

15. Schweizerischer Kongress für Gesundheitsökonomie und Gesundheitswissenschaften (SKGG) in Bern

Reset – zurück auf Feld 1 – Spagat zwischen Wunsch und Realität

Muss sich alles ändern, damit alles bleibt wie es ist? – Pascal Strupler, lic. iur. dipl. IDHEAP, Direktor Bundesamt für Gesundheit BAG, stach mit seiner Grussadresse voll ins Wespennest. Was gilt es in unserem Gesundheitswesen zu ändern, möglicherweise radikal, und was lässt man lieber bleiben? – Am SKGG ging es jedenfalls ums Motto «Reset». Laut Wörterbuch ist es die Wiederherstellung eines Anfangszustandes. Strupler: «Ist es eine radikale Lösung, um ein Gesundheitssystem fit zu kriegen? Wollen wir wirklich zurück auf Feld 1? Damit würden wir nicht nur die negativen Entwicklungen des Systems eliminieren, sondern auch die positiven.» – In den erstklassigen Kongressbeiträgen wurden in der Folge viele Fragen gestellt. Die Analysen zeigten aber gleichzeitig klar, in welche Richtung es gehen soll: nach vorne, nicht zurück.

Nochmals Pascal Strupler: «Wir benötigen keinen gesundheitspolitischen Urknall, sondern rasche und mutige Entscheide, z.B. abgestimmt auf die Massnahmen zur Kostendämpfung, die eine Expertengruppe im Auftrag des Bundes kürzlich erarbeitet hat. Was das System braucht, ist Reform, nicht Reset. Das Feld 1, auf das wir zurückkehren müssten, ist keine grüne Wiese mehr. Es ist bereits bebaut und wir sind ange-

halten, Neues klug und nachhaltig zu gestalten. Dies kann gelingen, wenn der Wille zur Reform mehr vielversprechenden Ideen folgt als starren Ideologien.»

Regulieren, Deregulieren, Re-Regulieren ...

Prof.Dr. Stéphane Rossini aus Haute-Nendaz, alt-Nationalrat, der an den Universitäten Genf,

Neuenburg und Lausanne lehrt und als Forscher und Berater tätig ist, eröffnete den Reigen erstklassiger Vorträge mit seinem Überblick über Regulierung und Deregulierung: Sind legislative Massnahmen und Interventionen angemessen?

Er meinte: «Die Regulierung zu erwähnen und mit einer Befragung in Beziehung zu setzen, die ihre Relevanz oder sogar ihre Legitimität in Frage





Eine neue Verteilung der Health-Ausgaben ist angezeigt – mehr für Prävention und Anreize für gesündere Lebensweisen als fürs Behandeln.

stellt, mag widersprüchlich erscheinen. Niemand kann sich vorstellen, dass die Urheber einer Verordnung (politische und administrative Behörden oder Berufsverbände) ohne triftigen Grund handeln. In der liberalen und demokratischen Schweizer Gesellschaft, die von Natur aus nur ungern übermässig reguliert, ist es schwierig zu erkennen, ob und wie unser normativer Rahmen nicht angemessen wäre. Die Frage ist jedoch überlegenswert.»

Sorgfältige Analyse – den Puls der Schweiz gefühlt

Der Problemstellung ging der Experte in fünf Analysebereichen gründlich auf die Spur:

1. Der institutionelle Rahmen

Im Wesentlichen bezieht sich jede Verordnung auf das Allgemeininteresse. Sie wird durch den Wunsch oder das Bedürfnis nach Kontrolle gerechtfertigt. Das gilt, ob es sich nun um den Staat auf dem Markt oder bei der Umsetzung der öffentlichen Ordnung handelt, oder ob es sich um professionelle Akteure handelt, die Referenznormen festlegen wollen, z.B. Ärzte oder Krankenhäuser (Qualitätsnormen, Richtlinien). In der Schweiz beeinflussen Föderalismus, Liberalismus, Subsidiarität und Eigenverantwortung oder direkte Demokratie unmittelbar die Regulierungsbewegung. Es wird ein politischer Konsens angestrebt und das Volk entscheidet, was unseren Gesetzen eine starke Legitimität verleiht.

2. Öffentliche Ordnung und Regulierung

Per Definition ist die öffentliche Politik untrennbar mit der Regulierung verbunden. Es ist die Stelle, welche die Entscheidungen und Modalitäten der normativen Intervention validiert und spezifiziert. Im Namen des Allgemeininteresses und der optimalen Verteilung der öffentlichen Mittel sowie der gerechten Behandlung der Bürger, insbesondere beim Zugang zu Leistungen, und der Solidarität der Sozialversicherungsbeiträge (progressive Steuern, Sozialbeiträge), führt das Volk den Behörden eine Gesetzespflicht zu. Solidarität bei der Finanzierung der Pflege, Definition des Angebots an Dienstleistungen und ihres Zugangs, Qualität der Massnahmen, Präventivmassnahmen, wirtschaftliche Effizienz oder Effektivität liegen hingegen nicht in der Natur der Sache. Sie müssen angeordnet werden.

