

14. Schweizerischer Kongress für Gesundheitsökonomie und Gesundheitswissenschaften (SKGG)

Richtig entscheiden, besser behandeln

Wie entscheiden Patienten und ihre Ärzte? Wie gut sind die Informationen, die sie als Basis nutzen? Welche Einflussfaktoren sind zu beachten und wie konsequent erfolgt die Umsetzung vereinbarter medizinischer, pflegerischer und therapeutischer Massnahmen? In Bern bot der 14. SKGG eine ausgezeichnete Gelegenheit, Fakten und Hintergrund auf die Spur zu gehen. Ein voller Saal von Experten und VertreterInnen unterschiedlichster Bereiche des Gesundheitswesens nutzte diese Chance.

In der klinischen Entscheidungsfindung sind Evidenzbasierte Medizin, Informationstechnologie und Shared Decision Making wichtige Elemente. Prof. Dr. Dr. med. Thomas Rosemann, Direktor, Institut für Hausarztmedizin, UniversitätsSpital Zürich betonte dabei: «Obgleich Forderungen zu einer Abstützung der Medizin auf «Logik» schon durch Aristoteles und im römischen Kaiserreich zu finden sind, war es historisch betrachtet ein langer Weg zum heutigen Konzept der evidenzbasierten Medizin.»

Das heute etablierte Konzept der evidenzbasierten Medizin (EbM) geht auf den kanadischen Mediziner David Lawrence Sackett zurück und wurde von ihm in den 60er Jahren des letzten Jahrhunderts entwickelt. Häufig wird es – fälsch-

licherweise – auf die Generierung von Evidenz mittels randomisierter klinischer Studien, RCTs oder Metaanalysen reduziert. Es beherrscht mittlerweile jegliche Diskussion um Vorsorge und Therapie von Erkrankungen. «Trotz grosser randomisierter klinischer Studien und umfangreicher Metaanalysen sind aber selbst alltäglichste klinische Entscheidungen, etwa ab wann und mit welchen Zielwerten ein zu hoher Blutdruck oder eine Hypercholesterinämie zu behandeln sind, gar nicht so eindeutig zu beantworten, wie einen der Begriff der «Evidenz» vermuten lässt», meinte Prof. Rosemann. «Vergessen wird oft, dass das Konzept der evidenzbasierten Medizin stets auch subjektive Einschätzungen des Arztes wie vor allem auch des Patienten mit beinhalten sollte. Klinische Studien und Metaanalyse geben so eine

wertvolle Orientierung, sind aber in der spezifischen klinischen Behandlungssituation mit der individuellen klinischen Expertise und den Patientenpräferenzen zu ergänzen.»

Die IT als Wegbereiter

«Die Informationstechnologie kann ein Wegbereiter für die Implementierung von Evidenz in den klinischen Alltag sein, etwa über Clinical Decision Tools. Sie kann aber auch helfen, die Qualität der Versorgung zu reflektieren. Während im Spital das strukturierte Erfassen von Qualitätsindikatoren dank IT etabliert ist, ist im ambulanten Bereich zumindest in der Schweiz – die Erfassung der Qualität noch nicht weit entwickelt», bedauerte Prof. Rosemann.

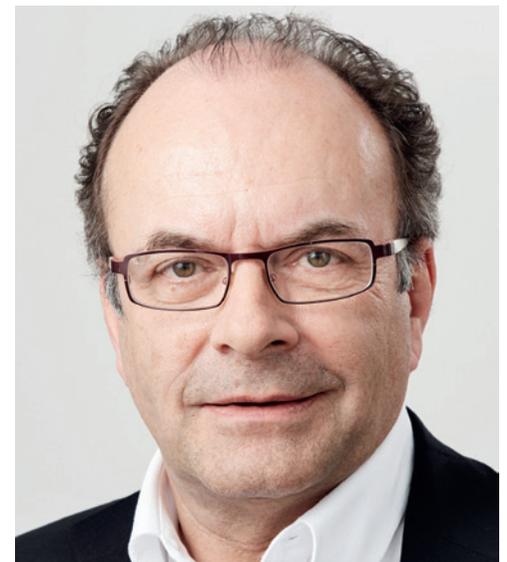
Prof. Dr. Dr. med. Thomas Rosemann, Direktor, Institut für Hausarztmedizin, UniversitätsSpital Zürich



