

Forschen für die Patienten

Erhält der Patient die richtige Behandlung zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort vom richtigen Leistungserbringer? Werden Medikamente und Impfstoffe sinnvoll eingesetzt? Welchen Effekt hat eine Behandlung auf den Patienten? Wie landen Erkenntnisse aus der Forschung in der Praxis? Fragen wie diese soll die Versorgungsforschung beantworten. Ziel davon ist es, Rückschlüsse über Unter-, Über- oder Fehlversorgung zu ziehen.

Bekannter Klassiker der Versorgungsforschung ist die unterschiedliche regionale Verteilung der Kaiserschnitt-Operationen. Im Kanton Zug lag die Rate 2010 beim Rekord von 43 Prozent, der Kanton Jura wies mit 19 Prozent die tiefste Rate aus. Medizinisch erklärbar ist dieser Unterschied nicht, also muss er andere Gründe haben. Liegt es unter anderem daran, dass ein Kaiserschnitt geplant werden kann und damit für Frau und Arzt attraktiv ist? Ein anderes Beispiel: In gewissen Regionen in der Schweiz werden zehnmal mehr Operationen im Zusammenhang mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen (kardiovaskuläre Erkrankungen) angesetzt als in anderen. Die Erklärung? «Entweder werden Leistungen erbracht, die medizinisch nicht begründbar sind, oder notwendige Leistungen nicht erbracht», so André Busato, Pionier der Versorgungsforschung, kurz vor seinem Tod im letzten Jahr. Die Ursachen für die Unterschiede lägen in Fehlanreizen beim Angebot und bei der Inanspruchnahme. «Es gibt in der Schweiz deutliche Hinweise darauf, dass die Varianz der Versorgung bei bestimmten Erkrankungen und in bestimmten Regionen nicht rein medizinisch erklärt werden kann. Diese Hinweise der angebotsinduzierten Nachfrage im Gesundheitswesen eröffnen damit ein wichtiges Forschungsgebiet der Versorgungsforschung», steht dazu im jüngst erschienenen Bericht der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften zur Stärkung der Versorgungsforschung in der Schweiz. Zehn Prozent der gesamten Gesundheitskosten könnten eingespart werden, wenn die Fehlanreize, die zu Ineffizienzen wie etwa Unter- oder Überversorgung führen, eliminiert würden. Ebenfalls wissenschaftlich belegt ist, dass die Bereithaltung von aufwändiger Diagnostik und Therapie deren Einsatz fördert.¹

Vorreiter der Versorgungsforschung

Es waren André Busato und seine Forscherkollegen, welche den Mechanismus «Das medizinische Angebot bestimmt die Nachfrage» aufgedeckt hatten. Die ebenfalls auf diesem Prinzip beruhende Überdiagnostik gibt nicht nur im Hinblick auf den Anstieg der Gesundheitskosten zu Sorgen Anlass. Auch die Patienten können negativ von unnötigen Spitaleinweisungen, Medikamenten und Behandlungen betroffen sein. Ein Befund, auf den auch Gilbert Welch in seinem Buch «Die Diagnosefalle» kommt.² Eine Spielart von Überdiagnosen sind neue Grenzwerte für die Abgrenzung von Krankheit und Normalzustand. Beispiel Diabetes: Bis 1997 galt in den USA nur jemand, der einen Nüchternblutzuckerspiegel von über 140 hatte, als Diabetiker. Im Jahr 1997 wurde die Schwelle für Diabetes auf 126 heruntergestuft. Diese Änderung machte 1,6 Millionen Amerikaner neu zu Patienten.

«Versorgungsforschung steckt in den Kinderschuhen»

Obwohl er selbst ein Pionier war, was die Erforschung der Überdiagnoseproblematik angeht, musste André Busato konstatieren, dass die Forschung in der Schweiz «noch in den Kinderschuhen» stecke. Ein Grund dafür sei, so Busato im letzten Jahr in einem Interview, dass man sich damit keine Lorbeeren hole, sondern einflussreiche Interessengruppen verärgere.³ Genauso bedeutsam wie die Überversorgung ist übrigens die Unterversorgung, die sich durch fehlendes Bewusstsein für gesundes Verhalten, Ernährung und Prävention auszeichnet. In den USA führt sie zu Kosten von 106 bis 238 Milliarden US-Dollar jährlich.

