Ärztegesellschaft Baselland

MEDIZINISCHE GESELLSCHAFT BASEL MEDGES

Ausgabe 2 | April 2017

Synapse

Schwerpunktthema: Versorgungsforschung

1 Was hat Versorgungsforschung mit Public Health zu tun?
5 «Die Patienten sind als Experten ihrer Krankheit am wichtigsten!»
7 Forschung für eine bessere Gesundheitsversorgung
9 Versorgungsforschung: Was hat die Hausärztin davon?
11 Versorgungsforschung in der Agenda Gesundheit2020: Rück- und Ausblick
13 Diagnose und Therapie der Hirnleistungsstörungen bei älteren Menschen in der Hausarztpraxis – ein Forschungsprojekt
13 Wichtige Termine 2017
14 Leserbriefe

Das offizielle Kommunikationsorgan der Ärztegesellschaft Baselland und der Medizinischen Gesellschaft Basel

Die Synapse finden Sie auch unter: www.synapse-online.ch

Editorial

Liebe Kolleginnen und Kollegen

In diesem Heft schauen wir in die Zukunft. Das nationale Forschungsprogramm 74 «Versorgungsforschung» geht uns alle an: Die aus 173 Projektskizzen in einem mehrstufigen Prozess ausgewählten 29 Forschungsprojekte betreffen die ambulante, die stationäre sowie die sektorenübergreifende Versorgung und speziell auch die Versorgung zu Hause. Als Ärztinnen und Ärzte figurieren wir in diversen Rollen in diesem Programm: alle als Leistungserbringer, viele als Teilnehmende an den Studien, einige standespolitisch Aktive als Stakeholder und wenige als Forschende. Insofern ist es lohnend, sich mit dem NFP 74 auseinanderzusetzen. Auch von Seiten des Nationalfonds wird dem Wissenstransfer grosse Bedeutung beigemessen. Möge dem Programm Erfolg beschieden sein in schwierigen Zeiten. Das Gesundheitswesen als komplexes System verträgt keine einfachen Schnellschusslösungen. Nicht nur das Verhalten, auch politisch verantwortete Verhältnisse sind entscheidend, soziale Determinanten und die Schnittstellen zwischen dem Medizin- und Sozialbereich sind kritisch hinsichtlich Problemverschiebung. Sorge bereitet eine sich ausbreitende schwere Nebenwirkung der Ökonomisierung des Gesundheitswesens: Die Medizinal- und Gesundheitsberufe geraten von Arbeitgeberseite oder Infrastrukturanbietern zunehmend unter Druck, die Rendite über das Patientenwohl stellen zu müssen. Diese Art betriebswirtschaftlicher Optimierung führt volkswirtschaftlich zu ineffizienter Mittelallokation. Die freie berufliche Tätigkeit oder eine entsprechende Stellung innerhalb von Organisationen ist Voraussetzung, die Beziehung zum Patienten in ihrem Kern, dem Vertrauen, schützen zu können. Reines Marktdenken pervertiert und zerstört das Gesundheitswesen. Es muss aus ethischen Gründen anders ticken, denn der Mensch ist kein unfreies, willenloses, genormtes industrielles Werkstück. Wesentliche betriebswirtschaftliche Grundannahmen, die bis in die Bereiche Evaluation und Qualität hineinreichen, sind somit nicht erfüllt.

Nicht zuletzt hat eine gute Versorgung auch mit Sorge und Wertschätzung gegenüber dem Gesundheitspersonal zu tun. Ist es ein Zeichen von Wertschätzung, wenn es dem Personal in einem Spital in der Region neuerdings untersagt ist – unter Kündigungsandrohung! –, einen Schluck von derselben Sorte Mineralwasser zu nehmen wie die Patientinnen und Patienten? In der Hoffnung, dass wir nicht bald ein Forschungsprogramm zur Folgenabklärung solcher Entwicklungen benötigen, wünschen wir eine anregende Lektüre.

Dr. med. Carlos Quinto

Was hat Versorgungsforschung mit Public Health zu tun?

Wer wünscht es sich nicht, das gesunde und lange Leben. Nur das allgemeingültige Geheimrezept dazu hat noch niemand gefunden. Worin mittlerweile Einigkeit besteht, ist die wissenschaftlich belegte Tatsache, dass sich Prävention für die Bevölkerung lohnt, weil diese dadurch gesünder und länger leben kann. Sowohl volkswirtschaftlich wie auch gesellschaftlich zahlt sich die Public-Health-Perspektive aus. Mit Versorgungsforschung werden vor allem Qualität und Evidenz assoziiert, leider meist ausschliesslich des kurativen Systems. Das ist selbstverständlich nicht falsch. Es wäre jedoch begrüssenswert, wenn Public Health und Prävention genauso selbstverständlich mit Versorgungsforschung assoziiert würden, auch im Hinblick auf die Einigkeit betreffend deren Nutzen für die Bevölkerung.

→ *Fortsetzung Seite 3*

Manch einer mag sich nach Beginn dieses Leitartikels fragen, was denn Prävention, Gesundheitsförderung und Public Health[1] in der Versorgungsforschung zu suchen haben. Nun, sowohl Public Health als auch Versorgungsforschung beziehen sich unter anderem auf die Versorgung von (chronisch) kranken Menschen und von Menschen mit anderweitigen Beeinträchtigungen (z.B. Behinderungen) und auf die Erhaltung und Förderung der Gesundheit jener Menschen, die (noch) keine Beeinträchtigung haben. In jedem funktionierenden Gesundheitswesen sind Public Health und Versorgungsforschung deshalb integrale Bestandteile und somit irgendwie miteinander verbunden. Um die in der breiten Meinung mehrheitlich fehlende Assoziation der Versorgungsforschung mit Public Health zu verstehen, muss man etwas zurückblicken. Das Gesundheitssystem entwickelte sich über Jahre mehrheitlich in Säulen. Die Medizin war und ist bis heute ausgelegt auf Spezialisierung (z.B. auf Altersgruppen, einzelne Krankheiten oder Organe). Dies zieht sich von der Aus- über die Weiterbildung bis hin zur Berufsausübung und ist beispielsweise auch an den Hierarchien in Spitälern sichtbar. Auch die klinischen Behandlungspfade sind linear und parallel ausgerichtet. Zugegeben, diese Fokussierung brachte und bringt grosse Fortschritte in den jeweiligen Bereichen, auch durch die Versorgungsforschung in diesen Gebieten. Aber durch diese meist monothematische Ausrichtung verschwinden grössere und kleinere Teile des Gesundheitswesens und der Versorgung im toten Winkel.

Die Folgen des demographischen Wandels

Wechseln wir die Perspektive und blicken in die Zukunft, so zeigt sich ein demographischer Wandel, der in den nächsten Jahrzehnten noch voranschreiten wird. Die Menschen werden immer älter, und die Bevölkerung der Schweiz entwickelt sich von einer Pyramide zu einer Urne, d.h., die junge Generation steht einer wachsenden Anzahl von älteren Personen gegenüber. Diese Entwicklung hat auch Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung und auf die generierten Kosten. Das Gesundheitssystem wird sich mit zunehmender Krankheitslast, chronischen Erkrankungen und gesundheitspolitischen Fragen und Herausforderungen befassen müssen – und damit umgehen müssen. Erschwerend, vor allem mit Blick auf die bisherige Säulenausrichtung, wird das Thema Multimorbidität immer zentraler. Die (älteren) Menschen haben heute nicht mehr nur eine Diagnose, mit allfälligen Nebendiagnosen, sondern treten mit mehreren Hauptdiagnosen in das Gesundheitssystem ein. Die auf Evidenz und Guidelines basierte Versorgung stösst hier an ihre Grenzen, denn die klinischen Behandlungspfade widersprechen sich teilweise und führen zu unerwünschten Konsequenzen und medizinischen Komplikationen. Kranke Personen, insbesondere chronisch kranke Personen bzw. Multimorbide, werden im heutigen Gesundheitssystem von einer Vielzahl an Ärzten und Fachpersonen in unterschiedlichen Einrichtungen versorgt. Dabei werden Aspekte kaum adressiert, die für Menschen mit mehreren und/oder chronischen Erkrankungen relevant sind, beispielsweise Umgang mit Multimorbidität, sekundäre, tertiäre und quartäre Prävention, Veränderungen in den Finanzierungsinstrumenten und Anreizsystemen, Hürden in der Versorgung, Leistungskürzungen im Sozialbereich, Polymedikation usw. Entscheidend für die Versorgungsqualität dieser Patienten ist nicht mehr nur die Vertikale, sondern auch die Horizontale bzw. der integrierte Versorgungsprozess unter Miteinbezug präventiver Leistungen. Die isolierte Betrachtung und Optimierung einzelner Befunde muss demnach durch eine integrierte Betrachtung und Steuerung ergänzt werden. Damit gehen auch die Entwicklung zu mehr Interprofessionalität und die Stärkung der Prävention einher. Dazu sind Kommunikation und Kooperation notwendig. Sie tragen dazu bei, die Barrieren zwischen den «Silos» der Professionen zu überwinden. Mit dieser Entwicklung verbunden ist unweigerlich ein Umdenken. In diesem Prozess ist der Versorgungsforschung eine wichtige und zentrale Rolle zuzuschreiben, vor allem in Bezug auf Begleit- und Evaluationsforschung. Gefragt sind neue, integrative Ansätze in der Versorgung unter Einbezug soziologischer, ökonomischer und politologischer Ansätze sowie kurativer und präventiver Schwerpunkte.
Eine solche Haltung widerspricht der gängigen Gesundheitspolitik, die derzeit vor allem «Beitragsstabilität» fokussiert. Die Angst vor einer nicht kontrollierbaren Erhöhung der Gesundheitskosten wirkt lähmend auf die Neuorientierung der Versorgung. In Bezug auf die Finanzierung von Versorgungsforschung kann das einen Zielkonflikt darstellen.

