

Die siebte Dosis

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

da ich immer wieder danach gefragt werde, gleich zu Beginn ein (wiederholter) technischer Hinweis:

- Wer in den Verteiler der MMK-Benefits aufgenommen werden möchte, sende bitte eine E-mail an mmk-benefits-subscribe@gwdg.de.
- Wer sich abmelden möchte: mmk-benefits-unsubscribe@gwdg.de.
- Die Benefits sind komplett frei und an keine Mitgliedschaften gebunden.

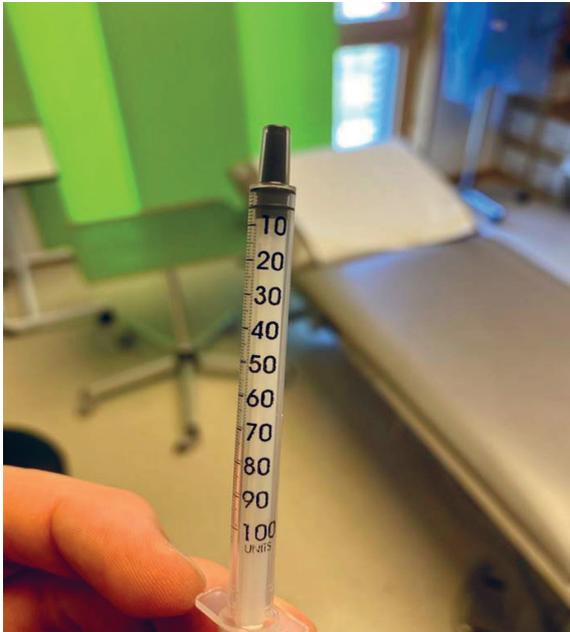
► **Am Dienstag, den 6. April – spät genug - beginnen in den hausärztlichen Praxen die Impfungen mit den verfügbaren Corona-Vakzinen** (Bayern war schon einige Tage früher dran; die Pilotpraxen in allen Bundesländern impfen schon seit Anfang März).

Zunächst wird der Impfstoff von *Biontech/Pfizer* angeliefert, danach *AstraZeneca* für Personen über 60 Jahre (die Vakzine von *Moderna* ist momentan nur in rel. geringen Dosen im Lande).

Die m-RNA-Vakzine von Biontech (Comirnaty®) nimmt hierzulande den zahlenmäßig größten Anteil ein:

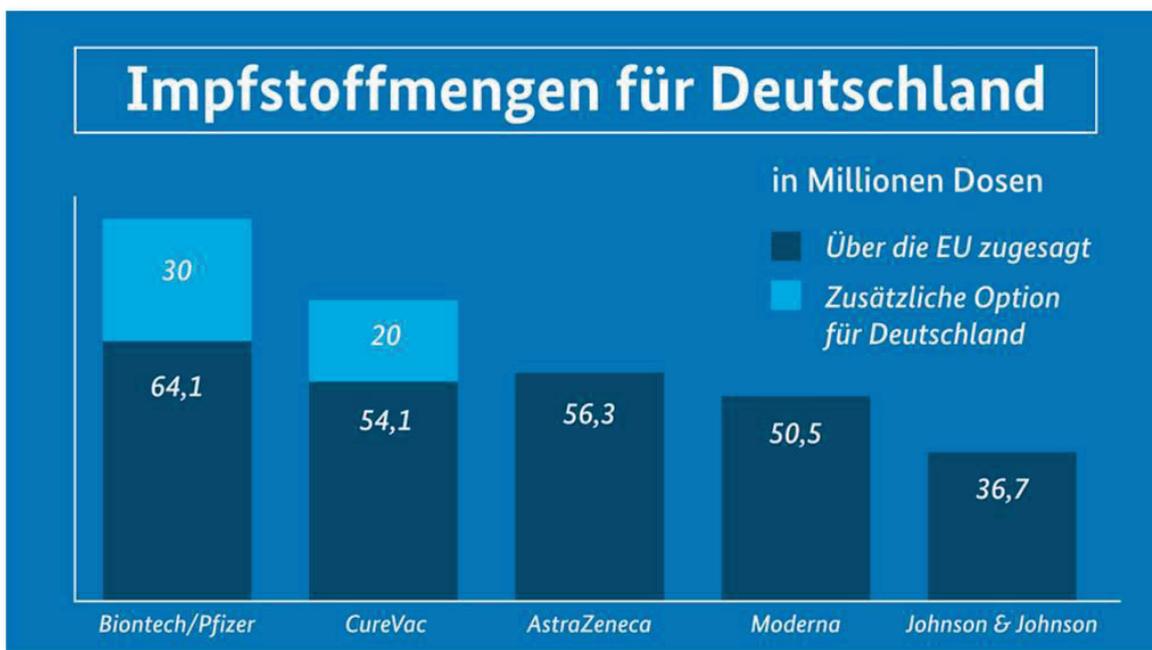
- Ursprünglich durften aus einer Durchstechflasche (*vial*) nur 5 Dosen verwendet werden, was kurze Zeit später auf sechs „aufgestockt“ wurde.
- Tatsächlich aber sind in einem BioNTech-Vial 0.45 ml Impfstoff enthalten, was nach Verdünnung mit 1.8 ml NaCl 2,25 ml ergibt. Da 0.3 ml injiziert werden, ergibt sich nach Adam Riese, dass **aus einem vial mindestens sieben Dosen entnommen werden können**. Rein rechnerisch verbleiben also 0.15 ml in der Flasche. [Auf die unterschiedlich beurteilte Idee, *aus den Resten von 2 vials (2x0.15ml) eine achte Dosis „zusammenzustellen“*, gehe ich an dieser Stelle nicht ein].
- Die routinemäßige Entnahme von sieben Dosen gelingt aber nur dann, wenn man sog. *1ml-Feindosierspritzen ohne Totraum* verwendet, z.B. <https://www.bbraun.de/de/products/b0/injekt-f.html> (nein, ich habe keine Aktien von Pharma- oder Medizinprodukteherstellern, noch nicht einmal von AstraZeneca)

- Im Bild sieht das so aus (Bilder stammen von Wolfgang v. Meißner, s.u.)



- Besonders zwei Kollegen haben sich frühzeitig dieses Themas angenommen: *Wolfgang von Meißner* (Corona-Schwerpunktpraxis in Baiersbronn nahe Freudenstadt <https://www.hausaerzte-am-spritzenhaus.de/>) und *Christian Kröner* (Neu-Ulm <https://www.einehausarztpraxisinpfuhl.de/>). Dessen Eilpetition (zur offiziellen Absegnung der 7. Dosis) an den Bayerischen Landtag von Ende Februar ist bis heute noch nicht behandelt worden.

- Wie sehen die Möglichkeiten/Empfehlungen zur 7. Dosis in den einzelnen Bundesländern aus?
 - ▷ Keine Einwände erheben die Behörden in Baden-Württemberg, Hessen, Sachsen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz.
 - ▷ Unklar ist die Situation in Bayern, Brandenburg, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Saarland, Sachsen-Anhalt – hier werden m.W. in der Regel sechs Dosen entnommen.
 - ▷ Schnell mal befreundete Kolleginnen gefragt, die in anderen Ländern als Hausärztinnen arbeiten (nicht alle haben während der Feiertage geantwortet):
Sieben Dosen werden genutzt in Dänemark, Estland (beide seit 27.12.2020); Finnland (dort impfen ausschließlich MFA); Österreich (seit 19.2.); Portugal; UK (seit Dezember 2020)
Sechs Dosen nutzen: Italien (mein Mailänder Freund sagte: „Frag´ mich nicht, warum“); Slowenien



- Diese Grafik aus dem BMG zeigt die **Bestellmengen an Impfstoffen für das gesamte Jahr 2021**
 - ▶ *Johnson & Johnson* ist zwar zugelassen, ob es aber nach dem Labor"unfall" mit Vernichtung von 15 Millionen Dosen in Baltimore <https://t1p.de/vksd> Lieferverzögerungen geben wird, ist noch nicht ausgemacht.
 - ▶ *Curevac/Tübingen* hat noch keinen Zulassungsantrag gestellt und wird vermutlich erst im Juli verfügbar sein.
- Bei **Biontech/Pfizer** (Comirnaty®) wären rund 90 Millionen Dosen nach

konventioneller Rechnung in 15 Millionen vials enthalten. Würde man aus jeder dieser Impfstoffflaschen *sieben satt sechs Dosen* entnehmen, ergäbe sich – konservativ gerechnet - eine Zusatzmenge von nicht weniger als 15 Millionen Dosen. **Damit könnten 15 Millionen Personen einmal bzw. 7.5 Millionen zweimal geimpft werden.**

Das gleiche Prinzip trifft übrigens auch für Moderna zu. Lediglich bei AstraZeneca ist die Gesamtmenge knapper bemessen; zudem schäumt der Vektorimpfstoff schneller, was die Entnahme schwieriger machen kann.

- Auf dem Hintergrund dieser Informationen gibt es aus meiner Sicht nur eine ► **Handlungsempfehlung: Entnehmen Sie mit Hilfe von 1ml-Feindosierspritzen routinemäßig jeder Impfstoffflasche sieben Dosen** (und keine sechs).
- Da wir in einem Lande leben, in dem jede „hoheitliche“ Handlung von mindestens drei, besser noch von sechs behördlichen Stellen abgesegnet ... und per Fax ... bestätigt werden muss, kommt vielleicht bei manchen die Frage auf: **Ist das eigentlich erlaubt?**

Dazu gib es dankenswerter Weise eine ► **juristische Stellungnahme auf dem halb-offiziösen Rechtsportal juris.de**. Dort schreiben der Rechtsanwalt Marco A. Succu und seine Koautorin Victoria Lehmann mit Datum vom 24.3.2021:

„Ob eine Zulassung der Verimpfung der 7. Dosis wie in Nordrhein-Westfalen auch in der gesamten Bundesrepublik erfolgen wird, ist derzeit noch unklar. Eine Strafbarkeit scheidet im Rahmen der Verimpfung einer 7. Dosis des BioNTech-Impfstoffes im Ergebnis aus. Auch wenn die Tatbestände der veruntreuenden Unterschlagung sowie der Körperverletzung grundsätzlich in Betracht kommen, sprechen die besseren Argumente für eine Rechtfertigung. Der handelnde Arzt bzw. die Ärztin kann sich im Ergebnis wahlweise auf eine rechtfertigende Pflichtenkollision oder den Rechtfertigungsnotstand berufen. Auch ein Off-Label-Use ist in der Verwendung der 7. Dosis nicht zu sehen, sodass keine strengeren Anforderungen an die Aufklärungspflichten zu stellen sind.

