

Diskreditierende Versorgungsstudien in deutschen Hausarztpraxen

Oder: Der Versuch, die Prävalenz von Krankheiten und die medikamentöse Behandlungsbedürftigkeit zu steigern?

Stefan Hensler und Armin Wiesemann

Zusammenfassung

Hintergrund: 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.

Methodik: Es wurden exemplarisch die medienwirksamen Studien der Arbeitsgruppe des Psychologen und Epidemiologen H.U. Wittchen zu den Erkrankungen Depression, generalisierte Angststörung, Hypertonie und Diabetes im Hinblick auf die gemachten Aussagen, das Vorgehen und den Umgang mit der hausärztlichen Praxis analysiert. **Resultate:** Es sind eine Reihe von Fragwürdigkeiten in Studiendesign und -Auswertung erkennbar. So sind die verwendeten diagnostischen Tests zur Prävalenzerhebung im Niedrigprävalenz-Bereich des Hausarztes weniger gut geeignet und produzieren eine erhöhte Morbidität. 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. **Schlussfolgerungen:** Die mangelnde Beachtung allgemeinmedizinischer Bedingungen lassen auch scheinbar sauber durchgeführte Studien zu Fehlschlüssen kommen; die Ausweitung des Krankheitsbegriffs diskreditiert gleichzeitig die hausärztliche Tätigkeit im Sinne unterlassener (medikamentöser) Therapie. Hausärzte sollten sich vor Beteiligung an epidemiologischen Studien über die Ziele und Sponsoren informieren.

Schlüsselwörter

Hausärztliche Versorgung, Niedrigprävalenz-Bereich, falsch hohe Morbidität

Summary

Discrediting studies in German general practices – or: how to increase prevalence of diseases and the need for drug treatment?

Background: Over the past few years there has been a growing number of papers on the quality of primary medical care reporting an increase in prevalence of diseases and insufficient treatment. **Methods:** The strongly promoted studies by a research group led by the psychologist and epidemiologist H.U. Wittchen on depression, generalized anxiety disorder, hypertension and diabetes were taken as an example to be analysed. **Findings:** The re-

view showed some problems in design of the studies and its evaluation. The diagnostic tests used to measure prevalence are not suitable for the low prevalence of the studied diseases in general practice, thus resulting in higher false morbidity. Also, the restriction on data collected on one single day does not take into account the fact that in many cases diagnosis and therapy are to be carried out over a long period of time. **Conclusions:** Lack of attention to the specialties in general practice results in misapprehensions even in seemingly correctly designed studies; an extended definition of illness does not do justice to the general practitioner and makes him appear to withhold treatment (drugs). Before taking part in epidemiological studies family doctors should inform themselves about the sponsor and his aims and should prefer studies conducted under adequate GP supervision.

Key words

Primary care, low prevalence, false high morbidity

Hintergrund

In den letzten Jahren sind einige epidemiologisch orientierte Studien zur Qualität hausärztlicher Versorgung publiziert worden. Bei näherer Betrachtung dieser Untersuchungen drängt sich der Verdacht auf, dass hier eine hohe Anzahl von Patienten mit Diagnosen etikettiert werden sollen, was einerseits (oft medikamentöse) Behandlungsbedürftigkeit und damit andererseits auch eine mangelnde hausärztliche Versorgungsqualität suggeriert (1, 2).

Wir haben zu dieser Thematik exemplarisch die Tätigkeit der Arbeitsgruppe um den Dresdner Psychologen Hans-Ullrich Wittchen betrachtet, die sich intensiv mit der Morbidität und der allgemeinmedizinischen Versorgung der Depression und generalisierten Angststörung

Dr. Stefan Hensler

Institut für Allgemeinmedizin

Theodor-Stern-Kai 7

60590 Frankfurt

E-Mail: s.hensler@em.uni-frankfurt.de

Originalarbeit

befasst und sich in einer jüngst vorgelegten Studie (HYDRA) (3) auch der Versorgung der Volkskrankheiten Hypertonie und Diabetes gewidmet hat.

Es geht uns in dieser Arbeit um:

- eine beispielhafte Analyse einiger problematischer, aktueller praxisrelevanter Studien,
- eine dringend notwendige allgemeinmedizinische Bewertungskultur von Studien zur Versorgung hausärztlicher Patienten und um
- die Verantwortung von Hausärzten, sich auf ihre eigene Forschungskompetenz zu besinnen und sich nicht ohne qualifizierte Selbstbeteiligung beforschen zu lassen.

