

Winfried Suske, Werner Zimmerli

# Klinische Forschung profitiert von der Hausarztmedizin



Fragen an Prof. Werner Zimmerli, Vorstandsmitglied der SGIM und Tagungspräsident der 77. SGIM-Jahresversammlung (13.–15. Mai 2009, Basel – «Von der klinischen Forschung in den Praxisalltag»)



Prof. Werner Zimmerli.

*PrimaryCare: Herr Professor Zimmerli, die Jahresversammlung der Schweizerischen Gesellschaft für Innere Medizin hat sich das Thema «Von der klinischen Forschung in den Praxisalltag» auf die Fahnen geschrieben. Was waren die ausschlaggebenden Gründe für die Wahl des diesjährigen Kongressthemas?*

Werner Zimmerli: Der Jahreskongress der SGIM muss sich von den vielen hochwertigen Fortbildungsveranstaltungen, die von der SGIM während des ganzen Jahres durchgeführt werden, abheben. Er muss

sowohl die Hausärzte als auch die Spitalärzte und Spezialisten ansprechen. Er sollte zudem eine Plattform für junge forschende Ärzte sein, die ihnen die Gelegenheit bietet, einerseits hoch qualifizierte und weltweit anerkannte Forscher hautnah erleben zu können und andererseits eigene Forschungsergebnisse präsentieren zu können. Aus diesen Gründen hat sich das wissenschaftliche Komitee für dieses Thema entschieden. Bereits der Titel will zeigen, dass die klinische Forschung nicht im Elfenbeinturm stattfindet, sondern dass die Ergebnisse aus Klinik und Praxis kommen, um dann wieder dem Patienten zu Gute zu kommen.

Als Tagungspräsident hatte ich das Privileg, das Komitee ein wenig zu beeinflussen und somit für ein Thema zu begeistern, das während meiner ganzen bisherigen medizinischen Laufbahn eine grosse Rolle gespielt hat. Bei meiner eigenen Forschungstätigkeit über Implantatinfektionen habe ich Laborforschung stets ausgehend von einer klinischen Beobachtung betrieben, um die daraus gewonnenen Erkenntnisse in die klinische Anwendung zu bringen.

*Was verstehen Sie als Klinikvorsteher, als Chefarzt einer universitären Klinik für Innere Medizin unter dem Begriff der «klinischen Forschung»?*

Klinische Forschung ist Forschung für den Menschen. Sie ist patientenorientiert und findet somit immer am Krankenbett oder beim ambulanten Patienten statt. Sie ist einerseits die Grundlage und andererseits auch der Motor für den Fortschritt in der Medizin. Sie muss auf einer klinischen Fragestellung basieren und einen Fortschritt für ein epidemiologisches, diagnostisches oder therapeutisches Problem bringen.

*Welches sind Paradebeispiele herausragender klinischer Forschung in der Schweiz?*

Die wohl international am besten bekannte klinische Forschung aus der Schweiz ist in den letzten 20 Jahren im Rahmen der HIV-Kohortenstudie entstanden. Die Bildung einer Kohorte für die Langzeitbeobachtung einer ursprünglich noch unbekanntes Krankheit war eine grosse Pionierleistung. Diese ist einerseits den beteiligten Infektiologen aus allen Schweizer Universitätskliniken und einigen grossen Kantonsspitalern und andererseits dem BAG zu verdanken.

Letzteres hat diese Kohortenstudie finanziell ermöglicht, bevor der Nationalfonds die Fördergelder zur Verfügung stellte. Aus dieser Kohorte, die bis heute auf wissenschaftlich höchstem Niveau geführt wird, kamen unzählige Arbeiten im Rahmen der biomedizinischen, der klinischen, der epidemiologischen und der sozialwissenschaftlichen Forschung zustande. Diese grosse Leistung war nur möglich, weil individuelle Interessen hinter das Gesamtinteresse gestellt worden sind. Zudem wurde die wissenschaftliche Qualität fortlaufend von internationalen Experten überprüft. Dadurch konnten viele Studien durchgeführt werden, welche weltweit einen nachhaltigen Effekt auf die Patientenbetreuung hatten, nämlich zum Spontanverlauf der HIV-Krankheit, zur Notwendigkeit der präventiven Therapie opportunistischer Infektionen, zum Kosten-Nutzen-Verhältnis bestimmter Interventionen, zur antiretroviralen Therapie und zu den Nebenwirkungen von Medikamenten.

Ein anderes Beispiel für gute klinische Forschung sind die Arbeiten aus Genf über die Abklärung von Patienten mit thromboembolischen Leiden. Mit diesen Arbeiten konnten sie einen neuen Standard setzen. Der so genannte «Geneva Score» wird heute international für die Entscheidungswege bei der Abklärung von Patienten mit Verdacht auf Lungenembolie eingesetzt.

