

P. Kaiser  
A. Noack  
N. Donner-Banzhoff  
S. Keller  
E. Baum

# Hausärztinnen und Hausärzte als Gesundheitsvorbilder? Ein Vergleich des Gesundheitsverhaltens von HausärztInnen und RechtsanwältInnen

*Comparing Physicians' and Lawyers' Health Behaviour*

## Zusammenfassung

Ziel dieser Arbeit ist der Vergleich des Gesundheitsverhaltens von HausärztInnen und RechtsanwältInnen in den Bereichen Ernährung, Körpergewicht, körperliche Aktivität, Rauchen, Stress und der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. **Methode:** Postalische Umfrage an je 350 AnwältInnen und HausärztInnen in Köln, der Rücklauf betrug 30,7% bei den HausärztInnen bzw. 37% bei den AnwältInnen. **Ergebnisse:** Hinsichtlich Soziodemographie und Arbeitszeitbelastung stellen sich HausärztInnen und AnwältInnen als sehr gut geeignete Vergleichsgruppen dar. HausärztInnen ernähren sich gesünder, aber zu 70% immer noch ungünstig im Sinne der zugrunde gelegten Nahrungsmittelliste. Sie sind mit 32% weniger übergewichtig als AnwältInnen; sie geben an, sich in den Kategorien „Gymnastik, Aerobic“ und „andere Bewegungsarten“ öfter zu bewegen als AnwältInnen. In beiden Gruppen finden sich ca. 20% RaucherInnen, ÄrztInnen konsumieren jedoch deutlich weniger Zigaretten pro Tag. Beide Gruppen fühlen sich in vergleichbarem Umfang belastet und beansprucht, dabei geben HausärztInnen mehr Belastungsfaktoren an. HausärztInnen konsultieren deutlich seltener andere ÄrztInnen und nehmen zu 56,7% – ähnlich den AnwältInnen – an Krebsfrüherkennungsmaßnahmen teil. **Schlussfolgerungen:** Berücksichtigt man bias-Verzerrungen im Antwortverhalten, so ist das Gesundheitsverhalten von HausärztInnen nicht wesentlich besser als das von AnwältInnen, und keineswegs optimal. Die Reflexion über eigene Gesundheitsverhaltensweisen und Überzeugungen diesbezüglich ist unabdingbar für effektive und authentische Gesundheitsberatung von PatientInnen. Gesundheitsberatung und -aufklärung kann nicht nur über kognitive Strategien vermittelt

## Abstract

**Objective:** To compare health habits of general practitioners (GPs) and lawyers concerning nutrition, obesity, physical activity, smoking, stress and participation in screening programs. **Methods:** Mail survey among 350 lawyers and physicians in Cologne, Germany; response rates were 37% and 30.7% respectively (n = 121 lawyers/97 physicians). **Results:** GPs and lawyers are very similar in sociodemographics and working hours, thus lawyers are an excellent control group. GPs consume healthier food, but 70% still score too low on the nutrition scale used. Less physicians than lawyers are obese. Physicians indicate to exercise more in the subgroups “gymnastics” and “other activities”. In both professions there are about 20% smokers, but physicians smoke less cigarettes per day. Physicians seem to be as stressed as lawyers, but they indicate more stressors. More than half in both groups participate in screening programs, but GPs rarely consult other physicians. **Conclusions:** Taking bias into account doctors' personal health habits are not really better than those of lawyers, and they are far from a desirable level. Reflection on personal health habits and convictions on the importance of health behavior is mandatory in order to counsel patients effectively and authentically on their risk factors. Prevention and health campaigns should not solely base on cognitive strategies. Primary prevention, salutogenesis, socio-psychological concepts of health habits and beliefs and counselling strategies must play a higher role in medical training, and prevention must be refunded properly.

## Institutsangaben

Medizinisches Zentrum für Methodenwissenschaften und Gesundheitsforschung, Marburg

## Korrespondenzadresse

Petra Kaiser · Med. Zentrum für Methodenwissenschaften und Gesundheitsforschung ·  
Abt. Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin · Robert-Koch-Str. 7 · 35037 Marburg ·  
E-mail: Kaiserin\_petra@web.de

## Bibliografie

Z Allg Med 2005; 81: 419–422 · © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York  
DOI 10.1055/s-2005-836914  
ISSN 0014-336251

werden. Primärprävention, Salutogenese, Psychosoziale Gesundheitskonzepte und Beratungsstrategien sollten in Aus-, Fort- und Weiterbildung einen höheren Stellenwert erlangen, Präventionsarbeit muss angemessen vergütet werden.