Prof. Dr. iur. Regina E. Aebi-Müller, Ordinaria für Privatrecht und Privatrechtsvergleichung, Universität Luzern



PD Dr. med. Peter Berchtold, Geschäftsführer, College M



«Dabei zeigen Länder wie etwa England, die im Rahmen des «Quality and Outcomes Framework (QoF) ein konsequentes Monitoring auch im ambulanten Bereich eingeführt haben, dass dies möglich ist. Die aggregierte Information und Transparenz, welche die IT ermöglicht, kann wiederum Grundlage für eine gemeinsame, evidenzbasierte Entscheidungsfindung zwischen Arzt und Patient sein, wie sie dem Konzept des Shared Decision Making (SDM) zu Grunde liegt.» – Es sieht vor, dass Arzt und Patient aktiv Informationen austauschen, verschiedene Behandlungsoptionen gegeneinander abwägen und gemeinsam eine Entscheidung fällen. Obgleich SDM als Goldstandard der Entscheidungsfindung in nahezu allen klinischen Situationen gilt und in den meisten klinischen Leitlinien empfohlen wird, ist die Umsetzung im Alltag wenig evaluiert und oft auch schwierig.

Im Vortrag spannte der Referent einen Bogen von der Entwicklung zum Konzept der EBM über die Grenzen von RCTs und Metaanalysen hin zu den Optionen, welche die moderne IT bieten kann. Schliesslich wurde auch aufgezeigt, wie beide Elemente in das Konzept der SDM einfließen können und zu einer partnerschaftlichen Arzt-Patientenbeziehung und klinischen Entscheiden im Sinne des Patienten führen können.

Patient knows best?

Wie sehen die Instrumente der Selbstbestimmung im geltenden Recht aus, die von den Patienten zu nutzen sind? – Dieser Frage ging Prof. Dr. iur. Regina E. Aebi-Müller, Ordinaria für Privatrecht und Privatrechtsvergleichung, Uni-

versität Luzern, nach. Sie hielt fest: «Das neue, am 1. Januar 2013 in Kraft getretene Erwachsenenschutzrecht stellt den Gedanken der Selbstbestimmung des Patienten in den Vordergrund. Der urteilsfähige Patient entscheidet stets selber über eine medizinische Behandlung oder einen Behandlungsabbruch; er besitzt ein Verfügungsrecht über seine körperliche Integrität und eine alleinige Entscheidungshoheit. Das Fürsorgeprinzip muss damit dem Autonomiekonzept weichen.»

In der Rechtswissenschaft und in der Politik sei dabei die Rede vom selbstbestimmten Patienten, der wohlinformiert, souverän und autonom über die Wahl des Gesundheitsdienstleistungserbringers und über die konkrete Behandlung entscheide, während der Arzt zum Dienstleister (degradiert) werde, der Aufklärung schulde, den Patienten zum Entscheid befähige und im Anschluss an den Patientenentscheid eine entsprechende Behandlung lege artis erbringe.

Sind die Schutzinstrumente ausreichend?

Diese Trümpfe stechen allerdings nur dann, wenn der Patient urteilsfähig im Rechtssinne ist, also die Fähigkeit zu vernunftgemäsem Handeln besitzt. Ist der Patient hingegen für einen konkreten Behandlungsentscheid urteilsunfähig, so ist er aus rechtlicher Sicht vollständig handlungsunfähig und kann nicht selber einen verbindlichen Entscheid treffen. Das Gesetz sieht für diese Sachlagen im neuen Erwachsenenschutzrecht folgende Instrumente bzw. Selbstbestimmungssurrogate vor, die allerdings jeweils

spezifische Schwierigkeiten in der praktischen Umsetzung oder in ihrer rechtlichen Konzeption bergen:

- Die Patientenverfügung, mit der ein antizipierter Entscheid an die Stelle eines konkreten Behandlungsentscheides tritt («perpetuierte Selbstbestimmung»)
- Der Entscheid eines Vertreters, entsprechend einer vom Gesetz vorgesehenen Vertretungskaskade, wobei der zum Entscheid berufene Vertreter nicht nach seinen persönlichen Wertungen, sondern, soweit möglich, nach dem mutmasslichen Willen des urteilsunfähigen Patienten entscheiden soll
- Dem urteilsunfähigen Patienten kommt, auch wenn er zufolge seines Schwächezustandes nicht mehr in der Entscheidungsverantwortung steht, ein Partizipationsrecht zu. Er soll daher in die Planung der Behandlung so weit möglich einbezogen werden.

