

Die Gesundheitsuntersuchung – Ein ungeliebtes Stiefkind? Eine qualitative Untersuchung

“Health check-up 35” – the German Interpretation of Wild Screening – A Qualitative Study

Autoren

C. Othman¹, A. Wollny¹, H.-H. Abholz¹, A. Altiner¹

Institute

¹ Abteilung für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Düsseldorf

Schlüsselwörter

- ◉ Hausärztliche Prävention
- ◉ Gesundheitsuntersuchung
- ◉ Fokusgruppen
- ◉ Qualitative Untersuchung

Key words

- ◉ Prevention
- ◉ general practise
- ◉ periodic health evaluation
- ◉ focus group
- ◉ qualitative study

Peer reviewed article

eingereicht: 15.05.2008

akzeptiert: 09.06.2008

Bibliografie

DOI 10.1055/s-2008-1081202
 Z Allg Med 2008; 84: 280–285
 © Georg Thieme Verlag KG
 Stuttgart · New York
 ISSN 1433-6251

Korrespondenzadresse

C. Othman
 Universitätsklinikum
 Düsseldorf
 Abteilung für Allgemeinmedizin
 Moorenstr. 5
 40225 Düsseldorf
 cecile.othman@med.uni-
 duesseldorf.de

Zusammenfassung

Einleitung: Die Gesundheitsuntersuchung (GU) ist eine hausärztliche Präventionsleistung. Die Evidenz einzelner Teile der GU ist unbestritten, die routinemäßiger Untersuchung Gesunder nicht. Ein wissenschaftliche Bewertung der GU fehlt. Es gibt finanzielle Anreize für den Arzt, die GU durchzuführen. Dennoch bleibt die Beteiligung bei 15% der Anspruchsberechtigten. Wir ließen Hausärzte in Fokusgruppen diskutieren und wollten etwas über ihre Einstellung zu und Durchführung der GU erfahren.

Methode: Es wurden vier Fokusgruppen mit insgesamt 32 Hausärzten durchgeführt. Die einstündigen Diskussionen wurden von erfahrenen Moderatoren nach einem semistrukturierten Leitfaden moderiert. Die Tonaufzeichnungen wurden nach vollständiger Transkription von drei Forschern unabhängig voneinander inhaltsanalytisch ausgewertet.

Ergebnisse: Die GU dient dem Informationsgewinn oder Perspektivwechsel auf den bekannten Patienten. Neue Patienten werden über die GU kennen gelernt. Ein Bestreben zur Ausweitung der GU wurde häufig geäußert; dabei wird je nach Arzt und/oder untersuchtem Patienten individuell erweitert. Weder der Public-health Aspekt noch die Logik von Screening Programmen und Evidenz dafür spielen eine Rolle. Die gefundenen Einstellungen lassen sich in vier Mustern darstellen: 1. Die bevölkerungsrelevante (public-health) Dimension der GU wird ausgeblendet; 2. Die GU wird als Marketinginstrument benutzt; 3. Zustimmung mit den Inhalten der GU; 4. Passive Ablehnung.

Schlussfolgerung: Die Gesundheitsuntersuchung wird von Hausärzten unterschiedlich beurteilt und realisiert: Vom „passiven Erdulden“ bis zum Ausweiten ohne Rücksicht auf Evidenz mit dem Ziel des Marketings oder des Bemühens, mehr für den Patienten bieten zu können. Die Public-

Abstract

Introduction: Since 1989 German health insurance covers a screening programme focussing on cardio-vascular risks, the “Health check-up 35”. There is a financial incentive for the GP in including as many patients as possible. But constantly only about 15% take part. To understand GPs’ attitudes concerning this health check-up, we did an investigation using focus-groups.

Methods: Participants were 32 GPs from quality circles (peers regularly discussing topics of General practice). Four focus groups were conducted by an experienced researcher. The results were transcribed and analysed by three independent researchers using qualitative content analysis.

Results: Identified attitudes can be described by four patterns: 1. No perception of the public-health dimension; 2. The health check-up as a marketing instrument; 3. Acceptance of the Health check; 4. Passive refusal. Some GPs do the check-up as it is intended and they even invite their patients to take part. Others stated that “just a physical examination and two or three laboratory tests” cannot be accepted by patients as a serious examination. Thus, they add several laboratory tests, ultrasound examination etc., very individualised to their approach and/or the patient they examine. Some other doctors do it only when a patient is asking for. In not one of the groups the public health approach and the logic of screening programmes were mentioned or discussed.

Conclusion: “Check-up 35” is unpopular among most GP’s. The systematic screening programme has often been altered to individual “private programmes”, without any EBM background. Transparency and a structure with more individual possibilities should be considered.

Health Perspektive spielt keinerlei Rolle; ebenso fehlt die Reflexion zur Notwendigkeit von Evidenz vor Durchführung einzelner Untersuchungen. Eine strukturierte Individualisierung unter transparenter Nutzenbewertung sollte erwogen werden.

Einleitung

Seit 1989 ist in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung die Gesundheitsuntersuchung als ein Instrument der Prävention festgeschrieben.

