

Der Check-up aus der Sicht des Patienten – «open» und «hidden» Agenda

Le check-up dans la perspective du patient – open and hidden agenda

Lukas Zimmerli^a, Esther Ramseier^a, Peter Hengstler^{a,b}, Niklaus Gyr^a, Edouard Battegay^a

^a Medizinische Universitätspoliklinik, Kantonsspital Basel

^b Abteilung für Gastroenterologie, Kantonsspital St. Gallen

Quintessenz

- «Hidden agenda» bezeichnet seitens des Patienten nicht deklarierte Beweggründe für einen Arztbesuch. Hierzu gehören auch Erwartungen, Gefühle und Ängste des Patienten, welche dem Arzt nicht ohne weiteres preisgegeben werden.
- Der Begriff fokussiert die Aufmerksamkeit des Arztes auf die Patientensicht und dessen gleichzeitige Entscheidung, für den Arzt relevante Informationen zurückzuhalten oder verspätet preiszugeben.
- Mögliche Hinweise auf eine noch nicht entdeckte «hidden agenda» können sein:
 - spürbare oder geäußerte Unzufriedenheit des Patienten;
 - häufiger Arztwechsel;
 - häufige Konsultationen ohne Veränderungen des klinischen Status;
 - Patienten, welche übertrieben durch ihre Symptomatik beeinträchtigt zu sein scheinen;
 - «schwierige» Patienten.
- Das Erkennen einer «hidden agenda» trägt zur Patientenzufriedenheit bei und verhindert fruchtlose Abklärungen, die mit dem Konsultationsgrund eigentlich nicht in Zusammenhang stehen.
- Der Check-up soll keine unnötigen, falsch positiven Tests resp. Diagnosen erzeugen, welche oft weitere, manchmal schädliche Abklärungen zur Folge haben.

Quintessence

- «Hidden agenda» signifie pour le patient des motifs non déclarés de consultation médicale. En font également partie des attentes, sentiments et angoisses du patient, qui ne sont pas révélés sans autres au médecin.
- Ce terme focalise l'attention du médecin sur le point de vue du patient et sa décision de garder des informations importantes pour le médecin, ou de ne les révéler que plus tard.
- Les indices possibles d'un hidden agenda non encore découvert peuvent être:
 - insatisfaction du patient, perceptible ou manifeste;
 - changement fréquent de médecin;
 - consultations fréquentes sans modification du status clinique;
 - patients semblant être exagérément handicapés par leur symptomatologie;
 - patients «difficiles».
- Le fait de reconnaître un hidden agenda contribue à ce que le patient soit satisfait et supprime les examens stériles, qui n'ont en fait rien à voir avec le motif de consultation.
- Le check-up ne doit comporter aucun examen ou diagnostic inutile, faux positif, qui entraîne souvent d'autres examens potentiellement nocifs.



CME zu diesem Artikel finden Sie auf S. 209 oder im Internet unter www.smf-cme.ch

Vous trouverez les questions à choix multiple concernant cet article à la page 211 ou sur internet sous www.smf-cme.ch

Einleitung

Der sogenannte «Check-up» gehört zu den schwierigsten medizinischen Herausforderungen. Aus ärztlicher Sicht stehen das *Periodic Health Exam* mit auf Evidenz beruhenden Vorsorgeuntersuchungen und das *Case finding* (Identifizieren von besonderen, den Patienten bedrohenden Risikofaktoren) im Vordergrund. Der Patient verlangt aber oft einen Check-up, um manchmal verborgene Ängste oder Bedürfnisse zu stillen. Vor kurzem haben wir die Evidenz zum Screening für verschiedene Erkrankungen bei asymptomatischen Erwachsenen zusammengestellt [1]. Der vorliegende Artikel soll nun die ärztliche Sicht des Check-up der Perspektive des Patienten entgegensetzen und damit vor allem auf die Herausforderung der «hidden agenda» eingehen.

Periodic Health Exam und Case finding

Das Modell der umfassenden jährlichen Vorsorgeuntersuchung galt seit den zwanziger Jahren des letzten Jahrhunderts bis in die siebziger Jahre als etablierter Standard [2]. Erst in den siebziger Jahren wurde ein auf das individuelle Bedürfnis der Patienten zugeschnittenes Untersuchungsverfahren bei Check-up-Untersuchungen gefordert [3]. Entsprechend empfahl beispielsweise das «Medical Practice Committee of the American College of Physicians» 1981, dass jährliche Routine-Check-ups zugunsten eines selektiveren Zugangs bezüglich Prävention und Erfassen von Gesundheitsproblemen verlassen werden sollten [4].

