

Abholz H-H. Deutsche Naivität in Sachen Gesundheitserhaltung? Kommentar zu „Die neue Bremer Gesundheitsuntersuchung“ von Schmiemann et al. Z Allg Med 2013; 89: 266

**Leserbrief von
Dr. Günther Egidi,
Jürgen Biesewig-Siebenmorgen,
Dr. Guido Schmiemann**

Als Autoren des Artikels zur Gesundheitsuntersuchung begrüßen wir die Würdigung unserer Arbeit durch einen Kommentar von Heinz-Harald Abholz – gleichwohl ist diese Freude begrenzt, wird unser Konzept doch in der Überschrift des Editorials als naiv bezeichnet.

Eine erste Kränkung überwindend möchten wir die Gelegenheit ergreifen, die von Abholz aufgegriffenen Aspekte zu diskutieren und auf das Für und Wider regelmäßiger Gesundheitsuntersuchungen bzw. Gesundheitsgespräche eingehen.

Zunächst teilen wir die geäußerte Kritik an der Einführung von nicht reflektierten bzw. nicht in Studien untersuchten zusätzlichen Untersuchungsangeboten. Die von Abholz kritisierten Auswüchse (IGeL, Prävention) sind aus unserer Sicht mit einer guten hausärztlichen Betreuung nicht vereinbar. Darum fordern wir sowohl im Artikel als auch im ausführlichen Hintergrundmaterial unseres Modells die Durchführung klinischer Studien, um den tatsächlichen Nutzen einer Gesundheitsuntersuchung zu erheben. Unser Motiv war und ist es, die Menge unnötiger Angebote zu reduzieren und diesem Angebot eine Art Positivauslese gegenüberzustellen.

Abholz kritisiert zutreffend die in unserem Land zu beobachtende Umgangsweise mit Vorsorgeuntersuchungen ohne Evaluation, ohne Anpassung an veränderte medizinische Möglichkeiten, geprägt durch das „Prinzip Hoff-

nung“. Wie wir dargestellt haben, ist auch unser Aufschlag nur ein Kompromiss. Ein Kompromiss zwischen den Wünschen der Versicherten, den Interessen von Hausärzten und denen der Krankenkassen.

Es ist zu differenzieren zwischen tatsächlichem Screening – und unserem Ansatz einer „individuellen Gesundheitsevaluation“ als case-finding für gesundheitsrelevante Probleme bestimmter Altersgruppen. Es wird schwierig sein, für diesen Ansatz einen verwertbaren angemessenen Nutznachweis zu führen. Trotzdem scheint der Bedarf für einen derartigen Untersuchungsansatz zu bestehen, wie wir in vielfachen Diskussionen mit Hausärzten erfahren konnten. Hier wünschen wir uns Anregungen und Unterstützung bei der Weiterentwicklung.

Wie kann der Nutzen einer GU ermittelt werden? Zum Endpunkt „Senkung von Mortalität oder kardiovaskulären Erkrankungen“ werden wir keinen Beleg erbringen können – ein Nutzen ist angesichts der hohen Arztdichte und Kontaktrate in Deutschland nicht zu erwarten.

Wir bewegen uns mit unserem Projekt nicht in einem luftleeren Raum, sondern in einer schwierigen Gemengelage aus

- Patienten-Bedürfnissen nach einer Art TÜV-Untersuchung, von der sie sich eine Sicherheit erhoffen,
- dem Wettbewerb der Krankenkassen mithilfe immer neuer Präventionsangebote und
- dem Interesse vieler Hausärzte, durch die extrabudgetär vergütete GU Einkommen zu generieren.

nissen geht, dann würde ich in Bezug auf die Patienten lieber Geldboni ausgeben, mit denen sie sich etwas Gutes kaufen können: ein Konzertbesuch, eine Thai-Massage oder eben auch mal was Teures zum Essen etc. In Bezug auf die Kassen und Ärzte würde ich auch eine bessere Mittelnutzung vorschlagen: Behandlung auf Kassenkosten von so ekeligen Krank-

Dies war der Boden, auf dem unser Projekt entstanden ist. Nicht wir hatten die Idee, jüngere Versicherte zu einer präventiven Untersuchung in die Praxen zu holen, sondern die Krankenkassen. Unseren Versuch, aus dieser Situation das Beste zu machen, halten wir gerade nicht für naiv. Vielmehr wäre es naiv, vor der aktuellen Versorgungssituation, die in weiten Strecken mit Evidenzbasierung nichts zu tun hat, die Augen zu verschließen.

