

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

DISSERTATION

Gesundheitsförderung, Primärprävention und  
Sekundärprävention in der hausärztlichen Praxis

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

vorgelegt der Medizinischen Fakultät  
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Tatjana Karl  
aus Dresden

Gutachter: 1. Prof. Dr. med. V. Braun

2. Prof. Dr. med. A. Bergmann

3. Prof. Dr. med. S. Wilm

Datum der Promotion: 23.06.2013

Gesundheit ist nicht ein Kapital, das man aufzehren kann, sondern sie ist nur dort vorhanden, wo sie in jedem Augenblick des Lebens erzeugt wird.

Viktor von Weizsäcker

# INHALTSVERZEICHNIS

<b>1. Einleitung</b>	1
<b>1.1. Allgemeines</b>	1
1.1.1. Entwicklung der Gesundheitsförderung	1
1.1.2. Aufgaben des Arztes im Rahmen der Gesundheitsförderung und Prävention	2
<b>1.2. Qualitätssicherung</b>	6
1.2.1. Definition	6
1.2.2. Funktion des Hausarztes im Rahmen der Qualitätssicherung	7
1.2.3. Inhalte von Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Allgemeinmedizin	7
<b>1.3. Gesundheitsverhalten</b>	9
<b>1.4. Gesundheitsförderung</b>	10
1.4.1. Definition	10
1.4.2. Stellung des Hausarztes innerhalb der Gesundheitsförderung	11
<b>1.5. Primärprävention</b>	13
1.5.1. Definition	13
1.5.2. Aufgaben des Hausarztes im Rahmen der Primärprävention	13
1.5.3. Salutogene Betrachtungsweise der Primärprävention	15
<b>1.6. Sekundärprävention</b>	16
1.6.1. Definition	16
1.6.2. Inhalte der Früherkennung von Zivilisationskrankheiten	16
1.6.3. Inhalte der Krebsvorsorgeuntersuchung	17
1.6.4. Anspruchsberechtigung	17
1.6.5. Voraussetzung von Screeninguntersuchungen	18
1.6.6. Effektivität der Sekundärprävention	18
<b>1.7. Ziel der Arbeit</b>	21

<b>2. Material und Methoden</b>	22
<b>2.1. Datenerfassung</b>	22
2.1.1. Datenerhebung aus Patientenakten	24
2.1.2. Patientenbefragung	26
<b>2.2. Datenanalyse</b>	27
<b>3. Ergebnisse</b>	29
<b>3.1. Ergebnisse Patientenfragebogen</b>	29
3.1.1. Alters- und Geschlechtsverteilung	29
3.1.2. Arzt-Patientenbeziehung	30
3.1.2.1. Erwartungen beim Aufsuchen des Hausarztes	30
3.1.2.2. Vertrauensvolle Gesprächsbasis	31
3.1.2.3. Zufriedenheit mit der Behandlung	32
3.1.2.4. Wünsche der Patienten bezüglich der Betreuung durch den Hausarzt	33
3.1.3. Vorbeugung und Früherkennung	34
3.1.3.1. Stellenwert der Früherkennung	34
3.1.3.2. Informationsgrad der Patienten über Früherkennung	35
3.1.3.3. Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen	37
3.1.4. Schulungen und Gruppentherapien	38
3.1.4.1. Patientenschulungen	38
3.1.4.2. Gruppentherapien	39
3.1.4.3. Kurse zur psychischen Stabilisierung	39
3.1.5. Eigenpotential der Patienten zur Gesunderhaltung	40
3.1.5.1. Eigenanteil zur Gesunderhaltung	40
3.1.5.2. Einschätzung der eigenen Ressourcen zur Gesunderhaltung	41
3.1.5.3. Derzeitige Realisierung gesunderhaltender Maßnahmen	43
<b>3.2. Ergebnisse Aktenanalyse</b>	45
3.2.1. Alters- und Geschlechtsverteilung	45
3.2.2. Behandlungszeitraum und Regelmäßigkeit der Arztkonsultationen	45
3.2.3. Anamnestiche Daten	46
3.2.3.1. Vollständige Eigenanamnese	46

3.2.3.2. Familienanamnese und familiäre Problemsituationen	47
3.2.3.3. Berufliche Tätigkeit, Probleme im Berufsleben und Arbeitslosigkeit	48
3.2.3.4. Probleme im Sexualleben	48
3.2.3.5. Andere psychische Probleme	48
3.2.3.6. Raucher / Nichtraucher	49
3.2.3.7. Gespräche über aufgetretene Probleme	50
3.2.4. Ganzkörperstatus	51
3.2.5. Früherkennung von Krankheiten/Sekundäre Prävention	52
3.2.5.1. Früherkennung von Zivilisationskrankheiten	52
3.2.5.1.1. Körperliche Untersuchung	53
3.2.5.1.2. Apparative diagnostische Maßnahmen	57
3.2.5.1.2.1. Blutdruck	57
3.2.5.1.2.2. EKG	57
3.2.5.1.2.3. Röntgen des Thorax	58
3.2.5.1.2.4. Laborscreening- Blutbild	58
3.2.5.1.2.5. Laborscreening- Blutzucker	59
3.2.5.1.2.6. Laborscreening-Blutfettwerte	60
3.2.5.1.2.7. Laborscreening-Kreatinin	61
3.2.5.1.2.8. Laborscreening-Harnsäure	62
3.2.5.1.2.9. Laborscreening-Urinstatus	63
3.2.5.1.3. Beratendes Gespräch zur gesunden Lebensweise	64
3.2.5.1.4. Empfehlungen für Gruppen- und Einzeltherapien	67
3.2.5.2. Krebsfrüherkennung	69
3.2.5.2.1. Körperliche Untersuchung	70
3.2.5.2.2. Laborscreening-Stuhltest auf occultes Blut	73
3.2.6. Impfungen	74
3.2.6.1. Impfanamnese	74
3.2.6.2. Vom Hausarzt durchgeführte Impfungen	74
3.2.7. Funktionsstörungen des Bewegungsapparates	77
3.2.7.1. Physiotherapeutische Behandlung	78
3.2.8. Hinweise auf psychosomatische Erkrankungen	79
3.2.9. Vorliegen einer Prädisposition oder eines Risikos	79

<b>4. Diskussion</b>	83
4.1. Stellenwert der Arzt-Patient-Beziehung in der präventiven Tätigkeit	83
4.2. Informiertheit über Vorsorge und Früherkennung	86
4.3. Inanspruchnahme von Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen	88
4.4. Körperliche Untersuchung	93
4.5. Apparative Diagnostik	99
4.6. Impfungen	104
4.7. Bewegungsapparat	105
4.8. Beratungen und Gruppentherapien	106
4.9. Eigene Ressourcen zur Gesunderhaltung und Risikokonstellation	109
<b>5. Schlussfolgerungen</b>	111
<b>6. Zusammenfassung</b>	130
<b>7. Literaturverzeichnis</b>	132
<b>Anhang</b>	
Abkürzungsverzeichnis	
Abbildungsverzeichnis	
Tabellenverzeichnis	
Patientenfragebogen	
Datenerhebung Patientenakte	
Danksagung	
Erklärung	
Lebenslauf	

# **1. EINLEITUNG**

## **1.1. ALLGEMEINES**

### **1.1.1. Entwicklung der Gesundheitsförderung**

1977 wurde auf der Weltgesundheitsversammlung in Genf eine Resolution verabschiedet, die zum vorrangigen sozialen Ziel von Regierungen und WHO das Erreichen eines Grades von Gesundheit bis zum Jahr 2000 für alle Bürger der Welt anstrebt, der es ihnen ermöglicht, ein sozial und ökonomisch produktives Leben zu führen. Dem wurde zugrunde gelegt, dass Gesundheit ein Menschenrecht ist, welches eine wesentliche Bedeutung für die Befriedigung elementarer menschlicher Bedürfnisse und die Lebensqualität jedes Einzelnen hat. [43]

Es wurde dringlich aufgerufen, durch Gesundheitspolitik und Gesundheitsprogramme auf nationaler und internationaler Ebene einschließlich der Nutzung von Gesundheitsressourcen an diesem Ziel mitzuarbeiten.

Die größten und schwerwiegendsten Probleme entfielen zweifelsohne auf die unterentwickelten Länder der Dritten Welt.

Mit der konkreten Verwirklichung des Ziels „Gesundheit bis zum Jahr 2000 für alle“ beschäftigte sich 1986 die 1. Internationale Konferenz für Gesundheitsförderung in Ottawa. Diese Konferenz war vor allem eine Antwort auf die wachsenden Erwartungen an eine neue Bewegung für die Gesundheit in der ganzen Welt und befasste sich vorrangig mit Erfordernissen in den Industrieländern. [43]

Die auf der Konferenz verabschiedete Ottawa-Charta weist Gesundheitsförderung als einen Prozess aus, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Hier steht Gesundheit für ein Konzept, welches den sozialen und individuellen Ressourcen ebensolches Gewicht wie den körperlichen Fähigkeiten beimisst und einen guten Gesundheitszustand als eine wesentliche Bedingung für soziale, ökonomische und persönliche Entwicklung und damit gute Lebensqualität ansieht. [43]

Das europäische Regionalbüro der WHO in Kopenhagen konkretisierte in seinem Regionalprogramm über Gesundheitsbildung und Lebensweisen im Rahmen des Aktionsprogramms „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ drei Hauptsäulen als Hauptaktivitätsbereiche: Gesundheitsförderung, präventive Gesundheitserziehung und unterstützende Gesundheitserziehung.



Mittlerweile wurden die Gesundheitsziele bis zum Jahr 2020 weiterentwickelt. Sie streben für die europäische Region u.a. die Senkung der Sterblichkeit für Herz-Kreislauf-Erkrankungen in der Altersgruppe der unter 65-Jährigen um weitere 40 Prozent an.

Die hierzu aufgezeigten Strategien beinhalten u.a. Bevölkerungsprogramme zur Veränderung des Lebensstiles, Beeinflussung von Umweltfaktoren, Identifizierung von Zielgruppen im primärpräventiven Bereich und Maßnahmen der therapeutischen Sekundärprävention. [43]

Auf nationaler Ebene gewinnt die Gesundheitsförderung und Prävention in den letzten Jahren einen deutlich höheren Stellenwert.

Dies spiegelt sich z.B. in der Gründung des Projektes „gesundheitsziele.de“ im Jahr 2000 und des Deutschen Forums für Prävention und Gesundheitsförderung im Jahre 2002 wieder. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung initiiert seit Jahren große Aufklärungsprogramme auf den Gebieten der AIDS-Prävention, der gesunden Ernährung, Nichtraucherförderung und Kinder- und Jugendgesundheit.

Allerdings ist die Verabschiedung eines Präventionsgesetzes, welches Verantwortlichkeiten, inhaltliche Schwerpunkte als auch die finanziellen Rahmenbedingungen für präventive Zwecke sicherstellen sollte, bisher nicht zustande gekommen.

### **1.1.2. Aufgaben des Arztes im Rahmen von Gesundheitsförderung und Prävention**

Dem Arzt kommen im Bereich der Gesundheitsförderung vor allem die Teilgebiete medizinische Prävention und Gesundheitsberatung als Teilbereiche der Verhaltensprävention zu.

Die Verhaltensprävention steht neben dem weitaus größeren Bereich der Verhältnisprävention, die durch politische Rahmenbedingungen festgeschrieben wird und Einfluss nimmt auf äußere Faktoren wie z.B. Trinkwasserqualität.

Die ärztliche Gesundheitsberatung bezeichnet alle Maßnahmen, mit denen Ärzte sich an gesunde und kranke Patienten richten, um deren Gesundheitswissen und Gesundheitsverhalten insgesamt oder in Teilbereichen durch eingehendes Gespräch, Motivation, Anleitung und Begleitung zu ändern oder zu fördern.[139]

Die medizinische Prävention dient der Vorbeugung und Früherkennung von Krankheiten und der günstigen Beeinflussung von bereits eingetretenen Erkrankungen und Vermeidung von Rückfällen und Chronifizierung.

Dem Facharzt für Allgemeinmedizin kommt in seiner Funktion als Hausarzt und erstem ärztlichen Ansprechpartner, etwa 80 % der Deutschen suchen einmal jährlich ihren Hausarzt

auf [14], eine entscheidende Rolle in der Wahrnehmung gesundheitsfördernder und präventivmedizinischer Maßnahmen zu.

Neben den gesetzlich geregelten Untersuchungen im Rahmen der Sekundärprävention obliegt es dem Arzt hinsichtlich der Primärprävention, das Gesundheits- und Risikoverhalten seiner Patienten einzuschätzen. Dies beinhaltet sowohl die Kenntnis über gesundheitsförderndes und krankheitsvorbeugendes Verhalten als auch über das Vorhanden- oder Nichtvorhandensein von Risikofaktoren.[13]

Aus dieser Kenntnis leiten sich für den Arzt Strategien für präventive Möglichkeiten ab, die zum einen eine konsequente beratende Tätigkeit und zum anderen gezielte körperliche, apparative und labormedizinische Untersuchungen beinhalten.

Im Sinne der WHO-Definition, dass Gesundheit nicht nur das körperliche, sondern die Gesamtheit aus körperlichem, geistigem und sozialem Wohlbefinden darstellt, ergeben sich auch für den Arzt innerhalb seiner gesundheitsfördernden Tätigkeit Ansätze, die sich nicht ausschließlich auf den Erhalt der körperlichen Gesundheit reduzieren lassen.

Hinsichtlich der Frage, „Was kann ich tun, damit der Mensch gesund bleibt“, hat in den letzten Jahren in der Medizin immer mehr die komplexe Sichtweise auf den Menschen in seiner biopsychosozialen Einheit an Gewicht gewonnen.(s.Abb.1)

Dieser sogenannte Paradigmenwechsel von der biomedizinischen Herangehensweise zu einem psychosozialen ökologischen Leitbild stellt Ärzte vor eine neue Herausforderung. Die vermehrt an Bedeutung gewinnende Gesundheitsförderung zwingt zur Umorientierung ärztlichen Denkens und Handelns.

Neben der kurativen, symptomorientierten Medizin mit zunehmender Spezialisierung aller Teilgebiete, welche auch mit einem immer höheren technischen und finanziellen Aufwand verbunden ist, wird der ganzheitlichen Sichtweise mehr Bedeutung beigemessen und kann in der Tätigkeit des Arztes nur verwirklicht werden, indem somatische, psychische und soziale Aspekte gleichermaßen Beachtung finden.

Diese setzt neben dem Wissen von Pathogenese, Diagnostik und Therapie von Krankheiten ein hohes Maß an sozialer Kompetenz und Engagement, Einfühlungsvermögen, psychologische Grundkenntnisse einschließlich Erfahrungen in der Gesprächsführung und Kenntnisse über Möglichkeiten der Intervention vor Eintreten einer Gesundheitsstörung voraus.

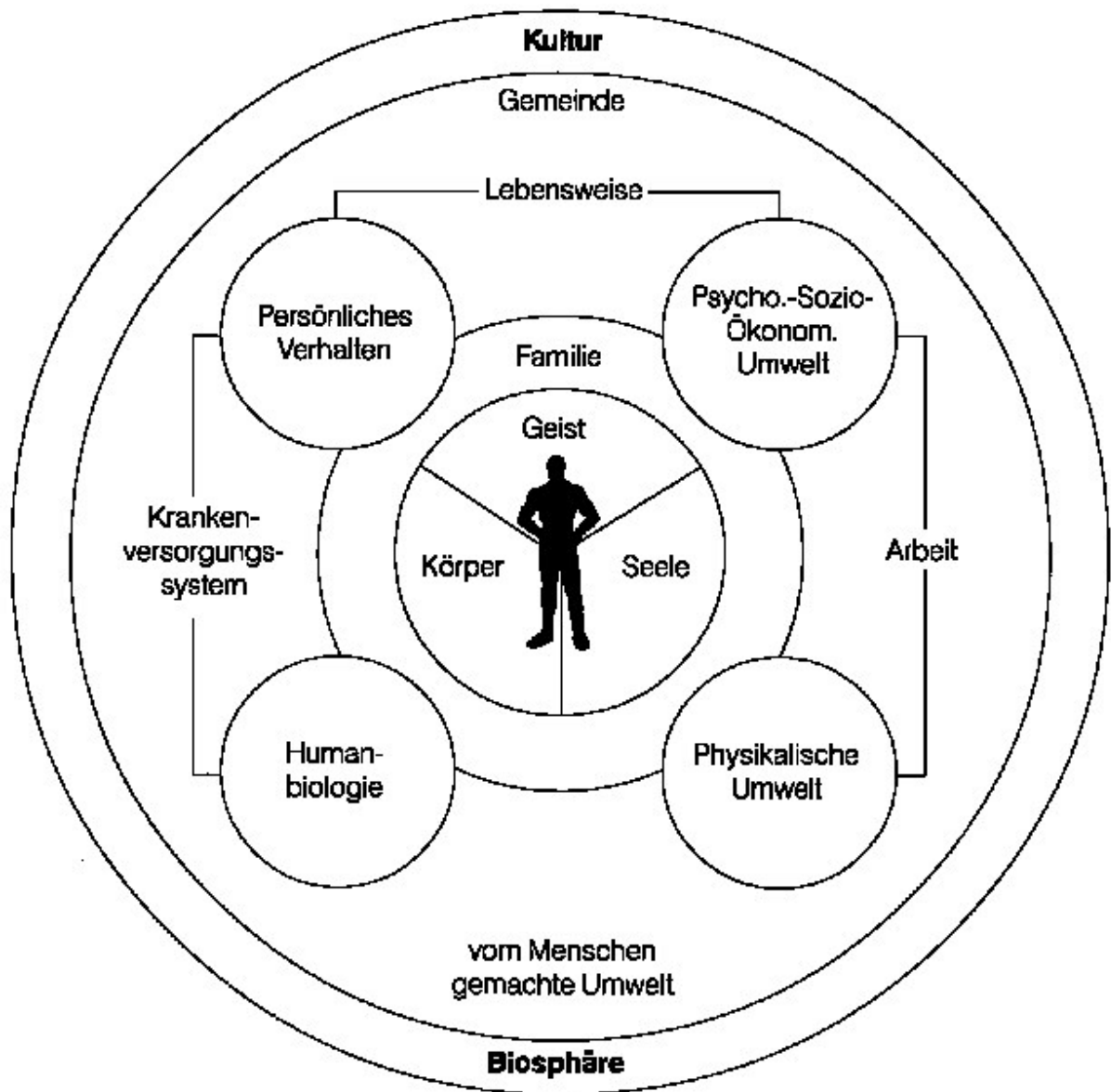


Abbildung 1: „Mandala-Modell der Gesundheit“ von Hancock [78]

Da das Entstehen von chronischen Gesundheitsgefährdungen einen komplexen, lange andauernden Prozess von Belastungen und deren Bewältigung oder Nichtbewältigung darstellt, ist für deren Erkennung eine stabile Arzt-Patienten-Beziehung unabdingbar.[35]

Im Gegensatz zu Ärzten anderer Fachrichtungen werden Hausärzte überwiegend von denselben Patienten aufgesucht, woraus sich für sie besondere Chancen im Bereich präventiver Tätigkeit ergeben.

Für den Hausarzt steht der kranke Mensch als Gesamtpersönlichkeit mit seinem familiären und beruflichen Umfeld und seiner Lebenssituation im Vordergrund. (s.Abb.2)

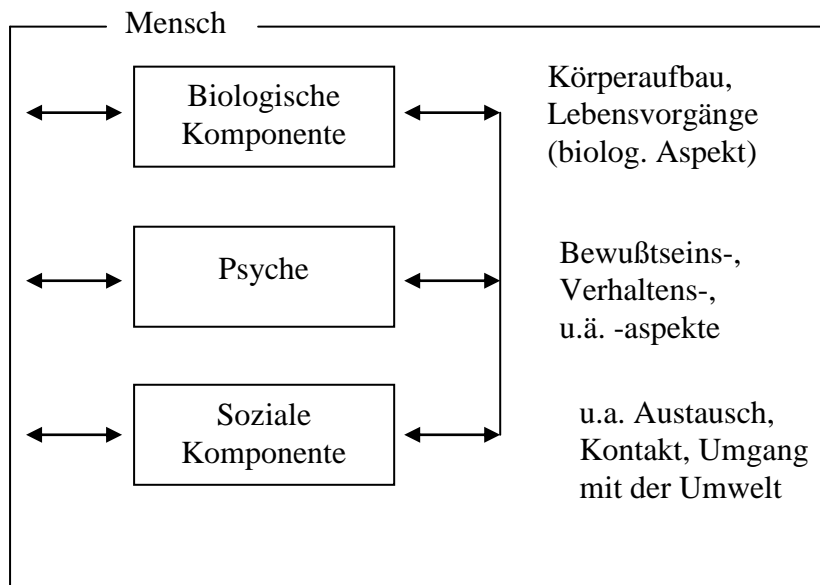


Abbildung 2: Der Mensch in seiner Ganzheitlichkeit [117]

Neben den pathogenen Faktoren obliegt es ihm, die salutogenen Faktoren eines jeden Patienten zu erkennen und einzuschätzen. Der Pathogenese, die Risikofaktoren, aktuelle Beschwerden, Krankheitsverlauf und pathologische Befunde umfasst, steht die Salutogenese, welche Biographie, Verhaltensmuster, Lebenssituation, bisherige Selbsthilfe, gesunderhaltende und Abwehrkräfte beinhaltet, gegenüber.

Aus diesen Kenntnissen kann sich für den Hausarzt ein Gesamtbild des Patienten ergeben, welches ihm ermöglicht, auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene effektiv präventiv wirksam zu werden.

Auch seitens der Bevölkerung wird ein zunehmendes Streben zu alternativen oder komplementärmedizinischen Konzepten sichtbar, das auf ein verstärktes Bedürfnis nach ganzheitlich orientierten Behandlungsmethoden hindeutet. Diese Tendenz könnte durch die zunehmende apparativ-technische Vervollkommnung der Schulmedizin und damit gleichzeitig verbundene Einschränkung der individuellen Arzt-Patienten-Beziehung begründet werden.

## 1.2. QUALITÄTSSICHERUNG

### 1.2.1. Definition

Medizinische Qualität, von Avedis Donabedian in seiner Definition beschrieben, ist dann erreicht, wenn eine Intervention den Gesundheitszustand, gemessen am Stand des medizinisch Möglichen, verbessert. Weiter wird sie als solche bezeichnet, wenn die praktizierte Medizin die Akzeptanz des einzelnen Patienten und der Gesellschaft findet. [33]

Hierbei sei auf die beiden wichtigsten Qualitätsphilosophien hingewiesen. Die eine beinhaltet ein Erfüllungsparadigma, welches zum Ziel hat, Strukturen einzuhalten, die zu einem bestimmten Produkt führen und findet v.a. in der Industrie ihre Anwendung, Der zweiten Philosophie liegt ein Optimierungsparadigma zugrunde, welches eine ständige Weiterentwicklung von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen beinhaltet und den Erfordernissen an Qualitätssicherung in der Prävention wesentlich gerechter wird.

Der Oberbegriff Qualität unterteilt sich in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Die Strukturqualität beinhaltet die Rahmenbedingungen der durchführenden Einrichtungen, wie z.B. Auftrag, Ziele, Ressourcen und wird u.a. durch gesundheitspolitische Vorgaben und die Weiterbildungsordnung gekennzeichnet. Die Sekundär- und Tertiärprävention findet hier klare Strukturen.

Die Prozessqualität bezieht sich auf sämtliche Abläufe, die während der Umsetzung einer Maßnahme notwendig sind und wirksam werden. Im Rahmen der Sicherung der Prozessqualität sind seit dem Jahr 2000 Qualitätszirkel etabliert, welche zum Ziel haben, evidenzbasierte Behandlungsleitlinien zu entwickeln.

Die Ergebnisqualität ist in der Allgemeinmedizin schwer messbar, da eine Vielzahl von äußerlichen, nicht objektivierbaren Faktoren darauf Einfluss gewinnen und es v.a. in der Prävention nicht um die konkrete Beeinflussung eines pathologischen Parameters geht. Dennoch ist es möglich, bestimmte Teilbereiche über definierte Zeitspannen zu evaluieren. Dabei müssen die Zielerreichung und Wirkung, die Nachhaltigkeit und das Kosten-Nutzen-Verhältnis berücksichtigt werden. [111]

Ziel von Qualitätsentwicklungen sollte es sein, Entscheidungen explizit zu machen, so dass Unterschiede in der Behandlung gut durchdacht und begründet sind. Medizinische Qualitätssicherung ist zudem aufgrund des schnellen Erkenntniszuwachses ein Prozess, der sich lebendig und flexibel gestalten muss.

Das am 1. Januar 2000 in Kraft getretene GKV-Gesundheitsreformgesetz versucht in der Neufassung des § 20 SGB V die seit 1996 aufgeworfene Kritik des Mangels an klaren gesundheitlichen Zielsetzungen, des Mangels an Zielgruppenorientierung und eine zu große Mittelstandsorientierung im Bereich der präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen der Krankenkassen aufzufangen.

In der Neufassung des § 20 hat der Gesetzgeber auch die salutogen orientierte Sichtweise der WHO teilweise aufgegriffen und Leistungen der Primärprävention als solche definiert, die „den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verhinderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen“ sollen.

Bezüglich der Effizienz von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen gilt, dass diese dann vorhanden ist, wenn ein wichtiges gesundheitliches Ergebnis, z.B. gewonnene Lebensjahre, zu relativ geringen Kosten ermöglicht wird. [111]

### **1.2.2. Funktion des Hausarztes im Rahmen der Qualitätssicherung**

Dem Hausarzt kommt im Rahmen der Qualitätssicherung von Behandlungsmaßnahmen akut und chronisch Erkrankter auch im Bereich der Prävention eine maßgebliche Stellung zu. Er kann auf der Grundlage des langjährigen Patientenkontaktes, der Kenntnis der Anamnese und des familiären, beruflichen und sozialen Umfeldes die Gesamtsituation des Patienten am besten einschätzen. Dieser Umstand befähigt den Hausarzt v.a. in präventiver Hinsicht eine Schlüsselrolle einzunehmen, indem es ihm am besten obliegt, Fehlentwicklungen, gestörte Ressourcen, aber auch sekundär- und tertiärpräventive Maßnahmen zu erkennen und nachhaltig zu beeinflussen. Desweiteren kann er die richtigen Weichen hinsichtlich diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen stellen, die Konsultation von Fachärzten anderer Disziplinen veranlassen und den Umfang diagnostischer Maßnahmen sinnvoll einschränken.

### **1.2.3. Inhalte von Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Allgemeinmedizin**

Die Allgemeinmedizin als basisversorgende Fachdisziplin mit einem unselektierten, inhomogenen und meist multimorbiden Patientenstamm wirft hinsichtlich der Entwicklung von Qualitätsrichtlinien große Probleme auf, denn die Leitlinien der Spezialgebiete berücksichtigen nicht die oft vorhandene Multimorbidität des Patienten.

Trotz dieser Probleme sollten Leitlinien im Sinne von Qualitätssicherungsmaßnahmen nicht nur für den akuten Notfall und konkrete Krankheitsbilder Beachtung finden. Sie sollten auch Entscheidungshilfen im Rahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention darstellen. Hierzu wurden im Rahmen der Verona-Initiative [138] der WHO Leitlinien entwickelt, die auf sechs Grundprinzipien basieren. Interventionen sollten demnach:

1. bei den gesellschaftlichen Bedingungen ansetzen
2. die Menschen, deren Gesundheit durch die Risikobedingungen beeinflusst wird, angemessen in die Entwicklung, die Ausrichtung, die Durchführung und Evaluation einbeziehen
3. immer einen sektorübergreifenden Interventionsansatz verfolgen, da beste gesundheitliche Zugewinne in der Zusammenarbeit mit Sektoren wie Erziehung, Ökonomie, soziale Dienste und Gesundheit zu erreichen sind
4. die Chancengleichheit zwischen den Menschen erhöhen, d.h. Maßnahmen sollten primär auf marginalisierte Bevölkerungsgruppen ausgerichtet sein
5. nachhaltig und tragfähig sein, da kurzfristig angelegte Maßnahmen ineffizient sind
6. auf einem breiten wissenschaftlichen Kenntnisstand beruhen

Im Rahmen der GKV-Gesundheitsreform 2000 wurden die Aufgaben der gesetzlichen Krankenkassen für Gesundheitsförderung, Prävention und Selbsthilfe neu festgelegt. Dabei wurde die Notwendigkeit von Qualitätssicherung, Evaluation und Steuerung auf der gesetzlichen Ebene mit dem novellierten § 20 SGB V und auf der Ebene der Krankenkassen mit den im Juni 2000 von den Spitzenverbänden der KK gemeinsam verabschiedeten Leitlinien Rechnung getragen.

Vom Allgemeinmediziner wird in diesem Sinne zunehmend erwartet, dass er den Patienten unterstützt, Gesundheitsstörungen und Probleme ursachenbezogen zu verarbeiten, so dass somatische Fixierungen vermieden werden.[42]

Ein wichtiger Bestandteil des Qualitätsmanagements in der Prävention und Gesundheitsförderung stellt die Identifizierung von Zielgruppen dar.

Dies kann nach folgenden Kriterien erfolgen:

- Altersgruppen mit erhöhtem Risiko ( Kinder, Jugendliche, Ältere)
- Bevölkerungsgruppen in risikoe erhöhten Lebensphasen ( Schwangere, Übergang zum Ruhestand, Trennung oder Tod eines Partners, pflegende Angehörige)
- sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen ( Arbeitslose, Migranten)
- Personengruppen mit spezifisch erhöhten Krankheitsrisiken ( Rückenbeschwerden, Herz- Kreislauf-Erkrankungen, negative Stressbelastungen, Osteoporose). [111]

Als Grundlage einer effektiven gezielten Prävention ist die Einbeziehung der psychischen Komponente in die Betreuung des Patienten unabdingbar. Etwa 26 bis 35 Prozent aller Konsultationen beim Allgemeinarzt entfallen auf psychische, psychosoziale und psychosomatische Störungen.

Zur Verbesserung dieses Betreuungsangebotes wurde 1987 die Möglichkeit der psychosomatischen Grundversorgung für Hausärzte festgeschrieben, die nach dem Erwerb einer entsprechenden Qualifikation ihre Leistungsinhalte erweitern konnten. Psychosomatische Grundversorgung umfasst das Erkennen und Bewusstmachen von psychosozialen Störungen und eine unterstützende Gesprächstherapie zur Konfliktbewältigung und eventuellen Umorientierung des Patienten bezüglich seiner Lebensweise und seines Verhaltens. Untersuchungen mit einer Nachbeobachtungszeit von sieben Monaten haben gezeigt, dass Angststörungen vom Allgemeinarzt mit einer rechtzeitig einsetzenden, gezielten Gesprächsintervention genauso effektiv behandelt werden können wie vom Psychotherapeuten.[26]

Sowohl Gesundheitsberatung als auch psychosomatische Grundversorgung geschehen individuell problemorientiert, setzen Erfahrung und Übung vor allem im Verstehen psychodynamischer Vorgänge voraus und beinhalten ein verantwortliches Eingreifen in solche Prozesse. Inwieweit sie bereits qualitätsgerecht durch den Hausarzt realisiert werden, ist von hoher gesundheitspolitischer Bedeutung und macht Transparenz erforderlich.

Additiv sollte die Möglichkeit von Gruppentherapien und Kursen im präventiven Bereich durch den Hausarzt gezielt empfohlen und vermittelt bzw. bei entsprechender Qualifikation und Möglichkeit selbst angeboten werden.

### **1.3. GESUNDHEITSVERHALTEN**

Gesunderhaltendes Verhalten ist bei jedem Menschen in unterschiedlichem Maße ausgeprägt und abhängig von der Sinnhaftigkeit, die der Einzelne seinem Leben beimisst.

Unter Gesundheitsverhalten versteht man alle Verhaltensweisen, mit denen bewusst oder unbewusst das Auftreten einer bestimmten Krankheit, von der keine Anzeichen vorliegen, verhindert oder frühzeitig entdeckt wird. [78]

Dies beinhaltet sowohl zielgerichtete Verhaltensweisen als auch Lebensweisen und Gewohnheiten des Alltags. Dabei ist gleichgültig, ob die Maßnahmen aus medizinischer Sicht wirksam sind oder ob sie nur vom Laien so eingeschätzt werden. (siehe Abb.3)



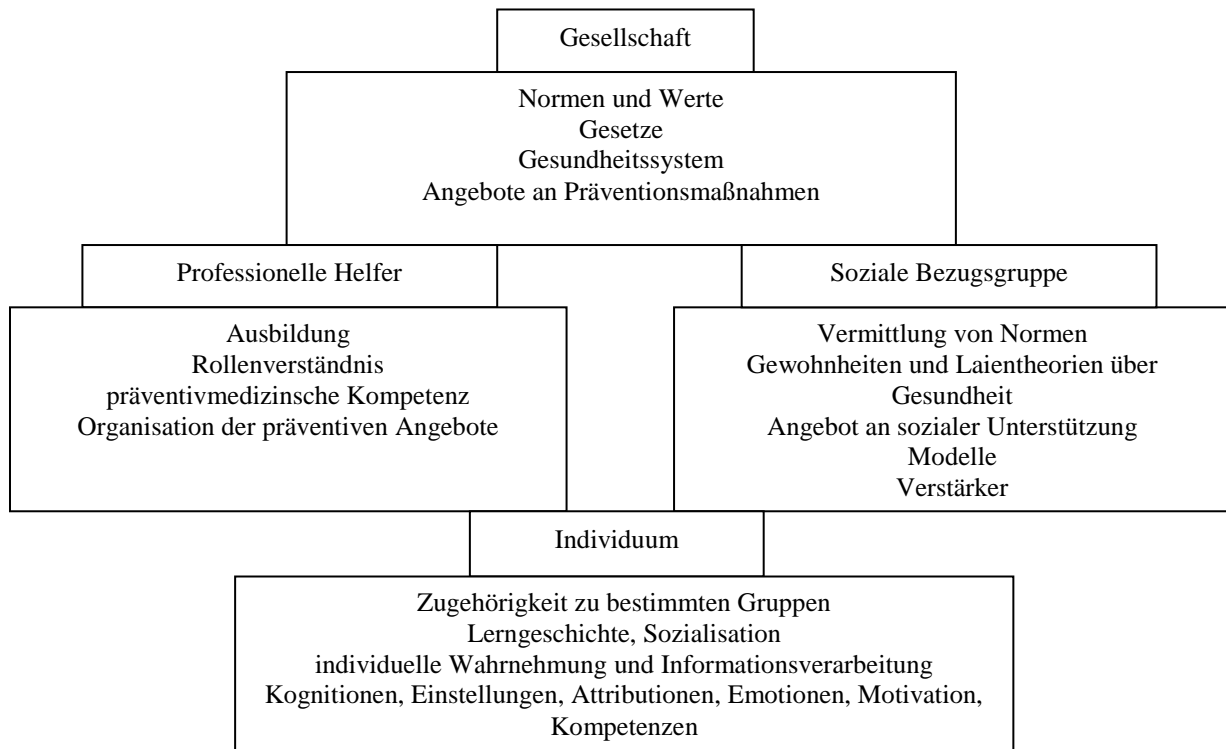


Abb. 3 : Determinanten des Gesundheitsverhaltens [13]

Es ist bekannt, dass Menschen keine präventiven Maßnahmen ergreifen, wenn sie sich für bestimmte Krankheiten nicht anfällig fühlen, bestimmte Krankheiten nicht als schwerwiegend einschätzen und an die Nützlichkeit von Vorsorgeuntersuchungen nicht glauben. [56]

Die Schichtzugehörigkeit spielt beim Gesundheitsverhalten eine maßgebliche Rolle. Unter anderen haben Bengel und Belz 1990 nachgewiesen, dass die Mittel- und Oberschicht verantwortlicher bezüglich ihrer Gesundheit ist als Menschen unterer sozialer Schichten. Diese sehen weniger Möglichkeiten der eigenen Einflussnahme auf ihre Gesundheit und unterlassen wesentlich öfter aktive Bewältigungsversuche. [13]

## 1.4. GESUNDHEITSFÖRDERUNG

### 1.4.1. Definition

Gesundheitsförderung ist ein Prozess, der Individuen und sozialen Gruppen oder Gemeinschaften eine vermehrte Kontrolle über Determinanten der Gesundheit verschafft und hierbei ihre Gesundheit verbessern hilft. [24] Sie beinhaltet Maßnahmen, die die Lebensqualität positiv beeinflussen, wobei soziale, kulturelle, ökologische, medizinische und

psychische Aspekte vertreten sind und verhältnis- sowie verhaltensbezogene Aspekte mitberücksichtigt werden.[78]

Sie ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und umfasst gesetzliche Maßnahmen wie Lebensmittelverordnungen, Sicherheitsauflagen für Gebrauchsgegenstände und Einschränkung der Tabakwerbung sowie des Tabakkonsums, organisatorische Maßnahmen wie Programme gegen Drogenmissbrauch und zur HIV-Prävention, Gesundheitserziehung in Kindergärten und Schulen sowie Gesundheitsberatung und -förderung im medizinischen Bereich.

#### **1.4.2. Stellung des Hausarztes innerhalb der Gesundheitsförderung**

Menschen können ihr Gesundheitspotential nur dann entfalten, wenn sie auf die Faktoren, die ihre Gesundheit beeinflussen, auch Einfluss nehmen können. Dies umfasst sowohl die Geborgenheit und Verwurzelung in einer unterstützenden sozialen Umwelt, den Zugang zu allen wesentlichen Informationen und die Entfaltung von praktischen Fertigkeiten als auch die Möglichkeit, selber Entscheidungen in Bezug auf die persönliche Gesundheit treffen zu können.[95,43]

In der Verfassung der WHO (New York, 1946) ist verankert, dass eine aufgeklärte Öffentlichkeit und die aktive Mitarbeit jedes einzelnen Menschen von größter Bedeutung für die Verbesserung des Gesundheitszustandes der Gesamtbevölkerung sind.[43]

Füreinander Sorge zu tragen, Ganzheitlichkeit und ökologisches Denken sind Kernelemente bei der Entwicklung von Strategien zur Gesundheitsförderung.[43]

Da 93 Prozent der Bundesbürger angeben, einen Hausarzt zu haben und davon 55 Prozent aller Arzt-Patienten-Kontakte länger als 10 Jahre bestehen, kommt den Allgemeinmedizinerinnen und hausärztlich tätigen Internisten eine entscheidende Rolle zu.[54]

Ihre Aufgaben sollten es sein, die kognitive Kompetenz, d.h. Wissen und Kenntnisse über Krankheiten und ihre Verhütung, die emotionale Kompetenz, d.h. das Überzeugtsein von gesundheitsförderndem Verhalten und die verhältnismäßige Kompetenz, die die Möglichkeit des Patienten zum bewussten Handeln beinhaltet, zu fördern.

Der Mensch selbst sollte als Träger seiner Gesundheit anerkannt werden. Dabei ist die Vermittlung verlässlicher Informationen und die Hilfe bei Lernprozessen der Patienten, d.h. die Förderung von Selbsthilfekzepten, ein entscheidender Teil der ärztlichen Aufgabe in der Gesundheitsversorgung.[64]

Für den Allgemeinmediziner ist, im Gegensatz zu vielen anderen Fachrichtungen, keine bestimmte Krankheit oder ein bestimmtes Organsystem Gegenstand seiner ärztlichen Tätigkeit, sondern der kranke Mensch in seiner Ganzheitlichkeit.

Insofern können in einer langjährigen individuellen Arzt-Patienten-Beziehung, wie sie oft nur beim Hausarzt gegeben ist, Vorboten chronischer Krankheiten besser erkannt und in ihrer Relevanz bewertet werden als bei Screeninguntersuchungen auf Risikofaktoren.(U.Brucks )

Soziale Entwurzelung, Vereinsamung und Solidaritätsverlust sind ein wesentlicher Ursprung heutiger Gesundheitsstörungen. Ärztliche Aufgabe ist es, dies zu erkennen und gesundheitsfördernd einzugreifen.

Nach einem Modell von U. Brucks fließen in die Entstehung von Krankheiten Lebenslage, Gesundheitszustand und persönlicher Habitus in individueller Weise ein. Diese drei Faktoren bestimmen die Gesundheitsressourcen des jeweiligen Menschen, die der Hausarzt erkennen und fördern muss. (siehe Abb.4)

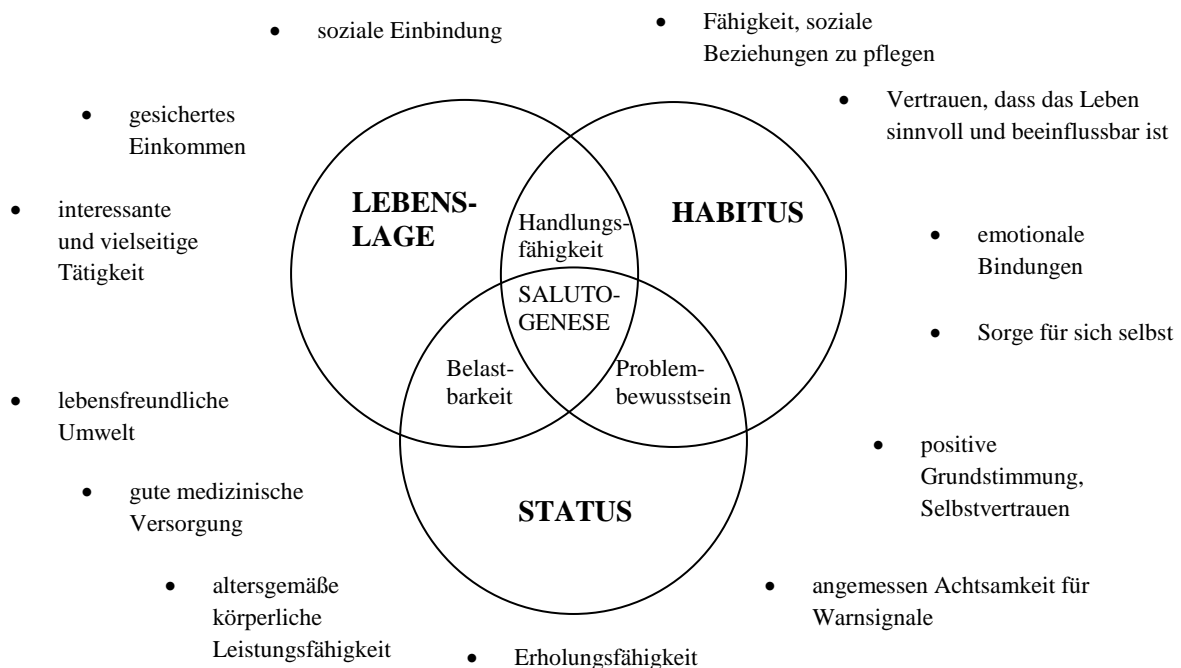


Abb. 4 : Ressourcen für Gesundheit [22]

## **1.5. PRIMÄRPRÄVENTION**

### **1.5.1. Definition**

Unter Primärprävention sind Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit, der Verhütung von Krankheiten durch Beseitigung ursächlicher Faktoren, die Veränderung von gesundheitsschädigenden Einstellungen und Verhaltensweisen, die Erhöhung der Widerstandsfähigkeit des Individuums und die Veränderung von Umweltfaktoren, die wesentlich an der Entstehung und Übertragung von Krankheiten beteiligt sind, zu verstehen.[20]

Die Primärprävention beinhaltet unspezifische und spezifische Maßnahmen. Zu den unspezifischen zählen die Förderung gesunder Ernährung, körperlicher Betätigung, psychischer Stabilität, die Beeinflussung der Wohnverhältnisse, Drogenaufklärung, Bewegungsprogramme zur Vermeidung von Haltungsschäden und Verkehrserziehung in der Schule. Spezifische Primärprävention beinhaltet Trinkwasserfluoridierung zur Kariesprophylaxe, Gabe von jodiertem Salz und Impfungen. [78]

Die älteste und bewährteste Untersuchungsreihe, welche in ihrem Verlauf auch präventive Aspekte beurteilte, ist die 1949 begonnene Framingham-Studie, aus welcher 1962 erstmals der Begriff Risikofaktor hervorgegangen ist. Diese Studie etablierte in diesem Zusammenhang den Bewegungsmangel als gesundheitsgefährdendes Merkmal. [63]

Zielgruppen der Primärprävention sind zum einen die Gesamtbevölkerung und zum anderen vor allem gesundheitliche Risikogruppen und gesundheitlich vernachlässigte Gruppen.

### **1.5.2. Aufgaben des Hausarztes im Rahmen der Primärprävention**

Neben spezifischen Maßnahmen der Primärprävention, wie zum Beispiel der Durchführung von Impfungen, hat der Hausarzt die Aufgabe, Risikofaktoren zu erkennen und gesundheitsrelevantes Verhalten seiner Patienten einzuschätzen und gesundheitsförderndes Verhalten zielgerichtet zu fördern.

Da Gesundheitsbewusstsein eines Einzelnen von verschiedenen Faktoren wie charakterlichen Eigenschaften, dem Intelligenzgrad und der sozialen und beruflichen Situation abhängt, ist seine Beeinflussung durch den Hausarzt nicht ausschließlich in einer Wissensvermittlung zu

sehen, sondern soll Patienten mit einer individuellen Hilfe zur Selbsthilfe zum eigenständigen bewussten Handeln befähigen.

Im Rahmen der Primärprävention therapiert der Arzt nicht, sondern stellt sein Wissen über Möglichkeiten der Verhaltensmodifikation so lange zur Verfügung, bis der Patient ausreichend Selbsthilfekompetenz erworben hat. Der Hausarzt ist dabei in der günstigen Situation, den Patienten und seine Familie oft über einen längeren regelmäßigen Betreuungszeitraum zu kennen, so dass er in der Lage ist, gesundheitsfördernde Verhaltensänderungen durch dem jeweiligen Umfeld angepasste Informationen und Empfehlungen zu bewirken. Nicht zu vernachlässigen ist der Vertrauensvorschuss, mit dem viele Patienten ihrem Hausarzt begegnen. Dieser sollte durch Zeit zum Zuhören, Zuwendung, Geduld für Fragen und die Verwendung einer verständlichen Sprache genutzt werden. Bereits bestehende Selbsthilfemechanismen des Patienten, z.B. Hausmittel und Ratschläge aus der Umgebung sollte der Hausarzt ernst nehmen und beratend eingreifen, denn immerhin haben Untersuchungen von Grunow und Breitkopf in den Jahren 1980 und 1986 gezeigt, dass zwei Drittel bis drei Viertel aller Krankheitsepisoden im Laiensystem behandelt werden. [67]

Der wichtigste Bestandteil, den der Hausarzt im Rahmen der Hilfe zur Selbsthilfe leisten kann, ist Zuwendung. Der Patient wird zur Eigenaktivität motiviert, und es werden gesundheitsfördernde Ressourcen freigesetzt, wenn er spürt, dass dem Arzt seine Gesunderhaltung wichtig ist und er bereit ist, Mitverantwortung zu übernehmen.

Konkret kann eine Beeinflussung des Gesundheitsverhaltens am besten durch non-direkte Gesprächsführung erreicht werden. Diese beinhaltet vor allem offenes Nachfragen, das Zeigen von Empathie, das Ansprechen von Gefühlen und vor allem das Vermeiden von Wertungen. Hierbei ist zu beachten, dass krankheitsförderndes Verhalten im komplexen Zusammenhang des gesamten Umfeldes des Patienten zu sehen ist und oftmals über lange Zeit bestehenden Gewohnheiten unterliegt. Somit können falsche Wertungen oder angsterzeugende Äußerungen nicht zu Verhaltensänderungen, sondern zu Abwehrverhalten führen. Ebenso negative Auswirkungen hat das globale Verordnen von bestimmten Verhaltensweisen. Auch Hinweise auf bestehende Risiken sind oft fruchtloser als die gemeinsame Suche nach Möglichkeiten der Veränderung von bestehenden Belastungen. Durch gezieltes Fragen kann der Arzt helfen, bestimmte Hindernisse bewusst zu machen und Gründe für vorherige Misserfolge herauszufinden. Sinnvoll ist dann das gemeinsame Festlegen realistischer Änderungsschritte und für den Patienten realisierbarer Zwischenziele. Bei der Förderung gesundheitsrelevanten Verhaltens haben Gruppentherapien einen festen Stellenwert und sollten vom Hausarzt gefördert werden. Es ist bekannt, dass die

Gruppendynamik einen stützenden Charakter bei der Einübung bestimmter Normen besitzt, indem sie soziale Unterstützung, Modelllernen und die Einbettung in das alltägliche soziale Umfeld des Patienten am besten miteinander verbindet.[29]

### **1.5.3. Salutogene Betrachtungsweise der Primärprävention**

Der Begriff Salutogenese wurde erstmals von dem israelischen Arzt Aaron Antonovsky geprägt. Die salutogene Betrachtungsweise konzentriert sich nicht auf die Beseitigung pathogener Faktoren sondern auf die Ursprünge der Gesundheit. Sie beinhaltet die Sichtweise auf den Menschen nicht als gesund oder krank, sondern als einen bestimmten veränderlichen Zustand auf dem Gesundsein/Kranksein-Kontinuum. Dies beugt der Konzentration ausschließlich auf die Ätiologie einer bestimmten Krankheit zugunsten einer ganzheitlichen Sicht auf die Gesamtbiographie vor und schließt bisher realisiertes Bewältigungsverhalten ein. Somit wird die Verhütung oder Reparatur eines gesundheitlichen Schadens nicht gleichgesetzt mit dem Entstehen von Gesundheit und gesunderhaltende Faktoren lassen sich nicht auf die Suche nach Risiken und Krankheitsindikatoren reduzieren.

Die Entwicklung chronischer Erkrankungen wird salutogen erklärt als der Verlust oder die Nichtnutzung der internen Stabilität oder externen Anpassungsfähigkeit eines Organismus. Antonovsky prägte hier das Konzept der allgemeinen Widerstandsressourcen, zu denen z.B. soziale Unterstützung, kulturelle Stabilität, Geld, aber auch die Erlebnisfähigkeit von Entspannung und Wohlbefinden zählen, die in bedrohten Entwicklungsphasen oder Lebensabschnitten schützende Wirkung zeigen. Innerhalb der salutogenen Ressourcen wurde das Modell des Kohärenzsinn (engl.: sense of coherence) entwickelt, das als eine generelle Lebenseinstellung zu verstehen ist und bedeutet, dass allen Stressoren eine Bedeutung erteilt wird, die aus der sich wiederholenden Erfahrung eines bedeutungsvollen und beeinflussbaren Lebens erwächst. Das heißt, dass ein hohes Kohärenzgefühl viele Lösungsansätze bietet bzw. das Gefühl der Lösbarkeit an sich. Hierbei sind Stressoren nicht ausschließlich im negativen Sinn zu verstehen, sondern können durchaus positive Herausforderungen sein. Den positiven Aspekt des Stresses sieht Antonovsky in dem Willen, sich einer Aufgabe zu stellen und das Erreichen eines Zieles als lohnenswert anzusehen.

Das Kohärenzgefühl ist kein statisches Gefühl, sondern einer immerwährenden Entwicklung unterworfen. Es wird gestärkt, indem der Mensch die Befähigung erlangt, sein Leben mit Sinn füllen zu können. Dies setzt Eigenschaften wie Selbstachtung und Selbstverantwortlichkeit

sowie die Entfaltung eines eigenen Identitätsgefühls voraus, welche u.a. durch die Erfahrung der eigenen Bedeutsamkeit durch eigene vollbrachte Leistungen gefördert werden.

Aaron Antonovsky sieht in der Fähigkeit, dass der Mensch aktiver Produzent seiner eigenen Biografie wird, eine wichtige Bedingung für den Erhalt der Gesundheit. [ 9, 10 , 68]

## **1.6. SEKUNDÄRPRÄVENTION**

### **1.6.1. Definition**

Die Sekundärprävention stellt die Früherkennung von Krankheiten in der präklinischen Phase, z.B. durch Screeninguntersuchungen und deren Behandlung dar. [20]

Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten sind erstmals 1971 gesetzlich eingeführt worden. Sie bezogen sich zunächst auf die Früherkennung von Krebserkrankungen und die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern.

Die Untersuchungen zur Früherkennung von Zivilisationskrankheiten zählen seit 1989 zum gesetzlich vorgeschriebenen Leistungsangebot der Gesetzlichen Krankenversicherung. Diese Gesundheitsuntersuchungen (GU) sind im § 25 SGB V verankert.

### **1.6.2. Inhalte der Früherkennung von Zivilisationskrankheiten**

Die Untersuchungen berücksichtigen insbesondere häufig vorkommende Krankheiten wie koronare Herzkrankheit, Hypertonie, Nierenerkrankungen, Diabetes mellitus sowie Erkrankungen des Bewegungsapparates.

Die Anamnese umfasst die Familien- und Eigenanamnese einschließlich der Jetztanamnese im Hinblick auf Ernährungsgewohnheiten, körperliche Aktivität, Nikotin- und Alkoholkonsum.

Die körperliche Untersuchung beinhaltet den vollständigen körperlichen Status mit Auskultation des Herzens, der Karotiden und der Lunge, Messen des Blutdruckes, die Inspektion des Brustkorbes und der Haut, die Palpation des Abdomens und der Fußpulse, die Untersuchung des Nervensystems, des Bewegungsapparates und die Beurteilung der Psyche.