3. Die Vielzahl der Akteure und Vorschriften

Regulierung wird allgemein als die Intervention des Volkes und der Behörden wahrgenommen. Verfassung, Gesetze, Verordnungen und Richtlinien prägen den Alltag aller Gesundheitsakteure. Alle institutionellen Ebenen sind beteiligt, ebenso wie die Gerichte. Dies ist jedoch nur ein Teil der Gesundheitsvorschriften. Tatsächlich vervollständigen die strukturelle Organisation der Akteure (Krankenkassen, Spitäler, Pflegeheime, häusliche Pflege), die Preisgestaltung (DRG, Tarmed, Subventionen) oder die Berufsausübung (Ausbildung, Forschung, Richtlinien und Pflegestandards, tech-

nische Anforderungen, Qualitätsstandards) die staatlichen Bestimmungen.

4. Die spezielle Situation im Gesundheitswesen

Gesundheitsgesetze und -vorschriften sind sehr streng und restriktiv. Mit zunehmender Komplexität des Feldes und der sensiblen Dimension der öffentlichen Ordnung entwickelten sich die Spielregeln allmählich. Ihr Anspruch ist gross: Solidarität, Gleichbehandlung, Bereitstellung und Zugang zur Gesundheitsversorgung, gerechte Finanzierung, Kontrolle von Interessenkonflikten (wirtschaftliche Interessen vs. allgemeines Interesse). Wachsenden Erwartungen entsprechen auch die Forderungen der Bevölkerung und der betroffenen Akteure (Mediziner, Gesundheitseinrichtungen, Industrie). Schliesslich ist die Regulierung eng mit technologischen Entwicklungen und Innovationen verbunden. – Aber: Wenn die Regel als willkommene Sicherheit erscheint, ist sie dann noch angemessen? «Sicherlich nicht», brachte es Stéphane Rossini auf den Punkt. «Der Stand der politischen Debatten zeigt deutlich, dass die Gesetzgebungsprozesse dynamisch sind und nicht an Intensität verlieren werden.»

5. Reduzierung des Verwaltungsaufwands

Es sei wichtig, forderte Rossini, bei den Überlegungen über die (De)Regulierung die Frage der administrativen Zwänge einzubeziehen, die



Internet of Things, Big Data und Künstliche Intelligenz – die Digitale Transformation beeinflusst das Gesundheitswesen immer mehr.

sich oft aus der normativen Dichte ergebe. Der politische Diskurs (auf allen institutionellen Ebenen) sei zu diesem Thema offensiv. Alle Wahlkämpfe präsentierten sich voll von Versprechungen zum Bürokratieabbau. Viele Mandatsträger setzen sich dabei für einen «schlanken Staat» ein.

Eine Re-Regulierung ist angesagt

Rossini: «Die wissenschaftliche Literatur über Regulierung und Deregulierung ist nicht einheitlich. Die Kontroversen sind gross. Während in der Wirtschaftstradition die Deregulierung zu einer Lockerung der vom Staat auferlegten Regeln und Kontrollen führen sollte, erfordert das Erreichen politischer Ziele ein differenzier-

teres Vorgehen. Die Regulierungsdynamik, die per Definition jeder öffentlichen Ordnung zugrunde liegt, dürfte die Aufhebung von Regeln verhindern. Diese werden fortgesetzt, aber geändert. So ist in den letzten rund fünfzehn Jahren in der Schweiz eine neue Ära angebrochen: die Neuregelung der Sozial- und Gesundheitspolitik. Diesem gesellschaftlichen Wandel und den Erwartungen und Bedürfnissen der Bevölkerung muss unbedingt Rechnung getragen werden.»

Wie solidarisch soll es sein?

Selbstverantwortung und Solidarität: Ist Selbstverantwortung die beste Solidarität? – Diese provokative Frage stellte Univ.-Prof. Dr.phil.

Prof. Dr. Stéphane Rossini aus Haute-Nendaz, alt-Nationalrat, der an den Universitäten Genf, Neuenburg und Lausanne lehrt und als Forscher und Berater tätig ist.



Dres. mult. Matthias Reumann, IBM Corporate Services, Resilient Health Systems Research, Zürich, beleuchtete, inwiefern Künstliche Intelligenz eine Revolution darstellt.



Barbara Prainsack, Professur für Vergleichende Politikfeldanalyse an der Fakultät für Sozialwissenschaften der Universität Wien. «Vor dem Hintergrund einer alternden Gesellschaft sowie wachsender Möglichkeiten und steigender Kosten für Diagnose und Therapie wird Selbstverantwortung heute in Debatten der Gesundheits- und Medizinpolitik als Lösungsansatz propagiert. Patientinnen und Patienten sollen gesünder leben, besser versorgen und ihre Gesundheitsdaten elektronisch verwerten lassen, damit medizinische Versorgung leistbar bleibt», schilderte sie eingangs.

