

# Qualität im Gesundheitswesen – eine nachhaltige Investition

Messen und Verbessern zum Wohle der Patienten





## Inhalt

Editorial: <b>Messen, vergleichen, verbessern</b>	2
<b>Register – zwingende Basis für Verbesserungen:</b> Wie soll die Schweiz agieren?	4
<b>Diabetes:</b> Ein Praxisfeld zum besseren Management chronischer Krankheiten	10
<b>HIV:</b> Die medizinische Erfolgsgeschichte und die heutigen Notwendigkeiten	15
<b>Thesen zu Innovation und Qualität:</b> Ein Blick in die Zukunft	19
<b>Folgerungen – Forderungen:</b> Stoos III	23

## Messen, vergleichen, verbessern

Die Qualität im Gesundheitswesen ist das vordringlichste Anliegen der Allianz q\*. Dazu gehört einerseits die Innovation in allen Bereichen – Neues schaffen, welches Fortschritt im Interesse der Patienten und Patientinnen bringt. Andererseits geht es nicht minder darum, das gesicherte Wissen zu optimieren und das Beste des Bekannten zum Standard zu erheben. In diesem Sinn waren die HIV-Kohortenstudie und das schwedische Hüftregister am dritten Workshop der Allianz q auf dem Stoos bester Anschauungsunterricht. So unterschiedlich diese beiden Sparten der Medizin sind, so ähnlich haben sie auf ihre Weise zur Qualitätssicherung und -entwicklung beigetragen. In beiden Fällen gab es einfache Zielsetzungen: Überleben und möglichst wenig Neuinfektionen bei HIV. Möglichst wenig Nachoperationen und möglichst viele beschwerdefreie Jahre mit dem neuen Gelenk bei den Hüftoperationen.

Die Qualitätsziele sind in beiden Fällen einfach definiert. Um sie zu erreichen, muss zunächst die Qualität gemessen werden – konsequent, nach einheitlichen und praktischen Kriterien. Damit ist schon viel erreicht. «What you measure will improve», hatte uns die US-amerikanische Gesundheitsökonomin Elisabeth Teisberg bei unserem ersten Workshop auf dem Stoos gesagt. Nun erfahren wir immer wieder, wie unergiebige Streben nach Perfektion und falsches Konkurrenzdenken solches Bemühen behindern. Auch in diesem Punkt war die Empfehlung von Elisabeth Teisberg klar: «Start with what you have.»

Wichtig ist es also, mit dem Messen von Qualität anzufangen und nicht zu viel Zeit mit der Suche nach umständlichen Modellen zu verlieren, die letztlich niemand bezahlen kann oder will. Ist ein sinnvoller Anfang gemacht, kann das Konzept immer noch weiterentwickelt werden. Vor allem muss das Gemessene transparent und zugänglich gemacht werden, damit es verglichen werden kann. So lässt sich eruieren, was mehr und was weniger taugt.

Gelangen wir an diesen Punkt, wird das Optimum offensichtlich. Und häufig zahlt sich dies nicht nur für die Patientinnen und Patienten aus, sondern es resultieren auch ökonomische Vorteile: Die HIV-Kohortenstudie ist ein wichtiger Beitrag zur heutigen Behandlung von Aids; die Infizierten gehen Tag für Tag zur Arbeit, statt dass sie wie früher hohe Spalkkosten verursachen, früh versterben und damit auch signifikante Wertschöpfungsverluste für die Volkswirtschaft produzieren. Schweden konnte dank den Erkenntnissen aus dem Hüftregister Hunderte von Millionen Franken an Gesundheitskosten sparen.

Messen, vergleichen, verbessern und Transparenz schaffen: Wir sollten es uns leisten, darauf zu setzen – im Interesse von Qualität und Kosteneffizienz.

Dr. Willy Oggier  
Gesundheitsökonom

*\* Die Allianz q ist ein Zusammenschluss von Akteuren aus dem Gesundheitswesen: Schweizerische Diabetesgesellschaft (SDG/ASD), Schweizer Patientenorganisation OsteoSwiss, Konferenz Kantonalen Ärztesellschaften (KKA), Ärzte mit Patientenapotheke (ApA), H+ Die Spitäler der Schweiz, Interpharma, Merck Sharp & Dohme-Chibret (MSD), Zurich Heart House und Privatpersonen. Die Allianz q stellt den Patienten ins Zentrum und thematisiert Qualität – vor allem die Qualität der Versorgung – in allen Facetten. Die Allianz q legt Probleme dar, fragt nach Daten und zeigt auf, was epidemiologische und volkswirtschaftliche Bedeutung hat: Brustkrebs, Depressionen, Diabetes, Osteoporose, COPD, Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Die Allianz q fordert richtige Anreize, sucht Vorbilder und involviert Experten, welche Lösungen definieren. Die Allianz q existiert seit Januar 2010.*

# Register – zwingende Basis für Verbesserungen: Wie soll die Schweiz agieren?

Register ermöglichen Patienten wie Spitälern, Pflegepersonal und Ärzten einen Einblick in die Güte und Qualität von Behandlungen. Sie geben Aufschluss über die Qualität von Medizinprodukten, den Verlauf von Operationen und deren Häufigkeit, sie dokumentieren Genesungsprozess, Komplikationen und Mortalitätsraten – und erlauben damit gezielte Rückschlüsse für Verbesserungsmöglichkeiten. Obschon ihr Nutzen ausgewiesen ist, sind Register in der Schweiz ein besonders heikles Thema.

Die Koordination und die Reglementierung bleiben schwierig. Seit Jahrzehnten bemühen sich Akteure aus der Gesundheitswirtschaft und insbesondere die ärztlichen Fachgesellschaften zwar darum, doch die Zusammenarbeit wird durch die ungenügende Bereitschaft, Daten zu erheben und zur Verfügung zu stellen, erschwert. Über all die Jahre kann man in der Schweiz noch in keinem Behandlungs- und Krankheitsfeld wirklich zufriedenstellende gesamtschweizerische Ergebnisse ausweisen. In der Schweiz steckt die Registerbildung noch in den Kinderschuhen.