Des Weiteren gehören die laborchemische Bestimmung von Blutzucker, Cholesterin und der Urinstatus (Harnstreifentest) sowie fakultativ die Durchführung eines EKG zur Gesundheitsuntersuchung.

Die innerhalb der GU realisierte Beratung sollte entsprechend dem aus Anamnese und Untersuchung gewonnenen Risikoprofil des Patienten beispielsweise eine Ernährungsberatung, die Motivation für ein Bewegungsprogramm und eine Beratung hinsichtlich Alkohol- und Nikotinmissbrauch umfassen.

Im Ansatz der Rahmenbedingungen der Gesundheitsuntersuchung sind sowohl primärpräventive als auch sekundärpräventive Bestandteile enthalten.

### **1.6.3. Inhalt der Krebsvorsorgeuntersuchung**

Die Krebsvorsorgeuntersuchung umfasst bei der Frau die Palpation der Mammae einschließlich der Anleitung zur Selbstuntersuchung, die Untersuchung des äußeren und inneren Genitale mit Kolposkopie und Zytologie der Cervix uteri, beim Mann die Palpation des äußeren Genitale und der Prostata und bei beiden Geschlechtern die Durchführung eines Hämoccult-Tests und die vollständige Koloskopie, sowie die Inspektion der Haut.

### **1.6.4. Anspruchsberechtigung**

Anspruchsberechtigt für die Früherkennungsuntersuchung von Zivilisationskrankheiten sind alle Versicherten ab dem vollendeten 35. Lebensjahr in jedem zweiten Kalenderjahr. Ausnahmen stellen Verträge einzelner Krankenkassen dar, welche einen jährlichen Gesundheits-check-up ermöglichen.

Die Krebsfrüherkennungsuntersuchung sieht eine jährliche Inanspruchnahme für Frauen hinsichtlich der Untersuchung des äußeren Genitale und der Cervix uteri ab dem vollendeten 20. Lebensjahr und der Mamma ab dem vollendeten 30. Lebensjahr vor. Anspruch auf eine Mammografie besteht vom 50. Bis 69. Lebensjahr alle zwei Jahre. Bei Männern sollte ab dem 45. Lebensjahr eine jährliche Untersuchung der Prostata und des äußeren Genitale erfolgen. Für beide Geschlechter ist das 2008 eingeführte Hautkrebsscreening jedem Versicherten ab dem 35. Lebensjahr alle zwei Jahre zugänglich. Ebenso für beide Geschlechter wurde in der Darmkrebsfrüherkennung die vollständige Koloskopie seit 2002 ab dem 55. Lebensjahr etabliert. Hier richten sich Kontrolluntersuchungen nach dem erhobenen Befund und der entsprechenden Histologie, bzw. können bei unauffälliger Koloskopie alle 10 Jahre insgesamt zweimal im Leben wiederholt werden. Alternativ besteht nachwievor die Möglichkeit des jährlichen Tests auf occultes Blut im Stuhl ab dem 50. Lebensjahr. [136]



### **1.6.5. Voraussetzungen für Screeninguntersuchungen**

Screeninguntersuchungen, zu denen die Früherkennungsuntersuchungen zählen, müssen bestimmte Voraussetzungen (siehe Abb.5) erfüllen und epidemiologischen Gegebenheiten des jeweiligen Landes Rechnung tragen.

–

- 
- Die gesuchte Störung sollte ein wichtiges Gesundheitsproblem sein.
  - Es sollte eine anerkannte Therapie für die gefundenen Patienten geben.
  - Einrichtungen für Diagnostik und Therapie sollten vorhanden sein.
  - Es sollte ein erkennbares, latentes oder Frühstadium geben.
  - Es sollte einen geeigneten Test oder eine geeignete Untersuchung geben.
  - Der Test sollte für die Zielgruppe zumutbar sein.
  - Der natürliche Verlauf der Störung einschließlich der Entwicklung vom latenten zum manifesten Stadium sollte hinreichend bekannt sein.
  - Es sollte unstrittig sein, wer als Patient zu behandeln ist.
  - Die Kosten der Maßnahmen ( einschließlich Diagnostik und Behandlung der gefundenen Patienten ) sollten in einem vernünftigen Verhältnis zu den Ausgabemöglichkeiten für das Gesundheitswesen stehen.
  - Die Maßnahmen sollten kontinuierlich angeboten werden und nicht als einmaliges Projekt.
- 

Abbildung 5 : Kriterien der Früherkennung ( Nach Wilson und Jungner 1968 ) [140]

### **1.6.6. Effektivität der Sekundärprävention**

Die Effektivität der Sekundärprävention ist unter anderem von der Akzeptanz der Betroffenen hinsichtlich vorgeschlagener Untersuchungsmaßnahmen und davon abgeleiteten Empfehlungen abhängig.[137]

Bezüglich der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen in Deutschland finden sich in der Literatur durchgeführter Erhebungen Angaben zwischen ca. 7 % und 60 % . [57,115]

Aber auch der durchführende Arzt sollte von einer bestimmten Maßnahme überzeugt sein.

Über die Hälfte von 2000 in elf europäischen Ländern befragten Hausärzten gab eine schwierige Umsetzung von Prävention in der hausärztlichen Tätigkeit an. Die größten Hindernisse wurden in zu hoher Arbeitsbelastung und damit verbundenem Zeitmangel und einer mangelnden Vergütung gesehen. Es bestanden Lücken in der Umsetzung evidenzbasierter Leitlinien. [21]

In den USA erachteten Hausärzte in einer Befragung 2005 die jährliche GU für notwendig. Die meisten von ihnen glaubten, dass die Gesundheitsuntersuchung Erkrankungen in der subklinischen Phase erkennen kann. Sie führten viele nichtevidente Laboruntersuchungen in diesem Rahmen durch. Eine selektive und risikoadaptierte Prävention fand noch keine ausreichende Akzeptanz.[144]

Andererseits legt eine ältere Erhebung aus dem Jahr 1995 dar, dass US-amerikanische Hausärzte nicht nur viel Zeit für check-up`s aufwenden, sondern auch große Unterschiede in Form und Inhalt der GU aufweisen.[83]

Untersuchungen von Fisseni [41] und Regus [113] zeigten, dass deutsche Hausärzte Prävention eher individualisiert auffassen und betreiben. Sie wird eingebettet in die tägliche Patientenversorgung und setzt den Fokus auf primärpräventive Maßnahmen. Skepsis besteht hingegen bezüglich der Effektivität von Früherkennungsuntersuchungen.

Diese basiert vor allem auf einer uneinheitlichen Datenlage [84 ] zur Behandlung isolierter Risikofaktoren und aus dem Erhalt falsch-positiver Ergebnisse im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen, welche unter Umständen die Behandlung Gesunder oder Risikoträger nach sich ziehen. [3]

Die EbM-Richtlinien für die Allgemeinmedizin empfehlen auf der Basis der Zusammenschau epidemiologischer Studien, das Senken des Blutdruckes unter den Zielwert von 140/90 mm Hg, das Senken des Cholesterins mit Statinen abhängig vom ermittelten kardiovaskulären Risiko, den Nikotinverzicht, eine Gewichtsreduktion unter einen BMI von 28 und die Förderung körperlicher Aktivität. [112]

Im Bereich der Krebsfrüherkennung besitzt die Untersuchung der Cervix uteri eine hohe Effektivität[119,139]. Auch die Erkennung von Rektum- und Kolonkarzinomen hat in frühen Erkrankungsstadien eine höhere kurative Behandlungschance, wodurch die Sterblichkeit bei steigender Neuerkrankungsrate rückläufig ist.[73]

Eine ausführliche Betrachtung bezogen auf einzelne Erkrankungen erfolgt im Rahmen der Diskussion.

Das deutsche Netzwerk für evidenzbasierte Medizin will Ärzte mit einem Kriterienkatalog zur Beratung bezüglich der Krebsfrüherkennung unterstützen. Die Beratung soll neutral und strukturiert sein und nicht nur die Vorteile sondern auch die bereits o.g. Nachteile thematisieren. [72]

Ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der Inzidenz von Tumorerkrankungen und Lifestyle-Faktoren wird bis zu 70 Prozent angegeben [69], so dass auch in der Krebsvorsorge ein gesundheitsfördernder Ansatz dringend geboten scheint.

Mehrere Arbeitsgruppen in den USA und Kanada haben die in Abb.6 zusammengefassten Vorschläge unterbreitet, welche Untersuchungen bei Gesundheitsuntersuchungen sinnvoll sind. [86]

<b>Beratungen</b>			
<b>Vorsorgemaßnahme</b>	<b>Altersgruppe</b>	<b>Frequenz</b>	<b>Evidenz</b>
Interventionen bei Tabak- oder Alkoholmissbrauch, häuslicher Gewalt, mangelnder Bewegung, Beratungen zu Ernährung, Zahnhygiene	alle Altersgruppen	jährlich	gute Evidenz
Unfallprävention: Sicherheitsgurte, Helm, Safer Sex	alle und besonders jüngere Alters- und Risikogruppen	jährlich	gute Evidenz
Sturzrisiko, Gehör, Visus	besonders ältere Menschen	jährlich	gute Evidenz
<b>Untersuchungen</b>			
<b>Vorsorgemaßnahme</b>	<b>Altersgruppe</b>	<b>Frequenz</b>	<b>Evidenz</b>
Gewichtsbestimmung	alle Altersgruppen	jährlich	gute Evidenz
Blutdruckmessung	alle Altersgruppen	alle zwei Jahre	gute Evidenz
Zervix-Abstrich	alle Altersgruppen bis 64 ab 65	alle ein bis drei Jahre	gute Evidenz unklare Evidenz
Mammographie	50 bis 70 Jahre	alle ein bis zwei Jahre	gute Evidenz
Cholesterin (Serum)	35 bis 75 Jahre	alle fünf Jahre	gute Evidenz
okkultes Blut im Stuhl	50 bis 75 Jahre	jährlich	gute Evidenz
Koloskopie	> 55 Jahre	einmal	unklare Evidenz
PSA (Serum)	50 bis 75 Jahre	jährlich	unklare Evidenz
Nüchtern-Blutzucker	45 bis 75 Jahre	alle drei Jahre	unklare Evidenz
	bei Risiken		gute Evidenz
TSH (Serum)	40 bis 75 Jahre	alle fünf Jahre	unklare Evidenz
	45 bis 75 Jahre Frauen		gute Evidenz
Bei erhöhtem Risiko, z.B. familiärer Belastung mit Diabetes mellitus oder Kolonkarzinom, verändern sich Evidenz und Indikation der Intervention			
<b>Impfungen</b>			
<b>Vorsorgemaßnahme</b>	<b>Altersgruppe</b>	<b>Frequenz</b>	<b>Evidenz</b>
Basisimpfungen auffrischen	alle Altersgruppen	alle zehn Jahre	gute Evidenz
Grippeimpfung	ab 65 Jahre	jährlich	gute Evidenz
Pneumokokkenimpfung	65 Jahre	einmal	gute Evidenz

Abb. 6: Evidenz ausgewählter Vorsorgemaßnahmen

## **1.7. ZIEL DER ARBEIT**

In einer retrospektiven Datenerhebung wird angestrebt, alle durchgeführten Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Primärprävention und Früherkennung bei insgesamt 500 Patienten in 10 Hausarztpraxen zu erfassen. Die Erhebung soll sowohl dokumentierte Gesundheits- und Krebsvorsorgeuntersuchungen sowie gesundheitsfördernde und primärpräventive Komponenten anhand der Dokumentation in der Patientenakte einschließen.

Die zweite Komponente beabsichtigt eine Befragung von insgesamt 500 Patienten zu gesundheitsförderndem und präventivem Wissen sowie zu Fragen des Gesundheitsbewusstseins und gesundheitsfördernder Aktivität.

Im Anschluss soll eine quantitative und qualitative Analyse der Etablierung und Umsetzung von Gesundheitsförderung sowie Primär- und Sekundärprävention, ausschließlich medikamentöser präventiver Therapien, im hausärztlichen Bereich erfolgen.

Abschließend wird im Kontext des Vergleiches der eigenen Ergebnisse mit der nationalen Entwicklung der Prävention im hausärztlichen Bereich im letzten Jahrzehnt und der Umsetzung nationaler sowie internationaler Vorgaben eine Aussage zur Qualitätssicherung und gegebenenfalls ein Entwurf zur Optimierung gesundheitsfördernder und präventiver Tätigkeit in der allgemeinmedizinischen Praxis angestrebt.

## 2. MATERIAL UND METHODEN

### 2.1. Datenerfassung

Bei 10 niedergelassenen Fachärzten für Allgemeinmedizin erfolgte eine Datenerhebung aus 500 Patientenakten, eine Befragung von 500 Patienten.

Nachfolgend werden Art und Umfang der einzelnen Datenerhebungen vorgestellt:

#### 1. Teilstudie 1: Patientenakten (500)

- Ziel: Darstellung präventiver Maßnahmen
- Studiendesign: Retrospektive Kohortenstudie
- Patientenpopulation 500 Patienten

Einschlusskriterien:

Alter zwischen 25 und 65 Jahren

aus Allgemeinmedizinischen Praxen Berlins mit mehr als 1000 Patienten

mindestens 3 Jahre beim gleichen Hausarzt

Ausschlusskriterien: schwer behinderte und demente Patienten

- Datenerhebung: anonymisierte Patientendaten (Initialen, Alter, Geschlecht) aus den Krankenakten
- Outcomes: gesundheitsfördernde sowie primär- und sekundärpräventiv relevante Daten, einschließlich anamnestischer Daten, Eintragungen bezüglich des psychosozialen Umfeldes, Häufigkeit und Umfang von Früherkennungs- und Krebsvorsorgeuntersuchungen, einschließlich der in präventiver Absicht veranlassten laborchemischen und bildgebenden diagnostischen Verfahren, Inhalte von beratenden Gesprächen, Durchführung oder Überweisung zu Gruppentherapien, Überweisungen zu Fachärzten für Gynäkologie und Urologie, Art und Umfang von Impfungen, bestehendes Risikoprofil

## 2. Teilstudie II : Patientenbefragung (500)

- Ziel: Darstellung des Wissensstandes über Gesundheitsförderung und Prävention und Inanspruchnahme präventiver Leistungen
- Studiendesign: qualitative Interviews
- Patientenpopulation 500 Patienten aus 9 Arztpraxen ( 1 Gemeinschaftspraxis)

Einschlusskriterien:

Alter zwischen 25 und 65 Jahren

aus Allgemeinmedizinischen Praxen Berlins mit mehr als 1000 Patienten

mindestens 3 Jahre beim gleichen Hausarzt

Ausschlusskriterien: schwer behinderte und demente Patienten

- Datenerhebung: fragebogengestützte Interviews in den Arztpraxen
- Outcomes: Arzt-Patienten-Beziehung, Wissenskenntnis und Inanspruchnahme der von den Krankenkassen geförderten Früherkennungs- und Krebsvorsorgeuntersuchungen, Teilnahme an Patientenschulungen und Gruppentherapien, Vorhandensein und Nutzung eigener gesundheitserhaltender Ressourcen.

Die Datenerhebungsinstrumente der Teilstudien wurden in enger Zusammenarbeit mit dem Institut für medizinische Informatik und Biometrie der Charité Berlin entwickelt und mit einer Testgruppe von 20 Patienten validiert.

Der Fragebogen für die Datenerhebung aus Patientenakten und Patientenbefragung beinhaltete sowohl kategorische wie auch dichotomische Fragestellungen (Ja/Nein), um die systematische Datenerhebung zu ermöglichen.

Die Datenerhebung erfolgte über 2 Jahre (1998 bis 2000) in Praxen Berlins.

Die anonyme Auswahl der Patientenakten für die Datenerfassung wurde nach dem Randomisierungsprinzip getroffen. (siehe Flussdiagramm Abb. 7)

Die Wahl der Arztpraxen erfolgte durch persönliche telefonische Kontaktaufnahme nach Auswahl aus dem Telefonbuch. Bei Interesse wurde die Zusendung eines Anschreibens, in dem Gegenstand, Umfang, zeitliche und örtliche Inanspruchnahme und Ziel der Datenerhebung dargestellt wurden, veranlasst.

Von 25 angeschriebenen Arztpraxen wurden die ersten zehn Ärzte, die gemeinsam mit ihrem medizinischen Personal die Bereitschaft zur Mitarbeit bekundeten, für die Datenerhebung herangezogen.

Drei weitere der insgesamt 25 angeschriebenen Ärzte hatten ihr Interesse bekundet, wurden jedoch aufgrund der bereits erreichten Zielgröße nicht mehr rekrutiert.

In einem Erstgespräch in der Praxis wurden die Rahmenbedingungen und die örtlichen Gegebenheiten zur Datenerhebung nochmals besprochen.

### **2.1.1. Datenerhebung aus Patientenakten**

Insgesamt wurden in acht Einzelpraxen, jeweils 50, in einer Gemeinschaftspraxis mit 2 beteiligten Ärzten 100 Patientenakten eingesehen.

Die Aktenauswahl erfolgte unter der Voraussetzung, dass der Gesamtkundenbestand der Arztpraxis mindestens einmal in das Auswahlverfahren einbezogen werden musste.

Es wurden nach dem Abzählverfahren so viele Akten ausgewählt, bis die erforderliche Anzahl auswertbarer Akten entsprechend einer annäherungsweise Gleichverteilung bezüglich des Geschlechts und der Altersgruppen erreicht war.

Die Durchsicht der Akten erfolgte mit Hilfe eines Datenerhebungsbogens, in den alle relevanten Informationen eingetragen wurden. (siehe Anhang)

Die Patienten wurden durch eine schriftliche Information im Empfangsbereich der Praxis auf die Einsicht in Patientenakten unter Wahrung der Anonymität und Schweigepflicht hingewiesen.

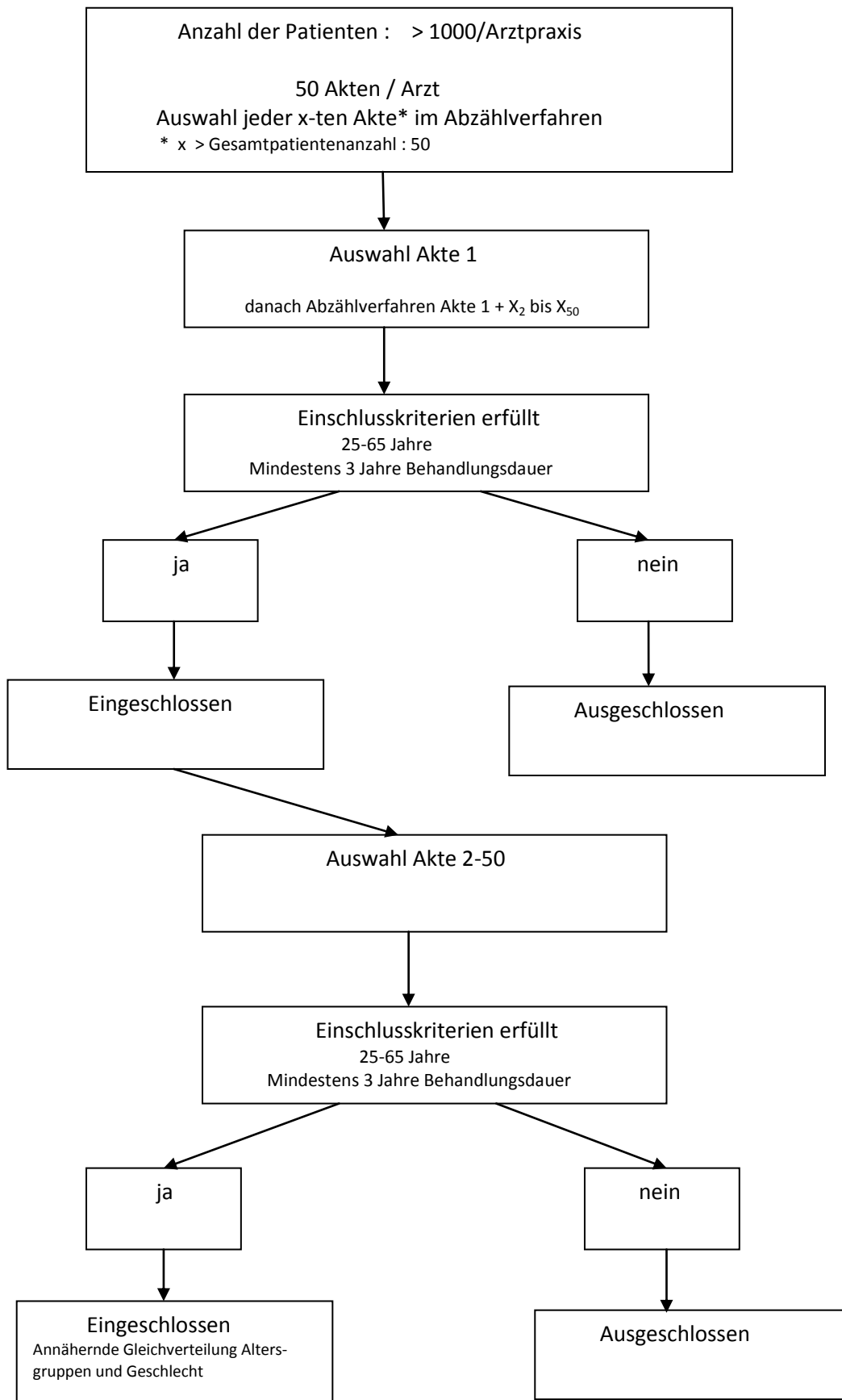


Abb. 7: Flussdiagramm Randomisierung der Patientenakten



Bei längerem Behandlungszeitraum als die festgelegte Mindestbehandlungszeit von drei Jahren wurden die Aufzeichnungen in den Patientenakten fünf Jahre zurückverfolgt. Falls ausführliche, z.B. anamnestische, Daten in diesem Zeitraum nicht in der Akte vermerkt wurden, aber am Behandlungsbeginn zu erwarten waren, wurde die gesamte Aktendokumentation retrospektiv analysiert.

Die in fast allen Arztpraxen aufgrund des zunehmenden Umfangs der Patientenakte eingerichteten Aktenablagen wurden bei jeder ausgewählten Akte mit hinzugezogen. Zum Zeitpunkt der Datenerhebung hatte keine der beteiligten Arztpraxen eine ausschließlich elektronische Dokumentation, sodass sowohl elektronische als auch Papieraufzeichnungen insgesamt betrachtet wurden.

### **2.1.2. Patientenbefragung**

Die Gesamtanzahl der befragten Patienten betrug 500. Die Erhebungen fanden unter den wartenden Patienten in den Arztpraxen der Fachärzte für Allgemeinmedizin statt.

Das Einverständnis der Teilnehmer wurde mündlich eingeholt. Sowohl mündlich als auch durch eine schriftliche Information im Empfangsbereich wurde die Anonymität und Schweigepflicht zugesichert.

Die Befragung erfolgte mittels eines Fragebogens, der anonym, unter Angabe von Alter, Geschlecht, Familienstand und Beruf ausgefüllt wurde. (Fragebogen siehe Anhang)

Die Fragebögen wurden größtenteils von den Sprechstundenschwestern oder Arztsekretärinnen, in einigen Fällen vom Arzt selbst oder von der Autorin ausgeteilt.

Patientenbefragungen fanden sowohl an Vor- als auch an Nachmittagen statt, um das unterschiedliche Patientenspektrum einer allgemeinmedizinischen Praxis annähernd vollständig zu erfassen. Von Familienangehörigen, die gemeinsam die Praxis aufsuchten, wurde jeweils nur ein Mitglied befragt.

Auf eine Gleichverteilung hinsichtlich des Geschlechts und der verschiedenen Altersgruppen wurde nicht geachtet, da man zum einen auf die Bereitschaft des Patienten zur Mitarbeit angewiesen war und zum anderen ein Achtgeben der Sprechstundenschwester auf die exakte Gleichverteilung angesichts der Arbeitsbelastung während der Sprechstunden nicht in Einklang gebracht werden konnte.

## 2.2. Datenanalyse

Die Aufarbeitung der in den Fragebögen erfassten Daten erfolgte mit Hilfe des Statistikprogrammes SPSS.

Initial wurde der gesamte Datenbestand der Fragebögen numerisch kodiert, d.h. jede Person, jede Frage und jede Antwortmöglichkeit wurden mit einer eindeutigen zuordenbaren Nummer versehen und anschließend getrennt für Aktenanalyse und Patientenbefragung in je einer Datenmatrix angelegt.

Retrospektive Aktenanalyse und Patientenbefragung hatten das Ziel, Häufigkeiten aller Fragestellungen bezogen auf Alter und Geschlecht erkennbar zu machen, so dass in der nächsten Stufe der Datenverarbeitung eine bivariate bzw. multivariate Datenbeschreibung mittels Häufigkeitstabellen (Kreuztabellen, Kontingenztabellen) angelegt wurden.

Die Form der Häufigkeitstabelle hinsichtlich der Spalten- und Zeilenanzahl richtete sich nach der jeweiligen Fragestellung, d.h. es kamen bei gleicher Spalten- und Zeilenanzahl zweidimensionale und bei ungleicher Spalten- und Zeilenanzahl mehrdimensionale Häufigkeitstabellen zur Anwendung.

Bei Fragestellungen mit mehreren Antwortmöglichkeiten wurde jede Antwortmöglichkeit einzeln aufgeführt. Die Datenmatrix wurde hierbei mittels der Methode multipler Kategorien eingerichtet, sodass Mehrfachnennungen eindeutig erfasst werden konnten.

Bivariate Häufigkeitstabellen fanden bezogen auf die Geschlechtsverteilung und eine Antwortmöglichkeit (eine Kategorie), multivariate Häufigkeitstabellen bezogen auf vier gebildete Altersgruppen (26-35 Jahre, 36-45 Jahre, 46-55 Jahre und 56-65 Jahre) und die Geschlechtsverteilung bei mehreren Antwortmöglichkeiten (multiple Kategorien) Anwendung.

Aus diesen ließen sich mittels einer deskriptiven Statistik absolute und prozentuale Häufigkeiten berechnen.

Die statistische Signifikanz der nominal- und ordinalskalierten Angaben wurde im parameterfreien unabhängigen Testverfahren mittels des Chi-Quadrat-Tests nach Pearson und bei einer Zellgröße von über 20 Prozent der erwarteten Häufigkeiten kleiner 5 mittels des exakten Fisher-Tests berechnet.

Die Signifikanzberechnungen bei multivariaten Datenbeschreibungen folgten dem Modell der Unabhängigkeit für beliebige Kreuztabellen (H.Skarabis)

Für die allgemeine Kreuztabelle (Kontingenztafel) der Form

		Merkmal Y				
		y <sub>1</sub>	y <sub>2</sub>	...	y <sub>s</sub>	
Merkmal X	x <sub>1</sub>	n <sub>11</sub>	n <sub>12</sub>		n <sub>1s</sub>	n <sub>1+</sub>
	x <sub>2</sub>	n <sub>21</sub>	n <sub>22</sub>		n <sub>2s</sub>	n <sub>2+</sub>
	..	...	...	...	...	
	x <sub>r</sub>	n <sub>r1</sub>	n <sub>r2</sub>		n <sub>rs</sub>	n <sub>r+</sub>
		n <sub>+1</sub>	n <sub>+2</sub>		n <sub>+s</sub>	n <sub>++</sub>

lautet das Modell der **Unabhängigkeit** für die "erwarteten" Häufigkeiten

$$e_{ij} = \frac{n_{i+}n_{+j}}{n_{++}} = \frac{\text{Summe Zeile Nr. } i \times \text{Summe Spalte Nr. } j}{\text{Anzahl aller Beobachtungen}}$$

Zusammen mit den beobachteten Häufigkeiten ergibt sich für den Unterschied der empirischen und theoretischen Tafel wie oben

$$\chi^2 = \sum \frac{(o_{ij} - e_{ij})^2}{e_{ij}}$$

Dabei wurde zur allgemeinen Vergleichbarkeit die Schreibweise  $n_{ij} = o_{ij}$  verwendet.

Die Berechnung der Signifikanz bei multivariaten Fragestellungen erfolgte immer für die gesamte Kreuztabelle in einem p-Wert. Auf die Signifikanzberechnung und Darstellung einzelner Komponenten dieser Fragestellungen, z.B. nur zwei Altersgruppen untereinander und nicht alle Altersgruppen zusammen, wurde aus Gründen der Eingrenzung der Datenmenge, der Übersichtlichkeit und der geringen zusätzlichen Aussagekraft verzichtet.

Das Signifikanzniveau wurde bei  $\alpha = 5$  Prozent festgelegt, d.h. p -Werte kleiner 0,05 sind als statistisch signifikant bewertet worden.

Fragestellungen, die hohe Missing-Werte, d.h. eine hohe Anzahl leerer Spalten aufgrund einer Nichtbeantwortung bestimmter Fragen aufwiesen, wurden auf die Verwertbarkeit der Fragestellung überprüft.

Die Ausgabe der Ergebnisse erfolgte transformiert als Angabe absoluter und relativer Häufigkeiten in nominalen Werten und Prozentangaben in Tabellen und als importierte einfache, gruppierte oder gestapelte Balkendiagramme aus dem SPSS-Programm.

### 3. ERGEBNISSE

#### 3.1. ERGEBNISSE-PATIENTENFRAGEBOGEN

##### 3.1.1. Alters- und Geschlechtsverteilung

Befragt wurden insgesamt 500 Patienten, hiervon 205 ( 41 % ) Männer und 295 ( 59% ) Frauen.

Dass Patienten mit zunehmendem Alter aufgrund ihrer höheren Morbidität häufiger den Arzt konsultieren, spiegelte sich in der Altersverteilung der ausgewerteten Fragebögen wieder.

Insgesamt waren die 26-35jährigen mit 18,8 % und die 36-45jährigen mit 17,2 % signifikant (  $p < 0,05$  ) weniger vertreten als die 46-55jährigen mit 27,2 % . Die meisten Fragebögen entfielen auf die älteste Altersgruppe der 56-65jährigen mit 36,8 % . (Abb.8)

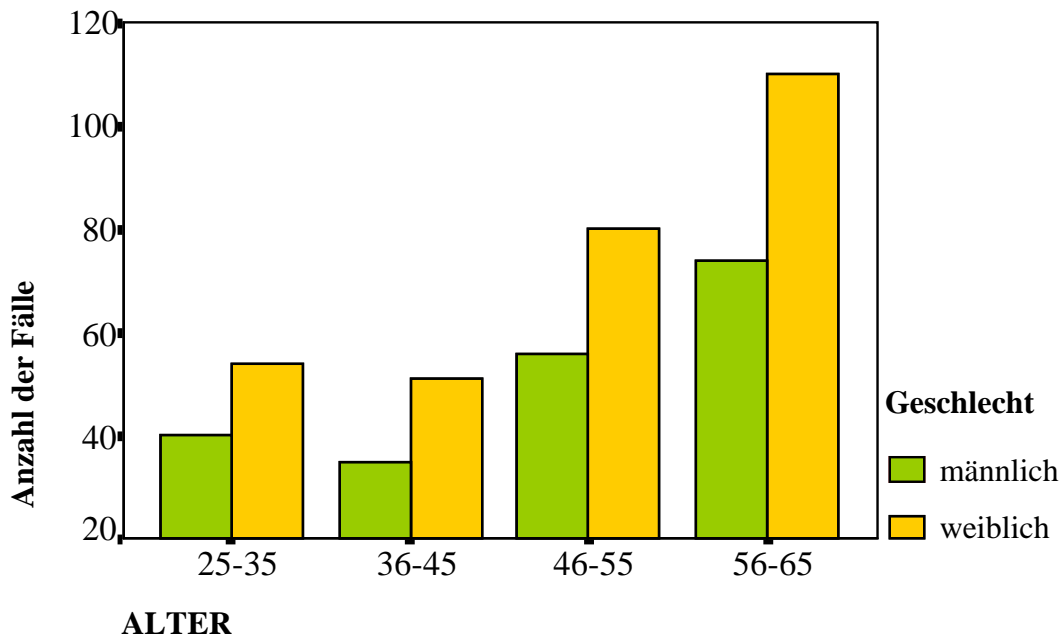


Abbildung 8 : Alters- und Geschlechtsverteilung

Der Behandlungszeitraum betrug bei 157 Befragten ( 31,4 % ) mindestens 3 Jahre, bei 130 Befragten ( 26 % ) bis zu 5 Jahre. Eine Behandlungsdauer von 6 bis 10 Jahren gaben 117 Patienten ( 23,4 % ) und eine Behandlungsdauer von über 10 Jahren 95 Patienten ( 19 % ) an. Diese beiden Zeiträume entfielen signifikant (  $p < 0,05$  ) am häufigsten auf die 56-65-jährigen Patienten.

### 3.1.2. Arzt-Patient-Beziehung

#### 3.1.2.1. Erwartungen der Patienten beim Aufsuchen des Hausarztes

An erster Stelle hinsichtlich der Erwartungen und Ansprüche der Patienten beim Aufsuchen des Hausarztes wurde mit 84 % die fachliche Kompetenz angegeben.

Annäherungsweise für ebenso wichtig erachteten die Patienten in 83,8 % der Fälle eine vertrauensvolle Gesprächsbasis und in 81,2 % der Fälle eine umfassende Aufklärung.

Tabelle 1: Erwartungen der Patienten an den Hausarzt nach Alter und Geschlecht

	Fachliche Kompetenz	p (Pearsons Chi-Square)	Vertrauensvolle Gesprächsbasis	p (Pearsons Chi-Square)	Umfassende Aufklärung	p (Pearsons Chi-Square)
<b>Alter</b>						
26-35	73 (77,7%)	0,239/n.s.	71 (75,5%)	0,253/n.s.	75 (79,8%)	0,302/n.s.
36-45	74 (86,0%)		79 (91,9%)		68 (79,0%)	
46-55	122(89,7%)		120(88,2%)		112 (82,3%)	
56-65	151(82,1%)		149(80,9%)		151 (82,1%)	
<b>Geschlecht</b>						
weiblich	258(87,4%)	0,013	259(87,7%)	0,062/n.s.	249(84,4%)	0,013
männlich	162( 79 %)		160( 78 %)		157(76,5%)	

Eine gemeinsame Absprache aller diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen wünschten sich 74,8 % aller Befragten.

Angesichts der Tatsache, dass die Mehrzahl aller Patienten den Hausarzt nicht aus Vorsorgegründen, sondern wegen einer akuten Erkrankung aufsuchte, fiel auf, dass das Bedürfnis nach schneller Linderung der Beschwerden mit 69 % erst an vierter Stelle der Erwartungen stand. (siehe Abb.9)

Tabelle 2: Erwartungen der Patienten an den Hausarzt nach Alter und Geschlecht

	Linderung d. Beschwerden	p (Pearsons Chi-Square)	Gemeinsame Absprache	p (Pearsons Chi-Square)
<b>Alter</b>				
26-35	70 (74,5%)	0,669/n.s.	68 (72,3%)	0,896/n.s.
36-45	59 (68,6%)		65 (75,6%)	
46-55	95 (69,8%)		105 (77,2%)	
56-65	121 (65,8%)		136 (73,9%)	
<b>Geschlecht</b>				
weiblich	204 (69,1%)	0,864/n.s.	232(78,6%)	0,048
männlich	141 (68,7%)		142(69,2%)	

In sieben Fällen ( 1,4 % ) wurde der Wunsch nach mehr Vorsorge und in einem Fall ( 0,2 % ) die verstärkte Durchführung von Hausbesuchen angegeben. Mehrfachnennungen waren bei dieser Fragestellung möglich.

Vor allem bei den beiden mittleren Altersgruppen nahmen fachliche Kompetenz und eine vertrauensvolle Gesprächsbasis einen hohen Stellenwert ein. Die Linderung aktueller Beschwerden führte die jüngste Altersgruppe am häufigsten ( 74,5 % ) an.

Im Wunsch nach umfassender Aufklärung und gemeinsamer Absprache aller diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen bestanden, ebenso wie bei den bereits genannten Erwartungen, in den Altersgruppen keine signifikanten Unterschiede. (siehe Tabellen 1 und 2) Frauen äußerten den Anspruch auf fachliche Kompetenz, vertrauensvolle Gesprächsbasis und gemeinsame Absprache aller diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen signifikant (  $p < 0,05$  ) häufiger als Männer. Im Anspruch auf umfassende Aufklärung und schnelle Linderung der Beschwerden gab es keine signifikanten geschlechtlichen Unterschiede.

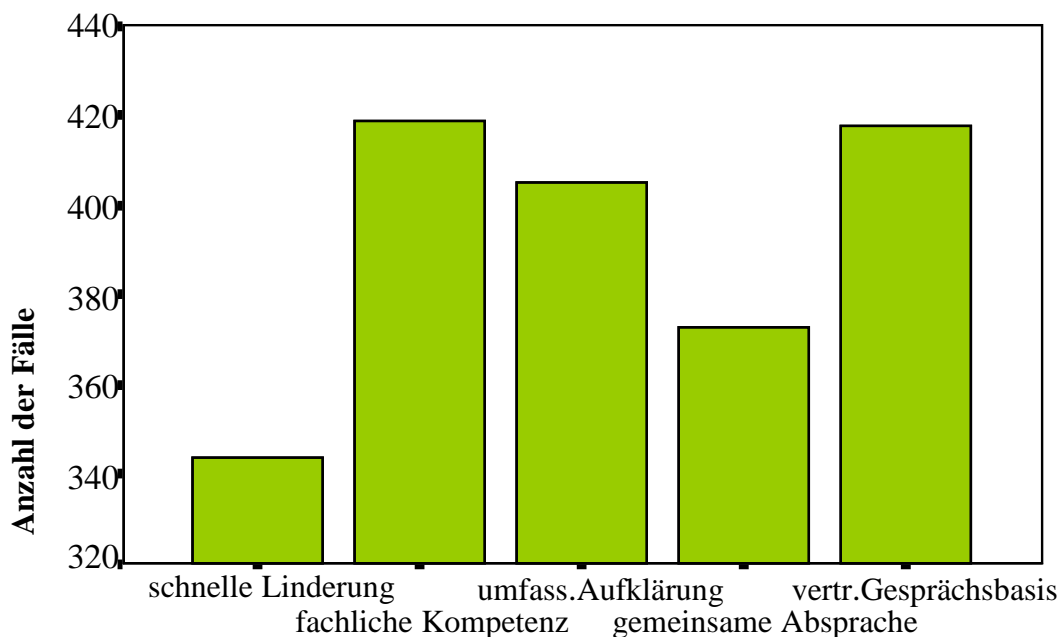


Abbildung 9 : Erwartungen der Patienten an den Hausarzt

### 3.1.2.2. Vertrauensvolle Gesprächsbasis

Die meisten der befragten Patienten ( 40,4 % ), darunter signifikant (  $p < 0,001$  ) am zahlreichsten die 26-35jährigen, besprachen private Probleme mit ihrem Hausarzt nur, wenn sie einen unmittelbaren Zusammenhang mit ihren aktuellen Beschwerden vermuteten.

34,8 % der Patienten, signifikant ( $p < 0,001$ ) am häufigsten die 46-55 Jahre alten Patienten, gaben an, ihrem Hausarzt in jedem Falle bestehende private Probleme anzuvertrauen und 20,8 % würden dies nur tun, wenn sie vom Hausarzt danach gefragt würden. (siehe Tabelle 3)

Lediglich 2,6 % aller Befragten wollten ihre Probleme nie mit dem Hausarzt besprechen und 1,4 % haben diese nie mit dem Hausarzt besprochen, da sie von ihm nicht danach gefragt wurden. Manche Patienten kreuzten mehrere Antwortmöglichkeiten an.

Tabelle 3 : Gespräch über private Probleme nach Alter und Geschlecht

	Ja ,in jedem Fall	p (Pearsons Chi-Square)	ja, wenn Arzt fragt	p (Pearsons Chi-Square)	ja, im Zusammenhang mit Beschwerden	p ( Pearsons Chi-Square)
<b>Alter</b>						
26-35	20 (21,3 %)	< 0,001	18 (19,1 %)	< 0,001	55 (58,5 %)	< 0,001
36-45	30 (34,9 %)		15 (17,4 %)		43 ( 50 %)	
46-55	66 (48,5 %)		30 (22,1 %)		42 (30,9 %)	
56-65	85 (46,2 %)		41 (22,3 %)		62 (33,7 %)	
<b>Geschlecht</b>						
weiblich	193(65,7%)	0,030	57 (19,3 %)	0,060/n.s.	114(38,6%)	0,017
männlich	70 (34,3%)		47 (22,9 %)		88 (42,9 %)	

Frauen besprachen signifikant häufiger ( $p = 0,030$ ) in jedem Fall ihre Probleme mit dem Hausarzt als Männer. Männer vertrauten sich öfter nur auf Nachfrage oder wenn sie zu aktuellen Beschwerden einen Zusammenhang vermuteten, dem Hausarzt an.

### 3.1.2.3. Zufriedenheit mit der Behandlung

Innerhalb fünf vorgegebener Möglichkeiten antworteten insgesamt 374 von 500 Patienten, darunter nicht signifikant ( $p = 0,054$ ) mehr Frauen, mit der Behandlung durch ihren Hausarzt völlig zufrieden zu sein. ( siehe Tabelle 4)

Tabelle 4 : Zufriedenheit mit der Behandlung nach Alter und Geschlecht

	völlig zufrieden	p ( Pearsons Chi-Square)	im Großen und Ganzen zufrieden	p ( Pearsons Chi-Square)
<b>Alter</b>				
26-35	52 (55,3 %)	< 0,001	33 (35,1 %)	< 0,001
36-45	55 (63,9 %)		30 (34,9 %)	
46-55	112(82,3%)		19 (13,9%)	
56-65	155(84,2%)		25 (13,6%)	
<b>Geschlecht</b>				
weiblich	232(78,6%)	0,054/n.s.	51 (17,3%)	0,061/n.s.
männlich	142(69,3%)		56 (27,3%)	

Am wenigsten zufrieden äußerten sich die 25-35jährigen, am meisten zufrieden waren die 56-65jährigen und annähernd ebenso viele der 46-55jährigen.

21,4 % der Befragten, hier nicht signifikant 10 % mehr Männer und signifikant häufiger ( $p < 0,05$ ) die beiden jüngeren Altersgruppen, waren im Großen und Ganzen zufrieden.

Lediglich 1,8 % waren nur mit Einschränkungen zufrieden und 0,4 % fühlten sich durch ihren Hausarzt weniger zufriedenstellend betreut. Ein Patient ( 0,2 % ) war mit der Betreuung überhaupt nicht zufrieden. Die beiden letztgenannten Antwortmöglichkeiten wurden nur von männlichen Befragten angegeben.

### 3.1.2.4. Wünsche der Patienten bezüglich der Betreuung durch den Hausarzt

Der vor allem durch die Altersgruppe der 36-45jährigen signifikant ( $p < 0,05$ ) am häufigsten geäußerte Wunsch war der nach mehr Zeit des Hausarztes zum Zuhören und zum vertrauensvollen Gespräch während der Konsultation.

8,6 % aller Patienten wollten eine ausführliche Information über weitere Möglichkeiten der Krankheitsbewältigung außer der durchgeführten medizinischen Behandlung, wobei hier die jüngste Altersgruppe mit einem Anteil von 19,1 % signifikant ( $p < 0,001$ ) gegenüber den anderen Altersgruppen überwog. 7 % aller Patienten wünschten allgemein eine ausführlichere Beratungstätigkeit. ( siehe Abb. 10 )

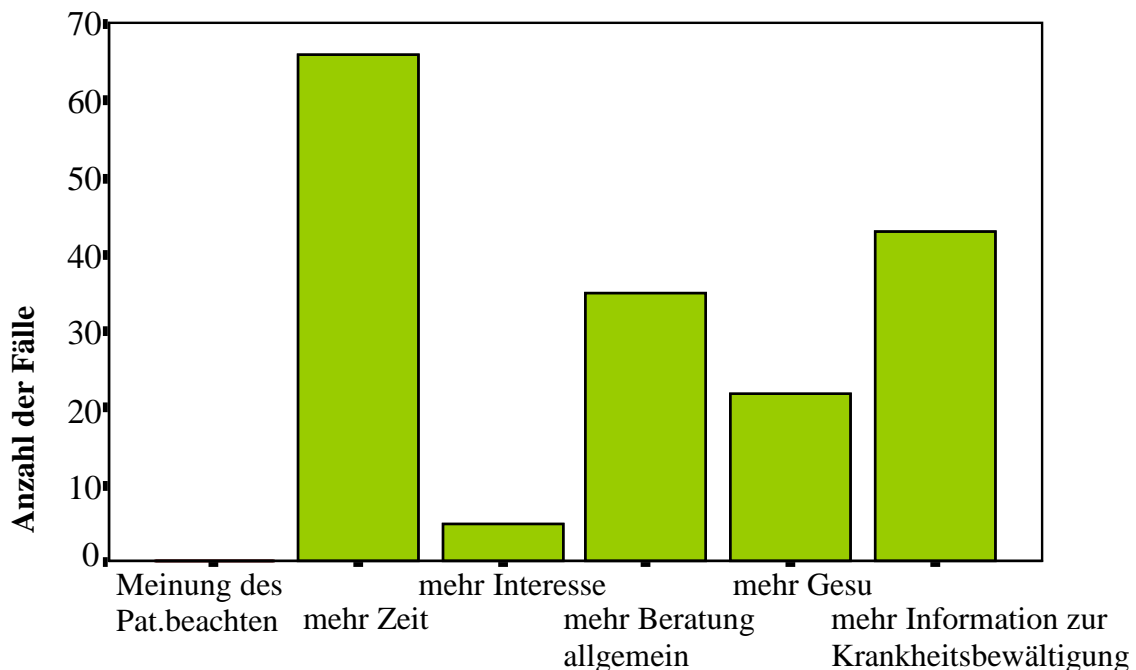


Abbildung 10 : Wünsche der Patienten in der hausärztlichen Betreuung



Innerhalb der gesamten Fragestellung gab es keinen signifikanten Unterschied in der Geschlechtsverteilung ( siehe Tabelle 5 )

Tabelle 5 : Wünsche der Patienten in der hausärztlichen Betreuung nach Alter und Geschlecht

	mehr Zeit	p (Pearsons Chi-Square)	mehr Beratung	p (Pearsons Chi-Square)	mehr Information	p (Pearsons Chi-Square)
<b>Alter</b>						
26-35	15(15,9 %)	< 0,001	10(10,6 %)	0,007	18(19,1 %)	< 0,001
36-45	18(20,9 %)		6 ( 6,9 %)		8 ( 9,3 %)	
46-55	20(14,7 %)		11 ( 8 %)		8 ( 5,8 %)	
56-65	13 ( 7 %)		8 ( 4,3 %)		9 ( 4,8 %)	
<b>Geschlecht</b>						
weiblich	36(12,2 %)	0,866/n.s.	14 ( 4,7 %)	0,108/n.s.	21 ( 7,1 %)	0,293/n.s.
männlich	30(14,6 %)		21(10,2 %)		22(10,7 %)	

Insgesamt unterzogen sich 34,8 % aller Befragten einer regelmäßigen Vorsorgeuntersuchung aller 2 Jahre. Nur 4,4 % der Patienten, hier signifikant (  $p < 0,05$  ) am häufigsten die 25-35jährigen, äußerten den Wunsch nach verstärkten Gesundheitsuntersuchungen .

Fünf Befragte ( 1 % ) wünschten sich mehr Interesse an ihren persönlichen Problemen durch den Hausarzt. Dies korreliert mit den 1,4 % der Befragten, die bei der Frage nach der vertrauensvollen Gesprächsbasis innerhalb der Arzt-Patienten-Beziehung angaben, vom Hausarzt nie nach ihren Problemen gefragt worden zu sein.

29,6 % der Befragten beantworteten diese Frage nicht, da sie in der vorangestellten Frage innerhalb des Fragebogens angaben, mit der Betreuung durch den Hausarzt völlig zufrieden zu sein.

Die Frage, ob der Hausarzt der Meinung des Patienten mehr Beachtung schenken sollte, bejahte keiner der Befragten.

### 3.1.3. Vorbeugung und Früherkennung

#### 3.1.3.1. Stellenwert der Früherkennung

Fast alle Patienten stufte den Stellenwert der Früherkennung als sehr wichtig ( 65 % ) oder wichtig ( 32,6 % ) ein ( siehe Abbildung 11 ).

Die beiden jüngeren Altersgruppen waren an den insgesamt 65 %, die der Früherkennung einen sehr wichtigen Stellenwert zuteilten, mit jeweils 52,1 % der 26-35jährigen und 59,3 % der 36-45jährigen signifikant (  $p < 0,001$  ) weniger beteiligt als die 56-65jährigen mit 70,1 %

und am häufigsten die 46-55jährigen mit 73,5 % ihrer Altersgruppe, obwohl gerade die jüngste Altersgruppe am häufigsten den Wunsch nach verstärkten Früherkennungsuntersuchungen geäußert hatte.

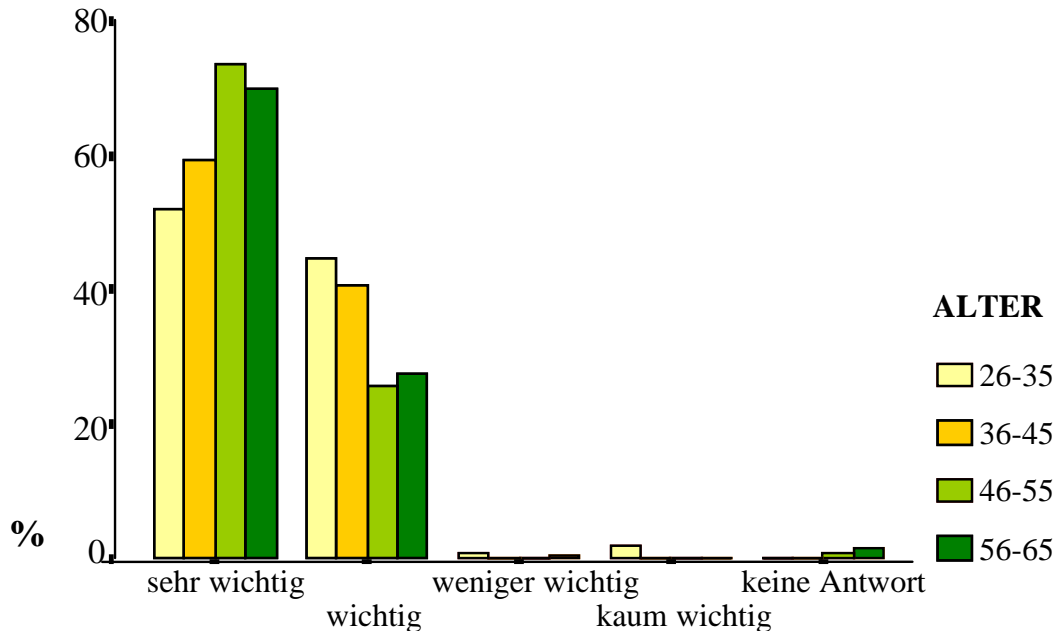


Abbildung 11 : Stellenwert der Gesundheitsuntersuchung

Lediglich jeweils 0,4 % aller Befragten erachteten die Durchführung von Früherkennungsuntersuchungen als weniger wichtig oder kaum wichtig. 0,8 % der Befragten beantworteten diese Frage nicht.

Frauen maßen der Früherkennung nicht signifikant häufiger einen sehr wichtigen und Männer nicht signifikant häufiger einen wichtigen Stellenwert bei.

### 3.1.3.2. Informationsgrad der Patienten über Früherkennung

89,8 % aller Befragten gaben an, über das Angebot der Krankenkassen, Früherkennungsuntersuchungen für bestimmte Erkrankungen anzubieten, informiert zu sein.

Innerhalb der Altersgruppen waren dies bei den 36-45jährigen mit 96,5 % signifikant ( $p < 0,05$ ) die meisten Befragten gegenüber 74,5 % der jüngsten Altersgruppe. Die 46-55jährigen waren zu 94,1 % und die 56-65jährigen zu 91,3 % informiert.

