

Förderung der Forschung in ambulanter Medizin

Erkenntnisse aus der SAMW-Arbeitstagung «Förderung der Forschung im Bereich der Grundversorgung in der Schweiz» vom 15. November 2002 im Wildt'schen¹ Haus in Basel

Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften hat auf Anregung ihrer Kommission «Recherche et réalisations en médecine appliquée» (RRMA) Mitte November 2002 in Basel eine Tagung organisiert, an welcher die Zukunft der Forschung in ambulanter Medizin im Vordergrund stand. Eingeladen waren rund 40 Persönlichkeiten aus den Bereichen der universitären Lehre und Forschung und der Grundversorger-Berufsverbände sowie zwei renommierte Gäste aus dem europäischen Ausland, F. Olesen aus Dänemark und J. A. Knottnerus aus den Niederlanden.

B. Kissling

La version française de cet article sera publiée dans le prochain numéro de PrimaryCare.

Mir fiel die Ehre zu, die Schlussfolgerungen zu formulieren. Ich beobachtete die Veranstaltung aus hausärztlicher Sicht unter dem Gesichtspunkt der – in meinen Augen – zentralen Frage:

«Was fördert die Lust, Kreativität, Neugier, den Selbstwert, das Lesen und Schreiben der HausärztInnen?»

B. Kissling, 15.11.2002

Die Antworten auf diese Fragen sind auf einer Mindmap (Abb. 1) zusammengefasst, die ich in den kommenden Abschnitten etwas näher erläutern möchte.

Prolog – einige beachtenswerte Statements aus dem Wildt'schen Treppenhaus

Mit einigen Kurzreferaten wurden die Teilnehmenden auf die nachfolgenden interaktiven Workshops in den würdigen Räumen des Wildt'schen Hauses eingestimmt.

Inhalt und Struktur

W. Stauffacher, der Präsident der SAMW, hat die Tagung mit den Worten eingeleitet, dass

es heute nicht nur darum gehe, Forschungsnetzwerkstrukturen aufzusetzen, sondern auch darum, dass wir uns grundsätzlichen Gedanken zur Forschung in der ambulanten Medizin widmen wollen.

«Structure follows content»
W. Stauffacher, 15.11.2002

Anstoss zu nachhaltiger Entwicklung

H. Stalder hofft auf ein kreatives Brainstorming mit erfolgreicher Impuls- und Langzeitwirkung. Er räsoniert, dass sich die medizinische Versorgung zu 90 Prozent in der ambulanten Praxis abspiele, dass die ambulante Forschung aber bisher kaum funktionell geworden sei trotz grundsätzlich vorhandener Strukturen – Arbeitsgruppen Forschung der FI(H)AM, SGIM, SGAM, der GREPA² etc. Seit seinem 1993 in der SÄZ publizierten Bericht «La recherche en médecine pratique ambulatoire»³, in welchem er die heutige Entwicklung visionär vorweggenommen hat, habe sich nichts ereignet; vielleicht einfach deswegen nicht, weil es schwierig ist. Mehr Support scheint dringend angezeigt zu sein.

Die Definition der Hausarztmedizin als Motor für deren Erforschung

J. A. Knottnerus folgert aus seinen Erfahrungen in den Niederlanden, dass die Stärke der Allgemeinmedizin als Disziplin die Achillessehne der GP-Forschung sei. Zudem sei eine interdisziplinäre Zusammenarbeit nötig. Die Forschungsideen sollen von seiten der praktizierenden ÄrztInnen aus dem Kontext ihrer täglichen Arbeit kommen. Eine Ausbildung von Forschenden müsse bereits während des Studiums beginnen. Er berichtet, dass sich in Holland die spezifische Forschung in der Allgemeinmedizinerpraxis erst nach Erstellen einer wissenschaftlichen Definition der Hausarztmedizin richtig zu entwickeln begann. In der Folge konnten z.B. die im Vergleich zu Spitalpatienten unterschiedliche Epidemiologie der Hausarztmedizin, die unterschiedliche Verteilung der Krankheitsstadien sowie die Beeinflussung der Gesundheitsausgaben durch eine gut entwickelte Hausarztmedizin nachgewiesen werden; diese Erkenntnisse hätten wiederum zur weiteren Stärkung der Hausarztmedizin beigetragen.

¹ Das Wildt'sche Haus wurde im 18. Jahrhundert als das Gästehaus der Familie Wildt erbaut. Heute sind in einem Teil des Gebäudes die Büroräumlichkeiten der SAMW untergebracht. Die Eingangshalle mit dem Treppenhaus ist so gewaltig, dass sie sich leicht als Plenarraum für 40 Teilnehmende eignet.

² Groupe de recherche en pédiatrie ambulatoire.

