

Die Hausarztmedizin (medizinische Grundversorgung) muss akademisch stärker verankert werden

*Eine Stellungnahme der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW)**

Wie in vielen anderen Ländern sind auch in der Schweiz seit Jahren drei wichtige Bedrohungen im Gesundheitssystem zu beobachten:

- ein Mangel an im eigenen Land ausgebildeten Ärzten und Pflegenden,
- ein Ungleichgewicht zwischen Spezialisten und ärztlichen Grundversorgern (Hausärzten), zu Ungunsten der letzteren, sowie
- eine Krise in der Hausarztmedizin – Stichworte dazu sind geringe Berufsattraktivität, vermehrtes «Burn out» und Nachwuchsmangel.

Die «Hausarztmedizin» steht denn auch seit einiger Zeit im Zentrum der gesundheitspolitischen Diskussion; die Initiative «Ja zur Hausarztmedizin» hat dieser Diskussion zusätzliche Dynamik verliehen. Eine der zentralen Forderungen der Initiative betrifft die Anerkennung der Hausarztmedizin als akademische Disziplin. Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) unterstützt grundsätzlich dieses Anliegen; mit dem vorliegenden Dokument möchte sie dies verdeutlichen, gleichzeitig jedoch einige Nuancierungen anbringen.

Die Hausarztmedizin ist Teil der Grundversorgung

Die Public-Health-Forschung hat gezeigt, dass der Gesundheitszustand einer Bevölkerung von der Organisation des Gesundheitssystems abhängt und dabei ganz besonders vom Stellenwert, welcher der Grundversorgung zukommt. Angesichts der Zunahme chronischer und degenerativer Krankheiten in einer alternden Gesellschaft wird der Einfluss der Grundversorgung auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung noch zunehmen.

Aus Sicht der SAMW muss die Hausarztmedizin im Gesamtkontext der medizinischen Grundversorgung gesehen werden. In ihren Berichten «Zukunft Medizin Schweiz» und «Zukünftige Berufsbilder von ÄrztInnen und Pflegenden in der ambulanten und klinischen Praxis» betonte die SAMW die Bedeutung der Grundversorgung – und machte gleichzeitig klar, dass neben den Hausärzten schon heute auch andere Berufsgruppen einen wichtigen, komplementären Beitrag leisten.

Es ist jedoch schwierig, sich eine akademische Disziplin «medizinische Grundversorgung» vorzustellen, wenn diese Lehrstühle für Hausarztmedizin, Pflege, Physiotherapie, Ernährungsberatung usw. umfassen müsste.

* Der Entwurf dieser Stellungnahme stammt von Prof. Thomas Rosemann, Leiter des Institutes für Hausarztmedizin und Versorgungsforschung an der Medizinischen Fakultät der Universität Zürich. Der Vorstand der SAMW hat die Stellungnahme an den Sitzungen vom 3. September 2012 und vom 5. November 2012 ausführlich diskutiert und überarbeitet und in der vorliegenden Form genehmigt.

Was ist eine akademische Disziplin?

Um in der akademischen Welt als akademische Disziplin anerkannt zu werden, braucht es einen Leistungsnachweis in Lehre und Forschung. Die spezifischen Inhalte der Lehre und die Themen für die Forschung lassen sich allerdings nur formulieren, wenn eine klare und präzise Definition der Disziplin vorliegt. Die meisten Definitionen von «Hausarztmedizin» sind dabei insofern unbefriedigend, als sie den «Hausarzt» anhand unspezifischer Charakteristika beschreiben, wie etwa der Arzt-Patientenbeziehung, die sicher in der Hausarztmedizin besonders ausgeprägt ist, aber eben auch im Verhältnis Patient-Spezialist eine Rolle spielt. Derartige Kriterien sind keine Spezifika eines Fachgebietes und daher ungeeignet, es zu charakterisieren. Die Spezifika der Hausarztmedizin ergeben sich im Wesentlichen aus ihrer besonderen und einzigartigen Funktion im Gesundheitswesen; daher wird nachfolgend das Fachgebiet «Hausarztmedizin» definiert und daraus die Bedeutung als akademische Disziplin abgeleitet.

Definition von Hausarztmedizin

Die klinische Grund- oder Primärversorgung wird oftmals unter dem Gesichtspunkt ihrer klinischen Inhalte als Querschnittsfach betrachtet, das naturgemäss in den einzelnen klinischen Subdisziplinen nicht dieselbe Tiefe erreichen kann wie das jeweilige Spezialfach. Dies führt regelmässig zu Diskussionen über die Existenzberechtigung der Hausarztmedizin als eigenständiges Fachgebiet der Medizin.

