

Apropos Forschung in Allgemeinmedizin

In der angewandten Heilkunde, zu der vor allem die Allgemeinmedizin gehört, öffnet sich ein riesiges Forschungsfeld, das bisher noch kaum angegangen wurde. Zum Beispiel Fragen zu Häufigkeiten in der Primärversorgung, zu den dringlich zu behandelnden Gesundheitsstörungen und Krankheiten in der Hausarztmedizin und Fragen zur optimalen Kommunikation in der Familienmedizin harren der vertieften Untersuchung. Auch Follow-up- und Outcome-Untersuchungen sind vonnöten, um die Verläufe von häufigen chronischen Krankheiten zu optimieren. Damit sind aber noch lange nicht alle Forschungsthemen aus dem weiten Feld der Allgemeinmedizin aufgelistet.

Patrick Landolt

«Bei der Forschung in Hausarztmedizin sieht es richtig bedenklich aus.»

Das schreibt Bruno Kissling in Primary-Care im Juni dieses Jahres [1]. Recht hat er. Es könnte auch anders sein, denn es gäbe genügend Themen in der hausärztlichen Praxis, die weiter erforscht werden müssten. Auf einige will ich hier eingehen.

Die Forschung in angewandter Medizin, in der Primärversorgung, unterscheidet sich meiner Ansicht nach grundsätzlich von der Grundlagenforschung. Der Hausarzt hat wesentlich andere Bedürfnisse, zum Beispiel: Welche Krankheiten und Beschwerden muss ich besonders gut kennen? Bei welchen Symptomen muss ich vor allem gut aufpassen? Wie gehe ich kommunikativ am effizientesten mit den Patienten um?

Aus meiner Sicht sind diejenigen Symptome, Bilder von Krankheiten und Diagnosen,

1. die der Hausarzt regelmässig häufig sieht (mindestens einmal pro Jahr),
2. die eine besondere Gefährlichkeit im Verlauf zeigen können oder
3. kommunikativ eine bedeutende Rolle spielen, ein wesentlicher Teil des Inhaltes der Allgemeinmedizin.

Dazu kommen

4. Outcome- und Follow-up-Messungen von häufigen und damit auch volkswirtschaftlich wichtigen Krankheitsbildern.

Fälleverteilung

Etwa 300 Beratungsergebnisse kommen in der Primärversorgung regelmässig häufig vor [2, 4]. Aus Statistiken zur regelmässig häufigen Beratungsergebnissen in der Primärversorgung leitet sich das Fach und damit ein wesentlicher Inhalt der Forschung ab. Um festzustellen, was regelmässig häufig in der Hausarztmedizin vorkommt, brauchen wir neue Fallstatistiken. Die derzeit vorhandenen Schweizer Zahlen gehen auf die Jahre 1983 bis 1988 zurück [5]. Vergleiche [4] zeigen wohl, dass die Zahlen aus der Schweiz gut mit Statistiken aus Deutschland, Österreich und Frankreich korrelieren. Kamenski [6] wies aber nach, dass beispielsweise einige pyogene Infektionen im Laufe der Jahrzehnte ihre Häufigkeit verändern.

Vergleiche mit ausländischen Statistiken lassen sich anstellen, wenn die Nomenklatur standardisiert wird. In der Hausarztmedizin besteht allerdings noch keine einheitliche Benennung der regelmässig häufigen Beratungsergebnisse. Eine Basis dazu könnte die Kasuographie, die Beschreibung der regelmässig häufigen Beratungsergebnisse in der Allgemeinmedizin [7], bieten.

Abwendbar Gefährliche Verläufe (AGV)

Wie wir alle wissen bleiben glücklicherweise viele Beschwerden, Symptome und Symptomgruppen, die in der Primärversorgung vorkommen, uncharakteristisch (keiner Krankheitsentität zuzuordnen) und zeigen eine gute Selbstheilungstendenz, z.B. Fieber, Kopfschmerzen, Schwindel, Bauchschmerzen. Immer wieder kommt es aber vor, dass solche zunächst harmlos erscheinende Symptome einen gefährlichen Verlauf entwickeln und die Patientin plötzlich in Lebensgefahr schwebt.

