

Aus dem Institut für Allgemeinmedizin
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

**Die Rolle des Hausarztes in der Prävention am Beispiel der
Gesundheitsuntersuchung und präventiven Beratung**

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Sebastian Regus

aus Siegen

Gutachter/in: 1. Prof. Dr. med. V. Braun
 2. Prof. Dr. med. Dipl.-Päd. J. Gensichen
 3. Priv.-Doz. Dr. med. S. Joos

Datum der Promotion: 30.11.2012

INHALTSVERZEICHNIS

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	5
1 ZUSAMMENFASSUNG.....	7
2 EINLEITUNG.....	9
2.1 Definitionen: Prävention, Gesundheitsförderung, hausärztliche Versorgung.....	11
2.2 Prävention in Deutschland: Historischer Überblick.....	13
2.2.1 Entwicklungen bis 1945	13
2.2.2 Entwicklung in der BRD bis 1990	14
2.2.3 Entwicklung in der DDR und Auswirkungen der Wiedervereinigung	16
2.2.4 Entwicklung seit 1990 und aktuelle Situation.....	17
2.3 Hausärztliche Prävention.....	21
2.3.1 Präventionsleistungen in der hausärztlichen Praxis (Überblick).....	21
2.3.2 Die Gesundheitsuntersuchung (GU): Richtlinien, Bewertung, Praxis.....	24
2.3.3 Präventive Beratung als hausärztliche Aufgabe.....	28
3 ZIELE UND FRAGESTELLUNGEN DER UNTERSUCHUNG	34
3.1 Allgemeine Zielsetzung und Themenbereiche.....	34
3.2 Konkrete Fragen und Hypothesen.....	34
3.2.1 Fragen und Hypothesen zur Gesundheitsuntersuchung	34
3.2.2 Fragen und Hypothesen zur präventiven Beratung.....	35
4 METHODEN	37
4.1 Stichprobe.....	37
4.2 Erhebungsinstrument.....	37
4.2.1 Entwicklung des Fragebogens.....	38
4.2.2 Inhalte des Fragebogens	39
4.3 Ablauf der Befragung.....	42
4.4 Auswertung	42
4.4.1 Statistische Auswertung	42
4.4.2 Auswertung offener Fragen.....	44
5 ERGEBNISSE.....	45
5.1 Rücklauf der Fragebögen und Responder-Merkmale	45
5.1.1 Rücklauf	45
5.1.2 Vergleich zwischen Respondern und Nonrespondern	45
5.1.3 Weitere Responder-Merkmale	46

5.2 Aussagen zur Gesundheitsuntersuchung	49
5.2.1 Häufigkeit der Durchführung	49
5.2.2 Verknüpfung der GU mit weiteren diagnostischen Maßnahmen.....	51
5.2.2.1 Häufigkeit der Verknüpfung (ohne Malignomfrüherkennung).....	51
5.2.2.2 Bezahlung der Zusatzuntersuchungen.....	52
5.2.2.3 Verknüpfung mit Maßnahmen zur Malignom-Früherkennung.....	53
5.2.3 Einschätzung des Nutzens der GU	53
5.2.3.1 Funktional differenzierte Bewertung	53
5.2.3.2 Gesamtbewertung des Standardangebots	55
5.2.4 Vorschläge der Hausärzte zur Verbesserung der GU.....	56
5.2.5 Zuständigkeit für standardisierte Präventionsprogramme.....	57
5.3 Aussagen zur präventiven Beratung.....	58
5.3.1 Aufgaben präventiver Beratung durch Hausärzte	58
5.3.2 Hausärztliche Beratungskompetenz	59
5.3.3 Einschätzung der zeitlichen Ressourcen	60
5.3.4 Delegation der Beratung an medizinische Fachangestellte.....	61
5.3.5 Verhältnis zu anderen Akteuren der Gesundheitsförderung	62
6 DISKUSSION	64
6.1 Diskussion der Ergebnisse zur Gesundheitsuntersuchung	64
6.2 Diskussion der Ergebnisse zur präventiven Beratung.....	71
6.3 Limitationen der Untersuchung.....	79
6.4 Fazit und Schlussfolgerungen	80
LITERATURVERZEICHNIS	84
ABBILDUNGS- UND TABELLENVERZEICHNIS	93
ERKLÄRUNG	94
DANKSAGUNG.....	95
LEBENSLAUF	Fehler! Textmarke nicht definiert.
PUBLIKATIONSLISTE.....	97
ANHANG: VERWENDETER FRAGEBOGEN	98

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AP	Alkalische Phosphatase
BB	Blutbild
BRD	Bundesrepublik Deutschland
BSG	Blutsenkungsgeschwindigkeit
CRP	C-reaktives Protein
DDR	Deutsche Demokratische Republik
DRU	Digital-rektale Untersuchung
EKG	Elektrokardiogramm
FB	Fragebogen
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
gGT	Gamma-Glutamyl-Transferase
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOT	Glutamat-Oxalacetat-Transaminase
GPT	Glutamat-Pyruvat-Transaminase
GU	Gesundheitsuntersuchung
HbA1c	Hämoglobin-HbA1-Derivat C
HDL	High Density Lipoproteins
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistung
IQR	Interquartilsrange
KI	Konfidenzintervall
KK	Krankenkassen
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVBB	Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
LDL	Low Density Lipoproteins
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V.
MFA	Medizinische Fachangestellte
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
OR	Odds Ratio
PSA	Prostata-spezifisches Antigen
SD	Standardabweichung
SGB	Sozialgesetzbuch

TSH	Thyroidea Stimulierendes Hormon
USA	Vereinigte Staaten von Amerika
USPSTF	U. S. Preventive Services Task Force
WIdO	Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen

1 ZUSAMMENFASSUNG

Einleitung: Untersucht wird das hausärztliche Selbstverständnis in der Prävention am Beispiel der Gesundheitsuntersuchung nach § 25 SGB V (GU) und der verhaltenspräventiven Beratung. Hierzu werden erstmals repräsentativ Einschätzungen und Meinungen Brandenburger Hausärzte beschrieben.

Die GU ist ein seit 1989 bestehendes Programm an der Schnittstelle von Primär- und Sekundärprävention. Eine systematische Evaluation steht bislang aus. Vermutet wird eine uneinheitliche Anwendung der GU; deren Effektivität und Nutzen werden häufig angezweifelt. Vor diesem Hintergrund werden Nutzung und Bewertung der GU durch die Hausärzte und ihre Einstellung zu bevölkerungsmedizinischer Prävention untersucht.

Verhaltenspräventive Beratung (z. B. zu Rauchverhalten, Bewegungsmangel etc.) ist ein wichtiger Baustein der Primärprävention. Allerdings gibt es Hinweise, dass Hausärzte bisher kaum als „Gesundheitsberater“ wahrgenommen werden. Untersucht wird deshalb, wie sie selbst ihre Rolle in der Verhaltensprävention sehen und die eigenen Möglichkeiten einschätzen und wer ihrer Meinung nach vorrangig für die Gesundheitsförderung zuständig sein sollte.

Methoden: Ein selbst entwickelter Fragebogen wurde an etwa 50% der Brandenburger Hausärzte verschickt (n=748). Der erste Teil befasste sich mit der GU: Es sollten die Häufigkeit der Anwendung, Erweiterungen des diagnostischen Spektrums, Einschätzungen zum Nutzen des Programms und Verbesserungsmöglichkeiten angegeben werden. Außerdem wurde die Meinung zur hausärztlichen Zuständigkeit für bevölkerungsmedizinisch angelegte Präventionsprogramme erfragt. Der zweite Teil bezog sich auf das Selbstverständnis in der verhaltenspräventiven Beratung, die Einschätzung der eigenen Kompetenz und zeitlichen Ressourcen, die Delegation von Beratungsaufgaben und die hausärztliche Rolle in der Gesundheitsförderung. Außerdem wurden Fragen zu Person und Praxis des Befragten gestellt. Es wurden Ja-Nein-Fragen, Eingruppierungsfragen, Likert-Skalen sowie offene Fragen verwendet. Die Teilnahme erfolgte anonym. Es wurde telefonisch an die Befragung erinnert, um den Rücklauf der Fragebögen zu steigern.

Ergebnisse und Diskussion: 37% (n=274) der angeschriebenen Hausärzte nahmen an der Befragung teil. Unter den Antwortenden waren Allgemeinmediziner gegenüber hausärztlich tätigen Internisten sowie Praktischen Ärzten etwas stärker repräsentiert.

Die Befragten führten die GU im Jahr 2008 im Median 40-mal pro Quartal durch. Die größte Gruppe führt die GU nach eigener Schätzung bei 30-50% der Patienten zumindest einmal und bei 10-30% der Patienten regelmäßig etwa alle zwei Jahre durch. Die Häufigkeit und Art der

Durchführung ist sehr unterschiedlich. 96% der Ärzte verknüpfen die GU mit zusätzlicher Diagnostik zur Früherkennung (häufigste: Kreatinin-Bestimmung). Es besteht offenbar eine Tendenz zu möglichst umfassender Erkundung des Gesundheitszustands im Einzelfall. Der bevölkerungsmedizinische Charakter der GU wird dadurch relativiert. Etwa die Hälfte der Ärzte gibt an, dass zusätzliche Untersuchungen zumindest teilweise vom Patienten selbst bezahlt werden müssen. Eine Verknüpfung der GU mit Maßnahmen der Malignom-Früherkennung erfolgt relativ selten (Minderheit der Ärzte). In ihrer Bewertung der GU erscheinen die Befragten ambivalent – so wird mehrheitlich das Standardprogramm pauschal für wenig sinnvoll gehalten, während die nach Funktionen differenzierte Bewertung positiver ausfällt. Die Kritik bezieht sich vor allem auf das relativ schmale diagnostische Spektrum. Der Nutzen wird eher bei der Einflussnahme auf Risikoverhalten als bei der Früherkennung bereits manifester Erkrankungen gesehen. Daneben erfüllt die GU auch prozessbezogene Funktionen für die Versorgungspraxis. Die Zuständigkeit für standardisierte bevölkerungsmedizinisch angelegte Präventionsprogramme wie die GU wird mehrheitlich als bei den Hausärzten richtig angesiedelt betrachtet.

Auch die Beratung zu verhaltensbedingten Gesundheitsrisiken wird in der Regel als Aufgabe akzeptiert. Diese Bereitschaft geht meistens über die reine Informationsvermittlung hinaus und umfasst auch die Motivierung der Patienten. Bezüglich eines weitergehenden Engagements (zum Beispiel Kontrolle der Umsetzung von Empfehlungen, Einbeziehung sozialer Ressourcen) ist die Zustimmung weniger eindeutig, viele Befragte legen sich hier nicht eindeutig fest.

Die eigene Beratungskompetenz wird mehrheitlich positiv eingeschätzt (besonders zum Thema körperliche Bewegung, weniger zu Nikotinkonsum und sexuellem Risikoverhalten). Die zeitlichen Ressourcen werden unterschiedlich eingeschätzt, eine knappe Mehrheit sieht sie als unzureichend. Dies könnte auf ungünstige Rahmenbedingungen präventiver Beratung verweisen. Um ihren Stellenwert in der Hausarztpraxis zu steigern, wird in der gesundheitspolitischen Diskussion häufig eine bessere Vergütung gefordert, die jedoch nur in Verbindung mit möglichst wirksamer Qualitätssicherung sinnvoll erscheint. Eine (teilweise) Delegation präventiver Beratungsleistungen an medizinische Fachangestellte wird von den Befragten mehrheitlich für sinnvoll gehalten, aber nur selten praktiziert – hier könnte noch Entwicklungspotential liegen.

Die ärztliche Zuständigkeit für den Aufgabenbereich Gesundheitsförderung wird mehrheitlich befürwortet. Insgesamt wird ein hoher Anspruch der meisten Hausärzte an das eigene präventive Handeln deutlich. Dieser kann bislang wahrscheinlich nur unzureichend eingelöst werden. Zu wünschen wäre, dass die Hausärzte ihre Rolle in der Prävention noch klarer als bisher definieren und – auch mit wissenschaftlicher Unterstützung und in Kooperation mit anderen Berufsgruppen – Wege suchen, wie sie ihrem präventiven Anspruch künftig besser gerecht werden können.

2 EINLEITUNG

Unter den aktuellen Herausforderungen der Gesundheitspolitik nimmt die Prävention eine besondere Stellung ein: Einerseits wird immer wieder im Interesse der Patienten, aber auch der Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens eine stärker präventive Ausrichtung gefordert (Sachverständigenrat 2002:26), andererseits ist diese offenbar nicht einfach zu realisieren, wie sich zuletzt beispielsweise am Scheitern des geplanten Präventionsgesetzes zeigte (vgl. Deutscher Bundestag 2010:3). Die Ursachen dafür sind vielschichtig – zum einen werden medizinische Erfolge und Kosteneinsparungen durch Prävention erst langfristig sichtbar, zum anderen sind Erfolgsmessungen relativ schwierig, was den Anreiz zur Durchführung entsprechender Maßnahmen senkt (Meier et al. 2006; Plamper und Stock 2010). Hinzu kommen organisatorische Probleme, die mit der Struktur des deutschen Gesundheitswesens zusammenhängen: Die ärztliche Aufgabe liegt primär in der kurativen Medizin, was sich auch in der Vergütung der Leistungen ausdrückt (Henke und Kunstmann 2006:118). Gegen eine vermehrte Einbindung nichtärztlicher Akteure wiederum gibt es Vorbehalte, was die allgemeine Verfügbarkeit der Leistungen angeht (Gerst 2008).

Zur Rolle des Hausarztes in der Prävention gibt es unterschiedliche Ansichten. Grundsätzlich gilt er als erster Ansprechpartner in Gesundheitsfragen. Ihm wird am ehesten eine umfassende und langfristige Betreuung zugetraut, wie sie für den Erfolg präventiver Bemühungen wichtig ist (Haisch 2004:193). Manche sehen den Hausarzt deshalb als zentralen Akteur künftiger Präventionsstrategien, so auch der ehemalige Bundesgesundheitsminister Rösler, der sich kürzlich für eine bessere finanzielle Honorierung der präventiven Beratung durch Hausärzte aussprach (Bundesministerium für Gesundheit 2010). Andererseits gibt es auch Stimmen, die im Gegensatz dazu die vorrangige Förderung von Prävention jenseits der Arztpraxis fordern, um die Maßnahmen besser in den Alltag einzubinden und die Zielgruppen unmittelbar in ihrer Lebenswelt zu erreichen (Gieseke 2010).

In der vorliegenden Arbeit wird untersucht, wie die Hausärzte selbst ihre Rolle in der Prävention interpretieren und umsetzen. Die Berücksichtigung ihrer Vorstellungen und Erfahrungen ist erforderlich, um realistische Strategien für die Weiterentwicklung der Prävention zu erarbeiten. Gegenstand des Interesses ist die Prävention bei Erwachsenen, das Thema der pädiatrischen Prävention in der Hausarztpraxis bleibt in dieser Arbeit ausgeklammert.

Die Studie basiert auf der Auswertung relevanter Literatur und einer Befragung von Hausärzten in Brandenburg. Dabei geht es vor allem um folgende Themen, die einigen Aufschluss über das präventive Selbstverständnis der Ärzte erwarten lassen:

Zum einen wird die so genannte Gesundheitsuntersuchung (GU) nach § 25 Sozialgesetzbuch (SGB) V thematisiert. Es handelt sich dabei um ein Programm, das bei gesetzlich versicherten Patienten ab dem 35. Lebensjahr alle zwei Jahre durchgeführt werden kann und der Prävention insbesondere von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Nierenerkrankungen und Diabetes mellitus dienen soll. Die Untersuchung hat zunächst eine Screeningfunktion, sie soll aber auch als Ausgangspunkt einer Beratung über notwendige Veränderungen gesundheitsschädlicher Verhaltensweisen dienen. Letzteres ist ein Unterschied zu anderen präventiven Maßnahmen wie Impfprogrammen und Krebsfrüherkennung und impliziert eine gewisse inhaltliche Offenheit und Auslegungsbedürftigkeit. Die Frage ist daher, wie die GU von den befragten Hausärzten tatsächlich interpretiert, genutzt und bewertet wird. Obwohl die GU bereits seit 1989 als Pflichtleistung der Krankenkassen durchgeführt wird, ist bisher zu dieser Frage noch keine repräsentative Befragung durchgeführt worden.

Zum anderen wird nach dem ärztlichen Selbstverständnis in der verhaltensbezogenen präventiven Beratung gefragt. Hierbei interessiert besonders, inwieweit sich Hausärzte für diese Aufgabe überhaupt zuständig sehen und wie sie ihre fachlichen Voraussetzungen und zeitlichen Ressourcen dafür einschätzen. In diesem Zusammenhang wird auch das ärztliche Selbstverständnis im Kontext gesundheitlicher Prävention generell und in Abgrenzung zu anderen (nichtärztlichen) Akteuren der Gesundheitsberatung und Gesundheitsförderung thematisiert.

Da die Begriffe „Prävention“, „Gesundheitsförderung“ und „Hausärztliche Versorgung“ in der Literatur nicht einheitlich verwendet werden, wird im Folgenden zunächst erläutert, was in der vorliegenden Arbeit darunter verstanden wird (Kapitel 2.1). Anschließend werden einige Aspekte der historischen Entwicklung der Prävention in Deutschland beschrieben, um den Beitrag der Hausärzte in diesem Bereich besser verstehen zu können (Kapitel 2.2). Danach wird das Handlungsfeld näher beschrieben und der aktuelle Diskussions- und Erkenntnisstand skizziert (Kapitel 2.3). In Kapitel 3 werden dann die Ziele und Fragestellungen der eigenen empirischen Untersuchung erläutert.

2.1 Definitionen: Prävention, Gesundheitsförderung, hausärztliche Versorgung

Prävention

Als „Prävention“ werden im Folgenden gezielte Maßnahmen zur Vermeidung bzw. Verzögerung einer gesundheitlichen Schädigung bezeichnet. Voraussetzung dafür ist die Kenntnis auslösender Faktoren und die Möglichkeit, diese zu beeinflussen. Es wird zwischen Maßnahmen der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention unterschieden (Sachverständigenrat 2002:25). Primärprävention setzt vor dem Auftreten einer fassbaren Schädigung an und richtet sich auf die Vermeidung von (Teil-) Ursachen der Krankheiten (z. B. Impfprogramme, Kampagnen gegen Tabakkonsum). Sekundärprävention zielt auf die Aufdeckung asymptomatischer Vorformen oder Frühstadien von Krankheiten (z. B. Röntgenreihenuntersuchungen). Unter Tertiärprävention versteht man die Behandlung einer symptomatisch gewordenen Erkrankung, um deren Fortschreiten bzw. Folgeschäden zu verhindern. Die Grenzen zu Kuration und Rehabilitation sind hierbei fließend (Schwartz und Walter 2003:189).

Auch Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention lassen sich nicht eindeutig voneinander abgrenzen, und teilweise werden die Begriffe auch unterschiedlich verwendet: So weist zum Beispiel Abholz (2006b:52) darauf hin, dass gelegentlich auch die Beeinflussung des Blutdrucks bei ansonsten gesunden Menschen noch zur Primärprävention gezählt wird, während die meisten Ärzte Bluthochdruck als eigenständige Krankheit definieren. Insbesondere in der Kardiologie wird – angelehnt an den anglo-amerikanischen Sprachraum – die Beeinflussung von Risikofaktoren zur Verhinderung von Wiederholungserkrankungen (z. B. Reinfarkt) häufig als Sekundärprävention bezeichnet (Walter 2004:148). Leppin (2010:37) weist darauf hin, dass die Zerlegung komplexer kontinuierlicher Prozesse wie der Ätiologie (chronischer) Krankheiten „letztlich eine Hilfskonstruktion [ist], die Ordnungszwecken dienen kann, aber bis zu einem gewissen Grad auch immer arbiträr ist.“ Dennoch soll die oben vorgestellte Einteilung in dieser Arbeit pragmatisch beibehalten werden, um das präventive Handeln nach dem Zeitpunkt im Prozess der Krankheitsentstehung zu verdeutlichen.

Neben der Differenzierung nach den Stadien der Krankheitsentwicklung wird - insbesondere bei der Primärprävention – auch nach dem vorrangigen Ansatzpunkt der Maßnahme unterschieden. Das Kriterium ist hierbei, ob sich diese eher auf das Verhalten von Individuen und Gruppen („Verhaltensprävention“) oder eher auf bestimmte Merkmale der biologischen, sozialen oder technischen Umwelt („Verhältnisprävention“) bezieht (Schwartz und Walter 2003:191).

Gesundheitsförderung

Der Begriff „Gesundheitsförderung“ ist eng mit dem von Antonovsky geprägten Konzept der Salutogenese verknüpft (Antonovsky 1997). Während Prävention bei den Bedingungen für die Entstehung von Krankheiten (Pathogenese) ansetzt und versucht, diese zu beeinflussen, versucht Gesundheitsförderung, die Bedingungen für die Entstehung und Erhaltung von Gesundheit (Salutogenese) zu verbessern und die Qualität der Gesundheit zu erhöhen. Noch stärker als bei der Prävention spielt hierbei ein gesamtgesellschaftlicher Ansatz zur Verbesserung der Lebensbedingungen (Arbeitsbedingungen, Umweltfaktoren etc.) eine Rolle (Trojan 2002:254; Hurrelmann et al. 2010:13).

Die begriffliche Trennung von (Krankheits-)Prävention und Gesundheitsförderung wird im deutschsprachigen Raum strenger gehandhabt als etwa in den angloamerikanischen Ländern, wo „health promotion“ und „disease prevention“ häufig austauschbar verwendet werden (Leppin 2010:37).

Die vorliegende Arbeit behandelt schwerpunktmäßig Fragen der Primär- und Sekundärprävention in der Praxis der Hausärzte; es wird aber auch auf deren Rolle bei der Gesundheitsförderung eingegangen. Da Hausärzte in der Regel individuumzentriert arbeiten, werden vornehmlich Aspekte der Verhaltensprävention thematisiert.

Hausärztliche Versorgung

Unter „hausärztlicher Versorgung“ versteht man den Teil der ambulanten ärztlichen Hilfe, der für die Primärversorgung der Bevölkerung zuständig ist. Die Aufgaben sind nach § 73 Abs. 1 SGB V: (a) allgemeine und fortgesetzte ambulante Betreuung von Patienten in Diagnostik und Therapie bei Kenntnis ihres häuslichen und familiären Umfelds; (b) Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen; (c) Dokumentation, Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung der wesentlichen Behandlungsdaten, Befunde und Berichte aus der ambulanten und stationären Versorgung; (d) Einleitung oder Durchführung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie (e) Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen.

Während bis 2002 auch Praktische Ärzte ohne Facharztanerkennung zur hausärztlichen Versorgung zugelassen wurden, ist diese inzwischen zwingende Voraussetzung. Neben den Fachärzten für Allgemeinmedizin sowie für Kinder- und Jugendmedizin kann es sich auch um Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung handeln, sofern sie die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt haben (§ 73 Abs. 1a SGB V).

Zu den Aufgaben der Hausärzte gehört die langfristige Begleitung von Patienten mit Krankheiten und Gesundheitsproblemen unter Anwendung eines breiten allgemeinmedizinischen Wissens. Dabei haben sie es häufig mit wenig charakteristischen Störungen in frühen Stadien, mit chronischen Verlaufsformen und mit schwer fassbaren subjektiven Befindlichkeitsstörungen zu tun. Für die hausärztliche Versorgung ist international auch der Begriff Familienmedizin gebräuchlich, der auf die komplexen sozialen und lebensweltlichen Bezüge des Fachgebietes verweist (Klein-Lange und Schwartz 2003:279-80).

2.2 Prävention in Deutschland: Historischer Überblick

Die Darstellung geht auf historische Entwicklungen ein, die die heutigen Rahmenbedingungen hausärztlicher Prävention geprägt haben. Da für die vorliegende Untersuchung Hausärzte in Brandenburg befragt wurden, die vielfach schon vor 1990 ihren Beruf dort ausgeübt haben, werden auch die damaligen Bedingungen in der DDR angesprochen.

2.2.1 Entwicklungen bis 1945

Frühe präventive Ansätze in der Gesetzlichen Krankenversicherung

Die 1883 gegründete Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) verfolgte zunächst kaum präventive Ziele, sondern diente der Kompensation bereits entstandener Schäden. Anfangs bedeutete dies vor allem den Ersatz krankheitsbedingter Lohneinbußen – erst in den 1920er Jahren wurden medizinische Sachleistungen zum umfangreichsten Ausgabeposten. 1923 wurde der GKV vom Gesetzgeber erlaubt, ihre Mittel auch zur Verhütung von Krankheiten einzusetzen. Die präventiven Leistungen variierten in der Folge stark zwischen den verschiedenen Kassen – unter anderem gab es Angebote zur „hygienischen Volksbelehrung“, Fürsorgestellen für Schwangere, Mütter und Säuglinge, Maßnahmen der Kinderfürsorge sowie Ehe- und Sexualberatung. Insgesamt war der Umfang dieser Leistungen jedoch gering – eine Erhebung unter den Allgemeinen Ortskrankenkassen von 1929 ergab, dass im Durchschnitt 0,55% der finanziellen Mittel für Prävention eingesetzt wurden. Außerdem blieben präventive Maßnahmen als freiwillige Mehrleistungen zweitrangig gegenüber den Pflichtleistungen Krankenhilfe und Krankengeld. Dies machte sich insbesondere nach der Weltwirtschaftskrise von 1929 bemerkbar, als viele Leistungen wegfielen (Moser 2002).

In den 1920er Jahren wurden präventive Aufgaben für bestimmte Bevölkerungsgruppen auch von ärztlichen Diensten der Gesundheitsämter wahrgenommen. Dagegen wehrten sich die nie-

dergelassenen Ärzte, die das Tätigkeitsfeld für sich beanspruchten. Auf dem 49. Deutschen Ärztetag im Jahr 1930 erklärten sie ihre Absicht, sich der vorbeugenden Medizin mit derselben „vollen Hingabe“ zu widmen wie ihren therapeutischen Aufgaben. Aus anderen Verlautbarungen sprach jedoch weiterhin Skepsis gegenüber präventiven Aufgaben – gepaart mit der pragmatischen Anerkennung der Notwendigkeit, sich darauf einzulassen (Moser 2002:101-4).

Perversion des Präventionsgedankens im Nationalsozialismus

In der Spätzeit der Weimarer Republik verstärkte sich mit zunehmender Finanznot der Krankenkassen die Tendenz, vorbeugende Fürsorge auf potentiell leistungsfähige Mitglieder der Gemeinschaft zu beschränken, und den „nicht-produktiven“ Mitteleinsatz für „Sieche, Krüppel, Blinde usw.“ zu reduzieren (Stöckel 2004:24; Moser 2002:107). Im Nationalsozialismus wurde dies auf die Spitze getrieben, der Präventionsgedanke wurde vollends pervertiert. Gefördert werden sollte nur noch der „arische“ und leistungsstarke Teil der Bevölkerung, der so genannte „minderwertige“ Teil (z. B. Behinderte und psychisch Kranke) wurde aus der allgemeinen Versorgung tendenziell ausgeschlossen oder sogar aktiv bekämpft. Teil dieser Strategie war die Zwangssterilisation ganzer Bevölkerungsgruppen. Gleichzeitig wurden die Menschen rigide zur Pflege ihrer Gesundheit angehalten, um maximale Leistungsfähigkeit zu erzielen (Stöckel 2004:25).

Die Auseinandersetzung mit dem nationalsozialistischen Irrweg fand nach dem Krieg zunächst nur zögerlich statt; im Ergebnis führte sie aber zu einer Neubewertung präventiver Gesundheitspolitik, die bis heute fortwirkt. Besonders eugenische Bestrebungen sind nach den Erfahrungen mit dem nationalsozialistischen Rassenwahn nachhaltig diskreditiert.

2.2.2 Entwicklung in der BRD bis 1990

Im westdeutschen Gesundheitssystem wurden nach 1945 die alten Strukturen wiederbelebt und weitergeführt (Ellerbrock 2002:159). Es dominierten die in eigener Praxis tätigen Ärzte, die Krankenkassen und die Krankenhäuser (Alber 1992:45). Eine systematische und umfassende Präventionspolitik wurde nicht entwickelt (Walter und Stöckel 2002:280). Präventive Maßnahmen wie Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen wurden in den 1950er und 60er Jahren zunehmend an die niedergelassenen Kassenärzte (seit 1993: Vertragsärzte) übertragen. Die zu bzw. nachgehende Fürsorge für besonders gefährdete und andere Personen gefährdende Bevölkerungsgruppen verblieb dagegen beim Öffentlichen Gesundheitsdienst, der außerdem nach wie vor die klassischen hygienischen Überwachungsfunktionen und - zusammen mit anderen Institutionen (z. B. Bundesumweltamt) – weitere Aufgaben der Verhältnisprävention wahrzunehmen

hatte (Labisch 1991:92). 1967 wurde die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung mit dem Auftrag gegründet, die Bereitschaft der Bürger zu gesundheitsgerechtem Verhalten zu fördern und Aufklärungskampagnen durchzuführen (Walter und Schwartz 2003:259). Die staatlichen Institutionen agieren bis heute weitgehend getrennt vom kassenärztlichen Versorgungssystem; dies gilt auch für die wenig übersichtliche Vielfalt freier Träger mit präventivem Engagement (Wohlfahrtsverbände, gemeinnützige Vereine etc.).

Nach dem Krieg hatte wegen der Seuchengefahr zunächst die Infektionsprophylaxe im Vordergrund gestanden. Später verlagerte sich das Interesse stärker auf die sogenannten Zivilisationskrankheiten, vor allem Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus und maligne Erkrankungen. In der Gesundheitserziehung dominierte lange das biomedizinische Modell, das heißt, es wurden vornehmlich Informationen über den menschlichen Körper und Krankheiten vermittelt. Inzwischen hat – besonders in der kardiovaskulären Prävention – das so genannte Risikofaktorenmodell an Bedeutung gewonnen, das unter dem Eindruck neuer epidemiologischer Erkenntnisse das individuelle Verhalten und damit verbundene gesundheitliche Risikofaktoren in den Mittelpunkt stellt (Klemperer 2010:102).

Während Impfungen schon früher zum präventiven Repertoire niedergelassener Ärzte gehörten, wurden ihnen seit den 1970er Jahren auch Krebs-Früherkennungsuntersuchungen, Schwangerschaftsvorsorge und Krankheitsfrüherkennung im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter übertragen.

Die 1989 eingeführte Gesundheitsuntersuchung nach § 25 SGB V, auf die sich die vorliegende Arbeit bezieht, zielt auf die Früherkennung weit verbreiteter Volkskrankheiten (insbesondere Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie Diabetes mellitus). Außerdem sind die Erstellung eines individuellen Risikoprofils und eine Risikoberatung des Patienten im Kontext der GU vorgesehen (mehr dazu in Kapitel 2.3.2).

In den 1980er Jahren lenkte die Weltgesundheitsorganisation mit neuen Konzepten wie dem „Lifestyle“- und dem „Setting“-Ansatz den Blick wieder stärker auf die sozialen Bedingungen der Gesundheit. Dies fand seinen Ausdruck in der Ottawa-Charta (1986), einem wichtigen Meilenstein für die Gesundheitsförderung. Konzepte der „Gesunden Stadt“ oder der „Gesunden Schule“ gingen deutlich über das Individuum und die fachlichen Grenzen des medizinischen Gesundheitssektors hinaus. Dies hatte auch Einfluss auf die Entwicklung der Präventionspolitik im wiedervereinigten Deutschland nach 1990 (Altgeld und Kolip 2010:49-50).

2.2.3 Entwicklung in der DDR und Auswirkungen der Wiedervereinigung

Ambulante Versorgung und präventive Orientierung in der DDR

Schon vor der Gründung der DDR im Jahre 1949 wurde ein vergleichsweise radikaler Systemwechsel im Gesundheitswesen eingeleitet: Installiert wurde ein zentralstaatliches System mit staatlicher Leistungserbringung und Planung. Außerdem wurde eine einheitliche Sozialversicherung gegründet.

In der ambulanten Versorgung war der Wechsel besonders gravierend: Angestrebt wurde eine ausschließliche Leistungserbringung durch staatliche Einrichtungen. Die Bedingungen für die ärztliche Tätigkeit in eigener Praxis wurden systematisch verschlechtert, die Weitergabe und Neugründung privater Praxen unterbunden. Dies verfehlte seine Wirkung nicht (während 1955 noch mehr als jeder Dritte Arzt in eigener Praxis gearbeitet hatte, war es 1989 nicht einmal mehr jeder hundertste) (Simon 2010:48).

Die privaten Praxen wurden durch Polikliniken, Ambulatorien, staatliche Arztpraxen und Gemeindeschwesterstationen ersetzt.

Ein wichtiger Pfeiler war daneben das Betriebsgesundheitswesen; dazu gehörten - je nach Größe des Betriebs - Einrichtungen der Unfallversorgung, der Gesundheitserziehung und Prophylaxe, aber auch Polikliniken oder sogar komplette Krankenhäuser.

Dispensaires waren Programme zur ambulanten Erfassung und Betreuung chronisch kranker und gesundheitlich gefährdeter Personen. Sie sollten die Einheit von Vorsorge, Diagnostik und Therapie und Nachsorge gewährleisten.

Die Krankenhäuser waren über angegliederte Polikliniken häufig an der ambulanten Versorgung beteiligt und sollten auch Aufgaben in der Gesundheitserziehung wahrnehmen (Simon 2010:47).

In den Polikliniken wurde eine möglichst breite Versorgung der Bevölkerung durch Fachärzte angestrebt – diesen wurde am ehesten zugetraut, ihre Patienten nach dem neuesten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis zu versorgen. Dies bedeutete zunächst, dass die Stellung des Hausarztes geschwächt wurde (Schagen 1999). Das änderte sich jedoch mit Beginn der 1960er Jahre. Die Vorteile hausärztlicher Versorgung auf der Basis eines breiten medizinischen Wissens und eines gewachsenen Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient wurden wieder erkannt, angestrebt wurde nun der „qualifizierte Hausarzt“. Dies führte dazu, dass 1967 der Facharzt für Allgemeinmedizin eingeführt wurde (diese Gebietsbezeichnung trugen 1990 43% der in der DDR ambulant arbeitenden Ärzte - in der BRD betrug der Anteil zu diesem Zeitpunkt lediglich 18%) (Schagen 1999:281).

Nach Einschätzung von Simon (2010:44) wurde im Unterschied zum Gesundheitswesen der BRD, das fast rein kurativ orientiert war und ist, im DDR-Gesundheitswesen auf Prävention und

Prophylaxe sowie Gesundheitserziehung der Bevölkerung besonderer Wert gelegt. Individuelle Gesundheitsberatung sollte vor allem von Mitarbeitern des Gesundheitswesens wie Haus- und Betriebsärzten, aber auch von Erziehern und Lehrern geleistet werden (Ewert 1991:110).