1. Depression und Angststörung

In zwei großen Studien (4, 5) wurde im nichtselektierten allgemeinmedizinischen Patientenkollektiv bezüglich leichter Depression eine hohe Prävalenz (10.9% nach den ICD-10-Kriterien) gefunden. Zwar zeigten sich die Auto-

ren zufrieden mit einer zu früheren Studien verbesserten Diagnoserate bezüglich schwerer Depression (n. DSM IV), die hausärztliche Diagnoserate bezüglich leichter Depression von 59%, die Rate der medikamentösen Behandlung (60%) und die Überweisungsrate zum Spezialisten (10%) wurde aber als zu niedrig kritisiert. Zudem wurde der Anteil der von den Hausärzten falsch positiv diagnostizierten Patienten (11.6%) als besorgniserregend bezeichnet.

Ähnliche Ergebnisse brachte eine Studie zur generalisierten Angststörung (GAD-P) (6,7); hierbei wurde ebenfalls eine überraschend hohe Prävalenz (6.0%) im allgemeinmedizinischen Patientenkollektiv festgestellt, die Raten für Diagnose (34.4%), Pharmakotherapie (21%) und die Überweisungsrate zum Spezialisten (12.5%) wurden als inadäquat bezeichnet. Alle Studien sind sehr detailliert geplant und mit erheblichem Aufwand durchgeführt worden; jeweils an einem Stichtag wurden in über 500 verschiedenen deutschen Hausarztpraxen alle sich vorstellenden Patienten erfasst, insgesamt über 20 000 rekrutierte Patienten je Studie. Aus epidemiolo-

Tabelle 1: Studien der Arbeitsgruppe Wittchen

Studie	Typ	Autor/Sponsor	Ergebnis
Bundesgesundheitsurvey (Psych. Stör.) 1998 (17)	Querschnittstudie Stichtag	Wittchen et al./ BMBF	Hohe Bevölkerungsprävalenz psychischer Störungen
Depressionsstudie 1999	Querschnittstudie Stichtag	Wittchen et al./ GlaxoSmithKline	Hohe Praxisprävalenz Depression, schlechte hausärztl. Erkennungs- und Behandlungsrate
Depression 2000 study	Querschnittstudie Stichtag	Wittchen et al./ Organon	Hohe Praxisprävalenz Depression, schlechte hausärztl. Erkennungs- und Behandlungsrate
GAD-P	Querschnittstudie Stichtag	Wittchen et al./ Wyeth Pharma	Hohe Praxisprävalenz Angststörung, schlechte hausärztl. Erkennungs- und Behandlungsrate
Hydra 2003	Querschnittstudie Stichtag	Wittchen et al. Sanofi	Hohe Praxisprävalenz Hypertonie, schlechte hausärztl. Versorgung
SNICAS 2003 (18)	Querschnittstudie Stichtag	Wittchen et al. / GlaxoSmithKline	Hohe Praxisprävalenz Raucher, schlechte hausärztl. Erkennungs- und Behandlungsrate
NISAS 2003 (19)	Querschnittstudie Stichtag	Wittchen et al./ Sanofi	Hohe Praxisprävalenz Schlafstörungen, schlechte hausärztl. Erkennungs- und Behandlungsrate
COBRA 2004	Querschnittstudie+ prospektiver Arm	Wittchen et al./ ASAT/ BMBF	Noch in der Erhebungsphase: Versorgungssituation in der ambulanten Substitution
DETECT 2004	Querschnittstudie	Wittchen et al./ Pfizer	Noch in der Erhebungsphase: KHK und Diabetes in hausärztlicher Versorgung

gischer Sicht scheint die Studienplanung vorbildlich zu sein. Beim genaueren Hinsehen zeigen sich jedoch einige Schwächen, welche die Wertigkeit der gemachten Aussagen einschränken. Zunächst könnte die Auswahl der Studienpraxen durch Pharmareferenten des Sponsors (5) die Repräsentativität der Stichprobe einschränken, da diese die Hausärzte und ihre Verschreibungsgewohnheiten etc. kennen.

Die hauptsächliche Problematik liegt aber in der Wertigkeit der verwendeten diagnostischen Tests. Der sinnvolle Einsatz eines diagnostischen Tests wird am besten durch die Nachtestwahrscheinlichkeit (oder auch positiver Vorhersagewert) charakterisiert (siehe Abb. 1).