Insgesamt 9,8 % der Befragten beantworteten diese Frage mit „nein“. Daran hatten die 25-35jährigen mit insgesamt 25,5 % dieser Altersgruppe den größten Anteil. Ein Patient (0,2 %) war nur teilweise informiert. Ein Patient beantwortete diese Frage nicht. (siehe Abb. 12)

Signifikante Unterschiede in der Geschlechtsverteilung gab es nicht ( $p = 0,705$ )

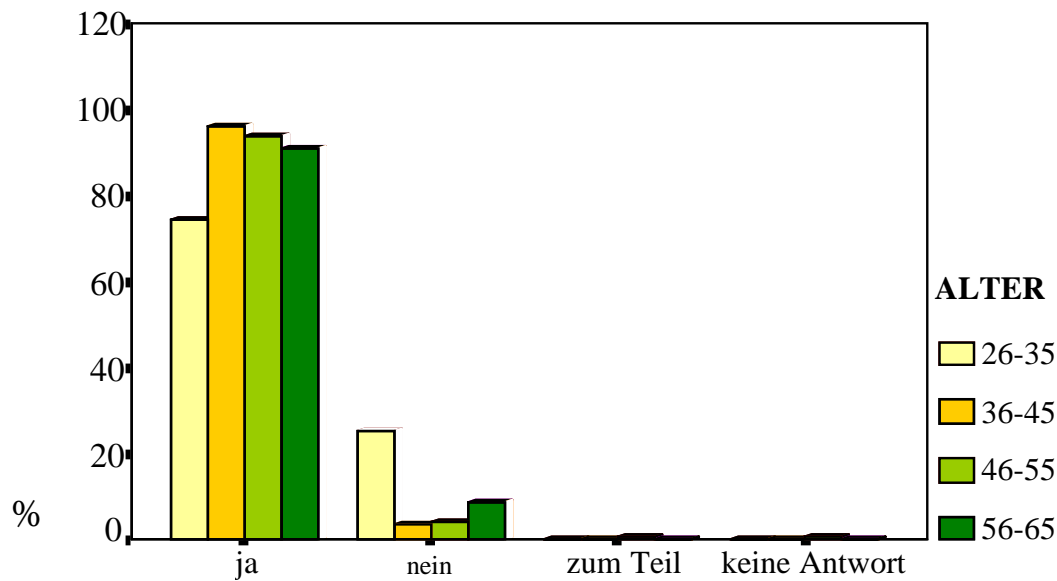


Abbildung 12: Informationsgrad der Patienten über Gesundheitsuntersuchung

Von ihrem Hausarzt wurden 74,2 % der Befragten, darunter nichtsignifikant mehr Frauen, auf die Möglichkeit einer Gesundheitsuntersuchung hingewiesen.

Hinsichtlich der Altersverteilung fiel auf, dass lediglich 24,5 % der 26-35jährigen über diese Möglichkeit aufgeklärt wurden. Allerdings bestand in dieser Altersgruppe nur bei den 35-jährigen eine volle Anspruchsberechtigung für diese Untersuchung. Bei allen anderen Altersgruppen erfolgte die Aufklärung häufiger, am zahlreichsten wurden die 56-65jährigen aufgeklärt. ( siehe Tabelle 6 )

Tabelle 6 : Aufklärung über Gesundheitsuntersuchung durch Hausarzt nach Alter und Geschlecht

	auf Gesundheitsuntersuchung hingewiesen	p (Pearsons Chi-Square)
<b>Alter</b>		
26-35	23 (24,5 %)	< 0,001
36-45	70 (81,4 %)	
46-55	118(86,8%)	
56-65	160( 87 %)	
<b>Geschlecht</b>		
weiblich	226(76,6%)	0,377/n.s.
männlich	145(70,7%)	

Mit insgesamt 66 % der Patienten, davon nichtsignifikant häufiger mit Frauen, hatte der Hausarzt über Fragen der gesunden Lebensführung gesprochen. Am meisten vertreten waren hier die 56-65jährigen . Etwas geringer war die Häufigkeit bei den 46-55jährigen und bei den 36-45jährigen ( siehe Tabelle 7 ). Lediglich innerhalb der jüngsten Altersgruppe wurden nur zu 35,1 % Fragen der gesunden Lebensführung thematisiert.

Tabelle 7 : Gespräch über gesunde Lebensführung nach Alter und Geschlecht

	Gespräch über gesunde Lebensführung	p (Pearsons Chi-Square
<b>Alter</b>		
26-35	33 (35,1 %)	< 0,001
36-45	60 (69,8 %)	
46-55	96 (70,6 %)	
56-65	141(76,6%)	
<b>Geschlecht</b>		
weiblich	202(68,5%)	0,107/n.s.
männlich	128(62,4%)	

### 3.1.3.3. Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen

Regelmäßig aller 2 Jahre unterzogen sich 34,8 % und in unregelmäßigen Abständen, d.h. seltener als aller 2 Jahre, 34,2 % aller Teilnehmer einer Gesundheitsuntersuchung. Frauen nahmen signifikant ( $p = 0,026$ ) häufiger als Männer regelmäßig Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch. Die Anzahl der männlichen Befragten dominierte bei den unregelmäßig durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen.

31 % der Probanden nahmen nie an einer Gesundheitsuntersuchung teil, darunter waren 7,5 % mehr Männer als Frauen.

Der Anteil der 56-65jährigen Befragten, die regelmäßig eine Gesundheitsuntersuchung durchführen ließen, war mit 48,4 % signifikant ( $p < 0,05$ ) am höchsten ( siehe Abbildung 13 ). Nur 15,8 % der 56-65jährigen gaben an, nie wegen einer Gesundheitsuntersuchung einen Arzt konsultiert zu haben.

Bereits in der Altersgruppe der 46-55jährigen beteiligten sich deutlich weniger als die Hälfte (36,8 %) regelmäßig aller 2 Jahre an einer Früherkennungsuntersuchung. 16,2 % nahmen diese Möglichkeit nie wahr.

Mit 27,9 % haben die Befragten der Altersgruppe der 36-45jährigen zu etwa einem Drittel regelmäßig an Gesundheitsuntersuchungen teilgenommen, 39,5 % beteiligten sich in unregelmäßigen Abständen und 32,6 % nicht daran.

Die meisten Befragten der 25-35jährigen ( 76,6 % ) nahmen nie eine Früherkennungsuntersuchung in Anspruch. Es ist zu vermuten, dass die 23,4 % dieser Altersgruppe, welche die Frage bejahten, hauptsächlich Frauen waren, die sich ab dem 20. Lebensjahr der gynäkologischen Krebsvorsorgeuntersuchung unterzogen und zu einem geringen Anteil die 35-jährigen Anspruchsberechtigten für die Gesundheitsuntersuchung. Getrennt erfragt wurde dieser Anteil im Fragebogen nicht.

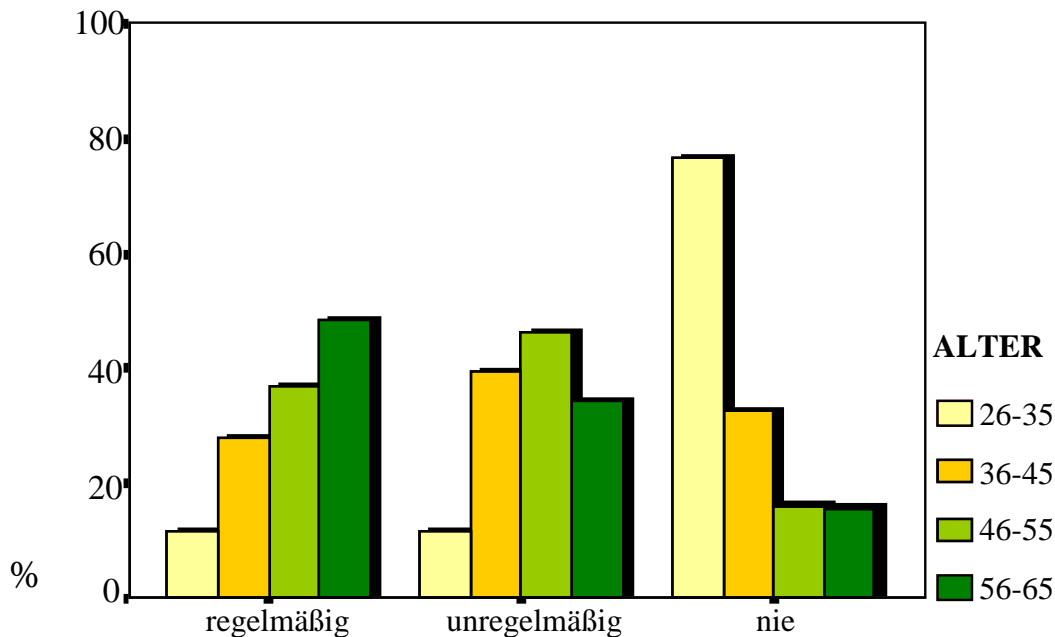


Abbildung 13 : Inanspruchnahme von Gesundheitsuntersuchungen nach Alter

### 3.1.4. Schulungen und Gruppentherapien

#### 3.1.4.1. Patientenschulungen

Insgesamt nahmen 6 % der Befragten ( 30 Patienten ), davon mit 10,2 % ihrer Altersgruppe signifikant (  $p = 0,023$  ) am häufigsten die 56-65jährigen, an einer Patientenschulung teil. Die übrigen Altersgruppen waren annähernd zu gleichen Anteilen vertreten. Nur ein Patient beantwortete diese Frage nicht.

Von diesen 30 Patienten beteiligten sich 8 an einer Schulung zur Gewichtsreduktion, jeweils 7 Patienten an einer Diabetikerschulung und an einer Schulung zur gesunden Ernährung. Je ein Befragter nahm eine Schulung für Hypertonieerkrankte und eine Schulung zu Möglichkeiten der Krebsvorsorge in Anspruch. Zum Zeitpunkt der Datenerhebung waren noch keine Disease-Management-Programme etabliert.

Weitere 7 Patienten machten über die Inhalte der Schulungen keine näheren Angaben und ein Patient besuchte sowohl eine Schulung für gesunde Ernährung als auch eine zweite zur Gewichtsreduktion.

### 3.1.4.2. Gruppentherapien

Gruppentherapien beanspruchten 22,2 % ( n = 111 ) der Befragten. Den nichtsignifikant ( p = 0,229 ) höchsten Anteil hatten, wie bei den Patientenschulungen, die 56-65jährigen. Insgesamt besuchten signifikant mehr Frauen Gruppenbehandlungen.( siehe Tabelle 8 ) Vorrangig wurden Gymnastik ( 12,8 % ) und Bewegungstherapie ( 7 % ) durch die Frauen realisiert, wobei die Beteiligung mit steigendem Alter zunahm.

1,6 % aller Befragten nahmen an einer Adipositasgruppe teil. Jeweils 0,6 % der Patienten gaben an, eine Alkoholikertherapie und eine Raucherentwöhnung durchgeführt zu haben. Je 0,4 % beteiligten sich an einer Gruppentherapie für Diabetiker und Osteoporosekranke. Ebenfalls 0,4 % besuchten eine Koronarsportgruppe.

Tabelle 8 : Inanspruchnahme von Gruppentherapien nach Alter und Geschlecht

	Gruppentherapien insgesamt	p (Pearsons Chi-Square)
<b>Alter</b>		
26-35	14 (14,9 %)	0,229/n.s.
36-45	18 (20,9 %)	
46-55	32 (23,5 %)	
56-65	47 (25,5 %)	
<b>Geschlecht</b>		
weiblich	81 (27,5 %)	< 0,001
männlich	30 (14,6 %)	

Mit einem sehr hohen Anteil von 61 % aller Befragten wurde die Teilnahme an einer Rückenschule angegeben. Diese wurde nicht konkret erfragt, sondern von den Patienten unter sonstigen Antwortmöglichkeiten ergänzt.

### 3.1.4.3. Kurse zur psychischen Stabilisierung

Insgesamt 20,8 % aller Patienten besuchten Kurse zur psychischen Stabilisierung. Am häufigsten wurde mit 11,4 % das Autogene Training genannt. ( siehe Abbildung 14 )

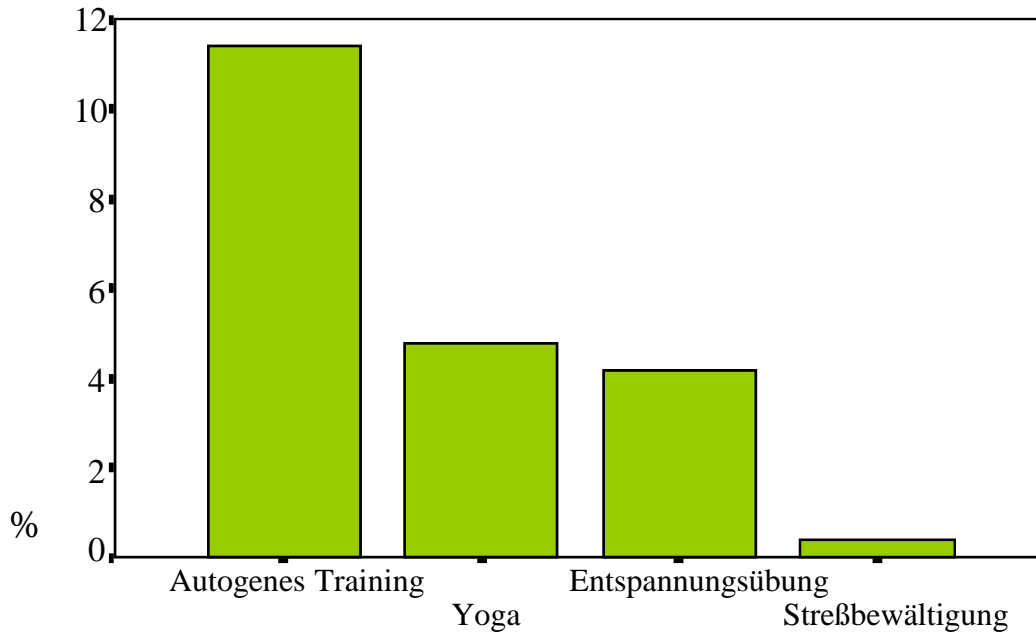


Abbildung 14 : Kurse zur psychischen Stabilisierung

Die nicht signifikant höheren Anteile daran hatten die drei älteren Altersgruppen. Weitere 4,8 % besuchten einen Yogakurs, wobei hier die beiden mittleren Altersgruppen nicht signifikant am häufigsten vertreten waren. 4,2 % aller Befragten erlernten Entspannungsübungen.

An allen aufgeführten Kursen beteiligten sich Frauen häufiger als Männer, wobei in der Inanspruchnahme von Autogenem Training (  $p = 0,031$  ) und Entspannungsübungen (  $p < 0,001$  ) ein signifikanter Geschlechtsunterschied bestand.

2 Frauen der jüngsten Altersgruppe nahmen an Kursen zur Vermittlung von Stressbewältigungsstrategien teil.

### 3.1.5. Eigenpotential der Patienten zur Gesunderhaltung

#### 3.1.5.1. Eigenanteil zur Gesunderhaltung

Die Möglichkeit, einen eigenen aktiven Beitrag an der Gesunderhaltung leisten zu können, bezeichneten etwa zwei Drittel ( 61,4 % ) aller Befragten als sehr hoch.

Hier überwog das weibliche Geschlecht nichtsignifikant (  $p = 0,216$  ) mit insgesamt 63,4 % gegenüber dem männlichen Geschlecht ( 58,5 % ).

Die ältesten Patienten schätzten signifikant (  $p = 0,038$  ) häufiger ihren aktiven Beitrag an der Gesunderhaltung als sehr hoch ein. Anteilig waren dies innerhalb der Altersgruppen 61,6 %

der 36-45jährigen, 59,6 % der 46-55jährigen, 67,4 % der 56-65jährigen und lediglich 56,1 % die Teilnehmer der jüngsten Altersgruppe. ( siehe Abbildung 15 )

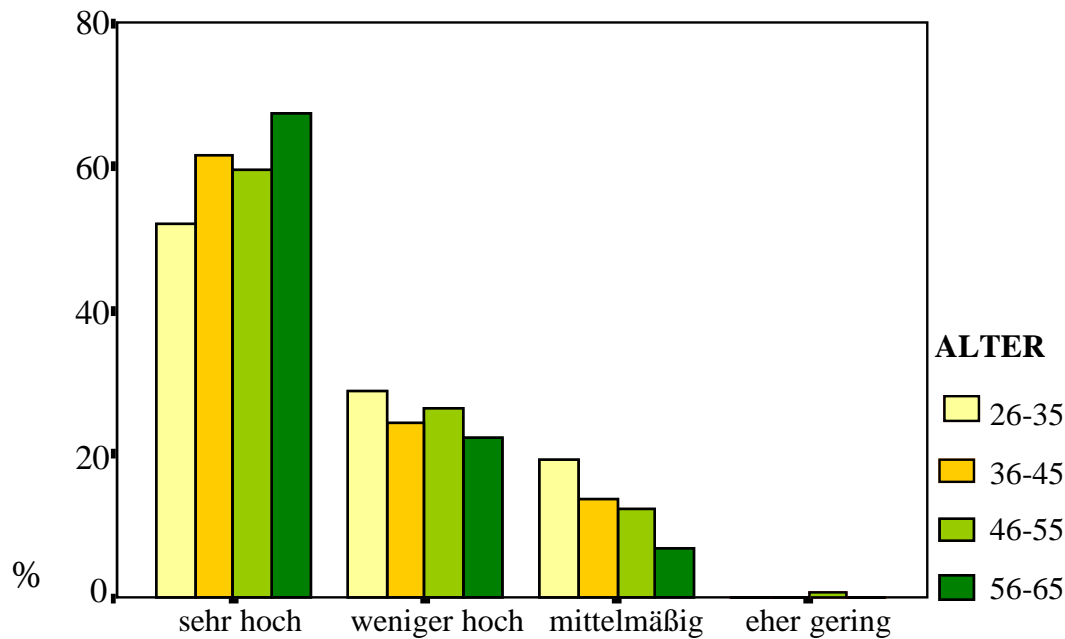


Abbildung 15 : Eigenpotential zur Gesunderhaltung nach Alter

25,0 % der Probanden beantworteten diese Frage mit weniger hoch, davon 7,3 % mehr Männer, und insgesamt 12 % mit mittelmäßig. Eine eher geringe Möglichkeit in der aktiven Erhaltung der eigenen Gesundheit sieht lediglich ein Befragter ( 0,2 % ). 7 Patienten ( 1,4 % ) beantworteten diese Frage nicht.

Die Bereitschaft, im Krankheitsfall aktiv am Genesungsprozess mitwirken zu wollen, wurde in 95 % der Fälle bejaht. Hinsichtlich der Alters- als auch in der Geschlechtsverteilung ergab sich mit insgesamt 94,6 % aller Männer und 95,3 % aller Frauen kein signifikanter Unterschied.

### 3.1.5.2. Einschätzung der eigenen Ressourcen zur Gesunderhaltung

Innerhalb der Fragestellung, welche konkreten Möglichkeiten die Befragten bei sich selbst sehen würden, zu ihrer Gesunderhaltung beitragen zu können, waren Mehrfachnennungen möglich.

Der Abbau von Stress wurde, nichtsignifikant geschlechtlich gleich verteilt, mit 50,4 % am häufigsten angegeben. Signifikant den größten Anteil äußerte diesbezüglich die Altersgruppe der 36-45jährigen ( 79,1 % ).



Gefolgt wurde der Abbau von Stress von der Notwendigkeit der gesunden Ernährung, welche 49,8 % der Patienten, vor allem die 25-35jährigen ( 63,8 % innerhalb dieser Altersgruppe), als wichtig empfanden. ( siehe Abb. 16 )

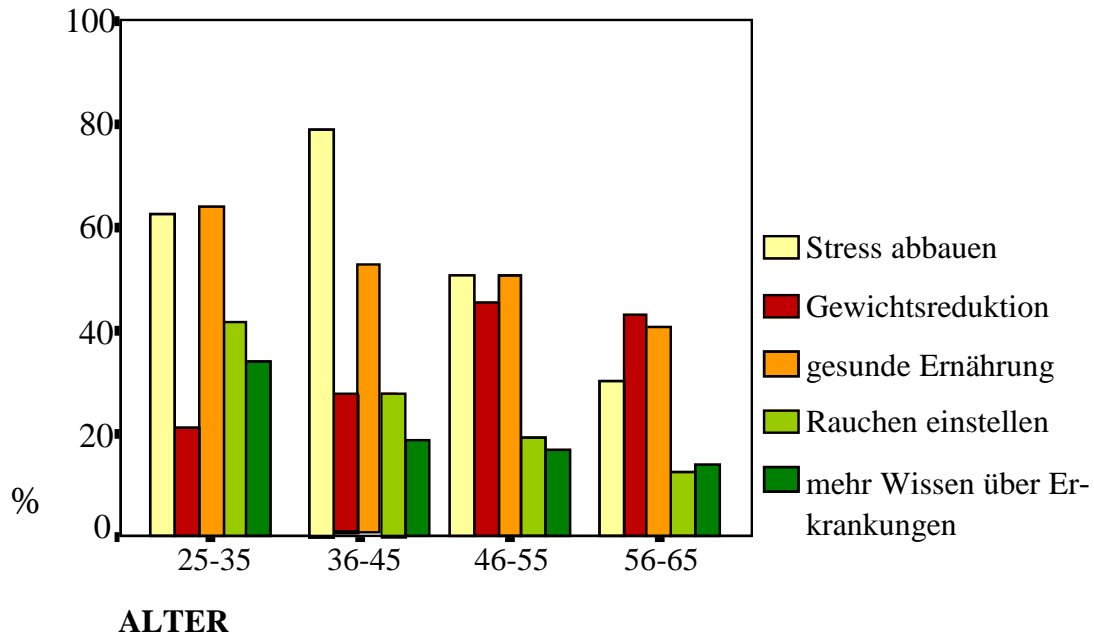


Abbildung 16 : Eigene Möglichkeiten der Gesunderhaltung nach Alter

Auf den dritten Platz innerhalb der fünf Antwortmöglichkeiten entfiel, nichtsignifikant häufiger von Frauen und signifikant am häufigsten in der Altersgruppe der 46-55jährigen benannt, die Notwendigkeit der Gewichtsreduktion ( 36,8 % ). (siehe Tabelle 9)

Tabelle 9 : Möglichkeiten zur Gesunderhaltung nach Alter und Geschlecht

	Stress abbauen	p (Pearsons Chi-Square)	gesunde Ernährung	p (Pearsons Chi-Square)	Gewichtsreduktion	p (Pearsons Chi-Square)
<b>Alter</b>						
26-35	59 (62,8 %)	< 0,001	60 (63,8 %)	< 0,001	20 (21,3 %)	< 0,001
36-45	68 (79,1 %)		45 (52,3 %)		23 (26,7 %)	
46-55	69 (50,7 %)		69 (50,7 %)		62 (45,6 %)	
56-65	56 (30,4 %)		75 (40,3 %)		79 (42,9 %)	
<b>Geschlecht</b>						
weiblich	147(49,8%)	0,517/n.s.	149(50,5%)	0,019/n.s.	114(38,6%)	0,180/n.s.
männlich	105(51,2%)		100(48,8%)		70 (34,1 %)	

Das Abgewöhnen des Rauchens stand mit 22,4 % an vierter Stelle. Diese Möglichkeit zogen signifikant mehr Männer als Frauen und die 25-35jährigen in Erwägung.

In der weiteren Aneignung von Wissen über die Vorbeugung und Früherkennung von Krankheiten sahen 19,4 % der Befragten, überwiegend Patienten der jüngsten Altersgruppe, eine Möglichkeit, ihre Gesundheit besser erhalten zu können. ( siehe Tabelle 10 )

Nur 8 Patienten erachteten das regelmäßige Sporttreiben als wichtigen gesundheitsfördernden Faktor, wobei hier angemerkt werden muss, dass diese Antwortmöglichkeit nicht explizit vorgegeben war und von diesen Patienten unter der Spalte „andere Möglichkeiten“ ergänzt wurde.

Tabelle 10 : Möglichkeiten zur Gesunderhaltung nach Alter und Geschlecht

	Rauchen einstellen	p ( Pearsons Chi-Square)	Wissenszuwachs	P (Pearsons Chi-Square)
<b>Alter</b>				
26-35	39 (41,5 %)	< 0,001	32 ( 34 %)	< 0,001
36-45	24 (27,9 %)		16 (18,6 %)	
46-55	26 (19,1 %)		23 (16,9 %)	
56-65	23 (12,5 %)		26 (14,1 %)	
<b>Geschlecht</b>				
weiblich	49 (16,6 %)	< 0,001	58 (19,7 %)	0,109/n.s.
männlich	63 (30,7 %)		39 ( 19 %)	

### 3.1.5.3. Derzeitige Realisierung gesund erhaltender Maßnahmen

Gegenüber insgesamt 905 angegebenen Antworten zu Möglichkeiten der Gesunderhaltung wurde die Frage zur konkreten Realisierung gesund erhaltender Maßnahmen nur 541 mal beantwortet. Mehrfachnennungen waren möglich.

Signifikant am häufigsten (  $p = 0,002$  ) wurde von 48,2 % aller Befragten, vor allem von den 56-65jährigen, auf gesunde Ernährung geachtet. An zweiter Stelle stand bei 36,8 % regelmäßiges Sporttreiben, wobei hier die 25-35jährigen mit insgesamt 50 % innerhalb ihrer Altersgruppe signifikant (  $p = 0,005$  ) den höchsten Anteil hatten. ( siehe Abb. 17)

11 % der Teilnehmer führten eine Gewichtsreduktion durch.

Insgesamt 5,2 % (26 Befragte), signifikant (  $p < 0,05$  ) am häufigsten die 36-45jährigen, gefolgt von den 56-65jährigen, den 25-35jährigen und letztendlich den 46-55jährigen hatten sich das Rauchen abgewöhnt. Hierbei war mit 17 Männern der Anteil signifikant (  $p = 0,010$  ) höher gegenüber neun Frauen.

34,8 % der Patienten gaben an, dass sie Nichtraucher waren und somit eine Raucherentwöhnung keine Relevanz hatte.

3,8 % der Teilnehmer führten regelmäßig Entspannungsübungen durch.

In der Geschlechtsverteilung gab es keinen signifikanten Unterschied. (  $p = 0,071$  )

Auf eine gesunde Ernährung achteten signifikant (  $p = 0,028$  ) mehr Frauen als Männer. Ebenso überwog bei der Durchführung einer Gewichtsreduktion signifikant (  $p = 0,005$  ) das weibliche Geschlecht.

Regelmäßiges Sporttreiben realisierten signifikant (  $p = 0,011$  ) mehr Männer mit 41,0 % gegenüber 33,9 % aller Frauen . ( siehe Abb.18)

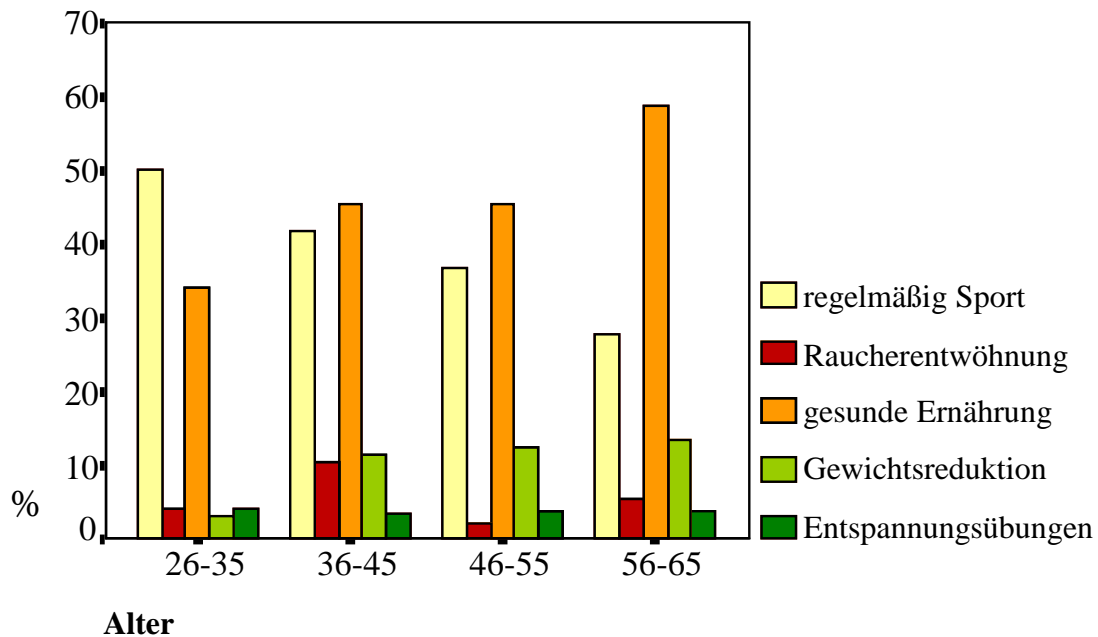


Abbildung 17: Realisierung gesund erhaltender Maßnahmen nach Alter

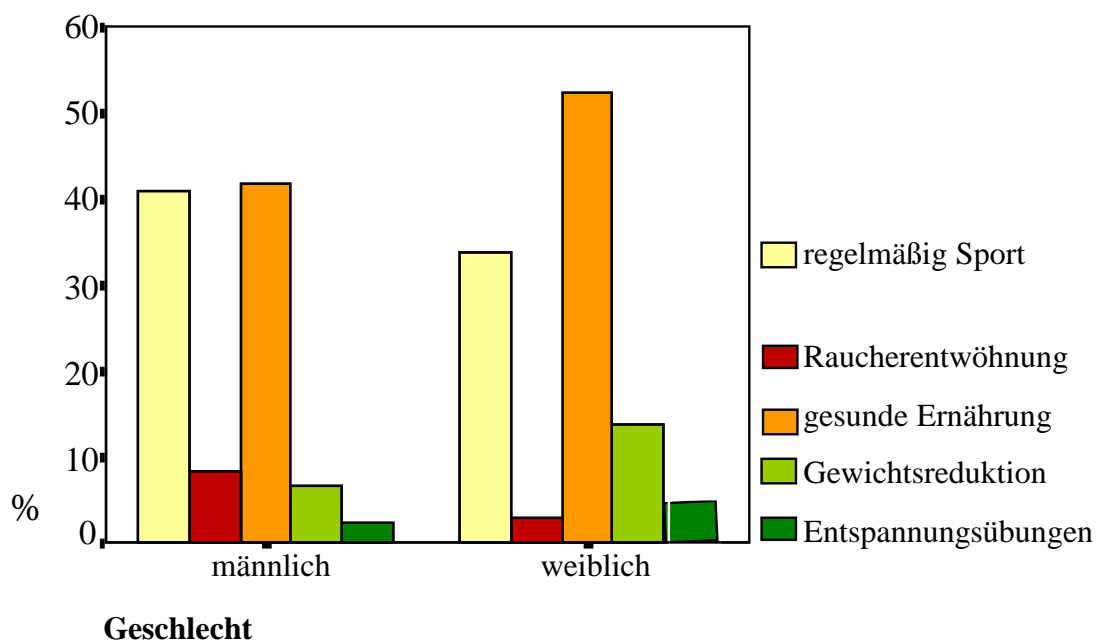


Abbildung 18: Realisierung gesund erhaltender Maßnahmen nach Geschlecht

## 3.2. ERGEBNISSE AKTENANALYSE

### 3.2.1. Alters- und Geschlechtsverteilung

Bei insgesamt 500 retrospektiv analysierten Patientenakten wurden anteilig 140 Akten 26-35jähriger, 118 Akten 36-45jähriger, 122 Akten 46-55jähriger und 120 Akten 56-65jähriger Personen untersucht.

In der Geschlechtsverteilung ergab sich ein Anteil von insgesamt 237 Akten männlicher Patienten und 263 Akten weiblicher Patientinnen. (Abb. 19)

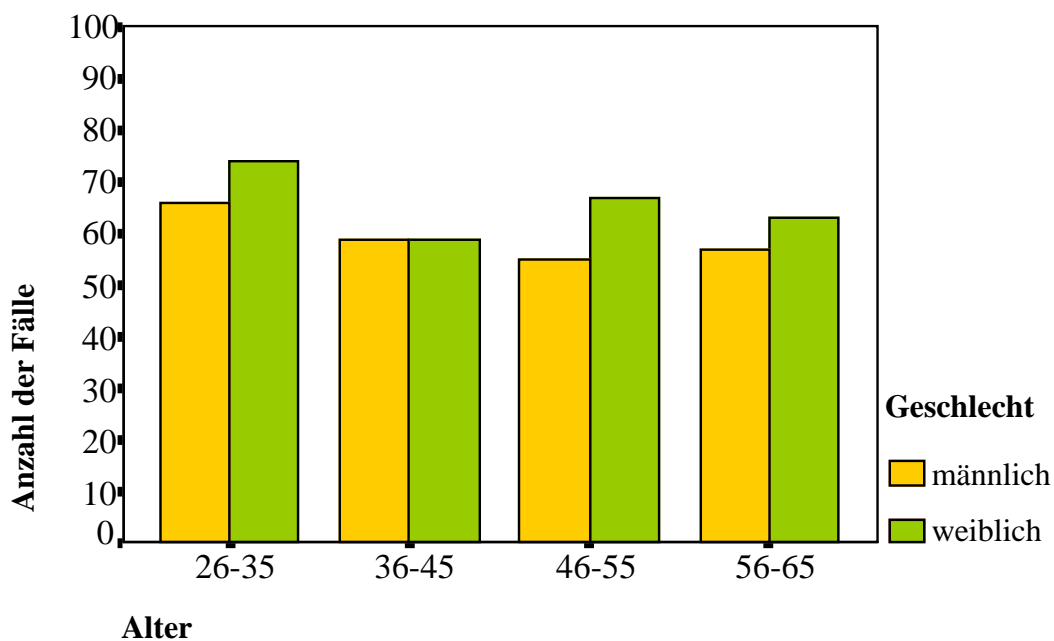


Abbildung 19 : Alters- und Geschlechtsverteilung

### 3.2.2. Behandlungszeitraum und Regelmäßigkeit der Arztkonsultationen

Der Behandlungszeitraum betrug bei 114 Patienten ( 22,8 % ) bis zu 4 Jahre, bei 152 Patienten ( 30,4 % ) 4 bis 5 Jahre, bei 166 Patienten ( 33,2 % ) 5 bis 10 Jahre, und bei 68 Patienten ( 13,6 % ) über 10 Jahre. (Tab. 11)

Die beiden jüngeren Altersgruppen hatten den höchsten Anteil am kürzesten Behandlungszeitraum von bis zu 4 Jahren und den geringsten Anteil am längsten Behandlungszeitraum von über 10 Jahren.

Signifikante Unterschiede in der geschlechtlichen Verteilung gab es nicht.

Tabelle 11 : Behandlungszeitraum nach Alter und Geschlecht

	bis 4 Jahre	bis 5 Jahre	bis 10 Jahre	über 10 Jahre
<b>Alter</b>				
26-35	38 (27,1%)	36 (25,7%)	51 (36,4%)	15 (10,7%)
36-45	33 (28 %)	47 (39,8%)	32 (27,1%)	6 (5,1 %)
46-55	23 (18,8 %)	36 (29,5%)	41 (33,6%)	22 (18 %)
56-65	20 (16,7 %)	33 (27,5%)	42 (35 %)	25 (20,8%)
<b>Geschlecht</b>				
weiblich	56 (21,3 %)	76 (28,9%)	92 (35,0%)	39 (14,8%)
männlich	58 (24,5 %)	76 (32,1%)	74 (31,2%)	29 (12,2%)

Insgesamt 385 Patienten ( 77 % ) suchten während des retrospektiv untersuchten Zeitraumes den Hausarzt mindestens halbjährlich auf.

Dies waren 70 % der männlichen und 83,3 % der weiblichen Patienten.

Die Teilnehmer der beiden älteren Altersgruppen suchten den Hausarzt signifikant (  $p < 0,05$  ) häufiger auf ( 88,3 % der 56-65jährigen und 87,7 % der 46-55jährigen Patienten). Bei den 36-45jährigen waren es 68,6 % und bei den 26-35jährigen 65 % der Patienten dieser Altersgruppen.

### 3.2.3. Anamnestische Daten

#### 3.2.3.1. Vollständige Eigenanamnese

Bei 362 Patienten, entsprechend 72,4 % aller gesichteten Akten, wurde eine vollständige Eigenanamnese erhoben. Am höchsten war der Anteil bei den 56-65jährigen. Von insgesamt 120 Patienten in dieser Altersgruppe wurden 104 Patienten ( 86,7 % ) nach der vollständigen Eigenanamnese befragt.

In den Altersgruppen der 36-45jährigen und der 46-55jährigen wurden in annähernd gleicher Häufigkeit bei jeweils 86 ( 72,9 % ) und 92 ( 75,4 % ) Patienten Eigenanamnesen erhoben.

In der jüngsten Altersgruppe (140 Akten) wurden nur bei 80 Patienten ( 57,1 % ) signifikant seltener Eigenanamnesen erfragt. (Tab.12)

In den Akten weiblicher Patientinnen waren bei 204 von insgesamt 263 (77,6%) signifikant häufiger Eigenanamnesen als bei Männern dokumentiert. Bei ihnen waren es 158 ( 66,7 % ) von insgesamt 237 Patientenakten, von denen eigenanamnestische Daten bekannt waren.

Im Laufe weiterer Konsultationen wurde die Eigenanamnese bei fast allen Patienten vervollständigt, d.h. bei 491 von 500. Dies waren 98,2 % aller in Betracht gezogenen Akten.

Tabelle 12 : Erhebung der Eigenanamnese nach Alter und Geschlecht

	Eigenanamnese erhoben	P (Pearsons Chi-Square)	Eigenanamnese vervollständigt	P (Pearsons Chi-Square)
<b>Alter</b>				
26-35	80 (57,1 %)	< 0,001	137 (97,9%)	0,798/n.s.
36-45	86 (72,9 %)		117 (99,1%)	
46-55	92 (75,4 %)		119 (97,5%)	
56-65	104 (86,7%)		118 (98,3%)	
<b>Geschlecht</b>				
weiblich	204(77,6%)	0,006	257(97,7%)	0,393/n.s.
männlich	158(66,7%)		234(98,7%)	

### 3.2.3.2. Familienanamnese und familiäre Problemsituationen

Eine Familienanamnese wurde in 34,2 % aller Fälle erhoben, bei Männern mit insgesamt 34,6 % nichtsignifikant häufiger als bei Frauen mit insgesamt 33,8 %.

Die Anteile in den vier Altersgruppen unterschieden sich nicht signifikant. (siehe Tab. 13 )

Probleme im Familienleben wurden bei 90 Patienten, das waren insgesamt 18 % aller Patienten, vermerkt. Davon hatten Frauen signifikant häufiger Probleme erwähnt.

Tabelle 13 : Familienanamnese und familiäre Probleme nach Alter und Geschlecht

	Familienanamnese	p (Pearsons Chi-Square)	Probleme in der Familie	p (Pearsons Chi-Square)
<b>Alter</b>				
26-35	42 (30 %)	0,638/n.s.	20 (14,3 %)	0,130/n.s.
36-45	44 (37,3 %)		19 (16,1 %)	
46-55	43 (35,2 %)		21 (17,2 %)	
56-65	42 ( 35 %)		30 ( 25 %)	
<b>Geschlecht</b>				
weiblich	89 (33,8 %)	0,858/n.s.	61 (23,2 %)	0,001
männlich	82 (34,6 %)		29 (12,2 %)	

Das familiäre Umfeld war bei insgesamt 140 Patienten ( 28 % ) bekannt, davon bei 16,6 % der Frauen und 11,4 % der Männer.

In der ältesten Altersgruppe gab es mit anteilig 35 % die meisten Kenntnisse über das familiäre Umfeld. Bei den 26-35jährigen und den 46-55jährigen waren dies jeweils 21,1 % und bei den 36-45jährigen 25,4 %. Die Unterschiede waren bezüglich Alter und Geschlecht nichtsignifikant.

### 3.2.3.3. Berufliche Tätigkeit, Probleme im Berufsleben und Arbeitslosigkeit

Probleme im beruflichen Umfeld wurden bei insgesamt 78 Patienten ( 15,6 % ) verzeichnet. Innerhalb der Altersgruppen äußerten nichtsignifikant am häufigsten 36-45jährige die meisten Probleme. Männer gaben mit insgesamt 18,9 % signifikant häufiger als Frauen mit insgesamt 12,5 % diesbezügliche Probleme an. (Tab.14)

Tabelle 14 : Berufliche Probleme nach Alter und Geschlecht

	Berufliche Probleme	p (Pearsons Chi- Square)
<b>Alter</b>		
26-35	18 (12,8 %)	0,560/n.s.
36-45	22 (18,6 %)	
46-55	21 (17,2 %)	
56-65	17 (14,2 %)	
<b>Geschlecht</b>		
weiblich	33 (12,5 %)	0,047
männlich	45 (18,9 %)	

In 10,4 % aller Fälle ging eindeutig das Vorliegen einer Arbeitslosigkeit aus den Akten hervor. Männer und Frauen hatten mit jeweils 9,9 % bzw. 10,9 % hierbei annähernd den gleichen Anteil, auch in der Altersverteilung gab es keine signifikanten Unterschiede.

Bei insgesamt 54 % der Patienten war aus den Akten zu ersehen, dass sie berufstätig waren. In 35,6 % der Fälle konnte eine Berufstätigkeit oder Arbeitslosigkeit nicht eindeutig festgestellt werden.

### 3.2.3.4. Probleme im Sexualleben

Gespräche über die Sexualität wurden sehr selten in den Akten vermerkt. Lediglich bei 1,8 % ( n = 9 ) aller Patienten erfolgte eine entsprechende Dokumentation über Probleme im Sexualleben. Von den insgesamt 9 Patienten waren 5 Frauen und 4 Männer.

### 3.2.3.5. Andere psychische Probleme

Nicht näher erläuterte psychische Probleme wurden bei 11,2 % aller Patienten verzeichnet. Die nicht signifikant meisten Probleme traten in der Altersgruppe der 46-55jährigen, die wenigsten in der ältesten Altersgruppe der 56-65jährigen auf.

Mit insgesamt 14,4 % gaben Frauen fast doppelt so häufig psychische Probleme an als es bei männlichen Teilnehmern notiert wurde. (Tab. 15)

Tabelle 15 : Psychische Probleme nach Alter und Geschlecht

	Psychische Probleme	p (Pearsons Chi-Square)
<b>Alter</b>		
26-35	16 (11,4 %)	0,810/n.s.
36-45	13 (11,0 %)	
46-55	16 (13,1 %)	
56-65	11 (9,2 %)	
<b>Geschlecht</b>		
weiblich	38 (14,4 %)	0,015
männlich	18 ( 7,6 %)	

### 3.2.3.6. Raucher / Nichtraucher

Aus nahezu der Hälfte ( 49 % ) aller gesichteten Akten ging nicht hervor, ob der jeweilige Patient oder die jeweilige Patientin Raucher oder Nichtraucher waren.

In den Akten mit ersichtlichem Raucherstatus ( 51 % ) fanden sich 24,4 % Raucher und 26,6 % Nichtraucher. (Abb.20)

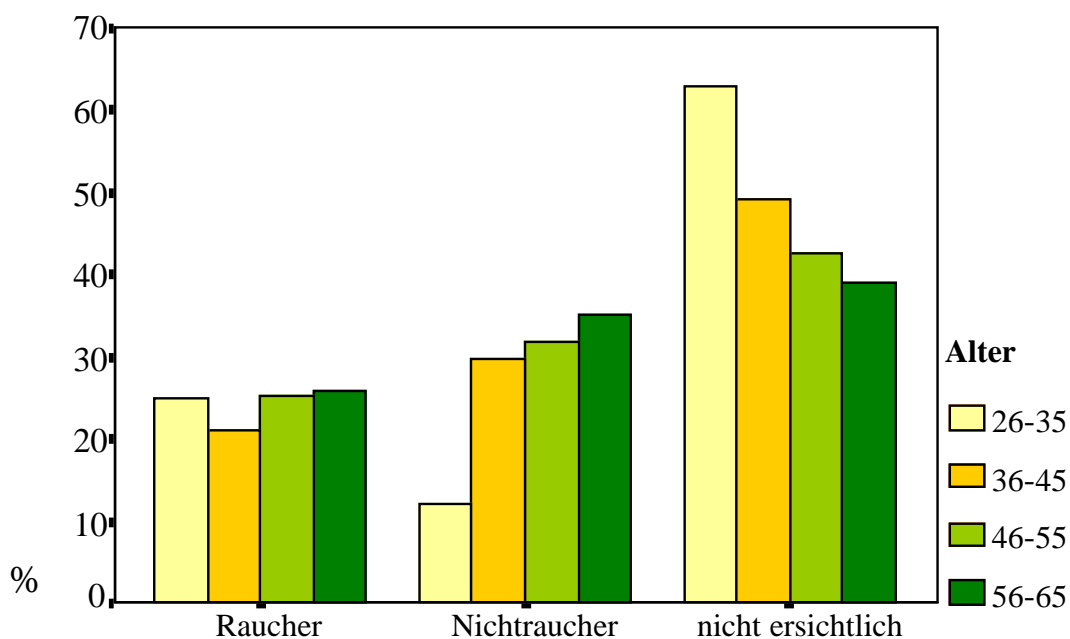


Abbildung 20 : Nikotinkonsum nach Alter



In der Altersverteilung von jeweils 25,8 % aller 56-65jährigen, 25,4 % aller 46-55jährigen, 25% aller 26-35jährigen und 21 % der 36-45jährigen war der Anteil der Raucher annähernd gleich.

Mit einem Anteil von 31,6 % aller untersuchten Männer rauchten sie signifikant (  $p = 0,001$  ) häufiger als 17,9 % aller untersuchten Frauen.

Die meisten Nichtraucher fanden sich signifikant (  $p < 0,05$  ) in der ältesten Altersgruppe der 56-65jährigen.

### 3.2.3.7. Gespräche über aufgetretene Probleme

Mit allen Patienten, die Probleme im Familien-, Berufs- oder Sexualleben sowie andere psychische Probleme äußerten, wurde über die jeweilige Problematik gesprochen.

Von insgesamt 34,2 % der Patienten, die ein Problem thematisiert hatten, wurde in 11,2 % aller Fälle ein einmaliges und in 23,0 % mehrmalige Gespräche geführt. (Tab.16)

Tabelle 16 : Gespräche über soziale Problemsituationen nach Alter und Geschlecht

	einmaliges Gespräch	wiederholtes Gespräch	<b>Gespräche insgesamt</b>	p (Pearsons Chi-Square )
<b>Alter</b>				
26-35	16 (11,4 %)	20 (14,3 %)	36 (25,7 %)	0,011
36-45	10 (8,5 %)	31 (26,3 %)	41 (34,8 %)	
46-55	12 ( 9,8 %)	29 (23,8 %)	41 (33,6 %)	
56-65	18 ( 15 %)	35 (29,2 %)	53 (44,2 %)	
<b>Geschlecht</b>				
weiblich	30 (11,4 %)	66 (25,1 %)	99 (36,5 %)	0,532/n.s.
männlich	26 (10,9 %)	49 (20,7 %)	75 (31,6 %)	

Signifikant am häufigsten wurden ein- und mehrmalige Gespräche in der ältesten Altersgruppe vermerkt, die Unterschiede zwischen Frauen und Männern waren nichtsignifikant. ( siehe Tabelle 16 )

Bei 2,6 % (  $n = 13$  ) der Patienten war aus den Akten ersichtlich, dass zusätzlich zu mehrfachen Gesprächen ein Vorschlag oder ein Angebot zur Bewältigung des aufgetretenen Problems durch den Hausarzt unterbreitet wurde.

### 3.2.4. Ganzkörperstatus

In 329 ( 65,8 % ) der Akten wurde ein vollständiger Ganzkörperstatus dokumentiert. In 209 Fällen ( 41,8 % ) fand sich eine einmalige, in 45 Fällen ( 9 % ) eine unregelmäßige, jedoch seltener als alle 2 Jahre, in 55 Fällen ( 11 % ) eine regelmäßige aller 2 Jahre und in 20 Fällen ( 4%) eine regelmäßige jährliche Dokumentation. (Abb.21)

Die älteste Patientengruppe wurde mit 82,5 % aller 56-65jährigen signifikant ( $p < 0,001$ ) am häufigsten untersucht, gefolgt von den 46-55jährigen mit 75,4%, den 36-45jährigen mit 66 % und den jüngsten Patienten, die mit 42,7 % aller 26-35jährigen am seltensten mindestens einmal untersucht wurden.

Regelmäßig alle 2 Jahre erfolgte bei 22,5 % der 56-65jährigen, bei 15,6 % der 46-55jährigen, bei 4,2 % der 36-45jährigen und bei 2,8 % der 26-35jährigen ein Ganzkörperstatus.

Zwischen Männern und Frauen gab es diesbezüglich keinen signifikanten Unterschied.

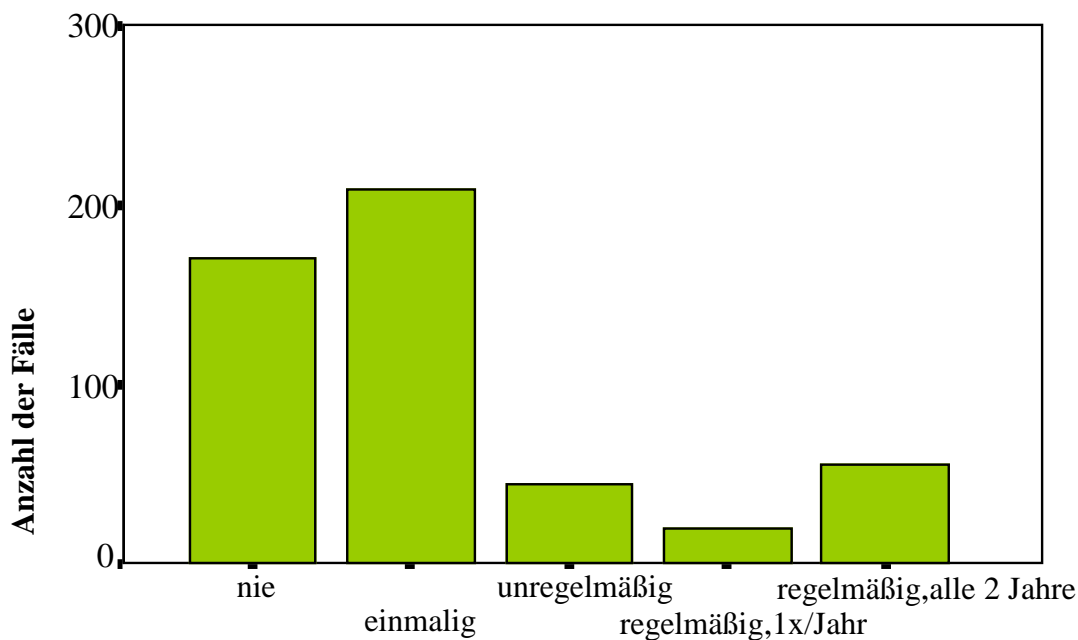


Abbildung 21 : Ganzkörperstatus

In 171 Akten ( 34,2 % ) wurde kein vollständiger Ganzkörperstatus schriftlich belegt.

In der geschlechtlichen Verteilung gab es keinen signifikanten Unterschied in der Beschreibung eines Ganzkörperstatus. (Tab.17)

In der Altersgruppe der 26-35jährigen war mit insgesamt 80 von 140 Patienten ( 57,1 % ) signifikant häufiger zu den übrigen Altersgruppen nie ein Ganzkörperstatus erhoben worden.

Tabelle 17 : Fehlender Ganzkörperstatus nach Alter und Geschlecht

	Ganzkörperstatus nie dokumentiert	p (Pearsons Chi-Square)
<b>Alter</b>		
26-35	80 (57,1 %)	< 0,001
36-45	40 (33,9 %)	
46-55	30 (24,6 %)	
56-65	21 (17,5 %)	
<b>Geschlecht</b>		
weiblich	77 (29,3%)	0,050/n.s.
männlich	94 (39,7%)	

### 3.2.5. Früherkennung von Krankheiten/Sekundäre Prävention

#### 3.2.5.1. Früherkennung von Zivilisationskrankheiten

Aus den 500 retrospektiv analysierten Akten ging hervor, dass sich insgesamt 211 Patienten (42,2 %) im Rahmen von Früherkennungsuntersuchungen ( gleichbedeutend mit Gesundheitsuntersuchung bzw. Check-up-Untersuchung ) ärztlich vorstellten. Von diesen 42,2% erfolgten bei 12,8 % die check-ups in regelmäßigen Abständen aller 2 Jahre. Die restlichen 29,4 % wurden in unregelmäßigen Abständen, seltener als zweijährlich, durchgeführt. (Abb.22)

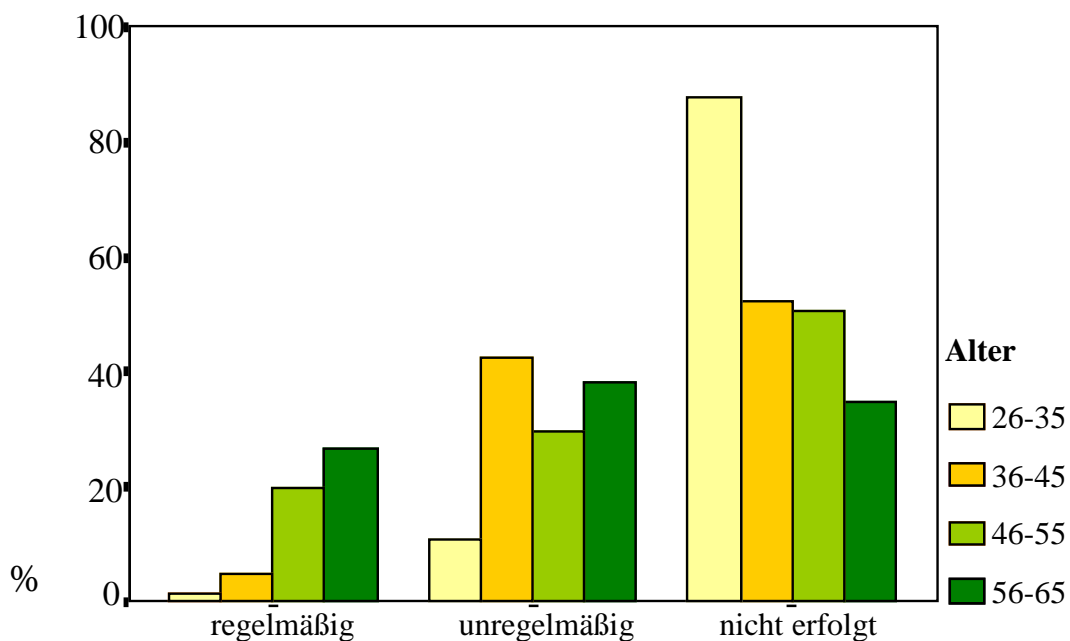


Abbildung 22 : Früherkennungsuntersuchungen

Den signifikant höchsten Anteil an Früherkennungsuntersuchungen hatten die 56-65jährigen mit insgesamt 65 %, den zweithöchsten Anteil die 46-55jährigen Patienten mit 49,2 %, gefolgt von den 36-45jährigen mit 47,5 % innerhalb der jeweiligen Altersgruppen.(Tab.18)

Tabelle 18 : Früherkennungsuntersuchung nach Alter und Geschlecht

	regelmäßig	unregelmäßig	insgesamt	p (Pearsons Chi-Square)
<b>Alter</b>				
26-35	2 ( 1,4 %)	15 (10,7 %)	17 (12,1 %)	< 0,001
36-45	6 ( 5,1 %)	50 (42,4 %)	56 (47,5 %)	
46-55	24 (19,7 %)	36 (29,5 %)	60 (49,2 %)	
56-65	32 (26,7 %)	46 (38,3 %)	78 (65,0 %)	
<b>Geschlecht</b>				
weiblich	38 (14,4 %)	83 (31,5 %)	121(45,9 %)	0,694/n.s.
männlich	26 (10,9 %)	64 ( 27 %)	90 (37,9 %)	

Der geringste Anteil entfiel auf die jüngste Altersgruppe ( 12,1 % ), wobei zu beachten ist, dass in den meisten Fällen noch keine Anspruchsberechtigung auf eine Früherkennungsuntersuchung vorlag.

