

Diskreditierende Versorgungsstudien in deutschen Hausarztpraxen

Stellungnahme der DEGAM-Sektion Versorgungsaufgaben

Stefan Hensler (1), Peter Engeser (2), Armin Wieseemann (2),

(1) Ehemals Inst. f. Allgemeinmedizin, Universität Frankfurt/Main, (2) Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universität Heidelberg

Zusammenfassung

In den letzten Jahren finden sich zunehmend Publikationen zur Qualität allgemeinmedizinischer Versorgung, in denen von steigenden Prävalenzen der untersuchten Erkrankungen und mangelnder Versorgung durch Hausärzte berichtet wird. Exemplarische Beispiele sind die Studien der Arbeitsgruppe des Epidemiologen H.U. Wittchen zur Depression. Bei genauerer Betrachtung sind eine Reihe von Fehlern in Studiendesign und -Auswertung erkennbar. So sind die verwendeten diagnostischen Tests zur Prävalenzerhebung im Niedrigprävalenz-Bereich des Hausarztes nicht geeignet, sie überschätzen die tatsächliche Prävalenz massiv. Die Behandlungs- und Überweisungsrate als alleiniges Qualitätskriterium bildet die hausärztliche Realität ungenügend ab. Die Erhebung an einem Stichtag wird dem prozesshaften diagnostischen und therapeutischen Vorgehen in der Allgemeinmedizin nicht gerecht. Die mangelnde Beachtung allgemeinmedizinischer Bedingungen lassen auch scheinbar sauber durchgeführte Studien zu Fehlschlüssen kommen. Deren vorbehaltlose Publikation diskreditiert hausärztliche Tätigkeit. Zudem wird eine Ausweitung des Krankheitsbegriffs propagiert, die resultierende Überversorgung ist weder im Interesse des Patienten noch des Gesundheitssystems. Hausärzte sollten sich vor Beteiligung an epidemiologischen Studien über Ziel und Sponsoren bewusst sein und allgemeinmedizinisch geleitete Studien vorziehen.

Einführung

Seitdem der Allgemeinmedizin gesundheitspolitisch eine immer größere Rolle zukommt, rückt die hausärztliche Tätigkeit zunehmend ins Interesse der Versorgungsforschung. In der Vergangenheit sind nun einige Studien zur hausärztlichen Versorgung von Angststörungen, Depression, Diabetes und Bluthochdruck publiziert worden, deren Konzeption und Durchführung ohne jede Beteiligung von Allgemeinmedizinern in den Händen von Spezialisten lag. Diese Untersuchungen kommen überwiegend zu dem Schluss, dass Hausärzte ihre Filterfunktion unzureichend erfüllen, da sie - aus Sicht der beteiligten Autoren -Erkrankungen häufig übersehen und Patienten eine wirksame Therapien vorenthalten würden.

Für die Allgemeinmedizin sind diese Studien durchaus relevant: Sie werden bei gesundheitspolitischen Auseinandersetzungen ins Feld geführt, wenn es um die hausärztlichen Rolle in bestimmten Versorgungsaspekten geht, bspw. bei der Konzeption bzw. Ausgestaltung von Hausarztmodellen. Zudem bauen andere Wissenschaftler ihre Forschungen und Schlussfolgerungen auf den fragwürdigen Ergebnissen dieser Studien auf (1). Und zu guter letzt begegnen uns diese Studien in der täglichen Praxis, wenn interessierte pharmazeutische Unternehmen (in Gestalt von Pharmareferenten) versuchen, Hausärzten wissenschaftlich nicht erwiesene Screeningmaßnahmen oder die Verordnung entsprechender (in aller Regel hochpreisiger) Medikamente näher zu bringen.

Methodenkritik

Bei genauerer Analyse der Studien lassen sich jedoch einige Aussagen relativieren. So lassen sich am Beispiel der Studien des Dresdner Psychologen Ulrich Wittchen zur hausärztlichen Versorgung von Depression deutliche methodische Schwächen aufzeigen. In zwei großen Studien (2,3) wurden jeweils an einem Stichtag in über 500 verschiedenen Hausarztpraxen alle Patienten (n>20000) erfasst. Dabei wurde bezüglich leichter Depression eine sehr hohe Prävalenz (10.9%) gefunden. Die hausärztliche Diagnoserate von 59%, die Rate der medikamentösen Behandlung (60%) und die Überweisungsrate zum Spezialisten (10%) wurden als zu niedrig kritisiert. Trotz der großen Zahl eingeschlossener Patienten muss erheblich daran gezweifelt werden, dass hier die Realität der hausärztlichen Versorgung abgebildet werden konnte:

