

# Leserbrief

## Leserbrief zum Artikel «Forschen oder beforscht werden?» von Prof. Thomas Rosemann



In seinem Beitrag [1] beleuchtet Prof. Rosemann Studien, die bei Hausärzten durchgeführt werden, kritisch. Hausärzte würden immer noch instrumentalisiert und beforscht. Zudem zeigt «eine Unmenge von Studien», dass der Effekt von rein edukativen Interventionen bei Ärzten gering bis nicht nachweisbar ist. Er fordert, dass schon in der Planung und Durchführung solcher Studien, vor allem aber in der Interpretation der Ergebnisse die hausärztliche Perspektive adäquat berücksichtigt wird. Prof. Rosemann bezieht sich in seinem Beitrag auf eine aktuell laufende Studie mit Hausärzten sowie auf eine 2005 publizierte, landesweite Studie mit über 1000 Schweizer Hausärzten [2].

Wir können Prof. Rosemann in den von ihm diskutierten Punkten beistimmen. Die aktuelle Untersuchung, die Anlass zu seinem Beitrag war, ist eine Sensibilisierungsstudie in den Kantonen Bern, Basel-Landschaft und einem Teil des Kantons Zürich (Linkes Zürichsee-Ufer), die zum Ziel hat, Hausärzte für die Frühdiagnostik von Psychosen zu sensibilisieren. Die Studie wird als Kooperation zwischen den Externen Psychiatrischen Diensten Baselland, den Universitären Psychiatrischen Diensten Bern sowie der Psychiatrischen Privatklinik Sanatorium Kilchberg durchgeführt. Sie basiert auf (1) einer nun mehrjährigen Zusammenarbeit zwischen der Studienleitung Dr. Andor Simon und Hausärzten des Kantons Basel-Landschaft im Rahmen der Spezialsprechstunde Bruderholz zur Abklärung psychotischer Frühphasen, die in den letzten sechs Jahren ca. 600 oftmals von Hausärzten zugewiesene Patienten abgeklärt hat; (2) auf der oben erwähnten Schweizer Hausärzte-Studie, welche im Jahr 2005 veröffentlicht wurde [2]; (3) auf einer internationalen Replikationsstudie mit über 3000 Hausärzten in sieben Ländern [3]; sowie (4) auf Daten aus der prospektiven «Bruderholz-Studie» zum Verlauf psychotischer Frühphasen, wo der hohe Stellenwert der Hausärzte im Management psychotischer Erkrankungen bestätigt werden konnte [4].

Diese breite und durch enge Zusammenarbeit mit Hausärzten entstandene Erfahrung beeinflusste massgeblich das Format der aktuellen Studie. Dass die aktuelle von Prof. Rosemann kritisierte Untersuchung nicht ein Eigengewächs forschungsmotivierter Psychiater ist, zeigt auch die breit abgestützte Zusammenarbeit mit dem Verein Berner Hausärzte, der Ärztesgesellschaft Basel-Landschaft, der Gesellschaft der Ärzte am Zürichsee (GAZ, Linkes Zürichsee-Ufer), sowie der Fakultären Instanz für Hausarztmedizin (FIHAM) der Universität Bern. Überdies wird die Studie durch die Stiftung «Recherche et Réalisation en Médecine Appliquée» unterstützt, einem Organ der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), das ausschliesslich Studien unterstützt, die in Zusammenarbeit mit Hausärzten entstanden sind.

Wie Prof. Rosemann korrekt zusammenfasst, zeigen einige – aber nicht alle – Interventionsstudien bei Hausärzten ernüchternde Ergebnisse. In der Früherkennung von Psychosen gehören die wenig spezifischen Symptome, die Überlagerung mit adoleszenten Problemen, die Stigmatisierung sowie die sehr geringe Prävalenz von psychotischen Frühphasen in der hausärztlichen Praxis wohl zu den hierfür wichtigsten Gründen. Gleichzeitig kontaktiert die Mehrheit der Patienten mit psychotischen Frühphasen zunächst den Hausarzt. Diese Konstellation fordert die Entwicklung und Applikation eines neuen Studienmodells. Darin geht es nicht um «Beforschung» von Hausärzten, sondern einzig darum, Methoden zu entwickeln, wie psychosekranke junge Menschen noch effektiver behandelt werden können. Um diesen Vorgang weiter zu optimieren, benötigen wir neue Modelle, die aber nur auf dem Boden einer partnerschaftlichen interdisziplinären Zusammenarbeit fruchten können.

