

Was ist in der Hausarztmedizin eigentlich evidenzbasiert?



Wenn man es genau betrachtet, befasst sich ein Großteil dieses Heftes mit der Evidenz für hausärztliches (Be-)Handeln. Und damit meine ich nicht die ersten acht Seiten „informed-screen“, die in bewährter Weise über aktuelle Studien und neue Evidenz für oder gegen bestimmte Maßnahmen berichten.

Im Gegensatz zur mehr oder weniger harten „Studien-evidenz“ kann man sich über Sinn und Unsinn von

Maßnahmen in der hausärztlichen Praxis häufig streiten. So wird beispielsweise in einem Kommentar zu dem im Oktober erschienenen Artikel „Zur Gesundheitsuntersuchung in deutschen Hausarztpraxen“ der Sinn dieser „Vorsorgeuntersuchung“ infrage gestellt, während in dem Artikel selbst eine vermehrte Inanspruchnahme als „aus Public-Health-Sichtweise wünschenswert“ bezeichnet wird. Wer hat nun Recht?

Tatsächlich sieht es mit der „Evidenz“ für einen messbaren Effekt der Gesundheitsuntersuchung (GU) mager aus. Wir selbst haben in Marburg einmal an über 1000 Patienten am Beispiel Cholesterin untersucht, welche Konsequenzen denn aus den bei der GU erhobenen Messwerten gezogen werden (ZFA 2006; 82: 431–434), mit dem niederschmetternden Ergebnis: so gut wie keine! Also doch rausgeschmissenes Geld in Zeiten knapper Ressourcen? Die Antwort mag nicht ganz so einfach sein, denn für vieles, was wir täglich in der Praxis tun, gibt es keine harte Studienevidenz, vielleicht auch, weil es nur sehr schwer messbar ist. Wenn ein Patient zu uns in die Praxis kommt, weil er sich Sorgen – oder auch nur Gedanken – über seine Gesundheit macht, und wir dann eine GU durchführen, ihn anschließend beraten, vielleicht seine Sorgen mit Hilfe von „ARRIBA“ zerstreuen, dann haben wir zum einen – nachweislich, da in einer randomisiert-kontrollierten Studie dokumentiert – die Patientenzufriedenheit gesteigert, und zum anderen vielleicht Schaden durch eine Übertherapie infolge der industrie- und mediengetriggerten Cholesterinhysterie abgewendet – schlecht messbar, aber dennoch sinnvoll.

Auch für die Früherkennungsuntersuchungen sieht es ja nicht gut aus mit der Evidenz, wie uns in dem CME-Artikel von Heinz-Harald Abholz eindrücklich gezeigt wird. Aber heißt das, dass wir diese Untersuchungen nun nicht mehr durchführen?

Zu wenig Nutzen für das Individuum bei unvorhersehbaren Risiken? Auch diese Medaille hat zwei Seiten. Wir wissen vorher nicht, ob der individuelle Patient zu denen gehört, die profitieren, oder zu denen, die einen Schaden erleiden. Wir werden also auch bei mangelhafter Evidenz für den individuellen Nutzen weiter Früherkennungsuntersuchungen durchführen, aber eben nach entsprechender ehrlicher Aufklärung des Patienten über die möglichen Vor- und Nachteile, und nach Einbeziehung des Patienten in die Entscheidung, ob oder ob nicht. Das ist evidenzbasierte Medizin im Sinne ihres Begründers David Sackett: die Integration von bestverfügbarer Studienevidenz, klinischer Expertise und Wertvorstellungen des Patienten.

Genauso wie wir auch nach dem Lesen des Artikels von Jean Chenot über die DEGAM-Leitlinie Halsschmerzen nicht in therapeutischen Nihilismus verfallen. Der Patient mit Halsschmerzen kommt in unsere Behandlung, weil er sich Heilung oder zumindest eine Linderung seiner Symptome erwartet. Wir werden ihm kaum gerecht, wenn wir ihm nur erklären, dass die Beschwerden von selbst wieder vergehen und es keine Evidenz für eine Behandlung gibt, weder für den Einsatz von Medikamenten noch für den Einsatz der „bewährten Hausmittel“. Wenn wir es schaffen, die Sorgen des Patienten ernst zu nehmen und eine potenziell schädliche Therapie mit nicht indizierten Antibiotika oder eine Selbstmedikation mit nicht risikofreien OTC-Präparaten zu verhindern, haben wir einen wichtigen Beitrag zu seiner Gesundung geleistet. Das kann dann im Einzelfall vielleicht auch den Einsatz zwar nicht evidenzbasierter, aber zumindest nicht schädlicher „Hausmittel“ oder sogenannter alternativmedizinischer Maßnahmen beinhalten.

Wenn man sich in der täglichen Praxis gedanklich mit der vorhandenen „Evidenz“ für das eigene Tun auseinandersetzt, wird man beunruhigend häufig feststellen, dass in der Allgemeinmedizin ein eklatanter Mangel an Evidenz vorliegt. Einen kleinen Beitrag zu deren Beseitigung will das „Cochrane Primary Health Care Field“ leisten, das in einem eigenen Artikel in diesem Heft vorgestellt wird. Cochrane beschränkt sich jedoch auf die Würdigung und Evaluierung von Studien, und was wir darüber hinaus wirklich brauchen, ist viel mehr aktive Forschung in der Hausarztpraxis stattfinden und muss von Fachleuten auf diesem Gebiet konzipiert werden.

Herzliche Grüße
Ihr

Andreas Sönnichsen