Diese auf dem Bayes-Theorem basierende Betrachtung ist eine grundlegende Voraussetzung für eine Entscheidungsfindung in der allgemeinärztlichen Praxis (8). Bei Verwendung wenig spezifischer Instrumente zur Diagnostik (Spezifität von 65% im Falle der Depressionsskala DSQ), muss rein statistisch davon ausgegangen

gang von depressiven Symptomen spielen die allgemeinmedizinischen Behandlungsprinzipien Abwarten des Offenhalten und engmaschige Kontrollen (Wiedereinbestellen) eine wichtige Rolle; der Vorgang ist über Diagnosestellung, Therapie und Überweisung zum Facharzt prozesshaft, da er sich je nach Schwere der Symptomatik über eine bestimmte Zeit hin erstreckt. Stichproben an einem einzigen Tag sind daher kaum geeignet, den komplexen Umgang mit einer (vermuteten) Depression in einer Hausarztpraxis abzubilden. Des Weiteren bringen die gewählten Qualitätskriterien »medikamentöse Behandlungsrate« und »Überweisungsrate« wenig Information über die Qualität der Versorgung. Die nackten Verschreibungsdaten können nicht Stadium, mögliche Differenzialdiagnosen, den therapeutischen Prozess oder psychosozialen/familiären Hintergrund des Patienten berücksichtigen. Zudem wird das Krankheitskonzept des sich selbst bestimmenden Patienten außer Acht gelassen, denn in der Praxis müssen Therapie und

Der positive Vorhersagewert (positiver prädiktiver Wert, PPW) gibt an, wie wahrscheinlich ein Patient tatsächlich erkrankt ist, wenn ein Test positiv ausfällt. Er ist definiert als Quotient aus der Anzahl richtig positiver Tests (RP) und der Summe aller positiven Tests. Er ist abhängig von der Spezifität (Sp) und Sensitivität (Se) des Tests und in erster Linie von der Prävalenz (P) des getesteten Merkmals in einer Population. Bei niedriger Prävalenz sinkt der positive Vorhersagewert eines Tests.

$$\text{PPW} = \frac{RP}{FP + RP} = \frac{Se \cdot P}{Se \cdot P + (1 - Sp)(1 - P)}$$

Beispiel: Wird ein Test mit einer Sensitivität von 90% und einer Spezifität von 65% an 1000 Personen angewendet, so ergeben sich bei einer Prävalenz von 90% 810 richtig Positive (von 900 Erkrankten) gegenüber 35 falsch Positiven (der 100 Nichterkrankten) folglich der Vorhersagewert von 0.96. Dagegen stehen sich bei einer Prävalenz von 10% 90 richtig Positive (von 100 Erkrankten) gegenüber 315 falsch Positiven (bei 900 Nichterkrankten), folglich nur ein Vorhersagewert von 0.21.

■ **Abb. 1 Positiver Prädiktiver Wert bzw. Nachtestwahrscheinlichkeit nach dem Bayes-Theorem.**

werden, dass im Niedrigprävalenzbereich der Hausarztpraxen gerade ein Drittel der durch das Instrument Diagnostizierten tatsächlich krank ist (positiver Vorhersagewert bei 0.3). Damit sind aber die Schlussfolgerungen der Autoren fragwürdig: die genannten Zahlen für die Prävalenzen sind überhöht (sie erscheinen auch primär nicht plausibel). Der verwendete Test ist als Screeninginstrument nicht zur Diagnosestellung in der Allgemeinmedizin geeignet, bestenfalls wäre er zum Ausschluss einer Depression sinnvoll einzusetzen.

Für die GAD-P-Studie zu Angststörung sind in der Originalarbeit leider keine Angaben zur Spezifität des eingesetzten Diagnoseinstruments zu finden, was eine Beurteilung der Wertigkeit unmöglich macht. Da auf Basis dieser Diagnose-Raten auch die Behandlungs- und Überweisungspraxis der Hausärzte beurteilt wurde, sind auch diese Rückschlüsse irreführend.

Ein anderer zu kritisierender Punkt ist der gewählte Zeitraum für die Untersuchung. Beim hausärztlichen Um-

Überweisungen mit Patienten besprochen und gemeinsam entschieden werden (»shared decision making«).

