



Nachhaltige Medizin

Positionspapier der Schweizerischen Akademie
der Medizinischen Wissenschaften (SAMW)





SAMW

Schweizerische Akademie
der Medizinischen
Wissenschaften

ASSM

Académie Suisse
des Sciences Médicales

ASSM

Accademia Svizzera delle
Scienze Mediche

SAMS

Swiss Academy
of Medical Sciences

Nachhaltige Medizin

Positionspapier der Schweizerischen Akademie
der Medizinischen Wissenschaften (SAMW)

— 0. Executive Summary	5
— 1. Hintergrund	8
1.1. Das Projekt «Zukunft Medizin Schweiz»	8
1.2. «Nachhaltigkeit» als neue Herausforderung	9
1.3. «Nachhaltige Medizin» versus «Nachhaltige Gesundheit»	10
1.4. Vorgehen	11
— 2. Faktoren, die die Nachhaltigkeit der Medizin in Frage stellen	13
2.1. Der Nutzen medizinischer Interventionen ist nicht immer vorhanden, oder er wird überschätzt bzw. wird falsch interpretiert	13
2.2. Die Medizin weckt unrealistische Erwartungen – und ist auch mit solchen konfrontiert	15
2.3. Die Ressourcen an Gesundheitsfachleuten sind nicht gesichert	16
2.4. Die finanziellen Ressourcen der Medizin sind nicht unbegrenzt	17
2.5. Das Gesundheitssystem setzt oft falsche Anreize	18
— 3. Lösungsansätze	21
3.1. Die Forschung ist ein Schlüssel zur nachhaltigen Medizin	22
3.2. Die Auswahl medizinischer Interventionen hat mit Augenmass zu erfolgen	22
3.3. Ausgehend von den zukünftigen Patientenbedürfnissen ist sicherzustellen, dass genügend Gesundheitsfachleute ausgebildet werden, dass diese die notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten besitzen und dass sie am richtigen Ort zum Einsatz kommen	23
3.4. Medizinische Leistungen in Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation sind nur dann zu vergüten, wenn sie den Kriterien von Evidenz, Ethik und Ökonomie genügen	24
3.5. Es braucht neue Versorgungs-, Steuerungs- und Finanzierungsmodelle	25
— Literatur	28
— Das Projekt «Nachhaltiges Gesundheitssystem» der Akademien der Wissenschaften Schweiz	30

le Kinder
es enfants



Notfälle Erwachsene
Urgences adultes

Veloumleitung
Köniz

Vorfahrt
Kurzzeitparkplätze Taxis

Warenannahme
30m

Haupteingang 

Urologie

Dermatologische Klinik

Abteilung Pflege/MTT

Personalhäuser

Anna-Seiler-Haus

L. Lory-Haus/Inselheim

Auditorium (Hörsaal 1)

Vorlesungsräume BHH S1+PKT 2

Kapellen

Operationstrakte

Sahli-Haus 1+2

Psychiatrische

Augenklinik

Hörsäle 2+3

0. Executive Summary

An die heutige erfolgreiche Medizin werden immer mehr, immer neue, immer höhere und immer teurere Ansprüche gestellt. Allerdings können diese nicht unbegrenzt weiterwachsen, da sie mit letztlich limitierten finanziellen Mitteln bezahlt werden müssen. Die Herausforderung besteht darin, Werte, Ziele und Aufgaben der Medizin zukunftsfähig zu gestalten, also so, dass auch spätere Generationen von guten medizinischen Leistungen profitieren können, um auf ihre Gesundheitsprobleme zu reagieren. Dies ist das Ziel einer «nachhaltigen Medizin».

In ihrer heutigen Ausgestaltung ist die Medizin jedoch nicht nachhaltig, und es braucht daher dringend innovative Lösungsansätze. Das vorliegende Positionspapier will Akteure im Gesundheitswesen für dieses Anliegen sensibilisieren und den notwendigen gesellschaftspolitischen Diskurs stimulieren.

Das Positionspapier sieht fünf Faktoren, die die Nachhaltigkeit der Medizin infrage stellen, und skizziert gleichzeitig zahlreiche Massnahmen, die in Richtung grösserer Nachhaltigkeit führen:

1. *Der Nutzen medizinischer Interventionen ist nicht immer vorhanden, oft wird er überschätzt bzw. falsch interpretiert.*

Bei bestehenden und neuen Therapien braucht es den Nachweis eines Nutzens, der sich an den Patientenbedürfnissen orientiert. Dies soll durch unabhängige Health Technology Assessments (HTA), durch eine Ausweitung von Medical Boards und durch den Ausbau von Versorgungsforschung erreicht werden. Zentral dabei ist das Triple-E-Konzept (evidence, ethics, economy), das auch juristische und soziale Aspekte wie Chancengleichheit für den Zugang zu medizinischen Leistungen berücksichtigt. Medizinische Leistungen sollen nur vergütet werden, wenn sie diesen Kriterien genügen.

2. *Die Medizin weckt unrealistische Erwartungen – und ist auch mit solchen konfrontiert.*

Es braucht unabhängige Guidelines, die die einvernehmliche Entscheidungsfindung zwischen Arzt und Patient ermöglichen. Die Fachgesellschaften sind aufgefordert, eine Liste jener Interventionen zu erstellen, die unnötig und damit verzichtbar sind.

3. *Die Ressourcen an Gesundheitsfachleuten sind nicht gesichert.*
Anachronistische standespolitische Besitzstände von Gesundheitsfachleuten sollen abgebaut werden. Zudem braucht es einen sinnvollen Grade-Skill-Mix – durch koordinierte Aus-, Weiter- und Fortbildung der Gesundheitsfachleute und durch neue gesetzliche Rahmenbestimmungen für angepasste Tarif- und Lohnstrukturen.
4. *Die finanziellen Ressourcen des Gesundheitswesens sind nicht unbegrenzt.*
Um die Mittel richtig und sinnvoll einsetzen zu können, braucht es Register, Outcomeforschung und die Orientierung am Patientennutzen. Zudem ist ein gesellschaftspolitischer Diskurs notwendig, um die Frage nach der Höhe des Kostenniveaus zu beantworten.
5. *Das Gesundheitswesen setzt oft falsche Anreize.*
Solche Anreize entstehen z. B. durch unterschiedliche Finanzierungsschlüssel (für ambulante bzw. stationäre Versorgung, Spitex, Pflegeheime), durch Einzelleistungssysteme und durch die Verzerrung von Pauschalfinanzierungen (DRG).
Erforderlich ist ein neues Finanzierungssystem, das sich an Qualität, Effizienz, Verteilungsgerechtigkeit und volkswirtschaftlichen Gesamtkosten orientiert. Zudem soll es kantonale Grenzen sprengen und den Schutz vor Übermedikalisierung ermöglichen.

Dieses Positionspapier richtet sich primär an Gesundheitsfachleute (Ärztinnen und Ärzte, Pflegefachpersonen, Therapeutinnen und Therapeuten) und in zweiter Linie an die weiteren Akteure des Gesundheitssystems (z. B. Politik, Verwaltung, Versicherungen, Forschungsinstitutionen). In regelmässigen Abständen soll überprüft werden, ob die darin vorgeschlagenen Massnahmen umgesetzt wurden.



1. Hintergrund

In der Schweiz wurde das Gesundheitssystem in den letzten Jahrzehnten stark ausgebaut: Nicht nur hat die Zahl der Ärzte, der Pflegenden und anderer in diesem Bereich aktiven Personen im Vergleich zur Bevölkerungszahl markant zugenommen; auch eine Vielzahl technischer und pharmakologischer Entwicklungen hat dazu beigetragen, dass Prävention, Diagnose und Behandlung vieler akuter und chronischer Krankheiten und Leiden verbessert werden konnten, mit einer daraus resultierenden erhöhten Lebensqualität und -erwartung.

1.1. Das Projekt «Zukunft Medizin Schweiz»

Die heutige Medizin ist ohne Zweifel sehr erfolgreich. Gleichzeitig ist sie damit konfrontiert, dass immer neue und höhere Anforderungen an sie gestellt werden: Die Medizin sollte sich gleichzeitig am Wohl jedes einzelnen Patienten, an der sich wandelnden Wissenschaft, an den Bedürfnissen der Gesellschaft und an den ökonomischen Rahmenbedingungen orientieren. Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) hat diese Situation 1999 zum Anlass genommen, das Projekt «Zukunft Medizin Schweiz» zu lancieren.

