

Thomas Rosemann

## Forschung in der Hausarztmedizin – epidemiologische Gründe

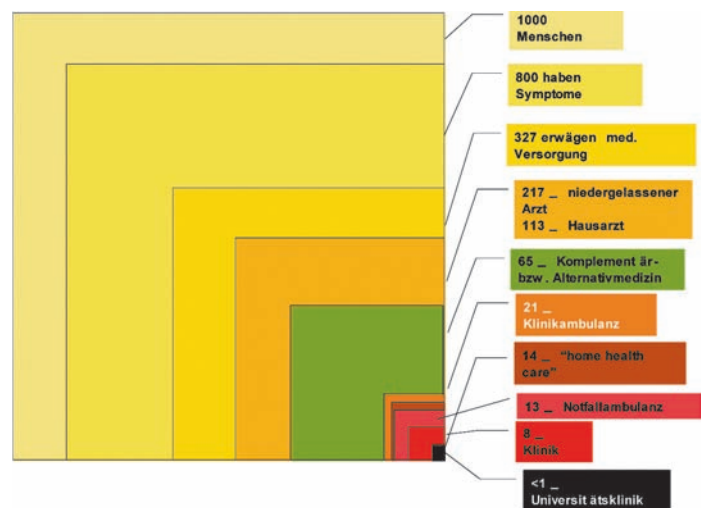
Braucht es eine eigenständige Forschung in der Hausarztmedizin? Dient sie nur dem Selbstzweck oder leistet sie einen Beitrag zum Gesundheitssystem?

Neben der Lehre wird die Forschung eine der wesentlichen Aufgaben der neuen Institute für Hausarztmedizin sein. Bei der Forschung in der Hausarztmedizin geht es aber um wesentlich mehr als nur darum, ein weiteres klinisches Feld zu beforschen. Es geht um Erkenntnisse über die Prävalenz und Inzidenz von Erkrankungen und daraus resultierend um eine exakte und valide Beschreibung der Leistung der Hausärzte im Gesundheitssystem – Daten, die zur Steuerung von Versorgungszusammenhängen in der Zukunft unabdingbar sein werden. Eine eigenständige Forschung in unserem Fach wird daher existentiell für uns sein. Um dies zu untermauern und zu verdeutlichen, werden wir in den nächsten Ausgaben von PrimaryCare Studien diskutieren, die anschauliche Beispiele für Forschung in der Hausarztmedizin darstellen. Bezogen auf unterschiedliche Grunderkrankungen oder Gesundheitssysteme belegen sie allesamt den enormen Beitrag der Hausärzte zur Lebensqualität der Patienten und zum Ressourcen schonenden Umgang mit dem Gesundheitssystem.

Im vorliegenden Artikel werde ich einen Ausflug in die Epidemiologie unternehmen, um zunächst den Rahmen abzustecken, in dem wir uns mit unserer Tätigkeit, aber auch unserer Forschung bewegen.

Warum also Forschung in der Primärversorgung? Betrachten wir doch zunächst einfach die Gegebenheiten. «Wo werden Menschen medizinisch behandelt?», so könnte man die Frage formulieren, die Green und Mitarbeiter in ihrer Studie – publiziert 2001 im New England Journal of Medicine, dem ranghöchsten medizinischen Journal überhaupt – gestellt haben [1]. Von 1000 befragten Menschen (aller Altersklassen), befragt zu gesundheitlichen Störungen während des letzten Monats, berichteten an einem Stichtag 800 von Symptomen einer Krankheit. Obwohl hier alles subsumiert wurde, vom Schnupfen über Kopfschmerz bis zum Herzschmerz, ist das doch eine erstaunliche Zahl. 327 der 1000 Befragten überlegten aufgrund ihrer körperlichen Beschwerden, medizinische Versorgung in Anspruch zu nehmen, 217 gingen wirklich zum Arzt, 113 davon zum Hausarzt. Nur 8 Personen wurden hospitalisiert, weniger als einer von 1000 in einem «academic medical center», also einer universi-

**Eine eigenständige Forschung in unserem Fach wird existentiell für uns sein.**



**Abbildung 1**

Lokalisation der medizinischen Versorgung der Bevölkerung, modifiziert nach Green et al.

tären Einrichtung. Interessanterweise brachte diese Studie ganz ähnliche Ergebnisse wie ein vergleichbarer Survey 1961 [2]. Die Verhältnisse scheinen also auch über lange Zeiträume konstant zu sein – trotz fundamentaler Veränderungen im Gesundheitswesen bleibt die ambulante Versorgung unverändert dominierend.