1 *«Im Gegensatz zur kurativen Individualmedizin richtet Public Health den Blick auf die gesamte Bevölkerung oder auf Bevölkerungsgruppen und beschäftigt sich mit ethisch und ökonomisch vertretbaren Massnahmen der Gesundheitsförderung, der Krankheitsprävention und der Versorgung.» Egger, M., Razum, O. (Hrsg.), Public Health – Sozial- und Präventivmedizin kompakt, 2. Auflage, 2014, S. 1–2.*

Impressum

Anschrift der Redaktion
Redaktion Synapse
Schweiz. Ärzteverlag EMH
Farnsburgerstrasse 8, CH-4132 Muttenz
E-Mail: **synapse@emh.ch**

Mitglieder der Redaktion
Dr. med. Tobias Eichenberger, Facharzt für Urologie FMH
med. pract. Katja Heller, Fachärztin für Kinder und Jugendliche FMH
Dr. med. Peter Kern, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH
Dr. med. Alexandra Prünte, Fachärztin für Ophthalmologie und Ophthalmochirurgie FMH
Dr. med. Carlos Quinto MPH, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH
Bernhard Stricker, lic. phil., Redaktor BR, Bern,
Ruedi Bienz, Vorsitzender GL, EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Basel

Verantwortlicher Fortbildungskalender
Dr. med. Julian Mettler, E-Mail: julian.mettler@hin.ch

Verlag
EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG
Farnsburgerstrasse 8, CH-4132 Muttenz
Tel. 061 467 85 55, Fax 061 467 85 56
E-Mail: verlag@emh.ch
www.emh.ch
© 2017 by EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Basel. Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck, elektronische Wiedergabe und Übersetzung, auch auszugsweise, nur mit schriftlicher Genehmigung des Verlages gestattet.
Layout, Satz und Druck
Schwabe AG, Basel/Muttenz

Erscheinungsweise
erscheint sechsmal jährlich

Abonnementskosten
Jahresabonnement CHF 50.–

Inserate
EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG
Dr. Karin Würz, Leiterin Marketing und Kommunikation
Farnsburgerstrasse 8, CH-4132 Muttenz
Tel. 061 467 85 49, Fax 061 467 85 56
E-Mail: kwuerz@emh.ch

«Synapse» im Internet: www.synapse-online.ch

Redaktionsschluss der nächsten Ausgabe: 16.5.2017

printed in switzerland

Ärztegesellschaft Baselland

Sekretariat der Ärztegesellschaft Baselland
Lic. iur. Friedrich Schwab, Rechtsanwalt
Renggenweg 1, CH-4450 Sissach
Tel. 061 976 98 08, Fax 061 976 98 01
E-Mail: fschwab@hin.ch

MEDIZINISCHE GESELLSCHAFT BASEL MEDGES

Sekretariat Medizinische Gesellschaft Basel
Dr. Jennifer Langloh-Wetterwald
Freie Strasse 3/5, CH-4001 Basel
Tel. 061 560 15 15, Fax 061 560 15 16
E-Mail: info@medges.ch

Barbara Weil

Linda Hadorn

Einerseits ist eine bedarfsgerechte, integrierte, allenfalls auch individualisierte Gesundheitsversorgung von hoher Qualität gefordert. Dem gegenüber steht die Wirtschafts- und Marktpolitik, die sich auf makroökonomische Grössen wie Beschäftigung und Wachstum stützt und in einem gewissen Sinne auch immer die Befriedigung von (wirtschaftlichen) Interessen fokussiert bzw. die Interessen der grossen Player priorisiert. Dies mündet darin, dass Kosteneinsparungen tendenziell zum Nachteil von Gesundheitsförderung, Prävention und Langzeitversorgung getätigt werden. Ausserdem fokussiert die aktuelle Versorgungsforschung, in Orientierung an der aktuellen Wirtschafts- und Marktpolitik, primär Abläufe und Wirkungen aus Sicht der Leistungserbringer, der Finanzierer und der Professionen. Die Prioritäten sind einseitig verteilt und auf hochtechnisierte kurative Leistungen ausgelegt. Aus Public-Health-Perspektive, auch unter Einbezug eines wirtschaftlichen Blicks, spricht jedoch alles dafür, sich an der Thematik des «gesünder älter werden» zu orientieren. Ziel dabei ist, dass die Menschen bis ins hohe Alter gesünder, selbständiger leben und in der Folge als willkommener Nebeneffekt «günstiger» sind. Dies bedingt eine Versorgungsforschung, die sich nicht nur mit dem Kranksein beschäftigt, sondern mit der Sicherung und Förderung der Gesundheit sowie mit Primär-, Sekundär-, Tertiär- und Quartärprävention. Über die so generierten wissenschaftlichen Resultate kann die Politik wiederum auf evidenzbasierte Fakten zurückgreifen, um politische Entscheide und Richtungswechsel zu initialisieren. Der Versorgungsforschung kommt so in der Vorbereitung und Begleitung des einsetzenden Umdenkens eine wichtige Rolle zu.

Patientenbedürfnisse als Forschungsgegenstand

Aus der Sicht von Public Health sollte noch eine weitere Dimension vermehrt Niederschlag in der Versorgungsforschung finden. Die Leistungen im Gesundheitswesen werden nicht im luftleeren Raum erbracht, sondern an und mit Menschen. Die Resultate der Behandlungen sind damit abhängig von körperlichen, motivationalen, qualifikatorischen und sonstigen Voraussetzungen der Patienten. Hier entsteht eine Verbindung zwischen medizinischen Leistungen und Patienten und deren Bedürfnissen und Voraussetzungen, die es in der Versorgungsforschung zu berücksichtigen gilt. Dies geht so weit, dass Patienten nur dann rational handeln können, wenn sie über Qualität und Effizienz der Leistungen informiert sind. Gleichzeitig ist zu beachten, dass unter dem Deckmantel der Gesundheitskompetenz nicht alle Verantwortung an den Patienten und die Verhaltensdimension delegiert wird. Die Gesellschaft muss zur Verantwortung gezogen werden, damit auch auf Verhältnisebene Entwicklungen und Verbesserungen angestrebt werden und in die Versorgungsqualität einfliessen. Mehr noch, es ist wohl eines der Hauptargumente, weshalb Versorgungsforschung unweigerlich mit Public Health verbunden ist und deshalb der Brückenschlag gesucht werden muss.