In ihrem Vortrag zeigte die Wissenschaftlerin, dass der Fokus auf Selbstverantwortung in der gegenwärtigen Situation aus zwei Gründen problematisch sei: «Erstens sind die Ziele der Selbstverantwortung im Kontext der digitalen Medizin, die häufig mit dem Imperativ der Personalisierung – also der Anpassung von Prävention, Diagnose und Therapie an individuelle Eigenschaften von Menschen einhergeht – schwerer zu fassen geworden. Während selbstverantwortliches Handeln noch vor einem Jahrzehnt darin bestand, gesund zu leben und sich regelmässigen Vorsorgeuntersuchungen zu unterziehen, schaffen die diagnostischen und prädiktiven Möglichkeiten der personalisierten und digitalen Medizin immer mehr und immer frühere Interventionsmöglichkeiten, die neue Obliegenheiten für Patientinnen und Patienten begründen: die Verantwortung, sich prädiktiven Tests zu unterziehen, wenn man sich in einer Risikogruppe befindet, oder die Bereitschaft zur aktiven Mitwirkung an der (Selbst-)Überwachung mithilfe digitaler und anderer Instrumente, damit inter-

Dr. Eike Wenzel vom Institut für Trend- und Zukunftsforschung (ITZ) Heidelberg, ging auf Megatrends ein, die das Gesundheitswesen beeinflussen.



Mit der IT Prozesse optimieren: Mobiler Zugriff auf KIS-Systeme

veniert und werden kann, bevor Krankheitssymptome spürbar werden. Die Bereitschaft zur kontinuierlichen und möglichst umfassenden (Selbst-)Überwachung ist auch eine Bedingung für disease interception, das «Abfangen» von Krankheiten bevor sie sich in Symptomen manifestieren – ein Begriff, der sich in der Fachliteratur und in der öffentlichen Debatte gerade wachsender Beliebtheit erfreut.»

Chronische «Datafizierung»

Als zweiten Grund für notwendige Skepsis gegenüber der vordergründigen Betonung der Selbstverantwortung bezeichnete die Referentin die fortschreitende «Datafizierung» unserer Gesellschaft, die gemeinsam mit neuen Analysemethoden neue Ein- und Ausschlusskriterien produziert: «Datafizierung» bedeutet, dass immer mehr Daten über immer weitere Bereiche unserer Körper und unseres Lebens gesammelt werden, die auch immer leichter mit anderen Datensätzen verknüpft und hypothesenfrei durchsucht werden können. Damit können Verbindungen zwischen Eigenschaften oder Verhaltensweisen gefunden werden, die nicht notwendigerweise ursächlich mit einander verbunden sind, aber trotzdem – eben weil sie «im Durchschnitt» zutreffen – für Versicherungen oder Gesundheitsleistungserbringer handlungsleitend werden. Wie solche Daten verwendet werden und welche Schlüsse aus ihnen gezogen werden, ist für einzelne Patientinnen und Patienten nicht steuerbar – weshalb manche Menschen den Schluss ziehen, es sei am sichersten, möglichst wenig Information über sich selbst herzugeben.

Prof. Dr. Alfred Angerer, ZHAW School of Management and Law, Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie WIG.



Dies steht dem Selbstverantwortungsimperativ und den Zielen einer personalisierten Medizin, die auf das Vorhandensein umfassender Datensätze über Einzelpersonen und Populationen angewiesen ist, diametral entgegen. Aus diesen Gründen kann individuelle Verantwortung nur dann zu nachhaltigen Lösungen führen, wenn sie in funktionierende Institutionen und Praktiken kollektiver Verantwortung eingebettet ist. Zur Sicherstellung einer verantwortungsvollen Verwendung von Daten von Patientinnen und Patienten braucht es daher gesamtgesellschaftliche (und in diesem Fall auch gesetzliche) Lösungen, die problematische Formen der Datennutzung verbieten, jene mit hohem gesellschaftlichen Nutzen erleichtern und die demokratische Kontrolle alle Formen von Datennutzung verstärken. Zudem ist es gerade im Zeitalter der digitalen und personalisierten Medizin, in dem wir immer feinkörniger stratifiziert werden und immer mehr Unterschiede zwischen individuellen Patientinnen und Patienten sichtbar werden, von grosser Bedeutung, sicherzustellen, dass diese Unterschiede nicht zu problematischen Formen des Ausschlusses von Menschen von Gesundheitsleistungen führen.

Ein solidarisch organisiertes Gesundheitssystem ist daher eine unabdingbare Voraussetzung für die verantwortungsvolle Nutzung neuer Möglichkeiten, die die digitalisierte und personalisierte Medizin bieten.

Proaktive versus reaktive Medizin

Zurück zu den wirklichen Grundlagen – diesem Motto des Kongresses wurde auch Bettina

Univ.-Prof. Dr. phil. Barbara Prainsack, Professur für Vergleichende Politikfeldanalyse an der Fakultät für Sozialwissenschaften der Universität Wien.



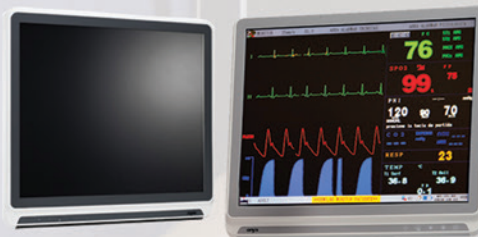
Pflegewagen



- Ergonomisch aufgebaut
- Modularer Aufbau
- Umfangreiches Zubehör

All-in-One Computer

Venus-Serie



Mate-Serie



- 19" bis 24" Bildschirmdiagonale
- Integrierte Batterie (Venus-Serie)
- Medizinisch zertifiziert
- Leicht zu desinfizieren

Tel. 055 253 44 88
sales@invis-group.com
www.invis-medical.ch



INOVIS medical
Healthcare IT Solutions

Borischs Vortrag äusserst gerecht. Sie ist Professorin, MD, MPH, FRCPath am Institut de Santé Globale der Universität Genf und fragte: «Braucht die Medizin der Zukunft ein neues strategisches Konzept?»

