

Krankheit, Arzt-Patient-Kontakte und Arbeitsunfähigkeit in einer Allgemeinpraxis

R.-U. Foerster, M. Blohmke, B. Koschorreck und K. Allnoch
Lehrstuhl für Arbeits- und Sozialmedizin der Universität Heidelberg, Abteilung für sozialmedizinische Epidemiologie und Arbeitsphysiologie (Direktor: Prof. Dr. med. Maria Blohmke)

Mortalitätsstatistiken zeigen uns, dass im Jahre 1971 42,4% aller Todesfälle durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen verursacht sind [26] und jene damit bei weitem die häufigste Todesursache darstellen. Querschnitts- und Langzeitstudien [13, 14, 15, 17, 25] haben ergeben, dass Menschen mit Risikofaktoren eine wesentlich höhere Wahrscheinlichkeit aufweisen, zum Beispiel einen Herzinfarkt zu erleiden. Aus zahlreichen Untersuchungen [11, 13, 15, 19, 21] wissen wir, dass bestimmte Risikofaktoren zum Teil in verschiedenen Altersgruppen häufiger angetroffen werden. Wesentlich weniger Studien [12, 22] befassen sich mit dem Problem der Verteilung bestimmter Risikofaktoren auf die verschiedenen sozialen Schichten. Aus diesem Grunde versuchten wir im Rahmen einer Querschnittsuntersuchung, die Häufigkeit einiger Risikofaktoren sowie subjektiver und objektiver Krankheitszeichen in den verschiedenen sozialen Schichten darzustellen. Da das Gefühl gesund zu sein ein Hauptkriterium für das Nichtaufsuchen eines Arztes zwecks Durchführung von Früherkennungsmassnahmen ist [10, 24], haben wir ferner untersucht, inwieweit subjektive und objektive Krankheitszeichen einen Einfluss auf die Häufigkeit von Arzt-Patient-Kontakten sowie auf die Länge der Arbeitsunfähigkeit haben.

Methoden

Untersuchung

Die Querschnittsuntersuchung fand in einer Allgemeinpraxis statt, die im Stadtrandgebiet einer mittleren Industriestadt in Baden-Württemberg lag [8]. Es wurden nur Patienten des 2. Quartals 1973 in die Studie einbezogen, soweit sie 20 Jahre und älter waren. Von den 714 in Frage kommenden männlichen Patienten der Praxis konnten wir 445 Probanden (62,3%) erfassen. Für unsere Fragestellung beschränkten wir uns jedoch auf die Altersgruppe 20. bis einschliesslich 60. Lebensjahr, um Probanden mit frühzeitiger Altersrente auszuschliessen. Unter den verbleibenden 314 Probanden, die 58,0% aller männlichen Patienten vom 20. bis 60. Lebensjahr ($n = 541$) ausmachten, befand sich kein berufs- oder erwerbsunfähiger Proband. Diese 314 Probanden liessen sich alle in eine der vier sozialen Schichten einordnen. Auf weibliche Probanden mussten wir verzichten, da nur ein geringer Teil der Frauen einer sozialen Schicht zugeordnet werden konnte. Jeder Proband füllte zu Hause einen Fragebogen aus, über dessen Inhalt und Zuverlässigkeit schon berichtet worden ist [3, 4, 5, 7, 8, 9]. Diesem Fragebogen entnahmen wir neben Alter und Geschlecht auch Angaben über Ausbildung und Beruf, aus denen wir nach einem modifizierten Schema von *Janowitz* [16] die Probanden in vier soziale Schichten einteilten. In die soziale Schicht I gruppieren wir die freien akademischen Berufe, gehobene und höhere Beamte, leitende Angestellte sowie selbständige Grossunternehmer. Der sozialen Schicht II wurden Selbständige in Handel, Handwerk und Gewerbe, selbständige Landwirte sowie mittlere Beamte, Angestellte mit abgeschlossener Lehre zugeordnet. Auf die soziale Schicht III entfielen einfache Beamte, Angestellte

Risikofaktoren und Krankheitszeichen sind nicht gleichmässig in der Bevölkerung verteilt. Anhand der Patienten einer Allgemeinpraxis wird gezeigt, dass dabei soziale Faktoren eine bedeutende Rolle spielen.

