

Neues Netzwerk

„Hausärzte müssen das Thema Forschung selbst in die Hand nehmen“

Die Corona-Pandemie ist in vielerlei Hinsicht ein Lehrstück, auch in Sachen Forschung. Davon ist die Allgemeinmedizinerin Dr. Leonor Heinz aus Berlin überzeugt. Sie leitet die Koordinierungsstelle für die Initiative Deutscher Forschungspraxennetze (DESAM-ForNet) und hofft, dass sich Kolleginnen und Kollegen in den Arztpraxen neben ihrem Praxisalltag der Forschung anschließen. Warum das aus ihrer Sicht unumgänglich ist und wie das praktisch funktionieren kann, erklärt die junge Ärztin im Gespräch mit dem änd.



Heinz: "Wo Forschung fehlt, muss man sich auf Empfehlungen aus anderen Ländern verlassen beziehungsweise im Blindflug agieren."

(c) privat

Frau Dr. Heinz, warum sollen Hausärzte selbst forschen? Ist das nicht eine Sache für Wissenschaftler an den Universitäten?

Früher dachte man, an den Universitätskliniken werden die Krankheiten erforscht und medizinische Erkenntnisse gewonnen, und dann tröpfelt das Wissen mit einer gewissen Latenz hinunter bis zur Hausarztpraxis. Inzwischen wissen wir: das funktioniert nicht.

Warum nicht?

Einmal gibt es Erkrankungen, die eine deutliche Belastung für die Bevölkerung darstellen und dennoch fast nie in der Universitätsklinik landen, etwa der unkomplizierte Harnwegsinfekt oder der akute Gichtanfall. Auch Themen wie Polypharmazie bei multimorbiden älteren Patienten oder die Wirkung nicht-medikamentöser medizinischer Interventionen sind wichtig. Wenn man das nicht links liegen lassen will, braucht es dafür Forschung in der Hausarztpraxis. Und dann kommt noch hinzu: Wenn sich das Krankheitsgeschehen rasch ändert und einer hohen Dynamik

unterworfen ist, kann man nicht auf die Metaanalyse randomisiert kontrollierter Studien mit doppelter Verblindung warten, sondern hat sofort Entscheidungen zu treffen. Die COVID-Pandemie war in vielerlei Hinsicht ein Lehrstück – auch beim Thema Forschung.

Wie meinen Sie das?

Wo Forschung fehlt, muss man sich auf Empfehlungen aus anderen Ländern verlassen beziehungsweise im Blindflug agieren. In der Hausarztpraxis ist dieses Problem besonders schmerzhaft spürbar, wenn sich die Gemengelage täglich ändert, die Patientinnen und Patienten jedoch zu Recht klare Informationen und fundierte Empfehlungen erwarten. Spätestens mit COVID ist klar geworden: Wir als Hausärztinnen und Hausärzte müssen das Thema Forschung selbst mit in die Hand nehmen. Wir haben erlebt, dass man sich ohne solide Datengrundlage an den Universitäten alles Mögliche zusammenreimt. Freitags gibt es dann Erlasse von der Politik und montags stürmt die Patientenschaft die Praxis und beschimpft die MFA.

Wie offen sind die Allgemeinmediziner für die Forschung in ihrem Fachgebiet nach Ihrer Einschätzung?

In der Hausarztpraxis hat man mit einer hohen Taktung ein breites Spektrum an Patientenanliegen und Krankheitsbildern zu bearbeiten. Dadurch ist der Komplexitätsgrad der hausärztlichen Arbeit deutlich höher als in spezialisierten Praxen. Wer sich heute schon fragt, wie man die „normale Arbeit“ überhaupt schaffen soll, der wird sich morgen früh nicht noch Forschungsprojekte auf den Teller laden. Es braucht also Zeit, und das heißt, Geld, um Forschung in der Hausarztpraxis möglich zu machen. Darum erhalten Hausärztinnen und Hausärzte schon jetzt für ihr Mitwirken im Forschungspraxennetz eine finanzielle Aufwandsentschädigung. Es ist mir aber bewusst, dass das langfristig nicht reichen wird.