Wenn Medizin die Wissenschaft und Lehre von der Vorbeugung, Erkennung und Behandlung von Krankheiten oder Verletzungen bei Menschen und Tieren ist, dann müsse festgestellt werden, dass der Teil Erkennen und Behandeln von Krankheiten den Teil Vorbeugen weitestgehend überflügelt. Die epidemiologische Transition von den Infektionskrankheiten zu den nicht übertragbaren Krankheiten (NCDs) habe in der westlichen Welt einen geraumen Zeitraum in Anspruch genommen; in den Ländern mit mittlerem oder geringem Einkommen und insbesondere in den BRICS-Ländern hingegen sei diese Entwicklung innerhalb von nur wenigen Jahren abgelaufen. Gerade in diesen Ländern seien die Gesundheitssysteme nicht in entsprechendem Masse mitgewachsen, denn bereits in der westlichen Welt ist ja die Last der NCDs zu einem Problem für die Gesamtgesellschaft geworden.

Es sterben mehr Menschen an Fehl- als an Unterernährung

Hierzulande und in der ganzen westlichen Welt hat das Durchschnittsgewicht Erwachsener in jedem der letzten Jahrzehnte um je 1.5 kg zugenommen. In weiteren zehn Jahren dürfte jeder fünfte Mensch in diesen Ländern ein krankhaftes Übergewicht aufweisen. In unserer Überflussgesellschaft würden dabei insbesondere weni-

Bettina Borisch, Professorin, MD, MPH, Institut de Santé Globale der Universität Genf, glänzte mit einem hervorragenden Vortrag über die Notwendigkeit des gezielteren Ressourcen-Einsatzes im Gesundheitswesen.



ger gut Situierte am stärksten von ungünstigen Veränderungen betroffen sein und damit sinkt auch deren Lebenserwartung. Bereits heute sterben weltweit mehr Menschen an Über- und Fehlernährung als an Unterernährung.

«Wenn Medizin sich mit Krankheiten und Verletzungen beschäftigt, so ist der Gegenpart, die Gesundheit, ein Feld, das überwiegend von Faktoren beeinflusst wird, die ausserhalb der Medizin liegen», machte Bettina Borisch klar: «Die Determinanten der Gesundheit sind zu finden in unserer Umwelt, in unserem damit bedingten Lebensstil und in unserem sozialen, ökonomischen und politischen Umfeld. Nur 10 Prozent der Gesundheit sind beeinflusst von jeweils unserer genetischen Grundausstattung und dem Gesundheitssystem, das wir nutzen können. Die Fortschritte der «Medizin» im 19. Jahrhundert waren vor allem auf Veränderungen der Umwelt und der Lebensbedingungen der Menschen in der industriellen Revolution zurückzuführen, wie es z.B. T. McKeown am Beispiel des Rückgangs der Tuberkulose gezeigt hat. Waren damals die Infektionskrankheiten die grosse Bedrohung, so sind es heute weltweit die NCDs. Wirtschaftliche Modelle zeigen, dass wir mit einer Medizin «wie bisher» die Belastungen durch NCDs (und verbleibende übertragbare Krankheiten) nicht abfedern werden können.» Das zeigen auch folgende Zahlen: Während heute fälschlicherweise 95% der Mittel ins traditionelle Gesundheitssystem gesteckt werden – die Referentin nannte es «Krankheits-Management-System» – und nur 5% in die Prophylaxe, so bleibt das Faktum stehen, dass rund

Prof. Dr. med. Reinhard Busse, MPH FFPH, Technische Universität Berlin, schilderte den Konflikt zwischen Rationierung und Versorgungssicherheit.



50% krankmachender Einflüsse aufs «social behavior» zurückzuführen sind.

Die Medizin muss sich dem Diskurs stellen

Die Medizin werde sich daher vermehrt in den öffentlichen Diskurs einbringen müssen. Denn die Faktoren, die den diversen NCDs gemeinsam zugrunde liegen, wie Tabak- und Alkoholkonsum, Bewegungsmangel, Fehl-, Unter oder Überernährung, mentale Gesundheit und Umweltschäden, seien ausserhalb der kurativen Medizin angesiedelt. Erhalt von Gesundheit und damit Verhinderung von Krankheiten spiele sich im gesellschaftlichen Rahmen ab und es werde also eine proaktive Medizin brauchen, die nicht nur bereits Erkrankte qualitativ und fachkundig behandelt, sondern auch für Früherkennung und Gesundheitsförderung arbeite. Damit wäre die Medizin zu ihrer Funktion als «Politik im Kleinen» (R. Virchow, 1890) zurückgekehrt. Denn bereits im vorvorigen Jahrhundert war klar herausgearbeitet worden, dass gesunde, produktive Gesellschaften nur entstehen können, wenn die sozialen Determinanten der Gesundheit (M. Marmott, 2008) die ihnen zustehenden Beachtung finden. – Borisch: «Das Recht auf Gesundheit ist im internationalen Recht und der Bundesverfassung verankert. Das Recht auf Gesundheit anerkennt das Recht für alle auf ein erreichbares Höchstmass an körperlicher und geistiger Gesundheit. Es ist damit eine politische Aufgabe, die Versorgung der Bevölkerung im Falle von Krankheit sicherzustellen, aber viel wichtiger, für den Erhalt der Gesundheit Sorge zu tragen.»