Das Konzept der «Shared Decision Making» hat somit in diesem gesetzlichen System keinen Platz gefunden, obschon es die erheblichen Schwächen, die mit dem Autonomiekonzept des Gesetzgebers verbunden sind, in hohem Masse aufzufangen vermöchte. Wichtiger als das verabsolutierte Autonomiekonzept des Gesetzgebers ist nach Auffassung der Referentin letztlich die Frage, wie der Behandlungsentscheid zustande kommt und ob die Bedürfnisse und Wünsche der Betroffenen respektiert werden. Hier kann eine partizipative Entscheidungsfindung Wesentliches leisten.

Harmonische Zusammenarbeit ist wertvoll

In der modernen Leistungserbringung wird Interprofessionalität und Interdisziplinarität eine hohe Bedeutung zugemessen. Führt das auch zur Erhöhung der Qualität und zur Beeinflussung der Kosten? – Für PD Dr. med. Peter Berchtold, Geschäftsführer, College M, ist eine erstklassige Zusammenarbeit verschiedener Akteure in der Behandlungskette wichtig und wünschenswert. Für ihn ist klar: «Darin sind sich alle in allen Gesundheitssystemen einig. Das spiegelt sich auch in den vielen wissenschaftlichen Studien zum Thema IPZ. Eine in diesem Jahr publizierte Cochrane-Review beantwortet die Titel-Frage so: «Strategies to improve interprofessional collaboration between health and social care professionals may slightly improve patient functional status, professionals' adherence to recommended practices, and the use of health-care resources.» – Wie könnte es auch anders sein: in einer zunehmend spezialisierten und damit fragmentierten medizinischen Versor-

Prof. Dr. oec. publ. Stefan Boes, Projektleitung Swiss Learning Health System, Universität Luzern



Prof. Dr. oec. HSG Oliver Bendel, Institut für Wirtschaftsinformatik, Fachhochschule Nordwestschweiz





gung, muss IPZ eigentlich zu besserer Qualität und Kosteneffizienz führen.

«Und gleichwohl ist die Frage legitim und eine kleine Reformulierung bringt es auf den Punkt», präzisierte Dr. Berchtold: «Welche Interprofessionalität führt zur Erhöhung der Qualität und zur Beeinflussung der Kosten? Denn IPZ ist nicht gleich IPZ! – Zu IPZ existiert keine einheitliche Definition. Im Gegenteil, wir finden eine unübersichtliche Vielzahl an Begriffsbestimmungen, die wir grundsätzlich zwei Gruppen bzw. zwei Diskurssträngen zuordnen können: Einem utilitaristischen Strang, der sich vor allem für die Effizienz- bzw. rational-sachlichen Gewinne interessiert, die über eine verstärkte Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen in der Gesundheitsversorgung erreicht werden können. Und einem emanzipatorischen Strang, der sich vor allem mit den Möglichkeiten auseinandersetzt, die Dominanz einer Profession (z.B. der ärztlichen) zugunsten anderer (z.B. der Pflegefachleute) zu brechen und interprofessionelle Arbeitsverhältnisse auf «Augenhöhe» zu installieren. IPZ wird damit auch zum politischen Begriff, der in manchen Kontexten geradezu als Kampfbegriff verwendet wird.»

Das Relevante aus unterschiedlichen Begriffsverständnissen herausfiltern

Der Begriff IPZ diene so auch als Instrument, um Interessen zu formulieren, eigene Positionen zu definieren und Handlungsbedarf anzumahnen.

Solch unterschiedliche Begriffsverständnisse könnten offensichtlich eine differenzierte Diskussion und Auseinandersetzung – ob in der Praxis, in der Bildung oder in der Wissenschaft – sehr verwirren oder sogar verunmöglichen. Dr. Berchtold: «Wir benötigen daher ein besseres Verständnis dessen, was IPZ in der Praxis meint, wie IPZ vom traditionellen Miteinander der Gesundheitsberufe abgegrenzt werden kann, wie sich IPZ in den verschiedenen Versorgungskontexten (z.B. in der Grundversorgung, im Akutspital, in der Psychiatrie) unterscheidet, an welche Voraussetzungen gelingende IPZ gebunden ist und wie IPZ gefördert werden kann.»