In einer Kohortenstudie zur Rolle der Luftverschmutzung auf Lungenkrankheiten bei Erwachsenen (SAPALDIA) kollaborierten 8 Zentren, welche seit mehr als 15 Jahren international beachtete Studien publizieren.

Schliesslich sind die konsekutiven Patientenstudien zur Einschränkung des Antibiotikaverbrauchs bei Patienten mit Atemwegsinfektionen als Beispiele für eine gute klinische Forschung zu nennen. Diese Studien wurden zu Beginn ausschliesslich am Universitätsspital Basel durchgeführt, später auch in Zusammenarbeit mit vielen Hausärzten und schliesslich multizentrisch an mehreren Kantonsspitalern in der Schweiz. Mit diesen Studien liess sich zeigen, dass mit einem Laborwert (sensitives Procalcitonin) zusammen mit der klinischen Beurteilung sehr erfolgreich und gefahrlos Antibiotika eingespart werden können, dies im Vergleich zu einer Standardabklärung.

*Wie gut funktioniert der Wissensaustausch in umgekehrter Richtung, also von der Praxis in die klinische Forschung? Welches sind Paradebeispiele herausragender klinischer Forschung in der Hausarztmedizin aus der Schweiz? Wird sich die «Forschung in der Hausarztmedizin» zum Motor für die klinische Forschung entwickeln?*

Die Forschung in der Hausarztpraxis hat in der Schweiz noch keine lange Tradition. Pionierleistungen hat das Institut für Klinische Epidemiologie mit den Hausärzten der Region Basel geleistet. In der ersten international beachteten Studie ging es um die Frage, ob bei der akuten Sinusitis Antibiotika notwendig seien, was verneint werden konnte. Dabei wurde eine alltägliche klinische Frage aus der Praxis («braucht mein Patient mit Sinusitis Antibiotika?») wissenschaftlich geprüft. Natürlich kann die «Forschung in der Hausarztmedizin» nicht Motor für die klinische Forschung der Zukunft werden, da die Hausärzte einerseits ganz andere Prioritäten haben und

andererseits die Forschungsleistungen nicht finanziell abgegolten werden können. Somit wird die treibende Kraft für die klinische Forschung an Kliniken, Polikliniken und Universitäten bleiben. Dass jedoch praxisrelevante Fragestellungen überhaupt geprüft werden, wird durch die Inhaber von Lehrstühlen in Hausarztmedizin gewährleistet.

*Wie wird die klinische Forschung in der Schweiz unterstützt bzw. finanziert? Wie in der Hausarztmedizin oder existieren hierfür SNF-Gelder?*

Der grösste Teil der klinischen Forschung wird von der Industrie finanziert. Dabei handelt es sich um die Prüfung neuer Medikamente oder neuer Fragestellungen in Bezug auf bereits registrierte Medikamente. Schwieriger ist es, klinische Forschung zu finanzieren, für welche kein direktes wirtschaftliches Interesse besteht. Beispiele dafür sind viele diagnostische Studien (z.B. Abklärungsgang bei Verdacht auch thromboembolisches Leiden), Algorithmen für rationales therapeutisches Vorgehen (z.B. operatives Vorgehen bei orthopädischen Implantatinfektionen), Prüfung von alten Dogmen (z.B.: braucht es Antibiotika bei Sinusitis?) und anderes mehr. In der Regel werden solche Studien mit unentgeltlicher Arbeit, Fondsgeldern, Stiftungsgeldern und allenfalls Forschungsbeiträgen vom Schweizerischen Nationalfonds finanziert. Zudem unterstützt der SNF die klinische industrieunabhängige Forschung indirekt durch die Finanzierung von Forschungsprofessuren für talentierte fortgeschrittene Jungforscher. Für die Finanzierung der hausarztmedizinischen Forschung sind die Gelder noch knapper. In Zukunft wird sich diese Situation allerdings bessern, da die Universitäten den Bedarf einer universitären Hausarztmedizin erkannt haben und entsprechende Einheiten an allen 5 Universitäten entweder geplant oder bereits eingeführt sind. Die Vorsteher dieser Einheiten können somit die Finanzierung in gleicher Weise organisieren, wie dies bereits bisher Forscher in Spitälern getan haben.

