

Praxisorientierte Forschung am Horten- Zentrum

Interview mit Johann Steurer

Schweizerische Ärztezeitung: Am 9. September 1999 wurde in Zürich das Horten-Zentrum für praxisorientierte Forschung und Wissenstransfer eröffnet. Wie ist dieses Zentrum zustande gekommen ist? Wer war Horten überhaupt?

Johann Steurer: Helmut Horten war ein Industrieller in Deutschland, der im Tessin gelebt und dort eine Stiftung eingerichtet hat. Diese Stiftung vergibt jetzt Geld für bestimmte Projekte, wie unter anderen auch für das Horten-Zentrum (www.evimed.ch) und für ein weiteres Zentrum für Biochemie, welches im Mai eröffnet wird.

Wieviel Geld wurde für das Horten-Zentrum zur Verfügung gestellt?

Für zehn Jahre wurde ein Gesamtbetrag von 6,5 Millionen Franken zugesprochen, d.h., wir haben pro Jahr Fr. 650 000.– zur Verfügung.

Wer hatte die Idee dieses Projekts?

Die Idee liegt relativ lange zurück. Es sind nun zwei Jahre her, als ich die Website «www.evimed.ch» ins Leben gerufen habe. Sehr bald hat sich herausgestellt, dass die Nachfrage nach diesen Informationen, die wir auf dieser Website anbieten, relativ gross ist. Nun konnte ich neben meiner hundertprozentigen klinischen Tätigkeit diese Informationen nicht mehr so produzieren, wie wir das gerne gemacht hätten. Herr Professor Vetter hat bei der Horten-Stiftung das Projekt eingereicht, um finanzielle Unterstützung geben und schliesslich den Zuschlag erhalten.

Wie konnten Sie die Stiftung von Ihrer Idee überzeugen. Ist es nicht verrückt, so viel Geld für Evidence-based Medicine, die Sie propagieren, auszugeben?

Wir haben wahrscheinlich mit dem Grundgedanken überzeugt, dass wir in der Medizin in einem Informationschaos leben und dass es von Vorteil wäre, diese Informationen geordneter und klarer transportieren zu können, vor allem in die Praxis, aber auch innerhalb der Spitäler.

Es gibt bereits existierende Modelle mit ähnlichen Zielsetzungen: DOKDI, die Guideline Task force der FMH ... Stehen Sie in einer Konkurrenzsituation zu diesen und anderen Projekten?

Eine eigentliche Konkurrenzsituation sehe ich nicht, da es auf diesem Gebiet viel zu tun gibt und durchaus mehrere Institutionen an dieser Thematik gemeinsam arbeiten können. In erster Linie geht es darum ein Netzwerk zu bilden und die Kooperation zu suchen. Vielleicht besteht bei einigen Projekten eine bestimmte Konkurrenzsituation, aber ich finde, dass Konkurrenz auch etwas Gutes ist, weil es den Wettbewerb fördert und damit hoffentlich auch die Qualität der produzierten Informationen.

Wo liegen denn die Stärken des Horten-Zentrums?

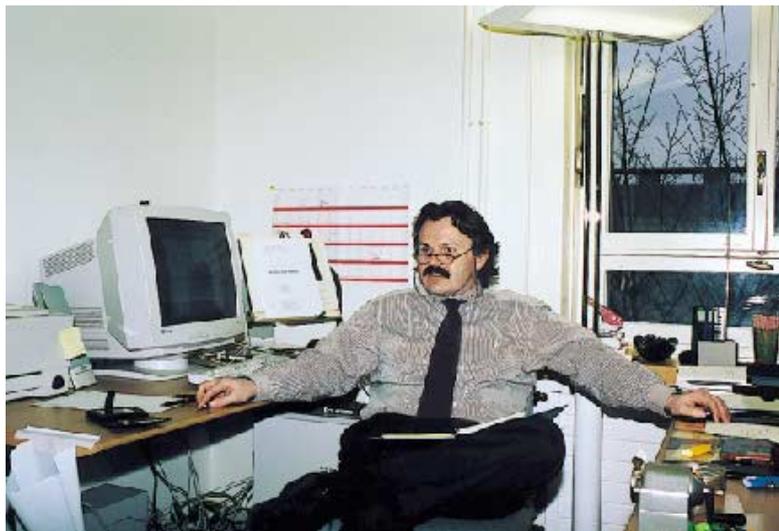
Ich glaube, unsere Stärken liegen darin, dass wir relativ schnell wissenschaftlich relevante Informationen für die Ärzte in der Praxis bereitstellen können, und zwar in einer kurzen konzisen und verdaubaren Form. Das würde ich als unsere Hauptstärke in diesem Konzept betrachten. Wir haben an und für sich nichts mit der Produktion von Guidelines zu tun, sondern beschränken uns hauptsächlich auf die Informationen, die in Journals erscheinen, die aber für die Praxis relevant sind und aufgrund der unheimlichen Informationsmenge von vielen gar nicht gelesen werden können. Wir versuchen diese Informationen relativ schnell in die Arztpraxis zu bringen. Wir haben weiterhin den Vorteil, dass wir eine relativ kleine Organisation sind, während bei anderen Institutionen eher zu viele Interessenkonflikte die Produktion sicher nicht erleichtern.

