

Kühlein T, Maibaum T, Klemperer D. „Quartäre Prävention“ oder die Verhinderung nutzloser Medizin. Z Allg Med 2018; 94: 174–178

Leserbrief von Kai Uwe Helmers

Es hat mich sehr gefreut, einen Beitrag zum Thema „quartäre Prävention“ zu lesen, denn in meiner 15-jährigen Tätigkeit als Hausarzt musste ich immer wieder meine Patientinnen und Patienten vor zu viel Medizin schützen. So ist eben Schaden zu verhindern, ein wichtiges Element in der heutigen hausärztlichen Tätigkeit.

Auf eine sprachliche Ungenauigkeit im Text möchte ich hier hinweisen. Im Artikel heißt es: „Tatsächlich steckt längst nicht hinter jeder anormalen Körperwahrnehmung auch wirklich eine Krankheit“. Was anormale Körperwahrnehmung sein soll, ist zum einen völlig undefiniert und zum anderen nimmt dieser Begriff Rekurs auf Normalität im Sozialen und damit auf den Normalisierungsdiskurs. In der Naturwissenschaft können Normen errechnet und Abweichungen davon definiert werden. In der Körperwahrnehmung geht es jedoch um Empfindungen und nicht um Zahlen. Das weite Feld der Psychosomatik, des Unbewussten und der Körpergeschichte wird hier gar nicht erwähnt.

Bei den vielen interessanten Inhalten fehlt jedoch leider eine Beschreibung des meist benutzten Begriffes von primärer und sekundärer Prävention und so geht es auch mitunter durcheinander im Verständnis. So ist eine Krebsfrüherkennung nach dem üblichen Verständnis, dass primäre Prävention eine Verhinderung von Erkrankung sei, eben eine Sekundärprävention.

Auch hätte ich mir einen Bezug auf bereits veröffentlichte Artikel in der ZFA gewünscht wie „Hausärztliche Prävention – Ein Vorschlag für eine Systematik“ von H.-H. Abholz, in dem u.a. eine Differenzierung zwischen Prävention in der Hausarztpraxis und spezifischer hausärztlicher Prävention vorgenommen und auch die quartäre Prävention gestreift wird. In diesem Artikel wird auf eine Studie aus den USA hingewiesen, aus der hervorgeht, dass eine höhere Hausarztichte eine geringere Mortalität nach sich zieht. Gleiches gilt nicht für die Versorgung durch Spezialisten. Hier sind vielmehr negative Auswirkungen

festzustellen. Diese Ergebnisse knüpfen direkt an die im Beitrag geäußerten Kritik an, dass Spezialisten in Deutschland in der Primärversorgung tätig sind und dieses negative Auswirkungen auf die Qualität hat.

In dem Artikel vermisste ich die konsequente Parteinahme für die Patienten und Patientinnen. So wird zwar darauf hingewiesen, dass beim Thema Prävention erhebliche finanzielle Interessen im Spiel sind. Es wird aber nicht kritisiert, dass die Durchführung vieler medizinischen Maßnahmen ökonomisch motiviert sind. So gab es in Hamburg große Empörung darüber, dass in einem großen kardiologischen MVZ Prämien einbehalten werden sollten, wenn nicht wenigstens 20 Interventionen in der Woche durchgeführt werden würden. Die Beispiele ließen sich problemlos ergänzen. Allein ist es schwierig, die medizinische Maßnahme im Einzelfall auf ökonomische Interessen zurückzuführen, denn es gibt wenige Situationen, in denen es sich nicht um relative Indikationen handelt.

Nun gibt es auch den Wunsch von Seiten der Patientinnen und Patienten, dass gehandelt wird. Auch das Studium der Medizin fokussiert auf das Handeln. Auch dieses fördert eine Überversorgung. Sicherlich gehören diese Überlegungen in das Studium, jedoch müssen Strukturen geändert werden, um Schaden von unseren Patientinnen und Patienten abzuwehren.

Der Verweis auf die abgedruckten „10 Gebote für eine patientenzentrierte Behandlung“ und die gut gemeinten Ratschläge können jedoch keine anhaltenden Verbesserungen bewirken. Es müssten strukturelle Veränderungen angestrebt werden. Wäre es nicht besser, die ambulante Facharztschiene ganz abzuschaffen und durch mehr ambulant tätige Hausärzte und in der Klinik tätige Spezialisten zu ersetzen? Wäre es nicht besser, nicht einzelne Leistungen, Interventionen und Operationen zu verbieten, sondern pauschale Beträge zu zahlen, um falsche Anreize zu verhindern? Wäre es nicht besser die Forschung wirklich industrieunabhängig zu gestalten?

Diese Aspekte haben mir besonders gefehlt bei einem sonst interessanten und lehrreichen Artikel.

Korrespondenzadresse

Kai Uwe Helmers
Niedergelassener FA für Allgemeinmedizin
Lehrarzt für das Institut für
Allgemeinmedizin Hamburg
Ottenser Hauptstraße 1a
22765 Hamburg

Antwort von Prof. Dr. Thomas Kühlein, Dr. Thomas Maibaum, Prof. David Klemperer

Zunächst vielen Dank für die freundliche Reaktion auf unseren Artikel. Herr Kollege Helmers berührt dabei so viele Aspekte, die auch uns aus der Seele sprechen, dass es uns leider nicht möglich ist, auf alles einzugehen.