## **In den Anfängen stecken geblieben**

Der Vergleich mit Schweden oder Dänemark zeigt, dass die Schweiz bislang erstaunlich wenig erreicht hat. Verglichen mit unserer international anerkannten Tradition medizinischer Leistungen sind unsere Versuche, diese zu messen, zu analysieren, zu bewerten und schliesslich öffentlich zugänglich zu machen, erschütternd unvollständig. Vom Endziel, verschiedene Register miteinander abgleichen zu können, um von den bereits erhobenen Daten für die weitere Behandlung des Patienten profitieren zu können, sind wir weit entfernt.



## **Fünf Erfolgsfaktoren**

Welche technischen und finanziellen Voraussetzungen müssen gegeben sein, welche Daten braucht es, wer bewirtschaftet ein Register und werden Ergebnisse veröffentlicht? Kurz, welches sind schliesslich die Erfolgsfaktoren, damit ein Register nachhaltig wirkt?

### **1. Identifikationsnummer**

Eine zentrale und für Register absolut grundlegende Voraussetzung ist die Patientenidentifikationsnummer (Patienten-ID-Nummer, kurz ID; möglicherweise die dreizehnstellige AHV-Nummer). Nur eine vorhandene und nutzbare ID kann garantieren, dass einst registrierte Daten über Jahre eindeutig nachverfolgbar und jederzeit eindeutig identifizierbar sind. Gerade die Verfügbarkeit einer solchen ID sorgte in Registern nordischer Länder für den Erfolg. Die Verwendung einer entsprechenden ID-Nummer ist in der Schweiz nach wie vor – unter anderem wegen datenschutzrechtlicher Auflagen – noch nicht geklärt und umstritten. Hier muss die Politik möglichst rasch Rahmenbedingungen für das Gesundheitswesen definieren, die solche Qualitätsmassnahmen ermöglichen und Aufschluss über Mittel, Leistungen, Behandlungen und deren mögliche Verbesserung geben.

Im stationären Bereich ist das Problem kleiner, da Datenerhebung, Messung und Auswertung teilweise bereits erfolgen. Der Aufbau innerhalb der stationären Behandlung ist von weniger Schnittstellen abhängig und deshalb einfacher zu bewerkstelligen. Im ambulanten Bereich hingegen ist die Ausgangslage höchst unbefriedigend. Die Diskussion um das elektronische Patientendossier beginnt in der Schweiz erst, E-Health-Lösungen stehen wegen Datenschutzfragen unter Druck und werden nicht konstruktiv, sondern von Politik und Medien höchst kritisch begleitet. Hausärzte scheitern bereits am Versuch, ein kompatibles elektronisches Patientendossier zu führen, weil die entsprechende Infrastruktur oft mangelhaft ist und insbesondere die vorhandenen IT-Lösungen oft weder kompatibel noch vernetzbar sind. Es fehlen sichere IT-Schnittstellen, welche die spezifischen Datenschutzauflagen erfüllen.

### **2. Registerinhalte: fokussieren statt ausweiten**

Schlüsselement zum Erfolg ist der Entscheid über die Inhalte eines Registers, wie das Beispiel von SIRIS (Schweizerisches Implantat-Register) zeigt. Was genau registriert und dokumentiert werden soll, ist erstens frühzeitig und zweitens möglichst selektiv, auf eine begrenzte Anzahl Indikatoren festzulegen. Registerlösungen – gerade in der Schweiz mit ihren schwerfälligen Entscheidungsprozessen –, die alles dokumentieren sollen, scheitern unweigerlich.



Wichtig ist deshalb ein grundlegender Entscheid darüber, welchen Anspruch das Register zu erfüllen hat. Erstaunlicherweise und auch irrtümlicherweise versuchen die Architekten aus dem Gesundheitswesen mitunter, Register mit grossem wissenschaftlichem Anspruch aufzubauen. Dieser Ansatz verunmöglicht dann oft die zentrale Absicht, das Register als Qualitätswerkzeug nutzen zu können. Qualitätsfördernd sind Register, die möglichst an den Patientinnen und Patienten ausgerichtet sind. Gute Register können z.B. Bedingungen für eine Schmerzreduktion aufzeigen, Anleitung geben, wie der Krankheitsverlauf messbar günstig gestaltet und verkürzt wird, oder generell die Lebensqualität des Patienten messbar steigern. Erfahrungen anderer Länder zeigen, dass gerade diejenigen Register erfolgreich sind, bei welchen frühzeitig eine eher eng fokussierte Zielsetzung festgelegt wird. Durch die Einführung von Registern konnte beispielsweise die Anzahl der verschiedenen Hüftimplantate von anfänglich 180 Implantaten auf 15 reduziert werden.

### **3. Es braucht jemanden, der vordenkt und leitet**

Register sind erfolgreich, wenn Leadership sie sichtbar und unumgänglich macht. Jedes Register braucht eine Persönlichkeit, welche für Identifikation und permanente Repräsentation sorgt und die klar und gut verständliche Ziele anstrebt. Beständige und kontinuierliche Zuständigkeit erhöht die Erfolgsaussichten und unterstützt die angestrebte Nachhaltigkeit.

### **4. Finanzierung**

Essenziell ist, dass die Finanzierung einer Registereinrichtung gegen mögliche Konflikte innerhalb der Trägerschaft so organisiert ist, dass daraus resultierende Beeinträchtigungen und Misserfolge ausgeschlossen sind. Eine solche Lösung bietet z.B. eine unabhängige, dritte und als Finanzierungskraft agierende Organisation.

Es ist mit durchschnittlichen Kosten von 35 Schweizer Franken pro zu erfassenden Datensatz für das Register zu rechnen. Schwieriger ist das Finanzierungskonzept an sich: Eine rasche Initiallösung ist nicht zwingend eine nachhaltige. Es ist deshalb sinnvoll, wenn der Regulator Rahmenbedingungen schafft, welche die Finanzierung mindestens in einer drei- bis fünfjährigen Vorfinanzierungsphase sichern. Insbesondere eine Finanzierung über staatliche Forschungsgelder sollte mit Blick auf positive Erfahrungen im Ausland mindestens ernsthaft in Erwägung gezogen werden.