Im Ergebnis bleibt daher festzuhalten: Wird eine 7. Dosis des BioNTech-Impfstoffes lege artis aufgezogen, so ist ihre Verimpfung nicht strafbar“. <https://t1p.de/6dsz>

- Wenn Sie jetzt noch unsicher sind, gebe ich Ihnen einen Halbsatz aus der Osterrede von Bundespräsident Frank-Walter Steinmeier mit auf den Weg: *„Die Pandemie hält unserem Land den Spiegel vor: der Hang zum Alles-regeln-Wollen, unsere Angst vorm Risiko, das Hin-und-Herschieben von Verantwortung“*...
- Schließt sich gleich die nächste Frage an: **Welcher Abstand soll zwischen erster und zweiter Impfung bei m-RNA-Vakzinen eingehalten werden?** Während lange Zeit auch auf der RKI-Seite von 3-6 (Comirnaty) bzw. 4-6 Wochen (Moderna) die Rede war, steht dort seit 1. April: **6 Wochen**. Das entspricht genau der *Bundesimpfverordnung des BMG*.

Jede Verkürzung dieses Abstands (auf weniger als 6 Wochen) verringert die verfügbare Impfstoffmenge für Erstimpfungen im Lande!

Kurzmeldungen

▶ **Wer nach einem sicheren Rezept sucht, wie man die Reputation einer Firma nachhaltig zerstören kann, wende sich vertrauensvoll an AstraZeneca.**

- Diesen Satz habe ich zwar frei erfunden, man könnte ihn aber als Quintessenz für einen Artikel nehmen, den die Wissenschaftsjournalistin *Berit Uhlmann* am 30. März in der *Süddeutschen Zeitung* veröffentlicht hat. Titel: „Pannen, Fehler, Missverständnisse“ <https://t1p.de/xdhs> (Zahlschranke)
- ▶ Die vom RKI empfohlenen **Entlassungskriterien aus der Isolierung** wurden (angesichts der deutlich gesteigerten Infektiosität der im Lande vorherrschenden, zuerst im UK entdeckten Variante B.1.1.7) **zum 1. April geändert**.
- Unabhängig vom Krankheitsverlauf müssen alle betroffenen Personen jetzt 14 Tage isoliert werden. Eine Entisolierung erfordert neben einer 48-stündigen Symptomfreiheit bzw. nachhaltigen Besserung einen PCR-Test (schwerer Verlauf) oder einen Antigentest.

Stand: 31.03.2021

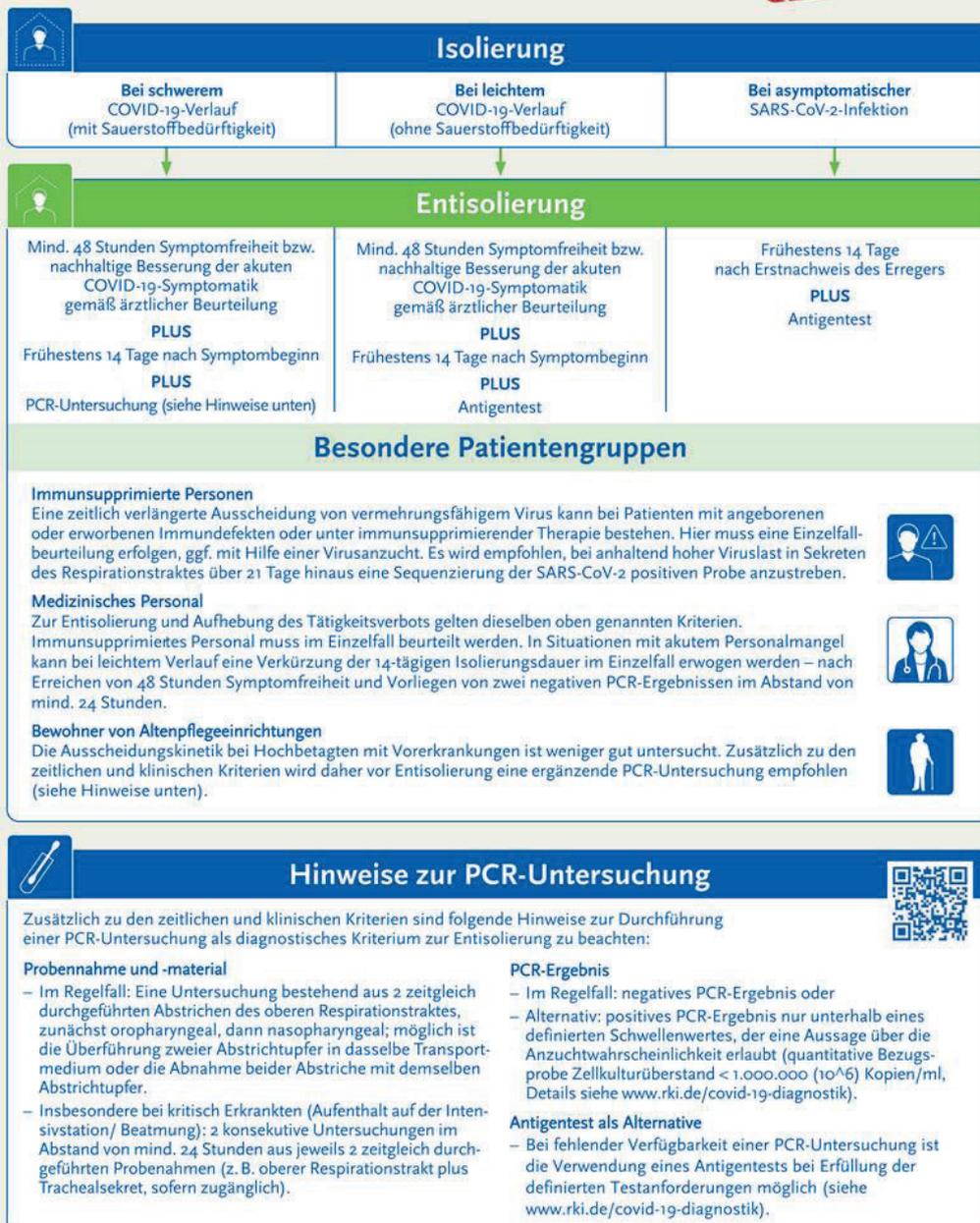
ROBERT KOCH INSTITUT



COVID-19: Entlassungskriterien aus der Isolierung

Orientierungshilfe für Ärztinnen und Ärzte

**GILT FÜR ALLE
VARIANTEN**



Die Abweichung von diesen Kriterien kann im Einzelfall in enger Absprache zwischen Klinik, Labor und Gesundheitsamt erfolgen. Länderspezifische Regelungen können abweichen und sind zu beachten. Eine Isolierung außerhalb des Haushalts kann durch das Gesundheitsamt erwogen werden, um das Ansteckungsrisiko weiterer Personen zu minimieren.

Impressum: Robert-Koch-Institut, rki@rki.de; Grafik: Coetel; Graeme.de; DOI:10.25646/6937

► **Aufklärung statt Kijimea**

- Nach 14 Monaten Pandemie sollte man annehmen, dass ein Großteil der Bevölkerung über grundlegende Verhaltensempfehlungen wie z.B. die AHA-L-Regeln informiert ist. Auf der Straße oder beim Einkaufen aber bekommt man den Eindruck (und da stehe ich keineswegs alleine), dass viele Leute nicht wissen, wie man z.B. eine Maske trägt oder dass in den engen Gängen eines Supermarkts trotz Maske unbedingt Abstand gehalten werden sollte. Stellt sich die Frage, woher die Menschen diesbezügliche Informationen erhalten.
- **„Eigentlich sollte die Corona-Krise ihre Stunde sein – doch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) tritt in der Pandemie kaum in Erscheinung“**, schrieb der Wissenschaftsjournalist Hinnerk Feldwisch-Drentrup Anfang des Jahres auf *Medwatch* und im *Berliner Tagesspiegel* <https://t1p.de/toe9>
- Seit Ende Januar ist die Behörde ohne Leitung, was den Bundesgesundheitsminister offenbar wenig kümmert. Sieht man sich den Organisationsplan an, so ist Martin Dietrich der kommissarische Direktor und sein eigener Stellvertreter in einer Person.

Organisationsplan der BZgA

Stand: 01.02.2021



In vielen europäischen Ländern wird die attraktivste Zeit im Fernsehen, kurz vor den Haupt-Nachrichtensendungen, für eine halbminütige Aufklärung genutzt. Bei uns ist das offenbar nicht nötig.

Die geldbringende Werbung unmittelbar vor der *Tagesschau* oder vor *heute* hat da Vorrang. Vielleicht sind sich die Verantwortlichen in den zuständigen Ministerien ja auch weitgehend darüber einig, dass **für die Gesundheit „Kijimea - Reizdarm PRO“ wichtiger ist als schnöde Gesundheitsaufklärung**. Wer weiß?

[Da stört es dann auch nicht, dass der rührige Hersteller dieses Präparates (*Synformulas*) gerne seinen Anwalt aktiviert, wenn ein *drug bulletin* wie das arznei-telegramm es wagt, den Nutzen des Medizinproduktes unter die Lupe zu nehmen <https://t1p.de/uka6>].

► Ich weiß nicht, wie es Ihnen geht, wenn Sie folgende Wortkombination auf einem Brief sehen: **„Ich weise hierzu auf Folgendes hin. Mit freundlichen Grüßen - Im Auftrag gez.“**. Lesen Sie weiter oder flüchten Sie ins Freie, um erst einmal Luft zu holen?

So sieht der Anfang des 6-seitigen Schreibens aus (vermutlich in vielen Bundesländern ähnlich):



Niedersächsisches Ministerium für
Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

Nds. Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung
Postfach 141,30001 Hannover

An die
örtlich zuständigen Gesundheitsämter
und die
niedersächsischen Heimaufsichtsbehörden
Per E-Mail

Bearbeitet von: Herrn Gerth

E-Mail:
Thomas.Gerth@ms.niedersachsen.de

Fax: (05 11) 995838

Ihr Zeichen, Ihre Nachricht vom

Mein Zeichen (Bei Antwort angeben)
104.4

Durchwahl (0511) 120-
5838

Hannover,
08.03.2021

Erlass auf Grundlage der Niedersächsischen Verordnung über Maßnahmen zur Eindämmung des Corona-Virus SARS-CoV-2 (Niedersächsische Corona-Verordnung) vom 30. Oktober 2020 (Nds. GVBl. S. 368), zuletzt geändert durch Verordnung vom 07. März 2021 (Nds. GVBl. S. 110)

**zum Empfang von Besuch bei einem aktuellen Infektionsgeschehen,
zur Testverpflichtung von Beschäftigten,
zur Testverpflichtung mittels PoC-Antigen-Tests bei einer Inzidenzzahl von über 35,
zur Testverpflichtung und zum Tragen von Atemschutzmasken von Fach- und Hausärztinnen und -ärzten sowie
zu Friseurbetrieben**

in Heimen nach § 2 Abs. 2 NuWG sowie in unterstützenden Wohnformen nach § 2 Abs. 3, 4 NuWG und in ambulant betreuten Wohngemeinschaften zum Zweck der Intensivpflege

Ich zeige Ihnen den Text aber nicht alleine aufgrund der Form. Sollten Sie tatsächlich „Lust“ auf die Lektüre eines kleinen Ausschnitts **bundesdeutscher Bürokratiekultur** haben, werden Sie erkennen, welche Stolpersteine Hausärzten mancherorts in den Weg gelegt werden. Der Brief hängt in voller Länge an.