Wer gehört zu diesem kleinen Team?

Wir sind insgesamt vier Mitarbeiter: ein Pädiater, der in Harvard mit dem Master of Science abgeschlossen hat und eine Ausbildung in klinischer Epidemiologie und Statistik vorweisen kann. Ein Internist hat bei uns eben die Arbeit aufgenommen, schliesslich wird ein ausgebildeter Kardiologe mit uns arbeiten, der nächstes Jahr in die Praxis geht.

Mit welchen Aufgaben werden Sie Ihre Tätigkeit aufnehmen?

Wir haben uns drei Aufgaben gestellt. Die erste Aufgabe ist der Informationstransfer von der Universität in die Praxis. Die zweite Aufgabe besteht darin, in der Ausbildung aber auch in der Fortbildung der Ärzte das Prinzip der Evidence-based Medicine zu integrieren, was jetzt auch im Studentenunterricht in Zürich geschehen wird. Zur dritten Aufgabe gehören Forschungsprojekte, welche wir beratend begleiten. Wir fördern solche Forschungsprojekte nicht nur mit den finanziellen Mitteln, die wir dafür zur Verfügung haben, sondern wir stehen beratend zur Seite während der gesamten Dauer des Projekts, ausgehend von der Fragestellung über die Entwicklung des Forschungsdesigns und der Fragebogen bis zur Auswertung der Resultate.



Mit welcher Fragestellung?

Es ist nicht so, dass wir eine Idee haben, in die Praxis gehen und sagen: Könnt ihr uns Daten zusammenstellen, wir würden dieses oder jenes gerne wissen und publizieren. Wir gehen den umgekehrten Weg: Wenn Ärzte in der Praxis eine Frage haben und darauf eine Antwort suchen, können sie zu uns kommen, und wir helfen so gut es geht, diese Fragen zu beantworten. Wir haben auch die Möglichkeit, ein Netzwerk aufzubauen, um Spezialisten in den Projekten mit einzubeziehen.

Die Schweiz wird gelegentlich als Entwicklungsland bezeichnet, was die Forschung in der Praxis angeht.

Verglichen mit Holland und den nordischen Ländern geschieht in der Schweiz diesbezüglich recht wenig. Dies ist eigentlich schade, weil sehr viele Informationen, die für die Praxis wichtig sind, nur aus der Forschung in der Praxis selbst gewonnen werden können. Die universitäre Forschung hat andere Aufträge, wie Grundlagenforschung oder klinische Forschung. Sehr oft stellt sich das Problem, dass an hochqualifizierten Kliniken sehr spezielle Patienten und Patientenkollektive zusammenkommen. Daraus gewonnene Erfahrungen und Erkenntnisse können dann aber nicht immer unbedingt auf die Patienten in der Praxis übertragen werden. Immerhin geschieht nun einiges, vor allem in den Qualitätszirkeln, die Initiativen starten und versuchen, solche Fragen zu beantworten.

Sie helfen damit, eine Lücke in der Weiterbildung zum Grundversorger zu schliessen?