## 5. Qualität und Transparenz: unabdingbar

Die Art und Weise der Datenerfassung entscheidet als letzter Faktor über die Effektivität der Register. Schwer identifizierbare oder zu komplizierte Daten respektive unvollständige Daten verunmöglichen die Arbeit. Es ist sinnvoll, auf die klare Rollenteilung zu achten: Die Ärztesfachgesellschaft sichert die Entwicklung, die Analysen und die Interpretationen. Bei der Erfassung der Daten sollte nicht der behandelnde Arzt, sondern eine Fachkraft/ Assistenz tätig werden.

Weniger ist bei Registern oft mehr. Die Maxime soll nie die Datenmenge, sondern deren Qualität und Vergleichbarkeit sein. Für Ärzte, Fachpersonal, Leistungserbringer und schliesslich Patienten müssen unmittelbar nützliche Schlüsselinformationen zugänglich sein. Register sollen zum Entscheid befähigen, aber nicht überfordern. Die Frage «Was wird in welchem Mass publiziert?» erfordert deshalb ebenfalls eine grundsätzliche Entscheidung. Transparenz kann den Willen zur Verbesserung und das Streben nach einem guten Ergebnis fördern, wenn die Veröffentlichung gut überlegt und gut konzipiert ist.



### ***Gute Datenlage bringt Verbesserungen für den Patienten: das schwedische «Hip Arthroplasty Register»***

*Die Schweiz kann von Schweden viel lernen. Das schwedische Implantateregister für Hüftgelenke zeigt beispielhaft, wie wichtig kohärente und vollständige Daten, nationale Koordination, solide Finanzierung, klare Leadership sowie schliesslich Transparenz bei der Einrichtung und beim Betrieb eines Registers sind. Nur so bringt das Register einen nachhaltigen Nutzen für die Patienten, aber selbstverständlich auch für Chirurgen, Spitäler sowie weitere Leistungsträger. In Schweden haben Schlüsselfaktoren zum Erfolg geführt, welche auch die Schweiz teilweise aufweist: eine überschaubare Einwohnerzahl (9,5 Millionen), ein gutes Gesundheitssystem, eine lange Tradition nationaler Registerbetriebe, Konsens unter den einzelnen Berufsgruppen und schliesslich – zentral – eine Patienten-ID-Nummer, welche das Datensammeln und den Abgleich verschiedener Register überhaupt ermöglicht. Neben diesen Faktoren ist im schwedischen Beispiel die Organisation ein zentraler Punkt. Die Fachgesellschaften sind zuständig für Aufbau, Input und Betrieb. Sie wählen unter sich eine Identifikationsfigur, die dem Register nach aussen ein Gesicht gibt. Dank den transparent gemachten Ergebnissen über Operationen, Güte und schliesslich Lebensdauer der Hüftgelenke ist es in Schweden gelungen, in sieben Jahren Kosten von 1 Milliarde schwedischer Kronen zu sparen. Dazu beigetragen haben rückläufige*

*Mortalitätsraten, der gezielte Einsatz von Finanzen und Behandlungen und die Ausmerzungen von ungenügenden Leistungen. Schweden kann somit belegen: Gut aufbereitete und zugängliche Ergebnisse sind ein Treiber für Verbesserungen im Gesundheitswesen. Transparenz über Resultat und Qualität trägt wiederum dazu bei, systematisch zu korrigieren, zu messen, zu vergleichen und Ungenügendes auszuscheiden – seien es Medizinprodukte oder Behandlungen.*

# Diabetes:

## Ein Praxisfeld zum besseren Manage- ment chronischer Krankheiten

Das Wissen über Diabetes ist weitverbreitet, das Wissen darüber hingegen, wer effektiv an Diabetes erkrankt ist, kann und muss noch stark ausgebaut werden. Die Bereitschaft, Diabetes frühzeitig erkennen und diagnostizieren zu wollen, muss weiter gefördert werden. Internationale Vergleiche zeigen, dass die Erfahrung über die Anlage zu Diabetes oder die Definition der Krankheit ganz unterschiedlich interpretiert werden. Schwangere Frauen sind ein gutes Beispiel dafür. In den meisten Ländern werden sie nicht ausreichend auf Diabetes getestet, obschon das Risiko, an Schwangerschaftsdiabetes zu erkranken, bekannt ist. Ähnliches zeigt sich bei Diabetes Typ 2: Die Problematik der viszeralen Fettablagerung in der Unterbauchgegend ist zwar bekannt, doch die Konsequenzen daraus scheinen sich sowohl in der Behandlung wie auch in der Prävention noch nicht durchgesetzt zu haben.

Hier manifestiert sich ein Grundproblem, an welchem Diabetesbehandlung und -früherkennung leiden: Die Krankheit kommt schleichend und kündigt sich nicht mit auffälligen Symptomen an. Das heisst, für eine möglichst frühe Diagnose muss sich eine betroffene Person ihres Risikos bewusst sein, damit sie aus eigenem Antrieb zum Arzt geht. Erst dann werden eine Diagnosestellung und der Beginn einer Therapie möglich.

Bereits bei der Prävention begegnet man dem Problem, die Dringlichkeit des Dreiklangs von ausgewogener Ernährung, genügender und regelmässiger Bewegung sowie des Nichtrauchens und des moderaten Alkoholkonsums zu vermitteln. Diese Prinzipien sind nicht einfach im Bewusstsein der Bevölkerung zu verankern. Dennoch belegen verschiedene Diabetespräventionsprogramme und deren Langzeitnachfolgestudien, dass durch eine intensive Lebensstilintervention und Anreize von aussen verknüpft mit dem Veränderungswillen des Patienten gute und vor allem nachhaltige Ergebnisse zu erreichen sind. Es gilt, ein nachhaltiges Präventionsprogramm zu entwickeln, das in der breiten Bevölkerung Anklang findet.