Mit einer problembezogenen Befragung und einer gezielten Untersuchung kann das Risiko minimiert werden. Bei diesen und über 70 weiteren Symptomen haben sich Vorschläge aus einzelnen Spezialgebieten als zu wenig brauchbar erwiesen, weil der Primärversorger einem fächerübergreifenden Ansatz gerecht werden und abwendbar gefährliche Verläufe in den Vordergrund stellen muss. Die Hausärztin bezieht die Seltenheit und die (häufigere) Selbstheilungstendenz ein und beschränkt sich aus Zeit- und Ko-

stengründen auf das wirklich Notwendige, und dies, indem sie auf die Patientin als Person in ihrem individuellen Umfeld eingeht.

Auch auf diesem Gebiet hat R. N. Braun die wichtigsten Grundlagen erarbeitet. Er hat bereits 1976 Diagnostische Programme für die Allgemeinmedizin [3] vorgestellt und sie später erweitert. Die Diagnostischen Programme werden zur Zeit in ihrer vierten Auflage überarbeitet.

Die Überarbeitung und Anpassung stellt eine dauernde Herausforderung für die Primärversorgung dar. In den letzten Jahren galt es zum Beispiel, die HIV-Infektion, die Borreliose und das Schlafapnoe-Syndrom zu integrieren, Krankheiten, die wir in der Praxis häufig im Anfangsstadium sehen und deshalb häufig noch nicht in charakteristischer Form vorliegen.

Die Erforschung und Validierung des Vorgehens zum weitgehenden Ausschluss Abwendbar gefährlicher Verläufe konzentriert sich auf die Anpassung, die Überarbeitung von bestehenden Diagnostischen Programmen und auf das Erarbeiten von neuen diagnostischen Checklisten, jeweils in Zusammenarbeit mit den mit involvierten Kliniken, Polikliniken oder Instituten: z.B. bei der Diagnostik der Osteoporose, des Whiplash-Unfalles.

Kommunikationsforschung

Eine optimierte Kommunikation fördert die Zufriedenheit des Patienten, erhöht die Compliance und kann Belastungen der Arzt-Patienten-Beziehung minimieren helfen. Probleme in der Kommunikation werden auch als sehr häufige Ursache für an Ärzte gerichtete Vorwürfe genannt.

Sehr viele regelmässig häufige Beratungsursachen verlangen nach einem psychologisch richtigen Vorgehen. Damit können bereits früh in der medizinischen Kaskade Kosten gespart werden. Schlafstörungen, Nervosität, allgemeine Müdigkeit, Übergewicht und depressive Verstimmungen rangieren unter den 50 häufigsten Beratungsergebnissen.

Aber auch besondere, regelmässig häufig vorkommende Situationen, wie Betreuung von Sterbenden und ihren Angehörigen zu Hause, von Suizid-Gefährdeten, der Umgang

mit Patientinnen, die unter einer chronischen, nicht heilbaren Krankheit leiden, der Umgang mit der Angst des Patienten, die Familienplanung, die Beratung von Gesunden, die Motivation, den Nikotinkonsum zu sistieren oder andere Verhaltensänderungen zu induzieren, bedürfen der Erforschung, um ein optimales Vorgehen zu finden.

Auch diese Forschung gelingt am effizientesten in Zusammenarbeit mit anderen Instituten, Kliniken oder Polikliniken der Universitäten.

Follow-up- und Outcome-Messungen

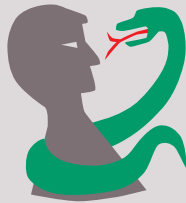
Langzeituntersuchungen, Interventionsstudien zu den wichtigen chronischen Krankheiten wie Hypertonie, Herzinsuffizienz oder Diabetes mellitus, aber auch den häufigen akuten Erkrankungen mit Fieber oder mit Myalgien haben wegen ihren kostenintensiven Komplikationen oder wegen ihres häufigen Auftretens eine besondere Bedeutung, auch volkswirtschaftlich. Studien werden heute noch viel zu oft in stationären Abteilungen oder Spezialsprechstunden durchgeführt. Damit wird die Übertragbarkeit auf die Hausarztpraxis erschwert bzw. in Frage gestellt. Studien aus der Praxis sind noch kaum vorhanden. Sie müssen von den Hausärzten und Hausärztinnen getragen werden und sollen aus der Allgemeinmedizin entstehen. Die Planung und Realisierung verlangt allerdings einen erheblichen organisatorischen Aufwand und kann ohne universitäre Verankerung nicht bewerkstelligt werden.