Im Folgenden werden die fachspezifischen Merkmale der Hausarztmedizin nicht anhand klinischer Aspekte herausgearbeitet, sondern aufgrund des Settings und vor allem aufgrund der Funktion innerhalb des Gesundheitssystems.

1. Niederschwelliger Zugang zur Gesundheitsversorgung für alle Einwohner

Die Grund- oder Primärversorgung definiert sich über ihre Funktion im Gesundheitssystem, die sich jener von der Sekundärversorgung – sei es ambulanter oder stationärer Art – unterscheidet. So stellt die Hausarztmedizin in der Regel den ersten Kontakt eines Patienten (Menschen) mit dem Gesundheitssystem dar und bietet einen niederschweligen Zugang. Der niedrighschwellige Zugang zum Gesundheitssystem ist von besonderer Bedeutung für schwer erreichbare Bevölkerungsschichten («hard to reach populations»), da gerade diese Population oftmals eine ungünstige Allokation von gesundheitlichen Risiken aufweist («population at risk»). Zahlen aus den Vereinigten Staaten zeigen etwa, dass die Lebenserwartung positiv mit der Dichte der Grundversorger korreliert und dass hierbei insbesondere sozial schwache Menschen und Menschen mit Migrationshintergrund profitieren, die ansonsten eine höhere Eintrittsschwelle zum Gesundheitssystem haben.

2. Risikogruppenadaptiertes Screening und Prävention

Die Evidenz für den Nutzen der meisten Screening- und Präventionsmassnahmen ist für die nicht risikostatifizierte Gesamtpopulation gering. Zudem werden viele dieser Massnahmen vor allem von gesundheitsbewussten Menschen wahrgenommen, die ein eher unterdurchschnittliches Risiko für die entsprechende Erkrankung haben. Aufgrund des niederschweligen Zugangs zur Hausarztmedizin und den Kenntnissen über soziokulturelle, familiäre Hintergründe und individuelle Risikokonstellationen, kommt dem Grundversorger deshalb eine besondere Bedeutung im zielgerichteten, risikogruppenadaptierten Screening (und damit der Prävention) zu.

3. *Niedrigprävalenz als Charakteristikum der Hausarztmedizin*

Die Position des Grundversorgers als erste Anlaufstelle im Gesundheitssystem impliziert, dass die Konsultation epidemiologische und phänomenologische Charakteristika aufweist, die sich elementar von den Spezialdisziplinen unterscheidet. Herausragendes Charakteristikum der Hausarztmedizin ist die niedrige Prävalenz von Erkrankungen oder – umgekehrt formuliert – ein breites Spektrum an Behandlungsanlässen. So zeigen selbst epidemiologisch häufige Erkrankungen wie etwa die Hypertonie in der Hausarztpraxis Prävalenzen, die im niedrigen einstelligen Bereich liegen. Dies hat Auswirkungen auf die Diagnostik. So existiert ein mathematischer Zusammenhang zwischen der Prävalenz und dem positiv prädiktiven Wert (PPV) einer Untersuchung bzw. eines diagnostischen Tests. Die Wahrscheinlichkeit, dass eine Erkrankung bei positivem Test- oder Untersuchungsergebnis tatsächlich vorliegt, ist im Niedrigprävalenzsetting signifikant niedriger als wenn derselbe Test im Hochprävalenzsetting eines Spezialisten durchgeführt wird. Selbst diagnostische Tests, die eine hohe Sensitivität und Spezifität haben, erreichen bei niedrigen Prävalenzen wie sie in der Hausarztmedizin vorliegen, nur geringe PPVs. Dieser fundamentale mathematische Zusammenhang wird oft ausser Acht gelassen und führt zu unreflektierten Diskussionen über diagnostische Fähigkeiten und Möglichkeiten in der Hausarztmedizin.

4. *Behandlungsanlässe anstatt definitiver Diagnosen*

Eine weitere Implikation für das diagnostische Vorgehen in der Hausarztmedizin ergibt sich aus der Tatsache, dass in der Hausarztmedizin Symptome bzw. «Behandlungsanlässe» dominieren. In vielen Fällen ist es aufgrund einer spontanen Genesung des Patienten vor Abschluss des diagnostischen Prozesses nicht möglich, eine definitive Diagnose – etwa im Sinne einer eindeutigen ICD-10 Klassifikation – zu stellen.

