

«Nicht nur die hochspezialisierte Medizin wird immer komplexer, sondern auch die Grundversorgung.»

Fünf Fragen an Prof. Dr. Thomas Rosemann. Der Direktor des Instituts für Hausarztmedizin der Universität Zürich spricht über die Rolle der Hausärztinnen und Hausärzte bei der Vorbeugung und der Behandlung nichtübertragbarer Krankheiten, die Möglichkeiten neuer Versorgungsmodelle und die Lücken und Chancen bei der einschlägigen Forschung.

Herr Rosemann, wie beurteilen Sie die Rolle der Hausärztinnen und Hausärzte in der Prävention und der Behandlung der nichtübertragbaren Erkrankungen oder non-communicable diseases (NCD)?

Thomas Rosemann: Den Hausärztinnen und Hausärzten kommt hier eine ganz besondere Rolle zu: Sie sind in der Regel die erste Kontaktperson im Gesundheitssystem und sie kennen in den meisten Fällen ihre Patientinnen und Patienten über lange Zeiträume und dadurch auch ihr soziales Umfeld und ihre Lebensgewohnheiten. All dies sind Faktoren, die gerade für den Erfolg präventiver Massnahmen sehr wichtig sind.

Gibt es für Sie, als Forscher in diesem Bereich, neue Versorgungsmodelle, die Antworten geben auf chronische Krankheiten und Multimorbidität, und falls ja, welche?

Wir wissen, dass es insbesondere in der Versorgung chronisch Kranker in einigen Bereichen Defizite gibt. Im Wesentlichen beruht dies auf einem zu reaktiven Ansatz, das heisst, wir reagieren etwa auf Verschlechterungen des Gesundheitszustandes, anstatt sie mit allen Mitteln zu verhindern. Was es dazu braucht, ist eine kontinuierliche und proaktive Begleitung, um ein Voranschreiten der Erkrankung maximal zu verzögern. Der Fokus liegt somit stärker auf der Prävention von Komplikationen und einer Verschlechterung der Erkrankung. Es gibt verschiedene Möglichkei-



ten, diese proaktive Versorgung zu implementieren, eine Möglichkeit sind Disease-Management-Programme (DMP), wie in Deutschland eingeführt, oder qualitätsindikatoren-gestützte Ansätze wie im Rahmen des «Quality and Outcomes Framework (QuOF)» in England. Der umfassendste Ansatz ist das «Chronic-Care-Modell», das eine evidenzbasierte Vorlage für die Behandlung chronisch Kranker darstellt und dabei insbesondere auch den Teamansatz in der Versorgung betont. Dass CCM ist im Grunde nicht mehr als das Surrogat einer Vielzahl von Studien, in denen man unterschiedliche Ansätze zur Optimierung der Behandlung untersucht hat. Im CCM wurden die Elemente, die eine positive Wirkung zeigten, zusammengetragen.

In der Schweiz bestehen grosse Lücken in der Versorgungsforschung. Welche Art von Forschung müsste betrieben werden, um konkrete Antworten auf die Prävention und die Bekämpfung von NCDs zu erhalten? Gibt es Beispiele dafür?

In der Vergangenheit hat sich die Forschung auf die Grundlagen- und klini-

sche Forschung konzentriert. Die demografischen Veränderungen der Gesellschaft mit mehr chronisch Kranken und multimorbiden Kranken lassen sich aber nicht durch mehr und innovativere Diagnostik oder mehr oder bessere Medikamente allein lösen. Was es braucht, sind neue Ansätze in der gesamten Versorgungskette, idealerweise über mehrere Versorgungsebenen, also Hausarzt, ambulanten Spezialisten und Spital, hinweg. Neue Versorgungsansätze, seien es das CCM oder DMPs oder auch indikatoren-gestützte Programme, lassen sich mittels randomisierter Studien im realen Versorgungsalltag untersuchen. Die Methodik ist aufgrund zahlreicher Variablen und Confounder (Störfaktoren) oft schwieriger als in klinischen Studien, die Ergebnisse dafür aber in der Realität generiert und unmittelbarer als Vorlage für Anpassungen, etwa des Vergütungssystems, geeignet. Wir haben einige solcher Studien durchgeführt. Die untersuchten Krankheiten reichten dabei vom Diabetes über Asthma und Bluthochdruck bis hin zur feuchten Makuladegeneration des Auges. Was es brauchte, wären mehr finanzielle Mittel, daran mangelt es noch in der Schweiz. Aber die Politik hat das Bedürfnis erkannt, und ich bin optimistisch, dass sich die Rahmenbedingungen verbessern.