*PD Dr. Katja Cattapan-Ludewig, Prof. Dr. Erich Seifritz, Psychiatrische Privatklinik Sanatorium Kilchberg*

### Korrespondenz:

PD Dr. med. Katja Cattapan-Ludewig  
FMH Psychiatrie & Psychotherapie  
Chefärztin, Psychiatrische Privatklinik  
Sanatorium Kilchberg  
Alte Landstrasse 70–84  
8802 Kilchberg  
k.cattapan@sanatorium-kilchberg.ch

### Literatur

- 1 Rosemann T. Forschen oder beforscht werden? PrimaryCare 2008;8(18):372–3.
- 2 Simon AE, Lauber C, Cattapan-Ludewig K, Braun-Scharm H, Umbricht D. Swiss General Practitioners (GPs) and schizophrenia: results from a national survey. Brit J Psychiat 2005;187:274–81.
- 3 Simon AE, Lester H, Tait L, Stip E, Roy P, et al. The International Study on General Practitioners and Early Psychosis (IGPS). Schizophrenia Research, in press.
- 4 Platz C, Umbricht D, Cattapan-Ludewig K, Dvorsky D, Arbach D, et al. Help-seeking pathways in early psychosis. Soci Psychiatry Psychiat Epidemiol 2006;41:967–74.

## Replik: Forschung in der Hausarztmedizin – einige methodologische Überlegungen

Bevor ich auf den Kern des Leserbriefs von Frau PD Dr. Cattapan-Ludewig eingehe, darf ich nochmals auf die exzellente Review von Bloom et al. [1] hinweisen, die sehr schön belegt, dass nur «multifaceted interventions» bei der Implementierung in ein «primary care setting» erfolgversprechend sind. Die Art der Implementierung ist bei Forschung in der Hausarztmedizin mindestens von so grosser Bedeutung wie die Intervention selbst. Wer solche Kenntnisse nicht berücksichtigt, setzt sich zumindest dem Verdacht aus, eine Studie schon primär tendenziell anzulegen. Nicht zuletzt deshalb hat sich die Implementierungsforschung zu einem eigenständigen Forschungszweig innerhalb der Versorgungsforschung entwickelt.

Aber nun zum eigentlichen Argument von Frau Cattapan-Ludewig, die Hausärzte wären in Ihr Forschungsvorhaben eingebunden worden. Als erster Beleg wird angeführt, dass die Studie von der RRMA unterstützt wurde. Als (neuberufenes) Mitglied der RRMA habe ich die Diskussion in der letzten Sitzung nur noch als Beobachter mitverfolgen dürfen und kann sagen, dass eine solche Studie in Zukunft wohl keine Unterstützung mehr erfahren würde. Die diskreditierenden Schlussfolgerungen des ersten Surveys waren der RRMA nicht bekannt und das Bewusstsein,

solche Studien nicht zu unterstützen, wohl noch nicht vollumfänglich ausgebildet.

Frau PD Dr. Cattapan-Ludewig listet als weiteren Beleg für den Einbezug der HausärztInnen eine Reihe von hausärztlichen Institutionen auf. Einbezug in ein Forschungsvorhaben heisst – das dürfte unstrittig sein –, dass man in die Formulierung der Hypothese, die Formulierung des Studienprotokolls, die Durchführung und die Interpretation der Daten und die anschliessende Publikation involviert ist. Darüber besteht ein internationaler Konsens, nachzulesen in den sogenannten Vancouver Rules<sup>1</sup>, aufgestellt von den Editoren aller renommierten medizinischen Journals und anwendbar auf Mitauterschaft in Publikationen und damit konkludent auf das wissenschaftliche Projekt an sich.

Leider haben Spezialisten oftmals eine etwas andere Vorstellung von Einbezug in Forschungsprojekte. Oftmals beschränkt sich der Einbezug auf eine Art «Feigenblattrolle», neben der Unterzeichnung des freundlichen Rekrutierungsschreibens ist der hausärztliche Beitrag beschränkt.