In der Anzahl der regelmäßig oder unregelmäßig wahrgenommenen Früherkennungsuntersuchungen fanden sich keine signifikanten Geschlechtsunterschiede.

Hinsichtlich der geschlechtlichen Verteilung haben sich zu annähernd gleichen Anteilen jeweils 147 Männer und 142 Frauen nie zu einer Früherkennungsuntersuchung bei ihrem Arzt vorgestellt.

### 3.2.5.1.1. Körperliche Untersuchung

Von den insgesamt 211 Patienten ( 42,2 % ), bei denen eine Früherkennungsuntersuchung durchgeführt wurde, war bei 195 Patienten ein vollständiger Ganzkörperstatus erhoben worden. Lediglich bei 6 Patienten war ein unvollständiger Status vermerkt.

Die Auskultation von Cor und Pulmo sowie die Palpation des Abdomens erfolgte bei jedem Patienten, der sich einer Früherkennungsuntersuchung unterzog. (Abb.23)

Eine Gewichtskontrolle wurde bei 146 der 211 Patienten ( 69,2 % ) im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung durchgeführt.

Signifikant am häufigsten gewogen wurden die 46-55jährigen Patienten und nichtsignifikant mehr Frauen. (Tab.19)

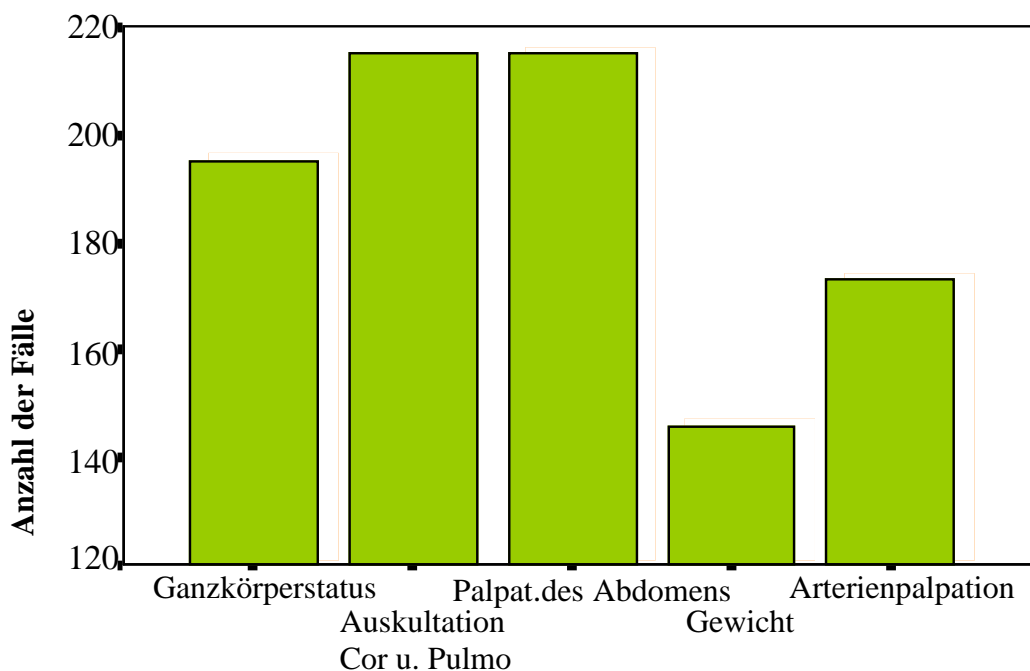


Abbildung 23 : Körperliche Untersuchung bei Gesu

*Außerhalb der Gesundheitsuntersuchung wurde eine Gewichtskontrolle bei 148 Patienten ( 29,6 % aller 500 Teilnehmer) veranlasst, davon bei 47 Patienten in regelmäßigen und bei 101 Patienten in unregelmäßigen Abständen.*

*Bezüglich ihres Gewichtes wurden außerhalb der Früherkennungsuntersuchungen mit einem Anteil von insgesamt 31,7 % aller Männer nichtsignifikant mehr männliche Patienten kontrolliert als Frauen ( 27,8 % aller Befragten ).*

Tabelle 19 : Gewichtskontrolle nach Alter und Geschlecht

	Gewicht bei Gesu*	p (Pearsons Chi-Square )	Gewicht ausserh.Gesu**	p ( Pearsons Chi-Square )
<b>Alter</b>				
26-35	10 (58,8 %)	< 0,001	39 (27,8 %)	< 0,419/n.s.
36-45	35 (62,5 %)		31 (26,2 %)	
46-55	47 (78,3 %)		41 (33,6 %)	
56-65	54 (69,2 %)		37 (30,8 %)	
<b>Geschlecht</b>				
weiblich	85 (70,2 %)	0,192/n.s.	73 (27,8%)	0,387/n.s.
männlich	61 (67,7 %)		75 (31,7%)	

\*Prozentangaben beziehen sich auf Gesu-Teilnehmer

\*\*Prozentangaben beziehen sich auf alle 500Teilnehmer

Eine Übergewichtigkeit fiel bei 95 Patienten, d.h. bei 19 % aller 500 analysierten Akten, auf. Hinsichtlich der Geschlechtsverteilung war das männliche Geschlecht mit einem Anteil von insgesamt 21,1 % aller Männer nichtsignifikant häufiger übergewichtig als das weibliche ( 17,1 % ).

Die 46-55jährigen hatten an der Gesamtheit der übergewichtigen Patienten mit 24,6 % innerhalb ihrer Altersgruppe signifikant den höchsten Anteil, gefolgt von der Altersgruppe der 56-65jährigen mit 23,3 %. Die beiden jüngeren Altersgruppen hatten einen Anteil von 17,8 % bei den 36-45jährigen und 11,4 % bei den 26-35jährigen.(Abb.24)

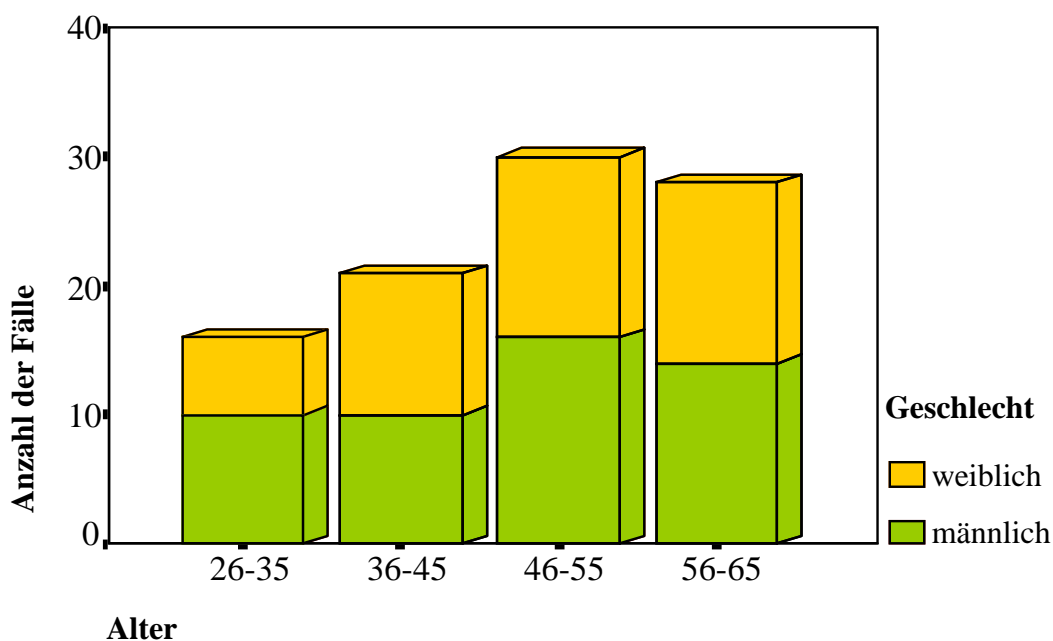


Abbildung 24 : Pathologisches Gewicht nach Alter und Geschlecht

Eine Arterienpalpation wurde bei 173 der 211 Patienten (81,9 %) vorgenommen, die sich im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung vorstellten. Signifikant am häufigsten erfolgten Arterienpalpationen bei Patienten der zweitältesten Altersgruppe. Signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern ergaben sich nicht. (Tab.20)

*Außerhalb* der Gesundheitsuntersuchung wurde bei 82 Patienten ( 16,4 % aller Befragten ) eine Arterienpalpation durchgeführt. Wiederum nichtsignifikant häufiger bei Männern als bei Frauen und signifikant am häufigsten bei den 46-55jährigen.( Tab.20)

Tabelle 20 : Arterienpalpation nach Alter und Geschlecht

	Palpation bei Gesu*	P ( Pearsons Chi-Square )	Palpation außerh.Gesu**	P ( Pearsons Chi-Square )
<b>Alter</b>				
26-35	12 (70,5 %)	< 0,001	11 ( 7,8 %)	0,002
36-45	44 (78,6 %)		16 (13,5 %)	
46-55	52 (86,6 %)		32 (26,2 %)	
56-65	65 (83,3 %)		23 (19,2 %)	
<b>Geschlecht</b>				
weiblich	99 (81,8 %)	0,191/n.s.	39 (14,8 %)	0,442/n.s.
männlich	74 (82,2 %)		43 (18,1 %)	

\*Prozentangaben beziehen sich auf 211 Teilnehmer

\*\*Prozentangaben beziehen sich auf alle 500Teilnehmer

Ein pathologischer Palpationsbefund wurde bei 17 Patienten (3,4%), davon bei 9 Patienten während der Früherkennungsuntersuchung, erhoben.

Von diesen 17 Patienten entfielen 10 Patienten auf die Altersgruppe der 46-55jährigen, 6 auf die Altersgruppe der 56-65jährigen und ein Patient auf die Altersgruppe der 26-35jährigen.

In der Geschlechtsverteilung wiesen die männlichen Patienten mit einem Anteil von 2,2 % nichtsignifikant häufiger pathologische Befunde auf als weibliche Patienten mit einem Anteil von 1,2 %. (Abb.25)

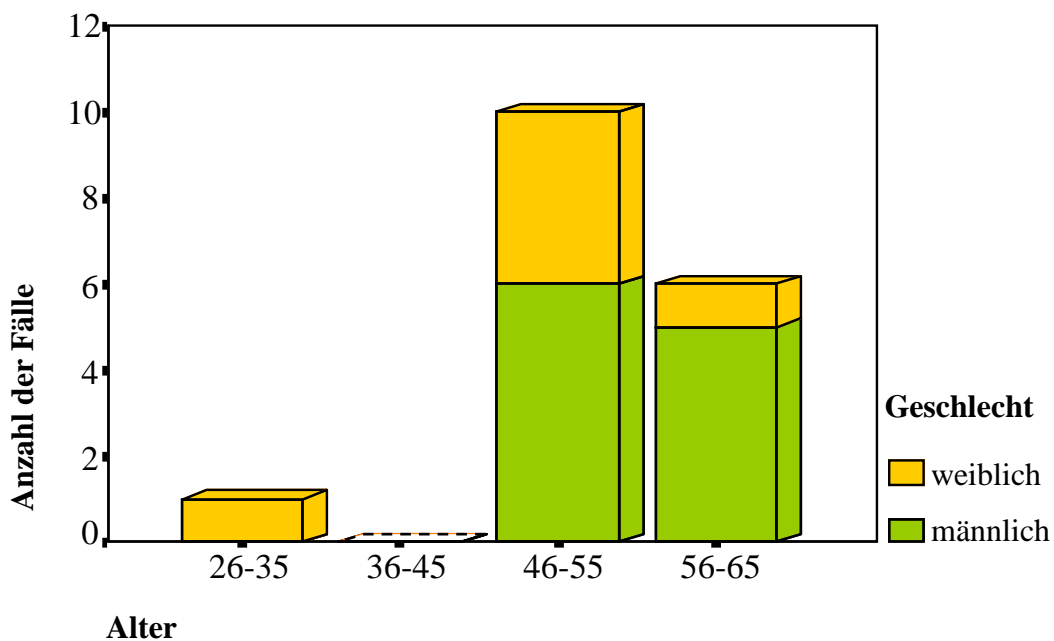


Abbildung 25 : Arterienpalpation mit pathologischem Befund nach Alter und Geschlecht

### 3.2.5.1.2. Apparative diagnostische Maßnahmen

#### 3.2.5.1.2.1. Blutdruck

Der Blutdruck war im Rahmen der Früherkennungsuntersuchung lediglich bei 2 Patienten nicht in der Akte vermerkt. Ansonsten war er bei allen Patienten, sowohl innerhalb als auch außerhalb der Früherkennungsuntersuchungen, gemessen worden.

Hypertone Blutdruckwerte fanden sich bei insgesamt 101 Patienten, signifikant am häufigsten in der ältesten Altersgruppe.

Davon war bereits bei 64 Patienten eine manifeste und medikamentös therapierte Hypertonie bekannt. ( Abb.29) Bei 36 Patienten, nichtsignifikant häufiger bei Frauen, wurden hypertone Blutdruckwerte neu entdeckt, therapiert und weiterhin kontrolliert.

Lediglich bei einem Patienten ist ein einmalig gemessener hypertoner Blutdruckwert während weiterer Konsultationen nicht kontrolliert worden.

#### 3.2.5.1.2.2. EKG

Ein EKG wurde bei insgesamt 211 Patienten, die sich einer Früherkennungsuntersuchung unterzogen, lediglich in 10 Fällen nicht durchgeführt.

Männern wurde nichtsignifikant häufiger als Frauen diese Untersuchung zuteil. (Tab. 21)

Tabelle 21 : EKG bei Gesu nach Alter und Geschlecht

	EKG während Gesu*	p ( Pearsons Chi-Square )
<b>Alter</b>		
26-35	16 (94,2 %)	< 0,001
36-45	50 (89,2 %)	
46-55	57 (95 %)	
56-65	78 (100 %)	
<b>Geschlecht</b>		
weiblich	114(94,2 %)	0,229/n.s.
männlich	87 (96,6 %)	

\*Prozentangaben beziehen sich auf Gesu-Teilnehmer

*Außerhalb der Früherkennungsuntersuchungen wurde bei 85 Patienten regelmäßig und bei 164 Patienten in unregelmäßigen Abständen ein EKG veranlasst. Signifikante Geschlechtsunterschiede fanden sich nicht.*



Pathologische EKG-Veränderungen ergaben sich bei insgesamt 40 Patienten ( 17 Frauen, 23 Männer ). Diese waren bei 27 Patienten bereits bekannt, bei 13 Patienten wurden sie bei der Früherkennungsuntersuchung neu entdeckt.

### 3.2.5.1.2.3. Röntgen des Thorax

Eine Röntgenaufnahme des Thorax ist kein Bestandteil von Früherkennungsuntersuchungen, wurde jedoch aufgrund einer hohen Veranlassung, konkret bei insgesamt 147 Patienten, in die Auswertung einbezogen. Aus den Akten konnte kein Bezug hergestellt werden, ob diese Maßnahme aus präventiven Erwägungen durchgeführt wurde, oder ob Beschwerden vorlagen. In der Alters- und Geschlechtsverteilung gab es bei dieser Untersuchung keine signifikanten Unterschiede, lediglich bei der jüngsten Altersgruppe wurde sie seltener veranlasst.

Von den 147 geröntgten Patienten wiesen 133 einen Normalbefund auf. Bei 11 Patienten wurde aufgrund pathologischer Befunde, die nicht näher beschrieben wurden, eine Kontrolluntersuchung realisiert. 5 Patienten wurden wegen eines pathologischen Befundes zu einem Facharzt anderer Fachdisziplin überwiesen. Bei 2 Patienten war keine Kontrolle eines pathologischen Röntgenbefundes aus den Akten ersichtlich.

### 3.2.5.1.2.4. Laborscreening-Blutbild

Das Laborscreening erfasste zum Zeitpunkt der Datenerhebung die Parameter kleines Blutbild, Blutzucker, Blutfettwerte, Kreatinin, Harnsäure und Urinstatus.

Ein Blutbild wurde bei insgesamt 296 aller 500 Patienten ( 59,2 % ) mindestens einmal während des Beobachtungszeitraumes bestimmt, davon bei 31 Patienten ( 6,2 % ) ausschließlich im Rahmen der Früherkennungsuntersuchung aller 2 Jahre.

Tabelle 22 : Blutbildkontrollen nach Alter und Geschlecht

	bei Gesu zweijährlich*	öfter als zweijährlich*	seltener als zweijährlich*	<b>Insgesamt*</b>	P (Pearsons Chi-Square)
<b>Alter</b>					
26-35	2 ( 1,4 % )	23 (16,4 %)	43 (30,7 %)	68 (48,5 %)	< 0,001
36-45	7 ( 5,9 % )	22 (18,6 %)	35 (29,6 %)	64 (54,1 %)	
46-55	8 ( 6,5 % )	36 (29,5 %)	32 (26,2 %)	76 (62,2 %)	
56-65	14 (11,6 %)	42 ( 35 %)	32 (26,6 %)	88 (73,2 %)	
<b>Geschlecht</b>					
weiblich	17 ( 6,4 % )	74 (28,1 %)	81 (30,8 %)	172 (65,3%)	0,026
männlich	14 ( 5,9 % )	49 (20,6 %)	61 (25,7 %)	124 (52,2%)	

\*Prozentangaben beziehen sich auf alle Teilnehmer

*Außerhalb der Früherkennungsuntersuchung wurde bei 123 Patienten (24,6 %) öfter als zweijährlich und bei 142 Patienten ( 28,4 % ) in selteneren als zweijährlichen Abständen ein Blutbild veranlasst.*

Die signifikant meisten Blutbildkontrollen erfolgten mit anteilmäßig 73,2 % in der ältesten Altersgruppe, gefolgt von den 46-55jährigen mit 62,2 %, den 36-45jährigen mit 54,1 % und den 26-35jährigen mit 48,5 % aller Fälle. Bei Frauen wurde signifikant häufiger ein Blutbild veranlasst als bei Männern. ( siehe Tabelle 22 )

Bei 5 Patienten ergab sich ein pathologisches Blutbild, davon bei lediglich einem Patienten im Rahmen des check-ups. Es wurde bei 2 Patienten kontrolliert, bei einer Patientin wurde wegen einer Anämie eine therapeutische Intervention veranlasst und 2 Patienten mit einem pathologischen Wert wurden nicht nachkontrolliert.

### **3.2.5.1.2.5. Laborscreening-Blutzucker**

Eine Blutzuckerbestimmung erfolgte bei insgesamt 366 von 500 Patienten (73,2%), davon bei 50 Patienten ausschließlich während der Früherkennungsuntersuchung. 11 Patienten erhielten bei mindestens einer Früherkennungsuntersuchung keine Blutzuckerkontrolle. (Tab.23)

Tabelle 23 : Blutzuckerkontrolle nach Alter und Geschlecht

	bei Gesu zweijährlich*	öfter als zweijährlich*	seltener als zweijährlich*	Insgesamt*	P (Pearsons Chi-Square)
<b>Alter</b>					
26-35	4 ( 2,8 %)	18 (12,8 %)	44 (31,4 %)	66 (47,0 %)	< 0,001
36-45	11 ( 9,3 %)	24 (20,3 %)	50 (42,3 %)	85 (71,9 %)	
46-55	17 (13,9 %)	48 (39,3 %)	36 (29,5 %)	101(82,7 %)	
56-65	18 ( 15 %)	61 (50,8 %)	35 (29,1 %)	114(94,9 %)	
<b>Geschlecht</b>					
weiblich	29 ( 11 %)	79 ( 30 %)	91 (34,6 %)	199(75,6 %)	0,516/n.s.
männlich	21 ( 8,8 %)	72 (30,4 %)	74 (31,2 %)	167(70,4 %)	

\*Prozentangaben beziehen sich auf alle Teilnehmer

*Außerhalb der Früherkennungsuntersuchung wurden 151 Patienten öfter als zweijährlich und 165 Patienten seltener als zweijährlich kontrolliert.(Tab. 23)*

In der Altersgruppe der 56-65jährigen erfolgten mit insgesamt 94,9 % die meisten Blutzuckerkontrollen, in der jüngsten Altersgruppe mit 47 % die wenigsten. Signifikante Geschlechtsunterschiede gab es nicht.

Ein pathologischer Blutzuckerwert wurde bei 38 Patienten ( 7,6 % ) ermittelt. Davon war bei 19 Patienten bereits ein manifester Diabetes mellitus bekannt. Diese Patienten gingen in die Patientengruppe ein, bei welcher häufiger als zweijährlich der Blutzucker bestimmt wurde.

Von den übrigen 19 Patienten mit pathologischem Blutzuckerwert erhielten drei lediglich eine Kontrollblutzuckerbestimmung. Die weiteren 16 Patienten erhielten eine regelmäßige Blutzuckerkontrolle, zusätzlich eine Diätberatung und, bei Notwendigkeit, eine medikamentöse Therapie.

### 3.2.5.1.2.6. Laborscreening-Blutfettwerte

Eine Bestimmung der Blutfettwerte fand bei insgesamt 347 Patienten ( 69,4 % ) statt, davon bei 53 Patienten ( 10,6 % ) ausschließlich im Rahmen der Früherkennungsuntersuchung aller 2 Jahre. Acht Patienten erhielten mindestens bei einer Früherkennungsuntersuchung keine Blutfettwertkontrolle.

Tabelle 24 : Blutfettwertkontrolle nach Alter und Geschlecht

	bei Gesu zweijährlich*	öfter als zweijährlich*	seltener als zweijährlich*	<b>Insgesamt*</b>	p (Pearsons Chi-Square)
<b>Alter</b>					
26-35	4 ( 2,8 % )	17 (12,1 %)	34 (24,2 %)	55 (39,1 %)	< 0,001
36-45	12 (10,1 %)	23 (19,5 %)	50 (42,3 %)	85 (71,9 %)	
46-55	16 (13,1 %)	51 (41,8 %)	28 (22,9 %)	95 (77,8 %)	
56-65	21 (17,5 %)	59 (49,1 %)	32 (26,6 %)	112(93,2 %)	
<b>Geschlecht</b>					
weiblich	29 ( 11 % )	77 (29,2 %)	79 ( 30 % )	185(70,2 %)	0,885/n.s.
männlich	24 (10,1 %)	73 (30,8 %)	65 (27,4 %)	162(68,3 %)	

\*Prozentangaben beziehen sich auf alle Teilnehmer

*Außerhalb der Früherkennungsuntersuchung wurden bei 150 Patienten ( 30 % ) öfter als zweijährlich und bei 144 Patienten (28,8 %) seltener als zweijährlich Blutfettwerte bestimmt.*

Signifikant am häufigsten wurden die Blutfettwerte in der ältesten Altersgruppe bestimmt. Hinsichtlich der geschlechtlichen Verteilung waren die Unterschiede nichtsignifikant.(Tab.24)

Pathologisch erhöhte Blutfettwerte ergaben sich bei insgesamt 151 Patienten ( 30,2 % ). Bei 17 Patienten erfolgte eine Kontrolle der Blutfette. 107 Patienten erhielten zusätzlich zu der paraklinischen Kontrolle eine Diätberatung. Bei 22 der 151 Patienten, die einen erhöhten Blutfettspiegel aufwiesen, wurde der Wert nicht kontrolliert.(Abb.26)

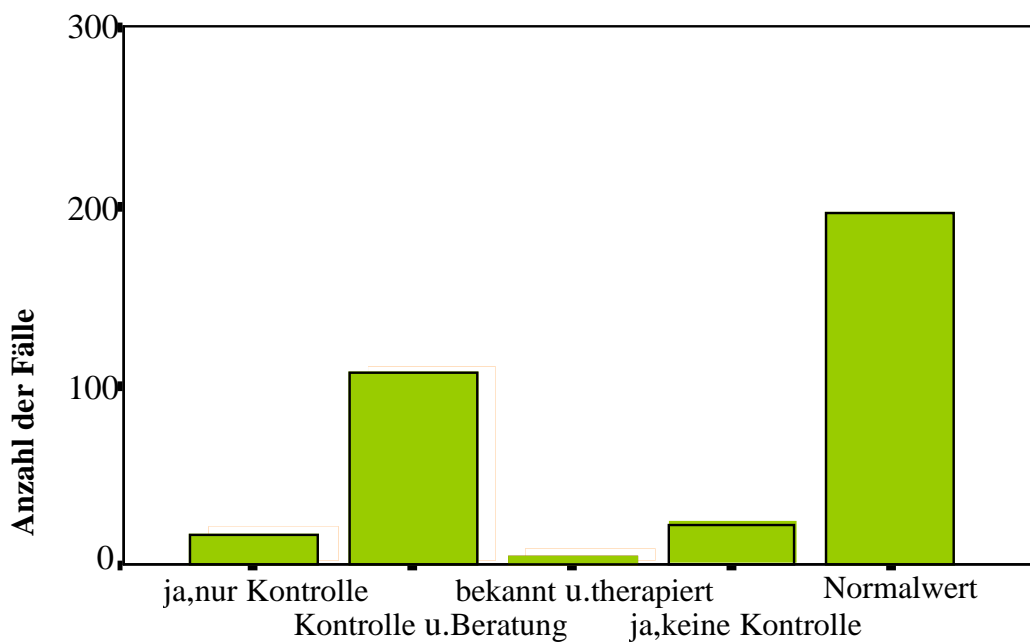


Abbildung 26 : Pathologische Blutfettwerte

Männer wiesen mit insgesamt 34,2 % nichtsignifikant (  $p = 0,074$  ) häufiger erhöhte Blutfettwerte auf als 25,8 % aller Frauen.

In der Altersverteilung zeigten die 56-65jährigen signifikant (  $p < 0,05$  ) am häufigsten erhöhte Blutfettwerte und wurden auch am häufigsten öfter als zweijährlich kontrolliert.

### 3.2.5.1.2.7. Laborscreening- Kreatinin

Der Kreatininwert wurde bei 358 Patienten ( 71,6 % ) veranlasst, davon bei 53 Patienten (10,6 % ) ausschließlich im Rahmen der Früherkennungsuntersuchung.

Bei 16 Patienten wurde mindestens bei einer Früherkennungsuntersuchung der Kreatininwert nicht kontrolliert.

*Außerhalb der Früherkennungsuntersuchung erfolgte bei 142 Patienten ( 28,4 % ) öfter als zweijährlich und bei 163 Patienten ( 32,6 % ) seltener als zweijährlich eine Kreatininbestimmung.*

Die häufigsten Kreatininbestimmungen erfolgten signifikant in der ältesten Altersgruppe, die Unterschiede in der Geschlechtsverteilung waren nichtsignifikant. (Tab.25)

Pathologische Kreatininwerte fanden sich lediglich bei 5 Patienten, von denen 2 Patienten sofort zu einem Facharzt überwiesen und 3 Patienten nachkontrolliert wurden.

Tabelle 25 : Kreatininkontrolle nach Alter und Geschlecht

	bei Gesu zweijährlich*	öfter als zweijährlich*	seltener als zweijährlich*	Insgesamt*	p (Pearsons Chi-Square)
<b>Alter</b>					
26-35	4 ( 2,8 %)	17 (12,1 %)	38 (27,1 %)	59 (42,0 %)	< 0,001
36-45	12 (10,1 %)	22 (18,6 %)	52 ( 44 % )	86 (72,7 %)	
46-55	17 (13,9 %)	45 (36,8 %)	38 (31,1 %)	100(81,8 %)	
56-65	20 (16,6 %)	58 (48,3 %)	35 (29,1 %)	113(94,0 %)	
<b>Geschlecht</b>					
weiblich	30 (11,4 %)	71 (26,9 %)	90 (34,2 %)	191(72,5 %)	0,710/n.s.
männlich	23 ( 9,7 %)	71 (29,9 %)	73 (30,8 %)	167(70,4 %)	

\*Prozentangaben beziehen sich auf alle Teilnehmer

### 3.2.5.1.2.8. Laborscreening- Harnsäure

Eine Bestimmung der Harnsäure erfolgte bei insgesamt 277 Patienten ( 55,4 % ), davon bei 43 Patienten ausschließlich im Rahmen einer Früherkennungsuntersuchung. Bei 38 Patienten fand während mindestens einer Früherkennungsuntersuchung keine Harnsäurebestimmung statt.

*Außerhalb einer Früherkennungsuntersuchung wurde bei 113 Patienten öfter als zweijährlich und bei 121 Patienten seltener als zweijährlich eine Harnsäurebestimmung durchgeführt.*

Die häufigsten Harnsäurebestimmungen wurden signifikant in der ältesten Altersgruppe veranlasst. Geschlechtlich signifikante Unterschiede waren nicht zu verzeichnen. (Tab.26)

Tabelle 26 : Harnsäurekontrolle nach Alter und Geschlecht

	bei Gesu zweijährlich*	öfter als zweijährlich*	seltener als zweijährlich*	Insgesamt*	P (Pearsons Chi-Square)
<b>Alter</b>					
26-35	3 ( 2,1 %)	10 (0,7 %)	23 (16,4 %)	36 (19,2 %)	<0,001
36-45	9 ( 7,6 %)	16 (13,5 %)	38 (32,2 %)	63 (53,3 %)	
46-55	15 (12,2 %)	36 (29,5 %)	34 (27,8 %)	85 (69,5 %)	
56-65	16 (13,3 %)	51 (42,5 %)	26 (21,6 %)	93 (77,4 %)	
<b>Geschlecht</b>					
weiblich	23 ( 8,7 %)	57 (21,6 %)	72 (27,3 %)	152 (57,6%)	0,354/n.s.
männlich	20 ( 8,9 %)	56 (23,6 %)	49 (20,6 %)	125(53,1 %)	

\*Prozentangaben beziehen sich auf alle Teilnehmer

11 Patienten wiesen eine pathologische Harnsäureerhöhung auf. Bei 6 Patienten erfolgte eine Kontrolle des Wertes, bei den übrigen 5 Patienten erfolgte sie nicht. Eine Ernährungsberatung bei Hyperurikämie wurde in der Aktenanalyse nicht erfasst

### 3.2.5.1.2.9. Laborscreening-Urinstatus

Der Urinstatus wurde bei insgesamt 346 Patienten ( 69,2 % ) erhoben. Bei 50 Patienten, d.h. in 10 % aller Fälle, geschah dies ausschließlich im Rahmen der Früherkennungsuntersuchung. Bei sieben Patienten wurde nicht bei jedem check-up ein Urinstatus veranlasst. ( Tab. 27) *Außerhalb der Früherkennungsuntersuchung erfolgte bei 154 Patienten öfter als zweijährlich und bei 142 Patienten seltener als zweijährlich die Bestimmung eines Urinstatus.*

Tabelle 27 : Urinstatus nach Alter und Geschlecht

	bei zweijährlich*	Gesu öfter zweijährlich*	als seltener zweijährlich*	Insgesamt*	p (Pearsons Chi-Square)
<b>Alter</b>					
26-35	5 ( 3,5 % )	23 (16,4 %)	43 (30,7 %)	71 (50,6 %)	< 0,001
36-45	11 ( 9,3 % )	26 ( 22 % )	38 (32,2 %)	75 (63,5 %)	
46-55	16 (13,1 %)	48 (39,3 %)	32 (26,2 %)	96 (78,6 %)	
56-65	18 ( 15 % )	57 (47,5 %)	29 (24,1 %)	104(86,6 %)	
<b>Geschlecht</b>					
weiblich	29 ( 11 % )	80 (30,4 %)	84 (31,9 %)	193(73,3 %)	0,101/n.s.
männlich	21 ( 8,8 % )	74 (31,2 %)	58 (24,4 %)	153(64,4 %)	

\*Prozentangaben beziehen sich auf alle Teilnehmer

Ein pathologischer Urinbefund fand sich bei insgesamt 38 Patienten. Dieser wurde bei 29 Patienten therapiert und bis zur Normalisierung kontrolliert, 7 weitere Patienten wurden zu einem Facharzt für Urologie überwiesen, 2 Patienten wurden nicht nachkontrolliert.

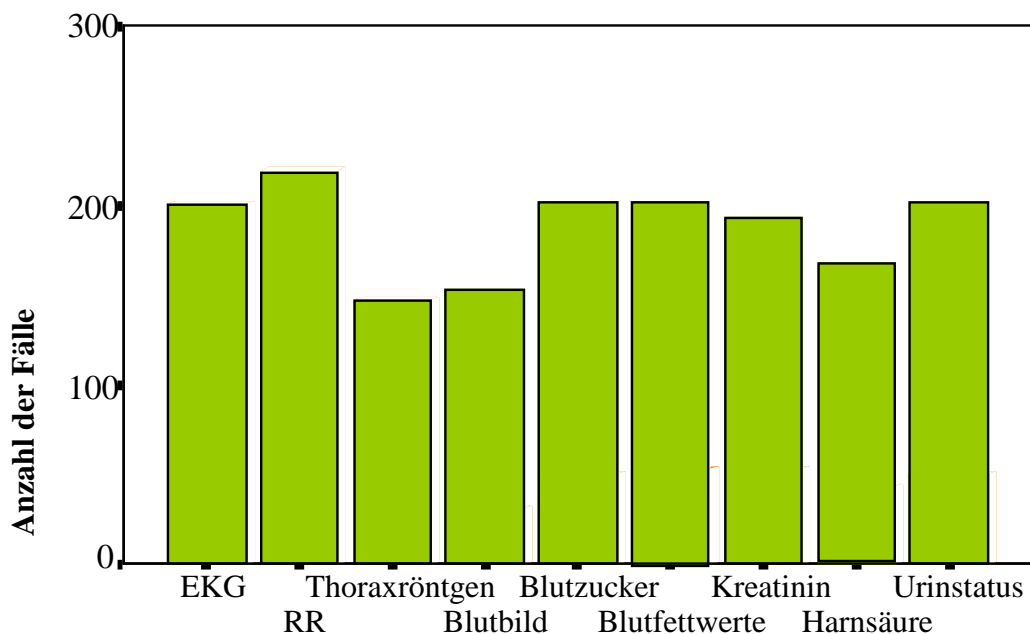


Abbildung 27 : Apparative Untersuchungen bei Gesu

### 3.2.5.1.3. Beratendes Gespräch zur gesunden Lebensweise

Beratende Gespräche zur gesunden Lebensweise fanden insgesamt, auch außerhalb der Früherkennungsuntersuchung, mit 345 Patienten ( 69 % ) statt. In 30 Fällen erfolgte ein einmaliges ( 6 % ) und in 315 Fällen ( 63 % ) mehrmalige Gespräche.

Signifikant am häufigsten (  $p < 0,05$  ) wurden beratende Gespräche mit Patienten der ältesten Altersgruppe geführt. Hier betrug der Anteil 80,8 %. In den jüngeren Altersgruppen fanden sie in absteigendem Maße statt: bei 46-55jährigen zu 72,9 %, bei 36-45jährigen zu 70,3 % und bei 26-35jährigen zu 54,3 %.

Unterschiede zwischen weiblichem und männlichem Geschlecht waren nichtsignifikant.

Die inhaltlichen Schwerpunkte der Gespräche lagen bei Fragen der gesunden Lebensführung, der Gewichtsreduktion, des Nikotinabusus, der Stressbewältigung und der Notwendigkeit sportlicher Betätigung. (Abb.28)

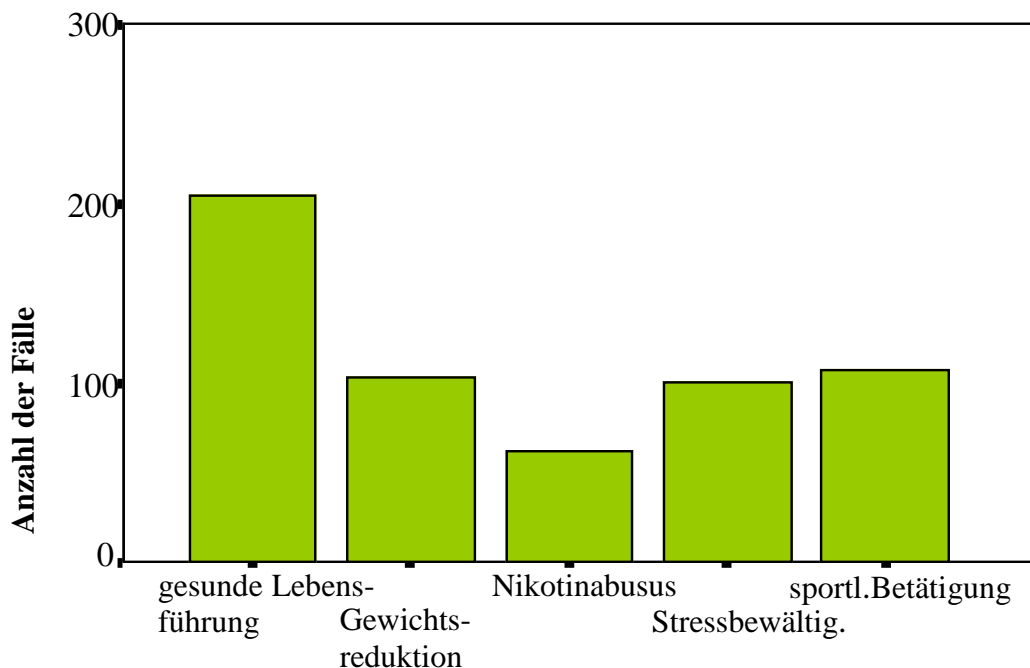


Abbildung 28 : Inhalte beratender Gespräche

Über Fragen der gesunden Lebensführung, wie z.B. Tagesstruktur, Essverhalten, Schlaf und Freizeitgestaltung, wurde mit insgesamt 205 Patienten ( 41 % ), signifikant am häufigsten mit den 56-65jährigen gesprochen.

In absteigender Zahl wurde mit 57 Patienten der 46-55jährigen, mit 40 Patienten der 36-45jährigen und mit 35 Patienten der 26-35jährigen ein solches Gespräch geführt.

Nichtsignifikant überwogen Gespräche mit Männern gegenüber Frauen. (Tab.28)

Tabelle 28 : Gespräch gesunde Lebensführung nach Alter und Geschlecht

	Gespräch gesunde Lebensführung	p (Pearsons Chi-Square )
<b>Alter</b>		
26-35	35 ( 25 % )	< 0,001
36-45	40 (33,8 %)	
46-55	57 (46,7 %)	
56-65	73 (60,8 %)	
<b>Geschlecht</b>		
weiblich	98 (37,7 %)	0,174/n.s.
männlich	107(45,1%)	

Über die Notwendigkeit einer Gewichtsreduktion wurden 103 Patienten ( 20,6 % ), davon 50 Frauen und 53 Männer, aufgeklärt.

Die Altersgruppe der 56-65jährigen war signifikant am häufigsten vertreten. In absteigender Häufigkeit entfielen Gespräche über dieses Thema auf die jüngeren Altersgruppen.

Auch betreffs dieser Fragestellung gab es keinen signifikanten Geschlechtsunterschied. (Tab.29)

Tabelle 29 : Gespräch Gewichtsreduktion nach Alter und Geschlecht

	Gespräch Gewichtsreduktion	p (Pearsons Chi-Square )
<b>Alter</b>		
26-35	17 (12,1 %)	< 0,001
36-45	25 (21,1 %)	
46-55	29 (23,7 %)	
56-65	32 (26,6 %)	
<b>Geschlecht</b>		
weiblich	50 ( 19 %)	0,316/n.s.
männlich	53 (22,3 %)	

Das Problem des Nikotinabusus wurde bei insgesamt 62 Patienten ( 12,4 % ), davon signifikant häufiger bei Männern als bei Frauen, und in der ältesten Altersgruppe thematisiert. (Tab.30)



Tabelle 30 : Gespräch über Nikotinabusus nach Alter und Geschlecht

	Gespräch Nikotinabusus	P (Pearsons Chi-Square)
<b>Alter</b>		
26-35	14 ( 10 %)	< 0,001
36-45	10 ( 8,4 %)	
46-55	18 (14,7 %)	
56-65	20 (16,8 %)	
<b>Geschlecht</b>		
weiblich	52 ( 21,9 %)	< 0,001
männlich	10 ( 3,8 %)	

Möglichkeiten der Stressbewältigung besprachen die teilnehmenden Hausärzte mit 101 Patienten ( 20,2 % ), signifikant am häufigsten mit Patienten der Altersgruppe der 46-55jährigen, gefolgt von den 56-65jährigen, den 36-45jährigen und mit insgesamt 17 Patienten an vierter Stelle den 26-35jährigen.

Mit Frauen wurden Stressbewältigungsstrategien nichtsignifikant öfter erörtert als mit Männern. (Tab.31)

Tabelle 31 : Gespräch über Stressbewältigung nach Alter und Geschlecht

	Gespräch Stressbewältigung	p ( Pearsons Chi Square)
<b>Alter</b>		
26-35	17 (12,1 %)	< 0,001
36-45	24 (20,3 %)	
46-55	31 (25,4 %)	
56-65	29 (24,1 %)	
<b>Geschlecht</b>		
weiblich	57 (21,6 %)	0,152/n.s.
männlich	44 (18,5 %)	

Über die Notwendigkeit einer regelmäßigen sportlichen Betätigung erfolgte bei insgesamt 107 Patienten ( 21,4% ) eine Beratung. Auch hier wurde mit Patienten der ältesten Altersgruppe signifikant am häufigsten gesprochen.

Signifikant häufiger wurde mit 63 Frauen gegenüber 44 Männern bezüglich dieser Fragestellung ein beratendes Gespräch geführt. (Tab.32)

Tabelle 32 : Gespräch über sportliche Betätigung nach Alter und Geschlecht

	Gespräch sportliche Betätigung	p (Pearsons Chi-Square)
<b>Alter</b>		
26-35	18 (12,8 %)	< 0,001
36-45	27 (22,8 %)	
46-55	29 (23,7 %)	
56-65	33 (27,5 %)	
<b>Geschlecht</b>		
weiblich	63 (23,9 %)	0,038
männlich	44 (18,5 %)	

Im Rahmen einer Früherkennungsuntersuchung waren auch andere Beratungsinhalte aus den Akten ersichtlich.

So führten die Hausärzte über Probleme in der konkreten derzeitigen Lebenssituation mit insgesamt 37 Patienten ein Gespräch. Bei 22 Patienten wurden nicht näher genannte psychische Probleme und bei 15 Patienten ein bestehendes Alkoholproblem angesprochen.

Bei insgesamt 12 Patienten erfolgte eine Impfberatung. Weitere 3 Patienten wurden allgemein über eine Diät bei Fettstoffwechselstörungen aufgeklärt ( keine ausführliche Diätschulung ) und mit 2 Patienten wurde über die Risiken einer bestehenden Hypertonie gesprochen.

Mit 2 Patienten wurde über bestehende Partnerprobleme ein Gespräch geführt und bei einem Patienten erfolgte eine Sexualberatung.

Jeweils bei einem Patienten waren die Arbeitslosigkeit, eine bestehende Spielsucht und die Möglichkeiten der Krebsvorsorge Inhalte des beratenden Gespräches.

#### **3.2.5.1.4. Empfehlungen für Gruppen- und Einzeltherapien**

Die Auswertung von 500 Patientenakten ergab, dass 78 Patienten ( 15,6 % ) eine Gruppen- oder Einzeltherapie in präventiver Absicht empfohlen wurde.

Am häufigsten wurde die Erlernung von Entspannungstechniken ( 20 Patienten ) angeregt, gefolgt von einer Diätgruppenempfehlung bei 19 Patienten und einer Empfehlung zur Inanspruchnahme einer Erholungskur bei 13 Patienten. In 7 Fällen hielt der behandelnde Arzt eine Psychotherapie für indiziert.

4 Patienten wurde das Erlernen des Autogenen Trainings empfohlen und 3 Patienten regelmäßige Bewegungsübungen angeraten.

In jeweils einem Fall wurde eine Beteiligung an einer Herzsportgruppe, einer Rückenschule und an einer Therapie zur Raucherentwöhnung empfohlen.

Von den Hausärzten selbst wurden insgesamt 24 ( 4,8 % ) Gruppen- oder Einzeltherapien präventiv durchgeführt. (Abb.29)

Davon signifikant am häufigsten erfolgte bei 2,6 % aller Patienten eine Diätberatung. Alle weiteren durchgeführten Gruppen- oder Einzeltherapien blieben Einzelfällen vorbehalten.

Bei 3 Patienten fand eine Raucherentwöhnung statt, wobei die Ärzte in jedem Fall begleitend ein Nikotinpflaster rezeptierten.

Bei stressbedingten Problemen erhielten 2 Patienten eine Anleitung in der Erlernung der Technik des Autogenen Trainings, ebenfalls 2 Patienten eine Akupunkturbehandlung zur psychischen Stabilisierung und mit 2 Patienten wurde eine Gesprächstherapie durchgeführt.

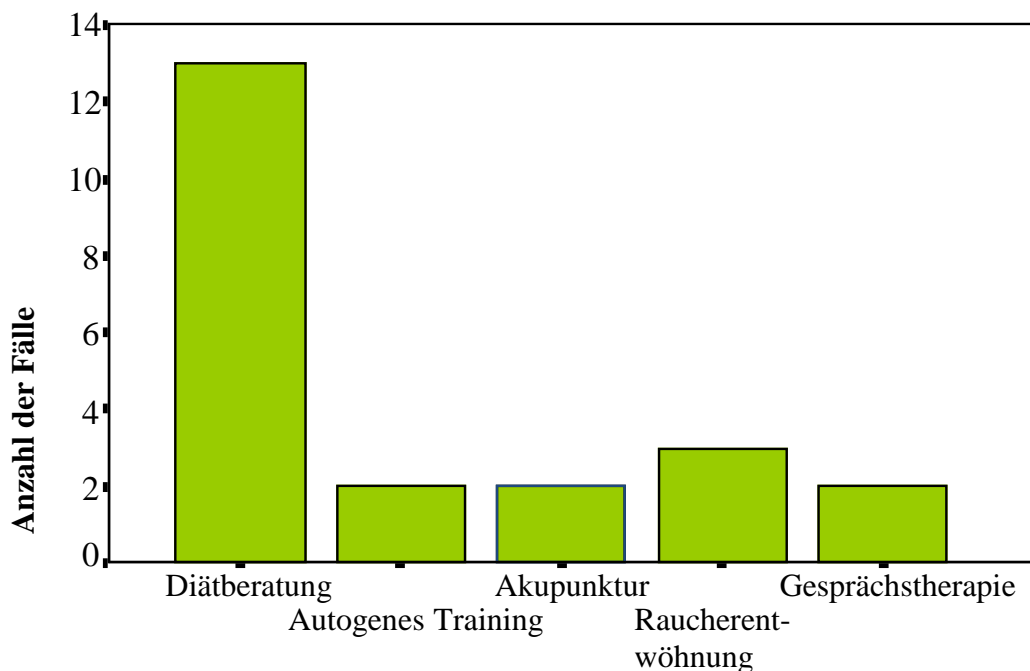


Abbildung 29 : Von Hausärzten durchgeführte Gruppen- und Einzeltherapien

Insgesamt 9 Patienten ( 1,8 % ) haben an Gruppen- oder Einzeltherapien anderweitig teilgenommen.

In 36 Fällen ( 7,2 % ) war ein Therapieerfolg der Gruppen- oder Einzeltherapie aus der Akte ersichtlich.

Frauen bekamen nichtsignifikant (  $p = 0,140$  ) häufiger Empfehlungen zur Wahrnehmung von Gruppen- oder Einzeltherapien als die männlichen Patienten.

Dabei standen bei den Frauen vor allem Entspannungstechniken ( n = 17 ) im Vordergrund. Dagegen erhielten über doppelt so viele Männer ( n = 13 ) als Frauen ( n = 6 ) eine Empfehlung zur Diätberatung.

Von den Hausärzten selbst wurde bei Frauen ( 3,6 % ) signifikant ( p = 0,024 ) häufiger als bei Männern ( 1,2 % ) eine Gruppentherapie durchgeführt. Hier erfolgte die Diätberatung öfter bei Frauen ( 1,8 % ) als bei Männern ( 0,8 % ).

### 3.2.5.2. Krebsfrüherkennung

Eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung wurde bei 243 Patienten ( 48,6 % ) aus den 500 untersuchten Akten erkennbar, wobei in die Anzahl alle in diesem Kapitel beschriebenen Einzeluntersuchungen der Krebsvorsorge und -früherkennung einfließen.

Es unterzogen sich signifikant mehr Frauen als Männer und signifikant am häufigsten die 56-65jährigen mit 72,4 % ihrer Altersgruppe einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung. (Tab.33)

Tabelle 33 : Durchführung der Krebsvorsorge nach Alter und Geschlecht

	regelmäßig 1x im Jahr	unregelmäßig	unvollständig	insgesamt	P (Pearsons Chi-Square)
<b>Alter</b>					
26-35	0	4 ( 2,8 % )	27 (19,2 %)	31 (22,0 %)	< 0,001
36-45	1 ( 0,8 % )	10 ( 8,4 % )	44 (37,2 %)	55 (46,4 %)	
46-55	7 ( 5,7 % )	13 (10,6 %)	50 (40,9 %)	70 (57,2 %)	
56-65	5 ( 4,1 % )	21 (17,5 %)	61 (50,8 %)	87 (72,4 %)	
<b>Geschlecht</b>					
weiblich	3 ( 1,1 % )	21 (7,9 %)	130(49,4%)	154 (58,4%)	< 0,001
männlich	10 ( 4,2 % )	27 (11,3 %)	52 (21,9 %)	89 (37,4 %)	

Von den 243 Patienten wurden 182 Patienten, mit einem Anteil von 130 Patientinnen mehr Frauen, nur unvollständig untersucht, d.h., es war nicht die Gesamtheit der in die vorgeschriebene Krebsvorsorge eingehenden Untersuchungen durchgeführt worden.

13 Patienten ( 2,6 % ) haben regelmäßig jedes Jahr eine vollständige Krebsfrüherkennungsuntersuchung in Anspruch genommen.

