

## 5. Management Symposium MediCongress: Herausforderung älterer Patient **Verantwortung und Effizienz – so meistern wir die Zukunft**

Eine älter werdende Gesellschaft ist Tatsache. Damit geschickt umzugehen, ist die grosse Herausforderung. Am 5. Management Symposium, veranstaltet von MediCongress, ging es um Fakten und Lösungen, um Risiken und Perspektiven für morgen. Klar wurde: Es gilt Verantwortung wahrzunehmen und die umfangreichen Aufgaben auf kluge Weise anzupacken. Moderiert wurde die Veranstaltung von Dr. Willy Oggier und Jan Hudec.

«Bewegen wir uns hin zu einer dynamischen Alter(n)sgesellschaft?» fragte Prof. François Höpflinger. Er zeichnete die massgebenden Indikatoren des Alter(n)s auf; ältere Patient/innen unterscheiden sich von jüngeren Personen mehrfach:

- Biologisches Altern: erhöhte Risiken chronischer Erkrankungen, Multimorbidität/Multimedikation und reduzierte Reservekapazitäten; erschwerte Kommunikation aufgrund (verdrängter) Hör- und Seheinbussen.
- Generationenzugehörigkeit: Prägung durch durchlebte Perioden, Spuren von Kindheit und Jugend (oft: Alters- und Kohorteneffekte gemeinsam)

- Lebenszyklus: nach Pensionierung mehr Zeit, sich um die eigene Gesundheit zu kümmern/zu sorgen, aber weniger Verhaltenskontrolle (z.B. bei Sucht), eventuell: Pflege einer nachberuflichen Patientenkarriere.
- Lebensbiografische Erfahrungen: positive oder negative Erfahrungen mit Ärzten und bisher erlebte Spitalaufenthalte usw.; im sehr hohen Alter sind oftmals erneut Erinnerungen an Kindheit/Jugend prägnant.

### **Bessere Vernetzung und Perspektiven**

Ältere Menschen in der Schweiz sind besser vernetzt als früher. Während 1979 bereits zu Beginn des Rentenalters 31 % ohne enge Freun-

de lebten und hohe 54 % der 80-Jährigen und Älteren, sind es mittlerweile nur noch 24 % ab 65 Jahren und bei den Hochbetagten gar nur 22%. Negativ wirkt sich jedoch ein schwaches Ausbildungsniveau aus: So lebten 1979 noch 55 % der Männer und 75 % der Frauen ohne schulisch berufliche Fachausbildung ab Alter 80 zuhause. Heute sind es bloss noch 23 % resp. 25%. Gestiegen ist wiederum der Anteil der 65- bis 74-Jährigen, die ihre Gesundheit als gut bis sehr gut einschätzen: 1979 waren dies 52 % der Männer und 45 % der Frauen, heute lauten die entsprechenden Werte 75 % und 72 %. 60 bis 70-Jährige fühlen sich heute zudem jünger als sie sind, die meisten um 10 bis 20 Jahre, ein kleiner Anteil sogar um 30 Jahre. Das bringt rege

Doris Brandenberger, Geschäftsführerin MediCongress, konnte am 5. Management Symposium eine Vielzahl Führungskräfte aus dem Gesundheitswesen begrüßen.





«Bewegen wir uns hin zu einer dynamischen Alter(n)s-gesellschaft?» fragte Prof. François Höpflinger, DER Routinier des Symposiumsthemas schlechthin.

Geister zum Leben: Bis ins Alter 74 sind immer noch fast 70% aller SchweizerInnen innovationsorientiert und 35% möchten weiterhin neue Dinge ausprobieren.

Wichtig ist beim Älterwerden der Einbezug von Patienten/innen bei allfälligen Behandlungen. Hier spielt erneut die Schulbildung eine grosse Rolle: Ab Alter 55 erwarten 32% der gut Ausgebildeten schriftliche Anweisungen zur Selbstbehandlung, 60% Anweisungen zum Erkennen von Symptomen, 59% Diskussionen von Zielen und Prioritäten und gar 75% das Aufzeigen von Behandlungsalternativen. Bei tiefem Bildungsniveau liegen die Werte bezüglich der beiden letzten, entscheidenden Elementen nur bei 38% und 60%.

