

Antwort der Autoren Johannes Hauswaldt und Ulrike Junius-Walker auf:
 Reply of the Authors Johannes Hauswaldt and Ulrike Junius-Walker to:

Streich W. Ist die Ausweitung der Gesundheitsuntersuchung wünschenswert? Z Allg Med 2010; 86: 51–52

Ein Kommentar zu:
 A Commentary on:

Hauswaldt J, Junius-Walker U, Kersting M, Hummers-Pradier E. Zur Gesundheitsuntersuchung in deutschen Hausarztpraxen – eine sekundäre Analyse von Versorgungsdaten 1996 bis 2006. Z Allg Med 2009; 85: 411–417

Zunächst bedanken wir uns für die engagierte und facettenreiche Kommentierung unseres Artikels.

1

Wir bedauern, dass unser Artikel als Plädoyer für eine systematische Erfassung aller GKV-Anspruchsberechtigten und deren Screening auf kardiovaskuläre Risikofaktoren durch Hausärzte, gar als Plädoyer für eine unreflektierte Ausweitung oder zahlenmäßige Steigerung der Gesundheitsuntersuchung („Check ab 35“) in ihrer gegenwärtigen Form missverstanden werden konnte.

Dies war nicht unsere Absicht.

2

Ziel unserer Arbeit war eine quantitative Darstellung des Ist-Zustandes. Diese fehlt nämlich erstaunlicherweise weitgehend, trotz des weit mehr als eine Dekade bestehenden Angebots der Gesundheitsuntersuchung (GU) nach § 25 SGB V, oder sie fällt, wo versucht, grob widersprüchlich aus.

Bei unserem Versuch einer reinen Deskription als Voraussetzung für evidenzbasierte Medizin und Diskussion von Positionen wurde deutlich, dass dieses Vakuum auch durch die Komplexität der Einordnung und Bezugsetzung (eine Variante des Denominator-Problems, siehe auch [4]), konkret hier der Bildung eines geeigneten Nenners („Anspruchsberechtigte für eine Gesundheitsuntersuchung der GKV“) bedingt sein mag; siehe auch unsere Methodik in [2].

Hier sind wir für den Kommentar von E. Baum (Marburg), persönliche Mitteilung, dankbar, dass unsere Auswertungsdaten auch Patienten enthalten, die zwar anspruchsberechtigt, jedoch als Vertreterfall oder im Rahmen

des Ärztlichen Notdienstes betreut wurden, und die deshalb in den Denominator im Sinne unserer Fragestellung nicht einzuschließen waren. Deren Berücksichtigung würde in der Tat den Nenner erniedrigen und damit die aufgeführte Rate der Gesundheitsuntersuchten global um vermutlich etwa 5 % erhöhen.

Dennoch erbrachten unsere Auswertungen drei klare Ergebnisse: 1. Gesundheitsuntersuchungen in den hier betrachteten Praxen wurden nur bei einem kleineren Teil der Anspruchsberechtigten durchgeführt. 2. Es besteht eine erhebliche Varianz in der Durchführungshäufigkeit zwischen den Praxen. 3. Frauen aller Altersgruppen und die Altersgruppe der 35- bis 44-Jährigen erfuhren deutlich weniger häufig eine Gesundheitsuntersuchung, als zu erwarten war [2].

3

Wir haben diese Ergebnisse in Bezug auf zwei bestehende Positionen zur GU diskutiert.

Die eine Position, auch durch Streich [1] vertreten, könnte man die praktisch-induktive Position, auch „bubble-up“ nennen: Die GU solle opportunistisch durchgeführt werden, also ausgelöst durch und motiviert aus einer individuellen Patientensituation heraus.