▶ Viele Leser/innen der Benefits fragen sich (und mich), wie es um den **russischen Vektor-Impfstoff Sputnik V** steht, dessen Zulassungsantrag in der EU von der europäischen Zulassungsbehörde EMA in einem *rolling review* Verfahren geprüft wird.

- Der in Nordirland beheimatete Wissenschaftsjournalist *Chris Baraniuk* hat vor wenigen Tagen einen kurzen Überblick über den Stand der Dinge im *British Medical Journal* geschrieben („Covid-19: What do we know about Sputnik V and other Russian Vaccines“ <https://t1p.de/84f7>).

▶ Trotz aller Misslichkeit beim Management des Infektionsgeschehens in Deutschland und der EU: **Die Pandemie trifft die armen Länder im globalen Süden noch viel heftiger als uns.**

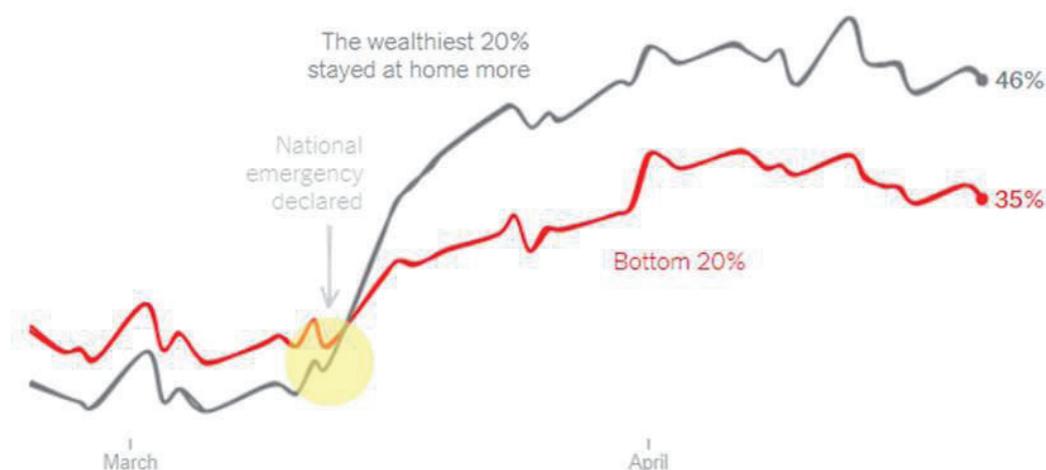
- Eine informative **Analyse über den fallenden Lebensstandard und die Entwicklung der Arbeitslosigkeit** in neun Ländern ▶ Afrikas (Burkina Faso, Ghana, Kenia, Ruanda, Sierra Leone), ▶ Asiens (Bangladesh, Nepal, Philippinen), und ▶ Lateinamerikas (Kolumbien) haben Autoren unter der Leitung von Dennis Egger (University of California, Berkeley) in der Zeitschrift *Science Advances* publiziert:

„Falling living standards during the COVID-19 crisis: Quantitative evidence from nine developing countries“ <https://t1p.de/lqtq>.

▶ Die großen Unterschiede zwischen Arm und Reich in den Vereinigten Staaten von Amerika zeigt die *New York Times* in eindrucksvollen Grafiken auf interaktiven Webseiten (bei uns sieht es diesbezüglich zwar nicht ganz so schlimm, aber ähnlich aus).

- Hier eine der Abbildungen, die demonstriert, wer es sich leisten kann, in pandemischen Zeiten „einfach zuhause zu bleiben“.

Share of population staying at home, by income group



„The pandemic has been a story of two lines — haves and have-nots — moving in different directions“ <https://t1p.de/6k8c>.

▶ In der Zeit zwischen den Benefits nutze ich oft den *Kurznachrichtendienst Twitter*, um auf interessante, frei verfügbare Studien hinzuweisen. Das sieht dann so (kurz) aus: „*CDC: Voll geimpfte Amerikaner können im In- und Ausland reisen - vorangehender negativer Test nötig (wegen geringem, aber noch vorhandenem Ansteckungsrisiko)* <https://t1p.de/5kso>“.

Wer daran interessiert ist: https://twitter.com/kochen_michael

Nicht-Corona

▶ **Akut agitierte Patienten** dürften nur sehr selten in der Hausarztpraxis auftauchen. Kolleginnen und Kollegen, die auch im vertragsärztlichen Notdienst unterwegs sind, werden agitierte Patienten aber nicht ganz fremd sein. Eine Auswertung von 26.347 Notarztprotokollen in Hamburg fand schon vor 20 Jahren in fast 10% psychiatrische Störungen als wesentliche Einsatzursache – betroffen waren überwiegend Männer unter 50.

- Für den Fall der Fälle ist es gut zu wissen, dass **5mg intramuskulär verabreichtes Midazolam im Vergleich zu Haloperidol bzw. Olanzapin schnell wirkt und sicher ist**. Das ist das Ergebnis einer Studie aus Hongkong, die in einem RCT insgesamt 206 Patienten untersuchten (167 konnten ausgewertet werden). Das zu meiner aktiven Zeit noch in besserem Ruf stehende Haloperidol wirkte deutlich langsamer und löste in je einem Fall einen Herzstillstand bzw. eine Dystonie aus.

„*Intramuscular midazolam, olanzapine, or haloperidol for the management of acute agitation: A multi-centre, double-blind, randomised clinical trial*“ <https://t1p.de/i8be>.

▶ „**Man fühlt sich verloren wie am ersten Kindertag und überflüssig wie das Stethoskop im Psychiatrie-Praktikum**“ schreibt *Camille Bertossa*, Medizinstudentin an der Universität Zürich und Vizepräsidentin der *Swiss Medical Students' Association* (SWIMSA) über ihre Erfahrungen im sog. Wahlstudienjahr - entspricht grosso modo unserem PJ.

- Der kurze Bericht über die Stellung von *UHUS* (kurz für *Unterassistent respektive Unterassistentin, wie die jungen Kolleginnen im Nachbarland heißen*) dürfte besonders für die nicht ganz wenigen Medizinstudierenden interessant sein, die sich in der Benefit-Leserschaft befinden.

Der Text aus der *Schweizer Ärztezeitung* ist frei unter <https://t1p.de/57ck>.

▶ „**Fiktive Daten, erfundene Konferenzen**“ lautet der Titel eines Artikels in der Süddeutschen Zeitung <https://t1p.de/ywgh> über den Dresdner Psychologen **Hans-Ulrich Wittchen**.

- Dem Hochschullehrer und ehemaligen Direktor des Instituts für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der TU Dresden („zählt zu den weltweit meistzitierten Forschern seines Faches“) werden von der Universität, namentlich der neuen, mutigen Rektorin Ursula Staudinger, selbst Psychologin, **Datenfälschung und finanzielle Unregelmäßigkeiten** vorgeworfen. Die Süddeutsche spricht von „Erfindungsreichtum“.

- Was das mit Hausarztmedizin zu tun hat? Nun, **Wittchen gehört mit seinen zweifelhaften, diskreditierenden Versorgungsstudien in deutschen Allgemeinarztpraxen (insbesondere von 1999 – 2004) zu den größten „Hausarztfressern“ im Lande**. Ich kann mich noch gut an ein heftiges öffentliches Streitgespräch mit Wittchen in Berlin erinnern – Anfang der 2000-er Jahre. Mitte 2003 erschien dazu eine denkwürdige Publikation von *Stefan Hensler* und *Armin Wiesemann* in der ZFA ([Anhang](#)). Ich empfehle allen die Lektüre, die sich für dieses wichtige Kapitel hausärztlicher Geschichte interessieren.

▶ **Jom Kippur** (Tag der Sühne, in Deutschland meist als Versöhnungstag bezeichnet) heißt der höchste jüdische Feiertag, der meist in den September oder Oktober fällt und an dem auch etliche säkulare Juden 25 Stunden fasten. Fasten heißt hier: nichts essen und *nichts trinken*.

- Zumindest in Israel (mit einer Durchschnittstemperatur von 31° im September und 28° im Oktober) hat das offenbar gesundheitliche Folgen, wie ein Autorenteam aus Tel-Aviv berichtet.

Über acht Jahre dokumentierten sie alle Patienten, die wegen einer **Nierenkolik** in das größte Krankenhaus im Zentrum des Landes kamen (n=11.717).

- ▷ Über den Jahresverlauf wurde die höchste Anzahl an Kolik-Patienten ausnahmslos in den Monaten September und Oktober registriert (viermal mehr Männer als Frauen; mittleres Alter 47 Jahre).
- ▷ Während am Feiertag selbst nur sehr wenige kolikgeplagte Menschen die Notfallambulanz besuchten, verdoppelte sich die Zahl der Zuweisungen an den darauffolgenden zwei Tagen.

Als Ursache der beschriebenen Häufung wird ein *Zusammenspiel von hoher Außentemperatur und fehlender Flüssigkeitszufuhr* angenommen. Spezifische steinfördernde Faktoren konnten (wie auch schon bei früheren Studien während des Ramadans) allerdings nicht dingfest gemacht werden.

„A single day fasting may increase emergency room visits due to renal colic“ <https://t1p.de/5970>.

▶ Die beiden Institute für Allgemeinmedizin an der Uni Witten/Herdecke bitten Hausarztpraxen um Mitwirkung an einer **Flash-Mob-Studie** – dabei soll am Vormittag des 28.04.2021 in vielen Hausarztpraxen erhoben werden, „*wie oft und aus welchen Gründen das Praxisteam zu SARS-CoV-2 bzw. COVID-19 telefonisch kontaktiert wird und wie belastend dies ist*“.

- Details unter <http://www.flashmobstudie.de>.