Hohe Dichte an Spezialisten bedeutet mehr unnötige Spitaleinweisungen

Wie sich das Angebot auf die Nachfrage auswirkt, zeigt eine Studie von André Busato, die 2014 nach seinem Tod publiziert wurde. Sie wies nach, dass mehr vermeidbare Einweisungen in Spitäler dort erfolgen, wo die Anzahl der Spezialisten hoch war. In Regionen mit einer grösseren Anzahl von Hausärzten waren unnötige Einweisungen weniger oft zu beobachten. Über die gesamte Untersuchungsperiode (2008 bis 2010) stiegen vermeidbare Einweisungen zwar grundsätzlich überall an, doch mit starken regionalen Unterschieden, die sich bis um das Zwölfwache unterscheiden. Der Ausgangspunkt für weitere Forschungen ist deshalb die Identifikation von Regionen mit hoher und niedriger Rate an vermeidbaren Spitaleinweisungen.⁴

Breite Forschungspalette

Die Versorgungsforschung bildet die Brücke zwischen klinischer Forschung auf der einen Seite und medizinischen Behandlungen in der Arztpraxis unter Alltagsbedingungen auf der anderen Seite. Ihr Forschungsgegenstand ist die «letzte Meile» zum Patienten. Sie fokussiert auf die Ergebnisqualität, indem sie untersucht, wie Menschen einen optimalen Zugang zu adäquater medizinischer Versorgung erhalten und wie man diese Versorgung möglichst effizient gestaltet, damit sie einen optimalen Effekt auf den Patienten entfaltet. Hinsichtlich der Angemessenheit stellen sich die Fragen nach Bedarf, Nachfrage und Inanspruchnahme von Versorgung, aber auch nach Faktoren wie Versorgungsqualität, Sicherheit, Effizienz und Wirksamkeit. Zudem müssen gesundheitsökonomische Aspekte berücksichtigt werden, um die Wirtschaftlichkeit bzw. das Kosten-Nutzen-Verhältnis der jeweiligen Versorgung beurteilen zu können.

Viele Daten ohne Zusammenhang

Diese breitgefächerte Forschungspalette der Versorgungsforschung ist auch ihr Problem. Public Health Schweiz, eine von Expertinnen und -experten der öffentlichen Gesundheit gegründete, unabhängige, nationale Organisation, stellt in einem Manifest vom August 2013 fest: Es sind zwar viele Daten in der Schweiz zur Gesundheitsversorgung vorhanden, doch sind sie nicht aufeinander abgestimmt, nicht immer zugänglich und mehrheitlich lückenhaft. Im ambulan-



Zur richtigen Zeit, am richtigen Ort, bei der richtigen Anlaufstelle – darum geht es bei der Versorgungsforschung.

ten Bereich etwa fehlen die Daten – Qualitätsindikatoren – komplett. In Grossbritannien hingegen, beruht die Vergütung der Hausärzte auch auf Qualitätsindikatoren.

«Less ist more» und «Choosing Wisely»

Einige Ergebnisse aus der internationalen Versorgungsforschung haben auch in der Schweiz zu Reaktionen geführt. Einige medizinische Fachgesellschaften haben die Initiative «Choosing Wisely» (S. 9) des American Board of Internal Medicine oder «Less is more» der Archives of internal medicine aufgegriffen. Letztere fokussieren auf Untersuchungen und Behandlungen, die nicht nur nicht nötig sind, sondern der Gesundheit schaden können.⁵ Weltweit beispielhaft ist die Schweizerische HIV-Kohortenstudie (S. 10). Sie gilt als erste und beste HIV-Kohorte und ist innerhalb der Schweiz Vorbild für weitere Kohortenstudien.

Nun soll es vorwärts gehen

Die Versorgungsforschung ist im Forschungskonzept 2013 bis 2016 des Bundes, im Masterplan Hausarztmedizin und

in der Strategie «Gesundheit 2020» verankert. Den Anstoss dafür gab der OECD-Bericht 2011 zur Schweiz: Die Schwächen des Systems in der Schweiz, so stellt er fest, sind seine beschränkte Transparenz, die lückenhaften statistischen und analytischen Grundlagen sowie Ineffizienzen und das Nichterkennen von ungenügender Qualität bestimmter Leistungen.

SILVIA SCHÜTZ

¹ Bericht der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften zur Stärkung der Versorgungsforschung in der Schweiz, 2014 und NZZ, Auf der letzten Meile zum Patienten, 28. Mai 2013, S. 10.

² Lisa Schwartz, Gilbert Welch, Steven Woloshin: «Die Diagnosefalle». Riva-Verlag.

³ NZZ, 28. Mai 2013, s.o.

⁴ <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/289>

⁵ <http://www.healthnewsreview.org/2010/05/archives-of-internal-medicines-new-less-is-more-series>