

## Streich W. Über das Herunterwirtschaften des Vertrauens in Ärzte. Z Allg Med 2015; 91: 207–210

### Leserbrief von Stefan E. Breit

Eine Hausarztpraxis ohne IGeL ist nicht denkbar

Mit dem Verdammten der Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) als Faktor der Zerstörung des Vertrauens in Ärzte wird seitens des Autors eine doch sehr simple Trennung in „gute“ Kassenleistungen wie „böse“ IGeL vorgenommen. In heckenschnittartiger Weise werden alle IGeL sehr undifferenziert als negativ bewertet. Gleichzeitig wird ein Idealbild einer Vollkaskoversorgung im GKV-Sektor suggeriert und ein bedenklicher Ruf nach berufsrechtlicher, staatlicher Kontrolle oder gar Verboten deutlich. Ein differenzierterer Blick lässt jedoch nur den Schluss zu, dass eine Hausarztpraxis ohne IGeL gar nicht existieren könnte. Dies nicht aufgrund der Zusatzeinkünfte, sondern nachfragebedingt. Schulatteste, Bescheinigungen nach dem IfSG, Versicherungsgutachten, Sportbasisgutachten, Fahrerlaubnisuntersuchungen usw. sind täglich Brot einer jeden Hausarztpraxis. Liquidation zu Lasten der GKV oder korrekt zu Lasten des Budgets der Vertragsärzteschaft wäre Abrechnungsbetrug. Eine kostenlose Leistung stellte einen Affront gegen die Berufsordnung dar. Sollen diese Leistungen also jetzt ersatzlos nicht mehr angeboten werden? Impfungen

für Urlaubsreisen, genau wie die quasi Zwangsimpfungen gegen Meningitis bei Mekkapilgern oder Gelbfieber bei Afrikaurlaubern: Sollen auch diese Leistungen verboten werden? Auch von den Patienten nachgefragte Leistungen nach z.B. Homöopathie sind nicht im EBM der GKV abgebildet, wohl aber in den Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern und als Leistungsziffern 30f in der GOÄ. Soll also GKV-Versicherten der Zugang dazu verboten werden? Oder sollen sie zum Heilpraktiker getrieben werden, dessen Leistungen nach Lesart des Autors dann ebenfalls verboten werden sollten? Soziale Gerechtigkeit im Gesundheitswesen wird es niemals geben können, lässt doch schon das Sozialgesetzbuch nur eine „... ausreichende, zweckmäßige, das Maß des Notwendigen nicht überschreitende ...“ Versorgung zu. In Schulnoten entspräche das der „4.“ Was spricht denn dagegen, wenn jemand zum „Check-up 35“ ein EKG, eine Sonografie oder sinnvolle Laborwerte zum doch sehr übersichtlich gehaltenen Laborkatalog mit Gesamtcholesterin und Nüchternblutzucker hinzubucht?

Mündige Bürger wissen sehr wohl zu differenzieren und manche Leistungen des GKV-Kataloges (z.B. Massagen) würden einer EbM-Bewertung auch nicht lange standhalten. Doch Seriosität vorgaukelnder Verzicht auf jedwede Leis-

tung jenseits des GKV-Kataloges ist eines demokratischen Landes mit freien Bürgern nicht angemessen. Eine Nutzen-Risiko-Bewertung sollte gerade im Interesse des Patienten in erster Linie durch den Arzt erfolgen. Neutrale wissenschaftliche Leitlinien usw. wären dabei sicher hilfreich, doch ist sehr fraglich, ob diese Neutralität von z.B. Kassenspublikationen usw. erwartet werden darf. Man denke nur an die ach so verteuerte professionelle Zahnreinigung ... heute fast schon Standard.

**Interessenkonflikte:** Mitglied des Aufsichtsrates der Unternehmung Gesundheit Hochfrankens GmbH & Co KG (UGHO), einem Ärztenetz mit einem IV-Vertrag mit der AOK Bayern, das für Versicherte mit Vertragsteilnahme in Abstimmung mit der AOK u.a. Leistungen jenseits des GKV-Kataloges anbietet, die ansonsten IGeL wären.