Herzliche Grüße

Michael M. Kochen



**Niedersächsisches Ministerium für
Soziales, Gesundheit und Gleichstellung**

Nds. Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung
Postfach 141,30001 Hannover

An die
örtlich zuständigen Gesundheitsämter
und die
niedersächsischen Heimaufsichtsbehörden
Per E-Mail

Bearbeitet von: Herrn Gerth

E-Mail:
Thomas.Gerth@ms.niedersachsen.de

Fax: (05 11) 995838

Ihr Zeichen, Ihre Nachricht vom

Mein Zeichen (Bei Antwort angeben)
104.4

Durchwahl (0511) 120-
5838

Hannover,
08.03.2021

Erlass auf Grundlage der Niedersächsischen Verordnung über Maßnahmen zur Eindämmung des Corona-Virus SARS-CoV-2 (Niedersächsische Corona-Verordnung) vom 30. Oktober 2020 (Nds. GVBl. S. 368), zuletzt geändert durch Verordnung vom 07. März 2021 (Nds. GVBl. S. 110)

**zum Empfang von Besuch bei einem aktuellen Infektionsgeschehen,
zur Testverpflichtung von Beschäftigten,
zur Testverpflichtung mittels PoC-Antigen-Tests bei einer Inzidenzzahl von über 35,
zur Testverpflichtung und zum Tragen von Atemschutzmasken von Fach- und Hausärztinnen und -ärzten sowie
zu Friseurbetrieben**

in Heimen nach § 2 Abs. 2 NuWG sowie in unterstützenden Wohnformen nach § 2 Abs. 3, 4 NuWG und in ambulant betreuten Wohngemeinschaften zum Zweck der Intensivpflege

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit der Änderung der Niedersächsischen Corona-Verordnung, die am 08. März 2021 in Kraft getreten ist, setzt die Landesregierung auch die Bund-Länder Beschlüsse vom 03. März 2021 mit weitergehenden Maßnahmen zur Bekämpfung der Corona-Pandemie um.

Ich weise hierzu auf Folgendes hin:

Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nach der Datenschutz-Grundverordnung finden Sie hier:
<https://www.ms.niedersachsen.de/dsg/vo-175384.html>



Ausgezeichnet mit dem



Dienstgebäude
Hannah-Arendt-Platz 2
30159 Hannover



Behinderten-
parkplatz
am Eingang

Telefon
(05 11) 120-0

Telefax
(05 11) 120-4296 Allgemein
(05 11) 120-5999 Abt. Soziales, Pflege, Arbeitsschutz
(05 11) 120-3096 Abt. Frauen u. Gleichstellung
(05 11) 120-3092 Abt. Migration u. Generationen
(05 11) 120-4295 Abt. Gesundheit u. Prävention

Bankverbindung
Nord/LB (BLZ 250 500 00) Konto 106 021 322
IBAN DE52250500000106021322
BIC NOLADE2HXXX

E-Mail
Poststelle@ms.niedersachsen.de

1. Empfang von Besuch bei einem aktuellen Infektionsgeschehen mit SARS-CoV-2 gemäß § 14 Abs. 1 Satz 2 der Niedersächsischen Corona-Verordnung

Gemäß § 14 Abs. 1 Satz 2 1. Halbsatz der Niedersächsischen Corona-Verordnung darf Besuch nicht empfangen werden, wenn es in der Einrichtung ein aktuelles SARS-CoV-2-Infektionsgeschehen gibt. Gemäß § 14 Abs. 1 Satz 2 2. Halbsatz kann mit Zustimmung der örtlich zuständigen Behörden eine Einrichtung in einem Hygienekonzept hiervon abweichende Regelungen treffen, soweit diese mit dem Interesse des Gesundheitsschutzes vereinbar sind.

Diese Regelung trägt Rückmeldungen aus der Praxis Rechnung, nach denen bspw. bei einem Abklingen des Infektionsgeschehens mit SARS-CoV-2 vielfach Betreiberinnen und Betreiber der in § 14 Abs. 1 Satz 1 der Niedersächsischen Corona-Verordnung genannten Einrichtungen Besuch bei Bewohnerinnen und Bewohnern wieder zulassen möchten. Dies ist nunmehr dann möglich, wenn die Leitung in einem Hygienekonzept nachweist, dass der Besuch bei Bewohnerinnen und Bewohnern trotz eines Infektionsgeschehens mit SARS-CoV-2 mit dem Interesse des Gesundheitsschutzes vereinbar ist und das örtlich zuständige Gesundheitsamt dem Zulassen von Besuch trotz Vorliegens eines aktuellen Infektionsgeschehens mit SARS-CoV-2 zustimmt. Hierbei ist es zunächst der Leitung der Einrichtung überlassen, zu entscheiden, ob überhaupt von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht werden soll. Sollten sich Leitungen von Einrichtungen entscheiden, trotz eines aktuellen SARS-CoV-2-Infektionsgeschehens Besuch bei Bewohnerinnen und Bewohnern zuzulassen, ist im Zusammenwirken aller Beteiligten (Mitarbeitende der Gesundheitsämter und der Heimaufsichtsbehörden unter Einbindung der Vertreterinnen und Vertreter der Bewohnervertretung bzw. der Bewohnerfürsprecherinnen und Bewohnerfürsprecher) auf Regelungen zum Zulassen von Besuch hinzuwirken, welche die jeweiligen Interessenlagen hinreichend berücksichtigen.

2. Testverpflichtung der Beschäftigten gemäß § 14 Abs. 2 Satz 1 der Niedersächsischen Corona-Verordnung

§ 14 Abs. 2 Satz 1 der Niedersächsischen Corona-Verordnung bestimmt die Verpflichtung zur Durchführung eines PoC-Antigen-Schnelltests für die Beschäftigten in den genannten Einrichtungen sowie für die in diesen eingesetzten Leiharbeiterinnen und Leiharbeiter, Praktikantinnen und Praktikanten, ehrenamtlich Tätige, Bundesfreiwilligendienstleistende und Freiwilligendienstleistende. Der Regelung ist nicht zu entnehmen, dass die Beschäftigten vor Aufnahme des Dienstes einen PoC-Antigen-Schnelltest abzugeben haben. Im Wege der Beratung sollte allerdings darauf hingewirkt werden, dass die Beschäftigten möglichst frühzeitig an den Tagen, an welchen sie Dienst verrichten, der Testverpflichtung nachkommen.

3. Testverpflichtung und PoC-Antigen-Schnelltests bei Besuchenden, das Betreten durch Dritte zur erweiterten Grundversorgung, zur Erbringung von Dienstleistungen oder zu anderen Zwecken bei einer Inzidenzzahl von über 35 gemäß § 14 Abs. 3 Satz 3 der Niedersächsischen Corona-Verordnung

Zum Schutz der Bewohnerinnen und Bewohner von Heimen nach § 2 Abs. 2 NuWG wurde die Inzidenzzahl, ab welcher die Heimleitung oder die von dieser beauftragten Beschäftigten verpflichtet sind, Besucherinnen und Besucher sowie Dritten, die die Einrichtung betreten wollen, die Durchführung eines PoC-Antigen-Schnelltests anzubieten, von 50 Neuinfektionen pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner pro Woche in der entsprechenden Gebietskörperschaft, in deren Gebiet die Einrichtung liegt, auf 35 gesenkt.

Nach Rückmeldungen aus der Praxis haben Heimleitungen den Besuch bei Bewohnerinnen und Bewohnern von Heimen nach § 2 Abs. 2 NuWG auch dann von einem verpflichtend abzugebenden PoC-Antigen-Schnelltest bei Besuchenden abhängig gemacht, obwohl die Inzidenzzahl nicht oberhalb von – zuvor – 50 in der jeweiligen Gebietskörperschaft gelegen hatte. Die Verpflichtung zur Abgabe eines PoC-Antigen-Schnelltests stellt eine Beschränkung der durch Art. 2 Abs. 1 GG geschützten allgemeinen Handlungsfreiheit dar. Zugleich wurde das Besuchsrecht von Bewohnerinnen und Bewohnern von Heimen dann rechtswidrig beschnitten, wenn Besuchende bei einer Inzidenzzahl von vormals nicht über 50 nicht bereit waren, einen solchen Test abzugeben.

In solchen Fällen ist daher darauf hinzuwirken, dass die Abgabe eines PoC-Antigen-Schnelltests bei Besuchenden sowie Dritten, die die Einrichtungen betreten wollen, nur dann verpflichtend von der Heimleitung oder der von ihr beauftragten Beschäftigten verlangt wird, wenn die aktuelle Inzidenzzahl von 35 Neuinfektionen überschritten wird. Nach wie vor trägt die freiwillige Abgabe eines PoC-Antigen-Schnelltests bei einer Inzidenzzahl von unter 35 dem Infektionsschutz in besonderem Maße Rechnung. Es ist daher besonders zu begrüßen, wenn im Wege der Beratung durch die örtlich zuständigen Gesundheits- und Heimaufsichtsbehörden auf die freiwillige Abgabe eines PoC-Antigen-Schnelltests bei einer Inzidenzzahl von 35 bzw. von unter 35 hingewirkt wird.

Gemäß § 14 Abs. 3 Satz 5 der Niedersächsischen Corona-Verordnung ist eine Testung dann nicht erforderlich, wenn die zu testende Person ein schriftliches oder elektronisches negatives Testergebnis in Bezug auf eine Infektion mit dem Corona-Virus SARS-CoV-2 nachweist und die dem Testergebnis zu Grunde liegende Testung höchstens 36 Stunden vor dem Besuch oder dem Betreten vorgenommen wurde. Mangels Bezugnahme des § 14 der Niedersächsischen Corona-Verordnung auf § 5 a der Niedersächsischen Corona-Verordnung ist für Einrichtungen nach § 14 Abs. 3 Satz 1 der Niedersächsischen Corona-Verordnung Abs. 3 Satz 5 anzuwenden. Zudem ist § 14 Abs.

3 Satz 5 für die in § 14 Abs. 3 Satz 1 genannten Einrichtungen gegenüber § 5 a die speziellere Rechtsnorm.

Die in § 5a vorgesehene Regelung, wonach auch ein Test zur Eigenanwendung (Selbsttest), der durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte zugelassen ist, findet daher für Besuchende von Bewohnerinnen und Bewohnern von Heimen nach § 2 Abs. 2 NuWG sowie für das Betreten durch Dritte keine Anwendung. Ebenfalls findet § 5 a Satz 6 der Niedersächsischen Corona-Verordnung keine Anwendung, wonach die Pflicht zur Testung nach Satz 3 und 4 dann entfällt, wenn die Besucherin oder der Besucher eine Bestätigung gemäß Satz 5 über eine höchstens 12 Stunden alte negative Testung vorlegt. Negative Testergebnisse über eine Infektion mit dem Virus SARS-CoV-2 auf Grundlage von durchgeführten PoC-Antigen-Schnelltests haben daher im Anwendungsbereich des § 14 Abs. 3 Satz 5 der Niedersächsischen Corona-Verordnung weiterhin eine Gültigkeit von 36 Stunden von Beginn der Durchführung der Testung an.