In diesem Zusammenhang empfiehlt auch die Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (9) je nach Schwere und Verlauf der Erkrankung ein stufenweises Vorgehen, an deren erster Stufe zunächst verbale Interaktion und nicht zwangsläufig eine medikamentöse Therapie steht. Jeder Arzt, auch die Experten, brauchen neben einer qualifizierten Weiter- und Fortbildung, wie sie z. B. in der Allgemeinmedizin u. a. durch das Curriculum »Psychosomatische Grundversorgung« gewährleistet wird, Erfahrung und Empathie, um Patienten angemessen zu behandeln. Im Rahmen der Langzeitbetreuung dürften Hausärzte Angst- und depressive Störungen ihrer gut bekannten Patienten über mehrere Kontakte hinweg oft besser einschätzen können, als dies durch einen Fragebogen an einem Tag »entdeckt« werden kann.

2. Bluthochdruck und Diabetes (HYDRA)

Seit kurzem liegt von der gleichen Arbeitsgruppe eine Studie zur hausärztlichen Versorgung von Hypertonie und Diabetes vor, sie wurde in einem Sonderheft der MMW veröffentlicht. Zudem wurde eine Reihe von Vorabveröffentlichungen in medizinischen Zeitschriften, u. a. im Deutschen Ärzteblatt publiziert. Darüber hinaus versendete der Hauptsponsor (Sanofi) Infomaterial in Form von Reklameflyern (sog. HYDRA-News) in deutsche Hausarztpraxen.

In dieser Screening-Untersuchung wurden in einer aufwendigen Stichtagerhebung in 1900 Hausarztpraxen 45 000 Patienten bezüglich art. Hypertonie, Diabetes und Mikroalbuminurie untersucht. Bei fast 50% der Patienten fand sich eine Hypertonie, bei fast 30% ein Diabetes, zwischen 10–30 Prozent – je nach Praxis – waren bis dato nicht diagnostiziert. Nur 40% der behandelten Patienten mit Hypertonus zeigten Werte unter 140/90 mmHg. Eine Mikroalbuminurie zeigte sich bei 15% der 15–60-jährigen und bei 30% der ab 60-Jährigen. Die Eigenangabe der Hausärzte zeigte eine nur geringe Quote von Untersuchungen auf Mikroalbumin und Diagnose einer Nephropathie. Von Autoren des Deutschen Ärzteblatts (10, 11) wurde anhand dieser Daten die hausärztliche Versorgung, Diagnostik und Therapie bei arterieller Hypertonie scharf kritisiert.

Aber auch bei dieser Studie sind trotz aufwendiger Stichprobe aufgrund einiger methodischer Schwächen die gemachten Folgerungen so nicht zulässig. Die Zahlen zur Diagnose Hypertonie (50%) und zur Quote gut behandelter Hypertoniker (30%) basieren auf Messungen ohne standardisiertes Vorgehen. Erfasst wurden auch Einmalmessungen, Vorgaben zur Person des Untersuchers wurden nicht gemacht. Angesichts der intraindividuellen und interindividuellen Variabilität einer Blutdruckmessung (12) und erhöhter Werte durch den »Weißkitteleffekt« (13, 14) ist ein solches Verfahren nicht ausreichend valide, um Diagnosen zu stellen oder Therapieerfolge zu kontrollieren. Standard in klinischen Studien sind daher auch Mehrfachmessungen durch nichtärztliches Personal (15). Die Angaben zum Vorkommen von Mikroalbuminurie sind aufgrund des geringen positiven Vorhersagewertes des verwendeten Stäbchentests (ca. 0.3 in der niedrigprävalenten Stichprobe der unter 60-Jährigen) (16) ebenfalls nur schlecht zu verwerten. Eine Kritik an dem niedrigen Verbreitungsgrad des Screenings auf Mikroalbuminurie ist unangebracht: man würde sehr viele falsch-positive Ergebnisse erhalten (70 von 100 bei unter 60-Jährigen).

Auch bei der Hydra-Studie erschwert das Design einer Stichtagerhebung das Abbild hausärztlicher Arbeits-

weise, beispielsweise kann ein Stufenvorgehen bei neu diagnostizierter Hypertonie nicht abgegrenzt werden. Ebenfalls bleibt die Patientenperspektive verborgen und damit der Blick auf Patienten, die sich nicht auf die Einhaltung eines (rigiden) Grenzwertes einlassen. Zwar wurde ein Patientenfragebogen ausgegeben; dieser fragte aber lediglich Messhäufigkeit und Behandlung durch den Hausarzt ab, die Beteiligung des Patienten an seiner Therapie jedoch nicht.