Im Rahmen dieses Projektes veröffentlichte die SAMW 2004 den Bericht «Ziele und Aufgaben der Medizin zu Beginn des 21. Jahrhunderts». Dieses Dokument benannte wichtige Definitionen und Konzepte (u.a. Gesundheit, Krankheit, Medizin, Gesundheitswesen; siehe weiter unten), bezeichnete die zentralen Werte der Medizin (Beachtung der Menschenwürde; Respektierung der Selbstbestimmung; Primat des Patientenwohls; Gebot der Nichtschädigung; Solidarität) und hielt die Ziele der Medizin fest, dies in Anlehnung an die «Goals of Medicine», wie sie das US-amerikanische Hastings Center Mitte der 90er Jahre formuliert hat:

- «The prevention of disease and injury and promotion and maintenance of health.
- The relief of pain and suffering caused by maladies.
- The care and cure of those with a malady, and the care of those who cannot be cured.
- The avoidance of premature death and the pursuit of a peaceful death.»

Zusätzlich beschrieb der Bericht auch jene Aufgaben, die die Medizin bzw. die darin tätigen Fachleute zur Erreichung der Ziele zu erfüllen haben.

Die zentrale Botschaft des damaligen Berichtes kommt – sieben Jahre später – im folgenden Statement eines Westschweizer Arztes gut zum Ausdruck: «Tout projet de soin doit intégrer les dimensions physiques, psychiques, et sociales de l'individu. Soigner une pneumonie et renvoyer la personne dans le caniveau, sans ressources, sans logis n'est pas soigner l'homme, c'est soigner sa maladie. La solidarité doit rester le moteur du maintien de la santé et de l'ensemble des soins nécessaires tant à la population qu'à l'individu.»

1.2. «Nachhaltigkeit» als neue Herausforderung

Nachdem das Projekt «Zukunft Medizin Schweiz» diese wichtige, inhaltliche Klärung geleistet hat, besteht heute die Herausforderung darin, die Werte, Ziele und Aufgaben der Medizin auch zukunftsfähig (bzw. mit einem Begriff aus der Ökologie «nachhaltig») zu gestalten – so wie dies der Brundtland-Bericht aus dem Jahre 1987 für die Gesellschaft als Ganzes beschreibt:

«Sustainable development is development that meets the needs of the present without compromising the ability of future generations to meet their own needs. It contains within it two key concepts:

- The concept of «needs», in particular the essential needs of the world's poor, to which overriding priority should be given; and
- The idea of limitations imposed by the state of technology and social organization on the environment's ability to meet present and future needs.»

Aus den Kreisen der Ärzteschaft hat die SAMW wiederholt Signale erhalten, dass die Medizin in ihrer heutigen Ausprägung nicht nachhaltig sei. Daniel Callahan, der massgeblich an der Ausarbeitung des Hasting-Reports «The Goals of Medicine» beteiligt war, hat bereits 2004 in einem bemerkenswerten Aufsatz die Eckwerte einer «Nachhaltigen Medizin» skizziert. Das Hauptproblem sieht Callahan in der westlichen Fortschrittsidee; diese setzt – wenn man sie auf die Medizin überträgt – der Verbesserung der Gesundheit keine Grenzen, soweit man darunter die Herabsetzung der Sterblichkeit und die Erleichterung bei allen gesundheitlichen Beeinträchtigungen versteht. Für Callahan ist offensichtlich, dass sich ein solcher unbegrenzter Fortschritt aus einem endlichen Vermögen nicht bezahlen lässt. Entsprechend brauche es eine endliche Sichtweise in der Medizin, eine, die nicht versuche, das Altern, den Tod und überhaupt die Krankheit zu überwinden, sondern nur, jedem zu helfen, einen vorzeitigen Tod zu vermeiden und ein anständiges, nicht ein perfektes Leben zu führen. Eine nachhaltige Medizin verlagert den Schwerpunkt von der Länge des Lebens auf dessen Qualität.

Die SAMW hat diese Überlegungen zum Anlass genommen, eine Arbeitsgruppe unter Leitung von Daniel Scheidegger aus Basel mit der Ausarbeitung eines Positionspapiers «Nachhaltige Medizin» zu beauftragen. Dieser Auftrag ist gleichzeitig Teil des Projektes «Nachhaltiges Gesundheitssystem», das die Akademien der Wissenschaften Schweiz Anfang 2011 lanciert haben.

In Anlehnung an den Brundtland-Bericht könnte «Nachhaltige Medizin» wie folgt definiert werden: «Eine nachhaltige Medizin ist eine Medizin, die den gegenwärtigen Bedarf deckt, ohne zu riskieren, dass zukünftige Generationen ihren Bedarf nicht mehr decken können.» Oder anders ausgedrückt: Nachhaltig ist die Medizin dann, wenn gewährleistet ist, dass auch unsere Nachkommen von guten medizinischen Leistungen profitieren können, um auf ihre Gesundheitsprobleme zu reagieren.

1.3. «Nachhaltige Medizin» versus «Nachhaltige Gesundheit»

Sowohl Gesundheitsfachleuten als auch Patientinnen und Patienten ist oft nicht bewusst, dass die medizinische Versorgung zur Gesundheit der Bevölkerung nur einen kleinen Beitrag leistet; der Epidemiologe G. E. Dever hat diesen Beitrag 1976 mit rund 10–15% beziffert. (Bei Menschen mit chronischen Krankheiten und Behinderungen ist der Beitrag der Medizin für die gesundheitsbezogene Lebensqualität selbstverständlich sehr viel höher.) Viel wichtiger sind andere Einflüsse auf die Gesundheit, nämlich sozioökonomische Bedingungen und Lebensstil (Kultur, Bildung, Wirtschaft, Ernährung) mit rund 40–50%, die genetische Veranlagung mit rund 20–30%, und die Umwelt bzw. das Ökosystem mit rund 20%.

Die Arbeitsgruppe war sich einig, dass vor diesem Hintergrund der «Nachhaltigen Gesundheit» mehr Bedeutung zukäme als der «Nachhaltigen Medizin». Wenn sie sich in ihren nachfolgenden Ausführungen dennoch auf die Medizin beschränkt, so darum, weil sie hier ihre primären Kompetenzen und ihren Auftrag sieht und sie sich gleichzeitig im Klaren darüber ist, dass die Konkretisierung der «Nachhaltigen Gesundheit» nicht nur eine Aufgabe der Medizin, sondern auch der gesamten Gesellschaft und namentlich der Politik ist.

In diesem Kontext stellt sich die grundsätzliche Frage, inwiefern eine «nachhaltige Medizin» bzw. eine «nachhaltige Gesundheit» in einer «nichtnachhaltigen Gesellschaft» wie der unseren überhaupt möglich ist. Die Arbeitsgruppe hat diese Frage dahingehend beantwortet, dass die Gesundheitsfachleute nicht nur in ihrem Beruf, sondern auch als Bürgerinnen und Bürger Mitverantwortung für «Nachhaltigkeit» übernehmen müssen.

1.4. Vorgehen

Die Arbeitsgruppe hat sich in mehreren Sitzungen vertieft mit der Thematik auseinandergesetzt. Nach Sichtung der Literatur und eingehenden Diskussionen hat sie einen ersten Entwurf des Positionspapiers verfasst; diesen hat sie in einem Hearing von ausgewählten Expertinnen und Experten kommentieren lassen. Auf der Basis dieser Rückmeldungen entstand eine finalisierte Fassung, die vom SAMW-Vorstand an seiner Sitzung vom 3. September 2012 diskutiert und anschliessend verabschiedet wurde.

Im Rahmen ihrer Diskussionen hat die Arbeitsgruppe realisiert, dass zentrale Begriffe teilweise unterschiedlich verwendet werden. Im Sinne eines pragmatischen Vorgehens hat sich die Arbeitsgruppe darauf verständigt, soweit vorhanden von jenen Definitionen auszugehen, die im Bericht «Ziele und Aufgaben der Medizin zu Beginn des 21. Jahrhunderts» vorgeschlagen werden. Für das vorliegende Dokument sind namentlich die Definitionen von «Gesundheit»¹ und «Medizin»² zentral. Dabei umfasst die Medizin nach dem Verständnis der SAMW nicht nur die ärztliche Tätigkeit, sondern auch die Pflege sowie weitere therapeutische Tätigkeiten (z.B. Physiotherapie, Pharmazie). In einem ersten Schritt beschreibt die Arbeitsgruppe nachfolgend jene Faktoren, welche aus ihrer Sicht die Nachhaltigkeit der Medizin bedrohen. In einem zweiten Schritt skizziert sie dann Lösungsansätze, welche in Richtung grösserer Nachhaltigkeit führen.

