

Kongress «Vision und Innovation im Gesundheitswesen»

«Ärzte müssen sich Änderungen im Gesundheitssystem stellen»

Felicitas Witte

Dr. med., Medizjournalistin

Beim Lesen der Einladung zum 12. Schweizerischen Kongress für Gesundheitsökonomie* fragte man sich, ob Mediziner bei den Referenten nicht etwas unterrepräsentiert seien, schliesslich sollte es ja um das Gesundheitssystem gehen. Doch am Kongress wurde schnell klar: Ein neues Gesundheitswesen kann nur klappen, wenn viele verschiedene Beteiligte mit visionären Ideen engagiert mitarbeiten. Die SÄZ berichtet über drei spannende Vorträge.

Es gibt verschiedene Rankings zu Gesundheitssystemen, eines der bekanntesten ist das von der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Hier landete die Schweiz im Jahre 2000 auf Platz 20 – erstaunlicherweise nach Italien und Griechenland. Die WHO habe drei Dimensionen mit jeweils mehreren Messgrössen für ihr Ranking zugrunde gelegt, erklärte Claus Wendt, Lehrstuhlinhaber des Bereichs Soziologie der Gesundheit und des Gesundheitssystems an der Uni Siegen, für die aber die Gesundheitssysteme nur zum Teil verantwortlich seien: 1. gute Gesundheit, 2. die Bereitschaft, auf die Erwartung der Bevölkerung einzugehen, und 3. eine faire finanzielle Verteilung. «Die mediterranen Länder sind so weit oben im Ranking, weil die Leute sich dort gesünder ernähren.» Ausserdem gäbe

es für manche Indikatoren keine klaren Definitionen, etwa was genau «faire finanzielle Verteilung» heisse. Manche Indikatoren seien gut gewählt, zum Beispiel wie rasch ein Patient eine Computertomographie bekommt. «In Deutschland wissen wir, dass es grosse Unterschiede zwischen Privat- und gesetzlich Versicherten gibt, aber wie lange die Patienten wirklich warten müssen, wissen wir nicht.»

Ein neues Konzept zur Messung der Qualität eines Gesundheitssystems

Wendt hat gemeinsam mit Theodore Marmor von der Yale-Universität vor drei Jahren ein Konzept erstellt, mit dem sich die Qualität eines Gesundheitssystems besser messen und vergleichen lässt. «Man muss bei der Analyse die politischen Akteure und Institutionen klar trennen von den Gesundheitssystemen und die Ergebnisse der politischen Entscheidungen mit einbeziehen.» Wendts Modell basiert auf den Finanzierern im Gesundheitswesen, der Bereitstellung von Leistungen und der Regulation durch den Staat. «Um wirklich sagen zu können, ob ein Gesundheitssystem besonders gut und innovativ arbeitet, muss man die Indika-



Claus Wendt: «Letztendlich kommt es auch darauf an, welche Werte in der Gesellschaft einen hohen Stellenwert haben.»



Jean-Blaise Wasserfallen: «Interdisziplinäre Teams sind total wichtig. Und wir brauchen Experten, die zu den Problemfällen geschickt werden.»



Jürgen Holm: «Es ist jämmerlich, wie schlecht die Leistungserbringer hierzulande vernetzt sind.»

* «Vision & Innovation im Gesundheitswesen – wer ist da eigentlich zuständig?», 12. Schweizerischer Kongress für Gesundheitsökonomie und Gesundheitswissenschaften am 23.10.2015, Inselspital Bern

toren klar erfassen und mit Informationen über die Wirkungen von Gesundheitssystemen verbinden», sagte Wendt. «Letztendlich kommt es auch darauf an, welche Werte in der Gesellschaft einen hohen Stellenwert haben. Ein Gesundheitssystem muss sich dann daran messen lassen, ob es diese Werte realisiert.»

Die Lösung für die Schweiz: das Chronic Care Modell?