Alle zwei Jahre haben gesetzlich Versicherte Anspruch auf einen Untersuchungsgang, bestehend aus Anamnese, körperlicher Untersuchung, Cholesterinwert- und Blutglukosebestimmung, Urinstreifentest sowie eines Befund- und Beratungsgesprächs. Im Anschluss daran können und sollen präventive Maßnahmen zur Reduktion insbesondere kardiovaskulärer Risikokonstellationen ergriffen werden.

Neben den Krebs-Früherkennungsprogrammen, die überwiegend von Spezialisten durchgeführt werden, ist die Gesundheitsuntersuchung eine Präventionsleistung, die fast ausschließlich in hausärztlicher Hand liegt.

Dass allgemeine präventive Maßnahmen wie Rauchverzicht, Bewegung oder medikamentöse Maßnahmen wie die Blutdrucksenkung bei Patienten mit erhöhtem kardiovaskulären Risiko sinnvoll sind, ist mittlerweile unbestritten. Ob eine routinemäßige Untersuchung eigentlich gesunder Erwachsener per se als Präventionsansatz sinnvoll ist, bleibt allerdings international umstritten [1].

Auf nationaler Ebene stellt sich die Forschungslage zur Analyse der Gesundheitsuntersuchung fragmentarisch dar: 1992 und 1993 wurden die bei den Gesundheitsuntersuchungen erhobenen Daten durch das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) zusammenfassend dargestellt [2] und in einer Querschnittsanalyse auf Validität des Dokumentationsbogens und auf Zielgruppenerfassung hin bewertet [3]. Die Autoren folgerten wenig überraschend, dass zur Überprüfung der Wirksamkeit der Gesundheitsuntersuchung eine Längsschnittstudie notwendig sein würde.

1997 wurde von Baum et al. [4] der bislang einzige Versuch unternommen, die Effektivität der Gesundheitsuntersuchung in einer Längsschnittuntersuchung nachzuweisen. Eine belastbare Aussage konnte aufgrund der geringen Rücklaufquote der Daten allerdings nicht getroffen werden. Die Dokumentationsqualität auf den Vordrucken scheint häufig schlecht zu sein [5], und aus den erhobenen Befunden, wie zum Beispiel einem erhöhten Cholesterinwert, werden zu recht oder unrecht keine therapeutischen Konsequenzen gezogen [6]. Zudem stagnieren die Teilnehmeraten über die Jahre bei relativ konstanten Zahlen um die 17% aller infrage kommenden Versicherten, zuletzt hochgerechnet 2004 [7].

Aus Patientenbefragungen ist bekannt, dass Patienten von ihrem Hausarzt Beratung und Präventionsangebote erwarten [8]; Hausärzte wiederum geben in der Mehrzahl an, dass Prävention wichtiger Bestandteil ihres ärztlichen Selbstverständnisses sei [9].

Die wenigen Untersuchungen, die sich mit den konkreten Inhalten und den Erfolgen hausärztlicher Prävention in Deutschland beschäftigen [10], deuten darauf hin, dass sich das spezifisch hausärztliche Konzept von Prävention nur schwer mit systematischer Früherkennung und der Einhaltung eines immer gleichen festen Programms vereinbaren lässt. Dem entgegen scheint eine individualisierte Prävention im Vordergrund zu stehen [11].

Was also aus Sicht der öffentlichen Gesundheitspflege (Public Health) wünschenswert ist, wird in der Hausarztpraxis so nicht, möglicherweise aber anders umgesetzt.

Wie Hausärzte die Gesundheitsuntersuchung in ihren Praxisalltag integrieren und welche Einflüsse dabei eine Rolle spielen, ist nicht bekannt. Oder wie es ein Teilnehmer unserer Fokusgruppen ausdrückte: „*Prävention, eh, Gesundheitsvorsorge. Was wir davon halten, wisst ihr, das spielt doch eigentlich gar keine große Rolle.*“ (1,415)¹

Um mehr darüber zu erfahren, wie Hausärzte die Gesundheitsuntersuchung im Praxisalltag anwenden und welches ihre Beweggründe und die damit verbundenen Einstellungen sind, wählten wir einen qualitativen Forschungsansatz und ließen Hausärzte in Fokusgruppen miteinander das Thema „Gesundheits-Untersuchung“ diskutieren.

Methode

Sample

Da eine möglichst breite Verteilung von Einstellungen und Meinungen erfasst werden sollte, wurden die Hausärzte aus hausärztlichen Qualitätszirkeln (QZ) unterschiedlicher Einzugsgebiete (ländliche vs. kleinstädtische Region; Vorort vs. Zentrum einer Großstadt im Rhein-Ruhr-Gebiet) im Sinne eines „purposive sample“ [12, 13] rekrutiert.

Aus einer Liste mit allen zertifizierten hausärztlichen QZ der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein wurden insgesamt 20 Moderatoren angeschrieben und sukzessive telefonisch kontaktiert. Vier QZ stellten sich als ungeeignet heraus, da die Gruppe zu klein, nicht rein hausärztlich besetzt war oder sich nicht mehr traf. Drei QZ hatten die Themen schon für das gesamte Jahr festgelegt. Ein Moderator meldete sich auf den Brief von sich aus und vereinbarte einen Diskussionstermin. Insgesamt konnten nach 11 telefonischen Kontakten zwischen Mai und August 2007 vier Fokusgruppentermine durchgeführt werden. Die Zusammensetzung der Fokusgruppen ist in **Tab. 1** dargestellt.