Das Positionspapier richtet sich primär an die Gesundheitsfachleute (Ärztinnen und Ärzte, Pflegefachpersonen, Therapeutinnen und Therapeuten) und in zweiter Linie an die weiteren Akteure des Gesundheitssystems (inkl. Politik, Verwaltung, Versicherungen, Forschungsinstitutionen). Nach der Veröffentlichung soll es in regelmässigen Abständen dahingehend überprüft werden, inwiefern die darin vorgeschlagenen Massnahmen umgesetzt sind. Falls angezeigt, wird das Dokument auch überarbeitet bzw. ergänzt.

- 1 Es gibt zahlreiche Definitionen von Gesundheit. Im erwähnten Bericht wird folgende Definition verwendet: «Die Gesundheit ist ein Fließgleichgewicht, welches das Individuum ständig mit seiner Umwelt herzustellen versucht, um sein Wohlbefinden zu optimieren (dynamischer Prozess). In diesem Fließgleichgewicht beeinflussen vier Dimensionen den jeweiligen Gesundheitszustand, nämlich die biologisch-genetischen Gegebenheiten, die medizinisch-technischen Möglichkeiten (Gesundheitswesen) sowie der Lebensstil und die Umweltfaktoren.» Die Arbeitsgruppe findet auch die folgende Definition hilfreich: «Health is the ability to adapt and to self manage in the face of social, physical and emotional challenges.»
- 2 «Die Medizin [...] hat den Anspruch, Kranke zu heilen oder ihre Leiden zu lindern. Sie definiert dazu ihre Werte, ihre Aufgaben und ihre Instrumente. Behandlung und Betreuung von Kranken, Forschung und Lehre sind ihre drei wichtigsten Bereiche. Medizin findet stets in bestimmten sozialen Strukturen statt und ist jeweils in ein Gesundheitswesen eingebunden, von dem sie beeinflusst wird und das sie ihrerseits mitprägt. Um ihre Aufgaben zu realisieren, bedarf die Medizin der Partnerschaft mit anderen sozialen Systemen. Sie ist deshalb auch Teil der Wirtschaft und der Politik.»



2. Faktoren, die die Nachhaltigkeit der Medizin in Frage stellen

2.1. Der Nutzen medizinischer Interventionen ist nicht immer vorhanden, oder er wird überschätzt bzw. wird falsch interpretiert

Beispiel: Die radikale Prostatektomie ist eine der Therapiemöglichkeiten beim Prostatakarzinom. Diese Operation kann entweder offen, laparoskopisch oder roboter-unterstützt laparoskopisch durchgeführt werden. Obwohl es bisher keine Evidenz gibt, dass die roboter-unterstützte Technik irgendwelche Vorteile hat, fühlen sich Spitäler verpflichtet, diese sehr teure Apparatur anzuschaffen, da die Herstellerfirma in der Laienpresse für diese Methode geworben hat. Angeblich fragen viele Patienten von sich aus im Vorbereitungsgespräch danach und wählen das Spital dementsprechend aus. Für Urologische Kliniken wird somit eine teure Apparatur, deren Vorteil bisher nicht bewiesen werden konnte, ein wichtiger Faktor, um in diesem Segment weiterhin erfolgreich zu bleiben.

Die Medizin setzt heute sehr oft «alles» ein, um ihre Patientinnen und Patienten zu behandeln – unabhängig davon, ob dies in der gegebenen Situation sinnvoll ist. Für diese «Maximalmedizin» gibt es unter anderem folgende Gründe:

- Die medizinische Nachfrage wird stark von den Leistungserbringern gesteuert. Beim heutigen «fee for service»-System bestehen für die Ärzte namentlich im ambulanten und im Privatversicherungsbereich keine finanziellen Anreize, die Patienten in Richtung Optimum statt Maximum aufzuklären.
- Der technologische Fortschritt bringt immer mehr und neue Interventionsmöglichkeiten hervor; deren Anwendung ist nicht nur finanziell lukrativ (siehe oben), sondern gilt in der Regel sehr rasch als «state of the art», ohne dass die entsprechende Evidenz dafür besteht.
- Die Patientinnen und Patienten sind weitreichend informiert über alle möglichen diagnostischen Abklärungen bzw. therapeutischen Massnahmen, die bei bestimmten Krankheitsbildern in Frage kommen, und fordern diese – nicht immer zu Recht – auch ein.
- Sicherheitsdenken auf Seite der Ärzteschaft führt dazu, dass häufig trotz fehlender Indikation eine zusätzliche Untersuchung oder Behandlung durchgeführt wird, um nicht etwas Seltenes zu verpassen und danach mit einem unzufriedenen Patienten oder sogar einer Klage konfrontiert zu sein.

- Oft ist es einfacher, den Wünschen der Patientinnen und Patienten nach zusätzlichen Abklärungen oder Behandlungen nachzukommen, als sie davon zu überzeugen, dass diese nicht notwendig sind oder keinen zusätzlichen Nutzen bringen; solche Bemühungen führen häufig nur dazu, dass der Patient den Arzt wechselt.
- Tendenziell herrscht in vielen Kliniken und Praxen das Motto «Etwas machen ist besser als nichts tun».

Das Primat des Patientenwohls – was auch als «Nutzen» beschrieben werden kann – gehört zu den zentralen Werten der Medizin. Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) definiert den Begriff des Nutzens als «kausal begründete positive Effekte» einer medizinischen Intervention im Hinblick auf patientenrelevante Endpunkte, dies im Vergleich zu einer klar definierten anderen Therapie, einem Placebo oder keiner Behandlung. Solche positiven Effekte können sein: die Verbesserung des Gesundheitszustandes, eine Verkürzung der Krankheitsdauer, eine Verlängerung der Lebensdauer, eine Verringerung der Nebenwirkungen sowie eine Verbesserung der Lebensqualität.

Um die Wirksamkeit einer neuen Therapie beurteilen zu können, werden nicht immer die korrekten Endpunkte gewählt, d.h. jene, die den tatsächlichen Patientennutzen abbilden. In der Regel wäre es wichtiger zu wissen, ob und wie viele Patienten durch eine Therapie an Handlungsfreiheit gewinnen (das heisst, ob sie z.B. das Bett wieder verlassen können oder selbstständig/arbeitsfähig/sportfähig werden), anstatt die Anzahl Monate «progressionsfreien Überlebens» zu erfahren. Dies wäre auch die Voraussetzung dafür, einem Patienten jene Therapie empfehlen zu können, die seinen Bedürfnissen am ehesten entspricht.

Für zahlreiche, seit Langem etablierte medizinische Verfahren gibt es keine Studien, die einen Nutzen nachweisen konnten. Dies ist keineswegs banal: Interventionen ohne (Mehr-)Nutzen sind nicht einfach «nutzlos», vielmehr können sie gefährlich sein, indem sie Nebenwirkungen bzw. Komplikationen verursachen; ein Beispiel dafür ist die Stentbehandlung (anstelle der medikamentösen Behandlung) bei stabiler koronarer Herzkrankheit.

Wenn Studien den Nutzen einer Intervention nachweisen können, besteht das Problem häufig darin, dass sie den Nutzen in relativen Werten («20% Verbesserung») und nicht in absoluten Zahlen darstellen. Dies wird nicht selten dazu genutzt, um die Präferenz von Ärztinnen oder die ihrer Patienten in eine bestimmte Richtung zu beeinflussen. Ausserdem kommt es vor, dass der Nutzen und der Schaden in unterschiedlichen Risikoformaten ausgedrückt werden – der Nutzen in relativen (d.h. grossen bzw. Prozent-) Zahlen und der Schaden in absoluten (d.h. kleinen) Zahlen. Sowohl Ärzte als auch Patientinnen sind dann häufig nicht in der Lage, solche Aussagen korrekt zu interpretieren.