### Schlüsselwörter

Gesundheitsverhalten · Hausärzte · Gesundheitsberatung · Ernährung

### Key words

Health behaviour · general practitioner · counselling · nutrition

### Einleitung

Gesundheitsverhalten bzw. verhaltensassoziierte Risikofaktoren bestimmen maßgeblich Morbidität und Mortalität so genannter „Zivilisationskrankheiten“, insbesondere kardiovaskulärer Erkrankungen. Hausärztinnen und Hausärzte (im Folgenden unter „HausärztInnen“ subsumiert, wenn von beiden Geschlechtern die Rede ist) spielen eine Schlüsselrolle in der Früherkennung wie auch der primären, sekundären und tertiären Prävention dieser Erkrankungen; dennoch weisen viele Studien darauf hin, dass HausärztInnen diese Rolle nicht optimal erfüllen [1, 2]. Als Begründung wird Zeitmangel und mangelnde Vergütung einerseits, aber auch wenig Wissen um überzeugende Beratungsstrategien und Unsicherheit in der Gesprächsführung angegeben [1]. Mehrere Autoren weisen zudem darauf hin, dass das Beratungsverhalten von ÄrztInnen verknüpft ist mit dem eigenen Risikoverhalten, dass beispielsweise rauchende Ärztinnen deutlich seltener diesbezüglich PatientInnen beraten [3–5].

Auch unabhängig von den Auswirkungen auf das ÄrztIn-PatientIn-Verhältnis sollte die Gesundheit von ÄrztInnen für ÄrztInnen von Interesse sein; beispielsweise finden sich immer wieder Daten zu gehäuften psychiatrischen Erkrankungen, burn-out, Suchtmittelgebrauch und Suizidalität bei ÄrztInnen. Daten für deutsche HausärztInnen existieren kaum.

### Methoden

In einer schriftlichen Befragung, versandt an jeweils 350 zufällig ausgewählte HausärztInnen und RechtsanwältInnen der Region Köln, wurden Daten zu o.g. Verhaltensbereichen erfragt. Es kamen  $n = 121$  Fragebogen bei den AnwältInnen und  $n = 97$  Fragebogen bei den HausärztInnen zur Auswertung, dies entspricht einem Rücklauf von 37% bzw. 31%, vergleichbar mit ähnlichen Erhebungen zur Arbeitssituation von ÄrztInnen.

Soziodemographische Kennziffern zu den Berufsgruppen, zur Arbeitszeitbelastung sowie zum Geschlechtervergleich sind den Tab. 1 und 2 zu entnehmen; Alters- und Geschlechtsverteilung ist als repräsentativ anzusehen für die entsprechende Proportionalität innerhalb der Berufsgruppen.

Für die Endpunkte der Untersuchung gilt bei multiplem Testen ein nach Bonferroni [10] korrigiertes  $p = 0,01$  als Signifikanzschwelle. Die Fallzahlplanung erfolgte anhand der Daten zum Ernährungsverhalten von HausärztInnen aus einer ähnlich konzipierten Studie [11] mit einer power von 80% und einem Signifikanzlevel von 0,05. Die Daten wurden in SPSS for Windows

bearbeitet; für nominalskalierte Variablen kam der  $\chi^2$ -Test, für stetige normalverteilte Variable der t-Test, für stetige normalverteilte Variable für mehr als zwei Gruppen die Varianzanalyse (ANOVA) und für bivariate Korrelationen der Pearson-Korrelationskoeffizient bei metrisch skalierten Variablen sowie der Korrelationskoeffizient nach Spearman bei nicht-metrisch skalierten Variablen zur Anwendung.

### Ergebnisse

#### Ernährung

Zugrunde gelegt wurde eine 16 Item umfassende Nahrungsmittelliste, deren Grundlage die Attribute „ausgewogen und fettarm“ bilden. Es wurde ein Gesamtscore gebildet mit einem cut-off-Score von 16; bei niedrigeren Werten ist von einer gesunden Ernährung im Sinne der Empfehlungen der deutschen Gesellschaft für Ernährung auszugehen [6]. ÄrztInnen schneiden

Tab. 1 Soziodemographie und Arbeitszeitbelastung HausärztInnen/RechtsanwältInnen

	HausärztInnen	n	RechtsanwältInnen	n	Statistik
Alter/MW (SD)	48,8 (8)	97	45,5 (11)	120	t = -2,49 p = 0,014
Frauenanteil	32%	97	20,7%	121	$\chi^2 = 3,6$ p = 0,06
tägliche Arbeitszeit (h)/MW (SD)	9,8 (2,4)	96	10,1 (1,8)	119	t = 0,89 p = 0,37

