abschließend kann aus Sicht der Autorin festgehalten werden, dass zwar einige wenige, für die Vorsorgeuntersuchung konzipierte Projekte erprobt wurden, jedoch eine flächendeckende, zielgerichtete „Projektlandschaft“ notwendig wäre, auf welche Mediziner verweisen bzw. zurückgreifen können. Fakt ist, dass viele einzelne, gesundheitsfördernde Angebote und Netzwerke sowie Vereine bestehen, diese aber in keiner Datenbank vollständig erfasst sind. Die vollständige Erfassung aller dieser derzeit bestehenden gesundheitsfördernden Projekte und Angebote würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Diese Thematik könnte Grundlage einer nachfolgenden Arbeit sein.

3. EMPIRISCHER TEIL

Aufbauend auf die Erkenntnisse aus der Literaturrecherche umfasst dieses Kapitel den empirischen Teil der Arbeit. Nachfolgend werden die Forschungsmethodik sowie die Durchführung der Interviews und die daraus gewonnenen Ergebnisse erläutert.

3.1. Die Datenerhebungsmethodik

Es wurde ein qualitativer Forschungsansatz in Form von leitfadengestützten Experteninterviews gewählt, da dieser nicht den Anspruch erhebt repräsentativ zu sein. Bei den Techniken der qualitativen Erhebung unterscheidet man vor allem zwischen einer qualitativen Befragung und Beobachtung. Durch die Methodik der Befragung – welche in dieser Arbeit als Datenerhebungsmethodik zur Anwendung kommt - können rein subjektive Erfahrungen über bestimmte Ereignisse sowie Meinungen oder auch Erfahrungen aus der Berufswelt erhoben werden. Qualitative Befragungstechniken zeichnen sich dadurch aus, dass der Gesprächsverlauf eher vom Interviewten als vom Interviewer geführt und strukturiert wird (Bortz & Döring, 1995, S. 282f). Im Laufe der Zeit wird für eine mündliche Befragung oft der Begriff „Interview“ verwendet. Interviews werden anhand von ihrer Standardisierung klassifiziert wobei nur die nichtstandardisierten Interviews – weder der Interviewer noch der Befragte unterliegen einer Standardisierung – den qualitativen Erhebungsmethoden zugeordnet werden können. Die leitfadengestützten Interviews zählen zu diesen nichtstandardisierten Interviews (Gläser & Laudel, 2010, S. 40f). Diese dienen als Grundlage der empirischen Untersuchung in dieser Arbeit.

3.1.1. Leitfadengestütztes Interview

Diese Art der Erhebungsmethode arbeitet mit vorab definierten Themen sowie einer Liste mit vorgefertigten Fragen, dem eigentlichen Leitfaden. Dieser enthält jene Fragen, die im Interview auf jeden Fall dem Befragten gestellt werden. Jedoch ist es nicht verbindlich die Fragen der Reihe nach zu stellen bzw. die vorab definierten Formulierungen exakt einzuhalten. Es kann sich auch während der Befragung ergeben, dass sich aus Sicht des Interviewers spezielle Nachfragen ergeben und gestellt werden müssen. Meistens wird diese Art der Interviews in einem direkten, persönlichen Einzelgespräch abgehalten. Als Interviewpartner für Experteninterviews eignen sich all jene Personen, die über Fachwissen verfügen welches für die Untersuchung relevant ist. (Gläser & Laudel, 2010, S. 42f). Der Leitfaden als

Erhebungsinstrument ist das Ergebnis der Operationalisierung d.h. die Leitfragen müssen während des Interviews in konkrete Interviewfragen transkribiert werden bzw. so gestellt werden, dass sie dem Befragten verständlich sind und durch sein Wissen oder seine Erfahrungen beantwortet werden können (Gläser & Laudel, 2010, S. 142). Die konkreten Fragen sollen dazu dienen, Wissenslücken im jeweiligen Untersuchungsfeld zu schließen sowie Wissen zu lukrieren, welches dafür notwendig ist, die Forschungsfrage zu beantworten. Die Antworten auf einige wenige, gut durchdachte und komplexe Fragen reichen oft aus, um das gewünschte empirische Material zu erhalten (Gläser & Laudel, 2010, S. 91).

3.1.2. Entwicklung des Leitfadens

Als Grundlage für die Interviews diente ein im Vorfeld konzipierter und nach thematischen Bereichen konstruierter Leitfaden. Es wurde versucht, möglichst offene Leitfragen zu definieren, die in den jeweiligen Themenblock einleiteten. Als Ergänzung dazu wurden theoriegeleitete Fragen gestellt, sogenannte Nachhakenpunkte, die sich aus den Erkenntnissen der Literaturrecherche ableiten ließen bzw. auf Annahmen der Verfasserin dieser Arbeit beruhten. Der Interviewleitfaden beinhaltet folgende zentrale Themenkomplexe:

- Lebensstilmedizin und ihre Interventionsmaßnahmen
- Beeinflussung des Gesundheitsverhaltens
- Gesundheitsfördernde Angebote (Informationsstand, Bedarf, Kooperationen mit anderen Berufsgruppen uvm.)

Die Eignung des Leitfadens wurde durch einen sogenannten Pre-Test überprüft. Die Ergebnisse aus diesem Pre-Test wurden in den Leitfaden mit eingearbeitet bzw. wurde dieser dadurch modifiziert und einzelne Fragen konkretisiert.

3.1.3. Auswahl der Experten

Laut der Sozialversicherungsanstalt der Bauern verfügen rund 6700 Ärzte über einen Vorsorgeuntersuchungsvertrag und bieten diese medizinische Leistung österreichweit an. Abhängig davon welche Art der Vorsorgeuntersuchung ansteht – man unterscheidet das allgemeine Programm oder eine spezifische Untersuchung z.B. beim Gynäkologen - wird das allgemeine Programm der Vorsorgeuntersuchung hauptsächlich von Allgemeinmedizinerinnen, Fachärztinnen für Innere Medizin oder Fachärztinnen für Lungenheilkunde durchgeführt (SVA, 2012). Die grobe Auswahl der Experten erfolgte

vorerst nach systematischen Überlegungen der Verfasserin und beschränkt sich lediglich auf die Steiermark – genauer gesagt die Bezirke Weiz und Graz-Umgebung sowie die Stadt Graz – da somit die Erreichbarkeit der Interviewpartner gegeben war. Dazu diente die Homepage der steirischen Ärztekammer. Bezüglich der Fachrichtung wurden nur Allgemeinmediziner herangezogen, weil davon ausgegangen werden kann, dass ihre theoretische Ausbildung, ihr Patientengut, die Beratungspraxis sowie die Erfahrungen einander ähneln und am ehesten miteinander vergleichbar sind. Letztendlich erfolgte die exakte Auswahl unter den 342 übriggebliebenen Experten mit den vorabgenannten Einschlusskriterien rein zufällig, um einen Selektionsbias zu vermeiden.

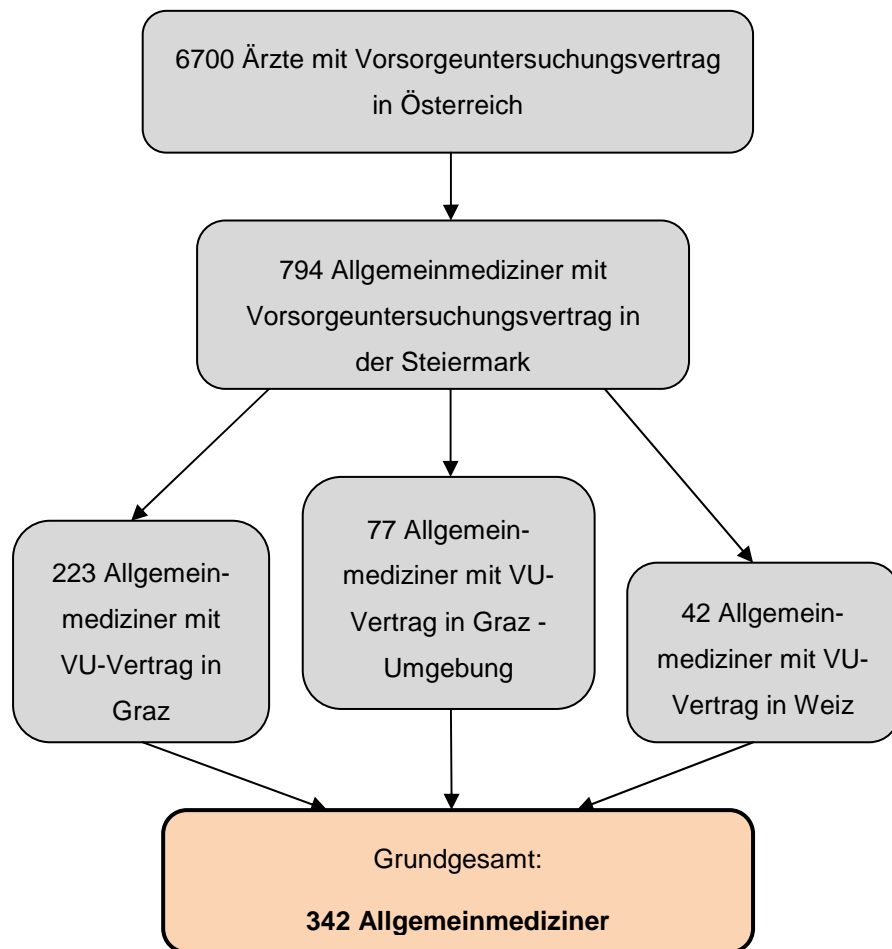


Abbildung 18: Grundgesamt der Befragten (eigene Darstellung)

Insgesamt wurden sechs Experten befragt, immer zwei bzw. drei aus jedem zuvor angeführten Bezirk und der Stadt Graz. Der Erstkontakt mit den Interviewpartnern erfolgte meist per E-Mail oder mittels Telefon, um vorab eine Kurzinformation über das geplante Vorhaben bzw. über eine mögliche Teilnahme als Interviewpartner zu geben. Die Kontakterstaufnahme erforderte viel Zeit und Durchhaltevermögen. Die

Überzeugungsarbeit die geleistet werden musste, um Ordinationsgehilfinnen am Telefon die Thematik kurz und verständlich zu erklären, dass sie den Anruf oder das Email zum Arzt weiterstellen bzw. –leiten, war oft mühsam. In vielen Fällen musste erneut Kontakt aufgenommen werden bzw. auf Rückrufe gewartet werden. Wenige Tage nach der Erstinformation wurde durch die Verfasserin erneut telefonisch Kontakt mit dem jeweiligen Interviewpartnern aufgenommen, um die Vorgehensweise und das Ziel der Befragung zu verdeutlichen und um einen konkreten Termin zu vereinbaren. Wie viele telefonische Kontaktaufnahmen nötig waren, um entsprechend viele Interviewpartner von einem Interview zu überzeugen, kann im Anhang nachgelesen werden. Während der Kontaktaufnahmen wurde deutlich, dass der Bias - Ärzte welche Interesse an der VU haben und diese auch gerne und genau durchführen, willigen in ein Interview ein und alle Anderen sagen aus verschiedensten Gründen ab - nicht zu umgehen ist.

