

Thomas Rosemann

Forschen oder beforscht werden?

Sein oder nicht sein ... wohl eines der berühmtesten Zitate der Literaturgeschichte. Ohne Theatralik kann man dies nach meiner Auffassung auch auf unser Fach übertragen. Die Entwicklung einer eigenen Forschungsaktivität wird für unser Fach von existentieller Bedeutung sein. Im ersten Beitrag, der dies untermauern sollte, wurden v.a. epidemiologische Gründe angeführt [1]. Es gibt aber noch eine Fülle weiterer.

- Ich möchte dies mit einem aktuellen Beispiel belegen: Vor wenigen Tagen bekam ich ein Schreiben einer psychiatrischen Privatklinik auf den Tisch. In dem sehr netten Anschreiben wurde um die Teilnahme an einer Studie geworben. Ziel war es, das Erkennen von Frühformen von Psychosen zu verbessern. Das hehre Ziel klang sehr freundlich: «Wir möchten Sie in Ihrer schwierigen Tätigkeit unterstützen.» Spricht eigentlich nichts dagegen, teilzunehmen, oder? Um zu sehen, wer hinter der Studie steht, habe ich eine Literatursuche mit den Namen der Unterzeichnenden des Schreibens durchgeführt. In Pubmed (www.pubmed.com) fand sich eine Publikation aus dem *British Journal of Psychiatry* von 2005 [2]. In diesem «Swiss Survey» zogen die Autoren folgende Schlussfolgerung: «The knowledge of GPs about the signs and symptoms of emerging schizophrenia and about the diagnostic steps to be taken is insufficient; they particularly miss the insidious but probably most predictive features of schizophrenia onset.» Und weiter: «General practitioners need low-threshold, easily accessible specialised services to which they can refer these patients.» Insgesamt also eine schöne Studie – zumindest für die Autoren. In einer Schlussfolgerung wird die Insuffizienz der Grundversorger dokumentiert und die eigene Profession bzw. Einrichtung gerechtfertigt. Die Rationale für die aktuelle Interventionsstudie wird aber auch noch mitgeliefert: «Thus, it seems important to educate mental healthcare providers about evidence-based treatment recommendations.» Die Autoren sind also bemüht, mit ihrer Interventionsstudie die Versorgung durch Hausärzte zu verbessern. So scheint es zumindest. Ich frage mich allerdings, ob dem wirklich so ist.
- Schliesslich gibt es eine Unmenge von Studien, die zeigen, dass der Effekt von rein edukativen Interventionen bei Ärzten (egal welcher Spezialisierung!) gering bis nicht nachweisbar ist.

Die Review von Bloom et al. [3] fasst sehr schön zusammen, wie Interventionen sein sollten, nämlich «multifaceted» Entweder man kennt diese Evidenz nicht oder man ignoriert sie, was noch schlim-

mer wäre. Denn die Konklusion der Interventionsstudie ist vorhersehbar: Auch durch Schulungen werden Hausärzte nicht besser. Die eigenen Erfahrungen aus Deutschland bestätigen dies: Alle Studien mit einfachen edukativen Ansätzen zeigten keine Effekte. Drei Studien hatten dabei einen ähnlichen klinischen Fokus: Zwei adressierten die Depression, eine andere sollte die Fähigkeit der Hausärzte verbessern, mit psychosomatischen Beschwerden umzugehen [4, 5]. In keiner war die reine Edukation wirksam. Ähnliche Ergebnisse zeigten sich auch bei anderen Erkrankungen, etwa der Herzinsuffizienz [6] oder der Arthrose [7]. Die Implementierung von Änderungen – insbesondere in der Grundversorgung – ist eine so komplexe Angelegenheit, dass daraus nahezu eine ganz eigene Forschungsrichtung im Bereich der Versorgungsforschung entstanden ist, die «Implementierungsforschung». Vorreiter in Europa dürfte hier Richard Grol sein, dessen zahlreiche Publikationen zu dem Thema unumgänglich sind, will man wirklich die Grundversorgung verändern [8–12]. Erfolgreiche Implementierung setzt in jedem Fall aber spezifische Kenntnisse der Grundversorgung voraus.

- Geforscht wird in der Grundversorgung immer wieder. Das Problem ist nur, dass Hausärzte hierbei immer noch oft instrumentalisiert und beforscht werden. Es geht keinesfalls darum, zu verhindern, dass bestimmte Studien durchgeführt werden, die Defizite in der Versorgung aufdecken. Wie in allen medizinischen Fachgebieten gibt es auch in der hausärztlichen Versorgung in einigen Bereichen sicher Verbesserungspotential. Das Entscheidende aber ist, dass schon in der Planung und Durchführung solcher Studien, vor allem aber in der Interpretation der Ergebnisse, die hausärztliche Perspektive adäquat berücksichtigt wird. Dies gilt um so mehr, wenn Interventionen das diagnostische oder therapeutische Verhalten verändern sollen. Hier sehe ich auch eine entscheidende Aufgabe der Institute für Hausarztmedizin. Wir müssen genau dies tun, wenn die Spezialisten, an deren Kliniken wir angegliedert sind, Studien in der Grundversorgung planen.
- Meine Empfehlung für hausärztliche Kollegen, die für Studien angefragt werden, wäre, die Initiatoren an die IHAMs zu verweisen und nur mitzumachen, wenn es heisst: «IHAM-approved». «Forschen oder beforscht werden», das wird also vielleicht zur Frage des «Sein oder Nicht-Sein» der Hausarztmedizin.