Aktuelle Screening-Empfehlungen beruhen hauptsächlich auf Prävalenzdaten und randomisierten Studien über häufige, meist vermeidbare Erkrankungen in asymptomatischen Individuen [1]. Allgemeine bevölkerungsweite Screening-Empfehlungen sind dann inkomplett, wenn Patienten beim Check-up ein besonders erhöhtes Risiko für bestimmte Erkrankungen haben. Eine positive Familienanamnese für Diabetes mellitus, koronare Herzerkrankung oder Kolonkarzinom rechtfertigt im Individualfall zum Beispiel zusätzliche Abklärungen, einschliesslich apparativer Untersuchungen. Diese individuelle Risikobeurteilung ist ebenfalls Bestandteil jeder Check-up-Untersuchung und wird als «Case finding» bezeichnet.

Der Check-up aus der Sicht der Patienten

Der Paradigmenwechsel zu einem bewusst eingeschränkten Screening und zu einer individualisierteren Check-up-Untersuchung ist in der Bevölkerung wenig bekannt. Fast zwei Drittel aller

Patienten erwarten jährliche Check-up-Untersuchungen, begleitet von erheblicher apparativer Diagnostik [5]. Selbst Patienten mit regelmässigem Arztkontakt oder chronischen Krankheiten glauben, zusätzlich einer jährlichen Vorsorgeuntersuchung zu bedürfen [5]. Sicher sind die Gründe für diese Patientensicht mannigfaltig. Vielleicht äussert sich der Wunsch nach Gesundheit und deren Erhaltung in der Erwartung jährlicher Vorsorgeuntersuchungen. Denn Personen, welche sich regelmässig «durchchecken» lassen, meinen, positive Schritte zur Erhaltung ihrer Gesundheit zu unternehmen [6, 7]. Apparative Diagnostik kann diese Empfindung sogar verstärken [8].

«Hidden agenda»

Viele Patienten melden sich zum sogenannten Check-up, obwohl sie eine anderweitige, offen deklarierte oder nicht deklarierte Ursache für den Arztbesuch haben. Diese Ursache kann von der Zielsetzung einer Vorsorgeuntersuchung verschieden sein. Eine nicht deklarierte Ursache für einen Arztbesuch wird als «hidden Agenda» bezeichnet und sollte, wenn möglich, vom Arzt identifiziert werden, um eine optimale Betreuung und Zufriedenheit des Patienten zu gewährleisten. Der Begriff «hidden Agenda», am besten übersetzt als nicht deklariertes Traktandum, fokussiert die Aufmerksamkeit des Arztes damit auf die Sicht des Patienten und dessen gleichzeitige Entscheidung, für den Arzt relevante Informationen zurückzuhalten oder verspätet preiszugeben [9]. Die hidden Agenda schliesst meist behandlungsbedürftige psychiatrische Störungen wie Depression oder Angststörungen sowie symptombezogene Erwartungen mit ein [10, 11]. Erwartungen sind selbstverständliche Sorgen und Wünsche von Patienten; sie sind nicht als psychosoziale Probleme oder gar psychiatrische Störungen zu werten oder zu stigmatisieren.

Die patientenzentrierte Medizin führte das Prinzip der «Agenda» also ein, um Patienten besser zu verstehen [12]. Jeder Patient, der einen Arzt aufsucht, hat eine bestimmte «Agenda»: Darunter werden unter anderem Erwartungen, Gefühle und Ängste subsumiert. Auch der Arzt hat seine «Agenda», welche darin besteht, eine korrekte Diagnose zu erstellen und dementsprechend weitere Schritte zu veranlassen. Die Kunst des Arztes ist es, die Agenda des Patienten zu ermitteln und mit seiner eigenen abzustimmen. Arzt und Patient stimmen bezüglich Hauptgrund einer Konsultation oft überein [13]. Leider bleibt aber die Erwartung des Patienten bezüglich ärztlicher Massnahmen oft unerkannt, insbesondere wenn der Konsultationsgrund Symptome und nicht bereits bekannte Erkrankungen betrifft [10, 14, 15].

