

Gekrönte Barbies in Ludwigshafen: Eindrücke vom fünften deutschen Kongress für Versorgungsforschung

G. Theile
U. Junius-Walker

Poster Prize for Barbies in Ludwigshafen: Impressions from the Fifth German Congress of Health Care Research

Der diesjährige Versorgungskongress fand am 12. und 13. Mai in Ludwigshafen statt und wurde von der Gesellschaft für Kardiologie-, Herz- und Kreislaufforschung ausgerichtet. Das Programm sah neun aufeinander folgende Veranstaltungen in sechs Parallelsitzungen vor, an denen sich jeweils drei bis vier geladene Referenten beteiligten. Überlappend erhielten die Autoren erfolgreich eingereichter Abstracts die Gelegenheit, ihre aktuellen Forschungsergebnisse in 87 Posterbegehungen vorzustellen. Bei so viel Wissenschaft blieb entweder zum Mittagessen keine Zeit oder ein schlechtes Gewissen zurück. Trotz des umfangreichen Angebotes waren die Vortragssäle recht leer. Konstant anwesend schienen weit weniger als die 600 von der Kongressleitung angegebene Besucher; erwartet worden waren 1500.

Inhaltlich ließen sich drei Themenkomplexe erkennen: Konzeptionelle und technische Innovationen, Qualität in der medizinischen Versorgung und Volkskrankheiten.

Im Rahmen der Auseinandersetzung mit konzeptionellen Innovationen wurde auch das Hausarztmodell reflektiert. Christoph Straub, Vorstandsmitglied der Techniker Krankenkasse, machte gleich am Anfang seines Vortrages deutlich, dass eine Überlegenheit des Hausarztmodells über andere Versorgungsmodelle bisher nicht wissenschaftlich belegt sei. Die Evaluierung politischer Maßnahmen stünde bis zum heutigen Tage aus. Im weiteren Verlauf seines Vortrages mahnte er zu mehr Nüchternheit im Umgang mit der Bürokratie. Ein Großteil der von den Ärzten als überflüssig deklarierten Formulare sei auf Betreiben ihrer eigenen Verbände entstanden. Die Forderung nach mehr Transparenz in Zeiten großer Informationsdichte machte eine gewisse

Zunahme von Dokumentation unumgänglich. Allerdings könne diese in Zukunft sowohl in den Kliniken als auch in den Praxen vermehrt von professionell ausgebildeten Helfern übernommen werden.

Stellvertretend für technische Innovationen fand sich das Wort Telemedizin recht oft in den Programmtiteln, seltener aber schon im Wortschatz der Vortragenden. Im Wesentlichen blieb die Auseinandersetzung um dieses Zukunftsmodell auf das Telemonitoring bei Herzinsuffizienz beschränkt. Ergebnisse aus der SHAPE-Studie [1] lieferten den Kardiologen viel Argumentationsstoff für das Telemonitoring, da sich die hausärztlichen Kollegen als nicht versiert genug in der Behandlung der Herzinsuffizienz herausgestellt hätten. Die Allgemeinmediziner und Geriater kontierten in der Regel mit den Erkenntnissen aus der Boyd-Studie [2] (keine andere Studie wurde so häufig zitiert), wonach die allumfassende leitliniengerechte Behandlung eines multimorbiden Patienten diesem nicht nur eine beachtliche Anzahl einzunehmender Medikamente bescherte, sondern auch einen mit weiteren therapeutischen Maßnahmen prallgefüllten Tagesablauf. Ein Kassenvertreter führte aus, dass sich die Krankenkassen Kostenersparnisse durch eine Verbesserung der Behandlungsqualität Herzkranker durch Telemonitoring erhoffen. Aber auch die Möglichkeit, zukünftig durch Telematik entstehende Daten zum Zwecke der Versorgungsregulierung auswerten zu können, wurde sehr begrüßt.