Tab. 2 Soziodemographie Hausärzte/Hausärztinnen

	Hausärzte	n	HausärztInnen	n	Statistik
Alter/MW (SD)	50 (8,2)	66	46,5 (7,1)	31	t = -2,02 p = 0,05
Fachrichtung					
Allgemeinmedizin	34,8%	66	44,8%	29	$\chi^2 = 9,31$ p = 0,025
Innere	42,4%		17,2%		
prakt. ÄrztIn	22,7%		31%		
keine Angabe	0		6,9%		
Praxisform					
Einzelpraxis	66,7%	66	40%	30	$\chi^2 = 7,697$ p = 0,021
Gemeinschaftspraxis	27,3%		56,7%		
Praxisgemeinschaft	6,1%		3,3%		

hier besser ab als RechtsanwältInnen (s. Tab. 3), dennoch ist ihr Ernährungsverhalten nicht als optimal zu bezeichnen. Frauen ernähren sich gesünder als Männer – 48,4% der befragten Hausärztinnen erreichen im Gegensatz zu 21,9% der Ärzte einen als gesund zu bezeichnenden Lebensmittelscore.

### Körpergewicht

Die HausärztInnen geben einen durchschnittlich etwas niedrigeren BMI an, und auch der Anteil der mit einem BMI von  $>25 \text{ kg/m}^2$  als (prä-)adipös zu bezeichnenden Menschen ist in der Gruppe der HausärztInnen etwas kleiner als in der Gruppe der Anwältinnen. Auch hier schneiden die Hausärztinnen durchweg besser ab als ihre männlichen Kollegen; der größere Frauenanteil unter den HausärztInnen dürfte somit wesentlich zum Unterschied zwischen den Berufsgruppen bezüglich Fehlernährung und Übergewicht beitragen.

### Körperliche Aktivität

Zusammengefasst bewegen sich Ärztinnen häufiger – d. h. mehrmals pro Woche – in den Bereichen „Gymnastik, Turnen etc.“ und „sonstige körperliche Aktivität“, definiert als z. B. Garten- oder Hausarbeit oder zügiges Gehen. Außerdem sind HausärztInnen zu einem größeren Anteil in ausreichendem Maß (definiert als mind. 3-mal pro Woche über jeweils mind. 20 min.) körperlich aktiv – 59,3% der ÄrztInnen versus 42,9% der AnwältInnen ( $p = 0,02$ ).

### Rauchen

In beiden Berufsgruppen finden sich ca. 20% Raucher; AnwältInnen neigen jedoch dazu, mehr Zigaretten täglich zu rauchen (vgl. Tab. 4).

### Beanspruchung und Belastung

Das Ausmaß der subjektiv empfundenen Beanspruchung wird durch die entsprechende Skala des Freiburger-Persönlichkeits-Inventars (FPI) [7] gemessen.

Die Skala setzt sich aus 12 Items zusammen. Zu Aussagen, die sich hauptsächlich auf Stress durch Zeitdruck und Arbeitsüberlastung beziehen, sollen sich die Befragten entscheiden, ob diese auf sie zutreffen oder nicht, aus den Daten wird dann ein nach Alter und Geschlecht adjustierter Gesamtscore – der Stanine-Wert – gebildet. Höhere Stanine-Werte sprechen für höhere Beanspruchung, Werte  $>6$  sprechen für ein sehr hohes Maß an Beanspruchung; signifikante Zusammenhänge zu chronischer Krankheit, häufigen Arztbesuchen, Inanspruchnahme von Psychotherapie, starkem Nikotin- und hohem Alkoholkonsum sind dokumentiert [7].

Der Arbeitsgruppen-intern entwickelte Belastungsscore beinhaltet die Zustimmung oder Ablehnung einzelner Aussagen zu privaten und beruflichen Belastungen; der maximal zu erreichende Wert sind 15 Punkte. Die Ergebnisse werden in Tab. 5 dargestellt.

HausärztInnen fühlen sich in ähnlichem Maß beansprucht wie Anwältinnen, sie geben jedoch durchschnittlich mehr Belastungen an. Knapp 18% der HausärztInnen erreichen jedoch sehr hohe Stanine-Werte von 8–9; diese Untergruppe gibt auch mehr Belastungen an sowie ein schlechteres allgemeines Wohlbefinden; es wird vermutet, dass es sich hierbei um ÄrztInnen mit burnout-Syndrom handelt.

Tab. 3 Ernährung und Körpergewicht

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

Tab. 4 Rauchen

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

Tab. 5 Beanspruchung und Belastung HausärztInnen/RechtsanwältInnen

	HausärztInnen	n	RechtsanwältInnen	n	Statistik
FPI Stanine-Wert/MW (SD)	5,2 (2,1)	95	5,0 (1,6)	120	t = -0,59 p = 0,56
Anteil mit Stanine >6	25,3%	95	16,7%	120	$\chi^2 = 2,41$ p = 0,12
Belastungsscore/MW (SD) Median	3,0 (2,5) 3	94	2,2 (2,1) 2	120	t = -2,56 p = 0,01
Anteil mit Überlastungsscore >2	51,1%	94	32,5%	120	$\chi^2 = 7,53$ p = 0,006

