7. Cardiovascular Roundtable

CARTA 10

Unter der Schirmherrschaft der Stiftung für Herz- und Kreislaufforschung Zürich und CardioVasc Suisse Bern

Ruth Amstein, Jan Steffel, Thomas F. Lüscher

Stiftung für Herz- und Kreislaufforschung und Klinik für Kardiologie, HerzKreislaufZentrum, UniversitätsSpital Zürich

Hintergrund

Der bereits zur Tradition gewordene «Cardiovascular Roundtable» (CARTA) fand am 29. Oktober 2010 zum siebten Mal am UniversitätsSpital Zürich statt. Ziel dieser Veranstaltung ist es, den offenen Meinungsaustausch zwischen den Partnern im Gesundheitswesen zu fördern und die Entscheidungsträger aus der Pharma- und Medizinaltechnikindustrie, der Ärzteschaft sowie der Politik für ein gegenseitiges Verständnis zu sensibilisieren und zu einer konstruktiven Zusammenarbeit anzuregen. Dieses Jahr war der Fokus auf das Innovationspotential des Denkplatzes Schweiz sowie die Kosten-Nutzen-Diskussion im Gesundheitsmarkt gerichtet. Durch den Anlass führten *Daniel Wyler*, Prorektor für Medizin und Naturwissenschaften der Universität Zürich, und *Thomas F. Lüscher*, Direktor der Klinik für Kardiologie am UniversitätsSpital Zürich.

Lüscher eröffnete den Anlass mit einem kurzen Rückblick, der auf die Fortschritte in Hygiene und Medizin hinwies, die nicht nur die Lebenserwartung an sich, sondern auch die Lebenserwartung bei guter Gesundheit in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich verbessert haben. Hierzu haben die Schweiz und ihre Pioniere in der Medizin, Medizinaltechnik und Pharmaindustrie entscheidend beigetragen. Innovationen in der medizinischen Versorgung bringen einen erhöhten Nutzen, eine bessere Lebensqualität, aber zwangsläufig auch Kosten mit sich. Unglücklicherweise fokussiert die politische Diskussion in erster Linie auf die Kosten und nicht auf den Nutzen. Ziel sei es daher, so Lüscher, den erwiesenen Nutzen innovativer Forschung und erstklassiger Spitzenmedizin zu fördern, um den Denkplatz Schweiz zu stärken und somit einen Vorteil für alle Beteiligten zu erwirken.



Abbildung 1
Prorektor Daniel Wyler führt durch den Anlass.

Grünliberale Politik als Chance für den Werk- und Denkplatz Schweiz

Martin Bäumle sieht im Klimawandel und den damit verbundenen technischen Herausforderungen eine entscheidende Chance für die Aufrechterhaltung und den Ausbau des Werk- und Denkplatzes Schweiz. Die gegenwärtige Energiepolitik stütze sich in erster Linie auf fossile Brennstoffe und auf die Kernenergie, was nicht nur ökologisch bedenklich, sondern auch wirtschaftlich für die Schweiz defizitär sei. In der Tat wandern gegenwärtig jährlich 10 Milliarden Franken zum Einkauf von Öl und Gas ins Ausland, und dieser Betrag steige weiter. Im Gegensatz dazu würde ein Ausbau der erneuerbaren Energiequellen aus Wasser, Geothermie, Solar- und Windkraft zu einer zunehmenden Wertschöpfung im eigenen Land führen. Für diesen Ausbau rechnet Bäumle mit Entwicklungskosten und Investitionen von 17 Milliarden Franken bis zum Jahr 2035. Demgegenüber stünden Kosten von 15 Milliarden Franken für eine Weiterbetreibung und den Ausbau der Kernenergie im selben Zeitrahmen. Erstere ginge mit einer CO_2-Reduktion von 48% gegenüber 12% bei einem Ausbau der Kernenergie einher.

Wie kann sich nun der Werk- und Denkplatz Schweiz in diesem Szenario vorteilhaft positionieren? Ähnlich wie Lüscher sieht auch Bäumle die Stärken der Schweiz im hier vorhandenen Pioniergeist, dem Streben nach Innovation, der Verknüpfung von Forschung und Entwicklung zwischen Hochschulen und Privatwirtschaft sowie in der guten Zusammenarbeit weltweit führender Hochschulen untereinander. Doch auch Schwächen seien unübersehbar; so sei nicht selten die Umsetzung der Forschungsresultate im Markt suboptimal; darüber hinaus werde es zunehmend schwieriger, günstiges Risikokapital von Banken zu erhalten (was in Anbetracht der teilweise hochriskanten Geschäfte der Banken in anderen Sektoren nicht einer gewissen Ironie entbehre).