#### Korrespondenzadresse

Stefan E. Breit  
Facharzt für Allgemeinmedizin  
Homöopathie – Notfallmedizin –  
Sportmedizin  
Wunsiedler Straße 59  
95032 Hof  
stefan.e.breit@t-online.de

### Antwort von Waldemar Streich

Dr. Breit widmet sich ausschließlich der Verteidigung von IGeL-Leistungen, nicht aber der Problematik des Anbietens derselben. Er zählt nur solche Leistungen auf, an deren Sinnhaftigkeit und selbstverständlichen Berechtigung, sie außerhalb der GKV abzurechnen, nie jemand gezweifelt hat. In der seit Jahren anhaltenden Kontroverse zu IGeL haben die von ihm genannten Leistungen immer nur eine Rolle gespielt: Ablenken von den – nach Geldvolumen gesehen – restlichen 90 % des IGeL-Angebots. So ver-

nebelt er die Konfliktlinien zwischen denen, die eine weitere Quelle des Verdienstes – so wie der „Erfinder“ des IGeL-Kataloges es begründete – und denen, die gerade darin eine Gefährdung des Arztstandes sehen.

Seinen Rekurs auf die Freiheit des „mündigen Bürgers“ relativiert Breit selbst mit dem Vorbehalt der Nutzen-Risiko-Bewertung durch den Arzt („im Interesse des Patienten“). Dass hier auch ein finanzieller „Nutzen“ für den Arzt in die Bewertung eingeht, bleibt unerwähnt – und damit das Hauptproblem.

Für besonders bedenklich halte ich die geringschätzende Bewertung der sozial ausgleichenden Funktion des GKV-

finanzierten, kassenärztlichen Versorgungssystems („soziale Gerechtigkeit im Gesundheitswesen wird es niemals geben können“) – begründet mit einer Interpretation der Formulierungen des SGB V (Gebot einer „ausreichenden“ Versorgung) im Sinne einer Schulnote. Patienten sind m.E. aber gut beraten, wenn sie eher einem Gremium (GBA) vertrauen, das in der öffentlichen Verantwortung steht, Über-, Unter- und Fehlversorgung zu vermeiden und seine Entscheidungen auf der Basis fachlicher Expertise trifft, als einem Arzt, der IGeL mit dem pauschalen Argument einer defizitären Versorgungsqualität kassenärztlicher Leistungen verkauft,

indem er suggeriert, „ausreichend“ sei weit entfernt von „gut“ oder „sehr gut“.

Die aus der chronischen Unterfinanzierung – eben aber auch der Über- und Fehlversorgung – resultierenden Probleme des Versorgungssystems sind mir selbstverständlich bekannt. Es muss jedoch nach anderen Lösungen gesucht

werden, als das Geld bei den Patienten einzusammeln.

Immerhin gibt es hausärztliche Praxen, die auf das Angebot von IGeL verzichten; offensichtlich ohne Existenzgefährdung.

Aber nochmals zur Wiederholung: Die vom Briefautor aufgeführten Leis-

tungen zählen gar nicht als IGeL und wurden von mir auch nicht angezweifelt.

#### Korrespondenzadresse

Dipl. Soz. Waldemar Streich  
waldemar.streich@t-online.de

## Vögele A, Dubis W. Primärprävention von osteoporotischen Frakturen mit Calcium und Vitamin D. Z Allg Med 2015; 91, 196–198

### Leserbrief von Dr. Martin van Soest

Gerade für den Pflegeheimbereich wird eine standardisierte Primärprävention mit Vitamin D und/oder Calcium auch international viel diskutiert [1]. Die von Vögele und Dubis dargestellte Literaturrecherche ist daher sehr zu begrüßen.