4. Testverpflichtung und Verpflichtung zum Tragen einer Atemschutzmaske mindestens des Schutzniveaus FFP2 von Haus- und Fachärztinnen und -ärzten gemäß § 14 Abs. 3 Satz 7 der Niedersächsischen Corona-Verordnung

§ 14 Abs. 3 Satz 7 der Niedersächsischen Corona-Verordnung bestimmt für Dritte, die in Heimen nach § 2 Abs. 2 NuWG eine Tätigkeit der körpernahen Dienstleistungen oder Körperpflege im Sinne des § 10 Abs. 1 c der Niedersächsischen Corona-Verordnung erbringen, dass Absatz 2 entsprechend gilt. Von § 10 Abs. 1 c der Niedersächsischen Corona-Verordnung sind neben den Betrieben der körpernahen Dienstleistungen auch Einrichtungen für medizinisch notwendige Behandlungen erfasst. Haus- und fachärztliche Praxen sind Einrichtungen für medizinisch notwendige Behandlungen i. S. d. § 14 Abs. 3 Satz 7 der Niedersächsischen Corona-Verordnung. Damit sind auch Haus- und Fachärztinnen und -ärzte Dritte, so dass diese verpflichtet sind, in den nach § 14 Abs. 2 Satz 1 1. Halbsatz der Niedersächsischen Corona-Verordnung genannten Einrichtungen an jedem Tag, an welchem sie die Einrichtung betreten, einen PoC-Antigen-Schnelltest auf das Corona-Virus SARS-CoV-2 durchführen zu lassen. Bei den in § 14 Abs. 2 Satz 1 2. Halbsatz der Niedersächsischen Corona-Verordnung genannten Einrichtungen gilt diese Verpflichtung für Haus- und Fachärztinnen und -ärzte an drei Tagen in der Woche, an welchen sie in den Einrichtungen tätig sind.

Für die Testverpflichtung von Haus- und Fachärztinnen und -ärzten kommt es nicht darauf an, ob diese tatsächlich körpernahe Dienstleistungen an Bewohnerinnen und Bewohnern erbringen. Abzustellen ist nur darauf, dass es sich bei Haus- und Facharztpraxen um Einrichtungen für medizinisch notwendige Behandlungen handelt und dass eine Dienstleistung einer Haus- oder Fachärztin oder eines Haus- oder Facharztes durch Bewohnerinnen und Bewohner entgegengenommen wird.

Durch den Verweis in § 14 Abs. 3 Satz 7 der Niedersächsischen Corona-Verordnung auf Abs. 2 gilt § 14 Abs. 3 Satz 5 der Niedersächsischen Corona-Verordnung für Haus- und Fachärztinnen und -ärzte nicht, wonach eine Testung dann nicht erforderlich ist, wenn die zu testende Person ein schriftliches oder elektronisches negatives Testergebnis vorlegen kann und die dem Testergebnis zu Grunde liegende Testung höchstens 36 Stunden vor dem Betreten vorgenommen wurde.

Zudem sind Haus- und Fachärztinnen und -ärzte nach §§ 14 Abs. 3 Satz 7 i. V. m. 14 Abs. 2 Satz 6 der Niedersächsischen Corona-Verordnung verpflichtet, eine Atemschutzmaske mindestens des Schutzniveaus FFP2, KN 95 oder eines gleichwertigen Schutzniveaus zu tragen, soweit und solange sie Kontakt zu einer Bewohnerin oder einem Bewohner haben. Atemschutzmasken mit Ausatemventil sind nicht zulässig.

Durch den Verweis in § 14 Abs. 3 Satz 8 auf Satz 7 gilt die Testverpflichtung und die Verpflichtung zum Tragen einer der vorgenannten Atemschutzmasken für Haus- und Fachärztinnen und -ärzte auch in unterstützenden Wohnformen nach § 2 Abs. 3 und 4 NuWG, in Tagespflegeeinrichtungen nach § 2 Abs. 7 NuWG und in ambulant betreuten Wohngemeinschaften zum Zweck der Intensivpflege, die nicht in den Geltungsbereich des Niedersächsischen Gesetzes über unterstützende Wohnformen fallen.

Ergänzend verweise ich zu ambulant betreuten Wohngemeinschaften, die nicht vom Anwendungsbereich des NuWG erfasst sind, auf § 14 Abs. 4 der Niedersächsischen Corona-Verordnung.

Abschließend verweise ich auf meinen Erlass vom 18.12.2020, wonach u. a. Notfallärztinnen und Notärzte in Ausübung ihrer Tätigkeit beim Betreten der Einrichtung von der vorherigen Durchführung eines PoC-Antigen-Schnelltest befreit sind. Diese Regelung ist entsprechend auch auf Haus- und Fachärztinnen und -ärzte anzuwenden, wenn diese zu Notfällen herbeigerufen werden.

5. Friseurbetriebe in Heimen

Liegen Friseurbetriebe in Heimen nach § 2 Abs. 2 NuWG, ist auch die Wiederaufnahme des Betriebes dieser Friseurbetriebe möglich. Nehmen Kundinnen oder Kunden die Dienstleistung dieser Friseurbetriebe in Anspruch, sind diese Dritte, die die Einrichtung zu anderen Zwecken betreten wollen. Die in § 3 Abs. 3 Satz 3 Nr. 5 der Niedersächsischen Corona-Verordnung bestimmte Pflicht zum Tragen einer medizinischen Maske gilt nicht nur während des Aufenthaltes innerhalb des Friseurbetriebs, sondern während der gesamten Aufenthaltsdauer im Heim.

Das Betreten bei Inanspruchnahme der Dienstleistungen von Friseurbetrieben in Heimen ist gemäß § 14 Abs. 3 Satz 1 der Niedersächsischen Corona-Verordnung bei der Leitung oder einer von der Leitung beauftragten Person anzumelden. Die Verweildauer von Dritten, welche Heime zur Inanspruchnahme von Dienstleistungen von Friseurbetrieben in Heimen in Anspruch nehmen, ist im

Sinne des Infektionsschutzes auf die notwendige Zeit der Inanspruchnahme der Dienstleistung zu beschränken. Für Betriebe von Kosmetikstudios, Praxen der Ergo- und Physiotherapie u. ä. Betriebe in Heimen, die körpernahe Dienstleistungen oder Dienstleistungen der Körperpflege erbringen, gilt dies entsprechend.

Für Beschäftigte in diesen Betrieben verweise ich auf § 14 Abs. 3 Satz 7 der Niedersächsischen Corona-Verordnung und die entsprechende Anwendung des Abs. 2 zur Testverpflichtung und zur Verpflichtung zum Tragen einer speziellen Atemschutzmaske, soweit und solange sie Kontakt zu einer Bewohnerin oder einem Bewohner, einer Kundin oder einem Kunden oder Gast haben.

Im Übrigen sind die jeweiligen Hygienekonzepte der Einrichtungen zu beachten.

Ich bitte den Betreiberinnen und Betreibern vorgenannter Einrichtungen, diese Hinweise zur Rechtslage in geeigneter Form bekanntzugeben. Gegen eine Übersendung des Erlasses bestehen keine Bedenken.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

gez. Dr. Gesa Schirrmacher

Diskreditierende Versorgungsstudien in deutschen Hausarztpraxen

Oder: Der Versuch, die Prävalenz von Krankheiten und die medikamentöse Behandlungsbedürftigkeit zu steigern?

Stefan Hensler und Armin Wiesemann

Zusammenfassung

Hintergrund: In den letzten Jahren finden sich zunehmend Publikationen zur Qualität allgemeinmedizinischer Versorgung, in denen von steigenden Prävalenzen der untersuchten Erkrankungen und mangelnder Versorgung durch Hausärzte berichtet wird.

Methodik: Es wurden exemplarisch die medienwirksamen Studien der Arbeitsgruppe des Psychologen und Epidemiologen H.U. Wittchen zu den Erkrankungen Depression, generalisierte Angststörung, Hypertonie und Diabetes im Hinblick auf die gemachten Aussagen, das Vorgehen und den Umgang mit der hausärztlichen Praxis analysiert. **Resultate:** Es sind eine Reihe von Fragwürdigkeiten in Studiendesign und -Auswertung erkennbar. So sind die verwendeten diagnostischen Tests zur Prävalenzerhebung im Niedrigprävalenz-Bereich des Hausarztes weniger gut geeignet und produzieren eine erhöhte Morbidität. Die Behandlungs- und Überweisungsrate als alleiniges Qualitätskriterium bildet die hausärztliche Realität ungenügend ab. Die Erhebung an einem Stichtag wird dem prozesshaften diagnostischen und therapeutischen Vorgehen in der Allgemeinmedizin nicht gerecht. **Schlussfolgerungen:** Die mangelnde Beachtung allgemeinmedizinischer Bedingungen lassen auch scheinbar sauber durchgeführte Studien zu Fehlschlüssen kommen; die Ausweitung des Krankheitsbegriffs diskreditiert gleichzeitig die hausärztliche Tätigkeit im Sinne unterlassener (medikamentöser) Therapie. Hausärzte sollten sich vor Beteiligung an epidemiologischen Studien über die Ziele und Sponsoren informieren.

Schlüsselwörter

Hausärztliche Versorgung, Niedrigprävalenz-Bereich, falsch hohe Morbidität

Summary

Discrediting studies in German general practices – or: how to increase prevalence of diseases and the need for drug treatment?

Background: Over the past few years there has been a growing number of papers on the quality of primary medical care reporting an increase in prevalence of diseases and insufficient treatment. **Methods:** The strongly promoted studies by a research group led by the psychologist and epidemiologist H.U. Wittchen on depression, generalized anxiety disorder, hypertension and diabetes were taken as an example to be analysed. **Findings:** The re-

view showed some problems in design of the studies and its evaluation. The diagnostic tests used to measure prevalence are not suitable for the low prevalence of the studied diseases in general practice, thus resulting in higher false morbidity. Also, the restriction on data collected on one single day does not take into account the fact that in many cases diagnosis and therapy are to be carried out over a long period of time. **Conclusions:** Lack of attention to the specialties in general practice results in misapprehensions even in seemingly correctly designed studies; an extended definition of illness does not do justice to the general practitioner and makes him appear to withhold treatment (drugs). Before taking part in epidemiological studies family doctors should inform themselves about the sponsor and his aims and should prefer studies conducted under adequate GP supervision.