Diese Klärungen seien auch deshalb wichtig, als zu vermuten sei, dass die bisherigen Bemühungen, IPZ zu fördern, z.B. durch eine Kultur «auf Augenhöhe» oder durch weniger statusbetonende Kommunikation, unzureichend seien. Ohne Zweifel wären gegenseitiger Respekt, Augenhöhe und konstruktive Kultur wichtige Voraussetzungen für IPZ und entsprechende Förder- und Bildungsmassnahmen sinnvoll. Und gleichzeitig zeigten neue Studienergebnisse, dass ein kultureller Wandel einen zwar nötigen, aber noch keinen hinreichenden Ankerpunkt bilde, um interprofessionelle Zusammenarbeit nachhaltig zu fördern.

Interprofessionalität konkret

Claudia Galli, Lic.phil., Studiengangleitung Europäischer MSc in Ergotherapie, ZHAW Gesundheit,

und Dr.med.et MME Monika Brodmann Mäder Leitende Ärztin Bildung und Gebirgsnotfallmedizin, Universitäres Notfallzentrum, Inselspital Bern, konzentrierten sich auf die konkrete Umsetzung der Interprofessionalität. Claudia Galli argumentierte: «Berufsverbände haben die Aufgabe, Positionen zu definieren, Handlungsbedarf zu eruieren und die Interessen ihrer Berufsangehörigen zu vertreten. Doch was bedeutet dies, wenn sie sich interprofessionell zusammen schliessen, um gemeinsam Ziele zu verfolgen? Wie kann hier interprofessionelle Zusammenarbeit entstehen und funktionieren? Welche Hindernisse sind zu überwinden? Was geschieht, wenn der Begriff Interprofessionalität als «Kampfbegriff» verwendet wird, wie im Swiss Academies Report Vol. 12, N° 2, 2017, S. 18 von Berchtold et al. formuliert wurde? Wie können gemeinsame Entscheide herbei geführt werden? Was kann die Nachhaltigkeit der Zusammenarbeit stärken?»

Die Referentinnen zeigten, dass gründlich gelebte Interprofessionalität sehr wohl qualitative Verbesserungen im Interesse der Patienten ermöglichen. Auf dem Hintergrund von über 10 Jahren Erfahrung in der interprofessionellen Zusammenarbeit im Schweizerischen Verband der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen svbg gelang es beispielsweise, die vielfältigen Fragen anhand konkreter gelungener und misslungener Beispiele beantwortet werden. Die Zusammenarbeit unterschiedlicher Akteure gelte es zu institutionalisieren und mit grosser

Zufriedene und
einbezogene Patienten dank:
**Patienteninformations
&
Unterhaltungssysteme**

- **Personalisiert und vorkonfiguriert**
- **Zentrales Verwaltungssystem**
- **Moderne Android-Technologie**
- **Einbindung des KIS-System**

Verfügbare Endgeräte:

Tablets



Terminal



Fernseher



Sorgfalt zu organisieren, wobei divergierende Interessen zu Gunsten des Behandlungserfolgs und der von einer Krankheit betroffenen Menschen zu überwinden seien.

Mündiger werden, besser entscheiden

Im alltäglichen Leben gilt es, laufend Entscheidungen treffen, die sich direkt oder indirekt aufs persönliche Wohlbefinden auswirken. Daher ist es entscheidend, einen freien Zugang zu hochwertigen Informationen und im Speziellen zu Gesundheitsinformationen zu erhalten. Das bleibt aber häufig Theorie, denn bloss ein Drittel aller Erwachsener hätten ausreichende Informationen, um gezielte Entscheidungen im Rahmen von Therapien zu treffen, unterstrich Dr. Kristine Sørensen, Global Health Literacy Academy, Urmond/Niederlande.

Dabei wäre es derart bedeutungsvoll, sich im Gesundheitsbereich Wissen, Motivation und Kompetenz anzueignen. Es gehe ums Verstehen, Bewerten und Anwenden von Information, um selber besser entscheiden zu können oder am Entscheidungsprozess mitzuwirken. Diese lebenslange Aufgabe werde allerdings gerade heute durch «fake news» und durch die chronische Informationsflut erschwert. So werde die Navigation durch die Info-Vielfalt zu einer echten Herausforderung.