Datenerhebung und -auswertung

Die jeweils ca. 60 Minuten dauernden vier Fokusgruppendifkussionen fanden am gewohnten, vom jeweiligen Moderator bestimmten Ort (Wartezimmer einer Praxis, Seminarraum eines Krankenhauses, Nebenraum einer Gaststätte) und zur gewohnten Zeit (abends) statt. Sie wurden jeweils von einem den Hausärzten nicht bekannten, erfahrenen Moderator geleitet und liefen unter aktiver Beteiligung aller Teilnehmer größtenteils thematisch ungesteuert ab. Die Form der Fokusgruppendifkussion wurde gewählt, um den Teilnehmern die Möglichkeit zu geben, eigene Gesprächsschwerpunkte zu setzen und den Verlauf der Diskussion – und damit die Themen – selbst bestimmen zu können [14].

Zu Beginn wurden die Teilnehmer gebeten, sich an ihre zuletzt durchgeführte Gesundheitsuntersuchung zu erinnern und diese erzählend zu beschreiben. In einer zweiten Phase wurden vom

¹ Fokusgruppe 1, Zeile des Transkriptes

Tab. 1 Teilnehmerstruktur

Fokusgruppe	Region	Männer	Frauen	Jahr der Niederlassung	in Gemeinschaftspraxis
Gruppe 1:	Großstadt Vorort	5	3	1998–2004	5
Gruppe 2:	Kleinstädtische Region	6	3	1977–2003	3
Gruppe 3:	Großstadt Zentrum	2	5	1994–2005	5
Gruppe 4:	Ländliche Region	8	0	1982–2004	2

Moderator bereits in der Gruppe angesprochene Aspekte aufgegriffen sowie ein stärkeres Einbeziehen von schweigsameren Teilnehmern angestrebt.

Die Diskussion wurde auf Tonträger aufgezeichnet und vollständig transkribiert. Zusätzlich wurden vom Moderator (AF, SW) und einer anwesenden Forscherin (CO) Notizen und Memos geschrieben.

Sowohl die Transkripte der Fokusgruppen als auch die während der Diskussionen angefertigte Notizen und Memos wurden von drei Wissenschaftlern (zwei Hausärzten AA, CO und einer Sozialwissenschaftlerin AW) unabhängig voneinander und ohne vorher definierte Kategorien inhaltsanalytisch analysiert. Aus den Auswertungen der Forscher wurde dann im Konsensverfahren ein gemeinsames, induktiv entwickeltes Kategoriensystem entwickelt [15]. Nach individueller Sichtung des Materials durch die Auswerter wurden drei Hauptkategorien erarbeitet und das Material entsprechend codiert: a) Anlass und Kontext für die Durchführung einer GU b) Gestaltung der einzelnen Gesundheitsuntersuchung und c) Funktion der GU für Patient, Arzt und Public Health. In weiteren Auswertungsschritten wurden den ersten zwei Hauptkategorien weitere Unterkategorien zugeordnet, diese werden im Ergebnisteil verdichtet dargestellt. Die dritte Hauptkategorie bildet eine Metaebene ab, hier wurden im gemeinsamen Auswertungsprozess Hypothesen zu typischen hausärztlichen Einstellungsmustern generiert.

Ergebnisse



a) Anlass und Kontext für die Durchführung einer GU

Im Verlauf der Diskussionen wurden von den Teilnehmern unterschiedliche Szenarien für die Durchführung einer GU dargestellt.

Die GU inner- und außerhalb der Konsultations-Routine

Zum einen wird die GU im Rahmen einer längerfristigen hausärztlichen Betreuung mit einer spezifischen Zielsetzung eingesetzt; dann auch typischerweise vom Hausarzt initiiert. Die an den Fokusgruppen teilnehmenden Hausärzte nutzen die GU in diesem Zusammenhang in erster Linie, um die Kenntnis ihrer Stammpatienten zu vertiefen: „*Ich nehm' dann auch die Gelegenheit wahr [...] eine ausführliche Anamnese zu machen [...] ich lass die sich direkt bis auf die Unterwäsche ausziehen, und dann hinlegen*“ (3,269)². Die GU wird dann in ein bestehendes Betreuungskonzept und in die Praxisroutine integriert: „*Weil wir machen es bei den Leuten, die wir haben, die krank sind, die wollen wir uns sowieso angucken, um das zu intensivieren*“ (3,215). „*Dass wenn man den Patienten sieht, wenn er mich länger nicht gesehen hat [...] dann wird aus der Situation eben der Check-up gemacht*“ (1,154).

Die GU wird vor allem wegen ihres strukturgebenden Rahmens geschätzt, der als hilfreich empfunden wird, auch auf Aspekte zu fokussieren, die normalerweise nicht im Vordergrund der jeweiligen Arzt-Patienten-Beziehung stehen: „*auch ganz erholsam und auch für sich selber ordnend, wenn man das mal einmal ganz anders macht und nur das körperliche Abchecken bevor man über die Großmutter wieder das Herz vergessen hat*“ (3,334).

