

Studien zur Versorgung in der Allgemeinmedizin

Abbild der Realität oder Diskreditierung?

S. Hensler, A. Wiesemann, P. Engeser, S. Bilger
DEGAM-Sektion Versorgungsaufgaben



Studien zur Versorgung in der Allgemeinmedizin

Inhalt dieser Präsentation:

1. Versorgungsstudien - eine Einführung
2. Methodenkritik am prominenten Beispiel
3. „Risiken und Nebenwirkungen“ von Versorgungsstudien
4. Weitere geplante Projekte



Versorgungsstudien in der Allgemeinmedizin Einführung

- Zunehmende Zahl in den letzten 5 Jahren
- Überwiegend kritische Beurteilung hausärztlicher Performance
- Methodisch nach sehr ähnlichem Strickmuster
- Breite, massenwirksame Publikation
- Berufspolitisch häufig zitiert



Versorgungsstudien in der Allgemeinmedizin Einführung

- Im Fokus: Chronische Erkrankungen mit hoher Prävalenz und hohem Anteil am Medikamentenbudget (u.a. Depression, Art. Hypertonie, Diabetes, pAVK)
- Überwiegend Pharma-gesponsort
- Als Ergebnis Forderung nach großzügigerer Diagnosestellung, Überweisung und Therapie
- Forderung nach systematischen Screening



Methodenkritik am prominenten Beispiel

Arbeiten der Arbeitsgruppe
Prof. U. Wittchen

- Studien zur hausärztlichen Versorgung von Depression (2000-2002)



Methodenkritik am prominenten Beispiel

Arbeitsgruppe Wittchen: Depression

Depressive Syndrome Inter Clin Psychopharmac 2001, 16:121-35
Hum Psychopharmac 2002 ;17 Suppl 1:S1-11

- Zielstellung:
 - Erhebung der Prävalenz in Hausarztpraxen,
 - Diagnoserate und Behandlungsrate der Hausärzte
- Design: Querschnittstudie (Stichtag)
- Methodik:
 - Diagnosestellung mit Patienten-Fragebogen (DSQ),
 - Diagnosen und Behandlung der Hausärzte anhand Arztfragebogen

Methodenkritik am prominenten Beispiel

Arbeitsgruppe Wittchen: Depression

- Ergebnisse und Schlussfolgerung:

in 1042 Praxen 37080 Patienten

- sehr hohe Prävalenz leichter Depression (12% n. ICD 10 (Schwere Depression nach DSMIV 4%))
- hausärztl. Diagnoserate niedrig: 50%,
- medikament. Behandlungsrate niedrig: 60%,
- Überweisungsrate niedrig: 16%,

Methodenkritik am prominenten Beispiel

Schwächen in Methode und Schlußfolgerung

- Auswahl der Studienpraxen durch Pharmareferenten
 - Eingeschränkte Repräsentativität
- Querschnittstudie an einem Tag:
 - kein Abbild hausärztlicher Arbeitsweise wie abwartendes Offenlassen, Ausschluß von Differentialdiagnosen
- Qualitätskriterien der Behandlung: Medikationsrate bzw. Facharztüberweisungen
 - kein Abbild eines therapeutisch schrittweisen Vorgehens,
 - kein Abbild des Krankheitskonzepts des Patienten



Methodenkritik am prominenten Beispiel

Schwächen in Methode und Schlussfolgerung

- Diagnostik mit Messinstrument DSQ in der niedrigprävalenten Hausarztpraxis:
 - positiv prädiktiver Wert bei 0.3
 - ⇒ Nur 30% der Ergebnisse richtig positiv
 - ⇒ deutliche Überschätzung der Prävalenz
 - ⇒ Berechnung der Therapierate unbrauchbar
- Evidenzlage für geforderte Konsequenz: systemat. Screening
 - Hausärztl. Erkennungs - und Behandlungsrate: ca. verdoppelt
 - Klinisches Outcome:
 - **Keine signifikante Verbesserung der Depressivität (Cochrane Meta-Analyse)**
 - Suizid: keine validen Studien

Andere Arbeiten von Wittchen

Gleiche Methodik, gleiche Ergebnisse:

- **HYDRA 2003** - in Koop. mit Sanofi, Studie zur hausärztlichen Versorgung von art. Hypertonie und Diabetes mellitus
- **SNICAS 2003** in Koop. mit GSK zur hausärztlichen Versorgung von Rauchern
- **NISAS 2003** in Koop. mit Sanofi, zur hausärztlichen Versorgung von Schlafstörungen
- **COBRA 2004** in Koop. mit ASAT/ BMBF, Versorgungssituation in der ambulanten Substitution
- **DETECT 2004** in Koop. mit Pfizer, KHK und Diabetes in hausärztlicher Versorgung



Versorgungsstudien anderer Forscher

Ähnliche Methodik, ähnliche Ergebnisse:

- **Arbeitsgruppe WASEM:** in Koop. mit Sanofi, Studie zur hausärztl. Versorgung von pAVK- (**PACE-PAD**)
- **Arbeitsgruppe DIEHM:** in Koop. mit Sanofi, Studie zur hausärztl. Versorgung von pAVK- (**Get-ABI**)
- **Arbeitsgruppe MELCHINGER:** in Koop. mit BMBF, Studie zur hausärztl. Versorgung von Demenz



Arbeiten von Prof. U. Wittchen

Kritik im Überblick

- Studiendesign fern hausärztlicher Realität
- inadäquate Qualitätskriterien
- ungenügend valide Erfassung der Diagnosen
- Mangelnde Evidenz für geforderte therapeutische Konsequenz

**überhöhte Prävalenzen bei Ausweitung des
Krankheitskonzepts,
verzerrtes Bild hausärztlicher Versorgung,
inadäquate Kritik**



Folgen

Ausweitung des Krankheitsbegriffs (Depression)

Mehr Diagnosen, mehr Behandlungen

bedeuten für den Patienten

- Stigmatisierung durch psychiatrische Diagnose
- Probleme bei
Einstellungsuntersuchungen/Versicherungsabschlüssen
- erhöhte Zahl unerwünschter Arzneimittelwirkungen

bedeuten für die Pharma-Firmen

- Steigende Einnahmen (USA 1993 1.7 Millionen vs. 2003 6.3 Millionen behandelte Patienten)



Folgen

Ausweitung des Krankheitsbegriffs (Depression)

Mehr Diagnosen, mehr Behandlungen bedeuten für das System

- Steigende Kosten
- bei gedeckelten Ausgaben Umverteilung von Ressourcen

bedeuten für die Hausärzte

- Erhöhung des Verschreibungsdrucks
- Reduzierung eigener Interventionsmöglichkeiten
- Verringerung des Verdienstes

Zusammenfassung

Die vorliegenden Studien zur Versorgung

- sind weit entfernt von hausärztlicher Realität
- überhöhen Prävalenzen und führen zu Erweiterung des Krankheitskonzepts
- diskreditieren Hausärzte und bringen sie unter diagnostischen und therapeutischen Druck
- sind Teil einer erfolgreichen Marketingstrategie



CAVE:

- Mit einer Beteiligung an solchen Studien unterstützt man Argumentationslinien, die Hausärzte in ihrer praktischen Arbeit und berufspolitisch unter Druck setzen.

Beteiligen Sie sich nur an Versorgungsstudien, bei denen die konzeptionelle Federführung bei Hausärzten liegt

Weitere Infos unter der DEGAM-Homepage

<http://www.degam.de/versorgung.html>