Bei 48 Patienten wurde die vollständige Krebsfrüherkennungsuntersuchung unregelmäßig, d.h. in längeren Zeitabständen als einmal jährlich, in den Akten vermerkt. (Abb.30)

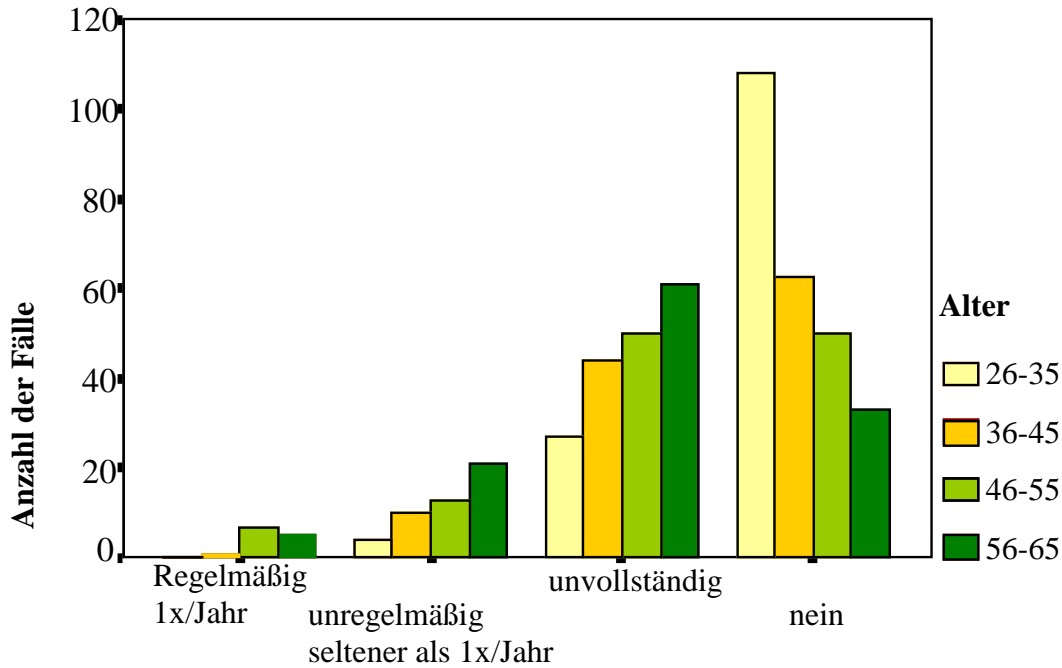


Abbildung 30 : Durchführung der Krebsvorsorge nach Alter

### 3.2.5.2.1. Körperliche Untersuchung

Von den insgesamt in das Aktenstudium eingegangenen 263 weiblichen Patientinnen ist bei 21 Frauen ( 7,9 %) durch den Hausarzt eine **Mammalpalpation** durchgeführt worden.

Davon erfolgte bei 11 Patientinnen eine regelmäßige Mammalpalpation einmal im Jahr.

10 Patientinnen wurden in unregelmäßigen Abständen, seltener als einmal jährlich untersucht.

Bei 54 Patientinnen lag ein Befund vom Gynäkologen oder die mündliche Übermittlung eines Normalbefundes durch die Patientin selbst vor. In der Altersgruppe der 46-55jährigen Frauen erfolgte die Mammalpalpation mit insgesamt 22 % signifikant am häufigsten. (Tab.34)

Tabelle 34 : Mammalpalpation nach Alter

	regelmäßig 1x im Jahr	unregelmäßig	Befund vom Gynäkologen	insgesamt	P (Pearsons Chi-Square)
Alter					
26-35	0	0	17 (12,1 %)	17 (12,1 %)	0,008
36-45	0	3 ( 2,5 %)	10 (8,4 %)	13 (10,9 %)	
46-55	4 ( 3,2 %)	6 ( 4,9 %)	17 (13,9 %)	27 (22,0 %)	
56-65	7 (5,8 %)	1 (0,8 %)	10 (8,3 %)	18 (14,9 %)	

Pathologische Mammalpalpationsbefunde wurden von den Allgemeinmedizinerinnen in 8 Fällen erhoben. 5 Patientinnen wurden zum Gynäkologen und 3 Patientinnen zur Mammographie überwiesen.

Eine realisierte **Hodenpalpation** wurde in 8 Fällen von insgesamt 237 (3,3 %) durchgesehenen Akten männlicher Patienten vermerkt. Bei 4 Patienten war aus einem vorliegenden urologischen Befund eine Hodenpalpation ersichtlich. (Tab.35)

Insgesamt untersuchten die Hausärzte 4 Patienten regelmäßig, davon jeweils zwei in den Altersklassen der 46-55jährigen und der 56-65jährigen und 4 weitere Patienten in unregelmäßigen Abständen, davon befanden sich 3 in der ältesten Altersgruppe und 1 Patient in der jüngsten Altersgruppe. Signifikante Unterschiede zwischen den Altersgruppen gab es nicht. Ein pathologischer Befund wurde bei keiner der durchgeführten Hodenpalpationen erhoben.

Tabelle 35 : Hodenpalpation nach Alter

	regelmäßig 1x im Jahr	unregelmäßig	Befund vom Urologen	insgesamt	p (Pearsons Chi-Square)
<b>Alter</b>					
26-35	0	1 ( 0,7 %)	0	1 (0,7 %)	0,113/n.s.
36-45	0	0	0	0	
46-55	2 ( 1,6 %)	0	3 ( 2,4 %)	5 (4,0 %)	
56-65	2 ( 1,6 %)	3 ( 2,5 %)	1 ( 0,8 %)	6 (4,9 %)	

Eine **Hautinspektion** auf malignomverdächtige Veränderungen erfolgte bei 179 ( 35,8 % ) der insgesamt 500 Patienten, darunter befanden sich mit 38,7 % nichtsignifikant mehr Frauen als Männer, bei denen 32,4 % untersucht wurden. (Tab.36)

Tabelle 36 : Hautinspektion nach Alter und Geschlecht

	regelmäßig 1x im Jahr	p (Pearsons Chi-Square)
<b>Alter</b>		
26-35	12 ( 8,5 %)	< 0,001
36-45	43 (36,4 %)	
46-55	54 (44,2 %)	
56-65	70 (58,3 %)	
<b>Geschlecht</b>		
weiblich	102(38,7%)	0,363/n.s.
männlich	77 (32,4 %)	

Bei 53 Patienten ( 10,6 % ) wurde von den Hausärzten während des Beobachtungszeitraumes eine **rektale Untersuchung** präventiv durchgeführt. In 8 Fällen war ein Befund über eine vom Urologen durchgeführte rektale Untersuchung ersichtlich.

Die 56-65jährigen wurden mit insgesamt 28 Patienten signifikant am häufigsten rektal untersucht.

31 von 237 männlichen Patienten wurde signifikant häufiger als 22 von 263 weiblichen Patientinnen diese Untersuchung zuteil. (Tab.37)

Tabelle 37: Rektale Untersuchung nach Alter und Geschlecht

	regelmäßig 1x im Jahr	Seltener als 1x Im Jahr	insgesamt	P (Pearsons Chi-Square)
<b>Alter</b>				
26-35	2 ( 1,4 % )	0	2 (1,4 %)	< 0,001
36-45	6 ( 5 % )	0	6 (5,0 %)	
46-55	16 (13,1 %)	1 ( 0,8 % )	17 (13,9 %)	
56-65	27 (22,5 %)	1 ( 0,8 % )	28 (23,3 %)	
<b>Geschlecht</b>				
weiblich	22 ( 8,3 % )	0	22 (8,3 %)	< 0,001
männlich	29 (12,2 %)	2 (0,8 %)	31 (13,0 %)	

Bei allen durch den Hausarzt im Rahmen der Krebsfrüherkennung durchgeführten rektalen Untersuchungen ergaben sich 7 pathologische Befunde. Von diesen Patienten wurden jeweils zwei zur Koloskopie und zum Urologen überwiesen.

In 3 Fällen konnten keine weiterführenden diagnostischen Maßnahmen in den Akten nachvollzogen werden.

Eine **gynäkologische Mitbehandlung** war während des Beobachtungszeitraumes bei 126 ( 47,9 % ) der 263 durchgesehenen Akten weiblicher Patientinnen ersichtlich. (Tab.38)

Tabelle 38 : Gynäkologische Konsultation nach Alter

	Gynäkologische Konsultation	P ( Pearsons Chi-Square)
<b>Alter</b>		
26-35	31 (22,1 %)	0,279/n.s.
36-45	25 (21,2 %)	
46-55	41 (33,6 %)	
56-65	29 (24,2 %)	

Ein **urologisches Konsil** wurde während des Beobachtungszeitraumes bei 33 von 237 Männern (13,9 %) vermerkt, davon signifikant (  $p=0,001$ ) am häufigsten in der ältesten Altersgruppe.

### 3.2.5.2.2. Laborscreening-Stuhltest auf occultes Blut

Einen Stuhltest auf occultes Blut führten die Hausärzte bei insgesamt 60 ( 12 % ) der untersuchten Patienten durch. Bei weiteren 8 Patienten lag ein Befund vom Urologen bzw. Gynäkologen vor. (Tab.39)

Bei 26 Patienten erfolgte dieser Test regelmäßig zur jährlichen Krebsfrüherkennungsuntersuchung, bei allen anderen seltener als einmal jährlich.

Lediglich eine dieser Untersuchungen erfolgte wegen geäußerter Beschwerden, alle anderen in präventiver Zielrichtung.

Tabelle 39 : Stuhltest auf occultes Blut nach Alter und Geschlecht

	regelmäßig 1x im Jahr	seltener als 1x im Jahr	Befund von Uro / Gyn	<b>insgesamt</b>	P (Pearsons Chi-Square)
<b>Alter</b>					
26-35	0	2 ( 1,4 % )	0	2 (1,4 %)	< 0,001
36-45	8 ( 6,7 % )	10 ( 8,4 % )	0	18 (15,1 %)	
46-55	7 ( 5,7 % )	5 ( 4 % )	5 ( 4 % )	17 (13,7 %)	
56-65	11 (9,1 %)	16 (13,3 %)	3 ( 2,5 % )	33 (24,9 %)	
<b>Geschlecht</b>					
weiblich	8 ( 3 % )	17 (16,4 %)	2 ( 0,7 % )	27 (20,1 %)	0,063/n.s.
männlich	18 (7,5 %)	16 ( 6,7 % )	6 ( 2,5 % )	40 (16,7 %)	

Signifikant am häufigsten getestet wurden Patienten der ältesten Altersgruppe, am zweithäufigsten, obwohl noch nicht anspruchsberechtigt, die Altersgruppe der 36-45jährigen, gefolgt von der Altersgruppe der 46-55jährigen. In der jüngsten Altersgruppe erfolgte ein Stuhltest auf occultes Blut bei 2 Patienten. Frauen wurde diese Untersuchung nichtsignifikant häufiger zuteil als Männern. (Tab.39)

In 5 Fällen fiel der Nachweis von occultem Blut im Stuhl positiv aus. In allen 5 Fällen erfolgte die Überweisung zur Koloskopie.



### 3.2.6. Impfungen

#### 3.2.6.1. Impfanamnese

Umfang und zeitliche Zuordnung bereits durchgeführter Impfungen waren bei insgesamt 216 Patienten ( 43,2 % ) bekannt.

Tabelle 40 : Impfanamnese nach Alter und Geschlecht

	Impfanamnese	p (Pearsons Chi-Square)
<b>Alter</b>		
26-35	38 (27,1 %)	< 0,001
36-45	57 (48,3 %)	
46-55	58 (47,5 %)	
56-65	63 (52,5 %)	
<b>Geschlecht</b>		
weiblich	117 (44,4%)	0,540/n.s.
männlich	99 (41,7 %)	

Zwischen Frauen und Männern gab es diesbezüglich einen nichtsignifikanten Unterschied mit einem Anteil von insgesamt 117 Frauen und 99 Männern.

Signifikant am seltensten war die Impfanamnese in der Altersgruppe der 26-35jährigen, am häufigsten in der Altersgruppe der 56-65jährigen erhoben worden. (Tab.40)

#### 3.2.6.2. Vom Hausarzt durchgeführte Impfungen

213 Patienten ( 42,6 % ) wurden durch den Hausarzt selbst geimpft. Die meisten Impfungen fanden wiederum signifikant in der ältesten Altersgruppe und die wenigsten in der jüngsten Altersgruppe statt. (Tab.41)

Tabelle 41 : Vom Hausarzt durchgeführte Impfungen nach Alter und Geschlecht

	durchgeführte Impfungen	P (Pearsons Chi-Square )
<b>Alter</b>		
26-35	36 (25,7 %)	< 0,001
36-45	58 (49,1 %)	
46-55	55 ( 45 %)	
56-65	64 (53,3 %)	
<b>Geschlecht</b>		
weiblich	115 (43,7%)	0,591/n.s.
männlich	98 (41,3 %)	

Insgesamt ergab sich eine nicht signifikant höhere Impfrate bei Frauen gegenüber Männern.  
(Abb.31)

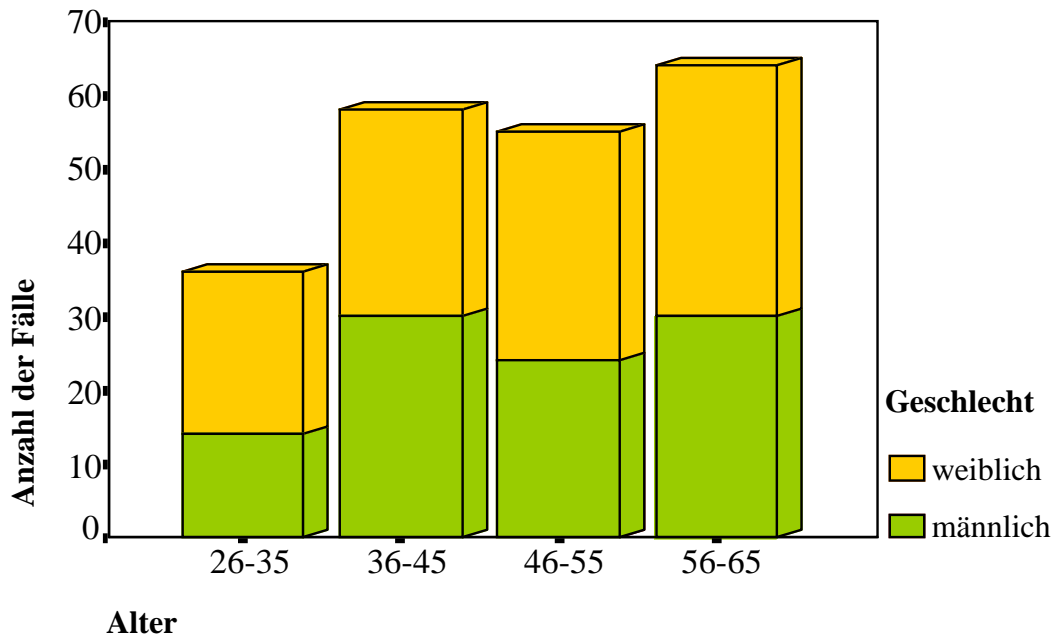


Abbildung 31 : Vom Hausarzt durchgeführte Impfungen nach Alter und Geschlecht

Unterteilt in die verschiedenen Impfungen, wurde am häufigsten mit insgesamt 30 % die Tetanusimpfung durchgeführt. Gefolgt war diese von der Diphtherieimpfung mit einem Anteil von 24,6 % und der Gripeschutzimpfung mit 20,2 %. An vierter Stelle lag die Polioimpfung mit 18,8 %. (Abb.32)

3,6 % aller Patienten wurden gegen FSME geimpft. In Einzelfällen wurden 4 Patienten gegen Hepatitis A, ein Patient gegen Hepatitis B und ebenso ein Patient gegen MMR immunisiert.

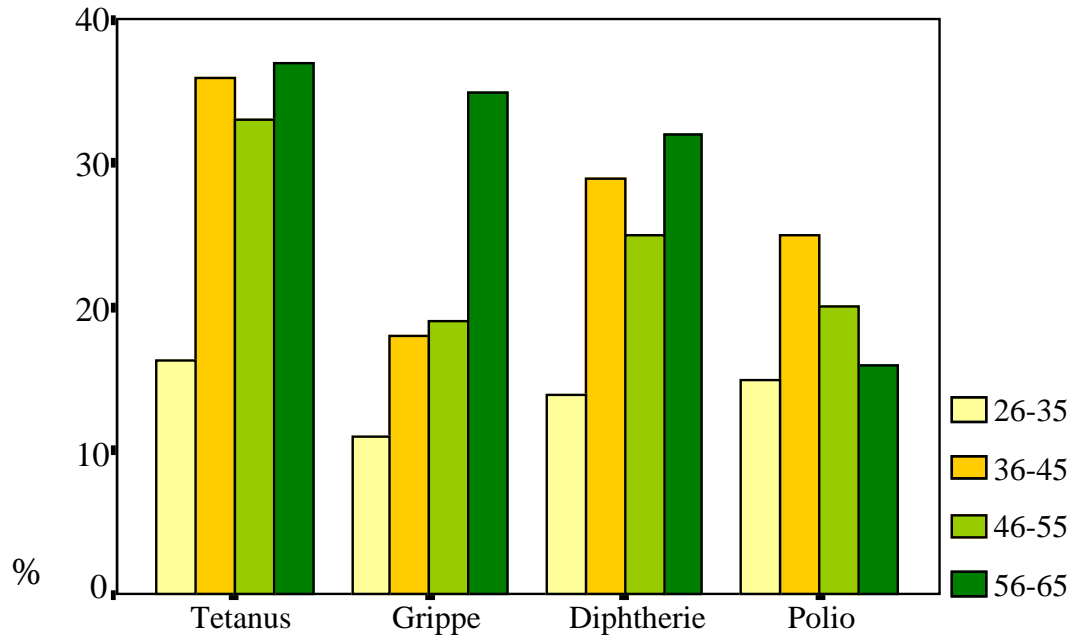


Abbildung 32 : Einzelne Impfungen - Altersverteilung

Die am häufigsten durchgeführte Tetanusimpfung erfolgte vor allem in den drei älteren Altersgruppen. Bei den 26-35jährigen war der Anteil mit 16,4 % innerhalb dieser Altersgruppe signifikant geringer.

Auch die Diphtherieimpfung fand anteilmäßig in den drei älteren Altersgruppen häufiger als in der jüngsten Altersgruppe statt.

Da nicht immer der Td-Kombinationsimpfstoff zur Anwendung kam, wurden diese beiden Impfungen getrennt erfasst.

Signifikante Unterschiede ergaben sich in der Geschlechtsverteilung nicht. (Tab.42)

Tabelle 42 : Durchgeführte Tetanus- und Diphtherieimpfungen nach Alter und Geschlecht

	Tetanusimpfung	P (Pearsons Chi-Square)	Diphtherieimpfung	P (Pearsons Chi-Square)
<b>Alter</b>				
26-35	23 (16,4 %)	< 0,001	20 (14,2 %)	< 0,001
36-45	43 (36,4 %)		34 (28,8 %)	
46-55	40 (32,7 %)		31 (25,4 %)	
56-65	44 (36,6 %)		38 (31,6 %)	
<b>Geschlecht</b>				
weiblich	79 (30 %)	0,724/n.s.	64 (24,3 %)	0,692/n.s.
männlich	71 (29,9 %)		59 (24,8 %)	

Die Gripeschutzimpfung wurde bei den 56-65jährigen ebenso wie die anderen Impfungen am häufigsten durchgeführt. Die beiden mittleren Altersgruppen hatten annähernd gleiche Anteile. Die Durchimpfungsrate der jüngsten Altersgruppe war auch hier am geringsten. (Tab.43)

Tabelle 43: Durchgeführte Polio- und Gripeschutzimpfungen nach Alter und Geschlecht

	Poliomyelitis-impfung	P (Pearsons Chi-Square)	Gripeschutz-impfung	P (Pearsons Chi-Square)
<b>Alter</b>				
26-35	21 ( 15 %)	< 0,001	15 (10,7 %)	< 0,001
36-45	30 (25,4 %)		21 (17,7 %)	
46-55	24 (19,6 %)		23 (18,8 %)	
56-65	19 (15,8 %)		42 ( 35 %)	
<b>Geschlecht</b>				
weiblich	47 (17,8 %)	0,505/n.s.	55 (20,9 %)	0,822/n.s.
männlich	47 (19,8 %)		46 (19,4 %)	

Gegen die Poliomyelitis erhielten am zahlreichsten die 36-45jährigen, gefolgt von den 46-55jährigen eine aktive Immunisierung. Die Altersgruppen der 56-65jährigen und 26-35jährigen hatten die geringste Impftrate.

Signifikante Geschlechtsunterschiede gab es, wie bei allen anderen Impfungen, nicht.

### 3.2.7. Funktionsstörungen des Bewegungsapparates

Beschwerden im Bereich des Bewegungsapparates äußerten insgesamt 198 Patienten (39,6%). Die beiden älteren Altersgruppen waren erwartungsgemäß häufiger vertreten als die 36-45jährigen und die 26-35jährigen, die seltener Beschwerden in diesem Bereich angaben.

Tabelle 44 : Beschwerden im Bereich des Bewegungsapparates nach Alter und Geschlecht

	Beschwerden im Bewegungsapparat	p (Pearsons Chi-Square)
<b>Alter</b>		
26-35	36 (25,7 %)	< 0,001
36-45	48 (40,6 %)	
46-55	58 (47,5 %)	
56-65	56 (46,6 %)	
<b>Geschlecht</b>		
weiblich	126 (47,9%)	< 0,001
männlich	72 (30,3 %)	

Frauen klagten mit insgesamt 47,9 % gegenüber den männlichen Patienten mit 30,4 % signifikant häufiger über vertebrale Schmerzen. (Tab.44)

### 3.2.7.1. Physiotherapeutische Behandlung

Eine physiotherapeutische Behandlung wurde 170 der 198 Patienten verordnet, die Beschwerden des Bewegungsapparates angegeben hatten.

Keinen Eingang in die Datenerhebung fanden physiotherapeutische Behandlungen bei bereits vorliegenden und aus der Patientenakte ersichtlichen Erkrankungen wie z.B. Bandscheibenprolaps oder chronische rheumatoide Arthritis, die einer regelmäßigen krankengymnastischen Behandlung bedürfen.

Am häufigsten rezeptierten die Hausärzte Massagen ( n = 56 ), gefolgt von Krankengymnastik ( n = 46 ) und Reizstromtherapie ( n = 44 ).

Zur Rückenschule wurden 24 Patienten überwiesen, eine Ultraschallbehandlung wurde 22 Patienten, Wärmetherapie 14 Patienten, Hydrotherapie 11 Patienten und Manuelle Therapie 8 Patienten verordnet. Bei 3 Patienten erfolgte eine Iontophorese.

Von den insgesamt 170 einer physiotherapeutischen Behandlung zugeführten Patienten, erhielten 119 zwei bzw. drei der oben genannten Behandlungsformen gleichzeitig. (Abb.33)

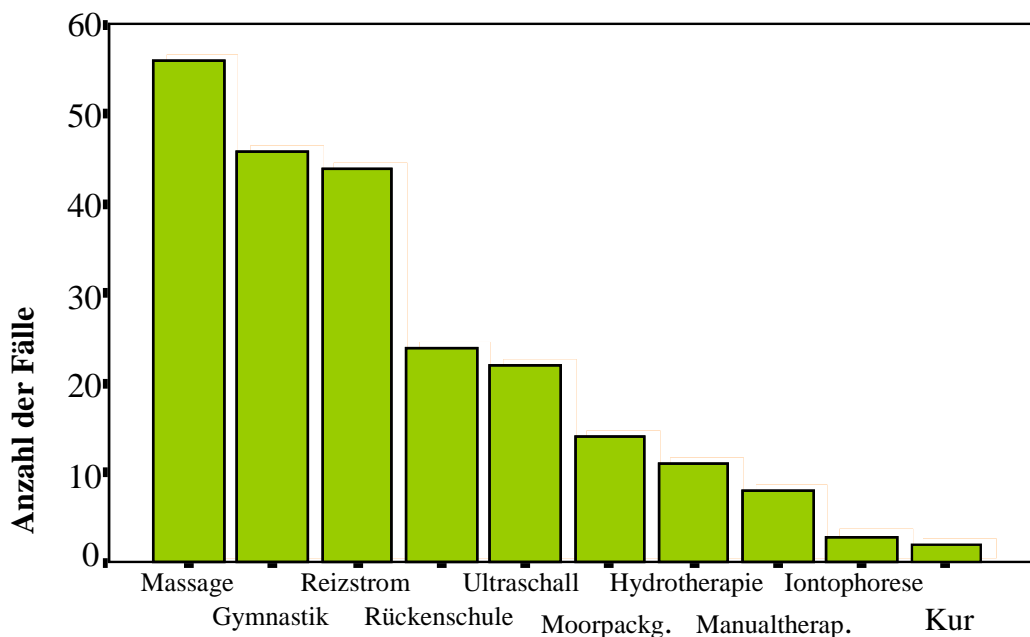


Abbildung 33 : Physiotherapeutische Behandlung

Frauen wurde signifikant ( $p < 0,001$ ) häufiger eine physiotherapeutische Maßnahme zuteil als den männlichen Patienten.

In der Altersverteilung erhielten die 46-55jährigen signifikant ( $p < 0,001$ ) die meisten physiotherapeutischen Behandlungen.

### 3.2.8. Hinweise auf psychosomatische Erkrankungen

Hinweise auf psychosomatische Erkrankungen wurden bei 68 Patienten (13,6 %) in den 500 durchgesehenen Akten vermerkt.

Diese kamen signifikant fast doppelt häufiger bei Frauen (17,1 %) als bei Männern (9,7 %) vor. In der Altersverteilung waren die Unterschiede nichtsignifikant. (Tab.45)

Tabelle 45 : Psychosomatische Störungen nach Alter und Geschlecht

	Psychosomatische Störungen	p (Pearsons Chi-Square)
<b>Alter</b>		
26-35	18 (12,8 %)	0,274/n.s.
36-45	20 (16,9 %)	
46-55	11 (9 %)	
56-65	19 (15,8 %)	
<b>Geschlecht</b>		
weiblich	45 (17,1 %)	0,015
männlich	23 (9,7 %)	

### 3.2.9. Vorliegen einer Prädisposition oder eines Risikos

Insgesamt bei 343 Patienten, dies sind 68,6 % aller Patienten, konnte anhand des retrospektiven Aktenstudiums eine Prädisposition oder ein Risiko hinsichtlich einer Entstehung von Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems, Krebserkrankungen, des Diabetes mellitus oder Erkrankungen des Bewegungsapparates festgestellt werden.

Signifikant am häufigsten wiesen die 56-65jährigen ein Risiko auf. Die Unterschiede in der Geschlechtsverteilung waren nichtsignifikant. (Tab.46 und Abb.34)

Tabelle 46 : Prädisposition / Risiko nach Alter und Geschlecht

	Prädisposition/ Risiko	p (Pearsons Chi-Square)
<b>Alter</b>		
26-35	68 (48,5 %)	< 0,001
36-45	78 (66,1 %)	
46-55	90 (73,7 %)	
56-65	107(89,1%)	
<b>Geschlecht</b>		
weiblich	177(67,3%)	0,439/n.s.
männlich	166( 70 %)	

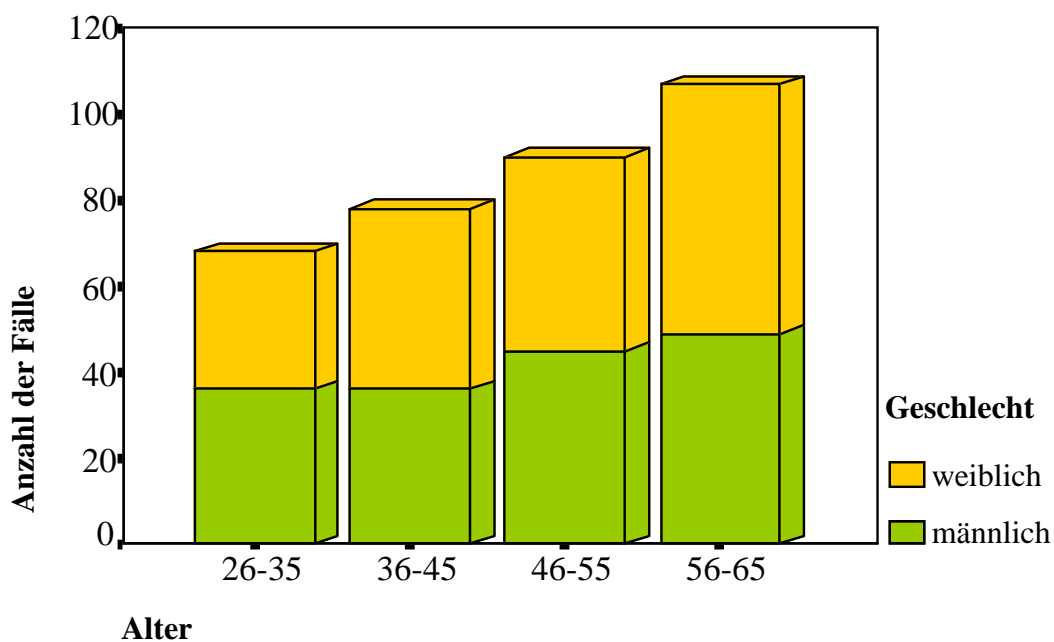


Abbildung 34 : Prädisposition/ Risiko nach Alter und Geschlecht

Die Risikostratifizierung wurde unterteilt in das Vorhandensein einer belasteten Familienanamnese und bestehende eigene Risikofaktoren.

In der Familienanamnese fanden sich bei 54 Patienten ( 10,8 % ) Herz-Kreislauf-Erkrankungen, bei 30 Patienten ( 6,0 % ) bösartige Tumorerkrankungen und bei 20 Patienten ( 4,0 % ) ein Diabetes mellitus.(Tab. 47)

Tabelle 47 : Positive Familienanamnese nach Alter und Geschlecht

	pos.FA-Herz-Kreislauf	p (Pearsons Chi-Square)	pos.FA-Krebs	p (Pearsons Chi-Square)	pos.FA-Diabetes	p (Pearsons Chi-Square)
<b>Alter</b>						
26-35	7 ( 5 %)	0,032	6 ( 4,2 %)	0,106/n.s.	5 ( 3,5 %)	0,139/n.s.
36-45	20 (16,9 %)		11 ( 9,3 %)		3 ( 2,5 %)	
46-55	16 (13,1 %)		5 ( 4 %)		5 ( 4 %)	
56-65	11 ( 9,1 %)		8 ( 6,6 %)		7 ( 5,8 %)	
<b>Geschlecht</b>						
weiblich	28 (10,6 %)	0,644/n.s.	22 (8,3 %)	0,033/n.s.	14 (5,3 %)	0,159/n.s.
männlich	26 (10,9 %)		8 ( 3,3 %)		6 ( 2,5 %)	

In Bezug auf die eigenen Risikofaktoren waren insgesamt 106 Patienten ( 21,2 % ) übergewichtig, 92 Patienten ( 18,4 % ) hatten grenzwertig erhöhte RR-Werte ( 140-159 mmHg systolisch und 90-94 mmHg diastolisch, entspricht der gültigen Definition der deutschen Hochdruckliga einer leichtgradigen Hypertonie).

Bei 148 Patienten ( 29,6 % ) waren Hyperlipidämie, bei 111 Patienten ( 22,2 % ) Nikotinabusus und bei 14 Patienten ( 2,8 % ) Bewegungsmangel bekannt.

Stressbelastung wurde bei 105 Patienten ( 21,0 % ) und eine länger anhaltende psychische Belastung bei 8 Patienten beschrieben .(siehe Abb.35 )

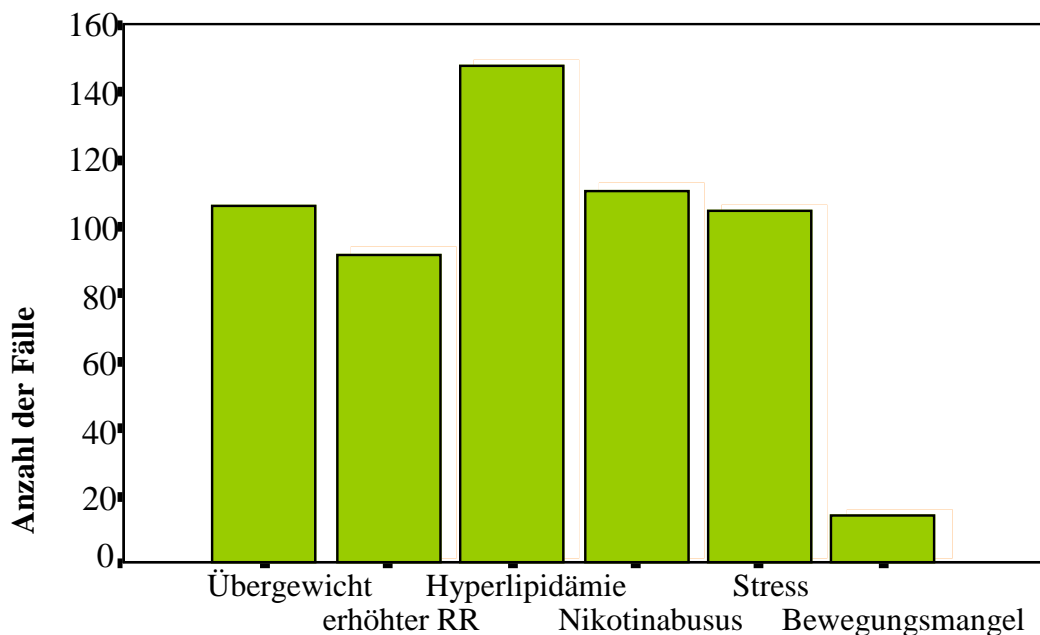


Abbildung 35 : Eigene Risikofaktoren



Bei 13 Patienten ( 2,6 % ) war ein Alkoholabusus dokumentiert.

In der Altersverteilung wiesen signifikant am häufigsten die 56-65jährigen grenzwertig erhöhte RR-Werte, Hyperlipidämie und Nikotinabusus, die 36-45jährigen eine Stressbelastung und die 46-55jährigen Übergewicht auf. (Tab.48 und 49)

Tabelle 48 : Eigene Risikofaktoren ( Adipositas, grenzwertig erhöhter RR ,Hyperlipidämie,) nach Alter und Geschlecht

	Übergewicht	p (Pearsons Chi-Square)	grenzwertig erhöhter RR	p (Pearsons Chi-Square)	Hyperlipidämie	p (Pearsons Chi-Square)
<b>Alter</b>						
26-35	17 (12,1%)	< 0,001	8 ( 5,7 % )	< 0,001	12 (8,5 %)	< 0,001
36-45	26 ( 22 %)		23 (19,4%)		26 ( 22 %)	
46-55	34 (27,8%)		25 (20,4%)		51 (41,8%)	
56-65	29 (24,1%)		36 ( 30 %)		59 (49,1%)	
<b>Geschlecht</b>						
weiblich	50 ( 19 %)	0,448/n.s.	46 (17,4%)	0,792/n.s.	65 (24,7%)	0,344/n.s.
männlich	56 (23,6%)		46 (19,4%)		83 ( 35 %)	

Signifikante Geschlechtsunterschiede bezüglich einer Prädisposition oder eines Risikos ergaben sich hinsichtlich der Stressbelastung, die bei Frauen überwog ( p= 0,023) und bezüglich des Nikotinabusus, der bei Männern signifikant ( p < 0,001) häufiger eine Rolle spielte.

Tabelle 49 : Eigene Risikofaktoren ( Nikotinabusus, Stressbelastung, Bewegungsmangel) nach Alter und Geschlecht

	Nikotinabusus	p (Pearsons Chi-Square)	Stressbelastung	p (Pearsons Chi-Square)	Bewegungsmangel	p (Pearsons Chi-Square)
<b>Alter</b>						
26-35	31 (22,1 %)	< 0,001	17 (12,1%)	< 0,001	6 ( 4,2 %)	0,012
36-45	21 (17,7 %)		32 (27,1%)		1 ( 0,8 %)	
46-55	28 (22,9 %)		24 (19,6%)		4 ( 3,2 %)	
56-65	31 (25,8 %)		32 (26,6%)		3 ( 2,5 %)	
<b>Geschlecht</b>						
weiblich	39 (14,8 %)	< 0,001	66 ( 25 %)	0,023	11 ( 4,1 %)	0,150/n.s.
männlich	72 (30,3 %)		39 (16,4%)		3 ( 1,2 %)	

## **4. DISKUSSION**

### **4.1. Stellenwert der Arzt-Patient-Beziehung in der präventiven Tätigkeit**

Die vertrauensvolle Arzt - Patient - Beziehung ist in der präventiven Tätigkeit des Hausarztes eine der wichtigsten Voraussetzungen zur Einflussnahme auf gesundheitsförderndes Verhalten, zur Förderung der Eigenverantwortlichkeit der Patienten gegenüber Ihrer Gesundheit und zur Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen.

Der Stellenwert der vertrauensvollen Arzt - Patient - Beziehung spiegelt sich in der Patientenbefragung wieder, in der sie bezüglich der Erwartungen an den Hausarzt der fachlichen Kompetenz annähernd gleichgestellt wird.

P.Nowak beschreibt die ärztliche Gesprächsführung aus der Sicht gesprächsanalytischer Forschung zur Arzt-Patient-Interaktion als potentielle Gesundheitsförderungsmaßnahme. [101]

In der Literatur finden sich als Informationsquellen zur Prävention zu 80 Prozent Printmedien, zu 74 Prozent das Fernsehen, zu 62 Prozent die Arztpraxis und zu 56 Prozent die Krankenkassen. [52] Andre Untersuchungen offenbarten, dass meistens der Hausarzt oder Facharzt den Anstoß zu Früherkennungsuntersuchungen gab. [146]

Hier zeigt sich der hohe Stellenwert, den der Arzt im Rahmen der Informiertheit der Bevölkerung bezüglich der Prävention und Gesundheitsförderung einnimmt. Allerdings ist im Kontext der bisherigen gesundheitspolitischen Intentionen seine Rolle v.a. in der Gesundheitsförderung eher untergeordnet gegenüber anderen Organisationsstrukturen wie dem öffentlichen und betrieblichen Gesundheitswesen und kommunalen Einrichtungen.

Voraussetzung für effektive Prävention ist die umfassende Kenntnis der Anamnese (Eigen-, Familien- und Sozialanamnese) und dem sich daraus ergebenden Risikoprofil sowie die Einschätzung der Höhe des Eigenpotentials des Patienten, an der eigenen Gesunderhaltung aktiv mitwirken zu können.

Die vollständige Erhebung der Eigenanamnese erfolgte in der jüngsten Altersgruppe mit einem Anteil von 57 Prozent am seltensten und insgesamt nur bei drei Viertel aller Patienten. Eine nach den Richtlinien über Früherkennungsuntersuchungen geforderte Erfassung der Familienanamnese fand lediglich bei 34 Prozent aller Patienten ohne signifikante Unterschiede bezüglich Alter und Geschlecht statt.

In einem Drittel ( 35 %) aller analysierten Akten war kein Vermerk über den Beruf oder die derzeitige Tätigkeit oder eine bestehende Arbeitslosigkeit ersichtlich. Bei fehlendem Wissen über diesen Teil der Anamnese ist eine Einschätzung der Gesamtsituation eines Patienten nur eingeschränkt möglich.

Die unzureichende Anamneseerhebung wird desweiteren bei Kenntnissen über das familiäre Umfeld deutlich, welches bei 28 Prozent aller Patienten dokumentiert wurde, wobei die meisten anamnestischen Kenntnisse über die älteste Altersgruppe vorhanden waren.

Es ist anzunehmen, dass anamnestische Daten bei den älteren Patienten mit mehrfachen Arztkonsultationen infolge höherer Morbidität in diesem Zusammenhang häufiger erfragt wurden.

Im Gegensatz dazu steht jedoch die Bereitschaft der Patienten, mit dem Arzt über private Probleme zu sprechen.

Lediglich 34,8 Prozent aller Patienten besprachen auftretende Probleme in jedem Fall mit ihrem Hausarzt, die meisten befragten Patienten (40,4 %) jedoch nur, wenn sie einen Zusammenhang mit ihren aktuellen Beschwerden vermuteten. Frauen haben dabei zahlreicher über Probleme im sozialen und familiären Bereich gesprochen als Männer.

Neben einer nachvollziehbaren Zurückhaltung des Patienten gegenüber der ärztlichen Persönlichkeit und einer Selbsteinschätzung, die Problemen im privaten Bereich oftmals keinen Krankheitswert beimisst, spielt gerade beim Aufbau einer Vertrauensbasis der Zeitfaktor eine entscheidende Rolle.

Dies zeigt sich im Patientenfragebogen dahingehend, dass der meistgeäußerte Wunsch bezüglich der Betreuung durch den Hausarzt, der nach mehr Zeit zum Zuhören und zum vertrauensvollen Gespräch während der Konsultation war.

Ein weiterer Faktor, der die Entstehung einer vertrauensvollen Arzt - Patient - Beziehung entscheidend beeinflussen kann, ist die Häufigkeit der Arztkonsultationen.

Hier zeigte die retrospektive Aktenanalyse, dass v.a. die beiden jüngeren Altersgruppen in unregelmäßigen Abständen und signifikant seltener als halbjährlich, den Hausarzt aufsuchten.

Die bereits erwähnten Probleme des mangelnden Zeitfaktors und der geringeren Erreichbarkeit der jüngeren Patienten spiegeln sich ebenfalls in der Analyse der Krankenakten wieder.

Eine Problematik, die ein Höchstmaß an Vertrauen voraussetzt und im Gespräch zeitaufwendiger sein kann als andere Probleme, ist ein gestörtes Sexualleben.

Es wurde nur bei 1,8 Prozent aller Patienten angesprochen und lässt vermuten, dass sowohl eine Tabuisierung seitens der Patienten als auch eine zu geringe aktive Nachfrage des Arztes die geringe Präsenz dieses Problems in der Dokumentation erklären.

Zusammengefasst waren anamnestische Kenntnisse über den Patienten einschließlich daraus erwachsender oder bereits bestehender Probleme, die eine Gesundheitsgefährdung darstellen könnten, in den Krankenakten deutlich unterrepräsentiert.

Aufzeichnungen klinischer und paraklinischer Befunde nahmen in der Krankenakte einen wesentlich höheren Stellenwert ein als Gesprächsleistungen, bzw. fanden keine adäquate Abbildung. Dies korreliert mit anderen deutschen und US-amerikanischen Erhebungen.

[58,15,92]

Jedoch sollte gerade im hausärztlichen Bereich mit stabiler und lange bestehender Vertrauensbasis die Kenntnis einer Vielzahl von krankheitsbeeinflussenden und begünstigenden Faktoren als Voraussetzung für eine effektive Prävention konsequenter angestrebt werden.

Als mögliche Fehlerquelle oder Informationsverlust ist anzunehmen, dass viele Hausärzte Informationen über eine Vielzahl ihrer Patienten „im Kopf“ haben, die zum Teil aus langjährigen mündlichen Mitteilungen in Erinnerung bleiben und zum Teil, sicherlich aus Zeitgründen, nicht in der Krankenakte vermerkt werden.

Jedoch muss in Betracht gezogen werden, dass ein Hausarzt, der durchschnittlich 900 Patienten im Quartal betreut, über Veränderungen der Lebensumstände seiner Patienten oder über Eigeninitiativen im Sinne von Bewältigungsstrategien nicht vollständig den Überblick behalten kann, wenn sie nicht in der Krankenakte vermerkt wurden.

Situationen der Unzufriedenheit beim Patienten mit nachfolgender Störung des Arzt-Patient-Verhältnisses wären vorprogrammiert, wenn bestimmte Einzelheiten dem Arzt seines Vertrauens nicht gegenwärtig sind, obwohl er davon mehrere Male in Kenntnis gesetzt wurde. Desweiteren birgt eine unzureichende Dokumentation auch Probleme in sich, falls eine Praxisvertretung erforderlich ist oder eine Evaluierung bestimmter Patientendaten z.B. für medizinische Gutachten notwendig wird, die im Interesse des Patienten so genau wie möglich erfasst werden sollten.

Eine am Rand der Akte oder in den Computer eingegebene Abrechnungsziffer über ein längeres beratendes Gespräch erfüllt in diesen Fällen nicht ausreichend ihren Zweck.

Letztendlich sind nichtdokumentierte Informationen auch keiner retro- oder prospektiven Erfassung oder Auswertung zugänglich.

Positiv ist aus den Krankenakten ersichtlich, dass von den insgesamt 34 Prozent aller Patienten, bei denen aufgetretene Probleme im persönlichen oder beruflichen Umfeld erfragt wurden, mit der Mehrzahl wiederholte Gespräche stattfanden. Das heißt, auch wenn nicht erkennbar war, ob Patient oder Arzt den Anstoß zu mehrfachen Gesprächen gaben, wurde eine Kontinuität im Sinne der Verbalisierung des Problems ersichtlich und nicht lediglich die Kenntnisnahme eines solchen durch den Arzt.

Ein konkreter Vorschlag oder eine Bewältigungsstrategie war nur in 2,6 Prozent der Fälle erkennbar. Hier ist anzunehmen, dass nicht jede Empfehlung auch schriftlich in der Krankenakte fixiert wurde.

#### **4.2. Informiertheit über Vorsorge und Früherkennung**

Insgesamt gaben fast alle (97,6 %) befragten Patienten an, der Früherkennung einen sehr wichtigen bzw. wichtigen Stellenwert beizumessen. Dies korreliert mit dem hohen Prozentsatz von Patienten ( 89,9 % ), die über Angebote von Früherkennungsuntersuchungen informiert waren. Ähnliche Zahlen weist die Bevölkerungsbefragung der TU Dresden von Hagen und Donsbach aus dem Jahr 2005 bezüglich der Grundeinstellungen zur Prävention auf, in der lediglich fünf Prozent der Bevölkerung den Einfluss der eigenen Lebensweise auf die Gesunderhaltung verneinten. [52]

In den USA konnte in einer telefonischen Befragung eine hohe Informiertheit bezüglich der Inhalte der GU nachgewiesen werden. Allerdings war einerseits der Wunsch nach einer jährlichen GU groß, sank andererseits bei Bekanntwerden der Kosten der einzelnen Untersuchungen.[103]

Auffällig war, dass die beiden jüngeren Altersgruppen der Wichtigkeit von Früherkennungsuntersuchungen einen signifikant geringeren Stellenwert beimaßen als die älteren Patienten. Vor allem die jüngeren Altersgruppen sollten jedoch Zielgruppen zur Erkennung der eigenen Ressourcen zur Gesunderhaltung einerseits und zur Determination gesundheitsschädlicher Faktoren wie Übergewicht und Bewegungsmangel andererseits im Sinne einer größtmöglichen primärpräventiven Effektivität sein.

Die Notwendigkeit, gerade jüngere Altersgruppen zu erfassen, zeigte eine Querschnittsstudie ( „Fit -fürs-Leben-Studie“ ) der Deutschen Sporthochschule Köln an 12500 Teilnehmern zwischen 16 und 25 Jahren. Bei den 20- bis 25-Jährigen verstärkten sich gesundheitlich ungünstige Merkmale deutlich. 50 Prozent der 25-jährigen Männer waren übergewichtig,

60 Prozent rauchten und ca. 30 Prozent waren sportabstinent. Frauen waren nur zu 25 Prozent übergewichtig, jedoch wesentlich seltener als Männer sportlich aktiv. Nur ein Viertel aller Studienteilnehmer dieses Alters wies keinen kardiovaskulären Risikofaktor auf. [81]

Die Ergebnisse einer Studie der orthopädischen Klinik Heidelberg in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Krebsforschungszentrum Heidelberg bezüglich der Compliance nach ärztlicher Sportempfehlung untermauern die Effektivität eines beratenden individuellen ärztlichen Gespräches. Hier konnte gezeigt werden, dass die Compliancequote nach ärztlicher Beratung bei insgesamt 52 Prozent lag, d.h. von 488 beratenen Patienten änderten 252 innerhalb von 12 Monaten ihr Sportverhalten. [132]

Der bestehende Informationsgrad über die Möglichkeit zur Inanspruchnahme von Gesundheitsuntersuchungen war in der Altersgruppe der 36-45jährigen mit insgesamt 96,5 Prozent signifikant am höchsten. In Anbetracht dessen, das zwischen dem 35. und 45. Lebensjahr bis auf die Koloskopie der vollständige Anspruch auf Früherkennungsuntersuchungen erworben wird, lässt dieses Ergebnis eine gute Effizienz bezogen auf die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen vermuten.

Defizitär stellte sich der Informationsgrad in der jüngsten Altersgruppe dar. In dieser waren 25 Prozent der Befragten überhaupt nicht über Möglichkeiten von Früherkennungsuntersuchungen informiert. Hierbei muss in Betracht gezogen werden, dass die jüngste Altersgruppe, mit Ausnahme der in dieses Cluster fallenden 35-Jährigen, bis auf die gynäkologische Früherkennung noch nicht anspruchsberechtigt für Vorsorgeuntersuchungen war. Jedoch sind bezugnehmend auf die steigende Prävalenz z.B. des Mammakarzinomes sowie des Melanomes [37] frühzeitige Ansätze zur Motivation der jüngeren Patienten zur Wahrnehmung der Früherkennung durch den Hausarzt dringend geboten.

Korrelierend zu den eigenen Zahlen zeigte die Bevölkerungsbefragung der TU Dresden, das wichtige Präventionsangebote fast allen Befragten bekannt waren. Von verschiedenen Arten der Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen sowie von Auffrischimpfungen hatten 90 Prozent der Bevölkerung Kenntnis. 75 Prozent der Befragten waren über die Möglichkeit einer zweijährliche Gesundheitsuntersuchung beim Hausarzt informiert. [52]

Eine Befragung von AOK-Versicherten zeigte, dass drei Viertel über die Möglichkeit des check-ups informiert waren, allerdings die 35-40 jährigen seltener als höhere Jahrgänge. Krebsfrüherkennungsuntersuchungen waren ebenso bei mehr als drei Vierteln der Versicherten bekannt, die gynäkologische Vorsorgeuntersuchung sogar knapp 90 Prozent der

Befragten. In Korrelation zur eigenen Arbeit hatten die Frauen unter 30 Jahren die wenigsten Kenntnisse ( 75 %). [146]

Im Gegensatz hierzu standen in Nordrhein-Westfalen im Rahmen einer telefonischen Befragung 2003 durchgeführte Datenerhebungen, die einen Informationsgrad zur Gesundheitsuntersuchung von lediglich 26 Prozent und zur Krebsvorsorgeuntersuchung von 78 Prozent aufwiesen. Männer waren gegenüber Frauen schlechter informiert. Informationsquellen waren in absteigender Anzahl Medien, Hausarzt und Krankenkassen.

Als Motivation zu präventiven Maßnahmen wurde von 70 Prozent der Befragten die Eigeninitiative angeführt. Lediglich 15 Prozent fühlten sich durch den Hausarzt und nur ein Prozent durch ihre Krankenkasse zur Prävention motiviert. [102]

Durch den Hausarzt wurden in der eigenen Patientenbefragung 74,2 Prozent aller Teilnehmer über die Möglichkeit einer Früherkennungsuntersuchung informiert, allerdings in der jüngsten Altersgruppe lediglich ein Viertel der Befragten. Diese Anzahl korreliert mit dem Informationsgrad über Möglichkeiten der Früherkennung in dieser Altersgruppe und lässt annehmen, dass vorwiegend im ärztlichen Gespräch eine Wissensvermittlung diesbezüglich stattgefunden hat. Somit wird das ärztliche Gespräch in seinem Stellenwert für den effektiv wirkungsvollen frühen Zeitpunkt präventiver Ansätze erneut aufgewertet.

Wie umfangreich der Informationsgrad über Früherkennungsuntersuchungen in der eigenen Datenerhebung war, und ob manche Patienten lediglich den Fakt, dass solche Möglichkeiten existierten, angaben, konnte aus der Patientenbefragung nicht geschlussfolgert werden. Dies hätte die Schwierigkeit in sich geborgen, im Fragebogen entweder Suggestivfragen zu stellen oder den Patienten in freiem Text die Inhalte der Gesundheitsuntersuchung aufschreiben zu lassen. Letzteres hätte eine adäquate statistische Datenerfassung nicht ermöglicht oder die Patienten veranlasst, diese Frage nicht zu beantworten.

#### **4.3. Inanspruchnahme von Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen**

Der hohe Informationsgrad sowie der hohe Stellenwert, den Patienten der Früherkennung beimaßen, spiegelte sich nicht in der Anzahl in Anspruch genommener Vorsorgeuntersuchungen wieder.

An Krebsfrüherkennungsuntersuchungen beteiligte sich annähernd die Hälfte der Patienten . Eine Gesundheitsuntersuchung haben 69 Prozent aller Befragten einmalig vornehmen lassen, in regelmäßigen Abständen waren dies 34,8 Prozent und hier vor allem die Teilnehmer der

ältesten Altersgruppe. Aus den Akten ging eine regelmässige Beteiligung an der GU von lediglich 12,8 Prozent hervor.

Im Gegensatz zu anderen Ländern Europas, wie z.B. England, Holland und den skandinavischen Staaten, in denen Teilnehmerraten von 70-80% erzielt werden [41], weisen die Datenerhebungen zur Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen in Deutschland große Unterschiede auf.

In einer Untersuchung von Sönnichsen et al. aus dem Jahr 2007 an 1500 Patienten in 10 Arztpraxen fand sich eine Beteiligung von 78,5 Prozent, darunter waren Frauen mit 62 Prozent überrepräsentiert.[123]

Detaillierte Aussagen lieferte eine vom Institut für Allgemeinmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover durchgeführte retrospektive Analyse von erhobenen Daten im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung der Jahre 1996 bis 2006. [57]

Die Inanspruchnahme der Untersuchung lag hier bei 13,6 Prozent der Anspruchsberechtigten. Männer wurden häufiger untersucht als Frauen. Die Gruppe der 55-65jährigen erhielt am häufigsten eine GU. In Praxen mittlerer Größe wurden häufiger als in kleinen oder großen Praxen Gesundheitsuntersuchungen durchgeführt.

Die aktuell verfügbaren Zahlen zur Inanspruchnahme des Gesundheits-check-up der Gesundheitsberichterstattung des Bundes zeigen eine steigende Beteiligung von insgesamt 18 Prozent im Jahr 2000 auf 27 Prozent im Jahr 2009. Frauen und Männer wiesen im Jahr 2008 gleichermaßen eine steigende Beteiligung von den 35- zu den 70-Jährigen auf. Nach dem 70.Lebensjahr nahm die Beteiligung bei beiden Geschlechtern wieder ab.

Krebsfrüherkennungsuntersuchungen wurden insgesamt im Jahr 2008 von 47 Prozent der anspruchsberechtigten Frauen mit steigender Tendenz vom 25.bis zum 40.Lebensjahr und jenseits des 40.Lebensjahres wieder fallender Beteiligung wahrgenommen. Bei den Männern unterzogen sich insgesamt 21 Prozent einer solchen Untersuchung, hier mit kontinuierlich steigender Teilnahme ab dem 45. bis zum 70.Lebensjahr.[129]

Ausserhalb Europas wird, z.B. in den USA, die Teilnahme an check up`s und Krebsvorsorgeuntersuchungen der Frau jeweils mit 20 Prozent angegeben. Bei der GU liegen die Teilnahmequoten bei den 25-34jährigen bei sieben Prozent der Männer und 14 Prozent der Frauen und steigend bei den 55-64jährigen bei 31 % der Männer und 29 % der Frauen.[92]

Insgesamt zeigt sich, dass die Angaben zur Häufigkeit der Inanspruchnahme von Gesundheits- und Krebsvorsorgeuntersuchungen in Abhängigkeit von der Größe der in die Untersuchungen eingegangenen Patientenzahlen sinkt. Dies könnte sowohl in der eigenen als auch in anderen Erhebungen in einer positiven Selektion begründet sein, da sich nur die Ärzte



bzw. Arztpraxen an einer solchen Datenerfassung beteiligt haben, die eine positive Einstellung zu Gesundheits- und Krebsvorsorgeuntersuchungen haben und diese häufig durchführen.

Die eigene Patientenbefragung zeigte lediglich in der regelmäßigen Teilnahme an Gesundheitsuntersuchungen, dass Frauen signifikant häufiger als Männer ein entsprechendes Problembewusstsein entwickelten.

Übereinstimmend mit oben genannten Erhebungen der Gesundheitsberichterstattung ließ sich im Aktenstudium diese Signifikanz nicht reproduzieren und korreliert ebenso mit den eigenen Umfrageergebnissen in Hinsicht auf den Stellenwert einer Gesundheitsuntersuchung, der von Frauen nicht signifikant höher eingestuft wurde als von Männern.

Obwohl mehr als die Hälfte aller Patienten der beiden jüngeren Altersgruppen der Früherkennung einen sehr wichtigen Stellenwert zuordneten, zeigte sich in der Umsetzung dieser Untersuchungen ein Defizit. 12 Prozent aller 26-35jährigen Befragten nahmen eine GU und 23 Prozent eine Krebsvorsorgeuntersuchung in Anspruch.

Eine mögliche Fehlerquelle in der Beantwortung dieser Fragestellung könnte in dem Sachverhalt bestehen, dass jede gynäkologische Konsultation mit einhergehender Untersuchung zur Vorsorge genutzt werden kann, dies von den Patientinnen jedoch nicht so bewertet wurde.

Bei eingeschränkter Anspruchsberechtigung beim check up hätte sich bereits jede weibliche Befragte dieser Altersgruppe einer gynäkologischen Krebsvorsorge unterziehen können. Andere Untersuchungen geben eine Beteiligungsrate der 20-29jährigen Frauen an Krebsvorsorgeuntersuchungen von 67 Prozent an und der 35-39jährigen von 50 Prozent bei der GU. [146]

Korrelierend mit der bereits genannten Datenanalyse aus Hannover [52] zeigte sich in der eigenen Datenerhebung die häufigste Beteiligungsquote an Check-ups bei den 56- bis 65-Jährigen. Eine weiter ansteigende Beteiligung bis zu den 70-jährigen in den Angaben der Gesundheitsberichterstattung wurde in der eigenen Datenerhebung nicht erfasst.

Nachdem das Präventionsgesetz 2005 im Bundesrat gescheitert war, initiierte das Bundesgesundheitsministerium im selben Jahr die Kampagne „Bewegung und Gesundheit“. Diese großangelegte Kampagne umfasste eine breitenwirksame Aufklärungsarbeit an öffentlichen Plätzen, kontinuierliche Medienarbeit, die Verteilung von Schrittzählern, die Aufstellung von Gesundheitsinformationen, flankiert von der Ausgabe von Flyern und Broschüren. Die nach-

folgende Befragung zeigte konform zur eigenen Arbeit, dass v.a. Frauen und hier wiederum Frauen höherer Bildungsschichten präventiven Maßnahmen am häufigsten zugänglich sind. Insgesamt spaltet sich die Bevölkerung in zwei größere Gruppen: diejenigen, die viel Vorsorgeaufwand betreiben und diejenigen, die fast keinen Vorsorgeaufwand betreiben, wobei die erstgenannten keinen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen.

In Abhängigkeit vom Grad der Eigenverantwortung zeigten sich auch in dieser Untersuchung Unterschiede in der Bekanntheit und Wahrnehmung von Präventionsmaßnahmen.

Die Bekanntheit lag bei hoher Eigenverantwortung ( Indexwert aus Fragebogen) hinsichtlich der Vorsorgeuntersuchungen bei 99 Prozent gegenüber 93 Prozent bei geringer Eigenverantwortung, wobei letztendlich die Inanspruchnahme bei hoher Eigenverantwortung nur noch 69 Prozent und 49 Prozent bei geringer Eigenverantwortung betrug. [52]

Um eine effektive Krankheitsprävention und eine bessere Lebensqualität zu erreichen, sowie den gesundheitspolitischen Vorgaben zur Verbesserung von Vorsorge und Gesundheitsförderung gerecht zu werden, gilt es, breite Bevölkerungsschichten zu erreichen.

In diesem Kontext soll auf die seit dem Jahr 2004 bestehende Möglichkeit der Krankenkassen zur Bonifizierung des Gesundheitsverhaltens ihrer Versicherten eingegangen werden.

Grundsätzlich gelten die analytischen Arbeiten zu Bonifizierungsprogrammen von Künzel und Lauer als richtungsweisend und zeigen, dass diese in erster Linie als Kundenbindungsinstrument dienen.

Eine positive Grundhaltung der Patienten gegenüber ihrer Kasse bei angebotenen und genutzten Bonusprogrammen ist jedoch durchaus gegeben.

Die Motivation bezüglich der Wahrnehmung präventiven Verhaltens steigt mit der Qualität des Bonus ( Jeffrey 2002 ) und ist damit finanziell für die Krankenkasse eine nicht unerhebliche Größe. [66]

Die Krankenkassen nehmen für bestimmte festgelegte Verhaltensweisen eine Bonifizierung im Nachhinein vor. Neben der Teilnahme an Gesundheitsuntersuchungen, Auffrischung von Impfungen , dem Erreichen bestimmter Zielwerte hinsichtlich des Blutdruckes, Gewichtes und Cholesterinspiegels zählen auch zertifizierte Bewegungs- und Gewichtsreduktionsprogramme zum Bonifizierungssystem.

Eigenverantwortliches Handeln eines Einzelnen im Sinne von regelmäßiger Bewegung, gesundem Essverhalten und Nikotinverzicht gilt als primäres Ziel der Gesundheitsförderung , ist jedoch schwer messbar bzw. nachprüfbar und wird grundsätzlich im Rahmen von Bonifizierungsprogrammen nicht berücksichtigt. [70]

Ziel sollte es sein, Zielgruppen risikoselektiv und nicht kundenbindungsorientiert anzusprechen und Ihnen Leistungen zur Prävention anzubieten. ( Rosenbrock 2006).

Dem Umstand Rechnung zu tragen, dass gefährdete und wenig Eigenverantwortung zeigende Menschen erreicht werden, kann eine allgemeine Broschüre der Kasse nicht leisten. Untersuchungen von Diller ( 1997) haben gezeigt, dass Bonifizierungsprogramme allgemein meist von denjenigen in Anspruch genommen werden, die sowieso schon ein hohes Gesundheitsbewusstsein aufweisen.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass Bonusprogramme von den Mitgliedern genutzt werden, die gesund sind und die wenigsten Risikofaktoren aufweisen, weil sie die Zugangsvoraussetzung zum Erreichen eines Bonus sowieso schon erfüllen.

Bei allen anderen Patienten kann oftmals nur die persönliche Ansprache durch eine vertraute Person, wie z.B. den langjährigen Hausarzt, präventives Verhalten anregen.

Die Wissensvermittlung und Durchführung von Früherkennungsmaßnahmen muss im Kontext der sowohl in Deutschland als auch international kontroversen Diskussion bezüglich ihres Nutzens betrachtet werden. [1, 2, 75 ]

Schwerpunkt der Kontroverse ist vor allem die Erhebung falsch-positiver Testergebnisse wie z.B. Mammografiebefunde und Hämoculttests sowie paraklinisch-pathologischer Parameter bei fehlender Morbidität wie Hypercholesterinämie.

Die Befunderhebungen haben zunächst eine Verunsicherung der Patienten und unter Umständen eine nachfolgende Überdiagnostik und -therapie als auch eine Vorverlagerung eines bis dahin asymptomatischen Erkrankungsverlaufes zur Folge. Sie sind nur zu rechtfertigen, wenn ein Benefit für den Patienten im Sinne einer dadurch erhöhten Lebensqualität oder verminderten Mortalität zu erreichen ist.

Richtungsweisend sind Empfehlungen der United States Preventive Service Task Force, die seit 1979 regelmäßig Empfehlungen zu präventiven Interventionen, mit Evidenzgraden versehen, publiziert. [134]

Im Screening ist 2010 mit den Evidenzgraden A bzw. B die Blutdruckmessung, Blutfettwertbestimmung, das Screening auf Mamma-, Zervix- und Kolonkarzinom sowie die Adipositas versehen. In der Beratung werden dem Rauchen, Alkoholkonsum, sicheren Sexualverkehr und Impfungen die beiden höchsten Evidenzgrade zugeschrieben. Die Blutzuckerkontrolle erreicht den Evidenzgrad B im Rahmen der Abschätzung eines kardiovaskulären Risikos. Nicht belegt sind der Nutzen des Screenings auf Schilddrüsen-

Prostata- und Bronchialkarzinom. Nicht empfohlen wird ein Screening auf Ovarial- und Pankreaskarzinom sowie auf die manifeste Koronare Herzkrankheit. [145,59,8,121]

Auch Patienten selbst sehen die Früherkennungsuntersuchungen differenziert. Mehr als ein Drittel gaben in einer Befragung an, dass der Nutzen nicht klar und eindeutig ist und ebenso ein Drittel, dass die Früherkennung Ergebnisse liefern könnte, die nicht richtig sind. [146]

In den nachfolgenden Kapiteln werden im Einzelnen die Konformität bzw. abweichende Empfehlungen zu o.g. US-amerikanischen Leitlinien dargestellt.

#### **4.4. Körperliche Untersuchung**

Im Rahmen der durchgeführten Gesundheitsuntersuchungen ( n = 211 ) wurde fast bei allen Patienten ( n = 195 ) ein vollständiger Status erhoben. In den USA liegt die Erhebung des Ganzkörperstatus im Rahmen der GU bei 81%. [92]

Alle untersuchten Patienten erhielten eine Auskultation von Cor und Pulmo sowie eine Palpation des Abdomens.

Einen regelmäßigen Ganzkörperstatus aller zwei Jahre erhielten 18 Prozent aller Patienten.

Männer wurden signifikant seltener mit vollständigem Status als Frauen untersucht, wobei hier die seltenere Konsultationsfrequenz der teilnehmenden Männer in Betracht zu ziehen ist.

Bei einem Drittel aller durchgesehenen Akten (n=500), davon bei mehr als der Hälfte der Patienten der jüngsten Altersgruppe, war kein vollständiger Ganzkörperstatus dokumentiert.

Eine höhere Untersuchungshäufigkeit diesbezüglich wäre anzustreben, um wichtige Befunde zu erheben, die dem Patienten nicht bewusst sind oder die er eventuell selbst wahrnimmt, ihnen aber keine Bedeutung beimisst.

Die zur Beurteilung von Risikofaktoren zugehörige Gewichtskontrolle wurde bei zwei Dritteln der Patienten (n=145), die sich einer Vorsorgeuntersuchung unterzogen haben, durchgeführt.

95 Patienten, bei denen eine Gewichtskontrolle in diesem Rahmen veranlasst wurde, wiesen eine Übergewichtigkeit auf, d.h. fast die Hälfte aller an der Vorsorgeuntersuchung beteiligten bzw. 65 Prozent der in diesem Rahmen gewichtskontrollierten Patienten.

Bei Patienten, die keine Gesundheitsuntersuchung in Anspruch nahmen, wurden eine Gewichtskontrolle bei der Hälfte der Teilnehmer, d.h. seltener als im Rahmen der GU, durchgeführt.

Die hohe Anzahl Übergewichtiger in der eigenen Untersuchung sollte korrelierend zur hohen Evidenz für ein Screening auf Adipositas [134] eine lückenlose Erfassung des Gewichtes erstrebenswert machen. Eine Erweiterung der Dokumentation um die Erfassung des BMI sowie die Messung des Bauchumfanges erscheint aufgrund der unterschiedlichen Bewertung des Risikos entsprechend einem unterschiedlichen Fettverteilungsmuster sinnvoll und notwendig. [145]

Es ist anzunehmen, dass ein erheblicher Anteil übergewichtiger Patienten nicht erkannt bzw. dokumentiert wurde. Hier birgt ein blickdiagnostisches Vorgehen erhebliche Fehlerquellen in sich und die fehlende Dokumentation legt nahe, dass keine strukturierte Problembewältigung erfolgte.

Auch Untersuchungen von Heintze [58] zur Risikobewertung übergewichtiger Patienten während der Gesundheitsuntersuchung haben Defizite dahingehend gezeigt, dass deutlich mehr Zeit auf die Diskussion paraklinischer Befunde entfiel und eine eher indirekte Ansprache bezüglich des Übergewichtes bzw. teilweise gar keine Beratung bei Übergewicht stattfand.

Eine Arterienpalpation erfolgte im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung bei 173 von 211 untersuchten Patienten, wobei nicht in Korrelation zu steigender Prävalenz mit zunehmendem Alter [32] die meisten pathologischen Befunde in der Altersgruppe der 46-55jährigen erhoben wurden.

Bei Patienten, die sich keiner Vorsorgeuntersuchung unterzogen, wurde eine Palpation der peripheren Arterien bei einem Drittel, d.h. wesentlich seltener als im Rahmen der GU, vorgenommen. Die untersuchten Patienten waren in den meisten Fällen nicht gleichzeitig diejenigen, die einen oder mehrere Risikofaktoren zeigten.

Bei eindeutig belegtem Zusammenhang zwischen peripherer arterieller Verschlusskrankheit und vorzeitigem Tod bzw. erhöhtem Risiko koronarer Ereignisse zeigt eine Vielzahl von Untersuchungen den Stellenwert der frühzeitigen Erkennung einer paVK. [49, 100, 109]

So beschrieben Criqui et al. [28], dass sich das Risiko, an einer Koronaren Herzkrankheit oder einem Schlaganfall zu sterben, bei Menschen, die an einer paVK leiden, mit mittlerem Alter von 66 Jahren versechsfacht.

In Anbetracht dieses nachgewiesenen Anstiegs kardiovaskulärer Ereignisse und damit reduzierter Lebenserwartung bei einem  $ABI < 0,9$  [91, 99] wäre im Zusammenhang mit Anamnese und klinischen Untersuchung und hier v.a. bei Patienten mit Nikotinabusus, arteriellem Hypertonus, Diabetes mellitus und Hypercholesterinämie die Etablierung eines

Screenings mittels Messung des Knöchel-Arm-Index ( ABI ), der eine Sensitivität von bis zu 95 Prozent aufweist, sinnvoll. [32 ]

Die 2005 in Deutschland an 6880 Hausarztpatienten durchgeführte getABI-Studie zeigte, dass ca. 75 Prozent der paVK-Patienten asymptomatisch waren. Somit bekommt die Methode der Messung des Knöchel-Arm-Index eine besondere Bedeutung.

Die in der eigenen Untersuchung deutlich häufiger vorgenommene Arterienpalpation im Rahmen der GU als im gesamten Untersuchungskollektiv weist bezüglich dieser Fragestellung in die richtige Richtung.

Bei Detektion asymptomatischer Patienten liegt entsprechend den Leitlinien die Basis der Therapie, neben sekundärpräventiven medikamentösen Interventionen, im primärpräventiven Bereich im Sinne einer Raucherentwöhnung, mehr Bewegung und Gewichtsreduktion.

Deutlich seltener wurden klinische Untersuchungen im Rahmen der Krebsfrüherkennung durch den Hausarzt vorgenommen.

Von 263 teilnehmenden Frauen wurde bei 21 Patientinnen durch den Hausarzt die Mamma mindestens einmal palpiert. Von den 188 nichtuntersuchten Patientinnen lag in 54 Fällen ein Befund vom Gynäkologen vor. Bei den durch den Hausarzt untersuchten Patientinnen fanden sich acht suspekta Palpationsbefunde, davon entfielen vier Befunde auf die regelmäßig jährlich untersuchten Patientinnen. Eine eindeutige Dokumentation, dass die Mammalpalpation präventiv vorgenommen wurde, konnte in keinem Fall zugeordnet werden, jedoch ist dies bei den jährlich untersuchten Frauen zu vermuten.

Die Mammalpalpation ist fester Bestandteil der vollständigen gynäkologischen Vorsorge und obliegt damit hauptsächlich dem Gynäkologen. Eine Nutzenbewertung zur Früherkennung des Mammakarzinomes kann derzeit nicht getroffen werden, da sie u.a. von der Erfahrung des Untersuchers und der Technik der Untersuchung abhängt und damit einer Standardisierung schwer zugänglich ist. [71,89] Es besteht keine Evidenz für eine Senkung der Mortalität durch alleinige Palpation. [98]

Die S3-Leitlinie zur Brustkrebsfrüherkennung zeigt auf, dass die Selbstuntersuchung der Brust der Motivation für präventive Maßnahmen dienen soll. [36]

Das Mammakarzinom ist die häufigste Tumorerkrankung der Frau. Die Inzidenz hat sich seit 1980 verdoppelt, wobei die höchsten Zuwachsraten in der Altersgruppe der Frauen zwischen 45 und 69 Jahren mit einem durchschnittlichen Erkrankungsalter von 63 Jahren liegen. [37]

Das Augenmerk müsste insbesondere auf Frauen mit erhöhtem Risiko bei genetischer Disposition gerichtet sein. Dies setzt eine gezielte Anamnese voraus.

Dem Hausarzt kommt bei vielen Patientinnen bezüglich der Früherkennung des Mammakarzinomes eine schwierige beratende Funktion zu:

Im Rahmen des Mammografiescreenings werden Frauen als Gesunde schriftlich eingeladen und es findet vorausgehend weder eine klinische Untersuchung noch ein aufklärendes Gespräch statt.

Sofern im Vorfeld keine gynäkologische Konsultation stattfand, wird häufig der Hausarzt in Anspruch genommen um offene Fragen hinsichtlich Untersuchungsablauf und Konsequenz erhobener Befunde zu klären.

Die konstante Mortalität des Mammakarzinomes ist allerdings nicht der Prävention sondern den adjuvanten medikamentösen Maßnahmen nach Diagnosestellung geschuldet.[6]

Bezogen auf die Früherkennung des Zervixkarzinomes sollte der Hausarzt sowohl die Gesundheitsuntersuchung als auch jeden anderen Konsultationsgrund nutzen, seine Patientinnen zu regelmäßigen gynäkologischen Vorsorgeuntersuchungen zu bewegen.

Das vorrangige Ziel des ab dem 20.Lebensjahr etablierten Screenings mit klinischer Untersuchung und zytologischem Abstrich ist, Vorstufen invasiver Tumoren zu erkennen und zu behandeln. Hier spiegelt sich nach Einführung der Krebsfrüherkennungsuntersuchung ein Rückgang der Inzidenz um etwa 40 Prozent und der Mortalität um 60 Prozent bezogen auf die Jahre 1980-2004. Die Überlebensraten invasiver Karzinome blieben in diesem Zeitraum unverändert [37], was den Nutzen dieser Screeningmethode untermauert.

Von 237 männlichen Patienten wurde in acht Fällen eine Hodenpalpation durch den Hausarzt vorgenommen. Alle acht Patienten wurden im Rahmen der Krebsvorsorge und nicht aufgrund von Beschwerden untersucht. Es fanden sich keine pathologischen Befunde.

Hodenkrebs ist die häufigste bösartige Tumorerkrankung von Männern unter 40 Jahren und hat einen mittleren Erkrankungsgipfel von 37 Jahren. Es gibt Hinweise auf eine genetische Disposition. Die Inzidenz hat sich seit 1980 verdoppelt, jedoch ist die Mortalität im selben Zeitraum um nahezu zwei Drittel rückläufig, was v.a. auf den Einsatz einer verbesserten adjuvanten Chemotherapie zurückgeführt wird. [37]

Die meisten Hodenkarzinome werden von den Männern selbst ertastet. Es gibt keine Studien, die aufzeigen, dass eine regelmäßige Hodenpalpation durch den Arzt zur Senkung der Mortalität beiträgt [131], so dass diese Untersuchung als Screeningmethode nicht hinreichend belegt ist. Jedoch kommt bei genetischer Disposition der Familienanamnese eine besondere Bedeutung zu, um diese Patienten für die Selbstuntersuchung zu sensibilisieren.

Eine rektale Untersuchung erfolgte bei insgesamt 63 Patienten, davon bei 34 Männern.

Bei allen 10 Patienten, die Beschwerden angegeben hatten, wurden pathologische Befunde erhoben. Drei pathologische Befunde fanden sich unter den 53 präventiv untersuchten Patienten.

In der hausärztlichen Praxis geben meistens anale Blutungen, Stuhlveränderungen und Hämorrhoidalbeschwerden Anlass zur rektalen Austastung. In diesem Zusammenhang ist die Verdachtsdiagnose eines Rektumkarzinomes möglich, in der präklinischen Phase der Entwicklung eines distalen Rektumkarzinomes hat die rektale Untersuchung keine Senkung der Mortalität zur Folge, [61] so dass in der eigenen Datenerhebung die Untersuchung von 22 beschwerdefreien Frauen nicht sinnvoll war.

Die Darmkrebsvorsorge in Deutschland stützt sich auf Koloskopie und Hämocculttest. Patienten in deren Familie ein kolorectales Karzinom aufgetreten ist, sollten bereits 10 Jahre vor Erkrankungsalter des Verwandten erstmalig koloskopiert werden.[118] Hier kommt der Erhebung der Familienanamnese erneut eine große Bedeutung zu.

In präventiver Intention ist die rektale Untersuchung vor allem der Früherkennung des Prostatakarzinomes vorbehalten.

Dies ist die häufigste Krebserkrankung des Mannes. Die Inzidenz ist steigend bei sinkender Mortalität. Die Erkrankungshäufigkeit nimmt seit 1990 vor allem bei unter 70-Jährigen zu und das mittlere Erkrankungsalter sank auf 69 Jahre.[37]

Die S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Urologie empfiehlt die rektale Untersuchung als Screeningmethode allerdings im Zusammenhang mit einer PSA-Bestimmung, da sie die alleinige klinische Untersuchung nicht für ausreichend hält. Vor der Durchführung beider Untersuchungen soll der Arzt jedoch über die Aussagekraft positiver und negativer Testergebnisse und gegebenenfalls notwendige Behandlungsmaßnahmen aufklären. Gleichzeitig wird als Statement aufgezeigt, das derzeit ein PSA-gestütztes Screening mit damit verbundenen Risiken diagnostischer und therapeutischer Konsequenzen durch eine Lebensverlängerung nicht aufgewogen wird. [31]

Folgt man der Leitlinie, ist es fraglich, inwieweit die Komplexität der Prostatafrüherkennung durch den Hausarzt bewältigt werden kann oder hauptsächlich dem Urologen vorbehalten bleiben sollte.

Jedoch bekräftigt eine von K.-P. Braun [17] durchgeführte retrospektive Untersuchung an 406 Patienten, die einer Stanzbiopsie der Prostata zugeführt wurden, das dem Hausarzt eine entscheidende Rolle in der Früherkennung des Prostatakarzinomes zukommt.



Bei jedem fünften Patienten der Studiengruppe konnte histologisch ein Prostatakarzinom gesichert werden, das auf einen vom Hausarzt erhobenen pathologischen Untersuchungsbefund (PSA und/oder DRU) zurückzuführen war.

Die Anregung zur Krebsvorsorgeuntersuchung ging in dieser Erhebung zur Hälfte vom Patienten selbst aus.

Eine Hautinspektion erfolgte bei 36 Prozent (n=179) aller Patienten und wies insgesamt 14 pathologische Befunde auf.

Die Inzidenz des malignen Melanomes ist seit 1980 um das dreifache angestiegen. Das Erkrankungsrisiko nimmt bei Männern mit höherem Alter, und hier insbesondere ab dem 75. Lebensjahr, deutlich zu, wobei das mittlere Erkrankungsalter 63 Jahre beträgt. Frauen erkranken bereits in jüngerem Alter. Hier liegt das mittlere Erkrankungsalter bei 57 Jahren und das Neuerkrankungsrisiko bleibt mit zunehmendem Alter konstant.[37]

Zu beachten ist, dass bis zum Jahr 2008 lediglich eine Befragung zu auffälligen Hautarealen und eine sich bei bejahender Antwort anschließende Hautinspektion vorgesehen waren. Zum Zeitpunkt der Datenerhebung war das 2008 eingeführte Hautkrebsscreening der gesamten Körperhaut noch kein Bestandteil der GKV-Leistungen. Andererseits gehört die Beurteilung der Haut zur klinischen Untersuchung und ist im Berichtsvordruck zur Gesundheitsuntersuchung enthalten. Es kann angenommen werden, dass bei check-ups bereits vor 2008 in größerem Umfang eine Hautkrebsfrüherkennung erfolgte als vorgesehen, was mit den eigenen Häufigkeiten korreliert.

Die Etablierung des Screenings hat den Vorteil, dass krankhafte Hautveränderungen, die dem Patienten in seiner Selbstwahrnehmung schwer zugänglich sind und damit bei Symptomlosigkeit lange unerkannt bleiben würden, nunmehr diagnostiziert werden. Zur Wahrnehmung des Hautkrebsscreenings sollten, entsprechend dem Erkrankungsrisiko, ältere Männer besonders angeregt werden.

Unterrepräsentiert waren die Kenntnisse über urologische und gynäkologische Mitbehandlungen bzw. ihre Dokumentation. Lediglich bei annähernd der Hälfte aller Frauen war eine gynäkologische Konsultation aus den Akten ersichtlich. Urologische Konsile waren nur bei knapp zehn Prozent aller Patienten dokumentiert.

## 4.5. Apparative Diagnostik

Im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung erfolgt eine paraklinische Kontrolle von Blutzucker und Cholesterin sowie des Urinstatus, eine Blutdruckmessung und fakultativ, d.h. bei Hinweisen auf einen sich möglicherweise ergebenden pathologischen Befund, ein EKG. Zum Zeitpunkt der Datenerhebung wurde auch die Bestimmung von Harnsäure und Kreatinin im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet.

Ein EKG wurde bei einer Gesundheitsuntersuchung in den meisten Fällen ( 93 %) veranlasst. Darunter fanden sich 13 neuentdeckte pathologische EKG-Veränderungen, wobei diese Aussage lediglich eine quantitative und keine qualitative, d.h. bezüglich der Art der pathologischen Veränderung, Bewertung zulässt. Es ist jedoch zu vermuten, dass dies asymptomatische Zufallsbefunde waren, da eine check-up-Untersuchung in der Regel nicht in einer Situation durchgeführt wird, in der ein Patient akute Thoraxschmerzen aufweist.

Außerhalb der Vorsorgeuntersuchungen wurde bei der Hälfte aller Teilnehmer mindestens einmalig ein EKG abgeleitet.

Eine positive Evidenz für regelmäßige EKG-Kontrollen als Screeningmaßnahme zur Früherkennung einer Koronaren Herzkrankheit ist nicht gegeben. [135]

Auch in der hausärztlichen Langzeitbetreuung von Patienten mit bereits bestehender KHK empfiehlt die nationale Versorgungsleitlinie [97] bei Abwesenheit kardialer Beschwerden kein Ruhe-EKG. Das Hauptaugenmerk liegt entsprechend der Leitlinie auf einer ausführlichen Anamnese bezüglich der Leistungsfähigkeit, der Risikofaktoren, psychosozialer Aspekte und zurückliegender Symptome sowie einer klinischen Untersuchung mit abschließender Beratung.

Somit ist die Anzahl geschriebener Ruhe-EKG`s in der Datenerhebung deutlich überrepräsentiert. US-amerikanische Erhebungen zeigten eine Veranlassung dieser Untersuchung in 11 Prozent der check-up`s. [92]

Es ist anzunehmen, dass von den Hausärzten angestrebt wurde, bei jedem Patienten mindestens einmal ein Ruhe-EKG abzuleiten.

Aus meiner Sicht ist ein einmaliges Basis-EKG, welches kein Screening für eine KHK darstellen sollte, aber asymptomatische Befunde wie z.B.Schenkel- und av-Blöcke darstellen würde, bei erwachsenen Patienten zu empfehlen. Dies könnte vor allem für zukünftig auftretende EKG-Veränderungen bei Beschwerden als Vergleichsbasis dienen und mehr Sicherheit sowie Entscheidungshilfe zur weiteren Diagnostik sein. Diese Intention könnte mit der Häufigkeit der veranlassten EKG`s korrelieren.

Blutdruckkontrollen waren bis auf 2 Fälle in allen retrospektiv untersuchten Akten vermerkt. . 20 Prozent aller Patienten wiesen hypertone Blutdruckwerte auf, davon am häufigsten die ältesten untersuchten Patienten. Das ist bezogen auf eine bundesweite Prävalenz der Hypertonie von 44 Prozent bei Frauen und 51 Prozent bei Männern [65] eine deutlich geringere Anzahl und möglicherweise auf die relativ kleine Fallzahl von 500 Patientenakten zurückzuführen.

Bei 36 Patienten wurde eine Hypertonie neu entdeckt, weiterhin kontrolliert und therapiert, sodass sich hinsichtlich dieser einfachen apparativen Methode keine Defizite aufzeigen ließen. Deutschland weist seit Jahren eine Tendenz zur verbesserten Behandlungssituation der Hypertoniker auf. Der Prozentsatz der bekannten und gut behandelten Hypertoniker liegt bei 30-40 Prozent, wobei der Blutdruck bei Frauen deutlich besser kontrolliert ist als bei Männern. [93]

Andererseits zeigt eine aktuelle Studie von Prochaska [143], dass 52 Prozent der Bluthochdruck-Betroffenen nicht behandelt wurden und 25 Prozent der Hypertoniker über ihre riskanten Blutdruckwerte nicht Bescheid wussten.

Im Rahmen des Laborscreenings wurde bei annähernd 60 Prozent der Patienten, die sich einer Vorsorgeuntersuchung unterzogen, mindestens einmal ein Blutbild bestimmt. Dabei ergaben sich 5 pathologische Befunde. Es war nicht ersichtlich, ob dies erstmals aufgetretene Befunde waren oder ein bereits auffälliger Wert während der Gesundheitsuntersuchung nachkontrolliert wurde.

Bei 127 im Rahmen der Vorsorge durchgeführten Blutbildbestimmungen ist der Anteil pathologischer Werte relativ hoch, geht jedoch, wahrscheinlich auch aufgrund der kleinen Fallzahl, mit anderen Erhebungen nicht konform. Der Hämatologe Meidenbauer [90] verweist darauf, dass ein Blutbild bei asymptomatischen Patienten höchstens in jedem 200.Fall zu einer Diagnose führt und somit, übereinstimmend zur internationalen Literatur, als Screeningmethode im Rahmen des Check-up nicht sinnvoll ist. Jedoch wird es auch in anderen Ländern häufig im Rahmen der GU, z.B. bei 40 % der Teilnehmer in den USA, bestimmt.[144]

Am häufigsten wurde im Rahmen der Erhebung von Laborparametern eine Blutzuckerkontrolle durchgeführt.

Insgesamt war bei fast 75 Prozent aller Untersuchten und hier erwartungsgemäß in der ältesten Altersgruppe am häufigsten mindestens eine Blutzuckermessung aus den Akten ersichtlich.

Alle Patienten mit neuentdeckten pathologischen Befunden ( n = 38 ) wurden sowohl nachkontrolliert als auch 16 Patienten einer Diätberatung und Therapie zugeführt.

Die eigenen Ergebnisse bestätigten die Effektivität des in der Vorsorge etablierten Parameters.

Die Anzahl der Blutfettwertbestimmungen ergab fast identische Zahlen wie die Blutzuckerbestimmung. Eine qualitative Erfassung von HDL- und LDL-Cholesterin wurde nicht vorgenommen, da sie im check-up fakultativ ist.

Bei annähernd 70 Prozent aller Untersuchten, auch hier am häufigsten bei den 56-65jährigen, fand eine mindestens einmalige Bestimmung statt.

Bei dieser Untersuchung wurden die meisten pathologischen Befunde im Rahmen des Laborscreenings erhoben. Insgesamt wiesen 30 Prozent aller untersuchten Patienten erhöhte Blutfettwerte auf.

Die Daten korrelieren mit einer 2004 durchgeführten retrospektiven Untersuchung von Sönnichsen et al., die eine ähnliche Struktur der Datenerhebung aufwies wie die eigene Arbeit. Sie zeigte bei ca. 27 Prozent eine bereits bestehende und bei sieben Prozent eine während der Gesundheitsuntersuchung neu festgestellte Hyperlipidämie. [ 124]

Die aktuellen Therapieleitlinien zur Hyperlipidämie der European Society of Cardiology belegen in der Primärprävention den Nutzen von Lebensstiländerungen wie fettarme Ernährung und körperliche Aktivität mit dem höchsten Evidenzgrad A und empfehlen den von großen Metaanalysen [23,94] untermauerten Einsatz von Statinen bereits in der Primärprävention in Abhängigkeit vom Risikoprofil des Patienten.[114]

Die hohe Anzahl pathologischer Befunde stützt die festgeschriebene Notwendigkeit, diesen Parameter im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung stetig zu bestimmen und eine primär- als auch sekundärpräventive Strategie zur Reduktion kardiovaskulärer Ereignisse konsequent zu verfolgen.

Auch die Bestimmung des Kreatininwertes erfolgte annähernd so häufig wie die der Blutzucker- und Blutfettwerte. Es ergaben sich fünf pathologisch erhöhte Werte, die alle nachverfolgt wurden.

Harnsäurebestimmungen wurden deutlich seltener als alle übrigen Laborparameter veranlasst. Sie erfolgten bei 35 Prozent aller Untersuchten und bei 8,6 Prozent ausschließlich im Rahmen des check-ups. Dabei ergaben sich 11 pathologische Befunde.

Dieser Laborparameter sollte der Bestimmung in kurativer Absicht vorbehalten bleiben, da eine asymptomatische Hyperuricämie keine medikamentöse therapeutische Konsequenz nach

sich zieht. Hier steht die Beratung zu Lebensstil und Ernährung bei asymptomatischen Patienten mit Risikofaktoren im Vordergrund. [11]

Der Urinstatus wurde mit einer Gesamthäufigkeit von 70 Prozent (n=346), jedoch oftmals aufgrund akuter Beschwerden, veranlasst. In 10 Prozent aller Fälle erfolgte diese Untersuchung ausschließlich im Rahmen einer GU.

Von 38 pathologischen Befunden entfiel nur ein pathologischer Wert auf einen Urinest im Rahmen eines check-up, was mit der fehlenden Evidenz dieses Parameters als Screeningmethode korreliert [134]. Es wurde bei den pathologischen Befunden nicht qualitativ differenziert, ob es sich um eine Protein-bzw. Glucosurie handelt.

Zusammenfassend sind die zum derzeitigen Zeitpunkt von den gesetzlichen Krankenkassen erstattungsfähigen paraklinischen Leistungen Blutzucker und Cholesterinbestimmung im Rahmen der Gesundheitsvorsorge auch in den eigenen Daten in ihrer Effektivität nachvollziehbar und wurden offensichtlich aufgrund der fast identischen Anzahl durchgeführter Bestimmungen gemeinsam routinemäßig wie vorgegeben veranlasst.

Die diagnostischen Parameter Blutbild, Kreatinin und Urinstatus zeigten im Screening einen wesentlich geringeren Anteil pathologischer Befunde, so dass sich an den eigenen Ergebnissen reproduzieren lässt, dass ihre Bestimmung dem kurativen Ansatz vorbehalten ist. In den USA erfolgte in den Jahren 2002-2004 im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung bei über 8000 Patienten eine Blutbildbestimmung bei 33 Prozent, ein Urinstreifentest bei 25 Prozent und die Cholesterinbestimmung bei 34 Prozent. Blutzucker- Kreatinin- und Harnsäuretests fanden keinen Eingang in diese Erhebung. [92]

Eine Aufarbeitung von im Rahmen der GU veranlassten diagnostischen Parametern konnte in den USA zeigen, dass Blutbildbestimmungen, Urinalysen und EKGs im Zeitraum von 1978 bis 2004 deutlich rückläufig waren, was auf eine Umsetzung leitliniengerechter Vorgehensweise und des Kostenfaktors zurückgeführt wurde. [27]

Im Rahmen der Krebsvorsorge wurde ein Test auf occultes Blut im Stuhl bei 60 Patienten vorgenommen. Dies waren 24 Prozent aller an einer Krebsvorsorgeuntersuchung beteiligten Patienten. In den USA fand sich in einer Studie an ca. 60000 Patienten in den Jahren 2002-2003 eine Testhäufigkeit von 29 Prozent. [40]

Krebserkrankungen des Darmes stellen die zweithäufigste Todesursache sowohl bei Frauen als auch bei Männern dar und weisen eine steigende Inzidenz v.a. bei über 75-jährigen Frauen und wesentlich eher bei 55 bis 74-jährigen Männern auf. [37]

Bei gleichzeitig gestiegenen Überlebenschancen [37] kommt der Früherkennung dieser Entität eine besondere Bedeutung zu.

Mit dem Hämocculttest und der Koloskopie stehen ein nichtinvasives ausschließlich diagnostisches und ein invasives ggf. auch gleichzeitig therapeutisches Verfahren zur Verfügung.

Die Sensitivität von Hämocculttests schwankt zwischen 30 und 70 Prozent. Zahlreiche Studien belegen eine Senkung der Mortalität bei einem Testintervall von zwei Jahren von 15-21 Prozent [87,55,76] und bei jährlicher Testung von über 33 Prozent [88], so dass ein häufigerer Einsatz v.a. bei den noch nicht Koloskopieberechtigten und Personen, die sich keiner endoskopischen Diagnostik unterziehen wollen weiterhin seine Berechtigung hat.[118] Dies stützt die retrospektive Untersuchung von Schoppmeyer et al. [120], die an 212 Patienten mit kolorektalem Karzinom eine Erhebung über Diagnosezeitpunkt und in Anspruch genommene Vorsorgeuntersuchungen vornahm. Bei 83 Prozent der Patienten wurde das Karzinom nach Auftreten von Symptomen entdeckt, bei 17 Prozent im Rahmen der Vorsorge. In den der Diagnose vorausgegangenen 10 Jahren beteiligten sich 51 Prozent der Patienten an Vorsorgemaßnahmen. Am häufigsten wurde der Test auf occultes Blut eingesetzt, jedoch meist nicht leitliniengerecht, 12 Prozent der Patienten erhielten Vorsorgekoloskopien. Als Grund für die unterbliebene Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen wurde vorwiegend die Unkenntnis des Angebotes angegeben.

Optimierungsbedarf offenbarte eine große US-amerikanische Studie [96] mit über 10.000 Patienten die von 1147 Hausärzten mittels Hämocculttest untersucht wurden. Sie konnte aufzeigen, dass sowohl Qualität der Testdurchführung als auch veranlasste Folgemaßnahmen unzureichend realisiert wurden.

Die seit dem Jahr 2002 in den GKV-Leistungskatalog aufgenommene präventive Koloskopie ab dem vollendeten 55. Lebensjahr fand in den eigenen erhobenen Daten noch keinen Niederschlag.

In einer Zwischenbilanz nach acht Jahren konnte trotz sehr geringer Teilnehmerquote von drei Prozent aller Anspruchsberechtigten gezeigt werden, dass auf der Grundlage der Früherkennungskoloskopie nach Hochrechnungen zum Ende des Jahres 2010 ca. 100.000 Kolonkarzinome verhütet und ca. 50.000 frühzeitig entdeckt wurden. [19]

Somit ist die Implementierung einer lückenlosen Beratung durch den Hausarzt zur Wahrnehmung dieser Untersuchung bereits nach der kurzen Evaluierungszeit als sinnvoll anzusehen.

Das im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung nicht geforderte Röntgen der Thoraxorgane wurde insgesamt bei 147 Teilnehmern ( 69 Prozent ) veranlasst. Es war aus den Akten nicht genau ersichtlich, ob eine Symptomatik vorlag, die eine Röntgenuntersuchung rechtfertigte, jedoch ist eher nicht davon auszugehen, dass mehr als zwei Drittel aller Untersuchten diesbezügliche Beschwerden geäußert hatten. Bei 11 Patienten fanden sich pathologische Röntgenbefunde, wovon bei zwei Patienten eine weiterführende Diagnostik aus den Akten nicht ersichtlich war.

Im Statement der Arbeitsgruppe Lungenkrebs in Deutschland [130] wird das Thorax-Röntgen, untermauert durch vier randomisierte Studien an etwa 38000 Patienten, hinsichtlich einer fehlenden Auswirkung auf die Mortalität durch die Vorverlagerung der Diagnosestellung nach wie vor als Screeningmethode nicht empfohlen. Auch andere große Institutionen wie das National Cancer Institute der USA zeigen eine fehlende Evidenz bezüglich der Früherkennung mittels einer Röntgenuntersuchung der Thoraxorgane und der Senkung der Mortalität.[85]

Da die Datenerhebung in den östlichen Stadtbezirken Berlins stattfand, ist anzunehmen, dass die in der DDR etablierte Röntgenreihenuntersuchung der Thoraxorgane bei der Häufigkeit der Veranlassung dieser Untersuchung maßgeblich ausschlaggebend war.

Größtes Augenmerk gilt in der Lungenkrebsprävention dem primärpräventiven Ansatz des Nikotinverzichtes, da der Tabakkonsum als Hauptursache des Lungenkarzinomes feststeht, [122,133] und sollte im hausärztlichen Bereich einen etablierten Platz einnehmen.

#### **4.6. Impfungen**

Bei nahezu der Hälfte aller Patienten war den Hausärzten der bisherige Impfstatus bekannt. In der jüngsten Altersgruppe war dies am wenigsten der Fall.

Durch die Hausärzte wurde annähernd die Hälfte der teilnehmenden Patienten geimpft. Eine Impfberatung ließ sich bei 12 Patienten nachvollziehen. Es ist anzunehmen, dass auch ohne eine in der Akte ausgewiesene Beratung Impfungen mit einer solchen verbunden wurden.

Geimpft wurde, mit Ausnahme der Poliomyelitisimpfung am häufigsten in der ältesten Altersgruppe. Impflücken sind jedoch bereits in der jüngsten Altersgruppe anzunehmen, da die Jugendgesundheitsuntersuchung, welche einen unvollständigen Impfschutz aufzeigt, bei den meisten Befragten mehr als 10 Jahre zurückliegt und die Eigenverantwortlichkeit junger Erwachsener bezüglich dieser Fragestellung geringer ausgeprägt zu sein scheint.

Andere Untersuchungen konnten zeigen, dass lediglich 27 Prozent aller Befragten aktiv von sich aus die Möglichkeit der Auffrischimpfung in Anspruch nahmen. [ 52 ]

Szucs [128] und Gulich [51] konnten zeigen, dass die hausärztliche Impfeempfehlung zu den häufigsten Motivationsfaktoren in der Inanspruchnahme zählt.

Somit sollten ärztliche Kontakte immer wieder zum Hinterfragen der Impfsituation genutzt, Impflücken geschlossen und auch unbedingt schriftlich festgehalten werden.

In einer 2007 in deutschen Hausarztpraxen durchgeführten Befragung bezüglich des Präventionsverhaltens und der Kenntnis über den eigenen Impfstatus gaben 67 Prozent Derjenigen, die zweijährlich die Check-up-Untersuchungen nutzten, einen vollständigen Impfschutz an. Patienten, die unregelmäßig oder gar keine Gesundheitsuntersuchung wahrnahmen, beschrieben lediglich zu 38 bzw. 33 Prozent, einen vollständigen Impfschutz zu haben. [44]

Impfen ist eine der effektivsten und am längsten etablierten primärpräventiven Maßnahmen in der heutigen Medizin. Eine nachvollziehbare Qualitätssicherung in der ärztlichen Praxis ist jedoch nicht existent.

Im hausärztlichen Bereich muss nicht nur aus ursächlich präventiver Sicht, sondern auch im Hinblick auf Notfälle, Krankenhausaufenthalte und Aufnahmen in Seniorenheime und andere Betreuungseinrichtungen sowie berufliche Tätigkeiten mit höherem Gefährdungspotential der Impfstatus schnell abrufbar sein, so dass hier eine lückenlose Dokumentation zu fordern ist.

#### **4.7. Bewegungsapparat**

Einen hohen Stellenwert nahmen Beschwerden des Bewegungsapparates ein, womit 40 Prozent aller Patienten belastet waren. Deutlich häufiger wurden solche Beschwerden von Frauen ( 48 % ) als von den männlichen Teilnehmern ( 30 % ) geäußert.

Fast allen dieser Patienten wurde eine physiotherapeutische Behandlung verordnet, korrelierend zur Häufigkeit der Beschwerden signifikant mehr Frauen als Männern.

Die Möglichkeit der regelmäßigen sportlichen Betätigung im Rahmen der Gesunderhaltung allgemein und als effektive präventive Maßnahme zur Vorbeugung von Erkrankungen des Stütz- und Halteapparates nutzten 37 Prozent aller befragten Patienten. Signifikant am höchsten war der Anteil in der jüngsten Altersgruppe und auch signifikant mehr Männer trieben Sport.



In der Patientenbefragung zu eigenen Ressourcen der Gesunderhaltung wurde die Frage nach sportlicher Betätigung nicht konkret gestellt und muss kritisch hinsichtlich der Erarbeitung des Fragebogens gewertet werden. Nur acht Prozent aller Befragten haben sportliche Betätigung unter der Spalte „andere Möglichkeiten“ in freiem Text ergänzt.

In der Zusammenschau von Patientenbefragung und Aktendurchsicht offenbart sich, dass sportliche Aktivitäten im Arzt-Patienten-Gespräch und in der dokumentierten Beratungstätigkeit eine zu geringe Rolle spielen. Von den sportlich aktiven Patienten weiß der Arzt dies häufig nicht und die Inaktiven wurden zu selten beraten bzw. wurde die Beratung nicht dokumentiert.

#### **4.8. Beratungen und Gruppentherapien**

Beratende Gespräche zu Fragen der Prävention wurden von den Ärzten häufig geführt. Insgesamt bei 70 Prozent aller Patienten. Hier war auffällig, dass die älteste Altersgruppe signifikant am häufigsten beraten wurde. Die wenigsten Beratungen wurden in der jüngsten Altersgruppe durchgeführt.

Im Hinblick auf die Erzielung einer effektiven Prävention müsste der Schwerpunkt der Beratungstätigkeit jedoch in den jüngeren Jahrgängen geleistet werden, um primärpräventiv wirksam werden zu können.

Probleme der gesunden Lebensführung, der Gewichtsreduktion, der Stressbewältigung und sportlichen Betätigung wurden von den älteren Patienten öfter verbalisiert, sind jedoch bereits in der jüngsten Altersgruppe ausgeprägt vorhanden und sollten gezielt angesprochen werden.

Vergleichend zeigt die DETECT-Studie ( Diabetes Cardiovascular Risk-Evaluation: Targets and Essential Data Commitment of Treatment ) als eine der größten klinisch-epidemiologischen z.T. prospektiven Studien im primärärztlichen Bereich bezüglich der Versorgungssituation von Patienten mit Diabetes mellitus und kardiovaskulären Erkrankungen, dass verhaltensmedizinische Maßnahmen wie Ernährungsschulung, Raucherentwöhnung und die Empfehlung zur Teilnahme an Bewegungsgruppen relativ selten Bestandteil der Behandlung von Hausarztpatienten sind. So erhielten zum Zeitpunkt der Datenerhebung im Jahr 2003 lediglich 28 Prozent der Typ 2-Diabetiker eine Ernährungsberatung, zehn Prozent nahmen an einer Bewegungsgruppe und drei Prozent an einer Raucherentwöhnung teil. [141]

Im Endeffekt konnte diese Studie an 55000 Hausarztpatienten zeigen, dass Inzidenz- und Prävalenzmuster von Herzerkrankungen durch die hausärztliche Tätigkeit nicht verringert wurden. Auch im internationalen Vergleich sind deutsche Hausärzte im Bereich der Raucherentwöhnung seltener tätig als Ärzte anderer europäischer Länder. [106] In Australien konnte die check-up-Untersuchung einen positiven Einfluss auf körperliche Aktivität und Ernährungsgewohnheiten ausüben, beeinflusste jedoch weder den BMI noch den Nikotin- und Alkoholkonsum. [7]

Eine Befragung kanadischer Hausärzte zeigte, dass im Rahmen von check-up`s primärpräventive Beratungen zu Risikofaktoren erfolgen, jedoch viele Hausärzte keine weiterführenden Maßnahmen veranlassen. Zielgerichtetes Nachfragen und Interventionen bei Rauchern finden bei weniger als 50 Prozent der Betroffenen statt.[15]

In den USA überwiegen apparative Maßnahmen im Rahmen der check-up`s deutlich gegenüber einer primärpräventiven Beratung. [92]

Die Etablierung der DMP`s in Deutschland zeigt bis 2011 kaum belastbare Ergebnisse zur Verringerung von Folgeerkrankungen und Mortalität. Allerdings zeichnen sich verbesserte Parameter der Prozessqualität, z.B. eine regelmäßige Beratungstätigkeit und leitliniengerechte Therapie ab. [45]

Im internationalen Vergleich konnte bei Patienten, die in DMPs behandelt wurden, eine Reduktion kardiovaskulärer Risikofaktoren sowie eine Senkung von Morbidität und Mortalität nachgewiesen werden. [116,50]

Die Effektivität einer familienbezogenen Herz-Kreislauf-Prävention im Sinne einer beratenden Intervention wurde in zwei durchgeführten Projekten ( Präventions-Erziehungs-Programm in Nürnberg, Gesundheitsberatung durch Ärzte in Hamburg ) deutlich.

Die Ergebnisse demonstrierten signifikante Veränderungen bezüglich gesundheitsrelevanter Einstellungen und tatsächlicher Verhaltensänderungen im Gegensatz zu den nicht beratenen Kontrollgruppen. [42, 74]

In der eigenen Datenerhebung aus den Patientenakten konnten Zielstellungen und Erfolgskontrolle nicht nachvollzogen werden.

Beratende Gespräche in Bezug auf bestehende Probleme im familiären oder sozialen Umfeld wurden in der vorgelegten Arbeit selten geführt.

Mit 37 Patienten sprachen die Ärzte über die derzeitige Lebenssituation, mit 2 Patienten über Partnerprobleme und mit einem Patienten über Probleme in der Sexualität.

Zieht man in Betracht, dass in der Patientenbefragung 35 Prozent aller Patienten angaben, Probleme im persönlichen Umfeld in jedem Fall mit ihrem Arzt besprechen zu wollen, wurde diese Option zu selten ausgeschöpft bzw. ist anzunehmen, dass diese Gespräche nicht dokumentiert wurden.

Die Beratung über Möglichkeiten der Vorsorgeuntersuchungen durch den Hausarzt selbst erfolgte bei drei Viertel aller Befragten. Dieser relativ hohe Prozentsatz korreliert nicht mit den tatsächlich in Anspruch genommenen zweijährlichen Vorsorgeuntersuchungen von insgesamt 35 Prozent.

Gruppentherapien wurden im Rahmen der Ersichtlichkeit aus den Patientenakten nur 15 Prozent aller Teilnehmer empfohlen. Von den Hausärzten selbst durchgeführt wurden Gruppen- oder Einzeltherapien bei fünf Prozent der Patienten.

In Anbetracht der bekannten positiven Auswirkung der Gruppendynamik als auch der individuellen ärztlichen Einzelintervention auf die Beeinflussung von Risikofaktoren bzw. der schon vorhandenen Krankheiten wurde diese Möglichkeit von den Hausärzten zu selten eingesetzt. Hierbei sind jedoch der zeitlich verfügbare Rahmen eines Hausarztes, örtliche Gegebenheiten und eine fehlende Verankerung dieser Leistungen im derzeit gültigen EBM als einschränkende Faktoren zu berücksichtigen. Ebenso ist einzubeziehen, dass die Datenerhebung vor Inkrafttreten der DMP-Programme erfolgte, so dass anzunehmen ist, dass im Hinblick auf in DMP-Programme eingeschriebene Hypertoniker und Diabetiker eine Zunahme der Schulungen erfolgt. Jedoch berührt dieser Aspekt keine Schulungen mit primärpräventiver Intention.

Die Angebote differenzierter Ernährungsberatungen, von Stressbewältigungstechniken und Autogenem Training sind derzeit am ehesten in die konzeptionelle Struktur individueller Gesundheitsleistungen eingebunden.

Bei den empfohlenen Therapien standen Entspannungstechniken und Diätberatungen im Vordergrund. Auch die selbst durchgeführten Gruppen- oder Einzeltherapien betrafen größtenteils die Diätberatung.

Auffällig waren die sehr seltenen Empfehlungen zur sportlichen Betätigung beziehungsweise Teilnahme an Maßnahmen zur Konditionierung des Bewegungsapparates. Es ist anzunehmen, dass eine solche Empfehlung nicht in den Akten vermerkt wurde und ebenso, dass Patienten solche Möglichkeiten selbständig wahrnahmen, ohne darüber zu berichten.

Jeder fünfte Befragte nahm an einer Gruppentherapie teil. Ob diese durch den Hausarzt oder andere Einrichtungen initiiert war, geht aus der Befragung nicht hervor.

Genutzt wurden hauptsächlich Angebote zur Gymnastik, Bewegungstherapie und Rückenschule.

Deutlich häufiger als sich in den Ergebnissen des retrospektiven Aktenstudiums nachvollziehen lässt, wurden von Patienten Kurse zur psychischen Stabilisierung besucht. Sie wurden von insgesamt einem Fünftel aller Patienten wahrgenommen.

Dies untermauert die Annahme, dass im Vergleich zu den im Aktenstudium erhobenen Daten Patienten häufig eigenverantwortlich Zusatzangebote, z.B. der Krankenkassen, Fitnessstudios und anderer privater Anbieter nutzten.

Die Daten korrelieren mit aktuellen Zahlen aus dem Präventionsbericht 2009 der GKV, indem jeder 8. Versicherte im Jahr 2008 präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen realisierte, die sich jedoch nicht vordergründig auf ärztlich initiierte Prävention beziehen.[30]

Eine exaktere Dokumentation von Beratungen, selbst durchgeführten oder durch Patienten anderweitig wahrgenommenen Gruppentherapien würde nicht nur helfen, das Risikoprofil eines Patienten besser einzuschätzen, sondern auch die eigenen Ressourcen und das eigene Gesundheitsbewusstsein des Patienten zu erkennen.

Das Frauen signifikant häufiger Gruppentherapien in Anspruch genommen haben, könnte auf einen höheren Informationsgrad und ein höheres Problembewusstsein zurückzuführen sein.

Die jüngste Altersgruppe beteiligte sich an Gruppentherapien und Patientenschulungen am geringsten. Bezogen auf Risikofaktoren wie Übergewicht, Bewegungsmangel, Nikotinabusus und falsche Ernährung stellt diese Altersgruppe jedoch eine wichtige Zielgruppe dar.

#### **4.9. Eigene Ressourcen zur Gesunderhaltung und Risikokonstellation**

Eine Risikokonstellation, die sowohl eigene Risikofaktoren der Patienten als auch eine belastende Familienanamnese beinhaltete, wiesen fast 70 Prozent aller Patienten auf, deren Akten durchgesehen wurden. Das heißt, bei zwei Dritteln aller Patienten bestand präventiver Handlungsbedarf.

Das Hauptaugenmerk lag bei der Aktendurchsicht auf der Übergewichtigkeit, erhöhten Blutfettwerten, Stressbelastung und Nikotinabusus. Die Erfassung eines Bewegungsmangels war deutlich unterrepräsentiert.

Die eigenen Ressourcen sehen Patienten vorwiegend im Abbau von Stress, gesunder Ernährung, Gewichtsreduktion und Nikotinentwöhnung.

Diese Ergebnisse zeigen, dass Risikokonstellation und eigene Ressourcen in einer guten Korrelation zueinander stehen.

Andere Untersuchungen ergaben [12], dass viele deutsche Hausärzte die Risikofaktoren ihrer Patienten nur unzulänglich kannten.

Im Sinne der Einschätzung der Ressourcen des Patienten durch den Arzt wäre entsprechend der salutogenen Sichtweise die Beurteilung ihres Kohärenzgefühls, vorhandener Handlungskompetenzen, sozialer Netzwerke, materieller und kultureller Ressourcen sowie Gesundheitskompetenzen zusammenfassend vorzunehmen. [39] Dies würde einen ganzheitlichen Interventionsansatz ermöglichen.

In der tatsächlichen Realisierung gesunderhaltender Maßnahmen zeigen sich unausgeschöpfte Ressourcen.

Bei einem erfassten Risiko im Sinne der Übergewichtigkeit von insgesamt 21 Prozent, beschrieben 11 Prozent der Patienten die Realisierung einer Gewichtsreduktion.

Ähnlich verhielt es sich mit dem Nikotinabusus, der bei 22 Prozent aller Patienten ersichtlich war und dem gegenüber fünf Prozent aller Befragten standen, die sich das Rauchen abgewöhnt hatten.

Gesunde Ernährung, welche annähernd die Hälfte aller Patienten als eigene Ressource erkannte, wurde auch von etwa der Hälfte der Patienten tatsächlich realisiert.

Hier bleibt eine differenzierte Betrachtungsweise zu Kenntnissen der gesunden Ernährung offen und sollte vor allem bei dem Anteil der Patienten, die eine Hyperlipidämie aufwiesen, vom Hausarzt verifiziert werden.

Eine Stressbelastung als Risikofaktor war bei 21 Prozent aller Patienten aus den Akten ersichtlich.

In der Patientenbefragung hatten 20 Prozent Kurse zur psychischen Stabilisierung besucht. Dies könnte auf ein gut zu den im Aktenstudium erhobenen Zahlen korrelierendes Ergebnis hindeuten.

Da Patientenkollektive von Aktenstudium und Patientenbefragung nicht dieselben sind, kann eine direkte Beziehung im Sinne einer Erfolgskontrolle nicht hergestellt werden.

## 5. Schlußfolgerungen

Gesundheitsförderung und Prävention wird seitens der Gesundheitspolitik eine herausragende Rolle zugewiesen, die kontinuierlich weiter ausgebaut werden soll. Seit dem Jahr 2000 sind Primärprävention und Gesundheitsförderung im GKV-Leistungskatalog etabliert.

Die vorliegende Arbeit zeigt einen Querschnitt der im hausärztlichen Bereich wahrgenommenen Aufgaben von Gesundheitsförderung und Prävention.

Folgende Kernaussagen ergeben sich aus der Diskussion der Ergebnisse:

- häufigster Patientenwunsch ist der nach mehr Zeit, die v.a. für Gesprächsleistungen genutzt werden soll
- eigene Ressourcen der Patienten zur Gesunderhaltung werden als hoch eingeschätzt
- Beratung zur Gesundheitsförderung und Primärprävention geschieht zu wenig
- viele Patienten weisen Risikofaktoren auf und werden häufig beraten
- in jüngeren Jahrgängen ist zu wenig Information über Früherkennung vorhanden
- regelmäßige Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen ist eher gering, v.a. bei Männern
- anamnestische Angaben sind zu wenig bekannt
- eine Vielzahl von Daten ( Beratung, Anamnese, Befunde) werden zu wenig dokumentiert
- Krebsfrüherkennung sollte vorwiegend Fachärzten der jeweiligen Disziplinen vorbehalten sein; es fehlt eine ausreichende Rückmeldung über erhobene Befunde
- eine Hautinspektion wurde bereits vor Einführung des Hautkrebsscreening engmaschig durchgeführt und es wurden viele pathologische Befunde erhoben
- die Laborparameter Blutbild, Kreatinin und Harnsäure sind im Rahmen von Früherkennungsmaßnahmen nicht zielführend
- in den jüngeren Jahrgängen ist der Impfstatus seltener bekannt und wird auch weniger geimpft als in den älteren Jahrgängen

Obwohl die Datenerhebung über ein Jahrzehnt zurückliegt, zeigt der Vergleich der eigenen Ergebnisse mit nationaler und internationaler Literatur des letzten Jahrzehntes, dass sie sich in ein uneinheitliches Bild einfügt, welches bisher keine Trendänderung aufweist. Umfang und Dokumentation von Präventionsmaßnahmen in der Hausarztpraxis differierten in der

Befragung erheblich. Eine retrospektive Recherche von Studien zu Früherkennungsuntersuchungen der Jahre 1973 bis 2004 zeigte ebenso eine große Heterogenität. Es wurden selten alle Parameter und meist unterschiedliche Populationen erfasst. [15] Zu ähnlichen Ergebnissen kommt eine Arbeit von Othman aus deutschen Hausarztpraxen [105].

Die Kernaussagen weisen auf Optimierungsbedarf hin und unterstreichen den Stellenwert des Hausarztes in diesem Bereich, da er als erster medizinischer Ansprechpartner von ca. 80 % der Menschen in unserem Land erreicht wird. [14]

Auch wenn das Aufgabenspektrum nur den wesentlich kleineren Teil der Verhaltensprävention umfasst und der große Teil der Verhältnisprävention im Verantwortungsbereich von Politik, Ländern und Kommunen sowie öffentlichen Einrichtungen angesiedelt ist, gibt es hier wesentliche Teilbereiche und Personengruppen, die fast ausschließlich dem Arzt mit einer vertrauensvollen Arzt-Patient-Bindung zugänglich sind.

Hierzu zählen Arbeitnehmer in kleineren Unternehmen ohne etablierte betriebsgesundheitliche Systeme, ältere Menschen im Rentenalter, Arbeitslose und sozial Schwache, die kaum eine öffentliche und keine betriebliche Gesundheitsversorgung wahrnehmen.

Im vom Robert-Koch-Institut initiierten telefonischen Gesundheitssurvey aus dem Jahr 2003 konnten bezüglich des Raucherstatus, der sportlichen Inaktivität und der Adipositas große Unterschiede im Sozialstatus aufgezeigt werden. Personen mit niedrigem sozialem Status wurden als eine wichtige Zielgruppe für präventive gesundheitsfördernde Maßnahmen und für die ärztliche Praxis identifiziert. [79,80] Hierzu zählen aber auch adipöse Kinder und Jugendliche, die in der Öffentlichkeit und auch der schulischen Präventionsarbeit und Gesundheitsförderung zwar informiert werden, sich aber häufig nicht soweit öffnen, dass daraus eine Konsequenz im Sinne einer anhaltenden Verhaltensänderung entsteht. Diese Aufgabe lässt sich weitaus effizienter im behutsamen individuellen Verhältnis zwischen Jugendlichen und Arzt stetig fortführen und gibt unter Einbeziehung ambulanter und stationärer Therapieangebote auch die Gewähr einer längerfristigen Motivation und Erfolgskontrolle. Ähnliches trifft auf eine effektive und nachhaltige Raucherentwöhnung zu. Hierzu ist bekannt, dass bereits eine anderthalb bis dreiminütige Beratung durch den Hausarzt mehr Effekt zeigt als allgemeine Informationen durch verschiedene Medien. [77]

O.g. Gesichtspunkte zeigen, dass eine Einbeziehung der Hausärzte, aber auch Fachärzte und Klinikärzte in die gesundheitsfördernde Tätigkeit dringend geboten ist, da sich hier eine umfassende Analyse individueller Risiken und Ressourcen vornehmen lässt, die, wie von

Faltermaier 2003 gefordert, in eine subjekt- und kompetenzorientierte Gesundheitsberatung mündet. [39]

Dies kommt auch der Tendenz entgegen, den Schwerpunkt der Prävention im hausärztlichen Bereich auf die Primärprävention zu verlagern, da sie ein größeres Potential zur Verbesserung der Gesundheit hat als viele Routineuntersuchungen zur Krankheitsfrüherkennung [5]

Obwohl die beschriebene präventive Tätigkeit des Hausarztes gute Chancen auf Erfolg besitzt, ist eine flächendeckende Umsetzung derzeit nicht gegeben. Diese Situation wird durch eine Vielzahl von Einflussfaktoren bedingt.

Nachwievor liegt das Hauptaugenmerk des Arztes auf der kurativen Tätigkeit.

Sowohl die Aus- und Weiterbildung der Ärzte, als auch die durch Krankenkassen und Gesundheitspolitik vorhandenen Rahmenbedingungen für niedergelassene Hausärzte sind vordergründig auf kurative Tätigkeit zugeschnitten. Eine Einbeziehung der nicht im öffentlichen Gesundheitswesen tätigen Ärzte ist in den Vorgaben der Gesundheitspolitik deutlich unterrepräsentiert.

Im Sinne der WHO-Definition zur Erhaltung der Gesundheit ist es nicht ausreichend, das Augenmerk im hausärztlichen Bereich auf die Sekundär- und Tertiärprävention zu legen.

Hier sei angemerkt, dass die existierenden Disease-Management-Programme, welche eine Maßnahme der Tertiärprävention darstellen, d.h. innerhalb eines präventiven Ansatzes ganz am Ende stehen, derzeit die höchsten finanziellen Anreize in der präventiven Tätigkeit für den niedergelassenen Hausarzt bieten.

Auch die sekundärpräventive Tätigkeit des Hausarztes im Rahmen von Gesundheits- und Krebsvorsorgeuntersuchungen, welche zwar außerbudgetär vergütet wird und ihren etablierten Stellenwert in der Risikostratifizierung hat, wird im Kontext der Gesamtbudgetsituation einer hausärztlichen Praxis nur bedingt aufgewertet.

Dies untermauern Untersuchungen, die aufzeigen, dass die Gesundheitsuntersuchung nicht flächendeckend etabliert ist. [57] In der jetzigen Form werden Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen von vielen Ärzten in Frage gestellt. [41]

Eine qualitative Untersuchung von Othman bezüglich der Einstellung von Hausärzten zur Gesundheitsuntersuchung zeigte, dass der check-up inhaltlich als Möglichkeit akzeptiert wird, dem Patienten zusätzliche Angebote zu machen und als Marketinginstrument dient, jedoch Aspekte von Evidenz und bevölkerungsrelevanten Dimensionen eher keine Beachtung finden.



Auch in dieser Untersuchung sahen die Autoren eine strukturierte Individualisierung unter transparenter Nutzenbewertung als erwägenswerten Ansatz. [104]

Des Weiteren zeigte eine Studie der Universität Marburg in Zusammenarbeit mit dem Institut für Kassenärztliche Versorgung, dass der GU-Berichtsbogen, der mit einem parallel erhobenen Patientenfragebogen abgeglichen wurde, häufig falsch negative Befunde enthält, hervorgerufen durch eine schematische Abarbeitung unter Zeitmangel und eingeschränktes Problembewusstsein. [48]

Der effektivere Ansatz liegt im Bereich der Gesundheitsförderung und Primärprävention. Entsprechend der Studienlage ist nachgewiesen, dass Verhaltensänderungen im Sinne einer gesunden Lebensweise, mehr Bewegung und einem positiven Umgang mit Stressfaktoren präventiv nachhaltig wirksamer sind als apparative und medikamentöse Therapiestrategien. [142, 107]

Die primärpräventive Tätigkeit des Hausarztes erfordert allerdings einen wesentlich höheren Zeitaufwand, für den derzeit nahezu keine Vergütungsgrundlage existiert.

Bei dem Stellenwert, den die Prävention in Deutschland einnehmen soll, ist ein bereitgestelltes Ausgabevolumen von derzeit etwa 4,5 Prozent bezogen auf die Gesamtausgaben der GKV sicherlich nicht ausreichend. Hier wäre im Hinblick auf die mannigfaltig nachgewiesene Wirksamkeit der Gesundheitsförderung und Primärprävention unter dem zu berücksichtigenden Aspekt, dass die Krankenkassen in die Prävention gesetzlich eingebunden wurden, eine Etablierung und Finanzierung primärpräventiver Leistungen im hausärztlichen Bereich anzustreben. Diese könnte primärpräventive Erst- und Folgegespräche, Gruppen- und Einzelschulungen mit Inhalten der gesunden Lebensführung, Ernährung, körperlichen Aktivität und die Unterstützung weiterer salutogener Ressourcen umfassen.

In der praktischen Umsetzung eines präventiven Vorgehens sollte das persönliche individuelle Arzt-Patienten-Gespräch an erster Stelle stehen. Es müsste in der hausärztlichen Praxis interessierten Patienten mit und ohne bereits bestehende Risikokonstellation offen stehen, jedoch wäre es anzustreben, Patienten mit sich anbahnenden oder bestehenden Erkrankungsrisiken gezielt in primärpräventive Maßnahmen einzubinden.

Das Gespräch sollte in jede Gesundheitsuntersuchung eingebunden sein und eine Struktur aufweisen, die in einem engefassten Zeitlimit eine sichere Risikostratifizierung für den jeweiligen Patienten erlaubt und jederzeit reproduzierbar macht.

Die angestrebte und bisher auch in der eigenen Erhebung deutlich unterrepräsentierte regelmäßige Dokumentation eines präventiven Gespräches in der elektronischen Patientenakte, ggf. die Dokumentation der Ergebnisse in einem patientengebundenen Präventionsheft bzw. die Mitgabe eines Computerausdruckes zur selbständigen Aufbewahrung sowie der Nachweis und die Dokumentation wahrgenommener Einzel- oder Gruppenschulungen würden einen ersten Schritt zur standardisierten und somit messbaren und effektiveren Wahrnehmung primärpräventiver Aufgaben darstellen.

Dazu bietet sich eine schnell überschaubare Form an, welche ähnlich der in jedes Softwaresystem integrierbaren Dokumentation der Disease Management Programme aufgebaut sein könnte. Sie wäre in der elektronischen Patientenakte optisch hervorgehoben, leicht abrufbar und würde unter Zuhilfenahme weniger Einträge visualisieren, welche persönlichen Ressourcen durch den Arzt gefördert werden sollten. Für den Patienten wäre die Visualisierung in Kurzform, d.h. einer DIN A 4 Seite ergänzend mit einer farblichen Kennzeichnung im Sinne einer rot-gelb-grünen Ampel entsprechend des Ausmaßes eines Risikos ( z.B. rot hervorgehoben > 20 Zigaretten/ Tag bzw. gelb markiert ein erhöhter Cholesterinwert ) vorstellbar und hat sich in präventiven Programmen bereits als sinnvoll erwiesen. [74]

In die elektronische Dokumentation sollte ein gut evaluierter Risiko-Score, wie z.B. der PROCAM-Score als Link zur schnellen Verfügbarkeit eingebunden werden. Ebenso wäre die Implementierung bereits vorhandener Instrumente zur Risikobeurteilung wie e-ARRIBA oder CARRISMA denkbar, deren Einsatz einen positiven Einfluss z.B. auf Ernährungsumstellung und körperliche Aktivität zeigen konnte. [34,62]

Vorstellbar wäre ein präventives Erstgespräch mit einer Anspruchsberechtigung ab dem 18. Lebensjahr. Aus dem Risikoprofil sollte sich die weitere Konsultationsfrequenz und Datenerhebung ergeben. Wiederum ähnlich der DMP-Struktur könnte das eine viertel-, halb- oder jährliche Wiederbestellung sein. Dieses Vorgehen würde dem Umstand Rechnung tragen, dass eine alleinige Aufklärung im Sinne von Wissensvermittlung nicht zur Verhaltensänderung führt, sondern die anhaltende zielgenaue Förderung von Gesundheitsverhalten erforderlich ist.[53] Es würde auch die Hinwendung zu einer zunehmend geforderten individualisierten Präventionsstrategie [137] bedeuten, in deren Verlauf eine „informierte Entscheidung“ (informed consent) vom Patienten mit seinem beratenden Arzt über weiterführende präventive und Screeningmaßnahmen steht.

Die Anlehnung an strukturierte Behandlungsprogramme ist sinnvoll, da sie durch

- hohe Prävalenz und Inzidenz des Krankheitsbildes
- chronischen Verlauf mit definierten Krankheitsstadien
- evidenzbasierte Versorgungsstandards
- Messbarkeit klinischer Interventionsergebnisse
- hohe Behandlungskosten und
- Beeinflussung des Krankheitsverlaufes durch patienteneigene Verhaltenssteuerung

charakterisiert sind [126] und damit auch Kriterien des Anspruchs an Früherkennungsmaßnahmen erfüllen.

Die Aushändigung eines Dokumentationsvordruckes sollte als eine gemeinsame, d.h. von Arzt und Patient getroffene Strategie bzw. Therapieentscheidung aufgefasst werden.

Im Rahmen der Finanzierbarkeit muss die Häufigkeit präventiver Leistungen ihre Berechtigung haben und in der Dokumentation nachvollziehbar sein.

Eine mögliche Dokumentationsform wird nachfolgend vorgestellt:

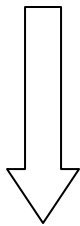
## Gesundheitsförderung und Früherkennung

Name:  
Krankenkasse:  
Behandelnder Arzt:

Vorname:

Geb.datum:  
Versichertennummer:  
Datum:

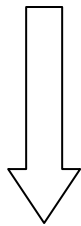
### 1. Gesundheitsförderung/Primärprävention



Seite 2

- durchgeführt  
 Nicht durchgeführt

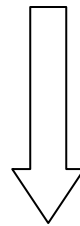
### 2. Sekundärprävention



Seite 3

- durchgeführt  
 nicht durchgeführt

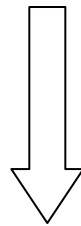
### 3. Krebsfrüherkennung



Seite 4

- durchgeführt  
 nicht durchgeführt

### 4. Problemstrategie



Seite 5/ 6

- durchgeführt  
 nicht durchgeführt

## Gesundheitsförderung/Primärprävention

### Familienstand

allein lebend  in Partnerschaft lebend  verheiratet  geschieden  verwitwet

### Kinder

ja  Anzahl  nein

### Familienverhältnisse

gut  problematisch  \_\_\_\_\_

**Beruf:** \_\_\_\_\_ Arbeitssituation: gut  problematisch  \_\_\_\_\_

Arbeitslosigkeit  Altersrentner/Vorruhestand  Erwerbsunfähigkeitsrentner

### Raucher

ja  Zig/die \_\_\_\_\_ pack years \_\_\_\_\_ nein

### Alkohol

nein  wenig  regelmäßig  Menge \_\_\_\_\_

**Gewicht:** \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ BMI: \_\_\_\_\_ Taillenumfang: \_\_\_\_\_

### Bewegung/Sport

Sportart \_\_\_\_\_

Regelmäßig  1-2x wöchentlich  mehrmals wöchentlich

Keine körperliche Betätigung

### Negativer Stress

nein  ja   
beruflich   
privat

<b>Impfungen:</b>	Td	_____	nicht bekannt	<input type="checkbox"/>
	Polio	_____	nicht bekannt	<input type="checkbox"/>
	Pneumokokken	_____	nicht bekannt	<input type="checkbox"/>
	Influenza	_____	nicht bekannt	<input type="checkbox"/>
	Pertussis	_____	nicht bekannt	<input type="checkbox"/>

### Salutogene Ressourcen

hoch   
mittel   
gering

genauere Angaben (Hobby, Ehrenamt...)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Sekundärprävention

### Anamnese

	Eigenanamnese	Familienanamnese (wer, in welchem Alter?)
Hypertonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
KHK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
pAVK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Hyperlipidämie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Karzinom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____

### Untersuchung ( patholog. Befunde )

Herzauskultation	<input type="checkbox"/>	_____
Karotisauskultation	<input type="checkbox"/>	_____
Lungenauskultation	<input type="checkbox"/>	_____
Abdomenpalpation	<input type="checkbox"/>	_____
Fußpulse	<input type="checkbox"/>	_____
Bewegungsapparat	<input type="checkbox"/>	_____
Psyche	<input type="checkbox"/>	_____
Nervensystem	<input type="checkbox"/>	_____

**RR** \_\_\_\_\_ mm Hg

### Ruhe-EKG

Normalbefund	<input type="checkbox"/>
Schenkelblock	<input type="checkbox"/>
Ischämie	<input type="checkbox"/>
Hypertrophiezeichen	<input type="checkbox"/>

### Labor

Gesamtcholesterin \_\_\_\_\_ mg/dl  
LDL-Cholesterin \_\_\_\_\_ mg/dl  
HDL-Cholesterin \_\_\_\_\_ mg/dl  
HDL/LDL-Quotient \_\_\_\_\_

Blutzucker, nüchtern \_\_\_\_\_ mmol/l      HbA1c \_\_\_\_\_

Urinstreifentest

Eiweiß	<input type="checkbox"/>
Glucose	<input type="checkbox"/>
Ery	<input type="checkbox"/>
Leuko	<input type="checkbox"/>
Nitrit	<input type="checkbox"/>

## Krebsvorsorge

Letzte Gynäkologische Konsultation \_\_\_\_\_

veranlasst

nicht veranlasst

Letzte Urologische Konsultation \_\_\_\_\_

veranlasst

nicht veranlasst

## Hautkrebsscreening

Nicht anspruchsberechtigt

Durchgeführt

Überweisung zu Dermatologen:

ja

nein

Nicht durchgeführt

## Palpation der Mamma:

durchgeführt

nicht durchgeführt

Patholog.Befund:

ja

nein

## Untersuchung des Rectum/Äußeren Genitale:

Nicht anspruchsberechtigt

Durchgeführt

nicht durchgeführt

Patholog.Befund

ja

nein

Überweisung zum Facharzt

ja

nein

## Hämocculttest

Nicht anspruchsberechtigt

Durchgeführt

nicht durchgeführt

Patholog.Befund

ja

nein

Überweisung zum Facharzt

ja

nein

## Präventive Koloskopie

Nicht anspruchsberechtigt

Beratung durchgeführt

Überweisung zur Koloskopie

ja

nein

**Gesundheitsrisiken/ Neu gestellte Diagnosen**

- |   |   |                                    |                                   |
|---|---|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nikotinabusus    | <input type="checkbox"/> Hypertonie               |                                    |                                   |
| <input type="checkbox"/> Übergewicht      | <input type="checkbox"/> Hypercholesterinämie     |                                    |                                   |
|   | <input type="checkbox"/> gestörte Glukosetoleranz |                                    |                                   |
| <input type="checkbox"/> Bewegungsmangel  | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus        |                                    |                                   |
| <input type="checkbox"/> Alkoholabusus    | KHK   | <input type="checkbox"/> gesichert | <input type="checkbox"/> Verdacht |
| <input type="checkbox"/> Negativer Stress | Art. Gefäßerkrankung                              | <input type="checkbox"/> gesichert | <input type="checkbox"/> Verdacht |
| <input type="checkbox"/> Impflücken       | Nierenerkrankung                                  | <input type="checkbox"/> gesichert | <input type="checkbox"/> Verdacht |
| <input type="checkbox"/> Karzinom in FA   | Lungenerkrankung                                  | <input type="checkbox"/> gesichert | <input type="checkbox"/> Verdacht |
|   | Orthopäd.Erkrankung                               | <input type="checkbox"/> gesichert | <input type="checkbox"/> Verdacht |
|   | Neurolog. Erkrankung                              | <input type="checkbox"/> gesichert | <input type="checkbox"/> Verdacht |
|   | Psych. Erkrankung                                 | <input type="checkbox"/> gesichert | <input type="checkbox"/> Verdacht |
|   | Bösartige Erkrankung                              |                                    | <input type="checkbox"/> Verdacht |

**PROCAM-SCORE:** \_\_\_\_\_Punkte (Link zu Score-Ansicht)



## Maßnahmen Gesundheitsförderung:

### Ernährungsberatung

Nicht notwendig

Beratung  
Schulung

durchgeführt   
durchgeführt

empfohlen   
empfohlen

### Nikotinverzicht

Nichtraucher

Beratung

medikamentöse Therapie

### Bewegungsmangel

Nicht zutreffend

Beratung

Bewegungstherapie veranlasst   
Physiotherapie   
Kurs der Krankenkasse   
Andere

### Stressabbau

Nicht notwendig

Beratung

Einzel-/Gruppentherapie veranlasst  
 Kurs der Krankenkasse \_\_\_\_\_  
 Angebot in eigener Praxis \_\_\_\_\_  
 Andere Angebote \_\_\_\_\_

### Impfung

Td

Polio

Pneumokokken

Influenza

Pertussis

Impfstatus vollständig

### Maßnahmen Sekundärprävention

Antihypertensive Therapie eingeleitet

Lipidsenkende Therapie eingeleitet

Antidiabetische Therapie eingeleitet

Andere medikamentöse Therapie eingeleitet \_\_\_\_\_

Überweisung

Orthopädie  
 Neurologie/Psychiatrie  
 Kardiologie  
 Pulmologie  
 Diabetologie  
 Nephrologie

Augenarzt  
 HNO  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Patienteninformation**

Name: Vorname: Geb.datum:

Beh. Arzt: Datum:

**Gesundheitsrisiken**

- Nikotinabusus
- Übergewicht
- Bewegungsmangel
- Alkoholabusus
- Negativer Stress
- Impflücken
- bösartige Erkrankung in Familie

**Erkrankung bzw. Verdacht**

- Bluthochdruck
- Hypercholesterinämie
- gestörte Glukosetoleranz
- Diabetes mellitus
- Herzerkrankung  gesichert  Verdacht
- Art. Gefäßerkrankung  gesichert  Verdacht
- Nierenerkrankung  gesichert  Verdacht
- Lungenerkrankung  gesichert  Verdacht
- Orthopäd.Erkrankung  gesichert  Verdacht
- Neurolog. Erkrankung  gesichert  Verdacht
- Psych. Erkrankung  gesichert  Verdacht

**Maßnahmen Gesundheitsförderung:**

**Ernährungsberatung**

Nicht notwendig  Beratung durchgeführt  empfohlen   
 Schulung durchgeführt  empfohlen

**Nikotinverzicht**

Nichtraucher  Beratung  medikamentöse Therapie

**Bewegungsmangel**

Nicht zutreffend  Beratung  Bewegungstherapie veranlasst   
 Physiotherapie   
 Kurs der Krankenkasse   
 Andere

**Stressabbau**

Nicht notwendig  Beratung  Einzel-/Gruppentherapie veranlasst   
 Kurs der Krankenkasse \_\_\_\_\_   
 Angebot in eigener Praxis \_\_\_\_\_   
 Andere Angebote \_\_\_\_\_

**Impfung**

Td  Pertussis  Pneumokokken  Polio  Influenza  andere   
 Impfstatus vollständig

An nachfolgender Stelle sollte sich die Durchführung regelmäßiger Schulungen zur Gesundheitsförderung in der hausärztliche Praxis etablieren. Hierzu könnten gezielt Patienten eingeladen werden, bei denen sich Defizite und Fehlentwicklungen im Rahmen einer Risikobeurteilung offenbart haben. Sie sollten jedoch unbedingt auch interessierten Patienten ohne Risiko aktiv angeboten werden.

Die derzeit durch die Krankenkassen favorisierte Strategie des flächenhaften Angebotes präventiver Kurse erreicht unverändert diejenigen, die bereits präventiv aktiv sind.

Eine Möglichkeit der Effizienzsteigerung im Bereich der Prävention könnten Krankenkassen dahingehend leisten, dass sie für ärztliche präventive Schulungen standardisiertes Patienteninformationsmaterial zur Verfügung stellen. Dieses könnte Ernährungshinweise, Ernährungspyramiden und Nährwerttabellen, BMI-Kalkulatoren einschließlich Bauchumfangsrichtwerten, Anleitungen zur Kräftigung der Rückenmuskulatur und Strategien zur Vermeidung von Bluthochdruck, Diabetes mellitus und negativem Stress zum Inhalt haben, aber auch Schulungsmaterial für den Arzt beinhalten.

All die eben genannten Möglichkeiten werden seitens der Krankenkassen, der Rentenversicherungsträger und im Bereich der DMPs, d.h. im Rehabilitationswesen und in der Sekundär- und Tertiärprävention umfangreich und erfolgreich finanziert, gefördert und durch die Leistungserbringer angewendet. Da jedoch nur ein geringer Prozentsatz der Bevölkerung ambulante oder stationäre Rehabilitationsleistungen oder DMPs in Anspruch nimmt, ist hier eine bedarfsgerechte Erreichbarkeit und Vermittlung präventiven Wissens nicht gegeben. Selbst diejenigen, die an einer Rehabilitationsmaßnahme teilgenommen haben und dort Maßnahmen zu gesundheitsfördernder Verhaltensmodifikation erlernt haben, setzen sie unter den schwierigen Bedingungen des Alltags nicht mehr um. [108]

Hier wäre es vorstellbar, bestehende und gut funktionierende Strukturen aus dem Rehabilitationswesen, ähnlich den etablierten Diabetes-, Hypertonie- und Asthmaschulungen, in die hausärztliche Versorgung zu implementieren. Immerhin bietet die Deutsche Rentenversicherung im Rahmen des seit 2002 existierenden „Gesundheitstrainingsprogrammes“ 20 methodische Schulungsbausteine für sieben Indikationsbereiche für Gesundheitsförderung und Tertiärprävention an. [38]

Vor allem wäre eine qualifizierte, an neueste Erkenntnisse und ggf. Leitlinien angelehnte, Schulung niedergelassener Ärzte und des mitarbeitenden medizinischen Personals anzustreben, um auf den Gebieten der Ernährungsberatung, angemessener sportlicher

Betätigung, Stressbewältigung und Raucherentwöhnung suffiziente und nachvollziehbare Angebote machen zu können und sowohl aus eigener ärztlicher Intention bei entsprechender Notwendigkeit, aber auch nach erfolgter Rehabilitation, stützend tätig zu werden. [82]

Weiterführend ist in Anbetracht der zweifelsfrei bestehenden Notwendigkeit verstärkter Zuwendung zu primärpräventiven und gesundheitsvorsorgenden Handlungsfeldern eine schrittweise Einführung zertifizierter Vorsorge im ambulanten Versorgungsbereich empfehlenswert. Es wäre denkbar, durch vorgegebene Strukturen, aber auch durch abrechenbare und honorierte Leistungen, eine intensivere Bereitschaft der Ärzte zu präventivem ärztlichen Handeln zu erreichen.

Ähnlich den bereits etablierten DMP's und den seit 2010 umzusetzenden Qualitätsmanagementstandards im ambulanten Bereich wäre der Aufbau einer gezielten präventiven Tätigkeit mit entsprechenden Qualifikationsnachweisen für Ärzte und medizinische Fachangestellte anzustreben. Diese könnte regelmäßig angebotene Schulungen, die Implementierung präventiver Sprechstunden, die Zusammenarbeit mit Anbietern von Bewegungsprogrammen, die Sicherung einer Erfolgskontrolle gemeinsam mit dem Patienten, eine standardisierte Dokumentation mit der Möglichkeit der zentralen Weiterleitung präventiver Daten und deren Auswertung im Sinne einer Qualitätsbestimmung beinhalten.

Mit solchen Strukturen wäre es möglich, der wissenschaftlich berechtigt geforderten prospektiven Messung von Prozess- und Ergebnisqualität neben der wesentlich einfacher erfassbaren Strukturqualität zu entsprechen und es bestünde die Voraussetzung, der Versorgungsforschung klare und bundesweit vergleichbare Daten zur Verfügung zu stellen.

Alle in diesem Kapitel beschriebenen Maßnahmen bedürfen einer zeitlich und finanziell geänderten Gewichtung in der ambulanten Versorgung.

Zusätzlich zum derzeit bestehenden täglichen Arbeitsaufwand vieler ambulant tätiger Ärzte, insbesondere in unterversorgten und ländlichen Gebieten, ist der erweiterte Aufwand für individuelle gezielte präventive Angebote nicht zu leisten.

Lösungsansätze können in dieser Hinsicht nicht vordergründig in der einzelnen Arztpraxis entstehen.

Primär sind seitens der Gesundheitspolitik, z.B. als Bestandteil eines Präventionsgesetzes, Rahmenbedingungen zu schaffen und im zweiten Schritt mit den Krankenkassen zu verhandeln, die den Ärzten Freiräume zur präventiven Tätigkeit in einem deutlich höheren Ausmaß als dem zur Zeit gegebenen ermöglichen.

Solange Primärprävention und Gesundheitsförderung im ambulanten hausärztlichen Bereich durch Politik und Krankenkassen nicht ausreichend unterstützt werden, entwickeln ambulant tätige Ärzte nicht das notwendige Bewusstsein für Primärprävention.

Andererseits wünschen sich 40 Prozent der Kinder- und Allgemeinärzte eine bessere Fortbildung im Bereich der Primärprävention, sodass von einem bereits bestehenden Problembewusstsein der Ärzte ausgegangen werden kann. [60]

Sinnvoll wäre, bei Existenz entsprechender gesundheitspolitischer Vorgaben, durch kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit beteiligter Gremien und Institutionen (z.B. Bundesgesundheitsministerium, BzGA, Krankenkassen), zielführend die Inanspruchnahme des Hausarztes in präventiver Absicht zu empfehlen und zu fördern.

Abgesehen von akuten Erkrankungen, die einer umgehenden Inanspruchnahme des Arztes bedürfen, ist die Erbringung kurativer Leistungen im ambulanten Bereich nachwievor geprägt durch zu häufige Arztkonsultationen chronisch Kranker, deren Erkrankungen sich in einem stabilen Zustand befinden, durch die Erbringung von Mehrfachbehandlungen im diagnostischen und therapeutischen Bereich, durch Parallelbehandlungen wie z.B. die gleichzeitige Behandlung chronischer Beschwerden des Bewegungsapparates durch Hausarzt, Orthopäden und Chirurgen im selben Zeitraum.

Der Hausarzt als Lotse kann solche Kompetenzüberschneidungen, die oft durch den Patienten gewollt sind, da er sich in Kenntnis einer budgetierten Medizin einen Leistungszuwachs von mehreren Behandlern im apparativen, medikamentösen und physiotherapeutischen Bereich erhofft, nur bedingt eindämmen.

Wirkungsvoll auch bezüglich genannter Problemfelder erscheint wiederum ein intensives, konzentriertes und empathisches Gespräch zwischen Arzt und Patient in einem angemessenen Zeitrahmen, in dem die bestehenden Erkrankungen und Beschwerden umfassend angesprochen werden und eine Aufklärung bezüglich bestehender Überdiagnostik und Übertherapie stattfindet. Diese trägt häufig zu einer differenzierteren Sicht des Patienten in seiner Krankheitsbewältigung bei.

Der Patient weist eine größere Zufriedenheit auf, wenn er das Gefühl vermittelt bekommt, in seinem Beschwerdebild umfassend wahrgenommen worden zu sein. Je qualitativ ergiebiger ein Arzt-Patienten-Kontakt ist, desto weniger sieht sich der Patient veranlasst, in unangemessen kurzen Abständen wegen derselben Beschwerden den Arzt erneut in Anspruch zu nehmen.

Dies kann ein Ansatz zur Ressourcenerschließung sein, der z.B. die Arzt-Patienten-Kontakte stabil chronisch Kranker reduziert, ohne dass die Qualität der Behandlung leidet. Voraussetzung wäre die Aufwertung von Gesprächsleistungen im GKV-Leistungskatalog. Kontrollen wie regelmäßige Laboruntersuchungen erweitern die Konsultationshäufigkeit chronisch Kranker in der Arztpraxis ohnehin, müssen aber nicht immer zu einem Arzt-Patienten-Kontakt führen.

Im Rahmen einer Umorientierung der Gewichtung präventiver und kurativer Leistungen im ambulanten Bereich spielt neben der Gewinnung zeitlicher Ressourcen auch die Finanzierung eine wesentliche Rolle.

Die Eindämmung von Überdiagnostik, Übertherapie und nicht effizienten Parallelbehandlungen stellt wesentliche Ansätze zur Kostendämpfung dar.

Ob die flächendeckende Einführung der elektronischen Gesundheitskarte wirklich einen effektiven und nachhaltigen Beitrag zu mehr Transparenz und mehr Bündelung von Patientendaten leisten kann, wäre denkbar, bleibt aber bis zum Vorliegen größerer Datenmengen unklar.

Die bessere Vernetzung und Akzeptanz zwischen stationärem und ambulantem Bereich ist ein weiterer Bestandteil der Möglichkeiten zur Kostenersparnis.

Die sich in den letzten Jahren entwickelnde Bonusstrategie der Krankenkassen bindet erhebliche finanzielle Mittel, erreicht aber vordergründig nur diejenigen Versicherten, die auch ohne Bonusanreiz ein höheres Gesundheitsbewusstsein haben und deren Gesundheitszustand sich nicht durch die Sach- oder Geldprämie der Krankenkasse bessern muss oder wird.

Der wesentlich größere persönliche Stimulus zu gesundheitsbewusstem Verhalten oder zur Verhaltensänderung, z.B. bei Übergewicht, ist im Endeffekt nicht der Bonus der Krankenkasse, sondern eine tatsächliche erreichte und langfristig gehaltene Gewichtsabnahme und ein tatsächlich eingetretenes positiv erlebtes neues Lebensgefühl. Die finanziellen Ausgaben für spezielle Diäten, welche nicht individuell begleitet werden und meistens scheitern, sind um ein Vielfaches höher als der Bonus einer Krankenkasse. Auch hier zeigt sich die individuelle Begleitung z.B. durch den Hausarzt, aber auch beratende Diätprogramme mit Erfolgskontrolle wie die Weight Watchers als deutlich effizienter.

Grundvoraussetzung für die nachhaltige Etablierung präventiver ärztlicher Tätigkeit ist eine angemessene Vermittlung dieser Thematik in Studium und Facharztweiterbildung. Das heißt,

es müssen bundesweit diesbezügliche Inhalte konkret in Aus- und Weiterbildungsordnungen integriert werden.

Bundesweit existiert bei bisher nicht zustande gekommenem Präventionsgesetz das Forum Gesundheitsziele Deutschland, das, als Modellprojekt im Jahr 2000 begonnen, inzwischen seit dem Jahr 2007 als Kooperationsverbund weitergeführt wird. [47]

Die Gesundheitsziele sind ein Instrument der Gesundheitspolitik, um eine Verbesserung der Gesundheitssituation der Bevölkerung zu erreichen und haben einen koordinierenden Anspruch zwischen Politik, Kostenträgern, Leistungserbringern, Wissenschaft und Selbsthilfeorganisationen.

Finanziert wird das Forum Gesundheitsziele vom Bundesministerium für Gesundheit, Krankenkassen, Ärztekammern, der Rentenversicherung und der Pharmaindustrie.

Inhalt dieses Forums sind verbindliche Vereinbarungen der verantwortlichen Akteure im Gesundheitssystem, welche derzeit 6 nationale Gesundheitsziele umfassen:

- Diabetes mellitus: Erkrankungsrisiko senken, früh erkennen und früh behandeln
- Brustkrebs: Mortalität verringern
- Depressive Erkrankungen: frühzeitig erkennen und angemessen behandeln
- Tabakkonsum reduzieren
- gesund aufwachsen: richtige Ernährung und Bewegung
- gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Stressbewältigung, Patientensouveränität stärken

Die Zielthemen Impfen, chronischer Rückenschmerz und Herzinfarkt sind im Aufbau begriffen.

Auffällig ist, dass die Ziele nicht einheitlich bundesweit bearbeitet werden, sondern dass sie in den einzelnen Bundesländern in Umfang und Themenschwerpunkten sehr unterschiedlich sind. Zum Teil besteht eine identische Zielsetzung zu oben genannten Gesundheitszielen, zum Teil werden Schwerpunkte auf Mundgesundheit bei Kindern, Versorgungsqualität allgemein, Palliativversorgung, Suchtproblematik und andere gelegt.

Das heißt, die Schnittmengen zwischen den Bundesländern sind klein, wobei die Kinder- und Jugendgesundheit in allen Bundesländern gleichwertig verankert ist.

Diese Problematik bedingt eine eingeschränkte Verallgemeinerungsfähigkeit bundesweit, da Schwerpunkte und Prozessqualität sehr heterogen sind. Diese Heterogenität und Nichtnachvollziehbarkeit regelmäßiger Muster zeigt sich auch international in anderen europäischen Ländern und Nordamerika. Sie macht Gesundheitsleistungen kaum vergleichbar. [125]

Alle in diesem Rahmen stattfindenden Modellprojekte werden vom Bund sechs Jahre gefördert. Es ist bei uneinheitlicher Realisierung, uneinheitlicher Gremienstruktur und uneinheitlichem Prozessverlauf innerhalb der einzelnen Länder offen, inwieweit eine effiziente und bundesweite Umsetzung der Gesundheitsziele vorliegen wird. Letztendlich ist das Präventionsgesetz auch an überbordender Bürokratie, wechselseitigen Blockierungen durch Wahrnehmung des Veto-Rechtes aufgrund von Kompetenzstreitigkeiten und kollidierenden finanziellen Interessen und Unterschiedlichkeiten von Bundes- und Länderinteressen 2005 im Bundesrat gescheitert sowie seitdem in der letzten und jetzigen Legislaturperiode nicht mehr aufgenommen worden. [ 46,110,25]

Aus Sicht der Krankenkassen wird die Verhaltensprävention, d.h. konkret v.a. die Stärkung gesundheitlicher Kompetenzen als wichtig angesehen. Seitens der Spitzenverbände werden jedoch vorrangig Maßnahmen nach dem Settingansatz favorisiert, die in der Lebenswelt der Versicherten wie z.B. in Schulen, Kindertagesstätten und Gemeinden ansetzen. Das Augenmerk soll hier v.a. auf die sozial Benachteiligten gelegt werden.

Jedoch wird auch durch die Krankenkassen konstatiert, dass primärpräventive Ansätze global zersplittert sind und eine mangelnde Koordination und Kooperation der Beteiligten vorherrscht. [127]

Die Sekundär- und Tertiärprävention ist finanziell besser ausgestattet und stringenter geregelt als die Primärprävention.

Das ambulante nichtöffentliche Gesundheitswesen bleibt im primärpräventiven Bereich größtenteils außen vor, wobei gerade im hausärztlichen Sektor die Stärkung der gesundheitlichen Kompetenz durch persönliche Interaktion effektiv verbessert werden kann.

Insofern wäre die Verabschiedung eines Präventionsgesetzes mit bundesweiter Gültigkeit und Verbindlichkeit ein Schritt zu mehr Effizienz und zum wirksamen Einsatz vorhandener Ressourcen, damit auch zur Umsetzung der Ziele der WHO.

Die Stärkung des Hausarztes in seinem gesundheitsfördernden Potential einhergehend mit einer bundesweit evaluierbaren einheitlichen Dokumentation dieser Tätigkeit sollte zwingender Bestandteil gesundheitspolitischer Gesetzgebung werden.



## 6. Zusammenfassung

Die Gesundheitsziele der WHO für die europäische Region stützen sich auf die Hauptaktivitätsbereiche Gesundheitsförderung, präventive und unterstützende Gesundheitserziehung. Die Ottawa-Charta weist Gesundheitsförderung als einen Prozess aus, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.

Im medizinischen Bereich der Verhaltensprävention hat der Hausarzt in seinem gesundheitsfördernden und präventiven Wirken eine Schlüsselrolle inne.

Die Einstellung von Hausärzten zu präventiver Tätigkeit und deren Durchführung weist sowohl national als auch international eine große Heterogenität auf.

Präventionsleistungen werden uneinheitlich, häufig nicht evidenzbasiert und leitliniengerecht erbracht.

Viele Hausärzte geben eine schwierige Umsetzung von Prävention in der hausärztlichen Tätigkeit an. Es besteht eine Akzeptanz für primärpräventive Maßnahmen und Skepsis bezüglich der Effektivität von Früherkennungsuntersuchungen.

Ziel der Arbeit war, alle nichtmedikamentösen präventiven Tätigkeiten von Hausärzten qualitativ und quantitativ zu erfassen und das Gesundheitsbewusstsein von Patienten zu eruieren.

In einer retrospektiven Datenerhebung aus den Patientenakten wurden in der 1. Teilstudie alle dokumentierten Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Primärprävention und nichtmedikamentöser Sekundärprävention bei insgesamt 500 Patienten erfasst. In einer 2. Teilstudie erfolgte eine Befragung von 500 Patienten zu gesundheitsförderndem und präventivem Wissen sowie zu Gesundheitsbewusstsein und gesundheitsfördernder Aktivität. Alle Patienten waren zwischen 25 und 65 Jahre alt.

Die Ergebnisse zeigten, dass 65 % der Patienten die Früherkennung als sehr wichtig erachten. Zwei Drittel aller Patienten schätzten die eigenen Möglichkeiten zu ihrer Gesunderhaltung als sehr hoch ein.

Dem gegenüber steht eine regelmäßige Teilnahme an Gesundheitsuntersuchungen von 35 Prozent der Befragten. Aus den Patientenakten war eine zweijährliche Teilnahemquote von

lediglich 13 % nachvollziehbar. Einer regelmässigen Krebsvorsorge unterzogen sich annähernd die Hälfte aller Patienten.

Die Informiertheit über Früherkennung ist in den jüngeren Jahrgängen und bei Männern geringer. Ebenso hatten Männer einen geringeren Anteil an der Inanspruchnahme präventiver Maßnahmen.

Aus 69 Prozent der Patientenakten ging ein Risiko für spätere Erkrankungen hervor. Unter anderem waren 20 % aller Patienten übergewichtig und 30 % wiesen erhöhte Blutfettwerte auf. Adäquat dazu berieten die Ärzte 70 Prozent ihrer Patienten zu gesunder Lebensweise.

Anamnestische Daten, die für eine effektive präventive Tätigkeit des Arztes unabdingbar sind, wurden zu selten erfragt bzw. dokumentiert.

Eine stabile Arzt-Patienten-Beziehung mit ausreichendem Freiraum für beratende Leistungen ist die Grundvoraussetzung gezielter und effektiver Prävention. Patienten äußerten als häufigsten Wunsch den nach mehr Zeit ihres Hausarztes für ein Gespräch.

Derzeit werden Gesprächsleistungen im ambulanten hausärztliche Bereich nicht ausreichend honoriert. Gesundheitsförderung und Primärprävention sind im Leistungskatalog der GKV unterrepräsentiert.

Gesundheitspolitik und Krankenkassen sind entsprechend der nachgewiesenen Effizienz primärpräventiver Strategien gehalten, entsprechende strukturelle und finanzielle Rahmenbedingungen zur etablieren.

Die eigene Arbeit stellt eine mögliche Dokumentationsform vor, die an Strukturen vorhandener Disease-Management-Programme angelehnt ist und alle präventiven Bereiche des hausärztlichen Spektrums erfasst. Mit einer implementierten Beratungsstrategie ermöglicht sie eine zielgruppenorientierte und risikoadaptierte ganzheitliche präventive Tätigkeit des Hausarztes und eine einheitliche und reproduzierbare Dokumentation.

## 7. Literaturverzeichnis

- (1) Abholz, HH: Bewertung von Krankheitsfrüherkennung und Prävention. In: Allhoff,P.G., Leidel,G., Ollenschläger,G., Voigt,H.P.: Präventivmedizin Praxismethoden - Arbeitshilfen . Springer Loseblatt. Heidelberg, 1999
- (2) Abholz, HH: Konzeptionelle und ethische Probleme des Risikofaktoren - Konzeptes in seiner therapeutischen Anwendung. In: Risikofaktorenmedizin. Hrsg.: Abholz, H.H., Borgers, D., Karmaus, W., Korporal, J., Walter de Gruyter - Verlag, 1982, S. 182 – 189
- (3) Abholz, HH: Grenzen medizinischer Prävention. In: Rosenbach, R., Kühn, H., Köhler, B.M. (Hrsg. ): Präventionspolitik - Gesellschaftliche Strategien der Gesundheitssicherung. Edition Sigma, Rainer Bohn Verlag, Berlin, 1994, S. 54-79
- (4) Abholz,HH: Früherkennung von Karzinomen. In: Prävention. Hausarztthandbuch. MED.COMM., ein Verlag der Urban & Vogel GmbH, München, 2007, S.44-49
- (5) Agency for Healthcare Research and Quality. The Guide to Clinical Preventive Services Task Force. Recommendations of the U.S. Preventive Services Tas Force,2005
- (6) Albert, U.-S., Schulz, K.-D., : Aktuelle Entwicklung der Brustkrebsfrüherkennung und im internationalen Vergleich. Onkologie 2002; Heft 8; S.1040-1052
- (7) Amoroso Ch, Harris MF,Amando A: The 45 year old health check. Australian Family Physician 05.May 2009;Vol 30;358-362
- (8) Andriole GL, Crawford ED, Grubb RL et al. Mortality Results from a Randomized Prostate-Cancer Screening Trial N Engl J Med 2009; 360(13): 1310-9
- (9) Antonovski, A: Unraveling the Mystery of Health. How people manage Stress and stay well. Jossey - Bass Publishers, San Francisco, London
- (10) Antonovski, A: Die salutogenetische Perspektive: Zu einer neuen Sicht von Gesundheit und Krankheit. Meducs 2, 1989, S. 51 – 57
- (11) Aringer M,Winzer M, Grässler J. Zu viel Harnsäure ist noch keine Gicht. CME 2008; 5(7-8):56-64
- (12) Baum E, Donner-Banzhoff N, Kaluza G,et.al. Die Einschätzung verhaltensbezogener Risikofaktoren beim „Check-up“. Z Allg Med 1999,75:674-678
- (13) Bengel, J., Strittmatter, R.: Gesundheitsverhalten und Compliance. In: Allhoff, P., Flatten, G., Laaser, U.: Krankheitsverhütung und Früherkennung - Handbuch der Prävention. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 1993, S. 66 – 74
- (14) Böcken J, Braun B, Schnee M, Amhof. Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft. Gesundheitsmonitor 2005.
- (15) Bouleware LE, Marinopoulos S, Karran AP, et al. Systematic Review: The Value of the Periodic Health Evaluation, Ann Intern Med.2007; 146:289-300

- (16) Borgers, D: Risikofaktormedizin in der ärztlichen Praxis. In: Ambulante Gesundheitsarbeit. Argument - Sonderband AS 102. Argument Verlag, Berlin, 1983, S. 48 – 60
- (17) Braun KP, May M, Grassmel Y, et.al.: The General Practitioner,s Part in the Initiation of Diagnostic Procedures in Prostate Cancer *Aktuel Urol* 2008;39(2):141-145
- (18) Bredenbeck,Eh.: Hausärzte setzen Prävention in die Tat um. *Ärzte Zeitung* Nr.93, 26.05.2008, S. 13
- (19) Brenner H,Altenhofen L, Hoffmeister M:Eight years of colonoscopic bowel cancer screening in Germany:initial findings and projections. *Dtsch Arztebl Int* 2010;107(43):753-9
- (20) Bress, D: Gesundheitsförderung - Leistungen zur Förderung der Gesundheit sowie zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten. *Fortbildung und Praxis* 105, Asgard Verlag, Sankt Augustin, 1993, S. 13 - 204
- (21) Brotons C, Bjfrkelund C, Bulc M, et al.: Prevention and health promotion in clinical practice:the views of general practitioners in Europe, *Preventive Medicine* 40 (2005) 595–601
- (22) Brucks, U, Wahl, W.-B: Integration präventiven Denkens in die ärztliche Tätigkeit - Ein Werkstattbericht. In: Häussler,B., Schliehe, F., Brennecke, R., Weber-Falkensammer,H.: *Sozialmedizinische Ansätze der Evaluation im Gesundheitswesen.Band 2: Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung und medizinische Rehabilitation.* Springer - Verlag Berlin, Heidelberg, New York, 1992, S. 146 – 162
- (23) Brugts JJ, Yetgin T, Hoeks SE, et al.: The benefits of statins in people without established cardiovascular disease but with cardiovascular risk factors: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2009; 338,b2376
- (24) Bucher, H, Gutzwiller, F: *Checkliste Gesundheitsberatung und Prävention.* Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York, 1993
- (25) Bühring,P.: *Forum Gesundheitsziele.de. Aktivitäten noch steigerungsfähig.* Deutsches Ärzteblatt. Jg. 104, Heft 38, 21.September 2007, S. A 2552
- (26) Catalan, J., Gath,D., Edmonds,G., Ennis,J.: The effects of non-prescribing of anxiolytics in general practice. *British Journal of Psychiatry* 1989, Vol.144, S. 593-602
- (27) Chako KM, Feinberg LE. Laboratory screening at preventive health exams:trend of testing, 1978-2004. *Am J Prev Med.* 2007;32(1):59-62
- (28) Criqui MH, Langer RD, Fronek A, et al.: Mortality over a period of 10 years in patients with peripheral arterial disease. *N Engl J Med* 1992;326, 381-386
- (29) Deter,H.-C., Schüffel,W.: *Gruppen mit körperlich Kranken: Eine Therapie auf verschiedenen Ebenen.* Springer Verlag Berlin, Heidelberg, New York, 1988
- (30) *Deutsches Ärzteblatt-Aktuell. Präventionsbericht.* Deutsches Ärzteblatt, Jg 107, Heft 4, 29.01,2010, S. A 118

- (31) Deutsche Gesellschaft für Urologie. S3-Leitlinie Prostatakarzinom. Version 1.0, September 2009. <http://www.iq-no.de/S3-leitlinie-prostatakarzinom> accessed Nov 12, 2011
- (32) Diehm C, Darius H, Pittrow D, et al.: Knöchel-Arm-Index. Ein wegweisender Risikomarker für die hausärztliche Praxis. Dt. Ärzteblatt, 2005, Jg. 102, Heft 34-35, 2310-2314
- (33) Donabedian A: Qualitätssicherung in der Medizin. <http://www.nonprofit-qualitaetsmanagement.de/qm-allgemein/donabedian.htm> accessed September 28 2012 ( 9 )
- (34) Donner-Banzhoff N, Keller H, Sadowski EM, et al. Individualisierte Risikoprognose für die Herz-Kreislauf-Prävention: Ein Werkstattbericht. <http://www.arriba-hausarzt.de/hintergrund/werkstattbericht.html>, accessed May 5, 2011
- (35) Eberlein, G.: Gesundheitsvorsorge in der ärztlichen Praxis. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 1986, S. 20 – 23
- (36) Eckert R. Tumorstvorge und Tumorstfrüherkennung- Sinn und Unsinn. Praxis 2007;96:137-143
- (37) Epidemiologie und Früherkennung häufiger Krebskrankheiten in Deutschland. S.69-107 <http://www.rki.de/Gesundheitsberichterstattung-und-Epidemiologie>, accessed July 9, 2011
- (38) Faller, H., Patientenschulung: Konzept und Evaluation. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 16, Heft 54/2001, S.97-106
- (39) Faltermaier, T. : Prävention und Gesundheitsförderung im Erwachsenenalter- Gesundheitliche Ressourcen in der Lebenssituation und Lebensweise. In: Hurrelmann, K., Klotz, Th., Haisch, J. ( Hrsg. ): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, 2004, S 73-78
- (40) Fenton JJ, Cai Y, Weiss NS, et al Delivery of cancer screening: how important is the preventive health examination? Arch Intern Med. 2007 Mar 26;167(6):580-5.
- (41) Fisseni G, Golücke A, Abholz HH. Warum machen deutsche Allgemeinärzte so wenig Früherkennung? Z.Allg.Med.2003;79:591-595
- (42) Flatten, G, Meye, MR: Präventive Gesundheitsberatung - ein Beitrag zur Qualitätssicherung In: Allhoff, P., Flatten, G., Laaser, U.: Krankheitsverhütung und Früherkennung - Handbuch der Prävention. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 1993, S. 437-444
- (43) Franzkowiak, P, Sabo, P ( Hrsg. ): Dokumente der Gesundheitsförderung. Reihe „Blickpunkt Gesundheit“ 1, Verlag Peter Sabo, Mainz, 1993, S. 15-101
- (44) Freund, T., Lekutat, C, Schwantes, U, Szecsenyi, J, Joos, S: Health Screening and Vaccination Status Results from a Patient Survey in German General Practices, Gesundheitswesen 2010 Nov;72(11):804-7

- (45) Fullerton B, Nolte E, Erler A: The quality of chronic care in Germany. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, Volume 105, Issue 8, 2011, Pages 554–562
- (46) Gerst, Th: Präventionsgesetz. Viele Räte sollen es richten. *Deutsches Ärzteblatt*, Jg.104, Heft 50, 14. Dezember 2007, S. A 3456-3458
- (47) gesundheitsziele.de : [www.gesundheitsziele.de](http://www.gesundheitsziele.de), accessed February 10, 2010
- (48) Glöser, S: Gesundheitsuntersuchung „check up 35“: Für viele Ärzte eine lästige Pflichtübung. *Deutsches Ärzteblatt*, Vol 95 ( 30 ) , S. A-1829
- (49) Golomb BA, Dang, TT, Criqui, MH: Peripheral arterial disease. Morbidity and Mortality implications. *Circulation* 2006, Vol 144, S.688-699
- (50) Göhler A, Januzzi JL, Worrell S, et al.: A Systematic Meta-Analysis of the Efficacy and Heterogeneity of Disease Management Programs in Congestive Heart Failure, *Journal of Cardiac Failure*, Vol12, Issue 7, September 2006, Pages 554–567
- (51) Gulich M, Eberhardt S, Blankenhorn S, et al. Motivation zur Grippeimpfung bei hausärztlichen Patienten in der Saison 2005/2006, *Z Allg Med* 2006;82:334-337
- (52) Hagen, LM. Donsbach, W.: Prävention aus Bevölkerungssicht-Einstellungen und Wege zu ihrer Veränderung. In: Kirch, W., Badura, B., Pfaff, H. ( Hrsg. ) : Prävention und Versorgungsforschung, Springer Medizin Verlag, Heidelberg, 2008, S. 341-357
- (53) Haisch, J: Prävention und Gesundheitsförderung in der Allgemeinmedizin. Präventionsprogramme in der Allgemeinpraxis. In: Hurrelmann, K., Klotz, Th., Haisch, J. ( Hrsg. ) : Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, 2004, S 193-198
- (54) Hamm, H: Der Hausarzt als Gesundheitserzieher. In: *Arzt und Zahnarzt als Gesundheitserzieher*. Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung e.V., 1978, S. 25 – 30
- (55) Hardcastle JD, Chamberlain JO, Robinson MH, et al.: Randomised controlled trial of fecal-occult-blood screening for colorectal cancer. *Lancet* 1996, 348(9040):1472-1477
- (56) Härtel, U, Stieber, J, Keil, U: Der Einfluß von Ausbildung und beruflicher Position auf Veränderungen im Zigarettenrauchen und Alkoholkonsum. In: *Soziale Präventivmedizin* 38. 1994, S. 133 – 141
- (57) Hauswaldt, J, Junius-Walker, U, Kersting, M, Hummers-Pradier, E: Zur Gesundheitsuntersuchung in deutschen Hausarztpraxen. Eine sekundäre Analyse von Versorgungsdaten 1996 bis 2006. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*; Vol:85, 2009, S. 411-417
- (58) Heintze, C., Metz, U.; Wiesner, J.; Hahn, D.; Schwantes, U.; Braun, V.: Übergewichtige Patienten in der Hausarztpraxis: Wie wird die Gesundheitsuntersuchung zur Risikoberatung genutzt? Eine qualitative Analyse von Arzt-Patienten-Gesprächen. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* Vol. 103 S. 439-444 / 2009

- (59) Hengstler P, Battegay E, Comuz J, et al. Evidence for prevention and screening: recommendations in adults. *Swiss Med Wkly*. 2002 Jul 13;132(27-28):363-73
- (60) Henke, R., Kunstmann, W.: Gesundheitsberatung als ärztliche Aufgabe. Prävention und Gesundheitsförderung, Band 1, Heft 2, April 2006, S.115-120
- (61) Herrinton LJ, Selby JV, Friedman GD, et al.: Case-control study of digital-rectal screening in relation to mortality from cancer of the distal rectum. *Am J Epidemiol* 1995, 142(9): 961-964
- (62) Hermann K, Szecsenyi J, Ludt S. Vergleichende Evaluation zweier Instrumente zur kardiovaskulären Risikoberatung in der Hausarztpraxis: CARRISMA und e-ARRIBA. Auswirkung auf Veränderungsmotivation & Partizipative Entscheidungsfindung. *Z Allg Med* 2008;84:207-213
- (63) Hollmann, W: Prävention und Bewegungsstörungen. In: Hurrelmann, K., Klotz, Th., Haisch, J. ( Hrsg. ): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, 2004, S 97 – 98
- (64) Huber, E: Der Arzt dient der Gesundheit. In: Badura, B., Elkeles, T., Grieger, B., Huber, E., Kammerer, W. ( Hrsg. ): Zukunftsaufgabe Gesundheitsförderung. Mabuse Verlag, Frankfurt/ Main, 1991, S. 125 – 128
- (65) Hypertonie. Robert Koch Institut. Gesundheitsberichterstattung des Bundes .GBE-Heft 43.Dezember 2008
- (66) Jeffrey, RW, Longterm maintenance of weight loss. In: *Health Psychology*, 19, 2000, S. 5-16
- (67) Jork, K, Wilm, S: Präventive Gesundheitsselbsthilfe. In: Alhoff, P., Flatten, G., Laaser, U.: Krankheitsverhütung und Früherkennung - Handbuch der Prävention. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 1993, S. 540 – 553
- (68) Kaluza, G, Krane, E, Klus, H et al. :Salutogenese in der Praxis: Indikationsübergreifendes, ressourcenorientiertes Gesundheitsprogramm für chronisch-kranke Menschen. Interventionskonzept und Evaluation. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 58/2006, S.148-155
- (69) Klotz, Theodor, Prävention von Krebskrankheiten. Unspezifische Krebsprävention und Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, K., Klotz, Th., Haisch, J. ( Hrsg. ): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, 2004, S 146-148
- (70) Knaack, N., Kastner, M.; Iserloh, B.: Chancen und Grenzen der Bonifizierung von Gesundheitsverhalten in der Gesetzlichen Krankenversicherung. In: Kirch, W., Badura, B., Pfaff, H. ( Hrsg. ) : Prävention und Versorgungsforschung, Springer Medizin Verlag, Heidelberg, 2008, S. 157-176
- (71) Knutson D, Steiner E. Screening for Breast Cancer: Current Recommendations and Future Directions. *American Family Physician* June 1, 2007, Vol.75, No 11, 1660-1666

- (72) Koch,K., Mühlhauser,I. Kriterien zur Erstellung von Patienteninformationen zu Krebsfrüherkennungsuntersuchungen. Stellungnahme des Fachbereiches Patienteninformation des Deutschen Netzwerkes für Evidenzbasierte Medizin. [www.aerzteblatt.de/plus3308](http://www.aerzteblatt.de/plus3308) accessed April 12, 2012
- (73) Kolligs, F.T., Gross, M.: Epidemiologie, Screening, Diagnostik und Prognose des kolorektalen Karzinoms. Der Bayerische Internist.1/06, S.4-12
- (74) Köster,T., Giesecke,O., Schwandt,P., Liepold,E., Slesina,W., Familienbezogene Herz-Kreislauf-Prävention-Methodik und Ergebnisse eines Interventionsansatzes. In: Kirch,W., Badura,B., Pfaff,H. ( Hrsg.) : Prävention und Versorgungsforschung, Springer Medizin Verlag, Heidelberg, 2008, S. 219-234
- (75) Kramer BS, Croswell JM: Cancer Screening: The Clash of Science and Intuition, Annu. Rev. Med. 2009. 60:125–37 (110)
- (76) Kronborg O, Fenger C, Olsen J, et al.: Randomised study of screening for colorectal cancer with faecal-occult-blood test. Lancet 1996, 348(9040) 1467-1471
- (77) Kunze, M.: Rauchertherapie: Konsensus in den deutschsprachigen Ländern. In: Soziale Präventivmedizin 37. 1992, S. 223 – 230
- (78) Laaser,U, Hurrelmann,K, Wolters,P: Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung. In: Hurrelmann,L., Laaser,U.: Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis. Beltz-Verlag, Weinheim,Basel 1993, S. 23, 150-155, 176-203
- (79) Lampert,Th.: Tabakkonsum, sportliche Inaktivität und Adipositas. Assoziationen mit dem sozialen Status. Deutsches Ärzteblatt, Jg.107, Heft 1-2, 7.01.2010, S.1-7
- (80) Lampert,Th.: Gesundheitliche Risiken und Ressourcen junger Erwachsener. Public Health Forum, Jg.14, Heft 50, 02/2006, S.16-18
- (81) Leyk,D, Rüther, Th, Wunderlich,M, et al : Sportaktivität, Übergewichtsprävalenz und Risikofaktoren. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 105, Heft 46, 14.November 2008, S. 793-800
- (82) Lippke,S, Ziegelmann, J.P: Understanding and modeling health behavior change: The multi-stage model of health behavior change. Journal of Health Psychology, 11/2006, S. 37-50
- (83) Luckmann R, Melville SK. Periodic health evaluation of adults: a survey of family physicians. J Fam Pract 1995;40(6):5 47-554
- (84) Ludt,S, Miksch,A, Szecsenyi,J: Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. In: Prävention. Hausarztthandbuch. MED.COMM., ein Verlag der Urban & Vogel GmbH, München, 2007, S.70-75
- (85) Lung Cancer Screening. Summary of Evidence. National Cancer Institute at the National Institutes of Health. <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/screening/lung/health-professionalversion.html> accessed April 09,2012



- (86) Mader, F H: Hausärztliche Prävention. Die vierte Säule unseres Gesundheitssystems In: Der Allgemeinarzt 09/2006, S. 39-46
- (87) Mandel JS, Church TR, Ederer F, et al. Colorectal cancer mortality: effectiveness of biennial screening for fecal occult blood. *J Natl Cancer Inst* 1999, 91(5):434-437
- (88) Mandel JS, Bond JH, Church TR, et al. Reducing mortality from colorectal cancer by screening for fecal occult blood. Minnesota Colon Cancer Control Study. *N Engl J Med* 1993, 328 (19):1365-71
- (89) Markham FS : The 2009 Breast Cancer Screening Recommendations of the US Preventive Services Task Force *JAMA*. 2010;303(2):162-163.
- (90) Maronde B: Blutbild zum Check-up, das ist Unsinn! *Medical Tribune*, 2010, Jg. 45, Nr. 23, S.4
- (91) McKenna M, Wolfson S, Kuller L: The ratio of ankle and arm arterial pressure as an independent predictor of mortality. *Atherosclerosis* 1991;87, 119-128
- (92) Mehrotra A, Zaslavsky AM, Ayanian JZ: Preventive Health Examinations and Preventive Gynecological Examinations in the United States. *Arch Intern Med*.2007;167(17):1876-1883
- (93) Middeke, M: Epidemiologie und Behandlungsstatus der Hypertonie in Deutschland. In: Kirch,W., Badura,B., Pfaff,H. ( Hrsg.) : Prävention und Versorgungsforschung, Springer Medizin Verlag, Heidelberg, 2008, S. 869-881
- (94) Mills EJ,Rachlis B, Wu P, et al.: Primary prevention of cardiovascular mortality and events with statin treatments. A network meta-analysis involving more than 65.000 patients. *J Am Coll Cardiol* 2008;52, 1769-1781
- (95) Milz, H: Gesundheitsförderung - Von der Vision zum Handeln: In: Badera, B., Elkeles, T., Grieger, B., Huber, E., Kammerer, W. ( Hrsg. ): Zukunftsaufgabe Gesundheitsförderung. Mabuse Verlag, Frankfurt/M., 1991, S. 39 – 40
- (96) Nadel MR, Shapiro JA, Klabunde CN, et al. A national survey of primary care physicians' methods for screening for fecal occult blood. *Ann Intern Med*. 2005 Jan 18;142(2),86-94
- (97) Nationale Versorgungsleitlinie KHK. Hausärztliche Langzeitbetreuung. <http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/khk/index.html>, accessed September 12, 2012
- (98) Nelson HD, Tyne K, Naik A, et.al.: Screening for Breast Cancer: An Update for the U.S. Preventive Services Task Force, *Ann Intern Med.*, 2009;151(10):727-737
- (99) Newman A, Tyrrell K, Kuller L: Mortality over four years in SHEP participants with a low ankle-arm index. *J Am Geriatr Soc* 1997; 45, 1472-1478
- (100) Norgren,L; Hiatt,W; Dormandy,J. et al. Inter-Society Consensus for the Management of Patients with peripheral arterial disease ( TASC II ) . *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery* 2007, Vol 33, S. 511-575

- (101) Nowak P: 20 Theses on Health, Participation and Empowerment in the Doctor-Patient-Encounter, Balint 2011;12(1),8-14
- (102) NRW Gesundheitssurvey: [www.loegd.nrw.de/1pdf\\_dokumente/2\\_gesundheitspolitik - gesundheitsmanagement/nrw-kurz-und-informativ: Früherkennungsuntersuchungen- Wissen, Einstellungen, Beweggründe](http://www.loegd.nrw.de/1pdf_dokumente/2_gesundheitspolitik_-_gesundheitsmanagement/nrw-kurz-und-informativ:_Frueherkennungsuntersuchungen-_Wissen,_Einstellungen,_Beweggruende) accessed September 05,2011
- (103) Oboler SK, Prochazka AV, Gonzalez R, et al. Public expectations and attitudes for annual physical examinations and testing. Ann Intern Med. 2002;136(9):652-659
- (104) Othman,C, Wollny,A, Abholz, H.H, Altiner,A: Die Gesundheitsuntersuchung. Ein ungeliebtes Stiefkind. Eine qualitative Untersuchung. Zeitschrift für Allgemeinmedizin. Georg Thieme Verlag Stuttgart, New York, Vol 84 ( 07 ), S. 280-285
- (105) Othman C, Altiner A, Abholz HH.: Prävention in der deutschen Hausarztpraxis im Spiegel der Forschung – ein systematischer Literaturüberblick. Z Allg Med 2008; 84: 36 – 42
- (106) Pardell H, Roure E, Drygas W, et al. East-West-differences in reported preventive practices. Eur J Pub Health 2001; 11:393-396
- (107) Pate,R.R., Pratt,M., Blair,S.n. et al.: Physical activity and public health. A recommendation from the centers of disease control and prevention and the American college of sports medicine. J Am Med Ass 1995, 275, 402-7,
- (108) Pimmer, V., Buschmann-Steinhage,R.: Gesundheitliche Kompetenz stärken: Gesundheitsbildung und Patientenschulung in der medizinischen Rehabilitation. In: Kirch,W., Badura,B., Pfaff,H. ( Hrsg.) : Prävention und Versorgungsforschung, Springer Medizin Verlag, Heidelberg, 2008, S. 621-624
- (109) Pittrow,D. et al.: Stellenwert der frühzeitigen Diagnostik und Behandlung der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit für die Prävention kardiovaskulärer Ereignisse. In: Kirch,W., Badura,B., Pfaff,H. ( Hrsg.) : Prävention und Versorgungsforschung, Springer Medizin Verlag, Heidelberg, 2008, S. 795
- (110) Prävention. Gesetzespläne stillschweigend vertagt. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 105, Heft 51-52, 22.Dezember 2008, S. A 2732
- (111) Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention, BZgA , Band 15, Köln, 2001, S. 21-48
- (112) Rebhandl,E, Rabady,S, Mader,F ( Hrsg.): Kardiovaskuläre Erkrankungen. In: EbM-Guidelines für Allgemeinmedizin. Deutscher Ärzte-Verlag Köln.2005. S. 100-201
- (113) Regus S, Sonntag U, Bockelbrink A, et al. Die Gesundheitsuntersuchung:Welchen Nutzen sehen Brandenburger Hausärzte? Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 2010; DOI: 10.1055/s-0032-1321784
- (114) Reiner Z, Catapano A: ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias. The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS). Eur Heart J 2011, 32, 1769-1818

- (115) Richter,M, Brand,H, Rossler,G: Sozioökonomische Unterschiede in der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen und Maßnahmen in der Gesundheitsförderung in NRW. Gesundheitswesen 64, 2002, S. 417-423
- (116) Rothman RL, Malone R, Bryant B, et al.: A randomized trial of a primary care-based disease management program to improve cardiovascular risk factors and glycated hemoglobin levels in patients with diabetes The American Journal of Medicine Volume 118, Issue 3, March 2005, Pages 276–284
- (117) Scheumann, H., Loos, G., Heinze, K.: Gesundheitsförderung und Prävention nach Beendigung der Berufsarbeitszeit - Gesundheit durch aktives Leben. In: Hazard, B.P.: Gesundheitsförderung zur aktiven Vorsorge und Rehabilitation. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, 1994, S. 183 – 215
- (118) Schmiegel W, C. Pox, A. Reinacher-Schick, G.,et al.: S3-Leitlinie „Kolorektales Karzinom“, Ergebnisse evidenzbasierter Konsensuskonferenzen am 6./7. Februar 2004 und am 8./9. Juni 2007, Z Gastroenterol 2008; 46: 1–73
- (119) Schölmerich, P.: Zur Kosten / Nutzen - Problematik in der Präventivmedizin. In: Schmahl, F.W. ( Hrsg. ): Probleme und Perspektiven der Präventiv- und Sozialmedizin, Schattauer Verlag, Stuttgart, New York, 1990, S.41 – 44
- (120) Schoppmeyer K, Spieker H, MössnerJ: Vorsorgemuffel oder Screeningversager. Vorsorgeverhalten von Patienten mit kolorektalem Karzinom in der Region Leipzig. Deutsches Ärzteblatt, Jg.106, Heft 12, 20.03.2009, S. 195-201
- (121) Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ et al. Screening and Prostate-Cancer Mortality in a Randomized European Study, N Engl J Med 2009; 360(13): 1320-8
- (122) Smoking and Health: report of the Advisory Committee to Surgeon General of the Public Health Service. Washington,DC: US Departement of Health,Education and Welfare,1965.PHS Publ No 1103
- (123) Sönnichsen, A.C., Sperling, T., Donner-Banzhoff, N., Baum, E. : Unterschiede zwischen Teilnehmern und Nichtteilnehmern an der Gesundheitsuntersuchung. In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin 09/2007, S. 355-358
- (124) Sönnichsen AC, Rambeck M, Donner-Banzhoff N, Baum E: Cholesterol Screening at the „Check-up 35“:Does it Make a Difference? Z Allg Med 2006;82,431-434
- (125) Starfield B, Sevilla F, Aube D, et al. Health care and responsibilities of public health in 6 countries of Europe and North America: a pilot study. Rev Esp Salud Publica. 2004 Jan-Feb;78(1):17-26
- (126) Steurer,J., Zürcher,K.: Grundsätze zur Check-up-Untersuchung. Praxis 95, 2006, S. 55-59
- (127) Stuppard, R. Stärkung der Primärprävention und Gesundheitsförderung durch unbürokratische Organisation und aufgabengerechte Finanzierung- Die Position der Gesetzlichen Krankenversicherung. In: Kirch,W., Badura,B., Pfaff,H. ( Hrsg.) : Prävention und Versorgungsforschung, Springer Medizin Verlag, Heidelberg, 2008, S. 435-450

- (128) Szucs TD, Wahle K, Müller D. Grippeimpfung in Deutschland. Med Klinik 2006;101:537-545
- (129) Teilnahme an gesetzlichen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen. Gliederungsmerkmale: Jahr, Deutschland, Alter, Geschlecht. [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de) accessed September 27, 2011
- (130) Teschler H, Sybrecht GW, Bickeböller H et al.: Statement der Arbeitsgruppe Lungenkrebs  
[http://www.medicine.forumed.org/download\\_pdf.php?kw=StatementderArbeitsgruppeLungenkrebs](http://www.medicine.forumed.org/download_pdf.php?kw=StatementderArbeitsgruppeLungenkrebs) accessed September 9, 2011(151)
- (131) Testicular Cancer Screening. National Cancer Institute at the National Institutes of Health.  
<http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/screening/testicular/healthprofessionalversion.html> , accessed September 28, 2011
- (132) Tönges,S, Weidmann,C, Schneider,S Compliance nach ärztlicher Sportempfehlung. In : Prävention und Gesundheitsförderung 04/ 2006. Springer Medizin Verlag 2006, S. 108- 114
- (133) U.S. Department of Health and Human Services: The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General. Atlanta: National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. accessed January 31, 2011
- (134) U.S. Preventive Services Task Force Recommendations, <http://www.healthcare.gov/law/resources/regulations/prevention/taskforce.html> accessed September 19, 2012
- (135) U.S.Preventive Services Task Force: Screening for Coronary Heart Disease. Recommendation Statement.<http://uspreventiveservicetaskforce.org> accessed September 9, 2011)
- (136) Vorsorge- und Früherkennungsangebote in der GKV: [www.bmg.bund.de/krankensversicherung/Leistungen/Früherkennung-Vorsorge.html](http://www.bmg.bund.de/krankensversicherung/Leistungen/Früherkennung-Vorsorge.html), accessed September 29, 2011
- (137) Walter U.: Bevölkerungsbezogene und individuelle Prävention. Strategien und Wirksamkeit. Internist 2004,45,148-156
- (138) WHO- Verona-Initiative:[www.who.dk/verona/main.htm](http://www.who.dk/verona/main.htm), accessed January 29, 2010
- (139) Wilm, S, Jork, K: Mangelnde Kooperationsfähigkeit der Ärzte in der Gesundheitserziehung - Ein Resultat der Ausbildung ? In: Laaser, U., Sassen, G., Mura, G., Sabo, P.: Prävention und Gesundheitserziehung. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo, 1987, S. 453 – 559
- (140) Wilson,JMG., Jungner,G., Principles and Practice of Screening for Disease. WHO Chronicle 1968, 22(11):473
- (141) Wittchen, H.-U, Pieper,L, Eichler,T, et al.: Prävalenz und Versorgung von Diabetes mellitus und Herz-Kreislauf-Erkrankungen: DETECT- eine bundesweite Versorgungsstudie

an über 55.000 Hausarztpatienten. In: Kirch,W., Badura,B., Pfaff,H. ( Hrsg.) : Prävention und Versorgungsforschung, Springer Medizin Verlag, Heidelberg, 2008, S. 315-328

(142) World Cancer Research Fund. American Institute for Cancer Research. Food, Nutrition, Physical Activity and Prevention of Cancer. A Global Perspective. London 2007

(143) Prochaska J et al, Prevalence, co-prevalence and awareness of cardiovascular risk factors-Results from the population-based Gutenberg Health Study, Abstract P1682, Clin Res Cardiol 101, 2012

(144) Prochazka AV, Lundahl K, Pearson W,et al. Support of evidence-based guidelines for the annual physical examination: a survey of primary care providers. Arch Intern Med.2005; 165(12):1347-1352

(145) Zimmerli L, Kimmerle S,Battegay E. Check up. Praxis 2008;97:587-596

(146) Zok K. Wahrnehmung und Akzeptanz von Früherkennungsuntersuchungen. Ergebnisse einer Repräsentativ-Umfrage unter GKV-Versicherten. WIdO-monitor 2007;4(3):1-7

## Abkürzungsverzeichnis

WHO	World Health Organisation
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
SGB	Sozialgesetzbuch
GU	Gesundheitsuntersuchung
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
DMP	Disease-Management-Programm
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
KK	Krankenkasse
EKG	Elektrokardiogramm
ABI	Ankle-Brachial-Index
BMI	Body- Mass-Index
KHK	Koronare Herzkrankheit
pAVK	periphere arterielle Verschlusskrankheit
LDL	Low Density Lipoprotein
HDL	High Density Lipoprotein
TSH	Thyreoideastimulierendes Hormon
MMR	Masern-Mumps-Röteln
FSME	Frühsommer-Meningoencephalitis
Td	Tetanus-Diphtherie (Kombinationsimpfstoff)
PROCAM	Prospective Cardiovascular Münster Heart Study
ARRIBA	Aufgabe gemeinsam definieren <b>Risiko</b> subjektiv <b>Risiko</b> objektiv Information über Bewertungsmöglichkeiten <b>Bewertung</b> der Präventionsmöglichkeiten Absprache weiteres Vorgehen

## Abbildungen

Abbildung 1: „Mandala-Modell der Gesundheit“ von Hancock	4
Abbildung 2: Der Mensch in seiner Ganzheitlichkeit	5
Abbildung 3: Determinanten des Gesundheitsverhaltens	10
Abbildung 4: Ressourcen für Gesundheit	12
Abbildung 5: Kriterien der Früherkennung	18
Abbildung 6: Evidenz ausgewählter Vorsorgemaßnahmen	20
Abbildung 7: Flussdiagramm Randomisierung der Patientenakten	25
Abbildung 8 : Alters- und Geschlechtsverteilung/Patienten	29
Abbildung 9 : Erwartungen der Patienten an den Hausarzt	31
Abbildung 10 : Wünsche der Patienten in der hausärztlichen Betreuung	33
Abbildung 11 : Stellenwert der Gesundheitsuntersuchung	35
Abbildung 12: Informationsgrad der Patienten über Gesundheitsuntersuchung	36
Abbildung 13 : Inanspruchnahme von Gesundheitsuntersuchungen nach Alter	38
Abbildung 14 : Kurse zur psychischen Stabilisierung	40
Abbildung 15 : Eigenpotential zur Gesunderhaltung nach Alter	41
Abbildung 16 : Eigene Möglichkeiten der Gesunderhaltung nach Alter	42
Abbildung 17: Realisierung gesund erhaltender Maßnahmen nach Alter	44
Abbildung 18: Realisierung gesund erhaltender Maßnahmen nach Geschlecht	44
Abbildung 19 : Alters- und Geschlechtsverteilung /Akten	45
Abbildung 20 : Nikotinkonsum nach Alter	49
Abbildung 21 : Ganzkörperstatus	51
Abbildung 22 : Früherkennungsuntersuchungen	52
Abbildung 23 : Körperliche Untersuchung bei Gesu	54
Abbildung 24 : Pathologisches Gewicht nach Alter und Geschlecht	55
Abbildung 25 : Arterienpalpation mit pathologischem Befund nach Alter und Geschlecht	56
Abbildung 26 : Pathologische Blutfettwerte	61
Abbildung 27 : Apparative Untersuchungen bei Gesu	63
Abbildung 28 : Inhalte beratender Gespräche	64
Abbildung 29 : Von Hausärzten durchgeführte Gruppen- und Einzeltherapien	68
Abbildung 30 : Durchführung der Krebsvorsorge nach Alter	70
Abbildung 31 : Vom Hausarzt durchgeführte Impfungen nach Alter und Geschlecht	75
Abbildung 32 : Einzelne Impfungen – Altersverteilung	76
Abbildung 33 : Physiotherapeutische Behandlung	78
Abbildung 34 : Prädisposition/ Risiko nach Alter und Geschlecht	80
Abbildung 35 : Eigene Risikofaktoren	81

## Tabellen

Tabelle 1: Erwartungen der Patienten an den Hausarzt nach Alter und Geschlecht	30
Tabelle 2: Erwartungen der Patienten an den Hausarzt nach Alter und Geschlecht	30
Tabelle 3 : Gespräch über private Probleme nach Alter und Geschlecht	32
Tabelle 4 : Zufriedenheit mit der Behandlung nach Alter und Geschlecht	32
Tabelle 5 : Wünsche der Patienten in der hausärztlichen Betreuung nach Alter und Geschlecht	34
Tabelle 6 : Aufklärung über Gesundheitsuntersuchung durch Hausarzt nach Alter und Geschlecht	36
Tabelle 7 : Gespräch über gesunde Lebensführung nach Alter und Geschlecht	37
Tabelle 8 : Inanspruchnahme von Gruppentherapien nach Alter und Geschlecht	39
Tabelle 9 : Möglichkeiten zur Gesunderhaltung nach Alter und Geschlecht	42
Tabelle 10 : Möglichkeiten zur Gesunderhaltung nach Alter und Geschlecht	43
Tabelle 11 : Behandlungszeitraum nach Alter und Geschlecht	46
Tabelle 12 : Erhebung der Eigenanamnese nach Alter und Geschlecht	47
Tabelle 13 : Familienanamnese und familiäre Probleme nach Alter und Geschlecht	47
Tabelle 14 : Berufliche Probleme nach Alter und Geschlecht	48
Tabelle 15 : Psychische Probleme nach Alter und Geschlecht	49
Tabelle 16 : Gespräche über soziale Problemsituationen nach Alter und Geschlecht	50
Tabelle 17 : Fehlender Ganzkörperstatus nach Alter und Geschlecht	52
Tabelle 18 : Früherkennungsuntersuchung nach Alter und Geschlecht	53
Tabelle 19 : Gewichtskontrolle nach Alter und Geschlecht	54
Tabelle 20 : Arterienpalpation nach Alter und Geschlecht	56
Tabelle 21 : EKG bei Gesu nach Alter und Geschlecht	57
Tabelle 22 : Blutbildkontrollen nach Alter und Geschlecht	58
Tabelle 23 : Blutzuckerkontrolle nach Alter und Geschlecht	59
Tabelle 24 : Blutfettwertkontrolle nach Alter und Geschlecht	60
Tabelle 25 : Kreatininkontrolle nach Alter und Geschlecht	62
Tabelle 26 : Harnsäurekontrolle nach Alter und Geschlecht	62
Tabelle 27 : Urinstatus nach Alter und Geschlecht	63
Tabelle 28 : Gespräch gesunde Lebensführung nach Alter und Geschlecht	65
Tabelle 29 : Gespräch Gewichtsreduktion nach Alter und Geschlecht	65
Tabelle 30 : Gespräch über Nikotinabusus nach Alter und Geschlecht	66
Tabelle 31 : Gespräch über Stressbewältigung nach Alter und Geschlecht	66
Tabelle 32 : Gespräch über sportliche Betätigung nach Alter und Geschlecht	67
Tabelle 33 : Durchführung der Krebsvorsorge nach Alter und Geschlecht	69
Tabelle 34 : Mammalpalpation nach Alter	70
Tabelle 35 : Hodenpalpation nach Alter	71
Tabelle 36 : Hautinspektion nach Alter und Geschlecht	71
Tabelle 37: Rektale Untersuchung nach Alter und Geschlecht	72
Tabelle 38 : Gynäkologische Konsultation nach Alter	72
Tabelle 39 : Stuhltest auf occultes Blut nach Alter und Geschlecht	73
Tabelle 40 : Impfanamnese nach Alter und Geschlecht	74
Tabelle 41 : Vom Hausarzt durchgeführte Impfungen nach Alter und Geschlecht	74



Tabelle 42 : Durchgeführte Tetanus- und Diphtherieimpfungen nach Alter und Geschlecht	76
Tabelle 43: Durchgeführte Polio- und Gripeschutzimpfungen nach Alter und Geschlecht	77
Tabelle 44 : Beschwerden im Bereich des Bewegungsapparates nach Alter und Geschlecht	77
Tabelle 45 : Psychosomatische Störungen nach Alter und Geschlecht	79
Tabelle 46 : Prädisposition / Risiko nach Alter und Geschlecht	80
Tabelle 47 : Positive Familienanamnese nach Alter und Geschlecht	81
Tabelle 48 : Eigene Risikofaktoren ( Adipositas, grenzwertig erhöhter RR, Hyperlipidämie) nach Alter und Geschlecht	82
Tabelle 49 : Eigene Risikofaktoren ( Nikotinabusus, Stressbelastung, Bewegungsmangel) nach Alter und Geschlecht	82

## **Patientenfragebogen Vorsorge und Früherkennung**

**Liebe Patientinnen und Patienten! Maßnahmen zur Vorbeugung und Früherkennung von Krankheiten sind ein wichtiger Bestandteil der hausärztlichen Tätigkeit, um den Erhalt Ihrer Gesundheit langfristig zu sichern und langwierige Behandlungen fortgeschrittener Krankheiten und damit verbundener Kosten zu vermeiden.**

**Wegen der besonderen Bedeutung dieses Sachverhaltes möchten wir Sie bitten, uns durch die Beantwortung des Fragebogens (Mehrfachnennungen sind möglich) zu helfen, Hinweise zur möglichen Verbesserung der bestehenden Situation zu erlangen.**

Einführend möchte ich Sie bitten, einige Angaben zu Ihrer Person zu machen:

Alter:.....

Geschlecht:.....

Beruf und derzeitige Tätigkeit:.....

Familienstand:.....

1. Seit wann sind Sie bei Ihrem Hausarzt in Behandlung?

.....

2. Welche Erwartungen/Ansprüche haben Sie, wenn Sie Ihren Hausarzt aufsuchen?

- schnelle Linderung Ihrer Beschwerden
- fachliche Kompetenz
- umfassende Aufklärung über Ihre Krankheit / Ihre Beschwerden
- gemeinsame Absprache aller diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen
- vertrauensvolle Gesprächsbasis
- andere Antwort .....

3. Vertrauen Sie Ihrem Hausarzt auch private Probleme an?

- ja, in jedem Fall
- ja, aber nur, wenn mein Hausarzt mich danach fragt
- ja, nur wenn ich einen Zusammenhang mit meinen jetzigen Beschwerden vermute
- nein, weil ich das nicht möchte
- nein, weil mein Hausarzt mich nicht danach fragt

4. Haben Sie mit Ihrem Hausarzt schon einmal über Fragen der gesunden Lebensführung (z.B. Ernährung, Bewegung, Sport) gesprochen?

- ja
- nein

5. Sind Sie darüber informiert, daß die Krankenkassen Früherkennungsuntersuchungen für bestimmte Erkrankungen (z.B. Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen) anbieten?

- ja
- nein

6. Sind Sie von Ihrem Hausarzt auf die Möglichkeit solcher Untersuchungen hingewiesen worden?

- ja
- nein

7. Haben Sie sich solch einer Früherkennungsuntersuchung schon einmal unterzogen?

- ja, regelmäßig aller 2 Jahre
- ja, in unregelmäßigen Abständen
- nein

8. Haben Sie schon einmal an einer Patientenschulung ( einmalige Veranstaltung ) teilgenommen? (z.B. gesunde Ernährung, Möglichkeiten der Gewichtsreduktion)

- ja
- nein

Wenn ja, an welcher? .....

9. Haben Sie jemals eine Gruppentherapie besucht?

- ja
- nein

wenn ja,

- (j) (n) Bewegungstherapie
- (j) (n) Gymnastik
- (j) (n) Raucherentwöhnung
- (j) (n) Adipositas-Gruppe (Abnehmen in der Gruppe)
- (j) andere Gruppentherapie, welche?.....

10. Haben Sie jemals einen der nachfolgend aufgeführten Kurse besucht?

- (j) (n) autogenes Training
- (j) (n) Yoga
- (j) (n) Entspannungsübungen
- (j) (n) Streßbewältigungsprogramme
- (j) andere / welche?.....

11. Sind Sie mit der Behandlung durch Ihren Hausarzt zufrieden?

- ja, ich bin voll und ganz zufrieden
- ja, ich bin im Großen und Ganzen zufrieden
- ja, ich bin mit einigen Einschränkungen mit meinem Hausarzt zufrieden
- ich bin mit meinem Hausarzt weniger zufrieden
- nein, ich bin mit meinem Hausarzt nicht zufrieden

12. Was würden Sie sich in der Betreuung durch Ihren Hausarzt noch mehr wünschen?  
(mehrere Antworten sind möglich)

- mein Hausarzt sollte meine Meinung mehr beachten
- mein Hausarzt sollte mehr Zeit haben, mir zuzuhören und mit mir zu reden
- mein Hausarzt sollte mehr Interesse an meinen persönlichen Problemen zeigen
- mein Hausarzt sollte die Sprechstunde intensiver zur beratenden Tätigkeit nutzen
- mein Hausarzt sollte kontinuierliche Gesundheitskontrollen bei mir durchführen
- mein Hausarzt sollte mich über weitere Möglichkeiten informieren, meine Krankheit bewältigen zu können, außer der von ihm durchgeführten medizinischen Behandlung
- andere Antwort .....

13. Welchen Stellenwert messen Sie Früherkennungsuntersuchungen zur Vorbeugung von Erkrankungen bei?

- sehr wichtig
- wichtig
- weniger wichtig
- kaum wichtig
- unwichtig

14. Sind Sie bereit, im Krankheitsfall aktiv an Ihrem Genesungsprozeß mitzuwirken oder verlassen Sie sich ausschließlich auf Ihren Hausarzt?

- ja, ich bin bereit, an meinem Genesungsprozeß mitzuwirken
- nein, ich verlasse mich da voll und ganz auf meinen Hausarzt

15. Wie hoch schätzen Sie Ihren eigenen Anteil ein, den Sie zu Ihrer Gesunderhaltung oder im Krankheitsfall zu Ihrer Genesung oder Linderung der Beschwerden leisten können und wollen?

- sehr hoch
- weniger hoch
- mittelmäßig
- eher gering
- kein Anteil

16. Welche konkreten Möglichkeiten sehen Sie bei sich selbst, um Ihre Gesundheit erhalten zu können?

- (j) (n) Streß abbauen
- (j) (n) Körpergewicht reduzieren
- (j) (n) gesünder ernähren
- (j) (n) aufhören zu rauchen
- (j) (n) Wissen über die Vorbeugung oder frühzeitige Erkennung von Krankheiten erlangen
- ( ) andere / welche?.....

17. Was unternehmen Sie zur Zeit konkret, um zu Ihrer Gesunderhaltung beizutragen?

- (j) (n) regelmäßige ( mehrmals wöchentlich ) sportliche Betätigung
- (j) (n) ich gewöhne mir das Rauchen ab Sind Sie Raucher/Nichtraucher?
- (j) (n) ich achte auf gesunde ausgewogene Ernährung
- (j) (n) ich führe eine Diät zur Gewichtsreduktion durch
- (j) (n) ich wende regelmäßig Entspannungstechniken bei mir selbst an ( z.B. Autogenes Training, Yoga o.ä.)
- ( ) andere / welche?.....

**Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!**

## Datenerhebung Patientenakte

Alter:.....

Geschlecht:.....

Beruf / Tätigkeit:.....

1. Seit wann ist der Patient bei diesem Hausarzt in Behandlung?

.....

2. Kommt der Patient in regelmäßigen Abständen in die Praxis?

ja

nein

...Ist ersichtlich, wieviel Zeit für ein Erstgespräch mit dem Patienten aufgewendet wird?

ja .....Minuten

nein

3. Wie oft wurde ein Ganzkörperstatus erhoben?

einmalig

regelmäßig    aller.....Monate/Jahre

unregelmäßig

nie

4. Wurde jemals eine vollständige Eigenanamnese erhoben?

ja

nein

5. Werden anamnestische Daten vervollständigt?

ja

nein

6. Wurde eine Familienanamnese erhoben?

ja

nein

7. Ist das familiäre Umfeld bekannt?

ja

nein

8. Sind Probleme im Familienleben notiert?

ja

nein

wenn ja, welche?

9. Sind Probleme im Berufsleben notiert?

ja

nein

wenn ja, welche?

...Sind Probleme im Sexualleben des Patienten bekannt?

ja

nein

10. Sind andere psychische Probleme vermerkt?

ja

nein

wenn ja, welche?

10 a. Wurde über o.g. Probleme (bezogen auf die Fragen 8-11) ein Gespräch geführt?

nein

ja, einmaliges Gespräch

ja, wiederholtes Gespräch

Vorschlag zur Bewältigung

entfällt, da keine der o.g. Fragen mit ja beantwortet wurde

11. Besteht Arbeitslosigkeit?

- ja
- nein
- keine Angaben

12. Ist jemals eine Früherkennungsuntersuchung / Krebsvorsorge durchgeführt worden?

- ja
- nein

13. Wenn ja, in welchen Abständen erfolgte die Früherkennungsuntersuchung?

- in regelmäßigen Abständen alle 2 Jahre/ Krebsfrüherkennung 1 Jahr
- in unregelmäßigen Abständen alle.....Monate/Jahre
- insgesamt .....mal
- nein

Bei nachfolgenden Fragen wird getrennt nach Untersuchungen innerhalb und außerhalb der Früherkennungsuntersuchungen

..... bei Gesu..... außerhalb Gesu

14. Wurde ein Ganzkörperstatus erhoben

- (j) (n) alle.....Monate/Jahre

15. Wurden Herz und Lunge auskultiert?

- (j) (n) alle.....Monate/Jahre

16. Wurde eine Palpation des Abdomens vorgenommen?

- (j) (n) alle.....Monate/Jahre

17. Wurde eine Gewichtskontrolle durchgeführt?

- (j) (n) alle.....Monate/Jahre

18. Wurde eine Arterienpalpation durchgeführt?

- (j) (n) alle.....Monate/Jahre

19. Wurde ein EKG geschrieben?

- (j) (n) alle.....Monate/Jahre

20. Wurde der Blutdruck gemessen?

- (j) (n) alle.....Monate/Jahre

21. Wurde eine Röntgenaufnahme der Thoraxorgane angefertigt?

- (j) (n) alle.....Monate/Jahre

22. Wurde die Mamma palpiert?

- (j) (n) alle.....Monate/Jahre
- entfällt, da männlicher Patient

23. Wurde der Hoden palpiert?

- (j) (n) alle.....Monate/Jahre
- entfällt, da weibliche Patientin

24. Wurde eine Inspektion der Haut auf malignitätsverdächtige Veränderungen vorgenommen?

- (j) (n) alle.....Monate/Jahre

25. Wurde eine rectale Untersuchung durchgeführt?

- (j) (n) alle.....Monate/Jahre

26. Wurde ein Stuhltest auf occultes Blut durchgeführt?

- (j) (n) alle.....Monate/Jahre

27. Wurde ein Blutbild angefertigt?

- (j) (n) alle.....Monate/Jahre

28. Wurden die Elektrolyte kontrolliert?

- (j) (n) alle.....Monate/Jahre

29. Wurde eine Blutzuckerkontrolle durchgeführt?

- (j) (n) aller.....Monate/Jahre
30. Wurden die Blutfettwerte kontrolliert?  
 (j) (n) aller.....Monate/Jahre
31. Wurde eine Kreatininbestimmung durchgeführt?  
 (j) (n) aller.....Monate/Jahre
32. Wurde die Blutsenkungsgeschwindigkeit bestimmt?  
 (j) (n) aller.....Monate/Jahre
33. Wurde ein Urinstatus durchgeführt?  
 (j) (n) aller.....Monate/Jahre
34. Wurde ein beratendes Gespräch geführt?  
 ( ) ja, nur im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung  
 ( ) ja, öfter  
 ( ) nein
35. Wenn ja, über welche der nachfolgenden Dinge wurde gesprochen?  
 (j) (n) gesunde Lebensführung  
 (j) (n) Gewichtsabnahme  
 (j) (n) Nikotinabusus  
 (j) (n) Streßbewältigung  
 (j) (n) Bewegung/Sport  
 ( ) andere/welche?.....
36. Wurde eine Gruppen-oder Einzeltherapie empfohlen?  
 ( ) ja  
 ( ) nein  
 wenn ja, welche?.....
37. Wurde eine Gruppen-oder Einzeltherapie durch den Arzt selbst durchgeführt?  
 ( ) ja  
 ( ) nein  
 wenn ja, welche?.....
38. Hat der Patient sich anderweitig einer Gruppen-oder Einzeltherapie unterzogen?  
 ( ) ja  
 ( ) nein  
 wenn ja, welcher?.....
39. War die Therapie (bezogen auf Frage 37 und 38) mit Erfolg verbunden?  
 ( ) ja  
 ( ) nein
40. Ist das letzte gynäkologische Konsil ersichtlich?  
 ( ) ja  
 ( ) nein  
 ( ) entfällt, da männlicher Patient
41. Ist das letzte urologische Konsil ersichtlich?  
 ( ) ja  
 ( ) nein
42. Ist der Impfschutz des Patienten bekannt?  
 ( ) ja  
 ( ) nein
43. Wurde der Patient durch den Arzt selbst geimpft?  
 ( ) ja  
 ( ) nein

44. Wenn Frage 43 mit ja beantwortet wurde, wogegen wurde geimpft?
- Grippeschutzimpfung
  - Tetanus
  - Polio
  - Tropenkrankheiten
  - andere
45. Hat der Patient Probleme mit dem Bewegungsapparat?
- ja
  - nein
46. Wurde/wird eine physiotherapeutische Behandlung durchgeführt?
- ja
  - nein
- wenn ja, welche?.....
47. Ist vermerkt, ob der Patient Raucher oder Nichtraucher ist ?
- ja
  - nein
48. Wird der Patient bei jeder Konsultation nach seiner Gesamtbefindlichkeit gefragt?
- ja
  - nein
49. Werden bei aufgetretenen Problemen (ausgeschlossen eine akute Erkrankung) zusätzliche Konsultationen vereinbart?
- ja
  - nein
50. Liegt ein Hinweis auf eine psychosomatische Erkrankung vor?
- ja
  - nein
51. Liegt eine Prädisposition oder ein Risiko vor?
- ja
  - nein
52. Wenn Frage 51 mit ja beantwortet, welches Risiko, liegt vor?
- (j) (n) belastete Familienanamnese
  - (j) (n) Krebs
  - (j) (n) Herz-Kreislaufkrankungen
  - (j) (n) Diabetes mellitus
  - ( ) andere/welche.....
  - (j) (n) Adipositas
  - (j) (n) Borderline-Hypertonie
  - (j) (n) Hypercholesterinämie
  - (j) (n) Nikotinabusus
  - (j) (n) Streßbelastung
  - ( ) andere/welche?.....



## **Danksagung**

Mein besonderer Dank gilt Frau Prof. Dr. Vittoria Braun für die Überlassung des Themas und die jahrelange intensive und geduldige Unterstützung.

Sehr herzlich danke ich Frau Dipl.-Math. Gerda Siebert für ihre Unterstützung in der Entwicklung der methodischen Konzeption und Frau Dr. Lorena Dini für ihre kreativen Impulse bei der statistischen Aufarbeitung der Daten.

Die Arbeit hätte nicht entstehen können ohne die beteiligten Ärzte und ihr Praxispersonal, die mir uneingeschränkte Einsicht in Ihre Patientenunterlagen und Freiräume zum Arbeiten gewährten und ohne die vielen Patienten, die sich bereit erklärten, geduldig meine Fragebögen auszufüllen.

Zuletzt bedanke ich mich bei meiner Familie für ihr Verständnis, ihre Unterstützung und Geduld.

## **Erklärung**

„Ich, Tatjana Karl, erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema *Gesundheitsförderung, Primärprävention und Sekundärprävention in der hausärztlichen Praxis* 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

## **Lebenslauf**

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