- ◇ Die Auswahl der Studienpraxen durch Pharmareferenten des Sponsors schränkt die Repräsentativität der Stichprobe erheblich ein.
- ◇ Die Diagnosestellung durch einmalige Anwendung eines relativ unspezifischen Diagnoseinstruments (Depressionskala DSQ, Spezifität 65%) führt zu einer Überschätzung der Prävalenz. Es muss statistisch davon ausgegangen werden, dass durch die niedrige Krankheitshäufigkeit im hausärztlichen Versorgungsbereich nur ein Viertel der durch das Instrument Diagnostizierten tatsächlich krank ist (s. Abb. 1).
- ◇ Konsequenterweise sind die auf Basis dieser zu hohen Diagnoseraten errechneten Behandlungs- und Überweisungsraten der Hausärzte unrichtig.
- ◇ Stichproben an einem einzigen Tag sind nicht geeignet, den komplexen Umgang mit einer Depression in einer Hausarztpraxis abzubilden, da die Behandlung über Diagnosestellung, Therapie und Überweisung zum Spezialisten prozesshaft ist und sich über einen längeren Zeitraum hinzieht.
- ◇ Die gewählten Kriterien "medikamentöse Behandlungsrate" und "Überweisungsrate" können die Qualität der Versorgung nicht adäquat abbilden, da sie weder psychosozialen/familiären Hintergrund des Patienten berücksichti-

gen, noch dem Umstand gerecht werden, dass Patienten ein eigenes Krankheitskonzept besitzen und die stigmatisierend angesehenen Überweisungen zum Psychotherapeuten/Psychiater und Einnahme von Psychopharmaka in der Praxis häufig ablehnen.

“Ein diagnostischer Test ist nur so gut, wie er gezielt eingesetzt wird!” Bei ungezieltem Einsatz eines Tests an nicht vorausgewählten Patienten (Screening) befindet man sich schnell diagnostisch auf Glatteis. Die Wertigkeit eines diagnostischen Tests ist zwar auch abhängig von seiner Spezifität und Sensitivität, aber in erster Linie von der Prävalenz der getesteten Erkrankung in der zu testenden Population (sog. Vortestwahrscheinlichkeit). Wird z.B. eine Duplex-Sonographie der Carotis an 100 über 85-jährigen Männern angewendet, werden wegen hoher Prävalenz der Arteriosklerose in diesem Alter (>90%) rund 90 Männer Carotis-Plaques aufweisen. Bei einer Spezifität von 85% würde der Test 15 falsch-positive Ergebnisse ergeben, also nur einen kleinen Teil der positiven Ergebnisse. Würde die gleiche Untersuchung jedoch an 100 jungen Männern unter 25 Jahren angewendet (Prävalenz für Arteriosklerose sehr niedrig), so werden 15 Falsch-Positive höchstens zwei wirklich Erkrankten gegenüber stehen. Wäre man im ersten Fall ziemlich sicher, dass ein Patient mit positivem Befund tatsächlich Carotis-Plaques aufweist, so ist dies in der Anwendung bei jungen Männern eher unwahrscheinlich. Im unausgewählten Patientenkollektiv des hausärztlichen Versorgungsbereichs, in dem viele Krankheiten relativ selten vorkommen, gilt: Je niedriger die Prävalenz, desto häufiger resultieren falsch positive Ergebnisse bei der Anwendung eines diagnostischen Testverfahrens.

Abb. 1 Testwertigkeit in Abhängigkeit von der Vortestwahrscheinlichkeit (nach dem Theorem von Bayes)

Ähnliche Studien

Die Arbeitsgruppe Wittchen hat nun auch Studien zur hausärztlichen Versorgung von Bluthochdruck, Diabetes mellitus und anderer kardialer Risikofaktoren (4,5,6) vorgelegt. Mit ähnlichem Design kommt man zu den gleichen Fehlschlüssen. Das erfolgreiche Modell der Depressions-Studien wird nun offensichtlich auf andere Versorgungsaspekte ausgeweitet, um auch hier hausärztliche Fehlversorgung und höheren Behandlungsbedarf zu suggerieren. Auch andere Arbeitsgruppen bedienen sich nunmehr einem sehr ähnlichem Studiendesign mit ähnlicher Zielstellung. Die Arbeitsgruppe um Diehm moniert eine hausärztliche Fehlversorgung der pAVK und plädiert für ein hausärztliches Screening mit dem ABI-Index (getABI-Studie (7)). Eine weitere Studie (PACE-PAD der Arbeitsgruppe Wasem) untersucht derzeit ebenfalls die Versorgung von Patienten mit pAVK in der Allgemeinmedizin. Obwohl das Studiendesign nicht genau dem Beispiel der vorhergehenden Studien folgt, gibt es gute Gründe, anzunehmen, dass der Sponsor der Studie (Sanofi Synthelabo) auf diesem Weg den breiten Einsatz von Clopidogrel bei hausärztlichen Patienten mit pAVK vorantreiben möchte. Auffällig ist, dass die Leiter dieser drei Arbeitsgruppen gegenseitig in den Steeringkomitees vertreten sind und ein führender Mitarbeiter (David Pittrow) in den verschiedenen Arbeitsgruppen nun leitend tätig für eine Consultant-Firma ist (8), die sich ihrer guten Kontakte zur Pharmaindustrie rühmt.

Zwei weitere Studien zur hausärztlichen Versorgung von Depression (9) und Demenz (10) sind zwar im Design unterschiedlich, kommen aber ebenfalls unter Missachtung der besonderen hausärztlichen Versorgungssituation zum Ergebnis einer Fehlversorgung und empfehlen die breite Anwendung von Screeningmaßnahmen und die schärfere Beachtung (wohlgemerkt nicht-hausärztlicher) Leitlinien.