Zum anderen findet sich in den Schilderungen der Teilnehmer, dass der besondere Rahmen der GU außerhalb der Routinekonsultation die Möglichkeit zu einem eher offenen Gespräch bietet: „*das [ist] noch mal eine Gelegenheit mit dem Patienten auch noch mal zu reden. Wie geht's denn sonst so?*“ (1,203); oder eine Behandlungsgrundlage mit neuen Patienten ermöglicht: „*und das ist auch eigentlich ein guter Einstieg, wenn man einen Patienten übernimmt, finde ich*“ (2,171).

Einige Teilnehmer verfolgen das Konzept, die Gesundheitsuntersuchung möglichst flächendeckend bei allen in Frage kommenden Patienten durchzuführen. Es finden sich eigene Modelle, um den Praxisablauf danach zu strukturieren und effizient zu arbeiten. Manche Hausärzte zeigen sich allerdings kritisch, bis hin dazu, sich ein solches Arbeiten nicht vorstellen zu können: „*Wo bei, du machst das doch nicht wenn jemand kommt und hat einen riesigen dicken Schnupfen [...] Für jeden, der für eine Erkältung kommt?*“ (3,258); „*Aber das ist für mich echt so, ja, verscheuchend*“ (3,890).

Wahrnehmung und Einschätzung des Patientenanliegens

Die teilnehmenden Hausärzte zeigten unterschiedliche Einstellungen in Bezug auf Patienten, die von sich aus eine GU wünschen. Manche Ärzte empfinden dies als durchaus positiv und fühlen sich durch die Anreizsysteme der Krankenkassen in Ihrer Arbeit unterstützt: „*Also das ist eigentlich die Eintrittskarte zum Arzt, die man da von der Krankenkasse geschickt kriegt, mehr nicht. Die Aufforderung, das finde ich ganz, diese, das ist der einzige Teil der Entwicklung, der vernünftig ist.*“ (2,598).

Einigen Teilnehmern erscheint allerdings die GU gerade für diese von sich aus kommenden Patienten eher fehlindiziert: „*Die, das sind so die Jungen und gut Ausgebildeten, die kommen und sagen [...] ich möchte einen Check-up.*“ (3,652), „*Also bei uns ist das auffällig, dass sehr viele sehr alte diese GHU sich wünschen [...] wo es eigentlich viel zu spät ist*“ (3,773).

In der folgenden Aussage findet sich die sonst in den Diskussionen eher selten vorkommende Schilderung der Patientenperspektive. Die GU wird hier als niederschwellige Zugangsmöglichkeit für Patienten angesehen, die so mit dem Hausarzt in Kontakt treten können, ohne zunächst den eigentlichen Behandlungsanlass benennen zu müssen: „*Wo sich rausstellt, dass schon was ist und sie sich Sorgen machen. Damit aber nicht direkt reinkommen wollten. Dann tun sie erst mal so, nur mal eben Check-up. Und dann kommen so Sachen hinterher. Im Grunde seit drei Monaten und so*“ (3,746).

Während der Diskussionen kommt es mitunter zu selbstkritischen Reflexionen: „*Wenn wir den Check-up nur bei denen ma-*

²Fokusgruppe 3, Zeile des Transkriptes

chen, die sowieso immer kommen regelmäßig, um das noch mal zusätzlich abzureißen, eh die profitieren eigentlich wirklich nicht davon.“ (2,594), „Da gibt's ja nichts mehr vorzusorgen, da gibt es was nachzusorgen“ (2,398).

b) Gestaltung der einzelnen Gesundheitsuntersuchung

In den Schilderungen der teilnehmenden Hausärzte wird deutlich, dass die Ausgestaltung der einzelnen GU sowohl inter-individuell bezogen auf die Ärzte, als auch inter-individuell bezogen auf die versorgten Patienten variiert. Es finden sich Tendenzen strukturiert vorzugehen, daneben aber auch Aussagen, die vom Bedürfnis zeugen, individuell dem Patientenbedürfnis angepasst zu arbeiten.

Erweiterung und Individualisierung der GU

Sehr viele Schilderungen gehen dahin, dass die Vorgaben der Gesundheitsuntersuchung als unzureichend empfunden werden. Die Bedeutung dieser Haltung kommt in Begriffen wie „Basisuntersuchung“ (2,571), „Schmalspur-Check-up“ (2,263) oder auch „Stippvisite“ (2,567) zum Ausdruck. Das entstehende Gefühl der Unterforderung wird thematisiert: „und wir machen eben mehr als wir brauchen bei der Gesundheitsuntersuchung, wenn wir uns nur an solche schmale Fakten halten sollen, kann auch ne Apotheke machen“ (3,1008).