2.2. Die Medizin weckt unrealistische Erwartungen – und ist auch mit solchen konfrontiert

Beispiel: Mitte Mai 2012 wurde in der Schweizer Tagespresse berichtet, dass ein ausländischer Eishockeyprofi, der früher erfolgreich in der Schweiz gespielt hat, in einer US-Klinik mit einem Kunstherz auf eine Herztransplantation warte.

An solche Meldungen von kranken, bekannten Personen, die dank der grossen Fortschritte der Medizin noch am Leben sind, haben wir uns gewöhnt.

Die Pressemitteilung endet damit, dass in der gleichen Klinik noch 900 weitere Patienten mit einem Kunstherz auf eine Herztransplantation warten! Es wird unmöglich sein, alleine im Raum New York für diese 900 ein passendes Organ zu finden und erfolgreich zu transplantieren.

In unserer heutigen, westlichen Gesellschaft fehlt zunehmend die Einsicht in die Unaufhebbarkeit der «condition humaine» als Einbettung des Lebens zwischen Geburt und Tod. Dass die Medizin das Leben zwar erleichtern, es aber in seinen Grundgegebenheiten nicht ändern kann, wird nicht mehr als selbstverständlich erachtet.

Heilen und Pflegen (bzw. cure und care) sind von alters her die zentralen Aufgaben der Medizin. Angesichts der beschränkten Möglichkeiten der Medizin bis vor 100 Jahren kam dem Pflegen damals eine grosse Bedeutung zu. Mit dem medizinischen, insbesondere auch apparativen und technischen Fortschritt hat sich das Gleichgewicht stark Richtung «Cure» verschoben. Von der Medizin wird heute erwartet, dass sie «heilt». Der SAMW-Bericht aus dem Jahre 2004 hält dazu Folgendes fest: «Die Aspekte der «cure» werden durch die Technisierung der Medizin sehr hoch bewertet, während Gesichtspunkte der «care» an Bedeutung verlieren.»

Es ist eine tragische Ironie, aber auch zwingende Konsequenz des medizinischen Fortschritts, dass gerade das Sterben damit kompliziert geworden ist. Je mehr die Medizin vermag, desto schwieriger wird es, auf das Machbare im richtigen Moment zu verzichten; diese Schwierigkeit stellt sich nicht nur den Ärzten, sondern auch den schwer erkrankten Menschen und ihren Angehörigen. Es ist nicht zu übersehen, dass ein Mehr an Medizin zu viel werden kann, und dass im Alltag die zuverlässigen Rezepte und Instrumente oft nicht vorhanden sind, um den Punkt zu erkennen, wo Mehr zu Weniger wird. Strategien, um diese Spannungen zwischen der Medizin, ihren enormen Möglichkeiten und dem Lebensende zielführend aufzulösen, fehlen zurzeit weitgehend.

2.3. Die Ressourcen an Gesundheitsfachleuten sind nicht gesichert

Beispiel: Schon heute fehlen in unserem Gesundheitswesen qualifizierte Fachkräfte in allen Berufsgruppen. Dank der starken Rekrutierung aus dem Ausland konnte dieses Problem bisher etwas hinausgezögert werden. Aber in der Schweiz wird der Anteil der Bevölkerung im Rentenalter in den nächsten Jahren stark zunehmen; im gleichen Mass wird auch die Zahl chronisch- und demenzkranker Personen ansteigen. Entsprechend nimmt der Personalbedarf in den Alters- und Pflegeheimen zu. Sie benötigen bis 2020 mindestens 15 000 zusätzliche Angestellte. Bei der stationären Alterspflege ist es bereits heute schwierig, qualifiziertes Personal in der Schweiz zu finden. So wird zunehmend ausländisches Personal beschäftigt.

Das Gesundheitspersonal ist die wichtigste Ressource jedes Gesundheitssystems. Die Leistungsfähigkeit und die Qualität der Versorgungsleistungen stehen in einem direkten Verhältnis zur Anzahl verfügbarer Gesundheitsfachleute und ihrem Qualifikationsniveau. In einer 2009 veröffentlichten Studie weist das Gesundheitsobservatorium OBSAN darauf hin, dass das Schweizer Gesundheitssystem in den nächsten beiden Jahrzehnten vor gewaltigen Herausforderungen steht, um in quantitativer und qualitativer Hinsicht über genügend qualifiziertes Personal zu verfügen. Zum einen muss es innerhalb des heutigen Personalbestands den Nachwuchs sichern, weil ein Grossteil der heutigen Arbeitnehmer bis in 20 Jahren das Pensionsalter erreicht haben wird. Zum anderen gilt es, aufgrund der Überalterung der Bevölkerung auf eine erhöhte Nachfrage nach Versorgungsleistungen antworten zu können. In diesem Kontext ist zu fragen, ob in der Schweiz die Verteilung der Gesundheitsfachleute auf die verschiedenen Versorgungsbereiche bzw. Spezialisierungen optimal ist. Zudem findet eine Abwanderung qualifizierter Arbeitskräfte in Richtung anderer Branchen und Sektoren, anderer Gesundheitssysteme (Ausland, Komplementärmedizin, Wellness) oder vollständiges Ausscheiden aus dem Arbeitsmarkt statt. Schliesslich werden sich die Gesundheitsfachleute den qualitativen Veränderungen anpassen müssen, die eine Neuausrichtung der Versorgungsmodelle erfordern. Diese leiten sich aus der steigenden Prävalenz von chronischen Leiden ab, die nicht die gleichen Formen der Versorgung verlangen wie die akuten Krankheiten.

Die Rekrutierung ausländischer Arbeitskräfte ist keine nachhaltige Lösung, um den Personalbedarf zu decken. Zudem besteht bereits heute ein globaler Mangel an Fachpersonen im Gesundheitswesen, der sich im Arztberuf durch den Generationenwechsel zusätzlich akzentuiert hat (insofern zahlreiche junge Ärztinnen und Ärzte nur Teilzeit arbeiten wollen). Die grenzüberschreitende Rekrutierung von qualifizierten Gesundheitsfachleuten ist insofern hochpro-

blematisch (und auch nicht nachhaltig), als am Ende dieser Kette jene Staaten stehen, denen kein Personalreservoir in einem anderen Land mehr zur Verfügung steht. In der Regel handelt es sich dabei um jene Staaten, deren Gesundheitssystem bereits heute mit grossen Problemen zu kämpfen hat.

2.4. Die finanziellen Ressourcen der Medizin sind nicht unbegrenzt

Beispiel: 2010 entschied das Bundesgericht, die Krankenkasse brauche einer älteren Patientin mit der seltenen Stoffwechselkrankheit Morbus Pompe das Medikament Myozyme nicht länger zu vergüten, denn das Medikament habe bei der Patientin eine zu geringe Wirkung gezeigt.

Das Brisante an diesem Fall waren namentlich die (nicht urteilsrelevanten) Kosten-Nutzen-Abwägungen, die das Gericht machte. Die obligatorische Krankenversicherung, hielt das Gericht fest, müsse zur Verlängerung eines Menschenlebens nicht alles medizinisch Machbare bezahlen – ja sie könne das gar nicht. Das Prinzip der Rechtsgleichheit verlange nämlich, dass eine Behandlung allen Personen in vergleichbarer Lage gewährt werden muss. Konkret würde das aber heissen: Alle Personen mit vergleichbaren Einschränkungen wie bei Morbus Pompe müssten ähnlich wirksame und teure Therapien beanspruchen dürfen. Das allerdings würde 90 Milliarden Franken kosten – was mehr ist als die gesamten Schweizer Gesundheitskosten.

Im internationalen Vergleich sind die Gesundheitskosten in der Schweiz relativ hoch, sowohl absolut gesehen wie auch als Anteil am Bruttoinlandprodukt. Das Wachstum der Gesundheitskosten verläuft seit 2000 etwa im Gleichschritt mit dem Wirtschaftswachstum. Von einem «ungebremsten Kostenwachstum» oder gar von einer «Kostenexplosion» zu sprechen, ist nicht korrekt, obwohl diese Begriffe im Diskurs um die Gesundheitspolitik allgegenwärtig sind.