## Früh beginnen – aber fokussieren

Wo setzt die Prävention sinnvollerweise ein, um die Zahl der Neuerkrankungen senken zu können? Und wo setzt die Behandlung von Diabetes am besten an, wenn die Krankheit diagnostiziert ist? Diabetes Typ 1 ist gut behandelbar: medikamentös und über einen klar definierten Umgang mit Insulin. Prävention ist kaum möglich und eine Nichtbehandlung unweigerlich tödlich. Bei Diabetes Typ 2, einer eigentlich «stillen Krankheit», gestalten sich sowohl Prävention wie Behandlung viel schwieriger. Hier benötigt es viel stärkere Verhaltensänderungen und entsprechendes Selbstmanagement. Es muss zwingend bei den genannten Schlüsselfaktoren im Alltag angesetzt werden.

Diabetesprävention, -erkennung und -behandlung sind idealerweise eine Netzwerkaufgabe, welche alle möglichen Involvierten erfassen sollte: Patient, Hausarzt, Apotheker, Endokrinologe, Podologe, begleitendes Pflegepersonal und Ernährungsexperten. Wie nötig dies ist, zeigt eine Umfrage des kantonalen Diabetesprogramms im Kanton Waadt: Im gesamten Kanton gelten heute 25 000 Menschen als diabeteskrank, 8 000 Personen wissen dies jedoch nicht. Um diese Personen auszumachen, gibt es verschiedene Möglichkeiten.

Um über Medien, Ärzte und die jeweilige engere Umgebung von Risikopersonen eine Reaktion zu erzeugen (Blutzuckermessung, Risikoabklärungen, gesünderer Lebenswandel), ist ein relativ hoher, regelmässiger und gut abgestimmter Aufwand nötig: Kampagnen, die bei den richtigen Leuten ankommen, müssen intensiv geführt werden. Das legt den Schluss nahe, die Rolle der Schulen, die Rolle des Arbeitsumfeldes und – erneut – jene des Hausarztes zu betonen. Für gute Ergebnisse müssten Informationen über Diabetes leichter vermittelbar und müsste die heute nach wie vor dem Gesundheitswesen zugeschante Aufgabe in andere Bereiche integrierbar sein. Informationen müssen selbstverständlicher werden, damit Risikogruppen das richtige Verhalten quasi verinnerlichen können. Eine Optimierung ergibt sich nur, wenn sich behördliche Massnahmen (Ansatz top-down) mit den Bemühungen von Patientenorganisationen, Schulen und Unternehmen (bottom-up) treffen und daraus Synergien erwachsen. Ein von der Politik gewolltes kantonales Programm muss also die Orientierung liefern und die strategischen Leitlinien vorgeben. Massnahmen und vermittelte Informationen hingegen, die den Rahmen mit Inhalt füllen, bedürfen der Erfahrung, Kooperation und Innovation des Pflegepersonals, der Ärzte, der Patientenorganisationen und der koordinierten, gesamten Gesundheitsindustrie.

## **Patientennähe und Individualisierung sind nötig**

Der Umstand, dass es keine Strategie aus dem Lehrbuch gibt, fördert die Netzwerkidee zur Betreuung von Diabeteskranken und Risikopersonen. Die Notwendigkeit, (besser) über die Krankheit informieren zu müssen und die oft besonderen Präferenzen der Betroffenen (z.B. bzgl. Arztgespräch, Patientengruppen, Form der individuellen Information) erfordern einen hohen Individualisierungsgrad. Die einzelnen Strategien und die vorhandenen Ressourcen müssen entsprechend zugeschnitten oder angepasst werden. Gleiches soll nicht völlig repetitiv angeboten, sondern ressourcenschonend und koordiniert an die Patienten vermittelt werden. Diabetespatienten sind – oft parallel – bei einer ganzen Anzahl Bezugspersonen in Behandlung: vom Spitalpersonal über den behandelnden Hausarzt zum Podologen, zum Ernährungsberater und bis hin zur Diabetes-Nurse. Die Koordination dieser Akteure birgt meist viel Optimierungspotenzial in sich. Statt zwischen diesen Personen und Institutionen von Schnittstellenmanagement zu sprechen, müsste eigentlich von gut verbundenen «Nahtstellen» gesprochen werden, denen in der Diabetesbehandlung grössere Aufmerksamkeit zu schenken ist.

Somit verkörpert Diabetes ein Praxisfeld, welches allein aufgrund der mit fortschreitender Krankheit zunehmenden Multimorbidität höchste Anforderungen an alle Fach- und Betreuungspersonen stellt. Es ist erstrebenswert, aufbauend auf dem medizinischen Fortschritt die von 5 oder gar 10 unterschiedlichen (chronischen) Krankheiten geplagten und immer älter werdenden Patienten zu mehr Selbstverantwortung zu befähigen. Gerade bei an Typ-2-Diabetes Erkrankten sowie bei den Risikogruppen sind der Wille und die Disziplin noch zu gering, vorhandene Informationen in adäquates Verhalten umzusetzen. Hier könnte man Lehren aus dem Umgang mit seltenen Krankheiten ziehen. Obschon oftmals viel weniger Informationen vorhanden sind, fliessen diese in der Regel rasch und wirksam in die Behandlung und ins Verhalten der Patienten ein. Patienten seltener Krankheiten scheinen meist extrem gut informiert – während die Fülle erstrangiger Informationen und Verhaltenshinweisen ausgerechnet bei den grossen Volkskrankheiten oft ignoriert wird. Dieses Missverhältnis gilt es zu korrigieren.