Auswirkungen der deutschen Wiedervereinigung

Bei der Wiedervereinigung wurden die Rechtsvorschriften der BRD auf die neuen Bundesländer übertragen. Im Gesundheitswesen bedeutete dies einen radikalen Umbruch, vor allem im ambulanten Bereich: Die zentrale Rolle des freiberuflich tätigen Arztes wurde im Einigungsvertrag festgeschrieben, es kam zu einer Welle von Niederlassungen (von etwa 21.000 ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten in der ehemaligen DDR hatte bereits Anfang 1992 mehr als die Hälfte diesen Weg gewählt) (Deppe 1993:27). Das Betriebsgesundheitswesen büßte seine vormals wichtige Rolle ein – schon deshalb, weil angestellte Betriebsärzte in der BRD nicht therapieberechtigt sind (Deppe 1993:29).

Mit diesen Angleichungen wurden auch die präventiven Strukturen der BRD einschließlich der Gesundheitsuntersuchung und sonstigen kassenärztlichen Vorsorgeprogramme auf die neuen Bundesländer übertragen.

2.2.4 Entwicklung seit 1990 und aktuelle Situation

Neue Wege der Prävention im GKV-System in nichtärztlicher Zuständigkeit

Im Jahr 1989 wurden – neben den von den Vertragsärzten erbrachten Leistungen – erstmals auch Maßnahmen zur Prävention in den Leistungskatalog der Krankenkassen aufgenommen, die nicht in ärztlicher Regie erbracht werden müssen (§ 20 SGB V) (Eberle 2002:238). Damit wurde der präventive Gestaltungsspielraum der Krankenkassen erweitert. Er umfasst heute Maßnahmen der primären Prävention einschließlich betrieblicher Gesundheitsförderung (§ 20 Abs. 1 und 2 SGB V), Förderung von Selbsthilfegruppen und -organisationen (§ 20 Abs. 4 SGB V), Patientenschulungen (§ 43 Nr. 2 SGB V), Förderung der Patientenberatung (§ 65 b SGB V) sowie Bonusprogramme für gesundheitsbewusstes Verhalten (§ 65 a Abs. 1 SGB V). Ein wichtiges Ziel ist der Abbau sozialer Ungleichheit von Gesundheitschancen. Für die jährlichen Investitionen der Krankenkassen gibt es einen gesetzlichen Richtwert – 2009 waren es 2,82 Euro pro Versichertem (Zelen und Strippel 2010:13).

Auf dieser Basis wurde die in Regie der GKV betriebene Prävention weiterentwickelt. Unterschieden werden heute die Strategien „Individuelle Prävention“ (Gesundheitskurse), „Betriebliche Gesundheitsförderung“ und Gesundheitsförderung nach dem „Setting-Ansatz“. Dabei geht

es vor allem um Bewegungs-, Ernährungs- und Suchtverhalten, bei der betrieblichen Gesundheitsförderung auch um die Reduktion arbeitsbedingter Belastungen, Stressmanagement und gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung. Der „Setting“-Ansatz versucht, die Menschen in ihrem sozialen (nicht betrieblichen) Umfeld zu erreichen (Kindergärten, Schulen, Senioreneinrichtungen, soziale Brennpunkte etc.). Im Jahr 2009 nahmen über 2,2 Millionen Menschen an Kursen zur individuellen Prävention teil, mit dem „Setting-Ansatz“ wurden ca. 6 Millionen und mit der betrieblichen Gesundheitsförderung fast eine Million Menschen in ca. 12% der Betriebe erreicht (Zelen und Strippel 2010). Die Mehrzahl der Maßnahmen wird nicht von den Krankenkassen selbst, sondern von externen Anbietern durchgeführt (Vereine, Volkshochschulen, gewerbliche Anbieter etc.).

Die tatsächlichen Ausgaben der Kassen für Prävention und Gesundheitsförderung lagen im Jahr 2009 nach eigenen Angaben bei 311 Millionen Euro, was mit 4,44 Euro pro Versichertem über dem offiziellen Richtwert liegt (Zelen und Strippel 2010:13). Insgesamt wurden nach Angaben des Statistischen Bundesamts im Jahr 2009 11,1 Milliarden Euro für Prävention und Gesundheitsschutz ausgegeben. Dies entspricht einem Anteil an den gesamten Gesundheitsausgaben von ca. 4% (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2011).

Vielfalt der Präventionsangebote

Während auf präventive Leistungen durch Ärzte und Krankenkassen bereits eingegangen wurde, soll an dieser Stelle kurz beschrieben werden, wer in Deutschland sonst noch gesundheitliche Prävention betreibt. Die Träger lassen sich einteilen in staatliche Stellen, öffentlich-rechtliche Körperschaften (hierzu zählen Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen), freie Träger und privatwirtschaftliche Akteure. Zu den staatlichen bzw. kommunalen Institutionen zählen die Gesundheitsämter und die bereits erwähnte Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (vgl. Kapitel 2.2.2). Weitere staatliche Institutionen nehmen Aufgaben der Verhältnisprävention wahr, etwa das Umweltbundesamt mit verschiedenen Fachbereichen.

Zu den freien Trägern mit präventivem Engagement gehören vor allem die Wohlfahrtsverbände sowie gemeinnützige Vereine. Deren vielfältige Angebote können an dieser Stelle nicht weiter ausgeführt werden. Ebenso verhält es sich mit der Vielzahl privatwirtschaftlicher Angebote – zu denen auch viele Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung zählen. Besonders in den letzten Jahren sind zahlreiche kommerzielle Wellness- und sonstige präventive Angebote hinzugekommen. Insgesamt lässt sich festhalten, dass die Medizin in der gesundheitlichen Prävention heute „zwar ein wichtiger Akteur, aber auch nur ein Akteur unter vielen ist“ (Rosenbrock und Gerlinger 2004:60). Dies gilt besonders für die Primärprävention und Gesundheitsförderung:

Hier sind heute mehrheitlich nichtärztliche Akteure wie Public Health-Experten, Pädagogen, Psychologen und Sozialarbeiter maßgeblich engagiert. Die Arbeitsteilung wird einerseits als sinnvoll betrachtet, andererseits wird kritisiert, dass die Zersplitterung und das Fehlen einer institutionellen Gesamtverantwortung die sinnvolle Planung und Koordination der Maßnahmen erschweren (Rosenbrock und Gerlinger 2004:60).

Die Auseinandersetzung um das Präventionsgesetz

Um diesem Problem zu begegnen, legte die rot-grüne Regierung im Jahr 2004 erstmals den Entwurf eines Präventionsgesetzes vor. Darin wurde die Prinzipien des § 25 SGB V erneut bekräftigt, außerdem sollten nun neben der Krankenversicherung auch die Renten- und Unfallversicherung an der Finanzierung beteiligt werden. Ein Nationaler Präventionsrat bzw. eine Präventionsstiftung sollte die Mittelvergabe koordinieren.

Bei der Anhörung der Verbände vor dem Gesundheitsausschuss des Bundestages im März 2005 zeigte sich neben Zustimmung auch Widerstand gegen den Gesetzentwurf. Während manchen der Paradigmenwechsel von der Kuration und Sekundärprävention zur Primärprävention und Gesundheitsförderung nicht weit genug ging, befürchteten andere eine Umschichtung von finanziellen Mitteln zu Lasten traditioneller Leistungsbereiche. Auch die einseitige Belastung der Sozialversicherung bei der Finanzierung der neuen Aufgaben wurde kritisiert (Robertz-Grossmann und Prümel-Philippsen 2004). Die Bundesärztekammer monierte die fehlende Berücksichtigung der Prävention durch niedergelassene Ärzte. Statt zwei Welten der Prävention zu schaffen, sollten Krankheitsfrüherkennung und Gesundheitsförderung zu einer sinnvollen Einheit zusammengeführt und ärztlicher Sachverstand stärker in die Entscheidungen über die Verwendung der Gelder einbezogen werden (Blöß 2004; Bundesärztekammer et al. 2004).

Das Gesetzgebungsverfahren konnte wegen des vorzeitigen Regierungswechsels im Herbst 2005 nicht abgeschlossen werden. In der danach regierenden großen Koalition konnte keine Einigung mehr erzielt werden. Die aktuelle schwarz-gelbe Regierungskoalition verabschiedete sich dann – wie bereits erwähnt - endgültig von dem Vorhaben. Stattdessen wurde eine „nationale Präventionsstrategie“ angekündigt, die unter anderem ärztliche Präventionsleistungen stärker honorieren will. Die Details dieser Strategie sind jedoch bislang unklar.

Kritische Stimmen zur Prävention und Gesundheitsförderung

In den letzten 20 Jahren gab es stets einen breiten Konsens über die Notwendigkeit, die präventive Orientierung im Gesundheitswesen und in der Gesellschaft insgesamt zu stärken. Zumindest

in bestimmten Milieus scheinen sich gesundheitsbewusstes Verhalten und Fitness immer mehr zu einem zentralen Leitbild zu entwickeln. Ein wachsender Markt entsprechender Angebote bedient die daraus resultierenden Bedürfnisse.

Es gibt aber auch Stimmen, die auf mögliche Gefahren dieser Entwicklung hinweisen. Die Kritik spielt sich auf verschiedenen Ebenen ab: Hinsichtlich Früherkennungsmaßnahmen werden teilweise medizinisch begründete Bedenken geäußert, vor allem bei Programmen zur Malignom-Früherkennung (Mühlhauser 2007). Außerdem wird darauf hingewiesen, dass Früherkennung stets kritisch zu hinterfragen sei – sowohl hinsichtlich der Kosten-Nutzen-Relation, als auch hinsichtlich der Sensitivität und Spezifität des Tests sowie der Möglichkeiten therapeutischer Konsequenzen. In jedem Fall bestehe die Möglichkeit, dass Personen, die vormals als gesund galten, aufgrund des Untersuchungsergebnisses zu Patienten werden. An dieser Stelle sei ein grundsätzlicher Respekt vor dem Nicht-Wissen-Wollen der Betroffenen einzufordern (Mühlhauser 2007). Auch die Frage, ob sich durch Prävention die Kosten des Gesundheitssystems tatsächlich senken lassen, ist keineswegs unumstritten (Schwartz und Walter 2003).

Bei Maßnahmen der Primärprävention und Gesundheitsförderung ist das Risiko eines Schadens für den Patienten zwar geringer, es ist hier aber häufig schwierig, den Nutzen zu belegen, was eine Rechtfertigung unter Kosten-Nutzen-Gesichtspunkten erschwert (Henke und Kunstmann 2006).

Noch grundsätzlichere Kritik äußerte Kühn (1993); in seinem gleichnamigen Buch prägte er in Anlehnung an Crawford (1980) den Begriff des „Healthismus“. Gemeint ist eine Ideologie mit Ursprüngen in den USA, die alle Bereiche des Lebens einer gesundheitlichen Orientierung unterordnet. Damit einher gehe eine starke Tendenz zur Individualisierung von Gesundheitsrisiken und Zuschreibung von individueller Verantwortlichkeit für Gesundheitsschäden. Forciert werde diese Bewegung von einer wachsenden Gesundheitsindustrie. Die Folge sei eine verstärkte sozialökonomische Differenzierung der Gesundheitschancen.

Eine andere Argumentationslinie geht von dem Gedanken aus, dass bevölkerungsbezogene Präventionsprogramme auch als Bevormundung des Individuums verstanden werden können. Aus dieser Sicht sollte dem Einzelnen die Verantwortung für sein gesundheitliches Verhalten selbst überlassen bleiben. Exemplarisch lässt sich der Roman „Corpus delicti“ von Juli Zeh (2009) anführen: Hier wird die negative Utopie eines Überwachungsstaates entworfen, der die Bürger einer Ideologie der Vorsorge unterwirft. Dieser Anspruch wird in dem Roman auf die Spitze getrieben – so können die Bürger belangt werden, wenn sie nicht das festgelegte Pensum an täglichen Bewegungskilometern zurücklegen, keine regelmäßige Blutdruck- und Urinkontrollen durchführen, oder staatlichen Stellen regelmäßige Berichte über ihr Schlaf- und Ernährungsver-

halten verweigern. Der Roman macht deutlich, wie der Präventionsgedanke sich verselbständigen und als Rechtfertigung für eine weitreichende Kontrolle des Bürgers herangezogen werden kann.

Dennoch bleibt festzuhalten, dass Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung noch einen erheblichen Entwicklungsbedarf haben. Es sollten aber bei allen Bemühungen, diesem Bedarf gerecht zu werden, auch die Risiken im Blick behalten werden.

2.3 Hausärztliche Prävention

Das Handlungsfeld der hausärztlichen Prävention ist vielgestaltig und schwer abgrenzbar. Neben in sich geschlossenen, definierten und standardisierten Angeboten gibt es auch informelle, nicht standardisierte Leistungen, die quasi nebenbei in die Alltagspraxis integriert werden. Abholz (2006a) spricht von „spezifischer hausärztlicher Prävention“ und meint damit eine Praxis, bei der die langfristige Betreuung und das gewachsene Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient genutzt werden, um hin und wieder in individualisierter Form präventiv (oder gesundheitsfördernd) auf den Patienten einzuwirken. Diese Dimension hausärztlicher Betreuung ist allerdings bisher kaum erforscht (Othman et al. 2008a:41).

Im Folgenden geht es jedoch vorrangig um Präventionsleistungen, die explizit als solche angeboten und in Anspruch genommen werden. Zunächst wird ein Überblick über das Spektrum dieser Leistungen gegeben (Kapitel 2.3.1). Danach wird ausführlicher die Gesundheitsuntersuchung nach § 25 SGB V beschrieben, die in der hausärztlichen Praxis eine besondere Rolle spielt (Kapitel 2.3.2). Sie umfasst sowohl Früherkennung als auch Aufgaben präventiver Beratung. Da präventive Beratung auch sonst in der hausärztlichen Praxis vorkommt, wird sie in Kapitel 2.3.3 nicht nur als Bestandteil der Gesundheitsuntersuchung, sondern auch darüber hinaus unter verschiedenen Aspekten thematisiert.

2.3.1 Präventionsleistungen in der hausärztlichen Praxis (Überblick)

Hausärztliche Leistungen, bei denen es explizit um Prävention geht, werden teils innerhalb, teils außerhalb des GKV-Systems erbracht. Während erstere als Pflichtleistungen der Krankenkassen vergütet werden, müssen letztere in der Regel von den Patienten selbst bezahlt werden.

Präventive Leistungen innerhalb des GKV-Systems

Prävention innerhalb des GKV-Systems umfasst neben Schutzimpfungen als klassischen Maßnahmen medizinischer Primärprävention vor allem Maßnahmen der Sekundärprävention (Früherkennungsuntersuchungen). Dazu kommen noch Aufgaben im Bereich der Tertiärprävention, die jedoch in dieser Arbeit ausgeklammert bleiben.

Schutzimpfungen sind seit 2007 Regelleistungen der GKV (vorher waren sie freiwillige Leistungen der Krankenkassen). Nähere Informationen zu den Impfprogrammen finden sich in der Schutzimpfungs-Richtlinie, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) erstellt wird (G-BA 2010a). Diese richtet sich nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission am Robert-Koch-Institut (STIKO).

Vorsorgeuntersuchungen im Kindesalter (U1 – U9) dienen der Früherkennung von Krankheiten, die die körperliche und geistige Entwicklung gefährden können. Im 13.-15 Lebensjahr kann einmalig eine Jugendgesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Erkrankungen, psychischen und psychosozialen Risikofaktoren durchgeführt werden.

Während die U1 und U2 in der Regel im Krankenhaus stattfinden, werden die Kinderuntersuchungen U3 bis U9 sowie die Jugendgesundheitsuntersuchung von niedergelassenen Pädiatern bzw. Hausärzten durchgeführt (Blank 2009:22).

Außerdem führen Hausärzte bei Jugendlichen unter 18 Jahren Untersuchungen vor Aufnahme einer Ausbildung oder beruflichen Tätigkeit durch, um die Arbeitsfähigkeit festzustellen.

Auf die Gesundheitsuntersuchung nach § 25 SGB V durch den Hausarzt besteht ein Anspruch ab dem 35. Lebensjahr (vgl. Kapitel 2.3.2).

Daneben gibt es verschiedene Krebsvorsorgeprogramme (G-BA 2010b):

Ab dem 35. Lebensjahr besteht alle zwei Jahre Anspruch auf ein Hautkrebs-Screening. Der Hausarzt muss hierfür ein Fortbildungsprogramm absolvieren. Die Untersuchung können aber auch Dermatologen übernehmen.

Ab dem 45. Lebensjahr wird Männern eine jährliche Untersuchung der Prostata und der äußeren Geschlechtsorgane angeboten. Sie dient vor allem der Malignomfrüherkennung. Ebenfalls ab dem 45. Lebensjahr kann bei Frauen und Männern jährlich eine Darmkrebsfrüherkennung mittels Hämoccult-Test erfolgen (ab dem 55. Lebensjahr alle zwei Jahre).

Ab dem 50. Lebensjahr haben Frauen und Männer die Möglichkeit einer jährlichen digital-rektalen Untersuchung (DRU). Ab dem 55. Lebensjahr können sie alternativ eine Koloskopie wählen (maximal zweimal im Abstand von 10 Jahren). Außerdem besteht ein einmaliger Anspruch auf eine Beratung zur Darmkrebsfrüherkennung.

Genital- und Mamma-Untersuchungen zur Krebsvorsorge bei Frauen werden in der Regel von Gynäkologen durchgeführt (ebenso Maßnahmen der Schwangerschaftsvorsorge) (Blank 2009:24).

Präventive Leistungen außerhalb des GKV-Systems

Präventive Leistungen, die über das gesetzlich geforderte Maß einer ausreichenden und notwendigen Patientenversorgung hinausgehen, kann der Arzt als so genannte „Individuelle Gesundheitsleistung“ (IGeL) anbieten. Hier müssen die Kosten jedoch vom Patienten selbst getragen werden. Dazu gehören beispielsweise Reiseimpfungen, die bei den Standardimpfungen nicht vorgenommen werden können (z. B. Gelbfieber, Cholera). Während hierfür wissenschaftliche Nutzenbelege und Empfehlungen von Fachgesellschaften vorliegen, wird der Nutzen zahlreicher anderer präventiver IGeL kontrovers diskutiert (vgl. Windeler 2006). Da es ein weites Spektrum solcher Leistungen gibt, ist eine vollständige Darstellung an dieser Stelle nicht möglich. Die Bedeutung von IGeL verdeutlicht eine Studie des wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen (WIdO), bei der Versicherte im Jahr 2010 unter anderem gefragt wurden, wie häufig ihnen im vergangenen Jahr derartige Angebote gemacht wurden und um welche Leistungen es sich konkret gehandelt hatte (Zok 2010). Es zeigte sich, dass 28% der Befragten ein Angebot erhalten hatten. Besonders häufig handelte es sich um Ultraschalluntersuchungen, gefolgt von Augeninnendruckmessung zur Glaukomvorsorge und der Verordnung von Medikamenten. Zusätzliche Laborleistungen wurden ebenfalls häufig angeboten. Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) bietet Informationen zum Nutzen einzelner Maßnahmen an (MDS 2011). Vielfach lässt sich der Nutzen weder eindeutig belegen, noch eindeutig ausschließen. Insgesamt wird aber befürchtet, dass Patienten die Regelleistungen zunehmend als unzureichend wahrnehmen und durch ein extensives IGeL-Marketing das Vertrauen in die Ärzteschaft unterhöhlt werden könnte. So ergab zum Beispiel die WIdO-Untersuchung, dass etwa die Hälfte der Befragten der Meinung war, dass das Anbieten der (für den Arzt lukrativen) IGeL einen Einfluss auf das Arzt-Patienten-Verhältnis habe; dabei gingen 77% von einer Verschlechterung und nur 18% von einer Verbesserung aus (Zok 2010).

Private Krankenversicherungen bieten teilweise Vorsorgeuntersuchungen an, die über das Leistungsspektrum der GKV hinausgehen. Es gibt dabei aber große Unterschiede, so dass eine detaillierte Darstellung an dieser Stelle zu weit führen würde.

2.3.2 Die Gesundheitsuntersuchung (GU): Richtlinien, Bewertung, Praxis

Wie bereits erwähnt, haben GKV-Versicherte ab dem 35. Lebensjahr alle zwei Jahre Anspruch auf eine GU durch den Hausarzt. Sie wird auch als „Check Up 35“ bezeichnet und zielt vor allem auf die Früherkennung von Herz- und Kreislauferkrankungen, Nierenerkrankungen, Diabetes mellitus und entsprechender Risikofaktoren. Sie kann extrabudgetär abgerechnet werden, was den Anreiz zur Durchführung erhöhen soll. Die gesetzliche Grundlage bildet § 25 SGB V Absatz 1. Die Durchführung wird von Richtlinien geregelt, die vom G-BA erlassen werden (G-BA 2010c). Im Folgenden werden diese Richtlinien beschrieben, anschließend wird über den Stand des Wissens zu ihrer Umsetzung berichtet.

Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

Nach den derzeit gültigen Richtlinien umfasst die GU eine Bestimmung des Blutzuckers und des Gesamtcholesterins sowie einen Harnstreifentest, mit dem das Vorhandensein von Erythro- und Leukozyten, Bakterien, Eiweiß, Ketonen und Nitrit im Urin geprüft wird. Ferner soll eine umfassende körperliche Untersuchung (Ganzkörperstatus) erfolgen und ein Risikoprofil im Kontext der Eigen-, Familien- und Sozialanamnese erstellt werden. Die GU soll, soweit möglich, „im Zusammenhang mit einer Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen angeboten“ werden (G-BA 2010c). Auf der Basis der Untersuchungsergebnisse soll eine präventive Beratung erfolgen, bei der über den Gesundheitszustand aufgeklärt, Auswirkungen auf die weitere Lebensgestaltung erörtert und Hilfen zum Abbau gesundheitsschädlicher Verhaltensweisen (oder gegebenenfalls eine Therapie) angeboten werden. Die konkrete Ausgestaltung dieser Beratung bleibt in das Ermessen des jeweiligen Arztes gestellt.

Seit der Einführung im Jahr 1989 wurde die GU-Richtlinie mehrfach geändert: Nachdem zunächst eine Harnsäure- und Kreatinin-Bestimmung sowie – falls aufgrund der Anamnese und körperlichen Untersuchung erforderlich – ein Elektrokardiogramm (EKG) vorgesehen waren, wurden diese Leistungen 1999 aus der GU gestrichen. Auch die Empfehlung eines Glaukom-Screenings gehört seit 2005 nicht mehr zu den ärztlichen Aufgaben im Rahmen der GU. Weitere Änderungen betrafen die Vorlage eines Anspruchsscheins für die GU (seit 2000 nicht mehr nötig), die Vorschrift zur Evaluation der GU-Ergebnisse durch den G-BA (seit 2008 keine verpflichtende Evaluation mehr) und die Dokumentation der Untersuchungsergebnisse (seit 2011 elektronische Dokumentation möglich) (G-BA 2010d).

Wissenschaftliche Bewertung der vorgeschriebenen Untersuchungen

Eine systematische Evaluation der GU steht bislang aus und ist auch in nächster Zeit nicht zu erwarten: Wie bereits erwähnt, wurde die entsprechende Vorschrift im Jahr 2008 aus der Richtlinie gestrichen, da die Vielzahl gesammelter Daten nicht systematisch habe ausgewertet werden können.

Eine umfassende und detaillierte Bewertung des präventiven Nutzens der in der GU vorgesehenen Maßnahmen würde den Rahmen dieser Untersuchung übersteigen. Es können lediglich einige Anhaltspunkte gegeben werden, die der internationalen Literatur zu entnehmen sind. So hat die U.S. Preventive Services Task Force des U.S. Department for Health & Human Services (USPSTF) eine Bewertung der Screeningfunktion zahlreicher im primärmedizinischen Kontext relevanter Präventionsmaßnahmen vorgelegt (USPSTF 2011). Dabei werden Elemente der GU positiv bewertet: Eine Empfehlung gibt es für die alle zwei Jahre durchgeführte Blutdruckmessung. Die Bestimmung des Gesamtcholesterins wird für alle Männer ab 35 Jahren sowie für Frauen und Männer mit erhöhtem kardiovaskulärem Gesamtrisiko schon früher empfohlen, wobei die Messung in Kombination mit der HDL-Bestimmung als noch sensitiver und spezifischer gilt. Hinsichtlich der Frequenz wären wahrscheinlich Bestimmungen im Abstand von fünf Jahren ausreichend (USPSTF 2008a). Auch eine regelmäßige Gewichtsmessung und Bestimmung des Body-Mass-Index sowie (bei Adipösen) eine Beratung zur Gewichtsreduktion werden empfohlen (USPSTF 2003a). Eine Bestimmung der Plasmaglukose wird allerdings von der USPSTF nur bei erhöhten Blutdruckwerten empfohlen; die Amerikanische Diabetes-Gesellschaft empfiehlt die Untersuchung bei adipösen Personen ab dem 45. Lebensjahr alle drei Jahre, bei Vorliegen anderer kardiovaskulärer Risikofaktoren schon ab einem früheren Lebensalter (USPSTF 2008b). Der routinemäßige Harnstreifentest wird von manchen Autoren (z. B. Blank 2009:13) angesichts häufiger falsch positiver Befunde als schwer zu rechtfertigend eingeschätzt. Der präventive Nutzen des Ganzkörperstatus ist nicht eindeutig belegt (Hager 2008:389), allerdings stellt sich hier die Frage nach der prinzipiellen Möglichkeit eines solchen Nachweises.

Auf die Effektivität präventiver Beratung, die im Rahmen der GU ebenfalls vorgesehen ist, wird in Kapitel 2.3.3 näher eingegangen.

Umsetzung der GU-Richtlinien in der hausärztlichen Praxis

Bislang ist nur fragmentarisch untersucht, welche Bedeutung die GU in der hausärztlichen Versorgung tatsächlich hat und inwieweit sie den Zielen frühzeitiger Erkennung und Bekämpfung von Erkrankungen und gesundheitlichen Risiken zu dienen vermag.

Zur Inanspruchnahme der GU gibt es uneinheitliche Angaben: Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung ermittelte aus der Abrechnungsstatistik Teilnehmerquoten von regelmäßig unter 20% der Anspruchsberechtigten (Hager 2008:389). Da sich dieser Wert jedoch auf den Zeitraum eines Jahres bezieht (und der GU-Anspruch nur alle zwei Jahre besteht), ist die Quote auf zwei Jahre bezogen zu verdoppeln. Dies entspricht für 2007 rechnerisch einer Quote von circa 38% (Hauswaldt et al. 2009:415). Bei Telefonsurveys in Nordrhein-Westfalen wurden höhere Zahlen ermittelt; im Jahr 2007 gaben dort 51% der Männer und 49% der Frauen an, innerhalb der letzten beiden Jahre an einer GU teilgenommen zu haben (Streich 2009:285). Eine Erklärung für die Diskrepanz könnte sein, dass Patienten zum Teil auch Untersuchungen als „Check Up“ wahrnehmen, die von den Ärzten nicht als solcher abgerechnet werden. In einer Untersuchung von 2007 wurden derartige Abweichungen bestätigt (Sönnichsen et al. 2007).

Zur Frage, wie hoch der Anteil der Anspruchsberechtigten ist, die überhaupt schon einmal an einer GU teilgenommen haben, ergab eine Befragung von Versicherten durch das WIdO im Jahr 2007 eine Quote von ca. 70% (Zok 2007).

Eine andere Studie prüfte die Validität der ärztlichen Angaben zu verhaltensbedingten Risikofaktoren. Verglichen wurden Patientenangaben mit den Angaben in der ärztlichen Dokumentation. Dabei wurde deutlich, dass letztere häufig sehr unvollständig waren: Nach Aussage des Patienten vorliegender Nikotinkonsum wurde in 34% der Fälle nicht erfasst, Adipositas in 17%, chronische emotionale Belastung in 61%, Bewegungsmangel in 78% und Alkoholabusus sogar in 92% der Fälle. Falsch positive Angaben wurden dagegen selten registriert. Die Studie erhob keinen Anspruch auf Repräsentativität, da nur für das Studiendesign motivierte Ärzte einbezogen waren. Dennoch sprechen die Ergebnisse dafür, dass verhaltensbezogene und psychosoziale Probleme bei der Diagnostik und Beratung häufig ausgeklammert werden, sei es aus Zeitgründen oder weil sich Ärzte diesbezüglich nicht hinreichend kompetent fühlen (Glöser 1998).

Zur Effektivität der GU konnte bisher keine Studie belastbare Aussagen treffen (Othman et al. 2008a). Sönnichsen et al. (2006) gingen speziell der Frage nach, inwieweit die Feststellung eines zu hohen Cholesterinwertes bei der GU zu therapeutischen Konsequenzen führt. Dies war - auch bei kardiovaskulären Hochrisikopatienten und Patienten mit manifester kardiovaskulärer Erkran-

kung - nur selten der Fall. Die Gründe hierfür (z. B. Kontraindikationen für eine Behandlung) wurden nicht erfasst.

Einen Hinweis darauf, dass die regelmäßige Nutzung der GU auch die Durchführung weiterer präventiver Maßnahmen wahrscheinlicher macht, liefert eine 2010 publizierte Studie: Hier zeigte sich, dass bei Personen, die regelmäßig alle zwei Jahre die GU in Anspruch nehmen, signifikant häufiger ein vollständiger Impfstatus vorliegt, als bei Personen, die sie nur unregelmäßig oder nie nutzen. Es konnte aber nicht geklärt werden, ob dies ein Effekt der GU oder lediglich Ausdruck eines allgemein höheren Interesses der Betroffenen an Prävention ist (Freund et al. 2010). Einen differenzierten Einblick in die Praxis der GU gibt eine qualitative Studie von Othman et al. (2008b), die auf Interviews mit hausärztlichen Fokusgruppen beruht. Dabei ging es auch um die Frage, welche Funktionen die GU in der hausärztliche Praxis hat und inwieweit Abwandlungen und Individualisierungen des Programms vorgenommen werden.

Die Autoren kamen aufgrund ihrer – allerdings nicht repräsentativen – Untersuchung zu der Einschätzung, dass die GU häufig in die laufende Betreuung von Stammpatienten integriert werde, um die Kenntnis über diese zu vertiefen. Sie werde aber auch bei der Übernahme neuer Patienten genutzt, um diese besser kennenzulernen. Geschätzt werde der strukturgebende Rahmen der GU und die Möglichkeit, Aspekte zu besprechen, die sonst nicht im Vordergrund stehen. Manche, aber keineswegs alle Ärzte seien bemüht, die GU möglichst bei jedem anspruchsberechtigten Patienten durchzuführen und würden dafür auch organisatorische Vorkehrungen treffen. Die konkrete Ausgestaltung sei von Arzt zu Arzt und von Fall zu Fall sehr unterschiedlich. Die Vorgaben würden vielfach als unzureichend empfunden, so dass zusätzliche Untersuchungen durchgeführt werden. Diese seien von Patientenwünschen, aber auch von besonderen Kenntnissen und Erfahrungen des Arztes abhängig (z. B. Ergometrie, Sonographie der Schilddrüse etc.).

Aktuelle Diskussion und weiterführende Fragen

Angesichts der dargestellten Befunde zur Umsetzung der GU gibt es auch Autoren, die den Nutzen und die Sinnhaftigkeit des Programms insgesamt bezweifeln. Vor allem die niedrige Teilnahmequote und die wenig systematische Durchführung (keine regelmäßigen und gezielten Einladungen durch Krankenkassen oder Ärzte) sind immer wieder Gegenstand der Kritik (vgl. Haisch 2004:195; Walter 2004).

Othman et al. (2008b) gewannen bei ihrer qualitativen Studie den Eindruck, dass sich der Erfolg der GU aus der Sicht der befragten Hausärzte primär an der Früherkennungsfunktion bemisst (und weniger an der Beratungsfunktion). Da sich aber oft keine wegweisend neuen Befunde er-

geben, wirke sich die GU für den Arzt häufig „demotivierend“ aus. Dies könne eine Erklärung dafür sein, dass im Rahmen der GU häufig zusätzliche diagnostische Maßnahmen vorgenommen würden.

Ein weiteres Ergebnis der Studie ist, dass die bevölkerungsmedizinische Funktion der GU von manchen Hausärzten kritisch gesehen wird: Sie glauben, dass diese Funktion mit dem ärztlichen Selbstverständnis, in erster Linie dem Individuum verpflichtet zu sein, nur schwer zu vereinbaren ist. Zu einem ähnlichen Ergebnis war die Befragung einer hausärztlichen Fokusgruppe im Jahr 2003 gekommen (Fisseni et al. 2003:595). Dies führt zu der Frage, ob die Standardisierung hausärztlicher Prävention mit dem Ziel maximaler bevölkerungsmedizinischer Effektivität überhaupt vertretbar ist: Im Unterschied zu Public Health-Experten scheinen Hausärzte eher der Meinung zu sein, dass ihre Domäne die individualisierte Prävention sei, bei der aus der Betrachtung des Einzelfalls heraus jeweils unterschiedliche Strategien entwickelt werden (Abholz 2006a; Othman et al. 2008b).

Vor dem Hintergrund dieser Befunde, aber auch wegen mangelnder Evidenzbasierung wird der bevölkerungsmedizinische und therapeutische Nutzen der GU nicht selten bezweifelt und die Notwendigkeit bestritten, die Beteiligungsrate zu steigern (Streich 2010; Hager 2008). Andere Autoren wie etwa Hauswaldt et al. (2009) bewerten die GU positiver und halten eine vermehrte Nutzung für wünschenswert.

2.3.3 Präventive Beratung als hausärztliche Aufgabe

Verhaltensbedingte Gesundheitsrisiken als Gegenstand der Beratung

Die Bedeutung individuellen Risikoverhaltes bei der Entstehung vieler Krankheiten ist seit langem belegt. Die Framingham-Studie und andere Untersuchungen führten seit der Mitte des letzten Jahrhunderts zu einer sprunghaften Entwicklung des Risikofaktorenmodells, das insbesondere für kardiovaskuläre Erkrankungen große Bedeutung erlangte. Dabei wurden auch verhaltensbedingte Gesundheitsrisiken wie mangelnde körperliche Bewegung, Tabakkonsum, falsche Ernährung oder auch psychosoziale Stressoren als gesundheitliche Risikofaktoren identifiziert (Klemperer 2010:102; Framingham Heart Study 2011).

Angesichts der zunehmenden Krankheitslast durch „vermeidbare“ chronische Erkrankungen wie Diabetes mellitus oder Gefäßkrankheiten gehen heute viele Experten davon aus, „dass effektive primärpräventive verhaltensbezogene Interventionen ein größeres Potential zur Verbesserung der Gesundheit bergen als viele sekundärpräventive Maßnahmen wie Routinescreenings zur Krankheitsfrüherkennung“ (Walter 2004:153).

Für zahlreiche lebensstilbedingte Gesundheitsrisiken sind Interventionsmodelle etabliert, so etwa Maßnahmen der Raucher- oder Ernährungsberatung. Zurzeit gibt es auf diesem Gebiet eine Vielzahl von Angeboten unterschiedlicher Akteure. Ein Beispiel sind Gesundheitskurse der Krankenkassen (vgl. Kapitel 2.2.4).