Überspitzt formuliert könnte man sagen: Das «Kräfteverhältnis» zwischen den von uns hausärztlich betreuten Patienten und denen, die im Universitätsspital (binnen eines Monats) versorgt werden, beträgt 1 zu 113. Was wissen wir nun über die Versorgung dieser Patienten? Über das eine Promille der Bevölkerung, das sich in einem Universitätsspital befindet, relativ viel: An diesen Patienten wird ein Grossteil der medizinischen Studien durchgeführt. Die Resultate werden dann – meist völlig unreflektiert – auf die Gesamtpopulation übertragen. Dabei haben nicht nur die Selektion im Universitätsspital, sondern auch zahlreiche Ein- und Ausschlusskriterien die Population weiter verzerrt, so dass die Übertragung auf eine ambulante Population ein überaus fragwürdiger Vorgang ist. Aber vor allem hat dies natürlich auch erhebliche Auswirkungen auf die Datenlage zur medizinischen Versorgung insgesamt.

In einer Stellungnahme der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland an den Sachverständigenrat, der die Bundesregierung berät, wurde bereits im Jahr 2000 konstatiert:

«Die belastbare Evidenz (...) zur Über-, Unter- und Fehlversorgung<sup>1</sup> ist vor allem deshalb so gering, weil im Bereich der Universitäten ein völlig unangemessenes Missverhältnis zwischen klinischer Forschung und Versorgungsforschung zu verzeichnen ist. Versorgungsforschung wird von der klinischen Medizin weithin als nicht relevant betrachtet.

Damit verbunden ist eine massive Überschätzung und Überbewertung der medizinischen Interventionen für die Lebenserwartung und Lebensqualität und eine nicht zukunftsfähige Vernachlässigung von Forschung zur interdisziplinären und sektorenübergreifenden Gestaltung von Versorgungszusammenhängen.»

Bildhaft ausgedrückt könnte man auch sagen, wir steuern einen Dampfer durch ein Eismeer und glauben, die Eisspitzen, die aus dem Meer ragen (die Daten und Errungenschaften der spezialisierten klinischen Forschung) wären ausreichende Orientierungsmarken, um Kurs zu halten und nicht unterzugehen. Spätestens seit der Titanic sollte man aber wissen, dass 90% des Eisberges sich unter Wasser befinden. So ist es auch mit den Daten aus der Primärversorgung: Sie befinden sich unter der Oberfläche und werden in die Kursberechnung nicht einbezogen. Wie das mit der Titanic ausging, ist ja hinreichend bekannt, ansonsten empfehle ich den sehr netten Film.

Neben den fehlenden Orientierungsdaten, um Kurs zu halten, gibt es aber noch andere Implikationen: An diesen hochselektierten Patienten werden die Studierenden ausgebildet. Dies sorgt auch bei ihnen zu einer verzerrten Wahrnehmung über die Prävalenz bestimmter Erkrankungen und damit über die Bedeutung dieser Erkrankungen für die Versorgung und Gesundheit der Gesamtbevölkerung. Der Spezialist wird zudem als derjenige erlebt, der – mittels beeindruckender Hochtechnologiemedizin – das Leben des Patienten gerettet oder zumindest dramatisch verbessert hat. Und gerne wird in Vorlesungen die neueste Publikation zum Thema der «pANCA-vermittelten Immunantwort bei der amyotrophen Lateralsklerose an NOD2/CARD15 positiven Genotypen» dargestellt. Die Leistung der Hightech-Medizin und der Grundlagenforschung

Versorgungsforschung wird von der klinischen Medizin weithin als nicht relevant betrachtet ...



soll keinesfalls geschmälert werden, es ist nur wichtig, sich die tatsächlichen Verhältnisse über die Versorgung der Menschen vor Augen zu führen, und deren jeweiligen Beitrag zur Gesundheit und zum Wohlbefinden der Bevölkerung.

Durch die fehlenden Daten aus der Primärversorgung wird die Leistung der Hausärztinnen und Hausärzte im Gesamtsystem schlichtweg nicht erfasst, sie kann also weder in den politischen Diskussionen um die Kursbestimmung verwendet werden, noch kann sie den Studierenden mittels valider Daten vermittelt werden.

Führen wir uns nochmals die Publikation von Green et al. vor Augen: *Die Reduktion der 217 Patienten, die sich in ambulanter Behandlung befinden, auf 9, die wirklich hospitalisiert wurden, ist eine erhebliche Leistung, die letztlich den Spezialisten erst die gezielte Anwendung ihrer Verfahren ermöglicht.* Dies wird bislang nicht adäquat reflektiert. Die zitierte Empfehlung an den Sachverständigenrat lässt sich mit Sicherheit auch auf die Studierenden übertragen: Hochspezialisierte medizinische Interventionen werden im Hinblick auf die Lebenserwartung und Lebensqualität der Gesamtpopulation – und damit auch als originäre ärztliche Leistung – wohl deutlich überschätzt.

#### Literatur

- 1 Green LA, Fryer GE Jr, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. *N Engl J Med.* 2001;344:2021–5.
- 2 White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. *N Engl J Med.* 1961;265:885–92.

Prof. Dr. med. Thomas Rosemann  
 Institut für Hausarztmedizin  
 Universität Zürich  
 Rämistrasse 100  
 8091 Zürich  
 thomas.rosemann@usz.ch

<sup>1</sup> Von den Experten wurde zuvor ein nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung beklagt.