### Inanspruchnahme medizinischer Leistungen

45% der Hausärztinnen haben jemals an einem „Check ab 35“ teilgenommen im Gegensatz zu  $\frac{2}{3}$  der AnwältInnen (p = 0,002); in beiden Gruppen liegt die Teilnahmequote an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen bei ca. 55%. Dabei ist der Geschlechterunterschied bemerkenswert – 87,1% der Ärztinnen versus 42,4% der Ärzte haben schon einmal eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung in Anspruch genommen (p < 0,001). „Andere“ Arztkonsultationen berichten 48,4% der HausärztInnen, hingegen 73,6% der AnwältInnen (p < 0,001). Es ist davon auszugehen, dass wie in der Literatur berichtet [8, 9] ein Großteil der ÄrztInnen einerseits meint, Krebs Symptome und andere Zeichen chronischer Erkrankung selbst rechtzeitig zu erkennen, und andererseits sich entweder selbst behandelt oder informell an KollegInnen wendet.

### Diskussion

HausärztInnen sind hinsichtlich ihrer soziodemographischen Eckdaten hervorragend vergleichbar mit RechtsanwältInnen. Sie verhalten sich in einzelnen Teilbereichen etwas gesünder als AnwältInnen. Ein Bias im Sinne sozial erwünschten Antwortverhaltens ist hier neben dem Selektionsbias – präventiv orientierte ÄrztInnen könnten sich verstärkt an der Studie beteiligt haben – anzunehmen, so dass die Unterschiede nicht als wesentlich erscheinen. ÄrztInnen scheinen sich insgesamt gesünder zu verhalten als ihre Kollegen, insbesondere hinsichtlich Ernährung, Körpergewicht und der Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen. Kognition im Sinne „besseren Wissens“ scheint somit nicht ausschlaggebend zu sein für gesundheitsbewusstes Verhalten. Implikationen hinsichtlich der eigenen Vorbildfunktion PatientInnen gegenüber sowie der Wahrnehmung eigener Beratungskompetenz liegen nahe. Um PatientInnen effektiv zu beraten, ist neben der Aneignung theoretischer

Modellvorstellungen zu Verhaltensveränderung sowie Techniken der Gesprächsführung auch die kritische Reflexion eigener Überzeugungen zu Gesundheit und Gesundheitsverhalten unabdingbar. In der Aus-, Fort- und Weiterbildung sollten Präventivmedizin und Selbstreflexion einen höheren Stellenwert bekommen.

**Interessenkonflikte:** keine angegeben

### Literatur

- 1 Lawlor DA, Keen S, Neal RD. Can general practitioners influence the nation's health through a population approach to provision of lifestyle advice? *BJ Gen Pract* 2000; 50: 455 – 459
- 2 Steptoe A, Doherty S, Kendrick T, et al. Attitudes to cardiovascular health promotion among GPs and practice nurses. *Fam Pract* 1999; 16: 158 – 163
- 3 Wells KB, Ware JE, Lewis CE. Physicians' Practices in Counseling Patients about Health Habits. *Medical Care* 1984; 22: 240 – 246
- 4 Lewis CE, Clancy C, Leake B, et al. The counseling practices of internists. *Ann Intern Med* 1991; 114: 54 – 58
- 5 Slama K, Karsenty S, Hirsch A. Do French general practitioners change their practices and smoking behavior after participation in a smoking cessation trial with their patients? *Eur J Gen Pract* 1996; 12: 58 – 61
- 6 Keller S. Zur Validität des Transtheoretischen Modells – Eine Untersuchung zur Veränderung des Ernährungsverhaltens. Dissertation, Universität Marburg, Marburg 1998
- 7 Fahrenberg J, Hampel R, Selg H. Das Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI. Revidierte Fassung FPI-R. Geänderte Fassung FPI-A1. Handanweisung, 5., erg. Aufl. Verlag für Psychologie Dr. C.J. Hogrefe, Göttingen 1989
- 8 Friedmann U. Vorsorge: In eigener Sache. *Arzt und Wirtschaft* 1995; 2: 60
- 9 Nyman K. The health of general practitioners. A pilot survey. *Aust Fam Physician* 1991; 20: 637 – 641
- 10 Bland JM, Altman DG. Multiple significance tests: the Bonferroni method. *BMJ* 1995; 310: 170
- 11 Schmidt A. Gesundheitsverhalten von HausärztInnen und Hausärzten. Eine empirische Untersuchung. Inaugural-Dissertation, Universität Marburg, Marburg 2000

### Zur Person



Petra Kaiser  
Studium der Humanmedizin bis zum 2. Staatsexamen in Marburg, Beginn meiner Dissertation am Institut für Allgemeinmedizin, Prof. Dr. Baum

Seit 2000 als Ärztin in Bremen tätig, z. Zt. in der Weiterbildung zur Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin