



## Teilnahme an Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen

Waldemar Streich, Wolfgang Hellmeier

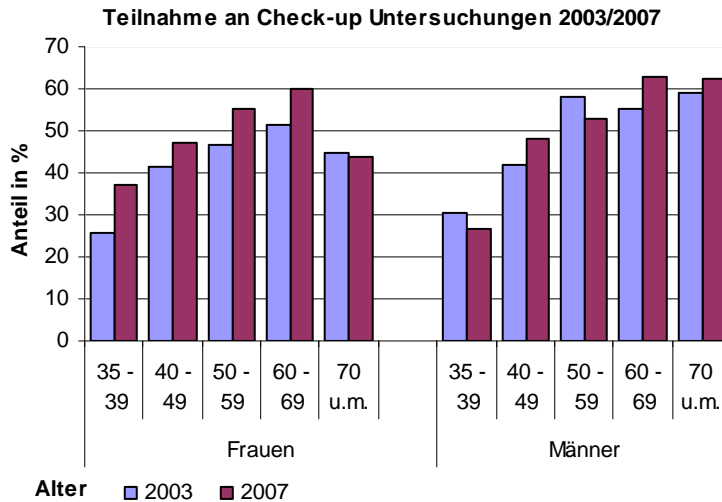
**Untersuchungen zur Früherkennung von Zucker-, Nieren- und Herz-Kreislaufkrankheiten (sog. Check-up) sowie von Krebs sind ein Kernbestandteil der allgemeinen Gesundheitsvorsorge. Immer wieder wird öffentlich beklagt, dass ihre Inanspruchnahme – trotz des kostenlosen Angebots durch die Krankenkassen und permanenter Werbung in den verschiedensten Medien – ungenügend sei (z.B. MFJFG 2002:20; Mensing 2005:2; RKI 2006:139).**

Die folgenden Ausführungen dokumentieren aktuelle Zahlen zur Teilnahme an den genannten Untersuchungen. Sie entstammen einer Bevölkerungsbefragung (Gesundheitssurvey) in Nordrhein-Westfalen, bei der im Dezember 2007 rund 2.000 Personen ab 18 Jahren, davon 922 Männer und 1.084 Frauen telefonisch interviewt wurden. Weitere Daten aus anderen Quellen werden zu Vergleichen herangezogen. Ziel der Darstellung ist es, dem Leser eine eigene Bewertung des Teilnahmeverhaltens zu ermöglichen.

### ▶ Teilnahme an Check-up-Untersuchungen

Check-up-Untersuchungen richten sich an Personen ab dem 35. Lebensjahr. Die Anspruchsberechtigten wurden gefragt, ob sie (überhaupt) „schon einmal“ teilgenommen haben und – wenn ja – ob dies entsprechend der Empfehlung zur Wiederholung der Untersuchungen „auch in den letzten zwei Jahren“ der Fall war. Die folgende Abbildung fokussiert auf die Teilnahme innerhalb der enger begrenzten Zeitperiode (Abbildung 1). Den Vergleich mit Zahlen für das Jahr 2003 ermöglicht eine methodisch identische, bundesweite Erhebung (GSTel 2003; s. auch Ellert et al. 2006), welche zu diesem Zweck für Nordrhein-Westfalen ausgewertet wurde.

In 2007 haben insgesamt 51% der Männer und 49% der Frauen eine Check-up-Teilnahme in den letzten zwei Jahren angegeben. Mit Ausnahme der Personen in der jüngsten Altersgruppe (35-39 Jahre) liegen die Teilnahmeraten in allen anderen Gruppen über 40% und überschreiten teilweise den Wert von 60%. Gegenüber 2003 ist für Frauen ein leichter Anstieg zu verzeichnen, für Männer ist der Trend nicht ganz einheitlich. Die überwiegend positiven Differenzen könnten allerdings auf sozial erwünschtes Antwortverhalten zurückzuführen sein, hervorgerufen durch eine Vorbemerkung im Interview, mit der – nur in der Erhebung 2007 – einleitend auf entsprechende Empfehlungen der Krankenkassen hingewiesen wurde. Insofern ist es wohl eher angemessen, von mindestens stabilen Teilnahmequoten auszugehen.

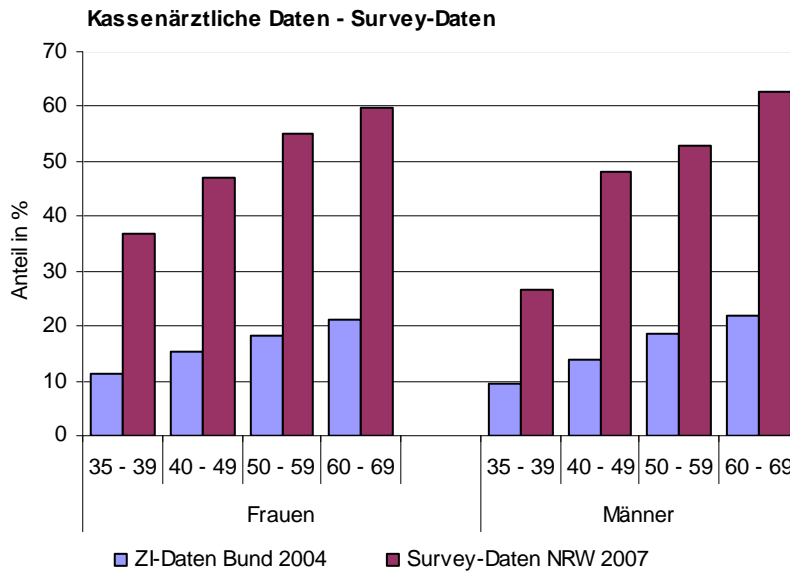


**Abbildung 1:** Teilnahme an Check-up-Untersuchungen von Frauen und Männern in Nordrhein-Westfalen 2003/2007 („in den letzten 2 Jahren“); Gesundheitssurvey NRW 2007, GSTel 2003 (eigene Berechnungen), LIGA.NRW

### Teilnahme im Vergleich von Befragungs- und ärztlichen Abrechnungsdaten

Wenn von einer zu geringen Teilnahme an Check-ups die Rede ist, werden meist Daten der kassenärztlichen Abrechnungsstatistik zitiert (Altenhofen 2005). Danach nahmen in 2004 insgesamt nur knapp 17% der Berechtigten an Gesundheitsuntersuchungen teil. Der nachstehenden Abbildung 2 zufolge steigt die Quote bei Männern und Frauen von rund 10% bei 35 bis 39-Jährigen auf etwas über 20% in der Altersgruppe ab 60 Jahre. Diese Zahlen sind mit denen der vorgestellten Befragung allerdings nur bedingt vergleichbar, da sie sich auf einen kürzeren Zeitraum beziehen (ein Jahr gegenüber „in den letzten 2 Jahren“ beim Gesundheitssurvey). Aber selbst wenn man die Teilnahmequoten der Abrechnungsstatistik rechnerisch verdoppelt, bleiben noch erhebliche Differenzen bestehen.

Einen Eindruck von der Ungenauigkeit beider Quellen gibt eine Untersuchung von Sönnichsen et al. (2007). Sie befragten insgesamt 1.500 Patienten in zehn hausärztlichen Praxen zu ihrer Check-up-Teilnahme und verglichen die Ergebnisse mit Eintragungen in ihrer Krankenakte. In 51% der Fälle wurde eine positive Übereinstimmung der Angaben beider Quellen („Check-up durchgeführt“) und in 22% der Fälle eine im negativen Sinne („keine Teilnahme“) festgestellt. Bei 28% der Teilnehmer stimmten die Angaben nicht überein: bei 11% fand sich trotz negativer Auskunft der Befragten eine Eintragung in den Praxisunterlagen, bei 17% war es umgekehrt. Der Versuch einer Erklärung dieser Differenzen würde an dieser Stelle zu weit führen. Festzuhalten bleibt, dass die Zahlen der Abbildung 2 vor diesem Hintergrund mit Vorsicht zu interpretieren sind.



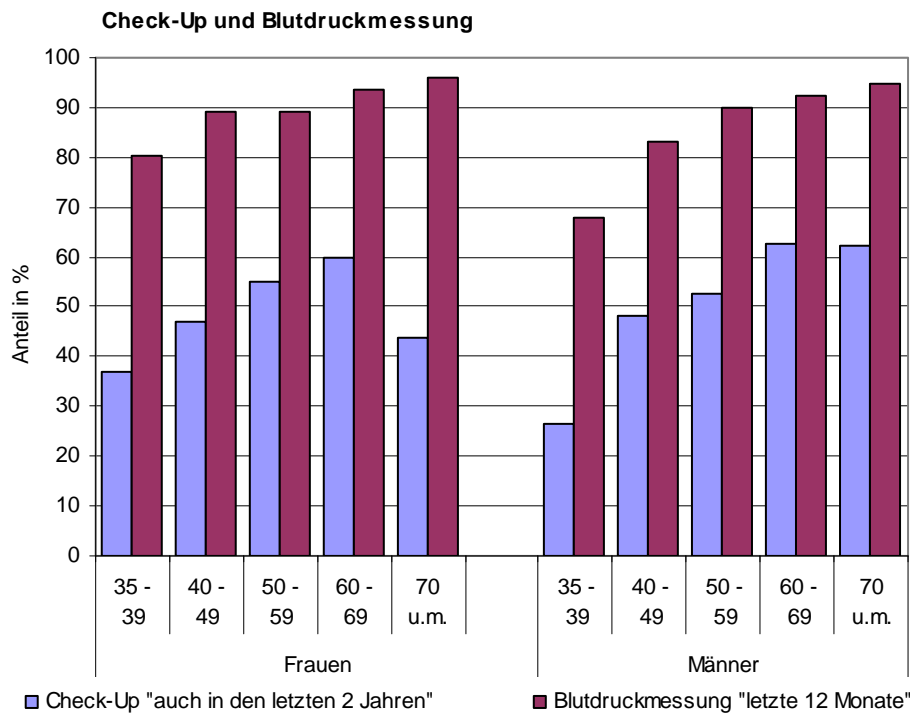
**Abbildung 2:** Teilnahme an Check-up-Untersuchungen von Frauen und Männern - Vergleich der Befragungsdaten Nordrhein-Westfalen 2007 mit kassenärztlichen Abrechnungsdaten Bund 2004; Gesundheitssurvey NRW 2007, Altenhofen 2005 (eigene Berechnungen), LIGA.NRW

### Risiken einer Nichtteilnahme

Wichtiger als eine exakte Bestimmung der Check-up-Teilnahme bleibt die Frage, ob es ein bevölkerungsgesundheitlich relevantes Defizit auf dem Gebiet der Früherkennung von Risikofaktoren gibt, die mit eben dieser Untersuchung kontrolliert werden sollen. Dazu lohnt ein Blick auf die ambulante Routineversorgung: 94% der Frauen und 81% der Männer gaben im Gesundheitssurvey 2007 an, während der letzten zwölf Monate einen Praktischen Arzt bzw. Allgemeinmediziner, einen Internisten oder einen Frauenarzt bzw. Gynäkologen<sup>1</sup> aufgesucht zu haben.

Es gehört zu den Routinen medizinischer Betreuung, dass der (Haus-) Arzt im Rahmen solcher Konsultationen diagnostische Untersuchungen vornimmt. Entsprechend hoch fallen die Zahlen in Abbildung 3 zur Durchführung einer Blutdruckmessung innerhalb der letzten zwölf Monate aus. Sie sind teilweise doppelt so hoch wie die Check-up-Teilnahmequoten. Passend dazu stellen Sönnichsen et al. in der bereits zitierten Untersuchung fest, dass selbst bei Patienten, die eindeutig nicht an Check-up-Untersuchungen teilgenommen hatten, diejenigen Werte, welche üblicherweise zu den Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen zählen, wie etwa der Cholesterinwert, größtenteils bekannt waren (Sönnichsen et al. 2007:357).

<sup>1</sup> Das betrifft natürlich nur weibliche Befragte.



**Abbildung 3:** Teilnahme an Check-up-Untersuchungen (letzte 2 Jahre) und Blutdruckmessungen (letzte 12 Monate); GSTel 2003 (eigene Berechnungen), LIGA.NRW

In der Wahrnehmung von Patienten macht es wohl keinen Unterschied, ob eine Messung des Blutdrucks und ggfs. weitere Diagnostik im Rahmen einer Check-up-Untersuchung oder irgendeiner anderen Behandlung erfolgt sind. Bleibt hinzuzufügen, dass es im Hinblick auf den präventiven Nutzen der Untersuchung gleichermaßen unerheblich ist, wie der Arzt diese Leistungen abgerechnet hat.

Bestätigt wird diese Interpretation durch Aussagen derjenigen im Gesundheitssurvey, die nicht an Check-ups teilgenommen haben. Für die Begründung der Nichtteilnahme wurde sowohl von vorgegebenen Antwortmöglichkeiten (siehe dazu die Ausführungen weiter unten) als auch von der Möglichkeit zur freien Formulierung weiterer Erklärungen Gebrauch gemacht. Auffallend viele Befragte wiesen darauf hin, dass sie ohnehin in ärztlicher Behandlung seien, weshalb es keine Notwendigkeit für einen gesonderten Check-up gäbe. Teilweise habe ihr behandelnder Arzt ihnen das auch explizit so gesagt.

Gibt es unter den Nichtteilnehmern an Check-ups aber vielleicht doch einen größeren Anteil von Personen, die durch das beschriebene, engmaschige Netz der ambulanten Versorgung fallen und damit ein erhöhtes Risiko in Bezug auf eine ungenügende Kontrolle gesundheitlicher Risikofaktoren tragen? Eine Antwort auf diese Frage können die Ergebnisse der nachfolgenden Tabelle geben. Da die Arztkontakte von Check-up-Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern dort keine größeren Differenzen aufweisen, kann dies verneint werden. Internisten führen den Check-up offensichtlich häufiger aus als die übrigen Fachärzte. Deshalb zeigen sich allein hier deutliche Differenzen zwischen den beiden Gruppen.

		Arztkontakt „letzte 12 Monate“	
		Check-up „schon einmal“	Check-up „nein“
Männer	Praktiker, Allgemeinmediziner	90,7%	94,3%
	Internist	37,7%	24,2%
	Insgesamt (Fallzahl absolut)	377	211
Frauen	Praktiker, Allgemeinmediziner	82,5%	84,5%
	Internist	35,3%	22,3%
	Gynäkologe	79,5%	71,3%
	Insgesamt (Fallzahl absolut)	464	328

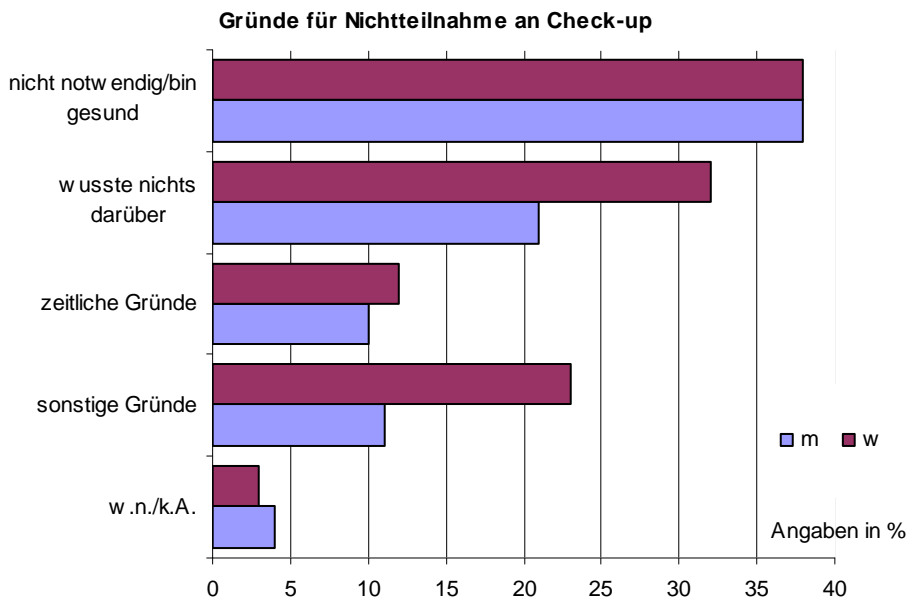
**Tabelle:** Arztkontakt (letzte 12 Monate) von Männern und Frauen und Teilnahme an Check-up-Untersuchungen („schon einmal“); Gesundheitssurvey NRW 2007, LIGA.NRW

### Hinweise auf weiteren Aufklärungsbedarf über das Angebot des Check-ups

Unter den vorzugsweise gewählten, vorgegebenen Antwortmöglichkeiten für eine Nichtteilnahme an Check-up-Untersuchungen (Abbildung 4) steht ein der eigenen (positiven) gesundheitlichen Verfassung geschuldetes Desinteresse an erster Stelle (38%), gefolgt von persönlicher Unkenntnis des Untersuchungsangebots (27%)<sup>2</sup>. Zeitliche Hinderungsgründe spielen bereits eine nachgeordnete Rolle (11%). Eine dezidierte Ablehnung der Untersuchung aufgrund eines eigenen Urteils („halte nichts davon“), negativer Aussagen von Freunden oder Bekannten („haben abgeraten“) oder entsprechender Berichte in den Medien („negative Berichte haben mich davon abgehalten“) ist praktisch bedeutungslos (jeweils um 1% – in der Abbildung nicht gesondert ausgewiesen).

---

<sup>2</sup> Insgesamt fühlen sich rund 40% aller Befragten nicht ausreichend über das Angebot der Check-up Untersuchung informiert.

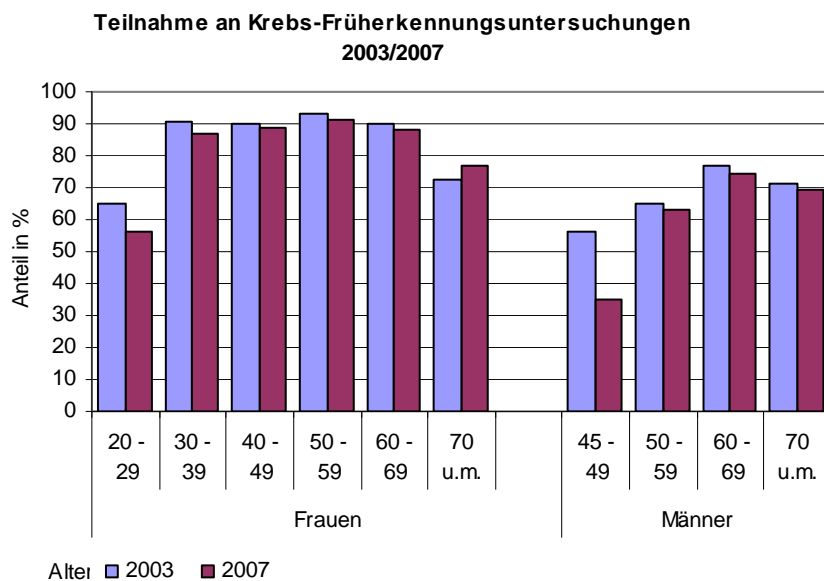


**Abbildung 4:** Gründe für die Nichtteilnahme an der Check-up Untersuchung; Gesundheitssurvey NRW 2007, LIGA.NRW

Diese Zahlen können durchaus als Ansporn zu fortgesetzten und noch besser zielgerichteten Informationsanstrengungen dienen. Bei der – wie beschrieben – hohen Versorgungsdichte im ambulanten Bereich empfehlen Sönnichsen et al., „Patienten, die wegen anderer, oft banaler Behandlungsanlässe in die Praxis kommen, gezielt auf das kardiovaskuläre Risiko anzusprechen“ (2007:357).

## ▶ Teilnahme an Untersuchungen zur Früherkennung von Krebskrankheiten

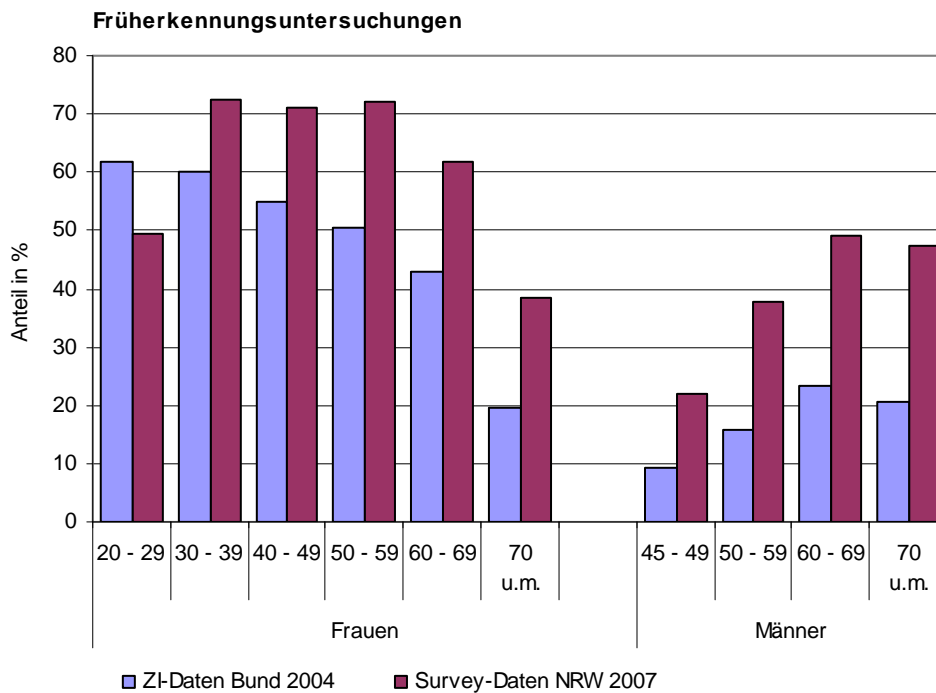
Eine Teilnahme an Untersuchungen zur Früherkennung von Krebs wurde – wie zuvor schon diejenige an Check-ups – sowohl grundsätzlich („schon einmal“) als auch für den engeren Zeitrahmen der „letzten 12 Monate“ erfasst. Aufgrund verschiedener Anspruchsberechtigungen und unterschiedlicher Empfehlungen zur Wiederholung der jeweiligen Untersuchungen (von „jährlich“ bis zu „zwei Untersuchungen im Abstand von 10 Jahren“) werden in Abbildung 5 die Zahlen für eine jemals erfolgte Teilnahme bei Frauen ab 20 und Männern ab 45 Jahren wiedergegeben. 83% der anspruchsberechtigten Frauen und 61% der Männer gaben an, „schon einmal“ an einer Untersuchung zur Krebsfrüherkennung teilgenommen zu haben.



**Abbildung 5:** Teilnahme an Untersuchungen zur Früherkennung von Krebs ("schon einmal"); Gesundheitssurvey NRW 2007, GSTel 2003 (eigene Berechnungen), LIGA.NRW

## Teilnahme im Vergleich von Befragungs- und ärztlichen Abrechnungsdaten

Beim folgenden Vergleich der Befragungs- und ärztlichen Abrechnungsdaten wird einheitlich auf einen Bezugszeitrahmen von zwölf Monaten rekurriert. Die Teilnahmequoten auf der Basis der kassenärztlichen Abrechnungsdaten des Jahres 2004 fallen mit 47% bei Frauen und 18% bei Männern auch hier (s. Ausführungen zum Check-up) deutlich niedriger aus. Allerdings werden in Abbildung 6 bei Frauen bis 59 Jahre auch in den Abrechnungsdaten relativ hohe Teilnahmeraten zwischen 50 und 60% verzeichnet, welche wahrscheinlich mit regelmäßigen Besuchen bei der Frauenärztin oder dem Frauenarzt in Zusammenhang stehen. Männer müssen die Untersuchungen dagegen gezielt vornehmen lassen, was als potenzielle Zugangsbarriere für die Krebsfrüherkennung angesehen wird (RKI 2006:139).

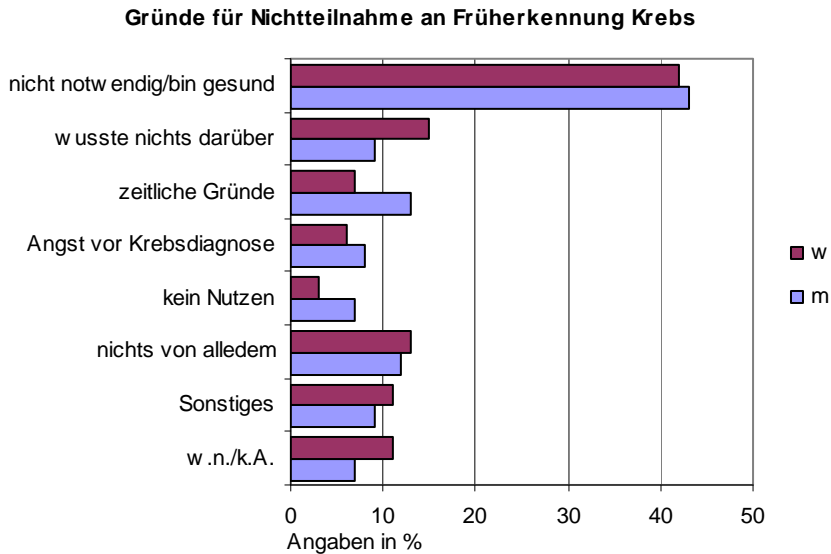


**Abbildung 6:** Teilnahme an Untersuchungen zur Krebsfrüherkennung – Vergleich der Befragungsdaten Nordrhein-Westfalen 2007 mit kassenärztlichen Abrechnungsdaten Bund 2004; Gesundheitssurvey NRW 2007; Altenhofen 2005 (eigene Berechnungen), LIGA.NRW

### Gründe für die Nichtteilnahme

Die Gründe für die Nichtteilnahme fallen vor dem Hintergrund einer größeren Bekanntheit des Untersuchungsangebots einerseits, andererseits aber auch einer größeren inneren Abwehr gegenüber der Auseinandersetzung mit diesem im Regelfall lebensbedrohlichen Erkrankungsrisiko anders aus als beim Check-up. Vergleichbar sind lediglich diejenigen Größenordnungen, in denen auf „mangelnde Notwendigkeit/positiver Gesundheitszustand“ (Krebs: 43% Check-up: 38%) bzw. auf „zeitliche Gründe“ (Krebs: 10% Check-up: 11%) verwiesen wurde. Der Anteil derjenigen, die mangelndes Wissen über das Angebot als Grund für die Nichtteilnahme an Krebs-Untersuchungen angab, ist dagegen nicht einmal halb so groß (12% gegenüber 27%). Zur „Angst vor einer möglichen Krebsdiagnose“ – relevant bei 7% der Personen ohne Untersuchungsteilnahme – gibt es im Falle des Check-up kein Pendant. Wo von der Möglichkeit einer freien Antwortformulierung Gebrauch gemacht wurde, sind vorzugsweise die Angst vor einer Fehldiagnose und Zweifel am Nutzen der Untersuchungen angesprochen worden.





**Abbildung 7:** Gründe für die Nichtteilnahme an Untersuchungen zur Früherkennung von Krebs; Gesundheitssurvey NRW 2007, LIGA.NRW

Diese zuletzt genannten Gründe sind in einer anderen, schriftlichen Bevölkerungsbefragung mit insgesamt knapp 1.700 Teilnehmern gleichfalls erhoben worden (Koch/Scheibler 2007). Da es Personen leichter fallen dürfte, persönliche Ängste und Zweifel anonym-schriftlich anzugeben als sie in einem mündlichen Interview auszusprechen, fallen die Prozentanteile deutlich höher aus (ebenda:184 f)

- 1) 16% äußerten Angst, „schon bei dem Gedanken an Krebs“
- 2) 9% haben Zweifel am tatsächlichen Nutzen der Untersuchungen
- 3) 11% haben Angst vor einem Schaden durch die Untersuchung „zum Beispiel durch eine falsche Diagnose“

Grundsätzlich muss im Fall der Krebs-Früherkennung von einer weitaus stärkeren inneren Abwehr ausgegangen werden. Das Angebot anderer Begründungen für eine Nichtteilnahme an Untersuchungen ermöglicht es, das eher heikle Thema Angst zu vermeiden.

### **Abwägung unterschiedlicher Risiken bei der Krebs-Früherkennung**

Das Konzept der Früherkennung hat im Falle der lebensbedrohlichen Krebserkrankungen eine starke intuitive Anziehungskraft, welche insbesondere auf bessere Behandlungsmöglichkeiten von Tumoren im Frühstadium abhebt. Vor diesem Hintergrund unternahm die Bundesregierung in 2006/2007 einen Versuch, das Teilnahmeverhalten der Bevölkerung mittels einer Malus-Regelung zu fördern. Künftig sollten chronisch Kranke von der Gewährung eines reduzierten Eigenanteils zu ihren Behandlungskosten (1% statt 2%) ausgeschlossen werden, wenn sie zuvor nicht an Früherkennungsuntersuchungen teilgenommen hatten.

Diese Regelung ist aufgrund ethischer Bedenken und Kritik an der medizinischen Evidenzbasierung einzelner Untersuchungen (z.B. Tuffs 2006) nicht eingeführt worden.

Eine kritische Zusammenfassung des aktuellen Forschungsstandes zu den Risiken der Krebs-Früherkennung, publiziert von Mitarbeitern der Direktion für Prävention in den National Institutes of Health (NIH; s. Kramer/Miller 2009), unterstreicht diese Bedenken.

Der Gemeinsame Bundesausschuss für die vertragsärztliche Versorgung hat sich dafür entschieden, an Stelle der ursprünglich beabsichtigten Malus-Regelung eine Beratungspflicht einzuführen. Seit Juli 2007 müssen sich gesetzlich Versicherte mit Erreichen des Anspruchsalters einmalig von einem Arzt beraten lassen. Auf diese Weise soll sichergestellt werden, dass sie „umfassend über Vor- und Nachteile von Früherkennungsuntersuchungen aufgeklärt werden und auf dieser Grundlage eine informierte und ausgewogene Entscheidung treffen können“ (G-BA 2009).

► Für Rücksprachen:

Dr. Wolfgang Hellmeier

Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW)

Fachgruppe 3.2 Gesundheitsinformation

E-Mail: [Wolfgang.Hellmeier@liga.nrw.de](mailto:Wolfgang.Hellmeier@liga.nrw.de)

Tel. (0521) 8007 – 216

## Quellen

- **Altenhofen, Lutz**, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung: Hochrechnung zur Akzeptanz von Gesundheitsuntersuchungen und Krebsfrüherkennungsuntersuchungen bei gesetzlich Versicherten, Berlin 2005 (Powerpoint-Präsentation; [http://www.zi-berlin.de/k\\_frueh\\_prog/downloads/Akzeptanz\\_KFU\\_GU\\_FOBT.pdf](http://www.zi-berlin.de/k_frueh_prog/downloads/Akzeptanz_KFU_GU_FOBT.pdf))
- **Ellert, Ute, Wirz, Jutta, Ziese, Thomas**: Telefonischer Gesundheitssurvey des RKI (2. Welle) Deskriptiver Ergebnisbericht, Berlin: RKI 2006 (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes)
- **G-BA, Gemeinsamer Bundesausschuss**, Informationen zur Beratungspflicht, Stand: 13.2.2009, s. <http://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/frueherkennung/krebsfrueherkennung/beratungspflicht/>
- **Koch, Klaus, Scheibler, Fülöp**: „Einstellungen und Informationsstand zur Früherkennung: Informiert und doch getäuscht?“, in: Jan Böcken, Braun, Bernard, Amhof, Robert (Hg.): Gesundheitsmonitor 2007. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten, Gütersloh: Bertelsmann Stiftung 2007, S. 178-200
- **Kramer, Barnett S., Miller Crowell, Jennifer**, Office of Disease Prevention, NIH: "Cancer Screening: The Clash of Science and Intuition", in: Annual Review of Medicine, 2009:60, S. 125-137
- **LIGA.NRW**, Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW: Gesundheitssurvey NRW 2007, Bielefeld 2008 (Datensatz; public-use-file in Vorbereitung)
- **Mensing, Monika**: „Früherkennungsuntersuchungen – Wissen, Einstellungen, Beweggründe“, in: Gesundheit in NRW, kurz und informativ, 2005 (Hg.: Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (lögd)); s. [http://www.loegd.nrw.de/1pdf\\_dokumente/2\\_gesundheitspolitik\\_gesundheitsmanagement/nrw-kurz-und-informativ/frueherkennungsuntersuchungen\\_0506.pdf](http://www.loegd.nrw.de/1pdf_dokumente/2_gesundheitspolitik_gesundheitsmanagement/nrw-kurz-und-informativ/frueherkennungsuntersuchungen_0506.pdf) )
- **MFJFG NRW**, Ministerium für Frauen, Familie, Jugend und Gesundheit (Hg.): Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten in NRW, Bielefeld 2002
- **RKI**, Robert Koch-Institut; Telefonischer Gesundheitssurvey 2002/2003, Berlin 2007 (Datensatz; public-use-file)
- **RKI**, Robert Koch-Institut (Hg.): Gesundheit in Deutschland, Berlin 2006 (Gesundheitsberichterstattung des Bundes)
- **Sönnichsen, Andreas C., Sperling, T., Donner-Banzhoff, N., Baum, E.:** „Unterschiede zwischen Teilnehmern und Nichtteilnehmern an der Gesundheitsuntersuchung“, in: Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 2007, S. 355-358
- **Tuffs, Annette**: „Germany will penalise cancer patients who do not undergo regular screening“, in: British Medical Journal, 2006, Nr. 333 (28.10.2006) S. 877