5. *Rationale Stufendiagnostik zur Erhöhung der Prä-Test-Wahrscheinlichkeit für den Spezialisten*

Da ein hoher Prozentsatz der Behandlungsanlässe einer spontanen Genesung unterliegt und aufgrund der hohen Varianz von Erkrankungen, die hinter einem Symptom / Behandlungsanlass stehen können (z.B. bei Thorax- oder Bauchschmerzen), folgt, dass der Einsatz diagnostischer Tests und Untersuchungen abgestuft und unter Zuhilfenahme des sogenannten «Test of Time» erfolgt. Die spezifische Herausforderung für den Grundversorger ist es, hierbei eine Gratwanderung zwischen «abwendbar gefährlichem Verlauf» und dem «abwartenden Offenlassen» zu vollziehen. Durch den zeitlich abgestuften Einsatz der diagnostischen Tests wird jeweils die Prä-Test-Wahrscheinlichkeit erhöht und so der rationale Einsatz von zunehmend teureren, aber spezifischeren Tests ermöglicht. Am Ende dieses Prozesses steht dann die Weiterverweisung an den Spezialisten, die unmittelbar nach der ersten Konsultation oder eben im Rahmen einer Stufendiagnostik nach wiederholter Konsultation gezielt erfolgen kann. Die Hausarztmedizin kann so die Grundlage für den effizienten Einsatz (hoch-)spezialisierter Medizin schaffen, sowohl in der Diagnostik als auch der Therapie. Am Beispiel des Thoraxschmerzes sei dies verdeutlicht: Daten aus der Schweiz zeigen, dass die Beschwerden unter dem Behandlungsanlass «Thoraxschmerz» in der Grundversorgerpraxis nur in etwa 1% der Fälle auf eine koronare Herzerkrankung zurückzuführen sind. Würden alle Thoraxschmerzen unmittelbar mit allen diagnostischen Mitteln abgeklärt und zudem ungezielt etwa dem Kardiologen zugeführt, wäre eine völlig inadäquate Ausweitung medizinischer Leistungen die Folge. Der begründete Verzicht auf – möglicherweise risikoassoziierte – Diagnostik und Therapie wird so zu einer ebenso patienten- wie systemrelevanten, eigenständigen medizinischen Leistung.

6. Berücksichtigung soziokultureller Umstände

In der Hausarztmedizin besteht oftmals eine langjährige und vertrauensvolle Beziehung mit dem Patienten. Familiäre und private Hintergründe sowie Persönlichkeitsmerkmale des Patienten, auch in der Präsentation seiner Gesundheitsprobleme, führen zu einem komplexen Bild, das der Grundversorger wahrnimmt («erlebte Anamnese»). Diese Faktoren sind wichtige ergänzende Faktoren, die in die Entscheidungsfindung des Grundversorgers miteinfließen und die dem Spezialisten oftmals nicht in diesem Umfang vorliegen.

7. Langfristige Betreuung

Die Hausarztmedizin ist durch eine oftmals langfristige und kontinuierliche Betreuung der Patienten gekennzeichnet. Dies gilt insbesondere für ältere und chronisch kranke und/oder multimorbide Patienten. Zu den erwähnten Aufgaben des Grundversorgers in Bezug auf die akute Diagnostik und Triage kommt hier die Koordination und Begleitung des Patienten im Rahmen seiner (chronischen) Grunderkrankung. Aufgrund der langfristigen und oftmals von einem besonderen Vertrauensverhältnis geprägten Beziehung übernimmt die Hausarztmedizin hier eine Funktion im Sinne des «medical home» des Patienten und bietet einen als zentralen Anlauf- und Koordinierungspunkt. Da chronische Erkrankungen in der Regel ein Kontinuum sind, das von der Risikokonstellation («at risk») bis hin zur vollständigen Ausprägung reicht, kommt hier besonders der sekundärpräventiven Betreuung eine besondere Bedeutung zu. Proaktive Betreuung zur Vermeidung von Exazerbationen oder eines Fortschreitens auf dem Krankheitskontinuum sind hier ebenso zentrale Aufgaben wie die Vermittlung von Coping-Strategien im Rahmen des «patient empowerment», um dem Patienten einen optimalen Umgang mit seiner eigenen Erkrankung zu ermöglichen. In diesen Situationen können nicht nur Ärztinnen und Ärzte, sondern auch Pflegefachpersonen und andere Gesundheitsfachleute eigenständig wichtige Verantwortungen übernehmen.

Forschung und Lehre in der Hausarztmedizin

Die Hausarztmedizin nimmt eine spezifische, zu den Spezialdisziplinen synergistische Funktion im Gesundheitswesen ein. Ein effizientes Gesundheitssystem bedarf eines guten Zusammenspiels zwischen Grund- und Spezialversorgung.

Wie alle medizinische Disziplinen ist die Hausarztmedizin dabei kein statisches Gebilde sondern muss sich weiterentwickeln und anpassen, entsprechend der sich verändernden diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten, sowie der sich verändernden Krankheits-epidemiologien und Bedürfnisse der zu versorgenden Bevölkerung. Für diese Weiterentwicklung und Anpassung müssen auch ökonomische Aspekte berücksichtigt werden.