Die meisten Patienten mit alltäglichen Symptomen suchen keinen Arzt auf [16]. Personen, wel-

che dies doch tun, wenden sich oft wegen Befürchtungen über Ursache, Ernsthaftigkeit und Prognose der Symptome an Ärzte [15, 17]. Zudem wünschen sie oft spezifische Massnahmen wie Tests, Medikamentenverschreibung oder eine spezialärztliche Überweisung [15, 17]. Patienten mit körperlichen Symptomen suchen Ärzte oft vor allem als Informationsquellen auf und nicht in erster Linie, weil sie eine Therapie erwarten. Sie suchen demnach weniger eine Linderung der Symptome als vielmehr Wissen und Aufklärung durch den Arzt und vor allem Information über die Prognose [17, 18]. Umgekehrt unterschätzen Ärzte meist das Verlangen der Patienten nach Information bezüglich Gesundheit [19–21] und überschätzen ihren Beitrag an die Klärung von entsprechenden Patientenfragen [6, 20]. Auch scheinen sich Ärzte bezüglich Kommunikation über die Prognose von Symptomen und die Prävention von Krankheiten schwerzutun. Aus Sicht der Patienten werde zuviel zum Rezeptblock gegriffen oder direkt Medikamente abgegeben und zuwenig zu weiteren medizinischen Tests geschritten [17, 22, 23]. Gerade in solchen Situationen ist die Kommunikation für das Arzt-Patienten-Verhältnis von entscheidender Bedeutung. Probleme in der Kommunikation führen zu Vertrauensverlust und Arztwechsel [23]. Patienten, welche Elemente einer wenig technisierten Betreuung wie Informationsvermittlung oder positiven affektiven Support erhielten, äusserten eine grössere Zufriedenheit mit der Betreuung [17, 24–26]. Diese Faktoren scheinen für die Zufriedenheit von Patienten eine grössere Rolle zu spielen als die Übereinstimmung von Arzt und Patient bezüglich des Konsultationsgrundes [13]. Mit mangelnder Kommunikation verbindet sich auch eine Vernachlässigung des Potentials zur Prävention in der täglichen Praxis [22, 27]. Und dazu wäre der Check-up im Sinne des «Periodical Health Exam» und «Case finding» eigentlich ja auch da. Möglicherweise kommen Patienten gar nicht dazu, ihre Wünsche für die Check-up-Untersuchung anzubringen: Im Gespräch werden Patienten oft bereits nach kurzer Zeit unterbrochen und Ärzte übernehmen die Gesprächsführung [28]. Eine neuere Untersuchung an unserer Poliklinik zeigt, dass Patienten zu Beginn einer Anamnese durchschnittlich lediglich 92 Sekunden zur Offenlegung ihrer Beschwerden brauchen [29]. Es sollte daher dem Patienten unbedingt genügend Zeit gegeben werden, seine Wünsche, Ideen und Erwartungen vorzubringen. Dadurch wird eine positive gefühlsmässige Beziehung zum Arzt erlebt [30]. Durch den Arzt sollten im Verlauf des Gesprächs Gefühle von Patienten wahrgenommen werden. Das von Arzt und Patient Gesagte sollte rückgefragt werden und es sollte der Versuch einer partnerschaftlichen Beziehung unternommen werden [30].

Check-up und psychiatrische Komorbidität

Check-up-Patienten wiesen in einer kleineren Untersuchung oft Symptome auf und meist standen psychosoziale Probleme im Vordergrund [31]. Eine alleinige Gesundheitsevaluation war nur bei wenigen ein Motivator für die Konsultation [31]. In der täglichen Konsultationstätigkeit eines Arztes liegt der Anteil von Patienten mit psychosozialen Problemen bei rund einem Drittel [32]. So fördern Untersuchungen mittels PRIME-MD-Fragebogen bei rund einem Viertel der Patienten von Grundversorgern psychiatrische Diagnosen zutage [33, 34]. Bei den meisten Patienten bleiben diese psychiatrischen Diagnosen aus verschiedensten Gründen aber unerkannt und deshalb unbehandelt [35].

Möglicherweise begünstigt der Eindruck von Patienten, dass psychosoziale Aspekte in der alltäglichen Praxis zuwenig eingebracht werden können, das Zurückhalten von Informationen und damit eine «hidden agenda» [18]. So werden in ärztlichen Konsultationen soziale und emotionale Aspekte oft zuwenig beachtet [36]. Das Ärzterverhalten beeinflusst Patienten im Vorstellen derer Agenda erheblich [21]. Ärzte sollen oft für Vorstellungen der Patienten unempfindlich sein und Mühe haben, herauszufinden, welche Patienten vom Arzt einzig Beschwichtigung und Information wünschen [37].

