

Forschung

Welche Forschung gibt es und welche Bedeutung kommt ihr zu?

Forschung ist eines der Zauberworte der Neuzeit. Verheißungsvoll und etwas geheimnisumwittert ist der Begriff jedem Bürger bekannt. Die Menschen erwarten von ihren medizinischen Therapeuten eine sichere und wirksame medizinische Behandlung. Dies verlangt den Einsatz neuer Forschungserkenntnisse im Alltag der Betreuung von Patienten. Stellt sich die Frage: Welche Forschung gibt es in der Medizin?

Grundlagenforschung

Am weitesten von der Realität der Krankenbehandlung entfernt ist die Grundlagenforschung. Diese ist nicht auf unmittelbar praktisch anwendbare Ergebnisse ausgerichtet, sondern soll Erkenntnisse gewinnen, die für die weitere klinische Forschung als Grundlagen unbedingt erforderlich sind. Ein Beispiel hierfür ist die Entschlüsselung des menschlichen Erbgutes. Grundlagenforschung wird häufig von staatlichen Institutionen bezahlt und betrieben, da entweder gar kein wirtschaftlicher Nutzen absehbar ist oder dieser nicht schnell genug eintritt, als dass eine Firma das entsprechende Geld investieren würde.

Klinische Forschung

Das Hauptgebiet der Forschung in der Medizin ist die klinische Forschung. Es werden dabei unter anderem neue Medikamente und Behandlungen entwickelt und an Menschen getestet, um deren Wirkungen und Nebenwirkungen im klinischen Alltag kennen zu lernen. Damit beispielsweise ein neues Medikament zugelassen und verordnet werden kann, muss die Wirksamkeit auf bestimmte Zielgrößen, wie es der Blutzucker bei einem Blutzucker senkenden Medikament darstellt, nachgewiesen werden. Auch müssen die auftretenden Nebenwirkungen in einem akzeptablen Verhältnis zum Nutzen stehen.

Forschungsstudien / Endpunktstudien

In den letzten 20 Jahren haben wir gelernt, dass es nicht nur wichtig ist, dass der Blutdruck oder der Blutzucker als einzelner Messwert gesenkt wird, sondern dass der behandelte Patient insgesamt vor Schäden durch die Krankheit (oder die verabreichten Medikamente) verschont wird und dass dieses nicht immer sichergestellt ist, wenn der Fokus ausschließlich auf einer Verbesserung der genannten Messgrößen liegt. Bei den Forschungsstudien ist es also notwendig, den Gesamtnutzen für den Patienten zu untersuchen. Solche Studien werden meist Endpunktstudien genannt, was für den unbefangenen Leser etwas merkwürdig klingen mag: Endpunkte sind wichtige Ereignisse wie Herzinfarkt oder Schlaganfall. Untersucht wird, ob die Häufigkeit, mit der solche Ereignisse auftreten, mit der untersuchten Behandlung vermindert werden oder nicht. Solche Endpunktstudien dauern viele Jahre, sind teuer in der Durchführung und liegen meist zum Zeitpunkt der Zulassung eines Medikamentes noch nicht vor. Es gibt also bisher immer einige Jahre der Unsicherheit über die wahre Qualität eines Medikamentes oder einer neuen Therapie.

Anwendungsforschung

Während dieser Phase gibt es in den letzten Jahren zunehmend Konflikte, da die Krankenkassen viel Geld für neue Medikamente bezahlen müssen, ohne dass die Sicherheit und der Nut-

zen schon abschließend belegt sind. Der Gemeinsame Bundesausschuss entscheidet über die Verordnungsfähigkeit neuer Medikamente zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen (d.h. ob die Kosten für diese übernommen werden oder nicht) aufgrund der vorliegenden Erkenntnislage. Wenn aber bis zu diesem Zeitpunkt zu „wenig“ Forschung betrieben wurde oder die Ergebnisse der Langzeitstudien noch nicht vorliegen, dann gibt es zu wenige Daten zum Nutzen eines Medikamentes, und die Entscheidung des Bundesausschusses ist negativ.

Wer soll diese teure Forschung betreiben und bezahlen? Bisher ist dies praktisch immer der Hersteller dieser Medikamente, der aber natürlich ein starkes Eigeninteresse an positiven Ergebnissen der Studien hat. Geld für Forschung durch unabhängige und damit neutrale Stellen steht bisher praktisch nicht zur Verfügung. Deshalb sind wir in der Situation, dass die Krankenkassen auf der einen Seite richtig viel Geld ausgeben für die Kostenerstattung bei Medikamenten, aber fast kein Geld für die Untersuchung der Vorteile eines neuen Medikamentes bei der Behandlung von Patienten im Alltag, der sogenannten Anwendungsforschung, zur Verfügung steht. Dies ist eine unvernünftige Situation, die nur die Politik ändern kann.