Ich möchte ganz explizit feststellen, dass ich keineswegs den Spezialisten irgendeine schlechte Absicht unterstelle. Und es erscheint fast etwas unfair, dass sich diese Diskussion jetzt so über dieses Projekt ergiesst. Aber Spezialisten, die Forschung in einem hausärztlichen Setting betreiben, müssen sich einfach bewusst sein, dass dort systemspezifische Besonderheiten herrschen, die nicht so einfach zu erfassen sind. Und ein emanzipiertes und gleichberechtigtes Fach darf und muss darauf auch hinweisen. Wie wichtig die Kenntnis des hausärztlichen Settings und der Herausforderung des Niedrigprävalenzbereiches ist, lässt sich anhand zahlreicher Publikationen belegen. Hintergrund ist ein Charakteristikum der hausärztlichen Tätigkeit, das den wenigsten Spezialisten bekannt ist: Die Tätigkeit des Hausarztes ist geprägt durch die Tatsache, dass selbst die häufigsten Krankheiten in seiner Praxis – im Vergleich zu einem spezialistischen Setting – selten sind. Selbst – aus epidemiologischer Sicht – häufige Erkrankungen haben in der Hausarztpraxis selten eine Prävalenz, die über 10% liegt. Nun gibt es aber einen mathematischen Zusammenhang zwischen der Prävalenz einer Erkrankung und dem Positiv Prädiktiven Wert (PPV). Der PPV ist gleichbedeutend der Wahrscheinlichkeit, mit der ein Patient eine Erkrankung hat, wenn ein bestimmter diagnostischer Test positiv ausfällt. Dieser mathematische Zusammenhang wird im sogenannten «Bayes-

**Tabelle 1**  
Prädiktoren für eine KHK gemäss Sox et al. (aus [2]).

Klinische Merkmale	exakter Koeffizient (n = 211)	gerundeter Koeffizient (score: 0–25)
Alter über 60	+2,85	+3
Belastungsangina	+4,26	+4
Infarktverdacht in der Anamnese	+3,90	+4
Belastungsabbruch wegen AP	+2,76	+3
Nitratpositiv	+1,93	+2
Raucher (>20 pack-years)	+3,93	+4
männliches Geschlecht	+5,37	+5
maximale Punktzahl		25



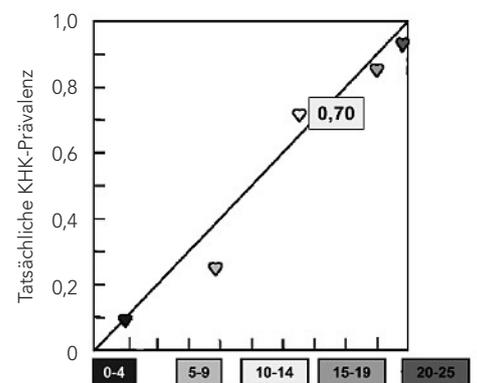
Theorem» ausgedrückt. Die Formel für den PPV ergibt sich demnach gemäss folgender Formel:

$$PPV = \frac{sens}{sens + (1 - spez) \left(\frac{1}{p} - 1\right)}$$

Was heisst dies nun konkret? Eine Publikation, die das sehr schön illustriert, ist die Arbeit von Sox und Mitarbeitern [2]. Sox, Kardiologe an der Stanford University in Palo Alto, CA, wollte, ähnlich der von Frau PD Dr. Cattapan-Ludewig vorgestellten Studie, die diagnostische Sicherheit bei der koronaren Herzkrankheit vergrössern. Dazu anamnestizierte er gezielt Patienten, bei denen in der Koronarangiographie eine KHK nachgewiesen worden war, detailliert nach. Aus den anamnestischen Angaben wurde dann mittels einer logistischen Regression der prädiktive Wert der einzelnen anamnestischen Angaben ermittelt (Tabelle 1).

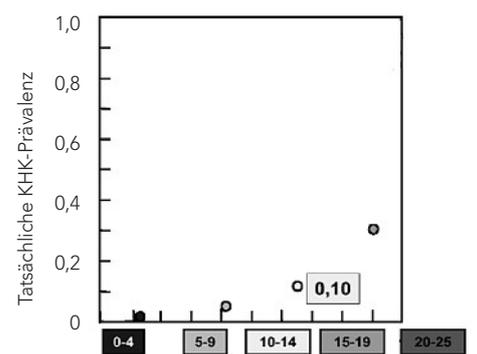
Dieser Score funktionierte im Patientengut der Kardiologie gut, es zeigte sich – wie zu erwarten – ein linearer Zusammenhang zwischen der Höhe des Scores und der Wahrscheinlichkeit, eine KHK zu haben (Abb. 1). Im Setting der Ambulanz in Palo Alto funktionierte der Score plötzlich nicht mehr: Patienten, die denselben Score hatten wie in der Kardiologie, hatten plötzlich wesentlich seltener eine KHK (Abb. 2). Im Grunde haben die Kardiologen hier einen sehr schönen und anschaulichen empirischen Beleg für das Bayes-Theorem geliefert. Dieses Ergebnis hätte sich in allen anderen Bereichen genauso gezeigt, denn es ist völlig testunabhängig; es hängt allein von den Gütekriterien des Tests ab.