Key words

Primary care, low prevalence, false high morbidity

Hintergrund

In den letzten Jahren sind einige epidemiologisch orientierte Studien zur Qualität hausärztlicher Versorgung publiziert worden. Bei näherer Betrachtung dieser Untersuchungen drängt sich der Verdacht auf, dass hier eine hohe Anzahl von Patienten mit Diagnosen etikettiert werden sollen, was einerseits (oft medikamentöse) Behandlungsbedürftigkeit und damit andererseits auch eine mangelnde hausärztliche Versorgungsqualität suggeriert (1, 2).

Wir haben zu dieser Thematik exemplarisch die Tätigkeit der Arbeitsgruppe um den Dresdner Psychologen Hans-Ullrich Wittchen betrachtet, die sich intensiv mit der Morbidität und der allgemeinmedizinischen Versorgung der Depression und generalisierten Angststörung

Dr. Stefan Hensler

Institut für Allgemeinmedizin

Theodor-Stern-Kai 7

60590 Frankfurt

E-Mail: s.hensler@em.uni-frankfurt.de

Originalarbeit

befasst und sich in einer jüngst vorgelegten Studie (HYDRA) (3) auch der Versorgung der Volkskrankheiten Hypertonie und Diabetes gewidmet hat.

Es geht uns in dieser Arbeit um:

- eine beispielhafte Analyse einiger problematischer, aktueller praxisrelevanter Studien,
- eine dringend notwendige allgemeinmedizinische Bewertungskultur von Studien zur Versorgung hausärztlicher Patienten und um
- die Verantwortung von Hausärzten, sich auf ihre eigene Forschungskompetenz zu besinnen und sich nicht ohne qualifizierte Selbstbeteiligung beforschen zu lassen.

1. Depression und Angststörung

In zwei großen Studien (4, 5) wurde im nichtselektierten allgemeinmedizinischen Patientenkollektiv bezüglich leichter Depression eine hohe Prävalenz (10.9% nach den ICD-10-Kriterien) gefunden. Zwar zeigten sich die Auto-

ren zufrieden mit einer zu früheren Studien verbesserten Diagnoserate bezüglich schwerer Depression (n. DSM IV), die hausärztliche Diagnoserate bezüglich leichter Depression von 59%, die Rate der medikamentösen Behandlung (60%) und die Überweisungsrate zum Spezialisten (10%) wurde aber als zu niedrig kritisiert. Zudem wurde der Anteil der von den Hausärzten falsch positiv diagnostizierten Patienten (11.6%) als besorgniserregend bezeichnet.

Ähnliche Ergebnisse brachte eine Studie zur generalisierten Angststörung (GAD-P) (6,7); hierbei wurde ebenfalls eine überraschend hohe Prävalenz (6.0%) im allgemeinmedizinischen Patientenkollektiv festgestellt, die Raten für Diagnose (34.4%), Pharmakotherapie (21%) und die Überweisungsrate zum Spezialisten (12.5%) wurden als inadäquat bezeichnet. Alle Studien sind sehr detailliert geplant und mit erheblichem Aufwand durchgeführt worden; jeweils an einem Stichtag wurden in über 500 verschiedenen deutschen Hausarztpraxen alle sich vorstellenden Patienten erfasst, insgesamt über 20 000 rekrutierte Patienten je Studie. Aus epidemiolo-

Tabelle 1: Studien der Arbeitsgruppe Wittchen

Studie	Typ	Autor/Sponsor	Ergebnis
Bundesgesundheitsurvey (Psych. Stör.) 1998 (17)	Querschnittstudie Stichtag	Wittchen et al./ BMBF	Hohe Bevölkerungsprävalenz psychischer Störungen
Depressionsstudie 1999	Querschnittstudie Stichtag	Wittchen et al./ GlaxoSmithKline	Hohe Praxisprävalenz Depression, schlechte hausärztl. Erkennungs- und Behandlungsrate
Depression 2000 study	Querschnittstudie Stichtag	Wittchen et al./ Organon	Hohe Praxisprävalenz Depression, schlechte hausärztl. Erkennungs- und Behandlungsrate
GAD-P	Querschnittstudie Stichtag	Wittchen et al./ Wyeth Pharma	Hohe Praxispräval. Angststörung, schlechte hausärztl. Erkennungs- und Behandlungsrate
Hydra 2003	Querschnittstudie Stichtag	Wittchen et al. Sanofi	Hohe Praxisprävalenz Hypertonie, schlechte hausärztl. Versorgung
SNICAS 2003 (18)	Querschnittstudie Stichtag	Wittchen et al. / GlaxoSmithKline	Hohe Praxisprävalenz Raucher, schlechte hausärztl. Erkennungs- und Behandlungsrate
NISAS 2003 (19)	Querschnittstudie Stichtag	Wittchen et al./ Sanofi	Hohe Praxisprävalenz Schlafstörungen, schlechte hausärztl. Erkennungs- und Behandlungsrate
COBRA 2004	Querschnittstudie+ prospektiver Arm	Wittchen et al./ ASAT/ BMBF	Noch in der Erhebungsphase: Versorgungssituation in der ambulanten Substitution
DETECT 2004	Querschnittstudie	Wittchen et al./ Pfizer	Noch in der Erhebungsphase: KHK und Diabetes in hausärztlicher Versorgung

gischer Sicht scheint die Studienplanung vorbildlich zu sein. Beim genaueren Hinsehen zeigen sich jedoch einige Schwächen, welche die Wertigkeit der gemachten Aussagen einschränken. Zunächst könnte die Auswahl der Studienpraxen durch Pharmareferenten des Sponsors (5) die Repräsentativität der Stichprobe einschränken, da diese die Hausärzte und ihre Verschreibungsgeohnheiten etc. kennen.

Die hauptsächliche Problematik liegt aber in der Wertigkeit der verwendeten diagnostischen Tests. Der sinnvolle Einsatz eines diagnostischen Tests wird am besten durch die Nachtestwahrscheinlichkeit (oder auch positiver Vorhersagewert) charakterisiert (siehe Abb. 1).

Diese auf dem Bayes-Theorem basierende Betrachtung ist eine grundlegende Voraussetzung für eine Entscheidungsfindung in der allgemeinärztlichen Praxis (8). Bei Verwendung wenig spezifischer Instrumente zur Diagnostik (Spezifität von 65% im Falle der Depressionsskala DSQ), muss rein statistisch davon ausgegangen

gang von depressiven Symptomen spielen die allgemeinmedizinischen Behandlungsprinzipien Abwarten des Offenhalten und engmaschige Kontrollen (Wiedereinbestellen) eine wichtige Rolle; der Vorgang ist über Diagnosestellung, Therapie und Überweisung zum Facharzt prozesshaft, da er sich je nach Schwere der Symptomatik über eine bestimmte Zeit hin erstreckt. Stichproben an einem einzigen Tag sind daher kaum geeignet, den komplexen Umgang mit einer (vermuteten) Depression in einer Hausarztpraxis abzubilden. Des weiteren bringen die gewählten Qualitätskriterien »medikamentöse Behandlungsrate« und »Überweisungsrate« wenig Information über die Qualität der Versorgung. Die nackten Verschreibungsdaten können nicht Stadium, mögliche Differenzialdiagnosen, den therapeutischen Prozess oder psychosozialen/familiären Hintergrund des Patienten berücksichtigen. Zudem wird das Krankheitskonzept des sich selbst bestimmenden Patienten außer Acht gelassen, denn in der Praxis müssen Therapie und

Der positive Vorhersagewert (positiver prädiktiver Wert, PPW) gibt an, wie wahrscheinlich ein Patient tatsächlich erkrankt ist, wenn ein Test positiv ausfällt. Er ist definiert als Quotient aus der Anzahl richtig positiver Tests (RP) und der Summe aller positiven Tests. Er ist abhängig von der Spezifität (Sp) und Sensitivität (Se) des Tests und in erster Linie von der Prävalenz (P) des getesteten Merkmals in einer Population. Bei niedriger Prävalenz sinkt der positive Vorhersagewert eines Tests.

$$\text{PPW} = \frac{RP}{FP + RP} = \frac{Se \cdot P}{Se \cdot P + (1 - Sp)(1 - P)}$$

Beispiel: Wird ein Test mit einer Sensitivität von 90% und einer Spezifität von 65% an 1000 Personen angewendet, so ergeben sich bei einer Prävalenz von 90% 810 richtig Positive (von 900 Erkrankten) gegenüber 35 falsch Positiven (der 100 Nichterkrankten) folglich der Vorhersagewert von 0.96. Dagegen stehen sich bei einer Prävalenz von 10% 90 richtig Positive (von 100 Erkrankten) gegenüber 315 falsch Positiven (bei 900 Nichterkrankten), folglich nur ein Vorhersagewert von 0.21.

■ **Abb. 1 Positiver Prädiktiver Wert bzw. Nachtestwahrscheinlichkeit nach dem Bayes-Theorem.**

werden, dass im Niedrigprävalenzbereich der Hausarztpraxen gerade ein Drittel der durch das Instrument Diagnostizierten tatsächlich krank ist (positiver Vorhersagewert bei 0.3). Damit sind aber die Schlussfolgerungen der Autoren fragwürdig: die genannten Zahlen für die Prävalenzen sind überhöht (sie erscheinen auch primär nicht plausibel). Der verwendete Test ist als Screeninginstrument nicht zur Diagnosestellung in der Allgemeinmedizin geeignet, bestenfalls wäre er zum Ausschluss einer Depression sinnvoll einzusetzen.

Für die GAD-P-Studie zu Angststörung sind in der Originalarbeit leider keine Angaben zur Spezifität des eingesetzten Diagnoseinstruments zu finden, was eine Beurteilung der Wertigkeit unmöglich macht. Da auf Basis dieser Diagnose-Raten auch die Behandlungs- und Überweisungspraxis der Hausärzte beurteilt wurde, sind auch diese Rückschlüsse irreführend.

Ein anderer zu kritisierender Punkt ist der gewählte Zeitraum für die Untersuchung. Beim hausärztlichen Um-

Überweisungen mit Patienten besprochen und gemeinsam entschieden werden (»shared decision making«).

In diesem Zusammenhang empfiehlt auch die Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (9) je nach Schwere und Verlauf der Erkrankung ein stufenweises Vorgehen, an deren erster Stufe zunächst verbale Interaktion und nicht zwangsläufig eine medikamentöse Therapie steht. Jeder Arzt, auch die Experten, brauchen neben einer qualifizierten Weiter- und Fortbildung, wie sie z. B. in der Allgemeinmedizin u. a. durch das Curriculum »Psychosomatische Grundversorgung« gewährleistet wird, Erfahrung und Empathie, um Patienten angemessen zu behandeln. Im Rahmen der Langzeitbetreuung dürften Hausärzte Angst- und depressive Störungen ihrer gut bekannten Patienten über mehrere Kontakte hinweg oft besser einschätzen können, als dies durch einen Fragebogen an einem Tag »entdeckt« werden kann.

