

Ist die Ausweitung der Gesundheitsuntersuchung wünschenswert?

Is More Systematic Screening of Cardiovascular Risk Factors Useful?

Ein Kommentar zu: Hauswaldt J, Junius-Walker U, Kersting M, Hummers-Pradier E. Zur Gesundheitsuntersuchung in deutschen Hausarztpraxen – eine sekundäre Analyse von Versorgungsdaten 1996 bis 2006. In: *Z Allgem Med* 2009; 85 (10): 411–417

A reply to: Hauswaldt J, Junius-Walker U, Kersting M, Hummers-Pradier E. Preventive Health Examination in German General Practice – a Secondary Analysis of Data from 1996 to 2006. In: German Journal of Family Medicine, 2009; 85 (10): 411–417

Mit einiger Freude habe ich beim Aufschlagen des Oktober-Hefts der ZFA festgestellt, dass die o. g. Autoren das Thema „Teilnahme an Gesundheitsuntersuchungen“ – nach Publikation meines Beitrags in der Juli-Ausgabe – fortgesetzt haben. Die Lektüre hat mich dann allerdings enttäuscht, kommen die Autoren in der Bewertung ihrer Ergebnisse doch zu ganz anderen Schlussfolgerungen – ohne sich mit meiner Position auseinanderzusetzen. Hier sei zunächst eine kritische Bemerkung, adressiert an die Redaktion der Zeitschrift, erlaubt. Meines Erachtens dürfte es keinen guten Eindruck auf die Leserschaft machen, wenn zwei, in dichter Folge erscheinende Beiträge zu unterschiedlichen Aussagen kommen, ohne dass hier eine Auseinandersetzung gefordert wird. Solche Beliebigkeit ist im Sinne des Ringens um Klarheit und Orientierung kontraproduktiv.

Ich beginne nun die Diskussion an dieser Stelle, weil mir eine Festlegung „GU-Ausweiten“ oder eben „nicht ausweiten“ schon von erheblicher Bedeutung, sowohl für die auf Public Health bezogene Ressourcen-Nutzung als auch für das Selbstbild und die Arbeitssituation von Hausärzten zu sein scheint. Hausärzte müssen sich schließlich auch fragen, wie sie ihre eigenen Kräfte nutzen wollen und mit welchem Grad von Beratungs-Effizienz sie sich auf die Dauer davor bewahren können, zu Zynikern zu werden.

Die Autoren des aktuellen Beitrags präsentieren Zahlen zur Teilnahme an Gesundheitsuntersuchungen auf der Basis von Behandlungs- und Abrechnungsdaten aus 124 hausärztlichen Praxen. Ihre Interpretation der Ergebnisse reiht sich in

den Kanon zahlreicher, ähnlich lautender Stellungnahmen ein: Die Teilnahmequoten, insbesondere für Frauen und Personen jüngerer Alters seien zu niedrig. Erhebliche Unterschiede zwischen den Arztpraxen veranlassen sie zu der Vermutung einer verbreiteten, „passiven Ablehnung“ der Gesundheitsuntersuchung bei einem Teil der Ärzte (*Z Allgem Med* 2009; 85 (10): 416). Ihr Fazit lautet: Um eine „aus Public-Health-Gründen wünschenswerte“ Steigerung der Inanspruchnahme zu erreichen, sei „über eine geeignete Einbindung bevölkerungsrelevanter Präventionsleistungen in den Versorgungsalltag von (...) Hausarztpraxen in Deutschland sowie deren Vergütung“ weiter nachzudenken (S. 417).

Ich habe – hier noch einmal kurz rekapituliert – Zahlen auf der Basis von repräsentativen Bevölkerungsbefragungen präsentiert, denen zufolge Gesundheitsuntersuchungen i. w. S. deutlich häufiger durchgeführt werden, als in Abrechnungsdaten dokumentiert (*Z Allgem Med* 2009; 85 (7): 285). Die im Vergleich dazu nochmals häufigere Angabe von „Blutdruckmessungen innerhalb der letzten 12 Monate“ (je nach Alter und Geschlecht zwischen 70 und über 90 % der Befragten) habe ich als Indikator einer hohen ambulanten Versorgungsdichte interpretiert, die – wie auch in anderen Untersuchungen nachgewiesen – zu einem hohen Bekanntheitsgrad kardiovaskulärer Risikofaktoren seitens der behandelnden Ärzte führen dürfte (S. 286). Vor diesem Hintergrund schloss ich mich guten Gewissens international publizierten Empfehlungen an, ein opportunistisches Screening zu betreiben, d. h. implizit: den Anspruch einer syste-

matischen Erfassung aller Anspruchsberechtigten aufzugeben (S. 287).