³ Schweiz Ärztezeitung 1993;28:1124–6.

Korrespondenz:
Dr. med. Bruno Kissling
Elfenauweg 6
CH-3006 Bern

E-Mail: kissling@primary-care.ch

Abbildung 1.



- 4 Schweizerische Gesellschaft für Innere Medizin.
- 5 Schweizerische Gesellschaft für Allgemeinmedizin.
- 6 Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin.
- 7 Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften.
- 8 Recherche et Réalisations en Médecine appliquée.
- 9 Fakultäre Instanzen für Allgemeinmedizin/Hausarztmedizin.
- 10 Unité de Médecine générale, Lausanne/Genève.
- 11 Institut universitaire de Médecine sociale et préventive.
- 12 Groupe de recherche en pédiatrie ambulatoire.
- 13 Institut für evaluative Forschung in der Orthopädie Bern (früher MEM; Maurice Muller Institut).
- 14 Bundesamt für Sozialversicherungen.
- 15 Bundesamt für Gesundheit.
- 16 Swiss medical rescue and emergency conference.

General Practice: all patients can present all health problems in all stages at any time.
J. A. Knottnerus, 15.11.2002

Ein Schweizer Forschungsnetzwerk

G. Abetel, der Leiter der Arbeitsgruppe Forschung des KHM – der GRCA (Groupe de recherche clinique en ambulatoire) – hat den Stand der Entwicklung des «Réseau national Suisse de recherche clinique ambulatoire»

vorgestellt. Dieses Netzwerk wird zur Zeit in multidisziplinärer Zusammenarbeit erstellt und soll zur strukturellen Voraussetzung für die Förderung der Forschung in ambulanter Medizin in der Schweiz werden.

Mitwirkende sind: SGIM⁴, SGAM⁵, SGP⁶, die SAMW⁷ mit der RRMA⁸, die FI(H)AMs⁹, die UMG/UEMG¹⁰, IUMSP¹¹, GREPA¹², IFOB¹³, das BSV¹⁴ und BAG¹⁵, der SMEDREG¹⁶.

Win-Win als Motor für das Interface aller Partner des Gesundheitswesens

F. Olesen aus Dänemark fordert ein Interface unter allen Partnern des Gesundheitswesens. Er meint damit wirklich alle Partner von den praktizierenden Ärzten über die Spitalärzte, Chirurgen und Internisten, Versicherer bis hin zur Administration ... Es müsse für alle eine Win-Win-Situation sichtbar werden. Die heute noch extrem lange Zeitspanne für den Wissenstransfer vom Forschungsergebnis bis zur Anwendung in der Praxis müsse abgekürzt werden. Die Bereitschaft zur Finanzierung der Forschung steige dann, wenn durch Netzwerkstrukturen sichtbar gemacht werde, was mit den Forschungsgeldern passiere. Eine kritische Masse von Forschenden sei unabdingbar für eine nachhaltige Förderung der Forschung.

Er bezeichnet die Allgemeinmedizin provokativ als ein «gefährliches» Instrument; damit meint er aber umgekehrt den potentiellen Nutzen einer guten medizinischen Grundversorgung. Die Steigerung der Qualität der Hausarztmedizin erhöhe nachweislich die Qualität des gesamten Gesundheitssystems – und dies erst noch zu einem guten Preis. Die Forschung spiele sich aber trotzdem höchstens zu 10% in der freien Praxis ab. 90% der Behandlungen sind ambulant, 10% stationär. Durch eine Verlagerung um 1% vom «in»- zum «out»-Bereich resultiere eine Reduktion der Behandlungskosten im «in»-Bereich um 10%.

| | | | |
|---------------|-----|--------------|-------|
| «out»patients | 90% | «in»patients | 10% |
| | ↓ | ↓ → | 10% ↓ |
| | 91% | 9% | |

F. Olesen, 15.11.2002

Die Hausarztmedizin ist mehr als die Summe aller Spezialitäten ...