Abbildung 3 zeigt den Zusammenhang von Testgüte (Sensitivität und Spezifität) und dem PPV. Es ist sehr schön zu erkennen, wie im Niedrigprävalenzbereich, trotz eines sehr guten Tests, der PPV gering ist. Im Gegensatz dazu ist es im Hochprävalenzbereich, also am rechten Ende der Kurven, nahezu egal, wie gut der Test ist – die



♥ = kardiologische Universitätsklinik, n = 170  
(Stannord University + Palo Alto VA Medical Center)

**Abbildung 1**  
Zusammenhang zwischen Score und tatsächlicher KHK-Prävalenz in der kardiologischen Universitätsklinik (nach Gerlach [3], modifiziert).



● = allgemeinmedizinische Ambulanz, n = 28n  
(Kaiser-Permanente Medical Center)

**Abbildung 2**  
Zusammenhang zwischen Score und tatsächlicher KHK-Prävalenz in der allgemeinmedizinischen Ambulanz (nach Gerlach [3], modifiziert).

<sup>1</sup> <http://www.icmje.org/index.html>

**Tabelle 2**

Sensitivität und Spezifität häufiger diagnostischer Tests. Nach: Sox HC, et al. Medical Decision Making. Boston: Butterworth-Heinemann; 1988; p.337–61.

	Sensitivität (%)	Spezifität (%)
Glukosetoleranztest (Diagnose Diabetes mellitus Typ II)	72	73
Rektale Palpation (Diagnose Prostata-Ca)	56	94
Belastungs-EKG (Diagnose KHK)	90	50
Auskultation (Diagnose Pneumonie)	70	40

Wahrscheinlichkeit, dass der Patient bei positivem Test wirklich krank ist, ist extrem hoch. Tabelle 2 gibt einige Sensitivitäten und Spezifitäten von Tests wieder. Diese sind weit entfernt von den in der Modellrechnung unterstellten Gütekriterien, d.h. mittels der uns in der täglichen Praxis wirklich zur Verfügung stehenden Tests wäre der PPV noch wesentlich geringer.

Dass Hausärzte in der täglichen Praxis weit besser sind, als es die Aussage eines diagnostischen Test ermöglichen würde, hat also viel mit Erfahrung und ärztlicher Intuition zu tun. Nach meinem Verständnis sind dies originäre ärztliche Fähigkeiten, die oftmals weder adäquat wahrgenommen noch geschätzt werden.

Was heisst dies nun konkret in der Antwort auf Frau PD Cattapan-Ludewig? Haben sich die KollegInnen schon einmal überlegt, wie hoch die Prävalenz der Frühpsychosen in der Hausarztpraxis ist? Ist ihnen bewusst, dass sich die diagnostische Treffsicherheit, wenn sie sich aus dem Hochprävalenzbereich ihrer Spezialklinik herausbegeben, dramatisch reduziert? Ähnlich dem Kardiologen, der in der Hausarztpraxis wohl nicht mehr koronare Herzerkrankungen dia-

gnostizieren würde als der Hausarzt. Die Daten von Cattapan-Ludewig 2005 zeigten eine Prävalenz unter 1:2000 (1,6 Kontakte pro Hausarzt und Jahr) [4]. Unterstellen wir einen idealisierten, extrem guten diagnostischen Test (Fragebogen, gezielte Anamnese, usw.), der eine Sensitivität von 90% und eine Spezifität von 90% hat (besser also als praktisch alle in der Praxis verfügbaren Tests, wie etwa die Ergometrie für die KHK oder das Troponin T in der ersten Stunde des Herzinfarktes), ergibt das einen PPV von 0,0018. D.h. die Wahrscheinlichkeit, dass der Patient wirklich eine Frühform der Psychose hat, liegt bei 0,18%! Hier den Hausärzten «Defizite» vorwerfen zu wollen, zeugt in meinen Augen nur von einem fundamentalen Unverständnis des hausärztlichen Settings.