ohne abgeschlossene Lehre, Facharbeiter und unselbständige Handwerker mit abgeschlossener Lehre. In der sozialen Schicht IV waren an- und ungelernte Arbeiter. Ferner entnahmen wir dem Fragebogen die vegetativen und koronaren Beschwerden (Definition in 8) sowie die Rauchgewohnheiten des Probanden. Aus der Kartei der Praxis konnten die Anzahl der Arzt-Patient-Kontakte und die Tage der Arbeitsunfähigkeit innerhalb des Zeitraumes 1.7.72 bis 30.6.73 entnommen werden. Unter Arzt-Patient-Kontakten wurden nur die ärztlichen Konsultationen und nicht das Erscheinen in der Praxis zwecks wiederholter diagnostischer oder therapeutischer Massnahmen verstanden. Von jedem Probanden wurde ein Ruhe-EKG angefertigt, das auf dem Gerät "EKG-Signalverarbeitungsanlage" der Fa. Hellige geschrieben (orthogonales Ableitungssystem nach Frank) und in digitaler Form auf Band in einem Rechenzentrum in Heidelberg mit dem Programm von *Arvedson* (Fassung 1971) ausgewertet wurde. Veränderungen im Sinne einer koronaren Herzkrankheit (KHK) nahmen wir dann an, wenn die ausgedruckten Diagnosen auf einen koronarbedingten Myokardschaden bzw. auf deren Verdacht hinwiesen [8]. Ferner ermittelten wir von jedem Probanden die Risikofaktoren Hypertonie, Übergewicht, Hypercholesterinämie, Hyperurikämie und Hyperglykämie. Blutdruck, Grösse und Körpergewicht wurden mit den üblichen Messgeräten am sitzenden bzw. halbtelkleideten Probanden erhoben. Als erhöhten Blutdruck bezeichneten wir einen diastolischen Wert von 90 mm Hg und darüber. Das relative Gewicht berechneten wir aus Körpergrösse in cm durch die Quadratwurzel des Gewichts in kg. Als Normgewicht (=100%) wurde ein Gewichtsindex von 20 angesetzt. Da nach *Stamler* und *Epstein* [25] ein mässiges Übergewicht nur vielleicht, ein starkes Übergewicht sicher ein Risikofaktor ist, haben wir die Werte von 120% und darüber als Risikofaktor bezeichnet.

Bei rund 80% der Probanden ermittelten wir die Serumwerte von Cholesterin, Harnsäure und Glukose mittels eines Autoanalyzers SMA 12/60 (nüchterne Probanden). Als Risikofaktoren definierten wir wiederum nach *Stamler* und *Epstein* [25] einen Cholesterinwert von 250 mg% und darüber sowie einen Harnsäurewert von 7,0 mg% und darüber. Für Glukose nahmen wir die für den Apparat angegebene obere Normgrenze von 110 mg%. In die gesunde Kontrollgruppe nahmen wir diejenigen Probanden, bei denen weder der Verdacht auf eine vegetative Dystonie oder KHK bestand noch irgendeiner jener 6 Risikofaktoren (Rauchen, Hypertonie, Übergewicht, Hypercholesterinämie, Hyperurikämie, Hyperglykämie) vorhanden war. Ferner durften im EKG keine koronarbedingten Myokardschäden vorhanden sein.

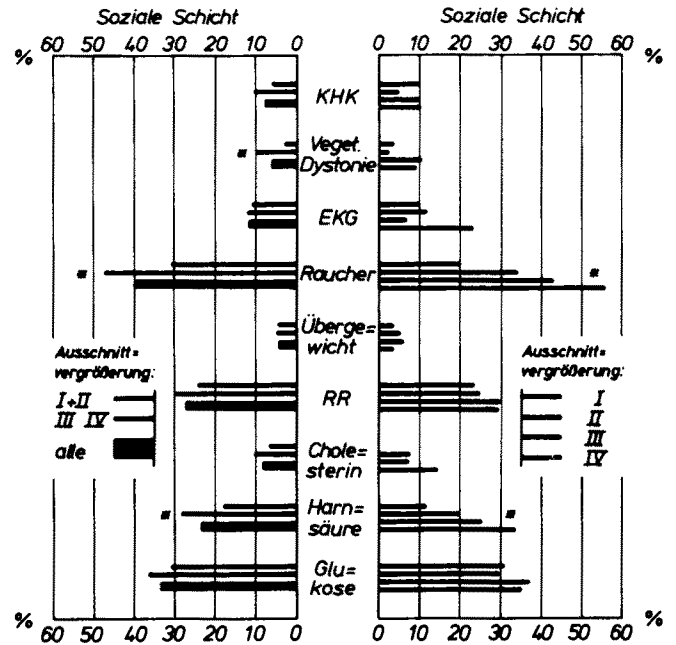
Sämtliche Daten wurden abgelocht und über EDV ausgewertet. Für die zufallskritische Beurteilung der Verteilung unserer Variablen auf die vier sozialen Schichten wurde ein Ansatz aus der Regressionsanalyse gewählt. Dabei wurde derjenige Teil (χ^2_o) der totalen χ^2 -Summe (χ^2_t) ermittelt und getestet, der auf eine lineare Regression entfällt. Bei dem Vergleich von Mittelwerten zwischen den sozialen Schichten wurde die Signifikanz nach den Angaben von Armitage [1] berechnet. Der Einfluss unserer Variablen auf die Häufigkeit des Arzt-Patient-Kontaktes und die Länge der Arbeitsunfähigkeit wurde mit dem bekannten t-Test geprüft.