Abbildung 2
Der grünliberale Politiker Martin Bäumle sieht im Klimawandel auch Chancen für die Schweiz.

Als Beispiel eines neuen integrativen Lösungsansatzes erläutert Bäumle zum Abschluss seine Vision des Innovationsparks Dübendorf; hier sollen hochstehende Forschung auf dem Gebiet der erneuerbaren Energien durch Schaffung von optimalen Rahmenbedingungen

Korrespondenz:
Dr. Ruth Amstein
Stiftung für Herz- und Kreislaufforschung
UniversitätsSpital
Moussonstrasse 4
CH-8091 Zürich
ruth.amstein@usz.ch

rasch und praxisnah umgesetzt und die Cleantech-Industrie gefördert werden.

Wie lässt sich der Nutzen in der Medizin bestimmen?

Mit dieser Frage beschäftigte sich im Anschluss *Andreas Faller*. Der Nutzen, so Faller, sei neben den Kosten der grundlegende Faktor jedes wirtschaftlichen Kalküls und beschreibe «die Fähigkeit von Gütern oder Dienstleistungen, Bedürfnisse zu befriedigen». Hierbei stelle sich im Kontext der Medizin die Frage, ob anstelle einer «Bedürfnisbefriedigung» nicht eher eine «bedarfsgerechte Versorgung» stehen sollte. Bei jeder Überprüfung von Heilmitteln wendet das BAG die «WZW»-Kriterien (Wirksamkeit – Zweckmässigkeit – Wirtschaftlichkeit) an, welche im Krankenversicherungsgesetz festgehalten sind. Faller stellte fest, dass sich bei Neuzulassungen ein Trend zur Abnahme der Innovationskraft abzeichne; anstatt wichtiger, innovativer Produkte («need to have») würden zunehmend Nachahmerprodukte («me too») sowie nicht zwingend notwendige Präparate («nice to have») zur Überprüfung eingereicht.



Abbildung 3
Andreas Faller vom BGA wünscht sich mehr «need to have»-Innovationen.

Im Rahmen der WZW-Prüfungen werden die «Health Technology Assessments» (HTA) hervorgehoben. Diese bezeichnen einen Prozess der systematischen Bewertung medizinischer Technologien, Prozeduren und Hilfsmittel, aber auch von Organisationsstrukturen, in denen medizinische Leistungen erbracht werden. HTA dienen primär als Entscheidungshilfen bei gesundheitspolitischen Fragestellungen.

Im Unterschied zu echten Konsumgütern müsse der «Nutzen» in der Medizin somit in erster Linie in einer bedarfsgerechten, verhältnismässigen, wirksamen und qualitativ hochstehenden Behandlung gesehen werden, welche die Patientensicherheit gewährleiste und die Gesundheit fördere. Ein Minimum an staatlicher Regulierung («regulierter Wettbewerb») sei dafür notwendig. Rationalisierung sei, in Anbetracht limitierter Ressourcen, sicher indiziert; eine Rationierung werde jedoch abgelehnt. Die Leistungen müssten sich am Bedarf, also einer objektiven bzw. objektivierbaren Grösse, und nicht an den subjektiven, von den einzelnen Bürgern empfundenen «Bedürfnissen», orientieren.

Wie lässt sich das Gesundheitssystem optimieren? Das Konzept des regulierten Wettbewerbs

Anhand der Zürcher Strategie präsentierte *Thomas Heiniger*, Gesundheitsdirektor des Kantons Zürich, Möglichkeiten zur Optimierung des Gesundheitssystems. Das Schweizer Gesundheitssystem sei insgesamt kompliziert, in der Bundesverfassung nur fragmentarisch reguliert und durch kleinräumige Versorgung, das Vorhandensein zahlreicher Finanzierer und teilweise unklare Kompetenzen gekennzeichnet. In der Schweiz fehle eine nationale Gesundheitsstrategie. Wir täten uns schwer, in der Gesundheitsversorgung die Kantonsgrenzen zu lockern.