Was braucht es noch?

Entscheidend sind zwei weitere Faktoren: zum einen eine Infrastruktur, die Forschung einfach macht. Das heißt, die Daten müssen mit dem Einverständnis aller Beteiligten ohne enorme Aufwände aus dem Praxisrechner an die Uni kommen. Das funktioniert aktuell in Deutschland aus unterschiedlichen Gründen schlecht, unter anderem wegen der mangelhaften Schnittstellen der PVS-Systeme. Zum anderen braucht es Planungssicherheit. Wenn ich eine MFA zur Study Nurse qualifizieren lasse, dann will ich mich darauf verlassen können, dass es stetig neue Forschungsprojekte gibt, die für mich und mein Praxisteam Sinn machen und dass die finanziellen Rahmenbedingungen dauerhaft stimmen.

Was erhoffen Sie sich für die Hausärzte auf der einen, und für die Patienten auf der anderen Seite?

Es ist schwer, Entscheidungen zu treffen – vor allem, wenn es die körperliche und seelische Gesundheit betrifft. Das gilt für Patientinnen und Patienten genauso wie für die betreuenden Ärztinnen und Ärzte, das gilt aber auch für Politikerinnen und Politiker, die die Rahmenbedingungen der medizinischen Infrastruktur und damit der ärztlichen Arbeit und der Patientenversorgung vorgeben. Wenn man sich bei Entscheidungen vor allem auf sein Gefühl verlassen muss, macht das ängstlich und hilflos, manchmal wütend – oder aber es befördert die Selbstüberschätzung. Das ist für niemanden gut und erschüttert letztlich das Vertrauen in die freiheitlich-demokratische Grundordnung. Für eine lebenswerte Gesellschaft ist Forschung sehr wichtig - sie ist die Entscheidungsgrundlage für stabile, durchdachte Versorgungsstrukturen, verlässliche soziale Netzwerke und somit auch für gesellschaftliche Stabilität und Zufriedenheit. Deswegen erhoffe ich mir, dass Forschung in der Hausarztpraxis letztlich für alle Menschen in Deutschland langfristigen Nutzen bringt.

Sie leiten die Koordinierungsstelle für die Initiative Deutscher Forschungspraxennetze – DESAM-ForNet. Worum geht es dort?

Die Initiative ist ein Zusammenschluss von sechs Forschungspraxennetzen und einer Koordinierungsstelle, die bis 2025 vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) Fördergelder erhalten. Das gemeinsame Ziel ist, die Forschung in der Allgemeinmedizin zu verbessern. Gelingen soll dies durch das Etablieren einer deutschlandweiten Netzwerkstruktur von Forschungspraxen.

Wie viele Praxen haben sich Ihrer Initiative bisher angeschlossen?

Das Netzwerk befindet sich in der Aufbauphase. Es sind über 23 Universitäten, die sich in den bisher sechs Forschungspraxennetzen bei der Initiative DESAM-ForNet einbringen und an den jeweiligen Universitätsstandorten mit den dortigen Hausarztpraxen zusammenarbeiten. Bis zum Ende der Projektförderphase sollen insgesamt 1.700 Praxen im Netzwerk dabei sein.

Wie wird das organisiert?

Die regionale Bindung ist sehr wichtig, häufig „kennt man sich“ und ist schon seit Jahren durch das Thema Lehre miteinander vertraut. Die Forschungsprojekte werden von Anfang an gemeinsam mit den Hausärztinnen und Hausärzten, also „aus der Praxis für die Praxis“, entwickelt. Denn Forschung aus dem Elfenbeinturm funktioniert in der Praxis nicht. Das wissen die Universitätsinstitute ganz genau.

Sind bereits Forschungsschwerpunkte erkennbar?