Erfolgreiche
Implementierung
setzt spezifische
Kenntnisse der
Grundversorgung
voraus.

Das Entscheidende
ist, dass die hausärztliche
Perspektive
adäquat berücksichtigt
wird.

Literatur

- 1 Rosemann T. Forschung in der Hausarztmedizin – epidemiologische Gründe. *PrimaryCare*. 2008;8(12):226–7.
- 2 Simon AE, Lauber C, Ludewig K, Braun-Scharm H, Umbricht DS. General practitioners and schizophrenia: results from a Swiss survey. *Br J Psychiatry*. 2005;187:274–81.
- 3 Bloom BS. Effects of continuing medical education on improving physician clinical care and patient health: a review of systematic reviews. *Int J Technol Assess Health Care*. 2005;21(3):380–5.
- 4 Gensichen J, Torge M, Peitz M, Wendt-Hermainski H, Beyer M, Rosemann T, et al. Case management for the treatment of patients with major depression in general practices – rationale, design and conduct of a cluster randomized controlled trial – RoMPT (PRimary care Monitoring for depressive Patient's Trial) [ISRCTN66386086] – study protocol. *BMC Public Health*. 2005;5:101.
- 5 Backenstrass M, Joest K, Rosemann T, Szecsenyi J. The care of patients with subthreshold depression in primary care: is it all that bad? A qualitative study on the views of general practitioners and patients. *BMC Health Serv Res*. 2007;7:190.
- 6 Peters-Klimm F, Muller-Tasch T, Schellberg D, Gensichen J, Muth C, Herzog W et al. Rationale, design and conduct of a randomised controlled trial evaluating a primary care-based complex intervention to improve the quality of life of heart failure patients: HICMan (Heidelberg Integrated Case Management). *BMC Cardiovasc Disord*. 2007;7:25.
- 7 Rosemann T, Joos S, Laux G, Gensichen J, Szecsenyi J. Case management of arthritis patients in primary care: a cluster-randomized controlled trial. *Arthritis Rheum*. 2007; 57(8):1390–7.
- 8 Burgers JS, Grol RP, Zaat JO, Spies TH, van der Bij AK, Mokkink HG. Characteristics of effective clinical guidelines for general practice. *Br J Gen Pract*. 2003; 53(486):15–9.
- 9 Grol R. Successes and failures in the implementation of evidence-based guidelines for clinical practice. *Med Care*. 2001;39(8 Suppl 2):II46–II54.
- 10 Grol R, Wensing M. What drives change? Barriers to and incentives for achieving evidence-based practice. *Med J Aust*. 2004; 180(6 Suppl):S57–S60.
- 11 Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet*. 2003;362(9391):1225–30.
- 12 Hulscher ME, Laurant MG, Grol RP. Process evaluation on quality improvement interventions. *Qual Saf Health Care*. 2003;12(1):40–6.

Korrespondenz:

Prof. Dr. med. Thomas Rosemann
 Institut für Hausarztmedizin
 Klinik und Poliklinik Innere Medizin
 Rämistrasse 100
 8091 Zürich
 thomas.rosemann@usz.ch

PALLIATIVE CARE – GEMEINSAM FÜR EIN LEBEN BIS ZULETZT

Der Begriff Palliative Care erscheint in den Medien und in politischen Diskussionen vor allem im Zusammenhang mit den Auseinandersetzungen über die Suizidbeihilfe. In den meisten Fällen bleibt dabei Palliative Care eine Worthülse. So wurden erst in wenigen Kantonen konkrete Massnahmen zur Verbesserung der Betreuung am Lebensende unternommen. Auch in Fachkreisen existiert kaum ein klares Profil von Palliative Care, ganz zu schweigen von der Integration in die breite Gesundheitsversorgung.

Die **Jahres- und Konsensustagung** der Schweizerischen Fachgesellschaft «palliative ch» vom **3./4. Dezember in Biel** will die Vielfalt der aktuellen Aktivitäten und Projekte sowie der Forschung im Gebiet Palliative Care aufzeigen und alle involvierten Akteure zusammenbringen. Dieser Nummer von PrimaryCare liegt das Abstractheft der Tagung bei und in Heft 19 wird ein ausführlicher Text zum Ziel der Tagung folgen. Das Kongressprogramm kann auf www.congress-info.ch/palliative eingesehen werden.

Steffen Eychemüller, Roland Kunz, Co-Präsidium palliative ch