### Höchstmögliche Autonomie wahren

Ganz spannend sind die Zahlen im höchsten Alter, die einen eindeutigen Wunsch zu möglichst langer Selbstständigkeit und Autonomie ausdrücken. Höpflinger präsentierte eine Studie aus Heidelberg, die zeigt, dass selbst 52% der 100-Jährigen selbstständig telefonieren und 83%

selbstständig essen möchten sowie 52% keine oder nur geringfügige kognitive Einschränkungen in Kauf nehmen wollen. – Höpflingers Fazit ist daher eindeutig: «Es besteht ein Trend weg von der Geriatrie hin zu einer aktiven (evtl. sogar hyperaktiven) Alter(n)smedizin im Spannungsfeld von Anti-Ageing (Kampf dem Alter) und Pro-Ageing (Gestaltung des Alterns).»

Einen tiefgreifenden Kulturwandel im Medizin- und Pflegesystem sieht auch Univ.-Prof. Dr. Frank Schulz-Nieswandt, Universität Köln. Er unterstrich, dass älter werdende Patienten häufig als schwierig dargestellt würden. Je nach Umgang mit ihnen könne es gleichzeitig zu Über-, Unter- und Fehlversorgungen kommen, nicht selten dadurch bestimmt, dass die Medizin über die Pflege dominiere und ein Stigma existiere, dass Geriatrie und Rehabilitation als «unechte» Medizin dargestellt würden.

Schliesslich behindere auch sektorielles Denken eine optimale Gesundheitsversorgung der älteren Generation. Die Lösungen seien im interdisziplinären Arbeiten und in der Prozess-Achtsamkeit bezüglich Schnittstellen und Teamarbeit zu suchen. Schulz-Nieswandt: «Wo bleibt die bio-psycho-soziale Medizin?» Er postulierte gleichzeitig eine Abkehr von der Fiktion omnipotenter Einzelkämpfer, forderte Netzwerke und ein kulturelles Change Management im Stakeholder-Kräftefeld. Dabei sollen alle miteinbezogen werden: Gesetzgeber/Politik, Kostenträger, Unternehmen, die Öffentlichkeit und mit ihr die Bürger und Bürgerinnen.

### Herausforderung Multimorbidität

Dr. med. Edouard Battegay, Klinik und Poliklinik für Innere Medizin am UniversitätsSpital Zürich, zeigte sich besorgt über die stark wachsende Anzahl multimorbider Menschen in der Schweiz. Heute seien bereits die meisten Patienten, die Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch nehmen, multimorbid – «eine grosse Herausforderung für alle im Gesundheitssystem. Fast jede/r Fünfte über 65-Jährige hat mehr als 10 verschiedene Medikationen.» Entsprechend wächst die Komplexität der Behandlung, das ärztliche Management ist gefordert wie kaum je zuvor.

Als Aspekte und Schwierigkeiten dieses Managements, des Umgangs mit der Komplexität, nannte Battegay:

- Sie wird nicht wahrgenommen und verdrängt. Illusion: Alles ist einfach!
- Dekomplexierung: Priorisieren und Posteriorisieren
- Nötig sind angepasste Organisationsformen und zusammengeführte Kompetenzen

- Wenn Probleme regelmässig auftreten: Bilden eines fixen Teams (Beispiel Lebertransplantation)
- Wenn sie unregelmässig auftreten: Einbezug von Allgemeininternisten und eines neugebildeten, virtuellen Teams im Interesse des Patienten (Führung ist gefragt, auch digital)
- Die Arbeit verschiebt sich vom Patientenbett zur Führung

### Zusammenfassend betonte der Referent:

- Multimorbidität ist die häufigste Krankheitskonstellation im Gesundheitswesen: Clusterungen von Diagnosen
- Wissenschaft, Lehre, Spitäler und Gesundheitssystem gehen von Monomorbidität und entsprechender Prozessoptimierung aus.
- Disease-Disease(-Medication) Interactions sind extrem häufig. Entscheidungssysteme basieren wenig auf Evidenz (kaum Deeskalationsstudien). Guidelines dazu sind auf interlistischem Gebiet praktisch inexistent. Auch für häufigste und katastrophale Disease-Disease-Medication Interactions gibt es nur wenige Guidelines auf operationellem Niveau.

Dr. med. Edouard Battegay, USZ, meinte: «Komplexität wird verdrängt. Packen wir sie an – mit neuen Organisationsformen.»





Ein hochkrätziges Podium in bester Diskussionsform (v.l.n.r.): Daniel Habegger, santésuisse, Dr.med. Till Hornung, Direktor Kliniken Valens, Gesprächsleiter Jan Hudec, Redaktor NZZ, Christina Brunnschweiler, Spitex Zürich Limmat, und Dr.pharm. Lorenz Schmid, Apotheke am Paradeplatz.

– Das Gesundheitssystem ist nicht auf multimorbide Patienten ausgerichtet. Multimorbidität erfordert angepasste Ansätze und Systeme. Momentan bestehen noch Fehlallokation von Ressourcen. Es braucht ein Deskillung.