Probanden

Der Altersaufbau der Probanden unterscheidet sich signifikant sowohl von dem aller Patienten des zweiten Quartals als auch von dem der Bevölkerung innerhalb des Praxisbereiches. Es überwiegen die älteren Jahrgänge bei den Probanden, so dass die altersabhängigen Ergebnisse weder für eine Allgemeinpraxis noch für die Bevölkerung als repräsentativ gelten können. Die Probandenzahl in der sozialen Schicht I betrug 30, in der sozialen Schicht II 120, in der sozialen Schicht III 107 und in der sozialen Schicht IV 57. Das Durchschnittsalter in den jeweiligen sozialen Schichten zeigte keine statistisch signifikanten Unterschiede.

Ergebnisse

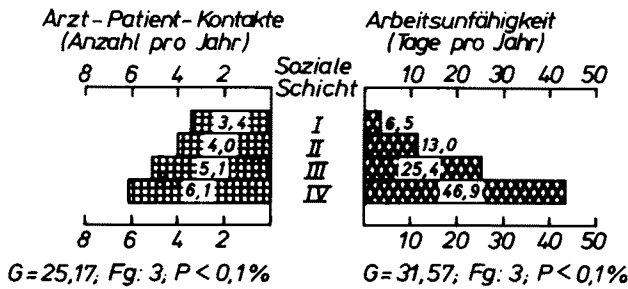
Die relativen Häufigkeiten der ausgewählten Variablen sowohl in der Gesamtzahl aller Probanden als auch innerhalb der verschiedenen sozialen Schichten ist in *Abb. 1* ersichtlich. Wir fanden unter den Probanden 8,3%, die Beschwerden im Sinne einer KHK angaben, sowie 6,4% mit dem Verdacht auf eine vegetative Dystonie, wobei sich die beiden Probandengruppen nur gering ($n = 3$) überschneiden. In der sozialen Schicht I betrug der Anteil von KHK-positiven Probanden 10,0%. Etwas weniger (5,0%) waren die KHK-Probanden in der sozialen Schicht II vertreten. Ein fast gleich grosser Anteil der Probanden klagte innerhalb der sozialen Schicht III (10,3%) und der sozialen Schicht IV (10,6%) über koronare Beschwerden. Diese geringe Zunahme der KHK in den unteren sozialen Schichten war nicht signifikant. Auch die vegetativen Beschwerden waren in den beiden unteren sozialen Schichten (I = 3,4%, II = 2,5%, III = 10,3%, IV = 8,8%) häufiger vertreten. Jedoch erst durch die Zusammenfassung der beiden oberen und der beiden unteren sozialen Schichten konnte ein statistisch signifikanter Unterschied ($F_g = 1$; $\chi^2_t = 5,47$; $P < 0,025$) festgestellt werden. Weiterhin fanden wir bei 11,8% der Probanden KHK-spezifische EKG-Veränderungen, wobei wiederum keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den jeweiligen Schichten (I = 10,0%, II = 11,7%, III = 6,6%, IV = 22,9%) bestanden. Ferner sehen wir in *Abb. 1* die Häufigkeitsverteilung von 6 Risikofaktoren für KHK. 39,8% der Probanden rauchen mehr als 9 Ziga-



statistisch signifikanter Trend
 Häufigkeit von koronaren u. vegetativen Beschwerden sowie koronar-spezifischen EKG-Veränderungen u. Risikofaktoren für KHK in den verschiedenen sozialen Schichten bei Männern mit 20-60 Jahren (Raucher: > 9 Zigaretten/die, RR: diast. Blutdruck > 90 mmHg, Übergewicht: relat. Gewicht von > 120 % [N=314], Cholesterin: > 250 mg%, Harnsäure: > 7,0 mg%, Glukose: > 110 mg%, [N=251]). Studie Esslingen 1973.