Für die Funktion des Primärkontaktes und der Triage in der Hausarztmedizin ergeben sich etwa Fragestellungen im Hinblick auf die Implementierung neuer diagnostischer Möglichkeiten. Diese haben sich in vielen Bereichen deutlich erweitert, sei es etwa in der Labordiagnostik oder der Bildgebung. Es ist zu erforschen, inwiefern diese erweiterten Diagnostikmöglichkeiten in der Hausarztmedizin effizient sind, also auch unter ökonomischen Gesichtspunkten zu einer verbesserten Krankheitserkennung führen und damit zu einer höheren Effizienz des weiteren Procedere beitragen.

Durch die enormen Fortschritte der Medizin hat sich die Morbiditätslast dramatisch verändert. Chronische Krankheiten und Multimorbidität sind zu den dominierenden medizinischen aber auch gesundheitsökonomischen Herausforderungen für die Gesundheitssysteme der industrialisierten Welt geworden. Monitoring und kontinuierliche Begleitung gewinnt an Be-

deutung gegenüber der einmaligen oder abschliessenden Behandlung. Reaktive Versorgungsansätze müssen proaktiven weichen. Arztzentrierte Ansätze werden dem wahrscheinlich nicht gerecht und werden multiprofessionellen Ansätzen in der Grundversorgung weichen müssen. Wie das multiprofessionelle Zusammenspiel und neue, geteilte Verantwortungen möglichst effizient zu gestalten sind, ist ebenfalls Gegenstand intensiver Forschung. Zu berücksichtigen ist hier insbesondere, dass Ergebnisse aus anderen Gesundheitssystemen nicht einfach auf Schweizer Verhältnisse übertragbar sind.

Analoges gilt für die Übertragung von Evidenz, die an hochselektierten Patienten im Rahmen klinischer «Efficacy-Studien» gewonnen wurde. Interventionen, die in einer Population mit oft umfangreichen Ausschlusskriterien über einen in der Regel begrenzten Zeitraum wirksam sind, sind dies nicht zwangsläufig bei unselektierten, mehrheitlich älteren Patienten mit multiplen Begleiterkrankungen und oftmals geringerer Compliance. Neben der Frage «ist es grundsätzlich wirksam?» («efficacy») dominiert also vor allem die Frage «wirkt es unter realen Bedingungen?» («effectiveness») Hinzu wird zunehmend die Frage treten, ob die Wirksamkeit in einem vertretbaren Aufwand zum Ressourcenbedarf steht («efficiency»).

Die Fragmentierung der ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Verantwortung im Gesundheitssystem, die eine unausweichliche Konsequenz der zunehmenden Spezialisierung ist, verursacht bei Patienten, die mehrere und komplexere Krankheitsbilder haben, häufig Probleme. Über die gesamte Behandlungskette hinweg nehmen die Bedürfnisse an Informationsaustausch und Koordination daher zu. Die möglichst effiziente Integration aller Gesundheitsdienstleister ist das anzustrebende Ziel und muss Gegenstand gezielter Forschungsbemühungen sein.

Die beschriebenen Forschungsfragen sind alle dem Bereich «Versorgungsforschung» (Health Services Research) zuzuordnen. Die Versorgungsforschung bildet neben der Grundlagenforschung und der klinischen Forschung das dritte Standbein der medizinischen Forschung. Es ist offensichtlich, dass die Hausarztmedizin hier einen wichtigen Beitrag leisten kann. Die SAMW hat mit der Lancierung des Förderprogramms «Versorgungsforschung im Gesundheitswesen» (zusammen mit der Bangerter-Stiftung) die Bedeutung dieses Forschungsbereichs unterstrichen.

In der Lehre müssen die Spezifika der Hausarztmedizin vermittelt und ihre Funktion im Gesundheitssystem definiert werden. Grundversorgung, Spezialmedizin und hochspezialisierte Medizin stellen ein synergistisches Kontinuum in der effizienten Behandlung der Bevölkerung dar, mit dem gemeinsamen Ziel, höchstmögliche Heilungschancen und Lebensqualität für alle zu erreichen.

Fazit

Die SAMW ist überzeugt, dass die medizinische Grundversorgung die Basis eines qualitativ hochstehenden Gesundheitssystems ist und die Hausarztmedizin einen zentralen Bestandteil der Grundversorgung bildet. Entsprechend ist die akademische Verankerung der Hausarztmedizin an den Medizinischen Fakultäten – d.h. die Schaffung von entsprechenden Lehrstühlen – notwendig und sollte gezielt und rasch umgesetzt werden.