Hausärzte sind für ein Engagement in der Verhaltensprävention in vielerlei Hinsicht in einer günstigen Position: Ihre oft umfassende Kenntnis des Patienten und seiner sozialen Lebensumstände sowie die Möglichkeit langfristiger Betreuung steigern die Erfolgsaussichten einer Beratung. Außerdem können sie an der Schnittstelle von Sekundär- und Verhaltensprävention tätig werden, was auch die Grundidee der Gesundheitsuntersuchung ist: „Nach Abschluss der Untersuchungen informiert der Arzt den Versicherten und bespricht mit ihm die Möglichkeiten der Behandlung sowie die Hilfen zum Abbau gesundheitsschädigender Verhaltensweisen“ – so warb die Regierung im Jahr 1989 in Zeitungsannoncen für das neu eingeführte Programm (Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung 1989). Die GU hat daher exemplarischen Charakter: Einerseits geht es um die Früherkennung verhaltensbedingter Erkrankungen und Risikofaktoren, andererseits soll eine Gesundheitsberatung durchgeführt werden. Diese kann allerdings sehr unterschiedlich gestaltet werden: Der Arzt kann sich darauf beschränken, über die ermittelten Befunde und Risiken aufzuklären, er kann sich aber auch bemühen, durch qualifizierte Motivationsarbeit und Beratung den Patienten bei den notwendigen Veränderungen in seinem Leben zu unterstützen.

Während der Beitrag der Hausärzte zur Sekundär- und Tertiärprävention (in fachlich begründeter Aufgabenteilung mit anderen Fachärzten) weitgehend unbestritten ist, ist ihre Beteiligung an der Primärprävention und Gesundheitsförderung umstritten. So wird, wie bereits erwähnt, teilweise gefordert, diese Leistungen nach Möglichkeit aus dem medizinischen Sektor hinaus zu verlagern, um sie besser in die Lebenswelt der Zielgruppen zu integrieren (Gieseke 2010). Auch die Kompetenz der Hausärzte für verhaltenspräventive Beratung wird angezweifelt: Diese sei bei Gesundheitsexperten aus dem pädagogischen und psychologischen Bereich, deren Professionalisierung erhebliche Fortschritte gemacht habe, besser aufgehoben (Perrez und Gebert 1994; Haisch 2000).

Dahinter steht die Frage, in welchem Stadium der Krankheitsentstehung hausärztliche Prävention ansetzen soll. Die eine Position lautet, dass dies möglichst früh geschehen sollte, wenn der individuelle Lebensstil des Patienten gesundheitliche Risiken birgt, oder sogar noch früher zur Förderung gesundheitlicher Ressourcen. Auf der anderen Seite ist die Position denkbar, dass der Arzt seine Kräfte darauf konzentrieren sollte, die wirklich kranken bzw. stark krankheitsgefährdeten Patienten herauszufiltern und zu behandeln.

Wirksamkeit hausärztlicher Gesundheitsberatung

Die Wirksamkeit hausärztlicher Gesundheitsberatung ist, wie aus einem von Othman et al. (2008b) vorgelegten Literaturüberblick hervorgeht, in Deutschland relativ wenig erforscht. Die Autoren berichten über zwölf Studien, bei denen (hausärztliche) präventive Beratung zur Veränderung von risikoreichem Verhalten wesentlicher Untersuchungsgegenstand war. Dabei wird deutlich, dass die Studien sehr heterogen und methodisch teilweise fragwürdig sind und keinen verlässlichen Aufschluss über die Wirksamkeit geben.

Einen interessanten Ansatz verfolgte die Studie von Baum et al. (1999), bei der untersucht wurde, ob durch ein eintägiges Schulungsprogramm für Hausärzte eine messbare Reduktion des kardiovaskulären Risikos bei ihren Patienten erreichbar ist. Die Beratung sollte sich am so genannten „Transtheoretischen ‚Stages of Change‘-Modell“ von Prochaska und DiClemente (1982) orientieren und das Stadium der Veränderungsbereitschaft des Patienten in den Bereichen Ernährung, Rauchen, Stressbewältigung und körperliche Bewegung berücksichtigen (vgl. auch Prochaska und Velicer 1997). Eine Befragung der Patienten nach zwölf Monaten ergab, dass der Erfolg im Sinne einer Verhaltensänderung ausgeblieben war. Allerdings hatte sich das subjektive Gesundheitsbefinden verbessert, dies in der Interventionsgruppe jedoch nicht stärker als in der Kontrollgruppe (ohne Schulung der Ärzte). Der mangelnde Erfolg der Intervention wurde auf eine zu kurze Schulung und unzureichende Mitarbeit der Ärzte zurückgeführt.

In den angelsächsischen Ländern ist der Forschungsstand zu diesem Thema etwas weiter entwickelt. Leitlinien US-amerikanischer und kanadischer Fachgesellschaften empfehlen - auf der Grundlage einschlägiger Studien - die hausärztliche Beratung zu Rauchverhalten, körperlicher Bewegung, sexuellem Risikoverhalten, Ernährungsverhalten, Alkoholkonsum sowie weiteren Themen. Die Beratungskonzepte beruhen in der Regel auf dem Prinzip, zunächst die Motivationslage des Patienten zu explorieren, um ihm dann entsprechende Hilfen zur Verhaltensänderung anzubieten (vgl. Hengstler et al. 2002).

In der internationalen Literatur wird also durchaus von einem möglichen Nutzen verhaltensbezogener präventiver Beratung durch Hausärzte ausgegangen. Es ist zu vermuten, dass sich entsprechende Maßnahmen bei qualifizierter Durchführung auch in Deutschland als effektiv erweisen könnten bzw. bereits erweisen.

Nicht eindeutig geklärt ist bisher die Frage, ob präventive Beratung ebenso gut wie durch Hausärzte auch durch Angehörige anderer Berufsgruppen durchgeführt werden kann – einige Studien kamen etwa bei der Ernährungsberatung zu dem Ergebnis, dass der Einsatz spezialisierter Berater bzw. medizinischer Fachangestellter (MFA) ebenso effektiv war (vgl. USPSTF 2003b).

Fachliche Anforderungen

Welche Beratungsstrategien erfolgversprechend sind, um gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen zu reduzieren, ist Gegenstand aktueller Forschung. Die Frage dürfte jedoch kaum allgemeingültig zu beantworten sein, da sie stets im Kontext der individuellen Arzt-Patient-Beziehung gesehen werden muss. Dennoch können einige Merkmale effektiver Beratung herausgestellt werden, die sich in der Fachdiskussion herauskristallisiert haben.

Weitgehend akzeptiert ist heute, dass die alleinige Vermittlung kognitiven Wissens sowie Warnungen vor den Folgen riskanten Verhaltens in der Regel nicht ausreichend sind (Klemperer 2010:154-8). Nach Faltermaier (2007:1065) soll eine professionelle Gesundheitsberatung vielmehr „darauf abzielen, dass Personen im Rahmen ihrer individuellen Lebenssituation, ihrer Motive und Möglichkeiten passende Wege zur Gesundheit finden und diese in den Alltag umsetzen können“. Das erfordert eine ganzheitliche Herangehensweise, die auch die psychosoziale und subjektive Dimension in den Blick nimmt und für die Beratung nutzt. Hierfür kann es auch sinnvoll sein, den Patienten an andere Hilfsangebote wie zum Beispiel Selbsthilfegruppen zu verweisen.

Es hat sich als günstig erwiesen, die in der Regel vorhandene Ambivalenz der Adressaten der Beratung gegenüber empfohlenen Änderungen ihres Verhaltens zu berücksichtigen. Auf dieser Erkenntnis basiert auch das bereits erwähnte Modell von Prochaska und DiClemente (1982). Die Bereitschaft zur Verhaltensänderung wird hier in mehrere Phasen aufgeteilt, denen spezifische therapeutische Strategien zugeordnet sind. Das Konzept ist mittlerweile vielfach erprobt, auch für die Hausarztpraxis wurden inzwischen praktikable Anwendungsmodelle entwickelt (John et al. 2007; Sim et al. 2009).

In der ärztlichen Ausbildung spielten die Themen Prävention und Beratung bisher eine eher marginale Rolle, was Skepsis bezüglich der ärztlichen Kompetenz auf diesem Gebiet berechtigt erscheinen lässt. Haisch (2000) etwa bezweifelt, dass Hausärzte über die reine Wissensvermittlung hinaus wirksame Hilfen zur Veränderung gesundheitsschädlicher Verhaltensweisen anbieten können. Es ist aber darauf hinzuweisen, dass es sowohl in der universitären Ausbildung als auch in der ärztlichen Weiterbildung inzwischen gewisse Fortschritte gibt (vgl. Henke und Kunstmann 2006:118; Walter et al. 2007).

Präventive Beratung als berufspolitisches Thema

Die Relevanz des Themas wird auch von ärztlichen Interessenverbänden gesehen – so wurde auf dem 110. Deutschen Ärztetag (im Jahr 2007) eine Erklärung verabschiedet, die fordert, die Zu-

ständigkeiten der Ärzte im Bereich der Prävention zu erweitern. Angesprochen werden die „Einflussnahme auf krankmachende Lebens- und Arbeitsbedingungen, die Aufklärung über Krankheitsrisiken und die Beratung zu gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen“. Gleichzeitig wird auf Diskrepanzen zwischen dem wünschenswerten Engagement der Hausärzte und den strukturellen Rahmenbedingungen hingewiesen: So müsste die präventive Beratung in der Aus-, Weiter- und Fortbildung mehr berücksichtigt und in der ärztlichen Honorarstruktur stärker gewichtet werden. Außerdem müssten die wissenschaftliche Fundierung und Begleitung entsprechender Programme großzügiger gefördert werden. Ferner wird betont, dass enge Kooperationsstrukturen mit anderen Berufsgruppen und im Praxisumfeld in der Prävention besonders wichtig seien (Bundesärztekammer 2007). Es stellt sich allerdings die Frage, ob diese Positionen auch von der Breite der Hausärzteschaft mitgetragen werden.

Hausärztliche Einstellungen zu präventiver Beratung

Zu der Frage, wie die (deutschen) Hausärzte selbst ihre Rolle in der präventiven Beratung sehen, gibt es bisher nur wenige Erkenntnisse. In einer Umfrage der Bertelsmann-Stiftung (2006) sprachen sich drei Viertel der niedergelassenen Ärzte allgemein für mehr Prävention im deutschen Gesundheitswesen aus. Verhaltensänderungen wurden – vor allem in der kardiovaskulären Prävention – für wirksamer gehalten als medikamentöse Maßnahmen (z. B. Blutdruck- und Cholesterinsenker). Allerdings war ein Viertel der Ärzte auch der Meinung, die Verantwortung für die Krankheitsvorbeugung liege allein beim Patienten. Nichtärztliche Experten wurden von 10% der befragten Ärzte als verantwortlich für Primärprävention wahrgenommen. Als größte Hindernisse für mehr präventives Engagement der Ärzte wurden mangelhafte Vergütung und fehlende zeitliche Ressourcen benannt (Amhof 2006).

Es scheint also auch Hausärzte zu geben, die präventivem Engagement eher ablehnend gegenüberstehen. In der qualitativen Untersuchung von Othman et al. (2008b:284) zur GU wird dies durch die prägnante Aussage eines Befragten illustriert („Wir sind Ärzte, keine Pfarrer.“) – unklar ist, wie verbreitet diese Einstellung tatsächlich ist.

Aufgabenteilung mit anderen Berufsgruppen

Wie aus der Erklärung des 110. Ärztetages hervorgeht, gibt es auch Bestrebungen, in der Prävention verstärkt auf Kooperation mit anderen Berufsgruppen zu setzen (Bundesärztekammer 2007). Vielfältige Modelle einer solchen Zusammenarbeit sind denkbar. Eine Möglichkeit, bei der Überblick und Verantwortung für die präventive Beratung in hohem Maße beim Hausarzt ver-

bleiben, ist die Delegation konkreter Beratungsaufgaben an medizinische Fachangestellte (MFA). Zurzeit gibt es Bestrebungen, medizinische Fachangestellte neben ihren administrativen Aufgaben auch verstärkt medizinisch zu qualifizieren (Laurant et al. 2005). Zu den Tätigkeiten, für die bereits Delegationsmodelle entwickelt und erprobt wurden, gehört in Deutschland zum Beispiel die Durchführung von Hausbesuchen in Verantwortung der Hausärzte (van den Berg et al. 2009). Ausgangspunkt für solche Überlegungen ist meist ein Mangel an Hausärzten, besonders in ländlichen Gebieten, und der Wunsch, die Ärzte zu entlasten.

Die präventive Beratung wurde bei der Umstellung vom Berufsbild der Arzthelferin zur MFA im Ausbildungsrahmenplan verstärkt berücksichtigt: „Kommunikation mit Patienten und im Team, Umgang mit Störungen und Konflikten, Patientenbetreuung, -koordinierung und -beratung sowie Gesundheitsförderung und Prävention sind neue Schwerpunkte“ (Bistrup 2006). Allerdings ist bislang nicht bekannt, wie diese neuen Lernziele inhaltlich gefüllt werden, wie groß die Bereitschaft der Ärzte zu der entsprechenden Aufgabendelegation ist und in welchem Maße sie bereits praktiziert wird.

3 ZIELE UND FRAGESTELLUNGEN DER UNTERSUCHUNG

3.1 Allgemeine Zielsetzung und Themenbereiche

Die empirische Untersuchung versucht – am Beispiel Brandenburger Hausärzte - einen Einblick in das hausärztliche Handeln und Selbstverständnis im Bereich der Prävention zu geben. Es sollen Probleme und Potentiale identifiziert und Anregungen für die Weiterentwicklung der Praxis gewonnen werden. Dazu werden ausgewählte Aspekte des Themas untersucht, denen praktisch und theoretisch besondere Bedeutung zukommt. Es handelt sich zum einen um die Gesundheitsuntersuchung nach § 25 SGB V, nach Blank (2009:9) die häufigste präventive Untersuchung in der Hausarztpraxis. Zum anderen wird die präventive Beratung zu verhaltensbedingten Risikofaktoren thematisiert, die auch, aber nicht nur im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung eine Rolle spielt.

Die Untersuchung bezieht sich auf Einschätzungen und Meinungen einer möglichst repräsentativen Stichprobe von Hausärzten. Eine vergleichbare Untersuchung wurde nach aktuellem Kenntnisstand in Deutschland noch nicht durchgeführt, die wenigen Studien zu dem Thema erfolgten mit qualitativen Methoden und erhoben keinen Anspruch auf Repräsentativität.

Die befragten Ärzte können zum einen als Experten für diese Themen betrachtet werden, zum anderen ist die Kenntnis ihres Selbstverständnisses wichtig für die angemessene Weiterentwicklung präventiver Bemühungen in der hausärztlichen Praxis.

Die konkreten Fragen der Untersuchung und die im Folgenden formulierten Hypothesen wurden vor dem Hintergrund der in der Einleitung skizzierten Diskussion und Forschungsergebnisse sowie einer eigenen qualitativen Vorstudie entwickelt (vgl. dazu Kapitel 4.2.1 im Methodenteil).

3.2 Konkrete Fragen und Hypothesen

3.2.1 Fragen und Hypothesen zur Gesundheitsuntersuchung

Im ersten Teil der Untersuchung geht es um die Häufigkeit der Gesundheitsuntersuchung (GU) in der hausärztlichen Praxis, um die Art ihrer Durchführung und um ihre Bewertung durch die befragten Hausärzte. Konkret interessieren folgende Fragen und Hypothesen:

1. Wie häufig und wie konsequent wird die GU durchgeführt? *Hypothese:* Die Anspruchsberechtigten werden von Arzt zu Arzt unterschiedlich häufig und insgesamt wenig konsequent in das Programm einbezogen.

2. Lassen sich ärztlicherseits Faktoren identifizieren, die Einfluss auf die Häufigkeit der Durchführung haben? *Hypothese:* Die Unterschiede zwischen den Ärzten in der Häufigkeit der GU hängen auch mit einer unterschiedlichen Bewertung des Nutzens zusammen.
3. Inwieweit wird die Früherkennung im Rahmen der GU über die offiziellen Richtlinien hinaus erweitert? *Hypothese:* Das diagnostische Spektrum wird von den meisten Ärzten erweitert und individuell modifiziert.
4. Welche präventiven und sonstigen Funktionen erfüllt aus der Sicht der Hausärzte die GU in ihrer Praxis? *Hypothesen:* (a) Die Beratung zu verhaltensbezogenen Risikofaktoren spielt im Rahmen der GU eine eher untergeordnete Rolle. (b) Neben präventiv-ergebnisbezogenen spielen auch prozessbezogene Funktionen eine Rolle (z. B. Vertiefung der Arzt-Patient-Beziehung, Strukturierung der Betreuung).
5. Wie wird die GU von den Hausärzten insgesamt bewertet? Welche Kritik und Verbesserungsvorschläge am Programm werden geäußert? *Hypothese:* Die GU wird von den meisten Hausärzten als wenig effektiv angesehen. Besonders die Früherkennung im Rahmen der GU wird als unzureichend wahrgenommen.
6. Wird die hausärztliche Zuständigkeit für standardisierte bevölkerungsbezogene Präventionsprogramme als sinnvoll erachtet? *Hypothese:* Die Durchführung derartiger Programme wird von den Hausärzten selbst in der Regel nicht als ihre Aufgabe betrachtet.

3.2.2 Fragen und Hypothesen zur präventiven Beratung

Im zweiten Teil der Untersuchung interessiert das präventive Selbstverständnis der Hausärzte bei der Beratung zu verhaltensbedingten Gesundheitsrisiken, auch über die spezielle Beratungsleistung im Rahmen der GU hinaus. Es soll geklärt werden, inwieweit sie bereit sind, sich in diesem Aufgabenbereich zu engagieren, und inwieweit ihnen dies unter den gegebenen Bedingungen möglich erscheint. Dabei wird auch auf das Verständnis der eigenen Rolle im Gesamtsystem gesundheitlicher Prävention und auf das Problem der Abgrenzung zu anderen (nichtärztlichen) Akteuren der Gesundheitsberatung und Gesundheitsförderung eingegangen. Konkret geht es um folgende Fragen und Hypothesen:

1. Inwieweit sind die Hausärzte bereit, sich in der präventiven Beratung zu lebensstilbedingten Gesundheitsrisiken zu engagieren? *Hypothese:* Die Bereitschaft beschränkt sich meist auf reine Informationsvermittlung.

2. Inwieweit fühlen sich die Hausärzte auf diesem Gebiet kompetent? *Hypothese:* Die meisten Hausärzte fühlen sich für diese Aufgabe nicht hinreichend vorbereitet.
3. Wie werden die zeitlichen Ressourcen für eine solche Beratung beurteilt? *Hypothese:* Die zeitlichen Ressourcen werden in der Regel als ungenügend eingeschätzt.
4. Halten die Ärzte eine Delegation präventiver Beratungsaufgaben an medizinische Fachangestellte für sinnvoll? Wird eine solche Delegation bereits praktiziert? *Hypothesen:* (a) Die Vermittlung von Kenntnissen und Fähigkeiten zur gesundheitsgerechten Alltagsbewältigung (vor allem bezüglich Ernährung und Bewegung) wird bereitwilliger delegiert als die Beratung bei intimen persönlichen Problemen der Patienten. (b) Die Bereitschaft zur Delegation ist auch von der Größe der Praxis und der damit verbundenen Arbeitsbelastung des Hausarztes abhängig.
5. Wird Gesundheitsförderung von den Hausärzten als primär medizinische Aufgabe betrachtet, für die vorrangig die Ärzteschaft verantwortlich sein soll, oder als eine Aufgabe, die eher in die Zuständigkeit nichtmedizinischer Gesundheitsexperten gehört? *Hypothese:* Angesichts der vielfältigen Aufgaben, die von den Hausärzten bereits in der kurativen und präventiven Medizin wahrzunehmen sind, ist deren Bereitschaft zur Übernahme verantwortlicher Funktionen in der Gesundheitsförderung meist eher gering.

4 METHODEN

4.1 Stichprobe

Für die Untersuchung wurde ein lokaler Rahmen gewählt (Brandenburg) und eine möglichst repräsentative Befragung der dort tätigen Hausärzte angestrebt. Von einer Vollerhebung wurde abgesehen, um eine intensive Betreuung der angeschriebenen Hausärzte (telefonische Erinnerung) gewährleisten zu können. Es wurde entschieden, die Hälfte der Brandenburger Hausärzte anzuschreiben.

Als Grundlage für die Erhebung wurde eine Liste der Hausärzte auf der Internetseite der KV Brandenburg (KVBB) verwendet (KVBB 2009). Die Liste umfasste 1620 Hausärzte. Laut telefonischer Auskunft der KVBB war eine kleine Minderheit der Hausärzte auf eigenen Wunsch nicht im Internetverzeichnis aufgeführt. Die Gründe für diese Weigerung und die genaue Zahl der nicht aufgeführten Hausärzte waren jedoch nicht eruierbar.

Aus der Liste der KVBB wurden per SPSS-Zufallsauswahl etwa 50% der Ärzte ausgewählt (n=841). Nach Streichung der rein pädiatrisch tätigen Ärzte wurden schließlich 748 Hausärzte im März 2009 postalisch angeschrieben.

Die Mehrzahl der angeschriebenen Ärzte sind Frauen (58%). 63% der Angeschriebenen sind Fachärzte für Allgemeinmedizin, 23% Fachärzte für Innere Medizin und 14% Praktische Ärzte. 14% von ihnen arbeiten in einer Großstadt (über 100.000 Einwohner, das heißt Potsdam oder Cottbus) (s. Tabelle 1).

4.2 Erhebungsinstrument

Die Befragung hatte zum Ziel, ein breites Meinungsbild der Hausärzteschaft einzuholen. Zu diesem Zweck wurde ein Fragebogen entwickelt, der in der Regel standardisierte Antwortmöglichkeiten enthielt (Ja-Nein-Fragen, Eingruppierungsfragen, skalierte Fragen). An einigen Stellen wurde den Befragten jedoch auch Gelegenheit zur Formulierung eigener Antworten gegeben.

Inhaltlich befasst sich der erste Teil des Fragebogens mit der Gesundheitsuntersuchung, der zweite Teil mit präventiver Beratung. In einem dritten Abschnitt wurden Angaben zu Person und Praxis erfragt.

Der verwendete Fragebogen ist im Anhang abgedruckt. Die vorgesehene Bearbeitungszeit betrug zehn Minuten.

4.2.1 Entwicklung des Fragebogens

Qualitative Vorarbeiten

Bei der Entwicklung der Fragen wurden, wie in Kapitel 3.1 bereits erwähnt, neben der Literaturrecherche auch Ergebnisse einer eigenen qualitativen Analyse von Interviews berücksichtigt, die im Vorfeld mit 15 Berliner und Brandenburger Hausärzten geführt worden waren. Die leitfadengestützten Interviews entstanden im Rahmen eines Forschungsprojekts des Instituts für Allgemeinmedizin der Berliner Charité, das sich unter dem Titel „Präventives Selbst“ vor allem mit Fragen der Adipositasprävention befasste. In den Interviews ging es zum einen um Inhalte und Nutzen der GU – die Ergebnisse dieses Teils wurden bei der Entwicklung des Fragebogens berücksichtigt. Zum anderen ging es um Fragen des ärztlichen Umgangs mit adipösen Patienten (dieser Teil wurde gesondert ausgewertet). Die Interviews wurden zwischen dem 11. 10. 2007 und dem 30. 11. 2007 von Mitarbeitern des Instituts für Allgemeinmedizin geführt. Anschließend erfolgte eine Transkription der Gespräche und eine qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2003) zu ausgewählten Fragen. So wurden beispielsweise für die Nutzenbewertung der GU mehrere Kategorien identifiziert, die in die Erstellung des Fragebogens einfließen (Regus et al. 2008). Außerdem wurde aus den Gesprächen deutlich, dass die GU von den befragten Ärzten häufig mit weiteren Untersuchungen zur Früherkennung verknüpft wird, und um welche Untersuchungen es sich hierbei konkret handelt. Davon ausgehend wurde dann im Fragebogen gezielt nach diesen Zusatzuntersuchungen gefragt. Die Interviews wurden bisher jedoch nicht vollständig, sondern nur selektiv ausgewertet und vor allem als Ideenquelle für die Erstellung des Fragebogens der vorliegenden Untersuchung genutzt.

Anknüpfungspunkte für die Gestaltung der Fragen zur präventiven Beratung

Als Anregung für die formale und inhaltliche Gestaltung der Fragen zur präventiven Beratung im zweiten Teil des Fragebogens dienten insbesondere ausländische Veröffentlichungen von Hausärztebefragungen. So sind einige Items der Frage 8 (zum hausärztlichen Selbstverständnis in der präventiven Beratung) an eine Befragung US-amerikanischer Hausärzte von Wechsler et al. (1996) angelehnt. Die Frage 9 zur Einschätzung der eigenen Kompetenz in der präventiven Beratung orientiert sich an einer Befragung britischer Hausärzte (McAvoy et al. 1999).

Diskussion des Fragebogens und Pretest

Der Fragebogen wurde mit Mitarbeitern der Institute für Allgemeinmedizin der Charité und der Universität Düsseldorf, des Fachbereichs Soziologie der Universität Siegen und des Landesinstituts für Gesundheit und Soziales Nordrhein-Westfalen diskutiert.

Auf der Grundlage der Ergebnisse eines Pretests mit acht Berliner Hausärzten wurde der Fragebogen nochmals modifiziert. Dabei ging es insbesondere um die Verständlichkeit der Fragestellungen und Trennschärfe der Antwortmöglichkeiten.

4.2.2 Inhalte des Fragebogens

Fragen zur Gesundheitsuntersuchung (Fragen 1-7)

Um die Häufigkeit und Regelmäßigkeit der GU-Durchführung zu erfassen, wurden Schätzwerte zu folgenden Items erfasst: Absolute Häufigkeit der Durchführung; Anteil anspruchsberechtigter Patienten, bei denen bereits mindestens eine GU durchgeführt wurde; Anteil der Anspruchsberechtigten, bei denen regelmäßig alle zwei Jahre eine GU durchgeführt wird (Antwortmöglichkeiten jeweils: unter 10%, 10-30%, 31-50%, 51-70%, 71-90%, über 90%).

Um individuelle Erweiterungen des diagnostischen Spektrums zu erfassen, wurden erfragt: Verknüpfung der GU mit HDL-, LDL-, TSH-Bestimmung, kleinem Blutbild, Ruhe-EKG, Kreatinin-Bestimmung, Bestimmung von GOT und / oder GPT (Antwortmöglichkeiten jeweils: „praktisch immer“, „häufig = Mehrzahl der Fälle“, „weniger häufig = nicht Mehrzahl der Fälle“, „nie“). Außerdem wurde gefragt, ob zusätzliche Untersuchungen vom Patienten selbst zu zahlen sind (Antwortmöglichkeiten: „ja“, „nein“, „teils / teils“).

Um die Verknüpfung mit Maßnahmen der Malignom-Früherkennung zu erfassen, wurde nach Hämoccult-Test, Hautkrebs-Vorsorge, DRU und PSA-Bestimmung gefragt (Antwortmöglichkeiten: „wird möglichst regelmäßig mit dem Check Up verknüpft“; „wird eher unabhängig vom Check Up durchgeführt“; „ich führe diese Untersuchung grundsätzlich nicht durch“).

Die Hausärzte wurden außerdem gebeten, den Nutzen der GU (in der von ihnen eingesetzten Form) in folgenden Bereichen einzuschätzen: Früherkennung chronischer Erkrankungen, Erkennung gesundheitlicher Risikofaktoren, Beratung über individuelle gesundheitliche Risikofaktoren des Patienten, Veränderung gesundheitsschädlicher Verhaltensweisen, Entlastung von Patienten bei bestehenden Gesundheitssorgen, Vertiefung des Arzt-Patient-Betreuungsverhältnisses, Kontinuität der Patientenbetreuung, Auseinandersetzung mit psychosozialen Problemen des Pa-

tienten, wirtschaftliche Vorteile für die Praxis (Antwortmöglichkeiten: „hoch“, „eher hoch“, „eher gering“, „gering“, „kann ich nicht beurteilen“). Außerdem konnten als offene Antwort weitere Funktionen der GU benannt werden.

Die Ärzte sollten zusätzlich eine Gesamtbeurteilung der GU in ihrer derzeit von den Krankenkassen vorgesehenen Form abgeben (Antwortmöglichkeiten: „sehr sinnvoll“, „eher sinnvoll“, „eher nicht sinnvoll“, „nicht sinnvoll“, „kann ich nicht beurteilen“). Außerdem wurden sie aufgefordert, konkrete Kritikpunkte oder Verbesserungsvorschläge zu formulieren (offene Antwortmöglichkeit).

Schließlich wurden die Ärzte gefragt, ob sie die Durchführung standardisierter Präventionsprogramme, die, wie die GU, in erster Linie bevölkerungsmedizinische Ziele verfolgen, überhaupt zu den hausärztlichen Aufgaben zählen (Antwortmöglichkeiten: „Programme wie der Check Up 35 sind mit ihrer bevölkerungsmedizinischen Zielsetzung durchaus eine hausärztliche Aufgabe und sollten auch nur von Hausärzten durchgeführt werden“, „Die Beteiligung von Hausärzten an solchen Programmen ist richtig, es sollten aber auch noch Angebote von anderer Seite gemacht werden (z. B. Gesundheitsämtern, Arbeitsmedizinern etc.)“, „Präventionsprogramme mit primär bevölkerungsmedizinischer Zielsetzung sind keine Aufgabe von Hausärzten und sollten daher von anderen Stellen durchgeführt werden“, „Auf solche Programme kann meines Erachtens insgesamt verzichtet werden“).

Fragen zur präventiven Beratung (Fragen 8-12)

Zur Untersuchung des hausärztlichen Selbstverständnisses in der präventiven Beratung wurden die Ärzte um eine Einschätzung gebeten, ob die folgenden Beratungsinhalte ein wichtiger Teil ihres hausärztlichen Selbstverständnisses sind: Empfehlungen für eine gesundheitsgerechtere Lebensweise geben; Motivierung des Patienten zur Umsetzung dieser Empfehlungen; Überprüfung der Umsetzung der Empfehlungen; Beratung bei Problemen der Umsetzung im Alltag; Beratung von Angehörigen zur Unterstützung der Umsetzung im Alltag; Information über präventive / gesundheitsförderliche Angebote anderer Stellen (z. B. Ernährungsberatung, Nichtraucher-kurse, Stressmanagement, psychosoziale Beratung etc.); Motivierung zur Inanspruchnahme derartiger Angebote; Beratung bei gesundheitlich belastenden sozialen Problemen; Klärung und Verbesserung körperlicher Gesundheitsressourcen (z. B. allgemeine Leistungsfähigkeit, Körperwahrnehmung etc.); Klärung und Verbesserung psychischer Gesundheitsressourcen (z. B. Selbstwertgefühl, psychische Stabilität etc.); Klärung und Verbesserung sozialer Gesundheitsres-

sources (z. B. gesundheitsförderliches Netzwerk etc.). Die jeweiligen Antwortmöglichkeiten waren: „eindeutig ja“, „eher ja“, „eher nein“, „eindeutig nein“, „bin mir nicht sicher“.

Die Ärzte wurden dann um eine Einschätzung gebeten, ob sie sich gut vorbereitet fühlen, bei Vorliegen verschiedener gesundheitlich riskanter Verhaltensweisen den Patienten zu beraten. Konkret wurde dabei auf Rauchverhalten, Alkoholkonsum, Stress, körperlicher Bewegung, Ernährungsverhalten und Sexualität Bezug genommen (Antwortmöglichkeiten: „sehr gut“, „gut“, „eher gut“, „eher schlecht“, „schlecht“, „sehr schlecht“).

Außerdem wurde gefragt, ob man den Eindruck habe, bei der Beratung in diesen Bereichen den Patienten in der Regel zeitlich gerecht werden zu können (Antwortmöglichkeiten: „ja“, „eher ja“, „eher nein“, „nein“, „weiß nicht / kann ich nicht beurteilen“).

Des Weiteren sollten die Ärzte zu der Frage einer Delegation präventiver Beratung an medizinische Fachangestellte Stellung nehmen (ebenfalls differenziert nach Rauchverhalten, Alkoholkonsum, Stress, körperliche Bewegung, Ernährungsverhalten, Sexualität; Antwortmöglichkeiten: „eindeutig sinnvoll“, „eher sinnvoll“, „eher nicht sinnvoll“, „nicht sinnvoll“, „kann ich nicht beurteilen“). Sie sollten auch angeben, ob sie in diesen Bereichen eine solche Delegation bereits praktizieren.

Schließlich wurde gefragt, ob man es befürworten würde, die Gesundheitsförderung (Förderung gesundheitsrelevanter Ressourcen, Verbesserung des Gesundheitsverhaltens etc.) vorrangig in die Zuständigkeit nichtmedizinischer Gesundheitsexperten (Pädagogen, Psychologen, Sozialwissenschaftler etc.) zu legen (Antwortmöglichkeiten: „Das halte ich für richtig“, „Das halte ich für falsch, die Zuständigkeit sollte vorrangig bei der Ärzteschaft bzw. medizinischen Fachangestellten liegen“, „Kann ich nicht beurteilen“, „Keine dieser Möglichkeiten trifft auf mich zu. Ich bin vielmehr folgender Meinung“, mit Möglichkeit eines freien Kommentars).

Angaben zu Person und Praxis

Gefragt wurde hier nach Geschlecht, Alter, Facharztbezeichnung, Jahr der Niederlassung, Zeitpunkt des Abschlusses des Medizinstudiums (Antwortmöglichkeiten: „vor / nach der Wiedervereinigung“), falls vor der Wiedervereinigung: Ort des Abschlusses des Medizinstudiums (Antwortmöglichkeiten: „DDR“, „BRD“, „sonstiges Land“, mit Möglichkeit der freien Nennung), Praxisform (Antwortmöglichkeiten: „Einzelpraxis“, „Praxisgemeinschaft“, „Gemeinschaftspraxis“, „MVZ“ [Medizinisches Versorgungszentrum]), Anzahl medizinischer Fachangestellter („1“, „2“, „3“, „4 und mehr“), durchschnittlicher Anzahl abgerechneter Krankenscheine pro

Quartal („unter 400“, „400-599“, und dann Erfassung in Schritten von 200 Scheinen), Ort der Praxis (Antwortmöglichkeiten: „Auf dem Lande“, „Landstadt unter 5.000 Ew.“, „Kleinstadt 5.000-20.000 Ew.“, „Mittelstadt 20.000-100.000 Ew.“, „Großstadt über 100.000 Ew.“), geschätzte durchschnittliche soziale Lage der Klientel im Vergleich zur Gesamtbevölkerung (Antwortmöglichkeiten: „überdurchschnittlich gut“, „etwa durchschnittlich gut“, „unterdurchschnittlich gut“).