retten pro Tag. Dabei nimmt die Zahl der Raucher signifikant in den unteren sozialen Schichten zu (I = 20%, II = 34,2%, III = 43,0%, IV = 56,2%; $F_g = 1$; $\chi^2_t = 13,12$; $P < 0,01$). Dagegen konnten wir hinsichtlich eines diastolisch erhöhten Blutdrucks (27,4% der Probanden) innerhalb der sozialen Schichten keine signifikanten Unterschiede feststellen (I = 23,4%, II = 25,0%, III = 30,0%, IV = 29,8%). Genauso wie der Blutdruck verhielt sich der Prozentsatz von übergewichtigen Probanden (4,5%). Wiederm bestand hinsichtlich der sozialen Schichten (I = 3,4%, II = 4,2%, III = 5,7%, IV = 3,6%) kein statistisch signifikanter Unterschied. 8,4% der Probanden mit Labordaten wiesen einen erhöhten Cholesterinwert auf. Statistisch signifikante Unterschiede zwischen den sozialen Schichten (I = 0,0%, II = 8,1%, III = 7,7%, IV = 14,6%) bestanden ebenfalls nicht. 23,5% der Probanden hatten einen erhöhten Harnsäurewert, der statistisch signifikant in den unteren sozialen Schichten ansteigt (I = 11,6%, II = 20,3%, III = 25,7%, IV = 33,4%; $F_g = 1$, $\chi^2_o = 5,34$; $P < 0,025$). Erhöhte Glukosewerte fanden wir bei 33,5% der Probanden, wobei sich jedoch zwischen den sozialen Schichten (I = 30,8%, II = 30,4%, III = 37,2%, IV = 35,5%) keine signifikanten Unterschiede zeigten.

Abb. 2 stellt die Häufigkeit von Arzt-Patient-Kontakten sowie die durchschnittliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit innerhalb von 12 Monaten dar. Es zeigt sich ein



Häufigkeit von Arzt-Patient-Kontakten und durchschnittliche Länge der Arbeitsunfähigkeit in Tagen bei Männern der verschiedenen sozialen Schichten. (Beim Vergleich von Mittelwerten aus k Gruppen ist G approximal verteilt wie χ^2 mit k-1 Freiheitsgraden). (Männer: 20–60 Jahre, N = 314). Studie Esslingen 1973.

statistisch signifikanter Zusammenhang sowohl zwischen den Arzt-Patient-Kontakten als auch der Länge der Arbeitsunfähigkeit mit den sozialen Schichten.

Schliesslich versuchten wir den Einfluss von subjektiven und objektiven Krankheitszeichen auf die Häufigkeit des Arzt-Patient-Kontaktes und die Länge der Arbeitsunfähigkeit darzustellen, indem wir hinsichtlich dieser beiden Kriterien Probanden mit Verdacht auf eine vegetative Dystonie bzw. KHK sowie Probanden mit spezifischen EKG-Veränderungen gesunden Probanden gegenüberstellten (Tabelle 1). Wie erwartet, suchten Probanden sowohl mit vegetativen und koronaren Beschwerden als auch mit spezifischen EKG-Veränderungen statistisch signifikant öfter den Arzt auf als gesunde Probanden.

Vergleich zwischen Probanden mit Befunden oder Beschwerden sowie Probanden mit Risikofaktoren, jedoch noch ohne spezifische EKG-Veränderungen, und Gesunden hinsichtlich der Häufigkeit des Arzt-Patient-Kontaktes und der durchschnittlichen Länge der Arbeitsunfähigkeit. Gesunde: Probanden ohne Verdacht auf eine vegetative Dystonie und KHK sowie ohne spezifische EKG-Veränderungen und Risikofaktoren (Männer: 20–60 Jahre, N = 314 bzw. Probanden mit Labordaten: N = 251). Studie Esslingen 1973.

	N	Arzt-Patient-Kontakte Anzahl pro Jahr	P	Arbeitsunfähigkeit Tage pro Jahr	P
Vegetative Dystonie	20	7,2	<0,01	37,4	<0,05
KHK	26	6,3	<0,05	23,9	n.s.
Spezif. EKG-Veränderungen	37	5,6	<0,05	33,3	<0,05
3 u. mehr Risikofaktoren	35	5,1	n.s.	28,9	n.s.
Cholesterin \geq 250 mg%	17	5,1	n.s.	27,4	n.s.
Glukose $>$ 110 mg%	71	5,4	n.s.	20,9	n.s.
Harnsäure \geq 7,0 mg%	52	4,8	n.s.	29,3	n.s.
diast. RR \geq 90 mmHg	71	4,8	n.s.	26,8	n.s.
rel. Übergew. $>$ 20%	12	4,6	n.s.	14,3	n.s.
Raucher $>$ 9 Zig./die	110	4,6	n.s.	28,5	n.s.
Gesunde	53	4,2		15,8	

Hinsichtlich der Dauer der Arbeitsunfähigkeit fanden wir jedoch nur bei den Probanden mit vegetativen Beschwerden sowie mit EKG-Veränderungen einen statistisch signifikanten Unterschied gegenüber gesunden Probanden.