2. Bluthochdruck und Diabetes (HYDRA)

Seit kurzem liegt von der gleichen Arbeitsgruppe eine Studie zur hausärztlichen Versorgung von Hypertonie und Diabetes vor, sie wurde in einem Sonderheft der MMW veröffentlicht. Zudem wurde eine Reihe von Vorabveröffentlichungen in medizinischen Zeitschriften, u. a. im Deutschen Ärzteblatt publiziert. Darüber hinaus versendete der Hauptsponsor (Sanofi) Infomaterial in Form von Reklameflyern (sog. HYDRA-News) in deutsche Hausarztpraxen.

In dieser Screening-Untersuchung wurden in einer aufwendigen Stichtagerhebung in 1900 Hausarztpraxen 45 000 Patienten bezüglich art. Hypertonie, Diabetes und Mikroalbuminurie untersucht. Bei fast 50% der Patienten fand sich eine Hypertonie, bei fast 30% ein Diabetes, zwischen 10–30 Prozent – je nach Praxis – waren bis dato nicht diagnostiziert. Nur 40% der behandelten Patienten mit Hypertonus zeigten Werte unter 140/90 mmHg. Eine Mikroalbuminurie zeigte sich bei 15% der 15–60-jährigen und bei 30% der ab 60-Jährigen. Die Eigenangabe der Hausärzte zeigte eine nur geringe Quote von Untersuchungen auf Mikroalbumin und Diagnose einer Nephropathie. Von Autoren des Deutschen Ärzteblatts (10, 11) wurde anhand dieser Daten die hausärztliche Versorgung, Diagnostik und Therapie bei arterieller Hypertonie scharf kritisiert.

Aber auch bei dieser Studie sind trotz aufwendiger Stichprobe aufgrund einiger methodischer Schwächen die gemachten Folgerungen so nicht zulässig. Die Zahlen zur Diagnose Hypertonie (50%) und zur Quote gut behandelter Hypertoner (30%) basieren auf Messungen ohne standardisiertes Vorgehen. Erfasst wurden auch Einmalmessungen, Vorgaben zur Person des Untersuchers wurden nicht gemacht. Angesichts der intraindividuellen und interindividuellen Variabilität einer Blutdruckmessung (12) und erhöhter Werte durch den »Weißkitteleffekt« (13, 14) ist ein solches Verfahren nicht ausreichend valide, um Diagnosen zu stellen oder Therapieerfolge zu kontrollieren. Standard in klinischen Studien sind daher auch Mehrfachmessungen durch nichtärztliches Personal (15). Die Angaben zum Vorkommen von Mikroalbuminurie sind aufgrund des geringen positiven Vorhersagewertes des verwendeten Stäbchentests (ca. 0.3 in der niedrigprävalenten Stichprobe der unter 60-Jährigen) (16) ebenfalls nur schlecht zu verwerten. Eine Kritik an dem niedrigen Verbreitungsgrad des Screenings auf Mikroalbuminurie ist unangebracht: man würde sehr viele falsch-positive Ergebnisse erhalten (70 von 100 bei unter 60-Jährigen).

Auch bei der Hydra-Studie erschwert das Design einer Stichtagerhebung das Abbild hausärztlicher Arbeits-

weise, beispielsweise kann ein Stufenvorgehen bei neu diagnostizierter Hypertonie nicht abgegrenzt werden. Ebenfalls bleibt die Patientenperspektive verborgen und damit der Blick auf Patienten, die sich nicht auf die Einhaltung eines (rigiden) Grenzwertes einlassen. Zwar wurde ein Patientenfragebogen ausgegeben; dieser fragte aber lediglich Messhäufigkeit und Behandlung durch den Hausarzt ab, die Beteiligung des Patienten an seiner Therapie jedoch nicht.

Klinische Evidenz der geforderten Maßnahmen

Eine weithin bedeutsame Frage bei der Beurteilung von Studien ist, inwieweit geforderte Maßnahmen Patienten tatsächlich einen klinischen Benefit bringen. Dazu wird im folgenden die Evidenzlage kurz skizziert, zum einen zur Beeinflussung von outcomes depressiver Syndrome (Suizide, Schwere und Rezidivrate depressiver Phasen) durch Screening bzw. Hausarztschulungen, zum anderen zur Therapie mit AT-II-Antagonisten bei Mikroalbuminurie.

Zu der Häufigkeit von Suiziden bei depressiven Störungen in der ambulanten Versorgung gibt es kaum Daten, systematische kontrollierte Untersuchungen liegen bislang nicht vor. Die Mortalitätsrate durch Suizid scheint ambulant im Vergleich zur Normalbevölkerung (BRD 15.8/100.000, 1995 (20)) gar nicht (21) oder nur geringfügig (1.5-fach) (22) erhöht zu sein, ganz im Gegensatz zu der Rate bei Patienten, die sich bereits in stationärer Behandlung befanden (Risikoerhöhung bis zu 20) (23). Das Risiko, einen Suizid zu übersehen, scheint daher bei depressiven Patienten, die nie in psychiatrisch-stationärer Behandlung waren und keine Risikofaktoren wie Drogenabusus oder mangelnde Impulskontrolle (24) haben, eher gering zu sein.

Zu Schwere und Rezidivrate depressiver Phasen liegen mehrere randomisierte kontrollierte Studien (RCT) vor. Hierbei wurde durch Screening oder durch Hausarztschulung zwar die Detektions- und Behandlungsrate gesteigert (durchschnittlich verdoppelt), aber keine signifikante Beeinflussung der klinischen Outcomes erreicht (25, 26, 27, 28). Zwar konnten zwei Studien zu Disease Management Programmen (29, 30) geringe Verbesserungsraten darstellen (Risikoreduktion von 10% bei kaum erhöhter Detektions- und Behandlungsrate), deren komplexe Intervention geht aber über das in der beschriebenen Studie geforderte deutlich hinaus. Eine Evidenz, dass das outcome für den Patienten durch Screening in der Praxis oder durch Schulungen der Hausärzte positiv beeinflusst wird, liegt u.E. nicht vor.

Ähnliches gilt für die Mikroalbuminurie: zwar gilt sie als Prädiktor für die Entwicklung von vaskulär bedingter Niereninsuffizienz und KHK. Auch können einige RCTs bestätigen, dass die propagierte Therapie mit ATII-Antagonisten einen Übergang in eine Makroalbuminurie reduziert. Der Nachweis einer Risikoreduktion bezüglich Niereninsuffizienz oder KHK über die der blutdrucksenkenden Wirkung hinaus steht jedoch aus (31). Der Surrogatparameter Makroalbuminurie wird leider in nicht korrekter Weise mit harten Endpunkten gleichgesetzt.

Erweiterter Krankheitsbegriff

Wenn unter dem Druck dieser Studien Hausärzte die empfohlenen Screening-Instrumente unkritisch verwenden, übersensibel auf Krankheitszeichen reagieren, vorschnell Diagnosen aussprechen und intensiv behandeln bzw. zum Facharzt überweisen würden, hätten wir eine in die Praxis übertragene Erweiterung des Krankheitsbegriffs. Es wäre damit zu rechnen, dass in einem Niedrigprävalenzbereich ein Großteil der positiv-getesteten Patienten falsch eingeschätzt würde. Symptome, die auch bei leichten, sich selbst limitierenden Störungen oder bei natürlichen Reaktionen auf äußere Ereignisse auftreten, würden überbewertet werden.

Die drohende Stigmatisierung ist ein weiteres Problem (32), besonders bei psychiatrischen Diagnosen: (Verdachts-)Diagnosen können ihre Auswirkungen bei Versicherungsabschlüssen, Einstellungen und Beamungsverfahren haben. Mit den Diagnosen wird ein Teil der Gesunden zu behandlungsbedürftigen Patienten erklärt, damit die Anzahl derer vergrößert, die »ihrer Gesundheit enteignet« werden (33).

Da bei Diagnosen gering ausgeprägter psychiatrischer Erkrankungen kaum objektifizierbare pathologische Messwerte oder Befunde zu erheben sind, ist die Einschätzung des Arztes für die Diagnose entscheidend. Diese Einschätzung wird von kulturellen Normen und im Zuge öffentlicher Konsensbildung bestimmt. Eine Ausweitung des Krankheitsbegriffs scheint gerade hier durch (gezielte?) Beeinflussung der öffentlichen Meinung erreichbar zu sein. Entsprechend sind in der letzten Zeit für psychiatrische Medikamente enorme Zuwachsraten zu verzeichnen; z.B. stieg in den USA bei Depressionen die Zahl der medikamentös behandelten Patienten seit 1993 von 1.7 auf 6.3 Millionen (34), bei der »Mode-Diagnose« ADHS die Zahl der mit Ritalin behandelten Kinder von 150 000 1975 auf fast 2 Millionen im Jahre 2000 (35). Eine ähnliche Entwicklung kann auch in Deutschland vermutet werden. Offenbar kommt es zurzeit in einigen Ländern zu einer Ausweitung des Krank-

heitsbegriffs bzw. fragwürdigen Steigerung der Morbidität.

Für eine Ausweitung des Krankheitsbegriffs im Fall der Hypertonie und Mikroalbuminurie gilt generell ähnliches wie in den Punkten 1–3; zwei weitere Gesichtspunkte sind aber noch anzumerken:

- Für das Screening auf Mikroalbuminurie scheint ein weiterer unerwünschter Effekt nachweislich. Patienten mit gutem Gesundheitsverhalten werden durch einen positiven Befund noch weiter verunsichert, eine noch strengere Beachtung der Risikofaktoren folgt, während noncompliance Patienten mit Risikofaktoren über ein negatives Testergebnis eine zusätzliche Begründung für ihre Nachlässigkeit in die Hand bekommen (36).
- Bei der Behandlung des Bluthochdrucks werden zunehmend Zweifel laut, ob die Schwelle von 140 mmHg systolisch tatsächlich eine sinnvolle Zielgröße ist. In den großen Studien zur Wirksamkeit von Antihypertensiva konnte bei einem Großteil der Patienten dieser Schwellenwert nicht erreicht werden und trotzdem stellte sich ein nennenswerter Benefit für die Patienten ein; zudem kommt es bei älteren Patienten physiologisch zu Erhöhung des systolischen Drucks und zur Absenkung des diastolischen Drucks, was eine Absenkung des systolischen Drucks schwieriger und für den Patienten belastender macht (37). Selbstverständlich bedürfen Patienten mit schweren Störungen einer intensiven Behandlung und sie werden auch davon profitieren. Doch Patienten mit leichteren Störungen benötigen eher Beratung, Zuspruch oder Begleitung als ein nicht ungefährliches, hohes Maß an Medikalisierung.