Sie sprechen auch die Bedeutung der Prävention zur Vorbeugung sowie zur Behandlung von NCDs an. Wie könnte eine Stärkung der Prävention in der Grundversorgung erreicht werden?

Versorgungsansätze wie das CCM betonen die Bedeutung der (Sekundär-)Prävention in der Behandlung. Eine chronische Erkrankung wie etwa der Diabetes ist ja kein «On/Off»-Phänomen, sondern ein Kontinuum von der (noch reversiblen) gestörten Glucosetoleranz bis hin zur manifesten Komplikation – wie etwa einer Amputation oder einem Herzinfarkt. Das Voranschreiten auf diesem Kontinuum muss durch proaktive res-

pektive präventive Interventionen verzögert werden. Das Bewusstsein dafür wird durch Modelle wie das CCM gefördert, allein wird es aber nicht den bestmöglichen Effekt erzielen. Idealerweise werden diese Massnahmen strukturiert erfasst und incentiviert, damit lassen sich zweifelsfrei die besten Ergebnisse erzielen.

Die Patientinnen und Patienten der Zukunft sind besser informiert, erwarten andere Öffnungszeiten und andere Versorgungsangebote, nutzen neue Medien zur Informationsbeschaffung und fordern entsprechend eine gleichberechtigte Arzt-Patienten-Beziehung. Was hat dies für Auswirkungen auf die Versorgung?

Ein gut informierter Patient ist eine ideale Voraussetzung für eine gemeinsame, evidenzbasierte Entscheidungsfindung. Das Problem ist manchmal, dass die im Internet verfügbaren Informationen nicht neutral und evidenzbasiert sind, daraus resultiert oft die Forderung nach Massnahmen, die nicht unbedingt sinnvoll sind oder sogar schaden können. Überdiagnostik und Übertherapie sind oft nicht weniger schädlich, als indizierte Interventionen zu unterlassen. Manchmal gilt also auch «less is more», dies erfordert aber ein umfassendes Wissen, um das Vorgehen begründen zu können, und einen intensiven Austausch mit dem Patienten. Das Gespräch wird zum zentralen Element in der Behandlung und sollte als dieses gewürdigt werden. Dabei muss nicht alles vom Arzt geleistet werden, ein interdisziplinärer und multiprofessioneller Ansatz ist wohl überlegen. Wer idealerweise welche Rolle übernimmt, muss sorgfältig untersucht werden. Klar ist aber: Nicht nur die hochspezialisierte Medizin wird immer anspruchsvoller und komplexer, sondern auch die Grundversorgung.

Welche Versorgungsforschung braucht die Schweiz?

Die Versorgungsforschung ist im Forschungskonzept Gesundheit 13–16 als Priorität gesetzt. Sie soll dazu beitragen, die Qualität, die Wirksamkeit und die Wirtschaftlichkeit unseres Gesundheitssystems zu verbessern. Versorgungsforschung konzentriert sich auf die Versorgung der Bevölkerung in Spitälern, Arztpraxen und anderen Gesundheitseinrichtungen und schliesst dabei die Versorgung mit Präventions- und Früherkennungsleistungen (Krankheitsvorbeugung) mit ein.

Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) erstellt im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit federführend unter Einbezug diverser Nutzergruppen (Bund, Kantone, Leistungserbringer, Versicherer, PatientInnen u.a.) bis Ende 2013 ein umfassendes Konzept Versorgungsforschung, das als Grundlage für ein künftiges nationales Forschungsprogramm dient. Das Konzept soll im Wesentlichen die Frage beantworten, welche Versorgungsforschung die Schweiz braucht. Die Hausarztmedizin/Medizinische Grundversorgung soll in einem Schwerpunkt Berücksichtigung finden.

Kontakt: Herbert Brunold, BAG, Leiter Fachstelle Evaluation und Forschung, herbert.brunold@bag.admin.ch

Forschungskonzept Gesundheit 13–16: www.bag.admin.ch/forschung