Das Konzept des «regulierten Wettbewerbs» soll innerhalb eines klar definierten Rahmens so viel Wettbewerb wie möglich zulassen; Aufgabe der Politik sei es, dort zu steuern, wo Kosten gesenkt oder medizinische Qualität gesteigert werden könne. Die Spitalplanung 2012 sei ein Ansatz zur «Entwirrung» des aktuellen Systems, insbesondere hinsichtlich der Rollen- und Kompetenzverteilung. Mehrere Ziele würden dabei verfolgt: eine bedarfsgerechte Spitalversorgung, Kostendämpfung bei gleichzeitiger Steigerung der Qualität sowie die Etablierung gleicher «Spielregeln» für alle Listenspitäler. Schliesslich sei die ausreichende und optimale Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten, was auch eine zeitgerecht zugängliche Notfallversorgung einschliesse. Darüber hinaus sei sowohl eine Bündelung seltener, komplexer Leistungen als auch von Leistungen an Institutionen mit einem Lehr- und Forschungsauftrag notwendig. Private Leistungserbringer könnten angemessen mit einbezogen werden.

Konkret werden zahlreiche Anforderungen an die Leistungserbringer gestellt, insbesondere sei die Aufnahmebereitschaft aller Patienten nach KVG zu gewährleisten, unabhängig von einer voraussichtlichen Kostendeckung. Die genannte Qualitätsmessung hingegen sei nicht ganz trivial. Nach Möglichkeit soll auf etablierte Mess- und Erhebungsmethoden zurückgegriffen werden; ein «Critical Incident Reporting System» (CIRS) müsse implementiert sein.

Heiniger sieht der Reform optimistisch entgegen und hofft, dass die Methodik der Zürcher Spitalplanung schweizweit zum Standard werden könnte. Wichtig dabei seien klare Kompetenzen für die Akteure sowie die Nutzung des Potenzials von Managed Care und integrierter Versorgung.



Abbildung 4
Regierungsrat Thomas Heiniger vertritt das Konzept des regulierten Wettbewerbs im Gesundheitsmarkt.

Innovation in der Industrie und Medizin: Gemeinsamkeiten und Unterschiede

Die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Innovationsbestrebungen in der Industrie und Medizin wurden in der Folge von Anton Gunzinger diskutiert. Innovation beschreibe, so Gunzinger, eine neue Technik, Technologie, Me-



Abbildung 5
Anton Gunzinger von der ETH verbindet Innovation mit Lustgewinn.

thode oder Organisation, die gegenüber dem aktuellen Stand einen gemeinschaftlichen Mehrwert generiert. Um diesen Punkt zu erreichen, müsse jedoch die persönliche wie gesellschaftliche «Komfortzone» verlassen werden; daher stelle sich die Frage, was den Menschen eigentlich dazu bewege, Innovation zu betreiben. Gunzinger nannte hierfür vier Hauptgründe: die kindliche Neugier, Not («Not macht erfinderisch»), Lust (Innovation als Grundbedürfnis des Menschen, wie Atmen, Essen, Sex) und Liebe («Liebe versetzt Berge»). Um zu verstehen, woran Projekte scheitern, führte Gunzinger die verschiedenen Phasen der Innovation an. Die erste Phase, die eigentliche «Innovationsphase», sei chaotisch, nicht linear, erfordere Zeit und Geld und brauche gute Leute. Die zweite Phase hingegen, die «Umsetzungsphase», sei planbar, linear und brauche vor allen Dingen professionelle Umsetzer, die das Handwerk verstehen. Der Übergang von Phase 1 in Phase 2 sei hierbei entscheidend; nicht selten finde Innovation als Tanz zwischen Chaos und Organisation statt. 61% der Misserfolgsfaktoren seien in der Innovationsphase zu finden (unvollständige Anforderungen, unrealistische Erwartungen usw.), während 25% in der Umsetzungsphase entstünden (mangelhafte Planung, Ressourcenmangel usw.). Beim Vergleich von Innovationen in der Industrie und Medizin sei es daher nicht wichtig, über die eigentlichen Technologien zu sprechen, sondern systemübergreifende, «wirkliche» Erfolgsfaktoren zu begutachten. Diese beinhalten den Markt, die Mitarbeitenden und die Führung.