3.1.4. Interviewdurchführung

Die einzelnen Interviews wurden im Zeitraum von 14. bis 30. November 2012 durchgeführt. Für die Dauer der einzelnen Interviews einigte man sich auf maximal 30 Minuten. Bezüglich Termin und Ort war die Verfasserin sehr flexibel, somit wurden diese den Wünschen der Experten angepasst. Nach Einholen der Erlaubnis seitens der Interviewpartner wurde das Gespräch mittels Audio-Aufnahme festgehalten. Eine Information zum Datenschutz sowie die Möglichkeit einer Anonymisierung der Daten wurden gegeben. Bei keinem der Befragten bestand der Wunsch nach Anonymität. Alle Experten willigten ein, dass das Gespräch mittels Audio-Aufnahme festgehalten werden durfte und unterzeichneten eine Absichtserklärung, dass das Interview transkribiert und Textpassagen zur wissenschaftlichen Diskussion übernommen werden können. Bevor die Fragen des Leitfadens in Form eines Interviews abgehandelt wurden, wurden folgende Informationen mit erhoben: wie lange der Interviewte schon Allgemeinmediziner ist, seit wann und wie viele Vorsorgeuntersuchung pro Quartal schätzungsweise durchgeführt werden, wie lange das abschließende Beratungsgespräch ungefähr dauert. Meist wurde noch kurz nach dem Ablauf der Vorsorgeuntersuchung gefragt. Im Vordergrund stand eine kommunikative Atmosphäre, weniger das strikte Einhalten des Ablaufs der Fragen aus dem Leitfaden. Fragen, die der Interviewte bereits im Zusammenhang mit einer anderen Frage beantwortet hatte, wurden keinesfalls wiederholt abgefragt. In Folge werden in einer Tabelle die relevanten Daten zu den Experten dargestellt.

Experte	Allgemein- mediziner	Durchführung der VU	Anzahl der VU pro Quartal	Dauer der Beratung
1	seit 26 Jahren	26 Jahre	30	~ 45 min
2	seit 24 Jahren	24 Jahre	70	30-45 min
3	seit 28 Jahren	28 Jahre	60	30-40 min
4	seit 27 Jahren	27 Jahre	220	~ 45 min
5	seit 18 Jahren	18 Jahre	25	30-60 min
6	seit 7 Jahren	5 Jahre	15 - 20	~ 30 min
7	seit 31 Jahren	17 Jahre	2 - 3	~ 30 min

Tabelle 7: Die befragten Experten (eigene Darstellung)

3.2. Auswertung der Interviews

Für die Auswertung der Experteninterviews, welche mittels einer qualitativen Inhaltsanalyse durchgeführt wird, müssen zuerst alle mündlichen Interviews wortwörtlich transkribiert werden. Ziel dieser Methodik ist es, dass man die Fülle an Informationen aus den Interviews systematisch auf die für die Untersuchung relevanten Aussagen reduzieren kann. Der Vorteil dieser Technik liegt in einem schrittweisen Vorgehen (Gläser & Laudel, 2010, S. 200).

Es kommt ein Kategoriensystem zu Anwendung, das direkt am Material erarbeitet wird. Diese Methodik der induktiven Kategorienbildung gewährleistet die Offenheit des Forschers gegenüber neuen Informationen (Gläser & Laudel, 2010, S. 205). So wurde in weiteren Arbeitsschritten das Kategorienschema mit der Kategoriendefinition erarbeitet, welches im Anhang nachgelesen werden kann. Anschließend wird die sogenannte Extraktion durchgeführt, wobei die benötigten Informationen aus den gesamten Interviews entnommen werden. Die gefilterten Informationen werden anschließend den Kategorien zugeordnet. Der Extraktion folgt dann die Aufbereitung der Daten, welche zum Ziel hat einzelne, jedoch zusammengehörige Informationen zu ordnen und zusammenzufassen. Offensichtliche Fehler können in dieser Phase der Auswertung auch noch korrigiert werden (Gläser & Laudel, 2010, S. 230). Die abschließende eigentliche Auswertung soll darauf abzielen die empirische Frage beantworten zu können, die Bestandteil dieser Untersuchung war (Gläser & Laudel, 2010, S. 246). Die vollständigen Transkripte können dem Leser, auf Nachfrage bei der Autorin, zur Verfügung gestellt werden.

3.3. Ergebnisse der Expertenbefragung

Dieses Kapitel zeigt die Ergebnisse der Interviewauswertung anhand der ausgewählten Kategorien (vgl. Kategorienschema mit Kategoriendefinitionen im Anhang). Diese Kategorien werden in den nachfolgenden Kapiteln mit K abgekürzt. Originalzitate aus den Interviews werden zur Verdeutlichung unterschiedlicher Meinungen angeführt.

3.3.1. K1 - Assoziationen zur Lebensstilmedizin

In dieser Kategorie werden die spontanen Einfälle der Experten zum Thema „Assoziationen zur Lebensstilmedizin“ zusammengefasst. Vier der sieben Interviewten nennen die Begriffe Ernährung, Bewegung, Rauchen [2, 3, 5, 7]. Der Interviewpartner 2 ergänzt die Begriffe noch durch Alkohol, Schlaf und Arbeitsgewohnheiten und erwähnt dass im Zuge der Lebensstilmedizin versucht wird, krank machende Faktoren bzw. Stressoren abzufragen.

„Vorbeugung von Krankheiten, Minimierung vorhandener Risikofaktoren durch Lebensstiländerung, (...) ärztliche Beratung und letztlich auch Wegweiser durch den Dschungel der vielen Informationen, die auf dem Gebiet da sind.“ [4]

„Wir erzählen den Menschen vom Leben und begleiten sie dabei. (...) Es klingt jetzt total banal, aber die Leute wissen nicht mehr, wie sie mit Krankheit umgehen, die Leute wissen nicht mehr wie sie ihr Leben gestalten, wissen nicht mehr wie sie Gesundheit und Prävention betreiben.“ [1]

Vier der Interviewpartner sind der Meinung dass nicht alle Allgemeinmediziner welche die Vorsorgeuntersuchung durchführen, ihre Patienten im Rahmen der Lebensstilmedizin nach den gleichen Prinzipien bzw. Schemen beraten. Es gibt große Unterschiede in der Art der Beratung [4, 5, 6, 7].

Lebensstilberatungen sollen nicht nur als alleinige Aufgabe von Medizinern gesehen werden [3, 6]. *„Das kann jemand anderes auch machen. Dass muss kein Mediziner sein, ich könnte denjenigen auch wohin schicken, zu einem Berater oder zu einem Sportmediziner oder einer Diätologin oder einem Health Manager.“ [3]* Im Unterschied dazu sieht Interviewpartner 7 Beratungen im Rahmen der Lebensstilmedizin als Aufgabe der Medizin und Interviewpartner 1 als Kernkompetenz eines Hausarztes.

3.3.2. K2 - Kurzinterventionen

Beratende Tätigkeiten werden vor allem im Bereich der Prävention von kardiovaskulären Erkrankungen und Suchterkrankungen angeboten und beinhalten die Beratung zu körperlicher Bewegung, Ernährungsberatung sowie die Beratung zur Beendigung des Tabak- und Alkoholkonsums (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hrsg.), 2005, S. 15).

Laut den Aussagen der Interviewten führen sie im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung Kurzinterventionen zu den Themen Rauchen [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7], Ernährung und Übergewicht [2, 5, 6, 7], Bewegung [2, 4, 5, 6], Alkohol [2, 6] und Diabetes [3, 4] durch. Die regelmäßige Kurzintervention über das Rauchen, die als Hausarzt verfolgt werden könne, habe sehr viel Sinn [1]. Zudem gibt es gerade beim Rauchen die Möglichkeit, den Patienten auf Entwöhnungsprogramme der GKK aufmerksam zu machen [3, 7]. Einer Beratung zur generellen Lebensumstellung wird mehr an Bedeutung geschenkt als über irgendeine Diät, die auf eine gewisse Zeit befristet sei [2]. Interviewpartner 3 ist der Meinung, dass eine Ernährungsberatung im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung illusorisch sei. In Punkto Bewegung ist eine sehr individuelle Beratung von Nöten. Das Alter und gesundheitliche Beeinträchtigungen sollen berücksichtigt und die Empfehlung zu einer geeigneten Sportart sowie die Intensität und der Umfang an den Patienten angepasst werden [5]. Wichtig sei es auch, im Rahmen der ärztlichen Beratung die richtigen Worte zu finden damit das Gesagte bei dem Patienten ankommt [7].