Wir wissen nicht, ob es jenseits der wenigen wissenschaftlich belegten Früherkennungsuntersuchungen eine für den Patienten nützliche Form regelmäßiger Gesundheitsuntersuchung oder besser Gesundheitsgespräche gibt. Wir sind aber überzeugt, dass das bestehende Modell der GU nicht mehr angemessen ist. Unter den gegebenen Rahmenbedingungen halten wir unser Modell als Gegenentwurf für geeignet, der überprüft und weiterentwickelt werden sollte. In Anbetracht der beschränkten Ressourcen und der Vielzahl zum Teil widerstrebender Interessen wird es eine optimale Evaluation vermutlich nie geben. Die Frage bleibt, wie wir mit diesem Dilemma umgehen. Ziehen wir uns in den Elfenbeinturm der reinen Kritik zurück, oder versuchen wir, gestaltend das Beste aus der Situation zu machen?

Korrespondenzadresse

Dr. med. Günther Egidi
Arzt für Allgemeinmedizin
Huchtinger Heerstraße 41
28259 Bremen
familie-egidi@nord-com.net

**Antwort von
Prof. Heinz-Harald Abholz**

Was uns in der Sichtweise unterscheidet, ist, dass ich es nicht ausreichend finde, eine Gesundheitsuntersuchung nur deswegen einzuführen, weil viele Akteure im Gesundheitswesen ein Bedürfnis danach haben. Wenn man nach solchen Bedürf-

heiten wie Heuschnupfen, Pilzkrankungen der Haut oder der Schleimhäute, der Obstipation im Alter etc.

Was uns eint, ist, dass es einen Raum für Gespräche zur Gesundheit und zum Umgang mit den Problemen, die Menschen haben, geben muss. Denn solche Räume scheint es weitaus weniger als früher zu geben – auseinanderdriftende

Familien, Single-Leben und das Leitbild des „starken Mannes“ (und der Frau), das offener Gespräche mit Freunden und Nachbarn behindert, könnten eine Erklärung sein. Die Hausarztpraxis wird schon jetzt oft zu einem solchen Ort für solche Gespräche – zugegebenermaßen ohne besondere Würdigung in der Honorierung dafür.

Leserbrief von Dr. Thomas Fröhlich

Heinz-Harald Abholz spielt in seinem Kommentar zur „Neuen Bremer Gesundheitsuntersuchung“ eine von ihm offenbar ausschließlich positiv konnotierte „angelsächsische“ gegen die „deutsche“ naive Medizinkultur aus. Außer Deutschland, Österreich und Frankreich folge die ganze (westliche) Welt dieser Cochrane- und EBM-geprägten Medizinkultur.

Krebsfrüherkennungsuntersuchungen sind für ihn das Paradigma dessen, was er als positiv ansieht. Hier sind die Ergebnisse und damit der Nutzen dank stark eingengter Perspektive bereits im ersten Untersuchungsschritt messbar. Kontrollierte Perspektiveneinengung ist unbestritten ein wichtiges heuristisches Prinzip – aber natürlich besteht das Gegenüber und bestehen die Inhalte der medizinischen, primärärztlichen Versorgung nicht nur aus dem, was man sich in kleinen Stückchen dank Auswahl hat zurechtlegen können. Selbst der Arzt wird bei Abholz EBM-gerecht gestückelt: Evidenzbasiert ist nur „der tastende rektal untersuchende Finger“. Allenfalls noch Cervix-Untersuchungen will der Kommentator, wenn auch widerwillig („die in der Regel zu häufigen ...“) gelten lassen, vom Rest ist kaum die Rede: In der utilitaristisch geprägten, in der praktischen Umsetzung gegenüber der deutschen so kläglich versagenden angelsächsischen Medizinkultur – man denke an das gesplattene Gesundheitssystem der USA und den darniederliegenden englischen National Health Service – wird, zumindest im „main stream“, eben nur akzeptiert, was unmittelbar und darin direkt messbar ins Auge springt – also das sofort Evidente.