Ähnlich Klingendes ließ sich in den verschiedenen Vorträgen zum Themenkreis um Qualitätsmaßnahmen und deren Auswirkungen auf Gesundheitsplaner, -versorger und auch Patienten

Institutsangaben

Abt. Allgemeinmedizin, Medizinische Hochschule Hannover

Korrespondenzadresse

Dr. med. Gudrun Theile, MPH · Abt. Allgemeinmedizin, Medizinische Hochschule Hannover · Carl-Neuberg-Str. 1 · 30625 Hannover · E-mail: theile.gudrun@mh-hannover.de

Bibliografie

Z Allg Med 2006; 82: 322–324 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
DOI 10.1055/s-2006-933547
ISSN 0014-3362/51

vernehmen. Berichtet wurde darüber, welche Effekte DMPs und Leitlinien haben, wie valide Register sind, was Zertifizierungen insbesondere in Krankenhäusern bewirken und wem sie eigentlich nützen – bisher nur den Kostenträgern. Politisch brisant war der Vortrag von Thomas Ballast vom VdAK zur Nutzung der GKV-Daten für Versorgungsforschung und Gesundheitsberichterstattung. Im Zuge des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes können GKV-Daten auf Grundlage der §§ 303 a–f SGB V personenbezogen geführt werden. Bei den Kassen soll eine patientenbezogene Datenbank entstehen, in der alle ambulanten Quartalsdaten sowie monatlich Arzneimittel und Krankenhausdaten eingespeist werden. Über Registrierungs- und Ausschreibungsverfahren sowie Nutzungsgebühr wird der Zugang zu den Daten möglicherweise restriktiv an Auswertungsinteressenten vergeben. Bedeutet das für uns Hausärzte, dass wir uns zukünftig fremd beforschen lassen?

In Hinblick auf das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung konnte man wieder einmal erfahren, dass die Menschen immer dicker werden, der Alkoholkonsum unverändert hoch ist und der Tabakepidemie entgegen allen internationalen Bemühungen in Deutschland kein Einhalt geboten wird. Ein neuer Trend scheint lediglich, sowohl Adipositas als auch die Nikotinabhängigkeit als Krankheiten aufzufassen. Dieser Logik folgend sollten insbesondere Hausärzte beide bisher eher dem Lifestyle zugeordneten Risikofaktoren vermehrt offensiv gegenüber ihren Patienten ansprechen. Wie allerdings Verhaltensänderungen von außen erfolgreich initiiert werden können, bleibt im Nebel eines Forschungsfeldes, das aufgrund seiner hohen Komplexität bisher wenig bevölkerungsrelevante Ergebnisse hervorgebracht hat. Es gilt unverändert, dass die Änderung einer inneren Einstellung leichter zu erwirken ist, als die darauf basierende, erhoffte Verhaltensänderung. Rolf Weitkunat von der Universität München führte aus, dass auch in Zukunft ein (Hypothesen gestütztes) Vorgehen nach Trial and Error auf diesem Forschungsgebiet wissenschaftlich gerechtfertigt bleibt. Die bisherige häufige Verwendung von linearen und logistischen Regressionen im Rahmen der statistischen Studienauswertungen weise auf eine Fehleinschätzung der Komplexität von Verhaltensänderungen hin. Die Verwendung von Bayes'schen Netzen könne hier ein Trend sein und einen Wandel von der Risikoepidemiologie hin zur Verhaltensepidemiologie markieren.

Dietrich Rothenbacher vom Deutschen Krebsforschungszentrum in Heidelberg und Norbert Schmacke von der Universität Bremen machten in ihren Vorträgen deutlich, dass sich die klinische Forschung in Zukunft pragmatischer ausrichten sollte und eine strikte Trennung von der Versorgungsforschung nicht länger sinnvoll sei. „Pragmatisch“ randomisierte Studien hätten eine hohe äußere Validität bei immer noch (die Kliniker und Geldgeber interessierender) akzeptabler innerer Validität. Die Selektion der Studienpopulation sollte transparent gemacht und bei der Auswertung berücksichtigt werden.

Eine andere Atmosphäre erwartete uns in der Sitzung „Geschlechterspezifische Medizin“: Immer noch gibt es zu wenig Studienteilnehmerinnen, immer noch zu selten geschlechterspezifische Auswertungen. Möglicherweise – so die Überlegungen von Frau Bormann vom BMGS – liegt das auch an der fehlenden Frauenrepräsentanz in den oberen wissenschaftlichen Füh-

rungspositionen. Und wo waren die Ohren, auf die diese Worte stoßen sollten? Von der sonst auffallenden Männerdominanz in den Sitzungen war hier nichts mehr zu sehen. Nur drei männliche Zuhörer hatten sich in den Saal verirrt, wovon einer frühzeitig die Flucht ergriff.