Während viele der zitierten Leitlinien sich mit dem ungenauen Begriff „Risikoreduktion“ begnügen, um ihre Empfehlungen zu begründen, werden lediglich in der Cochrane-Metaanalyse [2] konkrete Zahlen genannt. Leider wird genau hier falsch zitiert; so schreiben Vögele und Dubis: CDies gilt insbesondere auch für Hüftfrakturen, die ... in Bezug auf die Hoch-Risiko-Personen (Heimbewohner) 54 „verhinderte Hüftfrakturen“ pro 1000 Personenjahre ausmacht.“ In der Cochrane-Analyse heißt es jedoch: „In high risk populations (residents in institutions: with an estimated 54 hip fractures per 1000 per year), this equates to nine fewer hip fractures per 1000 older adults per year (95% CI 2 to 14).“

Nach meiner Einschätzung ist es für die Fragestellung bezüglich der Pflegeheimbewohner von entscheidender Bedeutung, ob es sich in Bezug auf die Verminderung des Frakturrisikos um eine NNT = 19 (1000/54) oder um eine NNT = 111 (1000/9) pro Jahr handelt.

Pflegeheimbewohner haben in Deutschland eine begrenzte mediane Lebenserwartung ab Heimaufnahme von 15 Monaten (Männer) bzw. 26 Mo-

naten (Frauen) [3]. Nach meiner Erfahrung ist die Senkung des Frakturrisikos für die meisten Pflegeheimbewohner kein vordringliches Behandlungsziel mehr. Sie befinden sich oft in gebrechlicher allgemeiner Verfassung, so sehr, dass auch das Einnehmen von unangenehm schmeckenden Kautabletten oder das Trinken von aufgelösten Brausetabletten für viele zur täglichen Last werden kann. Auch wenn eine Vitamin-D-Gabe in adäquater Dosis zu keinen wesentlichen Nebenwirkungen führt, werden unter regelmäßiger Calcium-Supplementation jedoch Nebenwirkungen, wie erhöhtes Risiko auf Bildung von Nierensteinen, gastrointestinale Beschwerden (Völlegefühl, Obstipation) oder auch ein erhöhtes Risiko auf kardiovaskuläre Erkrankungen beschrieben [4]. Nebenwirkungen sind mit zunehmendem Anstieg der NNT um so mehr zu gewichten. Für unsere Fragestellung bedeutet dies beispielsweise, dass wir über 100 Heimbewohner diesem mit Beeinträchtigung der Lebensqualität einhergehenden Nebenwirkungsrisiko aussetzen müssten, wenn wir auch nur eine einzige Fraktur verhindern wollten.

Unter den Aspekten der Beeinträchtigung der Lebensqualität von Pflegeheimbewohnern durch zusätzlich Medikamente, der möglichen Nebenwirkungen und des minimalen Effektes bei einer NNT = 111 hätte die Schlussfolgerung der Literaturrecherche anders lauten müssen. Nach meiner Beurteilung ist eine Primärprävention von osteoporotischen Frakturen mit Calcium

und Vitamin D generell – auch für die Gruppe der Pflegeheimbewohner – nicht zu empfehlen.

#### Korrespondenzadresse

Dr. Martin van Soest  
Arzt für Allgemeinmedizin /  
Klinische Geriatrie  
Stichting De Wever  
Dr. Eijgenraamstraat 3  
5042 SE Tilburg  
Niederlande  
martinvoest@hotmail.de

### Literatur

1. Stelt I. Richtlijn Osteoporose en Fractuurpreventie, derde herziening (2011). Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde 2011; (4): 159–161
2. Avenell A, Mak JCS, O'Connell D. Vitamin D and vitamin D analogues for preventing fractures in post-menopausal women and older men. Cochrane Database Syst Rev 2014; 4; CD000227
3. Rothgang H, Müller R, Unger R. Barmer GEK Pflegereport 2013. <http://presse.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Presseinformationen/Archiv/2013/131218-Pflegereport/PDF-Pflegereport-2013,property=Data.pdf>
4. Reid IR. Efficacy, effectiveness and side effects of medications used to prevent fractures. J Intern Med 2014 Dec 12. doi: 10.1111/joim.12339. [Epub ahead of print]