Ich glaube, dass hier ein sehr großes präventives Potenzial liegt, was jedoch in so simplen Untersuchungen, wie z.B. in Bezug auf einen Effekt auf die KHK-Mortalität, kaum zu erfassen ist. Denn es erfolgt hier eine generische Prävention bez. des Wohls insgesamt – und nicht eine spezifische, auf einzelne Krankheiten bezogene. Besinnen wir uns darauf, wie

Obwohl der kommentierende Kollege die richtigen Fragen danach stellt, wer sich bei irgendwelchen, womöglich naiven, weil nur gut gemeinten Beratungs- und Früherkennungsangeboten denn überhaupt beraten und untersuchen lasse, was dieser Beratene aus der Beratung dann mache, ob es eine Handlungsänderung bei ihm gebe oder nicht – klammert er im Folgenden genau die Ebene hausärztlicher Interaktion mit dem Gegenüber aus, auf der die Antworten auf all diese Fragen zustande kommen: die Untergründige, die – auch wenn sie nicht unmittelbar präsent, sondern nur über die Longitudinalbeobachtung ihrer Auswirkungen zu hypostasieren ist, die vorrangig uns Organisierende ist. Diese Ebene wird seit der Antike als die der Ressourcen und damit der Ermöglichung („potentia“) von der Ebene der Verwirklichung, des direkt messbaren Verwirklichten, des in Handlung Umgesetzten, daher unmittelbar Ansichtigen, Evidenten („actus“) unterschieden.

Dank Orientierung an angelsächsischer Wissenschaftskultur erscheint dem Kommentator diese zugrunde liegende Ebene des hypokeimenon, subjectum, Subjekts gedanklich nicht vorrangig – sie entzieht sich ja unmittelbarer Ansichtigkeit und direkter Messbarkeit. Folglich kritisiert er in besonderer Schärfe solche Präventionsangebote, für deren Umsetzung und Wirksamkeit nicht nur standardisierte Fragebögen, sondern auch ärztliches Taktgefühl, Mitschwingen und psychologisches Einfühlungsvermögen, also die Beachtung der untergründigen Ebene wichtig, ja ausschlaggebend sind: „Gesundheitsberatung Jugendlicher / junger Erwachsener, Sucht- oder Depressionsfragen“. Tatsächlich gilt: Wer hier als Hausarzt plump und gefühlsfrei fragt, wird niemals zutreffende Antworten erhalten.

die großen Veränderungen in der Gesundheit der Bevölkerung zustande gekommen sind: durch einen Wandel in den Lebensbedingungen: Arbeit – Ernährung – Freizeit – Hygiene. Und möglicherweise muss heute hinzukommen: „Soziale Unterstützung“, die eben – aus Mangel anderenorts – auch in der Hausarztpraxis erfolgen kann.

Vor dem Hintergrund hausärztlichen Wissens um das familiäre, sonstig soziale und ggf. berufliche Umfeld des Gegenüber müssen stattdessen die tiefergehenden Fragen situativ angepasst werden. Die initiale Unverfänglichkeit standardisierter Fragebögen, die dank vorangegangener sorgfältiger Evaluation als quasi-mechanische Abbildungssysteme zunächst nur eine streng limitierte Perspektive auf die verursachenden Vorgänge eröffnen, kann dabei durchaus helfen, am Ende ein Gespräch, das aus Gründen der Scham oder mangelnden Antriebs sonst nicht geführt worden wäre, zu ermöglichen.