Wie viel Digital Health «erträgt» das Gesundheitssystem – und die BürgerInnen?

Die Digitale Transformation macht auch vor dem Gesundheitswesen und seiner Akteure nicht halt. Wird diese Entwicklung zu Hype oder Hope? – Prof. Dr. Alfred Angerer, ZHAW School of Management and Law, Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie WIG, ging auf die Verheissungen der Digitalisierung ein: «Sie sind gross. Digital Health-Lösungen, wie beispielsweise dem elektronischen Patientendossier, werden enormes Potenzial für eine Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen attestiert. Es besteht die Erwartung, dass damit endlich eine besser integrierte und stärker patientenzentrierte Versorgung ermöglicht wird. Doch damit diese Verheissungen Realität werden, muss noch vieles am heutigen Gesundheitssystem verändert werden.»

Diese Digitale Transformation bildete das Hauptthema des Vortrags, wobei Angerer zwei Unter-

aspekte herauskristallisierte, die eine wichtige Rolle spielen: «Erstens muss der Beitrag von Digital Health näher bestimmt werden. Was haben die Patienten, Leistungserbringer und das System insgesamt von der Digitalisierung? Und zweitens muss die Einfachheit des Wandels bestimmt werden. Zur Bestimmung der Einfachheit der Digitalen Transformation gehören Aspekte wie die involvierten Kosten, aber auch weichere Change-Management Themen wie die Akzeptanz durch Exponenten. In einer Transformationsmatrix können beide Aspekte visualisiert werden, worin es gilt, drei Fragen zu beantworten – Why? How? What?»

- Why? Warum soll man sich mit Digital Health beschäftigen?
- How? Wie kann der Transformationsweg gestaltet werden?
- What? Was kann aus dem Gelernten für die eigene Organisation abgeleitet werden?

Hoffen auf positive Effekte der Digitalen Transformation

Angerer wandte zunächst ein Ordnungsraster von Digital Health-Lösungen an. Nach dem WIG-ZHAW-Verständnis gliederte sich Digital Health in vier Felder, die entweder eher durch Managementkräfte oder eher von der Technologie vorangetrieben werden: Trend Health, eHealth, Tech Health und Data Health. – Um den Impact dieser digitalen Lösungen auf das Schweizer System zu quantifizieren, wurden Experten vom Netzwerk Gesundheitsökonomie Winterthur befragt. Der Grundtenor lautete grundsätzlich positiv; tendenziell wird eine Verbesserung der Qualität und der Kostensituation erwartet, auch wenn der Effekt eher kleiner ist.

Der zweite Teil des Vortrags (How?) thematisierte den Transformationsweg. Dabei stehen zwei grundsätzliche Transformations-Logiken zur Auswahl. Einerseits ist es die Methodik der kleinen Schritte (japanisch: Kaizen), bei dem kontinuierlich an der Verbesserung der eigenen Organisation gearbeitet wird. Demgegenüber steht das Prozess-Reengineering, bei dem in kurzer Zeit unter Einsatz grosser Ressourcen radikal die Organisation verändert wird. Angerer: «Die Vor- und Nachteile beider Methoden müssen klar bedacht werden.»

Die Abrundung der dreigeteilten Präsentation bildeten drei Thesen, aus denen Handlungsempfehlungen abgeleitet wurden: Erstens sollen Organisationen frühzeitig mit Kaizen-Massnahmen dafür sorgen, dass die Digitale Transformation zum Laufen komme. Zweitens brauchten Organisationen einen systematischen Ansatz,

um (digitale) Innovationen intern zu entdecken und zu entwickeln. Schliesslich sollen drittens Unternehmen Hürden wie menschliche Reaktanz ernst nehmen, aber deswegen nicht die Experimentierfreudigkeit an Digital Health-Innovationen verlieren.

Ohne Akzeptanz geht nichts ...

Last, but not least braucht die Digitale Transformation auch Akzeptanz unter den Leistungserbringern. Angerer verwies auf Umfragen bei freipraktizierenden Ärzten: «Positiv» oder «eher positiv» gegenüber der Digitalisierung eingestellt sind 78% der unter 40-jährigen, jedoch nur (oder immerhin) 55% der über 55-jährigen. Das dürfte insbesondere für die Verbreitung des elektronischen Patientendossiers von Interesse sein. Hier erwartet der Referent positive Einflüsse bezüglich Versorgungsqualität und Kostenentwicklung.

Die Bereitschaft zur Veränderung sei eine grundsätzliche Notwendigkeit. Bei niedrigem Druck von Aussen tendierten die Menschen zu Verharren und bei einem kontinuierlich wachsenden Druck zu einem Step by step-Vorgehen.