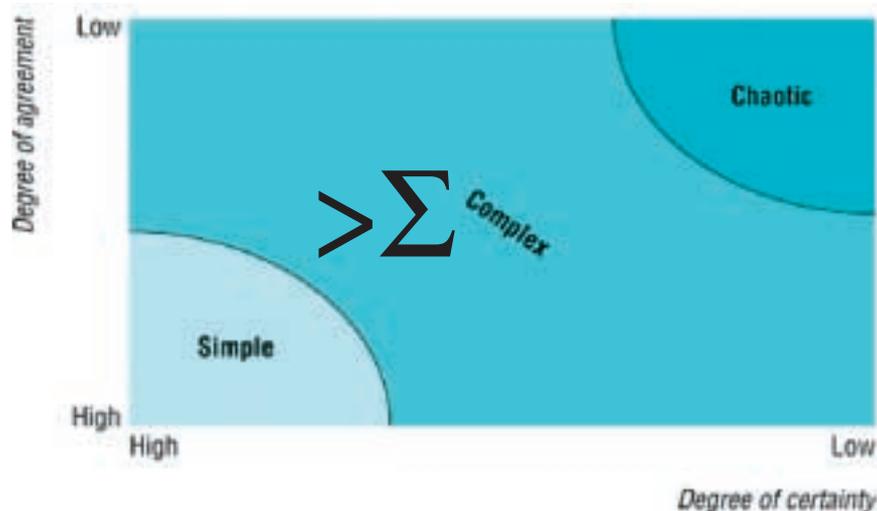
die ein Hausarzt in seiner täglichen Arbeit anwendet. Die European Definition of General Practice/Family Medicine¹⁷, die von der WONCA Europe im Konsens mit allen europäischen Gesellschaften für Allgemeinmedizin erarbeitet und am WONCA-Kongress 2002 in London verabschiedet worden ist, definiert die Hausarztmedizin folgendermassen:

«Die Hausarztmedizin ist eine akademische und wissenschaftliche Disziplin mit eigenen Lehrinhalten, eigener Forschung, eigener Nachweisbasis und einer eigenständigen klinischen Tätigkeit, die als klinisches Spezialgebiet auf die Primärversorgung ausgerichtet ist.»

European Definition of General Practice/Family Medicine, WONCA-Europe, London 2002

Die Definition beschreibt die Wesensmerkmale der Hausarztmedizin und die Rolle des Hausarztes mit seinen spezifischen Kernkompetenzen. Der Einbezug des Kontextes des Patienten, die ärztliche Haltung und der

Abbildung 2. Sicherheit und Übereinstimmung (nach Stacey), BMJ 2001;323:625-628 (15. September).



¹⁷ Homepage der SGAM www.sgam.ch; sie wird Anfang 2003 auf Deutsch erscheinen.

wissenschaftliche Ansatz erhalten dabei ein besonderes Gewicht.

Die Hausarztmedizin lebt in einem komplexen Bereich

Die Arbeit der Hausarztmedizin findet in einem komplexen Umfeld statt (Abb. 2), in welchem Sicherheit und Übereinstimmung oft schwach ausgebildet sind. Sie spielt sich also im non-linearen Bereich ab und befindet sich somit weitgehend ausserhalb des Wirkungsbereiches von meistens linear strukturierten Guidelines.

Neugier führt zu Fragen und Forschung aus dem Praxisalltag

Forschung in Hausarztmedizin soll hausarztspezifische, relevante Fragen beantworten, die sich in diesem komplexen Umfeld stellen, in dem sie praktiziert wird. Entsprechend sollen sich die Ideen zur Forschung in Hausarztmedizin aus den Erfahrungen des Praktikeralltags heraus ergeben.

«To research to get practical answers to our practical questions.»

C. Herbert am WONCA Congress in London 2002

Doch zuvor gibt es einige zentrale Hürden zu überwinden. Die Forschungskultur unter den Hausärzten ist erst schwach entwickelt und die Mehrzahl der praktizierenden ÄrztInnen scheint nicht gerade auf das Formulieren von Fragen spezialisiert zu sein. Trisha Greenhalgh et al.¹⁸ haben festgestellt, dass im Spital fünf neue Fragen pro Patient erkannt werden, in der freien Praxis hingegen lediglich eine Frage pro vier Patienten oder gar nur eine Frage pro Halbtage.

Forschungskultur wecken – Fragen stellen lernen

An der ersten Stelle aller Bemühungen steht somit die Förderung der Lust und der Fähigkeit, spezifische Fragen zu erkennen und zu formulieren – als kontinuierlicher Prozess während der gesamten Berufszeit von der *Aus- und Weiter- bis zur Fortbildung*.

Das «*problem based learning*» des Medizinstudiums scheint ein gutes Werkzeug zu sein, die StudentInnen von Anfang an in die Welt