Grundsätzliche Voraussetzung für einen fairen Markt sei sowohl eine Macht- als auch eine Wissenssymmetrie. Während im Investitionsgütersektor das Bild des freien Marktes meistens stimme, sei dies zum Beispiel bei öffentlichen Beschaffungen sowie im Konsumgütersektor oft nicht der Fall. Im Gesundheitsmarkt müsse zwischen verschiedenen Sparten unterschieden werden: Während im Schönheitsmarkt der freie Markt grösstenteils spiele, treffe dies für den «Krankheitsmarkt» nicht zu (starke Regulierung, Finanzierung durch Versicherung, «Kunde» will nur das Beste, und zwar sofort, Preis spielt keine Rolle, deutliche Wissens- und Machtasymmetrie).

Eine weitere Problematik sei die gegenwärtige Ausbildung von Mitarbeitern, sowohl im Studium als auch in der Praxis, welche häufig an der Realität vorbeiginge. Studienreformen wie Bologna hätten dazu geführt, dass das System zunehmend auf diejenigen ausgelegt werde, welche es prinzipiell missbrauchen wollen, anstatt auf die Besten. Gute Mitarbeiter zeichnen sich durch Qualitäten wie Intelligenz und Wissen, Integrität, Kreativität und soziale Kompetenz aus, was im Bologna-System nicht adäquat gefördert werde. Bezüglich der Führungskultur in Unternehmen setzt Gunzinger auf mehr Mitarbeiterverantwortung und weniger Controlling als Erfolgsfaktoren.

Qualitätsmessung in der Medizin: Wie ist sie möglich?

Qualitätsmessung in der Medizin ist kein einfaches Unterfangen, wie *Johann Steurer*, *Osmund Bertel* und *Markus Trutmann* in einer Break-out-Session diskutierten. Hauptproblem der Qualitätsmessung im Gesundheitswesen seien die Vielzahl an individuellen Faktoren, die Inhomogenität der Patienten, Selektionsbias und häufig fehlende Benchmarks. Hierdurch würden nicht nur die Endpunkte der Qualitätsmessung mit einer grossen Streubreite beeinflusst, sondern auch die Wahl eines passenden Endpunktes selbst erschwert bis verunmöglicht. Selbst harte Endpunkte wie die Mortalität seien aus oben genannten Gründen als singuläre Qualitätsparameter ungeeignet; sie seien zwar relativ einfach zu erfassen, jedoch schwer zu interpretieren, und im Einzelfall unmöglich zu vergleichen, beispielsweise zwischen verschiedenen Spitälern.

Besser als zum Vergleich einzelner Spitäler untereinander seien verschiedene Outcome- und Prozessmarker zur internen Qualitätskontrolle geeignet; so könnte z.B. ein Anstieg der Wundinfekte eine interne Überprüfung der Hygiene- und Sterilitätsmassnahmen



Abbildung 6
Markus Trutmann bringt Vorschläge zur Qualitätsverbesserung.



Abbildung 7
Gerhard Rogler äussert sich kritisch zur Leistungsplanung in Spitälern.

nach sich ziehen. Sobald jedoch auf populistischer Basis undifferenziert Zahlen verschiedener Spitäler miteinander verglichen würden, was womöglich in ein «Ranking» von Abteilungen und ganzen Kliniken mündet, würden solche Parameter zweckentfremdet und der Sinn und Zweck einer «Qualitätskontrolle» ad absurdum geführt.

Leistungsplanung effizienter gestalten?

Dieter Conen, *Hansjörg Lehmann* und *Gerhard Rogler* diskutierten in einer weiteren Break-out-Session über Möglichkeiten einer effizienteren Leistungsplanung. Ziel sei es, eine hohe Versorgungsqualität mit einem Zugang für jedermann bereitzustellen. Die Leistungsplanung müsse sich dabei am Bedarf, den demographischen Gegebenheiten sowie den Kosten und dem Nutzen orientieren. Sie wird ab 2012 durch die «Diagnosis Related Groups» (DRG) erfolgen. Insgesamt werden 125 Leistungsgruppen zur Auswahl stehen, jedes Spital muss jedoch ein Basispaket anbieten. Dabei besteht die Gefahr, dass rentable Leistungen vermehrt angeboten, während komplexe, unrentable Fälle abgewiesen werden. Kritikpunkte dieses Systems sind folgende: Der zeitliche Rahmen zur Implementierung ist zu eng gesteckt; eine zu rigide Festlegung von Standards steht im Widerspruch zur individualisierten Medizin; die Leistungsplanung könnte wegen zu viel Planwirtschaft am Bedarf vorbeigehen.