### Neue Formen des Spitalbaus

Den altersgerechten Krankenhausbau präsentierte Arch. DI Dipl. TP Albert Wimmer vom Health Team KHN aus Wien. Seine Elemente für zeitgerechteres Bauen von Spitälern sind Schaffen eines Healing Environments, eines Wohlfühlspitals, bei dem Akustik, Farbe, Materialwahl und Kunst am Bau entscheidende Aspekte bedeuten – alles unter der Prämisse «patient first».

Altersgerechte Spitäler zeichnen sich durch barrierefreie und rasche Erreichbarkeit, Anbindung und Infrastruktur aus. Dazu kommen Einbindung in das soziale Leben (Schaffen eines Kohärenzgefühls), Bewahrung der Eigenständigkeit und Selbstkontrolle sowie Übersichtlichkeit, Orientierung und Sicherheit. Auf der Basis des «universal design»-Konzeptes sollen bei Spitalneubauten in Wien ein «vita activa», ein «vita contemplativa» und ein «vita ristorativa» möglich werden. Diese drei Erfolgsfaktoren können wie folgt umgesetzt werden:

– **«vita activa» – Aktivität:** Förderung und Unterstützung körperlicher Aktivität, sozialer Aktivität, Outdoor-Aktivitäten

– **«vita contemplativa» – Teilnahme am sozialen Leben:** barrierefreie Zugänge zu Frei- und Grünräumen, Vernetzung mit dem Bezirk (Piazza), healing garden, soziale Treffpunkte im Krankenhaus, Krankenzimmer für Besuche

– **«vita ristorativa» – Erholung und Sicherheit:** geräuschreduzierte Atmosphäre, Blicke ins Grüne, Kunst, helle naturnahe Farben und Materialien, Gefühl der Sicherheit und Eigenständigkeit (mobiler Schrank)

### Welche Medizin für ein langes Leben?

Gesundheitsökonom Roland Dieckmann, Leiter des Geschäftsbereichs Gesundheits- und Versorgungsmanagement des grossen deutschen Krankenversicherers DAK, beleuchtete die Veränderungen, die eine älter werdende Gesellschaft auf die Leistungserbringung und deren Finanzierung auslöst. Er schilderte die wettbewerblichen und wirtschaftlichen Zwänge der Kostenträger. Es gehe um den wahrgenommenen Nutzen der Hauptbeteiligten und um Antworten, wie Krankenversicherer unter dem ökonomischen Zwang, die Effizienz steigern zu müssen, reagieren können. Ein Faktum dabei sei, dass der weit überwiegende Teil von Preisen für erbrachte Leistungen durch den Staat festgelegt werden. Aufgrund der demografischen Herausforderungen gelte es mehr denn je, die Effizienz zu steigern und gleichzeitig die Kosten im Griff zu behalten, tendenziell sogar zu senken.

Dieckmann sieht Zustimmung bei den Leistungserbringern, die ja schliesslich einen tragfähigen Vertrag mit den Kostenträgern ausarbeiten müssen, wenn vertretbar höhere Vergütungen für mehr Leistungen einhergehend mit einer Steigerung der Qualität entrichtet werden: «Die Qualitätssteigerung ist unumgänglich.

Sie bringt allen Beteiligten Mehrnutzen: Leistungserbringern, Kostenträgern und vor allem den Patienten. Eine patientenorientierte, wirtschaftliche Versorgung bei gleichzeitigem Vermeiden unnötiger vollstationärer Klinikbehandlungen schafft höchste Patientenzufriedenheit durch den Einsatz bestmöglicher Technik und den Verzicht auf Pseudo-Qualität.»

### Vernunft ist gefragt

Aufschlussreich gestaltete sich schliesslich ein Podium von Experten: Dr.pharm. Lorenz Schmid, Inhaber der Apotheke am Paradeplatz und CVP-Kantonsrat aus Zürich, plädierte für ein vernünftiges Management Care, das einen wachsenden Markt darstelle: «Wenn allerdings Ungenügsamkeit eintritt, greift die öffentliche Hand ein, und das liegt nicht im Interesse der Patienten. Sinnvolles Managed Care ist beispielsweise der Gesundheitscoach von TopPharm, welcher von der CSS rückvergütet wird.» Die Apotheker würden eine entscheidende Rolle für ältere und multimorbide Patienten spielen und seien oft die erste niederschwellige Triagestelle für sie.