„Natürlich ist gerade die Vorsorgeuntersuchung ein Instrument, wobei ich sagen muss, dass das keine einmalige Geschichte ist. Allgemeinmedizin heißt immer Longitudinalbetreuung und ist keine Horizontalbetreuung. Wenn ich die Vorsorgeuntersuchung nur als Einzelgeschichte herausnehme, muss ich natürlich viel mehr hineinpacken, wie wenn ich das longitudinal mache, denn wenn derjenige jedes Jahr zu mir zur VU kommt, sind ja viele Dinge gemacht und man setzt dort wieder an (...).“ [4]

„(...) wobei man sagen muss, es ist bei diesen Lifestyle-Beratungen oft schwierig, dass dann auch wirklich zu erreichen, dass muss man schon realistisch sehen.“ [5]

„Und Abnehmen bezieht sich nicht – diese Lebensstilgeschichten beziehen sich nicht darauf, dass ich drei Wochen nichts esse, sondern ein Langzeit-Umdenken muss das werden. (...) Nur sind das Projekte für Jahre und da muss ich ganz ehrlich sagen, da gibt es ganz wenige Patienten die zu motivieren sind, auf lange Zeit etwas Grundsätzliches zu ändern.“ [7]

Bei der Handhabung des sogenannten 5-E Schemas (Erfragen, Erfassen, Erklären, Erreichen, Einrichten) welches laut den wissenschaftlichen Grundlagen der Vorsorgeuntersuchung als Richtschnur für die ärztlichen Beratungen dienen kann, gibt es große Unterschiede. Lediglich Interviewpartner 2 gibt an, dass das Schema für die Raucherentwöhnung bekannt ist sowie verwendet wird und Interviewpartner 4 berichtet davon dass dieses Schema für die ärztliche Beratung zur Anwendung kommt, jedoch nicht so strukturiert wie vorgegeben. Zwei der Befragten ist das 5-E Schema nicht bekannt [5, 6]. Verschiedene Gründe wie etwa Zeitmangel während der Vorsorgeuntersuchung Themen so aufzuarbeiten [1, 3], eine Betreuung nach Nöten und der Lebenssituation des Patienten [4] sowie eine Beratung nach eigener Erfahrung begründen die Tatsache dass mehrere Befragte das 5-Schema nicht verwenden [1, 3, 5, 7]. Ein individueller Zugang und eine Beratung anhand der Notwendigkeit abgestimmt auf den Patienten und unter Berücksichtigung des richtigen Zeitpunktes werden als wichtiger erachtet [1, 4, 6, 7]. „One size doesn't fit for all.“ [4]

3.3.3. K3 - Erfolgchancen für anhaltende Verhaltensmodifikationen

In einer Befragung zum Thema Lebensstilberatung erachten 44% der Ärzte die Kurzinterventionen zum Rauchstopp als erfolgsversprechend, 54% hingegen sehen darin Erfolge weil es weiterführende Angebote zur Raucherentwöhnung gibt (Malli, 2011, S. 13f). 71% der Ärzte halten die Kurzberatung zur körperlichen Aktivität durch ihre nachgewiesene Wirksamkeit als erfolgsversprechend und 62% der Befragten sehen einen Erfolg durch die vielseitigen Angebotsstrukturen (Malli, 2011, S. 14). Hinsichtlich der Wirksamkeit von ärztlich durchgeführten Lebensstilberatungen äußern mehr als die Hälfte der befragten Ärzte (54,3%), dass die Beratung ihrer Meinung keine Veränderung auf das Verhalten ihrer Patienten ausübt (Malli G. , 2010, S. 58).

Im Zuge der Interviews war nur ein Interviewpartner davon überzeugt, dass die Erfolgchancen für anhaltende Verhaltensmodifikationen bei Patienten hoch seien [6]. Alle sind der Meinung, dass es durch diese Lebensstilberatungen im Zuge der Vorsorgeuntersuchung zu einzelnen Erfolgen kommt. Einige davon schätzen die Erfolgchancen allerdings auf 20-30% bzw. als sehr gering ein [3, 5, 7].

„Die längste Reise beginnt mit dem ersten Schritt. Natürlich schätze ich sie hoch ein, sonst würde ich sie nicht machen. Ich darf mir aber nicht erwarten, dass eine Kurzintervention schon zu einer anhaltenden Veränderung führt.“ [4]

„Der Patient der zur Gesundenuntersuchung kommt, ist schon einmal motiviert. Normalerweise sehe ich da schon Erfolgchancen, allerdings sind die Menschen natürlich immer gefährdet, wieder zurückzufallen in ihre alten Muster.“ [2]

Es kann von verschiedenen Vorschlägen berichtet werden, welche die befragten Ärzte als Möglichkeit zur Erhöhung der Erfolgchancen für anhaltende Verhaltensveränderungen genannt haben. Einerseits sollen die Patienten angeschrieben bzw. erinnert werden, dass sie zur Vorsorgeuntersuchung gehen sollten [2, 5], andererseits würde sich eine ständige ärztliche Begleitung in Form von wiederkehrenden und regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen positiv auswirken [4]. Der Interviewpartner 4 und 5 berichtet auch von der Zuhilfenahme des EDV-Programmes „e-ARRIBA“, um den Patienten durch eine graphische Darstellung unter Einbeziehung aller Risikofaktoren (Rauchen, Bewegungsmangel...) sein persönliches Erkrankungsrisiko darzustellen. Er kann damit auch Vergleiche anführen, um wie viel sich das Risiko zu erkranken, reduziert, wenn man Cholesterinsenker nimmt oder dauerhaft das Rauchen aufgibt bzw. sich sportlich betätigt. Seiner Meinung nach können Patienten durch diese Veranschaulichung eher motiviert werden [4, 5]. Zwei der Befragten erwähnen die Schaffung von geeigneten Angeboten, welche die Patienten auf längere Zeit unterstützen könnten [3, 7].

„Wenn man die Patienten an kompetente Leute weiterüberweisen könnte z.B. Ernährungsberatung, Raucherseminare und so. [3] Aber das müssten Angebote sein, die leistbar sind, ich meine nichts kosten darf das nicht, aber dass es vielleicht so flächendeckende Angebote gibt (...). Alltagstauglich. (...). Ganz einfache Geschichten. (...) Es müsste irgendetwas sein, dass gut mit dem Leben vereinbar ist, nichts Lebensfeindliches.“ [7]

3.3.4. K4 - Barrieren für die Durchführung von Kurzinterventionen

Mittels einer Online-Befragung wurde versucht mehr über Faktoren herauszufinden, die aus Sicht der Ärzte als Barrieren für die ärztliche Beratungsleistung gesehen werden können (Malli G. , 2010, S. 1). Von 77,9% der Befragten wurde eine unzureichende Honorierung und aus Sicht von 69,5% der Befragten ein Zeitmangel angegeben. 27,9% äußern ein mangelndes Interesse an Prävention von Seiten der Patienten und fast ein Drittel (32%) sieht unzureichendes Beratungsmaterial als eine Barriere für die ärztliche Beratung. Immerhin nur 3,4% der Befragten geben an, sich nicht für eine präventive Beratung zu interessieren (Malli G. , 2010, S. 57f).

Die Befragten berichteten von weiteren Barrieren, die in dieser Online-Befragung nicht erwähnt wurden. Die Psyche des Patienten und sein soziales Umfeld können als eine Barriere für die Durchführung von Kurzinterventionen und die Erzielung von nachhaltigen Erfolgen genannt werden [1]. Patienten sind auch oft nervös und können das Gesagte nicht aufnehmen. Aus diesem Grund sollten Lebensstilberatungen besser langsam und immer wieder durchgeführt werden als alle Veränderungsvorschläge in Bezug auf Ernährung, Bewegung, Raucherentwöhnung in ein kurzes Abschlussgespräch zu verpacken. Damit ist der Patient überfordert [3].

„(...) aber es muss eine kontinuierliche Betreuung da sein, bis sein Ziel erreicht ist.“ [3]

Weiters kann die Bereitschaft des Patienten sowie die Frage ob er dementsprechend motiviert werden kann, eine Veränderung anzustreben, als eine Barriere gesehen werden [4].

„Ich glaube das Hauptproblem ist einfach die Motivation, den inneren Schweinehund vom Patienten zu überwinden und das dauerhaft. Ich glaube es gehört zu den schwierigsten Sachen, Angewohnheiten dauerhaft zu verändern.“ [5]

Lebensstilberatungen sind auch ein sehr sensibles Thema, wie Interviewpartner 7 erzählt, denn man müsse genau überlegen mit welchen Worten man was sagt und wie man mit dem Patienten kommuniziert, ohne dass er beleidigt die Ordination verlässt [7]. Die Bequemlichkeit des Patienten kann auch als ein Hemmnis gesehen werden, denn wenn der Patient motiviert ist, dann möchte er hier und jetzt betreut werden, es leicht haben und so wenig wie möglich dafür aufwenden [1, 7]. Hinzu kommt eine mangelnde Bereitschaft von Patienten, externe Angebote anzunehmen und womöglich auch noch dafür zu bezahlen [1, 4]. Erwähnt wird auch, dass Angebote bzw. Programme kostengünstig angeboten werden sollten [5, 7]. Dem hingegen widerspricht ein Befragter, der die Meinung vertritt dass wenn man z.B. zum Rauchen aufhört, man sich einiges erspart und unter dem Strich oft ein Nullsummenspiel mit dem Benefit resultiert, dass es dem Patienten besser geht [4]. Zeitmangel als Barriere wird auch von einigen erwähnt [2, 3, 4, 5, 7], jedoch wird hinzugefügt, dass der Zeitmangel einerseits auf Strukturfehler in der Ordination zurückzuführen sind [4] aber auch mit der Frage zu tun hat, ob man sich als Arzt die Zeit nimmt und dafür eine gute Qualität liefert [5]. Eine schlechte Honorierung wird nur von einem Interviewten angegeben [7].