Woran scheitert es nun aber, genau die Informationen zu finden, die nötig wären, um sich gesünder und aktiver zu fühlen? Warum verfügen wir nur über ungenügende persönliche Kompetenzen, um selbstständig unsere Gesundheit besser beeinflussen zu können? Das Kriterium heisst «Health Literacy», was erfahrungsgemäss schwierig zu übersetzen ist. Häufig findet sich daher in der deutschsprachigen Literatur die Bezeichnung «Gesundheitskompetenz».

Health Literacy, ein Schlüssel zum Erfolg

Health Literacy wird dabei zum massgebenden Kriterium für ein gutes Participative Decision Making. Tiefe Health Literacy hingegen kann ganz schön ins gute Tuch gehen. Statistiken zeigen, dass dadurch in den USA jährlich zusätzliche Gesundheitskosten von 106 bis 238 Mrd. Dollars entstehen. Für die Schweiz kommen Studien zum Schluss dass Mehrkosten von 3 bis 5% fällig werden.

Um die arg belasteten Gesundheitssysteme positiv zu beeinflussen, sei es daher wichtig, so Dr. Sørensen, entscheidende Bedürfnisse zu formulieren, lokale Kenntnisse mit neuen Therapie-Perspektiven zu verbinden, um eine Kultur

zu implementieren, in der die Würde der Menschen wie auch eine ressourcenschonende Entscheidungsfindung Platz finden. Investitionen in die Health Literacy müssten sowohl auf individueller wie auch auf zentraler organisatorischer Ebene erfolgen, um den status quo zu verbessern, mehr Interdisziplinarität und Patienten-zentrierte Vorgehensweisen zu fördern und – zusammen mit einem verstärkten Engagement der Patienten – zu einem höheren Outcome zu gelangen.

**Ein schwieriger Weg zu einer neuen
Arzt-Patienten-Beziehung**

Shared Decision Making würde neue Perspektiven öffnen, brachte es Dr. med. Johannes Brühwiler, Präsident der Kommission Qualität SGAIM, Facharzt FMH Allgemeine Innere Medizin, auf den Punkt: «Das Konzept der partizipativen Entscheidungsfindung zu dem das SDM gehört wird in den Kontext der aktuellen Medizin gestellt: Aus- und Weiterbildung in der Medizin sind organisiert und fokussiert auf Krankheiten. Die Spezialisierung in der Medizin erfolgt mehrheitlich nach Organsystemen (z.B. Herz), Krankheiten (z.B. Diabetes) und speziellen Techniken (z.B. Endoskopien). Handlungsempfehlungen beziehen sich auf Krankheiten, das Wissen wird mit statistischen Methoden generiert und gilt für Kollektive. Gemäss Guidelines ist mit der medizinischen Diagnose die Behandlung definiert, wobei insbesondere bei Mehrfacherkrankungen erhebliche Widersprüche resultieren können. Was dabei fehlt, ist die gleichwertige Diagnose der Präferenzen des Patienten, seine individuelle Lebenssituation, seine persönlichen Werte, seine Risikobereitschaft und seine Vorstellungen von Lebensqualität.»

Der erfahrene Mediziner bedauert, dass die Vorstellungen von Arzt und Patient nachweislich öfters weit auseinander klaffen. Aufgabe des Arztes sei es aber, mit dem Patienten dessen Präferenzen zu klären und die Chancen und Risiken von Behandlungsoptionen (und auch einer Nichtbehandlung) nachvollziehbar darzulegen. Untersuchungen zeigten, dass die Behandlungsergebnisse mit diesen Konzepten besser würden, die Teilnahme an Präventionsprogrammen teils erheblich ansteige (z.B. Darmkrebsprävention) und die Häufigkeit von grossen Eingriffen abnehme. Versicherungen und Politik müssten deshalb anerkennen, dass die Medizin nicht einfach standardisiert überprüft und kontrolliert werden könne (z.B. Adherence to Guidelines), sondern individualisierte Konzepte verfolgt werden müssten, wie sie die AG Qualität der SGAIM vorgelegt hat. Für dieses Konzept, dass mit der Kenntnis und Anwendung von Guidelines die Medizin nicht

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



INOVIS medical
Healthcare IT Solutions

Special 1: SKGG

beendet ist, sondern im Gegenteil erst beginnt, müsse bei sämtlichen Playern im Gesundheitssystem noch einige Überzeugungsarbeit geleistet werden. Dr. Brühwilers Fazit: «Dabei sind stets die unterschiedlichen Interventionsebenen (Mikro-, Meso- und Makroebene) zu beachten.»