Bei grossem Druck mit wesentlichen Anpassungserfordernissen («Big bang») sei ein Re-Start nötig, während bei extrem hohem Druck ein Zusammenbruch der Strukturen einer Institution drohe. Die Schweiz, so Angerer, befinde sich zwischen den ersten beiden Phasen.

... und förderlich ist auch ein CINO

Positiven Einfluss aufs Veränderungsverhalten zeige ein Chief Innovation Officer (CINO). Das sei allerdings noch eine weitgehend unbekannte Funktion in unseren Breitengraden. In den USA seien damit bereits wertvolle Erfahrungen gesammelt worden. Angerer nannte als Beispiel Mark Smith, MD, von MedStar Health, einer Gruppe, die vier Mal so viele Menschen beschäftigt wie das USZ.

Wo liegen denn die Megatrends?

Zu Megatrends und ihrem Einfluss auf Gesundheit und Krankheit äusserte sich Dr. Eike Wenzel vom Institut für Trend- und Zukunftsforschung (ITZ) Heidelberg: «Megatrends sind die grossen Veränderungstreiber in unserer Welt. Mega-



trends können von Unternehmen, aber auch von Gesellschaft und Politik dafür genutzt werden, um ein Frühwarnsystem zu bauen. Grundsätzlich gilt: Wir können uns den Megatrends nicht entziehen – und sollten uns deshalb rechtzeitig ihre transformative Kraft einstellen. Gesundheit ist bei uns im Institut für Trend- und Zukunftsforschung einer von 15 Megatrends. Andere Megatrends sind demographischer Wandel und Digitalisierung.»

Um diese drei Megatrends werde es künftig hauptsächlich gehen. Inwieweit verändern nun Digitalisierung, Robotisierung und Künstliche Intelligenz unsere medizinische Forschung und den Gesundheitsmarkt? Wie wirkt sich das Faktum, dass alle unsere Gesellschaften bis 2060 immer älter werden, auf den Megatrend Gesundheit aus? Und: Wie wird sich in den kommenden Jahren – ablesbar insbesondere an den drei Megatrends – unser Begriff von Gesundheit verändern?

Und wie verhalten sich neben den für 30 bis 50 Jahre wirkenden Megatrends – zu denen auch der Umgang mit Energie und Rohstoffen, neue Mobilitätsansprüche, die Individualisierung und die Familie 2.0 gehören – die andern Trends mit zwei- bis zehnjährigen Phasen: Gesellschafts-Trends, Konsum-Trends und Produkte-Trends?

Wenzel ging insbesondere auf das Phänomen «Down-aging» ein. Älter werdende aktive Menschen wollen noch mit 80 Jahren ein neues Kniegelenk implantiert erhalten, um wieder hohe Berge zu erklimmen. Die Ansprüche und Kosten wachsen dadurch gewaltig. Andererseits entsteht auch ein Pflegenotstand für die ebenfalls zu beobachtende zunehmende Multimorbidität eines anderen grossen Teils der Bevölkerung. Hier müsse dringend über neue Finanzierungs- und Anreizformen gesprochen werden. Angehörige, die ihre Familienmitglieder pflegen und dadurch das Sozialsystem entlasten, sollten dafür entschädigt werden. Umfragen würden zeigen, dass 30% der SchweizerInnen das heute begrüssen.

Führt KI zu einer Revolution?

«Künstliche Intelligenz – die «Revolution» im Gesundheitssystem» beleuchtete Dres. mult. Matthias Reumann, IBM Corporate Services, Resilient Health Systems Research, Zürich. Unübersehbar haben die Themen Künstliche Intelligenz (KI) und Big Data im Gesundheitswesen während der letzten Jahre Wissenschaft wie Medien dominiert. «Dadurch», so Matthias Reumann, «ist eine Unklarheit entstanden, welche Möglichkeiten KI in der Gesundheit momentan eröffnen kann und wo im System noch Hinder-

nisse stehen, um das ganze Potenzial der KI zu entfachen. Es ist in der Tat so, dass KI-Anwendungen genauere Ergebnisse liefern können als Ärzte in der Diagnostik. Hier ist die Bildverarbeitung und Radiologie in den Vordergrund zu stellen. In anderen Gebieten hängt der Erfolg weiterhin von der Qualität und Menge der Daten ab. Wobei die Aussage «je mehr Daten, desto besser das Ergebnis» ein Trugschluss sein kann. Letztlich sind es jedoch andere Rahmenbedingungen, die den Fortschritt der KI in der Medizin hindern: Ethische und politische Rahmenbedingungen müssen überdacht werden. KI muss interpretierbar sein und sinnvoll in die Arbeitsprozesse integriert werden. Der perfekte Sturm von Big Data und die KI-Revolution im Gesundheitswesen hängen somit von unserer Fähigkeit ab, die richtigen Rahmenbedingungen zu schaffen, damit wir den Datenreichtum und das grosse Potenzial der KI voll entfachen können.»

Wie sollen wir die Menge steuern – eine Quadratur des Kreises?