Scheinbar habe ich es den Verfechtern des systematischen Screenings mit meinem Verzicht auf eine Wiederholung all derjenigen Argumente, die gegen eine Ausweitung der Gesundheitsuntersuchung sprechen, leicht gemacht, meinen Vorschlag zu ignorieren. Deshalb füge ich nun hinzu:

1. Verfechter der Gesundheitsuntersuchung sind bisher jeden Nachweis der Wirksamkeit im Sinne wissenschaftlich geprüfter Evidenz schuldig geblieben. Die pauschale Formulierung, sie sei „unter Public Health-Gesichtspunkten wünschenswert“, vernebelt diesen Sachverhalt.
2. In Anbetracht der bereits erwähnten Versorgungsdichte im ambulanten Bereich ist die Durchführung eines gesonderten Screenings auf kardiovaskuläre Risikofaktoren eine Ressourcenverschwendung, die vor dem Hintergrund der chronischen Finanzierungsprobleme in der GKV eher abgeschafft als ausgeweitet werden sollte.
3. Wenn offensichtlich viele Ärzte auf die gesonderte Durchführung bzw. Abrechnung der Gesundheitsuntersuchung verzichten, dann kann diese „passive Ablehnung“ (Wie sähe denn eine aktive aus?) als Ausdruck praktischer Vernunft interpretiert werden, die keiner entgegengerichteten Anreize, sondern der rückhaltlosen Unterstützung bedarf.

Nun wird gegen diese Argumentation verschiedentlich angeführt, dass die Gesundheitsuntersuchung – wenn sie nun schon einmal als abrechnungsfähige

Dipl.-Soz. Waldemar Streich ...



... Jahrgang 1952. Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW.

Seit November 2008 ist er wissenschaftlicher Mitarbeiter der Abteilung für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Düsseldorf. Sein Forschungsgebiet umfasst die „Versorgungsforschung mit sozialwissenschaftlichen Methoden“.

Leistung existiert – zur ausführlichen Beratung von Personen (Patienten?) mit Risikofaktoren genutzt werden kann. Das spricht jedoch nochmals für ein opportunistisches Vorgehen. Eine solche Beratung ist in Zeiten, in denen die Empfehlungen einer gesundheitsförderlichen Lebensführung der Bevölkerung tagtäglich unablässig medial eingeträchtert werden, nur erfolgreich zu leisten, wenn spezielle Voraussetzungen erfüllt

sind. Heinz-Harald Abholz hat sie unter dem Begriff der „spezifischen hausärztlichen Prävention“ zusammengefasst (Z Allgem Med 2006; 82: 50–55): individuelle, auf die Lebens- und insbesondere Belastungssituation ausgerichtete Beratung unter Ausnutzung einer „Gunst der Stunde“, wenn der Patient mit Beschwerden/Krankheiten in die Sprechstunde kommt. Demgegenüber führt eine „Einbindung bevölkerungsrelevan-

ter [Hervorhebung WS] Präventionsleistungen in den Versorgungsalltag von (...) Hausarztpraxen“, bei der, so könnte man hinzufügen, der individuelle Nutzen nicht zwingend gegeben sein muss, aufgrund ihrer Wirkungslosigkeit geradezu in einen Zynismus, bei dem der finanzielle Anreiz zum primären Durchführungsmotiv wird.

Korrespondenzadresse:

Dipl.-Soz. Waldemar Streich
Abt. für Allgemeinmedizin, Uniklinik
Düsseldorf
Moorenstraße 5
40225 Düsseldorf
Tel. 0211/ 81-1 97 53
E-Mail: waldemar.streich@
med.uni-duesseldorf.de