Herr Helmers hat Recht, wenn er unsere Verwendung des Wortes „anormal“ kritisiert. Das Wort „Norm“ ist vielfach besetzt. Die Verwendung erfolgte jedoch reichlich unschuldig am ehesten im Laiensprachegebrauch der Patienten, die dabei nicht gleich einen ganzen „Normalisierungsdiskurs“ der Sozialwissenschaften im Sinn haben. Uns ist klar, dass das Normale – im Sinne des Nicht-Krankhaften oder gar Therapiebedürftigen – gerade in der Medizin eine so große Spannweite mit so fließenden Grenzen hat, dass es wenig Sinn macht, von einer Norm zu sprechen. Das Gefühl der Patienten, dass etwas nicht in Ordnung ist, dürfte vielfach wenig konkret und ähnlich den Bauchgefühlen sein, die auch wir Ärzte haben können. Stolper et al. haben dieses Gefühl auf Arztseite als „A ‘sense of alarm’“ definiert, „as an uneasy feeling perceived by a GP as he/she is concerned about a possible adverse outcome, even though specific indications are lacking“ [1].

Zur Frage anderer Definitionen für eine Einteilung der Prävention in verschiedene Formen haben wir bereits im Artikel Stellung genommen. Es gibt keine einheitliche Verwendung. Wir haben

die Definition der WONCA genutzt, wie sie im WONCA Dictionary zu finden ist. Andere Verwendungen im selben Artikel aufzuführen, hätte unserer Ansicht nach zu Verwirrung geführt und den Rahmen gesprengt. Zur Forderung des Kollegen Helmers nach deutlicheren politischen Forderungen von Veränderungen im Gesundheitssystem, die er in unserem Artikel vermisst hatte, muss man Hintergrund und Ziel unseres Artikels nennen, der im Heft nicht mit angegeben wurde. Der Artikel basiert auf einem von uns verfassten Kapitel im Lehrbuch „Allgemeinmedizin und Familienmedizin“ von Michael M. Kochen (Hrsg.; 5. Auflage Thieme-Verlag 2017). Die Ziel-

gruppe waren damit Medizinstudierende und ÄrztInnen in Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin. Auch in der ZFA steht der Artikel unter der Überschrift „Fortbildung“, nicht „Gesundheitspolitik“. Auch wenn wir mit den vom Kollegen Helmers genannten Problemen auf Systemebene im Wesentlichen übereinstimmen, so glauben wir doch, dass es auch innerhalb unseres eigenen Fachgebietes genügend Ansatzpunkte gibt, quartäre Prävention zu betreiben. Das Anprangern von Systemfehlern, gegen die man selbst ohnehin weitgehend machtlos ist, verdeckt leicht die Sicht auf Möglichkeiten, etwas in eigenen Handeln zu verändern.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Thomas Kuehlein
Allgemeinmedizinisches Institut
Universitätsklinikum Erlangen
Universitätsstraße 29
91054 Erlangen
Deutschland
Tel: 09131 85-31140
thomas.kuehlein@uk-erlangen.de

Literatur

1. Stolper E, Van Royen P, Van de Weil M, et al. Consensus on gut feelings in general practice. *BMC Fam Pract* 2009; 10: 66

Gruber D, Blazejewski T, Beyer M, Müller H, Gerlach FM, Müller BS. Fehlermanagement in der ambulanten Praxis. *Z Allg Med* 2018; 94: 110–115

Leserbrief von Dr. Alfred Haug

Seit über zehn Jahren biete ich regelmäßig gemischte Seminare für Ärzte und MFAs an zum Thema „Fehlermanagement in der Hausarztpraxis“. Unter zu meist 20–30 Teilnehmern sind selten mehr als zwei bis drei Ärzte, alle anderen sind MFAs. Insofern scheint mir das Interesse der Ärzte am Thema unverändert gering. Machen Ärzte keine Fehler, nur MFAs? Viele Ärzte glauben offenbar un-

verändert, dass Fehler überwiegend durch mangelndes Wissen oder Kenntnis bedingt sind.

Die Beiträge der TeilnehmerInnen in meinen Seminaren zeigen, dass nur die offene Diskussion im Praxisteam (Teambesprechung) dazu führt, die überwiegend systemischen Fehlerursachen zu klären und potenziell zu beseitigen. Dabei spielen nach meiner Erfahrung die MFAs die treibende Rolle, (noch) nicht die Ärzte. Die Verankerung des Risiko- und Fehlermanagements in der neuen

QM-Richtlinie gibt der QM-Beauftragten der Praxis nach meiner Ansicht förmlich den unabweisbaren Auftrag, dieses Thema in der Praxisbesprechung zum Dauerthema zu machen.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Alfred Haug
Arzt für Allgemeinmedizin
Max-Säume-Str. 1
28327 Bremen
alfred-haug@t-online.de



DEGAM-NEWSLETTER

Immer gut informiert

Seit einigen Jahren verschickt die DEGAM-Bundesgeschäftsstelle exklusiv an die Mitglieder den E-Mail-Newsletter DEGAM aktuell. Dieser Informationsdienst beinhaltet Neuigkeiten aus dem Präsidium, den Sektionen und Arbeitsgemeinschaften sowie der Leitlinien-Geschäftsstelle und der JADE. Auch aktuelle Mitteilungen zu den Rubriken Personalien, Veranstaltungen und Stellenausschreibungen finden sich im Newsletter. Die bisher versandten Ausgaben können im passwortgeschützten internen Bereich unter

www.degam.de

eingesehen werden. Sind auch Sie an den aktuell in der DEGAM diskutierten Themen und Entwicklungen interessiert? Schicken Sie einfach eine E-Mail mit dem Betreff „DEGAM aktuell“ an:

geschaeftsstelle@degam.de