Daher finden sich in der Summe zahlreiche individuell vom Arzt gestaltete Erweiterungen der GU. Einige basieren auf besonderen Kenntnissen des Arztes z. B. die Sonographie der Schilddrüse oder die Ergometrie. Andere, wie zum Beispiel die Bestimmung von TSH-basal oder der CK, haben eher mit den subjektiven Vorerfahrungen des einzelnen Hausarztes zu tun: „dass was ich wirklich an Erkrankungen rausgefischt habe, ist durch diese Zusätze gekommen, die wir dazu machen“ (1,62). Nicht zuletzt wird aus pragmatischen Erwägungen der Impfstatus, die Dauermedikation, oder auch die Beratung zur Organspende mit eingebunden. Die Erweiterungen dienen aber auch dazu, den Sinn der GU für den Hausarzt zu legitimieren.

Die Gesundheitsuntersuchung erfährt neben der Erweiterung eine Individualisierung, die dem Selbstverständnis des hausärztlich Tätigen gerecht wird. „Nur so läuft ja die ganze Medizin. Wir versuchen es dann dem Patienten dann doch sinnvoll zu gestalten“ (2,255). Die Erweiterung der GU hat aber auch mit den unterstellten Patientenwünschen und dem Sicherheitsbedürfnis des Arztes zu tun: „Also wir machen wesentlich mehr, weil ein Gesundheits-Check muss einfach so sein, dass wenn die Patienten raus gehen, dass sie sagen: So wir haben, wir sind mal untersucht worden“ (2,9).

Verkürzung

Daneben gibt es aber auch Äußerungen, die zeigen, dass die GU neben einer individuellen Erweiterung auch nach individuellen Gesichtspunkten gekürzt wird: „Ja eben, aber das ist auch nicht mein Job. Ich bin kein Hautarzt, ich kann denen nicht sagen, das ist nix, deswegen würde ich mir das gar nicht erst angucken.“ (3,297) „Aber, ehm, ja aber bei der Gesundheitsuntersuchung frage ich nicht nach Familie oder psychischer Belastung. Das artet bei mir ja immer aus dann.“ (2,388)

Wahrnehmung der präventiven Wertigkeit der GU

Prävention wird von den meisten Hausärzten im Wesentlichen im Sinne von Früherkennung, der Feststellung von unphysiologischen Veränderungen beim Patienten verstanden. Diejenige GU wird als sinnvoll erlebt, bei der man etwas „aufdeckt“ (2,486).

bzw. jemand mit pathologischen Befunden „rausfischt“ (2,484). Viele Berichte handeln von der entdeckten schweren, unerwarteten Krankheit: „Schilddrüsenerkrankung“ (4,268), „abdominelle Sachen“ (2,486) „Nierentumore“ (4,525) oder einem „Hodgkin-Lymphom“ (1,270). Diese motivieren zu weiteren Gesundheitsuntersuchungen. Diese Haltung lässt sich darüber hinaus aus dem eigenen Verständnis von Prävention ableiten: „Also ich persönlich wäre froh, wenn etwas frühzeitig entdeckt würde.“ (3,814).

Die Realität der GU wirkt sich daher demotivierend aus. „Da ist nie was Wesentliches raus gekommen. Und man verliert, so geht es mir zumindest, man verliert auch so ein bisschen die Lust an dieser Routine“ (1,358). Diese Routine wird als langweilig: „Die kriegen es dann alle zwei Jahre, da weiß man schon vorher, wie es sich das alles anhört“ (2,525) und als Unterforderung empfunden: „Ansonsten muss ich sagen, der einfache Check-up, diese eh, wie der gestaltet ist, ist nur um mal mit dem Patienten ins Gespräch zu kommen, nicht?“ (2,28).

Nichts finden führt dazu, dass „man so etwas die Sinnhaftigkeit anzweifelt“ (4,363).

Ärzte nehmen eine individuelle Ausgestaltung der Untersuchung daher oft vor, tun, was sie für wichtig für den Pat finden. Sie sehen die detektivische Aufgabe, aber auch die Enttäuschung über das Nichts-Finden.

c) Funktion für Patient und Arzt und Public Health

In allen Diskussionen offenbaren sich sehr ambivalente Einstellungen bezüglich des bevölkerungsrelevanten, gesundheitspolitischen Auftrags, den die GU darstellt. Dieser und das ärztliche Selbstverständnis, in erster Linie dem Individuum verpflichtet zu sein, scheinen im Widerspruch gesehen zu werden. Diese Ambivalenz wird offenbar häufig nicht bewusst wahrgenommen und von den Teilnehmern daher auf unterschiedliche Art aufgelöst. Im folgenden werden vier typische Einstellungsmuster dargestellt, wie sie sich aus der Analyse der verschiedenen Diskussionen ergaben. Keiner der teilnehmenden Hausärzte lässt sich aber nur dem einen oder nur dem anderen Typus zuordnen.

Muster 1: Die bevölkerungsrelevante (public-health) Dimension der Gesundheitsuntersuchung wird ausgeblendet

Die GU wird vom Hausarzt im Alltag so durchgeführt, dass sie von ihm als sinnvoll erlebt wird. Die GU wird um individuelle Zusätze erweitert und dem einzelnen Patienten nach Gefühl des Arztes angeboten, dass heißt auch meist, dass die vorgegebene Strukturierung als störend empfunden wird: „das, was ich mache das ist eigentlich davon unabhängig [...] den Bogen, den nehme ich gar nicht mit rein“ (3,78).