Zu Recht wird herausgestellt, dass es bisher keinen überzeugenden Nachweis zur Wirksamkeit der GU selbst gibt (fehlende Evidenz), und gefolgert, dass Ressourcen verschwendet werden, wenn sie aus anderen Gründen durchgeführt werde – eine Haltung, die von den Hausärzten aufgenommen werde und daher zu einem geringen Teil tatsächlich Gesundheitsuntersuchter führe. Das Mus-

ter einer „passiven Ablehnung“ der Gesundheitsuntersuchung durch Hausärzte beschrieben Othman, Wollny, Abholz und Altiner in ihrer qualitativen Untersuchung [3]. Der Begriff wurde von uns deshalb pflichtgemäß diskutiert, jedoch aus mehreren Gründen infrage gestellt [2].

Eine derartig reservierte Haltung bei den durchführenden Hausärzten ist, auch in ihrer ökonomisch motivierten Variante, systemimmanent rational: Nur das, was dem Hausarzt, für seinen Patienten oder für sich, in praxi sinnvoll erscheint, wird gemacht.

4

Die andere Position (hypothetisch-deduktiv oder „trickle down“) ist die des Public-Health-Anspruchs, dass nämlich das Angebot der GU alle anspruchsberechtigten Bevölkerungsteile gleichermaßen erreichen sollte. Er ist insofern zusätzlich gesundheitspolitisch, als er sich auch mit Fragen des langfristig zu erreichenden Gesundheitsbenefits für die Bevölkerung auseinandersetzt.

Aus dieser letzteren Position heraus stellt sich dann die Frage, warum die Varianz der Anzahl von Gesundheitsuntersuchungen zwischen den Praxen so groß ist, warum jüngere Anspruchsberechtigte weniger häufig eine Untersuchung erhalten oder auch, warum Männer einen besseren Zugang zur GU hatten.

Die Spannung zwischen diesen beiden Positionen „sine ira et studio“ zu diskutieren und im Sinne evidenzbasierter Medizin aufzulösen (ein aktueller Versuch findet sich bei [5]), kann nur gelingen, wenn vielfältige und detaillierte Daten verlässlich den Ist-Zustand erkennen lassen. Allein dazu sollte unsere Darstellung [2] beitragen.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Johannes Hauswaldt, MPH
 Institut für Allgemeinmedizin
 Medizinische Hochschule Hannover
 Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover
 E-Mail:
 Hauswaldt.Johannes@mh-hannover.de

Literatur

1. Streich W. Ist die Ausweitung der Gesundheitsuntersuchung wünschenswert? *Z Allg Med* 2010; 86: 51–52
2. Hauswaldt J, Junius-Walker U, Kersting M, Hummers-Pradier E. Zur Gesundheitsuntersuchung in deutschen Hausarztpraxen – eine sekundäre Analyse von Versorgungsdaten 1996 bis 2006. *Z Allg Med* 2009; 85: 411–417
3. Othman C, Wollny A, Abholz HH, Altner A. Die Gesundheitsuntersuchung – Ein ungeliebtes Stiefkind? Eine qualitative Untersuchung. *Z Allg Med* 2008; 84: 280–285
4. Schlaud M (ed) Comparison and Harmonisation of Denominator Data for Primary Health Care Research in Countries of the European Community. IOS Press, 1999
5. Pigeot I, De Henauf S, Foraita R, Jahr I, Ahrens W. Primary Prevention from the Epidemiology Perspective: Three Examples from the Practice. *BMC Medical Research Methodology* 2010, <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/10/10> (extrahiert 20.03.2010)

44. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

23.9. – 25.9.2010

Kongressthemen

Quo vadis Allgemeinmedizin? – Hausärztliches Arbeiten in den nächsten zehn Jahren

Schwerpunktt Themen sind u. a.:

- Praxisepidemiologische Forschung – Standortbeschreibung Allgemeinmedizin
- Bewältigung soziodemographischer Veränderungen im Praxisumfeld
- Stellung, Nutzen und Möglichkeiten alternativer Versorgungskonzepte (z.B. VERAH)
- Praxisnahe Weiter- und Fortbildungskonzepte in der Zukunft

Rahmenprogramm:

- Kongressort: Dresden
- Festabend im Hygienemuseum Dresden
- Empfang Donnerstag Abend in der Sächsischen Landesärztekammer