Klinische Evidenz der geforderten Maßnahmen

Eine weithin bedeutsame Frage bei der Beurteilung von Studien ist, inwieweit geforderte Maßnahmen Patienten tatsächlich einen klinischen Benefit bringen. Dazu wird im folgenden die Evidenzlage kurz skizziert, zum einen zur Beeinflussung von outcomes depressiver Syndrome (Suizide, Schwere und Rezidivrate depressiver Phasen) durch Screening bzw. Hausarztschulungen, zum anderen zur Therapie mit AT-II-Antagonisten bei Mikroalbuminurie.

Zu der Häufigkeit von Suiziden bei depressiven Störungen in der ambulanten Versorgung gibt es kaum Daten, systematische kontrollierte Untersuchungen liegen bislang nicht vor. Die Mortalitätsrate durch Suizid scheint ambulant im Vergleich zur Normalbevölkerung (BRD 15.8/100.000, 1995 (20)) gar nicht (21) oder nur geringfügig (1.5-fach) (22) erhöht zu sein, ganz im Gegensatz zu der Rate bei Patienten, die sich bereits in stationärer Behandlung befanden (Risikoerhöhung bis zu 20) (23). Das Risiko, einen Suizid zu übersehen, scheint daher bei depressiven Patienten, die nie in psychiatrisch-stationärer Behandlung waren und keine Risikofaktoren wie Drogenabusus oder mangelnde Impulskontrolle (24) haben, eher gering zu sein.

Zu Schwere und Rezidivrate depressiver Phasen liegen mehrere randomisierte kontrollierte Studien (RCT) vor. Hierbei wurde durch Screening oder durch Hausarztschulung zwar die Detektions- und Behandlungsrate gesteigert (durchschnittlich verdoppelt), aber keine signifikante Beeinflussung der klinischen Outcomes erreicht (25, 26, 27, 28). Zwar konnten zwei Studien zu Disease Management Programmen (29, 30) geringe Verbesserungsraten darstellen (Risikoreduktion von 10% bei kaum erhöhter Detektions- und Behandlungsrate), deren komplexe Intervention geht aber über das in der beschriebenen Studie geforderte deutlich hinaus. Eine Evidenz, dass das outcome für den Patienten durch Screening in der Praxis oder durch Schulungen der Hausärzte positiv beeinflusst wird, liegt u. E. nicht vor.

Ähnliches gilt für die Mikroalbuminurie: zwar gilt sie als Prädiktor für die Entwicklung von vaskulär bedingter Niereninsuffizienz und KHK. Auch können einige RCTs bestätigen, dass die propagierte Therapie mit ATII-Antagonisten einen Übergang in eine Makroalbuminurie reduziert. Der Nachweis einer Risikoreduktion bezüglich Niereninsuffizienz oder KHK über die der blutdrucksenkenden Wirkung hinaus steht jedoch aus (31). Der Surrogatparameter Makroalbuminurie wird leider in nicht korrekter Weise mit harten Endpunkten gleichgesetzt.

Erweiterter Krankheitsbegriff

Wenn unter dem Druck dieser Studien Hausärzte die empfohlenen Screening-Instrumente unkritisch verwenden, übersensibel auf Krankheitszeichen reagieren, vorschnell Diagnosen aussprechen und intensiv behandeln bzw. zum Facharzt überweisen würden, hätten wir eine in die Praxis übertragene Erweiterung des Krankheitsbegriffs. Es wäre damit zu rechnen, dass in einem Niedrigprävalenzbereich ein Großteil der positiv-getesteten Patienten falsch eingeschätzt würde. Symptome, die auch bei leichten, sich selbst limitierenden Störungen oder bei natürlichen Reaktionen auf äußere Ereignisse auftreten, würden überbewertet werden.

Die drohende Stigmatisierung ist ein weiteres Problem (32), besonders bei psychiatrischen Diagnosen: (Verdachts-)Diagnosen können ihre Auswirkungen bei Versicherungsabschlüssen, Einstellungen und Beamungsverfahren haben. Mit den Diagnosen wird ein Teil der Gesunden zu behandlungsbedürftigen Patienten erklärt, damit die Anzahl derer vergrößert, die »ihrer Gesundheit enteignet« werden (33).