Der unterstellte oder vom Patienten geäußerte Wunsch nach umfassender Untersuchung und Sicherheit wird berücksichtigt: „Entgegenkommen heißt ja in dem Fall, welche Bedürfnisse zu befriedigen von Seiten des Menschen, dass er eben denkt: Jetzt habe ich aber 'nen ordentlichen Check-up gehabt, also ne richtige Untersuchung gehabt“ (1,94).

Jedoch wählt der Arzt in einer Einzelfallentscheidung selbst aus, ob und welche präventiven Maßnahmen er als sinnvoll, weil erlebbar erfolgsversprechend erachtet: „Im Grunde schlage ich das auch nur Leuten vor, wo ich selber so ein Gefühl hab. So einfach auch so in der Breite nicht.“ (3,871).

Die GU wird nicht routinemäßig, sondern nach Vorselektion angewendet und erweitert. Auf diese Weise erhält die GU einen

individuellen, selbst definierten Stellenwert, der von der Intensivierung des Patientenkontaktes und der Patientenbindung bis zum Perspektivwechsel im Zugang zum bekannten Patienten reichen kann.

Muster 2: Die GU als Marketinginstrument

Die GU wird als „ein Marketinginstrument für eine Praxis, einfach offensiver an die Patienten heranzugehen, zu sagen, das machen wir.“ (2,71) angesehen. Auf Basis des bestehenden Programms werden die (unterstellten) individuellen Bedürfnisse der Patienten zusätzlich befriedigt. Die GU, aber auch die zusätzlichen Leistungen werden in diesem Fall strukturiert und systematisch angeboten und durchgeführt, dafür wird die EDV und das Praxispersonal gezielt eingesetzt.

Der Hausarzt ist gewillt, seine Praxis nach marktwirtschaftlichen Gesichtspunkten gut zu führen und sieht in der GU ein „Vehikel“ (2,60) für eine umfassende Patientenversorgung, aber auch eine „andere Möglichkeit das Überangebot um sinnvolle Leistungen“ (2,78), freilich nach seinem Ermessen, zu bereichern.

Muster 3: Undifferenzierende Zustimmung mit den Inhalten der GU

In den Diskussionen finden sich auch Inhalte, die auf eine Identifizierung mit den Public-Health Zielen der GU hindeuten, allerdings ohne dass diese jemals so explizit benannt werden. Stattdessen finden sich eher verallgemeinernde Aussagen und Einstellungen. Der prinzipielle Nutzen der GU wird nicht bezweifelt „Natürlich hat das einen präventiven Charakter, wenn ich diese Fragen stelle“ (1,462). Der Arzt akzeptiert die ihm darin zugeordnete Rolle als Initiator von Prävention: „mit dem, was wir jetzt machen, [kann man] den Endpunkt vielleicht verhindern oder weiter hinausschieben oder verzögern“ (1,478). Der Arzt gewinnt den Vorgaben der GU auch anderes Positives ab, weil sie ihm ermöglicht „dass man also wirklich jemanden komplett bis auf die Unterhose ausziehen lässt und den untersucht [...] abklopft, abfühlt, anguckt, abhört“ (1,181).

Muster 4: Passive Ablehnung

Die Vorgaben der Gesundheitsuntersuchung werden mehr oder weniger umgesetzt, ohne dass sich dem Arzt ein Sinn für sich oder seinen Patienten aus dem Programm selbst erschließt. Dies führt dazu, dass die GU als überflüssig, als „vergeudete Zeit“ (3,1028) angesehen und nur nebenbei durchgeführt wird. Hier überwiegen negative Assoziationen mit langweiliger Routine oder mit Unterforderung des Arztes.

Der empfundene ärztliche Arbeitsauftrag ist es, wie bereits beschrieben, den pathologischen Befund „rausfischen“ (4,261); die Motivation, gesunde Patienten zu untersuchen, bleibt hier gering: „Da kann man von Spaß nicht mehr reden“ (2,666). Sie wird durch häufig vorgetragene Vorbehalte gegen die damit verbundene Beratungsaufgabe verstärkt: „Es sein denn, man muss die Leute unbedingt zum Sport motivieren“ (3,245). Diese Haltung lässt sich auch auf ein bestimmtes althergebrachtes hausärztliches Selbstverständnis zurückführen: „Wir sind Ärzte, keine Pfarrer“ (4,549).

Daher wird sie wenig angeboten und unstrukturiert durchgeführt. Eine Umstellung des Praxisalltags wird als Behinderung der eigentlichen Arbeit angesehen; behindert auch durch die als lästig empfundene und nachlässig, zwei Quartale später, durchgeführte Dokumentation. Der Arzt fühlt sich „instrumentalisiert.“ (4,922) und begreift systematische Früherkennung nicht als sei-

nen ärztlichen Auftrag: „Das ist der Trend der Zeit, durch Politik und Kassen vorgegeben“ (1,415).

Mangelnde Transparenz über den Nutzen der GU, aber auch von Prävention allgemein wird beklagt: „Brauchen die das wirklich, die nicht kommen? Wird immer behauptet“ (3,603).