Das Schweizer Gesundheitssystem habe einige Stärken, fasste Jean-Blaise Wasserfallen, Medizinischer Direktor des Unispitals CHUV in Lausanne, Studien von WHO, OECD und OBSAN zusammen. Etwa eine gute Ausstattung, moderne Technik, auf den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhende Diagnostik und Therapie, genügend Kapazitäten im Spital und eine gute Versorgung im ambulanten Bereich. «Die Patienten sind im Schnitt sehr zufrieden – das ist ein gutes Zeichen.» Die Schweiz stehe aber vor drei grossen Herausforderungen: immer mehr chronisch Kranke, immer weniger Personal und immer mehr teure Technologien bei limitierten Ressourcen. Die Lösung sieht Wasserfallen im Chronic Care Modell (CCM), entwickelt von Wissenschaftlern des McColl Institutes for Healthcare Innovation in Kalifornien (Abb. 1).

Das CCM besteht aus sechs Komponenten: die Ressourcen der Gemeinschaft, die Gesundheitsorganisationen, Unterstützung der Selbstbehandlung, Organisation des Teams, Mittragen von Entscheidungen und Informationssysteme, mit denen man beurteilen kann, ob das System auf das jeweilige nationale Umfeld angewendet werden kann. In einigen Kantonen wurden bereits CCMs eingeführt. Wasserfallen skizzierte, wie sich die

Spitäler ändern müssten, um den Herausforderungen zu begegnen: beispielsweise dass es nicht mehr die klassischen Stationen je nach Fachgebiet gibt, sondern fachübergreifende Stationen je nach Schwere der Krankheit der Patienten. Gemäss des Schweregrades und ihrer Risikofaktoren würden Patienten dann eine auf sie zugeschnittene Behandlung bekommen. «Interdisziplinäre Teams sind total wichtig», sagte Wasserfallen. «Und wir brauchen Experten, die zu den Problemfällen geschickt werden oder um Rat gefragt werden.» Das können klinische Pharmakologen sein, die zur richtigen Antibiotikatherapie beraten. Oder – wie Wasserfallen in einer Studie zeigte – eine Apothekerin, die intravenöse Therapien auf oral umstellte und damit dem Spital viel Geld einsparte. Viele Ressourcen würden auch beim Aufnahmeprozess im Spital verschwendet. «Eine extensive Untersuchung braucht nicht jeder Patient. Das kostet zum einen Zeit und Geld, zum anderen führt es zu Überdiagnosen und unnötigen Behandlungen.» In Zukunft müssten Patienten noch besser triagiert werden. Dazu gehöre auch, dass die Ärzte Kompetenzen abgäben, so Wasserfallen. «Viele Mitarbeiter wären bereit, eine neue Rolle zu spielen. Spezialisierte Pflegekräfte könnten jeden Patienten als Erstes annehmen und je nach Problem weitere Schritte einleiten.» Ein grosses Problem sieht der Mediziner in den neuen, massgeschneiderten Medikamenten. «Die neuen Krebstherapien kosten bis zu 150 000 Franken pro Jahr. Dabei geht es nicht nur um die Kosten für die Gesellschaft, sondern auch, was der Patient möchte. Es geht um *care* und nicht nur um *cure*, man muss den Patienten mit einbeziehen und ihn fragen, was er will.» Wasserfallen kritisierte die Festsetzung einer Grenze, ab wann Krankenkassen eine Therapie bezahlen, etwa bei dreimonatiger Verlängerung der Lebenszeit mit Erhöhung der Lebensqualität von zehn Prozent. «Bei all diesen Fragen gibt es viele Barrieren zu überwinden – etwa zwischen dem Staat und den Kantonen, zwischen den Kantonen untereinander, im Dialog mit den Versicherern oder zwischen Spitälern und Ärzten. Deshalb müssen solche Fragen auf höherer Ebene entschieden werden. Was fehlt, ist politischer Wille!»