Die moderne Wissenschaft ist unterteilt in Naturwissenschaft, Sozial- und Geisteswissenschaft. In der Gesundheitsversorgung sind diese wissenschaftlichen Grenzen jedoch fliessend. Die tatsächlichen Leistungen werden in der realen Welt erbracht, wo alle Einflüsse gleichzeitig wirken. Die Versorgungsforschung muss deshalb unter Berücksichtigung des systemischen Kontextes den Transfer von klinischen Studien in die Praxis erbringen. In diesem Transfer ist eine nicht zu unterschätzende Komplexität versteckt, die Abstimmung, Organisation und Steuerung der Versorgung bedingt sowie deren Beforschung. Vor diesem Hintergrund sind die integrierte, interdisziplinäre Sichtweise und der Einbezug der Patienten unumgänglich. Genau damit setzt sich das Fachgebiet Public Health auseinander. Mit dieser Debatte über die reale Versorgungsqualität sind wir mitten in der Entwicklung der Versorgungsforschung. Es geht nicht mehr nur darum, etwas «richtig zu machen», sondern, dass «das Richtige» gemacht wird. Da die Versorgungsforschung in der Schweiz eine noch neue und institutionell wenig abgestützte Forschungsrichtung ist, die sich derzeit vor allem noch mit Fragen der Finanzierung konfrontiert sieht, bietet sich die Chance, den integrativen, ganzheitlichen Ansatz von Beginn weg in die Entwicklung der Versorgungsforschung zu integrieren. Die zukünftige Ausrichtung in der Gesundheitsversorgung und der Versorgungsforschung wird der Zielsetzung folgen, dass Menschen gesünder älter werden. Wichtige Teilgebiete der Grundlagenforschung werden Gesundheitsförderung und Prävention, Qualitätsforschung, Versorgungsökonomie, Bedarfsforschung, Arzt-Patienten-Beziehung sowie Schnittstellenmanagement sein. Einerseits wird es Aufgabe der Forschenden zu sein, die im Rahmen der Versorgungsforschung etwas vernachlässigte Fachrichtung Public Health einzubeziehen. Andererseits wird es die Aufgabe von Public Health sein, in der Öffentlichkeit und Fachwelt das Verständnis für ihr Fachgebiet zu wecken. Ziel ist und bleibt die optimale Versorgung der Bevölkerung unter Berücksichtigung des Solidaritätsgedankens und der effizienten Verteilung von Mitteln.

Barbara Weil und Linda Hadorn

Barbara Weil ist Leiterin der Abteilung Public Health der FMH, Linda Hadorn ist wissenschaftliche Mitarbeiterin der Abteilung Public Health, FMH.

Sagen Sie uns Ihre Meinung
zur Synapse auf: **www.synapse-online.ch**
oder per Mail an synapse@emh.ch

«Die Patienten sind als Experten ihrer Krankheit am wichtigsten!»

Prof. Dr. Milo Puhan

Synapse: Was genau verstehen Sie unter «Versorgungsforschung»?
Milo Puhan: Die Versorgungsforschung untersucht, wie Gesundheitssysteme und -angebote organisiert, gesteuert und finanziert werden sollen, damit die Gesundheitsversorgungsleistungen zugänglich sind und sicher, wirksam, effizient und benutzerorientiert erbracht werden. Die Versorgungsforschung kann auf Ebene der Patienten, der Anbieter – von Praxis bis Spital – oder auch der Politik stattfinden.

Wie unterscheidet sich klinische Forschung von der Versorgungsforschung?
Die klinische Forschung ist wie die Versorgungsforschung ein breites Gebiet, und es gibt Überlappung zwischen den beiden. Die klinische Forschung widmet sich meist spezifischen Fragen wie der Genauigkeit von diagnostischen oder prognostischen Tests oder der Wirksamkeit und Sicherheit von Therapien, also zu wichtigen, aber oft einzelnen Komponenten der Vorsorge oder Versorgung. Die Versorgungsforschung berücksichtigt auch den Kontext und somit oft Sequenzen von Tests und Therapien. Dabei stellen sich neben Fragen der Wirksamkeit und Sicherheit auch Fragen der Organisation der Vorsorge und Versorgung, der Zusammenarbeit oder der Vergütung. Ich sehe also einen wesentlichen Unterschied zwischen der klinischen Forschung und der Versorgungsforschung im Ausmass, der Spezifität, der Fragestellung – in der klinischen Forschung ausgeprägter – und der Kontextualisierung – in der Versorgungsforschung ausgeprägter!

Welches ist der Hintergrund des NFP 74?
Wie alle NFP hat auch das NFP 74 einen langen Vorlauf, der ganz wesentlich durch Initianten aus der Hausarzt- und Inneren Medizin, der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften sowie durch Vertreter der Gesundheitspolitik geprägt wurde. Es wurde eine Lücke zwischen der Bedeutung der Versorgungsforschung und dem Fehlen von Förderungsmöglichkeiten erkannt. Um diese Lücke zu schliessen, hat die SAMW zusammen mit der Gottfried und Julia Bangerter-Rhyner-Stiftung in den Jahren 2012 bis 2016 die Versorgungsforschung im Gesundheitswesen mit einem gemeinsamen Förderprogramm unterstützt. Dieses Programm war ein wichtiger Schritt zur Bewilligung des NFP 74.

Welches Ziel hat das NFP 74?
Das übergeordnete Ziel des Programms besteht darin, Erkenntnisse zur Struktur und Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung in der Schweiz sowie zu den Möglichkeiten zu gewinnen, wie sich die gesundheitlichen Ergebnisse verbessern lassen. Dabei liegt ein besonderer Schwerpunkt auf der Prävention und Behandlung von (mehreren) chronischen Erkrankungen. Zusätzlich möchte das NFP in einer längerfristigen Perspektive das Bewusstsein für die derzeitigen Unzulänglichkeiten der Daten zur Gesundheitsversorgung in der Schweiz wecken und zu einer besseren Verfügbarkeit, Zugänglichkeit, Verknüpfung und Vergleichbarkeit von Gesundheitsdaten beitragen. Damit kann die Versorgungsforschung dazu beitragen, die diagnostischen, präventiven und therapeutischen Leistungen und deren Inanspruchnahme zu verbessern. Schliesslich strebt das NFP den Aufbau einer starken Forschungsgemeinschaft an, die weltweit führende Versorgungsforschung durchführt.

Heute steht die Behandlung von akuten Krankheiten im Zentrum des Gesundheitssystems. Gemäss Ausschreibung des NFP 74 werden künftig mehr chronische Erkrankungen sowie Prävention und Gesundheitsförderung im Vordergrund stehen. Was bedeutet das für die Struktur und Organisation des Gesundheitswesens?
Schon heute werden 80% der Kosten im Gesundheitswesen durch chronische Krankheiten verursacht, weshalb schon heute die Behandlung von chronischen Krankheiten im Zentrum des Gesundheitssystems steht. Die Struktur und Organisation des Gesundheitswesens ist jedoch noch immer stark auf akute Krankheiten oder auf akute Probleme von Patienten mit chronischen Krankheiten ausgerichtet. Dies zeigt sich zum Beispiel an der prominenten Stellung der akutmedizinischen Spitäler in der Schweiz. Die Patienten sind als Experten ihrer Krankheit jedoch am wichtigsten und sollten in ihrem Umgang mit chronischen Krankheiten bestmöglich unterstützt werden. Ich denke daher, dass ein Gesundheitssystem entwickelt werden sollte, wo Menschen mit chronischen Krankheiten und ihr Umfeld im Zentrum der Versorgung stehen und gezielt und koordiniert medizinische Hilfe bekommen. Hausärzte spielen bei einer solch langfristigen Unterstützung eine zentrale Rolle.

An wen richten sich die Ergebnisse des NFP 74?
Die Ergebnisse richten sich an die Politik und Behörden, welche die Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung vorgeben, an die Anbieter im Gesundheitswesen, welche Leistungen zuhanden der Patienten definieren und erbringen, und natürlich an die Patientinnen und Patienten, die ganz konkret von den Forschungsresultaten profitieren sollten. Deshalb unterstützen wir den Austausch und den Dialog zwischen den Forschenden und den Stakeholdern aktiv. Damit soll das NFP 74 zu einer evidenzbasierten öffentlichen Diskussion über die Gesundheitsversorgung beitragen.

Wie werden Ärzte, vor allem Hausärzte, konkret von den Ergebnissen des NFP 74 profitieren können?
Es gibt diverse Projekte, die für Hausärzte von unmittelbarem Interesse sind. Ganz wichtig ist es, dass die oft erstmals etwas abstrakten Forschungsergebnisse in den Schweizer Kontext gestellt werden, um die Implementierung von Erkenntnissen zu erleichtern. Alle Forschenden des NFP 74 sind aufgefordert, hierbei ihren wichtigen Beitrag zu leisten. Sie werden dabei von Manuela Oetterli, die für den Wissenstransfer verantwortlich ist, unterstützt. Zusätzlich sind Anlässe geplant, wo der Austausch zwischen Forschenden und Stakeholdern wie Hausärzten gefördert wird.

Und welchen *konkreten* Nutzen haben die Patienten?
Die Forschungsergebnisse sollen helfen, dass Patienten bestmöglich nach ihren medizinischen Bedürfnissen und Präferenzen versorgt werden. Ich erhoffe mir, dass die Projekte aufzeigen, wo die optimale Balance für eine Versorgung liegt, das heisst, wo man zu wenig und wo man zu viel Medizin macht. Wenn es Patienten – und ihren Hausärzten – ermöglicht wird, diejenige Diagnostik und Therapie evidenzbasiert zu wählen, welche ihren medizinischen Bedürfnissen und Präferenzen entspricht, dann haben die Patienten den grösstmöglichen Nutzen vom NFP 74.