4.3 Ablauf der Befragung

Im März 2009 wurden die Fragebögen über das Institut für Allgemeinmedizin der Berliner Charité an die Hausärzte verschickt. Dem namentlichen Anschreiben mit Erläuterung der Studienziele lag eine frankierte, rückadressierte Postkarte bei. Diese konnte, mit dem Praxisstempel versehen, getrennt vom Fragebogen zurückgeschickt werden. Dies ermöglichte einen personalisierten Überblick über den Rücklauf, ohne die Anonymität der Befragten aufzuheben. Nach Ablauf der Antwortfrist von zwei Wochen wurden alle Ärzte, die nicht durch Rücksendung der Postkarte ihre Teilnahme dokumentiert oder eine Teilnahme abgelehnt hatten, noch einmal telefonisch um Rücksendung der Fragebögen gebeten.

Die zurückgesandten ausgefüllten Fragebögen wurden fortlaufend nummeriert und damit jedem Fragebogen eine Identifikationsnummer zugewiesen.

4.4 Auswertung

4.4.1 Statistische Auswertung

Die statistische Auswertung der mit dem Fragebogen erhobenen Daten erfolgte mit dem Statistikprogramm PASW (Version 18.0).

Deskriptive Statistik

Im Rahmen der deskriptiven Statistik wurden nominale Variablen als absolute und relative Häufigkeiten angegeben. Für stetige Variablen wurden Median und arithmetischer Mittelwert sowie Interquartilsrange (IQR) und Standardabweichung (SD) berechnet, um die Verteilung zu beschreiben.

Gruppenvergleiche

Um mögliche Unterschiede zwischen den antwortenden Ärzten und der Gesamtstichprobe aufzudecken, wurde eine Non-Responder-Analyse mittels Chi-Quadrat-Tests bezogen auf alle vorhandenen soziodemographischen Charakteristika durchgeführt.

Außerdem wurde untersucht, bei welchen Untergruppen von Hausärzten zusätzliche Untersuchungen zur Früherkennung im Rahmen der GU häufiger von den Patienten (zumindest teilweise) gezahlt werden müssen (Antwortmöglichkeiten „ja“, „teils / teils“), und bei welchen dies häufiger nicht der Fall ist (Antwortmöglichkeit „nein“). Diesbezüglich wurden Gruppenvergleiche zwischen männlichen und weiblichen sowie älteren (≥ 55 Jahre) und jüngeren (< 55 Jahre) Ärzten, Ärzten die auf dem Lande oder in einer Landstadt praktizieren (im Folgenden „Landärzte“ genannt) und Ärzten, die in einer Klein-, Mittel- oder Großstadt praktizieren (im Folgenden „Stadtärzte“ genannt), Ärzten in Einzelpraxis und Ärzten in kooperativen Praxisformen (Gemeinschaftspraxis, Praxisgemeinschaft, MVZ) sowie zwischen Ärzten mit mehr (mindestens 1000) und weniger (unter 1000) abgerechneten Krankenscheinen pro Quartal durchgeführt. Außerdem wurde untersucht, ob Ärzte, die die soziale Lage ihrer Klientel unterdurchschnittlich einschätzen, häufiger auf eine Bezahlung von Zusatzuntersuchungen durch den Patienten verzichten als ihre Kollegen, die die soziale Lage ihrer Klientel durchschnittlich oder überdurchschnittlich einschätzen.

Weitere Gruppenvergleiche stellten die globale sowie die funktional differenzierte Nutzenbewertung der GU von männlichen und weiblichen, älteren und jüngeren, Stadt- und Landärzten, Ärzten in Einzelpraxis und kooperativen Praxisformen sowie Ärzten mit mehr und weniger abgerechneten Krankenscheinen pro Quartal gegenüber.

Außerdem wurden zur Frage des hausärztlichen Aufgabenverständnisses in der präventiven Beratung (Frage 8 des Fragebogens) und der Beratungskompetenz in präventiv bedeutsamen Bereichen (Frage 9 des Fragebogens) Gruppenvergleiche zwischen Männern und Frauen, älteren und jüngeren Ärzten, Stadt- und Landärzten sowie Ärzten mit Studienabschluss in der BRD und in der DDR durchgeführt.

Zu den Fragen nach der Bewertung einer Delegation präventiver Beratung an medizinische Fachangestellte sowie nach einer tatsächlich praktizierten Delegation von Beratungsaufgaben (Frage 11 des Fragebogens) wurden Gruppenvergleiche zwischen männlichen und weiblichen, älteren und jüngeren, Stadt- und Landärzten, Ärzten mit mehr und weniger abgerechneten Krankenscheinen pro Quartal, Ärzten in Einzelpraxis und kooperativen Praxisformen sowie Ärzten

mit mehr (ab drei) und weniger (bis zwei) medizinischen Fachangestellten durchgeführt. Des Weiteren wurde für die abgefragten Beratungsthemen jeweils geprüft, ob eine hohe Delegationsbereitschaft mit einer niedrigen Einschätzung der eigenen Beratungskompetenz einhergeht.

Bei allen Gruppenvergleichen hinsichtlich nominaler Variablen wurde jeweils der Chi-Quadrat-Test angewendet. Hierzu wurden Antworten mit gleicher Tendenz zusammengefasst (eindeutig ja / eher ja vs. eindeutig nein / eher nein; sehr gut / gut eher gut vs. sehr schlecht / schlecht / eher schlecht; etc.). P-Werte kleiner als 0,05 wurden als statistisch signifikant gewertet.

Logistische Regressionsanalysen

Um mögliche Einflussfaktoren auf die Häufigkeit der GU-Durchführung aufzudecken, wurden logistische Regressionsanalysen durchgeführt. Als Zielgröße wurde die Anzahl der durchgeführten Gesundheitsuntersuchungen pro Quartal anhand des Medians dichotomisiert und als „hoch“ und „niedrig“ klassifiziert. Als Einflussgrößen wurden Ärzte- und Praxischarakteristika berücksichtigt (Übersicht siehe Kapitel 5.2.1, Tabelle 2). Die Ergebnisse werden in Form von Odds Ratios (OR) als Maß der Assoziation und 95% Konfidenzintervallen (KI) als Maß der Stabilität dargestellt.

4.4.2 Auswertung offener Fragen

Bezüglich der Antworten auf offene Fragen wurden nach den Prinzipien der grounded theory induktiv Kategorien gebildet (Mayring 2003:42-99) und in Form von drei Codebäumen dargestellt (vergleiche die Abbildungen auf den Seiten 55, 57 und 63). Es wurde eine inhaltliche Strukturierung vorgenommen. Dabei wurden zunächst von zwei Untersuchern unabhängig voneinander Kategorien gebildet. Danach wurde das Kategoriensystem diskutiert und vereinheitlicht. Im nächsten Schritt wurden die Äußerungen von den gleichen Untersuchern (wiederum unabhängig voneinander) kategorisiert. Die Übereinstimmungsraten lagen für Codebaum 1 bei 78%, für Codebaum 2 bei 85% und für Codebaum 3 bei 92%. Über diejenigen Äußerungen, bei denen keine Übereinstimmung vorlag, wurde in einer anschließenden Diskussion eine argumentative Einigung erzielt. Ein dritter Untersucher, der nicht an der Formulierung der Kategorien beteiligt gewesen war, kategorisierte die Äußerungen noch einmal, wobei die Übereinstimmung mit dem Ergebnis der beiden ersten Untersucher bei 82% (Codebaum 1), 82% (Codebaum 2) bzw. 88% (Codebaum 3) lag. Auch in diesem Schritt wurde in einer anschließenden Diskussion eine argumentative Einigung über unterschiedlich zugeordnete Äußerungen erzielt.

5 ERGEBNISSE

5.1 Rücklauf der Fragebögen und Responder-Merkmale

5.1.1 Rücklauf

Von den verschickten Fragebögen (n=748) wurden 37% (n=274) ausgefüllt.

5.1.2 Vergleich zwischen Respondern und Nonrespondern

Vergleiche zwischen antwortenden und nicht-antwortenden Ärzten waren in Bezug auf Geschlecht, Facharztbezeichnung und Praxisort möglich (siehe auch Tabelle 1). Unter den Antwortenden überwiegt mit 55% die Gruppe der Ärztinnen (n=149). Dieser Anteil liegt geringfügig unter dem weiblichen Anteil an der Gesamt-Stichprobe (58%). Der Unterschied ist statistisch nicht signifikant (p: 0,118). Hierbei - und bei allen folgenden Fragen - beziehen sich Prozentangaben jeweils nur auf die gültigen Antworten.

Bei den Gebietsbezeichnungen der Antwortenden überwiegen mit 71% deutlich die Fachärzte für Allgemeinmedizin (n=194), gefolgt von 19% hausärztlich tätigen Fachärzten für Innere Medizin (n=50) und 10% Praktischen Ärzten (n=28). Teilweise verfügen sie über zusätzliche Gebietsbezeichnungen; hierunter ist die Arbeitsmedizin am häufigsten genannt (n=7). Unter den Antwortenden ist der Anteil der Fachärzte für Allgemeinmedizin größer, der Anteil der Fachärzte für Innere Medizin und der Praktischen Ärzte kleiner als in der Gruppe der primär angeschriebenen Ärzte (p<0,001).

Die größte Gruppe der Antwortenden arbeitet in einer Kleinstadt (35%, n=96), gefolgt von Ärzten, deren Praxis sich auf dem Land (25%, n=71), in einer Mittelstadt (18%, n=50), in einer Großstadt (11%, n=31) und in einer Landstadt (9%, n=24) befindet. Bei den Großstädten (über 100.000 Einwohner) handelt es sich um Potsdam und Cottbus. Für die Gesamtstichprobe war aus dem Internetverzeichnis der KV zu ersehen, ob die Praxen in einer der Großstädte liegen, oder in einem weniger urbanen Umfeld. In Großstädten praktizierende Ärzte finden sich unter den Antwortenden geringfügig seltener als in der Gesamtstichprobe (11% vs. 14%). Dieser Unterschied ist statistisch nicht signifikant (p: 0,120).

	Responder (n = 274)	Gesamtstichprobe (n = 748)	p-Wert aus Chi- Quadrat-Test
Geschlecht			
weiblich	149 (55%)	434 (58%)	0,118
Praxisort			
Großstadt	31 (11%)	105 (14%)	0,120
Mittelstadt, Kleinstadt, Land	243 (89%)	643 (86%)	
Facharztbezeichnung			
Allgemeinmedizin	194 (71%)	471 (63%)	<0,001
Innere Medizin	50 (19%)	172 (23%)	
Praktischer Arzt	28 (10%)	105 (14%)	

Tab. 1: Verteilung von Geschlecht, Facharztbezeichnung und Praxisort bei Respondern und Gesamtgruppe

5.1.3 Weitere Responder-Merkmale

Zu Alter der Ärzte, Zahl der von ihnen pro Quartal abgerechneten Krankenscheine, Jahr ihrer Niederlassung, Ort und Jahr des Abschlusses ihrer Ausbildung, Art der Praxis (Einzel-, Gemeinschaftspraxis etc.), Anzahl der für sie tätigen MFA und durchschnittlicher sozialer Lage der Klientel (nach Einschätzung des Arztes) liegen ausschließlich die Angaben der Antwortenden vor, so dass ein Vergleich zwischen Respondern und Nonrespondern nicht möglich war.

Altersstruktur

Das Alter der Befragten beträgt 35 – 78 Jahre. Der Altersdurchschnitt liegt bei 54 Jahren (SD 9,506), der Median ebenfalls bei 54 Jahren (IQR 47-61).

Zahl der abgerechneten Krankenscheine pro Quartal

Die Zahl der abgerechneten Krankenscheine pro Quartal variiert, wie aus Abbildung 1 zu ersehen ist, deutlich zwischen den Ärzten; die größte Gruppe gibt die Antwortmöglichkeit 1.000 bis 1.199 an.

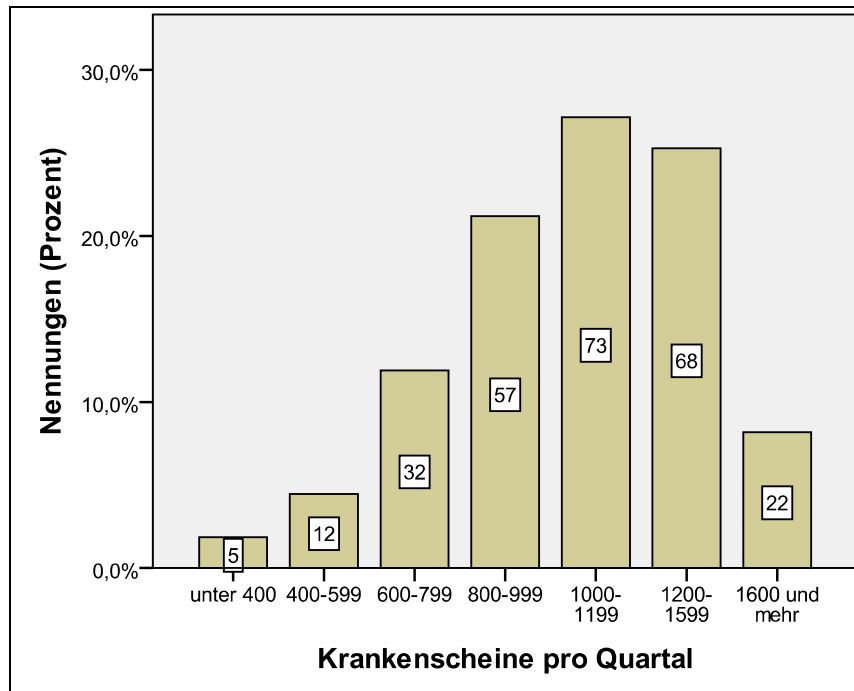


Abb. 1: Anzahl der durchschnittlich pro Quartal und Arzt (n=269) im Jahr 2008 abgerechneten Krankenscheine (absolute und relative Häufigkeiten)

Praxisform

72% der antwortenden Ärzte (n=196) sind in Einzelpraxen niedergelassen, 14% (n=37) arbeiten in einer Gemeinschaftspraxis, 10% (n=26) in einer Praxisgemeinschaft, 5% (n=13) sind in einem MVZ tätig (n gesamt = 272).

Jahr der Niederlassung

62% der Niederlassungen erfolgten in den Jahren 1990-1993 (n=167). Der Median liegt im Jahr 1991, in dem auch die meisten Niederlassungen stattfanden (n=86). In den Jahren vor 1990 ließen sich 6% der antwortenden Ärzte nieder (n=15). 33% der Niederlassungen datieren aus den Jahren nach 1993 (n=86; n gesamt = 268).

Zeitpunkt und Land des Studienabschlusses

75% der Ärzte haben ihr Studium vor der Wiedervereinigung in der DDR abgeschlossen (n=200). 24% (n=64) haben es in der BRD abgeschlossen (darunter 5%, n=13 vor der Wiedervereinigung und 19%, n=51 nach der Wiedervereinigung). 1% der Ärzte (n=4) erwarben ihren Studienabschluss in anderen Ländern (n gesamt = 268).

Durchschnittliche soziale Lage der Patienten

Die soziale Lage ihrer Patienten schätzt die Mehrheit der Ärzte im Vergleich mit der Gesamtbevölkerung etwa durchschnittlich ein (61%, n=164). Bei den vermuteten Abweichungen vom Durchschnitt überwiegen negative gegenüber positiven Einschätzungen (siehe Abbildung 2).

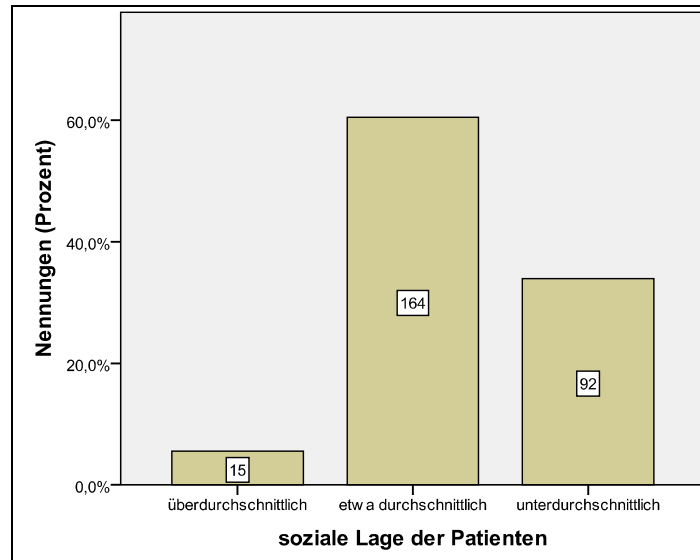


Abb. 2: Geschätzte durchschnittliche soziale Lage der Patienten, im Vergleich zur Gesamtbevölkerung (absolute und relative Häufigkeiten; n=271)

Anzahl medizinischer Fachangestellter

Die mit 47% größte Gruppe der antwortenden Ärzte arbeitet mit zwei MFA zusammen (n=125, zur weiteren Verteilung siehe Abbildung 3).

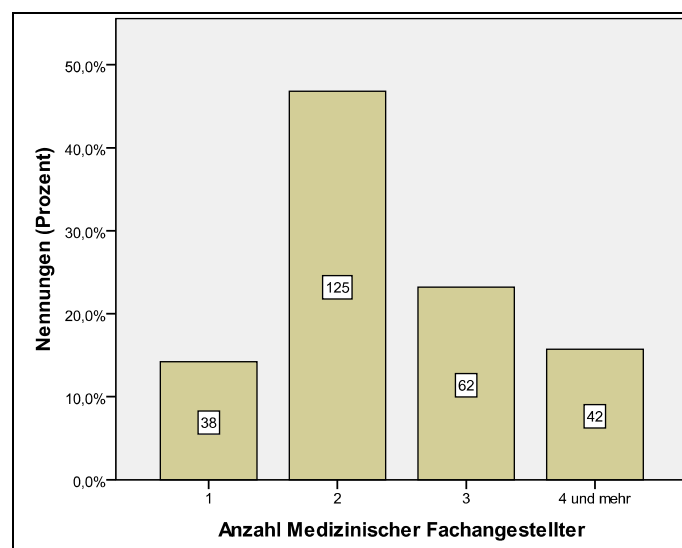


Abb. 3: Anzahl der für die Befragten (n=267) tätigen medizinischen Fachangestellten (absolute und relative Häufigkeiten)

5.2 Aussagen zur Gesundheitsuntersuchung

5.2.1 Häufigkeit der Durchführung

Absolute Häufigkeitsangaben

272 der befragten 274 Hausärzte geben an, die GU im Jahr 2008 durchgeführt zu haben. Pro Quartal wurde die Untersuchung im Mittel schätzungsweise 54-mal durchgeführt (SD 49,3), der Median lag bei 40 (IQR 20-80) (siehe Abbildung 4). Auffällig erscheinen vereinzelt sehr hohe Schätzungen (bis zu 350), die aber auch auf ein falsches Verständnis der Fragestellung zurückzuführen sein könnten.

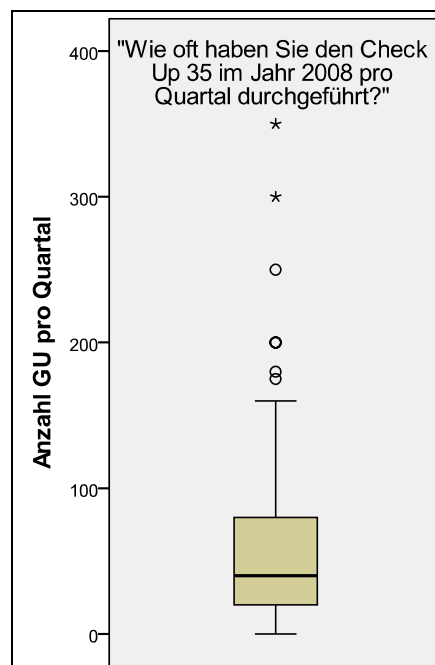


Abb. 4: Geschätzte Häufigkeit der GU pro Quartal, bezogen auf das Jahr 2008 (n=274)

Einflussfaktoren auf die Frequenz

Bei der Analyse potentieller Einflussfaktoren auf die Häufigkeit der GU-Durchführung mittels logistischer Regression wird erwartungsgemäß ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Anzahl der Krankenscheine pro Quartal und der GU-Häufigkeit erkennbar (siehe Tabelle 2): Ärzte mit vielen Krankenscheinen im Quartal führen im Durchschnitt auch mehr Gesundheitsuntersuchungen durch. Die Analyse weiterer möglicher Einflussfaktoren wurde daher auch adjustiert für die Zahl der Krankenscheine durchgeführt. Hierbei zeigt sich, dass jüngeres Alter (< 55

Jahre) mit häufigerer GU-Durchführung assoziiert ist. Höhere Zufriedenheit mit dem GU-Standardprogramm ist ebenfalls assoziiert mit häufigerer Durchführung. Außerdem führen Ärzte mit drei oder mehr MFA häufiger die GU durch als ihre Kollegen mit nur zwei oder weniger MFA. Bei den restlichen Variablen zeigen sich keine signifikanten Assoziationen (eine Übersicht über alle Ergebnisse der logistischen Regressionsanalyse findet sich in Tabelle 2).

Einflussfaktoren	Odds Ratio	95% Konfidenzintervall
Praxis		
Anzahl der Krankenscheine		
hoch vs. niedrig	1,61	1,32 – 1,97
Art der Praxis		
Praxisgemeinschaft, Gemeinschaftspraxis, MVZ vs. Einzelpraxis	1,04	0,61 – 1,77
	adjustiert:	1,01
		0,57 – 1,78
Ort der Praxis		
Klein-, Mittel- Großstadt vs. Land, Landstadt	0,90	0,55 – 1,48
	adjustiert:	0,92
		0,54 – 1,55
Zahl der medizinischen Fachangestellten		
3 und mehr vs. 1 bis 2	2,25	1,36 – 3,72
	adjustiert:	1,50
		1,22 – 1,84
Arzt		
Geschlecht		
weiblich vs. männlich	0,81	0,50 – 1,31
	adjustiert:	0,87
		0,53 – 1,44
Alter		
jung vs. alt	1,76	1,09 – 2,86
	adjustiert:	1,88
		1,13 – 3,14
Land des Studienabschlusses		
DDR vs. BRD	0,975	0,56 – 1,71
	adjustiert:	1,28
		0,69 – 2,35
Zufriedenheit mit GU-Standard		
(eher) niedrig vs. (eher) hoch	0,66	0,41 – 1,08
	adjustiert:	0,51
		0,30 – 0,85

Tab. 2: Einflussfaktoren für eine hohe Anzahl durchgeführter Gesundheitsuntersuchungen anhand der logistischen Regressionsanalyse („adjustiert“ = adjustiert für durchschnittliche Anzahl der Krankenscheine pro Quartal)

In die Auswertung der folgenden Fragen zum hausärztlichen Nutzungsverhalten der GU wurden die zwei Ärzte nicht einbezogen, die nach eigener Angabe die GU im letzten Jahr gar nicht durchgeführt hatten (betrifft auch die Abschnitte 5.2.2 und 5.2.3.1).

Anteil Anspruchsberechtigter mit einmaliger / regelmäßiger Gesundheitsuntersuchung

Die folgende Abbildung 5 zeigt, wie groß die Ärzte den Anteil ihrer anspruchsberechtigten Patienten einschätzen, bei denen sie schon mindestens einmal eine GU durchgeführt haben. Die größte Gruppe der Befragten gibt die Antwortmöglichkeit 31-50% an. Es gibt aber auch Ärzte, die diesen Anteil auf über 90% und – am anderen Ende des Spektrums – auf unter 10% schätzen. Abbildung 6 zeigt, wie hoch die Ärzte den Anteil ihrer anspruchsberechtigten Patienten schätzen, bei denen die GU der Richtlinie entsprechend regelmäßig circa alle zwei Jahre durchgeführt wird. Die größte Gruppe bilden hier die Ärzte, die den Anteil auf 10-30% schätzen.

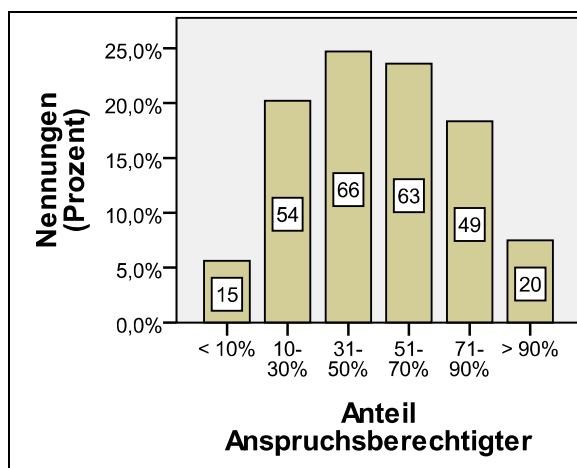


Abb. 5: Geschätzter Anteil der Anspruchsberechtigten, bei denen bereits mindestens einmal eine GU durchgeführt wurde, mit absoluten und relativen Häufigkeiten (n=267)

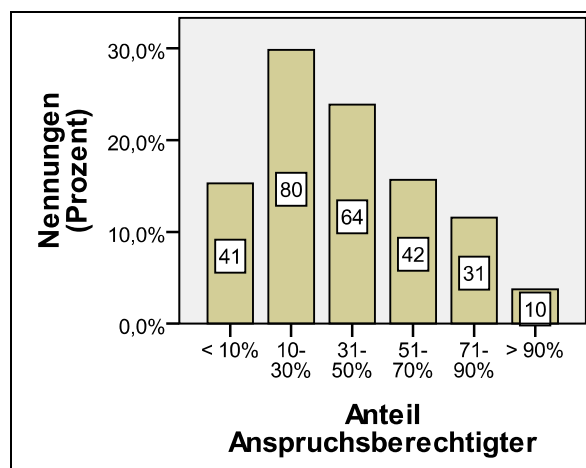


Abb.6: Geschätzter Anteil der Anspruchsberechtigten, bei denen regelmäßig ca. alle zwei Jahre eine GU durchgeführt wird, mit absoluten und relativen Häufigkeiten (n=268)

5.2.2 Verknüpfung der GU mit weiteren diagnostischen Maßnahmen

5.2.2.1 Häufigkeit der Verknüpfung (ohne Malignomfrüherkennung)

Eine deutliche Mehrheit von 96% der GU-Anwender verknüpft die GU mit weiteren Untersuchungen zur Früherkennung (n=262). Die folgende Abbildung 7 zeigt die Ergebnisse für die Einzeluntersuchungen, die im Fragebogen konkret abgefragt wurden (Maßnahmen zur Malignomfrüherkennung bleiben hier noch ausgeklammert).

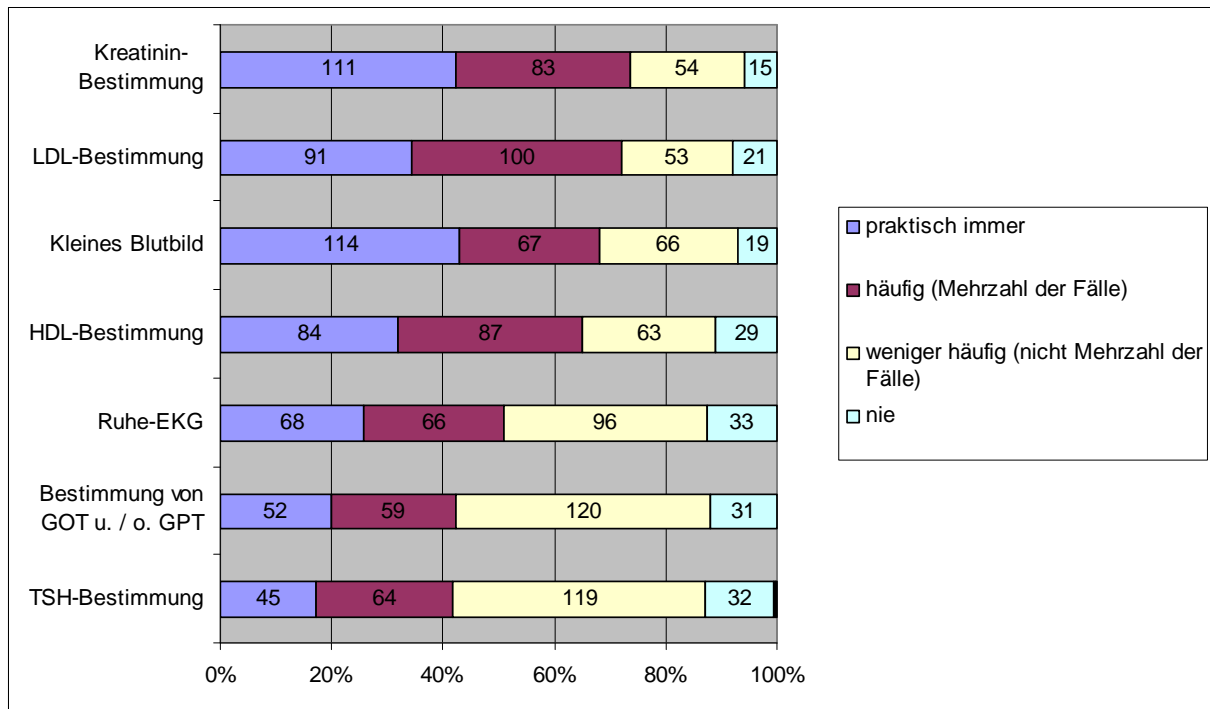


Abb. 7: Absolute und relative Häufigkeit der Durchführung zusätzlicher Untersuchungen zur Früherkennung im Rahmen der GU; nach der Häufigkeit der Angaben „praktisch immer“ bzw. „Mehrzahl der Fälle“ geordnet (fehlende Angaben aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht dargestellt)

5.2.2.2 Bezahlung der Zusatzuntersuchungen

Neun Prozent der Ärzte, die nach eigener Angabe zusätzliche Untersuchungen durchführen, geben an, dass diese grundsätzlich von den Patienten selbst bezahlt werden müssen (n=23). Bei 42% der Ärzte (n=101) müssen sie teilweise von den Patienten selbst bezahlt werden. Bei 49% der Ärzte (n=119) entstehen den Patienten im Falle zusätzlicher Untersuchungen keine eigenen Kosten (n gesamt = 243).

Jüngere Ärzte lassen ihre Patienten signifikant häufiger für Zusatzuntersuchungen bezahlen (Antwortmöglichkeiten „ja“, „teils / teils“) als ihre älteren Kollegen (p<0,001). Weibliche Ärzte lassen ihre Patienten häufiger bezahlen als ihre männlichen Kollegen (p=0,009). Ärzte mit mehr Krankenscheinen pro Quartal (1000 und mehr) geben häufiger an, dass ihre Patienten für Zusatzuntersuchungen selbst bezahlen müssen, als Ärzte mit weniger Krankenscheinen (p=0,031). Zwischen Ärzten mit (nach eigener Einschätzung) unterdurchschnittlicher sozialer Lage der Patienten und Ärzten mit durchschnittlicher bzw. überdurchschnittlicher sozialer Lage der Patienten gibt es in diesem Punkt keinen signifikanten Unterschied, ebenso wenig zwischen Stadt- und Landärzten sowie zwischen Ärzten in Einzelpraxen und ihren Kollegen in kooperativen Praxisformen.

5.2.2.3 Verknüpfung mit Maßnahmen zur Malignom-Früherkennung

Von den abgefragten Maßnahmen des Malignom-Screenings wird am häufigsten der Hämocult-Test mit der GU zusammen durchgeführt – 40% der Ärzte geben an, diesen Test möglichst regelmäßig mit der GU zu verknüpfen. Es folgen, wie aus Abbildung 8 zu ersehen ist, die Hautkrebis-Vorsorgeuntersuchung mit 33%, die DRU mit 28% und die Bestimmung des PSA-Wertes mit 21%.

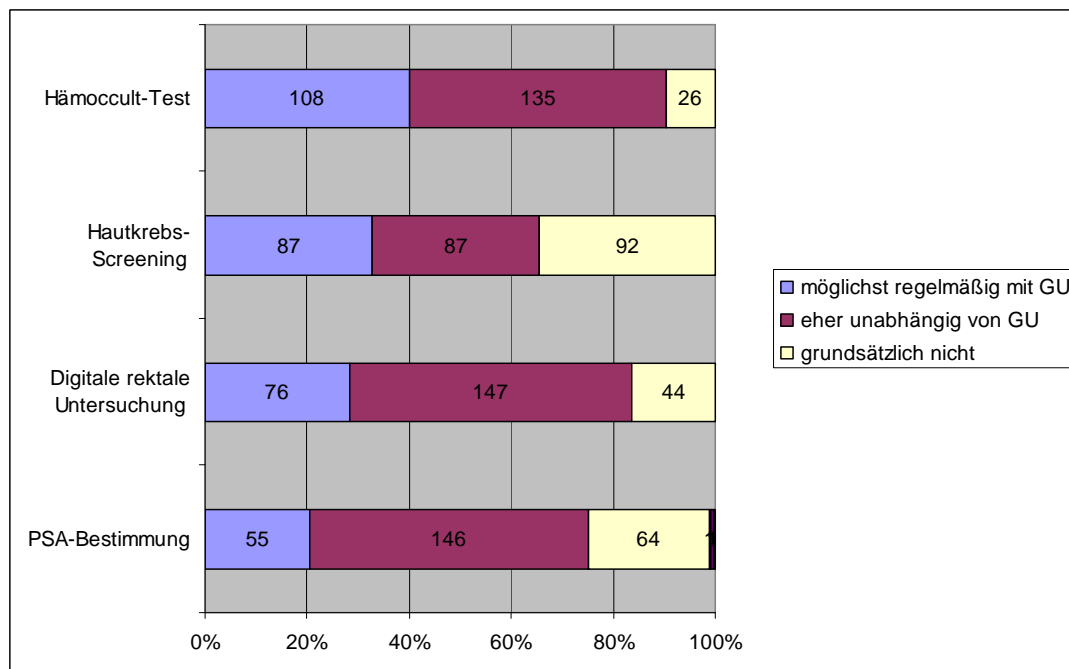


Abb. 8: Absolute und relative Häufigkeit der Verknüpfung der GU mit Maßnahmen zur Malignom-Früherkennung (fehlende Angaben aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht dargestellt)

5.2.3 Einschätzung des Nutzens der GU

5.2.3.1 Funktional differenzierte Bewertung

Ergebnisse der Bewertung vorgegebener Items

Die folgende Abbildung 9 gibt einen Überblick über die Items, für die der Nutzen der GU von den befragten Ärzten jeweils gesondert eingeschätzt wurde. Die Frage bezog sich ausdrücklich auf die GU in der von den Ärzten tatsächlich realisierten Form und nicht auf das in der Richtlinie vorgesehene Standardprogramm.

