

Hausarztmedizin und Forschung: Scheinwelt oder reales Leben?

Diese beiden Begriffe Hausarztmedizin und Forschung scheinen keinen direkten Zusammenhang zu haben oder höchstens den, dass der Hausarzt anwendet, was die Forschung herausgefunden hat.

Die Hausarztmedizin muss sich immer neu bemühen, auf dem aktuellen Stand der Forschung zu sein. Die Ergebnisse der hochspezialisierten medizinischen Forschung müssen aber im Alltag des Hausarztes immer mit der nötigen Vorsicht «übernommen» werden. Schon mehrfach hat es sich bewährt, ein paar Monate oder sogar Jahre zuzuwarten, bis ein neues «Super-Medikament» verschrieben wird. Die Zeiten von der Erforschung eines Wirkprinzips bis zur Anwendung am Patienten sind in den letzten Jahren deutlich kürzer geworden. Da kann es halt passieren, dass noch nicht alle «Eventualitäten» genau studiert werden konnten und ein hochgepreistes Medikament wieder sang- und klanglos verschwindet, weil eine neue schwerwiegende Nebenwirkung gefunden wurde.

Was bedeuten diese «Eventualitäten»? – Im Bereich der Hausarztmedizin in erster Linie deren Einsatz bei Patienten im vorgerückten Alter, bei Patienten mit mehreren chronischen Krankheiten und dadurch oft zahlreichen parallel verschriebenen Medikamenten. Im Alter kann zudem die Nierenfunktion wie auch die Leberfunktion eingeschränkt sein. Diverse Medikamente können die Leber- oder Nierenfunktion zusätzlich beeinträchtigen oder müssen allenfalls in angepasster Dosis verabreicht werden.

Dies umschreibt schon etwas die Rahmenbedingungen der Forschung in der Hausarztmedizin. Dies tönt ganz ähnlich wie im Titel, meint aber diejenige Forschung, welche die Hausarztmedizin selbst zum Thema hat. Oft umschreibt man diese Thematik auch mit Versorgungsforschung.

Worum geht es? – Wie allgemein bekannt ist, werden neue Medikamente vor der Zulassung ausgiebig getestet. Man möchte ein möglichst optimales Verhältnis von gewünschter Wirkung und gesundheits-schädlichen Nebenwirkungen. Bei der Anwendung an eher jüngeren Menschen mit einem oder wenigen Problemen (Diagnosen) ist das Szenario noch relativ einfach. Man untersucht, ob ein neues Blutdruckmittel bei 1000 Personen mit erhöhtem Blutdruck auch tatsächlich den gewünschten Effekt, nämlich die Blutdrucksenkung, erzielt und ob die Nebenwirkungen nicht wesentlich mehr als bei Scheinmedikamenten (Placebo) sind.

Schwieriger wird es, mehrere tausend Personen zu finden, die neben erhöhtem Blutdruck noch einen Diabetes und eine Polyarthritiden haben und für die beiden Begleiterkrankungen in etwa die gleichen Medikamente einnehmen.

In der Hausarztmedizin haben wir es aber oft mit Patienten zu tun, die drei oder vier chronische Krankheiten haben und nicht selten zur Linderung der dadurch bedingten Beschwerden 5, 6, 7 oder noch mehr Medikamente zu sich nehmen müssen.

Wie reagiert ein 90-Jähriger mit drei Diagnosen, sechs Medikamenten, eingeschränkter Nierenfunktion auf die zusätzliche Gabe eines neuen, allenfalls sehr sinnvollen oder sogar notwendigen Medikamentes? – Oft wissen wir das schlichtweg nicht und hoffen, dass es schon gut gehen wird. Sicher, das neue Medikament wurde ja auf Herz und Nieren getestet – aber eben oft nur bei Patienten mit höchstens zwei Diagnosen und dem Höchstalter von 75 Jahren.

Hier setzt die Forschung in der Hausarztmedizin oder die sogenannte Versorgungsforschung ein. Aus den vielen Verschreibungen, die landauf, landab gemacht



werden, sollen Daten erhoben werden über Wirkungen, Nebenwirkungen, Kombinationen von Medikamenten, Abhängigkeiten von Laborwerten, Alter, Geschlecht usw. Daraus könnten wichtige Erkenntnisse für die optimale Behandlung von älteren Menschen mit mehreren Erkrankungen gewonnen werden. Zudem würden die aufgrund von Studienergebnissen teilweise überhöhten Erwartungen in neue Medikamente etwas relativiert und dies wiederum dürfte sich kostendämpfend auswirken. Vor etwa zehn Jahren kam ein neues Medikament auf den Markt – eine neue, vielversprechende Substanz zur Cholesterinsenkung.