Wird das NFP 74 zu einer Stärkung der «Interprofessionalität» führen?
In der Ausschreibung wurde betont, dass Interprofessionalität explizit berücksichtigt werden sollte, wenn dies zum Gelingen eines Projekts beiträgt. Wir haben in der Evaluation der Projekte vielversprechende Ansätze gesehen, und ich erhoffe mir wichtige Inputs für die Interprofessionalität in der Praxis.

Welche Rolle spielt die Digitalisierung im NFP 74 (elektronische Patientendossiers, eHealth etc.)?
Wir haben in der Ausschreibung explizit nach neuen Wegen der Prävention und Versorgung gesucht, was eHealth-Lösungen beinhaltet. Auch wenn die Digitalisierung nicht ganz im Zentrum des NFP 74 steht (es gibt ja auch das NFP 75), wird es Aspekte der Digitalisierung geben, welche in den Projekten berücksichtigt werden.

Wie weit ist die Versorgungsforschung in der Schweiz im Vergleich mit dem Ausland entwickelt?
Diese Frage ist nicht leicht zu beantworten, da bisher eher wenige Forschende die Versorgungsforschung explizit als ihr Forschungsgebiet benennen. Dies heisst jedoch nicht, dass nicht schon hochstehende Forschung gemacht wurde und wird, welche zur Versorgungsforschung gezählt werden kann. Wenn sich im Verlauf des NPF 74 eine Forschungsgemeinschaft bildet, was ein Ziel des NFP ist, welche sich explizit über die Versorgungsforschung definiert, bin ich zuversichtlich, dass die Schweiz international kompetitiv sein wird.

Von den ursprünglich 173 Projektskizzen wurden 43 Projektgesuche eingereicht, davon wurden jetzt 29 Projekte bewilligt. Wie beurteilen Sie Qualität und Vielfalt der eingereichten Gesuche?
Wir haben für ein Forschungsprogramm unüblich viele Projektskizzen erhalten. Genauso erfreulich war die Vielfalt. Die meisten Ansätze waren vielversprechend. Die Qualität der Gesuche war generell gut, wir mussten jedoch in der Evaluation sehr strenge, an internationalen Standards gemessene Kriterien anwenden, vor allem im Hinblick auf das ambitionierte Programmziel, eine international renommierte Forschungsgemeinschaft aufzubauen.
Das Resultat der Evaluation zeigt, dass die Vielfalt der geförderten Projekte nicht nur gross ist, sondern dass sie auch alle die in der Programmausschreibung genannten Herausforderungen adressieren, das heisst die Vermeidung der Über- und Unterversorgung, die Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit und die optimierte Versorgung chronisch kranker Menschen. Die Projekte fokussieren sowohl auf die stationäre, die ambulante wie auch die mobile Versorgung, wobei der Rolle der Hausärzte ein wichtiger Stellenwert zukommt. Es stehen verschiedene relevante Themen im Zentrum, wie zum Beispiel die optimierte Medikation, die Einflussfaktoren auf die Behandlungswahl, die Bestimmung der Patientenpräferenzen, die Optimierung von Behandlungspfaden und Behandlungsqualität, neue Versorgungs- und Finanzierungsmodelle, der chancengleiche Zugang zur Gesundheitsversorgung oder die Verbesserung und Harmonisierung von Gesundheitsdaten.

Das NFP 74 dauert 5 Jahre. Wie geht es danach weiter mit der Versorgungsforschung? Gibt es schon Ideen oder Projekte, die die Versorgungsforschung fortsetzen?
Es gibt bisher noch keine konkreten Lösungen, wie die Versorgungsforschung nach Ablauf des NFP 74 gefördert werden soll.

Die Fragen stellte Bernhard Stricker, Redaktor Synapse

Prof. Dr. Milo Puhan ist seit 2013 Professor für Epidemiologie und Public Health und Direktor des Instituts für Epidemiologie, Biostatik und Prävention der Universität Zürich. In seiner Forschung entwickelt er Testverfahren zur Diagnose und Überwachung chronischer Krankheiten, insbesondere der chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung (COPD). Puhan war von 2008 bis 2012 Associate Professor am Department of Epidemiology der Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Er präsidiert die Leitungsgruppe des NFP 74 «Gesundheitsversorgung».

Forschung für eine bessere Gesundheitsversorgung

Die Erkenntnisse des Nationalen Forschungsprogramms (NFP) 74 «Gesundheitsversorgung – Smarter Health Care» sollen dazu beitragen, die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in der Schweiz zu verbessern. Die Ergebnisse sollen möglichst rasch und zielgruppengerecht aufbereitet bei den potentiellen Nutzerinnen und Nutzern ankommen. Der Wissenstransfer hat deshalb einen hohen Stellenwert im Forschungsprogramm. Eine zentrale Zielgruppe bildet die Ärzteschaft. Der Austausch zwischen Forschenden und der Ärzteschaft soll unterstützt und die Verbreitung und Nutzung der Ergebnisse in der ärztlichen Praxis gefördert werden.

Manuela Oetterli, Beauftragte für Wissenstransfer im NFP 74

Brachen Seefahrer in früherer Zeit zu Weltumsegelungen auf, war klar, dass ein Grossteil der Mannschaft nicht mehr zurückkehrte. Insbesondere der Skorbut forderte seinen Tribut. Niemand wusste ein Rezept gegen die Krankheit, die zu einem qualvollen Tod führte. Zwar wurde ein Zusammenhang mit mangelhafter Ernährung vermutet, doch gab es nur wenige Nahrungsmittel, die die langen Überfahrten überdauerten. Erst Kapitän James Cook konnte das Problem 1768 lösen. Er nahm Fässer mit Sauerkraut auf seine Weltumsegelung mit – und kein einziges Mitglied der Mannschaft wurde von der gefürchteten Krankheit heimgesucht. Erst wenige Jahre zuvor hatte der englische Arzt James Lind herausgefunden, dass nebst Zitrusfrüchten auch Sauerkraut die Erkrankung verhindern konnte. Kapitän Cook wandte diese Erkenntnisse direkt in seinem Alltag an – ein frühes Beispiel für einen erfolgreichen Transfer von medizinischem Wissen in die Praxis.

Der Wissenstransfer ist zentral

Der Wissenstransfer hat einen hohen Stellenwert in den Nationalen Forschungsprogrammen (NFP) des Schweizerischen Nationalfonds. Das gilt auch für das NFP 74 «Gesundheitsversorgung», das ins Leben gerufen wurde, um einen wissenschaftlichen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung der Schweizer Bevölkerung zu leisten. Im Zentrum stehen chronisch kranke Menschen – eine stetig wachsende Patientengruppe, auf deren Versorgung das Schweizer Gesundheitswesen aber noch nicht optimal vorbereitet ist. Das Ziel des Wissenstransfers ist es, die Forschungserkenntnisse möglichst rasch bei den potentiellen Nutzerinnen und Nutzern bekannt zu machen, und zwar so aufbereitet, dass sie in der Praxis Anwendung finden können. Aus diesem Grund wirken von Beginn an Akteure aus der Praxis als Experten in den Forschungsprozessen mit. Aufgabe der Beauftragten für den Wissenstransfer im NFP 74 ist es, den Austausch zwischen Forschenden, Stakeholdern und der breiten Öffentlichkeit zu fördern und den Transfer der Forschungsergebnisse in die Praxis zu unterstützen.

Die Akteure im Wissenstransfer

Wir beziehen die Stakeholder von Beginn an ein

Um den Boden für eine spätere Verbreitung der Resultate vorzubereiten, wollen wir die Bedürfnisse der Stakeholder in Bezug auf die Forschungsprojekte des NFP 74 kennenlernen und diese mit den Forschenden in Kontakt bringen (Pull-Prinzip). Gleichzeitig werden wir im Sinne des Push-Prinzips Informationen über die Projekte über verschiedene Kanäle (Zeitschriften, Newsletters, Veranstaltungen, Gremien) bei den relevanten Stakeholdern verbreiten. Die Forschenden entwickeln unter Einbezug von Praxispartnern eigene Strategien und Massnahmen, um den Transfer ihrer Forschungsergebnisse in die Praxis sicherzustellen. Dabei nutzen sie auch Synergien zwischen den verschiedenen Projekten. Die breite Öffentlichkeit informieren wir über das NFP 74 mittels Medienarbeit und Informationen auf dem Web.

