

# Deutsche Naivität in Sachen Gesundheitserhaltung?

Kommentar zu „Die neue Bremer Gesundheitsuntersuchung“ von Schmiemann et al.

Heinz-Harald Abholz<sup>1</sup>

Deutschland fiel in Sachen Früherkennung schon in den 70er und 80er Jahren auf: Es wurden Dinge von der deutschen Ärzteschaft eingeführt, die plausibel „gesundheitsbringend“ waren – ohne dass man hierfür einen Beleg hatte. In den Ländern mit angelsächsischer Medizinkultur – also im Rest der westlichen Welt außer Deutschland und Österreich sowie Frankreich – hingegen untersuchte man in groß angelegten, methodisch guten Studien, was von Nutzen in Sachen Früherkennung oder Gesundheitsberatung war. Man fand sehr wenig (wie auch die Autoren angesichts eines neueren Cochrane Reviews feststellen). Dies sind genau definierte Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, nicht aber breite Gesundheits-Checks oder -Beratungen.

In Deutschland ist dieser Prozess zu mehr Evidenzgrundlagen über die letzten 15 Jahre nachvollzogen worden und wird noch nachvollzogen: Die eigentliche Gesundheitsuntersuchung (GU) ist – aus Rücksicht auf die Hausärzte – beibehalten aber stark reduziert worden, obwohl zu keinem Teil ein Nutzen jemals nachgewiesen wurde. Das Krebsfrüherkennungsprogramm ist weitgehend auf seinen mit EBM-Beleg versehenen Teil reduziert; nur noch der tastende rektal untersuchende Finger sowie die in der Regel zu häufigen Cervix-Untersuchungen sind aus berufsgruppenpolitischen Rücksichtnahmen beibehalten worden.

Daneben aber laufen als Extra-Geschäft oder als schreckliche Ausflüsse des Kassenwettbewerbs Dinge wie Hautkrebsscreening oder IGel auf Ovarialkarzinom etc.

Und nun – in einer solchen Entwicklungslage zwischen EBM-geleitetem

Vorgehen einerseits und Naivität oder Geschäft andererseits – wird von Schmiemann et al. auf einmal wieder etwas vorgestellt, was an die Anfänge der deutschen Umgangsform mit Prävention erinnert: Dinge, die irgendwie „logisch sind, dass sie helfen“, werden zum Programm – obwohl man inzwischen weiß, dass Früherkennung und Gesundheitsberatung in Bezug auf das Erreichen von Nutzen weitaus komplexer als unsere einfache „Logik“ sind: Wer lässt sich überhaupt beraten, wer kann beraten und mit welchem Effekt auf eine Handlungsänderung beim Beratenem? Was macht der Beratene aus der Beratung und führt – falls erfolgreich – Lebensstiländerung zu mehr Gesundheit und, wenn ja, bei wie vielen? Oder: Bei wem findet man einen behandlungsbedürftigen Befund, und was für Wirkungen und UAW hat die resultierende Behandlung? Und wie viele wären auch ohne die Behandlung nicht zu Schaden gekommen, obwohl sie ein Gesundheitsrisiko haben?

Das Bremer Programm beinhaltet recht unterschiedliche Dinge. Untersuchungen mit nachgewiesenen Nutzen: Cholesterinbestimmung bei Personen aus Familien mit sehr hohem Cholesterin; die Sonografie der Aorta in einer bestimmten Altersgruppe. Daneben stehen Dinge, für die es nun so gar keinen Beleg für Nutzen, eher für fehlenden Nutzen gibt: Gesundheitsberatung Jugendlicher/junger Erwachsener, Sucht- oder Depressionsfragen.

Auf den ersten Blick neu ist, dass strikt nach Altersgruppen unterschieden wird, in denen untersucht und beraten werden soll. Aber die Krebsfrüher-

erkennungsprogramme sind auch altersbezogen.

Wirklich neu ist, dass an den individuellen Problemen und Risikoprofilen der Beratenen und deren Fragen/Bedürfnisse angeknüpft werden soll. Dies entspricht der „Systematisierung“ eines „opportunistischen Screenings“ – also der Untersuchungsausgestaltung nach Wunsch und Risikoprofil des Untersuchten – ein Vorgehen, dessen Nutzen nie nachgewiesen wurde, aber möglicherweise effizienzerhöhend ist. Es geht damit um ein Programm, für das es zu weiten Teilen keinerlei Nutzenbeleg, sondern bestenfalls Nutzenhypothesen gibt. Und es geht um ein Programm, das opportunistisches Screening zum Prinzip macht – ebenfalls also ein Ansatz, zu dem es bisher keine Studien, aber viele Pro- als auch Contra-Argumente gibt.

In einer solchen Situation ist eines absolut notwendig: Es muss in einer methodisch ausreichenden Studie der Nutzen geprüft werden. Nur fürchte ich, dass in der deutschen Wirklichkeit eher an die alte deutsche Tradition mit Naivität angeknüpft wird: Es ist doch alles so einleuchtend gut und da machen wir immer weiter so – und keiner will es sich dann auch wieder nehmen lassen.

## 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

<sup>1</sup> Abteilung für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf  
DOI 10.3238/zfa.2013.0266