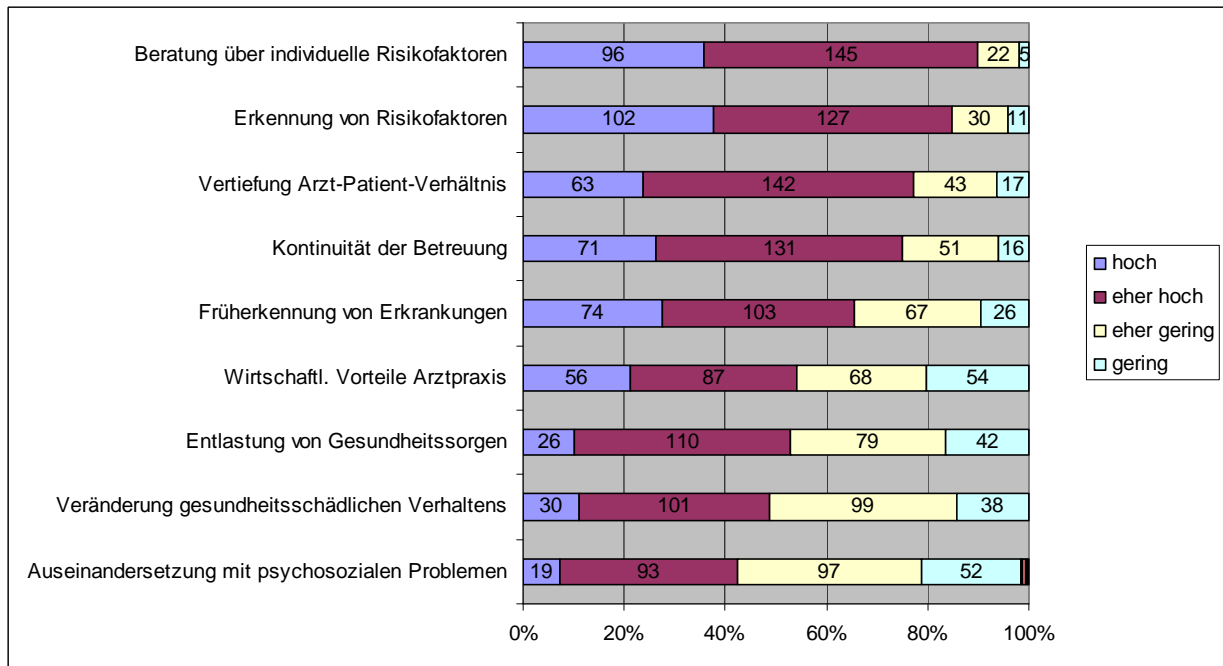


Abb. 9: Nutzen der GU in verschiedenen Bereichen mit absoluten und relativen Häufigkeiten der unterschiedlichen Bewertungen; nach Häufigkeit der Bewertung „hoch“ bzw. „eher hoch“ geordnet (fehlende Angaben und Aussage „kann ich nicht beurteilen“ aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht dargestellt)

Ein „hoher“ oder „eher hoher“ Nutzen wird von der großen Mehrheit der Befragten für die Items „Erkennung gesundheitlicher Risikofaktoren“ und „Beratung über individuelle gesundheitliche Risikofaktoren“ gesehen, mit einigem Abstand folgen die Items „Vertiefung des Arzt-Patienten-Verhältnisses“ und „Sicherstellung der Kontinuität der Betreuung“. Mit weiterem Abstand, aber ebenfalls noch mehrheitlich „hoch“ oder „eher hoch“ wird der Nutzen bei den Items „Früherkennung von Erkrankungen“ und „wirtschaftliche Vorteile für die Arztpraxis“ eingeschätzt. Dagegen wird ein eindeutiger Nutzen bei den Items „Entlastung des Patienten bei Gesundheitsorgen“ und vor allem bei den Items „Veränderung gesundheitsschädlichen Verhaltens“ und „Auseinandersetzung mit psychosozialen Problemen des Patienten“ nur von einer relativ kleinen Minderheit gesehen.

Der Gruppenvergleich zwischen Ärztinnen und Ärzten ergibt, dass erstere den Nutzen der GU bei der Erkennung gesundheitlicher Risikofaktoren signifikant höher einschätzen ($p=0,005$). Das gleiche gilt für die Auseinandersetzung mit psychosozialen Problemen ($p=0,021$). Außerdem zeigt sich, dass die in kooperativen Praxisformen tätigen Ärzte (MVZ, Gemeinschaftspraxis, Praxisgemeinschaft) den Nutzen der GU für die Gewährleistung der Betreuungskontinuität signifikant höher einschätzen als ihre Kollegen in Einzelpraxen ($p=0,021$). Zwischen älteren und jüngeren Ärzten, Stadt- und Landärzten sowie Ärzten mit mehr und weniger Krankenscheinen pro Quartal gibt es diesbezüglich keine signifikanten Unterschiede.

Ergebnisse der offenen Frage nach weiteren nützlichen Funktionen

Die befragten Ärzte hatten die Möglichkeit, noch weitere aus ihrer Sicht nützliche Funktionen der GU in Form freier Kommentare zu benennen. Von dieser Möglichkeit machten insgesamt 55 Personen Gebrauch. Die Antworten sind in der folgenden Abbildung 10 in Form eines Codebaumes zusammengefasst. Fast alle Antworten betonen den Nutzen der GU für den individuellen Patienten, vor allem im Sinne einer Stärkung der Bindung an die Praxis, regelmäßiger Kontrolle, umfassender Betreuung und der Anbahnung weiterer präventiver Maßnahmen.

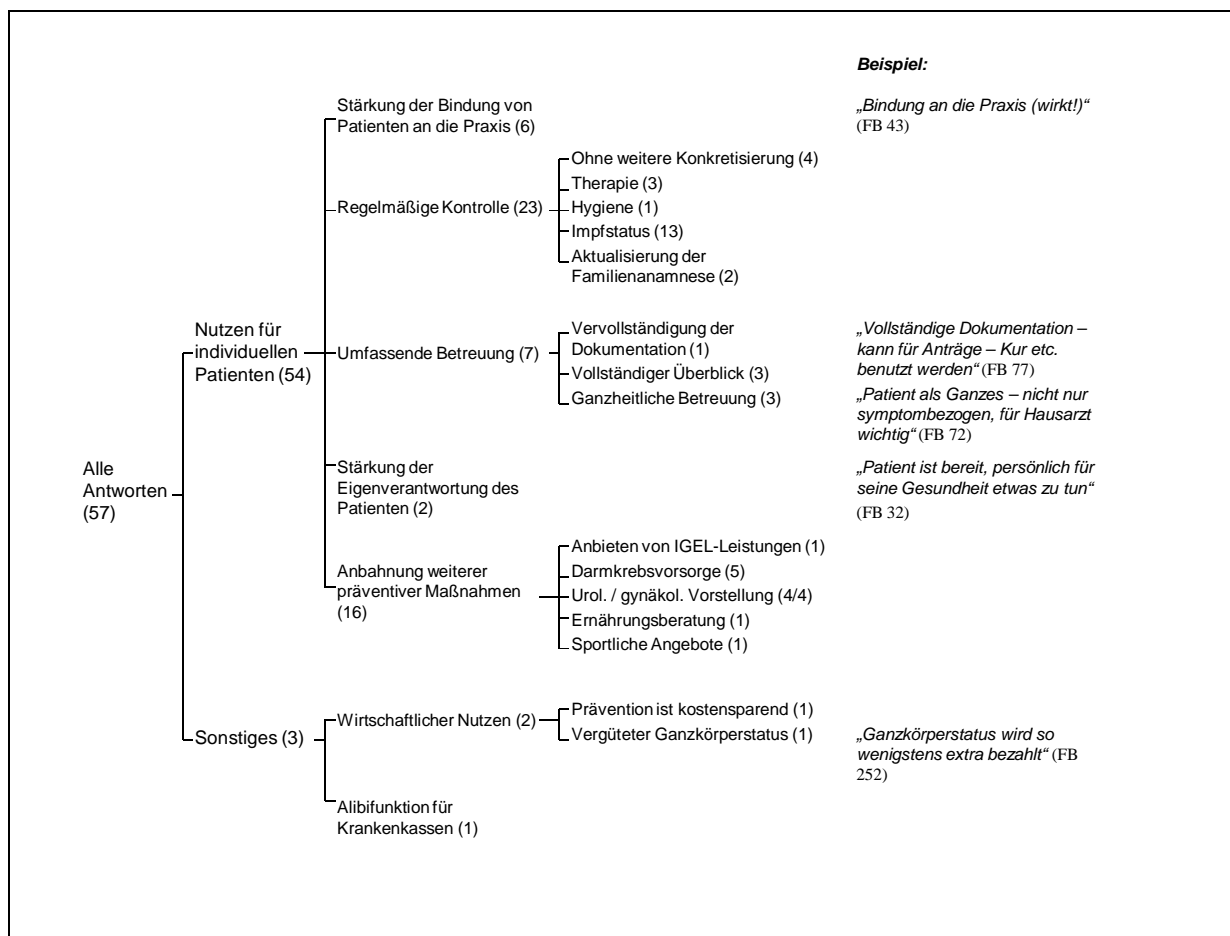


Abb. 10: Codebaum 1 - Zusätzlicher Nutzen der GU (in Klammern: Anzahl der Nennungen; Mehrfachnennungen waren möglich)

5.2.3.2 Gesamtbewertung des Standardangebots

Die Bewertung des Standardangebots der GU, das heißt der Untersuchung in ihrer derzeit von den Krankenkassen vorgesehenen Form, fällt insgesamt gesehen eher negativ aus, wie aus der Abbildung 11 zu ersehen ist. Über die Hälfte (52%) der gültig antwortenden Ärzte bewertet das Standardangebot in dieser Form als „nicht sinnvoll“ oder „eher nicht sinnvoll“.

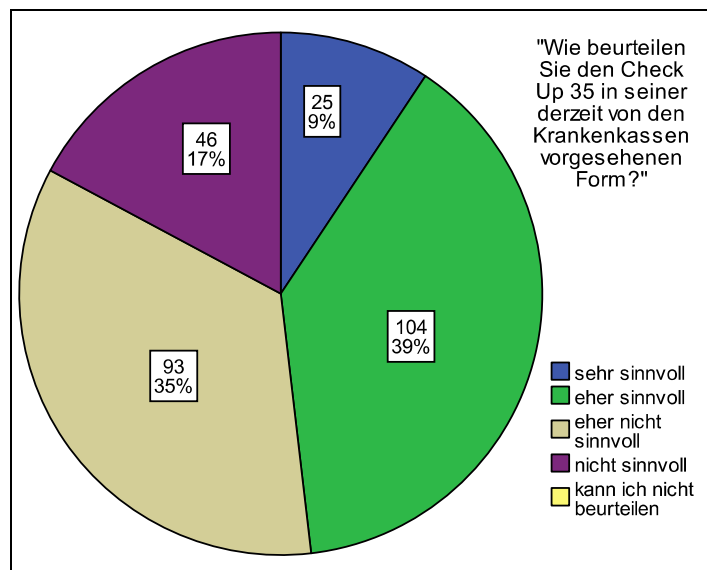


Abb. 11: Gesamtbeurteilung des GU-Standardprogramms, mit absoluten und relativen Häufigkeiten (n=268)

Dabei gibt es keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen, älteren und jüngeren, Stadt- und Landärzten, Ärzten in Einzelpraxis und kooperativen Praxisformen sowie Ärzten mit mehr und weniger abgerechneten Krankenscheinen pro Quartal.

5.2.4 Vorschläge der Hausärzte zur Verbesserung der GU

Die befragten Ärzte hatten die Möglichkeit, Kritik und Verbesserungsvorschläge zur GU in Form freier Kommentare zu äußern. Die Mehrheit (n=210) machte von dieser Möglichkeit Gebrauch. Die Antworten sind in Abbildung 12 zusammengefasst.

Die mit Abstand meisten Nennungen bezogen sich auf eine Verbreiterung des Leistungsspektrums, insbesondere bei den Laboruntersuchungen. Vor allem die Aufnahme des kleinen Blutbilds, der Kreatinin-, TSH-, LDL-, GOT/GPT und HDL-Bestimmungen sowie der Durchführung eines EKG in das Standardprogramm wurden relativ häufig vorgeschlagen. Bemerkenswert erscheint auch der Vorschlag, das Untersuchungsprogramm nach Altersgruppen zu differenzieren. Andere Vorschläge (z. B. organisatorische Verbesserungen, höhere finanzielle Anreize, bessere wissenschaftliche Fundierung etc.) wurden vergleichsweise selten gemacht.

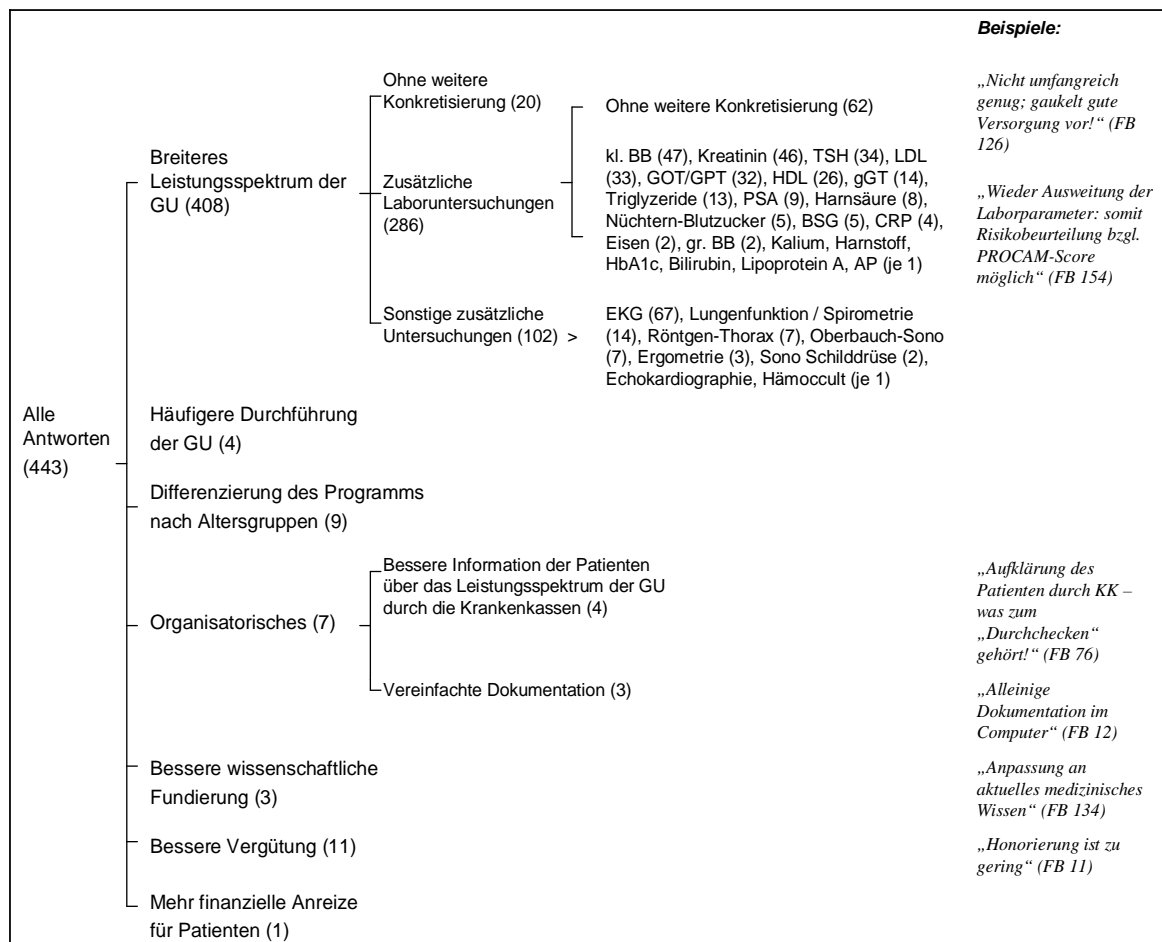


Abb. 12: Codebaum 2 - Verbesserungsvorschläge zur GU (Kritikpunkte wurden als implizite Verbesserungsvorschläge behandelt; in Klammern: Anzahl der Nennungen; Mehrfachnennungen waren möglich)

5.2.5 Zuständigkeit für standardisierte Präventionsprogramme

Mehr als drei Viertel der befragten Ärzte betrachten standardisierte, bevölkerungsbezogene Präventionsprogramme wie die GU als eine ausschließlich hausärztliche Aufgabe. Eine Minderheit von 20% ist der Meinung, dass neben Hausärzten auch andere Stellen (wie Gesundheitsämter oder Arbeitsmediziner) bevölkerungsbezogene Präventionsprogramme durchführen sollten. Lediglich 3% der Befragten halten solche Programme für insgesamt verzichtbar, nur ein Befragter spricht sich dafür aus, dass derartige Präventionsprogramme nicht von Hausärzten durchgeführt werden sollten (vgl. Abbildung 13).

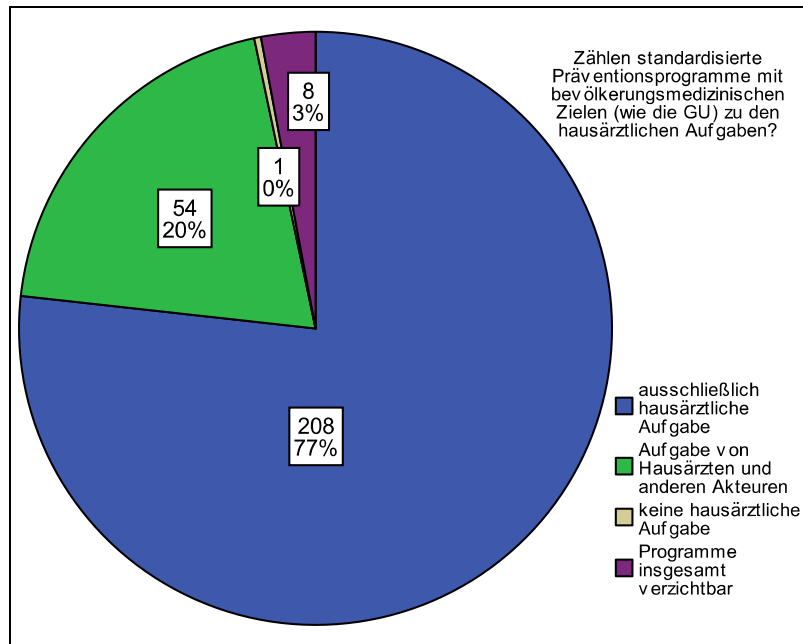


Abb. 13: Einschätzungen zur hausärztlichen Zuständigkeit für bevölkerungsmedizinisch angelegte Präventionsprogramme, mit absoluten und relativen Häufigkeiten (n=271)

5.3 Aussagen zur präventiven Beratung

5.3.1 Aufgaben präventiver Beratung durch Hausärzte

Die Ärzte wurden zu einer Reihe möglicher Aufgaben in der präventiven Beratung gefragt, ob sie diese jeweils als wichtigen Teil ihres hausärztlichen Selbstverständnisses ansehen. Bei allen abgefragten Items ist dies bei der Mehrheit der Ärzte „eindeutig“ bzw. „eher“ der Fall. Dennoch lassen sich deutliche Abstufungen insbesondere bei der eindeutigen Zustimmung erkennen (siehe Abbildung 14).

Vergleichsweise hoch ist die eindeutige Zustimmung bei den Items „Empfehlungen für eine gesundheitsgerechte Lebensweise geben“ (89%) sowie „Motivierung des Patienten zur Umsetzung dieser Empfehlungen“ (72%). Bei den übrigen Items, die in der Abbildung aufgelistet sind und ein teilweise deutlich stärkeres Engagement erfordern, ist der Anteil der Ärzte mit eindeutiger Zustimmung geringer. Am geringsten ist er bei den Items „Information über präventive Angebote anderer Stellen“ (25%), „Beratung Angehöriger zur Umsetzung der Empfehlungen“ (25%) und „Klärung und Verbesserung sozialer Gesundheitsressourcen“ (21%).

Die Gruppenvergleiche ergeben, dass die Klärung und Verbesserung körperlicher Gesundheitsressourcen von Hausärztinnen signifikant stärker zu ihrem ärztlichen Selbstverständnis gezählt wird als von ihren männlichen Kollegen ($p=0,047$).

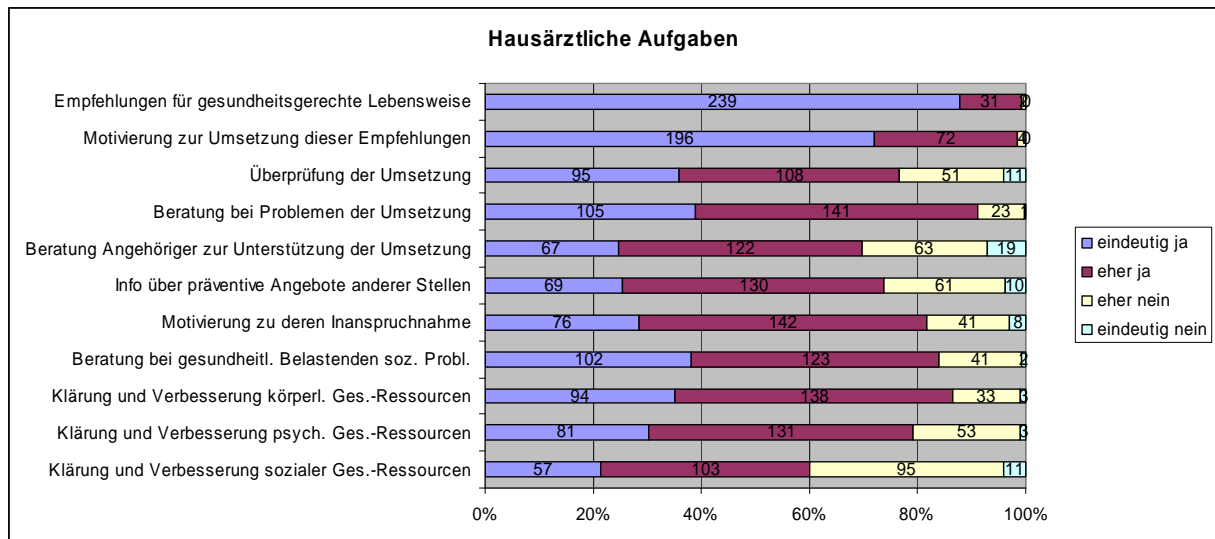


Abb. 14: Aufgaben präventiver Beratung durch Hausärzte mit absoluten und relativen Häufigkeiten der Einschätzungen (fehlende Angaben und Angabe „bin mir nicht sicher“ sind aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht dargestellt)

Die Beratung über präventive Angebote anderer Stellen wird von Landärzten stärker als hausärztliche Aufgabe angesehen als von Stadtärzten ($p=0,013$), ebenso die Beratung bei gesundheitlich belastenden sozialen Problemen ($p=0,012$). Zwischen jüngeren und älteren Ärzten zeigen sich keine signifikanten Unterschiede. Auch der gesonderte Vergleich zwischen Ärzten mit DDR- und mit BRD-Studienabschluss zeigt keine signifikanten Unterschiede.

5.3.2 Hausärztliche Beratungskompetenz

Die Ärzte wurden auch gefragt, wie gut sie sich für die Beratung zu den in Abbildung 15 genannten Items vorbereitet fühlen, wenn das Gespräch mit dem Patienten gesundheitlich riskante Verhaltensweisen aufdecken sollte. Die Abbildung zeigt, dass sich die befragten Ärzte für alle diese Items mehrheitlich zumindest eher gut vorbereitet fühlen. Besonders positiv ist die Selbsteinschätzung bei der Beratung zu körperlicher Bewegung, Alkoholkonsum und Ernährungsverhalten. Eine gewisse Unsicherheit scheint bei einem Teil der Hausärzte in der Raucherberatung, in der Beratung bei Stressproblematik und vor allem bei problematischem Verhalten im Bereich der Sexualität zu bestehen.

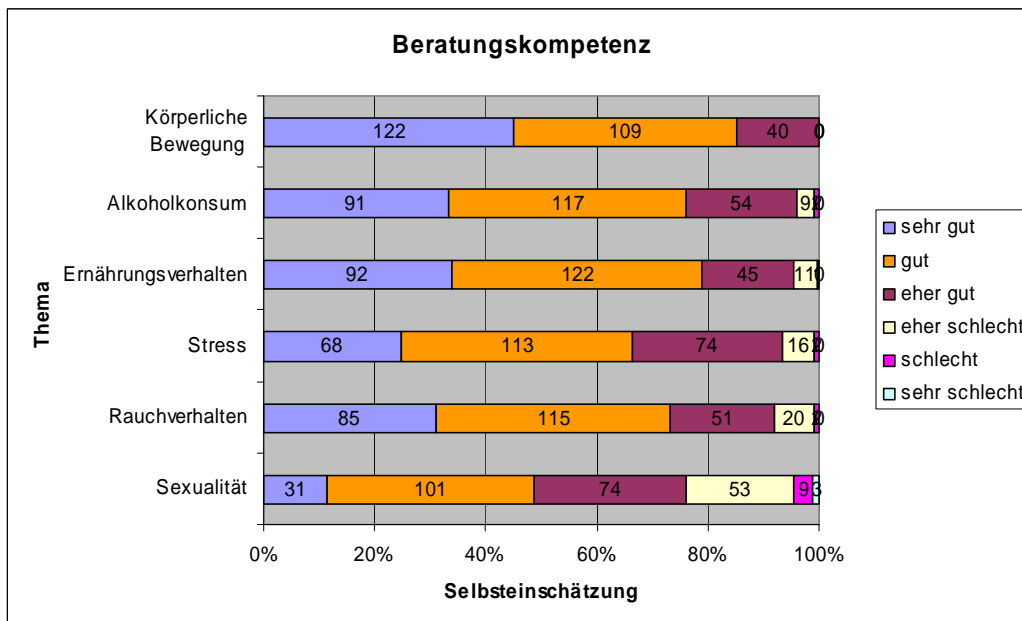


Abb. 15: Selbsteinschätzungen der eigenen Beratungskompetenz bei gesundheitlich riskantem Verhalten in verschiedenen Bereichen mit absoluten und relativen Häufigkeiten; nach Häufigkeit der Selbsteinschätzung „sehr gut“ bis „eher gut“ geordnet (fehlende Angaben aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht dargestellt)

Gruppenvergleiche wurden bezüglich der Beratung zu Alkoholkonsum, Ernährungsverhalten, Stress, Rauchverhalten und Sexualität durchgeführt. Bezüglich der Beratung zu körperlicher Bewegung sind keine Gruppenvergleiche möglich, da hier keiner der Befragten angegeben hat, sich schlecht (bzw. eher / sehr schlecht) auf eine Beratung vorbereitet zu fühlen.

Die Gruppenvergleiche ergeben, dass männliche Ärzte sich für die Beratung bei problematischem Rauchverhalten häufiger „eher gut“ bis „sehr gut“ vorbereitet fühlen als weibliche Ärzte ($p=0,007$). Bei den anderen Beratungsthemen zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Auch der Vergleich zwischen älteren und jüngeren Ärzten, zwischen Ärzten mit Studienabschluss in DDR und BRD sowie zwischen Stadt- und Landärzten ergibt keine signifikanten Unterschiede.

5.3.3 Einschätzung der zeitlichen Ressourcen

Eine knappe Mehrheit der befragten Ärzte ist der Ansicht, dass sie ihren Patienten bei der präventiven Beratung zu den genannten Themen zeitlich nicht oder eher nicht gerecht werden kann (vgl. Abbildung 16).

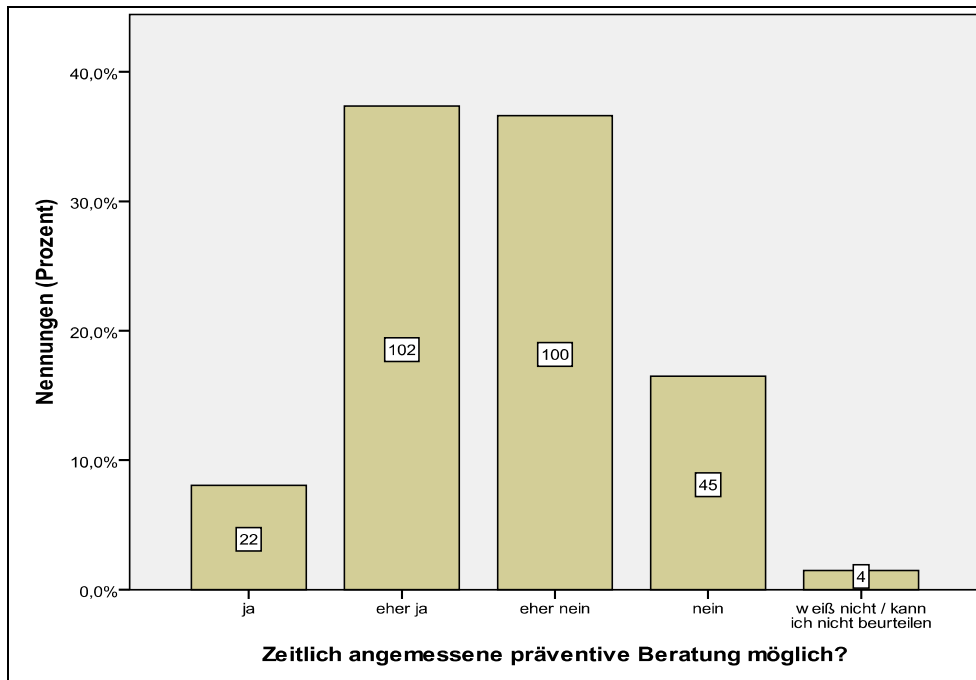


Abb. 16: Einschätzung der zeitlichen Ressourcen für präventive Beratung, mit absoluten und relativen Häufigkeiten (n=273)

5.3.4 Delegation der Beratung an medizinische Fachangestellte

Eine Mehrheit der Ärzte fände es, wie aus Abbildung 17 hervorgeht, sinnvoll, wenn die Möglichkeit bestünde, Beratung zu den Themen Ernährungsverhalten, Rauchverhalten und körperliche Bewegung nach Möglichkeit an medizinische Fachangestellte zu delegieren.

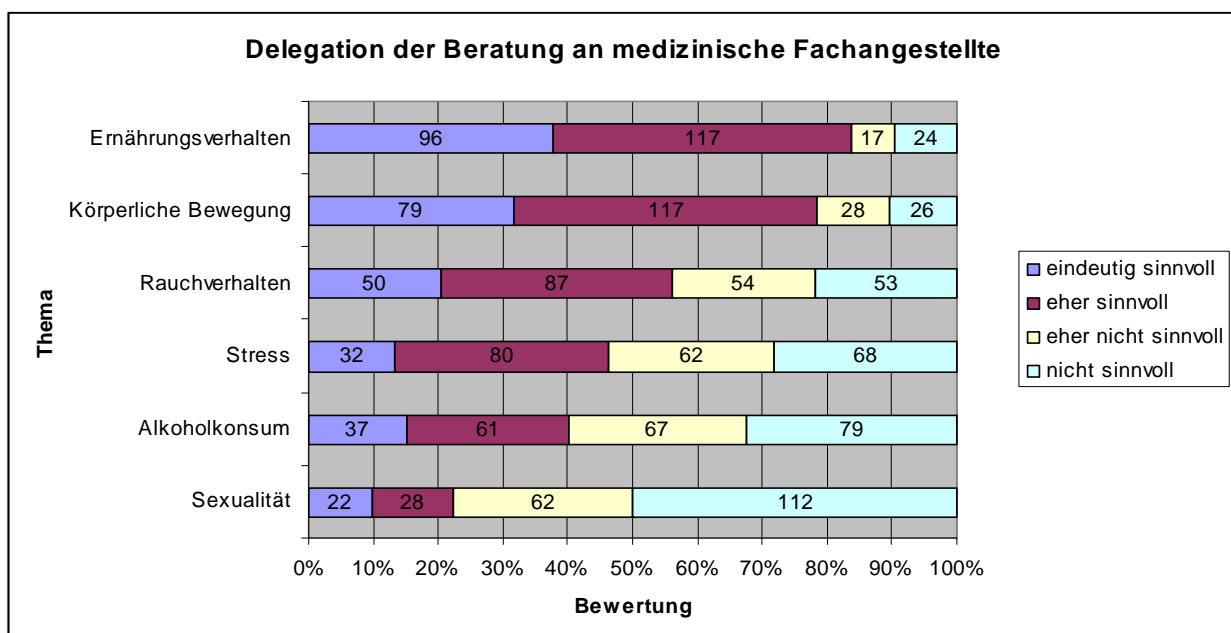


Abb. 17: Beurteilung der Delegation präventiver Beratung an medizinische Fachangestellte mit absoluten und relativen Häufigkeiten; nach Häufigkeit der Einschätzungen „eindeutig sinnvoll“ und „eher sinnvoll“ geordnet (fehlende Angaben aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht dargestellt)

Bei den Themen Alkoholkonsum, Stress und Sexualität wird dies dagegen mehrheitlich für weniger oder überhaupt nicht sinnvoll gehalten. Beim Thema Sexualität befürworten signifikant mehr männliche Ärzte die Delegation der Beratung als weibliche Ärzte ($p=0,003$). Landärzte bejahen in allen abgefragten Bereichen eine Delegation eher als Stadtärzte (statistisch signifikant für die Bereiche Alkoholkonsum, $p=0,023$, körperliche Bewegung, $p=0,028$, Sexualität, $p=0,008$). Ärzte mit mehr abgerechneten Krankenscheinen bejahen in allen abgefragten Bereichen eine Delegation eher als ihre Kollegen mit weniger Krankenscheinen (statistisch signifikant für die Bereiche Rauchverhalten, $p=0,021$, und Ernährungsverhalten, $p=0,017$). Zwischen älteren und jüngeren Ärzten, in Einzelpraxis und in kooperativen Praxisformen tätigen Ärzten sowie zwischen Ärzten mit mehr (ab drei) bzw. weniger (bis zu zwei) medizinischen Fachangestellten gibt es dagegen keine statistisch signifikanten Unterschiede.

Bei keinem der abgefragten Themen stellt sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen Delegationsbereitschaft und Einschätzung der eigenen Beratungskompetenz dar. Bezüglich der Beratung zu körperlicher Bewegung sind auch an dieser Stelle keine Gruppenvergleiche möglich, da – wie bereits erwähnt - niemand angegeben hat, sich schlecht (bzw. eher / sehr schlecht) auf die Beratung in diesem Bereich vorbereitet zu fühlen.

Die Antworten auf die Zusatzfrage, ob in der Praxis des Befragten bereits präventive Beratung durch MFA erfolgt, zeigen, dass dies bisher nur sehr vereinzelt der Fall ist - am häufigsten noch in der Ernährungsberatung ($n=16$, entspricht 6% der Befragten). Außerdem wurden die Beratung zu körperlicher Bewegung ($n=6$ bzw. 2%) und Rauchverhalten ($n=1$ bzw. 0,4%) genannt.