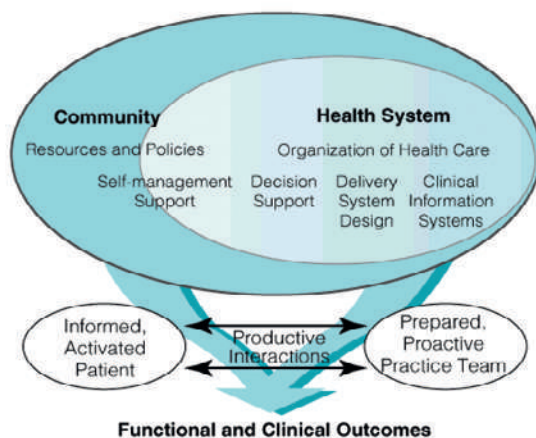


Abbildung 1: Immer mehr chronisch Kranke, immer weniger Personal, immer teurere Technologien bei limitierten Ressourcen: Die Lösung könnte das Chronic Care Modell sein. Es schlägt Änderungen für die jeweiligen Gesundheitssysteme vor, mit denen der Zustand von chronisch Kranken verbessert werden kann.

Länger autonom dank Smart Home

Jürgen Holm, Studiengangleiter Medizininformatik an der Berner Fachhochschule, entführte in die Medizin-Computerwelt, die in Zukunft sicherlich einiges an der medizinischen Versorgung ändern wird. Computer werden immer mehr als Geräte verschwinden, ist sich Holm sicher. «Sie werden durch 'intelligente Gegenstände' ersetzt, sich zu hilfreichen Assistenten entwickeln, sich vernetzen und die Selbstbestimmung des

Patienten fördern.» Gemäss der Schweizer Gesellschaft für Konsumforschung wurden 2014 in der Schweiz 300 000 Mobiltelefone oder andere Geräte verkauft, mit denen man Körperfunktionen messen kann. Marktforscher gehen davon aus, dass weltweit bis Ende 2015 rund 51 Millionen verkauft werden, das sind dreimal so viele wie 2014. «Im Gesundheitssystem hat die digitale Transformation schon angefangen und alle Beteiligten können davon profitieren. Man darf sich vor diesen Entwicklungen nicht verschliessen.» Daten werden über mobile Geräte geliefert, via Internet oder die Cloud gesammelt und vernetzt, Assistenten unterstützen automatisierte Prozessketten, und Patienten werden selbständiger und kümmern sich besser um ihre Krankheit mit Hilfe von Apps oder sozialen Medien (Abb. 2). Nicht geklärt sei, wie mit den hochsensiblen Daten der Patienten umzugehen sei. «Es ist jämmerlich, wie schlecht die Leistungserbringer hierzulande vernetzt sind», sagte Holm. «Verordnete Medikamente liegen