Kosten wie Bedürfnisse steigen, und es geht sehr schnell voran. Kein Wunder kommt der Ruf nach Steuerungsmechanismen auf. Im Fokus stehen dabei Stichworte wie Priorisierung und Rationierung. – Können die Gesundheitskosten überhaupt nachhaltig beeinflusst werden? fragte Prof. Dr. med. Reinhard Busse, MPH FFPH, Technische Universität Berlin.

Fakt ist: Die Gesundheitsausgaben steigen in vielen Ländern, und zwar schneller als die Wirtschaft allgemein, wodurch der Anteil der Gesundheitsausgaben in vielen Ländern rascher als das Bruttoinlandsprodukt zunimmt. Dafür werden eine Vielzahl von Gründen verantwortlich gemacht, die – vereinfacht – in drei Gruppen zusammengefasst werden können:

- demografische Aspekte, d.h. Altersaufbau der Bevölkerung und Krankheitslast pro Alter,
- Wirtschaftswachstum bzw. Einkommen pro Kopf und
- in den «Rest», d.h. medizinische Preisentwicklung, medizinischer Fortschritt und geänderter Mix und Intensität (u.a. durch Anreize) von medizinischen Leistungen, sowie institutionelle und politische Faktoren.

Der «Rest» ist ganz wesentlich

Der «Rest» sei deswegen interessant, da er insbesondere die Faktoren darstellt, an denen gesundheitspolitische Steuerungsmassnahmen ansetzen können. Analysiere man den Beitrag dieser drei Faktorenbündel, zeige sich für die OECD-Länder insgesamt, dass demographische

Faktoren nur etwas über 1/10 beitragen, Wirtschaftswachstum rund 40% und der «Rest» knapp die Hälfte. In der Schweiz betrug im Zeitraum 1995 bis 2009 das auf den Rest, d.h. die (mangelnde) Gesundheitspolitik zurückzuführende Ausgabenwachstum +1.6% pro Jahr (verglichen etwa mit Frankreich mit +0.3%, Deutschland mit +0.2% oder Israel mit sogar -1.2%). Die 1.6% waren in der Schweiz für fast 60% des Wachstums verantwortlich.

Betrachtet man das Wachstum am Anfang des jetzigen Jahrzehnts, zeigt sich, dass die Schweiz eines der OECD-Länder mit dem stärksten Ausgabenwachstum ist. Dies führt dazu, dass in einer Vorhersage der Ausgaben auf Grundlage des derzeitigen Wachstums die Gesundheitsausgaben in der Schweiz schon in wenigen Jahrzehnten die 20%-Marke gemessen am BIP überschreiten werden, während sie in anderen Ländern deutlich niedriger bleiben. Busse: «Die Schweiz hat also ein besonderes Problem mit der Steuerung der Gesundheitsausgaben. Die Expertengruppe des Bundes hat zu Recht auf dieses Problem hingewiesen und entsprechende Massnahmen vorgeschlagen. Dass diese nicht beliebt sind, ist auch klar: Jeder Franken, der im Gesundheitswesen von Bürgern bzw. Patienten ausgegeben wird, wird ja auf der anderen Seite von den Leistungserbringern eingenommen. Doch wie sollte man im Allgemeinen mit dem Problem des Drucks auf die Ausgaben umgehen?»

Die Kosten breit verteilen oder begrenzen

Vereinfachend gesagt habe es es in der Vergangenheit zwei Antworten gegeben: Erstens wurden die höheren Kosten, verursacht durch alle drei Faktorenbündel, auf die Bevölkerung umgelegt, die dafür durch erhöhte Krankenversicherungsbeiträge bzw. -prämien aufkommen musste. Dies war die traditionelle «Lösung» in vielen Ländern mit einem Sozialversicherungssystem – und ist der Schweizer Weg bis heute.

Zweitens wurden die Gesundheitsausgaben ex-ante begrenzt («budgetiert»), wobei eine Rationierung der Gesundheitsleistungen in Kauf genommen wurde. Dies war ein traditioneller Weg in Ländern mit steuerfinanzierten Gesundheitssystemen, seit den 2000er Jahren aber auch in vielen anderen.

Ganz offiziell sind Rationierungen eigentlich nie

Die Rationierung war dabei zunächst fast immer implizit, d.h. informell. Es wurde – zumindest auf



Interessant ist der Ansatz in den Niederlanden. Hier werden vier Kriterien zugrunde gelegt: Bedarf/Notwendigkeit, Effektivität der Therapie, Kosten-Nutzen-Verhältnis und individuelle Verantwortung des Staatswesens gegenüber speziellen Bevölkerungsgruppen, beispielsweise behinderten Kindern. Dabei hat sich gezeigt, dass die Gesellschaft durchaus bereit ist, für unterschiedliche Patientengruppen unterschiedlich grosse Ressourcen aufzuwenden. Dieses Kriterium wird deshalb in den Niederlanden systematisch bei der Bestimmung der Kosten-Nutzen-Grenze berücksichtigt – und diese hängt dort von der Krankheitsschwere ab. Es findet also eine Kombination von Bedarf und Kosten/Nutzen mit ansteigender Limitierung statt anstelle der in etlichen Ländern praktizierten starren Erstattungsgrenze.