3.3.5. K5 - Informations- und Kenntnisstand über weiterführende Hilfsangebote

Grundsätzlich fühlt sich fast jeder der Interviewten gut über Programme in der eigenen Gemeinde (Bewegungstreffs, Sportvereine, Turnvereine, Gesunde Gemeinde ...) informiert [2, 3, 4, 5, 7]. Interviewpartner 6 wünscht sich mehr Information von Seiten der Krankenkassen, wo Angebote für Patienten existieren, die sie in Anspruch nehmen können, womöglich auch noch kostenlos. Vor allem bekannt sind die Angebote der Gebietskrankenkasse, besonders jene zur Raucherentwöhnung [1, 3, 5]. Einige der Ärzte bieten auch selbst in ihren Ordinationen Diabetikerschulungen [1, 2, 5] oder Raucherberatungen [4] an.

Wichtig wäre es an Netzwerken zu arbeiten bzw. solche zu schaffen [1, 4] und über den eigenen Tellerrand zu sehen, um zu schauen was andere Berufsgruppen machen [1].

„Meine Richtung ist in Richtung Vorsorge, da sollte man die Kooperation mit ärztlichen Kollegen und die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen verstärken und stärken.“ [4]

3.3.6. K6 - Bedarf an gesundheitsfördernden Angeboten

Sechs der sieben Befragten äußern einen großen Bedarf an gesundheitsfördernden Angeboten [1, 2, 3, 5, 6, 7]. Günstig wäre es, strukturierte und flächendeckende Programme zu etablieren [2, 7]. Ärzte können die Beraterrolle hinsichtlich der Lebensstilgewohnheiten nur insofern alleine schaffen, dass sie als ständige Begleiter sozusagen die sind, die immer wieder bei den Patienten andocken können, andererseits sollten sie nicht nur Tipps geben sondern wirkliche, tatkräftige Unterstützung anbieten, was jedoch nicht möglich ist [1].

„Ich bin zwar selber Sportmediziner, aber selbst bei der Sportmedizin ist es so, ich kann Anleitungen geben, ich kann Tipps geben, ich kann Motivationen geben, aber eigentlich sollte ich mit dem Laufen gehen. (...) Ich kann ja nicht einen Lauftreff machen, die Ernährungsberatung machen, mit ihnen kochen gehen, Psychotherapie machen, das geht nicht. Ich brauche wen d.h. der Bedarf ist absolut da.“ [1]

Ein Interviewter erzählt, dass er aufgrund wenig leistbarer Angebote versucht, in Form von Schulungen vieles in seiner Ordination selbst abzudecken. Er habe zudem das Glück, dass das örtliche Angebot nicht so schlecht sei [4].

3.3.7. K7 - Kooperationen mit interdisziplinären Teams

Alle Befragten stehen einer Kooperation mit interdisziplinären Teams positiv gegenüber. Eine Zusammenarbeit mit folgenden Berufsgruppen wäre aus Sicht der Ärzte möglich: Trainer [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7], Sportwissenschaftler [1, 2, 3, 4, 5, 6], Ernährungswissenschaftler/-berater [3, 4, 5, 6, 7], Diätologen [1, 3, 5], Physiotherapeuten [1, 3], Ergotherapeuten [1], Lebensberater [2], Psychotherapeuten [7] und Psychologen [3].

„Wir machen auch immer wieder im Rahmen des Gesundheitsausschusses Vorträge z.B. über Ernährung, wo auch Diätologinnen dabei sind, ich halte das auch für sehr gut, weil die sich ja bei der Ernährung meistens besser auskennen als wir Ärzte, vor allem wenn es dann um die Details der verschiedenen Nahrungsmittel geht. Ich halte das auch für gut, wenn es interessierte Sportler gibt, die etwas im Gesundheitssport machen, also ich bin da unbedingt dafür, diese mit einzubinden.“ [5]

„Die Ärzte sind zu Einzelkämpfern trainiert, sie sind dazu erzogen. Sie sind durch den Vertrag verpflichtet, alles selber und persönlich zu leisten und das ist so ähnlich wie Ärzte wissen alles, können alles oder glauben, alles selber wissen zu müssen, alles selber machen zu müssen, alles selber zu können. Also Ärzte sind nicht zur Teamarbeit erzogen (...). Die Kooperation von nichtärztlichen und ärztlichen Berufsgruppen ist schon vom Ärztegesetz her ganz schwierig. (...) Wir müssen uns, glaube ich, ganz generell ändern, in Richtung Versorgungsdenken und Kooperation, und nicht jeder kocht sein „Supperl“ für sich und hat seine Praxis und kümmert sich nicht um den Rest.“ [4]

Es hat sich auch gezeigt, dass einige die Meinung vertreten, dass wir in Österreich unter den verschiedenen Berufsgruppen nicht vernetzt sind [1, 3, 7]. Zwei der Befragten sprechen sich dafür aus, dass eine generelle Vernetzung gut und wünschenswert wäre [2, 6].

3.4. Zusammenführung der Theorie und Empirie

Sowohl die Ergebnisse aus der Theorie wie auch die Ergebnisse aus dem empirischen Teil bilden die Basis für die anschließende Ergebnisinterpretation.

Assoziationen zur Lebensstilmedizin

Die in der Theorie erfassten Definitionen und Erklärungen zum Thema der Lebensstilmedizin decken sich teilweise mit den Aussagen der Interviewten. Im Zuge der Interpretation stellt sich heraus, dass Ärzte ihrer Beraterrolle nachgehen und ihre Patienten speziell bezüglich Ernährung, Bewegung und Rauchen beraten. Fokus dabei ist, durch diese Aufklärung und Beratung, Patienten zu einer Lebensstilveränderung zu motivieren, um der Entstehung von Krankheiten vorzubeugen bzw. mögliche vorhandene Risikofaktoren zu reduzieren. Insbesondere können jedoch bei der Durchführung dieser Beratungsgespräche große Unterschiede aufgezeigt werden, wie oder auf welche Art und Weise Ärzte diese Lebensstilberatungen durchführen. In diesem Zusammenhang ist es möglich, dass langfristige Erfolge zur Verhaltensveränderung auch davon abhängen, wie diese Beratungsgespräche im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung durchgeführt werden, wie zeitintensiv sie sind und welche Themen aufgegriffen werden.

Kurzinterventionen

Im Rahmen dieser Kategorieninterpretation zeigten sich teilweise Unterschiede zwischen der Theorie und der Empirie. Fest steht, dass in der Praxis Kurzinterventionen zu vielen Lebensstilthemen durchgeführt werden. Laut Theorie sind Beratungen auf Grundlage des 5-E Konzeptes bestens geeignet. Dieses Konzept kann auch laut den wissenschaftlichen Grundlagen der Vorsorgeuntersuchung für Beratungen als Richtschnur dienen. Allerdings wird aus verschiedenen Gründen dieses 5-E Schema in der Praxis kaum verwendet bzw. ist es nicht einmal allen Befragten bekannt.

Erfolgschancen für anhaltende Verhaltensmodifikationen

In dieser Kategorie ist es schwierig abzuschätzen, ob die Inhalte der Theorie der Empirie ähneln. Die Ergebnisse aus den bereits evaluierten Befragungen zeigen einerseits, dass viele Ärzte Kurzinterventionen zum Thema Lebensstilberatung als erfolgsversprechend ansehen und andererseits äußern immerhin mehr als die Hälfte

der Befragten dass die Beratung keine Veränderung auf das Verhalten der Patienten ausübt. Die Empirie bestätigt, dass Ärzte die Erfolgchancen für anhaltende Verhaltensveränderungen eher als gering bzw. bei 20-30% einschätzen. Ob die Ergebnisse der Theorie mit denen der Empirie korrelieren, ist schwer zu beurteilen.

Barrieren für die Durchführung von Kurzinterventionen

Die aus der Theorie gewonnenen Erkenntnisse hinsichtlich des Zeitmangels konnten von der Empirie bestätigt werden, allerdings brachte die Empirie auch neue Erkenntnisse mit sich. Die Psyche des Patienten, sein soziales Umfeld, die Bequemlichkeit und Nervosität des Patienten während der Vorsorgeuntersuchung sowie seine Bereitschaft etwas ändern zu wollen, konnten in der Literaturrecherche nicht als Barriere für die Durchführung von Kurzinterventionen entnommen werden. Lediglich erwähnt wird ein mangelndes Interesse an Prävention von Seiten der Patienten. Als weitere Barriere wurde auch genannt, dass es sehr schwierig sei, den Patienten dauerhaft zu einer Lebensumstellung zu motivieren sowie von einer mangelnden Bereitschaft seitens des Patienten erzählt, ein externes Angebot anzunehmen und womöglich auch noch dafür zu bezahlen.

Informations- und Kenntnisstand über weiterführende Hilfsangebote

In der Literatur können nur in einer Befragung Daten gefunden werden, die eventuell eine Aussage von Seiten der Ärzte über den Informations- und Kenntnisstand von weiterführenden Hilfsangeboten zulassen. Ansonsten sind alle gewonnenen Daten das Ergebnis der empirischen Arbeit. Prinzipiell fühlen sich fast alle Ärzte gut über Programme in der eigenen Gemeinde informiert. Die Angebote der Gebietskrankenkasse wie z.B. jene zur Raucherentwöhnung sind auch einigen bekannt. Erwähnt wird ebenfalls, dass es wichtig wäre, Netzwerke unter den unterschiedlichen Berufsgruppen zu schaffen und die Zusammenarbeit unter der Ärzteschaft sowie mit anderen Berufsgruppen zu verstärken.

Bedarf an gesundheitsfördernden Angeboten

Diese Kategorie wurde durch Daten aus der empirischen Forschung lukriert, da im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung noch keine Daten über den Bedarf an gesundheitsfördernden Angeboten verfügbar sind. Anhand der Ergebnisse aus dem Evaluationsbericht der pseudonymisierten VU-Befunddaten wurde lediglich empfohlen

den Bedarf an Angeboten für die Lebensstilinterventionen zu erheben. Erste Ergebnisse dazu liefert der empirische Teil dieser Masterthesis. Sechs der sieben Befragten äußern einen großen Bedarf an gesundheitsfördernden Angeboten. Wünschenswert wären strukturierte und flächendeckende Programme.