Eine solche Delegation von Beratungsaufgaben an MFA wird von jüngeren Ärzten signifikant häufiger praktiziert als von ihren älteren Kollegen ($p=0,022$). Zwischen männlichen und weiblichen Ärzten, Stadt- und Landärzten, in Einzelpraxis und in kooperativen Praxisformen tätigen Ärzten sowie zwischen Ärzten mit mehr und weniger abgerechneten Krankenscheinen pro Quartal und mit mehr und weniger medizinischen Fachangestellten gibt es dagegen keine statistisch signifikanten Unterschiede.

5.3.5 Verhältnis zu anderen Akteuren der Gesundheitsförderung

Die Frage, ob man es befürworten würde, die Gesundheitsförderung (Förderung gesundheitsrelevanter Ressourcen, Verbesserung des Gesundheitsverhaltens etc.) vorrangig in die Zuständigkeit nichtmedizinischer Gesundheitsexperten (Pädagogen, Psychologen, Sozialwissenschaftler etc.) zu legen, findet bei einer Mehrheit von 58% ($n=142$) der befragten Ärzte keine Zustimmung. Sie sind vielmehr der Meinung, dass auch dieser Aufgabenbereich vorrangig in der Zu-

ständigkeit der Ärzteschaft bzw. von MFA liegen sollte. Nur 21% (n=52) der Ärzte meinen, dass er vorrangig durch nichtmedizinische Gesundheitsexperten wahrgenommen werden sollte. Weitere 20% (n= 49) der Befragten vertreten eine andere Meinung, die von 33 Ärzten in Form einer offenen Antwort stichwortartig erläutert wurde.

Die Antworten derer, die von der Möglichkeit Gebrauch machten, statt der vorgegebenen Alternativen eigene Formulierungen zu wählen, sind in Abbildung 18 zusammenfassend dokumentiert. Dabei zeigt sich, dass der überwiegende Teil dieser Ärzte für kooperative Lösungen zwischen dem medizinischen und außermedizinischen Bereich plädiert, wobei allerdings offen bleibt, inwieweit auch konkrete Vorstellungen zu den geeigneten Formen der Arbeitsteilung und Zusammenarbeit bestehen.

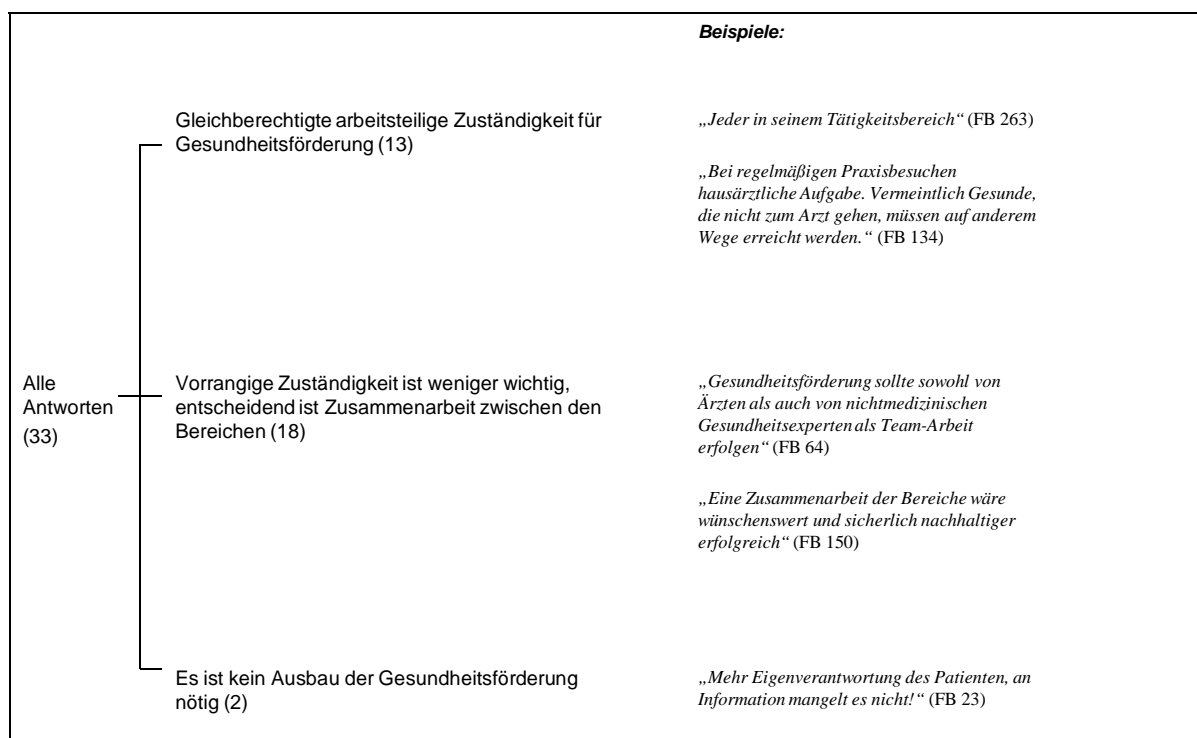


Abb. 18: Codebaum 3 - Arbeitsteilung in der Gesundheitsförderung (in Klammern: Anzahl der Nennungen; Mehrfachnennungen waren möglich)

6 DISKUSSION

Die vorliegenden Ergebnisse der quantitativen Erfassung hausärztlicher Einschätzungen und Nutzungsmuster der GU, die in dieser Form und Differenziertheit erstmalig durchgeführt wurde, zeigen eine meist intensive Nutzung, häufige Abwandlungen und teils ambivalente Bewertungen des Programms. Außerdem werden hausärztliche Einstellungen zu präventiver Beratung in der Hausarztpraxis quantitativ dargestellt, die ein mehrheitlich anspruchsvolles Rollenverständnis, eine überwiegend positive Einschätzung der eigenen Kompetenz, aber auch Probleme der praktischen Umsetzung erkennen lassen. Zusätzlich werden in Form qualitativer Daten differenzierte hausärztliche Einschätzungen zu Nutzen und Verbesserungspotentialen der GU und zu Formen interprofessioneller Aufgabenverteilung in der Gesundheitsförderung beschrieben.

Im Folgenden werden zunächst die Ergebnisse zur Gesundheitsuntersuchung (Kapitel 6.1) und dann die Ergebnisse zur präventiven Beratung diskutiert (Kapitel 6.2). Abschließend werden die methodischen Limitationen der Untersuchung (Kapitel 6.3) und die wichtigsten Erkenntnisse (Kapitel 6.4) zusammengefasst.

6.1 Diskussion der Ergebnisse zur Gesundheitsuntersuchung

Häufigkeit und Reichweite der Durchführung

Die Möglichkeit der GU wird von nahezu allen befragten Ärzten genutzt. Legt man den Median (40-mal im Quartal) zu Grunde, so wird sie im Durchschnitt der Praxen fast jeden Arbeitstag einmal durchgeführt. Wenn man den Zeitaufwand für die Erhebung des Ganzkörperstatus und des Risikoprofils, für die Beratung etc. bedenkt, so scheint die GU eine relativ wichtige Rolle in der hausärztlichen Versorgung zu spielen. Dieser Befund steht in einem gewissen Widerspruch zu der häufig geäußerten Klage über niedrige Teilnahmequoten an der GU (siehe Kapitel 2.3.2). Es ist jedoch zu bedenken, dass der unvollständige Rücklauf des Fragebogens das Ergebnis verzerrt haben kann, weil Ärzte, welche die GU häufiger durchführen, auch den Bogen er ausgefüllt haben könnten.

Auf jeden Fall bestätigt sich jedoch die Hypothese, dass die GU von den einzelnen Ärzten unterschiedlich häufig durchgeführt wird und die Anspruchsberechtigten in der Regel wenig konsequent in das Programm einbezogen werden (vgl. Kapitel 3.2.1). Anders gesagt: Ob und in welchem Maße beim Einzelnen Vorsorge betrieben wird, hängt stark davon ab, zu welchem Hausarzt er geht. Die unterschiedlichen Nutzungsfrequenzen korrelieren unter anderem mit der Zahl

der Krankenscheine pro Quartal und der Zahl medizinischer Fachangestellter. Ärzte, die den Nutzen der GU positiv bewerten, führen das Programm häufiger durch – auch dies entspricht der eingangs formulierten Hypothese. Weniger selbstverständlich erscheint der Befund, dass das Gleiche auch für jüngere Ärzte im Vergleich mit ihren älteren Kollegen gilt. Es kann an dieser Stelle nicht geklärt werden, ob dies auf ein größeres Interesse der jüngeren Generation an der Untersuchung hinweist, oder eher darauf zurückzuführen ist, dass mit zunehmender Erfahrung das Interesse an der GU abnimmt.

Ein Hinweis auf mangelnde Reichweite des Programms ist der Befund, dass die Mehrzahl der Hausärzte weniger als die Hälfte ihrer anspruchsberechtigten Patienten einbezieht. Es gibt hier allerdings eine große Streubreite, das heißt auch Ärzte, die erheblich höhere Anteile einbeziehen (vgl. Kapitel 5.2.1). Das spricht dafür, dass die Ursachen für die unterschiedliche Inanspruchnahme eher auf Ärzte- als auf Patientenseite zu suchen sind. In früheren Untersuchungen wurde gezeigt, dass manche Hausärzte ihre Patienten systematisch über die Möglichkeit der GU informieren (Othman et al. 2008b:282), dies scheint aber nicht die Regel oder nur begrenzt wirksam zu sein. So hat sich bei einer Versichertenbefragung herausgestellt, dass etwa jeder vierte Anspruchsberechtigte nichts von seinem Anspruch auf die GU wusste (Zok 2007:2).

Dies führt zu der Frage, ob bestimmte Bevölkerungsgruppen vergleichsweise wenig in das Programm einbezogen werden. Hinweise geben eine Studie des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Altenhofen 2005) und ein Telefonsurvey in Nordrhein-Westfalen (Streich 2009), die übereinstimmend feststellten, dass jüngere Anspruchsberechtigte weniger beteiligt sind: Die Teilnahmequote steigt bis zum Alter von 70 Jahren kontinuierlich an (laut Survey bei den unter 40-jährigen unter 40%, bei den über 60-jährigen über 60%, bei über 70-jährigen wieder leichter Abfall). Auch eine Studie mit 1500 Patienten hausärztlicher Praxen im süddeutschen Raum ergab, dass die Nichtteilnehmer an der GU im Durchschnitt jünger waren (Sönnichsen et al. 2007:355). Vermutlich hängt die Frequenz der Teilnahme an der GU auch mit der sonstigen Häufigkeit des Kontakts zum Hausarzt zusammen, die mit zunehmendem Alter in der Regel steigt. In der Literatur gibt es hierzu allerdings auch widersprechende Daten (Streich 2009). Dass die Frequenz bei den über 70-jährigen wieder abnimmt, könnte damit zusammenhängen, dass Menschen im höheren Alter eine höhere chronische Morbidität aufweisen und die relevanten Daten dadurch ohnehin häufiger erhoben werden.

Die wenigen Befunde, die zur Frage der Abhängigkeit der Inanspruchnahme von der sozialen Schichtzugehörigkeit der Adressaten vorliegen, sind widersprüchlich: Der erwähnte Telefonsurvey in Nordrhein-Westfalen ergab für die Nichtteilnehmer an der GU einen im Durchschnitt höheren sozialen Status (Streich 2009). Eine andere Studie konnte in dieser Hinsicht keine signifi-

kanten Disparitäten feststellen (Richter et al. 2002). Die vorliegende Untersuchung ergab bei der Einschätzung der GU-Häufigkeit keine Unterschiede zwischen Ärzten mit (nach eigener Einschätzung) im Durchschnitt besserer und schlechterer sozialer Lage ihrer Patienten.

Verknüpfung der GU mit weiteren Früherkennungs-Untersuchungen

Die GU wird von einer deutlichen Mehrheit der befragten Ärzte mit weiteren Untersuchungen zur Früherkennung verknüpft. Dies gilt jedoch nicht für die Maßnahmen der Malignom-Früherkennung (auch wenn der Patient zur anspruchsberechtigten Personengruppe gehört), obwohl diese Verknüpfung in den GU-Richtlinien empfohlen wird. Häufiger ist die Verknüpfung mit weiteren Laboruntersuchungen, die im GU-Programm nicht vorgesehen sind (und daher auch nicht im Rahmen der GU vergütet werden). In besonderem Maße gilt dies für die Bestimmung von Kreatinin, LDL und HDL und für das kleine Blutbild. Mit einem gewissen Abstand folgen das Ruhe-EKG, das etwa die Hälfte der befragten Ärzte oft oder immer mit der GU verbindet, sowie die Bestimmung von GOT und/oder GPT sowie TSH, die über 40% der befragten Ärzte zumindest häufig mit der GU verknüpfen.

Betrachtet man das Antwortverhalten zu den einzelnen Items genauer, sind noch weitergehende Schlussfolgerungen möglich: Jeweils größere Gruppen führen Untersuchungen entweder „immer“ oder „nie“ durch – hier wird der Wert der Untersuchungen für die Früherkennung offenbar ganz unterschiedlich beurteilt. Eine dritte Gruppe, die angibt, Untersuchungen nur in bestimmten Fällen durchzuführen, nimmt wahrscheinlich Anpassungen an das individuelle Risikoprofil des Patienten vor. Vielleicht wurde die Antwort aber auch von manchen Ärzten nicht auf Früherkennung im eigentlichen Wortsinn bezogen, sondern auf zusätzliche Diagnostik, die der Abklärung bereits bekannter auffälliger Befunde oder Symptome dienen soll.

Die Hypothese der vorliegenden Untersuchung, dass die GU häufig erweitert und individuell modifiziert wird (vgl. Kapitel 3.2.1), wird insgesamt bestätigt. Ihr bevölkerungsmedizinischer Charakter wird dadurch modifiziert. Offenbar tritt die aus der Public-Health-Perspektive notwendige und sinnvolle Beschränkung auf wenige Parameter oft hinter dem individuellen Sicherheitsbedürfnis von Arzt und Patient zurück.

Bei der vorliegenden Studie wurde nicht danach gefragt, inwieweit es auch zu Verkürzungen des Programms kommt. Othman et al. (2008b) hatten bei ihrer qualitativen Studie Hinweise darauf gefunden, dass vor allem Elemente, die relativ zeitraubend sind oder von denen der Untersucher nicht viel versteht, seltener durchgeführt werden (genannt wurden in diesem Zusammenhang

zum Beispiel die Frage nach psychischen Belastungen oder die Hautinspektion im Rahmen der Ganzkörperuntersuchung).

Zu der Frage, ob die häufig genannten zusätzlichen Untersuchungen aus fachlicher Sicht sinnvoll sind, ergab eine Sichtung der Literatur folgende Ergebnisse:

Für die Kreatinin-Bestimmung und das Ruhe-EKG, die bis 1999 Bestandteil der GU waren, wird die Eignung vom G-BA heute verneint – nach übereinstimmenden Aussagen der Fachgesellschaften sei die Erhebung dieser Parameter nicht hinreichend wissenschaftlich begründet (Kassenärztliche Bundesvereinigung 1999; vgl. auch Hengstler et al. 2002). Auch das kleine Blutbild wird nach einer Literaturübersicht von 2009 bei gesunden und beschwerdefreien Patienten wegen niedriger Prävalenzen bzw. fehlender Therapieoptionen der zu detektierenden Erkrankungen nicht empfohlen (Strametz et al. 2009). Allerdings bleibt offen, ob diese Einschätzung auch für die regelmäßige Kontrolle im Rahmen der GU zutrifft, da hierbei eine eventuell vorliegende zeitliche Dynamik erkannt werden könnte. HDL und LDL können im Kontext kardiovaskulärer Risikoscores („Arriba“, „Procam“) erhoben werden. Solche teilweise speziell für Hausärzte entwickelten Instrumente sollen es ermöglichen, anhand von Parametern wie Alter, Rauchverhalten, Blutdruck etc. sowie eben HDL bzw. LDL das kardiovaskuläre Risiko des Patienten zu bestimmen und die Wirkung von Lebensstilveränderungen zur Risikoreduktion zu verdeutlichen. Wie bereits in Kapitel 2.3.2 erwähnt, favorisiert die Leitlinie „Fettstoffwechselstörungen“ der USPSTF (2008a) ein Screening mit Gesamtcholesterin- und HDL-Bestimmung, das in Abhängigkeit von Geschlecht, Alter und kardiovaskulärem Gesamtrisiko durchgeführt wird (bei allen Männern ab 35 Jahren; bei Frauen und Männern unter 35 Jahren bei erhöhtem kardiovaskulärem Gesamtrisiko). Auch eine alleinige Bestimmung des Gesamtcholesterins könne akzeptabel sein, wenn das Labor nur diese durchführen kann; die Kombination mit der HDL-Bestimmung sei jedoch sensitiver und spezifischer. Eine routinemäßige LDL-Bestimmung wird nicht empfohlen. Das günstigste zeitliche Intervall der Untersuchungen ist unklar, eine Frist von 5 Jahren wird empfohlen, risikoadaptiert könne aber eine Über- oder Unterschreitung dieser Frist sinnvoll sein (USPSTF 2008a). Zum Screening auf Schilddrüsen-Funktionsstörungen mittels TSH-Bestimmung liegt eine Empfehlung der American Thyroid Society vor, Erwachsene ab 35 Jahren alle 5 Jahre zu untersuchen (Ladenson et al. 2000). Die USPSTF kam dagegen zu der Einschätzung, dass die Daten zum klinischen Nutzen eines solchen Screenings nicht ausreichen würden, um eine Empfehlung dafür oder dagegen abzugeben (USPSTF 2004).

Es wird also deutlich, dass die meisten Zusatzuntersuchungen zur Früherkennung von den Experten eher kritisch gesehen werden oder eine abschließende Beurteilung nicht möglich ist.

Sinnvoll scheint jedoch die HDL-Bestimmung zu sein, zumal sie auch in gängigen kardiovaskulären Risikoscores Verwendung findet.

Bei aller Kritik an Zusatzuntersuchungen ist aber zu bedenken, dass auch für die Früherkennung nach den GU-Richtlinien eine vollständige Evidenzbasierung immer noch aussteht (vgl. Kapitel 2.3.2). Früherkennungsmaßnahmen ohne positiven Nutznachweis sind nicht nur unter Kostengesichtspunkten problematisch: Bei falsch positiven Befunden, belastenden Folgeuntersuchungen oder mangelnden therapeutischen Optionen kann die Diagnostik bei asymptomatischen Personen auch Schaden bewirken und bedarf daher besonderer Rechtfertigung (vgl. Kapitel 2.2.4). Darauf hat beispielsweise Abholz (2001) aufmerksam gemacht, der das Problem am Beispiel der Krebsvorsorge diskutierte. Grundsätzlich sind seine Überlegungen auch auf die GU übertragbar, wengleich die Problematik hier sicherlich weniger gravierend ist (vgl. auch Marshall 1996).

Gesundheitsuntersuchung: Türöffner für Individuelle Gesundheitsleistungen?

Etwa die Hälfte der Ärzte, die das GU-Programm mit Zusatzuntersuchungen verknüpfen, geben an, dass diese zumindest teilweise für die Patienten kostenpflichtig sind. Dies könnte dafür sprechen, dass die GU nicht selten auch als Türöffner für Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) betrachtet wird. Wie bereits in Kapitel 2.3.1 angedeutet wurde, werden diese Leistungen in der Literatur teilweise sehr kritisch betrachtet (Windeler 2006).

Die vorliegende Untersuchung ergibt keine Hinweise darauf, dass Ärzte, die die durchschnittliche soziale Lage ihrer Patienten vergleichsweise gut einschätzen, häufiger derartige Leistungen erbringen. Es besteht aber ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Zahl der abgerechneten Krankenscheine pro Quartal und der Durchführung kostenpflichtiger Zusatzuntersuchungen, was auf eine im Durchschnitt stärkere wirtschaftliche Ausrichtung der größeren Praxen hinweisen könnte. Auffällig ist auch, dass jüngere sowie weibliche Ärzte die GU häufiger mit kostenpflichtigen Zusatzuntersuchungen verbinden als ihre Kollegen. IGeL sind ein bisher noch wenig untersuchtes Phänomen – das Ergebnis der vorliegenden Untersuchung lässt vermuten, dass sie von der nachwachsenden Hausärztegeneration intensiver eingesetzt werden als von ihren Vorgängern.

Nutzen der GU aus Sicht der Ärzte

Der Nutzen der GU wird von den befragten Ärzten vorrangig in der Erkennung individueller gesundheitlicher Risikofaktoren und der darauf bezogenen Beratung gesehen. Dies scheint gegen die Hypothese der vorliegenden Untersuchung zu sprechen, dass die Beratung zu verhaltensbe-

zogenen Risiken in diesem Rahmen eine eher untergeordnete Rolle spielt (vgl. Kapitel 3.2.1). Auffällig ist allerdings, dass der Anteil der Ärzte, die auch im Hinblick auf die tatsächliche Veränderung gesundheitsschädlichen Verhaltens einen Nutzen sehen, erheblich geringer ist (das entsprechende Item steht in der Rangliste an vorletzter Stelle). Solche Zweifel der Hausärzte an der Effektivität ihrer verhaltenspräventiven Bemühungen werden auch in der internationalen Literatur beschrieben (Brotons et al. 2005).

Aber auch die auffällig positive Bewertung des Nutzens für die Erkennung gesundheitlicher Risikofaktoren muss kritisch hinterfragt werden, da nicht bekannt ist, wie vollständig und valide die ermittelten Risikoprofile tatsächlich sind (vgl. Glöser 1998, Kapitel 2.3.2).

Den Nutzen für die Früherkennung bereits manifester Krankheiten bewerten deutlich weniger, aber immer noch mehr als die Hälfte der Befragten positiv. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass sich die Frage nicht auf das Standardprogramm, sondern auf die GU in der Form bezog, wie sie tatsächlich vom jeweiligen Arzt angewendet wird. Unter Berücksichtigung der übrigen Ergebnisse ist zu vermuten, dass das Standardprogramm hinsichtlich seines Nutzens für die Krankheitsfrüherkennung weniger gut bewertet würde. Insgesamt sehen die Ärzte den Nutzen der GU offensichtlich eher in der Identifizierung und Bekämpfung von Risikofaktoren als in der Früherkennung bestehender Erkrankungen.

Aus den Antworten zu diesen Fragen geht außerdem hervor, dass die GU aus Sicht vieler Ärzte über ihre präventiv-ergebnisbezogenen Funktionen hinaus auch prozessbezogene Funktionen für die hausärztliche Praxis erfüllt. Die entsprechende Hypothese der vorliegenden Untersuchung (vgl. Kapitel 3.2.1) wird damit unterstützt. Manche Ärzte schätzen das Angebot als strukturgebenden Rahmen für den regelmäßigen Kontakt zu bestimmten Patienten – solche Wirkungen werden besonders in den freien Kommentaren zu der Frage genannt. Fast 80% der Befragten sehen einen Nutzen für die Qualität der Arzt-Patient-Beziehung. Dieser scheint zwar auf den ersten Blick nicht präventiv im engeren Sinne zu sein – in der Literatur findet sich aber auch die Einschätzung, dass eine gute Hausarzt-Patient-Beziehung per se präventive Wirkungen haben könne (Othman et al. 2008a:41).

Grundsätzlich gibt die GU Arzt und Patient die Möglichkeit, auch einmal unabhängig von den sonstigen Beratungsanlässen ins Gespräch zu kommen, was vor allem in qualitativen Studien betont wurde (Fisseni et al. 2003). Teilweise wird es auch so sein, dass nur scheinbar kein konkreter Beratungsanlass besteht, der Patient sich aber sehr wohl aufgrund konkreter Probleme und Ängste am Vorsorgeprogramm beteiligt (z. B. psychosoziale Probleme, befürchtete HIV-Infektion ...). Eine solche „hidden agenda“ wahrzunehmen und anzusprechen kann eine wichtige

hausärztliche Aufgabe sein (Hengstler et al. 2002:371). Auch solche Möglichkeiten der GU sollten bei der Diskussion um den Nutzen des Programms bedacht werden.

Wie bereits dargestellt, wird der Nutzen der GU für die Vertiefung der Arzt-Patient-Beziehung hoch eingeschätzt. Andererseits fällt jedoch auf, dass die „Auseinandersetzung mit psychosozialen Problemen“ und „Entlastung bei bestehenden Gesundheits Sorgen“ für die meisten Ärzte im Rahmen der GU keine große Rolle spielen: Diese Items werden nur selten hoch gewichtet. Auch bei der offenen Frage nach weiteren nützlichen Funktionen der GU geht keine Antwort in diese Richtung. Die Vorstellung, dass die GU eine gute Möglichkeit bieten würde, sich auch einmal mit psychosozialen Problemen des Patienten auseinanderzusetzen, wird somit nicht unterstützt. Insgesamt wird der Eindruck vermittelt, dass derartige Themen eher ausgeklammert werden. In besonderem Maße gilt dies für männliche Ärzte.

Gesamtbewertung der GU und Verbesserungsvorschläge

Insgesamt gesehen wird das Standardprogramm der GU nur von einer Minderheit der befragten Hausärzte für sinnvoll gehalten. Das Ergebnis ist angesichts der für viele Einzelfunktionen relativ positiven Nutzenbewertungen überraschend (diese Bewertungen beziehen sich allerdings auf die GU inklusive eventueller Modifikationen). Die negative Gesamtbeurteilung speist sich – wie aus den Verbesserungsvorschlägen der befragten Ärzte (Kapitel 5.2.4) deutlich wird – vor allem aus der Unzufriedenheit mit dem diagnostischen Spektrum. Dieses Ergebnis unterstützt die entsprechende Hypothese der vorliegenden Untersuchung (vgl. Kapitel 3.2.1).

Im Übrigen findet sich kein Hinweis darauf, dass der Nutzen des Programms von bestimmten Teilen der Hausärzteschaft höher eingeschätzt wird als von anderen – jedenfalls zeigen sich bei der Gesamtbewertung keine signifikanten Unterschiede zwischen den analysierten Untergruppen.

Als mögliche Verbesserung der GU werden auffällig häufig Erweiterungen der Labordiagnostik genannt. Offenbar möchten viele Hausärzte den Gesundheitszustand ihrer Patienten möglichst umfassend erkunden. Othman et al. (2008b:283) glauben, dass dabei „der unterstellte oder vom Patienten geäußerte Wunsch nach umfassender Untersuchung und Sicherheit (...) berücksichtigt“ werde. Fisseni et al. (2003) meinen, dass Hausärzte aufgrund ihrer gewohnheitsmäßig individualmedizinischen Herangehensweise mit dem Anspruch individualisierter Ausschlussdiagnostik oftmals unrealistische Maßstäbe an bevölkerungsmedizinisch angelegte Früherkennungsprogramme anlegen würden.

Einstellungen zu bevölkerungsbezogenen Präventionsprogrammen

Bei der GU handelt es sich um ein standardisiertes bevölkerungsbezogenes Präventionsprogramm. In der Literatur gibt es die Einschätzung, dass solche Programme dem Selbstverständnis der Hausärzte zuwiderlaufen würden, da diese das Spezifische ihres Beitrags zur Prävention vor allem in dem individuellen, anlassbezogenen Charakter sehen (vgl. Kapitel 2.3, Abholz 2006a). Von daher lautete eine Hypothese der vorliegenden Untersuchung, dass die Durchführung derartiger Präventionsprogramme von den Hausärzten in der Regel nicht als ihre Aufgabe betrachtet wird. Diese Hypothese wird jedoch von den Ergebnissen nicht unterstützt. Im Gegenteil: Fast alle Befragten (97%) stimmen der Aussage zu, dass standardisierte Präventionsprogramme mit bevölkerungsmedizinischen Zielen (wie die GU) zu den Aufgaben hausärztlicher Versorgung zählen, und über drei Viertel sind sogar der Meinung, dass diese nur von Hausärzten wahrzunehmen seien. Dieses scheinbar eindeutige Votum steht in einem deutlichen Widerspruch zu Ergebnissen qualitativer Studien (Othman et al. 2008b). Es ist nicht auszuschließen, dass das Antwortverhalten bei der vorliegenden Untersuchung teilweise auch von berufspolitischem Interesse geleitet war. Die widersprüchlichen Befunde könnten aber auch damit zusammenhängen, dass Hausärzte oft ambivalente Einstellungen zu ihrer Einbindung in standardisierte Präventionsprogramme haben, die mit qualitativen Forschungsmethoden besser erfasst werden können.

6.2 Diskussion der Ergebnisse zur präventiven Beratung

Hausärztliches Selbstverständnis in der präventiven Beratung

Die Untersuchung gibt einen orientierenden Überblick über hausärztliche Einstellungen zu präventiver Lebensstil-Beratung.

Fast alle Befragten sehen eine solche Beratung als einen wichtigen Teil ihres hausärztlichen Selbstverständnisses: Alle in der entsprechenden Frage aufgeführten Beratungsaufgaben werden als wichtige hausärztliche Aufgaben mehrheitlich akzeptiert. Zwischen den Items gibt es jedoch teilweise deutliche Abstufungen.

Die insgesamt hohe Zustimmung könnte auch durch den unvollständigen Rücklauf der Fragebögen mitbedingt sein, da stärker präventiv interessierte Ärzte den Fragebogen vielleicht häufiger ausgefüllt haben. Auch eine Verzerrung durch sozial erwünschtes Antwortverhalten kann nicht ausgeschlossen werden, obwohl die Anonymität der Befragten gesichert war.

Am höchsten ist die Zustimmung zu dem Item „Empfehlungen für eine gesundheitsgerechte Lebensweise geben“. Bemerkenswert ist die ebenfalls hohe Akzeptanz der Aufgabe „Motivierung

des Patienten zur Umsetzung dieser Empfehlungen“. An dieser Stelle kann nicht geklärt werden, wie bei der Motivierung des Patienten konkret vorgegangen wird. Es ist zu vermuten, dass es diesbezüglich erhebliche qualitative Unterschiede gibt. Es fragt sich, inwieweit auch neuere Beratungskonzepte wie etwa das „motivational interviewing“, das die Ambivalenz des Klienten der Beratung berücksichtigt, Anwendung finden (Miller und Rollnick 2009). Die Eignung dieses Konzepts zur Modifikation problematischen Gesundheitsverhaltens wurde inzwischen in zahlreichen Studien belegt (Rubak et al. 2005). In einer dänischen Studie wurde es speziell mit Hausärzten erprobt, von denen es anschließend als effektiver und nicht zeitaufwändiger als ihre bisherigen Beratungsmethoden eingeschätzt wurde (Rubak et al. 2006). Angesichts der in der vorliegenden Befragung geäußerten hohen Bereitschaft zur Motivationsarbeit mit Patienten könnte die gezielte Umsetzung solcher Konzepte auch hierzulande vielversprechend sein.

Die Bereitschaft zur „Überprüfung der Umsetzung der Empfehlungen“ ist bei den meisten Hausärzten deutlich geringer ausgeprägt. Dies könnte auf eine gewisse Scheu vor zu starker Einmischung in die Privatsphäre des Patienten zurückzuführen sein. Solche Bedenken wurden bereits in früheren Untersuchungen deutlich (Othman et al. 2008b:284). Bei der Diskussion um das Risikofaktorenmodell wurde auf die Gefahr hingewiesen, dass der Kranke vermehrt als schuldig für seine Krankheit angesehen werden könnte (Klemperer 2010:102). Offenbar gibt es bei nicht wenigen Ärzten die Befürchtung, dass das Ansprechen verhaltensbedingter Risikofaktoren als Vorwurf oder Bevormundung interpretiert werden könnte. Eine partnerschaftliche, akzeptierende Grundhaltung in der präventiven Beratung könnte dem entgegenwirken.

Noch geringer ist die Zustimmung zu dem Item „Beratung von Angehörigen zur Unterstützung der Umsetzung“ von Empfehlungen. Dies wirft die Frage auf, inwieweit die hausärztliche Tätigkeit (noch) als Familienmedizin realisiert wird und werden kann. Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin wurde 1998 in Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin umbenannt. Dies geschah auf Grundlage der Erkenntnis, dass die Familie fast immer den Rahmen hausärztlichen Handelns bildet und manchmal sogar im Mittelpunkt der Behandlung steht. Himmel et al. (2006:524) weisen darauf hin, dass „die Familie (...) die Einstellungen zur Gesundheit (*health beliefs*) und das Gesundheitsverhalten, zum Beispiel bei Rauchen, Alkohol, Ernährung und Bewegung“ prägt. Es ist deshalb verstärkt darüber nachzudenken, wie die Bereitschaft der Hausärzte zur Beratung von Angehörigen effektiver gesteigert werden könnte.

Auch bei dem Item „Information über präventive/gesundheitsförderliche Angebote anderer Stellen“ wäre eine höhere Zustimmung wünschenswert. In der kurativen Medizin ist es selbstverständlich, dass der Hausarzt eine koordinierende und beratende Funktion im komplexen und spezialisierten Netz der Medizin wahrnimmt (Abholz und Kochen 2006:502). In der präventiven

Medizin ist dies offenbar (noch) nicht in gleicher Weise üblich. Mit welchen Personen und Institutionen bei der Prävention zusammengearbeitet wird, untersuchte eine Ärztebefragung: Danach findet am häufigsten eine Kooperation mit Selbsthilfegruppen statt (von 30% der Ärzte praktiziert), gefolgt von Krankenhäusern / Rehabilitationseinrichtungen (28%), Ernährungsberatern (26%) und Krankenkassen (25%) (Amhof 2006). Gefragt wurde hier nach dem Gebiet der Primärprävention, dennoch lässt die Aufzählung vermuten, dass auch sekundär- und tertiärpräventive Ansätze einbezogen wurden. Insgesamt erscheint die Kooperation noch ausbaufähig – mögliche Strategien für einen Abbau von Kooperationshindernissen werden zum Beispiel von Etz et al. (2008) beschrieben.

Das Item „Beratung bei gesundheitlich belastenden sozialen Problemen“ erfährt eine höhere Zustimmung. Diese ist wiederum bei Landärzten stärker ausgeprägt als bei ihren Kollegen in der Stadt. Das könnte damit zusammenhängen, dass die soziale Funktion des Hausarztes auf dem Lande stärker gefordert ist und viele Landärzte auch im Bereich der Prävention eher bereit sind, diesbezüglich Verantwortung zu übernehmen. Außerdem fällt auf, dass die recht hohe Gewichtung dieser Aufgabe im ärztlichen Selbstverständnis in einem gewissen Widerspruch zu dem relativ geringen Nutzen steht, den die GU aus Sicht der Befragten für psychosoziale Beratung hat (vgl. Kapitel 5.2.3.1). Dies könnte ein Hinweis auf Schwierigkeiten bei der Umsetzung eines derartigen Anspruchs in die konkrete Praxis sein.