Forschungskooperation von Hausärzten

Die Problematik hausärztlicher Beteiligung an Studien mit unklaren Rahmenbedingungen wurde erst kürzlich beschrieben (38). Im vorliegenden Zusammenhang stellt die Ausweitung des Krankheitsbegriffes und die damit verbundene Steigerung von Gesundheitsleistungen aufgrund knapper werdender Ressourcen als Folge einer alternden Gesellschaft eine ernsthafte Gefahr für das bestehende Finanzierungssystem dar. Der Gesetzgeber hat die Verantwortung für die Verteilung der begrenzten Mittel teilweise an die Ärzte delegiert; im Bereich der Medikamente ist dies durch die Einführung der Arzneimittelbudgets geschehen, mit denen die Ärzte für Überschreitungen der Ausgaben haftbar gemacht werden können. Es kann nicht im Interesse der Hausärzte und ihrer Patienten liegen, sich an industrie-gesteuerten Untersuchungen zu beteiligen, die das Ziel haben, eine

nicht selten unreflektierte Medikalisierung voran zu treiben. Im Hintergrund stehen hier die sehr gewinnträchtigen Medikamentengruppen Serotonin-Wiederaufnahmehemmer und AT-II-Antagonisten, deren vermehrter Gebrauch indirekt durch diese Studien gefördert werden und die vermutlich nicht zufällig auch im Programm der die Studien finanziell unterstützenden Firmen stehen. Auch im persönlichen Interesse des Arztes bedeutet Verantwortung für die Verteilung in erster Linie, Ressourcen sinnvoll einzusetzen. Dabei wird neben den unbedingt einzuhaltenden Kriterien Gerechtigkeit, Unabhängigkeit, Unbestechlichkeit und Rationalität im besonderen Maße die Effizienz eine Rolle spielen. Effizienz bedeutet dann, dass Mittel vermehrt dort eingesetzt werden, wo Nachweise für die Wirksamkeit erbracht sind und wo der Benefit für den Patienten die Höhe des Einsatzes rechtfertigt.

In dem Maße wie die Verantwortung des Hausarztes für die Verteilung der Ressourcen steigt, wird er auch immer mehr Ziel von Marketing-Interventionen sein, ob dies in Form direkter Werbung, durch Pharmaberater oder, wie man hier vermuten kann, durch öffentlichen Druck mittels wissenschaftlicher Publikationen geschieht.

Fazit

Die Analyse von Studien zur hausärztlichen Versorgung durch wissenschaftlich denkende Allgemeinärzte ist notwendig, da methodische Schwächen aufgedeckt werden können, die diskreditierenden Schlussfolgerungen die Grundlage entziehen.

Hausärzte sollten sich generell vor der Beteiligung an epidemiologischen (Morbiditäts-) Studien oder Therapiestudien fragen, wem diese Untersuchung nützt und sich eher an sinnvollen allgemeinmedizinisch geleiteten Untersuchungen im Rahmen qualifizierter Forschungsprojekte oder an Kooperationen mit anderen Einrichtungen beteiligen, sofern Sinn, Ziel und Rahmenbedingungen/Sponsoren der Studie klar sind (39).

Literatur

1. Arznei-Telegramm: Sickness sells - Pharmamarketing setzt auf veränderte Wahrnehmung von Krankheit. *Arznei-Telegramm* 2002; 33(7): 71-72
2. Wiesemann A, Wiesemann U. Harninkontinenz als Patientenproblem überwiegend älterer Frauen - eine Untersuchung zur Prävalenz und Arzneimitteltherapie in einer Allgemeinpraxis. *Z Allg Med* 2000; 76: 444-448
3. Wittchen HU, Krause P, Höfler, et al. Hydra-Studie. *Fortschritte der Medizin* 2003, Sonderheft I
4. Wittchen HU, Pittrow D. Prevalence, recognition and management of depression in primary care in Germany: the depression 2000 study. *Hum Psychopharmacol Clin Exp* 2002; 17: S1-S11
5. Wittchen HU, Höfler M, Meister W. Prevalence and recognition of depressive syndroms in German primary care settings: poorly recognized and treated? *Inter Clin Psychopharmacol* 2001; 16:121-35
6. Wittchen HU, Kessler RC, Beesdo K, Krause P, Höfler M, Hoyer J. Generalized anxiety and depression in primary care: prevalence, recognition and management. *J Clin Psychiatry* 2002, 63 (8): 24-34
7. Beesdo K, Krause P, Höfler M, Wittchen HU. Do primary care physicians know generalized anxiety disorders? Estimation of prevalence, attitudes and interventions. *Fortschr Med Orig* 2001; 119 Suppl 1:13-6
8. Gerlach FM. Allgemeinmedizin in einem modernen Gesundheitssystem - Konsequenzen für Forschung, Lehre und Praxis (Teil 1). *ZaeFQ* 2002; 96: 243-249
9. Dt. Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. Leitlinie »Affektive Störungen« www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/psypn05.htm
10. Bischoff M. Hypertonie und Diabetes mellitus: Größenordnung bisher unterschätzt. *Dtsch Arztebl* 2002; 99: A-3352
11. Hydra-Studie: Multimorbidität wird unterschätzt. *Dtsch Arztebl* 2002; 99: A-1933
12. Sykes D, Dewar R, Mohanaruban K, et al. Measuring blood pressure in the elderly: Does atrial fibrillation increase observer variability? *BMJ* 1990;300: 162-63
13. Parati G, Ulian L, Santucci C, Omboni S, Mancia G. Difference between clinic and daytime blood pressure is not a measure of the white coat effect. *Hypertension* 1998; 31: 1185-9
14. Parati G, Ulian L, Sampieri L, et al. Attenuation of the white coat effect by antihypertensive treatment and regression of target organ damage. *Hypertension* 2000; 35: 614-20
15. Committee for proprietary medicinal products. Note for guidance on clinical investigation of medicinal products in the treatment of hypertension. The European Agency for the Evaluation of Medicinal Products.
16. Jensen JE, Nielsen SH, Foged L, Holmegaard SN, Magid E. The MICRAL test for diabetic microalbuminuria: predictive values as a function of prevalence. *Scand J Clin Lab Invest* 1996 56 (2): 117-22
17. Wittchen HU, Jacobi F. Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsforschung*, 44, 2001
18. Wittchen, H-U, Sonntag, H., Nowak, D., Kröger, C., Schmidt, L.G. Raucherentwöhnung beim Hausarzt - Illusion oder Perspektive? *Hausarzt* 2002; 6: 49-53.
19. Wittchen H-U, Krause P, Höfler M, et al. NISAS-2000 - die „Nationale Insomnie Awareness und Screening Studie“. Insomnien und Schlafstörungen in der allgemeinärztlichen Versorgung. *Nervenheilkunde* 2001; 20: 4-16.
20. Statistisches Bundesamt der BRD. Statistisches Jahrbuch 1997. Metzler-Poeschl-Verlag. Stuttgart.
21. Martin RL, Cloninger CR, Guze SB, Clayton PJ. Mortality in a follow-up of 500 psychiatric outpatients. I. Total mortality. *Arch Gen Psychiatry* 1985;42:47-54
22. Murphy JM, Monson RR, Olivier DC, Sobol AM, Leighton AH. Affective disorders and mortality. A general population study. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44 (5): 473-80
23. Angst J, Angst F, Stassen HH. Suicide risk in patients with major depressive disorder. *J Clin Psychiatry* 1999; 60 Suppl 2: 57-62
24. Walinder J, Rutz W. Male depression and suicide. *Int Clin Psychopharmacol* 2001; 16 Suppl 2: S21-24
25. Whooley MA, Stone B, Soghikian K. Randomized trial of case-finding for depression in elderly primary care patients. *J Gen Intern Med.* 2000;15: 293-300
26. Callahan CM, Hendrie HC, Dittus RS, Brater DC, Hui SL, Tierney WM. Improving treatment of late life depression in primary care: a randomized clinical trial. *J Am Geriatr Soc.* 1994 42: 839-46.

27. Lewis G, Sharp D, Bartholomew J, Pelosi AJ. Computerized assessment of common mental disorders in primary care: effect on clinical outcome. *Fam Pract.* 1996; 13 (2):120–6
28. Williams JW Jr, Mulrow CD, Kroenke K, et al. Case-finding for depression in primary care: a randomized trial. *Am J Med.* 1999; 106 (1): 36–43
29. Katzelnick DJ, Simon GE, Pearson SD, et al. Randomized trial of a depression management program in high utilizers of medical care. *Arch Fam Med.* 2000; 9: 345-51
30. Wells KB, Sherbourne C, Schoenbaum M, et al. Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care: a randomized controlled trial. *JAMA* 2000; 283: 212-20
31. Lovell HG. Angiotensin converting enzyme inhibitors in normotensive diabetic patients with microalbuminuria. *Cochrane Database Syst Rev* 2001; (1): CD002183
32. Goffmann E. Stigma - Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. 1974, Suhrkamp Verlag, Frankfurt/Main
33. Illich I. Die Nemesis der Medizin. 1977, Rowohlt Verlag, Hamburg.
34. Dörner K. In der Fortschrittsfalle. *Dtsch Arztebl* 2002; 99: A 2462–2466
35. DeGrandpre R. Ritalin Nation. W.W.Norton, New York, 2000
36. Tijmstra T, Spikers W, Broer J, Jannsen WM, de Jong PE. Psychosocial consequences of screening for microalbuminuria and for some other risk factors. *Ned Tijdschr Geneesk* 2000; 144: 2460–4
37. Rödder H, 140 mmHg ist nicht die Latte, an der alles zu messen ist. *Forschung und Praxis* 2003; 359: 24–25
38. Brockmann S. Zur Mitarbeit niedergelassener Hausärzte bei medizinischer Forschung: ein Briefwechsel. *Z. Allg. Med.* 2003; 79: 36–38
39. Kochen M, Niebling W, Abholz H-H: Forschen oder beforcht werden? *Z. Allg. Med.* 2000; 76: 347–48

Zur Person

Dr. med. Stefan Hensler, Facharzt für Allgemeinmedizin, seit 2000 wiss. Mitarbeiter am Institut für Allgemeinmedizin der Universität Frankfurt a. M., Mitglied der Sektion Versorgungsaufgaben der DEGAM.

PD Dr. med. Armin Wiesemann, Facharzt für Allgemeinmedizin, Leiter der Sektion Versorgungsaufgaben der DEGAM und des Arbeitsschwerpunktes Lehre der Sektion Allgemeinmedizin & Versorgungsforschung der Universität Heidelberg.