Kooperationen mit interdisziplinären Teams

Bei diesen Ergebnissen handelt es sich ebenfalls um Daten, die ausschließlich durch die empirische Forschung gewonnen wurden. Alle Befragten stehen einer Kooperation mit interdisziplinären Teams positiv gegenüber. Verschiedene Berufsgruppen wie z.B. Trainer, Sportwissenschaftler, Ernährungswissenschaftler/-berater, Diätologen, Physiotherapeuten, Psychologen usw. wurden für eine mögliche Zusammenarbeit genannt.

4. ZUSAMMENFASSUNG, DISKUSSION UND AUSBLICK

Nur durch einen medizinisch-kurativen Ansatz, der im österreichischen Gesundheitssystem fest verankert ist, wird es schwierig werden, die zukünftigen Herausforderungen wie den demographischen Wandel und den Anstieg an chronischen Erkrankungen zu bewältigen. Um bereits der Entstehung von chronischen Krankheiten präventiv entgegenzuwirken, sollte der Prävention und der Gesundheitsförderung ein höherer Stellenwert eingeräumt werden. Eine Möglichkeit dafür könnte anhand der Vorsorgeuntersuchung mit einem Fokus auf den Lebensstil und die damit verbundenen Risiken zur Krankheitsentstehung sein.

Ziel dieser Forschungsarbeit war es, herauszufinden, wie die vorgesehenen Lebensstilberatungen im Zuge der Vorsorgeuntersuchung durchgeführt werden, welche Erfolge sie mit sich ziehen und welche möglichen Barrieren aufgezeigt werden können. Ebenfalls war es Ziel, den Bedarf von gesundheitsfördernden Angeboten im Anschluss an die Vorsorgeuntersuchung sowie mögliche Angebotsempfehlungen für die Patienten zu ermitteln. Hierfür wurden Daten erarbeitet, die aus einer umfangreichen Literaturrecherche sowie durch qualitative Experteninterviews gewonnen wurden.

In Folge werden zusammenfassend die relevantesten Inhalte und Daten als Überblick dargestellt und die der Arbeit zugrundeliegenden Forschungsfragen beantwortet. Abschließend folgt eine Diskussion der zentralen Elemente.

4.1. Zusammenfassung

Das Kapitel 2 umfasst den theoretischen Teil. Zu Beginn wird den Begriffen aus dem Bereich der Gesundheitsförderung und der Prävention auf den Grund gegangen. Nachfolgend werden anhand des Determinanten-Modells Einflussfaktoren aufgezeigt, welche die Gesundheit beeinflussen können. Zu diesen Einflussfaktoren gehören auch die Lebensstilfaktoren, welche die Verhaltens- und Lebensweise jedes Menschen prägen. Diese Ebene des Determinanten-Modells, also das individuelle Verhalten, ist Fokus dieser Arbeit. Weiters werden die Definitionen für die Begriffe Gesundheitsverhalten und Lebensstil angeführt. Da bekannt ist, dass das Verhalten und bestimmte Lebensstile die Entstehung von Krankheiten beeinflussen können, wird in der Gesundheitsförderung und Prävention oft der Ansatz der Verhaltensänderung verfolgt. Dafür können theoretische Modelle zur Veränderung des Gesundheitsverhaltens, welche aufgelistet und ausführlich erklärt werden,

herangezogen und angewendet werden. Ab Kapitel 2.5. werden die zentralen Begriffe rund um die Vorsorgeuntersuchung erläutert sowie der Nutzen und die Ziele der Vorsorgeuntersuchung dargestellt. Die Vorsorgeuntersuchung versucht einerseits Personen mit Risikofaktoren zu identifizieren und durch geeignete Maßnahmen das Risiko zu reduzieren, andererseits sind therapeutische Maßnahmen und die Verhütung von Krankheitsprogressionen Ziele der Vorsorgeuntersuchung. Für diese Arbeit wesentlich sind jegliche Maßnahmen welche der Primärprävention zugeordnet werden können, also Maßnahmen zur Risikoreduktion und Verhütung der Krankheitsentstehung. Die gesetzlichen Grundlagen, die Durchführung und die wichtigsten Zahlen zur Vorsorgeuntersuchung werden ebenfalls kurz angeführt. Da das Angebot der Vorsorgeuntersuchung um die moderne Lebensstilmedizin erweitert wurde, beinhaltet das Kapitel 2.7. die Definitionen für den Begriff Lebensstilmedizin und gibt einen Überblick über die theoretischen Modelle die nicht nur in der Gesundheitsförderung und Prävention sondern auch im Rahmen der Lebensstilmedizin angewendet werden können. Am ehesten kommt das transtheoretische Modell der Verhaltensveränderung zur Anwendung oder es werden Beratungen auf Grundlage des 5-E Konzeptes durchgeführt, welche sich als sehr effektiv erweisen. In Folge wird auf die beratenden Interventionen im Rahmen der Lebensstilmedizin eingegangen, welche unter anderem in einem Abschlussgespräch der Vorsorgeuntersuchung Platz finden sollen und es wird theoretisch erklärt wie diese Beratungsgespräche von Ärzten durchgeführt werden. Besonderes Augenmerk wird auf die Durchführung der Ernährungsberatung, der Beratung zu körperlicher Aktivität und der Beratung zur Beendigung des Tabakkonsums gelegt. Am Ende dieses Kapitels werden Ergebnisse aus verschiedenen Befragungen über die Lebensstilberatung aus ärztlicher Sicht und über Faktoren, welche als Barriere für die ärztliche Beratungsleistung gesehen werden können, angeführt. Als Beispiel für gezielte Unterstützungsprogramme zur Lebensstiloptimierung im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung werden auch noch Projekte und gesundheitsfördernde Angebote aufgezeigt, welche durchgeführt wurden oder derzeit bestehen, um Personen mit Risikofaktoren oder bereits bestehenden Erkrankungen auf dem Weg zu einer Lebensstiloptimierung zu unterstützen.

Aus all diesen Kapiteln wurde der Leitfaden für die Experteninterviews generiert. Einen Überblick über die Forschungsmethodik, die Durchführung der Interviews sowie die daraus gewonnenen Ergebnisse liefert Kapitel 3. Durch Zuhilfenahme der wissenschaftlichen Literatur und den Ergebnissen der qualitativen Forschungsarbeit wird in Folge die Beantwortung der Forschungsfragen vorgenommen.

Mit Hilfe welcher Interventionsmaßnahmen wird im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung insbesondere der Lebensstilmedizin durch eine ärztliche Beratung versucht, das Gesundheitsverhalten von Individuen zu beeinflussen?

Im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung insbesondere der Lebensstilmedizin kommen die verschiedensten Interventionsmaßnahmen zu Anwendung. Die Interventionen werden in Form von Beratungen durchgeführt, sind meist Teil des Abschlussgespräches bei der Vorsorgeuntersuchung und werden auf den jeweiligen Patienten sowie seine Bedürfnisse abgestimmt. Hauptsächlich werden die Themen Ernährung, Bewegung und Rauchen angesprochen. Möglicherweise werden im Sinne der Lebensstilmedizin auch Beratungsgespräche durchgeführt, wenn Patienten ein Alkohol- oder Suchtproblem haben bzw. angeben, dauerhaften, unvermeidbaren Stresssituationen ausgesetzt zu sein.

In den wissenschaftlichen Grundlagen der Vorsorgeuntersuchung steht, dass für die Ernährungsberatung unter anderem das Beratungskonzept nach der neuseeländischen evidenz-basierten Leitlinie verwendet werden kann, dessen Grundlage das 5E-Beratungsschema ist. Die Beratung zur Beendigung des Tabakkonsums sollte anhand desselben Schemas, des 5E-Konzeptes, erfolgen. Die Praxis zeigt jedoch, dass die Interventionen zwar den Bedürfnissen und Nöten des Patienten angepasst werden, diese jedoch sehr unterschiedlich gehandhabt werden. Bei fast keiner Intervention ist dieses 5E-Konzept Grundlage der Beratung. Unterschiede gibt es auch in der für die Interventionen aufgewendeten Zeit. Ausschlaggebend sei es auch, die richtigen Worte sowie Zugänge zum Patienten zu finden und den passenden Zeitpunkt zu wählen, um ihn zu Lebensstilgewohnheiten zu beraten, damit dieser sich nicht minderwertig fühlt oder beleidigt ist.

Wie beurteilen Allgemeinmediziner, welche die ärztliche Beratung im Rahmen der Lebensstilmedizin durchführen, diese Interventionsmaßnahmen und ihre Auswirkungen auf eine nachhaltige Veränderung im Gesundheitsverhalten sowie das Angebot und den Bedarf an weiterführenden, gesundheitsfördernden Angebotsstrukturen?

Die Literatur zeigt, dass 44% der Ärzte die Kurzinterventionen zum Rauchstopp als erfolgsversprechend und 71% der Ärzte die Kurzberatung zur körperlichen Aktivität durch ihre nachgewiesene Wirksamkeit als erfolgsversprechend erachten. Andererseits werden in einer weiteren Studie andere Ergebnisse aufgezeigt, nämlich dass 54,3% der Ärzte der Meinung sind, dass aus der von ihnen durchgeführten Lebensstilberatungen keine Verhaltensänderung resultiert (vgl. Kapitel 2.8.).