Erweiterter Krankheitsbegriff und die Folgen für die Patienten

Der von der Studie aufgebaute Druck, Diagnosen weniger kritisch zu stellen und eine medikamentöse Therapie einzuleiten, verschiebt die Grenze, ab wann ein Patient noch als gesund eingestuft wird. Ob eine solche Erweiterung des Krankheitsbegriffs das Behandlungsergebnis (outcome) der Patienten verbessern kann, ist aber im hausärztlichen Bereich mehr als zweifelhaft. Wie aus der internationalen Literatur ersichtlich ist, werden auf diese Weise nur vermehrt Patienten mit leichten Depressionen diagnostiziert. Leichte Depressionen weisen jedoch häufig einen selbstlimitierenden Verlauf auf; für die medikamentöse Behandlung gibt es bislang keinen gesicherten Wirksamkeitsbeweis. Auch für das geforderte Screening im Bereich der hausärztlichen Praxis für Depression, Demenz und pAVK stehen zweifelsfreie Beweise aus, dass dieses Verfahren Vorteile für die Patienten bringt (11). Vielmehr stellen sich gerade bei vorschneller Stellung psychiatrischen Diagnosen die Probleme einer Stigmatisierung ein, die bspw. bei Abschlüssen von Versicherungen oder bei Einstellungsuntersuchungen konkrete Nachteile für Patienten mit sich bringen können. Ein Nutzen wird sich vornehmlich wirtschaftlich auf Seiten medizinischer Dienstleister und der Pharmaindustrie ergeben, wenn es gelingt durch öffentlichen Druck häufigere Diagnosen und consequenteres Therapie- und Überweisungsverhalten bei Hausärzten zu induzieren.

Hausärztliches Selbstverständnis

In keinem anderen Fach findet eine solche Beforschung durch fachfremde “Experten” statt. Durch die Mitwirkung bei solchen fremdbestimmten Forschungsprojekten besteht das hohe Risiko, dass wir unserem Fach Schaden zufügen, unseren universitären Fachvertretern den Zugang zu Forschungsgeldern erschweren und letztlich die gleichberechtigte Anerkennung an den Hochschulen verzögern.

Schwerer wiegt noch, dass Hausärzte durch diese Fremdbeforschung gesundheitspolitischen Argumenten Substanz geben, die sich gegen sie selbst wenden.

Fazit

Hausärzte sollten sich vor Mitwirkung an epidemiologischen Untersuchungen oder Therapiestudien fragen, wem die Ergebnisse nützen könnten und sich gezielt an sinnvollen allgemeinmedizinisch geleiteten Untersuchungen im Rahmen qualifizierter Forschungsprojekte beteiligen.

Literatur:

1. Kruse J, Schmitz N, Wöller W, Heckrath C, Tress W. Warum übersieht der Hausarzt die psychischen Störungen seiner Patienten? *Psychother Psych Med* 2004; 54: 45-51
2. Wittchen HU, Pittrow D. Prevalence, recognition and management of depression in primary care in Germany: the depression 2000 study. *Hum Psychopharmacol Clin Exp* 2002; 17: S1-S11
3. Wittchen HU, Höfler M, Meister W. Prevalence and recognition of depressive syndroms in German primary care settings: poorly recognized and treated? *Inter Clin Psychopharmacol* 2001, 16:121-35
4. Wittchen HU, Krause P, Höfler M, Pfister , et al. Hydra-Studie. *Fortschritte der Medizin* 2003, Sonderheft I
5. Lehnert M, Wittchen HU, et al. Prävalenz und Pharmakotherapie des Diabetes mellitus in der primärärztlichen Versorgung. *DMW* 2005; 130: 323-28
6. Silber S, Böhler S, Wittchen HU, et al. Defizite in der Diagnostik und Therapie von Patienten mit Diabetes mellitus in der hausärztlichen Praxis: Ergebnisse der DETECT-Studie. 71. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung, Mannheim 2005
7. Lange S, Diehm C, Darius H, Haberl R, Allenberg JR, Pittrow D, Schuster A, von Stritzky B, Tepohl G, Trampisch HJ. High prevalence of peripheral arterial disease and low treatment rates in elderly primary care patients with diabetes. *Exp Clin Endocrinol Diabetes*. 2004;112(10):566-73
8. <http://www.3p-consulting.com/about-3p-consulting-group.htm> (besucht am 21.6.06)
9. Schneider F, Kratz S, Bermejo I, Menke R, Mulert C, Hegerl U, Berger M, Gaebel W, Härter M. Insufficient depression treatment in outpatient settings. *German Medical Science* 2004; 2: 2
10. Melchinger H, Machleidt W. Werden Demenzpatienten in Hausarztpraxen lege artis behandelt? *Z Allg Med* 2005; 81: 191-96
11. Hensler S, Engeser P, Kaduszkiewicz H. Screening bei der hausärztlichen Versorgung der chronischen Erkrankungen Depression, pAVK und Demenz. *Z Allg Med* 2006; 82: 199- 204