Versorgungsforschung

Nun wissen wir aber auch, dass selbst wenn die bei der Forschung gewonnen Erkenntnisse für die Behandlung von Patienten als wichtig anerkannt sind, es oft 10 Jahre dauert bis sich diese in der Alltagsbehandlung etabliert. Mit anderen Worten: es gibt eine große Zahl an Menschen, die nicht nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft behandelt werden. Allerdings haben wir auch dazu praktisch keine konkreten Zahlen.

Häufiger als angenommen wissen wir also nicht, wie die Versorgungssituation von Patienten in der Praxis tatsächlich ist. Wie viele Lebensjahre gehen einem Typ 2 Diabetiker verloren? Wird die Behandlung so durchgeführt, wie es in den Leitlinien empfohlen wird? Wie heilen Fußwunden bei Diabetes am besten ab? Wie kommt es, dass Diabetes oft so spät diagnostiziert wird? Es gibt viele weitere Fragen. Die Antworten auf solche Fragen kann die Versorgungsforschung liefern. Die Notwendigkeit dazu wird zunehmend gesehen. Sie ist der realen Behandlungssituation am nächsten und sollte somit große Wertschätzung erfahren. Davon sind wir allerdings noch weit entfernt.

Wer kann Versorgungsforschung betreiben? Die meisten behandelnden Ärzte in Krankenhäusern und Praxen sind ja ohnehin schon überlastet. Universitäten und Forschungsinstitute haben manchmal mehr Freiräume, meist aber auch nicht viel Geld und sind den Patienten und dem Praxisalltag oft fern.

Warum brauchen wir Versorgungsforschung? Es ist für alle am Behandlungsalltag interessierten Personen wichtig, dass wir wissen, wo Defizite in der Versorgung von Patienten bestehen. Es ist klar, dass es solche gibt. Beklagenswert ist allerdings, dass das Gesundheitswesen sich bisher nicht genug um solche Defizite kümmert.

Wer soll solche Forschung bezahlen? Dies ist eigentlich einfach: Gute Versorgungsforschung bezahlt sich durch die Verbesserungen, die erst durch diese möglich werden. Nichts ist teurer als schlechte Behandlung!!!

Gerade im ambulanten Bereich ist es eine große Herausforderung, Forschung und vor allem Versorgungsforschung parallel zur Behandlung von Patienten zu betreiben. Bisher sind Arztpraxen eindeutig auf die Behandlung von Patienten ausgerichtet und nicht auf Forschung. Niedergelassene Ärzte können daher bisher zwar Daten liefern, die Zeit und Kompetenz für

eine adäquate Auswertung und Publikation der Forschungsergebnisse fehlt allerdings fast immer.

Elf niedergelassene Diabetologen haben vor 2,5 Jahren ein eigenes Institut gegründet, um Versorgungsforschung in ihrem Bereich konkret durchzuführen. Seitdem wurden eine ganze Reihe von Projekten initiiert und durchgeführt (s. www.windiab.de).

Bisher haben sich mehr als 160 Diabetologen als zahlende Partner diesem (= ihrem) Institut angeschlossen, um diese Projekte praktisch umzusetzen. Die bisherige Erfahrung zeigt, dass mit dieser Initiative einiges erreicht werden kann. Für eine wirklich professionelle Forschung fehlen aber „neutrale“ Finanzmittel. Die Notwendigkeit, Gelder beispielsweise aus staatlichen Quellen oder aus Stiftungen zu bekommen und nicht von der Pharmaindustrie, liegt in der Gefahr einer Einflussnahme auf die Ergebnisse solcher Untersuchungen. Die Unterstützung für solche Studien durch unabhängige Stellen wäre ausgesprochen gut investiertes Geld, so wie oben dargelegt. Damit die entsprechenden Stellen motiviert werden, ist es wichtig, dass Patienten und Patientenvertreter solche Forschung fordern und sich gegebenenfalls auch beteiligen.

Wir brauchen eine Veränderung in der Forschungskultur in unserem Land, damit wir erkennen, wie gut oder auch schlecht die medizinische Behandlung in der Praxis ist und durch welche Maßnahmen sich diese weiter verbessern kann.

Dr. Matthias Kaltheuner

Ich danke Frau Gaby Faber-Heineman und Prof. Dr. Lutz Heinemann für die kritische Durchsicht dieses Artikels