Die Frage, ob das *Kostenniveau* zu hoch sei, kann nur politisch beantwortet werden: Wollen wir auch in Zukunft in der Grundversicherung die freie Wahl der Leistungserbringer und den Zugang zu fast allen medizinischen Leistungen ohne Wartefristen? Wollen wir den Leistungskatalog der Grundversicherung auf dem aktuellen Niveau belassen oder sogar ausbauen? Wollen wir einen starken Föderalismus beibehalten? Wenn die Mehrheit der Bevölkerung auf diese Fragen mit ja antwortet, dann bedeutet das auch Zustimmung zu einer immer kostspieligeren Gesundheitsversorgung.

Ebenfalls auf der Kostenseite anzusiedeln ist die Frage der *Mittelallokation*: Werden die Mittel aus Krankenkassenprämien und Steuern wirklich so eingesetzt, dass damit der grösstmögliche Gesundheitsnutzen für die Bevölkerung erzielt wird? Da Untersuchungen über die Auswirkungen der Mittelal-

lokation auf die Versorgungsqualität fehlen, wissen wir die Antwort nicht. Es braucht mehr evidenzbasiertes Wissen darüber, in welchen Bereichen investiert werden soll und wo ein Ausbau bzw. Abbau der Versorgungsstrukturen sinnvoll ist.

Zwei Drittel der Finanzierung erfolgen über «out of pocket»-Zahlungen und Kopfprämien der obligatorischen Krankenversicherung. Das Wachstum der Krankenkassenprämien verlief zudem in den letzten Jahren schneller als das Wachstum der Gesundheitsausgaben insgesamt. Grund dafür ist die Verschiebung von Leistungen vom stationären in den ambulanten Bereich, wo die Krankenversicherung für die gesamten Kosten aufkommt. Die Nachhaltigkeit dieser Verteilung der Finanzierungslast muss infrage gestellt werden, denn sie belastet die Haushalte mit kleinen und mittleren Einkommen überdurchschnittlich.

2.5. Das Gesundheitssystem setzt oft falsche Anreize

Beispiel: Eine 80-jährige Frau hat einen Hirninfarkt erlitten. Sie erholt sich im Spital erstaunlich schnell und ist schon nach zwei Wochen wieder gut ansprechbar und in der Lage, mit ihren Angehörigen die weitere Zukunft zu besprechen. Sie selbst, ihr Mann und die behandelnde Ärztin sind davon überzeugt, dass sie nach einer 4- bis 6-wöchigen stationären Rehabilitation wieder zu Hause leben kann. Die Ärztin hat aber grösste Schwierigkeiten, von der Krankenkasse eine Kostengutsprache für den Rehabilitationsaufenthalt zu erhalten. Wenn die Patientin in ein Pflegeheim eintritt, sind die Kosten insgesamt zwar höher, der Anteil der Krankenkasse fällt jedoch deutlich tiefer aus.

Es scheint ein Ding der Unmöglichkeit zu sein, das Gesundheitswesen zu steuern. Diese Unfähigkeit betrifft praktisch jeden Bereich, dem man sich zuwendet: die hochspezialisierte Medizin, die Grundversorgung, die Kosten, die Personalplanung. Ganz offensichtlich ist es bisher nicht gelungen, ein Konzept zur Steuerung des hochkomplexen Gesundheitssystems zu entwerfen, das den technischen, ökonomischen, sozialen und politischen Herausforderungen Genüge tut und gleichzeitig von einer politischen Mehrheit unterstützt wird. Die fehlende Steuerbarkeit hängt mit einem offensichtlichen Manko des Schweizer Gesundheitssystems zusammen: den fehlenden Datengrundlagen. Namentlich gibt es keine Register, in denen die Resultate von speziellen und komplexen Behandlungen offengelegt werden. Solche Register liessen sich auch als Instrumente der Begleit- und Versorgungsforschung verwenden. Würden diese Daten zusätzlich mit den Vollkosten korreliert, wäre damit eine wichtige Voraussetzung geschaffen für eine bessere Steuerung des Gesundheitswesens.

Ein grosses Problem stellen die unterschiedlichen Finanzierungsschlüssel für die verschiedenen Versorgungsbereiche dar: Ambulante Medizin, Spitex, akut-stationäre Versorgung oder stationäre Langzeitpflege haben je eine andere Zusammensetzung der Finanzierungsträger. Dadurch können Fehlanreize entstehen, die einer bedürfnisgerechten Versorgung zuwiderlaufen (siehe Beispiel). Länder mit einem einheitlichen Finanzierungsschlüssel (z.B. die skandinavischen Länder) kennen diese Problematik nicht.

Die unterschiedlichen Finanzierungssysteme der Leistungserbringer haben unterschiedliche, in der Regel unbeabsichtigte Auswirkungen. *Einzelleistungssysteme* schaffen Anreize, mehr zu tun als nötig, um den Gewinn zu maximieren. Dabei entsteht in einem solidarisch finanzierten Gesundheitssystem eine Art Komplizenschaft zwischen Leistungserbringer und Patient: Der Patient will möglichst viel Leistung und der Leistungserbringer möglichst viel Einkommen. In einem mit *Pauschalen finanzierten Gesundheitssystem* (DRG) besteht das Risiko, durch Weglassen von Behandlungen einen höheren Gewinn zu generieren. Durch Mischformen dieser Systeme wird versucht, die genannten Auswirkungen zu mildern.

In der Schweiz bestehen markante regionale Unterschiede bei der Inanspruchnahme gewisser medizinischer Leistungen. Die Variation in der medizinischen Versorgung ist bei elektiven Eingriffen am grössten. Handelt es sich dabei um den Ausdruck unterschiedlicher Krankheitshäufigkeit? Oder machen sich hier nichtmedizinisch bzw. kulturell bedingte Besonderheiten bemerkbar? Studien weisen darauf hin, dass bei hoher Ärztedichte mehr überflüssige Untersuchungen und Therapien durchgeführt werden.



3. Lösungsansätze

Damit die Medizin zukunftsfähig bzw. nachhaltig wird, reicht der gute Wille Einzelner nicht aus; auch gesetzliche Vorgaben können die Nachhaltigkeit nicht erzwingen. Ebenso wird ein Dokument wie das vorliegende Positionspapier keinen plötzlichen Richtungswechsel auslösen können; hingegen will es auf die Problematik aufmerksam machen, die verschiedenen Akteure für die Thematik sensibilisieren, den politischen Diskurs stimulieren und an ausgewählten Beispielen zeigen, welche Massnahmen durch wen zu ergreifen sind. Die Medizin hat vier zentrale Grundwerte: nicht schaden, dem Kranken Gutes tun, Beachtung der Autonomie des Patienten und (Verteilungs-)Gerechtigkeit. Eine «nachhaltige Medizin» orientiert sich zusätzlich zu diesen ethischen Aspekten auch an den Grundsätzen von Evidenz und Ökonomie (economics). Dieses «Triple-E-Konzept» ist eine medizinische «Übersetzung» und Ergänzung der im KVG genannten WZW-Kriterien (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit). Insofern dieses Konzept mit der «Ethik» ein Korrektiv zur «Ökonomie» hat, ist es für Gesundheitsfachleute besser verständlich und akzeptierbar als die WZW-Kriterien.

Die Medizin kennt drei unterschiedliche Systemebenen, die bei der Formulierung von Lösungsansätzen zu beachten sind:

- Behandlungssystem (Mikroperspektive): Interaktion mit dem Patienten und dessen systemischer Einbettung;
- Organisationssystem (Mesoperspektive): hochkomplexe arbeitsteilige Expertenpraxis;
- Versorgungssystem aus gesamtgesellschaftlicher Perspektive (Makroperspektive): Herstellung förderlicher Entfaltungsbedingungen von Einzelakteuren und Organisationen.

Um das Ziel einer «nachhaltigen Medizin» zu erreichen, braucht es Massnahmen auf jeder dieser Ebenen. Auf der Mikro- und Mesoebene sind die Gesundheitsfachleute in ihrer Rolle als Berufspersonen gefordert, aktiv zu werden. Massnahmen auf der Makroebene erfordern nicht nur das Engagement von Politik, Verbänden und Wissenschaft usw., sondern auch dasjenige der Gesundheitsfachleute als Bürgerinnen und Bürger. Eine nachhaltige Medizin muss solidarisch von der Gesellschaft getragen werden.