Nur auf das unmittelbar Ansichtige („the plain truth“, wie es im Hermeneutik-freien „bible belt“ der USA heißt) achtzuhaben und das, was sich direkter Messung entzieht und z.B. ein aufwendigeres Studiendesign verlangt, einfach auszublenden, diese u.a. an Ockhams Simplifizierungsduktus orientierte Tendenz hat der am vordergründig evidenten Verhalten orientierten Verhaltenstherapie und der als Quasi-Wissenschafts-Monopol agierenden analytischen Philosophie mittlerweile ihre erdrückende Dominanz verschafft. Die Wahrnehmung und Erforschung der für die Primärversorgung ebenso entscheidenden Tiefenebene kommt durch dieses Ausblenden zu kurz.

Korrespondenzadresse

Dipl. Biol. Dr. rer. nat. Dr. med.
Thomas Fröhlich
Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde,
Allergologie, Psychotherapie
In den Brunnenwiesen 4
69245 Bammental
drfroehlich@me.com
www.dr-froehlich-heidelberg.de

Antwort von Prof. Heinz-Harald Abholz

Es fällt schwer, auf diesen Brief zu antworten, der so viele Themen anspricht und dann mir noch deutlich macht, dass ich mich – zumindest für Thomas Fröhlich – an vielen Stellen missverständlich ausgedrückt haben muss. Zudem wollte ich gar nicht philosophisch sein, wie von ihm unterstellt. Mein Text war viel banaler gemeint. Ich möchte hier nur auf einen Aspekt eingehen.

Ich habe in der Tat – wenn auch nicht aus einer vom Autor unterstellten persönlichen Festlegung darauf – mit dem Argument der angelsächsischen Medizinkultur, mit evidenzbasierter Medizin argumentiert. Nur warum tat ich es? Die Antwort ist sehr einfach: Ich kenne die Autoren des Vorschlages zu einer neuen Gesundheitsuntersuchung – und daher weiß ich, dass diese ansonsten und gegenüber anderen auch die evidenzbasierte Medizin bei Therapievor schlägen, Leitlinien, Früherkennungsprogrammen etc. zum Maßstab ma-

chen. Wenn es um einen eigenen Vorschlag zu einer GU geht, sollte man dann nicht auf einmal ganz anders argumentieren – sonst macht man Medizinkultur zum taktischen Instrument und wird so unglaubwürdig.

Wie aber argumentieren, wenn man für beide Kulturen gute Gründe hat – und die habe auch ich. Behandlung findet – so wie Thomas Fröhlich darstellt – immer auf zwei Ebenen statt. Die eine ist mit herkömmlichen aber immer jedoch „vereinfachten“ Studien gut abbildbar. Die andere widmet sich so komplexen Dingen wie Beziehung und Interaktion – was weitaus schwieriger abzubilden ist. Man muss sich dann entscheiden, was man als der Sache adäquater ansieht (hier am Beispiel einer GU). Die Autoren müssten nach dem Muster, wie sie ansonsten argumentieren, EbM hier als adäquater ansehen. Geht es aber z.B. um „Betreuung“ eines Patienten, dann werden Hausärzte wahrscheinlich schnell sehen, dass Studien, die herkömmliche Studienparameter wie z.B. Qualitätsindikatoren (Prozentsatz derjenigen, die einen RR un-

ter 140/90 haben etc.) eigentlich inadäquat für das sind, was eigentlich getan und nun beurteilt werden soll.

Daher sollte man a) transparent machen, um was es einem geht und warum man daher den einen oder den anderen Beurteilungszugang wählt. Und b) muss man dann auch beim identischen Thema auch immer den gleichen Beurteilungszugang wählen – nicht für „fremde“ Vorschläge zu einer GU den EbM-Zugang, für die eigene GU aber eine andere Ebene.

Und wie ich Günther Egidi nun verstehe (s. Brief oben), will er dies auch gar nicht anders tun.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Heinz-Harald Abholz
Direktor i.R.
Institut für Allgemeinmedizin
Heinrich-Heine-Universität
Universitätsklinikum
Moorenstraße 5, 40225 Düsseldorf
abholz@med.uni-duesseldorf.de



Ständig aktualisierte Veranstaltungstermine von den
„Tagen der Allgemeinmedizin“ finden Sie unter

www.tag-der-allgemeinmedizin.de