Sicht- und Erfahrungsweise der PatientInnen sind prioritär

Für Dr.phil. Bettina Schwind, Wissenschaftliche Mitarbeiterin careum Forschung und Koordinatorin MAS Versicherungsmedizin, Schweizerisches Tropen- und Public Health Institut (Universität Basel), ist es nötig, die Entwicklung eines erweiterten Verständnisses von Shared Decision Making mit Praxisrelevanz zu fördern: «Shared Decision Making wird oftmals lediglich als Einbezug von PatientInnen und deren Präferenzen in die Entscheidungsfindung verstanden. Weit aus weniger berücksichtigt wird dabei hingegen der Kontext von Entscheidungen, die Beziehung zwischen Gesundheitspersonal und PatientInnen, sowie die (emotionale) Bedeutung von Entscheidungsfindung für die Beteiligten – insbesondere im längeren Verlauf von (chronischer)

Krankheit. Diese unterschiedlichen Aspekte und Blickwinkel zu Entscheidungsfindung finden sich in zahlreichen Publikationen sowie Erkenntnissen aus Forschungsvorhaben.»

Bettina Schwind unterstrich, dass ein besonderes Augenmerk auf die Sicht- und Erfahrungsweise von PatientInnen gelegt werden müsse. So werde ein breiteres Verständnis von Entscheidungsfindung geschaffen, das eine Verlaufsperspektive von Beziehung und Krankheit einschliesse und reflektiere.

Auf die Schulbank mit dem Gesundheitssystem

Alle müssten mehr wissen und daher mehr lernen. Das Swiss Learning Health System sei ein probater Weg dazu, schilderte Prof.Dr.oec.publ. Stefan Boes, Projektleitung Swiss Learning Health System, Universität Luzern, das Szenario. Moderne Gesundheitssysteme, wie das der Schweiz, werden in den nächsten Jahren mit zahlreichen Herausforderungen konfrontiert. Eine alternde Bevölkerung, neue und veränderte Krankheitsbilder, technischer Fortschritt und

neue Anforderungen an Gesundheitsberufe sind nur einige Beispiele dafür. Um auch künftig den Herausforderungen im Gesundheitswesen effektiv und effizient begegnen zu können, bedarf es einer Infrastruktur und Kultur, in welcher die beste Evidenz systematisch verfügbar gemacht und genutzt wird, und sich das Gesundheitssystem basierend auf einem ständigen Austausch zwischen Forschung, Politik und Praxis weiterentwickelt.

Stefan Boes: «Das Swiss Learning Health System soll dies in enger Zusammenarbeit mit den verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen durch die Errichtung einer nationalen Plattform für Gesundheitssystem- und Versorgungsforschung institutionalisieren. Die Idee eines lernenden Gesundheitssystems basiert auf der Annahme, dass ein Gesundheitssystem dann lernen kann, wenn es auf zyklische Prozesse zurückgreift. In diesen Prozessen werden für das Gesundheitssystem relevante Daten erfasst, welche als Grundlage dienen, um neue Evidenz zu generieren. Evidenz wird zur Umsetzung in die Praxis transferiert und aus der Praxis generierte Daten sowie Erfahrungen aus der Umsetzung werden wiederum in den Zyklus eingespeist. Das Projekt Swiss Learning Health System setzt diese Idee um, indem ein konstanter Austausch zwischen Forschung, Politik und Praxis gefordert und gefördert wird. Neben der Kommunikation und Dissemination von Forschungsergebnissen hat das SLHS das Ziel, lösungsorientierte Diskurse zu einem festen Bestandteil des Gesundheitssystems zu machen. Unter Einbezug verschiedener Stakeholder des Gesundheitssystems sollen Probleme identifiziert, analysiert und kollaborativ geeignete Lösungsvorschläge und Implementierungsstrategien erarbeitet werden.»

Der Wissenschaftler stellte die übergeordneten Ziele und Mechanismen des Swiss Learning Health Systems vor und regte zur Diskussion an, wie und in welchen Themenbereichen Lernprozesse im Gesundheitssystem der Schweiz angewandt werden können, um eine hochstehende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung auch in Zukunft sicherzustellen.