Die Medizin ist ein hochkomplexes System. Es gibt daher keine vorgefertigten Lösungen, und wir werden experimentieren und damit Unsicherheit in Kauf nehmen müssen.

3.1. Die Forschung ist ein Schlüssel zur nachhaltigen Medizin

Es gehört zum medizinischen Berufsethos, wissenschaftliche Erkenntnisse zum Wohle des Patienten zu nutzen. Auch die «nachhaltige Medizin» ist auf Forschung angewiesen, namentlich auf Versorgungs- und Effizienzforschung. Es braucht insbesondere mehr und bessere Outcomedaten; entsprechend ist die Einrichtung von Registern zu fördern.

Die Versorgungsforschung muss in der Schweiz auf- und ausgebaut werden. Nur so können aussagekräftige Qualitätsindikatoren für die Praxis entwickelt und neue Versorgungsmodelle adäquat und mit jeweils denselben Parametern evaluiert werden. Der vergleichenden Wirksamkeitsforschung (Comparative Effectiveness Research) kommt dabei eine wachsende Bedeutung zu, indem Nutzen und Risiken alternativer Methoden zur Prävention, Diagnostik, Behandlung oder Steuerung und Verbesserung der Gesundheitsversorgung in der Praxis verglichen werden.

Massnahmen und Akteure

- Der Bund gibt ein Nationales Forschungsprogramm «Versorgungsforschung» in Auftrag, um mittel- und langfristig die Forschungskompetenz in diesem Bereich zu fördern.
- Der Nationalfonds unterstützt auch Forschungsprojekte im Bereich «Versorgungsforschung» und «Comparative Effectiveness Research». Im Hinblick darauf sollen Expertinnen und Experten aus diesen Bereichen in den Forschungsrat der Abt. III (Biologie und Medizin) berufen werden.
- Die Universitäten und Fachhochschulen machen Vorschläge, wie sie die Versorgungsforschung akademisch verankern wollen.

3.2. Die Auswahl medizinischer Interventionen hat mit Augenmass zu erfolgen

Die Haltung «möglichst alles zu machen, und zwar möglichst sofort» sollte ersetzt werden durch die Haltung «genug zu machen, aber nicht zuviel». Im englischen Sprachraum gibt es dafür den Begriff «wise choices». Damit solche «wise choices» überhaupt möglich sind, müssen drei Bedingungen erfüllt sein:

- Unabhängige Guidelines definieren eine «Baseline» für Qualität im weiten Sinn. Die therapeutische Freiheit ist weiterhin gewährleistet – allerdings mit der Einschränkung, dass ein Abweichen von einer Guideline begründet werden muss.
- Der Arzt und der Patient entscheiden gemeinsam im Sinne des «shared decision making»; dies bedeutet auch, allfällig vorhandene Probleme (Alter, Komorbidität) anzusprechen und Unsicherheit zu teilen.

- Interessenkonflikte sind konsequent offenzulegen, und der Umgang damit ist zu klären. Dies gilt nicht nur für die Erstellung von Guidelines, sondern auch für die Ausgestaltung von Anreizsystemen.

Massnahmen und Akteure

- Die Fachgesellschaften arbeiten für die Abklärung und Behandlung häufiger Krankheitsbilder Guidelines aus; falls angezeigt, werden entsprechende ausländische Guidelines übernommen. Die Guidelines halten sowohl fest, welche Intervention angezeigt ist, als auch, welche Intervention nicht indiziert (und evtl. gefährlich) ist.
- Alle Fachgesellschaften erstellen (nach dem Beispiel des Projektes «Choosing wisely» des American Board of Internal Medicine) eine Liste mit 10 Interventionen, die offensichtlich unnötig sind und daher nicht mehr durchgeführt werden sollten.
- Die SAMW veröffentlicht Richtlinien zum Umgang mit Interessenkonflikten bei der Ausarbeitung von Guidelines.

3.3. Ausgehend von den zukünftigen Patientenbedürfnissen ist sicherzustellen, dass genügend Gesundheitsfachleute ausgebildet werden, dass diese die notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten besitzen und dass sie am richtigen Ort zum Einsatz kommen

Die Zahl älterer Patienten mit chronischen Krankheiten wird in naher Zukunft massiv zunehmen. Damit werden sich auch die Anforderungen an die Gesundheitsversorgung markant ändern. Vor diesem Hintergrund wirken die Besitzstandskämpfe zwischen Ärztinnen und Ärzten, Pflegenden und weiteren Gesundheitsfachleuten anachronistisch. Im Zentrum sollte die Überlegung stehen, welche Funktionen notwendig sind, um eine qualitativ hochstehende Betreuung der Patienten zu gewährleisten.

Zahlreiche Aufgaben, die heute nur von klar definierten Gesundheitsfachleuten wahrgenommen werden dürfen, könnten auch durch anders qualifizierte Gesundheitsfachleute eigenverantwortlich ausgeführt werden (wie dies in vielen anderen Ländern bereits geschieht). Grundsätzlich ist in allen Bereichen und auf allen Ebenen der Medizin ein sinnvoller Grade-/Skill-Mix anzustreben, das heisst, dass jene Person eine Aufgabe übernimmt, die die dafür notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten besitzt; im Sinne des Subsidiaritätsprinzips sollte dies in der Regel die Person mit dem tiefstmöglichen Ausbildungsniveau sein, die eine kompetente Erfüllung der Aufgaben gestattet.

Massnahmen und Akteure

- Beim bestehenden Modell der Gesundheitsversorgung ist die Zahl der Ausbildungs- und Praktikumsplätze für Gesundheitsfachleute zu erhöhen; Bund und Kantone haben die entsprechende Finanzierung sicherzustellen.
- Die Medizinischen Fakultäten und die Fachhochschulen für Gesundheit arbeiten koordiniert zusammen bei der Aus-, Weiter- und Fortbildung der Gesundheitsfachleute (Ärztinnen, Pflegefachkräfte, Therapeuten).
- Die Spitäler sorgen mit attraktiven Arbeitsplatz- und Lohnstrukturen dafür, dass die Drop-out-Rate des Ärzte- und Pflegepersonals sinkt; zudem bieten sie Kurse für Wiedereinsteigerinnen an.
- Der Bund hat gesetzliche Bestimmungen und Tarife dahingehend zu überprüfen und so anzupassen, dass sie den Veränderungen von Kompetenzen und Verantwortlichkeiten nicht im Wege stehen.
- Neue Modelle der interdisziplinären Teamarbeit, bei der die einzelnen Berufe entsprechend ihren Kernkompetenzen eingesetzt werden können, sind zu fördern. Einerseits soll dazu der Bund die Initiative ergreifen und die Berufsverbände einbinden; andererseits können die verschiedenen Berufsgruppen vor Ort und aus eigener Initiative solche neuen Modelle erproben.

3.4. Medizinische Leistungen in Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation sind nur dann zu vergüten, wenn sie den Kriterien von Evidenz, Ethik und Ökonomie genügen

Health Technology Assessment (HTA) bzw. Gesundheitstechnik-Folgenabschätzung gilt heute als jenes Verfahren, das am besten geeignet ist, Nutzen und Kosten einer medizinischen Intervention miteinander in Verbindung zu setzen und dabei auch ethische, juristische und soziale Aspekte (Stichwort: Chancengleichheit beim Zugang zu medizinischen Leistungen) zu berücksichtigen. Sinnvoll wäre eine institutionalisierte Instanz, die Erwartungen und Nutzen kritisch prüft und in eine realistische Perspektive rückt; diese Instanz sollte unabhängig sein.

Eine solche Instanz hat u.a. folgende Aufgaben:

- Transparente Kriterien für die Kostenerstattung neuer und bestehender Methoden/Eingriffe/Medikamente usw. erstellen, insbesondere auch für die rasch zunehmenden «Devices».
- Minimalen Zusatznutzen (als Bilanz von Wirkung und Nebenwirkungen) definieren, der für Neuerungen gezeigt werden muss; dabei sind die Kosten in die Erwägungen einzubeziehen.

Damit die Entscheide einer solchen Instanz auf Akzeptanz stossen, ist bei allen Prozessen auf volle Transparenz zu achten.