### ***Kantonale Diabetesprogramme und die Lehren daraus: das Beispiel Waadt***

*Das Diabetesprogramm im Kanton Waadt – mit dem Ziel, die Ausbreitung der Krankheit einzudämmen und die Betreuung der Kranken zu verbessern – fördert einige Erkenntnisse zutage, die für andere chronische Krankheiten von Nutzen sein werden. Das Programm zeigt vor allem: Den Fokus allein auf Diabetes zu legen, ist wenig effektiv. Transversales Denken, welches die breite Palette existenter Krankheiten erfasst, löst die Isolation vorhandener Daten und Informationen und sorgt für Vernetzung. Ein simpler Fragebogen etwa hilft, Informationen über mehrere chronische Krankheiten gleichzeitig zu erhalten. Ein Wegkommen vom «Silodenken», bei dem jede Krankheit einzeln betrachtet wird, kann so zu einer verbesserten Behandlung und Koordination von Patienten bei einer vorhandenen Multimorbidität beitragen. Allein im Kanton Waadt weisen 42 Prozent der Leute mindestens eine chronische Erkrankung auf, bei 23 Prozent werden aber gleich mehrere davon diagnostiziert. Die bestmögliche Vernetzung, das stete Einbeziehen von Patienten und ihrer Umgebung sowie die gute Zusammenarbeit von Hausarzt und Patientenorganisation bilden also einen Cluster zum Wohle des Patienten.*

*Die Botschaften einer ausschliesslichen Informationskampagne sollen möglichst diversifiziert und auch frühzeitig in den Schulen greifen. Eine solche Frühprävention soll bei Diabetes vor allem Risikogruppen ansprechen.*



# HIV:

## Die medizinische Erfolgsgeschichte und die heutigen Notwendigkeiten

Die Bekämpfung von HIV – der Immunschwächekrankheit, die vor Jahren noch jährlich vielen Menschen das Leben kostete – darf heute in der Schweiz als medizinische Erfolgsgeschichte dargestellt werden. HIV ist als chronische Krankheit mittlerweile gut behandelbar, sofern die nötigen finanziellen Mittel vorhanden sind. Bereits sind in der Schweiz über 90-jährige Patienten durch Kohortenstudien\* bekannt. Die Studien sind ein grosser Erfolg, da lediglich ein Prozent der Patienten es ablehnt, an solchen Programmen teilzunehmen.

HIV bleibt aber ein sehr trickreiches Virus, das ohne massgeschneiderte Therapie nicht in den Griff zu bekommen ist. Weltweit verfügt man heute über 25 verschiedene Medikamente, die wirksam kombiniert werden können. Meist erfolgt dies in Form einer Kombination aus drei Medikamenten. Im Idealfall vermehrt sich das Virus nicht mehr.

### **Prävention als bleibende Herausforderung**

Erstaunlicherweise scheitert die Medizin bei HIV mehrheitlich bei der Prävention – und nicht bei der Behandlung selbst. Das zeigt sich vor allem in Ländern, in denen die Bekämpfung der Krankheit nicht so weit fortgeschritten ist wie in der Schweiz: In Osteuropa etwa ist die Situation dramatisch schlecht, die Ansteckungen nehmen weiter zu. In der Schweiz gehen die Neuankömmlinge kontinuierlich zurück, unter Drogenabhängigen konnten diese praktisch gestoppt werden. Eine möglichst enge Zusammenarbeit von Hausärzten und Spezialisten ist zwingend, weil einzelne Hausärzte zu wenig Patientinnen und Patienten haben, um diese adäquat behandeln zu können. Auswirkungen, Symptome und Nebenwirkungen der Medikamente sind in ihrer Vielfalt äusserst anspruchsvoll. Die HIV-Therapie ist zudem individuell anzupassen, da wegen möglicher

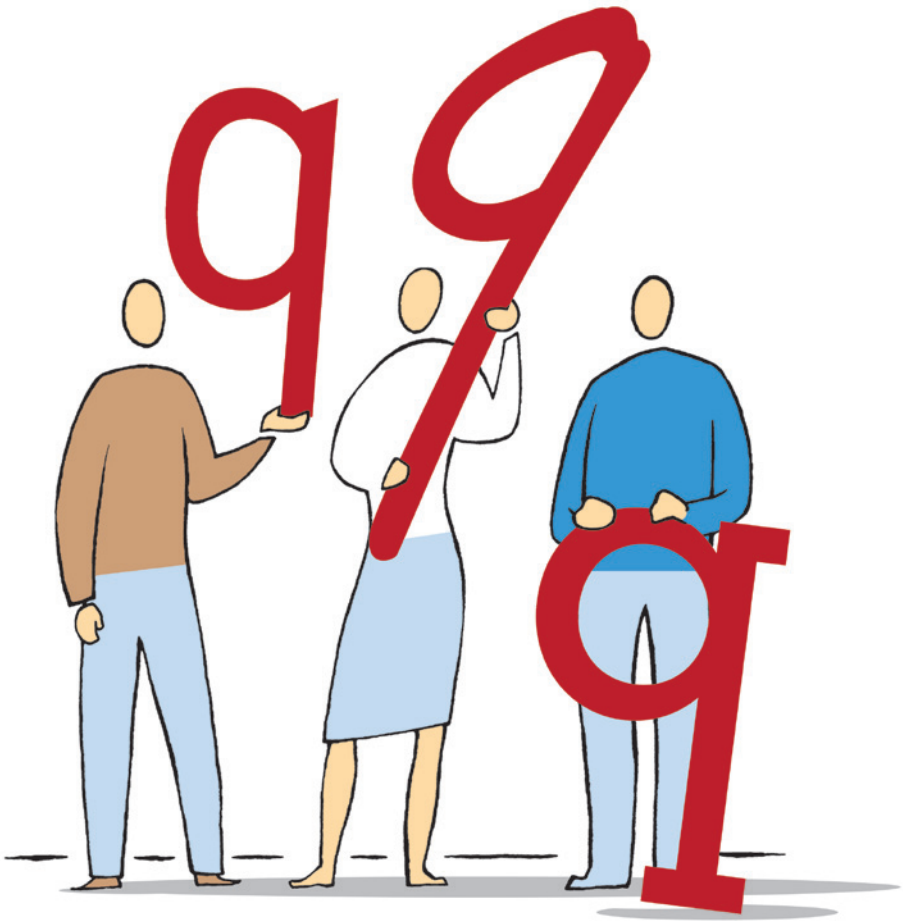
\* Die Schweizerische HIV-Kohortenstudie (SHKS) erfasst seit 1988 prospektiv epidemiologische, klinische und labormässige Daten von HIV-infizierten Teilnehmern. Gesamtschweizerisch wurden bisher über 16 000 Patienten eingeschlossen.