Verschiedene Situationen sollen den Arzt vermuten lassen, dass nicht biomedizinische, sondern psychosoziale Gründe den Arztbesuch veranlassen:

- Patienten scheinen übertrieben durch ihre Symptomatik beeinträchtigt;
- Patienten, bei denen eine exakte biomedizinisch fundierte Diagnose von zweitrangiger Bedeutung zu sein scheint;
- Patienten, die ihre Unzufriedenheit über die bisherige medizinische Versorgung ausdrücken, und
- Patienten, die ohne Veränderung des klinischen Status den Arzt nochmals aufsuchen [38].

Im klinischen Alltag sollte insbesondere bei «schwierigen» Patienten oder bei spürbarer Unzufriedenheit seitens des Patienten an die Möglichkeit einer «hidden agenda» gedacht werden. Hierbei sollten Wünsche und Erwartungen seitens des Patienten angesprochen werden. In unserer Erfahrung sind zum Beispiel Angststörungen (Panikstörungen oder andere Angststörungen), der Wunsch nach Prävention bei Erkrankung eines nahen Familienangehörigen (Karzinom oder koronare Herzkrankheit bei einem Geschwister etc.) oder der Wunsch nach einer HIV-Testung häufige Gründe für eine Check-up-Untersuchung. Diese Erwartungen werden oft erst im Verlauf oder gegen Schluss

einer Konsultation genannt. Der Arzt sollte im Gespräch alert sein auf Äusserungen, welche – neben dem angegebenen Konsultationsgrund – auf ein mögliches Zweitproblem hinweisen. Entsprechende Unklarheiten respektive Fragen sollten geklärt und die Wünsche und Erwartungen

des Patienten angesprochen werden. Sicher sind weitere Untersuchungen nötig, um Motivationsgründe für Check-up-Untersuchungen und die «hidden agenda» in einem grösseren Kollektiv zu untersuchen.