Die Probanden mit koronaren Beschwerden waren zwar länger arbeitsunfähig als die Gesunden, jedoch war die Differenz statistisch nicht signifikant.

Wie verhielten sich nun die Probanden mit einem oder mehreren Risikofaktoren? Da aus pathogenetischen Gründen im Vergleich zu gesunden Probanden in den jeweiligen Befundgruppen ein unverhältnismässig hoher Anteil von Probanden mit EKG-Veränderungen vorhanden sein könnte, haben wir die Häufigkeit der Arzt-Patient-Kontakte und die Dauer der Arbeitsunfähigkeit derjenigen Probanden, die einen oder mehrere Risikofaktoren hatten, jedoch noch keine EKG-Veränderungen aufwiesen, mit gesunden Probanden verglichen (Abb. 3). Dabei stellten wir fest, dass die Probanden mit einem oder mehreren Risikofaktoren sowohl etwas häufiger zum Arzt gehen als auch etwas länger arbeitsunfähig sind als Gesunde. Die Differenzen waren jedoch statistisch nicht signifikant.

Diskussion

Innerhalb der von uns untersuchten Population wurden vegetative Beschwerden in den beiden unteren sozialen Schichten statistisch signifikant häufiger angegeben, die KHK-Beschwerden dagegen nicht. Damit stimmen unsere Ergebnisse nur zum Teil mit denen von *Blohmke* (unveröffentlicht) überein. Während bei ihr der Verdacht auf eine vegetative Dystonie übereinstimmend mit uns in den unteren sozialen Schichten häufiger bestand, konnte sie dies statistisch signifikant ebenfalls bei KHK nachweisen. Auch bei den spezifischen EKG-Veränderungen konnten wir im Gegensatz zu *Blohmke* [2] keinen statistisch signifikanten Zusammenhang feststellen, die bei Männern mit steigender sozialer Schicht auch einen steigenden Anteil an EKG-Veränderungen fand. Hinsichtlich der Risikofaktoren fanden sich bei uns in den unteren sozialen Schichten signifikant häufiger Raucher und Probanden mit erhöhten Harnsäurewerten. Bei den anderen Risikofaktoren konnten wir keine statistisch signifikanten Unterschiede innerhalb der sozialen Schichten feststellen. Auch hier besteht nur teilweise Übereinstimmung mit den Literaturangaben. So konnte *Blohmke* sowohl bei Rauchern (unveröffentlicht) als auch beim Übergewicht [2] eine deutliche Zunahme in den unteren sozialen Schichten finden. *Haug* [12] in Übereinstimmung mit den meisten Literaturangaben [20] konnte im Gegensatz zu uns einen mit der sozialen Schicht steigenden Harnsäurewert nachweisen. Nur *Acheson* und *Lawrence* [zit. 20] fanden dagegen wie wir in den unteren Schichten einen höheren Serumharnsäurewert als in den oberen. Bei der Hypertonie und der Hypercholesterinämie stimmen unsere Ergebnisse mit denen von *Blohmke* [2] überein.

Wodurch könnten diese unterschiedlichen Ergebnisse begründet sein? Als erstes würde man an Altersunterschiede innerhalb der sozialen Schichten denken. In unserer Population war das mittlere Alter bei den oberen sozialen Schichten etwas höher, jedoch waren diese Unterschiede statistisch nicht signifikant. Auch bei *Blohmke* bestehen keine signifikanten Unterschiede innerhalb der sozialen

Schichten. Ein anderer Grund für die unterschiedlichen Ergebnisse könnte in der Grösse und Art der Population liegen. Sowohl *Haug* [12] als auch *Blohmke* [2] haben ihre Untersuchungen an einer wesentlich grösseren Probandenzahl durchgeführt. Während *Blohmke* ihre Ergebnisse an berufstätigen Probanden erhoben hat, führte *Haug* seine Untersuchungen an den ambulanten Patienten der Medizinischen Universitäts-Poliklinik Würzburg durch. Beide Populationen unterscheiden sich jedoch von den Patienten einer Allgemeinpraxis. Während es sich bei *Blohmke* um Probanden aus der Normalbevölkerung handelt, stellen die Patienten einer Allgemeinpraxis eine Selektion von Menschen dar, die irgendwelche Beschwerden haben. Noch eine weitergehende Selektion stellt das Patientengut der Medizinischen Universitäts-Poliklinik Würzburg dar, unter denen sich ein grosser Anteil von Überweisungspatienten mit differentialdiagnostisch schwierigen Krankheitsbildern befindet. Nach *Acheson* und *Lawrence* [zit. 20] kann jedoch derjenige Faktor, der den Harnsäurespiegel beeinflusst, für die eine Population wichtig sein, während er für die andere unwichtig ist. Dieses Argument ebenso wie die kleinere Probandenzahl könnten die unterschiedlichen Ergebnisse erklären.