Kennzeichnend für das hausärztliche Setting sind das breite Krankheitsspektrum, die Langzeitbetreuung und die hohen Fallzahlen. Insofern sind qualifizierte Forschungspraxen insbesondere dazu geeignet, zu chronischen Erkrankungen und Multimorbidität, zum Nutzen diagnostischer Verfahren sowie zur vergleichenden Nutzenbewertung von Therapien im Real-World-Setting zu forschen. Auch wenn in Zulassungsstudien Tausende von Patienten eingeschlossen waren, sind die Erkenntnisse über neue Medikamente zur Markteinführung begrenzt, etwa weil die Studienteilnehmer für Zulassungsstudien nach strengen Kriterien ausgewählt werden. Unter Alltagsbedingungen gibt es häufig deutliche Abweichungen, denn viele Menschen haben anders als die Probanden in den Zulassungsstudien Begleiterkrankungen, nehmen mehrere Medikamente ein und sind fortgeschrittenen Alters. Es ist aber in der Praxis wichtig, zu wissen, was bei einer medizinischen Intervention in der realen Versorgung „unter dem Strich“ herauskommt. Aus diesem Grund ist „practice-based evidence“ als wichtige Ergänzung der etablierten Forschungslandschaft von großer Bedeutung.

Als eine der jüngsten Delegierten der Berliner Kammerversammlung mischen Sie in der Landespolitik mit. Welche Bedingungen braucht es von landespolitischer Seite, um die Forschung in der Allgemeinmedizin weiter voran zu bringen und den Kolleg:innen den Spagat zwischen eigener Praxis, Patientenversorgung und Wissenschaft zu ermöglichen?

Dass es besser ist, wissenschaftsbasiert zu handeln als auf der Basis von Vermutungen und Annahmen, ist klar. Nun ist Wissen leider Arbeit und entsteht nicht von selbst. In der Industrie ist Datenerhebung und -verarbeitung zur Anpassung und Optimierung von Prozessen schon lange selbstverständlich. Auch in der Medizin sollte es ganz normal sein, dass Daten in der Patientenversorgung erhoben und verarbeitet werden, um besser zu verstehen, was passiert. Das kann jedoch nur funktionieren, wenn es hierfür ein besonders geschütztes Umfeld gibt, das weder den Interessen des Marktes noch den Interessen des Staates unmittelbar unterworfen ist.

Der Arztberuf wird als „freier Beruf“ eingeordnet, weil wir als Ärztinnen und Ärzte mit eben dieser Gratwanderung sehr gut vertraut sind: Staatliche und ökonomische Aspekte fließen in unser Handeln mit ein. Dennoch sind wir weder Gewerbetreibende noch Staatsbedienstete und behandeln prinzipiell frei und unabhängig - im Sinne der Patientinnen und Patienten. Genauso muss auch dieser Schutzraum gestaltet sein, in dem die Datenerhebung und -verarbeitung für die medizinische Forschung stattfindet. Es darf niemals in erster Linie darum gehen, Produkte zu verkaufen oder Bürger im Sinne einer staatlichen Doktrin auf Linie zu bringen. Die Medizin muss für die Menschen da sein, und dafür braucht sie ein vertrauenswürdiges Forschungsumfeld, das die Voraussetzungen für gute Entscheidungen schaffen kann.

Welche Aufgabe hat die Landespolitik?

Die Landespolitik hat sich meines Erachtens zu weit von der Forschung entfernt. Der ärztliche Berufsstand hat sich zu lange so verhalten, als könne man das Thema in weiten Teilen anderen Leuten, beispielsweise aus der Industrie, überlassen. Das ist ein schwerer Fehler und in etwa so, als würde sich ein Bauer nicht für den Grund und Boden, auf dem seine Feldfrüchte wachsen, interessieren. Ich hoffe, dass die Relevanz des Themas „Forschung“ in der Berufspolitik mehr und mehr gesehen wird.