

# Screening praxisnah evaluieren

Gott, gib mir die Gelassenheit, Dinge hinzunehmen, die ich nicht ändern kann, den Mut, Dinge zu ändern, die ich ändern kann, und die Weisheit, das eine vom anderen zu unterscheiden. Bei letzterem soll uns Screening helfen.

**Screenen** heißt, eine bestimmte Gruppe von Menschen ohne Symptome proaktiv zu untersuchen, um sonst später symptomatisch werdende Erkrankungen früher zu diagnostizieren, zu therapieren und dadurch ihre Prognose zu verbessern.

Will man den Nutzen dieses Prozesses untersuchen, muss man diese Schritte rückwärts evaluieren: Erst muss man die Spontanprognose der gesuchten Erkrankung kennen und diese mit einem potenziellen therapeutischen Nutzen einer frühen versus einer späteren Therapie vergleichen. Sind die sinnvollen therapeutische Konsequenzen klar, dann wird man nach der Diskriminierungsfähigkeit eines diagnostischen Goldstandards fragen, mit dem die therapiewürdigen Patienten herausgefunden werden

sollen. Dann erst ist es möglich, die Güte eines Screeningverfahrens zu bestimmen. Schließlich muss die Häufigkeit der gesuchten Erkrankung in der untersuchten Population bekannt sein. Um diese jeweiligen Schritte zu evaluieren, sind unterschiedliche Studiendesigns sinnvoll.

Praktische Ärzte wenden diesen Gedanken implizit täglich an, wenn sie bei allem nach der therapeutischen Konsequenz fragen. Insbesondere wir niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte müssen täglich aus der variablen Normalität der verschiedenen Kindergesundheiten die wenigen wirklich behandlungsbedürftigen Kinder herausfiltern.

Wir haben es dabei mit sich **entwickelnden Individuen** zu tun, deren Gesundheits nichts Statisches sind, sondern dynamisch errungene Prozesse, immer wieder stöbar, immer wieder neu herstellbar sind.

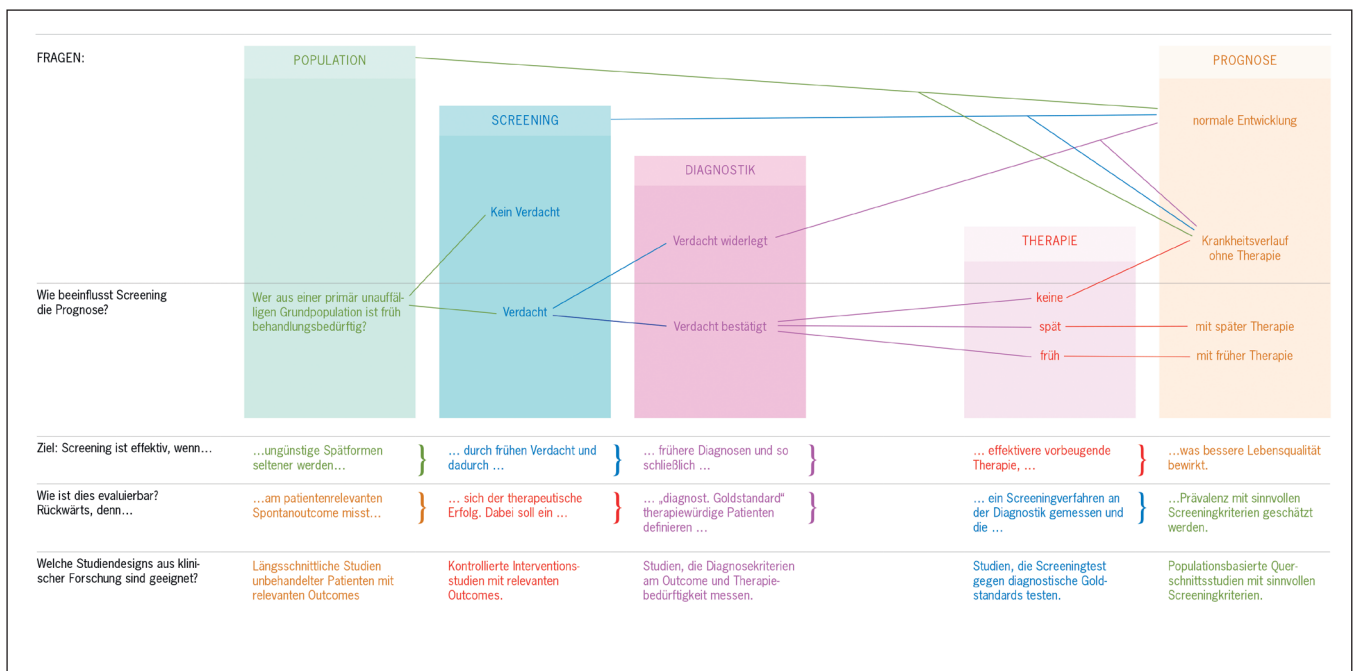
**Die Frage nach einer sofortigen Intervention vs. aufmerksamen Abwartens ist daher eine typisch pädiatrische Frage.**