Sowohl bei der Häufigkeit der Arzt-Patient-Kontakte als auch bei der durchschnittlichen Dauer der Arbeitsunfähigkeit fanden wir einen deutlich zunehmenden Trend in den unteren sozialen Schichten. Die Untersuchung von *Vagt* [27], ebenfalls in einer Allgemeinpraxis, zeigt mit Ausnahme der sozialen Schicht I auch eine statistisch signifikante Zunahme der Arzt-Patient-Kontakte in den unteren sozialen Schichten. Ebenso kam *Schmädel* [23] aufgrund einer Befragung zu der Feststellung, dass die Angehörigen der unteren sozialen Schichten häufiger den Arzt aufsuchen. Hinsichtlich der Länge der Arbeitsunfähigkeit fand *Blohmke* [6] ähnliche Unterschiede. Sowohl in einem Dienstleistungsbetrieb als auch in einem Industriebetrieb war die durchschnittliche Länge der Arbeitsunfähigkeit bei Arbeitern fast doppelt so lang wie bei Angestellten und Beamten. Sowohl *Blohmke* [6] als auch *Kreibich* [18] weisen auf die Abhängigkeit der Arbeitsunfähigkeit von pathophysiologischen Befunden hin. Deshalb stellten wir hinsichtlich der Häufigkeit von Arzt-Patient-Kontakten und der Dauer der Arbeitsunfähigkeit Probanden mit objektiven oder subjektiven Krankheitszeichen gesunden Probanden gegenüber. Dabei fiel auf, dass sowohl Beschwerden als auch schon vorhandene EKG-Veränderungen Anlass sind, den Arzt häufiger als Gesunde aufzusuchen. Dass EKG-Veränderungen alleine, d.h. auch ohne vegetative oder koronare Beschwerden, eine Einflussgrösse darstellen, die den Gang zum Arzt beeinflussen, ist anzunehmen, da wir für jene Probanden ebenfalls eine Arzt-Patient-Kontakthäufigkeit von 5,6mal im Jahr feststellten. Hinsichtlich der Arbeitsunfähigkeit weisen die Probanden mit einer vegetativen Dystonie und spezifischen EKG-Veränderungen (mit und ohne koronare oder vegetative Beschwerden) eine statistisch längere Arbeitsunfähigkeit auf als Gesunde, nicht

aber Probanden mit Beschwerden im Sinne einer KHK. Die verhältnismässig kurze Dauer der Arbeitsunfähigkeit von Probanden mit KHK können wir uns vorerst nicht erklären. Da innerhalb der Altersgruppen vom 20. bis 60. Lebensjahr weder eine statistisch signifikante Häufung von Arzt-Patient-Kontakten noch eine längere Arbeitsunfähigkeit mit steigendem Alter auffiel, haben eventuelle Differenzen des Durchschnittsalters zwischen den Befundgruppen keine Auswirkung auf unsere Ergebnisse.

Die Probanden mit einem oder mehreren Risikofaktoren wiesen zwar sowohl eine etwas grössere Häufigkeit von Arzt-Patient-Kontakten als auch eine längere Arbeitsunfähigkeit als Gesunde auf, jedoch waren diese Differenzen statistisch nicht signifikant. Damit kann gesagt werden, dass Menschen mit Risikofaktoren sowohl hinsichtlich der überwiegend vom Patienten abhängigen Arzt-Patient-Kontakte als auch hinsichtlich der mehr vom Arzt beeinflussten Länge der Arbeitsunfähigkeit eine mittlere Stellung zwischen Menschen mit objektiven oder subjektiven Krankheitszeichen einerseits und gesunden andererseits einnehmen. Deutlich erkennbar ist jedoch die starke Zunahme der Arzt-Patient-Kontakte bei den Probanden mit subjektiven Krankheitszeichen. Das könnte bedeuten, dass überwiegend Beschwerden der Anlass sind, einen Arzt aufzusuchen. Die Erfassung von Menschen mit Risikofaktoren schon im präsymptomatischen Stadium von Krankheiten ist jedoch das Ziel aller präventiven Massnahmen. Deshalb ist sicherlich eine regelmässige Aufforderung der Bevölkerung zur Teilnahme an Präventivmassnahmen erforderlich, um jene durch Erfassen eines hohen Anteils der Bevölkerung sinnvoll werden zu lassen. Es bleibt vorerst abzuwarten, ob die Massnahmen der Krankenkassen ausreichen oder ob noch zusätzliche Initiativen evtl. von hausärztlicher Seite notwendig werden, um eine weitere Steigerung der Beteiligungsrate an Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen zu erreichen.