Da bei Diagnosen gering ausgeprägter psychiatrischer Erkrankungen kaum objektifizierbare pathologische Messwerte oder Befunde zu erheben sind, ist die Einschätzung des Arztes für die Diagnose entscheidend. Diese Einschätzung wird von kulturellen Normen und im Zuge öffentlicher Konsensbildung bestimmt. Eine Ausweitung des Krankheitsbegriffs scheint gerade hier durch (gezielte?) Beeinflussung der öffentlichen Meinung erreichbar zu sein. Entsprechend sind in der letzten Zeit für psychiatrische Medikamente enorme Zuwachsraten zu verzeichnen; z.B. stieg in den USA bei Depressionen die Zahl der medikamentös behandelten Patienten seit 1993 von 1.7 auf 6.3 Millionen (34), bei der »Mode-Diagnose« ADHS die Zahl der mit Ritalin behandelten Kinder von 150 000 1975 auf fast 2 Millionen im Jahre 2000 (35). Eine ähnliche Entwicklung kann auch in Deutschland vermutet werden. Offenbar kommt es zurzeit in einigen Ländern zu einer Ausweitung des Krank-

heitsbegriffs bzw. fragwürdigen Steigerung der Morbidität.

Für eine Ausweitung des Krankheitsbegriffs im Fall der Hypertonie und Mikroalbuminurie gilt generell ähnliches wie in den Punkten 1–3; zwei weitere Gesichtspunkte sind aber noch anzumerken:

- Für das Screening auf Mikroalbuminurie scheint ein weiterer unerwünschter Effekt nachweislich. Patienten mit gutem Gesundheitsverhalten werden durch einen positiven Befund noch weiter verunsichert, eine noch strengere Beachtung der Risikofaktoren folgt, während noncompliance Patienten mit Risikofaktoren über ein negatives Testergebnis eine zusätzliche Begründung für ihre Nachlässigkeit in die Hand bekommen (36).
- Bei der Behandlung des Bluthochdrucks werden zunehmend Zweifel laut, ob die Schwelle von 140 mmHg systolisch tatsächlich eine sinnvolle Zielgröße ist. In den großen Studien zur Wirksamkeit von Antihypertensiva konnte bei einem Großteil der Patienten dieser Schwellenwert nicht erreicht werden und trotzdem stellte sich ein nennenswerter Benefit für die Patienten ein; zudem kommt es bei älteren Patienten physiologisch zu Erhöhung des systolischen Drucks und zur Absenkung des diastolischen Drucks, was eine Absenkung des systolischen Drucks schwieriger und für den Patienten belastender macht (37). Selbstverständlich bedürfen Patienten mit schweren Störungen einer intensiven Behandlung und sie werden auch davon profitieren. Doch Patienten mit leichteren Störungen benötigen eher Beratung, Zuspruch oder Begleitung als ein nicht ungefährliches, hohes Maß an Medikalisierung.

Forschungskooperation von Hausärzten

Die Problematik hausärztlicher Beteiligung an Studien mit unklaren Rahmenbedingungen wurde erst kürzlich beschrieben (38). Im vorliegenden Zusammenhang stellt die Ausweitung des Krankheitsbegriffes und die damit verbundene Steigerung von Gesundheitsleistungen aufgrund knapper werdender Ressourcen als Folge einer alternden Gesellschaft eine ernsthafte Gefahr für das bestehende Finanzierungssystem dar. Der Gesetzgeber hat die Verantwortung für die Verteilung der begrenzten Mittel teilweise an die Ärzte delegiert; im Bereich der Medikamente ist dies durch die Einführung der Arzneimittelbudgets geschehen, mit denen die Ärzte für Überschreitungen der Ausgaben haftbar gemacht werden können. Es kann nicht im Interesse der Hausärzte und ihrer Patienten liegen, sich an industrie-gesteuerten Untersuchungen zu beteiligen, die das Ziel haben, eine

nicht selten unreflektierte Medikalisierung voran zu treiben. Im Hintergrund stehen hier die sehr gewinnträchtigen Medikamentengruppen Serotonin-Wiederaufnahmehemmer und AT-II-Antagonisten, deren vermehrter Gebrauch indirekt durch diese Studien gefördert werden und die vermutlich nicht zufällig auch im Programm der die Studien finanziell unterstützenden Firmen stehen. Auch im persönlichen Interesse des Arztes bedeutet Verantwortung für die Verteilung in erster Linie, Ressourcen sinnvoll einzusetzen. Dabei wird neben den unbedingt einzuhaltenden Kriterien Gerechtigkeit, Unabhängigkeit, Unbestechlichkeit und Rationalität im besonderen Maße die Effizienz eine Rolle spielen. Effizienz bedeutet dann, dass Mittel vermehrt dort eingesetzt werden, wo Nachweise für die Wirksamkeit erbracht sind und wo der Benefit für den Patienten die Höhe des Einsatzes rechtfertigt.