Grundlegende Zweifel am bewiesenen Nutzen und Fragen nach dem Umgang mit den erhobenen Daten tauchen in den Diskussionen wiederholt auf. Dem Arzt fehlt sowohl selbst erlebbarer Nutzen als auch die Überzeugung eines Nutzens auf bevölkerungsweite Sicht. Er erlebt sich als fremdbestimmt und „instrumentalisiert“ (4,922) und wähnt in der Gesundheitsuntersuchung ein Potential für Missbrauch, vor dem er seine Patienten oder sich selbst schützen muss: „diesem Check, wer ist krank und wer ist eine Belastung für die Krankenkasse und so weiter, da scheue ich mich ehrlich gesagt irgendetwas zu effektivieren“ (3,1038).

Limitationen

Unsere Ergebnisse basieren auf der Analyse von Selbstauskünften ausgewählter Hausärzte. Es ist nicht unser Ziel, die gewonnenen Erkenntnisse als repräsentativ für die gesamte Hausärzteschaft darzustellen. Es sollten möglichst unterschiedliche Diskussionsgruppen zustande kommen und das breite Spektrum der Einstellungen eingefangen werden.

Diskussion

Unsere Ergebnisse deuten auf einen sehr individuellen Umgang mit dem eigentlich standardisierten Programm „Gesundheitsuntersuchung“ hin. Häufig wurde in den Diskussionen die Situation geschildert, dass die GU der Vertiefung der Beziehung mit schon gut bekannten und nicht selten auch chronisch kranken Patienten dient und im Rahmen der normalen Behandlung gleichsam „mitgemacht“ wird. Es bildet sich auch ab, dass die teilnehmenden Hausärzte die GU lieber selbst initiieren und den Kontext dafür definieren, als auf eine Patienten-Nachfrage zu reagieren, analog zum gewohnten Arbeiten, bei dem der Patient das Problem präsentiert und der Arzt die Handlung vorschlägt. Diese Hypothese findet sich bestätigt in Untersuchungen von Donner-Banzhoff [16] und Sönnichsen [17], die zeigten, dass die Mehrheit der GU-Teilnehmer Patienten sind, die ohnehin schon häufige Hausarzt-Kontakte haben, und dass deshalb die bei der GU erhobenen Ergebnisse meist schon bekannt sind. Das mögliche Potenzial in Bezug auf die Primär-Prävention und Früherkennung durch die GU wird dadurch stark eingeschränkt. Hausärzte gestalten sich also offenbar die GU nach ihren eigenen individuellen Ansprüchen: Da die Vorgaben von der überwiegenden Mehrheit der Teilnehmer als ungenügend und unzureichend empfunden werden, werden diese individuell modifiziert. Hier spielen z. B. vermutete Patientenwünsche, Vorerfahrungen, rechtliche und zum Teil auch wirtschaftliche Erwägungen eine Rolle. Besonders hervorgehoben wird von den Teilnehmern auch das Motiv, einen Sinn der GU für den einzelnen Patienten herzustellen.

Die immer gleiche Durchführung mit einem immer gleichen Ausgang wird als langweilig, vielleicht auch als anspruchslos erlebt. Das Fehlen von präventiven „Erfolgslebnissen“, wurde schon 1993 von Wender [18] als ein Hindernis für die Ausübung präventiver Angebote postuliert.

Ein bevölkerungsweiter Nutzen von Präventions- und Früherkennungsprogrammen wird kaum gewertet, wahrscheinlich weil dies vielen Ärzten nach wie vor in ihrem täglichen Tun fremd ist und nicht ihrem professionellen Selbstverständnis entspricht.

In Kanada und den USA hingegen hat es hier schon vor Jahrzehnten ein Umdenken gegeben, weg von einer routinemäßigen standardisierten Untersuchung für „Alle“ hin zu „Gesundheitsuntersuchungen“ (Periodic Health Examination, PHE), deren Schwerpunkte nach Alter, Geschlecht und Risikogruppe angepasst werden. Hier konnten einige positive Nutznachweise erbracht werden [19–21].

Interessanterweise zeigen allerdings weitere Untersuchungen aus den USA, dass dort die Umsetzung dieses neuen Konzeptes zum Teil daran leidet, dass Ärzte und Patienten an der PHE alten Modells, also z.B. explizit nicht empfohlenen Untersuchungen weiter festhalten [22, 23].

Aus der hier vorgestellten Analyse lässt sich als wesentliche Überlegung ableiten, dass besonders eine strukturierte Individualisierung unter transparenter Nutzenbewertung der verschiedenen Bestandteile für eine mögliche Weiterentwicklung der GU berücksichtigt werden sollten. Dies würde dem Arzt in seinem üblichen Handlungsmuster folgen, gleichzeitig aber bewusst machen, was von medizinischem Nutzen ist, was nicht. Beratungskonzepte wie z.B. der Bilanzierungsdialog nach Bahrs [24] oder auch das zunächst auf spezifische Präventionsaspekte hin entwickelte Beratungskonzept *arriba* zeigen Möglichkeiten einer solchen individualisierten, aber dennoch den Public-Health-Gedanken mittragenden Konzepte auf [25, 26].

Interessenskonflikte: keine angegeben.