Zusammenfassung

In einer Allgemeinpraxis wurden bei 314 Männern im Rahmen einer Vorsorgeuntersuchung die Häufigkeit von Symptomen der koronaren Herzkrankheiten (Fragebogen nach *G. Rose*) und einige Risikofaktoren erhoben. Gleichzeitig wurde die Anzahl der Arzt-Patient-Kontakte und die Dauer der Arbeitsunfähigkeit registriert und die Patienten in vier soziale Schichten eingeteilt. Es fand sich eine signifikante Zunahme der vegetativen Symptome und der Hyperurikämie ($p < 0,025$) sowie der Anzahl der Raucher ($p < 0,01$) mit abnehmender sozialer Schicht. Der gleiche Trend liess sich bei der Häufigkeit der Arzt-Patient-Kontakte und der Dauer der Arbeitsunfähigkeit zeigen ($p < 0,1$). Bei Patienten mit vegetativen Symptomen fand sich eine mittlere Häufigkeit von Arzt-Patient-Kontakten von 7,2mal und eine Arbeitsunfähigkeit von 37,4 Tagen pro Jahr. Bei Patienten mit abnormem EKG-Befund lagen diese Werte bei 5,6mal bzw. 33,4 Tagen pro Jahr. Es bestand ein signifikanter Unterschied dieser Werte im Vergleich zu einer Kontrollgruppe.

Résumé

Maladie, contact patient-médecin et incapacité de travail dans une pratique générale

A des examens préventifs qu'on a procédé chez 314 hommes dans le cabinet médical d'un médecin généraliste on a relevé la fréquence des symptômes des maladies cardiaques coronaires (questionnaire de *G. Rose*) ainsi que certains facteurs de risque. En même temps on a enregistré le nombre des contacts médecin-patient ainsi que la durée de l'incapacité de travail, et l'on a divisé les patients en quatre classes sociales. On a constaté qu'une augmentation significative des symptômes végétatifs, du taux d'acide urique ($p < 0,025$) et du nombre des fumeurs ($p < 0,01$) allait de pair avec les classes sociales inférieures. On a marqué une même tendance en ce qui concerne la fréquence des contacts médecin-patient et la durée de l'incapacité de travail ($p < 0,1$). Chez les patients ayant des symptômes végétatifs on a trouvé une fréquence moyenne de contacts médecin-patient de 7,2 fois par an et une incapacité de travail de 37,4 jours par an. Chez les patients ayant un résultat d'ECG anormal ces valeurs étaient 5,6 fois et 33,4 jours par an. Ces valeurs, comparées à celles d'un groupe de contrôle, montrent une différence significative.

Summary

Disease, doctor-patient contacts and work incapacity in a general practice

The frequency of Coronary Heart Disease symptoms (questionnaire from *G. Rose*) and some risk factors were recorded for 314 men in a general practice as part of a preventive screening programme. Simultaneously the number of physician-patient contacts and the total days of work disability were registered. The patients were divided into four social classes. There was a significant increase of symptoms of autonomic nervous disorder and hyperuricemia ($p < 0,025$) as well as the number of smokers ($p < 0,01$) with descending social class. The same trend was found with the frequency of physician-patient contacts and the total days of work disability ($p < 0,1$). Patients with vegetative symptoms showed a mean of 7,2 physician-patient contacts and a work disability of 37,4 days per year. For patients with abnormal ECG findings the rates were 5,6 contacts and 33,4 days of disability per year. There was a significant difference in these rates compared to a control group.