Nebenwirkungen keine Standardmedizin, sondern stets die massgeschneiderte Behandlung mit der richtigen Medikamentenkombination eingesetzt werden muss. Ein Erfahrungsaustausch hilft, das Ziel der bestmöglich auf den Patienten abgestimmten Behandlung zu erreichen. Die Zahlen sprechen für sich: 30 Prozent der Patienten ändern ihre anfängliche antiretrovirale Therapie, davon 50 Prozent wegen entsprechender Nebenwirkungen. Bei der Wahl der Therapie gilt es, verschiedene Faktoren zu beachten: Geschlecht, Drogensucht, Hepatitis, andere Komorbiditäten, Virenmenge und mentaler Zustand.

Um die Therapieziele zu erreichen, sind Kohortenstudien sehr wichtig. Ab 1997 ist es gelungen, die Mortalität zu reduzieren; seit 2007 ist es nun möglich, die Übertragung des Virus auf nahezu null zu senken. Die Einnahme der Medikamente muss allerdings sehr diszipliniert und lebenslang geschehen, es ist eine Einhaltungquote der Medikamenteneinnahme von mindestens 95 Prozent anzustreben. Eine Behandlung kostet heute in der Schweiz jährlich – bei grösstmöglichem Erfolg – rund 15 000 bis 20 000 Franken. Weil die Patienten arbeitsfähig bleiben, sind die Aufwendungen für die Therapie im Verhältnis eher gering, bei einer volkswirtschaftlichen Vollkostenrechnung. Zudem kommen mittlerweile erste Generika auf den Markt, sodass eine weitere Kostensenkung zu erwarten ist und die volkswirtschaftliche Rechnung noch besser ausfällt. Der Zeitpunkt und der mentale Zustand des Patienten spielen im gesamten Behandlungsprozess eine grosse Rolle. Beispielsweise ist eine antivirale Therapie kaum möglich, wenn der Patient unter Depressionen leidet. Einmal behandelt, sprechen aber 85 bis 92 Prozent der Patientinnen und Patienten sehr gut auf die Therapie an.

### **Test soll zur Routine werden**

Aus der Geschichte von HIV lässt sich – gerade im Schweizer Fall – lernen: Über eine beispiellose medizinische Erfolgsgeschichte hat HIV den Weg aus den Schlagzeilen und aus der Politik gefunden. HIV soll noch mehr zur medizinischen Normalität werden, damit auch letzte Stigmas ausgemerzt werden können und im nächsten Jahrzehnt die Krankheit noch besser bewältigt werden kann. Ein entscheidender Schritt dazu hat aber noch nicht stattgefunden: der konsequente Umgang mit dem HIV-Test seitens der Ärzte. Heute erwähnt der Arzt bei Blutuntersuchungen einzig den HIV-Test explizit. Dies führt häufig – unnötig – zur Ablehnung des Tests. Allerdings ist es für den sicheren Umgang, die gute Behandlung und die Eindämmung des Virus essenziell, die Übertragungen zu verhindern. Der HIV-Test sollte folglich zur Routine gehören und ohne explizite Einverständniserklärung durchgeführt werden – allerdings immer im Wissen, dass der Patient diesen verweigern darf. Das würde die Sicherheit im Umgang mit der Krankheit massgeblich erhöhen. Das erklärte Ziel für



die Schweiz ist es, dass im Jahr 2015 keine Transmissionen des Virus von HIV-betroffenen Müttern auf ihre Kinder mehr erfolgen (2009 war es noch eine).



### **HIV: eine kurze Entwicklungsgeschichte**

*Der Ursprung des HI-Virus konnte bis in die Jahre um 1920 zurückverfolgt werden. Aus Afrika breitete sich das Virus nach Europa und nach Amerika aus. Über sexuelle Freizügigkeit und im Drogenmilieu fand eine rasche Ausdehnung statt.*

*1983 wurde das Virus erstmals isoliert – und galt bereits 1992 als führende Todesursache bei den 25- bis 44-Jährigen. Seit 1995 bestehen gute Diagnosen, ab 1997 setzte eine kontinuierliche Senkung der Mortalität ein. Die damalige Behandlung rief Nebenwirkungen hervor, die jedoch ab 2003 stark reduziert werden konnten. Seit 2007 haben die Ansteckungen kontinuierlich abgenommen. Ab 2010 steht im Fokus, die Langzeitnebenwirkungen besser zu erforschen und mindern zu können. Zur wirksamen Bekämpfung einer weiteren Übertragung sind ein früher Therapiebeginn und eine fast perfekte Einnahme der Medikamente nötig.*

# Thesen zu Innovation und Qualität: Ein Blick in die Zukunft

## 1. Die Schweiz – Insel des Wohlstands

Die provokative These, wonach die Schweiz die Insel des Wohlstands ist und dies wohl auch bleiben wird, ist für die Zukunft der pharmazeutischen Forschung nicht unwesentlich. Der Satz «Im Notfall kommt schnell Bewegung in die Dinge» gilt heute für viele Länder. In der Schweiz hingegen bleibt es schwierig, gesundheitspolitische Reformen, insbesondere jene für Medikamente, durchsetzen zu können.

International finden jedoch gigantische Verschiebungen statt: Der Produktivitätsdruck nimmt zu. Dieser Druck wird sich auswirken: Die Finanzierung von Medikamentenprogrammen wird in den nächsten Jahren schwieriger werden. Nur ein besseres Zusammenspiel und neue Partnerschaften unter den Beteiligten im Gesundheitswesen werden Wirkung zeigen.