Der Kongress wurde beendet mit einer Posterpreisverleihung. Etwas überraschend ging der erste Preis an eine Arbeit über Prädiktoren des Überlebens nach akutem Schlaganfall [3]. An einer großen Studienpopulation, die der hessischen Schlaganfall-datenbank entnommen war, konnte wenig Überraschendes statistisch belegt werden. Wer bewusstlos und mit ausgeprägten Lähmungserscheinungen in die Klinik kommt, hat sehr viel schlechtere Überlebenschancen, als jemand, der sich mit diskreten neurologischen Symptomen zeitnah zum Ereignis selbst in der Ambulanz vorstellen kann. Die Studie verdeutlicht damit eine Schwierigkeit Evidenzbasierter Medizin: wie weit geht die wissenschaftliche Nachweispflicht? Müssen auch offensichtliche Zusammenhänge statistisch nachgewiesen werden? Welche Wertigkeit haben in Zukunft ärztlicher Sachverstand, Erfahrung und Intuition? Der zweite Preis ging an ein Poster, dessen gestalterisches Hauptelement eine in jeder Hinsicht unübersehbare Fotomontage darstellte. Barbie-Puppe eskortiert von vielen Barbieschwestern, jung und blond, aus echtem Fleisch und Blut und selbstverständlich nicht üppiger bekleidet als das Plastikidol. „Wir freuen uns immer, wenn jemand an die Frauen denkt.“, wurde die Entscheidung der Juroren kommentiert. Kein Zweifel, dass mit dieser Bemerkung ausschließlich die vorbildhafte Berücksichtigung des Genderthemas „Magersucht“ hervorgehoben werden sollte [4]. (Wir haben aber – einen Trend spürend – trotzdem schon einmal die verschiedenen Möglichkeiten diskutiert, Poster zukünftig durch Bildmaterial aufzulockern, welches sich in der Werbebranche seit langem bewährt). Der dritte Preis schließlich wurde an die Aufbereitung von Fokusgruppendifkussion mit Hausärzten verliehen, die zur Entwicklung des Heidelberger Modell-Projektes HeiCare® führten [5].

Bewertung: Ein traditionell organisierter Kongress mit mäßiger Originalität. Die starke Dominanz männlicher Honoratioren an den Rednerpulten stand auch für wenig Gender-kritische Beobachter im Missverhältnis zur ausgewogenen Geschlechtermischung bei den Postervorträgen. Es gab gut präsentierte Informationen zu einigen interessanten Themen und Entwicklungen aus verschiedenen Versorgungsbereichen. Der Anstoß zu weiterführenden integrativen Leistungen fehlte aus unserer Sicht, und die wirklich aktuellen Forschungsarbeiten waren auf die Ebene der Posterpräsentationen verschoben.

Interessenkonflikte: keine.

Literatur

- ¹ <http://www.heartfailure-europe.com>, <http://www.shapestudy.info/>
- ² Boyd CM, Darer J, Boulton C. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases. JAMA 2005; 294: 716–724
- ³ Heller G., Misselwitz B, Ullrich A, et al. Welche Faktoren beeinflussen das Überleben nach akutem Schlaganfall? Arbeitsgruppe Schlaganfall Hessen, Eschborn und Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen,

Eschenborn, Zentrum für Neurologie des Universitätsklinikums Frankfurt Main

⁴ Berger U. Umfassende Evaluation und Qualitätssicherung eines Schulprojektes zur Primärprävention von Magersucht bei Mädchen ab der 6. Klasse. Institut für Psychosoziale Medizin der Friedrich-Schiller-Universität Jena

⁵ Ludt S, Mahler C, Knap-Greogori P, Koeksal H, et al. Mängel und Verbesserungsmöglichkeiten der Arzneimittel-Kommunikation zwischen Kliniken und Hausärzten. Ergebnisse aus Fokusgruppendifkussionen mit Hausärzten. Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Abteilung Medizinische Informatik, Abteilung Innere Medizin VI, Klinische Pharmakologie und Pharmakoepidemiologie, Universität Heidelberg

Zur Person



Dr. med. Gudrun Theile, MPH

- Medizinstudium in Göttingen und Hannover
- Assistenzärztin in verschiedenen Internistischen Kliniken, auch mit geriatrischem oder rehabilitativen Schwerpunkt, sowie in einer kardiologischen Praxis in Hannover und Langenhagen.
- Studium der Rechtswissenschaften an der Universität Hannover und Erganzungstudiengang „Bevolkerungsmedizin und öffentliches Gesundheitswesen – Public Health“ mit Schwerpunkt Management im Gesundheitswesen an der Medizinischen Hochschule Hannover.
- Seit September 2005 wissenschaftliche Mitarbeiterin der Abteilung Allgemeinmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover.