Eine Zusammenarbeit mit Instituten, welche die Praxisforschung fördern, zum Beispiel mit dem Horten-Zentrum, würde meines Erachtens eine gute Möglichkeit darstellen, solche Projekte zu realisieren.

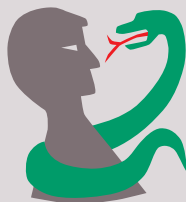
Diese vier Punkte decken natürlich das weite Spektrum der Allgemeinmedizin noch nicht ab. Fragen der Zusammenarbeit mit anderen Fachgebieten, mit Partnerberufen, Vergleiche zwischen Einzelpraxen, Gruppenpraxen, Polikliniken usw. harren ebenso der Beantwortung, wie weitere Fragen wie z.B. der Qualitätssicherung. Eine eigentliche allgemeinmedizinische «Forschungskultur» muss sich in der Schweiz noch entwickeln.

Literatur

- 1 Kissling B. Bericht aus dem Vorstand, Juni 2001: Die Schweiz – ein Schwellenland. *WONCA-Impressionen. PrimaryCare* 2001;1:379–82.
- 2 Braun RN. Lehrbuch der Allgemeinmedizin, Theorie und Fachsprache. Mainz: Kirchheim; 1986.
- 3 Braun RN, Mader FH, Danninger H. Programmierte Diagnostik in der Allgemeinmedizin, 82 Handlungsanweisungen für den Hausarzt. Berlin und Heidelberg: Springer; 1995.
- 4 Braun RN, Haber P. Das Fälleverteilungsgesetz. *H. Der Allgemeinarzt* 1998:1848–60.
- 5 Landolt-Theus P. Fälleverteilung in der Allgemeinmedizin. *Der Allgemeinarzt* 1992:254–68.
- 6 Kaminski G. Pyogene Infektionen in der Allgemeinpraxis. *Wien Med Wochenschr* 2001;237–9.
- 7 Landolt-Theus P, Danninger H, Braun RN. Kasuographie, Benennung der regelmässig häufigen Fälle in der Allgemeinpraxis. In: Mader FM, Hrsg. *Praxishilfen*. Mainz: Kirchheim; 1994.

**Bald saniert**

Das nationale Uterus-Sanierungsprogramm Hysterex 2000 kann bald erfolgreich abgeschlossen werden. Mit Unterstützung durch das Bundesamt für Gesundheitswesen BAG gelang es der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe SGGG in den letzten Jahren, landesweit alle Frauen über 50 durchzuoperieren. Die Hysterex-Rate bei diesen Frauen beträgt derzeit über 99%. Wie ein Sprecher des Programms gestern mitteilte, stammen die letzten Fälle, die noch nicht hysterektomiert sind, fast alle aus schwer zugänglichen Gebieten wie gewissen Juraseitentälern, den Schweizer Ärztinnen und der Roten Fabrik. Diese Einzelfälle sollen in den nächsten 2 Monaten notoperiert werden. Im Folgeprogramm Hysterex 2010, das im nächsten Jahr startet, werden alle Frauen über 40 erfasst und in Angriff genommen. Eine Arbeitsgruppe der SGGG führt zudem nächstes Jahr eine Studie durch, in der die Hysterektomie als Primärprophylaxe der Schwangerschaft untersucht werden soll.

mediKUSS**Auf Wachstumskurs**

Der Schweizer Pharmamulti N. bleibt auf Wachstumskurs. Unberührt von der Konjunkturabkühlung ist der Konzernumsatz im 3. Quartal 2001 um 11 Prozent auf 23,7 Mrd. Franken gestiegen. In den USA betrug das Wachstum sogar 25 Prozent. Laut Konzernchef V. haben dort die Bereiche Allgemeinmedizin und Onkologie Fortschritte erzielt. Der Bereich Onkologie verdanke seine Fortschritte allein dem neu eingeführten Medikament Excare, das die Sterbebegleitung weitgehend überflüssig mache. In der Abteilung Allgemeinmedizin seien v. a. die Produkte ärztliches Gespräch, geduldige Beratung und psychosoziale Begleitung zu einem richtigen Renner geworden.

mediKUSS