Massnahmen und Akteure

- Der Bund schafft die gesetzlichen Voraussetzungen zur Einführung von HTA und stellt gleichzeitig die Finanzierung entsprechender Aktivitäten sicher.
- Das Swiss Medical Board soll als Kernelement seine Expertise und Kompetenz in die HTA-Aktivität einbringen; die Zahl seiner jährlichen Berichte (bisher 3) muss deutlich erhöht werden; eine erweiterte Trägerschaft soll die notwendige Finanzierung sicherstellen.

3.5. Es braucht neue Versorgungs-, Steuerungs- und Finanzierungsmodelle

Eine Arbeitsgruppe von Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) und Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat im April 2012 den Bericht «Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung» veröffentlicht. Darin wird der Frage nachgegangen, wie angesichts der Herausforderungen in der medizinischen Grundversorgung (z.B. Zunahme von chronischen Erkrankungen, absehbarer Mangel an Ärztinnen/Ärzten und Pflegefachpersonen) die künftige medizinische Grundversorgung aussehen könnte. Aufbauend auf dem heutigen Stand neuer Versorgungsmodelle in Theorie und Praxis werden Anforderungen an neue Versorgungsmodelle formuliert, Vorschläge für die Verbesserung der Rahmenbedingungen gemacht und die Rolle der Akteure für den weiteren Prozess definiert.

Den in diesem Bericht formulierten Schlussfolgerungen ist grundsätzlich zuzustimmen; dies gilt ebenso für die darin skizzierten Leitideen neuer Versorgungsmodelle.

Für die Entstehung neuer, nachhaltiger Versorgungsstrukturen ist zu prüfen, welche Rolle der Wettbewerb unter den Leistungserbringern dabei spielen kann. Er wird oft als bestes Mittel zur Effizienzsteigerung des Gesundheitswesens betrachtet. Es gibt aber viele Hinweise, dass er vor allem zu einem primär ökonomisch motivierten Wettbewerb zwischen den Akteuren führt, «weise» Indikationsstellungen verfälscht (vgl. 3.2), Kooperationen erschwert und die Solidarität gefährdet.

Die SAMW ist überzeugt, dass eine nachhaltige Medizin eine gut ausgebaute Grundversorgung bedingt; dafür braucht es neue Versorgungsmodelle. Diese sollen eine qualitativ hochstehende, am Patientennutzen orientierte und gleichzeitig wirtschaftliche und basisnahe Versorgung sicherstellen.

Der Prävention kommt in diesem Kontext eine nicht zu unterschätzende Bedeutung zu. Auch der 2011 veröffentlichte OECD-WHO-Gesundheitsbericht für die Schweiz empfiehlt, den Stellenwert der Prävention zu stärken; zudem seien die neuen Versorgungsmodelle bei der Integration von Prävention zu unterstützen. Namentlich die quartäre Prävention (d. h. der Schutz vor Übermedikalisierung) ist in neuen Versorgungsmodellen einfacher sicherzustellen, als wenn die Patienten von zahlreichen, voneinander unabhängigen Gesundheitsfachleuten gleichzeitig behandelt werden.

Neue Versorgungsmodelle bieten die Chance, durch gut definierte und organisierte «Netzwerke» und Patientenpfade die Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen zu verbessern und die Arbeits- und Kompetenzverteilung zu optimieren. Neben Verbesserungen beim Ressourceneinsatz kann dadurch die Attraktivität der Berufe gesteigert werden. In neuen Versorgungsmodellen müssen Arbeitsbedingungen herrschen, die zeitgemäss und attraktiv für die darin tätigen und für angehende Gesundheitsfachpersonen sind.

Richtig eingesetzt, unterstützt E-Health die Wirkung neuer Versorgungsmodelle. Ein E-Health-basiertes Patientendossier z. B. trägt dazu bei, Ärzteshopping und Vielfachuntersuchungen zu verhindern. Zudem kann es die Patientensicherheit erhöhen und bürokratische Leerläufe vermindern.

Massnahmen und Akteure

- Innovative neue Versorgungsmodelle sollen in ihrer Startphase durch die Kantone mit finanziellen Mitteln unterstützt werden (je nachdem in Zusammenarbeit mit anderen Partnern wie den Leistungserbringern und deren Verbänden, dem Bund und Gemeinden). Gleichzeitig schafft der Bund die gesetzlichen Voraussetzungen zur Stärkung der Grundversorgung.
- Es braucht Anreizsysteme, die effizient sowohl Unter- als auch Überversorgung verhindern. Dazu ist ein Finanzierungssystem erforderlich, das sich am Massstab von Qualität, Effizienz, Verteilungsgerechtigkeit und volkswirtschaftlichen Gesamtkosten orientiert und den neuen Kompetenz- und Aufgabenverteilungen gerecht wird.
- Das Parlament erlässt die gesetzlichen Grundlagen für einen einheitlichen Finanzierungsschlüssel für ambulante und stationäre Versorgung sowie Langzeitpflege, um so die heute bestehenden falschen Anreize zu eliminieren.
- Das Parlament schafft die gesetzlichen Voraussetzungen zur Steuerung des Gesundheitswesens über Qualität und Kosten; die bisherige kleinräumige (d. h. kantonale) Steuerung ist nicht zielführend.
- Ärzteschaft und Spitäler setzen E-Health um; Bund und Kantone unterstützen diesen Prozess mit einer Anstossfinanzierung.



Literatur

- Bohmer M., **The four habits of high-value health care organizations.** NEJM 2011; 365:2045–2047.
- Brody H., **Medicine's ethical responsibility for health care Reform – the Top Five list.** NEJM 2010;362:283–285.
- Brody H. **From an ethics of rationing to an ethics of waste avoidance.** NEJM 2012; 366:1949–51.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG), **Zur aktuellen Situation der ärztlichen Grundversorgung.** Bericht des Bundesrates. Bern 2011.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG), **Strategie gegen Ärztemangel und zur Förderung der Hausarztmedizin.** Bericht des Bundesrates. Bern, 2011.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG), **Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung.** Bericht einer Arbeitsgruppe, Bern 2012.
- Bundesgericht, **Urteil 9C_334/21010 vom 23. November 2010.**
- Burla L., **International Health Policy Survey 2010 des Commonwealth Fund.** Auswertungen der Schweizer Ergebnisse für das Bundesamt für Gesundheit (BAG). OBSAN, Neuchâtel 2011.
- Callahan D., **Sustainable Medicine.** Project Syndicate, January 2004 (www.project-syndicate.org/commentary/callahan1/English)
- Dever G.E.A., **An epidemiological model for health policy analysis.** Social Indicators Research 1976;2:453–466.
- Deutscher Ethikrat, **Nutzen und Kosten im Gesundheitswesen – Zur normativen Funktion ihrer Bewertung.** Berlin 2011.
- Fineberg H., **A successful and sustainable health system – how to get there from here.** NEJM 2012;366:1020–1027.
- Frosch D. et al., **Variation und Verteilungsgerechtigkeit: Patientenpräferenzen berücksichtigen.** Dtsch Arzteblatt 2010; 107(43): A 2100–4.
- Gigerenzer G. et al., **Helping doctors and patients make sense of health statistics.** Psychological Science in the Public Interest 2008;8:53–96.
- Grady D et al., **Less is more: how less health care can result in better health.** Arch Intern Med. 2010;170:749–750.
- Hastings Center, **The Goals of Medicine: Setting New Priorities.** Hastings Center Report 26, no. 6 (1996).
- Hughes B. et al., **Projections of global health outcomes from 2005 to 2060 using the International Futures integrated forecasting model.** Bull World Health Organ 2011;89:478–486.
- Hurst S. et al., **Physicians' views on resource availability and equity in four European health care systems.** BMC Health Services Research 2007;7:137.
- Iten R. et al., **Wertschöpfung und Beschäftigung im Gesundheitssektor Schweiz.** Infrac, Zürich 2006.
- IQWiG: **Allgemeine Methoden zur Bewertung von Verhältnissen zwischen Nutzen und Kosten.** Köln 2009.
- Jaccard Ruedin H. et al., **Ageing workforce in a ageing society. Wieviel Health Professionals braucht das Schweizer Gesundheitssystem bis 2030.** Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN, 26.8.2009
- Lee Th., **Putting the value framework to work.** NEJM 2010;363:2481–83.
- Moses H. et al., **Biomedical research and health advances.** NEJM 2011;364:567–571.
- Moynihan R., **A new deal on disease definition.** BMJ 2011;342:d2548.