Eine Problematik in der Spitalplanung ist das Mengenwachstum, denn Überkapazitäten führen automatisch zu einer Mengenausweitung. Mit der Urbanisierung der Gesellschaft entstehen niederschwellige Notfallangebote mit Verfügbarkeit rund um die Uhr (Ambu-

latorien an Bahnhöfen usw.). Solche Institutionen und ihre Leistungen bedeuten mehr Kosten. Diese Problematik spiegle sich in dem bereits zuvor diskutierten Widerspruch zwischen «subjektiven» Bedürfnissen und «objektivem» Bedarf wider.

Managed Care: Was lässt sich damit erreichen?

In der dritten Break-out-Session wurden Vor- und Nachteile der Managed-Care-Modelle durch *Pius Gyger* und *Urs Stoffel* diskutiert. Unter «Managed Care» (MC) werde, laut Diskussionsleiter *Thomas Rosemann*, die «Bereitstellung von Leistung im Rahmen einer integrierten Versorgung für einen fixen Betrag» verstanden. Druck zur Implementierung des MC-Systems sei primär von den MC-Organisationen gekommen, welche die Politik davon überzeugen konnten. Als Begründung sei angeführt worden, dass 20% der Kranken 80% der Kosten verursachten; diese Patienten müssten daher in eine Organisation eingeschlossen werden, welche eine optimale integrative Versorgung gewährleiste, ohne dass es zu Redundanzen und Ressourcen-Verschwendungen komme.

Politisch ist mit der Einführung von MC die Hoffnung für eine bessere Qualität zu geringeren Kosten verbunden. Hierzu ist jedoch die Datenlage international widersprüchlich. In den USA, wo mehr als 50% der Bevölkerung in MC-Modellen versichert sind (und ca. 20% gar keine Versicherung besitzen), findet sich das bei weitem teuerste Gesundheitssystem der Welt, so dass begründete Zweifel an einer signifikanten Kostensenkung durch MC-Modelle bestehen. In Deutschland wird trotz Einführung der DRG ein linearer Kostenanstieg im stationären Sektor beobachtet – ein analoger Effekt ist durch die zwangsweise Implementierung der MC-Systeme im ambulanten Sektor durchaus denkbar. Ein entscheidendes Problem bestehe darin, dass nur gesunde Patienten ein MC-System wählen würden, die sich damit einen Spareffekt durch niedrigere Prämien erhofften. Zusammenfassend wurden die Vorteile eines verbreiteten Managed-Care-Systems in der Schweiz in Frage gestellt.



Abbildung 8
Thomas Rosemann stellt ein verbreitetes Managed-Care-System in Frage.



Abbildung 9
Ein aufmerksames Publikum verfolgt die Diskussionen am CARTA 10.

Die Referenten und Moderatoren von CARTA 10

Martin Bäumle, Nationalrat GLP, Dübendorf
Prof. Dr. Osmund Bertel, HerzGefässZentrum Hirslanden, Klinik im Park AG, Zürich
Prof. Dr. Dieter Conen, Spitalrat UniversitätsSpital Zürich
Andreas Faller, Vizedirektor Bundesamt für Gesundheit BAG, Bern
Prof. Dr. Anton Gunzinger, Institut für Elektrotechnik, ETH Zürich
Pius Gyger, Leiter Gesundheitsökonomie, Helsana Versicherungen AG, Zürich
Dr. Thomas Heiniger, Regierungsrat, Vorsteher Gesundheitsdirektion Kanton Zürich
Dr. Hansjörg Lehmann, Leiter Spitalplanung, Gesundheitsdirektion Kanton Zürich
Prof. Dr. Thomas F. Lüscher, Klinikdirektor Klinik für Kardiologie, UniversitätsSpital Zürich
Prof. Dr. Gerhard Rogler, Leitender Arzt Gastroenterologie, UniversitätsSpital Zürich
Prof. Dr. Thomas J. Rosemann, Institutsdirektor Hausarztmedizin, UniversitätsSpital Zürich
Prof. Dr. Johann Steurer, Leiter Hortenzentrum, UniversitätsSpital Zürich
Dr. med. Urs Stoffel, Präsident Ärztegesellschaft des Kantons Zürich
Dr. med. Markus Trutmann, Generalsekretär FMCH (Verband chirurgisch und invasiv tätiger Ärztinnen und Ärzte Schweiz), Biel
Prof. Dr. Daniel Wyler, Prorektor Medizin und Naturwissenschaften, Universität Zürich