der Fragen und der Komplexität einzuführen. Damit sich diese Fragen auf die Probleme der Hausarztmedizin ausrichten, brauchen die StudentInnen und AssistenzärztInnen in Weiterbildung zudem *Modelle/Rollenbilder* für den Beruf der Hausärztin/des Hausarztes. Eindrücklicher und nachhaltiger als mit theoretischen Dokumenten wie der *European Definition of General Practice/Family Medicine* oder dem *Schweizer Lernzielkatalog der SMIFK* geschieht dies natürlich durch frühzeitigen und kontinuierlichen *persönlichen Kontakt* zu praktizierenden HausärztInnen vom ersten Studientag an – beispielsweise durch *Gruppen-, Blockunterricht und Praxisassistenz*, warum nicht durch *Langzeit-Einzeltutoriate* sowie durch *Joint ventures zwischen Spital und HausärztInnen*. Dass diese Kontakte unter dem Stern *gegenseitigen Respekts* und der *Anerkennung der Hausarztmedizin durch die Universitäten* stehen müssen, sei hier lediglich der Vollständigkeit halber erwähnt. Speziell Forschungsinteressierte sollten durch *spezifische Ausbildungsgänge* auf die Aufgabe der eigenen Forschungstätigkeit, aber auch für eine unterstützende Moderation von forschungsinteressierten HausärztInnen vorbereitet werden – warum nicht mit einem entsprechenden «*doctor*»- oder «*master*»-Titel.

Forschen heisst, unser tägliches Tun wissenschaftlich zu begleiten, dessen additiven Wert nachzuweisen.

E. Battegay, 15.11.2002

Auf diese mehrstufige und mehrschichtige Weise dürfte die von F. Olesen geforderte kritische Masse von forschungsinteressierten HausärztInnen gefunden werden.

Know-how, technische Fähigkeiten und Instrumente

Die Lust am Forschen zu fördern genügt alleine nicht. Es gibt einige weitere Herausforderungen zu bewältigen, damit die vielen guten Ideen der HausärztInnen nicht im Vorneherein als unpraktikabel beurteilt werden und unbesehen im Papierkorb landen – und damit die zaghaft aufkeimenden Forschungsversuche einzelner KollegInnen oder Gruppen nicht in der Sackgasse enden und zu Frustration führen – damit die Hausärzte diesem heute existierenden Teufelskreis entrinnen können.

¹⁸ Greenhalgh T, Hughes J, Humphrey C, Rogers S, Swinglehurst D, Martin P. A comparative case study of two models of a clinical informaticist service. *BMJ* 2002;324:524–9.

Dazu ist eine Unterstützung der HausärztInnen in verschiedenen Bereichen nötig. Beginnen wir bei den *Praxisstrukturen* und dem damit verbundenen *Zeitmanagement*, um einmal kreierte Forschungsideen – neben der alltäglichen hausärztlichen Arbeit – umzusetzen, deren ethische Dimensionen und Datenschutzfragen zu klären, die richtigen Daten zu sammeln, diese statistisch und inhaltlich auszuwerten, und schliesslich zu schreiben ...

Das *Know-how*, die Kenntnisse der *technischen Forschungswerkzeuge*, müssen den Interessierten vermittelt werden. Die *Kontakte* zu den Leuten, welche über dieses Wissen und nicht zuletzt über den Zugang zu *Finanzquellen* verfügen, müssen gefördert werden.

Zur realitätsnahen Beantwortung der spezifischen hausarztmedizinischen Fragen benötigen wir zudem *neue Modelle für die Forschung im komplexen Bereich*, in welchem sich die Hausarztmedizin abspielt. Die heutige medizinische Forschung, die immer noch weitgehend auf dem «Ursache-Wirkung»-Prinzip beruht, die sich also mehrheitlich im linearen Bereich bewegt, kann schlecht eins zu eins auf den Bereich der Hausarztmedizin übertragen werden.

Trans muros – interdisziplinäres Zusammengehen und -arbeiten – win-win

Die Bewältigung dieser Summe von Herausforderungen dürfte nur durch ein Zusammengehen der Kräfte gelingen – durch die Entwicklung von Synergie unter den Gruppierungen der praktizierenden Ärztinnen (extra muros) und den akademischen Stellen der Universitäten (intra muros), durch das Zusammenlegen (trans muros) der spezifischen komplementären Fähigkeiten *aller* Akteure im Gesundheitswesen, durch die gemeinsame Bildung von sichtbaren Netzwerken, durch einen von gegenseitiger Anerkennung und Wohlwollen getragenen gleichgestellten und gleichberechtigten kollegialen Umgang, durch das Einhalten des richtigen Tempos für die HausärztInnen, durch gezielte Promotion und ein angemessenes Angebot von Support für Forschungsprojekte, und schliesslich durch eine geeignete Vermittlung zwischen den peripheren forschenden HausärztInnen und den KollegInnen im Zentrum des Netzwerks durch anerkannte, basisnahe und spezifisch geschulte Moderatoren.

Diese Tagung der SAMW, an der sich VertreterInnen der verschiedenen Gruppierungen im offenen Austausch nahe kommen konnten, ist ein wertvoller Anfang für eine nachhaltige Entwicklung.

Damit bis zum nächsten Schritt nicht wieder 10 wertvolle Jahre ins Land streichen!
H. Stalder, 15.11.2002