Die Bereitschaft zur „Klärung und Verbesserung körperlicher Gesundheitsressourcen“ sowie – mit Abstrichen – zur „Klärung und Verbesserung psychischer Gesundheitsressourcen“ ist relativ groß, besonders bei weiblichen Hausärzten. Demgegenüber scheint bei der „Klärung und Verbesserung sozialer Gesundheitsressourcen“ für zahlreiche Ärzte eine Grenze erreicht, an der sie sich nicht mehr zuständig fühlen. Wahrscheinlich wäre hier der Einsatz anderer Berufsgruppen, etwa von Sozialarbeitern, sinnvoll. Es ist aber zu bedenken, dass der Hausarzt – insbesondere bei der Versorgung alter Menschen – in diesem Aufgabenbereich häufig eine Schlüsselstellung einnimmt, die nur schwer zu ersetzen ist.

Insgesamt ist jedoch festzuhalten, dass alle abgefragten Aufgaben von der Mehrheit der Befragten eher oder sogar eindeutig akzeptiert werden. Die Hypothese der vorliegenden Untersuchung, dass sich die Bereitschaft der Hausärzte zu präventiver Beratung in der Regel auf reine Informationsvermittlung beschränkt, wird durch die Ergebnisse nicht unterstützt. Es wird vielmehr bei den meisten Ärzten ein durchaus hoher Anspruch an ihr Engagement in der Lebensstilberatung erkennbar. Allerdings vermeidet man mehrheitlich, sich bei konkreten Beratungsaufgaben auf eine eindeutige Aussage festzulegen (außer bei den beiden erstgenannten Items überwiegen die Antworten „eher ja“ / „eher nein“ gegenüber einer eindeutigen Zustimmung oder Ablehnung).

Dies könnte Ausdruck einer gewissen Unsicherheit über die hausärztliche Rolle in der präventiven Beratung sein. Außerdem gibt es bei allen Items auch Ärzte, die ein grundsätzlich anderes Selbstverständnis haben und die genannten Aufgaben mehr oder minder eindeutig ablehnen. Dies wirft – ebenso wie die unterschiedliche Handhabung der GU – die Frage auf, ob und wie bei allen Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung trotz der konträren Einstellungen in der Hausärzteschaft eine gleichwertige präventive Versorgung gewährleistet werden kann.

Langfristige Entwicklungen der hausärztlichen Einstellung zu präventiver Beratung

Im Hinblick auf die langfristige Entwicklung hausärztlicher Einstellungen zur präventiven Beratung ist der Vergleich mit den Ergebnissen der Studien von Wechsler et al. (1996) interessant, die 1981 und dann wieder 1994 US-amerikanische Hausärzte zu einigen der hier abgefragten Items befragt hatten. Zwar ist dieser Vergleich unter dem Vorbehalt unterschiedlicher Rahmenbedingungen hausärztlichen Handelns in den USA und hierzulande zu ziehen, er kann aber möglicherweise dennoch auf langfristige Trends hinweisen.

Bei Wechsler et al. sollten die Hausärzte angeben, ob sie bestimmte Tätigkeiten „definitiv“ als Teil ihrer hausärztlichen Rolle ansehen. Bei dem Item „Aufklärung über gesundheitliche Risikofaktoren“ stieg von 1981 bis 1994 die Zustimmung von 74% auf 89%. In der vorliegenden Untersuchung lag beim Item „Empfehlungen für eine gesundheitsgerechte Lebensweise geben“ die eindeutige Zustimmung ebenfalls bei einem Anteil von 89%.

Bei Wechsler et al. sollten die Hausärzte außerdem angeben, ob die Unterrichtung ihrer Patienten zu präventiven Angeboten in der Gemeinde „definitiv“ Teil ihres Rollenverständnisses sei. Die Zustimmung ging auch bei diesem Item zurück (von 55% im Jahr 1981 auf 43% im Jahr 1994). In der vorliegenden Befragung lag die eindeutige Bereitschaft zur Information über präventive Angebote anderer Stellen mit 26% noch niedriger. Das könnte Ausdruck eines mangelnden Angebots in der Region, aber auch Folge unzureichender Kenntnis oder von Geringschätzung der bestehenden Angebote bei den Ärzten sein.

Der Anteil der Ärzte, die die Beratung Angehöriger zur Unterstützung des Gesundheitsverhaltens definitiv als ihre Aufgabe betrachteten, sank im genannten Zeitraum bei Wechsler et al. von 47% auf 29%. Mit circa 24% eindeutiger Zustimmung liegt auch hier das Ergebnis der vorliegenden Untersuchung auf einem noch niedrigeren Niveau. Obwohl die Befragungen jeweils auf hausärztliche Grundeinstellungen abzielten, könnte diese Entwicklung ein Hinweis auf zunehmende Arbeitsbelastung in der hausärztlichen Praxis sein, die es immer schwieriger macht, sich

derartigen Aufgaben zu widmen (vgl. den Abschnitt zu zeitlichen Ressourcen hausärztlicher präventiver Beratung).

Hausärztliche Selbsteinschätzung der Beratungskompetenz

Die eigene Beratungskompetenz wird – entgegen der für die vorliegende Untersuchung formulierten Hypothese – bei allen abgefragten Items mehrheitlich positiv eingeschätzt. Diese Selbsteinschätzung kann kritisch hinterfragt werden – nicht zuletzt angesichts häufig anderslautender Einschätzungen im gesundheitswissenschaftlichen Diskurs, welche die ausreichende Qualifikation der Hausärzte bezweifeln (Haisch 2000). Auch sollte die (kleine) Gruppe von Ärzten mit (eher) negativer Selbsteinschätzung nicht aus den Augen verloren werden: So erscheint es problematisch, dass gerade bei der Raucherberatung, deren Nutzen besonders gut belegt ist und die vermeintlich zur Alltagsroutine der Hausärzte gehört, fast jeder zehnte Befragte zu einer negativen Selbsteinschätzung tendiert; bei der Beratung im Bereich des sexuellen Risikoverhaltens ist es sogar fast jeder vierte.

Dennoch vermitteln die Einschätzungen insgesamt den Eindruck, dass die meisten Hausärzte sich ein Engagement in der präventiven Beratung nicht nur wünschen, sondern auch zutrauen.

Zeitliche Ressourcen und Rahmenbedingungen hausärztlicher präventiver Beratung

Empirische Untersuchungen vermitteln jedoch den Eindruck, dass bislang nur wenig präventive Beratung durch niedergelassene Ärzte stattfindet: So ergab eine Ärztebefragung (Amhof 2006), dass noch nicht einmal die Hälfte der niedergelassenen Ärzte (darunter auch Vertreter anderer Fachrichtungen) ihren Patienten eine Beratung oder Schulung zur Primärprävention oder Gesundheitsförderung anbieten. Eine Bevölkerungsbefragung ergab wiederum, dass in Präventionsfragen nur wenige Bürger die Unterstützung des Hausarztes suchen (von den über 45-Jährigen etwa jeder Dritte, von den unter 45-Jährigen nur etwa jeder Zehnte), und dass präventive Verhaltensänderungen (wie z. B. Rauchverzicht) in drei Viertel der Fälle ohne hausärztliche Unterstützung ablaufen (Altgeld und Bockhorst 2004). Die Studie kam zu dem Fazit, dass sich präventive Verhaltensänderungen in der Regel im Alltag der Menschen abspielen, ohne dass dafür Leistungen der Gesundheitsversorgung in Anspruch genommen werden.

Die Diskrepanz zwischen präventivem Anspruch und Versorgungsrealität dürfte verschiedene Ursachen haben. Das Ergebnis der vorliegenden Untersuchung unterstützt die Hypothese, dass die zeitlichen Ressourcen für präventive Beratung von den meisten Hausärzten als nicht ausreichend eingeschätzt werden. Dieser Aspekt wurde in einer Studie der Bertelsmann-Stiftung auch

von Patienten am häufigsten als Grund dafür genannt, dass sie in Präventionsfragen kaum auf die Unterstützung des Hausarztes zurückgreifen (Marstedt und Rosenbrock 2009). Eine Ursache hierfür könnte die allgemeine Arbeitsverdichtung und Zeitknappheit in der Hausarztpraxis sein – so ergaben Untersuchungen, dass Hausärzten durchschnittlich nur etwa acht Minuten pro Konsultation zur Verfügung stehen (Deveugele et al. 2003; Barmer 2010). Hinzu kommt, dass qualifizierte präventive Beratung häufig zeitaufwändig ist bzw. der Aufwand vielfach nicht vorhersehbar ist. Die subjektiv wahrgenommene Zeitknappheit bei vielen Ärzten könnte auch mit einer – bewussten oder unbewussten – Priorisierung der eigenen Aufgaben zusammenhängen, bei der die Prävention im Unterschied zu anderen Aufgaben als nicht vorrangig wahrgenommen wird. Dazu könnte auch beitragen, dass die gesellschaftliche Anerkennung und finanzielle Honorierung des ärztlichen Engagements in diesem Bereich immer noch unterentwickelt sind. So werden verhaltensbezogene Beratungsleistungen außerhalb der GU laut Henke und Kunstmann (2006:118) „nur über die „hausärztliche Grundvergütung“ (...), die einmal pro Behandlungsfall geltend gemacht werden kann, sowie über die allgemeinen hausärztlichen Beratungsleistungen (...) pauschal abgegolten“.

Wie bereits in der Einleitung dargestellt, wird eine höhere Vergütung auch von Hausärzten als am besten geeignete Möglichkeit genannt, den Stellenwert der Prävention in der Praxis zu steigern. Diese Forderung wird vom ehemaligen Bundesgesundheitsminister Rösler geteilt (vgl. Kapitel 2.3.3, Amhof 2006, Bundesministerium für Gesundheit 2010). Ob eine höhere Vergütung jedoch automatisch zu besserer Prävention in der hausärztlichen Praxis führen würde, muss bezweifelt werden. Der Nutzen für den Patienten wird vermutlich gering bleiben, wenn die finanziellen Anreize nicht mit wirksamer Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung verbunden werden. Der Stand der diesbezüglichen Forschung ist freilich hierzulande noch entwicklungsbedürftig. Man könnte jedoch an bereits erprobte Konzepte (beispielsweise die Empfehlungen der nordamerikanischen Fachgesellschaften, vgl. Kapitel 2.3.3) anknüpfen, um wenigstens inhaltliche und formale Mindeststandards einer Gesundheitsberatung (z. B. Häufigkeit und Dauer von Interventionen etc.) zu definieren und durchzusetzen.

Als weitere Hilfen kommen evidenzbasierte Risikokalkulatoren in Frage, auf die beispielsweise das Arriba-Beratungskonzept aufbaut. Es konnte gezeigt werden, dass dadurch die partizipative Entscheidungsfindung in der kardiovaskulären Prävention erleichtert wird (Krones et al. 2008). Der bereits erwähnte PROCAM-Score stellt ein ähnliches Hilfsinstrument dar. Letztlich erscheint es erstrebenswert, den Hausärzten Wahlfreiheit unter einem Spektrum von Beratungskonzepten zu lassen – dennoch sollten die Anstrengungen verstärkt werden, einheitliche Quali-

tätsstandards präventiver Beratung zu definieren, um Hausärzte auf dieser Grundlage zu qualifizieren und für entsprechende Leistungen auch angemessen zu vergüten.

Kooperation und Aufgabenteilung mit anderen Berufsgruppen

Vor dem Hintergrund knapper zeitlicher Ressourcen gewinnt die Frage nach der Bereitschaft, bei der präventiven Beratung mit anderen Berufsgruppen zu kooperieren, an Bedeutung. Denkbar wäre, dass der Hausarzt auch bei der Prävention eine Lotsenfunktion einnimmt und die eigentlichen Beratungsleistungen vermehrt von anderen Berufsgruppen wahrgenommen werden. Ein relativ niederschwelliges Modell wäre die Delegation präventiver Beratung an MFA. Die Bereitschaft der Hausärzte hierzu ist, wie die vorliegende Untersuchung zeigt, themenspezifisch unterschiedlich ausgeprägt: Während zum Beispiel bei Themen wie Ernährungsverhalten und körperlicher Bewegung eine hohe Bereitschaft zu einer solchen Delegation besteht, ist diese Bereitschaft bei „Tabuthemen“ wie Sexualität und Alkoholkonsum deutlich niedriger; auch bei der Beratung zur Stressreduktion herrscht eine ablehnende Haltung vor. Ansonsten ist die Delegationsbereitschaft jedoch in der Regel hoch. Dieser Befund unterstützt die der Untersuchung zugrunde liegende Hypothese, dass die Hausärzte eher zu einer Delegation bereit sind, wenn Kenntnisse und Fähigkeiten für eine gesundheitsgerechte Alltagsbewältigung vermittelt werden sollen, als wenn es darum geht, Patienten bei eher intimen persönlichen Problemen zu beraten (vgl. Kapitel 3.2.2).

Die vorliegende Untersuchung zeigt aber auch, dass bisher in der Realität nur selten delegiert wird (bei jüngeren Ärzten signifikant häufiger als bei älteren). Hier liegen möglicherweise noch ungenutzte Potentiale. Des Weiteren wird die Hypothese unterstützt, dass die Delegationsbereitschaft auch von der Arbeitsbelastung abhängig ist, da sie bei den Ärzten mit besonders vielen abgerechneten Krankenscheinen höher ist als bei ihren Kollegen (und bei Landärzten höher als bei Stadtärzten). Kein Zusammenhang besteht dagegen zwischen der Delegationsbereitschaft und der Einschätzung der eigenen Beratungskompetenz. Es gibt somit keinen Anhaltspunkt dafür, dass eine hohe Delegationsbereitschaft durch einen Mangel an Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten begründet ist.

Bei diesen Überlegungen ist jedoch zu beachten, dass eine präventive Beratung durch MFA bei deren schon jetzt vielfach hohen Arbeitsbelastung besondere Herausforderungen an die Organisation der Praxen stellt. Außerdem setzt diese Lösung adäquate Qualifizierungsmaßnahmen voraus. Unter der Voraussetzung, dass diese Probleme gelöst werden, könnten Delegationsmodelle auf freiwilliger Basis eine sinnvolle Ergänzung zu ärztlichen Beratungsangeboten darstellen.

Zuständigkeiten für die Gesundheitsförderung

Bei der Frage, ob die Gesundheitsförderung vorrangig in medizinischer Zuständigkeit liegen sollte (Ärztenschaft bzw. MFA) oder eher bei den neuen Gesundheitsberufen außerhalb der Medizin, ergibt sich ein differenziertes Meinungsbild. Mehr als die Hälfte der Befragten spricht sich für eine vorrangig ärztliche Zuständigkeit aus und beansprucht damit Regiekompetenz auch für den Bereich der Gesundheitsförderung. Dieses Ergebnis steht der ursprünglichen Hypothese der vorliegenden Untersuchung entgegen, dass die Bereitschaft der Hausärzte gering sei, in diesem Bereich zusätzliche Funktionen zu übernehmen. Nur circa ein Fünftel der Befragten befürwortet eine vorrangige Zuständigkeit nichtmedizinischer Gesundheitsexperten. Etwa gleich groß ist der Anteil der Hausärzte, die dazu eigene Antworten formulieren – die meisten lassen den Wunsch nach einem gleichberechtigten, arbeitsteiligen Zusammenwirken von Medizinern und Nichtmedizinern erkennen. Die Frage der vorrangigen Zuständigkeit wird hier offenbar als eher sekundär betrachtet.

Insgesamt lässt sich aber festhalten, dass die Befragten mehrheitlich die ärztliche Verantwortung auch für diesen Aufgabenbereich beanspruchen. Unklar ist, inwieweit dabei berücksichtigt wird, dass sich eine systematische Förderung von Gesundheit nur begrenzt in der individuellen Arzt-Patienten-Beziehung verwirklichen lässt. Nach dem heutigen Stand der gesundheitswissenschaftlichen Diskussion liegen die größten Möglichkeiten in Konzepten wie dem Settingansatz und der Organisationsentwicklung (Altgeld und Kolip 2010). Zwar ist auch hierbei eine maßgebliche Rolle von Ärzten denkbar (z. B. von Arbeits- und Sozialmedizinern). Es ist aber fraglich, ob diese Aspekte, gesondert abgefragt, eine ähnlich hohe Zustimmung erhalten hätten, zumal hier schon in organisatorischer Hinsicht eine alleinige Zuständigkeit der Ärzteschaft schwer vorstellbar ist. Vermutlich hatten die Befragten vor allem die ihnen vertraute individuelle Handlungsebene im Blick – dafür sprechen neben dem Kontext der Frage im Fragebogen auch die offenen Kommentare (vgl. hierzu auch Abholz 2006a).

Dennoch bleibt es bemerkenswert, dass die hausärztliche Zuständigkeit für Gesundheit so umfassend gesehen wird und sich die meisten Hausärzte offenbar nicht nur für die Bekämpfung von Krankheiten, sondern auch für die Verbesserung der Gesundheit verantwortlich fühlen. Andererseits gibt es auch eine Minderheit von immerhin 21%, welche die Ärzteschaft für Aufgaben der Gesundheitsförderung nicht vorrangig zuständig sieht. Diese Unterschiede sprechen dafür, dass das Thema innerhalb der Hausärzteschaft weiter diskutiert werden sollte.

6.3 Limitationen der Untersuchung

Die vorliegende Untersuchung hatte zum Ziel, ein breites Bild der Einschätzungen deutscher Hausärzte zu Fragen der Prävention zu erhalten. Aus praktischen Gründen war die Reichweite der Untersuchung jedoch eingeschränkt – zum einen war der Kreis der einbezogenen Ärzte auf Brandenburg beschränkt, zum anderen konnte auch in diesem Rahmen keine Vollerhebung durchgeführt werden. Das Vorgehen bei der Bildung der Stichprobe war aber so angelegt, dass die Zusammensetzung der angeschriebenen Ärzte als repräsentativ für die Gesamtheit der Brandenburger Hausärzte betrachtet werden kann.

Repräsentativität für die Gesamtheit der bundesdeutschen Hausärzteschaft kann die Untersuchung allerdings nur eingeschränkt beanspruchen. Vor allem ist zu bedenken, dass sich manche persönlichen Merkmale und Umfeldbedingungen der Brandenburger Hausärzte von denen ihrer Kollegen in anderen Bundesländern unterscheiden. Zu nennen sind die relativ dünne Besiedlung des Landes, eine vergleichsweise geringe Arztdichte und das überdurchschnittlich schwierige soziale Umfeld (hohe Arbeitslosenquote und geringes Durchschnittseinkommen im Vergleich zum Bundesdurchschnitt). Mitbedingt durch diese Faktoren ist das Durchschnittsalter der Brandenburger Hausärzte relativ hoch. Eine Besonderheit ist außerdem, dass viele der Hausärzte beruflich in einem anderen Gesundheitssystem (der DDR) sozialisiert wurden, was vermutlich nicht ohne Folgen für ihr professionelles Selbstverständnis ist. Diese Faktoren schränken die Übertragbarkeit der Aussagen auf das gesamte Bundesgebiet ein. Es wäre deshalb wünschenswert, die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung durch eine bundesweite Studie zu überprüfen.

Eine gewisse Verzerrung kann sich durch den unvollständigen Rücklauf der Fragebögen ergeben haben. Der Vergleich zwischen Respondern und Nonrespondern (vgl. Kapitel 5.1.2) erbrachte zwar keine Hinweise auf eine nennenswerte Verzerrung soziodemographischer Parameter. Dennoch könnte die Bedeutung, die der Prävention von hausärztlicher Seite zugemessen wird, insgesamt zu hoch erscheinen, da Ärzte mit geringem Interesse an diesem Thema wahrscheinlich weniger häufig an der Untersuchung teilgenommen haben. Zwar wurde versucht, durch intensive Betreuung der befragten Gruppe (telefonische Erinnerung) die Rücklaufquote zu steigern, und es wurde letztlich auch ein verhältnismäßig hoher Rücklauf von 37% erreicht; dennoch ist diese mögliche Verzerrung bei der Interpretation der Ergebnisse zu bedenken.

Da ein breites Bild hausärztlicher Einschätzungen erhoben werden sollte, wurde eine teilstandardisierte Untersuchung gewählt. Es ist jedoch denkbar, dass sich gerade ambivalente Einstellungen häufig besser durch qualitative Untersuchungen erfassen lassen, da dort der Befragte nicht

unbedingt gezwungen ist, sich auf eine Antwortmöglichkeit festzulegen (vgl. auch die Diskussion zu Frage 7). Durch die standardisierte Form der Befragung kann demgegenüber hin und wieder eine Zuspitzung der Einschätzungen in eine Richtung stattgefunden haben. Des Weiteren besteht bei dieser Form der Untersuchung nicht die Möglichkeit zu überprüfen, inwieweit die Fragen tatsächlich im beabsichtigten Sinne verstanden wurden. Daher wurde versucht, alle Fragen möglichst klar und eindeutig zu formulieren. Dennoch sind – vor allem bei relativ abstrakten Fragestellungen - Missverständnisse nicht gänzlich auszuschließen.

6.4 Fazit und Schlussfolgerungen

Die folgenden Punkte fassen die wichtigsten Ergebnisse der Arbeit unter Berücksichtigung der eingangs formulierten Hypothesen und sich daraus ergebende Schlussfolgerungen zusammen.

1. Die Rolle des Hausarztes in der Prävention und Gesundheitsförderung ist bislang nur unscharf definiert. Dies gilt umso mehr, je früher im Prozess der Krankheitsentstehung das präventive Handeln ansetzt (z. B. Reduktion gesundheitlicher Risikofaktoren) oder – wie bei der Gesundheitsförderung – auf eine bessere Gesundheit abzielt und sich so von der traditionell kurativen Rolle des Hausarztes entfernt. Die Untersuchung zeigt, dass es dazu nicht nur im gesundheitspolitischen Diskurs, sondern auch bei den Hausärzten selbst vielfach widersprechende und ambivalente Einschätzungen gibt. Gleichzeitig wird deutlich, dass die Relevanz des Themas den meisten Hausärzten bewusst ist und sie mehrheitlich ihre Verantwortung auch für präventive sowie gesundheitsfördernde Maßnahmen betonen.

2. Die GU als bereits länger etabliertes Programm an der Schnittstelle von Primär- und Sekundärprävention wird sehr unterschiedlich genutzt. Die Nutzungsfrequenz korreliert nicht nur mit Praxisgröße und der Wertschätzung des Programms, sondern auch mit dem Alter des Arztes (häufigere Nutzung durch jüngere Hausärzte). Angesichts der Tatsache, dass weniger als die Hälfte der Anspruchsberechtigten zumindest einmalig und weniger als ein Drittel regelmäßig einbezogen wird, erscheint die Reichweite des Programms mangelhaft. Zur Steigerung der Teilnahmequoten sollten sich die Hausärzte gemeinsam mit den Krankenkassen verstärkt darum bemühen, noch bestehende Informationsdefizite und Vorbehalte abzubauen und hierbei konsequenter auf die Einbeziehung aller Anspruchsberechtigten hinarbeiten, insbesondere auch der bislang unterrepräsentierten jüngeren Klientel.

3. Das diagnostische Standardprogramm wird vielfach um Maßnahmen ergänzt, die in der GU-Richtlinie nicht vorgesehen sind (besonders Laboruntersuchungen), und vielfach wird Kritik

an den schmalen diagnostischen Vorgaben geübt. Die Tendenz zu umfassender Erkundung des Gesundheitszustands im Rahmen der GU erscheint aus bevölkerungsmedizinischer Perspektive allerdings fragwürdig. Gleichzeitig ist anzumerken, dass auch das GU-Standardprogramm noch nicht vollständig evidenzbasiert ist (vgl. Kapitel 2.3.2). Hier besteht noch Forschungsbedarf, wobei auch der Nutzen einer (ggfs. altersadaptierten) erweiterten Diagnostik geklärt und auf dieser Basis ein einheitlicheres Vorgehen angestrebt werden sollte.

4. Bei der Bewertung des Nutzens der GU sind viele Ärzte ambivalent – so wird das Standardprogramm insgesamt von einer knappen Mehrheit für nicht sinnvoll gehalten, während die nach Funktionen differenzierte Nutzenbewertung teilweise sehr positiv ausfällt. Besonders der Nutzen für die Erkennung gesundheitlicher Risikofaktoren und darauf bezogene Beratung wird hoch eingeschätzt. Dies unterstreicht den potentiellen Nutzen des Programms für die jüngere Klientel. Der Nutzen für die Veränderung problematischen Gesundheitsverhaltens wird dagegen deutlich skeptischer gesehen. Auffällig ist die niedrige Gewichtung psychosozialer Beratung im Rahmen der GU (vor allem durch männliche Ärzte). Möglicherweise würde die Effektivität der GU steigen, wenn psychosoziale Aspekte stärker fokussiert würden. Sollte dies den Hausärzten im organisatorischen Rahmen der GU nicht möglich sein, könnte eventuell die verstärkte Einbeziehung anderer Berufsgruppen mit spezieller psychosozialer Beratungskompetenz hilfreich sein.

5. Die Hypothese, dass die GU neben den im engeren Sinne präventiven auch prozessbezogene Funktionen in der Hausarztpraxis erfüllt (strukturgebender Rahmen für die Patientenbetreuung, Vertiefung der Arzt-Patient-Beziehung etc.) wird durch die Ergebnisse der Untersuchung unterstützt. Solche positiven Begleitaspekte sollten bei der Diskussion um den Nutzen des Programms nicht unterschätzt werden.

6. Anders als vermutet, bejaht die klare Mehrheit der Hausärzte ihre Zuständigkeit für standardisierte, bevölkerungsmedizinisch angelegte Präventionsprogramme wie die GU. Dieses Ergebnis steht allerdings in einem gewissen Widerspruch zu der vielfach wenig konsequenten Nutzung des Instruments. Möglicherweise spielten bei dem Antwortverhalten zu dieser Frage auch berufspolitische Erwägungen eine Rolle.

7. Die Aufgabe der Beratung bei lebensstilbedingten Gesundheitsrisiken wird von nahezu allen Befragten akzeptiert. Anders als vermutet geht diese Bereitschaft in der Regel über reine Informationsvermittlung hinaus und bezieht sich auch auf die Motivierung der Patienten. Unklar bleibt allerdings, welchen fachlichen Standard man dabei für ausreichend hält und inwieweit

Interesse an einer spezifischen Fortbildung besteht (z. B. in der Methode des „motivational interviewing“), die zu einer höheren Effektivität der Beratung beitragen könnte.

8. Weitergehendes Engagement in der präventiven Beratung wird weniger eindeutig befürwortet. Dies gilt vor allem für die Einbeziehung sozialer Gesundheitsressourcen, die Beratung Angehöriger und die Information über Angebote anderer Stellen. Bemerkenswert ist, dass bei Landärzten und weiblichen Ärzten häufiger Interesse an diesen Aufgaben besteht. Die Diskrepanzen im hausärztlichen Selbstverständnis sollten zu einer verstärkten Diskussion über ein angemessenes hausärztliches Rollenverständnis, aber auch über dessen Realisierbarkeit unter dem Druck verschärfter Rahmenbedingungen hausärztlicher Praxis Anlass geben.

9. Die mehrheitlich negative Einschätzung der zeitlichen Ressourcen für präventive Beratung verweist auf solche ungünstigen Rahmenbedingungen. Es scheint, dass der relativ hohe präventive Anspruch vieler Hausärzte auch deshalb häufig nicht realisiert werden kann. Eine bessere Vergütung präventiver Beratungsleistungen allein, wie sie gelegentlich gefordert wird, dürfte allerdings kaum ausreichen, um dies entscheidend zu ändern, wenn nicht zugleich hochwertige Qualitätsstandards für die präventive Beratung definiert und in der Praxis erfolgreich implementiert werden.

10. Obwohl Prävention und Beratung in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung bisher keine große Rolle spielen, schätzt die Mehrheit der Befragten ihre präventive Beratungskompetenz positiv ein. Es fällt jedoch auf, dass in den Bereichen Raucherberatung und insbesondere Beratung zu sexuellem Risikoverhalten der Anteil dieser Ärzte geringer ist, was für einen gewissen Qualifizierungsbedarf gerade zu diesen Beratungsaufgaben sprechen könnte.

11. Es besteht eine themenspezifisch unterschiedlich ausgeprägte Bereitschaft zur Delegation präventiver Beratung an medizinische Fachangestellte. Sie scheint aber auch von der Arbeitsbelastung des Arztes abhängig zu sein. Eine solche Delegation ist bislang selten, könnte aber hilfreich sein, wenn dem Arzt die notwendige Zeit oder Bereitschaft für eigene Beratung fehlt. Forschungsbedarf besteht zu der Frage, wie die Fachangestellten, aber auch die Patienten einer solchen Delegation gegenüber eingestellt sind. Passende organisatorische Rahmenbedingungen und eine hinreichende Qualifizierung der MFA, welche die Beratung durchführen, wären weitere notwendige Voraussetzungen.

12. Die Mehrzahl der befragten Hausärzte ist der Meinung, dass auch das Aufgabenfeld der Gesundheitsförderung in ihre Zuständigkeit fällt. Das Interesse dürfte sich dabei vor allem auf das individuelle Arzt-Patient-Verhältnis und weniger auf ein Engagement im Sinne des Set-

tingansatzes oder der Organisationsentwicklung beziehen. Möglicherweise sollte die Bereitschaft vieler Hausärzte zu individueller Gesundheitsförderung künftig mehr genutzt werden. Unabhängig davon sollte aber auch hier über Möglichkeiten der Einbeziehung anderer Berufsgruppen und Institutionen, die angemessene Aufgabenverteilung und den spezifischen Beitrag, den Hausärzte leisten können, nachgedacht werden. Dies könnte zusammen mit angemessener Qualifizierung und Verbesserungen der strukturellen Rahmenbedingungen zu mehr Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung auf einem qualitativ hohen Niveau beitragen.

LITERATURVERZEICHNIS

- Abholz HH, Kochen MM. Definition der Allgemeinmedizin. In: Kochen MM (Hrsg.). Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Stuttgart und New York, USA: Georg Thieme Verlag 2006: 502-6.
- Abholz HH. Ethische Probleme bei der Früherkennung. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 2001;77:398-402.
- Abholz HH. Hausärztliche Prävention. In: Kirch W, Badura B (Hrsg.). Prävention: Ausgewählte Beiträge des Nationalen Präventionskongresses Dresden 1. und 2. Dezember 2005. Heidelberg: Springer Medizin Verlag 2006:55-70. (zitiert als: *Abholz 2006a*)
- Abholz HH. Prävention in der Medizin – Integration in und Widerspruch zu kurativer Medizin. Prävention und Gesundheitsförderung 2006;1:51-56. (zitiert als: *Abholz 2006b*)
- Alber J. Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland - Entwicklung, Struktur, Funktionsweise. Frankfurt/Main und New York, USA: Campus Verlag 1992.
- Altenhofen L, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (ZI-KV). Hochrechnung zur Akzeptanz von Gesundheitsuntersuchungen und Krebsfrüherkennungsuntersuchungen bei gesetzlich Versicherten. Powerpoint-Präsentation (2005). http://www.zi-berlin.de/cms/fileadmin/images/content/PDFs_alle/Akzeptanz_KFU_GU_FOBT.pdf vom 12.06.2011.
- Altgeld T, Bockhorst R. Neue gesundheitliche Wertschätzung der Prävention und Gesundheitsförderung – alte Verhaltensmuster in der Bevölkerung? In: Böcken J, Braun B, Schnee M (Hrsg.). Gesundheitsmonitor 2004: Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung 2004:35-51.
- Altgeld T, Kolip P. Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann K, Klotz T, Haisch J (Hrsg.). Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 3. Aufl. Bern, Schweiz: Verlag Hans Huber 2010:45-56.
- Amhof R. Ärzte kaum präventiv tätig. Ein Newsletter der Bertelsmann-Stiftung: Gesundheitsmonitor 2006;1-5.
- Antonovsky A. Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt-Verlag 1997.
- Barmer GEK. Pressemitteilung vom 19.01.2010. <http://www.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Infothek/Studien-und-Reports/Arztreport/Arztreport-2010/PDF-Pressemappe,property=Data.pdf> vom 12.06.2011.
- Baum E, Donner-Banzhoff N, Jäkle C et al. Gesundheitsberatung und Motivation zu Verhaltensänderungen nach dem Check up 35 bei Risikopatienten. Zeitschrift für Gesund-

- heitswissenschaften 1999;7:291–302.
- Blank W. Vorsorgeuntersuchungen in der hausärztlichen Praxis. In: Nixdorff U (Hrsg.). Check-Up-Medizin: Prävention von Krankheiten – evidenzbasierte Empfehlungen für die Praxis. Stuttgart und New York, USA: Georg Thieme Verlag 2009:6-26.
- Blöß T. Präventionsgesetz: Eckpunkte in der Kritik. Deutsches Ärzteblatt 2004; 101(46):A3065.
- Bristrup R. Medizinische Fachangestellte - Umstellung in den Arztpraxen. Deutsches Ärzteblatt 2006;103(30):A2021-2.
- Brotons C, Björkelund C, Bulc M, et al. Prevention and health promotion in clinical practice: the views of general practitioners in Europe. Preventive Medicine 2005;40:595-601.
- Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Marburger Bund. Stellungnahme der Bundesärztekammer, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des Marburger Bundes zum Referentenentwurf für ein Präventionsgesetz vom 6. Dezember 2004 (Stand: 14.12.2004). <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/10stellungnahme.pdf> vom 12.06.2011.
- Bundesärztekammer. Prävention stärken. Entschließung des 110. Deutschen Ärztetags 2007. <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.2.23.5168.5283.5305.5306> vom 06.06.2011.
- Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung. Anzeige in der Frankfurter Rundschau vom 21.09.1989. Zitiert nach: Füller A. Gesundheits-Check-ups – produktiv oder kontraproduktiv für die Gesundheitssicherung? In: Chronische Krankheit: Ohne Rezepte. Argument-Sonderband AS 182. Berlin: Argument Verlag 1990:51-64.
- Bundesministerium für Gesundheit. Bei Prävention wollen wir neue Wege gehen. Interview mit Dr. Philipp Rösler vom 01.11.2010. <http://www.bmg.bund.de/ministerium/presse/interviews/bei-praevention-wollen-wir-neue-wege-gehen.html> vom 12.06.2011.
- Crawford R. Healthism and the Medicalization of Everyday Life. International Journal of Health Services 1980;10(3):365-88.
- Deppe HU. Gesundheitspolitik im Kontext der deutschen Vereinigung und europäischen Integration. In: Deppe HU, Friedrich H, Müller R (Hrsg.). Gesundheitssystem im Umbruch: Von der DDR zur BRD. Frankfurt/Main und New York, USA: Campus Verlag 1993:9-37.
- Deutscher Bundestag. Antwort der Bundesregierung zum Thema Stärkung der Prävention. Drucksache 17/845 vom 26.02.2010.
- Deveugele M, Derese A, van den Brink-Muinen A, Bensing J, De Maeseneer J. Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. British Medi-

cal Journal 2003;325:472-7.

Eberle G. Prävention in der Gesetzlichen Krankenversicherung von 1970 bis heute. In: Stöckel S, Walter U (Hrsg.). Prävention im 20. Jahrhundert – Historische Grundlagen und aktuelle Entwicklungen in Deutschland. Weinheim und München: Juventa-Verlag 2002:237-49.