Der Wissenstransfer erfolgt in drei Phasen

Der Wissenstransfer kann grob in drei sich überlappenden Phasen dargestellt werden. In der ersten Phase der Initiierung analysieren wir die Forschungsprojekte im Hinblick auf das Praxispotential und identifizieren Synergien und relevante Stakeholder. Gleichzeitig machen wir die Forschungsprojekte bei den Stakeholdern bekannt und eruieren deren Bedürfnisse im Hinblick auf den Wissenstransfer. Anschliessend gleichen wir die Projekte mit den Bedürfnissen der Stakeholder ab. In der zweiten Phase des Wissensflusses unterstützen wir den Austausch und Dialog zwischen Forschenden und Stakeholdern in geeigneten Gefässen. Die Forschenden transferieren ihre Projektergebnisse zu den interessierten Stakeholdern, welche diese prüfen und über ihre spezifischen Kanäle verbreiten. In der dritten Phase der Integration werden die Ergebnisse der Forschungsprojekte synthetisiert, zielgruppengerecht aufbereitet und diffundiert. Die Stakeholder implementieren die Erkenntnisse in der Praxis und nutzen sie.

Die Phasen des Wissenstransfers

Die Forschungsprojekte in der Versorgungslandschaft

Das NFP 74 verfügt insgesamt über ein Budget von 20 Millionen Franken. Die 29 Forschungsprojekte bearbeiten Themen der Über- und Unterversorgung und untersuchen neue Modelle der interprofessionellen Zusammenarbeit. Wie die nachfolgende Darstellung zeigt, sind diese Projekte in der stationären und der ambulanten Versorgung, in der Versorgung zu Hause wie auch in den entsprechenden Schnittstellen angesiedelt. Sie befassen sich mit Fragen auf vier verschiedenen Ebenen:

– Auf der individuellen Ebene werden beispielsweise die Bedürfnisse von Migrantinnen in der Gesundheitsversor-

Die Projekte des NFP 74 «Gesundheitsversorgung» in der Versorgungslandschaft

Legende: 1 Erfahrungen von Migrantinnen; 2 Informierte Screeningwahl; 3 Wahleingriffe; 4 Soziale Ungleichheit; 5 Entlastung Notfallstationen; 6 Medikation im Heim; 7 Ambulante Daten; 8 Mobile psychiatrische Versorgung; 9 Detektion Medikamenteninteraktion; 10 Datenzusammenführung; 11 Vorausschauende Planung Palliative Care; 12 Pauschale Leistungsvergütung; 13 Schliessung Hausarztpraxen; 14 Dauer Antibiotikabehandlung; 15 Behandlung Entwicklungsverzögerungen; 16 Palliative Versorgungsmodelle; 17 Früherkennung Demenz; 18 Interprofessionalität im Spital; 19 Medikation bei Spitalaustritt; 20 Spiritualität und Schmerzen; 21 Standardisierte Berichterstattung Reha; 22 Entscheidungshilfe Medikation; 23 Finanzielle Anreize Diabetesbehandlung; 24 Spitexdaten; 25 Pflegebedürfnisse älterer Menschen; 26 Richtlinien und Behandlungswahl; 27 Pflegegeleitete Heime; 28 Impfskepsis; 29 Grundversorgung psychischer Störungen

gung und von älteren Menschen in Bezug auf die künftige Pflege erforscht.

- Auf der Interaktionsebene zwischen Ärztin und Patient geht es beispielsweise um Fragen des informierten Entscheids für oder gegen ein Dickdarmkrebsscreening oder die bessere Erkennung und Versorgung von psychischen Störungen in der Hausarztpraxis.
- Auf Ebene des Managements und der Zusammenarbeit zwischen Fachpersonen und Institutionen werden oftmals Schnittstellen beforscht. Beispielsweise wird untersucht, wie beim Spitalaustritt gemeinsam mit dem Hausarzt die Medikation überprüft und optimiert oder wie die palliative Versorgung vorausschauend geplant und besser koordiniert werden kann.
- Auf der politischen Ebene geht es schliesslich um Systemfragen. Beispielsweise werden neuartige Vergütungssysteme im ambulanten Bereich erforscht, die Einflüsse auf die Wahl von medizinischen Behandlungen untersucht oder die bessere Verknüpfung von ambulanten und stationären Gesundheitsdaten und Daten aus dem Sozialbereich geprüft.

Erfolgsfaktoren und Herausforderungen für den Wissenstransfer

Wichtige Erfolgsfaktoren für den Wissenstransfer sind Offenheit und Verständlichkeit, Bedürfnis- und Lösungsorientierung sowie die Bereitstellung von Plattformen und Kanälen für den Dialog und Austausch. Das Bundesamt für Gesundheit und die Hausärzteschaft haben das NFP 74 ursprünglich angeregt, um dem Mangel an Fachpersonen in der Hausarztmedizin entgegenzutreten und praxis- und lösungsorientiertes Wissen zu fördern. Die Bevölkerung erwartet angesichts der jährlich steigenden Versicherungsprämien Lösungen, wie die Qualität und Bezahlbarkeit der Gesundheitsversorgung in der Schweiz langfristig gesichert werden kann. Zudem sind Gesundheitsthemen medial stark präsent und stossen bei der Bevölkerung auf breites Interesse. Dies sind alles wichtige Voraussetzungen für einen erfolgreichen Transfer der Ergebnisse in die Praxis. Eine Herausforderung wird sein, die teilweise grossen Erwartungen am Programm ein Stück weit zu relativieren. Zwar kann ein gut dotiertes Forschungsprogramm nicht alle Probleme der Gesundheitsversorgung lösen, aber es kann wichtige Impulse für langfristige Verbesserungen geben. Zudem bildet es eine zentrale Grundlage für den langfristigen Aufbau der Versorgungsforschung in der Schweiz, welche zu einer nachhaltigen Lösungssuche beitragen soll.

Manuela Oetterli

Manuela Oetterli ist Beauftragte für Wissenstransfer im NFP 74 «Gesundheitsversorgung».

Weitere Infos zum Programm und den geförderten Projekten: www.nfp74.ch
Hier sind auch alle 29 Projekte porträtiert, die im Rahmen des NFP 74 realisiert werden.

Und welches sind Ihre Bedürfnisse?

Das NFP 74 ist am direkten Kontakt mit den Ärztinnen und Ärzten interessiert, insbesondere auch mit den Leserinnen und Lesern der Synapse. Welche Themen und Projekten interessieren Sie? Welches sind Ihre Informationsbedürfnisse? Teilen Sie uns Ihre Fragen, Anliegen und Ideen zum Wissenstransfer mit und tragen Sie sich in unseren Verteiler ein. Wir würden uns freuen, mit Ihnen in Kontakt zu treten.

Kontakt: Manuela Oetterli, Beauftragte für Wissens- und Technologietransfer des Nationalen Forschungsprogramms (NFP) 74 «Gesundheitsversorgung», Tel. 041 226 04 14, E-Mail nfp74@snf.ch, www.nfp74.ch

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 namhaften 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 Puhan fest: «Gesundheitsdaten sind in der Schweiz inkomplett, inkorrekt, nicht zuordenbar, nicht vergleichbar, nicht erhältlich, nicht longitudinal», alles Bedingungen, 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 Wahleingriffe 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-Würtemberg 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 Medikamentensicherheit 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, anderseits besonders vulnerable Patientenpopulationen 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)

Versorgungsforschung in der Agenda Gesundheit2020: Rück- und Ausblick

Ziel der Versorgungsforschung («Health Services Research») ist es, Erkenntnisse zu gewinnen, wie sich die Strukturen der Kranken- und Gesundheitsversorgung optimieren, die Versorgungsqualität und die Effizienz steigern, die Über-, Unter- und Fehlversorgung reduzieren und die Patientenorientierung und -sicherheit erhöhen lassen.

Stefan Spycher

Herbert Brunold

Im Gegensatz zur klinischen Forschung, welche die Wirksamkeit unter Studienbedingungen untersucht, steht bei der Versorgungsforschung die Wirksamkeit unter Alltagsbedingungen im Zentrum. Unter «Versorgung» ist immer sowohl die Kranken- als auch die Gesundheitsversorgung (inkl. Gesundheitsförderung und Prävention) gemeint. Sowohl Patientinnen und Patienten als auch die gesunde Bevölkerung sind somit Gegenstand der Betrachtung.

Versorgungsforschung findet auf verschiedenen Ebenen statt: der Mikroebene, der Mesoebene und der Makroebene. Forschung auf der **Makroebene** wird als Gesundheitssystemforschung (auf regionaler, nationaler oder internationaler Ebene) bezeichnet. Die Gesundheitssystemforschung befasst sich z.B. mit rechtlichen Fragen, mit übergeordneten gesundheitspolitischen Fragen und mit Fragen der Finanzierung von Gesundheitssystemen. Die Versorgungsforschung auf der **Mesoebene** fokussiert institutionelle Leistungserbringer und analysiert die Organisation und Erbringung von Gesundheitsdiensten sowie die medizinische Betreuung (z.B. im Spital, in der Praxis, Spitex etc.) und macht Einschätzungen und Bewertungen von Versorgungsleistungen in Bezug auf Qualität, Effektivität oder Angemessenheit. Auf der **Mikroebene** stehen die individuellen Versorgungsinteraktionen im Fokus (z.B. Arzt-Patient-Beziehung, Determinanten von Arztentscheidungen).