- Moynihan R. et al., **Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy.** *BMJ* 2012; 344: e3502.
- Neumann P. et al., **Are key principles for improved health technology assessment supported and used by health technology assessment organizations?** *Int J Technol Assess Health Care* 2010; 26: 71–78.
- OECD-WHO: **Switzerland. OECD-Review of Health Systems.** OECD and WHO, OECD Publishing, Paris 2011.
- Olmsted Teisberg E., **Nutzenorientierter Wettbewerb im schweizerischen Gesundheitswesen: Möglichkeiten und Chancen.** *economisuisse*, Zürich 2008.
- Porter M., **What is value in health care?** *NEJM* 2010; 363: 2477–81.
- SAMW, **Ziele und Aufgaben der Medizin zu Beginn des 21. Jahrhunderts.** SAMW, Basel 2004.
- Schneiderman L. et al., **Medical Futility: Response to Critiques.** *Ann Intern Med.* 1996; 125, 669–674.
- Stergiopoulos K. et al., **Initial coronary stent implantation with medical therapy vs medical therapy for stable coronary artery disease: metaanalysis of randomized controlled trials.** *Arch Intern Med.* 2012; 172: 312–319.
- Smith A. et al., **Discussing overall prognosis with the very elderly.** *NEJM* 2011; 365: 2149–51.
- Smith Th. et al., **Bending the cost curve in cancer care.** *NEJM* 2011; 364: 2060–65.
- Starfield B. et al., **Contribution of primary care to health systems and health.** *Milbank Q* 2005; 83: 457–502.
- Täuber M., **Die Universität und ihre Medizin.** Rektoratsrede der Universität Bern, 2011.
- United Nations: Report of the World Commission on Environment and Development (Brundtland-Report): **Our Common Future.** New York 1987.
- Wegwarth O. et al., **«Zu Risiken und Nebenwirkungen... – Wie informiert sind Ärzte und Patienten?»** In: *Informiert und selbstbestimmt. Der mündige Bürger als mündiger Patient*, S. 123–138. Hrsg. von N. Kluse et al., Nomos-Verlag, Baden-Baden 2009.
- WHO, **Health equity through action on the social determinants of health.** WHO, Geneva 2008
- WHO, **Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel.** Geneva 2010.
- Young P. et al., **Value in Health Care: Accounting for Cost, Quality, Safety, Outcomes, and Innovation. Roundtable on Evidence-Based Medicine.** Institute of Medicine, Washington 2009.

Das Projekt «Nachhaltiges Gesundheitssystem» der Akademien der Wissenschaften Schweiz

Das Gesundheitswesen der Schweiz gibt Anlass zu Diskussionen und Sorgen. Uneinigkeit herrscht dabei bezüglich praktisch aller relevanten Aspekte: Planung, Ausgestaltung, Steuerung, Finanzierung, und vieles mehr. Konsens gibt es in einem Punkt: Reformen wären dringend notwendig. Allerdings scheint es unmöglich, für Reformvorschläge tragfähige Mehrheiten zu finden; praktisch sämtliche Reformversuche der letzten Jahre sind abgelehnt worden oder haben nicht die erwünschten Resultate gebracht.

Die Dringlichkeit von Reformen wird durch unübersehbare Zeichen der Krise unterstrichen: Die Sicherstellung des notwendigen Personals in den Gesundheitsberufen ist schwierig und wird mit Sicherheit noch schwieriger. Die Verteilung der Berufsabschlüsse entspricht nicht den Bedürfnissen, die Grundversorgung ist akut bedroht. Die Kosten steigen und belasten durchschnittliche Schweizer Bürger über die Massen. Gleichzeitig wachsen die Ansprüche an die Leistungen des Gesundheitswesens ständig.

Vor diesem Hintergrund haben die Akademien der Wissenschaften Schweiz 2011 das Projekt «Nachhaltiges Gesundheitssystem» lanciert. Mit diesem Projekt sollen breite Kreise der Bevölkerung und der Ärzteschaft für die Thematik sensibilisiert und gleichzeitig mögliche Lösungsansätze aufgezeigt werden. Die Leitung des Projektes obliegt einer Steuerungsgruppe, in der neben Vertreterinnen und Vertretern von SAMW, SAGW und TA-SWISS auch externe Expertinnen und Experten aus den Bereichen Medizin, Pflege und Ethik Einsitz haben.

Das Projekt besteht aus vier Teilprojekten, die teilweise ineinander übergreifen:

1. Die Studie «Methoden zur Bestimmung von Nutzen bzw. Wert medizinischer Leistungen und deren Anwendung in der Schweiz und ausgewählten europäischen Ländern». Die Studie beschreibt die Methoden zur Bewertung medizinischer Leistungen sowie deren Anwendung in verschiedenen Ländern mit Vor- und Nachteilen.
2. Das vorliegende Positionspapier der SAMW, das die Verantwortung der Gesundheitsfachleute für eine nachhaltige Medizin festhält und beschreibt, was dies für die tägliche Praxis bedeutet.

3. Ein Publifocus von TA-SWISS zum Thema «Nutzen und Kosten medizinischer Behandlungen». Mit diesem Projekt soll u. a. geklärt werden, was ausgewählte Bürgerinnen und Bürger aus den drei Sprachregionen von gesundheitsökonomischen Methoden zur Bewertung medizinischer Leistungen (darunter das QALY-Konzept) halten.
4. Eine zweite Studie «Effizienz, Nutzung und Finanzierung des Schweizer Gesundheitssystems». Diese Studie soll die zentrale Frage klären, ob und in welchem Ausmass die heutige Regulation des Gesundheitssystems zu Fehlallokationen in einzelnen Bereichen des Gesundheitssektors führt bzw. ob die vorhandenen Mittel über alle Sektoren des Gesundheitssystems gesehen effizienter eingesetzt werden könnten.

An einem Symposium Anfang Dezember 2012 in Bern werden die Resultate dieser Teilprojekte vorgestellt. Gleichzeitig veröffentlichen die Akademien der Wissenschaften Schweiz eine Roadmap, die darlegt, welche Massnahmen von welchen Akteuren mit welcher Dringlichkeit zu ergreifen sind.

Der Arbeitsgruppe, die dieses Positionspapier ausgearbeitet hat, gehörten folgende Persönlichkeiten an: Prof. Daniel Scheidegger, Basel (Leitung); Dr. Hermann Amstad, Basel; Prof. Samia Hurst, Genf; Angelika Lehmann, BNS, MAS, Basel; Dr. Jürg Nadig, Bülach; lic. oec. publ. Anna Sax, MHA, Zürich; Dr. Hansueli Schläpfer, Herisau; Prof. Felix Sennhauser, Zürich; Prof. Ulrich Sigwart, Genf; Prof. Martin Täuber, Bern; Prof. Jean-Daniel Tissot, Lausanne; Christine Widmer, MNS, St. Gallen; lic. iur. Barbara Züst, Winterthur.

Die Arbeitsgruppe hat sich in mehreren Sitzungen vertieft mit der Thematik auseinandergesetzt. Nach Sichtung der Literatur und eingehenden Diskussionen hat sie einen ersten Entwurf des Positionspapiers verfasst; diesen hat sie in einem Hearing von ausgewählten Expertinnen und Experten kommentieren lassen (Prof. Johannes Rüegg, St. Gallen; Charles Kleiber, Lausanne; Dr. Christoph Zenger, Bern; Prof. Arnaud Perrier, Genf; Prof. Cornelia Oertle, Bern; Dr. Fiona Fröhlich, Winterthur). Auf der Basis dieser Rückmeldungen entstand eine finalisierte Fassung, die vom SAMW-Vorstand an seiner Sitzung vom 3. September 2012 diskutiert und anschliessend verabschiedet wurde.

Weitere Exemplare dieser Broschüre (in deutscher oder französischer Sprache) können bei folgender Adresse bezogen werden:

Schweizerische Akademie der
Medizinischen Wissenschaften (SAMW)
Petersplatz 13, 4051 Basel
Tel. +41 (0)61 269 90 30, mail@samw.ch

Eine englische Version dieses Positionspapiers ist unter
www.samw.ch online abrufbar.

© Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, 2012

Gestaltung: Howald Fosco, Basel
Druck: Schwabe AG, Basel/Muttenz
Auflage: D 1500 Ex., F 800 Ex.