Wir versuchen es zumindest. Ob es dann auch gelingen wird, oder ob da nicht andere Faktoren auch eine Rolle spielen, kann ich jetzt nicht beurteilen. An der direkten Weiterbildung zum praktischen Arzt sind wir nicht beteiligt. Wir werden aber versuchen, die Prinzipien der EBM in die Aus-, Weiter- und Fortbildung

zu integrieren. Ohne standespolitische Ziele zu verfolgen, versuchen wir, die Brücke zwischen Forschung und der praktischen Medizin etwas kürzer oder begehbarer zu machen.

Nennen Sie uns ein Beispiel dafür, was in der gegenwärtig üblichen Forschung zu kurz kommt.

In der Schweiz ist beispielsweise die qualitative Forschung unterentwickelt. In der qualitativen Forschung werden Methoden aus der Psychologie und Soziologie angewendet, welche für die Praxis genauso relevante, wenn nicht sogar wichtigere Informationen liefern als die quantitative Forschung. Dabei geht es meist darum, menschliches Verhalten zu untersuchen: Warum reagieren bestimmte Patienten so und nicht anders? Welche Vorstellungen haben Patienten von Krankheit oder von der Medizin? Durch solche Fragestellungen könnten viele Prozesse in der Medizin besser verstanden werden.

Es gibt ein sehr interessantes Beispiel aus England [1]: Pädiater haben sich gewundert, dass die Eltern bereits dann zum Arzt gehen, wenn ihre Kinder nur schon 37,5°C Fieber haben. Die englischen Ärzte wollten nun die Anzahl vor allem der nächtlichen Konsultationen etwas reduzieren und haben den Eltern beigebracht, zuerst die Temperatur ihrer Kinder zu messen; sie sollten erst bei Werten über 38,5°C anrufen, denn bei darunterliegenden Werten würde keine Gefahr für das Kind vorliegen. Das hat nun an der Anzahl der Konsultationen überhaupt nichts geändert: Die Eltern kamen trotzdem, gleichgültig wie hoch die Temperatur war. Darauf wurde ein anderer Studienansatz gewählt, bis man schliesslich mit Interviews oder Fragebogen herausgefunden hat, dass sehr viele Eltern die Temperatur gar nicht messen! Hier könnte man praktisch ansetzen, um das Verhalten zu ändern. In einer anderen interessanten Studie [2] wurde dem Rätsel nachgegangen, warum sich der Blutzucker der Diabetiker einer ethnischen Gruppe aus Bangladesch teilweise nur schwer beeinflussen lässt. Die Kranken sind der Ansicht, dass der Diabetes eine Folge des kalten Klimas in England ist. Teilweise vertraten sie die Meinung, dass der Diabetes durch vermehrtes Schwitzen behandelbar ist. Aus solchen Studien, die sich mit den Vorstellungen der Patienten über die Genese ihrer Krankheiten beschäftigen, lassen sich oft interessante Erkenntnisse gewinnen. Zumindest erhält man eine Vorstellung, was vorgeht, wenn bei diesen Patienten überhaupt nichts verändert werden kann. Das sind Fragen, die uns auch interessieren.

Sie entwerfen das Bild einer Medizin, welche den Patienten wieder zu Wort kommen lässt – im Gegensatz zur Schulmedizin?

Es gibt zwei Extreme: In grossen randomisierten Studien erhalte ich statistische Werte und statistische Aussagen. Diese sind sehr wichtig. Es gibt aber auf der anderen Seite Informationen, welche vom einzelnen Patienten kommen, welche auch sehr wichtig

sind. Es gibt zurzeit zumindest Ansätze, wie solche Informationen praktisch gesammelt und davon ausgehend Konzepte oder Hypothesen formuliert werden können. Dieses Vorgehen wird mit dem Begriff der narrativen Medizin bezeichnet. Insgesamt kann man aber nicht sagen, dass der Patient in der Schulmedizin nicht zu Wort kommt. Das ist eher von der Person des Arztes abhängig und nicht davon, ob man ein Vertreter der Schul- oder Alternativmedizin ist. Es ist der Versuch, besser zu definieren, welche Informationen fehlen oder mangelhaft sind.

Den Anstoss dazu haben Sie sicher schon gegeben. Sie haben ja einiges dazu beigetragen, Begriffe der Evidence-based Medicine bekannt zu machen. Wie entgegnen Sie nun der Kritik an Evidence-based Medicine, sie würde ganze Bereiche der Medizin, die nicht epidemiologisch oder statistisch erfasst werden können, einfach ausklammern? Es gibt doch wichtige Gebiete in der Medizin, welche mit randomisierten Studien nicht erforscht werden können.