*Was sind die Probleme der klinischen Forschung in der Schweiz und was kann dagegen getan werden?*

Die Qualität der biologisch-medizinischen Grundlagenforschung in der Schweiz ist traditionell höher anzusiedeln als diejenige der klinischen Forschung. Die Gründe dafür sind vielfältig. Es besteht ein Mangel an Ärzten, welche sowohl Kompetenz in Molekularbiologie oder Epidemiologie haben als auch gute Kliniker sind. Die Karrierechancen sind auch heute noch günstiger für Grundlagenforscher als für klinische Forscher, da die klinische Forschung von vielen nicht persönlich beeinflussbaren Faktoren abhängt und gute Resultate

meist erst nach sehr langer Zeit verfügbar sind. Zudem erfolgt die klinische Forschung nicht im Labor, sondern im Spital oder in der Praxis, wo die Patientenversorgung Priorität hat und keine separate Finanzierung der Forschung existiert.

Ein weiteres Problem sind die im Verhältnis zu anderen Ländern (z.B. USA oder Spanien) relativ kleinen Kliniken, welche für die Erforschung der meisten Krankheiten keine monozentrischen Studien erlauben. Die Notwen-

digkeit multizentrischer Studie erhöht den personellen und finanziellen Aufwand jedenfalls beträchtlich.

Der Schweizerische Nationalfonds hat dieses Problem schon seit vielen Jahren erkannt und dazu verschiedene Publikationen verfasst, wie z.B. die Empfehlungen des Schweizerischen Wissenschafts- und Technologierates (SWTR) im Jahr 2002. Die darin präsentierten Vorschläge sind in den letzten 7 Jahren weitgehend umgesetzt worden. Dazu zählen effiziente MD/PhD-Programme für talentierte MedizinstudentInnen und Forschungsprofessuren für NachwuchsforscherInnen, welche ihre Qualitäten als klinische Forscher schon bewiesen haben und die Chance zum Aufbau einer eigenen Forschungsgruppe erhalten. Zudem werden Zentren für klinische Forschung an Universitätskliniken unterstützt und neue Kohortenstudien (unter anderem HCV und entzündliche Darmerkrankungen) finanziert.

*Sollte die klinische Forschung zum integralen Bestandteil der ärztlichen Tätigkeit gemacht werden oder favorisieren Sie eher einen hypothetischen «Facharzt für Klinische Forschung» ...?*

Es bestehen in der Tat Bestrebungen, die klinische Forschung zum integralen Bestandteil der ärztlichen Tätigkeit zu machen. Dies ist meiner Meinung nach aber nicht realistisch. Es hat nicht jeder Medizinstudent oder Arzt die Begabung, Motivation und Ausdauer für die Planung und/oder Durchführung klinischer Studien. Es wird somit auch in Zukunft so sein, dass die klinische Forschung nur von einem Teil der Mediziner gemacht wird. Trotzdem sollte sowohl das Studium als auch die klinische Weiterbildung das Verständnis für die klinische Forschung wecken und fördern.

Ein Facharzt für Klinische Forschung ist jedoch auch nicht die Alternative zu «Forschung für jedermann». Dieses Konzept wäre ebenso falsch. Die klinische Forschung muss direkt aus den einzelnen klinischen Disziplinen kommen und nicht aus der Theorie. Somit ist der korrekte Weg nicht die Weiterbildung zu einem Facharzt, sondern die Ausbildung zu einem MD/PhD und das anschliessende Erwerben einer guten klinischen Kompetenz.

*Eine persönliche Frage zum Schluss: Welche Impulse erhoffen Sie sich von der 77. SGIM-Jahresversammlung in Bezug zum Kongress-Thema? Was sind Ihre wichtigsten persönlichen Anliegen in Bezug auf den bevorstehenden Kongress?*

Ich hoffe und ich bin überzeugt, dass die Kongressbesucher spüren, dass es für den Fortschritt in der Medizin eine gute klinische Forschung braucht. Ich würde mich freuen, wenn sich die Hausärzte und Hausärztinnen durch die Beispiele guter klinischer Forschung begeistern lassen würden (v.a. durch die ausgezeichneten Referenten und Inhalte der Seminare), auch wenn sie mit den Themen nicht täglich in ihrer Praxis konfrontiert werden. Ich hoffe, dass dadurch die alltäglichen Berufssorgen, welche gegenwärtig alles andere zu verdrängen drohen, für ein paar Tage in den Hintergrund rücken können. Ebenso würde es das Wissenschaftliche Komitee und mich freuen, wenn sich die Spitalärzte über Probleme informieren würden, welche zum Alltag des Praktikers gehören (v.a. in den Workshops). Dadurch lässt sich das gegenseitige Verständnis enorm verbessern.

Prof. Werner Zimmerli ist Chefarzt der Universitätsklinik am Kantonsspital Liestal. E-Mail: [werner.zimmerli@ksli.ch](mailto:werner.zimmerli@ksli.ch).

Korrespondenz:  
Dr. Winfried Suske, Dr. Schlegel Healthworld AG  
Sennweidstrasse 46, 6312 Steinhausen  
[w.suske@schlegelhealth.ch](mailto:w.suske@schlegelhealth.ch)