– Die Studienlage war überzeugend, das neue Medikament sollte den bisherigen Cholesterinsenkern überlegen sein. – Der Beweis, dass dem so ist, müsste eben durch Versorgungsforschung erbracht werden. Ist die Cholesterinsenkung immer noch so gut, wenn das Medikament bei 85-Jährigen angewendet wird, die weniger diszipliniert auf die Diät achten, gleichzeitig noch 7 weitere Tabletten für 3 zusätzliche Krankheiten schlucken müssen und halt – wie das Leben so spielt – auch mal die Tabletten vergessen?

Ergebnisse aus solchen Erhebungen, sogenannte «real life data» (Zahlen aus dem wirklichen Leben), kämen der Wahrheit viel näher. Demgegenüber entsprechen die Bedingungen, die für Studien erfüllt werden müssen, eher einer Scheinwelt, sind also mehr oder weniger weit entfernt vom realen Leben. Leider ist die Versorgungsforschung, die Datenerhebung aus dem realen Leben, erst in den Anfängen. Das Risiko ist natürlich da, dass dadurch auch einmal der Erfolg eines Medikamentes relativiert werden könnte, womit verständlich ist, dass das Interesse der Pharmafirmen sich in Grenzen hält.

In den Praxen der Hausärzte wären die Daten zur Versorgungsforschung eigentlich vorhanden. Diese Informationen verfügbar und damit auswertbar zu machen wäre nicht nur interessant, sondern allenfalls sogar sehr wichtig. Möglich ist dies nur, wenn die Ärzte elektronisch dokumentie-

ren, d. h. ihre Notizen und Verschreibungen mit dem Computer machen. Hier ist die Schweiz gemäss einer Studie des Commonwealth Fund 2012 weit abgeschlagen am Schluss der Hitliste von zwölf Ländern. Dennoch, erste Ansätze gibt es: Vor vier Jahren haben wir u. a. auch mit Ärzten der Region Zofingen das FIRE-Projekt (www.fireproject.ch) gestartet. Inzwischen sind von über 80 teilnehmenden Ärzten Daten von bald 1 Million Konsultationen in einem anonymisierten Datenpool vorhanden. Dadurch sind Zusammenhänge von einzelnen oder mehreren Diagnosen und entsprechender Medikation, Laborwerten, Alter und Geschlecht der Patienten feststellbar. Am 25. Januar 2008 lautete der Titel des Frontartikels der NZZ Online «Wo die meisten Patienten sind, wird am wenigsten geforscht». Dies gilt auch fünf Jahre danach immer noch. In der Schweiz haben wir relativ differenzierte Zahlen zu den stationären Behandlungen. Die Mehrheit der Patienten wird aber ambulant in den Praxen von Haus- und Spezialärzten behandelt. Bisher war nur bekannt, was die ambulante Versorgung kostet. Was diesen Kosten als «Leistung» gegenübersteht, ist in der Schweiz eine «black box». In gewissen Ländern reibt man sich darüber die Augen, dass in einem so hochentwickelten Land nur der Preis einer Leistung, nicht aber deren Umfang bekannt ist. Aus den Zahlen des FIRE-Projektes wissen wir immerhin, dass ein Hausarzt pro Konsultation im Durchschnitt 2.7 Probleme behandelt. Das ist ein Anfang. Wir brauchen aber unbedingt auch hier differenzierte Zahlen. Wie viele Zuckerpatienten werden behandelt? Wie viele davon haben gleichzeitig einen erhöhten Blutdruck oder andere zusätzliche Diagnosen? Welche Medikamente nehmen diese Patienten? Welche Laborkontrollen werden gemacht? – Dass diese Zahlen zur ambulanten Versorgung sehr wichtig wären, um nur einermassen fundierte Gesundheitspolitik betreiben zu können, wird nun doch zunehmend anerkannt.

Für den Hausärzterein Zofingen
Dr. med. Heinz Bhend, Aarburg