Dr. med. Ulrike Junius-Walker

- Medizinstudium in Göttingen und Portsmouth (Großbritannien)
- Fachärztin für Allgemeinmedizin 1999
- 1993–1996 und seit 1998 wissenschaftliche Mitarbeiterin der Abt. Allgemeinmedizin, Medizinische Hochschule Hannover
- 1996 deutscher Forschungspreis Geriatrie
- Seit 2000 Gutachterin für die Europäische Kommission für Framework Program 5 und 6

Notfälle nach Leitsymptomen

Peter Knuth, Peter Sefrin (Hrsg.)

5. neu bearbeitet Auflage, Deutscher Ärzteverlag Köln 2006, 673 S., 42,95 EUR, ISBN 3-7691-0424-2

Das laut Titel nach Leitsymptomen gegliederte Buch richtet sich vornehmlich an notarztlich und nicht an im kassenärztlichen Notdienst Tätige, obwohl auch die weniger dramatischen Konsultationsanlasse abgedeckt werden. Die vorgeschlagenen Vorgehensweisen sind immer auf schwerste Notfälle ausgerichtet. Zusätzlich gibt es einen Abschnitt zu berufrechtlichen Aspekten und eine nützliche Übersicht über Notfallmedikamente mit Dosierungsangaben.

Trotz der Vielzahl der Autoren wirkt das Buch wie aus einem Guss. Dies wird durch eine einheitliche Gliederung erreicht, die es erlaubt sich rasch in jedem Kapitel zu orientieren. Allerdings werden unter den Leitsymptomen Einzelerkrankungen abgehandelt. Ein Beispiel ist der Abschnitt akutes Abdomen. Es fehlt eine Einleitung oder Übersicht zur raschen differentialdiagnostischen Orientierung bei Bauchschmerzen. Stattdessen werden Einzelsymptome z. B. Erbrechen oder schon gesicherte Diagnosen wie Appendizitis in Unterkapiteln besprochen. Sinnvoll wäre auch ein Kapitel zur Epidemiologie der Notfälle gewesen. In den Einzelkapiteln hätten Angaben zur Häufigkeit die Abschnitte zur Differenzialdiagnose nützlicher gemacht.

Im Index fehlen Halsschmerzen, die werden unter Schluckbeschwerden abgehandelt. Ohrschmerzen tauchen zwar im Index auf werden dann aber im Kapitel Schluckbeschwerden mit 2 Sätzen nicht adäquat abgehandelt. Die Otitis media taucht seltensamerweise bei Ohrblutung und Schwindel auf. Mir kommt spontan der Verdacht, dass die Mehrzahl der Autoren schon lange nicht mehr aktiv am primären Notdienst teilnimmt. Hier sind vor allem nachgeordnete Spezialisten zur Wort gekommen. Etwas lieblos ist die Ausstattung, es gibt nur wenige Bilder und das ganze Buch ist nur durch ein wenig Blau aufgelockert, so dass es nicht zum Lesen einlädt. Dazu trägt auch die kleine Schriftgröße bei, die es aber möglich macht, eine große Fülle von Informationen in einem noch handlichen Format unterzubringen. Das Kitteltaschenformat wird aber überschritten. Eine Beschränkung auf das akute Notfallmanagement und ein Verzicht auf die erweiterte fachspezifische Notfalldiagnostik und Therapie im Krankenhaus wäre für den fachübergreifenden oder allgemeinen Notdienst kein Verlust. Ein Plastikeinband ist für ein Buch für den Notfall praktischer. Als schnelles Nachschlagewerk im Notfall ist das Buch vor allen bei seltenen Notfällen nützlich, mit denen man nur wenig oder keine Erfahrung hat.

Jean-François Chenot, Göttingen