Künstliche Intelligenz (KI) und Roboter: Hoffnung mit Grenzen?

Intelligenter werden nicht bloss Patienten und Fachpersonen, Intelligenz können auch Maschinen entwickeln. Prof.Dr.oec.HSG Oliver Bendel, Institut für Wirtschaftsinformatik, Fachhochschule Nordwestschweiz, präsentierte KI-Systeme und Roboter, die den Gesundheitsbereich mit einer enormen Geschwindigkeit erobern. Sie verän-



dern, erweitern und beleben die medizinische, therapeutische und pflegerische Praxis und wecken das Interesse der Wissenschaft.

Die amerikanische Studie «Healthcare and Medical Robotics» untersuchte den Markt von medizinischen Robotern für die Jahre 2010 bis 2016. Eine 2013 erschienene TA-SWISS-Studie mit dem Titel «Robotik in Betreuung und Gesundheitsversorgung» stellte die Chancen und Risiken dar, auch aus ethischer Sicht. Diverse spezialisierte Beiträge erschienen in den darauffolgenden Jahren, etwa zu einem sozialen assistierenden Roboter für Alzheimer-Patienten und ihre Betreuer oder zur Akzeptanz von assistierenden Robotern für Ältere; einige gehen auf ethische Herausforderungen ein, wobei sich wenige an einer umfassenden und vergleichenden Darstellung versuchen, die für Gesamtüberblick und -einschätzung überaus wichtig scheint.

Patientenverfügungen erweitern

Die Betrachtungen Prof. Bendels fokussierten sich auf Pflegeroboter wie Robear und Care-O-bot, zudem auf Therapie- und Operationsroboter. «Nicht zuletzt spielen KI-Systeme (etwa

IBM Watson) eine Rolle», so Bendel. «Es müssen Ziele, Aufgaben und Merkmale geklärt und teils gleichartige, teils unterschiedliche Fragen aus ethischer Sicht gestellt und ansatzweise beantwortet werden. Dabei soll deutlich werden, welche Robotertypen und Prototypen bzw. Produkte es im Gesundheitsbereich gibt, welche Zwecke sie erfüllen und welche Funktionen sie übernehmen, wie sich das Gesundheitswesen durch ihre Nutzung verändert und welche Implikationen und Konsequenzen der Robotereinsatz hat, für den Einzelnen und für die Gesellschaft. Nicht zuletzt interessiert, welche Möglichkeiten für den Betroffenen bestehen, sich für die eine oder andere Option zu entscheiden, wobei eine ergänzende Patientenverfügung Bedeutung erlangt, die den Einsatz von Operations-, Therapie- und Pflegerobotern regelt.»

Ultimate Decision Support System

«The Learning Health System is the Ultimate Decision Support System», setzte Dr. Tom Foley, Principal Investigator, The Learning Healthcare Project, Institute of Health and Society, Newcastle University, einen vielbeachteten Schlussakkord. Er fragte, ob es gelingen könne, ein

Gesundheitssystem zu kreieren, dass vom jedem behandelten Patienten lernt. Zweite Frage: Ist es möglich, ein System zu schaffen, in dem jeder zum Entscheider wird, unabhängig ob er resp. sie Patient, Arzt, Manager oder Politiker ist, «wozu allerdings freie Bahn zu allen relevanten Informationen gegeben sein muss. Das ist eine grosse Herausforderung für jedes moderne Gesundheitssystem.» Die enormen Anstrengungen fürs Implementieren eines Learning Health Systems im britischen NHS (National Health Service) seien zu begrüßen. Sie würden zu mehr gegenseitigem Verständnis und zu einer besseren Patienten-zentrierten Behandlung führen. Es gelte jedoch, noch zahlreiche institutionelle Hürden zu nehmen, um zu einem durchschlagenden Erfolg zu gelangen.

Weitere Informationen

Die Keynotes des 14. SKGG stehen allen Interessierten via www.skgg.ch zur Verfügung. Die neue Dienstleistung (SKGG digital) ermöglicht, die jeweilige Kongressthematik nachträglich zu vertiefen. Der 15. SKGG findet am Freitag, 26. Oktober 2018 statt. Das Kongressthema wird anfangs Jahr bekanntgegeben.



hintag

Sichere Cloud Services
aus der Schweiz

HEALTHCARE COMMUNITY CLOUD

www.nationalhealthcarecloud.ch