Versorgungsforschung findet auch in diversen unterschiedlichen Settings statt, z.B. im ambulanten oder stationären Bereich von Grundversorgung oder Sekundär- und Tertiärversorgung, in der Rehabilitation, in der Prävention und Gesundheitsförderung oder in der Gesundheitspolitik. Je nach Perspektive (z.B. medizinischer, ökonomischer, ethischer, organisatorischer etc.) stehen unterschiedliche Aspekte der Versorgung sowie verschiedene Zielgruppen im Fokus, und je nach Fragestellung werden unterschiedliche Datengrundlagen und Methoden verwendet.

Hintergründe der Versorgungsforschung

Wie kam es dazu, dass in den Forschungskonzepten Gesundheit 2013–2016 sowie 2017–2020 die Versorgungsforschung als Priorität gesetzt wurde?

Ein grosses Verdienst an der «Lancierung» der Versorgungsforschung in der Schweiz gebührt der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), die von 2012–2016 zusammen mit der Bangerter-Rhyner-Stiftung erfolgreich ein Förderprogramm im Bereich Versorgungsforschung durchführte.

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) begrüsste die Initiative der SAMW von Beginn weg. Die grosse Hoffnung, die auf politischer Ebene mit Versorgungsforschung verbunden ist, sind die Möglichkeiten einer evidenzinformierten Politikgestaltung. «Evidenz statt Prominenz» oder «vom Blind- auf Sichtflug» ist das Credo, das in der Gesundheitspolitik offiziell breite Zustimmung findet. Konkret öffneten die Hausarztinitiative sowie diverse politische Vorstösse (z.B. die Motionen Cassis «Less is more. Wie steht es in der Schweiz mit dem Überkonsum von medizinischen Leistungen?» sowie Schmid-Federer «Nationales Forschungsprogramm Langzeitversorgung» u.a.) dem BAG das Gelegenheitsfenster für eine breite Sensibilisierung für Versorgungsforschung. Im Auftrag des BAG erstellte die SAMW unter Einbezug aller relevanten Stakeholder ein Konzept zur Stärkung der Versorgungsforschung in der Schweiz. Das Konzept wurde im Dezember 2013 vom Vorstand der SAMW genehmigt und vom BAG gutgeheissen. In der Folge hat der Bundesrat am 24. Juni 2015 ein Nationales Forschungsprogramm «Gesundheitsversorgung» (NFP 74) lanciert. Das NFP 74 ist 2016 erfolgreich gestartet (www.nfp74.ch). Sowohl der Bund als auch die Kantone haben eine Person in die Steuergruppe des NFP 74 delegiert. Das unterstreicht die gesundheitspolitische Bedeutung, die der Versorgungsforschung gegeben wird.

Bereits vor dem NFP 74 im Jahr 2011 lancierte der Bundesrat das NFP 67 «Lebensende» (www.nfp67.ch), das in weiten Teilen Versorgungsforschung beinhaltet und 2017 endet. Im Weiteren haben zahlreiche gesundheitspolitische Strategien oder Massnahmen Versorgungsforschung verankert (z.B. die Nationale Strategie gegen Krebs 2014–2017, die Qualitätsstrategie des Bundes im Gesundheitswesen, die Massnahmen im Bereich der «Koordinierten Versorgung» u.a.).

Wie weiter nach dem NFP 74?

Die Kranken- und Gesundheitsversorgung, die Versicherer, die Kantone, der Bund und andere benötigen je für sie relevante Informationen zur Optimierung der Tätigkeiten in ihrem Zuständigkeitsbereich. Aus diesem Grunde sollten alle genannten Stakeholder ein genuines Interesse daran haben, dass Versorgungsforschung entsprechende Informationen liefert, gute Entscheide ermöglicht, zu Transparenz beiträgt und somit einen Nutzen generiert. Dieser Nutzen ist jedoch je nach Betrachtungsebene (Makro-, Meso- und Mikroebene) verschieden. Ein Nutzen auf der Mikroebene ist bestenfalls nur mittelbar auf der Makroebene (Ebene Gesundheitssystem) relevant.

Aktuell stellen sich aus Sicht des BAG drei Hauptfragen, die wir nachfolgend anreissen und worauf wir vorläufige Antworten skizzieren wollen. Ausgehend von der Feststellung, dass die Versorgungsforschung langfristig eine starke Forschungsgemeinschaft braucht, stellt sich zunächst die Frage, wie dieses Ziel am besten erreicht werden kann. Wir gehen davon

aus, dass das NFP 74 hier einen substanziellen Beitrag leisten kann.

Die zweite Frage betrifft die Nachhaltigkeit der Versorgungsforschung in der Schweiz: Wie kann sie bedarfsgerecht ausgestaltet und dauerhaft verankert werden? Wir sind der Auffassung, dass alle Stakeholder grundsätzlich gemäss ihrem Bedarf Versorgungsforschung betreiben oder in Auftrag geben und finanzieren sollen. Für eine Verankerung der Versorgungsforschung in der Schweiz ist jedoch eine Forschungsförderung notwendig. Die national bestehenden Förderungsinstrumente sollten dabei genutzt werden. Das verspricht Nachhaltigkeit. Es ist zu klären, ob und inwiefern sich die Projektförderung des Schweizerischen Nationalfonds anbietet (analog der klinischen Forschung). Seitens Kantone und Bund ist zu überlegen, ob der Auftrag an das Schweizerische Gesundheitsobservatorium Obsan nicht mit Versorgungsforschung ergänzt werden soll (Gesundheitssystemforschung, Makroebene). Die Idee dabei ist, dass das Obsan selbst und mit Dritten bedarfsgerechte Versorgungsforschung betreibt.

Drittens stellt sich die Frage, wie die Versorgungsforschung in der Schweiz durch internationale Zusammenarbeit gestärkt werden kann. Forschungsergebnisse aus anderen Ländern lassen sich nicht einfach auf unser Gesundheitssystem übertragen. Das BAG will jedoch den Möglichkeitsraum geeigneter internationaler Zusammenarbeit im Bereich der Versorgungsforschung ausloten. Aktuell ist das europäische Projekt «To-Reach» (Horizon 2020, 2017–2019) zu nennen. Dieses hat zum Ziel, ein internationales Forschungsprogramm «Transfer und Implementierung guter Behandlungsmodelle» vorzubereiten und Grundlagen für die Einrichtung eines sogenannten ERA-NET für Versorgungsforschung zu schaffen. Das BAG ist bereit, sich auf politischer Ebene – ohne eigene Finanzierungsverpflichtung – zu engagieren. Da es nicht selber Versorgungsforschung betreibt, gilt es eine anerkannte Persönlichkeit aus dem Forschungsfeld der Versorgungsforschung zu motivieren, auf fachlicher Ebene am Vorhaben mitzuwirken.

Wie auch immer die aufgeworfenen Fragen beantwortet werden, es steht ausser Frage, dass die Optimierung des schweizerischen Gesundheitssystems nur gelingen kann, wenn Ergebnisse der Versorgungsforschung an allen Stellen vorliegen und die Entscheidungsträger sie berücksichtigen können.

Dr. Stefan Spycher und Herbert Brunold

Dr. Stefan Spycher ist Vizedirektor und Leiter des Direktionsbereiches Gesundheitspolitik im BAG, Herbert Brunold ist Leiter der Fachstelle Evaluation und Forschung im BAG.

Diagnose und Therapie der Hirnleistungsstörungen bei älteren Menschen in der Hausarztpraxis – ein Forschungsprojekt

«Hirnleistungsstörungen bei älteren Menschen werden zu spät erkannt und unzureichend therapiert!», «Die diagnostizierten Demenzerkrankungen stellen nur die Spitze des Eisbergs dar – es droht ein weltweiter Demenztsunami!», «Hausärzte sprechen von Altersvergesslichkeit und verunmöglichen ihren Patienten damit einen Zugang zu wirksamer Hilfe!».

Sicher kommen Ihnen dieses Aussagen vertraut vor! Aber sind die Hausärzte nun wirklich so unwissend? Benötigen sie intensivere Schulungen über die Frühdiagnose und Behandlung von Hirnleistungsstörungen? Vermeiden sie bewusst die Übermittlung einer problematischen Diagnose an ihre Patienten, da diese Erkrankung ihrer Ansicht nach ohnehin nicht wirksam behandelt werden kann? Oder fehlt ihnen schlicht die Zeit für eine vertiefte Exploration ihrer Patienten, die über Gedächtnis-, Orientierungs- oder Sprachstörungen berichten?

