

Versorgungsforschung: Was hat die Hausärztin davon?

Hausärzte können von der Versorgungsforschung am meisten profitieren, wenn sie eigene Daten an die Untersuchungen beisteuern.



Philippe Luchsinger

Schon der Begriff «Grundversorger» ist nicht gerade unser Liebling, und dann noch «Versorgungsforschung»? Und davon sollen wir auch noch profitieren?

2013 hat die Schweizerische Akademie

der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) ein Symposium zur Versorgungsforschung in der Hausarztmedizin durchgeführt. Dieses Symposium stand in der Reihe der von der Gottfried und Julia Bangerter-Rhyner-Stiftung unterstützten Symposien zur Versorgungsforschung in der Schweiz. Gleichzeitig hat diese Stiftung auch Arbeiten mit namhaf-

ten finanziellen Mitteln unterstützt, die Fragestellungen zur Versorgungssituation in der Schweiz nachgingen. Zur Illustration einige Titel: «Primary care interventions to reduce cardiovascular risk behaviors in adolescents» (Dagmar Haller, Genf), «Medication incidents in primary care medicine» (Markus Gnädinger, Zürich), «Potentially avoidable hospitalizations» (Halfon, Lausanne); insgesamt waren es 46 Forschungsarbeiten, die mit jährlich einer Million Franken unterstützt wurden. Ich möchte nochmals zurückkommen auf das Symposium 2013: In seinem Einleitungsreferat hielt Professor Milo Puhant fest: «Gesundheitsdaten sind in der Schweiz inkomplett, inkorrekt, nicht zuordenbar, nicht vergleichbar, nicht erhältlich, nicht longitudinal», alles Bedingun-

gen, die für eine Versorgungsforschung unabdingbar sind. Und was habe ich als Hausarzt damit zu schaffen? Ich kann solche Daten liefern! Gerade aus meinen Daten können Untersuchungen durchgeführt werden, die für mich auch relevant sind. Einer der wichtigen Gründe, warum Daten aus anderen Bereichen nicht in gleichem Masse verwendet werden sollten, hat ganz einfach damit zu tun, dass die zur Evidenz dienenden Studien nicht mit Zahlen aus unseren Praxen zu tun haben. Eine der Konsequenzen in Bezug auf die Versorgungsforschung muss entsprechend sein, dass die Daten, auf denen diese Forschung basiert, unsere eigenen Zahlen sind. Was ich dazu benötige? Eine elektronische Krankengeschichte und etwas Interesse.

Das Förderprogramm der Bangerter-Stiftung läuft aus, ab 2017 beginnt das Nationale Forschungsprogramm NFP 74. Ursprung dieses Programms ist «unsere» Initiative; im Rahmen des Masterplans wurde die Förderung der Versorgungsforschung beschlossen, über fünf Jahre soll dieses Programm mit 20 Millionen Franken unterstützt werden. An der Entstehung dieses Programms waren wir Hausärzte politisch beteiligt, es soll uns dienen; werfen wir doch einen Blick auf die eingereichten Projekte: Was können wir erwarten?

Die Forschungsprojekte sind in drei Module unterteilt

Modul 1 untersucht die Unter- oder Überversorgung. Beispielsweise werden wir nach der Untersuchung von Drahomir Aujesky genauer wissen, welche Faktoren einen Einfluss darauf haben, ob Wahl Eingriffe wie Gelenkprothesen oder auch kardiale Eingriffe durchgeführt werden. Wenn die Annahme stimmt, dass 25% dieser Eingriffe nicht notwendig sind, wird die hausärztliche Beratung unserer Patientinnen umsichtiger ausfallen, und wir werden uns vermehrt auch dazu überwinden müssen, im Dienst unserer Patienten, die Indikationen der Spezialisten anzuzweifeln und dies auch mit dem Patienten so zu diskutieren. Ein anderes Projekt aus Lausanne untersucht, ob die Gruppe von Patienten, die sehr häufig die Notfallstationen aufsuchen, durch ein spezielles Case Management davon abgehalten werden können. Vielleicht bräuchten diese Patientinnen eher einen Hausarzt? Klassischerweise stellt ein Ökonom die Frage, ob die Umstellung der

Vergütung auf Pauschalen auch in der ambulanten Versorgung sinnvoll sein könnte. Professor Felder vergleicht dazu die Vergütung von Pädiatern in Baden-Württemberg und in der Schweiz, da unser jetziges System die Überversorgung fördern könnte. Wir sind gespannt!

In Modul 2 steht die Koordination und Kooperation zwischen verschiedenen Gesundheitsfachleuten im Fokus. Gerade unsere Zusammenarbeit mit der Spitex beispielsweise ist bisher praktisch nicht untersucht, weshalb sich ein Projekt auch spezifisch mit der ambulanten Pflege auseinandersetzt. Aber auch die Frage, wie und zusammen mit wem wir akut psychisch kranke Menschen behandeln können und wie wir das am sinnvollsten tun, kann uns in unserem Alltag behilflich sein. Modul 3 beinhaltet die Prävention und Versorgung von Patienten mit (multiplen) chronischen Erkrankungen. Stefan Neuner sucht zur verbesserten Medikationssicherheit beim Austritt ein mögliches standardisiertes Verfahren: Kennen wir nicht alle die Schwierigkeiten, die Medikation gleich wieder bei Austritt korrigieren zu müssen? Hier wäre die Vereinfachung der Abläufe eine willkommene Verbesserung. Ein anderes Thema ist die Frage, ob finanzielle Anreize die Betreuung von Diabetespatienten verbessern können. Thomas Rosemann untersucht dies mit zwei Gruppen von Praxen. Interessant war ja in England, dass finanzielle Incentives zu einer deutlichen Verbesserung der Parameter geführt haben, das Einkommen der Hausärzte stieg ebenfalls an, aber die nicht zusätzlich finanzierten Leistungen wie psychosoziale Beratungen hatten weniger Raum.

Auswirkungen des Ärztemangels auf das Patientenverhalten

Eine Arbeit möchte ich speziell erwähnen, sie untersucht nicht unsere Arbeit, sondern das Fehlen unserer Arbeitskraft: Professor Gerfin vom Departement Volkswirtschaftslehre der Universität Bern untersucht, was mit unseren Patientinnen und Patienten geschieht, wenn ihr Hausarzt keinen Nachfolger findet und seine Praxis schliessen muss. Besuche auf Notfallstationen, Hospitalisationen und die daraus resultierenden Kosten werden verglichen zwischen Patienten, die von einer Praxisschliessung betroffen waren, und solchen, die weiter hausärztlich betreut werden. Einerseits sollen die Konsequenzen der fehlenden Praxen für politische Entscheidungsträger aufgezeigt, andererseits besonders vulnerable Patientpopulationen identifiziert werden. Viele dieser Forschungsprojekte können, wie wir gesehen haben, sehr wohl einen Einfluss auf unsere tägliche Praxis haben. Zugunsten unserer Patientinnen können wir nachher fundierter und zuverlässiger entscheiden, wie wir sie abklären, wie wir sie behandeln und wie wir sie begleiten. Und welche unserer Interventionen auch für das gesamte Gesundheitssystem nachhaltig und sinnvoll sind. Wir denken ja nicht nur an uns! Hat die Hausärztin nun etwas davon, wenn sie sich für Versorgungsforschung interessiert? Ganz sicher!

Dr. med. Philippe Luchsinger

.....
Dr. med. Philippe Luchsinger ist Präsident der Haus- und Kinderärzte Schweiz (mfe)
.....