Literatur

- [1] *Armitage P.*: Statistical Methods in Medical Research. Blackwell Scientific Publications, Oxford, 1971, S. 197.
- [2] *Blohmke M., Koschorreck B., Stelzer O.*: Häufigkeiten von Risikofaktoren der koronaren Herzkrankheiten in verschiedenen Altersgruppen und sozialen Schichten bei Männern. Zeitschrift für Gerontologie 3, 201 (1970).
- [3] *Blohmke M., Maier W.*: Kann der Patient seine Anamnese anhand eines Fragebogens selber niederschreiben? Mü. med. Wschr. 112, 2111 (1970).
- [4] *Blohmke M.*: Vereinfachung der Anamnese in der Diagnostik des Arztes. Ärztebl. Baden-Württemberg 26, 491 (1971).
- [5] *Blohmke M.*: Die Vereinfachung der Anamnese in der Diagnostik des Werksarztes. E. Fischer Verl. Heidelberg, 1972.
- [6] *Blohmke M., Depner R., Frederking A., Stelzer O.*: Einfluss medizinischer und sozialer Variablen auf die Fehlzeiten in zwei Betrieben. Arbeitsmed., Sozialmed., Arbeitshyg. 2, 32 (1970).
- [7] *Cederlöf R., Jonsson E., Lundman T.*: On the Validity of Mailed Questionnaires in Diagnosing "Angina pectoris" and "Bronchitis". Arch. environm. Hlth. 13, 738 (1966).
- [8] *Foerster R.-U., Blohmke M., Eischer W., Stelzer O.*: Informationsgewinn in der Allgemeinpraxis durch systematische, standardisierte Erhebungen und Untersuchungen. Arbeitsmed., Sozialmed., Präventivmed. 4, 67 (1974).
- [9] *Grüntzig A., Blohmke M., Depner R.*: Prüfung der Zuverlässigkeit medizinischer Fragen in der epidemiologischen Forschung. Meth. Inform. Med. 3, 159 (1968).
- [10] *Häussler S.*: Versichertenbefragung zur Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen auf Krebs für Frauen und Männer. Schriftenrh. d. Vereinig. Hochschullehrer f. Allgemeinmed., Stuttgart 1973.
- [11] *Haug H.*: Das biochemische Muster in Klinik und Praxis. Therapiewoche 21, 2512 (1971).
- [12] *Haug H., Spahn U., Hermann G., Gathof G.*: Harnsäure; Alter, Geschlecht und sozialer Status. Eine Untersuchung an 10904 Patienten der Med. Universitäts-Poliklinik Würzburg. Med. Welt 23, 1321 (1972).
- [13] *Heyden S.*: Die BBC-Studie. Arch. Kreisl. Forsch. 53, 1 (1967).
- [14] *Heyden S.*: Risikofaktoren für das Herz. Boehringer, Mannheim 1974.
- [15] *Jahnecke J.*: Risikofaktor Hypertonie. Boehringer, Mannheim 1974.
- [16] *Janowitz M.*: Soziale Schichtung und Mobilität in Westdeutschland. Kölner Zeitschrift f. Soziologie und Sozialpsychologie 10, 1 (1958).
- [17] *Keys A.*: Coronary Heart Disease in Seven Countries. Circulation 41/42, Suppl. 1 (1970).
- [18] *Kreibich H.*: Zur Problematik der Beziehungen zwischen Berufsarbeit, Gesundheitszustand, Häufigkeit und Dauer der Arbeitsunfähigkeit. Dtsch. Gesundheitswesen 23, 1708 (1968).
- [19] *Loch R.*: Laborbefunde, Blutdruck und Diagnosen. Statistische Zusammenstellung eines poliklinischen Krankengutes der Medizinischen Universitäts-Poliklinik Würzburg aus den Jahren 1970 und 1971. Diss. Würzburg 1973.
- [20] *Mertz D.P.*: Gicht. Thieme Verlag, Stuttgart 1973.
- [21] *Pezold F.A.*: Lipide und Lipoproteine im Blutplasma, Beziehungen zu Lebensalter und Geschlecht. Springer Verlag, Berlin 1961.
- [22] *Schaefer H., Blohmke M.*: Sozialmedizin. Thieme Verlag, Stuttgart 1972.
- [23] *Schmädel D.*: Einige Ergebnisse empirischer Forschung über Teilaspekte des Krankheitsverhaltens der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland. Teil 2. Med. Klin. 68, 1519 (1973).
- [24] *Semlitsch A.*: Erfahrungen mit den Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten. Betriebskrankenkasse 7, 184 (1973).
- [25] *Stamler J., Epstein F.H.*: Coronary Heart Disease: Risk Factors as Guides to Preventive Action. Preventive Medicine 1, 27 (1972).
- [26] *Stat. Bundesamt*: Statistisches Jahrbuch 1972 ICD, Liste B, B 26–B 30. Wiesbaden 1972, S. 72.
- [27] *Vogt H.*: Krankheitsspektrum und Patient-Arzt-Kontakte in einer allgemeinärztlichen Praxis unter Berücksichtigung ausgewählter sozialer und psychosozialer Faktoren. Diss. Heidelberg 1974.