Noch wissen wir viel zu wenig darüber: Suchen Hausärzte frühe Anzeichen einer Hirnleistungsstörung aktiv? Für wie bedeutsam erachten Hausärzte eine Frühdiagnose einer möglichen Demenzerkrankung? Kennen Hausärzte tatsächlich die diagnostischen Instrumente zu wenig? Sind sie nicht über die demenzspezifischen Angebote in der Region informiert? Fürchten Hausärzte, dass ihre Patienten nach der Diagnoseübermittlung einer Demenzerkrankung depressiv werden oder gar einen Suizid ins Auge fassen? Oder versuchen sie, ihre Patienten ohne Übermittlung der Diagnose zu begleiten, im Wissen, dass die therapeutischen Möglichkeiten äusserst beschränkt sind?

Diesen Fragen möchte ein interdisziplinär zusammengesetztes Forschungsteam unter der Leitung des Universitären Zentrums für Hausarztmedizin beider Basel mit einer nationalen Erhebung nachgehen. Hausärzte in allen drei Sprachregionen sollen dazu befragt werden, wann und wie sie Hirnleistungsstörungen bei älteren Menschen diagnostizieren und behandeln, ob sie die entsprechende Aus-, Weiter- und Fortbildung als ausreichend erleben und wie sie die entsprechenden regionalen Versorgungsstrukturen wahrnehmen. Auch soll vertieft darauf eingegangen werden, was aus Sicht der Hausärzte generell für oder gegen eine Frühabklärung spricht und was Hausärzte in konkreten Fällen davon abhalten könnte, eine mehr oder weniger umfassende Diagnostik in die Wege zu leiten. Falls Sie, liebe Leser, angefragt werden sollten, in dieser Studie mitzuwirken, möchten wir uns schon heute für Ihr Engagement bedanken. Selbstverständlich werden die Ergebnisse in den einschlägigen schweizerischen Publikationsorganen möglichst vielen Interessierten zugänglich gemacht.

Für die Forschungsgruppe:
Stéphanie Giezendanner PhD[1],
Prof. Dr. Andreas Monsch[2],
Prof. Dr. Reto W. Kressig[2],
PD Dr. Klaus Bally[1],
Prof. Dr. Andreas Zeller[1]

1 *Universitäres Zentrum für Hausarztmedizin beider Basel (uniham-bb)*
2 *Universitäre Altersmedizin und Rehabilitation, Felix Platter-Spital, Basel*

Wichtige Termine 2017

Dienstagmorgen-Fortbildung Basel und Liestal

25.4., Basel 2.5., Liestal	Herzrhythmusstörungen – was gibt es Neues für den Hausarzt? Prof. Christian Sticherling, Universitätsspital Basel
6.6., Basel 13.6., Liestal	Management präterminaler Niereninsuffizienz beim multimorbiden Menschen Dr. Ineke Grendelmeier / Dr. Stephan Kalbermatten, Kantonsspital Baselland

Spitalfusion BS/BL: Die Auswirkungen auf das Personal, die Prämien und die demokratischen Entscheidungsprozesse dürfen nicht vergessen gehen!

Der Kantönligeist muss im Gesundheitswesen überwunden werden: Daher begrüssen wir Hausärzte die geplante vertiefte Zusammenarbeit zwischen den Kantonen BS und BL im Spitalbereich. Es stellt sich jedoch die Frage, welche Zielsetzung dabei verfolgt wird und mit welchen Nebenwirkungen beim vorgestellten Projekt zu rechnen ist. Dazu drei Vorbemerkungen:

Dass der medizinische Fortschritt seinen Preis hat, ist unbestritten. Stossend sind aber seit jeher unnötige Abklärungen, Therapien und Eingriffe, welche als Folge mangelnder Kooperation und insbesondere von ökonomischen Fehlanreizen durchgeführt werden. Ausgerechnet letztere wurden mit der 2012 verordneten Spitalpolitik (und der Implementierung der DRGs) massiv verstärkt. Die öffentlichen Spitäler wurden gezwungen, sich «dem Markt zu öffnen», obwohl der Wettbewerb im Gesundheitswesen keine Einsparungen sondern eine Mengenausweitung bewirkt. Seither wurde die Kostenentwicklung übrigens nicht, wie in Aussicht gestellt, gebremst, sondern angeheizt! Die erwähnten Fehlanreize werden von einzelnen Akteuren schamlos ausgenutzt. Dazu kommt, dass die Finanzbranche zunehmend versucht, im stetig wachsenden Gesundheitswesen vermehrt zu investieren. Als Beispiele seien die Hirslandengruppe, die Migros (Grundversorgernetze) und die Mehrheitseigentümer der Apotheke zur Rose genannt. Die damit verbundenen Kostensteigerungen haben mit medizinischem Fortschritt und verbesserter Versorgung nichts zu tun.

Zweitens kann Spitalpolitik nicht mit Gesundheitspolitik gleichgesetzt werden. Als Hausärzte möchten wir in Erinnerung zu rufen, dass primär eine flächendeckende gut ausgebaute Grundversorgung (zu der Spitex, Tageskliniken, sozialmedizinische Dienste etc. gehören) ein effizientes und kostengünstiges Gesundheitswesen gewährleistet. Die in der Botschaft zur gemeinsamen Spitalgruppe vorgesehenen Einsparungen im stationären Bereich durch Ausgliederung vieler Dienstleistungen in den ambulanten Sektor mögen zwar betriebswirtschaftlich (aus Sicht der Spitalkostenrechnung) vernünftig erscheinen, aus einer volkswirtschaftlichen, gesundheitspolitischen und gesamtgesellschaftlichen Perspektive ist das aber nicht a priori sinnvoll.

Drittens: Eine vierköpfige Familie mit kleinem oder mittlerem Einkommen gibt heute gegen 20% ihres verfügbaren Einkommens für die Gesundheit aus (Krankenkassenprämien, Ausgaben für Franchise, Selbstbehalt, Zahnmedizin und andere Nicht-Pflichtleistungen). Was hat das mit dem oben Gesagten zu tun? Mit der angepeilten Verlagerung von stationären Leistungen in den ambulanten Bereich werden die von den Krankenkassen zu übernehmenden Leistungen noch mehr zunehmen. Untersuchungen in der Romandie haben ergeben, dass bereits heute eine zunehmende Zahl von Menschen Arztbesuche aus finanziellen Gründen meidet, während gleichzeitig bei den Krankenkassen die Prämienrückstände steigen! Eine Verschiebung vom stationären in den ambulanten Sektor ruft folgerichtig nach gezielten sozialpolitischen Massnahmen zur Abfederung der von den Haushalten zu bezahlenden Kosten.

Bei der Realisierung einer gemeinsamen Spitalgruppe müssen unserer Meinung nach folgende Punkte berücksichtigt werden:

1. Die Spitalfusionsvorlage fokussiert zu sehr auf eine Senkung der stationären Kosten. Nicht oder kaum berücksichtigt werden die Auswirkungen auf das Spitalpersonal (sind Entlassungen vorgesehen?) und die Mehrkosten für die Krankenkassen. Wie wird sich diese Entwicklung auf Mittellose, psychisch und Sucht-Kranke, Demente oder sogenannt randständige Menschen auswirken? Diese Fragen müssen untersucht, beantwortet und berücksichtigt werden.
2. Grundsätzlich kann jede öffentlich-rechtliche Organisationsstruktur flexibel funktionieren. Dies zeigt das Beispiel UKBB. Sollte aber für die gemeinsame Spitalgruppe einer Aktiengesellschaft (AG) der Vorzug gegeben werden, muss diese gemeinwirtschaftlich und nicht gewinnbringend ausgestaltet sein.
3. Am Aktienkapital dürfen bloss nicht-profitorientierte, gemeinnützige, im Gesundheitswesen tätige Institutionen oder weitere Kantone beteiligt sein. Eventuelle Überschüsse sollen reinvestiert werden oder den Versicherten zugute kommen. Zugunsten einer AG wird oft argumentiert, dass nur mit dieser Organisationsform Investoren gewonnen werden können. Genau diese aber müssen ferngehalten werden, da sie eine hohe Rendite fordern. Bei Finanzbedarf kann Geld durch niedrigverzinsliche Anleihen aufgenommen werden, wie das bereits in anderen Landesteilen erfolgt ist.
4. Sämtliche Entscheide, welche die Gesundheitsversorgung der Kantone BS und BL betreffen oder Änderungen des Fusionsvertrages zur Folge haben, sollen in den Kantonsparlamenten diskutiert und gutgeheissen werden und sind dem Referendum zu unterstellen.
5. Seit der Medieninformation der Gesundheitsdirektoren vom Herbst 2016 hat der Kanton Baselland weitere Investitionen ins Auge gefasst: Walk-in-Praxis am Bahnhof Liestal und Ausbau/Wiederaufbau der Orthopädie auf dem Bruderholz. Ein Präjudiz bezüglich Finanzierungsansprüchen und damit verbundener finanzieller Risiken für die beiden Partnerkantone?
6. Für die in der gemeinsamen Spitalgruppe Beschäftigten sollen sozialverträgliche Gesamtarbeitsverträge gelten, und die Pensionskassenleistungen müssen gesichert sein. Die Lohn- und Pensionskassenregelungen sollen sich nach der besseren der beiden zu fusionierenden Einheiten richten.
7. Es darf in Erinnerung gerufen werden, dass Spitäler keine Produktionsstätten sind. Diese brauchen keine von der Automobilindustrie (!) abgekupferten Instrumente zur «Produktivitätssteigerung» *(Lean Hospital)*, sondern eine effektive Mitbestimmung der im Spital Beschäftigten (Gesundheitspersonal, Hauswirtschaft, Administration und ihre Interessensvertretungen wie VSAO, VPOD, SBK etc.). Nur attraktive Arbeitsbedingungen können verhindern, dass sich immer mehr Pflegepersonen, Ärztinnen und Ärzte von ihrem Beruf abwenden. Oder anders ausgedrückt: Ein mitarbeiterfreundliches Arbeitsklima kommt am Ende auch den Patientinnen und Patienten zugute.