In dem Maße wie die Verantwortung des Hausarztes für die Verteilung der Ressourcen steigt, wird er auch immer mehr Ziel von Marketing-Interventionen sein, ob dies in Form direkter Werbung, durch Pharmaberater oder, wie man hier vermuten kann, durch öffentlichen Druck mittels wissenschaftlicher Publikationen geschieht.

Fazit

Die Analyse von Studien zur hausärztlichen Versorgung durch wissenschaftlich denkende Allgemeinärzte ist notwendig, da methodische Schwächen aufgedeckt werden können, die diskreditierenden Schlussfolgerungen die Grundlage entziehen.

Hausärzte sollten sich generell vor der Beteiligung an epidemiologischen (Morbiditäts-) Studien oder Therapiestudien fragen, wem diese Untersuchung nützt und sich eher an sinnvollen allgemeinmedizinisch geleiteten Untersuchungen im Rahmen qualifizierter Forschungsprojekte oder an Kooperationen mit anderen Einrichtungen beteiligen, sofern Sinn, Ziel und Rahmenbedingungen/Sponsoren der Studie klar sind (39).

Literatur

1. Arznei-Telegramm: Sickness sells - Pharmamarketing setzt auf veränderte Wahrnehmung von Krankheit. *Arznei-Telegramm* 2002; 33(7): 71-72
2. Wiesemann A, Wiesemann U. Harninkontinenz als Patientenproblem überwiegend älterer Frauen - eine Untersuchung zur Prävalenz und Arzneimitteltherapie in einer Allgemeinpraxis. *Z Allg Med* 2000; 76: 444-448
3. Wittchen HU, Krause P, Höfler, et al. Hydra-Studie. *Fortschritte der Medizin* 2003, Sonderheft I
4. 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
5. 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
6. Wittchen HU, Kessler RC, Beesdo K, Krause P, Höfler M, Hoyer J. Generalized anxiety and depression in primary care: prevalence, recognition and management. *J Clin Psychiatry* 2002, 63 (8): 24-34
7. Beesdo K, Krause P, Hofler M, Wittchen HU. Do primary care physicians know generalized anxiety disorders? Estimation of prevalence, attitudes and interventions. *Fortschr Med Orig* 2001;119 Suppl 1:13-6
8. Gerlach FM. Allgemeinmedizin in einem modernen Gesundheitssystem - Konsequenzen für Forschung, Lehre und Praxis (Teil 1). *ZaeFQ* 2002; 96: 243-249
9. Dt. Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. Leitlinie »Affektive Störungen« www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/psypn05.htm
10. Bischoff M. Hypertonie und Diabetes mellitus: Größenordnung bisher unterschätzt. *Dtsch Arztebl* 2002; 99: A-3352
11. Hydra-Studie: Multimorbidität wird unterschätzt. *Dtsch Arztebl* 2002; 99: A-1933
12. Sykes D, Dewar R, Mohanaruban K, et al. Measuring blood pressure in the elderly: Does atrial fibrillation increase observer variability? *BMJ* 1990;300: 162-63
13. Parati G, Ulian L, Santucci C, Omboni S, Mancina G. Difference between clinic and daytime blood pressure is not a measure of the white coat effect. *Hypertension* 1998; 31: 1185-9
14. Parati G, Ulian L, Sampieri L, et al. Attenuation of the white coat effect by antihypertensive treatment and regression of target organ damage. *Hypertension* 2000; 35: 614-20
15. Committee for proprietary medicinal products. Note for guidance on clinical investigation of medicinal products in the treatment of hypertension. The European Agency for the Evaluation of Medicinal Products.
16. Jensen JE, Nielsen SH, Foged L, Holmegaard SN, Magid E. The MICRAL test for diabetic microalbuminuria: predictive values as a function of prevalence. *Scand J Clin Lab Invest* 1996 56 (2): 117-22
17. Wittchen HU, Jacobi F. Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsforschung*, 44, 2001
18. Wittchen, H-U, Sonntag, H., Nowak, D., Kröger, C., Schmidt, L.G. Raucherentwöhnung beim Hausarzt - Illusion oder Perspektive? *Hausarzt* 2002; 6: 49-53.
19. Wittchen H-U, Krause P, Höfler M, et al. NISAS-2000 - die „Nationale Insomnie Awareness und Screening Studie“. Insomnien und Schlafstörungen in der allgemeinärztlichen Versorgung. *Nervenheilkunde* 2001; 20: 4-16.
20. Statistisches Bundesamt der BRD. Statistisches Jahrbuch 1997. Metzler-Poeschl-Verlag. Stuttgart.
21. Martin RL, Cloninger CR, Guze SB, Clayton PJ. Mortality in a follow-up of 500 psychiatric outpatients. I. Total mortality. *Arch Gen Psychiatry* 1985;42:47-54
22. Murphy JM, Monson RR, Olivier DC, Sobol AM, Leighton AH. Affective disorders and mortality. A general population study. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44 (5): 473-80
23. Angst J, Angst F, Stassen HH. Suicide risk in patients with major depressive disorder. *J Clin Psychiatry* 1999; 60 Suppl 2: 57-62
24. Walinder J, Rutz W. Male depression and suicide. *Int Clin Psychopharmacol* 2001; 16 Suppl 2: S21-24
25. Whooley MA, Stone B, Soghikian K. Randomized trial of case-finding for depression in elderly primary care patients. *J Gen Intern Med.* 2000;15: 293-300
26. Callahan CM, Hendrie HC, Dittus RS, Brater DC, Hui SL, Tierney WM. Improving treatment of late life depression in primary care: a randomized clinical trial. *J Am Geriatr Soc.* 1994 42: 839-46.