Ein neuer Mix von Zahlungsbereitschaft, Krankheitslast und Verfügbarkeit innovativer Technologien

Des Wissenschaftlers Fazit mündete schliesslich darin: «Letztlich wird es also auf eine Mischung verschiedener Instrumente ankommen: Innerhalb einer auf breitem Konsens beruhenden Zielvorgabe für die Gesundheitsausgaben, in die die Wirtschaftskraft, die gesellschaftliche Zahlungsbereitschaft, die Krankheitslast und die Verfügbarkeit neuer medizinischer Technologien eingehen sollte, ist ein Mix anderer Vorgehensweisen zu empfehlen – ansetzend an Patientengruppen (aufgrund einer gesamtgesellschaftlichen Debatte über Priorisierung und Posterisierung), leistungserbringenden Institutionen (ansetzend an Leistungsmengen und ihren Anreizmechanismen hin zu stärker pauschalierenden Vergütungselementen) und vor allem an den Technologien, also Arzneimitteln, Medizinprodukten und medizinischen Verfahren.

Hier ist eine durchgehende Evaluation ihres (Kosten-)Nutzens aber nur der erste Schritt; die tatsächlichen Kosten entstehen ja erst bei ihrem Einsatz am einzelnen Patienten – und hier liegt zumeist das grössere Problem, denn viele an sich Kosten-effektive Technologien werden an Patienten eingesetzt, bei denen sie nicht Kosten-effektiv sind. Um dies zu ändern, sind nicht nur klinische Leitlinien (die «vertikale» Priorisierung) erforderlich, sondern ihre Umsetzung ist u.a. durch eine Koppelung an die Vergütung zu fördern – und am Ende auch zu monitoren.»

Porträtfotos: alexanderegger.ch

Weitere Informationen

www.skgg.ch

nationaler Ebene – nicht offiziell spezifiziert, welche Gesundheitsleistungen angeboten werden sollen. Dies führte dazu, dass die nachgeordneten Behörden, die einzelnen leistungserbringenden Institutionen oder gar die Ärzte beim individuellen Patienten die Allokationsentscheidung trafen. Professor Busse: «Während es durchaus Argumente für eine solche implizite Rationierung gibt (insbesondere Aufrechterhaltung fundamentaler gesellschaftlicher Wertvorstellungen durch Verschleierung angewandter Selektionskriterien sowie – theoretisch – individuelle Ermittlung der Bedürftigkeit), führte dieses Vorgehen zu Problemen wie Intransparenz und zu einem Vertrauensverlust der Patienten bzw. der Bevölkerung.

In Grossbritannien wurden diese Probleme unter dem Begriff «postcode lottery» bekannt, was signalisierte, dass die Verfügbarkeit medizinischer Leistungen vom Wohnort und damit der zuständigen Health Authority abhing. Im Ausland «berühmt» war das Vorenthalten von Dialyse für ältere Patienten, was in einigen Health Authorities Folge der Rationierung war (aber eben nie offizielle Politik.)»

Aufwändige Kosten-Nutzen-Evaluationen

Ein solches Vorgehen war in den 1980/1990er Jahren der Bevölkerung zunehmend nicht mehr zu vermitteln. Etwas vereinfachend gesagt gab es nun zwei Ansätze, dieses Problem anzugehen: eine «Priorisierung» von Patientengruppen oder eine Kosten-Nutzen-Evaluation von Technologien. Dänemark, Norwegen und Schweden stehen für den ersten Weg, Grossbritannien für den zweiten, der letztlich mehr Nachahmer

gefunden hat – obwohl sich die Ansätze eigentlich ergänzen.

In Schweden dienten dazu neben der Einsetzung einer Parlamentskommission vor allem die darauf beruhende Diskussion der Bekräftigung von ethischen Grundprinzipien: Alle Menschen hätten die gleiche Würde, unabhängig von persönlichen Merkmalen und ihren Aufgaben in der Gesellschaft. Seine Bedeutung gewann dieses Prinzip durch den expliziten Ausschluss von zu ihm in Widerspruch stehenden Kriterien (Priorisierung unter anderem nach Alter, sozialem Status oder Lebensstil). Als Zweites schilderte der Referent das Prinzip «Bedarf und Solidarität»: Die jeweils verfügbaren Ressourcen sollen den Personen mit dem grössten (objektivierbaren) Bedarf zugute kommen. Nachgeordnet wurde das Prinzip der Kosten-Effektivität. Es zielt auf ein angemessenes Verhältnis von Kosten und Nutzen ab und soll nur innerhalb eines Indikationsbereichs, also zur «vertikalen» Priorisierung, angewandt werden.

Grossbritannien ging mit dem 1998 gegründeten National Institute for Health and Care Excellence (NICE) einen anderen Weg, indem – nicht nur medikamentöse – Technologien auf ihre Kosten-Effektivität hin evaluiert werden. Diese wird ausgedrückt in Kosten pro gewonnenem Qualitäts-adjustierten Lebensjahr, wobei Technologien mit Kosten-Nutzen-Verhältnissen unterhalb einer Grenze zur allgemeinen Nutzung (oder zur Nutzung für bestimmte Subgruppen; dies wird «optimised» genannt) innerhalb des NHS empfohlen werden, was die «postcode lottery» beenden sollte. Das Prinzip wird allerdings durch Ausnahmen, etwa bei Krebstherapien bei Kindern, durchbrochen.