Literatur

- 1 Boulware LE, Barnes GJ, Wilson RF, et al. Value of the Periodic Health Evaluation. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality 2006, AHRQ publication 06-E011
- 2 Karsa Lv, et al. Monitoring der Gesundheitsuntersuchung gemäß § 25 SGB V. Auswirkungen der Berichtsvordrucke der Jahre 1992 und 1993. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag 1995
- 3 Flatten G, et al. Bewertung der Wirksamkeit der Gesundheitsuntersuchungen gemäß § 25 Sozialgesetzbuch V. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag 1994
- 4 Baum E, Donner-Banzhoff N, Jäkle C, Keller S, Miko M, Sarafowa A, Basler HD. Gesundheitsberatung und Motivation zu Verhaltensänderungen nach dem Check up 35 bei Risikopersonen. Z f Gesundheitswissenschaften 1999; 7 (4): 291–302
- 5 Baum E, Piotrowski T, Donner-Banzhoff N, et al. Die Einschätzung verhaltensbezogener Risikofaktoren beim „Check-up“. Z Allg Med 1999; 75: 674–678
- 6 Sönnichsen A, Rambeck M, Donner-Banzhoff N, Baum E. Cholesterinbestimmung beim „Check ab 35“: Hat die Untersuchung Konsequenzen? Z Allg Med 2006; 82: 431–434
- 7 Altenhofen L. Hochrechnung zur Akzeptanz von Gesundheitsuntersuchungen und Krebsfrüherkennungsuntersuchungen bei gesetzlich Versicherten. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 2004; www.zi-berlin.de/k_frueh_prog/downloads/Akzeptanz_KFU_GU_FOBT.pdf

- 8 Zok K. Wahrnehmung und Akzeptanz von Früherkennungsuntersuchungen. WidO-monitor 2007; 4 (3): 1–7
- 9 Doering TJ, Vahlbruch A, Steuernagel B, Fischer GC. Prävention in der Hausarztpraxis. Prävention und Rehabilitation 2002; 14 (1): 28–41
- 10 Othman C, Altiner A, Abholz H-H. Prävention in der deutschen Hausarztpraxis im Spiegel der Forschung – ein systematischer Literaturüberblick. Z Allg Med 2008; 84: 36–42
- 11 Fisseni G, Golücke A, Abholz HH. Warum machen deutsche Allgemeinärzte so wenig Früherkennung? Z Allg Med 2003; 79: 591–595
- 12 Vermeire E, Royen P Van, Griffiths F, et al. The critical appraisal of focus group research articles. Eur J Gen Pract 2002; 8: 104–108
- 13 Patton MQ. Qualitative evaluation and research methods (2nd ed). Newbury Park, CA: Sage Publications 1990
- 14 Rice PL, Ezzy D. Qualitative Research Methods: A Health Focus. Oxford University Press 1999; 71ff
- 15 Flick U, Kardorff E. Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Rowohlt Tb, 4. Aufl 2005
- 16 Donner-Banzhoff N, Sadowski E, Baum E. Die Effektivität der Gesundheitsuntersuchung nach § 25 SGB V. Z Allg Med 1995; 71: 293–298
- 17 Sönnichsen A, Sperling T, Donner-Banzhoff N, Baum E. Unterschiede zwischen Teilnehmern und Nichtteilnehmern an der Gesundheitsuntersuchung. Z Allg Med 2007; 83: 355–358
- 18 Wender RC. Cancer Screening and Prevention in Primary Care. Obstacles for Physicians. Cancer 1993; 3 (Suppl. 72): 1093–1099
- 19 Canadian Task Force on the Periodic Health Examination The periodic health Examination. Can Med Assoc J 1979; 121: 1193–1254
- 20 Boulware LE, et al. Value of the Periodic Health Evaluation. Evidence Report/Technology Assessment No. 136. (Prepared by The Johns Hopkins University Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-02-0018). AHRQ Publication No. 06-E011. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality April 2006
- 21 US Preventive Services Task Force. Guide to clinical preventive services: an assessment of the effectiveness of 169 interventions. Baltimore, Md: Williams & Wilkins 1989
- 22 Luckmann R, Melville SK. Periodic Health Evaluation of Adults: A Survey of Family Physicians. J Fam Practice 1995; 40: 547–554
- 23 Mehrotra A, Zaslavsky A, Ayanian J. Preventive Health Examinations and Preventive Gynecological Examinations in the United States. Arch Intern Med 2007; 167: 1876–1883
- 24 Bahrs O. Der Bilanzierungsdialog. In: Der Mensch 3; 1-2007: 29–32, <http://www.apam-gesundheit.de/cms/index.php>
- 25 Sadowski EM, Eimer C, Keller H, Kronen T, Sönnichsen AC, Baum E, Donner-Banzhoff N. Evaluation komplexer Interventionen: Implementierung von ARRIBA-Herz, einer Beratungsstrategie für die Herz-Kreislaufprävention. Z Allg Med 2005; 81: 429–434
- 26 <http://www.arriba-hausarzt.de/index.html>

Zur Person



Cécile Othman,

Fachärztin für Allgemeinmedizin
Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der
Abteilung für Allgemeinmedizin,
Universitätsklinikum Düsseldorf,
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf,
Arbeitsschwerpunkt Hausärztliche
Prävention