## 2. Messen und Verbessern:

### Es geht um das Ergebnis, nicht ums Medikament

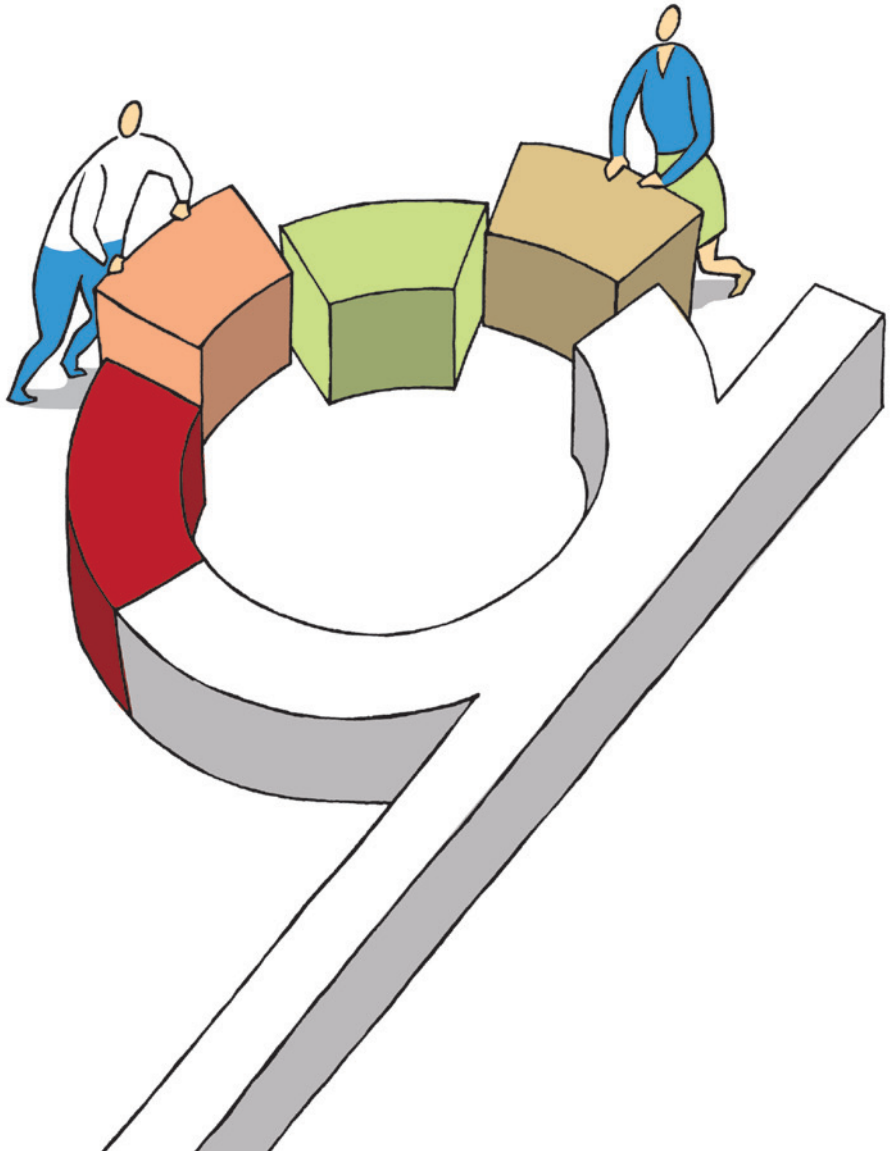
Die Pharmaindustrie orientiert sich heute streng am Lehrsatz: Man kann nur verbessern, was man messen kann. Wenn wir nicht wissen, wie effektiv und wie gut eine Behandlung oder ein Medikament sind, lassen sich Behandlungsprozesse nur schwer oder gar nicht verbessern. Wegen der steigenden Gesundheitskosten nimmt richtigerweise auch der Druck zu, die Produktivität im gesamten Gesundheitssystem zu steigern. Der Fakt, dass führende Pharmafirmen etwa in der Schweiz bisher rund 20 Prozent ihrer Ausgaben für Forschung und Entwicklung bestreiten, soll bei der Definition der Rahmenbedingungen für die Branche nicht in Vergessenheit geraten; die Politik sollte sich der Frage annehmen. Über lang diskutierte Gesetzesanpassungen lässt sich gerade in der Schweiz das Gesundheitssystem kaum wesentlich verbessern. Die existierende Gesundheitswirtschaft hat es jedoch in der Hand, Verbesserungen herbeizuführen, die sowohl qualitativ als auch auf der Kostenseite wirken.

» *«Zusätzlicher Fortschritt wird dann möglich, wenn es uns gelingt, Technologie-, Datenschutz- und Reformblockaden zu überwinden.»*

### **3. Mehr Qualität und Effizienz dank Innovation**

Non-Compliance, das Nichteinhalten ärztlicher Ratschläge und die Nichterfüllung therapeutischer Vorgaben, etwa bei der Einnahme von Medikamenten, ist ein grosses Problem. Im Medikamentenbereich beträgt sie teilweise ungenügende 35 bis 60 Prozent. Mehr und stete Innovation kann helfen, hier entsprechende Lösungen zu finden. Es entstehen in Europa viele Möglichkeiten eines – quasi technologischen – Ausbaus der Compliance-Möglichkeiten; es braucht Offenheit, diese Entwicklungen zu fördern. Beispiele zur Förderung gibt es viele: Der «Alzheimer-Padge» etwa würde es ermöglichen, Patienten, die sich verlaufen haben, wieder aufzufinden. Mittels technologischer Plattformen und Systemoptimierung kann es in Zukunft gelingen, Hypertonie gemeinsam zu bekämpfen – in enger Zusammenarbeit von Patient, Arzt, Klinik, welche sich über stets unmittelbar auf einem Server zugängliche Daten austauschen können (Beispiel ITHACA, Spanien). Die in Selbstmessung erhobenen Blutdruck-Messdaten werden an einen Server übermittelt und ausgewertet. In diesem datenbasierten Fernmonitoring werden Patienten, welche unter Bluthochdruck leiden, somit in Echtzeit begleitet. Mittels dieser Systemoptimierung können Patienten gewarnt und benachrichtigt werden (Anrufe, SMS), wenn sie Behandlungsschritte vergessen oder auslassen respektive ihre Medikamente nicht einnehmen. Dieses datenbasierte Fernmonitoring ermöglicht den Zugriff und die Zusammenarbeit mit mehr Patienten. Zur Realisierung brauchte es zunächst unterschiedliche Partner im Gesundheitswesen, die ihren Willen nach gemeinsamem Fortschritt bekunden. Diagnose und Begleitung des Patienten würden damit praktisch in Echtzeit möglich. Die Schweizer Pharmaindustrie, in Zusammenarbeit mit einem entsprechenden IT-Hub kann in vergleichbaren Fällen wieder Innovationsführerschaft übernehmen.