Literatur

- 1 Hengstler P, Battegay E, Cornuz J, Bucher, Battegay M. Evidence for prevention and screening: recommendations in adults. *Swiss Med Wkly* 2002;132:363–73.
- 2 Emerson H. Periodic medical examinations of apparently healthy persons. *JAMA* 1923;81:1376–81.
- 3 Frame PS, Carlson SJ. A critical review of periodic health screening using specific screening criteria. *J Fam Pract* 1975;2:29–36,123–9,189–94,283–9.
- 4 Medical Practice Committee. American College of physicians. Periodic health examination: a guide for designing individualized preventive health care in the asymptomatic patient. *Ann Int Med* 1981;95:729–32.
- 5 Oboler SK, Prochazka AV, Gonzales R, Xu S, Anderson RJ. Public expectations and attitudes for annual physical examinations and testing. *Ann Intern Med* 2002;136:652–9.
- 6 Frame PS. The complete annual physical examination refuses to die. *J Fam Pract* 1995;40:543–5.
- 7 Laine C. The annual physical examination: needless ritual or necessary routine? *Ann Intern Med*. 2002;136:701–3.
- 8 Sox HC Jr, Margulies I, Sox CH. Psychologically mediated effects of diagnostic tests. *Ann Intern Med* 1981;95:680–5.
- 9 Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician behavior on the collection of data. *Ann Intern Med*. 1984;101:692–6.
- 10 Kroenke K. Symptoms and science: the frontiers of primary care research. *J Gen Intern Med* 1997;12:509–10.
- 11 Kravitz RL, Callahan EJ, Patermiti D, Antonius D, Dunham M, Lewis CE. Prevalence and source of patients' unmet expectations for care. *Ann Intern Med* 1996;125:730–7.
- 12 Levenstein JH, McCracken EC, McWhinney IR, Stewart MA, Brown JB. The patient-centred clinical method. 1. A model for the doctor-patient interaction in family medicine. *Fam Pract* 1986;3:24–30.
- 13 Boland BJ, Scheitel SM, Wollan PC, Silverstein MD. Patient-physician agreement on reasons for ambulatory general medical examinations. *Mayo Clin Proc* 1998;73:109–17.
- 14 Kroenke K. Patients expectations for care: How hidden is the agenda? *Mayo Clin Proc* 1998;73:191–3.
- 15 Marple RL, Kroenke K, Lucey CR, Wilder J, Lucas CA. Concerns and expectations in patients presenting with physical complaints. Frequency, physician perceptions and actions, and 2-weeks outcome. *Arch Intern Med* 1997;157:1482–8.
- 16 Verbrugge LM, Ascione FJ. Exploring the Iceberg. Common symptoms and how people care for them. *Med Care* 1987;25:539–69.
- 17 Sanchez-Menegay C, Stalder H. Do physicians take into account patients' expectations? *J Gen Intern Med* 1994;9:404–6.
- 18 Barsky AJ. Hidden reasons some patients visit doctors. *Ann Intern Med* 1981;94:492–8.
- 19 Laine C, Davidoff F, Lewis CE, Nelson EC, Nelson E, Kessler RC, et al. Important elements of outpatient care: A comparison of patients' and physicians' opinions. *Ann Intern Med* 1996;125:640–5.
- 20 Waitzkin H. Doctor-patient communication. Clinical implications of social scientific research. *JAMA* 1984;252:2441–6.
- 21 Barry CA, Bradley CP, Britten N, Stevenson FA, Barber N. Patients' unvoiced agendas in general practice consultations: qualitative study. *BMJ* 2000;320:1246–50.
- 22 Kottke TE, Solberg, Brekke ML, Cabrera A, Marquez MA. Delivery rates for preventive services in 44 midwestern clinics. *Mayo Clin Proc* 1997;72:515–23.
- 23 Keating NL, Green DC, Kao AC, Gazmararian JA, Wu VY, Cleary PD. How are patients' specific ambulatory care experience related to trust, satisfaction, and considering changing physicians? *J Gen Intern Med* 2002;17:29–39.
- 24 Brody DS, Miller SM, Lerman CE, Smith DG, Lazaro CG, Blum MJ. The relationship between patients' satisfaction with their physicians and perceptions about interventions they desired and received. *Med Care* 1989;27:1027–35.
- 25 Joos SK, Hickam DH, Borders LM. Patients' desires and satisfaction in general medicine clinics. *Pub Health Rep* 1993;108:751–9.
- 26 Kravitz RL, Cope DW, Bhrany V, Leake B. Internal medicine patients' expectations for care during office visits. *J Gen Intern Med* 1994;9:75–81.
- 27 Flocke SA, Stange KC, Goodwin MA. Patients and visit characteristics associated with opportunistic preventive services delivery. *J Fam Pract* 1998;47:202–8.
- 28 Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, Beckham HB. Soliciting the patient's agenda: have we improved? *JAMA* 1999;281:283–7.
- 29 Langewitz W, Denz M, Keller A, Kiss A, Rüttimann S, Wössmer B. Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study. *BMJ* 2002;325:682–3.
- 30 Langewitz W, Wössmer B, Kiss A, Lang Th. Die Beziehung zwischen Arzt und Patient – Standortbestimmung ihrer Qualität und Verbesserungsmöglichkeiten. *Schweiz Med Wochenschr* 1992;122:475–80.
- 31 Connelly JE, Mushlin AI. The reasons patients request «Check-up»: implications for office practice. *J Gen Intern Med* 1986;1:163–5.
- 32 Pringle M, Laverty J. A counsellor in every practice? *BMJ* 1993;306:2–3.
- 33 Philbrick JT, Connelly JE, Wofford AB. The prevalence of mental disorders in rural office practice. *J Gen Intern Med* 1996;11:9–15.
- 34 Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, Linzer M, deGruy III FV, Hahn SR, et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *JAMA* 1994;272:1749–56.
- 35 Novack DH, Goldberg RJ. Psychiatric problems in primary care patients. *J Gen Intern Med* 1996;11:56–7.
- 36 Campion A, Butler NM, Cox AD. Principle agendas of doctors and patients in general practice consultations. *Fam Pract* 1992;9:181–90.
- 37 Salmon P, Sharma N, Valori R, Bellenger N. Patients' intentions in primary care: relationship to physical and psychological symptoms, and their perception by general practitioners. *Soc Sci Med* 1994;38:585–92.
- 38 Conen D. Check-up und Screening. *Therapeutische Umschau* 2000;57:3–5.

Korrespondenz:

Prof. Dr. med. Edouard Battegay
Medizinische Universitäts-
poliklinik
Kantonsspital
CH-4031 Basel
ebattegay@uhbs.ch