Dr. med. Peter Flubacher und Dr. med. Daniel Gelzer
(Vorstandsmitglieder im Verein «Gesundheit für alle» und Hausärzte im Matthäusquartier, Gelzer seit 1989, Flubacher von 1982 bis 2012)

Leserbrief zum Artikel von Odette Frey, «Beispiel Puls», in der Synapse 1/17 (Medizin und Medien)

Sehr geehrte Frau Frey

Nach 30-jähriger Tätigkeit als Hausarzt und «Einzelkämpfer» habe ich meine Praxis einem Kollegen übergeben. Danach habe ich fünf Jahre erkrankte Hausärzte oder solche, die in die Ferien gingen oder Fortbildungsferien machten, vertreten und so in mindestens sieben Kantonen Einblick in die Hausarztpraxen und deren Führung gehabt. Ab und zu sehe ich die Sendung «Puls» und finde sie recht praxisnah. Teilweise arbeite ich auch jetzt noch in einem Gesundheitszentrum als Hausarzt. Dort stelle ich bei den jungen Ärzten fest, dass sie stur an den sog. Guidelines festhalten. Das ist einfach, man muss nicht viel denken und gibt anscheinend Sicherheit. Man kann dann so auch gut andere, vielleicht ältere Behandlungsformen kritisieren. Ich sage immer: «Eure Statistikgläubigkeit ist enorm, verlasst euch lieber auf die Erfahrung.» Statistiken kann man schönen, bei der Erfahrung ist es etwas schwieriger. So wird auch eine ganz wichtige Sache, nämlich die Behandlungsfreiheit, erhalten! Früher wurden negative Statistiken einfach weggelassen, bis die Juristen Ordnung schafften. Heute ist es zum Glück anders. Ich finde, dass dieser «Geist» in Ihren Sendungen etwas mehr einfliessen sollte.

Dr. med. Roland Scholer, Liestal

Replik

Sehr geehrter Herr Scholer

Es freut mich, dass Sie hin und wieder bei «Puls» reinschauen und die Sendung als praxisnah erleben. Sie haben natürlich vollkommen Recht mit der Beobachtung, dass bei uns in der Sendung der «Geist der Guidelines» stärker weht als jener der ärztlichen Erfahrung. Das bedeutet nicht, dass wir den Wert der ärztlichen Erfahrung geringschätzen. Denn tatsächlich lässt sich mit Guidelines alleine keine Medizin betreiben. Es braucht noch immer den Arzt, der erkennt, wenn sein Patient in keine Guideline passt. Und sicherlich auch den Arzt, der Guidelines kritisch hinterfragt, da diese nur so gut sein können wie die Studien, auf die sie sich stützen (und nur so unabhängig wie die Experten, die die Guidelines formuliert haben). Guidelines und ärztliche Erfahrung sind bei «Puls» keine Gegensätze. Nur schon deshalb nicht, weil sie im Kern auf demselben beruhen: auf Empirie und Plausibilität.

Odette Frey, Moderatorin «Puls»

Erfolgreiches erstes Slow-Dating

Jüngere und ältere Ärztinnen und Ärzte trafen sich zu einem zwanglosen Austausch bezüglich Praxisübernahme bzw. Praxisübergabe

Am 22. Februar 2017 organisierte die PraxisPro AG im Hotel Victoria in Basel zum ersten Mal ein sogenanntes Slow-Dating, wo sich jüngere und ältere Ärzte in lockerer Atmosphäre und ohne Zeitdruck kennenlernen und austauschen konnten.

Die PraxisPro AG besteht aus einer Hausärztin, vier Hausärzten, einem Treuhänder der FMH Treuhand Services, einem Unternehmer und einer Praxisadministratorin. Unser Ziel ist es, gutgehende Hausarztpraxen in der Nordwestschweiz zu erhalten und Nachfolger zu finden.

Wir unterstützen sowohl ältere Kolleginnen und Kollegen, die eine Nachfolge suchen, als auch junge Ärztinnen und Ärzte, die eine Praxis übernehmen oder in eine Praxisgemeinschaft eintreten möchten.

Nach einer kurzen Einführung über die PraxisPro AG stellten sich die jüngeren sowie die älteren Ärztinnen und Ärzte dem Plenum vor – einige mündlich und ganz zwanglos, andere mit einer detaillierten Power-Point-Präsentation inkl. Bildern. Falls man sich nicht selbst in den Vordergrund drängen wollte, bestand die Möglichkeit, sich durch ein Mitglied der PraxisPro AG vorstellen zu lassen. Nachdem etliche Fragen von den vor allem jüngeren Ärzten und Ärztinnen beantwortet wurden, konnte man sich bei einem Apero besser kennenlernen. Im Unterschied zu einem Speed-Dating ergaben sich mehr und intensivere Möglichkeiten, nach geeigneten «Partnern» Ausschau zu halten.

Dies war der erste Anlass dieser Art, welcher unsere Organisation veranstaltete. Nachdem mehrere jüngere und auch ältere Ärzte und Ärztinnen auf uns zugekommen sind, haben wir uns überlegt, wie sich diese beiden Seiten am sinnvollsten und einfachsten vermitteln lassen. Daraus entstand die Idee eines «Slow-Datings». Einerseits schrieben wir die Interessierten direkt an, und andererseits wurde der Anlass auf der Homepage der Jungen Hausärztinnen und -ärzte Schweiz (JHaS) beworben.

Es kamen zwölf ältere interessierte Ärztinnen und Ärzte, die eine Nachfolge bzw. eine Unterstützung in ihrer bereits bestehenden (Gemeinschafts-)Praxis suchten, und elf jüngere, die einen Einstieg anstrebten. Des Weiteren waren einige Sponsoren und anderweitig interessierte Gäste anwesend, so dass am Schluss über 40 Personen am Anlass teilnahmen.

Beim Apero wurde eifrig diskutiert, und Adressen wurden ausgetauscht. Wir waren überrascht und sehr erfreut, bereits beim ersten Mal eine solch grosse Teilnehmerzahl begrüssen zu dürfen. Die Aufgabe der PraxisPro AG war, möglichst viele junge und ältere Ärzte miteinander bekannt zu machen und sie auf spezielle Eigenheiten der unterschiedlichen Praxen hinzuweisen.

Wir hoffen natürlich, dass sich aus diesem Anlass heraus für möglichst viele Interessierte etwas Konkretes ergibt. Bereits heute hat sich eine definitive Übernahme eines Patientenstammes ergeben, und in zwei anderen Fällen ist es zu intensiveren Verhandlungen zwischen jüngerem und älterem Arzt gekommen. Allgemein war das Echo der Anwesenden durchaus positiv, so dass wir sicherlich weitere Anlässe in dieser Art planen.

Als weitere Möglichkeit zur Kontaktaufnahme von jüngeren und älteren Ärztinnen und Ärzten werden wir auf unserer Homepage www.praxispro.ch eine Plattform einrichten, wo Interessierte unkompliziert nach einer zu übernehmenden Praxis oder einem potentiellen Nachfolger Ausschau halten können.

Dr. med. Stephan Gerosa, Läufelfingen,
Verwaltungsratspräsident der PraxisPro AG