In den Interviews wird erwähnt, dass es vereinzelt zu Erfolgen käme, jedoch generell die Erfolgchancen eher gering bzw. auf 20-30% eingeschätzt werden. Zu bedenken sei zudem, dass eine einzige Kurzintervention selten zu einer anhaltenden Veränderung führt. Auch wenn es trotzdem kurzfristig gelingen sollte, sind die Personen immer gefährdet in ihre alten Muster zurückzufallen. Unterschiedliche Möglichkeiten zur Erhöhung der Erfolgsraten, wie eine ständige ärztliche Begleitung in Form von wiederkehrenden Arztbesuchen, die Zuhilfenahme des Computerprogrammes „e-ARRIBA“ und die Schaffung von geeigneten, flächendeckenden und leistbaren Angeboten, welche die Patienten auf längere Zeit unterstützen, werden aufgezählt.

Allgemeinmediziner geben an, für diese Beratungsleistung unzureichend honoriert zu werden und betonen, dass es an Zeit mangle, den Patienten ausführlich zu beraten. Eine erfolglose Beratung kann auch auf die mangelnde Änderungsbereitschaft sowie Bequemlichkeit des Patienten zurückgeführt werden. Nicht immer kann es gelingen, den Patienten im Rahmen der Lebensstilberatung ausreichend zu motivieren, ungesunde Lebensstilgewohnheiten aufzugeben.

Die einzelnen Angebote aus dem Gesundheitssport der eigenen Gemeinde sind den Ärzten meist bekannt. Dasselbe gilt für Angebote der Gebietskrankenkasse, auch diese werden oft den Patienten empfohlen. Wichtig erscheint es aber, Netzwerke zu schaffen und die Kooperation mit ärztlichen Kollegen sowie die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen zu verstärken. Generell kann aufgezeigt werden, dass ein großer Bedarf an flächendeckenden, strukturierten, gesundheitsfördernden Angeboten besteht.

4.2. Diskussion

Mit der Untersuchung in der vorliegenden Arbeit wurde der Versuch unternommen, einen Einblick in die Praxis der Vorsorgeuntersuchung insbesondere die Beratungen anhand der Lebensstilmedizin zu bekommen und Meinungen über den Bedarf an weiterführenden gesundheitsfördernden Angeboten zu sammeln. Ziel dabei war es, Barrieren und Lösungsmöglichkeiten zu lukrieren, damit die ärztlichen Tipps und Anregungen für die Patienten zukünftig vielleicht nicht nur „in der Luft verblassen“, sondern nachhaltig durch Kooperationen mit unterschiedlichsten Berufsgruppen weitergesponnen und verfolgt werden. Dabei war es der Verfasserin wichtig, nicht nur theoretische Angaben aus der Literatur heranzuziehen, sondern diese Ergebnisse auch mit Expertenmeinungen abzugleichen, zu diskutieren und zu hinterfragen. Bei der

Wahl der Experten wurde darauf geachtet, dass nur Allgemeinmediziner herangezogen wurden, weil davon ausgegangen werden kann, dass ihre theoretische Ausbildung, ihr Patientengut, die Beratungspraxis sowie die Erfahrungen einander ähneln und am ehesten miteinander vergleichbar sind. Die endgültige Auswahl der Experten erfolgte rein zufällig um einen Selektionsbias zu vermeiden. Eine gewisse Verzerrung der Ergebnisse kann jedoch trotzdem nicht ausgeschlossen werden, da während der Kontaktaufnahmen deutlich wurde, dass der Bias - Ärzte welche Interesse an der VU haben und diese auch gerne und genau durchführen, willigen in ein Interview ein und alle Anderen sagen aus verschiedensten Gründen ab - nicht zu umgehen war. Zudem spiegeln die Aussagen der lediglich 7 Befragten nur einen Abriss der Meinungen und Erfahrungswerte aller Ärzte wider. Als positiv kann vermerkt werden, dass die Experten sehr kooperativ und bemüht waren, die Fragen zu beantworten. Einige der Aussagen wiesen zudem einen hohen Deckungsgrad auf. Somit konnten die Ergebnisse aus der Theorie gut mit denen aus den Interviews ergänzt werden und dem Leser als weitere Erkenntnisse übermittelt werden.

Hinsichtlich der Durchführung der Beratungsinterventionen im Sinne der Lebensstilmedizin erscheint es als wichtig, Standards zu etablieren, die in der Praxis einfach und schnell umsetzbar sind, trotzdem aber individuell an die Bedürfnisse des Patienten angepasst werden können. Eine Möglichkeit dafür könnte die Verwendung des Computerprogrammes „e-ARRIBA“ darstellen. Damit könnte es eventuell besser gelingen, den Patienten gut über sein Herz-Kreislauf-Risiko aufzuklären bzw. ihm anschaulich darzustellen wie hoch sein Risiko ist, in den nächsten 10 Jahren an einem Herzinfarkt oder Schlaganfall zu erkranken. Dazu müssen nur noch typische Faktoren welche das Herzinfarkt- und Schlaganfallrisiko beeinflussen, eingegeben werden (Blutdruck, Gesamtcholesterin, HDL-Cholesterin sowie Angaben zu Alter und Geschlecht sowie Zusatzrisiken wie Rauchen oder Diabetes...). Diese Beratungshilfe kann helfen, dem Patienten auf anschauliche Weise zu zeigen, wie sich medikamentöse Maßnahmen und Verhaltensänderung wie z.B. Rauchverzicht oder regelmäßige Bewegung auf die Risikoprognose auswirken. Die Ergebnisse können anhand einer Balkengraphik oder einer Feldgraphik mit 100 Smileys dargestellt werden. Vor allem die Darstellung des Risikos anhand der Smileys habe sich bewährt.

Obwohl der Fokus dieser Masterthesis auf das individuelle Verhalten von Personen gelegt wurde, darf nicht außer Acht gelassen werden, dass vor allem neben der Verhaltensebene auch immer die Verhältnisebene eine Rolle spielt und es oft auch hier an Änderungen bedarf. Daher erscheint der Verfasserin nicht nur eine einheitliche Beratung während der Vorsorgeuntersuchung als wichtig, sondern auch regelmäßige Kontrollen und Beratungen sowie eine kontinuierliche Betreuung nach der

Vorsorgeuntersuchung, wenn daraus langfristige Verhaltensänderungen resultieren sollen. Wer diese regelmäßigen Beratungen oder die Betreuung übernehmen könnte, sei in den Raum gestellt, fest steht, dass sich aber die unterschiedlichsten Berufsgruppen als Kooperationspartner für Ärzte identifizieren lassen. Als problematisch kann allerdings die Schaffung von Netzwerken und geeigneten Strukturen angesehen werden, denn dazu ist vielmehr notwendig als nur das Aufzeigen eines Bedarfs oder einer Notwendigkeit. Gesetze, festgefahrene Strukturen sowie finanzielle Belange sind nur einige wenige Barrieren, die, auch wenn der Wunsch nach einer Zusammenarbeit im Sinne der Patienten bestehen sollte, überwunden und geändert werden müssten.

4.3. Ausblick

Obwohl diese Masterthesis neue Erkenntnisse liefert, besteht nach Ansicht der Autorin noch ein sehr großer Forschungsbedarf, wenn sich die Lücke zwischen der Lebensstilmedizin und flächendeckenden, weiterführenden, gesundheitsfördernden Angeboten jemals schließen sollte. Ein erster Schritt dafür wäre die Etablierung einer Datenbank, in der alle bestehenden gesundheitsfördernden Projekte gelistet werden. Zu überlegen und interessant wäre es außerdem, Patienten zur selben Thematik zu befragen.

Die Autorin ist auch der Meinung, dass es schwierig ist, an Patienten zu appellieren, ihre ungesunden Lebensstilgewohnheiten dauerhaft aufzugeben, wenn die erforderlichen Strukturen bzw. Verhältnisse nicht mit verändert werden oder bereits gegeben sind. Nur die Berücksichtigung beider Ebenen, nämlich der Verhaltens- und Verhältnisebene, kann ihrer Meinung nach zu dauerhaften Erfolgen führen.

5. LITERATURVERZEICHNIS

Aiginger, K. (2011). Herausforderungen einer alternden Gesellschaft: Schwerpunkt Reformbedarf im österreichischen Gesundheitssystem. Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung (Hrsg.). Wien.

American College of Preventive Medicine. (2009). *Lifestyle Medicine - Evidence Review*. Abgerufen am 22. Juni 2012 von American College of Preventive Medicine: <http://www.acpm.org/resource/resmgr/lmi-files/lifestylemedicine-literature.pdf>

Bencic, W., & Kastner, K. (2010). Public Health als Option für die österreichische Sozialversicherung. (J. Weidenholzer, Hrsg.) Linz.

Bergert et al. (2011). *Hausärztliche Leitlinie - Kardiovaskuläre Prävention*. Leitliniengruppe Hessen, Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin.

BMG (Hrsg.). (2010). *Bundesministerium für Gesundheit*. Abgerufen am 29. August 2012 von http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Praevention/Gesundheit_und_Gesundheitsfoerderung#f5

Bortz, J., & Döring, N. (1995). *Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler* (2. Ausg.). Springer Verlag.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). (o.J.). *Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten*. Abgerufen am 13. September 2012 von <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/gesundheitsfoerderung-im-quartier/aktiv-werden-fuer-gesundheit-arbeitshilfen/teil-1-gesunde-lebenswelten-schaffen/welche-faktoren-beeinflussen-gesundheit/>

Burla, L., Bucher, S., & Abel, T. (2004). Was ist ein gesunder Lebensstil? *Managed Care* (5), 5-7.

Derman; Schwellnus et al. (2008). Health lifestyle interventions in general practice, Part 1: An introduction to lifestyle and diseases of lifestyle. *SA Family Practice* , 50 (4), S. 6-12.

Egger, G., Binns, A., & Rossner, S. (2008). *Lifestyle Medicine*. Australia: McGraw-Hill.

Fernandez, K., & Posch, W. (2011). *Tabakpräventionsstrategie Steiermark - Grundlagen, Ziele und Maßnahmen von 2007-2010*. VIVID - Fachstelle für Suchtprävention, Graz.