Da gebe ich Ihnen vollkommen recht: Natürlich gibt es grosse Gebiete in der Medizin, die nicht mit randomisiert-kontrollierten Studien bearbeitet werden können. Dafür gibt es andere Studienprotokolle und andere Arten, solche Dinge zu erforschen, welche ebenfalls vertrauenswürdige Informationen liefern. Es lässt sich genauer definieren, wo unsere Wissenslücken sind. EBM ist auch ein Versuch, besser zu definieren, welche Informationen fehlen oder mangelhaft sind. Nehmen wir als Beispiel die Therapie der Hypotonie. Es ist sehr schwierig, irgendwelche zuverlässige Informationen zu diesem Thema zu finden. Nur ganz wenige Studien entsprechen definierten Qualitätskriterien. Im Gegensatz dazu existieren sehr viele Medikamente zur Behandlung der Hypotonie, welche auch verschrieben werden! Aus wissenschaftlicher Sicht kann man nur hoffen, dass systematische Untersuchungen unternommen werden, um solche Fragen zu klären.

Ich bin gar nicht einverstanden, Evidence-based Medicine mit der Medizin im gesamten gleichzusetzen. Evidence-based Medicine deckt in unserem Verständnis nur einen bestimmten Teil der Medizin ab. Zum Beispiel hat die Kommunikation mit den Patienten mit Evidence-based Medicine primär überhaupt nichts zu tun. Ein weiterer Aspekt ist die persönliche Erfahrung eines jeden Arztes: Die Erfahrung ist die Grundvoraussetzung, um überhaupt eine vernünftige Medizin betreiben zu können. Der Begriff der medizinischen Erfahrung wird aber oft missbraucht und mit Autorität verwechselt: Ich bin nicht damit einverstanden, dass derjenige, der älter ist, immer recht hat.

Besteht eine Gefahr darin, dass Evidence-based Medicine von Politikern, Ökonomen, Spitalverwaltern als Steuerungsinstrument insofern missbraucht wird, als nur noch mit Zahlen abgestützte Verfahren zugelassen werden?

Dazu wird es wahrscheinlich nicht kommen, und es wird auch nicht möglich sein. Die Gefahr besteht natürlich, ich sehe das aber aus einer ganz anderen Perspektive. In der Diskussionen um das Gesundheitssystem wird deutlich, dass das Gesundheitssystem gesteuert wird und in Zukunft von der Politik wahrscheinlich noch mehr Entscheidungen gefällt werden als es jetzt schon der Fall ist. In diesem Kontext sehe ich einen grossen Stellenwert der Evidence-based Medicine, welche zwar keine Entscheidungen aber Informationen liefert und damit zumindest hilft, Entscheidungen transparenter zu gestalten. Solche Entscheidungen sind dann nicht mehr nur von einer Stimmung, einer Meinung oder einer politischen Richtung abhängig.

Zu Ihrer konkreten Arbeit: Haben Sie schon Anfragen von Kollegen aus der Praxis, die ein Forschungsprojekt aufstellen möchten?

Wir haben bereits einige Anfragen zu konkreten Projekten aus der Praxis erhalten. In ein paar Monaten starten diese Projekte. Über Arbeitsmangel können wir uns schon jetzt nicht beklagen.

Haben Sie die klinische Tätigkeit aufgegeben?

Die klinische Tätigkeit habe ich nicht aufgegeben, sondern ich mache weiterhin als Oberarzt im Notfalldienst mit. Ich finde es sehr wichtig, in der Klinik integriert zu bleiben, um nicht als Schreibtischmediziner zu enden, der jeden Bezug zur Realität verliert und nur noch theoretisch Medizin macht. Ich werde auch darauf achten, dass wir wirklich in der Praxis bleiben und nicht irgendwo als Theoriegebäude abheben.

Besten Dank für das Gespräch!

Interview: Natalie Marty, Markus Trutmann

Literatur

- 1 Kai J. Parent's perceptions of taking babies rectal temperature. *BMJ* 1993;307:660-2.
- 2 Greenhalgh T, Helman C, Chowdhury A. Health beliefs and folk models of diabetes in British Bangladeshis: a qualitative study. *BMJ* 1998;316:978-83.