Ellerbrock D. Prävention in der US-Zone 1945-1949 - Zielsetzung, Konzeption und Reichweite von Präventionsmaßnahmen nach dem Zweiten Weltkrieg. In: Stöckel S, Walter U (Hrsg.). Prävention im 20. Jahrhundert – Historische Grundlagen und aktuelle Entwicklungen in Deutschland. Weinheim und München: Juventa-Verlag 2002:152-64.

Etz RS, Cohen DJ, Woolf SH, et al. Bridging Primary Care Practices and Communities to Promote Healthy Behaviors. American Journal of Preventive Medicine 2008;35:390-7.

Ewert G. Organisation und Praxis der Prävention in der Deutschen Demokratischen Republik. In: Elkeles T, Niehoff JU, Rosenbrock R, Schneider F (Hrsg.). Prävention und Prophylaxe – Theorie und Praxis eines gesundheitspolitischen Grundmotivs in zwei deutschen Staaten 1949-1990. Berlin: Edition Sigma Rainer Bohn Verlag 1991:107-127.

Faltermaier T. Gesundheitsberatung. In: Nestmann F, Engel F, Sickendiek U (Hrsg.). Das Handbuch der Beratung. Tübingen: dgvt-Verlag 2007:1063-81.

Fisseni G, Golücke A, Abholz HH. Warum machen deutsche Ärzte so wenig Früherkennung? Zeitschrift für Allgemeinmedizin 2003;79:591-5.

Framingham Heart Study. <http://www.framinghamheartstudy.org/> vom 12.06.2011.

Freund T, Lekutat C, Schwantes U, Szecsenyi J, Joos S. Gesundheitsuntersuchung und Impfstatus – Ergebnisse einer Patientenbefragung in deutschen Hausarztpraxen. Das Gesundheitswesen 2010;72:804–7.

Gemeinsamer Bundesausschuss. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Schutzimpfungen nach § 20d Abs. 1 SGB V (Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL) (letzte Änderung: 21.10.2010). http://www.g-ba.de/downloads/62-492-505/RL-Schutzimpfung_2010-10-21.pdf vom 12.06.2011. (*zitiert als: G-BA 2010a*)

Gemeinsamer Bundesausschuss. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinie/KFE-RL) (zuletzt geändert am 16.12.2010). http://www.g-ba.de/downloads/62-492-510/RL_KFU_2010-12-16.pdf vom 12.06.2011. (*zitiert als: G-BA 2010b*)

Gemeinsamer Bundesausschuss. Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten („Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien“) (zuletzt geändert am 16.12.2010). http://www.g-ba.de/downloads/62-492-510/RL_KFU_2010-12-16.pdf vom 12.06.2011. (*zitiert als:*

G-BA 2010c)

Gemeinsamer Bundesausschuss. Historie zur Richtlinie „Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien“. <http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/historie/zur-richtlinie/10/#280/> vom 11.09.2011. (zitiert als: *G-BA 2010d*)

Gerst T. Arztbild der Zukunft: Eindeutiges Votum gegen die Substitution ärztlicher Tätigkeit. *Deutsches Ärzteblatt* 2008;105(22):A1176-80.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheitsausgaben in Deutschland in Mio. € (Tabelle). http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=3&p_aid=91038180&nummer=322&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=2022677 vom 12.06.2011.

Gieseke S. Prävention vorrangig in Ärztehand – Experten skeptisch. *Ärzte Zeitung* vom 03.11.2010. <http://www.springermedizin.de/praevention-vorrangig-in-aerztehand--experten-skeptisch/296792.html> vom 11.09.2011.

Glöser S. Check Up 35 – für viele Ärzte eine lästige Pflichtübung. *Deutsches Ärzteblatt* 1998;95(30):A1829.

Hager WC. Hat der „Check Up“ ausgedient? *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 2008;84:388-90.

Haisch J. Prävention und Gesundheitsförderung in der Allgemeinmedizin. In: Hurrelmann K, Klotz T, Haisch J (Hrsg.). *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. 1. Aufl. Bern, Schweiz: Verlag Hans Huber 2004:193-201.

Haisch J. Prävention und Gesundheitsförderung: Defizite der Allgemeinmedizin – Chancen für die Gesundheitspsychologie. *Prävention* 2000;23:3-7.

Hauswaldt J, Junius-Walker U, Kersting M, Hummers-Pradier E. Zur Gesundheitsuntersuchung in deutschen Hausarztpraxen – eine sekundäre Analyse von Versorgungsdaten von 1996 bis 2006. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 2009;85:411-17.

Hengstler P, Battegay E, Cornuz J, Bucher H, Battegay M. Evidence for prevention and screening: recommendations in adults. *Swiss Medical Weekly* 2002;132:363-73.

Henke R, Kunstmann W. Gesundheitsberatung als ärztliche Aufgabe. *Prävention und Gesundheitsförderung* 2006;2:115-20.

Himmel W, Ewert W, Klein R. Der Patient im Kontext der Familie. In: Kochen MM (Hrsg.). *Allgemeinmedizin und Familienmedizin*. Stuttgart und New York, USA: Georg Thieme Verlag 2006:524-36.

Hurrelmann K, Klotz T, Haisch J. Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann K, Klotz T, Haisch J (Hrsg.). *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*.

3. Aufl. Bern, Schweiz: Verlag Hans Huber 2010:13-23.
- John U, Meyer C, Ulbricht S, et al. Verbesserung der medizinischen Versorgung durch die Förderung der Intention zur Änderung gesundheitsriskanten Verhaltens. *Medizinische Klinik* 2007;102:33–6.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien. *Deutsches Ärzteblatt* 1999;96(15):A1015.
- Klein-Lange M, Schwartz FW. Ärztliche Versorgung. In: Schwartz FW, Badura B, Busse R, Leidl R, Raspe H, Siegrist J, Walter U (Hrsg.). *Das Public Health Buch*. 2. Aufl. München: Urban und Schwarzenberg 2003:277-93.
- Klemperer D. *Sozialmedizin – Public Health. Lehrbuch für Gesundheits- und Sozialberufe*. Bern: Verlag Hans Huber 2010.
- Krones T, Keller H, Sönnichsen A, et al. Absolute cardiovascular disease risk and shared decision making in primary care: a randomized controlled trial. *Annals of Family Medicine* 2008;6:218-27.
- Kühn H. *Healthismus – Eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den USA*. Berlin: Edition Sigma Rainer Bohn Verlag 1993.
- KVBB (Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg). www.kvbb.de vom 20.2.2009.
- Labisch A. Der öffentliche Gesundheitsdienst (öGD) angesichts neuer öffentlicher Gesundheitsleistungen („new public health“). In: Deppe HU, Friedrich H, Müller R (Hrsg.). *Öffentliche Gesundheit – Public Health*. Frankfurt/Main und New York, USA: Campus Verlag 1991:84-102.
- Ladenson PW, Singer PA, Ain KB, et al. American Thyroid Association guidelines for detection of thyroid dysfunction. *Archives of Internal Medicine* 2000;160(11):1573-5.
- Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005;2. DOI: 10.1002/14651858.CD001271.pub2.
- Leppin A. Konzepte und Strategien der Prävention. In: Hurrelmann K, Klotz T, Haisch J (Hrsg.). *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. 3. Aufl. Bern, Schweiz: Verlag Hans Huber 2010:35-44.
- Marshall KG. Prevention. How much harm? How much benefit? 3. Physical, psychological and social harm. *Canadian Medical Association Journal* 1996;155(2):169–76.
- Marstedt G, Rosenbrock R. Verhaltensprävention: Guter Wille allein reicht nicht. In: Böcken J, Braun B, Landmann J (Hrsg.). *Gesundheitsmonitor 2009: Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive der Bevölkerung*. Gütersloh: Verlag Bertels-

- mann Stiftung 2009:12-37.
- Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse – Grundlagen und Techniken. 8. Aufl. Weilheim und Basel, Schweiz: Beltz Verlag 2003.
- McAvoy BR, Kaner EFS, Lock CA, Heather N, Gilvarry E. Our Healthier Nation: are general practitioners willing and able to deliver? A survey of attitudes to and involvement in health promotion and lifestyle counselling. *British Journal of General Practice* 1999;49:187-90.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS). Individuelle Gesundheitsleistungen auf dem Prüfstand. http://www.mds-ev.org/Evidenzbasierte%20Medizin_IGeL.htm vom 12.06.2011.
- Meier C, Stähli R, Szucs TD. Ökonomische Nutzen und Kosten populationsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement* 2006;11:168–75.
- Miller WR, Rollnick S. Motivierende Gesprächsführung. 3. Aufl. Freiburg: Lambertus Verlag 2009.
- Moser G. Notverordnungen und Gesundheitspolitik in der Weimarer Republik: Präventionskonzepte und Versorgungsstrukturen in der Krise. In: Stöckel S, Walter U (Hrsg.). Prävention im 20. Jahrhundert – Historische Grundlagen und aktuelle Entwicklungen in Deutschland. Weinheim und München: Juventa-Verlag 2002:96-109.
- Mühlhauser I. Ist Vorbeugen besser als Heilen? *Deutsches Ärzteblatt* 2007; 104(25):A1804-7.
- Othman C, Altiner A, Abholz HH. Prävention in der Hausarztpraxis im Spiegel der Forschung – ein systematischer Literaturüberblick. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 2008;84:36-42. (zitiert als: *Othman et al. 2008a*)
- Othman C, Wollny A, Abholz HH, Altiner A. Die Gesundheitsuntersuchung – Ein ungeliebtes Stiefkind? Eine qualitative Untersuchung. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 2008;84:280-5. (zitiert als: *Othman et al. 2008b*)
- Perrez M, Gebert S. Veränderung gesundheitsbezogenen Risikoverhaltens: Primäre und sekundäre Prävention. In: Schwenkmezger P, Schmidt LR (Hrsg.). *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie*. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag 1994:169-87.
- Plamper E, Stock S. Kosten und Finanzierung von Prävention und Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann K, Klotz T, Haisch J (Hrsg.). *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. 3. Aufl. Bern, Schweiz: Verlag Hans Huber 2010:402-14.
- Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model

- of change. *Psychotherapie: Theory, Research and Practice* 1982;19:276-88.
- Prochaska JO, Velicer WF. The Transtheoretical Model of behavior change. *American Journal of Health Promotion* 1997;12:38-48.
- Regus S, Metz U, Brinck A, Braun V, Heintze C. Funktionen und Grenzen des „Check Up 35“ in der hausärztlichen Praxis – Eine qualitative Befragung. Präsentation als Poster auf dem 42. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), Berlin 2008. Erhältlich auf Anfrage beim Autor.
- Richter M, Brand H, Rössler G. Sozioökonomische Unterschiede in der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen und Maßnahmen der Gesundheitsförderung in NRW. *Das Gesundheitswesen* 2002;64 (7):417–23.
- Robertz-Grossmann B, Prümel-Philippsen U: Nach dem gescheiterten Präventionsgesetz - Hintergründe, Kritik und neue Perspektiven. *Prävention und Gesundheitsförderung* 2006;1:12-16.
- Rosenbrock R, Gerlinger T. *Gesundheitspolitik – Eine systematische Einführung*. Bern, Schweiz: Verlag Hans Huber 2004.
- Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Borch-Johnsen K, Christensen B. An education and training course in motivational interviewing influence: GPs' professional behaviour – ADDITION Denmark. *British Journal of General Practice* 2006;56:429-36.
- Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice* 2005;55:305-12.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Gutachten 2000/2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Kurzfassung Band 1 und 2. Baden-Baden: Nomos-Verlag 2002.
- Schagen U. Ende und Wiederauferstehung des Hausarztes in der DDR – Zentralstaatliche Vorgaben und ihre Rücknahme. In: Schmacke N (Hrsg.). *Gesundheit und Demokratie*. Frankfurt/Main: Verlag für akademische Schriften 1999:269-84.
- Schwartz FW, Walter U. Prävention. In: Schwartz FW, Badura B, Busse R, Leidl R, Raspe H, Siegrist J, Walter U (Hrsg.). *Das Public Health Buch*. 2. Aufl. München: Urban und Schwarzenberg 2003:189-214.
- Sim MG, Wain T, Khong E. Influencing behaviour change in general practice – Part 2 – motivational interviewing approaches. *Australian Family Physician* 2009;38:986-9.
- Simon M. *Das Gesundheitssystem in Deutschland – Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise*. 3. Aufl. Bern, Schweiz: Verlag Hans Huber 2010.
- Sönnichsen AC, Rambeck M, Donner-Banzhoff N, Baum E. Cholesterinbestimmung beim

- „Check ab 35“: Hat die Untersuchung Konsequenzen? Zeitschrift für Allgemeinmedizin 2006;82:431–4.
- Sönnichsen AC, Sperling T, Donner-Banzhoff N, Baum E. Unterschiede zwischen Teilnehmern und Nichtteilnehmern an der Gesundheitsuntersuchung. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 2007;83:355-58.
- Stöckel S. Geschichte der Prävention und Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann K, Klotz T, Haisch J (Hrsg.). Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 1. Aufl. Bern, Schweiz: Verlag Hans Huber 2004:21-9.
- Strametz R, Erler A, Weberschock T, Otterbach I, Beyer M. IGeL kritisch betrachtet: „Manager Check“ – Teil 1: Blutbild und Immunparameter. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 2009;85:165–70.
- Streich W. Ist die Ausweitung der Gesundheitsuntersuchung wünschenswert? Zeitschrift für Allgemeinmedizin 2010;86:51-2.
- Streich W. Ist die Teilnahme an Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen wirklich zu gering? Zeitschrift für Allgemeinmedizin 2009;85:284-89.
- Trojan A. Das Konzept der Gesundheitsförderung in der Praxis. In: Stöckel S, Walter U (Hrsg.). Prävention im 20. Jahrhundert – Historische Grundlagen und aktuelle Entwicklungen in Deutschland. Weinheim und München: Juventa-Verlag 2002:250-65.
- U.S. Preventive Services Task Force. Behavioral Counseling in Primary Care to Promote a Healthy Diet. Summary of Recommendations (January 2003). <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspstf08/diet.htm> vom 12.06.2011. (zitiert als: *USPSTF 2003b*)
- U.S. Preventive Services Task Force. Recommendations. <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/index.html> vom 12.06.2011.
- U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Lipid Disorders in Adults. Recommendation Statement (June 2008). <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf08/lipid/lipidrs.htm#rationale> vom 12.06.2011. (zitiert als: *USPSTF 2008a*)
- U.S. Preventive Services Task Force. Screening for obesity in adults: recommendations and rationale. *Annals of Internal Medicine* 2003;139(11):930-2. (zitiert als: *USPSTF 2003a*)
- U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Thyroid Disease. Recommendation Statement (January 2004). <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/3rduspstf/thyroid/thyrrs.htm> vom 12.06.2011.
- U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Type 2 Diabetes Mellitus in Adults. Clinical Summary of USPSTF Recommendation (June 2008). <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf08/diabetes/diabetes.htm> vom 12.06.2011.

- tiveservicestaskforce.org/uspstf08/type2/type2summ.htm vom 12.06.2011. (zitiert als: *USPSTF 2008b*)
- Van den Berg N, Meinke C, Heymann R, et al. AGnES: Supporting General Practitioners With Qualified Medical Practice Personnel. *Deutsches Ärzteblatt International* 2009;106(1-2):3-9.
- Walter U, Klippel U, Bisson S. Umsetzung der 9. Ärztlichen Approbationsordnung im Querschnittsbereich „Prävention und Gesundheitsförderung“ an den medizinischen Fakultäten in Deutschland. *Das Gesundheitswesen* 2007;69:240-8.
- Walter U, Schwartz FW. Prävention: Institutionen und Strukturen. In: Schwartz FW, Badura B, Busse R, Leidl R, Raspe H, Siegrist J, Walter U (Hrsg.). *Das Public Health Buch*. 2. Aufl. München: Urban und Schwarzenberg 2003:254-68.
- Walter U, Stöckel S. Prävention und ihre Gestaltung vom Kaiserreich bis zur Jahrtausendwende. In: Stöckel S, Walter U (Hrsg.). *Prävention im 20. Jahrhundert – Historische Grundlagen und aktuelle Entwicklungen in Deutschland*. Weinheim und München: Juventa-Verlag 2002:273-99.
- Walter U. Bevölkerungsbezogene und individuelle Prävention – Strategien und Wirksamkeit. *Der Internist* 2004;45:148-156.
- Wechsler H, Levine S, Idelson RK. The physician's role in health promotion revisited – a survey of primary care practitioners. *New England Journal of Medicine*, 1996;334:996-8.
- Windeler J, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS). Individuelle Gesundheitsleistungen – Spagat zwischen Markt und Medizin. *G+G Wissenschaft* 2006;6(2):17-27.
- Zeh J. *Corpus delicti: Ein Prozess*. Frankfurt/Main: Schöffling & Co. Verlag 2009.
- Zelen K, Strippel H, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS). Präventionsbericht 2010 - Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2009. http://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/presse/medienservice/thema/mds__gkv-sv__pr__ventionsbericht_2010.pdf vom 11.09.2011.
- Zok K, Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO). Private Zusatzleistungen in der Arztpraxis – Ergebnisse einer Repräsentativ-Umfrage. *WiDO-Monitor* 2010;7(2):1-8.
- Zok K, Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO). Wahrnehmung und Akzeptanz von Früherkennungsuntersuchungen - Ergebnisse einer Repräsentativ-Umfrage unter GKV-Versicherten. *WiDO-Monitor* 2007;4(3):1-7.

ABBILDUNGS- UND TABELLENVERZEICHNIS

Abbildungen

Nummer	Titel	Seite
1	Anzahl der durchschnittlich pro Quartal und Arzt im Jahr 2008 abgerechneten Krankenscheine	47
2	Geschätzte durchschnittliche soziale Lage der Patienten, im Vergleich zur Gesamtbevölkerung	48
3	Anzahl der für die Befragten tätigen medizinischen Fachangestellten	48
4	Geschätzte Häufigkeit der GU pro Quartal, bezogen auf das Jahr 2008	49
5	Geschätzter Anteil der Anspruchsberechtigten, bei denen mindestens einmal eine GU durchgeführt wurde	51
6	Geschätzter Anteil der Anspruchsberechtigten, bei denen regelmäßig ca. alle zwei Jahre eine GU durchgeführt wird	51
7	Häufigkeit der Durchführung zusätzlicher Untersuchungen zur Früherkennung im Rahmen der GU	52
8	Häufigkeit der Verknüpfung der GU mit Maßnahmen zur Malignom-Früherkennung	53
9	Bewertung des Nutzens der GU in verschiedenen Bereichen	54
10	Codebaum 1 – zusätzlicher Nutzen der GU	55
11	Gesamtbeurteilung des GU-Standardprogramms	56
12	Codebaum 2 – Verbesserungsvorschläge zur GU	57
13	Einschätzungen zur hausärztlichen Zuständigkeit für bevölkerungsmedizinisch angelegte Präventionsprogramme	58
14	Aufgaben präventiver Beratung durch Hausärzte	59
15	Selbsteinschätzungen der eigenen Beratungskompetenz bei gesundheitlich riskantem Verhalten in verschiedenen Bereichen	60
16	Einschätzung der zeitlichen Ressourcen für präventive Beratung	61
17	Beurteilung der Delegation präventiver Beratung an medizinische Fachangestellte	61
18	Codebaum 3 – Arbeitsteilung in der Gesundheitsförderung	63

Tabellen

Nummer	Titel	Seite
1	Verteilung von Geschlecht, Facharztbezeichnung und Praxisort bei Respondern und Gesamtgruppe	46
2	Einflussfaktoren für eine hohe Anzahl durchgeführter Gesundheitsuntersuchungen anhand der logistischen Regressionsanalyse	50

ERKLÄRUNG

„Ich, Sebastian Regus, erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: ‚Die Rolle des Hausarztes in der Prävention am Beispiel der Gesundheitsuntersuchung und präventiven Beratung‘ selbst verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt, ohne die (unzulässige) Hilfe Dritter verfasst und auch in Teilen keine Kopien anderer Arbeiten dargestellt habe.“

Datum

Unterschrift

DANKSAGUNG

Mein herzlicher Dank gilt allen, die mich bei der Erstellung dieser Arbeit unterstützt haben.

Besonders möchte ich mich bei Herrn Dr. Christoph Heintze bedanken, der in dieser Zeit immer für mich da war und mir mit Rat und Tat zur Seite stand, sowie bei Frau Prof. Dr. Braun, die mich für das Thema gewann und mir wichtige Anregungen und Impulse gab.

Weiterhin danke ich Frau Dr. Angelina Bockelbrink für ihre hilfreiche Beratung bei der statistischen Auswertung, Frau Dipl.-Psych. Ulrike Metz und Herrn Dr. Justus Welke, von denen ich ebenfalls wertvolle Hilfe erhielt, und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie den Mitdoktoranden des Instituts für Allgemeinmedizin, insbesondere Frau Anna Brinck.

Außerdem danke ich den Brandenburger Ärztinnen und Ärzten, die durch ihre Beteiligung die Studie ermöglichten, sowie Herrn Prof. Dr. Abholz und Herrn Dr. Streich, die sich die Zeit nahmen, den Fragenbogen mit mir zu reflektieren.

Ebenfalls danke ich Christine, Nikola und Tilman für das Korrekturlesen und Anregungen bei der Endredaktion,

und vor allem auch meinen Eltern für die inhaltliche und moralische Unterstützung, die ich von ihnen erfahren durfte.

Berlin, Februar 2012

Sebastian Regus

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

PUBLIKATIONSLISTE

- 6/2007
- Regus S, Graumann S, Kiessling C, Nahlik C, Schleiermacher S. Training ethical competencies of medical students – a problem-based approach. Posterpräsentation auf dem Kongress „Communication, Medicine and Ethics“ (COMET) in Lugano 2007.
- 9/2008
- Regus S, Metz U, Brinck A, Braun V, Heintze C. Funktionen und Grenzen des ‚Check Up 35‘ in der hausärztlichen Praxis – eine qualitative Befragung. Posterpräsentation auf dem 42. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) in Berlin 2008.
- 10/2009
- Regus S, Welke J, Metz U, Braun V, Heintze C. Gesundheitsuntersuchung ‚Check Up 35‘ und präventive Beratung – eine Befragung Brandenburger Hausärzte. Posterpräsentation auf dem 43. DEGAM-Kongress in Heidelberg 2009.
- 08/2010
- Regus S, Sonntag U, Bockelbrink B, Welke J, Braun V, Heintze C. Die Gesundheitsuntersuchung – Welchen Nutzen sehen Brandenburger Hausärzte? Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 2010: doi:10.1016/j.zefq.2010.07.012.
- 06/2011
- Regus S, Bockelbrink A, Braun V, Heintze C. Präventive Beratung – Selbsteinschätzungen Brandenburger Hausärzte. Das Gesundheitswesen (eingereicht).

Anmerkung: Teilergebnisse der vorliegenden Arbeit wurden in der „Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen“ publiziert. Weitere Teilergebnisse wurden bei der Zeitschrift „Das Gesundheitswesen“ eingereicht (beides siehe Publikationen).

**ANHANG:
VERWENDETER FRAGEBOGEN**

Fragebogen „Hausärztliche Prävention in Brandenburg“

Erster Teil: Check Up 35

1. Haben Sie im letzten Jahr den Check Up 35 durchgeführt? Ja Nein

Falls nein: Überspringen Sie bitte die folgenden Fragen und gehen sofort zu Frage 5 auf Seite 2.

Falls ja: Versuchen Sie bitte spontane Schätzwerte anzugeben:

(a) Wie oft haben Sie den Check Up 35 im Jahr 2008 pro Quartal durchgeführt? Ungefähr _____ mal / Quartal.

(b) Wie groß schätzen Sie bei Ihren anspruchsberechtigten Patienten¹ den Anteil derer, bei denen Sie schon mindestens einmal einen Check Up 35 durchgeführt haben?

unter 10% 10-30% 31-50% 51-70% 71-90% über 90%

(c) Wie groß schätzen Sie bei Ihren anspruchsberechtigten Patienten den Anteil derer, bei denen Sie den Check Up 35 regelmäßig im Abstand von ca. zwei Jahren durchführen?

unter 10% 10-30% 31-50% 51-70% 71-90% über 90%

2. Kommt es vor, dass Sie die von den Krankenkassen vorgesehenen Check Up-Leistungen mit weiteren Untersuchungen zur Früherkennung verbinden?

Ja Nein

Falls ja: Wie oft verbinden Sie mit präventiver Zielsetzung folgende Untersuchungen mit dem Check Up 35? (Zutreffende Ziffer ankreuzen)

(a) HDL-Bestimmung	1 2 3 4	(e) Ruhe-EKG	1 2 3 4
(b) LDL-Bestimmung	1 2 3 4	(f) Kreatinin-Bestimmung	1 2 3 4
(c) TSH-Bestimmung	1 2 3 4	(g) Best. v. GOT u./o. GPT	1 2 3 4
(d) kleines Blutbild	1 2 3 4		

1 = praktisch immer
 2 = häufig (Mehrzahl der Fälle)
 3 = weniger häufig (nicht Mehrzahl der Fälle)
 4 = nie

Falls zusätzliche Untersuchungen erfolgen: Werden diese vom Patienten selbst bezahlt? Ja Nein teils/teils

3. Inwieweit verknüpfen Sie bei den entsprechenden Patientengruppen den Check Up 35 mit folgenden Maßnahmen der Malignom-Früherkennung? (Zutreffende Ziffer ankreuzen)

(a) Hämocult-Test	1 2 3
(b) Hautkrebs-Vorsorgeuntersuchung	1 2 3
(c) Digitale rektale Untersuchung	1 2 3
(d) PSA-Bestimmung	1 2 3

1 = Wird möglichst regelmäßig mit dem Check Up verknüpft.
 2 = Wird eher unabhängig vom Check Up durchgeführt.
 3 = Ich führe diese Untersuchung grundsätzlich nicht durch.

4. Seit seiner Einführung wird über den Nutzen des Check Up 35 diskutiert. Wie bewerten Sie – in der Form, in der Sie selbst ihn einsetzen - den Nutzen in folgenden Bereichen? (Zutreffende Ziffer ankreuzen)

(a) Früherkennung chronischer Erkrankungen	1 2 3 4 5
(b) Erkennung gesundheitlicher Risikofaktoren	1 2 3 4 5
(c) Beratung über individuelle gesundheitliche Risikofaktoren des Patienten	1 2 3 4 5
(d) Veränderung gesundheitsschädlicher Verhaltensweisen	1 2 3 4 5
(e) Entlastung von Patienten bei bestehenden Gesundheitsorgen	1 2 3 4 5
(f) Vertiefung des Arzt-Patient-Betreuungsverhältnisses	1 2 3 4 5
(g) Kontinuität der Patientenbetreuung	1 2 3 4 5
(h) Auseinandersetzung mit psychosozialen Problemen des Patienten	1 2 3 4 5
(i) Wirtschaftliche Vorteile für die Praxis (außerbudgetäre Vergütung etc.)	1 2 3 4 5

1 = hoch
 2 = eher hoch
 3 = eher gering
 4 = gering
 5 = kann ich nicht beurteilen

Fallen Ihnen noch andere Funktionen ein, für die der Check Up 35 aus Ihrer Sicht von Nutzen ist?

Nein Ja, folgende:

.....

¹ D. h. Kassenpatienten über 35 Jahre

5. Wie beurteilen Sie den Check Up 35 in seiner derzeit von den Krankenkassen vorgesehenen Form?

- sehr sinnvoll eher sinnvoll eher nicht sinnvoll nicht sinnvoll kann ich nicht beurteilen

6. Haben Sie konkrete Kritikpunkte oder Verbesserungsvorschläge zum Check Up 35? ja nein

Falls ja, notieren Sie diese bitte stichwortartig²:

.....

.....

7. Es gibt unterschiedliche Meinungen, ob die Durchführung standardisierter Präventionsprogramme, die - wie der Check Up 35 - bevölkerungsmedizinische Ziele verfolgen, überhaupt zu den hausärztlichen Aufgaben zählt.

Bitte kreuzen Sie nur die Aussage an, die Ihrer Meinung am nächsten kommt:

- Programme wie der Check Up 35 sind mit ihrer bevölkerungsmedizinischen Zielsetzung durchaus eine hausärztliche Aufgabe und sollten auch nur von Hausärzten durchgeführt werden.
- Die Beteiligung von Hausärzten an solchen Programmen ist richtig, es sollten aber auch Angebote von anderer Seite gemacht werden (z. B. Gesundheitsämtern, Arbeitsmedizinern etc.).
- Präventionsprogramme mit primär bevölkerungsmedizinischer Zielsetzung sind keine Aufgabe von Hausärzten und sollten daher von anderen Stellen durchgeführt werden.
- Auf solche Programme kann meines Erachtens insgesamt verzichtet werden.

Zweiter Teil: Präventive Beratung / Gesundheitsförderung

Beachte: Die folgenden Fragen beziehen sich **nicht nur** auf den Check Up 35, sondern allgemein auf die präventive Beratung im Rahmen Ihrer hausärztlichen Tätigkeit.

8. Sehen Sie folgende Aufgaben als wichtigen Teil Ihres hausärztlichen Selbstverständnisses?

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| (a) Empfehlungen für eine gesundheitsgerechtere Lebensweise geben | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (b) Motivierung des Patienten zur Umsetzung dieser Empfehlungen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (c) Überprüfung der Umsetzung der Empfehlungen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (d) Beratung bei Problemen der Umsetzung im Alltag | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (e) Beratung von Angehörigen zur Unterstützung der Umsetzung im Alltag | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (f) Information über präventive/gesundheitsförderliche Angebote anderer Stellen ³ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (g) Motivierung zur Inanspruchnahme derartiger Angebote | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (h) Beratung bei gesundheitlich belastenden sozialen Problemen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (i) Klärung und Verbesserung körperlicher Gesundheitsressourcen ⁴ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (j) Klärung und Verbesserung psychischer Gesundheitsressourcen ⁵ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (k) Klärung und Verbesserung sozialer Gesundheitsressourcen ⁶ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

1 = eindeutig ja
2 = eher ja
3 = eher nein
4 = eindeutig nein
5 = bin mir nicht sicher

9. Wenn das Gespräch mit Patienten gesundheitlich riskante Verhaltensweisen aufdeckt: Wie gut fühlen Sie sich vorbereitet, diese Patienten in folgenden Bereichen zu beraten? (Zutreffende Ziffer ankreuzen)

- | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------|---|---|---|---|---|---|--------------------------|---|---|---|---|---|---|
| (a) Rauchverhalten | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | (d) Körperliche Bewegung | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| (b) Alkoholkonsum | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | (e) Ernährungsverhalten | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| (c) Stress | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | (f) Sexualität | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

1 = sehr gut
2 = gut
3 = eher gut
4 = eher schlecht
5 = schlecht
6 = sehr schlecht

10. Haben Sie bei der Beratung in diesen Bereichen den Eindruck, den Patienten i. d. R. zeitlich gerecht werden zu können?

- ja eher ja eher nein nein weiß nicht / kann ich nicht beurteilen

² Falls der Platz zum Antworten nicht ausreichen sollte, bitte die Rückseite benutzen.

³ z. B. Ernährungsberatung, Nichtraucherkurse, Stressmanagement, psychosoziale Beratung etc.

⁴ z. B. allgemeine Leistungsfähigkeit, Körperwahrnehmung etc.

⁵ z. B. Selbstwertgefühl, psychische Stabilität etc.

⁶ z. B. gesundheitsförderliches soziales Netzwerk etc.

11. Bei welchen der folgenden Bereiche ist bzw. wäre die Möglichkeit einer Delegation der Beratung an medizinische Fachangestellte sinnvoll / nicht sinnvoll? (Zutreffende Ziffer ankreuzen). Falls bei Ihnen bereits Beratung durch Fachangestellte erfolgt, unterstreichen Sie bitte die betreffenden Bereiche.

- | | | | |
|--------------------|-----------|--------------------------|-----------|
| (a) Rauchverhalten | 1 2 3 4 5 | (d) Körperliche Bewegung | 1 2 3 4 5 |
| (b) Alkoholkonsum | 1 2 3 4 5 | (e) Ernährungsverhalten | 1 2 3 4 5 |
| (c) Stress | 1 2 3 4 5 | (f) Sexualität | 1 2 3 4 5 |

1 = eindeutig sinnvoll
 2 = eher sinnvoll
 3 = eher nicht sinnvoll
 4 = nicht sinnvoll
 5 = kann ich nicht beurteilen

12. Vielfach wird heute gefordert, die Gesundheitsförderung (Förderung gesundheitsrelevanter Ressourcen, Verbesserung des Gesundheitsverhaltens etc.) vorrangig in die Zuständigkeit nichtmedizinischer Gesundheitsexperten zu legen (Pädagogen, Psychologen, Sozialwissenschaftler etc. mit entsprechender Ausbildung). Was meinen Sie dazu?

- Das halte ich für richtig.
- Das halte ich für falsch, die Zuständigkeit sollte vorrangig bei der Ärzteschaft bzw. med. Fachangestellten liegen.
- Kann ich nicht beurteilen.
- Keine dieser Aussagen trifft auf mich zu. Ich bin vielmehr folgender Meinung

Abschließend bitten wir noch um einige Angaben zu Ihrer Person und Praxis:

1. Ich bin im Jahr geboren.

2. Bitte kreuzen Sie an: Arzt Ärztin

3. Ich führe folgende Gebietsbezeichnung(en):

- FA für Allgemeinmedizin Hausärztlich tätiger FA für Innere Medizin
- Praktischer Arzt Andere Gebietsbezeichnung(en):

4. Ich habe mich im Jahr niedergelassen.

5. Ich habe mein Medizinstudium abgeschlossen: vor der Wiedervereinigung nach der Wiedervereinigung

Falls vorher: Ich habe es absolviert in: DDR BRD sonstigem Land:

6. Ich arbeite in: Einzelpraxis Praxisgemeinschaft Gemeinschaftspraxis MVZ

7. Zahl der für mich tätigen medizinischen Fachangestellten: 1 2 3 4 und mehr

8. Zahl der im Durchschnitt der letzten vier Quartale von mir abgerechneten Krankenscheine:

- unter 400 400 - 599 600 - 799 800 - 999 1000 - 1199 1200 - 1599 1600 und mehr

9. Meine Praxis befindet sich ...

- auf dem Lande in einer Landstadt (unter 5.000 Ew.) in einer Kleinstadt (5.000 - 20.000 Ew.)
- in einer Mittelstadt (20.000 – 100.000 Ew.) in einer Stadt über 100.000 Ew. (Potsdam oder Cottbus)

10. Gemessen an Parametern wie Arbeitslosigkeit, Sozialhilfebedürftigkeit, Durchschnittseinkommen etc. sowie im Vergleich zur Gesamtbevölkerung ist die durchschnittl. soziale Lage meiner Patienten nach meiner Einschätzung ...

- überdurchschnittlich gut etwa durchschnittlich gut unterdurchschnittlich gut

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!