» *«Egal, wie gut Medikamente wirklich sind. Wenn sie nicht richtig angewandt und nicht regelmässig eingenommen werden, sind sie nutzlos.»*



#### 4. Was zum Wohle des Patienten verbessert werden muss

Reifes Disease Management (Krankheitsmanagement) scheitert also keinesfalls an der Technologie, weder international noch in der Schweiz – es findet erst statt, wenn grundsätzliche Fragen geklärt und beantwortet werden. Hierzulande liegen die Probleme mitunter in den föderalistischen Strukturen und im eigenen Lebensstil. Die Realität: 2011 wiesen 70 Prozent aller Kantone noch keinerlei Aktivitäten aus, wie sie betreffend E-Health konkret aktiv werden wollen. Die Quasikollektivierung der finanziellen Folgen eines hohen Lebensstandards und des daraus resultierenden Lebensstils wirkt hier als ebenso starke Bremse wie mögliche politische Blockaden. Die positiv zu lesende Freiheitsliebe der Schweizerinnen und Schweizer muss im Gesundheitsbereich zum Schluss führen: Bewusstseins- und Verhaltensänderungen für eine gute Prävention und für eine bessere Compliance können nur stattfinden, wenn es gelingt, die Motivationen aller Betroffenen besser zu erkennen. Dann wird es möglich, die guten Argumente für eine effektive Versichertenkarte zu schaffen – ein dringend notwendiger Baustein. Sicher ist: Der Einsatz finanzieller Mittel allein wird in Zukunft nicht mehr genügen – ein Schluss, den die Pharmaindustrie längst gezogen hat. Um dem «Burden of Disease» (die Last der Krankheit) besser begegnen zu können, braucht es neben dem besseren Mitteleinsatz bessere Vernetzung, neue Partnerschaften und den Willen, Blockaden zu überwinden.



*«Blockaden lassen sich abbauen, wenn wir Projekte vernetzen und IT-Lösungen nicht scheuen.»*



# Folgerungen – Forderungen: Stoos III

- Für eine Optimierung des Gesundheitssystems muss der Patient im Mittelpunkt stehen.
- Wo der Patient nicht wirklich bestärkt und unterstützt wird, werden unnötige Kosten generiert. Gute Begleitung bestärkt den Patienten in der Compliance und dies steigert die Lebensqualität.
- Im Schweizer Gesundheitssystem wird Innovation zu oft verhindert und es bestehen zu vielen Blockaden.
- Eine Politik, die Innovation mit guten Rahmenbedingungen unterstützt, beseitigt unnötige Blockaden und ermöglicht ein Fortkommen der Gesundheitspolitik und -wirtschaft.

## **Dafür plädiert die Allianz q:**

### **Verbesserte Datengrundlage**

- Wir brauchen erstklassige Daten und Analysen, um effektives Gesundheitsmanagement betreiben zu können.
- Weniger ist oft mehr: Wenige, aber aussagekräftige Messpunkte/Indikatoren befähigen, ein System zu verbessern.
- Für eine Beurteilung des Nutzens einer Massnahme müssen wir weg von der reinen Kostenkontrolle hin zur Outcome-Kontrolle: Ein gutes Resultat ist massgebend.

### **Prävention, die beim Patienten beginnt**

- Wir müssen den gesunden Menschen befähigen, sein Verhalten rechtzeitig ändern zu können, damit er nicht zur Patientin oder zum Patienten wird.
- Mittels Früherkennung kann man «an der Quelle» handeln: Es kann verhindert werden, dass sich Krankheiten ungewollt weiter ausbreiten (Infektionskrankheiten) oder fortschreiten (chronische Krankheiten).

### **Patient als steter Mittelpunkt**

- Die patientenzentrierte Ausrichtung ist in jedem Moment zu fördern, nur so wird man den Ansprüchen des Patienten gerecht.
- Vernetztes Denken und Handeln gilt in den nächsten Jahren für das gesamte Gesundheitswesen – nicht bloss für mögliche Ärztenetzwerke.
- Nachhaltige Behandlungen werden möglich, wenn wir das System Integrierter Versorgung besser einführen und aufbauen (Good-Managed-Care-Modelle).

### **Politik, die den Patienten ins Zentrum stellt**

- Politischen Blockaden, gerade bei E-Health ist mit Innovation beizukommen. Dazu müssen wir Beweggründe besser erkennen und darauf die richtigen Antworten und Lösungen finden.
- «Top-down»- und «Bottom-up»-Ansätze müssen sich in der Mitte treffen: Staat und Politik können den richtigen Rahmen schaffen, welcher durch Fachleute mit Daten und Expertise gefüllt werden kann.
- Die Gesundheitspolitik soll nicht alleinstehen. Auch die Gesundheitswirtschaft muss ihre Lead-Funktion erkennen und wahrnehmen.



*Unter [www.allianzq.ch](http://www.allianzq.ch) finden Sie das Manifest der allianz q sowie alle Präsentationen der vergangenen Workshops. Diese Broschüre steht Ihnen dort auch als PDF zum Download zur Verfügung. Druckexemplare der Broschüre auf Deutsch und Französisch können auf [www.allianzq.ch](http://www.allianzq.ch) über das Kontaktformular bezogen werden.*

## Impressum

Herausgegeben von der allianz q

Willy Oggier

Gesundheitsökonomische Beratungen AG

Weinhaldenstrasse 22

8700 Küsnacht ZH

E-Mail: [gesundheitsoekonom.willyoggier@bluewin.ch](mailto:gesundheitsoekonom.willyoggier@bluewin.ch)

Redaktionsteam: Natalia P. Aeple, Willy Oggier, Roland Schlumpf

Disponible en traduction française

© allianz q, 2012 Basel



[www.allianzq.ch](http://www.allianzq.ch)