27. Lewis G, Sharp D, Bartholomew J, Pelosi AJ. Computerized assessment of common mental disorders in primary care: effect on clinical outcome. *Fam Pract.* 1996; 13 (2):120–6
28. Williams JW Jr, Mulrow CD, Kroenke K, et al. Case-finding for depression in primary care: a randomized trial. *Am J Med.* 1999; 106 (1): 36–43
29. Katzelnick DJ, Simon GE, Pearson SD, et al. Randomized trial of a depression management program in high utilizers of medical care. *Arch Fam Med.* 2000; 9: 345–51
30. Wells KB, Sherbourne C, Schoenbaum M, et al. Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care: a randomized controlled trial. *JAMA* 2000; 283: 212–20
31. Lovell HG. Angiotensin converting enzyme inhibitors in normotensive diabetic patients with microalbuminuria. *Cochrane Database Syst Rev* 2001; (1): CD002183
32. Goffmann E. Stigma - Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. 1974, Suhrkamp Verlag, Frankfurt/Main
33. Illich I. Die Nemesis der Medizin. 1977, Rowohlt Verlag, Hamburg.
34. Dörner K. In der Fortschrittsfalle. *Dtsch Arztebl* 2002; 99: A 2462–2466
35. DeGrandpre R. Ritalin Nation. W.W.Norton, New York, 2000
36. Tijmstra T, Spikers W, Broer J, Jannsen WM, de Jong PE. Psychosocial consequences of screening for microalbuminuria and for some other risk factors. *Ned Tijdschr Geneesk* 2000; 144: 2460–4
37. Rödder H, 140 mmHg ist nicht die Latte, an der alles zu messen ist. *Forschung und Praxis* 2003; 359: 24–25
38. Brockmann S. Zur Mitarbeit niedergelassener Hausärzte bei medizinischer Forschung: ein Briefwechsel. *Z. Allg. Med.* 2003; 79: 36–38
39. Kochen M, Niebling W, Abholz H-H: Forschen oder beforcht werden? *Z. Allg. Med.* 2000; 76: 347–48

Zur Person

Dr. med. Stefan Hensler, Facharzt für Allgemeinmedizin, seit 2000 wiss. Mitarbeiter am Institut für Allgemeinmedizin der Universität Frankfurt a. M., Mitglied der Sektion Versorgungsaufgaben der DEGAM.

PD Dr. med. Armin Wiesemann, Facharzt für Allgemeinmedizin, Leiter der Sektion Versorgungsaufgaben der DEGAM und des Arbeitsschwerpunktes Lehre der Sektion Allgemeinmedizin & Versorgungsforschung der Universität Heidelberg.