Ein völlig anderer Aspekt, der noch völlig unberücksichtigt blieb, ist die Frage, ob es überhaupt eine ausreichende Evidenz dafür gibt, dass die frühe Diagnose einer Psychose einen wirklichen Benefit bringt. Aber diese Diskussion möchte ich gar nicht erst aufnehmen. Ich erinnere nur an einige Studien, die Hausärzte unbedingt dazu bringen sollten, mehr SSRI zu verordnen – wenn man die aktuellen Studien dazu betrachtet, bleibt es äusserst fraglich ob SSRIs überhaupt den ihnen zugeschriebenen Nutzen aufweisen [5, 6].

Die Antwort von Frau Cattapan-Ludewig lässt für mich also viele Fragen offen. Um nicht missverstanden zu werden: Forschung in der Grundversorgung ist existentiell für die Weiterentwicklung des Faches. Die Aufgabe der Institute für Hausarztmedizin ist, dies voranzutreiben. Alle Ansätze, die darauf abzielen, die Versorgung zu erforschen oder zu verbessern, sind zu unterstützen, egal, ob primär von Spezialisten initiiert oder von Hausärzten. Aber – und ich hoffe, das wurde deutlich – sie erfordert in jedem Fall die explizite Kenntnis des Settings und ihrer Spezi-

fika. So wie die Tätigkeit in einer Spezialabteilung eines Spitals nicht 1:1 auf die Tätigkeit in der Hausarztpraxis zu übertragen ist, so ist es auch die Forschung nicht. Einige Aspekte wurden erwähnt, es gäbe zahlreiche weitere – wie etwa das Cluster Design oder die erforderliche stufenweise Herangehensweise an die Fragestellung –, dies würde aber den Rahmen sprengen.

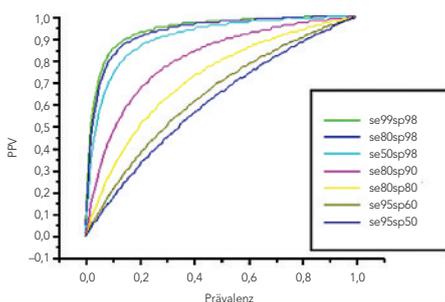
Es bleibt also für mich dabei: Die Zeiten, in denen die Hausärzte nur brav ihre Unterschrift unter Rekrutierungsschreiben setzten, als Daten-Lieferanten erhielten und letztlich nur Zaungäste für Forschung in ihrem Fachbereich waren, sollten vorbei sein.

In diesem Sinne: Forschung mit Spezialisten – jederzeit und gerne, aber nur auf derselben Augenhöhe!

Thomas Rosemann

#### Literatur

- 1 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.
- 2 Sox HC Jr, Hickam DH, Marton KI, Moses L, Skeff KM, Sox CH, Neal EA. Using the patient's history to estimate the probability of coronary artery disease: a comparison of primary care and referral practices. *Am J Med*. 1990;89(1):7–14.
- 3 Gerlach FM. General practice in a modern health care system – consequences for medical records, education and practice (2). *Z Arztl Fortbild Qualitatssich*. 2002;96(5):307–11.
- 4 Simon AE, Lauber C, Cattapan-Ludewig K, Braun-Scharm H, Umbricht D. Swiss General Practitioners (GPs) and schizophrenia: results from a national survey. *Brit J Psychiat* 2005;187:274–81.
- 5 Turner EH, Matthews AM, Linardatos E, Tell RA, Rosenthal R. Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. *N Engl J Med*. 2008 Jan 17;358(3):252–60.
- 6 Kirsch I, Deacon BJ, Huedo-Medina TB, Scoboria A, Moore TJ, Johnson BT. Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Med*. 2008 Feb;5(2):e45.

**Abbildung 3**

Einfluss von Testgütekriterien auf den Zusammenhang zwischen Prävalenz und PV.

#### Korrespondenz:

Prof. Dr. med. Thomas Rosemann (PhD)  
 Institutsdirektor, Institut für Hausarztmedizin  
 Universitätsspital Zürich  
 Rämistrasse 100  
 8091 Zürich  
 thomas.rosemann@usz.ch