Fonds Gesundes Österreich. (2005). *Fonds Gesundes Österreich*. Abgerufen am 29. August 2012 von http://www.fgoe.org/hidden/downloads/Ottawa_Charta.pdf

Gartlehner, G., & Reichenpfader, U. (2010). *VORSORGEaktiv: Ein Programm zur Lebensstiländerung für Personen mit erhöhtem Herz-Kreislauf-Risiko in Niederösterreich*. Department für Evidenzbasierte Medizin und Klinische Epidemiologie, Krems.

Gesundheit Österreich GmbH/Geschäftsbereich ÖBIG. (2009). *Gesundheit und Krankheit in Österreich. Gesundheitsbericht Österreich 2009*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.

Gläser, J., & Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen* (4. Ausg.). VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Grandes et al. (2008). Is integration of healthy lifestyle promotion into primary care feasible? Discussion and consensus sessions between clinicians and researchers. *BMC Health Services Research*, 8.

Hager, E., Stelzhammer, J., & Friedl, S. (2011). *Tabakentwöhnungsangebote der steiermärkischen Gebietskrankenkasse im Rahmen der Tabakpräventionsstrategie Steiermark*. Jahresbericht 2010, Graz.

Haller et al. (2009). *Hausarztorientierte Versorgung. Charakteristika und Beitrag zur Gesundheit der Bevölkerung*. Ein Evidenz-Report.

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hrsg.). (2009). *Vorsorgeuntersuchung Neu - Ärztebroschüre zur Vorsorgeuntersuchung Neu*. Wien.

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hrsg.). (2005). *Vorsorgeuntersuchung Neu: Informationsunterlage, "Chancen und Nutzen der neuen Vorsorgeuntersuchung inklusive Beschreibung der medizinischen Interventionen für Nichtmediziner"*. Wien.

Hurrelmann, K., Klotz, T., & Haisch, J. (2010). *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Verlag Hans Huber, Bern.

Jusline GmbH. (2012). *Jusline Österreich*. Abgerufen am 12. Juni 2012 von http://www.jusline.at/132b._VorsorgeGesundenuntersuchungen_ASVG.html

Klemperer, D. (2010). *Sozialmedizin - Public Health Lehrbuch für Gesundheits-und Sozialberufe*. Bern.

- Klimont, J., Kytri, J., & Leitner, B. (2007). *Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Bundesgesundheitsagentur.
- Kvas, A. et al. (2011). Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit und an das Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. Institut für Gesundheitsförderung und Prävention (Hrsg.). Graz.
- Kvas, A., Kvas, G., & Sprenger, M. (2011). Gemeinsame Evaluierung der pseudonymisierten Befunddaten der VU nach §16 VU-GV. Institut für Gesundheitsförderung und Prävention (Hrsg.). Graz.
- Leitner, B. (2010). Jahrbuch der Gesundheitsstatistik. Statistik Austria (Hrsg.). Wien.
- Lexikon für Psychologie und Pädagogik. (o.J.). *Lexikon für Psychologie und Pädagogik*. Abgerufen am 11. Oktober 2012 von <http://lexikon.stangl.eu/3572/gesundheitspsychologie/>
- Malli, D. (2011). Die Vorsorgeuntersuchung aus Sicht der Ärzte. Akzeptanz und Praktikabilität. *In: Soziale Sicherheit, Fachzeitschrift der österreichischen Sozialversicherung* (Jänner 2011), 12-20.
- Malli, G. (2010). Befragung von Ärzten zur Vorsorgeuntersuchung Neu 2010. *Projekt Evaluation und Qualitätssicherung der Vorsorgeuntersuchung Neu, Modul Prozessqualität*. Graz.
- Naidoo, J., & Wills, J. (2003). *Lehrbuch der Gesundheitsförderung*. (BZgA, Hrsg.) Köln.
- Neuberger, M. (2005). Tabak-(Nikotin-)Konsum. *In: Vorsorgeuntersuchung Neu - Wissenschaftliche Grundlagen*. Wissenschaftszentrum Gesundheitsförderung/Prävention der VAEB (Hrsg.), S. 31-40.
- OECD. (2011). *Health at a Glance 2011: OECD Indicators*. OECD Publishing.
- Österreichische Sozialversicherung. (11. November 2011). *Österreichische Sozialversicherung*. Abgerufen am 22. Juni 2012 von https://www.sozialversicherung.at/mediaDB/MMDB101643_ENDFASSUNG%20-%20VU-Gesamtvertrag.pdf
- Österreichischer Verband der Impfstoffhersteller. (2011). Deskriptives Konzeptpapier zu Präventions- und Gesundheitsförderungsprojekten in Österreich. Österreich: Österreichischer Verband der Impfstoffhersteller.

Püringer, U., Klima, G., & Piribauer, F. (2005). *Vorsorgeuntersuchung Neu: Wissenschaftliche Grundlagen*. Wissenschaftszentrum Gesundheitsförderung/Prävention der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (Hrsg.). Graz.

Raffle, A., & Muir Gray, J. (2009). *Screening - Durchführung und Nutzen von Vorsorgeuntersuchungen*. Bern: Hans Huber Verlag.

Schober, C. et al. (2009). *Evaluation des Projekts "Bewegt gesund"*. Institut für interdisziplinäre Nonprofit Forschung an der Wirtschaftsuniversität Wien, Wien.

Schwarzer, R. (2004). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Einführung in die Gesundheitspsychologie*. Göttingen: Hogrefe Verlag.

SVA. (2012). *Sozialversicherungsanstalt der Bauern*. Abgerufen am 4. September 2012 von http://www.svb.at/portal27/portal/svbportal/channel_content/cmsWindow?p_tabid=3&p_menuid=66031&action=2&p_pubid=104053

Temml, C. (2005). Beratung zu körperlicher Aktivität. *In: Vorsorgeuntersuchung Neu - Wissenschaftliche Grundlagen*. Wissenschaftszentrum Gesundheitsförderung/Prävention der VAEB (Hrsg.), S. 99-104.

U.S. Preventive Services Task Force. (2002). Guide to Clinical Preventive Services. Counseling to promote physical activity. *In: Vorsorgeuntersuchung Neu - Wissenschaftliche Grundlagen*. Wissenschaftszentrum Gesundheitsförderung/Prävention der VAEB (Hrsg.), S. 101.

VIVID-Fachstelle für Suchtprävention. (2012). *Homepage der Tabakpräventionsstrategie Steiermark*. Abgerufen am 29. August 2012 von <http://www.rauchfrei-dabei.at/de/news/aktuelles/>

Walter, U., & Schwartz, F. (o.J.). *Strategien und Methoden von Prävention und Gesundheitsförderung*. Abgerufen am 20. September 2012 von http://www.medkomm.de/info-praxisteam_new/2007/04/HH_Praevention_17-21.pdf

Weltgesundheitsorganisation. (2010). *Der europäische Gesundheitsbericht 2009. Gesundheit und Gesundheitssysteme*. Weltgesundheitsorganisation (Hrsg.).

Weltgesundheitsorganisation. (2007). *Die Herausforderung Adipositas und Strategien zu ihrer Bekämpfung in der europäischen Region der WHO*. Weltgesundheitsorganisation (Hrsg.). Denmark.

Weltgesundheitsorganisation. (2006). *Zugewinn an Gesundheit. Die Europäische Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten*. Dänemark.

WHO. (1946). *Weltgesundheitsorganisation - Constitution of the WHO*. Abgerufen am 12. September 2012 von http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/constitution.pdf

WHO. (1986). *Weltgesundheitsorganisation - Ottawa Charter for Health Promotion*. Abgerufen am 12. September 2012 von http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf

Widhalm, K. (2005). Übergewicht/Adipositas. In: *Vorsorgeuntersuchung Neu - Wissenschaftliche Grundlagen*. Wissenschaftszentrum Gesundheitsförderung/Prävention der VAEB (Hrsg.), S. 41-54.

Wiener Gebietskrankenkasse. (2010). *Bewegt gesund - Handbuch*. Wien.

Wikipedia. (2011). *Wikipedia, die freie Enzyklopädie*. (Wikimedia Foundation Inc.) Abgerufen am 18. September 2012 von <http://de.wikipedia.org/wiki/Vorsorgeprogramm>

Wikipedia. (2011). *Wikipedia, die freie Enzyklopädie*. (Wikimedia Foundation Inc.) Abgerufen am 11. Oktober 2012 von [http://de.wikipedia.org/wiki/Intervention_\(Medizin\)](http://de.wikipedia.org/wiki/Intervention_(Medizin))

Wikipedia. (2012). *Wikipedia, die freie Enzyklopädie*. (Wikimedia Foundation Inc.) Abgerufen am 29. August 2012 von <http://de.wikipedia.org/wiki/Screening>

WONCA International Classification Committee (Hrsg.). (2001). *Internationale Klassifizierung der medizinischen Primärversorgung ICPC-2. Ein Codierungssystem der Allgemeinmedizin*. Wien: Springer Verlag.

6. ANHANG

6.1. Informationsblatt für Ärzte und Ärztinnen

Sindler Karin Anna
Prof. Fritz-Hartlauer Weg 10/12
8062 Kumberg

Tel. 0664 53 22 803

An
Arzt/Ärztin
Adresse
Postleitzahl/Ort

Kumberg, am 16.Nov. 2012

Betreff: Teilnahme an einer empirischen Untersuchung

Sehr geehrte/r ...!

Mein Name ist Sindler Karin und ich bin Public Health Studentin an der Medizinischen Universität Graz. Im Rahmen meiner Masterthesis führe ich eine empirische Untersuchung in Form von Experteninterviews zum Thema der Vorsorgeuntersuchung durch.

Da sie als Facharzt/-ärztin der Allgemeinmedizin mit Vorsorgeuntersuchungsvertrag diese Untersuchung auch ihren Patienten/innen anbieten und diese durchführen, sind sie als Interviewpartner für mich interessant. Damit ich ihnen eine Vorstellung davon vermitteln kann welche Themenbereiche die Fragen im Interview aufgreifen, möchte ich sie vorab kurz darüber informieren, ohne ihnen jedoch die konkreten Fragen zu nennen.