Lic.oec.HSG Christina Brunnschweiler, Geschäftsleiterin Spitex Zürich Limmat AG, sieht die Arbeit ihres Bereichs steigen, glaubt aber nicht an ein grosses Wachstum, weil die Mediziner dagegen steuern würden. 50% der von der Spitex-Betreuten sind dies weniger als sechs Monate lang, zahlenmässig sind es allerdings über 3000 Menschen in der Stadt Zürich. Was aber stark an Bedeutung zunehmen werde, sei die Betreuung Chronischkranker, was die Spitex-Chefin als technisch interessante Verrichtung ansieht. Komplexer werde dadurch die Personalbereitstellung, auch bedingt durch die geringeren Verweildauern im Akutspital. Brunnschweiler: «Wer also passiv Strukturen erhalten will und nicht flexibel ist, geht unter. Wir brauchen eine verstärkte Professionalität und wohl auch grössere Spitex-Organisationen.»

### Interdisziplinäres Denken

Dr.med. Till Hornung, Direktor der Kliniken Valens, betonte die Wichtigkeit, dass künftig vermehrt Organisationen überprüft und über Sektoren hinaus gedacht werde: «Netzwerke werden immer wichtiger. Sie funktionieren aber in der Schweiz noch nicht optimal. Es sollen nicht einzelne Leuchttürme sein, sondern sie müssen so stark werden, dass sie ein flächendeckendes Licht ausstrahlen. Die zunehmende Komplexität fordert mehr fachliche Kompetenz, erhöhte Anforderungen in der Therapie, bessere Kontakte zwischen Hausärzten und Spitex – das ist sinn-

voll und motiviert – und höhere Qualität, was namentlich die Patienten sehr wohl wahrnehmen. Das patientengerechte Denken sollte überhaupt wachsen, gerade beim Neubau von Spitälern. Patienten brauchen eine Wohlfühlatmosphäre.»

Daniel Habegger, Public Affairs Manager und volkswirtschaftlicher Experte bei santésuisse, verlangte, dass darüber nachgedacht werden solle, wie alle beim Älterwerden zu Gewinnern würden. Grundsätzlich könnte es finanziell zwar schon so weitergehen wie bisher. Auf längere Sicht werde es allerdings nicht mehr tragbar sein, insbesondere weil die zahlenstarke Baby-Boomer-Generation erst in ein paar Jahren ins Rentenalter kommt. «Qualität und Effizienz müssen besser werden, um die Herausforderungen zu meistern», folgerte Habegger, «wir Krankenversicherer dürfen nicht mehr länger verpflichtet werden, solidarisch zu zahlen, wo die Qualität nicht stimmt. Beim Tarmed bedeutet das: Hätten wir keinen Kontrahierungszwang, bräuchten wir auch keine Schiedsrichter.»

### Es braucht innovative Finanzierungssysteme, aber keinen Kontrahierungszwang

Für innovative Finanzierungssysteme trat Dr.med. Till Hornung ein: «Wir sind hier zu wenig kreativ, dabei braucht es innovative Versorgungssysteme.» Christina Brunnschweiler betonte, dass wir die Altersmedizin nur dann in

den Griff kriegen würden, wenn wir auch richtige Investitionen tätigen, insbesondere in die Prävention und Förderung gesünderer Ernährung. Das sei gut investiert, weil es später Kosten spare. Beim aktuellen Finanzierungssystem hakte Dr.pharm. Lorenz Schmid ein: «Heute fehlen noch Anreize zur vollumfänglichen Betrachtung aller Aspekte inklusive der Prävention. Was sicher auf Dauer nicht mehr richtig sein kann, ist die unterschiedliche Finanzierungsaufteilung im ambulanten und stationären Bereich.

Weiter meinte Schmid, dass es klug sei, wenn sich jede Berufsgruppe auf ihre Kernkompetenzen konzentriere. Spitex habe eine hervorragende Grundlage mit ihren kompetenten Pflegeleistungen. Das konkurrenzieren die ärztliche Arbeit ebenso wenig wie der Gesundheitscoachs in den Apotheken. «Wir begegnen uns auf Augenhöhe», hielt Schmid fest. Und bezüglich der technischen Machbarkeit betonte der erfahrene Standesvertreter: «Wir können in diesen Fällen nicht entscheiden, aber wir können uns äussern und gut abwägen, was notwendig und sinnvoll ist. Diese Rolle müssen wir stärker spielen; dem steht allerdings der Kontrahierungszwang bei der freien Ärzteschaft entgegen. Hier besteht Handlungsbedarf, wie bei der einheitlichen Finanzierungsstruktur bei ambulanten wie stationären Leistungen.»

Text: Dr. Hans Balmer  
Bilder: Peter Brandenberger – visuell.li