lich, ist sich Holm sicher, erhöhe die Sicherheit für die Patienten und bringe ausserdem mehr Effizienz. Handys, elektronische Waagen, Blutdruck- oder Blutzuckermessgeräte für die Telemedizin sind schon vielerorts Routine, aber Holm träumt von etwas anderem: dem «Smarthome» für alte oder gebrechliche Menschen. Der Boden des Test-Wohnzimmers ist beispielsweise mit Sensoren ausgestattet, die erkennen, wenn der Bewohner anders geht, wie es kurz vor einem Sturz der Fall ist. «Das ist viel besser als der Trend mit Kameras – wer will schon gerne ständig beobachtet werden.» Eine andere Möglichkeit ist der «intelligente Kleiderschrank»: Computersysteme kennen den Tagesablauf des Betroffenen und das aktuelle Wetter und schlagen vor, was man anziehen soll – etwa den Jogginganzug für die Sportgruppe am Nachmittag. «Auch wenn das noch Spielerei ist, hier werden elektronische Assistenten prozessual verknüpft zu neuen Möglichkeiten – man muss nur kreativ sein», sagte Holm. «Wird der Schrank geöffnet, leuchtet es dort, wo der Jogginganzug liegt – das ist doch super! So können selbst Menschen, die vielleicht geistig nicht mehr ganz so fit sind, noch längere Zeit selbständig wohnen.» Die digitale Transformation im Gesundheitswesen, so Holm, bedeute auch eine Transformation in den Institutionen. «Man muss Know-how aufbauen, die Basisinfrastruktur entsprechend ausrichten und ein interoperables Datenmanagement etablieren», forderte Holm. «Ein Chief Information Officer sollte in jede Geschäftsleitung gehören. Wenn wir schon heute an der Entwicklung der zusätzlichen Services arbeiten, die eHealth ermöglichen werden, kann die Schweiz im Bereich 'beyond eHealth' auch Vorreiter in Europa sein. Ich lade alle Leistungserbringende ein, zusammen mit uns Medizininformatikern diese Herausforderung anzunehmen.» Einen grossen Beitrag müssten jedoch auch die Ärzte leisten, so Jacques de Haller, ehemaliger Präsident der FMH. «Ich habe im Publikum Ärzte vermisst, vor allem auch jüngere Kollegen und Kolleginnen. Wir brauchen Innovation nicht nur in der Technik, in der Politik oder im Spital, sondern jeder von uns muss auch innovativ sein.» Eine der Herausforderungen sei, den Patienten die zunehmenden Mengen an Daten verständlich zu vermitteln und einzuordnen. «Das wird die neue Art der Konsultation sein», ist sich de Haller sicher. «Auch Sie als Ärzte müssen sich den Änderungen im Gesundheitssystem stellen. Seien Sie innovativ und kreativ – vielleicht können Sie unseren Politikern gute Vorschläge machen.»

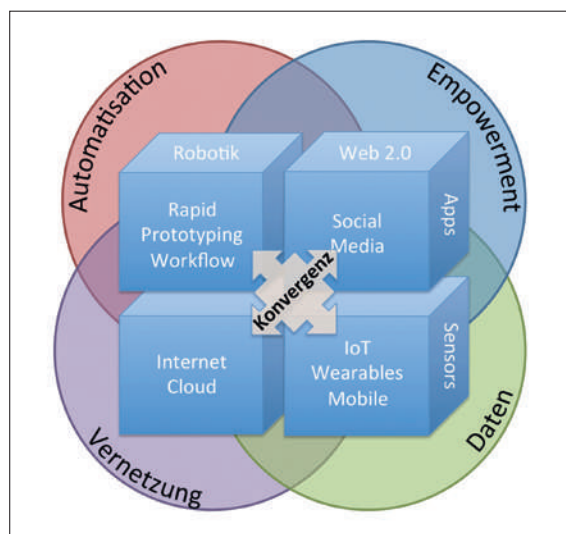


Abbildung 2: Im Gesundheitssystem hat die digitale Transformation schon begonnen. Daten werden über mobile Geräte geliefert, via Internet oder die Cloud gesammelt und vernetzt, Assistenten unterstützen automatisierte Prozessketten.

irgendwo in Datensilos oder in Papierordnern, Zuweiser und Labore lieben nach wie vor das Faxgerät – eine Technik, die jederzeit von Dritten mitgelesen werden kann – und auch in den Spitälern kann man sich eine klare übersichtliche Zusammenführung der Behandlungsdaten meist nur wünschen.» Ein weiteres Problem sei, wie man der immensen Daten Herr werde. «Irgend jemand muss das Stammdatenmanagement in die Hand nehmen. Warum eröffnen wir nicht eigenes Institut dafür? Nur so können wir einen durchgängigen, nützlichen Informationsfluss etablieren.» Das verbessere die zwischenärztliche Behandlungsqualität deut-

Korrespondenz:
Dr. med. Felicitas Witte
Seefeldstrasse 285
CH-8008 Zürich
felicitas.witte[at]jcloud.com

Bildnachweis

Abb. 1: © 2014 American College of Physicians. All Rights Reserved. 190 North Independence Mall West, Philadelphia, PA 19106-1572
Abb. 2: © 2015 Institute for Medical Informatics, I4MI. All Rights Reserved. Bern University of Applied Sciences.