Laut österreichischer Sozialversicherung wurden die Inhalte der Vorsorgeuntersuchung im Jahre 2005 optimiert. Erweitert wurde das Angebot der Vorsorgeuntersuchung auch durch die Lebensstilmedizin. Ziel dieser Fachrichtung ist es, Menschen über einen gesundheitsförderlichen Lebensstil aufzuklären und sie dabei zu unterstützen. Hauptsächlich fokussiert sich die Lebensstilmedizin auf Themenbereiche wie Ernährung, Bewegung und Rauchen. Der Fokus meiner Fragen im Interview liegt genau bei diesen Themen. Interessant für mich sind auch die Handhabung der täglichen Beratungspraxis rund um das Thema der Lebensstilmedizin im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung sowie ihre Erfahrungen mit und Empfehlungen für ihre Patienten/innen.

Ich würde mich freuen wenn sie sich ca. 40 Minuten für mich Zeit nehmen könnten um mir einen Einblick in die tägliche Praxis und Anwendung der Lebensstilmedizin geben könnten. Auf Wunsch kann das Interview auf alle Fälle anonymisiert werden. Für einen konkreten Termin und zur Klärung eventueller offener Fragen ihrerseits würde ich mich in den nächsten Tagen noch telefonisch bei ihnen melden.

Ich bedanke mich im Vorhinein für ihre mögliche Unterstützung.

Mit freundlichen Grüßen,

Sindler Karin Anna

Abbildung 19: Informationsblatt für Ärzte und Ärztinnen (eigene Erstellung)

6.2. Telefonische Kontaktaufnahmen

Stadt Graz	Männer	Frauen
1. Kontaktaufnahme	3 x nicht erreicht	Zusage
2. Kontaktaufnahme	Zusage	-

Bezirk Graz-Umgebung	Männer	Frauen
1. Kontaktaufnahme	Absage	Absage
2. Kontaktaufnahme	Zusage	Absage
3. Kontaktaufnahme	-	3 x nicht erreicht
4. Kontaktaufnahme	-	Absage
5. Kontaktaufnahme	-	Zusage

Bezirk Weiz	Männer	Frauen
1. Kontaktaufnahme	3 x nicht erreicht	Absage
2. Kontaktaufnahme	Zusage	Absage
3. Kontaktaufnahme	1. Kontakt Rückruf - Zusage	5 x nicht erreicht
4. Kontaktaufnahme	-	Absage
5. Kontaktaufnahme	-	Zusage

Tabelle 8: Telefonische Kontaktaufnahmen (eigene Darstellung)

6.3. Absichtserklärung

Name: _____

„Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass das Interview zur weiteren wissenschaftlichen Bearbeitung transkribiert wird und Textpassagen in anonymisierter Form auch zur wissenschaftlichen Diskussion übernommen werden können.“

Unterschrift: _____

Ort, Datum: _____

Abbildung 20: Absichtserklärung (eigene Erstellung)

6.4. Leitfaden

Interviewpartner: _____

Ort, Datum: _____

E-Mail: _____

- Dank für Teilnahmebereitschaft
- Vorstellung meiner Person und der Masterarbeit
- Ablaufklärung (Interviewdauer, Gliederung mit 7 Hauptfragen und eventuellen Nebenfragen)
- Vertraulichkeit, Datenschutz, Anonymisierung der persönlichen Daten
- Anonymisierung: Ja Nein
- Tonbandaufnahme: Ja Nein
- Absichtserklärung

Angaben zur Durchführung der Vorsorgeuntersuchung?

- Wie lange sind sie schon Allgemeinmediziner/in?
- Seit wann führen sie Vorsorgeuntersuchungen durch?
- Wie viele VU pro Quartal?
- Wie lange dauert bei ihnen die VU durchschnittlich?
- Machen sie die VU während der Ordinationszeit?
- Können sie in 3-4 Sätzen den Ablauf einer VU in ihrer Ordination beschreiben? (Dauer Abschlussgespräch in min)

Informationen vor Beginn des Interviews

- Interview soll sich auf die Durchführung einer VU beziehen, nicht auf den Alltag als Allgemeinmediziner
- Fragen fokussieren immer auf die Lebensstilmedizin
- Anforderungen an den Arzt gestiegen, vermehrte Beraterrolle zugesprochen
- über gesundheitsförderlichen Lebensstil aufklären, auf individuelle Lebenssituation eingehen
- Patienten bei der Umsetzung unterstützen, zielführende Maßnahmen ansprechen, die sich positiv auf die GH auswirken
- Beispiele: Ernährungs- und Bewegungsberatung, Aufhörberatung für Raucher...

Interviewleitfaden

Fragen	Anmerkungen	Notizen
1. Welche Assoziationen haben sie zum Thema „Ärztliche Beratung im Rahmen der Lebensstil-Medizin“?	Gut, schlecht, notwendig, nicht notwendig, hat das Sinn, ist das überhaupt ihre Aufgabe?	
2. Welche Kurzinterventionen wenden sie im Rahmen der Lebensstil-Medizin an? Dauer? Gehen sie nach einem bestimmten Schema vor? (Vorlagen, Broschüren?)	z.B. Ernährungsberatung; in den wissenschaftlichen Grundlagen: bei ärztlicher Kurzberatung dienen 5 E's (Erfragen, Erfassen, Erklären, Erreichen, Einrichten) als Richtschnur	

<p>3. Wie schätzen sie die Erfolgchancen ein dass durch ärztliche Kurzberatungen im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung anhaltende Verhaltensmodifikationen resultieren?</p>	<p>Bsp.:40 jähriger Patient, männlich, leicht übergewichtig, 20 Zig. pro Tag, chron. Bronchitis; Ändert sich sein Verhalten? Was könnte Erfolgchancen erhöhen?</p>	
<p>4. Können sie aus medizinischer bzw. ärztlicher Sicht Barrieren nennen warum Interventionen wie eine Ernährungs- oder Bewegungsberatung im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung nicht oder nur eingeschränkt möglich sind?</p>	<p>Zeitmangel, Honorierung, Interesse von Seiten des Patienten, Beratungsmaterial</p>	
<p>5. Wie beurteilen sie ihren Informations- und Kenntnisstand in Bezug auf bestehende Hilfsangebote welche sie ihren Patienten nach der Vorsorgeuntersuchung als weiterführende Maßnahme zur Verhaltensveränderung empfehlen können?</p>	<p>Kennen sie Hilfsangebote? Angebote aus der GF, aus dem Sportbereich?</p>	
<p>6. Wie schätzen sie den Bedarf an gesundheitsfördernden Angeboten ein, an welche Mediziner die Teilnehmer der Vorsorgeuntersuchung zur Unterstützung bei der Lebensstiloptimierung verweisen können?</p>	<p>Gibt es Bedarf oder sind ärztliche Kurzberatungen ausreichend und zielführend? Würden sie sich Unterstützung wünschen?</p>	
<p>7. Wie stehen sie Kooperationen mit interdisziplinären Teams im Rahmen der Lebensstiloptimierung gegenüber, die sie in ihrer Aufgabe, Patienten zu einem gesundheitsförderlichen Verhalten zu motivieren und zu begleiten, unterstützen?</p>	<p>Welche Berufsgruppen kommen für sie als Kooperationspartner in Frage? Vernetzung wünschenswert, wichtig?</p>	

Abbildung 21: Leitfaden (eigene Erstellung)

6.5. Kategorienschema mit Kategoriendefinitionen

	Kategorie	Definition
K1	Assoziationen zur Lebensstil-Medizin	Diese Kategorie beinhaltet jegliche Aussagen, welche den Befragten spontan zu ärztlichen Beratungen im Rahmen der Lebensstil-Medizin eingefallen sind.
K2	Kurzinterventionen	Die Kategorie Kurzinterventionen verweist auf Kurzinterventionen, welche in der Praxis im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung in Bezug auf die Lebensstil-Medizin durchgeführt werden und erörtert verschiedene Methoden bzw. Schemata, die zur Anwendung kommen oder auch nicht.
K3	Erfolgschancen für anhaltende Verhaltensmodifikationen	Die individuellen Einschätzungen über die Erfolgschancen der Kurzinterventionen, hinsichtlich der Verhaltensmodifikationen bei Patienten sowie Verbesserungsvorschläge und Ideen zur Erhöhung der Erfolgschancen, werden hier festgehalten.
K4	Barrieren für die Durchführung von Kurzinterventionen	Hier sind mögliche Barrieren von Seiten der Ärzte als auch von Seiten der Patienten angeführt, welche die Durchführung von Kurzinterventionen im Sinne der Lebensstil-Medizin beeinträchtigen können.
K5	Informations- und Kenntnisstand über weiterführende Hilfsangebote	Die Kategorie Informations- und Kenntnisstand über weiterführende Hilfsangebote enthält Aussagen über den Informations- und Kenntnisstand der Ärzte über bestehende Hilfsangebote, welche sie ihren Patienten nach der Vorsorgeuntersuchung als weiterführende Maßnahme zur Verhaltensveränderung empfehlen können.
K6	Bedarf an gesundheitsfördernden Angeboten	Hier wird die Einschätzung über, sowie die Begründung für einen Bedarf an gesundheitsfördernden Angeboten welche Patienten bei einer Lebensstiloptimierung unterstützen können, festgehalten.
K7	Kooperationen mit interdisziplinären Teams	In dieser Kategorie wird veranschaulicht, wie die befragten Mediziner einer Kooperation mit interdisziplinären Teams gegenüberstehen, welche Berufsgruppen dafür in Frage kämen und ob eine generelle Vernetzung verschiedener Berufsgruppen wünschenswert wäre um Mediziner in ihrer Aufgabe zu unterstützen, Patienten zu einem gesundheitsfördernden Lebensstil zu motivieren und zu begleiten.

Tabelle 9: Kategorienschema mit Kategoriendefinitionen (eigene Darstellung)