## Längsschnittliche Erfahrung

Man kann sie nur mit Hilfe eigener, längsschnittlicher Erfahrung intuitiv beantworten. Diese wird nur durch wenige gute Längsschnittstudien ergänzt. Diese dauern oft länger als ein Forschungsarbeitsvertrag. Lebenswerke über drei Generationen wie die Zürcher Längsschnittstudien sind also die Ausnahme. Querschnittstudien sind hingegen schneller gemacht, auch in großem Stil (KiGGs & Co). Sie sind wertvoll, beantworten aber nicht die wesentlichste Frage: Wie wird Gesundheit und vor allem eine gesunde Entwicklung individuell errungen und durch welche Faktoren ist dieser Prozess nachhaltig gefährdet?



Dr. Till Reckert



## Screening als Public-Health-Maßnahme

Bevor ein Screeningprogramm als Public-Health-Maßnahme eingeführt wird, sollte immer ein **Nutzen** nachgewiesen sein. Denn hier kommt die Medizin zum Menschen und nicht der Mensch zur Medizin wie bei der Behandlung Kranker. Ferner sollten Opfer, die die Solidargemeinschaft der Gesunden erbringen muss, in einem ausgewogenen Verhältnis stehen zum Ertrag des Screenings für die so früh entdeckten „Kranken“. So wurde zum Beispiel ein **Neugeborenenhörscreening** beschlossen, ein augenärztliches **Amblyopiescreening** jedoch nicht. Bei dem **Neugeborenenstoffwechselscreening** wurde überlegt, welche Erkrankungen einbezogen werden und welche nicht. Ein Screeningprogramm zur Früherkennung von Neuroblastomen wurde erprobt, für schlecht befunden und wieder eingestellt.

Auch das **kinder- und jugendärztliche Früherkennungsuntersuchungsprogramm** beansprucht in großen Teilen, ein sinnvolles Screening zu sein. Es sollte ursprünglich sogar evaluiert werden, was von 1977-1985 für eine erhebliche Bürokratie sorgte. Die einzureichenden Durchschläge endeten

1988 in einem Buch von P.G. Alhoff, das noch in den Regalen der Unibibliotheken steht. Unterdessen werden Vorsorgeuntersuchungen für gut befunden, obwohl ihre Screeningeffektivität mit heterogener Evidenz versehen war und ist, wie 2007 durch P. Weber im Ärzteblatt zu lesen war.

## Die neue Kinderrichtlinie

Die über 10 Jahre dauernde Umarbeitung der Kinder-Richtlinie im Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) sorgt gegenwärtig für viel Diskussion: Wir niedergelassene Pädiater müssen sie umsetzen, waren aber an ihrer Entstehung nur teilweise beteiligt. Denn nur wissenschaftliche Fachgesellschaften sind stellungnahmeberechtigt zu den GBA-Beschlüssen: Also zum Beispiel die deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin, die deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaften, die deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin etc. Und die deutsche Gesellschaft für allgemeine ambulante Pädiatrie (DGAAP) steckt noch in den Kinderschuhen. Zukünftig könnte sie sich versorgungsforscherisch um Fragen kümmern, die uns täglich beschäftigen. Sonst macht dies nämlich niemand aus

einem Blickwinkel mit praktischer Bodenhaftung.

## Versorgungsforschung zur Optimierung der Praxis

Versorgungsforschung ist aufwendig und nicht leicht zu finanzieren. Ihr geht es um die Kluft zwischen Theorie und Praxis. Also auch darum, ob unter Praxisbedingungen ausreichend valide gearbeitet werden kann und gearbeitet wird. Denn breit angewendete Verfahren müssen so einfach durchführbar sein, dass es auch unter den immer wieder suboptimalen Bedingungen einer Alltagspraxis gelingt, zu einem valide einschätzbaren Ergebnis zu kommen.

Ob z. B. der **Brücknertest** im allgemeinpädiatrischen Setting dies hergibt? Ehrlich gesagt: Wir wissen es nicht. Wir werden aber umso berufszufriedener, je mehr wir uns sicher sein können, möglichst effektiv und klar zu arbeiten. Dies gelingt nur dann, wenn man die jeweils richtigen alten Zöpfe auch offiziell irgendwann wieder abschneidet, falls sie sich in der Praxis nicht bewähren.

*Dr.med. Till Reckert*

*72764 Reutlingen*

*E-Mail: [till.reckert@icloud.com](mailto:till.reckert@icloud.com)*

*Red.: WH*